

特集 自殺予防と精神保健医療の役割

身体科と精神科との連携によるうつ病・自殺ハイリスク者の支援

稲垣 正俊

ここ数年、人口10万人当たりの自殺者数が25人と高い値で推移しており、喫緊の課題となっている。自殺の背景には精神障害があり、特にうつ病を含む気分障害との関連が様々な研究で報告されている。そのため、うつ病を発見し、適切なケアへの導入を可能とするモデルの構築が急がれる。様々な慢性身体疾患とうつ病との関連が報告されており、身体科診療科を受診する患者におけるうつ病有病率が高いことが海外の研究から報告されている。また、うつ病の身体症状のために患者は身体科診療科を受診する場合があります。内科などの身体科診療科は、うつ病に対する適切なケアを受けていないうつ病患者を発見し、適切なケアへと導入する良いセッティングと考えられる。しかし、かかりつけ医機能を有する内科などにおけるうつ病有病率、医師のうつ病認識率、治療導入率に関する情報はこれまでになかった。そこで、比較的高齢人口の多い地域に立地する一般病院の内科外来においてこれらを調査した。その結果、うつ病有病率は高く、医師はうつ病患者の精神的問題には気づいているが、不眠とのみ診断し、うつ病という診断をしていないことが明らかとなった。また、向精神薬の処方内容も、抗不安薬・睡眠薬が多く使用されているという実態が明らかとなった。我が国の医療制度では、患者が自由に各専門診療科を受診できる。そのため、うつ病は精神科の診療対象であって、内科などの身体科診療科の診療対象ではないと考えられており、それを反映した結果かもしれない。今回の結果を受け、内科などの身体科診療科においてうつ病患者のスクリーニング、必要に応じて専門医である精神科への紹介が重要であることが示された。今後は、これらをどのように実施していくか、という課題が残る。

<索引用語：うつ病，自殺，かかりつけ医，プライマリケア，身体科，内科>

1. はじめに

我が国ではここ数年、人口10万人当たりの自殺者数が25人と高い値で推移しており、喫緊の課題となっている。自殺の背景には精神障害があり、特にうつ病を含む気分障害との関連が様々な研究で報告されている。しかし、地域一般住民中には、うつ病にもかかわらず適切なケアを受けていない患者も多く、うつ病の発見と適切なケアへの導入を可能とするモデルの構築が急がれる。

2. 自殺と精神障害，特にうつ病

自殺の背景にある精神障害を調査する手法として、幾つかの方法がある。ひとつは、故人の生前

の状態を家族、同僚、その他の周囲の人から調査し、死亡の原因となった心理的状态を調べる手法で、心理学的剖検と呼ばれている。生前の状況に関する情報を元に精神科診断を行う。海外では幾つもの調査の結果が報告されており、これらの結果をまとめた系統的レビューやメタアナリシスの結果も報告されている^{4,7,10}。約9割の自殺者に精神障害を認め、うつ病を含む気分障害がその中でも一番多く、ついでアルコール障害または統合失調症という結果であった。

これとは別に、自殺企図により救命救急センターに搬送され、かろうじて死を免れた自殺企図者を対象として自殺企図時の精神障害について調査

した研究がある。先の心理学的剖検では、情報源が家族や同僚という制約があったがこの方法では本人に面接を行い精神科診断を行うことができるという利点がある一方で、実際に自殺で死亡した人が対象者ではないという制約もある。我が国で行われたこの手法による調査により得られた情報を元に、地域の全自殺死亡者の年齢分布で調整し地域の自殺死亡者の精神障害有病率を推定した結果⁵⁾、全体の90%に精神障害があったと推定され、うつ病圏が最も多く46%、ついで、統合失調症圏、アルコール・薬物依存圏と報告された。また、他の調査¹¹⁾でも同様の結果が報告されている。近年行われた調査では³⁸⁾、95%に何らかの精神障害を認め、男女ともうつ病を含む気分障害が最も多く、ついで、男性では物質関連障害、統合失調症、女性では適応障害、統合失調症という結果であった。

これらの研究手法以外にも、うつ病患者を30年以上追跡した研究からも、うつ病が自殺の危険因子であることが報告されている^{3,8,12,18,23,25,27,37,39)}。

