

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

(精神障害分野)

身体疾患を合併する精神疾患患者の
診療の質の向上に資する研究

平成 24 年度 総括・分担研究報告書

〈分冊〉

研究代表者 伊藤 弘人

平成 25 (2013) 年 3 月

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
鈴木豪 志賀剛 萩原誠久	退院時指導メンタルケア：具体的事例とコンサルトのタイミング	奥村謙	ペースメーカー・ICD・CRT/CRT-D	メジカルビュー社	東京	2012	255-260
鈴木豪 志賀剛 萩原誠久	心臓再同期治療・植込み型除細動器	眞茅みゆき、池亀俊美、加藤尚子	心不全ケア教本	メディカル・サイエンス・インターナショナル	東京	2012	177-184
志賀剛 鈴木豪 志賀剛 他	心不全	樋口輝彦、桑原和江、伊藤弘人	内科患者のメンタルケアアプローチ 循環器疾患編	新興医学出版社	東京	2012	58-67
志賀剛 鈴木豪 志賀剛 他	不整脈・デバイス	樋口輝彦、桑原和江、伊藤弘人	内科患者のメンタルケアアプローチ 循環器疾患編	新興医学出版社	東京	2012	68-72
鈴木豪 志賀剛 萩原誠久	ICD 植え込み患者におけるうつ有病率	笠貫宏	不整脈 News & Views	ライフサイエンス出版	東京	2012	14-15
小川朝生	緩和ケアチームに携わる精神症状緩和担当医師の現状調査	(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会	ホスピス緩和ケア白書 2012	(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団	東京	2012	46-51
小川朝生	がん等による慢性疼痛時のうつ病診察のコツと処方例	中尾睦宏、伊藤弘人(編)	日常診療におけるうつ病治療指針	医薬ジャーナル社	東京	2012	135-48
三宅康史	コース開発の概略、カリキュラム、必要物品、運営のコツ	日本臨床救急医学会『自殺企図者のケアに関する検討委員会』	救急医療における精神症状評価と初期診療 PEEC ガイドブック	へるす出版	東京	2012	121-128

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ito H Okumura Y Yokoyama H	Heart disease and depression	Taiwanese Journal of Psychiatry			in press.
Okumura Y Shimizu S Ishikawa KB et al	Characteristics, procedural differences, and costs of inpatients with drug poisoning in acute care hospitals in Japan	General Hospital Psychiatry	34	681-685	2012
Okumura Y, Shimizu S Ishikawa KB et al	Comparison of emergency hospital admissions for drug poisoning and major diseases: a retrospective observational study using a nationwide administrative discharge database	BMJ Open	2	e001857-	2012
Okumura Y Ito H	Out-of-pocket expenditure burdens in patients with cardiovascular conditions and psychological distress: a nationwide cross-sectional study	General Hospital Psychiatry			in press

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
鈴木豪 志賀剛 萩原誠久	植え込み型除細動器の頻回作動と精神的ケア	ICU と CCU	36(3)	211-214	2012
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	584-589	2012
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	37-44	2012
Inagaki M Ohtsuki T Yonemoto N et al	Prevalence of depression among outpatients visiting a general internal medicine polyclinic in rural Japan	General Hospital Psychiatry			in press.
Ohtsuki T Kodaka M Sakai R et al	Attitudes toward depression among Japanese non-psychiatric medical doctors: a cross-sectional study	BMC Res Notes	5	441	2012
Kodaka M Inagaki M Postuvan V et al	Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide	Int J Soc Psychiatry			in press
Shirai, Y Fujimori M Ogawa A et al	Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial	Psychooncology	21(7)	706-13	2012
Ogawa A Nouno J Shirai Y et al	Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals	Jpn J Clin Oncol	42(1)	42-52	2012
上山栄子 鵜飼聡 小川朝生 他	反復経頭蓋磁気刺激によるラット海馬における神経細胞新生の増加	精神神経学雑誌	114(9)	1018-1022	2012
松本禎久 小川朝生	がん患者の症状緩和	Modern Physician	32(9)	1109-1112	2012
小川朝生	がん患者の精神心理的ケアの最大の問題点.	がん患者ケア	5(3)	55	2012
小川朝生	がん患者に見られるせん妄の特徴と知っておきたい知識	がん患者ケア	5(3)	56-60	2012
小川朝生	悪性腫瘍（がん）	精神看護	15(4)	76-79	2012
峯山智佳 野田光彦	トピックス 糖尿病とうつ病	Depression Frontier	10 (1)	69-75	2012
峯山智佳 野田光彦	「最新臨床糖尿病学（下）—糖尿病学の最新動向—」7. 糖尿病に起因・関連する疾患 7)うつ病	最新臨床糖尿病学（下）号	70 巻増刊 5	524-527	2012
数井裕光 武田雅俊	精神科におけるBPSD治療の現状とこれから	日本精神科病院協会雑誌	31	15-21	2012
数井裕光 杉山博通 武田雅俊	認知症診療におけるクリニカルパスと情報共有ノートを用いた認知症地域連携. つながりノート・みまもりノートの有用性.	臨床精神医学雑誌	印刷中		
三宅康史	自殺未遂者対策：これまでの成果と今後の展開—日本臨床救急医学会/日本救急医学会	救急医学	36	837-840	2012

II. 心不全

東京女子医科大学 循環器内科

志賀 剛

心不全は慢性かつ進行性の病態（臨床的症候群）で、あらゆる循環器疾患が原因となる。心不全は重症度が高くなると生命予後や生活の質（quality of life: QOL）が悪化する。近年、医療が進歩していく一方で慢性心不全患者の頻度は増加している。その背景には、心筋梗塞など従来致死性であった循環器疾患患者の予後改善や高齢者人口の増加などがある。1980年代以降、心不全は単なる心臓のポンプ機能低下から神経体液系の異常（過剰適応）による全身病と認識されるようになってきた。さらに心不全は治療の継続が不可欠でありながら、生活の活動性や機能を制限することから、患者の精神・心理的問題との係わりが無視できなくなってきた。本稿では、心不全患者が抱える精神疾患として頻度が高いうつ、不安、そして認知障害について概説する。

うつ

疫学

心不全患者におけるうつの頻度については古くから多くの報告がある。米国で行われた30,801人を対象としたNational Health Interview Surveyによると「大うつ病（Major depression）」の割合は心不全を有していると7.9%/年で、慢性疾患を有していない人の4.8%/年に比し、高いことがわかる¹⁾。循環器疾患な

どに伴ううつの頻度を調べた報告のほとんどは、うつの評価法として質問紙票などスクリーニングツールが用いられている。この方法は多くの対象を簡便に調査するには有用であるが、「うつ病」の診断基準となるわけではなく、あくまでうつ症状の評価と捉えたほうがよい。「うつ病」の診断は、精神科医による面接が必要である。現在までに Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) などが用いられてきた。近年、米国心臓病学会（American Heart Association）では 2-and 9-item tests from the Patient Health Questionnaires (PHQ-2, PHQ-9) をとくに冠動脈疾患患者のスクリーニングツールとして推奨しており²⁾、今後はこの方法が中心になってくると思われる。このようにうつの頻度については各試験により方法は異なるが、心不全患者のうち外来患者では30~40%⁴⁻⁷⁾、また入院患者では11~60%と幅広い⁸⁻¹⁰⁾。年齢や重症度を含めた臨床背景の違いによることもあろうが、決して心不全患者にとってうつを伴うことは珍しいことではない。27の臨床研究を対象にメタ解析を行った報告では、心不全患者のうつの頻度は約20%とされ、入院患者も外来患者もその頻度は同じ程度であった¹¹⁾（図1）。さらに、New York Heart Association (NYHA) 心機能分類の重症度が高くなるほど、その頻度も高くなる

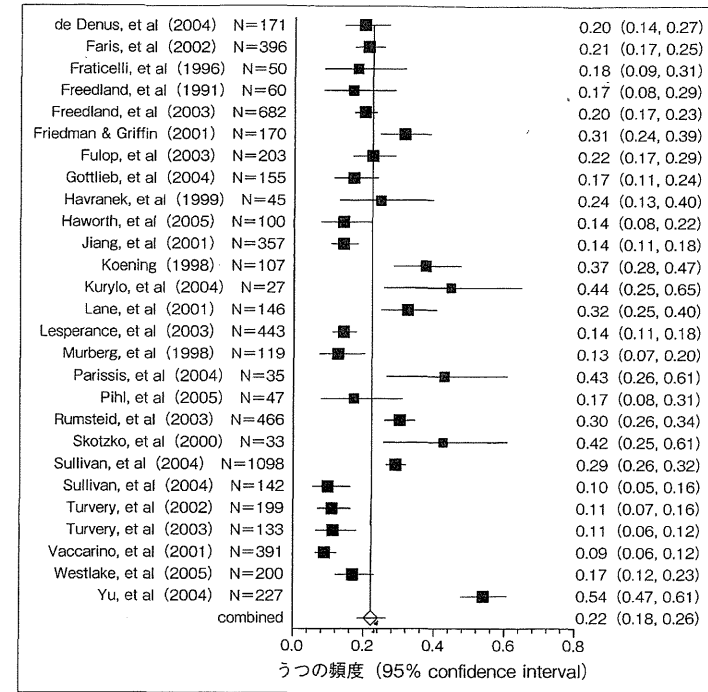


図1 心不全患者での「うつ」の頻度は21.5%

(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: 1527-1537, 2006¹¹⁾より引用)

ことも示されている¹¹⁾（表1）。日本人では、欧米に比し非虚血性心不全の頻度が多いが、その頻度が約20%であることには相違ない^{7, 12)}。

予後と心血管イベント

心不全患者にうつを伴うと予後が悪く、独立した予知因子になるという報告が多い。前述したメタ解析の結果では、心不全患者がうつを伴うと死亡・心血管イベントのリスクが2倍になると報告されている¹³⁾（図2）。日本からの報告でも、Katoらは外来通院中の心不全患者115名を2年間前向きに観察したところ、うつ

NYHA 心機能分類	人数	割合 (%)
I	222	11%
II	774	20%
III	638	38%
IV	155	42%

表1 心不全患者における NYHA 心機能分類と「うつ」の頻度

NYHA: New York Heart Association
*NYHA 心機能分類によるうつの頻度が記載された5つの臨床研究より
(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: 1527-1537, 2006¹¹⁾より引用)

【うつ病のスクリーニング-2 質問法 Two Question Screening】

心不全患者を診ていると、心不全症状と抑うつ症状がオーバーラップすることや高齢者では症状の鑑別が難しいことも経験する。精神科医に紹介しなければならないうつ病として2質問法は有用である。

- ① この1ヵ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか？
- ② この1ヵ月間、物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？

両方もしくはどちらかが「はい」であれば精神科にコンサルトを行う。それともうひとつ重要なことは希死念慮（自殺念慮）である。強い自殺念慮（繰り返す、持続する）、具体的な自殺方法まで考えている、落ち着かない状態（焦燥）は緊急性がある。

を伴う例はうつを伴わない例より心臓死および心不全入院の頻度が高いことを報告している⁷⁾ (図3)。また、Suzukiらは循環器疾患による入院患者505例を平均38ヵ月前向きに観察したところ、うつを伴う例はうつを伴わない例よ

