

## 精神疾患に対する一般身体科医による病名の告知・説明と 関連因子について——精神科受診経路に関する 多施設研究の結果から——

小泉 弥生<sup>1,2,3)</sup>, 藤澤 大介<sup>1,4)</sup>, 橋本 直樹<sup>1,5)</sup>, 大塚 耕太郎<sup>1,6)</sup>

Yayoi Koizumi, Daisuke Fujisawa, Naoki Hashimoto, Kotaro Otsuka : Informed Diagnosis and Psycho-education on Psychiatric Illnesses by Primary Care Physicians —A Result from Pathway to Psychiatric Care in Japan Study—

精神科受診経路に関する国内の15の精神科施設が参加した多施設共同研究である。調査期間中、精神疾患に罹患し精神科を初めて受診した患者の中で本研究に同意が得られたのは382名であった。この中で受診途中に一般身体科を経由した157名を解析対象者とし、患者背景と一般身体科での病名の告知・説明のなされ方について調査検討をした。

解析対象者を、一般身体科において病名の告知・説明が全くなされなかったか不明であった群、なんらかの病名の告知・説明を受けた群、精神科での診断名と一致した病名の告知・説明を受けた群の3群にわけた。3群の中では病名の告知・説明が全くなされなかったか不明であった群が最も多く、全体の47.1%を占めた。正しい告知・説明をされる患者の特性は、相談・受診を勧めた人がいた者、GAF評価尺度が低い点数である者の傾向が有意に認められた。告知・説明がなされなかったか不明である患者の特性は、国民健康保険加入者、相談・受診を勧めた人がいなかった者である傾向が有意に認められた。一般身体科を経由して精神科へ受診する患者の89.9%がICD-10でF0, F3, F4コード疾患のいずれかであった為、F0, F3, F4コード疾患別に受診の遅れについて更に比較した。一般身体科において正しい診断名を告知・説明された群の、受診の遅れの中央値は、F0群で50週、F3群で4週、F4群で5週であった。一般身体科での正しく診断した後の対応が疾患の種類によって異なる可能性が示唆された。

以上より、受診経路での一般身体科医による病名の告知・説明に関する患者への対応は、疾患によってもばらつきがあり、正しい病名の告知・説明がなされないまま精神科の受診に結びつく傾向がうかがえた。一般身体科医に対しプライマリケアに関する教育などをはじめとする精神疾患の知識の普及・啓発が必要であると思われた。

<索引用語：受診経路，プライマリケア，心理教育，受療行動，告知>

著者所属：1) 日本若手精神科医の会 (JYPO), Japan Young Psychiatrists Organization

2) 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野, Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine

3) 有恒会こだまホスピタル, Kodama Hospital

4) 慶應義塾大学医学部精神神経科, Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine

5) 北海道大学大学院医学研究科神経機能学講座精神医学分野, Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Hokkaido University

6) 岩手医科大学神経精神科, Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical School

改姓：正宗 弥生, Yayoi Masamune

受理日：2007年9月1日

## はじめに

近年、精神疾患への早期介入の必要性がうたわれてきており、精神疾患を有する患者がその症状が発現してから精神科機関を受診して専門治療を受療するまでの受診経路 pathway to psychiatric care は、精神疾患の早期発見、早期介入に重要な意味を有するため、その経路と過程が注目されてきた<sup>14,21)</sup>。受診経路に関するモデルとして、Goldberg, D. と Huxley, P. は 1980 年に「5 レベルと 4 フィルター仮説」を提唱した<sup>9)</sup>。これは、精神疾患の患者が精神科専門機関に到達するまでには一般開業医 (general practitioner) を経由することが多く、一般住民の精神疾患に対する受療行動や、一般開業医の精神疾患の検出能力、精神科専門機関への紹介・連携、精神科病院への入院といった様々な段階が存在するという仮説である。それを受け 1988 年に世界保健機構 (WHO) によって世界 11 カ国の多施設研究が実施された<sup>9)</sup>。これらを含め計 25 ヶ国に及ぶ調査の先行研究がなされ、これらのレビュー報告から受診経路には地域によって複数のパターンが存在し、医療システム、患者特性、疾患の種類など様々な要因が関与することが明らかになった<sup>10)</sup>。また、受診の遅れは様々な精神障害で指摘されており、たとえば、気分障害では 6~8 年、不安障害では 9~23 年という報告もある<sup>21)</sup>。近年では受診の遅れと関連して、特に精神病的障害では「症状が出現してから精神科専門機関の受療が開始されるまでの期間」を意味する the duration of untreated psychosis (以下 DUP と表記する) の概念が注目され、関連研究が特に盛んに行われている。DUP と予後に関する 26 の先行研究をまとめたメタアナリシス報告によると、DUP が長いほど予後が有意に悪くなる傾向が認められると報告されている<sup>14)</sup>。また、一般身体科医が正しい診断をすると精神科医への紹介がスムーズに行われるようになり、DUP を短縮できるとの報告もある<sup>1)</sup>。また本調査の別報告では、一般身体科医を経由していることと受診の遅れとの関連性を指摘

している<sup>4,5,9,10)</sup>。

しかし、わが国において精神疾患に罹患した患者が一般身体科を経由した際、一般身体科医がどのように病名の告知・説明をしているのか、その現状についての全国規模の多施設研究による報告は未だなされていない。したがって、一般身体科から精神科への受診経路において、一般身体科医による精神疾患の病名の告知・説明の役割を明らかにするために、状況把握をする必要があると考えられた。以上から、我々は精神疾患罹患者が精神科を初めて受診する途中において一般身体科を受診経路した場合、一般身体科での病名の告知・説明のなされ方とその患者背景について調査検討をしたので、ここに報告する。

