

表 10. 認知症医療に関するその他の取り組み

カテゴリー	回答
介護	認知症デイケアや小規模多機能施設、グループホーム、有料老人ホームなど、患者のニーズに合わせて当院関連施設へ紹介。
	在宅往診医療、介護保険の居宅事業者(ケアプラン作成)ケアマネ2, 3人常駐。
	特養、養護老人ホーム、グループホーム囑託。
家族	家族の話の傾聴、NsIにより時間をかけての情報収集。
	家族へのカウンセリング(無料)。
鑑定	成年後見制度の申請、鑑定書の記載。
啓発	地域の保健・医療・介護職の研修。
	一般住民対象の啓発。
	看護・介護職員を中心とした勉強会。
	患者家族への教育、説明。
	研修会への参加や院内研修会を行い職員のスキルアップを図る。
	認知症周辺症状について院内勉強会を計画中。
	認知症の予防や認知症の患者様に対する対応の仕方などの講習会の実施。
紹介	専門医への紹介。
	専門機関で診断していただいている。
	直ちに専門医に紹介を心掛けている。
	認知症と家族から言われたり、当院で疑ったときには当院では貴院老人精神科への紹介をルーチンとしている。
	認知症の疑いがある時は専門医療機関に紹介している。
身体	がん患者のホスピスケアを実施しているが、癌患者の3割程度は認知症を合併しておりそれに対する対応が必要である。
	循環器のリスクスクリーニングを積極的に行っている。ポータブル UCG, ECG 在宅ホルター ECG 等が可能。
	身体合併症との治療。
	当院にくる認知症患者さんはほとんどが生活習慣によるもので、治療の他、特に皮膚のケアについて付き添ってくる家族・介護士(員)に話している。
	認知症の患者が耳鼻科的疾患をかかったときに診察することのみ。
診断	MMSや長谷川式の施行。
	各種の外来でのテスト用紙を使用、スコア化して判断(メーカーから提供されたものをコピーして使用)。
	月二回精神科医の診察を依頼している。
	内科疾患で治療している人が多いので早期診断を心がけている。早めに紹介(専門機関)することもある。
	本当に認知症? 内科疾患ではないのか? を基本にしている。
相談	もの忘れ外来の実施。
	虐待事例のケースワーク。
	健康相談会を開催し、その中で早期発見などについて広め、検査を呼びかけるなど、認知症診断の専門外来を実施している。
治療	専門医にての診断、治療(治療方針、治療薬剤決定後)後の患者さんの入院治療の継続にはなるべく協力する。
	確実な服薬。
	入院患者に対して、精神科作業療法の実施やレクリエーションを行い、ADLの維持、向上や余暇を楽しく過ごしていただけるような取組の実施。
	グループホームの訪問診療に以前から取り組んでいる。

表 11. 認知症医療に関して日頃感じていること

カテゴリー	回答内容
介護	在宅介護が難しい(在宅退院がとてもしない).
	老老介護になることが多く介護者の負担が非常に大きい.
	認知症患者を抱える家族の経済的負担が大きい.
	家族介護.
	家族の包容力・愛情が台説だと思いき、又、経済事情も同様に大切だと考えてます.
	家族の見守り.
	患者さん本人は病気に対して理解することは難しいので家族、周囲のサポートが不可欠なことが多いと感じます。ご家族も高齢のことが多いため、身体的・精神的負担も大きいようにも思います.
	高齢者で家族の少ない一人または二人暮らしの認知症の場合、介護、生活支援でいろいろ困難な状況に遭遇する.
	ご家族の介護力不足(日中独居)、独居、老夫婦2人.
	同居家族がいない場合、あるいは協力が得られない場合、遠方に家族がいるが、協力を拒む場合、医療がどこまですべきか非常に悩むことがある(責任の所在など).
家族	家族同席でないとご本人の状況は殆どわからない面がある。しかし、同伴でくるケースは少なく状況がわからない場合がある.
	アリセプトに対して家族が過大な期待を寄せる事への懸念があります.
	進行(しかも急速に)していく病気との実感が家族に乏しい.
	アリセプト服用後も進行していくことが納得することが難しいようだ.
	家族への認知症に対する理解度向上キャンペーン.
	家族もなかなか気づかない受診しにくい(心情的に)と言うようなことで気軽に受診していただければとかなじる.
教育	こちらから認知症の可能性があり、精査するように話してもOKせず、友人や隣人や職場の方からのすすめで大病院を受診することが殆どで、全体的把握ができていないことが多い。最後は認知症だけに関心を持って身体的な治療を拒否する家族が多い.
	スタッフの教育が難しい.
	勉強会、研修会をもっと開催してほしい.
	物忘れ外来を行っている医療機関の啓蒙をお願いします.
	私の一般的知識が欠けていることを実感する.
資源	認知症に対する知識の普及.
	家族の知識が不足しており、一般的なケアができていない。非同居家族が認知症患者のケアを軽くとらえすぎており、介護者の精神的負担となっていることが多い.
	紹介する医療機関が少ない、どの程度で紹介するのが良いか不明、本人・家族との差(考え方・認識など)があり対応の仕方が難しい
	救急事例に対応できる体制が不十分.
	長期的に療養できる病院が不足している.
	精神症状、身体症状が重篤であればあるほど長期入院を目的とする転院先の確保が困難であること.
	65歳未満の認知症は介護保険が適応されたとしても実際に受け入れてくれる病院、施設が少ないこと.
	胃癌、肺炎等の身体疾患を併発した認知症患者の受け入れ先が見つからずに苦慮する事が多い.
	医療のみならず、グループホームの職員、家族らの認識と対応の仕方も重要となる。受け皿はまだ不足していると考える.
	受け皿が非常に少ない.
専門医療機関が少ない。専門スタッフ(NsやCW)の質の向上を図る必要あり.	
開業医での限界がありますので、相談できる専門医(気軽に受け入れ)が必要です。開業医では休日や時間外の対応が困難と考えています.	
介護する家族の負担を少しでも減らすサービスが必要.	

