

第 108 回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演**精神科医療における地域連携**

大石 智, 宮岡 等 (北里大学医学部精神科)

現在の精神科医療における課題の背景には、医療過程の可視化が欠けているという共通した要因がある。精神科の医療過程を可視化する取り組みは、課題を解決するための一助になる。精神科医療は一施設で完結するものより、複数の施設や職種の協働によって成立するものが多い。精神科の医療過程を可視化するための手法として重要なのは、顔の見える関係の構築、2人主治医制の導入、地域連携パスの構築である。精神科医療に地域連携パスは不向きであるという意見は多い。しかし、いくつかの点に配慮すれば、精神科医療にも地域連携パスを導入することは可能である。地域連携パスを含む精神科医療における地域連携活動は、支援者、患者、家族が目指しているベクトルを一致させ、安心感を高める。さらに精神科医療の質を評価する指標が得られることが期待される。

<索引用語：地域連携パス，標準化，可視化>

はじめに

北里大学医学部精神科では平成 19 年度から精神科医療における地域連携のあり方に関する検討⁶⁾と、神奈川県相模原市を中心とするエリアで精神科地域連携活動を実施している。当初我々はうつ病への対応における診療の質の差が大きいことをふまえ、主として精神科医に対する教育システムを構築することから開始した。しかしこれもたらず効果は十分ではなかった。その結果から精神科医療における精神科地域連携パスを含めた地域連携活動を行っている。

ここでは精神科医療における課題、課題の背景因を明らかにするとともに、課題解決のための地域連携システムに関して、精神科地域連携パスがもたらす効果を中心に述べる。

I. 精神科医療における課題

いくつかの疾患を例に挙げ、その周辺課題を提示する。統合失調症においてはこの約 10 年の間に非定型抗精神病薬 7 剤が使用されるようになった。各国から遅れをとってはいるものの、多剤大量療法から単剤療法への流れは進んでいる。しかし統合失調症の治療目標は社会的な回復である。それを果たすには薬物療法のみでは力不足である。治療目標に到達するためには、心理教育、社会技能訓練、作業療法、就労支援など多職種による非薬物療法を活用した支援が不可欠になる。統合失調症患者の平均在院日数を 1 つのアウトカムとして見た場合、厚生労働省患者調査によれば、リスペリドンが発売された平成 8 年に 699.1 日だった統合失調症患者の平均在院日数は、平成 20 年で

第 108 回日本精神神経学会学術総会 = 会期：2012 年 5 月 24~26 日，会場：札幌コンベンションセンター，札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合——多様な精神医学・医療の展開を求めて——
教育講演 精神科医療における地域連携 座長：細田 眞司 (細田クリニック)

601.1日である⁴⁾。約3ヵ月の短縮が達成されているが十分とは言えない。

うつ病においてもこの約10年で新たな抗うつ薬が複数上市され、薬物療法という点では変化がみられる。だが同時にうつ病の概念の変化、うつ病患者数の増加が生じている。最近ではいくつかの抗精神病薬、抗てんかん薬が躁うつ病治療薬の保険適応を新たに得た。オフラベルで使用されていた頃にくらべれば良いかもしれないが、これによって躁うつ病患者が増加するのではないかという意見も聞かれている。うつ病、躁うつ病の概念の変化や曖昧さは、紹介されて来院する患者の診療に際して実感することが多い。診療情報提供書に記された疑問を抱かざるを得ない診断名と処方欄を目にし、今後の見通しをどのように患者、家族へ説明すべきか悩むことが増えてきているのは、精神科の日常診療によくある光景になってきている。うつ病の診断と治療は、精神科医ごとの差が大きく、標準化されているとは言えない。

認知症においては、平成23年にアルツハイマー型認知症治療薬3剤が上市された。専門医もメディアも治療薬の選択肢が増えたことをこぞって歓迎している。だがこれらの治療薬の臨床試験で使用されている評価尺度の性質とその結果を考えると、過大評価されている感を抱かざるを得ない。薬剤に多くの資金を投入するよりも、疾患のもつ性質を考えると介護する家族、介護職、介護施設への支援を重視し、医療と介護のシームレスな連携により多くの力を注ぐべきではないだろうか。

