

要である。5) 悪夢はうつ病と独立した自殺の危険因子であり、自殺予防に活用できる可能性が高い。

E. 結論

うつ病への罹患及び自殺のリスクが高い者のスクリーニング項目として、睡眠障害が有効である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

G-1. 論文発表

Echizenya M, Mishima K, Satoh K, et al. : Dissociation between objective psychomotor impairment and subjective sleepiness after diazepam administration in the aged people. Hum Psychopharmacol 22:365-372, 2007.

Kusanagi H, Hida A, Satoh K, Mishima K, et al. : Expression profiles of ten ci

rcadian clock genes in human peripheral blood mononuclear cells. Neurosci. Res (in press), 2007.

Aritake S, Uchiyama M, Suzuki H, Mishima K, et al. : Time estimation during sleep depends on the amount of slow wave sleep irrespective of the circadian phase. (submitted), 2007.

Nagase Y, Uchiyama M, Kaneita Y, Mishima K, et al. : Coping Strategies and Their Correlates with Depression in the Japanese General Population. (submitted), 2007.

Suzuki H, Uchiyama M, Aritake S, Mishima K, et al. : Alpha activity of REM sleep and delta activity of non-REM sleep contribute to the overnight improvement in the visual discrimination task. (submitted), 2007.

Kaneko Y, Kanbayashi T, Arii J, Mishima K, et al. : CSF hypocretin-1 measurement in pediatric and teenage patients

with sleep disorders. *Sleep and Biological Rhythms* 4:186-189, 2006.

Komada Y, Inoue Y, Mizuno K, Mishima K, et al.: Effects of acute simulated microgravity on nocturnal sleep, daytime vigilance, and psychomotor performance: Comparison of horizontal and 6-degree head-down bed rest. *Perceptual and Motor Skills* 103:307-317, 2006.

阿部又一郎, 三島和夫: 精神疾患, 時間療法の基礎と実践. 大戸茂弘, 吉山友二編. 東京, 丸善株式会社, 2007, pp. 39-46.

田ヶ谷浩邦, 三島和夫: 睡眠障害, 時間療法の基礎と実践. 大戸茂弘, 吉山友二編. 東京, 丸善株式会社, 2007, pp. 32-38.

三島和夫: 季節性うつ病におけるSSRIの効果: SSRIのすべて. 東京: 先端医学社, 2007a.

三島和夫: 睡眠障害: こころの健康科学研究の現状と課題 -今後の研究のあり方について-. 東京: 精神・神経科学振興財団, 2007b.

草薙宏明, 三島和夫: 睡眠・覚醒リズム障害, 睡眠医学を学ぶために -専門医の伝える実践睡眠医学-. 立花直子編. 大阪, 永井書店, 2006, pp. 282-292.

有竹清夏, 三島和夫: 高齢者の睡眠障害の病態と診断・治療, 日常臨床で押さえておきたい睡眠障害の知識. 内村直尚編. 東京, 南山堂, 2007, pp. 121-128.

越前屋勝, 三島和夫: 睡眠・覚醒リズム障害を訴える患者へのアプローチ. *Medicina* 44:1252-1256, 2007.

榎本みのり, 有竹さやか, 三島和夫: 認知症の睡眠障害. *老年医学* 45:739-743, 2007.

三島和夫: 高齢者、認知症患者の睡眠障害と治療上の留意点. *精神医学* 49:501-510, 2007a.

三島和夫: 高齢者の不眠とその対処. *カレントセラピー* 25:34-39, 2007b.

三島和夫, 忍 岩, 阿部又一郎: 単極性うつ病と睡眠. *睡眠医療* 2:13-20, 2007.

有竹清夏, 三島和夫: 日常診療で抑えてお

きたい睡眠障害の知識「高齢者の睡眠障害の病態と診断・治療」. 治療 89:121-128, 2007.

