

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

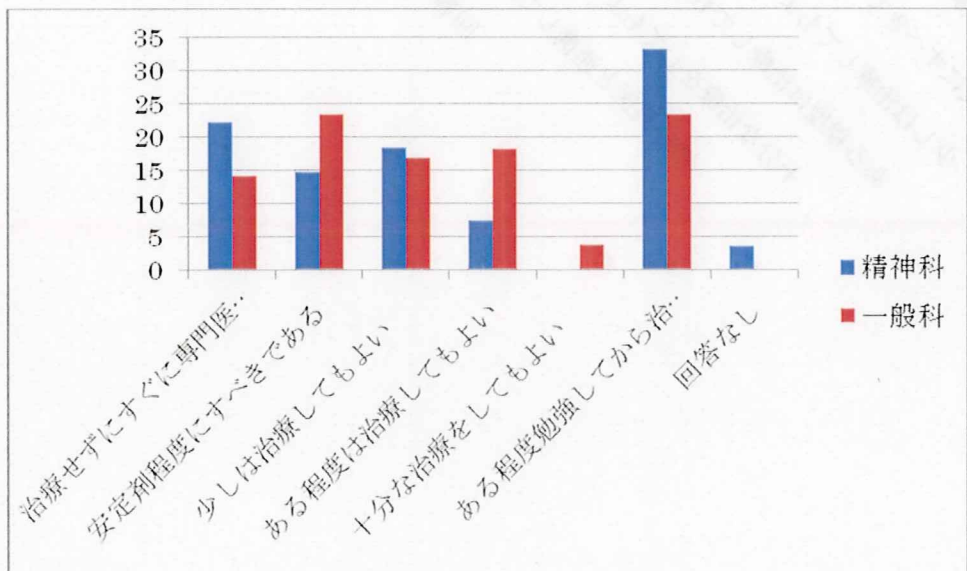
●少しの治療： ドグマチール、セディール、グランダキシンなどの治療

●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

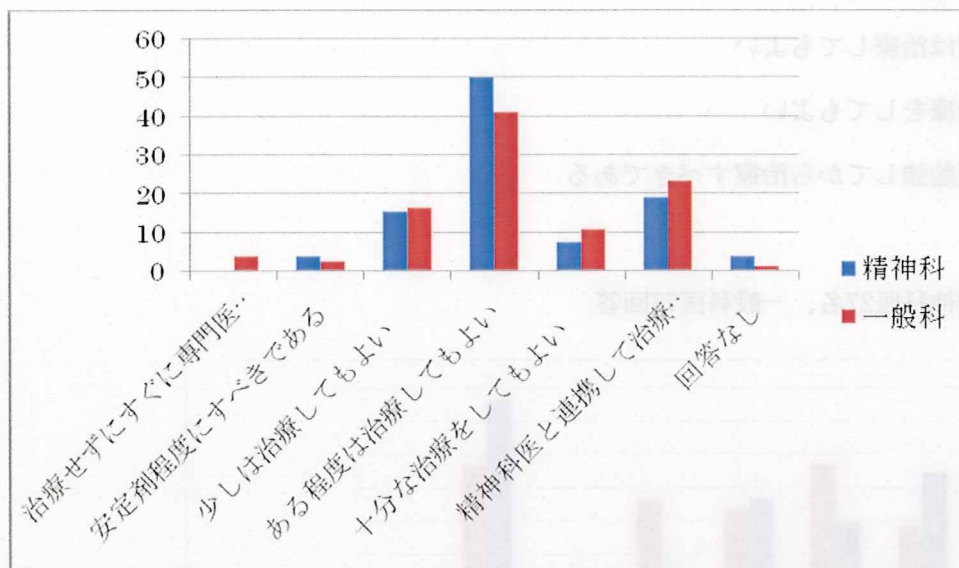
有効回答数、精神科医27名、一般科医77回答



●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）

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