	地域施設の利用と関連施設の不足等。
	合併症をもつ認知症患者の受け入れ先がなかなか確保できない点。
	家庭で世話ができない、患者の入院入所がなかなか難しい。
	貴院を含め、認知症、医療関連スタッフ、施設はどれも満杯で疲れているようです。やはり十分な医療、予算、医師確保、看護師確保が今は必要と思います。若い人材が多く育つよう楽に楽しくやってください。
	居宅の認知症の患者さんが内科的急性疾患で要入院治療となった際に引き受けてくれる病院を探すのに苦労します。病院機能の問題も関係しますが、多くのケースは病棟Nsの対応にかかっていると感じています。病棟Nsの認知症患者の対応スキルを向上させる必要を痛感します。
	進行例でも家族介護が主となっている例が、もっと気軽に施設に依頼できる場所が増えるとよいと思います。
	精神科領域での医療に当たる人の人員の増加がまづ望まれます。
	増加していると思われる。対応すべきところの整備が必要である。
	入所すべき施設が完全に不足している。そのための待機入院が増えて困っている。
	認知症対応型施設の数が多い。
	認知症+身体的疾患の両方を診察できる施設がきわめて少ない
	老老介護が認知症の実態のようです。介護費にける費用を減らしもっと認知症の患者を収容できる施設を公費(又は私費でもよいです)で建設してほしいと思います。自宅介護は限界があると思いますので。
診療	日常診療で、どんな治療(アリセプト、周辺症状の治療以外)や指導をしてあげれば良いかわからないケースが多い。
	早期治療はとても難しい。
	周辺症状が出るととても手におえないことがある。
	精神症状への顕著な認知症患者の治療。
	身体合併症の治療。
	高齢者は薬剤の副作用が出やすいためその対策。
	早めの発見に苦慮している。一見わからない場合が多いので家族に指摘される時もある。
	明らかにアルツハイマーの Diag がついているときには問題ありませんが、アルツハイマーの時のアリセプトの処方のは是非などのような時に再度紹介したら良いか、判断基準があると助かります(アルツハイマーの診断は施設によって違うことがあるのかどうか、初期では難しいのかどうかを知りたい)
	アリセプトは医療保険ではアルツハイマー型のみ適応となっているが、他のタイプには全く効果がないのであろうか。もし効果があるのであれば適応を拡げるよう当局に働きかけてもらいたい。はっきりどのタイプか区別ができない場合もあると考えられる。どれほどの効果があるのかかわからないが、進行防止に使用してみたい気持ちがある。
	アリセプトをいつまで服用させるべきなのか。
	BPSD への対応。
	意思疎通の困難さを痛感している。
	うつ状態で認知症境界の患者さんに対して指導治療をしている。当科専門領域の加療と同時に行っている。
	確定診断の難しさ。
	薬物療法にての精神科領域の薬剤の使用にたいして。
	アリセプト(5)を5Tab を1回に服用した例あり
	眼科では患者さんが認知症であるかどうかの判断が遅れ、かなり進行して点眼の間違い等が生じてから気づく事がある。通常は家族からの申し出を通じて把握していることが多い。
	緑内障では数種類の点眼薬を決められた回数(その薬によって1日一回から3回と違いがある)必要があるが、周囲に理解力のある協力者がいないことがあり困ることがある。
	患者に認知症の存在を理解してもらうこと。

## 連携

軽度の、家族から「どうもおかしい」と相談を受け、テストし、アリセプト投与にて症状、身体機能が著明に改善した例。専門医のMRI診断などでは認知症は否定されていますが、こういった例はどう考えれば良いのでしょうか。
軽度の認知症に合併した排尿障害患者さんに対してできる限り対応したいと考えています。自覚が無く専門医受診を承諾しないことがある。
周辺症状については治療法もさることながら、本人周囲へのQOL低下とつながる問題行動の薬物治療は避けて通れないと思うが、一例一例手探りではある(グラマリール、セロクエル、リスパダールなどの選択、増・減量、副作用など適切に使いこなせています)。
症状に応じて診察しています。
進行した認知症患者の栄養管理はどうするのか、胃ろう管理の対象となるのか、
身体管理を当院の入院通常範囲で行っていると症状の改善が認められる症例が多い。本院は認知症対応を特別に行っていないが一般健康人が重篤な疾患に罹患したという判断で日常対応しているのみなのに改善するということは、特別な「認知症介護」対応の認識に欠陥がある施設が多いのではないかと。
精神科の先生も一般的血液検査の実施、判断を、不明なときは内科医に相談してほしい。「認知症」で精神科へ通院中の方がVB12欠乏による脳神経症状であった症例があった。ご注意を、VB投与で良くなりました。
生理的(加齢による)なものと病的な認知症との境界の方が多く家族の受け取り方も多様。
専門医でない一般外来で専門医への紹介の機会を持つことが本人に申し出にくく困難。(失礼にならないように・・・)糖尿病患者のフットケア・歯科疾患等の早期発見のためナースによるアンケートチェックを行っていますが、同様に問診票による定期的チェックを必要に感じています。
中～高度に進行した認知症患者にアリセプト投与や慢性疾患の継続通院が必要なのだろうか。
適切な治療法がない。
適切な薬物治療や対処方法がよくわからない。
独居患者さんに対する医療的サービスへの限界を感じています。
認知症初期の診断は難しさがあります。うつ状態との鑑別が必要な時は精神科(福田クリニック)に相談しています。
中期で興奮、反抗が強いとき。
認知症専門病院への紹介が多くなるが専門病院での治療にたいして家族の満足が得られることが少なく、認知外来、病院においてもう少し家族との対話を重視したお話を専門医が行うようにしてほしい。
認知症という診断名に対する疑問。
認知症に関しての継続的な評価及び、治療に関しては当院では困難。
認知症の精神症状に対して向精神病薬を勝手にやめる人がけっこういる。認知症の確認のためのMRIと他院に紹介して行っているがやらない人がけっこういるようだ。
一人暮らしの認知症患者が多く、治療困難な場合がかなり認められる。
付随する症状への具体的な対応策。
当院では内科的疾患で来院していますが、大体家族が認めており通院をしている患者さんが多いと思われます。
診断・治療→自立、介護・ケア→末期ケア・施設生活への流れが円滑にいくシステムが構築されるべきだと思います。
かかりつけ医療機関、専門医療機関の連携と役割分担の体制が確立していない。
医療と介護の役割分担と連携が不十分。
特に初診日まで時間がかかること(申し込んでから)。
医療機関と介護サービスとの情報共有があまりないこと。
介護支援センターとの連携が必要と感じています。
市立病院などの専門外来の予約が取れない事があります。受け入れ体制の整備と周知が少ないように思います。
専門外来受診の予約が数ヶ月先になることがある。

