

固有値

番号	固有値	寄与率	20 40 60 80	累積寄与率	カイ2乗	自由度	p値(Prob>ChiSq)
1	6.8359	75.955		75.955	1821.85	44.000	<.0001*
2	0.5144	5.715		81.670	199.727	35.000	<.0001*
3	0.4530	5.033		86.704	138.458	27.000	<.0001*
4	0.2929	3.255		89.959	72.367	20.000	<.0001*
5	0.2503	2.781		92.740	51.886	14.000	<.0001*
6	0.2447	2.718		95.458	36.874	9.000	<.0001*
7	0.1715	1.905		97.363	10.230	5.000	0.0690
8	0.1285	1.428		98.791	1.322	2.000	0.5163
9	0.1088	1.209		100.000	0.000	0.000	.

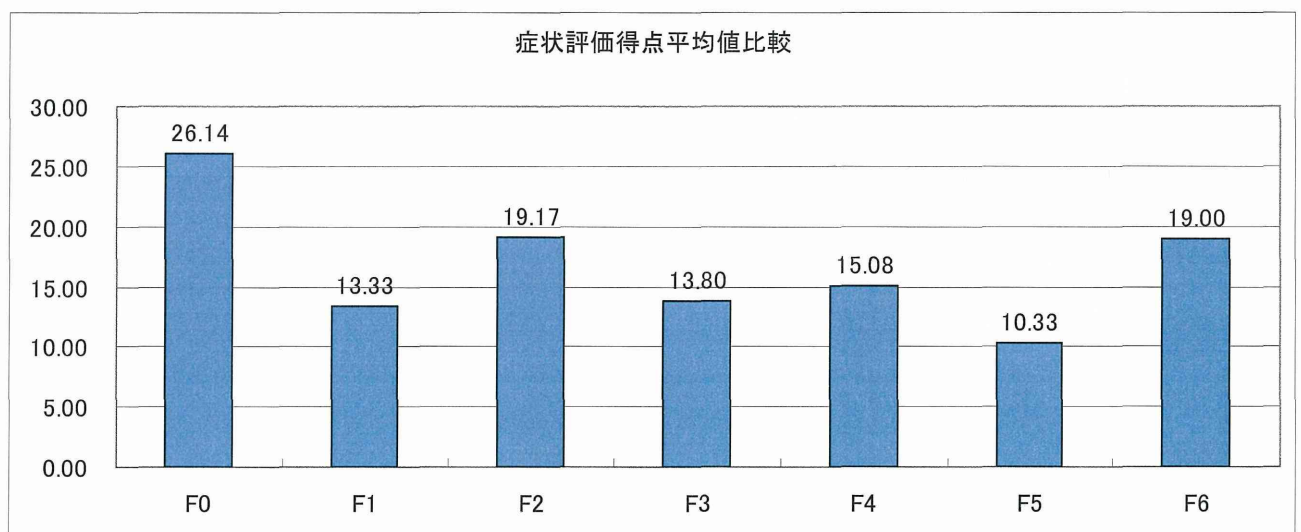
F0 器質性精神障害は F6 との間に有意差はないものの、それ以外の疾患と有意差が見られ、F0 の診断がついたものは障害の程度が重い評価となっている。しかし、F0 器質性精神障害は高齢者に多いことから、年齢などその他の影響も考慮する必要があると考えられる。

そこで、次の分析3で年齢による差を見たところ、高齢者の方が症状・障害の評価が重いことがわかった。能力障害の質問項目が多い事を踏まえると、能力の障害はやはり精神的な疾患よりも高齢に伴う器質的な疾患に左右される事が推測される。

F2 統合失調症の診断がついたものは F3 気分感情障害や、F4 神経症性障害の患者と比べ障害の評価が重いこともわかった。患者数が少ないため有意ではないが、F6 人格障害も症状評価が高かった。

◆分析2 初期診断名（Ⅲの診断）と一年後の症状の評価

診断	数	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
F0	21	26.14	9.88	11	26	46
F1	3	13.33	6.66	9	10	21
F2	18	19.17	8.15	9	18.5	36
F3	66	13.80	4.95	9	12	27
F4	75	15.08	6.17	9	13	32
F5	3	10.33	2.31	9	9	13
F6	1	19.00		19	19	19
全体	187	16.18	7.49	9	14	46



多重比較

水準		差	p値	
F0	F5	15.81	0.0022	1%
F0	F1	12.81	0.0269	5%
F0	F3	12.34	<.0001	0.10%
F0	F4	11.06	<.0001	0.10%
F0	F2	6.98	0.017	5%
F2	F3	5.36	0.035	5%

◆分析3 年齢と症状の評価

水準	数	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
20歳未満	10	18.20	7.96	9	18.5	32
20代	33	15.18	5.33	9	14	26
30代	43	16.02	6.71	9	14	36
40代	31	14.61	6.26	9	12	29
50代	17	14.65	5.98	9	14	27
60代	22	12.27	4.48	9	10.5	21
70代	17	19.94	10.33	9	21	46
80代	11	21.36	8.69	9	21	37
90代	3	36.00	9.54	25	41	42
全体	187	16.18	7.49	9	14	46



多重比較

水準		差	p値	
90代	60代	23.73	<.0001	0.10%
90代	40代	21.39	<.0001	0.10%
90代	50代	21.35	<.0001	0.10%
90代	20代	20.82	<.0001	0.10%
90代	30代	19.98	<.0001	0.10%
90代	20歳未満	17.80	0.0031	1%
90代	70代	16.06	0.0065	1%
90代	80代	14.64	0.03	5%
80代	60代	9.09	0.0109	5%
70代	60代	7.67	0.0166	5%

次に、その患者が今回調査診療所を受診する前に、他の精神科医療機関に受診歴があるかどうかと、今回の受診歴の長さに関連があるかを調べた。等分散検定の結果、受診歴の「ある人」は「ない人」の2群の間で、母分散が等しいとは言えなかった($F(1,990)=10.90, p<.01$)ので Welch の t 検定を行ったが有意差は見られなかった($t(571.1)=1.85, p=.065$)。しかし、 $p<.10$ の傾向差が見られ、受診歴の「ある人」は「ない人」に比べ通院期間が長い傾向にあった。

◆分析4 受診歴と通院期間の長さ

水準	数	平均	標準偏差
あり	316	124.84	168.98
なし	676	104.12	155.26
全体	992	110.72	159.96

D. 考察

1) 精神科診療所の実態について

「会員基礎調査」の分析より、精神科診療所は、商業・ビジネス街、住宅地域、混合地域に満遍なく分散して立地していた。また、診療所のキャッチメントエリアは近隣型と広域型の両方を持つ混合型が最も多かった。つまり、近所のみならず遠方からも通院していることがわかった。このことは診療所の地域での役割を考える上で留意しておく必要がある。

診療所の従業員については、常勤としては看護師、事務職が多く、臨床心理技術者等の他のパラメディカルスタッフは非常勤が多かった。今回の全国実態調査では、デイケアを実施している診療所と実施していない診療所を分けていない。実際、デイケアの有無で診療所の従業員数は大きく異なる。参考のために、平成19年に(社)日本精神神経科診療所協会が行った調査(平成19年度厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所に通院する以外に社会参加していない精神障害者の実態調査及び精神科診療所の社会参加サポート機能の強化に関する研究」：班長平川博之)結果を示す(図15)。

精神科診療所の職員配置(デイケア有無別)

