

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2014 年度 在宅医療助成 一般公募（前期）

完了報告書

在宅医療における身体科医と精神科医の

連携モデル構築に関する研究

～在宅医療専門内科診療所における精神疾患発症頻度とその傾向～

2015 年 8 月 30 日提出

〒329 - 0498 栃木県下野市薬師寺 3311 - 159  
自治医科大学看護学部

北田 志郎 (Shiro KITADA M.D., PhD.)

## 1. 研究の背景と目的

疾病負担の総合指標である障害調整生命年（Disability Adjusted Life Year : DALY）値において、先進国の多くで精神疾患が上位を占めるとされているが、日本でも精神疾患を合計するとがん、循環器疾患を上回り全疾患中の1位となるとされる<sup>1)</sup>。2011年には医療計画に精神疾患を位置づけ、従来の「4疾病5事業」から精神疾患を加えた「5疾病5事業」とする提言がなされ、2013年から各都道府県による新たな医療計画が運用され始めている。立森<sup>2)</sup>は、DALYにおいて精神疾患が上位にくるのは、疾患による死亡だけでなく、その疾患による機能障害をもちながら暮らすことによる影響を反映させた指標であるというDALYの特徴と関係があるとする。すなわち精神障害は、有病者数は少なくなく、発症した場合には一定期間以上にわたってその人の社会機能に一定以上の障害を引き起こすという性質をもった疾患であることから、このような高い数値を示すとする。このように、長期にわたる生活機能障害としての性質を有する精神疾患をどのようにケアしていくのかは、日本の医療にとっての最重要課題の一つであると言って過言ではないであろう。

2011年より国による「アウトリーチ推進事業」<sup>3)</sup>が開始され、先進的な医療機関が在宅医療・アウトリーチを行うようになってきている。これは上記の課題に対する有望な対策の一つであると位置づけられているが、このようなコミュニティ・メンタルヘルス・サービスにおける臨床課題として、以下の2点が挙げられる。

### 1) 身体合併症問題

高齢化問題は統合失調症をはじめとする精神疾患患者にとっても例外でなく<sup>4)</sup>、精神障害者の身体合併症は増加する一方であるのに対して<sup>5)</sup>、その治療を快く引き受ける身体科医療機関は乏しいのが現状<sup>6)</sup>である。

また、2008年度から国による「精神科救急医療体制整備事業」が開始されており、その眼目の一つに「身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保」が挙げられている<sup>7)</sup>。その身体合併症対策の基盤として24時間365日対応できる精神医療相談窓口、および精神科救急情報センターの設置が都道府県の努力義務として挙げられ、更により重度の身体合併症に対して24時間365日対応できる救急医療システムに身体合併症対応施設を組み入れることが目標とされている。しかしこれらに実際に対応できている都道府県は決して多くないことから、身体合併症を持つ精神疾患患者が地域で安心して暮らすための態勢が日本では十分に整っておらず、精神科在宅ケアの大きな課題ともなっていることが容易に理解される。

海外においても、例えば英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence : NICE）の統合失調症治療ガイドライン<sup>8)</sup>には、統合失調症患者の身体合併症の罹患率や死亡率の高さは精神科医と general practitioner : GPの双方が統合失調症患者に特徴的な合併症への認識不足が一因となっていたこと<sup>9)</sup>などが挙げられ、精

精神科医と GP の連携の重要性が強調されている。

日本では2012年3月に発出された精神疾患に関する医療計画である医政局指導課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」<sup>10)</sup>において、身体合併症対応として「一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる」ことを「医療機関に求められる事項」として挙げているが、この連携を行う場については主に病院を想定している。三品<sup>11)</sup>が包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：ACT）の実践スキルの一つとして「心身一元論のかかわり」を挙げているものの、このスキルの実施主体としては訪問看護師が想定されており、コミュニティにおける GP や身体各科との医療連携については言及されていない。

## 2) 精神科未治療・治療中断者に対するアウトリーチ支援

前述の NICE による「統合失調症治療ガイドライン」<sup>8)</sup>には、初発すなわち未治療の精神病性疾患患者はしばしば GP によって見出されることが記載されている。また、Mojtabai ら<sup>12)</sup>のレビューでは統合失調症を含めた精神病性障害において、40%の患者には定期的な支援が入っていないと結論づけている。

特に病識に乏しい精神病性患者においては、こうした未治療や治療中断が起きやすいことが推測される。

日本では、安部ら<sup>13)</sup>が統合失調症における受診経路と初発症状に関する調査を行い、患者の3割が身体症状を自覚し、この場合最初の医療機関として有意に身体科を選択していることを報告し、かかりつけ医の精神疾患の理解と精神科医療機関との連携の必要性を強調している。一方で三品<sup>14)</sup>は精神科未治療・治療中断者が ACT の対象者としてあがってくるという特徴があると報告している。いずれにせよ、「サービスを最も必要とする人たちがほどサービスが届きにくい」<sup>15)</sup>という指摘通り、これらの集団についてはその実数、事例化の経路、介入効果などの実態がまだ十分明らかになっていない。