どの様な症状、状態ならば専門機関に紹介しなければならないか。
内科(かかりつけ医)と脳神経内科、脳神経外科そして精神科との連携と、入院治療としての認知症専門病院と情報？連携がシステムされることを期待する。
認知症が疑われる患者がまず、どこの医療機関を受診し、次にどこの専門医療機関に紹介すべきか等を明確にして公表すべきです。患者、家族からの問い合わせが多く、かなり困惑している状況のようです。
病状がある程度安定したらかかりつけ医に逆紹介してもよいとおもいますが(?)
認知症患者が他疾患で入院を要する場合、なかなか入院させてもらえない。
認知症の疑いのある患者を紹介する専門医療が分からない。
認知症の診断に関しては専門医が関わってくださいますが、その後に関してはあまり積極的ではないと感じています。抑うつ状態や攻撃性等医療でコントロールできることも多いので相談センターなどと考えていただきたいと思います。
認知症を有していることを理由に一般診察(入院含む)を断られるケースが多くある。
やはり専門紹介するもお宅はじめ受付受診まで時間がかかり過ぎ！！とりあえず精神科紹介としたりしている。

別添 1

認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関の現状調査

設問 1：先生の勤務地の都道府県名をお教えてください。

(例：宮城県)

設問 2：先生の活動されている医療圏域の名称とおよその人口をお教えてください。

(例：仙台市、100 万人)

設問 3：先生が活動されている医療圏域（または都道府県）で、認知症疾患の鑑別診断機能をもつと考えられる専門医療機関名をお教えてください。

(例：仙台市立病院認知症疾患センター、〇〇大学病院老年内科、△△病院神経内科・・・)

設問 4：認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関にはさまざまな形態やさまざまなレベルが考えられますが、仮に「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」という 2 つのレベルの専門医療機関を想定した場合、それぞれに求められる機能を以下の項目から選んで○をつけてください。

機 能	認知症疾患医療センター	もの忘れ外来
認知症疾患の鑑別診断	○	○
頭部 CT または MRI などによる神経画像診断		
高齢者総合機能評価（包括的な臨床評価）		
かかりつけ医との連携（診断・情報提供・診療の助言など）		
地域包括支援センターとの連携（診断・情報提供・助言など）		
行政との連携（行政が関わっている事例の診断・助言など）		
本人または家族からの認知症の医療・ケアに関する相談の応需		
多職種チームによる困難事例に対するケースワーク		
心理・行動症状（BPSD）に対する入院治療		
身体合併症に対する入院治療		
BPSD と身体疾患の併存例に対する入院治療		
精神科救急システムと連携した緊急事例のトリアージ		
一般救急システムと連携した緊急事例のトリアージ		
自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保		
かかりつけ医の研修（研修会への講師派遣など）		
地域包括支援センター職員の研修（研修会への講師派遣など）		
その他（自由記載）		

設問 5：仮に高齢化率を 20% とした場合、現時点で上記の 2 つの専門医療機関の必要設置件数は、人口何万人あたりに 1 件が適切と考えますか。

認知症疾患医療センター	人口	万人あたりに 1 件
もの忘れ外来	人口	万人あたりに 1 件

設問 6：その他、認知症疾患の鑑別診断を普及させるために必要と考えられる対策についてご意見があれば自由に御記載ください。

ご協力ありがとうございました。

別添 2

地域における認知症医療の実態調査

設問 1. 貴医療機関の形態について、該当する番号と記号を○で囲んでください。

1. 診療所（入院病床の有無 → a. 有, b. 無）  
 2. 病院（認知症専門病棟の有無 → a. 有, b. 無）  
 3. その他（ )

設問 2. 貴医療機関の所在地について、該当する番号を○で囲んでください。

1. 青葉区, 2. 泉区, 3. 宮城野区, 4. 若林区, 5. 太白区

設問 3. 貴医療機関の標榜診療科名について、該当する番号を○で囲んでください。  
 (複数回答可)

1. 内科	15. 外科	29. 精神科
2. 呼吸器内科	16. 呼吸器外科	30. アレルギー科
3. 循環器内科	17. 心臓血管外科	31. リウマチ科
4. 消化器内科	18. 消化器外科	32. 小児科
5. 血液内科	19. 小児外科	33. 皮膚科
6. 気管食道内科	20. 気管食道外科	34. 泌尿器科
7. 胃腸内科	21. 肛門外科	35. 産婦人科（産科または婦人科）
8. 糖尿病内科	22. 整形外科	36. 眼科
9. 代謝または内分泌内科	23. 脳神経外科	37. 耳鼻いんこう科
10. 腎臓内科	24. 形成外科	38. リハビリテーション科
11. 神経内科	25. 美容外科	39. 放射線科
12. 心療内科	26. 頭頸部外科	40. 救急科
13. 感染症内科	27. 胸部外科	41. その他（ )
14. 老年内科	28. 腹部外科	42. その他（ )

設問 4. 貴医療機関に「認知症サポート医」はいますか、該当する番号を○で囲んでください。

1. いる 2. いない

設問 5. 貴医療機関の医師に「かかりつけ医認知症対応力向上研修」に参加された方はいますか、該当する番号を○で囲んでください。

1. いる 2. いない

設問 6. 貴医療機関で認知症の高齢者を診療することがありますか、該当する番号を○で囲んでください。

1. ある 2. ない

設問 7. (設問 6.で, 1.と答えた方のみお答えください) 認知症高齢者に対する下記の医療サービスについて, 貴医療機関の実施状況について該当する記号を○で囲んでください.

