

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の
検討に資する研究

令和 6 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 中尾 智博

令和 7 (2025) 年 5 月

作成上の留意事項

分担研究報告書がある場合は、「総括・分担研究報告書」と表記すること。

研究報告書目次

目 次

I. 総括研究報告

- 新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と
支援策の検討に資する研究 ----- 1

中尾智博

II. 分担研究報告

1. 新型コロナウイルス感染症や自然災害に対応した精神保健医療従事者の
ための心理的アセスメントの効果検証 ----- 11

高橋晶

2. 新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状の発現に関するレセプトデータ解
析 ----- 24

福田治久

3. 新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状を有する者に対する支援体制の現
状把握と好事例の収集 ----- 28

萱間真美

4. 新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状の発現率に関するレセプトデータ
解析及び新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状を有する者に対する支援
体制の現状把握と好事例収集の研究に資する疫学的助言 -----34

久我久典

5. 新型コロナウイルス感染症や自然災害に対応した精神保健医療従事者のための
心理的アセスメントの効果検証への助言 -----37

下野信行

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 40

厚生労働科学研究費（障害者政策総合研究事業）

総括研究報告書

「新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と
支援策の検討に資する研究」

研究代表者 中尾 智博（九州大学大学院医学研究院精神病態医学）

研究分担者 村山桂太郎（九州大学病院精神科神経科）

研究要旨

本研究の目的は、COVID-19 の罹患者に出現した精神症状（以下、罹患後精神症状と略す）に対して支援に結びつけるためのガイドラインの作成への提言を行うことであった。そのため令和 6 年度は以下 1.～3.の調査、すなわち、1. 日本における COVID-19 罹患後に新規発症した精神症状に対する薬物治療の導入時期・使用薬剤・継続期間などの trajectories を記述的に調査する、2.本邦から報告されたエビデンスから「COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何か」、「COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何か」を検討するとともに、現時点における日本の罹患後精神症状について海外論文との知見と比較する、3.罹患後精神症状を有する者に対する自治体や保健所、精神保健福祉センター等における支援体制の現状把握と好事例の収集、を実施した。それぞれの結果は、1. ある一つの自治体で発生した罹患後精神症状の 205 名中、不眠症が最も多く（71 例）、次いで症状性を含む器質性精神障害 60 例、気分障害 31 例と続き、統合失調症や神経症性障害・ストレス関連障害の診断を認め、治療継続期間は疾患や患者ごとにばらつきがみられた、2. 本邦における質の高いエビデンスからは臨床疑問を解決するには至らなかったが、罹患後精神症状の種類（不安、抑うつ、倦怠感、認知機能の問題、睡眠障害）は国際的な知見と概ね一致していた、3. 保健所や精神保健福祉センターが対応した罹患後精神症状は不安やうつに関する対応が上位を占め、対応として相談者とのラポール形成や人的資源へのつながりが重要である、というものであった。本研究結果は、日本国内の平均的な罹患後精神症状への治療方法に関する情報と臨床医にとって有益なデータになり得る。しかし、罹患後精神症状への治療に関する質の高い科学的根拠が現時点では不足しており、今後の厳密な臨床研究による検証が強く求められる。将来の未知の感染症への備えとして、平常時から患者の臨床データや治療経過を容易に蓄積でき、かつ速やかに開示されるシステムの構築が必要と考えられた。感染症を含めた自然災害発生後の住民への長期的なメンタルサポートが可能となるように、精神保健福祉センタースタッフの災害メンタルヘルスに対する専門的対応能力を強化するとともに、上述したデータを参照でき、それを国民に還元できる

ようなシステムの構築が望まれる。

A. 研究目的

令和元年に発生した新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は世界的な感染拡大を引き起こし、本邦においても令和4年1月時点で170万人を超える累計感染者と、1万8千人以上の累計死亡者を数えた（厚生労働省ホームページ）。海外ではCOVID-19罹患後の抑うつといった精神症状が報告され（Deng J. et al.2020, Huang C. et al. 2021）、米国の保険診療データベースを用いた過去起点コホート研究では、罹患後に精神疾患のリスクが高いことが報告された（Taquet M. et al. 2021, Taquet et al. 2021）。しかし、本邦ではCOVID-19罹患後に生じた精神症状に対して大規模なデータを用いた調査の知見は無かった。

本研究の目的は、COVID-19の罹患者に出現した精神症状に対して支援に結びつけるためのガイドラインの作成への提言を行うことであった。

そのために最終年度の令和6年度は以下1.～3.の調査を実施した。

1.「日本におけるCOVID-19罹患後に新規発症した精神症状に対する薬物治療」日本におけるCOVID-19罹患後に新規発症した精神症状に対する薬物治療の導入時期・使用薬剤・継続期間などのtrajectoriesを記述的に明らかにする。

2.1.「日本人を対象としたDSMあるいはICDで診断された論文についてシステマティックレビュー」日本人を対象としたDSM

あるいはICDで診断された論文についてシステマティックレビューを実施し、「COVID-19罹患後に新規に発生した精神疾患は何か」、「COVID-19罹患後に悪化した精神疾患は何か」を検討する。

2.2.「日本の罹患後精神症状について海外論文との知見と比較」学術論文といった強固なエビデンスの中に包括されなかった本邦の報告から、現時点における日本の罹患後精神症状について海外論文との知見と比較を実施する。

3.1.COVID-19罹患後に起因した精神症状を有する者に対する自治体や保健所、精神保健福祉センター等における「支援体制の現状把握」

3.2. COVID-19罹患後に起因した精神症状を有する者に対する自治体や保健所、精神保健福祉センター等における「好事例の収集」

B. 方法

B.1 「日本におけるCOVID-19罹患後に新規発症した精神症状に対する薬物治療」

国民健康保険加入者と後期高齢者医療制度加入者の医療レセプトデータや新型コロナウイルス感染症の感染者に関する情報が含まれる「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）」データを使用し、ある1自治体を対象として、記述疫学研究を行った。研究対象者は

2020 年 5 月から 2023 年 4 月までの COVID-19 感染者で、COVID-19 発症後少なくとも 2 ヶ月以上継続して精神症状の治療を受けた者を対象とした。精神疾患の発症は、先行研究と同様に、医療レセプトデータの ICD-10 コードにおいて各 F コード（精神及び行動の障害）に該当する診断と不眠症と定義し、以下のように定義した（F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, 不眠症）。

評価項目は解析対象者のそれぞれについて、COVID-19 感染月を 0 ヶ月目としてその後 12 ヶ月目までの計 13 ヶ月間を月単位で追跡し、以下の項目を評価した：
(1)薬物治療内容、(2)薬物処方医療機関の種別、(3)各薬剤の使用期間とした。

B.2.1. 「日本人を対象とした DSM あるいは ICD で診断された論文についてシステマティックレビュー」

COVID-19 罹患における、DSM あるいは ICD を基準とした精神疾患罹患割合あるいはその数（分母が揃っている）が記載された論文を適格基準（除外基準は分担研究報告を参照のこと）とし、システマティックレビューを実施した。

B.2.2. 「日本の罹患後精神症状について海外論文との知見と比較」

国際的な知見は、COVID-19 罹患に起因する精神症状の systematic review 論文のレビューを実施する。本邦のデータはコホートや症例対照研究、横断研究、症例報告、

専門委員会や個人的な意見を含めて、インターネットなどの情報から有用になるものを抽出した。これらのデータを記述的にまとめた。

B.3.1. 「支援体制の現状把握」

令和 4 年度と 5 年度に実施した調査について令和 6 年度はデータの再解析を行った。

B.3.2. 「支援における好事例の把握」

研究 2 は、対象者へのインタビュー調査による質的記述的研究である。具体的な研究の手順は以下の通りであった。

- a. 研究対象者への依頼
- b. 調査は WEB 会議ツール（Zoom）を用いて行い、調査対象者の許可を得て録画し、2 段階認証が行われるクラウドサービス上で保存した。
- c. インタビュー調査は逐語録化して質的分析による好事例の類型化をおこない、キーワードなどと紐づけた。

調査項目は、以下のとおりである。

1. コロナ患者への配布物に含めている精神的支援の窓口
2. 高リスク者本人向けの支援（情報、医療機関への紹介、専門的な技法の存在）
3. 治療継続に関する支援（精神科受診歴のある人などへの支援、関係機関

C. 結果

C.1 「日本における COVID-19 罹患後に新規発症した精神症状に対する薬物治療」

研究対象者は、解析対象となった 1 自治体において、COVID-19 罹患後に新規に精

神症状を発現した者は 205 例であった。

F0（症状性を含む器質性精神障害）の発現例は 60 例に観察され、そのうち薬物治療が実施されていたのは 34 例(56.7%)であった。N05B（抗不安薬）の導入時期の中央値は 1 ヶ月(四分位範囲 0～2 ヶ月)と最も早く、N05A（抗精神病薬）および N05C（睡眠薬）はいずれも中央値 2 ヶ月で、四分位範囲はそれぞれ 0～3 ヶ月と 1～4 ヶ月であった。F2（統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害）の発現例は 25 例に観察され、そのうち薬物治療が実施されていたのは 18 例(66.7%)であった。N05A（抗精神病薬）は全例で使用されており、次いで N05C（睡眠薬）が処方されていた。N05A は新規診断当月から処方開始される症例が大半であり 18 例中 17 例（94.4%）を占めていた。治療期間は平均 4.1 ヶ月であった。F3（気分障害）患者は 31 例あり、そのうち、15 例（48.4%）が薬物治療が実施されていた。大半の症例（86.7%）は、N06A（抗うつ薬）が使用されていた。N06A の使用例の全例において、新規診断 3 ヶ月目以内に治療が開始されていた。F4（神経症性障害・ストレス関連障害）の傷病名が出現したのは 55 例であったが、薬物治療が行われたのは 19 例（34.5%）であった。N05B（抗不安薬）と N05C（睡眠薬）が約 6 割の症例において使用されていた。COVID-19 罹患後に 71 例が不眠症を新規発症していたが、そのうち薬物治療がなされていたのは 43 例（60.6%）であった。薬物治療がなされた症例のうちの 40 例に N05C（睡眠薬）が使用されていた。40 例中 37 例において診断月当月に薬剤が処方されていた。

精神症状に対する治療開始場所は、ど

の精神症状に対しても、またどの医薬品に対しても、概ね 7 割が病院において処方されており、診療所での処方はおよそ 3 割であった。

C.2.

C.2.1. 「日本人を対象とした DSM あるいは ICD で診断された論文についてシステマティックレビュー」

系統的レビューにより論文を選定し、適格基準を満たす 4 報の論文を抽出した。

「COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何か」という臨床疑問に対して、精神科既往のない患者を対象とし且つ DSM あるいは ICD により精神科診断をした論文が 0 報であったため、明らかにすることはできなかった。

「COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何か」という臨床疑問に対して、統合失調症は COVID-19 の罹患により症状が悪化する可能性があることが示唆された。しかし、COVID-19 罹患前後で、精神症状の評価をした論文は無く、解釈には注意が必要と考えられた。

C.2.2. 「日本の罹患後精神症状について海外論文との知見と比較」

国際的な状況について、システマティックレビュー/メタアナリシス (Dong F, et al. J Affect Disord. 2021 Sep 1;292:172-188.)

(Santabábara J, et al. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021 Jul 13;109:110207.) (Bueno-Notivol J, et al. Int J Clin Health Psychol. 2021 Jan-Apr;21(1):100196.) (Cénat JM, et al. Psychiatry Res. 2021 Jan;295:113599.) から

のエビデンスを整理した。

・不安症・不安症状: 一貫して一般的な結果として報告され、症状の有症状率は約16%~40%超の範囲であった。一部のレビューでは、パンデミック前の一般人口レベルよりも高い率であったが、長期的な転帰を比較したシステマティックレビューでは、不安レベルは一般人口と同程度であった。このことは、自己申告ツールによる過大評価の可能性や時間経過による減少を示唆された。

・うつ病・抑うつ状態:有症状率は約15%~40%超の範囲にあった (Dong F, et al. J Affect Disord. 2021 Sep 1;292:172-188.)。時間経過とともに減少する傾向が指摘されていた (Bidhendi-Yarandi R, et al. PLoS One. 2025 Jan 28;20(1):e0312351.)。

・睡眠障害 (不眠症/過眠症):最も一般的な精神神経症状の一つとして多く報告されていた。有病率の推定値は約20%を超えていた。あるシステマティックレビューでは有病率は27.0% (Marchi M, et al. Front Psychiatry. 2023 Jun 21;14:1138389.) であった。他のレビューでも高い率が確認された。

日本のデータは、Long COVID に特化した大規模な有病率調査よりも、一般人口調査や症状報告に基づいている場合が多いため、単純に比較が困難であった。日本の報告は、COVID-19 後の一般的な新規発症精神神経症状の種類 (不安、抑うつ、倦怠感、認知機能の問題、睡眠障害) に関して、国際的な知見と概ね一致している (罹患後症状のマネジメント第3.1

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001422904.pdf>)。日本における抑うつ・うつ病に関する請求データを用いた比較研究では、新たに治療を受けたうつ病患者の全体的な発生率は、COVID-19 以前

(2019年4月~2019年9月) から COVID-19 の間 (2020年4月~2020年9

月) にかけて2.0%から2.3%に増加したと報告している。一方、米国では、同期間の発生率に変化は見られなかった (Demiya S et al. Value and Outcomes Spotlight. 2023. 9 (3) .32-35.)。

C.3.

C.3.1. 「支援体制と罹患後症状への対応」

対象施設は全国69の精神保健福祉センターであり、63センターより回答を得たものである。これまでの調査データを再解析した。調査実施時点である2022年4月から6月の時点でCOVID-19専用の相談窓口を有していたのは23センター

(36.5%) であった。対応の概要は、2021年度の相談件数は372,262件であり、うち新型コロナウイルス感染症に係る相談件数は23,960件 (コロナ罹患後症状に係る相談を含む) であった。罹患後症状に係る電話相談件数は1,092件であった。対応した罹患後症状としては、「不安」が40センター (63.5%)、「倦怠感」が35センター (55.6%)、「うつ」が33センター (53.4%) と多かった。また、罹患後症状に関連する相談内容として「罹患後症状の経過や予後に関する不安」を挙げたセンターが40ヶ所 (63.5%)、「家族等の罹患後症状に関する不安」を挙げたセンターが30ヶ所 (47.7%) と多かった。相談を受けた際の対応・助言として、48センター (76.2%) で「傾聴」を、43センターで「一般的な心理的助言」を、40センター (63.5%) で「受診を勧奨」していた。

一方で、「PFA (サイコロジカル・ファーストエイド) に基づいた対応・助言」は5センター (7.9%)、「専門的な対処方法の

助言（認知行動療法の手法を用いたアプローチ等）」は1センター（1.6%）と少なかった。新型コロナウイルス罹患後症状を有する人に対する対応への課題として、43センター（68.3%）が「罹患後症状に対する知識の不足」を、38センター（60.3%）が「罹患後症状に対する相談のノウハウがわからないこと」を、32センター（50.8%）が「医療機関等を紹介する場合の紹介先がわからない」ことを挙げていた。

C.3.2. 「支援における好事例の把握」

研究3.1.の回答結果をもとにインタビューの依頼を行い、精神保健福祉センター1機関の3名から回答を得た。この機関は都道府県（D県）に設置されており、過去2か年の調査対象機関とは地域が異なる。

この機関が行うCOVID-19罹患患者への対応の概要としては、一般の電話相談のほかにCOVID-19罹患患者のための専門的な電話相談があった。

D県での対応の概要

D県精神保健福祉センターでは、精神保健相談によって電話相談を設けて対応していた。電話相談に対応する職員は3名で、保健師のほか福祉職と心理職が対応していた。必要に応じて面接相談も可能な体制をとっていた。

COVID=19罹患患者向けに宿泊療養所が解説されていた時期には、宿泊療養所に常駐していた看護師との連携や紹介によって対応されていた。PFA（サイコロジカルファーストエイド）の研修を合同で受ける際などに情報交換をおこなっていた。

D. 考察

D.1. 「日本におけるCOVID-19罹患後に新規発症した精神症状に対する薬物治療」

COVID-19罹患患者には抑うつ、不安、不眠、統合失調症、神経症性障害などの診断が確認され、治療薬として、抗精神病薬（N05A）、抗不安薬（N05B）、催眠鎮静薬（N05C）、抗うつ薬（N06A）、抗認知症薬（N06D）などが使用されていた。治療の継続期間には疾患や患者ごとにばらつきがみられた。本研究の結果は、日本におけるCOVID-19罹患後の精神症状に対する治療実態を明らかにするものであり、今後の診療指針策定に貢献する可能性がある。

