

200833050A

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

地域における一般診療科と精神科の連携による
うつ病患者/自殺ハイリスク者の発見と支援

平成20年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 稲垣 正俊

平成21(2009年)年3月

目 次

I. 総括研究報告

地域における一般診療科と精神科の連携によるうつ病患者/自殺ハイリスク者の
発見と支援

稲垣正俊 ----- 3

II. 分担研究報告

1. 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

稲垣正俊 ----- 10

2. 内科外来における身体疾患治療とうつ病患者/自殺ハイリスク者の実態把握

石蔵文信 ----- 26

(資料) 別添1、別添2

3. 不眠や他の愁訴から気分障害および自殺リスクを予測するための

評価尺度の検討

三島和夫 ----- 49

4. 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

山田光彦 ----- 63

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 74

IV. 研究成果の刊行物・別刷 ----- 76

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

総括研究報告書

地域における一般診療科と精神科の連携によるうつ病患者/自殺ハイリスク者の発見と支援

主任研究者 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 本研究は、我が国においてうつ病患者/自殺ハイリスク者の発見と支援を目指し、一般診療科医師によるうつ病患者/自殺ハイリスク者の同定と治療導入のためのモデルを提唱することを目的とする。その目的のために、一般市民、一般診療科医師に対する啓発、一般診療科医師に対する教育介入プログラムの作成とその評価法の確立、スクリーニング手法の確立、一般診療科医師と精神科の連携の障害要因の抽出と連携モデルの提唱を行う。

本年度は医療従事者のうつ病に対する態度尺度、自殺に対する態度尺度の実施可能性を検討するとともに予備的に実態の調査を行った。一般医と精神科の連携を目指しているGPネット会員の間のうつ病治療についての認識、役割分担についてのアンケート調査を行った。一般住民及び医療従事者に対するうつ病または抗うつ薬の啓発資材の収集を行い、その内容を分析した。また、一般住民中の睡眠問題とうつ病の併存率を調査した。一般医と精神科の連携だけでなく地域全体でうつ病に取り組んでいるEuropa Alliance Against Depression (EAAD)の取り組みを詳細に検討し、日本における対策について考察を行った。うつ病に対する態度尺度、自殺に対する態度尺度とも高い実施可能性が確認された。予備的な検討から、一般医はうつ病の治療を大変と感じているが、看護師が有益な人材になるとも考えていた。一般医と精神科医の間でうつ病治療の役割についての認識に差が認められた。一般住民中においてうつ病の併存が疑われる不眠症の有病率は5.5%であった。EAADではプライマリケア医に対するうつ病教育を実施するとともに地域全体への働きかけを行うなど、複合的な対策が実施されていた。ここまでに行った調査か

ら、一般診療科医師によりうつ病を同定し治療に導入することにより自殺ハイリスク者を支援につなげるためには多くの障害が存在することが示された。今後は、これら障害を克服するための複合的に組み合わせた対策が必要で、そのためにもそれぞれの対策の効果の検証や必要な資材の開発が必要である。

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数は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)、致死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。

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(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)。

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ージ

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 Korfら、Nuttら)。

そこで、本研究班では、1) 昨年まで本研究班で作成してきた、医療従事者のうつ病に対する態度尺度の実施可能性の検討と予備的な実態調査、2) 自殺に対する態度尺度の実施可能性の検討、3) 一般医-精神科医ネットワーク参加者のうつ病治療に関する役割分担についての意識調査、4) 一般住民及び医療従事者に対するうつ病または抗うつ薬の啓発資料の収集と内容の分析、5) 睡眠症状をスクリーニングや気づきに使用可能かどうかを検討するための一般住民中の睡眠問題とうつ病の併存率の調査、6) 一般医と精神科の連携だけでなく

地域全体でうつ病に取り組んでいるEuropa Alliance Against Depression (EAAD)の取り組みの詳細な検討、などを継続して行っている。