依存症においては、ベンゾジアゼピン系薬剤を中心とする向精神薬乱用・依存の増加が指摘されている。乱用されている向精神薬の入手先の多くが精神科医療機関であることも明らかになっている⁵⁾。精神科医が基本的な生活指導や精神療法を怠り、処方するという行為に依存しているのではないかという懸念を抱かざるを得ない。これも精神科医ごとの診療姿勢が標準化されていない結果とも言える。

II. 課題の背景因

いくつかの疾患を例に挙げ、精神科医療における今日的課題を概観した。それぞれに共通する課題として、診断、治療の各医師によるばらつきが大きいこと、他施設、他職種との協働が必要であるにもかかわらず十分ではないことが挙げられる。その背景因は精神科医療の過程が可視化されていないこと、可視化しようとする努力を欠いてきたことなのではないかと考えている。

精神疾患の診断と治療には客観的指標が少ない。結果的に医師の裁量権が大きくなる。

身体疾患においては、医療機関の実績が公開される。手術件数、生存率などが公開され、外部の目にさらされるから、医療機関も自助努力をする。またこうした実績は診療報酬をはじめとする医療政策に対して医療機関が意見を材料になる。

しかし精神科医療機関は、ほとんどこうした実績を公開しない。確かに客観的指標は少ないから実績を公開するのも難しい。

精神科医が「精神疾患は個別性が大きい」と言って、医療過程の可視化努力を欠くことは、医師の裁量権を肥大化させるためには役立つだろう。精神科医にとっては楽なことである。だが医療過程が可視化されないことは、慎重さを欠く診療を生み出す要因になる。他施設、他職種との情報共有を阻害し、多職種による協働を妨げる。さらに医療政策に対して意見を材料を放棄することになる。

医療過程を可視化、数量化するための努力を欠いてきたことは、精神科医療における今日的課題に共通する背景因になっている。結果的に自ら精神科医療に対する信頼を貶めることにつながっている状況にあると言える。

III. 課題の解決策

精神科医療過程の可視化不足が課題の背景因であれば、その解決策は可視化努力である。可視化するための仕組みとして考えたいのは、顔の見える関係の構築、2人主治医制、精神科地域連携パスの3点である。

1. 顔の見える関係の構築

顔の見える関係を作るためには、単に製薬企業が協賛する講演会などに出席して情報交換会で名刺交換をして雑談するだけではない。教育という効果も期待し小規模の事例検討会を地域で実施する、あるいは地域の支援者のもとヘスパーパイザーとして医師が出前相談をするという形式が望ましいと考えている。すでにこうした取り組みは、各領域で行われている。筆者も認知症を対象疾患にして、地域の訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパーらと10数名の事例検討会を定期的に行っている。医師にとっても他の職種にとっても日頃の活動に活用できるヒントに気付く貴重な機会になるとともに、顔の見える関係を作る場となっていることを実感している。

2. 2人主治医制

2人主治医制はセカンドオピニオン外来を、より一般化するということである。認知症診療では日頃は診療所の非専門医が診療し、半年から1年に1回程度専門医のもとを受診するというスタイルがよくある。これを他の疾患でも活用することができると、医師の診療に慎重さがもたらされるであろう。さらに互いの診療内容を可視化することができる。

3. 精神科地域連携パス

顔の見える関係の構築、2人主治医制は重要だが、これだけでは不十分である。時間やマンパワーの制約もあり、全てを対象に実施するのは困難である。また、これらの取り組みだけで、患者・家族に医療過程を可視化することはできないし、医療過程の評価にはつながりにくい。医療過程を患者・家族にも可視化し、評価する道具が必要である。その道具が精神科地域連携パスになる。

地域連携パスはすでに脳卒中、糖尿病など、医療計画の対象疾患で運用されている。地域連携パスは各疾患の診療を時間軸にそってフェーズで区切り、各フェーズで達成したいアウトカム、アウトカムを目指すために支援者がすべきタスク、ア

ウトカム達成を評価するための評価項目を定めた工程表である²⁾。例として、認知症地域連携パスを示す(図)。アウトカムを考える際、患者、家族を主語にすることは、当事者目線での支援を共有することに貢献する。

