

研究分担報告

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
研究分担報告（1）

精神医療の評価に資する標準的な指標の開発に関する研究

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所社会精神保健研究部部長

研究要旨

医療法に基づき各都道府県が策定する保健医療計画において、精神疾患を5疾病目（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）に盛り込まれた。本研究の目的は、都道府県の医療計画の策定と運用に資することも目的に、先進事例の収集および学術的発信を行う。**研究**
方法：国内外の先進事例の収集を行うとともに、実際に都道府県で精神疾患の医療計画に関与する関係者との意見交換を行った。**結果**：「予防・アクセス」では待ち時間が、「治療・回復・社会復帰」では、隔離・身体拘束、入院期間、非任意入院、ACT（Assertive Community Treatment）、再入院が、「精神科救急」では精神科救急へのアクセスが、「身体合併症」では精神障害者の身体管理が、国際的に承認度の高い指標であった。なお、国際的に承認度の高い領域で、まだ盛り込まれていない領域として、アウトカム関連指標（症状の改善、機能レベルの改善、患者・家族の満足度）および人口あたり精神科医療費があった。**まとめ**：医療圏ごとで、必要な機能の要素を整備するとともに、機能をつなぐ連携体制の構築が必要である。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名
山之内芳雄 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会精神保健研究部室長

県の医療計画の策定と運用に資するために、国内外の先進事例の収集を行うとともに、実際に都道府県で精神疾患の医療計画に関与する関係者との意見交換を行うことにより、精神医療の評価に資する標準的な指標の開発を行うことである。

A. 研究目的

医療法に基づき各都道府県が策定する医療計画において、平成25年度から精神疾患が5疾病目（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）とされた。先行する4疾病に5年遅れで位置付けられた精神疾患の医療体制は、今後も医療計画全体の見直しのタイミングで改善を続けていく必要がある。本研究の目的は、都道府

B. 研究方法

(1) 先進事例の収集と共有

医療計画策定に資する先進事例を紹介・共有するために、精神科医療政策フォーラムおよび認知症に関するプレフォーラムを、次の要領で

分担研究者の所属する国立精神・神経医療研究センター（NCNP）と関係組織との共催で開催した。

【フォーラム概要】

テーマ：次期医療計画策定と精神疾患
目的：次期医療計画における精神疾患医療体制策定の先進事例の共有と意見交換を図ること
募集対象者：都道府県医療計画策定担当者等
日時：平成25年7月11日（木）
場所：ホテルマロウド軽井沢（長野県北佐久郡）

【プレフォーラム】

テーマ：認知症医療地域連携クリティカルパス
目的：認知症をモデルとして地域連携クリティカルパスの先進事例を共有する
日時：平成25年7月10日（水）
場所：佐久総合病院（長野県佐久市臼田）

（2）求められる指標の基本的考え方

国内での先進事例を集約するとともに、国際的な動向を反映させ、これからの精神疾患の医療体制のために必要な指標に関する基本的考え方をまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究は、専門家との意見交換による成果が中心であり、患者・利用者へ調査を実施するものではない。しかし研究に実施に際しては倫理面へ配慮しながら進めた。

C. 研究結果

（1）先進事例の収集と共有

先進事例の収集と共有のために実施したフォーラムおよびプレフォーラムは次のプログラムで実施された。

【フォーラム・プログラム（敬称略）】

開会挨拶 眞鍋馨（長野県庁）

竹口英伸（厚生労働省）

第Ⅰセッション：精神科医療計画：現状と課題

趣旨：伊藤弘人（NCNP）

総論：河原 和夫（東京医科歯科大学）

第Ⅱセッション：医療計画における医療連携

司会：山之内 芳雄（NCNP）

シンポジウム①

うつ：大石智（北里大学）

自殺未遂：三宅 康史（昭和大学）

指定発言：安藤 直也（千曲荘病院）

塚田昌大（佐久保健福祉事務所）

シンポジウム②

身体合併症：吉邨善孝（横浜市東部病院）

認知症：田口真源（大垣病院）

山田明美（佐久総合病院）

指定発言：牧下英夫（北信総合病院）

依田真一（千曲荘病院）

第Ⅲセッション：グループワーク

司会：山之内 芳雄（藤田保健衛生大学・NCNP）

計画策定グループ：医療計画の次の課題を見いだし医療連携を作成する

進行：小泉典章（長野県精神保健福祉センター）

実臨床グループ：身近な医療連携を提案してみ

進行：安藤直也（千曲荘病院）

閉会挨拶 山之内芳雄（NCNP）

【プレフォーラム・プログラム（敬称略）】

開会挨拶 伊澤敏（佐久総合病院）

「みまもり・つながりノート」

数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科）

「オレンジ手帳」

田口真源（大垣病院）

「火の国あんしん受診手帳」
池田学（熊本大学大学院）

「あったか手帳」
高木礼子（佐久総合病院）

「認知症治療薬の服薬アドヒアランスを高める」
上村智子（信州大学医学部保健学科）

閉会挨拶 伊藤 弘人（NCNP）

(2) 求められる指標の基本的考え方

a. 国内の状況

標準的な指標を開発する前提として、現在の国内外の状況の概要を把握した。まず、国から都道府県に例示されている指標は図1の通りである。「予防・アクセス（うつ病含む）」「治療・回復・社会復帰（うつ病を含む）」「精神科救急」「身体合併症」「専門医療」の領域で、指標が提案されていた。重要なのは、ここで示されている指標は、すべて「既存データベースから抽出可能」な指標であるという点であった。

図1. 精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(別表5)*

指標	予防・アクセス(うつ病含む)	治療・回復・社会復帰(うつ病含む)	精神科救急	身体合併症	専門医療
標準指標	○ 精神科受診率(精神科外来受診者数/人口)	○ 精神科入院率(精神科入院患者数/人口)	○ 精神科救急受診率(精神科救急受診者数/人口)	○ 精神科合併症発生率(精神科合併症患者数/人口)	○ 精神科専門医療受診率(精神科専門医療受診者数/人口)
過程指標	○ 精神科受診率(精神科外来受診者数/人口)	○ 精神科入院率(精神科入院患者数/人口)	○ 精神科救急受診率(精神科救急受診者数/人口)	○ 精神科合併症発生率(精神科合併症患者数/人口)	○ 精神科専門医療受診率(精神科専門医療受診者数/人口)
アウトカム指標	○ 精神科受診率(精神科外来受診者数/人口)	○ 精神科入院率(精神科入院患者数/人口)	○ 精神科救急受診率(精神科救急受診者数/人口)	○ 精神科合併症発生率(精神科合併症患者数/人口)	○ 精神科専門医療受診率(精神科専門医療受診者数/人口)

注：* 2012年10月厚生労働省通知を改定

第2は、行動制限数が増加傾向にあるという点である。昼間に行動制限を一端解除する場合も終日連続した行動制限と報告しているなどの特性があり、精神科入院医療の人的配置が十分ではないという点もあるが、必要最小限の行動制限となることを促進するための指標は不可欠

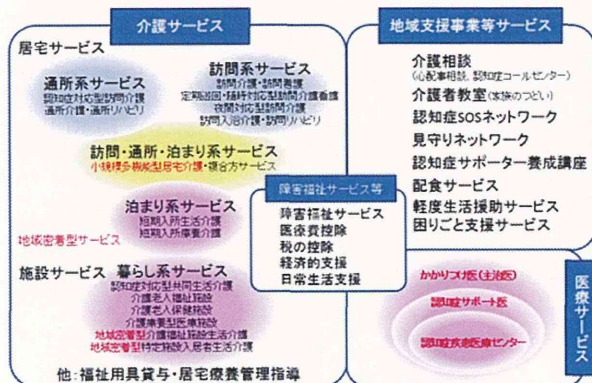
である。

図2. 隔離・身体拘束 施行者数



第3に、認知症を中心とした高齢者ケアの体系との整合性である。認知症は、精神科医療サービスのみならず、介護サービス、障害福祉サービス、そして地域支援事業等サービスがある(図3)。これらのサービスを組み合わせるという「地域連携」の考え方は、その他の精神疾患の医療体制においても重要であることが認識された。

図3. 認知症を支援するサービス類型



b. 海外の状況

メンタルヘルスサービスの要素について、Thornicroft & Tansella (2004)は、世界のメンタルヘルスサービスを類型化し、発展過程を3つのステージに分けて示している。発展途上国での第1段階に続き、第2段階では、外来医療、地域メンタルヘルsteam、急性期入院ケア、長

