

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。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、サブ解析の女性の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、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）

（Hegerl U. 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）。

その試みは、以下の4つの取り組みを柱として行われている。

1) 一般診療科・小児科医師との連係：

一般診療科医と小児科医に対して、プライマリケアセッティングでのうつ病の同定と治療法、希死念慮の調べ方についての教育的なワークショップを開く。患者に提供可

能なビデオなどの情報資材を配布する。

ホットラインを設け、一般診療科医師や小児科医師が実際の個別のうつ病事例の治療に関する専門的な指示を可能とする。

2) 地域への啓発とメディアとの共同：

ポスター、映画、リーフレット、イベントでの活動、インターネットホームページ等により広く啓発活動を行う。うつ病の適切な治療についての知識の向上や「うつ病」や患者に対する偏見を減らすことを目的とする。メディアとの緊密な共同により議論を活発とさせる。模倣自殺を防止するため、自殺報道に関するメディアガイドラインを配布する。

3) 多職種へのトレーニング：

うつ病についての知識を広める重要な役割である様々な集団（保健・医療の専門家、聖職者、カウンセラー、警察官など）に対して、教育的なワークショップを開催する。特に、親や教師に対してはうつ病、自傷行為、自殺行動に苦しむ子供に対処可能とするために特別な配慮を置く（学校で自殺予防プログラムを開催するなど）。

4) ハイリスクグループや自助活動の支援：

「緊急カード」をハイリスクグループに配布する。特に、思春期の危機にある若年や自殺企図後の人に、直接、専門的な援助が受けられるよう保証する。地域の自助活動グループの設立や専門的な助言による支援を開始する。患者同士のパートナーシップを設立し、強化する。

これらの取り組みの評価として、地区の

自殺既遂者数の評価を行うこととしている。可能な限り過去に（10年程度）遡ったデータをベースラインとし、少なくとも、性別、年齢グループごと、自殺の手段別のデータを要求している。自殺企図に関しては精神科救急部門との共同でのデータ収集を目指している。EAAD Questionnaire for suicide attempts (WHO/EURO Multicentre Study on Parasucide の修正版) により、データの収集を行う。また、主な向精神薬の処方量に関するデータを収集する。主な向精神薬処方の変化、プライマリとセカンダリケアでの処方の差などの検討を計画している。これらに加え、うつ病や自殺に対する態度の測定を様々な集団で予定している。この中には本研究班で日本語版の作成を行っている「うつ病に対する態度尺度 (Depression Attitude Questionnaire : DAQ)」や「自殺に対する態度尺度 (Attitude Toward Suicide : ATTS) が含まれている。

EAAD の活動は現在進行中で、ヨーロッパで 17 カ国以上が参加しており、定期的に会合が開かれている。

わが国でも、自殺予防総合対策大綱が発表されたのち、各自治体で、自殺対策の計画・実施が多くなされるようになってきた。しかし、その質、量とも様々である。自殺/うつ病対策として、先進的な事例として、静岡県うつ自殺予防対策「睡眠キャンペーン」は特筆すべき点が多い (<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/papa/>)。詳細は静岡県精神保健福祉

センターのホームページに記載されている。このキャンペーンは、医療機関・薬局・職場などへのポスターの掲示、リーフレットの配布、インターネットでの情報発信、テレビ・ラジオコマーシャルの放送と、非常に精力的に啓発活動が行われているのに加えて、このキャンペーンにより医療機関を受診した患者の診療を効率よく行う仕組みとして、医師会、薬剤師会、商工会議所、労働基準監督署、市役所、精神福祉センターなどがこのキャンペーンに同調し、共同して対策に当たっている。特に医療モデルでの工夫をみても、共通の紹介状を用いた紹介システムを稼働させ、一般診療科と精神科の連携を高めている。これらの、普及啓発、受診推奨、医学的ケアの最適化を含む包括的な対策の効果モニタリングによるエビデンスの提示が強く期待される。その一方で、睡眠という偏見が少ない症状を気づきに使用した利点の反面、非特異的な様々な症状の患者が受診することが考えられ、限られた医療資源の中でどのように患者をマネジメントしていくかについての問題点の克服も今後期待される。

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、Nuremberg 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。

多くの要因が複雑に関与する自殺に対して、限りある資源を無駄にせず、効率的な対策を実施するためにはエビデンスに基づく活動計画の作成と実施が重要である。また、多職種、多部門が共同して対策を実施するためには、優先して対策を実施すべき領域とそれに対する活動計画を皆が共有することが重要となる。活動計画の決定根拠を十分に説明できるようにするためのエビデンスの吟味が必要なことはわが国の自殺対策でも同様のはずで、十分参考とすべき点であろう。わが国の自殺総合対策大綱は、エキスパートコンセンサスという形でエビデンスの集約が行われているが、その背景となる研究調査結果について具体的には言及していない。今後、各自治体が大綱に基づき自殺対策の具体的な活動計画を策定・実施する場合には、その背景のエビデンスについて再度検討することが重要であろう。

