

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト  
(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)

2012 ~ 2017

- 独立行政法人 国立循環器病研究センター
- 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター
- 共催：日本循環器心身医学会 (日本サイコカーディオロジー学会の前身)

# 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：導入編

The National  
Mental Health Care  
Project for Patients with  
Physical Illness

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト  
(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)

包括的なうつ管理のための研修プログラム：  
導入編  
～心臓病とうつ～

(独) 国立循環器病研究センター  
(独) 国立精神・神経医療研究センター  
共催：日本循環器心身医学会  
(日本サイコカーディオロジー学会の前身)



【謝辞】国立精神・神経医療研究センターのご厚意でプロジェクト当時の資料の一部をご提供いただきました。ここに記して感謝いたします。

# 目次

## イントロダクション

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて .....	3
----------------------------------	---

## 研修プログラム

研修プログラム(1) 本研修の基本的考え方 .....	8
研修プログラム(2) 心臓病とうつに関するこれまでの知見 .....	12
研修プログラム(3) 環境整備とコミュニケーション .....	17
研修プログラム(4) スクリーニング .....	27
研修プログラム(5) 精神科受診勧奨 .....	34
研修プログラム(6) モニタリング .....	37
研修プログラム(7) 初期診断・治療 .....	40

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト  
包括的なうつ管理のための研修プログラム：導入編  
～心臓病とうつ～

# イントロダクション

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

▶ 背景：保健医療関連法や関連施策

医療法(医療計画)

- ・がん，脳卒中，急性心筋梗塞，糖尿病＋精神疾患（2013年～）

健康日本21(第二次)

- ・こころの健康・休養：生活習慣改善や健康づくりと連動

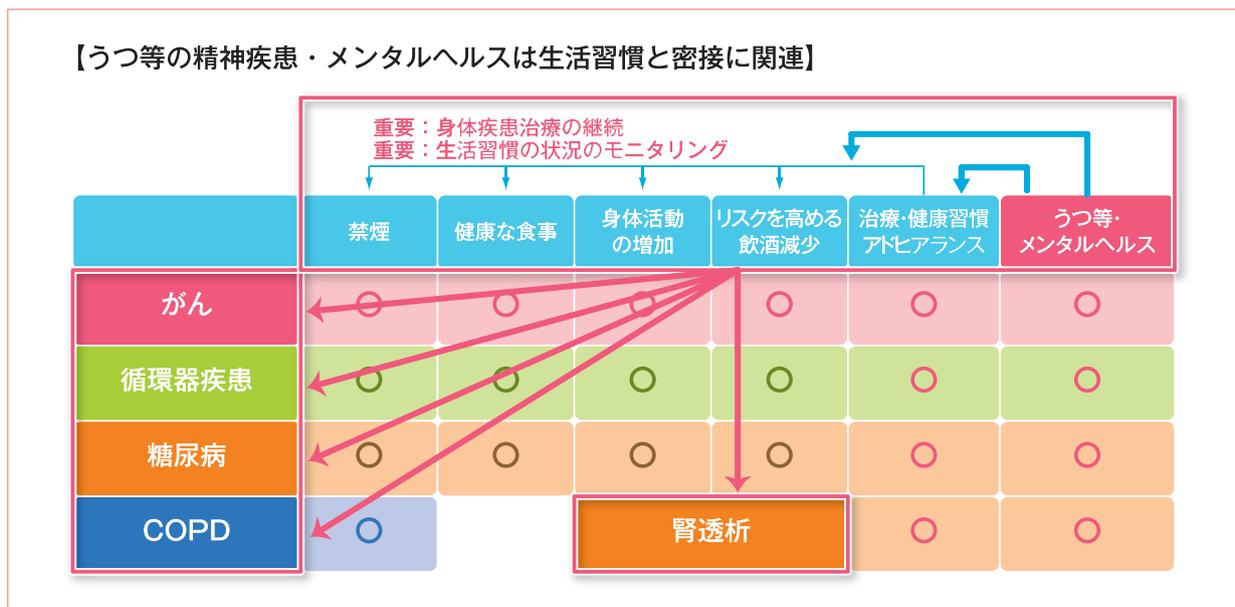
自殺総合対策大綱

- ・適切な精神科医療の受診（重点施策）：慢性疾患患者等に対する支援（心理的ケアが実施できる医療体制の整備）

その他

- ・第2次食育推進基本計画（平成23～27年度）
- ・精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16～平成26年）

▶ 非感染性疾患と生活習慣との関連\*

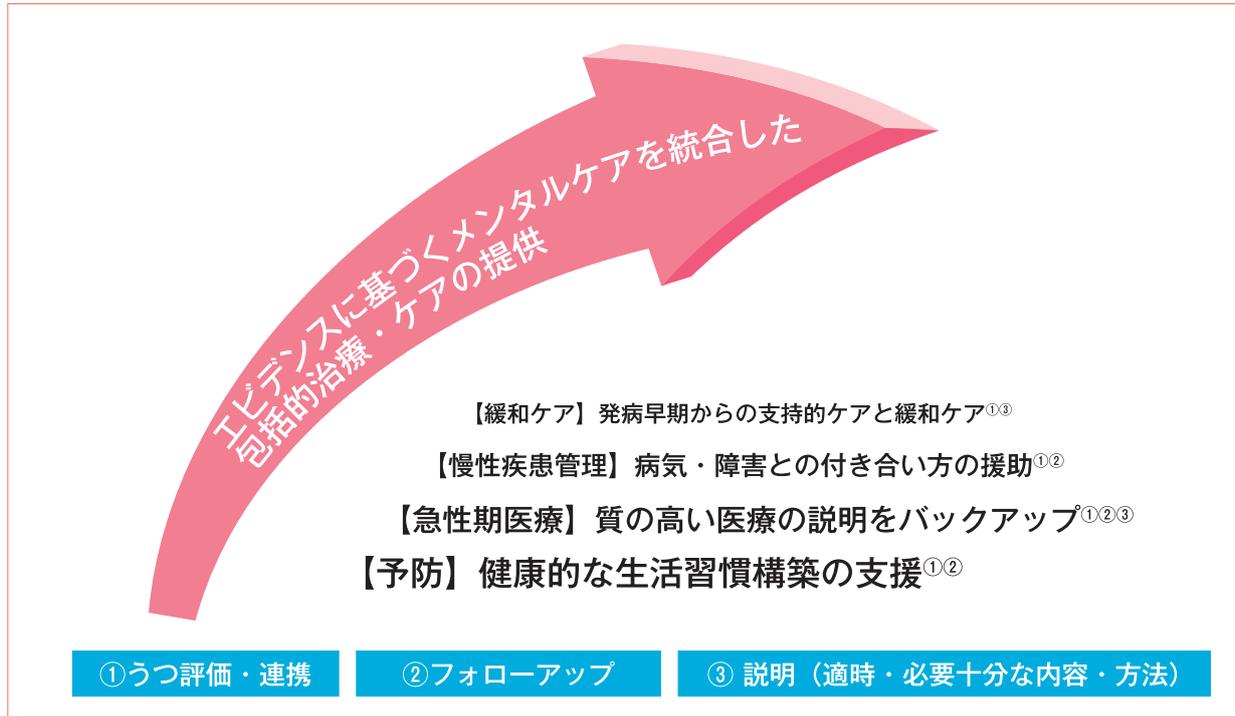


\*非感染性疾患の多くは予防可能（WHO）\*\*

\*\*出典：健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料（案）を改変

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ddhl-att/2r9852000002ddxn.pdf>

## ▶ ナショナルプロジェクトの基本コンセプト



メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

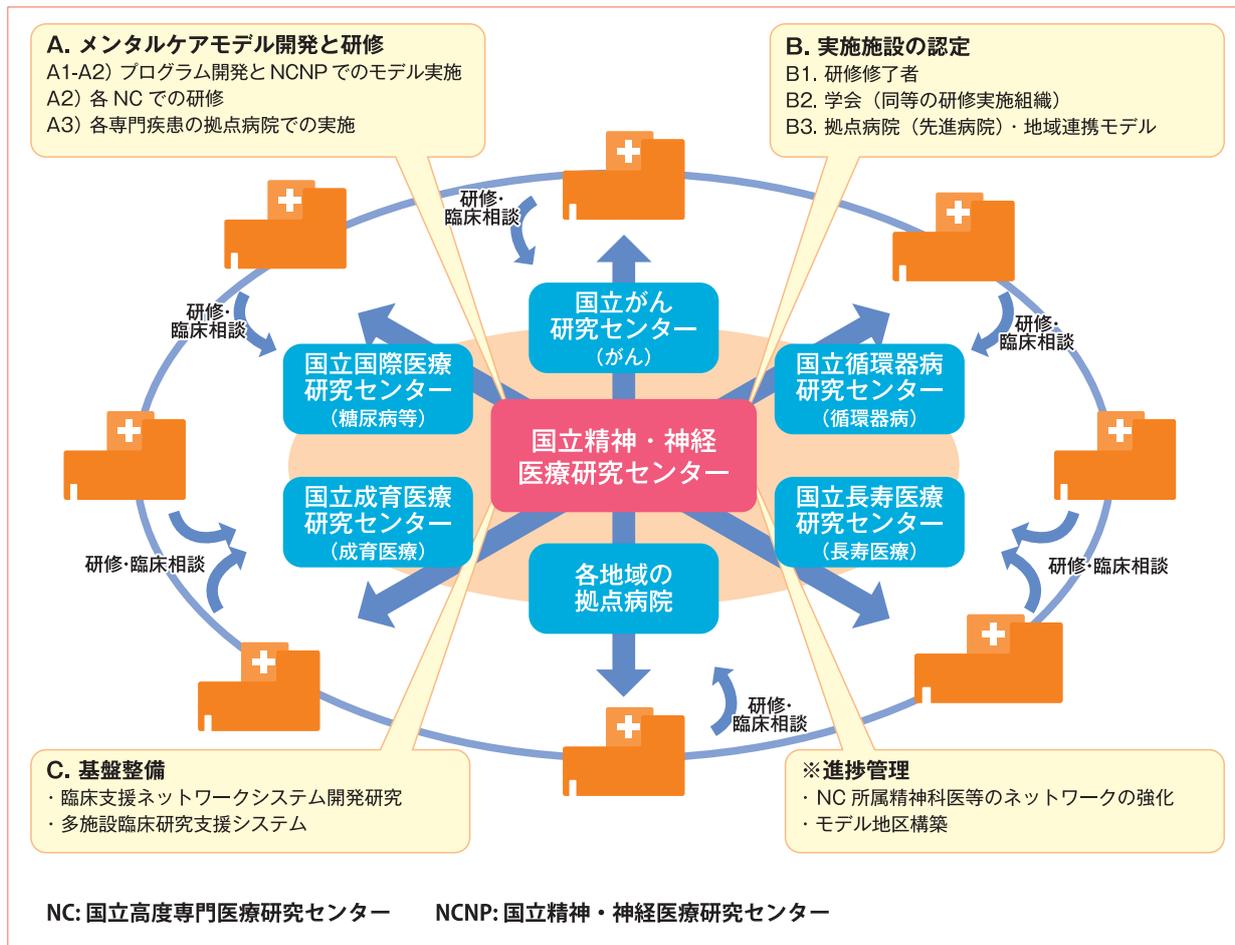
精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：  
モデル医療機関

## ▶ 国立高度専門医療研究センター共同プロジェクト 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



メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト  
包括的なうつ管理のための研修プログラム：導入編  
～心臓病とうつ～