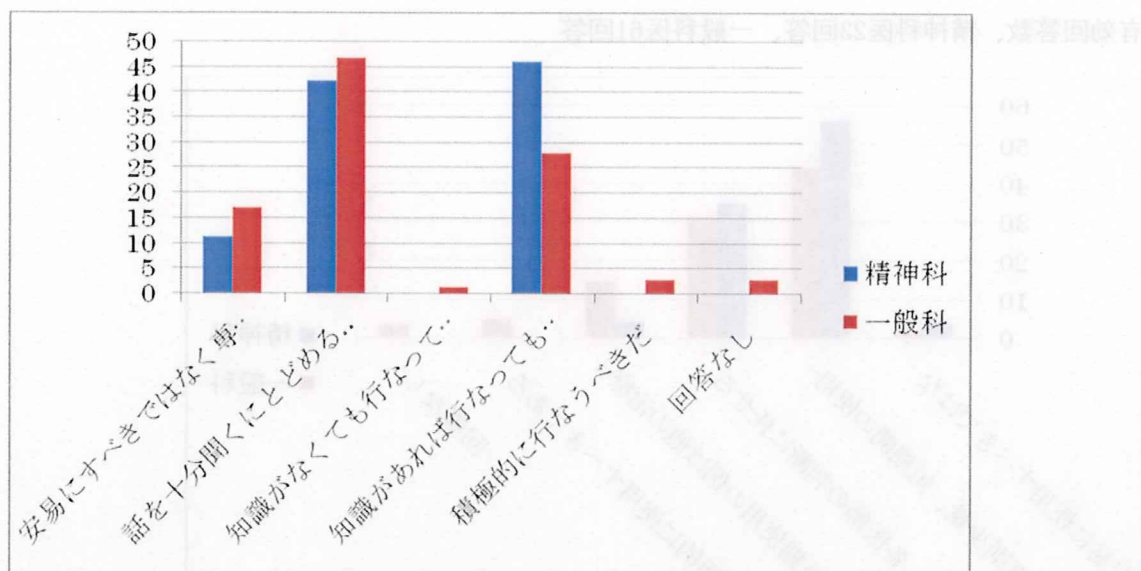
有効回答数、精神科医26回答、一般科医73回答



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

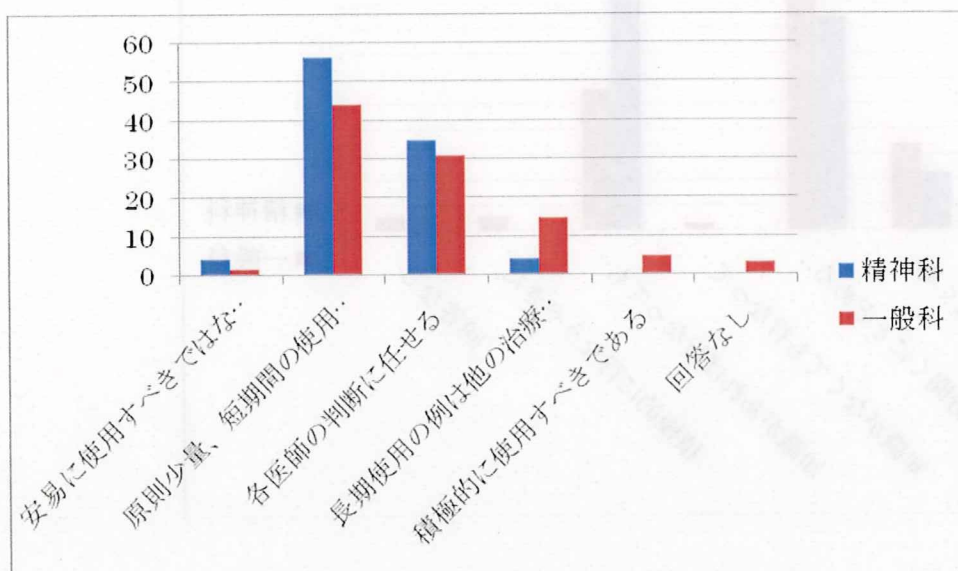


Q5. 精神疾患に関する知識がある一般医が気分・不安障害の患者さんに薬物療法を施行することに関して

●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

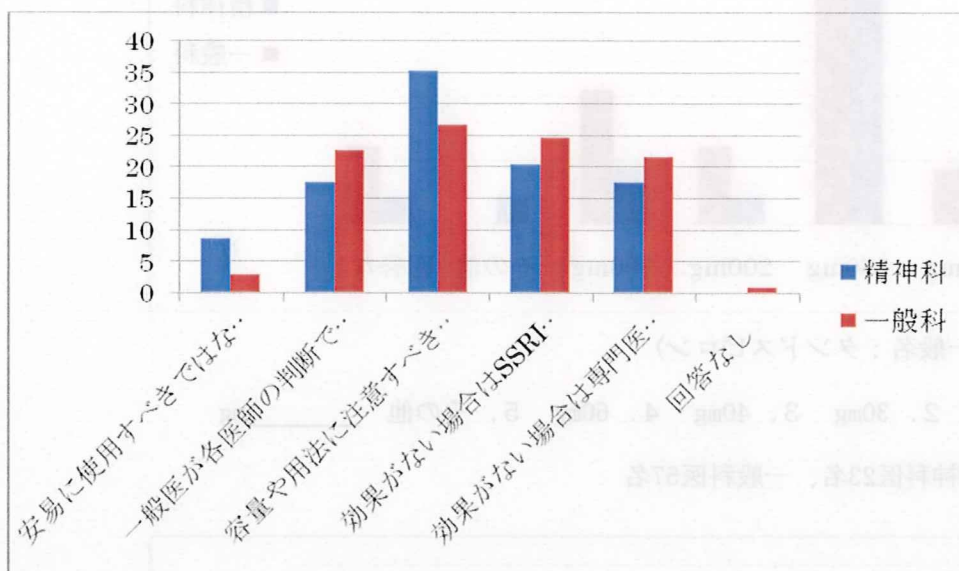
有効回答数、精神科医23回答、一般科医61回答



●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