地域連携パスは医療、介護、福祉など地域の支援者のベクトルを合わせる。そして支援者のモチベーションを喚起する。支援者間の情報共有に役立ち、教育効果ももたらす。患者・家族用パスを併用することで、患者・家族への教育効果や安心感を高めることも期待できる。そして地域連携パスの最大の効用は医療過程の可視化である。評価項目はアウトカムの達成度合いを量る目安になるだけでなく、医療過程全体を評価する数値化ツールになる。

精神科医療においても地域連携パスを用いることは、多職種による協働を促進するだけでなく、医療過程を可視化し数値化することに貢献することが期待される。精神科医療の問題点を明確にし、問題を解決するために必要な人員、コストを議論する上で、説得力のある資料を提供してくれるに違いない。

IV. 精神科地域連携パス反対論と賛成論

精神科地域連携パスだけではなく、精神科医療におけるクリティカルパスそのものに対する反対論はよく聞かれる。古屋氏は精神科クリティカルパスをめぐる論点を述べる中で、精神科医療におけるクリティカルパス反対論を類型化、非個別化、画一化、煩雑化、脱落花、合理化という言葉で整理し、それに対する考えを論じている¹⁾。

クリティカルパスがアメリカで導入された経緯に、医療費削減が大きく関わっていることはよく知られている。だが日本では医療費削減という理由より、医療過程の質の改善活動のための道具として導入された³⁾。

クリティカルパスが効率性を強いるものと認識し、嫌悪の念を抱く精神科医は多い。しかし医療政策に対して必要なものを主張する、精神科医にとってはこれまでなかった有力な道具になるに違

イメージ	認知症を早期診断し、専門医の下で鑑別診断・治療、連携手帳運用を開始し、かかりつけ医を中心に地域ケアを継続する
流れ	「かかりつけ医→専門医→かかりつけ医→必要時に専門医へ逆紹介」のサイクルとともに、介護サービスとの連携をはかる
目的	認知症が早期診断され、支援者が初期から認知症を理解し援助することができる地域ケア体制を構築する
対象者	かかりつけ医に通院可能な認知症患者
適応基準	認知症初期
除外基準	進行した認知症、幻覚、妄想、興奮などの精神症状が顕著で急性期対応を要するもの
逆紹介基準	<input type="checkbox"/> 定期的な専門医療機関受診日 <input type="checkbox"/> 薬剤変更を考慮する時 <input type="checkbox"/> 精神症状に変化が生じ対処に困難が生じた時

	フェーズ1 かかりつけ医（通院）	フェーズ2 専門医療機関（通院）	フェーズ3 かかりつけ医（通院）
アウトカム	アウトカムは患者・家族にとってのアウトカムである 患者・家族を主語に記載する		
	専門医療機関受診に同意する	診断を受け、受療を開始する 療養上の工夫を理解する	受療を継続する 介護サービスを利用できる 必要時専門医療機関を受診できる
評価項目	評価項目欄に記載する事項はアウトカムが達成されたことを評価するための項目である 患者・家族を主語に記載する		
	情報提供書を受領する	診療計画書に同意する 連携手帳運用開始に同意する	連携手帳を持参し定期受診する ケアマネジャーと定期的に相談できる 必要時情報提供書を受領する
タスク	タスクは医師、看護師などが各アウトカムを目指すために実行すべき事項である 医師、看護師などを主語に記載する		
	トリアージを行う 専門医療機関受診必要性を説明する 情報提供書を作成する	診察、精査により診断を行う 治療に関する説明を行う 家族に具体的支援方法を説明する 連携手帳に関する説明を行う	連携手帳に記載する 連携手帳を介して介護職と連携する 必要時逆紹介する

図 認知症地域連携パスオーバービュー

いない。

個別性を無視し、ケアの画一化を強い、クリティカルパスに乗らない患者を見捨てる道具として認識する精神科医は多い。「精神疾患は個別性が高い、パスは適さない」と言われることは多い。確かにその考えは大切である。本来、患者それぞれにあった、いわばオーダーメイド性の高い医療は理想的である。しかしクリティカルパスは全ての疾患に対して運用されるものではない。共通した経過をたどりやすく、共通した介入がよく行われる一群を対象に運用される。

