

2009 29 003 A

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21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮岡 等

平成22(2010)年 3月

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21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮岡 等

平成22(2010)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・・・・・・ 13
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・・・・・・・・・・・・ 59
藤原 修一郎 金沢文庫エールクリニック院長
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・・・・・・ 74
澤 温 ほくとクリニック病院理事長・院長
4. アルコール依存症患者の地域ケアに関する研究・・・・・・・・・・・・ 91
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・・・ 122
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・・・・・・・・・・・・ 172
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・・・・・・・・・・・・ 206
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

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

平成21年度総括研究報告書

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 北里大学医学部精神科学主任教授

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病的ギャンブリング、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年度の現状調査や研究プロトコルの作成に基づいて、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実践を行った。平成21年度は実践の中から見出された問題を検討し理想的な地域連携促進のための提言とエビデンスの提供が行われた。

研究分担者名	所属機関	職名
藤原 修一郎	金沢文庫エールクリニック	院長
澤 温	ほくとクリニック病院	理事長・院長
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
田中 克俊	北里大学大学院医療系研究科	准教授
武田 龍太郎	武田病院	院長
岩満 優美	北里大学大学院医療系研究科	准教授

A. はじめに

近年、精神医療の現場で見られる2つの問題をあげる。(1)精神障害患者の治療に当たる機関には単科精神科病院、総合病院精神科、精神科クリニック、プライマリケア医、独自のカウンセリング機関などがあり、それらの適切な連携が求められる。しかし現状では、診療に時間がかかる症例や重症例が紹介される医療機関の医師の負担が

過大であり、一方軽症例のみを診察対象とする医師の方に経済的保証が大きいなど、機能分化と連携が適切になされているとは言い難い。(2)アルコールを含む物質依存症、ギャンブル依存症などのプロセス依存症、人格障害に起因する問題行動、軽症のうつ状態、自殺行動などが増加している。これらには精神医学の治療技法では解決できない部分があり、プライマリケア医や保健所など

地域の社会資源と適切な連携が不可欠である。本研究の目的は、これらを考慮して、精神障害者に適切な医療を提供できる地域ケアのシステムを確立することである。すなわち適切な精神医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ことである。

本研究の最終年度である平成21年度は「地域連携促進のための提言とエビデンスの提供」を主眼に研究が実施された。

B. 具体的な活動

B-1 非精神病性精神障害に関する研究

1) 地域ネットワークといわゆるギャンブル依存症

北里大学大学院において、平成21年度は病的ギャンブルサポートグループ参加者及び多重債務相談利用者を対象に、平成20年度に作成された日本語版SOGSの結果と、ストレスイベント、相談相手の存在、希死念慮、自殺行動について調査を行い、病的ギャンブルの関連要因について検討した。またギャンブル関連機関メーリングリストの運用と今後の対策に関して意見集約を実施した。

日本ではまとまったエビデンスが無い病的ギャンブルを調査・研究するための基盤となる評価尺度、日本語版SOGSを作成し、検討の結果、十分な妥当性があることを明らかにした。病的ギャンブルと自殺行動、希死念慮、非合法行為、他の精神障害との関連を明らかにすることができた。この結果は今後の病的ギャンブル対策を

検討する上で貴重な示唆を提供している。

2) 地域ネットワークとアルコール依存症

国立病院機構久里浜アルコール症センターにおいて、平成21年度はア症のジスルフィラムを用いた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)、常習飲酒運転者におけるア症実態に関する調査研究のデータ解析が行われた。常習飲酒運転者調査は、飲酒運転対策に対して極めて重要な基礎資料を提供するものである。ジスルフィラムRCTは、ジスルフィラムのわが国初めての治療エビデンスを提供するものになっている。

3) 地域ネットワークと人格障害治療

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。

武田病院において、平成21年度は人格障害治療における地域連携のための検討会議や啓発活動が実施された。これらの連携は、所属する医療圏において連携ネットワークの中心となる大学病院や公立の総合病院精神科がない地域において、民間

