

4-4 精神疾患に関する国の施策

(1) 医療計画

2012年3月、厚生労働省は各都道府県知事に対して、医政局長名で「医療計画について」という文書を発出した¹⁷⁾。「医療計画」とは地域で適切な医療が切れ目なく提供されるように、各都道府県が病院の連携体制や数値目標を設定するものである。2013年4月からの適用を目指している新しい医療計画では、これまでの4大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病）に精神疾患を新たに加えて5大疾病としている。具体的には、以下の点を新たに求めている。

- ・精神疾患を既存の4疾病に追加し、医療連携体制を構築する
- ・精神疾患の医療連携体制に求められる機能を明示する

こうした背景には、主として次の2つの要因がある。

- ・2008年に実施された厚生労働省の患者調査によると、精神疾患の患者数は約323万人で、これまでの4大疾病で最も患者数が多い糖尿病（約237万人）を大きく上回り、がん（約152万人）の2倍以上である
- ・自殺者は年間3万人以上も出ているが、そのうちの90%以上が何らかの精神疾患にかかっていた可能性があるという研究結果がある

(2) 診療報酬改定

精神疾患に対する医療を充実させるために、2012年には以下の診療報酬改定が実施された。

- ・精神療養病棟入院料が1日あたり1,050点から1,061点に増額となった。また、重症者加算もこれまでの1日につき40点であったのが、精神科救急医療体制の確保に協力している医療機関に対しては60点（ただし、機能の全体的評価尺度による判定が30以下）となった。
- ・早期退院を推進するために、退院支援部署による支援で退院した場合の加算（退院調整加算500点）を新設した。

(3) 自殺・うつ病対策

1997年までは年間2万人台前半で推移していた自殺者数が、1998年に初めて3万人を超えた。その後も高い水準が続いている¹⁸⁾（図表4-4-1）。

警察庁の発表によると、2009年の自殺者数は32,845人で、自殺死亡率（人口10万人あたりの自殺者数）は25.8となっている。交通事故死者数の4,914人に比べても、非常に大きな数字となっている。

図表4-4-2に示す通り、自殺の原因・動機を特定（一人について原因・動機を3つまで計上）することができた自殺者についてみると、2011年でうつ病は6,060人（26.1%）で

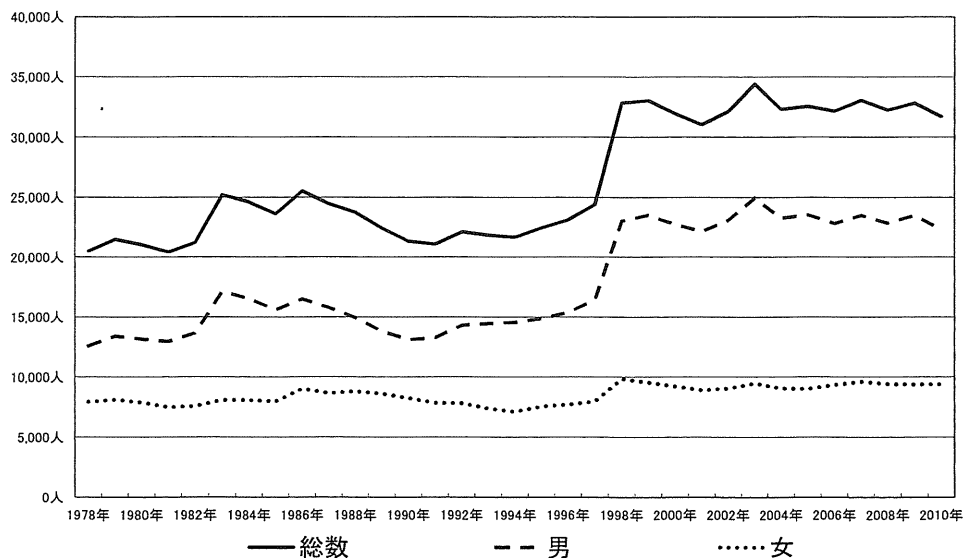
あった。

厚生労働省ではこれまでもさまざまな自殺対策をとってきているが、このような状況を受けて 2010 年 1 月に「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を立ち上げた¹⁹⁾。このチームの報告に基づいて、今後の厚生労働省の対策として次の 5 つの柱を示している。