B. 研究方法

1) 医療従事者のうつ病に対する態度尺度の実施可能性：本研究班で昨年に日本語版を作成した医療従事者のうつ病に対する態度尺度 (DAQ) をうつ病に関する教育機会に参加している医療関係者を対象として実施した。大阪の一般医-精神科医ネットワーク (大阪GPネット) の会員に郵送により実施した。また、兵庫県立精神保健福祉センターと兵庫県医師会が主催したかかりつけ医うつ病対応力向上研修会の参加者に対して研修の開始前と終了後の二度実施し、結果を集計した。

2) 自殺に対する態度尺度の実施可能性：大阪GPネットが後援となっている企業の人事担当者を対象としたセミナーへの参加者に対して、セミナー開始前と終了後の二度、自殺に対する態度尺度を実施し、結果を集計した。

3) うつ病治療の役割分担についての意識調査：本研究班で作成した、一般診療科医師と精神科医師それぞれのうつ病治療の役割分担についての意識調査アンケートを、

大阪GPネット会員に対して郵送した、回答された内容を集積した。

4) うつ病/抗うつ薬啓発資料の収集：抗うつ薬を製造・販売する全ての会社から、うつ病または抗うつ薬に関する啓発パンフレット等の紙媒体を網羅的に収集し、内容分析を行った。

5) 睡眠問題とうつ病の併存率調査：厚生省保健福祉動向調査標本から不眠症の有病(症)率およびうつ病有病率を算出し、うつ病の併存が疑われる不眠症の有病率を調査した。

6) EAAD取り組みの検討：プライマリケア医に対するうつ病教育と地域全体への啓発を組み合わせた先進的取り組みであるEAADの取り組みを、Web、報告論文、現地取材および取材者であるHegerl U教授からのヒアリングにより、詳細な情報を収集し、その情報を元に日本における取り組みについての考察を行った。

C. 研究結果

1) 医療従事者のうつ病に対する態度尺度の実施可能性：大阪GPネット会員180名のうち79名(44%)から回答を回収した。3名がDAQに未回答であった。76名中、精神科と心療内科を除く63名の各項目平均値が得ら

れた。結果の概要として、一般診療科医は、うつ病患者とともに治療に取り組むことは重いことで、うつ病患者のニーズを扱うことは気楽なことではない、しかし、看護師はうつ病患者の支援に役立つと考えていると推測された。

かかりつけ医うつ病対応力向上研修会の参加者に対して実施した結果は現在集計中である。

2) 自殺に対する態度尺度の実施可能性：セミナー参加者63名を対象にアンケートを依頼した結果、47名(75%)から回答が得られた。セミナー参加者のほとんどが、自殺は防ぐことができる、と考えていた。

3) うつ病治療の役割分担についての意識調査：会員210名に郵送し、77名(37%)から回答を得た。一般医、精神科医とも、「精神疾患に関する知識がある場合には一般医がある程度の治療を行って良い」と共通して考えていたが、薬物処方量や、再診までの期間など、一般医と精神科医の間で、一般医が気分障害・不安障害を治療する場合についての認識について差が認められた。

4) うつ病/抗うつ薬啓発資料の収集：今日の治療薬2008年版から抗うつ薬を製造・販売している会社が23社同定された。全てに対し電話・郵送で依頼をした結果、14社から資料が郵送された。現在、その資料の

内容分析を進めている。

5) 睡眠問題とうつ病の併存率調査：2455名1名のデータから、不眠の有症状率は43.4%であった。うつ病の併存が疑われる不眠症の有病率は5.5% (n=1357)であり、不眠症者全体の12.7%を占めた。

6) EAAD取り組みの検討：プライマリケア医に対するうつ病教育介入だけでなく、地域への啓発やメディアとの共同活動、多職種へのトレーニング、ハイリスクグループや自助活動の支援など、地域で包括的な活動が実施されていた。

