

平成 25-27 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（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
総合研究分担報告書(2)

精神医療の評価に資する標準的な指標と精神疾患に関する地域連携パス

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、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）に盛り込まれた。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たが、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、精神疾患に関する推奨指標をまとめるとともに、精神疾患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：精神疾患に関する国際的な推奨指標をまとめた。次に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。さらに 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・整理した。結果：指標としては、「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）および再入院が、「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、それぞれ国際的に承認度の高い指標であった。認知症地域連携パスは、8 地域において開発されていた。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。地域連携パスは、脳卒中、心筋梗塞および糖尿病においても開発・運用が進められていた。メンタルヘルス領域は、脳卒中地域連携パスに組み込まれている事例があった。心筋梗塞と糖尿病では、認知症やうつ（うつ状態とうつ病）の評価を盛り込む取り組みが始まっていた。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。また患者・家族に情報を集約する地域連携パスは、地域で生活する精神疾患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。

## 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、都道府県の医療計画の策定と運用に資するために、精神疾患に関する推奨指標をまとめるとともに、精神疾患地域連携パスの開発状況を明らかにすることである。

## B. 研究方法

### 第 1 年度

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

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。

### 第 2 年度

地域における認知症者のための家族が有する手帳を収集した。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。

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。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、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。

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、(2) 希望・選好、(3) 予定表（診療予約など）、(4) 社会資源、(5) 診断・治療、(6) モニタリング、(7) 複数のサービスにおける情報交換、(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。

### 第 3 年度

第 2 年度と同様の方法で、脳卒中、心筋梗塞および糖尿病の地域連携パスを収集した。次に示す多様な方法で、地域連携パスを収集した。

（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

#### 第1年度

##### 1) 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(巻末)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。

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。

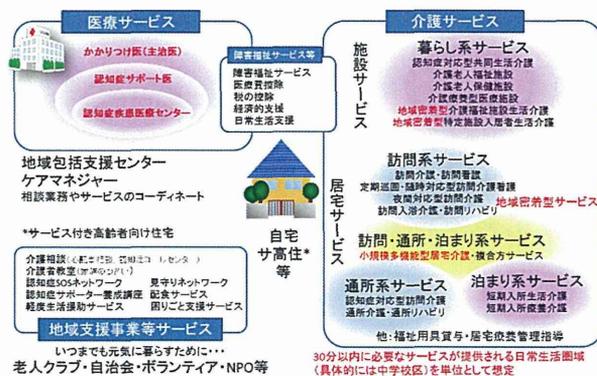
図2. 隔離・身体拘束 施行者数



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)。なお

図3は、研究開始以降に示された「地域包括ケア」の内容を盛り込んである。これらのサービスを組み合わせるといって「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. 地域包括ケア



##### 2) 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している。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

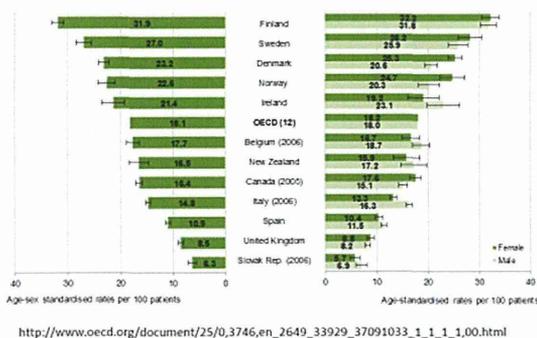
【長期地域ケアの代替サービス】 (1) 24

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。

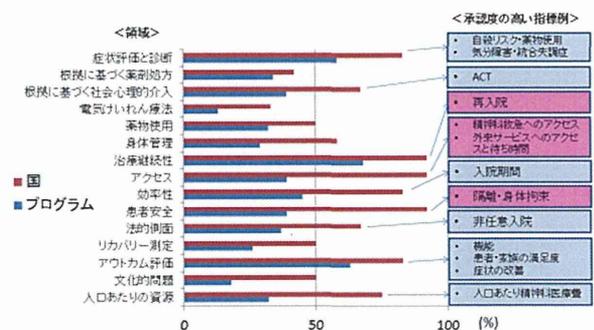
表1. OECDが提唱した指標(2004)\*

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

<sup>①</sup>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。  
<sup>②</sup>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](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-Ruble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.

なお、その後OECDは精神保健医療領域での推奨指標を新たに提示している

(OECD, 2014)。参加 18 か国の中で、測定可能な国ばかりではないため、推奨指標としての提示であった。

図6. 指標と18参加国での測定可能性\*

指標	(国数)	
	可能	不能
精神障害者の再入院	13	5
薬物関連障害患者の治療期間	12	6
重度精神障害者の死亡率	12	6
高齢者への抗コリン薬・抗うつ薬使用	9	9
精神障害と薬物関連障害の重複疾患患者の退院後の継続受診	6	12
メンタルヘルス関連問題での入院後の継続受診	6	12
身体疾患での入院後の適時の外来フォローアップ	5	13
重度精神障害者のケースマネジメント	5	13
急性期での抗うつ薬の継続治療	4	14
維持期での抗うつ薬の継続治療	4	14
うつ病の急性期治療での受診	3	15
メンタルヘルスに関するフォローアップ率における民族差	3	15

\*OECD 2014.

## 第2年度

### 1) 概要

8 地域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 7 に表紙と地域を示す。なお、図 7 には、調査以降に明らかになった大阪府茨木市の認知症地域連携パスを 9 地域目として加えてある。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7. 認知症に関する地域連携パス\*



\*Ito H, Hattori H, Kazui H, Taguchi M, Ikeda M. Open J Psychiatry 5, 129-136, 2015.

