

2013/7052A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

(精神障害分野)

身体疾患を合併する精神疾患患者の
診療の質の向上に資する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

(H24－精神－一般－001)

研究代表者 伊藤 弘人

平成 26 (2014) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

(精神障害分野)

身体疾患を合併する精神疾患患者の
診療の質の向上に資する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

(H24－精神－一般－001)

研究代表者 伊藤 弘人

平成 26 (2014) 年 3 月

目次

I. 総括研究報告書

- 身体疾患を合併する精神疾患患者の診療の質の向上に資する研究..... 1
伊藤 弘人

II. 研究分担報告書

1. かかりつけ医療場面におけるうつ病患者の発見と支援に関する
地域連携のあり方についての研究..... 11
稲垣 正俊, 長 健, 大槻 露華
2. 身体疾患を合併する精神疾患患者の診療の質の向上に資する研究：
糖尿病..... 17
野田 光彦, 峯山 智佳, 本田 律子, 三島 修一, 柳内 秀勝, 塚田 和美,
亀井 雄一
3. 慢性心不全に合併したうつ病と運動介入についての研究..... 39
木村 宏之, 足立 康則, 佐藤 直弘, 山内 彩
4. うつ、不安、怒りと血中アルドステロンの関係に関する研究..... 41
水野 杏一, 福間 長知, 加藤 和代
5. 循環器内科における睡眠障害とうつ病に関する観察研究..... 43
内村 直尚, 石田 重信, 小鳥居 望, 橋爪 祐二, 小城 公宏, 森 裕之, 川口 満希,
弥吉 江理奈, 今泉 勉, 大内田 昌直, 小岩 屋宏, 室谷 健太, 伊藤 弘人
6. 多施設循環器内科外来患者におけるうつ状態の有病率調査..... 57
志賀 剛, 鈴木 豪, 西村 勝冶, 山中学, 小林 清香, 笠貫 宏, 萩原 誠久,
鈴木 伸一, 伊藤 弘人
7. がん患者のための地域連携クリティカルパスの開発..... 61
小川 朝生
8. 脳卒中患者におけるうつ病・うつ状態の評価と地域医療連携パスの
開発..... 67
木村 真人, 小林 士郎, 水成 隆之, 駒場 祐一, 下田 健吾, 大村 朋子,
秋山 友美, 鈴木 順一

9.	情報共有ファイルを用いた認知症地域連携に関する研究.....	73
	数井 裕光, 清水 芳郎, 吉山 顕次, 吉田 哲彦, 森上 淑子, 藤末 洋, 中村 多一	
10.	救命救急センターへ搬送された自殺企図患者への精神医療地域連携 パスについての研究.....	79
	山本 賢司, 大石 智, 宮地 伸吾, 乾 真美, 山田 素朋子, 井出 文子, 上條 吉人, 宮岡 等	
11.	地域連携会議（地方会・循環器領域）モデル開発に関する研究.....	93
	平田 健一, 水谷 和郎, 民田 浩一, 堂本 康治, 大石 醒悟, 竹原 歩, 庵地 雄太, 安井 博規, 見野 耕一, 伊藤 弘人	
12.	身体疾患を合併する精神疾患に対するアクセプタンス&コミット メント・セラピー（ACT）の適用に関する研究.....	97
	熊野 宏昭	
13.	救命救急センターへ搬送された自殺企図患者の退院後ケアに関する 研究—多職種連携クリニカルパスの開発に向けて—.....	103
	三宅 康史, 松田 潔, 有賀 徹, 秋山 恵子, 大塚 耕太郎, 岸 泰宏, 坂本 由美子, 東岡 宏明, 守村 洋, 山田 朋樹, 柳澤 八重子, 橋本 聡, 堀 智志, 伊藤 弘人, 河西 千秋, 河鳶 讓	
14.	身体疾患を合併する精神疾患患者の診療の質の向上に資する研究： 利益相反.....	109
	山崎 力	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表.....	113
IV.	研究成果の刊行物・別刷.....	117

I. 総括研究報告書

身体疾患を合併する精神疾患患者の診療の質の向上に資する研究

研究代表者 伊藤 弘人

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長

研究要旨

研究目的: 精神疾患と身体疾患の合併・併存患者への最適な医療を提供することを最終目標として、研究班を組織した。有病率調査、自記式尺度の診断精度研究及び疾病予後に関する前向きコホート研究並びに医療情報を活用した研究を行い、学術的エビデンスを創出するとともに、精神科地域連携クリティカルパスを開発し、精神科と身体科等との連携マニュアルと合併・併存患者の治療技術向上のための研修資材を作成した。**研究方法:** 14名の研究分担者により研究班を編制して成果を統合した。研究法は、(1)臨床研究、(2)連携マニュアルと地域連携クリティカルパス(パス)の開発、(3)合併・併存患者の治療技術向上のための研修資材の作成である。**結果:** (1)「臨床研究」の一環として、①糖尿病患者を対象に PHQ-9 と SCID を行った結果大うつ病エピソードスクリーニングの感度は 73%、特異度 94%であり、一定の有用性を確認した。②PHQ-9 で 10 点以上のうつ(SCID による大うつ病エピソード)の頻度は、それぞれ糖尿病患者で 8.8% (3.2%)、慢性心不全で 14.8% (3.3%)、かかりつけ医受診患者で 8.0%(診断面接未実施)であった。③循環器疾患患者における睡眠障害およびうつ病の有病率と重症度が、心疾患や QOL に影響することが示唆された。(2)「精神科と身体科等との地域医療連携パス開発」の一環として、①がん診療におけるうつ病、②救命救急センター退院後における自殺未遂者、③かかりつけ医療場面のうつ病、④循環器疾患患者におけるうつ病、を想定したパスの初案を作成した。また、これまでに開発したツールを用いて、⑤脳卒中における脳卒中後のうつ病・うつ状態の実態調査と連携パスの実運用、⑥認知症地域連携の有用性の検討を行った。(3)「合併・併存患者の治療技術向上のための研修資材の作成」の一環として、①救命医療スタッフによる精神科救急患者の初期対応コース(PEEC コース)のトライアルコースが終了した。②認知行動療法的の 1 つであるアクセプタンス&コミットメント・セラピー(ACT)を慢性疾患患者に適用させる為の研修資材を作成し、研修会を実施した。**まとめ:** 本研究で、身体疾患患者における大うつ病エピソードの有病率および自記式尺度の診断精度を確認するとともに、地域連携クリティカルパスを開発し研修資材を作成した。