期地域ケア、就労支援の要素が必要であるとされている。開発が進んだ最終段階では、それぞれの要素は、次の通り細分化されている。

【専門外来医療】 (1) 摂食障害, (2) 重複診断, (3) 治療抵抗性気分障害, (4) 児童・思春期サービス

【専門チーム】 (1) 早期介入チーム, (2) assertive community treatment (ACT)

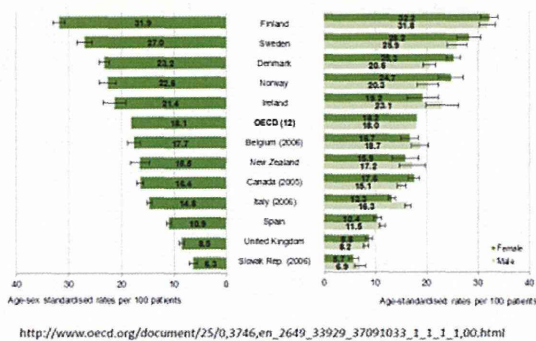
【入院の代替サービス】 (1) 在宅医療/危機解決チーム, (2) レスパイトハウス, (3) 急性期病院

【長期地域ケアの代替サービス】 (1) 24 時間スタッフ付き居住サービス, (2) 日勤等によりスタッフが支援する居住サービス, (3) 独立した住居

【就労支援の代替形態】 (1) 保護工場, (2) 支援付き就労, (3) 共同作業所形態, (4) セルフヘルプ当事者グループ, (5) クラブハウス・就労訓練プログラム, (6) 就労リハビリテーション, (7) 個別支援

精神医療の評価に資する標準的な指標に関しては、いくつかの試みがなされている。図4は、OECD が行った精神医療に関する指標案としての統合失調症の計画されていない同一病院への再入院率である。OECD 各国の指標が示されているが、日本は退院後の受療状況を把握することが困難なために、測定できず図4には掲載されていないのは示唆的である。

図4. 統合失調症退院患者の計画されていない再入院率



OECD が、同時期に示した評価指標を表1に示す。継続性、ケアの調整および治療について

の12指標が提案されている。「地域連携」を早期できる調整（ケースマネジメント）やアウトカムに関する指標が多い。ただし、多くの加盟手国で測定可能であるわけではなく、現在も指標についての検討がなされている。

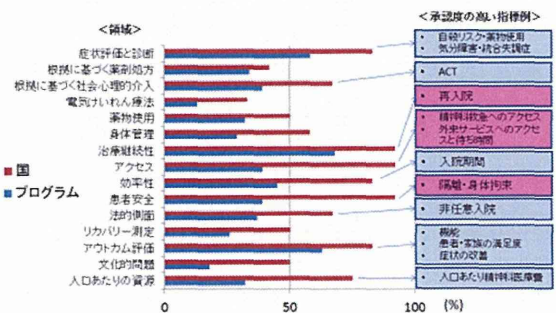
表1. OECDが提唱した指標(2004)*

領域	指標
継続性	退院後の適時の外来での治療継続 ^①
	重複診断**の患者の退院後の継続的受診 ^②
	治療継続率の民族による差 ^③
ケアの調整	精神的問題での入院治療の後の継続性 ^④
	重度精神障害者のケースマネジメント ^⑤
治療	うつ病の急性期での受診 ^⑥
	精神科患者の再入院 ^⑦
	物質関連障害の治療期間 ^⑧
	高齢者への抗コリン・抗うつ薬の使用 ^⑨
	急性期での抗うつ薬の継続的な治療 ^⑩
患者アウトカム	維持期での抗うつ薬の継続的な治療 ^⑪
	重度精神障害者の死亡率 ^⑫

*医療の過程(プロセス) *必ずしも多くの加盟国で測定可能な指標ではない。
 ②結果(アウトカム) **重複診断: 精神医学的診断・物質関連障害
http://www.oecd.org/document/25/0,3746,en_2649_37407_37091033_1_1_1_37407,00.html

この OECD の議論は、現在も再度検討がなされている。平行して開発国のメンタルヘルス政策関係者が意見交換をする組織 (IIMHL) と連動して、精神医療の質の標準化を進める国際フレームワークづくりが行われてきた。概要は、Spaeth- Rublee ら (2010) に、日本の状況は Ito (2009) に詳述されている。参加国・地域は、Australia, Canada, England, Germany, Ireland, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Scotland, Taiwan, and the United States である。その結果提唱された指標領域について、承認度をまとめた調査結果を、Parameswaran ら (2012) が公表しており、図5にその概要を示す。

図5. 「精神科医療の質」評価の領域調査結果*



*Parameswaran S, et al. Psychiatric Services 63: 982-988, 2012.

D. 考察

本分担研究では、精神医療の評価に資する標準的な指標を開発することを目的として、国内外の先進事例の収集を行うとともに、実際に都道府県で精神疾患の医療計画に関与する関係者との意見交換を行った。

国際的に国の指標として承認度の高い領域を、すでに厚生労働省から示されている4つの領域ごとの指標で盛り込まれている内容を示すと、次の通りである。

- 「予防・アクセス」
 - 外来サービスへのアクセスと待ち時間
- 「治療・回復・社会復帰」
 - 隔離・身体拘束
 - 入院期間
 - 非任意入院
 - ACT (Assertive Community Treatment)
 - 再入院
- 「精神科救急」
 - 精神科救急へのアクセス
- 「身体合併症」
 - 身体管理
- 「専門医療」

一方、国際的に承認度の高い領域で、まだ盛り込まれていない領域として、アウトカム関連指標（症状の改善、機能レベルの改善、患者・家族の満足度）および人口あたり精神科医療費があった。特に精神医療の結果どうなったかというアウトカム領域は既存データベースから指標化することが難しく、わが国における医療サービスの質の評価における課題といえることができる。

次に、精神疾患の医療体制の構築で求められる観点は、ゆるやかな医療圏において、必要な医療機能の要素が存在し、それぞれの要素が有

機的に連携しているかについてである。それぞれの要素は、Thornicroft & Tansella (2004)が指名したサービスに理論的には集約できるであろう。複数の機能が連携するという観点、および地域において精神疾患の医療ニーズが優先順位の高い対象に提供されているかという観点から、図6に示す要素を提案する。すなわち、(1) 患者・家族と治療チームとの「連絡ノート」(患者手帳・地域連携クリティカルパス)、(2) 医療チーム内での必要時の情報共有、(3) ケースマネジメント機能である。以上の「治療」単位での情報共有に加えて、地域連携会議等において、精神疾患の医療ニーズの高い対象者を、ゆるやかに「見守る」仕組みが必要である。フリーアクセスが担保されているわが国の医療制度において、服薬中断・受療中断を予防するための仕組みが必要と考えるからである。この場合、一定の匿名化手続きを行うこと、本人の同意の手続きを組み込む必要がある。

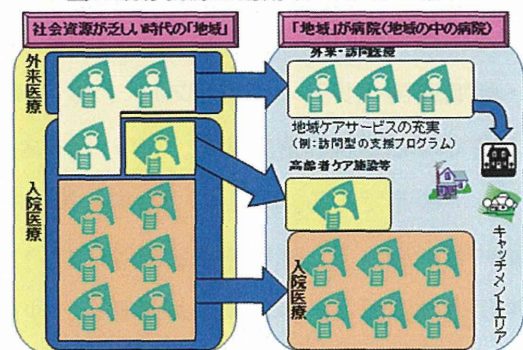
図6. 必要な要素



最後に、あるべき姿に向けた具体的な支援策が盛り込まれる必要があると考えられることを指摘しておきたい。国民皆保険と自由開業制の下で、日本の医療制度は構築されてきた。今後、医療体制をさらに改善していくためには、これまで地域で一定の役割と機能を担ってきた医療組織が、近未来に求められる機能を提供できるような道筋を示すこと

が、医療計画の枠組みでは求められていると考えられるからである。具体的には、図7のように、入院医療の職員が、地域精神医療サービスの職員として活躍できる具体的な方策を、医療提供体制の計画とセットで示す必要があるのではないだろうか。

図7. 既存資源の活用イメージの一案*



E. 結論

精神医療の評価に資する標準的な指標を開発することを目的として、必要な国内外の状況を収集し、集約した。医療圏ごとで、必要な機能の要素を整備するとともに、機能をつなぐ連携体制の構築が必要である。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

総説：Ito H, Frank R, Nakatani Y, Fukuda Y. The Regional Health Care Strategic Plan: The Growing Impact of Mental Disorders in Japan. *Psychiatric Services* 64: 617-619, 2013.

