

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

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。方法は、(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」では、かかりつけ医療場面のうつ(PHQ-9が10点以上)は約12人に1人、ケースマネジメント実施対象は6.7%にみられた。外来2型糖尿病患者に対する認知行動療法の血糖改善効果を検討する介入研究を実施した。慢性腎不全患者74例のうち、PHQ-9が10点以上のうつは23%、SCIDによりMDDと診断されたのは2人(2.7%)であった。循環器疾患(CVD)患者における睡眠時無呼吸症候群(SAS)の治療法の1つである経鼻的持続陽圧呼吸療法(CPAP)の導入受諾に関連する因子として、眠気の自覚の程度がCPAP受諾に大きく関係していること、CVD患者ではSASがあっても眠気が少ないことがCPAP受諾の低率に関与していることが推測されるという結果であった。(2)「精神科と身体科等との地域医療連携パス開発」では、がん診療におけるうつ病、救命救急センター退院後における自殺未遂者、循環器疾患患者におけるうつ病、を想定したパスを作成した。また、これまでに開発したツールを用いて、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、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」では、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経た上で全国的な展開を図った。**まとめ:** 本研究で、身体疾患患者への介入研究、大うつ病エピソードの有病率の推計、自記式尺度の診断精度の確認、および身体疾患患者の精神疾患合併用による予後への影響に関する知見を集積するとともに、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
熊野 宏昭	早稲田大学人間科学学術院 教授
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	東海大学医学部専門診療学系精神科学 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
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料を作成する。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)

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、臨床の一環として行われた、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、医院が集計したデータを元に検討した。

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)(熊野分担班)

外来2型糖尿病患者の血糖コントロールの改善、および自己管理行動の促進において、認知行動療法の一つであるアクセプタンス&コミットメント・セラピー(Acceptance and Commitment Therapy: 以下 ACT)が一般的な糖尿病療養指導のみを行った場合よりも有効であるとの仮定に基づき、介入群に集団 ACT と糖尿病療養指導を、コントロール群に糖尿病療養指導のみを、総合時間が同じになるように実施する。評価指標は、介入前後での ACT が、自己管理指標および代謝指標の改善に寄与するかどうかである。

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)

慢性心不全患者において、うつ病の合併は再入院率や死亡率の増加と関連し、患者の生活の質(quality of life :QOL)や生命予後を悪化させる。本研究では、慢性心不全(Chronic Heart Failure : CHF)患者の特徴を明確にするため、うつ病の合併率および、CHF 患者の人格傾向、CHF 患者の抑うつと機能的制限の関連について検討した。

4) 急性心筋梗塞後におけるうつとアルドステロン分泌に関する研究 (水野分担班)

「うつ」はレニン・アンジオテンシン・アルドステロン系の亢進をもたらすことが知られているが、心筋梗塞後に「うつ」が合併するにも関わらず、心筋梗塞後の「うつ」とアルドステロンの関係は明らかでない。そこで、PHQ-9 で調べた急性心筋梗塞患者の「うつ」の程度とアルドステロンの関連を調べ心筋梗塞後「うつ」の病態を調べた。

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)

循環器疾患 (CVD) は睡眠時無呼吸症 (Sleep

Apnea Syndrome: SAS) をはじめとした睡眠障害との関連も深い。しかし、AHI 20 の中等症以上の SAS 患者には自覚症状の有無に問わず CPAP 療法を推奨しても、CVD 患者の経鼻的持続陽圧呼吸療法 (CPAP) の受け入れは良好ではないことが少なくない。我が国における CPAP 療法の保険適応基準である「PSG で AHI が 20 以上」の条件を満たす患者が CPAP 療法を選択するか否かを決定する諸因子についてはこれまで吟味されていない。そこで、CVD 患者における CPAP 療法の導入に関して、その受諾の是非に関連する諸因子を検討した。

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)

循環器疾患外来患者でのうつ状態を把握し、うつの頻度および抑うつと治療アドヒアランスとの関係を検討するため、循環器内科外来通院中の患者 1000 例を対象にうつの調査 (Patient Health Questionnaires-9, PHQ-9) と臨床背景、服薬アドヒアランスのアンケート (Siegal scale) を施行し、無投薬あるいはアンケート未記入 35 例を除く 965 例を解析した。

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：がん患者のための地域連携クリティカルパスの開発 (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を目指し、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・試行した。今回、このマネジメントシステムのうち、精神症状 (うつ病) に注目し、試行を踏まえたシステムの修正と、地域への公開に向けた