研究分担者 氏名・所属施設名及び職名

稲垣 正俊	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教室 講師
野田 光彦	国立国際医療研究センター病院専任診療部長・糖尿病研究部 部長
木村 宏之	名古屋大学大学院医学系研究科細胞情報医学専攻脳神経病態制御学講座 講師
水野 杏一	公益財団法人三越厚生事業団 常務理事
内村 直尚	久留米大学医学部精神神経科 教授
志賀 剛	東京女子医科大学医学部循環器内科学 准教授
小川 朝生	国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長
木村 真人	日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科 部長・病院教授
数井 裕光	大阪大学大学院医学系研究科精神医学 講師
山本 賢司	北里大学医学部中毒・心身総合救急医学精神科学 特任教授
平田 健一	神戸大学大学院医学研究科内科学講座循環器内科学分野 教授
熊野 宏昭	早稲田大学人間科学学術院 教授
三宅 康史	昭和大学医学部救急医学 教授
山崎 力	東京大学医学部附属病院臨床研究支援センター 教授

A. 研究目的

身体疾患を有すると高率に精神疾患を合併・併存する¹⁻⁴⁾。また合併・併存により身体疾患の予後が悪化することは海外の多くの研究で示されている^{3,5-8)}。しかし、身体疾患と精神疾患の合併・併存患者に関する国内での研究の蓄積は十分ではない。こうした状況を受け、厚生労働省の検討会は、身体疾患と精神疾患の合併・併存患者への対策の必要性を指摘している。

そこで、本研究班は、精神疾患と身体疾患の合併・併存患者への最適な医療を提供することを最終目標として研究班を組織した。まず有病率調査、自記式尺度の診断精度研究及び疾病予後に関する前向きコホート研究並びに医療情報を活用した研究を行い、学術的エビデンスを創出する。その成果を反映しつつ、並行して精神科地域連携クリティカルパスを開発するとともに、精神科と身体科等との連携マニュアルと合

併・併存患者の治療技術向上のための研修資材を作成する。なお、本研究で扱う身体疾患は、医療計画上の5疾病（がん、心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、精神疾患）と救急事業である。

B. 研究方法

1. 臨床研究

- 1) かかりつけ医療場面におけるうつ病患者の発見と支援に関する地域連携のあり方についての研究（稲垣分担班）

看護師を中心として、医師・その他の職種との連携によりうつ病スクリーニング、およびその後のうつ病スクリーニング陽性患者に対するケースマネジメントを、臨床として既に実践している医院において、そのスクリーニング部分の経過を後方視的に観察する。

- 2) 糖尿病の外来患者におけるうつ病に関す

る研究 (野田分担班)

外来糖尿病患者を対象とする横断研究で、目標症例数は200例以上とする。糖尿病の診断を受け外来通院中で、本研究参加への同意が取得できた患者を対象に自己記入式うつ病評価尺度：PHQ-9と半構造化面接法：SCIDを同日内に施行し、うつ病の有病率を評価する。二次評価項目として自己記入式うつ病評価尺度と半構造化面接法のそれぞれでうつ病と診断された患者群を比較し、自己記入式うつ病評価尺度によるうつ病の診断精度を評価する。

3) 慢性心不全に合併したうつ病と、運動介入に関する研究 (木村宏之分担班)

急性増悪により入院加療したCHF患者のうち、研究参加に同意し、40歳以上のものを対象とした。評価尺度として、抑うつはPatient Health Questionnaire-9(PHQ-9)、機能的制限はPerformance Measure for Activities of Daily Living-8(PMADL-8)を用いる。

4) うつ、不安、怒りと血中アルドステロンの関係に関する研究(水野分担班)

精神神経異常に関連する心疾患の予後悪化の原因を、心筋線維化などを介し心疾患の病態に影響を与えるアルドステロンより解明するため、心疾患で入院をした連続症例を対象として、退院前の病態が安定した時期に精神神経因子としてPHQ9によりうつを、GAD7により不安を、STASにより怒りを調べ、同時期の蓄尿アルドステロン排泄量との関連を検討する。

5) 循環器内科における睡眠障害とうつ病に関する観察研究 (内村分担班)

心臓・血管内科病棟に入院した循環器系疾患患者のうち、選択基準および除外基準を満たし同意が得られた628名を対象に、内科担当医が循環器疾患診断名や重症度分類(NYHA心機能