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

【参考文献】

1. Parameswaran S, Spaeth-Rublee B, Huynh PT, Pincus HA. Comparison of national mental health quality assessment programs across the globe. *Psychiatric Services* 63: 982-988, 2012.
2. Spaeth-Rublee B, Pincus HA, Huynh PT, IIMHL Clinical Leaders Group, Mental Health Quality Indicator Project. Measuring quality of mental health care: a review of initiatives and programs in selected countries. *Canadian Journal of Psychiatry* 55: 539-548, 2010.
3. Ito H. Quality and performance improvement for mental health care in Japan. *Current Opinion in Psychiatry* 22: 619-622, 2009.
4. Thornicroft G & Tansella M. *Better mental health care*. Cambridge, 2009.
5. Thornicroft G, Tansella M: Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *Br J Psychiatry* 185: 283-290, 2004

図6. 必要な要素

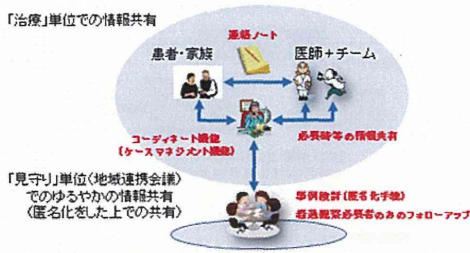
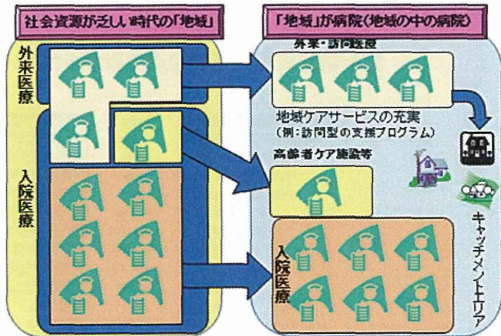


図7. 既存資源の活用イメージの一案*



*注:看護記録を基準に作成したイメージで他職種も専門性に寄って類似の記録転換が必要である。

参考資料

メンタルヘルスサービスの要素*

I : Step A	II : Step A+B	III : Step A+B+C
低:プライマリケアを専門家がバックアップ	中:メンタルヘルスケアの主流化	高:専門分化したメンタルヘルスサービス
・プライマリケアによるスクリーニングと評価 ・相談・助言などにより治療について話し合う ・薬物治療 ・メンタルヘルスの専門家との連携・連携(可能な場合) ・限定的に専門家のバックアップ。(1)研修(2)派遣(3)総合病院等のプライマリケアで対応困難な入院患者の評価と治療	外来医療 地域メンタルヘルsteam 急性期入院ケア 長期地域ケア 就労支援	専門外来:(1)緊急対応,(2)重症診断,(3)治療抵抗性気分障害,(4)児童・思春期サービス 専門チーム:(1)早期介入チーム,(2)assertive community treatment (ACT) 代替サービス:(1)在宅医療・危機解決チーム,(2)レスパイトハウス,(3)急性期病院 代替サービス:(1)24時間スタッフ付きの居住サービス,(2)日勤等によりスタッフが支援する居住サービス,(3)独立した住居 代替形態:(1)保護工場,(2)支援付き就労,(3)共同作業所形態,(4)セルフヘルプ当事者グループ,(5)クラブハウス-就労訓練プログラム,(6)就労リハビリテーション,(7)個別支援

*Thornicroft G, Tansella M., 2004を略略化。

「精神科診療所から見た医療計画と周辺領域との連携の実態と課題」

研究分担者 平川 博之（ひらかわクリニック）
研究協力者 稲垣 中（青山学院大学国際政治経済学部）
大塚 寛之（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
西村 由紀（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
羽藤 邦利（代々木の森診療所）
三木 和平（三木メンタルクリニック）
渡辺 洋一郎（渡辺クリニック）

研究要旨

目的: うつ病等の精神疾患の早期治療や自殺防止、地域で生活する精神障がい者の身体合併症への対応などのために、一般科医と精神科医の連携の重要性が叫ばれて久しい。しかしながら現実的には地域間で大きなばらつきがある。そこで一般科医と精神科医の連携の現状を調査し、課題を把握することで、実際に連携に必要なものは何であるかを検討する。

方法: 文献研究により、全国で行われている一般科医と精神科医の連携の取り組みについて調査した。また、東京都内の地区医師会が主催する一般科医向けの「うつ診療充実強化研修」「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」において、一般科医向けに質問紙調査を行った。

結果: 文献研究では、まず東京と大阪で一般科診療所を対象に（東京では精神科診療所も対象）した一般科と精神科の連携に関するアンケート調査が行われていた。共通する結果として、紹介時の問題と、精神科医療への一般科医の不信感があることがわかった。その他の全国の取り組みの報告から、「紹介の基準や手順を示した連携のマニュアルづくり」が多く実施され、「一般科から精神科へ紹介するシステムづくり」「一般科と精神科の合同研修会などによる顔の見える関係づくり」なども取り組みが始まっていることがわかった。

平成25年度に東京都内の地区医師会が主催した研修会において、一般科医向けのアンケート調査を行い、一般科医による抗うつ剤の処方やうつ病の治療が日常的に行われていることがわかった。また、研修において「うつ病をはじめとする精神疾患の治療の実態」を精神科医等から聞くことにより、精神科の処方や治療に対する不信感や精神疾患を持つ患者受け入れの抵抗感が少なからず軽減され、精神科との連携に前向きな姿勢が生まれることが明らかになった。一般科医が連携にもっとも必要と思っていることは、具体的な連携システムの構築であった。

考察: 一般科医が精神疾患のプライマリ・ケアの一部を担っており、一般科医と精神科医との連携が必要である。一般科医が精神医療に対して抱いている疑問や精神疾患を持つ患者への抵抗感が連携の障害となっているが、研修会等がその軽減に少なからず効果がある。さらに、必要時に速やかに、一般科医と精神科医を確実に繋ぐためのシステムが求められている。

A. 研究目的

うつ病をはじめとする精神疾患は、誰もがかかりうる疾患である。しかも、精神疾患による休職期間は平均7か月であることや、自殺に至る率の高さなどから、重症化した時の個人への影響はもとより社会的損失が大きい。早期発見早期治療が重要であるが、発病初期の受診は精神科ではなく一般科であることが多く、そのまま一般科で治療を継続する場合も少なくない²⁾。一般科医による精神疾患の見立てや初期治療の強化とともに、重症化した場合の精神科専門医への速やかな紹介など、一般科医と精神科医の連携が重要である。精神疾患による自殺防止にも、一般科医と精神科医の連携が欠かせない。

また、精神障がい者の入院医療中心から地域生活中心へと地域移行が進む中、地域の精神障がい者の身体合併症が課題となってきた。精神疾患を持っているために、身体疾患の治療を受けることが困難な場合がある。身体疾患の治療を受け持つ一般科医と、その患者のかかりつけ精神科医との連携が必要である。

うつ病をはじめとする気分障害患者の通院先は、精神科病院ではなく精神科診療所が圧倒的に多く、統合失調症患者の通院先も精神科診療所へ移行してきており、その数は半数以上に上がってきている。よって精神科診療所と一般科医が連携することが、今後ますます重要になる。

本研究では、一般科医と精神科医の連携の現状を調査し、課題を把握することで、連携に必要なものを検討することを目的とする。

B. 研究方法

1) 文献研究

全国の一般科医と精神科医との連携に関わる取り組みについて文献研究を行った。また、インターネットを利用して、全国で実際に行っている連携の取り組みについて調べた。

2) アンケート調査

東京都内の地区医師会が行った「うつ診療充実強化研修」および「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」に参加した一般科医向けに質問紙調査を行った。東京都医師会を通じて各地区医師会に協力を得、研修終了後に質問紙を配布してもらった。いずれも一般科医の受講を想定とした研修であるが、精神科医が受講している場合もあったが、分析からは精神科医の回答は除外した。