ここで日本における在宅医療一般の動向に目を向けてみると、世界に類を見ない高齢化社会を迎えている日本において在宅医療はその重要性を増しており、特に終末期への対応が期待されている。そうした在宅医療機関は主に GP としての能力を有する身体科医によって担われ、多職種と連携・協働して在宅ケアチームを形成している。

ところで、プライマリケアにおけるメンタルヘルス領域のニーズが高いことはつとに知られ、2013年4月厚生労働省により公開された「専門医の在り方に関する検討会報告書」<sup>16)</sup>における、「総合診療専門医」の必要性和位置づけについて記載されている箇所にも「地域では、慢性疾患や心理社会的な問題に継続的なケアを必要としている患者が多い」と記載されているが、GP 的身体科医によって運営される在宅医療機関におけるメンタルヘルス、ひいては精神科医が関与することのニーズがどの程度あるのかは明らかにされていない。

本研究を行ったA診療所は、精神科標榜はしていない在宅医療専門内科診療所であるが、複数の精神科専門医が勤務しており、精神疾患を有する患者も一定数診療している。また、がん患者の在宅緩和ケアに際して生じる精神疾患・精神症状に対してのコンサルタントとしての役割も担うことで、心身統合的アプローチを実践している。このような体制にある医療機関はまだ極めて少ないと考えられるが、報告者はかつて同診療所において身体合併症を有する統合失調症患者に行った訪問診療についての研究<sup>17)</sup>を通じ、GPと精神科医が多職種と協働して心身統合的アプローチを行うサービスモデルを「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」と名づけた<sup>18)</sup>。

本研究は、A診療所の訪問診療患者における精神疾患発症頻度を検証し、その臨床傾向を明らかにするものである。在宅医療における身体科医と精神科医の連携・協働のモデル構築に向けての基礎資料とすることが本研究の目的である。

## 2. 研究の方法

### 2-1. 研究を行った医療施設の概要

A診療所は、機能強化型在宅療養支援診療所の一つである連携強化型在宅療養支援診療所の指定を受けている、ほぼ訪問診療に特化した内科標榜診療所である。GPを中心に多システムの専門医が在籍しており、1人の患者に対し主治医だけでなく専門の異なる複数の医師が必要に応じて訪問診療を行うと共に、訪問看護師、ソーシャルワーカー、歯科衛生士、理学療法士らと協働して24時間365日の在宅ケアを提供している。「地域が病棟」のスローガンの元、地域の数多くの病院、訪問看護ステーション、調剤薬局、居宅介護支援事業所、中核地域生活支援センターなどの医療・福祉資源と幅広く連携を取っており、在宅医療および地域包括ケアの先駆的モデルとなっている。

なお、A診療所の位置するM市は東京都に隣接し、現在でも近郊農業地帯としての特徴を備えてはいるが、昭和30年代からの工業団地誘致に加え、同時期における大規模団地の造成を皮切りにして人口増加が続いており、東京のベッドタウンとしての特徴を色濃く有している。A診療所はM市のおよそ南半分を訪問診療エリアとしているが、エリア内には広大な畑や果樹園が広がる市街化調整区域、建物の老朽化・入居者の高齢化が一斉に進んでいる大規模団地を有する地域、新規転入者も少なからず含む住宅街、といった特性の異なる地域が混在しており、それぞれの地域から訪問診療の要請を受けている。

訪問診療導入にあたっては、事前に本人もしくは代諾者となる家族に前医からの診療情報提供書を持参してもらい、治療見込みを元に本人家族のニーズと訪問診療の果たしうる機能とをすり合わせ、治療契約を行った上で患家に赴いている。精神科の標榜はしていない

いが、開設以来疾患・社会的背景では患者を断らず訪問する、という方針を堅持しており、認知症はもとより、より精神科専門対応が必要な精神疾患をもつ症例が一定数存在する。

## 2-2. 対象

A 診療所において開設 1999 年 6 月から 2013 年 12 月までに訪問診療を導入した患者で、診療録の精査が可能な者は 1,783 名（男性 775 名、女性 1,008 名、男女比約 1 : 1.3）であった（訪問診療導入時の平均年齢  $74.9 \pm 16.1$  歳。うち男性  $73.6 \pm 16.0$  歳、女性  $75.6 \pm 15.9$  歳）。（図 1～図 3）。