分類)などの基礎心疾患に関する調査に加え、自己記入式うつ病尺度(以下PHQ-9)の2項目(興味の薄れ、気分の落ち込み)と2週間以上続く不眠を加えた3項目の有無を評価する。次いで臨床心理士がうつ病(PHQ-9)、睡眠障害(PSQI)の一次スクリーニングに加え、Epworthの昼間の眠気尺度(ESS)、生活の質評価尺度日本語版(EQ-5d)を行う。一次スクリーニングでうつ病ないし抑うつ状態(以下うつ)が疑われれば、二次スクリーニングとして構造化面接(MINI)を行う。

6) 多施設循環器内科外来患者におけるうつ状態の有病率調査 (志賀分担班)

循環器疾患外来患者での抑うつ状態を把握し、うつの頻度および構成因子を明らかにするため、循環器疾患患者1,000名を対象にPHQ-2を第1ステップとして行い、1項目でも「あり」の例についてはPHQ-9を行う。さらにPHQ-9が10点以上の例は1か月後に再検を行う。

2. 精神科と身体科等との連携マニュアルと地域連携クリティカルパスの開発

1) がん領域 (小川分担班)

がん患者を対象とした精神疾患(うつ病)に対して、治療担当科と精神科との連携を促進するための連携マニュアルと地域連携パスの作成するため、包括的マネジメントシステムを構築し、その実施可能性を検証することを目指し、進行肺がん治療開始時に包括的アセスメントを試行する。

2) 脳卒中領域(木村真人分担班)

日本医科大学千葉北総病院・脳神経センターにおいて、急性期脳卒中患者に対してPHQ-9によるうつ病・うつ状態の評価・診断とともに、主治医による抗うつ薬治療の状況を調査する。また千葉県共用脳卒中地域連携パスにおける

PHQ-9の組み入れと、実際の運用上の問題点を検討する。

3) 認知症領域(数井分担任)

広域地域における認知症地域連携のために情報共有ファイル(つながりノート)を用いた場合の有用性と工夫すべき点を明らかにするため、16万人の兵庫県川西市で在宅生活を送っている要支援2以上の人にケアマネジャー(CM)を通してノート作成希望者を募り、導入前と導入5ヶ月後にアンケート調査を行う。

4) 糖尿病領域 (野田分担任)

糖尿病科通院中に新たにうつ病併存が疑われた患者について、より早期に、適切な精神保健医療を提供し、最終的には身体科予後の改善につなげることを目的とした、コンサルテーション・リエゾンモデルの基本的な考え方をまとめる。はじめに糖尿病科と精神科を併設する総合病院におけるモデルを構築し、次いで地域連携パスへの発展の可能性を検討する。

5) 救命救急(精神医療)領域 (山本分担任)

北里大学病院救命救急センターと地域の精神医療機関、相模原市精神保健福祉センターを中心とした市の地域支援事業やアウトリーチなどとの連携を目指した自殺未遂者等地域支援ネットワークでの問題を整理し、政令指定都市である相模原市の自殺未遂者に対する精神医療地域連携パス作成し、実践する。

6) 救命救急(退院後ケア)領域 (三宅分担任)

専門職としての家庭医、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士、訪問看護師、そして家族による退院後の日常生活における対象者への精神症状の変化、日常生活上の問題点などを早期に発見し対処するためにクリニカル(クリティカル)パスを作成する。

7) 循環器領域 (平田分担任)

地域連携モデルの一環として、平成25年1月、兵庫サイコカーディオロジー研究会を発足させる。兵庫県下4病院を中心として、循環器医、精神科医及びコメディカルが参加し、循環器疾患に関する心理的側面の共有をすることから開始する。

3. 合併・併存患者の治療技術向上のための研修資料の作成

1) 身体疾患を合併する精神疾患患者に対するアクセプタンス&コミットメント・セラピー(ACT)の適用に関する研究 (熊野分担任)

糖尿病を始めとした慢性身体疾患を合併する精神疾患患者に対するケアとして、認知行動療法的アプローチの1つであるに対するACTの適用方法についてレビューを行い、研修資料を作成する。

2) 救命救急センターへ搬送された自殺企図患者の退院後ケアに関する研究 (三宅分担任)

自殺未遂者ケア研修(厚労省主催)、PEECTM研修(日本臨床救急医学会)に加え、日本臨床救急医学会版(簡易版)自殺未遂者ケア研修を計画し、多職種を含む救急医療スタッフ向けの実用的なコースを開催する。

3) 利益相反の検討 (山崎分担任)

利益相反(Conflict of Interest, COI)とは、自らの行動に不適切な影響(バイアス)を及ぼしているのではないかと問われる(問われかねない)外部との経済的または個人的利害関係を有する状態をいう。2012年10月に国立大学附属病院長会議の下に「国立大学病院臨床研究推進会議」が発足し、治験を含む臨床研究に関わる42国立

大学、45 病院のスタッフが参加登録し、活動を開始した。

C. 研究結果

1. 臨床研究

- 1) かかりつけ医療場面におけるうつ病患者の発見と支援に関する地域連携のあり方についての研究 (稲垣分担班)

看護師を中心とした PHQ-9 を用いたかかりつけ病院外来患者のうつ病の同定は、事前の準備、必要な患者に対するその後のケアの体制を構築した上で、実施可能であった。スクリーニングを実施すべきと定めた患者の 9 割に実施できており、その内 8%の患者が中等度以上のうつ病と判断された。実際、これらの患者の殆どが、その後のケースマネジメントに導入されていた。今後は、ケースマネジメントの効果の検証が必要となる。

- 2) 糖尿病の外来患者におけるうつ病に関する研究 (野田分担班)