これらのことから一貫して、精神障害が自殺の強い関連要因で、自殺の背景にある精神障害のうち、うつ病を含む気分障害が最も多い精神障害であることが示されている。

3. ゲートキーパーとしての身体科診療科

身体疾患にうつ病が多く合併することが知られている。心筋梗塞とうつ病³³⁾、糖尿病とうつ病²⁾、悪性腫瘍とうつ病^{1,22,30,32)}との関連が既に知られている。また、逆にうつ病は精神症状だけでなく、倦怠感、食欲不振、体重減少、頭痛、めまい、耳鳴、しびれ、息苦しさ、動悸など様々な身体症状が出現し、患者はうつ病とは気づかずに身体科診療科を受診すると言われている。実際、我が国の一般地域住民を対象とした調査²⁰⁾でも、うつ病患者のうち、医療機関を受診していた人は29.0%で、精神科受診が18.9%、一般医(身体科診療科)を受診していた人が12.7%という結果が示されており、精神科だけではなく身体科診療科を受診することが示されている。

これらの状況を受け、身体疾患を抱えやすい高齢者が多く居住する地方郡部に立地する、特に高齢者のかかりつけ病院として機能している一般病院の内科外来を受診する患者を対象として、うつ病有病率に関する調査を行った³¹⁾。調査対象病院には精神科の入院・外来ともなく、精神科医師も勤務していなかった。対象者は、20歳以上で日本語によるコミュニケーションが可能、認知症のない患者とした。認知症は精神科医師、精神科経験のある看護師が日付、来院方法を構造化した方法で質問すると共に、同伴者がいる場合には日常生活の様子やこれまでの認知症の診断・治療歴の有無について質問することで判断した。調査期間中に内科外来を受診した患者427名全例を連続的にサンプリングし、適格基準を満たし調査参加に同意した312名からデータを得た。Patient Health Questionnaire (PHQ) (プライマリケア場面で多く認められる精神障害をスクリーニングする目的で作成された自己評価式尺度)を用いて大うつ病、全てのうつ病を評価した。このうつ病評価部分は9項目からなり、この部分だけを用いたうつ病評価尺度はPHQ-9と呼ばれ、プライマリケア場面だけでなく様々な身体科診療科におけるうつ病のスクリーニング性能が既に確かめられている^{17,36)}。日本語版は村松らにより作成され性能が確認されている²⁶⁾。

対象者は、想定通りに高齢者が多く、平均年齢は73歳で、ほとんどの患者が高血圧、高脂血症、糖尿病などの慢性身体疾患を患っていた。調査の結果、312名の外来患者の内、27名(8.7%)が大うつ病という結果であった。時点有病率で11名に1人が大うつ病という結果となる。大うつ病だけでなく他のうつ病性障害を含む全てのうつ病とするとその有病率は16.7%という結果であった(図1)。この調査では、うつ病の有病率だけでなく、内科医師が大うつ病患者の精神障害を認識していたか、精神障害があると認識していた場合には正しくうつ病を含む気分障害と診断するかどうかについても調査した。その結果、内科外来医師は27名の大うつ病患者の内21名(77.8%)

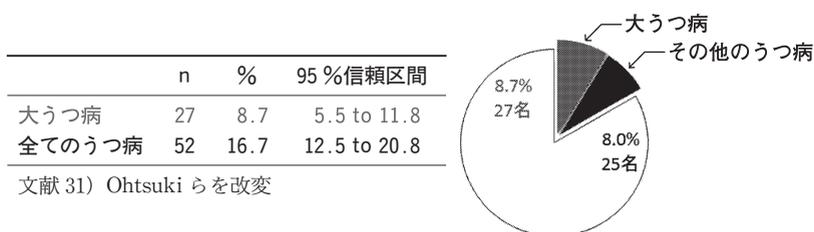


図1 うつ病有病率 (n=312)

