

なく、日本人のエビデンスがないのが現状である。さらに種々の循環器疾患によって病態は異なり、うつの頻度も異なると考えられ、うつに対する介入をどのような患者群に対して行うか検討するために検証が必要と考えられる。本研究の目的は、循環器疾患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の多施設共同研究を行うことである。

アメリカ心臓病学会から冠動脈疾患患者のうつのスクリーニングとして Patient Health Questionnaires (PHQ-9) が推奨されている⁵⁾が、多忙な循環器外来で PHQ-9 を行うのは手間と時間を要することから、うつのスクリーニングとしてまず PHQ-2 による 2 つの質問だけを行い、1 項目でも「あり」の例についてのみ PHQ-9 を行うという方法が 2011 年日本循環器心身医学会から提案された。

本研究のパイロット研究としてわれわれは 303 名の循環器疾患入院患者を対象にうつのスクリーニングとして PHQ-2 を行ったうえで PHQ-9 を行う 2-ステップ方法を行い、循環器疾患患者でも使用可能なことを示した。⁶⁾

今回、循環器疾患患者の対象数を増やし、PHQ-2 を行ったうえで PHQ-9 を行うという 2-ステップスクリーニング方法の有用性について検討した。

B. 研究方法

1 施設（東京女子医科大学病院循環器内科）において 2012 年 6 月から 2013 年 7 月までの循環器疾患を有する入院患者を対象に、PHQ-2 をスクリーニングして行い、1 項目でも「あり」の例については引き続き PHQ-9 を行った。さらに PHQ-9 が 10 点以上の例は 1 か月後に再検を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、東京女子医科大学倫理委員会から承認を得て、本研究に対し文書での同意を得られた患者を対象とした。

C. 研究結果

1,000 名の循環器疾患入院患者を対象とした（年齢 65 ± 16 歳、女性 31%）。32%が虚血性心疾患を有し、38%に心不全の既往があった。67 名が不整脈デバイスの植込みを受けていた。このうち、960 名（96%）が PHQ-2 に回答した。147 名（15%）が少なくとも 1 項目に「あり」とした。このうち 30 名が状態の悪化、せん妄等の問題で除外され、残り 117 名について PHQ-9 を行った。47 名

（55%）が陽性（10 点以上）であり、そのうち 3 名は 20 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。

D. 考察

今回、パイロット試験で実施可能性が認められた PHQ-2 をまず行い、そのうえで PHQ-9 に進む 2-ステップスクリーニング法を用いて循環器疾患を有する入院患者を対象にうつのスクリーニングを行った。本人の病状や精神的問題がない限り、PHQ-2 の回収率は高かった。パイロット研究では、PHQ-2 の回答があった 281 名中 44 名（15%）で 1 項目以上「あり」という結果だった。本研究においても 15%が PHQ-2 で 1 項目以上「あり」とされ、この頻度はほぼ一定したものであろうと思われる。また、PHQ-9 に進んだなかで約半数が陽性であり、これもパイロット試験の結果とほぼ一致した。ただし、入院患者では治療等により精神状態も改善することが予想され、われわれは

PHQ-9 が陽性の例について 1 か月後に再検を行うこととしている。1 か月後の再検時にもスコアが高い例を精神科にコンサルトしたところ、4 名で治療が必要な患者が認められた。

日常の循環器診療のなかで精神科医による治療介入が必要なうつ病患者をスクリーニングする方法として、この 2-ステップスクリーニング法は実用的であると思われる。しかし、PHQ-2 自体はうつ病の検出としての精度は検証されておらず、あくまで現時点では PHQ-9 による鑑別を必要とする患者を振り分けするという位置づけであろう。今後、本事業で循環器疾患外来患者を対象とした多施設共同研究を準備している。この研究の目的は循環器疾患患者におけるうつ病の頻度やその構成因子を明らかにすることである。このため、うつ病のスクリーニング法としては PHQ-9 を採用し、主管である東京女子医科大学倫理委員会の承認を得た。PHQ-2 の質問項目は PHQ-9 の一部であることから、この研究において循環器疾患患者における PHQ-2 質問項目の有用性も検討する予定である。

E. 結論

PHQ-2 および PHQ-9 による 2-ステップスクリーニング法は、循環器疾患患者に対して使用可能で、うつ病のスクリーニングおよび適切な精神科コンサルテーションに役立つかもしれない。

【文献】

- 1) Thombs BD, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 30-38
- 2) Lespérance F, et al. Five-Year Risk of Cardiac Mortality in Relation to Initial Severity and One-Year Changes in Depression

Symptoms After Myocardial Infarction.

