

石川県					
福井県					
岐阜県					
静岡県					
愛知県					
三重県					
滋賀県					
京都府					
大阪府					
兵庫県					
奈良県					
和歌山県					
鳥取県					
島根県					
岡山県					
広島県					
山口県					
徳島県					
香川県	高松あすなろの会	761-8081	香川県高松市成合町559-15	087-897-3211	
愛媛県					
高知県					

福岡県					
佐賀県					
長崎県					
熊本県	NPO 法人熊本クレ・サラ被害をなくす会	860-0801	熊本県熊本市安政町2番23号 MYビル5階	096-351-7400	
大分県					
宮崎県					
鹿児島県					
沖縄県	リカバリーサポート・ネットワーク	903-0125	沖縄県中頭郡西原町上原103 ルボワ YARA2F	098-871-9671	

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

（研究代表者 宮岡 等）

分担研究報告書

地域ケアにおける精神科病院の役割

研究分担者 武田 龍太郎 慶神会武田病院院長

研究要旨:境界性パーソナリティ障害を中心とするパーソナリティ障害に対する現在のわが国の精神医療のあり方の問題を検討し、医療機関の機能分化や医療連携、地域連携のモデルを提唱するための問題点を抽出し、今後のあり方を提言することが目的である。そのために2008年度は、東京・神奈川の単科精神科病院、精神科診療所におけるBPD圏患者の治療実態調査するためにアンケート調査を実施した。その結果BPD圏の患者は少なからず受診・相談しているが、医療機関側の人手不足、対応能力などの問題からそれらの患者の診療には消極的になっている医療機関が34%に及び十分な対応がされていないことが明らかになり、診療に積極的な医療機関も含めてこれまでより専門的な対応が可能となる施設や体制の整備を要望する医療機関が多かった。そして更に精神医療の現場以外でのこれらの方々の動向を調査するために、保健所・消防署救急隊に聞き取り調査を行ったところ、医療の現場には登場しない対応・処遇困難者の存在や、その対応への困難さなどが明らかになった。そして、実際の地域における精神保健福祉関連機関の連携をスムーズにし、地域で支える力を増やすための会議を開催したところ、お互いの機関での業務への理解が増し、相談ルートの確認などができることにより、各機関での担当者の安心感を増すことにつながり、結果的に抱える力が増すなどの有効性が明らかになった。

A. 研究目的

パーソナリティ障害（Personality Disorder: PD）特に境界性PD（BPD）の治療困難性は従来から言われてきているが、現状では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を受け入れてい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、限られた診療所や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各医療機関で担当し、更に生活支援センターなど福祉面も含めて地域で連携して支えていかないと、いずれこのような患者に医療を行うのが困難となっていく危険性がある。

本研究では、BPDを中心とするPDに対する精神科医療のあり方、医療施設の種別（病院、

診療所）の機能を重視した治療方法の確立と医療機関の機能分化のあり方を検討し、BPDを中心とするPD患者に対する適切な病診、病病連携、および地域ケアシステムのモデルを提唱することが目的である。

2007年度は、川崎市北部に位置し、地域での医療連携が比較的多い単科精神科病院におけるBPDを中心とするPD患者の治療経過や紹介や逆紹介の実態を調査したが、その結果初診BPD患者の約3割が治療中断もしくは転医となっていた。反社会的要素が強いケースや、他者を容易に巻き込むケースは治療予後が悪い傾向であり、環境調整が必要な場合でも関係機関の連携がスムーズにいかず、さらに病状悪化時の紹介、退院後の逆紹介がスムーズにいかない問題点も明らかにされた。

B. 研究方法

本年は特定の精神科病院にとどまらず、周辺の精神科医療機関での BPD 圏の方の治療動向の把握に努め、さらに医療機関以外での地域で生じている問題を把握し、地域連携ネットワークの基礎作りを行った。

1) 東京・神奈川の単科精神科病院、精神科診療所への BPD の治療実態・意見のアンケート調査の実施

アンケート調査は、東京都および神奈川県精神科病院協会に所属する精神科病院、神奈川県主要総合病院精神科、神奈川県精神科診療所協会に所属する精神科医療機関、合計 226 施設に別紙のようなアンケート調査表を送付し、47 施設から回答を得た（回答率=20.8%）。

2) 保健所・消防救急隊などでの聞き取り調査

川崎市の保健所にて地域での PD と関連する問題事例を中心に匿名性を重視しながら全体の状況の聞き取り調査を行った。

3) 地域連携システムの構築

①行政・精神科病院・警察・消防を含めた主に個別の事例を扱う専門機関による検討会の開催

②保健所・地域作業所・精神関連 NPO 法人・民生委員・大学心理相談室・精神科病院・ボランティア団体・民間企業・スクールカウンセラー・家族会など広く精神保健福祉の関係諸機関を含めた会議の開催、および参加委員へのアンケート調査

C. 研究結果

1) 東京・神奈川の単科精神科病院、精神科診療所への BPD の治療実態・意見のアンケート調査の実施

①アンケート回答施設種別

回答を得た精神科医療機関の種別は、診療所 28 施設(59%)、単科精神科病院 14 施設(30%)、総合病院精神科 5 施設(11%)であった。

②BPD 群半年間の受診・相談件数

半年間の受診・相談件数は、1～5 件が最多で、33%、6～10 件が 24%、11～20 名が 20%、21 名以上が 16%とかなりの方が受診・相談していた。

③BPD 群の受診・相談経路

紹介なしの飛び込み受診が 40%と最多であり、以後順番に他の精神科診療所からの紹介 19%、身体科からの紹介 10%、保健所など医療関連行政機関からの紹介 8%、福祉事務所からの紹介 7%、他の総合病院精神科からの紹介 6%であった。

