

一般診療科医師の意見を反映した実践的な地域医療連携モデルの検討

分担研究者 稲垣正俊 国立精神・神経センター精神保健研究所
精神保健計画部室長

（自殺予防総合対策センター適応障害研究室室長）

研究要旨 これまでの研究から、自殺者の多くに精神障害を認め、気分障害、統合失調症、アルコール関連障害が多いことが報告されている。また、多くの自殺者が自殺前に医療機関を受診していたが、ほとんどが精神科以外の身体科であることが報告されている。そこで、精神科以外の一般診療科において自殺につながる精神疾患を早期に同定し治療につなげることにより、自殺予防が可能と考えられる。本研究では、一般診療科においてうつ病をはじめとする精神疾患を同定し、治療につなげるための障害を同定し、克服のための対策を検討する。本年度は、一般診療科医師のうつ病への態度を測定するための尺度の開発に着手した。海外で開発されたDepression Attitude Questionnaireを日本語に訳し、back-translationを行った。

- A. 研究目的
- WHO実施の調査によると、うつ病の障害調整生命年は4位であり（Murrayら、Murrayら、WHO）、うつ病患者の負担は非常に大きい。うつ病は、患者の精神的苦痛のみでなく、自殺との関連が強く（Mannら）、自殺を企図した人の3-4割がうつ病であったことが示されており（飛鳥井、Bertoloteら、Cavanaghら）、致命的なリスクとなることが報告されている。
- また、糖尿病、心臓病等の様々な身体疾患の発症・治療転帰の悪化（Princeら）との関連も報告されている。更に、うつ病は、医療費の増加（Luppaら）、疾病休業期間の長期化（Broadheadら、Stewartら、島）等による社会的負担の原因ともなり、早急

な対策が必要である。しかしながら、精神科や心療内科以外の身体疾患治療のための診療科（今後、一般診療科と呼ぶ）において、うつ病が適切に診断される比率は20%程度と極めて少なく（Ormelら）、治療に至っていない例がほとんどである。

精神科や心療内科を受診したうつ病患者を対象に行った調査では（吉村ら、三木）、初診した診療科は、内科等の身体疾患の診療を行う診療科が殆どであり、精神科を初診診療科として選択した患者は殆どいない。また、糖尿病、心臓病、がん等の疾患を患う患者におけるうつ病罹病率は、一般の健康者よりも高いことが知られている（Rouchehellら）。これらのことから、身体疾患の治療を目的として受診した診療科（一般診療科）においても、うつ病の診断、治療導入が重要である。一般診療科においてうつ病をスクリーニングすることにより、これまで適切な治療に導入されることの無かったうつ病患者を早期に発見し（Whooleyら、Spitzerら、Arrollら）、適切な治療へ導

入することが可能となると考えられる（Gilbodyら、Bowerら、Rubenstein）。

これまでになされた研究を概観すると、うつ病の早期発見のためのスクリーニング、および治療導入のための医療システム構築に関する様々な知見が報告されつつある。

その中でも、精神科の専門知識・教育背景を持つコメディカルによるケースマネジメントや精神科医をはじめとする精神医療専門家によるプライマリケア医師・スタッフに対するスーパービジョン等を統合した Collaborative Careモデルの有効性が示されつつある（Gilbodyら、Bowerら、Rubenstein）。このモデルの中で実際に使用されるスクリーニング手法やケースマネジメント手法、スーパービジョンのシステム等は日本の医療制度の中での有効性は検証はなされていない。更に、これらモデルの有効性が示されたとしても、うつ病に関する知識不足、精神疾患全般に対する偏見の存在、一般診療場面の忙しさ等が、導入への阻害要因であることが指摘される（Von Ko

rffら、Nuttら)。

将来的に日本に最適化した精神科以外の診療科、特にプライマリケアを担当する医師による、うつ病診断、治療導入モデルの開発を念頭に置き、医師に対するうつ病の知識、態度、偏見等の改善・向上を目指した教育介入法の開発や、実態を調査するための尺度の作成が必要である。

医師のうつ病に対する態度を測定するための尺度であるDepression Attitude Questionnaire (DAQ) がAnthony Mannら (Bote gaら) により開発され、Kingら (Kingら)、Payneら (Payneら) により教育的介入効果の検討で使用された。他の研究でも、医師のうつ病に対する態度を測定したものはあるが、妥当性が検討されておらず、その後の研究で使用されたものは見つからなかった。DAQの製作にあたって、まず、エキスパートが3つのテーマ；1) 測定対象者の概念モデルについて (うつ病は疾患か否か?)、2) 対象者の価値判断について (うつ病患者は患者として「良い」患者

