

厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 宮岡 等

平成20(2008)年 3月

目 次

I. 総括研究報告

- 精神障害者の地域ケアの促進に関する研究 7
宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授

II. 分担研究報告

1. ネットワーク形成による医療機関、および地域ケア連携の実践に関する研究 17
宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授
2. 精神科医療における適切な医療圏設定に関する研究 22
藤原 修一郎 横浜南共済病院神経科部長
3. 精神科救急医療における医療機関間、および地域ケア連携に関する研究 51
澤 温 澤病院理事長・院長
4. アルコール依存症患者の地域ケアに関する研究 80
樋口 進 国立病院機構久里浜アルコール症センター副院長
5. 人格障害、およびいわゆるギャンブル依存症の実態と地域ケアの促進に関する研究 101
田中 克俊 北里大学大学院医療系研究科准教授
6. 地域ケアにおける精神科病院の役割に関する研究 136
武田 龍太郎 武田病院院長
7. 精神医療におけるコメディカルスタッフの役割 138
岩満 優美 北里大学大学院医療系研究科准教授

I. 総括研究報告

厚生労働省科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

総括研究報告書

主任研究者 宮岡 等

北里大学医学部精神科学主任教授

宮岡 等	研究総括 ネットワーク形成による医療機関、 および地域ケア連携の実践	慶応義塾大学・昭和 56 年 医学博士・精神医学	北里大学医学部 精神科学	教授
藤原 修一郎	精神科医療における適切な医療圏設定	山形大学・昭和 62 年 精神医学	横浜南共済病院 神経科	部長
澤 温	精神科救急医療における医療機関間、 および地域ケア連携	慶応義塾大学・昭和 42 年 精神医学	さわ病院	理事 長・院長
樋口 進	アルコール依存症患者の地域ケア	東北大学・昭和 54 年 医学博士・精神医学	独立行政法人 国立病院機構久里 浜アルコール症セ ンター	副院長
田中 克俊	人格障害、およびいわゆるギャンブル 依存症の実態と地域ケアの促進	産業医科大学・平成 2 年 医学博士・産業精神医学	北里大学大学院 医療系研究科医 療人間科学・産 業精神医学	准教授
武田 龍太郎	地域ケアにおける精神科病院の役割	横浜市立大学・昭和 56 年 精神医学	武田病院	院長
岩満 優美	精神科医療におけるコメディカル スタッフの役割	同志社大学・平成 1 年 医学博士・臨床心理学	北里大学大学院 医療系研究科医 療人間科学・医療 心理学	准教授

研究要旨

非精神病性精神障害患者が増加傾向にある精神科医療における理想的な地域ネットワーク構築のため、①教育システム開発、②医療圏設定、③精神科救急医療、④アルコール依存症、⑤いわゆる“ギャンブル依存症”、⑥人格障害、⑦心理士の7のテーマで研究を開始した。平成 19 年度は「現在の状況を調査し、問題点を明らかにする」を主眼に主として現状調査や研究プロトコルの作成が行われた。明らかとなった問題点、作成された研究プロトコルをもとに平成 20 年度は調査の継続、研究の実施、地域ネットワークの提言と実施に入る予定である。

A. はじめに

戦後、日本の精神科医療は入院治療中心主義の時代が続いた。この時代はいわゆる社会的入院を生み出し、症状が改善しても生活能力障害による社会参加の阻害、それによる入院の長期化、という悪循環の時代が続いた。近年、医療政策の転換が図られ、入院治療中心主義は外来治療中心へと移行する中で、生活能力障害をかかえる患者(主として統合失調症)の自立した生活を支援する地域ケアシステムが作られてきている。統合失調症治療における地域連携は病院、診療所、保健所、地域作業所、訪問看護、グループホームなど、医療機関と社会資源が地域ネットワークを形成し、患者の社会参加の促進が実践されている。

外来治療中心への流れのなか、精神科病院は開放化をすすめその敷居を下げ、精神科診療所も増加し、国民にとって精神科医療はアクセスしやすいものになっていった。それとともに軽症うつ状態、人格障害、物質依存症やギャンブル依存等のプロセス依存症などの非精神病性精神障害患者の受診が増加している。軽症うつ状態等の長期通院になりやすい軽症精神障害患者の増加は、診療所・病院を問わず増加し、これにより外来での急性期患者への対応は困難となり、勤務医師の数が少ない診療所の多くは初診予約制をとるようになった。

増加傾向にある人格障害や物質依存や

プロセス依存をもつ患者は概して複雑な生育歴や社会的背景を持つことが多い。初診時のみではなく、その後の診療においても家族への介入等、診療に時間を要することが多い。

プライマリケア医に受診したり保健所を相談に訪れても、予約制の診療所・病院が多いため、これらの複雑なケースほど予約制をしいていない診療所・病院を受診することになり、結果としてそれら予約制をしいていない医療機関の負担は高まっている。また遠方から来院した患者を近隣の医療機関へ転医するようすすめてみても、予約制をとっている医療機関が多いため、地域の医療機関へ転医することすら出来ない状況がある。結果として予約制をとらない医療機関に勤務する医師の負担は高まり、疲弊した医師は開業するかその病院が予約制に変わってしまうという状況が起きている。医師の病院離れがすすめば病院勤務医はさらに疲弊し病院の外来診療は破綻する恐れすらある。

外来治療中心への流れの中で、精神科に対するユーザーにとっての敷居は下がり、診療所は増加してアクセスしやすいものになっているようであり、容易に受診できないという不可思議な現象が起きているのである。

このことは医師の診療負担感や不公平感の助長という、今日マスコミ等で盛んに言われている産科や小児科の医師の現

状やユーザーの不利益が精神科でも起きているということである。

近年マスコミ等では救急医療体制の不備、いわゆる「たらいまわし」もさかんに言われている。精神科においても同様の現象が見られる。精神科疾患は元来夜間の不眠や夜間の調子の悪さ、家族が夜間しか受診援助できないことなどのため、広い意味での精神科救急医療のニーズは高く、この救急医療サービスが精神障害者の地域ケアの促進を進めるに当たって果たす役割は大きい。しかし、これまでの報告でも夜間の救急医療ニーズのうち、診療所をはじめ救急医療サービスをしていない医療機関に通院中の人は約半分である。

