

表 1 PSDのDSM-IV-TR診断(文献⁹⁾より引用作成)

一般身体疾患によるうつ病性障害	
A	顕著かつ持続性の気分の障害が臨床像において優性であり、抑うつ気分、または、すべてまたはほとんどすべての活動における興味や喜びの著明な減退
B	既往歴、身体診察所見、または検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果であるという証拠がある
C	その障害は他の精神疾患(例:一般身体疾患にかかっているというストレスに反応した「適応障害、抑うつ気分を伴うもの」)ではうまく説明されない
D	その障害はせん妄の経過中にのみ起こるものではない
E	症状が、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている
うつ病性の特徴を伴うもの→研究用カテゴリーの小うつ病の診断を用いることが多い※	
優勢な気分は抑うつであるが大うつ病の診断基準を完全には満たさない	
大うつ病様エピソードをもつもの	
下記の症状のうち1)または2)の症状のいずれかを含んで、少なくとも5つが2週間の間に存在する	
1)ほとんど一日中毎日の抑うつ気分	
2)興味、喜びの著しい減退	
3)著しい体重減少あるいは増加	
4)不眠または睡眠過多	
5)精神運動性の焦燥または抑制	
6)易疲労感または気力の減退	
7)無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感	
8)思考力や集中力の減退、または決断困難	
9)死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図	
※小うつ病は上記の症状のうち1)または2)の症状のいずれかを含んで、少なくとも2つ以上5つ未満が2週間の間に存在する	

大多数に潜在性脳梗塞の合併が認められると報告している。

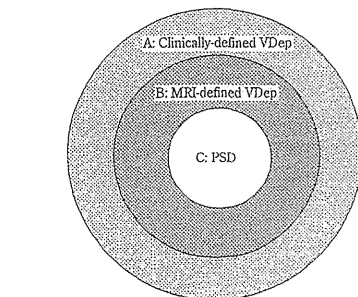
Krishnanらは、それらの患者を当初 alteriosclerotic depression と命名したが、Alexopoulosらとの協議を経て、1997年多発性脳梗塞による血管性認知症の概念に合わせる形で、VDepの概念を提唱した。また、VDepは脳血管障害を基盤とするうつ病全体を包括する概念としてPSDをその中に包含した(図2)。

現在VDepの診断基準としては、高齢発症で血管障害の危険因子が存在すれば診断が可能であるとする予防医学的側面の強いAlexopoulosら⁹⁾のものが一般的である(表2)。

VDepの臨床的特徴としては、脳血管障害に基づく要因が加わることで、機能性うつ病とは異なった特徴が指摘されており、前述のPSDの臨床的特徴についても重要な示唆を与えている。

VI. VDepの発症メカニズム

VDepの発症メカニズムとしては、前述したPSD研究から導かれた左前頭葉・左基底核など



- A: 65歳以上発症で高血圧、脂質異常症、狭心症、心筋梗塞の既往などの血管障害の危険因子がある場合
- B: MRIによって潜在性脳梗塞が確認できる場合
- C: 明らかな脳卒中後うつ病

図2 血管性うつ病の分類

の病変に基づく“局所病変仮説”とともに、これまでの高齢うつ病者研究に基づく“閾値仮説”の両者が提唱されている⁹⁾。閾値仮説は脳

表 2 血管性うつ病の診断基準

Alexopoulosらの診断基準(基本的特徴)(1997)文献 ⁹⁾ より引用作成	
脳血管障害あるいは脳血管障害危険因子が臨床所見と検査所見あるいはそのいずれかで認められる	
臨床検査	脳卒中や一過性脳虚血(TIA)の既往、局所神経徴候、心房細動、狭心症、心筋梗塞の既往、頸動脈雑音、高血圧、脂質異常症
検査所見	穿通枝領域の白質高信号、脳梗塞、内頸動脈の閉塞、Willis動脈輪の狭窄
65歳以上発症のうつ病が若年発症で脳血管障害によりうつ病エピソードの頻度が増加したり持続的になった症例	

病変の部位よりも脳血管病変の蓄積が、うつ病発症の閾値を低下させることによって発症するというものである。いずれの場合においても情動を司る神経回路として皮質-線条体-淡蒼球-視床-皮質(cortico-striato-pallido-thalamo-cortical: CSPTC)回路の障害が、うつ病発症に重要な役割を果たしていると想定されており、①眼窩前頭部、背側部、前帯状回経路の直接的な障害、②線条体-淡蒼球-視床-皮質経路の制御を遮断する脳幹から上行するモノアミン神経伝達経路の障害、③眼窩前頭経路の機能障害やセロトニン作動性の縫線核による前頭前野の調整障害を導く基底核の障害といったメカニズムの関与が示唆されている⁹⁾。

VII. PSDの身体予後の及ぼす影響と治療の重要性

PSDに罹患すると日常生活動作(ADL)の回復遅延、認知機能の悪化、さらに死亡率も高まることが明らかにされている⁹⁾。図3は、脳卒中後10年間の生存率を調査した研究であるが、脳卒中後にPSDに罹患すると死亡率が3.4倍になり、死因の判明した患者では、脳卒中再発作28%、心不全44%、呼吸不全17%、その他11%で、脳心血管障害による死亡が増加している⁹⁾。一方、PSD患者に適切な抗うつ薬治療を行うとADLや認知機能がばかりでなく、生存率までも改善することが示されている⁹⁾。脳卒中後6カ月の間に12週間の抗うつ薬あるいはプラセボの投与を受けた患者(PSD治療試験とPSD予防試験を合わせて検討しており、PSD患者と非PSD患者が含まれている)において抗うつ薬を服用した群は、プラセボを服用した群に比べ、9年後の生存率が倍以上になるという劇的な結果が示されている⁹⁾。日本における脳卒中死亡率は、減少はしているものの、いまだ第4位で

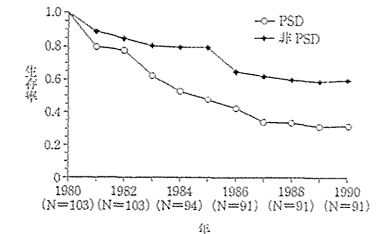


図3 脳卒中後のうつ病の有無による生存率(文献⁹⁾より引用) 脳卒中後10年間の追跡調査で、PSDに罹患すると、死亡率が3.4倍になる。

あり、抗うつ薬治療による死亡率の改善は、脳卒中治療において大きな意味を持つと思われる。

近年、うつ病と脳血管障害は相互に関連した病態であり⁹⁾、うつ病自体が血管障害を促進して再梗塞や心循環器系疾患が起こるため(図4)、死亡率が増加すると考えられている。したがって、脳血管障害に対する予防と治療とともにPSDを見逃さずに適切な治療とケアを行うことが非常に重要である。

VIII. 薬物治療の実際

PSDに対する薬物治療は抗うつ薬が中心であることは確認されている⁹⁾。抗うつ薬の種別やその中の特定の薬剤に有効性があるかの特異性は実証されていないが、選択にあたっては忍容性と有効性のバランスに留意する必要がある。

第一選択薬としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)や選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、あるいは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)などの忍容性に優れた薬剤が選択される(表3)。初回投与量は脳の脆弱性がベースにあるため、通常の半量か

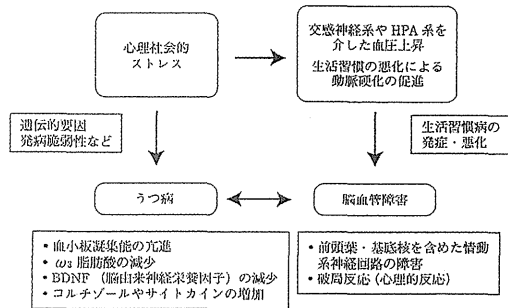


図 4 うつ病と脳血管障害との関係

表 3 PSD に対して第一選択薬として用いられる抗うつ薬

薬剤名 (1日使用量)	特徴・注意点
選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)	<ul style="list-style-type: none"> • エスシタロプラム (5~20mg) • セルトラリン (25~100mg) • パロキセチン CR (12.5~50mg) • フルボキサミン (25~150mg) <ul style="list-style-type: none"> • 投与初期の嘔気などの消化器系の副作用が比較的多い • 薬物相互作用に注意 (エスシタロプラム, セルトラリンは比較的相互作用が少ない) • エスシタロプラムは QT 延長に注意
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin noradrenalin reuptake inhibitor: SNRI)	<ul style="list-style-type: none"> • ミルナシプラン (25~100mg, 高齢者は60mgまで) • デュロキセチン (20~60mg) <ul style="list-style-type: none"> • 薬物相互作用は比較的少ない • 嘔気その他, 尿閉や血圧上昇が出現することがあり注意 • デュロキセチンは, 肝・腎障害に注意が必要 • 痛みに対する効果
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 (noradrenergic and specific serotonergic antidepressant: NaSSA)	<ul style="list-style-type: none"> • ミルタザピン (15~45mg) <ul style="list-style-type: none"> • 消化器系の副作用や薬物相互作用が少ない • 抗不安作用と食欲増進作用が強い • 抗ヒスタミン作用による初期の強い眠気や過鎮静に注意 • SSRI, SNRI との併用で抗うつ作用増強

ら始めることをお勧めする。

上記の薬剤で十分な効果が得られないときには、三環系抗うつ薬の中ではノルトリプチリンの有用性の報告が多い⁹⁾。また治療抵抗性の場合には、リチウム、甲状腺ホルモンあるいは非定型抗精神病薬などの増強療法が必要な場合もある。不安焦燥感が強い場合には、抗うつ薬の効果が現れるまで、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬の併用も有用であるが、認知機能の低下や筋弛緩作用による転倒などのリスクがあり、半減期の短い薬剤を限定的に用いることが望ましい。

IX. 非薬物療法

患者の訴えに傾聴し受容的な態度をとるだけでも改善する軽症例も少なくないと考えられ、

漫然とした薬物療法に頼らず、患者の病状に応じて心理的なアプローチを計ることは重要である。薬物療法と併行して有効とされるものには認知行動療法や短期問題解決法があげられる¹⁰⁾。

リハビリテーションについては重度の PSD の場合には、無理をさせずに、軽い負荷の他動的運動療法を考慮する。軽度から中等度の場合には、ある程度の有酸素運動が有効と思われるが、常に患者への共感と支持が必要である。

おわりに

PSD を中心に概説した。現在脳卒中に対しては、予防、急性期治療、リハビリテーションが中心に行われているが、PSD も含めた脳卒中後の精神症状に対する総合的な医療が必要であると考ええる。脳神経外科、神経内科、リハビリ

テーション科、精神科などの連携とともに、職種によるチーム介入も今後の課題である。また筆者らは現在 PSD の評価と治療体制を組み込んだ脳卒中地域医療連携パスの運用を開始しているが、患者、家族、医療スタッフが情報を共有し、適切な援助を提供できる地域ネットワークの構築が早急に望まれる。

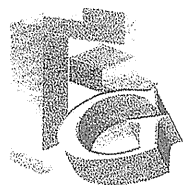
文 献

- 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) Polstein, M. F., Maiburger, R., McHugh, P. R.: Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 40: 1018-1020, 1977.
- 3) Robinson, R. G.: *The Clinical Neuropsychiatry of Stroke 2nd edition* Cambridge: 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.)
- 4) American Psychiatric Association: *Diagnostic and sta-*

- 5) 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.
- 6) Krishnan, K. R., Goli, V., Ellinwood, E. H. et al.: Leukoencephalopathy in patients diagnosed as major depressive. *Biol Psychiatry*, 23: 519-522, 1988.
- 7) Fujikawa, T., Yamawaki, S., Touhouda, Y.: Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. *Stroke*, 24: 1631-1634, 1993.
- 8) Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C. et al.: 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, 54: 915-922, 1997.
- 9) Camus, V., Kraehenbühl, H., Preisig, M. et al.: Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? *J Affect Disord*, 81: 1-16, 2004.
- 10) Göthe, R., Enache, D., Wahlund, L. O. et al.: Cerebrovascular diseases and depression: epidemiology, mechanisms and treatment. *Fampraxis Med*, 54: 161-170, 2012.

特集

高齢者の神経疾患と「うつ」



脳血管障害と「うつ」

木村真人

抄録

脳血管障害とうつは密接に関連しており、脳卒中後うつ病を含めた血管性うつ病の概念が提唱されている。脳卒中急性期は、左前頭葉や左基底核病変に関連した生物学的要因の強いうつ病発症が多い。血管性うつ病は皮質-線条体-淡蒼球-視床-皮質回路の障害と関連している。脳卒中後うつ病に罹患するとADLの回復遅延、認知機能の悪化、死亡率の増加が示されているが、抗うつ薬治療によりそれぞれが改善するため適切な診断と治療が肝要である。

Key words : cerebrovascular disease, post-stroke depression, vascular depression, antidepressant treatment

老年精神医学雑誌 25 : 25-33, 2014

はじめに

脳血管障害による死亡率は医療の進歩とともに減少傾向にあるが、後遺症を抱えた脳血管障害患者の有病率は年々増加しており、厚生労働省研究班の調査によると、そのピークは2020年で約288万人、介護が必要な人も178万人に達すると推測されている¹⁾。脳血管障害患者のQOL向上を考えた場合、脳血管障害の予防対策、急性期治療とともに、患者の予後に大きな影響を与える脳血管障害後のうつに対する対策は急務である。

脳血管障害後のうつは、脳卒中後うつ病 (post-stroke depression ; PSD) と呼ばれ数多くの臨床研究が行われているが、いまなお適切な診断や治療が十分なされていないのが現状である。

一方、MRIの普及により明らかな脳卒中発作の既往がなく神経学的徴候も呈さない無症候性脳梗塞が高齢うつ病者に高頻度でみられることが明らかとなり、血管性うつ病 (vascular depression ;

VDep) という概念が提唱され、PSDもそのなかに包含されている。

本稿では脳血管障害とうつについて、PSDとVDepの知見を含め、その診断と治療について概説する。

脳卒中後うつ病とは

脳血管障害には脳梗塞、脳出血などがあるが、脳血管障害後のうつ症状には大きな差異がないことから、多くの研究者が脳卒中後うつ病 (PSD) として一括して臨床研究を行っている。PSDは脳卒中後にみられる器質性ないし二次性のうつ病であるが、脳卒中は他の身体疾患と異なり脳自体が損傷されるため、当初から2つの病因論的視点があり、脳損傷のものによる病態生理学的変化の結果うつ病を引き起こすという「脳傷害説」と身体機能障害などによる了解可能な心理的反応であるという「心因説」である。1960年代までは、心因説を中心とした報告が多かったが、1977年にFolsteinら²⁾は、身体機能障害の程度を一致させた脳卒中患者と整形外科患者においてうつ病の

