

研究成果の意義

アウトカムを出しにくい研究テーマもあったが、病的ギャンブル、アルコール依存症研究においては明確な成果が得られる

地域連携、医療圏、精神科救急、境界型人格障害、心理士研究においても現状での問題点を明らかにするとともに、理想的な地域連携モデルの提言が得られる

診療時間外の対応システムのあり方を提案できる

近年問題になっている勤務場所による医師の不均衡感を減じる策を検討する上で重要な示唆を与える可能性がある

Kitasato University Department of Psychiatry

研究成果の意義

常習飲酒運転者に関する調査は、当初の計画にないもので、その意味では目標以上の達成と言える

高齢ア症患者の増加、常習飲酒運転者に関しては、社会的にも大きな問題になっており、その対策を考える上で、極めて重要な示唆を与えることになると考えられる

日本ではデータが少ない病的賭博などのギャンブル依存症の実態を明らかにし、治療や社会支援システムを提言できる

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。また、治療効果と遺伝子多型との相互作用について示唆が得られる可能性がある

Kitasato University Department of Psychiatry

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）
平成 19～平成 21 年度総合分担研究報告書
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）

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 北里大学部精神科学主任教授

研究要旨

精神障害者の地域連携における問題点を明らかにした。それに対する対策として、精神科医、プライマリケア医を対象とした教育システムを構築した。顔の見える連携を実践するため、地域連携ネットワーク研究会を設立した。研究会で議論を重ね、うつ状態の診療をモデルに地域連携で効果を期待出来るガイドラインを策定した。ガイドラインの運用から問題を抽出し、検討を重ね精神科疾患地域連携パスの必要性が確認された。精神科疾患地域連携パス委員会を設立し、検討に入った。

研究協力者

大石智 北里大学医学部精神科学助教

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) 安易な抗うつ薬処方も関係して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）を作りながら、精神科医療における理想的な地域連携を提言することである。

B. 研究方法

研究は「問題点を明らかにする」、「明らかになった問題点をもとに地域ケアシステムを検討し実践する」、「実践の中で見出された問題を抽出し、解決策を検討する」というながれで実施した。

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 年度は 1) 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) 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) 精神科疾患地域連携パスの検討を行った。

（倫理面への配慮）

本研究における調査では、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. 教育システム

これまでの調査で、医師の診療の質の患者に及ぼす影響が大きいことは明らかになっている。実際に臨床現場においても、情報提供書の内容をみて戸惑うことは度々ある。医師の精神科疾患の診療技能の質を高め維持することは、地域連携システムを機能させる上で大きく寄与することが予想される。

教育システムは1) メーリングリスト、2) インターネット上共有ディスクを利用した情報配信、3) 動画サイト、4) 地域連携ネットワーク Web サイトの4つのシステムで構成される。

インターネットを活用した教育システムは時間的な制限を解決することができる。4つのシステムはそれぞれ連動し、一方向の教育システムではない。メーリングリストを介して議論が会員に公開され自由に参加出来るものになっている。

2. 地域連携ネットワーク研究会

北里大学東病院の周辺地域や連携のある医療機関に参加を要請し、研究会を立ち上げた。研究会では地域連携における問題点を提起し、対応策に関する議論を深めるとともに、うつ状態、睡眠障害、アルコール依存症など、地域連携で問題になりやすい疾患・状態に関する教育・啓発・議論を行った。インターネットを活用し、教育システムだけでは得られない「顔の見える連携」を目指した。

3. うつ状態診療ガイドライン

地域連携ネットワーク研究会で、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。

4. 精神科疾患地域連携パス

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。定期的に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、情報の取捨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、過剰治療、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』などの考え方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き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、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
の試み。第28回日本社会精神医学会
2009.2.27 栃木

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



「うつ病における地域連携」
 監修者：北里大学東病棟精神科
 編集者：北里大学東病棟精神科
 発行所：北里大学東病棟精神科
 発行年：2008年7月24日（第1刷）
 2008年7月24日（第1刷）
 印刷部：北里大学東病棟精神科
 印刷部：北里大学東病棟精神科

うつ病における地域連携

Kitasato University Department of Psychiatry

今後の方向

- 1) 地域ネットワーク参加クリニック、病院による「統一した治療方針（地域連携パス類似の指標）」の作成と医療レベルの維持
 →プライマリ医：可能、精神科クリニック：難
- 2) ネットワーク参加プライマリ医からの紹介枠を作る
 →北里大学東病棟でまず試みる
- 3) 自施設の患者は24時間主治医としての責任をもつ
 体制作り（クリニック、精神科医以外が当直する精神科病院）
- 4) 政令指定都市としての相模原市（平成22年4月）に何ができるか
- 5) 医療圏をどう考えるか

Kitasato University Department of Psychiatry

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

平成19年度厚生労働科学研究費補助金（障害関連研究事業）

高岡 等	研究総括	慶応義塾大学・昭和60年 医学博士・精神医学	北里大学医学部 精神科	教授
藤原 修一郎	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構築	山梨大学・昭和62年 精神医学	横浜南共済病院 精神科	部長
澤 道	精神科統合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 透	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 アルコール依存症セ 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類型と地域ケアの促進	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 医学部精神科 臨床心理学・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60年 精神医学	武田病院	院長
菅清 謙英	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 医学部精神科 臨床心理学・医療 心理学	准教授