本調査には以下にあげる限界点が含まれている。第1に、本研究は観察研究のデザイン上、COVID-19感染とその後の精神症状発現との直接的な因果関係を証明することは困難である。また、社会的ストレスや基礎疾患、既存の精神疾患リスクといった交絡因子が両者の関連に影響を及ぼしている可能性も否定できない。第2に、本研究の解析対象は特定の1自治体の公的医療保険加入者に限られており、日本全国の実況を必ずしも反映していない可能性がある。第3に、本研究は医療レセプトデータに基づく解析であるため、医師による診断基準のばらつきやICD-10コードの付与の違いによって結果に影響を受ける可能性がある。

以上のような限界点を有するものの、本研究では、日本の厚生労働省が出しているCOVID-19罹患後症状マネジメント [罹患後症状マネジメント編集委員会 2025]を補

足可能な知見を提示し得る。同マネジメントでは、急性・亜急性ストレス反応である一過性の不安、抑うつ、睡眠障害（不眠）に対しては、入院を要するほどの重症例を除きプライマリ・ケア医で対応可能との見解が示されている。しかし、実際には病院受診例が7割程度を占めていた。また、これまで未経験の症状に対して今後の経過の見通しを患者に伝えることは難易度の高いコミュニケーションであったが、薬物治療の実施割合、薬物治療の導入時期、薬物治療の使用薬剤、薬物治療の実施期間に関する情報は、今後の精神症状に対する診療において参照可能な有用な知見を提示するものである。

D.2.1. 「日本人を対象とした DSM あるいは ICD で診断された論文についてシステムティックレビュー」

日本の報告の文献からのレビューを行った。COVID-19に関連して、抑うつ、不安、恐怖、トラウマティックストレス、PTSD、不眠等への影響が確認された。日本の報告から「COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何か」、および「COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何か」を検討するために、システムティックレビューにより論文を選定し、適格基準を満たす4報の論文を抽出した。いずれの臨床疑問を明らかにすることはできなかったが、統合失調症はCOVID-19の罹患により症状が悪化する可能性があることが示唆された。

パンデミック下では、不安障害、うつ病、PTSD などとともに、統合失調症への精神科早期介入、継続的な薬物療法および心理社会的支援の提供に注力する必要があると考えられた。

D.2.2. 「日本の罹患後精神症状について海外論文との知見と比較」

現時点における日本の罹患後精神症状への対応と可能性について言及する。まず、新規発症について、COVID-19 は、世界および日本において、不安、抑うつ、睡眠障害、認知機能障害、全身倦怠感を発症するリスクの増加と関連しており、この点は大きくは相違しなかった。

現在 COVID-19 に対する関心が減少しているが、感染予防と罹患後精神症状に対するケアを継続して行える地域体制を維持していく必要があるだろう。不安、抑うつ、アルコール関連症などの一般的な症状や疾患に加えて、心身相関の視点からケアが出来る精神科や心療内科等に対して、今後も継続的なケアの提供が可能となるように、多職種・地域連携、制度改革などを進めていく必要がある。

D.3.1.

精神保健福祉センターへの罹患後症状の相談は件数としては少なかった。多くの精神保健福祉センターにおいては、新型コロナウイルス罹患患者及び罹患後症状を有する人への精神的支援の件数が大きくなく、保健所などに比すると大きな課題にはなっていない可能性がある。罹患後症状に対して専門的対応をしているセンターは少数であり、多くは傾聴と助言を行っていた。多くの精神保健福祉センターでは、罹患後症状に関する情報を求めていることも判明した。相談対応の手引きを整備することの必要性を示すものであると考えられる。

D.3.2. 「支援における好事例の把握」

質的調査からは、療養期間以降も対応ができるように体制を設けていることが明ら

かになった。事例では、相談者は職場内の人間関係への心配から相談を持ち掛けられていた。事例対象の精神保健福祉センター職員は、人的資源へのつながりを優先した関わりをすることで、相談者は回復しているようだと話していた。このようなかわりは、精神的・心理的危機の状況にある地域住民に対してはセルフケアの助言だけでなくソーシャルサポートの選択肢の提示が奏効したと解釈することができる。令和5年度の報告書に示したが、精神保健福祉センターではPFAに基づく対応や助言の実施割合が保健所に比べて高い。保健所よりも専門的な関与を行う際の具体的な方略の一つとしてPFAに基づく対応があり、ラポール形成や人的資源へのつながりといったPFAを構成する要素が奏効するものと考えられる。

D. 結論

COVID-19罹患後の精神症状は、多くの患者の生活に深刻な影響を及ぼす重要な健康問題である。今回の調査は、日本国内の平均的な罹患後精神症状への治療方法に関する情報、臨床医にとって有益なデータになりえる。しかし、罹患後精神症状への治療に関する質の高い科学的根拠が現時点では不足しており、今後の厳密な臨床研究による検証が強く求められる。未知の感染症への備えとして、平常時から患者の臨床データを蓄積でき、かつ速やかに開示されるシステムの構築が必要と考えられた。感染症を含めた自然災害発生後の住民への長期的なメンタルサポートが可能となるように、精神保健福祉センタースタッフの災害メンタルヘルスに対する専門的対応能力を強化するとともに、上述したデータを参照でき、それを国民に還元できるようなシステムの構築が望まれる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

Murata F, Maeda M, Murayama K, Nakao T, Fukuda H. Incidence of post-COVID psychiatric disorders according to the periods of SARS-CoV-2 variant dominance: The LIFE study. *Journal of Psychiatric Research*. 174, pp.12-18, 2024.

So Sugita, Kotone Hata, Krandhasi Kodaiarasu, Naoki Takamatsu, Kentaro Kimura, Christian Miller, Lecsy Gonzalez, Ikue Umemoto, Keitaro Murayama, Tomohiro Nakao et al. Psychological Treatments for the Mental Health Symptoms Associated With COVID-19 Infection: A Scoping Review. *Psychiatry and Clinical Neuroscience Reports*.

Takumi Kanata1, Kazuyoshi Takeda, Takeshi Fujii, Ryo Iwata, Fumikazu Hiyoshi, Yuka Iijima, Tomohiro Nakao, Keitaro Murayama et al. Gender differences and mental distress during COVID-19: a cross-sectional study in Japan. *BMC Psychiatry* (2024) 24:776

Wataya, K, Ujihara, M, Kawashima, Y, Sasahara, S, Takahashi, S, Matsuura, A, Lebowitz, A, Tachikawa, H. Development of the Japanese Version of Rushton Moral Resilience Scale (RMRS) for Healthcare Professionals: Assessing Reliability and Validity, *Journal of Nursing Management*, 2024, 7683163, 14 pages, 2024. <https://doi.org/10.1155/2024/7683163>

Sekine A, Tachikawa H, Ecoyama S, Nemoto K, Takahashi S, Sasaki M, Hori T, Sato S, Arai T. Online consortium managing COVID-19-related mental health problems. PCN Rep. 2024 Sep 3;3(3):e70006. doi: 10.1002/pcn5.70006. PMID: 39233747; PMCID: PMC11372234.

Chiba S, Honaga T, Konno Y, Anegawa E, Takahashi S. Pathophysiology and treatment of young patients with prolonged nocturnal sleep after COVID-19 infection, JOURNAL OF SLEEP RESEARCH/33(1), 2024

Kayama M, Sudo K, Kamata K, Igarashi K, Nakao T, Watanuki S. (2025), Capacity development of nursing professionals for the next pandemic: Nursing education, on-the-job training, and networking, Glob Health Med. 30;7(2):90-95.DOI: 10.35772/ghm.2025.01019.

高橋 晶. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後の精神症状に対する漢方薬の使用経験と可能性. 日本東洋心身医学研究 37(1) 16-22, 2024

高橋 晶. 能登半島地震や過去の災害,海外の対応から振り返った災害精神医学の課題と展望 日本精神科病院協会雑誌 43(9) 899-904,2024.

高橋 晶. 総合病院精神医学領域の研究とその発展について.総合病院精神医学 36 (2), 124-129, 2024.

高橋 晶,池田美樹,大江美佐里,千葉比呂美.2024 年能登半島地震における精神的支援と課題. 日本トラウマティック・ストレス学会誌 22 (1), 76-86, 2024.

高橋 晶: 能登半島地震や過去の災害,海外の対応から振り返った災害精神医学の課題と展望,日本精神科病院協会雑誌, 43(9),899-904, 2024

江川孝,小幡篤,原田奈穂子,國永直樹,吉本尚,齊藤稔哲,加古まゆみ,鈴木,高橋 晶: 災害時医療体制の法的背景と医薬品供給,第 15 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, pp.207-207,2024

高橋 晶: 総合病院精神医学領域の研究とその発展について, 総合病院精神医学,36(2), pp.124-129,2024

高橋 晶,池田美樹,大江美佐里,千葉比呂美: 座談会 2024 年能登半島地震における精神的支援と課題, ト라우マティック・ストレス: 日本トラウマティック・ストレス学会誌,22(1) pp.76-86,2024

鷺坂彰吾; 原田奈穂子; 香田将英; 江川孝; 加古まゆみ; 國永直樹; 鈴木諭; 高橋 晶: 日本プライマリ・ケア連合学会が考える、急性期医療対応との連携への方略, 第 29 回日本災害医学会総会・学術集会,プログラム・抄録集,28,pp.237-237,2024

2.学会発表

Keitaro Murayama, Hironori Kuga, Nozomu Oya, Sho Takahashi, Mami Kayama, and Tomohiro Nakao. Effects of the workshop of the Johns Hopkins Guide to Psychological First Aid to mental health professional workers in Japan. 20th World Psychiatric Association Epidemiology and Public Health Section. 9~11th October 2024, Bangkok, Thai.

Sho Takahashi, Chie Yaguchi,Yoshifumi

Takagi, Tatsuhiko Kubo, Yasuhisa Fukuo, Hirokazu Tachikawa. Estimating Number of DPATs in the Nankai Trough Earthquake from data of 'cocoro-no-care' in the Great East Japan Earthquake. (The 15th Asian Pacific Conference on Disaster Medicine : APCDM 2024) Seoul 2024-11-25-26

高橋晶、コロナ禍、そして人々の絆. 第15回日本不安症学会学術大会（東京）. 2024年5月.

江川孝,小幡 篤,原田奈穂子,國永 直樹,吉本尚,齊藤 稔哲,加古まゆ,高橋晶:災害時医療体制の法的背景と医薬品供給 第15回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2024年6月7-9日

高橋晶:これからの災害精神支援の課題と発展 災害派遣精神医療チーム DPAT 発足から10年、これからの災害精神支援の課題と展望 第120回日本精神神経学会学術総会（札幌） 2024年6月20-22日

高橋晶:災害やパンデミック時の医療従事者のメンタルヘルス支援 医療従事者のメンタルケアに向けたさまざまな取り組み 第120回日本精神神経学会学術総会（札幌） 2024年6月20-22日

高橋晶:災害時に心身医学・心療内科・精神科が関わるメンタルヘルスと能登半島地震での対応（心療内科学会災害支援プロジェクト合同企画）第65回日本心身医学会総会ならびに学術講演会（東京） 2024年6月30日（

高橋晶:心療内科・精神科リエゾンチームで用いる漢方薬の使用経験について 緩和ケア・精神科リエゾンチームに役立つ薬物療法のコツ」 第65回日本心身医学会総会ならびに学術講演会（東京） 2024年6月29日

高橋晶:災害時の被災者支援と支援者支援～能登半島地震等の経験から 災害対応におけるトラウマティックストレス～能登半島地震等の経験を踏まえて～ 第23回

日本トラウマティックストレス学会（京都） 2024年8月11日

高橋晶:「能登半島地震対応から、南海トラフ地震、首都直下地震に備えての課題と対応～DPATの立場から」 第48回 茨城県救急医学会 茨城県メディカルセンター（ハイブリッド開催）（水戸） 2024年9月7日

高橋晶:災害精神医療の概要と医師の役割 第1会場「災害現場における医療提供」 第8回日本精神薬学会（東京） 2024年9月21日

高橋晶:心と体を診る医師になりたかった人が災害精神医療にたどりついたキャリアパスの一例 知りたい！あの先生のキャリアパス 2024 第37回日本総合病院精神医学会（熊本） 2024年11月29日

高橋晶:災害支援企画 「災害時の支援者支援と産業衛生」 心療内科・心身医学に期待される事、対応が求められる事 第28回日本心療内科学会（東京） 2024年12月7日

高橋晶:多職種のための社会精神医学セミナー 「DPAT活動の立場から」（災害時精神保健医療に関わる多職種の視点能登半島地震を踏まえて） 日本社会精神医学会（東京） 2025年2月16日

福生泰久、河島譲、五明佐也香、高橋晶、高尾碧、尾崎光紗:DPATの歩みと今後の課題 第29回日本災害医学会総会・学術集会（京都） 2025年2月22日

櫛引 夏歩、菅原 大地、矢口 知絵、石塚里沙、高木 善史、齋藤 真衣子、青木 ケイ、米澤 慎二郎、柳 百合子、八斗 啓悟、高橋晶、相羽 美幸、白鳥 裕貴、川上 直秋、太刀川 弘和:中学生を対象とする社会的孤立・孤独の一次予防のための心理教育プログラムの有用性の検討 第43回日本社会精神医学会（東京） 2025年3月14日

池崎 裕昭, 三好 かほり, 野村 秀幸, 下野 信行. 軽症・中等症の高齢 COVID-19 罹患者

における抗ウイルス薬の効果および死亡リスク因子の検討(会議録). 日本内科学会雑誌 (0021-5384)114 巻臨増 Page197, (2025.02)

團塚 裕子, 中村 啓二, 白石 研一郎, 山嵯 奨, 高山 耕治, 池崎 裕昭, 村田 昌之, 下野 信行, 松本 信也, 江藤 義隆, 坂井 亮介. SARS-CoV-2 鼻咽頭ぬぐいと血清 PCR 陽性が持続し, レムデシビル耐性遺伝子の影響が考えられた一例(会議録). 日本感染症学会総会・学術講演会・日本化学療法学会学術集会合同学会プログラム・抄録集 Page 280, (2024.05)

米川 晶子, 三宅 典子, 江里口 芳裕, 西田 留梨子, 鄭 湧, 下野 信行. 当院の COVID-19 に罹患した造血器悪性腫瘍患者におけるウイルス排出期間と臨床像に関する検討(会議録). 感染症学雑誌(0387-5911)98 巻 2 号 Page267, (2024.03)

厚生労働科学研究費（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

「新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と
支援策の検討に資する研究」

新型コロナウイルス感染症や自然災害に対応した精神保健医療従事者のための心理的アセスメントの
効果検証

分担研究者 高橋 晶（国立大学法人筑波大学 医学医療系 災害・地域精神医学 准教授）
研究協力者 川島義高（明治大学 文学部 心理社会学科 准教授）

研究要旨

当研究班では、COVID-19 罹患に起因したと考えられる精神疾患の疫学研究やその方法論に関する国内外文献のレビューを行い、現在の日本の現状に必要なデータを集積して資料化することを目的とした。今年度は3年目として、現在の COVID-19 罹患に起因する精神症状に関する知見を集積した。

COVID-19に関連して、抑うつ、不安、恐怖、トラウマティックストレス、PTSD、不眠等への影響が確認された。一方、日本の報告から「COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何か」、および「COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何か」を検討するために、系統的レビューにより論文を選定し、適格基準を満たす4報の論文を抽出した。目的1については、精神科既往のない患者を対象とし且つ DSM あるいは ICD により精神科診断をした論文が皆無であったため、明らかにすることはできなかった。

目的2については、統合失調症は COVID-19 の罹患により症状が悪化する可能性があることが示唆された。しかし、COVID-19 罹患前後で、精神症状の評価をした論文は皆無であったため、解釈には注意が必要である。国内外の複数の研究により、COVID-19 は、その罹患の有無にかかわらず、人々の不安や抑うつ症状を惹起させることが報告されている。COVID-19 により影響を最も受けやすい精神疾患としては、統合失調症があげられる。

パンデミック下では、不安障害、うつ病、PTSD などとともに、統合失調症への精神科早期介入、継続的な薬物療法および心理社会的支援の提供に注力する必要があると考えられた。