り全死亡および心血管イベントの頻度が高く、そのなかでも心不全死と心不全入院の比率が高いことを報告している¹³⁾ (表2)。うつは心不全患者の予後および心血管イベントの予知マーカーになることは確かであろう。しかし、その機序についてはまだ議論がある。心不全患者においてうつがあると、活動性・生活機能が低下し、服薬や食事（塩分制限、水分）、運動など心不全治療のアドヒアランスが悪化する^{3,9,14,15)}。さらに社会や家族のサポートも乏しい例が多い。社会サポートが乏しいことは、心血管イベントなど予後に係わる独立した因子とも報告されている¹⁶⁾。一方、うつによる交感神経系活性亢進、視床下部-下垂体-副腎系の亢進、炎症の関与などが指摘されている^{3,9,17,18)}が、その生物学的機序についてはまだ明らかになっていない。最近、Shimizuらは、うつが生活の機能的制限に関与していること、また、生活の機能的制限（Performance Measure for Activities of Daily Living 8: PMADL-8 \geq 24）が持続する心不全患者はHADS-Dのスコアが高く、うつの頻度も高いことが示された¹²⁾。うつと心不全の病態生理学的関係はまだ明らかでないが、うつが心不全患者の生活機能や治療のアドヒアランスを大きく低下させていることがその予後に係わっている可能性は高く、このあたりが介入の標的になるかもしれない。

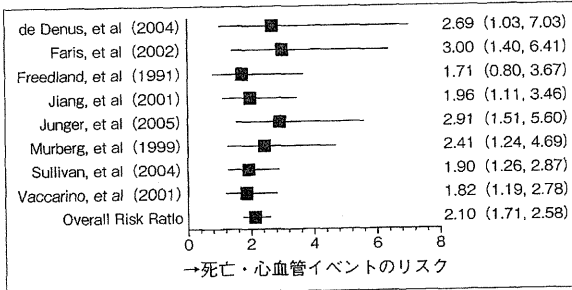


図2 「うつ」を伴うと心不全患者の死亡・心血管イベントのリスクが2倍となる

(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: 1527-1537, 2006¹¹⁾より引用)

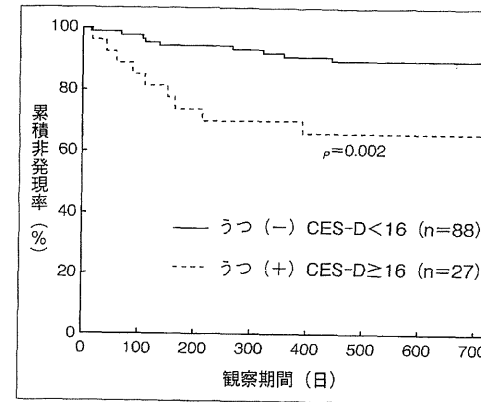


図3 日本人心不全患者における心臓死および心不全入院

(Kato N, Kinugawa K, Yao A, et al.: Relationship of depressive symptoms with hospitalization and death in Japanese patients with heart failure. J Card Fail, 15: 912-919⁷⁾より引用)

項目	うつ (-) CES-D < 16 (n=88)	うつ (+) CES-D \geq 16 (n=27)	p値
総死亡	21	20	<0.01
心臓死	18	17	<0.01
突然死	1	8	0.42
心不全死	17	5	<0.01
心筋梗塞死	0	2	0.45
脳梗塞死	0	1	0.59
他の血管死	0	1	0.59
非心臓死	3	3	0.08
心不全による入院	22	30	<0.01
不安定狭心症による入院	2	3	0.31
血行再建のための入院	5	5	0.02
脳卒中による入院	0	1	0.59
難治性不整脈による入院	1	3	0.80

表2 循環器疾患入院患者のうつの有無とその後の死亡・心血管イベント

(Suzuki T, Kuwahara K, et al.: Depression and outcomes in hospitalized Japanese patients with cardiovascular disease—Prospective single-center observational study—. Circ J, 75: 2465-2473, 2011¹³⁾より引用)

治療

うつを伴った心不全患者に対する抗うつ薬の治療介入の有用性を検討した報告がいくつかある^{19,20)}。この結果、抗うつ薬は心不全患者のうつ症状を改善し、有害事象も発現しなかった。一方、左室駆出率45%以下の慢性心不全でうつと診断されている148名を対象に、選択的セロトニン再取り込み阻害薬であるセルトラリンを無作為に用いたSADHART-CHF (Sertra-

line Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) では、12週間の治療期間中のうつのスコア (HADS-D) はセルトラリンとプラセボで差がなく、心血管イベントにも両群で有意な差は認められなかった²¹⁾。しかし、この試験のサブ解析により、セルトラリンあるいはプラセボであってもうつが寛解した患者はその後の心血管イベントも少ないことが示されている²²⁾。



症例：47歳、女性

大うつ病を発症した慢性心不全患者

47歳、女性。自営業。特発性拡張型心筋症に伴った慢性心不全でβ遮断薬を中心とした薬物治療と心臓再同期治療を併用し、NYHA心機能分類Ⅱ度で経過していた。5ヵ月前より父親が入院し、連日病院へ通っていた。この頃より疲れやすいという訴えがあり、1ヵ月後には食欲低下と胃部不快感を訴えたためスルピリド150mg分3を追加した。一旦症状は軽快するも、また1ヵ月前から朝起きれない、人と会いたくない、買い物など外に出たくない、父親のことや仕事のことを考えると不安になり胸部絞扼感が出現するという訴えがあり、表情も硬く、2質問法による1ヵ月続く憂うつと興味や喜びの喪失を認めたため、うつ病の疑いで精神科紹介。その結果、うつ病（大うつ病のエピソード、中等度）と診断され、抗うつ薬であるセチプラチンを1mg/日から開始、6mg/日まで増量され、治療開始後6ヵ月には笑顔が見られるようになり、意欲も出てきて買い物に出かけるようになった。以降、月1回精神科と併診しながら3年経過、うつ症状の増悪や心不全の悪化なく経過し、抗うつ薬も徐々に減量されている。大うつ病のスクリーニングとして2質問法の有用性と精神科医との連携（二人主治医）の重要性を経験した症例であった。

不安

頻度

心不全患者における不安の頻度については報告が少ない。収縮不全を有する心不全患者では18.4%に不安障害を有していたという報告がある²³⁾。さらに、心不全患者は健常者に比し不安症状のスコアが高かったという報告もある²⁴⁾。しかし、健常者と比べ差がないという報告もあり、一定ではない。

予後と心血管イベント

現在までの報告から、心不全患者における不安と心血管イベントに明らかな関係は見いだせていない^{25)~27)}（表3）。Friedmanらの報告では、心不全外来患者153名中45%に不安（State Trait Anxiety Inventory：STAI≥40）を認めたが、生命予後には関係していなかった²⁵⁾。Jiangらの報告では、心不全入院患者を

対象にしているが、不安（STAI≥40）と生命予後との関係は認められなかった²⁶⁾。また、Domenら²⁷⁾は、心不全外来患者を対象に不安（HADS-A≥8）がその後の心疾患による入院と関係するか検討したが、その関係は認められなかった²⁸⁾。不安障害とうつ（気分障害）は重なる部分もあるが、うつと異なり不安は心不全患者の予後に必ずしも結びつくものではない。

治療

現在までに心不全患者を対象とした不安に対する治療介入の検討はほとんどない。しかし、個々の事例ではあるが、認知行動療法が不安（とくに予期不安）の改善に効果的であったことを経験する。少数数であるが、13名の心不全患者を含む閉塞性肺疾患/心不全患者を対象に8週間の認知行動療法を行うことで8週後および20週後の不安スコア（STAI）が低下し、心不全症状も改善傾向を示したという報告がある²⁹⁾。心不全患者における不安への対処がQOL改善へつながる可能性はある。

著者	研究デザイン	対象	年齢	期間	結果
Jiang, et al (2004) ²⁵⁾	STAI	入院患者 291名	63±31	1年	状態不安（単変量） RR:1.01, P=NS 特性不安（単変量） RR:1.00, P=NS
Friedmann, et al (2006) ²⁶⁾	STAI	外来患者 153名	61±11	平均 23.5月	単変量 HR:1.04, P=0.06 多変量 HR:1.03, P=NS
Konstam, et al (1996) ²⁷⁾	SOLVD questionnaire	外来患者 5,025名	21~80	平均 36.5月	HR:1.02, P=NS

表3 心不全患者における不安と予後（総死亡）

RR：relative risk, HR：hazard risk, NS：not significant



症例：80歳、男性

「認知症なのか？ 心不全なのか？」

80歳、男性。無職。永続性心房細動、ペースメーカー（VVI）植込み後、三尖弁閉鎖不全（中等度）、慢性心不全に対して少量の利尿薬とソコキシム、抗凝固薬を中心とした治療を行い、NYHA心機能分類Ⅱ度で経過していた。妻と二人暮らしであったが、半年前に妻を亡くしてから一人暮らしとなった。それとともに食欲が低下し、食事が不規則となり、服薬も遵守できなくなった。食事内容に偏りが出てきて、塩分過多となり、下肢浮腫が出現。利尿剤を増量するも反応が乏しかった。さらに3ヵ月前より人の姿など幻視を訴え、物忘れなど認知機能の低下も認めため、精神科を紹介。認知症および幻視の精査目的で精神科へ入院となった。入院とともに、規則正しい減塩食の摂取と服薬遵守から、アルブミンが3.0g/dlから3.8g/dlに改善、体重が60kgから45kgまで低下し、入院時に認められた胸水や下肢浮腫が消失した。それとともに幻視はなくなり、認知機能も改善を認めた。今回の症状は脳の器質性病変によるものではなく、心不全症状の一部（あるいは心不全が増悪因子）であったと判断した。対策は規則正しい生活（食事+減塩）と服薬アドヒアランスの維持が鍵となり、家族との同居あるいは目の届く範囲での生活、近医（家庭医）との病診連携、訪問看護や介護サービスなど社会サポートによる支援をソーシャルワーカーと相談して進めることとした。

認知障害

疫学

現在までに報告されている心不全患者に伴う認知障害の頻度は、25%から75%と幅広い。

これは対象とする心不全患者の年齢や社会的背景などが不均一であるため、一概にはまとめられない。コントロール群を有している研究をもとに算出すると、心不全は1.6倍の認知障害のリスクになると報告されている³⁰⁾（表3）。そもそも心不全患者には低心機能や心房細動合併頻度が高いことから脳梗塞（無症候性も含む）/

脳出血が多いこと、慢性的な脳虚血（血流低下）、代謝障害、脳萎縮、睡眠障害あるいは神経伝達物質の異常などの多くの要因がその機序に関与している³¹⁾。さらに65歳以上の心不全外来患者を対象とした研究によると、70%で認知障害 (Montreal Cognitive Assessment: MoCA < 26) が認められ、NYHA 心機能分類 III/IV 度では 91% と I/II 度の 52% に比し頻度が高く、重症度も関係している³²⁾。一方、心不全が改善すれば認知機能も改善するという報告もあり、一部では可逆性でもある^{33,34)}。心不全患者における認知障害は決して少なくなく、身体障害や QOL 低下などを伴うこと、さらに今後高齢心不全患者が増加することから重要な課題である。

予後と心血管イベント

認知障害が、高齢心不全患者の予後に関係していることが指摘されている。後ろ向き研究ではあるが、高齢心不全入院患者 968 名 (平均 78 歳) を検討したところ、認知障害のある患者がない患者に比し死亡率が高く、5 倍のリスクがあると報告されている³⁵⁾。また、1,092 人の高齢入院患者 (平均 79.5 歳) を検討したと

ころ、認知障害を合併すると 6 ヶ月死亡のリスクが有意に高く、心不全患者でも同様であることが示された³⁶⁾。一方、高齢心不全患者 200 名に心不全管理プログラムの介入効果を検討した前向き研究では、認知障害を有する患者 (Mini-Mental Status Examination: MMSE 19~26, 平均 81 歳) は有さない患者 (MMSE > 26, 平均 75 歳) に比し、介入の有無に係わらず 5 年後の死亡率が高く、2 倍のリスクがあるとされた³⁷⁾ (図 4)。さらに認知機能のなかでも記憶障害が心不全患者の死亡に関係し、記憶障害の予防・対策の必要性が指摘されている³⁸⁾。

