

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: Neu-*

- robiological, 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
1. Inagaki M, Matsumoto T, Kawano K, Yamada M, Takeshima T: Rethinking suicide prevention in Asia countries. *Lancet* 372: 1630, 2008.
2. Inagaki M, Ouchi Y, Takeshima T, Yamada M: Outreach in the real world: *BMJ*: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/36/7648/800#194015>. 2008.
3. 稲垣正俊, 内富庸介: がん患者の倦怠感 (がんに関連する倦怠感). *精神医学* 50(6): 587-595, 2008.
- 学会発表
1. Yamada M, Inagaki M, Yonemoto A, Ouchi Y, Watanabe K, Takahashi K:

- 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. 稲垣正俊, 大内幸恵, Ssrb Johal, 米本直裕, 渡辺恭江, 田中聰史, 小高真美, 山田光彦: 根拠に基づき策定された海外の自殺対策とわが国の自殺対策. 第 32 回日本自殺予防学会総会, 岩手, 2008. 4. 18-19.
 3. 小高真美, ヴィタ・ボシュトヴァン, 稲垣正俊, 山田光彦: 自殺に対する態度を測定する尺度の系統的レビュー. 第 32 回日本自殺予防学会 総会, 岩手, 2008. 4. 18-19.
 4. 大内幸恵, 米本直裕, 渡辺恭江, 田島美幸, 稲垣正俊, 山田光彦: マスメディアの自殺報道と実際の自殺行動との関連. 第 32 回日本自殺予防学会 総会, 岩手, 2008. 4. 18-19.
 5. 米本直裕, 遠藤香, 永井周子, 稲垣正俊, 山田光彦: 臨床試験データベースに登録された自殺予防およびその関連領域の研究. 第 32 回日本自殺予防学会 総会, 岩手, 2008. 4. 18-19.
 6. Masatoshi Inagaki, Mitsuhiko Yamada, Kiyohisa Takahashi, and J-MISP Group: Japanese multimodal intervention trials for suicide prevention, J-MISP. World Congress of Psychiatry 2008, Prague, 2008. 9. 20-25.
 7. Yamada M, Inagaki M, Takahashi K, J-MISP Group: Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention, J-MISP. 第 3 回アジア太平洋地域自殺予防学会, 香港, 2008. 10. 31-11. 3.
 8. Sakai A, Ono Y, Otsuka K, Inagaki M, Yamada M, Takahashi K, J-MISP: A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: A Novel multimodal Community Intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. 第 3 回アジア太平洋地域自殺予防学会, 香港, 2008. 10. 31-11. 3.
 9. Kawanishi C, Hirayasu Y, Aruga T, Higuchi T, Ueda S, Kanba S, Fujita T, Inagaki M, Yamada M, Takahashi K, J-MISP: A randomized, controlled, multicenter trial of

- post-suicide attempt intervention for the prevention of further attempts (ACTION-J): the national strategic research project for preventing suicide in Japan. 第3回アジア太平洋地域自殺予防学会, 香港, 2008.10.31-11.3.
10. Yonemoto N, Endo K, Nagai S, Inagaki M, Yamada M: Clinical trials with persons at risk for suicidality: A systematic review of clinical trial registers. 第3回アジア太平洋地域自殺予防学会, 香港, 2008.10.31-11.3.
11. Kodaka M, Vita Postuvan, Inagaki M, Yamada M: A Systematic Review of Instruments measuring attitudes toward suicide. 第3回アジア太平洋地域自殺予防学会, 香港, 2008.10.31-11.3.
12. 山田光彦, 中川敦夫, 稲垣正俊, 稲垣中, 三好出, CRIP' N グループ: 精神・神経領域における臨床研究推進ネットワーク機構の試み-薬物療法の最適化を目指して. 第29回日本臨床薬理学会年会, 東京, 2008.12.4-6.
13. 小高真美, ヴィタ・ポシュトヴァン, 稲垣正俊, 山田光彦: 自殺に対する態度を測定する尺度の系統的レビュー. 国立精神・神経センター精神保健研究所 平成19年度研究報告会, 東京, 2008.3.10.
14. 山田光彦, 山田美佐, 高橋弘, 丸山良亮, 樋口輝彦: うつ病治癒メカニズムにおける glutamate 神経系の役割についての検討. 第41回精神神経系薬物治療研究報告会, 大阪, 2008.12.5.
15. 小高真美, 田中聰史, 高原円, 稲本淳子, 白川修一郎, 稲垣正俊, 加藤進昌, 山田光彦: 統合失調症入院患者の不規則な休息活動リズムとその関連要因の検討. 国立精神・神経センター精神保健研究所 平成20年度研究報告会, 東京, 2009.3.9.
16. 稲垣正俊, 山田光彦, 竹島正: わが国の自殺対策における自殺総合対策大綱の位置づけ-諸外国の自殺予防戦略との比較から. 国立精神・神経センター精神保健研究所 平成20年度研究報告会, 東京, 2009.3.9.
17. 木谷雅彦, 川野健治, 松本俊彦, 稲垣正俊, 勝又陽太郎, 赤澤正人, 竹島正: 都道府県・政令指定市における自殺対策取組状況に関する調査. 国立精神・神経センター精神保健研究所 平成20年度研究報告会, 東京,

