

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：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、進行肺がん治療開始時に包括的アセスメントを試行した。

結果：化学療法目的で入院した進行肺がん患者を連続サンプリングし、135名に対して身体アセスメントとあわせて精神症状アセスメントをおこない、実施可能性を確認したのち、連携システムへの公開の準備を進めた。

まとめ：包括的アセスメントとして精神症状に関するアセスメントの実施可能性を検証し、公開までの行程を固めた。

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し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いるが、運用に必要な人的・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）に特化させ、システム構築の前段階として Patient Held Record に注目し、その原案構築を目指し、その実施可能性を検討した。

（方法）

1. 対象

1.1. 選択基準

選択基準：以下のすべてを満たす患者を対象とする。

- (1) がんの診断が臨床的もしくは組織学的に確認されている患者。
- (2) 研究参加施設にて受療中の患者
- (3) 65 歳以上の患者
- (4) 治療の段階が以下のいずれかに該当する患者
 - ① 新たに外科治療を予定する患者
 - ② 新たにがん薬物療法（ファーストライン、セカンドライン） 予定の患者
 - ③ 緩和ケア移行を目的に緩和ケア外来を紹介受診した患者
 - ④ 在宅緩和ケアに紹介された患者
 - ⑤ 日本語の読み書きが可能である患者
 - ⑥ 研究参加に関する同意が得られている患者

2. 施行項目

Quick Inventory of Depressive
Symptomatology - Self Report 日本語版
(QIDS-SR)

Quick Inventory of Depressive
Symptomatology - Self Report (QIDS-SR)は、
2003年に開発された自己記入式うつ病評価尺
度である。アメリカ精神医学会の大うつ病の診
断基準(DSM-IV)と完全に対応した症状評価が
できる特性を持ち、従来うつ病の golden
standard に代わって用いることができること
が示されている。スクリーニング尺度としても
用いられている。日本語版の信頼性・妥当性も
検証されている。

(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

がん薬物療法開始時点での実態を明らかに
するために、高齢者腫瘍の代表的な疾患である
進行肺がんを中心に2012年11月より連続的
にサンプリングをおこない、同意の得られた
者に対して総合的機能評価を実施した。

2013年10月まで1年間実施したところ、
135名より同意を得た(男性108名、女性27
名、平均年齢:71.1歳、stage I 2名、II 12
名、III 55名、IV 62名、再発4名)。Performance
Statusは、0:43名、1:75名、2:13名、3:3
名であった。

CGAを実施し、同時に精神症状アセスメント
をあわせて試行した。QIDS-SRは全例に試
行可能であった。成績は 5.8 ± 4.3 であり、
基準範囲内が83名、軽度抑うつが35名、
中等度抑うつが10名、重度が7名であ
った。

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、その
実施可能性を検証した。全例で施行
可能であり、実施可能性が示された。

実施可能性確認後に、システム開発担
当者、地域医師会、行政担当者対
して、連携システム上での公開を
提案し、一部修正の後、地域の
情報連携システム上で公開する
ことを確認した。

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、その実施可能性を示
した。

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.
20. Kondo, K., Ogawa, A., et al: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. *Patient Educ Couns*, 93(2):350-3, 2013
21. Asai, M., Ogawa, A., et al: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology*, 22(5):995-1001, 2013
22. 小川朝生: がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割. *PSYCHIATRIST*, 18:54-61, 2013
23. 小川朝生: 一般病棟における精神的ケアの現状. *看護技術*, 59(5):422-6, 2013
24. 小川朝生: せん妄の予防-BPSDに対する薬物療法と非薬物療法-. *緩和ケア*, 23(3):196-9, 2013
25. 小川朝生: 高齢がん患者のこころのケア. *精神科*, 23(3):283-7, 2013
26. 小川朝生: がん患者の終末期のせん妄. *精神科治療学*, 28(9):1157-62, 2013
27. 小川朝生: がん領域における精神心理的ケアの連携. *日本社会精神医学会雑誌*, 22(2):123-30, 2013
28. Shirai, Y., Ogawa, A., Uchitomi, Y., 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
29. Ogawa, A., Uchitomi, 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
30. Shimizu, K., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al., Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol*. 23(8): 1973-9, 2012
31. 上山栄子、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
32. 松本禎久、小川朝生, がん患者の症状緩和. *Modern Physician*. 32(9): 1109-1112, 2012
33. 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
34. 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