発現頻度を比較したところ、整形外科患者が10%であるのに対して脳卒中患者は45%であったことから、PSDは身体機能障害に対する単純な心理的反応だけでは説明がつかず、直接的な脳の損傷がうつ病発症に関与していることを明らかにした。

その後、1980年代になってRobinsonらのグループ³⁾が、脳卒中急性期 (脳卒中後2か月間) の患者においては、脳病変が左前頭葉や左基底核にある場合にPSDの頻度が高く、脳卒中後6か月までは左前頭葉の病変部位が前頭極に近いほどうつ病の重症度が高いというPSDと病変部位との関連を報告し、世界的議論に発展した。彼らは、脳卒中急性期は、前頭-基底核-視床の情動系神経回路が傷害され、生物学的要因の強いPSDの発症が多く、慢性期 (脳卒中後1~2年) では右半球病変に関連した心理社会的要因の強いPSDの発症が多いと主張している。

脳卒中後うつ病の診断と有病率

PSDの診断は、多くの研究者がアメリカ精神医学会の「精神疾患の診断・統計マニュアル (DSM)」を用いており、DSM-IV-TR⁴⁾ではPSDは他の気分障害のなかの「一般身体疾患による気分障害」に該当し、「大うつ病様エピソードを伴うもの」 (以下、大うつ病) と「うつ病性の特徴を示すもの」に分類される。このなかで、「うつ病性の特徴を伴うもの」は軽症のPSDと考えられ、DSM-IVの研究用カテゴリーにある「小うつ病」の診断基準が用いられることが多い (表1)。

PSDの有病率は調査時期によってばらつきがあるが、DSM診断に基づく報告の平均では、急性期、リハビリ病院において脳卒中後の大うつ病が19%で、小うつ病が30%、外来患者では大うつ病、小うつ病とも24%、地域調査では大うつ病が14%、小うつ病が9%であることが示されている⁵⁾。

脳卒中後の大うつ病は、自然経過では平均約1年間持続し、小うつ病は数か月間から2年間以上

続き、途中で大うつ病に発展する例も少なくない⁶⁾。Robinsonらは、脳卒中後の少なくとも2年間はPSDが発症する危険が高い期間であると述べている⁷⁾。

脳卒中後うつ病の臨床症状

PSDの臨床症状については、脳損傷のない機能性うつ病との異同についての議論がある。脳卒中後には認知障害、運動麻痺、失語、構語障害などさまざまな巣症状が出現し、うつ症状をつかみにくい面もある。しかしLipseyら⁸⁾は急性期のPSDと機能性の大うつ病とで17項目の臨床症状を半構造化面接で比較し、「緩慢さ」がPSDで高頻度、「興味・集中力の低下」が機能性うつ病で高頻度であるが、他の症状はほぼ同程度にみられ、両者の臨床症状には大きな差異はなく類似していると報告している。一方、PSDは抑うつ破局反応であると主張しているGainottiら⁹⁾は、PSDは内因性うつ病に比較して、抑うつ気分、希死念慮、アンヘドニアなどは軽度で、機能性うつ病とは異なった臨床的特徴を示すと指摘している。前者は症候の有無、後者は症候の重症度を比較しており、必ずしも直接的な比較はできないが、Tatenoら¹⁰⁾は、Robinsonらの症例を改めて検討し、脳卒中後の早期発症のPSDは遅発発症のPSDと比較して、早朝覚醒、朝方の抑うつ、不安感、興味関心の低下など内因性の特徴をより強く呈することを示し、発症時期によって臨床症状が異なる可能性を示唆している。

脳卒中後うつ病の早期発見

PSDの早期発見のためには、①急性期でも慢性期でも発症することを認識する、②患者の表情や態度をよく観察する (表面的には無理して元気に振る舞うこともあるので注意)、③リハビリテーションが進まない状況や悲観的な言動には注意が必要、④元気がないと感じたら患者のおかれた状況を共感したうえで、うつ症状を確認する、⑤可能ならうつ病のスクリーニングを実施する、

Mahito Kimura : 日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科 〒270-1694 千葉県印西市鎌刈 1715

特集

表1 脳卒中後うつ病 (PSD) の DSM-IV-TR 診断基準

一般身体疾患によるうつ病性障害	
A	顕著かつ持続性の気分の障害が臨床像において優性であり、抑うつ気分、または、すべてまたはほとんどすべての活動における興味や喜びの著明な減退
B	既往歴、身体診察所見、または検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果であるという証拠がある
C	その障害は他の精神疾患 (例：一般身体疾患にかかっているというストレスに反応した「適応障害、抑うつ気分を伴うもの」) ではうまく説明されない
D	その障害はせん妄の経過中のみ起こるものではない
E	症状が、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている

うつ病性の特徴を伴うもの→研究用カテゴリーの小うつ病の診断を用いることが多い*
優勢な気分は抑うつであるが大うつ病の診断基準を完全には満たさない

大うつ病様エピソードをもつもの

下記の症状のうち1) または2) の症状のいずれかを含んで、少なくとも5つが2週間の間に存在する。

- 1) ほとんど一日中毎日の抑うつ気分
- 2) 興味、喜びの著しい減退
- 3) 著しい体重減少あるいは増加
- 4) 不眠または睡眠過多
- 5) 精神運動性の焦燥または抑制
- 6) 易疲労感または気力の減退
- 7) 無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感
- 8) 思考力や集中力の減退、または決断困難
- 9) 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図

*小うつ病は上記の症状のうち1) または2) の症状のいずれかを含んで、少なくとも2つ以上5つ未満が2週間の間に存在する。

(American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000 — 高橋三郎、大野 裕、柴俊俊訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル (新訂版)、医学書院、東京、2004 より引用作成)

などが挙げられる。筆者らの病院では脳神経センターの看護師がスクリーニングツールとして DSM 診断に準拠した Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) 日本語版 “こころとからだの質問票”^{15,16)} を用いてうつ状態を評価し、PSD が疑われた場合には、主治医と相談・検討したうえで、メンタルヘルス科 (精神科) への紹介が考慮されている。

5 血管性うつ病の概念

1988年に Krishnan ら¹⁰⁾は、高齢うつ病者では高齢健常者に比較して、MRI T₂ 強調画像における白質高信号が有意に多いことを最初に報告したが、同様な報告が相次いでなされ、わが国におい

ても Fujikawa ら⁶⁾が、初老期発症 (50~64 歳) うつ病の約半数、老年期発症 (65 歳以上) うつ病の大多数に潜在性脳梗塞の合併が認められると報告している。

Krishnan ら¹¹⁾は、それらの患者を当初 arteriosclerotic depression と命名したが、Alexopoulos らとの協議を経て、1997年に多発性脳梗塞による血管性認知症の概念に合わせるかたちで、血管性うつ病 (VDep) の概念を提唱した。同年、Krishnan ら¹²⁾は MRI 上に潜在性脳梗塞を認める MRI-defined VDep を規定し、Alexopoulos ら¹³⁾は脳血管障害の存在のみならず、その危険因子を有する高齢うつ病に対しても VDep の診断は可能であるとして Clinically-defined VDep という病態を

規定した。また、VDep は脳血管障害を基盤とするうつ病全体を包括する概念として PSD をそのなかに包含した (図1)。

現在 VDep の診断基準としては、高齢発症で血管障害の危険因子が存在すれば診断が可能であるとする予防医学的側面の強い Alexopoulos ら¹³⁾のものと、脳血管障害の確証があることに基づいた Steffens と Krishnan¹⁰⁾のものがある (表2)。

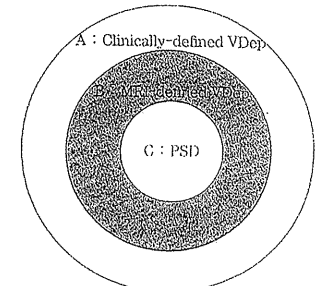
また VDep の臨床的特徴としては、脳血管障害に基づく要因が加わることで、機能性うつ病とは異なった特徴が指摘されており、前述の PSD の臨床的特徴についても重要な示唆を与えている (表3)。

6 血管性うつ病の発症メカニズム

VDep の発症メカニズムとしては、前述した PSD 研究から導かれた左前頭葉・左基底核などの病変に基づく “局所病変仮説” とともに、これまでの高齢うつ病者研究に基づく “閾値仮説” の両者が提唱されている²⁾。閾値仮説は脳病変の部位よりも脳血管病変の蓄積が、うつ病発症の閾値を低下させることによって発症するというものである。いずれの場合においても情動を司る神経回路として皮質-線条体-淡蒼球-視床-皮質 (cortico-striato-pallido-thalamo-cortical; CSPTC) 回路の障害が、うつ病発症に重要な役割を果たしていると想定されており、①眼窩前頭部、背外側前頭前野、前帯状回経路の直接的な障害、②線条体-淡蒼球-視床-皮質経路の制御を遮断する脳幹から上行するモノアミン神経伝達経路の障害、③眼窩前頭経路の機能障害やセロトニン作働性の縫線核による前頭前野の調整障害を導く基底核の障害といったメカニズムの関与が示唆されている²⁾。

7 アパシー (無感情) との鑑別

PSD と混同されやすい病態として、脳卒中後には自発性の低下を主体としたアパシーという状態を呈することが少なくない。詳細は他稿に譲るが、うつが自己の状態に悩むのに対して、アパ



A: 65 歳以上発症で高血圧、脂質異常症、狭心症、心筋梗塞の既往などの血管障害の危険因子がある場合
B: MRI によって潜在性脳梗塞が確認できる場合
C: 明らかな脳卒中後うつ病 (PSD)

図1 血管性うつ病 (VDep) の分類

シーの場合には自己の状態に無関心で悩まないことが鑑別点として重要である。

8 脳卒中後うつ病の身体予後に及ぼす影響と治療の重要性

PSD に罹患すると日常生活動作 (activities of daily living; ADL) の回復遅延、認知機能の悪化、さらに死亡率が高まることが明らかにされている¹⁷⁾。図2は、脳卒中後10年間の生存率を調査した研究であるが、脳卒中後に PSD に罹患すると死亡率が3.4倍になり、死因の判明した患者では、脳卒中再発作28%、心不全44%、呼吸不全17%、その他11%で、脳心血管障害による死亡が増加している¹⁸⁾。一方、PSD 患者に適切な抗うつ薬治療を行うと ADL や認知機能ばかりでなく、生存率までも改善することが示されている¹⁹⁾。脳卒中後6か月の間に12週間の抗うつ薬あるいはプラセボの投与を受けた患者 (PSD 治療試験と PSD-予防試験を合わせて検討しており、PSD 患者と非 PSD 患者が含まれている) において抗うつ薬を服用した群は、プラセボを服用した群に比べて、9年後の生存率が2倍以上になるという劇的な結果が示されている (図3)⁶⁾。日本におい

特集

表2 血管性うつ病の診断基準

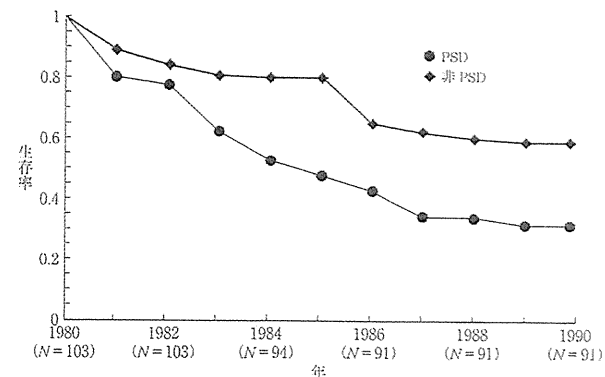
Alexopoulos らの診断基準 (基本的特徴) (1997)	
脳血管障害あるいは脳血管障害危険因子が臨床所見と検査所見あるいはそのいずれかで認められる	
臨床検査	脳卒中や一過性脳虚血 (TIA) の既往、局所神経徴候、心房細動、狭心症、心筋梗塞の既往、頸動脈雑音、高血圧、脂質異常症
検査所見	穿通枝領域の白質高信号、脳梗塞、内頸動脈の閉塞、Willis 動脈輪の狭窄
65 歳以上発症のうつ病が若年発症で脳血管障害によりうつ病エピソードの頻度が増加したり持続的になった症例	
(Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, et al.: "Vascular depression" hypothesis. <i>Arch Gen Psychiatry</i> , 54: 915-922, 1997)	
Steffens と Krishnan の診断基準 (1998)	
A に加えて B1, B2, B3 のいずれかを満たす (大うつ病性障害あるいは双極性障害における現在ないし最も新しい大うつ病エピソードに関連して)	
A	大うつ病が脳血管性障害か神経心理学的障害に基づく臨床所見と画像所見あるいはそのいずれかに関連して出現している
B1	臨床所見には、脳卒中の既往、一過性脳虚血発作、局所神経徴候のいずれかを含んでいる (たとえば、深部腱反射の亢進、バビンスキー反射陽性、仮性球麻痺、歩行障害、四肢脱力)
B2	画像所見には、白質または灰白質の高信号 (Pazokas らの基準で 2 点以上、あるいは直径 5 mm 以上の輪郭不明瞭な病変)、白質病変の融合、皮質または皮質下の梗塞のいずれかを含んでいる
B3	遂行機能 (たとえば計画、組織化、順序化、抽象化)、記憶、情報処理速度の障害に基づく認知障害
(Steffens DC, Krishnan KR: Structural neuroimaging and mood disorders; Recent findings, implications for classification, and future directions. <i>Biol Psychiatry</i> , 43: 705-712, 1998)	

表3 血管性うつ病の臨床的特徴

臨床特徴	機能性の高齢うつ病	血管性うつ病
症状	不安焦燥感が目立つ、時に希死念慮	精神運動抑制やアパシーが目立つ、易刺激性や罪業感は乏しい
精神病像	心気・貧困・罪業妄想などが目立つ	妄想症状は少ない
病識	比較的保たれる	より乏しい
認知機能	重症例では仮性認知症	比較的軽症例でも課題遂行能力の障害に局限しない認知障害
身体機能障害	目立たない	比較的目立つ
精神障害の家族歴	多い	少ない

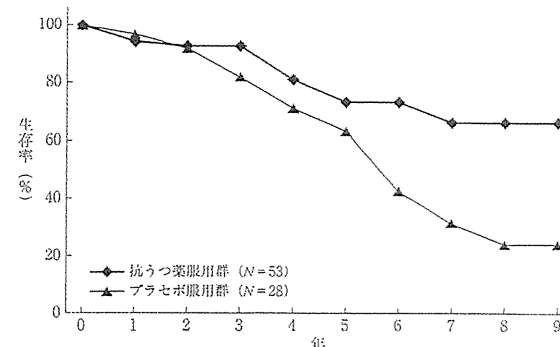
る脳卒中死亡率は、減少はしているものの、いまだ第4位であり、抗うつ薬治療による死亡率の改善は、脳卒中治療において大きな意味をもつと思われる。