わが国の自殺対策は「社会全体で取り組むべき」との視点に推移してきたが、これは社会的な様々な活動を広範にわたって実施することを意味するものではない。限られた資源でより効果が得られるようにするためには、「戦略」が重要となる。例えば、ニュージーランドでは、エビデンスに基づき、精神保健を中心として社会的要因を含めたその背景にある要因に対して取り組むとしており、精神保健に焦点を定めた対策を取るという戦略を掲げており、この戦略に従った活動計画が組み入れられていた。

わが国では、自殺総合対策大綱および加速化プランで既に国としてのイニシアティ

ブが掲げられており、自殺対策の方針が定められている。今後は、この方針に従い、実施主体、実施期間、評価法等を詳細に定めた自殺対策活動計画を策定する必要がある。その活動計画は、その背景となるエビデンスを記述しながら、実施可能性を高めた活動計画である必要がある。特に、現在既に各自治体において個別の自殺対策活動が計画・実施されているが、エビデンスの有無・強弱、地域の特性に合わせて焦点を当てるべき活動を念頭におき、実施主体、実施期間、評価方法等を定めた活動を計画することが重要である。また、既に実施中の活動においても、これらを再吟味する必要があるだろう。

E. 結論

適切な治療を受けていないうつ病患者が適切な治療を受けるように、かかりつけ医機能を強化するとともに、地域住民へのうつ病啓発を組み合わせた活動が必要であろう。わが国では直接、精神科を受診することができるため、精神科が地域のかかりつけ医機能を有する必要があるが、同時に、うつ病有病率の高い慢性疾患の診療を行う内科等の身体科においても、うつ病を発見し適切な治療に結びつける必要性は高い

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. Ohtsuki T, Inagaki M, Oikawa Y, Saitoh A, Kurosawa M, Muramatsu K, Yamada M. Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2010;10(1):30
2. 稲垣正俊, 山田光彦: 自殺防止に向けての国の取り組み. *精神科治療学* 24 (10): 1289-1293, 2009.
3. 稲垣正俊, 三島和夫, 山田光彦: 精神疾患対策モデルからのアプローチ. *自殺予防と危機介入* 28 (1): 10-14, 2009.
4. 山田光彦: 自殺予防 いま薬剤師だからできること. *精神科薬剤師ジャーナル P-CUBE* 5: 1-2, 2009.
5. Kodaka M, Postuvan V, Inagaki M, Yamada M: A Systematic Review of Scales that Measure Attitudes toward Suicide. *Int J Social Psychiatry*, 2009 (in press).
6. Inagaki M, Matsumoto T, Kawano K, Yamada M, Takeshima T: Rethinking suicide prevention in Asia countries. *Lancet* 372: 1630, 2008.
7. Inagaki M, Ouchi Y, Takeshima T, Yamada M: Outreach in the real world: *BMJ*: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/336/7648/800#194015>. 2008.

