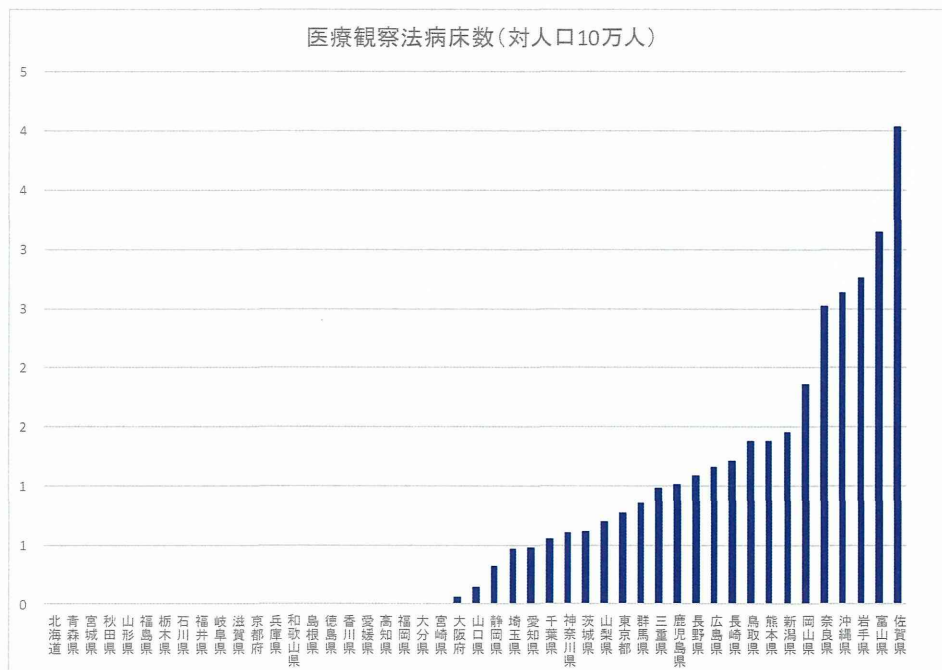


(9)医療観察法病床

この病床についても二極化が顕著であった。“佐賀県”をトップとし、以下“富山県”、“岩手県”、“沖縄県”、“奈良県”の順に続いていた。“大分県”、“福岡県”、“高

知県”、“愛媛県”、“香川県”など約半数の都道府県では整備されていなかった(図9)。ジニ係数は“0.629”と大きい(図13)。

図9

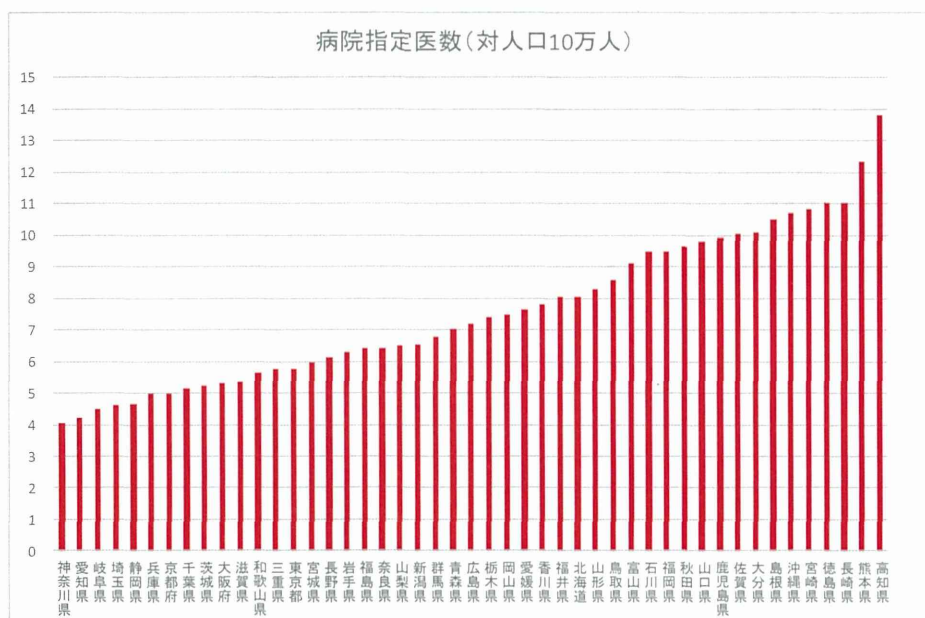


(10)病院指定医数

“高知県”をトップとし、以下“熊本県”、“長崎県”などが続いていた。最も少ないのは“神奈川県”で、次に少ないのは“愛

知県”、“岐阜県”、“埼玉県”などであった(図10)。ジニ係数は“0.165”と小さく、都道府県間の格差は少なかった(図13)。

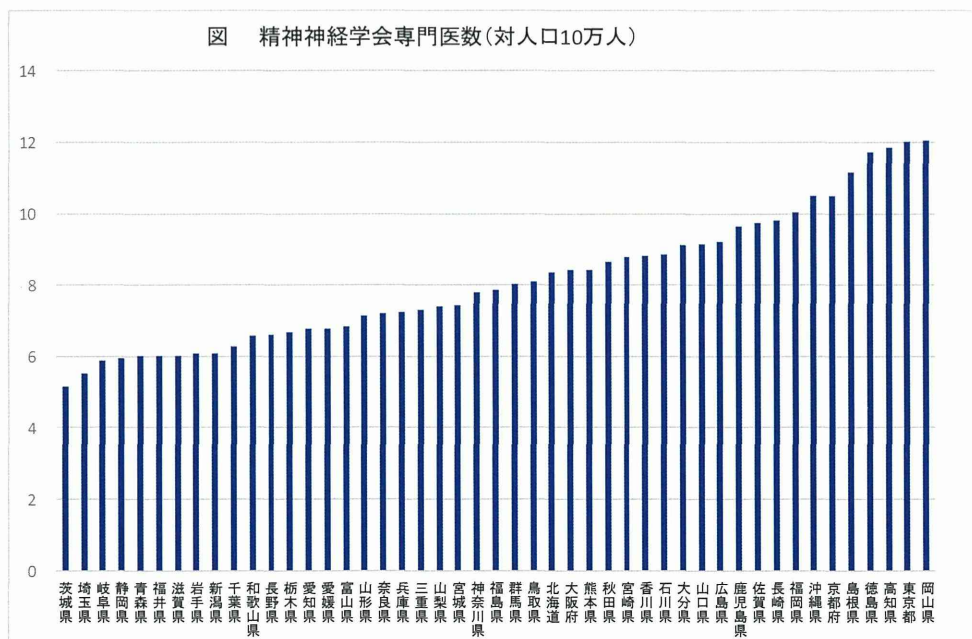
図 1 0



(11)精神神経学会専門医数  
 “岡山県”、“東京都”、“高知県”の順に  
 対人口10万人当たりの精神神経学会専門  
 医が多い結果となった。少ないところは

“茨城県”、“埼玉県”、“岐阜県”などであ  
 った(図11)。ジニ係数は“0.126”と都  
 道府県間の格差はほとんどない状況であ  
 った(図13)。

図 1 1



(12)精神科病院総医療従事者数  
 “鹿児島県”、“佐賀県”、“長崎県”の順  
 に対人口10万人当たりの病院総医療従事  
 者数が多い結果となった。少ないところ

は“神奈川県”、“愛知県”、“東京都”など  
 の大都市を抱える都県であった(図12)。  
 ジニ係数は“0.204”と小さく、都道府県  
 間の格差は少なかった(図13)。