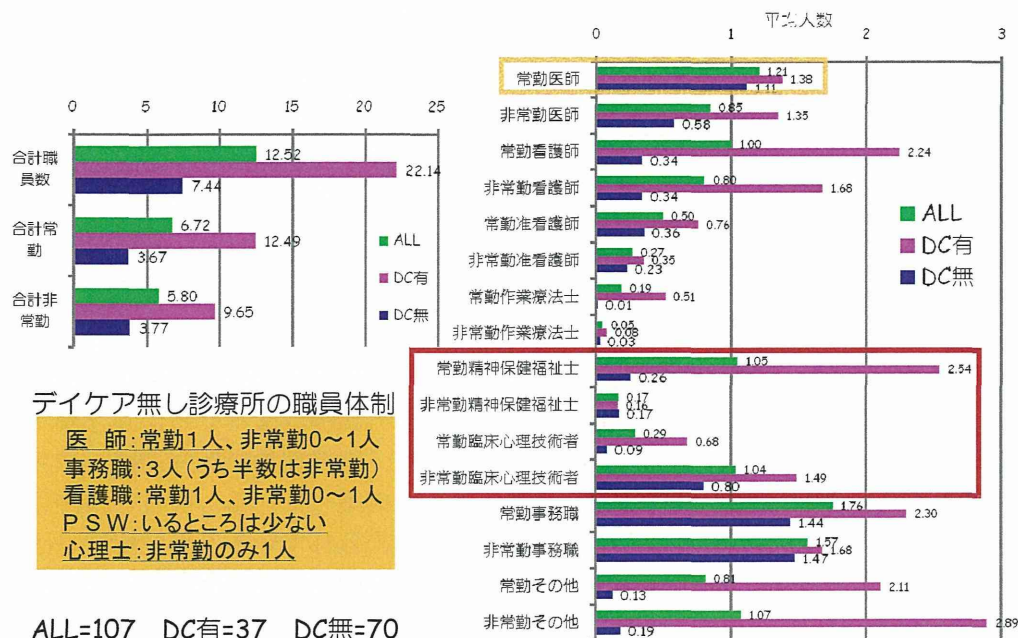


図 15 精神科診療所の職員配置(平成 19 年)

精神科を標榜する診療所は、平成 20 年 10 月には 5629 に上るが、それらの診療所の「精神科としての専門性」については担保されていない。今回の調査対象となった(社)日本精神神経科診療所協会についてみれば、精神保健指定医、学会専門医といった精神科医としての専門性を担保する資格の取得者数が 9 割以上であった。この結果から、会員医療機関については一定の専門性が担保されていることが分かる。

受診患者数については 1 日平均約 55 名程であり、そのほとんどが精神患者であった。精神科診療所は混雑しているため、初診の予約に数カ月待たされたなどとの話を聞くこともあるが、調査票Ⅱの結果では、即日対応も多く、73%が 1 週間以内に、86%が 2 週間以内に初診を受けていた。

精神科診療所の経営状態は、度重なる通院精神療法の報酬引き下げ等を受けて、悪化しているところが増えている。

デイケア・ナイトケアを実施している診療所は全体の 21.6%であった。重度認知症者デイケアについては、診療報酬が大幅に引き下げられたため行く末が心配されていたが、5 年前の調査結果とほぼ同数であった。

精神科診療所については、9 時~5 時診療で、医師は診察室での診療に追われて、地域活動をしていないとの批判的意見が聞かれることがあるが、本調査では、往診や訪問診療に取り組む診療所が増加してきていること、精神科校医業務、保健所嘱託医、医療系教育機関での講師、鑑定業務、成年後見への関与、精神科医療審査会・障害者手帳等の審査会への出務、介護保健施設への医療支援等の地域に出向している姿が明らかになった。よって、一概に精神科診療所の地域活動が少ないとは言いきれないことがわかった。

地域生活を支援する上で、ケースワークが必要不可欠なサービスであることは誰もが認めることであるが、ケースワークに対して診療報酬上の評価が無いため、今回の調査でも、必要としながらも断念せざるを得ない状況や、自らの持ち出しでケースワークを行っている状況が明らかになった。安定した質の高いケースワークを展開するには、P S W配置加算やケースワーク実施加算、地

域医療貢献加算等といった診療報酬上の措置が望まれる。

2) コホート調査より

診療所の患者は、4分の1が1回の受診で終わり、半数以上が3ヶ月までに通院を終えている。その理由の半分近くが治療中断である。他科の通院継続率がかめられないため、この数値が高いものなのか低いものなのか判断できないが、これだけの人数が治療中断していることは問題である。今回の調査では、新規受診患者の約3分の1が他の精神科医療機関受診歴があった。立地の便利さで選んだり、評判の良い医者を探求めて、自分で調べたり知人から情報を聞き、診療所をいくつも渡り歩いている患者が少なくないことが窺われた。

治療を中断せずに通院を続けてもらうためにはどうしたらよいか。

① 地域精神科医療連携システムの構築

調査結果からわかる一つのことは、一般科や精神科の医師から紹介を受けて受診した場合は通院が継続しやすいことである。地域連携を強め、紹介状を持たせて信頼できる精神科医へしっかりと繋ぐことが重要と思われる。そういった意味においては、地域の特性に見合った「地域精神科医療連携システム」の整備は極めて重要と思われる。既に（社）大阪精神科診療所協会が構築している一般科と精神科を繋ぐGPネットなど様々な地域で取り組みが始まっている。東京都で進められている「地域精神科医療ネットワークモデル事業」ではITを活用した仕組みが試行されていると聞く。このあたりの動向は今後調査するつもりである。

② 信頼できる医療機関情報の提供

受信先の診療所を選択するため、口コミやホームページ等様々な媒体を通して情報を収集している。とりわけ医療機関のホームページや民間の医療機関情報サイト等が手軽なこともあって利用度が高い。そういった場合、コンテンツの信頼度が問題となる。確かに地域でその診療実態が明らかでないような医療機関が、立派なホームページを作り集客している例を散見する。公的機関や公的機関からの認定を受けた情報サービス業者（情報内容に責任を持つ）が、第三者の情報内容評価委員会等を内部に設立して、信頼できる情報を市民に提供する仕組みが必要である。

③ 心理職等のパラメディカルスタッフの活用

心理カウンセリング等のサービスを求めて診療所へやってきた比較的若い世代の患者は、通院が継続するケースが多いことである。その他にも様々な福祉サービスの紹介、自立支援医療の紹介等の医療以外のサービスについての情報提供、支援等を行うパラメディカルスタッフを活用することも治療継続の一助となる。

④ 社会参加を支援する機能の整備

精神科診療所を受診する患者の多くは、精神症状等の軽い方が多いが、一部はかなり重症な方が含まれる。また、日中活動が何もできていない方や、通院中に仕事を辞めてしまう方なども少なくない。精神科診療所は地域で生活する重度の精神障害者を支える役割も担っていること、社会参加の支援を必要としている人を少なからず抱えていることもわかった。そういったことから、PSWや訪問看護師の配置等も必要である。

研究 I-2 わが国の精神科診療所で初回治療を受ける気分障害・不安障害患者の治療継続率に関する調査

A. 研究目的

厚生労働省により実施された患者調査によると、2011年10月時点でわが国において治療を受けている気分障害患者は95.8万人、不安障害患者は57.1万人と推定されている。これらの患者が十分に改善するためには適切な薬物療法と心理療法が必要と考えられるが、副作用をはじめとするさまざまな要因によって治療が早期に中断されることは多い。気分障害も不安障害もともに比較的自殺率が高いので、このような事態は国民保健の観点より好ましいことではなく、治療継続率を向上させることには極めて大きな意義を有するものと考えられる。しかしながら、わが国ではこれまで気分障害や不安障害に対する治療継続率に関する全国規模の調査がほとんど行われてこなかった。