近年、うつ病と脳血管障害は相互に関連した病態であり¹⁾、うつ病自体が血管障害を促進して梗塞や心循環器系疾患が起るため、死亡率が増加すると考えられている (図4)。したがって、



脳卒中後10年間の追跡調査で、PSDに罹患すると、死亡率が3.4倍になる。(Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, et al.: Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry*, 150: 124-129, 1993)

図2 脳卒中後のうつ病 (PSD) の有無による生存率



脳卒中後の治療試験で、抗うつ薬服用群がプラセボ服用群に比べて、9年後の生存率が有意に高かった (p=0.004, カプランマイヤーの生存分析)。(Jorge RE, Robinson RG, Arndt S, Starkstein S: Mortality and poststroke depression: A placebo-controlled trial of antidepressants. *Am J Psychiatry*, 160: 1823-1829, 2003)

図3 抗うつ薬治療による生存率の改善

脳血管障害に対する予防と治療とともに PSD を見逃さず適切な治療とケアを行うことが非常に重要である。

PSD に対する抗うつ薬治療は、脳の脆弱性があり、どの薬剤も低用量から開始し、副作用に注

意して増量も緩徐に行うことが原則である。

第1選択薬としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor; SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin-noradrenalin reup-

特集

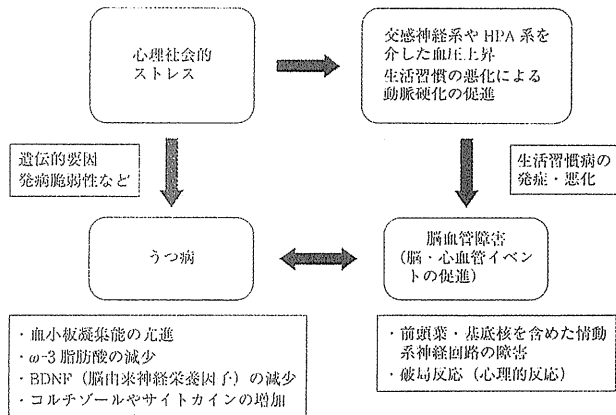


図4 うつ病と脳血管障害との関係

表4 脳卒中後うつ病に対して第1選択薬として用いられる抗うつ薬

	薬剤名 (1日使用量)	特徴・注意点
選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)	エスシタロプラム (5~20 mg) セルトラリン (25~100 mg) パロキセチン (10~40 mg) フルボキサミン (25~150 mg)	・投与初期の嘔気などの消化器系の副作用が比較的多い ・薬物相互作用に注意 (エスシタロプラム、セルトラリンは比較的相互作用が少ない) ・エスシタロプラムはQT延長に注意
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)	ミルタシプラン (25~100 mg, 高齢者は60 mgまで) デュロキセチン (20~60 mg)	・薬物相互作用は比較的小さい ・嘔気のほか、尿閉や血圧上昇が出現することがあり注意 ・痛みに対する効果
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)	ミルタザピン (15~45 mg)	・消化器系の副作用や薬物相互作用が少ない ・抗不安作用と食欲増進作用が強い ・抗ヒスタミン作用による初期の強い眠気や過鎮静に注意 ・SSRI, SNRI との併用で抗うつ作用増強

lake inhibitor; SNRI), あるいは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 (noradrenergic and specific serotonergic antidepressant; NaSSA) などの忍容性に優れた薬剤が選択される (表4)。

上記の薬剤で十分な効果が得られないときには、三環系抗うつ薬のなかではノルトリプチリンの有用性の報告が多い¹⁷⁾。また治療抵抗性の場合には、リチウム、甲状腺ホルモンあるいは非定型抗精神

薬などの増強療法が必要な場合もある。不安焦燥感が強い場合には、抗うつ薬の効果が現れるまで、ベンゾジアゼピン系の抗不安薬の併用も有用であるが、認知機能の低下や筋弛緩作用による転倒などのリスクがあり、半減期の短い薬剤を限定的に用いることが望ましい。抑うつ心性を伴わないアパシーでは、SSRIなどの抗うつ薬よりもドパミン作動薬やアセチルコリン作動薬が有効である。

リハビリテーションについては重度のPSDの場合には、無理をさせずに休養させたり、軽い負荷の他動的運動療法を考慮する。軽度~中等度の場合には、ある程度の有酸素運動が有効と思われるが、常に患者への共感と支持が必要である。抑うつ心性を伴わないアパシーでは、うつ病とは異なり、休養ではなく、むしろレクリエーションを含めた行動療法的なアプローチが必要になる。

おわりに

脳卒中に対しては、予防、急性期治療、リハビリテーションが行われているが、PSDを含めた脳卒中後の精神症状に対する総合的な医療が必要である。脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、精神科などの連携とともに、多職種によるチーム介入も今後の課題である。また筆者らは現在PSDの評価と治療体制を組み込んだ脳卒中地域医療連携バスの運用を開始している¹⁸⁾が、患者、家族、医療スタッフが情報を共有し、適切な援助を提供できる地域ネットワークの構築が望まれる。

文献

- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, et al.: Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry*, **154**: 562-565 (1997).
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, et al.: "Vascular depression" hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, **54**: 915-922 (1997).
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C. (2000). (高橋三郎, 大野 裕, 柴久俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル (新訂版). 医学書院, 東京, 2004)
- Canus V, Kraehenbühl H, Preisig M, Büla CJ, et al.: Geriatric depression and vascular diseases; What are the links? *J Affect Disord*, **81**: 1-16 (2004).
- Folstein MF, Malberger R, McHugh PR: Mood disorder as a specific complication of stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, **40**: 1018-1020 (1977).

- Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y: Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. *Stroke*, **24**: 1631-1634 (1993).
- Gainotli G, Azzoni A, Marra C: Frequency, phenomenology and anatomical-clinical correlates of major post-stroke depression. *Br J Psychiatry*, **175**: 163-167 (1999).
- Jorge RE, Robinson RG, Arndt S, Starkstein S: Mortality and poststroke depression: A placebo-controlled trial of antidepressants. *Am J Psychiatry*, **160**: 1823-1829 (2003).
- 木村真人, 小林上郎, 水成隆之, 駒場祐一ほか: 脳卒中地域医療連携バスにおけるうつ病の評価と治療. *日本社会精神医学雑誌*, **22**: 147-154 (2013).
- Krishnan KR, Goli V, Ellinwood BH, France RD, et al.: Leukoencephalopathy in patients diagnosed as major depressive. *Biol Psychiatry*, **23**: 519-522 (1988).
- Krishnan KR, McDonald WM: Arteriosclerotic depression. *Med Hypotheses*, **44**: 111-115 (1995).
- Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG: MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry*, **154**: 497-501 (1997).
- Lipsley JR, Spencer WC, Rabins JV, Robinson RG: Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *Am J Psychiatry*, **143**: 527-529 (1986).
- Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, Samuels J, et al.: Association of depression with 10 year poststroke mortality. *Am J Psychiatry*, **150**: 124-129 (1993).
- Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, Muramatsu Y, et al.: The patient health questionnaire, Japanese version; Validity according to the mini-international neuropsychiatric interview-plus. *Psychol Rep*, **101**: 952-960 (2007).
- 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「こころから」の質問票. *診断と治療*, **97**: 1465-1473 (2009).
- Robinson RG: The Clinical Neuropsychiatry of Stroke. 2nd ed., Cambridge U.P., Cambridge (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. 泉和書店, 東京, 2013)
- Steffens DC, Krishnan KR: Structural neuroimaging and mood disorders; Recent findings, implica-

□特集

- tions for classification, and future directions. *Biol Psychiatry*, 43 : 705-712 (1998).
- 19) 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）.
- 20) Tateno A, Kimura M, Robinson RG : Phenomenological characteristics of poststroke depression ; Early- versus late-onset. *Am J Geriatr Psychiatry*, 10 : 575-582 (2002).



表1 ケースマネジメントノート

カルテ番号 Dr.	患者名	スクリーニング・ 声かけ (1回目)	スクリーニング・ 声かけ (2回目)	スクリーニング・ 声かけ (3回目)	スクリーニング・ 声かけ (4回目)	担当 看護師
12-3456-78	Dr.A (電話コンタクト-承諾済み) 042-346-2 (保健師訪問承諾済み)	2/7 (実施済) PHQ15点 希死念慮軽度 ストレス：痛み 治療：抗うつ薬服用開始、家族へ連絡、保健師へ連絡	2/7 (実施済) PHQ10点 希死念慮軽度 ストレス：痛み 治療：疼痛管理 経過：疼痛治療により痛み軽減、抗うつ薬コンプライアンス良好	2/21 (予定)	2/28 (予定)	Ns. B

(国立循環器病研究センター・他：心臓病とうつ：包括的なうつ管理のための研修プログラム (導入稿)、身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発に関するナショナルプロジェクト研修会資料, 2013. より引用)

うつ病の経過と治療段階に関するクリニカルコースを理解し、継続的モニタリングの重要性を患者や家族へ教育していくことが重要な看護援助の一つと考えられる。

■ アドヒアランス

治療拒否の要因の一つとして、抗うつ薬の副作用がある。悪心、下痢などが長期にわたると、抗うつ薬全般のアドヒアランスが低下するだけでなく、医療従事者に対する不信感につながることもあるといわれている。さらに、抗うつ薬の効果が出現するまでに2～4週間程度かかるため、治療効果を患者自身が実感できず、アドヒアランスが低下することがある。したがって、治療効果や副作用に関する説明と継続的介入が重要となる。

副作用に対する具体的な介入としては、副作用の発現は服用後1～3日目であることから、この時期に薬の副作用症状についてモニタリングを行うことが重要である。外来で投薬する場合には、電話介入などのフォローアップ支援を検討することができる。また、副作用出現時の対応として、抗うつ薬の変更や、再度抗うつ薬治療の必要性を説明するなどがある。

また、治療を中断させないために、ケースマネジメントノートの活用も有効である(表)。症状の消失後、少なくとも6か月は記録を続け、はじめのうちは2週間に一度、少なくとも1か月に一度はコンタクトをとる。定期的にコンタクトをとることで、治療中断例を早期に発見し、介入につなげていくことが大切である。

いずれの場合においても、患者が良好な治療アドヒアランスを維持するためには、良好なコミュニケーションを保つことがカギとなる。したがって、医療従事者は一方的なコミュニケーションにならないよう、患者の治療に対する認識や不安などを確認しながら介入していくことが重要であることを忘れてはならない。

引用・参考文献

- 1) Kerner LN: Hope as a method of coping. J Consult Clin Psychol. 34 (2): 134-139, 1970.
- 2) 日本医師会監修：がん緩和ケアガイドブック 2008年度版。菁林社, 2008, p.75.
- 3) 小島操子：看護における危機管理・危機介入：フィクション/リアリティ/ラムース/家族の危機モデルから学ぶ。改訂第2版。金芳堂, 2008.
- 4) 伊藤弘人：エビデンスから見る循環器病とうつ：今日の診療から役立つ。南山堂, 2012.
- 5) 木村宏之、尾崎紀夫：うつ病治療における非薬物療法。臨床精神薬理, 15 (12)：1895-1903, 2012.

Part. 3

ディジーズマネジメント

③ 脳卒中：うつ病の診断と治療

木村真人¹⁾ 長束一行²⁾ 1) 日本医科大学千葉北総病院 メンタルヘルス科 部長
2) 国立循環器病研究センター 脳神経内科 部長

わが国の脳卒中患者は、急性期治療の進歩により死亡率は低下しているものの、後遺症を抱えた脳卒中患者の有病率は年々増加している。厚生労働省研究班の調査によると、そのピークは2020年で約288万人に達すると推測されている¹⁾。脳卒中後のうつ状態は脳卒中後うつ病 (post-stroke depression; PSD) とよばれ、数多くの研究がなされているが、いまなお適切な診断や治療が十分になされていないのが現状である。

PSDの診断と有病率

PSDの診断は、多くの研究者が米国精神医学会の精神疾患の分類と診断の手引き (DSM) を用いており、DSM-IV-TR²⁾ では、PSDは他の気分障害のなかの「一般身体疾患による気分障害」に該当し、「大うつ病様エピソードを伴うもの」(以下、大うつ病)と「うつ病性の特徴を伴うもの」に分類される。このなかの「うつ病性の特徴を伴うもの」は軽症のPSDと考えられており、DSM-IVの研究用カテゴリーにある「小うつ病」の診断基準が用いられることが多い(表1)。

PSDの有病率は、調査時期によればばらつきはあるが、DSM診断を用いた検討では、脳卒中後の大うつ病が11～40%で平均約20%、小うつ病が8～44%で平均約20%となり、実に約4割の脳卒中患者がPSDに罹患する³⁾。

看護師や臨床心理士との連携

PSDの早期発見のためには、①急性期でも慢性期でも発症することを認識する、②患者の表情や態度をよく観察する(表面的には無理して元気に振る舞うこともあるので注意)、③リハビリテーションが進まない状況や悲観的な言動には注意が必要、④元気がないと感じたら患者の置かれた状況に共感したうえで、うつ症状を確認する、⑤可能ならうつ病のスクリーニングを実施する、などがあげられる。

日本医大千葉北総病院 脳神経センターでは、病棟看護師が、毎朝のチームカンファレンスで患者の気分状態を検討し、スクリーニングツールとしてDSM診断に準拠したPHQ-9日本語版⁴⁾をこのところからどの質問票(本誌p.64, 資料参照)⁴⁻⁶⁾を用いている。その結果、PSDが疑われた場合、メンタルヘルス科(精神科)の臨床心理士がさらに詳細な心理学的な評価を行い、主治医や看護師と情報を共有したうえで、抗うつ薬の投与やメンタルヘルス科への受診を検討する。

アパシー(無感情)との鑑別

PSDと混同されやすい病態として、自発性の低下を主体としたアパシー(無感情)という状態を呈することが少なくない。うつが自己の状態に悩

表1 PSDのDSM-IV-TR診断

一般身体疾患によるうつ病性障害	
大うつ病様エピソードを伴うもの	
下記の症状のうち1) または2) の症状のいずれかを含み、少なくとも5つが2週間の間に存在する	
1) ほとんど一日中毎日の抑うつ気分	2) 興味、喜びの著しい減退
3) 著しい体重減少あるいは増加	4) 不眠または睡眠過多
5) 精神運動性の焦燥または制止	6) 易疲労感または気力の減退
7) 無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感	8) 思考力や集中力の減退、または決断困難
9) 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図	
うつ病性の特徴を伴うもの	
優勢な気分は抑うつであるが大うつ病の診断基準を完全には満たさない	
→研究用カテゴリーの小うつ病の診断を用いることが多い	
小うつ病は上記1)~9)の症状のうち1)または2)の症状のいずれかを含み、少なくとも2つ以上5つ未満が2週間の間に存在する	