図 1 2

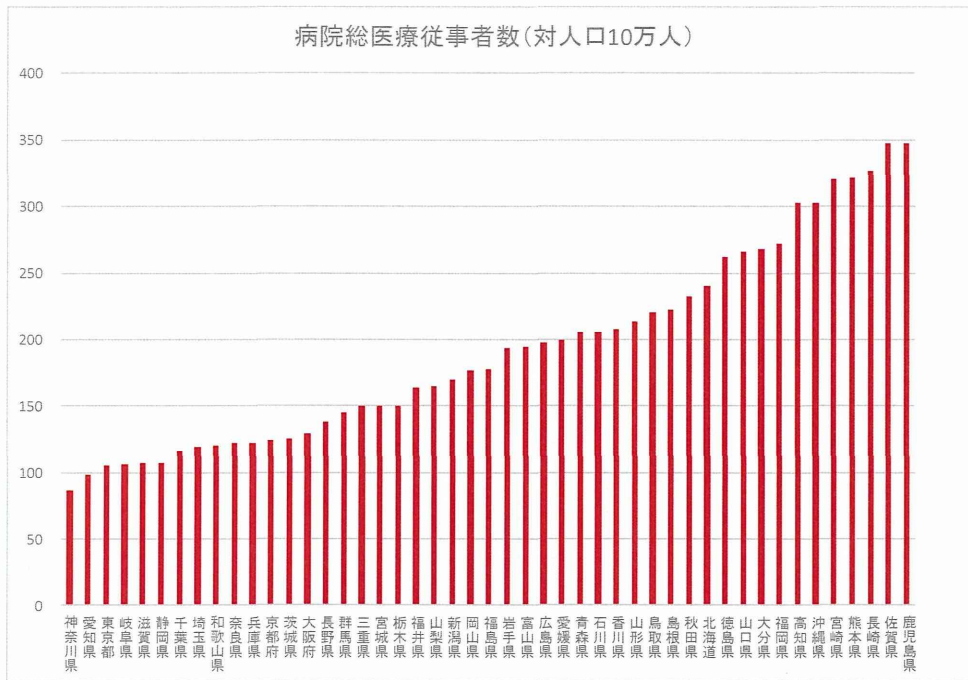
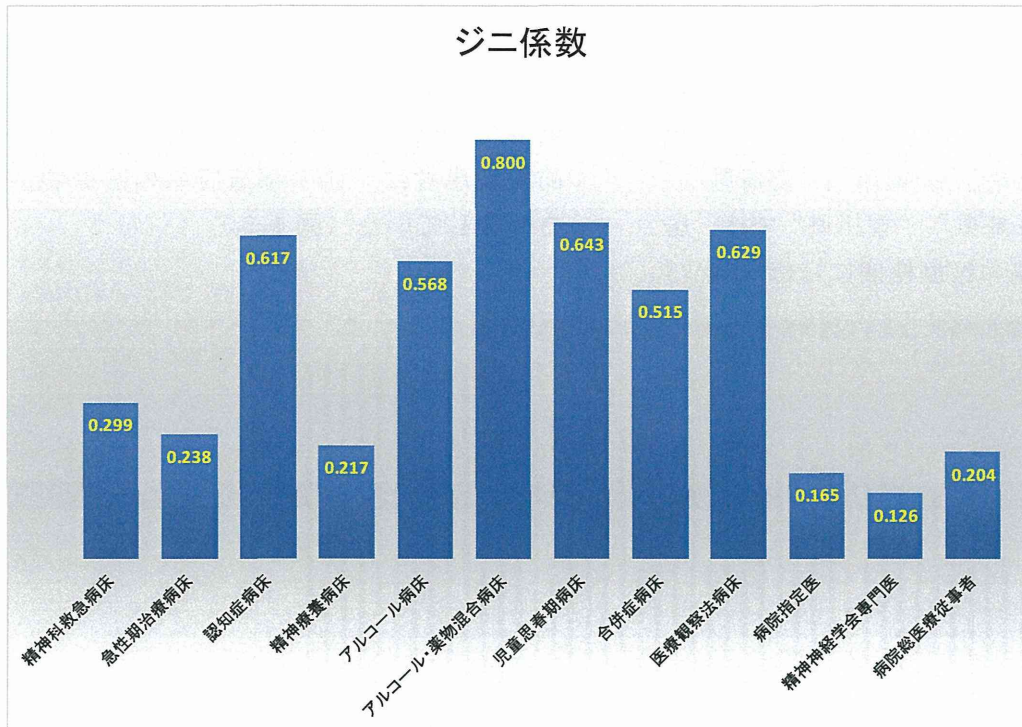


図 1 3



2)精神疾患患者の都道府県間移動

(1)入院

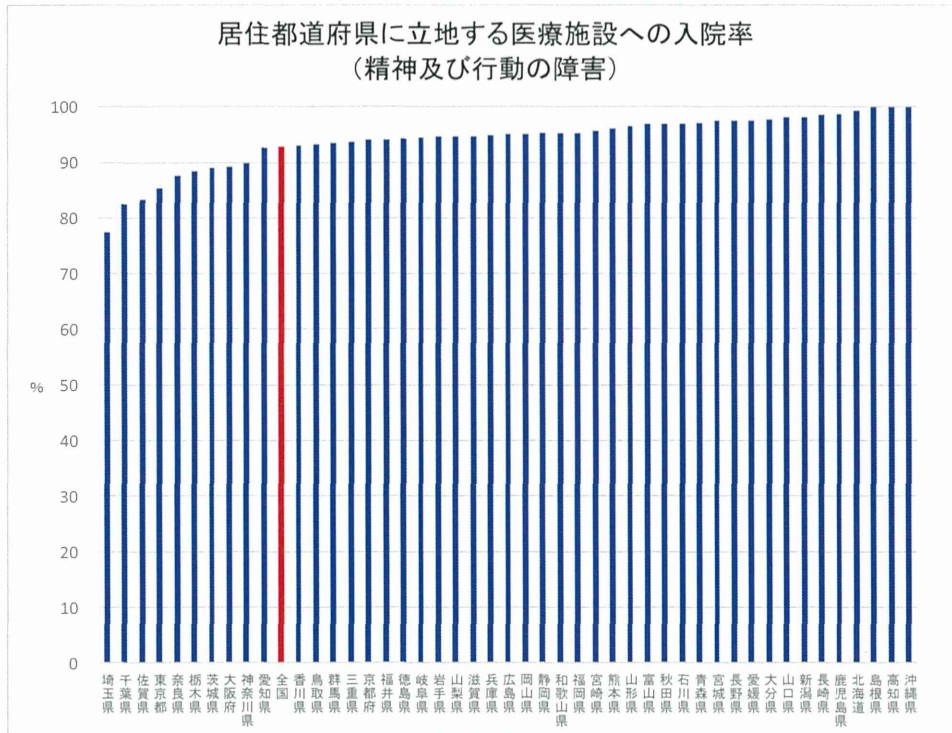
平成 23 年の厚生労働省の患者調査を用いて、都道府県間の精神疾患患者の移動を調べた。その結果、“沖縄県”、“高知県”、

“島根県”、“北海道”、“鹿児島県”では、居住している道県の医療機関に入院する比率が高いが、“埼玉県”、“千葉県”、“佐賀県”、“東京都”、“奈良県”、“栃木県”、“茨城県”、“大阪府”、“神奈川県”では居