A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は全世界を巻き込んで感染拡大が2020年から4年を超えて継続し、長期化していた。一方で、本国においては、2023年5月8日以降から、新型コロナウイルス感染症の取り扱いが感染症法上で5類感染症に変更された。これに伴い、移行期を含めてさまざまな取り組みなどが変更されてきた。

2024年3月31日の時点で、世界中で7億7,400万人を超える感染者と700万人を超える死亡者が報告されている（WHO 報告：

<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-edition-166>）。令和5年4月では、6億7,000万人の感染者、680万人の死者と報告されている。本邦においても全数把握の最終日である令和5年5

月8日で、3,380万人を超える感染者と、7万4,600人以上の死亡者が存在した。以降定点把握に移行したため、正確な人数は不明になったが、その数は増え続けている（厚生労働省ホームページ）。

2類感染症時には届出・患者数・死亡者数などの総数を毎日集計のうえ公表していた。また、医療提供の状況も自治体の報告で把握した。5類感染症後は定点医療機関からの報告となり、毎週月曜日から日曜日までの患者数を公表するかたちが変わった。このため、純粋に比較は困難である。しかし、実際には各地域でのクラスターや感染例は多く、日常の中で感染の対応は必要であり、また潜在的な感染者数の増大によって、罹患後症状を持つ患者は存在し続けている。

海外では COVID-19 罹患後の抑うつといった精神症状が報告され (Deng J. et al., 2020; Huang C. et al., 2021) 米国の保険診療データベースを用いた過去起点コホート研究では、罹患後に精神疾患のリスクが高いことが報告されている (Taquet M. et al., 2021; Taquet et al., 2021)。しかし、本邦では COVID-19 罹患後に生じた精神症状に対して大規模なデータを用いた調査の知見はまだ無い。また現在も対応法に難渋している COVID-19 罹患後症状に関しては、知見のさらなる集積が必要である。現在、厚生労働省から「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き」の別冊として、「罹患後症状のマネジメント」第 3.1 版が発行されている (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001422904.pdf>)。一番最初の暫定版から修正、改訂を重ねている。その中でも、精神・神経症状に関しては、さらなる情報集積の必要性が問われている。

ここであらためて、COVID-19 に関連する精神症状、罹患後精神症状とその定義について以下の通り整理する。

2019 年末から始まった新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) パンデミックは、日本のみならず、世界中で、身体的健康、医療制度、経済、社会構造に深刻な影響を与えた。ウイルス感染の特殊性から、感染への恐怖、社会的孤立、ロックダウン、経済への影響、死別、日常生活の混乱などの要因によって、パンデミックが世界中のメンタルヘルスに深刻な影響を与え続けてきた。初期の世界的な推計では、パンデミック前のレベルと比較して、不安症や抑うつ症の有病率が大幅に増加することが示唆された (Santabárbara J, et al. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Jul 13;109:110207.)。日本においても同様の問題が生じ、2020 年半ばから特定の人口層で自殺率が増加し、それまでの減少傾向が逆転したことが観察された (Tachikawa H, et al. *BMJ Open*. 2023 May 15;13(5):e063363.)。メンタルヘルスへの影響は、一般市民、医療従事者、学生、既存の疾患を持つ人々など、さまざまな集団で見られた (Xiong J, et al. *J Affect Disord*. 2020 Dec 1;277:55-64. ; Noda T, et al. *J Affect Disord Rep*. 2021 Dec;6:100282.)。パンデミックによるメンタルヘルスへの影響は様々であり、直接的な感染症の影響だけでなく、感染拡大防止策や危機的状況による社会的な混乱や個人的な混乱からも大きな影響を受けていることが明らかになっている。ロックダウン、社会的孤立、経済的困難、恐怖、日常生活の変化など、直接

的な感染以外のストレスが、世界的に、そして日本国内で不安、抑うつ、ストレスの増加と関連していることが示されている。したがって、包括的な理解のためには、COVID-19、Long COVID による精神的影響と、パンデミックという状況による影響とを区別する必要があるが困難な面もある。

また、COVID-19 罹患後症状、精神症状の定義について言及する。急性期の COVID-19 から回復した患者のかかなりの割合が、数週間から数ヶ月にわたって持続する、あるいは新たに出現する症状を経験しており、この状態は一般的に Long COVID、Post-COVID Condition (PCC、COVID-19 罹患後症状)、Post-Acute Sequelae of SARS-CoV-2 (PASC、SARS-CoV-2 感染後後遺症) と呼ばれている。

正式な定義はさまざまであるが、しばしば感染後 3 ヶ月以上経過しても持続または出現し、少なくとも 2 ヶ月間続き、他の診断では説明できない症状を指すことが多い (WHO の定義 https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1)。他の定義では、4 週間以上の閾値を用いるものや、持続性症候性 COVID-19 (4~12 週) と COVID-19 後症候群 (12 週超) を区別するもの (英国 NICE のガイドライン) もある。普遍的に受け入れられた正確な定義がないことは、依然として課題である。

Long COVID は、倦怠感、認知機能障害 (「ブレインフォグ」)、睡眠障害、不安、抑うつ、PTSD (心的外傷後ストレス障害) といった顕著な精神神経症状を含む、多岐にわたる多系統の症状を特徴とする。

Long COVID の定義における異質性は、研究の統合や有病率の推定を複雑にし、研究間で報告される症状の頻度に大きなばらつきが生じる一因となっている可能性がある。例えば、異なる時間枠 (3 ヶ月、4 週、12 週) が用いられている。この変動性は、どの患者が研究に含まれるかに直接影響し、同じ症状であっても異なる有病率をもたらす。したがって、研究を比較する際には、採用されている特定の Long COVID 定義に注意深く留意する必要がある。

本研究の最終的な目的は、COVID-19 の罹患者に出現した精神症状に対して支援に結びつけるためのガイドライン作成への提言を行うことである。そのために当研究班では COVID-19 罹患に起因すると考えられる精神症状の疫学研究に関する国内外の文献レビューの実施および調査結果の収集・検討を行う。初年度の 2022 年度、2 年

目の 2023 年度、引き続き 2024 年も論文情報集積を行った。COVID-19 による精神症状への支援ガイドライン作成に資する提言のための資料作成を目指し、その 3 年目として、現状を知るための課題抽出と現状の把握を行った。

B. 研究方法

疫学的検討についての方向性を分担班で議論し、全体会議で共有した。研究としては以下となった。

I. 研究 1

日本において、COVID-19 罹患に起因する精神症状について、ICD-10（日本版 ICD-11 はまだ未発行のため ICD-10 とした）や DSM-5 などの診断基準を用いて診断された論文を収集するための systematic review を行う。systematic review を進めるうえでの課題点や留意点について、感染症、精神医学、臨床心理学などに精通した研究者や実践家が集まり協議を行った。その結果、研究対象者、リクルートした場所（診療科など）、感染拡大時期などによって、さまざまな論文が存在する可能性があることが挙げられた。さらに、「COVID-19 感染後に新たに精神疾患と診断された人」と「もともと精神疾患と診断されていた人」との区別が必要となることなどが議論された。

過去 2 年の文献検索を通して、諸外国の報告は本邦との主な違いについて諸外国と日本において、気分、不安、不眠に関連した罹患後の精神症状は同様に高い事が示されている。限界点としては、精神症状のレビューの罹患割合の幅が示している通り、各論文によって使用した症状評価尺度、症状評価基準が違いため、単純に比較できない点である。

例えばうつ病・抑うつ状態 (Depression) に絞ったとしても、COVID-19 罹患と精神症状に関するレビューはかなりの数が出ていた。単なるレビューでは新規性が乏しい。また PROSPERO への登録も数百件されている。一方、DSM や ICD を用いて診断基準を厳格に定めた研究は少なく、前述した通り多くの研究はアウトカムの基準が曖昧で割合もばらつきがあるため、単純に比較ができない。そこで、本班では、国際的な標準診断基準である DSM あるいは ICD で診断された精神疾患の割合を推測することを目的としたレビューとした。その際、まずは日本国内の実情を示すために日本のデータに限定して収集する。上記のように精神症状は尺度によってばらつきがあり比較が困難である。世界的に

標準的な診断基準がある。DSM は「精神疾患の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)」の略称で、アメリカ精神医学会が発行する精神疾患の診断基準・分類である。DSM は、精神科医が患者の精神医学的問題を診断する際に用いられる基準をまとめたもので、世界的に広く利用されている。ICD は「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)」も国際的な標準診断基準である。本班では、極力曖昧さを排除するために、精神科診断に限定して、ICD と DSM で診断された (DPC データ含む) 論文に焦点を当てて診断が明確な例に関するデータ集積、解析を行った。

・システマティックレビューの目的と適格基準
目的として、以下の 2 つを挙げた。

- ① COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何かを検討する (COVID 後にどのような精神疾患になりやすかったか?)
- ② COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何かを検討する (COVID でどのような精神疾患が悪化しやすかったか?)

・適格基準

COVID-19 罹患患者における、DSM あるいは ICD を基準とした精神疾患罹患割合あるいはその数 (分母が揃っている) が記載された論文

・除外基準

総説、解説、レビュー

症例報告

学会抄録

原著論文ではない

研究対象が人ではない

COVID-19 に関連した研究ではない

日本のデータを用いた研究ではない

アウトカムに精神疾患罹患患者数あるいは割合に関する情報が含まれていない

対象者が COVID-19 罹患患者ではない

対象者が精神疾患罹患患者ではない

対象者が特定の精神疾患に限定されている

質的研究

その他 (理由を記載する)

・システマティックレビューの方法

PubMed、PsycINFO、CINAHL、医中誌、CiNii を用いて、2023 年 10 月末までに発刊された論文を検索した。また、適格論文の引用文献リストからハンドサーチによる論文抽出を行う。なお、適格論文の選定作業は、精神医学や感染症の研究と実務に精通した研究者 5 名 (筑波大学: 高橋、九州大学: 下野・松本・米川、明治大学: 川島) が独立して作業を行

い、選定の判断が不一致の場合は協議をして最終的な判断を行った。

国際誌 検索式

((covid-19) OR (sars-cov-2)) AND ((“mental health”) OR (psychiatr*)) AND (Japan)

国内誌 検索式

((コロナ) OR (COVID)) AND ((メンタルヘルス*) OR (精神*)) AND ((診断) OR (疾患) OR (障害))

※国内誌では、診断・疾患・障害を加えた (CiNii だけでも 2,000 件を超えるため)

II. 研究 2

現在 COVID-19 罹患に起因する精神症状の systematic review はかなり多く報告されているため、精神症状の systematic review をレビューし、現状のエビデンスを整理する方向とする。現時点でのレビューを集積し、そこで得られた知見を提示する方向とする。その 3 年目として、現在までの論文報告と課題を抽出する。

systematic review のレビューで抽出された文献やそれ以外の文献や資料について、COVID-19 に関しての報告が始まった 2020 年～研究終了年までのトピックスを抽出する方向とする。また、研究 1 で、日本人対象の研究データからの調査を行ったが、エビデンスレベルの高い論文からだけでは、情報が少ないため、全体像がつかみきれないことが多かった。エビデンスレベルとしては I～VI 段階あることが知られている (I: システマティックレビュー/ランダム化比較試験のメタアナリシス、II: 1 つ以上のランダム化比較試験、III: 非ランダム化比較試験、IV: コホートや症例対照研究、横断研究、V: 症例報告、VI: 専門委員会や個人的な意見)。現時点で日本においては、I～III などのレベルの研究が乏しい。このため、エビデンスレベルを下げざるを得ないが、IV: コホートや症例対照研究、横断研究、V: 症例報告、VI: 専門委員会や個人的な意見を含めて、インターネットなどの情報から有用になるものを今後の参考のため抽出した。また日本の臨床上の取り組みとして明確なエビデンスはまだ乏しいが、漢方薬の取り組みについて抽出し、今後の臨床的サポートになる知見を抽出し、まとめた。

なお、本報告書では、2020 年 1 月から報告期限までの 2024 年 12 月の間に発表された、日本人の集団における COVID-19 感染後の精神疾患・症状に関する研究報告を統合し、以下①②を含む知見を同期間の国際的な文献と比較することを目的とした。

- ① 日本における COVID-19 罹患後に新規に診断された精神疾患の種類と有病率が示された報告
- ② 日本における COVID-19 罹患後に既存の精神疾患が悪化したという報告

パンデミックによる広範なメンタルヘルスへの影響を背景としつつ、Long COVID 等を含む、COVID-19 感染に関連する精神医学的症状に焦点を当てる。

エビデンスレベルの高い報告が同定出来ない場合、レベルが低いものであっても、現状に貢献する可能性のあるものを選択し取り上げる。

C. 結果

I. 研究 1

本研究では、「COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何か (目的 1)」、および「COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何か (目的 2)」を検討するために、系統的レビューにより論文を選定し、適格基準を満たす 4 報の論文を抽出した。

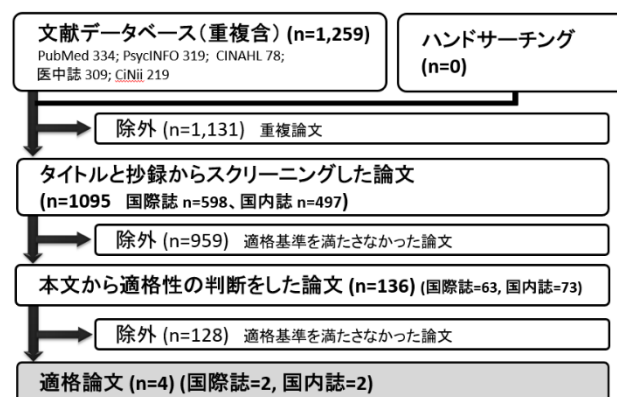
目的 1 については、精神科既往のない患者を対象とし且つ DSM あるいは ICD により精神科診断をした論文が皆無であったため、明らかにすることはできなかった。

目的 2 については、統合失調症は COVID-19 の罹患により症状が悪化する可能性があることが示唆された。しかし、COVID-19 罹患前後で、精神症状の評価をした論文は皆無であったため、解釈には注意が必要である。

・臨床的意義

国内外の複数の研究により、COVID-19 は、その罹患の有無にかかわらず、人々の不安や抑うつ症状を惹起させることが報告されている。しかし、COVID-19 により影響を最も受けやすい精神疾患としては、統合失調症があげられる。

パンデミック下では、不安障害、うつ病、PTSD などとともに、統合失調症への精神科早期介入、継続的な薬物療法および心理社会的支援の提供に注力する必要があると考えられる。



適格論文抽出までの流れ

(N: 論文数)

著者 (年)	調査対象	調査機関	調査期間	精神疾患割合(全てICD)
北元ら (2023)	救命救急センターに入院したCOVID19罹患者のうち精神科介入を要した精神科既往歴のある81名	関西医科大学総合医療センター(単施設)	2021年4月～9月	F0:15(19%)、F1:1(1%)、 F2:30(37%) 、F3:16(20%)、F4:7(9%)、F5:5(6%)、F7:6(7%)
北村ら (2022)	自治体立精神科病院に入院したCOVID19罹患者のうち、Fコードが記載された473名	全国自治体立精神科病院44施設	2021年2月	F0:174(37%)、F1:14(3%)、 F2:187(40%) 、F3:23(5%)、F4:11(2%)、F6:6(1%)、F7:48(10%)、F8:10(2%)
Nakao et al (2023)	入院したCOVID19罹患患者2,743名	大学病院4施設と総合病院5施設	2020年1月～2021年9月	F2:14(0.5%)、F3:7(0.3%)、F4:16(0.6%)
Murata et al (2022)	COVID19罹患患者で3か月追跡した662名、6か月追跡した371名(対象群はインフルエンザ罹患患者、呼吸器感染症患者)	全国の医療保険加入者の医療請求データ	2020年3月～2021年7月	急性(感染後1～3か月)および遅延性(4～6か月)双方において、COVID-19罹患患者はインフルエンザ罹患患者よりも F2(OR: 2.13, p<0.001) のオッズが高く、F4(OR: 0.56, p<0.001)のオッズが他の呼吸器感染症患者よりも低かった。

適格論文4報の概要

II. 研究 2

研究 1 で厳格なレビューを行ったところ、前述のような結果であった。エビデンスレベルは下がるが、論文研究になっていない報告も含めて、コロナ罹患後の現状への対応について現時点で可能性について調査した。具体的には、日本における COVID-19 罹患後の精神疾患について、新規発症、悪化、および国際比較(2020 年～2024 年)を行った。

(1) COVID-19 罹患後の新規発症精神疾患

国際的な状況について、システマティックレビュー/メタアナリシスからのエビデンス(2020-2024 年)を整理した。

1) 概要

多数のシステマティックレビューおよびメタアナリシスが、世界中の Long COVID 患者における精神神経症状の有病率を調査しており、これらの研究は継続する症状の存在を示している。

(Dong F, et al. J Affect Disord. 2021 Sep 1;292:172-188.) (Santabábara J, et al. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021 Jul 13;109:110207.) (Bueno-Notivol J, et al. Int J Clin Health Psychol. 2021 Jan-Apr;21(1):100196.) (Cénat JM, et al. Psychiatry Res. 2021 Jan;295:113599.)

