

雄介, 室谷健太, 内村直尚, 伊藤弘人. 循環器疾患患者の CPAP 受諾率に関連する要因の検討. 第 39 回 日本睡眠学会学術講演会. 2014 年 7 月 4 日, 徳島.

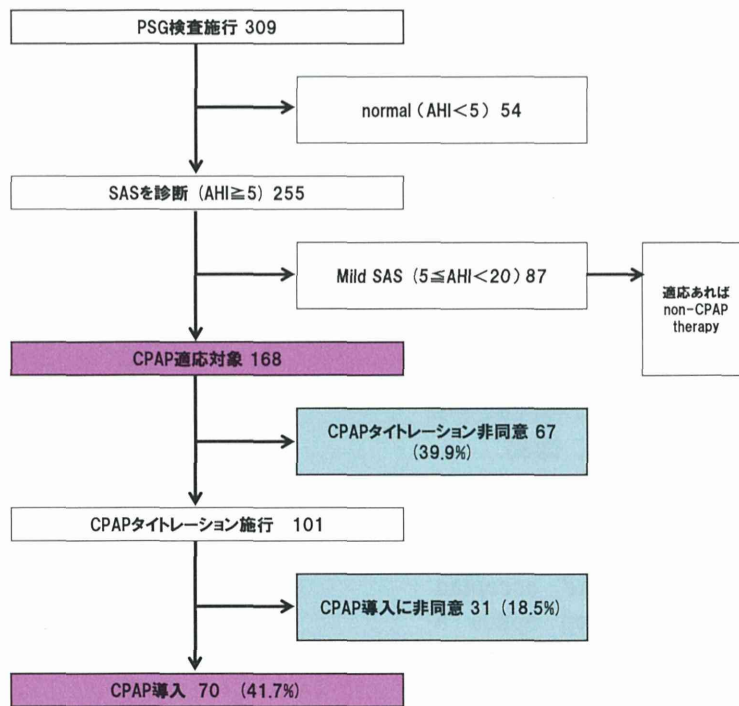
- 小鳥居 望、石田 重信、森裕之、橋爪祐二、山崎将史、室谷健太、弥吉江理奈、杉 雄介、福本義弘、内村直尚, 伊藤弘人. 循環器疾患患者の睡眠呼吸障害と気分状態, 心機能との関連性の検討. 第 39 回 日本睡眠学会学術講演会. 2014 年 7 月 3 日, 徳島.
- 和佐野研二郎、小鳥居 望、石田 重信、山崎将史、室谷健太、福本義弘、内村直尚, 伊藤弘人. 循環器疾患患者における睡眠時無呼吸とうつ病のスクリーニングについての検討. 第 39 回 日本睡眠学会学術講演会. 2014 年 7 月 4 日, 徳島.
- H.Mori, N.Kotorii, S.Ishida, Y.Hashizume, E.Yayoshi, Y.Fukumoto, Y.Sugi, K.Murotani, N.Uchimura, H.Ito, Factors associated with CPAP acceptance in the patients with sleep apnea and cardiovascular disease. ESC Congress 2014, 2014.8.31, Barcelona.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

資料 1

CPAP導入までのフローチャート



資料 2-1

患者背景についての単変量ロジスティック回帰分析

		受諾者 (n=70)	非受諾者 (n=98)	p value
Clinical features				
Age	y, (SD)	63 (10.5)	64.6 (11.3)	0.3422
Male	n, (%)	51 (79.6)	78 (72.9)	0.3557
BMI	kg/m², (SD)	27.3 (5.1)	25 (4.0)	0.0018
Ischemic heart disease	n, (%)	32 (45.7)	32 (45.7)	1
Arrhythmia	n, (%)	13 (18.6)	22 (22.9)	0.566
Congestive heart failure	n, (%)	10 (14.3)	14 (14.3)	1
Hypertension	n, (%)	48 (68.6)	67 (68.4)	1
Diabetes	n, (%)	32 (45.7)	40 (40.8)	0.5322
NT-pro BNP	pg/ml, (SD)	1496.6 (3840.0)	2642.8 (9265.6)	0.3554

* Age- and sex-matched data.

NT-proBNP, N-terminal pro b-type natriuretic peptide

資料 2-2

PSGパラメータについての単変量ロジスティック回帰分析

		受諾者 (n=70)		非受諾者 (n=98)		pvalue
Polysomnographic parameters						
Total sleep time	min, (SD)	373.8	(93.5)	372.6	(105.5)	0.940
WASO	min, (SD)	153.7	(75.1)	168.6	(89.6)	0.259
Arousal Index	/hour, (SD)	41.9	(21.9)	35.8	(19.9)	0.060
Wake	%, (SD)	29.1	(12.4)	31.4	(17.1)	0.329
stage1	%, (SD)	20.7	(11.8)	20.2	(14.1)	0.775
stage2	%, (SD)	30.6	(11.7)	30.4	(12.8)	0.912
SWS	%, (SD)	7.1	(7.7)	6.4	(6.6)	0.516
REM	%, (SD)	12.5	(5.3)	11.6	(6.0)	0.342
AHI	/hour, (SD)	45.8	(25.0)	40.1	(35.4)	0.251
C type AI	/hour, (SD)	7	(11.6)	10.4	(26.6)	0.332
O type AI	/hour, (SD)	13.5	(14.6)	7.3	(9.9)	0.001
Mixed type	/hour, (SD)	2.7	(6.4)	2	(4.2)	0.356
Hypopnea	/hour, (SD)	22.4	(15.2)	20.1	(12.4)	0.287
Mean SpO2	%, (SD)	93.3	(2.7)	93.7	(2.6)	0.309

* Age- and sex-matched data.