本研究では、うつ病併存率は既報と比較し低かった (3.3%)。今回の調査を通して初めて現在の大うつ病エピソード陽性と判断された症例が 3 例報告され、現在精神科に通院していない者 180 例中 1.7%を占める結果となった。PHQ-9 は糖尿病診療現場で用いた場合でも、高い感度と特異度で大うつ病エピソードをスクリーニングできたことから、糖尿病患者に対するうつ病スクリーニング・ツールとしての有用性が示され、これは既報に矛盾しない結果であった。

- 3) 慢性心不全に合併したうつ病と、運動介入についての研究 (木村宏之分担班)

入院時の抑うつと入院前の機能的制限との関連について、有意な関連は認められなかった。

- 4) 循環器疾患におけるうつ病の有病率調査及び心理社会的要因との関連の検討 (水野分担班)

怒りの重症度とアルドステロンは弱い正相関、不安とうつは弱い負の相関を認めた。

- 5) 循環器内科における睡眠障害とうつ病に関する観察研究 (内村分担班)

中等度以上のうつ症状を認めたのは 5.7%と少数であったが、それでもうつ症状は QOL と最も密接に関連していた。一方、中等度以上 (AHI \geq 15)の SAS は 6 割に認められ、無呼吸成分の過半数を低呼吸が占めるという特徴が認められた。フル PSG とパルスオキシメータの結果を比較すると 3%ODI 7.5 のカットオフ値を用いれば比較的高い精度で SAS を抽出できることが可能である一方で、CPAP 適応の対象患者の CPAP 導入率は 40%未満と低率で、それには無呼吸指数のうち閉塞性指数と眠気や抑うつ気分との低さが関連していた。

- 6) 多施設循環器内科外来患者におけるうつ状態の有病率調査 (志賀分担班)

PHQ-2 は 96%で回答があり、そのうち 147 名(15%)が少なくとも 1 項目に「あり」とした。このうち状態悪化等で 30 名が除外され、残り 117 名について PHQ-9 を行った。47 名(55%)が陽性(10 点以上)であった。1 か月後に再検を行ったところ 47 名中 13 名(28%)が陽性であった。精神科にコンサルトし、3 名が大うつ病、1 名が躁うつ病と診断された。

2. 精神科と身体科等との連携マニュアルと地域連携クリティカルパスの開発

- 1) がん領域 (小川分担班)

化学療法目的で入院した進行肺がん患者を連続サンプリングし、135 名に対して身体アセス

メントとあわせて精神症状アセスメントを実施した。Performance Status は、0: 43 名、1: 75 名、2: 13 名、3: 3 名であった。CGA を実施し、同時に精神症状アセスメントをあわせて試行した。QIDS-SR は全例に試行可能であった。成績は 5.8 ± 4.3 であり、基準範囲内が 83 名、軽度抑うつが 35 名、中等度抑うつが 10 名、重度が 7 名であった。

2) 脳卒中領域 (木村真人分担班)

脳卒中入院患者 183 例中で PHQ-9 による軽症が 5 例、中等症が 5 例、重症が 1 例で、11 例 (6%) がうつ病・うつ状態と診断され、そのうち 6 例に抗うつ薬治療が開始され症状の改善を認めた。また、年間の脳卒中入院患者は 501 例で、脳卒中地域医療連携パス適用者は 175 例 (34.9%) であった。パスの中に PHQ-9 の評価が組み入れられたが、急性期病院と回復期病院での運用が主体であり、維持期医療機関での運用は不十分であった。

3) 認知症領域 (数井分担班)

条件を満たす 3073 名の要支援・介護者中、つながりノートの作成を希望した人は 506 名であった。導入時のアンケートに協力してくれたノート使用者 439 名と非希望者 1138 名の比較により、精神行動障害が目立ち、家族の介護負担が重く、連携が比較的によくとれていた患者でノートが導入された。本事業の効果については、家族の 57% が、今まで以上に皆が一体となって支えてくれると感じ、またそれぞれ 47%、45%、33% の家族が CM、介護スタッフ、かかりつけ医に以前より相談しやすくなったと回答した。

4) 糖尿病領域 (野田分担班)

SCID にて現在の MDE 陽性と判断され、かつ精神科受診歴のなかった症例 4 例に対し、糖尿病主治医から精神科受診勧奨されたが、受診

を拒否した症例はなかった。また、重篤な抑うつ症状が認められたり、自殺企図など緊急性の高い精神症状の併存が疑われたりする症例については、当日の精神科救急担当医に紹介することができる体制をとるなど、身体科でうつ病のスクリーニングを行った場合にも、可及的速やかに適切な精神医療が提供できる総合病院内体制の検討と整備を同時に行っている。今後は、身体科・精神科併設の総合病院内における、身体科でのうつ病スクリーニング手順(患者・医療従事者に対する教育、スクリーニング頻度・対象の設定、スクリーニング実施環境の整備)から精神科コンサルテーションまで(コンサルトする症例の基準や、コンサルトの方法・手順などの確認、併診時に情報共有が必要な項目の抽出と情報共有の方法について精神科との合意形成)の流れを構築し、問題の抽出と検討を引き続き行ったうえで、地域連携パスへの発展の可能性を検討する予定である。

5) 救命救急(精神科医療)領域(山本分担班)

自殺未遂者等地域支援ネットワークで問題となった点は、①医療機関側の PSW、心理士の役割と権限がわかりづらい、②社会的支援側のスキルやメンタルヘルス対策、③短期退院患者への対応が困難などであった。上記に対し、自殺未遂者支援のための人材配置と期待する役割についてのアンケート調査、自殺未遂者を支援する精神保健福祉担当者を対象とした研修前後での変化に関する調査、自殺未遂早期退院患者に対する支援ツール研究などを行い、自殺未遂者への精神医療地域連携パスを作成した。

