

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 勝治, 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, 河嶋 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
------------	-------------------------	------------

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、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。PHQ-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。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、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、かかりつけ医療場面のうつ病、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、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」の一環として、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が終了した。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）

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

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(数井分担班)

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 (野田分担班)

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 (山本分担班)

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 (三宅分担班)

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 (平田分担班)

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 (熊野分担班)

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 (三宅分担班)

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 (山崎分担班)

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 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、連携が比較的良好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、医療機関側の PSW、心理士の役割と権限がわかりづらい、社会的支援側のスキルやメンタルヘルス対策、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料を作成することである。

第 1 に、「臨床研究」の一環として、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)、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)、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)、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、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)(三宅分担班)、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、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料の作成」の一環として、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(熊野分担班)、さらに 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(三宅分担班)。

E. 結論

本研究班では、(1) 6 つの研究分担班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 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ジタルマネジメント 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

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	308名 100%

適格者	
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 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. doi:

10.1016/j.genhosppsych.2013.08.001.

Epub 2013 Sep 9. PMID: 24029431

- 2) 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. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.11.013. Epub 2013 Jan 23. PMID: 23351527 [PubMed - in process]
- 3) 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.
- 4) 長健、大槻露華、原田千恵美、畠山みゆき、三宅潤子、光成郁子、五阿弥倫子、山田光彦、稲垣正俊。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.

2. 学会発表

なし

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

特記事項無し

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

分担研究者 野田 光彦

国立国際医療研究センター病院 糖尿病研究部長

研究要旨：

臨床研究

糖尿病患者ではうつ病の有病率が健常人より高いことが報告されているが、糖尿病診療現場では過小評価されている可能性があることが指摘されている。また既報のうつ病有病率はその評価法によって大きく異なる。本研究では自己記入式うつ病評価尺度と半構造化面接法を併用することによって、本邦における糖尿病患者のうつ病有病率を正確に評価することを目標とする。同時に、日本人糖尿病患者に併存するうつ病をスクリーニングする場合の、半構造化面接法(SCID)を確定基準とした自己記入式うつ病評価尺度 PHQ-9 の診断精度を評価する。

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(パス)の開発

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。

研究方法：

臨床研究

外来糖尿病患者(男性:20-75 歳、女性:20-75 歳)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。

結果とまとめ：

臨床研究

‘09 年度に本研究計画を策定し、国立国際医療研究センター倫理委員会における承認を取得した。同年度内に SCID を行う臨床心理士を公募し、’10 年 3 月にかけて SCID のトレーニングと糖尿病の研修を行った。’10 年度～’12 年度は外来糖尿病患者におけるうつ病有病率調査を実施した。

【結果】’13 年 3 月 31 日までに、’10 年度に SCID の研修および糖尿病の講習を受けた 3 名の臨床心理士の協力のもと(’12 年 9 月から 1 名追加し計 4 名)、20 歳以上 76 歳未満の外来糖尿病患者で適格基準を満たした症例(本研究への参加同意が得られた症例、日本語での読解、解答に問題のない症例、認知機能障害(アルツハイマー型、脳血管性)のない症例、うつ病の増悪による入院加療の必要や、自殺の危険性がない症例、統合失調症の診断による治療歴がない症例)を連続登録し、計 275 症例に PHQ-9 と SCID を実施した。このうち臨床心理士による SCID の quality control ができたと判断される 2011 年 1 月～2013 年 3 月に調査を実施した 245 例について解析した。

調査実施症例の糖尿病の型は 1 型糖尿病: 3.3%、2 型糖尿病患者:90.0%、その他の糖尿病:7.8% で、男性:58%、平均年齢:64.4 歳、平均罹病期間は 10.4 年であった。調査実施対象群は平均 BMI:24.4 と軽度肥満傾向があり、平均 HbA1c(NGSP)値:7.1%、平均収縮期血圧:127mmHg、平均 HDL:53mg/dL と代謝指標のコントロールは比較的良好な患者集団であった。調査実施症例には比較的行った糖尿病合併症として福田分類 A1 以上の網膜症を 17%に合併したほか、3A 期以上の腎症を 10%、神経障害を 29%、大血管障害を 11%に合併していた。有痛性神経障害を有する症例や透析療法期の症例は含まれなかった。その他、悪性疾患の治療歴を有する症例が 10%、内分泌疾患を合併している症例が 2.4%であった。

精神・心療内科受診歴を有する症例は 12%含まれており、うち現在も通院している症例は 11%であった。上記以外で現在内科からベンゾジアゼピン系睡眠導入剤を処方されている症例が 6%含まれていた。

糖尿病に対する治療内容は、食事・運動療法のみが 8%、インスリン治療中（併用例も含む）が 19%、経口血糖降下薬を使用している患者が 85%で、経口血糖降下薬を使用している症例における平均使用種類数は 2.0 種類であった。GLP-1 製剤を使用している症例も 4 例含まれていた。人口統計学的変数について、高等学校卒業相当以上の教育を受けているものが 78.4%を占めていた。婚姻歴のある症例が 91.3%を占め、独居者は 21.4%であり、国民健康保険受給者の割合が 53.1%と高かった。

PHQ-9 のカットオフ値を 10 としたところ、PHQ-9 が陽性（PHQ-9 値 \geq 10）の症例を 245 例中 22 例（9.0%）に認められた。PHQ-9 陰性群（PHQ-9 値 $<$ 10）と PHQ-9 陽性群の患者背景を比較したとき、PHQ-9 陽性群で調査時年齢が有意に若く（PHQ-9 陽性群：57 歳 vs 陰性群：65 歳 $p=0.00$ ）、女性の占める割合が高く（54.5% vs 40.4%）、収縮期血圧が低かった（116mmHg vs 128mmHg）ことに加え、より肥満傾向が強く、収縮期血圧が低く、糖尿病罹病期間が短い傾向が認められた。一方社会経済的因子については、PHQ-9 陽性群では spearman のノンパラメトリック検定で生活保護を受給している者の割合が有意に高く、QOL 指標（EQ-5D）は有意に低下していた。なお、PHQ-9 陽性群には、現在気分障害の診断にて精神科通院中の症例が 59.1%（13 例）含まれていた。重回帰分析を用いた解析では、PHQ-9 の実際値は調査時年齢、BMI、HbA1c、生活保護受給、QOL 指標（EQ-5D）と独立に相関することが示された。

PHQ-9 値 \geq 10 でかつ SCID の結果でも現在の大うつ病性エピソード（MDE）が陽性と判断されたのは 8 例、PHQ-9 値 $<$ 10 でかつ SCID によって MDE が陽性と判断されたのは 2 例、よって SCID で現在の大うつ病性エピソードありと判定されたのは合計 10 例（4.1%）であった。これより、PHQ-9 の大うつ病エピソードに関する感度：80%、特異度：94%、陽性反応的中度：36.4%、陰性反応的中度：99.1%と計算された。

本研究では全調査結果を糖尿病の主治医にフィードバックし、SCID で現在の MDE ありと判断され、かつ精神科に通院していない症例は、糖尿病主治医から精神科受診勧奨していただくこととした。すでに受診勧奨を受けた患者（4 例）について、精神科受診を拒否した症例はなかった。また緊急性の高い精神症状の併存が疑われる症例については、調査開始前の精神科との環境調整において、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っているが、現在までに精神科救急への紹介を要した重篤な症例は認めなかった。

【考察】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性エピソード陽性と判断された症例が 4 例報告され、現在精神科に通院していない者 218 例中 1.8%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。本研究では、PHQ-9 の得点は「生活保護受給」、「BMI」と正の相関を、「調査時年齢」、「HbA1c」、「QOL 指標」と負の相関関係を示していた。本研究では、SCID で大うつ病性エピソードありと判断された患者で精神科に通院していない症例に対し、糖尿病主治医から精神科受診勧奨していただくこととした。また緊急性の高い精神症状の併存が疑われる症例については、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体制の検討を同時に行っている。今後、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から精神科コンサルテーションまでの流れを構築し、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。

研究協力者氏名

峯山 智佳	国立国際医療研究センター国府台病院	内科	糖尿病・内分泌外来	非常勤職員
本田 律子	国立国際医療研究センター病院	糖尿病研究部	先駆的医療推進室	医長
三島 修一	国立国際医療研究センター国府台病院	第一内科		医長
柳内 秀勝	国立国際医療研究センター国府台病院	第三内科		医長
塚田 和美	国立国際医療研究センター国府台病院			副院長
亀井 雄一	国立精神・神経医療研究センター病院	精神科		医長

A . 研究目的

糖尿病患者ではうつ病の有病率が健常人より高いことが報告されているが、糖尿病診療現場では過小評価されている可能性があることが指摘されている。また既報のうつ病有病率はその評価法によって大きく異なる。本研究では自己記入式うつ病評価尺度と半構造化面接法を併用することによって、本邦における糖尿病患者のうつ病有病率を正確に評価することを目標とする。同時に、日本人糖尿病患者に併存するうつ病をスクリーニングする場合の、半構造化面接法 (SCID) を確定基準とした自己記入式うつ病評価尺度 PHQ-9 の診断精度を評価する。

次いで、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。

B . 研究方法 (倫理面への配慮)

[研究デザイン]

本研究は外来糖尿病患者におけるうつ病有病率を評価する横断研究である。

[実施場所]

国立国際医療研究センター国府台病院外来病棟

[対象(選択基準、除外基準)]

20 歳以上 76 歳未満の外来糖尿病患者

除外基準:

1. 本研究への参加同意が得られないもの
2. 日本語の読解に問題のある患者
3. 認知機能障害 (アルツハイマー型、脳血管性) がある患者
4. うつ病の増悪による入院加療が必要な患者や、自殺の危険性がある患者
5. 統合失調症の診断による治療歴がある患者

患者の登録方法:

20 歳以上 76 歳未満の外来糖尿病患者で、除外基準のいずれにも抵触しない患者を研究登録適格例として連続登録する。

[主要なアウトカム指標とその測定方法]

対象者におけるうつ病の有病率を評価する。評価方法として、研究対象者全員に自己記入式うつ病評価尺度 (PHQ-9) と半構造化面接法 (SCID) を施行し、うつ病の確定診断を行う。

なお、面接法を実施する心理士には PHQ-9 の得点は開示しない。

[副次的アウトカム指標とその測定方法]

自己記入式うつ病評価尺度 (PHQ-9) と半構造化面接法 (SCID) 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診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。同時にピッツバーグ睡眠調査票 (PSQI) を施行し、睡眠状態を把握する。

[観察スケジュールおよび測定方法の記載]

- 1) 糖尿病の診断を受け当院内科外来通院中で、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、PSQI を同日内に施行する。
- 2) 対象患者の主治医には、質問紙法を実施する日と同日に以下の 3 質問からなるアンケートを実施する。
 - (1) 当該患者が抑うつ症状を有していると考え (2 点)
 - (2) 当該患者が抑うつ症状を有している疑いがある (1 点)
 - (3) 当該患者は抑うつ症状を有しないと考える (0 点)

このアンケート結果は、主治医が担当患者の心理状態について抱いている印象と、PHQ-9、SCID の結果との相関を評価するのに用い、糖尿病臨床医が患者の抑うつ症状の有無をどの程度正確に把握できているかを評価する。

なお、この時点では主治医には PHQ-9 の結果は開示していないものとする。

[中止基準]

今回の研究への参加を辞退したいとの申し出、同意の撤回があった場合は中止とする。

[目標症例数]

本研究での目標症例数は 200 名以上とする。

[研究期間(登録期間、追跡期間)]

約 3 年間とする。

[統計学的事項(解析対象集団、解析項目・方法)]

本研究は横断研究であり、研究対象者全例を解析対象とし、対象者のうつ病有病率、および自己記入式うつ病評価尺度によるうつ病診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。

[倫理面への配慮]

本研究は 2008 年 12 月現在におけるヘルシンキ宣言、臨床研究の倫理指針に基づいて行われる。研究参加はあくまでも個人の自由意思によるものとし、研究への同意参加後も随時撤回可能であり、不参加による不利益は生じないこと、個人のプライ

バシーは厳密に守られることについて開示文書を用いて十分に説明するものとする。

・インフォームドコンセント

患者への説明:登録に先立って、担当医は患者本人に国立国際医療研究センター倫理審査委員会の承認が得られた説明文書を渡し必要事項の説明を行う。

・本研究への参加に際しては、本研究実施計画書及び患者への説明文書が国立国際医療研究センターの倫理審査委員会で承認されることを必須とする。

・本研究に関する個人情報患者診療データであり、施設外に漏洩しないように当院の通例に則って個人情報を保護する。

[有害事象発生時の対応]

日常診療の範囲内での調査であり、有害事象が生じた際は適切な処置を行うが、研究としての補償はない。

C . 研究結果

1.患者背景

'10年4月1日~'13年3月31日の期間に、国立国際医療研究センター国府台病院内科、糖尿病・内分泌外来に、6ヶ月以上糖尿病で定期通院している20歳以上76歳未満の患者のうち、カルテ記載から除外基準に抵触していないことが推測された295名に対し、本調査への協力を依頼した。295名中20名が除外基準に抵触することが新たに判明するか、もしくは参加を辞退したため、実際にPHQ-9とSCIDを実施したのは275名であった。参加を辞退した患者の中には1型糖尿病が3例、大うつ病性障害の診断にて調査時点で他院精神科通院中の症例が2例含まれていた。さらに2名がSCID実施中に調査の中断を申し出たため、最終的に調査を完遂したのは273名であった(図1)。このうち調査中に台湾出身であることが判明した症例(1例)、リクルートから調査日までに76歳を超過した症例(1例)、調査日に当院に入院していた症例(1例)、糖尿病罹病歴(確定診断から調査日までの期間)が6か月未満の症例(1例)は、調査を完遂していたが解析からは除外した。さらに、'10年以内に調査を実施した26例については、SCIDを行う臨床心理士のQuality controlが十分でないと判断し、SCIDの結果のみ今回の解析から除外している。(26例中1例は調査中断症例、1例は解析から除外した症例と重複) 調査を完遂し解析を行った245例の内訳は1型

糖尿病3.3%(SPType1を1例含む)、2型糖尿病患者90.0%、その他の疾患、条件に伴う糖尿病7.8%であった(表1)。

245例中男性の占める割合は58%であり、年齢は 64.4 ± 8.7 歳、糖尿病罹病期間は 10.4 ± 8.1 年であった。BMIは 24.4 ± 4.1 と軽度肥満傾向があり、HbA1c(NGSP)値: $7.1 \pm 1.0\%$ 、収縮期血圧: 127 ± 16 mmHg、HDL値: 53.2 ± 15.2 mg/dLと、代謝指標のコントロールは比較的良好な患者集団であった。

糖尿病合併症は、何らかの網膜症を指摘されている症例を17.1%、3A期以上の腎症を10.6%に認めた。神経障害は29.8%に認めた。神経障害について自覚症状(下肢のしびれ)を訴える症例が2例含まれていた(糖尿病網膜症、腎症、神経障害の判定については表2下の付則を参照のこと)。大血管障害の既往と治療歴がある症例は11.0%含まれていた。有痛性神経障害を有する症例や透析療法期の症例は含まれなかった。

その他、悪性疾患の治療歴を有する症例が10%、内分泌疾患を合併している症例が2.4%であった。精神・心療内科受診歴を有する症例は12%含まれており、うち現在も通院している症例は11%であった。上記以外で現在内科からベンゾジアゼピン系睡眠導入剤を処方されている症例が6%含まれていた。

糖尿病に対する治療内容は、食事・運動療法のみが8.2%、インスリン治療中(併用例も含む)が19.2%、経口血糖降下薬を使用している患者が85%で、経口血糖降下薬を使用している症例における平均使用種類数は2.0種類であった。GLP-1製剤を使用している症例も4例含まれていた。

人口統計学的変数について、高等学校卒業相当以上の教育を受けているものが78.4%を占めていた(表2)。喫煙について現在喫煙中、もしくは現在禁煙中だが過去に喫煙歴を有する症例の割合は男性で圧倒的に高く、79.7%にのぼった。反対に女性においては、全く喫煙歴のない症例が76.5%を占めていた。婚姻歴のある症例が91.3%を占め、独居者は21.4%であった('10年の国勢調査において65歳以上人口に占める「高齢単身世帯」の割合は16.4%、「単身世帯」が一般世帯に占める割合は32.4%である)。医療保険については、国民健康保険に加入している症例の割合が全国平均と比較して高く(53.1%)、生活保護受給者は8.1%であった。

2.結果

2-1 PHQ-9

調査を完遂した 245 例において、PHQ-9 のカットオフ値を 10 としたところ、PHQ-9 が陽性 (PHQ-9 値 10) の症例を 245 例中 22 例 (9.0%) に認めた。

2-2 代謝関連データ

PHQ-9 陰性群 (PHQ-9 値 < 10) と PHQ-9 陽性群の患者背景を比較したとき、PHQ-9 陽性群で平均年齢が 57.0 ± 11.5 歳、PHQ-9 陰性群の平均年齢が 65.1 ± 8.1 歳と、PHQ-9 陽性群の方が有意に若かった ($p=0.001$) (表 3)。加えて女性の占める割合が高く (54.5% vs 40.4%)、収縮期血圧が低かった (116mmHg vs 128mmHg)、BMI は PHQ-9 陽性群: 26.2 ± 4.7 、PHQ-9 陰性群: 24.2 ± 4.0 ($p=0.27$)、糖尿病罹病期間は PHQ-9 陽性群: 7.6 ± 6.2 年、PHQ-9 陰性群: 10.7 ± 8.2 年 ($p=0.87$) と、有意ではないものの PHQ-9 陽性群で肥満傾向が強く、糖尿病罹病期間が短い傾向が認められた。その他の性比や糖尿病の型、治療内容、合併症の有無 HbA1c (NGSP) 値、血圧、HDL 値については、両群間に有意差を認めなかった。

2-3 人口統計学的データ

一方社会経済的因子については、PHQ-9 陽性群では spearman のノンパラメトリック検定で生活保護を受給している者の割合が有意に高く (PHQ-9 陽性群 vs PHQ-9 陰性群 生活保護の受給率: 27.3% vs 6.3%)、QOL 指標 (EQ-5D) は有意に低下していた (0.607 ± 0.10 vs 0.877 ± 0.142) (表 4)。なお、PHQ-9 陽性群には、現在気分障害の診断にて精神科通院中の症例が 59.1% (13 例) 含まれていた。重回帰分析を用いた解析では、PHQ-9 値は「BMI」、「生活保護受給」、「大学進学」と正に、「調査時年齢」、「HbA1c」、「QOL 指標」と負に、それぞれ独立かつ有意に相関することが示された (表 5、6)。

2-4 SCID

PHQ-9 値 10 点の症例 22 例中、PHQ-9 値 10 がかつ SCID の結果でも現在の大うつ病性エピソード (major depressive episode: MDE) が陽性と判断されたのは 8 例、PHQ-9 値 < 10 がかつ SCID によって MDE が陽性と判断されたのは 2 例、よって SCID で現在の MDE ありと判定されたのは合計 10 例 (4.1%) であった。

SCID にて現在の大うつ病エピソードありと判断された症例 (MDE 陽性群 $n=10$) と現在の大うつ病エピソードなしと判断された症例 (MDE 陰性群

$n=235$) の患者背景を比較したとき、MDE 陽性群で「調査時年齢」が有意に若いことに加え、「収縮期血圧」が有意に低いことが示された。また有意ではないものの MDE 陽性群で肥満傾向が強かった。これ以外の糖尿病関連データについて両群間に有意差を認めなかった。

社会経済的因子については、MDE 陽性群で「大学に進学した」、「独居である」、「医療保険として生活保護を受給している」、「現在喫煙している」者の割合が有意に高く、EQ-5D 値が有意に低いことが示された。(表 7、8)

以上 PHQ-9 と SCID を用いた調査の結果から、PHQ-9 の大うつ病エピソードに関する感度: 80.0% 、特異度: 94.0% 、陽性反応的中度: 36.4% 、陰性反応的中度: 99.1% と計算された。(表 9)

2-5 精神科との連携

本研究では、SCID で現在の MDE ありと判断された患者で精神科に未受診例に対し、糖尿病主治医から精神科受診勧奨していただくこととした。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。

3. 研究の実施状況

'10 年 4 月 1 日 ~ '13 年 3 月 31 日の期間に、「外来糖尿病患者におけるうつ病有病率調査」への協力同意が得られた 275 名に対し PHQ-9 と SCID を完遂した。なお、'10 年 4 月 1 日 ~ 12 月 31 日の期間中は、臨床心理士の SCID トレーニングと Quality control を目的に、精神科

専門医が7例の同席面接を行うと同時に、臨床心理士と精神科専門医による症例検討会を1回実施しており、当該期間中については、抑うつ指標としてPHQ-9のみを解析した。本臨床研究のリクルートは、13年3月末日をもって終了した。

D. 考察

わが国の糖尿病患者数は近年増加し続けており、平成19年国民健康・栄養調査では、糖尿病が強く疑われる人と糖尿病の可能性が否定できない人を合わせた数が約2,210万人に及ぶと報告された。一方うつは、平成18年度厚生労働科学研究によると、ICD-10分類によるわが国のうつ病の生涯有病率は6.6%、12ヶ月有病率が2.1%と報告されている。これら2つの臨床調査の結果を踏まえると、うつ病合併糖尿病患者は非常な患者数に上る可能性があると考えられる。

うつ病と糖尿病は、その有病率の高さから両疾患が併存しやすいというだけでなく、それぞれの発症や予後に双方向性に影響し合っている可能性が高いことが近年明らかにされつつある。Andersonらによる横断研究のメタ解析では、糖尿病患者ではうつ病の有病率が約11%と、糖尿病のない群と比較し2~3倍うつ病有病率が上昇していたと報告されている(Diabetes Care 2001 24: 1069-1078)。さらに、前向き縦断研究のメタ解析を行ったMezukらによると、糖尿病患者におけるうつ病発症の相対リスクは1.15(95%CI: 1.02-1.30)、反対にうつ病患者における糖尿病発症の相対リスクは1.60(95%CI: 1.37-1.88)であったと報告されている(Diabetes Care 2008 31(12): 2383-2390)。