WASO, wake after sleep onset; SWS, slow wave sleep

資料 2-3

心エコーと自記式検査の単変量ロジスティック回帰分析

		Acceptors (n=70)		Refusers (n=98)		pvalue
Echocardiographic parameters						
LVEF	%, (SD)	59.3	(15.1)	55.4	(17.1)	0.126
LAD	mm, (SD)	40.4	(8.6)	40.9	(7.1)	0.694
RA-RV PG	mmHg, (SD)	24.3	(11.6)	25	(12.0)	0.771
Dct	ms, (SD)	195.1	(61.7)	215.8	(78.5)	0.074
E/e'		14.6	(7.1)	15.6	(11.9)	0.585
Psychological test scores						
PHQ-9 score	(SD)	3.5	(4.4)	2.7	(3.4)	0.151
PSQI score	(SD)	5.6	(3.3)	5.5	(3.3)	0.827
(C5) Sleep disturbance	(SD)	0.8	(0.5)	0.7	(0.5)	0.082
(C7) Day dysfunction due to sleepiness	(SD)	0.5	(0.7)	0.3	(0.6)	0.070
ESS	(SD)	6.5	(4.7)	4.3	(2.9)	<0.001
EQ-5D	(SD)	0.8	(0.3)	0.9	(0.2)	0.006

* Age- and sex-matched data.

LVEF, left ventricular ejection fraction; RA-RV PG, right atrium-right ventricle pressure gradient; LAD, left atrial dimension; Dct, deceleration time of the early transmitral flow velocity; E/e', ratio of early transmitral flow velocity to early mitral annular velocity

資料 3

CVD患者がCPAP療法を選択するか否かに関わる因子

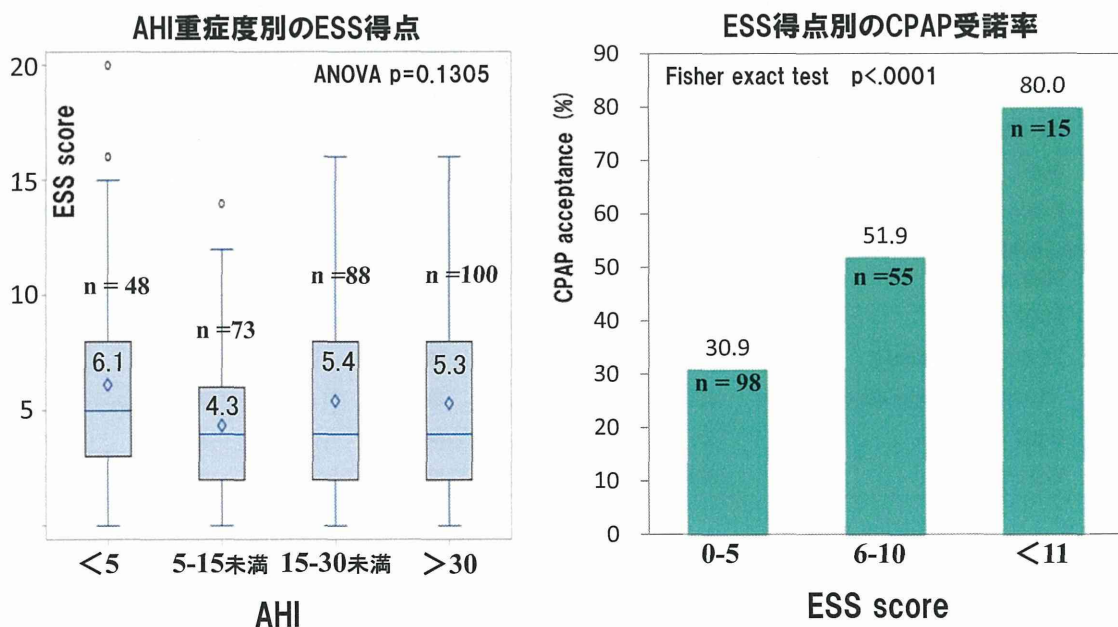
	Odds ratio	95% CI	pvalue
BMI (+5)	1.78	1.14-2.79	0.011
O type AI (+5)	1.17	0.97-1.40	0.097
ESS (+5)	2.32	1.38-3.90	0.002
EQ-5D (-0.1)	1.23	1.02-1.49	0.03
C5: sleep disturbance (+1)	2.02	0.92-4.43	0.079

* Age- and sex-matched data.

BMI, body mass index; O type AI, obstructive sleep apnea index;
 ESS, epworth sleepiness scale ; EQ-5D, EuroQol 5 Dimension ;
 C5, pittsburgh sleep quality indexのうちのC5(睡眠困難)の項目

資料 4

眠気はAHIとは関連しないが、受諾率と関連する



多施設循環器内科外来患者におけるうつ状態の有病率調査

研究分担者 志賀 剛

東京女子医科大学医学部循環器内科学 准教授

研究要旨

研究目的：本研究の目的は、循環器疾患外来患者での抑うつ状態を把握し、うつの頻度およびうつと治療アドヒアランスとの関係を検討することである。

研究方法：2014年3月～5月、循環器内科外来通院中の患者1000例を対象にうつの調査(Patient Health Questionnaires-9, PHQ-9)と臨床背景、服薬アドヒアランスのアンケート(Siegel scale)を施行し、無投薬あるいはアンケート未記入35例を除く965例を解析した。PHQ-9のcut offは10点とした。Siegal scaleは過去1ヶ月の間に内服薬の飲み忘れが1回以上あった場合をノンアドヒアランスとした。