# 研修プログラム



－研修プログラム(1)－

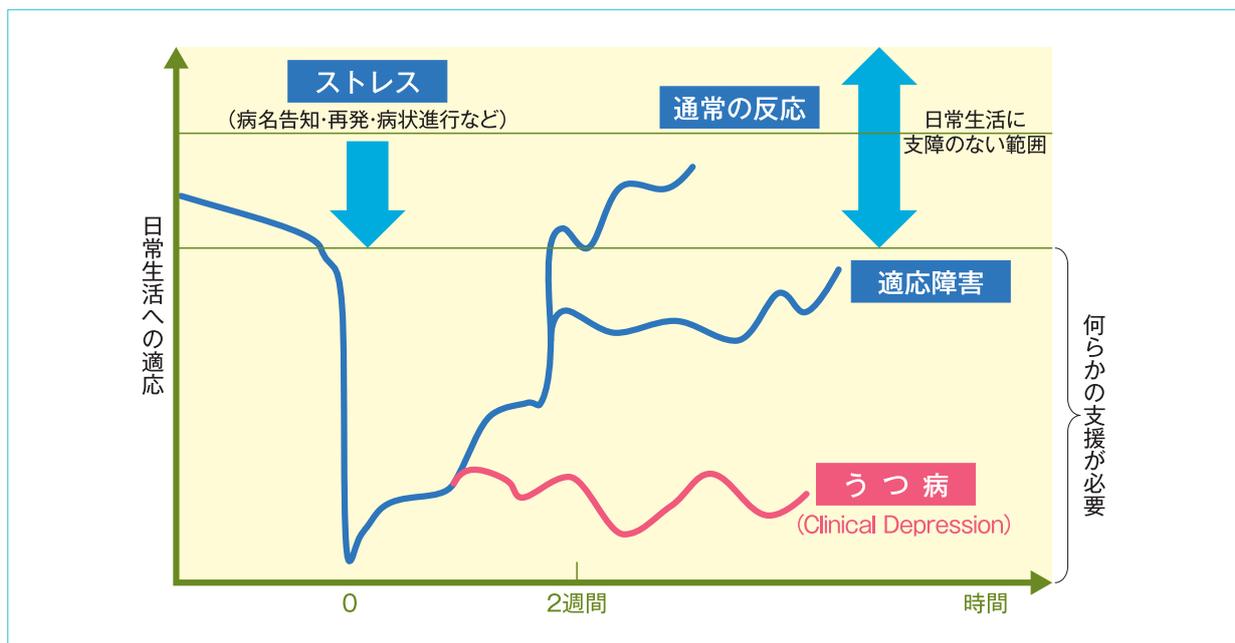
# 本研修の基本的考え方

## ▶ 本日の達成目標

受講後に、以下のことができる

- ・うつ病の併存に関して興味ができる
- ・うつ病のスクリーニングができる
- ・精神保健医療の専門家に紹介できる
- ・組織的なサポート体制の素案を作れる

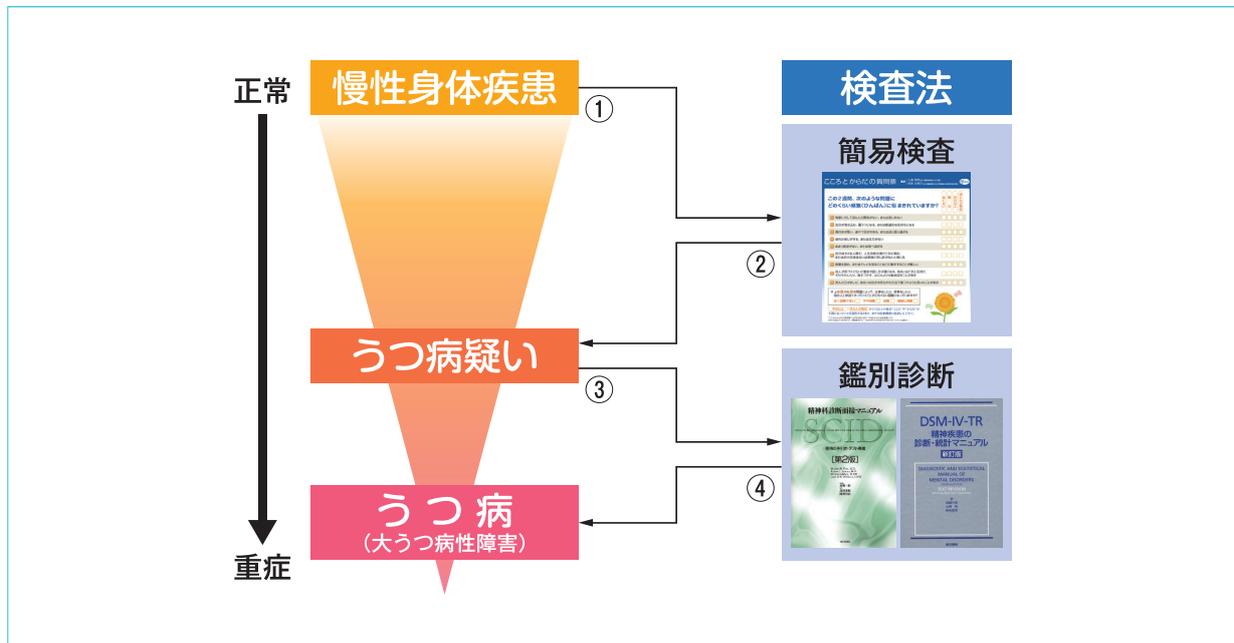
## ▶ ターゲットの中心は「うつ病」



出典：内富庸介, 福江真由美, 皆川英明 (山脇成人監修, 内富庸介編集.サイコオンコロジー：がん医療における心の医学, 診療新社 page 11), 2000.

Massie MJ, Holland J. (Holland JC, Rowland JH eds. Handbook of Psychooncology. Oxford University Press, pages 273-282), 1990.

▶ 本研修における用語の使い方



メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関

▶ 身体疾患におけるうつ病の治療モデル（段階的治療）

対象	治療法(例)
STEP 4: 重症、自殺の危険のある症例	入院療法 (薬物療法, 精神療法, 電気けいれん療法)
STEP 3: 治療抵抗性の軽症~中等症, 中等症~重症の症例	薬物療法, 認知行動療法など高強度の心理社会的介入, 共同的ケア
STEP 2: 軽症~中等症の症例	睡眠衛生教育, 積極的なモニタリング, 運動療法など低強度の心理社会的介入, 薬物療法
STEP 1: うつ病と疑われたすべての患者	スクリーニング, サポート, 心理教育, 積極的なモニタリング, 詳細な評価と治療への紹介

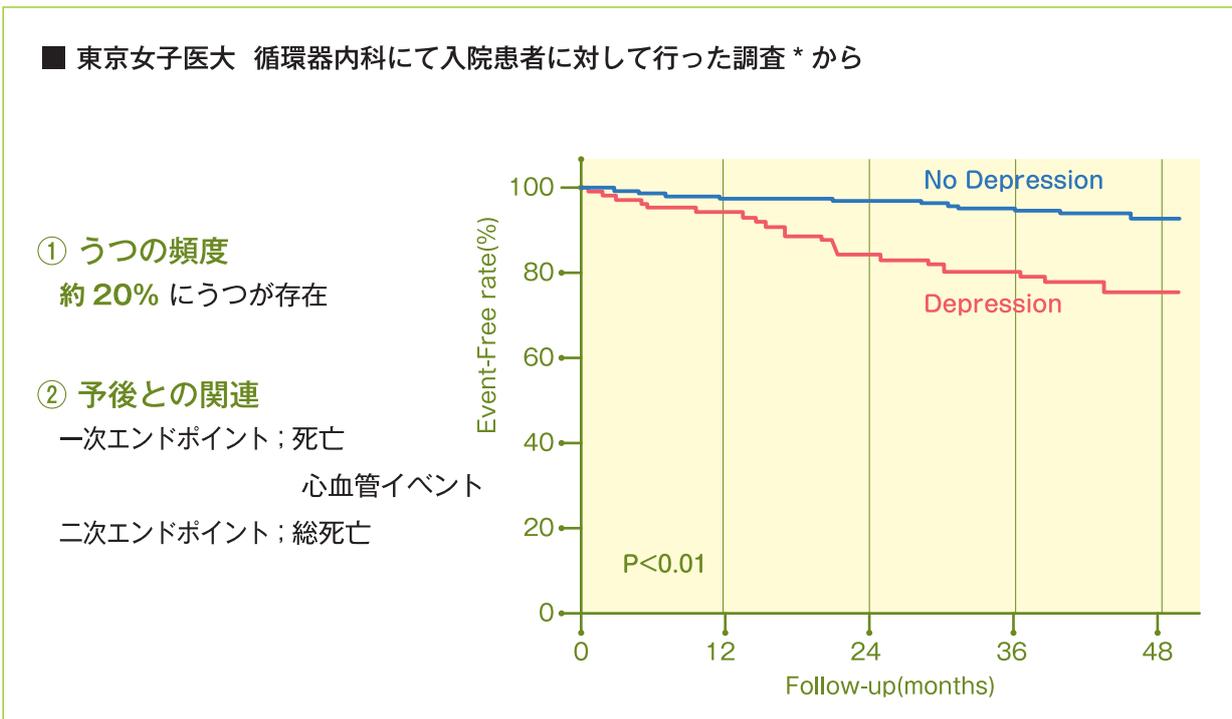
National Institute for Health and Clinical Excellence: Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. London: British Psychological Society and Gaskell, 2010



－研修プログラム(2)－

# 心臓病とうつに関する これまでの知見

▶ 心臓病のうつの頻度と予後への影響



NYHA , EF ,腎機能, 致死性不整脈などで補正してもうつは独立した予後悪化因子であった。  
( HR 2.25 ( 95% C.I : 1.30-3.92 p<0.01) )

\*Suzuki T ,Shiga T et al Circ J 75:2465-2473, 2011.

参考 : Shiotani I, et al. J Cardiovasc Risk 9: 153-160, 2002; Takasaki Y, et al. Acta Med Okayama 62: 241-249, 2008;

Tsuchihashi-Makaya M, et al. Circ J 73: 280-287, 2009; Kato N, et al. J Cardiac Fail 15: 912-919, 2009.

## ▶ AHA Science Advisory\* -Summary-

心臓血管疾患患者における“うつ”の日常的スクリーニングは、病院、診療所、医院、リハビリセンターなど様々な場面で必要とされる。

スクリーニング検査にて該当した患者は、専門的な評価および治療を受ける必要がある。

心臓病患者の“うつ”治療においては、使用薬剤の心臓病への作用や安全性、薬剤相互作用に注意する必要がある。さらに、患者の個人的環境や要求にも配慮して、注意深く診療する必要がある。