2009. 3. 9.

2. 実用新案登録

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

3. その他

なし。

1. 特許取得

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

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

分担研究者 石蔵文信 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻

研究要旨 一般医と精神科医が共にうつ病などの精神疾患に対応し、スムーズな連携を図る必要がある。そこで、今後の連携に何が必要かを探るために、一般医と精神科医の意識について、アンケート調査を実施した。昨年度、研究者、臨床家の協議によりアンケートを作成した。アンケートの内容は、1) そもそも、一般医が気分・不安障害の治療を行うべきか、2) 一般医が抗うつ薬、抗不安薬を処方する場合の用量と注意する点など、3) 一般医が気分・不安障害の患者さんに薬物療法などを施行した場合の初診から再診までの期間について、4) 治療で症状に改善が見られない場合の対応、などから構成される。本年度はそのアンケートを、大阪を中心とした一般医-精神科医ネットワーク(通称 G-P ネット)の会員 210 名に、定期的に郵送する会報に同封して配布した。結果、77 名(回答率 37%)から回答を得た。55 名が一般医、22 名が精神科医であった。アンケートの結果から、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」と考えていると推測された。しかし、一般医はドグマチール以外の、SSRI や SNRI についての処方量についての質問に「無回答」が多く、これらの薬剤の処方に慣れておらず、目安とする処方量が少ない、もしくは知らない、という状況が推測された。気分・不安障害に対する一般医と精神科医それぞれの役割についての認識に差が認められたため、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。

A. 研究目的

我が国の自殺者数は年間3万人を超える高率で横ばい状態が続いている。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と言われている。一般診療科医師が診療場面で、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イ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している。このモデルは、地方郡部ではもちろんであるが、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、アルコール依存症、統合失調症などで高いことが知られている。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。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。

このような状況を踏まえ、各地で一般医と精神科医の地域における連携を目的とした活動が行われており、大阪を中心とした一般医-精神科医ネットワーク（通称G-Pネット）がその活動の中心となっている。こ

の活動は、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、「一般医-精神科医ネットワーク」を育てていくことを目的としている。大阪以外にも各地で同様の取り組みが行われている。これらの活動をより効果的とするために、一般医と精神科医のうつ病治療やそれぞれの役割に対する認識の違いについて、実態を明らかにすることが重要である。

そこで、本年度の本分担研究では、今後、一般医と精神科医が共にうつ病などの精神疾患にスムーズに連携して対応するために必要な要因を探索するために、一般医と精神科医の意識についてのアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

昨年度、本研究班で、研究者、臨床家の協議によりアンケートを作成した。そのアンケートの内容は、1) そもそも、一般医が気分・不安障害の治療を行うべきか、2) 一般医が抗うつ薬、抗不安薬を処方する場合の用量と注意する点など、3) 一般医が気分・不安障害の患者さんに薬物療法

などを施行した場合の初診から再診までの期間について、4) 治療で症状に改善が見られない場合の対応、などから構成される(別添 2 参照)。本年度はそのアンケートを、大阪 G-P ネットの会員に送付した。