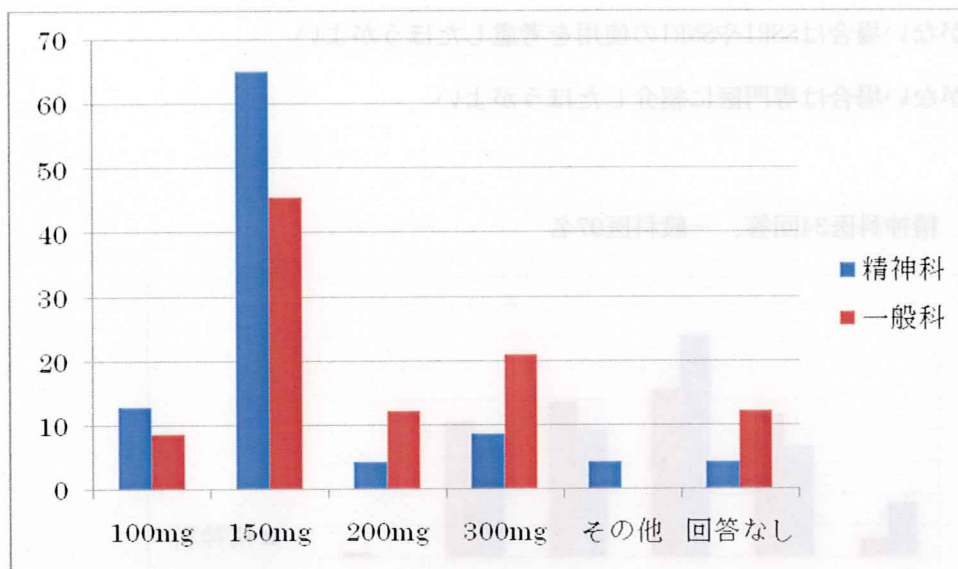


○一般医が処方する場合の目安となる最大使用量と注意する副作用に関して

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

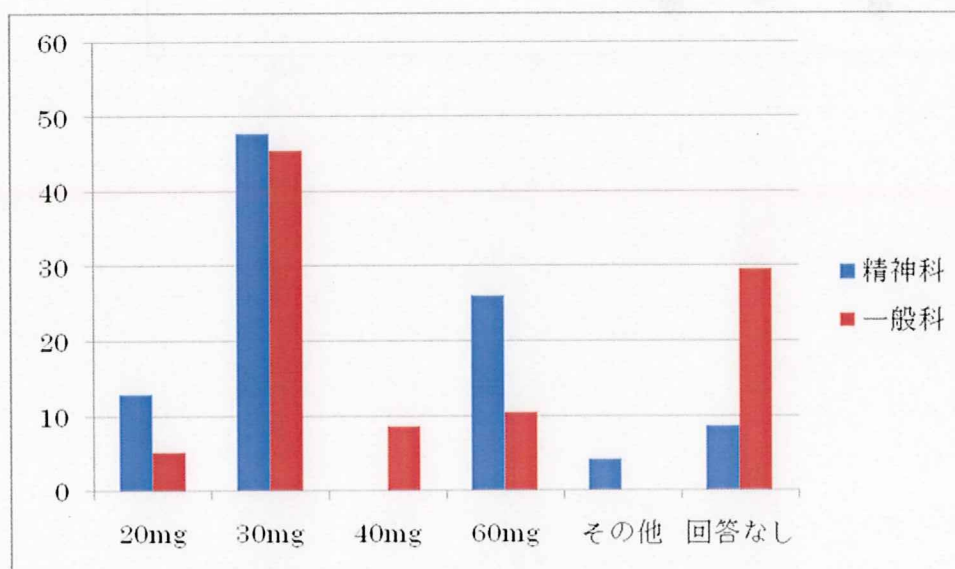
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



○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

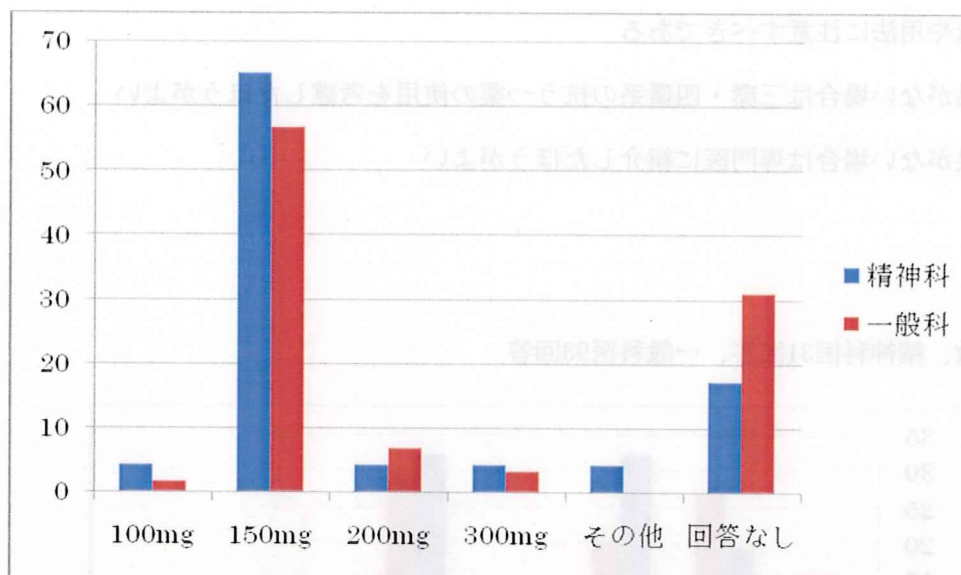
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



