

プライマリケア医のうつ病診療に関する実態調査

石田 康¹⁾ 長友 慶子¹⁾ 池田 学²⁾ 内村 直尚³⁾
 大内 清⁴⁾ 小澤 寛樹⁵⁾ 北村 俊則⁶⁾ 近藤 毅⁷⁾
 赤崎 安昭⁸⁾ 佐野 輝⁹⁾ 寺尾 岳⁹⁾ 西村 良二¹⁰⁾
 山田 茂人¹¹⁾ 神庭 重信¹²⁾ 中村 純¹³⁾

- 1) 宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野
- 2) 熊本大学大学院医学薬学研究部脳機能病態学分野 (神経精神科)
- 3) 久留米大学医学部神経精神医学講座
- 4) ハートフル心療内科
- 5) 長崎大学大学院医学薬学総合研究科病態解析制御学講座精神病態制御学分野
- 6) 熊本大学大学院医学薬学研究部臨床行動科学分野
- 7) 琉球大学医学部高次機能医科学講座精神病態医学分野
- 8) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科健康科学専攻社会・行動医学講座精神機能病態学分野
- 9) 大分大学医学部脳・神経機能統御講座精神神経医学
- 10) 福岡大学医学部精神医学教室
- 11) 佐賀大学医学部精神医学講座
- 12) 九州大学大学院医学研究院精神病態医学
- 13) 産業医科大学医学部精神医学教室

九州・沖縄精神科ネットワークうつと不安 (Kyusyu Okinawa Psychiatrist Network Depression and Anxiety; 以下 KOPNDA) は, 九州・沖縄8県におけるうつ病や不安障害に関する疾病啓発, 診療連携を目指して活動しており, 最終的には患者さんの quality of life (QOL) の向上に貢献すること, 及び自殺者数の減少を目標としている。自殺対策の観点からも, うつ病の早期発見・早期治療は重要であり, 精神科医や心療内科医以外の一般診療科の医師 (プライマリケア医) の啓発や, 彼らと専門医との連携が必要である。今回 KOPNDA は, プライマリケア医を対象に, うつ病診療に関する講演会受講前と受講後の2回にわたりアンケート調査を実施した。プライマリケア医のうつ病診療の実態について, 若干の考察を加えて報告する。

九神精医 54:120-126, 2008

はじめに

九州・沖縄精神科ネットワークうつと不安 (Kyusyu Okinawa Psychiatrist Network Depression and Anxiety; 以下 KOPNDA) は, 九州・沖縄8県において, うつ病及び不安障害の疾患概念の確立, 診断・治療法・臨床評価等に関する研究, 専門医ならびに専門医以外の医療従事者への啓発活動の推進をはかることを基本理念として, 平成17年に設立された。標記活動を実施するにあたり, 最終的には患者さんの quality of life (QOL) の向上に貢献すること, 及び自殺者数の減少を目標としている。

平成10年 (1998年) 以降, 国内の自殺者数が年間3万人を超える状況が続くなか, 平成18年6月に自殺対策基本法が成立し, 平成19年6月に自殺総合対策大綱が策定された。九州・沖縄における自殺者数は, 平成17年は3,760人, 平成18年は3,953人と増加傾向にある³⁾⁴⁾。自殺者の約3割が自殺する直前にうつ病などの気分障害に罹患している⁵⁾¹¹⁾ことから, うつ病の早期発見・早期治療を目的として, 精神科医や心療内科医以外の一般診療科の医師 (プライマリケア医) の啓発や彼らと専門医との連携が重視されている。

我々 KOPNDA は, プライマリケア医に対して, ①自殺予防マニュアルによるうつ病・不安障害の診断普及, ②大うつ病治療指針 (アルゴリズム)

〒889-1692 宮崎県宮崎郡清武町大字木原5200

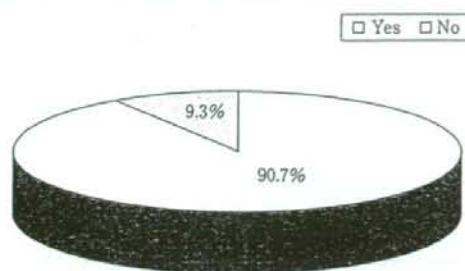


図1 講演会前のアンケートの質問

「うつ病と思われる患者さんを診察されることはありますか?」の回答 (n=192)