④BPD 群で治療の対象とすることが困難な症状

BPD 群の利用目標に関する設問であるが、治療目標に設定することがとても困難と判断されている症状としては、他者への暴力、自殺企図、窃盗、アルコール・薬物依存、過量服薬、家庭内暴力などであった。反対に比較的治療目標に設定することが容易であると判断されたのは、うつ状態、精神病症状、ひきこもり、気分変動、不登校、職場不適応などの症状であった。

⑤BPD 群受診・相談ケースの重症度別割合

軽症群（現実検討能力あり、治療動機あり、治療反応性）は 44%、中等症群（現実検討能力、治療動機とも中間）は 41%、重症群（現実検討能力低く、治療動機薄弱、治療抵抗性）は 15%であった。

⑥治療予後不良に関係する要因別影響度の強さ

その影響度が大きいと判断された要因はその強さの順番に、治療動機付けの低さ、反社会的傾向、家族の非協力、知能の低さ、内省力の低さ、被虐待体験などであった。反対に治療予後不良には影響していない要因としては、一過性精神病症状の有無、自宅引きこもり傾向などであった。

⑦BPD 群基本治療方針

各医療機関における BPD 群の基本治療方針については、「BPD の重症度や治療動機の有無により継続診療を行い、なるべく丁寧に自院で治療（通院あるいは入院）を行い、必要ならば個人心理療法やデイケア治療や生活支援センターの利用、保健所相談など他の社会資源の利用を積極的に検討する。」という地域の複数の社会資源を利用して治療していくという欧米で推奨されている積極的な考えをもつ医療機関が

35%であった。そして、他になるべく丁寧に自院でかかえるという積極派をあわせると合計66%が治療的には前向きに取り組んでいるという結果であった。反対に、初回のみ相談や早めに他院に紹介するという消極派が34%であった。

⑧BPD 群治療消極派理由

そして前質問項目の34%を占める消極派の理由については、危機対応能力や複数名で対応するチーム医療が困難であるというマンパワーの問題や、診察時間が十分取れないこと、治療有効性が期待薄であること、病状悪化時に入院を引き受けてくれる病院がないことなどがあげられていた。

⑨BPD 群治療において各治療手段・社会資源を利用している医療機関の比率

この項目は、どれくらいの医療機関が自院での一般外来（薬物療法、簡便な精神療法）以外の治療アプローチや社会資源を利用しているかと質問しものである。

その結果、自院での心理療法を利用している医療機関が65%、自院以外での心理療法が5割強、地域生活支援センターが60%、作業所等が55%、自院あるいは他院のデイケアを利用している医療機関は4割～5割であった。その他教育機関・公的機関の相談が4割、家族療法・心理教育が3割、訪問看護が3割の医療機関が利用しているとの結果であった。

⑩BPD 群の治療に対する今後の要望

今後の要望については、公的機関における専門対応、BPD 治療専門機関の設立などが6～7割の医療機関が望んでおり、その治療対応に苦慮している背景が伺えた。次に入院ができる受け入れ病院の整備が6割の医療機関が望んでおり、治療過程における悪化時の受け皿の不足という現状がうかがえた。他には心理療法の必要性から臨床心理士の国家資格化が5割、デイケアや生活支援センターの整備、社会資源の連携など地域でこれらの患者を支える必要があるという考えの医療機関が多かった。

⑪BPD 群を含む思春期青年期自傷行為頻回者への対策として必要な対策について

BPD 群を含む自傷行為を繰り返す方が増え、自殺危険性が高いことに関して、質問したが、医療の立場からは学校での相談、医療での相談、公的機関での相談が必要とすると考える割合は5割強から7割、さらに学校や家族への啓発が5割強の医療機関が必要と回答した。

2) 保健所・消防救急隊などでの聞き取り調査

川崎市北部の保健所でのBPD 群を含むパーソナリティ障害関連の事例について最近の状況について担当者より聴取した。但し、匿名性は厳密に遵守した上で調査を行った。

保健所への相談例としては、親子とも障害をもち、親子の関係が相互依存的になっており、親が意識消失発作を公的場面でおこしたり、衝動的な自殺未遂を繰り返すなどの対応困難事例などを抱えており、他にも家族成員の複数がパーソナリティ障害に起因すると思われる問題行動を呈する例が複数みられた。これらは既に医療にかかっているが、医療側の対応だけでは問題が改善する兆しはなく、公的機関や消防・警察といった行政組織の関わりが必須なケースがみられた。

対応困難事例が複数あげられ、一つの機関だけでは対応が困難であり、関連諸機関の統一した対応や他の立場からの助言が有効なことが多く、連携の重要性が確認された。

また、近年は児童/思春期事例においても、問題を抱えているケースが増加しており、さらに児童虐待事例の増加もあり、児童相談所でも事例発生後の対応で手一杯であり、一事例に丁寧に関わることができず、紹介されることも増加しているとのことだった。

また、行政組織内での相互の連携が希薄であるという問題もみられた。対応困難事例は低所得者層にも多く、生活保護受給中で福祉事務所が関わっている例も多いが、福祉担当者はメンタルケアにおける知識が不十分な人が多く、さらに短時間で担当者交代となってしまう、保健所などへの相談することもなく、短期的に一人の担当者が抱え込んでしまい、事態がこじれ、ようやく保健所が介入に乗り出すといった問題もみられた。