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、定期的に開催している。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。

### 第 3 年度

#### 1) 脳卒中

脳卒中は、急性期、亜急性期、リハビリテーション期、在宅ケアと、治療方針や提供する場所が異なるために、地域連携パスが整備されやすい領域である。千葉県、大阪府および北海道における 3 地

域において、脳卒中の地域連携パスに、精神疾患・メンタルヘルスの関連項目が含まれていた。

収集できた地域連携パスのうち、千葉県北総地域が最も早く開発運用を行っていた。これは、日本医科大学千葉北総病院がリードして開発したものである。千葉県では、千葉県共用脳卒中地域医療連携パス 2014 年 4 月の改定で、「脳卒中後うつ」に関する情報（Patient Health Questionnaire: PHQ-9）が追加されていた。

また、大阪府の豊能地域では、国立循環器病研究センターが推進している、「脳卒中ノート」に 2014 年から PHQ-9 が盛り込まれていた。豊能地域では地域の医療機関が一堂に会する地域連携会議を定期的開催しており、メンタルヘルスをテーマにしたシンポジウムも 2014 年に開催されていた。

北海道では、北海道地域連携クリティカルパス運営協議会により、2009 年から脳卒中地域連携パスの開発・運用が、事務局機能を整備したうえでなされている。

この活動は、砂川市立病院脳神経センターで脳卒中地域連携パスの開発が始まった 2001 年にさかのぼる。精神疾患・メンタルヘルス領域の要素を組み込むことの検討が続けられ、2015 年 7 月には認知症が、その後うつ（うつ状態とうつ病）が盛り込まれる予定であることが明らかになった。

なお、群馬脳卒中医療連携の会では、群馬脳卒中連携パス（オーバービュー）の次回改定時に、うつのセルフチェックを加える方針が決定している。

#### 2) 心臓病（急性心筋梗塞等）

心臓病については、現段階では、心臓

病の地域連携パスに精神疾患・メンタルヘルス領域は含まれていなかった。ただし、兵庫県において、前向きに検討が進められている地域が存在していた。

兵庫県では、姫路循環器センターや神戸百年記念病院などの心臓リハビリテーション実施施設が核となる「兵庫サイコカーディオロジー」研究会が、2013年から活動を実施している。研究会で共通の手帳づくりが検討されており、手帳の要素のひとつに精神疾患・メンタルヘルス領域が含まれている。

また、前述の北海道での脳卒中地域連携パスは、心筋梗塞の地域連携パスと統合・連動することになった。

### 3) 糖尿病

手帳形式の糖尿病連携手帳は、日本糖尿病協会が開発した「糖尿病連携手帳」が各地で活用されていた。また、東京都板橋区熊本県をはじめ、各地域で独自の手帳が活用されていた。ただし、メンタルヘルス領域の要素が組み込まれている手帳は、本調査では確認できなかった。なお、京都医療センターの臨床研究において、うつとアドヒアランスを盛り込んだ手帳が用いられていた。

## D. 考察

### 第1年度

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としての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。

### 第2年度

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。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。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。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。

## 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)、Instrumental Activities of Daily Living (IADL)、および (3) The Neuropsychiatric Inventory (NPI) 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活きノートがある。また、三重大学医学部が作成した三重県認知症連携パス「脳健康：みえる手帳 ver. 2014」は2014年から運用が開始されている。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だが、効果検証はこれからの段階である。

### 第3年度

#### 脳卒中

脳卒中後のうつの合併は、脳卒中後うつ (Post stroke depression) として、古くから知られてきた。脳卒中患者のうつの有病率は 14~19%で、脳卒中による入院直後に高い。うつを併発すると、認知機能が障害され、日常生活動作の回復が遅く死亡率も高まる。うつと認知機能との関連は強いが、その関連は時間経過とともに低下する。

脳血管性の器質的要因を伴ううつを「血管性うつ病 (vascular depression)」と呼ぶこともある。最近では一過性脳虚血発作においてもうつ病との関連が示されている。責任病変の解明は、左前頭葉障害が多いとの指摘 (1981) に始まり、深部白質病変や無症候性脳梗塞を示唆する研究もあるが結論には至っていない。脳卒中に伴う障害や喪失による了解可能な反応であるという観点とともに、仮説の検証が続けられている。

一方、脳卒中後のうつのみならず、うつが脳卒中を引き起こすこともある。特に重度のうつ状態は、脳卒中のリスク因子である。

#### 心臓病

心臓病領域での研究でメンタルヘルスとの関連性が強く示唆されているのは、心筋梗塞と心不全である。急性心筋梗塞搬送数は、大規模災害直後に増加することが、多数報告されてきた。比較的新しい領域として注目されているのは、1993年の Fasure-Smith らの報告に始まる急性心筋梗塞後のうつが生命予後悪化因子との知見である。継続管理が長期的に必要な心不全も、同様の傾向が高いエビデ

ンスレベルで確認されている。

アメリカ心臓協会は、冠動脈疾患患者のうつの評価と重症例のメンタルヘルス専門家との連携が必要であるとのステートメントを 2008 年と 2014 年に発表している。心不全の予後予測は難しいが、心不全領域での緩和ケアは近年国際的に注目されている。なお、高血圧とうつとの関連については、安定した関連性が示されてはいない段階である。

