

TOPIC 「包括的なうつ管理のための研修プログラム」開催される (2013.2.1 東京ステーションコンファレンス)

身体科と精神科を橋渡しする コーディネータの育成を目指す

2月1日、身体疾患に伴うメンタルヘルスクエアを学ぶ実習研修「包括的なうつ管理のための研修プログラム」(主催=国立精神・神経医療研究センター)が実施された。平成24年よりスタートした、国立高度専門医療研究センター共同研究プロジェクト「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」の一環として実施されたもので、この日の研修では、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所客員研究員の村松公美子氏、同じく国立精神・神経医療研究センタートランスレーショナルメディカルセンター/認知行動療法センターの中川敦夫氏が講師となり、身体疾患と併存するうつ病の概要と、その面接ツールであるPHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) およびSCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) についての解説と実習が行われた。その概要を紹介する。

身体疾患に併存するうつ病の治療の意義 樋口輝彦氏 (国立精神・神経医療研究センター 総長)



研修プログラムの開会に先立ち、樋口輝彦氏が開会の挨拶を行った。樋口氏によると、身体疾患に併存するうつ病は、多いものでは4割を超えるという。少なくとも、身体疾患患者の約1~2割にうつ病が合併していると考えられている。

いる。したがって、特に慢性疾患に併存するうつ病の克服は、原疾患の予後改善という意味でも重要となってくる。とはいえ、実際には身体科の診療現場でうつ病を見出すのは難しい。

もともと、精神疾患の診断は身体疾患のようにクリアカットにできるものではなく、臨床症状をもとに分類した「症候群」に過ぎない。

樋口氏は、この日の研修で勉強する2種類のツール(SCIDとPHQ-9)について理解を深め、身体疾患に併存するうつ病の診断に役立ててほしいと話した。

身体疾患に合併するうつ病は、きちんとケアをしないと原疾患の予後・経過に悪影響を及ぼすという報告が出て

包括的なうつ管理のできるスタッフが活躍できる場を作りたい 伊藤弘人氏 (国立精神・神経医療研究センター 社会精神保健研究部部長)



今回の研修で事務局を務める伊藤弘人氏は、今回の研修の目的として「SCIDというものがどういうものかについて導入研修をすでに受講した専門家と一緒に考える機会を作りたい」と語った。

精神科をつなぐコーディネータの「気づき」がその後の患者のトータルケアにつながることから、伊藤氏は「包括的なうつ管理のできるスタッフの役割と活躍する場を医療機関の中に作っていきたい」とした。

なお、来年度以降も様々なプログラムの実施を予定している。伊藤氏はPHQ-9質問票の使い方、睡眠衛生教育や運動療法、また服薬アドヒアランス向上手法などを挙げ、次回以降の内容構成にも強い意欲を示した。