住する都道府県の施設への入院は 9 割を 下回っていた (図 1 4)。

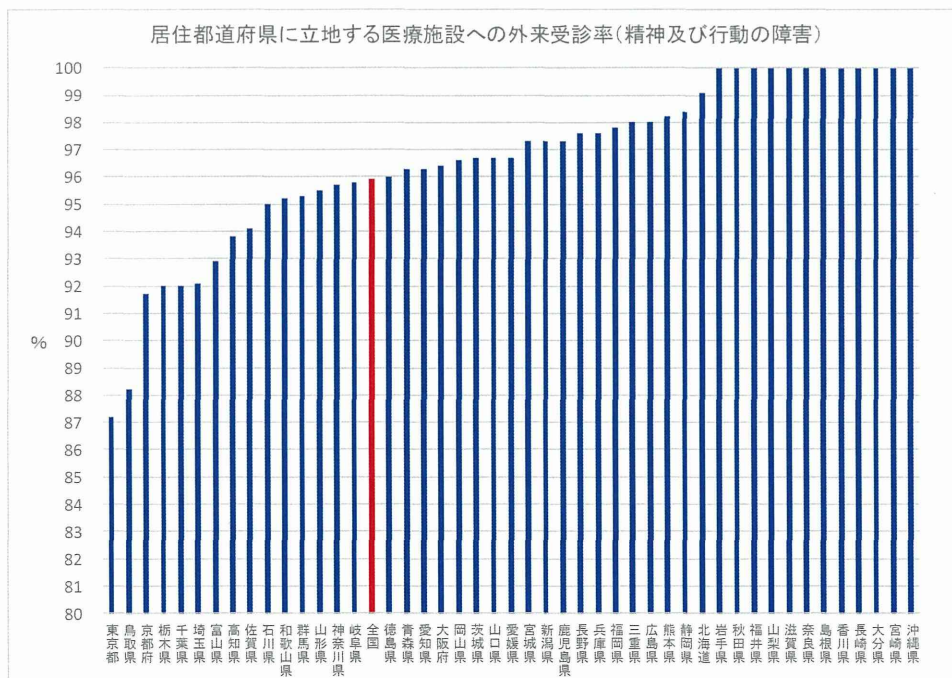
図 1 4



(2) 外来

外来についても同様に患者調査を用いて、都道府県間の精神疾患患者の移動を調べた。その結果、“沖縄県”、“宮崎県”、“大分県”、“長崎県”、“香川県”では、居住している道県の医療機関にほぼ 100 パ

ーセントの患者が通院していたが、“東京都”、“鳥取県”、“京都府”、“栃木県”、“千葉県”、“埼玉県”などでは 90 パーセント前後の患者は、他の都道府県の医療機関を受診していた (図 1 5)。



3)都道府県の精神科医療システムの効率性について

(1)医療資源の投入量と対応した患者数との関係について

都道府県が有している精神科患者に専門的に対応する精神神経学会専門医数と精神科病床数という 2 つの資源を投入して、効率的に患者に対処している都道府県は、図 1 6 に示す **Efficiency** が 1.0 とされる。いわば、精神科医療効率が良いベストプラクティスの都道府県である。

北海道、神奈川県、福井県、岡山県、そして熊本県がベストプラクティスモデル

に該当する。一方、徳島県、栃木県、群馬県、および奈良県は効率が悪いところとなる。

(2)入院患者の在院期間の効率性について

入院患者が短い在院期間でしかも退院率が高い都道府県は、図 1 7 に示すように奈良県と鳥取県が、**Efficiency** と 1.0、いわゆるベストプラクティスモデルとなる。東京都、福岡県、北海道、大阪府、埼玉県、神奈川県などは入院効率が悪い都道府県である。

図16 精神神経学会専門医数と精神科病床数(入力量)⇒入院患者数(出力量)

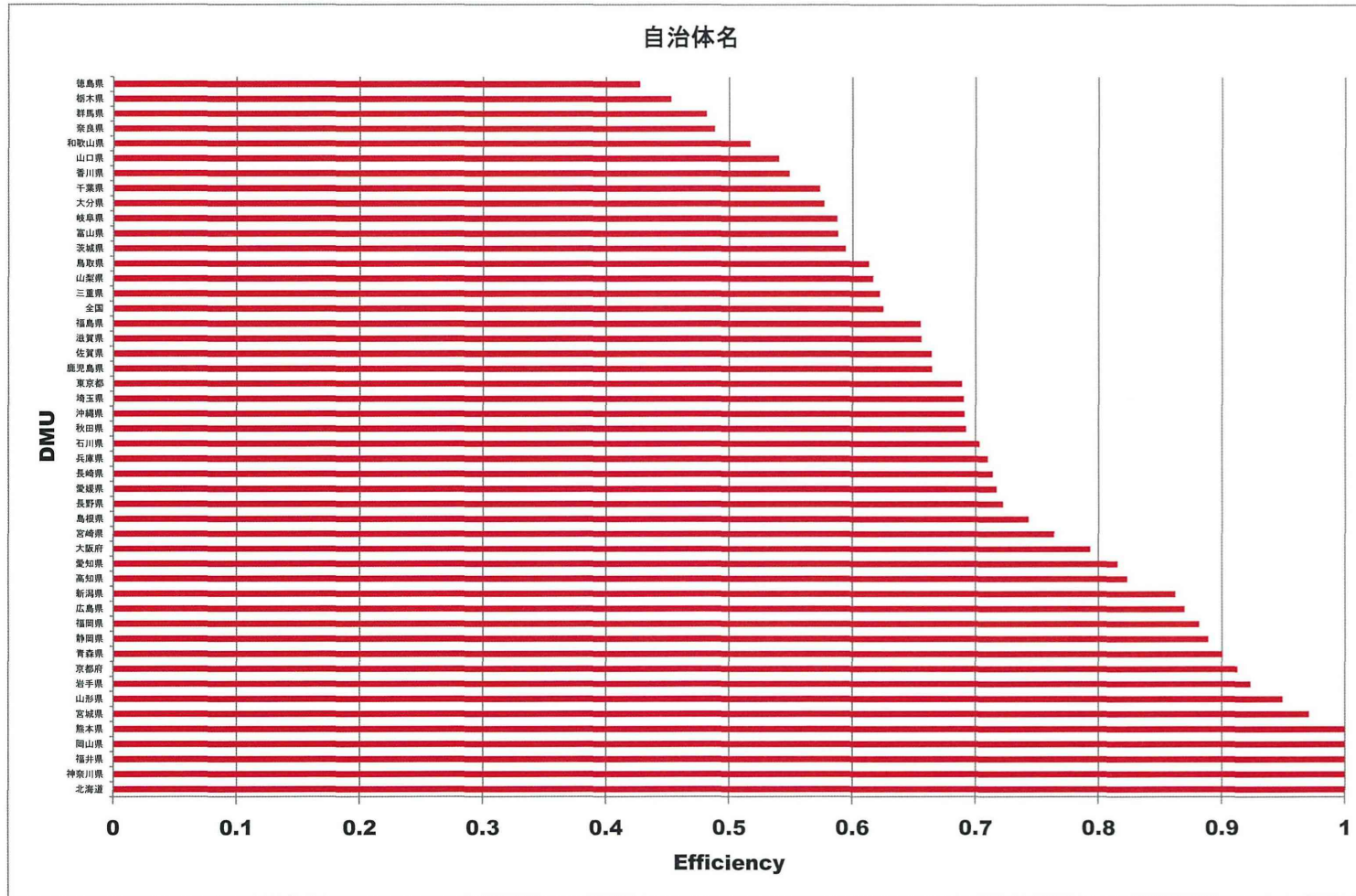
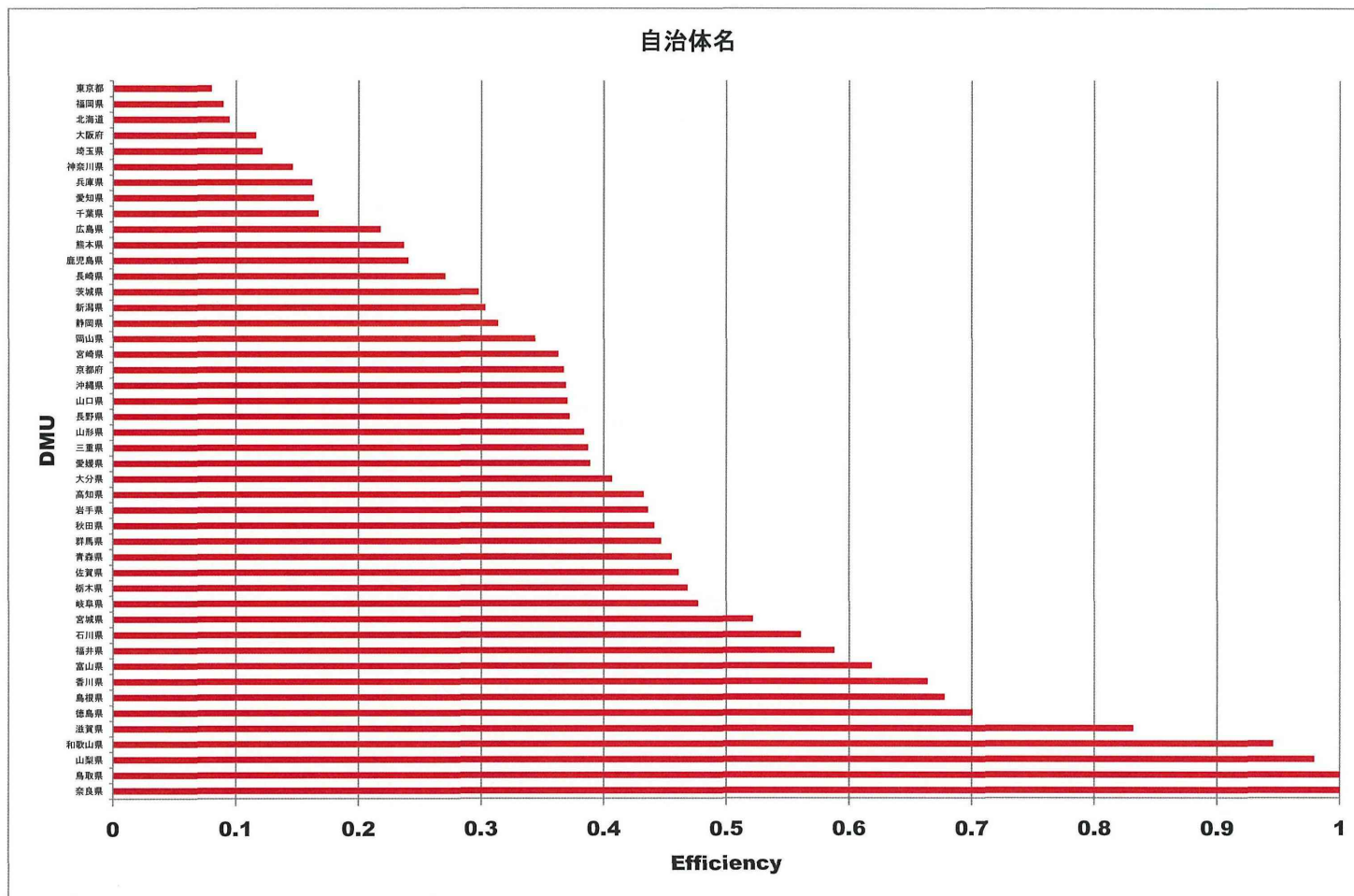