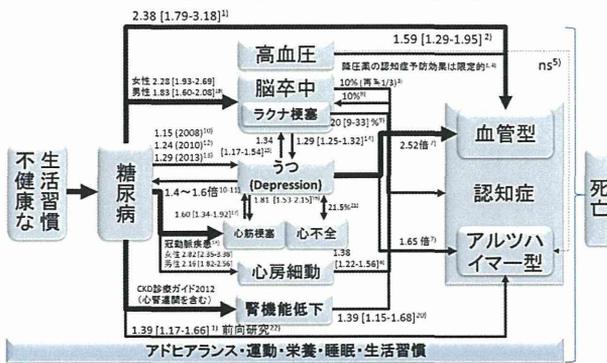
#### 糖尿病

糖尿病とうつとの関連は、双方向性があること、併存によって生命予後が悪化することが定説となっている。また、2010年に、糖尿病医とメンタルヘルス専門家との間をつなぐコーディネータを配置した共同治療 (collaborative care) を提供することで、糖尿病コントロールが改善することが明らかになった [1]。アメリカ糖尿病学会は、共同治療を 2015年にグレード A の治療構造として推奨している。

#### その他の疾患

以上で示した生活習慣病は、図 8 の通り、認知症との関連も明らかである。リスク因子としての糖尿病やうつは、血管型認知症のみならず、アルツハイマー型認知症も関連しており、背景にあるメカニズムが単一ではないことを示している。このことは、慢性疾患の地域連携パスを統合する必要性があることを示唆している。北海道での脳卒中と心筋梗塞の地域連携パスの手帳の統合は、注目すべき活動ということができる。

図8. うつ・認知症と生活習慣病\*



\*2015<sup>1)</sup> 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16) 17) 18) 19) 20) 21) 22) 23) 24) 25) 26) 27) 28) 29) 30) 31) 32) 33) 34) 35) 36) 37) 38) 39) 40) 41) 42) 43) 44) 45) 46) 47) 48) 49) 50) 51) 52) 53) 54) 55) 56) 57) 58) 59) 60) 61) 62) 63) 64) 65) 66) 67) 68) 69) 70) 71) 72) 73) 74) 75) 76) 77) 78) 79) 80) 81) 82) 83) 84) 85) 86) 87) 88) 89) 90) 91) 92) 93) 94) 95) 96) 97) 98) 99) 100) 101) 102) 103) 104) 105) 106) 107) 108) 109) 110) 111) 112) 113) 114) 115) 116) 117) 118) 119) 120) 121) 122) 123) 124) 125) 126) 127) 128) 129) 130) 131) 132) 133) 134) 135) 136) 137) 138) 139) 140) 141) 142) 143) 144) 145) 146) 147) 148) 149) 150) 151) 152) 153) 154) 155) 156) 157) 158) 159) 160) 161) 162) 163) 164) 165) 166) 167) 168) 169) 170) 171) 172) 173) 174) 175) 176) 177) 178) 179) 180) 181) 182) 183) 184) 185) 186) 187) 188) 189) 190) 191) 192) 193) 194) 195) 196) 197) 198) 199) 200) 201) 202) 203) 204) 205) 206) 207) 208) 209) 210) 211) 212) 213) 214) 215) 216) 217) 218) 219) 220) 221) 222) 223) 224) 225) 226) 227) 228) 229) 230) 231) 232) 233) 234) 235) 236) 237) 238) 239) 240) 241) 242) 243) 244) 245) 246) 247) 248) 249) 250) 251) 252) 253) 254) 255) 256) 257) 258) 259) 260) 261) 262) 263) 264) 265) 266) 267) 268) 269) 270) 271) 272) 273) 274) 275) 276) 277) 278) 279) 280) 281) 282) 283) 284) 285) 286) 287) 288) 289) 290) 291) 292) 293) 294) 295) 296) 297) 298) 299) 300) 301) 302) 303) 304) 305) 306) 307) 308) 309) 310) 311) 312) 313) 314) 315) 316) 317) 318) 319) 320) 321) 322) 323) 324) 325) 326) 327) 328) 329) 330) 331) 332) 333) 334) 335) 336) 337) 338) 339) 340) 341) 342) 343) 344) 345) 346) 347) 348) 349) 350) 351) 352) 353) 354) 355) 356) 357) 358) 359) 360) 361) 362) 363) 364) 365) 366) 367) 368) 369) 370) 371) 372) 373) 374) 375) 376) 377) 378) 379) 380) 381) 382) 383) 384) 385) 386) 387) 388) 389) 390) 391) 392) 393) 394) 395) 396) 397) 398) 399) 400) 401) 402) 403) 404) 405) 406) 407) 408) 409) 410) 411) 412) 413) 414) 415) 416) 417) 418) 419) 420) 421) 422) 423) 424) 425) 426) 427) 428) 429) 430) 431) 432) 433) 434) 435) 436) 437) 438) 439) 440) 441) 442) 443) 444) 445) 446) 447) 448) 449) 450) 451) 452) 453) 454) 455) 456) 457) 458) 459) 460) 461) 462) 463) 464) 465) 466) 467) 468) 469) 470) 471) 472) 473) 474) 475) 476) 477) 478) 479) 480) 481) 482) 483) 484) 485) 486) 487) 488) 489) 490) 491) 492) 493) 494) 495) 496) 497) 498) 499) 500) 501) 502) 503) 504) 505) 506) 507) 508) 509) 510) 511) 512) 513) 514) 515) 516) 517) 518) 519) 520) 521) 522) 523) 524) 525) 526) 527) 528) 529) 530) 531) 532) 533) 534) 535) 536) 537) 538) 539) 540) 541) 542) 543) 544) 545) 546) 547) 548) 549) 550) 551) 552) 553) 554) 555) 556) 557) 558) 559) 560) 561) 562) 563) 564) 565) 566) 567) 568) 569) 570) 571) 572) 573) 574) 575) 576) 577) 578) 579) 580) 581) 582) 583) 584) 585) 586) 587) 588) 589) 590) 591) 592) 593) 594) 595) 596) 597) 598) 599) 600) 601) 602) 603) 604) 605) 606) 607) 608) 609) 610) 611) 612) 613) 614) 615) 616) 617) 618) 619) 620) 621) 622) 623) 624) 625) 626) 627) 628) 629) 630) 631) 632) 633) 634) 635) 636) 637) 638) 639) 640) 641) 642) 643) 644) 645) 646) 647) 648) 649) 650) 651) 652) 653) 654) 655) 656) 657) 658) 659) 660) 661) 662) 663) 664) 665) 666) 667) 668) 669) 670) 671) 672) 673) 674) 675) 676) 677) 678) 679) 680) 681) 682) 683) 684) 685) 686) 687) 688) 689) 690) 691) 692) 693) 694) 695) 696) 697) 698) 699) 700) 701) 702) 703) 704) 705) 706) 707) 708) 709) 710) 711) 712) 713) 714) 715) 716) 717) 718) 719) 720) 721) 722) 723) 724) 725) 726) 727) 728) 729) 730) 731) 732) 733) 734) 735) 736) 737) 738) 739) 740) 741) 742) 743) 744) 745) 746) 747) 748) 749) 750) 751) 752) 753) 754) 755) 756) 757) 758) 759) 760) 761) 762) 763) 764) 765) 766) 767) 768) 769) 770) 771) 772) 773) 774) 775) 776) 777) 778) 779) 780) 781) 782) 783) 784) 785) 786) 787) 788) 789) 790) 791) 792) 793) 794) 795) 796) 797) 798) 799) 800) 801) 802) 803) 804) 805) 806) 807) 808) 809) 810) 811) 812) 813) 814) 815) 816) 817) 818) 819) 820) 821) 822) 823) 824) 825) 826) 827) 828) 829) 830) 831) 832) 833) 834) 835) 836) 837) 838) 839) 840) 841) 842) 843) 844) 845) 846) 847) 848) 849) 850) 851) 852) 853) 854) 855) 856) 857) 858) 859) 860) 861) 862) 863) 864) 865) 866) 867) 868) 869) 870) 871) 872) 873) 874) 875) 876) 877) 878) 879) 880) 881) 882) 883) 884) 885) 886) 887) 888) 889) 890) 891) 892) 893) 894) 895) 896) 897) 898) 899) 900) 901) 902) 903) 904) 905) 906) 907) 908) 909) 910) 911) 912) 913) 914) 915) 916) 917) 918) 919) 920) 921) 922) 923) 924) 925) 926) 927) 928) 929) 930) 931) 932) 933) 934) 935) 936) 937) 938) 939) 940) 941) 942) 943) 944) 945) 946) 947) 948) 949) 950) 951) 952) 953) 954) 955) 956) 957) 958) 959) 960) 961) 962) 963) 964) 965) 966) 967) 968) 969) 970) 971) 972) 973) 974) 975) 976) 977) 978) 979) 980) 981) 982) 983) 984) 985) 986) 987) 988) 989) 990) 991) 992) 993) 994) 995) 996) 997) 998) 999) 1000)