C. 結果

1-1) 東京及び大阪における調査の取り組み

一般科医と精神科医の連携に関するアンケート調査が、東京（2012年）と大阪（1999年）において既に実施されている。

東京では、平成23年10月～平成24年2月にかけて東京都医師会が東京都から委託され、東京都に登録されている一般科と精神科の全診療所を対象に調査が行われた¹⁾。大阪では、平成9年6月に大阪精神科診療所協会によって京阪神地域の一般科診療所医師を対象に調査が行われた²⁾。

東京の調査において、一般科から精神科へ患者を紹介する時の困難について、図1のような結果が得られた。困難の内容としては、「本人の拒否を理由に断られた」というケースが最も多かった。大阪の調査結果においても、精神科専門医へ紹介する際に困る内容として、「患者に説明・了解をとること」が72.9%を占め、紹介後に困ることとして、「一度紹介先を受診したものの、その後行きたがらない」が61.7%を占めていた。

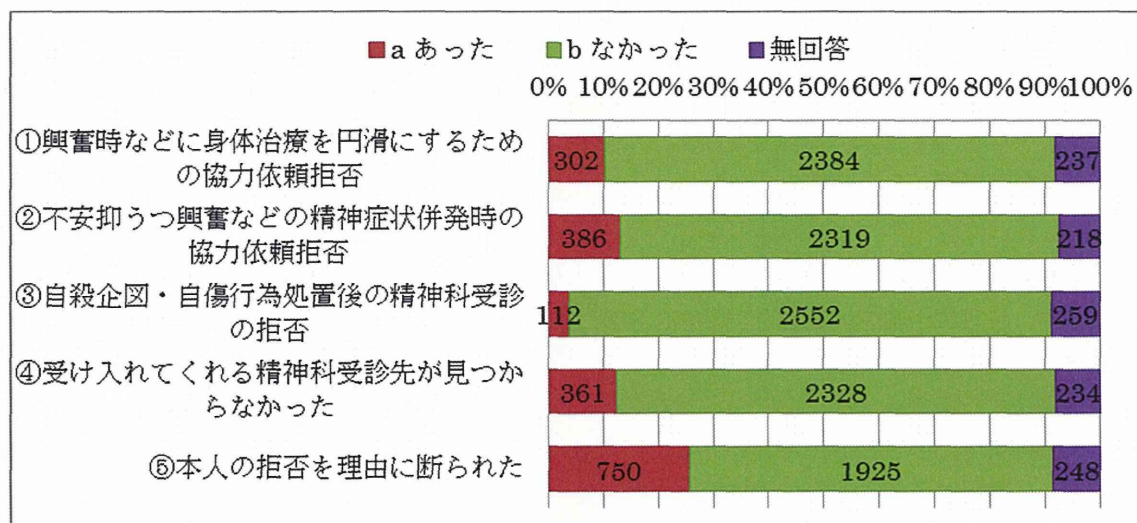


図1 一般科から精神科への受診依頼の際の困難(東京都)

また、東京の調査の中では、一般科医と精神科医それぞれに対して、お互いに連携する際の要望についての質問をしている。精神科医への質問で一般科医と連携する際の要望については、「患者の身体疾患の情報提供」を求める回答が最も多かった(図2)。一般科医への質問で精神科医との連携に関する要望については、図3の結果にあるように、最も多かったものは「精神症状や疾患に関する情報提供」であった。

さらに、東京と大阪どちらの調査においても一般科医における精神科医への要望について自由記載で回答を求めている。どちらにも共通していた回答としては、「予約なしで診て欲しい」という受け入れの悪さについての内容、「薬剤の過剰投与への疑問」や「向精神薬の副作用への留意」といった処方についての内容、「精神科でもっと話を聞いてほしい」という治療についての内容が見られた。

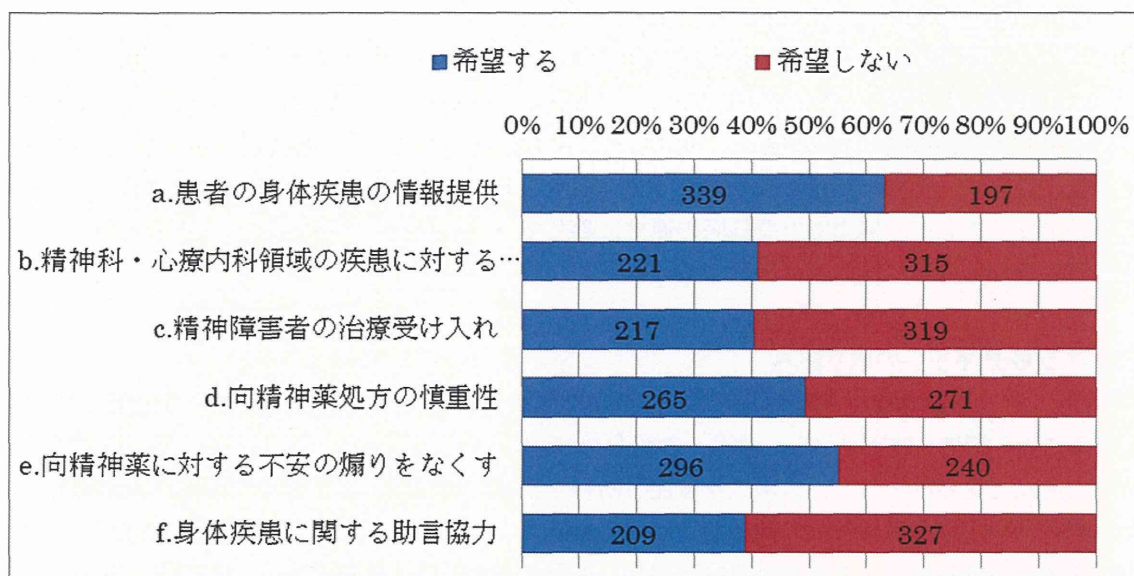


図2 精神科における一般診療科との連携に関する要望(東京都)

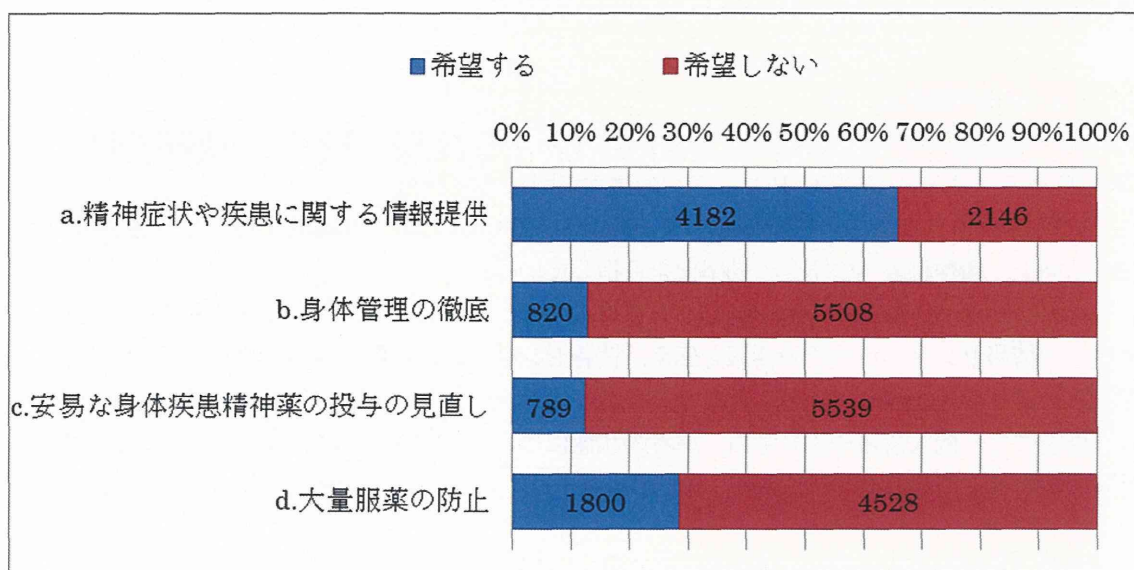


図3 一般科における精神科との連携に関する要望(東京都)

1-2) 静岡県富士市の取り組み

静岡県の富士市では、平成18年度から、自殺予防対策として「富士モデル事業」を行っている^{3) 4)}。富士モ

デル事業は、うつ病への気づきを促すため、「2週間以上続く不眠はうつのサイン」であると啓発するための広報を行う「睡眠キャンペーン」と、一般科医と精神科医の連携を行う「紹介システム」の2つの柱で成り立っている。