結果：対象患者の背景は年齢が66±13歳、女性28%、虚血性心疾患30%、左室駆出率49±9%、就労48%、独居13%であった。うつは63名(6.5%)、ノンアドヒアランスは187名(19%)に認めた。服薬アドヒアランスの構成要因について多重ロジスティック解析を行ったがうつは有意でなかった。

まとめ：循環器内科外来患者のうち6.5%にうつを認めた。ただし、うつは服薬アドヒアランスの要因とはならなかった。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

鈴木 豪	東京女子医科大学循環器内科	助教
西村勝治	東京女子医科大学神経精神科	講師
山中 学	東京女子医科大学東医療センター 内科	准講師
小林清香	東京女子医科大学神経精神科	臨床心理士
笠貫 宏	早稲田大学理工学術院	教授
萩原誠久	東京女子医科大学循環器内科	主任教授
鈴木伸一	早稲田大学人間科学学術院	教授
伊藤弘人	国立精神神経医療研究センター 精神保健研究所社会精神保健研究部	部長

A. 研究目的

ストレスや感情状態の変化が自律神経系、神経内分泌経路を通じて心臓に影響を及ぼすことはよく知られており、その作用は双方向性である。冠動脈疾患とうつ病の関連は1990年代から多くの海外論文での報告があり、うつは冠動脈疾患の独立した予後悪化因子であることが示されている¹⁾²⁾。近年は冠動脈疾患のみならず、不整脈や心不全においても、悪化要因であることが示されつつある³⁾⁴⁾。このように循環器疾患の臨床転帰とうつ症状、不安などの精神状態との

関連が検討されるようになり、その背景から循環器疾患患者に対しても心理社会的背景、うつ
のスクリーニングの必要性が報告されている。
しかし我が国ではこのような循環器疾患と精神
状態の関連の研究は少なく、日本人のエビデン
スがないのが現状である。さらに種々の循環器
疾患によって病態は異なり、うつの頻度も異な
ると考えられ、うつに対する介入をどのような
患者群に対して行うか検討するために検証が必
要と考えられる。

一方、うつの予後悪化要因のひとつに治療(服
薬)アドヒアランスの問題が指摘されているが、
その明確な関係性についてはまだ明らかになっ
ていない。

本研究の目的は、循環器疾患外来患者でのう
つ状態を把握し、うつの頻度および抑うつと治
療アドヒアランスとの関係を検討することであ
る。

B. 研究方法

本研究は東京女子医科大学病院循環器内科、
東京女子医科大学東医療センター内科、東京女
子医科大学八千代医療センター、東京女子医科
大学附属青山病院による多施設共同研究である。
2014年3月～5月、循環器内科外来通院中の患
者1000例を対象にうつのスクリーニングとし
てPatient Health Questionnaires-9 (PHQ-9)
による質問紙⁵⁾と服薬アドヒアランスのアンケ
ート(Siegel scale)⁶⁾を施行した。さらに臨床
背景については診療情報(カルテ)から調査し
た。対象例のうち、無投薬あるいはアンケート
未記入35例を除く965例を解析した。PHQ-9
のcut offは10点とした。Siegal scaleは過去1
ヶ月の間に内服薬の飲み忘れが1回以上あった
場合をノンアドヒアランスとした。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京女子医科大学倫理委員会から
承認を得て、本研究に対し文書での同意を得ら
れた患者を対象とした。

C. 研究結果

対象患者の臨床背景は年齢が66±13歳、女性
28%、虚血性心疾患30%、左室駆出率49±9%、
就労48%、独居13%であった。63名(6.5%)
にうつを認めた。さらに服薬ノンアドヒアランス
は187名(19%)に認められた。

表 服薬アドヒアランスと背景因子

	χ^2 度比	p値
年齢	1.2	0.27
性別	0.73	0.39
就労	1.25	0.26
居住形態	0.46	0.49
糖尿病	2.43	0.11
処方数	1.19	0.27
PHQ-9 (うつ)	0.02	0.98

服薬アドヒアランスの構成要因について多重
ロジスティック解析を行ったが年齢、性別、独
居、糖尿病とともにうつは有意な構成要因では
なかった。(表)

D. 考察

今回の研究からPHQ-9によるうつの頻度は
6.5%であった。WHO World Health Surveyに
よると、身体疾患を有する患者の9.3～23.0%に
うつが認められると報告されている。⁷⁾ また、
米国でのNational Health Interview Surveyで
は冠動脈疾患の9.3%、糖尿病患者の9.3%、高
血圧患者の8.0%、心不全患者に7.9%にうつが
認められ、慢性疾患にない人の4.8%に比してう
つの頻度が高いことが報告されている。⁸⁾

日本人における循環器疾患患者のうつの頻度は、入院患者の約 20%に認められ、心不全 (NYHA 心機能分類Ⅲ/Ⅳ度) と植込み型除細動器の植込み例がとくにうつと関係していることをわれわれはすでに報告している。⁹⁾ しかし、循環器疾患外来患者での頻度やその背景について十分なデータがなかった。今回の調査から、入院患者ほど多くはないにしても、米国等の報告からみても決して少なくないことが示された。