6) 救命救急(退院後ケア)領域 (三宅分担班)

平成 25 年度厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修は、日本臨床救急医学会他の共催を得て救急外来、救急病棟、救命救急センターなどで

直接自殺未遂者の初期治療にあたる医療スタッフを対象として、各回 50 名を限度に受講生を募集し、Action-J など培った知識と技術を擁する精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士をファシリテーターとして 1 月 25 日東京、2 月 22 日岡山、3 月 9 日仙台で開催した。

7) 循環器領域 (平田分担班)

平成 25 年度中、5 回の研究会を実施し、循環器疾患とメンタルケアに関する知識の共有を行った。これら研究会の成果を踏まえ、地域連携モデル開発にあたっての 3 つの柱(コーディネーター養成、連携ツールの作成、啓蒙・啓発)を策定した。

3. 合併・併存患者の治療技術向上のための研修資材の作成

- 1) 身体疾患を合併する精神疾患患者に対するアクセプタンス&コミットメント・セラピー(ACT)の適用に関する研究 (熊野分担班)

作成した資料を基に研修会を実施し、20 余名の参加を得た。参加者の大部分にとっては新たに学ぶ介入方法と思われたが、今後適用してみたいという意見も聞くことができた。

- 2) 救命救急センターへ搬送された自殺企図患者の退院後ケアに関する研究 (三宅分担班)

今年度は 5 回の PEEC コースを開催した。厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修(一般救急版)を共催し、東京、岡山、仙台で開催した。学会版(簡易版)自殺未遂者ケア研修は地方自治体、県医師会を主催者として 3 回開催した。それに使用する専用テキストを作成した。

- 3) 利益相反の検討 (山崎分担班)

昨今の臨床試験をめぐる一連の事件を深刻に

受けとめ、2013 年 9 月 19 日に「臨床研究の信頼性確保と利益相反の管理に関する緊急対策」を取りまとめ、全国立大学附属病院に通知した。

D. 考察

本研究班の目的は、臨床研究を通して学術的エビデンスを創出しながら、精神科と身体科との地域連携クリティカルパスを開発し、合併・併存患者の治療技術向上のための研修資材を作成することである。

第 1 に、「臨床研究」の一環として、①糖尿病診療におけるうつ病のスクリーニング検査として PHQ-9 の診断精度の有用性が認められた(野田分担班)、②慢性心不全患者の入院時のうつと入院前の機能制限には関連がなかった(木村宏之分担班)、③循環器疾患患者において、うつ病の合併は睡眠障害とともに心機能や QOL に影響することが示唆された(内村分担班)、④循環器疾患外来患者でのうつの頻度および構成因子が明らかとなった(志賀分担班)。

第 2 に、「精神科と身体科等との連携マニュアルと地域連携クリティカルパスの開発」の一環として、①がん診療におけるうつ病(小川分担班)、②救命救急センター退院後における自殺未遂者(山本分担班)(三宅分担班)、④循環器疾患患者におけるうつ病(平田分担班)、を想定したパスの初案を作成した。また、これまでに開発したツールを用いて、⑤脳卒中における脳卒中後のうつ病・うつ状態の実態調査と連携パスの実運用(木村真人分担班)、⑥認知症地域連携(数井分担班)の有用性の検討を行った。

第 3 に、「合併・併存患者の治療技術向上のための研修資材の作成」の一環として、①認知行動療法的の 1 つであるアクセプタンス&コミッ

トメント・セラピー(ACT)を慢性疾患患者に適用させる為の研修資材を作成し、研修会を実施(熊野分担任)、さらに②救命医療スタッフによる精神科救急患者の初期対応コース(PEECコース)のトライアルコースを実施した(三宅分担任)。

E. 結論

本研究班では、(1) 6つの研究分担任により臨床研究の実施と基盤整備を行い、(2) 精神科と身体科等との連携マニュアルと地域連携クリティカルパスを開発し、(3) 合併・併存患者の治療技術向上のための研修資材を作成した。身体疾患患者における大うつ病エピソードの有病率および自記式尺度の診断精度が確認できたことにより、臨床での活用が期待できる。また、開発した地域連携クリティカルパスや研修資材が医療機関や地域関連機関で活用されることにより、都道府県の医療計画の進展に寄与することを願う。

引用文献

- 1) Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al: Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 12: 160-174, 2011.
- 2) Hackett ML, Yapa C, Parag V, et al: Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 36: 1330-1340, 2005.
- 3) Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, et al: Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *Gen Hosp Psychiatry* 33: 203-216, 2011.
- 4) Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, et al: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24: 1069-1078, 2001.
- 5) Satin JR, Linden W, Phillips MJ: Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 115: 5349-5361, 2009.
- 6) Jia H, Damush TM, Qin H, et al: The impact of poststroke depression on healthcare use by veterans with acute stroke. *Stroke* 37: 2796-2801, 2006.
- 7) Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, et al: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 23: 934-942, 2000.
- 8) Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, et al: Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31: 2398-2403, 2008.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

【伊藤 弘人】

- 1) Ito H. What Should We Do to Improve Patients' Adherence?. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 5: 127-130, 2013.
- 2) Ito H, Okumura Y, Yokoyama H. Heart disease

and depression. *Taiwanese Journal of Psychiatry* 27: 22-32, 2013.

- 3) Okumura Y, Ito H. Out-of-pocket expenditure burdens in patients with cardiovascular conditions and psychological distress: a nationwide cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry* 35: 233-238, 2013.