2) 主要な疾患と有病率の推定値

・不安症・不安症状：一貫して一般的な結果として報告されている。統合された有病率の推定値は、レビュー、期間、評価ツールによって異なり、

システマティックレビュー/メタアナリシスで約 16%～40%超の範囲に及ぶ。あるシステマティックレビューでは統合有病率が 19.1%、別のシステマティックレビューでは 15.8%、さらに別のシステマティックレビューでは 23%と報告されている。一部のレビューでは、パンデミック前の一般人口レベルよりも高い率が指摘された。しかし、長期的な転帰を比較したあるシステマティックレビューでは、不安レベルは一般人口と同程度であり、自己申告ツールによる過大評価の可能性や時間経過による減少を示唆している。

・うつ病・抑うつ状態：同様に高い有病率が報告されている。約 15%～40%超の範囲にある (Dong F, et al. J Affect Disord. 2021 Sep 1;292:172-188.) あるシステマティックレビューでは、18.85% (非重症) /20.39% (重症) と報告された。不安と同様に、パンデミック前のレベルよりも高い率が多く報告されたが、ある長期レビューでは一般人口と同程度のレベルが見出された (Bourmistrova NW, et al. J Affect Disord. 2022 Feb 15;299:118-125)。時間経過とともに減少する傾向が指摘されていた (Bidhendi-Yarandi R, et al. PLoS One. 2025 Jan 28;20(1):e0312351.)。

・心的外傷後ストレス症 (PTSD)：有意な有病率が報告されているが、推定値にはばらつきがある。パンデミック中の COVID-19 生存者/一般人口における有病率は、約 15～17.5%と報告されている (Yunitri N, et al. Int J Nurs Stud. 2022 Feb;126:104136.)。Long COVID に焦点を当てたあるシステマティックレビューでは 19.2% (Marchi M, et al. Front Psychiatry. 2023 Jun 21;14:1138389.)が見出された。医療従事者、特に COVID-19 病棟勤務者や看護師では、より高い率が示された (Yunitri N, et al. 2022)。

・睡眠障害 (不眠症/過眠症)：Long COVID における最も一般的な精神神経症状の一つとして多く報告されている。有病率の推定値は約 20%を超えていた。あるシステマティックレビューでは有病率は 27.0% (Marchi M, et al. Front Psychiatry. 2023 Jun 21;14:1138389.)であった。他のレビューでも高い率が確認されている。

・認知機能障害 (「ブレインフォグ」)：この中には注意力欠如、記憶障害、実行機能障害を含むとされる。有病率の推定値は、評価方法によって大

きく異なる可能性がある。注意力障害について 27%と報告した (Lopez-Leon S, et al. medRxiv [Preprint]. 2021 Jan 30;2021.01.27.21250617.)。客観的な認知機能障害について 20.2%と報告した (Reese, Justin T et al. eBioMedicine, Volume 87, 104413)。

3) 世界的に特定された主要なリスク要因

・女性: 不安、抑うつ、PTSD、Long COVID 症状の高い有病率/重症度のリスク要因として一貫して特定されている (Santabábara J, et al. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021 Jul 13;109:110207.)

・年齢: 知見は様々である。一部の研究では、パンデミック中の一般的な心理的苦痛、不安、抑うつについて、若年層 (40 歳以下または 65 歳未満) がリスク要因であることが示唆されている (Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021)。しかし、PTSD については、高齢者 (65 歳超) と比較して若年層 (65 歳未満) がリスク要因であったが、他研究では高齢の医師の方が PTSD リスクが高いことが見出された (Hirano YO. Front. Psychol, 2023)。高齢であることは、一般的に Long COVID のリスク要因でもある。

・既存の慢性/精神疾患: 精神疾患の既往歴は、COVID-19 後のメンタルヘルス上の問題を発症する、また潜在的に Long COVID 自体の重要なリスク要因である (Xiong J, et al. J Affect Disord. 2020 Dec 1;277:55-64.)。一般的な併存疾患も Long COVID のリスクを高める。

・社会経済的要因: 失業、経済的困難、低い教育レベルは、パンデミック中の心理的苦痛の増加と関連している。

・その他の要因: パンデミック関連のニュース/ソーシャルメディアへの頻繁な曝露、学生、社会的孤立/孤独感、特定の職業 (例: 医療従事者、特に看護師、救急医、研修医) がある。

(2) 日本に特有の所見

1) 報告されている新規発症の状態

・日本の報告は、不安、抑うつ、睡眠障害、認知機能の問題 (ブレインフォグ、集中力/記憶力の低下) を一般的な COVID-19 罹患後症状とし、世界的な知見と一致している (罹患後症状のマネジメント

<https://www.mhlw.go.jp/content/001001502.pdf>)。

・パンデミック発生後、日本の若年層 (7~19 歳) において神経性やせ症 (AN) の新規発症が増加し、特に思春期初期および男子は AN を発症するリスクが高い可能性があると報告されている (Fukuya Y, et al. Medicina (Kaunas). 2025 Mar 3;61(3):445.)。

2) 日本の調査/研究からのデータ

・厚生労働省 (MHLW) の調査 (2021 年) では、パンデミックに関連する不安を感じている人が約 50%であり、初期のピークからは減少したものの、依然として存在することがわかった。自分/家族の感染への不安が最も一般的であった

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/gaiyou.pdf>)。厚生労働省の調査 (2022 年調査) では、パンデミックに関連する不安を感じている人が約 30%に減少した。

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12205000/gaiyou.pdf>)。これらの調査は一般対象への、インターネットでの調査なので、一般的なパンデミックに関連する不安を含んでおり、必ずしも感染後の罹患後症状を反映しているわけではない。

・神奈川県のコホート研究では、高い心理的苦痛 ($K6 \geq 5$) の率が 47.4% (20~39 歳)、40.6% (40~64 歳)、28.3% (65~85 歳) のように見られた。心理的苦痛に関連する要因は年齢によって異なり、若年成人では運動不足と低収入、中年層ではフルタイム勤務、高齢層では一人暮らしが関連していた (Saito Y, et al. Front Public Health. 2023 Oct 25;11:1233942)。

・パンデミック中の日本の大学生に関する研究では、有意な抑うつ不安 (50%超が軽度以上、約 11%が重度) が報告され、孤立や昼夜逆転によって悪化した。他の研究では、学部生は大学院生よりもメンタルヘルスが悪く、学部や学年によってばらつきが見られた (Underwood E, et al. Healthcare (Basel). 2024 Apr 26;12(9):902)。

・日本における COVID-19 罹患後の個人に特化した PTSD 有病率データは、提供された資料の中では乏しいように思われる。ある情報源は、パンデミック前の一般人口における PTSD の 12 ヶ月有病率を 3.5%と言及しているが

(<https://doi.org/10.15017/4372005>)、日本における COVID-19 後の有病率は、これらの文書内の大規模調査やシステマティックレビューによって明確に確立されていない。

有病率は研究デザイン、Long COVID の定義、評価方法、追跡期間によって結論が異なるため、単純に比較は困難である。日本のデータは、Long COVID に特化した大規模な有病率調査よりも、一般人口調査や症状報告に基づいている場合が多いため、単純に比較が困難である。

(3) 比較による洞察：日本 vs. 国際

1) 共通点

日本の報告は、COVID-19 後の一般的な新規発症精神神経症状の種類（不安、抑うつ、倦怠感、認知機能の問題、睡眠障害）に関して、国際的な知見と概ね一致している（罹患後症状のマネジメント第 3.1 版

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001422904.pdf>）。

2) 相違点/特異性の可能性

・精神病症状： COVID-19 後の新規発症精神病は国際的にも認識されている。

・PTSD 有病率： PTSD は日本のレビューで国際データを参照して COVID-19 後の潜在的な転帰として認識されているが {77}、COVID-19 後の集団におけるその有病率を定量化する大規模な日本の研究は、PTSD に焦点を当てた多数の国際的な研究やシステマティックレビュー/メタアナリシスとは対照的に、不足しているように見える {15}。これは、診断方法、対象、の課題がある。

・抑うつ・うつ病： 請求データを用いた比較研究では、日本では、新たに治療を受けた MDD 患者の全体的な発生率は、COVID-19 以前（2019 年 4 月～2019 年 9 月）から COVID-19 の間（2020 年 4 月～2020 年 9 月）にかけて 2.0%から 2.3%に増加した。一方、米国では、同期間の発生率に変化は見られなかった (Demiya S et al. Value and Outcomes Spotlight. 2023. 9 (3) .32-35.)

・その他： 日本では、新たに治療を受けた大うつ病患者の併存疾患のトップは不眠症であったが、米国では、トップの疾患は不安に関連するものであった。(Demiya S et al. Value and Outcomes

Spotlight. 2023. 9 (3) .32-35.)

3) 相違の説明

・方法論的要因： 研究デザイン、サンプリング、評価ツール、Long COVID の定義のばらつきが、比較に大きく影響している。また厳密な診断基準を用いた日本の研究がシステマティックレビュー/メタアナリシスに乏しい点がある。

・文化的/社会的要因： 受療行動、スティグマ、社会的支援構造、パンデミック対応の違い（ロックダウンの強度/期間、経済的支援等）の違いが、有病率や症状の現れ方に影響を与える可能性がある (Manchia M, et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2022 Feb;55:22-83.)

・制度的要因： 医療制度の構造、精神保健機関へのアクセス、診断方法が異なる可能性がある。これらの違いは、方法論的、文化的、制度的要因の複雑な相互作用によって影響を受けている可能性が高いが、はっきり比較されたものではない。このことは、世界との比較で、この問題の核となる点は共通であるが、日本特有の点は、日本独自の社会的背景の可能性が推測されるが明確にされていない。

(4) COVID-19 罹患による既存精神疾患の悪化

1) 国際的な背景：脆弱性と影響

既存の精神疾患（例：うつ病、不安症、統合失調症、双極症）を持つ人は、パンデミック中に脆弱な集団として国際的に認識されている (Manchia M, et al. Eur Neuropsychopharmacol. 2022 Feb;55:22-83.)。この脆弱性は、COVID-19 自体への生物学的な感受性が高い可能性、パンデミック関連のストレス要因（孤立、日常の変化、恐怖など）に対する感受性の増加、継続的な治療や支援の中断の可能性、重複するリスク要因（社会経済的問題等）などの可能性がある。

パンデミック中にメンタルヘルスに有害な影響があったが、他のレビューでは、パンデミック前のベースラインと比較して必ずしも症状の重症化を示さなかった指摘もあり、一定ではない (Manchia M, et al. 2022)。COVID-19 感染自体が罹患後精神症状のリスク要因と考えられており、既存の状態を悪化させた可能性がある (Manchia M, et al. 2022)。

2) 日本の報告

ある研究では、パンデミック中に日本で（不安症を除く）ほとんどの精神疾患による入院が減少し、これはケアへのアクセスの減少または回避を示唆している可能性があるとしている（Abe K, et al. Soc Sci Med. 2025 Feb;367:117763.）。

3) 日本における自殺および孤独感との関連

2020 年半ばから日本で自殺率が増加した時期があった。2020 年の日本の自殺者数は、長年の減少傾向から一転し、11 年ぶりに増加に転じた。特に、2020 年 7 月から自殺者数が急増し、10 月にはその年のピークを記録した。6 月から 7 月にかけて 1 ヶ月で約 19%も増加し、10 月は 6 月と比較して約 42%もの増加となった。特に女性の自殺者数の増加が顕著で、男性と比較して増加率が増加した時期があった。

パンデミック中の日本における孤独感が、抑うつ、社会的孤立、経済的困難を考慮した後でも、自殺念慮の増加と強く関連していることが示されている（Tachikawa H, et al. BMJ Open 2023;13:e063363.）。孤独感は直接的および間接的（抑うつ等を介して）な影響を及ぼした。パンデミックの心理社会的影響、特に孤独感と孤立が、日本における精神心理状態の悪化、そして潜在的には自殺リスクに寄与する役割を果たした可能性を示唆している（Tachikawa H et al. 2023）。

4) 日本の報告のまとめ

・新規発症：COVID-19 感染は、世界および日本において、新規の精神および神経精神症状、最も一般的には不安、抑うつ、睡眠障害、認知機能障害、全身倦怠感を発症するリスクの増加と関連している。PTSD も世界的には重要であるが、日本における COVID-19 後の具体的な有病率については、より専門的な研究が必要である。

・悪化：パンデミックと COVID-19 感染は、日本における既存のメンタルヘルス状態を悪化させた可能性が高い。時期によってではあるが精神科入院は減少した時期があり、自殺率は増加し、孤独感が重要な要因の可能性がある。

・日本 vs. 国際比較：COVID-19 後の精神医学的問題の種類は類似しているが、特定の障害（うつ病、そして全体的な不安/抑うつ症状）の有病率、

特定の状態のギャップには潜在的な違いが存在する。

5) 今後の臨床的課題

・スクリーニングと評価：臨床医は、COVID-19 から回復した患者において、数ヶ月後であっても、また軽症感染後であっても、新規発症または悪化した精神症状（不安、抑うつ、PTSD、認知機能の問題、睡眠障害、倦怠感）に注意を払う必要がある（Bidhendi-Yarandi R, et al. PLoS One. 2025 Jan 28;20(1):e0312351.）。世界的に評価されているスクリーニングツール（例：PHQ-9、GAD-7、K6、PCL-5）を活用するが、その限界も認識する（Yunitri N, et al. Int J Nurs Stud. 2022 Feb;126:104136.）。

・統合的なケア：プライマリケア、精神科、神経内科、心理学、リハビリテーション、社会的支援サービスを含む、統合されたアプローチが必要である。身体的および精神的医療提供者間の連携が重要である（Zeraatkar D, et al. BMJ 2024; 387 :e081318）。心身相関のアプローチが必要で、専門家の育成が必要である。罹患後症状の現在における対応と今後の新しい感染症災害に向けて、学生、研修医、医師（精神科医、総合診療医、などあらゆる領域の医師）、看護師、心理関係職などに対しての啓発・教育が必要である。

・治療アプローチ：Long COVID の精神症状に対する決定的な治療法は不足しているが、特定の症状に対するエビデンスに基づいた治療法

（例：不安/抑うつ/倦怠感に対する認知行動療法（CBT）、PTSD に対するトラウマ焦点化療法、個別化されたリハビリテーション）を用いる事もある。孤独感のような根底にある心理社会的要因に対処する。厚労省 罹患後症状のマネジメント 第 3.1 版では、以下の様に示されている。プライマリケアでは支持的療法が主たる治療方針であるが、専門医・拠点病院においては、必要に応じて認知療法もしくは認知行動療法などに加え、向精神薬による薬物療法が行われる。必要に応じて、鑑別診断のための血液検査、髄液検査、画像検査（MRI、PET/SPECT など）、生理検査（脳波検査など）、および心理検査（精神症状が落ち着いたタイミングで実施）なども実施される。集中治療症候群に代表される PTSD の治療には、認知行動療法が有効とさ

れ、なかでも持続曝露（エクスポージャー）療法（PE）、認知処理療法（CPT）、眼球運動脱感作療法（EMDR）などが注目されている。薬物療法には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬

（SSRI）をはじめとする抗うつ薬が中心となる。また、漢方薬は生薬の配合により心身のバランス失調を改善する効果があり、多様な症状に使用されている。有効性に関して定まった知見はみられないが、対症療法として、抑うつや倦怠感に対して補中益気湯、十全大補湯、人參養榮湯、不安の強い例には加味帰脾湯、冷えがあり、神経過敏な傾向な人に柴胡桂枝乾姜湯などが処方されることもある。十分に休養しても改善しない疲労感や全身倦怠感などに処方されることが増えている。（罹患後症状のマネジメント第3.1版

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001422904.pdf>)