Kitasato University Department of Psychiatry

研究班の概要

宮岡班には「地域ケアの促進」に関する7つの分担研究班がある

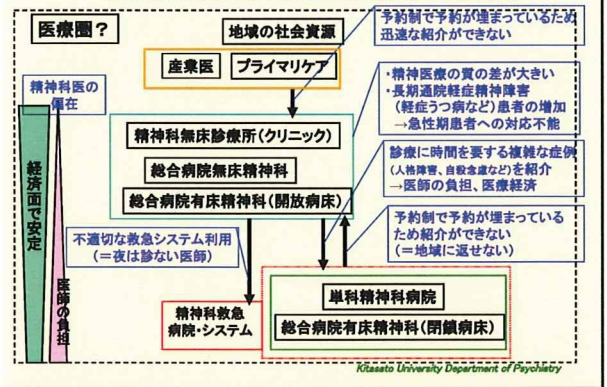
	1年目	2年目	3年目
東病棟	地域連携 (①宮岡班) ①地域ネットワークの基盤となる医療機関の連携提供の円滑化のための研究 ②教育システムの開発	①東病棟精神科ネットワーク会議の開催 ②教育システムの構築 ③研究の発表	①会議と教育システムの継続 ②会議の評価
	人格障害 キャンブル依存症 (②田中班) ①PG等の実態把握の調査、開始（患者数、診断率、治療プラン、専門施設） ②PG等のデータ提供	①PG等の実態把握の継続 ②PG等のデータ提供	①PG等のデータ等 取りまとめ ②PG等のデータ提供
	精神科コメディカル (③岩淵班) ①医師の地域連携における役割の調査 ②医師の地域連携における役割の調査	①医師の地域連携における役割の調査 ②医師の地域連携における役割の調査	①医師の地域連携における役割の調査 ②医師の地域連携における役割の調査
東病棟以外	精神科救急医療 (④澤班) ①医師の精神科救急に対する意識調査 ②医師の精神科救急に対する意識調査	①医師の精神科救急に対する意識調査 ②医師の精神科救急に対する意識調査	①医師の精神科救急に対する意識調査 ②医師の精神科救急に対する意識調査
	医療圏設定 (⑤藤原班) ①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）	①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）	①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）
	アルコール依存症 (⑥樋口班) ①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）	①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）	①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）
	精神科病院 (⑦武田班) ①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）	①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）	①医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等） ②医師の地域連携を促す前提となる地域連携の基盤（医療機関、地域におけるニーズ等）

①宮岡班（地域連携）

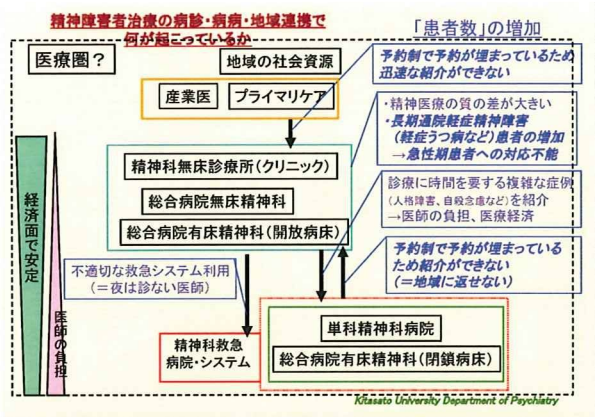
- 1) 地域ネットワークの問題点の抽出のため、ネットワークを構築しながら、参加機関と非参加機関の間での差を見いだす。
- 2) 診療の質が患者に与える影響が大きいことを考慮し、地域ネットワークの基盤として、教育システムの開発を試みる。
- 3) 平成19年度はプライマリケア医、精神科医を対象とした研究会を実施し、研究会に参加した医師のみがアクセスできる教育システムを立ち上げた。平成20年度は教育システムを継続し、これを基盤に会議を開催し、議論を深めていく予定である。

Kitasato University Department of Psychiatry

精神障害者治療の病診・病病・地域連携何が起きているか



Kitasato University Department of Psychiatry



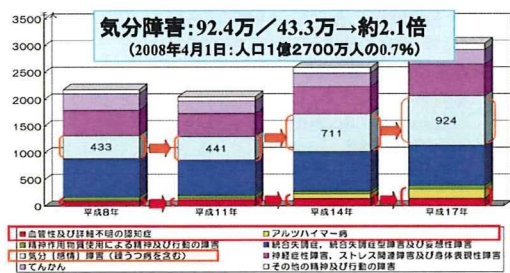
「通院患者数」の増加

- 1) 患者数の増加
- 2) 治療適応の判断
- 3) 適切な通院間隔と診療時間
- 4) 治療終結の判断

Kitasato University Department of Psychiatry

気分障害の増加——診断基準の変化？

精神疾患の総患者の疾病別内訳



(<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkou/bunka3/dai3/siryou3.pdf>)
Kitasato University Department of Psychiatry