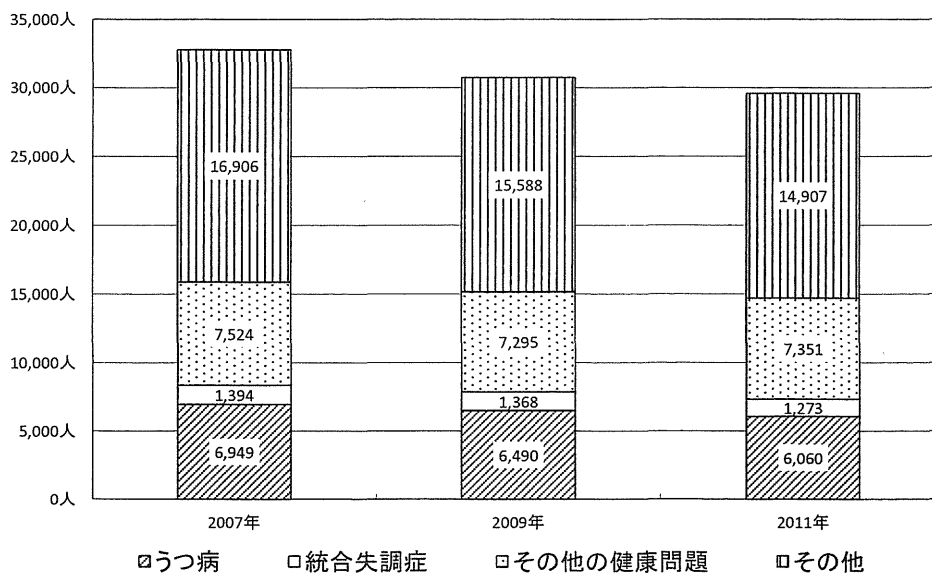
- 1) 普及啓発の重点的实施
- 2) ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築
- 3) 職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実
- 4) アウトリーチ（訪問支援）の充実
- 5) 精神保健医療改革の推進

このなかで「精神保健医療改革の推進」として、認知行動療法の普及や自殺未遂者に対する医療体制の強化など、質の高い医療提供づくりを進めるとしている。

図表 4-4-1 自殺者数の年次別推移



図表 4-4-2 自殺の原因・動機



(4) 総合科学技術会議のアクションプラン

2012年7月に総合科学技術会議により定められた「2013年度科学技術重要施策アクションプラン」²⁰⁾によると、「復興・再生並びに災害からの安全性向上」、「グリーンイノベーション」および「ライフイノベーション」の3つを重点対象として設定している。

このうち「ライフイノベーション」については、図表 4-4-3 に示すような「政策課題」および「重点的取組」を決めている。この重点的取組のひとつとして、「うつ病、認知症、発達障害等の革新的な予防・診断・治療法の開発」が取り上げられている。その取組の内容、目標および実現に向けた関連施策は次のとおりである。

1) 取組の内容

科学・技術の観点から10年後の出口を見据え、前駆症状を含む早期発見による初期段階での医療・措置提供のためのシステムや新規治療法の開発、脳科学等の基礎研究、病状のコントロール、社会・職場復帰など、現在進められている研究開発をさらに加速する。併せて、うつ病・認知症等の精神・神経疾患の病態を再現するモデル動物の開発についても取り組む。

2) 取組の目標

予防医療（先制医療（早期医療介入））により、社会的に重要な疾患の罹患率を低下させる。

3) 実現に向けた関連施策

ゲノム情報および EHR (Electronic Health Records) を含む医療にかかる個人情報の研究開発における利活用の倫理的検討

図表 4-4-3 2013 年度アクションプラン・ライフイノベーション

将来の社会像	政策課題	重点的取組
心身共に健康で活力ある社会の実現	がん等の社会的に重要な疾病の予防、改善及び治癒率の向上	① 個人の特性に着目した予防医療（先制医療（早期医療介入））の開発
		② がんの革新的な予防・診断・治療法の開発
		③ 生活習慣病の合併症に特化した革新的な予防・診断・治療法の開発
		④ うつ病、認知症、発達障害等の革新的な予防・診断・治療法の開発
心身共に健康で活力ある社会の実現	身体・臓器機能の代替・補完	⑤ 再生医療の研究開発
	革新的医療技術の迅速な提供及び安全性・有効性の確保	⑥ レギュラトリーサイエンスの推進による医薬品、医療機器、再生医療等の新たな医療技術の開発
高齢者及び障がい児・者が自立できる社会の実現	少子高齢化社会における生活の質の向上	⑦ 高齢者及び障がい児・者の機能代償・自立支援技術の開発
		⑧ 小児期に起因する疾患の予防と予後の改善等に関する研究開発