保健所と医療機関との関わりでは、医療機関に通院しながら保健所で相談を受け、うまくいくケースもあるが、時に医療機関に相談/受診するも初回診察の段階から医療の対象ではなく、主にケースワークや心理相談が必要とされるという理由から、すぐに医療機関から保健所にすべて一任されてしまい、医療不信になってしまい、再び医療が必要になった時に、医療を拒否して、その後の紹介先探しなど対応に苦慮するケースもみられた。

さらにパーソナリティ障害と自殺未遂後遺症などの身体合併症ケースにおけるヘルパー先探しの困難さも報告された。

保健所への相談は消防署、保育園など個人ではない組織からの相談も少なくないとのことだった。

消防署救急隊からの聞き取り調査では、頻回の救急要請事例で、繰り返し自傷行為を行い、数年にわたり改善の兆しがなく、通院もしているという対応困難事例があげられた。担当医への相談でも医療面での対応はこれ以上困難であり、救急現場での対応の困難さがあげられた。

また自殺未遂で警察も介入したケースで、措置入院対応が検討されたが、対象にならず、措置入院などの精神医学的な対応に関する知識不足もみられ、現場では精神医学的な知識や情報へのニーズが高いが、そのような機会がないことが課題にあげられた。

以上から、地域では医療の対象にならない方の対応の問題、あるいは本来対象であるべきだが、受け皿が乏しく、医療機関や社会資源の連携が乏しいことにより対応が一層困難となっているケースなどが問題となっていた。

3) 地域連携システムの構築

①行政・精神科病院・警察・消防を含めた主に個別の事例を扱う専門機関による検討会

平成20年春より川崎市多摩区において、区内の単科精神科病院2病院、地元消防署救急隊、警察署生活安全課、川崎市北部精神保健福祉センターの5機関による2～3ヶ月に1回の定期的な連携会議を開催し、地域での困難事例など

を合同に検討する場が設けられた。そこでは、基本的に各機関に事例を任せるということはせず、とりあえずまずは顔の見える連携担当者同士の関係作りを主眼として、お互いのできることの共通理解を深めていくことで合意した。現在まで数回開催しているが、各参加者も実務上参考になることが多く、有益な検討会であるとの評価で継続開催していく予定である。

②保健所・地域作業所・精神関連NPO法人・民生委員・大学心理相談室・精神科病院・ボランティア団体・民間企業・スクールカウンセラー・家族会など広く精神保健福祉の関係諸機関を含めた会議

地元の精神保健福祉に関係する機関の代表者を集め、広くメンタルヘルスに関する地域住民への啓発活動を行い、相互の機関の連携を深める目的で定期的に3ヶ月に1回開催し、地域の精神関連の小冊子作り、啓発講演会などを実施している。ここでの特徴は、学校メンタルヘルスの関係者やメンタルヘルスに理解のある民間企業の代表者など従来の精神保健福祉の枠にとらわれず、関係機関や一般企業にも参加してもらっていることである。

今後は啓発活動だけではなく、地域での「抱える力」の向上を目指し、加盟機関が集まり定期的な事例検討、勉強会を実施していく予定であり、初回の検討会が実施された。事例検討は地域において表面化した事例を取り上げ、複数の異なる立場からの助言や討論を通じて、相互理解を深め、対応力の向上を図る目的となっている。

そこでもパーソナリティ障害という医療だけでは対応が困難なケースの事例などをとりあげていく予定であり、まずはその連携会議に参加している各機関の代表委員にたいして、パーソナリティ障害に関する認識や対応に関するアンケート調査を実施した。

その結果は、日常業務で精神障害の方と接する機会が少ない方は、委員の方でもパーソナリティ障害の存在や対応困難に対する認識は少ないという結果であり、まずは委員の方々に理解をしていただき、さらに地域での理解・対

応に発展していくことが課題として考えられた。

D. 考察

1) 東京/神奈川 精神科病院・診療所における BPD 群の治療/対応の実態およびニーズ

BPD 群の受診・相談件数は各医療機関によっても異なるが、少なからず受診しており、重症度別では軽症群が 5 割弱、中等症群が 4 割、重症群が 15% の割合であった。そして治療に対しては、初回相談のみしか診察しない医療機関も含めて 34% が消極的であった。その理由としては治療スタッフのマンパワーの不足、診療時間がとれないなどの内容で、最近の精神科診療所・病院外来における患者数の増加という状況も反映していると思われた。

そして BPD 圏の患者の治療困難性を示すデータとして、窃盗や暴力などの反社会的行為、自殺企図やアルコール依存、過量服薬などの問題行動は軽減が困難としている医療機関が多く、そのような治療困難性に対しては、一般外来で行われる薬物療法に加えて心理療法を併用したり、生活支援センター、自院及び公的機関のデイケアなどの地域における社会資源を利用している医療機関が多く、パーソナリティ障害圏以外の統合失調症や気分障害に対する治療よりも、治療に関して特別な対応を必要として、種々の社会資源を利用するなど治療者の工夫が行われていることが明らかになった。これらのことを裏づけすることとして、今後わが国で BPD 圏を中心とするパーソナリティ障害圏に対する治療への要望として、専門機関の設立や臨床心理士の国家資格化、入院受け入れ体制の整備を希望する割合が多く、以上からもこれらの患者への対応は、人的な問題、治療技能の課題、それらを後押しする医療費の問題が関係し、さらに地域でこれらの患者を受け入れる社会資源の充実、関係機関の連携促進などが必要とされていることが明らかになった。