内科および精神科領域における医療従事者の協力が必須である。

\*Lichtman JH, et al., Circulation, 2008

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

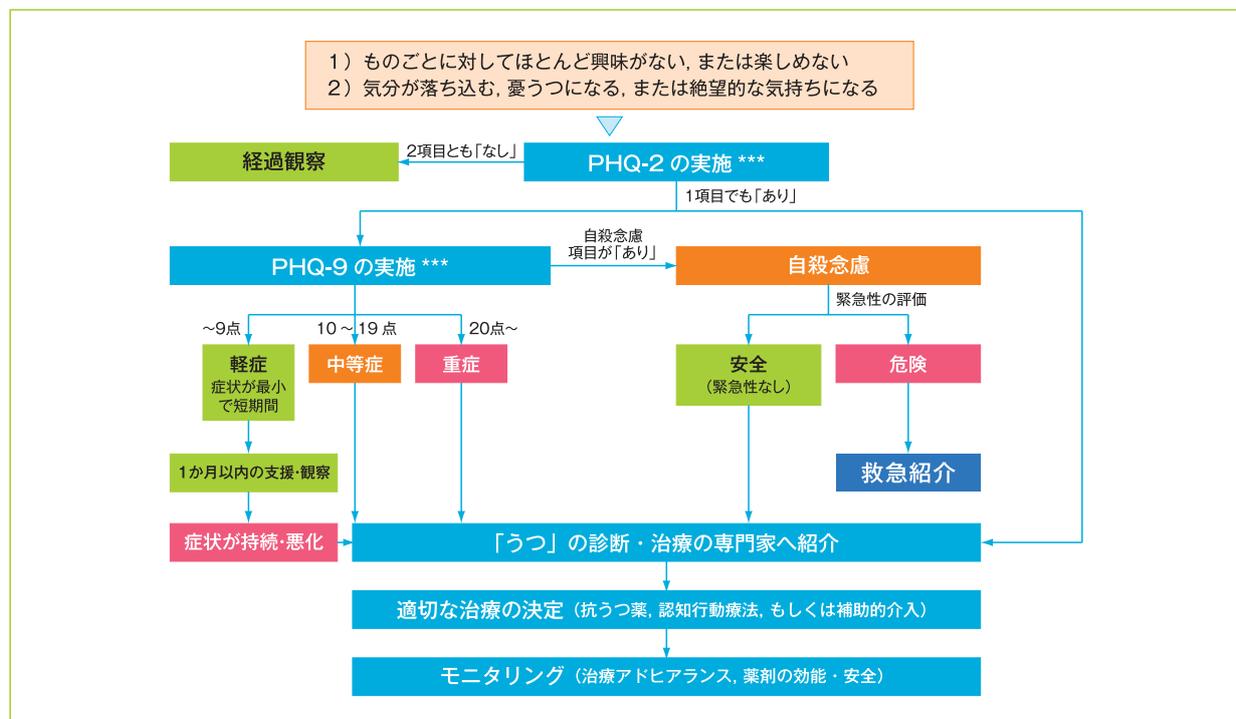
精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関

## ▶ 「うつ」\*のスクリーニング\*\*



\*「うつ」(Depression) とは、うつ病とうつ状態を意味する。

\*\*アメリカ心臓協会のガイドライン (Lichtman JH, et al., Circulation, 2008) から作成

\*\*\*PHQ: Patient Health Questionnaire

## ▶ うつ病の自己記入式質問紙の診断精度（概要）

### 国際的なエビデンス

(レベルⅠ) 心臓病患者に対する、うつ病の自己記入式質問紙は、ある程度の診断精度を有している。<sup>1)</sup>

(レベルⅠ) プライマリ・ケアの患者に対する、うつ病の自己記入式質問紙の違い（PHQ-9, GDS-15, CES-D, BDIなど）による診断精度の差は認められていない。<sup>2, 3)</sup>

(レベルⅠ) うつ病の自己記入式質問紙の診断精度研究の多くは、被験者バイアスのため、診断精度が過大評価されている。<sup>4)</sup>

### 国内のエビデンス

(レベルⅡ) PHQ-9（10点以上）、CES-D（16点以上）、HADS（17点以上）は、大うつ病性エピソードを確定基準とした、感度・特異度が検討されている。<sup>5-8)</sup>

### 推奨

**PHQ-9, CES-D, HADSを、うつ病のスクリーニング尺度として使用を考慮する。**

— 心臓病患者を対象とした国内のエビデンスはないため注意を要する。

— 大うつ病性障害を確定基準とした国内のエビデンスはないため注意を要する。

1) Thombs BD, et al. JAMA 300: 2161-2171, 2008

2) Williams JW, Jr., et al. Gen Hosp Psychiatry 24: 225-237, 2002

3) National Institute for Health and Clinical Excellence. British Psychological Society and Gaskell, 2009

4) Thombs BD, et al. BMJ 343: d4825, 2011

5) Muramatsu K, et al. Psychol Rep 101: 952-960, 2007

6) Akechi T, et al. J Pain Symptom Manage 31: 5-12, 2006

7) Furukawa T, et al. J Affect Disord 46: 1-13, 1997

8) Kugaya A, et al. Jpn J Clin Oncol 28: 333-338, 1998

▶ 身体疾患におけるうつ病の有病率

■ 無視できないうつ病疑いの有病率の高さ (注: 研究法によりバラツキが大きい)

が ん

13-20% (Lancet Oncol 12:160-74, 2011)

脳 卒 中

29-36% (Stroke 36:1330-40, 2005)

心筋梗塞

5-69% (Gen Hosp Psychiatry 33:203-16, 2011)

糖 尿 病

11% (Diabetes Care 24:1069-78, 2001)

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考:  
モデル医療機関

▶ うつ病併発による影響

■ うつ病疑い患者の様々な悪影響

が ん

死亡リスクが 1.25 倍 (Cancer 115:5349-61, 2009)

脳 卒 中

入院日数・通院回数などの増加 (Stroke 37:2796-801, 2006)

心筋梗塞

死亡率リスクが 2 倍 (Gen Hosp Psychiatry 33:203-16, 2011)

糖 尿 病

血糖コントロール悪化 (Diabetes Care 23:934-42, 2000)

治療アドヒアランス低下 (Diabetes Care 31:2398-403, 2008)

－研修プログラム（3）－

# 環境整備と コミュニケーション

## ▶ 環境の整備が必要な理由

### うつ病のスクリーニング

院内の関係者や患者の理解が得られなければ実施できない

### 治療法のない疾患をスクリーニングすることは非倫理的である

スクリーニングで陽性と判断されても「治療法はありません」では無責任である

### うつ病と診断された患者に対して安全で効果的な治療法を実施できないのは非倫理的である

スクリーニングを実施する前に適切な治療を実施できる体制を構築しておく必要がある

## ▶ スクリーニングだけではうつ病の治療や改善につながらない

対象：質問紙（CES-D）で得点の高い糖尿病患者223人

方法：「面接スクリーニング群」と「通常ケア群」にランダムに割りつけ

Pouwer F, et al. Diabetologia, 2011

### 「面接スクリーニング群」

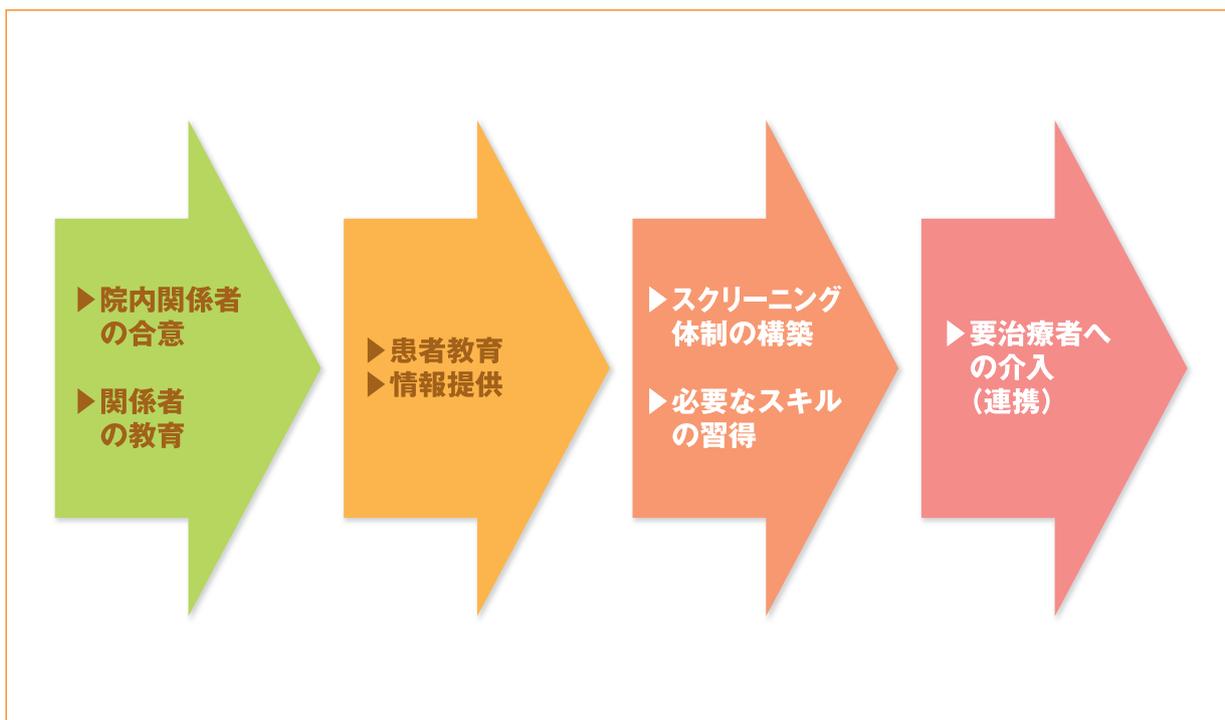
- ・ うつに対する構造化面接を実施
- ・ 診断結果と、治療のアドバイスを、患者と担当医に書面で送付
- ・ ただし、精神科医への紹介や、フォローアップは行わず

### 6か月後の評価

精神科医の受診率 → 有意差なし

抑うつ得点, 糖尿病負担感, HbA1cの改善 → 有意差なし

▶ 環境の整備



メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：  
モデル医療機関

▶ 環境整備

医療従事者への教育

- ・ 専門科でも心理社会的問題に対応する必要性を認識する
- ・ 精神的・心理社会的問題を取り扱うことによる医療従事者・患者関係のもつ懸念を払拭する
- ・ 実際の体制や対応法を周知する

患者への教育

- ・ 精神的、心理社会的問題について介入されることに戸惑わないようにする

▶ GPのうつ病重症度尺度実施に対する態度

# Questionnaire severity measures for depression: a threat to the doctor-patient relationship?

Geraldine M Leydon, Christopher F Dowrick, Anita S McBride, Hana J Burgess, Amanda C Howe, Pamela D Clarke, Susan P Maisey and Tony Kendrick on behalf of the QOF Depression Study Team

British Journal of General Practice, February 2011

2006年、UKのGPにおいて、新規うつ病患者に重症度評価施行  
医師より患者-医師関係を損なうのではないかと懸念あり  
↓  
GPとその患者に質的な質問調査を実施

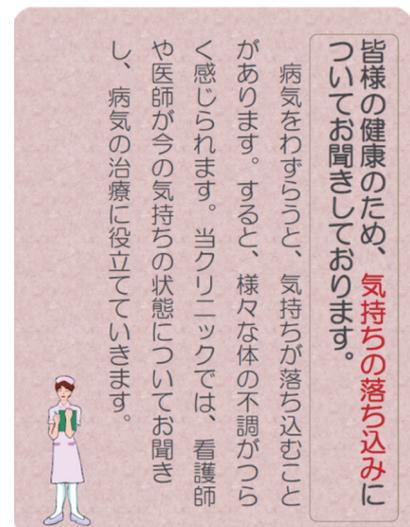
▶ 患者は歓迎し、医療者は懸念を表明

### GPの考え

- ・ 医者-患者関係に対する**懸念**を持っている。
- ・ 全人的治療や直感による判断に対する**脅威**を感じている。
- ・ どのように質問紙を実施すれば良いか**悩んでいる**。
- ・ うつ病重症度評価は、全人的なケアの一側面であるべき

### 患者の考え

- ・ GPがうつ病に取り組むことに**好印象**を持っている。
- ・ うつ病重症度評価は、全人的なケアの一側面であるべき



簡単な院内掲示ポスターの例

▶ 場の設定手順

① 診療場面体制の構築

- 人員の確保
  - 医療従事者チーム内での合意と教育
  - 受診患者への情報提供と教育
  - 診療・面接場所の確保
- 献身的な熱意を持った担当者がいないと頓挫する
  - 病院責任者、関係医療従事者が実施に合意していないと、結局実施できない
  - 身体科診療にうつ病ケアが重要であると啓発

② バックアップ・外部連携体制の構築

- 紹介先の精神科との合意、体制強化、情報共有手順の確認
  - 地域の心理社会的資源の有無と連絡先の確認
- うつ病患者を発見しても精神科に紹介できないという事態を避ける
  - うつ病の背景には身体疾患だけでなく様々な心理社会的要因がある(借金、独居・・・)

