

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 抑うつを鑑別を極める (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 3 2 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

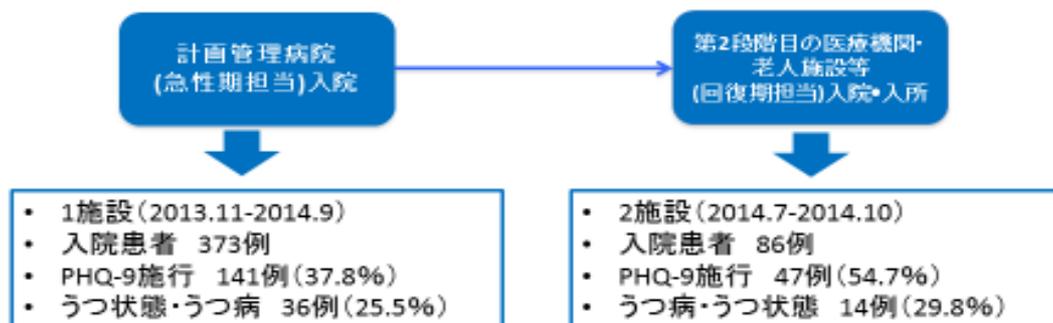
千葉県共用地域医療連携パスに「うつの有無」を追加

千葉県共用地域医療連携パス 連携シート
リハシート【回復期病棟作成用】

発行病院 送り先 記入日

リハビリテーション施設情報		施設 記入者		記入日
患者名(イニシャル+姓)	氏名PT	氏名OT	氏名ST	ID
性別	年齢	年齢	年齢	年齢
リハ開始日	リハ開始日	リハ開始日	リハ開始日	リハ開始日
リハ終了日	リハ終了日	リハ終了日	リハ終了日	リハ終了日
担当-医師	担当-PT	担当-OT	担当-ST	
担当-看護師				
リハ要否				
1. 認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明			
2. うつ病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明			
3. 痴呆	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明			
4. 訓練中のバイタル運動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
5. 作業療法コミュニケーション手段	<input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> その他			
6. 視力	右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不明			
7. 聴力	右 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 不明			
8. Braxmas(手/上肢/下肢)	右(上肢): 正常 下肢: 正常 (左(上肢): 正常 下肢: 正常)			
9. 感覚障害(上肢/下肢)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 上肢: 正常 下肢: 正常 (左(上肢): 正常 下肢: 正常)			
10. HbA1c	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
11. 尿糖	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
12. 尿酸値	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
13. 尿酸値(尿酸)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
14. 失禁	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常			
15. 先行・失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
16. 記憶障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
17. 注意障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
18. 実行機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
19. 構音障害(音-韻)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
20. 構文障害(構-韻)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
検査: vt, ve, 歩容テスト(歩-韻)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> vt <input type="checkbox"/> ve <input type="checkbox"/> 歩容テスト			
嚥下訓練開始日				
21. 基本動作能力				
ベッド上動作	<input type="checkbox"/> 全全 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 自立			
歩行	<input type="checkbox"/> 全全 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 自立			
立位	<input type="checkbox"/> 全全 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 自立			
院内歩行	<input type="checkbox"/> 全全 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 自立	連絡歩行距離	m	
廊下歩行	<input type="checkbox"/> 全全 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 自立	連絡歩行距離	m	
階段昇降	<input type="checkbox"/> 全全 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 自立			
22. 予後評価(医師)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

脳卒中地域医療連携パスにおける うつ病・うつ状態の評価と運用実績



(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”を見逃さずに、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	死んだ方がましだ、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) レキサプロ錠（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.)