「通院患者数」の増加

- 1) 患者数の増加
- 2) 治療適応の判断
診断基準が甘い
薬物開始閾値の低下
- 3) 適切な通院間隔と診療時間
- 4) 治療終結の判断

Kitasato University Department of Psychiatry

「通院患者数」の増加

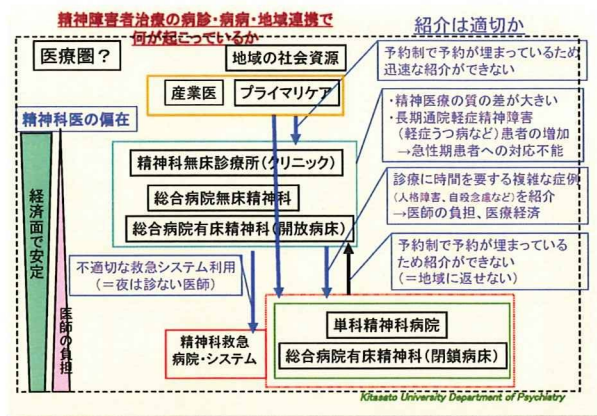
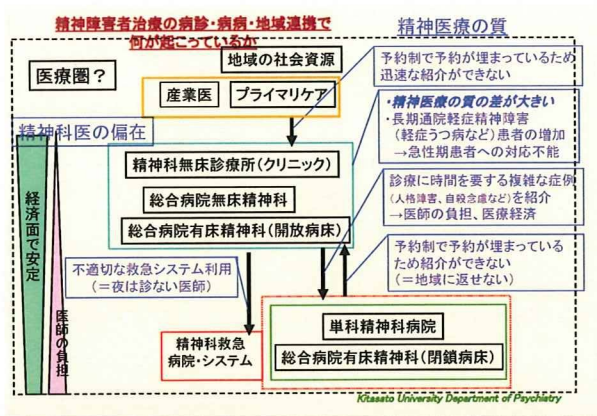
- 1) 患者数の増加
- 2) 治療適応の判断
- 3) 適切な通院間隔と診療時間
睡眠薬の30日処方
通院精神療法は5分以上
5分もいない人にも時間に応じた診療報酬?
- 4) 治療終結の判断

Kitasato University Department of Psychiatry

「通院患者数」の増加

- 1) 患者数の増加
- 2) 治療適応の判断
- 3) 適切な通院間隔と診療時間
- 4) 治療終結の判断
薬物療法の終結基準は研究が少ない
長期通院軽症患者の増加
新規患者より医師は楽だが診療報酬は維持
中止しにくい(退薬症状のでやすい)抗うつ薬?

Kitasato University Department of Psychiatry



紹介の問題あれこれ(1)

- 「東病院はどんな人でもいつでもみてくれるから行ってごらん」
 - 入院が必要な場合、東病院は入院仲介のみ？
 - 患者さんの移動距離は大きくなる
- 患者さんには「入院が必要です」、紹介先には「入院をお願いします」
 - 入院適応の判断は紹介先の医師がすべき。
 - 「入院がよいかどうか診てもらいましょう」
- カウンセリングや認知行動療法の依頼
 - 枠が一杯

Kitasato University Department of Psychiatry

紹介の問題あれこれ(2)

- 治療が不適切
 - 紹介元の医師:「治らないから紹介したい」
 - 患者:現在の治療が不適切ではないか
 - 自分の考えを伝えるしかない時代である
 - 過去の例
 - TGA、初めてのけいれん発作、TGA減量しないままバルプロ酸、抗うつ薬は多剤併用
 - 治療的意義があるかどうかわからない精神療法
 - 極端な多剤併用
- 「貴院での入院/通院を希望しておりますのでよろしく」
 - 実は医師が希望していて患者の希望であるかのようにはらせる

Kitasato University Department of Psychiatry

紹介の問題あれこれ(3) (自傷、自殺念慮、問題行動)

- 「自傷行為が激しくなったため入院よろしく」
 - 1)自殺企図は入院の適応か？
 - 家族がみれないから入院にする
 - 自殺企図患者をみられる看護体制、病棟とは？
 - 2)「精神疾患として重症」、「病棟管理の必要度」、「医療費」が関連しない
- 「プライマリケア医から精神科への紹介」は自殺念慮を有する症例をみないクリニックなら、紹介自体が無駄。

Kitasato University Department of Psychiatry

今後の方向

- 地域ネットワーク参加クリニック、病院による「統一した治療方針(地域連携バス類似の指標)の作成と医療レベルの維持
 - プライマリ医:可能、精神科クリニック:難
- ネットワーク参加プライマリ医からの紹介枠を作る
 - 北里大学東病院でまず試みる
- 自施設の患者は24時間主治医としての責任をもつ体制作り(クリニック、精神科医以外が当直する精神科病院)
- 政令指定都市としての相模原市(平成22年4月)に何ができるか
- 医療圏をどう考えるか

Kitasato University Department of Psychiatry

神奈川県二次保健医療圏

二次保健医療圏名	市 区 町 村
横浜北部	鶴見区、神奈川区、港北区、緑区、青葉区、都筑区
横浜西部	西区、保土ヶ谷区、旭区、戸塚区、泉区、瀬谷区
横浜南部	中区、南区、港南区、磯子区、金沢区、栄区
川崎北部	高津区、宮前区、多摩区、麻生区
川崎南部	川崎区、幸区、中原区
横浜貫二浦	横浜貫市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
湘南東部	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町
湘南西部	平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町
県 央	厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川町
県 北	相模原市、城山町、津久井町、相模原町、緑野町
県 西	小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
計(11圏域)	(19市17町1村)

(県医療整備課「神奈川県保健医療計画」改定のページより抜粋掲載。)