Circulation 2002; 105: 1049-1053

3) Whang W, et al. Depression as a predictor for appropriate shocks among patients with implantable cardioverter-defibrillators: results from the Triggers of Ventricular Arrhythmias study. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45:1090-5

4) Rutledge T, et al. Depression in Heart failure. A meta analytic Review of Prevalence, Intervention Effect, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 1527-37

5) Lichtman JH, et al. Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment. *Circulation* 2008; 118: 1768-75

6) 志賀 剛. 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. 平成 24 年度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. P15-18

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

- 1) 鈴木豪, 志賀剛, 萩原誠久. ICD 患者におけるうつ病の持続と性差に関する検討. 第 6 回日本性差医学・医療学会学術集会, 仙台, 2013.2
- 2) 鈴木豪, 志賀剛, 萩原誠久. 循環器領域におけるメンタルケア. シンポジウム身体疾患患者のメンタルケア. 第 19 回日本行動医学会学術総会, 東京, 2013.3

3) Tsuyoshi Suzuki, Tsuyoshi Shiga, Nobuhisa Hagiwara. PHQ screening for depression in Japanese hospitalized patients with heart

disease. The 77th Annual Scientific Meeting of the Japanese Circulation Society. Yokohama, 2013.3

4) Tsuyoshi Suzuki, Tsuyoshi Shiga, Nobuhisa Hagiwara. PHQ-9 Screening for depression in hospitalized patients with heart failure.

European Society of Cardiology Heart Failure 2013, Lisbon, 2013.5

5) 鈴木豪, 志賀剛. 循環器疾患患者のメンタルヘルスケア総論. 日本循環器心身医学会・国立精神・神経医療研究センター・国立循環器病研究センター・ジョイントシンポジウム 循環器疾患患者のメンタルヘルスケア. 第70回日本循環器心身医学会総会, 東京, 2013.11

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

がん患者のための地域連携クリティカルパスの開発

研究分担者 小川 朝生

独立行政法人国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨

研究目的：本研究の主たる目的は、がん患者を対象とした精神疾患（うつ病）に対して、治療担当科と精神科との連携を促進するための連携マニュアルと地域連携パスの作成を目指すことにある。

研究方法：包括的マネジメントシステムを構築し、その実施可能性を検証することをめざし、進行肺がん治療開始時に包括的アセスメントを試行した。

結果：化学療法目的で入院した進行肺がん患者を連続サンプリングし、135名に対して身体アセスメントとあわせて精神症状アセスメントを実施した。全例に実施可能であった。

まとめ：包括的アセスメントとして精神症状に関するアセスメントの実施可能性を検証した。

A. 研究目的・背景

本研究の主たる目的は、がん患者を対象とした精神疾患（うつ病）に対して、治療担当科と精神科との連携を促進するための連携マニュアルと地域連携パスの作成を目指すことにある。

B. 研究方法

がん患者においては、その治療経過のなかでさまざまな身体・精神症状が出現する。国内外の研究により、疼痛・抑うつをはじめとする身体症状・精神症状は、治療のあらゆる段階をとおして60-80%の患者が経験する。がん治療をおこなう上で身体機能にあわせた調整とより細かなモニタリング、治療内容の修正が必要とな

る。がん患者の身体症状・精神症状に対して、がん治療と一体となった症状マネジメントの重要性が指摘されてきた。とくにわが国においては、がん対策のグランドデザインであるがん対策推進基本計画において、「診断時からの緩和ケア」として、全体像を見据えた包括的なアプローチが望まれている。実際、Temelらは、進行肺がん患者に対し診断後早期から包括的な緩和ケア介入を行うことの有効性を無作為化比較試験で検討し、緩和ケア介入群は対照群と比較してQOLの有意な改善に加えて、副次評価ではあるが生存期間中央値の延長したことを報告している。

このような連携を必要とする包括的マネジメントが有効に機能するためには、3つの要件が

ある。すなわち①一貫した目標の設定、②包括的ケアの視点として社会的要因に配慮をしたサービスの編成と提供体制の最適化、③変化を見逃さないモニタリングシステムが埋め込まれていること（連携の空白を作らない）、である。

また早期検出・簡便診断に基づいたマネジメントを実施するためには、複数の医師が連携するだけではなくとの連携だけではなく、看護師による各専門職の役割の調整や、定期モニタリング機能を有する専門職と患者・家族との密接な接触など、多様な連携が必要である。

しかし、上記の有効要件が明らかとなったとしても、モニタリングを定期的に行うには労力がかかりアドヒアランスが確保しづらいこと、治療との調整に時間がかかること、連携したマネジメントは困難であった。事実、がん患者の身体・精神症状に対する多職種協同介入プログラムの有効性は示されてはいるが、運用に必要な人的・時間的・金銭的問題から臨床応用には至っていない。

近年、ICT (Information and Communication Technology)技術が進歩し、医療の領域においては従来の電子カルテを越えた情報共有・連携システムとして機能する可能性が指摘されている。わが国においても厚生労働省と総務省を中心に医療・福祉情報のサービスを検討する委員会が構成され、クラウド等医療情報を外部に保管するガイドラインも策定され、施設を越えて医療情報を共有する情報プラットフォームが開発され導入されつつある。この情報プラットフォームを用いることで、①リアルタイムに情報を共有することが可能となる、②電話と異なり患者の自由な時間にモニタリングをする事が可能となり患者の負担が軽減すること、③簡便な介入を少ない労力でできること、などの利点がある。

その結果、従来医療資源上の制約で実現が困難であった多職種協働マネジメントシステムがより少ない資源で実現可能となる。

そこで、われわれは、わが国でも可能となったクラウドタイプの情報共有プラットフォームを用いて、包括的マネジメントシステムを構築し、その実施可能性を検証することを計画した。今回、本研究では、上記マネジメントシステムのうち、精神症状（うつ病）に特化させ、システム構築の前段階として Patient Held Record に注目し、その原案構築を目指し、その実施可能性を検討した。