の医療機関が協力しあい、行政とも協力して、対応困難ケースへの取り組みを検討するという地域での総合的な精神保健福祉活動を行う上でのモデルとなりうると考えらる。

B-2 地域連携システムに関する研究

1) 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。このためには医療圏の問題は避けては通れない。

金沢文庫エールクリニックにおいて、平成21年度はNPOを中心に医療圏内の対象疾患、課題の特定、地域のネットワークのあり方が講演活動、アンケート調査、意見交換、実践を通して検討された。医療圏の問題を明らかにするだけではなく、明らかにされた問題から対応策が実践され、そこから得られた情報は今後、地域連携のモデルを考える上で極めて重要な示唆を与えている。

2) 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。

ほくとクリニック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21年度は精神科救急における合併症医療に関する調査が実施された。

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) 地域ネットワークの実践と検証（教育システムの開発）

北里大学医学部精神科学では、平成21年度は教育システム、地域連携ネットワーク研究会を継続し、教育、啓発、議論を行いながら、理想的な地域連携モデルについて検討した。

地域連携の構築のためには、意識を共有するための基盤が必要であり、教育システムの運用が不可欠になる。また理想的な地域連携を構築するためには診療ガイドラインの共有や、既存の情報提供書のやりとりだけでは不十分であり、精神科においても地域連携パスの構築が必要になることが明らかとなった。

研究結果は医療圏に関する研究とともに、地域連携のモデルを考える上で重要な示唆を与えるものと考えられる。

4) 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、心理士との連携を得るにしても、心理士全体の実態は明らかになっていない点が多い。心理士のライセンスの問題、心理士の経験の差による能力格差など、心理士全体の問題は大きい。

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21年度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検討された。精神科疾患医療における心理士の役割として、心理査定および心理療法だけでなく、集団療法や教育的役割を多くの医師が求めていることがわかった。一方、心理療法の依頼については、疾患によって異なることが示唆された。この結果は精神科疾患の地域連携における心理士の役割を考える上で重要な示唆を与えてくれている。

C. まとめ

「非精神病性精神障害（病的ギャンブリング、アルコール依存症、人格障害）に関する研究」と「地域連携システム（医療圏、精神科救急、教育システム、心理士）に関する研究」の大きく2つに分けられた本研究の平成21年度の概要をまとめた。詳細に関しては各研究分担報告書を参照していただきたい。また三年間の研究から得られた結果に関しては、本稿に加えて平成19-21年度総合総括研究報告書に記載したのであわせて参照していただきたい。

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
（研究代表者 宮岡 等）

平成 21 年度分担研究報告書

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

研究代表・分担者 宮岡 等 北里大学医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。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教育システムの構築を実施した。平成 20 年度は地域連携ネットワーク研究会を立ち上げ、アンケート調査を実施し教育システムの問題点を調査した。平成 21 年度は研究会、教育システムを継続するとともに、研究会で議論された「抗うつ薬が効果を示しにくいうつ状態」への対応指針となるうつ状態診療ガイドラインを策定するとともに、精神科地域連携パスの策定を目指す地域連携パス委員会を立ち上げ議論を開始した。

研究協力者

大石智 北里大学医学部精神科学

態診療ガイドライン」の策定と、理想的な精神科地域連携のかたちを提言することを主な目的とした。

A. 研究目的

現在、精神障害者の病診・病病・地域連携では、1) 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、2) しばしばみられる安易な抗うつ薬処方も関係しているのか長期外来通院患者が増加している、3) 予約制の精神科診療所が増加し、時間外診療をする診療所は極めて少ない、4) 時間外診療や重症例、診療に時間を要する複雑な症例が総合病院精神科や基幹病院精神科に偏在し医師の負担を増加させるが、診療報酬では報われない面が多い、5) これらは総合病院精神科の閉鎖、病院勤務精神科医の開業による診療所の増加につながる、などの問題がある。