Kitasato University Department of Psychiatry

地域連携パスで求められること

- ・対象疾患の連携ネットワークづくり
- ・診療方針の統一
- ・達成目標の設定
- ・オーバービューパスの作成
- ・患者用地域連携パスの作成
- ・バリエーション収集システムの構築
- ・地域連携パス改訂のための定期的会合

Kitasato University Department of Psychiatry

うつ病における地域連携

Kitasato University Department of Psychiatry

医師別にみたうつ病診療に求められる知識、資格、施設の有無

	知識				資格		施設	
	うつ病を疑える	うつ病を診断できる	合併/除外の診断ができる	重症を判断できる	治療の知識がある	医療保護入院を助めることができる	開放病棟の入院が可能である	閉鎖病棟の入院が可能である
プライマリケア医	○	△	×	△	△	×	×	×
心療内科クリニック医	○	○	△	△	○	△	×	×
精神科クリニック医	○	○	○	○?	○	○?	×	×
有床病院の心療内科医	○	○	△	△	○	△	○	×
有床病院の精神科医	○	○	○	○	○	○	△	○

- 1)うつ病以外の精神疾患の知識→教育、臨床研修
- 2)重症度/医療保護入院の知識→臨床研修、教育
- 3)病棟の有無(→精神科クリニックでも同様の問題)→単なる紹介の受け入れには限界・契約連携施設を作る

Kitasato University Department of Psychiatry

プライマリケア医の対応うつ状態—

- 意識障害、認知症が疑われる、違法薬物が疑われる→精神科へ
- ゆううつである(体がだるい、涙もろい)
 - 自殺念慮:非常に強い→県の救急システム
 - かなり強い→病棟のある精神科
 - ある→精神科クリニック
 - きわめて弱い/ない→次の質問へ
- ゆううつ感の持続期間
 - 2年以上→精神科クリニックへ、2年以内→次の質問へ
- 被害妄想、幻聴を疑わせる症状(註参照)がある
 - ある→精神科クリニックへ、ない→抗うつ薬療法を開始する
- 抗うつ薬療法
 - フルボキサミン(25mg)/セチプチリン(1mg)/ミアンセリン(10mg)
 - 1錠眼前 副作用がなければ1週後に2錠、2週後に3錠
 - 不眠が強い場合 リスミー1mg(頓用)
- 6週後の自覚症状
 - 改善→継続/増量、不変/増悪→精神科クリニックへ

Kitasato University Department of Psychiatry

精神科医による外来治療のパス—うつ状態—

→Evidenceの少ない領域なのである方針を共有するという意識が大切

- 診断の確認
- 抗うつ薬の増量/変更(原則は単剤処方)
- 2か月間で変化がない場合
 - 難治性うつ病のプロトコールに準じた治療
- 特殊性の強い精神療法は可能な限り控える(パスからはず)

Kitasato University Department of Psychiatry

プライマリケア医の対応—身体愁訴—

- ゆううつ感
あり→うつ病プロトコールに準じた対応
なし→以下の質問へ
- 被害妄想、幻聴を疑わせる症状(註参照)がある
ある→精神科クリニックへ
ない→以下の質問へ
- 患者の治療希望に応じて以下のいずれかを選択
1) 診断確定のために精神科医へ
2) 抗不安薬少量
3) 経過観察のみ
- 意識障害、認知症が疑われる、違法薬物が疑われる
→診断確定のために精神科医へ

Kitasato University Department of Psychiatry

地域ネットワーク構築の試み

地域ネットワーク協力者のメーリングリスト作成

地域連携ネットワーク検討会

情報の共有と
問題ケースの検討

インターネット上の共有ディスク
重要資料、テキストを掲載
MLでURLを知らせる

講演会を動画で配信
MLでURLを知らせる

プライマリケア医向け講演会／勉強会
精神科医向け講演会／勉強会

Kitasato University Department of Psychiatry

北里精神医療地域連携ネットワーク
2024年度 第二回研究会

＜プログラム1＞
「うつ状態に関する本ネットワーク
プライマリケア医向けガイドラインの提案と討論」
提案 宮岡等(北里大学東病院精神神経科)
討論/司会 宮岡等(北里大学東病院精神神経科)
討論者 小林一雄先生(内科クリニックこばやし)
早鳥俊先生(横浜メンタルクリニック戸塚)
竹本 毅(北里大学病院総合診療部)

＜プログラム2＞
「症例検討」
症例提示 小林一雄先生(内科クリニックこばやし)
討論/司会 大石智(北里大学東病院精神神経科)
討論者 住吉秋次先生(住吉クリニック)
那須一郎先生(相模ヶ丘病院)
宮岡等(北里大学東病院精神神経科)

総合司会 大石智(北里大学東病院精神神経科)

Kitasato University Department of Psychiatry

紹介の問題あれこれ(1)

- 1) 「東病院はどんな人でもいつでもみてくれるから行って
ごらん」
・入院が必要な場合、東病院は入院仲介のみ?
・患者さんの移動距離は大きくなる
- 2) 患者さんには「入院が必要です」、紹介先には「入院を
お願いします」
・入院適応の判断は紹介先の医師がすべき。
→「入院がよいかどうか診てもらいましょう」
- 3) カウンセリングや認知行動療法の依頼
→ 枠が一杯

Kitasato University Department of Psychiatry

紹介の問題あれこれ(2)