G-2. 学会発表

Aritake S, Suzuki H, Kuriyama K, Mishima K, et al.: Estimated Time Length During Sleep Period Depends on the Preceding Slow Wave Sleep Amounts. , in The 5th World Congress of the World federation of Sleep Research and Sleep Medicine Societies, Cairns, Australia 2007年9月, 2007年9月.

Enomoto M, Li L, Aritake S, Mishima K, et al.: Restless legs syndrome and its correlation with somatic and psychological complaints in the Japanese general population, in 2nd World Congress of the World Association of Sleep Medicine, Bangkok, Thailand 2007年2月

Enomoto M, Li L, Aritake S, Mishima K, et al.: Restless legs syndrome and it

s correlation with other sleep problems in the general adult population of Japan. in The 5th World Congress of the World federation of Sleep Research and Sleep Medicine Societies, Cairns, Australia 2007年9月

Mishima K: 【Seminar】 Circadian rhythm and treatment for age-related sleep disorders: Aging and circadian rhythm sleep disorder, in 13th Congress of International Psychogeriatric Association, Osaka 2007年10月

Mishima K: 【Symposium】 Circadian rhythm disorders -from pathophysiology to clinical application- : Aging sleep and circadian system in demented elderly people, 日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会, 東京2007年11月

Okawa M & Mishima K: 【Plenary lecture】 Sleep and circadian rhythm disorders in the elderly, in 13th Congress of

International Psychogeriatric Association, Osaka 2007年10月

Suzuki H, Aritake S, Enomoto M, Mishima K, et al.: Risky Choices Followed Great Losses Change Across Daytime, in The 5th World Congress of the World Federation of Sleep Research and Sleep Medicine Societies, Cairns, Australia 2007年9月

阿部又一郎, 栗山健一, 三島和夫: 睡眠障害を治療標的とした心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の一例, 日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会, 東京2007年11月

榎本みのり, 遠藤拓郎, 末永和栄, 三島和夫, ほか: ライフコーダーEXによる睡眠/覚醒判定の信頼性に関する予備的検討- 健康被験者による検討-, 日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会, 東京2007年11月

栗山健一, 曾雌崇弘, 鈴木博之, 三島和夫, ほか: 睡眠中の不快記憶強化の行動指標に

おける特徴, 日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会, 東京2007年11月

三島和夫: 【一般講演】 こちよいねむりのために, 南部保健福祉センター 地域健康学習, 東京2007年1月

三島和夫: 【シンポジウム】 日本人の睡眠と生体リズム- 睡眠と不眠を科学する-, 第27回日本医学会総会, 大阪2007年4月

三島和夫: 【一般講演】 松果体ホルモン・メラトニン - その睡眠制御作用と臨床応用-, 第6回滋賀医科大学睡眠学セミナー, 滋賀2007年5月

三島和夫: 【シンポジウム】 気分障害診療における不眠管理の実態とその問題点, 第103回日本精神神経学会総会, 高知2007年5月

三島和夫: 【一般講演】 高齢者の睡眠健康法について, 第37回長寿大学の実施に伴う講演会, 東京, 葛飾区2007年6月

三島和夫: 【一般講演】 高齢者の睡眠健康法, 平成19年度「心とからだの健康講座」

財団法人武蔵野市福祉公社，東京，武蔵野市2007年7月

三島和夫：【一般講演】快適な睡眠でいきいき健康生活，老人大学中野区友愛クラブ連合会，東京都，中野区2007年10月

三島和夫：【イブニングセミナー】Depression -Insomnia Connection -不眠の背景にあるもの、その先にあるもの-，日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会，東京2007年11月

三島和夫：【シンポジウム】生体システムから見た睡眠 -うつと睡眠-，計測自動制御学会システム・情報部門学術講演会2007，東京2007年11月

三島和夫：【シンポジウム】不眠症とその対処，第28回メディコピア教育講演シンポジウム「睡眠と健康」，東京2008年1月
宗澤岳史，有竹清夏，三島和夫，ほか：不眠症患者における夜間睡眠の客観的評価と主観的評価の乖離，日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術