図17 入院患者数(入力量)⇒平均在院日数と退院率(出力量)





#### 4)都道府県の精神科医療計画の評価

上記の分析に示したように、都道府県格差の問題など医療計画を用いて精神科医療領域の資源配分を考える必要がある。ジニ係数でも示したように、認知症病床は都道府県格差をはじめとして二次医療圏間でも大きな整備格差が生じている。前者のジニ係数は0.617、後者も同じである。

特に認知症対策は、対象となる患者がこれからも増加することから大きな問題である。

下の図表のうち、左上の図は先述の都道府県別の対人口10万人当たりの認知症

病床の整備状況である。平均値を取ると整備率が高いところに引っ張られるため、ここでは中央値を取り、さらに中央値の1/2未満の整備率が悪い都道府県を問題があるところとして選択した。その結果、右上の表にしている14都府県に該当する。

これらの都府県の現行の医療計画の『認知症対策』の内容を分析した結果は、下表に示している。

認知症疾患医療センターには言及しているものの、病床数の絶対数の不足に対する記述は、これら14都府県いずれも皆無であった。



| 都道府県名 | 認知症病床数 | 人口         | 認知症病床数(対人口10万人) |
|-------|--------|------------|-----------------|
| 和歌山県  | 0      | 988,000    | 0.00            |
| 愛知県   | 366    | 7,427,000  | 4.93            |
| 長野県   | 140    | 2,132,000  | 6.57            |
| 徳島県   | 56     | 776,000    | 7.22            |
| 栃木県   | 201    | 1,992,000  | 10.09           |
| 京都府   | 287    | 2,625,000  | 10.93           |
| 東京都   | 1,477  | 13,230,000 | 11.16           |
| 岩手県   | 160    | 1,303,000  | 12.28           |
| 茨城県   | 391    | 2,943,000  | 13.29           |
| 千葉県   | 866    | 6,195,000  | 13.98           |
| 群馬県   | 325    | 1,992,000  | 16.32           |
| 静岡県   | 667    | 3,735,000  | 17.86           |
| 神奈川県  | 1,660  | 9,067,000  | 18.31           |
| 奈良県   | 255    | 1,390,000  | 18.35           |

| 都道府県 | 施設整備に関する目標  | 都道府県 | 施設整備に関する目標   |
|------|---|------|--|
| 和歌山県 | 認知症疾患医療センターの整備(2→8か所)などの記述はあるが、病床整備はなし。   | 岩手県  | 認知症医療体制の整備などは盛り込まれているが数値目標などの具体的記述はなく概念的な内容にとどまっている。病床整備に関する記述はない。 |
| 愛知県  | 認知症疾患医療センターの整備(7→11か所)や研修などの記述はあるが、病床整備はなし。G-Pネット(一般医と精神科医の連携による患者紹介システム)の記述あり。 | 茨城県  | 認知症疾患医療センターの整備(2→7か所)や認知症バスなどの記述はあるが、病床整備はなし。                      |
| 長野県  | 認知症疾患医療センターの整備(地域型4か所)や認知症バスなどの記述はあるが、病床整備はなし。                                  | 千葉県  | 認知症疾患医療センターの整備(1→8か所)や認知症バス、相談件数などの記述はあるが、病床整備はなし。                 |
| 徳島県  | 認知症疾患医療センターの整備(二次医療圏に1か所以上)や連携などの記述はあるが、病床整備はなし。                                | 群馬県  | 認知症疾患医療センターの整備(0→7か所)や認知症に関する正しい知識の普及などの記述はあるが、病床整備はなし。            |
| 栃木県  | 認知症疾患医療センターの整備(3→6か所以上)や連携などの記述はあるが、病床整備はなし。                                    | 静岡県  | 認知症疾患医療センター(2→5か所)などの記述はある。病床整備はなし。                                |
| 京都府  | 認知症疾患医療センターの整備(二次医療圏に1か所以上)や認知症サポーターなどの記述はあるが、病床整備はなし。                          | 神奈川県 | 認知症サポート医の養成、二次医療圏ごとの認知症疾患医療センターの整備、認知症支援ネットワークの構築などはあるが、病床整備はなし。   |
| 東京都  | 地域連携の推進、専門医療の提供、早期発見・診断、対応体制の整備、人材育成、家族・地域支援体制の整備などはあるが、病床整備はなし。                | 奈良県  | 認知症疾患医療センターの整備(基幹型2、地域型を二次医療圏ごとに1施設)や診断件数の増加などの記述はあるが、病床整備はなし。     |



## D. 考察

### 1) 人的・物的面からの精神科医療資源配分の地域格差

精神科救急病床、急性期治療病床、認知症病床、精神療養病床、アルコール病床、アルコール・薬物混合病床、児童思春期病床、合併症病床、医療観察法病床、病院指定医、精神神経学会専門医、病院総医療従事者のうち、重要な医療提供体制の課題である「精神科救急病床」と「合併症病床」そして「認知症病床」に関する都道府県医療計画の記載内容を分析した。

### (1) 精神科救急病床と合併症病床について

対人口 10 万人当たりの「精神科救急病床数」は“青森県”、“岩手県”、“新潟県”などで低い。

最も状況が悪い青森県は、「精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む。）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の常態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能」を充実していくことを掲げ、下記のような目標を定めている。しかし、病床整備などの具体的な施策の記述はない。

#### 青森県

##### ア 目標

- ・ 24 時間 365 日、精神科救急医療を提供できること

##### イ 関係機関に求められる役割

- ・ 精神科救急患者の受入が可能な設備を有すること
- ・ 地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること
- ・ 精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診療している自院の患者・家族からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日にも対応できる体制を有すること
- ・ 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関と連携できること
- ・ 専門医療を提供する医療機関は、他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること

次に悪い岩手県では、下記のような記述がされている。同じく具体的な整備目

標などの施策体系は示されていない。

#### 岩手県

##### ① 精神科救急（精神科医療機関）

- ・ 精神科救急患者の受入れが可能な設備を有すること（検査室、保護室、手厚い看護体制等）
  - ・ 地域の精神科救急医療体制に参画し、地域の医療機関と連携すること
  - ・ 継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等について、夜間・休日にも対応できる体制を有すること
- 在宅精神障がい者等が、安心して地域で生活できるよう、休日・夜間の精神科救急医療体制を強化していく必要があります。
- 本県における精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数が他県と比べて多いことから、適正受診を促進するために、精神科救急情報センターの周知・体制の充実及び関係機関と

の連携強化が必要です

- 24 時間 365 日対応の精神科救急情報センタースタッフの資質の向上を図るため、現場研修やケース検討会などを実施します。
- 精神科救急情報センターが適切に相談に対応ができるよう、かかりつけ医から助言をいただくなどの協力体制の拡充を行います。
- 関係機関との連携を強化するため、連絡調整委員会や意見交換会を開催します。
- 精神科救急情報センターの利用やかかりつけ医を優先して受診することについて患者や家族に対し啓発等を行い、精神科救急の適正受診を促進します。

新潟県についても下記のように社会目標は示されているものの、具体的な整備に関する施策体系の記述はない。

#### 新潟県

- (1) 夜間の救急体制について、通年2ブロック化を目指します。
- (2) 精神科救急情報センターの整備に向けた更なる検討を進めます。
- (3) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準※の適切な運用を促進するなど、救急搬送・受入れの円滑な実施及び消防機関と医療機関の連携推進を図ります。

#### (2)合併症病床

高知県と山口県の合併症病床に関する記述については、何ら具体的な施策は示されていない。

香川県については、「公立病院における身体合併症患者の受入体制の支援や、精

神科医療行政施策の支援を行う寄附講座を設置するなど、香川大学医学部との連携・協力体制の構築を推進します。」という記述に見られるように、寄附講座の開設という具体的な内容が示されていた。

#### 高知県

身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者などの状態に応じて、速やかに救急医療が提供できる体制が必要です。そのためには、24 時間 365 日対応できる精神医療相談窓口や、患者の状態に応じた精神科救急医療機関を紹介する精神科救急情報センターの設置が求められています。また、精神科医療機関での自院患者への救急対応（マイクロ救急）も充実する必要があります。

患者自身も症状の急変時に備え、医療情報を自ら管理することが必要であり、そのために薬局などを含めた地域の関係機関がそれぞれ補完しあう仕組みづくりが求められています。また、身体合併症のある精神疾患患者の入院時の受入体制として救急外来をはじめ、一般診療科との連携が求められています。

## 香川県

- ・身体合併症患者の受入体制の確保
- ・地域における身体合併症患者の受入体制の確保を図るため、総合病院、精神科病院、精神科診療所等による「地域精神科医療連携体制推進協議会」を設置するなど、精神科医療の連携体制の構築を推進します。
- ・また、地域の総合病院において身体合併症患者の受入体制の確保を推進します。
- ・香川大学医学部との連携・協力体制の構築
- ・公立病院における身体合併症患者の受入体制の支援や、精神科医療行政施策の支援を行う寄附講座を設置するなど、香川大学医学部との連携・協力体制の構築を推進します。

## 山口県

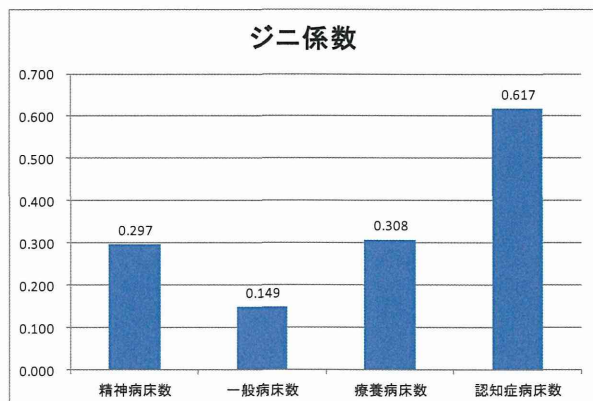
精神疾患においては、その疾病の特性から身体疾患の発見が遅れがちになることもあるため、診察においては精神症状だけでなく、身体疾患の有無にも注意を払う必要があります。このため、身体疾患を合併する患者については、それを担当する内科医等と、地域の連携会議等を通じて、日頃から連携している必要があります。

- ・24時間365日、急性の身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる。
  - ・専門的治療を要する慢性の身体疾患を合併する患者に対して、必要な医療を提供できる。
- など

### (3)認知症病床

これについては既に述べたように、認知症疾患医療センターには言及しているものの、病床数の絶対数の不足に対する記述は、これら14都府県いずれも皆無であった。

今後最も社会的な問題となる、認知症病床の地域間格差は、全国の二次医療圏単位で見ても「ジニ係数は0.617」と極めて高い。



### (4)医療従事者の確保

医療人材の確保については、各都道府県ともに医療計画の中に盛り込んでいる。とりわけ医師確保については、「医師派遣システム（ドクターバンク）」という制度的なものと、医学生や医師をターゲットにした「奨学金（医師修学資金等）」方式に関する記述が見られる。

### 2)精神疾患患者の都道府県間移動

患者移動については、精神科医療に限らず医療全般に見られる現象である。海で囲まれ隣県と陸続きでない北海道や沖縄県、あるいは山地に囲まれ交通機関も発達していない高知県や島根県などは地理的關係で移動が難しく、自己完結型となる。一方、交通機関が発達し地理的影響



も少ない大都市を抱える都府県では、県境を越えての移動が見られる。

医療計画は自らの都道府県内で医療が完結することを前提にして記述されているが、地域によっては広域移動を視野に入れて隣県と調整しながら計画を策定する必要がある。

### 3)都道府県の精神科医療システムの効率性について

#### (1)医療資源の投入量と対応した患者数との関係について

入院医療については、都道府県が有している精神科患者に専門的に対応する精神神経学会専門医数と精神科病床数という2つの資源を投入して、効率的に患者に対処している都道府県は、北海道、神奈川県、福井県、岡山県、そして熊本県であった（Efficiencyと1.0、つまりD効率値が1のベストプラクティスマodelである）。

D効率値の平均値は、0.7275であることから多くの都道府県では、北海道、神奈川県、福井県、岡山県、熊本県の5県の効率性よりやや劣る程度である。ただし、D効率値が0.5を下回る徳島県、栃木県、群馬県、奈良県は精神科医療の効率性の向上に向けた見直しが必要である。

入院患者の在院期間の効率性については、入院患者が短い在院期間でしかも退院率が高い奈良県と鳥取県が、Efficiencyと1.0、つまりD効率値1のベストプラクティスマodelとなる。

D効率値の平均値は、0.4146であるので、効率が良い都道府県と悪いところと二極化している。特に東京都、福岡県、北海道、大阪府、埼玉県、神奈川県などは入院効率が悪い都道府県である。大都市圏を形成する都道府県であるが、退院先が定まらないことや独居や核家族化などの社会問題が背景にあると考えられる。