引用文献

- 1) 気分障害について www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7c_0001.pdf
- 2) 「こころの病気について」大阪府こころの健康総合センター・松浦玲子著
- 3) 厚生労働省「疾病、傷害および死因の統計分類」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippeii/index.html>
- 4) メンタル・ヘルス・ネット <http://www.mh-net.com/lecture/disorder/bunrui.html>
- 5) 日本うつ病学会治療ガイドライン II. 大うつ病性障害、2012年7月26日作成
- 6) Human Metabolome Technologies ホームページ
<http://humanmetabolome.com/06/3946>
- 7) 広島大学ホームページ
http://www.hiroshima-u.ac.jp/top/koho_press/press/h2301-12/p_cjlf.html
- 8) 東大病院ホームページ
<http://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/kokoro/index.html>
- 9) 厚生労働省患者調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>
- 10) 認知症有病率に関する厚生労働省のデータ
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html
- 11) 日本うつ病学会治療ガイドライン I. 双極性障害 2012、2011年3月10日作成
- 12) 国立精神・神経医療研究センター病院ホームページ
<http://www.ncnp.go.jp/hospital/sd/seishin/qanda.html>
- 13) うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル（厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）
- 14) 日本職業リハビリテーション学会ホームページ <http://vocreha.jp/>
- 15) 神奈川県立精神医療センター 芹香（きんこう）病院 ストレスケア医療ホームページ
<http://www.kinkou.org/rTMS.html>
- 16) 目でみる精神保健医療福祉（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のデータ）
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/medemiru7.pdf>
- 17) 「医療計画について」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/
- 18) 警察庁の白書・統計のページ <http://www.npa.go.jp/toukei/index.htm>
- 19) 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/torimatome.html>
- 20) 2013年度科学技術重要施策アクションプラン
http://www8.cao.go.jp/cstp/budget/h25ap/h25ap_honbun.pdf
- 21) WHOによるDALY調査（2004年）
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html

第5章 まとめ

これまで HS 財団で行った医療ニーズ調査では、まだ解決すべき課題が残されている重要な領域として精神疾患が挙げられていた。本年度は、精神疾患のうち、近年増加している労働者の休業や失業、あるいは自殺の原因となる等、社会的に影響が大きいと考えられるうつ病を中心に、気分障害を取り上げて専門医へのアンケート調査、ヒアリング調査および文献調査を行った。本調査では気分障害を大きく「うつ病性障害」と「双極性障害」に分け、さらに「うつ病性障害」のうち「非定型うつ病」（診療時の病相）は別に取り扱った。

（1） 日常診療について

精神疾患領域の医師が日常的に診療している患者の割合は、うつ病性障害 29%、非定型うつ病 6%、双極性障害 10%と、気分障害の患者が占める割合は約 45%で、約 55%はその他の疾患であった。この診療患者の割合は、病床なしの施設のほうが気分障害の割合が若干高く、その他の疾患が低い傾向にあったが、大きな相違ではなかった。

患者が受診するきっかけは、約半数が自発的であり、次いで約 3 割が家族・同僚の勧めであった。回答した医師の 70%以上が気分障害の患者数は今後増加すると考えていた。現在、受診している気分障害の患者のうち、うつ病性障害と非定型うつ病では約 8 割が軽症から中等度であり、約 2 割が重症であった。双極性障害では約 3 割が重症であった。今後気分障害の疾患啓発が進み、受診する患者は増加すると考えられるが、その増加する患者の多くは数十年前には来院しなかったような軽症の患者が中心であり、入院が必要な重症患者の数には大きな変化はないであろうと考えられた。

診療時間については、いずれの気分障害でも初診時は平均で 45 分程度、再診時で 11 分程度であった。初診時の診療時間は 30 分から 60 分にわたり回答に幅があったが、再診時の診療時間は 10 分前後と一定していた。

受診している患者の性別は疾患によって異なる傾向があり、うつ病性障害では約 7 割の医師が女性が多いと回答しているが、非定型うつ病では女性が多いと感じている医師は約 55%であり、約 25%が男女で差がないと感じていた。一方、双極性障害では半数以上の医師が男女差はないと感じていた。患者の年齢については、うつ病性障害では 40～59 歳の層が最も多く、次いでその前後の年齢層が多いと考えられていた。非定型うつ病では 20～39 歳の比較的若い層の患者が多く、次いで 40～59 歳で多く、30 代までに発病して慢性化するケースも少なくないと考えられていた。また、双極性障害では、20～59 歳と幅広い年齢層の患者が多いと考えられていた。