表1 内科医による大うつ病患者の精神科臨床診断

臨床診断とその内訳	n	%	n	%
何らかの精神障害あり	21	77.8		
気分障害 (うつ病)			3	11.1
不安障害			3	11.1
アルコール関連障害			1	3.7
不眠			14	51.9
認知症			1	3.7
その他			4	14.8
不明			2	7.4
精神障害なし	6	22.2		

27名に対して28の診断・症状名(複数回答)を内科医は判断した。

不安障害・不眠と診断された患者の中に気分障害と診断された患者が含まれる。

文献 31) Ohtsuki らを改変

には、何らかの精神障害があると判断した。約8割のうつ病患者に精神障害があると正しく気づいているという結果であった。しかし、その精神科診断の内容を見てみると、うつ病を含む気分障害と正確に判断されたのはわずか1割で、半数以上(51.9%)のうつ病患者は、単に不眠とのみ診断されていた(表1)。さらに、内科医師が判断した精神障害重症度と、PHQで評価したうつ病重症度の関連を見るとその一致度は高くなく、中等から重症のうつ病であっても内科の医師が精神障害がないもしくは軽症と判断した例も7例あった(表2)。

20年以上前に中規模の市中に立地する総合病院の内科外来で15~65歳の患者を対象に行われた調査²⁸⁾では、うつ病の有病率が3.0%であり、我々の結果はその値よりも高い有病率であった。

この差は、対象者の違い(年齢など)や病院の立地条件の違い(市中か郡部か)、調査方法の違いなどによるのかもしれない。海外のメタアナリシス²⁴⁾では、プライマリアケア場面で65歳以上の対象者におけるうつ病有病率が15.9%と報告されており、我々の結果よりも高い有病率となっている。この研究が行われた海外の医療制度ではプライマリアケア医がある程度の重症度までうつ病患者を診療する制度となっており、わが国のように患者が直接精神科を受診することが可能な医療制度とは異なる。この違いのために、海外のプライマリアケア場面におけるうつ病有病率は我々の調査結果より高い値となったのかもしれない。それでも、我々が実施した調査の結果であるかかりつけ医機能を有する病院内科外来におけるうつ病有病率は、わが国の一般住民を対象として行われた調査²⁰⁾で報告された12カ月大うつ病有病率2.1%よりも高い値となっている。特に、65歳以上の高齢者に限ると、一般地域住民中の大うつ病有病率は0.8%であり、かかりつけ医機能を有する内科外来のうつ病有病率は極めて高い(8.7%)。かかりつけ医機能を有する地方郡部に立地する一般病院の内科外来は、地域でうつ病でありながらうつ病と気付かれず適切なうつ病治療・ケアを受けていない患者を発見し、適切な治療・ケアに結びつけるための良いセッティングとなることが示された。

しかし、そのためには克服すべき問題も多い。そのひとつは、我々の調査でも明らかとなったように、うつ病と正しく診断される率の低さにある。海外でもプライマリアケア場面におけるうつ病診断

表2 うつ病の重症度と医師による精神障害重症度判断の乖離 (n=309)

		うつ病重症度				
		なし	軽症	中等症	中等～重症	重症
主治医による 精神障害の 重症度判断 (人数)	なし	156	53	16	1	1
	軽症	24	18	7	2	3
	どちらでもない	4	7	5	2	2
	やや重症	1	1	4	0	1
	重症	1	0	0	0	0

率の低さの問題は多く報告されており、近年、そのメタアナリシスの結果が発表された²⁴⁾。うつ病スクリーニングツールを使用しないと、ある程度まで、うつ病診療をその役割とされているプライマリケア場面においてすら、その診断率は47.3%にとどまっていた。このことから、適切なうつ病スクリーニングツールを構造的に使用できる体制の構築が推奨される。我々の調査の結果を詳細にみると、内科医師は、うつ病を正しくうつ病と診断しないだけでなく、うつ病のない患者に対して間違っとうつ病と診断する率も極めて低かった。このことは、うつ病の診断技術や能力の問題というよりも、そもそも、うつ病という診断を内科外来場面で行う必要性の認識がないことを裏打ちしているのかもしれない。先に述べたように、わが国の医療制度では、患者は直接精神科を受診することが可能で、精神科も、プライマリ精神科としてもわが国では機能している。そのため、内科などの専門診療科でうつ病の診療をするという役割分担となっていない。