D. 考察

1) 医療従事者のうつ病に対する態度尺度の実施可能性：高い実施可能性が示された。今後は、妥当性の検討を継続するとともに、教育介入や実態調査への有用性を示していく必要がある。

2) 自殺に対する態度尺度の実施可能性：高い実施可能性が示された。今後は、妥当性の検討を継続するとともに、教育介入や実態調査への有用性を示していく必要がある。

3) うつ病治療の役割分担についての意識調査：今後は、一般医と精神科医の間で積極的にケースカンファレンスを行うなど、双方それぞれ治療に対する役割について共

通の認識を持つ必要性が伺えた。

4) うつ病/抗うつ薬啓発資料の収集：近年発売された抗うつ薬を製造・販売する会社は何らかの資料を持っていた。内容の分析を現在行っている。

5) 睡眠問題とうつ病の併存率調査：不眠を呈する患者を診療する際には常にうつ病を併存している危険性を考慮すべきであることが示唆された。

6) EAAD取り組みの検討：様々なレベルでうつ病対策の障害要因が言われており、複合的な介入であるEAADの取り組みは参考とすべき点が多い。しかし、わが国ではエビデンスが限られており、利用できる資料も少なく、今後問題を解決していく必要がある。

E. 結論

一般身体科を受診したうつ病患者を適切に同定し、治療に結びつけるためには、体系的なスクリーニング、精神保健の知識を持つケースマネージャ、精神科医による支援など、一般診療科と精神科の連携を更に強める必要がある。現時点では、一般診療科でのうつ病治療には幾つかの障害が存在し、これら障害を克服するためには、一般身体科医と精神科医それぞれの役割分担について共通した認識を持つ必要がある。様

々なうつ病についての教育だけでなく、一般診療科と精神科のあいだでの積極的なケースカンファレンスなどが今後必要になると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

なし

H. 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

II. 分担研究報告書

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

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。昨年度は、海外で開発された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 Depression Attitude Questionnaire (DAQ) および自殺に対する態度尺度 Attitude Toward Suicide (ATTS) を日本語に訳し、back-translation を行った。今年度は、本尺度を GP ネットに参加する医師、かかりつけ医うつ病対応力向上研修会に参加した受講生を対象に本尺度を実施し、実施可能性と、予備的結果を得た。また、うつ病についての啓発の実態を調査する目的で 2008 年中に、抗うつ薬を製造・販売している会社が一般人、医療関係者などを対象に配布しているパンフレットなどの啓発物を網羅的に収集し、その内容分析に着手した。

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、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) 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)、ほとんどの例で治療に至っていないと言われている。

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 (Rouc

hell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諸外国での研究を概観すると、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、系統的なうつ病スクリーニングの実施、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)。

しかし、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)。

Ballengerらは、うつ病を患う患者が適切な治療に結びつけることを阻害している要因を、1) 患者要因、2) 医療者要因、3) 保健制度要因、4) 社会的要因、に分けて考察している。例えば、1) の要因では、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、治療に導入されたとしても治療コンプライアンスが低い、診療場面で心理的症状より身体的症状を訴えやすい、といったことが問題として挙げられている。要因2) では、医療者側にうつ病の診断・治療の知識・技術が足りない、技術習得や教育の機会がない、診療に十分な時間がとれないなどが挙げられている。要因3) として精神疾患に対して十分な診療報酬が割り当てられていない、スクリーニングシステムやケースマネージャによるケアシステムが取り入れられていないなど構造的な問題がある、精神科との連携が足りない、技術習得や教育の機会が少ないなどが挙げられている。

これらのことから、今後わが国で、うつ

病患者を適切な治療の結びつけるためには前述の阻害要因を解決するための対策を講じる必要がある。そこで、本研究班ではこれら問題を、1) 一般市民に対するうつ病/自殺についての啓発、2) 一般診療科従事者に対するうつ病/自殺の啓発、3) 一般診療科におけるうつ病診断と治療導入の促進、4) 一般診療科と精神科の連携、という課題としてとらえ、これら課題の解決に利用可能な資材、資料、知見を作成、収集することとしている。これらに則り、