③ 手順の確認

- 患者のエントリー手順
  - スクリーニング手順
  - フォローアップ手順
  - 医療従事者チーム内での情報共有の手順
- 気になった患者だけスクリーニングすると、気付かれないうつ病患者が見逃される・効果がない(医療事務・受付とも協力を)
  - 誰が、どこで、何を、どうするかについて、標準作業手順書に明記することで、間違いが減る、医療従事者間で共有可能となる

④ 知識・手技の習得

- コミュニケーション技法
  - スクリーニング方法
  - ケースマネジメント方法
- うつ病診断(面接)・治療(精神療法)の基盤はコミュニケーション。コミュニケーションなしには治療導入すら困難となる
  - コミュニケーションが出来て初めてこれらが可能となる

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関

## ▶患者医療者間コミュニケーション能力

- ・ 基本的なコミュニケーション
  - － 環境の設定
  - － 質問する技術
  - － 応答する技術
  - － 共感する技術
- ・ 情報提供
- ・ 患者の意向の確認
- ・ アドバイス

Buckman著, 恒藤暁訳: 真実を伝える, 2000  
 Billings JA著, 日野原重明ら訳: 面接技法, 2001

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考:  
モデル医療機関

## ▶コミュニケーションのあり方と患者のストレス

術後6ヶ月の乳がん患者100名に対する調査  
 (Roberts, Cancer;74:336-341,1994)

	ストレスとの関連
精神疾患の既往	あり
<b>がん診断告知時の医師のコミュニケーションスタイル</b>	<b>あり</b>
がん診断前の生活上のストレス	あり
社会的支援	なし
身体症状	なし

## ▶ 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向

がんセンター外来通院患者529名に対して過去の報告に基づき作成した医師のコミュニケーションスタイルに対する患者の意向  
(Fujimori, Inagaki, Psychooncology;16:573-581, 2007)

	因子負荷量	内的妥当性
悪い知らせの伝え方	9.81%	$\alpha=0.93$
情緒的サポート	7.77%	$\alpha=0.88$
付加的情報	5.17%	$\alpha=0.82$
場の設定	10.23%	$\alpha=0.77$

## ▶ コミュニケーションの場の設定

- ・ 身だしなみを整える, 礼儀正しく接する
- ・ 静かで快適な場所を設定する, プライバシーに配慮する  
— 話しやすい環境を作る, 花や絵の配置・・・
- ・ 座る位置に配慮する  
— 机をはさみ, 90度に対面する
- ・ 名前を名乗る, 挨拶をする  
— 場をリセットして, コミュニケーション開始を共有する
- ・ 非言語的なコミュニケーションにも気を使う  
— 腕組, 足組み, ポケットに手を入れるなどは, 拒絶, 人格の無視, 傲慢な態度と患者から見られる
- ・ 予約していた約束の時間を守る
- ・ 会話の途中で電話に出るとか会話を中断する場合には, 一言相手に断ってから対応する, 等

## ▶ 聞く技術

- ・ 目や顔を見る
- ・ 視線は同じ高さを保つ
- ・ 患者さんに話しやすいように促す（間を保つ、など）
- ・ 相槌を打つ
- ・ 相手の言葉を同じ言葉で反復する
- ・ 相手の言葉を自分の言葉で反復する

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

## ▶ 質問する技術

- ・ **わかり易い言葉を使う**
- ・ 「はい・いいえ」以外の答えを引き出す質問をする
  - 「食欲はありますか？（はい・いいえ）」
    - 「食欲はどうでしょうか？（食べています・美味しいと思えなくて食べたくないんです）」
- ・ **病気のことだけでなく患者さん自身のことを聞く**
  - 「胸焼けがしますか？」
    - 「胸焼けがして、食事が食べれない、楽しめないといったことはないですか？」

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

## ▶ 応答する技術

- ・ **相槌を打つ（聞く技術と同じ）**
- ・ **相手の言葉を自分の言葉で反復する（聞く技術と同じ）**
  - 応答してもらえると聞いてもらっていると感ずることができる
    - 「ココが痛いんです」
      - 「痛くて大変つらかったですでしょう」
      - 「どうして良いかわからないんです」
        - 「何をしてもうまくいかない心配なんですね」
        - 「・・・うまくやっているとは思いますがね・・・」
          - 「大変な中、いろいろ工夫されて頑張っておられているんですね」

参考：モデル医療機関

## ▶ 共感する技術

### ・ 共感する

— 患者さんの気持ちを繰り返して伝える

「とっても辛い状況が続いているんですね」

— 十分な沈黙をおいた後、患者さんが目を上げたり、発言したりするのを待ってから、患者の気持ちを理解していることを伝える

### ・ 受容する

— 患者の気持ちがもっともであることを認めて、その正当性を承認したことを伝える

「この症状で我慢されていたのはとっても辛かったですよ」

「そんな状態ではとっても辛いと思われます」

### ・ 気持ちを引き出す

「ご心配を教えてくださいか？」

「何が一番気になりますか？」

## ▶ まとめ（ここまでの）

### 質問、応答、共感する技術

#### ・ 頷く、相槌を打つ

— うん・・・そう・・・

#### ・ 辛い言葉が言われたらそのまま伝える

— お腹が痛い → お腹が痛いのですね

#### ・ 辛い内容が言われたら、別の言葉で言い換えて伝える

— お腹が痛い → それは辛いですね

— 体がだるい → それは辛いですね

— 体がだるい → 家事や仕事にお困りでしょう

▶患者の意向

Psychological Medicine (2011), 41, 141–150. © Cambridge University Press 2010  
doi:10.1017/S0033291710000437

ORIGINAL ARTICLE

Estimating probability of sustained recovery from mild to moderate depression in primary care: evidence from the THREAD study

C. Dowrick<sup>1\*</sup>, C. Flach<sup>2</sup>, M. Leese<sup>2</sup>, J. Chatwin<sup>3</sup>, R. Morriss<sup>4</sup>, R. Peveler<sup>5</sup>, M. Gabbay<sup>1</sup>, R. Byng<sup>6</sup>, M. Moore<sup>3</sup>, A. Tylee<sup>2</sup>, T. Kendrick<sup>3</sup> and THREAD Study Group

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

プライマリケア場面における軽症から中等症うつ病の長期予後：THREAD研究の結果から

- ・ 英国大学病院周辺のGP（一般医）を受診した18歳以上でHamiltonうつ病尺度で12-19点、Bradford身体症状尺度で一つ以上の身体症状のある患者
- ・ SSRI+支持的ケア vs. 支持的ケアのみに無作為割付
- ・ アウトカムは継続した回復
- ・ 162名が参加し、39名が継続した回復を示した。
- ・ 女性、婚姻・同居者がいる、身体症状が軽い、**自分の望む治療を受けた**、ということが回復と関連していた。

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関

▶アドバイス

1. コミュニケーションの準備
2. 聞く技術
3. 質問する技術
4. 応答する技術
5. 共感する技術

6. アドバイスを伝える技術

上記の1～5がうまく出来れば、アドバイスをうまく伝えることができる：  
「先生の指示通りにお薬を忘れずに飲みましょうね」

上記の1～5無しにアドバイス・指示を伝えると、「私のことを分かっていないのに、口出ししやがる」と逆に反感をかってしまうかも・・・

－研修プログラム（4）－

# スクリーニング

## ▶ 症状を確認する際のポイント

臨床的に著しい苦痛，または就労や日常生活などの社会的，職業的な機能障害がある\*

\*IC基準 (DSM-IV)

参考 (PHQ-9) : (9項目のうち) 一つでも問題に当てはまる場合，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？

死別反応など通常の悲しみと異なり2か月を超えて持続している，または重症な症状(自殺念慮，妄想，制止)がある

▶すべての患者に、うつ状態のスクリーニングをすべきか？

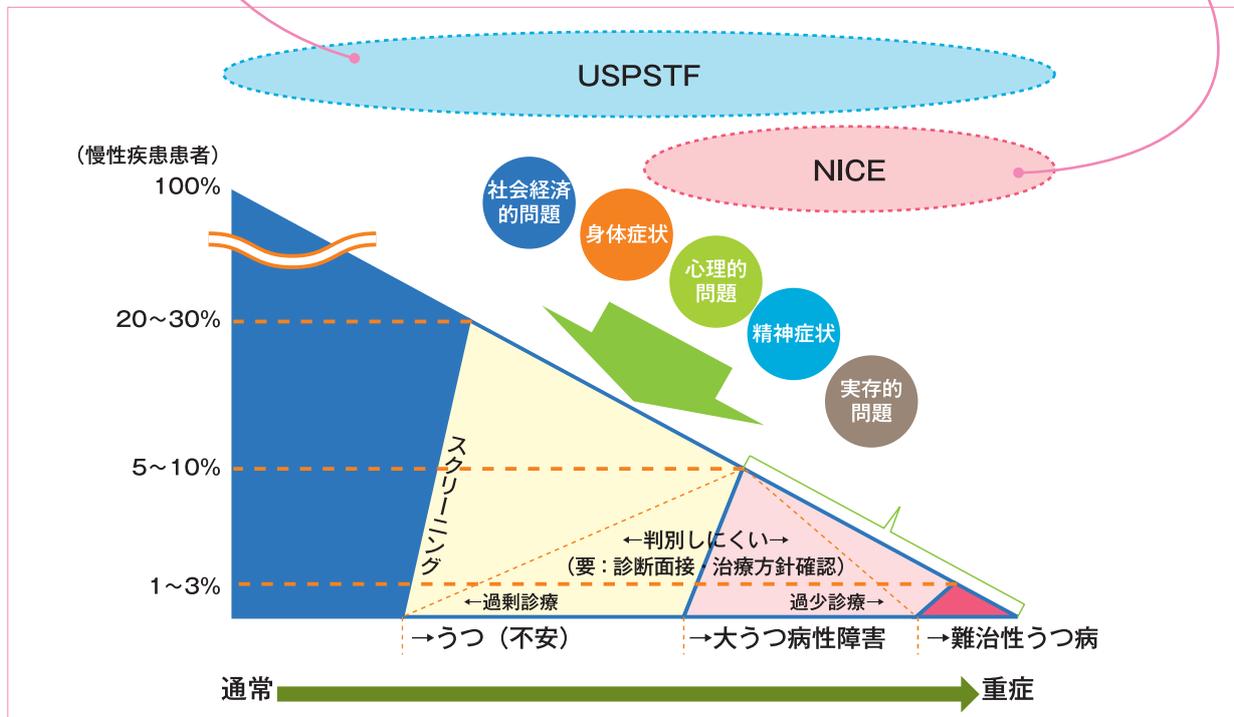
米国予防医療研究班(USPSTF) の推奨

「うつ状態のスクリーニングの後に、正確な診断を行い有効な治療が可能で経過観察ができる施設であれば、すべての成人患者にうつ状態のスクリーニングをすべきである」

Am FamPhysician 82(8): 985-956 2010

英国国立医療技術評価機構(NICE) の推奨

「過去にうつ病の既往があったり、障害につながる重大な身体疾患のあるもの、その他の精神衛生上の問題を抱えているようなハイリスク者にはスクリーニングを行うべきである。」