3) 治療が不適切

- ・紹介元の医師: 「治らないから紹介したい」
／患者: 現在の治療が不適切ではないか
→ 自分の考えを伝えるしかない時代である

過去の例

- ・TCA、初めてのけいれん発作、TCA減量しないままバルプロ酸、
抗うつ薬は多剤併用
- ・治療的意義があるかどうかわからない精神療法
- ・極端な多剤併用

4) 「貴院での入院／通院を希望しておられますのでよろしく」
→ 実は医師が希望していて患者の希望であるかの
ように語らせる

Kitasato University Department of Psychiatry

紹介の問題あれこれ(3) (自傷、自殺念慮、問題行動)

- ・「自傷行為が激しくなったため入院よろしく」
→ 1) 自殺企図は入院の適応か?
家族がみれないから入院にする
自殺企図患者をみられる看護体制、病棟とは?
- 2) 「精神疾患として重症」、「病棟管理の必要度」、
「医療費」が関連しない

・「プライマリケア医から精神科への紹介」は自殺念慮を
有する症例をみないクリニックなら、紹介自体が無駄。

Kitasato University Department of Psychiatry

今後の方向

- 1) 地域ネットワーク参加クリニック、病院による「統一した治
療方針(地域連携パス類似の指標)」の作成と医療レベ
ルの維持
→ プライマリ医: 可能、精神科クリニック: 難
- 2) ネットワーク参加プライマリ医からの紹介枠を作る
→ 北里大学東病院でまず試みる
- 3) 自施設の患者は24時間主治医としての責任をもつ
体制作り(クリニック、精神科医以外が当直する精神科病院)
- 4) 政令指定都市としての相模原市(平成22年4月)に何ができるか
- 5) 医療圏をどう考えるか

Kitasato University Department of Psychiatry

精神科医による外来治療のパス—うつ状態—

→ Evidenceの少ない領域なのである方針を
共有するという意識が大切

- 診断の確認
- 抗うつ薬の増量/変更(原則は単剤処方)
- 2か月間で変化がない場合
→ 難治性うつ病のプロトコールに準じた治療
- 特殊性の強い精神療法は可能な限り控える
(パスからはずす)

Kitasato University Department of Psychiatry

北里精神医療地域連携ネットワーク
プライマリケアにおけるうつ状態の診療指針案 (2008年9月版)

<基本方針>

- ・抗うつ薬処方不適切な症例を2次検査(専門依頼)に紹介する。
- ・抗うつ薬が効く症例を見抜くのではない(朝の抑うつ、体重減少、早朝覚醒、抑うつの質のちがいは問わない)

Kitasato University Department of Psychiatry

<プライマリケアにおけるうつ状態の診療指針>

身体症状があるがそれに見合う身体所見が見出されない

(説明と同意)「体の方に今すぐ治療しないといけないような異常はありません。もちろん何か別の症状が出てきたり、今の症状が強まったりしたら、もっと検査することもあります。現時点ではこれ以上の検査は必要ないと考えます。こういう原因のはっきりしない体の症状がうつ病などの精神面の問題から起こることがありますので、そちらの治療が効く可能性があるかどうかを判断するために、少し面接を追加したいのですがいいですか。」

Yes No→担当医独自の判断へ

Kitasato University Department of Psychiatry

(ゆううつ感の確認)「最近、気持ちが落ち込むとかゆううつであるとか元気がないようなことがありますか」

少しでもある 全くない→担当医独自の判断へ

(薬物の関与)「現在摂取している薬物(違法薬、身体疾患治療薬)を確認。何らかの薬物とゆううつ感が時間的に一致するか。」

関係する薬物はない 関係する薬物がある→担当医独自の判断へ

Kitasato University Department of Psychiatry

(意識障害、認知症の除外)「逆きつね」検査

10秒以内に正解 10秒以上かかる OR 不正解→専門依頼

- 1) (自殺念慮の有無)「念のため確認しますが、ゆううつ感のある時、人によっては死にたいとか生きていてもかたないという気持ちが出る場合があります。そんな気持ちに襲われることがありますか」
- 2) (うつ病相の持続期間)「今のうつ状態はどのくらい前から続いていますか。3年以上にわたって途中ですっきりした時期なく続いていますか」
- 3) (躁状態の既往の有無)「そううつ病などという言葉があるように、うつ状態になった方に向うと、過去に逆に元気がよくなるくらいの時期があったと言われる方がいます。周りの人から、「いつもより元気だ」、「元気がよくなるんじゃない?」などと言われたり、自分でも今から思うと、いつもより怒りっぽかったとか、お金遣いが荒かったなどと思う時期がありますか」
- 4) (統合失調症を疑わせる症状の有無)「道を歩いているも他人の視線が気になったり、自分のことを言われているような気がする場合がありますか」

1-4: すべてない 1-4: ひとつでもある→専門依頼

Kitasato University Department of Psychiatry

以下の手順を参考にして薬物療法を開始する。
「抗うつ薬が効く可能性があるので処方します。うつ病は抗うつ薬を飲んで休めば治るといような啓発活動がありますが、そんな簡単なものではないので、もし薬を飲んでよくならないとか、かえって悪くなる、あるいは副作用のような症状が出るがあればすぐ言ってください。北里精神医療地域連携ネットワークというのがある、当院はそこには入っていますから、いつでも北里大学東病院精神神経科に相談や紹介ができるようになっていきますので。」