8. 山田光彦, 大内幸恵, 稲垣正俊: 自殺対策におけるインターネットの活用. 精神科治療学 23(5): 525-530, 2008
 9. 山田光彦: 自殺に対する精神科医療のかかわり. PSYCHIATRISIT 10: 21-39, 2008.
 10. 山田光彦, 高橋清久: 自殺対策のための戦略研究: J-MISP について. 精神神経学雑誌 110 (3): 210-215, 2008.
 11. 河西千秋, 平安良雄, 有賀徹, 石塚直樹, 山田光彦, 高橋清久: 自殺企図の再発防止方略開発のための多施設共同研究 ACTION-J (厚労科学研究費補助金事業自殺対策のための戦略研究): その背景と研究の概要. 精神神経学雑誌 110 (3): 230-237, 2008.
 12. 山田光彦: 自殺総合対策大綱にみる精神保健の重要性. こころを支える 3 (3): 16-17, 2008.
 13. 山田光彦: 自殺対策と精神科医療. 精神科病院マネジメント 10: 2-5, 2008.
 14. 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.
 15. 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.
 16. 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.
 17. 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.
 18. 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.
 19. 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.
 20. 山田光彦: 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.
 21. 山田光彦, 高橋清久: 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.
 22. 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. 山田光彦: 自殺未遂者支援を効果的に実施するためには. 第3回自殺総合対策企画研修, 東京, 2009.8.25.
 2. 山田光彦: 自殺の予防 いま、薬剤師だからできること. 第3回精神科専門薬剤師セミナー, 東京, 2009.4.29.
 3. 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.
 4. 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.
5. 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.
 6. 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, multi-center 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.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 山田光彦:自殺の現状と課題. 日本睡眠学会第33回定期学術集会 シンポジウム, 福島, 2008. 6. 25-26.
 11. 山田光彦:アクションプランをたてよう! ~自殺対策におけるそれぞれの役割を達成するために~. 第32回日本自殺予防学会 総会, 岩手, 2008. 4. 18-19.
 12. 山田光彦, 高橋清久, J-MISP Group: 自殺対策のための戦略研究: J-MISP. 第32回日本自殺予防学会 総会, 岩手, 2008. 4. 18-19.
 13. 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.
 14. 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.
- 第 32 回日本自殺予防学会 総会, 岩手, 2008. 4. 18-19.
15. 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.
16. 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.
17. 平安良雄, 山田光彦: 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 山田光彦, 高橋清久: 自殺対策のための戦略研究: J-MISP について. 第 103 回日本精神神経学会総会シンポジウム, 高知, 2007. 5. 17-19.
25. 河西千秋, 平安良雄, 有賀徹, 石塚直樹, 山田光彦, 高橋清久: 自殺企図の再発防止法略開発のための多施設共同研究 ACTION-J (厚労科学研究費補助金事業自殺対策のための戦略研究): その背景と研究の概要. 第 103 回日本精神神経学会総会 シンポジウム, 高知, 2007. 5. 17-19.
- 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。

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、平成 19 年度に作製したアンケート調査を平成 20 年に実施した。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 名を対象に、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。その結果を G-P ネットにフィードバックした結果、研究会や勉強会が開催され、さらに一般医が精神科へ紹介するための紹介状のフォーマット製作などが行なわれた。平成 21 年度は、会員(一般医 236 名、精神科医 65 名)を対

象として意識がどう変化したのかのアンケート調査を行なった。結果、44名（回答率 14.6%）から回答を得た。33名が一般医、11名が精神科医であった。アンケートの結果から、一般医と精神科医の交流はある程度進んで、一般医の精神疾患へ対応はやや積極的になったが、保険診療上、紹介状に関して優遇処置がとられたものの、ほとんど利用されていないという結果であった。精神科へ紹介したときの一般医の治療方針もやや改善しているように思えるが、全般的にまだ十分とは言えない。少なくとも G-P ネットの活動はマイナスの要因はほとんどなく、徐々にではあるが一般医と精神科医の交流は進んでいるものの、更なる啓発活動が必要ではないかと考えられる。

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可能とするために、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」の提案に必要な情報、資材の提供を自殺予防総合対策セ

ンターと密接に連携して行うことを目的とした。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であろう。

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調査した。その結果を G-P ネットにフィードバックした結果、研究会や勉強会が開催され、さらに一般医が精神科へ紹介するための紹介状のフォーマット制作などが行なされた。そこで最終年度には、3 年間の間に会員の意識がどう変化したのかアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

研究 1

平成 19 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、平成 20 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。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 1 参照)。

研究 2

さらに平成 21 年度には本研究班で、研究者、臨床家の協議により G-P ネット活動を通じて変化したことに関してアンケートを作成し(別添 3 参照)、大阪 G-P ネットの会員に送付した。

C. 研究結果

研究 1

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 2 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、タンドスピロン、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、タンドスピロン、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。

研究 2

大阪 GP ネット会員 301 名（内科など一般診療科医師 236 名、精神科医 65 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、44名から回答を得た（回答率 14.6%）。33名が一般医、11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 4 参照）。一般医と精神科医の交流はある程度進んで、一般医の精神疾患へ対応はやや積極的になったが、保険診療上、紹介状に関して優遇処置がとられたものの、ほとんど利用されていないという結果であった。精神科へ紹介したときの一般医の治療方針もやや改善しているように思えるが、全般的にまだ十分とは言えない。

D. 考察

研究 1 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。

研究 2 では一般医と精神科医の間での啓発活動は徐々に浸透して、特に一般医では知り合いの精神科が増えることにより、以前と比べて気分・不安障害患者の治療は少し積極的になって来ている。しかし、精神科医の認識では一般医からの紹介や治療方針に関してはまだ十分とは言えない状態である。このことは気分・不安障害患者が急激

に増加し、精神科診療を圧迫し、簡単に新患を受け入れることができない社会的背景も関連しているのかもしれない。

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。そのため G-P ネットの活動は重要であるが、少なくともその活動はマイナスの要因はほとんどなく、徐々にではあるが一般医と精神科医の交流は進んでいるものと考えられる。しかし、まだ十分な結果は得られていないために更なる啓発活動が必要ではないかと考えられる。