35. 小川朝生, 悪性腫瘍(がん). 精神看護. 15(4):76-79, 2012

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.
3. 小川朝生: 高齢がん患者のこころを支える, 第32回日本社会精神医学会, 熊本市, 2013/3, シンポジウム
4. 小川朝生: 震災後のがん緩和ケア・精神心理的ケアの在宅連携, 第4回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 仙台市, 2013/5, シンポジウム
5. 小川朝生: がん治療中のせん妄の発症・重症化を予防する効果的な介入プログラムの開発, 第18回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, シンポジウム
6. 小川朝生: 各職種の役割 精神症状担当医師, 第18回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, フォーラム
7. 小川朝生: 不眠 意外に対応に困る症状, 第18回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, 特別企画演者
8. 小川朝生: がん領域における取り組み, 第10回日本うつ病学会総会, 北九州市, 2013/7, シンポジウム
9. 小川朝生: Cancer Specific Geriatric Assessment 日本語版の開発, 第11回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 一般口演
10. 小川朝生: がん患者の有症率・相談支援ニーズとバリアに関する多施設調査, 第11回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 一般口演
11. 小川朝生: チーム医療による診断時からの緩和ケア, 第11回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 合同シンポジウム
12. 小川朝生: がん治療と不眠, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, ランチョンセミナー
13. 小川朝生: 緩和ケアチーム専従看護師を対象とした精神腫瘍学教育プログラムの開発, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, ポスターセッション
14. 小川朝生: 個別化治療時代のサイコオンコロジーを再考する, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, 合同シンポジウム
15. 小川朝生: 高齢がん患者と家族のサポート: サイコオンコロジーに求められるもの, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, シンポジウム
16. 小川朝生: サイコオンコロジー入門, 第26回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, 特別企画演者
17. 小川朝生: がん患者に対する外来診療を支援する予防的コーディネーションプログラムの開発, 第51回日本癌治療学会学術集会, 京都市, 2013/10, ポスター
18. 小川朝生. 医療者育成. 第25回日本総合病院精神医学会総会. 2012. 11. 大田区 (シンポジウム演者)
19. 小川朝生. がん患者の有症率・相談支援のニーズとバリアに関する多施設調査. 第50回日本癌治療学会学術集会. 2012. 10. 25. 横浜 (ポスター)
20. 小川朝生. がん診療におけるせん妄. 第6回日本緩和医療薬学会年会. 2012. 10. 7. 神戸市 (シンポジウム演者)
21. 小川朝生. Cancer Specific Geriatric Assessment (CSGA) 日本語版の開発. 第77回大腸がん研究会. 2012. 7. 6. 港区 (口演演者)
22. 小川朝生. 緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (シンポジウム座長)
23. 小川朝生. 緩和ケアにおける介入エビデンス. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (シンポジウム演者)
24. 小川朝生. 患者が意思決定できないときの対応. 第17回日本緩和医療学会学術大会. 2012. 神戸市. (パネルディスカッション演者)
25. 小川朝生. 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム座長)

26. 小川朝生 . 高齢者のサイコオンコロジー. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム演者)
27. 小川朝生 . がん相談支援センターとサイコオンコロジーとの連携. 第25回日本サイコオンコロジー学会総会. 2012. 福岡市. (シンポジウム座長)

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））

（総合）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：脳卒中地域医療連携パスに、脳卒中後のうつ病・うつ状態の評価を組み込んだ新たなパスを作成して、急性期、回復期、維持期における脳卒中患者のうつ病・うつ状態の実態を明らかにするとともに、精神科医の医師連携を含めた総合医療的地域連携を推進する。

研究方法：千葉県脳卒中地域医療連携協議会に参加し、脳卒中後のうつ病・うつ状態の評価と治療、精神科医との連携の必要性について啓発活動を積極的に行い、PHQ-9によるうつ病・うつ状態の評価項目を組み入れた新たな脳卒中地域医療連携パスを作成する。作成したパスを用いて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脳卒中後のうつ病・うつ状態の有病率、抗うつ薬による治療状況を調査する。

結果：脳卒中における医療・福祉・介護機関の多くの関係者に脳卒中後のうつ病・うつ状態に対する正しい理解が進展し、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスのリハシート（回復期病院用）の中に PHQ-9 によるうつ病・うつ状態の評価項目が組み込まれ、2014年4月より実際の運用が開始された。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：脳卒中後のうつ病・うつ状態に対する正しい理解が進展した。PHQ-9を用いた脳卒中後のうつ病・うつ状態の有病率は、25～30%でこれまでの諸外国の報告と大きな差異はなかった。抗うつ薬治療については、うつ症状の改善が認められており、今後精神科医との連携を含めた地域医療連携の推進が重要であると考えられた。問題点としては、特に急性期病院においては、失語などによる意思疎通が困難な患者に対する精神症状の評価方法を考案する必要がある。また、維持期医療機関についてはパス利用が少なく、今後急性期、回復期、維持期を通じたパス利用の推進を図る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
駒場 祐一	日本医科大学千葉北総病院 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 マネージメントサポート・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

我が国における脳卒中の死亡率は治療技術の進歩とともに減少傾向にあるものの、後遺症を抱えた脳卒中の有病者数は年々増加しており、厚生労働科学研究班の調査によると、そのピークは2020年で総患者数は約288万人、介護が必要な患者も178万人に達することが推測されている¹⁾。