「自殺に対する態度測定のための尺度作成と実態調査」、「医療従事者のうつ病に対する態度測定のための尺度作成と実態調査」、「不眠症状によるうつ病スクリーニングの可能性の検討」、「一般診療科におけるうつ病有病率、同定率、治療導入率の調査」、「海外のEAADモデルの検討」、「G-Pネット活動モデルの検討」を本研究班で実施しており、本分担課題では、うつ病や自殺に対する態度測定のための尺度作成を行ってきた。

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。Mann博士らによるDAQの作成手順は、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?)、を基に項目が抽出された。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、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)。

本研究班では昨年度までに、以下の手順により上記のDepression Attitude Questionnaire (DAQ) の日本語版を作成した。DAQ英語版の製作者であり著作権を持つ研究者Mann博士に日本語版作成、研究への使用の承諾を得たうえで、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に翻訳し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、英語を母国語とする日本語に堪能な独立した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、3回の修正を行い、日本語版を作成した。

本年度は、日本語版の実施可能性及び予備的な実態調査結果を得ることを目的として、うつ病患者に対応するための何らかの教育機会に参加している医療関係者を対象

として、このDAQ日本語版を実施した。

また、昨年作成した自殺に対する態度尺度を予備的に実施し、その実施可能性と予備的な実態調査を行った。

これとは別に、一般住民や医療従事者に対するうつ病についての啓発の実態を調査することを目的として、特に、抗うつ薬を製造販売している会社・組織が作成した抗うつ薬・うつ病についての啓発パンフレットなどの媒体を網羅的に収集しその内容を分析することとした。

B. 研究方法

(研究1) DAQ 日本語版の実施可能性及び予備的な実態調査結果についての検討：
うつ病患者に対応するための何らかの教育機会に参加している医療関係者を対象として、このDAQ日本語版を実施した。具体的な実施対象として本年度は、大阪を中心として活動している一般医-精神科医ネットワーク（以後、大阪G-Pネットと呼ぶ）会員の内、郵送による調査にあらかじめ同意していた者と、兵庫県立精神保健福祉センターと（社）兵庫県医師会が主催した平成20年度かかりつけ医うつ病対応力向上研修会（平成21年1月31日と2月5日の2回）への参加者とした。

大阪G-Pネットについては

<http://www.gp-network.jp/>に詳細が記載されている。内科などの一般医の精神・神経疾患に関する理解を深めること、一般医から精神・神経科への紹介をスムーズにすること、精神・神経科から一般医への紹介をスムーズにすること、さらにはお互いの連携と相互理解を深めることなどを目的としており、今後の一般医と精神科医との連携や相互理解に興味のある対象者と言える。また、かかりつけ医うつ病対応力向上研修会への参加者も、うつ病患者への対応についての知識、技術などについて興味を持った対象者と言える。DAQが実態調査に使用できることに加え、研修会などで教育すべき内容を検討するための調査に使用できることを考慮すると、適切な対象者と考えた。

大阪G-Pネット会員に対しては郵送法（平成20年7月郵送）にて1回調査を行った。かかりつけ医うつ病対応力向上研修会では、研修会開始前及び研修会終了後の2回、その会場にてDAQを配布し、回収した。

調査項目はDAQ日本語版に加え、年齢などの背景情報、日常の臨床状況などを含めた。

(研究2) 自殺に対する態度尺度の予備的な実施可能性及び実態についての調査：

昨年度、本研究班で作成した、自殺に対する態度尺度日本語版を、企業の人事担当者等を対象としたセミナー（ワーク・ライフバランス チャリティ健康セミナー 企業人のためのメンタルヘルス、平成 20 年 10 月 9 日、10 日の 2 日間、参加費 5 万円、ポスター、メール、電話による勧誘などで告知し参加者を募った。大阪 G-P ネットが後援となっている）の主催者及び参加者に許可を頂き、セミナー開始前と、セミナー終了後の 2 回、予備的に実施した。