今回われわれは社団法人日本精神神経科診療所協会（日精協）の会員である36診療所の新規受診患者を対象に実施された『新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究（以下、地域精神科医療研究）』のデータベースより初回治療を受けた気分障害／不安障害患者の1年転帰に関するデータを抽出し、気分障害と不安障害の治療継続率と治療継続に影響を与える因子について検討を行った。

B. 研究方法

1) 対象患者

本分担研究班は日精協の会員の診療所の中から選択された47ヶ所の診療所のうち、調査協力が得られた36診療所において『地域精神科医療研究』を実施した。地域精神科医療研究は、i) 各調査協力施設の職種別の職員数、患者に提供している医療サービスの概要、受診患者数と診断内訳などを調査した『調査 I（施設調査）』、ii) 2011年2月7日から同年3月6日までの期間中に各協力施設に新規受診問い合わせをした者の実態調査である『調査 II（新規受診問い合わせ調査）』、iii) 2011年2月7日から同年3月6日までの期間中に各協力施設を新規受診した全患者の初診時の状況を調査した『調査 III（新規受診患者調査）』、iv) 調査 III で登録された患者の初回受診から半年後の追跡調査である『調査 IV（初診から半年後調査）』、v) 同じく1年後の追跡調査である『調査 V（初診から一年後調査）』の5つのパートより構成されていた。

本稿における検討対象は調査 III において登録された1004名のうち、以下の2条件をともに満たした507名を検討対象とした。

- a) 初診時暫定診断が気分障害（ICD-10 で F3）、あるいは不安障害（F4）であった患者
- b) 2011年2月6日以前に精神科受診歴のない患者

2) 方法

① 調査 III, 調査 IV, 調査 V

調査 III では各対象患者の初回受診時における以下の i)~xiii) の13項目について調査された。

- i) 初回受診日時
- ii) 性別

- iii) 初回受診時の満年齢
- iv) 初回受診時点における暫定診断
- v) 過去の受診歴
- vi) 過去の入院歴
- vii) 罹病期間
- viii) 初回受診時点における就労・就学状況
- ix) 過去の就労体験
- x) 初回受診時の居住状況
- xi) 診療所選択の理由
- xii) 初回受診後の治療継続の必要性
- xiii) 初回受診時の処方内容

調査 IV, および調査 V では対象患者の初回受診よりそれぞれ半年後, 1 年後における xiv)~xix) の 6 項目について調査した。

- xiv) 調査時点における通院状況
 - a) 通院が中断していた場合には最終受診日と中断の理由
- xv) 調査時点における就労・就学状況
- xvi) 調査時点における診断
- xvii) 調査時点における処方内容
- xviii) 調査時点における社会機能 (二軸評価)
 - a) 精神症状
 - b) 能力障害
- xix) 調査時点における生活障害評価

② 解析方法

本稿では各対象患者の背景因子に関する単純集計, およびクロス集計を行った上で, 初回受診から治療中断に至る治療継続期間を Kaplan-Meier 法により算出し, 治療継続に影響を与える要因を Cox 回帰分析によって検討した。

生存分析を行うにあたっては, 登録された患者が通院を中断することをイベントと定義したが, 精神症状が改善するなどといった理由によって治療が終了した場合や, 転院, あるいは観察期間が終了してその後の転帰が不明になった場合には打ち切りとみなすこととした。

データ解析には統計ソフト JMP 9.0 を使用し, $p < 0.05$ の場合には統計学的に有意な差が, $p < 0.10$ の場合は傾向差があるものとみなした。

(倫理面への配慮)

本研究の実施に際しては, 特定非営利活動法人メンタルケア協議会内の研究倫理審査委員会による承認を得た。また, 調査施行にあたっては患者名や施設内 ID, 生年月日など個人の特定に繋がりうるような情報を収集しないなどといった配慮を施した。

C. 結果

1) 対象患者の背景因子

対象患者の総数は 507 名で、このうち男性が 202 名、女性が 304 名、性別に関する情報が欠如していた者が 1 名存在した。主診断の内訳は気分障害の者が 193 名、不安障害の者が 314 名であった。年齢は 20 歳未満の者が 60 名、20～39 歳の者が 223 名、40～64 歳の者が 165 名、65～74 歳の者が 30 名、75 歳以上の者が 27 名で、残る 2 名は年齢に関する情報が欠如していた。対象患者の平均年齢（標準偏差）は 39.7（18.2）歳であった。施設あたりの患者数は最大の施設が 75 名、最小の施設が 4 名で、施設あたりの平均患者数は 14.1（12.8）名であった。対象患者の罹病期間については、1 ヶ月未満の者が 100 名、3 ヶ月以内の者が 107 名、6 ヶ月以内の者が 86 名、1 年以内の者が 73 名、3 年以内の者が 64 名、5 年以内の者が 18 名、10 年以内の者が 32 名、不明、あるいは情報が欠如していた者が 27 名であった。

初回受診時の就労状況は常勤就労中であった者が 226 名、非常勤就労中の者が 43 名、通学中の者が 64 名、福祉施設などに通所中であった者が 1 名、休職・休学中であった者が 21 名、主な家事を担当していた者が 101 名、特に活動を行っていなかった者が 50 名であった。

2) 初回受診時における継続的治療の必要性

対象患者 507 名のうち、定期的通院が必要と判断された者は 430 名、通院不要と判断された者は 22 名、他院・他科に紹介された者は 5 名存在した。残りの 50 名のうち、32 名には経過観察、あるいは不定期受診が、3 名にはカウンセリングの利用が指示されており、「その他」に分類された者が 15 名、継続的治療の必要性に関する情報が欠如していた者が 4 名存在した。

3) 初回受診時の処方内容

暫定診断が気分障害であった 193 名のうち、初回受診時に 1 種類以上の抗うつ薬が処方された者は 151 名（78.2%）であった。この 151 名のうち、新規抗うつ薬が処方されていた者は 78 名、従来型抗うつ薬のみしか処方されていなかった者は 73 名であった。処方された新規抗うつ薬の内訳は、fluvoxamine (FLV) が 10 名、paroxetine (PAX) が 13 名、sertraline (SRT) が 23 名、milnacipran (MLN) が 6 名、duloxetine (DLX) が 16 名、mirtazapine (MRT) が 12 名であった。また、抗うつ薬が単剤で投与されていた患者は 118 名（78.1%）、2 種類の抗うつ薬が併用されていた患者は 30 名（19.9%）で、残りの 3 名は 3 種類の抗うつ薬が同時に併用されていた。これらの他に気分安定薬が 12 名、新規抗精神病薬が 10 名、従来型抗精神病薬が 1 名に、ベンゾジアゼピンが 111 名に処方されていた。

暫定診断が不安障害であった 314 名のうち、初回受診時に 1 種類以上の抗うつ薬が処方された者は 128 名（40.8%）、1 種類以上のベンゾジアゼピンが処方されていた者は 161 名（51.3%）で、抗うつ薬とベンゾジアゼピンの少なくとも一方が処方されていた者は 196 名（62.4%）であった。抗うつ薬が処方されていた 128 名のうち、新規抗うつ薬が処方されていた者は 66 名、従来型抗うつ薬のみしか処方されていなかった者は 62 名であった。処方された新規抗うつ薬の内訳は FLV が 25 名、PAX が 9 名、SRT が 21 名、DLX が 6 名、MRT が 5 名であった。また、抗うつ薬が単剤で投与されていた患者は 121 名（94.5%）、2 種類の抗うつ薬が併用されていた患者は 7 名（5.5%）であった。新規抗精神病薬は 6 名存在し、従来型抗精神病薬および気分安定薬が処方されていた患者は存在しなかった。

4) 治療継続率

初回受診の時点で定期的通院が必要と判断された 430 名のうち、震災などの影響で調査票を回収できなかった者が 92 名存在した。したがって、治療継続率に関する解析対象は残りの 338 名である。