また、2008年4月の診療報酬改定で脳卒中の地域連携診療計画、いわゆる脳卒中地域医療連携パスに対する地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画退院時指導料が認可され、各医療機関が、脳卒中地域医療連携パスの作成と運用が活発化している。

一方、脳卒中後にうつ病を併発すると、認知機能の悪化、日常生活動作 (activities of daily living: ADL) の回復遅延、死亡率の増加が指摘されているが、抗うつ薬治療によって予後の改善が明らかになっている²⁾。しかしながら、脳卒中後の落ち込みは当然なこととして、見逃されることが多く、適切な治療が行われていないのが実状で

ある。

我々は、脳卒中地域医療連携パスに、うつ病・うつ状態の評価を導入することで、急性期病院および回復期病院において、脳卒中後のうつ病・うつ状態の有病率および治療状況について調査することを目的とした (資料1)。

B. 研究方法

千葉県脳卒中地域医療連携協議会に参加し、脳卒中後のうつ病・うつ状態の評価と治療の必要性を啓発し、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスにPHQ-9日本語版“こころとからだの質問票”³⁾によるうつ病・うつ状態の評価を組み入れる。次に、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脳卒中後のうつ病・うつ状態についてPHQ-9による軽症 (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、その有病率を検討するとともに、抗うつ薬による治療状況についても調査する。

C. 研究結果

千葉県共用脳卒中地域医療連携パスのリハシート (回復期病院用) の中にPHQ-9によるうつ病・うつ状態の評価項目が組み込まれた (資料2)。運用の手引きも作成され2014年4月より実際の運用が開始された (資料3)。

脳卒中治療の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においては2013年11月から2014年9月までに入院した脳卒中患者に対してPHQ-9を用いたうつ病・うつ状態の評価が実施された。

脳卒中による入院患者373例 (脳梗塞250例、脳出血84例、くも膜下出血39例) のうち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、クモ膜下出血 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。

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、2014 年 7 月から同年 10 月までの調査において、脳卒中による入院患者 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(資料 4)。

D. 考察

日本医科大学千葉北総病院脳神経センターにおいては、2008 年 3 月より印旛脳卒中地域医療連携パスが運用され、精神疾患簡易構造化面接法 (Mini-International. Neuropsychiatric Interview : MINI) ⁴⁾によるうつ病評価尺度を用いて、PSD の評価を試みていたが、MINI 評価の理解の乏しさや精神科医の関与もなく十分実施されていないのが実状であったため、2010 年 11 月に千葉県共用脳卒中地域医療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た。

そこで、今回我々は PHQ-9 を脳卒中後のうつ病・うつ状態のスクリーニングツールとして用いることにした。MINI は DSM 診断の大うつ病エピソードの診断基準を満たすかどうかを医師が判断するもので、うつ症状の各項目の表現が専門的で、期間も 2 週間以上、毎日のように症状が持

続しているかどうかで判定している。それに対して PHQ-9 は、うつ症状の各項目の表現が例示を含めて平易でわかりやすく、自己評価が可能であり、うつ症状の持続期間や頻度も柔軟なため、うつ病・うつ状態を幅広くスクリーニングできると考えられた。

脳卒中後のうつ病・うつ状態の有病率は、調査時期や診断方法によってばらつきがあるが、DSM 診断によるこれまでの報告では、脳卒中後の大うつ病が 11~40%で平均約 20%、小うつ病(うつ状態)が 8~44%で、平均約 20%と報告されている²⁾。また、メタ解析による報告によると脳卒中後 1 ヶ月以内の急性期、1~6 ヶ月以内の中期、6 ヶ月以上の長期のいずれの調査においても大きな差異はなく、平均すると脳卒中患者の 33%でうつ病・うつ状態を併発することが示されている⁵⁾。

今回の調査結果で、軽症を含めると急性期病院においては 25.5%、回復期病院においては 29.8% の頻度であり、諸外国における有病率調査と大きな差異はないものと考えられた。

ところで、脳卒中後にうつ病に罹患すると、認知機能がより障害され、ADL の回復が遅延し、死亡率もオッズ比で 3 倍以上になることが示されている²⁾。一方脳卒中後のうつ病に対して適切な抗うつ薬治療を行うことで、認知機能、ADL ばかりでなく生存率までもが改善することが明らかになっている²⁾。今回の調査で脳卒中後のうつ病・うつ状態に対して抗うつ薬治療を受けた場合、うつ症状の改善が認められていた。今後、認知機能や ADL あるいはその後の転帰の調査とともに精神科医との連携も含めて、さらなる検討が必要と考えられた(資料 5)。

今回の研究のなかでの問題点としては、以下のようなことが挙げられる。

1) 脳卒中地域連携パスへの PHQ-9 による評価項目が回復期のリハシートのみにはしか採用されなかったことである。今後は、パスを用いている急性期、回復期、維持期のすべての医療機関において評価される必要があり、今後の課題である。