【稲垣 正俊】

- 4) Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Kawashima Y, Saitoh A, Oikawa Y, Kurosawa M, Muramatsu K, Furukawa TA, Yamada M. Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 and PHQ-2 in general internal medicine primary care at a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry* 35(6): 592-597, 2013.
- 5) Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Oikawa Y, Kurosawa M, Muramatsu K, Furukawa TA, Yamada M. Prevalence of depression among outpatients visiting a general internal medicine polyclinic in rural Japan. *General Hospital Psychiatry* 35(3): 286-290, 2013.
- 6) 稲垣正俊, 大槻露華, 長健 他. うつ病の発見と治療に必要な、かかりつけ病院と院外資源との連携のために. *日本社会精神医学会雑誌* 22: 155-162, 2013.
- 7) 長健, 大槻露華, 原田千恵美, 他. 一般身体科かかりつけクリニック外来患者全例を対象とした定期的なうつ病スクリーニングの実施可能性：後方視的量的および質的検討. *精神科治療学* in press.

【野田 光彦】

- 8) 峯山智佳, 野田光彦. わが国の糖尿病の趨勢. *月間糖尿病* 5: 14, 2013.
- 9) 峯山智佳, 野田光彦. 糖尿病と精神疾患に関する地域連携の構築と問題点. *日本社会*

精神医学会雑誌 22: 138, 2013.

- 10) 峯山智佳, 野田光彦. 第55回日本老年医学会学術集会記録 (パネルディスカッション 4: 高齢者医療とうつ) 2. 糖尿病とうつ. *日本老年医学会雑誌* 50: 744-747, 2013.

【水野 杏一】

- 11) Nakamura S, Kato K, Yoshida A, Fukuma N, Okumura Y, Ito H, Mizuno K. Prognostic Value of Depression, Anxiety, and Anger in Hospitalized Cardiovascular Disease Patients for Predicting Adverse Cardiac Outcomes. *American Journal of Cardiology* 111: 1432-1436, 2013.

【志賀 剛】

- 12) Shiga T, Suzuki T, Nishimura K. Psychological distress in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Journal of Arrhythmia* 29: 310-313, 2013.
- 13) 鈴木豪. 実循環器疾患におけるうつのスクリーニング. *HEART* 3: 32-37, 2013.
- 14) 鈴木豪, 志賀剛, 萩原誠久. 東京女子医科大学病院でのスクリーニングの実際. *ハートナーシング* 26: 93-96, 2013.
- 15) 鈴木豪. 循環器医療とうつ等精神疾患. *PSYCHIATRIST* 18: 54-61, 2013.

【小川 朝生】

- 16) Kondo K, Fujimori M, Shirai Y, Yamada Y, Ogawa A, Hirazawa N, Uchitomi Y. Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. *Patient Education Counseling* 93: 350-353, 2013.
- 17) Asai M, Akizuki N, Fujimori M, Shimizu K, Ogawa A, Matui Y, Akechi T, Itoh K, Ikeda M, Hayashi R, Kinoshita T, Ohtsu A, Nagai K, Kinoshita H, Uchitomi Y. Impaired mental

health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psycho-Oncology* 22: 995-1001, 2013.

- 18) 小川朝生. がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割. *PSYCHIATRIST* 18: 54-61, 2013.
- 19) 小川朝生. 一般病棟における精神的ケアの現状. *看護技術* 59: 422-426, 2013.
- 20) 小川朝生. せん妄の予防-エビデンスに基づいた薬物療法と非薬物療法. *緩和ケア* 23: 196-199, 2013.
- 21) 小川朝生. 高齢がん患者のこころのケア. *精神科* 23: 283-287, 2013.
- 22) 小川朝生. がん患者の終末期のせん妄. *精神科治療学* 28: 1157-1162, 2013.
- 23) 小川朝生. がん領域における精神心理的ケアの連携. *日本社会精神医学会雑誌* 22: 123-130, 2013.

【木村 真人】

- 24) 木村真人, 小林士郎, 水成隆之 他. 【精神疾患地域連携クリティカルパス】脳卒中地域医療連携パスにおけるうつ病の評価と治療. *日本社会精神医学会雑誌* 22: 147-154, 2013.
- 25) 木村真人. 【各種疾患・病態におけるうつ病・気分障害の合併の実情 身体疾患とうつ病(領域1) 脳卒中後うつ病 (post-stroke depression) PSD の診断と治療. *Depression Journal* 1: 50-51, 2013.
- 26) 下田健吾, 木村真人. 【高齢者のうつ病】うつ病と認知症の見分け方・関連性. *Aging & Health* 22: 15-18, 2013.

【数井 裕光】

- 27) 数井裕光. 認知症診療における最近の話題 -新しい治療薬と地域連携-. *大阪府内科*

医学会誌 22: 45-51, 2013.

- 28) 数井裕光, 武田雅俊. 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* 22: 109-115, 2013.

【山本 賢司】

- 29) 山本賢司. 【「精神科的評価および対応」のポイント 精神科医の立場から】急性中毒治療の5大原則. *救急・集中治療* 25: 801-804, 2013.

【平田 健一】

- 30) 庵地雄太, 水谷和郎. 包括的なうつ病管理の実践 メンタルケアを取り入れたディジーズマネジメント 地域連記絵会議モデル開発 (兵庫県神戸地域) : 地域連携モデル開発における3つの柱. *看護技術* 60: 58-60, 2014.

