

|      |                      |          |                           |              |  |
|------|----------------------|----------|---------------------------|--------------|--|
| 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 |  |

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）

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（BPD）を中心とするパーソナリティ障害（PD）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。

2007 年度は小規模単科精神科病院における BPD 患者の医療連携の実態を調査したが、入院紹介の場合では入院目的が曖昧で入院適応外だったり、退院後に紹介元に戻すことが困難なケースも少なくないことなどの課題が明らかになり、医療連携のあり方については、単科精神科病院の本来もつ急性期治療やデイケア治療という特徴的な機能を周辺医療機関も理解し、お互いの機能を尊重する姿勢がスムーズな連携につながることを確認された。

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、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、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。また、保健所・消防署救急隊に聞き取り調査を行ったところ、地域での対応・処遇困難者の存在や、その実際の対応の困難さが明らかになり、川崎市多摩区においては、①行政・精神科病院・警察・消防が定期的に現場の実情を語る懇談会 及び②行政・民生委員・大学心理相談室・精神科病院・ボランティア団体・家族会など広く精神保健福祉の関連諸機関が参加した主に住民向けの啓発を目的とした会議も開催されており、「顔の見える」地域連携が少しずつできるようになり、対応困難事例に対しても関係機関の連携の重要性が確認された。

2009 年度は、地域の精神科医療機関側の困難ケースについての受け入れキャパシティを調査した。そして、川崎市北部地域において実務的な活動を行っている精神保健福祉関連組織の連携を強化し、パーソナリティ障害を含む対応困難ケースについて地域でどう対応するかを具体的に検討する連携会議の発足にむけて検討会を行い、「川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議」が、2010 年 4 月に発足することになった。

これらの連携は、近隣に医療レベルの連携ネットワークの中心となりやすい大学病院や公立の総合病院精神科がない地域において、民間の医師会・医療機関が協力・バックアップしながら保健所、精神保健センター、地元精神科病院、障害者生活支援センターなどが協力して、BPD を含む PD や、発達障害、知的／精神障害併存ケース、医療中断例など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れた。

- A. 研究目的 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
- 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

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。

## B. 研究方法

1) 2007 年度 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、現状の問題点を抽出する。

2) 2008 年度 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、総合病院精神科、精神科診療所への BPD の治療実態・意見のアンケート調査を実施する。②保健所・消防救急隊などでの聞き取り調査を実施する。③地域連携システムの構築のために、「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」及び、「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」を実施した。

### 3) 2009 年度

①川崎市北部地域における地域医療連携を深める為の予備調査として PD を含む多様でその対応にも個別性が要求される困難ケースへの各医

療機関の「診断/評価機能」「治療機能」に関するアンケートを実施した。

②地域での連携ネットワークの中心として、川崎市北部の精神保健センター及び保健所担当者と連携準備会議を開催し、既存の行政が中心となっている各種検討会議との機能の重複を検討し、効率化も含めた連携会議のあるべき姿を検討した。

## C. 研究結果

1) 2007 年度：単科精神科病院における BPD 患者の治療実態及び紹介・逆紹介について

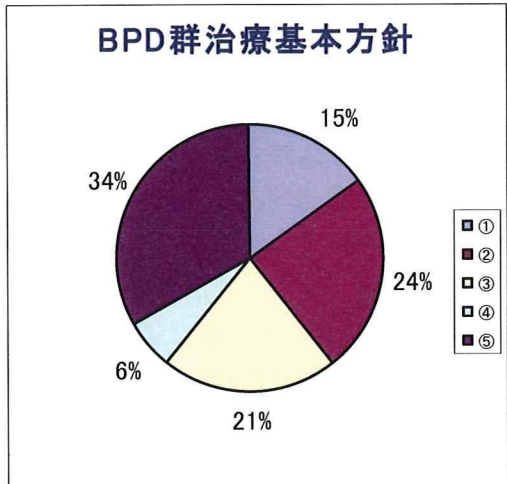
2007 年度に小規模単科精神科病院において、初診時及びその後の初期治療で BPD とされた患者を調査したが、18 ヶ月間で 90 名（全初診患者数の 7.6%）であり、平均年齢は 27.3 歳、紹介ルートは診療所からが 46%、総合病院からが 21%、単科精神科病院 7%、保健所 2%、紹介なしが 24%であった。受診目的は、全体の 64%が入院目的であり、特に紹介患者は入院目的で受診することが多かった。治療経過では、入院目的で受診した人の内 67%が実際に入院し、退院後その 67%の人に対して前医へ逆紹介を行っていた。そして初診患者の 29%が初回のみでの中断もしくは、治療適応外と判断されて前医に戻すなど治療に導入されなかった。治療が適応外とされた理由は、本人の治療意欲が薄弱なケースや、治療目的が単なる「休息」など目的が曖昧であることなどであった。また、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がみられた。そして、医療以外での問題として、家族への支援や児童相談・生活上の支援などの環境調整や福祉面でのサポートが必要であるが、関係機関での連携がスムーズにいかず、結局病状の再燃を繰り返してしまう困難事例などもみられた。他の問題点としては、病状悪化時の入院紹介や退院後の逆紹介がスムーズにいかないことなどがあげられた。