2) 急性期病院での PHQ-9 によるうつ病・うつ状態の評価においては、意識障害や中等度以上の失語が認められた場合、あるいは短期に転院・退院されてしまう場合は実施が困難であった。今後、意思疎通が困難な患者に対するうつ病・うつ状態の評価の方法も検討していく必要があるものと考えられた。

3) 急性期病院における年間のパス適用率は 35% 程度であるが、急性期病院から回復期病院に対して情報提供を行った場合には、地域連携診療計画管理料として 900 点が算定され、回復期病院から計画管理病院に対して情報提供を行った場合には、地域連携診療計画退院指導料 (I) の 600 点と地域連携診療計画加算の 100 点が加算される。したがって、パスの適用については、ほとんどが急性期病院と回復期病院においてであり、生活維持期におけるかかりつけ医の利用は十分ではなかった。現在、かかりつけ医から計画管理病院に対して情報提供を行った場合には地域連携診療計画退院指導料 (II) として 300 点算定できるが、今後パス利用による地域連携のメリットなどの理解を促し、脳卒中地域連携パスの普及発展を図ることが望ましいと考えられた (資料 6)。

E. 結論

脳卒中地域連携パスに PHQ-9 によるうつ病・うつ状態の評価項目が組み込まれ実際の運用が開始された。脳卒中の急性期病院、回復期病院におけるうつ病・うつ状態の有病率は 25~30% であった。抗うつ薬治療によって、うつ症状の改善が認められており、今後精神科医との連携を含めて

さらなる検討が必要である。また、意思疎通困難な患者のうつ病・うつ状態の評価や維持期医療機関のパス利用については今後の課題である。

最後に、我が国においては、脳卒中の予防、急性期治療、リハビリテーションの進歩は著しいが、今回検討した脳卒中後のうつ病・うつ状態に対する理解と対応はいまだ十分とはいえないのが実状である。脳卒中患者とその家族の QOL の向上を図るためには、今後、脳神経外科、神経内科、リハビリ科などの身体科医と精神科医との連携、多職種によるチーム医療の介入、そして今回作成したような脳卒中後のうつ病・うつ状態を評価できる医療連携パスを用いた地域ネットワークの構築を推進していくことが重要であると考えられた。

参考文献

- 1) 鈴木一夫：地域脳卒中発症登録を利用した脳卒中医療の質の評価に関する研究。厚生労働省科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)総括研究報告書, 2005.
- 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.)
- 3) 村松公美子, 上島国利: プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール: Patient Health Questionnaire-9 日本語版 「こころとからだの質問票」診断と治療, 97: 1465-1473, 2009.
- 4) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al: "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the

development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10". J Clin Psychiatry, 59 Suppl 20: 22-33, 1988.

- 5) Hackett ML, Yapa C, Parag V, et al: Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. Stroke, 36(6): 1330-1340, 2005.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 著書発表

- 1) 木村真人 (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 (分担) : 介護に関わる問題—意欲喪失患者のケア. 今日の治療指針 (山口徹, 北原光夫, 福井次矢 総編集), 2013.1, pp1363-1364, 医学書院, 東京.
- 3) 下田健吾, 木村真人 (分担) : 4. 脳血管障害後のうつ病診察のコツと処方例. 日常診療におけるうつ病治療指針～うつ病を見逃さない～ (樋口輝彦監修, 中尾睦宏・伊藤弘人編), 2012.3, pp91-103, 医薬ジャーナル, 東京.
- 4) 木村真人 (監訳) : 脳卒中における臨床神経精神医学 第 2 版 (ロバート・G・ロビンソン著), 2013.7, 星和書店, 東京.
- 5) 下田健吾 (翻訳) : 第 10 章 病変部位との関連, 第 II 部脳卒中後うつ病 (木村真人監訳) 脳卒中における臨床神経精神医学 第 2 版 (ロバート・G・ロビンソン著), 2013, pp93--116, 星和書店, 東京.

- 6) 下田健吾 (翻訳) : 第 11 章 うつ病と大脳半球の優位性および非対称性との関連, 第 II 部脳卒中後うつ病 (木村真人監訳) 脳卒中における臨床神経精神医学 第 2 版 (ロバート・G・ロビンソン著), 2013, pp117--125, 星和書店, 東京.

- 7) 下田健吾 (翻訳) : 第 12 章 うつ病と両側半球損傷との関連, 第 II 部脳卒中後うつ病 (木村真人監訳) 脳卒中における臨床神経精神医学 第 2 版 (ロバート・G・ロビンソン著), 2013, pp126-130, 星和書店, 東京.

- 8) 下田健吾 : 第 13 章 脳卒中後うつ病と身体障害との関連, 第 II 部脳卒中後うつ病 (木村真人監訳) 脳卒中における臨床神経精神医学 第 2 版 (ロバート・G・ロビンソン著), 2013, pp131-154, 星和書店, 東京.