なお、「がん」も主要な生活習慣病に位置づけられているものの、がんと精神疾患とが独立している傾向が強いため、今回論じている一連の流れとは一線を画する。ただし、2006年に制定されたがん対策基本法により、緩和ケアを中心にメンタルヘルスの専門家が治療チームに明確に位置付けられている疾患であり、その経験から学ぶところは多い。また、高齢化に伴い、がんとその他の生活習慣病を合併することが多くなっており、がん領域と非がん領域との連携の強化が必要である。

治療の統合について

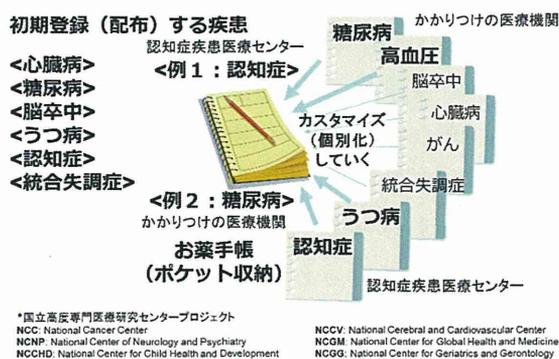
医療制度も治療統合の必要性を示唆している。OECD諸国、特に英国・欧州の国では、プライマリケア医（primary care physician）が地域住民の健康に責任を持つゲートキーパー制度（gate-keeping）を採用している場合が多い。これらの国ではまずプライマリケア医が住民の診療にあたり、必要な場合には専門医（secondary care）に紹介する。維持期は、併診をするプライマリケア医がフォローアップを行う。ゲートキーパー機能が強力な英国のプライマリケア医は、地域の高齢者サロンなどの社会サービスを紹介する役割も担う。

ただし、ゲートキーパー制度が公的に整備されている国でさえ、治療の統合（integration）の必要性が議論されている。その背景には、先進国で共通する高齢化に伴う複数の慢性疾患を合併する患者への治療戦略の模索がある。疾患の合併・複合する疾患の特徴によって、3つの在り方が整理されている [2]。第1は、それぞれの専門医療をつないでいく「チェーンモデル」である。精神疾患治療→身体疾患治療→精神疾患治療といった具合である。紹介・逆紹介の制度、また急性期からリハビリテーションを経て在宅医療へと進む脳卒中地域連携パスは、チェーンモデルと考えることができる。