現在の精神科における外来治療中心の流れの中で起きている問題点をあげた。この解決のためにはプライマリケア医、精神科診療所、単科精神科病院、総合病院精神科といった医療機関、保健所やカウンセリング機関などの地域社会資源の有効なネットワークの確立が不可欠である。全ての精神科医が不公平感なく精神科地域医療に参画できる方法を検討し、そしてユーザーができるだけ迅速に、責任を持って、継続的に必要な治療が受けられ、しかもサービスを提供する側の負担も平均化するにはどうしたらよいかを検討する必要がある。

B. 具体的な活動

1) 地域ネットワークの実践と検証（教育システムの開発）

地域ネットワークの問題点を明らかにするには、理想的なネットワークを構築しながらネットワークに参画している機関とそうでない機関との意識の差を明らかにする必要がある。またこれまでの調査で診療の質が患者に対する影響が大きいことを考慮し、地域ネットワークの基盤として教育システムの開発を初期段階として開始することにした。

北里大学では数年前から出向者を含めた医局員の診療能力の向上、均質化を目的に月に二回の研究会を行ってきた。対象を医局員に限定せず、地域機関に広げ、またプライマリケア医も対象とした定期的なセミナーを開始した。より参加しやすい教育システムの構築のため、研究会や勉強会をビデオ録画あるいは録音してストリーミング動画として配信、またそれらの資料をインターネット上の共有ディスクに掲載などを開始した。いずれも研究会に参加した医療従事者のみがアクセスできるようなシステムとした。今後、参加機関が増えた段階で、地域ネットワーク会議を立ち上げ議論を深めていきたい。これにより、地域ネットワークの基盤となる医師、コメディカルスタッフの質の向上・均質化・意識の共有が期待できる。

2) 地域ネットワークと医療圏

地域ネットワークを形成するためには

ネットワークの範囲の適正化が必要である。精神医療は2次医療圏に基づかないために、多くの地域で救急、身体合併症に対応できるシステムが構築されておらず、アクセスの方法もわかりにくいままである。病院精神科勤務医(精神保健指定医)不足、精神病床、医師の偏在化は進んでおり、特に地方においては深刻な事態となっている。精神医療においても、アクセスのしやすさ、救急、身体合併症の受け入れ体制、地域関連施設との円滑な連携を考慮した場合、どのような医療圏を設定すべきか検討するため、横浜南共済病院神経科では人員配置、医療経済、地域におけるニーズなどの実態調査を開始した。

平成19年度の調査結果から、①精神医療においても、一般医療と同様の施設、病床、医師配置の偏在化は存在する、②精神医療においても、県単位ではなく、少なくとも二次医療圏毎の調査、検討をするべきである、③現状にある施設や人員をいかに有効に機能させるかが課題であり少なくとも精神科医が増えており、一方では精神保健指定医の病院離れが進んでいる現状を踏まえた早急な対応策が必要である、④課題を把握し、対策を進めていくためには、一般医療と連動させて考える必要がある、⑤地方における医師不足は、医師総数の増加に限界があるかぎり、新たな医師確保の規定を設けることと開業医の加わるシステムを構築す

ることでしか解決しきれない、といった結果があきらかとなった。調査の継続が理想的な地域ネットワーク構築のための適切な医療圏設定につながることを期待できる。

3) 地域ネットワークと精神科救急医療

精神科治療における救急医療のニーズは高いものがあるが、現状の体制には不十分な点もあり、精神科救急においても、マスコミであまり取り上げられないものの、産科や小児科のように「たらい回し」と呼ばれるような病院探しの大変さは日常茶飯事となっている。さわ病院では理想的な地域ネットワーク構築における精神科救急医療体制を作るために、医療機関の精神科救急体制や医師の精神科救急に対する意識を調査した。

平成19年度の調査では、医師数からみて、病院でも毎日救急医療をすることは、指定医数不足からほとんどのところで不可能であることが分かった。また診療所は輪番で救急医療をするのは不可能であることが分かり、病院や、定点の休日診療所において開く必要があると考えられた。引き続き、人員の充足度、費用対効果、患者家族の満足度などを調査していく予定であり、今後の調査結果は理想的な地域ネットワーク構築のための重要な指針を与えることになるであろう。

3) 地域ネットワークとアルコール依存症

アルコール依存症(ア症)の地域ケア

を論じる前に、ア症の治療に関してわが国では経験的な有効性は議論されているが、エビデンスの報告は皆無であるという現状がある。

独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センターではア症の治療とその効果に関する前向き無作為・統制研究（prospective randomized control trial）が行われることになった。平成19年度は研究プロトコルの作成と予備研究が行われた。4群（標準的入院治療、短期入院治療、外来での簡易介入、外来のみ）に患者を無作為に割り当て、患者の臨床的特徴を評価した上で、治療効果を退院後（または介入後）3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月と追跡し、その効果を判定していくこととなった。平成20年度から実際の研究が開始される予定である。この研究により患者の臨床特徴と治療マッチングに関する重要なエビデンスが提供されると期待される。

4) 地域ネットワークといわゆる“ギャンブル依存症”

軽症うつ状態などの非精神病性精神障害患者の増加とともに、外来診療で賭博を繰り返し、多重債務を背負っている状況の患者に出会うことも珍しくはなくなっている。教科書的には精神科が対象とする依存症としては、前述の飲酒行動以外にも薬物、購買、窃盗、放火等々がある。賭博を治療対象とすべきかに関しては議論があるであろうが、そもそも