・患者教育と受容：特に客観的な所見に乏しい場合がある倦怠感や認知機能の問題などの症状への認識と受容を促す。症状管理に関する教育を提供する。

（５）心身相関の観点の重要性

1) Long COVIDにおける心身の相互作用

Long COVIDの臨床像を理解し、効果的な対応策を講じる上で、心身相関、すなわち精神と身体との状態が相互に影響し合うという視点は不可欠である。Long COVIDの症状は、身体的な愁訴と精神的な不調が複雑に絡み合って現れることが多く、両者を切り離して考えることは困難である。例えば、呼吸困難、慢性的な疼痛、あるいは重度の倦怠感といった持続的な身体症状は、患者の日常生活動作（ADL）や社会参加を著しく制限し、QOLを大幅に低下させる。このような状況が長期化することは、それ自体が大きなストレス要因となり、結果として抑うつ気分や不安感、絶望感といった二次的な精神症状を引き起こす可能性がある。

逆に、COVID-19感染やその後の長期にわたる療養生活に伴う精神的なストレス、孤立感、将来への不安感、あるいは既存の精神疾患が、自律神経系や免疫系、内分泌系のバランスを乱し、炎症反応の遷延や身体症状の悪化・持続に関与する可能性も指摘されている。ストレスが自律神経

機能を介して心拍変動や消化器症状に影響を与えることや、免疫細胞の機能に影響を与えて炎症を助長することは、他の多くの疾患でも知られているメカニズムである。Long COVIDの多様な症状と複雑な病態を包括的に理解し、効果的な治療戦略を立てるためには、単一の要因に還元するのではなく、生物学的要因、心理学的要因、そして社会的要因を統合的に考慮する「生物心理社会モデル（Bio・psycho・social Model）」に基づくアプローチが極めて重要となる。

生物学的要因としては、体内にウイルスやその断片が持続することによる慢性的な免疫刺激、感染を契機とした自己免疫反応の惹起、微小血管における血栓形成や内皮機能障害、持続的な炎症反応やサイトカインストームの罹患後症状、神経系の炎症、腸内細菌叢の変化、自律神経系の機能不全などが仮説として挙げられ、研究が進められている。

心理学的要因としては、感染や罹患後症状に対する不安や恐怖、抑うつ気分、ストレス対処能力、疾患に対する認知と反応、既存の精神疾患などが症状の認識や持続に影響を与える可能性が考えられる。

社会的要因としては、感染による偏見や差別、長期療養に伴う社会的孤立、経済的な困窮（失業や収入減）、医療へのアクセスや社会的支援の有無などが、患者の心理状態や回復過程に影響を及ぼす可能性がある。これらの生物・心理・社会的な要因は、互いに独立しているのではなく、相互に影響し合いながらLong COVIDの病態形成と症状の維持に関与している可能性がある。例えば、免疫系の異常や持続的な炎症といった生物学的要因は、サイトカインなどを介して中枢神経系に作用し、倦怠感や疼痛といった身体症状だけでなく、抑うつ気分や認知機能低下といった精神症状をも引き起こす共通の基盤となりうる。これは、心と身体の症状が別個のものではなく、共通の生理学的メカニズムによって深く結びついている可能性を示唆しており、心身相関の生物学的な根拠を提供するものである。このような視点を持つことで、なぜ心理社会的介入が身体症状にも影響を与えうるのかを理解する一助となる。

D. 考察

I. 研究 1

3 年目として、現在の COVID-19 罹患に起因する精神症状に関する知見を集積した。

日本の報告の文献からのレビューを行った。

COVID-19 に関連して、抑うつ、不安、恐怖、トラウマティックストレス、PTSD、不眠等への影響が確認された。一方、日本の報告から「COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何か」、および「COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何か」を検討するために、系統的レビューにより論文を選定し、適格基準を満たす 4 報の論文を抽出した。目的 1 については、精神科既往のない患者を対象とし且つ DSM あるいは ICD により精神科診断をした論文が皆無であったため、明らかにすることはできなかった。

目的 2 については、統合失調症は COVID-19 の罹患により症状が悪化する可能性があることが示唆された。しかし、COVID-19 罹患前後で、精神症状の評価をした論文は皆無であったため、解釈には注意が必要である。

国内外の複数の研究により、COVID-19 は、その罹患の有無にかかわらず、人々の不安や抑うつ症状を惹起させることが報告されている。COVID-19 により影響を最も受けやすい精神疾患としては、統合失調症があげられる。

パンデミック下では、不安障害、うつ病、PTSD などとともに、統合失調症への精神科早期介入、継続的な薬物療法および心理社会的支援の提供に注力する必要があると考えられた。

II. 研究 2

研究 1 の結果を受けて、現時点における日本の罹患後精神症状への対応と可能性について言及する。

まず、新規発症について、COVID-19 は、世界および日本において、不安、抑うつ、睡眠障害、認知機能障害、全身倦怠感を発症するリスクの増加と関連している可能性がわかった。この点は大きくは相違しない。

続いて、既往疾患の悪化に関しては、日本における既存のメンタルヘルス状態を悪化させた可能性が高い。感染症拡大時期によって傾向が異なる可能性はあるが、精神科入院は減少した時期があった。一方、自殺率は増加し、孤独感が重要な要因の可能性があった。

これらの結果からは、不安、抑うつ、睡眠障害、認知機能障害、全身倦怠感は日本においても、継続して対応していく必要がある課題と考えられる。現在 COVID-19 に対する関心が減少している昨今であっても、感染予防と、罹患後精神症状に対するケアを継続して行える地域体制を維持していく必要がある。また将来的にはトラウマティックストレスを含めたケアを行うために、諸外国のように地域トラウマ対応センターを設置することも有用であろう。また、不安、抑うつ、アルコール関連症などの一般的な症状や疾患に加えて、心身相関の視点からケアが出来る精神科や心療内科等に対して、今後も継続的なケアの提供が可能となるように、多職種・地域連携、制度改革などを進めていく必要があると考えられる。また、特定の脆弱性を持つ群に対しての精神心理的なサポートが継続して行える体制が今後も必要と考えられる。

治療アプローチとして、Long COVID 等の精神症状に対する決定的な治療法は不足しているが、心身相関の視点から、また心理的安全性の提供を含めて対応することが肝要と考えられる。Long COVID 等の精神症状が出現すると、日常生活が今まで通りに行えない群も存在し、産業メンタルヘルス、経済的な負担の軽減、中長期の療養を支える支援基盤の構築が重要と考えられる。患者に害を与えることなく、安心して療養できる、医療、保健、介護の視点からの支援が必要である。またこの疾患・症状に対しての国民への啓発とよりよい理解を促す試みも必要である。また心身のバランス失調に対して、現時点で安全に使用可能で、医療経済を極端に圧迫しない治療法の適切な使用も求められる。

Long COVID の多様な症状と複雑な病態を包括的に理解し、効果的な治療戦略を立てるためには、単一の要因に還元するのではなく、生物学的要因、心理学的要因、そして社会的要因を統合的に考慮する「生物心理社会モデル (Bio・psycho・social Model)」に基づくアプローチが極めて重要となる。そして、これらのアプローチを実現するためには、多職種・地域連携の体制構築が重要となる。医療者へのこの点の教育があらためて重要であると考察された。

E. 結論

3 年目として、現在の COVID-19 罹患に起因する精神症状に関する知見を集積した。

まず、研究 1 として、日本の報告の文献からのレビューを行った。COVID-19 に関連して、抑うつ、不安、恐怖、トラウマティックストレス、PTSD、不眠等への影響が確認された。一方、日本の報告から「COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何か」、および「COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何か」を検討するために、系統的レビューにより論文を選定し、適格基準を満たす 4 報の論文を抽出した。目的 1 については、精神科既往のない患者を対象とし且つ DSM あるいは ICD により精神科診断をした論文が皆無であったため、明らかにすることはできなかった。

目的 2 については、統合失調症は COVID-19 の罹患により症状が悪化する可能性があることが示唆された。しかし、COVID-19 罹患前後で、精神症状の評価をした論文は皆無であったため、解釈には注意が必要である。

国内外の複数の研究により、COVID-19 は、その罹患の有無にかかわらず、人々の不安や抑うつ症状を惹起させることが報告されている。COVID-19 により影響を最も受けやすい精神疾患としては、統合失調症があげられる。

パンデミック下では、不安障害、うつ病、PTSD などとともに、統合失調症への精神科早期介入、継続的な薬物療法および心理社会的支援の提供に注力する必要があると考えられた。

次に、研究 2 として、研究 1 を受けて、強固なエビデンスの中に、包括されなかった報告から、現時点において、日本の罹患後精神症状への対応と可能性について言及した。

新規発症について、COVID-19 は、世界および日本において、不安、抑うつ、睡眠障害、認知機能障害、全身倦怠感を発症するリスクの増加と関連している可能性があった。この点は大きくは相違しない。

既往疾患の悪化に関しては、日本における既存のメンタルヘルス状態を悪化させた可能性が高い。時期によってはあるが精神科入院は減少した時期があった。一方、自殺率は増加し、孤独感が重要な要因の可能性があった。

日本と諸外国との比較では、COVID-19 後の精

神医学的問題の種類は類似していた。

COVID-19 罹患後に遷延する精神神経症状は、多くの患者の生活に深刻な影響を及ぼす重要な健康問題である。その病態は、生物学的な要因と心理社会的な要因が複雑に絡み合った心身相関を色濃く反映していると考えられる。治療に関しては現時点では質の高い科学的根拠が不足しており、今後の厳密な臨床研究による検証が強く求められる。Long COVID に対する今後の医療においては、生物心理社会的な視点に基づいた全人的な理解を深め、それに基づいた診断、治療、ケア戦略を統合的に発展させていくことが、患者の回復を支援する上で必要であると考えた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

Wataya, K, Ujihara, M, Kawashima, Y, Sasahara, S, Takahashi, S, Matsuura, A, Lebowitz, A, Tachikawa, H. Development of the Japanese Version of Rushton Moral Resilience Scale (RMRS) for Healthcare Professionals: Assessing Reliability and Validity, *Journal of Nursing Management*, 2024, 7683163, 14 pages, 2024.

<https://doi.org/10.1155/2024/7683163>

Sekine A, Tachikawa H, Ecoyama S, Nemoto K, Takahashi S, Sasaki M, Hori T, Sato S, Arai T. Online consortium managing COVID-19-related mental health problems. *PCN Rep.* 2024 Sep 3;3(3):e70006. doi: 10.1002/pcn5.70006. PMID: 39233747; PMCID: PMC11372234.

高橋晶. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後の精神症状に対する漢方薬の使用経験と可能性. *日本東洋心身医学研究* 37(1) 16-22, 2024

高橋晶. 能登半島地震や過去の災害、海外の対応から振り返った災害精神医学の課題と展望 *日本精神科病院協会雑誌* 43(9) 899-904, 2024.

高橋晶. 総合病院精神医学領域の研究とその発展について. 総合病院精神医学 36 (2), 124-129, 2024.

高橋晶, 池田美樹, 大江美佐里, 千葉比呂美. 2024年能登半島地震における精神的支援と課題. 日本トラウマティック・ストレス学会誌 22 (1), 76-86, 2024.

Chiba S, Honaga T, Konno Y, Anegawa E, Takahashi S. Pathophysiology and treatment of young patients with prolonged nocturnal sleep after COVID-19 infection, JOURNAL OF SLEEP RESEARCH/33(1), 2024

高橋晶：能登半島地震や過去の災害、海外の対応から振り返った災害精神医学の課題と展望, 日本精神科病院協会雑誌, 43(9), 899-904, 2024

江川孝, 小幡篤, 原田奈穂子, 國永直樹, 吉本尚, 齊藤稔哲, 加古まゆみ, 鈴木, 高橋晶：災害時医療体制の法的背景と医薬品供給, 第15回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, pp. 207-207, 2024

高橋晶：総合病院精神医学領域の研究とその発展について, 総合病院精神医学, 36(2), pp. 124-129, 2024

鷺坂彰吾; 原田奈穂子; 香田将英; 江川孝; 加古まゆみ; 國永直樹; 鈴木諭; 高橋晶：日本プライマリ・ケア連合学会が考える、急性期医療対応との連携への方略, 第29回日本災害医学会総会・学術集会, プログラム・抄録集, 28, pp. 237-237, 2024

2. 学会発表

高橋晶. コロナ禍、そして人々の絆. 第15回日本不安症学会学術大会（東京）. 2024年5月.

江川孝, 小幡 篤, 原田奈穂子, 國永 直樹, 吉本尚, 齊藤 稔哲, 加古まゆ, 高橋晶：災害時医療体制の法的背景と医薬品供給 第15回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会 2024年6月7-9日

高橋晶：これからの災害精神支援の課題と発展 災害派遣精神医療チームDPAT発足から10年、これからの災害精神支援の課題と展望 第120回日本精神神経学会学術総会（札幌）2024年6月20-22日

高橋晶：災害やパンデミック時の医療従事者のメンタルヘルス支援 医療従事者のメンタルケアに向けたさまざまな取り組み 第120回日本精神神経学会学術総会（札幌）2024年6月20-22日

高橋晶：災害時に心身医学・心療内科・精神科が関わるメンタルヘルスと能登半島地震での対応（心療内科学会災害支援プロジェクト合同企画）第65回日本心身医学会総会ならびに学術講演会（東京）2024年6月30日（

高橋晶：心療内科・精神科リエゾンチームで用いる漢方薬の使用経験について 緩和ケア・精神科リエゾンチームに役立つ薬物療法のコツ」第65回日本心身医学会総会ならびに学術講演会（東京）2024年6月29日

高橋晶：災害時の被災者支援と支援者支援～能登半島地震等の経験から 災害対応におけるトラウマティックストレス～能登半島地震等の経験を踏まえて～ 第23回日本トラウマティックストレス学会（京都）2024年8月11日

高橋晶：「能登半島地震対応から、南海トラフ地震、首都直下地震に備えての課題と対応～DPATの立場から」 第48回 茨城県救急医学会 茨城県メディカルセンター（ハイブリッド開催）（水戸）2024年9月7日

高橋晶：災害精神医療の概要と医師の役割 第1会場「災害現場における医療提供」 第8回日本精神薬学会（東京）2024年9月21日

Sho Takahashi, Chie Yaguchi, Yoshifumi Takagi, Tatsuhiko Kubo, Yasuhisa Fukuo, Hirokazu Tachikawa. Estimating Number of DPATs in the Nankai Trough Earthquake from data of 'cocoro-no-care' in the Great East Japan Earthquake. (The 15th Asian Pacific Conference on Disaster Medicine : APCDM 2024) Seoul 2024-11-25-26

高橋晶：心と体を診る医師になりたかった人が災害精神医療にたどりついたキャリアパスの一例 知りたい！あの先生のキャリアパス 2024 第37回日本総合病院精神医学会（熊本）2024年11月29日

高橋晶：災害支援企画 「災害時の支援者支援と産業衛生」 心療内科・心身医学に期待される事、対応が求められる事 第28回日本心療内科学会（東京）2024年12月7日

高橋晶：多職種のための社会精神医学セミナー「DPAT活動の立場から」（災害時精神保健医療に関わる多職種の視点能登半島地震を踏まえて） 日本社会精神医学会（東京）2025年2月16日

福生泰久、河寫讓、五明佐也香、高橋 晶、高尾碧、尾崎光紗：DPATの歩みと今後の課題 第29回日本災害医学会総会・学術集会（京都）2025年2月22日

櫛引 夏歩、菅原 大地、矢口 知絵、石塚 里沙、高木 善史、齋藤 真衣子、青木 ケイ、米澤 慎二郎、柳 百合子、八斗 啓悟、高橋 晶、相羽 美幸、白鳥 裕貴、川上 直秋、太刀川 弘和：中学生を対象とする社会的孤立・孤独の一次予防のための心理教育プログラムの有用性の検討 第43回日本社会精神医学会（東京）2025年3月14日

G. 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

「新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる
精神症状に関する疫学的検討と支援策の検討に資する研究」

分担研究者 福田 治久（九州大学大学院医学研究院 准教授）

研究要旨

本研究は、LIFE Study の医療レセプトデータと HER-SYS の COVID-19 感染者情報を用い、罹患後に新規発症した精神症状に対する薬物治療の導入時期・使用薬剤・継続期間などの trajectories を記述的に明らかにした。2020 年 5 月～2023 年 4 月に COVID-19 に罹患し、その後 2 か月以上精神症状の治療を受けた患者 205 例のうち、薬物治療を受けたのは 111 例（54.1%）であった。抗精神病薬や抗うつ薬、睡眠薬が使用され、導入時期や継続期間には大きな個人差がみられた。治療は 7 割が病院で開始されており、プライマリ・ケア医での対応を前提とした現行のガイドラインと乖離があることが示唆された。本研究は COVID-19 後精神症状に対する診療実態を可視化し、今後のガイドライン策定やケア体制整備の基盤となる知見を提供するものである。