○グラнда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

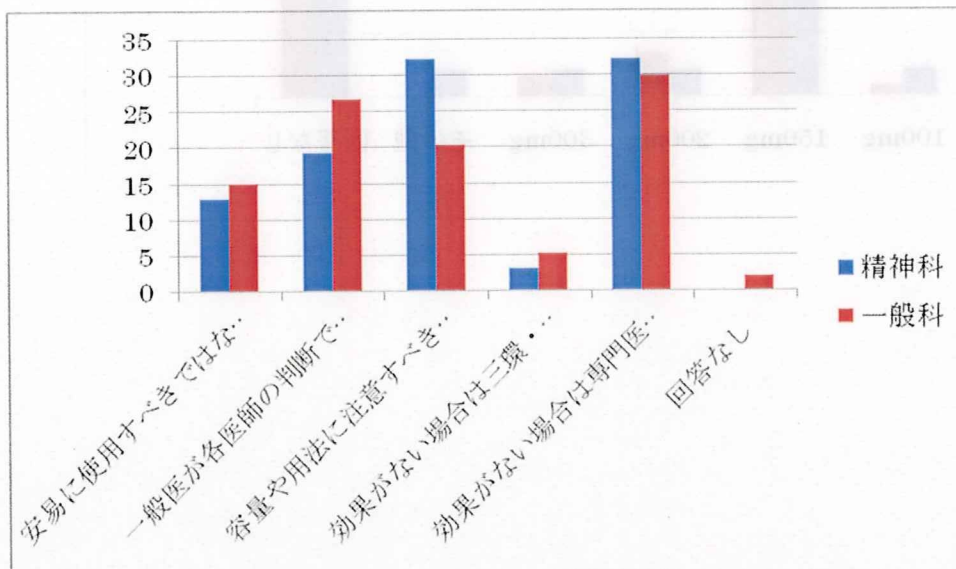
有効回答数、精神科医23名、一般科医58名



●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



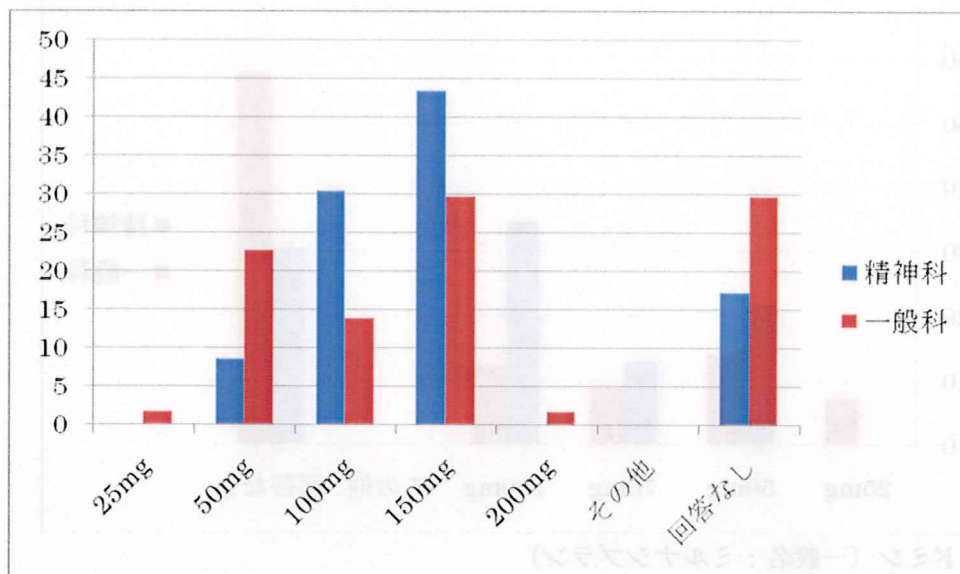
○一般医が処方する場合のSSRIやSNRIの目安となる最大使用量と注意する副作用に関して

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

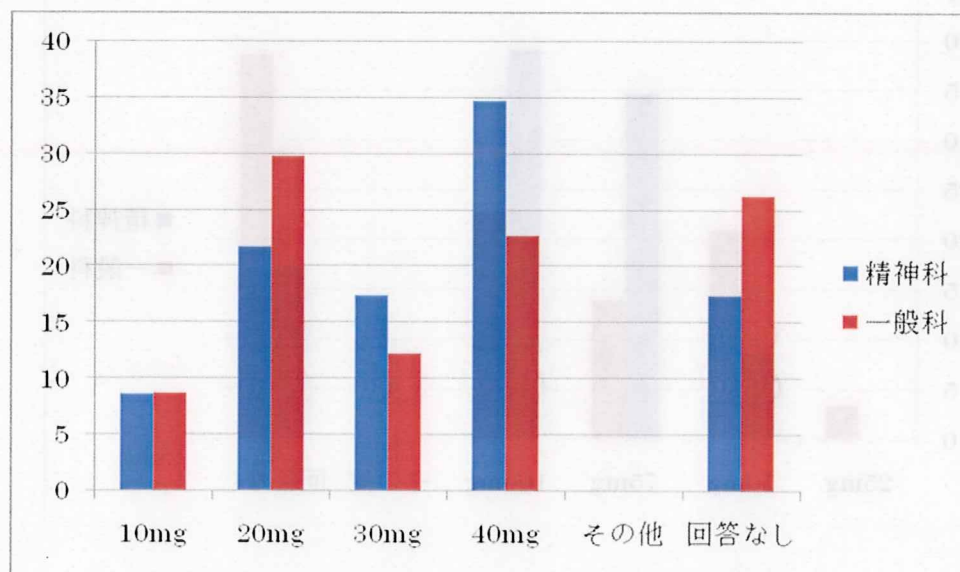
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



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

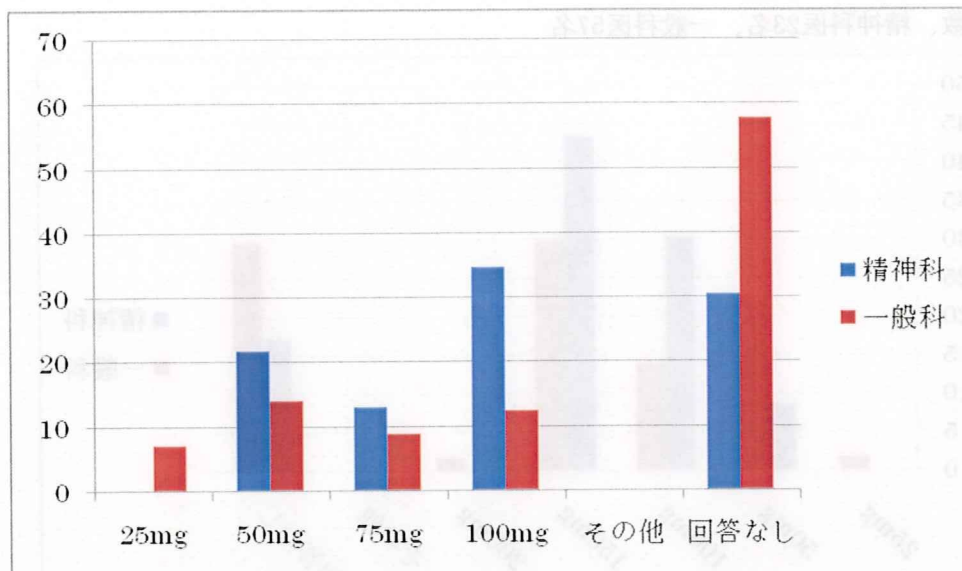
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