(方法)

1. 対象

1.1. 選択基準

選択基準：以下のすべてを満たす患者を対象とする。

(1) がんの診断が臨床的もしくは組織学的に確認されている患者。

(2) 研究参加施設にて受療中の患者

(3) 65 歳以上の患者

(4) 治療の段階が以下のいずれかに該当する患者

① 新たに外科治療を予定する患者

② 新たながん薬物療法（ファーストライン、セカンドライン） 予定の患者

③ 緩和ケア移行を目的に緩和ケア外来を紹介受診した患者

④ 在宅緩和ケアに紹介された患者

⑤ 日本語の読み書きが可能である患者

⑥ 研究参加に関する同意が得られている患者

2. 施行項目

Quick Inventory of Depressive

Symptomatology - Self Report 日本語版 (QIDS-SR)

Quick Inventory of Depressive

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

(倫理面への配慮)

調査に先立ち文書にて人権の擁護に関する十分な説明を行う。すなわち、研究への参加および参加辞退は自由意思であり不参加によるいかなる不利益も受けないこと、また同意後も随時撤回が可能であること、人権擁護に十分配慮した上で個人情報には完全に保護されること、等を説明する。研究成果の公表の際には、個人情報は完全に匿名化し、参加者が特定されることはないように対応する。

C. 研究結果

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

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

った。

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

D. 考察

地域連携のための包括的マネジメントシステムの構築を目標に、精神症状緩和に関する情報共有を目的とした Patient Held Record を開発した。身体症状アセスメントと併せて試行し、その実施可能性を検証した。全例で施行可能であり、実施可能性が示された。

E. 結論

包括的アセスメント構築を目標に、精神症状アセスメント方法を開発し、その実施可能性を示した。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kondo K, Ogawa A, et al: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. Patient Educ Couns, 93(2):350-3,2013
2. Asai M, Ogawa A, et al: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology,22(5):995-1001,2013

3. 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

4. 小川朝生: 一般病棟における精神的ケアの現状. 看護技術,59(5):422-6,2013

5. 小川朝生: せん妄の予防-BPSD に対する薬物療法と非薬物療法-. 緩和ケア,23(3):196-9,2013

6. 小川朝生: 高齢がん患者のこころのケア. 精神科,23(3):283-7,2013

7. 小川朝生: がん患者の終末期のせん妄. 精神科治療学,28(9):1157-62,2013

8. 小川朝生: がん領域における精神心理的ケアの連携. 日本社会精神医学会雑誌,22(2):123-30,2013

2. 学会発表

1. 小川朝生: 高齢がん患者のこころを支える, 第 32 回日本社会精神医学会, 熊本市,2013/3/7, シンポジウム演者

2. 小川朝生: 震災後のがん緩和ケア・精神的ケアの在宅連携, 第 4 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 仙台市,2013/5/19, シンポジウム座長

3. 小川朝生: がん治療中のせん妄の発症・重症化を予防する効果的な介入プログラムの開発, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市,2013/6/21, シンポジウム演者

4. 小川朝生: 各職種の役割 精神症状担当医師, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市,2013/6/22, フォーラム演者

5. 小川朝生: 不眠 意外に対応に困る症状, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市,2013/6/22, 特別企画演者

6. 小川朝生: がん領域における取り組み,

第 10 回日本うつ病学会総会, 北九州市, 2013/7/19, シンポジウム演者

7. 小川朝生: Cancer Specific Geriatric Assessment 日本語版の開発, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8/29, 一般口演

8. 小川朝生: がん患者の有症率・相談支援ニーズとバリアに関する多施設調査, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市,2013/8/29, 一般口演

9. 小川朝生: チーム医療による診断時からの緩和ケア, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8/31, 合同シンポジウム司会

10. 小川朝生: がん治療と不眠, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9/20, ランチョンセミナー演者

11. 小川朝生: 緩和ケアチーム専従看護師を対象とした精神腫瘍学教育プログラムの開発, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市,2013/9/20, ポスターセッション

12. 小川朝生: 個別化治療時代のサイコオンコロジーを再考する, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市,2013/9/20, 合同シンポジウム司会

13. 小川朝生: 高齢がん患者と家族のサポート: サイコオンコロジーに求められるもの, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市,2013/9/20, シンポジウム

14. 小川朝生: サイコオンコロジー入門, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市,2013/9/21, 特別企画演者

15. 小川朝生: がん患者に対する外来診療を支援する予防的コーディネーションプログラムの開発, 第 51 回日本癌治療学会学術集会, 京都市, 2013/10/24, ポスター発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

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

研究分担者 木村 真人

日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科 部長・病院教授

研究要旨

研究目的: 脳卒中急性期病院における脳卒中後のうつ病・うつ状態の実態調査と脳卒中地域医療連携パスに PHQ-9 によるうつ病評価尺度を組み入れ、実際に運用するなかで、問題点を整理し、最善のパスを作成する。

研究方法: 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。

結果: 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。

まとめ: 脳卒中急性期病院における脳卒中患者のうつ病・うつ状態の評価に PHQ-9 は有用であった。また、地域連携パスの運用では維持期医療機関での運用を改善していく必要が示唆された。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