調査は日本若手精神科医の会 (以下 JYPO と表記する) の会員と、その所属する施設の職員の協力の下に行われた。なお、JYPO とは国内外の精神科医の相互交流と精神科医療の発展を目的とする卒後 12 年目以下の精神科医による有志団体である。2002 年に日本精神神経学会と世界精神医学会の合同事業として開始され、現在は独立して活動している。

## 方 法

平成 16 年 11 月から平成 17 年 2 月の間の 28 日間 (5 診療日+2 休日、または、6 診療日+1 休日) に、15 ヶ所の調査参加施設を初めて受診した患者のうち、文書にて参加同意が得られ、当該の問題で過去に精神科受診歴がない患者を対象とした。ここでいう「初めて受診した患者」とは、過去一年間に当該施設を含め精神科専門機関を受診していない患者とした。

参加施設は研究に参加した JYPO 会員の所属施設であり、総数 15 施設の内訳は 4 つの大学病院、3 つの総合病院精神科、8 つの単科精神科病院であった (表 1)。調査は当該施設の外来担当医、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など、各施設の精神科医療に関わる多くのスタッフの協力をえて、各施設の倫理委員会またはそれに準ず

表1 調査協力施設 (15 施設)

大学病院 (4 施設)	岩手県	岩手医科大学付属病院
	神奈川県	横浜市立大学医学部付属市民総合医療センター
	大阪府	関西医科大学付属病院
	福岡県	福岡大学病院
総合病院 (3 施設)	北海道	市立稚内病院
	北海道	浦河赤十字病院
	神奈川県	国立横浜医療センター
精神科病院 (8 施設)	北海道	道立向陽ヶ丘病院
	千葉県	静和会浅井病院
	東京都	桜ヶ丘記念病院
	東京都	慈雲堂内科病院
	山口県	杏祐会三隅病院
	高知県	県立芸陽病院
	大分県	祥和会大川病院
	熊本県	国立菊池病院

る機関の承認の下に行った。

調査内容は WHO の共同研究において開発された調査票への面接による記入と、補足的な自記式アンケートにより行われた<sup>6)</sup>。面接は医師、外来看護師、精神保健福祉士など精神科医療に専門的に携わる者が、調査の目的について十分な説明を受けた上で行った。同調査票はオリジナルの英語版を上記研究における共同研究者の一人であった Sartorius, N. 氏の許可を得て邦訳、編集したものを使用した。自記式アンケートは調査票を補佐する内容であり、主訴、症状の発現時期 (何週間前か)、相談・受診を勧めてくれた人 (自分、家族、友人、その他)、今まで相談してきた場所とそこで受けた病名について、オープン形式に記載してもらったものである。

なお、調査票の項目は、以下のように2つに大きく分けられる。

#### 1) 対象者の基本情報

性別、年齢、健康保険の種類 (社会保険、国民健康保険、生活保護)、教育歴 (大学卒業以上、未滿)、婚姻状況 (独身、既婚同居、既婚別居、死別、離婚、同棲、その他)、過去の精神科受診歴 (過去1年以内に精神科を受診したことのあり、なし)、調査当該機関である精神科は何番目の相談先か、主訴 (心理的問題、身体的問題、社会的

問題、その他)、調査機関である精神科での診断 (ICD-10 に基づく診断)<sup>19)</sup>、機能の全体的評定 (GAF 評価尺度)<sup>17)</sup>。

#### 2) 経過に関する情報

最初に相談した機関から第 X 番目までの各々の機関に相談・受診すること勧めた人 (患者本人のみの判断、家族、友人、その他)、最初に相談した機関から第 X 番目までの各々の相談先の種類 (精神科、一般身体科、福祉・公的機関、学校、職場、民間療法)。

ただし、2) に関しては、調査機関である精神科を受診するまでにどういう相談機関をいくつ経由したか (受診経路) を調査するために、対象者にとっての第 X 番目の相談先として、同じ質問項目で1番目から4番目までを調査票に設定し、最終的に受診した精神科は第 X 番目とした。

なお、本研究においては、WHO の先行研究に基づき、症状発現から途中に経由した中継相談機関の受診までにかかった所要時間を各々調べた。所要時間は週単位でくぎり評価し3日未滿を0週とした。そして、最終的にはそれらの延べ時間である初発症状発現から調査当該施設である精神科の受診までにかかった総時間を算出し、それを本研究において「受診の遅れ」(先行研究における“delay”)と定義した<sup>6)</sup>。

本研究では、解析対象者を、上述の「当該研究施設を初めて受診した患者」のうち、最初の相談窓口 (gate keeper) が一般身体科であった者に限定した。最初の相談窓口 (gate keeper) が一般身体科であった者に限定した理由は、複数箇所受診をした者において2番目以降で受けた病名の告知・説明の多くが最初の相談窓口と同じであったこと、また最初の相談窓口で受けた病名の告知・説明による情報バイアスが2番目以降の受診行動に影響する可能性が考えられることである。本調査では初めて訪れた一般身体科で患者が受けた病名の告知・説明と、患者背景や受診の遅れについての関連性を調査することとした。

実際の情報元としては、前に訪れた一般身体科での病名の告知・説明に関し、初診医師をふくめた病院職員による「精神科を受診する前に受診した病院や施設で病名や診断名はどのように説明されましたか?」というオープン形式の質問に対する患者または家族から聴取した内容を回答とするか、もしくは自記式アンケートによる「これまで相談したり受診したりしたところで、病名や診断名はなんと説明されましたか?」という質問に対する患者もしくは家族の記入した回答を集計した。なお、調査に協力した際に患者か家族のどちらの回答であったかは、調査の限界から区別できなかった。