普及を進めるべく、各地域において上記2項目を主な内容とした講演会を開催した。この講演会に参加したプライマリケア医に対して、講演会受講前と受講後の2回にわたり、うつ病診療に関するアンケート調査を行った。本調査から明らかとなったプライマリケア医のうつ病診療の実態について、若干の考察を加えて報告する。

対象と方法

1. 対象

プライマリケア医(延べ総数1,391名)を対象に平成17年2月~平成19年6月までの期間に、前記2項目(①自殺予防マニュアルによるうつ病・不安障害の診断、②大うつ病治療指針)の普及を目的とした講演会を九州・沖縄各地で開催した。原則的に、各講演会の講師は、それぞれの開催地域で診療活動を行っている精神科医が担当した。講演会に参加した医師の90%以上は開業医であった。講演会前後ともにアンケートに回答したプライマリケア医は192名であった。精神科や心療内科を専門とする医師によるアンケートの回答は解析対象から除外した。192名のアンケート回答者(医師)の専門分野(診療科)の内訳は、以下のとおりであった。内科66%、外科10%、産婦人科7%、神経内科・小児科が各3%、泌尿器科・整形外科・脳外科・耳鼻科が各2%、麻酔科・皮膚科・リハビリテーション科が各1%であった。また192名の地域(県)別の内訳は、鹿児島58名(30.2%)、宮崎35名(18.2%)、福岡33名(17.2%)、佐賀29名(15.1%)、大分26名(13.5%)、

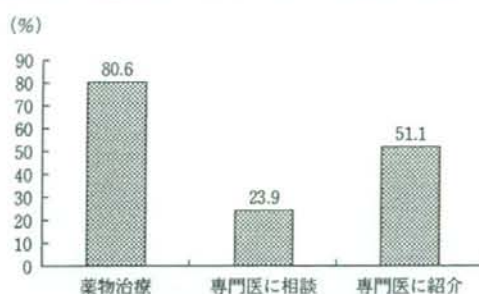


図2 講演会前のアンケートの質問

「うつ病と思われる患者さんにはどのような対処をされていますか?」(複数回答可)の回答 (n=180)

熊本8名(4.2%)、長崎3名(1.6%)であった。

2. 方法

うつ病診療の実態に関する内容のアンケート用紙(記名式)を、講演会前(講演会会場にて講演開始前に記載して頂いた)と講演会後(講演会開催2~4週後に記載して頂いた)の2回に渡って配布・回収し、その結果を比較検討した。

結果

1. プライマリケア医のうつ病診療の現状

(1) うつ病の診療経験

90.7%のプライマリケア医が、うつ病と思われる患者を診察した経験を持っていた(図1)。このような患者への対処法(複数回答可)について、23.9%の医師が「専門医に相談する」、51.1%の医師が「専門医に紹介する」と回答し、80.6%の医師が「薬物療法を開始する」と回答した(図2)。

(2) うつ病に関する知識

うつ病の診断方法については「知っている」と回答した18.2%と「ある程度知っている」と回答した69.8%を合計すると、88.0%の医師がうつ病の診断方法を、少なくともある程度は知っている」と回答した(図3)。

(3) 精神科医との連携その他

自殺に関する相談を患者さんや家族から受けた

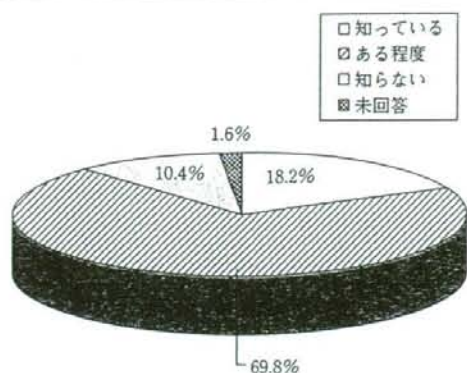


図3 講演会前のアンケートの質問「うつ病の診断方法をご存知ですか?」の回答 (n=192)