2) 保健所・消防救急隊などでの聞き取り調査および地域連携会議を開催して

医療機関に受診・相談に訪れない、もしくは

脱落したパーソナリティ障害圏の方々の地域での動向を調査したが、実際に医療につながっているケース以上に対処・処遇が困難なケースがみられていた。これらのケースは、必ずしも医療だけでは対応が可能ではなく、警察介入や司法介入が必要な重症なパーソナリティレベルの問題ケースや、保健所など地域における住民サービスや、場合によっては医療が必要となる手前に本人の関係者や地域、学校の現場での対応で大きく事例化することを予防できる初期事例や軽症事例も存在していることが窺われた。そして、実際に連携会議を開催したところ、精神保健福祉関連機関や教育現場、警察、消防など各機関がお互いの業務内容を知ることによって、顔の見える連携が可能となり、事例の対応方法、相談ルートの知識なども増え、関係者の話を総合すると以前に比較してより地域でスムーズにこれらの患者の対応が可能となっていると推測された。

E. 結論

BPD 群の実際の臨床現場での実態を調査し、実際に川崎市北部地域における地域関係機関による連携会議を開催した結果、現在のわが国の医療現場では十分な対応ができておらず、さらにこれらの方々が地域において利用できる社会資源も十分ではない実態が明らかになり、この現状を少しでも改善する手法として、現在ある精神保健福祉関連機関や行政、教育現場などが連携をしていくことが有効であることが判明した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

「精神障害者の地域ケアの促進に関する研究—地域ケアにおける精神科病院の役割：特にパーソナリティ障害について」実態調査

近年は、職場・学校での不適応、軽症のうつ状態、物質依存などを主訴に受診した後、このパーソナリティの問題（障害）が大きく影響していることがわかるケースや、過量服薬や自傷行為などの衝動行為で受診して、当初から主たる問題がパーソナリティの問題であると推測できるケースも少なくないと思われます。つきましては、これら「パーソナリティに偏りのある方（パーソナリティ障害及び周辺群）」の動向について、貴院での実態とご意見をお伺いできればと思います。

尚、パーソナリティ障害（PD）の概念は診断や治療論について現在まで色々議論されており、特に代表的な境界性パーソナリティ障害（BPD）につきましては、この数年で発達障害との異同、双極性感情障害Ⅱ型との鑑別などが議論されております。本調査では、調査の主旨が治療的対応や社会的な支援の困難さを伴うケースをどうするかという点にあるため、例えば DSM 分類における診断がⅠ軸が気分変調症であっても、Ⅱ軸が境界性パーソナリティ障害の診断がされた場合などもその対象に含んだ上で、ご回答頂ければ幸いです。

ご多忙の折大変恐縮ですが、本アンケートは原則として各医療機関に所属する医師、あるいは診療の状況を把握されている担当者様（精神保健福祉士、看護師など）にご記入をしていただければ幸いです。

記入者職種：（医師、精神保健福祉士、看護師、 ）
 役職：（ ）

□のある設問には該当する項目にチェックをお入れ下さい。尚、青字の設問は精神科病床を有する施設様のみの設問です。

- 1) 貴院の概略についてお尋ねします。
 - 診療所
 - 精神科病院 （精神科 床）
 - 総合病院 （精神科 床）
- 2) 精神科病床内訳
 - 閉鎖（ ）床 開放（ ）床
- 3) 精神科医師数等(常勤換算)
 - 精神保健指定医（ ）名、非指定医（ ）名
 - 精神保険福祉士（ ）名
 - 臨床心理士（ ）名
 - 作業療法士（ ）名
- 4) 併設施設（複数可）
 - 精神科デイケア(ショートケア含む)（定員 名）
 - 精神科ナイトケア（定員 名）
 - 訪問看護
 - 入所型社会復帰施設
 - 通所型社会復帰施設

5) 通院患者様の診断につきお伺いいたします。器質性精神障害、統合失調症圏、気分障害圏、神経症圏、パーソナリティー障害（主診断）が通院患者全体に占めるおおよその割合

F0 器質性精神障害（認知症含む）	() %
F1 精神作用物質による精神・行動の障害	() %
F2 統合失調症圏	() %
F3 気分障害圏	() %
F4 神経症・ストレス関連障害圏	() %
F5 生理的障害・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ーおよび行動の障害	() %
F7 精神遅滞	() %
F8 心理的発達の障害	() %
F9 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害	() %

6) 主診断が他の診断である場合も含めたパーソナリティー障害を認める方の通院患者様全体に占めるおおよその割合

→ () %

→ 分類が分かればパーソナリティー障害全体に占めるおおよその割合（重複可）

境界性パーソナリティー障害	() %
回避性パーソナリティー障害	() %
自己愛性パーソナリティー障害	() %
統合失調質パーソナリティー障害	() %
演技性パーソナリティー障害	() %
その他：	

7) 精神科病床を有する医療機関様についてお聞きます。

器質性精神障害、統合失調症圏、気分障害圏、神経症圏、パーソナリティー障害（主診断）が入院患者全体に占めるおおよその割合

F0 器質性精神障害（認知症含む）	() %
F1 精神作用物質による精神・行動の障害	() %
F2 統合失調症圏	() %
F3 気分障害圏	() %
F4 神経症・ストレス関連障害圏	() %
F5 生理的障害・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ーおよび行動の障害	() %
F7 精神遅滞	() %
F8 心理的発達の障害	() %
F9 小児期・青年期に通常発症する行動・情緒の障害	() %

8) 主診断が他の診断である場合も含めたパーソナリティー障害を認める方の入院患者様全体に占めるおおよその割合

→ () %

9) パーソナリティ障害のうち、精神科臨床における問題が最も大きいとされるのは境界性パーソナリティ障害ですが、近年軽度発達障害や双極性障害Ⅱ型及び気分変調症との鑑別あるいは併存診断が議論されているところです。以下併存診断も含めた境界性パーソナリティ障害(以下BPD群)についてお尋ねします。