賭博（ギャンブル）に関する研究は本邦ではあまりない。議論しようにもその基盤がない状況に在る。

ギャンブルに関連した問題は歴史が古く、ギャンブルによりさまざまな問題が引き起こされる危険性については、国内外の古典書籍に数多くみることができる。日本においては、ギャンブルに対する一定の法的規制による管理は施策として行われてきているが、医学領域では、ギャンブルを自分の意志で制御できない状態への関心は極めて低いといわざるを得ない。欧米では pathological gambling と呼ばれる状態が、我が国では“ギャンブル依存症”という仮称で社会問題として一定の認知を受けているものの、これまで学術的な検討がなされずにきた現状を踏まえ、ギャンブル関連問題の本質を検証し、将来的禍根を残さぬよう議論を重ねていく必要がある。

北里大学大学院では、いわゆる“ギャンブル依存症”問題へのアプローチを行う前段階として、現在の学術的問題点を検討、整理し、今後の研究の基礎となる概念の共有化を目指し、調査を開始した。平成19年度の調査から、“ギャンブル依存”の呼称の問題、アルコール問題との関連、医療機関における対応、関連機関など、“ギャンブル依存症”をとりまく問題点や情報の集約が行われた。この結果を踏まえ、平成20年度以降は調査票の開発、疫学調査につながっていく予定で

ある。この調査結果は“ギャンブル依存症”研究の礎になるであろう。

5) 地域ネットワークと人格障害治療

人格障害、軽症うつ状態などの非精神病性精神障害患者が増加傾向にあることは前述の通りであるが、とりわけ境界性人格障害を初めとする人格障害の治療困難性は従来から言われてきており、現状では一部のその分野の患者の治療に熱心な診療所及び、入院時の対応や救急受診が可能である一部の病院がその治療を担っていることが多い。しかし、これらの患者の増加や、最近の病院における精神科医不足の現状も考え合わせると、病院のみでその機能を担うには限界があり、より適切な地域連携を行い、機能分化にもとづいた治療を診療所も含めて担当することなども含め、福祉面も含めて地域で連携して支えていかないと、いずれ医療を行うのが困難となっていく危険性を伴っている。

武田病院では人格障害の治療における理想的な地域ネットワーク構築のため、境界性人格障害を初めとする人格障害の治療における地域連携の現状調査を行っている。平成 19 年度は武田病院における人格障害患者の紹介・逆紹介の実態を調査し、治療経過における現状の問題点の抽出が行われた。境界性人格障害を中心とする人格障害患者の治療経過における現状の問題点は、特に入院治療の必要性が生じたときの紹介や退院後の逆紹介

がスムーズにいかないことがあげられ、さらにその治療経過の途上での医療機関以外の機関も含めた連携がスムーズにいかないことが大きいことが明らかとなった。平成 20 年度はこれを踏まえ、川崎市北部地域に調査範囲を拡げ、医療機関のみではなく社会資源も含めた調査を行い、実態の把握が行われていく予定である。同時に連携を円滑に行うための方策を検討し一部実施していく予定である。

6) 地域ネットワークとコメディカルスタッフ（主として心理士）

増加傾向にある軽症うつ状態や人格障害患者の治療においては、薬物療法よりも精神療法を重視すべきである事例が多く見られる。しかし、現実には、多くの患者を抱える精神科医のみの対応では限界があり、心理士による心理的介入などが有用であると考えられる。しかし医療機関に勤務する心理士の数は充分とはいええず、今後、非医療機関での心理士との連携も考慮する必要がある。

北里大学大学院では精神科医療における理想的な地域ネットワークの構築のため、心理士の地域連携における役割の提言を目的とする研究を行っている。平成 19 年度は心理士の役割に関する調査が行われた。平成 20 年度は医療機関、非医療機関における現状調査を進め、心理士の介入が有効だった事例の検討を行う予定である。地域連携における心理士の適切な介入のモデルが提言できれば、精

神科医療における地域連携はより有意義なものになるであろう。

C. 今後の展開

非精神病性精神障害患者が増加傾向にある精神科医療における理想的な地域ネットワークの構築を目的に、①教育システム開発、②適切な医療圏の設定、③精神科救急医療、④アルコール依存症、⑤病的ギャンブリング、⑥人格障害、⑦心理士の役割、の7分野にわけて研究を進める。平成19年度は「現在の状況を調査し、問題点を明らかにする」を主眼に主として現状調査や研究プロトコールの作成が行われた。平成20年度は「初年度のデータに基づいて、精神障害者の地域ケア促進に有用なシステムを明確にし、実践に入る」、平成21年度は「実践の中で見出された問題を抽出し、解決策を検討する」の流れですすんでいく予定である。

Ⅱ. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

（主任研究者 宮岡 等）

分担研究報告書

ネットワーク形成による医療機関、および地域ケア連携の実践に関する研究

主任・分担研究者 宮岡 等 北里大学部精神科学主任教授

研究要旨

近年、精神障害者の地域ケアシステムの不十分な点が問題視されている。現在の地域ケアシステムの問題点を明らかにし、求められるモデルを提唱することが本研究の目的である。地域ケアシステムは常に改変、改良されているものであり、また数値化して評価することは困難だが、構築する地域ケアシステムに協力する機関と協力しない機関に分けて経時的に調査することで問題点の抽出は可能であると考えた。構築する地域ケアシステムに協力する機関を集めるために平成19年度はメーリングリストやインターネット上共有ディスクを利用した情報交換・共有システムの構築を開始した。メーリングリストに参加する機関が一定数に達した時点で、平成20年度はアンケート調査を開始し問題点を明らかにする予定である。また同時に定期的な地域ケアシステム会議を開催し、地域ケアシステムに関する議論を発展させていきたい。

A. 研究目的

現在の精神障害者の病診・病病・地域連携では図1のような現象が起きている。物質依存症や人格障害、軽症のうつ状態などの非精神病性精神障害患者は増加傾向にあるが、プライマリケア医や保健所などに相談するに止まって精神科受診に至らない例も少なくない。また精神科治療も地域の社会資源と適切な連携をとって勧めるべきであるが、医療が抱えすぎている面もあるし一方利用できる地域ケアシステムも十分でない。時間外受診時に対応できる医療機関や地域ケアシステムも少ない。本研究の目的はこのような患者の治療を推進させる適切な病診、病病連携、および地域ケアシステムの問題点を明らかにし、求められるモデルを提唱する事である。