2) 2008 年度①：地域における精神科医療機関や、精神保健関連機関における PD 圏の対応の実態と連携について

2008 年度に行った BPD の治療実態についてのアンケート調査は、首都圏の単科精神科病院（n=14）、総合病院精神科（n=5）、精神科診療所（n=28）か

ら回答が得られた。

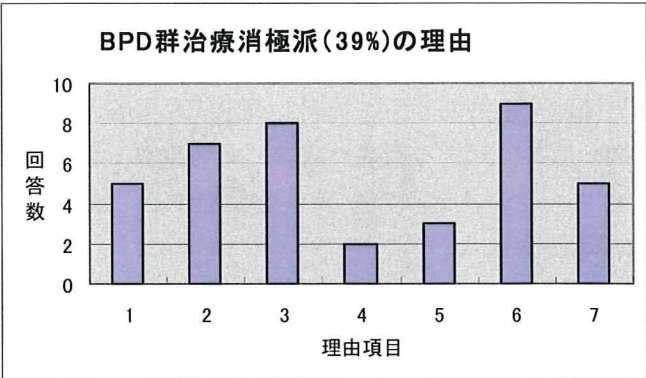
その結果として、各医療機関における BPD 群 に対しての基本治療方針に関する質問への回答では、「BPD の重症度や治療動機の有無により継続 診療を行い、なるべく丁寧に自院で治療（通院あ るいは入院）を行い、必要ならば個人心理療法や デイケア治療や生活支援センターの利用、保健所 相談など他の社会資源の利用を積極的に検討す る」という地域の複数の社会資源を利用して治療 していくという欧米で推奨されている積極的な考 えをもつ医療機関が 35%であった。そして、他に なるべく丁寧に自院でかかえるという積極派をあ わせると合計 66%が治療的には前向きに取りく んでいるという結果であった。反対に、初回のみの 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。



- 図凡例①基本的に初回のみの相談とする。
- 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の施設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（通院あるいは入院）を行い、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、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。

治療に消極的な理由としては、危機対応能力やチーム医療が困難といったマンパワーの問題や診察時間がとれないこと、治療有効性が期待できないこと、病状悪化時に入院紹介が可能な病院が少ないことなどが上げられた。

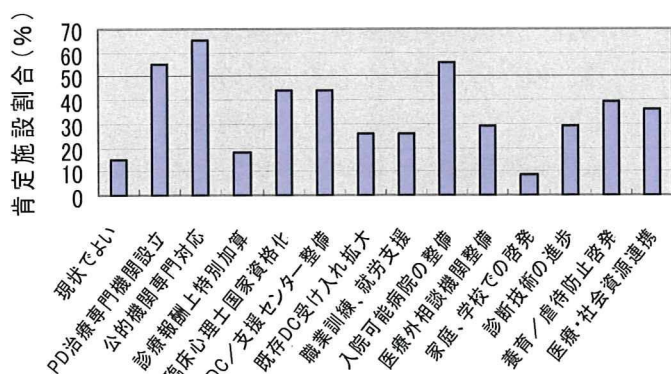


- 図凡例
1. 治療してもその有効性が期待できないため。
  2. 必要な診療時間がとれないため。
  3. トラブルへの対応人員が少ないから。
  4. 医療経済的な効率が悪いから。
  5. 治療者との治療関係が成立しがたいと思われる為。
  6. 自院で複数スタッフと協力して対応することが困難だから。
  7. 病状悪化時に、入院治療などの集中的な治療を引き受けてくれる医療機関が乏しいから。

今後については公的機関での専門的対応や治療専門機関の設立、入院可能病院の増加を希望する医療機関が6～7割であり、臨床心理士の国家資格化などの要望は5割の医療機関があげていた。

以上からもはや単一の民間医療機関のみでは抱えることが困難であり、診療所と病院の病診連携や医療機関と福祉の連携などがより重要となることが明らかになった。

BPD群治療対応-今後の要望



他に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については、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。

2008 年度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実際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。

以上のような対応困難事例が複数あげられ、一

の機関だけでは対応が困難であり、関連諸機関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、福祉担当者が一人で抱え込んでしまい、事態がこじれ、しばらくした後に保健所が介入に乗り出すといった事例もみられた。

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継続し、安定するケースもあるが、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判断され、保健所に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、本人が医療を拒否して、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。

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という問題が浮き彫りになった。従って、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、地域連携システムの構築の重要性が確認された。

2008 年度③：川崎市多摩区においては、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 及び②地域作業所・民生委員・大学心理相談室、精神科病院・ボランティア団体など広く精神保健福祉の関係諸機関を含めた連絡会議を開催し、「顔の見える」地域連携が少しずつできるようになり、それぞれにおいて連携の重要性が確認された。

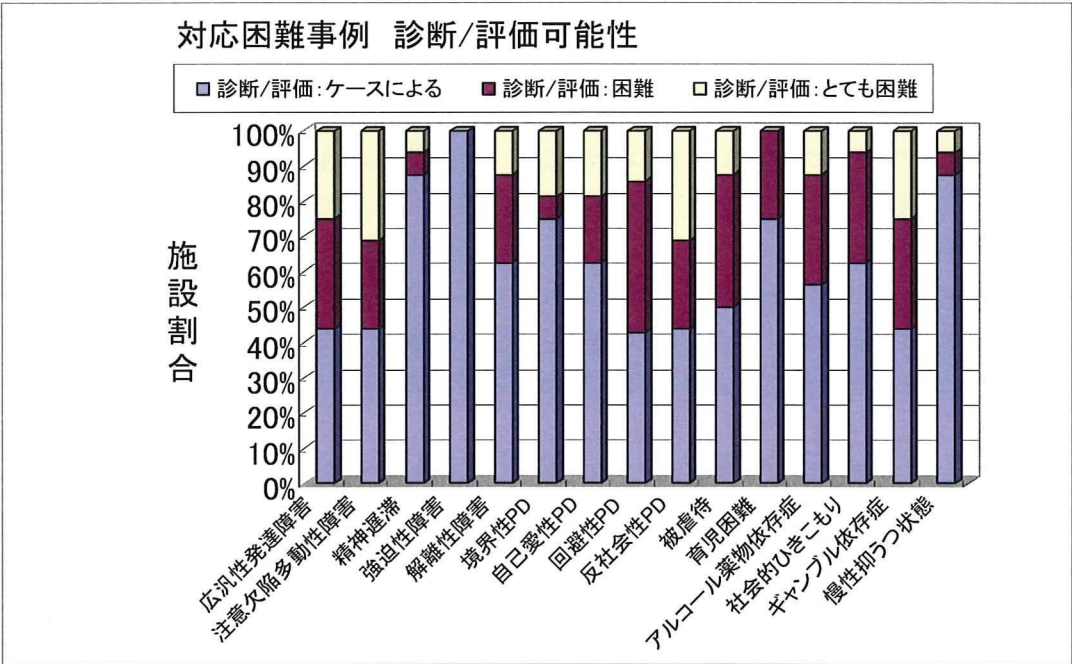
3) 2009 年度：地域における精神科医療機関における対応困難事例に対する対応キャパシティの調査と実効性のある地域連携システムの構築