大会合同大会，東京2007年11月

曾雌崇弘，栗山健一，鈴木博之，三島和夫，

ほか：情動記憶強化に対する睡眠剥奪の影響：近赤外線スペクトロスコピーを用いた研究，日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会

肥田昌子，草薙宏明，佐藤浩徳，三島和夫，

ほか：ヒト概日時計システムの特性評価，第15回日本精神・行動遺伝医学会，東京2007年11月

樋口重和，高橋正也，鈴木博之，三島和夫，

ほか：光曝露によるメラトニン制御率と位相シフトの個体差の関係，日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会，東京2007年11月

北條康之，越前屋勝，岩城忍，三島和夫，

ほか：睡眠導入剤ゾルピデムとセントジョーンズワートとの薬理相互作用，日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会，東京2007年11月

有竹清夏，鈴木博之，榎本みのり，三島和夫，ほか：睡眠経過に伴う脳血流量の変動- NIRSによる徐波睡眠時の脳血流量計測 - ，日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会，東京2007年11月

鈴木博之，田ヶ谷浩邦，三島和夫，ほか：短時間睡眠時におけるリスク選択，第25回日本生理心理学会大会，札幌2007年7月

鈴木博之：【特別講演】睡眠による記憶・技能の向上～近年の発見と今後の発展～，日本心理学会第71回大会，東京都，文京区2007年9月

鈴木博之，久我隆一，田ヶ谷浩邦，三島和夫，ほか：睡眠不足がリスク選択行動に与える影響，日本心理学会第71回大会，東京都，文京区2007年9月

鈴木博之，有竹清夏，榎本みのり，三島和夫，ほか：睡眠時におけるリスク選択行

動と損失・利得の認知，日本睡眠学会第32回定期学術集会・第14回日本時間生物学会学術大会合同大会，東京2007年11月

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

人口密集地域で効果的な自殺予防対策の開発・海外事例の詳細な検討

分担研究者 山田光彦 国立精神・神経センター精神保健研究所
老人精神保健部

研究要旨 これまでに、うつ病/自殺対策として、いくつかの地域介入研究やプライマリケア医に対する教育介入の結果が報告されている。本年度は、プライマリケア医に対する教育介入を中心として医療システムの改変によるうつ病の発見と治療への導入のモデルを検討するため、これまでに報告された研究論文の内容を検討し、日本での取り組みのあり方について考察した。プライマリケア医に対する教育介入による効果については、研究デザインの問題もあり、さまざまな結果が混在している。その中で、近年の研究報告を元に考察すると、教育介入だけでなく、精神保健の専門家による一般診療科医への助言のシステム、一般診療科医が患者を紹介可能なうつ病専門外来の開設など複合的な介入が重要な要因となると考えられた。教育介入も医師の行動変容を促すためには教育的な講演だけでなく、相互的な質疑応答、症例検討、ロールプレイなどの教育法の導入が重要と考えられる。また、これまでの報告のほとんどが、地方郡部での報告であり、都市部での介入の有効性を検証した研究は少ない。効果はあったとしても弱い。近年報告されたNurembergでの取り組みは一般診療科医師への教育介入だけでなく一般市民への啓発などを包括的に取り入れた先進的な研究であり、その知見をもとにしたEuropean Alliance Against Depression (EAAD) の活動は注目に値する。本邦での取り組みについてみると、各地で一般診療科医師に対するうつ病治療の研修が開催され始めているが、実際に効果の検証に至るには、様々克服すべき点が多い。

A. 研究目的

る高率で横ばい状態が8年間続いている。

我が国の自殺者数は年間3万人を超え

我が国で行われたほとんどの地域介入研究

は対象が地方郡部の自殺多発地帯に限定されていたため、都市部においても、地方郡部で試みられてきた地域介入方法が有効に機能するかは不明である。一方、高齢自殺既遂者や自殺死亡急増が観察された中高年自殺既遂者の多くは、様々な愁訴により自殺前に一般診療科を受診している。一般診療科医師が地域において自殺の危険の高い人を発見し、働きかけ、専門家へ紹介することができれば、自殺予防にとって重要な一歩となる。