この 338 名のうち、初回受診より半年後の時点で通院が継続されていたか他院に転院となっていた者は 114 名、治療終了となっていた者は 39 名、治療中断となっていた者は 185 名であった。

初回受診より 1 年が経過した時点では通院が継続されていた、あるいは他院に転院となって他院での治療に切り替えられた者は 93 名、治療終了となっていた者は 49 名、治療中断となっていた者は 196 名であった。

① 治療継続曲線

検討対象である 338 名全体の治療継続曲線を図 1 に示した。治療継続期間の中央値（95%信頼区間）は 88 日（59-130）で、治療開始より 30 日、90 日、180 日および 1 年が経過した時点における治療継続率はそれぞれ 63.1%、49.7%、42.1%、37.9%であった。

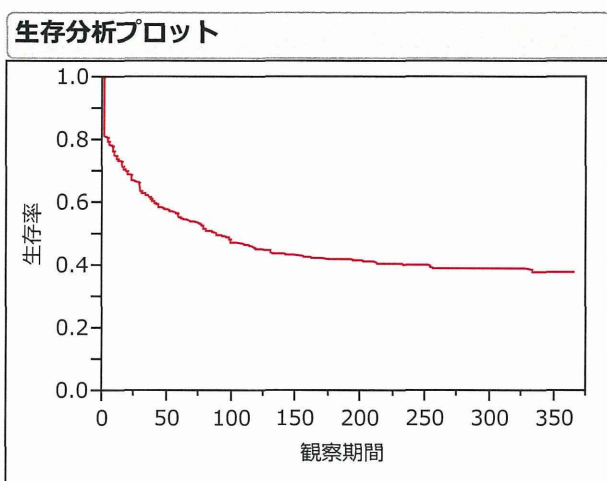


図 1 治療継続曲線 (n=338)

② 性別治療継続曲線

対象患者を男性（130 名）と女性（208 名）に分割して作成した治療継続曲線を図 2 に示した。治療継続期間の中央値は男性が 130 日（78-算出不能）、女性が 67 日（40-113）で、女性は男性の約半分であった。

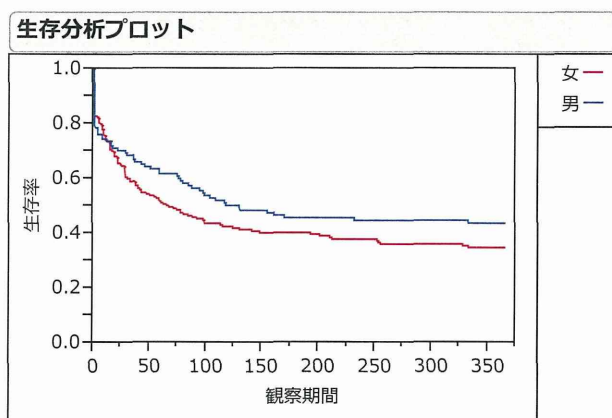


図 2 治療継続曲線：男女間比較

③ 診断別治療継続曲線

対象患者を気分障害患者 144 名と不安障害患者 194 名に分割して作成した治療継続曲線を図 3 に示した。気分障害患者の治療継続期間の中央値は 92 日 (51-333)、不安障害患者の治療継続期間の中央値は 85 日 (47-130) であった。

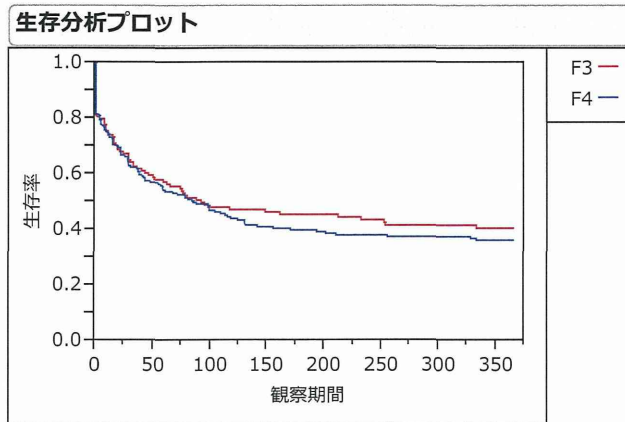


図 3 治療継続曲線：診断別比較

④ 年齢階級別治療継続曲線

対象患者を 20 歳未満 (39 名)、20~39 歳 (150 名)、40~64 歳 (110 名)、65 歳以上 (38 名) の 4 群に分割して作成した治療継続曲線を図 4 に示した。各群の治療継続期間の中央値はそれぞれ 36 日 (9-113)、98 日 (56-161)、95 日 (58-333)、253 日 (25-算出不能) で若年ほど早期に治療中断となる傾向が認められた。

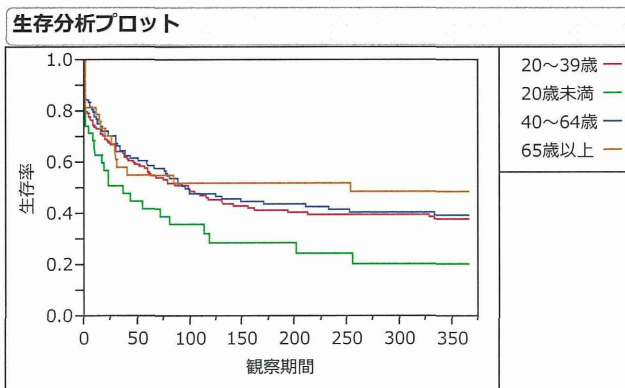


図 4 治療継続曲線：年齢階級別比較

⑤ 治療薬別治療継続曲線

対象患者を従来型抗うつ薬のみで治療された群 (従来薬群, 97 名)、新規抗うつ薬で治療された群 (新規薬群, 111 名)、そして抗うつ薬が投与されていない群 (なし群, 140 名) の 3 群に分割して作成した治療継続曲線を図 5 に示した。従来薬群, 新規薬群, なし群の治療継続期間の中央値はそれぞれ 131 日 (46-算出不能), 155 日 (78-算出不能), 51 日 (28-98) で、抗うつ薬の投与を受けていない患者の治療中断が最も早い傾向が観察された。

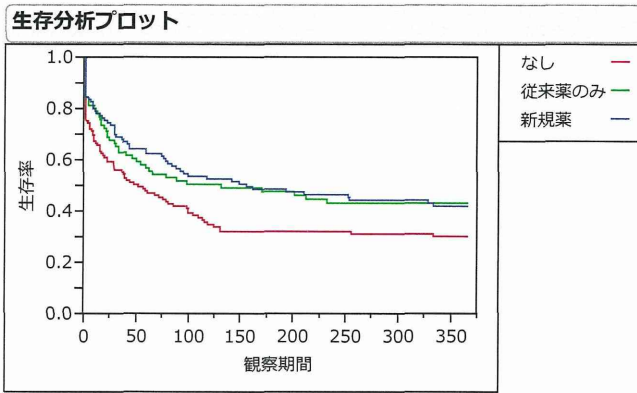


図5 治療継続曲線：治療薬別比較

⑥ 罹病期間別治療継続曲線

発病から初回受診までの期間（罹病期間）を1ヶ月以内、3ヶ月以内、6ヶ月以内、6ヶ月以上の4群に分割して作成した治療継続曲線を図6に示した。罹病期間が1ヶ月以内と3ヶ月以内の患者の治療中断はやや早い傾向が観察された。