B. 研究方法

理想的な地域ケアシステムを構築していくためには、現在の地域ケアシステム（現地域システム）における問題点を明らかにする必要がある。新たに構築する地域ケアシステム（新地域システム）の妥当性の評価のためには、新地域システムに参加している医療機関・地域社会

資源の群と、参加していない群とに分け調査する必要がある。しかしながら地域システムは常に改良・改変されているものであり、それを対象とする本研究の性質上、問題点を明らかにする事と、新地域システムの実践は同時進行とならざるを得ない。

ネットワークの構築とその評価のためには、新地域システムの形成に賛同する医療機関・地域社会資源を集める必要がある。このため、1) 地域ネットワーク協力候補者のメーリングリスト作成、2) インターネット上共有ディスクの作成、重要情報やテキストなどの情報の配信、3) プライマリケア医向け、精神科医向け、コメディカルも対象とした講演会の開催とその動画の配信、4) 地域ケア検討会の定期的実施、といった地域ネットワーク構築の試み（図2）を行いながら、定期的に参加した精神科医、プライマリケア医、コメディカルスタッフに対し調査（平成20年度に予定）を行っていく。

なお、調査対象は医師、コメディカルスタッフであることから、倫理的配慮として、本研究の実施に際し、北里大学医学部倫理委員会での審査・承認を受けることとした。

C. 研究結果

これまで北里大学医学部精神科学主催で行ってきた研究会に参加してきた医師、メディカルスタッフを中心にメールアドレスを取得し、新地域ネットワーク協力者のメーリングリストを作成した。プライマリケア医・精神科医向け講演会を定期的に開催（資料1、2）し、これに参加する医師も随時メーリングリストに追加した。インターネット上共有ディスクを作成し、重要資料やテキストの掲載、講演会の動画配信を行い、メーリングリストを活用した情報の発信を行った。医療機関等への調査のためのアンケートは現在作成中である。

D. 考察

医療における地域ネットワークがもたらす効果としては、1) 標準的医療の共有による適切な薬物療法と精神療法（副作用の早期発見と対応、医療費の削減につながる）、2) 適切なインフォームドコンセント、3) 早期発見、早期対応を可能にする、4) 依頼をしやすく、かつ受けやすくする、5) 業務手順の効率化、6) 平均在院日数の短縮、7) 患者側にとっては、適切な医療機関を見つけやすくなり、医療を継続しやすくなる、といったものが考えられる。いずれの効果も評価するのは難しいが、新地域ネットワークに協力する機関とそうでない機関に分けて評価することで、ある一定の結果は得られると考えられる。

現在、本邦では精神医療全般における地域ネットワークが順調に動いている地域はないと言ってもよい状況である。また認知症や自殺対策など限られた領域に関するネットワーク形成の動きは見られるが、まだ成立しているとは言いがたい。さらに増加傾向にあり外来診療の多くを占める非精神病性精神障害患者の医療に関するネットワーク形成の動きは全くみられないといえる状況である。単なる入院、転院の必要性に応じた各医療機関同士の連携は見られるが、先にあげた現在の精神科医療における問題点の解決のためには、診療内容にまで踏み

込んだ情報の共有化、ネットワークの構築が必要になると考えられる。

近年の医師不足など医療全般をとりまく問題は精神科領域でも同様にあり、ネットワークへの参加が診療業務上の負担を増加させるのではないかという懸念をもつ医療機関もあると思われる。したがって、ネットワーク形成の初期段階では、情報を発信し協力機関との間でネットワークを形成しながら評価することが適切であろう。

一方、精神医療でも勤務医と開業医が担う負担の差が著しくなっているのが現状であり、このようなネットワークによって、1) 負担の均等化を図る、2) 一定レベル以上の知識を確実に有する医師を育てる、3) ネットワークという情報によって患者が医師を選べる、などの方向を目指す必要がある。

以上のように、平成19年度は地域ネットワークの構築の初期段階として地域ネットワーク協力候補機関との情報共有から開始した。平成20年度はこれをもとに協力機関、非協力機関に対する調査を行い、また地域ネットワーク会議を立ち上げる予定である。これにより問題点の評価、地域ネットワークがもたらす効果の検証、地域ネットワークへのフィードバックができると考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 精神障害者治療の地域連携における問題点