糖尿病患者にうつ病が併存することの問題点として、身体予後・生命予後に関するものとしては、血糖コントロール不良(高血糖状態)に陥りやすいこと、肥満、高血圧や脂質異常症といった他の慢性疾患の合併率も上昇すること、網膜症、腎症、神経障害などの糖尿病慢性合併症を高率に合併すること(Psychosomatic Med. 2001 63:619-630、Diabetes Care 2000 23: 934-942)、虚血性心疾患による死亡に加えて全死亡も増加すること(PLOS ONE 2013 vol8(3) e57058)などが挙げられている。このようにうつ病合併糖尿病患者で身体予後が増悪する背景要因の一つには、うつ病合併糖尿病患者では治療へのアドヒアランス、コンプライアンスが低下していることが影響していると想定

されているが(Diabetes Care 2004 27(9): 2154-2160)、結果としてこのような患者群では医療費も著明に増加するなど、身体的、社会的な負担が増大することが問題である。

上述したような世界の潮流に対し、本邦におけるうつ病合併糖尿病患者の現状を把握するための大規模な研究は、これまでほとんどなされていない。外来糖尿病患者に対する診断的面接法を用いた大規模なうつ病の有病率調査としては、本研究が初の試みとなる。本研究では、うつ病合併糖尿病患者を早期にスクリーニングし、よりよい身体予後を確保するために適切な治療を提供するための第一歩として、まず本邦の外来糖尿病患者におけるうつ病有病率を可能な限り正確に評価して、その結果を情報発信していくと同時に、糖尿病診療場面における抑うつ症状のスクリーニング法(本研究ではPHQ-9)の評価を行うことを第一の目的としている。

今回は10年4月1日~13年3月31日までの36ヶ月間に、外来糖尿病患者206例の協力を得て調査を実施し、その結果を解析した。PHQ-9陰性群とPHQ-9陽性群を比較したとき、PHQ-9陽性群で調査時年齢が有意に若く、女性の占める割合が高く、収縮期血圧が低かったことに加え、より肥満傾向が強く、糖尿病罹病期間が短い傾向が認められた。また社会経済的因子については、PHQ-9陽性群で生活保護を受給している者の割合が有意に高く、QOL指標(EQ-5D)は有意に低下していた。PHQ-9陽性群には、現在気分障害の診断にて精神科通院中の症例が59.1%(13例)含まれていた。重回帰分析を用いた解析では、PHQ-9値は「BMI」「生活保護受給」「大学進学」と正に、「調査時年齢」「HbA1c」「QOL指標」と負に、それぞれ独立かつ有意に相関することが示された。

上述したように既報では、糖尿病患者におけるうつ病有病率は診断的面接法を用いた場合11%と報告されている。しかし今回の調査の結果では、PHQ-9スコアが10点以上と中等度以上の抑うつ症状の併存が疑われる症例が9.0%、SCID module Aにて大うつ病エピソードの基準を満たした症例が4.1%と、既報と比較してうつ病併存症例は低率であった。この原因として、一つには本調査の対象者が既報と比較して代謝指標のコントロールが比較的良好な患者群であったことが考えられる。また、研究結果の中で述べたようにPHQ-9値は患者が利用できる社会的サポート資源や社会・経済的因子と独立に相関することから、調査対象集団の居住地域(千葉県市川医療圏)の

生活環境の影響が大きいと推測された。加えて、本調査は半構造化面接法を用いているために、自己記入式質問紙法のみを用いた調査方法と比較して、精神医学的問題を抱えた者にとっては調査協力が困難が伴う内容であったことが、交絡因子として影響した可能性が否定できなかった。調査に非協力的であったり、半構造化面接において面接者が困難を感じたりするような症例にこそ、精神医学的問題を抱える症例が多く含まれている可能性が高いと推測されることから、実臨床において自記式質問票などを用いたスクリーニングを行う際には、コミュニケーション技法など医療従事者が十分な面接技術を有している必要があると考えられた。

本研究では、既報で指摘されている、PHQ-9 スコアと代謝コントロール指標、大血管障害の有無、インスリン使用の有無との明らかな相関も、認めることができなかった。この原因として、第一に本研究では PHQ-9 陽性群の割合が既報と比較して低値であるために、統計学的検出力が低かった可能性があげられる。

第二に、本調査の対象者は、重篤な合併症が併存している場合でも著しい QOL の低下を訴えたり、自覚症状としての苦痛を訴えたりする症例がほとんど含まれていなかったことが挙げられる。重篤な合併症の併存や既往があったりインスリン治療を行ったりしている症例であっても、QOL が維持される程度に病状が管理されている場合や、予後に対する期待が保たれ不安がそれほど高くない場合には、PHQ-9 スコアに影響しない可能性があると考えられた。

第三に、本調査に協力した、大うつ病性障害の診断のもとで精神科治療中の症例は、精神症状が比較的安定していた症例が多かったこと、さらに調査実施施設の特徴として精神科と内科の連携が密であることによって、PHQ-9 スコアが高い症例であっても代謝指標が比較的早期から、良好にコントロールされ、合併症進展予防対策が早期から実施されている可能性が推測された。これは精神医学的な問題を抱える糖尿病患者に対して、精神科と内科の包括的医療を供給していることが、精神・身体医学的予後の両方に良い作用を及ぼす可能性が高いことを示唆する結果であると考えられる。

非常に重要なポイントとして、社会的サポート資源の有無が糖尿病患者におけるうつ病併存リスク増加の危険因子となることが指摘されたことが挙げられる。本研究では PHQ-9 陽性群で「生活保護を受給している者」の割合が有意に高いことが示された。「生活保護の受給」については、SCID にて

MDE 陽性と判断された群においても有意差をもってその占める割合が増加していることが示された。

本研究は横断研究であるために、社会的サポート資源の有無と PHQ-9 スコアの因果関係に言及することはできない。しかし少なくとも社会的サポート資源を受けることの薄い症例は、特にうつ病併存の高リスク群としてスクリーニングする必要があると判断される。このことはアメリカ糖尿病学会の勧告(Standards of Medical Care in Diabetes 2011)には記載されているものの、「日本糖尿病学会編 糖尿病治療ガイド 2010:糖尿病治療上特に精神医学的配慮が必要な状況」内では未だ言及されていない点である。検査データや治療内容などの医学的情報だけでなく、患者のプライバシーや利益を侵害しない範囲内で経済的、社会的資源に関する情報も把握しておくことの必要性も、今後検討されなければならないであろう。

本調査では糖尿病診療場面における自己記入式質問紙法(PHQ-9)による現在の MDE の診断精度を評価している。PHQ-9 の外来糖尿病患者におけるうつ病検出感度は 80.0%、特異度 94.0%、陽性反応的中度:36.4%、陰性反応的中度:99.1%と算出された。このことから PHQ-9 は、日本人の糖尿病診療場面においてもうつ病スクリーニング法として高い有用性が期待できると推測される。PHQ-9 は約 2~5 分の所要時間で対象患者自身による記載が可能で、実施コストを抑えて多数の患者に実施することができることに加えて、糖尿病診療に携わる医療スタッフにかかる負担も少ない。今回の調査では証明されなかったものの、うつ病の合併は代謝コントロールの増悪、重篤な糖尿病合併症の合併率の上昇、大血管障害による死亡率や全死亡の増加に有意に相関することが既に報告されている。以上を踏まえ、糖尿病診療場面におけるうつ病の見落としを減らし、抑うつ症状を有する症例には早期から適切な精神医療を提供できるようにすること、それによって糖尿病の身体予後も良好に維持するために、PHQ-9 を有効に活用していくことが必要であると考えられる。

本研究では、身体科で実施した調査によって現在の MDE ありと判断され、精神科未通院の症例に対して、可及的速やかに適切な精神医療が提供できるよう、糖尿病主治医に全調査結果をフィードバックする(結果から緊急の対応を必要とすると判断される場合には、調査当日中に主治医に連絡する)、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

る体制を整えている。これまでのところ、精神科救急への紹介を必要とするような重篤な新規MDE症例は見出されていない。また、糖尿病主治医から精神科受診勧奨していただいたところ、精神科受診を拒否する症例はなく、身体科でのうつ病スクリーニングから精神科受診勧奨までの手順は大きな齟齬なく実施されている。このような対応が可能であった一因は、調査実施機関における精神科診療体制が、常勤医がいる、精神科医数が比較的多いなど、平均的な総合病院と比較して充実していることに依るところが大きいと推測される。このことは、今後、院内の環境整備を考える上では大きなメリットである一方、地域連携パスへの発展の可能性を検討する場合には、同病院内モデルを単純に移植することができないという問題が発生する。特に地域の単科医療機関同士の連携を想定するとき、以下のような諸問題の発生が想定される。

患者数やニーズと比較して地域の精神科医の数が少ない場合、身体科でスクリーニングを実施しても精神科の予約が取れなかったり、緊急性の高い精神症状を有すると推測される患者に速やかに適切な精神保健医療を提供することができない可能性がある、総合病院内と異なり、身体科医師と精神科医師間で「顔の見える」関係を構築する機会が少なく、患者を紹介する際に医療機関の選定に困ったり、患者に自信をもって受診を勧められない可能性がある、紹介する際に精神科医が求める、必要な情報が明確でない、紹介しても患者が本当に受診しているかどうかを確認することが難しい、身体科精神科間での情報のやり取りに時間がかかるため、時として身体科医療従事者が精神症状など専門の診療以外への対応を求められる可能性があり、これにはまた逆のパターンもあるため、身体科、精神科ともに疲弊する危険性がある、といった、どの地域医療現場でも指摘されている諸問題をどのようにクリアしてことが可能か、地域の医師と意見交換する必要があるであろう。また、仮に併診がなったのちも、変化する病状や診療内容などの情報共有をもれなく迅速に、確実に、かつ安全に実施するための方策や、身体疾患に併存するうつ病の患者は、精神症状以外の主観的健康観に影響する因子（社会経済的因子や身体症状など）によって抑うつ症状が修飾されている可能性が高いが、単科医療機関からなる地域医療機関でも多職種による関わりを可能にするための方策など、互いの診療の質を高めるための新たな工夫が必要になると考え

られる。

これらについては、来年度以降、実際に地域での身体科 - 精神科連携を実施している地域の医療従事者との意見交換等を通じて、さらに問題を抽出し、地域連携パスへの発展の可能性を検討する予定である。

E . 結論

PHQ-9とSCIDを同日実施して評価した外来糖尿病患者のうつ病有病率は既報と比較して低率であった。PHQ-9スコアと糖尿病の病型、代謝データ、糖尿病合併症の有無、インスリン使用の有無の間には有意な相関を認めなかったが、PHQ-9陽性群で調査時年齢が有意に若く、女性の占める割合が高く、収縮期血圧が低いことに加え、より肥満傾向が強く、糖尿病罹病期間が短い傾向が認められた。また、PHQ-9陽性群では生活保護を受給している者の割合が有意に高く、QOL指標(EQ-5D)は有意に低下していた。以上から、社会的サポートの有無が糖尿病患者におけるうつ病併存リスク上昇の危険因子となっている可能性が示唆された。PHQ-9スコア10点をカットオフ値とした場合に、PHQ-9の外来糖尿病患者におけるうつ病検出感度は83.0%、特異度94.0%、陽性反応的中度36.4%と感度、特異度ともに優れており、糖尿病診療場面においてもうつ病スクリーニング法として高い有用性が期待される結果であった。

F . 健康危険情報

特記すべきものなし。

G . 研究発表

1 . 論文発表

- 1) 峯山智佳、野田光彦：Depression Frontier 2012 Vol.10 No.1 p69-75 トピックス 糖尿病とうつ病
- 2) 峯山智佳、野田光彦：日本臨床 2012年70巻増刊5 最新臨床糖尿病学(下)号524~527 「最新臨床糖尿病学(下) 糖尿病学の最新動向」7. 糖尿病に起因・関連する疾患 7)うつ病
- 3) 峯山 智佳、野田 光彦：月間糖尿病 2013 Vol.5 No.10 p14-21 「わが国の糖尿病の趨勢」
- 4) 峯山 智佳、野田 光彦：日本社会精神医学会雑誌 2013 22(2) p138-146 「糖尿病と精神疾患に関する地域連携の構築と問題点」

5) 峯山 智佳、野田 光彦：日本老年医学会雑誌 2013 Vol.50 No.6 p744-747 「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」

2. 学会発表

1) 峯山智佳、奥村泰之、伊藤弘人、野田光彦：第55回日本糖尿病学会年次学術総会「自記式質問紙票と半構造化面接法を併用した外来糖尿病患者のうつ病有病率の検討」2012年5月19日ポスター発表 P-195 於：パシフィコ横浜 展示ホール BC

2) 峯山智佳、奥村泰之、伊藤弘人、野田光彦：第27回日本糖尿病合併症学会「包括的なうつ管理のための研修プログラム;「糖尿病に併存するうつを見落とさないために～包括的なうつ管理のためのプログラム(第2回):導入編～」」2012年11月3日 於：アクロス福岡

3) 峯山 智佳、野田 光彦：「第19回行動医学会」2013年3月8日 シンポジウム4 身体疾患患者のメンタルヘルスケア 「糖尿病領域におけるメンタルヘルスケア-うつ病併存糖尿病患者に対する取り組み-」 於：東邦大学大森キ

キャンパス

4) 峯山 智佳、野田 光彦：「第55回日本老年医学会学術集会」2013年6月6日 パネルディスカッション 4 (日本精神医学会合同) 高齢者医療とうつ「糖尿病とうつ」 於：大阪国際会議場 特別会議場

5) 野田光彦：「第10回日本うつ病学会総会」2013年7月19日 シンポジウム1 身体疾患領域で求められる精神科医療：ナショナルプロジェクトから 「糖尿病領域での取り組み」 於：北九州国際会議場

6) 峯山智佳、山之内芳雄、野田光彦：「第28回日本糖尿病合併症学会」2013年9月14日 包括的なうつ管理のための研修プログラム;「糖尿病に併存するうつを見落とさないために～包括的なうつ管理のためのプログラム(平成25年度第1回/通算第3回):導入編～」 於：旭川グランドホテル

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし。

資料

参考文献

- 1) Musselman DL. *et, al*: Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment. *Biol. Psychiatry* 2003 54:317-329
- 2) Anderson RJ. *et, al*: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001 24: 1069-1078
- 3) De Groot M. *et, al*: Association of Depression and Diabetes Complication : A Meta-analysis. *Psychosomatic Med.* 2001 63:619-630
- 4) Lustman PJ. *et, al*: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of literature. *Diabetes Care* 2000 23: 934-942
- 5) Le TK. *et al*: Resource use among patients with diabetes, diabetic neuropathy, or diabetes with depression. *Cost Eff. Resour. Alloc.* 2006 4:18
- 6) Ciechanowski PS. *et, al*: Depression and diabetes: impact of depressive simptoms on adherence, function and consts. *Arch Intern Med* 2000 160:3278-3285
- 7) Lin EH. *et, al*: Relationships of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004 27:2154-2160
- 8) Golden SH, *et, al*: Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA* 2008 299(23):2751-2759
- 9) Petrak F. *et. al*: Treatment of depression in diabetes: an update. *Curr Opinion Psychiatry* 2009 22:211-217
- 10) Ismail K. *et, al*: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycemic control in patients with type2 diabetes. *The Lancet* 2004 363: 1589-1597
- 11) Gregg J.A. *et al*: Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2007 75 : 336-343
- 12) Mezuk B. *et al*: Depression and type2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008 31(12): 2383-2390
- 13) Egede L.E. *et al*: Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care* 2005 28(6): 1339-1345
- 14) Gonzalez JS. *et,al*: Depression and Diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008 31(12): 2398- 2403
- 15) Lin E. H. *et,al*: Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004 27(9): 2154-2160
- 16) Kroenke K. *et,al*: The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *J. Gen Intern Med.* 2001 16(9): 606-613
- 17) Neuwen A, *et al*: Type 2 diabates mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia.* published online 2010 sep 28
- 18) Golden SH.; A review of the evidence for a neuroendocrine link between stress, depression and diabetes mellitus. *Curr Diab Rev.* 2007 3(4): 252-259
- 19) Sartorius N. *et,al*: Effect of intervensions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010 32: 380-395

書籍

「糖尿病治療ガイド<2012-2013.>」日本糖尿病協会編 文光堂 2012

「精神医療」38・62号 vol.137 特集 精神科クリティカルパス論 批評社 2011

「日本精神科病院協会雑誌」vol.30 No.12 特集 動き始めた地域連携パス 日本精神科病院協会 2011

リクルート期間:2010年4月～2013年3月31日

20歳以上76歳未満の外来糖尿病患者

【除外基準】

1. 本研究への参加同意が得られないもの
2. 日本語の読解に問題のある患者
3. 認知機能障害(アルツハイマー型、脳血管性)がある患者
4. うつ病の増悪による入院加療が必要な患者や、自殺の危険性がある患者
5. 統合失調症の診断による治療歴がある患者

本調査への参加同意が得られなかった患者:計20例

(除外基準の2.～5.に相当する症例は除く)

1型糖尿病 :3例(男性2例、女性1例)

2型糖尿病 :16例

その他の糖尿病:1例(RAIに対するステロイドDM)

MDDの診断にて精神科通院中の患者2例、MDDと統合失調様障害が併記されている症例1例、COPDにてHOT導入中の患者1例を含む。

「難聴のため語の発音が明瞭でなく、調査担当者による聞き取りが困難と判断される症例」、「咽頭がん術後で発声器を使用している症例」、「脳出血後表現性失語症の症例」は除外基準の2.に相当すると判断して除外した。

リクルート患者:275例

PHQ-9、SCIDを全例に同日実施

調査からの脱落者:2名
2型糖尿病患者(SCIDの中断)

解析から除外したもの:4名
リクルート以降調査実施前に76歳となった症例、台湾出身症例、入院中症例、糖尿病罹病期間(確定診断以降)が6か月未満

PHQ-9の結果を解析した症例数:269例

臨床心理士のquality controlが十分ではないと判断されたため、SCIDの結果を解析対象から外した症例:26例(脱落症例1例、除外症例1例含む)

PHQ-9およびSCID両方の結果を解析した症例数:245例

図 1 Flow Chart of Participants

表1 代謝関連データ (H22年4月~H25年3月31日)

Variables		Mean±SD	Range
Age (years)		64.4±8.7	39.25-76.42
Sex (Female %)		42 (female102/245)	
Type of diabetes	Type1 (%)	3.3 (SPTtype1:1)	
	Type2 (%)	90.0	
	Others (%)	7.8	
Duration of diabetes (yr)		10.4±8.1	0.67-36.0
Therapy	Use of insulin (%)	19.2	
	Diet and Exercise (%)	8.2	
Major Complication	Retinopathy (≥A1 %)	17.1	レーザー治療後:18 硝子体手術後:2 失明:2データなし:8
	Nephropathy (≥stage3A %)	10.6	
	Neuropathy (%)	29.8	
	Cardiovascular disease (%)	11.0	
BMI		24.4±4.1	17.1-37.3
HbA1c (NGSP) (%)		7.1±1.0	5.4-12.4
Systolic BP (mmHg)		127.0±16.4	93-182
Diastolic BP (mmHg)		71.2±11.5	39-100
HDL (mg/dL)		53.2±15.2	30-123

BMI: body mass index, HbA1c: hemoglobin A1c, BP: blood pressure

糖尿病神経障害の有無は『糖尿病性多発神経障害(distal symmetric polyneuropathy)の簡易診断基準、糖尿病性神経障害を考える会(2002年1月18日改訂)』に基づき判定した。

付則：糖尿病慢性合併症の判定

1 糖尿病網膜症の判定は、当院眼科に定期受診している症例については眼科カルテの記載を参照した。他院眼科かかりつけの場合には、網膜症手帳に記載されている最終診察時の結果を参照するか、患者本人から医師に受けた説明の内容を聴取した。

2 糖尿病腎症のステージは過去6カ月以内に測定した尿定性、尿中アルブミン/クレアチニン比、血清クレアチニン値、推算糸球体濾過率(eGFR)から判定した。糖尿病と診断を受ける前から尿タンパクが陽性だった症例は判定不能に分類した。

3 糖尿病神経障害の有無は『糖尿病性多発神経障害(distal symmetric polyneuropathy)の簡易診断基準、糖尿病性神経障害を考える会(2002年1月18日改訂)』に基づき判定した。

表2 人口統計学的変数 (H22年4月~H25年3月31日)

Variables		Mean±SD	Range
Social factor			
Educational level	Junior high school	21.2	
	High school	45.3	
	College (University)	33.1	
Family (Solitude %)		21.4	
Marriage (unmarried %)		8.7	
Insurance (%)	国民健康保険	53.1	
	後期高齢者	8.2	
	組合管掌保険	13.1	
	生活保護	8.1	
	その他	17.5	
Smoking (%)	ex-smoker	24.9	男性: 52例、女性: 9例
	current smoker	31.4	男性62例、女性15例
	never	43.7	男性29例、女性: 78例
Sleep (hr)		6.5±1.4	2.5-10
EQ-5D		0.853±0.16	0.370-1.0

調査を実施した群は独居率、未婚率が低く、国民健康保険受給者の割合が高かった。

EQ-5D: Euro QOL 既報における日本人外来糖尿病患者のEQ-5D値は「合併症なし」群で0.884 (95% CI 0.855-0.914) 「合併症あり」群で0.846 (95% CI 0.817-0.874) と報告されている
Value Health 2006 Jan-Feb; 9(1) :47-53