そのような状況の中でも、内科医師は、うつ病患者を診察した際に何らかの精神障害があると高率(77.8%)に気付くことができていた。その中身を見てみるとほとんどが不眠とのみ診断しており、うつ病を含む気分障害という診断をしていない。しかし、逆に言うと、内科医師は不眠という症状には関心を持っており、うつ病患者の不眠症状には気付きやすいといえる。内科場面においても、不眠を患う患者ではその背景にうつ病などその他の精神障害があるかもしれないと疑うことで、うつ病の診断率を向上させることができるか

もしれない。

4. 問題点と今後の対策

一般診療科場面におけるうつ病スクリーニングの実施

うつ病を適切に発見するためには、ルーチンとしてうつ病スクリーニングを実施することが有効であるとメタアナリシスから示されている¹⁵⁾。しかし、単にスクリーニングを実施するだけでは不十分であることも示されている。例えば、全例のスクリーニング結果を医師にフィードバックするのではなく、重症のうつ病患者のケースだけフィードバックする方が医師のうつ病認識率が高まること示されている¹³⁾。慢性身体疾患を抱えやすい高齢者に対してもうつ病スクリーニングが有効であることが示されており、我が国のかかりつけ医機能を有する病院においてもうつ病スクリーニングが有効であることが示唆される³⁵⁾。プライマリケア場面において、うつ病スクリーニングを実施するとうつ病の同定率は向上するものの、近年、うつ病スクリーニングの実施だけではうつ病患者の症状の改善につながらないことが系統的レビューで示された²⁹⁾。うつ病を発見した後の診療・ケアの体制の構築が重要であることが確認されている。

スクリーニングの実施だけではうつ病患者の症状の改善につながらないという知見を踏まえ、海外のプライマリケア場面では、うつ病診療の体制に関して興味深い結果が集積されつつある。Collaborative Careと呼ばれる集約的・組織的治療の枠組みが提唱され、この効果がメタアナリシス

からも実証されている¹⁶⁾。さらに、費用対効果の検証から有用性を示唆する系統的レビューまで報告されている³⁴⁾。この collaborative care は、様々な要素から構成されているが、その中でも重要な要素として、うつ病スクリーニングの実施のためのシステムの構築、精神保健の専門知識を持つケースマネージャーの配置、精神保健の専門家によるスーパービジョンが言われている⁹⁾。これ以外にも、collaborative care には、プライマリケア医がコンサルト可能な電話相談の設置や精神科外来の設置、薬剤師による服薬指導など、複合的な対策が組み合わされることが多い。

一般診療科におけるうつ病患者に対するケアの向上

諸外国と医療制度が異なる我が国において、内科などの身体科診療科においてうつ病を発見し適切な治療に結びつけることにより、うつ病患者の症状が軽減するとしたモデルは未だなく、臨床試験で効果が確認されたプログラムもない。そのため、まず必要なことはモデルの作成とその効果の検証のための臨床試験であろう。現時点では、海外のモデルを制約付きながら外挿するしかない。海外のモデルを外挿して実施するにしても、その実施可能性の問題が立ちはだかる。そもそも、身体科診療科の医師は、うつ病は一般診療科の対象ではないと考えており、まずは、うつ病のスクリーニングの実施の重要性を認識するための教育などが必要である。場合によっては診断、さらには治療が必要となることもあるかもしれない。そのための知識や技術を今後向上させていく必要性がある。再び海外のデータではあるが、プライマリケア医などにうつ病の診断と治療を教育することの難しさも指摘されている¹⁴⁾。単回のうつ病対応能力向上研修会などの講習会では、医師の行動変容が促されないことが知られており、より構造的にロールプレイやスーパービジョンなどを組み合わせた教育システムが必要であろう。

地域一般住民や身体科診療科を受診する患者のうつ病治療の必要性の認識と偏見の解消

医療体制の問題だけでなく、うつ病患者を適切なケアに導入する障害として、地域一般住民や身体科診療科を受診する患者側にもその要因があることが知られている⁶⁾。そもそも、患者自身もうつ病と気付かない、気付いたとしても受診をためらう、身体科診療科でうつ病と診断されてもうつ病治療へのアドヒアランスが低い、例えば、精神科に紹介したとしても通院を途中で中断するなどが挙げられる。