関連部門との調整を行った。

- 2) 脳卒中領域：脳卒中地域連携パスにおける PHQ-9 を用いたうつ病・うつ状態の評価と運用実績（木村真人分担班）

脳卒中治療における急性病院である日本医科大学千葉北総病院・脳神経センターと回復期病院である八千代リハビリテーション病院と新八千代病院において、PHQ-9 を用いたうつ病・うつ状態の評価とともに、抗うつ薬治療の状況を調査する。

- 3) 認知症領域：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（数井分担班）

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）を使用して認知症診療連携を行っているが、導入 1 年半後の状況を把握するため、平成 26 年 6-8 月に導入時と同様のアンケート調査を家族介護者、ケアマネジャー（CM）、医師会の医師に対して行った。

- 4) 救命救急（精神医療）領域：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（山本分担班）

「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こと」を目的に、平成 26 年度は地域の実情にあったモデルを作成した。すなわち、神奈川県央部の東海大学病院において 自殺企図で入院となった症例に対する社会支援のニーズに関する調査、自殺再企図のリスクファクターに関する研究、地域連携のための地域社会資源に関する調査を行った。

- 5) 循環器領域：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（平

田分担班）

循環器疾患のメンタルケアに対して、循環器科—精神科の地域連携モデルを作成するため、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た。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を開始した。

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) 救急場面における自殺未遂者への対応に関する研究（三宅分担班）

救急場面における自殺未遂を含む精神疾患を有する救急患者について、初療にあたる救急医療スタッフが、いくつかの典型的症例を通して多職種で学べる教育コースを開発し、全国開催に向けて準備を行った。前年度までのトライアルコースと試験的な指定施設での開催を通じて実現性を高め、アンケート調査とスタッフ間の反省からノウハウを集積し、今後の開催に向けた継続的な改訂を行った。

- 2) 信頼性確保の検討（山崎分担班）

大学病院医療情報ネットワーク（UMIN）研究センターは、平成 25 年 11 月 28 日からすべての研究者が活用できる症例データレポジトリ（ICDR=Individual Case Data Repository）の運用を開始した。このシステムは、UMIN 研究センター（木内貴弘教授）、臨床研究支援センター（山崎力）、臨床疫学研究システム学講座（小出大介准教授）が共同で企画・設計したものである。

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）

うつ病スクリーニング陽性の23名と、スクリーニングは陽性ではなかったが、その後のケースマネジメントに追加すべきと医師が判断した2名を加えた25名がケースマネジメントの対象となった。6ヶ月間のコンタクト回数とその中央値は9回（範囲2-100回）であった。PHQ-9得点はスクリーニング時点では中央値16点（範囲7-27点）であったが観察最終時点では6点（0-16点）に減少していた。

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）（熊野分担班）

2014年6月～8月の期間中、適格基準を満たした20歳以上70歳未満の外来2型糖尿病患者を連続リクルートした。介入研究への参加同意が得られた55名を無作為に介入群（集団認知行動療法（Acceptance and Commitment Therapy：ACT）と集団糖尿病療養指導、30名）とコントロール群（集団糖尿病療養指導のみ、25名）に分けて介入を行った。現在介入後3ヶ月目のフォローアップデータを収集中である。

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）

研究参加に同意した者74例（男性51例、女性23例）のうち、SCIDによりMDDと診断されたのは2人（2.7%）であった。SCIDを用いてMDDの有病率を調査した研究と比較すると、われわれのサンプルにおけるMDDの有病率は低かった。CHF群は対照群と比較して、固執（ $p=0.011$ ）は有意に低かった。TCI-125を用いて得られた人格傾向は、臨床感覚と一致していた。

4) 急性心筋梗塞後におけるうつとアルドステロン分泌に関する研究（水野分担班）

心筋梗塞2週後にPHQ-9で評価された「うつ」

は高頻度であったが、程度は軽かった。

PHQ-9の値とアルドステロン値には、有意な相関はなかった。ただし、高齢者を除いた例を比較すると、弱い負の相関が認められた。

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）

CPAP受諾は年齢や性差、AHIや中枢性無呼吸の重症度、心機能、睡眠構築などとは関連性は薄く、睡眠の維持に何らかの支障をきたし、

日中の眠気を自覚しQOLが低下している閉塞性の無呼吸が主体のケースで多く導入される。逆に言えば、CVD患者では重症度の高いSASを合併しても、睡眠の分断や眠気の自覚がなければCPAP療法の必要性を感じにくい。CVD患者にCPAP療法を薦める際には、仮に眠気がなくても「SASが心機能や心疾患の予後に影響する可能性」について十分に説明する必要がある。ただし、そのエビデンスはまだ不十分である。CVD患者のSAS合併例の大半はこのような「無症候性」であり、無症候性のSASの治療がその後の心血管イベントや長期予後にどのように寄与するのか、今後明らかにしていくことが重要である。