治療

特別な治療法の介入に関する報告はほとんどない。心不全増悪のために入院となった患者の 42~80% は服薬コンプライアンス、49~78% は食事 (塩分等) のコンプライアンスが悪化しているといわれる³⁹⁾。とくに認知障害で問題となる服薬や食事のアドヒアランスの維持が大きな問題となる。心不全患者を対象に退院後の管理プログラムを施すことで再入院を減らしたという報告がある⁴⁰⁾。しかし、認知障害を有する心不全患者に対しては管理プログラムを介入し

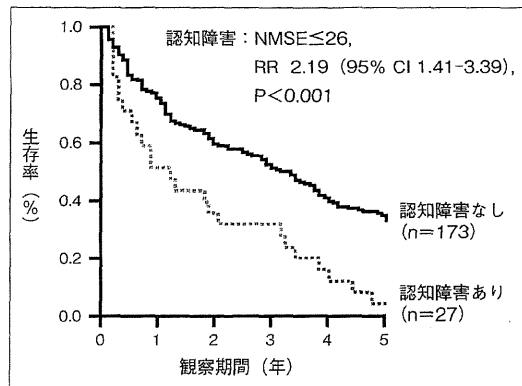


図 4 高齢者心不全患者における認知障害と生存率

NMSE: Mini-Mental Status Examination, CI: confidence interval (McLennan SN, Pearson SA, Cameron J, et al.: Prognostic importance of chronic heart failure patients: does specialist management make a difference? Eur J Heart Fail, 8: 494-501, 2006³⁷⁾ より引用)

ても死亡率改善には至らなかったという報告もある³⁷⁾。認知障害を有する心不全患者に対する特異的な在宅管理プログラムや介入方法については今後さらに検討を要するが、その必要性は認識されている。

まとめ

心不全患者において精神的問題は大きく、さらにその予後に係わる重要な因子であることがわかってきた。しかし、従来循環器疾患でいわれてきた「リスクファクター」になりうるかはまだわからない。ただ、この問題に取り組むことは心不全患者の QOL を改善し、治療へのアドヒアランスが向上することで治療効果の改善、そして予後改善にもつながることと期待される。今後、心不全患者に対するより詳細な標的の抽出と多職種との連携 (チーム医療)、社会でのサポート体制の構築が望まれる。

参考文献

- Egede LE: Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. Gen Hosp Psychiatry, 29: 409-416, 2007.
- Lichtman JH, Bigger Jr JT, Blumenthal JA, et al.: Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment. Circulation, 118: 1768-1775, 2008.
- Whooley MA: Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. JAMA, 295: 2874-2881, 2006.
- Lesperance F, Frasare-Smith N: Depression in patients with cardiac disease: a practical review. J Psychosom Res, 48: 379-391, 2000.
- Havranek EP, Ware MG, Lowes BD: Prevalence of depression in congestive heart failure. Am J Cardiol, 84: 348-350, 1999.
- Guck TP, Elsasser GN, Kavan MG, et al.: Depression and congestive heart failure. Congest Heart Fail, 9: 163-169, 2003.
- Kato N, Kinugawa K, Yao A, et al.: Relationship of depressive symptoms with hospitalization and death in Japanese patients with heart failure. J Card Fail, 15: 912-919, 2009.
- Koenig HG: Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. Gen Hosp Psychiatry, 20: 29-43, 1998.
- Jiang W, Alexander J, Christopher EJ, et al.: Relationship of depression to increase risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. Arch Intern Med, 161: 1849-1856, 2001.
- de Denus S, Spinler SA, Jessup M, et al.: History of depression as a predictor of adverse outcomes in patients hospitalized for decompensated heart failure. Pharmacotherapy, 24: 1306-1310, 2004.
- 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: 1527-1537, 2006.
- Shimizu Y, Yamada S, Miyake F, et al.: The effects of depression on the course of functional limitations in patients with chronic heart failure. J Cardiac Fail, 17: 503-510, 2011.
- Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al.: Depression and outcomes in hospitalized Japanese patients with cardiovascular disease—Prospective single-center observational study—. Circ J, 75: 2465-2473, 2011.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Groghan TW: Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med, 160: 2101-2107, 2000.

- 2000.
- 15) Van der Wal MHL, Jaarsma T, Moser DK, et al.: Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*, 27: 434-440, 2006.
 - 16) Tsuchihashi-Makaya M, Kato N, Chishaki A, et al.: Anxiety and poor social support are independently associated with adverse outcomes in patients with mild heart failure. *Circ J*, 73: 280-287, 2009.
 - 17) Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J: Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication for therapy. *Circulation*, 99: 2192-2217, 1999.
 - 18) Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS: The cardiovascular toll of stress. *Lancet*, 370: 1089-1100, 2007.
 - 19) Gottlieb SS, Kop WJ, Thomas SA, et al.: A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure. *Am Heart J*, 153: 868-873, 2007.
 - 20) Lesperance F, Frasur-Smith N, Laliberte MA, et al.: An open-label study of nefazodone treatment of major depression in patients with congestive heart failure. *Can J Psychiatry*, 48: 695-701, 2003.
 - 21) O'Connor CM, Jiang W, Kuchibhatla M, et al, for the SADHART-CHF Investigators: Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure. Results of the SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) Trial. *J Am Coll Cardiol*, 56: 692-699, 2010.
 - 22) Jiang W, Krishnan R, Kuchibhatla M, et al, for the SADHART-CHF Investigators: Characteristics of depression remission and its relation with cardiovascular outcome among patients with chronic heart failure (from SADHART-CHF Study). *Am J Cardiol*, 107: 545-551, 2011.
 - 23) Haworth JE, Moniz-Cook E, Clark AL, et al.: Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. *Eur J Heart Fail*, 7: 803-808, 2005.
 - 24) De Jong MJ, Moser DK, An K, et al.: Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 3: 247-253, 2004.
 - 25) Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, et al.: Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 110: 3452-3456, 2004.
 - 26) Friedmann E, Thomas SA, Liu F, et al.: Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *Am Heart J*, 152: 940, e1-e8, 2006.
 - 27) Konstam V, Salem D, Pouleur H, et al.: Baseline quality of life as a predictor of mortality and hospitalization in 5,025 patients with congestive heart failure: SOLVD Investigations (Studies of Left Ventricular Dysfunction Investigators). *Am J Cardiol*, 78: 890-895, 1996.
 - 28) Damen NL, Pelle AJ, Szabó BM, et al.: Symptoms of anxiety and cardiac hospitalization at 12 months in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*, 27: 345-350, 2012.
 - 29) Cully JA, Stanley MA, Deswal A, et al.: Cognitive-behavioral therapy for chronic cardiopulmonary conditions: preliminary outcomes from an open trial. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010; 12. pii: PCC.09m00896.
 - 30) Vogels RLC, Scheltens P, Schroeder-Tanka JM, et al.: Cognitive impairment in heart failure: A systemic review of the literature. *Eur J Heart Fail*, 9: 440-449, 2007.
 - 31) Sila CA: Cognitive impairment in chronic heart failure. *Cleve Clin J of Med*, 74 (Suppl 1): S132-137, 2007.
 - 32) Harkness K, Demers C, Heckman GA, et al.: Screening for cognitive deficits using the Montreal Cognitive Assessment tool in outpatients 65 years of age with heart failure. *Am J Cardiol*, 107: 1203-1207, 2011.
 - 33) Almeida OP, Tamai S: Congestive heart failure and cognitive functioning among older adults. *Arq Neuropsiquiatr*, 59: 324-329, 2001.
 - 34) Zuccala G, Onder G, Marzetti E, et al.: Use of angiotensin-converting enzyme inhibitors and variations in cognitive performance among patients with heart failure. *Eur Heart J*, 26: 226-233, 2005.
 - 35) Zuccala G, Pedone C, Cesari M, et al.: The effects of cognitive impairment on mortality among hospitalized patients with heart failure. *Am J Med*, 115: 97-103, 2003.
 - 36) Rozzini R, Sabatini T: Cognitive impairment and mortality in elderly patients with heart failure. *Am J Med*, 116: 137-138, 2004.
 - 37) McLennan SN, Pearson SA, Cameron J, et al.: Prognostic importance of chronic heart failure patients: does specialist management make a difference? *Eur J Heart Fail*, 8: 494-501, 2006.
 - 38) Pressler SJ, Lim J, Riley P, et al.: Memory Dysfunction, Psychomotor Slowing, and Decreased Executive Function Predict Mortality in Patients With Heart Failure and Low Ejection Fraction. *J Cardiac Fail*, 16: 750-760, 2010.
 - 39) Evangelista LS, Dracup K: A closer look at compliance research in heart failure patients in the last decade. *Prog Cardiovasc Nurs*, 15: 97-103, 2000.
 - 40) Gregory D, Kimmelstiel C, Perry K, et al.: Hospital cost effect of a heart failure disease management program: The Specialized Primary and Networked Care in Heart Failure (SPAN-CHF) Trial. *Am Heart J*, 151: 1013-1018, 2006.

Ⅲ. 不整脈・デバイス

東京女子医科大学 循環器内科

鈴木 豪, 志賀 剛, 萩原誠久

不整脈と精神疾患、とりわけうつ (depression) と不安 (Anxiety) については、両方向性に影響を及ぼすものとして多くの報告がある。その中で、いくつかの前向き観察研究においても、うつや不安が致死性不整脈の誘因になる可能性が示唆されている^{1,2)}。

その機序については従来から、心拍変動の低下や交感神経の過剰亢進などが取り上げられているが、うつ病や不安障害がある場合、生活習慣や行動様式、糖尿病などの合併疾患の関与がありその機序は複雑である。

我々は自験例から、循環器疾患患者において一定の割合で抑うつ症状が存在し、抑うつは循環器疾患の独立した予後悪化因子であることを示した³⁾。このなかで、うつに関する危険因子として、NYHA 心機能分類および ICD (Implantable Cardioverter defibrillator: 植込み型

除細動器) の使用が要因として考えられ、これは心機能や年齢、性別などを補正してもなお独立した因子であった。

この結果は横断調査からうつの構成要因を検討したものであるが、うつの存在と不整脈の関係、つまり原因か結果かの議論に関してはこの結果からは確認できない。

そこで我々は、新規 ICD 植込みの患者を対象に、植込み以前の精神的要因が作動に関連するかを検討するため、連続 120 名での前向き観察研究を行った。

その結果、致死性不整脈を有する ICD 適応の患者群では、抑うつ症状は 25% に、また不安は 59% に及び、ICD 適切作動は抑うつありかつ不安 (特性不安) がともに高い症例において有意に多いことが示された (図 1)。