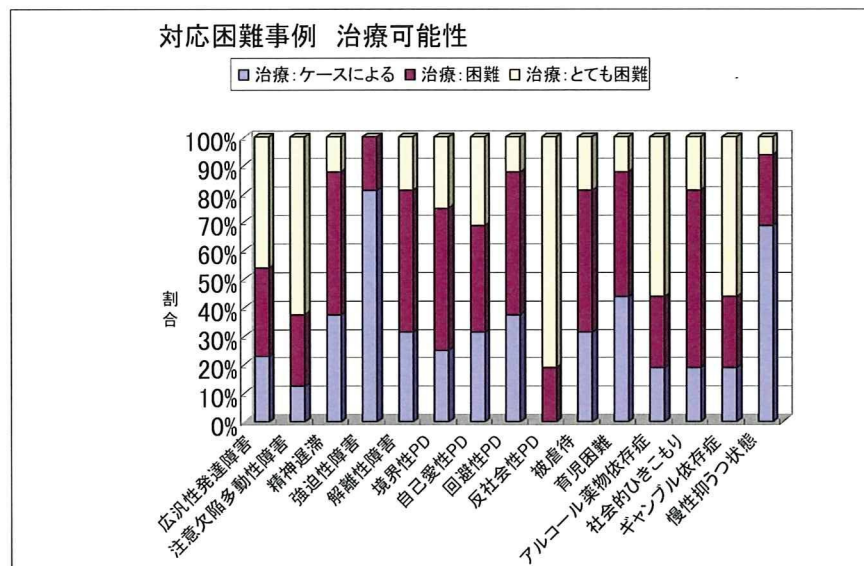
2009 年度結果①：.

PD を含む多様でその対応にも個別性が要求される困難ケースへの各医療機関の「診断/評価機能」「治療機能」に関するアンケート

結果) 対象：川崎市精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科 (n=20)

内容：広汎性発達障害、境界性パーソナリティ障害、依存症、虐待などその対応が一般に困難となりやすい疾患あるいは状態に対して、それぞれの医療機関が「診断/評価できる可能性」及び「治療できる可能性」について、①ケースによる、②困難、③とても困難 の3段階でその困難度を評価してもらった。 受診/相談の基本的な機能である**診断/評価の可能性**については、「広汎性発達障害、注意欠陥性多動性障害、回避性 PD、反社会性 PD、ギャンブル依存症、被虐待」に対して医療機関の約6割の施設がとても困難あるいは困難と回答しており、さらに診断/評価の次の段階である**治療の可能性**が困難あるいはとても困難と回答した施設割合が多かったのは、「アルコール薬物依存、社会的ひきこもり、境界性 PD」に対してであり、医療機関の8割以上であった。そして、診断/評価は可能だが、治療は困難であると両者の差が大きかったのは、「精神遅滞、解離性障害、境界性 PD、自己愛性 PD、アルコール/薬物依存症、社会的ひきこもり、ギャンブル依存症」であった。





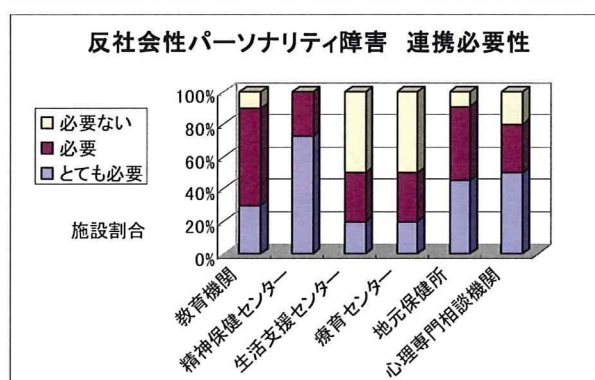
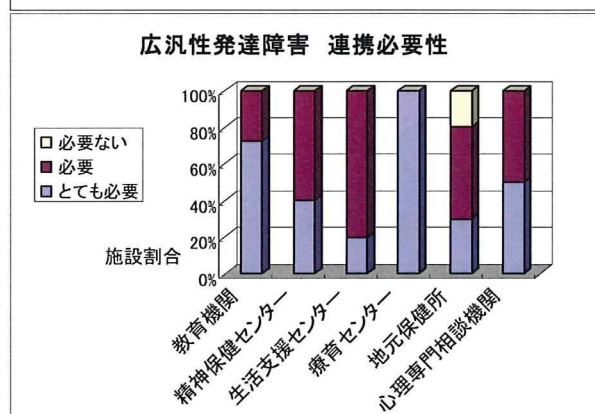
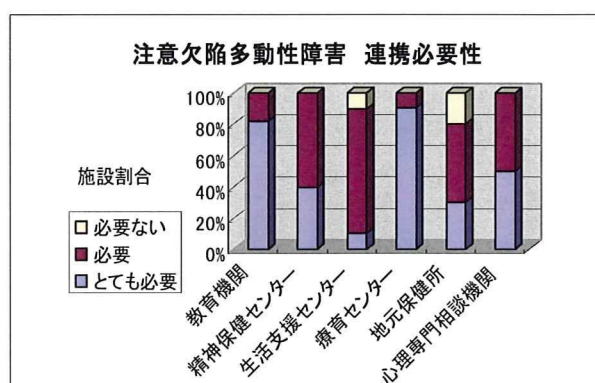
2009 年度研究結果②：