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

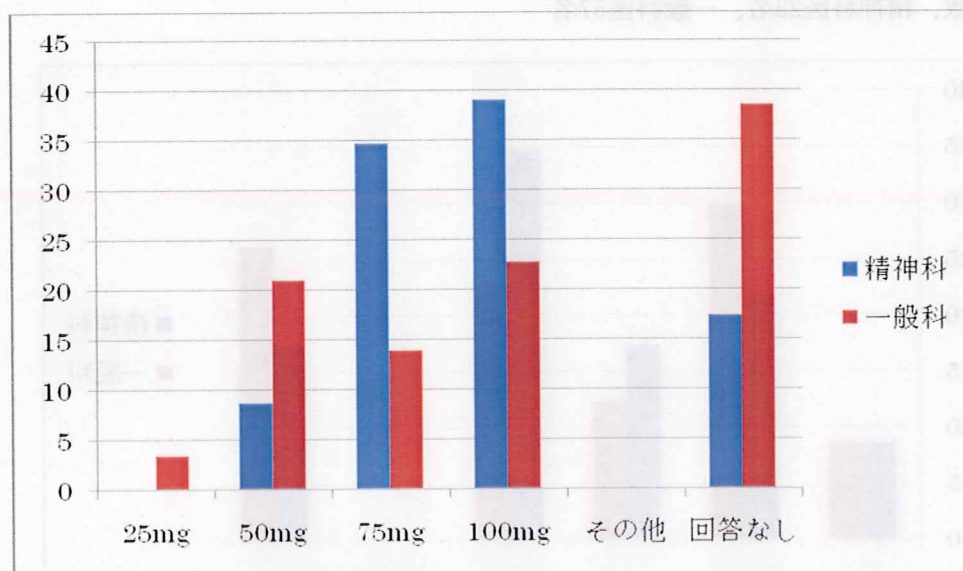
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



トレドミン（一般名：ミルナシプラン）

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

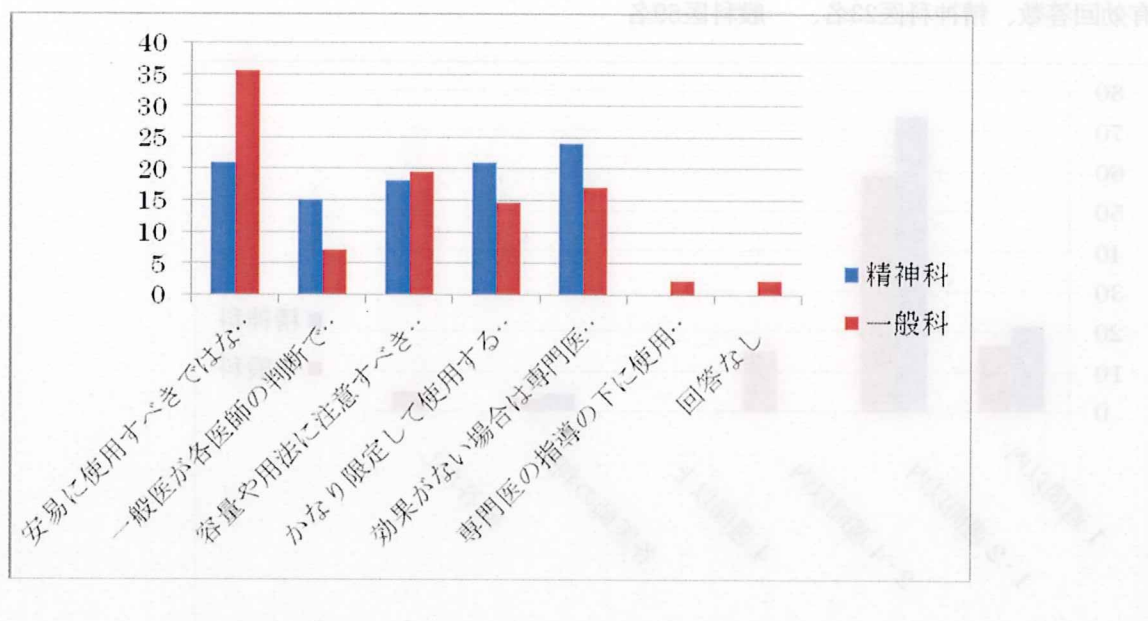
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