（2） 検査・診断について

気分障害の診断を行う上で難しいと感じている点は、「単極性・双極性の鑑別」や「少ない判断材料」を挙げた回答が最も多かった。他に「気分障害以外の疾患との鑑別」や

「正常との鑑別」といった、鑑別に関する回答も多かった。

ほとんどの医師は、診断基準として ICD-10 または DSM-IV、あるいはこの両者を用いていた。これらの診断基準は、診断する医師が異なっても同じ患者であれば同じ診断結果が得られることを意図した診断ツールである。ある程度時間をかければ診断は容易になったが、このような操作的診断と疾患概念にはまだ乖離があり、同一診断名でありながら治療反応性が異なるケースを分類するため、生物学的な観点も反映した診断基準にさらに改訂される必要がある。

現在使われている検査・診断法で最も多いのは問診（100%）、次いで心理検査（57%）、血液生化学検査（46%）、内分泌的検査（41%）、脳画像診断（27%）等であった。今後重要になると考える検査・診断法でも問診（80%）と心理検査（41%）が多く、気分障害の検査・診断では将来にわたってこれらによる診断が重要であると考えられていた。一方、NIRS（光トポグラフィー）と遺伝子検査は、現在行っている医師は 1 割未満であったが、30%以上の医師が将来は重要となると期待していた。遺伝子検査については脳において発現する遺伝子の数が非常に多い点、また他臓器に比較して個人差が多い点が有用な遺伝子検査を開発できない要因となっている。さらに気分障害では時間の経過とともに新たな症状が現れるように、バイオマーカーも疾患の経過により変化している可能性もある。しかし、バイオマーカーによる鑑別診断、並びに治療反応性や薬剤有効性の判定は、近年の脳科学の進展に伴い、今後も引き続き期待される分野である。

NIRS の有用性については、「今後の結果次第」とする意見が最も多く、次いで「有用である、参考になる」といった肯定的意見や「有用性は低い、期待できない」といった否定的意見があり、評価は定まっていないようであった。NIRS は「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害に分類される疾病および気分（感情）障害に分類される疾病のいずれかの疾病の患者であることが強く疑われる者に対するうつ状態の鑑別診断補助」として先進医療に承認されているが、現時点では実施できる施設が限定されている。今後エビデンスが集積すれば簡便な方法であり普及する可能性があると考えられた。

気分障害の鑑別診断で重要な疾患として、最も多く挙げられたのは「うつ病と双極性障害」、次いで「定型うつ病と非定型うつ病」であった。他に「認知症」や「適応障害」、「人格障害」および「発達障害」を挙げる意見もあった。DSM-IV 等の操作的診断では診断時点の結果は得られるが、気分障害には経過を観察しないと鑑別診断ができない場合も多い。双極性障害ではうつ状態を呈して 10 年以上経過して初めて躁病相が認められる患者も少なくない。また、統合失調症では明確な幻覚・妄想病相が現れなければうつ病と診断されて抗うつ薬が処方される可能性があるが、統合失調症は抗うつ薬で症状が増悪する場合がある。気分障害は、単に一時点の症状で診断することには危険性があり、時間をかけた診断が重要である。

(3) 治療について

気分障害の治療の目標は、うつ病性障害では治療の必要がない、あるいは通院の必要がない「完全治癒」と病状をコントロールできていて「通院の必要はあるが日常生活等にほぼ支障がない」が約 5 割ずつであった。一方、非定型うつ病では「通院の必要はあるが日常生活等にほぼ支障がない」が約 7 割、双極性障害では「通院の必要はあるが日常生活等にほぼ支障がない」が約 8 割に増加しており、非定型うつ病や双極性障害の治療の難しさがうかがえた。

治療目標は「完全治癒」を目指すことが理想であるが、気分障害では日常生活に支障がなく職場復帰や社会復帰できることを重視し、症状や治療反応性、重症度等、患者の状態に応じて治療目標を設定していると考えられた。また、気分障害は再発率が高く、疾患の経過とともに治療目標を変更することもあり、治療が困難な場合はケアを受けつつ日常生活や社会生活を送ることも選択肢となっている。

気分障害の治療で薬剤を選択する際に重視する点は、うつ病性障害、非定型うつ病および双極性障害でほとんど違いはなく、「患者の症状や重症度」を挙げる回答者が多く、次いで「治療効果としてのエビデンス」や「安全性（副作用）」が挙げられていた。薬剤以外の治療法では「認知行動療法」、「通電療法」および「職業リハビリテーション」を現在用いている、あるいは今後取り入れたいと考えている医師が多かった。