この傾向は ICD 適応 (二次予防)、左駆出率、

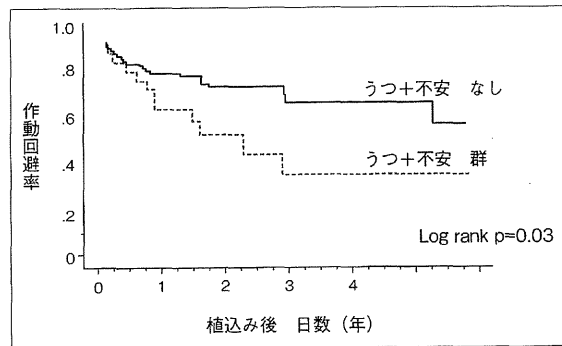


図 1 適切作動までの時間

腎機能、NYHA 心機能分類で補正してもなお有意であった (ハザード比 2.3 (95% 信頼区間 1.05-5.2))。

すなわち、植込み前の精神心理的要因も致死性不整脈の出現に関与している可能性があると考えられる。

また植込み前の患者つまり ICD 使用に関係なく致死性心室性不整脈を有する患者群においてこのように抑うつ傾向と高い不安が見られたことにも注目すべきである。

同時に ICD 使用患者においては一定の割合でうつや不安障害が存在することも多くの研究で示されている。

Sears らによると ICD 使用患者の 24~87% の患者にうつや不安が見られ、13~38% は臨

床上困難な不安を抱えていると報告している⁴⁾。

我々の報告でも横断調査において ICD 使用患者の 32% が抑うつ症状を有し、2 年間の調査期間を経ても約 75% の患者において抑うつが持続していた。抑うつの持続には、いくつかの要因が考えられるが、ICD のショック作動はうつの持続と関連していた⁵⁾。

ICD 使用患者の抑うつや不安を維持させる要因はもちろん作動のみならず、家族のサポートや年齢、性格傾向も挙げられ、それらが複雑に絡み合い、症例によっては医療者の介入が困難なケースにも遭遇する。

具体的事例を通じて、以下に循環器内科医療スタッフが患者に対してどのようにアプローチすべきかを検討することとする。



症例: 53 歳, 男性
主訴: 動悸

症例は 53 歳の男性。臨床診断は肥大型心筋症、心室頻拍、高血圧症である。動悸を主訴に受診した。心電図にて心拍数 180/min の持続性心室頻拍を確認され電氣的除細動にて洞調律に回復した。精査の結果、肥大型心筋症の診断となった。心室頻拍に対してはカテーテルアブレーションを試みたが、心外膜起源のため断念し、ICD 植込みを行い薬物療法は Enalapril 2.5 mg、Carvedilol 20 mg とし退院となった。しかし 2 ヶ月後、飲酒後に ICD が初回作動し、その 3 日後 ICD 頻回作動となったため緊急入院となった。

心理社会的背景としては、独身男性、独居である。学歴は高校卒業であり、職業は会社員である。

植込み前の心理テスト (*) では SDS 29、STAI (状態不安) 29、STAI (特性不安) 30 であった。頻回作動で入院し、急性期を経過した 2 週間後に再度施行した心理テストでは SDS 51、STAI (状態不安) 47、STAI (特性不安) 49 と作動経験前に比較してスコア上昇を認めた。

循環器的治療としては、カテーテルアブレーションが困難な VT であり薬物療法の強化が必要であった。β遮断薬変更 (atenolol 100 mg)、およびアミオダロンの導入を行い不整脈の減少を認めた。しかし入院経過中も入浴中に作動があり、抑うつ、不安の増強が見られたため、薬物療法として精神科医と協議した上で Lorazepam 1 mg を導入した。

入院後 2 ヶ月の時点でほぼ心室頻拍は抑制されたが、患者の発作、作動に対する恐怖が強く、心理検査を再検したが SDS、STAI ともに高値が維持されていた。ADL の拡大が得られず退院が困難な状態となった。

患者の予期不安、作動に関する恐怖が強く、臨床心理士と精神科医と協議を行った。精神的診断は ICD 作動に関連した不安障害であり、抗不安薬から SSRI の変更および認知行

動療法（以下、CBT）の導入の方針とした。

医師・看護師が週1回のカンファレンスを臨床心理士とともに行った。心理士の指導のもと、主に看護師による介入を病棟で行い1か月のプログラムを施行した。

* SDS: Zung Self-Rating Depression Scale (うつ病の自己評価スケール)

* STAI: State-Trait Anxiety Inventory (不安の自己評価スケール)

①問題点の整理

いっどこで作動がおこるかかわからないという予期不安から一人で行動することを避け（回避行動）、医療者の付き添いやモニターで発作が起こっていないことの確認を求める「安全確保行動」が出現した。さらに作動について考えると胸部不快感、胃のむかつきなどを自覚するという不安による身体化症状も出現していた。

②認知行動療法（CBT）の実施

不安日記を患者と医療スタッフで共有し、どのような場面で不安が生じるのかを記録（不安対象のセルフモニタリング）し、患者自身が不安を感じたときにどのように対処しているか（コーピング）にも注目した。ここで挙げられたコーピングを積極的に使用するように患者を励まし、行動拡大を進めていき、回避していた入浴や病棟外への散歩が可能になった（段階的な行動拡大の継続、リラクゼーションの導入）。

CBT 導入後、患者の回避行動は改善し、不安に対する対処法を獲得したことで退院に対する不安も改善した。退院前最終の心理テストでは SDS 37, STAI (状態不安) 30, STAI (特性不安) 34 まで改善した。

ICD・CRTD 使用患者のメンタルケア

介入のタイミング

Sears らによると、ICD 患者の心理的危険因子は①若年、②社会的サポートが乏しい、③疾患による身体制約、④ ICD 作動、⑤ ICD そのものの受け入れが十分でないなどの要因が挙げられている⁴⁾。作動に関しては前述の我々の報告でも、頻回作動後に一定の頻度で作動を経験した例は経時的に抑うつが持続することが示された。植込みからの期間は抑うつの持続には関連を認めなかった⁵⁾。

①植込み前

したがってこれらのデバイスを使用する患者に対して、植込み前の説明は患者の device acceptance という観点から極めて重要である。要旨は突然死の回避というメリットのみならず、誤作動の可能性やデバイス感染のリスク、作動の種類とプログラミングの内容などを十分に説明する必要がある。また退院後に重要になる作動時の対応も重要である。病院への連絡や家族の対応の仕方を説明する。近年は自宅で作動状況やリードトラブルなどを監視するホームモニタリングシステムが拡充しつつあり、患者の QOL 向上に今後期待がもたれている。

②植込み後

上記リスクに準じ、作動頻度が多い例やとくに CRTD 適応の慢性心不全の症例は心不全の重症度による抑うつが見られることがあり、両者を満たす場合は心理的負荷にも十分注意が必要である。

本症例提示のごとく心理的負荷は各種スクリーニングを用いて身体科でも評価は可能である。ICD 患者の場合、

- ① 予期不安（次にまた作動するかも知れないという不安）
- ② 回避行動（作動があった場所や場面を避ける）
- ③ 空間恐怖（エレベータで作動すると乗れないなど）

の訴えが強く生活の質を損ねると考えられた場合は心理テストがなくとも臨床心理士やリエゾン科への紹介を考慮する。

上記の反応は多かれ少なかれすべての患者にみられるとも考えられるが、通常は作動経験のあと時間とともに改善していくことが多い。しかし症例により持続したり、程度が強く退院困難、退院後の QOL を著しく損ねる場合は介入が必要である。

介入の方法は以下に示すように薬物療法や認知行動療法などの方法が検討される。

具体的な介入の方法は何か

①薬物介入

ICD 作動や不整脈発作に伴う不安の増強、抑うつ状態は心身症としての急性反応であり、急性の反応に対処するためには薬物療法が有効である。ベンゾジアゼピン系抗不安薬などは短期間で不安を緩和させるには有効な薬剤である。

SSRI は効果発現までに時間を要するため、作動急性期には即効性の期待できるベンゾジアゼピン系抗不安薬を使用し、継続して薬物療法が必要な持続する抑うつには SSRI の有効性が期待される。

②心理療法

認知行動療法の基本は、不安対象の具体化（セルフモニタリング）と不安を感じた際の対応（コーピング）を把握し、緊張緩和のためのスキルを獲得しながら段階的に行動の拡大を図る（エクスポージャー）ことである。不安や抑うつ、パニック症状は薬物療法で緩和が期待できるが、予期不安は薬物療法で改善が難しいため認知療法が症例によっては有効であると考えられる。

看護師を中心に治療を行い、チーム医療で患者に対する包括的な関わりをもつことで、不安に対する対処法や行動変容のスキルを患者自らが獲得することが可能となる。ICD 症例における CBT の有用性の報告が散見される⁶⁻⁸⁾。

このような心理療法の導入には循環器内科と精神科医または臨床心理士との密な連携が非常に重要である。

◆参考文献◆

- 1) Whang W, Albert CM, Sears SF, et al.: Depression as a predictor For appropriate shocks among patients with implantable cardioverter defibrillators: result from the Triggers of Ventricular arrhythmias study. JACC, 45(5): 1090-1095, 2005.
- 2) Van den Broek KC, Nyklicek I, Van der Voort PH, et al.: Risk of ventricular arrhythmia after implantable cardioverter Defibrillator treatment in anxious type D patients. JACC, 54(6)531-537, 2009.
- 3) Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al.: Depression and outcomes in hospitalized Japa-

- nese patients with cardiovascular disease: a prospective single-center observational study. *Circulation J*, 75(10): 2465-2473, 2011.
- 4) Sears SF, Conti JB: Quality of life and psychological functioning of ICD patients. *Heart*, 87: 488-493, 2002.
- 5) Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al.: Prevalence and Persistence of Depression in Patients with Implantable Cardioverter defibrillator: 2 years longitudinal study. *Pacing Clin Electrophysiol*, 33(12): 1455-1461, 2010.
- 6) Lewin RJ, Coulton S, Frizelle, DJ, et al.: A brief cognitive behavioural pre implantation and rehabilitation program for patients receiving Implantable Cardioverter Defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned re-admissions. *Heart*, 95: 63-69, 2009.
- 7) Sears SF, Sowell LD, 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. *PACE*, 30: 858-864, 2007.
- 8) Chevalier P, Cottraux J, Mollard E, et al.: Prevention of Implantable defibrillator shocks by cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Am Heart J*, 151: 191 (e1-e6), 2006.

IV. 冠動脈疾患と抑うつ・不安

日本医科大学 内科学講座 (循環器・肝臓・老年・総合病態部門)

中村俊一, 加藤浩司, 水野杏一

この十数年の間に、虚血性心疾患のリスクファクターについての研究は大変な進歩を見せ、その2次予防の治療法は確立しつつある。その中で抑うつや不安、怒り、社会的孤立といった心理社会的因子が急性心筋梗塞 (myocardial infarction: MI) や心臓突然死の重要なリスクファクターであり、さらにはアテローム性動脈硬化の進展に寄与するというインパクトのあるエビデンスが集積されている。しかしながら、日常診療の中で比較の実態がつかみづらいこともあり、本邦の循環器診療において、このような因子に対して十分な評価がされ、介入が行われているとはいえない。本稿では、心筋梗塞をはじめとした虚血性心疾患に対する抑うつ、不安、怒りといった心理社会的因子についてスクリーニングから診断と治療・ケアまで解説する。

冠動脈疾患と心理社会的因子

冠動脈疾患と心理社会的因子との関連については多くの研究がなされ、1959年にFriedmanらが虚血性心疾患患者には過度の競争心、潜在的敵意性などをもつことが多く、こういった性向をタイプA行動パターン (Type A behavior: TAB) と命名した¹⁾。TABが冠動脈疾患の独立したリスクファクターかどうかについてはいずれの報告もみられるが、1998年にKawachiらはMinnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) Type A Scaleを