●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

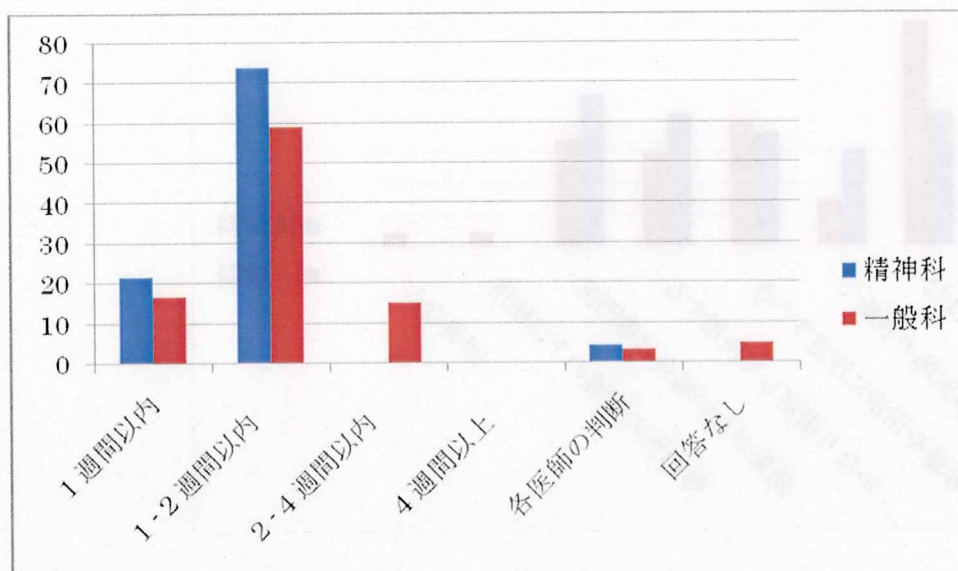
有効回答数、精神科医50回答、一般科医81回答



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

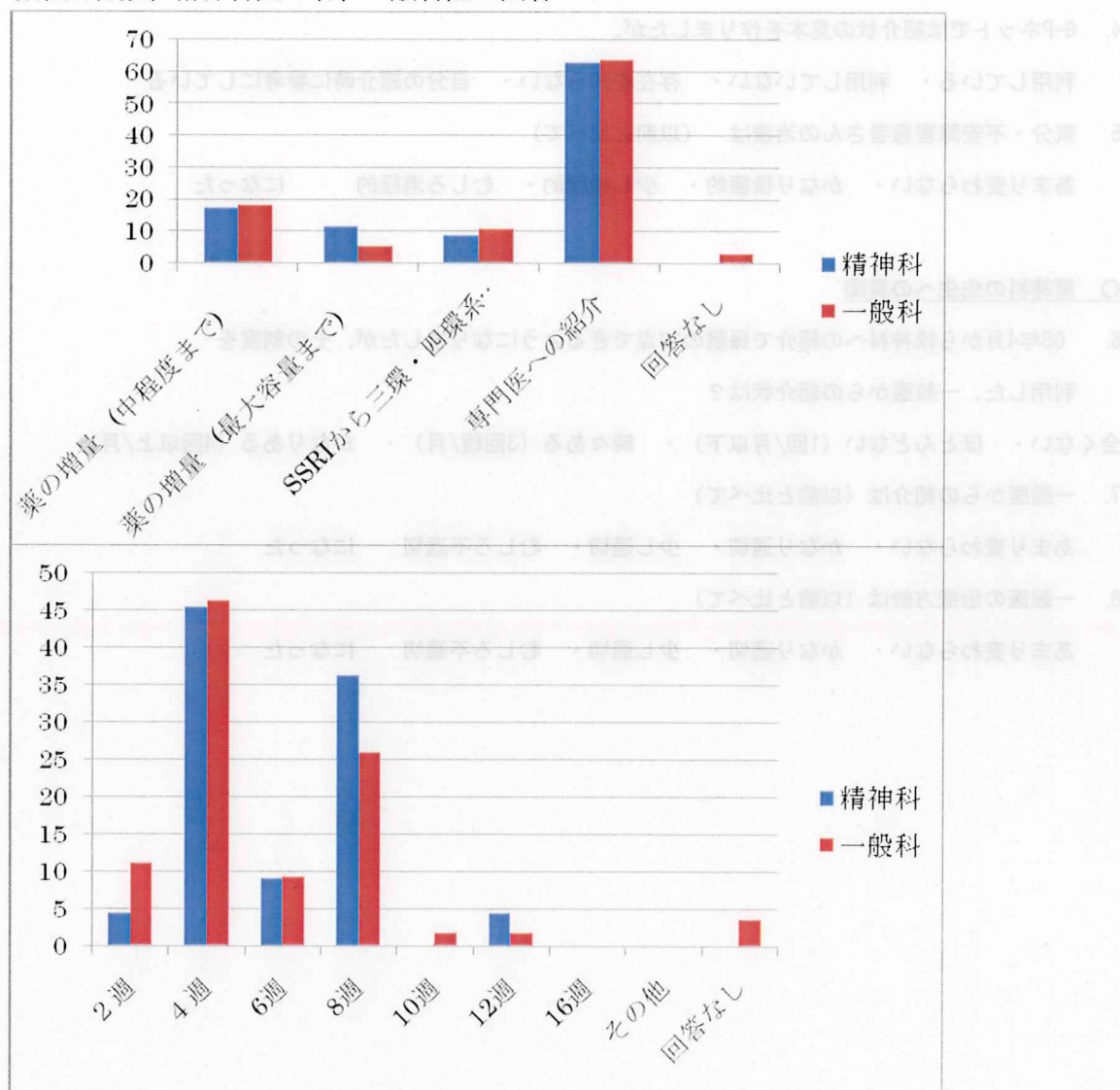
有効回答数、精神科医23名、一般科医59名



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

有効回答数、精神科医35名、一般科医77回答



別添3 (送付したアンケート内容)