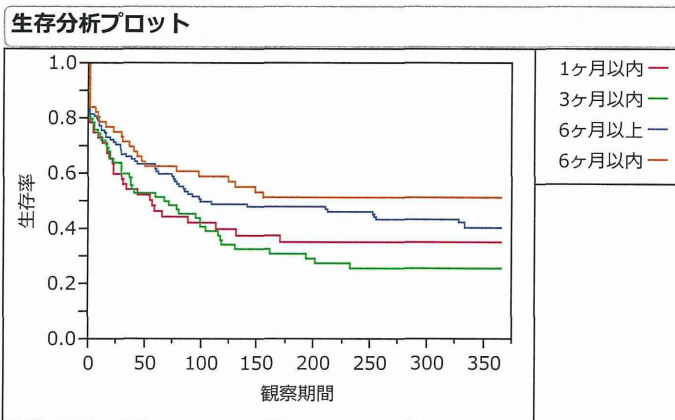


図6 治療継続曲線：罹病期間別比較

⑦ 初回治療後の治療継続に影響を及ぼす要因

気分障害および不安障害患者が初回治療を受けて以降の治療継続に影響を及ぼす要因をCox回帰分析により検討した結果を表1に示した。

新規抗うつ薬を使用した場合と比べて抗うつ薬を使用しない場合には治療中断は有意に早く（ハザード比: 1.462, 95%CI: 1.037-2.214）、罹病期間が4~6ヶ月の場合と比較して罹病期間が1ヶ月以内(1.801, 1.074-3.050)、2~3ヶ月(1.831, 1.157-2.966)の場合に治療中断は有意に早くなり、20歳未満の若年者は65歳以上の老人と比較して治療中断が早い傾向があり(1.369, 0.878-2.195)、数字の上では年齢が若年するほど治療中断に関するハザード比が大きくなっていった。

表1 初回治療の継続に影響を与える要因

因子		ハザード比(95%信頼区間)
診断	気分障害	1
	不安障害	0.902(0.648-1.259)
性別	男性	1
	女性	1.185(0.867-1.633)
年齢	20歳未満	1.914(0.993-3.817)*
	20~39歳	1.373(0.797-2.523)
	40~64歳	1.292(0.740-2.397)
	65歳以上	1
抗うつ薬	新規抗うつ薬	1
	従来型抗うつ薬のみ	1.072(0.709-1.612)
	抗うつ薬処方なし	1.462(1.008-2.131)**
罹病期間	1ヶ月以内	1.801(1.074-3.050)***
	3ヶ月以内	1.831(1.157-2.966)****
	6ヶ月以内	1
	6ヶ月以上	1.369(0.878-2.195)

*: p=0.0526, **: p=0.0450, ***: p=0.0257, ****: p=0.0095

5) 治療開始半年後の二軸評価

治療継続状況に関する解析の対象患者 338 名のうち、117 名では治療開始半年後の時点における二軸評価のデータも回収されていた。二軸評価の精神症状評価、能力障害評価の双方について 2 点以下の者を軽症者、3 点以上の者を重症者と定義して治療開始半年後の社会機能を検証したところ、精神症状については 23 名、能力障害については 15 名が重症とされ、どちらか一方が重症とされた者は 29 名であった。

D. 考察

OECD（経済協力開発機構）は各国の精神科医療システムのクオリティを客観的に評価・比較するための指標（Quality indicator: QI）として、①精神科入院患者の退院後 1 週間/1 ヶ月通院継続率、②物質関連障害入院患者の退院後 1 年通院継続率、③精神科治療 1 年継続率の人種差、④精神科入院患者の退院後 6 ヶ月通院継続率、⑤重症精神障害患者のケースマネジメント施行率、⑥急性期うつ病治療における 12 週間治療継続率、⑦精神科入院患者の退院後 1 週/1 ヶ月再入院率、⑧物質関連障害患者の 3 ヶ月治療継続率、⑨高齢うつ病患者における抗コリン性抗うつ薬使用率、⑩急性期うつ病治療における抗うつ薬の 12 週投与継続率、⑪うつ病患者における抗うつ薬の 6 ヶ月投与継続率、⑫重症精神障害患者の死亡率の 12 項目を提示した。

これら 12 項目の中にはそのままわが国に適用することが医療事情に鑑みて不適切と思われる項目も

存在するが、うつ病に関連した⑥⑨⑩⑪の4項目については、第一に比較的实施が容易であること、第二に近年になって気分障害の治療を目的として外来受診する患者が急増し、気分障害患者の就労や自殺のリスクが問題になっていること、第三に就労や自殺のリスクを改善するためには治療継続率を向上させる必要性が高いと考えられること、第四に特に外来診療における薬物療法の適切性が社会的に議論されるようになってきていることから、全国規模のデータに基づく議論が必要と考えられるものの、これまでのわが国では予備的検討が行われたにとどまっていた。

今回の調査では、気分障害、および気分障害と併存することが多く、かつ気分障害と同様に抗うつ薬による治療が行われることが多い不安障害患者をも対象に含めて全国36ヶ所の精神科診療所をフィールドとして治療継続率調査を実施した。最近のわが国では気分障害や不安障害の初回治療が診療所で行われることが多いので研究施設として精神科診療所を採用したことは方法論上も適切と考えられる。

今回の調査より得られた知見としては、まず第一にCox回帰分析の結果を見る限りでは気分障害患者と不安障害患者のハザードには統計学的に有意な差はなく、生存曲線を見た限りでも概ね似たようなカーブを描いていた。したがって、今回、気分障害と不安障害を合計した生存曲線を作成したことには合理性があるものと考えられる。

第二に、今回の調査の結果、気分障害および不安障害患者の治療継続率は治療開始後1ヶ月经過した時点で63.1%、3ヶ月经過時点で49.7%、6ヶ月经過時点で42.1%であることが示された。これまでに海外、およびわが国で実施された同様の調査結果の概要を表2にまとめたが、これを見ると、今回の結果と佐藤ら、1999年にNCQA、2001年にCalPERSによって公表されたうつ病患者の治療継続率は概ね等しい値であったことが明らかである。先行調査と今回の調査では対象患者や集計方法、治療継続率の定義が完全に一致しているわけではないので、比較にあたっては注意を要するが、治療継続率をQIとして採用した場合、わが国の精神科診療所の診療の質は海外と比較して決して劣ってはいないことを示唆しているように考えられる。

表2 新規受診患者の治療継続率調査

	治療継続率			
	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	12ヶ月
今回調査*	63.1%	49.7%	42.1%	37.9%
稲垣ら(2008)	-	73.5%**、74.5%	61.2%	-
佐藤ら(2012)	68%	-	39%	-
Melfi et al. (1998)	-	18.8%**	-	-
Kerr et al. (2000)	-	22.7~43.6%**	-	-
NCQA (1999)	-	58.8%**	42.2%	-
CalPERS (2001)	-	-	43%	-

*: F3, F4患者が対象。それ以外はうつ病患者のみが対象。

** : 抗うつ薬継続率

第三に、今回の調査の結果、抗うつ薬を使用せずに治療を行った場合の治療継続率は抗うつ薬を使用した場合よりも低かったものの、新規抗うつ薬で治療した場合と従来型抗うつ薬で治療した場合には統計学的に有意な差はないことが示された。2000年の豪州における診療報酬支払データに基づく、3ヶ月以上抗うつ薬の投与を受けていない抗うつ薬新規投与患者を対象とした大規模薬剤疫学的研究では、SRTを新規に投与された患者における6ヶ月投与継続率(40.9%)と本邦未発売の三環系抗うつ薬であるdothiepineの新規投与を受けた患者における6ヶ月継続率(37.8%)の間には今回の結果と同様に有意な差はなかったとされているので、少なくとも治療継続率の面で新規抗うつ薬は従来型抗うつ薬より優位に立っているとは言えない