本研究班では、うつ病患者等の自殺ハイリスク者に適切なサポートを早期に提供することを目的とし、一般診療科医師の意見を反映した、現場で広く活用され得るセーフティーネット機能としての「実践的な地域医療連携モデル」を自殺予防総合対策センターと密接に連携して提案することを目的とする。このモデルは、特に精神症状の治療可能性について自覚することの少ない中高年男性や高齢者、都市部などの人口密集地域で効果的な自殺予防対策となる。

諸外国では、自殺した人の80～100%が生前に精神障害に罹患していたことが報告されている（WHO資料，2000）。逆に、自殺の生涯危険率は、うつ病に代表される気分障害で6～12%、アルコール依存症で7～15%、統合失調症で4～10%である。一方、警視庁の発表によると、我が国の自殺の原因・動機の第1位は健康問題である。また、罹病疾患数に比例して不眠頻度が増大すること、不眠（特に悪夢を伴う）を合併するうつ病では自殺率が高いことなどがコホート研究等で示されている。これらの事実は、不眠や他の愁訴がうつ病や自殺リスク者の早期発見、早期介入のための有用な臨床指標となる可能性を示唆している。実際、自殺した人の40～60%は自殺する以前の1ヶ月間に医師のもとを受診していたことが報告されているが、その多くは精神科医ではなく、一般診療科を受診していたことが明らかになっている（WHO資料，2000）。したがって、プライマリケアの場において一般診療科の医師がうつ病患者等の自殺ハイ

リスク者を早期に発見し、専門医等に紹介し、適切な治療や支援を早期に提供することは、自殺予防の重要な第一歩となる。

我が国では、「自殺予防マニュアル：一般診療科医師療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」を日本医師会が作成し、普及啓発活動が進められている。欧州では、European Alliance Against Depression (EAAD; <http://www.eaad.net/>) が18の地域に於いて、一般診療科医師との連携によるうつ病/自殺予防を目的とした評価研究を2003年に開始した。

そこで、本分担研究では、プライマリケア医に対する教育介入を中心として医療システムの改変によるうつ病の発見と治療への導入のモデルを検討するため、これまでに報告された研究論文の内容を検討し、日本での取り組みのあり方について考察した。

B. 研究方法

自殺対策領域を専門とする研究者2名により、過去の研究文献を参照し、これまで

の一般診療科医師 (General practitioner, Primary care physician) に対するうつ病/自殺ハイリスク者の同定と治療に関する教育介入を含む地域介入の結果について検討を行った。その結果を本報告書にて総括する。また、これに関連した、一般診療科医師に対する教育介入・地域介入に関連するモデルやその実施に際しての障害について記述された論文についても参照する。

C. 研究結果

1983年から1984年にスウェーデンのGotlandで、一般診療科医のうつ病に対する知識の向上を目指した教育プログラムが行われた。教育プログラム前の自殺死亡率と比較してその後の自殺死亡率が減少したと報告された (Rutz et al 1992)。減少したのはうつ病関連の自殺が減少したという結果であった。教育プログラムがうつ病に重点を置いていたことなどが要因として考察された (Rihmer et al 1995)。この効果は、教育を受けた一般診療科医が転勤し、教育

介入を受けていない新たな医師に交代した後は認められなくなった。新たに再度教育プログラムを実施すると再び効果が認められた(Rutz et al 1997)。この研究では、効果が女性において認められ、男性では効果が乏しい結果であった。いくつかの考察がなされているが、男性では援助を求める行動が乏しい可能性や医療福祉サービスを女性ほど利用しない可能性について議論された。Luomaらの報告によると、自殺の1年以内に女性では100%がプライマリケアを受診するのに対し、男性は78%のみの受診であるという結果は(Luoma et al 2002)、この結果を説明するかもしれない。