本研究の目的はこれらの問題を踏まえ、適切な病診、病病連携、および地域連携の問題点を明らかにし、神奈川県北部地域を中心とする精神科地域連携ネットワーク（北里精神医療地域連携ネットワーク）を作ることである。

平成 21 年度は前年度に議論された「うつ状

B. 研究方法

平成 19 年度は地域ケアシステムの問題点を明らかにするための調査と、教育システム（メーリングリストとインターネット上共有ディスクを作成）の構築を行った。

平成 20 年度は教育システムの継続・調査と地域連携ネットワーク研究会を行った。

平成 21 年度の研究は大きく 3 つに分けられる。1 つは平成 20 年度の調査でそのニーズが確認された教育システムの継続・発展、2 つ目は地域連携ネットワーク研究会の継続とそこで議論されたうつ状態診療ガイドラインの作成、3 つ目は精神科疾患地域連携パスの検討である。

（倫理面への配慮）

本研究では、個人が特定できる内容をあつかうものはなく、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. 教育システムに関する研究

平成 20 年度の調査でも明らかになった通り、精神科疾患診療に関する教育の必要性を感じている医師は多い。精神科を標榜している医師はもとより、プライマリケアに携わる医師の多くが必要性を自覚していた。

過去の調査で示されている通り、うつ病、うつ状態の患者の初診医療機関の多くは、精神科や心療内科ではなく、プライマリケアを実践する内科系診療所や病院である。

うつ状態の診療に関して、「非定型うつ病」、「新型うつ病」など様々な名称が乱立し、診断に関して多くの問題が指摘されるようになってきている。一方で SSRI、SNRI、NaSSa などの新規抗うつ薬が登場し、製薬メーカーのプロモーションの影響もあって、これらの処方数は増加する一方である。厚生労働省の患者調査で、躁うつ病を含むうつ病の患者数が 2008 年度で初めて 100 万人を超えたと報告されたが、新規抗うつ薬の発売が患者数増加に寄与しているという考えもある。「抗うつ薬が効果を示しにくいうつ状態」への新規抗うつ薬処方は、攻撃性・焦燥などの問題行動の誘因になるだけでなく、増加の一途をたどる医療費に大きな影響を及ぼしていると考えられる。

平成 20 年度の調査で、医師の情報入手元を調べたところ、製薬会社担当者から提供される冊子、各地で開催される講演会・研究会、Web 上の情報、メールマガジンが多いという結果だった。こうした情報は、診療に忙殺される医師にとって入手しやすいものなのだが、製薬企業の資金提供を受けているものが多いため、情報に偏りが生じやすく、注意を要するという問題がある。

教育機関である大学病院が医師の生涯教育の役割も果たすべきだが、これまでの研究会などの方法による教育活動では、多忙なプライマリケア医、精神科医の十分な参加は見込めず、

効果的な教育活動にはならない。

教育システムは内容の水準も高く求められるが、利用しやすいものでなくてはならない。

そこで我々はインターネット環境を利用した教育システムを平成 19 年度から開始した。初期はメーリングリストを活用した情報配信、インターネット上共有ディスクを利用した情報の蓄積・共有から開始し、研究会などの情報を動画として配信する Web サイトを構築した。

平成 21 年度はこれらの継続とともに、地域連携ネットワーク研究会と連動した地域連携ネットワーク Web サイトを開設した。

これまでと同様にパスワード入力によるセキュリティを確保し、会員のみが閲覧出来る形式をとった。研究会に参加出来なかった医師も情報を共有出来るよう、研究会の情報を公開した。

2. うつ状態診療ガイドラインに関する研究

平成 20 年度から地域連携ネットワーク研究会が開始された。参加者は地域のプライマリケア医、精神科医である。平成 19 年度の地域ケアシステムに関する問題点を報告し、地域ケアシステムの構築に関する議論がなされた。