身体科診療科と精神科の連携、精神科の提供する医療の質の向上と量の増加

ここ数年で、うつ病のために精神科外来を受診する患者が急増している²¹⁾。急増した患者に対して十分な精神科医療を提供するための精神科医療の側のリソースの増強が適切に追いついていないであろうか？ 特に、近年、新たにエビデンスが集積されてきた様々な治療法（例えば、認知行動療法、対人関係療法、問題解決技法など）の中には、薬物処方に比べて人的資源を多く必要とし、時間のかかるものも多い。これらの治療法を導入するには、精神科医療の提供の体制を修正していく必要がある。患者が直接専門家を受診可能な我が国の医療体制を理想とすると、患者が十分に精神保健の専門家から医療の提供を受けることが可能なだけのリソースを割り当てる必要があるが、現状では困難であるとの話を精神科や身体科診療科から聞くことがある。かかりつけ医機能を有する一般診療科が二次的にでもその役割を担わなければならないほどの状況なのかもしれない。

5. ま と め

うつ病患者を、身体科診療科をゲートキーパーとして適切な治療に導入するためには、一般診療科だけの問題ではなく、さらに広く地域一般住民、身体科診療科、精神科それぞれにおいて障害となる要因が存在する。これを克服するために、例えばヨーロッパの多国共同で行われている Eur-

opean Alliance Against Depression (EAAD: URL: <http://www.eaad.net/>)¹⁹⁾では、メディアとの協力による啓発を含め地域一般住民への介入、General Practitionerとの協力、ハイリスク者に対する支援などの多面的な対策を展開している。我が国でも、かかりつけ医との協力だけでなく、地域一般住民への啓発、ハイリスク者に対する支援、さらには、精神科医療提供の向上を多面的に組み合わせた取り組みが必要であろう。そのためには、高いエビデンスレベルでどのようなモデルが有効であるかを検証するための研究が必須である。同時に、事業として展開する場合には適切な評価を組み込むことが極めて重要であろう。

文 献

- 1) Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., et al.: Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unrespectable nonsmall cell lung carcinoma; a longitudinal study. *Cancer*, 92; 2609-2622, 2001
- 2) Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., et al.: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24 (6); 1069-1078, 2001
- 3) Angst, J., Angst, F., Stassen, H.H.: Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl. 2); 57-62; discussion 75-6, 113-116, 1999
- 4) Arsenaault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4; 37, 2004
- 5) 飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害：生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討。精神経誌, 96 (6); 415-443, 1994
- 6) Ballenger, J.C., Davidson, J.R., Lecrubier, Y., et al.: Consensus statement on the primary care management of depression from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl. 7); 54-61, 1999
- 7) Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., et al.: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25 (4); 147-155, 2004
- 8) Bostwick, J.M., Pankratz, V.S.: Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*, 157 (12); 1925-1932, 2000
- 9) Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., et al.: Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*, 189; 484-493, 2006
- 10) Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33 (3); 395-405, 2003
- 11) 張 賢徳：中年の自殺の病理。医学のあゆみ, 194 (6); 505-508, 2000
- 12) Fredman, L., Schoenbach, V.J., Kaplan, B.H., et al.: The association between depressive symptoms and mortality among older participants in the Epidemiologic Catchment Area-Piedmont Health Survey. *J Gerontol*, 44 (4); S149-156, 1989
- 13) Gilbody, S.M., House, A.O., Sheldon, T.A.: Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ*, 322 (7283); 406-409, 2001
- 14) Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., et al.: Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289 (23); 3145-3151, 2003
- 15) Gilbody, S., House, A.O., Sheldon, T.A.: Screening and case finding instruments for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005; CD002792
- 16) Gilbody, S., Bower, P., Pletcher, J., et al.: Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*, 166 (21); 2314-2321, 2006
- 17) Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S., et al.: Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 22 (11); 1596-1602, 2007
- 18) Hagnell, O., Lanke, J., Rorsman, B.: Suicide and depression in the male part of the Lundby study. Changes over time during a 25-year observation period. *Neuropsychobiology*, 8 (4); 182-187, 1982
- 19) Hegerl, U., Wittenburg, L.: European Alliance Against Depression Consortium: Focus on mental

health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicide behavior. *Psychiatr Serv*, 60 (5); 596-599, 2009

