

第 110 回日本精神神経学会学術総会

**会 長 講 演**

## うつ病診療——混乱から地域連携へ——

宮岡 等 (北里大学医学部精神科)

北里大学医学部精神科では北里大学東病院精神神経科と北里大学病院精神神経科を中心に、地域連携を重視した医療を行っているが、この中でうつ病に関して行ってきた活動や問題点などをとりあげる。1. 当院は市民病院のない政令指定都市であり、神奈川県内では比較的医療機関の少ない相模原市にある。2. 北里大学東病院精神神経科は 94 床の閉鎖病床をもち、神奈川県精神科救急基幹病院である。3. 約 10 年前の相模原市近辺の精神科地域医療では、外来レベルでの医療機関の連携、身体合併症医療、精神科医療の質の向上と均てん化、精神科救急医療、医療機関別にみた医師の収入と労働量のバランスなどが大きな問題となっており、筆者はすべてに関連する最重要課題を精神科医療の質の向上と均てん化であると考えていた。4. うつ病においては、解決すべき問題として、不適切な薬物療法があり、それらは精神医学・精神科医療の動向、医療機関の問題、医師の姿勢、行政との関係、患者の姿勢などが関係していた。5. このような問題を解決するため、①2010 年 4 月から相模原市の精神保健福祉センター内で、「セカンドオピニオン外来」と称する患者相談窓口を開設、②いわゆる門前薬局以外の調剤薬局にかかりつけ薬剤師をもつよう患者に勧める、③地域で製薬企業が関係しない研究会や勉強会を増やす、などを実施してきた。6. さらに今後うつ病診療における地域連携を進めるために、①「うつ状態地域連携クリティカルパス」を作り、地域の医師が共有する、②「県北部うつ病地域ネットワーク」を作り、精神科医療を透明化、可視化して不適切治療を減らす、などの試みを進めている。7. このような試みの中で、精神科医療の質を向上させるために、筆者が当面、最も重要と考えるのは「精神科医療過程の可視化、透明化」である。

<索引用語>：うつ病、地域連携、薬物療法、セカンドオピニオン外来、地域連携クリティカルパス

## はじめに

北里大学医学部精神科では北里大学東病院精神神経科と北里大学病院精神神経科を中心に、地域連携を重視した医療を行っている。今回は会長講演として、この中でうつ病に関して当教室で行ってきた活動やその活動中におこった問題点などをとりあげる。

I. 北里大学東病院精神神経科と  
北里大学病院精神神経科

北里大学東病院と北里大学病院の精神神経科は地域連携を重視した医療で重要な役割を果たしている。両病院は神奈川県北部の相模原市にあり、相模原市は 2009 年 4 月から政令指定都市となった。人口 722,375 人 (2010 年) であるが、市民病

第 110 回日本精神神経学会学術総会=会期：2014 年 6 月 26～28 日，会場：パシフィコ横浜

総会基本テーマ：世界を変える精神医学——地域連携からはじまる国際化——

会長講演：うつ病診療——混乱から地域連携へ—— 座長：武田 雅俊 (大阪大学大学院医学系研究科情報統合医学講座・精神医学教室)

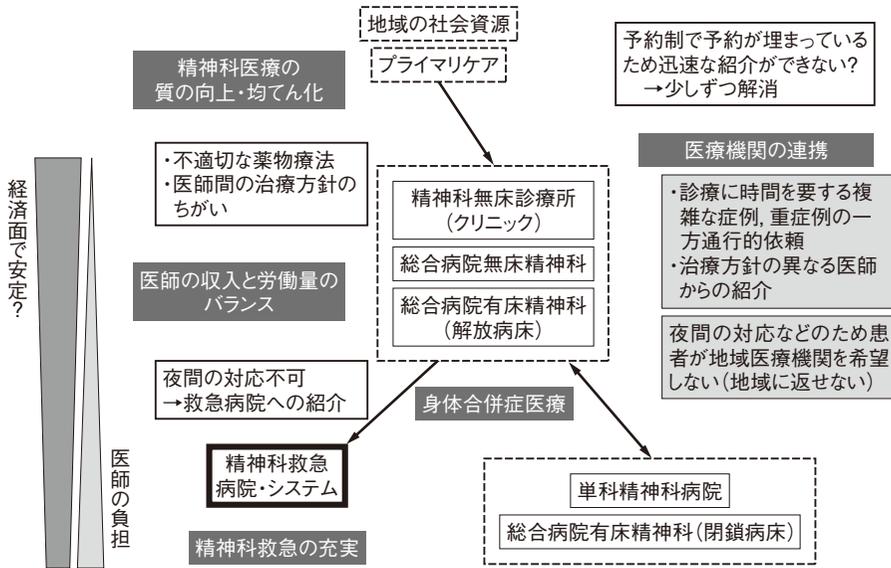


図1 2007年頃の相模原市周辺の状況：うつ病の場合

院がない、いわゆる総合病院の精神科病床がないなどの特徴をもつ。精神科の医療体制や地域連携を考えると、横浜、川崎に医療機関が集中していることや、隣接する町田市は東京都であることなども問題を複雑にしている。