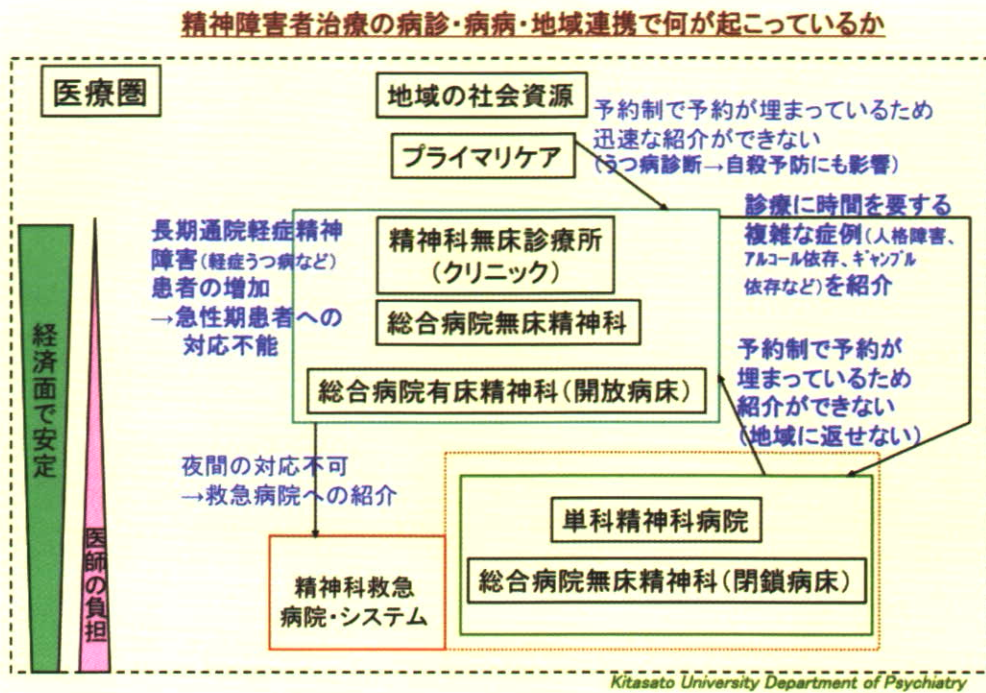
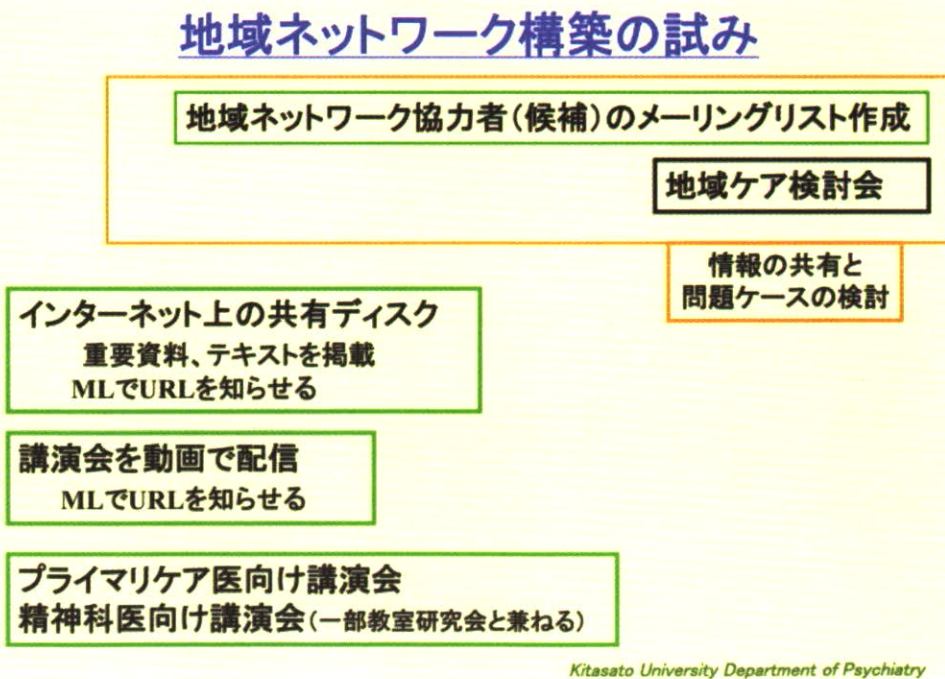


図2 地域ネットワーク構築の試み



2007年4月5日

北里精神医学セミナーのお知らせ

北里大学医学部精神科
宮岡等

平成19年5月から平成20年2月にかけて、下記の日程で「北里精神医学セミナー」を開催いたします。最近、「1）医学部卒業後2年間の初期研修で精神科が必須科目とされているが、初期研修で求められる知識を効率的に学べない、2）うつ状態や自殺予防などでプライマリケア医が精神面の問題への対応を求められる機会が増えたが、基本的な知識を身につける機会がない」という声を耳にしたことから、大学として少しでも協力し、このような問題を考える機会になればと考え、本セミナーを企画しました。セミナーでは精神科以外の医師に知っておいて欲しい精神医学の知識に絞って、できるだけわかりやすくお話しする予定です。また各講義内容は独立させ、連続講義としてではなく、一回だけ聞いても理解していただけるような内容とします。週末のお忙しい時間とは思いますが、多くの方のご参加をお待ちしております。

日程と内容

平成19年

5月11日（金）	「うつ状態の見方と抗うつ薬の使い方」	（宮岡 等）
6月8日（金）	「小児・児童の精神症状の見方と対応」	（井上勝夫）
7月13日（金）	「抗不安薬と睡眠薬の使い方」	（宮岡 等）
9月14日（金）	「薬剤や身体疾患に起因する精神症状の見方と対応」	（宮岡 等）
10月12日（金）	「アルコール依存症とそれに関する精神症状の見方と対応」	（白川教人）
11月9日（金）	「統合失調症概説と統合失調症治療薬の副作用」	（宮岡 等）
12月14日（金）	「認知症症状の見方と対応」	（高橋 恵）

平成20年

1月11日（金）	「身体所見に見合わない身体愁訴の見方と対応」	（宮岡 等）
2月8日（金）	「急な対応を要する精神症状と精神症状の見方総括」	（宮岡 等）

- * 1) 時間はいずれの日も午後7時から午後9時です。
- 2) 約90分を講義に当て、残りの時間で質疑や意見交換を行う予定です。

担当者 宮岡等：北里大学医学部精神科教授
高橋恵：北里大学医学部精神科講師
井上勝夫：北里大学医学部精神科講師
白川教人：横浜市こころの健康相談センター長、北里大学医学部精神科非常勤講師

場所：北里大学病院臨床講義室（No 4）

対象：1. 初期研修医（研修病院は問わない）
2. 精神科を専門としない医師
3. 1、2以外の方で参加を希望される方はご連絡ください。
* 当日の参加も受け付けますが、参加希望の方はできるだけ実施日の1週間前までに、以下の連絡先にメールかFAXで申し込んでください。