OG-Pネットに参加される以前と変わった点に丸をつけてください。

全員へ

1. 知り合いの一般医または精神科医は？

かなり増えた・ 少し増えた・ あまり変わらない・ 減った

2. 一般医から精神科への紹介の頻度は？

かなり増えた・ 少し増えた・ あまり変わらない・ 減った

○ 一般医の先生への質問

3. 08年4月から精神科への紹介で保険の加点できるようになりましたが、その制度を

よく利用している・ 時々利用している・ 全く利用していない

4. G-Pネットでは紹介状の見本を作りましたが、

利用している・ 利用していない・ 存在を知らない・ 自分の紹介時に参考にしている

5. 気分・不安障害患者さんの治療は (以前と比べて)

あまり変わらない・ かなり積極的・ 少し積極的・ むしろ消極的 になった

○ 精神科の先生への質問

6. 08年4月から精神科への紹介で保険の加点できるようになりましたが、その制度を

利用した、一般医からの紹介状は？

全くない・ ほとんどない(1回/月以下)・ 時々ある(3回程/月)・ かなりある(4回以上/月)

7. 一般医からの紹介は (以前と比べて)

あまり変わらない・ かなり適切・ 少し適切・ むしろ不適切 になった

8. 一般医の治療方針は (以前と比べて)

あまり変わらない・ かなり適切・ 少し適切・ むしろ不適切 になった

別添4 (送付したアンケート内容の結果)

	全員へ	かなり増えた	少し増えた	あまり変わらない	減った
1	知り合いの一般医または精神科医は？	1	15	25	0
		かなり増えた	少し増えた	あまり変わらない	減った
2	一般医から精神科への紹介の頻度は？	2	13	28	0
	一般医の先生への質問				
		よく利用している	時々利用している	全く利用していない	
3	精神科への紹介に関する保険の加点	3	2	26	
		利用している	利用していない	存在を知らない	自分の紹介時に参考になっている
4	G-Pネットで作製した紹介状の見本	2	14	11	5
		あまり変わらない	かなり積極的	少し積極的	むしろ消極的
5	気分・不安障害患者さんの治療は	10	4	15	2
	精神科の先生への質問				
		全くない	ほとんどない(1回/月以下)	時々ある(3回程/月)	かなりある(4回以上/月)
6	一般医からの紹介状は	1	3	6	1
		あまり変わらない	かなり適切	少し適切	むしろ不適切
7	一般医からの紹介は(以前と比べて)	9	1	1	0
		あまり変わらない	かなり適切	少し適切	むしろ不適切
8	一般医の治療方針は(以前と比べて)	5	3	2	1

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 自殺総合対策大綱にも謳われているように、近年、かかりつけ医機能を担う内科等の身体科診療科においてうつ病患者を適切な治療に導入する役割が期待されつつある。しかし、内科等の身体科診療科の医師がうつ病に対してどのような態度（認知・感情・行動等）を示しているかは不明である。また、近年の我が国の内科を受診する外来患者中におけるうつ病有病率および主治医によるうつ病認識率や治療実態は明らかでない。そこで本研究では、1) 内科等の身体科医師のうつ病に対する態度を明らかにする、2) 地方郡部に位置する、精神科の設置されていない一般病院の内科外来において、うつ病の有病率、うつ病患者に対する主治医の精神障害の認識率および向精神薬の処方率を明らかにすることを目的とした。

1) うつ病に対する態度を測定するため、英語版のうつ病に対する態度尺度（Depression Attitude Questionnaire）から、翻訳-逆翻訳の過程を経て日本語版を作成した。一般医-精神科医ネットワークに所属する210名に郵送でうつ病に対する態度を実施した。また、うつ病研修会に参加した241名に対しても実施した。203名から結果が得られ、欠損のない解析可能な結果は187名から得られた。因子分析の結果3因子、「うつ病は一般診療の対象ではないとする考え」、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」、「うつ病の原因や病態に関する先入観」が抽出された。身体科医師も精神科医師も「うつ病は一般診療の対象ではない」と考えていた。また、身体科医師は精神科医と比較して、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」に反対する程度が有意に低かった。

2) 一般内科外来のうつ病有病率等を調査するために、2009年6月の

6 日間、地方郡部に位置する病院内科外来において受診患者を連続的に調査した。うつ病の有無は自記式質問紙調査票である Patient Health Questionnaire (PHQ) を用いて評価した。主治医による患者の精神障害の認識はうつ病評価の結果をブラインドの状態で見せ、診察後に回答を得た。向精神薬の処方履歴は診察日後にカルテから調査した。対象者には書面および口頭で研究の内容を説明し同意を得た。本研究は国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を得て行った。

コンタクトミス、同意拒否、脱落は 7.1% で対象者は 312 名であった。平均年齢は 72.9 歳であった。大うつ病の有病率は 8.7%、その他のうつ病を含めた全気分障害の有病率は 16.7% であった。主治医は大うつ病患者の 77.8% に対して何らかの精神障害があると認識していたが、気分障害と認識した割合は 11.1% であり、半数以上を不眠と認識していた。大うつ病患者のうち、主治医から抗うつ薬が処方されていたのは 7.4% であり、59.3% は抗不安薬・睡眠薬が処方されていた。40.7% は向精神薬が処方されていなかった。

高齢者の多い、地方の内科においてうつ病はまれな疾患でない。わが国では内科等の診療科でうつ病治療のどこまでを担うかについてはコンセンサスが得られていないが、少なくともうつ病を発見し、適切なケアにつなげる必要があると考えられる。しかし、身体科医師も精神科医師も、うつ病は一般診療科の対象ではないと考えているなど、内科外来等でのうつ病の発見と治療導入には解決すべき様々な問題が残っている。