さらに、メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクトでは、身体科と

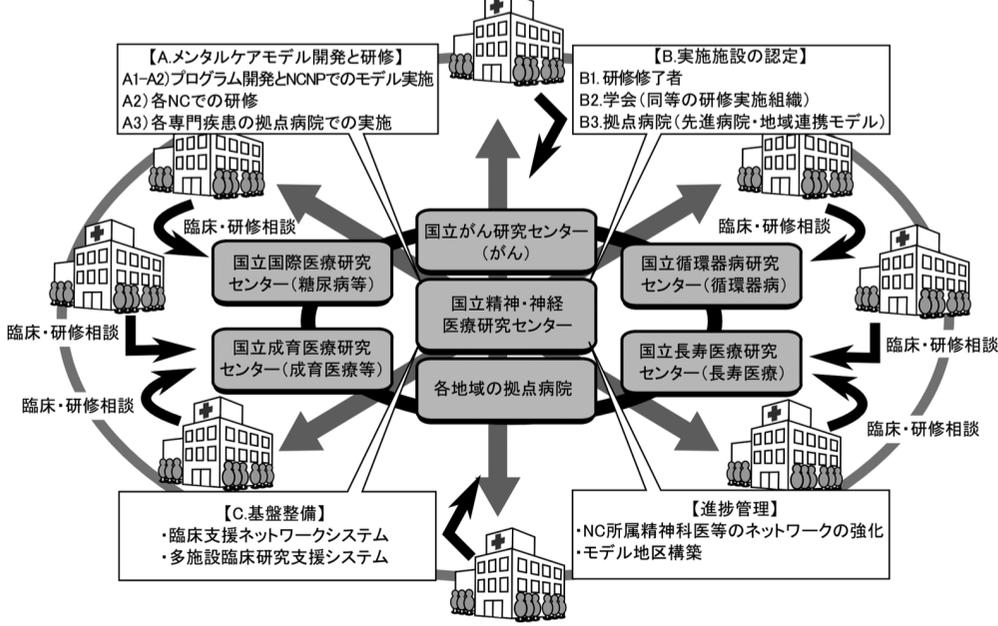


図1 プロジェクトの概要

「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」とは

◎国立6機関の共同プロジェクト始動

同プロジェクトは、国内の国立高度専門医療研究センターが参画する共同研究プロジェクトである。参画する施設は、国立がん研究センター、国立循環器病研究センター、国立国際医療研究センター、国立成育医療研究センター、国立長寿医療研究センター、国立精神・神経医療研究センターの合計6施設。そのうち、国立精神・神経医療研究センターは、6施設のうち精神疾患(および神経疾患・筋疾患・発達障害)を所管する施設として、プロジェクトのプラットフォーム構築・運営の役割を担う (http://mhcn.jp)。

同プロジェクトが計画された背景には、国内の精神疾患患者の増加が挙げられる。2008年調査によると、国内の精神疾患受療患者は約323万人に上るといふ。この数は、がん患者や糖尿病患者よりもはるかに多い。

さらに、非感染性の身体疾患患者は精神疾患(特にうつ病)を併存しやすいことがわかってきた。たとえば、循環器疾患領域では、5人に1人がうつ病を併存しているとの報告もある。

また、本年4月から始まる都道府県の医療計画には、うつ病を含む精神疾患への医療体制整備が加わる。

◎包括的なうつ管理のための研修・紹介モデル開発研究と病態解明を実施

そこで同プロジェクトでは、国内の高度専門医療研究センター6施設が協力し、それぞれの疾患領域における患者のメンタルヘルスクエアを向上させるため、全センター共通のプラットフォーム作りを目指す(図1)。

具体的な内容は、①各センターが所管する専門疾患の医療チームのための包括的なうつ管理のための「研修」を開発・実施する、②治療モデルを多次元的に開発して導入先進事例を「紹介」する、③臨床支援モデルの開発をめざし、治療モデルの効果検証研究および身体疾患とうつに共通する病態解明につながる「研究」を並行して実施する一々の3項目。簡単にまとめると、「研修」、「先進モデル事例の紹介」、「臨床

支援モデル開発研究」である。

◎「気づき」を担う人材を育成する

同プロジェクトでは、身体疾患におけるうつ病の治療モデルに、段階的治療(ステップド・ケア)という方法を採用する。これは、介入段階をステップ1~ステップ4に分け、それぞれで最適な治療に導く手法である(図2)。

たとえば、最初のステップ1では、うつ病が疑われる全ての患者を対象に、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、精神保健医療の専門窓口の受診勧奨などを実施していく。同様に、ステップ2では、軽症から中等症のうつ病例を、ステップ3では中等症から重症のうつ病例を、ステップ4では重症及び自殺の危険の高いうつ病例を対象にその段階に応じたケアを行う。

同プロジェクトでは、最初の入り口にあたるステップ1を担う人「コーディネータ」の育成を目指し、包括的なうつ管理のできるスタッフの養成に力を入れる。医師、看護師、薬剤師、医療福祉相談員、臨床心理士などが候補として考えられている。