用いた診断法でTABが怒りや皮肉といった因子と独立した危険因子であることを報告している²⁾。

その後、TABの主要素の一つである敵意性 (hostility) が、冠動脈疾患と関係する「毒性要素」として注目されるようになった。Barefootらは、730名の健康男性を27年間追跡し、敵意性の高いものは、そうでないものに比べ心筋梗塞になる確率が1.6倍であったと報告した。敵意性と心筋梗塞発症の関連は、喫煙、アルコール摂取、身体活動度、body mass indexといった日常行動に関連するリスクファクターで調整すれば、その統計学的有意性を失うという研究もあるものの、メタ解析を用いたレビューによると、敵意性は冠動脈疾患の独立したリスクファクターであると結論づけられている⁴⁾。加えて2011年にNewmanらは敵意性の評価を従来のようなアンケート形式ではなくインタビュー形式による客観的評価で判断すると、敵意性はより鋭敏な指標となったと報告している⁵⁾。

さらに最近では疫学的研究から冠動脈疾患患者において抑うつ、不安、社会的支援が独立した予後指標であるとの注目すべき報告が多数なされている。

冠動脈疾患患者はうつ病の罹患率が高い

うつ病の評価尺度を用いたLadwigらの研究によれば冠動脈疾患患者の20~50%がなんらかのうつ症状を呈していたと報告されてい

VI. サイコオンコロジーの動向と現状

—がん診療連携拠点病院緩和ケアチームに携わる精神症状緩和担当医師の現状調査—

小川 朝生

(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部)

はじめに

がん医療において、がん患者・および家族は、せん妄をはじめうつ病や適応障害などさまざまな精神症状に対する精神的支援を必要とする。患者・家族に対して適切な症状緩和を提供するために、がん診療連携拠点病院では緩和ケアチームを設置し、精神症状緩和担当医師を配置することを義務づけられている。

しかし、実際のところ、緩和ケアチームによる支援は、各施設の人的資源の実状に依存して質とともに幅があることが明らかとなってきた。今後、がん診療連携拠点病院の現状に即した形で、精神腫瘍医の育成や緩和ケアチームの技術研修などの診療支援を提言することが必要であるが、望まれる診療支援の内容を推量する基礎資料に乏しい問題があった。そこで今後、全国のがん診療連携拠点病院に対して適切な診療支援を計画するための基礎資料として、がん患者の精神症状緩和に携わる緩和ケアチーム精神症状緩和担当医師の現状調査を計画した。

調査方法

1. 目的

全国のがん診療連携拠点病院を対象として、がん医療における精神症状緩和担当医師の診療の実態を把握する。

2. 対象

全国のがん診療連携拠点病院において、緩和ケアチームの精神症状緩和を担当する常勤・非常勤

の医師。

3. 調査方法

郵送法によるアンケート調査を実施した。質問項目は、コンサルテーション・リエゾン精神科医や心療内科医、心理職、看護師、緩和ケア医が合議をし、レビューを行った。その上で、Donabedianのケアの質の評価方法にならう、緩和ケアにおける精神症状コンサルテーション・リエゾン臨床を評価する項目を、structure, process, outcomeに分けて検討した。特に、コンサルテーション活動のプロセス評価には注意を払い、身体症状評価や精神的評価、意思決定能力の評価、治療決定の支援、ケアのゴールの共有、担当医や病棟スタッフとの連携、多職種間のケアのコーディネート、フォローアップの用意をあげた。

アンケート（回答依頼状、研究趣旨説明書、アンケート、返信用封筒）を発送し、調査に同意した対象者には、アンケートに記入した後に返信にて回答を求めた。発送から4週間の時点で回答がない対象施設に対しては、再度アンケート（回答依頼状、研究趣旨説明書、アンケート、返信用封筒）を再送した。

結果

調査は2009年11月から2010年2月まで行った。調査票を全国375施設のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチーム精神症状緩和担当医師宛に発送し、回答は233施設（62.1%）から得た。回答施設の内訳は緩和ケア診療加算届出施設80施設、

表1 がん診療連携拠点病院の特徴（緩和ケア診療加算届出の別）

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
がんセンター	8	20	0.63
大学病院	32	21	<0.001
緩和ケア病棟がある	16 (20%)	33 (22%)	0.87
一般精神科病棟がある	44 (55%)	54 (35%)	0.005
一般精神科外来がある	71 (89%)	109 (71%)	0.003
コンサルテーション・リエゾンサービスがある	76 (95%)	134 (88%)	0.10
常勤精神科医・心療内科医	4	1	<0.001
	5名以上	30 (20%)	
	2~4名	43 (28%)	
	1名	19 (22%)	
心理職常勤 (人)	1	0	0.18
心理非常勤 (人)	0	0	0.99

表2 精神症状緩和担当医師の背景

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
精神症状緩和担当医師の背景			
臨床経験年数	16.3 (±6.9)	18.8 (±8.0)	0.02
がん臨床経験年数	7.9 (±6.8)	7.0 (±6.5)	0.33
緩和ケア研修会への参加	72 (90%)	117 (77%)	0.02
勤務内容 (専従、専任)	19 (24%) 30 (38%)	11 (7%) 22 (14%)	
精神症状緩和担当医師と緩和ケアチームとの協働			
チーム回診への参加	42 (53%) 21 (26%) 17 (21%)	62 (41%) 26 (17%) 64 (42%)	0.003
チームカンファレンスへの参加	61 (76%) 7 (9%) 12 (15%)	97 (63%) 27 (18%) 28 (18%)	0.02

診療加算届出のない施設が153施設であった。

に常勤の精神科医・心療内科医がいた。

施設の特徴 (表1)

がん診療連携拠点病院の施設の特徴を緩和ケア診療加算届出の有無で2群に分けて比較をした。緩和ケア診療加算届出のある拠点病院は、届出のない拠点病院と比較して、大学病院が多く、一般精神科病棟、一般精神科外来を開いている施設が多かった。

一方、緩和ケア病棟の有無には有意差を認めなかった。

緩和ケア診療加算の届出のない施設でも70%

精神症状緩和担当医師の背景 (表2)

精神症状緩和担当医師の背景についても調べた。臨床経験が診療加算届け出施設で16.3年、届け出なしの施設で18.8年で、届け出施設の方が経験が2年ほど短かった。緩和ケアチームへの参加形態に関しては、診療加算届け出施設の24%が専従の形態をとっており、緩和ケアチームの活動に専念する体制がとられていた。

一方、届け出なしの施設では業務時間の50%以上が確保されている施設は14%に留まり、一般

表3 活動状況

	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value	
精神症状緩和の対象範囲				
入院中のがん患者	80 (100%)	153 (100%)	>0.99	
外来のがん患者	67 (84%)	109 (71%)	0.04	
家族	57 (71%)	88 (58%)	0.04	
遺族	30 (38%)	38 (25%)	0.043	
介入件数・対応時間				
精神症状緩和介入件数 (/2週)	5.5	4	0.001	
精神症状緩和 (家族) (/2週)	0	0		
精神症状緩和 (遺族) (/2週)	0	0		
診察日数 (/週)	2	1	<0.001	
介入期間 (日)				
1~7 day	12 (17%)	36 (27%)		
> 1~4 week	46 (67%)	77 (58%)	0.26	
> 1~3 mo	10 (15%)	17 (13%)		
> 3 mo	1 (1%)	1 (1%)		
死亡退院率 (%)	30	50	0.040	
精神症状緩和に費やした時間 (分/週)				
緩和ケアチームでの活動時間	741	516	0.002	
緩和ケアチームとコンサルテーションを兼ねる	603	373	0.03	
	139	143	0.92	
入院患者への対応				
通常依頼への対応時間				
24時間以内	60 (75%)	77 (51%)		
2~3日以内	17 (21%)	37 (24%)	<0.001	
1週間以内	3 (4%)	37 (24%)		
時間内の緊急依頼への対応	対応する	76 (95%)	118 (78%)	0.001
時間外の緊急対応	直接対応する	19 (24%)	33 (22%)	
	代行者が対応する	46 (58%)	70 (46%)	0.043
	対応しない	15 (19%)	47 (31%)	
時間外の病状変化への対応	直接対応する	23 (29%)	32 (22%)	
	代行者が対応する	45 (56%)	81 (54%)	0.31
	対応しない	11 (14%)	34 (23%)	
外来患者への対応				
外来の依頼への対応時間				
24時間以内	26 (37%)	39 (33%)		
2, 3日以内	18 (26%)	22 (19%)	0.45	
1週間以内	25 (36%)	56 (48%)		
外来患者への緊急対応	対応する	64 (92%)	90 (77%)	0.016
外来時間外の緊急対応	直接対応する	12 (17%)	24 (21%)	
	代行者が対応する	33 (47%)	52 (44%)	0.85
	対応しない	25 (36%)	41 (35%)	

精神科外来を行いながら必要に応じてチームの活動に参加する形態であることが明らかになった。

活動状況 (表3)

緩和ケアチームが提供する精神的ケアの実

態に関して解析を行った。調査前2週間での介入件数は、緩和ケア診療加算届出施設で5.5件、届出なしの施設で4件であり、診療加算届出施設で有意に高かった。患者以外の家族や遺族に関する介入はどちらもほとんどなかった。

介入に際しては、診察の回数は届出施設で2

表4 診療のプロセス (身体状況)

診療のプロセス	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
担当医に直接確認			
いつも、たいていしている	56 (70%)	90 (59%)	
時々している	19 (24%)	43 (29%)	0.07
あまりしていない、ほとんどしていない	5 (6%)	20 (13%)	
依頼以外の問題点の評価			
いつも、たいていしている	64 (80%)	110 (72%)	
時々している	13 (16%)	31 (20%)	0.16
あまりしていない、ほとんどしていない	3 (4%)	12 (8%)	
患者を直接診察する			
いつも、たいていしている	79 (99%)	144 (94%)	
時々している	1 (1%)	9 (5%)	0.10
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	1 (1%)	
がんの治療歴の確認			
いつも、たいていしている	78 (98%)	135 (88%)	
時々している	1 (1%)	15 (10%)	0.02
あまりしていない、ほとんどしていない	1 (1%)	3 (2%)	
予後の評価			
いつも、たいていしている	74 (93%)	124 (81%)	
時々している	6 (7%)	23 (15%)	0.02
あまりしていない、ほとんどしていない	0 (0%)	6 (4%)	
疼痛の評価			
いつも、たいていしている	66 (83%)	106 (69%)	
時々している	10 (13%)	25 (16%)	0.02
あまりしていない、ほとんどしていない	4 (5%)	22 (15%)	
疼痛以外の身体症状評価			
いつも、たいていしている	67 (84%)	103 (67%)	
時々している	9 (11%)	21 (14%)	0.004
あまりしていない、ほとんどしていない	4 (5%)	29 (19%)	
Performance Status 評価			
いつも、たいていしている	57 (71%)	90 (59%)	
時々している	14 (18%)	30 (20%)	0.04
あまりしていない、ほとんどしていない	9 (11%)	33 (21%)	

回、届け出のない施設で1回であり、届け出施設の方が有意に多かった。

介入期間は、どちらも中央値は20日で有意差を認めなかった。

精神症状緩和に費やした時間については、届け出施設で741分/週、届け出のない施設で516分/週で、届け出施設の方が有意に長かった。

診療のプロセス (表4~6)

精神症状緩和に関するコンサルテーションのプロセスの実施率を調べた。緩和ケア診療加算届出施設と届け出のない施設では、25項目中16項

目で実施率に有意差が認められた。

実施率が届け出施設で高かった項目は、がんの治療歴の確認や予後の評価、疼痛の評価、身体症状の評価、Performance Status の評価、経済的問題の評価、療養場所に関する適否の評価・対応、退院後の支援の必要性の評価、患者家族関係の評価、患者の意向の評価、家族の意向の評価であった。実施率の差が生じた項目は、介入前に行うべき患者家族の包括的な評価に関する項目と、今後の見通しを考えるうえで重要になる項目であった。そして、診療加算届出施設の方が、包括的な介入を行っており、診療の質が高い可能性が示唆された。