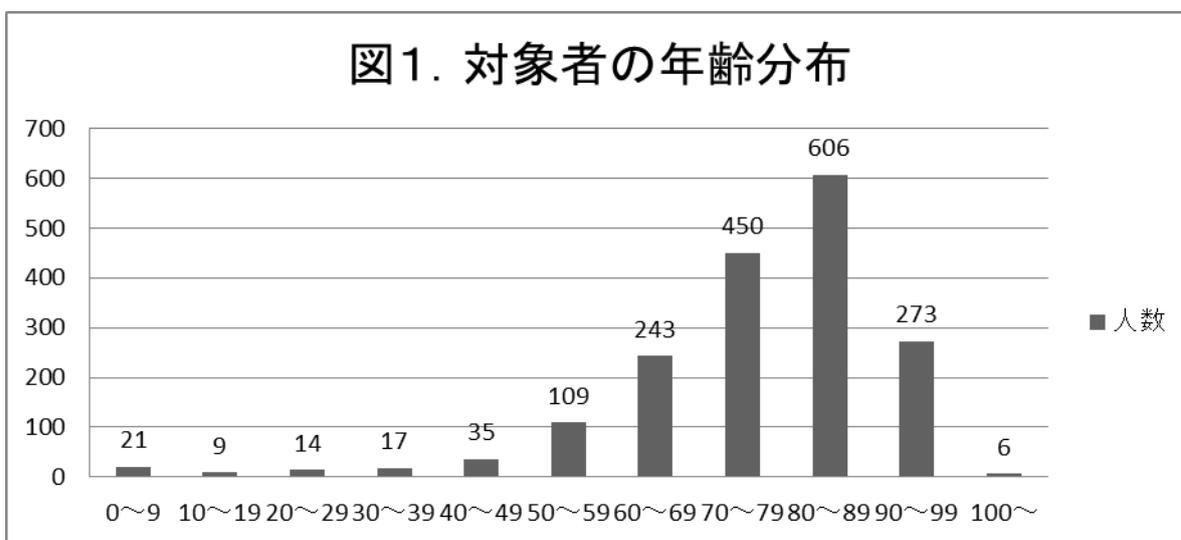


図 1. 対象者の年齢分布

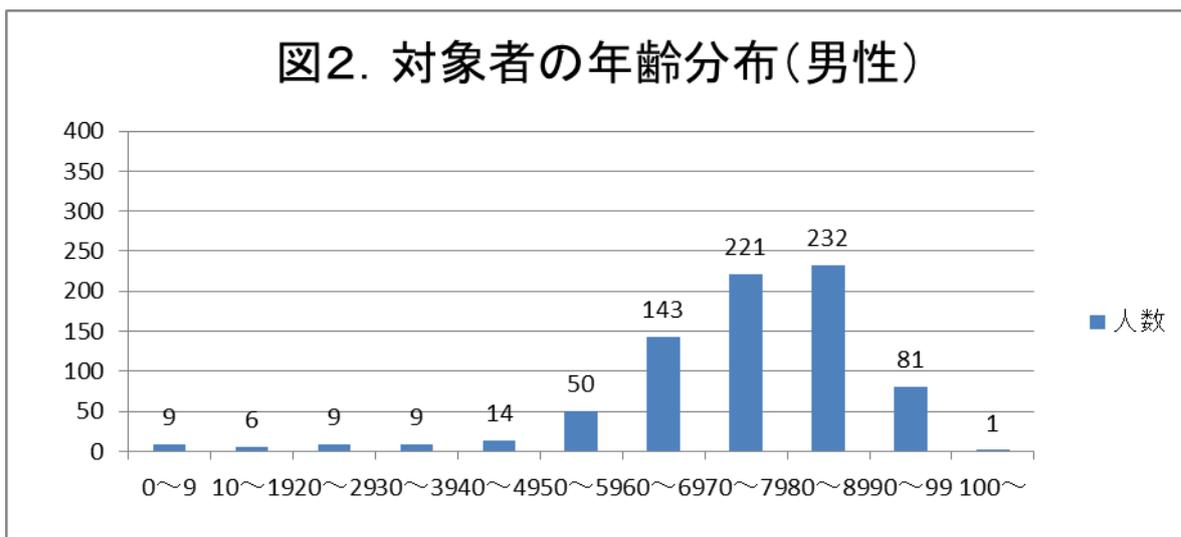


図 2. 対象者の年齢分布 (男性)

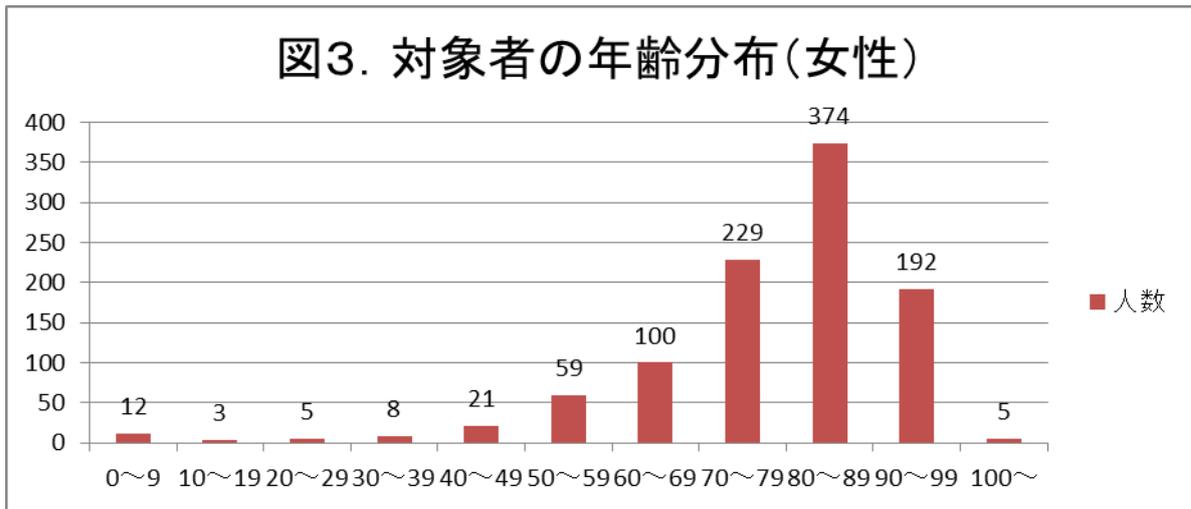


図 3. 対象者の年齢分布 (女性)