#### 4)在院日数の短縮方策について

精神疾患の平均在院日数は図18に示すとおりである。在院日数の短縮は喫緊の課題であるが、都道府県の中には未だ1年を超えているところも少なくない。

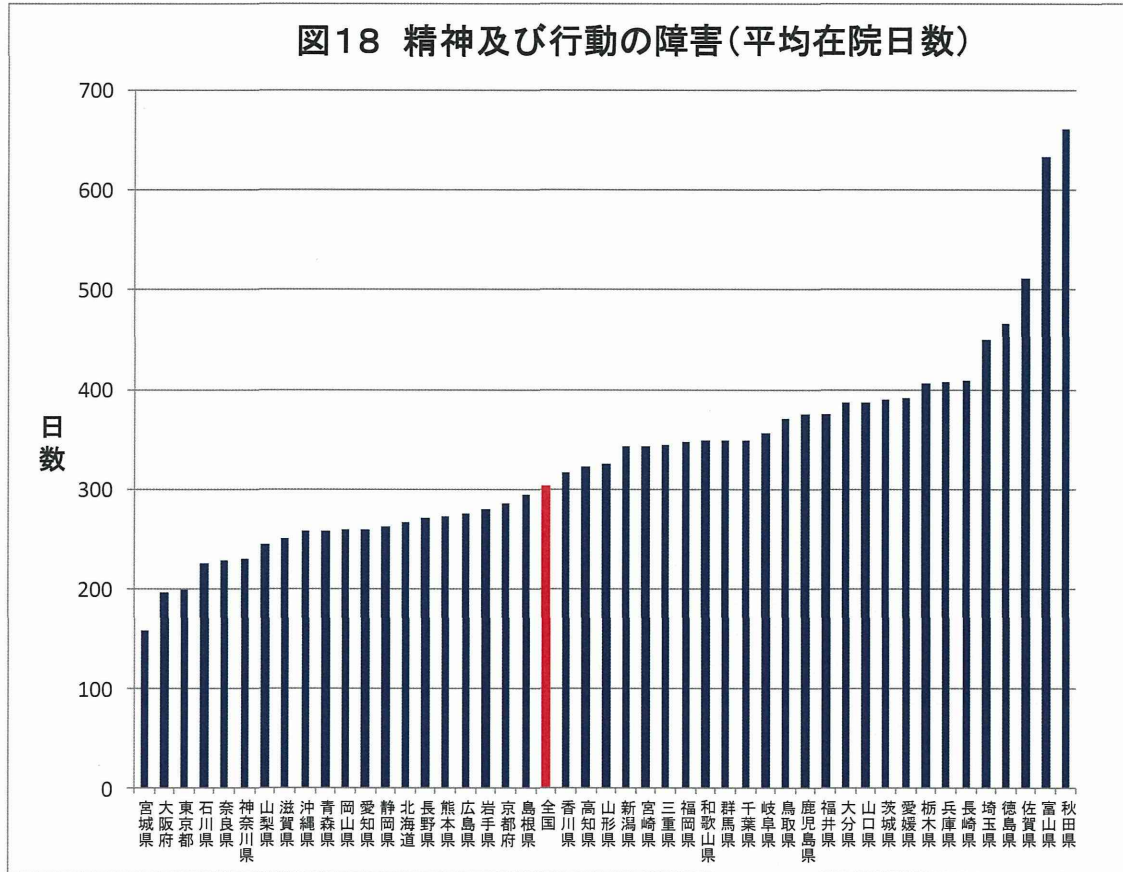
表1はX県の県内の6か所の主要精神科病院の在院日数の変化である。平成15年から20年、さらに平成20年から25年にかけて、ほとんどの病院で在院日数は大きく短縮している。

それを可能にした院内の取り組みとしては、「①退院前カンファレンスを多職種に参加のもと行っていること。」「②各病棟でカンファレンスを行い、全体会議を実施する前に意見交換をしていること。」「③長期入院患者を二軸評価で括り、退院支援プログラムに基づいて退院促進を図っていること。」「④主に看護師、作業療法士が中心となり社会体験学習等退院意欲を高める取り組みを行っていること。」

「⑤精神デイケアや訪問看護などの社会資源を利用していること。」「⑥退院前に精神保健福祉士が自宅を訪問していること。」「⑦入院中から精神保健福祉士が関わり、地域援助事業の情報提供を行うこと。」「⑧夜間の不調時の当直への連絡体制20:00まで、もしくは24時間の電話連絡体制を採っていること。」などが挙げられた。

さまざまな形態の病棟があるため、日数そのものでは判断しづらいため、今回は短縮率により退院について分析を行った。短縮率が低い群の病院はほとんど取り組みが聞き取れなかったが、高い群の病院からは様々な取り組みやフォローの体制作りがなされていることが明らかになり、退院後の

フォローがなされている病院の優位性が認められた。



\*ただし福島県は除く

表1 X 県の主要精神科病院の在院日数の変化


## 結果

| 各病院の平均在院日数 |       |       |      |
|------------|-------|-------|------|
|            | H15   | H20   | H25  |
| A病院        | 244.9 | 173   | 141  |
| B病院        | 788   | 599   | 488  |
| C病院        | 747   | 908   | 1087 |
| D病院        | 574   | 500   | 543  |
| E病院        | 362   | 389   | 306  |
| F病院        | 253.1 | 204.9 | 174  |

| 平均在院日数短縮率 |         |         |
|-----------|---------|---------|
|           | H15→H20 | H20→H25 |
| A病院       | 1.42    | 1.23    |
| B病院       | 1.32    | 1.23    |
| C病院       | 0.82    | 0.84    |
| D病院       | 1.15    | 0.92    |
| E病院       | 0.93    | 1.27    |
| F病院       | 1.24    | 1.18    |

### E. 結論

平成 24 年 6 月 30 日に行われた「精神保健福祉資料」と平成 23 年厚生労働省の「患者調査」の内容は、現行の医療計画（平成 25 年 4 月より施行）が策定される際に都道府県の精神科医療の実態を表したものである。これらの資料に示された精神科医療の提供体制を改善するための内容と施策体系を持って現行の医療計画は策定され、実施されているはずである。しかし、本研究で示した都道府県の問題などを具体的に改善していく内容や施策は、医療計画の中にはほとんど見当たらない。

本来なら医療計画は、図 18 のように政策体系が構築されているべきである。しかし、現行の計画は、で囲

まれた部分のみである。そこから下の「施策」体系や「事業計画」「実施計画」が欠落しているので、実効性にかけるのである。

また、平成 27 年度からは、現行の医療計画を修正するための「地域医療構想」が策定される。だが、そこには精神医療の問題はほとんど認識されていない。

本研究により得られた成果をもとに、より実効性がある医療計画の策定が望まれる。

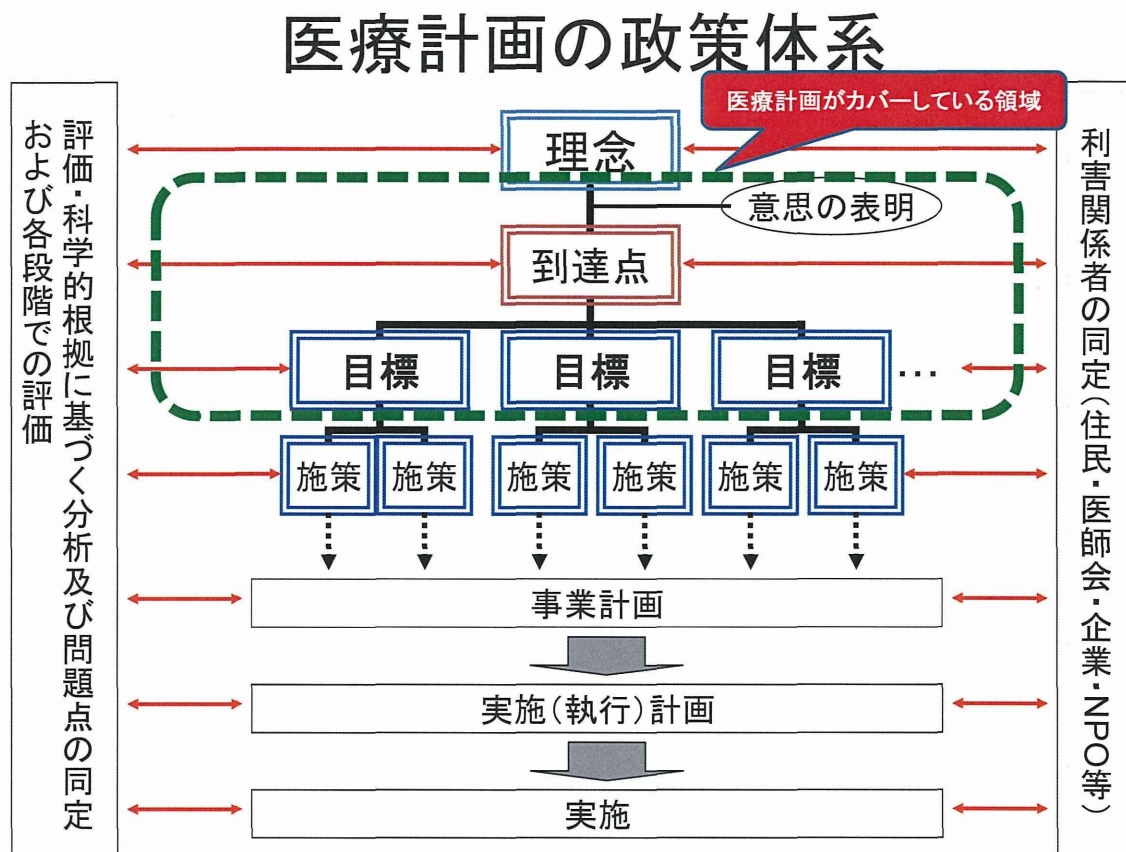
医療計画に記述がある事項の実効性を担保するために必要となる具体的な事業計画や実施計画の策定、パスや連携の仕組みを構築するための要件、人的・物的資源の有効活用方策を調べる。こうした観点から都道府県の医療計画の記述内容や