「治療を希望」 「最初から紹介してほしい」→専門依頼

Kitasato University Department of Psychiatry

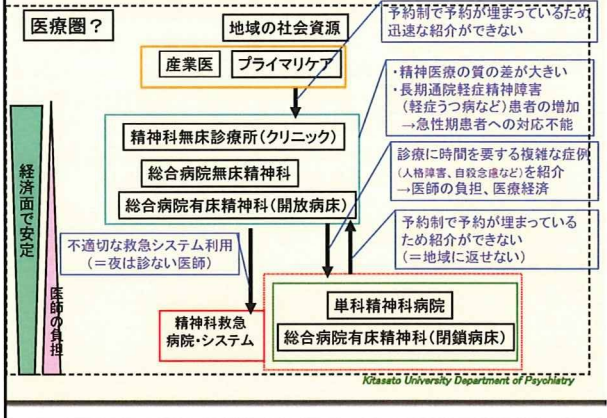
「治療を希望」 「最初から紹介してほしい」→専門依頼

- ★抗うつ薬: その薬剤の最小単位の錠剤1錠を眠前に投与する。副作用がなければ1週間後に2錠、2週間後に3錠に増量する。抗うつ薬と最小単位の錠剤1錠の例(商品名<一般名>)
 - パロキセチン<パキシル>10mg
 - フルボキサミン<ルボックス/デプロメール>25mg
 - ミアンセリン<テトラミド>10mg
 - セチプチリン<テシフル>1mg
 - ノリトリプチリン<ノリレン>10mg など
- ★睡眠薬: 不眠が強い場合に限って、睡眠薬をその薬剤の最小単位の錠剤1錠を屯用として与薬する。睡眠薬と最小単位の錠剤1錠の例(商品名<一般名>)
 - リルマザフォン<リスミー>1mg
 - ゾピクロン<アモバン>7.5mg
 - (フルニトラゼパム<サイレース、ロヒパノール>は用いない)

- ・症状が増悪する場合→専門外来へ
- ・6週間後の自覚症状が不変→専門外来へ

Kitasato University Department of Psychiatry

精神障害者治療の病診・病病・地域連携で何が起きているか



プライマリケア医向け
うつ状態診療ガイドラインの検討と
北里大学東病院精神神経科外来の
連携体制

北里精神医療地域連携ネットワーク

ガイドラインの出発点

- 自殺対策、啓発活動などとともに、精神科受診の敷居は下がり、軽症うつ状態の患者が増加している。
- SSRI、SNRIの発売後、「副作用が少ない」という製薬企業の案内の先行もあり、医師の処方判断の閾値が低下している。
- 抗うつ薬が効きにくいケースに対して、抗うつ薬・抗不安薬などが多剤使用されている状況で紹介されることが多い。
- 抗うつ薬が効きにくいケースに抗うつ薬を使用しないことは、患者にとって利益があるだけでなく、医療費削減につながる可能性がある。

うつ病治療ガイドラインは必要だが、
抗うつ薬が効きにくいケースに対する
対応の指針も必要ではないか。

Kitasato University Department of Psychiatry

ガイドラインの基本方針

- 抗うつ薬処方が不適切な症例を2次検査（専門依頼）に紹介する。
- 抗うつ薬が効く症例を見抜くのではない（朝の抑うつ、体重減少、早朝覚醒、抑うつの質の違いなどは問わない）。

Kitasato University Department of Psychiatry

ガイドラインの実際

身体症状があるがそれに見合う身体所見が見出されない

（説明と同意）「体の方に今すぐ治療しないといけないような異常はありません。もちろん何か別の症状が出てきたり、今の症状が強まったりしたら、もっと検査することもあります。現時点ではこれ以上の検査は必要ないと考えます。こういう原因のはっきりしない体の症状がうつ病などの精神面の問題から起こることがありますので、そちらの治療が効く可能性があるかどうかを判断するために、少し面接を追加したいのですがいいですか。」

Yes No→担当医独自の判断へ

精神科疾患に対する否定的な感情に配慮した導入を心がける

Kitasato University Department of Psychiatry

うつ状態を呈する身体疾患を見逃さない

うつ状態を呈しやすい主たる身体疾患

内分泌代謝系疾患

甲状腺機能障害
副腎皮質機能障害
性腺機能障害
電解質異常（特に低Na血症）

中枢神経系疾患

パーキンソン病、多発性脳梗塞
正常圧水頭症、アルツハイマー病
脳腫瘍、慢性硬膜下血腫
多発性硬化症

その他

膠原病、インフルエンザ
隣癌、肺炎

Kitasato University Department of Psychiatry

ガイドラインの実際

（ゆううつ感の確認）「最近、気持ちが落ち込むとかゆううつであるとか元気がないようなことがありますか」

少しでもある 全くない→担当医独自の判断へ

（薬物の関与）＜現在摂取している薬物（違法薬、身体疾患治療薬）を確認。何らかの薬物とゆううつ感が時間的に一致するか。＞

Kitasato University Department of Psychiatry

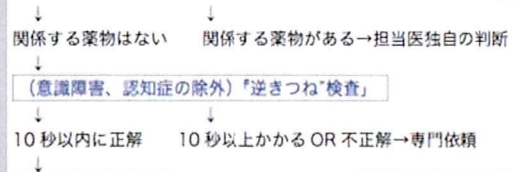
薬剤性のうつ状態を見逃さない

うつ状態を呈しやすい主な薬剤

- 血圧降下薬: レセルピン、 α メチルドパ、 β ブロッカー
- ホルモン剤: 副腎皮質ステロイド、黄体卵胞混合ホルモン、酢酸ブセレリン
- 抗潰瘍薬: H2ブロッカー
- 抗結核薬: シクロセリン、INH、エチオナミド
- 抗パーキンソン病薬: 塩酸アマンタジン、L-ドーパ
- 免疫調整薬: インターフェロン
- 向精神薬: ハロペリドール、チアプリド