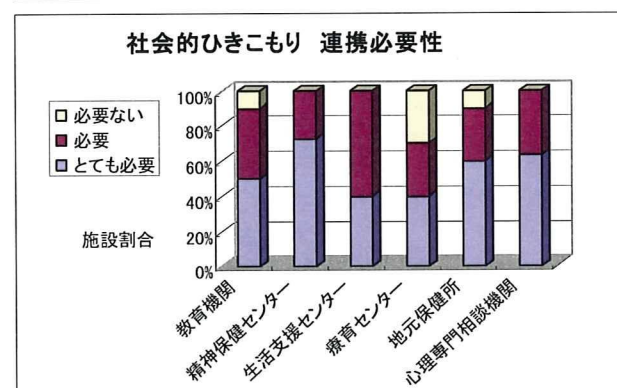
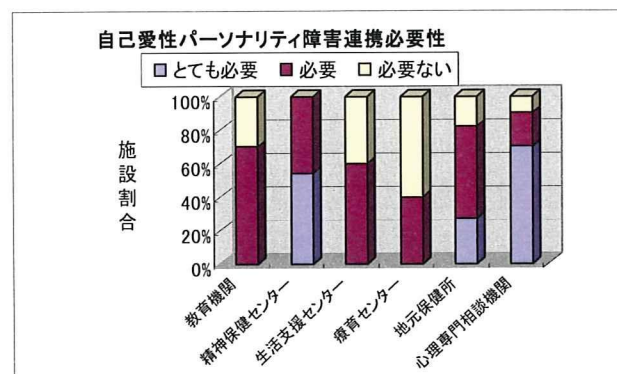
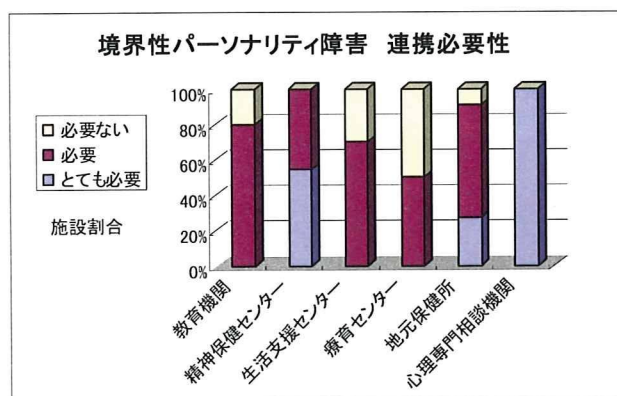
PD を含む多様でその対応にも個別性が要求される困難ケースそれぞれについての、主要な地域関連機関との連携の必要性に対するアンケート結果） 対象：川崎市精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科（n=20）

内容：広汎性発達障害、境界性パーソナリティ障害、依存症、虐待などその対応が一般に困難となりやすい疾患あるいは状態に対して、精神保健福祉センター、保健所、療育センター、教育機関、心理専門相談機関、地域生活支援センターとの連携の必要性について、①とても必要、②必要、③必要ない の3段階で評価をしてもらった。

- 注意欠陥多動性障害、広汎性発達障害は、療育センターと教育機関との連携が必要。
- 境界性および自己愛性 PD は心理専門相談機関との連携がとても必要と回答している施設が多く、通常の一般外来では実施困難である個人精神療法が必要と考えられていると思われ、療育センター、生活支援センターの必要性は多くはとらえられていなかった。これはやはりその疾患の性質上適応レベルが多様であるからであると思われた。
- 反社会性 PD は、療育センター、生活支援センターの必要性は低く、精神保健センターの必要性の割合が多かった。

- 社会的ひきこもりは、多様で多くの疾患など
- を含んでいると思われることからすべての関係機関との連携が必要と回答された。





#### D. 考察

2007 年度：単科精神科病院における BPD 患者の治療実態及び紹介・逆紹介について

小規模単科精神科病院において、初診時及びその後の初期治療で BPD とされた患者を調査したが、自傷行為や過量服薬などの衝動行為、家族関係の悪化、膠着した治療の打開するための入院相談で紹介されて受診したケースが多かった。BPD 患者はその治療過程において、治療構造が曖昧であると容易に退行し、治療関係を壊したり、自傷行為を行うなど種々の問題が生じやすいため、外来・入院治療共に常に紹介を引き受ける時に治療構造を明確にすることを念頭に置く必要がある。この点で紹介目的自体が、単なる休息的意味合いや、

患者の前医への一時的な反応によるものも含まれており、引き受ける際に慎重にする必要もある。紹介元の医療機関の方が紹介する際には、この点を認識して、診療情報提供書などに明確に記載するなどに留意してもらえれば、引き受け側も引き受けやすくなる。