策定過程のどこに問題があるかを同定するとともに医療計画や制度の運用に由来する精神疾患対策の修正すべき部分を提

示し、より良い政策や医療計画の策定・実施方法を提言するなど研究成果の取りまとめを行う必要がある。

図 1 8



F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

(1) 論文発表

[原著論文]

1. Towfiqah Mahfuza Islam, Md. Ismail Tareque, Makiko Sugawa, Kazuo Kawahara. Correlates of

Intimate Partner Violence Against Women in Bangladesh. The Journal of Family Violence. Online Feb. 2015.

2. Takamichi Kogure, Masahiko Sumitani, Machi Suka, Hirono Ishikawa, Takeshi Odajima, Ataru Igarashi, Makiko Kusama, Masako Okamoto, Hiroki Sugimori, Kazuo Kawahara. Validity and Reliability of the Japanese Version of the

- Newest Vital Sign: A Preliminary Study. PLOSONE; April 2014, Vol.9, Issue4, e94582
3. Eiko Shimizu , Kazuo Kawahara. Assessment of Medical Information Databases to Estimate Patient Numbers. 薬剤疫学. 第18巻・第2号、 2014.
  4. 25 February 2014.
  5. Md. Ismail Tareque, Towfiqua Mahfuza Islam, Atsushi Koshio, Kazuo Kawahara. Economic Well-Being and Elder Abuse in Rajshahi District of Bangladesh. SAGE Journal Research on Aging, online March 27, 2014.
  6. Yoshida K, Kawahara K. Impact of a fixed price system on the supply of institutional long-term care: comparative study of Japanese and German metropolitan areas. BMC Health Services Research. 2014, 14(1): 48.
  7. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa, M.: Relationships between the active aging index and disability-free life expectancy: A case study in the Rajshahi district of Bangladesh. *Canadian Journal on Aging*.
  8. S. Okamoto, K. Kawahara, A. Okawa, and Y. Tanaka. Values and risks of second opinion in Japan's universal health care system. Health Policy in publication, January 2014.
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む)
1. 特許取得  
特になし
  2. 実用新案登録  
特になし
  3. その他  
特になし

平成26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（2）

## 認知症地域連携パスに関する動向調査

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：

平成25年度からの医療計画の推奨指標として、精神疾患の地域連携クリニカルパスが提示されている。しかし精神科医療が関与している地域連携パスの状況は不明である。本研究の目的は、精神科医療が関与している地域連携パスの開発状況を明らかにすることである。

### 研究方法：

ワークショップを開催し、全国の地域連携パスに関する紹介と意見交換を実施した。またWebの検索、学術団体関係者への聞き取りを行い、地域連携パスを収集した。収集された地域連携パスについて、その内容を整理した。対象とする地域連携パスの包含基準は、(1) 認知症者のための患者・家族手帳で、(2) 専門家間、直接ケアスタッフ、および地方自治体職員と情報を共有するためにデザインされた手帳であり、(3) 精神科医が手帳の開発と運用に継続的に関与している手帳である。

### 結果：

8地域での地域連携パスが収集された。地域連携パスのユニークな内容として、本人の希望・選好、薬剤モニタリング、情報技術を用いた情報共有を試みている地域があった。

### まとめ：

患者・家族に情報を集約する認知症地域連携パスは、地域で生活する認知症患者の治療ケアを統合するツールのひとつのなる可能性がある。

### 研究協力者氏名 所属施設名及び職名

|      |  |
|------|--|
| 服部英幸 | 国立長寿医療研究センター行動・心理療法部・部長                  |
| 数井裕光 | 大阪大学大学院医学系研究科精神医学 講師                     |
| 田口真源 | 大垣病院（日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会）・<br>院長（委員長） |
| 池田学  | 熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野・教授                |

### A. 研究目的

認知症は、高齢化に伴う世界規模での課題となっている [1]. 日本は先進国の中でも最

も急速に高齢化が進展している [2]。高齢になると認知症者数は増加する。日本での多地域での疫学調査によると、65歳以上の認知症



者数および軽度認知障害者数の推計値（人口当たり有病率）は、460 万人（15%）および 400 万人（13%）であった [3]。これは、2013 年の日本における人口の 3 分の 1（推計によると 2055 年に 40.5%）は 65 歳以上で、そのうちの 4 人に 1 人（2055 年では全人口 10 人に 1 名）が認知機能に障害を有することになる。

統合ケア（integrated care）は地域における認知症者のケアにおいて重要な考え方である。認知症者は、しばしば複数の慢性疾患、すなわち糖尿病 [4]、脳卒中 [5] そして心臓病を併せ持つ [6]。このことは、一人の認知症者は、複数の医師・医療関係者から多様な形態での治療を受けることを意味する。さらに、非医療における地域の社会サービスを受けることも必要である。

家族や支援者は、認知症者が地域で複数の診断・治療に関する情報を共有するために多様なサービスを統合するという重要な役割を担う。先行研究では、他の治療・ケアサービスへ移行する時に、特に家族の役割が重要となることを指摘している [7, 8]。

患者の医療情報が記録されている患者手帳は、患者と専門家間で情報を共有するツールとして用いられてきた [9, 10]。認知症は、患者手帳を活用するための理解や記憶に困難を持つが、家族や支援者が記録を用いることの有用性については明らかではない。本研究では、患者もしくは家族が有する手帳が、地域で生活する認知症者への統合ケア手法として有用かどうかを明らかにするために実施した。

## B. 研究方法

### 1. 対象

対象は、地域における認知症者のための家族が有する手帳である。精神科医療は認知症ケアの一翼を担うため、精神科医療も参画して開発された手帳を対象とした。すなわち、本研究の包含基準は、(1) 認知症者のための患者・家族手帳で、(2) 専門家間、直接ケアスタッフ、および地方自治体職員と情報を共有するためにデザインされた手帳であり、(3) 精神科医が手帳の開発と運用に継続的に関与している手帳である。

### 2. 検索方法

厚生労働省は 2013 年から医療計画において、都道府県に対して、認知症の患者・家族手帳

である認知症地域連携パスの活用を推奨している [11]。国立精神・神経医療研究センターは、地域における地域連携パスの開発と活用を支援してきた。専用の Web サイトを立ち上げ、現在の精神医療政策関連資料とともに、地域連携パスモデルをダウンロードできるように進めてきた。

また、センターでは、医療政策に関するワークショップを長野県の関係者と共同で 2012 年から開催し、全国における認知症地域連携パスの実例の紹介と交流の場を提供してきた。加えて、ワークショップを開催するとともに、本研究の包含基準を満たす学術団体における認知症地域連携パスの発表を収集した。

## 3. 内容分析

収集した認知症地域連携パスの内容を次のプロセスで分析・整理した。第 1 に内容を分解し、これまでの先行研究 [12-16] を参考に整理して表にまとめた。要素は(1) 患者プロフィール [13-14]、(2) 希望・選好、(3) 予定表（診療予約など） [14-16]、(4) 社会資源 [13; 15, 16]、(5) 診断・治療 [14-16]、(6) モニタリング [14]、(7) 複数のサービスにおける情報交換 [14]、(8) 紹介・逆紹介、および (9) 情報通信技術である。なお、それぞれの手帳の開発関係者に、使用経験に関するヒアリングを実施した。