受診経路において初めて訪れた一般身体科で、病名の告知・説明が全くなかった(「なし」と回答)か不明であった(「不明である」「わからない」と回答)群(以降、説明不良群とする)、精神科での診断名と一致した病名の告知・説明を受けた群[以降、正説明群(告知病名一致群)とする]、精神科での診断名と一致しないなんらかの病名の告知・説明[違った病名や状態像のみの告知・説明など説明不良群と正説明群(告知病名一致群)以外の全てをふくむ]を受けた群(以降、暫定説明群とする)の3群に対象者を分けた。なお、精神科での診断は基本的にはICD-10に基づくものとしたが、細分類による診断が正確に一致しなくても主診断の病名のみ一致していれば、こ

れを正説明群(告知病名一致群)に含めた。対象の多かったF0, F3, F4において例を挙げると正説明群(告知病名一致群)、暫定説明群は以下のようなものである。F0群では、正説明群(告知病名一致群)では痴呆、アルツハイマーなど、暫定説明群ではうつ病、うつ状態など。F3群では、正説明群(告知病名一致群)ではうつ病、軽症のうつ病など、暫定説明群はうつ状態、神経症など。F4群では、正説明群(告知病名一致群)では不安障害、解離性障害など、暫定説明群は不安状態、更年期障害などである。

統計解析は、SASプログラムを使用した<sup>3)</sup>。3群間の比較について、年齢とGAF評価尺度に関しては一元配置の分散分析(Tukey法)を行った。その他の項目に関する比率の差の検定には $\chi^2$ 検定を用い、3群の比率で有意差が認められた項目でさらにRyanの方法による比率の多重比較を行い、いずれの群間の比率に有意な差があるのかを検定した<sup>16)</sup>。また、受診の遅れに関してはKruskal-Wallis検定を行った。

## 結 果

調査期間中に参加施設を初診した患者382名から調査研究に対する文書同意を得た。すでに精神科の受診歴が過去1年間にあった27名、また受診歴が不明であった5名を除外した。残った350名の中で、初めての相談窓口が一般身体科であったものは187名であり、このうちICD-10における精神疾患であるFコード疾患(F0コード; 症状性を含む器質性精神障害, F1; 精神作用物質使用による精神および行動の障害, F2; 統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害, F3コード; 気分(感情)障害, F4コード; 神経症性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害, F5; 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群, F6; 成人のパーソナリティおよび行動の障害, F7; 精神遅滞[知的障害], F8; 心理的発達の障害, F9; 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害, 特定不能の精神障害)であった症例は172名であった。この中で

表2 フローチャート 研究対象

調査同意・協力者	382名	除外(名)
	↓ 一過去の精神科受診歴あり	27
	↓ 一過去の精神科受診歴が不明	5
初めての精神科受診者	350名	
	↓ 一初回相談口が精神病院	51
	↓ 一初回相談口が総合精神科	82
	↓ 一初回相談口が教育・職場	27
	↓ 一初回相談口がその他	3
初回相談窓口が一般身体科	187名	
	↓ 一ICD-10Fコード以外の疾患	15
Fコード疾患者	172名	
	↓ 一受診の遅れ不明	5
	↓ 一GAF評価尺度不明	2
	165名	
	↓ 一受診の遅れの外れ値(分布片側>5%)	8
最終解析対象者	157名	

質問に完全回答したものは165名であった。165名のうち、受診の遅れの分布で片側5%の範囲を外れ値として除外した。外れ値であった者は、450週から1248週までの8名であり、内訳はF0コード疾患が1名、F1コード疾患が1名、F2コード疾患が1名、F4コード疾患が3名、F5疾患コードが2名であった。最終解析対象者は157名(男性61名、女性96名)となった(表2)。

次にこれらを、説明不良群(74名)、暫定説明群(55名)、正説明群(告知病名一致群)(28名)の3群に分けた(表3)。説明不良群は、全体の47.1%と約半数を占めた。3群の基本特性を各々比較検討した結果は、国民健康保険加入者の割合について、正説明群(告知病名一致群)(28.6%)が説明不良群(64.9%)と、暫定説明群(58.2%)の両群に対してそれぞれ有意に少なかった。相談・受診を勧めた人がいない者の割合は、正説明群(告知病名一致群)(17.9%)が説明不良群(44.6%)と暫定説明群(63.6%)の両群に対してそれぞれ有意に少なかった。相談・受診を家族が勧めた者の割合は、正説明群(告知病名一致群)(50.0%)と暫定説明群(23.6%)の間

で有意な差が認められたが、正説明群(告知病名一致群)(50.0%)と説明不良群(41.9%)の間には有意差は認められなかった。身体的主訴であった者の割合は、暫定説明群(38.2%)が説明不良群(20.3%)と正説明群(告知病名一致群)(10.7%)の両群に対しそれぞれ有意に多かった。GAF評価尺度について比較したところ、正説明群(告知病名一致群)(45.8点)が説明不良群(55.8点)と暫定説明群(56.5点)の両群に対してそれぞれ有意に低い点数となった。その他の項目(年齢、性別、大学卒業か否か、既婚で同居しているか否か、経由した相談ヶ所の数、心理的主訴、社会的な主訴、総合病院一般身体科経由か一般身体科開業医経由か)に関しては3群でいずれにも有意な差は認められなかった。また、外れ値8名を加えて同様に解析しても、結果は変わらなかった。