このように紹介目的や治療構造を明確にした上で紹介先の病院は引き受けるか判断するのだが、その中でも反社会的傾向が強い例や重篤な自殺未遂を繰り返すなど重症例は、精神科病院でも受け入れを断るところも希ではない。この理由を考えると、これらの患者自身が治療困難であることに加えて、これら治療／対応困難症例について、紹介元の医療機関の一部は、一般の通院治療で治療／対応が可能であると思われる事例まで治療に手がかかるという理由で紹介され、その紹介に伴う主治医からの見捨てられ不安をかき立てられる例なども見受けられる。このような患者に対する医療連携をスムーズに行うためには、一般の医療連携と同じようにお互いの医療機関の機能を相互に理解することが重要であり、単科精神科病院の機能は一般的に急性期症状（BPD ならば自傷行為の頻発、一過性幻覚妄想、強いうつ状態など）の治療であるため、一旦依頼して急性期症状が軽快したときはスムーズに紹介元の医療機関に戻るといった流れが必要になる。これをお互いに認識すると同時に、紹介元、紹介先の医療機関においても患者にこの旨を予め説明しておくことが重要である。

入院以外の病診／病病連携においては、デイケア通所のみ他の医療機関に依頼することもあるが、BPD の場合はデイケア活動の過程で退行することもあるのでデイケア以外の医療機関に主治医がいるという治療設定は難しいことも多いので、この場合も治療過程でお互いに十分な治療情報の共有が必要となる。

以上のように精神科単科病院では、主に急性期の入院治療、デイケアでの通所活動などが、その特徴的な機能ともいえるので、周辺医療機関との連携では、お互いの機能を認識して、機能分担をしながら連携していくことが求められている。

医療連携以外の地域全体におけるこのような

人達への対応を考えると、これらの人達は本人が問題を自覚せず、周囲が困って事例化することも多く、その場合にはすぐに医療に結びつけることは困難であり、またその必要性も医療よりも家族への支援や相談、生活上の支援が優先される事例も多く、その場合には地域の保健所や精神保健センター、心理相談室が初期対応を担当することになる。また、現在精神医療を受けているが、生活支援や福祉による環境調整が必要となるケースもあるが、医療機関と福祉の連絡が十分でないケースも多い。これらのことから、精神科医療機関同士の連携も重要であるが、医療機関と行政や地域の社会資源などとの地域における連携も併行して整えることが求められている。

2008 年度：

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との内容で、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 of 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。

2009 年度：地域における精神科医療機関における対応困難事例に対する対応キャパシティの調査と実効性のある地域連携システムの構築

本研究は、境界性パーソナリティ障害を中心とする一般の精神医療では治療・対応が困難となりやすいパーソナリティ障害 (PD) に対して、医療連携や地域での関係機関の連携によって、地域全体での対応力を向上させることが主眼になってきたが、本年度は PD 周辺の治療困難例や近年一般化してきた発達障害などにも調査範囲を広

げ、具体的にそれら対応困難な人に対して、地域医療機関で基本的な医療をどこまで提供できるのかを調査した。地域連携によって、これまで以上に、対応困難者に対する早期発見・早期相談・早期対応などが可能となることが期待されるが、現実の対応を考えると、その状態によっては、初期の相談後に早期に精神科医による診断／評価を行い、その対応方針を決定し、場合によっては医療レベルでの対応／治療を行う必要が生じてくると予想される。早期に精神医療への導入が必要となると、精神科救急システムとの連絡も重要となるが、精神科救急の対象となるのは、自傷他害の恐れのある場合や著しい興奮や幻覚妄想、自傷行為、家庭内暴力などの時に行われるのみであり、全体数に占める割合は多くはないと思われる。このような比較的緊急に医療の介入が必要となる場合は、ある程度精神科救急システムでの初期対応も可能となるが、初期対応後に慢性／持続的な問題行動（自傷・過量服薬など）がある場合などは、地域医療機関での治療／対応が必要となる。この地域医療機関での、継続的な治療的関わりがどれ位可能であるかが、地域でこれらの人々をどれ位支えることができるかを左右する。アンケート結果では、「アルコール・薬物依存、社会的ひきこもり、境界性 PD」に対しては、医療機関の8割が困難であると回答しており、さらにそれら医療機関は精神保健センターや心理専門相談機関との連携が必要と回答していることから、「自らの医療機関単独での治療／対応には限界があり、精神保健センターや心理相談機関との連携が有効である」と判断していると思われた。これら医療機関での受け入れキャパシティのアンケート結果から判断しても、これらの状態・疾患群に対しては、医療機関単独での対応・ケアには限界があり、医療機関とその他関連する機関との連携が非常に重要であることが確認された。

以上の実態調査もふまえて、川崎市北部地域において、これらの対処困難な人々に対する関連諸機関での連携を強化する会議（川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議）が計画され、平成22年4月から正式に動き出す予定である。今後の問題点としては、現在会議自体は、行政機関が深く

関わっているが、まだ公式の会議ではなく、民間医療機関、生活支援センターなどの自発的な集まりとなっており、それぞれ時間も苦勞して捻出し、経済的なバックアップも当初はない予定なので、会議の存続自体が会議の構成機関や参加メンバーの自発的な意欲によって左右される可能性があり、この会議を今後開催していく中で、各構成メンバーがその利点を実感し、会議の意義を確実なものとして共有し、より安定した会議にしていくなければならない。それには、対象となる困った市民へのサービスとして、重要な位置づけであることを市民にも理解していただくような啓発・広報なども検討されていく必要もあると考える。これについては、最近精神医療の現場においても、従来は少なかったパーソナリティの偏りを持った対応困難な人々が増加しており、本研究におけるような精神保健福祉の関連機関による地域連携を強化することにより、一般精神医療のみや心理相談のみ、介護サービスなどの単独の機能のみではカバーしきれない人々を複数機関で支えることは非常に重要になっていくのではないかと考える。また、今後地域単位での自立した精神保健福祉のあり方が問われていくなか、地域での医療機能、行政の役割、その他地域に存在する社会資源の機能に応じた一つの連携のあり方を提言することができた。