### 2-3. 精神疾患の抽出

これらの診療録を精査し、下記の手順で精神疾患の抽出を行った。

1) 以下のいずれかの条件を満たした診療録を抽出した。

- ・レセプトに精神疾患名が記載されている
- ・向精神薬の処方歴がある
- ・診療録に精神症状もしくは診断が記載されている

2) 1) で抽出した診療録について、2名の精神科専門医が独立に2014年12月までの全経過を精査し、国際疾病分類第10版 (International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Version : ICD-10) に基づく精神および行動の障害へのコーディングを行った。各々のコーディングが異なった場合については、共同討論の上診断を統一した。重複は作らず、1症例につき1コードとした。コーディングを付した疾患群は「F0：症状性を含む器質性精神障害」、「F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害」、「F2：統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」、「F3：気分(感情)障害」、「F4：神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」、「F5：生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」とした。

また、身体疾患・精神疾患を問わず訪問診療を要する最大の原因となったものを1症例あたり1疾患のみ抽出して「主病名」と呼ぶこととし、各症例について主病名か否かの検討を行った。ただし、F0およびF5については精神疾患が主病名であるもののみをコーディングの対象とした(理由については後述)。

さらに訪問診療導入前の調整段階で主病名とされていたものが訪問診療の実施により変更に至ったもののうち、精神疾患と身体疾患との間で変更されたものを、その理由とともに

に調査した。

3) 訪問診療を受けた患者のうち、がんが主病名の者は 666 名 (平均年齢 70.4±14.8 歳) で、うち男性 346 名 (同 70.9±13.6 歳)、女性 320 名 (同 69.9±16.0 歳) であった。これらがん患者において精神疾患を合併したものについて別途まとめた。

4) 診断にあたっては『ICD-10 精神および行動の障害—DCR 研究用診断基準新訂版』<sup>19)</sup> に基づき、『ICD-10 精神科診断ガイドブック』<sup>20)</sup> を参考にした。

#### 5) コーディングに際しての基準事項

F0 のうち「F00：アルツハイマー病型認知症～F03：特定不能の認知症」については、身体疾患に優先しこれらが主病名となる症例が多く存在する。これらについては前医による精査が行われ、タイプが確定しているもの以外については、臨床所見及び経過を元に 3、4 桁目のコーディングを行った。ただし、主病名が別疾患で経過中に認知症の新たな発症や合併を認める例、特に F06.7 軽度認知障害を合併すると考えられる例は極めて多いが、それらについては診断・コーディングに十分な記載が乏しいものも少なからずあったため、本研究においては F0 疾患が主病名、すなわち訪問診療導入の主因となったもののみコーディングを行うこととした。

「F05：せん妄、アルコールおよび他の精神作用物質によらないもの」及び「F51：非器質性睡眠障害」については、単独で訪問診療の主病名となることは原則的に考えにくく、主病名ががんの疾患群における合併症としてのみコーディングの対象とした。F1、F2、F3、F4 にコードされたものについては、経過上せん妄が生じてはこちらを優先して採用した。これら F1 から F4、及び F05 にコードされなかったもので、不眠があり睡眠導入剤などの向精神薬を継続的に用いたものを F51 にコーディングした。

## 2-4. 調査項目と方法

1) F0 のコーディングが行われた症例については、訪問診療導入時の年齢、性別、居住の場所 (居宅、認知症グループホーム、その他の居住系施設) を調査した。

2) F1、F2、F3、F4、F5 のコーディングが行われた症例については、下記を調査した。

### a) 基本情報

a-1 訪問診療導入時年齢

a-2 性別

b) 社会的背景

b-1 学歴

b-2 職歴

b-3 婚姻歴の有無

b-4 訪問診療導入時の同居家族構成

b-5 主介護者の続柄

c) 精神科的背景

c-1 精神科的家族歴（血縁のみ。有の場合は続柄と疾患名）

c-2 発症時年齢（推定を含む）

d) 訪問診療導入時の状況、導入前後の精神科的診断と治療

d-1 訪問診療導入時の精神科治療状況：

前医が精神科医か否かに関わらず、本研究によって確定した精神疾患に対する治療が訪問診療導入により継続されたものを「継続」、訪問診療導入時点で精神疾患が存在していたがそれに対応する治療は行われていなかったものを「未治療」、精神疾患に対する治療が2ヶ月以上中断していたもの及び患者以外の者が処方箋のみ受け取っていたものを「中断」、訪問診療導入時には精神疾患はなく、訪問診療の経過中に発症したものを「新たに発症」とした。