表3 PHQ-9 陽性例の特徴（代謝関連データ）

		PHQ-9 ≤ 9 (n=223)	PHQ-9 ≥ 10 (n=22)	P value
Age (years)		65.1 ± 8.1	57.0 ± 11.5	0.00
Sex (Female %)		40.4	54.5	0.00
Type of diabetes	Type1 (%)	3.1	0	0.399
	Type2 (%)	89.2	95.5	
	Others (%)	7.6	4.5	
Duration of diabetes (yr)		10.7 ± 8.2	7.6 ± 6.2	0.87
Therapy	Use of insulin (%)	18.8	22.7	0.658
	Diet and Exercise (%)	8.1	9.1	0.868
Major Complication	Retinopathy (≥ A1 %)	17.9	22.7	0.580
	Nephropathy (≥ stage3A %)	9.9	13.6	0.577
	Neuropathy (%)	30.0	22.7	0.472
	Cardiovascular disease (%)	11.2	9.1	0.762
BMI		24.2 ± 4.0	26.2 ± 4.7	0.27
HbA1c (NGSP) (%)		7.1 ± 1.0	6.7 ± 1.0	0.71
Systolic BP (mmHg)		128.2 ± 16.2	116.6 ± 14.8	0.01
Diastolic BP (mmHg)		71.6 ± 11.7	67.8 ± 8.9	0.15
HDL (mg/dL)		53.4 ± 15.1	50.6 ± 17.4	0.41

BMI: body mass index、HbA1c: hemoglobin A1c、BP: blood pressure、
p 値は t-検定と Pearson の χ^2 検定により算出 *p<0.05

PHQ-9 のカットオフ値を 10 とした場合、PHQ-9 陽性 (PHQ-9 値 ≥ 10) 例を 245 例中 22 例 (9.0%) に認めた。PHQ-9 陰性群 (PHQ-9 値 < 10) と PHQ-9 陽性群の患者背景を比較したとき、PHQ-9 陽性群で調査時年齢が有意に若かった。加えて女性の占める割合が高く、収縮期血圧が低かった。有意ではないものの PHQ-9 陽性群では肥満傾向が強く、糖尿病罹病期間が短い傾向が認められた。これ以外の糖尿病関連データについて両群間に有意差を認めなかった。

表 4 PHQ-9 陽性例の特徴 (社会経済的因子)

		PHQ-9 ≤ 9 (n=223)	PHQ-9 ≥ 10 (n=22)	P value
Educational level (%)	Junior high school	20.6	27.3	0.467
	High school	47.1	31.8	
	College (University)	32.3	40.9	0.421
Family (Solitude %)		21.5	36.4	0.114
Marriage (unmarried %)		9.0	18.2	0.165
Insurance (%)	生活保護	6.3	27.3	0.001*
Smoking (%)	current smoker	30.5	40.9	0.315
	never	44.4	36.4	0.578
EQ-5D		0.8771 ± 0.142	0.6074 ± 0.1	0.000*
精神科通院歴	現在気分障害にて通院中	10 (4.5%)	13 (59.1%)	
	気分障害以外にて通院中	2 (0.9%)	2 (9.1%)	

BMI: body mass index、HbA1c: hemoglobin A1c、BP: blood pressure、
p 値は t-検定と Pearson の χ^2 検定により算出 *p<0.05

社会経済的因子については、PHQ-9 陽性群では spearman のノンパラメトリック検定で生活保護を受給している者の割合が有意に高く、QOL 指標 (EQ-5D) は有意に低下していた。

表 5 PHQ-9 値を従属変数とした重回帰分析の結果

Independent variables		標準偏回帰係数	p
Sex	male	-0.77	0.231
Age(years)		-0.330	0.000*
Duration (years)		0.47	0.483
BMI		0.149	0.018*
HbA1c (NGSP) (%)		-0.161	0.013*
HDL (mg/dL)		0.001	0.982
Therapy	Use of insulin	0.67	0.309
Major Complication	Retinopathy (\geq A1)	0.030	0.643
	Nephropathy (\geq stage3A)	-0.002	0.980
	Neuropathy	-0.001	0.987
	Cardiovascular disease	0.034	0.587
sBP (mmHg)		-0.103	0.198
dBp (mmHg)		-0.121	0.145

BMI: body mass index, HbA1c: hemoglobin A1c, BP: blood pressure

重相関係数 R = 0.425 決定係数 R² = 0.181 F 値 : 3.926 p = 0.000

*p<0.05

PHQ-9 値に対し、現在の年齢と BMI、HbA1c が及ぼす影響が比較的大きいことが示された。

表 6 PHQ-9 値を従属変数とした重回帰分析の結果

Independent variables		標準偏回帰係数	p
Marital status	married		
	unmarried	-0.050	0.353
Family	Living together		
	Solitude	0.024	0.667
Insurance	生活保護以外		
	生活保護	0.253	0.000*
Education	Junior high school	0.040	0.457
	High school		
	College (University)	0.117	0.039*
EQ-5D		-0.503	0.000*

重相関係数 R = 0.606 決定係数 R² = 0.367 F 値 : 22.916 p < 0.000

*p<0.05

PHQ-9 値に対し、医療保険として生活保護の受給の有無と大学進學歷、EQ-5D 値が及ぼす影響が比較的大きいことが示された。

表 7 SCID にて現在の大うつ病エピソード陽性例の特徴（代謝関連データ）

		MDE陰性(n=235)	MDE陽性 (n=10)	P値
Age (years)		64.8±8.5	54.1±9.6	0.000
Sex (Female %)		40.9	60.0	0.229
Type of diabetes	Type1 (%)	3.0	0	0.580
	Type2 (%)	89.3	100.0	
	Others (%)	7.7	0	0.363
Duration of diabetes (yr)		10.5±8.0	9.2±10.4	0.612
Therapy	Use of insulin (%)	18.7	30.0	0.375
	Diet and Exercise (%)	8.5	0	0.336
Major Complication	Retinopathy (≥A1 %)	17.9	30.0	0.332
	Nephropathy (≥stage3A %)	9.8	20.0	0.296
	Neuropathy (%)	29.8	20.0	0.506
	Cardiovascular disease (%)	10.6	20.0	0.355
BMI		24.3±4.1	26.8±4.5	0.061
HbA1c (NGSP) (%)		7.1±1.0	6.7±1.0	0.188
Systolic BP (mmHg)		127.8±16.3	113.2±10.2	0.006
Diastolic BP (mmHg)		71.2±11.7	68.1±6.5	0.382
HDL (mg/dL)		53.5±15.1	45.1±15.4	0.087

BMI: body mass index、HbA1c: hemoglobin A1c、BP: blood pressure、
p 値は t-検定と Pearson の χ^2 検定により算出 *p<0.05

SCID にて現在の大うつ病エピソードありと判断された症例（MDE 陽性群 n=10）と現在の大うつ病エピソードなしと判断された症例（MDE 陰性群 n=235）の患者背景を比較したとき、MDE 陽性群で調査時年齢が有意に若いことに加え、収縮期血圧が有意に低いことが示された。また MDE 陽性症例で有意ではないものの BMI が高い傾向が示されたが、これ以外の糖尿病関連データについて両群間に有意差を認めなかった。

表 8 SCID にて現在の大うつ病エピソード陽性例の特徴（社会経済的因子）

		MDE陰性(n=235)	MDE陽性 (n=10)	P値
Educational level (%)	Junior high school	21.3	20.0	0.923
	High school	46.8	13.3	
	College (University)	31.9	66.7	0.030*
Family (Solitude %)		21.7	50.0	0.037*
Marriage (unmarried %)		9.8	10.0	0.982
Insurance (%)	生活保護	6.8	40.0	0.000*
Smoking (%)	ex-smoker	25.8	0	
	current smoker	30.2	60.0	0.047*
	never	44.0	40.0	0.802
EQ-5D		0.863±0.153	0.614±0.078	0.001*

EQ-5D : Euro QOL

SCID にて現在の大うつ病エピソードありと判断された症例（MDE 陽性群 n=10）と現在の大うつ病エピソードなしと判断された症例（MDE 陰性群 n=235）の患者背景を比較したとき、MDE 陽性群で「大学進学者」、「独居」、「医療保険として生活保護を受給している者」、「現在喫煙している者」の割合が有意に高く、EQ-5D 値が有意に低いことが示された。

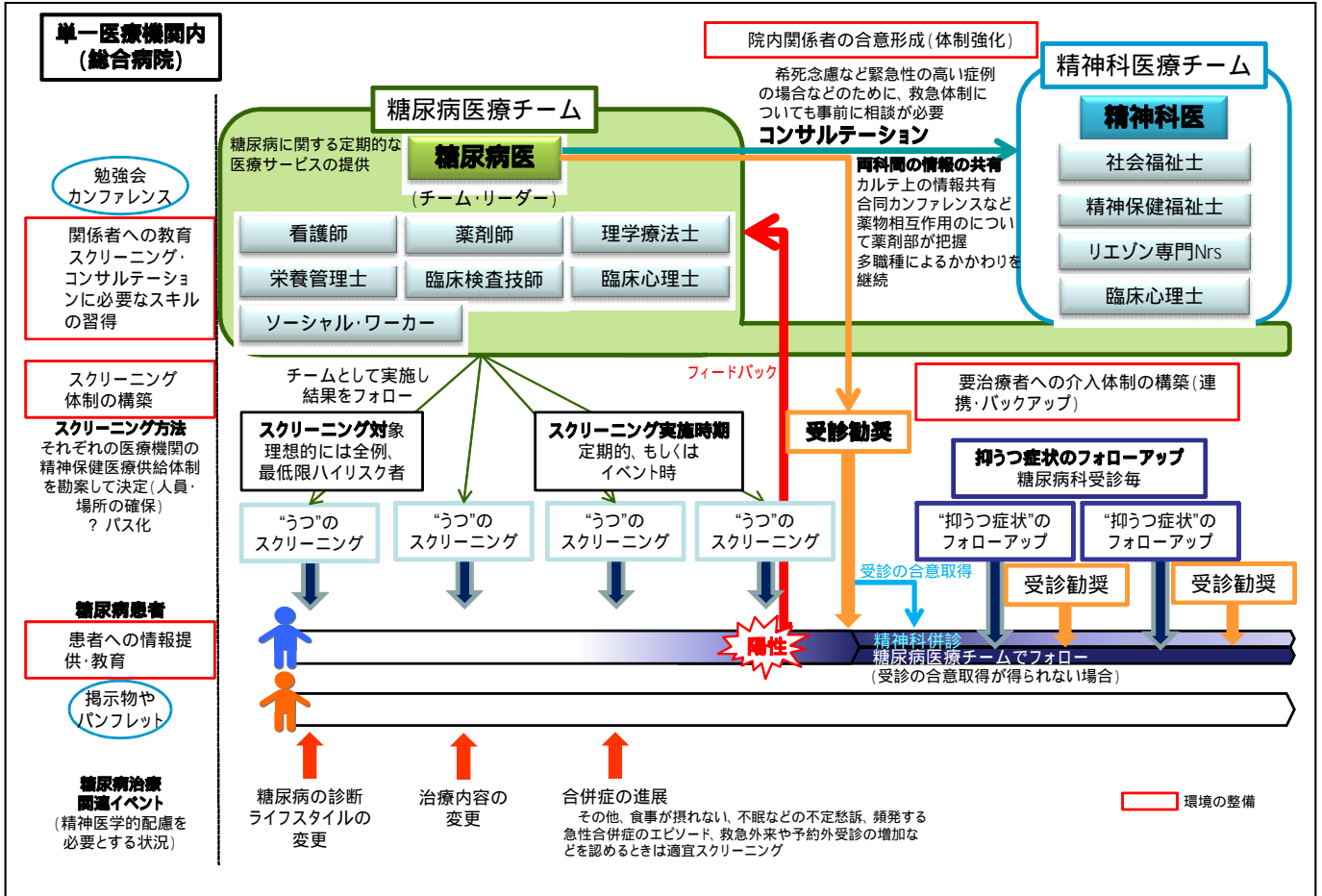
表 11 PHQ-9 の診断精度

		PHQ-9		
		PHQ-9 ≤ 9	PHQ-9 ≥ 10	
SCID module A	現在のMDE陽性	2	8	10
	現在のMDE陰性	221	14	235
		223	22	245

PHQ-9を用いた日本人外来糖尿病患者の大うつ病障害エピソードの検出

感度 : 80.0%
 特異度 : 94.0%
 陽性反応的中度 : 36.4%
 陰性反応的中度 : 99.1%
 的中精度 : 93.5%

図2 精神科と身体科等との連携 (素案)



慢性心不全に合併したうつ病と、運動介入に関する研究

研究分担者 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精神医学分野 講師

研究要旨

研究目的: 本研究では、入院時にスクリーニングされた抑うつと入院前の機能的制限に関連が認められるとの仮説について、再検討することを企図した。

研究方法: 2011年7月から2013年8月までの期間、当院にて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)を用いた。

結果: 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。

まとめ: 当院における、入院時の抑うつと入院前の機能的制限との関連は認められなかった。今後、入院時の抑うつに影響を及ぼす他の因子について検証を継続する予定である。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

足立康則 名古屋大学大学院医学系研究科 博士課程

佐藤直弘 名古屋大学大学院医学系研究科 博士課程

山内 彩 名古屋大学大学院医学系研究科 博士課程

A. 研究目的

慢性心不全（Chronic Heart Failure：CHF）患者のうつ病有病率は高く、うつ病の合併はCHFによる再入院率や死亡率増加との関連が認められるため、早期発見・早期介入が重要と考え、当院において入院時に抑うつのスクリーニングを行っている。また、CHFの病態特性から日常生活動作に対する困難感(機能的制限)を伴うが、機能的制限は再入院の危険因子であると共に、退院後の抑うつとの関連が報告されている（J Card Fail.2011）。そこで、本研究では、入院時にスクリーニングされた抑うつと入院前の機能的制限に関連が認められるとの仮説について、再検討することを企図した。

B. 研究方法

2011年7月から2013年8月までの期間、当院にて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)を用いた。

(本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科及び医学部附属病院生命倫理委員会の承認内容に則り、文書による説明と同意を得た患者を対象として、個人情報の保護に配慮して、遂行している)

C. 研究結果

対象者25名(男性22名、女性3名、平均年齢67.4歳)に関して、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統計的検討を行った。対応のないt検定を用いて、PHQ-9<10群とPHQ-9 10群の2群間のPMADL-8得点の平均差の検定を行ったところ、有意差は認められなかった。また、PHQ-2 プラス群とPHQ-2 マイナス群の2群間においても、対応のないt検定を用いてPMADL-8得点の平均差の検定を行ったところ、有意差は認められなかった。

D. 考察

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、現時点で有意な関連は認められなかった。本研究には、サンプルサイズの問題や入院時から抑うつ評価時までの期間がサンプルにより異なること、また当院の診療特性のサンプリングバイスなど幾つかのリミテーションがある。今後、CHF患者の入院時の抑うつに影響を及ぼす因子について、機能的制限に加えて、

Brain Natriuretic Peptide (BNP) 値や心臓超音波検査など心不全状態を示す要因なども合わせて検証を継続する予定である。

E. 結論

当院における、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、現時点で有意な関連は認められなかった。今後、入院時の抑うつに影響を及ぼす因子について、機能的制限に加えて、様々な要因を加えて検証を継続する予定である。

F. 健康危険情報

本研究で実施された質問紙や構造化面接に伴う有害事象は認められなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

第70回日本循環器心身医学会総会

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

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

研究分担者 水野杏一
三越厚生事業団 常務理事
日本医科大学名誉教授

研究要旨

研究目的: 精神神経因子の異常がレニン・アルドステロン系の活性化と関連することが報告されている。また、アルドステロンは心筋線維化や血管障害を介し心疾患の予後を規定する。しかし、心疾患において両者が関連するか否かは不明である。本研究ではかかる点を明らかにするため、心疾患においてうつ・不安・怒りを調べアルドステロンとの関係を調べた。

研究方法: うつは PHQ9、不安は GAD-7、怒りは STAS 用い、心疾患 36 例に精神神経因子の調査を行うとともに、蓄尿中のアルドステロン濃度を測定した。

結果: 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があった。

まとめ: 怒りとアルドステロンの間には交感神経活性化が関与する可能性が示された。うつ、不安に関しては今後の検討が必要である。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
福間長知	日本医科大学 循環器内科 准教授
加藤和代	日本医科大学 循環器内科 講師

A．研究目的

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こと。

B．研究方法

心疾患のため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 GAD-7、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した。

（倫理面への配慮）

対象全例に対して、本計画を説明し了解を得ている。なお、本研究は侵襲的な要素を含んでいない。また、データベースに個人を特定できるものを省くなど漏洩にも万全の体制を図っている。

C．研究結果

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。

D．考察

精神神経因子はレニン・アンジオテンシン・アルドステロン系の賦活化と関連すると報告されているが、本研究の結果は異なるものであった。心疾患においては精神神経因子毎にアルドステロンとの関連が異なるなどより、心疾患の病態と相互に影響し合うことが推測される。そこで、心疾患予後における精神神経因子の影響を明確にするため、アルドステロンに加え交感神経活性など他因子の検討を行い、研究を進めている。

E．結論

心疾患における精神神経因子異常とアルドス

テロン分泌は、他の因子と相互に関連しながら病態に影響をおよぼすと推測される。

F．健康危険情報

現時点において、本研究の成果が健康被害と関連するものはない。

G．研究発表

1．論文発表

未

2．学会発表

未

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

未

2．実用新案登録

未

3．その他

未

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

研究分担者 内村直尚

久留米大学医学部精神神経科 教授

研究要旨

研究目的: 我々は平成 21 年度～23 年度に行われた伊藤弘人先生を班長として行われた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）分担研究に参加し、「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」を行い、循環器疾患患者でのうつ病及び睡眠障害の有病率を明らかにし、これらの併発により QOL (Quality of Life) が低下するかの検証、および循環器内科医のうつ病の診断に関する方法論を検討してきた。新たに分担した本研究班の初年度となる平成 24 年度は、久留米大学病院 心臓・血管内科病棟に入院した全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患者を対象に行ってきた調査を引き続き継続した。また平成 23 年 10 月 1 日からは同意が取れた者全員を対象として終夜睡眠ポリグラフを導入するなど、SAS を確定診断するなど手法に変更を加えた 250 名を対象に加え、気分状態、睡眠動態、心エコー所見などとの相互関係や身体合併症がおよぼす影響を検討することを目的とした。

研究方法: 平成 22 年 5 月 10 日から平成 24 年 10 月 31 日に当院心臓・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、自記式うつ病尺度（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 項目の有無を評価した。次いで臨床心理士がうつ病（PHQ9）、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）を行った。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）を行った。また平成 23 年 9 月 30 日までは、パルスオキシメーターによる睡眠中の酸素飽和度の測定を実施し、SBD が疑われた患者に対してのみ簡易型ポリソムノグラフィー（PSG）検査を行ったが、同年 10 月 1 日からは、同意が取れた者には全員に終夜睡眠ポリグラフ（以下、フル PSG）を行い、睡眠動態や SAS についてさらに詳細なデータを収集した。

結果: PHQ-9 の結果は軽度うつ病（5-9 点）が 20.3%、中等度うつ病 10 点以上は 5.7%であった。フル PSG を施行した 236 例において中等度以上（AHI 15）の SAS を認めたのは 59.8%（141/236）に上り、CPAP の保険適応の対象となる AHI 20 は 54.7%であった。AHI > 5 の 197 例の無呼吸成分を調べると、平均の AHI29.5 回/hr のうち、過半数を低呼吸（15.5 回/hr）が占め、中枢性無呼吸は 5.4 回/hr であった。低呼吸指数をさらに中枢性と閉塞性に分類すると、閉塞性が 13.9、中枢性は 1.6 であった。中等度以上の

SAS 群のパルスオキシメータの診断能を検討したところ、3%ODI の最良のカットオフ値は7.5で、このカットオフ値を用いれば中等度以上の SAS 群を感度 93.2%、特異度 81.2%という高い水準で抽出できた。SBD および各自記式検査の相関関係をみると、最も関係性が高かったのはうつ病と不眠 ($r=0.48$, $p<0.001$) で、QOL と相関が高かった項目はうつ病 ($r=-0.36$, $p<0.001$) と不眠 ($r=-0.25$, $p<0.001$) であった。一方、SAS を反映する 3%ODI は眠気を含めいずれの項目とも相関を認めず、眠気が唯一相関を示したのはうつ病 ($r=0.24$, $p<0.001$) であった。

眠気は SBD の重症度とも関連性は薄く、最も重症度の高い 30%ODI 群 (37 例) でも ESS の平均値は 6.6 点 (カットオフ 10 点) に留まった。

CPAP の保険適応の対象となった AHI ≥ 20 の 138 名のうち、CPAP 療法の導入に同意した 55 名と同意が取れずに治療導入にならなかった 83 名の無呼吸分類を比較すると、閉塞性の無呼吸指数のみ CPAP 導入群で高かった (14 ± 14 vs. 7 ± 8)。また、CPAP 導入群で自覚的な眠気 (ESS: 6.3 ± 4.6 vs. 4.4 ± 3.0) およびうつ尺度 (PHQ-9: 3.8 ± 4.7 vs. 2.7 ± 3.4) が有意に高かった。

まとめ: 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 ≥ 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の低さが関連していた。今回の検討で SAS は左房径、左室駆出率、E/e' など左心系の機能と関連していたように、SAS は心機能に影響を与え、心不全の悪化や心血管イベントの再発に関与すると考えられる。しかしながら、循環器患者では眠気などの自覚症状が乏しく、無症候性に SAS が進行するために、それが CPAP 導入率の低さに繋がっている可能性が示唆された。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

石田重信	久留米大学医学部精神神経科 准教授
小鳥居 望	久留米大学医学部精神神経科 助教
橋爪祐二	久留米大学医学部精神神経科 講師
小城公宏	久留米大学医学部精神神経科 助教
森裕之	久留米大学医学部大学院
川口満希	久留米大学高次脳疾患研究所 リサーチフェロー
弥吉江理奈	久留米大学病院 高次脳機能 障害 支援コーディネーター
今泉 勉	久留米大学心臓・血管内科 教授
大内田昌直	久留米大学心臓・血管内科 准教授
小岩屋宏	久留米大学心臓・血管内科 教授
室谷健太	先端医療振興財団 臨床研究情 報センター
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保健研究部 部長

A. 研究目的

近年、本邦では中高年の自殺が大きな社会問題となっているが、その背景にはうつ病・抑うつ状態（以下、うつ病）の存在が疑われ、プライマリケアにおけるうつ病の早期診断・早期治療の重要性が叫ばれている。加えて、うつ病では不眠は必発であり、睡眠の問題も看過すべきではない。