9-A) BPD 群の方で、これまでの半年間で初めて受診や家族相談にみえた方はおおよそ何名いますか？

- 0名
 1～5名
 6～10名
 11名～20名
 21名以上

9-B) BPD 群の方の受診あるいは相談経路の頻度の多い順について、上位3項目をお答え下さい。

- ①とびこみ(紹介なし)
 ②身体科からの紹介
 ③他の精神科診療所からの紹介
 ④他の単科精神科病院からの紹介
 ⑤他の総合病院精神科からの紹介
 ⑥地域の救急相談窓口からの紹介
 ⑦保健所など医療関連行政機関からの紹介
 ⑧学校など教育機関からの紹介
 ⑩企業など職域からの紹介
 ⑪福祉事務所からの紹介
 ⑫その他()

; 最多() 二番目() 三番目()

9-C) BPD群の受診あるいは相談理由となる症状や状態については以下の項目が多いと考えられますが、貴院で治療の対象とするのが困難な症状あるいは状態について、3段階でその困難性をご評価いただき、該当する覧にチェックをお願いいたします。

	とても困難	困難	困難ではない
自傷行為(リストカット、根性焼きなど)			
自殺企図(単なる自傷ではなく)			
過量服薬			
アルコール・薬物依存			
過食			
ギャンブル依存			
性的逸脱			
買い物依存(浪費)			
不登校・職場不適応			

ひきこもり			
家庭内暴力			
窃盗			
他者への暴力			
気分変動			
うつ状態			
解離症状			
育児困難			
精神病症状			

9-D) BPD 群は多様性があり、重症度の違いも指摘されています。現実検討能力が低く、治療動機が薄弱な治療抵抗性の重症群と、現実検討はまずまず保たれ、ある程度の内省も可能な軽症群、それらの中間である中等症群に分類すると、貴院に受診/相談にみえる BPD 群のそれぞれのおおよその割合をお尋ねします。

重症群 () 割

中等症群 () 割

軽症群 () 割

9-E) BPD 群は多様性があり、個々の症例により重症度の違いもありますが、その治療予後が不良であることに関係する可能性のある以下の要因それぞれについて、予後不良への影響度を臨床上からおおまかにご評価ください。

	大きく影響する	まあまあ影響する	あまり影響しない
経済的困窮			
治療動機付けの低さ			
内省力の低さ			
知能の低さ			
被虐待体験			
異性関係の不安定さ			
転医をくり返す			
自宅ひきこもり傾向			
自傷行為の激しさ			
家族の治療への非協力			
単身生活者			
治療者以外の援助者不在			
反社会的傾向			
一過性の精神病症状あり			
解離症状あり			

9-F) BPD 群の方の治療についてお聞きします。

BPD の日本版治療ガイドライン（平成 20 年 3 月厚労省研究班）では、主治医が治療全体のマネジメントを行い、場合により心理療法や、家族療法的対応、デイケアへの依頼

などを行うなどの、複数のスタッフによる対応が理想的であるとされています。BPD 群の治療の貴院での基本的考え方は、以下のうちどれに該当するかお答え下さい。

- ①基本的に治療・対応困難のため、初回のみ相談とする。
- ②BPD の重症度や治療動機の有無により継続診療を行うが、短時間の通院治療のみで積極的な対応は原則行わず、状態不変あるいは悪化時は早めに他院への転医を検討する。
- ③BPD の重症度や治療動機の有無により継続診療を行い、なるべく丁寧に自院で治療（通院中心）を行うが、状態悪化時は他院への紹介を行う。
- ④BPD の重症度や治療動機の有無により継続診療を行い、なるべく丁寧に自院で治療（通院あるいは入院）を行い、状態悪化時も可能な限り、主治医による診療を中心に自院で通院あるいは入院治療にて抱えるようにしている。
- ⑤BPD の重症度や治療動機の有無により継続診療を行い、なるべく丁寧に自院で治療（通院あるいは入院）を行い、必要ならば主治医による診療の他に、個人心理療法やデイケア治療や生活支援センターの利用、保健所相談など地域の社会資源の利用を積極的に検討する。
- ⑥その他（ _____ ）

9-G) 設問 9-F) にて①あるいは②と回答された方はその理由を以下の中からお選び下さい。（複数選択可）

- 治療してもその有効性が期待できないため。
- 必要な診療時間がとれないため。
- 診療の過程において生じる可能性のあるトラブルに対応できるスタッフの人員が少ないから。
- 医療経済的な効率が悪いから。
- 治療の過程において、治療者との治療関係が成立しがたいと思われるため。
- 自院で他のスタッフと協力して行うようなチームでの対応が困難だから。
- 病状悪化時に入院治療などの集中的な治療を引き受けてくれる医療機関が乏しいから。
- その他（ _____ ）

9-H) 医師が複数勤務されている場合にお聞きします。BPD 群の治療について貴施設で、対応方針が上記内容で概ね統一されているでしょうか？

- 概ね統一されている。
- まあまあ統一されている。
- 統一されていない。

9-I) BPD 群の貴院での治療において併用されている治療法や社会資源があれば、その頻度（多く利用；総数の3分の1以上利用、一部利用；総数の3分の1以下利用、利用なし）