※上記の症状によって臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしていることが必要

(American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fourth Edition Text Revision, 2000. 米国精神医学会, 高橋三郎・他訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 新訂版, 医学書院, 2003. より引用し, 症例のみを記載)

むのに対して、アパシーの場合は自己の状態に無関心で悩まないことが鑑別点として重要である。

PSDの身体予後の及ぼす影響と治療の必要性

PSD発症による死亡率

PSDに罹患すると日常生活動作 (ADL) の回復遅延、認知機能の悪化、さらに死亡率も高まることが明らかにされている⁹⁾。図1は脳卒中後10年間の生存率を調査した研究であるが、脳卒中後にPSDに罹患すると死亡率が3.4倍になり、死因の判明した患者では脳卒中再発作 28%、心不全 44%、呼吸不全 17%、その他 11%と、脳心血管障害による死亡が増加している⁷⁾。

一方、PSD患者に適切な抗うつ薬治療を行うと、ADLや認知機能ばかりでなく生存率までも改善することが示されている³⁾。脳卒中後6か月

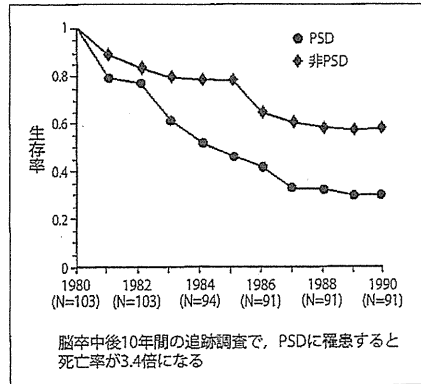


図1 脳卒中後のうつ病の有無による生存率 (Robinson RG, et al: The Clinical Neuro-psychiatry of Stroke, 2nd ed, Cambridge University Press, 2006. 木村真人監訳: 脳卒中における臨床神経精神医学, 第2版, 星和書店, 2013. より引用)

の間に12週間の抗うつ薬、あるいはプラセボの投与を受けた患者 (PSD治療試験とPSD予防試験

を合わせて検討しており、PSD患者と非PSD患者が含まれている)において抗うつ薬を服用した群は、プラセボを服用した群に比べ9年後の生存率が倍以上になるという劇的な結果が示されている (図2)⁸⁾。わが国における脳卒中死亡率は低下しているものの、いまだ第4位であり、抗うつ薬治療による死亡率の改善は脳卒中治療において大きな意味をもつと思われる。

近年、うつ病と脳血管障害は相互に関連した病態であり⁹⁾、うつ病自体が血管障害を促進して再梗塞や循環器系疾患が起こるため、死亡率が上昇すると考えられている (図3)。したがって、脳血管障害に対する予防や治療とともに、PSDを見逃さずに適切な治療とケアを行うことが非常に重要である。

抗うつ薬の選択とリハビリテーション

PSDに対する抗うつ薬治療は、どの薬剤も低用

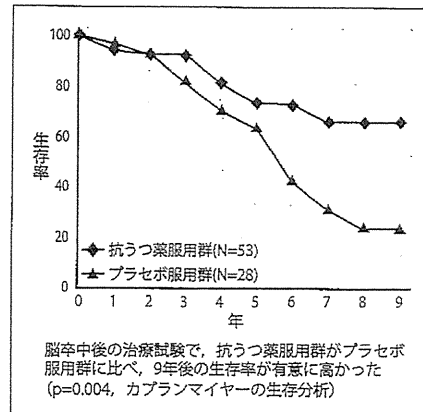


図2 抗うつ薬治療による生存率の改善 (Jorge RE, et al: Mortality and poststroke depression: a placebo-controlled trial of antidepressants, Am J Psychiatry, 160: 1823-1829, 2003. より引用)

量から開始し、増量も副作用に注意して緩徐に行うことが原則である。

第一選択薬としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) や選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)、あるいは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) などの忍容性に優れた薬剤が選択される (表2)。不安・焦燥感が強い場合には、抗うつ薬の効果が現れるまでベンゾジアゼピン系の抗不安薬の併用も有用であるが、認知機能の低下や転倒などのリスクがあるため、半減期の短い薬剤を頓用などで用いることが望ましい。

リハビリテーションについては重度のPSDの場合には、無理をさせずに休養させたり、軽い負荷の他動的運動療法を考慮する。軽度から中等度の場合には、ある程度の有酸素運動が有効と思われるが、常に患者への共感と支持が必要である。抑うつ心性を伴わないアパシーでは、休養ではなく、むしろレクリエーションを含めた行動療法的なアプローチが必要になる。

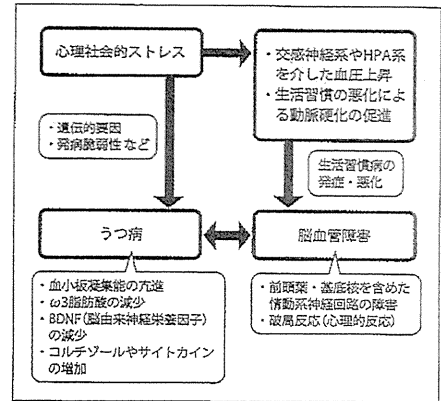


図3 うつ病と脳血管障害との関係

表2 PSDに対し第一選択薬として用いられる抗うつ薬

	薬剤名(1日使用量)	特徴・注意点
選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)	・エスシタロプラム(5~20mg) ・セルトラリン(25~100mg) ・パロキセチンCR(12.5~50mg) ・フルボキサミン(25~150mg)	・投与初期の悪心など消化器系の副作用が比較的多い ・薬物相互作用に注意(エスシタロプラム、セルトラリンは比較的相互作用が少ない) ・エスシタロプラムはQT延長に注意
セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)	・ミルナシプラン(25~100mg、高齢者は60mgまで) ・デュロキセチン(20~60mg)	・薬物相互作用は比較的小さい ・悪心のほか、尿閉や血圧上昇が出現することがあり注意 ・デュロキセチンは肝・腎障害に注意が必要 ・痛みに対する効果
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)	・ミルタザピン(15~45mg)	・消化器系の副作用や薬物相互作用が少ない ・抗不安作用と食欲増進作用が強い ・抗ヒスタミン作用による初期の強い眠気や過鎮静に注意 ・SSRI、SNRIとの併用で抗うつ作用増強

現在、脳卒中に対しては、予防、急性期治療、リハビリテーションが行われているが、今後はPSDを含めた脳卒中後の精神症状に対する総合的な医療が必要である。脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、精神科などとの連携とともに、多職種によるチーム介入も今後の課題である。また筆者らは、現在、PSDの評価と治療体制を組み込んだ脳卒中地域医療連携パスの運用を模索しているが、患者、家族、医療スタッフが情報を共有し、適切な援助を提供できる地域ネットワークの構築が望まれる。

引用・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) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders Fourth Edition Text Revision, 2000. (保国精神医学会、高橋三郎・他訳: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引、新訂版、医学書院、2003.)
- 3) Robinson RG, et al: The Clinical Neuropsychiatry of Stroke, 2nd ed, 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、医学書院、2013.)
- 4) Muramatsu K, et al: The patient health questionnaire, Japanese version: validity according to the mini-international neuropsychiatric interview-plus. Psychol Rep, 101: 952-960, 2007.
- 5) 村松公美子、宮岡 等・他: プライマリケアにおけるうつ病スクリーニングに有用な評価スケール: Patient Health Questionnaire (PHQ)-9. 精神科治療学, 23: 1299-1306, 2008.
- 6) 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 日本版版「ここからたの質問票」、診断と治療, 97: 1465-1473, 2009.
- 7) Morris PL, et al: Association of depression with 10-year poststroke mortality. Am J Psychiatry, 150: 124-129, 1993.
- 8) Jorge RE, et al: Mortality and poststroke depression: a placebo-controlled trial of antidepressants. Am J Psychiatry, 160: 1823-1829, 2003.
- 9) Camus V, et al: Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? J Affect Disord, 81: 1-16, 2004.

Part.3

ディジーズマネジメント

◎ 脳卒中：うつ状態に対する看護の視点とケア

岡田知弥子¹⁾ 太田杏奈²⁾ 1) 日本医科大学千葉北総病院 脳神経センター
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師
おおわだはるよ²⁾ ともききゆうこ³⁾ 2) 同院 メンタルヘルス科 臨床心理士
大和田陽代²⁾ 佐々木優子³⁾ 3) 同院 脳神経センター 看護部長

脳卒中とは、脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血のことをいう。厚生労働省の死因別原因(2012年)の順位は、第1位悪性新生物 第2位心疾患、第3位肺炎、第4位脳血管障害となっている。数年前まで、死因別原因の順位1位は脳卒中であり、致命的な疾患であるとおそれられていた。しかし近年、医療の進歩に伴い、死は免れるもの、後遺症や合併症を抱えたまま生活をしていくことが多い疾患となっている。

脳卒中患者は様々な症状を呈するが、代表的な症状として、意識障害、片麻痺、構音障害、失語、高次機能障害があげられる。また、予後に影響する合併症として、脳卒中後うつ病(post stroke depression: PSD)があり、近年ではそのケアについても注目されている。

脳卒中患者の精神状態の変化

■ 入院直後からの経時的変化

脳卒中患者の大半が突然発症し、障害を負う。そのため多くの患者は、入院当初、入院した現状や脳卒中を発症したことを受け止められず、一過性の落ち込みをみせる。その後、病気になることを認識しはじめ、リハビリテーションを行っていくなかで、自己の障害を受容していく。しかし、障害を受容する過程で、脳卒中を発症したことによる社会のなかでの役割の変化に適応できな

かったり、自己の価値を見出すことができず、抑うつを呈する患者も多くみられる。また、急性期の治療を脱し、回復期リハビリテーション病院への転院間近である、入院後2週間程度の時期に動揺をみせる患者も少なくない。

■ うつ病の疑いがある患者の発言

患者や患者家族には脳卒中後にうつ病を合併するという認識がないため、精神状態の変化があった場合、「自分だけなのではないか」「気持ちの変化をだれかに話してはいけないのではないかと考えがちである。そして気持ちを他者に伝えず、自己のなかに抱え込んでしまうことから、発見が難しい場合がある。しかし、PSDの疑いがある患者には、「こんな病気になって、できないことが増えて情けない」「これから先、自分はどうかになってしまうのかわからない」「できないことが増え、家族に迷惑ばかりかけて、自分なんか生きていてもしかたないのではないかと」「(トイレ介助の際など)いつも悪いですね、迷惑ばかりかけて」などの発言がみられるため、これらの発言には注意が必要である。

■ 身体症状や表情から精神状態を把握する

脳卒中患者には、意識障害、構音障害、失語などの症状が出現するため、患者からの直接的な言葉ではなく、表情や身体症状から精神状態を把握



リエゾンと緩和⑦

リエゾン精神医学と地域連携*
—自殺未遂者のための地域支援ネットワークについて—

山本 賢司**,**,1)

Key Words : consultation-liaison psychiatry (CLP), suicide attempt, community support, integrated care pathway

コンサルテーション・リエゾン精神医学 (consultation-liaison psychiatry ; 以下, CLP) と地域連携

本邦ではCLPは主に総合病院の中で発展し, 地域医療との連携については精神科救急や身体合併症を有する精神疾患患者への対応という形で論じられることが今までは多かった. しかし, 近年の病院機能分化や在院日数の短縮化などの問題から, CLPを総合病院で実践する上でも地域の医療機関, 社会的支援との連携が以前にも増して必要となっている. 実際, 本邦でも認知症では地域支援体制作りとして包括的ケアシステムの有用性が論じられるようになり¹⁾, がん患者への緩和医療でも教育, 専門的サポート, ネットワーク構築などを含む地域包括緩和ケアにより緩和ケアの質の向上に貢献するという報告がある²⁾.

救命センターを有する総合病院で常に対応を迫られる自殺企図患者についても, 再企図予防の観点から地域医療や社会的支援と連携をした未遂者支援の重要性が指摘されている³⁾. 本稿で

は, 自殺未遂者支援の必要性や自殺企図後の介入に関する知見を概説し, 筆者の所属する北里大学病院で実際に行われた自殺未遂者支援のための地域支援ネットワークに関することを紹介したい.

自殺未遂者支援の必要性

2012年の本邦における自殺者数は, 警察庁の自殺統計原票データの結果では27,858名(確定値)で, 2013年は27,276名(暫定値)と報告されている⁴⁾, 自殺未遂者数は自殺者数の10~40倍といわれている⁵⁾. また, 自殺未遂の既往は自殺既遂に関する最大の危険因子といわれており, 過去には自殺企図者の5~10%が初回の自殺企図から数年以内に自殺既遂に至ると報告され⁶⁾, 一般人口と比較しても自殺企図後の自殺の危険度は約40倍に相当すると報告されている⁷⁾. 一方, 自殺者の80~90%は自殺時になんかの精神疾患を有していたと報告されている⁸⁾, 本邦では自殺未遂者が救命センターを退院後に精神科受診をしている割合が1年後で63.9~84%といわれている⁹⁾. また, 自殺未遂者を支える家族も, 自殺企図後は心理的に混乱していることが多く, そのような家族への支援は自殺未遂者支援を考える上でも重要である⁴⁾.

自殺の危険因子(表1)¹⁰⁾が多岐にわたって

表1 自殺の危険因子

- ・自傷行為や自殺企図歴: 自殺未遂は最も重要な危険因子
- ・精神疾患の既往: 気分障害(うつ病), 統合失調症, パーソナリティ障害, アルコール依存症, 薬物乱用
- ・身体疾患, 進行性疾患, 慢性疾患への罹患
- ・ソーシャルサポートの不足: 支援者の不在, 未婚, 離婚, 配偶者との死別
- ・性別: 自殺既遂者は男性に多く, 自殺未遂者は女性に多い
- ・年齢: 中高年男性がピーク, 年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
- ・喪失体験: 経済的損失, 地位の失墜, 病氣や怪我, 業績不振, 予想外の失敗
- ・他者の死の影響: 精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
- ・事故傾性: 事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない
- ・家族歴: 家庭内自殺者の存在
- ・職業的, 経済的, 生活的問題: 失業, リストラ, 多重債務, 生活苦, 不安定な日常生活
- ・苦痛な体験: いじめ, 心理的・身体的・性的虐待
- ・企図手段への容易なアクセス: 薬のため込み, 農薬・硫化水素などの所持
- ・心理状態: 絶望感・衝動性・自殺念慮・孤立感・易怒性・悲嘆など

(文献¹¹⁾より引用)

ることを考えると, 救命センターを退院したばかりで精神的にも安定していない自殺未遂者が, ささまざまな自殺に関係する問題を解決していくには困難が伴うことが多く, 未遂者本人や家族にとってわかりやすく, 複雑な問題にも対応するさまざまな支援が必要であることは言うまでもない. 精神医療への受療促進とともに, 行政をはじめとした社会的支援への繋ぎなどを地域で関係各所と連携しながら行っていくことは, 再企図予防の観点からも重要である.