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）

対象患者の背景は年齢が 66 ± 13 歳、女性28%、虚血性心疾患30%、左室駆出率 $49\pm 9\%$ 、就労48%、独居13%であった。うつは63名（6.5%）、ノンアドヒランスは187名（19%）に認めた。服薬アドヒランスの構成要因について多重ロジスティック解析を行ったが、うつとの有意な関連はなかった。

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：がん患者のための地域連携クリティカルパスの開発（小川分担班）

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、地域での公開までの行程を確定させた。

2) 脳卒中領域：脳卒中地域連携パスにおける PHQ-9 を用いたうつ病・うつ状態の評価と運用実績（木村真人分担班）

脳卒中地域医療連携パスを用いた PHQ-9 によるうつ病・うつ状態の評価によって、急性期病院においては 25.5% うつ病・うつ状態と判定され、そのうち 15 例（41.7%）に抗うつ薬治療が開始され症状の改善を認めた。回復期病院においては、29.7% がうつ病・うつ状態と判定され、そのうち 4 例（28.6%）に抗うつ薬治療が行われていた。今後さらに長期的な調査が必要であるが、うつ病・うつ状態の発症頻度はこれまでの報告と同程度であることが示唆された。今後の課題として、PHQ-9 におけるうつ病・うつ状態の評価後の実際の治療状況や転帰についても検討していく必要があると考えられた。

3) 認知症領域：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（数井分担班）

つながりノートの使用の条件を満たす人は導入時に 3073 名いたが、このうち導入時のアンケート調査に協力してくれた人はノート使用者の中の 439 名であった。1 年半後にノートを継続使用し、アンケート調査に協力してくれた家族介護者は 122 名であった。家族が中止する理由として患者が落ち着いているから、医師が多忙

そうなので依頼しにくいからなどがあった。本事業の効果については、ノートの使用を継続した家族介護者において、「認知症の医療や介護について、現時点で必要な情報を手に入れられている」、「患者さんの認知機能障害をよく把握できている」と答えた人がノート導入前に比べ有意に増加していた。またノートを継続して使用した家族介護者のそれぞれ 64%、67%、36% がケアマネジャー（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。つながりノートは有用であると考えられるが、1 年半の間、使用し続けている人は、最初の使用者の約 1/4 であった。必要な人が必要なときに使用するという使用法でよいと思われるが、このノートが全市的に周知できていない可能性も有り、広報の方法を検討する必要があった。

4) 救命救急（精神医療）領域：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（山本分担班）

a) 救命センターの医療圏が複数の市・保健所の管轄に跨る場合には、窓口やサービスの内容が地域によって異なるために、必要なサービスを斡旋して繋いでいく精神科ソーシャルワーカーが重要であること、b) 自殺再企図患者は退院後に精神科医療機関に継続通院している症例も多く、精神科医療機関との再企図予防策などについての検討が必要であること、c) パス導入のためには医療機関・地域社会資源を含めた定期的な検討会・勉強会などが必要であることなどが明らかとなった。精神医療地域連携パスの作成・運用は地域の実情に合わせた形で行われることが重要であり、有効なパスを作成・運用していくためには地域情報の確保、関係する職種

のスキルアップとサポート体制などが重要であると考えられた。

5) 循環器領域 (平田分担班)

平成 26 年度は 5 回の研究会を実施した。既に策定した 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) の実践を検討し、連携ツールとして【心臓とこころの連携シート】を作成した。今後、より具体的な地域連携の実践を目指す。

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) 救急場面における自殺未遂者への対応に関する研究 (三宅分担班)

救急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) については、トライアルコースが終了し、本年度はさらに全国的な展開を図った。また自殺未遂者ケア研修は、厚労省主催 3 回に加え日本臨床救急医学会の主催 1 回の実績を上げた。精神科を専門としない身体科救急医療スタッフが、少なくとも翌朝あるいは週明けまで、精神科専門医がいない状況でも、精神科問題への標準的な対応ができるようになることで、身体合併症を有する自殺未遂者および精神科患者が、夜間、週末に、身体科救急医療施設において身体的問題、精神科の問題双方に対し安心して受診できるようになる研修資材として活用された。