ことが示唆されていると思われる。

第五に、20歳未満の患者は65歳以上の患者より治療が中断されやすい傾向があり、若年になるほどハザード比が大きくなっていった。現在、自殺リスクの増大の問題より20歳未満の患者に対する抗うつ薬使用は回避される傾向があるが、この問題が20歳未満の患者の治療中断と関連がある可能性があるかもしれない。

第六に、罹病期間が3ヶ月未満の患者は4～6ヶ月の患者よりも治療が統計学的に有意に中断されやすいことが示された。少なくとも一部の抑うつ状態は自然寛解する可能性があるため、罹病期間が極めて短い患者の中には本来自然寛解する患者が混入している可能性があり、その結果、早期の症状改善をみて、医師に相談することなく自己判断で治療を中止した可能性はありうる。しかしながら、このような影響があったとしても、その影響は必ずしも大きくないと思われる。というのは、罹病期間が1ヶ月以内の患者と3ヶ月以内の患者のハザード比が互いにほぼ等しかったからである。

E. 結論

- ・ 今回われわれは全国36診療所の新規受診患者を対象に実施された『新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究(地域精神科医療研究)』のデータベースより精神科受診歴がない気分障害／不安障害を有する初回治療患者を対象に治療継続率、および治療継続期間について検討した。
- ・ 対象患者は507名で、性別は男性202名、女性304名、主診断内訳は気分障害が193名、不安障害が314名で、平均年齢は39.7歳であった。
- ・ 対象患者507名のうち、定期的通院が必要と判断された430名の治療継続期間の中央値は88日であり、治療開始より30日、90日、180日、1年が経過した時点における治療継続率はそれぞれ63.1%、49.7%、42.1%、38.2%で、海外におけるNCQA、CalPERSの実施した調査結果と概ね等しかった。
- ・ Cox回帰分析の結果からは、初診の時点で抗うつ薬を使用しなかったこと、罹病期間が3ヶ月以内であること、20歳未満であることは治療継続期間を短縮化する可能性があることが示唆されたが、性別や診断による有意な影響はなく、新規抗うつ薬と従来型抗うつ薬の間にも有意な差は観察されなかった。

研究Ⅱ 診療所通院患者の入院調査

A. 研究目的

精神科診療所通院患者の入院ニーズの把握および必要時に迅速な入院が可能となっているかという病診連携の実態を把握することを目的として、調査を行った。

B. 研究方法

日本精神神経科診療所協会に属する診療所から選択された総数 47 カ所の診療所のうち、協力が得られた 36 診療所を対象としてアンケート調査を実施した。平成 23 年 2 月から 7 月の間に精神症状のために入院した患者について、入院が必要となった理由、入院形態、入院先医療機関の選定等に関する質問項目を設けた調査を実施した。

調査票は、研究①の新規受診患者のコホート調査で実施した調査票Ⅰ～Ⅴとともに調査票Ⅵとして、平成 23 年 1 月に送付し、平成 23 年 8 月に回収した。調査票は報告書の巻末に掲載した。

尚、調査の実施に際しての倫理的配慮としては、個人を特定できる情報を収集しないこと、情報の取り扱い方を規定すること、結果の示し方については個人が特定される可能性のある情報は除外することなどに留意し、調査診療所には調査を行っている旨の啓示を行ってもらった。また、実施方法に倫理的な問題がないかを、2011 年 2 月 4 日、特定非営利活動法人メンタルケア協議会の設置する倫理審査委員会に諮り、承認を得た。

C. 結果

調査票の返信があった 25 診療所うち、11 診療所は半年間に入院患者の発生はなかったと回答しており、残りの 14 診療所で 150 人分の回答を得た。一つの診療所の平均入院患者数は半年で 6.0 人（入院患者が発生しなかったところを除くと 10.7 人）で、最も多かった診療所 29 人であった。診療所によって、入院患者の発生数に差があることがわかった。年齢は、15～93 歳（平均 47.1 歳）であった。

1) 性別と主病名

性別のわかる 146 人のうち、88 人が女性であった。病名では、男女とも F2 統合失調症が最も多かったが、特に男性入院決定患者の 50%が統合失調症であった。

統計的に有意な結果は現れていないが、F3 気分障害による入院患者は 16:31 で女性の方が多い傾向あった。

表 1 入院となった患者の性別ごとの精神科診断名

性別		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
1.男(N=58)	度数	5	1	29	16	3	0	1	0	2	1
	全体%	3.42	.68	19.86	10.96	2.05	.00	.68	.00	1.37	.68
	行%	8.62	1.72	50.00	27.59	5.17	.00	1.72	.00	3.45	1.72
2.女(N=88)	度数	5	3	35	31	7	1	2	1	3	0
	全体%	3.42	2.05	23.97	21.23	4.79	.68	1.37	.68	2.05	.00
	行%	5.68	3.41	39.77	35.23	7.95	1.14	2.27	1.14	3.41	.00

	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	計
1.男	5	1	29	16	3	0	1	0	2	1	58
2.女	5	3	35	31	7	1	2	1	3	0	88
計	10	4	64	47	10	1	3	1	5	1	146

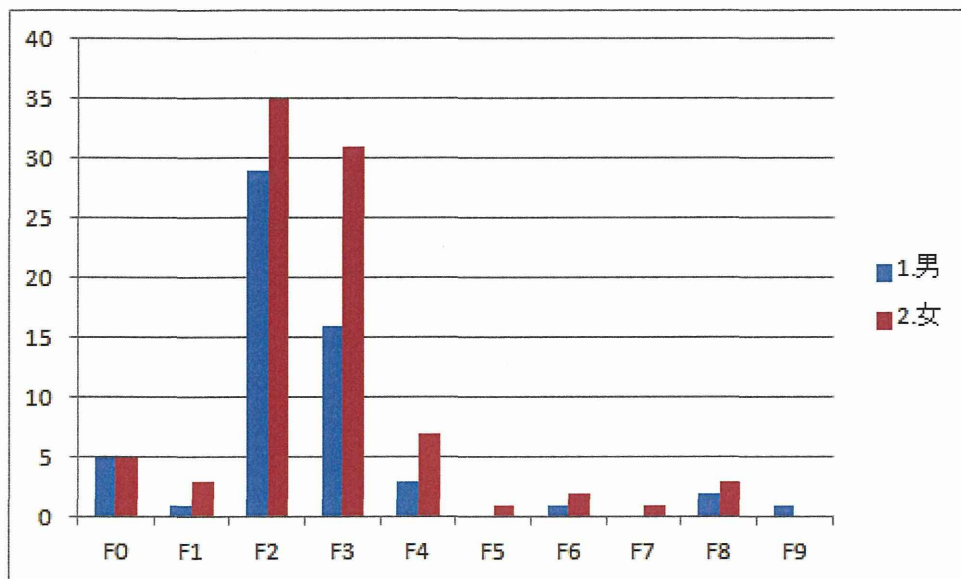


図1 入院となった患者の性別ごとの精神科診断名

2) 入院理由と入院先医療機関

精神症状悪化，大量服薬，大量服薬以外の自殺企図，自殺目的でない自傷行為といった理由による入院者数を合わせると全体の72%を占めた。また，休息入院は13%，身体の病気は9%であった(表2)。

入院先は単価の精神科病院が73%であり，どの入院理由でも精神単科病院に入院するケースが多い(表3)。

しかし，「大量服薬以外の自殺企図」を理由で入院する場合には総合病院に入院するケースの割合が高い可能性がある。

表2 入院理由

入院理由	該当者数	割合
1.精神症状の悪化	97	66%
2.休息入院等	19	13%
3.身体の病気による	13	9%
4.大量服薬	4	3%
5.大量服薬以外の自殺企図	5	3%
6.自殺目的でない自傷行為	1	1%
7.その他	9	6%
合計	148	100%