北里大学東病院精神神経科は病床数94床(50:精神科救急入院料病棟, 44:精神科急性期治療病棟)である。神奈川県精神科救急基幹病院であるため、神奈川県精神科救急システムから患者を受け入れており、週1~2回は夜から翌朝までの時間帯も担当している。外来患者数は1日平均初診約10名、再診350~400名である。北里大学東病院から約700mの距離にある北里大学病院の精神神経科は児童精神科と身体各科へのリエゾン診療を担当しており、精神科病棟はない。大学病院では救命救急センターの定員枠の中に精神科医1名が含まれている。現在、医学部精神科では相模原市寄附講座「地域児童精神科医療学」が運営されているため、児童精神科医療においても地域連携が重視されている。

## II. 約10年前の相模原市近辺の地域医療事情と課題

筆者が相模原市にある北里大学医学部で勤務しはじめたのは1999年であるが、うつ病とその近縁疾患の診療において地域連携に関する問題を強く意識したのは2004年頃であった。2007年より厚生労働科学研究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」を研究代表者として担当し、自らの分担研究課題を「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」とした。図1はその研究開始時に示した地域連携の問題点を示す図を一部改変したものである<sup>2)</sup>。

大別して、主に外来レベルでの医療機関の連携、身体合併症医療、精神科医療の質の向上と均てん化、精神科救急医療、医療機関別にみた医師の収入と労働量のバランスなどが主な問題となっていた。これらの問題は相互に複雑に関係しているが、筆者は最重要課題を精神科医療の質の向上と均てん化であると考えた。これによって、医療機関の連携は促進されるはずである。また精神科医療の質が上がれば、精神科救急も減らせるはずである。身体合併症医療において、身体科の医師

<p>◎精神医学/精神科医療の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・軽症うつ状態への抗うつ薬処方           <ul style="list-style-type: none"> <li>←抗うつ薬の効果を強調</li> </ul> </li> <li>・うつ病診断を広げる           <ul style="list-style-type: none"> <li>←操作的診断基準の不適切使用</li> <li>←Disease mongering (疾患喧伝)</li> </ul> </li> <li>・面接が下手な精神科医</li> <li>・薬物中止時期のデータが少ない</li> </ul>
<p>◎医療機関の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・頓用薬の増加←救急対応できない</li> <li>・収益重視</li> <li>・相互監視する場がない</li> </ul>
<p>◎患者の姿勢</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬で治るという説明が受け入れやすい</li> <li>・希望通りの処方をしてくれる医師を求める</li> </ul>
<p>◎医師の問題</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物相互作用を軽視</li> <li>・副作用評価が甘い</li> <li>・診断軽視           <ul style="list-style-type: none"> <li>←複数の適応, 使いやすい薬剤</li> </ul> </li> <li>・ガイドラインが不十分なため個人の裁量が許されると誤解する</li> </ul>
<p>◎行政との関係</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤認可の基準は適切か</li> </ul>

図2 うつ病に対する不適切な薬物療法の背景

と対等に話すためにも、精神科医療の質の向上と均てん化は不可欠なはずである。

### Ⅲ. 不適切な薬物療法の背景と対応

精神科医療の質の向上を考えたとき、当時大きな問題であったのはうつ病に対する薬物療法である。難治であるとの理由で医療機関から紹介される、あるいは自ら現在の治療内容は適切かと評価を求めて、北里大学東病院精神神経科を受診する患者に対して、すでに行われている薬物療法の不適切さとばらつきは、まず解決すべき大きな問題であった。

不適切な薬物療法の背景として検討すべきと考えた問題を図2に挙げた。ハミルトンうつ病尺度得点で24点程度以下の軽症から中等症のうつ病では抗うつ薬の効果はプラセボと大差がないという知見<sup>3)</sup>は、抗うつ薬処方時の患者への説明内容