今後については、こうしたパーソナリティの未熟さや偏りに起因する精神障害が増えていくと予想され、それに伴い治療／対応困難な人の問題も大きくなっていくことが考えられる。国際的にみると、我が国ではこれらの医療／対応が困難な人への対応が遅れていると言わざるを得なく、例えば、近年は BPD に対する弁証法的行動療法（DBT）が有意に BPD 患者の自傷行為を減少させ、入院期間の短縮にもつながっているという知見を元に、国際的にも普及してきている傾向や、イギリスにおいては国の施策の一部として、**Mentalization-Based Treatment** の技法を用いて、デイホスピタルにおける治療を行い、有意な効果を上げているとの報告もある。

このような治療技法は、コスト、マンパワー、高い技能が必要とされるために、我が国では臨床

心理士の資格化がされていない問題や、精神医療自体の低医療費問題などもあり、ごく一部の医療機関で行われてはいるが普及は困難である。しかし今後はこれらの技法も我が国の実情に合わせて、導入する工夫も必要と考えられる。そして今後特に我が国でますます重要となるのは、本研究で取り組み始めたような地域での関係機関同士の連携により、地域全体でこの問題を考え、少しでも地域での対応能力を向上させる手法であると考えられた。本研究では精神科医療機関における BPD を中心とする PD 圏の患者への対応や、さらに発達障害・社会的ひきこもりなどの対応困難ケースの受け入れキャパシティの地域での現状調査を行い、それに基づき地域での医療機能、行政の役割、その他社会資源の機能に応じた一つの連携のあり方を提言することができた。

#### E. 結論

ある単科精神科病院における BPD 患者の医療連携の実態と問題を明らかにし、さらに東京／神奈川における BPD 群を中心とする PD 圏の実際の医療の現場での治療実態を調査した。

医療連携のあり方については、単科精神科病院の本来もつ急性期治療やデイケア治療という特徴的な機能を周辺医療機関も理解し、お互いの機能を尊重したスムーズな連携が必要であると確認された。

また、対象を広げた BPD を中心とする PD 患者への対応の実際や方針、今後の意見などの調査を行ったが、BPD の治療に消極的な医療機関が 34% であり、受け入れたとしてもその治療・対応に苦慮していることが明らかになり、一般の薬物療法を中心とした治療以外に、自院や他機関での心理療法、地域生活支援センター、作業所、デイケアなどを併用している医療機関が多かった。しかし、患者の多様性/個別性が非常に大きく、また医療機関側の治療方針も大きなばらつきがあるため、明確な治療／対応方法を統一することは困難であると思われた。この点も含めて、今後の要望としては、BPD 治療専門機関の設立や公的機関での対応、入院受け入れ病院の整備、心理士国家資格化などの様々な要望が多く、このような人

達への対応のガイドラインを整備し、それに基づいて施策の検討が必要と考えられた。この課題を解決していくには、医療面においては、より公的な医療でのバックアップや診療報酬上の対応（専門療法への加算など）などが必要と思われた。

そしてこれらの人々は医療場面を訪れる前の段階でも地域において種々の問題を抱えていることも多いため、医療以外の行政や精神保健の社会資源との連携も重要である。

そして更に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日常利用できる社会資源も十分ではない実態が明らかになった。そしてパーソナリティ障害圏以外でも、発達障害、知的障害/精神障害併存例、医療中断症例など、医療のみでは対応が困難なケースがあり、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と考えられた。

そして具体的には、川崎市北部地域において、平成 14 年度に発足した民生委員や行政、精神科病院、家族会、関連 NPO 法人、スクールカウンセラー、地元企業などの施設で構成している「多摩区精神保健福祉連絡会議」が、継続的に精神保健の啓発活動を中心に行っているが、その会議の議論では広い分野の多くの機関が参加しているため、事例毎の検討などは対応できないため、より実務的な検討を行う連携会議の必要性が明らかになった。啓発活動のみではなく、BPD を含む PD 圏や精神・知的障害の狭間にいる人達などの治療／対応困難事例について、必要とされる医療や具体的な対応を地域の精神科病院、保健所、精神保健センター、生活支援センターの関係者が集まり、個別的に検討を加え、解決に向けての方針を出していく等の活動をし、地域全体での対応能力を向上させていく目標をもつ「川崎市北部メンタルヘルスネットワーク会議」を立ち上げた。

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れた。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

2009 年川崎市精神障害者家族会あやめ会  
総会記念講演での発表。

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

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）

## 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

本研究では、第 1 に、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。第 2 に、前述した研究をもとに質問紙を作成し、神奈川県および町田市の医療施設に勤務する精神科医や心療内科医を対象に質問紙調査を実施した。以上より、精神医療における心理士の役割について調べ、心理士の専門性や特殊性を抽出することを試みた。その結果、精神医療に携わる多くの医師が心理士に依頼したいと考えている仕事は、その頻度の多い順に、集団療法、家族面接を含む心理相談・援助業務、医療者への教育およびメンタルヘルス、予診であることがわかった。疾患によって依頼したい程度や頻度は異なるものの、多くの医師が心理査定や心理療法も心理士に依頼したいと考えており、心理士との連携を望んでいた。一方、心理士との連携にあたっては、心理士の国家資格化、保険適応、心理士の教育体制の不備などが問題として挙げられた。この心理士の教育体制の不備に関連して、「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」などを、心理士自身が習得しなければならないことがわかった。