【三宅 康史】

- 31) 三宅康史. 自殺未遂者への対応 : 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. *救急・ICUですぐに役立つガイドラインこれだけBOOK. エマージェンシー・ケア* 340: 216-219, 2014.
- 32) 三宅康史. 地域で活用する自殺未遂者に対するクリティカルパスの意義. *日本社会精神医学会雑誌* 22: 163-169, 2013.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

II. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））

分担研究報告書

かかりつけ医療場面におけるうつ病患者の発見と支援に関する地域連携の
あり方についての研究

研究分担者 稲垣正俊

岡山大学病院精神科神経科 講師

研究協力者

長健 長外科胃腸科医院 院長

大槻露華 国立精神・神経医療研究センター 研究員

研究要旨

研究目的：これまでの我々の研究から、身体科診療科・かかりつけ病院/医院を受診する患者の中にもうつ病を患う患者が多いことが示された。また、かかりつけ病院/医院の受診患者におけるうつ病スクリーニングの妥当性が示されている。そのため、海外同様、我が国でもかかりつけ病院/医院において、うつ病を発見し適切な治療に導入する必要性が高い。これまでに、身体科診療科医師のうつ病（治療）に対する態度について調査を行ったところ、多くの医師が、うつ病は一般診療の対象ではないと考えている一方で、看護師はうつ病診療に役に立つ人材であると認識していた。これらのことから、看護師を中心とし、医師・その他の職種が連携したうつ病の発見と治療導入モデルの必要性が示唆された。

研究方法：看護師を中心として、医師・その他の職種との連携によりうつ病スクリーニング、およびその後のうつ病スクリーニング陽性患者に対するケースマネジメントを、臨床として既に実践している医院において、そのスクリーニング部分の経過を後方視的に観察した。

結果：うつ病スクリーニングの実施に先立ち、院内での研修を実施した上で、院内・院外他職種や機関と連携体制を構築し、利用できる保健・医療資源を確認していた。また、スクリーニング陽性患者に対するケースマネジメント・支援のための体制を構築していた。看護師を中心としてスクリーニングを実施した結果、スクリーニングを実施すべきと定めた患者の9割に実施できており、その内8%の患者が中等度以上のうつ病と判断された。実際、これらの患者の殆どが、その後のケースマネジメントに導入されていた。

まとめ：入念な事前準備（研修、体制づくり、連携構築）を行うことで、看護師中心のうつ病スクリーニング・ケースマネジメントへの導入がかかりつけ医院においても実施可能であることが示された。

A. 研究目的

海外では、プライマリ・ケア場面や一般診療科場面においてうつ病の有病率が高く、うつ病に対して多職種協働によるケースマネジメントの有効性が示されている。我が国でも、抑うつ症状尺度を用いた調査等から、かかりつけ医療場面においてうつ病有病率が高いことが予想されていたが、近年、構造化診断面接を用いた調査により、大うつ病の有病率が7.4% (95%信頼区間3.4%から11.4%) という結果が報告され(参照論文: Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Oikawa Y, Kurosawa M, Muramatsu K, Furukawa TA, Yamada M. Prevalence of depression among outpatients visiting a general internal medicine polyclinic in rural Japan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 May-Jun;35(3):286-90)、頻度の高い疾患であることが確認された。更に、同様のセッティングにおいて自記式のうつ病スクリーニング Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) の妥当性が検討され、9項目中1項目目または2項目目を含め5項目以上該当で感度0.42、特異度1.00、上記の有病率7.4%という臨床場面において陽性的中率0.93、陰性的中率0.96という性能が報告されている(参照論文: Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Kawashima Y, Saitoh A, Oikawa Y, Kurosawa M, Muramatsu K, Furukawa TA, Yamada M. Validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 and PHQ-2 in general internal medicine primary care at a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013 Nov-Dec;35(6):592-7)。これらの結果から、我が国においてもかかりつけ病院/医院においてうつ病を同定し、適切なケアへと導入する仕

組みを開発することが重要である。

そこで、本研究では臨床として、看護師中心の多職種によるうつ病スクリーニングとスクリーニング陽性患者に対するケースマネジメントを実施した医院を後方視的に観察し、特にそのスクリーニング部分の実施について検討を行った。

B. 研究方法

外科、整形外科、胃腸科、皮膚科、肛門科を標榜する無床診療所で、臨床として行われた、定期的反復的に実施したうつ病スクリーニングと、それに引き続くうつ病スクリーニング陽性者に対するケースマネジメントの結果を後方視的に観察した。

うつ病スクリーニングは1ヶ月間に受診した外来患者のうち、20才以上で認知症のない患者全例を対象として6ヶ月毎に行われた。2011年4月、10月、2012年4月、10月、以降継続して行われているが、本後方視的観察ではその内の2011年4月および10月に実施されたスクリーニングの結果を集計した。うつ病スクリーニングの実施は、スクリーニング陽性と判断された患者に対するケアが実施可能でない場面では、その実施が倫理的とはいえないという背景に基づき、スクリーニングだけでなく、地域の精神保健・ケアの資源との連携構築、その後のうつ病スクリーニング陽性者に対するケースマネジメントの実施体制の準備など複合的な事前準備の上で行われていた(参照論文: 稲垣正俊、大槻露華、長健、山田光彦. うつ病の発見と治療に必要な、かかりつけ病院と院外資源との連携のために. *日本社会精神医学会雑誌*. 2013年. 第22巻2号. 155-162.)