次に3群において、ICD-10による診断別の検討を行った(表4)。人数のばらつきが大きいため、統計学的検定は行わなかった。内訳は、F0コード疾患が解析対象者の35.7%を占め、以下同様にF1が2.5%、F2が2.5%、F3が23.6

表3 基本特性

全症例数 157名	A説明不良群 74名	%	B暫定説明群 55名	%	C正説明群 28名 (告知病名一致群)	%	P値
年齢(歳)(平均±2SD)	59.6±22.1		57.0±20.0		67.6±22.9		
男性	31	41.9	19	34.6	11	39.3	
国民健康保険加入	48	64.9	32	58.2	8	28.6	C-A<0.01, C-B<0.03
大学卒業者	5	6.8	9	16.4	2	7.1	
既婚で同居している	37	50.0	35	63.6	14	50	
相談・受診を勧めた人がいない	33	44.6	35	63.6	5	17.9	C-A<0.03, C-B<0.01
相談・受診を家族に勧められた	31	41.9	13	23.6	14	50	C-B<0.03
相談ヶ所が3ヶ所以上	17	23.0	13	23.6	7	25	
心理的主訴	53	71.6	30	54.6	19	67.9	
身体的主訴	15	20.3	21	38.2	3	10.7	B-A<0.03, B-C<0.01
社会的な主訴	5	6.8	4	7.3	2	7.1	
総合病院一般身体科経由	44	59.5	31	56.4	18	64.3	
一般身体科開業医経由	30	40.5	24	43.6	10	35.7	
GAF評価尺度 (平均±2SD)	55.8±15.6		56.5±17.8		45.8±18.2		C-A<0.05, C-B<0.05

年齢, GAF 評価尺度: 共分散分析 (Tukey 法) による多重比較により検定, その他の項目: Ryan 法を用いた  $\chi^2$  検定により検定

表4 基本特性

全症例数 157名	A説明不良群 74名	%	B暫定説明群 55名	%	C正説明群 28名 (告知病名一致群)	%
ICD-10 F0	25	33.8	12	21.8	19	67.9
ICD-10 F1	2	2.7	2	3.6	0	0
ICD-10 F2	2	2.7	1	1.8	1	3.6
ICD-10 F3	17	23.0	18	32.7	2	7.1
ICD-10 F4	23	31.1	21	38.2	4	14.3
ICD-10 F5	3	4.1	1	1.8	2	7.1
ICD-10 F6	1	1.4	0	0	0	0
ICD-10 F7	1	1.4	0	0	0	0
ICD-10 F8	0	0	0	0	0	0
ICD-10 F9	0	0	0	0	0	0
		計 100		計 100		計 100

F0コード: 症状性を含む器質性精神障害, F1: 精神作用物質使用による精神および行動の障害, F2: 統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害, F3コード: 気分(感情)障害, F4コード: 神経症性障害・ストレス関連障害および身体表現性障害, F5: 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群, F6: 成人のパーソナリティおよび行動の障害, F7: 精神遅滞(知的障害), F8: 心理的発達の障害, F9: 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害, 特定不能の精神障害

%, F4が30.6%, F5が3.8%, F6が0.6%, F7が0.6%を占めた。F0コード疾患とF3コード疾患, F4コード疾患で全体の89.9%を占めた。これら3疾患の再分類は, F0コード疾患では説明不良群25/74名(33.8%), 暫定説明群12/55

名(21.8%), 正説明群(告知病名一致群)19/28名(67.9%), F3コード疾患では説明不良群17/74名(23.0%), 暫定説明群18/55名(32.7%), 正説明群(告知病名一致群)2/28名(7.1%), F4コード疾患では説明不良群23/74名

(31.1%)、暫定説明群 21/55 名 (38.2%)、正説明群 (告知病名一致群) 4/28 名 (14.3%) であった。

次に ICD-10 F0 コード疾患が 56 名、F3 コード疾患が 37 名、F4 コード疾患が 48 名で合わせると全症例 157 名の 89.9% を占めることから、F0 と F3 と F4 の疾患別に層別化し、それぞれを説明不良群、暫定説明群、正説明群 (告知病名一致群) の 3 群に分け示す (表 5)。下位項目の人数については、ばらつきがあるため統計学的検定は行わなかった。前述のように、F0 において説明不良群 25 名は、F0 コード疾患該当者全体 56 名の 44.6%、F3 において説明不良群 17 名は、F3 コード疾患該当者全体 37 名の 45.9%、F4 において説明不良群 23 名は、F4 コード疾患該当者全体 48 名の 47.9% と、いずれの群も説明不良群が半数近くを占めた。

最後に受診の遅れについて検討した (表 6)。全体 157 名においても、F0、F3、F4 それぞれのコード疾患該当者別に層別化しても、3 群間で有意差は認められなかった。また、外れ値 8 名を加えて同様に解析しても、結果は変わらなかった。中央値でみると、F0 コード疾患該当者では正説明群 (告知病名一致群) 50 週、暫定説明群 10 週、説明不良群 18 週であった。F3 コード疾患該当者では正説明群 (告知病名一致群) 4 週、暫定説明群 8 週、説明不良群 8 週であった。F4 コード疾患該当者では正説明群 (告知病名一致群) 5 週、暫定説明群 5 週、説明不良群 12 週であった。F1 では、正説明群 (告知病名一致群) の中央値が説明不良群の中央値より大きかった。一方、F3、F4 コードともに正説明群 (告知病名一致群) の中央値が説明不良群の中央値より小さかった。さらに、最初の相談窓口である一般身体科の影響をみるため、一般身体科受診から調査当該施設である精神科受診までにかかった時間の合計についても同様に解析検討した。これは、「受診の遅れ」から「症状発現から最初の相談窓口であった身体科の受診までの所要時間」を差し引いた時間の合計である。この合計についても、受診の遅れと同様