またうつ病は循環器疾患とも密接な関係があり、循環器疾患を有する患者の中でうつ病を併発する割合は高く(1)、うつ病を併発すると一般に予後不良で死亡のリスクが高くなる(2,3)だけではなく、生活の質がさがり(4)、また医療費が多くかかる(5,6)との報告さえある。そのため予後の改善に寄与する患者特性に応じた集中的で柔軟な介入方法の開発が求められている(7)。アメリカ心臓病学会は、うつ病が心血管罹患率および死亡率の増加と関連するため、スクリーニングテストによるうつ病の早期発見、早期治療に関する勧告をヘルスケア医療提供者に行っている(8)。

一方、循環器疾患は睡眠時無呼吸症をはじめとした睡眠障害との関連も深い。循環器疾患のリスク・ファクターの一つである肥満は睡眠時無呼吸症のリスク・ファクターでもある。不眠と糖尿病や高血圧症などの生活習慣病の合併も海外や国内で多数報告(9,10,11)されている。また、様々な研究施設などによって、現在の成人の平均時間が減少し続けていることが報告されており、不眠症や睡眠時無呼吸症などの睡眠障害と循環器疾患との関連性を調査することは国民健康の向上の観点から意義深いものと考えられる(12)。

本邦においては、うつ病やSASを含めた睡眠障害が循環器疾患患者にどの程度の存在するのか、循環器疾患でも虚血性心疾患や不整脈、心不全といった疾患により発症率に違いがあるか、うつ病

や睡眠障害合併による循環器系疾患の予後やうつ病の予後はどうであるかといった点に関する大規模研究は行われておらず、学術的には十分に吟味されていない。

本研究の目的は、まずうつ病と睡眠呼吸障害（以下 SBD）を含む睡眠障害の有病率と重症度の現状を明らかにし、これらが相互に及ぼし合う影響や QOL との関連性を検討することである。加えて、循環器内科医がうつ病や SBD の合併を、より簡便により確実に抽出しうる方法論を提案することが本研究の重要な目的である。

我々は平成 21 年度～平成 23 年度に行われた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））分担研究として「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」を行い、横山広行研究分担者、水野杏一研究分担者、鈴木伸一研究分担者、山崎力研究分担者、伊藤弘人班長より貴重な助言を頂きながら、平成 22 年 5 月 10 日から久留米大学病院 心臓・血管内科病棟に入院した全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患者を対象に調査し、平成 23 年 5 月 9 日までに心臓・血管内科病棟に入院した患者を対象に収集したデータを解析、検討して報告した。そこで新たな研究班で研究を分担させて頂くこととなった平成 24 年度は、これまでの成果を概観した上で、SAS の抽出法としてより詳細な検討が可能となるフル PSG を導入するなど手法に多少の変更を加えた上で、引き続き心臓血管内科病棟に入院した患者を対象に調査を継続し、データを収集解析することとした。

B. 研究方法

1. 対象

対象は、平成 22 年 5 月 10 日から平成 24 年 10 月 31 日に久留米大学心臓・血管内科病棟に入院した循環器系疾患患者で循環器科担当医が対象基準を満たすと判断した患者のうち、選択基準および除外基準を満たし、研究計画についての詳細な説明の後、同意が得られた患者とした。

適格基準と除外基準は以下の通りである。

適格基準

- 1) 20 歳以上 80 歳以下で循環器基礎疾患を有する患者
- 2) 性別不問
- 3) 本研究の参加について文章で本人の同意が得られた者。

また以下を除外基準とし、いずれかの項目に抵触する患者は組み入れないこととした。

- 1) 認知症および明らかな知的障害のある患者
- 2) ショック状態を呈している患者
- 3) 意識障害を有する患者
- 4) 人工呼吸器装着中の患者
- 5) その他、主治医が不相当と判断した患者

2. 方法（資料1,2,3,4,5）

(1) 循環器内科担当医および看護スタッフは以下の項目について調査評価を行う。

基礎心疾患

虚血性心疾患、心筋症、弁膜症、うっ血性心不全、不整脈、高血圧症、先天性疾患、心膜心筋炎、大動脈疾患、末梢血管、肺高血圧、感染性心内膜炎、心臓腫瘍、代謝性疾患、その他

合併症の有無

高血圧、糖尿病、脂質異常症、脳卒中、慢性肝疾患、慢性呼吸不全、癌

身体所見

身長、体重、腹囲、血圧、脈拍数

検査所見

心電図、心エコー検査、弁膜症の有無、NTproBNP
値、血清クレアチニン値

循環器疾患の重症度分類：NYHA 心機能分類

循環器科内科医による、通常の間診後のうつ状
態に関する見立て

・ PHQ の 2 項目

・ 興味や楽しみの薄れ

・ 気分の落ち込みや憂うつ感

・ 2 週間以上続く不眠

循環器内科看護スタッフによる情報収集

精神科既往歴、家族歴、治療歴、喫煙状況、

飲酒状況、婚姻状況

(2) 一次スクリーニング

臨床心理士が一次スクリーニングとして自記

式評価尺度を対面方式で実施した。

うつ状態 (PHQ-9) + 2 週間以上続く不眠

睡眠評価尺度 (Pittsburgh Sleep Quality
Index : PSQI)

睡眠時無呼吸症候群 (習慣的いびきの有無、呼
吸停止の有無、Epworth 昼間の眠気の評価)

生活の質 (QOL) 評価尺度 (日本語版 EQ-5D) ま
た睡眠時無呼吸症候群 (Sleep Apnea

Syndrom: SAS) のスクリーニングとしてパル
スオキシメーターによる一晩の睡眠中の酸素
飽和度の測定を行い、2% および 3% ODI を算出し
た。

(3) 二次スクリーニング

一次スクリーニングの結果、うつ病あるいは
SAS の high risk 患者に結果を書面でフィードバ
ックし、精査を希望した患者に二次スクリーニ
ングを行った。尚、睡眠障害が疑われた者 (PSQI
で 5.5 点以上) で受診を希望した者は睡眠障害ク
リニックに紹介した。

うつ病の二次スクリーニング

PHQ-9 で 10 点以上のうつ病疑いの患者に対し
て構造化面接 (MINI) を行う。

SAS の二次スクリーニング

2% ODI > 10、あるいは 3% ODI > 5 の SBD 疑いの患
者のうち同意が得られた者に対しては、SBD の簡
易型ポリグラフ検査 (口と鼻に呼吸センサーを、
指に末梢酸素飽和度測定センサーを装着) を行う。

二次スクリーニングでうつ病あるいは SBD が疑
われた場合は専門外来に紹介する。

平成 23 年 10 月 1 日からは SAS の抽出法とし
てスクリーニングは行わず、同意が取れた者を対
象にフル PSG を行い、睡眠動態や SAS についてさ
らに詳細なデータを収集した。(資料 1)

(5) 倫理的事項

倫理的問題点

本研究は循環器疾患と精神疾患に関する調査
研究で簡単な質問形式で行うため、患者の身体的
負担は少ないと考えられるが、精神的苦痛を与え
ないように配慮する必要がある。調査は患者の精
神状態が落ち着いている時に調査を行うことと
する。また、うつ病、あるいは睡眠障害が疑われ
た患者には、現在行っている通常の外来紹介や
CLS 経由で診断を行い、必要な場合には適切な治
療を行う。

患者の保護

本治療研究は、「医療・介護関係事業者におけ
る個人情報の適切な取扱いのためのガイドライ
ン」、およびヘルシンキ宣言 (英国エジンバラ改
定 2000 年、ワシントン注釈追加 2002 年および東
京注釈追加 2004 年) の基本理念を遵守して行わ
れる。患者個人情報の取扱いに細心の注意をはら
い実施する。患者情報の漏洩防止策として施設番
号と症例登録用紙の番号を組み合わせたものを
匿名化番号 (研究登録番号) として、個人の匿名

化を行う。回収した氏名等の個人情報が特定されない調査票は、鍵のかかる書類ケースに保管される。なお、解析用データベース作成時にはネットワークに接続されていないパソコンを利用し、情報の漏洩を防止し、匿名化番号による情報管理を行い、個人名などの個人を特定する情報はデータベースに入力しない。また、データベース完成時には調査票はシュレッター処理して破棄する。

本研究の結果公表においても個々の患者が特定されることはない。

・ 同意の取得

本治療研究の開始に先立ち、臨床心理士および循環器科担当医は説明同意書を用いて下記①～

の項目の十分な説明を行う。また患者に対して質問する機会と試験に参加するか否かを判断するのに十分な時間を与える。また患者が本試験の内容を十分に理解したことを確認した後、患者本人の自由意志による研究参加の同意を文書により取得する。同意文書は1部複製して患者本人に手渡し、原本はカルテに保管する。

説明事項

本研究の概要

②本研究の意義・目的

本研究の方法

本研究の参加について

同意の撤回がいつでも可能であり、同意しない場合でも不利益を受けないこと

試験に参加することにより期待される利益と
予期される不利益

人権プライバシーが守られること

本治療に関連した健康被害と補償について

結果の公表と開示、発生しうる知的財産権について

研究結果の帰属について

連絡先について

尚、本研究は久留米大学倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 対象人数

平成22年5月10日から平成24年10月31日に久留米大学病院心臓・血管内科病棟に入院した者のうち、本研究の参加に同意が得られた者は628名であった。

2. 対象者の背景

626名（男性442名、女性184名）の平均年齢は 63 ± 12 歳、BMIは 24.0 ± 4 であった。検査所見は血圧 $125 \pm 20/73 \pm 13$ mmHg、心拍数 72 ± 15 、左室区出率(LVEF)は $60 \pm 15\%$ であった。NYHA分類はⅠ度59.6%、Ⅱ度29.3%、Ⅲ度10.1%など重症度分類では軽度の患者が中心であった。主な合併症の有病率は高血圧61.8%、虚血性疾患56.1%、糖尿病38.0%、不整脈27.8%であった。

3. PHQ9によるうつ病自記式検査の結果

うつ病尺度であるPHQ9の得点分布は、軽度(5-9点)が20.3%、大うつ病を88%の特異度で抽出できる10点以上は5.7%であった。

PHQ9による「中等度以上のうつ」と「軽度以上のうつ」の診断能について、AHAが推奨している、「興味や楽しみの薄れ」と「気分の落ち込みや憂うつ感」によるPHQ2(2項目のいずれかが「あり」ならば陽性と定義)による中等度以上のうつ症状の抽出感度は94.4%、特異度は67.2%で、PHQ2による軽度以上のうつ症状の抽出感度は77.3%、特異度は78.0%であった。

4. 睡眠ポリグラフ検査の結果(n=236, 資料

2,3)

フルPSGを施行した236例において軽症以上(AHI 5)のSASを認めたのは83.5%、中等度以上(AHI 15)も59.8%(141/236)に上った。またCPAPの保険適応の対象となるAHI 20は54.7%であった。

また、AHI > 5の197例の無呼吸成分を調べると、平均のAHI29.5回/hrの内訳は、閉塞性6.9、中枢性5.4、混合性1.7、低呼吸15.5で、過半数を低呼吸が占めた。低呼吸指数15.5をさらに中枢性と閉塞性に分類すると、閉塞性が13.9、中枢性は1.6で、無呼吸低呼吸指数を閉塞成分か中枢成分かに分類すると、閉塞成分が22.5、中枢成分が7.0であった。(資料3)

5. 3%ODI カットオフ値の検討

中等度以上のSAS群のパルスオキシメータによる診断能をROC曲線を用いて算出した3%ODIの最良のカットオフ値は7.5で、このカットオフ値を用いれば中等度以上のSAS群を感度93.2%、特異度81.2%という高い水準の抽出が可能であった。3%ODIのカットオフ値を7.5として、全626名中のSASの推定有病率を算出すると全体の58.5%に中等度以上のSASの罹患が予測され、女性でも50.4%、非肥満群でも52.1%と高率の罹患が予測された。

6. 高血圧および糖尿病の合併と睡眠障害および気分状態(資料4)

糖尿病や高血圧の合併の有無が不眠(PSQI 5.5)やうつ病(軽度:PHQ-9 5, 中等度:PHQ-9 10)、日中の過眠(ESS 11)、SAS(3%ODI 7.5とAHI 15)、周期性四肢運動(PLMs index 5)の有病率に及ぼす影響を検討した。高血圧の合併群で非合併群より罹患率が高かったのは、睡眠呼

吸障害で、年齢や性差などの交絡因子を配慮してもその差は有意であった。(3%ODI 7.5: 64.8% vs. 49.1%, AHI 15: 68.5% vs. 46.1%) うつ症状は軽度および中等度以上の双方で非合併群の方が高率であったが、年齢と性差で補正するとその差の有意性は消失した。糖尿病の合併群で非合併群より罹患率が高かったのも、やはり睡眠呼吸障害で、その差は高血圧よりもさらに大きく、年齢や性差を配慮してもその差は有意で、糖尿病を併発している患者では77%に中等度以上(AHI 15)のSASが認められた。(3%ODI 7.5: 69.2% vs. 53.2%, AHI 15: 77.3% vs. 49.4%) 周期性四肢運動も合併群で高率であったが、年齢と性差で補正するとその差の有意性は消失した。

今回検討した身体疾患は、その他不整脈、虚血性心疾患、であったが、不整脈を有する患者は不眠が高率(46.9% vs. 39.2% : p= 0.042)であった。

7. CPAPの導入群と非導入群の比較(資料5)

睡眠ポリグラフ検査を施行し、AHI 20であった患者138例のうち、CPAP導入に同意した55例と導入に同意しなかった83例の無呼吸低呼吸指数と各評価スケールを資料5に示した。両群でAHIに差はなかったが、閉塞型無呼吸指数(14 ± 14 v. s. 7 ± 8)およびESS得点(6.3 ± 4.6 v. s. 4.4 ± 3.0)、PHQ-9得点(3.8 ± 4.7 v. s. 2.7 ± 3.4)が有意に導入群で高かった。

D. 考察

本報告書は心臓・血管内科内科に入院した循環器患者628名の解析を行った。

今回の調査では、中等度以上のうつの有病率は5.7%と、これまでの報告(13)(27編のメタ解析で22%)よりも低かった。これは、約90%がNYHA

度以下の軽度の心不全患者が対象であったこと
の他、今回は自記式テストをカウンセラーとの対
面方式という構造化面接に近い手法で施行した
ことが強く影響したと思われる。また、急性期患
者でも発作(例えば心筋梗塞)後CCUで救命され、
ある程度時間が経過して検査しており、救われた
という安堵感も結果に反映されたかもしれない。

しかし、それでもQOL尺度と比較的強い相関が
あり、心不全が軽度でも、QOLの改善には「うつ」
に対するケアが重要であることが示唆された。
PHQ9スコアと各項目との相関の検討では、不眠が
最も関連性が高く、不眠のケアが循環器患者にお
けるうつ病治療においても重要であることが示
唆された。

一方、パルスオキシメータ検査とフルPSGを併
せて行った236名のデータを解析し、パルスオキ
シメータ検査によるAHI 15群の診断抽出能を検
討したところ、最もバランスの良い3%ODIのカッ
トオフ値は7.5であった。通常、SDBのスクリー
ニングは、3%ODI=10をカットオフ値として抽出さ
れるが、循環器疾患群ではより広い範囲で抽出す
る必要があると考えられた。この理由としては、
循環器患者には痩せ型の者が多かったことが挙
げられる。(BMIが25未満の非肥満者が64.3%)

さらに、睡眠ポリグラフ検査を施行した236例
の検討では、AHI指数の半分を低呼吸が占めた。
これは循環器患者のSASは、閉塞性無呼吸が多い
一般的傾向と異なる。このような傾向も無呼吸が
SpO₂の低下に反映されにくかった一因となった
可能性がある。いずれにしても、3%ODIが7.5以
上というカットオフ値を用いれば中等度以上の
SAS群を感度93.2%、特異度81.2%という高い水準
の抽出が可能であった。SASの有病率は糖尿病と
高血圧を有する患者で有意に高く、特に糖尿病合
併群ではAHI 15の割合が77.3%に上り、糖尿病

の合併患者では特にスクリーニングが重要であ
ると考えられた。

前回の検討で、3%ODIは心エコー所見の左房径、
E/e'値など左心系の機能と相関するなど心機能
と関係しており、心機能障害の予防という視点に
おいてもSASは重要な治療対象であると考えられ
る。しかし一方で、CPAP治療の保険適応の対象で
あった138例のうち、実際にCPAP療法の導入に同
意した患者は、わずか39.9%に留まった。CPAP導
入に同意した患者と導入出来なかった群を比較
すると、非導入群では閉塞性無呼吸指数と共に、
自覚的な眠気が有意に低かった。

眠気の指標となるESS得点は、中等症以上のSAS
が推定される15 3%ODI < 20の群で平均4.0点と
もっとも低く、最も重症度の高い30 3%ODI群で
もESSの平均値は6.6点と異常な眠気の指標であ
る11点を大きく下回った。循環器患者における、
このような眠気の生じにくさは、以前Artzら
(13)も報告している。

通常、SAS患者の大半は眠気の自覚により治療
機関を受診する。眠気の自覚の乏しさは患者自身
がその罹患に気づきにくいばかりでなく、治療の
必要性の理解にも支障となることが、CPAP導入の
同意に繋がりにくかった一因である可能性が示
唆された。今後、高率にSASを合併するが、自覚
症状に乏しい循環器患者のSAS治療をいかに推進
するかが大きな課題の一つと思われる。

E. 結論

循環器疾患患者において、うつ病の合併は心機
能やQOLに影響するため積極的に治療対象とすべ
きだが、その抽出にはPHQ-2が簡易かつ有用であ
った。

今回の対象患者では、3%ODI値が左房径、E/e'
値など左心系の機能と相関するなど、SASも心機

能障害に関連し、心不全の悪化や心血管イベントの再発にも関連する可能性がある。そのため、スクリーニングが極めて重要である。その際、循環器患者のSASは「無症候性」の傾向があることを踏まえ、特に眠気等の自覚がなくても積極的にスクリーニングを行うことが望ましい。糖尿病の合併があれば、SAS罹患率はさらに増すため、原則的には全員にスクリーニングすべきと考える。

循環器患者のSASでは低呼吸がAHIの過半数を占める点など、一般のSASとは異なる傾向があった。そのため、パルスオキシメータによる抽出では、3%ODIが7.5以上という通常よりも低いカットオフ値が適切と思われた。

SASが判明した場合に治療に導入出来るかどうかも重要な視点である。今回、PSG検査でCPAPの保険が適応になった対象者のうち、導入に同意した者は4割に満たなかった。導入群と比べると、非導入群ではより眠気や抑うつ症状が低い傾向にあり、「無症候性」が治療導入の障壁になる傾向が認められた。このような患者にどう治療の必要性を伝えて行くべきか、今後の大きな課題である。

【参考文献】

- (1) Ormel J, von Korff M, Burger H, et al.: Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. *General hospital psychiatry*, 29:325-334, 2007.
- (2) Barth J, Schumacher, M, Herrmann-Lingen, C.: Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 66:802-813, 2004.
- (3) May HT, Horne BD, Carlquist JF, et al.: Depression after coronary artery disease is associated with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology* 53:1440-1447, 2009.
- (4) Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky, MA, et al.: Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life: The Heart and Soul Study. *Journal of the American Medical Association* 290:215-221, 2003.
- (5) Rutledge T, Vaccarino V, Johnson BD, et al.: Depression and Cardiovascular Health Care Costs Among Women With Suspected Myocardial Ischemia. Prospective Results From the WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation) Study. *Journal of the American College of Cardiology* 53:176-183, 2009.
- (6) Sullivan M, Simon G, Spertus J, et al.: Depression-related costs in heart failure care. *Archives of internal medicine* 162:1860-1866, 2002.
- (7) Prince, M., Patel, V., Saxena, S., et al.: No health without mental health. *Lancet* 370:859-877, 2007.
- (8) Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA, et al.: Depression and Coronary Heart Disease Recommendations for Screening, Referral, and Treatment A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research Endorsed by the

American Psychiatric Association.

Circulation118:1768-1775,2008.

(9) Spiegel K , et al. : Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function . Lancet 354 : 1435-1439 , 1999 .

(10) Suka M , et al. : Persistent insomnia is a predictor of hypertension in Japanese male workers . J Occup Health 45 : 344-350 , 2003 .

(11) 内村直尚 , 橋爪祐二 , 土生川光成ら : 生活習慣病と睡眠の深い関係を考える 働く世代の調査から . 診断と治療 94 : 501-511 , 2006

(12) 内村直尚:生活習慣病と睡眠障害. 医学のあゆみ 223:813-817,2007.

(13) Arzt M, Young T, et al.: Sleepiness and sleep in patients with both systolic heart failure and obstructive sleep apnea. Arch Intern Med 166:1716-1722, 2006.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・「睡眠障害（睡眠時無呼吸症候群）」循環器疾患と精神疾患 第 章 各論8. 樋口輝彦監修 伊藤弘人編集 Pp 95-103

2. 学会発表

・小鳥居 望、石田重信、橋爪祐二、小城公宏、森裕之、弥吉江理奈、川口満希、小城鶴美、室谷健太、小岩屋宏、大内田昌直、今泉 勉、伊藤弘人、内村直尚. 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. 第54回日本心身医学会. 2013年6月26日, 神奈川.