富士モデルの紹介システムでは、一般科診療において睡眠薬処方を考慮するような不眠が認められた場合に、「自己評価式抑うつ性尺度(SDS)」の実施や専用の紹介状のチェック欄に従いチェックを行うことで患者のうつ状態を把握し、精神科医療受診へ早期につなげる試みがなされている。この紹介システムにより紹介を行う場合には、一般科医療機関から紹介先精神科医療機関へ電話を入れて依頼し、受け入れ精神科医療機関も当番制を敷いて優先的に診療する体制となっている。平成19年1月から平成22年7月までの43ヶ月で、合計449件の紹介実績を得た。

1-3) 秋田県の自殺予防登録医制度の取り組み

秋田県医師会のうつ・自殺予防プロジェクト委員会は平成20年6月から「うつ病対策・自殺予防協力医およびうつ病治療登録医制度」を実施している⁹⁾。この制度は、一般科のかかりつけ医が、研修を経てうつ病対策・自殺予防協力医として秋田県医師会に登録し、受診しやすくするとともに、うつ状態を発見し精神科医への紹介を行っている。さらに、その一般科かかりつけ医を支援するために、支援を行う精神科医を自殺予防登録医として登録している。そして、協力医と登録医の連携に際しては、身近に相談ができる精神科医がない場合には、秋田県医師会が仲介して協力医に紹介する仕組みとなっている。

1-4) 大阪におけるG-Pネットの取り組み

大阪では、内科などの一般医の精神・神経疾患に関する理解を深めること、一般医から精神・神経科への紹介をスムーズにすること、精神・神経科から一般医への紹介をスムーズにすること、さらにはお互いの連携と相互理解を深めることなどを目的として、大阪大学機能診断科学講座の石蔵准教授と当時大阪精神科診療所協会会長であった本研究の研究協力者の一人である渡辺が代表世話人となって、平成17年に設立された¹⁰⁾。大阪内科医会、大阪精神科診療所協会、大阪精神科病院協会、在阪大学の内科医や精神科医、産業医グループ、公立病院、一般病院の各科医師など専門科、所属などを問わず、各科の医師、産業医、精神科医が参集している。合同研修会のほか、地区別の懇談会の開催、インターネットによる情報ネットワークの構築などを行い、連携機能の充実を図っている。

1-5) 兵庫県神戸市の神戸G-Pネット

神戸市医師会では、一般科医のうつ病診療を支えるために、平成20年12月に「G-Pネット作成検討委員会」を立ち上げ、平成22年7月より、「神戸G-Pネット」の運用が開始された⁷⁾。

神戸G-Pネットでは「かかりつけ医(一般医:G)」と「精神科医(専門医:P)」が連携を取り、一般科医のうつ病に対する対応力向上、精神科医への紹介の効率化を目指している。

具体的には、一般科かかりつけ医がうつ病の疑いのある患者の診療を行う中で、対応困難な患者がいた場合に、「神戸G-Pネット情報センター」へその情報を伝え、情報センターの精神保健福祉士が専門医のいる神戸市内の診療所や病院に振り分けを行うシステムとなっている。また、一般科医から精神科医に提供される患者情報は診療情報提供書にて、個人情報や紹介理由、患者の状態について報告がなされ、紹介を受けた精神科医は診療後に診療情報報告書にて診断名や治療計画、処方内容を一般科医に報告を返すことになっている。

1-6) 神奈川県内の「うつ病対策の医療連携を考える会」

神奈川県内科医学会と神奈川県精神神経科診療所協会が、神奈川全体で連携に取り組むことができないか検討した。その結果、神奈川全体・横浜市全体で行うには広すぎるので、人口20~30万人規模の範囲で行うのがよいと判断された。そして、横浜市内の西区・保土ヶ谷区において、「自殺予防」と「うつ病の勉強」を目的とした一般科医向けの勉強会「うつ病対策の医療連携を考える会」が行われている。

1-1) 大阪府での自殺未遂者実態調査

大阪府では、関西医科大学附属滝井病院に委託して、平成23年1月～12月にかけて、府内の全救命救急センターに搬送された自殺企図者の全例調査および自殺未遂者への面接調査を行った⁸⁾。調査では救命救急センターにソーシャルワーカー等の調査担当者を配置し、自殺既遂者と未遂者について調査を行った。未遂者の71%に精神科受診歴があり、退院時には83%で精神科医療機関や相談機関に紹介され、その多くがかかりつけ医への紹介であった。未遂者に対しては、あわせてソーシャルワークを行った。しかし、夜間や休日に入院し、早期に退院となる症例も多く、そのような症例ではスタッフの介入が行われなかったと報告がなされており、調査担当者を配置しても40%の症例について接触できなかったという結果が出ている。

1-7) その他の地域における連携の取り組みについて

その他の地域で行われている連携の取り組みについて、インターネットで検索をし、情報が公開されていたものについて表1にまとめた。一般科医から精神科医へ患者の紹介を行う方法について詳しく記載された手引書を作成している地域が多かった。

表1 その他の地域における連携の取り組み(インターネットの情報は2014年2月時点のもの)

都道府県	取組概要	組織	参考
埼玉県	さいたま市においてGPEネット事業を実施している。GPEネット事業とは、精神科の受診が必要と判断される患者について、精神保健福祉センター内に設置された事務局を通じて、精神科へ情報提供・受診予約を行うシステムである。	さいたま市こころの健康センター	http://www.city.saitama.jp/002/001/010/p015905.html
富山県	かかりつけ医と精神科医の連携に関するマニュアルを作成し公開している。システムは、かかりつけ医がうつ病の疑いのある患者に対して、うつスクリーニングシート(日本版BDI-II等)を実施し必要に応じて精神科医へ相談や紹介を行うものである。	①新川厚生センター(本所)保健予防課地域保健班	http://www.pref.toyama.jp/branches/1268/00-renkei/kakarituke.html
福井県	「かかりつけ医と精神科医の連携に関する手引き」というものを公開している。システムは、うつ病の疑いのある患者に対して、福井県及び福井県医師会が作成した「こころの健康自己チェック表」や日本版SDSを用いてスクリーニングを行い、必要と判断された患者について精神科医への紹介を行うものである。	福井県・福井県医師会	http://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kokoro-c/jisatuyobou/mental.html
愛知県	①厚生労働省の愛知県精神科医療連携モデル事業の一環として「こころのドクターネット」というものを作成。精神科医療連携を推進するサイトとなっている。②上記サイトの「こころのドクターナビ」では「地域」や「スタッフ(女性医師等)」といった検索条件を詳細に選ぶことで愛知県内の精神科医療機関の検索が可能。	愛知県精神科病院協会	① http://www.kokoro-dr.info/#a ② http://www2.geosense.co.jp/kokoro/search2/
滋賀県	連携を確立するため大津G-Pネットが設立され「一般診療医と精神科医の連携に関する手引き」が作成されている ⁹⁾ 。システムは、うつ病の疑いのある患者に対して、日本版SDSを用いてスクリーニングを行い、必要と判断された患者について精神科医への紹介を行うものである。	大津G-Pネット定着促進検討委員会・大津市医師会・大津保健所	① http://www.otsu.shiga.med.or.jp/index.php?/news/organ_news_details/index/227 ②取り組みの報告書 http://www.city.otsu.shiga.jp/www/contents/1213764775557/
大阪府	連携を推進するネットワークである「一般医-精神科医ネットワーク(通称G-Pネット)」が設立されている ¹⁰⁾ 。	一般医-精神科医ネットワーク(G-Pネット)事務局	http://gpnet.umin.jp/index.html
鳥取県	「かかりつけ医と精神科医との連携マニュアル」を公開している。	鳥取県医師会	http://www.tottori.med.or.jp/sonota
広島県	①平成21年に作成された「かかりつけ医のための自殺(うつ病)予防の手引き」を公開している。 ②広島市南区(都市部型モデル)および府中地区(中山間地域型モデル)において連携システムの検討が行われている。 ③広島市において、「かかりつけの医師と精神科医の連携の手引き」が作成されている ¹¹⁾ 。	①広島県地域保健対策協議会 ②自殺(うつ病)対策専門委員会 ③広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課	① http://citaikyoyo.jp/file/index.html ② http://citaikyoyo.jp/data/annual/2011/pdf/report43_11.pdf ③ http://www.city.hiroshima.lg.jp/kenkoufukushi/utsu/doctor/index.html
香川県	「一般かかりつけ医と精神科医の連携ツール」が公開されている。内容は情報提供書のフォームと精神科医療機関の一覧である。	香川県医師会	http://www.kagawa.med.or.jp/kejiban/kejiban.htm
高知県	「G-Pネットこうち」を構築・実施している。システムは、一般科医がうつ病の患者を早期発見・早期治療に結びつけるため、うつ病スクリーニングを実施し、状況に応じて適時に精神科を紹介するものである。なお、身体疾患の治療は継続するとともに、一般科医で治療可能なうつ病の場合は、精神科医のアドバイスを受けながら抗うつ剤等による治療を実施する。	高知県医師会、高知県精神科病院協会、高知県精神神経科診療所協会	http://www.pref.kochi.lg.jp/sos/hiki/060301/23g-pnettokouti.html
福岡県	久留米市の取り組みが「平成23年度 第4回福岡県医学会総会」で紹介されている。久留米市では「久留米市かかりつけ医うつ病ネットワーク」が構築され、かかりつけ医が精神科への紹介が必要だと判断される患者について、患者の前で精神科の予約を取り、専用の紹介状を用いて情報のやりとりを行うシステムとなっている。	久留米市及び久留米市内医師会	https://www.fukuoka.med.or.jp/igakukai/page07.html
佐賀県	佐賀県かかりつけ医・精神科医紹介システム事業が実施されている。平成22年11月からは杵藤保健福祉事務所管内において実施し、平成23年12月からは全県下で実施されている ¹²⁾ 。	佐賀県	http://www.pref.saga.lg.jp/web/kurashi/_1019/mental/kokoro netsaga_66566.html
大分県	かかりつけ医と精神科医の連携促進手引書が大分県ホームページにて公開されている。	大分県福祉保健部障害福祉課 大分県医師会	http://www.pref.oita.jp/site/syougai/jisatuyouboutaisaku241201.html
参考	総務省において自殺予防対策に関する行政評価・監視 結果報告書が公開されておりその中に地域の連携の取り組みが紹介されている。		http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/000059216.html#kekakahokokusyo