参加費：無料

連絡先／問い合わせ先：

北里大学東病院精神神経科

電話 042-748-9111 FAX 042-765-3570

E-mail: k-psy@kitasato-u.ac.jp

資料2 精神科医、コメディカル向け研究会

2007年度

日時	研究会名	内容	演者	参加資格	備考
3月19日(木) 19:30	拡大教室研究会	高起未定	小西登子先生 (北里大学大学院保健学 院教授)	教員員、 同窓会員、 相模原医師会員	白根臨床メ ディカルセン ター 小会員室(相 模原市 会、相模原 市医師会 会との合同 研究会)
3月13日(木) 19:30	教室研究会	身近になりつつある医療訴訟	品川丈太郎先生 (株式会社サンファイ マーケティング代表)	教室関係者、相 模原医師会員	東病院南病 棟2F特別会 議室
2月21日(木) 19:30	教室研究会	児童青年精神科臨床における精神科医と心 理士の役割-日常臨床における行動精神医 学への応用-	水俣健一先生 (株式会社社会福祉学 校校長)	教室関係者、相 模原医師会員 (地域に開かれたコ メディカルの方 の参加も受けま す、あらかじめご 連絡ください)	東病院4F 多目的室2
2月7日(木) 19:30	教室研究会	対人関係療法の臨床	水島広子先生 (水島広子こころのこ ろクリニック)	教室関係者、相 模原医師会員	東病院南病 棟2F特別会 議室
1月17日(木)	未定				
12月20日(木)	休み				
12月6日(木) 19:30	教室研究会	パキシルとジェイゾフトの薬理毒考 ：学術担当者対談と指定討論	両薬の学術担当者 など	教室関係者、相 模原医師会員 (特別内容ですの で、それ以外の方 は必ずあらかじめ ご連絡ください)	東病院南病 棟2F特別会 議室
11月15日(木) 19:30	教室研究会	精神科治療のどこに重点を置かすか	藤生祐司先生 (北里大学大学院保健学 院実務・北里研究所東洋 医学総合研究所臨床研 究部)	教室関係者、相 模原医師会員	東病院4F 多目的室2
11月6日(木) 19:30	教室研究会	国立がんセンターにおける精神科臨床	中野善仁先生 (北里研究所臨床精神 科)	教室関係者、相 模原医師会員	東病院4F 多目的室2
10月25日(木) 1→19:15 2→18:30	教室研究会	1:どうしたら認知症を予防できるか(福岡県 卒後講演会 高倉正太郎先生の講演) 2:精神科を愛した結核性髄膜炎患者の死の 治療について (第6回北里PediatricsSeminar)	1:高橋順(総合診療の 発展者として発表) 2:井上勝夫(セミナー の運営者として発表)	教室関係者、相 模原医師会員 (1か2のどちらかの 研究会にご参加く ださい)	1:ホテルグ ラシア相 模原 2:小田急ホ テルセン チュ リー相模大 野
10月11日(木) 17:30	教室研究会	動物モデルを使った衝動性の研究	結本和久先生 (医療機関福祉大学教 授)	教室関係者、相 模原医師会員	東病院作業 療法室
9月20日(木) 19:30	拡大教室研究会	精神科における救急医療	八田耕太郎先生 (旭川医科大学医学部神 経学講師)	教員員、 同窓会員、 相模原医師会員	東病院南病 棟2F特別会 議室(仮設)
7月5日(木) 17:30	教室研究会	精神疾患が関与していると思われる口腔関 連症状について	高橋英徳	教室関係者、相 模原医師会員	東病院南病 棟2F特別会 議室
6月21日(木) 19:30	教室研究会	心神長失調医療観察法と我が国の精神保健 福祉政策	治田太一即先生 (厚生労働省 社会・保 健局 障害保健福祉部 障 害・障害保健課 政策課 長 長官補佐 長官補 佐 長官)	教室関係者、相 模原医師会員	東病院4F 多目的室2
6月7日(木) 19:30	拡大教室研究会	ACTの日本での展開について	伊藤輝一郎先生 (国立精神・神経セン ター社会連携部相談研 究)	教員員、 同窓会員、 相模原医師会員	東病院南病 棟2F特別会 議室
5月31日(木) 17:30	拡大教室研究会	精神科臨床に必要な精神療法的アプローチ について-基本的関わりから本格的な精神 療法まで-	隈田恭孝先生 (青山学院大学メディカル クリニック院長)	教員員、 同窓会員、 相模原医師会員	東病院4F 多目的室2
4月19日(木) 17:30	教室研究会	臨床現場の精神医学的診断評価と治療につ いて	生地新	教室関係者、相 模原医師会員	東病院4F 多目的室

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

（主任研究者 宮岡 等）

分担研究報告書

精神科医療における適切な医療圏の設定

分担研究者 藤原 修一郎 横浜南共済病院神経科部長

研究要旨 一般医療では、救急医療、小児科、産科などを中心に医師（病院勤務医）不足が深刻である。新医師臨床研修医制度などによる過渡的な問題ではなく、特定の診療科における構造的な問題と考えるべきである。医療計画に基づき、各都道府県では、医療対策協議会において医療提供体制が検討されており、医療圏、特に二次医療圏毎の実態把握が不可欠である。

一方、精神病床は二次医療圏の規程はなく、県単位に基準病床が設定されている。病床が多く、もともと偏在しているために問題が表面化せずに、医療計画に関する議論から取り残されている。精神病床配置の歪みは、地域性、責任性から離れ、精神障害者の社会的入院を増大させてきた要因である。

本研究の目的として、精神医療提供体制の現状と課題を明確にするために、精神科医療における適切な医療圏の設定を検討した。

方法は、全国の精神科医師、精神科施設、精神病床の配置を調査した。とくに神奈川県における精神科医、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科の配置を二次医療圏毎、市町村毎に把握し、人口当たりの施設数、病床数、医師数を算出した。一般医療における病床数、医師数、救急体制と比較することで、実現可能で、有効な連携、システムを検討した。

既存の医療資源を踏まえて、一般医療（救急システムも含めた）との連携、連動に重点をおいた精神科医療圏をどのように設定し、機能させていくべきかを提言していきたい。

A. 研究目的

精神医療においては、基準病床は県単位の設定であり、もともと精神病床数が多いこともあって、病床、医師の偏在化、特に地方の医師不足が進んでいる実態は明らかになっていない。総合病院を中心に精神科医師は不足し、まさに危機的状況である。このままでは、精神科における急性期病院の医師不足は止まらないだろう。医療崩壊が叫ばれている今こそ、精神医療の提供体制を議論する好機でもある。