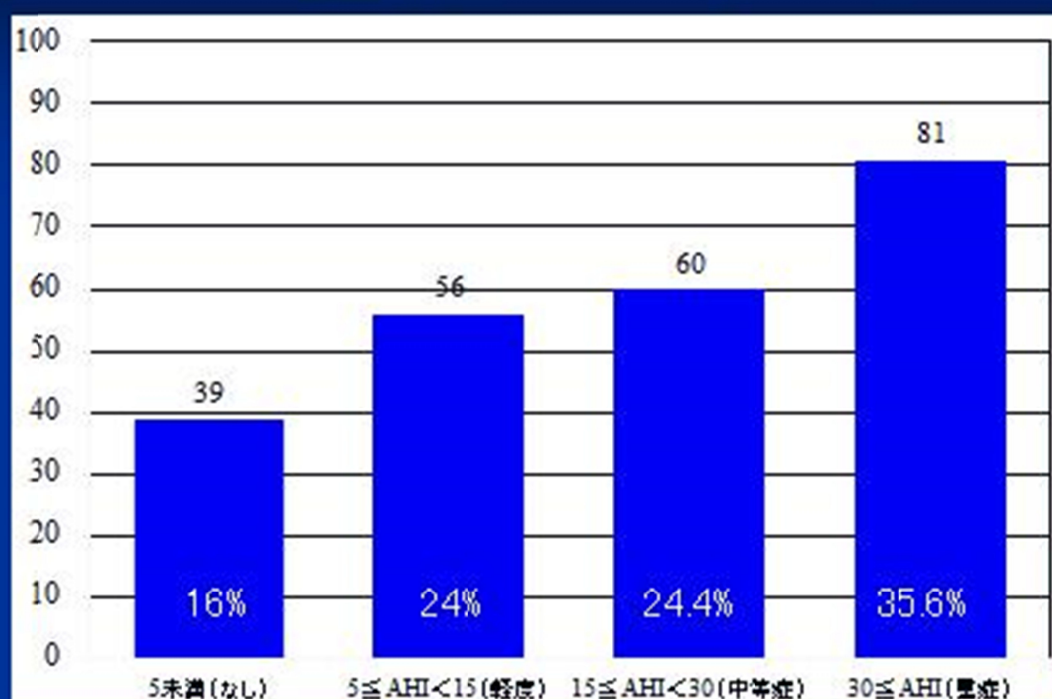
当院における循環器内科入院患者のうつ病、睡眠障害、睡眠時無呼吸症候群の評価

資料 1



SASの有病率 (Full-PSG, N=236)

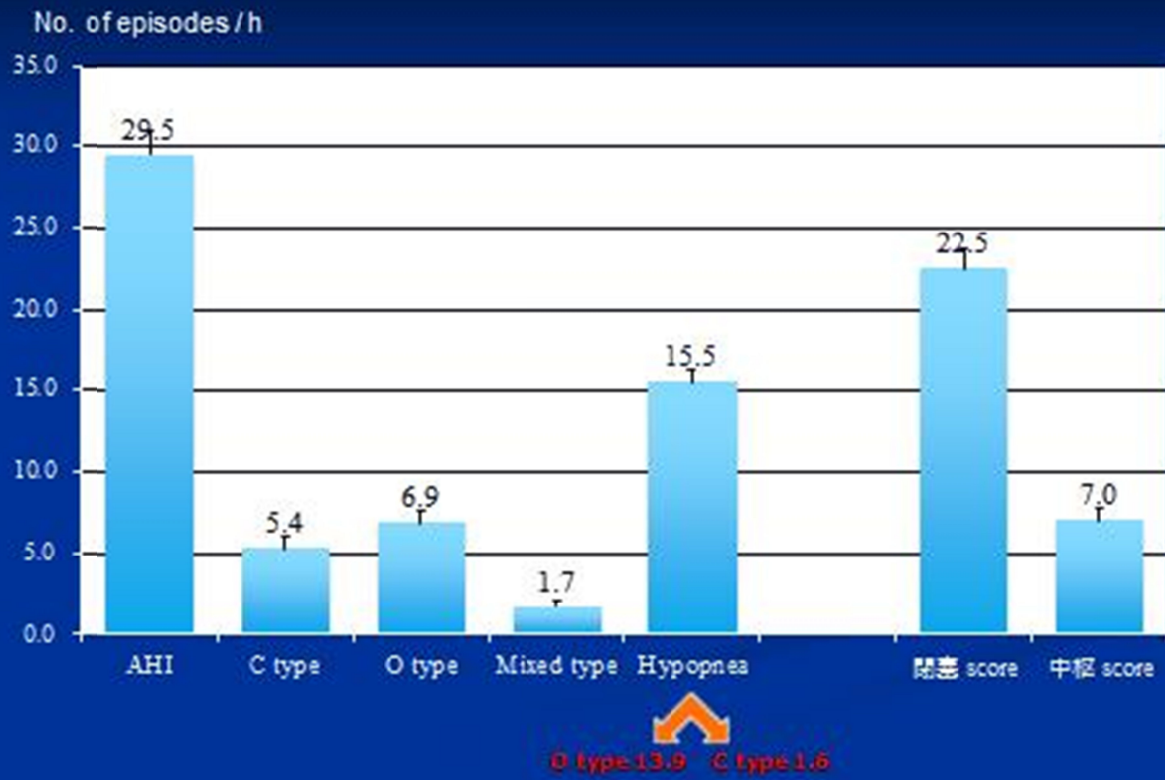
資料 2



● CPAPの保険適応の対象となるAHI ≥ 20は、全体の54.7% (129/236)

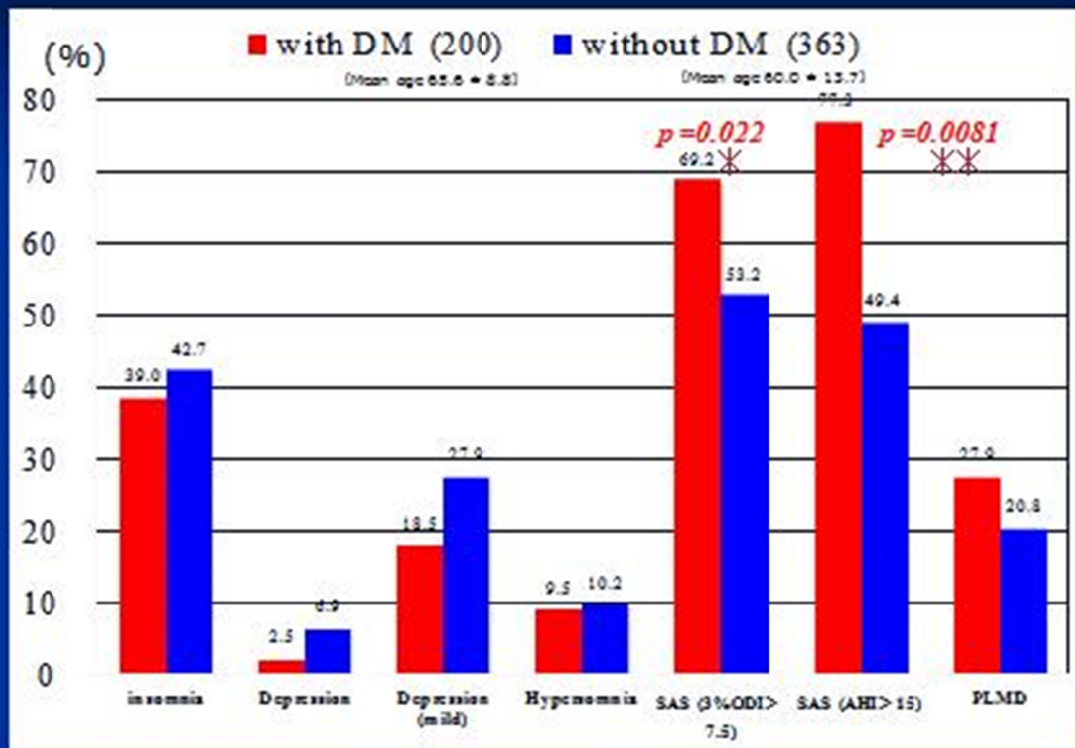
SAS分類 (Full-PSG, AHI>5のN=197/236)

資料 3



糖尿病合併例の睡眠障害

資料 4



CPAP導入群と非導入群の比較 (n=138)

Variable	CPAP (N=55)	Non-CPAP(N=83)
Breathing events (No. of episodes/h)		
Apnea-hypopnea	44 ± 24	40 ± 36
Central apnea	9 ± 13	10 ± 28
Obstructive apnea	14 ± 14	7 ± 8**
Hypopnea	19 ± 13	21 ± 14
Mixed apnea	3 ± 7	2 ± 5
Self-rating Scale		
PHQ-9	3.8 ± 4.7	2.7 ± 3.4*
Pittsburgh Sleep Quality Index	5.8 ± 3.3	5.5 ± 3.3
Epworth Sleepiness Scale	6.3 ± 4.6	4.4 ± 3.0**
EQ-5D	0.79 ± 0.24	0.86 ± 0.19
Cardiac function		
Ejection Fraction, %	57.8 ± 16.5	56.3 ± 16.8

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ when compared with the respective value in CPAP group.

● H25.7.22現在、CPAP導入者のうち68%が継続使用中

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

研究分担者 志賀 剛
東京女子医科大学医学部循環器内科学 准教授

研究要旨：本研究の目的は、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ことである。今回、Patient Health Questionnaires (PHQ)-2 と PHQ-9 による 2-ステップスクリーニング法の有用性について検討した。

研究方法：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。

結果：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。

まとめ：PHQ-2 および PHQ-9 による 2-ステップスクリーニング法は、循環器疾患患者に使用可能で、うつ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。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

鈴木 豪	東京女子医科大学循環器内科	助教
西村勝治	東京女子医科大学神経精神科	講師
山中 学	東京女子医科大学東医療センター内科	准講師
小林清香	東京女子医科大学神経精神科	臨床心理士
笠貫 宏	早稲田大学理工学術院	教授
萩原誠久	東京女子医科大学循環器内科	主任教授
鈴木伸一	早稲田大学人間科学学術院	教授
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	

A . 研究目的

ストレスや感情状態の変化が自律神経系、神経内分泌経路を通じて心臓に影響を及ぼすことはよく知られており、その作用は双方向性である。冠動脈疾患とうつ病の関連は 1990 年代から多くの海外論文での報告があり、うつは冠動脈疾患の独立した予後悪化因子であることが示されている¹⁾²⁾。近年は冠動脈疾患のみならず、不整脈や心不全においても、悪化要因であることが示されつつある³⁾⁴⁾。このように循環器疾患の臨床転帰とうつ症状、不安などの精神状態との関連が検討されるようになり、その背景から循環器疾患患者に対しても心理社会的背景、うつのスクリーニングの必要性が報告されている。しかし我が国ではこのような循環器疾患と精神状態の関連の研究は少なく、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自体はうつ患者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する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 一貫した目標の設定、 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、 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、リアルタイムに情報を共有することが可能となる、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、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

新たに外科治療を予定する患者

新たにがん薬物療法（ファーストライン、セカンドライン）予定の患者

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

在宅緩和ケアに紹介された患者

日本語の読み書きが可能である患者

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がんを中心に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、12名、55名、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・精神心理的ケアの在宅連携, 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 マネージメント・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。

少なくないということであった。また身体状態

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()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()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

2. 学会発表

- 1) 下田健吾、木村真人:左右放線冠梗塞後の情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

(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
- 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
- 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

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、連携が比較的よく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
家族から見た連携の 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-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 医師のノートの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一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 - 情報共有ファイルの有用性 - 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、医療機関側の PSW、心理士の役割と権限がわかりづらい、社会的支援側のスキルやメンタルヘルス対策、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、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、社会的支援側のスキルやメンタルヘルスの問題、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、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、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 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、精神科医、精神保健福祉士、心理士、相模原市精神保健福祉センターの精神科医、保健師、地域の精神病院勤務医、開業精神科医などの意見を抽出し、また、平成 24 年度、25 年度の相模原市委託研究事業の結果を加味して相模原モデルとして作成した（資料 1）。

（倫理面への配慮）

現状では特に必要としないが、今後地域連携パスの運用をする上では、北里大学医学部倫理委員会、北里大学病院リスクマネジメント委員会の承認を受ける予定である。

C. 研究結果

1) 自殺未遂者の転帰について

平成 24 年度に自殺企図で救急搬送された症例は 305 例であった。そのうち、52 例（17%）は来院後死亡、68 例（22.3%）は救命救急センターから転院となり、160 例（52.4%）は退院となった（資料 2）。救急受診後、即日帰宅や救急に短期入院（1～2 日）し退院する患者と、精神症状が重篤で東病院や他の精神科病院に転院となる患者の流れに大きく分けられた（資料 3）。

2) 精神医療地域連携パスの作成

救命救急センターへ自殺企図患者が搬送されてから、救命救急センター退院となるまでに精神保健福祉センターを窓口とした地域へ繋ぐためのフローを作成した（資料 4）。そして、退院後の医療者用地域連携パス（資料 5～7）患者用の「灯り手帳」（資料 8）を作成し、運用方法を検討した。

D. 考察

今回、われわれは大学病院救命救急センター

に中毒・心身総合救急診療チームという自殺未遂者への診療を多職種で行える医療体制と、精神保健福祉センターがすべての行政の窓口となり、そこから行政的支援に繋げるという体制の中で自殺未遂者に対する精神医療地域連携パスを作成したが、作成上で問題となった点は、以下の 2 点である。

各職種の役割分担について

今回はかなり恵まれた医療、行政の体制の中で地域連携パスを作成したにもかかわらず、自殺企図患者が休日や夜間にも搬送され、短期間で退院、帰宅してしまう可能性があるために、すべてのタスクをひとつの職種の役割にするのが困難であった。特定の業務を中心に行う職種を決めておいたとしても、その職種が 24 時間、365 日業務に就いていない以上は、カバーの体制が必要となる。従って、特殊な業務以外は他の職種でもある程度はカバーできる体制の構築は必要不可欠と考えられた。今回は、カバーをする職種の順序を決め、例えば医療者用の地域連携パスの中で（PSW、心理士、精神科医）と記載した場合には、先に書いてある職種の順にその時勤務している人が対応することで運用することとした。この方法により、救命救急センターや精神科病院などでは運用が可能だが、人的資源の少ない精神科クリニックでは困難であり、自殺未遂者が外来診療へ移行した段階の体制整備は今後の課題である。われわれが平成 24 年に行った「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」の調査結果で最もニーズが高かったのは²⁾、行政側に自殺対策のための「精神保健福祉士、社会福祉士」や「臨床心理士」などを配置し、様々な連携業務を担うということであった。このような職種の配置は、精神科クリニックへ通院する患者に対して有益

である可能性があり、その実現が望まれる。

個人情報の管理

自殺未遂者の個人情報という、十分に配慮が必要な情報を取り扱うために、その管理は厳重でなければならない。今回は医療者用の地域連携パスを診療情報提供書に添付して、診療情報の一部として扱うことで、管理を徹底する方法で運用することとした。この方法では、行政などの地域支援側には十分な情報が伝わらない可能性はあるが、医療側がこのような情報を集めて対応しているという認識を地域支援側が持つことで、必要な情報を利用者の同意を得た上で、医療側に問い合わせることは可能である。今回は精神保健福祉センターをすべての地域支援の窓口としたために、行政側との連携が円滑であったが、行政側の窓口が分散する場合には注意が必要である。

自殺未遂者に対する精神医療地域連携パスは関与する機関、職種も多く複雑であるために、運用をしていく中で様々な要因を勘案し、改訂をしていく必要があると考えられた。

<文献>

- 1) 山本賢司、堀智子、立松聖一他：自殺未遂者の地域支援ネットワークモデル作成とその実践：自殺未遂者等地域支援ネットワーク構築に関する研究事業．平成 23 年度相模原市委託研究業務実績報告書 学校法人北里研究所 2012 年 p62-100
- 2) 山本賢司、立松聖一、奥亜希子他：自殺未遂者支援における支援者支援に関する研究事業．平成 24 年度相模原市委託研究業務実績報告書 学校法人北里研究所 2013 年 p1-18

E. 結論

救命救急センターへ搬送された自殺未遂者に対する精神医療地域連携パスを作成した。これらを実践して改訂していくことで、自殺未遂者にとって有効で効率的な精神医療が実践されることが期待される。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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(7・8):801-804, 2013

2. 学会発表

- 1) 井出文子、上條吉人、銘苅美世、山本賢司、廣岡孝陽、宮岡等：当院救命救急センターでの取り組み～中毒・心身総合救急医学講座を開講して 第 109 回日本精神神経学会学術総会 2013 年 5 月 福岡市
- 2) 山本賢司、立松聖一、奥亜希子、乾真美、鈴木志麻子、宮地伸吾、岩満優美、宮岡等：地域における自殺未遂者支援のための人材配置について 心理士に期待される役割を中心に 日本健康心理学会第 26 回大会 2013 年 9 月 北星学園大学（札幌市）
- 3) 山本賢司：自殺予防における大学病院と地域の取り組みについて 第 2 回神奈川県中央不安・抑うつ研究会 2013 年 9 月 神奈川県厚木市
- 4) 高井美智子、上條吉人、井出文子、山田素

朋子、山本賢司：向精神薬を過量服薬する患者の背景についての検討：その他の急性中毒と比較して 第37回日本自殺予防学会総会 2013年9月 秋田

- 5) 山田素朋子、井出文子、青柳明子、荒井有美、座間秀行、大西ひとみ、白井教子、桃園忍、石川美雪、廣岡孝陽、中村珠恵、亀沢有子、山本賢司：北里大学病院・東病院における院内自殺防止プロジェクトについて 第37回日本自殺予防学会総会 2013年9月 秋田

- 6) Inui-Yukawa M, Yamamoto K, Tatematsu S, Miyaji S, Ide A, Miura S, Iwamitsu Y, Miyaoka H : Suicide and suicidal behavior among young people in Japan : Association with clinical characteristics and antidepressants. World Psychiatric Association International Congress 2013.10 Austria

- 7) Yamamoto K, Tatematsu S, Oku A, Iga T, Inui-Yukawa M, Hoshino S, Hirooka T, Suzuki S, Miyaji S, Miyaoka H : What kind of professionals is needed for the management of suicide attempters in Japanese community? World Psychiatric Association International Congress 2013.10 Austria

- 8) 山田素朋子、高井美智子、井出文子、北元健、白井教子、山本賢司、上條吉人：精神保健福祉士の救命救急センター常駐化による自殺企図者の在院期間の変化について 第26回日本総合病院精神医学会総会 2013年11月 京都
- 9) 山本賢司：自殺未遂者支援を救命救急センターから始めるときの問題点と今後のあり方について．第26回日本総合病院精神医学会総会シンポジウム．2013年11月京都

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

資料1.自殺未遂者のための精神医療地域連携パスの作成

平成23年度 自殺未遂者地域支援ネットワークモデル構築 → 運用開始

救命センターに常駐するPSW、心理士が搬送された自殺未遂者への心理教育や社会支援利用の適応確認を行う。社会的支援利用の意思があり、市への情報提供に同意が得られた症例について、相模原市精神保健福祉センターを窓口として各障害福祉相談課(精神班)及び市役所関係各課へ連絡。救命センターから転院、退院後も地域で継続フォローしていく。地域ネットワークモデルに参加する医療機関、公的機関との間で事例検討会、教育講演会などを開催。

問題点: 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

平成24年度

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

平成25年度

自殺未遂早期退院患者に対する支援ツール研究

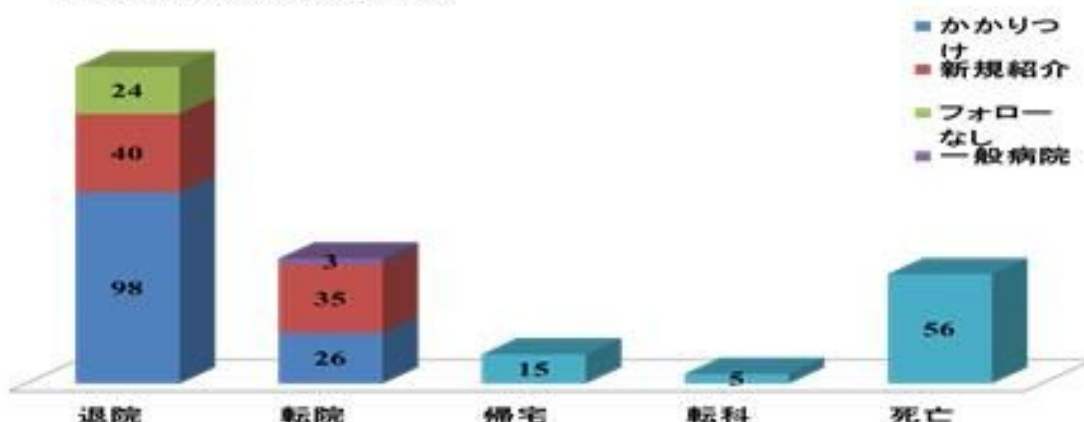
自殺未遂者のための精神医療地域連携パス(相模原モデル案)

資料2.自殺未遂者の転帰について

北里大学救命救急センターへの総搬送患者数は2389名で、中毒・心身総合診療チームが診療を行った症例は496名(救急全体の20.8%)であった。

自殺企図患者	中毒患者	身体合併症患者	依頼患者
305名 (12.8%)	272名 (11.4%)	107名 (4.5%)	26名 (1.09%)