2) 信頼性確保の検討 (山崎分担班)

すべての研究者が活用できる症例データレポジトリ (ICDR=Individual Case Data Repository) は、研究者が、臨床研究症例の匿名化したオリジナルデータセットを UMIN サーバに保管し、UMIN 研究センターがその内容を第三者に担保するものであり、1) 臨床研究データの散逸防止

と長期保存 2) 臨床研究データの質の担保 3) 新たな知見を得るための統計解析リソースとしての活用が可能となる。

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」として、かかりつけ医療場面のうつ (PHQ-9 が 10 点以上) は約 12 人に 1 人、ケースマネジメント実施対象は 6.7% であった (稲垣分担班)。外来 2 型糖尿病患者に対する認知行動療法の血糖改善効果を検討する介入研究を実施した (野田分担班) (熊野分担班)。慢性心不全患者 74 例のうち、PHQ-9 が 10 点以上のうつは 23%、SCID により MDD と診断されたのは 2 人 (2.7%) であった (木村宏之分担班)。循環器疾患 (CVD) 患者における経鼻的持続陽圧呼吸療法 (CPAP) の導入受諾に関連する因子として、眠気の自覚の程度が CPAP 受諾に大きく関係していること、CVD 患者では SAS があっても眠気が少ないことが CPAP 受諾の低率に関与していることが推測される結果であった (内村分担班)。本研究において、かかりつけ病院・医院でのうつ病スクリーニング (稲垣分担班・野田分担班) と、その後のケースマネジメント (稲垣分担班) が実施可能であることが確認されたことは、成果のひとつと考えられる。

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」として、がん診療におけるうつ病 (小川分担班)、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）、循環器疾患患者におけるうつ病（平田分担班）を想定したパスを作成した。また、これまでに開発したツールを用いて、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）、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」として、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、全国的な展開を図った（三宅分担班）。

E. 結論

本研究班では、（1）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、都道府県の保健医療施策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, Hattori H, Kazui H, Taguchi M, Ikeda M. Integrating psychiatric services into comprehensive dementia care in the community. *Open J Psychiatry* 2015 (in press).

【稲垣 正俊】

2) 稲垣正俊. うつ病・自殺対策における一般診療科の役割と精神科との連携. *公衆衛生* 78: 264-268, 2014.

【野田 光彦】

3) 峯山智佳、野田光彦. 糖尿病コンサルテーションブック 各論 精神科. 別冊プラクティス 医歯薬出版株式会社: 123-132, 2014.

4) 峯山智佳、野田光彦. 糖尿病とうつ病. *Depression Strategy* 4(2): 13-16, 2014.

5) 峯山智佳、野田光彦. 糖尿病と精神疾患の疫学. *Diabetes Frontier. 特集「糖尿病と精神疾患」* 25 (3): 261-268, 2014.

【水野 杏一】

6) 福間長知、加藤和代、水野杏一、伊藤弘人. うつと心筋梗塞. *臨床と研究* 91: 615-618, 2014.

【内村 直尚】

7) 小鳥居望、石田重信、橋爪祐二、小城公宏、森裕之、川口満希、弥吉江理奈、福本義弘、杉雄介、室谷健太、内村直尚、伊藤弘人. 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. *心身医学* 54: 230-241, 2014.

【志賀 剛】

8) Kobayashi S, Nishimura K, Suzuki T, Shiga T, Ishigooka J. Post-traumatic stress disorder and its risk factors in Japanese patients living with implanatable cardioverter defibrillators: A preliminary examination.

Journal of Arrhythmia 30: 105-110, 2014.

9) Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, Kobayashi S, Suzukib S, Nishimura K, Suzuki A, Minami Y, Ishigooka J, Kasanuki H, Hagiwara N. Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. *Journal of Cardiology* 64: 456-462, 2014.

【小川 朝生】

10) Nakanotani T, Akechi T, Takayama T, Karato A, Kikuuchi Y, Okamoto N, Katayama K, Yokoo M and Ogawa A. Characteristics of elderly cancer patients' concerns and their quality of life in Japan: a Web-based survey. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 44(5): 448-455, 2014.

11) Yokoo M, Akechi T, Takayama T, Karato A, Kikuuchi Y, Okamoto N, Katayama K, Nakanotani T and Ogawa A. Comprehensive assessment of cancer patients' concerns and the association with quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 44(7): 670-676, 2014.