か)、3) 実践的な反応について (何が最善の治療で誰が施行すべきか?)、を基に項目を抽出した。得られた項目を基に質問紙の草案を作成し、予備的に17名の医師に実施した。全ての回答者の回答が中間の値の設定と全ての回答者が同様に極端な値を示す設問を除外した。作成された尺度は、74名の医師を対象として妥当性が検討された。因子分析の結果、1) 抗うつ薬/精神療法の役割、2) うつ病患者の対処に対する満足感、3) うつ病の治療可能性に、4) うつ病の同定、の4因子から構成されていることが明らかになった。また、上記の4因子を使用したクラスター分析の結果、医師が3つのグループに分類された。プライマリケア医師と、精神科医師を比較した研究から (Dowrickら)、実際に、プライマリケア医師と精神科医師の間でうつ病に対する態度に差があることが報告されている (例えば、精神科医は、うつ病をより生物学的疾患と考え、単なる不幸とうつ病は区別できるものと考えている)。

そこで、本研究では、上記DAQの日本語版を作成し、信頼性と妥当性および実施可能性を検討することを目的とし、本年度は、その日本語版の作成を行った。

B. 研究方法

本年度は、添付した研究計画を立案し、Depression Attitude Questionnaire英語版を日本語に翻訳する作業を行った。

Depression Attitude Questionnaire英語版の製作者であり著作権を持つ研究者Anthony Mann博士に日本語版作成、研究への使用の承諾を得た。更に、主任研究者が中心となり暫定の日本語版を作成した。暫定版を小数（5-10名程度）の一般診療科医師、精神科医師などに予備的に実施し、内容、日本語文章などに対する意見を聴取し、修正した。この暫定日本語版をもとに英語を母国語とする日本語に堪能な翻訳者が再度英語に訳し、暫定日本語版が英語のオリジナル版と内容が異なっていないかどうかについて英語版作成者のAnthony Mann博士と

協議し、必要に応じて修正を行った。

C. 研究結果

研究計画を立案し、その研究計画書は当施設の倫理審査委員会で承認された。

精神科医師、心理士、社会福祉士、内科医師により英語版を日本語版に翻訳した。独立した翻訳者が再度英語に翻訳しなおしたものを、原著者が確認し、日本語の内容が英語版と異なることを確認した。3度の修正のうえ、最終的な確認が行われた。

D. 考察

英語版と内容や構造は変えずに英語版のDepression Attitude Questionnaireの日本語翻訳が終了した。今後、一般診療開始を対象に妥当性の検討を行う。

E. 結論

今後、妥当性が確認されれば、日本において、一般診療科医師に対するうつ病の診断と治療に関する教育介入法の効果を確認

する一つの評価尺度となりえる。しかし、態度だけでなく、自信、知識、スキルなどを測定する尺度を指標として教育介入法を評価する必要がある。

参考文献

1. Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease. Harvard: Harvard University Press, 1996
2. Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press, 1996
3. WHO. World health report. Mental health: new understanding, new hope. 2001.
<http://www.who.int/whr/2001/en>
(assessed Oct 8, 2007)
4. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systemic review. JAMA 294 (16) 2064-2074. 2005
5. Miles CP. Conditions predisposing to suicide: a review. J Nerv Ment Dis. 1977;164(4):231-46 (うつ病患者の15%が自殺で死亡)
6. 飛鳥井望, 自殺の危険因子として精神障害 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経学雑誌 96 巻 6, Page415-443. 1994 (日本の自殺企図者の75%に精神障害の診断がつき、その内50%がうつ病圏)
7. Bertolote JM, Fleischmann A, de Leo D, and et al. Suicide and mental disorders: do we know enough? Brit J Psychiatry 2003;183:382-383 (自殺者の95%以上に精神障害診断がつき、うつ病は36%)
8. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003;33(3):395-405 (海外の自殺既遂者の12の心理学的剖検研究(1945名) レビューの結果、29-88%がうつ病)
9. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. Global Mental Health 1: No health without mental health. Lancet 370 859-877. 2007
10. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey.