- 9) 木村真人 (翻訳) : 第 15 章 失語症とうつ病との関連, 第 II 部脳卒中後うつ病 (木村真人監訳) 脳卒中における臨床神経精神医学 第 2 版 (ロバート・G・ロビンソン著), 2013, pp181-189, 星和書店, 東京.

- 10) 木村真人 (翻訳) : 第 16 章 社会的機能とうつ病との関係, 第 II 部脳卒中後うつ病 (木村真人監訳) 脳卒中における臨床神経精神医学 第 2 版 (ロバート・G・ロビンソン著), 2013, pp206-219 星和書店, 東京.

- 11) 木村真人 (翻訳) : 第 IV 部脳卒中後不安障害, (木村真人監訳) 脳卒中における臨床神経精神医学 第 2 版 (ロバート・G・ロビンソン著), 2013, pp343-381, 星和書店, 東京.

2. 論文発表

- 1) 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.
- 2) 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.
 - 3) 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.
 - 4) 下田健吾, 木村真人：【日常診療に役立つうつ病の知識】 身体疾患と合併したうつ病の治療 脳卒中. 臨牀と研究 91(5), 619-624, 2014.5.
 - 5) 木村真人：【特集 高齢者の神経疾患と「うつ】 脳血管障害と「うつ」. 老年精神医学雑誌 25(1), 25-33, 2014.1.
 - 6) 木村真人, 長束一行：特集「包括的なうつ病管理の実践 メンタルケアを取り入れたデジタルスマネジメント」脳卒中：うつ病の診断と治療. 看護技術 60(1), 35-38, 2014.
 - 7) 木村真人, 小林士郎, 水成隆之, 駒場祐一, 下田健吾, 秋山友美：特集「精神疾患地域連携クリティカルパス」 脳卒中地域医療連携パスにおけるうつ病の評価と治療. 日社精医誌 22(2), 147-154, 2013.5
 - 8) 下田健吾, 木村真人：特集「高齢者のうつ病」うつ病と認知症の見分け方・関連性. *Aging & Health* 22(1), 15-18, 2013.4
 - 9) 木村真人：【気分障害ガイドライン新訂版】 (第6章) 身体疾患と抑うつ 血管性うつ病 (Vascular depression). *精神科治療学* 27 増刊号, 216-222, 2012.10
 - 10) 下田健吾, 木村真人：【高齢発症の気分障害の増加と認知症】 高齢うつ病者のうつ状態に対する対応 非薬物療法を中心に. *臨床精神薬理* 15(10), 1643-1650, 2012.10
 - 11) 下田健吾, 木村真人：【徹底ガイド 脳卒中 Q&A-プレホスピタルからリハビリまで-】. 脳卒中の回復期、維持期の注意事項 脳卒中後精神障害(Q&A/特集). 救急. 集中医療 24(7-8), 968-976, 2012.8
 - 12) 木村真人：脳卒中後のうつ病とアパシー. 日本神経救急学会雑誌 24(3), 71-77, 2012.
- ### 3. 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
 - 3) 下田健吾, 木村真人：左右放線冠梗塞後の情動障害に対する抗うつ薬治療および反応性. 第10回日本うつ病学会総会(北九州国際会議場) 2013.7
 - 4) 木下恵理香, 秋山友美, 下田健吾, 水成隆之, 木村真人：脳卒中後うつ病における光トポグラフィ所見. 第10回日本うつ病学会総会(北九州国際会議場) 2013.7
(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) 2014.7.12
- 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 2014.6.7
 - 3) 木村真人：脳卒中後のうつとアパシー．第 37 回日本高次脳機能障害学会学術総会ランチョンセミナー 4（島根県民会館）2013.11.30
 - 4) 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 2 回日本精神科医学会学術大会ランチョンセミナー 8（大宮ソニックシティ）2013.11.15
 - 5) 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 66 回九州精神神経学会・第 59 回九州精神医療学会ランチョンセミナー 3（かごしま県民交流センター）2013.11.7
 - 6) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～．第 16 回日本病院脳神経外科学会ランチョンセミナー 8（福山ニューキャッスルホテル）2013.7.21
 - 7) 木村真人：高齢者うつ病における診断と治療．モーニングセミナー．第 54 回日本心身医学会総会（パシフィコ横浜）2013.6.27
 - 8) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～．イブニングセミナー．第 54 回日本心身医学会総会（パシフィコ横浜）2013.6.26
 - 9) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～．第 22 回日本脳ドック学会総会共催シンポジウム 1（仙台 江陽グランドホテル）2013.6.21
 - 10) 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 28 回日本老年精神医学会共催企画講演 V（リーガロイヤルホテル大阪）2013.6.5
 - 11) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～．第 32 回日本社会精神医学会ランチョンセミナー（KKR ホテル熊本）2013.3.7
 - 12) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～．第 21 回日本意識障害学会（山梨）2012.7
 - 13) 木村真人：脳卒中後のうつとアパシーについて．第 7 回静岡県総合病院精神医学研究会（静岡）2012.4.14
- （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～