（研究 3）一般住民や医療従事者に対するうつ病についての啓発の実態を調査：

「今日の治療薬 2008 年版」に記載された抗うつ薬を製造・販売する全ての会社に電話でコンタクトし、調査の目的、利用方法などを口頭で説明した上で、各会社の担当部署に郵送法でパンフレット等の提供を依頼した。

提供を依頼するパンフレット等の定義は、2008 年 1 月 1 日から調査時点までに配布・掲示等により使用している、うつ病または抗うつ薬の啓発・説明を目的とした、パンフレット、リーフレット、ポスター等の出版・印刷物（紙媒体のみ）で、特定の患者への配布を目的とした物、病院内での掲示、医療スタッフに対する配布を目的とした物とした。ただし、講演会のフライヤー、

雑誌等への広告、添付文書、インタビューフォーム、剤型情報、包装およびそれらの変更のお知らせは除外した。

C. 研究結果

（研究 1）DAQ 日本語版の実施可能性及び予備的な実態調査結果についての検討：

大阪 G-P ネット会員 300 名中、180 名があらかじめ G-P ネットが主催する何らかの郵送によるアンケートおよび研究調査への参加に同意しており、その 180 名に対して郵送にて DAQ を含む調査票を発送した。結果、79 名（返信率 44%）から調査票の返信が得られた。その内 3 名は全ての DAQ 項目に未回答であった（79 名中の 4%）。DAQ 項目に一部でも未回答のあったのは、全項目未回答の 3 名を含み、6 名（79 名中の 8%）であった。一部でも回答のあった対象者 76 名の内、13 名が精神科または心療内科を専門としており、それ以外の 63 名で各項目の平均値を算出した。

平均年齢は 50.9 歳（32 歳から 82 歳）、医師経験年数の平均は 24 年（最小年 1 年から最大 54 年）、43 名（68%）が男性、50 名（79%）が内科、4 名（6%）が婦人科、3 名（5%）が整形外科、2 名（3%）が公衆衛生学または産業医、4 名（6%）その他という集団であった。