自殺企図後の介入に関する知見

自殺企図後の介入としては, 自殺企図後の短期入院¹²⁾, 受療促進のための自宅訪問や電話¹³⁾, 手紙などでの介入¹⁴⁾, クライシスカードの配布¹⁵⁾, 地域の保健師やソーシャルワーカーによる問題解決療法¹⁶⁾などについての報告がある. これらは直接的に自殺の再企図率を有意に低減させると断言できるものではないが, 自殺企図後の短期入院と退院後の面接により受療率が高くなった¹⁷⁾, 地域の保健師やソーシャルワーカーによる問題解決療法では抑うつ感や絶望感を減らすなど部分的な効果は報告されている¹⁸⁾. また, 入院治療を要するself-poisoningの患者にpostcardを用いたコンタクトを行ったRCTでは, 5年後のフォローでself-poisoningによる入院自体は減少しないが, self-poisoning eventsを半減し, 精神科入院を1/3減らしたと報告している¹⁹⁾.

これらの研究は対象者の設定が各報告で異なっ

ているために一概に論ずることはできないが, 自殺企図後の医療的な介入以外にも, 自殺未遂者の複雑な問題解決のために, 本邦の医療事情に合ったなんらかの方策が必要と思われる. この問題へ対処していくために, 本邦では戦略研究として「自殺企図の再発防止に対する複合的ケースマネジメントの効果~多施設共同による無作為化比較研究~(ACTION-J)」が行われた²⁰⁾. 本稿作成時にはまだ結果が公表されていないために詳述はできないが, 自殺未遂者に対して受療促進や社会資源の利用に関するマネジメントを行い, フォローアップを行っていくことは再企図防止の上でも有用である可能性がある.

相模原市精神保健福祉センターと北里大学の自殺未遂者支援に関する取り組み

相模原市は2010年4月1日から政令指定都市となり, 精神医療においても中心となる相模原市精神保健福祉センターが設置された. この精神保健福祉センターを中心に, 自殺対策の面でも幅広い活動が行われるようになり, 市内唯一の三次救急医療機関である北里大学病院のスタッフも医療以外でさまざまな活動に参加している. 北里大学病院はACTION-Jに参加した医療機関の一つであるが, 研究のフォローアップ期間が終了した後も, 地域との連携をより密にして救命センターへ搬送された自殺未遂者支援に取り組むために, 相模原市からの委託を受ける形で地域ネットワーク作りを行ってきた. 今回は, 北

* Liaison and Palliative Medicine@—Liaison psychiatry and community cooperation—Regional network for supporting the attempted suicide patients.

** Kenji YAMAMOTO, M.D., Ph.D.: 北里大学医学部中毒・心身総合救急医学[〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里1-15-1]; Department of Clinical Toxicology & Psycho-physiological Emergency Medicine, Kitasato University School of Medicine, Sagami-hara, Kanagawa 252-0374, JAPAN

*** 北里大学医学部精神科学

1) 現 東海大学医学部専門診療学系精神科学[〒259-1193 神奈川県伊勢原市望星台]; Department of Psychiatry, Tokai University School of Medicine, Isehara, Kanagawa 259-1193, JAPAN

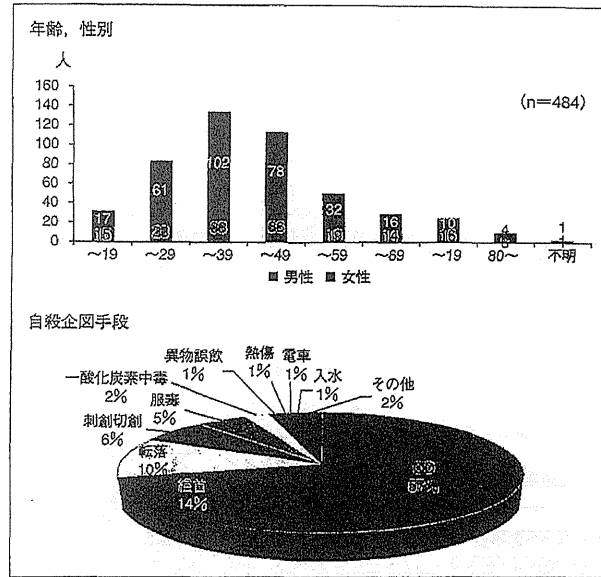


図1 北里大学病院救命センターへ搬送された自殺企図患者の年齢, 性別, 自殺企図手段

里大学病院救命センターへ搬送される自殺企図患者の至近のプロフィールとともに, 相模原市精神保健福祉センターと北里大学の自殺未遂者支援の取り組みについて紹介したい。

1. 北里大学病院救命センターへ搬送された自殺企図患者について

2012年4月1日から2013年12月31日までの21か月間に, 北里大学病院救命センターへ搬送された自殺企図患者のプロフィールを図1, 2に示した。総症例数は484例で, 男性は163例, 女性は321例であった。自殺企図手段としては, 大量服薬(OD)が最も多く, 全体の57%を占めていた。ICD-10による診断分類としてはうつ病性障害などの気分障害(F3)が30%と最も多く, 次いで神経症性障害, ストレス関連性障害および身体表現性障害(F4)23%, 統合失調症, 統合失調型および妄想性障害(F2)13%の順であった。転帰は死亡が85例(17.6%)で, 救命センターから直接「退院, 帰宅」をする症例は267例と全体の55.2%を占めていた。

2. 自殺未遂者の地域支援ネットワークモデル作成とその実践²⁾

2011年度に委託研究事業として地域の自殺や自殺未遂者の動向を明らかにするとともに, 「自殺未遂者の地域支援ネットワークモデル作成とその実践」というテーマで, 以下の取り組みを行った。

(1)地域支援ネットワークモデルの構築と実践 相模原市精神保健福祉センターと協議をし, 北里大学病院の救命救急センターに心理士を常駐させ, 自殺未遂者に対して自殺に関する要因の評価や心理教育, 社会的支援利用の適応確認, リフレットの配布などを行った。そして, 地域医療機関との連携を深めるとともに, 相模原市保健師および精神保健福祉士等による面接・訪問指導, ケースワークを含めた支援の利用の適応がある症例に対しては, 本人・家族の同意の上でネットワークモデル事業を利用した社会的支援を行った。結果として, 9か月間で救命センターから精神科病院へ転院した3症例がネッ

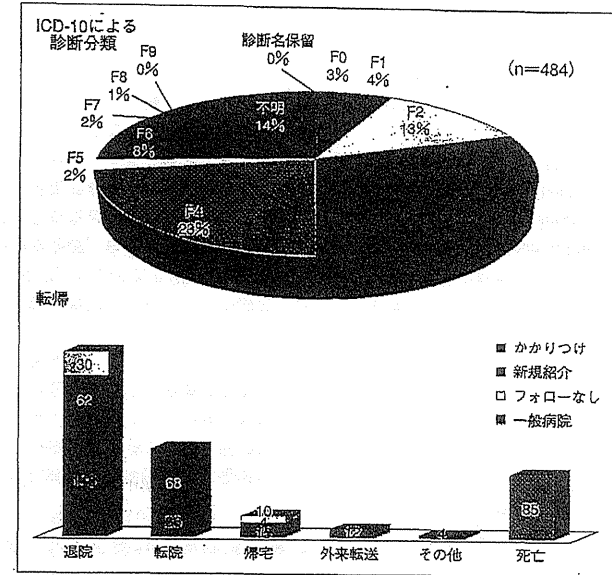


図2 北里大学病院救命センターへ搬送された自殺企図患者の精神科診断, 転帰

トワークモデル事業により社会的支援につながり, 退院後も継続的な支援を行った。そして, 実際に支援にかかわった医療機関側の心理士や医師, 地域の保健婦や精神保健福祉センターの医師, 職員などにアンケート調査を行い, ネットワーク構築における問題点を抽出した。

(2)地域支援ネットワークに参加する医療機関, 公的機関のスタッフに対する教育講演や事例検討会の開催

救命センターから転院を依頼することが多い, 精神科病院3病院(北里大学東病院, 相模台病院, 相模が丘病院)において, 自殺や未遂者支援に関する啓発のための講演会や, 事例検討会などを行った。また, 地域の保健師, 行政関係者など社会的支援を行うスタッフや精神科以外の医療者を対象にした自殺に関する教育講演なども行った。

しかし, これらの自殺未遂者支援地域ネットワークを構築していくなかで, 「介入する心理士などの役割と権限」, 「短期入院患者への対応」, 「支援する側のスキルの問題やメンタルヘルス対

策」などの問題点が明らかとなった。

「介入する心理士などの役割と権限」については, 退院して自施設以外の医療機関で継続加療を受ける際に, 責任の問題などから介入をどこまで行うのかという問題である。この問題を解決していくためには, 患者に再び希死念慮が出現し, 危機介入の必要性が生じた際などにどこまでの介入を行うのか(どこまでが限界なのか), 地域支援ネットワークのなかで心理士などがどのような活動ができるのかという役割をより明確化していくことが重要と考えられる。また, 可能な範囲で心理士などの役割や権限を利用する自殺未遂者やその家族, 地域関連機関に周知してコンセンサスを得ていくことも必要と思われる。「短期入院患者への対応」については, 今後も検討が必要である。自殺未遂者の入院期間は短く, 外来受診もしくは1~2日で退院する症例も多い。短期入院患者へ迅速に介入できる体制としては, 医療機関だけでなく, 社会的支援を行う側にも自殺対策を担当するソーシャルワーカーなどが常駐するなどの人員配置的な問

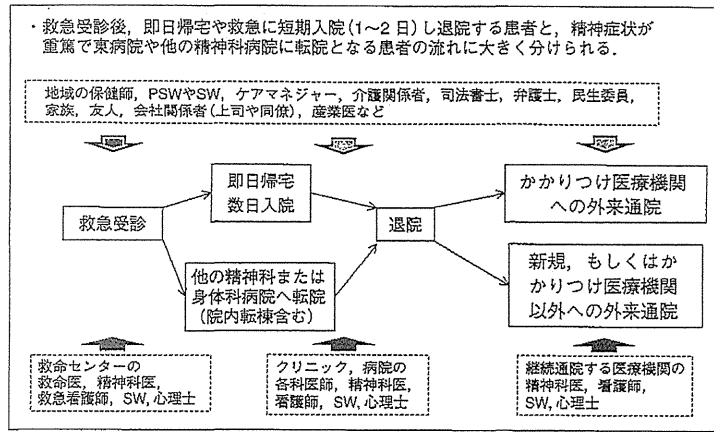


図3 北里大学病院救命救急センターに搬送される自殺未遂者の特徴と治療の流れ

表2 自殺未遂者支援のための精神医療地域連携パス(案)のイメージ

イメージ	救命救急センターに搬送された自殺未遂者が適切な医療を受けることができ、退院後も必要な援助を受けることができる		
流れ:	救命救急センター→(必要に応じて)身体科病棟, 精神科病院→地域生活		
目的:	自殺未遂者が身体的治療と同時に精神医学的アセスメントを受け、援助希求性を高めながら対処行動を身につけ、地域に必要な援助をうけながら致死性の高い再企図にいたらないように支援する		
適応基準:	<input type="checkbox"/> 自殺未遂によって救命救急センターに搬送された方		
除外基準:	地域連携パス使用に同意を得られない方		
専門病院逆紹介基準:	<input type="checkbox"/> うつ病性障害, 双極性感情障害, 統合失調症の診断事例で昏迷, 亜昏迷, 治療に抵抗する精神病症状などがある場合		
評価	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオンの意見を希望したとき <input type="checkbox"/> その他必要と判断されたとき		
併用BZP薬使用量, 頓用薬使用回数, 臨時逆紹介回数, WHO-QOL等評価尺度, 救命救急センター搬送回数等			
アウトカム	救命救急センター	精神科専門病院(転院した場合)	自宅
身体的状態が回復している	身体的状態が回復している	身体的状態が回復している	なんらかの役割を実感して生活を送れる
精神科的不調時の対処方法を理解している	精神科的不調時の対処方法を理解している	精神科的不調時の対処方法を理解している	希死念慮に対して対処行動を実行できる
社会的機能評価	社会的機能評価	社会的機能評価	援助希求性が高まる
身体的診察結果, 検査結果	身体的診察結果, 検査結果	身体的診察結果, 検査結果	社会的機能評価
精神医学的現在症	精神医学的現在症	精神医学的現在症	行動記録表項目評価
社会的機能評価	社会的機能評価	社会的機能評価	頓用薬使用頻度
身体損傷, 合併症の評価, 診断, 加療	身体損傷, 合併症の評価, 診断, 加療	身体損傷, 合併症の評価, 診断, 加療	心理教育
精神医学的評価, 診断, 加療	精神医学的評価, 診断, 加療	精神医学的評価, 診断, 加療	社会的支援
自殺の意志確認, 要因評価	自殺の意志確認, 要因評価	自殺の意志確認, 要因評価	精神医学的評価, 加療
心理教育, 社会支援適応確認	心理教育, 社会的支援適応確認	心理教育, 社会的支援適応確認	
上記必要時実施, 精神保健福祉センター連絡	上記必要時実施, 精神保健福祉センター連絡	上記必要時実施, 精神保健福祉センター連絡	
身体医学的情報提供書作成	精神医学的情報提供書作成(転院の場合)		
精神医学的情報提供書作成			

題や、短期で退院する患者への具体的な対応方法などについて検討する必要がある。「支援する側のスキルの問題やメンタルヘルス対策」としては、医療機関側、社会的支援側の双方とも支援する側がスキルアップしていく必要があるということと、自殺未遂者支援にかかわるスタッフのさまざまなストレスへの対応が必要であるということである。今回の実践のなかでも、社会的支援スタッフのなかに自殺対策と掲げること、特別なことと捉え、スタッフが混乱してしまったことが経験された。この問題を解決していくためには、やはり自殺対策にかかわるスタッフ間でのスーパービジョン体制の確立、事例検討会、教育的な講演会・勉強会などを定期的に行うことが重要と考えられた。

2012年度には神奈川県寄附講座である「中毒・心身総合救急医学講座」が北里大学内に設置され、救命センターに精神保健福祉士をさらに1名常駐させ、自殺未遂者支援のために地域との連携をより密にする体制を構築した²⁾。