他のスウェーデンで行われたJamtland研究でも一般診療科医に対する教育プログラムの後に自殺率の低下が報告されており、国全体の变化と比較しても低下していた(Henriksson and Isacsson 2006)。しかし、プログラムの効果はGotlandほど顕著なものではなかった。Jamtland研究ではスウェーデン全体の自殺率が低下している期間に

教育プログラムが行われており、その時においても効果が認められた。GotlandやJamtlandのスウェーデンでの研究では単純な教育介入により自殺死亡へ効果があると報告されているが、地方郡部もしくは国全体の自殺率の変化や治療傾向の変化を適切にコントロールできていないことが制約とされている。

一般診療開始を対象とした教育介入が、すべての研究で有効であったわけではなく、イギリスで行われたHampshire Depression Project研究ではうつ病治療ガイドラインについて一般診療科医師を教育した介入の結果、うつ病の正確な診断の率や治療反応性についての改善が認められなかった(Thompson et al 2000)。この研究は、医師を教育介入群と対照群とに無作為に割り付け、患者のうつ病同定率と、うつ病患者の症状改善率の差を検討している。教育介入はそれまでのガイドラインに関する知見を集約し専門家により作成されたうつ病マネジメントに関するガイドラインについて、セ

ミナーとビデオによる面接とカウンセリング手技の提示、スモールグループディスカッション、ロールプレイにより教育し、さらに、その後約9ヶ月間は教育介入の講師に助言を求めることが可能とした内容であった。結果、うつ病の同定の感度、特異度とも教育介入群と対照群で有意な差を認めないという結果であった。探索的解析から、教育介入を受けた医師にうつ病として同定され、継続的に治療を受けていた患者は、うつ病として同定されなかったうつ病患者と比較して転帰が良く、フォローアップされればガイドライン自体の治療効果はあることが示唆された。しかし、患者の同定の精度に教育介入の効果を認めないため、全体として結果が認められなかった可能性が考察されている。

Nuttingらによる一般診療科医に対する教育研究では、希死念慮の同定率が改善したが、それに対する抗うつ薬の処方率や6ヵ月後の希死念慮には変化が見られなかった(Nutting et al 2005)。これらより、希

死念慮やうつ病の同定率が向上しただけではうつ病の転帰が改善しない可能性が示唆された。

最近、ハンガリーの自殺率の高い地方郡部を介入地区とした自殺対策研究の結果が報告された(Szanto et al 2007)。この研究では、これまでの研究の問題点を克服すべく対策がとられており、対照地区を比較的適切に設定し、ベースラインデータも1年間のデータだけでなく数年間のデータを用い、解析方法も地域×時間の要因で解析するなど改善したデザインとなっている。介入地区には、人口規模が約7万人の、病院が一つのみで、一般診療科医師が30名の地区が設定された。4名の精神科医、1名の心理士も本研究に参加し、地域全体を網羅する規模の研究となっている。研究デザインを強固にするために、対照地区として、隣接しない同程度の人口規模の地域、対象地区を含む郡部全体、ハンガリー全体それぞれを設定した。介入は一般診療科医師に

対するトレーニングで、講演、質疑応答、自殺患者の症例検討などを含み年3回で、5年継続した。これ以外にも、自殺既往の質問を加え修正したBeck Depression Inventoryの使用を一般診療科医師に推奨した。また、一般診療科医が精神科医からの助言が得られるように無料の電話相談を開設し、さらに、うつ病専門外来を地区に開設し、一般診療科医が患者を紹介可能とした。また、安価に抗うつ薬を処方可能とした。結果、男女をあわせた自殺者総数では有意な差を認めなかったが、女性だけに限定して解析を行うと有意な自殺者数の減少が認められた。二次的に検討した抗うつ薬の処方量も他の対照地区と比較して有意に多くなっていた。しかし、アルコール関連死亡数や失業率の変化に対照地区と有意な差は認められないという結果であった。

