

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
分担研究報告書

かかりつけ医療場面におけるうつ病患者の発見と支援に関する
地域連携のあり方についての研究

研究分担者 稲垣 正俊
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター

研究要旨

研究目的: 日本の各地で、かかりつけ医-精神科医連携（G-P ネット）の構築を目指した活動が始まっているが、全ての地域でG-P ネットが目的とした効果を発揮しているとはいえない現状がある。活動は、かかりつけ医と精神科医双方の知識・感情・行動（態度）に基づく活動を構築する必要がある。そこで、本分担研究では、先駆的なG-P ネット活動に参加した身体科医師のうつ病に対する態度および日常のうつ病診療との関連を検討した。

研究方法: G-P ネットに参加する身体科医師に郵送で、うつ病に対する態度、うつ病診療を望むか否か、うつ病診療が可能か否か、医師の認識しているうつ病患者診察数・精神科への紹介数についての調査を行った。

結果: 57名から結果を得た。多くの医師が「うつ病は一般診療の対象ではない」と考えていた。一方、66.7%の医師は、日常診療においてうつ病診療は実施可能と回答した。しかし、22.8%のみしか日常診療でうつ病診療を希望すると回答していなかった。うつ病は一般診療の対象ではないと考える医師は、うつ病診療は可能でない（ $p<0.01$ ）、うつ病診療を希望しないと回答し（ $p<0.01$ ）、精神科へ紹介したうつ病患者数が少なかった（ $p<0.05$ ）。

まとめ: 身体科医師がうつ病患者を必要に応じて精神科医に紹介するためには、少なくともうつ病を発見する必要がある。しかし、多くのうつ病が見逃されているという実情を考慮すると、「うつ病は一般診療の対象ではない」という考えから、「少なくとも、うつ病を発見し」、「一部は身体科診療科で症状モニタリング、治療・ケアの提供を考慮する必要がある」と認識を変える必要があるかもしれない。

A．研究目的

我が国の自殺死亡率は、人口 10 万人当たり年間約 25 人と、諸外国と比較しても非常に高い値で推移している。このような背景もあり、自殺総合対策大綱が閣議決定され、我が国の自殺対策が推進されてきた。

自殺死亡のほとんどに精神障害が関連する。これら精神障害の中でもうつ病を含む気分障害が大きな比率を占めている。このことから、うつ病患者に対して適切な治療・支援を提供することの重要性が認識されている。

また、うつ病自体による生活の質の低下も大きな問題である。世界保健機関の調査によると、先進国では既にうつ病が健康損失の最も大きな原因であり、発展途上国を含めても 2030 年にはうつ病が最も健康を損失する疾患となると予測されている。我が国においてもうつ病による損失が非常に大きいことが示されている。

うつ病患者を適切な治療・支援へと導入するにあたり、我が国では、いくつか克服すべき問題がある。地域住民を対象とした調査では、うつ病にもかかわらず、適切な相談や治療を受けていない人が多いことが示されている。これらの認識されていない、未治療のうつ病患者を同定し、適切な治療・支援を提供することが重要となる。

これとは別に、慢性身体疾患にうつ病が合併しやすいことが既に知られている。かかりつけ医制度や一般医制度を取り入れている諸外国の調査によると、これら場面におけるうつ病有病率は、一般人口における有病率よりも高いことが知られている。この背景としては、先述の慢性身体疾患にうつ病が高率に合併することに加え、うつ病

による身体症状(倦怠感、不眠、食欲不振、不定愁訴)のためにかかりつけ医療機関をうつ病患者が受診しやすいためとも言われている。

これらのことから、かかりつけ医療場面において、うつ病患者を発見し、適切な治療・支援に導入することが重要である。諸外国においてもこの重要性が認識されており、かかりつけ医療場面におけるうつ病の発見と治療導入、さらには、必要に応じて精神科に適切に紹介・相談する体制の構築が試みられている。

前述の自殺総合対策大綱の中では、かかりつけ医療場面におけるうつ病の発見と治療導入、かかりつけ医と精神科医の連携の促進が謳われている。

本分担研究では、かかりつけ医療場面におけるうつ病の発見と精神科医療との連携のあり方について検討する。具体的には、先駆的なかかりつけ医と精神科医との連携体制の構築活動を実践している取り組みについて情報を集約し、実施可能性の高い効果的なモデルを検討する。

近年、様々な地区で、かかりつけ医-精神科医連携(多くの場合、G-P ネットと呼ばれており、本報告書でも以下 G-P ネットと記述する)構築のための様々な活動が実施されはじめている。各地の事情に合わせ、様々な工夫をこらし、活動を開始しているが、一方で、すべての活動が効果的に実施できているとはいえない現状もある。そこで、我が国の G-P ネット活動として、先駆的に実施してきた活動の状況を検討するために、G-P ネット参加の精神科及び心療内科以外の医師(以後、身体科医師と記述す