第2は、基礎疾患を中心に据え、その他の疾患を付加的に考える「ハブモデル」である。基礎疾患と合併症との整理する考え方で、内科的治療が必要となる慢性疾患、リハビリテーション、緩和ケアなどは、このモデルで考えることが適している。脳卒中・心筋梗塞・糖尿病の地域連携パスにうつ（うつ状態とうつ病）のリーフレットを加える取り組みはハブモデル例と考えられる。ただし、専門家によって、基礎疾患が異なるという事態が容易に起こることは前述のとおりである。

第3が、基礎疾患を据えない「ウェブモデル」である。複合慢性疾患患者への複雑な診断・治療に適する。国立高度専門医療研究センターにおいて、複数の慢性疾患を持つ患者手帳を統合する試みが進められており（図9）、ウェブモデル事例と考えることができる。

図9. 複数の慢性疾患を持つ患者の手帳\*



### 治療統合のその他の形態

慢性疾患の治療の統合については、Ouwens らの総説が参考になる [3]。治療を統合するプログラムを整理し、大きく、①自己管理支援と患者教育、②臨床的フォローアップ、③ケースマネジメント、④多職種患者ケアチーム、⑤多職種臨床パスウェイ（統合ケアパスウェイ）、⑥ケア提供者へのフィードバック・リマインダー・専門家教育に分類している(表1)。

本研究で集約してきた地域連携パスは、この分類では、多職種臨床パスウェイ（統合ケアパスウェイ）に近い。治療統合には、地域連携パスを活用し、その他の形態とも連動しながら、社会的インパクトのある取り組みに発展していく必要がある。さらに、より効率的で費用対効果の優れた取り組みを開発していくことが求められている。

### E. 結論

第1年度は、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、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。

第2年度は、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。この背景も、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。

第3年度は、医療計画で主要疾病とされている脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の領域において、メンタルヘルス・精神疾患を盛り込んだ事例があることが明らかになった。これは、医療計画上の5疾病を統合する動向のひとつと考えることができる。

全取り組みを網羅したものではないという限界はあるものの、本研究によって認知症、脳卒中、心筋梗塞や糖尿病に関する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。メンタルヘルス領域が盛り込まれている事例は多くはないが、地域における慢性疾患の治療・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。

## 引用文献

Katon WJ, Lin EH, Von Korff M et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 363: 2611-2620, 2010.

Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, et al. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *Int J Care Pathways* 14: 117-123, 2010.

Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 17, 141-146, 2005.

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)\*

	予防・アクセス (うつ病を含む)	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
構造指標	○かかりつけ医等対応能力向上研修参加者3)	◎P医療機関数6)	◎医療圏のP救急医療機関数3)	◎P救急・合併症対応施設数3)	◎児童思春期病棟数11)
	GP連携会議開催地域数・紹介システム構築地区数	◎P医療従事者数(各職種)7)	◎精神医療相談窓口・P救急情報センター開設状況3)	◎救命救急センターで「精神科」を有する施設数6)	◎小児入院医療管理科<5> 11)
	○かかりつけ医認知症対応能力向上研修参加者3)	往診・訪問診療P医療機関数6)	◎P救急入院科・急性期治療病棟11)	◎入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数6)	◎重度アルコール依存症入院医療加算 11)
	○認知症サポート医養成修了者数3)	◎精神科訪問看護実施機関数6)	◎P救急医療体制整備病院・診療所数6)	◎Pを有する一般病院数6)	◎医療観察法指定通院医療機関数12)
			◎類型別認知症疾患医療センター数3)		
過程指標	◎保健所等精神保健相談・訪問指導数1)	◎P地域移行実施加算11)	◎P救急医療機関の夜間・休日受診件数・入院件数3)	○副傷病名の精神疾患割合8)	○在宅通院精神療法20歳未満4)
	◎精神保健福祉センター相談・訪問指導数2)	○非定型抗精神病薬加算I(2種類以下)4)	◎P救急情報センターへの相談件数3)	○P身体合併症加算4)	
		向精神薬薬剤種類数(3剤以上処方率)	◎人口当たり年間措置患者・医療保護患者数2)		
		抗精神病薬単剤率	○隔離・身体拘束数9)		
		◎P社会復帰施設等利用実人数9)			
		◎精神障害者手帳交付数2)			
		○Pデイケア等利用者数9)			
	○P訪問看護利用者数9)				
		地域連携クリティカルパス導入率(認知症を含む)			
アウトカム指標	○こころの状態5)	○1年未満入院者の平均退院率9)	○在院期間5年以上かつ65歳以上退院患者数9)	○3か月以内再入院率9)	
		◎退院患者平均在院日数8)			
		医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合8)			
		○認知症新規入院患者2か月以内退院率9)			
		◎自殺死亡率(人口10万あたり) 10)			