NICE guideline

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

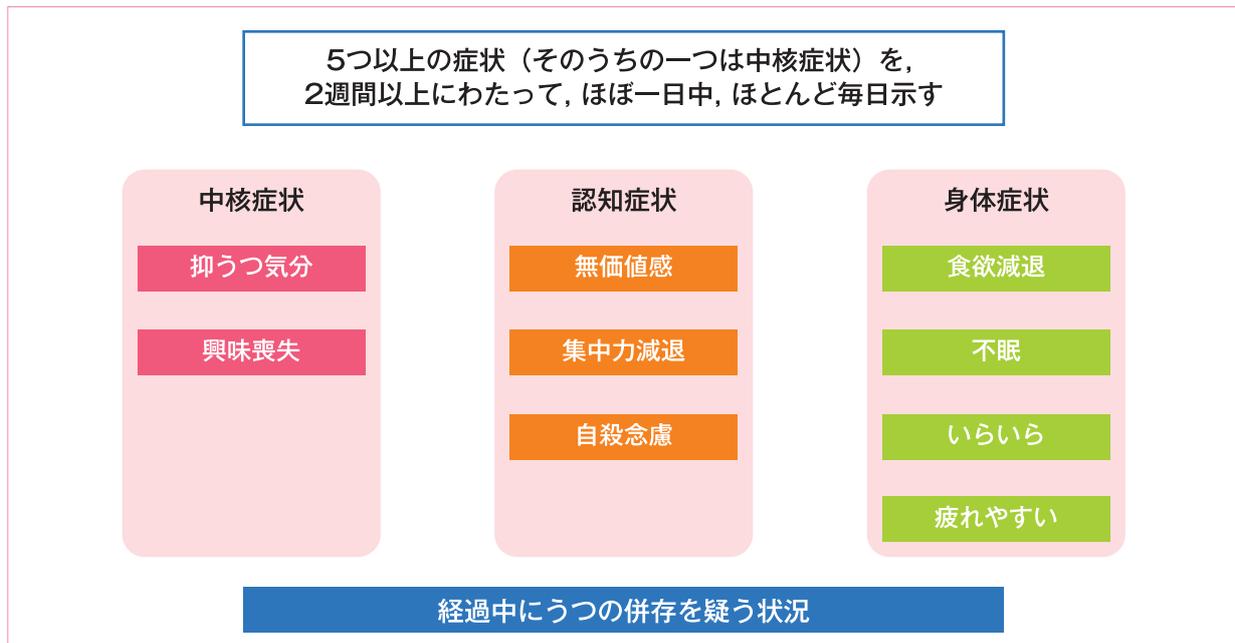
精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関

## ▶ 「うつ病」の症状



- ・ 食事がとれていないとき  
「食べられていないので薬をいつ飲んだらいいのかわかりません」
- ・ 睡眠障害があるとき
- ・ 治療へのアドヒアランス低下が疑われる場合
  - 血糖コントロールが極めて不良、または不安定な時
  - インスリンの打ち忘れや患者による接種量の減量など
  - 最近の繰り返す急性合併症発症歴（糖尿病性ケトアシドーシスや低血糖等）

## ▶ スクリーニングの実際

「だれ」がうつを疑い、スクリーニングを行うのか

→ 患者さんに接している医療従事者

## ▶ 「うつ」のスクリーニング

### 最初にどう声をかけていいかわからない

- 最初は開かれた質問\*を用いる

「いかがですか？」  
「最近体の調子はどうですか？」

\*開かれた質問＝はい・いいえでは答えられない質問

- 次に、少しずつ気分の落ち込みについての質問に焦点を絞っていく

「最近気持ちの面でもつらそうに見えますが、いかがですか？」  
「お気持ちをつらくさせているのはどういったことですか？」  
「つらい症状や病状に対しての心配や気かりはありませんか？」  
そのほか  
「ちゃんと食べられていますか？」  
「眠れていますか？」

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：  
モデル医療機関

## ▶ ケアが必要な気分の落ち込みを同定する

### うつ病の中核症状をたずねてみる

最近2週間に、ほとんど毎日

- ① 何かやろうとしてもほとんど興味がもてなかったり楽しくないということはありませんか？
- ② 気分が重かったり、憂うつだったり、絶望的に感じることはありませんか？

→ いずれかに「はい」と答えた場合、ケアが必要な気分の落ち込みである可能性が高い

### 自己記入式質問紙法：PHQ-9を実施する

全くない	: 0点
数日	: 1点
半分以上	: 2点
ほとんど毎日	: 3点

①～⑨までの合計点が10点以上を閾値とした場合に、中等度以上の気分の落ち込みが併存している可能性が高い。

こころとからだの質問票 | 監修 上島 国利(国立長崎大学 教授) 村松 公美子(長崎県立大学 臨床心理学研究科 教授) Pfizer

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁(ひんぱん)に悩まされていますか？

	全くない	数日	半分以上	ほとんど毎日
1 物事に対してほとんど興味がなく、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 気分が落ち込み、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 あまり食欲がない、または食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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がないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 他人が気づくくらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと反対に、せわせわしたり、落ちつかず、ふたんよりも動き回ることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※上の 1 から 9 の問題によって、仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやる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

半分以上 (ほとんど毎日) が5つ以上の場合「こころやからだ」が不調になっている可能性があります。まずは医療機関に相談して下さい。

「こころとからだの質問票」はPRIME-MD® PHQ-9の日本語訳版です。  
PHQ-9 Copyright © 1997 Pfizer Inc. 監修 村上 公美子、上島 国利。PRIME-MD®はPfizerの登録商標です。

## ▶ PHQ-9を実施するときの配慮

- ・「場」を確保する
- ・PHQ-9を実施する前には、治療に必要な気分の落ち込みがあるのではないかと疑っていることを率直に伝え、気分の落ち込みの有無を調査する質問紙を実施していただきたい旨、お話しする。
- ・結果は身体科主治医、もしくは検査を実施した医療従事者がお伝えする。

## ▶ 精神科医に対するコンサルテーション

次のような場合は精神科医師に対するコンサルテーションを考慮する

- ・重症の抑うつ気分を有する場合
- ・希死念慮を訴える場合

患者によっては精神科への受診に抵抗がある場合があることに留意する

## ▶ 希死念慮

つらさの程度が強い場合、希死念慮（「死にたい」という気持ち）を患者や家族に確認する

### 希死念慮の確認の仕方

家族に聞く：「死んでしまいたい、早く命を終わらせてほしいとご本人がおっしゃることはありますか？」

患者に聞く：「気分がおつらいようですが、すべてを終わりにしたいとか、つらくて生きていてもしかたがないと感じることがありますか？」

## ▶ 精神科の受診を勧めるにあたって

- ・スクリーニング陽性患者には適切に精神保健サービスが提供される必要がある。  
— 抑うつ症状のスクリーニングをするだけでは、患者の抑うつ症状の予後は改善しない。

- 1) Dowrick C. et. al; BMJ 1995 311; 1274-1276
- 2) Whooley M. et. al; J Gen Intern Med. 2000 15: 293-300

- ・スクリーニングを実施する時点から、医師-患者間の基本的なコミュニケーションが成立している必要がある。



## 受診勧奨・モニタリングへ

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関

－研修プログラム（5）－

# 精神科受診勧奨

## ▶ 精神科医・心療内科医の診察をすすめる

### ■ まず考えること

— 抑うつ気分を専門に診ている医師に診てもらおうと思っていることを率直に伝える

「気持ちのつらさについては、ストレスの専門の医師にも協力してもらっています。一度相談してみられませんか？精神科というと、最初は皆さんびっくりされる方が多いのですが、治療を受けて楽になる方もたくさんいらっしゃいます」

### ■ 患者が受診したくないと言ったとき、まず考えること

— 受診したくない意見を尊重したうえで理由を把握する

「精神科の受診を勧められると、受診をためられる方も多いのですが、気になっていらっしゃることをお話いただけませんか？」

### ■ 次に考えること

— 誤解があれば訂正する

- ・ 重い精神病の患者のみが治療の対象となる
- ・ 心を見透かされる
- ・ 心の良い悪いを評価される
- ・ 受診したことが皆に知られる
- ・ 薬を飲み始めるとやめられなくなる
- ・ 弱者のレッテルを貼られる

■ 患者さんはこんなことも心配されています

「身体科の先生から見放されてしまうのではないかと？ 精神科にかかった後も、ちゃんと体の病気が診てもらえるのか？」

- 「身体の病気は今後も責任を持って拝見させていただきます」  
「何か悩みがございましたら、いつでもお聞きします」

■ かたくなに拒否する場合、いつでも受診できることを伝えておくとともに、機会を改めて再度勧めてみる

「受診してもいいなと思われましたら、その時は教えていただけますか？」  
「先日は、精神科への受診に抵抗があるとおっしゃっていましたが、今はいかがですか？」

■ 精神科医等に事情を説明して、間接的に関わってもらう

各医療機関ごとに精神科との連携の方法、約束事は異なります。  
ご所属の医療機関ではどのような手順で行われているのでしょうか？

- ・ 簡単な相談（電話相談など）
- ・ カルテを見ながらの相談
- ・ カンファレンスへの参加など

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関

－研修プログラム（6）－

# モニタリング

## ▶ 治療中断を防ぎ、治療効果を挙げるために

### ケースマネジメントが必要

- ・ 治療の脱落を防ぐ
  - (受診がなくとも) 定期的に声かけ, 評価を行う
- ・ 必要な評価を実施する
- ・ 経過を観察する

\* ロールプレイでの練習が必要

## ▶ うつ病は治療拒否・治療中断が多い病気

- ・ 抗うつ薬の副作用の中には治療継続が難しいものもある
  - 吐き気, 下痢等の副作用が長期に続くと, 抗うつ薬全般に対して強い拒否感を持つことになる
  - 医療従事者への不信感にすらつながる場合がある
- ・ 対策 (副作用の管理)
  - 新たな症状, 不快感当があればいつでも電話で連絡するように説明しておく (服薬指導)
  - 副作用発現は服用後 1 ~ 3 日目, この時期に薬を飲んだ感想を聞く
  - モニタリングとケースマネジメント (例: 看護師・薬剤師による電話)
- ・ 対策 (副作用出現時の対応)
  - 副作用があれば, 服薬を中止し, 異なる抗うつ薬に変更
  - 薬ごとに副作用の出現頻度が大きく異なることを患者に説明
  - 再度抗うつ薬治療の必要性を説明
- ・ 良好な「コミュニケーション」は治療継続を強く促す

## ▶ 治療を中断させないためのケースマネジメントノート

- ・ A4の大学ノートに作成
- ・ 作成のフォーマットは、記録者が使いやすい方法で構わない
- ・ 400名にスクリーニングを実施したとしても、大うつ病相当の患者は30名程度なので、1冊のノートに全患者を記入可能
- ・ 看護師が記録し、記録の情報を医師に伝える
- ・ 治療中断例を発見し、外来、電話で確認することが重要
- ・ 症状が消失しても少なくとも6ヶ月は記録を続ける
- ・ はじめのうちは少なくとも2週間に一度はコンタクトを取る（もっと頻回のほうが更に良い）
- ・ 少なくとも1ヶ月に一度はコンタクトを取る