C. 研究結果

大阪 GP ネット会員 210 名(内科など一般診療科医師 158 名、精神科医 52 名)に、12 月に、定期的に郵送する会報に同封して配布した。結果、77 名から回答を得た(回答率 37%)。55 名が一般医、22 名が精神科医であった。

アンケートの結果を概略すると以下のようであった(別添 1 参照)。一般医も精神科医も「一般医は、ある程度、気分障害と不安障害の治療を行って良い」と考えていた。しかし、精神疾患に関する知識があまりない場合には、精神科医は一般医よりも「一般医が治療をせず、専門医に紹介すべきだ」と答えたのに対し、一般医は「安定剤程度にすべき(までは許容する)」と答えており、差が認められた。それとは逆に、一般医が精神疾患に関する知識をある程度持っている場合には、一般医も精神科医も「ある程度は一般医が治療して良い」と答えていた。また、わずかではあるが、一般医は、「精神科との連携の必要性」をより

感じているという結果であった。

一般医が心理・行動療法を行う事に関しては、一般医も精神科医も多くが「一般医は傾聴にとどめておく」と答えた。しかし、一般医に比べて特に精神科医は「知識があれば一般医が心理・行動療法を行って良い」と考える傾向が見られた。

安定剤（ベンゾチアゼピン系抗不安薬）に関しては、多くの医師が、一般医が処方することに関して、「各一般医の判断に任せる」が、「原則少量で短期間の使用にとどめるべき」と回答している。スルピリド、タンロスピロン、トフィソパムなどを一般医が処方することに関しては、精神科医は一般医より慎重で、「一般医の判断で処方して良い」と考える率が少なく、処方する場合にも「用量や用法に注意すべき」と考えていた。スルピリドは、精神科医よりも一般医が高用量を使用する傾向が認められた。どの薬剤に関しても一般医では無回答の率が高いという結果であった。

SSRI や SNRI などの薬剤に関しては、スルピリド、タンロスピロン、トフィソパムなどと同様に、精神科医は一般医より慎重で、「一般医の判断で処方して良い」と考える率が少なく、処方する場合にも「用量や用法に注意すべき」と考えていた。一般医が処方する場合のフルボキサミンの最大

処方用量についての質問では、一般医より精神科医は高用量の処方量を目安として答えた。この傾向はパロキセチン、セルトラリン、ミルナシプラムでも同様であった。また、これら薬剤の処方量に関する質問でも、一般医では無回答の率が高いという結果であった。

一般医は、「一般医が三環・四環系抗うつ薬を処方することに関して消極的であった」のに対し、精神科医は一般医が処方することに関してそこまで消極的ではない、という違いが認められた。

一般医が薬物療法を実施した場合の再診までの期間についての質問では、多くの一般医、精神科医とも、1-2 週間以内が好ましいと回答していたが、約 15%の一般医は（精神科医は 0%）2-4 週間以内が好ましいと答えており、比較的再診までの時間が長い一般医が一部に認められた。一般医の治療によっても症状が改善しない場合には、一般医も精神科医も共通して「専門医への紹介」を推奨しているが、紹介までの期間に関しては、精神科医は、「8 週までは一般医が対応する」と答えた医師の割合が 35%を越えるのに対し、25%程度の一般医しか「8 週までは一般医が対応する」と答えていなかった。

D. 考察

これらのアンケートを通じて、精神科医は、一般医が気分・不安障害の治療を行っても良い・行うべきだとする考えを持っているようであるが、その前提として、ある程度の知識を持った上で治療すべきだと考えているようであった。また、一般医は精神科医と比較してドグマチール以外の、SSRI や SNRI についての処方に慣れておらず、目安とする最大処方量が少ないもしくは知らないという状況が推測された。

E. 結論

一般医と精神科医の間で治療法やそれぞれの役割についての認識に違いが認められた。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およびその治療方針について共通の認識を持つ必要性が伺えた。