に全体 157 名において、F0、F3、F4 それぞれのコード疾患該当者別でも、3 群間で有意差は認められなかった。中央値でみると、F0 コード疾患該当者では正説明群 (告知病名一致群) 12 週、暫定説明群 6 週、説明不良群 0 週であった。F3 コード疾患該当者では正説明群 (告知病名一致群) 0 週、暫定説明群 3 週、説明不良群 3 週であった。F4 コード疾患該当者では正説明群 (告知病名一致群) 0 週、暫定説明群 3 週、説明不良群 8 週であった。F1 では、正説明群 (告知病名一致群) の中央値が説明不良群の中央値より大きく、F3、F4 コードともに正説明群 (告知病名一致群) の中央値が説明不良群の中央値より小さいことから、一般身体科受診から精神科受診までにかかった時間の合計においても、受診の遅れと同様の傾向が認められた。

## 考 察

これまで受診経路に関する調査はわが国でも過去にいくつか施行されているが、単一施設ないし単一疾患に限定した調査がほとんどであり、精神疾患全般を対象とした多施設共同研究は我々の知る限りでは日本において本調査が初めてである。

本研究により、一般身体科をへて精神科へ受診する患者の 90% 近くが F0、F3、F4 コード疾患のいずれかであることがわかった。全調査対象患者 382 名の診断分布においても、F0 コード疾患 97 名 (25.4%)、F1 コード疾患 11 名 (2.9%)、F2 コード疾患 19 名 (5.0%)、F3 コード疾患 93 名 (24.3%)、F4 コード疾患 116 名 (30.3%)、F5 コード疾患 11 名 (2.9%)、F6 コード疾患 4 名 (1.0%)、F7 コード疾患 3 名 (0.7%) と、F0、F3、F4 コード疾患の割合が多かった。これはアメリカ、イギリス、スペイン、イタリアなど欧米諸国と近い結果であった<sup>2,7,13,20)</sup>。

また本研究の解析対象者の半数近く (74/157 名、47.1%) は、最初に訪れた一般身体科において病名の告知・説明がなされなかったか不明であり、1/3 強の対象者 (55/157 名、35.0%) が精神科の診断名とは異なる告知・説明を受けている

表5 ICD-10 Fコード疾患別基本特性

ICD-10 F0 (56名)	説明不良群 25名	%	暫定説明群 12名	%	正説明群 19名 (告知病名一致群)	%
年齢(歳)	75.4±12.3		71.3±9.7		80.5±9.0	
男性	9	36.0	6	50.0	8	42.1
国民健康保険加入	19	76.0	8	66.7	6	31.6
大学卒業者	1	4.0	1	8.3	1	5.3
既婚で同居している	9	36.0	9	75.0	9	47.4
相談・受診を勧めた人がいない	4	15.3	6	50.0	0	0
相談・受診を家族に勧められた	16	61.5	4	33.3	11	57.9
相談ヶ所が3ヶ所以上	2	8.0	3	15.0	6	32.7
心理的主訴	24	96.0	7	58.3	14	73.7
身体的主訴	0	0	4	33.3	0	0
社会的な主訴	0	0	1	8.3	4	21.1
総合病院一般身体科経由	12	48.0	8	66.7	11	57.9
一般身体科開業医経由	13	52.0	4	33.3	8	42.1
GAF 評価尺度 (平均±2 SD)	48.8±17.0		46.6±11.1		38.7±8.9	
ICD-10 F3 (37名)	説明不良群 17名	%	暫定説明群 18名	%	正説明群 2名 (告知病名一致群)	%
年齢(歳)	60.6±18.2		60.2±18.1		64.0±4.2	
男性	9	52.9	5	27.8	0	0
国民健康保険加入	11	64.7	13	72.2	1	50.0
大学卒業者	1	5.1	3	16.7	0	0
既婚で同居している	13	76.5	10	55.6	1	50.0
相談・受診を勧めた人がいない	11	64.7	13	72.2	1	50.0
相談・受診を家族に勧められた	6	35.3	3	16.7	1	50.0
相談ヶ所が3ヶ所以上	8	47.1	3	16.7	0	0
心理的主訴	13	76.5	13	72.2	0	0
身体的主訴	3	17.7	5	27.8	2	100
社会的な主訴	1	5.9	0	0	0	0
総合病院一般身体科経由	11	64.7	9	50.0	2	100
一般身体科開業医経由	6	35.3	4	50.0	0	0
GAF 評価尺度 (平均±2 SD)	56.1±5.4		57.0±5.3		55.0±15.9	
ICD-10 F4 (48名)	説明不良群 23名	%	暫定説明群 21名	%	正説明群 4名 (告知病名一致群)	%
年齢(歳)	49.2±23.3		47.1±21.4		36.0±18.7	
男性	8	34.8	6	28.6	2	50.0
国民健康保険加入	14	60.1	9	42.9	0	0
大学卒業者	2	8.7	4	19.1	1	25.0
既婚で同居している	9	39.1	13	91.9	3	75.0
相談・受診を勧めた人がいない	16	69.6	15	71.4	2	50.0
相談・受診を家族に勧められた	5	21.7	4	19.1	1	25.0
相談ヶ所が3ヶ所以上	5	21.8	7	33.3	0	0
心理的主訴	13	56.5	9	42.9	3	75.0
身体的主訴	8	34.8	10	47.6	0	0
社会的な主訴	2	8.7	2	9.5	1	25.0
総合病院一般身体科経由	16	69.6	10	47.6	3	75.0
一般身体科開業医経由	7	30.4	7	52.4	1	25.0
GAF 評価尺度 (平均±2 SD)	64.8±4.7		63.7±5.0		61.5±11.4	