- JAMA. 264 (19) 2524-2528. 1990
11. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, et al. Cost of lost productive work time among US workers with depression. JAMA 289 (23) 3135-3144. 2003
 12. 島悟. 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業) 職場適応支援方策に関する研究. 2003 (1ヶ月以上の疾病休業総人口は47万人で、逸失利益(賃金ベース)で9468億9400万円)
 13. Lippa M, Heinrich S, Angermeyer MC, et al. Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. J Affect Disord 2007;98:29-43 (外国の24研究のreviewより、1症例あたりの年間費用は直接費用が\$1000-2500、合併疾患による費用が\$2000-3700、死亡による費用が\$200-400と、うつ病は非常に多額の経済的負担を伴う)
 14. Ormel J and Tiemens B. Depression in primary care. Edited by Honig A, and van Praag HM. Depression: Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances. John Wiley & Sons, Chichester New York (WHO国際共同研究によるプライマリ・ケア医による精神疾患の診断率調査の結果、日本ではプライマリ・ケア医がうつ病を正しく診断する率はほんの19.3%で、国ごとにばらつきがあり、19.3%-74.0% (調査地域内では日本が最も低い)
 15. 吉村敬一、森下茂、渡邊昌祐. うつ病患者の受診経路. 日本医事新報 3552 43-47. 1992 (精神科を受診したうつ病患者の初診科を調査すると、半数以上52.7%は精神科以外を受診)
 16. 三木治. プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. 心身医 42 (9) 586-591. 2002 (心療内科クリニックを受診した330例中、SDS45点以上で定義したうつ病患者161名の初診科を調査したところ、精神科5.6%、心療内科3.8%で、殆どが他診療科、特に内科64.7%を初診していた)
 17. Rouchell AM, et al. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, 2002, American Psychiatric Publishing
 18. Whooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. N Engl J Med 343 1942-1950. 2000
 19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 282 (18) 1737-1744. 1999
 20. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse

- N, et al. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 331 (7251) 884. 2005
21. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 166 (21) 2314-2321. 2006
22. Bower P, Gilbody S, Richards D, et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 189 484-493. 2006
23. Rubenstein LV. Review: Collaborative care was effective for depression in primary care in the short and longer term. *Evid Based Med* 12 (4) 109. 2007
24. Von Korff M, Katon W, Unutzer J, et al. Improving depression care: barriers, solutions, and research needs. *J Fam Pract* 50 (6) E1. 2001
25. Botega N, Mann A, Wilkinson G. General practitioners and depression - first use of the depression attitude questionnaire. *Int J Methods Psychiatr res* 2 169-180. 1992
26. Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour? *Psychol Med* 30 413-419. 2000
27. King m, Davidson O, Taylor F, et al. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomized controlled trial. *BMJ* 324 947-953. 2002
28. Payne F. Knowledge, confidence and attitudes towards mental health nurses working in NHS Direct and the effects of training. *Issues and innovations in nursing practice*. 549-559. 2002
- F. 健康危険情報
特記すべきことなし。
- G. 研究発表
論文発表
- 45) Akechi T, Okuyama T, Akizuki N,

- Shimizu K, Inagaki M, Fujimori M, Shima Y, Furukawa TA, Uchitomi Y.: Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. *Psychooncology* 16:888-894, 2007.
- 46) Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, Uchitomi Y.: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 16:573-581, 2007.
- 47) Hakamata Y, Matsuoka Y, Inagaki M, Nagamine M, Hara E, Imoto S, Murakami K, Kim Y, Uchitomi Y.: Structure of orbitofrontal cortex and its longitudinal course in cancer-related post-traumatic stress disorder. *Neurosci Res* 59:383-389, 2007.
- 48) Inagaki M, Yoshikawa E, Kobayakawa M, Matsuoka Y, Sugawara Y, Nakano T, Akizuki N, Fujimori M, Akechi T, Kinoshita T, Furuse J, Murakami K, Uchitomi Y.: Regional cerebral glucose metabolism in patients with secondary depressive episodes after fatal pancreatic cancer diagnosis. *J Affect Disord* 99:231-236, 2007.
- 49) Inagaki M, Yoshikawa E, Matsuoka Y, Sugawara Y, Nakano T, Akechi T, Wada N, Imoto S, Murakami K, Uchitomi Y.: Smaller regional volumes of brain gray and white matter demonstrated in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy. *Cancer* 109:146-156, 2007.
- 50) Inagaki M, Uchitomi Y, Imoto S.: Author reply. *Cancer*, 110:225, 2007.
- 51) Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akechi

- T, Kuriyama S, Inagaki M, Kikuchi N, Nagai K, Tsugane S, Nishiwaki Y, Tsuji I, Uchitomi Y.: Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients. *Psychooncology*, 2007.
- 52) Saito-Nakaya K, Nakaya N, Akechi T, Inagaki M, Asai M, Goto K, Nagai K, Nishiwaki Y, Tsugane S, Fukudo S, Uchitomi Y.: Marital status and non-small cell lung cancer survival: the Lung Cancer Database Project in Japan. *Psychooncology*, 2007.
- 53) Shimizu K, Akechi T, Shimamoto M, Okamura M, Nakano T, Murakami T, Ito T, Oba A, Fujimori M, Akizuki N, Inagaki M, Uchitomi Y.: Can psychiatric intervention improve major depression in very near end-of-life cancer patients? *Palliat Support Care* 5-3-9, 2007.
- 54) 稲垣正俊: Chemo-Brain. 腫瘍内科 1(4), 2007
学会発表
- 41) M. Yamada, M. Inagaki, A Yonemoto, Y Ouchi, K Watanabe, K Takahashi: Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention, J-MISP. XXIV World Congress International Association for Suicide Prevention, Killarney Ireland, 2007.8.28-9.1.
- 42) 藤森麻衣子、明智龍男、森田達也、稲垣正俊、秋月伸哉、坂野雄二、内富庸介: 患者が望む悪い知らせのコミュニケーション(その1) 国立がんセンター東病院外来調査. 日本癌治療学会, 2007
- 43) 内富庸介、稲垣正俊、藤森麻衣子. がんと心、そして脳. 日本脳科学学会. 2007
出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