気分障害の治療に使われる薬剤は「抗うつ薬」、「気分安定薬」、「抗精神病薬」、「抗不安薬」、「抗てんかん薬」、「睡眠薬」および「漢方薬」と幅広い薬剤が使用されていた。うつ病性障害および非定型うつ病では「抗うつ薬」、「抗不安薬」および「睡眠薬」が比較的多く使用されていたが、双極性障害では「気分安定薬」、「抗精神病薬」および「睡眠薬」が多かった。各薬剤の不満足な点として半数以上の医師が挙げたのは、抗うつ薬では「効果発現までの時間」および「悪心・嘔吐」、抗精神病薬では「体重増加、脂質・血糖の上昇」、抗不安薬および睡眠薬では「乱用・依存性」であり、これらの改善が期待されている。

(4) 治療の満足度と薬剤の貢献度

うつ病性障害では、「十分満足のいく治療が行えている」および「ある程度満足のいく治療が行えている」を合わせた治療満足度は 91%、また、薬剤が「十分に貢献している」と「ある程度貢献している」を合わせた薬剤貢献度は 100%であり、いずれも高かった。2010 年度に HS 財団が一般内科医を対象に調査した結果では、うつ病の治療満足度は 44%、薬剤貢献度は 80%であった。「十分満足のいく治療が行えている」との回答は 3%で、今回の専門医の回答の 7%と同様に低かったが、「ある程度満足のいく治療が行えている」との回答は 43%であったのに対して今回の専門医では 84%であった。一般内科医では薬剤の効果はある程度認めつつ、うつ病性障害の治療の難しさを感じている一方、専門医は治療にある程度の手応えを感じていることがうかがえた。

双極性障害の治療満足度は 76%、薬剤貢献度は 94%と比較的高かった。一方、非定型

うつ病の治療満足度は43%であり、「不十分な治療しかできていない」との回答が53%と本調査対象3疾患の中で最も多かった。薬剤貢献度も48%と低く、非定型うつ病ではうつ病性障害に比較して有効な薬剤が不足していること、また、現状では治療が困難であることがうかがえた。

治療満足度について「十分満足のいく治療が行えている」との回答は、うつ病性障害で7%、非定型うつ病で1%および双極性障害で5%といずれも低く、気分障害の治療にはまだ解決すべき課題が多いと考えられた。気分障害の治療満足度を向上させるために重要な項目としては、「有効性の高い治療法の開発」および「医師と患者のコミュニケーションの充実」が多く挙げられていた。次いで「客観的な診断法の開発」を挙げた医師が多かった。

(5) 非定型うつ病について

近年治療対象となった疾患である非定型うつ病は、操作的診断基準により診断が可能で、抗うつ薬にもある程度の治療反応性があることから、一定の生物学的背景が存在すると考えられる。しかし、非定型うつ病に対する有効な治療法や治療薬が必ずしも存在するわけではなく、通常とうつ病の治療法や治療薬が用いられているのが現状で、治療効果は必ずしも良好ではない。非定型うつ病に該当する症状は、うつ病が軽快する段階や抗うつ薬や抗精神病薬の過剰投与の副作用としても観察される症状であり、より一層、生物学的背景を明らかにすることが重要である。

「非定型うつ病」に対して「新型（現代型）うつ病」という言葉は、疾病と社会現象を一括りに表現しているような造語であり、治療対象となる疾患と混同すべきではない。

(6) 今後取り組むべき課題について

8割以上の医師が、今後10年間で気分障害の重要性は増すと考えており、その理由として「患者数の増加」、「社会環境の悪化（不況等）」および「ストレスの増加」等が挙げられていた。

今後取り組むべき課題として、治療薬に関して「個々の患者に有効な薬剤の選択（個別化医療）」および「新規機序の薬剤の開発」、診断法に関して「客観的な鑑別診断法の確立」および「早期診断法の確立」が多く挙げられていた。また、「社会復帰のためのサポート体制の充実」や「薬剤以外の治療法の充実」も今後重要な課題であるとの意見もあった。

気分障害患者の専門医療機関への受診状況について、大半の専門医は「約半数程度の患者が受診している」または「大部分の患者が受診していない」と考えており、その理由として「受診・受療に対する患者の躊躇」や「患者の精神疾患の理解不足（啓発不足）」等が挙げられていた。

気分障害の治療を受けている患者の治療満足度について治療をしている大半の専門医は、

「約半分程度の患者は満足している」または「大部分の患者は満足していない」と回答しており、多くの患者は治療に満足していないであろうと感じていた。医師の治療目標は現実的であるが、患者の治療目標はより理想的であり、治療しなくてもよい寛解状態を望む場合が多く、医師と患者の治療満足度にはギャップがあると考えられた。