表6 遅れと病名説明

全体 157 名	説明不良群 74 名	最小最大値 (週)	暫定説明群 55 名	最小最大値 (週)	正説明群 28 名 (告知病名一致群)	最小最大値 (週)
受診の遅れ						
合計時間の平均(週)	43.7	0-312	47.5	0-364	84.1	0-364
合計時間の中央値(週)	11		8		24	
一般身体科受診から精神科受診までの所要期間						
合計時間の平均(週)	24.0	0-312	27.6	0-364	56.4	0-364
合計時間の中央値(週)	3		3		4	
ICD-10 F0 56 名	説明不良群 25 名		暫定説明群 12 名		正説明群 19 名 (告知病名一致群)	
受診の遅れ						
合計時間の平均(週)	51.6	0-312	27.5	0-104	105.1	0-364
合計時間の中央値(週)	18		10		50	
一般身体科受診から精神科受診までの所要期間						
合計時間の平均(週)	27.5	0-312	20.5	0-100	74.4	0-364
合計時間の中央値(週)	0		6		12	
ICD-10 F3 37 名	説明不良群 17 名		暫定説明群 18 名		正説明群 2 名 (告知病名一致群)	
受診の遅れ						
合計時間の平均(週)	18.5	1-86	59.2	1-260	10.5	4,17
合計時間の中央値(週)	8		8		4	
一般身体科受診から精神科受診までの所要期間						
合計時間の平均(週)	10.6	0-56	19.3	0-246	6.5	0-13
合計時間の中央値(週)	3		3		0	
ICD-10 F4 48 名	説明不良群 23 名		暫定説明群 21 名		正説明群 4 名 (告知病名一致群)	
受診の遅れ						
合計時間の平均(週)	52.3	1-312	54.7	1-364	14.5	1-28
合計時間の中央値(週)	12		5		5	
一般身体科受診から精神科受診までの所要期間						
合計時間の平均(週)	33.8	0-276	42.8	0-364	2.5	0-9
合計時間の中央値(週)	8		3		0	

3群の比較検定は Kruskal-Wallis 検定を行ったが、全ての項目で有意差は認められなかった

ことがわかった。先行研究では、一般身体科での正しい診断がなされないために精神科へ紹介がされにくくなり、そのため受診の遅れが長くなり、初発患者の予後を悪くする可能性がある」と報告されている<sup>1,14)</sup>。また、一般身体科開業医が精神科の受診経路において窓口 (gate keeper) としての役割を担うところは大きいという報告もある<sup>18)</sup>。これらを踏まえると、わが国では窓口 (gate

keeper) としての役割を担うことを期待される一般身体科医が十分にその役割を果たせていないことがうかがえる。

正しい病名の告知・説明がなされる患者の特性は、相談・受診を勧めた人がいた者、全般的な機能がより強く障害されている者 (GAF 評価尺度の点数が低い者) である傾向が認められた。逆に正しい病名の告知・説明がなされない患者の特性

は、国民健康保険加入者、相談・受診を勧める人がいなかった者である傾向が認められた。今回の調査では、経済的背景や職種背景の影響を調べるため、健康保険の種類を調査票の項目に加えた。国民健康保険加入者には自営業者、退職者、農業・漁業など一次産業従事者、パートやアルバイトなど非常勤就労者などが含まれる。国民健康保険加入者が正しい告知をうけない傾向が有意に認められたことから、これらの職種の影響がなんらかの理由で正しい病名の告知・説明がなされない状況と関連がある可能性があると思われた。しかし、退職者が高齢であると考えてみても、年齢と告知状況の間には有意な関連は認められなかった。また教育歴が経済状況や職業背景に影響を与えると考えてみても、教育歴と告知状況の間には有意な関連は認められなかった。したがって、教育歴や年齢以外の影響をうけた経済的背景や職業背景が告知状況に影響を与えている可能性がある。残念ながら本調査では、これ以上の追求はできなかった。今後、更なる研究が待たれる。また、身体的主訴がある者の割合は、暫定説明群 (38.2%) と比較して正説明群 (告知病名一致群) (10.7%) で統計学的に有意に少なく、説明不良群 (20.3%) と比較しても正説明群 (告知病名一致群) (10.7%) で有意差は認められなかったが少なかった。よって身体的主訴がある場合においても正しい病名の告知・説明がなされない可能性が示唆された。先行研究にて身体症状が主訴である場合は、そうでない場合と比較して受診の遅れが大きい傾向にあると報告されている<sup>1,6,11)</sup>。身体症状が主訴である場合に一般身体科医で診断が正しくなされないことと、受診の遅れが大きくなることの双方は、患者側の要因である精神疾患に対する自覚の乏しさ (精神科的な訴えの少なさ)、身体的検査の希望などと、医療者側の要因である身体疾患の除外までにかかる時間などが関与している可能性がある。以上より、一般身体科医に対し、身体的主訴をもつ精神疾患に対するプライマリケアに関する教育をはじめとする知識の普及・啓発が、特に必要と思われる。また患者本人のみの判