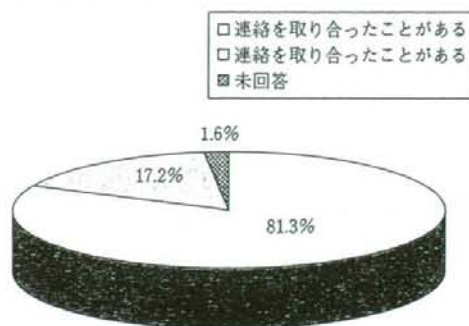


図5 講演会前のアンケートの質問「患者さんの病態で精神科医と連絡を取り合ったことがありますか?」の回答 (n=192)

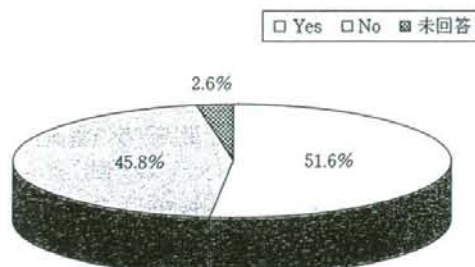


図4 講演会前のアンケートの質問「自殺の問題を患者さんもしくはご家族から相談を受けたことがありますか?」の回答 (n=192)

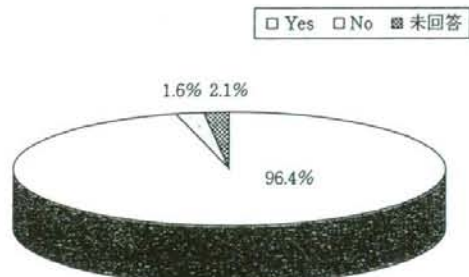


図6 講演会前のアンケートの質問「今後の診療で精神科医との連携を必要と思われますか?」の回答 (n=192)

ことがあると回答した医師は51.6%であった(図4)。患者さんの病態について「精神科医と連絡を取り合ったことがある」と答えた医師は81.3%であった(図5)。「今後、精神科医との連携が必要である」と回答した医師は96.4%であった(図6)。当該講演会に参加した動機(複数回答可)として、「うつ病に興味」(54.2%)、「今後の勉強」(76.6%)と、うつ病を中心とした精神疾患に対する高い関心の存在が伺われた(図7)。

2. 講演会前後の比較

講演会前、うつ病と思われる患者さんは全患者の8.3%存在すると考えていたアンケート回答者であったが、講演会後には10%存在すると回答した(図なし)。

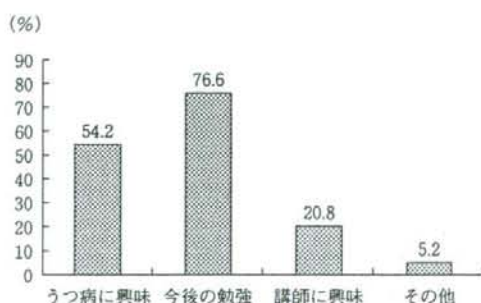


図7 講演会前のアンケートの質問「今回の講演会に参加された動機は何ですか?」(複数回答可)の回答 (n=192)

講演会前より、すでに95.8%の医師が「うつ病は治療できる病気である」という認識を持ってお

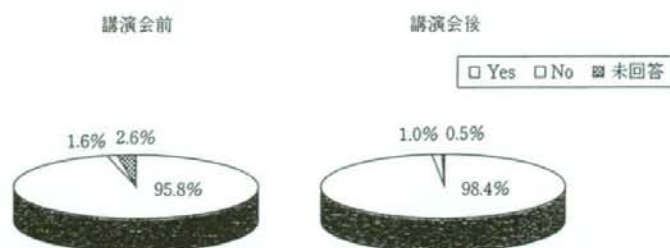


図 8 講演会前後のアンケートの質問
「うつ病は治療できる病気である」の回答の比較 (n=192)