小林 士郎	日本医科大学千葉北総病院 脳神経センター 部長・教授
水成 隆之	日本医科大学千葉北総病院 脳神経センター 准教授
駒場 祐一	日本医科大学千葉北総病院 神経内科 准教授
下田 健吾	日本医科大学千葉北総病院 メンタルヘルス科 講師
大村 朋子	日本医科大学千葉北総病院 脳神経センター 助教
秋山 友美	日本医科大学千葉北総病院 メンタルヘルス科 臨床心理士
鈴木 順一	日本医科大学千葉北総病院 医療連携支援センター マネジメントサポート・スタッフ

A. 研究目的

脳卒中死亡率は急性期治療の進歩とともに低下しているが、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。厚労省研究班の調査によると、そのピークは 2020 年で総患者数は約 288 万人、介護が必要な人も 178 万人に達すると推測されている。脳卒中患者の QOL 向上を考えた場合、脳卒中の予防対策、急性期治療とともに脳卒中後のうつ状態やうつ病に対する対策は急務である。一方、脳卒中患者におけるうつ状態・う

うつ病の有病率は、調査時期や診断方法によってばらつきがあるが、DSM 診断によるこれまでの報告では、脳卒中後の大うつ病が 11~40%で、小うつ病（うつ状態）が 8~44%との報告がある。とくに、急性期脳卒中患者では大うつ病が平均 19.9%、小うつ病が平均 17.6 と報告されている。しかし、わが国の急性期病院における DSM によるうつ病・うつ状態の有病率は、明らかにされていない。

我々は、今回脳卒中急性期病院において、PHQ-9 を用いて急性期脳卒中患者のうつ病・うつ状態の有病率を調査することを目的にし、その治療状況についても検討した。また脳卒中地域連携パスにおける PHQ-9 の組み入れと、その運用における問題点について検討した。

B. 研究方法

日本医科大学千葉北総病院脳神経センターは、SCU12 床・一般病室 39 床を有しているが、脳卒中の患者が入院患者の半数以上を占めている。入院患者において、脳卒中後のうつ病が疑われる場合、病棟看護師が PHQ-9 日本語版“こころとからだの質問票”を用いて点数評価している。その上で、脳神経センターの主治医、担当看護師に加えて、毎週脳神経センターの回診に付いている院内メンタルヘルス科（精神科）の臨床心理士を交えてうつ病・うつ状態の検討を行い、抗うつ薬治療が必要と思われた患者については抗うつ薬治療を行っている。また、診断が難しい患者、抗うつ薬治療を行っても改善が見られない患者、希死念慮などが認められる重症例についてはメンタルヘルス科へ紹介し、精神科医における診断、治療後もお互いに情報を共有して連携を図っている。

今回の対象は、2013 年 5 月~10 月に日本医科大学千葉北総病院脳神経センターに入院した脳卒中患者 183 例である。

また、日本医科大学千葉北総病院脳神経センターでは、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスを用いているが、年間の入院患者における県共用パスの使用状況について検討した。

本研究において県共用パスに PHQ-9 を組み入れたが、今後の問題点を検討して、最善のパスを作成するうえでの課題を明確にする。

C. 研究結果

2013 年 5 月~10 月に日本医科大学千葉北総病院脳神経センターへ入院した脳卒中患者は 183 例（脳梗塞 111 例、脳出血 38 例、くも膜下出血 21 例、その他 13 例）で、PHQ-9 によるうつ病・うつ状態は 11 例（軽症 5 例、中等症 5 例、重症 1 例）で全体の 6%であった。軽症 1 例と中等症 5 例に抗うつ薬（SSRI）が投与され全例うつ状態の改善が示された。重症の 1 例はメンタルヘルス科（精神科）に紹介され治療継続となっている。

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て運用がはじまったが、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。

D. 考察

今回 PHQ-9 でうつ病・うつ状態を認めた患者は、入院患者全体の 6%に過ぎなかった。急性期病院において、うつ病・うつ状態を評価する上での問題点としては、意識障害や中等度以上の失語が認められた場合、PHQ-9 の評価が困難な場合が

少なくないということであった。また身体状態が落ち着いた時点で、回復期病院に転院してしまうためうつ病・うつ状態を評価する前に転院になってしまうことも少なくなかった。

急性期病院におけるうつ病・うつ状態の評価をどの時点で施行するべきかといった問題点が明らかになった。

今回うつ病・うつ状態を PHQ-9 で評価された患者の評価測定日は、入院後 7 日から 44 日で、平均 22 日であった。多くの患者が 2 週間以内に転院してしまうため実際には、PHQ-9 評価ができなかった患者が少なくない。

今後、脳卒中急性期のうつ病・うつ状態の有病率を検討するには、転院後の回復期病院における PHQ-9 によるうつ病・うつ状態の評価が必須であると考えられた。

また、脳神経センターの年間の脳卒中入院患者 501 例のうち県共用パス適用者は 175 例で、パス適用率は 34.9%であったが、以下のような問題点が明らかになった。