る)に対して、うつ病診療に関する調査を行った。

本分担研究から得られる結果は、現在各地で始まりつつあるG-Pネット活動を、参加するかかりつけ医および精神科医の認知・感情・行動(以下、態度と呼ぶ)に基づき行動科学的に最適化し、計画するために必要な情報である。

B. 研究方法

「一般医-精神科医ネットワーク(G-Pネットワーク)」に所属する210名の医師のうち、あらかじめ調査の実施への許可が得られている150名に調査票を郵送した。対象者には背景情報(性・年齢等)、日常診療情報(診療科、医師の認識している1週間あたりの総診療患者数、同・うつ病診察患者数、同・抗うつ薬処方患者数、同・精神科紹介患者数等)、医師のうつ病に対する態度(Depression Attitude Questionnaire自己記入式質問紙)、うつ病診療状況(うつ病診療を望むか否か、うつ病診療が可能か否か、を[はい]、[どちらでもない]、[いいえ]で回答)を調査した。うつ病に対する態度は、以前の研究から得られた、「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」、「病因や病態に関する先入観」の3因子のスコアを算出した。返信のあった対象者のうち、精神科を専門とする医師を除いた身体科医師を本研究の対象とした。身体科医師におけるうつ病診療状況と関連する要因の探索を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は国立精神・神経医療研究センタ

一の倫理審査委員会により審査され承認された後に実施した。また、あらかじめ調査の同意が得られている対象者に調査への協力を依頼し、研究の内容を説明し、本調査の趣旨を理解し、調査への参加に同意した場合にのみ回答し無記名での返信を依頼した。

C. 研究結果

150名のうち79名(52.7%)から回答を得た。そのうち、精神科を専門とする医師16名および回答に不備があった6名を除外し、57名の身体科医師を本研究の対象とした。40名(71.4%)が男性、47名(82.5%)は内科医であり、49名(87.5%)は常勤、47名(83.9%)が診療所で診療していた。平均年齢(SD)は50.5(10.6)歳、医師の経験年数は24.0(10.3)歳であった。1週間あたりの平均診察患者数は147.4(95.4)人であり、同・うつ病診察患者数は5.2(4.8)人、同・抗うつ薬処方患者数は3.2(3.5)人、同・精神科紹介患者数は0.7(0.9)人であった。

また、うつ病に対する態度の各因子の得点の中央値(範囲)は、「うつ病は一般診療の対象ではないとする考え」は64.8(17.3-98.0)、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」は32.8(0.5-74.3)、「病因や病態に関する先入観」は48.0(0.1-96.4)であった。

57名の身体科医のうち、38名(66.7%)は日常診療においてうつ病診療は実施可能であると回答した。一方、7名(12.3%)は可能でないと回答しており、そのうち2名は精神科の支援があれば可能であると回答した。

また、57名の身体科医のうち13名(22.8%)は日常診療でうつ病診療を希望すると回答した。一方、10名(17.5%)は希望しないと回答しており、そのうち2名は精神科の支援があれば希望すると回答した。

うつ病診療状況と関連する因子の探索において、うつ病診療の実施可能性と背景要因等とは関連が見られなかった。一方、うつ病に対する態度のうち、「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」とは関連がみられ、それぞれの考えがあるほど、うつ病診療は可能でないと回答していた($p < 0.01$, $p = 0.04$)。

うつ病診療の希望と背景要因等との関連は見られなかった。一方、うつ病に対する態度のうち、「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」とは関連がみられ、それぞれの考えがあるほど、うつ病診療を希望しないと回答していた($p < 0.01$, $p = 0.03$)。

また、日常のうつ病診療情報と関連する因子の探索において、男性医師は女性医師に比べより抗うつ薬を処方していた($p < 0.05$)。内科医は他の専門医に比べうつ病患者を認識していなく($p < 0.01$)。精神科医への紹介人数も少なかった($p < 0.01$)。診療所で診察している医師は病院の医師に比べうつ病診察患者数が少なく($p < 0.01$)。精神科医への紹介も少なかった($p < 0.01$)。経験年数が多い医師はうつ病患者の認識が少なく($p = 0.03$)。精神科医への紹介も少なかった($p < 0.05$)。うつ病に対する態度のうち、「うつ病は一般診療の対象ではない」とより強く考えている医師は精神科医へ紹介したうつ病患者数が少なく($p < 0.05$)。

「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」が強い医師ほどうつ病を認識していなかった($p < 0.01$)。