別添 1

(以下、「Depression Attitude Questionnaire (うつ病に対する態度尺度) 日本語版の作成と妥当性の検討」研究計画書の一部抜粋)

概要

はじめに:うつ病の障害調整生命年(健康状態で調整した寿命)は4位であり、患者の精神的負担に加え、社会的負担も大きい。自殺患者の3-4割がうつ病を罹病していたという報告があり、うつ病が精神的負担のみでなく、致命的なリスクとなることが言われている。日本で行われた研究によると、うつ病患者の多くが精神科や心療内科以外の診療科(一般診療科)を初診していることが明らかにされた。また、糖尿病、がん、心臓病等の様々な身体疾患において高頻度でうつ病を認め、一般診療科においても、うつ病の診断、治療導入が非常に重要となっている。しかし、身体科を対象とした調査では、うつ病診断率は20%と極めて低い状態にある。

一般診療科でのうつ病診断・治療導入を進めるに当たり、一般診療科スタッフのうつ病に対する態度・知識の向上を目的とした教育的介入が必要である。新たな教育的介入法を開発するためには、教育介入が必要な要因を定め、更に、教育介入の効果を測定する手法の開発が必要である。そこで、今回、海外で開発された、一般診療科スタッフのうつ病に対する態度を測定するための自記式質問紙であるDepression Attitude Questionnaire (DAQ)の日本語版の作成と妥当性の検討を行うこととする。

方法:DAQを日本語に訳す。その訳を、英語を母国語とする日本語に堪能な翻訳者が、再度英語に訳し、日本語訳がオリジナルの内容と異なることを、オリジナル開発者と確認し、必要に応じて日本語を修正する。作成された日本語版を一般診療科医師、精神科医師、心療内科医師300名程度に郵送し施行

する。研究への参加同意は同意書への署名や調査票への回答・返信により確認する。DAQ日本語版に加え、精神疾患に対する偏見の程度を測定する尺度であるLinkスティグマ尺度、共感能力の測定としてJefferson Scale of Physician Empathyを施行する。

DAQの妥当性検討のため、内容的妥当性の検討として表面妥当性および項目抽出妥当性を精神科医・一般診療科医を含むエキスパートにより検討する。構成概念妥当性の検討の一つとして、英語版DAQを用いて行われた研究結果との一致を見る交差妥当性を検討する。因子分析を行い、オリジナルで認められた因子構造と一致するか否か検討する。精神科医師と、それ以外の医師の間での差を検討する。および、Linkスティグマ尺度およびJefferson Scale of Physician Empathyとの関連を検討する。実施可能性として、回答に要した時間と、回答者数比率を求める。二次解析として、一般診療科医師の背景と、うつ病への態度の関連を検討する目的で、一般診療科医師の人口統計学的背景、教育歴、臨床実施の状況等との関連について検討する。

その他:本研究は、疫学研究に関する倫理指針等、必要な法令等を遵守し、国立精神・神経センターの研究倫理委員会で承認を得て総長の許可のもと行う。得られた結果は、国際的な学会誌等に報告する。