12) Umezawa S, Fujisawa D, Fujimori M, Ogawa A, Matsushima E, Miyashita M.

Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2014 Oct 6. [Epub ahead of print]

13) 小川朝生. がんとうつ病の関係. *看護技術* 60(1): 21-24, 2014.

14) 小川朝生. 精神科医療と緩和ケア. *精神医学* 56(2): 113-122, 2014.

15) 小川朝生. 高齢がん患者のサイコロギー. *腫瘍内科* 13(2): 186-192, 2014.

16) 小川朝生. 患者・家族へのがん告知をどう行つか. *消化器の臨床* 17(3): 205-209,

- 2014.
- 17) 小川朝生. DSM-5. プロフェッショナルがんナーシング 4(4): 402, 2014.
- 18) 小川朝生. CAM. プロフェッショナルがんナーシング 4(4): 403, 2014.
- 19) 小川朝生. HADS. プロフェッショナルがんナーシング. 4(4): 404-405, 2014.
- 20) 小川朝生. いまや、がんは治る病気. 健康 365 10:118-120, 2014.
- 21) 小川朝生. 急性期病棟における認知症・せん妄の現状と問題点. 看護師長の実践! ナースマネージャー 16(6): 48-52, 2014.
- 22) 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(1). CBnews management. 2014.
- 23) 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(2). CBnews management. 2014.
- 24) 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(3). CBnews management. 2014.
- 25) 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(4). CBnews management. 2014.
- 26) 小川朝生. 認知症～急性期病院が向き合うとき(5). CBnews management. 2014.
- 27) 小川朝生. 認知症患者のがん診療. 癌と化学療法 41(9): 1051-1056, 2014.
- 28) 比嘉謙介、小川朝生. 肝臓に対する栄養療法と精神腫瘍学. 臨床栄養 125(2): 182-185, 2014.

【木村 真人】

- 29) Shimoda K, Kimura M. Two cases of emotional disorder after middle cerebral artery infarction showing distinct responses to antidepressant treatment. Neuropsychiatric Disease and Treatment 10, 965- 970, 2014.
- 30) 木村真人. 脳卒中後うつ病の診断と管

- 理. X.脳卒中に伴う諸症状とその管理. 最新臨床脳卒中学(上) - 最新の診断と治療 -. 日本臨牀 72(増 5), 624-629, 2014.
- 31) 木村真人. 脳卒中後のうつとアパシー. 臨床リハ 23(5): 484-490, 2014.
- 32) 下田健吾、木村真人. 【日常診療に役立つうつ病の知識】身体疾患と合併したうつ病の治療 脳卒中. 臨牀と研究 91(5): 619-624, 2014.
- 33) 木村真人. 【特集 高齢者の神経疾患と「うつ」】脳血管障害と「うつ」. 老年精神医学雑誌 25(1): 25-33, 2014.
- 34) 木村真人、長束一行. 特集「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」脳卒中: うつ病の診断と治療. 看護技術 60(1): 35-38, 2014.

【数井 裕光】

- 35) 数井裕光、武田雅俊. 認知症クリニカルパスの基本的な考え方と情報共有ノートを用いた地域連携システムの運用経験. eらぼーる (<https://www.e-rapport.jp/team/clinicalpath/sample/sample22/01.html>), 2014.

【山本 賢司】

- 36) 山本賢司. リエゾン精神医学と地域連携 - 自殺未遂者支援のための地域ネットワークについて -. 精神科 24(4): 454-460, 2014.

【三宅 康史】

- 37) Kishi Y, Otsuka K, Akiyama K, Yamada T, Sakamoto Y, Yanagisawa Y, Morimura H, Kawanishi C, Higashioka H, Miyake Y, Thurber S. Effects of a training workshop on suicide prevention among emergency room

nurses. Crisis 35: 37-361, 2014.

38) 三宅康史. 救急医療における自殺未遂者ケアの現状と展望. 公衆衛生 78: 256-263, 2014.

39) 三宅康史. 救急医療における精神症状の評価と初期診療～PEEC コースの導入. 日本精神科病院協会雑誌、巻ページ未 ; 2014年7月号.

40) 岸泰宏. PEEC(psychiatric evaluation in emergency care)教育コースの普及とコンサルテーション・リエゾン精神科医の関与. 日本臨床救急医学会雑誌 17: 575-578, 2014.

41) 三宅康史. 救命救急医による自殺未遂者支援. 精神科治療学 30 (投稿中), 2015.

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