Kitasato University Department of Psychiatry

ガイドラインの実際



Kitasato University Department of Psychiatry

ガイドラインの実際

- 1) (自殺念慮の有無) 「念のため確認しますが、ゆううつ感のある時、人によっては死にたいとか生きていてもしかなないという気持ちが出る場合があります。そんな気持ちに襲われることがありますか」
- 2) (うつ病相の持続期間) 「今のうつ状態はどのくらい前から続いていますか。3年以上にわたって途中ですっきりした時期なく続いていますか」
- 3) (躁状態の既往の有無) 「そううつ病などという言葉があるように、うつ状態になった方に向うと、過去に逆に元気がすぎるくらいの時期があったと言われる方がいます。周りの人から、「いつもより元気だ」、「元気がすぎるんじゃない?」などと言われるたり、自分でも今から思うと、いつもより怒りっぽかったとか、お金遣いが荒かったなどと思う時期がありますか」
- 4) (統合失調症を疑わせる症状の有無) 「道を歩いていると他人の視線が気になったり、自分のことを言われているような気がする場合がありますか」

自殺念慮を確認することで、法的な責任が発生するのであれば確認しない方がよいという考え方もあるが、専門医に紹介するという対応をすることで法的なリスクは担保される。診断のためにも確認した方がよい。

1-4: すべてない 1-4: ひとつでもあり→専門依頼

Kitasato University Department of Psychiatry

ガイドラインの実際

以下の手順を参考にして薬物療法を開始する。
「抗うつ薬が効く可能性があるので処方します。うつ病は抗うつ薬を飲んで休めば治るといような啓発活動がありますが、そんな簡単なものではないので、もし薬を飲んでもよくなるか、かえって悪くなる、あるいは副作用のような症状が出る可能性があります。北里精神医療地域連携ネットワークというのがあるので、当院はその中には入っていますから、いつでも北里大学東病院精神神経科に相談や紹介ができるようになっていますので。」

「治療を希望」 「最初から紹介してほしい」→専門依頼

告知に関しては、拒否感などからすべできないという否定的な意見もあるが、説明の仕方を工夫して対応できるし、告知しないことの問題も大きい。

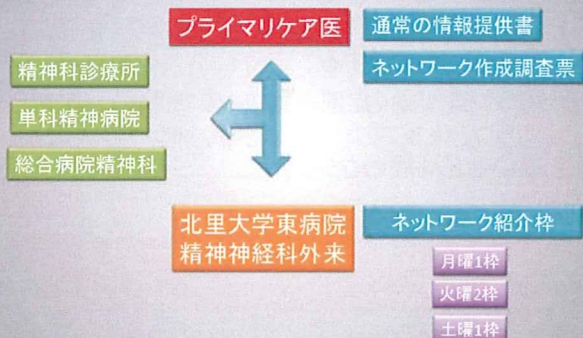
Kitasato University Department of Psychiatry

ガイドラインの実際

- ★ 抗うつ薬: その薬剤の最小単位の錠剤1錠を眼前に投与する。副作用がなければ1週間後に2錠、2週間後に3錠に増量する。
抗うつ薬と最小単位の錠剤1錠の例 (商品名<一般名>)
フルボキサミン<ルボックス/デプロメール>25mg
セルトラリン<ジェゾロフト>25mg
パロキセチン<パキシル>10mg
ミルナシプラン<トレドミン>12.5mg (男性は禁忌)
ミアンセリン<テトラミド>10mg
セチプチリン<テシプール>1mg
ノリトリプチリン<ノリレン>10mg など
 - ★ 睡眠薬: 不眠が強い場合に限って、睡眠薬をその薬剤の最小単位の錠剤1錠を単用として与薬する。
睡眠薬と最小単位の錠剤1錠の例 (商品名<一般名>)
リルマザフォン<リスミー>1mg
ゾピクロン<アモバン>7.5mg
(フルニトラゼパム<サイレース>、ロゼパノールは用いない)
- ↓
→改善
- ・症状が増悪する場合→専門外来へ
 - ・6週間後の自覚症状が不変→専門外来へ

Kitasato University Department of Psychiatry

北里大学東病院精神神経科外来における連携体制



Kitasato University Department of Psychiatry

うつ病スクリーニングの考えかた



Kitasato University Department of Psychiatry

調査票

Kitasato University Department of Psychiatry

紹介後のながれ

東病院での治療継続

東病院から診療所、総合病院精神科、
単科精神病院へ転医

紹介元プライマリケア医での治療継続

終診

その判断はケースバイケースで、紹介後の連携も可能

Kitasato University Department of Psychiatry

プライマリケアにおける 抗うつ薬の選び方

北里精神医療地域連携ネットワーク

Kitasato University Department of Psychiatry

ガイドラインの基本方針

- 抗うつ薬処方が不適切な症例を2次検査(専門依頼)に紹介する。
- 抗うつ薬が効く症例を見抜くのではない(朝の抑うつ、体重減少、早朝覚醒、抑うつの質の違いなどは問わない)