継続群においては訪問診療導入時までの治療形態を「精神科入院」、「身体科入院精神科兼科」、「精神科通院」、「身体科医による治療」「緩和ケアチームによる治療」に分類し、中断群においてはその理由を「自己中断」と「ケアマネジメント不備」に分類した。「ケアマネジメント不備」は、患者自らが治療を拒否したのではなく、身体的通院困難や心身両面にわたる病状変化などの患者の状態像に相応するケアサービスの資源が不在であった、もしくはトリアージが行われなかった結果中断に至ったものとする。

d-2 訪問診療依頼元

d-3 訪問診療導入の契機：

身体疾患や老衰過程の進行により通院困難となり訪問診療に至ったものを「身体的通院困難」、必ずしも通院が不可能ではないが、精神症状のコントロール成否が日常生活の安定化と深く結びついていると判断されたものや、夜間の精神症状出現などにより24時間対応を求めてきたものを「症状コントロール困難」、在宅での緩和ケアを受けつつ病院への通院を併用したものを「在宅緩和ケア（通院併用）」、患者が通院を拒否したものを「通院拒否」、患者が必ずしも通院や受療を拒否しているわけではないが、ひきこもりの結果訪問診療導入に至ったものを「ひきこもり」とした。

d-4 前医からの文書による精神疾患引継ぎの有無

診療情報提供書の「診断」欄への記載の有無に関わらず、本文に精神疾患について言及

がわずかでもあれば「あり」とした。

d-5 訪問診療を要する身体合併症の系統：

身体疾患で主病名となったもの、及び精神疾患が主病名の場合、合併する身体疾患のうち訪問診療の契機となる状態のものがあれば、そのうち最も重要なものを抽出した。精神疾患が主病名で、合併する身体疾患があっても訪問診療の契機になる状態ではないものは「なし」とした。また、薬剤性パーキンソン症候群による運動障害・ADL 低下が訪問診療導入に関わっていたものを抽出した。

e)転帰

「転医（身体科入院）」、「転医（精神科入院）」、「転医（他の訪問診療所）」、「転医（施設入所）」、「死亡（在宅看取り）」、「死亡（自殺）」、「軽快治癒による訪問終了」、「中断」、「継続中」に分類した。

f)訪問診療期間

2014年12月末日までのカウントとした。単位は月で、16日以上を切り上げ、15日以下を切り捨てた。

g)要介護度

直近の介護保険の要介護度を抽出した。

なお本研究は自治医科大学疫学倫理審査委員会の承認を得て行った（疫14-42）。

### 3. 結果

#### 3-1. 精神疾患とその頻度

##### 3-1-1. 概要

対象1,783例中、「F0：症状性を含む器質性精神障害」は395例（22.2%）、うち男性139名、女性256名であった（全例が主病名）。「F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害」は16例（0.90%）、うち男性13例、女性3例であった。また16例中5例（31.2%）が主病名であった。「F2：統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」は13例（0.73%）、うち男性5例、女性8例であった。また13例中7例が（53.8%）が主病名であった。「F3：気分（感情）障害」は55例（3.08%）、うち男性14例、女性41例であった。また55例中22例（40.0%）が主病名であった。「F4：神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」は54例（3.03%）、うち男性13例、女性41例であった。また54例中24例（44.4%）

が主病名であった。「F5:生理的障碍及び身体的要因に関連した行動症候群」は1例(0.1%)で女性、主病名であった。

F0からF5の合計は534例(29.9%)であり、うち主病名であるものは454例(25.5%)であった。

F1からF5の合計は139例(7.8%)であり、うち主病名であるものは55例(3.3%)であった。調査項目 a-1「訪問診療導入時の年齢」より平均年齢、a-2「性別」の調査結果を合わせ表1に示す。

表1. 精神疾患発症頻度

精神疾患発症頻度						
		全体	うち主病名	男性	女性	主病名/疾患
F0	n	395	395	139	256	
	(%)	(22.2)	(22.1)	(7.8)	(14.4)	100.0
	平均年齢	83.9±8.5		81.8±8.5	85.0±8.2	
F1	n	16	5	13	3	
	(%)	(0.9)	(0.3)	(0.7)	(0.2)	31.2
	平均年齢	69.9±9.6		71.6±8.2	62.3±12.8	
F2	n	13	7	5	8	
	(%)	(0.7)	(0.4)	(0.3)	(0.4)	53.8
	平均年齢	60.1±19.25		61.8±19.7	59.0±18.9	
F3	n	55	22	14	41	
	(%)	(3.1)	(1.2)	(0.8)	(2.3)	40.0
	平均年齢	77.1±11.4		71.0±11.7	79.1±10.6	
F4	n	54	24	13	41	
	(%)	(3.0)	(1.3)	(0.7)	(2.3)	44.4
	平均年齢	74.6±12.4		77.2±8.5	73.8±13.3	
F5	n	1	1	0	1	
	(%)	(0.1)	(0.1)	(0.0)	(0.1)	100.0
	平均年齢	30.0			30.0	
F0からF5の合計		534	454	184	350	
		(29.9)	(25.5)	(10.3)	(19.6)	85.0
F1からF5の合計		139	55	45	94	
		(7.8)	(3.3)	(2.5)	(5.3)	39.6