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. 石蔵文信. 男性更年期障害とうつ. 分子精神医学 8(4), 381-382. 2008.
2. 石蔵文信. 患者接遇 さらなる患者接遇. 検査と技術 36(10), 1150-1155. 2008.
3. 石蔵文信. 地域における自殺対策の新展開 自殺は予防できる 精神科医と内科医のネットワーク構築. 公衆衛生 72(10), 818-821. 2008.
4. 石蔵文信. 心不全とうつ・不安障害. 睡眠医療 2(4), 413-416. 2008.
5. 石蔵文信. 男性更年期外来に付き添う妻たちの悩み. こころの科学 141, 101-107. 2008.
6. 石蔵文信. 男性更年期障害と精神神経症状. 日本医事新報 4393, 64-70. 2008.
7. 石蔵文信. 自殺対策とこころの病への対応 うつ病への対応. 月間司法書士. 438, 19-28. 2008.
8. 石蔵文信. 一般医の視点からみる職場のメンタルヘルス—過労死、過労自殺を減らすために—. 心の健康 53, 4-29. 2008.

学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

別添1 (送付したアンケート内容とその結果)

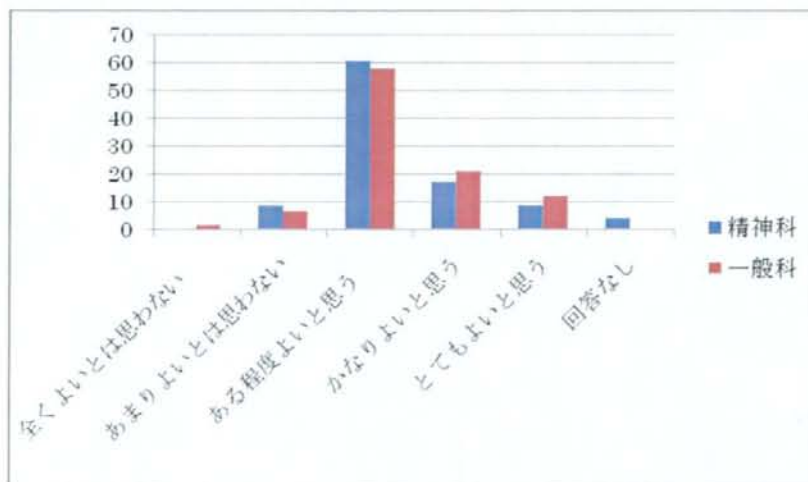
Q1. あなたは？ 1. 精神科医 2. 心療内科医 3. 精神科医、心療内科医以外の医師 (以下一般医とします)

一般医55名、精神科医22名

Q2. 一般医が気分障害と不安障害(以下、気分・不安障害)の治療を行うことに関して (印象で結構です)

1. 全くよいとは思わない
2. あまりよいとは思わない
3. ある程度よいと思う
4. かなりよいと思う
5. とてもよいと思う

有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



Q3. 一般医が気分・不安障害を疑った患者さんに関して 薬物治療を行なう場合

(治療薬に関しては枠内のように規定します) ●安定剤:ベンゾチアゼピン系抗不安薬

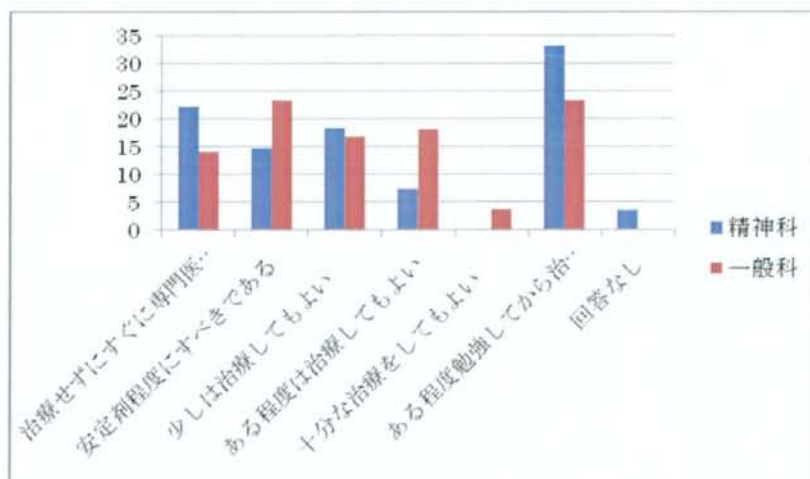
●少しの治療: ドグマチール、セディール、グランダキシンなどの治療

●ある程度の治療: SSRI やSNRI による治療、 十分な治療: 三環、四環系抗うつ薬による治療

●精神疾患に関する知識があまりない場合 (複数回答可) (その他の回答がある時は欄外にお書きください)