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

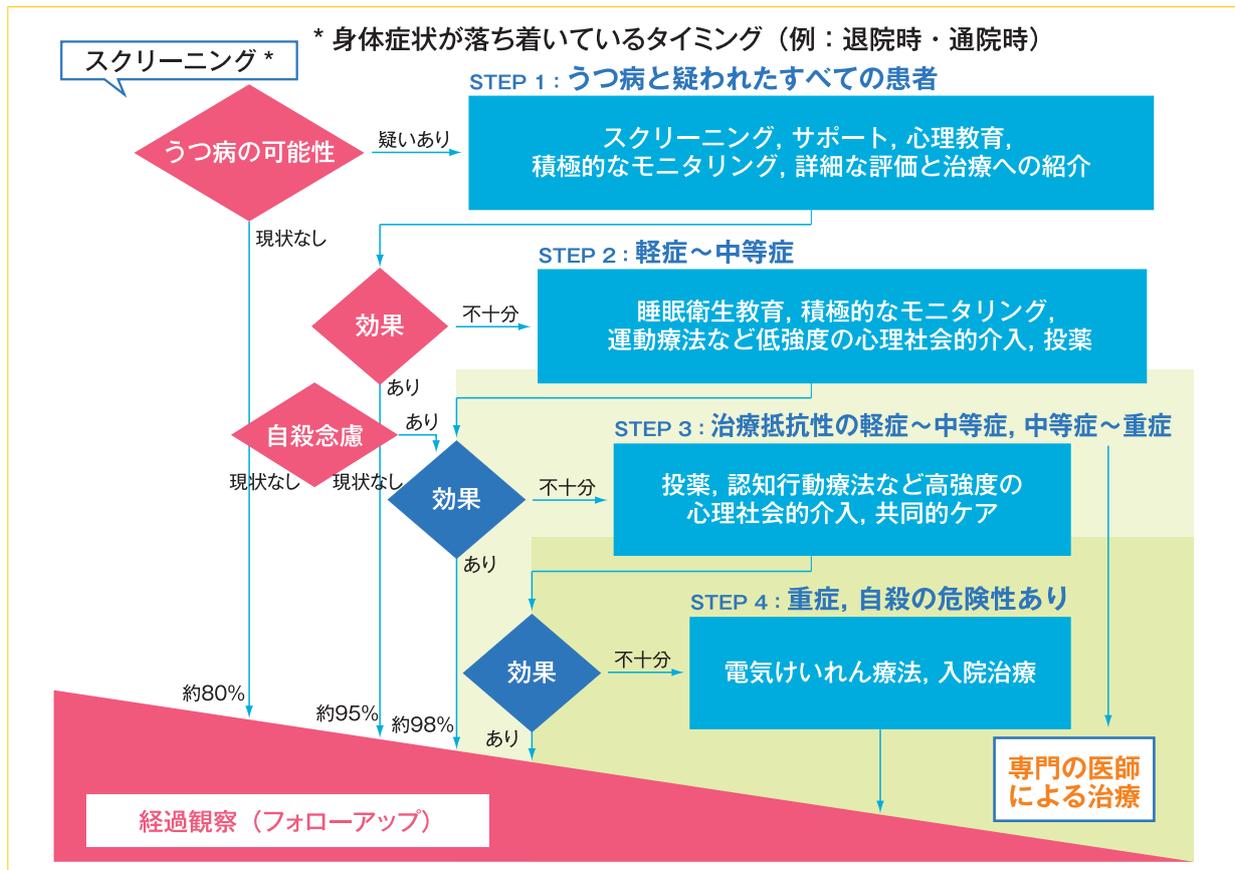
参考：モデル医療機関

カルテ番号 Dr.	患者名	スクリーニング・声掛け1回目	スクリーニング・声掛け2回目	スクリーニング・声掛け3回目	スクリーニング・声掛け4回目	担当看護師
12-3456-78	<b>Dr. A</b> (電話コンタクト承諾済み) 042-346-2*** (保健師訪問承諾済み)	<b>2/7 (実施済)</b> PHQ15点 希死念慮軽度  ストレス：痛み 治療：抗うつ薬服用開始、家族に連絡、保健師へ連絡	<b>2/14 (実施済)</b> 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	<b>2/21 (予定)</b>	<b>2/28 (予定)</b>	<b>Ns. B</b>
12-3456-78	<b>Ns. C</b> (電話コンタクト承諾済み)	<b>2/7 (実施済)</b> PHQ12点 ストレス：？ 治療：抗うつ薬	<b>2/14 (実施済)</b> 外来受診無しのため電話、PHQ10点、抗うつ薬良好、次回受診推奨	<b>2/21 (予定)</b>	<b>2/28 (予定)</b>	<b>Ns. B</b>

－研修プログラム（7）－

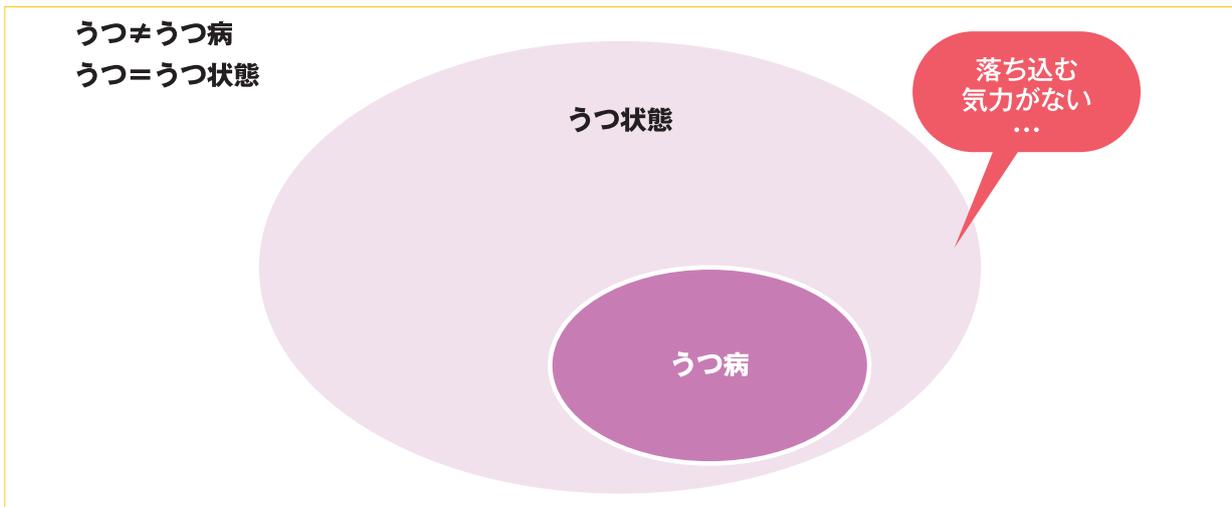
# 初期診断・治療

▶ 身体疾患患者へのメンタルケアモデル (全体像)



National Institute for Health and Clinical Excellence: Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. London: British Psychological Society and Gaskell, 2010

▶ 「うつ」？



メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

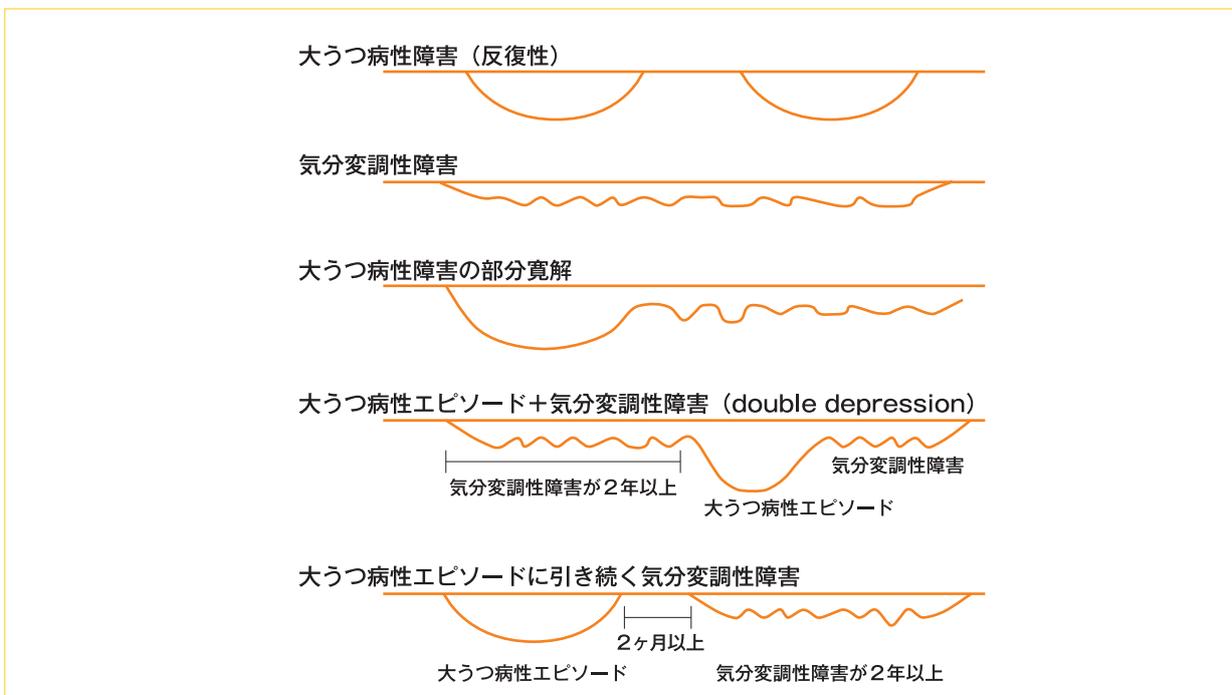
スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関



Slide: 菊地 俊暁 慶應義塾大学医学部精神神経科  
注意：DSM-Vのリリースによって若干の変更の可能性があります。

## ▶ 精神科診察の流れ

### 診察室に入る前から診察は始まる

見た目は？問診票はどんなか？



### 問診により病歴をとる, 精神症状を評価

知覚 (幻覚など) 思考 (妄想など) 感情 (抑うつ気分など)



### 状態像を評価

抑うつ状態, 躁状態, 幻覚妄想状態など



### 診断へすすむ

## ▶ うつ状態を絞り込む

### 外因(身体因)

- ・ 中枢神経系は？ (脳梗塞, 認知症, パーキンソン病など)
- ・ 身体疾患は？ (甲状腺疾患, 膠原病, 膵臓など)
- ・ 治療薬は？ (ステロイド, インターフェロンなど)
- ・ 中毒性物質は？ (アルコール, 覚醒剤など)



---

### 内因

うつ病, 躁うつ病 (双極性障害)



### 心因

抑うつ反応 (反応性うつ病), 抑うつ神経症

## ▶ 均一な集団を得るための操作的診断基準の作成

### 従来行われていた診断の問題点

診断者の主観的判断に任されている部分が多い。  
診断基準の信頼性（診断の一致率）も高くない。



病因論を排し、具体的な基準に従って診断を行えば  
一定の結論に達しうる客観的で操作的な診断基準を。



アメリカ精神医学会による診断基準の作成  
DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

※DSM-III (1980) から操作的診断基準を採用  
現在はDSM-IV-TR (2000), DSM-V (2013)  
※ICD-10 (1992) にも操作的診断基準を導入

## ▶ 大うつ病性エピソード(うつ病) の診断基準 (DSM-IV-TR : アメリカ精神医学会 2000)

### A. 症状(ほぼ1日中、ほとんど毎日、2週間以上続く)

1. 抑うつ気分
2. 興味または喜びの著しい喪失
3. 食欲の変化(減少ないし増加)
4. 睡眠障害(不眠もしくは過眠)
5. 精神運動性の焦燥もしくは抑制
6. 疲労感あるいは気力の減退
7. 無価値観あるいは自責感
8. 集中困難あるいは決断困難
9. 自殺念慮

上記から5個以上の項目が揃う(そのうち、1か2を含む)

### B. 混合性エピソードの基準を満たさない。(躁状態がないことを確認)

### C. 臨床的に著しい苦痛, または社会的・職業的, 他の重要な領域における機能の障害あり。

### D. 物質(乱用薬物など)の直接的生理学的作用, 一般身体疾患によるものではない。

### E. 死別反応ではうまく説明されない。(～2ヶ月)

メンタルケアモデル開発プロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診動機

モニタリング

初期診断・治療

参考:  
モデル医療機関

## ▶ DSMのうつ病エピソードの特徴

### 重症度

- ・ 軽症  
(症状項目5~6, 機能障害わずか)
- ・ 中等症  
(軽症と重症の間)
- ・ 重症  
(症状項目数↑, 機能障害顕著)  
精神病性の特徴あり  
精神病性の特徴なし

### サブタイプ

- ・ 緊張病性
- ・ 産後
- ・ メランコリー型  
(朝悪い, 早朝覚醒, 体重↓食欲↓  
→従来の内因性うつ病に相当)
- ・ 非定型  
(気分反応性, 体重↑食欲↑)