議論の中で、地域連携ネットワークに参加する医師が共通の考え方で診療するためのうつ状態診療ガイドラインの必要性が提起された。

平成 21 年度はガイドラインの基本型を北里大学医学部精神科学で作成し、これをもとに地域連携ネットワーク研究会で議論した。議論により改編されたガイドライン（添付資料）は地域連携ネットワーク Web サイトに公開され、紹介／逆紹介の際に活用出来るようにした。

地域連携ネットワーク研究会では、ガイドラインの検討以外に、地域連携の現場で必要性の高い知識を共有するために、睡眠障害、アルコール依存症の地域連携に関する講演、討論も実施した。

3. 精神科疾患地域連携パス

前項のうつ状態診療ガイドラインは、うつ状態を診療する上での考え方を共通化し共有しやすくするという利点がある。専門医に紹介する判断を簡便にすることもできる。また薬物療法に各医師の判断の自由度をもうけつつ、一定の枠を設けたことで、不要な多剤併用や大量処方を回避出来るという利点がある。

しかし、ガイドラインの使用だけでは、連携を実践する上で不十分な点もある。紹介・逆紹介の上での情報のやりとりを円滑にしたり、患者側が治療経過を理解しやすくしたり、医療機関の役割分担をしやすくするという効果は、ガイドラインを運用するだけでは不十分と考える。

そこで、地域連携ネットワーク研究会の議論では地域連携パスが討論された。

これまで、大腿骨頸部骨折、脳梗塞、糖尿病、急性心筋梗塞などで地域連携パスが運用されてきているが、精神科疾患に関する地域連携パスはない。

一般に地域連携パスがもたらす利点は1) 医療の質の向上、2) 患者・家族の不安軽減、3) 医療機関の機能に応じた診療・負担の適正化、役割分担の推進、4) 診療情報を得やすくし、研究への還元が得られる、などが知られている。また結果的に平均在院日数を短縮化し、医療費の軽減につながるという可能性もある。

今回、われわれはプライマリケア医、精神科診療所医師、精神科病院医師、総合病院精神科医師、大学病院精神科医師、医療システム専門家による精神科疾患地域連携パスを検討する委員会を設置した(精神科疾患地域連携パス委員会)。第一回は大学病院精神科医師から各機関が地域連携の場面で抱えている問題点と地域連携パスに関する説明、各機関医師との討論、医療システム専門家からの助言・討論を実施した。定期的実施しながら精神科疾患地域連携パスの具体化、運用を目指していく。

D. 考察

1. 教育システム

平成19年度から開始された教育システムは、地域の医師向け研究会、メーリングリスト・動画サイト開設による情報配信、インターネット上共有ディスクを利用した情報の蓄積・共有、Webサイトの開設・運営というかたちに構築された。

平成20年度の調査でも明らかになったように、精神科疾患に関する情報の需要は多いが、各医師は情報の入手に時間的な制限を感じていた。

インターネットは時間的な制限を解決できる可能性を持つ。メーリングリストは情報の配信、情報の共有だけではなく、メールを介した議論の場にもなり、その議論は会員に公開され情報の共有につながっている。

昨今は、論文や雑誌の解説にも、スポンサー企業の意図が見え隠れする可能性も否定出来ず、情報の取舍選択に注意を払わねばならない状況にある。

大学病院は大学附属医療機関に勤務している医師向けの卒後教育には大きな役割を果たしてきた。しかし大学病院を離れた医師や、大学病院と連携する地域の医師の卒後教育に関しては手薄だったと言わざるをえない。大学病院が教育機関としての役割を果たす上で、こうした卒後教育の充実は必要であり、大学病院精神科が地域の基幹病院として地域精神科医療に関わる場合に地域連携に還元できるものは大きいと考えられる。