以下、これらの研究を批判的に吟味した結果を記述する。Rutzらの研究は、前後比較が主たる解析で、因果関係の推論には弱

い。1992年の論文では、前後比較では自殺が減少しているが、スウェーデン全体をコントロールすると差を認めず、また、反復測定デザインを用いての対照地区との比較検討もなされていない。また、スウェーデン全体は介入地区と特性が大きく異なることから、一概に比較可能な介入地区ではないと考えられる。介入地区はこの対照地区として設定された国全体と比較して自殺率が高い地区のため、平均への回帰によるバイアスを否定できない。同様に、Henrikssonらの研究も、対照としてスウェーデン全体を設定しており、同様の問題点を抱える。また、Henrikssonらの研究では、参加者と非参加者の間で結果に差が見られないため、教育効果が直接的な原因とは考えにくく、他の要因の可能性も示唆される。交互作用についても検討されていない。Hegerlらの研究も対照地区を置いたとしているが、もともとの自殺行動の率が対照地区と介入地区で大きく異なっており、介入地区の自殺行動率がもともと高いことから考えると他

の研究と同様に平均への回帰による結果のバイアスが想像される。Thompsonらの研究からは、教育介入だけではうつ病の同定率が変化せず結果としてうつ病の転帰に差が認められないことが示唆された。Nuttingの結果は、希死念慮の同定は可能であったが治療に結びつかないという結果であった。Szantoらの研究は、これらの研究を受け、様々な研究デザイン上の改善がなされたうえで行われており、一つのモデルになり得ると考えられるが、得られた結果は、サブ解析の女性自殺数だけ減少しており、主要評価項目である男女合わせた総自殺者数で差が認められていないことから、最終的な結論は未だ得られない。

総論として、一般診療科医師に対する教育介入は、効果はあったとしても弱いものであり、日本ではまだ実証されておらず、医療保健制度の異なる日本においてこれらの結果が適応できるか否かについては疑問が残る。また、教育介入効果の研究はほと

んどが地方郡部での研究で、都市部での効果については不明である。さらに、一般診療科医師に対する教育介入だけでは効果がない可能性があり、Szantoらの研究で行われた介入のように、精神保健の専門家による一般診療科医師への助言や、一般診療科医師がすぐに紹介可能なうつ病専門外来の開設、安価な治療薬の提供な教育介入の効果を補助する対策を組み合わせた総合的な対応が必要と考えられる。実際、近年の別の研究では(Hepner et al 2007)プライマリケア医のうつ病診療ガイドラインの遵守状況とうつ病患者の重症度との間に有意な関連を認めた報告もあり、ガイドラインの提唱だけでは患者の転帰に変化がなく、いかに一般診療科医師がガイドラインを遵守するかという点が重要といえる。しかし、Gilbodyらのレビュー論文では(Gilbody et al 2003)、教育的な講演だけでは医師の行動変容は望めず、インタラクティブな質疑応答、症例検討、ロールプレイなど様々な手法が重要であると示されており、ガイ

ドラインや推奨される治療法への遵守への障害が今後克服すべき問題となることが指摘されている。

これまでに報告された論文で、うつ病対策の障害となる点がレビューされており、患者レベル、医療者レベル、医療制度レベル、政策レベルについて分けて言及されているが(Ballenger et al 1999)、患者レベルでは、うつ病に対する偏見が存在する、うつ病に気づかない、気づいたとしても受診をためらう、心理的な症状より身体的な症状を訴えやすくうつ病治療に抵抗を感じる、などが指摘されている。医療者レベルでは、うつ病の診断・治療の知識が足りない、診断・治療の技術が足りない、診療に十分な時間がとれない、と指摘されている。このことから、有効な対策手法が研究セッティングで確認されたとしても、医療者の知識、スキル、態度の問題、医療者の忙しさや、医療保険制度の問題など、実施に至るには多くの問題が存在すると考えられ