本来、精神科医は個別性に配慮しながらも、標準的治療を念頭において診療している。その標準的な部分を可視化することは可能であろう。

さらにクリティカルパスに乗らない患者は、パ

リアンス（クリティカルパスに準じた対応ができず、個別対応が必要な症例）として解析されるので排除されることはない。

クリティカルパスというと、その運用に目が向きがちで、「精神科には合わない」、「業務が余計に増えそう」と敬遠されがちだが、重要なのはクリティカルパスを開発する過程なのではないかと考えている。

もちろん精神科医療においても地域連携パスが運用され、実績を重ねて医療過程の課題を明らかにし、精神科医の誰もが感じている医療政策への意見を論じる客観的な材料が得られるようになれば、わが国の精神科医療は大きく発展するだろう。

ここで強調しておきたいのは、運用する以前の地域連携パス開発過程がすでに重要であるという

点である。地域の多職種が集まり、1つの疾患をとりまく課題を整理し、解決策を議論することは、顔の見える連携を生み、互いの支援手法を可視化し、日常診療に必要な多くのヒントを与えてくれる。

精神科医は概してひきこもりがちであると言えるだろう。診察室で患者と1対1の状況にいることが多いせいか、患者の支援を1人で担っているかのような錯覚に陥りやすい。短時間の診療で患者に安心感と満足感を与えなければならないという不安に襲われやすいかもしれない。そうしたなかで慎重さを欠く診療が生まれているのではないだろうか。しかし地域で暮らす患者は実は多くの支援者に支えられていることが多いし、そうなることが望ましい。診察室でできることは限られているのだから、地域の支援者を支援する役割を担うという視点が、精神科医にはもっと必要なのではないだろうか。地域連携パス開発を念頭に、地域の多職種と議論する過程は、この役割を果たす場にもなる。

V. 精神科地域連携パスの現在とこれから

現在、当地では認知症を対象に、内科診療所の医師、療養型病院の医師、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、薬局、行政の方達と議論を重ねながら、認知症の患者とその家族が地域で安心して暮らせることを目指すため、専門医とかかりつけ医の連携、医療と介護の連携、介護する家族の支援を目標とする地域連携パスを開発中である。

認知症を対象とする地域連携パスは、東京都、岐阜県、長野県など、すでに先駆的な取り組みが報告されている。

認知症はかかりつけ医受診、専門医療機関での鑑別診断、かかりつけ医通院、介護職による支援、というように比較的共通の経過をたどりやすい。しかも多くの支援者が関わるため、もともと職種間における情報共有を求めるニーズがあった。認知症医療は地域連携パスを開発しやすい素地があったと言える。

当地での取り組みは先に挙げた先駆的な地域より遅れているが、地域によって医療体制の差もあり、開発過程が重要であることを念頭に、先を急がず議論と作業を重ねている。

我々の地域連携活動の取り組みが開始された平成19年当時の問題意識は、「増加するうつ病患者数、その対応の不均一さ、多剤大量処方、過量服薬や自傷行為を繰り返す患者への対応の不均一さと偏在」が出発点だった。だがこうした疾患や状態を対象とする地域連携パス活動の歩みは遅い。

うつ病で地域連携パスが構築されにくい理由はいくつかある。まずうつ病はよほど重症でない限り医療機関を選ばない。希死念慮を伴っていても、診療所でも病院でも診療される。入院や修正型電気けいれん療法が必要になりそうな時にしか連携ニーズが発生しない。また患者も大病院での診療を望むことが少なくない。わが国では精神科医療機関はフリーアクセスであるため、うつ病診療において非専門医が役割を担わざるを得ない状況が生じにくい。つまり、うつ病における連携は診療所から病院、非専門医から専門医の一方向の流れはあるが逆流は生じにくい。さらに認知症や統合失調症に比べて多くの機関や職種が関わらないことが多い。

だから「うつ病に地域連携パスは不向き」と結論付けてよいだろうか。うつ病の医療過程にも、多職種が関わり、ある程度共通した経過をたどりやすく、標準的な介入がされやすい一群はある。復職を目指す患者、身体合併症医療が必要な患者、過量服薬や自傷行為を繰り返す患者はそれに該当すると考えている。「復職こそ個別性が高い」、「合併症は千差万別」、「自傷行為を繰り返す患者には個別の背景があり介入の仕方も様々」などの意見もある。確かにその通りである。日常診療においてもそう感じる。しかし先述の通り、そこにも標準的な治療を念頭におきながら個別性に配慮して支援が行われている。さらに「復職を目指す患者」には主治医、産業医、産業保健師間の連携における課題、「身体合併症医療が必要な患者」には精神科に対する身体科医が持つスティグマ、