1. 治療せずにすぐに専門医に紹介すべきである
2. 安定剤程度にすべきである
3. 少しは治療してもよい
4. ある程度は治療してもよい
5. 十分な治療をしてもよい
6. ある程度勉強してから治療すべきである

有効回答数、精神科医27名、一般科医77回答

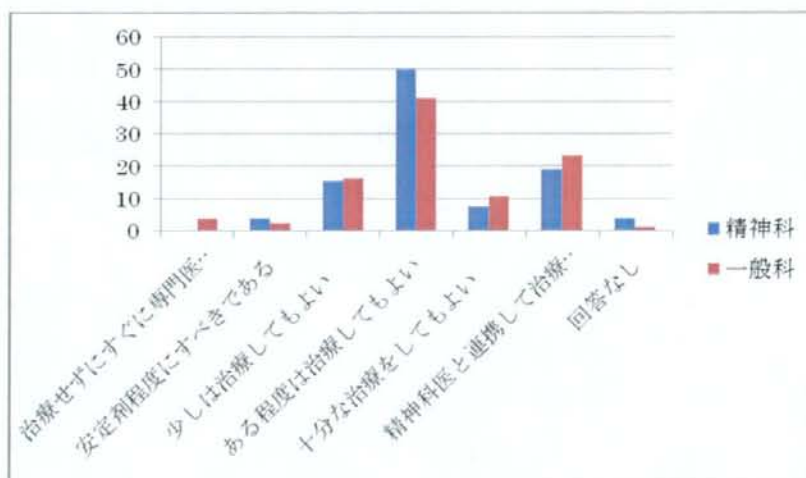


●精神疾患に関する知識がある程度ある場合（複数回答可）（その他の回答がある時は欄外にお書きください）

い)

1. 治療せずにすぐに専門医に紹介すべきである
2. 安定剤程度にすべきである
3. 少しは治療してもよい
4. ある程度は治療してもよい
5. 十分な治療をしてもよい
6. 精神科医と連携して治療すべきである

有効回答数、精神科医26回答、一般科医73回答

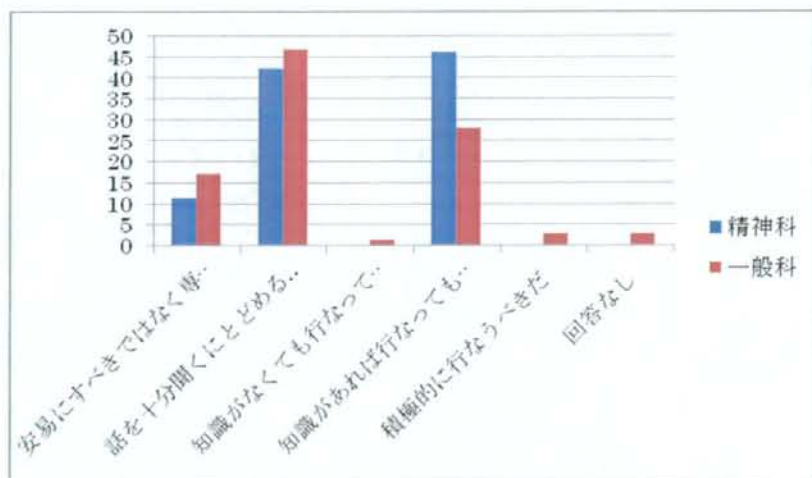


Q4. 一般医が気分・不安障害を疑った患者さんに心理・行動療法などを施行することに関して(複数

回答可)

1. 安易にすべきではなく専門医に任せるべきだ
2. 話を十分聞くにとどめる(傾聴)
3. 知識がなくても行なってもよい
4. 知識があれば行なってもよい
5. 積極的に行なうべきだ