## ▶ SCID とは (Structured Clinical Interview for DSM-IV)

### DSM-IV構造化面接

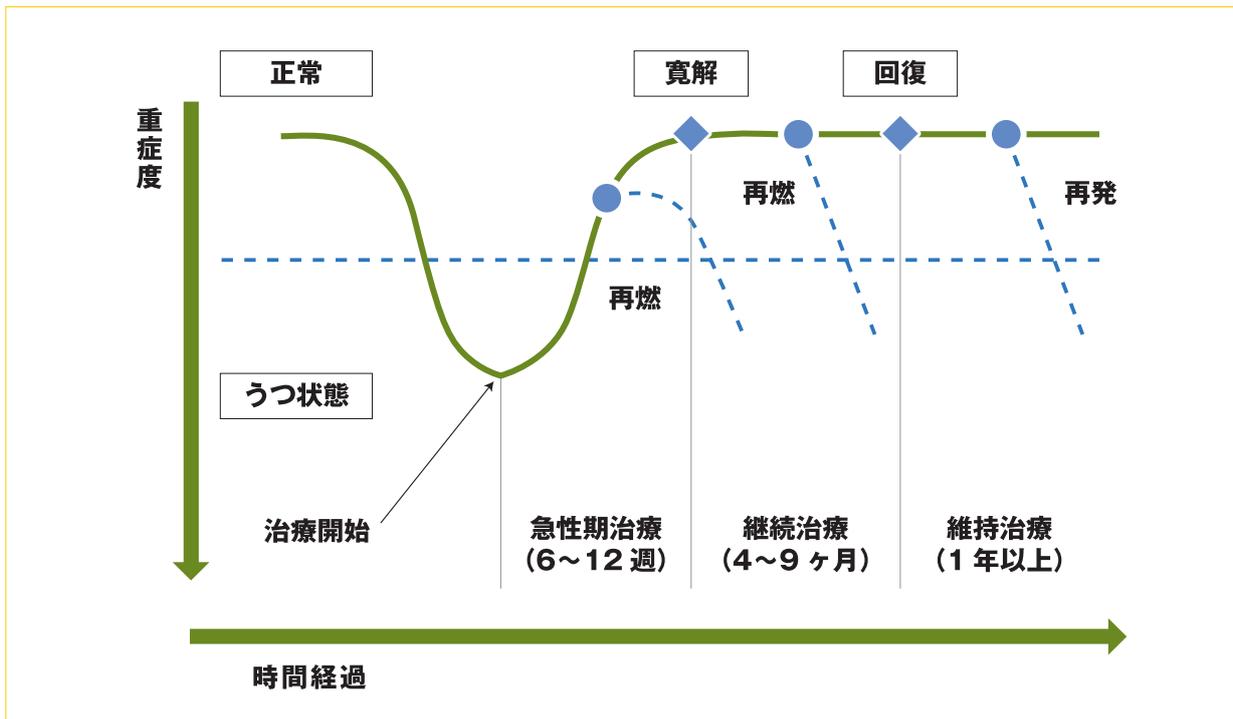
- ・ SCID- I ;第 I 軸の主な障害
- ・ SCID- II ;第 II 軸人格障害
- ・ 臨床用 (Clinical Version)
- ・ 研究用 (Research Version)

### 1996年最終版が完成

### 「構造化面接」→半構造化面接

Slide: 菊地 俊暁 慶應義塾大学医学部精神神経科

▶ うつ病の経過と治療段階



Kupfer DJ: J Clin Psychiatry 52 Suppl:28-34.1991 より改変

メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

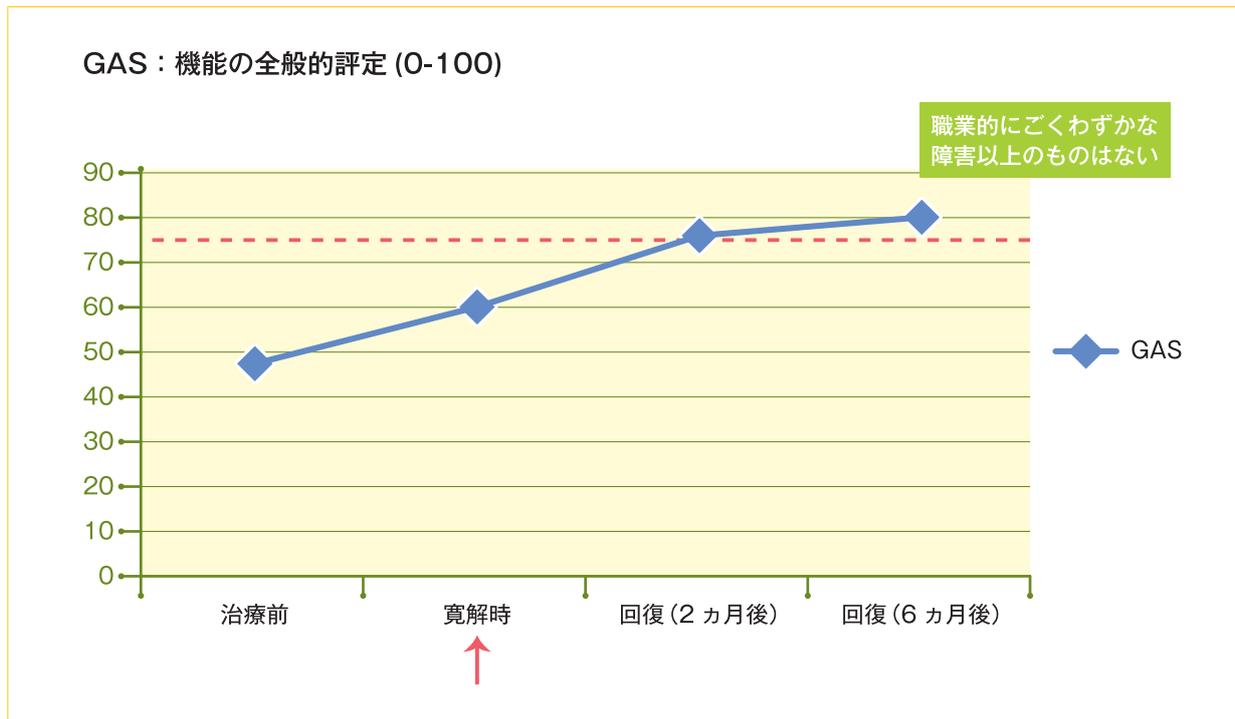
精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

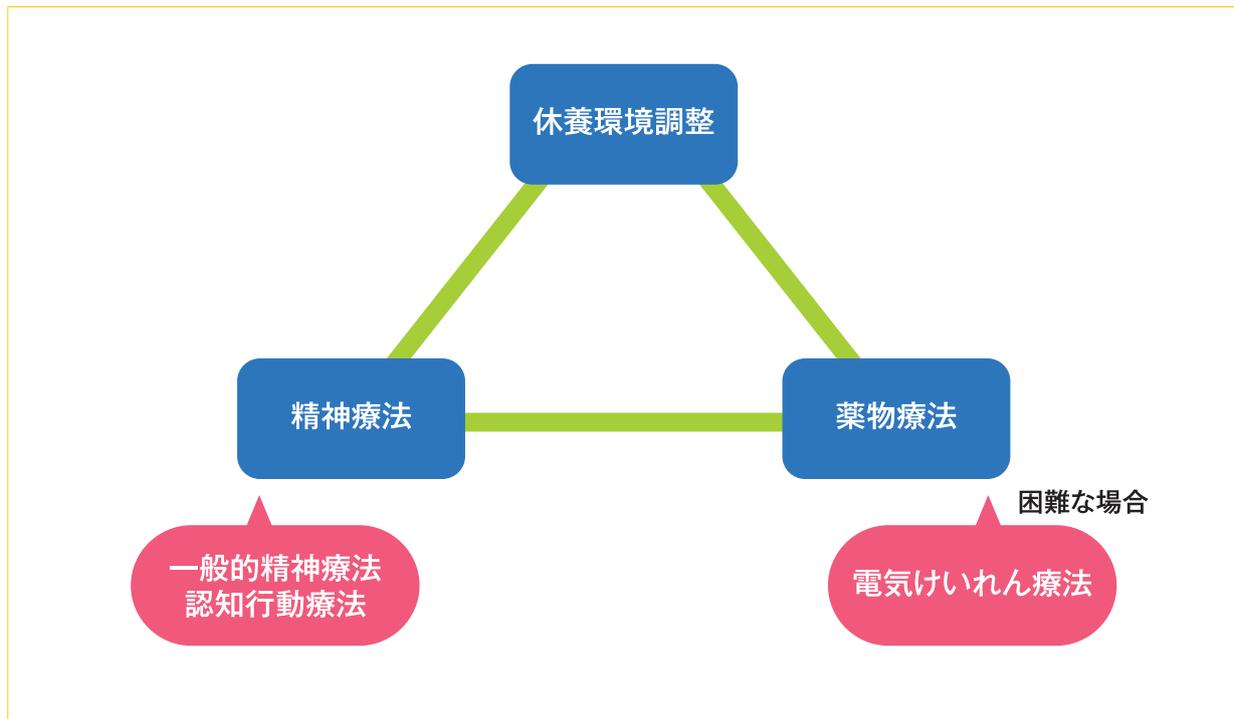
参考：  
モデル医療機関

▶ うつ病症状なし（寛解）は回復ではない



Furukawa, TA et al, 2001, Acta Psychiatry Scand のtable 1 を一部改編

▶ うつ病の治療の基本



メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：  
モデル医療機関

▶ うつ病治療の概要

(日本うつ病学会治療ガイドライン：大うつ病性障害 2012)

**軽症うつ病**

- ・ 患者背景, 病態理解に努め, 支持的精神療法と心理教育
- ・ 新規抗うつ薬, 認知行動療法

**中等症・重症うつ病**

- ・ 新規抗うつ薬, 三環系抗うつ薬
- ・ 電気けいれん療法

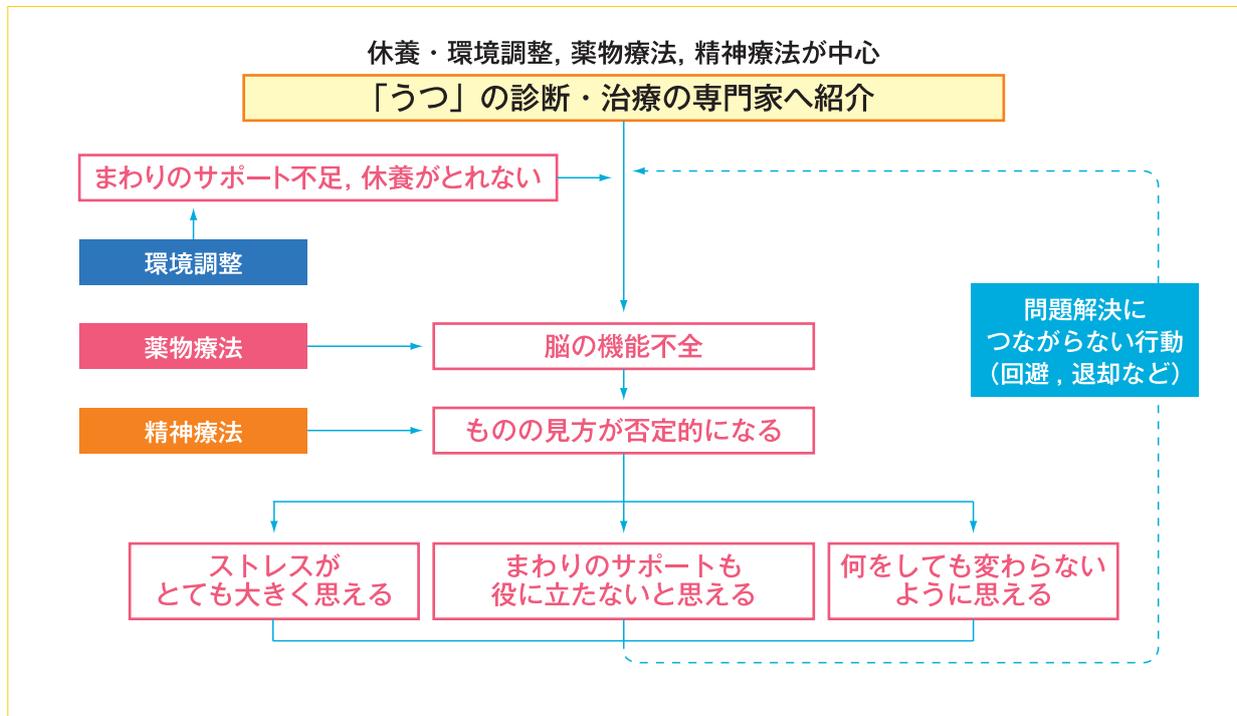
**精神病性うつ病**

- ・ 抗うつ薬と抗精神病薬の併用
- ・ 電気けいれん療法

## ▶ 軽症うつ病に対する英国NICEのうつ病ガイドライン (2010)

- ・ 注意深い2週間の経過観察  
Watchful waiting
- ・ 運動療法
- ・ 認知行動療法的セルフヘルプガイドの活用
- ・ 問題解決療法  
— 6-8 セッション を10-12週にかけて行う。
- ・ 初期治療に抗うつ薬は推奨されない