断で受診するよりも、誰かに相談し勧められて受診するほうが、正しい診断を得られる傾向が認められた。このことから、ソーシャルサポートの重要性が示唆される。ソーシャルサポートの確立が精神疾患の早期介入と予防には必要との報告もあり、早期介入には患者側のソーシャルサポートを充実させる必要性が示唆された<sup>12,15)</sup>。

ICD-10による診断別の検討では、統計学的な検討を行わなかったが、F0コード疾患では、説明不良群 (25/74名, 33.8%) と暫定説明群 (12/55名, 21.8%) に比べ、正説明群 (告知病名一致群) (19/28名, 67.9%) が最も割合が多く、逆にF3コード疾患では、説明不良群 (17/74名, 23.0%) と暫定説明群 (18/55名, 32.7%) に比べ、正説明群 (告知病名一致群) (2/28名, 7.1%) で、F4コード疾患でも説明不良群 (23/74名, 31.1%) と暫定説明群 (21/55名, 38.2%) に比べ、正説明群 (告知病名一致群) (4/28名, 14.3%) が最も割合が少なかった。つまり一般身体科では、F0コード疾患は正しい診断がなされる割合が多く、F3, F4コード疾患では正しい病名の告知・説明がなされる割合が少なかった。F0, F3, F4の3つのコード疾患別の患者背景と一般身体科における病名の告知・説明との関連については、統計学的な検定を行うに足るだけの対象数が得られず分布の傾向性を検討することができなかった。

受診の遅れと病名の告知・説明との間に有意な関連性は認められなかったが、F0コード疾患群では病名を正しく告知・説明された正説明群 (告知病名一致群) (50週) は告知・説明を受けなかった説明不良群 (18週) に比べ中央値が大きく、F3, F4コード疾患群では、逆に正しく告知・説明された正説明群 (告知病名一致群) (F3では4週, F4では5週) では告知・説明を受けなかった説明不良群 (F3では8週, F4では12週) より中央値が小さい傾向が認められた。一般身体科受診から精神科受診までの所要時間の遅れに関しても同様の結果が認められた。これらの結果より、初めに受診した一般身体科で正しい病名の告知・

説明をした後の対応が、疾患の種類によって異なることが示唆された。本研究では最終調査機関が精神科であるということから、DUPと本研究でいう「受診の遅れ」とはほぼ同義として考えられる。それを踏まえると、正しい病名を告知・説明された後は、F0コード疾患では受診した一般身体科でもある程度の治療が行われるが、一方F3、F4コード疾患では告知・説明されなかったケースよりも早く精神科受診へと結びつきやすい可能性が予想される。

本研究の短所は、疾患別解析検討に関して統計学的な検定に足るだけの症例数が得られなかったことである。また、調査機関が有床の精神科医療機関に限定されており、精神科開業医が本調査に不参加であったこと、精神科を受診せずに一般身体科でフォローされている精神疾患罹患者が対象に入っていないこと、調査対象地域に偏りがあること等から、サンプルの代表性に偏りがある点である。これらの短所は研究規模をさらに拡大し、研究協力機関を増やすこと、調査期間をより長期にすることで改善できるものと思われる。

## 結 語

本研究では、一般身体科医による精神疾患の病名の告知・説明が依然として不十分なまま、精神疾患に罹患した患者が精神科の受診に結びつくことが多い傾向を、初めて明らかにした。さらに、一般身体科医による病名の告知・説明に関して、患者側の背景特性や疾患毎のばらつきがあり、その中でも身体的主訴をもつ精神疾患やF3、F4コード疾患に対して、正しい病名の告知・説明が行われにくいことが示唆された。この結果は、スムーズな精神科への受診、精神科疾患の早期介入、などのプライマリケアと精神医療の連携体制を構築するために、重要な介入ポイントを指し示している。例えば、一般身体科医が精神疾患に対して十分な説明や同意を得るような方略としては、これらの疾患を中心としたプライマリケア教育などの知識の普及啓発が、早急に必要と思われた。さらに、受診におけるソーシャルサポートの重要性

が明らかにされたことも意義深い。本調査結果が、日本における精神保健福祉サービスや、精神疾患におけるプライマリケアを含めた医療のあり方の一助になるよう思ってやまない。

## 謝 辞

本研究は、財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団(若手研究者育成国内共同研究)の助成による。

調査に協力していただいた各々の施設における調査の担当者であり、JYPO会員である以下の皆様(所属施設名は略し50音順で表記す;五十君啓泰氏,上原久美氏,奥川学氏,菊地俊暁氏,清原義明氏,佐渡充洋氏,佐藤玲子氏,佐藤創一郎氏,高橋克昌氏,高橋英彦氏,館農勝氏,藤内栄太氏,吹田恭子氏,松岡弘修氏,諸隈一平氏,吉岡知子氏,吉田公輔氏),ご協力いただきました各々の病院職員の皆様,貴重な助言をいただきました東北福祉大学大学院の佐藤光源先生,長崎国際大学の中根允文先生,英国精神医学研究所のGoldberg, D.先生,ジュネーブ大学のSartorius, N.先生,これまで日本若手精神科医の会の活動にご賛同いただきました多くの先生方に感謝致します。