自殺未遂者に対する精神医療地域連携の今後について

自殺未遂者に対する精神医療地域連携を行う目的は、「自殺未遂者が身体的治療と同時に精神医学的アセスメントを受け、援助希求性を高めながら対処行動を身につけ、地域に必要な援助をうけながら致死性の高い再企図にいたらないように支援する」ことにある。そのために、救命センターや精神科病院、クリニックの病棟、病診連携をより強化していくことは大事であるが、一方で、行政や介護、司法(弁護士や司法書士)関係者、民生委員など患者家族とかかわる人たちとの連携も重要である。自殺未遂者やその家族のニーズに合わせて、これらの連携を担う人材も地域に配置していくことが必要であると考えられる。また、地域での連携を充実させて、精神医療の質を担保していくためには、クリティカルパスなどを作成して活用することも効果的と考えられる。精神科領域のクリティカルパスは、まだ十分に認知されているとは言いが、認知症²³⁾やうつ病²⁴⁾などでは各地域で作成され、実践しているところも出てきている。実際、わ

れわれも行政や地域支援に関しては精神保健福祉センターを窓口とした地域連携パスの作成に着手し、臨床応用を検討している(図3, 表2)。これらの活動が自殺未遂者やその家族の支援に役立ち、再企図の防止につながることを期待される。

文献

- 1) 粟田主一. 【認知症治療の最前線—包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略—】非薬物療法と啓発活動診療所医師の機能 認知症地域医療支援事業の意義について. Geriatr Med 2013; 51: 35.
- 2) 小嶋誠志郎, 橋本 衛, 池田 学. 認知症を地域で支えるために 熊本県における認知症疾患医療センターを中心とした地域医療連携について. 日本社会精神医学会雑誌 2013; 4: 568.
- 3) Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer: a mixed-methods study. Lancet Oncol 2013; 14: 638.
- 4) 日本臨床救急医学会. 自殺未遂患者への対応 救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. 東京: へるす出版事業部; 2009. URL: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf>.
- 5) 内閣府. 自殺の統計 自殺統計に基づく自殺者 最新の状況. URL: <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/>.
- 6) 高橋雅友. 【“自殺予防”最前線】自殺のリスク評価. 医学のあゆみ 2012; 242: 239.
- 7) Nordentoft M, Breum L, Munck LK, et al. High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. BMJ 1993; 306: 1637.
- 8) Nordström P, Samuelsson M, Asberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 336.
- 9) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 170: 205.
- 10) 狩野正之, 柴田信義, 横川新二, ほか. 自殺未遂

- 患者のアフターケアにおける精神科通院継続性 求助行動段階及び精神疾患診断との関連. 総合病院精神医学 2003 ; 15 : 32.
- 11) 伊藤敬雄, 薬田道雄, 原田章子, ほか. 自殺未遂者における救命救急センター退院1年後の受療行動と再自殺. 精神医学 2006 ; 48 : 153.
- 12) 高橋祥友. 新訂増補版・自殺の危険 臨床評価と危機介入. 東京 : 金剛出版 ; 2006.
- 13) van der Sande R, van Rooijen L, Buskens E, et al. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. Br J Psychiatry 1997 ; 171 : 35.
- 14) van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, et al. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients : a controlled intervention study. Psychol Med 1995 ; 25 : 963.
- 15) Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department : randomised controlled study. BMJ 2006 ; 332 : 1241.
- 16) Carter GL, Clover K, Whyte IM. Postcards from the EDge project : randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self-poisoning. BMJ 2005 ; 331 : 805.
- 17) Evans J, Evans M, Morgan HG, et al. Crisis card following self-harm : 12-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2005 ; 187 : 186.
- 18) Townsend E, Hawton K, Altman DG, et al. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm : meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. Psychol Med 2001 ; 31 : 979.
- 19) Carter GL, Clover K, Whyte IM, et al. Postcards from the EDge : 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. Br J Psychiatry 2013 ; 202 : 372.
- 20) Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). BMC Public Health 2009 ; 9 : 364.
- 21) 山本賢司, 堀 智子, 立松聖一, ほか. 自殺未遂者の地域支援ネットワークモデル作成とその実践 : 自殺未遂者等地域支援ネットワーク構築に関する研究事業. 平成23年度相模原市委託研究業務実績報告書. 2012. pp. 62-100.
- 22) 山本賢司, 井出文字, 山田素朋子, ほか. 【自殺対策】自殺未遂者ケアの現状 身体合併症を有する精神疾患患者の診療システム. 救急医学 2012 ; 36 : 779.
- 23) 数井裕光, 武田雅俊. 【精神疾患地域連携クリティカルパス】認知症診療における地域連携クリティカルパス. 日本社会精神医学会雑誌 2013 ; 22 : 109.
- 24) 大石 智, 宮岡 等. 【精神疾患地域連携クリティカルパス】うつ状態の地域連携クリティカルパス. 日本社会精神医学会雑誌 2013 ; 22 : 116.

Short Report

Effects of a Training Workshop on Suicide Prevention Among Emergency Room Nurses

Yasuhiro Kishi¹, Kotaro Otsuka², Keiko Akiyama³, Tomoki Yamada⁴,
Yumiko Sakamoto⁵, Yaeko Yanagisawa⁶, Hiroshi Morimura⁷, Chiaki Kawanishi⁸,
Hiroaki Higashioka⁹, Yasushi Miyake¹⁰, and Steven Thurber¹¹

¹Department of Psychiatry, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital, Kawasaki, Japan

²Department of Disaster and Community Psychiatry and Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical University, Morioka, Japan

³Department of Psychiatry, Japanese Red Cross Medical Center, Tokyo, Japan

⁴Department of Critical Care and Emergency Center and Department of Psychiatry, Yokohama City University Medical Center, Yokohama, Japan

⁵Department of Nursing, Kanto Rosai Hospital, Kawasaki, Japan

⁶Department of Nursing, St. Luke's International Hospital, Tokyo, Japan

⁷Department of Nursing, Sapporo City University, Sapporo, Japan, ⁸Health Management and Promotion Center, Yokohama City University Graduate School of Medicine, Yokohama, Japan

⁹Department of Emergency and Critical Care Medicine, Kanto Rosai Hospital, Kawasaki, Japan

¹⁰Department of Emergency and Critical Care Medicine, Showa University School of Medicine, Tokyo, Japan, ¹¹Department of Psychology, Woodland Centers, Willmar, MN, USA

Abstract. *Background:* Suicide attempts are frequently encountered by emergency department nurses. Such encounters can potentially provide a foundation for secondary suicide prevention. *Aims:* The aim of the present investigation was to evaluate the effect of a 7-hr training program for emergency room nursing personnel in Japan. *Method:* In all, 52 nurses completed the questionnaires before the workshop and 1 month after the workshop. The nurses' understanding of and willingness to care for suicidal patients positively changed. *Results:* It is feasible to provide a 7-hr, relatively short, workshop on suicidal prevention aimed at emergency medical staff and to improve attitudes during a follow-up of 1 month. *Conclusion:* It is uncertain whether the positive attitudes of emergency nurses toward suicide and/or educational interventions could impact the outcomes of these interventions. Further studies are needed to address these important questions in this field.

Keywords: suicide, prevention, education, attitudes, emergency room

In Japan, suicide is a major cause of death. In 2012, Japan's suicide rate was 21.8 suicides per 100,000 people (male 31.1, female 13.1; Japan Cabinet Office, 2013), and one of the highest in OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) countries (OECD, 2013). As a comparison, the UK rate is about 6.7 per 100,000, and the US rate around 12.0 per 100,000 (OECD, 2013). Since there are 10–25 nonfatal suicidal attempts for every suicide completion (Mann, 2002), significant numbers of suicide attempters visit emergency rooms. Many studies have shown that a history of suicide attempts and/or repetition of deliberate self-harm increases the risk of suicidal behavior over both the short and long term, suggesting that

specific suicide prevention strategies should be targeted for this group (Hawton & Fagg, 1988; Owens, Horrocks, & House, 2002; Zahl & Hawton, 2004).

Suicide attempts are frequently encountered by emergency department nurses. Such encounters can potentially provide a foundation for secondary suicide prevention, with emergency room nurses playing a key role. Several studies show that staff in the emergency departments of hospitals tend to be negative or ambivalent toward suicidal or self-harming individuals (Goldney & Bottrill, 1980; Pompili, Girardi, Ruberto, Kotzalidis, & Tatarelli, 2005; Samuelsson, Asberg, & Gustavsson, 1997). Our research also shows that the nurses who worked at emergency care/

This document is copyrighted by the American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

Table 1. The scores of the Understanding Suicidal Patients Scale and additional questions before and 1 month after the workshop (N = 52)

Items of the USP Scale	Before workshop		After 1 month		t	p
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		
Total USP scores	25.13 (3.55)	23.77 (3.20)	17.30 (2.51)	16.19 (2.55)	3.72	.001
Factor 1 (concerning attitude toward suicidal patients) subsional scores						
1. Patients who have tried to commit suicide are usually treated well in my work unit	2.88 (.76)	2.83 (.76)	2.31 (.70)	2.23 (.61)	.94	.351
2. I nurse patients who have tried to commit suicide as willingly and sympathetically as I nurse other patients	1.67 (.58)	1.52 (.54)	1.67 (.58)	1.52 (.54)	1.48	.146
3. Because the patients who have tried to commit suicide have problems, they need the best possible treatment	2.83 (.51)	2.60 (.60)	2.46 (.67)	2.33 (.65)	2.86	.006
4. I like to help a person who has tried to commit suicide	2.46 (.67)	2.33 (.65)	2.69 (.61)	2.48 (.58)	1.36	.180
5. I try to do my best to talk with a patient who has attempted suicide about his or her personal problems	2.69 (.61)	2.48 (.58)	2.38 (.66)	2.21 (.54)	2.52	.015
6. I am usually sympathetic and understanding towards a patients who has tried to commit suicide	2.38 (.66)	2.21 (.54)	2.38 (.66)	2.21 (.54)	2.02	.049
7. I try to do my best to make a patient who has tried to commit suicide feel comfortable and secure	2.38 (.66)	2.21 (.54)	2.38 (.66)	2.21 (.54)	2.02	.049
Factor 2 (inner emotional attitudes) subsional scores						
8. I sometimes get very angry with patients who have tried to commit suicide	7.90 (1.54)	7.58 (1.13)	7.90 (1.54)	7.58 (1.13)	2.02	.049
9. I often find it difficult to understand a person who has tried to commit suicide	2.29 (.75)	2.23 (.61)	2.29 (.75)	2.23 (.61)	.62	.537
10. It is usually troublesome to nurse a patient who has tried to commit suicide	2.73 (.74)	2.60 (.53)	2.73 (.74)	2.60 (.53)	1.63	.109
Additional questions						
1. All attempted suicides should get in touch with a psychiatric care facility	2.88 (.47)	2.75 (.56)	1.75 (.77)	1.61 (.57)	2.00	.051
2. I think my present training has provided me with adequate skill to take care of people who have tried to commit suicide	3.39 (.67)	2.71 (.76)	3.39 (.67)	2.71 (.76)	6.44	<.001
3. The psychiatric care should concentrate on treating only the most serious attempted suicides, not light intoxications	3.22 (.86)	3.18 (.71)	3.22 (.86)	3.18 (.71)	.36	.719
4. A patient who has tried to commit suicide is usually so ill that he or she should be admitted to a psychiatric clinic	2.82 (.68)	2.31 (.71)	2.82 (.68)	2.31 (.71)	5.18	<.001
5. I am in need of further training to be able to work with patients who have tried to commit suicide	1.55 (.64)	1.55 (.70)	1.55 (.64)	1.55 (.70)	.00	1.000
6. The psychiatric care of patients who have tried to commit suicide functions well	2.94 (.64)	2.83 (.55)	2.94 (.64)	2.83 (.55)	1.29	.204

intensive care unit were less likely to understand suicidal patients, and were less inclined to be sympathetic or to verbally interact with suicidal patients concerning their problems (Kishi, Kurosawa, Morimura, Hatta, & Thurber, 2011). These negative attitudes may to some extent be a result of a lack of knowledge and uncertainty rather than hostility (Kishi et al., 2011; Samuelsson et al., 1997).

Following the introduction of the Basic Suicide Prevention Law in 2006, a project providing a training workshop on caring for suicide attempters was started by the Ministry of Health, Labour and Welfare in 2008 and is ongoing. The 1-day training workshop primarily targets emergency medical staff and involves lectures and case studies (Hirata et al., 2013). The aim of the present investigation was to evaluate the effect of a training program for emergency room nursing personnel.

Method

In 2010, 1-day training workshops (7 hr) were held in Tokyo, Osaka, and Sendai, once in each city. This educational intervention focused on the basic suicide risk assessment, immediate management of the crisis, appropriate referral of patients, and changing attitudes to suicide prevention. A total of 139 emergency staff including doctors, nurses, and social workers attended the workshops. Among them, 52 nurses completed the questionnaires before the workshop and 1 month after the workshop.

The Understanding Suicidal Patients (USP) Scale (Samuelsson et al., 1997) and additional questions addressing training and psychiatric treatment for suicide attempters (Samuelsson et al., 1997) were administered. The original USP Scale contains 11 items developed to measure nurses' understanding of and willingness to care for patients who have attempted suicide (Samuelsson et al., 1997). An experienced consultation-liaison psychiatrist (Y.K.) translated the USP Scale into Japanese with the author's permission (Kishi et al., 2011). Our psychometric investigation of the Japanese translation indicated that 10 items of the USP Scale were suitable for use with Japanese participants (Thurber & Kishi, 2012). We therefore used the 10-item version of the USP Scale in this study. The USP items were scored on a scale from 1 (*I agree completely*) to 4 (*I disagree completely*), with lower scores indicating more favorable attitudes toward suicidal patients. The items of the additional questions were also scored as with the USP Scale. Confirmatory factor analysis indicated a factorially complex structure of the Japanese USP Scale (Thurber & Kishi, 2012). Items were divided into two factors: Factor 1 items are concerned with attitudes toward suicidal patients and factor 2 items are related to more inner emotional reactions.

This study was evaluated by our human research committee and deemed exempt from institutional research board review.

Statistical Analysis

Power considerations prior to data analysis were predicated in part on the number of workshop participants. Assuming a moderate effect size, and a moderate within-subject correlation, 80% power would require an n of approximately 33 (Cohen, 1992). Data were analyzed using SPSS 20.0 software. Pre- and postworkshop paired t tests were computed.

Results

Table 1 shows the scores of the USP Scale and additional questions before and 1 month after the workshop. The total USP scores were significantly improved 1 month after the workshop. Both factor 1 and 2 subtotal scores were also improved. In the USP subscale, three out of ten items were significantly improved.