研究計画書: Depression Attitude Questionnaire (うつ病に対する態度尺度) 日本語版の作成と妥当性の検討

29. 背景と根拠

1. WHO 実施の調査によると、うつ病の障害調整生命年は 4 位であり (Murray ら、Murray ら、WHO)、うつ病患者の負担は非常に大きい。うつ病は、患者の精神的苦痛のみでなく、自殺との関連が強く (Mann ら)、自殺を企図した人の 3-4 割がうつ病であったことが示されており (飛鳥井、Bertolote ら、Cavanagh ら)、致命的なリスクとなりえる (Miles ら) ことが報告されている。また、糖尿病、心臓病等の様々な身体疾患の発症・治療転帰の悪化 (Prince ら) との関連も報告されている。更に、うつ病は、医療費の増加 (Luppa ら)、疾病休業期間の長期化 (Broadhead ら、Stewart ら、島) 等による社会的負担の原因ともなり、早急な対策が必要である。しかしながら、精神科や心療内科以外の身体疾患治療のための診療科 (今後、一般診療科と呼ぶ) において、うつ病が適切に診断される比率は 20% 程度と極めて少なく (Ormel ら)、治療に至っていない例がほとんどである。
2. 精神科や心療内科を受診したうつ病患者を対象に行った調査では (吉村ら、三木)、初診した診療科は、内科等の身体疾患の診療を行う診療科が殆どであり、精神科を初診診療科として選択した患者は殆どいない。また、糖尿病、心臓病、がん等の疾患を患う患者におけるうつ病罹病率は、一般の健常者よりも高いことが知られている (Rouchell ら)。これらのことから、身体疾患の治療を目的として受診した診療科 (一般診療科) においても、うつ病の診断、治療導入が重要である。一般診療科においてうつ病をスクリーニングすることにより、これまで適切な治療に導入されることの無かったうつ病患者を早期に発見し (Whooley ら、Spitzer ら、Arroll ら)、適切な治療へ導入することが可能となると考えられる (Gilbody ら、Bower ら、Rubenstein)。
3. これまでになされた研究を概観すると、うつ病の早期発見のためのスクリーニング、および治療導入のための医療システム構築に関する様々な知見が報告されつつある。その中でも、精神科の専門知識・教育背景を持つコメディカルによるケースマネジメントや精神科医をはじめとする精神医療専門家によるプライマリケア医師・スタッフに対するスーパービジョン等を統合した Collaborative Care モデルの有効性が示されつつある (Gilbody ら、Bower ら、Rubenstein)。このモデルの中で実際に使用されるスクリーニング手法やケースマネジメント手法、スーパービジョンのシステム等は日本の医療制度の中での有効性は検証はなされていない。更に、これらモデルの有効性が示されたとしても、うつ病に関する知識不足、精神疾患全般に対する偏見の存在、一般診療場面の忙しさ等が、導入への阻害要因であることが指摘される (Von Korff ら、Nutt ら)。

4. そこで、将来的に日本に最適化した精神科以外の診療科、特にプライマリケアを担当する医師による、うつ病診断、治療導入モデルの開発を念頭に置き、医師に対するうつ病の知識、態度、偏見等の改善・向上を目指した教育介入法の開発や、実態を調査するための尺度の作成が必要である。
5. 医師のうつ病に対する態度を測定するための尺度である Depression Attitude Questionnaire (DAQ)が Anthony Mannら(Botegaら)により開発され、Kingら(Kingら)、Payneら(Payneら)により教育的介入効果の検討で使用された。他の研究でも、医師のうつ病に対する態度を測定したものはあるが、妥当性が検討されておらず、その後の研究で使用されたものは見つからなかった。DAQの製作にあたって、まず、エキスパートが3つのテーマ;1)測定対象者の概念モデルについて(うつ病は疾患か否か?)、2)対象者の価値判断について(うつ病患者は患者として「良い」患者か)、3)実践的な反応について(何が最善の治療で誰が施行するべきか?)、を基に項目を抽出した。得られた項目を基に質問紙の草案を作成し、予備的に17名の医師に実施した。全ての回答者の回答が中間の値の設問と全ての回答者が同様に極端な値を示す設問を除外した。作成された尺度は、74名の医師を対象として妥当性が検討された。因子分析の結果、1)抗うつ薬/精神療法の役割、2)うつ病患者の対処に対する満足感、3)うつ病の治療可能性に、4)うつ病の同定、の4因子から構成されていることが明らかになった。また、上記の4因子を使用したクラスター分析の結果、医師が3つのグループに分類された。プライマリケア医師と、精神科医師を比較した研究から(Dowrickら)、実際に、プライマリケア医師と精神科医師の間でうつ病に対する態度に差があることが報告されている(例えば、精神科医は、うつ病をより生物学的疾患と考え、単なる不幸とうつ病は区別できるものと考えている)。本研究では、上記DAQの日本語版を作成し、信頼性と妥当性および実施可能性を検討することを目的とする。

30. 目的

1. 一般診療科医師・スタッフを対象とした「うつ病に対する態度」を測定するための尺度を作成することを目的とする。海外で既に使用されている Depression Attitude Questionnaire(Botegaら、Kerrら)の日本語版作成とその妥当性、信頼性、および実施可能性の検討を行う。
2. 二次目的として、医師の背景情報、診療形態と、DAQ得点との関連を検討する
3. 追加目的として、Physician Empathy, Health Professional Version 日本語版の妥当性を検討する。

31. 研究デザイン

1. 観察的研究、横断研究デザイン。

32. 対象者

1. 研究参加の同意が得られた、日本で一般診療科(ここでは、精神科、心療内科以外の診療科で身体疾患の治療に当たる診療科と定義する)、精神科で医療に従事する医師とする。(注意

:患者は研究参加者とはならない、また、患者の個人情報には取り扱わない。)