しかし、精神疾患の特性や偏見もあり、その需要は理解されにくい。うつ病、自殺対策がマスコミでも取り上げられ、国家的な課題となっているにもかかわらず、精神医療の根本的な医療提供体制は未整備のままである。従来の統合失調症の入院治療を主体とした精

神医療から脱却し、一般医療に連動した診療システム、ネットワークが地域性を重視して構築されなければならない。既存の施設を有効に利用し、受療体制を整えることが喫緊の課題である。今後の精神医療のあり方を考えるために必要な医療圏を設定し、モデルになるような連携のあり方を提言したい。

本研究は、精神科の医療圏について、住民、企業、保健、福祉、教育関連機関、さらに一般医療従事者に対しても利用しやすく、わかり易い、機能的なシステムを構築することを目的としている。

なお、本研究においては、総合病院は旧医療法の定義に基づいている。

B. 研究方法

1. 全国的の病床数、医療従事者数、精神病床数、精神科医療従事者数は、厚生労働省の病

院施設調査（平成18年度）医師、薬剤師、歯科医師調査（平成18年度）を基にした。人口は人口動態調査（平成18年度）に加え、各都道府県のホームページより、2次医療圏とその人口について把握した。総合病院精神科については、日本総合病院精神医学会基礎調査（平成18年度）等を使用した。

2. 神奈川県内のデータは、神奈川県、各市町村から公式に発表されている資料に加え、施設数、病床数、医師数の配置、所属などを把握するために、各施設のホームページを参照した。さらに神奈川県保健福祉部（医療課、障害福祉課）、横浜市健康福祉局（こころの相談センター、保険医療部）、圏域保健所、横浜市内精神保健福祉センターへの問い合わせ、あるいは直接訪問によりデータを収集、補足した。

3. 神奈川県内の救急システムは、各市区町村や医師会のホームページを参照した上で、横浜市健康福祉局、神奈川県保健福祉部、医師会を訪問し調査した。

4. ヒアリング調査は、横浜市精神科医会、横須賀市精神科医会、神奈川県総合病院連絡会、神奈川県精神神経科診療所協会会員、横浜市医師会会員、救急情報センター担当者、鎌倉市、横須賀市、横浜市の精神保健担当者、横浜南共済病院救急センタースタッフから情報、意見を聴取した。

（倫理面への配慮）

本研究におけるアンケート調査では、個人が特定できる質問内容はなく、プライバシーに関わる問題はないと判断した。

C. 研究結果

1. 一般医療と精神医療における病床・医師の配置の比較

1) 一般診療科医師数と精神科医師数と偏在化

① 医師数について

近年の医師国家試験の合格者約7700人から退職者を除くと、医師数は毎年約4000人増加していることになる¹⁾。不足していると言われる小児科、産科医師数と精神科医師数を比

較すると、図1のように産科医師数は減少傾向にあるものの、小児科医師数と精神科医師数は緩やかに増加している。しかし、小児科医師数は小児人口の減少を考慮すると決して不足しているとは一概には言えない。小児科において診療所が増え、病院勤務医が減少している傾向は、精神科においても該当している¹⁾。

医師の地域的偏在は明らかで、都道府県別の人口10万人当たりの医師数、精神科医師数とも地域格差は大きく、医師総数では2倍、精神科医師総数では2.5倍であり、精神科医師は偏在している。（図2）

二次医療圏で調査すると、県庁所在地とそれ以外の地域を比較すると医師総数、精神科医師総数ともに県庁所在地が1.5倍であった。

（図3）

全国の調査では、精神科医師が精神科病院、総合病院、精神科診療所のいずれに所属するのか、精神保健指定医であるか否かについて把握するのは困難であった。

② 受療実態について

図4のように、精神科の受療実態は、全患者数が増加傾向にあり、精神科医師数も増えているため、受療者総数を精神科医師数で割ると、医師一人当たりの患者数は、平成8年以降、ほぼ同様に45人前後であった。（図5）

対象とする精神疾患の内訳を見ると、統合失調症を中心とした入院患者が減少し、外来数とくに気分障害、神経症性障害の通院患者が増えている。（図6）

2) 一般病床と精神病床の偏在化

① 一般病床について

一般病床では、二次医療圏毎の基準病床の規程があり、一定の基準は満たされているものの、人口当たりの病床数には大きな格差がある¹⁾。

② 精神病床について

i) 精神病床の分布

都道府県毎に比較すると精神病床数の地域差は著しく、人口当たりでも大きな差がある。

平成16年6月30日時点の精神病床数は35万3319床で、人口万対平均で27.7床、最も少ない神奈川県が16.2床、最も多い宮崎県は53.5床で約3倍以上の開きがある²⁾。

ii) 総合病院精神科の分布

総合病院精神科病床数も地域差が非常に大きく、都道府県によっては、有床総合病院精神科が大学病院以外は存在しない県もある。図7のように二次医療圏毎で比較すると有床施設は全体二次医療圏の45.3%に存在し、無床総合病院は47.3%、いずれも存在しない二次医療圏は33.8%を占めている。

一般医療との連携や初期診断、治療、身体合併症、救急医療における総合病院精神科の役割は非常に重要であるにも関わらず、精神科を有する総合病院は減少している²⁾。

iii) 精神科診療所の分布

厚労省医療施設動態調査では、精神科診療所は年々増加している。しかし、診療所に関しては全国的な医師数、施設数の調査は困難であった。理由としては、標榜している診療科名が多種あることや日本医師会、日本精神神経科診療所協会とも組織率が低くなっているためである。

iv) 神奈川県における一般医療と精神医療の病床・医師配置について

神奈川県は人口当たりの精神病床数が全国の中で最も少ない²⁾。神奈川県の二次医療圏の概要を図8、表1に示した。また各医療圏の平成18年時の人口、基準病床、一般病床、精神病床を表2に示した。