◎スクリーニングツールを実習で体験

この日に実施された「包括的なうつ管理のための研修プログラム」は、コーディネータの育成を目指したプログラムのひとつである。参加者は、すでに各施設で導入研修を修了しており、この日はさらなるステップアップを目的に今回の実習研修に望んでいた。

研修の目的は、段階的治療におけるステップ1「うつ病が疑われる患者に対するスクリーニング検査」の際に用いる面接ツールSCIDの学習である。

研修を担当する国立精神・神経医療研究センター病院は、すでにセンター病院の5南病棟にて、ほぼ全ての患者に対してSCIDを実施するなど、臨床現場における運用のノウハウを有している。昨年9月にはSCID、認知行動療法、画像解析・遺伝子解析などを学ぶ「NCNP病院臨床研修」を5日間にわたって開催している。

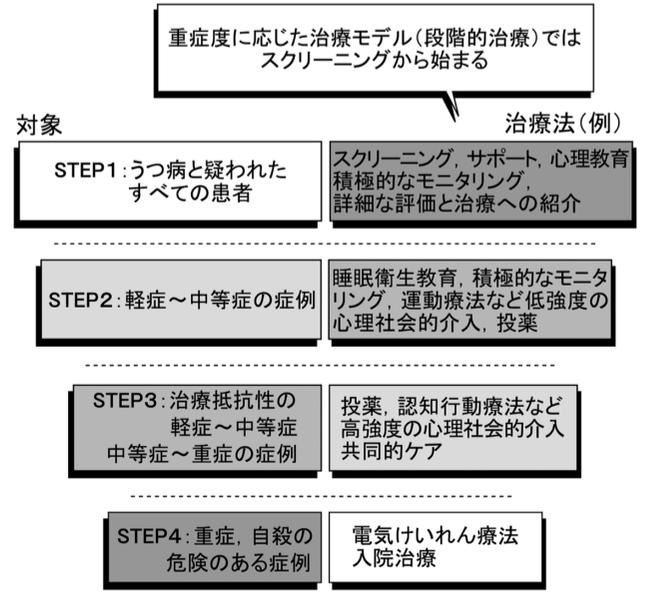


図2 身体疾患におけるうつ病の治療モデル

うつ病の概説・PHQ-9の活用のポイントと2012年度の動向

村松公美子氏 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所客員研究員)

村松公美子氏は、主にプライマリケア医で受診する機会の多いうつ病の特徴とその診断について解説を行った。



プライマリケア領域において、軽度のうつ病や不安障害などがありふれておりコモンメンタルディスオーダーと呼ばれる。症状レベルでは、診断基準には満たない病態であるが、日常生活に支障をきたしている場合もあり、ケアを要することがある。

村松氏は、こうした患者は「精神症状より身体症状を訴える人が多い」と指摘する。うつ病の身体症状として頻度の高いものに、食欲低下、便秘、性欲減退、全身倦怠感、頭痛、肩こり、動悸、眼精疲労、胃部不快感、めまいなど様々な症状があり、患者は全ての診療科を受診するといっている。

Smiling Depression (微笑みうつ病)と呼ばれるものは、医師の前では笑顔を見せるが、質問票によって希死念慮が発覚する場合があるという。

また、患者は食欲低下などの身体症状は自ら訴えるが、意欲の減退、抑うつ気分などの精神症状を患者自身から語ることはあまりない。村松氏は「プライマリケア医が会おううつ病の多くは、精神症状を医師が聴き取る努力が

必要だ」と注意する。

◎一般診療医のための質問票PHQ-9

米国で多忙なプライマリケア医が、短時間で精神疾患を診断・評価するためのシステムPRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)が開発され自己記入式質問票版としてPatient Health Questionnaire (PHQ)が開発された。PHQから大うつ病性障害に関わる9つの質問項目を抽出して作成された質問票をPHQ-9と呼ぶ。村松氏は、PHQ日本語版を作成し妥当性研究を行った。