2. うつ状態診療ガイドラインに関する研究

これまでのうつ状態に対するガイドラインは、「うつ病と診断された患者」が対象で、「薬物療法・電気痙攣療法など身体療法の指針」をまとめたものしかない。

しかし、臨床で問題になるのは「薬物療法が効果を示しにくいことが予想されるうつ状態に対する過剰な薬物療法」である。

こうした問題の背景には、1) 過剰診断、過

剩治療、2) 閾値下状態に対する拙速な薬物療法、3) 啓発活動による精神科受診の敷居が下がったこと、など様々な要因が考えられる。

『うつ病はこころの風邪』、『薬で治せる』などの考えばかりが一人歩きし、医師も患者も抗うつ薬処方に対する閾値が下がっている。

「薬物療法が効果を示しにくいことが予想されるうつ状態」を見極めること、その重要性を共有することが、地域連携に携わる医師において必要と考えられる。

策定したガイドラインはこうした点でこれまで作られてきたガイドラインとは異なる特徴を持ち、利用価値のあるものと考えられる。

今回のガイドラインは『プライマリケア医向け』としたが、問題になりやすいのはむしろ精神科医の診療におけるものが多い。地域連携に携わる精神科医にも、このガイドラインを浸透させていくことが、より良い地域連携の構築のために重要と考えられる。

ガイドラインの策定とともに、ガイドラインを使用したことがわかるようなシートを作成し、外来初診枠に「地域連携ネットワーク優先枠」を設置した。しかしシートの運用数は少なく、その効果の検証はなかなか難しい。シートの汎用性の問題も指摘されており、今後の検討事項になっている。

3. 精神科疾患地域連携パス

今回我々は、地域連携において問題になりやすいうつ状態の診療に限定し、ガイドラインを策定した。しかし、シートの運用数は伸び悩んでおり、その効果の検証は困難なことが予想される。同様の取り組みを実施している他の地域でも、同じような状況にある。

また、これまで北里大学東病院を中心とし、紹介逆紹介のある広範囲な医療機関との連携を模索してきたが、問題になりやすい紹介事例が発生する医療機関は、研究会などの働きかけをしても反応が乏しい。結果的にそうした機関との問題が波及し、本当に必要性の高い紹介を

受けるのに手間取ってしまう状況がある。

こうした状況を打開し、地域連携をより発展させるためには、ガイドラインだけでは不十分であり、地域連携パスを構築する必要性が研究会の議論でとりあげられた。

地域連携パスはこれまで、大腿骨頸部骨折、心筋梗塞、脳梗塞などで運用され、各医療機関、患者にとっての利益、入院期間短縮、医療費削減などの効果も実証されている。

精神科疾患に地域連携パスがこれまで運用されなかった理由には2つの理由が考えられる。1つは「精神科疾患は診断も治療もバリエーションが多い」という点である。地域連携パスはバリエーションの少ない疾患ほど構築しやすい。バリエーションが多すぎると、方針も多様になってしまい、運用も評価もしにくくなってしまう。もう1つの理由は「精神科疾患は医療機関を選ばない」という点である。例えば大腿骨頸部骨折であれば、診断する機関、手術をする機関、リハビリテーションをする機関、など病態、病期によって医療機関はおのずと決まってくる。しかし精神科疾患は、たとえばうつ状態をとりあげると、希死念慮の有無で入院が決まるわけでもないし、状態像や病期で医療機関が決まるわけではない。