パス運用の問題点としては、急性期病院から回復期病院に対して情報提供を行った場合には、地域連携診療計画管理料として 900 点が算定され、回復期病院から計画管理病院に対して情報提供を行った場合には、地域連携診療計画退院指導料 (I) の 600 点と地域連携診療計画加算の 100 点が加算される。したがって、パスの適用については、ほとんどが急性期病院と回復期病院においてであり、かかりつけ医 (生活維持期) までの普及が十分でない。かかりつけ医から計画管理病院に対して情報提供を行った場合には地域連携診療計画退院指導料 (II) として 300 点算定できるが、算定に当たっては関東信越厚生局千葉事務所への届出とともに年 3 回の会合に参加が必要である。

かかりつけ医までパスが普及しない背景としては、算定できることを知らない、施設基準の届け出が煩雑、届出てもかかりつけ医まで回る患者が少なく、割に合わない。年 3 回の会議に参加することが負担。などが挙げられる。

現在パスのなかに PHQ-9 によるうつ病・うつ状態の評価を組み込み、実際の運用が開始されたが、かかりつけ医にもパスを利用するメリットを周知させていくことが重要と思われた。

E. 結論

脳卒中急性期病院における脳卒中患者のうつ病・うつ状態の評価に PHQ-9 は有用であるが、意識障害や失語、入院期間が短いことなどが、PHQ-9 を評価するうえでの問題点であった。また、地域連携パスの運用では維持期医療機関での運用を改善していく必要が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 木村 真人, 小林 士郎, 水成 隆之, 駒場 祐一, 下田 健吾, 秋山 友美 : 【「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(2); 147-154, 2013.05
- 2) 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(2); 50-51, 2013.07

- 3) 下田健吾・【高齢者のうつ病】うつ病と認知症の見分け方・関連性. *Aging & Health* 22(1); 15-18, 2013.04
- 4) (監訳)木村真人:脳卒中における臨床神経精神医学 第2版(ロバート・G・ロビンソン著), 2013, 星和書店, 東京
- 6) 木村真人:見逃すな!脳卒中後のうつ~その病態と治療~. イブニングセミナー. 第54回日本心身医学会総会(パシフィコ横浜) 2013.6.26
- 7) 木村真人:見逃すな!脳卒中後のうつ~その病態と治療~. 第22回日本脳ドック学会総会共催シンポジウム1(仙台 江陽グランドホテル) 2013.6.21

2. 学会発表

- 1) 下田健吾、木村真人:左右放線冠梗塞後の行動障害に対する抗うつ薬治療および反応性. 第10回日本うつ病学会総会(北九州国際会議場) 2013.7
- 2) 木下恵理香、秋山友美、下田健吾、水成隆之、木村真人:脳卒中後うつ病における光トポグラフィ所見. 第10回日本うつ病学会総会(北九州国際会議場) 2013.7
- 8) 木村真人:高齢者うつ病の病態と治療~脳卒中後うつ病を含めて~. 第28回日本老年精神医学会共催企画講演V(リーガロイヤルホテル大阪) 2013.6.5

(学会特別講演)

- 1) 木村真人:脳卒中後のうつとアパシー. 第37回日本高次脳機能障害学会学術総会ランチョンセミナー4(島根県民会館) 2013.11.30
- 2) 木村真人:高齢者うつ病の病態と治療~脳卒中後うつ病を含めて~. 第2回日本精神科医学会学術大会ランチョンセミナー8(大宮ソニックシティ) 2013.11.15
- 3) 木村真人:高齢者うつ病の病態と治療~脳卒中後うつ病を含めて~. 第66回九州精神神経学会・第59回九州精神医療学会ランチョンセミナー3(かごしま県民交流センター) 2013.11.7
- 4) 木村真人:見逃すな!脳卒中後のうつ~その病態と治療~. 第16回日本病院脳神経外科学会ランチョンセミナー8(福山ニューキャッスルホテル) 2013.7.21
- 5) 木村真人:高齢者うつ病における診断と治療. モーニングセミナー. 第54回日本心身医学会総会(パシフィコ横浜) 2013.6.27

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

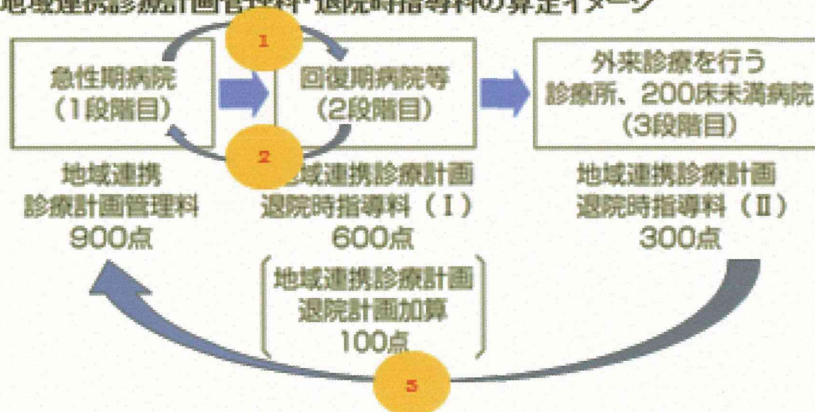
急性期病院における うつ病・うつ状態の評価と治療

• PHQ-9の実施

- 脳卒中入院患者のうちうつ病・うつ状態が疑われ、意識障害がなく、失語が軽度で、検査が可能な患者について実施する。
- PHQ-9が10点以上の場合、メンタルヘルス科(精神科)の心理士による詳細な心理学的検討を行い、脳神経センター主治医が抗うつ薬を投与して、経過をみる。15点以上の重症と思われる場合には、精神科医への紹介を考慮する。