る。このことから、プライマリケア医に対する教育介入を中心として医療システムの改変によるうつ病の発見と治療導入では、教育介入に加えて総合的な取り組みが必要といえる。

一般診療科医師への教育介入だけでなく、患者や医療者の偏見を克服し受診を促すための啓発を組み入れた近年のドイツで行われた包括的な介入により、非致死的な自殺行動が対照地区と比較して介入地区でより減少したが、自殺既遂者数には差が認められなかった、と報告された(Nuremberg Alliance Against Depression: NAD) (Hegehl U. Psychol Med 2006)。このドイツの研究の利点は対照地区を用いた点にある。しかし、研究の制約は、ベースラインをたった1年間の自殺率としたこと、もともと低い自殺率の対照地区では変化の検出が困難であることが挙げられる。その研究では、抗うつ薬の使用量変化は報告しておらず(他研究で述べるとされている)。

近年、このNurembergで行われた研究の枠組みをヨーロッパ全体に広め、検証しようとする試みが始まった（EAAD）。

D. 考察

地域全体に対する介入研究の多くがその地区をカバーする一般診療科医師に対する教育的な介入を主とし、近年は教育的介入に加えて、精神保健専門家の助言や精神保健専門家への紹介システムの導入、精神保健の専門知識を持つケースマネージャの配置などの複合的な医療システムへの介入の効果が観察され始めている。しかし、介入効果はあったとしても弱いものと考えられる。また、ほとんどが欧米の医療制度で検証が進められたモデルであるため、日本ですぐに適応できるか否かについては不明である。今後は、日本において前述の一般診療科医師に対する教育介入を主軸とした複合的な介入の効果を検討することに加えて、医療範囲だけでなく、社会的な複合的な介入が必要と考えられる。この観点から、Nu

rembergでの取り組みやEAADの取り組みからのエビデンスが待たれる。

教育介入は、その基盤としてうつ病患者が信頼性を持って同定可能であり、効果的な治療法が適応可能であり、そして、教育介入により一般診療科医の行動変容を促すことが可能である、という仮説に基づき行われる。日本では、一般診療科セッティングで信頼性を持ってうつ病患者を同定可能なスクリーニング法が確立したとは言い難く、さらに、一般診療科セッティングで認められるうつ病患者に有効な治療プログラムも確立していない。

今後の課題としては、医師への教育介入を行う場合、医師が実践すべき妥当性が検討され有効性が実証されたうつ病スクリーニング法、うつ病の治療法、効果的な紹介システムなどの作成が必要である。また同時に効果的なうつ病啓発法の開発も必要である。日本ではこれら一つ一つのステップそれぞれについてエビデンスが限られており、利用できる資材も少ない。

E. 結論

地方郡部でなく都市部での医療モデルからのうつ病・自殺予防対策の知見は限られており、今後の検証が必要である。また、現在、欧米で行われている取り組みをみると、複合的な介入効果の検討が行われており、我が国においても医療者の技術面だけでなく医療制度や行政制度の効果を検証する研究デザインが必要である。

参考文献

Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Goldberg D, Magruder KM, et al (1999): Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry* 60 Suppl 7:54-61.

Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R (2003): Educational and org

anizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 289:3145-3151.

Henriksson S, Isacsson G (2006): Increased antidepressant use and fewer suicides in Jämtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatrica Scand* 114:159-167.

Hepner KA, Rowe M, Rost K, Hickey SC, Sherbourne CD, Ford DE, et al (2007): The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med* 147:320-329.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL (2002): Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 159:909-91

6. Nutting PA, Dickinson LM, Rubenstein L V, Keeley RD, Smith JL, Elliott CE (2005): Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Ann Fam Med* 3:529-536.
- Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H (1995): Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 35:147-152.
- Rutz W, von Knorring L, Walinder J (1992): Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 85:83-88.
- Rutz W, Walinder J, von Knorring L, Rihmer Z, Pihlgren H (1997): Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 1:39-46.
- Szanto K, Kalmar S, Hendin H, Rihmer Z, Mann JJ (2007): A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 64:914-920.
- Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al (2000): Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 355:185-191.