表5 診療のプロセス (包括的アセスメント)

診療のプロセス (包括的アセスメント)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
通常反応, 再発不安への対応			
いつも, たいていしている	71 (89%)	129 (85%)	0.33
時々している	7 (9%)	15 (10%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	2 (2%)	9 (5%)	
経済的問題の評価・対応			
いつも, たいていしている	37 (46%)	54 (35%)	0.01
時々している	28 (35%)	43 (28%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	15 (19%)	56 (37%)	
療養場所の適否評価・対応			
いつも, たいていしている	47 (59%)	63 (41%)	0.01
時々している	15 (19%)	39 (26%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	18 (23%)	51 (33%)	
退院後の支援の必要性評価			
いつも, たいていしている	42 (53%)	59 (39%)	0.01
時々している	21 (26%)	35 (23%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	17 (21%)	59 (39%)	
医療者患者関係の評価			
いつも, たいていしている	48 (60%)	78 (51%)	0.13
時々している	17 (21%)	33 (22%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	15 (19%)	42 (27%)	
患者家族関係の評価			
いつも, たいていしている	56 (70%)	85 (56%)	0.02
時々している	18 (23%)	45 (29%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	6 (7%)	23 (15%)	
患者の意向を評価			
いつも, たいていしている	65 (81%)	106 (69%)	0.043
時々している	9 (11%)	24 (16%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	6 (8%)	23 (15%)	
家族の意向評価			
いつも, たいていしている	50 (63%)	74 (48%)	0.03
時々している	20 (25%)	47 (31%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	10 (12%)	32 (21%)	
多職種でのアセスメントの実施			
いつも, たいていしている	64 (80%)	109 (72%)	0.048
時々している	14 (18%)	31 (21%)	
あまりしていない, していない	2 (3%)	11 (7%)	

おわりに

精神症状緩和に関する全国的な調査は今までなされておらず, 今回の調査で, 拠点病院でどのような運用で精神症状緩和が実施されているのかが

初めて明らかになった。拠点病院で質の高い精神症状緩和を提供するためには, 緩和ケアチームと精神科医・心療内科医との密な連携が欠かせない。効果的な連携を図るために, チーム医療がわが国に根づくことが重要であろう。

表6 診療のプロセス (治療, コーディネーション)

診療のプロセス (治療, コーディネーション)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出施設) (n=80)	がん診療連携拠点病院 (緩和ケア診療加算届出なし) (n=153)	P value
治療計画について担当医と直接相談			
いつも, たいていしている	58 (73%)	81 (53%)	0.004
時々している	16 (20%)	50 (33%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	6 (7%)	22 (14%)	
薬物療法の提案・推奨			
いつも, たいていしている	60 (75%)	114 (75%)	0.85
時々している	19 (24%)	33 (22%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	1 (1%)	6 (4%)	
向精神薬の処方			
いつも, たいていしている	58 (73%)	102 (67%)	0.51
時々している	7 (9%)	22 (15%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	15 (19%)	28 (18%)	
精神療法の提供			
いつも, たいていしている	67 (84%)	109 (72%)	0.03
時々している	11 (14%)	30 (20%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	2 (3%)	13 (9%)	
病棟スタッフと直接相談			
いつも, たいていしている	72 (90%)	118 (77%)	0.01
時々している	8 (10%)	29 (19%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	0 (0%)	6 (4%)	
病棟カンファレンスへの参加			
いつも, たいていしている	23 (29%)	27 (18%)	< 0.001
時々している	32 (40%)	36 (23%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	25 (31%)	89 (59%)	
家族との面談			
いつも, たいていしている	23 (29%)	39 (26%)	0.40
時々している	46 (58%)	85 (56%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	11 (14%)	28 (18%)	
カルテ記載			
いつも, たいていしている	76 (95%)	147 (96%)	0.68
時々している	2 (3%)	5 (3%)	
あまりしていない, ほとんどしていない	2 (3%)	1 (1%)	

参考文献

- Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, et al: Availability and integration of palliative care at US cancer centers. JAMA 303 (11): 1054-1061, 2010
- Kissane DW, Smith GC: Consultation-liaison psychiatry in an Australian oncology unit. Aust N Z J Psychiatry 30 (3): 397-404, 1996
- Grassi L, Giraldi T, Messina EG, et al: Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. Support Care Cancer 8 (1): 40-45, 2000
- Pomeranz A, Cole BH, Watts BV, et al: Improving efficiency and access to mental health care: combining integrated care and advanced access. General Hospital Psychiatry 30 (6): 546-551, 2008
- Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 44 (3): 166-203, 1966

II. 各稿

- case: results from an international survey. Mov Disord 17: 60-67, 2002.
- 3) Schrag A, Jahanshahi M, Quinn N: What contributes to quality of life in patients with Parkinson's disease? J Neurol Neurosurg Psychiatry 69: 308-312, 2000.
- 4) 山本光利: パーキンソン病におけるうつ。パーキンソン病の認知と精神医学的側面。中外医学社, 東京, pp38-63, 2003.
- 5) Schrag A, Barone P, Brown RG, et al: Depression Rating Scales in Parkinson's Disease: Critique and Recommendations. Mov Disord 22:1077-1092, 2007.
- 6) Remy P, Doder M, Lees A, et al: Depression in Parkinson's disease: loss of dopamine and noradrenaline innervation in the limbic system. Brain 128 (Pt 6):1314-1322, 2005.
- 7) Nagayama H, Kubo S, Hatano T, et al (Young Japanese Expert Group for Parkinson's Disease and Movement Disorders: YJ-EXPANDS): Validity and reliability assessment of a Japanese version of the snait-hamilton pleasure scale. Intern Med 51: 865-869, 2012.
- 8) Snaith RP, Hamilton M, Morley S, et al: A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. Br J Psychiatry 167: 99-103, 1995.
- 9) Inui H: Anhedonia in Japanese Parkinson's disease patients (abstract). 6th Mental Dysfunction in Parkinson's disease, Dresden, 2008.
- 10) Ehart U, Brønneck K, Leentjens AF, et al: Depressive symptom profile in Parkinson's disease: a comparison with depression in elderly patients without Parkinson's disease. Int J Geriatr Psychiatry 21: 252-258, 2006.

II. 各稿

各科領域でのうつ病診察のコツと処方例

うつ病の診断と治療の実際

7. がん等による慢性疼痛時のうつ病診察のコツと処方例

図 がんとうつ病との関連

- ① うつ病は、がん患者を支援する上で常に鑑別に挙げなければならない疾患の一つである。
- ② がんの種類や病期によらず、がん患者の約5~7%がうつ病に罹患している。
- ③ がん患者のうつ病の最大の原因の一つは、コントロールされていない疼痛があることである。

図 がんと疼痛

- ① がんに限らず、あらゆる身体疾患において、疼痛は最も頻度が高く、かつ不快な症状である。
- ② がんにおいて、70%の患者が疼痛を経験する。特に進行期では75%の患者に疼痛が認められ、25%は高度の疼痛をもちつつ亡くなると想定されている(表1)。

表1 がん患者の疼痛

腫瘍の進展に伴う疼痛	<ul style="list-style-type: none"> 骨浸潤 神経, plexus, 膵臓浸潤
抗がん治療に伴う疼痛	<ul style="list-style-type: none"> 術後痛 化学療法後の疼痛 放射線照射後の疼痛
抗がん治療と無関係の疼痛	

がん患者の疼痛の原因別分類。疼痛は腫瘍の進展だけではなく、治療により生じる場合もある。(筆者作成)

II. 各稿

- ① そのうちの80%は、適切な除痛方法(WHO方式がん疼痛治療法)に従った治療を行うことで除痛を図ることができるが、残り約20%にがん関連疼痛が残る。
- ② 疼痛のあるがん患者の20~45%にうつ病・適応障害が合併する。

図 疼痛とうつ病

- ① 疼痛の増悪と抑うつ症状の出現は、調査方法や治療、病期による差はあるものの、関連がある。
- ② うつ病や不安障害などを合併した患者の39%に疼痛があったのに対し、精神科診断のつかないがん患者では19%であった。
- ③ 疼痛の強い患者では抑うつ症状を合併する頻度は、弱い疼痛の患者に比べて2~4倍高い。
- ④ うつ病の診断がつく患者は、がんの転移のある場合により相関が強い。
- ⑤ うつ病が合併すると疼痛治療への反応が1/4に低下する。
- ⑥ コントロール不良の疼痛は、自覚のリスク因子である。
- ⑦ 疼痛コントロールがつかない患者においては、心理的苦痛が強いのは当然ではあるが、近年ではうつ病は疼痛増悪の経験の結果と考えるむきもある。

図 身体症状緩和とうつ病

- ① 疼痛と抑うつ症状が関連するのと同様に、疼痛と他の身体症状も関連がある。
- ② 代表的な症状として不眠や倦怠感、眠気などがある。疼痛だけが特別な身体症状とは限らない。最近では、疼痛と抑うつ症状と倦怠感を含めた症状のクラスターとして議論することもある。
- ③ 疼痛に対して処方される鎮痛薬(特にオピオイドや鎮痛補助

7. がん等による慢性疼痛時のうつ病診察のコツと処方例

薬(ステロイド、抗てんかん薬、抗うつ薬)による薬剤性精神症状を常に考慮する。神経伝達や神経叢への急激な浸潤により疼痛が生じていると疑われる場合には、疼痛軽減を期待してステロイド療法が行われることがある。ステロイドによる精神症状(せん妄や抑うつ)は、常に除外診断に挙げなければならない。

図 がんのうつ病に関連してしばしば見かける誤解

- ① 訴えない患者には問題がない。
 ↳ うつ病患者は意欲の低下や自責感から、自ら症状を訴えることが少ない。臨床現場では、「訴えない=患者は困っていない」とみなしがちなので注意。
- ② がんになったのだから、痛いのだから、気分が沈んで当たり前。
 ↳ うつ病の診断を行う際には、患者の置かれた状況とは独立して判断することが重要。「これだけつらい状況ならば、うつ病になっても当然」という安易な見立てが、適切な診断を阻む最大の要因である。
 ↳ 実際にがんになったとしても、すべての患者がうつ病になるわけではない。大うつ病の診断を満たす患者は多く見られなくても10%である。
- ③ うつ病は発見しても治らない。
 ↳ がん患者のうつ病でも、抗うつ薬による治療が有効である。
- ↳ 疼痛は total pain と呼ばれるとおり、身体因子に加え、精神心理的要因、社会的要因が絡んだ複合的な症状である。疼痛に対して、単に鎮痛薬を投与するだけでは必ずしも除痛が図れない。

㊦ うつ病を見つけるポイント

- ㊦「苦しくて死んでしまいたい」など希死念慮を訴える場合、「自分は家族の足手まといになっている」「迷惑をかけていて生きているのが申し訳ない」など強い自責感を訴える場合には、うつ病を常に疑う。
- ㊦いらいらしたり、落ち着きのない様子が続く場合に、うつ病を考える。
- ㊦疼痛が続く場合、常にうつ病を鑑別し挙げる。

㊦ 治療のポイント

- ㊦まず疼痛の包括的アセスメントを確実に実施する。緩和ケアが強調されるようになって、依然として疼痛が見逃されていることが繰り返し指摘されている(表2)。

1) 疼痛への対処の原則

- ㊦痛みが原因と想定される場合には、まず疼痛コントロールを確実に進めることが原則(表3)。
- ㊦心因性の疼痛はほとんどない。
- しばしば「疼痛を引き起こす器質的な原因が見当たらない、だからこの疼痛は心因性である」と決めてかかることがある。進行期のがんであっても、純粋に心因で疼痛が生じることはほとんどない。手術後長引く疼痛などは、神経障害性疼痛を考える。