2. 日本語の読み書きが堪能な医師とする。

33. 方法

1. Depression Attitude Questionnaire 英語版の製作者であり著作権を持つ研究者 Anthony Mann 博士に日本語版作成、研究への使用の承諾を得る。更に、主任研究者が中心となり暫定の日本語版を作成する。暫定版を小数(5-10名程度)の一般診療科医師、精神科医師に予備的に実施し、内容、日本語文章等に対する意見を聴取し、修正する。この暫定日本語版をもとに英語を母国語とする日本語に堪能な翻訳者が再度英語に訳し、暫定日本語版が英語のオリジナル版と内容が異なっていないかどうかについて英語版作成者の Anthony Mann 博士と協議し、必要に応じて修正する。
2. 信頼性を検討するため、一般診療科医師、精神科医師等を含む 10 名程度の少数例で、再試験法を行う。
3. 学会や研究会等、一般診療科医師の所属する団体等を介して、研究参加依頼書、研究内容の説明書、研究参加同意書、質問紙を郵送する。研究参加同意書への署名と、質問紙への回答と返信により研究参加の同意を確認する。ただし、研究への参加に関する包括的な同意を医師から既に得ている団体等を介して本調査を行う場合や、医師の所属する団体等が無記名での回答・返信が適切と判断した場合は、研究に参加した場合の利益・不利益について説明した書面(研究内容説明書)を郵送し、研究参加者からの無記名による質問紙への回答、返信をもって同意したとみなす。郵送する質問紙の内容は下記の項目 6 に記載している内容とする(調査参加医師の背景についての質問紙、DAQ 日本語版、他、自記式質問紙)。研究参加の依頼書は、研究参加を依頼する医師の所属団体等の長の名前等、および/または、主任研究者名で作成する。
4. 郵送後、速やかな返信を依頼するが、返信のない場合は、2 週間後、および/または 1 カ月後に、督促の郵送を行う。

34. 調査項目(別添資料参照)

1. 調査参加医師の人口統計学的背景、診療状況等に関する情報(質問紙)
2. 調査参加医師のうつ病患者診察に関する情報(質問紙)
3. Depression Attitude Questionnaire 日本語版(質問紙:20 項目 VAS 法)(Botega ら、Kerr ら)
4. リンクの精神疾患に対するスティグマ尺度(質問紙:12 項目 4 段階評定)(下津ら、Link、蓮池ら)
5. Jefferson Scale of Physician Empathy, Health Professional Version 日本語版(質問紙:20 項目 7 段階評定)(Hojat ら、Hojat ら)
6. 必要に応じて、自殺への態度、自殺予防の知識についての質問紙、Attitudes to Suicide Prevention(Herron ら)、Attitude Toward Suicide(Renberg ら)の追加を行うことがある。

上記1-5の質問紙への回答に要する時間は約20分程度と想定した。

● 上記調査項目を選択した理由:

- 本研究は、DAQ の日本語版作成を主目的とする。DAQ の選択理由は、上記の「背景と根拠」に記述のとおりである。基準関連妥当性の内の併存妥当性を検討する目的として、本研究では Link のスティグマ尺度を外的基準として選択した(下津ら、Link、蓮池ら)。精神疾患に対する態度は、精神疾患へのスティグマと関連することが想定される。これまでに世界的に使用され、かつ日本語で妥当性が検討された精神疾患に対するスティグマを測定する尺度は Link のスティグマ尺度が最も頻用されている。他の研究との比較が可能であり、尺度の妥当性が確かめられているという観点からも、Link スティグマ尺度が最適である
- 一般診療科において精神疾患の診断や治療を進める上で、共感の能力の重要性がいわれている。本研究では、二次的な目的として一般診療科医師、精神科医師を対象として Jefferson Scale of Physician Empathy, Health Professional Version 日本語版の妥当性を検討する。本尺度の英語版は、世界的に広く使用される共感尺度の一つである(Hojat ら、Hojat ら)。更に、本バージョンは、医療福祉に従事するスタッフを対象とした尺度である。よって、今後の一般診療科・精神科を含めたうつ病の診断・治療導入についての研究に有用な尺度と考えられる。これまでに順翻訳・逆翻訳により日本語版が作成されているが、その妥当性、信頼性は検討されていない。

35. 安全管理

1. 研究への参加は、研究参加者(医師)に、わずかな時間の拘束をもたらすのみである。本研究は、観察研究であって、人体への負担または介入を伴わない。また、研究対象者の意思に回答が委ねられている調査である。そのため、その質問内容により研究対象者に大きな心理的苦痛をもたらすことは想定されない。よって、研究対象者に対する危険は最小限であり、研究対象者の不利益とならない。