2) 平成25年度に東京都で行った一般科医の意識調査について

①調査票回収数

平成25年12月～平成26年2月に東京都内の各地区医師会により行われた、「うつ診療充実強化研修」および「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」に参加した一般科医を対象として、一般科医と精神科医の連携

に関する質問紙調査を行った（資料1, 2）。

調査の結果、248名の医師から回答が得られ、その内精神科医からの回答10名を除く、238名分の質問紙を分析対象とした。

尚、「うつ診療充実強化研修」では一般科医のうつ病診療についての質問紙調査も行った。

表2において各研修会における回収数を示した。

表2 研修会毎の質問紙回収数

医師会	うつ強化充実強化研修 回収数	早期発見・早期支援 研修会回収数
神田	16	-
中央区	44	-
港区	24	25
東久留米市	9	6
日本橋	5	-
八王子市	43	-
足立区	16	-
日野市	12	-
荒川区	11	-
西東京市	-	5
北多摩	-	22
合計	180	58
全合計	238	

②一般科医のうつ病の診療についての回答

「うつ診療充実強化研修」で実施したうつ病診療についての質問紙では、回答に協力していただいた医師が所属する医療機関の種別と主な診療科について回答を求めた。

その結果を図4と図5に示した。診療所の医師が最も多く、内科の医師が全体の6割を占めていた。

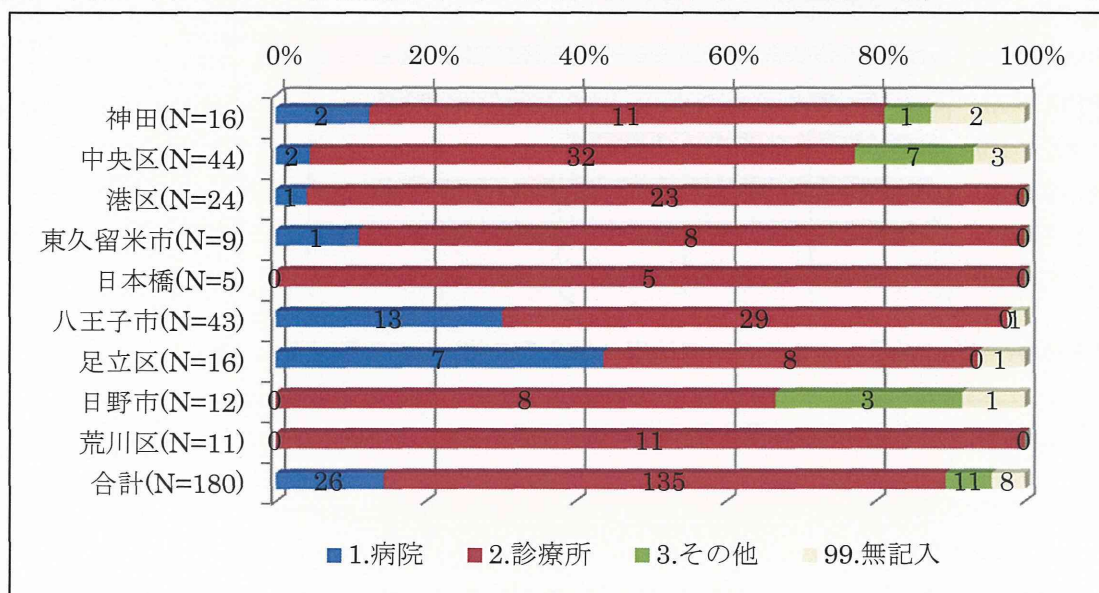


図4 回答医師の所属について

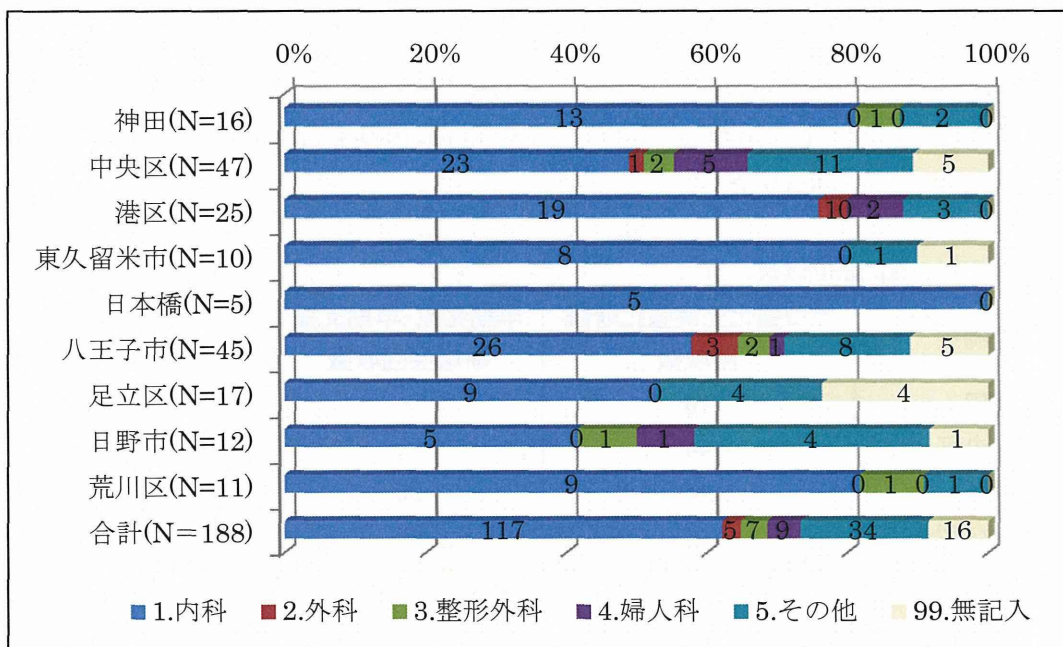


図5 回答医師の診療科について(複数回答有)

次に図6・7に、うつ病の治療について行っているか尋ねた質問項目に対する回答の結果を示した(「うつ診療充実強化研修」のみ)。「できるだけ精神科専門医に紹介し、自分で治療しないようにしている」という回答が55.56%を占め、「できるだけ自分で治療し、やむを得ない状態の時だけ精神科専門医に紹介している」という回答は26.67%であった。内科医に限ってみると、それぞれ61.54%、31.62%であった。