図1

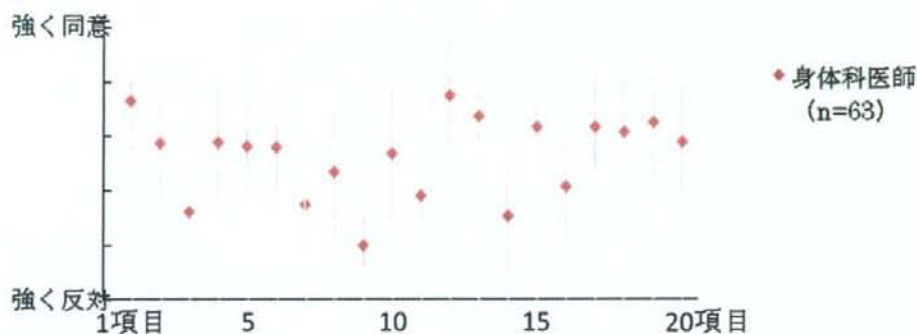


図2

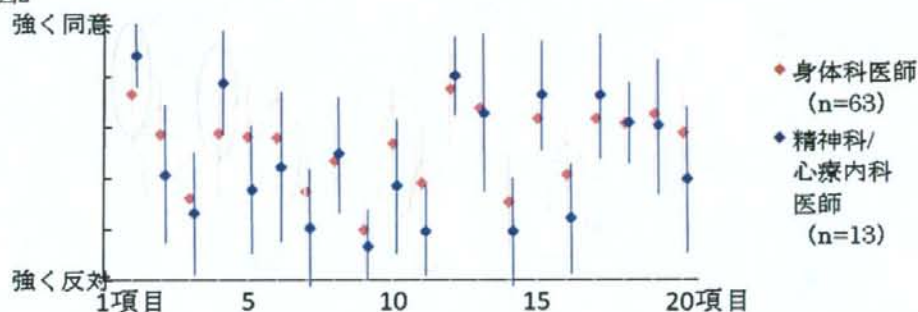
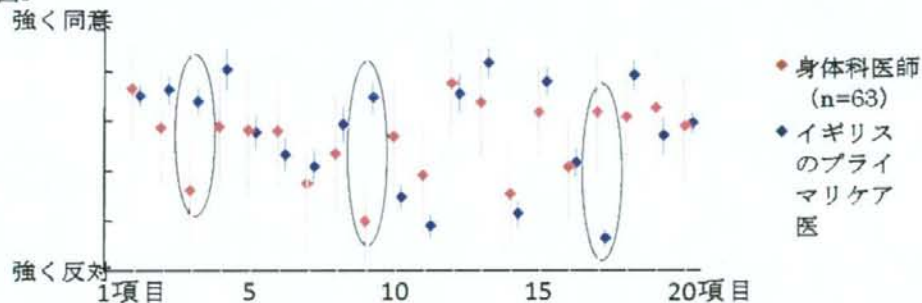


図3



その結果をプロットし、概観した結果 (図 1 参照)、1、12、13 項目が比較的「強く同意」に偏っており、9 項目目が「強く反対」に偏っていた。それぞれの項目内容を以下に示す。

- 一般診療科医師が比較的「強く同意」した項目：
 - 項目 1：過去 5 年間に、私は、う

つ病症状のある患者数の増加を目の当たりにしてきた

- 項目 12：看護師は、うつ病患者の支援に役立つ人となりうる
- 項目 13：(あなたの日々の臨床において) うつ病患者と共に取り組むのは重いことだ
- 比較的強く反対した項目：

- ▶ 項目 9：うつ病患者のニーズを扱うことは気楽なことだ

また、身体科医師 63 名と精神科または心療内科の医師 13 名のプロットを重ねた図を作成し（図 2 参照）、概観した結果、項目 1、4 で精神科医が「強く同意」したのに対し身体科医師はそれほど「強く同意」していないという結果であった。逆に項目 2、8、10、11、16、20 では精神科医師と比較して身体科医師の方が「強く同意」した項目であった。それぞれの項目内容を以下に示す。

- 精神科医師が身体科医師と比較して「強く同意」した項目

- ▶ 項目 1：過去 5 年間に、私は、うつ病症状のある患者数の増加を目の当たりにしてきた
- ▶ 項目 4：重症うつ病の基盤として、生化学的な異常が横たわる

- 精神科医と比較して身体科医師の方が「強く同意」した項目（つまり、身体科医師の方が強く反対しなかった項目）

- ▶ 項目 2：一般診療科におけるうつ病の大多数は、患者の最近の不幸な出来事に起因する
- ▶ 項目 8：うつ病患者は、他の人々と比較して、幼少の時に剥奪（必要

なものが欠如、喪失していること、または与えないこと）を経験していることが多い

- ▶ 項目 10：うつ病は、変化に対応できないという患者の特徴的な反応を反映したものだ

- ▶ 項目 11：うつ病になるのは老いていく中で自然なことだ

- ▶ 項目 16：うつ病患者に精神療法は失敗しがちだ

- ▶ 項目 20：もし、精神療法が制約なく利用可能なら、ほとんどのうつ病患者にとって、抗うつ薬より有益だろう

また、今回得られたデータを既に海外で発表されたイギリスのプライマリケア医の結果（Botega N, Int J Methods Psychiatr Res. 1992）との比較のためにプロットした図を作成した（図 3 参照）。その結果、項目 3、9 で日本人身体科医師は強く反対したのに対し、イギリスプライマリケア医は比較的同意しているという違いが認められた。また、項目 17 では逆に、日本人身体科医は比較的同意しているのに対し、イギリスプライマリケア医は強く反対しているという違いが認められた。