① 一般病床と精神病床の配置

二次医療圏毎に病床数を比較すると一般病床数、精神科病床数、人口当たりの病床数は、いずれも地域差がある。さらに、一般病床と逆相関のようになっている地域があり、都市部では人口当たりの精神病床が少ないことが特徴である。(図9、10)

図11のように神奈川県の一般病床、精神病床の平均を1として比較すると、一般病床では二次医療圏において0.5~1.5以上に約92%が含まれるのに対して、精神病床では、0.5

以下の地域が16.7%、1.5以上の地域が25%と顕著な地域差が存在した。

② 精神病床、精神科病院、総合病院精神科(病床の有無)、精神科診療所の配置

2次医療圏毎に各施設の配置を調査し、施設数、人口当たりの施設数を図12.13に示した。偏在化は、精神科病院、総合病院、診療所ともに大きい。図14のように神奈川県の平均を1としたとき、二次医療圏毎の施設数を比較すると精神科診療所は極端がばらつきはない。総合病院精神科は少ない地域(0.5ポイント以下)が有床33.3%、無床25.0%と目立つ。総合病院精神科は、神奈川県域において平成12年から平成18年の間に施設数、病床数が減少している。一方横浜市は行政主導で総合病院精神科病床を増やしている全国でもまれな地域である。(図15.16)

図17、18のように、市町村という一次医療圏単位では、病床数は大規模病院に左右される。図19~26のように一般病床数、精神科病床数、施設数を市町村、二次医療圏毎に地図上に示すと、病床、施設の分布傾向がより鮮明になる。

③ 一般科医数、精神科医数の分布

二次医療圏毎に人口10万人当たりの医師数を比較すると、図27のように精神科医の配置、一般科医とともに比較して地域差がある。一般医療も精神医療も同様に、市町村単位では医師配置数の差はさらに大きくなる。それでも精神科医師の二次医療圏毎の人数では、ほぼ平均の0.5~1.5に入り、病床数ほど地域差は大きくない(図28,29.30)。表3に2次医療圏別の人口、精神科医師数、人口10万人当たりの精神科医師数をまとめた。

2. 救急システムと医療圏

1) 一般救急と精神科救急について

医療圏を考える上で最も重要な救急体制について調査を行った。

救急には一次救急、二次救急、三次救急がある。一次(初期)救急とは、外来診療によって帰宅できる軽症患者の救急対応、二次救急とは、入院して治療が必要な中等症・重症

患者の救急対応。三次救急とは、生命に危険のある重篤な患者の救急対応をさす。

精神医療においても一、二、三次救急という考え方があるが、二次救急は任意、医療保護入院対応を要する場合。三次救急については、警察官通報による措置、緊急措置、応急入院をさす。平田の報告³⁾によれば、精神科救急医療圏は全国に154圏域あり、平均人口は83万人である。精神科救急システムにおける受診件数は、各自治体毎に相談件数、受診件数、入院件数、措置入院件数に違いが大きく、輪番制で空床確保している地域と基幹病院が常時受け入れている施設などシステムも多様である。

2) 神奈川県（横須賀市等）、横浜市を中心とした一般救急体制について

表4のように、神奈川県（東部、湘南）、横浜市、川崎市の一般救急システムでは、内科、外科を中心に初期救急を担う夜間休日診療所や夜間帯の救急センター、基幹病院、さらに二次、三次救急基幹病院がある。表5のように小児救急システムでは、初期救急を担う夜間休日診療所や夜間帯の救急センターがあり、既存の病院に医師を集約化して二次、三次救急に対応している。さらに、表6のように周産期救急では、産科診療所、二次救急受け入れ病院と二次、三次救急を扱う中核病院が神奈川県に6箇所存在する。地域における責任制からも、ほとんどの診療科は救急には何らかの関与をしている。

3) 神奈川県・横浜市・川崎市を中心とした精神科救急システムについて（表7）

精神科救急は、三次救急を中心に形成された歴史がある。偏在化している状況や基幹病院、協力病院、総合病院精神科が限られていること等から、受け入れ機関、時間が周知されにくく、発展途上である。今後地域ケアを考える上で、初期救急と二次救急体制と一般医療との連動が重要な課題である。

3. 受診体制・医療圏についてのヒアリング調査（表8）

受診体制・医療圏について一般医療者、行政機関、精神科医にヒアリング調査を行った。精神科の受診体制については、わかりにくさ、アクセスのしにくさ、救急対応がなされていないことなどの課題が指摘された。医療圏については日常業務の中では意識されないものの、現場では具体的な連携機関はイメージされていた。

D. 考察

1. 圏域について

精神病床の適正化、受け皿の整備、社会的入院の減少、救急体制の整備、地域連携の充実化などの取り組みには、医療圏毎に検討するべきである。

はじめに医療圏の考え方についてまとめた。

1) 圏域の考え方

①医療圏とは、都道府県が病床の整備を図るにあたって設定する地域的単位のことであり、一次から三次医療圏まで設定されている。基本的な考え方として、地域における医療需要に対して初診から救急や入院治療に至る包括的な医療を提供するものが医療圏であり、本来、精神医療も同じ次元に捉えるべきである。

一次医療圏とは、一般的な疾病や外傷などに対処する医療を提供する医療圏で、医療法では規定されてはいないが、保健所や介護保険制度等との兼ね合いから、市町村を単位として設定されている。検診、母子保健、介護保険に加え、障害者自律支援法、自殺対策基本法が制定されて以降は、市町村単位の役割が大きくなっている。精神医療においては、プライマリケア医が関与し、さらに精神科診療所との連携において機能するべきである。しかし、現状では、精神科診療所の認知度は地域により様々で、総合病院精神科外来がアクセスのしやすさから一定の役割を果たしていることも多い。

二次医療圏とは、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏で、「地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院に係