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. 心血管系疾患患者に対する心身医学的アプローチ. 堀正二, 永井良三編, 循環器疾患 最新の治療. 南江堂. 東京 2008, p499.
2. 石蔵文信. 糖尿病性神経障害 勃起障害. 小杉圭右, 佐藤利彦編, 糖尿病合併症 まるわかり辞典. MC メディカ出版. 東京 2008, p88.
3. 石蔵文信. ストレス心筋障害を疑う心

- エコー所見. 心エコー. 9, 236-240. 2008.
4. 石蔵文信. 男性の不安障害 高血圧や振戦の合併例. *Modern Physician*. 27, 733. 2007.
 5. 石蔵文信. 男性更年期の概念と診療. *日本病院薬剤師会雑誌*. 44, 201-205. 2008.
 6. Ishikura F, Asanuma T, Beppu S. Low testosterone levels in patients with mild hypertension recovered after antidepressant therapy in a male climacterium clinic. *Hypertension Res*, 31. 243-248. 2008.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 石蔵文信. 心不全とうつ・不安障害. *睡眠医療* 2(4), 413-416. 2008.
 11. 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.
 12. 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.
 13. 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.
 14. 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.
 15. 石蔵文信. 自殺予防の地域自薦活動について 大阪での GP ネットの取り組みとその背景. *自殺予防と危機介入* 29. 2-5. 2008
 16. 石蔵文信. ライフスタイルは心血管不全にどう関与するのか? ストレスと心血管不全 *Life Style Medicine* 12. 2008. 石蔵文信. 心不全とうつ・不安障害. *睡眠医療* 2(4), 413-416. 2008.
 17. 石蔵文信. 男性更年期障害 医療における心理行動科学的アプローチ. 糖尿病・ホルモン疾患の患者と家族のために 内分泌糖尿病心理行動研究会編 232-237. (東京) 2008
 18. 石蔵文信. 高齢者のうつ病をめぐって 心疾患のある高齢者の抑うつ患者への対応. *Geriatric Medicine (老年医学)* 47. 1489-1491. 2009
 19. 石蔵文信. 現代日本の“こころ”と精神科医療の現状 専門医への紹介が必要とされる患者への対応 一般医と精神科医の連携の必要性. *月刊保団連* 1015. 11-16. 2009

学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

なし。

別添1 (送付したアンケート内容)

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)

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

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

●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)

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

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

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

(その他; _____)

●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

(その他; _____)

○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

注意する副作用(_____)

○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

注意する副作用(_____)

○グランダキシン(一般名:トフィソパム)

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

注意する副作用(_____)

●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

(その他; _____)

○一般医が処方する場合のSSRIやSNRIの目安となる最大使用量と注意する副作用に関して

ルボックス/デプロメール(一般名:フルボキサミン)

1. 25mg 2. 50mg 3. 100mg 4. 150mg 5. 200mg 6. その他 ____ mg

パキシル(一般名:パロキセチン)

1. 10mg 2. 20mg 3. 30mg 4. 40mg 5. その他 ____ mg

ジェイゾロフト(一般名:セルトラリン)

1. 25mg 2. 50mg 3. 75mg 4. 100mg 5. その他 ____ mg

トレドミン(一般名:ミルナシبران)

1. 25mg 2. 50mg 3. 75mg 4. 100mg 5. その他 ____ mg

注意する副作用

1. セロトニン症候群 2. アクチベーション症候群 3. 吐き気 4. 眠気
5. その他()

●三環・四環系などの抗うつ薬 (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. かなり限定して使用することが望ましい
5. 効果がない場合は専門医に紹介したほうがよい 6. 専門医の指導の下に使用すべきである

(その他;)

○一般医が処方してもよいと思われる三環・四環系などの抗うつ薬があれば、その最大使用量と注意する副作用に関して空欄にお書きください。

Q7. 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、初診から次の再診までの期間は

1. 1週間以内 2. 1-2週間以内 3. 2-4週間以内 4. 4週間以上 5. 各医師の判断 が好ましい

Q8. 以上のような治療で症状に改善が見られない場合。一般医はどうすることが望ましいですか(複数回答可)

1. 薬の増量 (中程度まで) 2. 薬の増量 (最大容量まで) 3. SSRIから三環・四環系などの抗うつ薬への変更
4. 専門医への紹介 (その場合概ね治療開始からどれくらい経過した時点が好ましいですか)
a. 2週間 b. 4週間 c. 6週間 d. 8週間 e. 10週間 f. 12週間 g. 16週間 その他 (週間ほど)

別添2 (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
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