脳卒中地域連携パスの流れ

地域連携診療計画管理料・退院時指導料の算定イメージ



- ① 地域連携診療計画管理料900点
急性期病院から回復期病院に対して情報提供を行った場合に算定。
 - ② 地域連携診療計画退院指導料(I)600点および地域連携診療計画加算100点
回復期病院から計画管理病院に対して情報提供を行った場合に算定。
 - ③ 地域連携診療計画退院指導料(II)300点
かかりつけ医から計画管理病院に対して情報提供を行った場合に算定。
- ※ 算定にあたっては関東信越厚生局千葉事務所への届出が必要。
※ 年3回の会合に参加が必要

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

研究分担者 数井裕光

大阪大学大学院医学系研究科精神医学 講師

研究要旨

研究目的：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した。

研究方法：平成25年2月1日より人口16万人の兵庫県川西市で情報共有ファイル（つながりノート）事業を全市的に開始した。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った。そして導入前と導入5ヶ月後にアンケート調査を行った。

結果：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、連携が比較的良好とれていた患者でノートが導入された。また、精神行動障害が強い患者でノートがよく使用された。家族介護者の35%がノートの使い方がわかりにくかったと回答したが、連絡会により多く参加しノートの使用法を習得したCMの患者でよく使われた。またかかりつけ医のサイン数が多い患者ほど、連携がよくなった。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た。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。

まとめ：広域地域でも情報共有ファイルは有用であるが、使用の頻度は一様ではなかった。効果が得られる人を増やすためには、さらなる使用法の周知が必要であると考えられた。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

清水芳郎	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学 大学院生
吉山顕次	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学 助教
吉田哲彦	大阪大学大学院医学系研究科 精神医学 医員
森上淑美	川西市中央地域包括支援センター 副主幹主任介護支援専門員
藤末洋	川西市医師会 副会長
中村多一	川西市医師会 副会長

A. 研究目的

広域地域の認知症地域連携のために情報共有ファイルを用いた場合の有用性と工夫すべき点を明らかにした。

B. 研究方法

平成25年2月1日より人口16万人の兵庫県川西市で情報共有ファイル（つながりノート）

事業を開始した。つながりノートとは、患者一人に対して一冊作成し、天寿を全うするまで使用することを想定している。ノートは大きく患者情報をまとめる部分と患者に関わる家族、ケアマネジャー（CM）、ケア職員、医師などが、患者に関する出来事、行った治療、対応、ケア、診療内容などを書きあう部分からなる。お互いに書きあう頁は黄色い紙を使ってすぐにわかるようにした。またこの黄色の頁だけは忙しくても皆が読み、そのときにサインをする規則とした。本事業では、川西市で在宅生活を送っている要支援2以上の人にCMを通して、ノート作成希望者を募った。そして導入前と導入5ヶ月後にアンケート調査を行った。5ヶ月間の事業中、1ヶ月間に4回、場所と曜日、時間をかえて、連絡会を開催した。この連絡会では、つながりノートの使用法、運用法などについて参加者間で提案し合いそれを習得した。

（倫理面への配慮）

本研究は認知症患者家族、CM、ケア職員などの個人データおよび、アンケート結果を扱うため、個人情報の秘匿には厳重な管理を行うとともに、解析はデータを匿名化した後に行った。

C. 研究結果

川西市で在宅生活を送っている要支援2以上の条件を満たす人は3073名であった。その中で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名とノートの作成はしなかったがアンケート調査には協力してくれた1138名（対照群）とを比較すると、性別、年齢、要介護度、介護者の年齢には2群間で有意差を認めなかった（表1）。しかしノート使用者の方

が、患者の精神症状が重度で、家族介護者の介護負担度が重く、ノート導入時点での家族から見た連携の円滑さが高かった。

表1 ノート使用者と非希望者との比較

導入前の結果	ノート使用群(N)	対照群(N)	P value
性別(男/女)	143/296 (439)	359/779(1138)	0.69
年齢	82.7±8.2	82.0±9.1	0.15
要介護度	要介護1.7	要介護1.7	0.96
DBD(精神症状) (/112)	20.6±14.9 (352)	15.1±13.8 (860)	<0.001
ZBI8(介護負担感) (/32)	10.3±6.8 (352)	8.8±7.5 (862)	0.001
記入者(介護者)年齢	64.6±11.6 (275)	65.1±11.7 (541)	0.51
家族からみた連携の 円滑さ(/12)	6.8±2.5 (352)	6.1±2.9 (860)	<0.001

ノート使用者の中でもノートの使用頻度は一様ではなかった。ノートの使用頻度を表す指標を複数とりあげ（表2の左欄の項目）、その指標とCMの連絡会参加回数との相関を調べた。本事業ではCMが連絡会に参加し、本事業内容、およびノートの使用法を習得する。そしてCMが家族、ケアスタッフ、かかりつけ医などにノートの使用法、記載法を指導する仕組みとなっている。そこでCMの連絡会参加回数が多い程、連携が円滑になると考えられた。そして、実際、CMの連絡会参加回数が多い程、ノートの使用頻度が高かった（表2）。