P: 精神科  
◎必須指標  
○任意指標

1) 地域保健・健康増進事業報告  
2) 衛生行政報告例  
3) 事業報告  
4) ナショナルデータベース解析  
5) 国民生活基礎調査

6) 医療施設調査  
7) 病院報告  
8) 患者調査  
9) 精神保健福祉資料(630調査)  
10) 人口動態統計

11) 診療報酬施設基準  
12) 指定通院医療機関の指定

\*2012年10月厚生労働省通知を改変

表 2. 治療の統合を目指したプログラムの分類\*

プログラムの分類	概説
自己管理支援と患者教育	<p>自己管理支援：疾患を管理するための技能と知識を獲得するための支援、自己管理ツールの提供、問題と達成の日常的なアセスメント。</p> <p>患者教育：状態と可能な管理法に関する患者への情報（資料や方法）の提供</p>
臨床的フォローアップ	<p>患者を定期的にモニタリングすること。一般に、ケースマネジャーである看護師が電話・郵便・訪問で行う。<u>自己管理支援の一部として行われている場合もある。</u></p>
ケースマネジメント	<p>コーディネーション機能を有するケースマネジャーの配置すること、または直接ケアに責任を持つか持たない小規模チームのこと。<u>効率的・効果的で許容できる方法で、複雑なケアプロセスに患者を導く責任を持つ。</u></p>
多職種患者ケアチーム	<p>特定の対象患者に対し、<u>定期的にケアに関するコミュニケーション</u>をとりながらケアに関わる</p>
多職種臨床パスウェイ（統合ケアパスウェイ）	<p>患者が特定の状態の時のケアに関する重要なステップの詳細が示され、想定できる臨床経過の記述されている、構造化された多職種ケア計画。根拠に基づいたガイドラインが反映された内容であるべきである。</p>
ケア提供者へのフィードバック、リマインダー、専門家教育	<p>患者への適切なケアに関する情報をケア提供者へ提供すること。情報源には臨床パスウェイ、診療記録、電子化データベース、患者、同僚評価がある。フィードバックはコンサルテーションの後に、教育はコンサルテーションの前に、リマインダーはコンサルテーションの前かコンサルテーション中になされる。</p>
追加要件	<p>(1) 臨床情報システムの支援、(2) 専門クリニック・センター、(3) 統合治療に関するミッションの共有、(4) 統合治療に関する明確なビジョンを持つリーダー、(5) 実施と維持の資金、(6) マネジメントと支援、(7) 患者へのセルフケアの動機づけ、(8) 質向上文化</p>

\*Ouwens M, et al. [3]

平成 25-27 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（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

総合研究分担報告書(3)

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

研究分担者名(所属施設部署) 平川 博之 (ひらかわクリニック)

研究協力者(所属施設部署) 稲垣 中 (青山学院大学国際政治経済学部)  
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)  
西村 由紀 (特定非営利活動法人メンタルケア協議会)  
大塚 寛之 (特定非営利活動法人メンタルケア協議会)

研究要旨

地域精神科医療を推進するために精神科診療所が連携する先として、大きく分けて、一般科医と、それ以外の保健所等の関係機関の二つが必要と考える。

まず、精神科医と一般科医との連携強化のために何が有効であるかを明らかにするために以下の3つの調査を行い、精神科医と一般科医との連携をすすめるために、精神科診療所が地域においてとれる役割を明らかにしようとした。

- ① 東京都が東京都医師会に委託して行っている一般科医向けの普及啓発研修に参加した一般科医へのアンケート調査を行った。一般科医は、精神疾患患者や精神科医療に対して抵抗や偏見を持っていることがわかったが、研修会で地域の精神科診療所の医師が講師に加わるなどのプログラムの工夫で、理解が高まる可能性があることもわかった。また、精神科と一般科の連携には「連携システム」が一番必要と考えられていた。
- ② 東京都内の救急告知医療機関（いわゆる二次、三次救急病院）に自傷・自殺企図で救急搬送された患者に関するアンケート調査を行った。救急搬送される自傷・自殺企図患者の約8割に精神科通院歴があること。一方、救急医療機関では、救急処置後帰宅させるにあたって精神症状に関して精神科医療機関への連携支援が十分に行われていないこと。自殺リスクについてのアセスメントが十分行われていないこと、などから、救急医療機関に、精神科医や精神科のスタッフによる助言や連携のための支援を行うことが望まれることがわかった。

- ③ 東京都における自殺防止を目的とした一般科と精神科の連携システム「東京都こころといのちのサポートネット（以下「サポートネット」という。）」の相談ケースを分析し、「連携システム」の有効性と課題を明らかにしようとした。開設直後より、サポートネットへの相談件数が多く、相談対応では、精神科医をはじめとするスーパーバイザーのコンサルテーションが必要で、とても役立った。今後、精神科診療所の医師が、オンコールやメールや FAX を利用して、サポートネットのような連携システムにスーパーバイザーとしての役に立てる可能性がある。

次に、精神科診療所が抱えている「通常の外来診療だけでは対応が難しく、関係機関との連携が必要な困難ケース」への対応について検討した。特に対応が困難なケースとして、「通院している以外には、長期間、社会参加していないケース（外来ニート）」と「警察官が、精神障害のために自傷他害のおそれありとして 23 条通報したが、措置入院とならなかったケース（23 条流れ）」を取り上げた。

- ④ 精神科診療所へアンケート調査を行い、「半年以上外来通院以外何も社会参加していない 65 歳未満の患者（外来ニート）」の実態と、「外来ニート」対応に必要なケースワークの実施状況を明らかにしようとした。平成 19 年度日本精神神経科診療所協会『明日のクリニックを考える研究会』が行った調査によると、精神科診療所には外来ニートが 15.8% 存在した。今回の調査では 16.6% で、8 年経っても外来ニートの割合は減少していないことが分かった。また、一診療所で診ている患者数は増加しているが、患者一人当たりの通院頻度は減少し、外来診療に十分時間をかけられなくなっていること、40% の診療所では「十分なケースワークが実施できない」ことがわかった。