### A. 研究目的

現在、心理士は医療だけでなく、教育、福祉、矯正、産業などさまざまな領域で勤務している。今後ますます心理士の活動が広がっていくことが予想されるが、それだけに心理士としての専門性や特殊性を明らかにし、他職種との円滑な連携と協同が求められる。そこで、精神医療、広くは医療における心理士の役割について検討し、さらに地域医療の中での心理士の役割について考えていきたい。

特に、精神医療においては、軽度のうつ状態、人格障害の患者など、薬物療法よりも精神療法が望まれる患者が増加している。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。また、医療機関に勤務する心理士の数は充分とはいえず、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。

そこで、本研究では、第 1 に、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。第2に、前述した研究をもとに質問紙を作成し、神奈川県および町田市の医療施設に勤務する精神科医や心療内科医を対象に質問紙調査を実施した。以上より、精神医療における心理士の役割について調べ、心理士の専門性や特殊性を抽出することを試みた。

## B. 研究方法

(1)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た。なお、Literature review では、第1に、医学中央雑誌(ver.4、2003年から2008年)により、「心理士」「医療」「役割」のキーワードをもとに文献検索を行った。その結果、「総説」あるいは「解説」が49件であった。つぎに、「心理士」「医療」「資格」のキーワードをもとに文献検索を行った。その結果、「総説」あるいは「解説」が23件であった。これら両方に含まれていた文献が1件あり、最終的に92件の文献を対象に、心理士に求めること、心理士の役割についてまとめた。

(2)神奈川県および東京都町田市の大学病院・総合病院・診療所の精神科・心療内科に勤務する精神科医および心療内科医を対象に、郵送による質問紙調査を実施した。送付施設は451施設であり、そのうち13施設は宛先不明あるいは調査対象医師の不在により返信され、最終的に438施設のうち120施設から回答が得られた(返信率:27.4%)。回答は無記名で、返信をもって研究の同意とみな

した。用いた質問紙は、(1)の研究から以下の項目を作成した:①個人属性、②医療機関における心理士全般に関すること、③心理士に依頼したい心理相談・援助業務、④心理療法(種類と疾患名)、⑤心理検査(②から⑤は、4段階評定)、⑥自由記述。

(倫理面への配慮)

(1) 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。

(2) 本研究の参加は自由意志であること、記入は無記名で行うこと、質問紙の返信をもって研究の同意とみなすことを書面にて説明した。

## C. 研究結果

(1) 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セーション法、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。

(2) 対象者の平均年齢は 52.5 歳 (SD=11.3)、医師としての臨床経験および精神医療における臨床経験の平均年数はそれぞれ 25 年 (SD=11.8)、23.2 年 (SD=11.5) であった。約 6 割が精神科クリニック、約 1 割が総合病院あるいは単科の精神科病院の勤務であった。

以下の 4 つの質問項目（②医療機関における心理士全般に関すること、③心理士に依頼したい心理相談・援助業務、④心理療法（種類と疾患名）、⑤心理検査）については、4 段階評定の「3:やや依頼したい」「4:依頼したい」と答えた頻度をあわせて、各々質問項目ごとに「依頼したい」頻度として合計した。その結果、心理士に依頼したい仕事内容では、集団精神療法、生活技能訓練、家族教室、復職プログラムといった集団療法、家族面接を含む心理相談・援助業務を要望する頻度が約 9 割と非常に高く、つぎに研修医や実習生、看護師などへの教育（約 8 割）、医療者のメンタルヘルス（69.3%）であった。一方、もっとも頻度が低かった仕事内容は予診（62.4%）であった。心理療法を依頼したい疾患については、頻度の多い順に摂食障害、適応障害（9 割以上）、つぎにパーソナリティ障害、解離性障害、不安障害、身体表現性障害、気分障害（うつ状態が主）、性障害および性同一性障害（8 割以上）であった。一方、依頼したい頻度が約 4 割と低い疾患は、睡眠障害、気分障害（そう状態が主）であった。心理士に依頼したい心理療法は、その頻度が多い順に、リラクセーション法（91.7%）、認知行動療法（90.8%）、支持的心理療法（84.1%）、力動的心理療法（75%）で

あった。心理査定の依頼目的については、頻度の多い順に、パーソナリティの理解、診断補助(9割以上)、ついで病態水準の評価、精神鑑定(8割以上)、身体疾患による精神症状の評価(63.8%)であった。依頼したい心理査定については、知能検査、パーソナリティ検査、高次機能検査、発達検査のいずれの検査も9割以上の医師が依頼したいと答えていた。最後に、約9割の医師が心理士との連携を望んでいた。医療機関における心理士の国家資格の必要性および心理士が実施する心理検査や心理療法の診療報酬の必要性についても約9割の医師が感じていた。

最後に、自由記述を質的に分析し、カテゴリーにまとめた。その結果、心理士の意識の問題、心理士の技量の問題、心理士への肯定的な評価・期待、医療における心理といった心理士への要望・評価、国家資格の必要性、教育体制の整備、保険適応への要望といった体制への要望の2つのカテゴリーが抽出された。

#### D. 考察

(1)「心理士に求めること」および「心理士の役割」について文献調査を行った。その結果、心理士に求めることとしては、「医学・医療の知識」「心理アセスメント・心理療法など心理学の知識」「チーム医療の知識」の3つに分類された。心理士の役割としては、おおよそ、「臨床インテーク・心理相談および援助業務」「心理査定」「心理療法」の3つに集約されるが、いずれにしろ、その業務内容は多岐にわたっている。また、医療において、心理士としての専門性を充分にいかした役割が期待されると考えられる。しかし、現実には心理士が