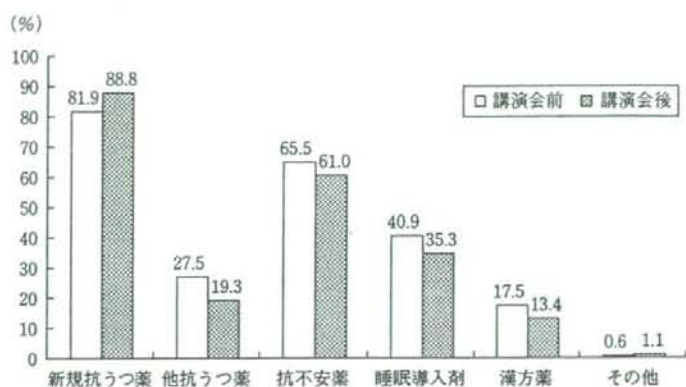


図 9 講演会前後のアンケートの質問
「うつ病と思われる患者さんにどのような薬剤を処方しますか？」(複数回答可)の回答の比較 (n=192)

り、講演会後には98.4%の医師が同様の認識を持っていると回答した(図8)。

講演会前に調査したうつ病患者に対する薬物療法の内訳(複数回答可)では、81.9%の医師が新規抗うつ薬を、27.5%の医師が他の抗うつ薬を処方すると回答した。講演会後は88.8%の医師が新規抗うつ薬を、19.3%の医師が他の抗うつ薬を処方すると回答した(図9)。

3. 講演会の感想及び講演会後の診療実態

講演会で参考になったこと(複数回答可)として、約7割の医師が「診断」、「治療」に関する内容が参考になったと回答した。さらに、48.9%の医師が「専門医への紹介のタイミング」に関する内容が参考になったと回答した(図10)。

また、このような講演会に今後も参加したいと

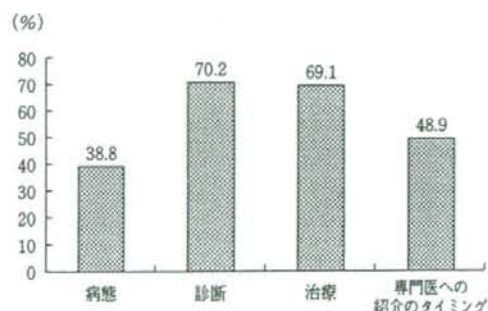


図 10 講演会後のアンケートの質問
「講演会で参考になったことは何ですか？」(複数回答可)の回答 (n=188)

答えた医師は97.9%であった(図11)。

講演会後に84.4%の医師が「うつ病の治療に積極的になった」(図12)、97.4%の医師が「診療の

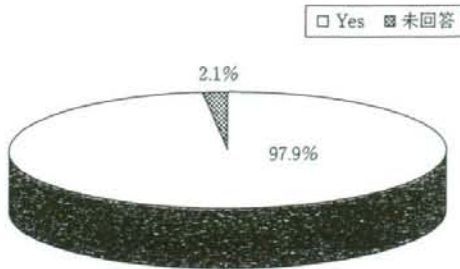


図 11 講演会後のアンケートの質問
「このような講演会には今後も参加いただけますか？」の回答 (n=192)

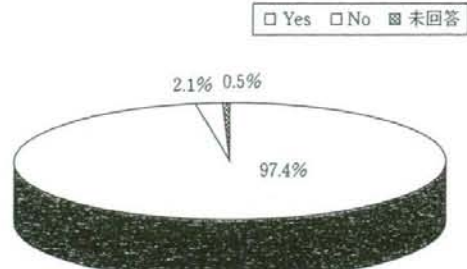


図 13 講演会後のアンケートの質問
「診療のなかでうつ病治療の必要性を感じた」の回答 (n=192)

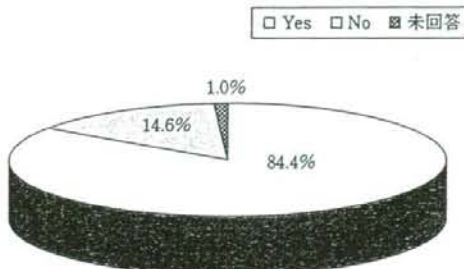


図 12 講演会後のアンケートの質問
「講演会後、うつ病の診断治療に積極的になった」の回答 (n=192)