表3 入院理由ごとの入院先医療機関

入院理由	1.精神単科病院	2.総合病院精神科病床	3.身体科病床	計
1.精神症状の悪化	73	20	1	94
2.休息入院等	17	2	0	19
3.身体の病気による	3	1	9	13
4.大量服薬	4	0	0	4
5.大量服薬以外の自殺企図	2	3	0	5
6.自殺目的でない自傷行為	0	0	0	0
7.その他	7	1	1	9
計	106	27	11	144

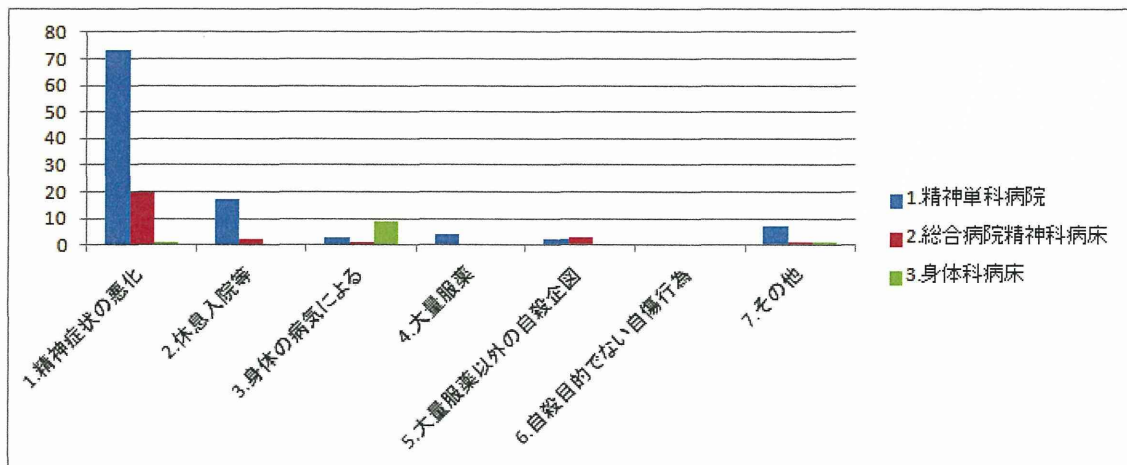


図2 入院理由ごとの入院先医療機関

3) 入院理由と入院形態

入院形態は、任意入院が最も多く54%であった。入院理由との関係を見ると、最も多い「精神症状悪化」による入院では「精神科任意入院」と「医療保護入院」が多く、その間にほとんど差はなかった。身体の病気による入院ではやはり身体科入院となっていた。

表4 入院理由ごとの入院形態

入院理由	1.精神科任意入院	2.医療保護入院	3.措置入院	4.身体科入院	計
1.精神症状の悪化	44	41	2	0	87
2.休息入院等	19	0	0	0	19
3.身体の病気による	1	0	0	11	12
4.大量服薬	1	2	0	0	3
5.大量服薬以外の自殺企図	2	2	1	0	5
6.自殺目的でない自傷行為	0	1	0	0	1
7.その他	6	1	1	1	9
計	73	47	4	12	136

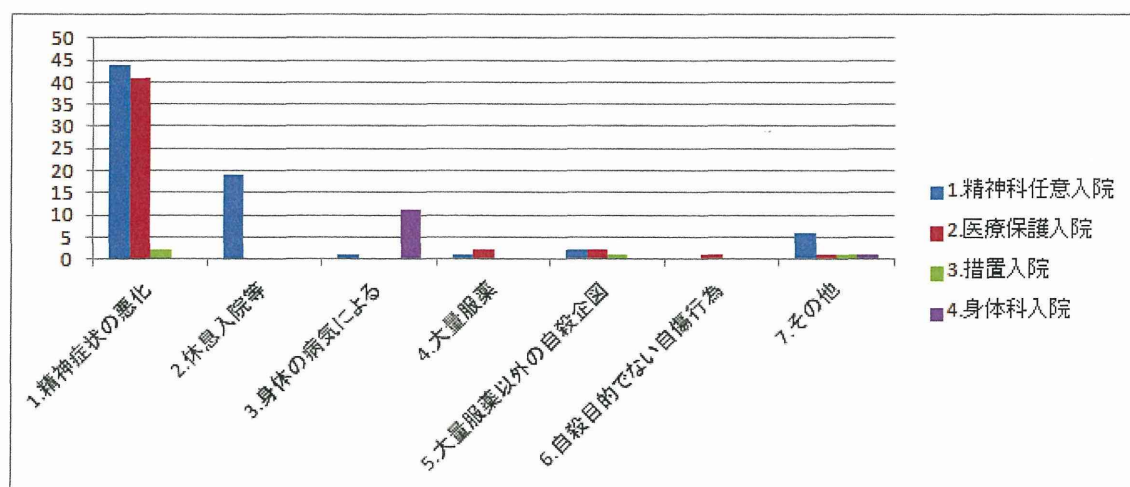


図3 入院理由ごとの入院形態

4) 入院までかかった期間と、入院期間

表 5 入院までの期間

入院が必要になってから入院までの期間(日)	度数
0	69
<3	28
<7	21
<14	13
<21	2
<28	1
<60	3
不明	13

表 6 入院期間

入院した期間(日)	度数
<3	14
<7	24
<14	38
<30	60
<60	82
<90	92
<180	107
>180	2
不明	2

入院が必要になってから入院までにかかった期間は、平均 4.04 日（中央値 0 日）で、46%が当日入院となっている。しかし、最大は 69 日であった（表 5）。

入院期間は、平均 39.4 日（中央 27 日）で、最大 186 日（調査時点で入院中）であった。1 か月前後で退院するケースが多いことがわかる（表 6）。

5) 入院理由と入院が即日ではなかった理由

入院がその日でなかった理由は、本人や家族の事情が最も多く 42%、であるが、すぐに入院できる病院が見つからなかったケースも 33%あった。緊急ではないために長くかかったケースは少ないと言える。

入院理由別では、やはり休息入院の場合は緊急でないという理由で即日入院とならないことが多い。大量服薬や自殺企図等が理由で入院する場合は、即日入院となることが多い。

最も多い「精神症状の悪化」による入院では、「病院が見つからない」と「本人家族の事情」という理由で即日入院とならないことが多い。

表 7 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

入院理由	1.緊急ではなかった	2.すぐに入院できる病院が見つからなかった	3.本人家族の事情	4.その他	5.即日入院	計
1.精神症状の悪化	4	22	25	3	38	92
2.休息入院等	8	2	3	0	5	18
3.身体の病気による	0	1	0	2	6	9
4.大量服薬	0	0	2	0	1	3
5.大量服薬以外の自殺企図	0	0	1	0	4	5
6.自殺目的でない自傷行為	0	0	0	0	1	1
7.その他	2	0	1	0	5	8
計	14	25	32	5	60	136