- 通常実施しているもの・・・・・・・・・・ a  
 状況に応じて実施しているもの・・・・・・・・・・ b  
 実施していないもの・・・・・・・・・・ c

1) 認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	a, b, c
2) 介護保険主治医意見書の記載	a, b, c
3) 合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療	a, b, c
4) 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	a, b, c
5) アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬(アリセプト等)の投薬	a, b, c
6) 介護支援専門員への助言または連携	a, b, c
7) 地域包括支援センター職員への助言または連携	a, b, c
8) グループホーム等施設介護者への助言・指導	a, b, c
9) アルツハイマー型認知症の診断	a, b, c
10) 脳血管性認知症の診断	a, b, c
11) レビー小体型認知症の診断	a, b, c
12) 前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断	a, b, c
13) 上記 9)~12)以外の認知症疾患の診断	a, b, c
14) 認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断	a, b, c
15) 随伴する抑うつ症状に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	a, b, c
16) 随伴する幻覚や妄想に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	a, b, c
17) 随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	a, b, c
18) せん妄に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	a, b, c
19) 往診・訪問診療による身体疾患の治療	a, b, c
20) 往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)	a, b, c
21) 施設(グループホーム, 介護老人福祉施設など)への往診・訪問診療	a, b, c
22) 往診・訪問診療による終末期医療	a, b, c
23) 認知症に対するデイケア	a, b, c
24) 合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療	a, b, c
25) 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	a, b, c
26) 随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	a, b, c
27) 合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)	a, b, c
28) 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)	a, b, c
29) 入院による終末期医療	a, b, c
30) 家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供	a, b, c



設問 8. 上記以外で、認知症医療に関して、貴医療機関で取り組まれていることがございましたらご記入ください。

設問 9. 日常診療の中で、認知症医療の課題について感じられていることがございましたら、ご自由にご記入ください。

設問 10. 認知症疾患の診断を目的に紹介することがある専門医療機関名をご記入ください。  
(複数回答可、例：仙台市立病院認知症疾患センター)

ご協力ありがとうございました。

同封の返信用封筒で、平成 20 年 12 月 1 日（月）までに下記宛にご返送をお願いいたします。

問い合わせ先 〒984-8501 仙台市若林区清水小路 1-1 仙台市立病院認知症疾患センター精神科医療相談室 TEL 022-266-7111 (代表), FAX 022-211-8972 (代表) 担当 佐野, 藤原
--

平成 20 年度厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業  
精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

#### 分担研究報告書

社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する研究：  
一般身体科医の精神科疾患に対する attitudes ならびにその診断・対処方法の調査

本研究では、一般身体科医の精神疾患症例に対する一般的な attitudes を調査し、さらには、一般身体疾患現場でよく遭遇する精神疾患症例の診断能力ならびにその対処方法を調査した。質問紙に架空の症例（10 症例）を提示し、それに対する病名・対応方法を回答してもらう方法をとった。症例は、がんを伴ううつ病、せん妄（過活動型）、糖尿病を合併した統合失調症、人格障害に基づく自殺企図症例、がんを伴う認知症、パニック障害、せん妄（低活動型）、脳梗塞後の適応障害、骨折を伴うアルコール依存症（アルコール離脱症候群）、不定愁訴を訴えるうつ病 として。また、精神疾患症例に対する全般的な attitudes（不安・うつ状態評価の自信度、向精神薬に関する知識・技術の自信度、意思決定能力評価の自身度、コミュニケーション時間について、不安・うつ状態の治療意志など）についても調査した。155 医師よりの回答が得られた。一般身体科医は、精神科疾患を合併した症例が増加していると感じていることが多い。精神的な介入を行う意志はあるものの、コミュニケーションの時間的な問題、精神医療専門家との連携が少ない点が問題となっている。各疾患については、認知症、精神病（統合失調症）、不安障害（パニック障害）、アルコール依存症の正答率は高かった。質問紙による回答であるため、正答率は高く予想されるものの、うつ病（とくに身体疾患に伴ううつ病）、ならびにせん妄（とくに低活動型）の診断正答率は低く、教育を越えた、今後の精神医療と身体医療の連携システムでの新たな方策が期待される。また、身体疾患と精神疾患の治療現場としては、総合病院精神科病床が最も期待されている。総合病院精神科は病床削減・精神科閉鎖などの逆風にさらされており、総合病院精神科の重要性を尊重する政策上の後押しが必要である。

#### 分担研究者：

日本医科大学武蔵小杉病院 岸泰宏

#### 研究協力者：

埼玉医科大学総合医療センター

堀川直史

埼玉医科大学総合医療センター

松木秀幸

埼玉医科大学総合医療センター

川瀬英理

日本医科大学

黒澤尚

名古屋市立大学

奥山徹

順天堂大学

八田耕太郎

## A 研究目的

平成19年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業 精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究 分担研究 精神科医療における受療・相談場所のプリファレンス (分担研究者 岸泰宏) において、グラフ1に示すような結果がみられた。軽度認知機能障害・認知症を除いて、精神科クリニックならびに総合病院精神科が一般精神疾患、身体疾患(がん)に伴ううつ病、器質性精神障害(精神科救急症例)の受療・相談場所のファースト・ラインと位置づけられていた。一方で、かかりつけ医は受療・相談場所として比較的好まれるため、かかりつけ医(家庭医)と精神医療の連携の重要性も示唆された。また、国も身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診する症例が多いことから、その連携を促す目的も兼ねて、診療報酬上において、精神科医連携加算(200点)をもうけている(平成20年度より)。今回は、一般身体科医の精神疾患症例に対する一般的な attitudes を調査し、さらには、一般身体疾患現場でよく遭遇する精神疾患症例の診断能力ならびにその対処方法を調査するのを目的とした。