(7) 気分障害における医療ニーズについて

精神疾患領域の専門医へのアンケート調査およびヒアリング調査をもとに、気分障害における医療ニーズについて考察した。

1) 新たな診断法の開発

現在用いられている DSM-IV 等の操作的診断法では、教育を受けてある程度時間をかければ比較的容易に診断できるようになった半面、従来の難治性うつ病と大うつ病性障害は必ずしも一致しない等、診断と疾患概念に乖離がある場合もある。また、十分に病相を把握しないまま短時間の機械的な診断の結果、誤った処方が継続される等、不適切な治療がなされる可能性もあり、より生物学的な観点も反映した診断法に整理し直す必要がある。生物学的背景を持つ疾患分類の実現に向けて、鑑別診断に応用可能なバイオマーカーの発見が期待される。また、気分障害の重要な治療法の一つである薬剤の選択、用量の設定、治療効果の評価等の客観的指標としてのバイオマーカーの必要性も高い。これまで数十年間の取り組みでは有用なバイオマーカーの確立に繋がっていないが、近年の脳科学の進展に伴い有効なバイオマーカー発見への期待は大きい。

2) 新たな治療法の開発と既存治療法の適正化

薬物療法に関しては新しい作用機序の薬剤の開発が望まれる。急性期のうつ病性障害や双極性障害に対する薬剤の選択肢は充実してきているが、再発率が依然として高く、再発予防が重要である。非定型うつ病はモノアミン酸化酵素阻害薬に対して反応性の高いタイプのうつ病として識別されてきたが、最近ではこの疾患概念が疑問視されている。今後、疾患概念が見直される可能性があり、有効な治療法が開発が望まれる。また、気分障害をはじめとして精神疾患の症状は患者ごとに多様であり、同じカテゴリーの薬剤でも同じ反応を示すとは限らない。薬物療法では患者のアドヒアランスが重要であり、個々の患者にとって効果がある薬物療法を実践するためには、個々の薬剤ごとにどのような症状に効果があるか等、市販後の実臨床に沿ったきめ細かな薬剤情報の提供が医療現場では求められている。

薬剤以外の治療法として、認知行動療法や職業リハビリテーション等が挙げられるが、治療に手間が掛かる割に診療報酬の評価が低いことから十分に活用されていない可能性がある。また、欧米では代替療法もガイドラインで規定されており、食事、運動、ハーブ等の代替療法が普及している。日本でもこれら薬剤以外の治療法に対する診療報酬の充実お

よびガイドライン化等の普及推進の施策が望まれる。

3) 気分障害に関する疾患の啓発

気分障害は高齢で発症する認知症等に比較して若い時期に発症し、生産年齢層の患者が多い。また、気分障害は自殺の原因となるばかりではなく、患者は就業困難となる等、社会的損失の大きな要因となっている。気分障害は一旦軽快しても再発を繰り返したり、新たな病相を呈したりすることも多く、また、一般的に軽症でも治癒率が高いわけではない。気分障害の治療は、早期に専門医を受診し、長期に疾患と付き合いながら社会生活や日常生活を継続することが重要である。近年、気分障害の患者が増加しているにもかかわらず、専門の医療機関を受診している患者はまだ少ないと考えられることから、一般の人たちや専門医以外の医療関係者に対して、このような疾患の概念や治療法についての啓発が必要である。

最後になりましたが、ご多用中にも関わらず、アンケート調査およびヒアリング調査にご協力いただきました医師の方々に感謝いたします。今回の調査結果が今後の企業の研究開発、アカデミアの基盤的研究や橋渡し研究および行政の施策に反映され、我が国の医療の発展に役立つことを願っています。

付属資料：調査票

1. 日常診療について

Q1.1 先生が診療している全ての患者さんについてお聞きします。患者さんの割合 (%) をお書き下さい。

	回答欄 (%)
うつ病性障害 (非定型うつ病を除く)	%
非定型うつ病	%
双極性障害	%
その他	%

Q1.2 先生が診療している気分障害の患者さんは主にどの様なきっかけで受診しましたか。該当する項目に○印 (1つ) をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	回答欄
1. 自発的	
2. 家族・同僚の勧め	
3. 職場の勧め	
4. その他 ()	

Q1.3 今後、気分障害の患者さんは増加すると思いますか。該当する項目に○印 (1つ) をお付け下さい。

	回答欄
1. 増加する	
2. 増加しない	
3. わからない	

Q1.4 先生が診療している気分障害の患者さんの重症度の割合 (%)をお書き下さい。

	軽度～中等度 (%)	重度* (%)
うつ病性障害 (非定型うつ病を除く)	%	%
非定型うつ病	%	%
双極性障害	%	%

*：入院を要する、または、同等の重い症状

Q1.5 先生の診療における気分障害の患者さんの平均的な診療時間をお書き下さい。

	初診時 (分)	再診時 (分)
うつ病性障害 (非定型うつ病を除く)	分	分
非定型うつ病	分	分
双極性障害	分	分

Q1.6 先生が診療している気分障害の患者さんの性別について該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。

