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

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（Siegal 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イ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（Siegal 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イ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 implantab 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) Tusyoshi 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