36. 統計解析

1. 統計解析は、主任研究者が行う。
2. また、生物統計家による解析の指導、監督を依頼することがある。
3. 妥当性の検討
 - ◇ 内容妥当性の検討として、先に述べた、DAQ 日本語版作成に関わった、主任研究者、分担研究者を含む、一般診療科医、精神科医から構成されるエキスパートにより、英語版で既に検討されている表面妥当性及び項目抽出妥当性を再度検討する。
 - ◇ 基準関連妥当性のうち、併存的妥当性を検討する目的で Link スティグマ尺度との関連を検討する。
 - ◇ 構成概念妥当性の検討のため、英語版 DAQ を用いて行われた研究結果と一致するか

否か交差妥当性の検討のために、一般診療科医師と精神科医師の間で比較を行う。因子分析を行い、英語版で認められた構造と一致するか否かを検討する。また、

◇ 各項目の得点を基に Cronbach の alpha 値を算出する。

4. 信頼性の検討として、再試験の前後での各項目の得点の変動を算出する
5. 実施可能性の検討として、実施を依頼した医師数に対する回答者数比率を求める。
6. 二次解析として、一般診療科医師の背景と、うつ病への態度の関連を検討する目的で、一般診療科医師の人口統計学的背景、教育歴、臨床実施の状況と DAQ 得点との関連を検討する。また、精神疾患に対するスティグマ、医師の共感に対する態度との関連を検討する。
7. 更に追加解析として、Physician Empathy, Health Professional Version 日本語版の妥当性を検討する。

37. 対象者数

1. 全体で、DAQ 英語版の妥当性の検討で実施された研究参加者人数と同等の 150 名とする。そのため、約 5 割が郵送で返信すると想定し、300 名に対し調査の依頼を行う。

38. 研究期間

1. 2008 年 4 月から、解析終了まで、3 年間とする。

39. 倫理的事項

1. 本調査は、郵送により書面による研究内容の説明、調査に参加した場合の利益・不利益について説明した書面(研究内容説明書)を郵送し、前述(「5. 方法」の「3」)の手続きに従い同意を確認する。
2. 研究への参加による、研究参加者への直接的な利益はない。
3. 研究への参加は、研究参加者(医師)に、わずかな時間の拘束をもたらすのみである。本研究は、観察研究であって、人体への負担または介入を伴わないものであること、研究対象者の意思に回答がゆだねられている調査であって、その質問内容により研究対象者の心理的苦痛をもたらすことが想定されない。よって、研究対象者に対する危険は最小限であり、研究対象者の不利益とならない。
4. 本研究への参加は、研究参加者の自由意志とし、研究参加に同意した後も、研究参加を拒否できる。また、研究への参加を拒否した場合でも、研究実施に基づく不利益を生じない。ただし、一度同意した後に、同意を撤回した参加者からの情報については、個人情報破棄した後、集計に当たっての母集団に加えることがある。
5. 国立精神・神経センターの研究倫理委員会での審査のうえ、研究機関の長である精神神経センター総長による承認を持って実施する。

40. 調査の中止

1. 何らかの理由で、調査の中止が望ましいと主任研究者・分担研究者が判断する場合は、主任研究者は調査を中止することがある。

41. 個人情報の保護に関する措置

1. 個人情報を含む情報に関しては、漏洩、滅失または破損の防止その他個人情報の安全管理のために必要な組織的、人的、物理的、技術的安全管理措置を講じ、嚴重に主任研究者の責任で管理する。具体的には、主任研究者が、精神保健研究所の老人精神保健部内で、一般の人が出入りすることなく、管理者が不在の時には必ず施錠される部屋の中の、更に鍵のかかるキャビネットに保存し、定期的にデータの整理、不備の確認を行う。
2. 得られた情報は、本研究の目的のために使用する以外に、主任研究者または分担研究者が、医師・医療スタッフによるうつ病・自殺のスクリーニング・治療等の発展に資する研究等の副次的な仮説の検証を目的とした解析を行うことがある。
3. 得られた情報は、疫学研究の倫理指針に則り、第三者への提供を制限する。
4. 得られた個人情報の開示、訂正等は疫学研究の倫理指針に則り対応する。

42. 記録の保存、開示、訂正、破棄または消去

1. 調査・解析終了後も、論文等で発表した日時から最長5年間は、データセットを保管する。ただし、論文等での発表後は、個人を特定できるデータを消去し、連結不可能匿名化した情報として保存する。

43. 研究計画の見直し、変更手続き

1. 主任研究者、分担研究者が必要と判断した場合には、主任研究者により研究計画の見直し、変更を行うことがある。研究デザイン等に関わる変更の場合には、倫理委員会に再度提出する。