有効回答数、精神科医26回答、一般科医64回答

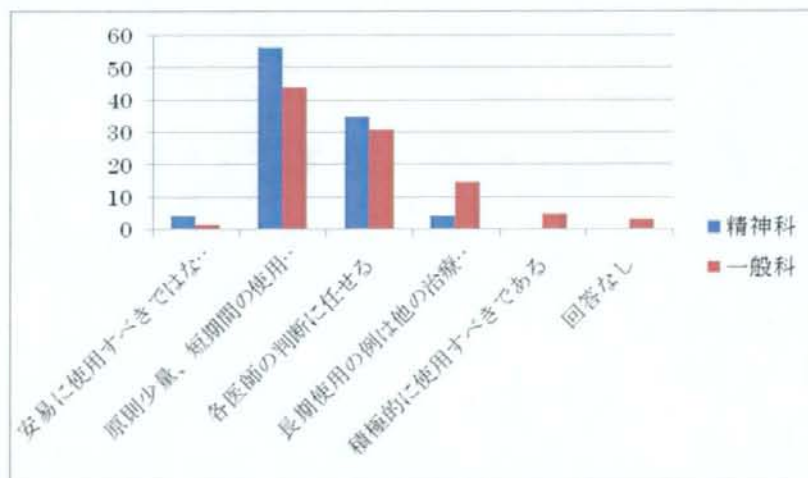


Q5. 精神疾患に関する知識がある一般医が気分・不安障害の患者さんに薬物療法を施行すること
 に関して

●安定剤:ベンゾチアゼピン系抗不安薬に関して (複数回答可)

1. 安易に使用すべきではなく専門医に任せるべきである
2. 原則少量、短期間の使用にとどめる
3. 各医師の判断に任せる
4. 長期使用の例は他の治療も試みるべきである
5. 積極的に使用すべきである

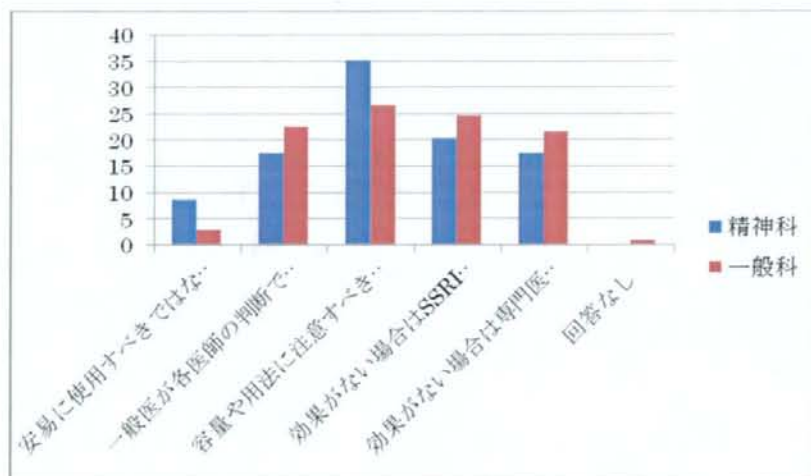
有効回答数、精神科医23回答、一般科医61回答



●ドグマチール、セディール、グランダキシンなどの薬剤（複数回答可）

1. 安易に使用すべきではなく専門医に任せるべきである
2. 一般医が各医師の判断で処方してよい
3. 容量や用法に注意すべきである
4. 効果がない場合はSSRIやSNRIの使用を考慮したほうがよい
5. 効果がない場合は専門医に紹介したほうがよい