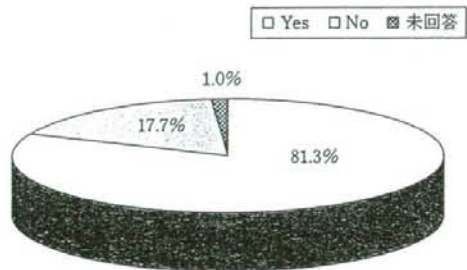


図 14 講演会後のアンケートの質問
「患者さんの病態を違う方向からとらえるようになった」の回答 (n=192)

なかでうつ病治療の必要性を感じた」と回答した(図13)。「患者さんの病態を違う方向からとらえるようになった」と答えた医師は81.3%であった(図14)。

講演会後(2~4週の期間)に患者さんのことで専門医と連絡を実際に取り合ったと回答した医師は20.3%であり、「今後連絡を取ろうと思う」と答えた70.3%を合計すると、90.6%の医師が専門医と連絡を取った、あるいは取る意志があることが示された(図15)。

考 察

本調査結果より、KOPNDAの講演会に参加したプライマリケア医の少なくとも一部は、すでにある程度うつ病診療の経験があり、精神科医と連携しながら治療をした経験があることが示された。賛否両論あろうが、うつ病診療に関心のないプラ

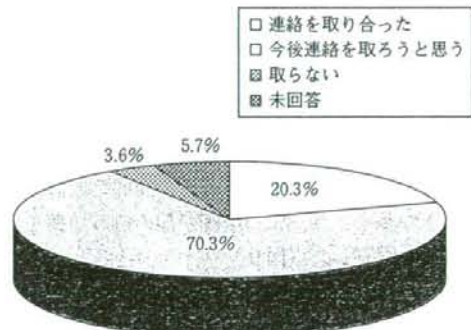


図 15 講演会後のアンケートの質問
「講演会後、患者さんのことで専門医と連絡を取り合ったことがありますか？」の回答 (n=192)

イマリケア医への啓発を推し進める際には、講演会という形式には(受講するという自発的な行動

が必要となり) 限界があると考え。このため、講演会以外の啓発媒体 (e-mail, インターネット, CD-ROM, DVD, 紙媒体, その他) の活用も並行して進めていくことが必要であろう。

うつ病患者の初診診療科として、約6割を超える患者が内科を受診、続いて婦人科、脳神経外科、精神科と続くとする報告もある⁹⁾。自殺者の半数以上が、自殺を実行する1ヶ月以内に何らかの身体症状を訴えて精神科以外の医療機関を受診しているという報告もあることから¹⁰⁾、精神科以外の医師がこのような知識を持って診療にあたるのが、うつ病の早期発見や自殺のリスク軽減につながることで期待できる。

今回の講演会前のアンケート調査では、うつ病の診断方法を、「知っている」と答えた医師は約2割程度、「ある程度知っている」と答えた医師は約7割程度と、程度の差こそあれ、アンケート回答者の多くがうつ病の診断法に関して何らかの知識を有していることが確認できた。ただし、「講演会で参考になったことは何ですか?」の回答に、「診断」と答えた医師が7割にも達した結果が示しているように、当該講演会受講者の診断法に関する関心の高さは明らかであった。今後、開催する講演会の性質・目的によっては、プライマリケア医に対しても、うつ病の異種性、注意すべき鑑別診断、うつ病の慣用診断と操作的診断の差異やそれぞれの使用上の利点・欠点・注意点、その他、うつ病診断に関する種々の情報も提供していくことを検討すべきである。

大半のプライマリケア医に、「うつ病は治療できる病気」という意識が根付いており、今回の講演会後には、さらに多くのプライマリケア医が「うつ病は治療できる病気」と回答していた。一般に、専門医はもちろんプライマリケア医においても、治療抵抗性あるいは遷延性のうつ病患者が存在することは認識されていると考える。ただ、少なくとも半数以上のうつ病患者に抗うつ薬が奏効する事実や、精神療法が更にその治療効果を高めることを改めて周知していく必要があると考える。うつ病の治療に必要な基本的メニューは、①休養、②薬物療法、③支持的精神療法であるとされる³⁾。この治療に関する基本的な知識をより多