A.研究目的

本研究の目的は、医療レセプトデータと COVID-19 感染者情報（HER-SYS）を用いて COVID-19 罹患後に新規発症した精神症状の治療パターンを明らかにすることである。具体的には、COVID-19 罹患後 1 年間における初発の精神症状患者について、(1) 治療医療機関の種類（プライマリ・ケア vs. 病院診療）、(2) 実施された薬物治療の内容および、(3) 各薬剤の使用期間・継続期間・処方パターンを明らかにし、得られた知見を既存のマネジメントガイドラインと比較検討する。本研究では、COVID-19 罹患後症状への効果的な介入戦略策定や、臨床現場での適切なケア体制構築について、今後検討する際の参照データを提供することを目指す。

B.研究方法

(1) データベース

本研究は LIFE Study のデータを用いた研究である。LIFE Study は九州大学が実施している多地域コホート研究であり、国民健康保険加入者と後期高齢者医療制度加入者の医療レセプトデータや新型コロナウイルス感染症の感染者に関する情報が含まれる「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）」が含まれる。HER-SYS とは、主に自治体や医療

機関が利用し、COVID-19 感染者に関わる情報を入力するシステムである。2020 年 5 月末から運用が開始し、2022 年 9 月 25 日の間の全ての COVID-19 感染者の情報が登録されている。しかし 9 月 26 日以降は COVID-19 感染者のうち、高齢者や妊婦など重症化リスクがある者の情報のみが登録されている。

本研究では LIFE Study に参加している 1 自治体の国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入者を対象にしたレセプトデータ及び HER-SYS データを用いて、記述疫学研究を行った。研究対象者は 2020 年 5 月から 2023 年 4 月までの COVID-19 感染者で、COVID-19 発症後少なくとも 2 ヶ月以上継続して精神症状の治療を受けた者を対象とした。精神疾患の発症は、先行研究と同様に、医療レセプトデータの ICD-10 コードにおいて各 F コード（精神及び行動の障害）に該当する診断と不眠症と定義し、以下のように定義した（F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, 不眠症）。除外基準は、COVID-19 感染日より過去 6 ヶ月以内に各 F コードあるいは不眠症で治療した経験のある者と設定した。例えば、コロナ感染前 6 ヶ月以内に F0 の治療歴のある場合、F0 を評価する際には解析対象者から除外したが、F0 以外の精神疾患を評価する際には F0 の治療歴があったとしても評価対象疾患の治

療歴のない者は解析対象者に含めた。

(2) 評価項目

解析対象者のそれぞれについて、COVID-19 感染月を 0 ヶ月目としてその後 12 ヶ月目までの計 13 ヶ月間を月単位で追跡し、以下の項目を評価した：(1)薬物治療内容、(2)薬物処方医療機関の種別、(3)各薬剤の使用期間。(1)薬物治療内容は、ICD-10 コードの F コードのいずれかで診断されており、かつ治療薬が処方されている月の薬物治療内容を評価した。治療薬は ATC 分類コードを用いて、N05A (抗精神病薬)、N05B (抗不安薬)、N05C (催眠薬および鎮静薬)、N06A (抗うつ薬)、N06B (精神刺激薬、ADHD 治療薬および向知性薬)、N06D (抗認知症薬) に分類した。さらに、漢方薬の処方内容を確認するために、薬効分類コードが 52 で始める薬剤を漢方薬に分類した。(2)薬剤処方医療機関は追跡期間中に病院(総合病院または精神科病院等)もしくは診療所、もしくは病院と診療所の両方で処方されているかを分類した。(3)各薬剤の使用期間は、薬物治療が 13 ヶ月間の間で実際に処方のあった月を「処方あり」と判断した。また、13 ヶ月の間の処方月数の最小値、最大値、平均値をそれぞれ算出した。

C. 研究結果

(1) 解析対象者

解析対象となった 1 自治体において、COVID-19 罹患後に新規に精神症状を発現した者は 205 例であった。そのうち薬物治療のなかった者は 94 例(45.9%)であり、薬物治療のあった者は 111 例(54.1%)であった。全体の平均年齢は 68.4 歳であり、男性割合が 45.9%であった。薬物治療のある群の方が平均年齢は高く、男性割合が高い傾向にあった。

(2) Treatment trajectories

F0 (症状性を含む器質性精神障害) の発現例は 60 例に観察され、そのうち薬物治療が実施されていたのは 34 例(56.7%)であった。薬物治療の導入時期は薬剤の種類によってばらつきがみられた。N05B (抗不安薬) の導入時期の中央値は

1 ヶ月(四分位範囲 0~2 ヶ月)と最も早く、N05A (抗精神病薬)および N05C (睡眠薬)はいずれも中央値 2 ヶ月で、四分位範囲はそれぞれ 0~3 ヶ月と 1~4 ヶ月であった。薬物治療の継続期間も使用薬剤間および患者間で大きく異なっていた。N05A は平均 2.6 ヶ月、N05C は平均 3.8 ヶ月であった。治療導入時期の分布をみると、F0 の新規診断月から薬物治療導入が集中する症例は 34 例中 23 例(67.6%)に認められた。医薬品としては、Quetiapine、Risperidone、Tiapride、Trazodone などが良く使用されていた。

F2 (統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害) の発現例は 25 例に観察され、そのうち薬物治療が実施されていたのは 18 例(66.7%)であった。N05A (抗精神病薬) は全例で使用されており、次いで N05C (睡眠薬) が処方されていた。N05A は新規診断当月から処方開始される症例が大半であり 18 例中 17 例(94.4%)を占めていた。治療期間は平均 4.1 ヶ月であった。N05A は 13 ヶ月間使用継続される症例が認められる一方で、1 ヶ月のみ使用される症例もあり、患者間で大きなばらつきが観察された。医薬品としては、Risperidone や Quetiapine がよく使用されていた。

COVID-19 罹患後に新規発症した F3 (気分障害) 患者は 31 例あり、そのうち、15 例(48.4%)が薬物治療が実施されていた。大半の症例(86.7%)は、N06A (抗うつ薬) が使用されていた。N06A の使用例の全例において、新規診断 3 ヶ月目以内に治療が開始されていた。治療期間の平均は 4.3 ヶ月(範囲 1~13 ヶ月)であった。また、N05C (睡眠薬) とともに処方される傾向を認めた。医薬品としては、Trazodone がよく使用されていた。

F4 (神経症性障害・ストレス関連障害) の傷病名が出現したのは 55 例であったが、薬物治療が行われたのは 19 例(34.5%)であった。N05B (抗不安薬) と N05C (睡眠薬) が約 6 割の症例において使用されていた。平均的な治療期間は N05B において 2.6 ヶ月、N05C において 3.6 ヶ

月であり、N05C の処方期間の方が長かった。医薬品としては、Diazepam がよく使用されていた。

COVID-19 罹患後に 71 例が不眠症を新規発症していたが、そのうち薬物治療がなされていたのは 43 例 (60.6%) であった。薬物治療がなされた症例のうちの 40 例に N05C (睡眠薬) が使用されていた。40 例中 37 例において診断月当月に薬剤が処方されており、薬剤導入は極めて早期に実施されていた。治療期間の平均は 3.5 ヶ月であった。医薬品としては、Eszopiclone や Risperidone がよく使用されていた。

全症状に対して漢方薬が使用される頻度は多くなかったが、一部の症例に対しては、13 ヶ月間通じて処方されている事例も認められた。

(3) 治療開始場所

精神症状に対する治療開始場所は、どの精神症状に対しても、またどの医薬品に対しても、概ね 7 割が病院において処方されており、診療所での処方はおよそ 3 割であった。

D. 考察

本研究は、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 罹患後の精神症状に対する治療 trajectories を明らかにすることを目的とした。医療レセプトデータおよび HER-SYS データを用いた記述疫学研究であり、2020 年 5 月から 2023 年 4 月に COVID-19 に罹患し、その後 2 か月以上にわたり精神症状の治療を受けた患者を対象に実施した。その結果、患者には抑うつ、不安、不眠、統合失調症、神経症性障害などの診断が確認され、治療薬として、抗精神病薬 (N05A)、抗不安薬 (N05B)、催眠鎮静薬 (N05C)、抗うつ薬 (N06A)、抗認知症薬 (N06D) などが使用されていた。治療の継続期間には疾患や患者ごとにばらつきがみられた。本研究の結果は、日本における COVID-19 罹患後の精神症状に対する治療実態を明らかにするものであり、今後の診療指針策定に貢献する可能性がある。

これまでに複数の大規模疫学研究において、

COVID-19 罹患後に抑うつや不安、不眠などの精神症状が有意に増加することが報告されている。例えば、Taquet らは電子カルテ網を用いたコホート研究において、COVID-19 生存者の約 33%が発症 6 か月以内に何らかの精神神経疾患と診断され、そのうち約 13%が初発例であったと報告している。特に不安障害は 17%前後と高頻度であり、気分障害も約 14%に上っていた。また米国退役軍人を対象とした大規模コホート研究でも、COVID-19 罹患後 1 年間の新規不安障害のリスクが非罹患群に比べ 35%増加 (HR=1.35)、抑うつ障害は 39%増加 (HR=1.39) しており、睡眠障害や認知機能低下のリスクも有意に上昇することが示されている。さらにイギリス Biobank データを用いた研究でも、COVID-19 感染者では 1 年後まで精神疾患全般の発症リスクが約 1.5 倍に増加し、抗精神病薬・抗うつ薬・ベンゾジアゼピン系薬剤など向精神薬の処方率も有意に高かったと報告されている。本研究の結果も、COVID-19 罹患後に抑うつや不安症状を呈する症例が認められる点で概ね先行研究と一致していた。しかしながら、COVID-19 後の精神症状が出現した際の治療 trajectories を評価した研究はほとんどなされていない。本研究は、薬剤の開始時期、薬剤の種別、薬剤の治療期間を患者単位で丁寧に記述することで、治療パターンの可視化に成功したといえる。

本研究には以下にあげる限界点が含まれている。第 1 に、本研究は観察研究のデザイン上、COVID-19 感染とその後の精神症状発現との直接的な因果関係を証明することは困難である。また、社会的ストレスや基礎疾患、既存の精神疾患リスクといった交絡因子が両者の関連に影響を及ぼしている可能性も否定できない。実際、COVID-19 感染後の精神科診断リスクを検討した先行研究においても、既知のリスク因子で調整後なお社会経済的要因などによる残存交絡の可能性が指摘されている。第 2 に、本研究の解析対象は特定の 1 自治体の公的医療保険加入者に限られており、日本全国状況を必ずしも反映

していない可能性がある。社会保険加入者や医療機関を受診していない人々はデータに含まれておらず、サンプリングに偏りが生じうる。実際、Taquet らの先行研究では国際的な電子医療記録ネットワーク（主に米国、その他オーストラリア・英国・スペイン・ブルガリア・インド・マレーシア・台湾など）から約 128 万人規模の COVID-19 患者データが収集されており、本研究よりはるかに広範な集団を対象としている。第 3 に、本研究は医療レセプトデータに基づく解析であるため、医師による診断基準のばらつきや ICD-10 コードの付与の違いによって結果が影響を受ける可能性がある。また、医療レセプトデータからは患者の症状の実際の重症度や主観的な苦痛の程度を正確に把握することは難しい。先行研究においても、このような診療記録データ解析の限界が指摘されており、診断コードに基づくアウトカム評価ではミス分類や残存交絡を完全には排除できず、精神症状の重症度評価にも限界があることが報告されている。一方、医療レセプトデータを使用することで処方薬を網羅的に評価できるという強みが挙げられ、本研究では医療レセプトデータを使用することが適切であったと考えている。

以上のような限界点を有するものの、本研究では、日本の厚生労働省が出している COVID-19 罹患後症状マネジメント [罹患後症状マネジメント編集委員会 2025] を補足可能な知見を提示し得る。症状マネジメントでは、急性・亜急性ストレス反応である一過性の不安、抑うつ、睡眠障害（不眠）などに対しては、入院を要するほどの重症例を除いてはプライマリ・ケア医で対応可能との見解が示されているが、実際には病院受診例が 7 割程度を占めていた。また、これまで未経験の症状に対して今後の経過の見通しを患者に伝えることは難易度の高いコミュニケーションであったが、薬物治療の実施割合、薬物治療

の導入時期、薬物治療の使用薬剤、薬物治療の実施期間に関する情報は、今後の精神症状に対する診療において参照可能な有用な知見を提示するものである。

E. 結論

本研究は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）罹患後の精神症状に対する治療 trajectories を医療レセプトデータを用いて明らかにすることができた。未知の感染症が発生した際の、治療方針の策定は臨床現場に混乱をもたらすものであり、診療ガイドラインが定まらない中での診療にあたっては、日本国内の平均的な治療方法に関する情報、臨床医にとって有益なデータとなりえる。このようなデータが速やかに開示されるシステムの構築が重要になると考えられる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 （予定を含む。）

1. 特許取得

該当なし

2 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の
検討に資する研究

分担研究者 萱間 真美（国立看護大学校 大学校長）
研究協力者 安保 寛明（山形県立保健医療大学 教授）
藤城 聡（愛知県精神保健福祉センター 所長）
辻本 哲士（滋賀県立精神福祉センター 所長）
木戸 芳史（浜松医科大学 教授）
青木 裕見（聖路加国際大学 准教授）

研究要旨

本研究は、精神保健福祉センター等の支援ガイドラインの作成に資するデータを得ることを目的として、COVID-19 罹患後に起因した精神症状を有する者に対する精神保健福祉センターにおける支援体制の現状把握と好事例の収集をおこなった。

令和6年度は、好事例調査として1機関3名へのインタビューを行った。その結果、対応の好事例としては、職場の同僚や上司との関係の悩みや心配の事例に対して、誰もが感染するリスクがあると伝えて体験をねぎらいながら職場内の相談先や居住地の自治体保健師につながるといった人的資源を紹介する事例などがあった。

精神保健福祉センターにおける支援の好事例の多くは、ねぎらいや標準化の技法を用い、相談者の個人的なつながりや自治体保健師や医療といった人的資源を思い出せるようにつなぐという内容が多いと考えられた。

A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は世界的な感染拡大を引き起こし、本邦においても令和4年8月18日現在、1160万人を超える累計感染者と、3万5千人以上の累計死亡者を数えている（厚生労働省ホームページ）。海外ではCOVID-19罹患後の不安・抑うつといった精神症状が報告され（Deng J. et al. 2020）、米国の保険診療データベースを用いた過去起点コホート研究では、罹患後に精神疾患のリスクが高いことが報告されている（Taquet M. et al. 2021）。

しかし、本邦では感染者の治療にあたる医療従事者を対象とした研究や報告は存在する

（Kayama M. 2022, 萱間. 2021）ものの、COVID-19罹患後に生じた精神症状および、そう

した精神症状を抱える人々への支援に関するデータは診療データベースを用いた研究が始まったばかりであり（Nakao T. 2021）、特にその後遺症状を持つ者への支援に関する実態は明らかになっていない。

そのため、COVID-19の罹患者に出現した精神症状に対して支援に結びつけるためのガイドラインの作成への提言を行うことが必要である。本分担研究では、COVID-19罹患後に起因した精神症状を有する者に対する自治体や保健所、精神保健福祉センター等における支援体制の現状把握と好事例の収集をおこなう。このことにより、自治体や保健所、精神保健福祉センター等の支援ガイドラインの作成に資するデータを得ることを目的とする。

本分担研究の知見によって、特に保健所や精

神保健福祉センターの職員の身体的・心理的負担の軽減が期待できる。

B. 研究方法

本分担研究は、令和4年度（一次）、令和5年度（二次）、の2回にわたって実施し、COVID-19 パンデミックからの経時的変化についても検証を行う予定で計画されており、令和6年度に研究班から提示される提言書への貢献を目指す。令和6年度の研究方法は、以下のとおりである。