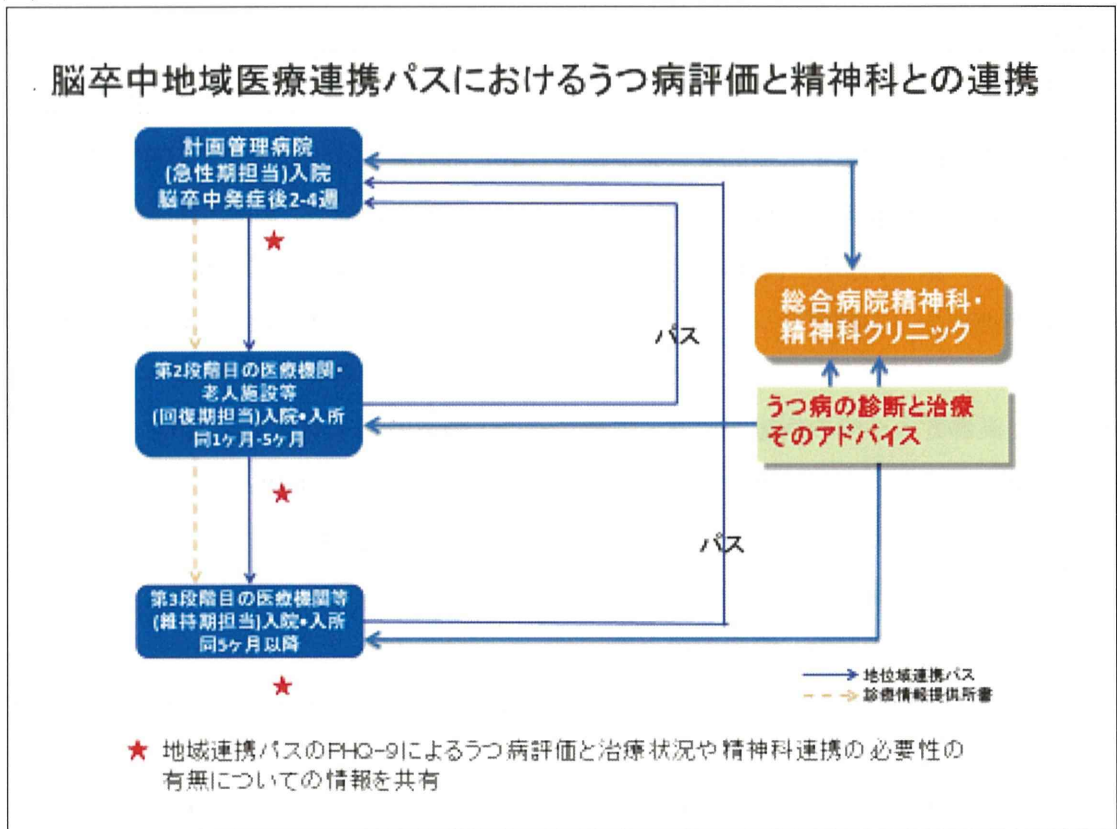
- 脳卒中後うつ病を含めて～. 第 10 回新宿区
医師会メンタルヘルス連絡会（京王プラザホ
テル） 2014.9.4
- 8) 木村真人：うつ病に関連する脳部位と光トポ
グラフィー検査による最新診断～脳卒中後
うつ病を含めて～. 第 3 2 回島根脳血管障害
研究会（出雲ロイヤルホテル） 2014.8.30
- 9) 木村真人：脳卒中後のうつとアパシー. 第 80
回千葉北総神経放射線研究会（第 11 回特別
講演会）（三井ガーデンホテル千葉）
2014.7.18
- 10) 木村真人：脳卒中後のうつ病と地域連携. 第
5 回千葉北脳卒中地域連携パス研究会（ウイ
シュトンホテル・ユーカー） 2014.7.7
- 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
- 13) 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 2 回和歌山県医師
会精神科部会（和歌山ビッグ愛） 2014.3.8
- 14) 木村真人：高齢者うつ病の病態と治療～脳卒
中後うつ病治療の重要性を含めて～. 千葉市
医師会精神科医会講演会（京成ホテルミラ
マーレ） 2014.2.21
- 15) 木村真人：脳卒中後のうつ. 第 5 回千葉県脳
卒中連携の会（幕張ベイホテル） 2014.2.9
- 16) 木村真人：うつ病に関連する脳部位と光トポ
グラフィーによる最新診断～脳卒中後うつ
病を含めて～. 第 2 回下総精神医療懇話会（京
成ホテルミラマーレ） 2014.2.7
- 17) 木村真人：脳卒中後うつ病の病態と治療. 身
体疾患患者へのメンタルケアモデル開発ナ
ショナルプロジェクト 国立循環器病セン
ター病院研修「脳卒中領域及び心臓病領域に
おける包括的なうつ管理」（国立循環器病セ
ンター図書館講堂） 2014.1.20.
- 18) 木村真人：うつ病に関連する脳部位と光トポ
グラフィーによる最新診断～脳卒中後うつ
病を含めて～. 野田市医師会学術講演会（ホ
テルグランボア野田） 2013.12.10.
- 19) 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 171 回北信精神科
診療所医会学術講演会（ホテルメトロポリタ
ン長野） 2013.12.5
- 20) 木村真人：高齢者うつ病の病態と治療～脳卒
中後うつ病治療の重要性を含めて～. 茂原市
長生郡医師会学術講演会（プラザヘイアン茂
原） 2013.11.19
- 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～. 福岡県精神神経科診
療所協会秋季学術講演会（タカクラホテル福
岡） 2013.11.9
- 22) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その
病態と治療～. 第 14 回くらしき脳卒中地域
連携の会学術集会（倉敷市芸文館） 2013.11.1
- 23) 木村真人：うつ病に関連する脳部位と光トポ
グラフィーによる最新診断～脳卒中後うつ
病を含めて～. 山口県精神科病院協会東部地
区学術講演会～レクサプロ発売 2 周年記念講
演会～（ザ・グラマシー） 2013.10.10
- 24) 木村真人：うつ病に関連する脳部位と光トポ
グラフィーによる最新診断～脳卒中後うつ
病を含めて～. 印旛市郡医師会学術講演会
（ヒルトン成田） 2013.10.9