一方、うつの予後悪化要因のひとつに治療 (服薬) アドヒアランスの問題が指摘されている。冠動脈疾患患者を対象とした大規模臨床試験では、高齢、女性、糖尿病、教育レベル、そしてうつが服薬アドヒアランスと関連していたと報告されている。¹⁰⁾ 本研究ではその関係を見出すことはできなかった。日本の医療システム、社会背景、生活習慣 (喫煙や飲酒を含む) など欧米の状況とは異なるところがあり、今後日本における調査と分析を行っていく必要があると考えられる。

E. 結論

循環器内科外来患者のうち 6.5%にうつを認めた。ただし、うつは服薬アドヒアランスの要因とはならなかった。

【文献】

- 1) Thombs BD, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 30-38
- 2) Lespérance F, et al. Five-Year Risk of Cardiac Mortality in Relation to Initial Severity and One-Year Changes in Depression Symptoms After Myocardial Infarction. *Circulation* 2002; 105: 1049-1053
- 3) Whang W, et al. Depression as a predictor for appropriate shocks among patients with implantable cardioverter-defibrillators: results from the Triggers of Ventricular Arrhythmias study. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45:1090-5
- 4) Rutledge T, et al. Depression in Heart failure. A meta analytic Review of Prevalence, Intervention Effect, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 1527-37
- 5) Lichtman JH, et al. Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment. *Circulation* 2008; 118: 1768-75
- 6) Schäfer-Keller P, et al. Diagnostic accuracy of measurement methods to assess non-adherence to immunosuppressive drugs in kidney transplant recipients.
- 7) Moussavi S, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370: 851-858.
- 8) 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* 2007; 29: 409-416.
- 9) Suzuki T, et al. Depression and outcomes in hospitalized Japanese patients with cardiovascular disease: prospective single-center observational study. *Circ J* 2011; 75: 2465-2473
- 10) Böhm M, et al. Effects of nonpersistence with medication on outcomes in high-risk patients with cardiovascular disease. *Am Heart J* 2013; 166:306-314

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Sayaka Kobayashi, Katsuji Nishimura, Tsuyoshi Suzuki, Tsuyoshi Shiga, Jun Ishigooka. Post-traumatic stress disorder and its risk factors in Japanese patients living with implanatable cardioverter defibrillators: A preliminary examination. J Arrhythmia 2014; 30:105-110
- 2) Tsuyoshi Suzuki, Tsuyoshi Shiga, Kazue Kuwahara, Sayaka Kobayashi, Shinichi Suzuki, Katsuji Nishimura, Atsushi Suzuki, Yuichiro Minami, Jun Ishigooka, Hiroshi Kasanuki, Nobuhisa Hagiwara. Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. J Cardiol 2014; 64:456-62

2. 学会発表

- 1) Tsuyoshi Suzuki, Tsuyoshi Shiga, Katsuji Nishimura, Nobuhisa Hagiwara. PHQ screening for depression in Japanese patients with cardiovascular disease. The 78th Annual Scientific Meeting of the Japanese Circulation Society. Tokyo, 2014.3
- 2) 鈴木豪 志賀剛 萩原誠久 西村勝治 三村千弦 木原貴代子 川崎敬子. 東京女子医科大学病院における院内連携;心臓病医の立場から. 日本心臓病学会・日本循環器心身医学会ジョイントシンポジウム 心臓専門医と精神科専門医の連携モデル. 第62回日本心臓病学会学術集会、仙台、2014.9
- 3) 鈴木豪、志賀剛、西村勝治、萩原誠久. 心不全における多面的アプローチ. シンポジウム 心不全における多面的アプローチ. 第71

回日本循環器心身医学会総会, 札幌, 2014.11

- 4) 志賀剛. なぜ循環器心身ケアが進まないのか?—医師の立場から. 日本循環器心身医学会・日本循環器看護学会ジョイントシンポジウム 循環器心身ケアの現状と今後の課題. 第71回日本循環器心身医学会総会, 札幌, 2014.11
- 5) 鈴木豪 志賀剛 長沼美代子 鈴木敦 萩原誠久. 循環器外来通院患者における服薬アドヒアランス. 第35回日本臨床薬理学会学術総会. 2014.12

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

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 分野長

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：昨年の試行をふまえ、包括的マネジメントシステムを修正し、地域に向けた公開の準備を進めた。

結果：プロバイダー、行政機関、医師会と調整をおこない、公開までの行程を定めた。

まとめ：がん患者の地域連携と情報共有をおこなうためのプラットフォームを開発し、公開する予定である。

A. 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。

B. 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、②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。

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を用いて、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計画し、その試行をおこなった。今回、本研究では、上記マネジメントシステムのうち、精神症状（うつ病）に注目し、試行を踏まえたシステムの修正と、公開に向けた関連部門との調整をおこなった。

（倫理面への配慮）

調査に先立ち文書にて人権の擁護に関する十分な説明を行う。すなわち、研究への参加および参加辞退は自由意思であり不参加によるいかなる不利益も受けないこと、また同意後も随時撤回が可能であること、人権擁護に十分配慮した上で個人情報には完全に保護されること、等を説明する。研究成果の公表の際には、個人情報は完全に匿名化し、参加者が特定されることはないように対応する。

C. 研究結果

昨年度の試行を踏まえ、がん患者の精神症状（抑うつ）に対して、できるだけ簡便に、かつ身体症状とあわせて包括的にスクリーニングが可能な Edmonton Symptom Assessment System revised の日本語版(ESAS-r-J)の開発を行い、そのうちの精神症状 2 項目（気分の落ちこみ、不安）について評価に用いることとした。