質問票では、「物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない」「疲れた感じがする、または気力がない」など全9項目の質問について、直近2週間における頻度を患者に自己評価させる。そして最後に「それらの問題で仕事や家事、友人付き合いがどれくらい困難になっているか」を聞く。

村松氏は、この最後の設問が非常に重要だと指摘する。仮に9項目のスコアが良好でも、最後の設問で「困難」または「極端に困難」にチェックがある場合は、「大うつ病以外の複雑な病態の可能性がある」と注意した。

◎臨床現場におけるPHQ-9の使用法

実際の診療では、まず、PHQ-2 (PHQ質問項目1:「物事に対してほとんど興味がない、または楽しめない」

質問項目2:「気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる」)の2問だけによるスクリーニングをまず行う。質問項目1, 2のいずれか1項目以上が「はい」の場合、次の2つの中から治療方針を選択する。①PHQ-9スクリーニングを行う→ステップ2 (身体疾患・薬物関与等)に進む。②PHQ-9スクリーニングを行わない→専門医に紹介する。

その後、身体疾患や薬物関与の有無を鑑別する。薬の中には、インターフェロン、ステロイド、一部の降圧剤、抗腫瘍剤など、うつ病を引き起こしやすい薬が知られている。それらの薬の関与がない場合にはPHQ-9を実施する。PHQ-9は、質問の合計点により症状評価の目安ができる点が、特長として挙げられる。

その結果、大うつ病エピソードに該当しない場合は「その他のうつ病性障害」の可能性もある。大うつ病エピソードに該当する場合は、次に多幸・高揚・易怒的気分など躁エピソードを確認する。これに該当する場合は、双極性障害の可能性もある。躁エピソードに該当しない場合は、大うつ病性障害の可能性もある。

◎見逃されがちなうつ病の発見に期待

国立精神・神経医療研究センターが制作した「身体科におけるスクリーニング検査&研修-臨床研究ソフト“身体疾患患者精神的支援ストラテジー”」にも、村松氏・伊藤氏が監修したPHQ-9日本語版(NCNP版)が採用され



会場風景

ている。

PHQ-9日本語版の感度および特異度について村松氏らは検討している。結果は、感度0.84、特異度0.95、陽性的中率0.87、陰性的中率0.94だった。

PHQ-9を活用した研究は、国内でも様々な検討が実施されてきている。そのひとつ、国立精神・神経医療研究センターの稲垣氏らによる、PHQ-9を使用したかかりつけ医のうつ病認識率についての研究によると、PHQ-9で気分障害(うつ病)と診断された患者のうち、実際にかかりつけ医がうつ病と診断できたのは11%で9割以上の患者が見逃されていた。村松氏はかかりつけ医にとって「(PHQ-9は)スクリーニングツールとしても有効だろう」と評価した。

また、PHQ-9には「慢性疼痛、説明不能の身体症状、頻回受診者の中のうつ病患者の発見」に対する活用が期待される。村松氏も、PHQ-9を「身体症状に隠れ、見逃されがちなうつ病」の認識に役立つツールであることを強調した。

SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) の概説と使用

中川敦夫氏 (国立精神・神経医療研究センター トランスレーション・メディカルセンター/認知行動療法センター)

中川敦夫氏は、アメリカ精神医学会が制作する精神障害診断基準DSM-IVとその構造化面接法SCIDの技法について、ポイントを解説し、面接のロールプレイング実習を行った。



うつ病が見逃されやすい理由のひとつに、診断の難しさがある。

DSM-IVなどの操作型診断基準の登場以前の精神疾患(うつ病含む)は、主に病因論に基づいて診断されていた。しかし、病因を探り出す手法は非常に難しく、1949年には「2人の精神科医の診断が一致する確率は、ほぼ偶然に等しい」との論文が掲載されるほどであった。