	男性が多い	女性が多い	男女で差はない
うつ病性障害（非定型うつ病を除く）			
非定型うつ病			
双極性障害			

Q1.7 先生が診療している気分障害の患者さんはどの年齢層が多いですか。最も多い区分に◎印（1つ）、次に多い区分に○印（1つ）をお付け下さい。なお、年齢で差がない場合には「年齢で差はない」に○印をお付け下さい。

	19歳以下	20～39歳	40～59歳	60歳以上	年齢で差はない
うつ病性障害（非定型うつ病を除く）					
非定型うつ病					
双極性障害					

2. 検査・診断について

Q2.1 気分障害の診断を行う際に、難しいと感じる点は何ですか。対応もお書き下さい。

--

Q2.2 普段の診療でよく使う（公的文書作成等を除く）気分障害の診断基準として何を用いていますか。該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	回答欄
1. ICD-10	
2. DSM-IV	
3. その他（ ）	

Q2.3 現在先生が使われている検査・診断、および今後重要になるのではないかとと思われる検査・診断に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	現在	今後
1. 問診		
2. 血液生化学検査		
3. 尿検査		
4. 生理学的検査（脳波等）		
5. 内分泌的検査		
6. 心理検査		
7. 遺伝子検査		
8. 脳画像診断		
9. NIRS（光トポグラフィー）		
10. その他（ ）		

Q2.4 「先進医療」として承認された NIRS（光トポグラフィー） の有用性についてご意見をお書き下さい。

--

Q2.5 鑑別診断が課題であると感じられる項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。また、その他に気分障害との鑑別が重要であると思われる疾患がございましたら 3 つまであげて下さい。

	回答欄
1. うつ病と統合失調症	
2. うつ病と双極性障害	
3. 非定型うつ病と定型うつ病	

【上記以外に気分障害との鑑別が重要である疾患】

1.
2.
3.

3. 治療について

Q3.1 気分障害の治療の目標をどこに置いていますか。該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	うつ病性障害 (非定型うつ病を除く)	非定型 うつ病	双極性障害
1. 完全治癒（治療の必要がない、あるいは通院の必要がない）			
2. 通院の必要はあるが病状をコントロールできていて日常生活および社会生活（職場復帰等）にほぼ支障がない			
3. 通院の必要はあるが病状をコントロールできていて日常生活にほぼ支障はないが社会生活（職場復帰等）には支障がある			
4. その他（ ）			

Q3.2 気分障害の治療で先生が薬剤を選択する場合に何を重視していますか。最も重視する項目に◎印（1つ）、次に重視する項目に○印（1つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	うつ病性障害 (非定型うつ病を除く)	非定型 うつ病	双極性障害
1. 患者さんの症状や重症度			
2. 治療の緊急度			
3. 治療効果としてのエビデンス			
4. 安全性（副作用）			
5. 服薬アドヒアランス			
6. 患者さんや家族の要望			
7. 特に基準はない（この場合○は1つだけ）			
8. その他（ ）			

Q3.3 薬剤以外の治療法で現在先生が取り入れている項目、および今後取り入れたい項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	現在	今後
1. 通電療法		
2. 認知行動療法		
3. 職業リハビリテーション		
4. rTMS（反復性経頭蓋磁気刺激法）		
5. その他（ ）		

Q3.4 先生が気分障害の治療に使われる薬剤について該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	抗うつ薬	気分安定薬	抗精神病薬	抗不安薬	抗てんかん薬	睡眠薬	漢方薬	その他 ()
うつ病性障害 (非定型うつ病を除く)								
非定型うつ病								
双極性障害								

Q3.5 各治療薬の現在不満足な点について該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は枠内に具体的にご記入下さい。

	種類の少なさ	効果が掛かる時間が短い	寛解する患者の率が低い	悪心・嘔吐	尿閉・散瞳	口渇・便秘・ふらつき	めまい・ふらつき	健忘	起立性低血圧	体重増加・脂質・血糖の上昇	性功能障害	反跳現象	離脱症状・	乱用・依存性	薬物相互作用	その他
抗うつ薬																
気分安定薬																
抗精神病薬																
抗不安薬																
抗てんかん薬																
睡眠薬																
漢方薬																
その他 ()																