A. 研究目的

うつ病は稀な疾患ではなく慢性の経過を辿ることも多い。WHO の報告によると、障害調整生命年をもとに計算した結果、中高所得国では 2004 年時点で既にうつ病が、他の疾患と比較しても最も負担の大きい疾患となっている。2030 年には低所得国を含めた全ての国をあわせてもうつ病が他の疾患と比較して最も負担の大きな疾患となると予想されている。うつ病は、生命の質を大きく障害し、時に自殺という深刻な結

果とも関連する。しかし、未だに多くのうつ病患者が適切な治療を受けていない。そのため、うつ病患者を早期に発見し適切な支援を提供することが重要だと認識されはじめた。実際、我が国の自殺総合対策大綱や様々な国の精神保健政策においてもうつ病患者の発見と適切な支援の提供および支援へのアクセスの改善が課題とされている。

英国や米国のようなプライマリケアシステムや General Practitioner (GP) 制度を採用している国では、これらプライマリ

ケアや GP がうつ病の発見と治療に重要な役割を担うことが期待されている。プライマリケア場面における性能の高いうつ病スクリーニング法が開発され、効果的うつ病治療の枠組みとして collaborative care の有効性が無作為化比較試験、クラスター無作為化比較試験さらにはメタアナリシスで実証されている。プライマリケアシステムを採用していない我が国ではこのモデルをそのまま適用することはできない。我が国では患者は直接精神科を受診することが可能なため、海外の研究結果をそのまま利用することができない。しかし、かかりつけ医機能を持つ内科等の身体科診療場面において類似の治療枠組みモデルの作成・運用が可能かもしれない。我が国に適したモデルを作成する場合、残念ながら、そのモデル作成のために必須な情報である、これらかかりつけ医場面におけるうつ病の有病率、かかりつけ医によるうつ病の認識・診断率、治療導入率等は不明である。20 年近く前に実施された我が国の調査では、中規模都市の市中総合病院のうつ病有病率と医師のうつ病認識・診断率に関する調査が行われているが、その病院は精神科が診療科として標榜されていること、20 年近く前の情報であることなどから、精神科医療資源の乏しい地方郡部の病院等とは状況が異なると考えられる。さらに、我が国ではここ数年の間にうつ病による外来受診患者が急増しており、状況は大きく異なっている。

近年の調査報告では、地域のうつ病患者

の多くは医療機関を受診しておらず、医療機関を受診していた患者の約 1/3 は精神科ではなく一般診療科を受診していた。うつ病の症状としての身体症状のために内科等を受診したり、精神科に対する偏見等により内科等を受診した可能性も推測される。また、慢性身体疾患患者におけるうつ病有病率は地域住民のうつ病有病率よりも高いことが知られており、内科等の身体科診療科におけるうつ病の認識・診断は、適切な支援を受けていないうつ病患者へケアを提供するためにも重要である。

高齢者は慢性の身体疾患有病率が高く、そのことを考慮すると、精神科の診療可能な量を増やし、その診療の質を増加させる政策を前提として、一般的に高齢化率が高く、精神科医療資源が乏しい地方郡部のかかりつけ医機能を有する内科等の身体科診療科において、うつ病患者を発見し、適切な支援を提供することを可能とする仕組みづくりも重要であろう。

そこで、本研究では、

1) 内科等の身体科医師のうつ病に対する態度を明らかにする、
2) 地方郡部に位置する、精神科の設置されていない一般病院の内科外来において、うつ病の有病率、うつ病患者に対する主治医の精神障害の認識率および向精神薬の処方率を明らかにする、
ことを目的とした。

1) 内科等の身体科医師のうつ病に対する

態度を明らかにする

将来的に日本に最適化した精神科以外の診療科、特にかかりつけ医機能を有する内科等の身体科医師による、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MannらやBotegaらにより開発され、Kingら、Payneらにより教育的介入効果の検討で使用された。Mann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。暫定版を少数（5-10名程度）の身体科医師、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。

本研究では実態を明らかにす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。

2) 地方郡部に位置する、精神科の設置さ

れていない一般病院の内科外来において、うつ病の有病率、うつ病患者に対する主治医の精神障害の認識率および向精神薬の処方率を明らかにする

また、本研究では、地方郡部に位置する、精神科診療部門を有さない病院内科の外来を受診する患者のうつ病有病率を調査した。また、医師のうつ病患者の認識・診断率、医師のうつ病患者に対する向精神薬処方内容についても調査した。

B. 研究方法

1) 内科等の身体科医師のうつ病に対する態度を明らかにする

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、一般医-精神科医ネットワーク（以後、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、かかりつけ医うつ病対応力向上研修会への参加者とした。

G-P ネットは、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。

G-P ネット会員に対しては郵送法にて 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、研修会開始前にその会場にて 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。

2) 地方郡部に位置する、精神科の設置されていない一般病院の内科外来において、うつ病の有病率、うつ病患者に対する主治医の精神障害の認識率および向精神薬の処方率を明らかにする

本研究は、対象者に書面および口頭で研究の内容を説明し同意を得た。本研究は国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を得て行った。

調査は地方郡部に位置する精神科診療部門を有さない病院内科外来で行った。その病院は、内科に加えて、整形外科、外科、歯科の外来診療を行っており、約 50 床の入院病床を有する。内科外来では午前内科医師 2 名、午後内科医師 2 名、最大 4 名が 1 日の診療にあたる。一日の内科外来受診患者数は約 70 名程度である。

対象者の取り込み基準は、20 歳以上、外来受診のうえ主治医の診察を受ける患者とした。除外基準として、認知機能障害、