精神科疾患に地域連携パスは不向きな点があるが、よりよい地域連携を構築するためにはガイドラインだけでは不十分であり、精神科疾患独自の地域連携パスが必要と考える。

対象疾患を限定してしまうと、運用数も限られてしまう可能性が高い。地域連携パスは構築した後の評価・更新が重要であると言う点を考え、対象疾患をしばらない方針とした。

また地域連携パスの運用を最初から広範囲にしてしまうと、かえってその効果が見えにくくなる可能性が高いと考え、初期段階の運用医療機関は限定することにした。

パスの策定にあたっては「精神科疾患地域連携パス委員会」を設置し、日頃から連携の多いプライマリケア医、精神科診療所医師、精神科

病院医師、総合病院精神科医師と大学病院精神科医師による委員構成で検討を開始した。

各機関で地域連携における問題点を具体的に議論し、各医療機関同士の紹介・逆紹介基準、初診優先枠などに関して具体化する方向で検討をすすめている。

厚生労働省は、2008年度にうつ病患者数が初めて100万人を超えたという患者調査結果を公開した。うつ病患者の増加は、新規抗うつ薬の発売時期と重なる。このことがうつ状態を拙速な抗うつ薬療法につなげる傾向が大きく影響していることは否めない。早期発見、早期治療、自殺予防などの名の下に正当化されがちなこの考え方は、本来不要かもしれない薬物療法を患者に背負わせ、副作用による不利益や、医療費の増大をもたらす。

この流れを軌道修正することができれば、患者にとって有益であるだけでなく、医療費を減じられる可能性もある。

今後、精神科地域連携パス委員会での議論を重ねてパスを策定し、試験運用を通してその効果を実証したいと考えている。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

一般演題（ポスター発表）

大石智、池田太一郎、田中克俊、岩満優美、宮岡等：精神科における地域連携ネットワークの実践. 第29回日本社会精神医学会 2010.2.25 島根

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

精神科疾患地域連携パス検討の目的とその概要

1. 目的

うつ状態をはじめ精神科通院患者数は急増している。これには様々な要因が考えられているが、過剰診断・過剰治療など医療者側の問題もある。こうしたなか、軽症／重症、衝動性の有無、時間外外来利用頻度などを理由とした患者の偏在が生まれている。精神科疾患における地域連携は必ずしもうまくいっているとは言えない。

精神科疾患患者の初診医療機関としては、内科系診療所・プライマリケア医は大きな役割を果たしている。様々な啓発活動があるとはいえ、精神科外来には敷居の高さがあるし、特に身体症状が前景にたつようなうつ状態、不安・心気状態、認知症などは、患者自身に精神科疾患罹患の病識がないことが多いので、患者は内科系診療所・プライマリケアを初診しやすい。内科系診療所・プライマリケアにおいて、多くは適切に治療されているのだが、それでも紹介された患者の中には適切とはいえない診断や薬物療法がみられることがある。

総合病院精神科も精神科疾患患者にとってアクセスしやすい医療機関である。増加する初診対応、精神科救急、合併症医療、リエゾンなど業務は多岐にわたり多忙を極めることもあり疲弊した医師の流出や、医療経済的な問題から総合病院精神科自体の閉鎖が続いている。

精神科診療所は地域の精神科医療において大きな役割を果たしている。しかし増加する患者に対して、対応する医師数は限られており、診療時間は十分にとれないだろうし、それによって十分な診断・治療にならないままこじれた状況で総合病院精神科や精神科病院に紹介されることがある。

現在の精神科病院は敷居が下がり、かつてとは様相を変えつつあるが、現在も長期入院患者への対応が主になっている。しかし社会的入院を減らし病床削減の方向にある医療行政に対応するための地域連携は十分ではない。また合併症患者への対応は現在も困難なことが多い。

精神科疾患医療におけるプライマリケア医、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科のそれぞれが抱える地域連携の問題を概観した。

今回我々が目指す精神科地域連携パスはこれらの問題点を解決し、各医療機関が相互に協力し合えるツールになることを目指す。

2. 問題点の整理

1) 精神科疾患と地域連携パス

これまで大腿骨頸部骨折や脳梗塞、心筋梗塞などの疾患で地域連携パスが運用されている。こうした身体疾患に比べ、精神科疾患の病態、診断、治療は多様である。この多様さ（バリエーション）が多ければ多いほど、地域連携パスは構築し難い。

地域連携パスは実用化した後の評価・更新が重要である。したがって、地域連携パスを構築しても実際に運用される症例が少ないと、その成果は得られにくくなってしまう。対象疾患を限定しすぎると、運用症例はおのずと少なくなることが予想される。

こうした観点から当面は、精神科疾患の地域連携パスは、その多様性に対応するため、パス上の様々な基準設定をある程度あいまいにし、対象疾患を広くとって構築していきたい。