20) 川上憲人: 平成18年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業 こころの健康についての疫学調査に関する研究 (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/epi/Reports/H18WMHJR/H18WMHJR01.pdf>)

21) 厚生労働省患者調査 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>)

22) Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., et al.: Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*, 88 (12); 2817-2823, 2000

23) Martin, R.L., Cloninger, C.R., Guze, S.B., et al.: Mortality in a follow-up of 500 psychiatric outpatients. II. Cause-specific mortality. *Arch Gen Psychiatry*, 42 (1); 58-66, 1985

24) Mitchell, A.J., Vaze, A., Rao, S.: Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*, 374; 609-619, 2009

25) Morrison, J.R.: Suicide in a psychiatric practice population. *J Clin Psychiatry*, 43 (9); 348-352, 1982

26) Muramatsu, K., Miyaoka, H., Kamijima, K., et al.: The patient health questionnaire, Japanese version: validity according to the mini-international neuro-psychiatric interview-plus. *Psychol Rep*, 101 (3 Pt 1); 952-960, 2007

27) Murphy, J.M., Monson, R.R., Olivier, D.C., et al.: Affective disorders and mortality. A general population study. *Arch Gen Psychiatry*, 44 (5); 473-480, 1987

28) Nakane, Y., Michitsuji, S.: Results from the Nagasaki Center. *Mental Illness in General Health Care: An International Study* (ed. by Ustun, T.B., Sartorius, N.). John Wiley & Sons, Chichester, p. 193-209, 1995

29) O'Connor, E.A., Whitelock, E.P., Beil, T.L., et al.: Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med*, 15 (11); 793-803, 2009

30) Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M.,

et al.: Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat*, 61 (2); 131-137, 2000

31) Ohtsuki, T., Inagaki, M., Oikawa, Y., et al.: Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 10; 30, 2010

32) Uchitomi, Y., Mikami, I., Kugaya, A., et al.: Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma; a 3-month follow-up study. *Cancer*, 89; 1172-1179, 2000

33) van Melle, J.P., de Jonge, P., Spikerman, T.A., et al.: Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med*, 66 (6); 814-822, 2004

34) van Steenberg-Weijnenburg, K.M., van der Felt-Cornelis, C.M., Horn, E.K., et al.: Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Serv Res*, 10; 19, 2010

35) Watson, L.C., Pignone, M.P.: Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *J Fam Pract*, 52 (12); 956-964, 2003

36) Wittkampf, K.A., Naeije, L., Schene, A.H., et al.: Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 29 (5); 388-395, 2007

37) Winokur, G., Tsuang, M.: The Iowa 500: suicide in mania, depression, and schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 132 (6); 650-651, 1975

38) Yamada, T., Kawanishi, C., Hasegawa, H., et al.: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 7; 64, 2007

39) Zheng, D., Macera, C.A., Croft, J.B., et al.: Major depression and all-cause mortality among white adults in the United States. *Ann Epidemiol*, 7 (3); 213-218, 1997

Collaborative Care for Depressed Patient in Primary Care in Japan

Masatoshi INAGAKI

*Center for Suicide Prevention and Department of Neuropsychopharmacology,
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

Effective intervention models for depressed patients in primary care settings have been developed in other countries. In Japan, a general internist has an important role in primary care. However, there is little information on the prevalence of depression and the rate of its recognition by general internists in Japan. The present study surveyed these data in a general internal medicine outpatient clinic in a Japanese rural hospital. Results showed the prevalence of depression to be relatively high. Most depressed patients were recognized by physicians as having a mental disorder, but only a few were diagnosed as having a mood disorder. Despite a high prevalence of depression, physicians did not recognize it. Development of an optimized model to screen and introduce appropriate care for depressed patients is needed.

<Author's abstract>

<**Key words** : depression, suicide, primary care, general practice, internal medicine>