4. 治療の満足度と薬剤の貢献度

Q4.1 「治療の満足度」と「薬剤の貢献度」について該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。また、現在、薬剤以外の治療法が主体の場合には○印をお付け下さい。

	治療の満足度				薬剤の貢献度			現在、薬剤以外の治療法が主体
	十分満足のおく治療が行えている	ある程度満足のおく治療が行えている	不満足な治療しかできていない	治療が行えているとはいえない	十分に貢献している	ある程度貢献している	あまり貢献していない	
うつ病性障害 (非定型うつ病を除く)								
非定型うつ病								
双極性障害								

Q4.2 気分障害の治療の満足度を向上させるため最も重要と思われる項目に◎印（1つ）、次に重要と思われる項目に○印（2つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	回答欄
1. 医師と患者とのコミュニケーションの充実	
2. 専門医以外の医療従事者のうつ病・双極性障害に対する理解	
3. コメディカルの充実	
4. 診療・治療ガイドライン作成など、診断法や治療法の標準化	
5. 客観的な診断法の開発	
6. 有効性の高い治療法の開発	
7. 副作用のない治療法の開発	
8. 既存の薬剤の適応拡大	
9. 医療機器の普及	
10. 疾患メカニズムの解明	
11. その他（ ）	

5. 今後取り組むべき課題について

Q5.1 気分障害に関して今後取り組むべき課題として、特に重要と思われる項目に○印（3つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	回答欄
1. 早期診断法の確立	
2. 客観的な鑑別診断法の確立	
3. 複数の精神疾患を併発している場合の診断法の確立	
4. 新規機序の薬剤の開発	
5. 相互作用の少ない薬剤の開発	
6. 薬剤の安全性の向上	
7. 個々の患者に有効な薬剤の選択（個別化医療）	
8. 薬剤以外の治療法の充実	
9. 専門医の育成	
10. 病診連携の充実	
11. 非専門医の患者対応の充実	
12. 早期受診体制の確立	
13. 社会に対する広報（啓発）活動の充実	
14. 社会復帰のためのサポート体制の充実	
15. その他（ ）	

6. 医療の現状について

Q6.1 日本において今後 10 年間で気分障害は重要性を増すと考えますか。該当する項目に ○印 (1つ) をお付け下さい。また、回答の理由等を自由にお書き下さい。

	回答欄
1. 重要性は増す	
2. 変わらない	
3. 重要性は減る	

【回答の理由等】

Q6.2 日本で気分障害を抱えている人々は、専門の医療機関で適切な治療を受けているとお考えでしょうか。該当する項目に ○印 (1つ) をお付け下さい。また、選択した理由として該当する項目に ○印 (複数選択可) をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

	回答欄
1. 大部分の患者さんが専門の医療機関を受診している	
2. 約半分程度の患者さんが専門の医療機関を受診している	
3. 大部分の患者さんが専門の医療機関を受診していない	

【選択した理由】	回答欄
1. 患者の精神疾患の理解不足 (啓発不足)	
2. 精神疾患に対応する診療窓口が曖昧	
3. 受診・受療に対する患者の躊躇	
4. プライマリーケア、一般内科医の知識不足	
5. 精神疾患専門医療機関・専門医の不足	
6. その他 ()	

Q6.3 日本で気分障害の治療を受けている患者さんは治療に満足しているとお考えでしょうか。該当する項目に ○印 (1つ) をお付け下さい。

	回答欄
1. 大部分の患者さんは治療に満足している	
2. 約半分程度の患者さんは治療に満足している	
3. 大部分の患者さんは治療に満足していない	

7. 要望（患者、医師および医療従事者、行政、医療産業）

Q7.1 気分障害に関して患者、医師および医療従事者、行政、製薬メーカー、医療機器メーカー等に対するご意見やご要望がありましたら、自由にお書き下さい。

【患者】
【医師および医療従事者】
【行政】
【製薬メーカー】
【医療機器メーカー】

8. 自由意見

Q8.1 気分障害の予防、診断、治療等において現在満たされていない医療ニーズ（unmet medical needs）について、先生が診療されている気分障害の患者さんの特徴的なところ、最近、気になる点や注目される点等について、自由にお書き下さい。

--

平成24年度（2012）
国内基盤技術調査報告書
—気分障害に関する医療ニーズ調査—

発行日：平成25年3月19日

発行：財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団
〒101-0032
東京都千代田区岩本町2-11-1
ハーブ神田ビル
電話 03(5823)0361/FAX 03(5823)0363
(財団事務局 担当 山下 剛一)

印刷：タナカ印刷株式会社

発行元の許可なくして無断転載・複製を禁じます