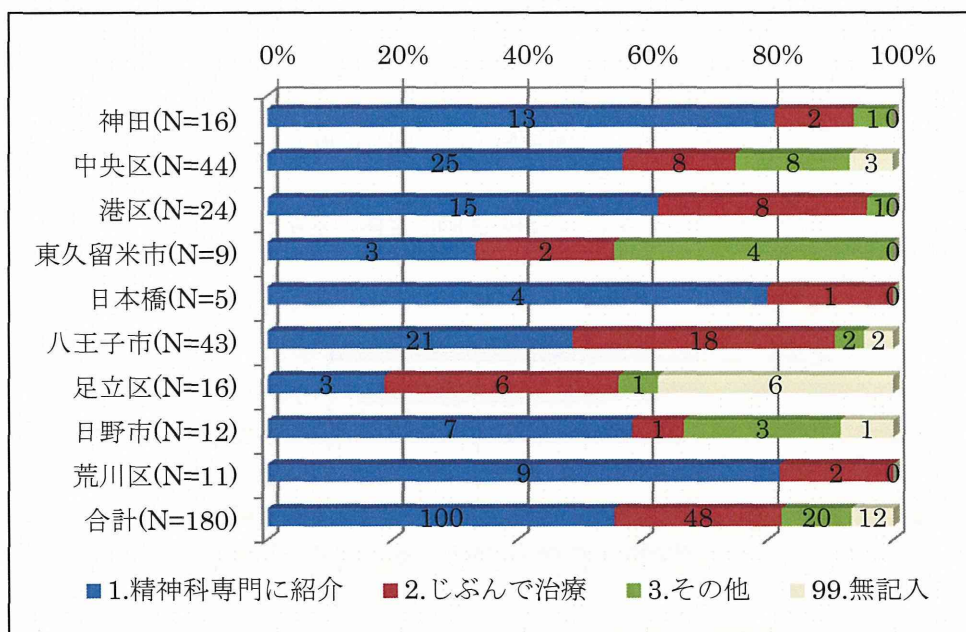


図6 日常の診療についてうつ病の治療を行っていますか?

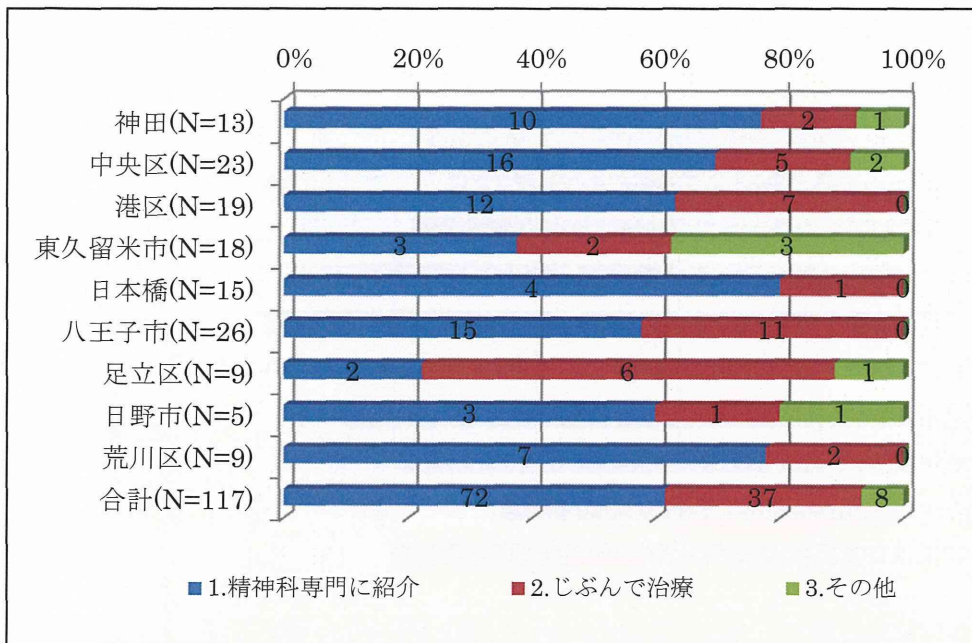


図7 日常の診療についてうつ病の治療を行っていますか？(内科医のみ)

図8・9には、抗うつ剤の処方についての回答結果を示した（「うつ診療充実強化研修」のみ）。抗うつ剤の処方をしているという回答は37.22%で、内科医においては43.15%であった。それに対して、抗うつ剤をまったく処方しないという回答は僅かである。

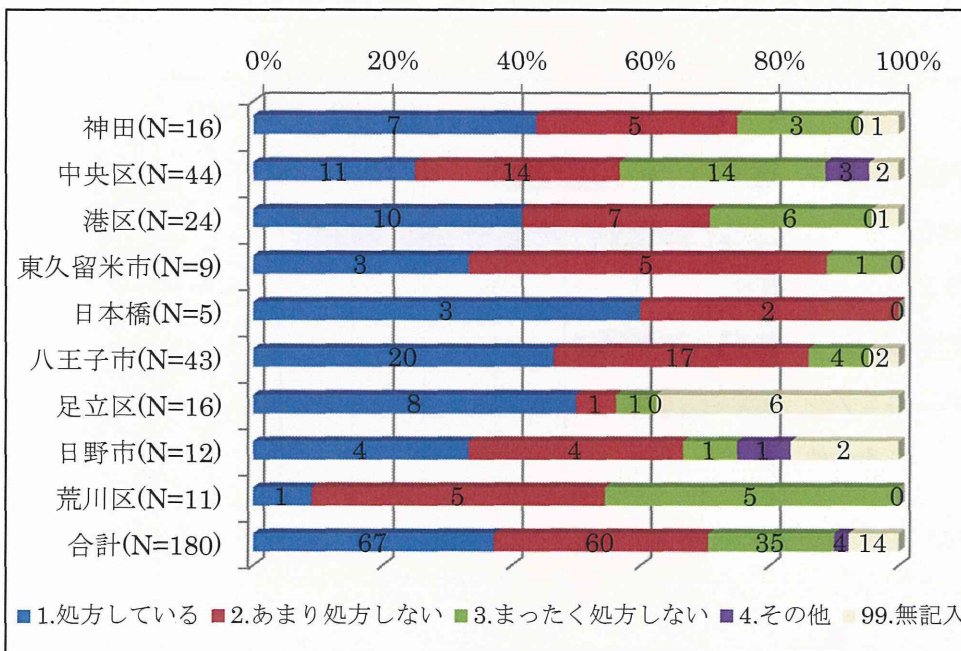


図8 日常の診療において、抗うつ剤を処方していますか？

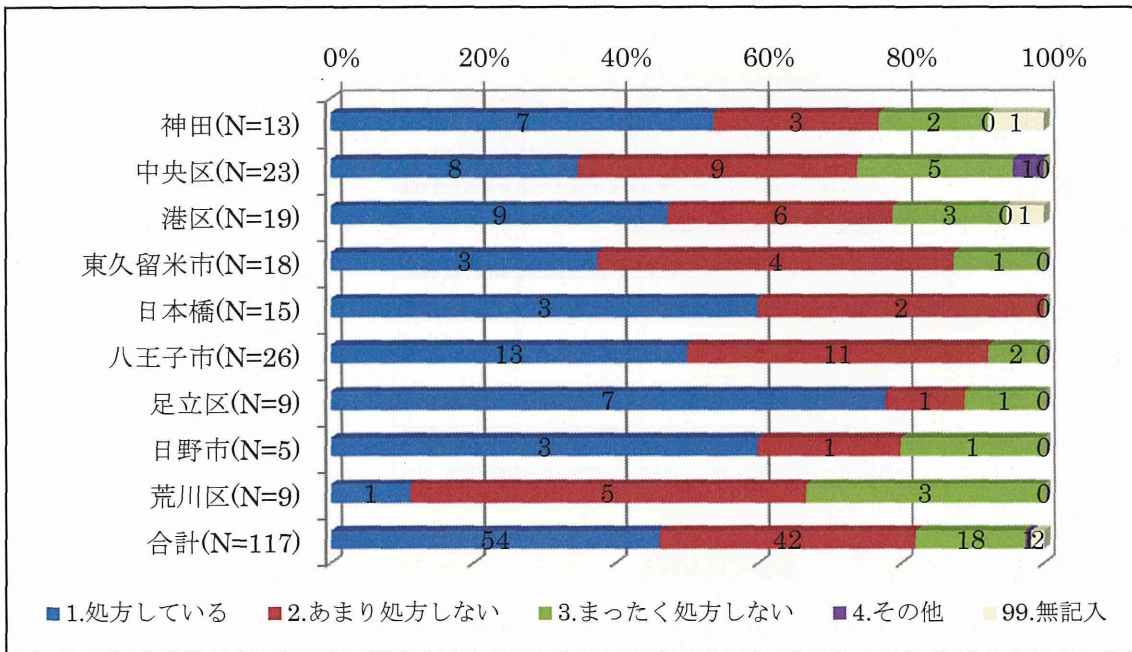


図9 日常の診療において、抗うつ剤を処方していますか？(内科医のみ)