Discussion

In this study, the nurses' understanding of and willingness to care for suicidal patients positively changed, ostensibly as the result of workshop experiences. Both factor scores, concerning attitudes toward suicidal patients and inner emotional reactions, as well as scores on the additional questions addressing the need for psychiatric care for attempted suicide patients and the perceived need for training, also positively changed. The workshop attendees still felt that they were in need of further training to be able to work with suicidal patients effectively, even though they felt they had acquired more adequate skill to take care of suicidal patients after the workshop.

Before further discussion of our results, we acknowledge that there are methodological problems in the study. First, this investigation only included the nurses who attended the workshops. Our findings, therefore, may not be applicable to all nurses, since the attendees may have more motivation than others. We also did not assess the gender, age, clinical experiences, frequency of contact with suicidal patients in their clinical work, and other study participants' backgrounds, which might influence the results, since this study was done during time-limited workshop schedules.

This study identified several important findings. It is feasible to provide a 7-hr relatively short workshop on suicidal prevention and to improve attitudes during a follow-up of 1 month. Other studies have also shown that educational programs are effective in suicide assessment and management skills (Appleby et al., 2000; Berlin, Perizzolo, Lejderman, Fleck, & Joiner, 2007; Morriss, Gask, Battersby, Francheschini, & Robson, 1999), suggesting that properly trained nurses can assess suicidal patients reliably, make effective aftercare arrangements, and provide effective therapy. The detection of suicidal intent, the

assessment of risk, and the possible prevention of suicide are in part dependent on a health professional's attitude to suicide prevention. One of the main reasons for not identifying suicide risk could be a lack of the necessary knowledge and skills (Cole-King & Lepping, 2010). In fact, several researchers reported that emergency department staff do not always have sufficient skills and knowledge to make an assessment of suicidal intent (Arbuthnot & Gillespie, 2005; Farmer & Bethel, 2006). Furthermore, it has been shown that suicidal patients discharged directly from emergency rooms who do not receive psychosocial assessment are at greater risk of further suicide attempts and completed suicide (Hickey, Hawton, Fagg, & Weitzel, 2001).

Samuelsson and Asberg (2002) showed that the attitudes of nursing professionals toward suicide attempters were enhanced after a 36-hr training program in suicide prevention. Enhanced attitude changes may be the result of increased knowledge and confidence in the management of suicidal patients (Kishi et al., 2011).

It has been pointed out that repetition of self-inflicted harm is associated with an increased risk of suicide, and suicide risk among self-harm patients is hundreds of times higher than in the general population (Owens et al., 2002; Zahl & Hawton, 2004). Nurses have a key role in working with suicidal patients. Their attitudes toward suicidal patients may influence the outcome of the suicide crisis (Boyes, 1994; Costigan, Humphrey, & Murphy, 1986; Pompili et al., 2005). Therefore, clinical staff should make every effort to provide this high-risk group of patients with adequate help in order to minimize the rate of fatal outcome. It is, however, uncertain whether the positive attitudes of emergency nurses toward suicide and/or educational interventions could impact the population suicide rate. In fact, Morriss, Gask, Webb, Dixon, and Appleby (2005) reported that brief educational interventions for front-line health professionals were not sufficient to reduce the population suicide rate. However, in other medical settings, several studies show that empathic engagement in patient care is associated with several favored medical outcomes (Del Canale et al., 2012; DiMatteo et al., 1993; Kim, Kaplowitz, & Johnston, 2004; Zachariae et al., 2003), suggesting that empathy is an important component of clinical competence; empathy is still at the heart of medicine. In fact, a compassionate intervention is believed to be a key component in helping to prevent suicide (Cole-King, Green, Gask, Hines, & Platt, 2013). Further studies, including training of nursing students before negative attitudes toward suicidal patients develop, are needed to address these important questions in this field.

Conflict of Interest

The authors have no conflict of interest to disclose.

References

- Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., ... Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project). *Psychological Medicine*, 30(4), 805–812.
- Arbuthnot, L., & Gillespie, M. (2005). Self-harm: Reviewing psychological assessment in emergency departments. *Emergency Nurse*, 12(10), 20–24.
- Berlim, M. T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M. P., & Joiner, T. E. (2007). Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? *Journal of Affective Disorders*, 100(1–3), 233–239.
- Boyes, A. P. (1994). Repetition of overdose: A retrospective 5-year study. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 462–468.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Cole-King, A., Green, G., Gask, L., Hines, K., & Platt, S. (2013). Suicide mitigation: A compassionate approach to suicide prevention. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(4), 276–283.
- Cole-King, A., & Lepping, P. (2010). Suicide mitigation: Time for a more realistic approach. *The British Journal of General Practice*, 60(570), e1–3.
- Costigan, J., Humphrey, J., & Murphy, C. (1986). Attempted suicide: A personal construct psychology exploration. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 4(2), 39–50.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: An empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243–1249.
- DiMatteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Orday, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., ... Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*, 12(2), 93–102.
- Farmer, C., & Bethel, J. (2006). Evaluating suicidal intent in emergency care settings. *Emergency Nurse*, 14(7), 20–24.
- Goldney, R. D., & Bottrill, A. (1980). Attitudes to patients who attempt suicide. *The Medical Journal of Australia*, 2(13), 717–720.
- Hawton, K., & Fagg, J. (1988). Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152, 359–366.
- Hickey, L., Hawton, K., Fagg, J., & Weitzel, H. (2001). Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(2), 87–93.
- Hirata, M., Kawanishi, C., Oyama, N., Miyake, Y., Otsuka, K., Yamada, T., ... Arakawa, R. (2013). Training workshop on caring for suicide attempters implemented by the Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 67(1), 64.
- Japan Cabinet Office. (2013). *Annual report on suicide prevention measure in 2012*. Retrieved from <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h24.html>
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & Health Professions*, 27(3), 237–251.
- Kishi, Y., Kurosawa, H., Morimura, H., Hatta, K., & Thurber, S. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 33(4), 393–397.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302–311.
- Morriss, R., Gask, L., Battersby, L., Francheschini, A., & Robson, M. (1999). Teaching front-line health and voluntary

- workers to assess and manage suicidal patients. *Journal of Affective Disorders*, 52(1-3), 77-83.
- Morris, R., Gask, L., Webb, R., Dixon, C., & Appleby, L. (2005). The effects on suicide rates of an educational intervention for front-line health professionals with suicidal patients (the STORM Project). *Psychological Medicine*, 35(7), 957-960.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2013). *OECD health data 2012*. Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/suicides_20758480-table10
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., & Tatarelli, R. (2005). Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *European Journal of Emergency Medicine*, 12(4), 169-178.
- Samuelsson, M., & Asberg, M. (2002). Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 115-121.
- Samuelsson, M., Asberg, M., & Gustavsson, J. P. (1997). Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(3), 222-230.
- Thurber, S., & Kishi, Y. (2012). Coefficient alpha and intercultural test selection. *Assessment*, 21(2), 250-252. doi:10.1177/1073191112444921
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88(5), 658-665.
- Zah, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11,583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185, 70-75.

Received September 30, 2013

Revision received March 26, 2014

Accepted March 27, 2014

Published online August 29, 2014

About the authors

Yasuhiro Kishi, MD, PhD, is a clinical professor and director of the department of psychiatry, Nippon Medical School Musashikosugi Hospital. His main research fields are consultation-liaison psychiatry, suicidal behavior and its prevention, and models for psychiatric care in the medically ill populations.

Kotaro Otsuka, MD, PhD, is a professor in the department of disaster and community psychiatry, Iwate Medical University. His main research fields are disaster effects, consultation-liaison psychiatry, and suicidal behavior and its prevention.

Keiko Akiyama, MA, is a psychologist mainly working in the emergency department at the Japanese Red Cross Medical Center. She is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Tomoki Yamada, MD, PhD, is a psychiatrist and a visiting associate professor in the department of psychiatry, Yokohama City University School of Medicine, Japan. He is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine. His main research field is crisis intervention for suicide attempters.

Yumiko Sakamoto, RN, is a clinical nurse in the intensive care unit at Kanto Rosai Hospital. She is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Yaeko Yanagisawa, RN, is a clinical nurse in the intensive care unit at St. Luke's International Hospital in Tokyo. She is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Hiroshi Morimura, RN, MA, is an associate professor in the department of nursing, Sapporo City University. He is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine. His research fields are mental health welfare, ethnography, and suicide prevention.

Chiaki Kawanishi, MD, PhD, is a psychiatrist and professor at Yokohama City University Graduate School of Medicine. He is also director of the Health Management and Promotion Centre. He is an executive board member of the Japanese Association for Suicide Prevention and the chairman of the Committee of Suicide Prevention in the Japanese Society of Mood Disorders. His main research fields are crisis intervention for suicide attempters, prevention of hospital suicide, and community intervention.

Hiroaki Higashioka, MD, is an emergency physician and director of the department of emergency medicine, Kanto Rosai Hospital. He is a member of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Yasuhumi Miyake, MD, PhD, is the professor and director of the emergency and critical care medicine in Showa University school of medicine. He is the chairman of the Care for Suicidal Patients and Suicide Prevention Committee in the Japanese Society of Emergency Medicine.

Steven Thurber, PhD, is a board-certified psychologist and director of intervention programs for the Child and Adolescent Behavior Health Services, State of Minnesota Department of Human Services. His research interests have centered on psychometrics, developmental psychopathology, and prevention of behavioral disorders.

Yasuhiro Kishi

Nippon Medical School Musashikosugi Hospital
Department of Psychiatry
1-396 Kosugi-cho Nakahara-ku
Kawasaki-City
Kanagawa 211-8533
Japan
Tel. +81 44 733-5181
Fax +81 44 711-8726
E-mail yk1228@gmail.com

救急医療における 自殺未遂者ケアの現状と展望

三宅康史

みやけ やすふみ 昭和大学医学部救急医学教授/昭和大学病院救命救急センター長/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」委員長 連絡先…〒142-8666 東京都品川区旗の台1-5-8

はじめに：自殺企図患者搬送と 救急医療の現状

自殺による死亡が連続して年間3万人を切る状況となっても、自殺未遂者はその複雑な背景や精神科関連の既往歴、あらゆる薬物や毒物の過量摂取による影響が予見できないこと、飛び降りや飛び込みなど高度な身体的治療を要する自殺企図の手段とその後の集中治療の困難さから、救急隊は一般救急病院への自殺企図患者の搬送をあらかじめ、軽症～重症を問わず救命救急センターを中心とした身体科3次救急医療機関への搬送に依存している。その結果、救命救急センターが身体的に軽症の自殺企図患者の初療にまで対応することとなり、ベッド状況の逼迫化とともに本来の業務への支障をきたす状況に陥っている。

自殺企図患者では身体的問題以外に、自殺企図に至った原因の排除や、現在の精神症状の評価と治療、来院後の希死念慮の変遷など精神科的なアプローチやケアが必要なことは言うまでもない。ところが、搬送されてきた自殺未遂者の精神科的側面への対応について、身体科救急を担う医療スタッフで“正しく”ケアできるよう教育や研修を受けたものはほとんどいないのが実情である。しかしそれとはお構いなしに、

平日夜間、週末、盆、正月など精神科医がない状況で、同じような患者が次々搬送されベッドは埋まる。まずは、かかりつけの精神科医や、いつまでたってもまともに機能しない精神科救急医療システムに向かうことになる。かかりつけ精神科クリニックでの大量の内服薬処方の原因の1つとしてこれを責める意見や、軽症患者は時間外でもかかりつけクリニックへの救急搬送あるいはコンサルテーションを求める意見も出されている。自治体の設定した夜間の精神科救急担当医療機関に電話しても、当直医は身体的な問題が解決しない限り患者の診察すらしてもらえないのが現実となっている。

回避できない自殺も多々ある中、精神病的な自殺やうつ病による自殺は精神科的な対処によって予防可能な症例もある。そのため一命を取り留め自殺未遂となった場合には、自殺未遂の最大の危険因子といわれる再企図を予防することが自殺死亡者数を減らすうえでのポイントとなる。そしてその答えは自殺企図者が最初に担ぎ込まれる救急医療機関の中にある。

搬送された救急医療機関において、まずは身体的な治療を行い、これと並行して精神科医のいない状況においても可能な限り標準的な自殺未遂者への精神科的ケアを施すことが、後々の精神科でのフォローアップに際しても有効であ

る。しかし、救急の現場で使える自殺企図者へのケアを行うために欠如している問題が多く存在している。主な問題点を表1に示す。

自殺企図者のケアに関する 検討委員会の設置とこれまでの活動

1. 設置の目的

前述のとおり、自殺企図者に対して、意識障害の強さやバイタルサイン、内服した物質の内容、外傷の内容を参考に、軽症はかかりつけ精神科へ、中等症は二次救急医療機関へ、そして重症のみを救命救急センターで受け入れる現状の搬送基準では、かかりつけ精神科クリニックが夜間・休日に機能していないこと、二次医療機関では自殺企図や背景にある精神疾患への十分な対応ができないなどを理由に受け入れが不可となり、救命救急センターへの搬送が主流となりつつある。

救急医療スタッフにとって、外傷や中毒の治療経験は十分であっても精神科的な初期治療や自殺企図患者へのケアに自信を持って当たれるスタッフは少ない。それらに対し標準的なケアを行うための備えをすることは、患者にとっても安全で安心な医療を受けることができるのみならず、診察する救急医療スタッフにとっても不安を打ち消し前向きな患者の受け入れにつながると考えられる。

これらの状況を鑑み、救急医療スタッフへの標準的な自殺企図者へのケアを提供するために2008年4月、日本臨床救急医学会に設立されたのが「自殺企図者のケアに関する検討委員会」である。

なお日本救急医学会は救急医による学術団体であるのに対し、日本臨床救急医学会は救急医療に従事する医師のみならず、看護師、救急隊員および救急救命士、薬剤師など多職種で会員によって構成される学術団体である。委員会設立にあたっては、救急医学をバックボーンとす

表1 救急現場における自殺未遂者ケアに関する問題点

<ul style="list-style-type: none"> ●身体科・精神科双方が関連する患者に適切な初療を施すための救急医療スタッフに対する教育リソース(研修会や教育コース)の欠如 ●自殺未遂者を間に挟んだ救急医と精神科医における相互理解のための学会レベルでの身体科救急と精神科救急との協働体制の欠如 ●精神科救急患者に実際に対応する身体科医療機関への行政側からの低過措置(保険点数の加算や専門家配置のための補助)の欠如 ●自殺企図症例を扱う専門家(精神保健福祉士と臨床心理士)の育成システムの欠如

るのは委員長のみで、委員の構成は精神科救急および自殺未遂者のケアに長じた精神科医、救命救急センターで実際に自殺企図者と向かい合っている看護スタッフによって構成された。設立以来の活動内容を以下に示す。