この基本方針に基づいた中で、
何を指標に抗うつ薬を選んだら良いか

Kitasato University Department of Psychiatry

この基本方針に基づいた中で、
何を指標に抗うつ薬を選んだら良いか

- ガイドラインに従えば、プライマリケアで抗うつ薬処方の対象になるのは軽症うつ病にある程度しぼられる
- 軽症うつ病患者を早期に治療導入でき、安定した服薬が可能で、寛解後の維持療法がしやすく、維持療法後の抗うつ薬減量中止がしやすいものが望ましい

効果があり、副作用、併用禁忌・注意薬が
少なく忍容性が高いものが望ましい

Kitasato University Department of Psychiatry

効果の高い抗うつ薬を選択する
指標はあるのか？

忍容性の高い抗うつ薬を選択する
指標はあるのか？

Kitasato University Department of Psychiatry

効果のある抗うつ薬を選択する指標はあるのか？

臨床的指標は抗うつ薬選択の
指標になりうるか

薬理的指標は抗うつ薬選択の
指標になりうるか

Kitasato University Department of Psychiatry

臨床的指標は抗うつ薬選択の
指標になりうるか

- Kielholzによる抗うつ薬の効果特性分類:
 - ①意欲亢進作用
 - ②感情調整作用
 - ③不安緩和作用
- 上島による抗うつ薬の効果特性分類: Kielholzの精神症状分類に身体愁訴を加えた症候学的視点に、副作用を考慮した身体的状況も考慮して抗うつ薬の選択方法を示した

だがいずれも科学的確証は得られていない

Kitasato University Department of Psychiatry

薬理的指標は抗うつ薬選択の
指標になりうるか

うつ病の「モノアミン仮説」
脳内モノアミン系と精神機能との関連をうつ病の
根拠とする考え方はある

では2つのモノアミン系に作用するSNRIは
セロトニン系のみ作用するSSRIよりも臨床的效果が優れるか

トレドミン®はSSRIよりも有効率で勝ったが、
寛解率、忍容性では有意差無し (Lopezborによるメタ解析)

三環系抗うつ薬とSSRIの比較に関しては、複数のメタ解析で
臨床効果は同等と結論づけられている

Kitasato University Department of Psychiatry

臨床的指標も、薬理的指標は抗うつ薬選択の指標
になりうる根拠になるエビデンスは乏しいのが現状

現状では根拠のある抗うつ薬の
選択指標として合理的なのは、
副作用特性や毒性の観点に基づくものになる

Kitasato University Department of Psychiatry

忍容性の高い抗うつ薬を選択する
指標はあるのか？

副作用のプロフィール

相互作用のプロフィール

毒性(致死量)

Kitasato University Department of Psychiatry

副作用特性や毒性の観点に基づく 抗うつ薬の選択による利点

副作用による事故の発生リスクを低減する可能性がある

過量服薬による死亡リスクを低減する可能性がある

良好な治療アドヒアランスを期待できる可能性がある

Kitasato University Department of Psychiatry

副作用が少ない、あるいは許容できる抗うつ薬とは？

SSRI/SNRI



副作用がとてもし少ない
抗うつ薬

使いこなすには
それなりの知識が必要

Department of Psychiatry

抗うつ薬の選択は効果よりも 副作用が指標になる

SSRI/SNRIは三環系抗うつ薬に比べて抗コリン性の副作用が少ない

SSRI/SNRIは三環系抗うつ薬に比べて循環器系への影響が少なく、
大量服薬時に死に至りにくい

SSRI/SNRIは嘔吐、頭痛、下痢等の副作用が多い

SSRI/SNRIは薬物相互作用に注意すべき薬剤が多い

SSRI/SNRIは新たな副作用情報が増えつつある

SSRI/SNRIは値段が高い

抗うつ薬の選択は効果よりも 副作用が指標になる

- 第一選択薬として推奨されているSNRIのトレドミン®はしばしば男性で尿閉が起こるので、成人男性で第一選択薬とする必然性はない
- 「三環系より副作用が少なく使いやすい」と思われがちなたトラミド®はコントロール不良の糖尿病には慎重投与であるように耐糖能低下が起こる事がある
- プライマリケアで頻用されがちなたグマチール®はアカシジアや遅発性ジスキネジアを起こす事が多い

Kitasato University Department of Psychiatry

SSRI/SNRIの注意点

- 有害作用が少ないと言われているSSRI/SNRIであるが、初期の低用量でも1/4の患者では有害作用を認める
- この1/4の患者は低用量で続ければ一般的に有害作用は和らぐが、10～15%の患者は低用量でさえ耐えられず、服薬中断する

Kitasato University Department of Psychiatry

SSRI/SNRIの有害作用

- 胃腸管系有害作用: 悪心、下痢、食欲不振、嘔吐、消化不良など
- 体重増加: 初期はほとんどの患者で体重減少を認めるが、以後服用継続患者の1/3は増加する(特にパキシル®は抗コリン作用があり最も体重増加に関係するSSRIである)
- 頭痛

Kitasato University Department of Psychiatry