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

1. 山田光彦： 海外における自殺対策の取り組みとエビデンス. 学術の動向 2008-3. 20-25, 2008.
2. 山田光彦：自殺の現状とその対策における精神科医療の役割. 日本社会精神医学会雑誌 16 (1) : 73-78, 2007.
3. 山田光彦：治療法の進歩 自殺予防対策. 日本臨床 65 (9) : 1675-1678, 2007.
4. 山田光彦, 高橋清久：自殺対策のための戦略研究 - J-MISP. 医学のあゆみ 221 (3) : 233-236, 2007.
5. 山田光彦： 従来の抗うつ薬：三環系抗うつ薬, 四環系抗うつ薬, トラゾドン. 上島国利, 上別府圭子, 平島奈津子編：知っておきたい精神医学の基礎知識- サイコロジストとコ・メディカルのために, 誠信書房, 東京, pp349-350, 2007.
6. 山田光彦： 気分障害. 久野貞子, 樋口輝彦編：こころの健康科学研究の現状と課題- 今後の研究のあり方について-, 監修：財団法人精神・神経科学振興財団, pp112-120, 2007.
7. 山田光彦： STAR D Study. 樋口輝彦, 神庭重信, 染矢俊幸, 宮岡等編：KEY WORD 精神第 4 版, 先端医学社, 東京, pp82-83, 2007.
8. 山田光彦： 今, すきなことありますか?. NPO 法人 脳の世紀推進会議編：脳とこころ, うつ病. クバプロ, 東京, pp65-90, 2007.
9. 山田光彦：「精神科処方ノート (分担執筆)」第 3 版, 中外医学社, 東京, pp240-247, 2007.
10. 山田光彦：インタビュー記事「慎重な運用とモニタリングが必要」. Japan Medicine 第 1449 号. 2, 2008. 3. 17.
11. 山田光彦：精神医学用語解説 自殺対

- 策基本法. 臨床精神医学 36 (10) : 1331, 2007.
12. 山田光彦 : 第 103 回日本精神神経学会 自殺予防対策のためのエビデンス構築を目指す. Medical Tribune 40(36) : 44, 2007. 9. 6.
13. 山田光彦, 高橋清久 : シリーズ最前線 厚生労働科学研究 39「自殺対策のための戦略研究 : J-MISP について」. 週刊社会保障 2425 : 65, 2007.
14. 米本直裕, 中井亜弓, 山田光彦 : 精神医学と論理「人を対象とした医学研究を行うときにまず考えるべきこと」. 分子精神医学 7 (2) : 44-46, 2007.
15. 山田光彦 : 「自殺とうつ」を特集するにあたって. Depression Frontier 2007 5 (1) : 41, 2007.
- 学会発表
1. 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.
2. 山田光彦、平安良雄 : 自殺総合対策大綱にみる精神医学の重要性とその役割. 第 27 回日本社会精神医学会 シンポジウム, 福岡, 2008. 2. 28-29.
3. 山田光彦 : 自殺の現状とその対策「未来に向けて」. 第 29 回日本中毒学会 総会・学術集会 シンポジウム, 東京, 2007. 7. 27-28.
4. 山田光彦 : 特別講演「自殺の現状と対策～いま薬剤師だからできること～」. 東京都病院薬剤師会 精神科領域小委員会研究会, 東京, 2008. 2. 7.
5. 山田光彦 : 自殺総合対策大綱における精神科医療の重要性について. 日本精神科病院協会 講演, 東京, 2007. 7. 13.
6. 山田光彦 : 中高年の心の健康. 第 4

回明治薬科大学オープン・リサーチ・

センター公開講座，東京，2007. 7. 7.

7. 山田光彦：精神科概論. 人事院事務総局職員福祉局 講演，東京，2007. 5. 29.

H. 知的財産権の出願・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。