にも影響するため、地域連携にかかわる医師が共有すべきであるが、現在もお十分な理解が得られていないように思う。うつ病と診断される患者が増加する背景には操作的診断基準における併存症と重症度に関する不適切な評価や disease mongering が関係していると思われた。うつ病に対する精神科医療の質の向上はこれらの中から解決可能な問題に対応していくことであると考え、現在も続けている。

### Ⅳ. 相模原市における初期の対策

#### 1. セカンドオピニオンを求めやすくする

初期に実施した対策の1つは「セカンドオピニオンを求めやすくする」である。通常大学病院などのセカンドオピニオンは診察料が高額であるが、相模原市では2010年4月より精神保健福祉センターの事業として実施し、患者の費用負担を抑えた。同時にセカンドオピニオンで通常条件として求められる現担当医の紹介状持参は、セカンドオピニオンを求めにくくする要因であると考え、薬手帳のみでも、判断に限界があることを説明した上で受診可能とした。これを自分の治療を他の医師が評価する機会がありうると地域の医師が理解したためか、現時点では、不適切処方の軽減にある程度の役割を果たしていると考えられる。

#### 2. 調剤薬局にかかりつけ薬剤師をもつよう患者に勧める

不適切な薬物療法に対する処方監査的役割を調剤薬局の薬剤師に期待した。しかし地域の薬剤師との会議などから、医療機関に近い調剤薬局(いわゆる門前薬局)の薬剤師が医師の処方にコメントするのは、その薬局を利用する患者数、ひいては収益性に影響するせいか、非常に難しいと推測された。現在は患者に対して、受診している医療機関と離れた場所の調剤薬局を利用し、そこの薬剤師の意見を聞くことを勧めているが、なかなか難しいようである。

### 3. 地域で実施する勉強会を作る

地域の勉強会は製薬企業の主催や共催となっていることが多い。世話人医師が内容を厳しく審議して特定薬剤の宣伝でなくなれば有効活用は可能であろう。北里大学医学部精神科の医師が関係する勉強会はその方向で進めている。地域の勉強会にも参加しないで、独自の診療を行っているかのような医師への対応は今後の課題である。

### 4. ユーザーに精神科医の選び方を伝える

これは当初から機会あるごとに公表しているし、医師間でもっと議論されてよいであろう<sup>4)</sup>。

## V. 認知症の地域連携から学んだこと

相模原市ではうつ病の地域連携より遅れて、認知症に関する地域連携の検討会が始まったが、すでに関係者が情報共有する「支え手帳」というシステムが作成され、地域連携が進められている。この作成過程から学んだのは、地域連携によって「①医師、医療スタッフ、病院間で、労働量、経済面などの負担が均等化される、②情報を共有しやすくなる、③利用している医療や社会資源が可視化され、標準化を進めやすくなる、④関係者の教育に有用であり、不適切な対応や治療の改善につながる」などであった。うつ病より遅れて開始された認知症の地域連携はうつ病を追い越して、充実しつつあり、うつ病の地域連携が学ぶことも多いという印象である。

## VI. うつ病の地域連携へ

### 1. うつ病の地域連携パス

うつ病の適切な地域連携の延長上では地域連携パスの作成が求められる。筆者らの議論の中で作成した「うつ状態地域連携クリティカルパス」の案を表に示す<sup>6)</sup>。連携というと「治療が難しくなった患者をより専門的な病院に依頼できる」とか「身体合併症が発症したら総合病院などが引き受けてくれる」などと自分が所属する医療機関に都合のよいことばかり考える医師が少なくない。専門的な病院で治療された後にどう対応するか、疾患を

どう説明するか、社会資源をどう利用するかなど、かかりつけ医の負担も小さくない。地域連携の確立とは、医療スタッフの誰かが楽になるのではなく、各医療機関やスタッフが重荷をどう分かち合うかを検討する過程であると考えなければならない。

### 2. うつ病地域ネットワーク

相模原市では「県北部うつ病地域ネットワーク」を作り適切な地域連携を促進し、精神科医療を透明化、可視化して不適切治療を減らす試みを進めている。うつ病治療では「多くの精神科医が不適切という印象をもつが、間違いとは断定できない治療」がどこまで許容されるかが問題となりやすい。本ネットワークは、趣旨に賛同する医師が、少なくとも日本うつ病学会治療ガイドライン<sup>5)</sup>に沿った治療を行い、必要な場合は個人情報に配慮しつつ、勉強会で情報を共有して議論することに行っている。所属は病院単位ではなく、医師単位であり、内容と医師名は北里大学医学部精神科のホームページで公開している<sup>1)</sup>。