㊦ 疼痛が見逃される原因

- 不適切なアセスメント
- 医療者の知識不足
- 医師-患者間のコミュニケーションの問題

がん患者のうつ病の診断は、疼痛の包括的アセスメントを確実に行うことが重要である。(筆者作成)

㊦ 疼痛アセスメントの原則

1. 患者は疼痛に悩んでいることを述べる
2. 病歴を詳細に確認する
3. 患者の精神・心理的狀態 (うつ病の有無や重症度、認知機能を確認する) (うつ病症状の有無や重症度、認知機能を確認する)
4. 注意深く神経学的所見をとる
5. 患者個々に応じた診断プロセスをとる
6. 患者が疼痛により受けている影響を評価する
7. 確実な診断を得るのに適した診断的治療を進める
8. 確定診断を得るまでの段階では、他にとり得る良薬療法を常に考慮する
9. 状態にあわせては、常に疼痛の影響のアセスメントを繰り返す

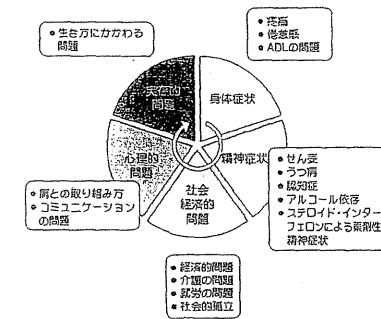
疼痛への対処は、疼痛コントロールを確実に行うことが重要である。(筆者作成)

2) うつ病の診断をする際に注意するポイント

- ㊦診断に際して、身体症状は広く含める。
- 過去に、がんをはじめとする身体疾患のうつ病を診断する際に、食欲不振や倦怠感などの身体症状が、身体疾患からくるのか、あるいはうつ病からくるのか、その鑑別が議論された。現在までに様々な診断基準が検討されたが、身体症状を含めるか否かで診断精度に差はないと考えられている。
- ㊦精神心理的な支援を合わせて行う。
- がんなどの重篤な疾患を持った患者への治療において、まず重要な点は、疼痛や抑うつなどの症状だけを見るのではなく、誠実な信頼関係に基づいて身体・精神・社会・生活面を含めた観点から治療にあたることである。

3) 包括的なアセスメント

- ㊦うつ病の発症には、身体的要因だけではなく、治療的な要因、社会的な要因が絡むのが一般的である。精神心理的支援を計画するためにも、身体症状、精神症状、社会的問題を整理する²⁾(図)。



㊦ 包括的アセスメント

がん患者の疼痛に対処する場合、各症状のみに焦点を当てるのではなく、常に関連する他の問題がないか注意を払いながら評価を必要がある。評価をする場合には、確實に緩和できる、確実に解決できる問題を見落とさないことに注意する。
ADL: 日常生活活動 (文献2より)

- ㊦注意をしたい点を以下に示す。

- ▷ 自殺の危険性を評価する。
- 身体的苦痛・精神的苦痛から、がん患者においては「死にたい」と希死念慮を訴える段階から、実際に自殺を考える、実行する段階までのステップがあると考えられている。
- ▷ 「このような状態では生きていても仕方がない、と思ったりしますか」「このままいっそのこと死んだほうがましではないか、と思ったりしますか」と尋ねる。
- ▷ 希死念慮が強い場合、自殺の具体的な計画や行動がある場合には、表4の対応を行い、どのような場合でもコト

㊦ 希死念慮における対応

- 言葉を安定し、その緩和をすくく実施する
- 医療者が苦痛の緩和に努めることをはっきりと伝える
- 特に疼痛など難治の場合、偶発的な自殺も可能であることを伝える

恐怖や将来への不安を和らげるように注意する。(筆者作成)

ロールできることを保障し、恐怖や将来への不安を和らげる。

4) うつ病のスクリーニング

- ㊦一般的なスクリーニングツールを使用することは有益である。
- ㊦どのツールを用いても精度に大きな差はない。
- ㊦忙しい臨床現場では、短時間で実施できる ultra short のスクリーニングツール (例えば PHQ-2 [Patient Health Questionnaire-2] や 2 項目質問法) を行い、陽性だった場合により細かいスクリーニング (例えば PHQ-9 や HADS [Hospital Anxiety and Depression Scale] など) を行うことが効率がよいと言われている。

5) 支持的な対応

- ㊦患者はがんという現実的な問題に直面している。一般的なニーズとして、医師-患者間の信頼を構築した上に、がんや治療に関する情報提供、相談支援センターやサポートグループなどの紹介、介護保険など社会資源の提供を合わせた環境調整から取り組みたい。

6) 薬物療法

1. 薬物療法を考える前に

- ㊦がん患者は高齢である場合が多く、がんやがんに伴う臓器障害以外にも合併症を持つことが多い。抗うつ薬を開始するか

どうか、開始するならばどの薬剤を選択するかを考える上で、アセスメントを追加する。

2. あらかじめ評価をしたい項目

- ◆投薬経路
服用が可能かどうか
- ◆身体症状
特に悪心嘔吐がある場合には、悪心嘔吐が生じやすい。SSRIは使いづらい
- ◆せん妄のリスク評価
過去にせん妄を発症したことがある場合には、抗うつ薬を使用するかどうかは慎重に判断する
- ◆オピオイドの使用
せん妄や便秘、悪心・嘔吐などの有害事象が重畳しやすい
- ◆予後の推定
少なくとも月単位は見込めることが開始の条件である。抗うつ薬の効果が発現するまでに2～12週かかる。予後が週単位の場合には、抗うつ薬による改善効果は期待しづらい

上記の評価をした後に、抗うつ薬を使用する際に避けるべき有害事象を確認し、その上で抗うつ薬を選択する。

3. 薬物療法の原則

- ◎少量から開始をし漸増する。
- ◎モニタリングをしつつ使用する。特に、開始後の2週間は注意する。
- ◎副作用の出現に細心の注意を払う。
- ◎注意をしたい有害事象を以下に示す。
▶特に悪心・嘔吐の出現は避ける。
オピオイドの有害事象に重畳する場合がある。
悪心・嘔吐が出現すると、食欲低下から全身状態の低下を

招くことがある。
▶せん妄のリスク。
抗うつ薬の抗コリン作用により、せん妄を惹起するリスクがある。せん妄を誘発すると意思決定が困難になり、治療の継続に影響する。

4. 投薬にあたり注意をしたい有害事象

- ◎ SSRI
- ◎悪心・嘔吐
SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）全般に生じやすいが、特にパキシル[®]、デプロメール[®]、ルボックス[®]で注意する。抗がん剤による治療中、悪液質が進行している場合には、食欲不振から全身状態が急激に悪化する場合がある。
- ◎消化管出血
頻度は低いが、上部消化管出血のリスクがある。がん性疼痛に対してNSAIDs(非ステロイド性抗炎症薬)を使用していたり、鎮痛補助薬としてステロイドを併用している場合には注意をする。過去に上部消化管出血の既往がある場合には、プロトンポンプ阻害剤(タケプロン[®]、バリエット[®]など)を併用する。
- ◎ SNRI
- ◎悪心・嘔吐
SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤）は、SSRIに比べて頻度は低いが同様に注意を払う。
- ◎尿閉
高齢患者でトレドミン[®]を使用する際に注意。
- ◎ NaSSA
- ◎眠気
NaSSA（ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ薬）では、オピオイドを使用している場合に、眠気が重なる場合がある。過去に抗ヒスタミン薬で強い眠気が出たことがあるか否かを問診することが参考になる。

- ◎ 三環系抗うつ薬
- ◎一般的に抗コリン作用(せん妄、便秘、口渇、排尿障害、眩目)が強い。オピオイドの有害事象と重なり、増悪させることが多く、第一選択として使用される機会は極めて限られるようになった。
- ◎ アモキシサピン(アモキシサン[®])
- ◎ 錐体外路症状
がん患者では、抗がん剤やオピオイドを使用する場合に制吐薬としてノバミン[®]やセレネース[®]、プリンペラン[®]などが処方されていることが多い。重ねて処方をするとう錐体外路症状が出現するリスクが高いため、あらかじめ制吐薬の使用を中止するか、別の抗うつ薬を選択する。

III 処方例

< SSRI >

[処方例]

- 1) レクサブロ[®](10 mg) 1錠
1日1回、4週間症状をみながら20 mgに漸増。
- 2) ジェイゾフト[®](25 mg) 1錠
1日1回から開始し、2、3週間ごとに25 mgずつ漸増、最大100 mgまで。

- ◎不安やパニック発作を合併する場合に効果的。
- ◎ SSRIは概して悪心・嘔吐の有害事象が生じやすい面があり、初期には制吐薬を併用するなどの有害事象対策を用いたほうがよい場合がある。プリンペラン[®]やナウゼリン[®]を併用する。また、エビデンスはないものの、抗うつ効果と制吐作用の両方を期待してドグマチール[®]やジブレキサ[®]を併用する場合がある。
- ◎乳がんのホルモン療法中に抗うつ薬を併用する場合には、タ

モキシフェンとの相互作用に注意をする。パキシル[®]やデプロメール[®]は、CYP2D6で代謝されるが、代謝産物がCYP2D6の阻害作用を持つため、タモキシフェンの代謝を阻害し、抗腫瘍効果を減弱させるリスクが報告されている。

< SNRI >

[処方例]

- 3) サインバルタ[®](20 mg) 1カプセル
1日1回朝から開始し、2、3週後症状をみながら40 mgに漸増。効果不十分な場合には60 mgまで増量可。

◎ SNRIは鎮痛補助薬としての作用もあり、末梢神経障害を中心とする神経障害性疼痛のある場合に、抗うつ効果と鎮痛効果と両者を期待して用いることが多い。

< NaSSA >

[処方例]

- 4) リフレックス[®](15 mg) 1錠
1日1回寝る前に経口投与。1週間以上の間隔をあけて15 mgずつ漸増。最大45 mgまで。

- ◎悪心・嘔吐の有害事象がない点で、がん患者には使いやすい。
- ◎食欲増進作用があり、食欲不振が強いがん患者では身体症状改善を期待して用いることがある。
- ◎鎮静効果を合併する不眠(特に熟睡障害のある場合)に用いることがある。
- ◎過鎮静に注意。

<三環系抗うつ薬>

【処方例】

- 5) トリプタノール (10 mg) 1錠
1日1回寝る前から開始し、10 mg ずつ増し、40～60 mg まで試みる。

- ③トリプタノールは、SNRI と並んで神経障害性疼痛に対する鎮痛補助薬として有効性が確立している。
- ④抗コリン作用が強いため、少量からゆっくり増量する。眠気や口渇が強いため、不快感が強くないかを確認しつつ使用する。

- ⑤前述1～5)を処方する。
- ⑥開始時に有害事象対策を行う。特に、悪心・嘔吐は薬物療法を困難にする最大の要因である。
- ⑦患者・家族に対して、開始時の有害事象とその対策について説明する。

<ベンゾジアゼピン系の抗不安薬>

- ⑧不眠や不安、焦燥感が強い場合は、ただちに症状改善が望まれることがあり、抗うつ薬が効果を発現する数週間を待つことが困難な時がある。その場合に、治療初期の不安軽減を期待して、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を併用することがある。
- ⑨がん患者は高齢者が多いため、代謝が遅延しやすいこと、また筋弛緩効果から転倒・転落のリスクがある。使用する場合には、コントロールを考慮して短時間型の抗不安薬を少量から使用する。
- ⑩抗不安薬の効果は短期であり、1カ月程度を目途に考える。長期にわたって使用しても、うつ病の治療効果はない。
- ⑪ベンゾジアゼピン系抗不安薬は、せん妄のリスク因子となる。投薬にあたっては、せん妄のリスクを評価した上で必要