## B 方法

質問紙に架空の症例(10症例)を提示し、それに対する病名・対応方法を回答してもらう方法をとった。症例は、がんを伴ううつ病、せん妄(過活動型)、糖尿病を合併した統合失調症、人格障害に基づく自殺企図症例、がんを伴う認知症、パニック障害、せん妄(低活動型)、脳梗塞後の適応障害、骨折を伴うアルコール依存症(アルコール離脱症候群)、不定愁訴を訴えるうつ病 とした。

がんを伴ううつ病はOkuyama T et al. の症例<sup>1</sup>を使用した。また、パニック障害の症例は、平成18年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究 分担研究報告書 普及啓発の評価に関する研究(分担研究者 立森久照)の症例を改変して使用した。その他の症例については、分担研究者・研究協力者による検討会により作成した。

また、精神疾患症例に対する全般的な attitudes (不安・うつ状態評価の自信度、向精神薬に関する知識・技術の自信度、意思決定能力評価の自身度、コミュニケーション時間について、不安・うつ状態の治療意志など)についても調査した。

(倫理面への配慮)

回答の内容は、個人を特定できない(連結不可能匿名化した)形で集計した情報に限定するため、個人情報保護法が規定する個人情報にはあたらない。疫学研究による倫理指針からも、同意を必要としないため同意書の取得は行わなかった。

調査協力依頼にこの調査で集めたデータの使用目的、使用範囲および取り扱いを明記した。事前に電話による協力依頼を行い、調査協力に同意した人のみに調査を行った。

質問紙は資料1に示す。

作成された質問紙を、株式会社リサーチ・ワークに委託し調査を行った。調査にあたっては、事前に電話での協力依頼(スクリーニング)を実施し、協力が得られた医師を対象として調査票を配布した。

調査対象は精神科、心療内科を専門としない全国の開業医、勤務医とした。

### C 研究結果

155 医師より回答が得られた。病院勤務医が 52.3% (n=81)、診療所医師 40.0% (n=62)であった。専門は内科が最も多く、91.6% (n=142)であった。臨床経験年数は平均 25.0 年 (標準偏差 SD=7.2) であった。78.1% (n=121) が精神・心理問題を抱えている患者は増えていると回答しており、21.9% (n=34) は変わらないとの回答であったが、“減っている”との回答は 0 であった。精神・心理的問題をかかえた患者を専門医の援助を受けずに自分のみで治療・援助している割合は、平均 48.9% (SD=30.6) であり、80-100% と回答した医師が最も多く 26.5% であった。

グラフ 2 に、不安・うつ状態の評価自信度、向精神薬に関する知識・技術自信度、こころの問題に関する専門知識や援助の得られやすさ、患者の意思決定能力の評価自信度、患者とのコミュニケーション時間、不安や抑うつ状態を自分で治療する意志についての自己評価を示す。

それぞれの症例提示に対して、診断の正当率は、がんを伴ううつ病 (40.6%)、せん妄 (過活動型) (66.5%)、糖尿病を合併した統合失調症 (78.7%)、人格障害に基づく自殺企図症例 (29.0%)、がんを伴う認知症 (98.1%)、パニック障害 (95.5%)、せん妄 (低活動型) (12.3%)、脳梗塞後の適応障害 (27.7%)、骨折を伴うアルコール依存症 (アルコール離脱症候群) (97.4%)、不定愁訴を訴えるうつ病 (59.4%) であった。表 1 に詳細を示す。

表 1 に各質問項目の疾患別得点平均を示す。すべての質問それぞれにおいて、10 の疾患間で有意に平均点に差が認められた。また、“わりに適している”、“とても適している”と回答した割合 (%) を表 3 に

示す。

### D 考察

一般身体科医の約 8 割は、精神心理的問題を抱えている患者が増加していると認識しており、一般身体疾患と精神疾患の包括的治療の重要性は、一般身体科医にも認識されてきている。一般身体科医は、60% 以上が不安やうつ状態を自分がかかわり治療を行っていく意思はあるものの、50% の一般身体科医は不安・抑うつの評価に自信がないと回答している。さらには、2/3 以上の医師は患者とのコミュニケーションの時間がとれないといった時間的な問題も抱えている。

各疾患提示に対する診断正答率においては、認知症、精神病 (統合失調症)、不安障害 (パニック障害)、アルコール依存症の正答率は高く、適切に診断がくだされていた。しかし、各疾患症例提示においては、診断に必要な精神症状を文章として記してあるため (つまり、自身で診察し、情報を収集するわけではない)、正答率は高くなることを考慮にいれておく必要がある (さらに“精神科関連の調査”といったバイアスもあり)。とくに、パニック障害の症例の 7 割は、10 人以上の身体科医師を受診した後に初めてパニック障害と正しく診断されているという結果もあり<sup>2</sup>、今回のような症例提示での診断正答率は実際の臨床現場での診断とはかけ離れている可能性がある。

それにもかかわらず、がんを伴ったうつ病の正答率は 40%、不定愁訴を訴えるうつ病の正答率は 60% と高くない。がんに伴ったうつ病については、“適応障害”と判断した医師が正答率を上回っており、がんによる反応性の心理状況と考えられていることが多い。最も問題であるのが、