## ▶ 中等度以上のうつ病に対する治療戦略



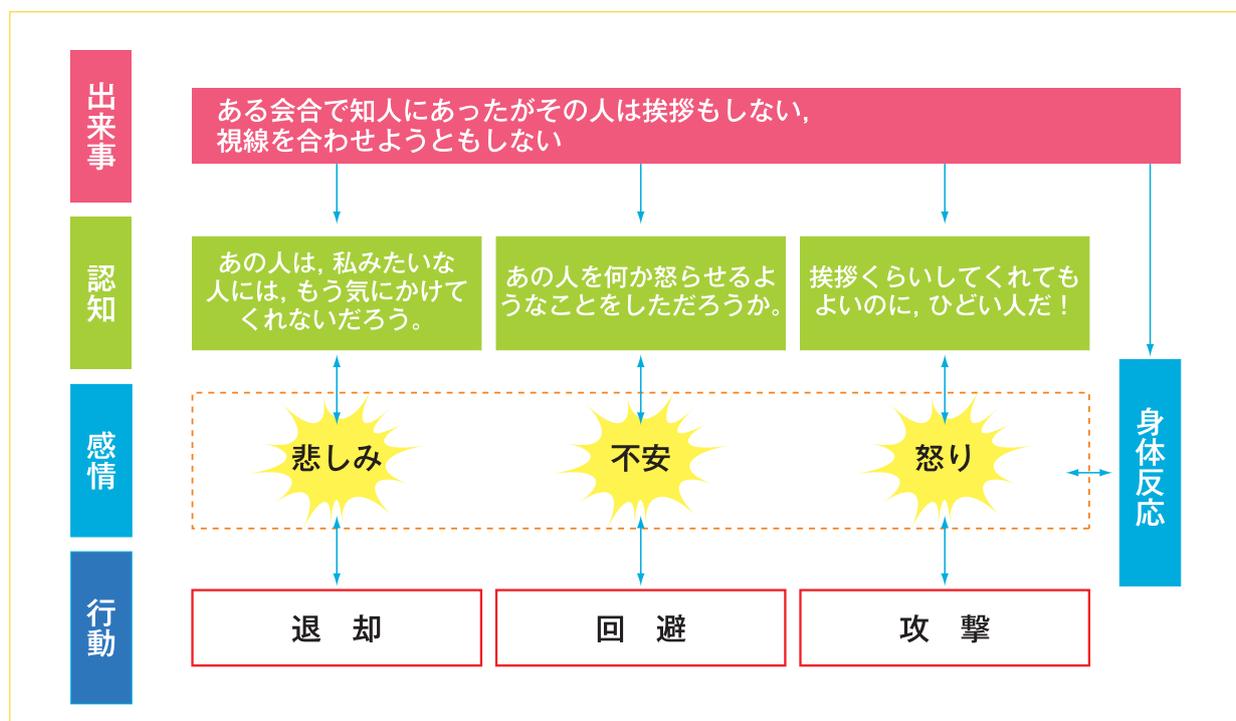
尾崎紀夫先生作成資料を改編

## ▶ 認知行動療法

認知の偏り（考え方や受け取り方）を修正し、問題解決を手助けする治療法

- ① 患者を理解し、直面している問題点を洗い出して治療方針を立てる
- ② 自動思考（様々な状況で根拠なく自動的に湧き上がってくる思考およびイメージ）に焦点をあて認知の歪みを修正する
- ③ スキーマ（心の奥底に気づかれないまま存在している個人的確信で、自動思考の現れ方を左右する）に焦点を当てる
- ④ 治療終結

## ▶ 認知・感情・行動の関係（認知行動モデル）



メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

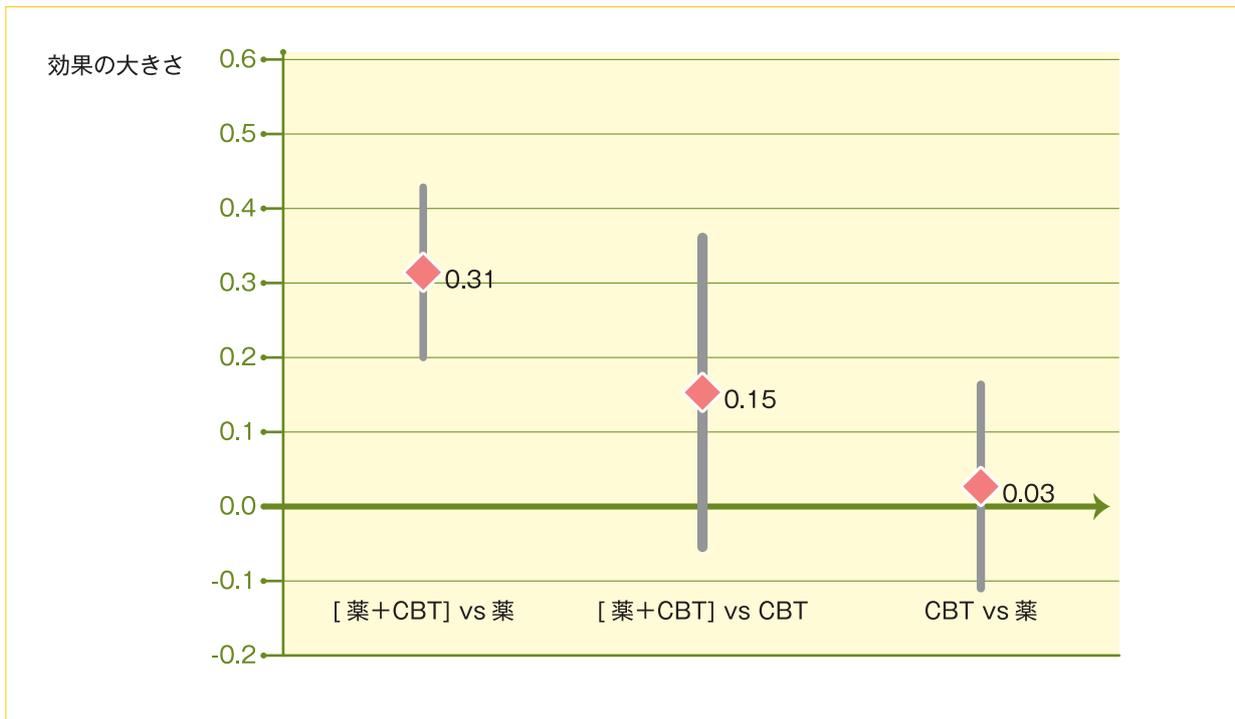
精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

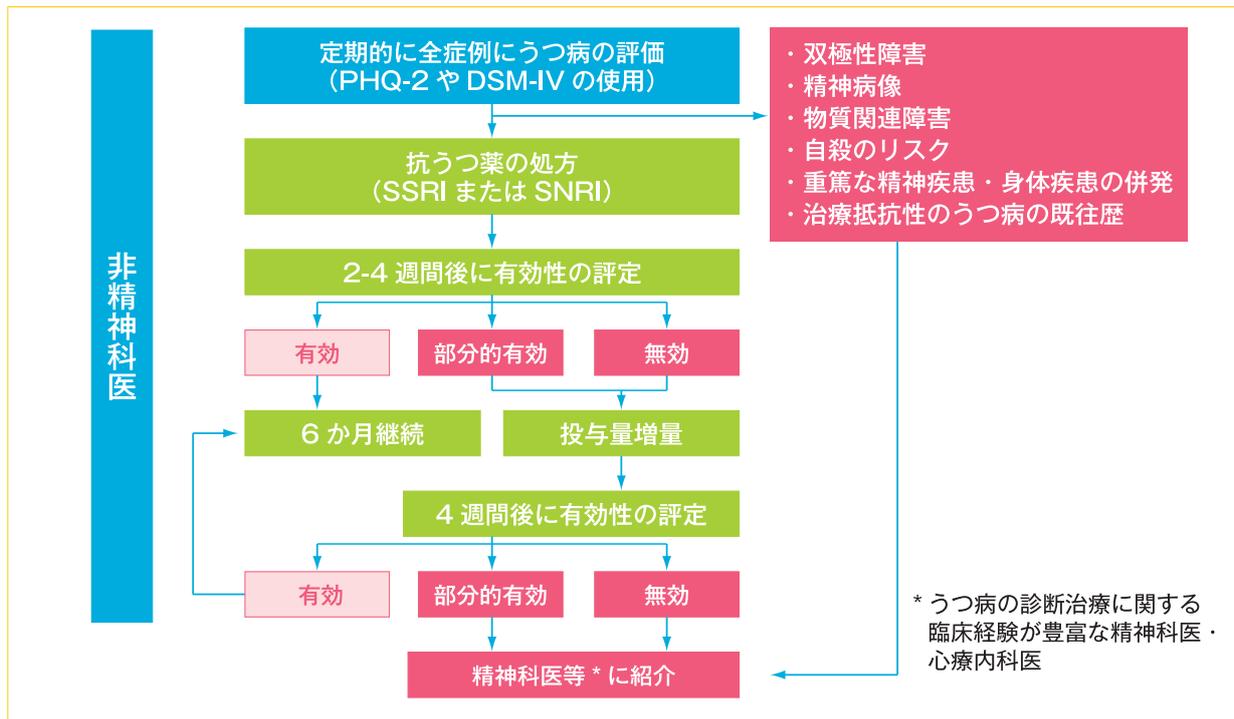
参考：モデル医療機関

▶ 薬物療法と認知行動療法を組み合わせると治療効果はさらに高まる



1) Cuijpers P, et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009;70 (9) :1219-29. 2) Cuijpers P, et al. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2009;26 (3) :279-88. 3) Cuijpers P, et al. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry*. 2008;69 (11) :1675-85.

▶ 投薬 (非精神科医による抗うつ薬治療) について



メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトについて

本研修の基本的考え方

これまでの知見

環境整備とコミュニケーション

スクリーニング

精神科受診勧奨

モニタリング

初期診断・治療

参考：モデル医療機関

Nutt et al: J Clinical Psychiatry 2010; 71 [Supple E1: e8]

▶ 参考

この領域をさらに深めたい本研修受講者のために、「包括的なうつ管理のための研修プログラム：ステップアップ編」を用意しています。

平成 24 年度：SCID 研修 (2013 年 2 月 1 日)

平成 25 年度

- ・ 第 1 回：2013 年 10 月 18 日 (東京都小平市)
- ・ 第 2 回：2014 年 2 月 7 日 (東京駅近辺)
- ・ プロジェクトホームページでご確認ください。
- ・ URL <http://mhcn.jp/>