- 25) 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～. 練馬区医師会学術部精神科医会学術講演会（ホテルガデンツァ光が丘）2013.10.7
- 26) 木村真人：うつ病に関連する脳部位と光トポグラフィーによる最新診断－脳卒中後うつ病を含めて－. 第14回埼玉西部地区脳血管障害病診連携の会（川越プリンスホテル）2013.9.3
- 27) 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～. 小田原市医師会講演会（報徳会館）2013.8.23
- 28) 木村真人：うつ病に関連する脳部位と光トポグラフィーによる最新診断－脳卒中後うつ病を含めて－. 七尾市医師会学術講演会（番伊）2013.7.31
- 29) 木村真人：高齢者うつ病の病態と治療～脳卒中後/血管性うつ病を含めて～. 第161回厚木内科集談会（レンブラントホテル厚木）2013.6.27
- 30) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～. 八戸精神科医会（八戸パークホテル）2013.6.18
- 31) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～. 比企医師会学術講演会（紫雲閣）2013.6.12
- 32) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～. 第1回脳卒中合併症治療フォーラム（天王寺都ホテル）2013.4.18
- 33) 木村真人：身体疾患に伴ううつとエスシタロプラム. 平成25年度第1回江別医師会研修会（江別市あおい）2013.4.11
- 34) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～. 徳島精神科臨床懇話会第235回精翠会（徳島ザ・グランドパレス）2013.4.10
- 35) 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～. 川崎市精神科医会学術講演会（ホテルKSP）2013.3.2
- 36) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～. 印旛市郡医師会学術講演会（ウイシュトンホテルユーカリ）2013.3.18
- 37) 木村真人：身体疾患に伴ううつとエスシタロプラム－脳卒中後うつを中心に－. 第34回脳卒中フォーラム in 函館（ホテル函館ロイヤル）2013.3.12
- 38) 木村真人：見逃すな！脳卒中後のうつ～その病態と治療～. 関西精神疾患診療フォーラム（スイスホテル南海大阪）2013.3.9
- 39) 木村真人：脳卒中後のうつとアパシー. 第7回大阪神経・精神疾患シンポジウム（ホテルグランヴィア大阪）2013.1.31
- 40) 木村真人：高齢者のうつ病について－脳卒中後うつ病を含めて－. 平成24年度山形県うつ病診療支援体制強化モデル事業「うつ病支援研修会」（伝国の社置賜文化ホール）2013.1.12
- 41) 木村真人：うつ病の病態と治療－高齢者うつ病, 脳卒中後うつ病を含めた血管性うつ病の病態と治療－. 第3回脳・心・腎 Freetalk in Ichihara（市原マリンホテル）2012.11.20
- 42) 木村真人：脳卒中後のうつとアパシー. 高崎市精神神経科医会（高崎ビューホテル）2012.6.15
- 43) 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～. 日本精神科病院協会群馬県支部勉強会（前橋マーキュリーホテル）2012.4.17

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(資料1)



(資料2)