上記修正を開発ベンダーと調整の後、柏市医師会、行政機関に提案し、柏地域の情報共有システム上で公開をする交渉を進め、一部修正の後公開することで一致をした。

D. 考察

地域連携のための包括的マネジメントシステムの構築を目標に、精神症状緩和に関する情報

共有を目的とした Patient Held Record を開発した。身体症状アセスメントと併せて試行し、地域での公開までの行程を確定させた。

E. 結論

包括的アセスメント構築を目標に、精神症状アセスメント方法を開発した。修正後に公開し、臨床での応用に移行する予定である。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. T. Nakanotani, T. Akechi, T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N. Okamoto, K. Katayama, M. Yokoo and A. Ogawa. Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. Jpn J Clin Oncol. 2014;44(5):448-55.
2. M. Yokoo, T. Akechi, T. Takayama, A. Karato, Y. Kikuuchi, N. Okamoto, K. Katayama, T. Nakanotani and A. Ogawa. Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. Jpn J Clin Oncol. 2014 Jul;44(7):670-6.
3. S. Umezawa, D. Fujisawa, M. Fujimori, A. Ogawa, E. Matsushima, M. Miyashita. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. Psychooncology. 2014 Oct 6. [Epub ahead of print]
4. 小川朝生. がんとうつ病の関係. 看護技術. 2014;60(1):21-4.
5. 小川朝生. 精神科医療と緩和ケア. 精神医学. 2014;56(2):113-22.
6. 小川朝生. 高齢がん患者のサイコオンコロジー. 腫瘍内科. 2014;13(2):186-92.
7. 小川朝生. 患者・家族へのがん告知をどう行うか. 消化器の臨床. 2014;17(3):205-9.
8. 小川朝生. DSM-5. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):402.
9. 小川朝生. CAM. プロフェッショナルがん

ナーシング. 2014;4(4):403.

10. 小川朝生. HADS. プロフェッショナルがんナーシング. 2014;4(4):404-5.
11. 小川朝生. いまや、がんは治る病気. 健康365. 2014;10:118-20.
12. 小川朝生. 急性期病棟における認知症・せん妄の現状と問題点. 看護師長の実践! ナースマネージャー. 2014;16(6):48-52.
13. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(1). CBnews management. 2014.
14. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(2). CBnews management. 2014.
15. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(3). CBnews management. 2014.
16. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(4). CBnews management. 2014.
17. 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(5). CBnews management. 2014.
18. 小川朝生. 認知症患者のがん診療. 癌と化学療法. 2014;41(9):1051-6.
19. 比嘉謙介、小川朝生. 肝臓に対する栄養療法と精神腫瘍学. 臨床栄養. 2014;125(2):182-5.

2. 学会発表

1. 小川朝生: がん診療連携拠点病院の新要件 傾向と対策. 第19回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2014/9/20, 緩和ケアチームフォーラム演者.
2. 小川朝生: ICTによる高齢がん患者外来支援システムの開発. 第52回日本癌治療学会学術集会, 横浜市, 2014/8/30, ポスター.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

分担研究報告書

脳卒中地域連携パスにおける PHQ-9 を用いたうつ病・うつ状態の評価と運用実績

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：2014年4月より千葉県共用脳卒中地域医療連携パスに PHQ-9 によるうつ病評価尺度が組み入れられ実際の運用が開始された。急性期病院および回復期病院での使用実績を調査する。

研究方法：脳卒中治療における急性期病院である日本医科大学千葉北総病院・脳神経センターと回復期病院である八千代リハビリテーション病院と新八千代病院において、PHQ-9 を用いたうつ病・うつ状態の評価とともに、抗うつ薬治療の状況を調査する。

結果：急性期病院における調査（2013年11月～2014年9月）では、脳卒中入院患者 373 例中 PHQ-9 によるスクリーニング検査が可能であった 141 例（37.8%）において、軽症 12 例、中等症 18 例、やや重症 6 例の 36 例（25.5%）がうつ病・うつ状態と判定された。そのうち 15 例（41.7%）に抗うつ薬治療が開始され症状の改善を認めた。また、2カ所の回復期病院（2014年7月～10月）では、脳卒中入院患者 86 例中、PHQ-9 によるスクリーニング検査が可能であった 47 例（54.7%）において、軽症 7 例、中等症 7 例の 14 例（29.7%）がうつ病・うつ状態と判定された。そのうち 4 例（28.6%）に抗うつ薬治療が行われていた。

まとめ：脳卒中地域医療連携パスを用いた PHQ-9 によるうつ病・うつ状態の評価によって、急性期病院においては 25.5%、回復期病院においては、29.7%がうつ病・うつ状態と判定された。今後さらに長期的な調査が必要であるが、うつ病・うつ状態の発症頻度はこれまでの報告とも同様な結果であることが示唆された。今後の課題として、PHQ-9 におけるうつ病・うつ状態の評価後の実際の治療状況や転帰についても検討していく必要があると考えられた。

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
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
藤田 聡行	新八千代病院リハビリテーション科 理学療法士
奥川 達也	八千代リハビリテーション病院 作業療法士

A. 研究目的

千葉県では、「千葉県保健医療計画」に基づき、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病について「循環型地域医療連携システム」を構築している。この中で、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスについては、千葉県医師会に、かかりつけ医や急性期病院、回復期病院等の関係者で構成する検討会を設置し、共用パスの見直しを行っている。我々は、これまで千葉県脳卒中連携意見交換会に参加し、脳卒中後のうつ病・うつ状態の評価の重要性について啓発活動を続けてきた。その結果、共用パスの2014年4月版において連携シートのリハシート（回復期病院用）に脳卒中後のうつ病・うつ状態の評価欄が追加され、実際に運用が開始されている（資料）。