1) 研究1. 支援体制の現状把握

研究1では、新型コロナウイルス感染者に対する支援の傾向を把握することを目的とした。

調査は令和4年度と5年度に行われ、令和6年度はデータの再解析を行った。

2) 研究2. 支援における好事例の把握

研究2は、対象者へのインタビュー調査による質的記述的研究である。具体的な研究の手順は以下の通りであった。

(1) 研究対象者への依頼を行った。具体的な手順は以下のとおりである。

- ①質問紙調査や有識者からの推薦を受けた候補先施設に対して、代表番号へ電話連絡を行い、インタビュー調査の概要および、インタビュー対象候補となる保健師を各施設1-2名選定いただきたい旨を伝え、詳細は施設長宛てに文書を郵送すると伝えた。
- ②候補先施設の施設長宛てに依頼状、インタビュー対象候補者の保健師に渡してもらう依頼状、説明文書、同意書、同意撤回書、返信用封筒を郵送した。
- ③インタビュー対象候補者の保健師に、依頼状と説明文書をよく読んでもらい、研究参加に同意する場合には同意書と連絡先を記入して返信用封筒にて返送してもらった。
- ④参加同意の得られた保健師に、研究者よりメールあるいは電話で連絡し、インタビューの日程を決める依頼は文書によりおこな

った。

- (2) 調査はWEB 会議ツール（Zoom）を用いて行い、調査対象者の許可を得て録画し、2段階認証が行われるクラウドサービス上で保存した。
- (3) インタビュー調査は逐語録化して質的分析による好事例の類型化をおこない、キーワードなどと紐づけた。

研究2の調査項目は、以下のとおりである。

1) 支援体制に関する調査項目

(1) 治療／療養者の全員におこなう支援

1. コロナ患者への配布物に含めている精神的支援の窓口
2. 高リスク者本人向けの支援（情報、医療機関への紹介、専門的な技法の存在）
3. 治療継続に関する支援（精神科受診歴のある人などへの支援、関係機関との連携）

(2) 支援の好事例

治療／療養期間から一定期間経過した方への支援事例とその経過

倫理的配慮

本研究は、国立研究開発法人 国立国際医療研究センターにおける倫理審査を経て承認を得て行われた（研究1については研究課題番号 NCGM-S-004771-00、研究2については研究課題番号 NCGM-S-004592-00、いずれも研究代表者 萱間真美）。

本研究における主要な配慮事項は以下のとおりである。

- 1) インフォームド・コンセント インタビュー調査においては、対象者に対して、研究協力は自由意思に基づき任意であること、調査の同意の有無はいかなる不利益も生じさせないこと、対象者の所属する施設長は対象者の研究への参加の有無を知り得ないことを説明文書に明記して説明し、同意書により同意を得た。また、質問紙調査においては研究の趣旨を文書で説明した。
- 2) 同意撤回 インタビュー調査においては、研究協力に同意した場合でも、インタビュー実施後2カ月以内であれば、研究協力への同意を撤回できることを、説明文書に明

記して説明した。また、インタビュー開始前に口頭で改めて説明した。

- 3) 研究対象者の個人情報保護 本研究により得られた個人情報は、本研究の目的以外では使用しない。逐語録では、登場人物の名前は、アルファベット表記とし、個人が特定できないように加工した。なお、本研究より得られたデータは、電子媒体のものに関してはパスワードを設定し、外付け記録媒体もしくは2段階認証などによってアクセス制限が強化されているコンピュータ端末およびクラウドサービスにおいて保管した。

C. 研究結果

本研究は、研究1と研究2から構成されている。以下のとおり報告する。

研究1. 支援体制と罹患後症状への対応

研究1の対象施設は全国69の精神保健福祉センターであり、63センターより回答を得たものである。これまでの調査データを再解析した。調査実施時点である2022年4月から6月の時点でCOVID-19専用の相談窓口を有していたのは23センター(36.5%)であった。

また、医療従事者・福祉従事者等向けの相談窓口が9センター(14.3%)、保健所等職員向けの相談窓口が1センター(1.6%)に開設されていた(表1)。

表1. 対象者に特化した相談窓口の設置(n=63)

	n	%
医療従事者・福祉従事者等向け	9	14.3
感染者宿泊療養施設入所者向け	8	12.7
在宅療養者向け	4	6.3
保健所等職員向け	1	1.6
罹患後症状向け	0	0.0
その他	5	7.9

1) 対応の概要

2021年度の相談件数は372,262件であり、うち新型コロナウイルス感染症に係る相談件数は23,960件(コロナ罹患後症状に係る相談を含む)であった。

2) 罹患後症状に関する相談内容及び対応を行ったセンター

罹患後症状に係る電話相談件数は1,092件であった。対応した罹患後症状としては、「不安」が40センター(63.5%)、「倦怠感」が35センター(55.6%)、「うつ」が33センター(53.4%)と多かった(表2)。

表2. 対応したことがあるコロナ罹患後症状(n=63)

	n	%
うつ	33	52.4
不安	40	63.5
トラウマ関連症状	16	25.4
不眠	26	41.3
頭がぼーっとする(いわゆる brain fog) 症状	15	23.8
記憶力の低下	15	23.8
頭痛	25	39.7
倦怠感	35	55.6
熱	23	36.5
味覚障害・嗅覚障害	26	41.3
呼吸器症状	26	41.3
関節痛・筋肉痛	13	20.6
消化器症状	18	28.6
脱毛	13	20.6
その他	17	27.0

また、罹患後症状に関連する相談内容として「罹患後症状の経過や予後に関する不安」を挙げたセンターが40ヶ所(63.5%)、「家族等の罹患後症状に関する不安」を挙げたセンターが30ヶ所(47.7%)と多かった(表3)。

表3. 罹患後症状に関連する相談内容(n=63)

	n	%
今後、罹患後症状を発症するのではないかと不安	25	39.7
罹患後症状の経過や予後に関する不安	40	63.5
家族等の罹患後症状に関する不安	30	47.7
罹患後症状に関する報道に関連した不安・不満	13	20.6
行政の対応に関する不満	24	38.1
医療機関等の情報を教えて欲しい	29	46.1
その他	11	17.5

3) 相談を受けた際の対応・助言の実施状況

相談を受けた際の対応・助言として、48セン

ター（76.2%）で「傾聴」を、43 センターで「一般的な心理的助言」を、40 センター（63.5%）で「受診を勧奨」していた。

一方で、「PFA（サイコロジカル・ファーストエイド）に基づいた対応・助言」は5 センター（7.9%）、「専門的な対処方法の助言（認知行動療法の手法を用いたアプローチ等）」は1 センター（1.6%）と少なかった（表4）。

表4. 相談を受けた際の対応 (n=63)

	n	%
傾聴	48	76.2
一般的な心理的助言	43	68.3
PFA(サイコロジカル・ファーストエイド)に基づいた対応・助言	5	7.9
専門的な対処方法の助言(認知行動療法の手法を用いたアプローチ等)	1	1.6
受診を勧奨	40	63.5
他機関への相談を勧奨	32	50.8
罹患後症状についての情報提供	17	27.0
その他	4	6.3

4) 罹患後症状への対応における課題とニーズ
新型コロナウイルス罹患後症状を有する人に対する対応への課題として、43 センター（68.3%）が「罹患後症状に対する知識の不足」を、38 センター（60.3%）が「罹患後症状に対する相談のノウハウがわからないこと」を、32 センター（50.8%）が「医療機関等を紹介する場合の紹介先がわからない」ことを挙げていた（表5）。

表5. 罹患後症状への対応にあたって、課題と感ずること (n=63)

	n	%
罹患後症状に対する知識の不足	43	68.3
罹患後症状に対する相談のノウハウがわからないこと	38	60.3
医療機関等を紹介する場合の紹介先がわからないこと	32	50.8
マンパワーの不足	19	30.2
その他	2	3.2

また、罹患後症状への対応を充実させるうえで、必要だと感ずることとして、46 センター（73.1%）が「罹患後症状に関する最新の情

報」を、43 センター（68.3%）が「紹介先に関する最新の情報」を挙げていた（表6）。

表6. 罹患後症状への対応を充実させるうえで、必要だと感ずること (n=63)

	n	%
罹患後症状に関する研修などの受講	26	41.3
相談対応のための手引き	39	61.9
罹患後症状に関する最新の情報	46	73.1
紹介先に関する最新の情報	43	68.3
住民に対する周知	11	17.5
その他	4	6.3

研究2. 支援における好事例の把握

研究1の回答結果をもとにインタビューの依頼を行い、精神保健福祉センター1機関の3名から回答を得た。この機関は都道府県（D県）に設置されており、過去2か年の調査対象機関とは地域が異なる。

この機関が行う新型コロナウイルス罹患患者への対応の概要としては、一般の電話相談のほか、に新型コロナウイルス罹患患者のための専門的な電話相談があった。

1) D県での対応の概要

D県精神保健福祉センターでは、精神保健相談によって電話相談を設けて対応していた。電話相談に対応する職員は3名で、保健師のほか福祉職と心理職が対応していた。必要に応じて面接相談も可能な体制をとっていた。

コロナウイルス罹患患者向けに宿泊療養所が解説されていた時期には、宿泊療養所に常駐していた看護師との連携や紹介によって対応されていた。PFA（サイコロジカルファーストエイド）の研修を合同で受ける際などに情報交換をおこなっていた。

2) 好事例の紹介

D県 女性

40歳代女性。コロナに感染後療養期間が終わって職場復帰したけれども、「利用者さんに、子供にうつすんじゃないか？」というような心配を訴えていた。対応として「誰でも感染する可能性があること、科学的に一定期間をあ

けると感染力は持っていないという判断なので、気にしないでいいと思うこと」「可能であれば上司や居住地の保健師に話をすること」を選択肢として提示していた。

この事例を含め、センター職員は療養期間後の相談における全般的な対応について、以下のように語っていた。

センター単独ではなく、継続相談が必要な場合にはそのように複数の資源があるように心がけています。当たり前って言えばあたり前ですけど。(D県)。

D. 考察

1. 精神保健福祉センターにおける罹患者や罹患後症状保持者への支援体制

精神保健福祉センターへの罹患後症状の相談は件数としては少なかった。多くの精神保健福祉センターにおいては、新型コロナウイルス罹患者及び罹患後症状を有する人への精神的支援の件数が大きくなく、保健所などに比べると大きな課題にはなっていなかった可能性がある。新型コロナウイルス罹患者への対応はかかりつけ医や一般医が対応するケースが多いと考えられるが、罹患後症状として精神症状を有する人への対応には精神保健福祉センターではなく保健所への紹介や相談を行っていた可能性がある。

一方で、多くの精神保健福祉センターは精神症状以外の罹患後症状にも対応していた。罹患後症状の身体症状およびその対応についての知識とスキルの普及を考える必要がある。さらに、罹患後症状に対して専門的対応をしているセンターは少数であり、多くは傾聴と助言を行っていた。多くの精神保健福祉センターでは、罹患後症状に関する情報を求めていることも判明した。相談対応の手引きを整備することの必要性を示すものであると考えられる。

精神保健福祉センターには、罹患後症状へ対

応することに対する戸惑いがある。周知の必要性の認識の低さに影響しているものと考えられる。また、センターに対するコロナ罹患後症状への対応にむけた動機づけが必要であるとも考えられる。

2. 精神保健福祉センターにおける罹患後症状保持者への支援の好事例

質的調査からは、療養期間以降も対応ができるように体制を設けていることが明らかになった。D県の精神保健福祉センターから話された事例では、相談者は職場内の人間関係への心配から相談を持ち掛けられていた。D県精神保健福祉センターの職員は、本人の人的資源を想起してもらい、居住自治体の保健師や医療機関の選択肢を提示する、といった人的資源へのつながりを優先した関わりをすることで、回復しているようだと話していた。

このようなかかわりは、精神的・心理的危機の状況にある地域住民に対してはセルフケアの助言だけでなくソーシャルサポートの選択肢の提示が奏効したと解釈することができる。

23年度の報告書に示したが、精神保健福祉センターでは相談を受けたときの対応としてPFAに基づく対応や助言の実施割合が保健所に比べて高い。保健所よりも専門的な関与を行う際の具体的な方略の一つとしてPFAに基づく対応があり、ラポール形成や人的資源へのつながりといったPFAの要素が奏効するものと考えられる。

E. 結論

対応の好事例として、労いの言葉をかけることでのラポール形成や人的資源へのつながりが回復に寄与すると思われる事例があった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Kayama M, Sudo K, Kamata K, Igarashi K, Nakao T, Watanuki S. (2025), Capacity development of nursing professionals for

the next pandemic: Nursing education, on-the-job training, and networking, Glob Health Med. 30;7(2):90-95. DOI: 10.35772/ghm.2025.01019.

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 なし

厚生労働科学研究費（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

「新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の検討
に資する研究」

新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状の発現率の調査や新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状を有する者に対する支援体制の研究に資する精神医学的・疫学的助言

分担研究者 久我 弘典（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター センター長）

研究要旨

本研究の目的は、COVID-19 の罹患者に出現した精神症状に対して支援に結びつけるためのガイドラインの作成への提言を行うことである。本分担課題においては、医療レセプトデータを用いた国内における COVID-19 罹患に起因すると考えられる精神疾患の有病率の調査を実施し支援体制を検討するにあたり、既出の研究を参考に精神医学的・疫学的助言を行った。レセプトデータにより算出された結果に対して、既出の研究を参照するために「COVID-19 感染後の精神症状を有する患者レジストリ」(PSCORE-J: Psychiatric Symptoms for COVID-19 Registry Japan) のデータを利活用した。本レジストリのデータを利活用した解析からは、新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状として、抑うつ症状（重度 15%、中等度 40%、軽度 26%、軽度未満 19%）、不安症状（重度 7%、中等度 26%、軽度 38%、軽度未満 29%）、不眠症状（重度 4%、中等度 27%、軽度 46%、軽度未満 23%）などがあり、多くの罹患者が精神症状を有していた。医療レセプトデータと直接比較することは難しいものの、COVID-19 罹患後に多様な精神症状が持続的に出現するという点で、両者の所見は相補的な関係にあると考えられる。本研究は、今後の COVID-19 罹患後精神症状のマネジメントに対する診療ガイドライン策定やケア体制整備の基盤構築に資することが期待される。

A.研究目的

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）は全世界を巻き込んで感染拡大が続き、現在もその影響は継続している。本邦においては、令和 5 年 5 月の 5 類感染症へと位置付けが変更された時点で、感染者数は 3,300 万人を超え、死亡者数も 7 万 4,000 人以上に達していた。その後も感染者数・死亡者数は増加を続けている（厚生労働省ホームページ）。

海外では COVID-19 罹患後の抑うつといった精神症状が報告され（Deng J. et al., 2020; Huang C. et al., 2021）米国の保険診療データベースを用いた過去起点コホート研究では、罹患

後に精神疾患のリスクが高いことが報告されている（Taquet M. et al., 2021; Taquet et al., 2021）。しかし、本邦では COVID-19 罹患後に生じた精神症状に対して大規模なデータを用いた調査の知見は非常に限られている。また、現在も対応法に難渋している COVID-19 罹患後症状に関しては、知見のさらなる集積が必要である。現在、厚生労働省から「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き」の別冊として、「罹患後症状のマネジメント」が発行されている

（<https://www.mhlw.go.jp/content/000860932.pdf>）。その中でも、精神・神経症状に関して

は、さらなる情報集積の必要性が問われている。

本研究の目的は、COVID-19 の罹患者に出現した精神症状に対して支援に結びつけるためのガイドラインの作成への提言を行うことである。分担課題として、新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状の発現率の調査や罹患後の精神症状を有する者に対する支援体制への疫学的小および政策的観点から助言を行う。

B.研究方法

本分担課題においては、医療レセプトデータを用いた国内における COVID-19 罹患に起因すると考えられる精神疾患の有病率の調査を実施し支援体制を検討するにあたり、既出の研究を参考に精神医学的・疫学的助言を行った。

医療レセプトデータに関しては、研究分担者の福田が実施している Longevity Improvement & Fair Evidence Study (以下、LIFE Study) のデータを用いた (LIFE Study の詳細は福田分担班を参照)。LIFE Study では、医療レセプトデータに加え、新型コロナウイルス感染症の感染者に関する情報が含まれる「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム (HER-SYS)」も含めた。