を該当する覧にチェックをお入れ下さい。

	多く利用	一部利用	利用なし
自院の臨床心理士による個人心理療法			
自院以外での臨床心理士による個人心理療法			

自院における集団精神療法			
自院以外における集団精神療法			
家族療法・家族心理教育			
自助グループ			
自院運営の精神科デイケア/ナイトケア			
自院以外が運営している精神科デイケア/ナイトケア			
保健所など公的機関のデイケア			
地域生活支援センター			
作業所			
訪問看護			
訪問ヘルプサービス			
教育機関や公的機関での個人相談			
グループホーム			
援護寮			
その他 ()			

9-J) BPD 群の治療において、治療困難と感じられる理由には以下のようなことが考えられますが、治療困難の理由について、治療困難性と関係のある項目からあまり関係ないと思われる項目までランク付けを以下の3段階でお願いしたいと思います。各項目の最後の空欄にご記入ください。

- 治療困難と大いに関係あり →○
 治療困難と一部関係あり →△
 治療困難とあまり関係ない →×

治療者との信頼関係の成立が困難	
リストカットなどの衝動行為がなかなか収まらない。	
薬物療法抵抗性。	
過量服薬などにより薬物療法実施が困難	
精神療法的対応が必要と思われるが、一般外来では実施困難。	
治療者側へ引き起こされる強い否定的な逆転移	
診療機関と本人の家族との信頼関係の成立が困難。	
家族関係が希薄で家族の治療への協力を得ることが困難。	
他の患者など他者を巻き込んでしまう。	
自殺で既遂してしまうケースが少なくない。	
反社会的行動（万引きなど）に及び、治療の範囲を超えることがある。	
状態が悪化しても、入院治療を引き受けてくれる病院が少ない。	
状態が悪化して入院させても、容易に退行して、すぐに外来に戻ってしてしまう	
日中の過ごす場所など利用できる社会資源が少ない。	
生活障害が高度な重症例でも訪問看護/訪問ヘルプサービスなどを行ってしてくれる機関が少ない。	
その他 ()	

9-K) BPD群の治療・対応に関連する今後のあるべき姿について、以下の選択肢の中で同意される項目にチェックをお入れください。(複数選択可) また、他のご意見があれば是非記載して頂ければ幸いです。

- 現状のままで良い。
- パーソナリティ障害を扱う専門的な治療機関の存在が望ましい。
- 公立医療機関や精神保健センターなどの公的機関における専門的対応(弁証法的行動療法、家族心理教育、集団精神療法、自助グループの育成など)
- 特別加算など医療経済的な面が改善されれば、自院での対応がより可能となるので、改善を求めたい。
- 臨床心理士の国家資格化を推進し、心理療法を一部医療保険で行い、治療密度を上げること。
- 日中過ごすことができる場所の整備(デイケア、地域生活支援センターなど)
- 既存のデイケア等の社会資源の受け入れ機能拡大
- 職業訓練、就労支援体制の整備
- 入院治療を引き受けてくれる病院の整備
- 医療場面以外の相談機関(行政機関、教育機関)の整備
- 早期発見のための家庭や教育場面でのメンタルヘルス教育などの啓発活動
- 診断技術の進歩(発達障害との関係)
- 発病関連因子である養育問題や虐待防止に関する啓発活動
- 教育機関、医療機関、保健所などの相談機関の相互の連携

その他ご意見 ()

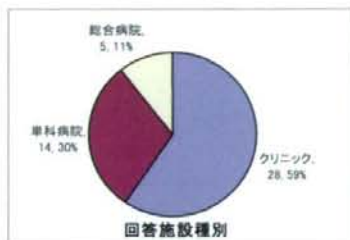
10) 最近思春期・青年期における頻回に自傷行為をくり返す方の、自殺既遂率は有意に高いことが判明していますが、BPD群を含む自傷行為頻回者への対応、対策について以下の項目で必要と思われる項目についてお選び下さい。(複数選択可)

- 教育場面での子ども自身へのメンタルヘルス教育などの啓発活動。
- 親や家族に対する教育現場などを通しての啓発活動。
- スクールカウンセラーの配置など学校における相談キャパシティの拡充。
- 学校場面での生徒の相談に乗る教師への支援活動。
- 学校以外での保健所など公的機関での相談窓口の整備
- 心理療法を一部医療保険でカバーするようにして医療機関での相談キャパシティーの拡充
- 教育、医療、福祉の連携が可能な地域ネットワークシステムの整備
- その技能を信頼できる民間心理相談室を増やし、相談キャパシティーを拡充する。
- その他 ()

特に新たな対応は必要ない。

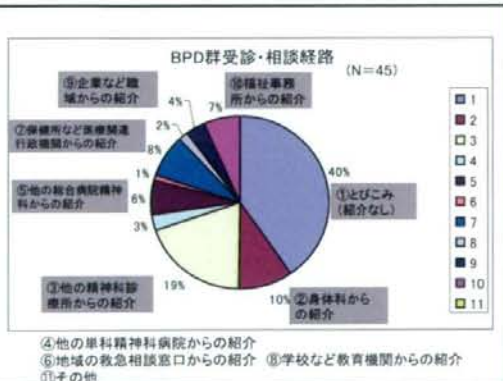
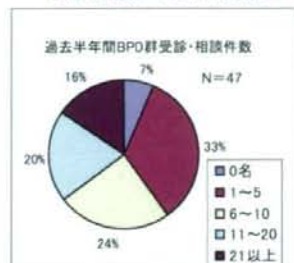
以上です。ご多忙にも関わらずご協力誠にありがとうございました。

首都圏の単科精神科病院、精神科診療所、総合病院
へのBPDの治療実態・意見のアンケート調査

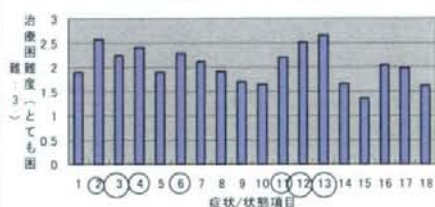


回答率 : 21.4% (47/220施設)