今回脳卒中急性期病院と回復期病院において、PHQ-9を用いたうつ病・うつ状態の有病率を調査するとともに、その治療状況についても検討した。

B. 研究方法

脳卒中急性期病院の調査は、日本医科大学千葉北総病院脳神経センターにおいて、2013年11月から2014年9月までの脳卒中入院患者を対象とした。回復期病院の調査は、八千代リハビリテーション病院と新八千代病院において2014年7月から10月までの脳卒中入院患者を対象とした。

うつ病・うつ状態の評価は、PHQ-9日本語版“こころとからだの質問票”を用いて行い、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）として、その有病率を検討した。

C. 研究結果

脳卒中急性期病院である日本医科大学千葉北総病院脳神経センターへ入院した脳卒中患者は373例（脳梗塞250例、脳出血84例、くも膜下

出血39例）のうち、意識障害や失語など意思疎通困難な患者や短期入院患者を除外し、PHQ-9によるスクリーニング検査が可能であった141例（全体の37.8%）（脳梗塞94例、脳出血15例、くも膜下出血4例）において、軽症12例（8.5%）、中等症18例（12.8%）、やや重症6例（4.2%）の36例（25.5%）がうつ病・うつ状態と判定された。そのうち15例（41.7%）にSSRIによる抗うつ薬治療が開始され、転院・退院時まで、PHQ-9得点が、平均13.2点から平均6.3点（抗うつ薬開始時から-6.9点）と症状の改善を認めた。

また、脳卒中回復期病院である八千代リハビリテーション病院と新八千代病院においては、入院患者86名中PHQ-9によるスクリーニング検査が可能であった47例（54.7%）において、軽症7例（14.9%）、中等症7例（14.9%）の14例（29.8%）がうつ病・うつ状態と判定された。そのうち4例（28.6%）に抗うつ薬治療が行われていた。

D. 考察

今回脳卒中急性期病院でPHQ-9によるスクリーニングが可能であった患者は、入院患者全体の37.8%と40%に満たない症例数であり、今後意思疎通が困難な患者におけるうつ病・うつ状態の評価の方法を検討する必要があると考えられた。

しかし、PHQ-9によるスクリーニングが可能であった患者を対象にしたうつ病・うつ状態の有病率は、軽症が8.5%、中等症以上が17%で、全体で25.5%であった。

また回復期病院での調査は4ヶ月間と短期であったが、PHQ-9による検査が可能であった患者の29.8%にうつ病・うつ状態が認められた。

一般的に脳卒中では18～62%にうつ状態を合併し、大うつ病は23～34%、小うつ病は14～26%に認められると報告されており、従来の報告と同

様の結果が示された。

抗うつ薬治療に関しては、脳卒中急性期病院において PHQ-9 でうつ病・うつ状態と判定された患者の約 40% (36 例中 15 例) に SSRI が投与され、うつ症状の改善が認められており、薬物治療の必要性が示唆された。一方回復期病院においても 14 例中 4 例に抗うつ薬が投与されていたが、症状の推移については今後の検討が必要であると思われた。

E. 結論

千葉県共用脳卒中地域医療連携パスに PHQ-9 によるうつ病・うつ状態の評価者項目が加えられ、実際の運用がはじまった。今回の調査では、脳卒中後のうつ病・うつ状態の有病率は、急性期病院で 25.5%、回復期病院で 29.8% であり、これまでの報告と同様であった。今後、意思疎通の困難な患者における精神症状の評価方法の検討が必要である。また、脳卒中後のうつ病・うつ状態に対する抗うつ薬治療については、多施設における治療実態や転帰の調査に加え、精神科医との連携を含めさらに検討していくことが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 木村真人 (著書分担) : 第 1 章 アパシー.
第 2 部 抑うつと類似した概念との鑑別と治療のポイント. 精神科臨床エキスパート 抑うつ
の鑑別を極める (野村総一郎編集), 2013.7.1, pp24-32, 医学書院, 東京.
- 2) 木村真人 : 脳卒中後うつ病の診断と管理. X. 脳卒中に伴う諸症状とその管理. 最新臨床脳卒中学 (上) - 最新の診断と治療 -. 日本臨牀 72(増 5), 624-629, 2014.7.

- 3) Shimoda K, Kimura M: Two cases of emotional disorder after middle cerebral artery infarction showing distinct responses to antidepressant treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 965 – 970, 2014.
- 4) 木村真人: 脳卒中後のうつとアパシー. 臨床リハ 23(5), 484-490, 2014.5.

2. 学会発表

- 1) 大村朋子, 水成隆之, 小林士郎, 森田明夫, 木村真人 : 当院における脳卒中後うつの対策と急性期病院での現状. 一般社団法人日本脳神経外科学会 第 73 回学術総会 (グランドプリンスホテル新高輪) 2014.10.
- 2) 大和田陽代, 太田杏奈, 秋山友美, 永田恵理香, 木村真人 : 当院脳神経センターに入院した脳卒中患者のうつ状態調査～PSD 患者の光トポグラフィー所見を含めて～. 第 19 回千葉総合病院精神科研究会 (千葉大学亥鼻キャンパス内 薬学部 120 周年記念講堂) 2014.4.19

(学会特別講演)

- 1) 木村真人 : 高齢者うつ病の病態と治療～血管性/脳卒中後うつ病を含めて～. 第 14 回日本外来精神医療学会ランチョンセミナー 1 (栃木県総合文化センター) 2014.7.
- 2) 木村真人 : 脳卒中後のうつとアパシー. 第 23 回脳ドック学会総会アフタヌーンセミナー (海峡メッセ下関) 山口県下関市 2014.