### 3-1-2. 精神疾患の内訳

#### ・F0の内訳

「F00:アルツハイマー病型認知症」は120例(30%)で、うち「F00.0:早発性アルツハイマー型認知症」が3例(1%)、「F00.1:晩発性アルツハイマー認知症」が101例(26%)、「F00.2:アルツハイマー型認知症、非定型あるいは混合型」が16例(4%)であった。「F01:血管性認知症」は104例(26%)で、うち「F01.0:急性発症の血管性認知症」が56例(14%)、「F01.1:多発梗塞性認知症」が47例(12%)、「F01.9:血管性認知症、特定不能のもの」が1例(0.03%)であった。「F02:他に分類されるその他の疾患による認知症」が66例(17%)で、うち「F02.0:ピック病型認知症」が3例(1%)、「F02.1:クロイツフェルト-ヤコブ病型認知症」が4例(1%)、「F02.3:パーキンソン型認知症」が40例(10%)、「F02.8:

他に分類されるその他の特定の疾患による認知症」が 19 例（5%）であった。「F03：特定不能の認知症」が 89 例（22%）、その他が 14 例（4%）であった。

#### ・ F1 の内訳

「F10：アルコール使用による精神及び行動の障害」は 15 例（94%）で、うち「F10.1：有害な使用」が 1 例（6%、主病名症例なし）、「F10.2：依存症候群」が 7 例（44%、うち主病名症例 2 例、13%）、「F10.4：せん妄を伴う離脱状態」が 1 例（6%、主病名症例なし）、「F10.6：健忘症候群」が 2 例（13%、うち主病名症例 1 例、6%）、「F10.7：残遺性及び遅発性の精神病性障害」が 4 例（25%、うち主病名症例 2 例、13%）であった。

「F13：鎮静薬又は催眠薬使用による精神及び行動の障害」は 1 例（6%）で、「F13.2：依存症候群」（主病名症例なし）であった。

#### ・ F2 の内訳

「F20：統合失調症」は 12 例（92%）で、うち「F20.0：妄想型統合失調症」が 1 例（8%、主病名症例なし）、「F20.1：破瓜型統合失調症」が 1 例（8%、主病名症例）、「F20.2：緊張型統合失調症」1 例（8%、主病名症例）、「F20.5：残遺型統合失調症」が 7 例（54%、うち主病名症例 4 例、31%）、「F20.8：その他の統合失調症」が 2 例（15%、うち主病名症例 1 例、8%）であった。

「F25：統合失調感情障害」は 1 例（8%）で、「F25.1：うつ病型」（主病名症例なし）であった。

#### ・ F3 の内訳

「F31：双極性感情障害<躁うつ病>」は 6 例（11%）で、うち「F31.0：現在軽躁病エピソード」が 1 例（2%、主病名症例なし）、「F31.3：現在軽症又は中等症のうつ病エピソード」が 3 例（5%、うち主病名症例 1 例、2%）、「F31.4：現在精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード」が 1 例（2%、主病名症例）、「F31.5：現在精神病症状を伴う重症うつ病エピソード」1 例（2%、主病名症例なし）、「F31.7：現在寛解中のもの」1 例（2%、主病名症例なし）であった。

「F32：うつ病エピソード」は 32 例（58%）で、うち「F32.0：軽症うつ病エピソード」が 3 例（5%、主病名症例なし）、「F32.1：中等症うつ病エピソード」が 27 例（49%、うち主病名症例 9 例、16%）、「F32.2：精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード」が 2 例（4%、うち主病名症例 1 例、2%）、「F32.9：詳細不明」が 1 例（2%、主病名症例なし）であった。

「F33：反復性うつ病性障害」は 16 例（29%）で、うち「F33.0：現在軽症エピソード」が 3 例（5%、うち主病名症例 2 例、4%）、「F33.1：現在中等症エピソード」が 9 例（11%、うち主病名症例 6 例、11%）、「F33.3：現在精神病症状を伴う重症エピソード」が 3 例（5%、うち主病名症例 2 例、4%）であった。

#### ・ F4 の内訳

「F40：恐怖症性不安障害」は1例（2%）で「F40.0：広場恐怖」（主病名症例）であった。

「F41：その他の不安障害」は20例（37%）で、うち「F41.0：パニック障害」が5例（9%、うち主病名症例2例、4%）、「F41.1：全般性不安障害」が10例（19%、うち主病名症例2例、4%）、「F41.2：混合性不安抑うつ障害」が5例（9%、うち主病名症例1例、2%）であった。

「F43：重度ストレスへの反応及び適応障害」は19例（35%）で、うち「F43.1：外傷後ストレス障害」が1例（2%、主病名症例なし）、「F43.2：適応障害」が18例（33%、うち主病名症例1例、2%）であった。