7. がん等による慢性疼痛時のうつ病診療のコツと処方例

- ⑫最小限度で用いる。
- ⑬抗がん治療中の場合、薬剤相互作用にも注意する。ワイパックス® は代謝経路がシンプルであり、用いやすい。

【処方例】

- 1) ソラナックス® (0.4 mg) 0.5錠 1日2回、朝夕食後
効果をみながら少量から増量。
- 2) ワイパックス® (0.5 mg) 1錠 1日2回、朝夕食後
効果をみながら増量。

Ⅷ 患者・家族への教育的支援

- ⑭がん患者の家族は、患者以上に精神的苦痛を感じている(家族の1/4は何らかの精神科診断がつく)。
- ⑮患者の環境調整、家族への支援の両面から、うつ病に関する教育は欠かせない。
- ⑯家族が困る問題の代表的なものは以下の3点である。

- ◆患者のがんの治療について、どのように対応してよいかわからない
- ◆患者の気分の落ち込みに対して、どのようにかわるのがよいかわからない
- ◆自分たちの生活が今後、どのようになるのか見通しが立たない

- ⑰一般的ではあるが、家族へのケアの視点を持ちつつ、以下の点を一緒に臨認する。
- ⑱①気分の落ち込みは、多くのがん患者が経験するものであり、決して特殊なことではないこと
- ⑲②がんという病気や身体への反応の要素もあるからだの反

- ⑲③応であり、「気持ちの持ちよう」では解決しないこと
- ⑲④休養が大事なこと
- ⑲⑤薬による効果が期待できること
- ⑲⑥治療にはある程度の期間がかかること
- ⑲⑦散歩や旅行などは、病気の間はかえって負担になること
- ⑲⑧家族が側にいることだけで、まずは十分であること

Ⅸ 専門医への紹介のタイミング

- ⑳治療開始前に早急に相談をしたほうがよい場合を以下に示す。
 - ▷ 希死念慮が強い場合。
 - ▷ 自殺企図がある場合。
 - ▷ 過去にうつ病の既往があり、その時に希死念慮を伴っていた場合。
 - ▷ 治療拒否がある場合。
- ㉑可能な場合は相談をしたほうがよい場合を以下に示す。
 - ▷ 家族の支援が薄い場合。
 - ▷ アルコールや薬物依存を伴う場合。
- ㉒一般的な目安だが、抗うつ薬を開始して4週間以上経っても、うつ病の症状のいくつかで改善が認められない場合には、早めに専門医に紹介する。
 - ▷ 抗うつ薬を開始したが、吐き気や眠気などの有害事象のために継続ができない場合。
 - ▷ うつ病の症状自体は軽いが、仕事ができない、家事ができない、買い物に出られない、人と会えないなどの社会的機能に重大な支障が続く場合。

(小川 朝生)

【文献】

1) Derogatis LR: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249: 751-757, 1993.
2) 小川朝生: 包括的アセスメント。精神科臨床学。医学書院。東京。2011. p60-64.

産科領域でのうつ病診療のコツと処方例

8. 婦人科におけるうつ病診療のコツと処方例

妊娠・出産期

Ⅹ 妊娠・出産期におけるうつ病治療の必要性

- ㉓女性におけるうつ病の生涯有病率は男性の2倍とされている。また、出産年齢はうつ病の好発年齢とも重なり、周産期における女性のうつ病発症率は7～15%にのぼる¹⁾²⁾。しかし、「妊娠・出産・育児が大変なのは当たり前」と捉え、周囲が母親の苦しみを経視する場合や、母親自身も「自分の母親としての頑張りが足りないせい」と思い込むことが多く、適切な医療的介入につながらない場合も少なくない。
- ㉔周産期のうつ病を放置すると経過の悪化を招き、母体の健康管理もおろそかになり、ひいては児の発達や出産自体に悪影響が及ぶ。

以上を踏まえて、臨床医は周産期ケアの一環として、うつ病発症の可能性を念頭に置き、必要があれば医療的介入への導入を図るべきである³⁾。

- 1) うつ病がもたらす悪影響
 - ㉕出生時低体重のリスク上昇⁴⁾。
 - ㉖早産のリスク上昇⁴⁾。
 - ㉗胎児の中樞神経系発達に有害な影響を及ぼす可能性⁴⁾。
 - ㉘強い不安を抱えていた妊婦の児における行動障害のリスク上昇⁵⁾。
 - ㉙母親の不健康な行動(喫煙、アルコール、薬物乱用など)を

I PEECコース開催の実際

昭和大学医学部救急医学講座 三宅 康史

1 PEECコース開発の経緯

日本臨床救急医学会では、年間の自殺者が3万人を超えて推移し、その数十倍ともいわれる未遂者の多くが救命救急センターや救急外来（ER；emergency room）へ搬入される現状から、平成19（2007）年4月に『自殺企図者のケアに関する検討委員会』を設置した。搬送されてくる自殺未遂者に対し、精神科医の協力がすぐには得られない状況下でも、身体の治療と並行して、自殺企図への対応と精神的な問題の把握とその解決についても、できる限り標準的な初期診療を施そうとするもので、次の平日勤務帯に安全に精神科診療につながることを目標に、『自殺未遂者ケアの手引き』（平成20年3月）、『症例提示とよくある質問集』（平成23年3月）を刊行、公開してきた。そして、これらのリソースの利用を促進する意味もあり、平成21年度より厚生労働省が主催する救急医療スタッフ向けの「自殺未遂者ケア研修」を共催している（表II-1）。これは、自殺未遂者が自殺完遂の最大の危険因子であること、自殺未遂者に対して精神科医がいない状況でも、救急外来で、救命救急センターで、そして救急病棟で行えるケアがあることを、多職種（救急医、看護師、救急隊員、臨床心理士、ソーシャルワーカー、保健師、他）からなるグループワークで、提示された症例を通して知恵を出し合いつつ解決策を見つけ出すものである。自殺未遂者のケアに精通した精神科医、精神福祉士、臨床心理士が水先案内人（ファシリテーター）として一人ずつグループに配置される。そして退院後のケアにつなぐことの重要性についても学ぶ。平成22年度は、東京、大阪、仙台で、平成23年度は、東京、大阪、福岡で各50人を定員として開催され、好評を得ている。

しかし現実には、救急外来に運び込まれる精神的な問題をもつ患者は自殺未遂者だけではない。既往歴として精神疾患を有する救急患者の病態が、精神疾患の増悪か器質的疾患によるものかについては診察するまで明らかとならないことも多い。精神科か身体科か搬送先がなかなか決まらず、時間の経過とともに患者の病態は変化していく。この間の救急隊員、患者家族のストレスは尋常ではない。このような事例は間違いなく昨晚もわが国のどこかで発生し、そし

表II-1 平成22年度「自殺未遂者ケア研修」（一般救急スタッフ版）プログラム

10分	開会挨拶
20分	講義1：自殺未遂者対策がなぜ必要か
20分	講義2：自殺未遂者対応ガイドラインについて
20分	講義3：地域の自殺対策の取り組み
20分	ワークショップ説明
	(休憩)
100分	ワークショップ
	(休憩)
100分	成果物発表
20分	講義4：自死家族への対応と支援
10分	閉会挨拶

て今夜も繰り返されるものである。

最終的に受け入れざるを得ないのならば、精神症状が前面にある救急患者の初期診療を正しく行えるよう準備しておくことは、救急医療に携わる者にとって必要ではないだろうか。自殺未遂者の症例も含み、精神科疾患の既往のある救急患者、それがなくとも精神症状ともとれる症状を呈する救急患者への標準的な初期診療手順を、半日の研修コースで学び、その日の夜の当直から不安を感じずに救急診療業務にあたるならば、救急医療スタッフにとってもACLSやISLS、JATECと同じように、身につけておいて損はないのではないだろうか。自殺未遂者ケア研修と同様の手法を用いて、この半日コースが全国各地で開催されることにより、希望者全員が居住地の近くで気軽に受講することができる。

2 PEECコースの学習目標

PEECコースを体験することで、受講者の行動（知識・技能・態度）に価値ある変化をもたらすことができるよう一般目標と行動目標を以下に示す。設定された到達目標を受講者のみならずファシリテーター側も理解したうえで、コースの展開、資料、カリキュラムについて参加者全員で繰り返し総括、フィードバックし、よりよいコースに仕上げていくことが鍵である。

1 コースの一般目標

精神科の問題を有する救急患者に標準的な初期診療を提供するために、救急医療スタッフとして必要な医学的知識、接遇法、入院管理、リソースの有効活用、外来フォローアップへのつなぎ方をワークショップを通して身につける。

2 コースの行動目標

- 既往歴、持参薬、現病歴からある程度の精神科的背景を推察できる。
- 適切な距離を維持しつつ医療面接ができる。
- 短時間で必要な医療情報を収集できる。
- 診療中の患者の安全、医療者側の安全を確保する方法がわかる。
- 器質的(身体的)な問題を鑑別できる。
- 症状に応じた薬剤の選択、投与方法、副反応への対応がわかる。
- 外来帰宅か、入院加療の必要性を正しく判断できる。
- 自殺企図患者に対し、再企図を予防しつつ安全な入院管理ができる。
- 違法薬剤の使用、薬物依存への法的問題に正しく対処できる。
- 患者の社会的背景の理解とその問題への対処に他職種スタッフと協力しつつあたることができる。
- 安全に外来フォローアップへの道筋をつけることができる。
- 自死遺族への具体的な援助の方法を知っている。
- 自施設での問題点とその解決方法について考察できる。
- 地域における問題点とその解決窓口を指摘できる。

3 PEECコースの概要

1 コースの進め方

(1) スタッフミーティング

- 必要スタッフ: 司会進行役(救急医など)1名、講師兼ファシリテーター(精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士)4~8名。
- 検討内容: 各グループの受講生のプロフィール確認、担当症例の決定。

(2) 会場準備

教室1室の入口に受付テーブル、教壇、プロジェクター1台とコンピュータ、スクリーン、4~6人で囲めるテーブル4台を配置する。

(3) 開場・受付

インターネット上でウェブサイトを開設し、開催予定を前もって開示する。そこから受講生の参加を受け付ける。受講費用の授受は開催前に終了していることが望ましい。プレラーニングとして本書に目を通しておくようにもらう。当日キャンセルの場合の再受講の権利、振込受講料の返還条件なども前もって通知しておく。

(4) プレテストとその回収

コース開始時間までの5~10分の間にプレテストを行う。受講前の知識を確認し、受講後のポストテストと比較することで、コース受講による効果を確認する。プレラーニングを促す側面もある。

(5) コース開催の挨拶とスタッフ紹介(司会者)

(6) 講義Ⅰ: 精神症状を呈する患者の初療アルゴリズム (ファシリテーター兼講師: スライド配布資料)

(7) 講義Ⅱ: 精神保健福祉士・臨床心理士の役割 (ファシリテーター兼講師: スライド配布資料)

(8) ワークショップ: 提示症例4例を時系列で情報提供(パウチなど)

- 『自殺未遂者ケアの手引き』『症例提示とよくある質問集』を配布
- 司会を決定
- ディスカッションのポイントを表Ⅱ-2に示す。

(9) 講義Ⅲ: 遺族支援 (ファシリテーター兼講師 資料: 自死遺族支援リーフレット)

(10) ポストテスト、アンケート記入、修了証の授与

(11) 修了挨拶、後始末、ブリーフィング