(その他医師会等での特別講演)

- 1) 木村真人 : 高齢者うつ病の病態と治療～脳卒中後うつ病を含めて～. 第 43 回山口県うつ

- 病治療研究会（YIC ビジネスアート専門学校）2014.11.29
- 2) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～そのケアと地域連携の重要性～. 千葉県看護協会 第2回印旛地区部会研修会(佐倉厚生園病院) 2014.11. 25
- 3) 木村真人：加齢にともなううつ病～女性の加齢、高齢者うつを中心に～. 第6回埼玉県産婦人科医会 女性加齢医学研究会学術講演会（浦和ワシントンホテル）2014.11.18
- 4) 木村真人：脳卒中後のうつとアパシー. 札幌神経疾患研究会 2014（ニューオータニイン札幌）2014.11.15
- 5) 木村真人：見逃すな！“脳卒中後のうつ”. Chiba Post-stroke Depression 研究会（ニューオータニ幕張）2014.11.12
- 6) 木村真人：高齢者うつ病の病態と治療～脳卒中後うつ病を含めて～. 八千代市医師会学術講演会（ウィシュトンホテルユーカリ）2014.9.16
- 7) 21. 木村真人：高齢者うつ病の病態と治療～脳卒中後うつ病を含めて～. 第10回新宿区医師会メンタルヘルス連絡会（京王プラザホテル）2014.9.4
- 8) 木村真人：うつ病に関連する脳部位と光トポグラフィー検査による最新診断～脳卒中後うつ病を含めて～. 第32回島根脳血管障害研究会（出雲ロイヤルホテル）2014.8.30
- 9) 木村真人：脳卒中後のうつとアパシー. 第80回千葉北総神経放射線研究会（第11回特別講演会）（三井ガーデンホテル千葉）2014.7.18
- 10) 木村真人：脳卒中後のうつ病と地域連携. 第5回千葉北脳卒中地域連携パス研究会（ウィシュトンホテル・ユーカリ）2014.7.7
- 11) 木村真人：見逃すな！“脳卒中後のうつ”. ストップ！NO 卒中プロジェクト. 第7回エリアエキスパート会議～“質”を求める脳卒中マネジメントの実践～（ウェスティンホテル大阪）2014.6.21
- 12) 木村真人：高齢者うつ病の病態と治療～脳卒中後うつ病を含めて～. 新潟大学医学部大学院特別講義学術講演会（ホテル日航新潟）2014.6.3

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

(資料) 運用の手引き

(附：回復期リハシート「評価項目 2. “うつ”の有無」運用と解説)

リハシート【回復期病院作成用】に「うつの有無」が加えられました。脳卒中後の“うつ”を見逃さず、診断治療に結びつけることが重要です。

2. うつの有無 評価困難 | なし あり

(軽症 中等症 やや重症 重症) 点

“うつ”の評価尺度は可能であれば以下の「こころとからだの質問票 PHQ-9」を用いて点数化し記載してください。(部分に PHQ-9 あるいは他の評価尺度名と点数を記載してください。)

「脳卒中治療ガイドライン 2009¹⁾」において、脳卒中後うつ病 (Post-Stroke Depression: PSD) は「積極的に発見に努めるべき」とあり、有病率も「一般に脳卒中では 18~62%にうつ状態を合併し、大うつ病は 23~34%、小うつ病は 14~26%に認められる」と記載されています。PSD に罹患すると認知機能がより障害され、ADL の回復が遅延し、死亡率も 3.4 倍になることが示されています²⁾。しかし、PSD を適切に治療することで、認知機能の改善、ADL の回復ばかりでなく、生存率までもが改善することが示されており²⁾、その診断と治療は非常に重要です。」

○「こころとからだの質問票 PHQ-9」の評価・採点方法

「こころとからだの質問票 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)」

この 2 週間、次のような問題にどのくらい頻繁に悩まされていますか？		全くない	数日	半分以上	毎日 ほとんど
1	物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない	0	1	2	3
2	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	0	1	2	3
3	寝つきが悪い、途中で目が覚める、または逆に眠りすぎる	0	1	2	3
4	疲れた感じがする、または気力がない	0	1	2	3
5	あまり食欲がない、または食べすぎる	0	1	2	3
6	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	0	1	2	3
7	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	0	1	2	3
8	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	0	1	2	3
9	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	0	1	2	3

※上の1～9の問題によって、仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？

全く困難でない やや困難 困難 極端に困難

「大うつ病性障害」：1と2のどちらか1項目以上が2点以上であり、かつ1～9の網掛け部分が5項目以上

「その他のうつ病性障害（小うつ病性障害）」：2項目以上5項目未満

質問※から生活機能全般の困難度を評価します。

PHQ-9 採点による重症度は、以下のように判断します。

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

○ケアとリハビリテーションのポイント

うつが有の場合：本人のつらさを理解し、受容的な傾聴と共感による信頼関係の構築が大前提です。うつ症状が、やや重症か重症の場合には、他動的な運動程度にして休養させるか、時間を短縮して、負荷をあまりかけないリハビリテーションを行います。うつ症状が軽症から中等症の場合には、無理をさせない程度の有酸素運動がうつ症状の改善に有用です。