くのプライマリケア医に普及させることが重要である。

うつ病患者に対する処方薬剤として、プライマリケア医の少なくとも8割から9割が抗うつ薬を処方すると答えた。抗不安薬や睡眠導入剤のみの治療で、うつ病の症状が改善することもあるが、一方で症状が遷延化する場合もある²⁾。一方、抗うつ薬による自殺企図のリスク¹¹⁾や、抗不安薬の依存性¹²⁾の問題もあることから、患者さんや家族に対してはもちろん、プライマリケア医に対しても、これらの問題 (向精神薬による有害事象) を十分かつ誤解がないように説明することが重要である。

抗うつ薬、とりわけ選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) を代表とする新規抗うつ薬に比較的多く認められる有害事象のひとつに activation syndrome (賦活症候群) があり、時として自殺関連事象に発展することがある¹³⁾。臨床実地において、特に小児・若年者に対して抗うつ薬治療を選択する場合には、少量より投与開始し、初回投与後は、より短期間 (例えば1週間以内) の診察を心がけて、特に2ヶ月以内は注意が必要であろう。Activation syndrome が生じた場合には、薬物を減量ないし中止したり (すでに長期間服用している場合には中止後症候群¹⁴⁾に注意)、軽度の場合には気分安定薬 (mood stabilizer) や抗不安薬の併用が考えられる。また、診断の再考 (双極性障害、人格障害等の可能性の検討) も必要である。

今回のアンケート調査で明らかになったように、少なくとも、うつ病診療に関心の高いプライマリケア医の多くは、精神科医との連携の必要性をすでに認識している。平成19年に政府が策定した自殺総合対策大綱を踏まえ、平成20年の診療報酬改定で厚生労働省は、自殺防止の観点から、内科などの受診者のなかからうつ病が疑われる患者さんを精神科医に紹介することを評価する方針を示した。より多くのプライマリケア医にうつ病診療に関する知識と同時に精神科医等の専門医へ紹介する適切なタイミングを啓発していくことが重要である。

今回のアンケート調査で、受講者にとって参考

になったこととして、約半数の医師が「専門医への紹介のタイミング」と回答し、約9割の医師が「(講演会后) 専門医と連絡を取り合った」または「今後連絡を取ろうと思う」と答えている。これは、当該講演会の大きな成果だと考えられる。なお、講演会そのものが、プライマリケア医と精神科医との診療連携のきっかけにもなり得る。今後、各地域において、プライマリケア医と精神科医の連携をとりやすくするために、わかりやすく実効性を伴った医療連携システムの構築が望まれる。

謝 辞

本報告にあたり、各講演会で講師を務めて頂いた先生方、調査にご協力頂いた先生方に厚く御礼申し上げます。本調査は、グラクソ・スミスクライン株式会社協賛のもと実施した。

(平成20年9月4日 受理)

文 献

- 1) 井上猛：不安障害の薬物治療の最前線，日本薬理学雑誌，125：297-300，2005。
- 2) 神庭重信：困ったときに紹介できる「顔の見える連携」を，Japan Medicine，No.1240：30，2008。
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：平成17年 人口動態統計(確定数)の概況第14表 主な死因別にみた都道府県(15大都市再掲)別死亡数・死亡率(人口10万対)，2005。
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：平成18年 人口動態統計(確定数)の概況第14表 主な死因別にみた都道府県(16大都市再掲)別死亡数・死亡率(人口10万対)，2006。
- 5) 厚生労働省：医薬品・医療機器等安全性情報 No.222，2006。
- 6) 三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療，心身医学，42：585-591，2002。
- 7) 尾鷲登志美，大坪天平：Activation Syndrome と自殺関連行動，臨床精神医学，36(増刊号)：92-97，2007。
- 8) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント，医学書院，東京，2006。
- 9) 高橋祥友：プライマリケアにおける自殺予防の基礎知識，日本医事新報，No.4347：57-62，2007。
- 10) 辻敬一郎，田島治：抗うつ薬による賦活症候群(activation syndrome) と自殺関連現象，精神科，10：2-9，2007。
- 11) World Health Organization：Preventing Suicide：A Resource for General Physicians. WHO/MNH/MBD/00.1, World Health Organization, Geneva, 2000.