- 日本人身体科医師が「強く反対」したのに対し、イギリスプライマリケア医

が比較的「同意」していた項目

- ▶ 項目 3：一般診療科で遭遇するうつ病の大部分は、薬物療法なしに改善する
- ▶ 項目 9：うつ病患者のニーズを扱うことは気楽なことだ

- 日本人身体科医師は比較的「同意」しているのに対し、イギリスプライマリケア医が「強く反対」していた項目
 - ▶ 項目 17：もし、うつ病患者が抗うつ薬を必要とするなら、一般診療科医よりも精神科医が診るほうが良い

かかりつけ医うつ病対応力向上研修会の参加者に対して実施した結果は現在集計中である。

（研究 2）自殺に対する態度尺度の予備的な実施可能性及び実態についての調査：
セミナー参加者 63 名を対象に調査を行った。その内 47 名（75%）から回答を得られた。男性 37 名、女性 10 名で、平均年齢 46 歳という対象であった。

5 件法の質問をそれぞれ 1-5 スコアにコード化し、その平均点をプロットし、概観した。その結果、項目 6、7、17、24、36 で全くそう思わない傾向が強く、項目 9、37 で全くそう思う傾向が強いという結果が得られた。

- 「全くそう思わない」傾向の強い項目：

- ▶ 項目 6：自殺は、不治の病から逃れる手段として受け入れられるべきだ
- ▶ 項目 7：自殺をしようとする試みの多くは、誰かを罰するため、あるいは誰かに復讐するためにおこなわれる
- ▶ 項目 17：私は、実際にそう思っていないなくても、自ら命を絶つと口にするかもしれない

- ▶ 項目 24：もし誰かが自ら命を絶ちたいと思っても、それはその人の問題なので、邪魔すべきではない

- ▶ 項目 36：もし私が、重い不治の病に苦しんだなら、誰かに自殺の手助けをしてもらいたい

- 「全くそう思う」傾向の強い項目：

- ▶ 項目 9：自殺しようとする人を止めようとするのは、人としての義務だ
- ▶ 項目 37：自殺は防ぐことができる

（研究 3）一般住民や医療従事者に対するうつ病についての啓発の実態を調査：

今日の治療薬 2008 年版から抗うつ薬を製造・販売している会社が 23 社、特定さ

れた。その全てに対して、電話およびその後の郵送で依頼をした。結果、全ての会社・組織と連絡が取れたが、3社が電話でのコンタクトの段階で、「適合するパンフレットはない」と回答された。また、6社が郵送にて「適合するパンフレットはない」と回答した。残り14社から何らかの資料が郵送されてきた。

現在、その資料の内容分析を進めている段階である。

E. 結論

一般医と精神科医の連携のための会や、一般医のうつ病対応研修などに参加した医師を対象とした調査の結果、一般医は、対照とした精神科医ほどではないにしろ、うつ病患者が近年増加してきていると感じていた。しかし、うつ病患者の治療を行う事は気軽ではなく重いことだと感じていた。また、海外のプライマリケア医に比べて、うつ病治療は専門家に任せるべきだと考えているようであった。しかしその状況の中でも、看護師がうつ病患者の支援に役立つと考えていた。今後は、海外のcollaborative careの様に、看護師などコメディカルを含むチーム医療の形態による対応方法を検討するのがよいのかもしれない。また、同時に、身体科医師と精神科

医の連携も重要であろう。

今後も、うつ病や自殺に対する態度（意識）調査結果の解析を進めるとともに、うつ病についての啓発の実態調査結果も解析を進めていき、実態を明らかにしていく。

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