「F44：解離性〔転換性〕障害」は4例（7%）で、4例とも「F44.4：解離性運動障害」かつ主病名症例であった。

「F45：身体表現性障害」は11例（20%）で、「F45.0：身体化障害」が5例（9%、うち主病名症例4例、7%）、「F45.1：分類困難な身体表現性障害」が1例（2%、主病名症例）、「F45.2：心気障害」が1例（2%、主病名症例）、「F45.4：持続性身体表現性疼痛障害」が3例（6%、3例とも主病名症例）であった。

#### ・ F5 の内訳

「F50：摂食障害」が1例で、「F50.0：神経性無食欲症」、主病名症例であった。

#### 3-1-3. 主病名の変更

これら F1 から F5 のうち、訪問診療の導入前後で、精神疾患と身体疾患との間で主病名が変更されたものは32例（1.7%）であった。

内訳については、「精神疾患と身体疾患が合併しているが、身体疾患が主病名」が4例（対象に占める割合0.2%、F1が3例、F3が1例）、「精神疾患と身体疾患が合併しているが、精神疾患が主病名」が17例（0.9%、F2が1例、F3が7例、F4が9例）、「身体疾患とされてきたものを精神疾患に診断変更（向精神薬の副作用としてのパーキンソン症候群を含む）」が11例（0.6%、F2が1例—F20.5：残遺型統合失調症、F3が3例—F32.1：中等症うつ病エピソード2例、F32.2：精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード1例、F4が7例—F41.0：パニック障害1例、F41.1：全般性不安性障害1例、F44.4：解離性運動障害2例、F45.0：身体化障害1例、F45.2：心気障害1例、F45.4：持続性身体表現性疼痛性障害1例）であった。

#### 3-1-4. がんに合併した精神疾患

がんが主病名である 666 例において、何らかの精神疾患を合併したものは 206 例(30.1%)であった。

内訳は、F1 が 3 例 (がん患者における割合 0.5%、同一コードにおける割合 18.7%)、F2 が 2 例 (0.3%、15.3%)、F3 が 12 例 (1.8%、21.8%)、F4 が 17 例 (2.6%、31.5%)であった。

F3 を更に詳しくみると、「F31.3：双極性障害、現在軽症又は中等度のうつ病エピソード」が 1 例、「F32.0：軽症うつ病エピソード」が 1 例、「F32.1：中等症うつ病エピソード」が 7 例、「F32.2：精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード」が 1 例、「F33.1：反復性うつ病性障害、現在中等度エピソード」が 2 例であった。

F4 については 17 例全てが「F43.2：適応障害」であった。

また、F1 から F4 にコーディングされなかったもののうち「F05：せん妄、アルコールその他の精神作用物質によらないもの」に該当したものは 96 例 (14.4%) であった。さらに、F0 から F4 にコーディングされなかったもののうち「F51.0：非器質性不眠症」に該当したものは 76 例 (11.4%) であった (表 2)。

	n	n/全がん (%)
<b>F05</b>	<b>96</b>	<b>14.4</b>
<b>F1</b>	<b>3</b>	<b>0.5</b>
<b>F2</b>	<b>2</b>	<b>0.3</b>
<b>F3</b>	<b>12</b>	<b>1.8</b>
(F3内訳)		
F31.3	1	0.2
F32.0	1	0.2
F32.1	7	1.1
F32.2	1	0.2
F33.1	2	0.3
<b>F43.2</b>	<b>17</b>	<b>2.6</b>
<b>F51.0</b>	<b>76</b>	<b>11.4</b>
<b>合計</b>	<b>206</b>	<b>30.1</b>

### 3-2. F0 の調査結果

#### ・男女比

男女比は 1 : 1.9 であった。

#### ・年齢別

F0 は 40 代 1 例、50 代 5 例、60 代 14 例、70 代 80 例、80 代 187 例、90 代 103 例、100 歳以上が 3 例であった。(図 4)