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パスに「うつの有無」を追加

千葉県共用 脳卒中地域医療連携パス 連携シート		受け手病院	
リハビリテーション連携時情報()		通院) 記入者	
患者名(イニシャル)	性別	生年月日	ID
病名	病名PT	病名OT	病名ST
リハ開始日	PT開始日	OT開始日	ST開始日
リハ単一PT連携情報/連携	OT	OT	OT
連携-医療機関			
リハ担当者			
1. 意識	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
2. うつ病の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ()		
3. 睡眠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
4. 調理等のバイタル業務	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
5. 日常生活コミュニケーション機能	<input type="checkbox"/> 全廃 <input type="checkbox"/> 減退 <input type="checkbox"/> 同等 <input type="checkbox"/> 向上		
6. 視力	単 <input type="checkbox"/> 両 <input type="checkbox"/> 両		
7. 聴力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
8. Beers test (手/上肢/下肢)	否定) 手 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 (否定) 手 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢		
9. 認知機能 (上肢/下肢)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
10. BDI-II	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
11. 日常生活動作	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
12. 歩行速度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
13. 歩行時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
14. 歩行距離	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
15. 歩行速度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
16. 歩行時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
17. 歩行距離	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
18. 歩行速度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
19. 歩行時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
20. 歩行距離	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
21. 歩行速度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
22. 歩行時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
23. 歩行距離	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
24. 歩行速度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
25. 歩行時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
26. 歩行距離	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
27. 歩行速度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
28. 歩行時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
29. 歩行距離	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
30. 歩行速度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
31. 歩行時間	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
32. 歩行距離	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		

(資料3) 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無い、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 を併用することで覚醒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。

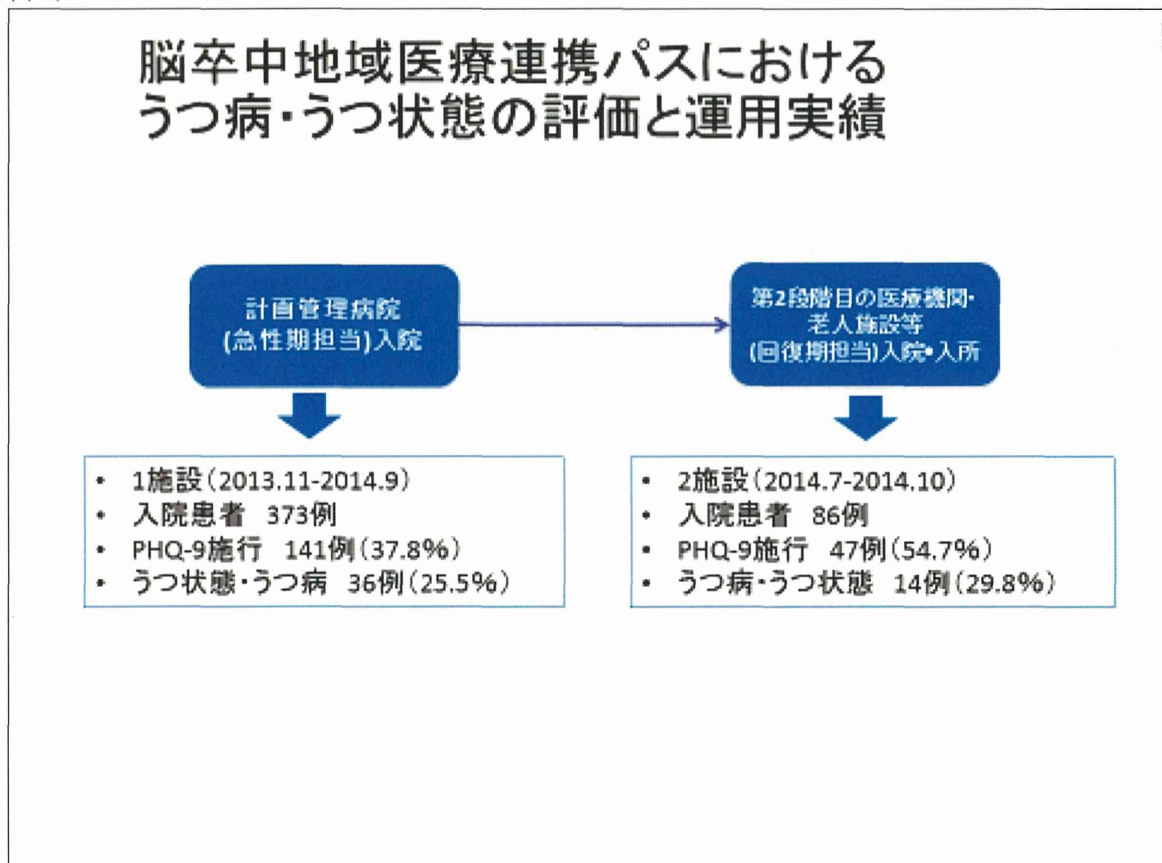
○専門医への紹介のタイミング

- 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.)

(資料4)



(資料5)