有効回答数、精神科医34回答、一般科医97名

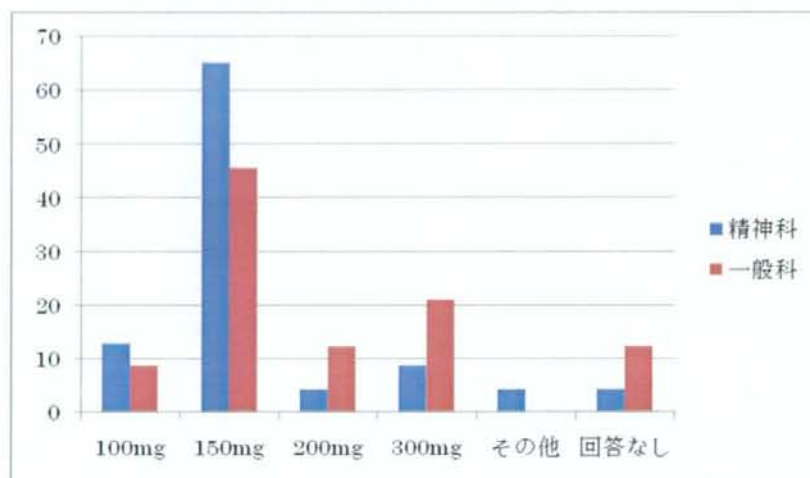


○一般医が処方する場合の目安となる最大使用量と注意する副作用に関して

ドグマチール(一般名:スルピリド)

1. 100mg 2. 150mg 3. 200mg 4. 300mg 5. その他 ____mg

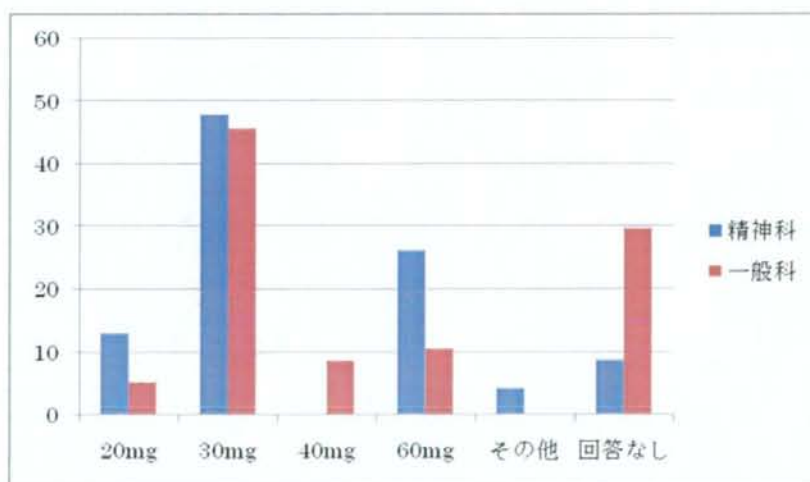
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



○セディール(一般名:タンドスピロン)

1. 20mg 2. 30mg 3. 40mg 4. 60mg 5. その他 ____mg

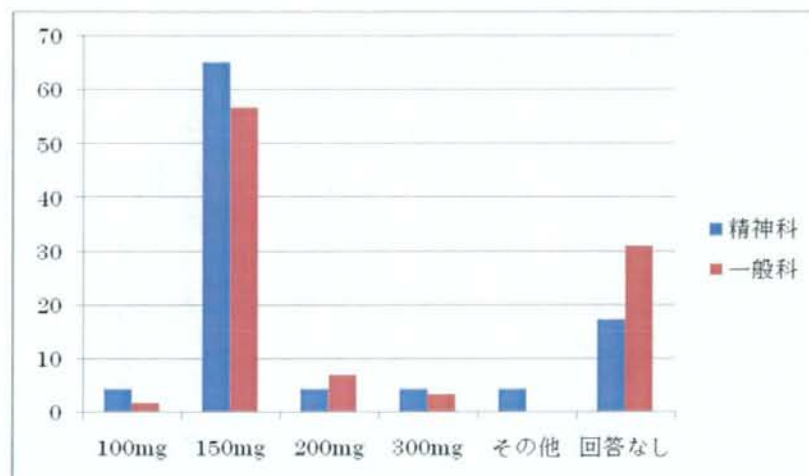
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



○グランダキシシ(一般名:トフィソパム)

1. 100mg 2. 150mg 3. 200mg 4. 300mg 5. その他 ____mg

有効回答数、精神科医23名、一般科医58名



●SSRI やSNRIなどの薬剤（複数回答可）

1. 安易に使用すべきではなく専門医に任せるべきである
2. 一般医が各医師の判断で処方してよい
3. 容量や用法に注意すべきである
4. 効果がない場合は三環・四環系の抗うつ薬の使用を考慮したほうがよい
5. 効果がない場合は専門医に紹介したほうがよい

有効回答数、精神科医31回答、一般科医93回答