精神科医，身体科医，それぞれの看護師の連携における課題，「過量服薬や自傷行為を繰り返す患者」には精神科医，救命医，それぞれの看護師の連携における課題，救命医が抱きがちな精神科医療への疑念などのように，職種間施設間に横たわる課題も多い。

議論する過程で結果的に「地域連携パスは向いていない」という結果になるかもしれない。だが地域連携パス開発を念頭において議論する価値は十分にあると考えている。

教育，啓発といった，これまで行われてきた問題解決のための手法も重要である。だが限界はある。限界があることは，今日の精神科医療を見れば明らかである。地域連携パス開発を念頭に議論する過程は新たな解決の糸口を見出せるかもしれない。精神科医療に向けられやすいスティグマを減らす効果，地域の支援者，非専門医を支援する効果も期待できる。身体合併症医療，過量服薬や自傷行為への対応は，精神科医にとっても身体科医にとっても，時間と労力が必要で報われない感覚を抱きやすい。社会や医療政策に対して，こうした領域に必要なものを主張する道具を手に入れるためにも，精神科医療において地域連携パスを開発するための活動は大きな武器になるのではないだろうか。

おわりに

精神科医療における地域連携という切り口で，精神科医療の課題の背景因とその解決策について述べた。課題の背景因には医療過程の可視化不足

という共通した要因があり，課題を解決するためには医療過程を可視化する地域連携パスが必要になる。地域連携パスは精神科には不向きであるという意見も多い。しかしもたらせる効果は大きい。そして可視化のための道具は他にみあたらない。可視化しようとする努力を欠いては，精神科医療への信頼はさらに低下していくであろう。ハードルは高いかもしれないが各地で精神科地域連携パス開発のための活動が広がることを期待したい。

文 献

- 1) 古屋龍太：精神科クリティカルパスをめぐる論点。精神医療，62；2-7，2011
- 2) 伊藤弘人：精神科地域連携クリティカルパス総論。日精協誌，30（12）；1145-1150，2011
- 3) 伊藤弘人：精神科クリティカルパス総論。精神医療，62；26-32，2011
- 4) 厚生労働省：平成21年地域保健医療基礎統計Ⅱ時系列編（都道府県別にみた患者及び医療資源の年次推移）4精神疾患 第21表 精神及び行動の障害の退院患者平均在院日数の年次推移，病院—一般診療所・都道府県（患者住所地）。2010
- 5) 松本俊彦，小林桜児，尾崎 茂ほか：わが国における最近の鎮静剤（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）関連障害の実態と臨床的特徴—覚せい剤関連障害との比較—。精神誌，113；1184-1198，2011
- 6) 宮岡 等，大石 智：ネットワーク形成による医療機関，および地域ケア連携の実践に関する研究（2010年）：平成19～21年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の地域ケアの促進に関する研究」総合研究報告書。p.27-50，2010

Integrated Care in Community Psychiatric Medicine

Satoru OISHI, Hitoshi MIYAOKA

Department of Psychiatry, Kitasato University School of Medicine

A common factor underlying the current issues in psychiatric medicine is the lack of visualization of the process of medical practice. An approach to visualization of this process facilitates solving the problems faced in this field. Psychiatric care often comes into effect based on the cooperation of a number of institutions and professions, rather than being completed within a single institution. To visualize the process of psychiatric care, it is important to establish face-to-face relationships between patients and psychiatrists, introduce the care system in which two doctors share the responsibility of managing a single patient, and formulate an integrated care pathway in the community. Although many consider the clinical pathway concept to be unsuitable for psychiatric practice, it is possible to introduce a community cooperation care pathway into psychiatric practice if consideration is first given to several significant issues. Community cooperation activities in the field of psychiatric care including the integrated care pathway help to harmonize the efforts of supporters, patients, and families, and increase the overall sense of security. It is also expected that such activities will allow us to obtain useful indices for assessing the quality of care.

<Authors' abstract>

<**Key words**: integrated care pathway in community, standardization, explicit process of care>