### 3. 今後の方向性

まだうつ病治療における地域連携には課題が多い。筆者が当面、最大の指標と考えるのは「精神科医療過程の可視化、透明化」である。これを精神科医療の質を向上させる方法として、種々の改善を図る必要がある。今後、検討会や連絡会を誰の参加でどう開くか、医師以外のスタッフの協力をどう得ていくか、2人主治医制は可能か、地域連携パスや患者手帳のような関係者の情報共有ツールをどこまで広げることができるか、などが課題となっている。

## おわりに

会長講演として、筆者がうつ病の地域連携において、相模原市と周辺の地域で苦勞してきたことを中心に述べた。地域連携の問題は地域差が大きいため、他の地域でどの程度、役立つかはわからないが、何か参考になればと考える。

表 うつ状態地域連携クリティカルパス案

イメージ	かかりつけ医がうつ状態に早期に気づき、適切にかかわり、専門医のもとで鑑別診断・治療、連携手帳運用を開始し、精神科医と連携する		
流れ	「かかりつけ医→専門医」：かかりつけ医・専門医双方が必要な情報と援助姿勢を共有し、身体疾患、うつ状態を地域で援助する		
目的	うつ状態が早期に適切に鑑別診断され、適切な援助を受け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している身体疾患を併存するうつ状態		
適応基準	うつ状態		
除外基準	昏迷状態、不穏状態で急性期対応を要するもの		
逆紹介基準	精神症状に変化が生じ対応に困難が生じたとき		
	フェーズ1	フェーズ2	フェーズ3
	かかりつけ医 (通院)	専門医療機関 (通院)	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 うつ状態から回復する
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 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めざすために実行すべきものである。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

2011年には厚生労働省が重点的に取り組むべきとして指定していた4大疾病に、あらたに「精神疾患」が加えられ、5大疾病となった。ここでは医療連携の必要性が強調されているため、今後精神疾患における地域連携はますます重要になるであろう。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

当科における地域連携は大石智診療講師を中心とする教員の活動によって成り立っている。ここに感謝したい。

## 文 献

1) 北里大学医学部精神科 HP (<http://kitasato-psy-chiatry.juno.bindsite.jp/pg148.html>)

2) 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. 平成19年度厚生労働科学研究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」総括・分担研究報告書. p.17-21, 2008

3) 宮岡 等: なぜ薬物療法偏重となるか. うつ病医療の危機. 日本評論社, 東京, p.72-87, 2014

4) 宮岡 等: 主治医以外の意見を求めたほうがよいとき. 同書, p.224-234

5) 日本うつ病学会治療ガイドラインII. 大うつ病性障害 2013 ver1.1 ([http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood\\_disorder/img/130924.pdf](http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/130924.pdf))

6) 大石 智, 宮岡 等: うつ病の地域連携クリティカルパス. 日本社会精神医学会誌, 22; 116-122, 2013

## Practice of Community Psychiatry for the Treatment of Depression

Hitoshi MIYAOKA

*Department of Psychiatry, Kitasato University, School of Medicine*

The practice in the psychiatric division of Kitasato University East Hospital and Kitasato University Hospital has been emphasizing community psychiatry. The problems and proposed solutions are discussed.

1. Both hospitals are core hospitals located in Sagami-hara City (Kanagawa Prefecture), which has no municipal hospital.
2. Kitasato University East Hospital has 94 beds in two closed wards and is one of the hospitals designated for psychiatric emergencies in Kanagawa Prefecture.
3. Over the last 10 years around Sagami-hara City, cooperation between psychiatric hospitals and outpatient clinics, the treatment of patients with mental and physical diseases, improvement of the quality of psychiatric practice, emergency psychiatry, and imbalances in the incomes and workloads of psychiatrists have been problematic.
4. Problems that need to be solved in practice to treat depression involve inappropriate pharmacotherapy, disease mongering (the practice of widening the diagnostic boundaries of illnesses in order to expand the markets for drug treatment), clinical skills of psychiatrists, profitability, and medical institutions which cannot cope with regular patients in an emergency.
5. Up to now, we have established a consulting service (“Second opinion” clinic) at Sagami-hara Mental Health and Welfare Center (Municipal institution), recommended patients’ consultation with family pharmacists, and increased the frequency of conferences for doctors without the support of pharmaceutical companies.
6. In order to develop community psychiatric services for patients with depression, the author is preparing a community-based critical path for depression as well as community-based treatment network in the Sagami-hara area.
7. The author believes that the urgent issue necessitates transparency and the increased visibility of psychiatric services.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : depression, community psychiatry, pharmacotherapy, second opinion, critical path >

---