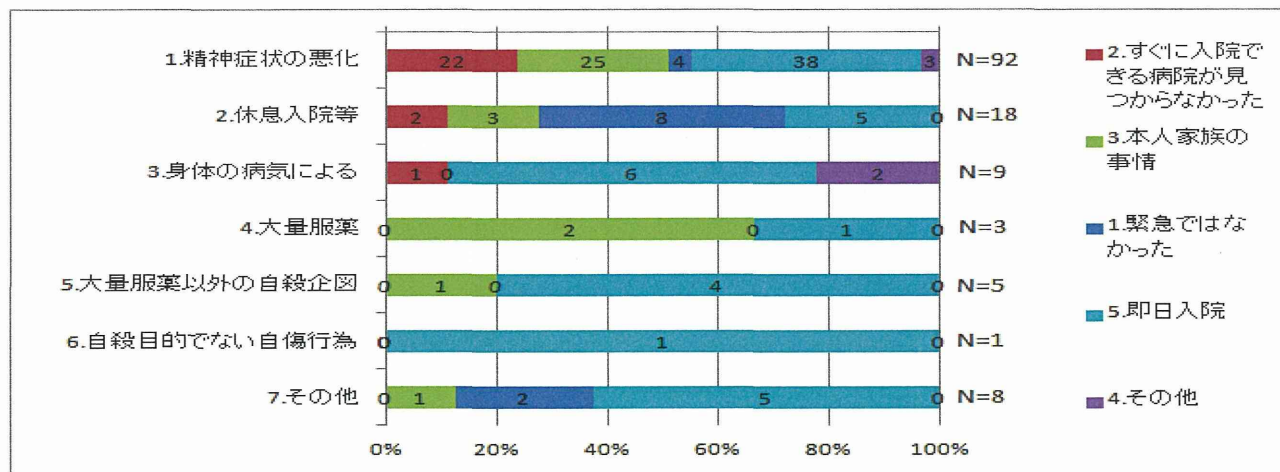


図 4 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

6) 入院先の決定方法と入院先医療機関

入院先の決定方法は、クリニックから依頼したケースが多く、公的機関を利用したケースは13%に過ぎず、本人や家族が捜した場合も同数の13%見られた。公的機関を利用して入院する場合は、身体科病院へ入院する割合が大きい。

表 8 入院先の決定方法と入院先医療機関の関係

入院先の決定方法	1.精神単科病院	2.総合病院精神科病床	3.身体科病床	計
1.クリニックから依頼した	79	20	3	102
2.公的機関を利用した	11	3	5	19
3.本人や家族が自分で探した	12	4	3	19
4.その他	5	0	0	5
計	107	27	11	145

7) 入院先の決定方法と入院形態

入院先の決定方法と入院形態には明らかな差が診られた。公的機関を利用した場合には、身体科入院が多く、当たり前ではあるが措置入院は公的機関りようにしか見られない。本人家族が自分で探した場合には、任意入院が多いことと、身体科入院も比較的多くみられる。

表 9 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

入院先の決定方法	1.精神科任意入院	2.医療保護入院	3.措置入院	4.身体科入院	計
1.クリニックから依頼した	59	34	0	3	96
2.公的機関を利用した	2	7	4	6	19
3.本人や家族が自分で探した	11	3	0	3	17
4.その他	1	3	0	0	4
計	73	47	4	12	136

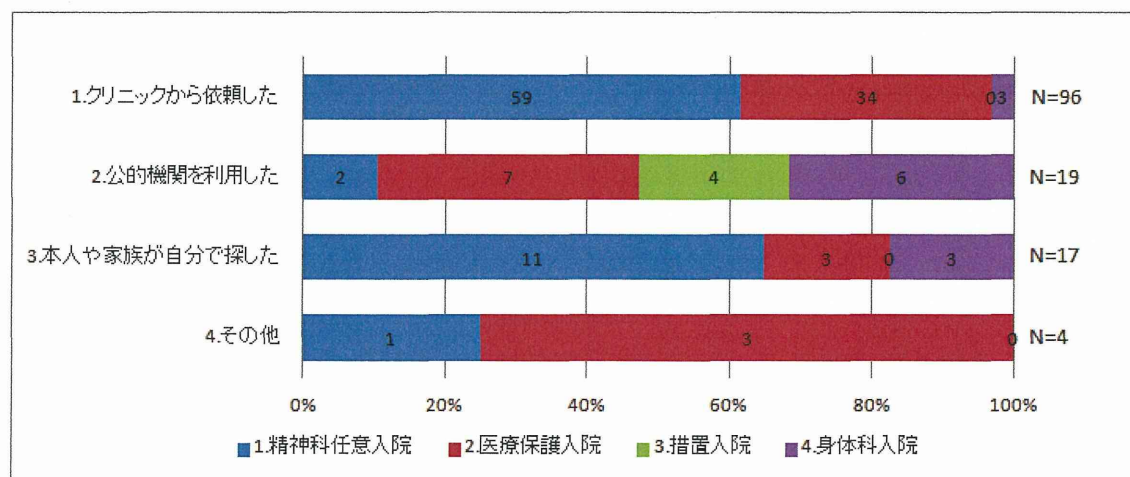


図 5 入院理由ごとの入院が即日ではなかった理由

8) 入院先の決定方法と入院が即日ではなかった理由

クリニックから依頼した場合の2割以上、本人家族が捜した場合の約1割が、すぐに入院できる病院が見つからなかったことがわかる。

表 10 入院先の決定方法と入院が即日ではなかった理由関係

入院先の決定方法	1.緊急ではなかった	2.すぐに入院できる病院が見つからなかった	3.本人家族の事情	4.その他	5.即日入院	計
1.クリニックから依頼した	10	22	26	3	37	98
2.公的機関を利用した	0	0	1	0	13	14
3.本人や家族が自分で探した	4	2	6	1	7	20
4.その他	0	1	0	1	3	5
計	14	25	33	5	60	137

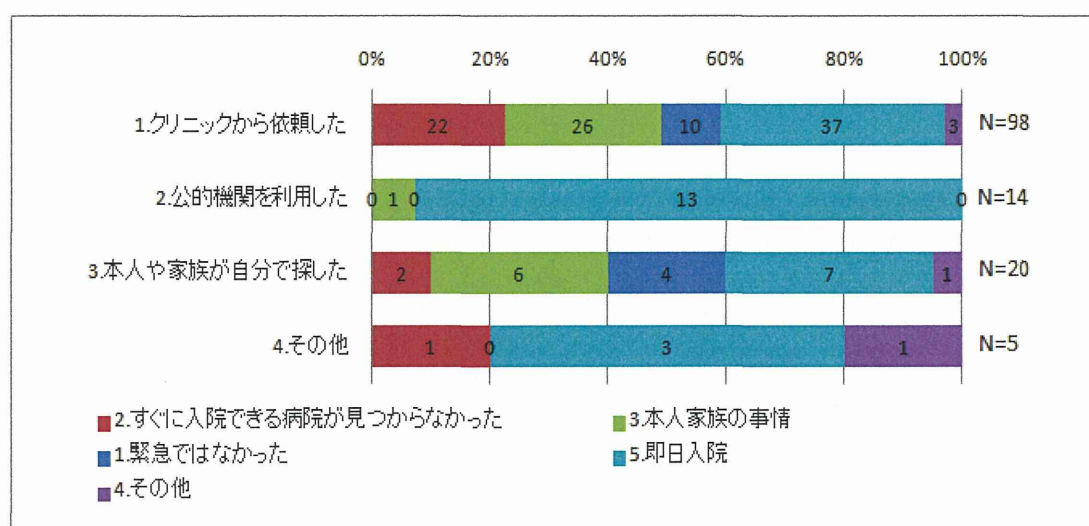


図 6 入院先の決定方法と入院が即日ではなかった理由

9) 入院が即日ではなかった理由と入院までかかった期間

入院までにかかった期間を比較すると、緊急性があつたがすぐに入院できる病院が見つからなかった場合は、緊急ではなかった場合や本人家族の事情で即日入院とならない場合の約半分の期間で入院できている（有意差なし）。しかし、それでも3~4日はかかっていることがわかる。

表 11 入院が即日ではなかった理由と、入院までかかった期間

即日ではなかった理由	N	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値
1.緊急ではなかった	13	8.77	11.63	1	44	4
2.すぐに入院できる病院が見つからなかった	21	3.90	2.63	1	9	3
3.本人家族の事情	29	7.66	13.93	1	69	2
4.その他	4	12.25	13.43	2	32	7.5
5.即日入院	60	0	0	0	0	0
全体	127	3.68	8.75	0	69	1