また認知症患者の連携において、最も連携がとりにくいのは医師である。そこで医師が連携に積極的に参加している患者では、患者に関わる人達の間での連携がよりよくなっている可能性がある。そこで医師のサイン数と連携の程度（表3の左の欄の項目）との関連を検討した。その結果、医師のノートのサイン数が多い患者ほど、連携がよくとれていた（表3）。

表2 CM連絡会参加回数と連携程度との関係

	CM連絡会参加回数 (rs, p, (N))
家族が黄頁読む頻度(4段階)	0.18, 0.002 (269)
家族が黄頁書く頻度(4段階)	0.12, 0.04 (273)
家族連絡会参加(4段階)	0.21, 0.001 (260)
使用黄頁数(4段階)	0.18, 0.001 (372)
サービス事業所記入数	0.19, 0.002 (270)
医師のサイン数	0.15, 0.02 (270)
CMが黄頁読む頻度(4段階)	0.15, 0.003 (375)
CMが黄頁書く頻度(4段階)	0.17, 0.001 (375)

表3 医師のノートサイン数と連携の程度との関係

	医師のノートサイン数 (rs, p, (N))
家族が黄頁読む頻度(4段階)	0.27, <0.001 (294)
家族が黄頁書く頻度(4段階)	0.39, <0.001 (294)
使用黄頁数(4段階)	0.35, <0.001 (291)
CMサイン数(4段階)	0.34, <0.001 (288)
CMが黄頁読む頻度(4段階)	0.31, <0.001 (294)
CMが黄頁書く頻度(4段階)	0.31, <0.001 (294)
CMからみた連携改善度	0.13, 0.028 (291)

さらにノートの使用頻度と患者の精神症状や介護者の介護負担との関連を調べたところ、ノート使用5ヶ月後の精神症状が強い患者ほどノートの使用頻度が高かった(表4)。しかし患者の年齢や要介護度との間には有意な相関は認めなかった。

表4 精神症状とノート使用頻度との関係

(rs, p, N)	介入前 精神 症状	介入後 精神 症状	介入前 介護 負担	介入後 介護 負担
CMが黄頁 読む頻度(4段階)	0.14 0.017 (305)	0.15 0.016 (274)	0.13 0.03 (305)	
CMが黄頁 書く頻度(4段階)		-0.12 0.04 (274)		
使用頁数 (4段階)		0.16 0.008 (271)		

ファイル導入5ヶ月後のアンケート調査の結果、家族(N=236)の35%が「使い方がわかり

にくかった」と回答した。効果としては、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た」、49%が「患者の状態をより客観的に捉えられるようになった」、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。その他、患者の前では伝えにくい症状を伝えられた、治療方針・症状と薬との関係が明らかになった、複数の介護事業所間の情報共有が円滑になった、家族・介護従事者の介護スキルが上達した、家族の精神安定が得られたなどのコメントが寄せられた。

医師に対するアンケート調査では、黄色い頁を読んだ医師の割合は78%、黄色い頁に書いた医師は57%であった。効果については、日常生活がより具体的にわかるようになった

(51%)、家族、CM、ケアスタッフにアドバイスしやすくなった(43%)、医療と介護の連携がよくなった(41%)であった。

D. 考察

我々は2011年2月から大阪大学病院の周辺地域で59名の認知症患者を対象に情報共有ファイルを使用し、その有用性を検証した。本研究では人口16万人の川西市という大きなフィールドで情報共有ファイルを使用し、どのような工夫をすればファイルが有効に使用できるかを検討しているところである。

今回の結果では、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、医師の41%が連携がよくなったと回答している。従って、今回のような大きなフィールドでも連携ファイルは有用と考えられた。

しかし今回のような大きなフィールドでは、

全てのノート使用者に様にノートを使用させることは困難である。必要な人はよく使い、必要性が低い人はあまり使わないのが自然であろう。そこで今回は、どのような人がノートの作成を希望し、実際に使用した際にはどのような人がよく使ったかを明らかにした。その結果、ノート作成希望者は、家族の介護負担が重く、精神行動障害が強い患者であった。さらにノート使用者の中でも、精神行動障害が強い患者に関わる人の間でよく使用された。要介護度とは有意な関連はなかった。以上よりつながりノートは精神行動障害が強い患者に必要とされることが明らかになった。

次にノートが円滑に使用されるためには CM が連絡会に参加することが必要であった。アンケート調査の結果からもノートの使用法がわからないという家族が 35%存在した。すなわちノートは配布するだけでは使えず、使い方を習得することが重要なのである。今回の事業では、全ての CM が十分に連絡会に参加したわけではなかった。従って、ノートの使用法を利用者に十分周知できたわけではない。また黄色いノートに記述した医師の割合は 57%であった。医師のサインの数が連携の改善の印象に最も効果的であったことから 100%の医師に記述を望みたいところである。今後、CM の連絡会への参加を増やし、かつ医師のノート記載を増やす手立てが必要である。

E. 結論

人口 16 万人に対する全市的導入においても情報共有ファイルは有用である。しかし使用の頻度は一様ではなかった。また円滑に使用するための工夫も必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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(1): 45-51, 2013
- 2) 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(2):109-115, 2013