2) プライマリケア医と精神科医療機関の連携のために

a. プライマリケア医から精神科医療機関へ

プライマリケア医にとって、精神科疾患を考える患者に遭遇した場合、多忙な診療時間の中で十分な問診、鑑別診断を行うのは大きな負担があると考えられる。典型例であれば、短時間の診察で適切に治療を進めることも可能だと考えるが、典型例ではない場合に問題が生じやすい。北里精神医療地域連携ネットワークで提案された「うつ状態診療ガイドライン」や「睡眠障害ガイドライン」は典型的ではない症例を専門医に紹介することを目的としており、これにより薬物療法が適切ではない症例の抽出はある程度可能になる。

b. 精神科医療機関からプライマリケア医へ

外来がパンク寸前の精神科医療機関で全ての精神疾患患者を診療するのは困難であるし、ユーザーが様々な理由でプライマリケア医に診療継続を求める状況も多い。こうした状況から、精神科医療機関からプライマリケア医への逆紹介も考える必要がある。

しかし、プライマリケア医にとって、精神科疾患患者の診療は負担があるのも現実である。

どのような状態であればプライマリケア医にとって診療継続しやすいのか、またプライマリケア医に委ねた後、精神科医療機関がどのように連携すべきか、地域連携パス委員会で議論をする必要がある。

3) 精神科医療機関間の連携のために

精神科診療所から総合病院精神科への流れは、転居等、患者の個人的な希望を除けば情報提供書を見る限り、1) 入院治療を要する場合、2) 鑑別診断のための精査を要する場合、3) 合併症があるために同一医療機関での診療を希望される場合、に分けられる。

1) で時に問題になるのは診療所医師は入院が必要と考えているが、必ずしも必要性がない場合である。衝動行為を繰り返す人格障害圏や入院がかえって病状を遷延させる可能性が危惧されるタイプの気分変調症などが挙げられる。患者は「入院が必要だからと言われた」と言って来院するのだが、これに対して説明に苦慮することが多い。こうしたことは患者、家族に精神科医療への疑念を抱かせる可能性もある。これに対応するための紹介基

準があまり厳格なものであっては診療の妨げになる恐れがあるが、ある程度の基準は必要だろう。

1)～3)の連携を円滑にするために、精神科診療所医師と総合病院精神科医師との間で議論をする必要がある。

また、総合病院精神科開放病棟の有効活用のためのシステム作りも考えたい。精神科医療が入院は急性期中心で、それ以降は外来治療が中心となる流れの中、開放病棟が有効活用されていない感がある。2～4週以内の入院期間で、うつ状態鑑別診断コース、多剤処方整理コース、睡眠障害鑑別診断コース、概日リズム障害改善コース、など、開放病棟を有効活用する専門的な短期入院コースの設置が考えられる。これに関しては、各医療機関医師との議論の中で、ニーズを確認し、連携のありかたを考える必要がある。

精神科疾患には他の身体科疾患に比べ、診断や病状が医療機関を選ぶ傾向がない。例えば心筋梗塞であれば、急性期は病院が対応するがそれを過ぎれば診療所が対応する。その後、再評価のための精査が必要なら必要に応じて定期的に病院も対応する。しかし、例えばうつ病であれば極端な話、希死念慮があっても診療所も病院も対応に変わりはない。むしろ医師によって対応の仕方に時に大きな違いが生まれる。

総合病院精神科が閉鎖に追い込まれないようにするために、総合病院精神科から地域の精神科診療所、精神科病院に紹介する流れを円滑にする必要がある。精神科診療所も限られた医師数で多忙なために初診予約がとれないことも多く、診療所から紹介を受け、精査あるいは入院治療を行ったが、なかなか予約が取れず診療所に戻れない患者もいる。また精神科診療所や精神科病院が診療しやすくなるために、総合病院精神科がどんな協力ができるのかについても連携を円滑にするために考える必要がある。