自殺企図患者の転帰について



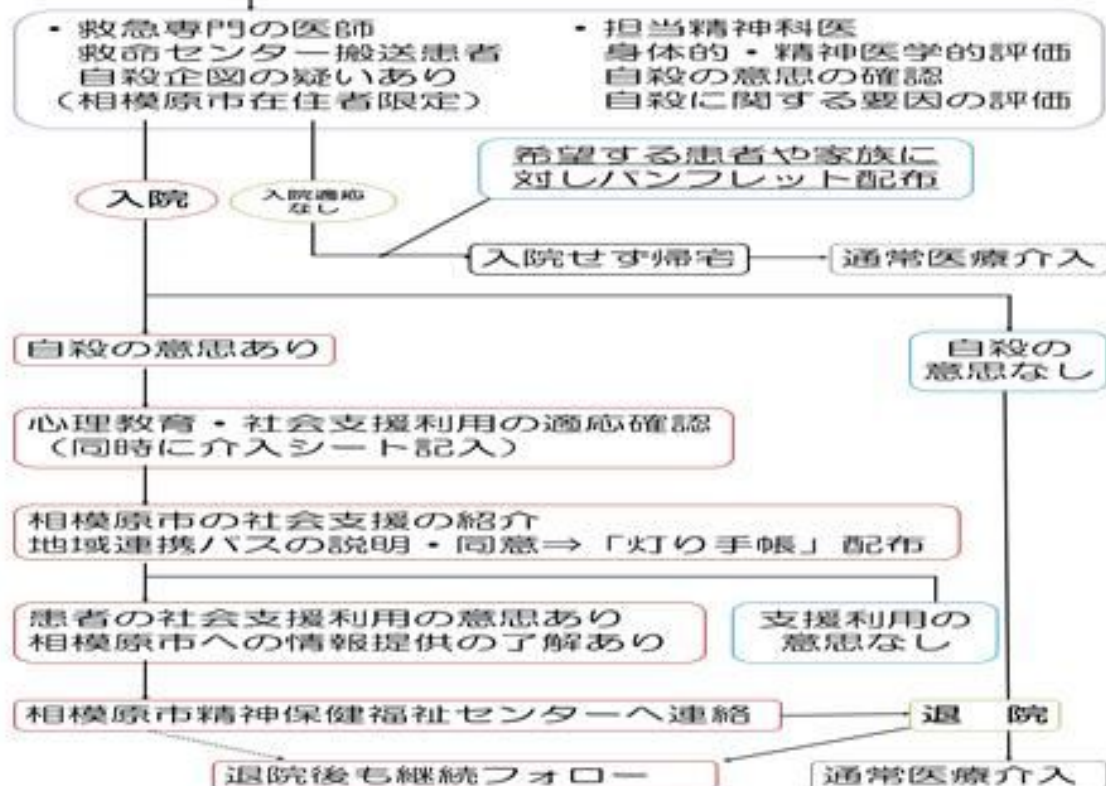
資料3.北里大学病院救命救急センターに搬送される自殺未遂者の特徴と治療の流れ

- 平成24年度の1年間に自殺企図で救急搬送された症例は305例。そのうち、52例(17%)は来院後死亡、68例(22.3%)は救命救急センターから転院となり、160例(52.4%)は退院となった。
- 救急受診後、即日帰宅や救急に短期入院(1・2日)し退院する患者と、精神症状が重篤で東病院や他の精神科病院に転院となる患者の流れに大きく分けられる。



資料4. 救命救急センターにおける地域連携へのフロー(試案)

救命救急センターへ患者搬送



資料5. 自殺未遂者支援のための精神医療地域連携パスのオーバービュー(試案)			
イメージ	救命救急センターに搬送された自殺未遂者が適切な医療を受けることができ、退院後も必要な援助を受けることができる		
流れ:	救命救急センター (必要に応じて身体科病棟、精神科病院) 地域生活		
目的:	自殺未遂者が身体的治療と同時に精神医学的アセスメントを受け、援助希求性を高めながら対処行動を身につけ、地域で必要な援助を受けながら致死性の高い再企図にいたらないように支援する		
適応基準:	□自殺未遂によって救命救急センターに搬送された方		
除外基準:	地域連携パス使用に同意を得られない方		
専門病院逆紹介基準:	うつ病性障害、双極性感情障害、統合失調症の診断事例で昏迷、亜昏迷、治療に抵抗する精神病症状などがある場合		
	セカンドオピニオンの意見を希望した時 その他必要と判断された時		
評価	併用BZP薬使用量、頓用薬使用回数、臨時逆紹介回数、WHO-QOL等評価尺度、救命救急センター搬送回数等		
	救命救急センター	精神科専門病院(転院した場合)	自宅
アウトカム	身体的状態が回復している	身体的状態が回復している	何らかの役割を実感して生活を送れる
	精神科的不調時の対処方法を理解している	精神科的不調時の対処方法を理解している	希死念慮に対して対処行動を実行できる
		援助希求性が高まる	援助希求性が高まる
評価項目	身体的診察結果、検査結果	身体的診察結果、検査結果	社会的機能評価
	精神医学的現在症	精神医学的現在症	行動記録表項目評価
	社会的機能評価	社会的機能評価	頓用薬使用頻度
タスク	身体損傷、合併症の評価、診断、加療	身体損傷、合併症の評価、診断、加療	心理教育
	精神医学的評価、診断、加療	精神医学的評価、診断、加療	社会的支援
	自殺の意志確認、要因評価	自殺の意志確認、要因評価	精神医学的評価、加療
	心理教育、社会支援適応確認	心理教育、社会的支援適応確認	
	上記必要時実施、精神保健福祉センター連絡	上記必要時実施、精神保健福祉センター連絡	
	身体医学的情報提供書作成	精神医学的情報提供書作成(転医の場合)	
	精神医学的情報提供書作成		

調査名、自賠未業者支援精神科医療相談センター(仮称)「バス」医療者用「加工票」		自立がつかない医療機関					
調査所在 クリニック	診療科目	療育プログラム		生活訓練プログラム		生活訓練プログラム	
		導入時期	実施状況	導入時期	実施状況	導入時期	実施状況
調査施設	psychiatry DSM-IV-TR Axis I Axis II Axis III Axis V(病状のGAF) Axis V(適応能力のGAF) 診断、症状に関する追加コメント: 経過観察ポイント 精神科治療 身体治療(3)活用、訪問 地域連携(3)活用、訪問 地域連携(4)活用、訪問 精神科治療相談センター	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
調査対象	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施期間	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施回数	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施人数	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施費用	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施場所	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施担当者	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施内容	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施効果	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施評価	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施結果	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施期間	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施回数	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施人数	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施費用	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施場所	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施担当者	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施内容	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施効果	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施評価	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施結果	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施期間	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施回数	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施人数	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施費用	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施場所	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施担当者	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施内容	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施効果	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施評価	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
実施結果	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

資料7.自殺企図者面接シート1

調査日	(西暦)[]年 []月 []日	記入者	
患者背景			
カルテID		年齢	歳
氏名		性別	<input type="radio"/> 1.男 <input type="radio"/> 2.女
教育年数	<input type="radio"/> 1.義務教育卒以前 <input type="radio"/> 2.高卒 <input type="radio"/> 3.短大卒 <input type="radio"/> 4.大卒 <input type="radio"/> 5.大学院卒 ※卒業を果たしている所		
職業	<input type="radio"/> 1.フルタイム <input type="radio"/> 2.パートタイム・アルバイト <input type="radio"/> 3.病休中 <input type="radio"/> 4.専業主婦 <input type="radio"/> 5.不可逆的障害により就労不能 <input type="radio"/> 6.定年退職 <input type="radio"/> 7.無職 <input type="radio"/> 8.学生		
同居者 〔複数回答可〕	<input type="checkbox"/> 0.なし <input type="checkbox"/> 1.父親 <input type="checkbox"/> 2.母親 <input type="checkbox"/> 3.兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 4.配偶者 <input type="checkbox"/> 5.子 <input type="checkbox"/> 6.祖父母子 <input type="checkbox"/> 7.孫 <input type="checkbox"/> 8.その他()		
婚姻状況	<input type="radio"/> 1.既婚〔 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居〕 <input type="radio"/> 2.未婚 <input type="radio"/> 3.離婚 <input type="radio"/> 4.死別		
家族歴	→「家族」には両親・両祖父母・兄弟のみを含める。配偶者及びその家族などは含めない		
	DSM-IV I 軸 疾患の既往	<input type="radio"/> 1.あり <input type="radio"/> 2.うたがい <input type="radio"/> 3.なし <input type="radio"/> 4.不明	
	自殺企図歴	<input type="radio"/> 1.あり <input type="radio"/> 2.なし	
受診歴	精神科受診歴 (最終受診日)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 1ヶ月以内 <input type="radio"/> 3ヶ月以内 <input type="radio"/> 6ヶ月以内 <input type="radio"/> 1年以内 <input type="radio"/> 1年以上前	
	身体科受診歴 (最終受診日)	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 1ヶ月以内 <input type="radio"/> 3ヶ月以内 <input type="radio"/> 6ヶ月以内 <input type="radio"/> 1年以内 <input type="radio"/> 1年以上前	
	→ 診療科	<input type="checkbox"/> 1.内科 <input type="checkbox"/> 2.外科 <input type="checkbox"/> 3.産婦人科 <input type="checkbox"/> 4.小児科 <input type="checkbox"/> 5.脳外科 <input type="checkbox"/> 6.麻酔科 <input type="checkbox"/> 7.整形外科 <input type="checkbox"/> 8.形成外科 <input type="checkbox"/> 9.皮膚科 <input type="checkbox"/> 10.泌尿器科 <input type="checkbox"/> 11.眼科 <input type="checkbox"/> 12.耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 13.口腔外科 <input type="checkbox"/> 14.放射線科 <input type="checkbox"/> 15.リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 16.その他()	
自殺企図回数	<input type="radio"/> 1.なし <input type="radio"/> 2.1回もしくは2回 <input type="radio"/> 3.3回以上		
自殺企図手段 〔複数選択可〕 〔主要項目特定〕	<input type="checkbox"/> 1.医師処方薬 [<input type="checkbox"/> 1向精神薬 <input type="checkbox"/> 2その他] <input type="checkbox"/> 2.市販薬物 <input type="checkbox"/> 3.毒物 [<input type="checkbox"/> 1農薬 <input type="checkbox"/> 2自然毒 <input type="checkbox"/> 3洗剤 <input type="checkbox"/> 4その他()] <input type="checkbox"/> 4.ガス [<input type="checkbox"/> 1排気ガス <input type="checkbox"/> 2練炭 <input type="checkbox"/> 3その他()] <input type="checkbox"/> 5.刃器 [<input type="checkbox"/> 1手首の皮内 <input type="checkbox"/> 2手首以外の皮内 <input type="checkbox"/> 3部位を問わず皮下に深達] <input type="checkbox"/> 6.飛び込み <input type="checkbox"/> 7.飛び降り <input type="checkbox"/> 8.焼身 <input type="checkbox"/> 9.縊首 <input type="checkbox"/> 10.入水 <input type="checkbox"/> 11.感電 <input type="checkbox"/> 12.銃器 <input type="checkbox"/> 13.凍死 <input type="checkbox"/> 14.その他()		
自殺企図動機 〔複数選択可〕 〔主要項目特定〕	<input type="checkbox"/> 1.家族との関係(婚姻関係の変化を含む) <input type="checkbox"/> 2.家族との死別 <input type="checkbox"/> 3.住居(転居を含む) <input type="checkbox"/> 4.健康 [<input type="checkbox"/> 1身体の症状 <input type="checkbox"/> 2心の症状] <input type="checkbox"/> 5.経済的困窮 <input type="checkbox"/> 6.介護・養育 <input type="checkbox"/> 7.業務内容 <input type="checkbox"/> 8.転職 <input type="checkbox"/> 9.失業・倒産 <input type="checkbox"/> 10.学業・進学 <input type="checkbox"/> 11.男女関係(婚姻関係がないもの) <input type="checkbox"/> 12.職場、学校、知人との人間関係 <input type="checkbox"/> 13.災害被害 <input type="checkbox"/> 14.犯罪被害 <input type="checkbox"/> 15.その他() <input type="checkbox"/> 16.不明		

自殺企図者面接シート2

前回企図日時	<input type="radio"/> 今回が初回のため該当しない <input type="radio"/> 1週間以内 <input type="radio"/> 1ヶ月以内 <input type="radio"/> 3ヶ月以内 <input type="radio"/> 6ヶ月以内 <input type="radio"/> 1年以内 <input type="radio"/> 1年以上前
前回企図日時	(西暦)[]年 []月 []日 []時頃
自殺企図手段 〔複数選択可〕 〔主要項目特定〕	<input type="checkbox"/> 1.医師処方薬物 [<input type="checkbox"/> 1向精神薬 <input type="checkbox"/> 2その他] <input type="checkbox"/> 2.市販薬物 <input type="checkbox"/> 3.毒物 [<input type="checkbox"/> 1農薬 <input type="checkbox"/> 2自然毒 <input type="checkbox"/> 3洗剤 <input type="checkbox"/> 4その他()] <input type="checkbox"/> 4.ガス [<input type="checkbox"/> 1排気ガス <input type="checkbox"/> 2練炭 <input type="checkbox"/> 3その他()] <input type="checkbox"/> 5.刃器 [<input type="checkbox"/> 1手首の皮内 <input type="checkbox"/> 2手首以外の皮内 <input type="checkbox"/> 3部位を問わず皮下に深達] <input type="checkbox"/> 6.飛び込み <input type="checkbox"/> 7.飛び降り <input type="checkbox"/> 8.焼身 <input type="checkbox"/> 9.縊首 <input type="checkbox"/> 10.入水 <input type="checkbox"/> 11.感電 <input type="checkbox"/> 12.銃器 <input type="checkbox"/> 13.凍死 <input type="checkbox"/> 14.その他()
普段の相談相手 〔複数選択可〕	<input type="checkbox"/> 0.なし <input type="checkbox"/> 1.家族 <input type="checkbox"/> 2.親類 <input type="checkbox"/> 3.友人・知人 <input type="checkbox"/> 4.医療者(精神科/心療内科) <input type="checkbox"/> 5.カウンセラー <input type="checkbox"/> 6.医療者(身体科) <input type="checkbox"/> 7.保健福祉専門家 <input type="checkbox"/> 8.民生委員 <input type="checkbox"/> 9.宗教関係者 <input type="checkbox"/> 10.学校教師 <input type="checkbox"/> 11.その他()
相談機関の利用 〔複数選択可〕 〔過去1年間以内〕	<input type="checkbox"/> 0.なし <input type="checkbox"/> 1.医療機関(精神科/心療内科) <input type="checkbox"/> 2.医療機関(身体科) <input type="checkbox"/> 3.職場・学校の健康管理組合/センター <input type="checkbox"/> 4.心理士によるカウンセリング <input type="checkbox"/> 5.市町村役場 <input type="checkbox"/> 1年金・健康保険・医療費等 <input type="checkbox"/> 2高齢者・介護 <input type="checkbox"/> 3児童 <input type="checkbox"/> 4障害 <input type="checkbox"/> 5生活保護 <input type="checkbox"/> 6その他() <input type="checkbox"/> 6.保健所 <input type="checkbox"/> 7.精神保健福祉センター <input type="checkbox"/> 8.児童相談所 <input type="checkbox"/> 9.警察 <input type="checkbox"/> 10.公共職業安定所 <input type="checkbox"/> 11.社会保険事務所 <input type="checkbox"/> 12.労働基準監督署 <input type="checkbox"/> 13.電話相談機関(いのちの電話など) <input type="checkbox"/> 14.法律専門機関 <input type="checkbox"/> 15.消費生活センター <input type="checkbox"/> 16.女性センター <input type="checkbox"/> 17.自助グループ <input type="checkbox"/> 18.アルコールや薬物関連問題に関する相談サービス <input type="checkbox"/> 19.福祉関係機関(生活支援センターなど) <input type="checkbox"/> 20.その他()
アルコール摂取頻度	<input type="radio"/> 0.飲まない <input type="radio"/> 1.月に1度以下 <input type="radio"/> 2.月に2~4度 <input type="radio"/> 3.週に2~3度 <input type="radio"/> 4.週に4度以上
通常アルコール 摂取量	[]単位 単位 換算表
6単位以上の 飲酒の有無	<input type="radio"/> 0.ない <input type="radio"/> 1.月に1度未満 <input type="radio"/> 2.月に1度 <input type="radio"/> 3.週に1度 <input type="radio"/> 4.毎日あるいはほとんど毎日
収入	<input type="radio"/> 扶養 <input type="radio"/> 本人給与 <input type="radio"/> 年金 <input type="radio"/> 資産 <input type="radio"/> 生活保護 <input type="radio"/> その他()
保険の種類	<input type="radio"/> 政府管 <input type="radio"/> 組合 <input type="radio"/> 船員 <input type="radio"/> 共済 <input type="radio"/> 国保 <input type="radio"/> 老保 <input type="radio"/> 継続 <input type="radio"/> 退職者 <input type="radio"/> 生保 <input type="radio"/> その他()
助成制度の活用	<input type="radio"/> 自立支援医療 <input type="radio"/> 特定疾患 <input type="radio"/> 介護保険 <input type="radio"/> 特別療養 <input type="radio"/> 老人医療 <input type="radio"/> 母子医療
障害者手帳	<input type="radio"/> 身体(級) <input type="radio"/> 療育(級) <input type="radio"/> 精神(級)
年金	<input type="radio"/> 障害 <input type="radio"/> 老齢 <input type="radio"/> 寡婦 <input type="radio"/> 遺族 <input type="radio"/> 傷病手当 (月額¥)
ER後の精神科治療	<input type="checkbox"/> 1.精神科へ入院 <input type="checkbox"/> 2.非精神科へ入院 <input type="checkbox"/> 3.退院・精神科外来 <input type="checkbox"/> 4.なし <input type="checkbox"/> 5.不明 <input type="checkbox"/> 6.その他()

あかり てちょう 灯り手帳



診療所、病院、薬局など医療機関を受診する時、
保健師、ソーシャルワーカーとの面談時など、
必ずご持参ください。

はじめに

この手帳は健康を管理する
ための手帳です。
専門職だけでなくご家族も含め、
みんなで情報を共有し、
どこでも安心してケアを
受けるために役立っていきます。

健康に生活ができるようにあなたを支えています

かかりつけ医
医療機関名①
電話番号
主治医名

医療機関名②
電話番号
主治医名

定期通所期間（リワーク、デイケア、作業所など）
機関名
電話番号
主治医名

かかりつけ薬局
事業所
電話番号
担当者



市の公的サービス相談機関
機関名①
電話番号
主治医名

機関名②
電話番号
主治医名

その他（民生委員、会社、学校関係）
事業所①
電話番号
担当者

精神科救急医療情報窓口

電話番号 045-261-7070

土曜日、日曜日、祝祭日および年末年始（午前8時半～翌日午前8時半）

平日（月～金曜日午後5時～翌日午前8時半）

（翌日が平日の場合は、いずれも翌日午前8時までの受付となります。）

横浜いのちの電話 電話番号 045-335-4343

川崎いのちの電話 電話番号 044-733-4343

24時間 年中無休

わたしのプロフィール

病気のことや日常生活のことについて、知っておいてほしいことやお手伝いが必要なことがあれば記入してください。

病気のこと（からだ、こころどちらの病気のことでも！）

趣味や大切にしていること

その他（デイケア、作業所、学校、職場のことなどなんでも！）

お手伝いできそうなこと

わたしの行動記録表																				ID. _____ (年 月 日 ~ 年 月 日)	
時間	日			月			火			水			木			金			土		
	何をしていた？	誰と？	自分を大事にしない行動	何をしていた？	誰と？	自分を大事にしない行動	何をしていた？	誰と？	自分を大事にしない行動	何をしていた？	誰と？	自分を大事にしない行動	何をしていた？	誰と？	自分を大事にしない行動	何をしていた？	誰と？	自分を大事にしない行動	何をしていた？	誰と？	自分を大事にしない行動
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
1																					
2																					
3																					
4																					

◎重要スキルを使って「自分を大事にしない行動」を回避した ○学習法の練習 自分を大事にしない行動：✓自傷（切る、殴る、引っかく、突き刺す、浴りかけの薬を飲むなど） △自傷したくなった □飲酒 ●福祉 ×人や物に暴力を振るう

出典：松本俊彦、自傷行為の理解と援助、日本評論社

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

研究分担者 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

研究要旨

研究目的: 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。

研究方法: メンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト、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。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した。

結果: 平成 25 年度中、5 回の研究会を実施。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。

まとめ: 地域連携会議モデル（循環器疾患）開発に際しての情報共有、基礎作りを行った。今後、より具体的な地域連携の実現を目指す。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

水谷 和郎 神戸百年記念病院 内科 医長
民田 浩一 西宮渡辺心臓・血管センター 副院長
堂本 康治 神戸労災病院 第二総合内科 部長
大石 醒悟 兵庫県立姫路循環器病センター
循環器科 医長
竹原 歩 兵庫県立姫路循環器病センター 看護部
庵地 雄太 神戸百年記念病院 心臓リハビリテーションセンター 心理療法士
安井 博規 国立循環器病研究センター 心臓血管内科
見野 耕一 神戸市立医療センター西市民病院 精神科 部長
伊藤 弘人 国立精神・神経医療センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長

A. 研究目的

平成 24 年より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」が開始。本プロジェクトを遂行するにあたり、医療現場での身体科チームと精神科との地域連携会議は必須である。さらに、各身体科それぞれにおけるメンタルケアに関する地域連携構築は、その基礎となるものである。本プロジェクトに先行して、兵庫県地域は従前より循環器疾患領域へのメンタルケア導入が盛んな地域である。本研究では、兵庫県地域における循環器科 - 循環器科及び循環器科 - 精神科の連携構築を試行、ナショナルプロジェクトとしての地

域連携モデル開発を検討する。

B. 研究方法

循環器疾患のメンタルケアについては、注目されつつある。しかしながら、未だに医療従事者でさえ理解不十分な面も多く見られる。うつとの関連性など、病態に関する様々な報告はみられるも、地域連携という形でのシステム作りについては発展途上である。今回兵庫県地域において、既に循環器疾患のメンタルケアを取り入れている4病院（神戸百年記念病院、西宮渡辺心臓・血管センター、神戸労災病院、姫路循環器病センター）を選択した。これら病院を基軸とし、国立精神・神経医療研究センター及び国立循環器病研究センターを加えて、平成25年1月28日、兵庫サイコカーディオロジー研究会を発足した。精神科からの参画は、サイコオンコロジーの先覚である神戸市立医療センター西市民病院へ依頼した。

研究会では、循環器疾患に対するメンタルケアに関する現状、課題の把握から開始した。ワークショップ形式などで循環器疾患とメンタルケアに関する様々な意見を集約した。

（倫理面への配慮）

本研究では、症例検討を行う際に患者情報等個人が特定されることの無い様、倫理的な配慮を行った。

C. 研究結果

各研究会の概要を述べる。

<第1回研究会（平成25年1月）>

オープニングセッションとして、国立精神・神経医療研究センターよりナショナルプロジェクトの概要の説明を行った。引き続き兵庫県地

域の循環器疾患領域におけるメンタルケアに関する現状と課題の抽出をワークショップ形式で行った。

<第2回研究会（同年4月）>

身体疾患のメンタルケアにおいて、先行するがん領域の考え方を学ぶため、リエゾン認定看護師の竹原歩氏（兵庫県立姫路循環器病センター）による講演「循環器臨床にも取り入れたいサイコオンコロジーの考え方」を行った。より広く意見を集めることを目的として、兵庫県内で循環器疾患のメンタルケアに携わる医療従事者に参加門戸を広げた。第1回同様、ワークショップを実施し、メンタルケアに関わる課題、問題点の抽出を行った。