◎DSM-IVに準拠した面接法「SCID」

こうして精神疾患の診断の統一のため、DSM-III作成委員会が発足し、均一な集団を得るための操作的診断基準の作成が図られた。その特徴は、病因論を排した病状記述的な方法論と、統計データに基づく信頼性の高い診断基準にある。

これに続くDSM-IVに準拠した面接

方法として作られたのがSCIDである。第I軸(臨床的症状に基づく精神障害)に対応したSCID-Iと、第II軸(人格障害・精神遅滞)に対応したSCID-IIの二種類がある。ただし、SCIDは米国の臨床現場で使われる例はほとんどなく、主に研究分野で使われているという。

SCIDを実施する上で重要となるのが、概観(overview)である。最初に「最近の調子はどうですか」といった質問について自由形式で話をしてもらい、現病、過去の精神症状、治療歴、社会・職業的機能などを把握する。この過程を抜きに、ただマニュアルを字義通り読み上げるように「それでは、ここ2週間における気分を教えてください」と聞いても、患者はとまどうだけなので注意が必要である。

◎患者が何で困っているかに注目する

現況を確認した上で、次にSCIDに記載された各設問を聴取していく。

うつ病患者を診療する場合、どうしても症状(食欲低下、体重減少、睡眠障害など)に着目しがちだが、中川氏は「患者が何で困っているかに注目することが重要」という。すなわち、仕事、家事、友人付き合いなどを行うのがどれくらい困難な状況にあるかを把

握することもポイントとなる。

SCIDを用いる際に注意すべき点として「精神症状をよく聞きだす」ことも大切だ。中川氏によると、米国人の患者は自分の現在の気分について積極的に話をしてくれるが、日本人の患者は、精神的な辛さなどはこちらから聞き出さないと話してくれないという。

うつ病に特徴的な精神症状に「精神運動性の焦燥または制止」がある。患者は言動に落ち着きがなかったり、逆にひどく緩慢な態度を示すようになる。中川氏によると、医師側が患者の言動を苛立たしく感じるような場合は、「制止」が起きていることが多いという。他にも易疲労性、思考力/集中力の減退、自殺念慮などにも注意が必要となる。

◎患者が安心できる雰囲気を作る

実際のSCIDは3段階表示となっており、(面接者の)質問の内容・(患者の)回答を判断するためのDSM-IV診断基準・(基準該当の)有無を記す記録コ

面接時の質問と面接者に対する指示	診断基準	記録コード
<p>現在の大うつ病エピソード</p> <p>さて、これからあなたの気分について、もう少しお尋ねします</p> <p>この1カ月間に</p> <p>1日の大半を憂うつに感じたり、落ち込んだりすることが毎日のように続いた時期がありますか？(それはどんな風でしたか？)</p>	<p>大うつ病エピソード診断基準</p> <p>A.以下の症状のうち、5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起している;これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分、または、(2)興味または喜びの喪失である</p> <p>(1)ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分、患者自身の言明(例えば、悲しみ、または空虚感を感じる)か、他者の観察(例えば、涙を流しているように見える)によって示される</p> <p>注:小児や青年ではいらいらした気分もありうる</p>	<p>? = 情報不確実 1 = なし、または否定 2 = 閾値以下 3 = 閾値上、または肯定</p> <p>? 1 2 3</p>

図3 SCIDの原則

ードに分かれている(図3)。

この日は参加者同士が1組となってSCIDによるロールプレイング実習が行われた。中川氏は面接のコツについて「何がなんでもうつ病を診断しようと気負う必要はない」と指摘する。

面接時には、質問者がかたくなにならず、治療を無理強いしないことも重要である。たとえば抗うつ薬による治療についても、医療者側がその必要性を強調すればするほど、患者もまたかたくなな態度を示すようになってしまうという。中川氏は「患者と医療者がいかに柔軟になれるかがひとつの鍵になる」と述べ、患者が安心できる環境作りの大切さを訴えた。