用いられたスクリーニングツールは PHQ-9 で、スクリーニング陽性基準は、PHQ-9 の 1 項目目または 2 項目目のどちらか少なくとも一方が該当し、合計で 5 項目以上が該当する場合とした。また、医療従事者がその後のケースマネジメントを要すると判断した場合も、うつ病スクリーニング陽性患者に加えて、その後のケースマネジメントの対象と判断された。

本報告では、スクリーニング部分のみ報告するため、ケースマネジメントの詳細は省略する。
(倫理面への配慮)

本後方視的観察に先立ち広島県府中地区医師会生命倫理委員会の承認を得た。個人を特定可能な情報は収集していない。また、本後方視的観察について事前に告知を行って実施した。

C. 研究結果

診察前に看護師を中心としてスクリーニングを実施し、医師が診察時に結果を確認していた。

1 回目および 2 回目のうつ病スクリーニング実施時の全受診患者人数、スクリーニング適格者人数、実施人数を表 1 に示す。

表 1

	1 回目、 1 ヶ月間全適格患者 うつ病スクリーニング実施
全受診患者	435 名
スクリーニング 不適格患者*1	124 名
スクリーニング 適格者	311 名 100%
実施漏れ*2	20 名 6.4%
実施人数	291 名 93.5%

	2 回目 (6 ヶ月後)、 1 ヶ月間全適格患者 うつ病スクリーニング実施
全受診患者	412 名*3
スクリーニング 不適格患者*1	104 名
スクリーニング 適格者	308 名 100%
実施漏れ*2	32 名 10.4%
実施人数	276 名 89.6%

*1 : 20 歳未満、家族のみ受診、在宅往診、認知症、身体的に重篤等 ;

*2 : コンタクトミス、拒否 ; *3 : 1 回目と重複者あり

1 回目と 2 回目のうつ病スクリーニングの両方を受けた患者は 196 名で、1 回目のスクリーニングは受けていないまたは、その期間に受診していないが、2 回目のスクリーニングを受けた患者は 80 名であった。1 回目および 2 回目のスクリーニングを受けたそれぞれ 291 名および 276 名の年齢、性別、身体疾患、過去 4 ヶ月の受診回数はそれぞれ、中央値 70 歳 (範囲 22-96 歳)、71 歳 (31-97 歳)、女性 150 名 (51.5%)、156 名 (56.6%)、高血圧 148 名 (50.9%)、150 名 (54.3%)、腰痛症 84 名 (28.9%)、96 名 (34.8%)、脂質異常症 80 名 (27.5%)、77 名 (27.9%)、過去 4 ヶ月の調査対象医院への受診回数は中央値 6 回 (範囲 : 1-112 回)、8 回 (1-106 回) であった。

1 回目のスクリーニングの結果、14 名 (4.8%) がスクリーニング陽性と判断された。更に、スクリーニング結果は陰性であったがスクリーニングの得点と患者の抱える心理社会的問題から、2 名をその後のケースマネジメントに導入する必要があると医療従事者が判断し、合計 16 名 (5.5%) がその後のケースマネジメントに導入された。

2 回目のスクリーニングの結果、9 名 (3.3%) がスクリーニング陽性と判断された。スクリー

ニング結果は陰性であったが、医療従事者の判断から、更に1名が追加され10名(3.6%)にその後のケースマネジメントが必要だと判断された。1名は1回目のうつ病スクリーニングにより既にケースマネジメントが導入されていたので、新たに残りの9名が導入された。

1回目および2回目のうつ病スクリーニングの得点分布を表2に示す。

表2

	1回目実施の適格者 311名
PHQ-9 スコア 10点以上	24名 8.2%
PHQ-9 スコア 5-9点	57名 19.6%
PHQ-9 スコア 0-4点	210名 72.2%

	2回目実施の適格者 308名
PHQ-9 スコア 10点以上	22名 8.0%
PHQ-9 スコア 5-9点	38名 13.8%
PHQ-9 スコア 0-4点	216名 78.3%

D. 考察

本研究から、かかりつけ医院の外来患者を対象としてうつ病スクリーニングを実施した場合、その後にケースマネジメント等の治療的介入が必要と判断される患者の割合は3-5%という結果を得た。

3-5%という比率は、その後のケースマネジメントが実施可能な人数と考えられる。有病率の少ない疾患においてスクリーニングを実施すると適切な感度および特異度となるスクリーニングカットオフ基準を用いないと、偽陽性を示す患者の比率が高まり、無用な診断を下す危険性が増えるだけでなく、その後の治療的介入を要する患者比率が高まり、人材等を含め医療資源を浪費する危険性もあり得るが、本研究で後方視的に観察したうつ病スクリーニングで用いた

カットオフ基準においては、その問題は大きくないと想像される。

同様に、我が国のかかりつけ病院外来で行われたPHQ-9のうつ病スクリーニング性能およびうつ病有病率に関する研究では、うつ病の有病率は7.4%、今回のPHQ-9カットオフ基準によるうつ病スクリーニング性能は感度0.42、特異度1.00という結果であり、感度が高いことから今回のうつ病スクリーニングでは、偽陽性が少ない結果であると推測される。一方で、感度が低いことから、うつ病でありながら、スクリーニングで偽陰性となり、適切にその後のケースマネジメントに導入されていない症例が存在すると思われる。各かかりつけ病院でその後のケースマネジメントに配置可能な人材等の資源との兼ね合いから、カットオフ基準をどこに設定するのが良いかについては議論が必要であろう。

E. 結論

看護師を中心としたPHQ-9を用いたかかりつけ病院外来患者のうつ病の同定は事前の準備、必要な患者に対するその後のケアの体制を構築した上で、実施可能であった。また、スクリーニング陽性者に対するケースマネジメントの導入は可能であった。今後は、ケースマネジメントの効果の検証が必要となる。

F. 健康危険情報

特記事項無し

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Kawashima Y, Saitoh A, Oikawa Y, Kurosawa