<第3回研究会（同年6月）>

本プロジェクトの連携システム開発について、名古屋大学大学院医学系研究科の杉浦伸一先生による講演「情報通信技術を用いた患者フォローアップシステム」を実施した。また、過去2回のワークショップから得られた総数330の意見を検討した。地域連携モデル開発における課題の抽出を試みた。意見を親和性分類に基づいて分析した結果、「精神症状・心理的問題」、「メンタルケアに関する知識・技術」、「心疾患の病態と特性」といった課題が上位半数を占めた。

<第4回研究会（同年8月）>

ワークショップ形式による課題の抽出に加え、臨床的視点から課題を探ることを目的として、実症例を用いた職種間カンファレンスを実施した。治療・投薬に関する様々な意見や診療科を繋ぐコーディネーターの必要性などが示された。

<第5回研究会（同年11月）>

当地域に限らず、本邦における循環器疾患に

対するメンタルケアの現状と課題を再確認するため、基調講演を開催した。大阪大学大学院循環器内科（国立循環器病研究センター心臓血管内科）安井博規研究協力者の講演「サイコカルディオロジ について」を行った。

D. 考察

本研究の指針として、計5回の研究会内容の要約から、「コーディネーター養成」、「連携ツールの作成」、「啓蒙・啓発」という三項目が浮き彫りとなった。これら三項目を本研究の「3つの柱」と位置づけ、今後の課題とした。

《コーディネーターの必要性》

第1の柱は『コーディネーターの養成』である。第1・2回研究会のワークショップで多かった意見が、メンタルケアに関する知識と技術に対する不安である。この不安は、循環器疾患領域のスタッフの精神疾患に対する知識・技術不足による不安と、精神科領域のスタッフの循環器疾患に対する知識・技術不足の不安との2つの側面が含まれる。

従来の医療制度は、専門性を追求する医療職の養成を推進してきた。しかし、その弊害として他領域疾患を学び、触れる機会が少なくなっている。循環器疾患はしばしば生命予後に直結する。そこに、うつやせん妄などの精神疾患が併発することで、よりの確な身体症状と精神症状に対するアセスメントが求められる。また、精神疾患患者に循環器疾患が合併することも決して希ではない。従って、循環器疾患領域のスタッフに対しては精神疾患に関する知識と対応、精神疾患領域のスタッフには循環器疾患に関する知識と対応が必ず求められることになる。しかし専門分化された現在の診療体制では、異な

る2領域の併存疾患への対応は不十分であり、これが今回のワークショップによって示された不安の一因と考えられる。

よって本研究の目標として、患者の予後改善とQOL向上、さらに各領域で働くスタッフの不安に対処するため、循環器疾患領域と精神疾患領域の間をスムーズに繋ぐコーディネーターの養成を検討するものである。

《連携ツールの作成》

第2の柱は『連携ツールの作成』である。この『連携』とは「診療科連携」、「病病連携」、「病診連携」、「地域連携」の4つの要素から構成されている。

ここでは、「診療科連携」を循環器内科、心臓血管外科、心療内科、精神科などの診療科の連携とした。同様に、「病病連携」は中規模一般病院と専門科としての循環器科あるいは精神科を有する地域総合中核病院との連携を、「病診連携」は循環器科あるいは精神科を有する総合病院と地域のクリニック等かかりつけ医との連携を、「地域連携」は役所や保健所、福祉施設など地域における社会資源との狭義の連携を称する。

それぞれを相互・多角的に繋ぐのが『連携ツール』である。このツールとしては、患者個人が1冊ずつ管理して持ち運ぶ「手帳」方式と、関係機関の間を情報通信技術で繋ぐ「ICT（Information and Communication Technology）」方式の2種類の併用を検討している。

「手帳」と「ICT」による患者フォローアップシステムについては、本ナショナルプロジェクトの骨子に基づくものであり、ここでは割愛する。本研究では、この『包括的連携ツール』を循環器疾患と精神疾患の両疾患に対応した形

を検討・作成し、前述のコーディネーターが中心となって運用することを目指している。

《啓蒙・啓発》

第3の柱は『啓蒙・啓発』である。本年11月、第70回日本循環器心身医学会総会において、日本循環器心身医学会と本ナショナルプロジェクトとのジョイントシンポジウムが企画された。

このジョイントシンポジウムは昨年引き続き第2回となった。循環器疾患に対するメンタルケアの必要性の重要な啓蒙・啓発の良い機会となり、さらには本ナショナルプロジェクトの推進に寄与するものである。

このような学術集会や論文投稿等を積極的に活用し、循環器疾患に対するより専門的なメンタルケアの必要性だけでなく、具体的対応策としての「地域連携モデル」を同時に啓蒙・啓発してゆくことが重要である。

今後さらに、様々な機会を通じて循環器疾患領域のメンタルケアについて『啓蒙・啓発』を行ってゆくことが、本研究の3つ目の柱である。

以上、今後3つの柱を本研究の基本課題として、継続検討していく所存である。

E. 結論

平成25年度は循環器疾患に対する地域連携会議モデル開発に際しての情報共有、基礎作りを行った。今後、研究会より得られた3本の柱（コーディネーター養成、連携ツールの作成、啓蒙・啓発）を軸に、より具体的な地域連携の実現を目指すものである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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 地域連携モデル開発（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 2014年1月号 Vol.60 No1 通巻871号

2. 学会発表

堂本康治、水谷和郎、庵地雄太、大石醒悟、民田浩一、安井博規、伊藤弘人、兵庫サイコカーディオロジー研究会の発足、ジョイントシンポジウム「循環器疾患患者へのメンタルケア」第70回日本循環器心身医学会学術集会、東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

研究分担者 熊野宏昭

早稲田大学人間科学学術院 教授

研究要旨

研究目的: 様々な精神症状を伴うことの多い慢性身体疾患に対して、認知行動療法的アプローチの1つである「アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）」を適用するための研修を実施する。

研究方法: 糖尿病を始めとした慢性身体疾患に対するACTの適用方法についてレビューを行い、その成果に基づいて資料を作成し、「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 2013年度第1回ステップアップ研修」を実施する。

結果: 20名余の参加を得て、上記研修会を実施した。

まとめ: 今後、身体疾患を合併する精神疾患にACTを実施するための基礎技術の研修を実施した。

A. 研究目的

様々な精神症状を伴うことの多い慢性身体疾患に対して、認知行動療法的アプローチの1つである「アクセプタンス&コミットメント・セラピー（ACT）」を適用するための研修を実施する。

B. 研究方法

糖尿病を始めとした慢性身体疾患に対するACTの適用方法についてレビューを行い、その成果に基づいて資料を作成し、「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 2013年度第1回ステップアップ研修」を実施する。

（倫理面への配慮）

なし。

C. 研究結果

次ページからの資料を用いて、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。

D. 考察

わが国においても、近年広く実践されるようになってきたACTを、様々な精神症状を伴うことの多い慢性身体疾患に適用できる可能性は大きいと思われる。

E. 結論

今年度の研究成果を踏まえて、うつ病を合併する身体疾患に適用するための研究を進めていきたいと考えている。

認知行動療法による身体疾患の治療 ～アクセプタンス&コミットメント・セラピーの工夫～

早稲田大学人間科学学術院
熊野宏昭

2型糖尿病にACTを用いたRCT

[方法] 1日教育ワークショップに参加した11人を、2週間の基礎教育のみを受ける群と、基礎の基礎教育を4週間とACTを8週間受ける群にランダムに割り分け(教育群38名, ACT群42名)、介入効果を比較した。ACT群では、糖尿病についての受け入れ難い考えや気持ちに対して、アクセプタンスとマインドフルネスのスキルを適用し、自分で価値があると思う治療行動を実行していくための方法を学んだ。

[結果] 3ヵ月後、ACT群は教育群と比較して、糖尿病に対する理解度では有意差はなかったが、アクセプタンスとマインドフルネスのスキルや価値に基づいた行動を実践している事が高く、糖尿病のセルフケア行動(食事、運動、自己血糖測定)に対するアドヒアランスもよく、HbA1cがターゲット域(<7%)に入っている人数も多かった。導入過程分析を行った結果では、アクセプタンスなどのスキルとアドヒアランスの介入による変化が、HbA1cの変化に有意な影響を与えていた。

(Gogginほか, 2007)

どれほど驚くべきことなのか

- ・アドヒアランスを改善することは容易ではない。
 - ・31件のセルフマネジメント教育のRCTの結果(Nanta, 2002)
 - ・治療達成に、HbA1c低下0.76%(95%CI: 0.34~1.18%, 20研究)コントロール群よりも低下(12件のコントロール群は通常治療条件であり、残りの9件も追加的助言を付加した介入)。
 - ・1~3ヶ月のフォローアップ後では、0.26%(95%CI: -0.21~0.73%, 9研究)と低下は有意ではないが、4ヶ月以上のフォローアップ後では0.29%(95%CI: 0.03~0.48%, 9研究)有意に低下が大きかった。
 - ・0.2%の差を出すためには、11.8種類の教育的介入が必要。
 - ・12件の心理療法的介入(CBT中心)のACTの結果(Smail, 2004)
 - ・治療達成に、HbA1c低下0.25%(95%CI: 0.18~1.34) コントロール群よりも低下(6件のコントロール群が通常治療条件で、残りの6件はセルフマネジメント教育以上の介入を実施)。
 - ・介入期間の中央値は10.5週間。

行動から人を見る

- 行動分析学では、われわれが日々生きているという事実を、習慣的行動という側面から捉える。
- 習慣的行動とは、ある環境(文脈)の中で繰り返される「癖」のことである。
- この癖が人を作り上げ、われわれの人生を繰り上げて行く。

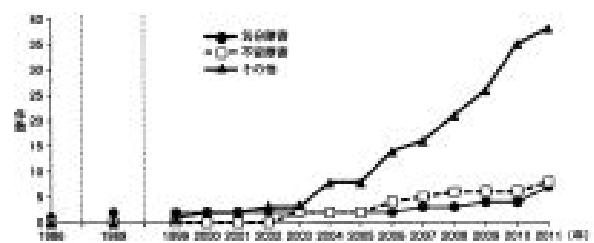
認知行動療法

- 症状や問題行動を改善し、セルフケアを促進するために、非適応的な行動パターン、思考パターンを系統的に寛容していく行動科学的治療法を認知行動療法(cognitive behavior therapy: CBT)と言う。
- 生活習慣への教育的働きかけや、リラクゼーション法だけでは、効果が不十分な場合に適用される。
- 慣った思考・行動パターンの寛容が必要になる。
- 認知行動療法の対象になるのは、病気の発症ではなく持続。

アウトカム指標の変化

Variable	Pre-treatment			Follow-up			Difference		
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	n	Mean	SD
Diabetes control (HbA1c < 7%)									
Control ACT	103			103			103		
Diabetes control (compared)								27.1**	2.4
HbA1c									
Control ACT	8.23	1.0		8.03	0.22	-0.07	1.02		
Diabetes control (compared)								-0.12*	0.04
Self-management									
Control ACT	16.28	3.88		17.1	3.21	1.07	0.84		
Diabetes control (compared)								1.07***	0.21
Adherence and Active Behavior Domains									
Control ACT	26.08	10.12		28.11	11.80	1.50	0.84		
Diabetes control (compared)								1.50***	1.28
								1.75**	

ACTに対するRCT実施の累積件数



(査読・三田村, 2011)

行動分析学

- 行動それ自体を研究の対象にする。行動を通して心ないし意識や認知あるいは脳の働きなどを研究するのではない。
- 行動に関するすべての出来事を、同一の理論的枠組みとできるだけ少ない共通の原理で分析する。
- 行動の原因を、個体の内部ではなく、個体を取りまく過去および現在の環境のなかに求める。

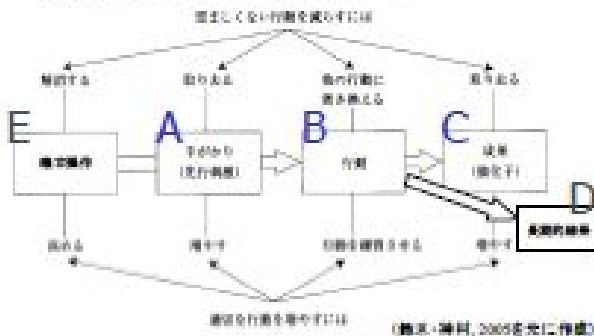
(牧原, 2001)

行動とは

- 行動とは置換的行動(行動バース)のことであり、連鎖で考える。



機能分析に基づく介入ポイント

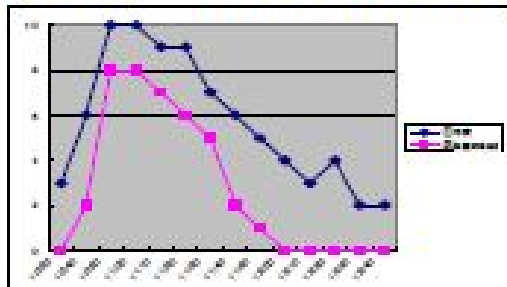


Aさんの機能分析

- 標的とする問題: 腹痛・下痢に起因する乗り物恐怖
- 状況: 寝不足などで身体の緊張があると起きやすい(独立操作)。朝の満員の通勤電車の中でお腹の感覚に注意が向く(条件刺激・非別刺激)。満りの電車は平気。
- 行動: 不安な気持ちとともにお腹がゆるくなる感じが出現し(条件反応)、次の駅であわてて降りる(導的行動)。
- 結果: 不安感とともにお腹のゆるい感じがおさまる(嫌悪刺激の消失)、大きな状況を回避できたと思ひ(嫌悪刺激出現の阻止)、ホッとする(強化子の出現)。

予想と実際の違い

- 不安になったら、どこまでも強くなると思っていたが...



行動の制御に関わる学習原理

- 随伴性形成行動: ヒト以外の動物にも認められる学習形式であり、学習過程が意識される必要はない(体験による学習)
 - レスポデント条件づけ: 条件刺激が無条件刺激の到来の信号になる(例: パブロフの犬、梅干と唾液)
 - オペラント条件づけ: 結果によってその後の行動が決まってくる(例: 物質依存、子供のしつけ、ペットのしつけ)
- ルール支配行動: 言葉を用いる人間でのみ認められる学習形式であり、反応強化子随伴性がなくても、随意行動が維持される(言葉による学習)
 - 関係フレームづけ: 言葉が非言語的の反応を制御する(例: 教室で言うもののほとんど全て)

腹痛と電車に乗る不安が主訴のAさん

- 26歳、女性、臨床検査技師。
- 腹痛、下痢、朝の通勤電車に乗る不安感を主訴に心療内科クリニックに初診。
- 大学卒業後A病院に勤務し、25歳時に新人を指導する立場になってから症状が出現し、ほぼ毎朝、腹痛と下痢がある。最初はたまたま起こる程度だったが、通勤途中で腹痛のため電車を降りたことをきっかけに、同じようになるのを怖れ、通勤途中で度々降りるようになる。
- 消化器内科では特に大きな異常なく、自ら受診。
- 心療内科医が、腹痛などと関係した電車に乗る不安に心理的介入が有効と考え、心理士に面接を依頼した。

Aさんへの介入

- 状況: 寝不足などで身体の緊張があると起きやすい(独立操作)。朝の満員の通勤電車の中でお腹の感覚に注意が向く(条件刺激・非別刺激)。
 - 日頃の緊張をほぐすために、リラクゼーション法を毎日練習する。電車の中で見の裏の感覚に注意を向ける練習をする。
- 行動: 不安な気持ちとともにお腹がゆるくなる感じが出現し(条件反応)、次の駅であわてて降りる(導的行動)。
 - 電車に乗りながら、自覚的な不安の得点を3分おきに記録する。
- 結果: 不安感とともにお腹のゆるい感じがおさまる(嫌悪刺激の消失)、大きな状況を回避できたと思ひ(嫌悪刺激出現の阻止)、ホッとする(強化子の出現)。
 - 電車に続けて乗れた時に何が起こるかをよく観察し、自覚する。

思考を言語行動として捉える

- 行動分析学において言語行動は、複数の刺激を関係づけ、その刺激の機能を定める行動(関係フレームづけ)と定義される。
 - 結び付けられる刺激は「言葉」である必要はない。
 - この刺激機能の交換によって、意味が発生する。
- 関係フレームづけの習得によって、人間は動物にはないより一層豊かな世界を作り上げる力を手に入れ、文明社会を築き上げた。
 - 任意の刺激に意味を付与できるようになったから。

言葉が『バーチャルな世界』を作り出すとは

- 「レモン」と頭の中で言ってみましょう。

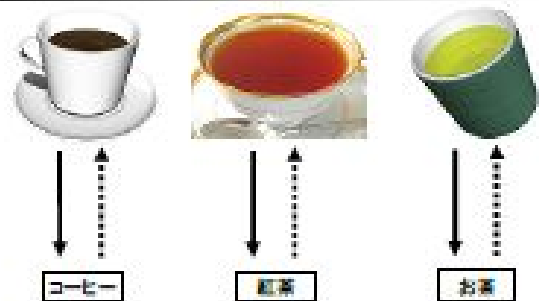


浮かんできましたか？
 当たり前のこと？
 →言語の双方向性と書われ人間にしかない能力
 →実は、これを「ランカ」と呼ぶことにすると・・・！
 その音の刺激機能が変わる

関係フレームづけのダークサイド

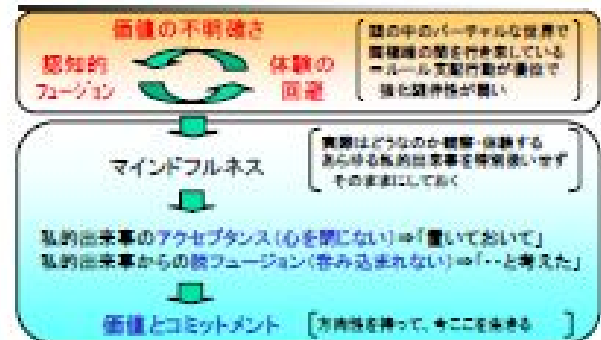
- バーチャルな世界を作り上げる言葉の力は、特に踏刃の剣で、それが自分自身に向かった場合には、ありもしないネガティブな評価を現実として感じるようになる(認知的フュージョン)。
- つまり、人間の心の健康は常に脅かされる仕組みになっている。そこでは、ネガティブな自己像やそれに結びつく思考が容易に引き起こされてしまうため、それによって傷つくのを避けるために、様々な刺激に反応して生じる自らの思考や感情を回避しようとする(体験の回避)ことになる。

言葉と対象の双方向性

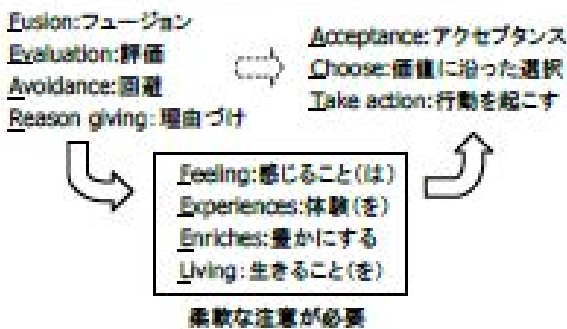


* 点線は、直接学習なしに成立する親生的関係

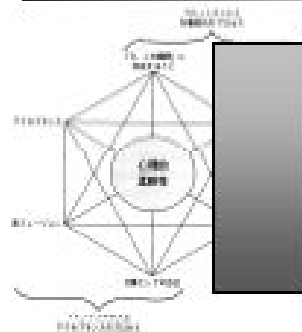
ACT(アクセプタンス&コミットメント・セラピー)



FEARからFEELを経てACTへ



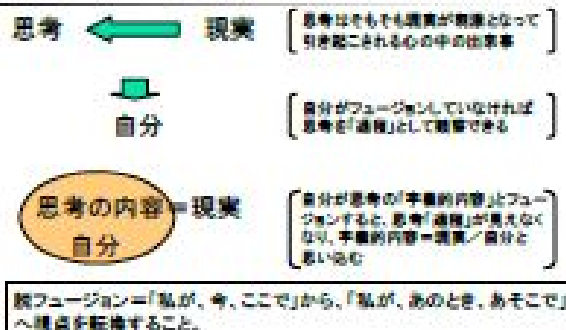
マインドフルネスとアクセプタンスのプロセス



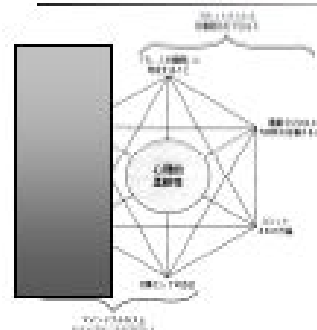
- 以下の4つで言葉のダークサイドから自由になる。
 - アクセプタンス
 - 脱フュージョン
 - 「今、この瞬間」との接触 = 気づき
 - 観察者(文脈)としての自己=視点

(ルオマ・ハイズ・ウォルサー, 2009)

観察者としての自己と脱フュージョン



コミットメントと行動変化のプロセス



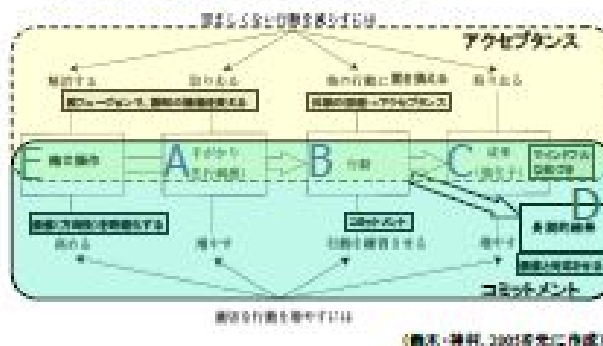
- 以下の4つで向社会的行動を促進する。
 - 価値の明確化
 - コミットされた行為
 - 「今、この瞬間」との接触 = 気づき
 - 観察者(文脈)としての自己=視点

(ルオマ・ハイズ・ウォルサー, 2009)