（倫理面への配慮）

直接利用者に調査をする手法をとっていないが、研究は倫理的側面を十分に配慮しながら実施している。

## C. 研究結果

### 1. 概要

8 式の認知症地域連携パスが本研究の包含基準を満たした。図 1 に表紙と地域を示す。対象人口は、熊本県荒尾市（55,000）から徳島県全域（764,000）まで分布していた。ユニークなキャラクターの表紙の手帳が、複数存在した。

図1. 認知症に関する地域連携パス



手帳の内容を表1に示す。すべての手帳はA5サイズで、4つの手帳はバインダー形式であった。最初の手帳（岐阜県大垣）は2011年に開発され、日本精神科病院協会会員病院へ配布されていた。大垣モデルは、手帳を情報通信技術と連動する運用研究段階であった。また大垣モデルと熊本（荒尾）モデルでは、標準化尺度によるモニタリングを準備していた。

長野（東信）モデルは、佐久総合病院・佐久保健所・上田市役所を含む多施設・多職種によって2012年に開発された。上田市（人口15万7千人）では、開発された患者手帳が公式に市から配布されていた。

熊本（荒尾）モデルは2012年に熊本大学神経精神医学教室によって開発された。この教室は熊本県の認知症疾患医療センター設置・運用計画および地域連携パスの開発・活用促進の中心的役割を担ってきた。熊本モデルの記録は、予定・診断・治療・モニタリングおよび紹介の要素に焦点を当てられていた。紹介状は診療報酬における紹介加算の算定ができるようにデザインされていた。熊本県の10の認知症疾患医療センター圏域のひとつである荒尾市では、手帳を活発に活用していた。認知症治療のみならず、歯科医との連携にも活用されていた。また、複数の医療機関における処方薬の整理を目的とした一覧表が、手帳に盛り込まれていた。

兵庫（川西）モデルは、大阪大学で開発された手帳が、川西市で公式に運用されていた。この手帳の主目的は、患者の治療ケアに関する情報を、医療機関や介護施設の職員のみならず、家族と共有するためにデザインされていた。川西市が川西医師会の協力の下で中心的役割を担っていた。川西市は、診療所等の

医師、介護施設職員および家族が一堂に会する会議を、情報共有と運用方法の周知の為に、定期的で開催している。毎月別々の地域の会場で開催していた。転倒リスクが高まった認知症患者に対するベンゾジアゼピン系薬剤の整理がなされたり、認知症の行動・心理症状の報告に基づいて処方を追加して安定した事例などがあった。

新潟（上越）モデルは、精神科病院によって開発された。この手帳は治療やライフスタイルに関する患者の希望と選好に焦点を当て、患者本人の一人称でまとめられている。記録には、(1) 住まいに関する患者自身の好み、(2) 患者の生活歴、そして (3) 医学的決定に関する事前指示が含まれていた。これらの記録は必要があれば定期的に改定できるようになっている。

神奈川（相模原）モデルは、北里大学東病院精神医学教室におけるうつ病の地域連携パスの開発経験に基づいて2013年に開発された。患者や支援者の介護負担に関する要素がモニタリングとして含まれていた。

北海道（中空地）モデルは、砂川市立病院によって開発され、現在は、NPO法人によって配布・運用がなされている。このモデルは紹介機能を中心に運用されている。

徳島モデルは、徳島県によって開発された。2014年から配布が開始されていた。

#### D. 考察

本研究結果は、認知症に関する患者・家族手帳が日本の複数地域で開発・運用されていることを示している。すべての手帳は、複数のサービスの情報を統合することも目的としていた。患者の希望・選好、処方薬とモニタリング、情報通信技術の活用など、革新的な内容を含む手帳が存在した。

治療・ケアを統合するプログラムは、治療ケアの分断を減らし、ケアの継続性と調整を改善させる [17]。Owens ら (2005) の系統レビューを参考に、基本となる要素について考察する。

#### 希望・選好

セルフ・マネジメントを促進するためには、患者の希望・選好を尊重することは重要な要素である。近年では、意思決定の能力についての考え方が、有無の二分法に加え、多次元的に評価する考え方が提唱されている [18]。専門家は、認知機能の低下により意思決定能

力に障害のある人に、意思決定に最大限参画してもらうためには、どのように支援すればよいのかを考える必要がある [18]。手帳は、認知機能が低下しつつある者の意思決定能力が比較的残存している時期の希望や選好を記録し、改定していくことができる [19]。

#### フォローアップ

岐阜（大垣）モデルと、熊本（荒尾）モデルでは、標準化尺度を用いたフォローアップを企画していた。尺度には、The Mini-Mental State Examination (MMSE) [20]、Instrumental Activities of Daily Living (IADL) [21]、および (3) The Neuropsychiatric Inventory (NPI) [22] が検討されていた。これらの尺度を用いることにより、症状や機能の変化を共有することが可能となる。

#### ケースマネジメント

調整役を担う者を配置するケースマネジメント [17] は、効果が確認されているが、費用のかかる統合ケアプログラムの要素である。いくつかの手帳は、症状のモニタリングとケア計画の改定の共有領域で、ケアマネジメントの一部を担う機能を有していた。熊本（荒尾）モデルや兵庫（川西）モデルでは、手帳が実際にケースマネジメント機能を発揮している事例が存在している。わが国では、かかりつけ医機能が脆弱であるため、手帳は治療情報を共有することにより、複数の医師の治療に関する調整を期待できる。

#### 情報通信技術

情報通信技術は、統合ケアにおいて重要な役割を担う。手帳の課題は、いかに多施設の多職種と現在の情報を共有するかである。特に、患者の状態が悪化し、不安定になってきたときや、またアドヒアランスが低下したり受療中断になりかけたりしたときを、早期に把握するために重要である。もし、手帳がクラウドサーバに接続していれば、治療・ケアチームは、他の施設での患者の状態を確認することができる。ただし、同時に検討すべき課題も多い。たとえば秘匿性の問題、共有すべき情報や、情報共有しなければならない患者グループの定義などがある。手帳の情報の秘匿性の問題は、手帳においても同様である。岐阜（大垣）モデルでは、地域医師会等と協力しながら、運用調査を開始している。

#### 限界

本研究には限界がある。第1にわが国における認知症地域連携パスを2年間にわたり収集したが、すべての連携パスを網羅しているわけではない。たとえば東京都が例示している東京医科大学・新宿区医師会合同作成の認知症連携パス、大田区認知症連携パス、三鷹武蔵野もの忘れ相談シート、北多摩西部二次保健医療圏の部会が作成した生き生きノートがある [23]。また、三重大学医学部が作成した三重県認知症連携パス「脳の健康：みえる手帳 ver. 2014」は2014年から運用が開始されている。[24]。第2に今回分析したパスは、開発され運用が始まったものであるが、効果検証はこれからの段階である。

#### E. 結論

限界はあるものの、本研究では、認知症地域連携パスが全国で開発されつつあること、さまざまな革新的な試みがなされていることが明らかになった。日本においては、1947年からの母子健康手帳での経験の蓄積があり、その技術は世界20か国以上で活用されている [25]。加えて2013年には、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病に続いて精神疾患の地域連携パスの開発・運用が推奨されている [11]。これらの背景も、全国の複数の地域で地域連携パスが開発されている要因と考えられる。認知症地域連携パスは、地域における認知症者の治療・ケアの統合に寄与する可能性がある。

#### F. 健康危険情報

報告すべき健康危険情報はない。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

Ito H, Hattori H, Kazui H, Taguchi M, Ikeda M. An Integrated Care Approach for People with Dementia in the Community. *Open Journal of Psychiatry* (in press).

##### 2. 学会発表

(発表誌名巻号・ページ・発行年等も記入)  
報告すべき学会発表はない。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

現段階では知的財産権の出願等はない。