2. 学会発表

- 1) 数井裕光. みまもり・つながりノート (認知症地域連携クリニカルパス). 2013 年精神疾患医療政策フォーラム (プレ発表会)、長野県佐久市、2013.7.10
- 2) 数井裕光. 認知症診療のための地域連携. 日本プライマリ・ケア連合学会第 27 回近畿地方会、特別講演3、神戸、2013.9.8
- 3) 数井裕光. 認知症診療のための地域連携 ー情報共有ファイルの有用性ー 第 3 回日本認知症予防学会ランチョンセミナー、新潟、2013. 9. 27-29.
- 4) 数井裕光. これからの認知症診療と地域連携. 第 14 回日本クリニカルパス学会学術集会ランチョンセミナー、盛岡、2013. 11. 1
- 5) 数井裕光. 認知症連携における情報共有ファイルの使用経験 第 66 回九州精神神経学会・第 59 回九州精神医療学会ランチョンセミナー 6、鹿児島、2013. 11. 8

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。

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

研究分担者 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

研究要旨

研究目的：自殺未遂者に対する精神医療の質の担保や効率的な支援を提供するために、精神医療地域連携パスを作成して実践する。

研究方法：平成 23 年度より開始された、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、実践していく。

結果：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。

まとめ：自殺未遂者支援の地域支援ネットワークを構築して未遂者を支援していく上で、精神医療地域連携パスのニーズは高い。しかし、関与する機関も多く複雑であるために、今後も様々な要因を勘案して改訂をしていく必要があると考えられた。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

大石 智	北里大学医学部精神科学 診療講師
宮地 伸吾	北里大学医学部精神科学 助教
乾 真美	北里大学医学部精神科学 助教
山田 素朋子	北里大学医学部中毒・心身 総合救急医学 助教
井出 文子	北里大学医学部中毒・心身 総合救急医学 助教

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

上條吉人	北里大学医学部中毒・心身 総合救急医学 特任教授
宮岡 等	北里大学医学部精神科学 教授

A. 研究目的

「自殺未遂歴」は「精神疾患の存在」と並んで、自殺の大きな危険因子のひとつであり、未遂者支援は自殺防止対策を考える上で重要な問題である。実際の未遂者支援は救命センターをはじめとした医療機関内に留まらず、地域の他の医療機関や社会的支援との連携が必要である。従来の救命センターでは、自殺企図による身体的な問題への対応が中心であったが、最近はいくつかの施策や戦略研究などの成果もあって、その後の精神医学的な評価や精神科診療への繋がりが重要視されるようになった。しかし、精神医療側からすると、単純に精神科診療に繋げるだけで問題が解決するわけではなく、その後の行政諸機関をはじめとした社会的支援との連携なくしては真の自殺未遂者支援は成し得ない。

北里大学病院救命救急センターでは相模原市精神保健福祉センターと協力し、自殺未遂者の中で精神医療や社会的支援が必要な症例に対して、いかに円滑に精神医療や行政諸機関（アウトリーチを含む）に繋げることができるかを検討してきた。平成 23 年度には相模原市委託業務として「自殺未遂者地域支援ネットワーク構築に関する研究事業」を行い、救命救急センターに搬送された自殺企図患者に社会的支援利用の適応確認を行い、適応のある症例を社会的支援へ繋げていくシステムの構築を試みた¹⁾。問題点として、①救命救急センター側の繋がりを担当する精神保健福祉士や心理士の役割や権限が曖昧になりやすいこと、②社会的支援側のスキルやメンタルヘルスの問題、③短期入院患者への対応が困難なことなどが挙げられた。これらを解決していくためには、役割をより明確にした自殺対策のための精神保健福祉士や臨床心理士

を医療機関側と社会的支援側の双方に配置することや、そのケースマネージャーを含めた社会的支援に関わるスタッフのスキル向上やメンタルケアを行う体制を充実させること、実際に自殺未遂者と関わっていくためのクリニカル・パスの整備などが重要であると考えられた。そして、①救命救急センター側の繋がりを担当する精神保健福祉士や心理士の役割や権限が曖昧になりやすいこと、②短期入院患者への対応が困難なことなどの問題を整理するために、平成 24 年度の相模原市委託研究事業として「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」と「自殺未遂者を支援する精神保健福祉士を対象とした研修前後での変化に関する調査」が行われた。さらに、平成 25 年度は平成 23 年度で挙げられた問題点③短期入院患者への対応が困難なことに対し、やはり相模原市委託研究事業として、自殺未遂早期退院患者に対する支援ツール研究が行われた。

これらの臨床経験や調査研究の結果を踏まえ、われわれは「自殺未遂者への精神医療の質の担保や効率的な支援を提供するために、精神医療地域連携パスを考案して実践する」という目的で以下の調査・研究を行った。

B. 研究方法

平成 24 年度に北里大学病院救命救急センターへ搬送され、神奈川県寄付講座で設置された中毒・心身総合救急診療チームが診療を行った自殺企図患者に対する調査を後方視的に行い、転帰などを明らかにした。

また、精神医療地域連携パスの作成に関しては、平成 23 年度相模原市委託業務「自殺未遂者地域支援ネットワーク構築に関する研究事業」の結果を基に、参加していただいた救命救急医、