価値の明確化

- 自分が生きていこうとする「方向」を示すもの。自由にできたとしてもどう生きていきたいのかということだが、認知的フュージョン、概念としての自己、過去と未来の優位などに邪魔されて、薄りなく見極めることは容易ではない。
- 価値は、ゴールではなく方向性、アウトカムではなくプロセス、気分ではなく行為と関係している。
- 「価値の裏に痛みあり、痛みの裏に価値あり」と言われ、実は「痛み」が価値を見出す道標になる。
- その方向に向かうと、元気が出てくる、うきうきしてくる、心が軽くなってくる(行動内発的強化)ことも目安になる。
- 価値の明確化(言語化)は、言語的独立操作(ルール)としてそれに沿う行動の動機づけを高める機能も持つ。

言語行動を含めた機能分析



糖尿病が認められないBさん

- 62歳、女性、主婦
- 主訴: 糖尿病のコントロールが悪いこと。
- 現病歴: 3年前、勤めていた会社の健康診断で、血糖が高いことを指摘されたが、「糖尿病の気がある」と言われた程度で、治療の必要があるという訳ではなかった。1年前に退職し、身体を動かさなくなり、半年くらいで体重が3kg増えた。その頃から夜トイレに起きる回数が多くなり、近くの内科で検査を受け、糖尿病で治療が必要と言われた。食事療法と運動療法で体重を減らすように指導され、取り組み始めたが、減速から戻われたり色んな予定が入り、約束の日に従ってできないことが続いた。結果的に治療が進まないため、主治医よりカウンセリングを勧められ、気分は進まないが変化した。

Bさんの機能分析

- 課題とする問題: 糖尿病のセルフケアに取り組みないこと。
- 状況: 祖母が糖尿病でずっと闘病しており、晩年は入退院を繰り返していたこともあり(確立強化)、糖尿病のことを考えると、いつもネガティブなイメージや考えが浮かんでとても嫌な気持ちになる(認知的フュージョンによる共相強化)。
- 行動: 糖尿病のことをなるべく思い出したくないので(体験の回避)、毎日の食事療法や運動療法に取り組みず、内科の受診日もつい忘れてしまったりする(行動レパートリーの制限)。
- 結果: 日頃は忘れていくことが多くあまり気にしないいられている(強化子の出現)。しかし新聞で糖尿病の記事を見かけたりすると、ひどく心配になり(認知的フュージョン)、積極的に治療に取り組みろと考えるが、しばらく経つと忘れてしまう(体験の回避)。

Bさんへの介入

- 糖尿病のことを考えると、いつもネガティブなイメージや考えが浮かんでとても嫌な気持ちになる(確立強化-共相強化)。
 - 糖尿病は確かに大変な病気だから嫌な気持ちになるのは自然と分かる(体験の妥当性の確認) → 思考の「強固」を変える介入。
 - 「レモン、レモン、レモン…」と繰り返し言い、音に迷わないことを促す → 「強固」も同じ(認知的フュージョン) → 思考の「強固」を変える介入。
- 糖尿病のことをなるべく思い出したくないので(体験の回避)、治療に取り組みない(行動レパートリーの制限)。
 - 嫌な気持ちはとりあえず強に置いておいて(アクセプタンス)、この先どのように生きていきたいかに目を向け(価値の明確化)、そのために今日からできること(価値にコミットした行為)を始めよう(コミット)。
 - そして、そこでどんな気持ちになれるかを確かめてみましょう(強固)。

まとめ

- 認知行動療法による身体疾患の治療について、機能分析に基づいた行動療法的方法を説明した。
- ACTでは、思考も言語行動と捉えることで、その内容ではなく、機能(影響力や効果)に働きかけることが容易になった。
- 障害受容が難しい疾患の場合、受容することを強調せず、むしろ患者の体験の妥当性を確認することによって、「アクセプタンス」が進み(「説明」が通じやすくなり)、必要な治療行動に取り組みやすくなる。

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

研究分担者 三宅 康史

昭和大学医学部救急医学 教授

研究要旨

研究目的: 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パスを作成する。利用する救命～訪問医療スタッフへの教育コースの開発とその開催により、内容のブラッシュアップと全国的な定期開催に向けてのシステムを構築する。

研究方法: 自殺未遂者ケア研修(厚労省主催)、PEEC™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。その中で地域連携クリニカルパスの利用法を模索する。

結果: 今年度は5回のPEECコースを開催した。厚労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。

まとめ: コースを安定的に開催するためのマニュアル作り、ファシリテーターの養成が次の課題である。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

有賀 徹	昭和大学病院 病院長
松田 潔	日本臨床救急医学会 担当理事
秋山 恵子	日本赤十字社医療センター
大塚 耕太郎	岩手医大神経精神科 教授
岸泰 宏	日本医大武蔵小杉病院 教授
坂本 由美子	関東労災病院 HCU
東岡 宏明	関東労災病院 救急統括部長
守村 洋	札幌市立大学看護学部 准教授
山田 朋樹	樹診療所 院長
柳澤 八重子	聖路加国際病院救命救急センター
橋本 聡	国立病院機構熊本医療センター精神科
堀 智志	日本大学医学部救急集中治療医学分野
伊藤 弘人	国立精神・神経センター 部長
河西 千秋	横浜市立大学保健管理センター 教授
河鳶 讓	厚生労働省社会・援護局

A. 研究目的

自殺企図により身体的損傷を負った傷病者の大多数は、身体治療と精神科的治療の双方を施す必要がある。身体的ダメージが重症かつ緊急を要する場合には、患者の多くは救命救急センターにまず搬送され、初療から転院・退院まで総合的な治療を施される。自殺の再企図予防には、身体的、精神科的問題がある程度整理された後の日常生活における生活面でのサポートに加え精神科的フォローアップが特に重要であることは、海外の研究や本邦における ACTION-J の経過などから明らかである。ただ、それを誰が、何に基づいて担っていくのかについては、

明確な指針はない。今後開示が予定されている本邦におけるケースマネージャーによる効果的な介入(ACTION-J)の結果にもよるが、まずは、専門職としての家庭医、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士による退院後の日常生活中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て、具体的に対処するためのツールとしてクリニカルパス(プロトタイプ)を作成し、試験的運用を通して何段階かのフィードバックを行い、最終的に現場で利用できる最終バージョンの作成を目的とする。もちろん、現場で適宜最適なバージョンを模索、改訂することを継続する必要がある。そして患者本人や、家族にとってもわかりやすいものとする必要がある。これに関連して、それを使いこなすキーパーソンとしての、また、最初入院する救急医療機関とその後の精神科的問題の対処にあたる精神科医療機関と家庭とのつなぎ役となる保健師、精神保健福祉士、臨床心理士、現場看護師への教育コースの開発と、そのファシリテーターとなる講師の養成も合わせて検討する。

B. 研究方法

これまでの2年間の研究により、実際に外来、日常生活での自殺未遂者の安全なケアにつなげるための地域クリニカルパス(プロトタイプ)が作成されているが、これを現場で十分使いこなすためには、それなりの経験と知識が必要となる。そのために、救命救急センターに搬送される自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、多職種でその評価と実際のケアを行い、外来通院、日常生活に安全につなぐための教育コースの開

発がまず必要と考え、そのコース開発に着手した。具体的にはPEEC(Psychiatric Evaluation in Emergency Care)コースの全国展開によるコース内容の充実と、開催のためのマニュアル作り、資金繰り、事務局機能、ファシリテーターの確保、受講生募集とその情報管理などを含めた持続開催を可能とするためのシステム構築を実施する。

更に、年3回、150人を限度に開催される厚労省主催の「自殺未遂者ケア研修」を日本臨床救急医学会として2008年より共催し、地域の救急医療機関における自殺未遂者ケアに関する啓発を行ってきたノウハウを生かして、学会が主催する自殺未遂者ケア研修学会版(簡易版)4時間コースを作成し、多職種で問題点の抽出、解決のためのリソースの活用について、それぞれの専門職の立場から議論するワークショップの3症例にかける時間はそのままに、プレテスト、患者プレゼンテーション用のビデオデータ(前年度に作成済み)、その他の必要な資料を準備した。最終的には全国の自治体や諸団体を開催母体として、年間を通じて廉価に開催することを通じて、その需要や効果についても検討する。

(倫理面への配慮)

特に必要としない。

C. 研究結果

救急医療における精神症状評価と初期診療に関するPEEC™(ピーク)コースは、商標として登録しており、ガイドブック(日本臨床救急医学会監修、同『自殺企図者のケアに関する検討委員会』編集、へする出版)が、2012年5月に上梓されている。これを公式テキストとして、開催準備ワーキンググループ委員会(委員長:東岡宏明関東労災病院救急統括部長)を2012年11月に設置し、5回のトライアルコースの開

催とブラッシュアップを経て2013年6月第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会(会長:日本大学医学部附属板橋病院 丹正勝久 病院長)において本コースの第1回目を開催した。これに加え今年度は東海大学医学部(2014年2月16日、3月)、国立病院機構熊本医療センター(2013年11月17日、2014年2月9日)において合計4回のPEECコースが開催された。このうち一部は公募により全国から受講生を募集した。また、ワークショップで使用する4症例の現症、既往歴、現病歴、問題点を再現ビデオにより全員が視聴することで、症例のイメージが統一されその後のディスカッションに好影響であった。ファシリテーターの負担も軽減された。このビデオ作成にあたっては、全面的に東海大学医学部精神・身体医学寄附講座の協力を得た。

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などで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日仙台にて開催された。

これに先立って、前年の厚生労働省主催の自殺未遂者ケア研修(一般救急版)の資料を用いて、2013年12月14日に大阪府堺市、翌15日徳島県、2014年1月18日に岐阜県医師会を開催母体として学会版(簡易版)自殺未遂者ケア研修を開催した。ファシリテーターには厚生労働省版で経験を積んだ精神科スタッフが当たった。講義内容のパワーポイントを新たに作成したテキスト(非売品)に掲載することで一部の講義を省

き、開催時間を4時間に短縮した。受講料は徴収せず、資料の印刷、会場設営、受講生の募集などは主催者が担当し、当方では、ファシリテーターの確保と日程調整、直前の内容打ち合わせを担当した。参加ファシリテーターには基本的には主催団体から交通宿泊費と日当の支給を受けた。ここでも東海大学寄附講座制作のビデオを使用し症例のプレゼンテーションを行った。

D. 考察

今回、実際に開催されたPEECコースは、自殺企図患者を含む身体疾患を合併する精神疾患患者に対し、標準的な初療と精神症状の評価、入院中の問題点を把握したうえで、その評価と実際のケアを行い、外来通院、日常生活に安全につながることを目標としており、救急外来や救命救急センターの医師、看護師のみならず、臨床心理士、精神保健福祉士、薬剤師、そして救急隊員までを対象としている。コンセプトとして多職種で同じ問題を共有し、議論することで、自らできること、他職種にお願いできることを理解し、単独では簡単ではない精神科+身体科救急患者と自殺企図患者のケアとそのフォローを、多職種、多機関によるチーム医療によって安全に行うことを想定している。現実には翌朝、または週明けまでのケアを想定しているが、今後は、救急医療機関にいったん収容された傷病者が、精神科医療施設、外来通院、または一般身体科病院、施設などに転院または退院するにあたって、救急医療スタッフのみならず、受け入れ医療機関においても、よくある精神科疾患症例の初期診療を疑似体験し、症例の特徴と病態、問題点や標準的な対処法を理解することにより、精神科疾患を既往に持つ症例の受入れの“敷居”を低くすることが可能となる。今後

は、第一線の救急医療機関向けとしてだけではなく、このような視点からも内容の充実をはかる必要性を痛感している。それによって、作成された地域連携クリニカルパスの利用範囲も拡大していくと考えられる。ただ、そのためには、このコースを受け持つファシリテーターの養成と、受講生からの受講料のみを資金源とする運営を可能にするシステム作りが課題となる。

厚生労働省が主催する「自殺未遂者ケア研修」の資料を用いて、今年度より日本臨床救急医学会版自殺未遂者ケア研修が始まったが、今後特に自治体からの開催要請が想定される。自殺未遂者に症例を絞った PEEC コースとして自殺未遂者ケアコースを位置づけ、一年を通して全国展開することで、機材、資料や開催システムの共通化、ファシリテーターの相互乗り入れなどを実現できれば、小さな負担で双方の開催が有機的に行うことができ、翻って厚生労働省主催の自殺ミス死者ケア研修とも、改善点を共有化しながらより良い研修内容にしていくことが次の目標となる。

ファシリテーターについて、現状では自殺未遂者ケアに長じた大学病院の救命救急センターと精神科が協力して自殺未遂者ケアにかかわっている精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士が中心であるが、今後の開催機会の増加、全国展開を考慮にいと、現在のファシリテーターを講師として、現場に常において、数も多い看護スタッフをファシリテーターとして養成し、そこに資格というインセンティブを設けることで、自殺未遂者ケアを含む精神科救急医療の受け入れを可能にし、標準的な初期診療を行うことができる近道と考えられる。

E. 結論

実生活に戻った精神疾患患者や自殺企図患者が一切の支援を受けないまま生活していくといったこれまでと同じ状況では、精神症状の再悪化からの救急要請や、自殺の再企図を招く危険性は免れない。そのために、今後日常生活を安全に送るために必要なケアを標準化して実施するためのクリニカルパス（プロトタイプ）の利用は大きな意味を持つ。今後の試験的運用を通して、改訂版の作成を継続していく必要がある。

その有効な利用のためには、日常生活での精神疾患 + 身体症状の患者のケアを担うキーパーソンとしての、救急医療機関から一般病院、介護施設までの医療スタッフ（医師、看護スタッフ、ケアマネージャー、医療社会福祉士など）向けの教育コース（PEEC コース、自殺未遂者ケア研修（簡易版））の全国的な開催とその内容のさらなる充実が肝要である。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

○三宅康史、他：自殺未遂者ケア研修テキスト（簡易版）．日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」編、2013年12月．

○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,

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．日社精医誌

22;163-169,2013.

2. 学会発表

三宅康史：PEEC 一般救急における精神科評価研修コースの開発．精神科救急の最新トピックス、第7回精神科医療評価・均てん化研修（国立精神・神経センター 精神保健研究所）．2013年6月13日．

三宅康史：救急医療における精神科救急対応とその初期診療（PEEC）コースの開発 日本臨床救急医学会の取り組み - シンポジウム 2013年精神疾患医療政策フォーラム(軽井沢) 2013年7月11日．

三宅康史、他：PEEC コースの開発～日本臨床救急医学会の取り組み～ 第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム10．(東京) 2013年7月12日．

大塚耕太郎、他：精神科救急と日本精神科救急医学会 第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム10．(東京) 2013年7月12日．

岸泰宏、他：PEEC と日本総合病院精神医学会 第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム10 (東京) 2013年7月12日．

守村洋、他：PEEC と日本救急看護学会 第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム10．(東京) 2013年7月12日．

秋山恵子、他：救急医療における臨床心理士の役割 第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム10．(東京) 2013年7月12日．

河嶋讓：精神科救急医療に関する行政の取り組み 第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム10．(東京) 2013年7月12日．

東岡宏明、他：救急医療における精神症状

評価と初期診療の標準化に向けて～PEEC コースの紹介～ 第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会シンポジウム10．(東京) 2013年7月12日．

橋本聡、他：救急医療機関を中心とした他業種連携による自殺予防活動(熊本救急医療自傷・自殺問題対策協議会について) 第16回日本臨床救急医学会総会・学術集会パネルディスカッション17．(東京) 2013年7月12日．

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

PEEC（ピーク）という呼称については、すでに商標として登録済みである。

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

研究分担者 山崎 力

東京大学医学部附属病院臨床研究支援センター センター長・教授

研究要旨

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。また、昨今の臨床試験をめぐる一連の事件を当事者として深刻に受けとめ、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、全国国立大学附属病院に通知した。そこでは、適切なCOI管理の具体的方策として以下の7つを挙げている。

- 1) 利益相反にも配慮した信頼性確保のための実施計画・実施体制（役割分担）の構築
- 2) データモニタリング委員会等の設置
- 3) 資金提供者との受託研究契約の締結と独立性の確保
- 4) 産学連携における利益相反管理
- 5) 潜在的利益相反に関する開示
- 6) 利益相反委員会への自己申告
- 7) 臨床試験の事前登録

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。したがって、産学連携による医学研究が盛んになればなるほど、必然的・不可避免的に発生する。COIが悪なのではなく、COIを適切に管理しないことが問題である。医学研究の透明性を高めるとともに、説明責任を果たし、信頼性を確保するための一定のルールを作

成・運用することによって、COIを適切に管理すべきである。このことは、研究者および研究組織の利益と信頼性確保につながる。

医学雑誌編集者国際委員会（International Committee of Medical Journal Editors；ICMJE）の統一投稿規定が2008年に改訂され、潜在的COIとして、「研究資金提供者が直接関わった場合に誘導されるバイアスは方法論的バイアスに同じとみなされる(biases potentially introduced when sponsors are directly involved in research are analogous to

methodological biases of other sorts) 」の記載が加わった。このことは、「研究資金提供者である製薬企業に所属する人間が、臨床試験に直接関わることは研究の質を大きく低下させる可能性が高いから、それは避けるべきである」ことを示している。

一方で、ICH (international conference on harmonization of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use) -GCP (good clinical practice) に則って行う臨床試験においては、厳格な品質管理 (quality control; QC) および品質保証 (quality assurance; QA) (モニタリング、監査、GCP 適合性調査など) が確保されることから、製薬企業が、研究デザイン、データ収集、データ解析などに関与することが許される。

医療イノベーションに基づく臨床研究活性化の施策により、文部科学省「橋渡し研究加速ネットワークプログラム」、厚生労働省「早期・探索的臨床試験拠点整備事業」、同「臨床研究中核病院整備事業」の拠点として、延べ 25 施設が選定されているが、そのうちの 19 を国立大学附属病院が占めている。また、臨床研究活性化には、ネットワークを形成して情報共有を行いつつ、教育・研修、組織の自立化、人材雇用など、共通の課題を討議していく必要がある。

そこで、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。年 1 回の総会に加えて、サイト管理、ネットワーク、ARO (Academic Clinical Research Organization) / データセンター、教育・研修、人材雇用とサステナビリティの 5 つのトピックグループを形成し、議論を重ねていくこととしている。

また国立大学病院臨床研究推進会議では、昨今の臨床試験をめぐる一連の事件を当事者として深刻に受けとめ、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、国立大学附属病院に通知した。

そこでは、COI 管理の基本的考え方として、「臨床研究には多額の資金を必要とし、公的資金が十分でない現状では、民間資金に頼らざるを得ない現状がある。また、産学連携による研究開発は、互いに持てる力を補完し、積極的に進めるべきものである。臨床研究における利益相反は、研究参加者に対してはその安全や利益を損ない、また、社会に対してはその引用により適切な判断が損なわれる可能性が大きいが故に、明確な管理を必要とする。」と記載し、適切な COI 管理の具体的方策として以下の 7 つを挙げている。

- 1) 利益相反にも配慮した信頼性確保のための実施計画・実施体制 (役割分担) の構築
- 2) データモニタリング委員会等の設置
- 3) 資金提供者との受託研究契約の締結と独立性の確保
- 4) 産学連携における利益相反管理
- 5) 潜在的利益相反に関する開示
- 6) 利益相反委員会への自己申告
- 7) 臨床試験の事前登録

COI の管理には、情報開示することだけにとどまらず、データの不正操作の防止、バイアスの排除といった品質管理に関する事項も含まれる。いずれも、研究者および研究組織の利益を守り、臨床研究の信頼性を確保するために行うものである。

A. 健康危険情報

特記すべきことなし

B. 研究発表

1. 論文発表

特記すべきことなし

2. 学会発表

特記すべきことなし

C. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特記すべきことなし

2. 実用新案登録

特記すべきことなし

3. その他

特記すべきことなし

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
内村 直尚	第 章 各論 睡眠障害 (睡眠時無呼吸症候群)	樋口 輝彦 伊藤 弘人	内科患者のメンタルアプローチ	新興医学出版	東京	2013	95-103
木村 真人 (監訳)	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		星和書店	東京	2013	
三宅 康史 他	自殺未遂者ケア研修テキスト(簡易版)	日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」編		へるす出版	東京	2013	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ito H	What Should We Do to Improve Patients' Adherence?	Journal of Experimental and Clinical Medicine	5(4)	127-130	2013
Ito H Okumura Y Yokoyama H	Heart disease and depression.	Taiwanese Journal of Psychiatry	27	22-32	2013
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(3)	233-238	2013
Inagaki M, Ohtsuki T Yonemoto N, et al	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	35(6)	592-7	2013
Inagaki M Ohtsuki T Yonemoto N, et al	Prevalence of depression among outpatients visiting a general internal medicine polyclinic in rural Japan.	Gen Hosp Psychiatry	35(3)	286-90	2013
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(2)	155-162	2013
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
峯山 智佳 野田 光彦	わが国の糖尿病の趨勢	月間糖尿病	5(10)	14	2013
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(2)	138	2013

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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(6)	744	2013
Nakamura S Kato K Yoshida A, et al	Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes.	The American Journal of Cardiology	111(10)	1432-1436	2013
Shiga T Suzuki T Nishimura T	Psychological distress in patients with an implantable cardioverter defibrillator.	Journal of Arrhythmia	29 (6)	310-313	2013
鈴木 豪	循環器疾患におけるうつのスクリーニング	HEART	3(11)	32-37	2013
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(6)	93-96	2013
鈴木 豪	循環器医療とうつ等精神疾患	サイキアトリスト	18	66-70	2013
Kondo K Ogawa A, et al	Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists.	Patient Education and Counseling	93(2)	350-353	2013
Asai M Ogawa A, et al	Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients.	Psycho-Oncology	22(5)	995-1001	2013
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
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)	422-426	2013
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(3)	196-199	2013
小川 朝生	高齢がん患者のこころのケア.	精神科	23(3)	283-287	2013
小川 朝生	がん患者の終末期のせん妄.	精神科治療学	28(9)	1157-1162	2013
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)	123-130	2013

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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(2)	147-154	2013
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
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(1)	15-18	2013
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-	大阪府内科医会会誌	22	45-51	2013
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	【「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(7・8)	801-804	2013
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(1)	58-60	2014
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
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