○薬物療法

中等症以上のPSDの場合、薬物療法を考慮します。

脳卒中による脳の脆弱性があり、薬剤の副作用が出現しやすいため、抗うつ薬の使用は、低用量から開始し、増量も緩徐に行うことが原則です。また、多剤を服用している場合があり、抗うつ薬の選択では、薬物相互作用が少なく、良好な忍容性と過量服薬時の安全性が求められます。

処方例 下記のいずれかを用います。

選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)

- 1) レクサプロ錠 (10mg) 0.5-2錠 分1 夕食後
- 2) ジェイゾロフト錠 (25mg) 1-4錠 分1-2 朝・夕食後
- 3) パキシル錠 (10mg) 0.5-4錠 分1-4 分1-2 朝・夕食後
- 4) デプロメール錠 (25mg) 1-6錠 分1-2 朝・夕食後

セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)

- 5) トレドミン錠 (15mg) 1-4錠 分1-2 朝・夕食後
- 6) サインバルタカプセル (20mg) 1-3カプセル 分1 朝食後

ノルアドレナリン作動性/特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (NaSSA)

- 7) リフレックス錠 (15mg) 0.5-3錠 分1 就寝前

上記の薬剤のうち肝薬物代謝酵素チトクローム P450 (CYP) に対して、パキシルは 2D6、デプロメールは 1A2、3A4、2C19 の阻害作用に注意する必要があります。レクサプロは QT 延長に注意してください。不安焦燥や不眠、食欲不振が強い場合には、リフレックスが有用であるが、抗ヒスタミン作用による初期の過鎮静に注意する必要があります。

いずれも単剤使用が望まれますが、反応が乏しい場合、SSRI あるいは SNRI のいずれかに NaSSA を併用することで寛解率が高まるとの指摘があります。

ベンゾジアゼピン系薬剤は、認知機能の低下や転倒などのリスクがあり、抗うつ薬の効果が現れるまでの使用に留め、半減期の短い薬剤を頓用で用いることが望まれます。

○専門医への紹介のタイミング

- うつ症状が重症または希死念慮を訴える場合。
- 抗うつ薬を 2 剤まで使用しても、治療効果が得られない場合。
- 専門医の診療が望ましいと考えた場合。

○参考文献

- 1) 脳卒中合同ガイドライン委員会：脳卒中治療ガイドライン 2009, pp. 150-151, 338-340.
- 2) Robinson RG: The Clinical Neuropsychiatry of Stroke 2nd edition Cambridge (MA): Cambridge University Press, 2006. (木村真人監訳: 脳卒中における臨床神経精神医学第 2 版. 星和書店, 東京, 2013.)

情報共有ファイルを用いた認知症地域連携に関する研究

研究分担者 数井裕光

大阪大学大学院医学系研究科精神医学 講師

研究要旨

研究目的：平成 25 年 2 月 1 日より人口 16 万人の兵庫県川西市で情報共有ファイル（つながりノート）を使用して認知症診療連携を行っているが、導入 1 年半後の状況を把握する。

研究方法：導入約 1 年半後にあたる平成 26 年 6-8 月に導入時と同様のアンケート調査を家族介護者、ケアマネジャー（CM）、医師会の医師に対して行った。

結果：つながりノートの使用の条件を満たす人は導入時に 3073 名いたが、このうち導入時のアンケート調査に協力してくれた人はノート使用者の中の 439 名であった。1 年半後にノートを継続使用し、アンケート調査に協力してくれた家族介護者は 122 名であった。家族が中止する理由として患者が落ち着いているから、医師が多忙そうなので依頼しにくいからなどがあつた。本事業の効果については、ノートの使用を継続した家族介護者において、「認知症の医療や介護について、現時点で必要な情報を手に入れられている」、「患者さんの認知機能障害をよく把握できている」と答えた人がノート導入前に比べ有意に増加していた。またノートを継続して使用した家族介護者のそれぞれ 64%、67%、36%がケアマネジャー（CM）、介護スタッフ、かかりつけ医に以前より相談しやすくなったと回答した。

まとめ：つながりノートは有用であると考えられるが、1 年半の間、使用し続けている人は、最初の使用者の約 1/4 であった。必要な人が必要なときに使用するという使用法でよいと思われるが、このノートが全市的に周知できていない可能性も有り、広報の方法を検討する必要がある。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

佐藤俊介	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学 大学院生
森上淑美	川西市中央地域包括支援センター 副主幹主任介護支援専門員
藤末 洋	川西市医師会 副会長
中村多一	川西市医師会 副会長

A. 研究目的

平成 25 年 2 月 1 日より人口 16 万人、高齢化率 25.7%の兵庫県川西市で情報共有ファイル（つながりノート）を使用しているが、導入 1 年半後の状況を把握する。

B. 研究方法

導入約 1 年半後にあたる平成 26 年 6-8 月に導入時と同様のアンケート調査を、家族介護者、ケアマネジャー（CM）、医師会の医師に対して行った。連絡会の開催は、今年度は、1 ヶ月間に 1 回とした。会の内容は、つながりノートの有効な使用法の学習が中心で、有効な使用が出来ているノートを、個人情報情報を削除した上でコピーし、皆に配布し、認知症専門医が解説した。また認知症専門医によるミニレクチャーを、参考書を用いた連続講義に変更した。そしてこの連続講義を録画し、連絡会参加者、つながりノート使用者、医師会に属する医師に ID とパスワードを提供して、インターネット上でいつでも閲覧で