せん妄の診断である。過活動型せん妄の場合には、70%近い正答率が得られているが、低活動型せん妄の場合には正答率は12%に過ぎない。最も多い回答は適応障害(57%)であり、実際にこれらの症例に遭遇した場合には、“放置”される可能性が高い。人格障害の自殺企図症例ならびに脳梗塞に伴う適応障害の症例については、診断において多々議論が必要となることが多いため、精神科診断の低正答率は臨床的にはあまり問題とはならないであろう。

対処方法のプリファレンスについては、“メンタル面について何もしない”のが好ましいという回答は全体的に少なかった。同様に、精神科医の医療への参加は概ね好意的ではあるが、認知症においては期待度が少ない。心理士の参加は、身体疾患現場における、とくに“適応障害”や“不安障害”“アルコール関連生涯”において期待されている。今後の心理士の医療への参加に繋がる法整備が重要であろう。“こころの問題に関する専門知識や援助の得られやすさ”(グラフ2)は、60%の医師が得られにくいと回答しており、メンタル・ヘルスと一般身体科との“連携”において何らかの新たな方策が必要であろう。

治療においては、全体的に向精神薬投与は身体科医師が行うよりも、精神科医師が行うほうが好ましいとの回答が多かった。抗不安薬の投与を好ましいとする割合が全体的に高く、不適切な使用が危惧される。治療施設においては、総合病院精神科病床への入院が、精神科専門病院への入院を上回っていた(アルコール関連障害を除く)。

上記より、一般身体科医への精神疾患に対する教育の重要性が示唆されるが、“教育”の効果はどうであ

ろうか? まずは身体疾患現場でのうつ病治療についてであるが、教育を行ってもアウトカムの改善には至らないことがわかっている。たとえば、うつ病治療ガイドラインを使用することにより、プライマリーケア現場でのうつ病治療の質を上げようと考えつくのは当然であり、試みが多々行われている。欧米においては、AHCPR (The Agency for Health Care Policy and Research) ガイドライン<sup>3,4</sup>やそれを改変したものが多い。本邦においても、自殺予防の観点を含めて、プライマリーケア医へのうつ病教育、ガイドラインの作成等が提唱されている。しかしながら、多くの研究で、単なるガイドラインの流布とプライマリーケア医へのうつ病教育だけでは、うつ病の治療効果はあがらないことが示されている<sup>5</sup>。つまり、プライマリーケア医のうつ病に対する知識は増えるかもしれないが、アウトカムは改善しない。

また、うつ病の診断率が低いのであるから、うつ病をスクリーニングすることで発見率を高めることで、うつ病ケアのプロセスの質を高めることが期待される。現在、さまざまなうつ病スクリーニング・ツールが開発されており、簡便で信頼性の高いものもある。しかし現実には、うつ病をスクリーニングし、プライマリーケア医にフィードバックしたとしても、それだけではうつ病治療のアウトカム改善には繋がらないことがわかっている<sup>6</sup>。

現在数々の無作為化比較試験が行われており、プライマリーケア現場でのうつ病治療に必須のものがわかってきている。多面的介入が重要かつ必要ではあるが、その中でも必須なものは、メンタルヘルス専門家の関与とケースマネジメントである<sup>6,7</sup>。

メンタルヘルスとの共同治療とし

ては、Stepped Care<sup>8-10</sup>、Shared-Care<sup>11</sup>、Three Component Model<sup>12</sup>、Four Quadrant Model ([http://www.thenationalcouncil.org/es/business\\_practice\\_areas/primary\\_care](http://www.thenationalcouncil.org/es/business_practice_areas/primary_care))などがあげられている。いずれもプライマリーケア医のみにうつ病の治療をまかせるのではなく、たとえば Stepped Care では、症状の重さにおいて関与する精神医療のタイプ・強度をかえて治療にあたる（ステップ1からステップ3まで）。こういった共同治療を行ううえで、なくてはならないのがケースマネジメントである。プライマリーケア現場でのうつ病患者のケースマネジメントはどのような事をするか？これはケース・マネージャー（通常看護師が専門に行う）による患者のフォローアップが中心となる。フォローアップ時に、処方薬剤をきちんと服用しているかどうか、うつ症状は改善しているか、ガイドラインに沿った治療を遵守しているかなどを確認していく。対医療費を考慮すると、通常は電話におけるケースマネジメントで十分効果があることも示されている。このケースマネジメントがプライマリーケアにおけるうつ病治療を成功に導く鍵になることがわかっている。ケースマネジメントがない場合、プライマリーケア現場でのうつ病治療のアウトカムは改善しない<sup>6,7</sup>。一般身体疾患現場でのうつ病治療において、本邦にあったこれらシステムを考慮・構築していくのが今後の課題であろう。

なお、共同治療とケースマネジメントを含めた多面的介入を行い、うつ病治療に成功した現場で、教育効果を再検討したのものがある。プライマリーケア医への教育としては、一年間にわたり、薬物療法に関する討論形式でのワークショップ、うつ病

ガイドラインの説明、ロールプレイ、患者への教育パンフレット・ビデオのレビュー、うつ病ハンドブックの使用方法を行っている<sup>13</sup>。加えて共同治療を行ったため、十分にプライマリーケア医は十分うつ病治療のノウハウを取得している。しかし、研究が終了し、精神医療専門家ならびにケースマネジメントを終了すると、うつ病治療アウトカムのレベルは共同治療前に戻ってしまうことがわかっている<sup>14</sup>。つまり教育効果によるアウトカムの改善は望めないことがあらためて示されている。