精神科病院では入院患者に合併症が発生した場合に合併症医療の対応をしてくれる医療機関を探すのに難渋することがある。この場合に総合病院精神科がどう連携できるかも考えなくてはならない。総合病院ごとに診療科の体制に違いがあるため、他病院との連携も含め考えていく必要がある。

精神科が無い総合病院との連携を考える場合、相互が協力し合えるかたちとして、診療所・病院勤務精神科医が総合病院に出向いてリエゾンとして協力しながら、合併症治療の協力を得るgive and takeの連携もある。

3. 精神科疾患地域連携パスの実際

これまで述べた事柄をもとに、精神科疾患地域連携パスを構成するシステムを列挙する。

- 1) プライマリケア医→精神科医療機関紹介システム
- 2) 精神科医療機関→プライマリケア医紹介システム
- 3) 精神科診療所→総合病院精神科・精神科病院紹介システム
- 4) 総合病院精神科・精神科病院→精神科診療所紹介システム
- 5) 総合病院精神科開放病棟短期入院システム
- 6) 精神科医療機関⇄総合病院（精神科の無い）連携システム
- 7) 地域連携室、PSWとの連携

1) プライマリケア医→精神科医療機関紹介システム

うつ状態、睡眠障害に関しては北里精神医療地域連携ネットワークが提案したガイドラインを利用する。うつ状態ガイドラインには認知症、統合失調症の鑑別も含まれているので、ある程度網羅できる。基本的に診断に悩む場合は精神科医療機関へ紹介するというスタンスで良いと考える。

2) 精神科医療機関→プライマリケア医紹介システム

どの診断でどの程度の状態であればプライマリケア医にとってそれほど負担にならず診療できるかの基準が必要である。またプライマリケア医に診療を委ねるにしても、精神科医療機関が経過の中でどのように協力していくか検討する必要がある。

3) 精神科診療所→総合病院精神科・精神科病院紹介システム

紹介目的をおおまかに分類し、それぞれにおいて円滑な紹介・紹介受けができるシステムを考える必要がある。病院側は優先的に受けやすくするための外来枠、病床を確保し、情報のやり取りがしやすくなるシートを考える必要がある。また限られた外来枠、病床を有効活用できるよう、情報のとりまとめをするPSWの協力も必要になる。

4) 総合病院精神科・精神科病院→精神科診療所紹介システム

外来初診優先枠を確保し、情報のやり取りがしやすくなるシートを考える必要がある。また、地域の精神科診療所に委ねた後も、診療方針を共有していること、必要に応じて優先的に入院できることなどを患者に伝える仕組みも、連携を円滑にする上で考える必要がある。現行の退院時診療計画書は形骸化しており、これに手を加える必要がある。

5) 総合病院精神科開放病棟短期入院システム

先述の専門的な短期入院コースを設定する。プライマリケア医、精神科診療所、精神科病院が利用しやすい窓口、受け入れシステム、退院後の情報提供などを考えていく必要がある。

6) 精神科医療機関⇔総合病院（精神科の無い）連携システム

精神科医が総合病院に出向いてリエゾン業務をするための契約、法的な問題への対応を考える必要がある。

総合病院に合併症患者を受け入れてもらう上での基準を考える必要がある。

7) 地域連携室、PSWとの連携

1)～6)の連携を円滑に進める上で、システムを熟知し、利用可能な外来枠や病床などの情報をまとめ、中継地点の役割を担う地域連携室、PSWの協力は不可欠である。地域連携室/PSWが不在の医療機関は他院の地域連携室/PSWの傘下に入る形で医療機関相互に連携するシステムを考える必要があるかもしれない。

精神科医療における 地域連携パスの試み

北里大学医学部精神科学

1

精神科医療と地域連携の現状

うつ状態などの通院患者数が増加している

過剰診断、過剰治療

閾値下状態、軽症を病気とみなす傾向

軽症／重症、衝動性の有無などにより、患者の偏在が生じ、
医療機関間の連携が必ずしも上手くいっていない

2