図10には、うつ病の診療を地域で効果的に進めるために必要なことについての回答結果を示した(回答無記入は除外)。「専門医との連携システム」が必要であるという回答が最も多く、次いで「精神科専門医医療機関・専門医のリスト」であった。

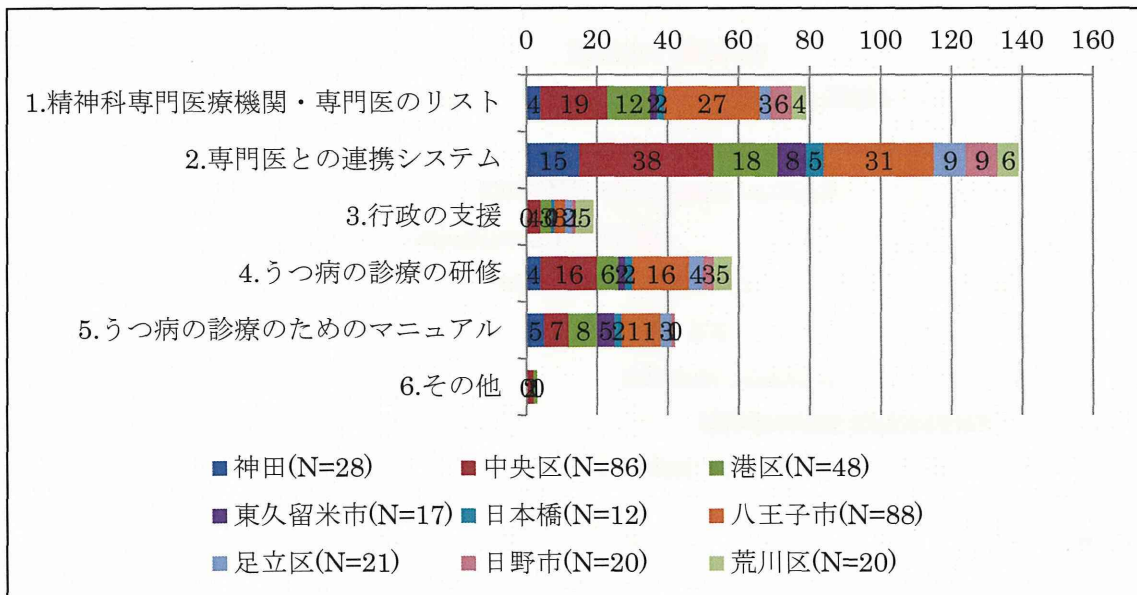


図10 うつ病の診療を地域で効果的に進めるために必要なこと(3つまで選択)

③研修の前後における一般科医の精神科医との連携の意識について

「うつ診療充実強化研修」および「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」において、研修を受ける前と受けた後で、どのような意識の変化が見られるかを検討するため、連携に関する質問項目に対して研修の前後でそれぞれ回答を得た。

各質問項目の回答結果を図11～図15に示した。

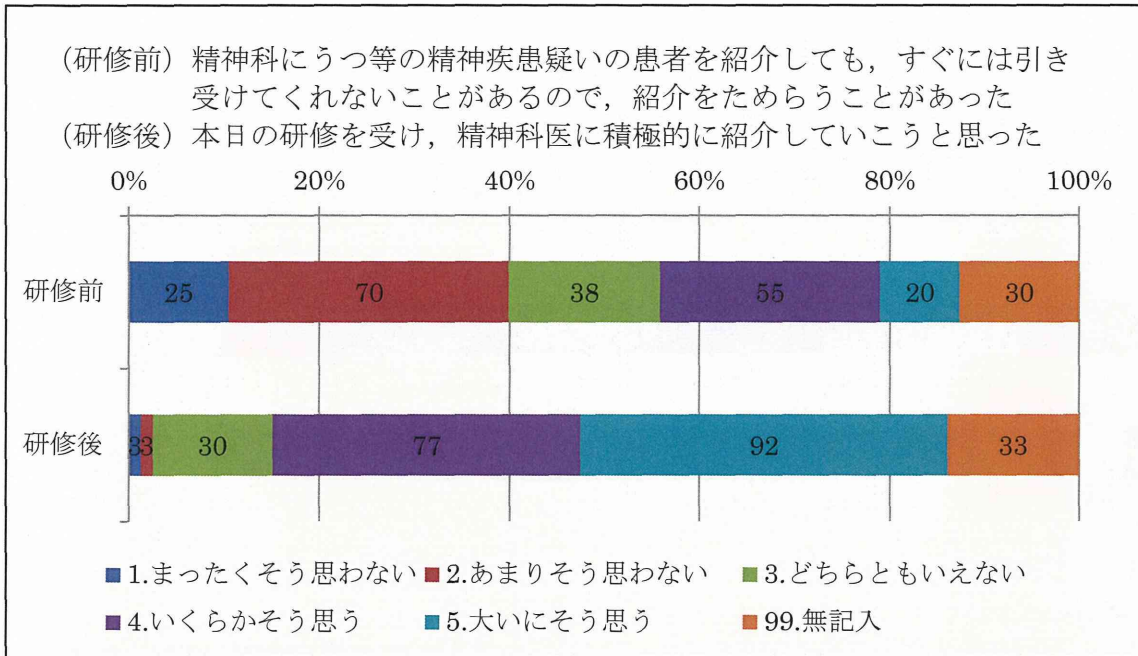


図 11 質問 1 : 精神科への紹介に対する意識

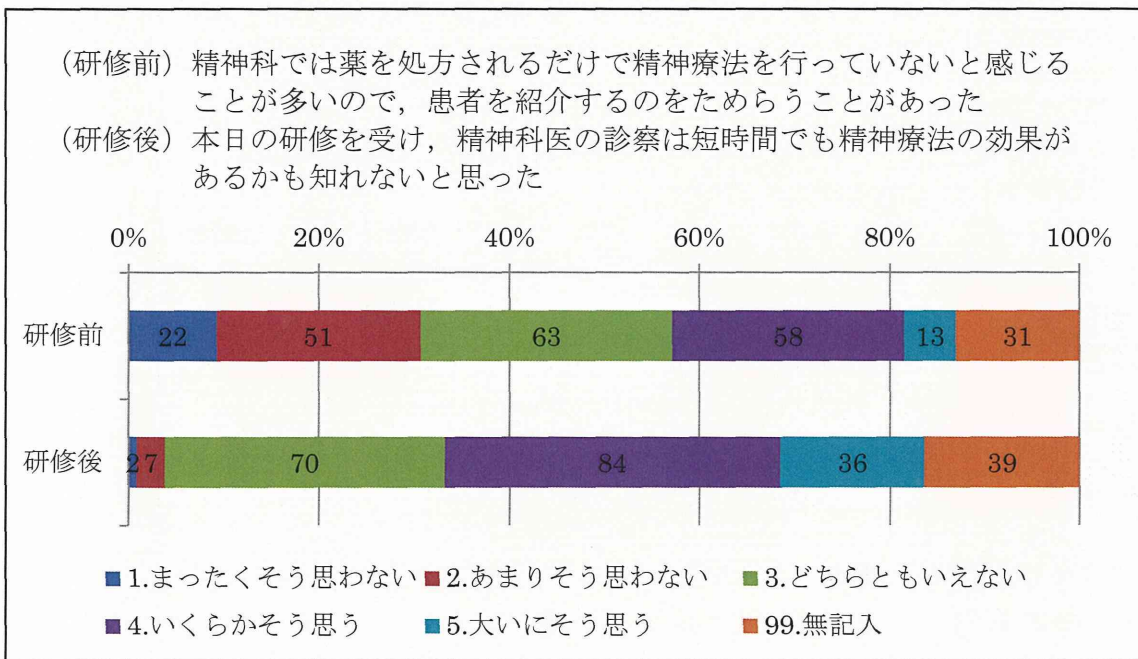


図 12 質問 2 : 精神療法に対する意識