上記にて、せん妄の診断率が特に“低活動型せん妄”において特に低いことがわかった。また、誤診の上に、抗不安薬を処方される可能性が高いため、よりせん妄は悪化する。せん妄は、死亡率が上昇する点や退院後に施設入所にいたる危険性が高い点も示されている<sup>15-18</sup>。また、せん妄は“可逆的”とされているが、実際にはADLの低下や認知症への移行も高率に認められることがわかっている<sup>15,18</sup>。ここでも、せん妄発見のための教育に力をそそぐのが効果的・効率的なのか多くの議論がある。研究方法に議論はあるものの、せん妄を早期に発見し介入したとしても、通常ケア（身体科医に依存したコンサルテーションによる介入）と比べて、せん妄改善率ならびに在院日数に差がないことが示されている<sup>19</sup>。これに反して、せん妄発症以前から行う非薬物による多面的な介入方法が、せん妄発症率の減少ならびにそれに伴う医療経済的効果（多面的介入チームの人的費用も考慮）が認められている<sup>20-22</sup>。つまり、せん妄の対応においては、Reactiveな対応ではなく、Proactiveな関わりが臨床的ならびに医療経済的に有用であり、導入が期待される。

今回の調査で、身体疾患の入院治療が必要で、精神科疾患を持つ症例（例：糖尿病治療が必要な統合失調症症例、自殺企図後の身体疾患管理が必要な人格障害症例、アルコール離脱症候群の最中にある骨折症例）は、総合病院精神科入院が期待されている。現在、精神病床を有する総合病院は減少している。また、総合病院精神科自体も減少している。今後高齢者も増加し、精神疾患-身体疾患の合併症例が増加することが予想され、これらの“複雑”な症例治療において重大な危機となっている。総合病院精神科の重要性を尊重するような今後の政策が必須であろう。

#### E 結論

一般身体科医は、精神科疾患を合併した症例が増加していると感じていることが多い。精神科的な介入を行う意志はあるものの、コミュニケーションの時間的な問題、精神医療専門家との連携が少ない点が問題となっている。各疾患については、認知症、精神病（統合失調症）、不安障害（パニック障害）、アルコール依存症の正答率は高かったものの、うつ病（とくに身体疾患に伴ううつ病）、ならびにせん妄（とくに低活動型）の診断正答率は低く、教育を越えた、今後のシステムでの新たな方策が期待され、これにより臨床的・医療経済的な改善が望めるであろう。

また、身体疾患と精神疾患の治療現場としては、総合病院精神科病床が最も期待されている。総合病院精神科は病床削減・精神科閉鎖などの逆風にさらされており、総合病院精神科の重要性を尊重する政策上の後押しが必要である。

（文献）

1. Okuyama T, Nakane Y, Endo C, et al. Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. *Psychooncology* 2007;16:834-42.
2. Ballenger JC. Unrecognized prevalence of panic disorder in primary care, internal medicine and cardiology. *Am J Cardiol* 1987;60:39J-47J.
3. Depression Guideline Panel. Depression in primary care: volume 2. Treatment of major depression. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Agency of Health Care Policy and Research.; 1993. Report No.: AHCPR Publication No. 93-0551.
4. Depression Guideline Panel. Depression in primary care: volume 1. Detection and Diagnosis. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Agency of Health Care Policy and Research.; 1993. Report No.: AHCPR Publication No. 93-0550.
5. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *Jama* 2003;289:3145-51.
6. Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *Bmj* 2001;323:948-9.
7. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract* 2008;9:25.
8. Unutzer J, Katon W, Williams JW, Jr., et al. Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Med Care* 2001;39:785-99.
9. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles

in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:138-44.

10. Katon WJ. The Institute of Medicine "Chasm" report: implications for depression collaborative care models. *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:222-9.

11. Kates N, Craven M. Shared mental health care. Update from the Collaborative Working Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. *Can Fam Physician* 2002;48:936.

12. Oxman TE, Dietrich AJ, Williams JW, Jr., Kroenke K. A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care. *Psychosomatics* 2002;43:441-50.

13. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *Jama* 1995;273:1026-31.

14. Lin EH, Katon WJ, Simon GE, et al. Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough? *Med Care* 1997;35:831-42.

15. Rockwood K, Cosway S, Carver D, Jarrett P, Stadnyk K, Fisk J. The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing* 1999;28:551-6.

16. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med* 2002;162:457-63.

17. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *Jama* 1990;263:1097-101.

18. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med* 1998;13:234-42.

19. Cole MG, McCusker J, Bellavance F, et al. Systematic detection

and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *Cmaj* 2002;167:753-9.

20. Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999;340:669-76.

21. Rizzo JA, Bogardus ST, Jr., Leo-Summers L, Williams CS, Acampora D, Inouye SK. Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? *Med Care* 2001;39:740-52.

22. 堀川直史. せん妄の非薬物的な治療と予防. *総合病院精神医学* 2006;18:268-72.

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1 論文発表

なし

2 学会発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

1 特許所得

なし

2 実用新案登録

なし

3 その他

なし



表 1 各疾患提示に対して、回答者がつけた診断 (%)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
正常な精神・心理的反応	4.5	0.6	0.0	2.6	0.0	0.0	6.5	54.2	0.0	7.7
不安障害(神経症・パニック障害をふくむ)	13.5	1.9	5.8	32.9	0.0	95.5	1.3	3.2	1.9	10.3
適応障害(抑うつ状態・心因反応)	41.3	7.7	4.5	18.1	0.0	4.5	54.2	27.7	0.0	20.6
うつ病	40.6	0.6	1.9	14.8	0.6	0.0	4.5	14.2	0.0	59.4
認知症	0.0	17.4	0.6	0.0	98.1	0.0	19.4	0.0	0.0	0.0
せん妄	0.0	66.5	5.8	0.6	0.6	0.0	12.3	0.6	0.0	0.0
統合失調症(精神病)	0.0	4.5	78.7	1.9	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	1.3
人格障害	0.0	0.0	2.6	29.0	0.6	0.0	0.6	0.0	0.0	0.6
アルコール関連障害(離脱症候群をふくむ)	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	97.4	0.0

A：がんを伴ううつ病、B：せん妄(過活動型)、C：糖尿病を合併した統合失調症、D：人格障害に基づく自殺企図症例E：がんを伴う認知症、F：パニック障害、G：せん妄(低活動型)、H：脳梗塞後の適応障害、I：骨折を伴うアルコール依存症(アルコール離脱症候群)、J：不定愁訴を訴えるうつ病