2. 「手引き」と「Q & A」の作成

自殺企図患者の受け入れに日夜奮闘する救急医療スタッフに、まず提供したのは標準的な自殺企図患者への初期診療の手順を示した「自殺未遂患者への対応—救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」¹⁾の提供(2009年3月発刊)であった。この「手引き」の緒言、本書の使い方などにも記載されているように、精神科医にすぐには相談できない状況下で、救急医療スタッフが自殺企図者の精神的ケアを安全に行うために必要な手順とそれに用いる基本的なリソースを掲載している。目次を図1に示す。

例えば該当患者にいくつの危険因子があるか、自殺企図か否かの確認方法、今の希死念慮の程度などを、示された樹形図などを用いて確認することができる。「ガイドライン」ではなく「手引き」という呼び名は、ガイドラインと呼ぶにはいまだ十分な内容でなく、今後さらに改訂を加えガイドラインと呼べるレベルまで発展させていく必要があることを認識しているためである。ついで、提供したのが「来院した自

目次	
判例に際して	iii
手引きを使用するにあたって	v
I. 自殺未遂患者ケアの全体の流れ	1
II. 救急医療の現場での自殺未遂患者への対応のフローチャート	3
I) 情報収集 II) 自殺企図の手段と重症度の確認 III) 自殺企図の背景の確認 IV) 現在の死にたい気持ち (自殺念慮・希死念慮) の確認 V) 危険因子の確認 VI) 外来での対応と入院勧誘の判断 VII) 入院後—ICU, 病棟での対応 VIII) 退院時におけるべきこと	3
1. 退院すべきこと、やるべきこと 2. 退院の判断に留意するべきこと 3. 精神科へのコンサルテーション 4. 医師—ソーシャルワーカー、精神保健福祉士の役割	17
III. 対応の流れ (看護師編)	17
IV. 対応の注意点	20
① 対応の基本 ② やるべきこと ③ してはいけないこと	24
V. 家族への対応	24
VI. 再企図予防に関する情報提供	25
あとがき	26

図1 自殺未遂患者への対応—救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引きの目次

自殺未遂患者へのケア Q & A—実践編 2011²⁾ (2011年8月発刊)で、典型的な5つの自殺企図症例をシナリオで示しつつ、臨床の場で問題となる疑問に対し Q & A 形式で答える FAQ 集である。目次を図2に示す。

3. 自殺未遂者ケア研修の開催

上述の「手引き」と「Q & A」は、厚生労働省からの研究助成を受けて作成され、初版時に日本臨床救急医学会の全会員(3,000名以上)に配布された。日本臨床救急医学会のHPの過去のお知らせ(2011/9/12)から無料でダウンロード可能である。にもかかわらず、その存在が十分に知られわたらず、その利用も十分なされていないことが学会発表でも明らかとなったため、その利用促進の意味合いもあり、2008年より始まっていた厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修

目次	
シナリオ1	1
シナリオ2	8
シナリオ3	15
シナリオ4	21
シナリオ5	28
あとがき	36
コラム	
コラム1: 身体拘束についての法的判断	7
コラム2: 病室の自殺企図・・・アピール?	7
コラム3: カタルシスについて	14
コラム4: アルコール依存症という背景の考え	20
コラム5: アルコール薬が外来	20
コラム6: 対応法について	27
コラム7: 軽度の薬物乱用を鑑別する方法	27
コラム8: 重症障害について	34
コラム9: 心理教育	35

図2 来院した自殺未遂患者へのケア Q & A—実践編 2011の目次

(一般救急版)³⁾を日本臨床救急医学会が共催する運びとなった。そこで委員会活動の一環として2009年度より参加者の募集、企画・運営への参画、司会およびファシリテーターとして参加し、一般救急スタッフ向けの研修を東京と大阪の2会場で開催した。さらに2010年からは会場に仙台を加えた3か所に増やして開催した。3つの講義と「Q & A」に示している2症例を用いた症例検討ワークショップにより構成され、症例の管理に「手引き」も利用しつつ標準的な対応策を考えるようになっている。受講生には最終的に厚生労働省と日本臨床救急医学会から受講証が授与される。

2010年2月には日本精神科救急学会が共催する精神科医療スタッフ向けの自殺未遂者ケア研修も開催され、身体科救急の代表として、身体科救急の立場の説明と現状の紹介、今後の活動についての講義を行った。その後、毎年東京を含む3か所において同研修会が開催されており、3症例に増やして現在に至っている。最新の2013年度版プログラムを図3に示す。

厚生労働省主催
「自殺未遂者ケア研修(一般救急版)」

自殺未遂者への対応にお困りなられたことはありませんか?
本研修は、初期対応から継続的な支援まで、臨床現場で役立つ自殺未遂者ケアのポイントを、日本臨床救急医学会が厚生労働省と共に作成したガイドラインに沿って体系的に学んでいただくと共に、モデル症例によるワークショップを通じてケアのあり方を実践的に修得していただく内容です。講師とファシリテーターは、自殺未遂者へのケアを実践している専門家・専門職が務めます。奮ってご参加のほどお願い申し上げます。

- 主 催: 厚生労働省
 - 共 催: 一般社団法人、日本臨床救急医学会
 - 参加費: 無料(定員60名)
 - 対象者: 救急医療に従事する医師、看護師、その他メディカルスタッフなど
 - 会場・開催日:
- | | |
|--------|-------------------------------------------------------|
| 【東京会場】 | 平成26年1月25日(土) 9:50~16:45 |
| | 東京マリアンホテル(TF)4F東館 9階 909 研修室 〒135-8071 東京都江東区有明3-6-11 |
| 【岡山会場】 | 平成26年2月22日(土) 9:50~16:45 |
| | 第一セントラルビル1号館 9階大ホール 〒700-0901 岡山市北区本町6-36 |
| 【仙台会場】 | 平成26年3月9日(日) 9:50~16:45 |
| | フォレスト仙台 2階第7会議室 〒981-0943 仙台市青葉区旭水1-2-45 |

●プログラム

時間	内 容
9:30	開 場
9:50~10:00	事前アンケート
10:00~10:10	開会挨拶
10:10~10:30	講義1 「自殺未遂者対策がなぜ必要か」
10:30~10:50	講義2 「自殺未遂者ケア・モデルと地域自殺対策」
10:50~11:05	講義3 「国と地方自治体の自殺対策の取組み」
11:05~11:35	自殺未遂者ケアガイドラインとワークショップの説明
11:35~12:35	昼 休 み
12:35~16:05	ワークショップ、成果物発表とディスカッション (途中休憩 2回あり)
16:05~16:25	講義4 「自死遺族への対応と支援」
16:25~16:35	事後アンケート
16:35~16:45	閉会挨拶

*ワークショップはモデル症例について救急医療現場における自殺未遂者への対応グループで協議します。都合によりプログラム内容が一部変更になる場合がありますので、予めご了承ください。

図3 平成25年度厚生労働省主催 自殺未遂者ケア研修プログラム

4. 学会主導による自殺未遂者ケア研修(半日コース)の開発と開催

上述した厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修は、年度末に3回開催され各回救急医療に従事する医療スタッフを中心に50人を上限に受講生を募集している。すなわち年間最大で150人しか受講できない。そのため、2009年に国からの地域自殺対策緊急強化基金もあり、各地方自治体を中心に自殺未遂者ケア研修の開催を求める声が多く寄せられ、年間を通して地元で自力開催できる約4時間の簡易版コースを学会版として整備した。厚生労働省主催版の講義部分をテ

キストにまとめて省略し、3症例について問題点とその解決法についてグループ内で話し合うワークショップは、そのまま行う4時間コースである。2013年12月に大阪府堺市、徳島県で開催され、2014年1月には岐阜県医師会主催のコースも開催された。今後地方自治体や、医師会などの団体からの要請に応じて開催機会の増加が予想される。募集に際し使用されるパンフレットを図4に示す。

5. 自殺未遂者ケア関連の研修会における活動(発表・座長・コメントなど)

自殺未遂者ケア関連の研修会での発表につい

自治体主催 自殺未遂者ケア研修（救急医療向け）

医療の現場や救急の現場で、自殺未遂者への対応にお困りになったことはありませんか？
大都市圏の救急センターを対象に行いました「救急現場における自殺未遂者対応研修」においても、約8割の医療従事者が「自殺未遂者への対応が困難であると感じたことがある」と回答されていました。
本研修は、従前から開催されていまして厚生労働省主催の「自殺未遂者ケア研修」をもとに再構成し、日本臨床救急医学会と厚生労働省で作成したガイドラインに沿って体系的に学ぶだけでなく、モデルケースと実例ワークショップ（症例検討）を通して、自殺未遂者へのケアの在り方を実践的に学習していただく内容となっております。各自治体で救急医療等に従事される様々な職種の方々の交流と情報交換も大きな目的としていますので、ぜひご参加の機会を申し上げます。
開催の申し込みは、日本臨床救急医学会事務局 jpca.jimu@herusu-shuppan.co.jp まで。

- 主 催：各自治体
- 共 催：一般社団法人 日本臨床救急医学会
- 参加費：基本的に自治体で対応
- 定 員：20～60名程度
- 対象者：主に救急医療等に従事する（または関心のある）医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理士、救急隊員、救急救命士、消防署員、保健所・保健センター職員など
- 日 時：平成28年〇月〇日（〇曜日） 約4時間＋α（30分前より受付開始）
- 会 場：

◎プログラムの一例(午前中からの開催も可能です)

13:45～14:00	プレテスト
14:00～14:05	開会挨拶
14:10～14:15	本日の内容説明
14:15～14:40	講義1「自殺未遂者対応がなぜ必要か」
14:40～15:00	講義2「多職種で関わる自殺未遂者ケア」
15:00～15:10	休憩
15:10～15:20	ワークショップ：概要説明
15:20～17:20	ワークショップ：症例1、症例2、症例3
17:20～17:30	休憩
17:30～17:45	講義3「自殺未遂者ケア」
17:45～17:55	プレテスト解説とアンケート回収
17:55～18:00	閉会挨拶

※ワークショップはモデル症例について救急医療現場における自殺未遂者への対応をグループで勉強します。

◎お申込み【受付期間：〇月〇日～〇月〇日】
裏面の「お申し込み」の記載事項とともに電話かメール、または必要事項を記入の上、郵送かFAXにてお申し込みください。

◎お問合せ・お申込み先
〇健康福祉局 助産部 精神保健課
電話： FAX： E-mail：
〒 住所 (平日 午前9:00～午後5:30)



図4 学会版自殺未遂者ケア研修の案内パンフレット

では、2010年8月国立精神・神経医療研究センター(東京都小平市)において全国自治体の自殺対策担当者を対象に自殺総合対策企画研修が開催され、人材育成のセッションにおいて救急医の立場から、「救急医療の現場における人材育成—救急医療スタッフへのリソースの提供」と題する講演の機会を得て以来、現在までにいくつかの講演を行ってきた。
最近では、2012年12月に平成24年度東海

大学医学部精神・身体医学寄附講座公開講演会(神奈川)において救急医療の立場から「救急現場で経験する精神症状の評価とその対応—より良いチーム医療の実現を目指して」、同月に厚生労働科学研究費補助金「自殺対策のための効果的な介入手法の普及に関する研究」研究班会議(東京)において、特別講演「自殺企図者への救急現場での標準的な対処法—より良いチーム医療の実現を目指して ACTION-J ケースマネ

ージャーに期待すること」、2013年6月には精神科救急・急性期医療施設において精神科診療に従事している専門医および管理職(準ずる)スタッフ向けに、精神科医療の質の評価とその活用に関する専門的知識および技能を修得することを目的として、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所主催の医学課程研修プログラムである第7回精神科医療評価・均てん化研修で「一般救急における精神科評価研修コースの開発」と題して、救急医療における精神科救急対応とその初期診療(PEEC™)コースの開発について講演した。

同年7月には次期医療計画における精神疾患医療体制策定の先進事例の共有と意見交換を図ることを目的に、軽井沢にて開催された2013年精神疾患医療政策フォーラムで日本臨床救急医学会の取り組みとしてPEEC™の紹介を行った。

6. PEEC™の開発と全国展開

前述したPEEC™(Psychiatric Evaluation in Emergency Care)コースとは、救急外来や救急病棟・救命救急センターの医療スタッフ(特に研修医と看護師)を対象に、自殺未遂者症例に留まらず、精神科医がいない状況で精神的症状を呈する救急患者への“標準的”初期診療ができることを目標に企画された4時間の成人教育プログラムである。4時間で効果の上がるコースとするために、すでに市販されているガイドブックにより事前学習をしておくことが条件となる。ガイドブックの表紙と目次を図5に示す⁴⁾。

具体的なコース内容は、司会の救急医と、数人の精神科医によるファシリテーター、精神保健福祉士(psychiatric social worker; PSW)、臨床心理士、看護師からなるファシリテーターアシスタントで、最大4グループ(1グループ6～8名の受講生)を相手に典型的な4症例のシナリオを用いて、時系列に机上でワークショッ

プ形式により最も良いと思われる初療を進め、この間いろいろな利用できるリソースにアクセスしながらチームで問題の解決を図っていく、というものである。すでに2013年初頭からトライアルコースが4回開催され、ブラッシュアップの後に2013年6月の第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会(東京)で第1回目の本コースが開催された。その後、東海大学、国立病院機構熊本医療センターなどで地方コースが開催されている。

7. 学会活動

第37回日本救急医学会(2009年10月盛岡：パネルディスカッション6「自殺対策における精神科救急の役割」)、第13回日本臨床救急医学会(2010年6月幕張：委員会企画「自殺未遂者ケア」)、第38回日本救急医学会(2010年10月東京：パネルディスカッション1「自殺未遂者ケア」)に続いて、2011年6月には札幌で開催された第14回日本臨床救急医学会総会・学術集会において「救急医療における精神的評価PEECコースについて」(ワークショップ3)、2012年6月には、第15回日本臨床救急医学会総会・学術集会(熊本)にて「自殺総合対策大綱改定への提言」を委員会として発表した。

この他、精神科関連学会では、第34回日本自殺予防学会(2010年9月東京：シンポジウム「首都圏における自殺対策」)、第23回日本総合病院精神医学会(2010年11月東京：シンポジウム6「自殺防止 救命救急におけるチーム医療」)において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」の活動と今後の取り組みについて紹介し、精神科救急を担う医療スタッフと意見交換を行った。

2012年9月には日本心理臨床学会第31回秋季大会(愛知)の職能委員会企画シンポジウム「自殺予防に対する学会同士の連携に向けて」にて「自殺未遂者の初療と再企図予防—日本臨床救急医学会/日本救急医学会」の他、2013年