どのような業務を任せられているかについては、心理士個人のスキルにもよるが、それぞれの勤務施設によっても異なっているのが現状である。たとえば、勤務施設が総合病院の場合と精神科クリニックの場合、あるいは非医療機関の場合とでは、そこに訪れる患者の疾患の種類や重症度が異なること、精神科医が常勤で勤務しているか否かなどによって、心理士に期待される業務内容が変わってくることが予想される。また、それだけに心理士自身も、心理士としてのアイデンティティを見出せない場合もある。

(2) 精神医療における平均臨床経験年数が20年を超える多くの医師が心理士に依頼したいと考えている仕事は、その頻度の多い順に、集団療法、家族面接を含む心理相談・援助業務、医療者への教育およびメンタルヘルス、予診であった。特に、集団療法と心理相談・援助業務は9割近い医師が依頼したいと考えており、心理士への要望が強いことがわかった。一方、予診に対する医師の要望は6割程度と最も低く、心理士としての専門性を多くの医師が望んでいることが示唆された。

心理療法を依頼したい疾患については、約9割の医師が、摂食障害、適応障害、パーソナリティ障害、解離性障害、不安障害、身体表現性障害、気分障害(うつ状態が主)などの患者を依頼したいと考えていることがわかった。この結果は、これらの疾患については、薬物療法だけでなく心理療法の必要性も医師が感じていることを反映しており、当然ながら、疾患によって心理療法を依頼したい場合とそうでない場合とがあることが示唆された。心理療法

の内容については、リラクセーション法、認知行動療法が9割を超えていた。本研究では疾患と依頼したい心理療法の内容との関係について調べていないが、今後、これらの関係について調べることも必要であろう。なお、心理査定についてはいずれの心理査定も多くの医師が望んでいることがわかった。

多くの医師が心理士との連携を望んでおり、そのためにも心理士の国家資格化、さらには保険適応といった要望が認められた。一方で、自由記述にあるように、心理士の意識や技量の問題、教育体制の問題も指摘されていた。心理士の医学的知識の乏しさやトレーニング不足はこれまでの Literature review からも見出されていたが、本研究からも同様の意見が明らかになった。

以上より、精神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も認められた。今後は、心理士の役割について、医師の勤務先との関係から検討していきたい。

## E. 結論

(1) 精神医療における心理士の役割を考える場合、「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」などを、心理士自身が習得しなければならない。これらは、心理士が医療において、「臨床インテーク・心理相談、および援助業務」「心理査定」「心理療法」といった業務を行うために必要不可欠なものである。しかし、勤務施設によって求められる心理士の役

割は異なることも多く、心理士自身も心理士としてのアイデンティティを見出せない場合がある。そのため、今後は、医療機関・非医療機関における心理士の業務の実態を調査・把握し、实际的に検討することの重要性が示唆された。

(2) 精神医療における平均臨床経験年数が20年を超える多くの医師が心理士に依頼したいと考えている仕事は、その頻度の多い順に、集団療法、家族面接を含む心理相談・援助業務、医療者への教育およびメンタルヘルス、予診であった。疾患によって依頼したい程度や頻度は異なるものの、心理査定や心理療法も多くの医師が心理士に依頼したいと考えており、心理士との連携を望んでいた。一方、心理士との連携にあたっては、心理士の国家資格化、保険適応、心理士の教育体制の不備などが問題として挙げられた。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

1. 岩満優美、他：緩和医療におけるコミュニケーションー臨床心理士の立場から。緩和医療学 9：8-13, 2007
2. 岩満優美：各職種におけるサイコオンコロジーへの関与（5）心理の立場から。コンセンサス癌治療、2008 7(1):34-5.
3. 岩満優美, 平井 啓, 大庭 章, 塩崎麻里子, 浅井真理子, 尾形明子, 笹原朋代, 岡崎賀美, 木澤義之：緩和ケアチームが求める心理士の役割に関する研究—フォーカスグループインタビューを用いて—。日本緩和医療学会誌。2009 4(2):228—234.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし。

## 研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

## 書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名                                                  | 書籍全体の<br>編集者名 | 書 籍 名            | 出版社名 | 出版地 | 出版年  | ページ     |
|------|----------------------------------------------------------|---------------|------------------|------|-----|------|---------|
| 岩満優美 | 高齢者の心理療法<br>－高齢者のターミ<br>ナルケアと残され<br>た人々へのグリー<br>フカウンセリング | 下仲順子          | 高齢期の心理<br>と臨床心理学 | 培風館  | 東京  | 2007 | 350－365 |

## 雑誌

| 発表者氏名  | 論文タイトル名                                                      | 発表誌名          | 巻号 | ページ     | 出版年  |
|--------|--------------------------------------------------------------|---------------|----|---------|------|
| 岩満優美、他 | 緩和医療におけるコミ<br>ュニケーション－臨床<br>心理士の立場から                         | 緩和医療学         | 9  | 8－13    | 2007 |
| 岩満優美   | 各職種におけるサイコ<br>オネコロジーへの関与<br>(5) 心理の立場から                      | コンセンサス<br>癌治療 | 24 | 34-35   | 2008 |
| 岩満優美、他 | 緩和ケアチームが求め<br>る心理士の役割に関す<br>る研究－フォーカスグ<br>ループインタビューを<br>用いて－ | 緩和医療学         | 4  | 228-234 | 2009 |

# 高齢期の心理と 臨床心理学