Table 2: 各質問項目の疾患別得点平均値

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
メンタル面に関しては何もしない	1.44	1.65	1.48	1.48	1.87	1.43	1.64	1.85	1.57	1.57
精神科医の医療への参加 (精神科紹介を含む)	3.27	3.18	3.69	3.55	2.83	3.34	3.04	2.54	3.49	3.29
心理士の医療への参加	3.16	2.47	2.76	3.34	2.40	3.25	2.95	2.88	3.12	3.02
ソーシャルワーカーへの参加	2.65	2.42	2.58	2.68	3.14	2.31	2.63	2.80	3.17	2.32
向精神薬投与 (自身にて)	2.30	2.25	1.78	1.79	1.86	2.10	2.05	1.93	1.77	2.09
向精神薬投与 (精神科医より)	2.90	2.97	3.59	3.17	2.29	2.80	2.52	2.06	2.59	2.69
抗うつ薬投与	3.14	1.95	2.08	2.65	1.92	2.65	2.59	2.61	1.92	3.26
抗不安薬投与	3.08	2.44	2.37	2.97	2.05	3.45	2.48	2.65	2.29	2.90
睡眠導入剤投与	3.15	2.59	2.45	2.54	2.25	2.50	2.63	2.88	2.48	3.12
抗精神病薬投与	2.01	2.71	3.45	2.63	2.17	2.11	2.11	1.79	2.21	2.08
精神療法 (心理士により)	2.87	2.27	2.81	3.17	2.23	3.19	2.77	2.52	3.01	2.85
精神療法 (精神科医により)	2.92	2.46	3.21	3.36	2.23	3.12	2.73	2.48	3.12	2.95
代替医療 (鍼灸, 指圧, 整体, マッサージなど) の利用	1.83	1.57	1.54	1.54	1.88	1.65	1.83	2.08	1.65	1.90
精神科へ入院・転科 ("総合病院"にある精神科病棟*)	1.83	2.12	3.27	2.85	2.31	1.79	1.91	1.50	2.76	1.92
精神科専門病院へ入院・転院	1.70	1.97	2.67	2.25	1.79	1.77	1.68	1.41	2.83	1.78
医療型療養病棟 (病棟) へ入院	1.55	1.75	1.61	1.60	2.47	1.28	1.73	1.67	1.58	1.32
介護福祉施設へ入所	1.40	1.68	1.37	1.29	2.38	1.19	1.58	1.52	1.29	1.25

A: がんを伴ううつ病、B: せん妄 (過活動型)、C: 糖尿病を合併した統合失調症、D: 人格障害に基づく自殺企図症例E: がんを伴う認知症、F: パニック障害、G: せん妄 (低活動型)、H: 脳梗塞後の適応障害、I: 骨折を伴うアルコール依存症 (アルコール離脱症候群)、J: 不定愁訴を訴えるうつ病

表3： 「適している（「わりに適している」、あるいは、「とても適している」）」と回答した割合（％）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
メンタル面に関しては何もしない	10.3	13.5	9.0	9.7	21.9	8.4	9.0	20.6	10.3	12.9
精神科医の医療への参加（精神科紹介を含む）	82.6	83.9	94.2	94.2	69.0	87.7	79.4	55.5	94.2	87.1
心理士の医療への参加	85.2	50.3	66.5	91.0	46.5	88.4	76.1	73.5	83.9	80.6
ソーシャルワーカーへの参加	62.6	47.7	55.5	63.2	83.9	41.3	58.1	67.7	85.2	39.4
向精神薬投与（自身にて）	41.9	39.4	14.2	17.4	19.4	33.5	27.1	23.2	16.1	32.9
向精神薬投与（精神科医より）	67.1	74.2	89.7	76.8	40.0	61.3	49.7	29.7	57.4	57.4
抗うつ薬投与	83.9	20.6	27.1	58.7	18.1	56.8	57.4	60.6	19.4	84.5
抗不安薬投与	85.2	54.8	45.2	80.0	25.8	96.8	50.3	63.9	41.9	78.7
睡眠導入剤投与	88.4	61.9	47.7	54.8	38.1	51.6	60.6	73.5	56.1	84.5
抗精神病薬投与	21.9	59.4	85.2	58.7	31.6	28.4	29.0	16.1	38.1	28.4
精神療法（心理士により）	73.5	40.0	66.5	88.4	36.8	89.0	65.8	59.4	80.6	75.5
精神療法（精神科医により）	70.3	50.3	83.2	89.0	35.5	82.6	64.5	52.9	81.3	76.1
代替医療（鍼灸、指圧、整体、マッサージなど）の利用	21.9	11.0	9.0	11.0	29.0	16.8	21.3	36.1	17.4	30.3
精神科へ入院・転科（“総合病院”にある精神科病床*）	21.3	35.5	81.3	65.2	39.4	22.6	25.2	7.1	67.1	24.5
精神科専門病院へ入院・転院	13.5	26.5	52.9	36.8	18.1	21.9	16.1	4.5	68.4	18.7
医療型療養病棟（病床）へ入院	9.7	15.5	12.3	14.2	56.1	1.3	20.6	16.8	11.0	3.9
介護福祉施設へ入所	3.2	16.1	3.2	3.2	47.7	0.6	13.5	11.0	2.6	2.6

A：がんを伴ううつ病、B：せん妄（過活動型）、C：糖尿病を合併した統合失調症、D：人格障害に基づく自殺企図症例E：がんを伴う認知症、F：パニック障害、G：せん妄（低活動型）、H：脳梗塞後の適応障害、I：骨折を伴うアルコール依存症（アルコール離脱症候群）、J：不定愁訴を訴えるうつ病

グラフ1 受療相談場所の疾患間における得点平均値の比較