D. 考察

今回の調査は、先駆的な取り組みを行なっているG-Pネットに参加する身体科医師を対象とした。このことは、G-Pネットに参加していない、全ての身体科医師に一般化できる結果ではないが、逆に、G-Pネットに参加する、かかりつけ医-精神科医の連携の必要性を認識している医師に対する結果とも言える。この、必要性を認識している医師においても、「うつ病は一般診療の対象ではない」とする考えが多いこと、日常診療においてうつ病診療は可能であるが、必ずしもうつ病診療を希望するわけではない、という結果を解釈すると、身体科医は、少なくとも日常臨床の中で、顕著な症状のためにうつ病を疑わせる患者を、専門科である精神科医に容易に紹介可能となることを期待しているのだろう。しかし、その場合においても、全てのうつ病疑いの患者が精神科への紹介を希望するわけではなく、一般医と精神科医の連携構築だけではこの問題は解決しないかもしれない。

一方で、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」があることと日常診療においてうつ病診療は可能でないこと、希望しないことが関連していた。うつ病やその治療に関する正しい知識の普及が更に進み、悲観的な考えが訂正されれば、身体科医師がうつ病診療を希望し、かつ可能だと考えるようになるかもしれない。身体科医師が精神科への紹介受診をすすめるにもかかわらず、精神科の受診を希望しない、もしくは、拒

否するうつ病患者に対する支援の一つの方法として、身体科医師によるうつ病診療が有用かもしれない。

また、日常診療においてうつ病診療は可能でない、希望しない、と回答した人の中には精神科の支援があれば可能、希望する、との回答も見られた。このような回答をした医師はうつ病に気づいても対処できないと考えているために、うつ病を同定していない、結果として見逃している可能が考えられる。身体科で適切に対応可能なうつ病患者か否かの判断ができ、必要に応じて身体科医師が相談可能な、もしくは適切に紹介できる精神科医療があれば、少なくとも身体科でうつ病の早期発見、適切な治療への導入が可能になるかもしれない。

自殺総合対策大綱で謳われている、かかりつけ医のうつ病診療の技術の向上やかかりつけ医と精神科医の連携の構築の背景として、かかりつけ医療場面において発見されていないうつ病を発見し、適切な治療に導入することで、自殺の危険を減らすことが意図されている。身体科医師がうつ病患者を必要に応じて精神科医に紹介するためには、少なくともうつ病を発見する必要がある。しかし、多くのうつ病が見逃されているという実情を考慮すると、「うつ病は一般診療の対象ではない」という考えから、最終的には「まずは、うつ病を発見し、精神科による治療に導入する」ための環境を整える必要がある。しかし、まずは、少なくとも「まずは、うつ病を発見し」、そして、現状では「一部は身体科診療科で症状モニタリング、治療・支援の提供を考慮する必要がある場合がある」と認識を変える必要があるだろう。これらの態度が変容すれば、

かかりつけ医-精神科医の間の患者の紹介・連携が真の効果を発揮するであろう。

E . 結論

G-P ネット活動をより効果的とするためには、まずは、かかりつけ機能を有する身体科診療科場面を受診する患者のうつ病を発見し、適切な治療に導入する仕組みを構築する必要がある。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

1. Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Oikawa Y, Kurosawa M, Muramatsu K, Furukawa TA, Yamada M. Prevalence of depression among outpatients visiting a general internal medicine polyclinic in rural Japan. *General Hospital Psychiatry*. in press.
2. Ohtsuki T, Kodaka M, Sakai R, Ishikura F, Watanabe Y, Mann A, Haddad M, Yamada M, Inagaki M. Attitudes toward depression among Japanese non-psychiatric medical doctors: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2012 Aug 16;5:441.
3. Kodaka M, Inagaki M, Postuvan V, Yamada M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *Int J Soc Psychiatry*. 2012 Apr 9. [Epub ahead of print]

2 . 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

かかりつけ医療場面ににおけるうつ病患者の発見と支援に関する地域連携のあり方についての研究

～パス初版に代えて：連携パス構築に向けての必要な体制～

- **かかりつけ医療場面ににおけるうつ病の発見**
- **かかりつけ医療場面ににおける**
 - 評価
 - モニタリング
 - かかりつけ医療場面ににおけるケア
- **必要に応じて精神科へ紹介**
- **精神科医療場面ににおける診断と治療方針の決定**
- **継続的なケアの提供**
 - 精神科医療場面ににおけるケアの継続とかかりつけ医との連携
 - かかりつけ医療場面ににおけるケアの継続と精神科医による助言

- **かかりつけ医療場面にに対する**
 - うつ病スクリーニング支援
 - 評価・モニタリング・ケアの支援
- **精神科医によるかかりつけ医療スタッフに対する専門的助言体制の構築**
- **精神科の紹介患者受け入れ態勢の強化**

赤字部分が、必須項目

青字部分が、赤字部分実施に必要な体制構築

黒字太字部分は、実は、赤字部分が可能となって初めて必要となる部分

かかりつけ医療場面ににおけるうつ病の発見とケアへの導入支援が優先実施すべき項目