また、参考にした既出の研究に関しては、AMED(国立研究開発法人日本医療研究開発機構)研究成果物である「COVID-19 感染後の精神症状を有する患者レジストリ (PSCORE-J : Psychiatric Symptoms for COVID-19 Registry Japan)」(<https://pscore-j.ncnp.go.jp>) のデータを利活用した。これ COVID-19 罹患後の精神症状の病態解明及び最適な治療法の解明を目的として、COVID-19 罹患者の生体情報や精神症状の評価項目を含む医療データを縦断的に収集したものである。収集データは、第 1 層情報 (人口統計学的情報、各種症状の有無)、第 2 層情報 (うつ、不安、睡眠、認知機能、QOL、生活満足度を自己記入式項目の電子的収集および身体・神経機能の医師による評価)、第 3 層情報 (生体試料 (血漿、末梢血単核細胞、DNA) 及

び脳神経画像の解析) から構成された。10 か月間にわたる縦断調査では、患者の主観だけでなく、医師による身体・精神評価、血液検査、脳画像検査と言った他覚的評価も実施した。

C.研究結果

本研究は、既出の PSCORE-J 研究を参考に、精神医学的・疫学的助言を行った。

福田分担班における医療レセプトデータおよび HER-SYS データを用いた記述疫学研究では、COVID-19 に罹患し、その後 2 か月以上にわたり精神症状の治療を受けた患者において、抑うつ、不安、不眠、統合失調症、神経症性障害などの診断が確認された。薬物治療を受けたのは 111 例 (54.1%) であり、治療薬として、抗精神病薬 (N05A)、抗不安薬 (N05B)、催眠鎮静薬 (N05C)、抗うつ薬 (N06A)、抗認知症薬 (N06D) などが使用されていた。導入時期や継続期間には大きな個人差がみられたが、治療は 7 割が病院で開始されていた (結果の詳細は福田分担班を参照)。

さらに、既出の「PSCORE-J : Psychiatric Symptoms for COVID-19 Registry Japan」研究班と連携し、我が国における COVID-19 罹患に起因すると考えられる精神症状や精神疾患に関しての意見交換を行った。本レジストリのデータを利活用した中間解析 (2024 年 12 月 31 日時点) 944 例の結果からは、新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状として、PHQ-9 による抑うつ症状 (重度 15%、中等度 40%、軽度 26%、軽度未満 19%)、GAD-7 による不安症状 (重度 7%、中等度 26%、軽度 38%、軽度未満 29%)、ISI による不眠症状 (重度 4%、中等度 27%、軽度 46%、軽度未満 23%) と 7 割以上で精神症状を有することが示された。これらの結果は、福田分担班における医療レセプトデータおよび HER-SYS データを用いたデータと直接比較することは難しいものの、COVID-19 罹患後に多様な精神症状が持続的に出現するという点で、両者の所見は相補的な関係にあると考

えられる。

D. 考察

「COVID-19 感染後の精神症状を有する患者レジストリ」の中間解析により、新型コロナウイルス感染罹患後には高い割合にて精神症状を有することが示された。今後の研究では、「PSCORE-J」の結果も参考に、精神症状の種類や程度、感染の重症度や経過などについて、ワクチン接種状況別に調査し、感染症対策や精神症状への対応策の改善に資する解析を行うことが重要である。

このように、新型コロナウイルス感染罹患後の精神症状の発現率に関するレセプトデータ解析や、本レジストリの情報の利活用研究によって、COVID-19 感染後の精神症状の実態が明らかになりつつある。また、その成果を用いることにより、精神症状の改善に影響を与える因子を推定し、新たな治療法の開発に繋がることが期待される。

E. 結論

本研究は、日本において初めて、HER-SYS と医療レセプトデータをリンケージし、COVID-19 罹患後の精神症状の発現状況を明らかにした研究である。既出の研究を参照し、COVID-19 と精神症状との関連性について、より深い理解が得られた。最終的には、今後の COVID-19 の罹患者に出現した精神症状に対して支援に結びつけるためのガイドライン作成に資することが期待される。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・ Sugita S, Hata K, Kodaiarasu K, Takamatsu N, Kimura K, Miller C, Gonzalez L, Umemoto I, Murayama K, Nakao T, Kito S, Ito M, Kuga H. Psychological treatments for mental health symptoms associated with COVID-19 infection: A scoping review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 1;3(3):e223. doi: 10.1002/pcn5.223. eCollection 2024 Sep.

・ 高松直岐, 中尾智博, 大曲貴夫, 高尾昌樹, 神庭重信, 久我弘典. コロナ後遺症の現状と今後の展望. 脳とこころの最前線. 認知療法研究 17 (1), 2024

・ COVID-19 罹患後の精神神経症状—最新の研究動向と今後の展望—. 高松 直岐, 木村 大樹, 杉田 創, 伊藤 正哉, 尾崎 紀夫, 中尾 智博, 久我 弘典. 精神経誌. 127 (2): 74-88, 2025

2. 学会発表

・ 高松直岐, 千葉博之, 梅本育恵, 野網恵, 近藤真前, 鬼頭伸輔, 久我弘典. COVID-19 感染後のメンタルヘルス：固定効果モデルによる希死念慮の経時的変遷. 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 札幌, 6.20-22, 2024.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当なし

2 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

厚生労働科学研究費（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

「新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討
と支援策の検討に資する研究」

分担研究者 下野 信行（九州大学病院総合診療科 教授）

研究要旨

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）罹患後の後遺症は多彩で、精神的な障害にも遭遇する。抑うつ症状、不安障害、不眠症、注意力障害、記憶障害、身体表現性障害、パニック障害などが挙げられる。これらに関する国内外からの報告も多数存在し、これらに関する文献レビューを行い、後遺症支援のためのガイドライン作成に寄与する。

A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の罹患者は、少なくとも約7億人に及ぶ。後遺症も多彩で、その中の精神的な障害に関しても国内外から数多くの報告がなされている。

これらの報告に関して文献レビューを行い、ガイドライン作成に向けての提言を行う。

B. 研究方法

PubMed および医中誌を使用して、キーワードを用いた検索式で抽出してレビューを行う。また、会議で以下のことについても確認した。

1) 精神症状の systematic review of review を作成する。2) 日本の研究報告（和文）を含める。3) 漢方に関する論文も含める。4) 2020 年以降の文献を対象とする。

精神症状の記述が曖昧な部分もあり、精神疾患の定義を明確にするために、DSM もしくは ICD で診断された精神疾患に限って、さらに国内でのデータに基づいた原著論文を対象にレビューを行った。また、レビューするにあたって、高橋先生のグループと協力して、研究を施行した。

（倫理面への配慮）

文献レビューに関してはそれぞれの文献においてすでに倫理面に配慮したものであることを確認した。また関係する法令および指針を順守し、

個人情報の保護に努めた。

C. 研究結果

2020 年～2023 年 10 月末までに発刊された論文 1,259 論文をもとに最終的に適格と判断した論文は4論文となった。

D. 考察

海外からの報告が多く、精神症状の不調を検討した報告は極めて多数であった。そこで、日本からの報告に絞って検討することとした。ただその過程で、精神症状の尺度にばらつきが大きく、比較しづらいことを改めて実感した。

尺度を統一するために、定義に基づいた精神疾患に限ったところ該当論文数は少なくなった。

E. 結論

1) COVID-19 罹患後に新規に発生した精神疾患は何かについては、新規に発生した精神疾患の記載のある論文がなく、判断できなかった。また2) COVID-19 罹患後に悪化した精神疾患は何かについては、統合失調症は悪化の可能性があった。

F. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

280, (2024. 05)

G. 研究発表

1. 論文発表

別紙 4

2. 学会発表

池崎 裕昭, 三好 かほり, 野村 秀幸, 下野 信行. 軽症・中等症の高齢 COVID-19 罹患患者における抗ウイルス薬の効果および死亡リスク因子の検討(会議録). 日本内科学会雑誌(0021-5384) 114 巻 臨増 Page197, (2025. 02)

團塚 裕子, 中村 啓二, 白石 研一郎, 山崎 奨, 高山 耕治, 池崎 裕昭, 村田 昌之, 下野 信行, 松本 信也, 江藤 義隆, 坂井 亮介. SARS-CoV-2 鼻咽頭ぬぐいと血清 PCR 陽性が持続し, レムデシビル耐性遺伝子の影響が考えられた一例(会議録). 日本感染症学会総会・学術講演会・日本化学療法学会学術集会合同学会プログラム・抄録集 Page

米川 晶子, 三宅 典子, 江里口 芳裕, 西田 留梨子, 鄭 湧, 下野 信行. 当院の COVID-19 に罹患した造血器悪性腫瘍患者におけるウイルス排出期間と臨床像に関する検討(会議録). 感染症学雑誌(0387-5911)98 巻 2 号 Page267, (2024. 03)

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

2 実用新案登録

3. その他

作成上の留意事項

1. 「A. 研究目的」について

- ・労災補償行政の課題との関連性を含めて記入すること。

2. 「B. 研究方法」について

- (1) 実施経過が分かるように具体的に記入すること。

- (2) 「(倫理面への配慮)」には、研究対象者に対する人権擁護上の配慮、研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明と同意(インフォームド・コンセント)に関わる状況、実験に動物対する動物愛護上の配慮など、当該研究を行った際に実施した倫理面への配慮の内容及び方法について、具体的に記入すること。倫理面の問題がないと判断した場合には、その旨を記入するとともに必ず理由を明記すること。

なお、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(令和3年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号)、遺伝子治療等臨床研究に関する指針(平成31年厚生労働省告示第48号)、厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針(平成18年6月1日付厚生労働省大臣官房厚生科学課長通知)及び申請者が所属する研究機関で定めた倫理規定等を遵守するとともに、あらかじめ当該研究機関の長等の承認、届出、確認等が必要な研究については、研究開始前に所定の手続を行うこと。

3. 「C. 研究結果」について

- ・当該年度の研究成果が明らかになるように具体的に記入すること。

4. 「F. 健康危険情報」について

- ・研究分担者や研究協力者の把握した情報・意見等についても研究代表者がとりまとめて総括研究報告書に記入すること。

5. その他

- (1) 日本産業規格 A 列 4 番の用紙を用いること。
- (2) 文字の大きさは、10～12ポイント程度とする。

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

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

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
Shiraishi K, Chong Y, Goto T, Ishihimaru T, Shimono N, Ikematsu H, Akashi K.	Correlation of patient symptoms with SARS-CoV-2 Omicron variant viral loads in nasopharyngeal and saliva samples and their influence on the performance of rapid antigen testing.	Microbiol Spectr.	12(11)	e0093224	2024
Nakamura K, Goto T, Shiraishi K, Yonekawa A, Eriguchi Y, Akashi K, Shimono N, Chong Y.	Clinical and virological features of SARS-CoV-2 Omicron variant-infected immunocompromised patients receiving immunosuppressive medications.	BMC Infect Dis.	24(1)	736	2024
Matsumoto Y, Murata M, Ohta A, Yamasaki S, Ikezaki H, Toyoda K, Shimono N.	The humoral and cellular immune responses following booster vaccination with SARS-CoV-2 mRNA in people living with human immunodeficiency virus.	J Infect Chemother.	30(11)	1198	2024

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	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
無し。							

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
Kayama M, Sudo K, Kamata K, Igarashi K, Nakao T, Watanuki S.	Capacity development of nursing professionals for the next pandemic: Nursing education, on-the-job training, and networking	Glob Health M	30;7(2)	90-95	2025
Murata F, Maeda M, Murayama K, Nakao T, Fukuda H.	Incidence of post-COVID psychiatric disorders according to the periods of SARS-CoV-2 variant dominance: The LIFE study.	Journal of Psychiatric Research	174	12-18	2024
Wataya, K, Ujihara, M, Kawashima, Y, Sasahara, S, Takahashi, S, Matsuur, A, Lebowitz, A, Tachikawa, H.	Development of the Japanese Version of Rushton Moral Resilience Scale (RMRS) for Healthcare Professionals: Assessing Reliability and Validity	Journal of Nursing Management	2024	14	2024

Chiba S, Honaga T, Konno Y, Aneawa E, <u>Takahashi S.</u>	Pathophysiology and treatment of young patients with prolonged nocturnal sleep after COVID-19 infection	JOURNAL OF SLEEP RESEARCH	33(1)		2024
Shiraishi K, Chong Y, Goto T, Ishimaru T, <u>Shimono N.</u> , Ikematsu H, Akashi K.	Correlation of patient symptoms with SARS-CoV-2 Omicron variant viral loads in nasopharyngeal and saliva samples and their influence on the performance of rapid antigen testing.	Microbiol Spectr	12(11)	e0093224	2024
Nakamura K, Goto T, Shiraishi K, Yonekawa A, Eriguchi Y, Akashi K, <u>Shimono N.</u> , Chong Y.	Clinical and virological features of SARS-CoV-2 Omicron variant-infected immunocompromised patients receiving immunosuppressive medications.	BMC Infect Dis.	24(1)	736	2024
Matsumoto Y, Murata M, Ohta A, Yamasaki S, Ikezaki H, Toyoda K, <u>Shimono N.</u>	The humoral and cellular immune responses following booster vaccination with SARS-CoV-2 mRNA in people living with human immunodeficiency virus.	J Infect Chemother.	30(11)	1198	2024
<u>高橋 晶</u>	新型コロナウイルス感染症（COVID-19）罹患後の精神症状に対する漢方薬の使用経験と可能性.	日本東洋心身医学研究	37(1)	6-22	2024
<u>高橋 晶</u>	登半島地震や過去の災害, 海外の対応から振り返った災害精神医学の課題と展望	日本精神科病院協会雑誌	43(9)	899-904	2024
<u>高橋 晶</u>	総合病院精神医学領域の研究とその発展について	総合病院精神医学	36 (2)	124-129	2024

高橋晶, 池田美樹, 大江美佐里, 千葉 比呂美	2024 年能登半島地震における精 神的支援と課題	日本トラウマ ティック・ス トレス学会誌	22 (1)	76-86	2024
鷺坂彰吾; 原田奈 穂子; 香田将英; 江川孝; 加古まゆ み; 國永直樹; 鈴 木諭; 高橋晶	日本プライマリ・ケア連合学会が 考える、急性期医療対応との連携 への方略	第 29 回日本災 害医学会総会・ 学術集会, プロ グラム・抄録集	28	237-237	2024

別紙5

厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告

令和 7 年 4 月 1 日

厚生労働大臣 殿

機関名 九州大学

所属研究機関長 職 名 九州大学 総長

氏 名 石橋 達郎

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです

1. 研究事業名 令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金障害者（政策総合研究事業）
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の検討に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 九州大学大学院医学研究院・教授
（氏名・フリガナ） 中尾 智博・ナカオ トモヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」。

る倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

別紙5

厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告

令和 7 年 4 月 1 日

厚生労働大臣 殿

機関名 九州大学

所属研究機関長 職 名 九州大学 総長

氏 名 石橋 達郎

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです

1. 研究事業名 令和 6 年度厚生労働科学研究費補助金障害者（政策総合研究事業）
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の検討に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 九州大学病院・講師
（氏名・フリガナ） 村山 桂太郎・ムラヤマ ケイタロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」。

る倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年 3月 12日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 永田 恭介

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の検討に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系・准教授
(氏名・フリガナ) 高橋 晶 (タカハシ ショウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年4月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人九州大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 石橋 達朗

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の検討に資する研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学研究院・准教授
(氏名・フリガナ) 福田 治久 (フクダ ハルヒサ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

「厚生労働科学研究費における倫理審査及び利益相反の管理の状況に関する報告について
(平成26年4月14日科発0414第5号)」の別紙に定める様式(参考)

令和 7 年 4 月 1 5 日				
厚生労働大臣 殿				
機関名 国立健康危機管理研究機構				
所属研究機関長 職 名 理事長				
氏 名 國土 典宏				
次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。				
1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業				
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の検討に資する研究(22GC1005)				
3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立看護大学校・大学校長				
(氏名・フリガナ) 萱間 真美・カヤマ マミ				
4. 倫理審査の状況				
	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒ ☐	☒	国立国際医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐
(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。				
その他(特記事項)				
(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。				
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。				
5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について				
研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐			
6. 利益相反の管理				
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)			
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)			
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)			
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)			
(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。				

厚生労働大臣 殿

機関名 国立精神・神経医療研究センター
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 中込 和幸

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と支援策の検討に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 認知行動療法センター・センター長
(氏名・フリガナ) 久我弘典・クガヒロノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における C O I の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関における C O I 委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係る C O I についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係る C O I についての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 7 年 4 月 1 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人九州大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 石橋 達朗

次の職員の令和 6 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 新型コロナウイルス感染に起因すると考えられる精神症状に関する疫学的検討と
支援策の検討に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 総合診療科・教授
(氏名・フリガナ) 下野 信行・シモノ ノブユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。