## 文 献

- 1) Arreghini, E., Agostini, C., Wilkinson, G.: General practitioner referral to specialist psychiatric services: a comparison of practices in north-and south-Verona. *Psychol Med*, 21; 485-494, 1991
- 2) Balestrieri, M., Bon, M.G., Rodriguez-Sacristan, A., et al.: Pathways to psychiatric care in south-Verona, Italy. *Psychol Med*, 24; 641-649, 1994
- 3) Cary, N.C.: SAS/STAT software: changes and enhancements, release 6.11. SAS Institute, 1996
- 4) 藤澤大介, 橋本直樹, 小泉弥生ほか: 精神科受診経路に関する多施設研究 パイロットスタディ. *精神医学*, 49; 7-15, 2007
- 5) 藤澤大介, 早稲田芳史, 上原久美ほか: 精神科受診経路に関する多施設研究. *精神経誌*, s (特別号), p. 280, 2005
- 6) Gater, R., de Almeida e Sousa, B., Barrientos G, et al.: The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychol Med*, 21; 761-774, 1991
- 7) Gater, R., Goldberg, D.: Pathways to psychiatric care in South Manchester. *Br J Psychiatry*, 159; 90-96, 1991
- 8) Goldberg, D., Huxley, P.: Mental illness in the

Community: The Pathway to Psychiatric Care. Tavistock, London, 1980

9) 橋本直樹, 藤澤大介, 大塚耕太郎ほか: 精神科受診経路に関する多施設研究 (第2報). 精神経誌, 108; 201, 2006

10) 橋本直樹, 藤澤大介, 大塚耕太郎ほか: 総説: 精神科受診経路に関する研究. 精神医学, 48; 1276-1285, 2006

11) Kilic, C., Rezaki, M., Ustun, T.B., et al.: Pathways to psychiatric care in Ankara. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 29; 131-136, 1994

12) Koizumi, Y., Awata, S., Kuriyama, S., et al.: Association between social support and depression status in the elderly: results of a one-year community-based prospective study in Japan. Psychiatry Clin Neurosc, 59; 563-569, 2005

13) Marino, S., Gallo, J.J., Ford, D., et al.: Filters on the pathway to mental health care, I. Incident mental disorders. Psychol Med, 25; 1135-1148, 1995

14) Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., et al.: Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Arch Gen Psychiatry, 62; 975-983, 2005

15) Oxman, T.E., Berkman, L.F., Kasl, S., et al.:

Social support and depressive symptoms in the elderly. Am J Epidemiol, 135; 356-368, 1992

16) Ryan, T.A.: Significance tests for multiple comparison of proportions, variances, and other statistics. Psychol Bull, 57; 318-328, 1960

17) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, p. 37-39, 1999

18) Thompson, A., Hunt, C., Issakidis, C.: Why wait? Reason for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 39; 810-817, 2004

19) 融 道男, 中根允文, 小見山実ほか訳: ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 2005

20) Vazquez-Barquero, J.L., Herrera Castanedo, S., Artal, J.A., et al.: Pathways to psychiatric care in Cantabria. Acta Psychiatr Scand, 88; 229-234, 1993

21) Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., et al.: Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry, 62; 603-613, 2005

Informed Diagnosis and Psycho-education on  
Psychiatric Illnesses by Primary Care Physicians  
—A Result from Pathway to Psychiatric Care in Japan Study—

Yayoi KOIZUMI<sup>1,2,3)</sup>, Daisuke FUJISAWA<sup>1,4)</sup>, Naoki HASHIMOTO<sup>1,5)</sup>, Kotaro OTSUKA<sup>1,6)</sup>

- 1) *Japan Young Psychiatrists Organization*
- 2) *Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine*
- 3) *Kodama Hospital*
- 4) *Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine*
- 5) *Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Hokkaido University*
- 6) *Department of Neuropsychiatry, Iwate Medical School*

On the path to psychiatric care, many patients who experience their first episode of mental disorder consult general practitioners or physicians of general hospitals before consulting psychiatrists. Some patients receive proper care promptly while others experience a delay in treatment. We investigated treatments and psycho-education given to patients by general practitioners or physicians of general hospitals, particularly focusing on informed diagnosis.

We conducted a multi-center collaborative study in Japan. In this study, 15 facilities participated, including 4 university hospitals, 3 general hospitals, and 8 psychiatric hospitals. A total of 382 patients experiencing their first episode of mental disorder were enrolled. Among them, 157 patients primarily consulted general practitioners or general hospitals.

We divided the 157 patients into 3 groups according to the kind of psycho-education given by general practitioners or physicians of general hospitals: those who were told nothing about their diagnosis nor mental condition (N=74, 47.1%), those who were not given a direct diagnosis but were informed about their condition in some way (N=55, 35.0%), and those who were directly informed of their diagnosis (N=28, 17.8%). We found that almost half of the patients were told nothing about their diagnosis nor mental condition by general practitioners or physicians of general hospitals.

Patients who were likely to be directly informed of their diagnosis were those who were recommended to see a doctor by someone, or those with a lower global psychosocial function. The patients who were told nothing about their diagnosis nor mental condition were mainly covered by national health insurance, and had decided to go to hospitals or clinics under their own volition.

Sorted by ICD-10 F code, patients diagnosed as F0, F3, or F4 accounted for 89.9% of all subjects. We compared treatment delays among these 3 categories. The median treatment delay in patients diagnosed correctly as F0 by general practitioners or physicians of general hospitals was 50 weeks, that in patients diagnosed as F3 was 4 weeks, and that in patients diagnosed as F4 was 5 weeks. These findings suggest that patients might be treated in different ways according to their diagnosis by general practitioners or physicians in general

hospitals.

Our results suggest the importance of further educating general practitioners and physicians of general hospitals about mental disorders, in order to not only shorten the duration of untreated psychosis, but also for patients to be given proper primary care.

<Authors' abstract>

<**Key words**: help seeking, pathway, psycho-education, duration of untreated psychosis, informed consent>

---