44. 研究結果の発表

1. 調査結果は、報告書として公表する予定である。また、学術的専門雑誌への投稿及び学術集会における発表と合わせて適時行う。オーサーシップについては、主任研究者が定める。

45. 連絡先

1. 郵便番号 187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター適応障害研究室 稲垣正俊、Tel: 042-341-2712(内線 6251)
Fax: 042-346-1994 E-mail: minagaki@ncnp.go.jp

46. 参考文献

1. Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease. Harvard: Harvard University Press, 1996
2. Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press, 1996
3. WHO. World health report. Mental health: new understanding, new hope. 2001.
<http://www.who.int/whr/2001/en> (assessed Oct 8, 2007)

4. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systemic review. JAMA 294 (16) 2064–2074. 2005
5. Miles CP. Conditions predisposing to suicide: a review. J Nerv Ment Dis. 1977;164(4):231–46
(うつ病患者の 15%が自殺で死亡)
6. 飛鳥井望. 自殺の危険因子として精神障害 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経学雑誌 96 巻 6, Page415–443. 1994(日本の自殺企図者の 75%に精神障害の診断がつき、その内 50%がうつ病圏)
7. Bertolote JM, Fleischmann A, de Leo D, and et al. Suicide and mental disorders: do we know enough? Brit J Psychiatry 2003;183:382–383(自殺者の 95%以上に精神障害診断がつき、うつ病は 36%)
8. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003;33(3):395–405(海外の自殺既遂者の 12 の心理学的剖検研究(1945 名)レビューの結果、29–88%がうつ病)
9. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. Global Mental Health 1: No health without mental health. Lancet 370 859–877. 2007
10. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. JAMA. 264 (19) 2524–2528. 1990
11. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, et al. Cost of lost productive work time among US workers with depression. JAMA 289 (23) 3135–3144. 2003
12. 島悟. 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)職場適応支援方策に関する研究. 2003(1ヶ月以上の疾病休業総人口は 47 万人で、逸失利益(賃金ベース)で 9468 億 9400 万円)
13. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC, et al. Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. J Affect Disord 2007;98:29–43(外国の 24 研究の review より、1 症例あたりの年間費用は直接費用が\$1000–2500、合併疾患による費用が\$2000–3700、死亡による費用が\$200–400 と、うつ病は非常に多額の経済的負担を伴う)
14. Ormel J and Tiemens B. Depression in primary care. Edited by Honig A, and van Praag HM. Depression: Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances. John Wiley & Sons, Chichester New York(WHO 国際共同研究によるプライマリ・ケア医による精神疾患の診断率調査の結果、日本ではプライマリ・ケア医がうつ病を正しく診断する率はほんの 19.3%で、国ごとにばらつきがあり、19.3%–74.0%(調査地域内では日本が最も低い)
15. 吉村敬一、森下茂、渡邊昌祐. うつ病患者の受診経路. 日本医事新報 3552 43–47. 1992(精神科を受診したうつ病患者の初診科を調査すると、半数以上 527.%は精神科以外を受診)
16. 三木治. プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. 心身医 42 (9) 586–591. 2002(心療内

科クリニックを受診した 330 例中、SDS45 点以上で定義したうつ病患者 161 名の初診科を調査したところ、精神科 5.6%、心療内科 3.8%で、殆どが他診療科、特に内科 64.7%を初診していた)

17. Rouchell AM, et al. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, 2002, American Psychiatric Publishing
18. Whooley MA, Simon GE.. Managing depression in medical outpatients. N Engl J Med 343 1942-1950. 2000
19. Spitzer RL, Kroenke K. Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 282 (18) 1737-1744. 1999
20. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, et al. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. BMJ 331 (7251) 884. 2005
21. Gilbody S. Bower P. Fletcher J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med 166 (21) 2314-2321. 2006
22. Bower P, Gilbody S, Richards D, et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry 189 484-493. 2006
23. Rubenstein LV. Review: Collaborative care was effective for depression in primary care in the short and longer term. Evid Based Med 12 (4) 109. 2007
24. Von Korff M, Katon W, Unutzer J, et al. Improving depression care: barriers, solutions, and research needs. J Fam Pract 50 (6) E1. 2001
25. Botega N, Mann A, Wilkinson G. General practitioners and depression - first use of the depression attitude questionnaire. Int J Methods Psychiatr res 2 169-180. 1992
26. Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour? Psychol Med 30 413-419. 2000
27. King m, Davidson O, Taylor F, et al. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomized controlled trial. BMJ 324 947-953. 2002
28. Payne F. Knowledge, confidence and attitudes towards mental health nurses working in NHS Direct and the effects of training. Issues and innovations in nursing practice. 549-559. 2002
29. Nutt DJ, Kessler RC, Alonso J, et al. Consensus statement on the benefit to the community of ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) survey data on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 68 Suppl 2 42-48. 2007