- ⑤ 東京都精神科救急医療情報センター（情報センター）に警察官が 23 条通報を挙げたが却下されたケースと通報を挙げることを検討したが断念したケース（以上を総称して「23 条流れ」）の調査を行った。「23 条流れ」の相談件数は、平成 21 年度に比べ平成 26 年度は倍増しており、半年で 119 件あった。情報センターに相談され改めて措置診察へ至ったケース、情報センターから二次救急に繋げたケースもあるが、「23 条流れ」の半数は、いずれの受診にもつながらないか処遇不明となっている。暴力や器物破損があったが、警察が来ると落ち着いてしまうために 23 条通報に当たらないケースが多い。病名では平成 21 年度は統合失調症が主だったが、平成 26 年度は気分障害や発達障害の割合が増えている。「23 条流れ」ケースの通院先は、平成 21 年度は病院 32%、診療所 36% であったのが、平成 26 年度は病院 21%、診療所 42% と変化した。精神科診療所が、「23 条流れ」のような困難ケースを、病院よりも多く診るようになってきていることがわかった。

精神科診療所は、以前よりも多くの困難ケースを抱えるようになってきていることがわかった。それらのケースに適切に対応するには、精神科診療所が基点となって地域と連携して行く必要がある。しかし精神科診療所は多忙を極め、スタッフが少なく、期待される役割を果たすことが難しい。早急に精神科診療所のマンパワーを強化することが望まれる。

#### A. 研究目的

地域精神科医療を推進するために精神科診療所が連携する先として、一般科医とそれ以外の関係機関の大きく分けて二つが必要である。

まず、一般科医との連携の必要性は、精神疾患の早期発見早期治療、精神障害者の身体合併症対応、自殺未遂者の再企図防止などにおいて重要である。

うつ病などの精神疾患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。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。自殺企図・自傷ケースの自殺防止にも、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精

神科通院先は、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、半数以上に上がってきている。このことから、精神科医と一般科医との連携においては、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。

平成 25 年度の研究では、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した。

平成 26 年度は、25 年度の研究で医療連携や地域連携を推進するために最も必要と考えられていることは「連携のためのシステム」であることがわかったことから、連携システムの一つの例として東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都こころといのちのサポートネット（以下、サポートネット）」の相談ケースについて分析し、「連携システム」の有効性と課題を明らかにしようとした。「サポートネット」は、東京都が、先行研究と先行的な取り組みを踏まえながら、平成 26 年 7 月より開始した事業で、救急医療機関等に搬送又は自ら受診した自殺未遂者・希死念慮のある方について、自殺再企図防止のための支援に必要な連携を促す仕組みである。

また、東京都内の救急告知医療機関（いわゆる二次、三次救急病院）に自傷・自殺企図で救急搬送された患者についてのアンケート調査を行い、自殺企図患者の実態把握とともに、救急病院における再企図防止のための対応がどのようになされているか、再企図防止に役立つ精神科との連携や地域支援機関との連携の課題を明らかにしようとした。

平成 27 年度は、精神科診療所が抱える困難ケースの実態と、精神科診療所が困難ケースを地域と連携しながら支援するために必要なケースワークの実態を明らかにしようとした。

精神科医療の「入院医療から地域医療へ」「早期退院」施策が進み、以前であれば病院である程度時間をかけて入院治療を受け、退院後の調整も行われていた者が、短期に退院し、診療所の外来通院で治療を受けることが多くなってきている。そうした者を含め、生活や行動上の障害があり、通常の外来診療だけでは治療や支援が難しい「困難ケース」を精神科診療所で支えるには、精神科病院や行政機関、障害者福祉施設、その他関係機関との連携が必要になる。しかし、連携には手間や時間がかかり、主治医が通常の外来診療の合間に行うことには限界がある。

精神科診療所の患者の実態調査を、平成 19 年度日本精神神経科診療所協会『明日のクリニックを考える研究会』が行っており、精神科診療所には「半年以上外来通院以外何も社会参加していない 65 歳未満の患者（外来ニート）」が 15.8%いることを明らか

かにしている。その後の 8 年の間に、国保連データによると精神障害者の社会復帰施設が約 3 倍以上増加したことから、外来ニートがどのように変化したか比較調査を行うこととした。また、同調査で、精神科診療所の施設や人員体制、ケースワークの実態調査も同時に行っていたため、同様の調査を行い、この間の診療所の機能の変化についても比較することとした。

また、精神障害による自傷他害の恐れのある者については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）で、措置入院のルートが確保されている。しかし、この制度の運用は都道府県によってバラツキが大きく、さらに近年は、通報されたケースのうちで措置入院になる割合（措置率）が年々低下していて、自傷他害のおそれがあっても、その制度で対応されないケースが年々増えている。そうしたケースの主な通院先は精神科診療所である。そこで、精神保健福祉法第 23 条通報を挙げても受理されなかったケースや、警察官が通報するかどうか検討したが断念した「23 条流れ」ケースの実態調査を行うこととした。

外来ニートや 23 条流れケースなど、地域の困難ケースに対して精神科診療所が果たせる役割は何なのか、地域連携によってある程度対応できるとしたらどのような仕掛けがあれば促進されるのか、調査結果を踏まえて考えてみたい。

## B. 研究方法

### 1) 文献研究と一般科医向けの研修会における質問紙調査

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。

東京都は、自殺対策緊急強化事業の一環として東京都医師会に委託し、東京都内の地区医師会が「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」を開催することを推進している。これらの研修会に参加した一般科医向けに、質問紙調査を実施した。