QBPD群でこれまでの半年で受診や
家族相談にみえた人数は？

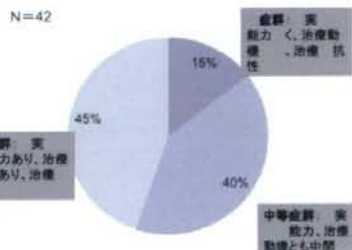


BPD群で治療の対象とすることが困難な症状

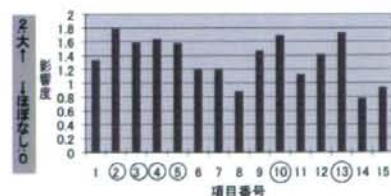


- ①自傷行為(リストカット、根性焼きなど) ②自殺企図
③過量服薬 ④アルコール・薬物依存 ⑤過食⑥ギャンブル依存
⑦性的逸脱 ⑧浪費 ⑨不登校・職場不適応 ⑩ひきこもり
⑪家庭内暴力 ⑫窃盗 ⑬他者への暴力 ⑭気分変動 ⑮うつ状態
⑯解離症状 ⑰育児困難 ⑱精神病症状

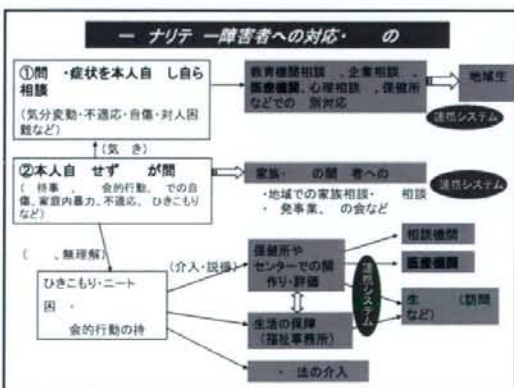
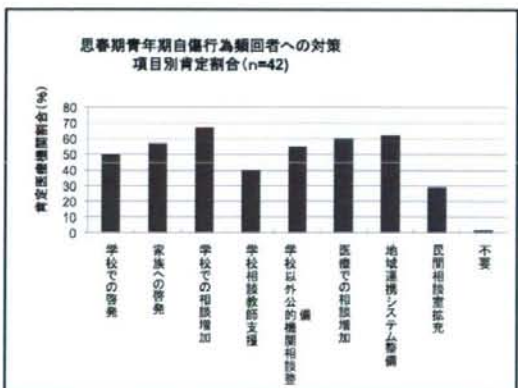
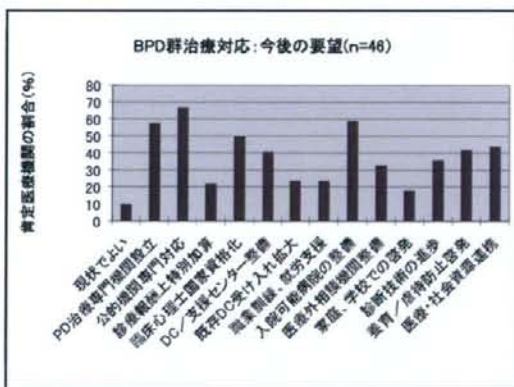
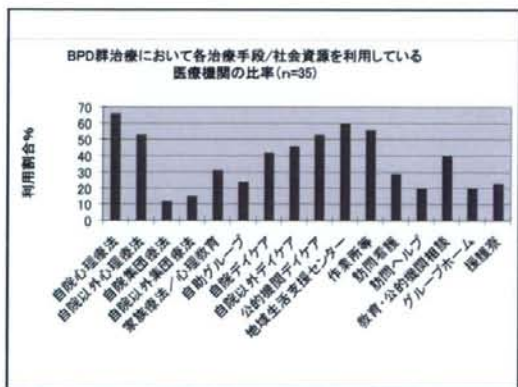
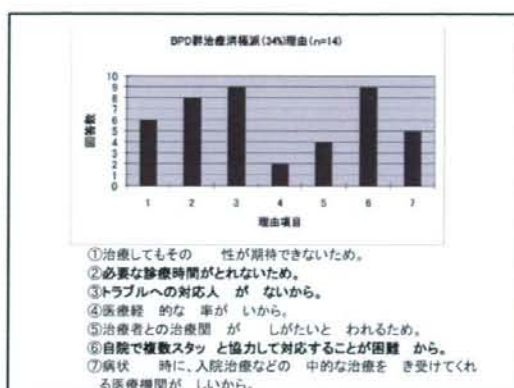
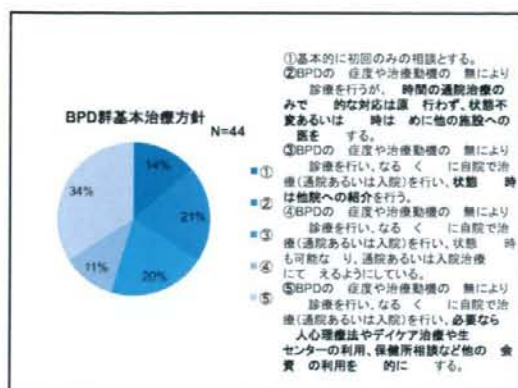
BPD群受診/相談例 重症度別割合



治療予後不良に関係する要因別影響度の強さ



- ①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮
①軽 ②治療動機付の ③内 ④知能の ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮



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

(研究代表者 宮岡 等)

分担研究報告書

精神医療における心理士の役割

研究分担者 岩満優美 北里大学大学院医療系研究科准教授

研究要旨

精神医療における心理士の役割について、Literature review および精神科医との意見交換から検討した。その結果、医師が心理士に依頼したい仕事内容は、主に、心理査定、心理療法、集団療法、心理相談・援助業務、予診、研究、教育、コンサルテーション活動、医療者のメンタルヘルス、カンファレンスの参加などに集約された。今後は、これらの結果をもとに、精神科医や心療内科医に対する質問紙調査を実施し、医師が心理士に依頼したい仕事内容とその程度について調べ、精神医療における心理士の役割についてさらに検討を加えていきたい。

A. 研究目的

精神医療で勤務する心理士に求められることとして、「医学・医療の知識」「心理アセスメント・心理療法などの心理学の知識」「チーム医療の知識」などが挙げられる。これまで、医師が心理士に求める知識や精神医療での心理士としての資格要件などについて主にまとめてきたが、医師が心理士に依頼したい、あるいは行ってほしい仕事内容がそこにはあると考えられる。精神医療における心理士の専門性や特殊性を明らかにすることは、今後、精神医療における心理士の役割について検討するうえで、重要なことである。

そこで、本研究では、実際に精神科医や心療内科医を対象とした質問紙調査を行うために、医師が心理士に依頼したい仕事内容について、literature

review および精神科医との意見交換から検討した。

B. 研究方法

精神医療における心理士に関するliterature review および臨床経験の豊富な精神科医との意見交換から、医師が心理士に依頼したい仕事内容について検討し、精神医療における心理士の役割について考察する。

(倫理面への配慮)

本研究は精神医療と心理士に関するliterature review と有識者との意見交換である。

C. 研究結果

Literature review および精神科医との意見交換から、心理士に依頼したい仕

事内容を集約すると、心理査定、心理療法、集団療法、心理相談・援助業務、予診、研究、教育、コンサルテーション活動、医療者のメンタルヘルス、カンファレンスの参加などであった。主な内容は以下の通りである。

心理査定については、知能検査（精神遅滞・認知症・軽度知的機能障害の合併を疑う精神疾患）、記名力、前頭葉機能や高次機能評価のための認知機能検査（器質性精神障害、認知症や認知機能障害を伴う疾患群）、小児に対する発達検査、パーソナリティ検査（パーソナリティ障害、うつ病、摂食障害、衝動制御の問題をもつ患者、がん患者や慢性疾患患者など）、病態水準の評価（統合失調症の疑いなど）などであった。その他、腎移植患者および肝移植患者の心理査定、がん患者や慢性疾患患者のうつ精神症状（特に、うつ）の評価などがあった。

心理療法については、まずその対象者としては、パーソナリティ障害、ストレス耐性の低下を伴う精神疾患、適応障害、衝動制御の問題をもつ患者、うつ病、不安障害、強迫性障害、がん患者や慢性疾患患者、神経難病の患者、透析患者、皮膚疾患の患者、小児の精神疾患などであった。心理療法の種類としては、認知（行動）療法、行動療法、自律訓練法などのリラクゼーション法、力動的心理療法などが具体的に挙がっていた。さらに、うつ状態、あるいは直面した問題を受け入れられないがん患者や慢性疾患患者（例えば、糖尿病、腎不全、膠原病）、神経難病などの身体疾患患者、AID患者、脊髄損傷など外傷により後遺症が残存する患

者に対する支持的な面接、ストレス障害などに対する危機的短期精神療法などがあった。

集団療法としては、病棟で行われるレクリエーション、集団精神療法（特に、うつ病や不安障害患者を対象）、復職プログラム、生活技能訓練、家族教室などであった。

心理相談・援助業務としては、発達疾患患者およびその家族に対する療育指導、家族に対する支持的な面接や死別後の家族の悲嘆反応への対応、心理教育などであった。

研究については、研究補助として、認知機能検査や知能検査、その他臨床心理学的研究などであった。

教育としては、心理学・臨床心理学などを中心とした講義、研修医や実習生に対する指導、看護師や他の子メディカルに対する指導などであった。

コンサルテーション活動としては、他科から依頼のあった心理査定や心理療法があり、具体的な内容は、心理査定や心理療法の部分と重なる。

D. 考察

精神医療における心理士の役割について、literature review および精神科医との意見交換から検討した。その結果、医師が心理士に依頼したい仕事内容は、主に、心理査定、心理療法、集団療法、心理相談・援助業務、予診、研究、教育、コンサルテーション活動、医療者のメンタルヘルス、カンファレンスの参加などに集約された。心理査定、心理療法、集団療法、心理相談・援助業務などについては、身体疾患患者に対しても多く含まれており、他科とのコ

ンサルテーション活動としての心理士の役割が求められていると考えられる。

今後は、これらの結果をもとに、精神科医や心療内科医に対する質問紙調査を実施し、医師が心理士に依頼したい仕事内容とその程度について調べ、精神医療における心理士の役割についてさらに検討を加えていきたい。

E. 結論

精神医療における心理士の役割について literature review および有識者との意見交換から検討を行った。今後は、精神科医や心療内科医に対する質問紙調査を実施し、医師が心理士に依頼したい仕事内容とその程度について調べ、精神医療における心理士の役割についてさらに検討を加えていきたい。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

学会発表

1. 大石 智、宮岡 等、田中克俊、岩満優美. 精神科における地域連携ネットワークの試み. 第 28 回日本社会精神医学会 2009 年 2 月 27-28 日. 宇都宮.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。