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記入してもらった（資料Ⅰ-1～2）。調査項目のうち1ページ目は「うつ診療充実強化研修」だけで回答を求めたので、診療科目等の属性、うつ診療を行っているか、連携に必要と思われるものである。両方の研修会で調査した項目は2ページ目で、精神科連携の妨げとなっている6つの項目についての意識と、研修を受けた後の変化である。講義別の役立ち度についても質問項目を設けた。

研修会を開催した地区医師会からは、調査票の回収とともに、研修会のテーマや講師、実施方法、参加人数などの報告を受けた。

平成25年12月～平成27年2月の間に各地区医師会で開催された「うつ診療充実研修会」26回と「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」20回、合計46回の研修会を対象とした。そのうち「うつ診療充実研修会」24回と「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」10回、合計34回の研修会でアンケートを回収できた。

## 2) 救急医療機関における自傷・自殺企図患者への対応についての質問紙調査

東京都指定2次救急医療機関(232か所)および3次救急医療機関(26か所)合せて258か所を対象として、自傷または自殺企図で救急搬送された患者への対応について、2種類の質問紙調査を行った。質問紙は平成26年9月末に、郵送にて調査対象機関宛に送付し、同封した返信用封筒にて返送を依頼した。

1つの質問紙は施設調査である(資料Ⅱ-1～3)。対象救急医療機関が平成26年4月から6月の3か月間で何件の救急搬送を受け入れ、そのうち自傷・自殺企図による搬送例が何件であったか、また自傷・自殺企図によって搬送された患者に対してどのように対応をしているか等の質問で構成されている。

もう一つの質問紙はケース調査である(資料Ⅲ)。平成26年10月中に対象救急医療機関に搬送された自傷・自殺企図を行った患者一人一人について、自傷・自殺企図の内容や重症度、そのような行為に至った理由、対象者の精神科受診歴、どのような転帰を迎えたかといった質問で構成されている。

## 3) 東京都こころといのちのサポートネットの実績分析

サポートネットは、東京都の自殺対策事業の一環として平成26年7月11日から運用が開始された。主には一般科医療機関等から、自殺未遂者などの自殺リスクの高い患者の対応について相談を受け付けている。相談受付は、年中無休で9～17時まで開設されている。

サポートネットでは、精神保健福祉士、臨床心理士、精神科看護師などの相談員が

相談を受け、支援を行う。支援方法としては、相談者である医療機関スタッフへの助言や精神科医療機関等の紹介、さらに、本人や家族の了解が得られれば、医療機関や関係機関への繋ぎ、本人や家族への直接支援、関係機関へ出向く同行支援などを行うことができる。相談員だけでは判断できない場合に、精神科医や経験の長い保健師や精神保健福祉士が、電話やメール等で即時にスーパーバイズできるバックアップ体制が準備されている。また、月に1回程度の事例検討会を設け、スーパーバイザーの意見をもらいながら対応方針の決定などを行っている。

平成26年7月11日から平成27年2月23日までの間にサポートネットで対応した相談ケースについて、対象者の概要や依頼の内容、行った支援や顛末についての統計処理した結果を分析した。なお、個人を特定できるような情報は扱わないこととした。

#### 4) 精神科診療所通院患者の社会参加状況に関する調査

2007年(平成19年)に日本精神神経科診療所協会『明日のクリニックを考える会』が行った厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所に通院する以外に社会参加していない精神障害者の実態調査及び精神科診療所の社会参加サポート機能を強化に係る調査研究」の調査をもとに質問紙調査を行った。

平成27年11月時点で社団法人日本精神神経科診療所協会(日精診)に所属していた診療所は1569ヶ所であった。今回の質問紙調査の対象診療所は、日精診に所属する診療所の中から無作為に抽出した400ヶ所である。

調査票は平成27年11月下旬に発送した。調査票は、I施設調査、II患者調査の2種類(資料IV-1~5)であった。

I施設調査では、レセプト数や職員体制を把握している職員に回答を依頼した。レセプト数については、平成27年10月の1

カ月の実績とした。

II患者調査は任意の1日を利用(外来受診、デイケア、電話再診、訪問看護、往診など)した患者全員について1人1枚ずつ記入するようお願いした(記入は職員)。回収は、調査票IとIIともに同封した返信用封筒で調査票を返送してもらった。

調査結果の集計・分析にあたって、2007年の調査結果と比較した。

#### 5) 東京都精神科救急医療情報センターにおける「23条流れ」のケース調査

東京都精神科救急医療情報センター(以下、情報センター)は、平成14年9月に設置され、夜間休日の精神科の初期・二次救急の相談窓口となっている。情報センターは、本来自傷他害の恐れが強いケースについては扱わず、そのようなケースが来た場合には警察への相談を勧め、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)第23条(警察官の通報)に基づく通報から、第29条(都道府県知事による入院措置)につながるためのルートに乗らないかどうかを検討してもらうこととなっている。

夜間の23条通報については、警察官から通報連絡員へ電話連絡が入る。通報連絡員が通報内容を聞き取って受理票を起し、措置診察決定権者にその内容を知らせて措置診察命令を下すかどうかの判断を仰ぐ。措置診察命令が下りたら、警察官が発生地区を担当する都立病院(一部は医療公社となった)へ対象者を移送し、診察を受ける。夜間の場合は、緊急措置入院のみの扱いとなるが、不要となった場合には、外来で返すか別の入院形態で入院となる。

今回の調査では、情報センターの相談記録のうち、平成21年4月から9月の6か月(総相談件数6742件)と、平成26年4月~9月の6か月間(総相談件数7102件)を対象に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)第23条(警察官の通報)に基づく通報に挙げて、第29条(都道府県知事による入院措置)につながるためのルートに乗らなかったケースと、