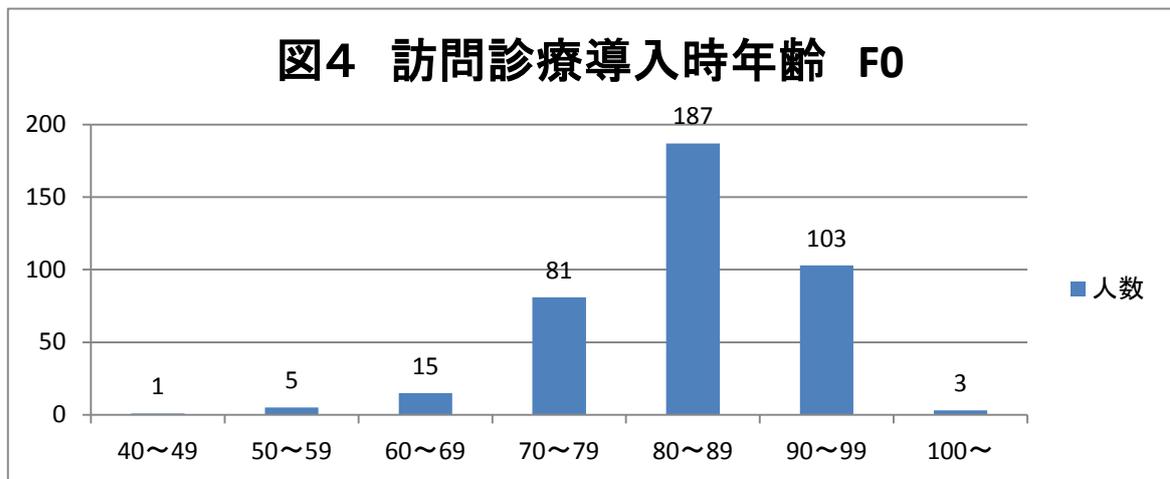


図 4. 訪問診療導入時年齢、F0

・居住形態

居宅が 269 例（68%）、認知症グループホーム利用者が 93 例（24%）、その他の居住系施設利用者が 33 例（8%）であった。

3-3 F1 から F5 の調査結果

a) 基本情報

a-1 訪問診療導入時年齢

訪問導入時の年齢の平均は  $73.3 \pm 14.0$  歳であった。年齢分布を図 5 に示す。

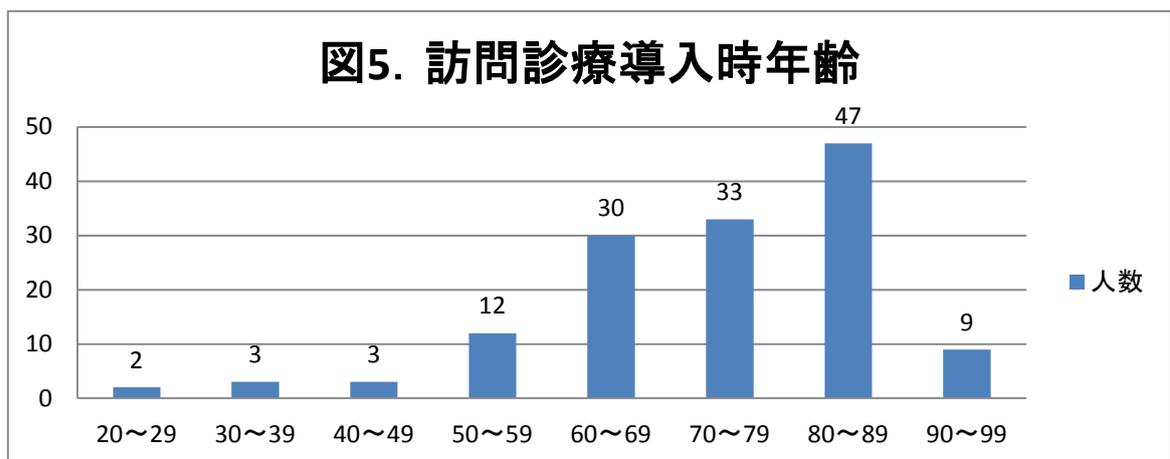


図 5. 訪問診療導入時年齢

b) 社会的背景

#### b-1 学歴・b-2 職歴

学歴・職歴はカルテに記載が乏しく、検討に足る情報を収集することができなかった。

#### b-3 婚姻歴

婚姻歴のあるものは139例中129例(93%)であった。その内訳はF1が16例中15例(94%)、F2が13例中10例(77%)、F3が55例中55例(100%)、F4が54例中49例(91%)、F5が1例中なし(0%)であった。

#### b-4 訪問診療導入時の同居家族人数

訪問診療導入時の同居家族人数は、「なし」が32例(23%)、「1人」が37例(27%)、「2人」が27例(19%)、「それ以上」が31例(22%)、「集合住宅」が12例(9%)であった。

内訳を示すと、F1については、「なし」・「1人」・「居住系施設」が各4例(各25%)、「2人」と「それ以上」が各2例(各13%)であった。

F2については、「1人」が8例、「2人」・「それ以上」が各2例(各15%)、「居住系施設」が1例(8%)であった。

F3については、「なし」が14例(25%)、「1人」が8例(15%)、「2人」が12例(22%)、「それ以上」が18例(33%)、「居住系施設」が3例(5%)であった。

F4については、「なし」が14例(25%)、「1人」が17例(31%)、「2人」が10例(19%)、「それ以上」が9例(17%)、「居住系施設」が4例(7%)であった。

F5については、「2人」が1例(100%)であった。

以上を表3に示す。

表3. 訪問診療導入時の同居家族人数

	なし	1人	2人	それ以上	居住系施設	計
F1	4	4	2	2	4	16
(%)	(25)	(25)	(13)	(13)	(25)	(100)
F2	0	8	2	2	1	13
(%)	(0)	(62)	(15)	(15)	(8)	(100)
F3	14	8	12	18	3	55
(%)	(25)	(15)	(22)	(33)	(5)	(100)
F4	14	17	10	9	4	54
(%)	(25)	(31)	(19)	(17)	(7)	(100)
F5	0	0	1	0	0	1
(%)	(0)	(0)	(100)	(0)	(0)	(100)
計	32	37	27	31	12	139
(%)	(23)	(27)	(19)	(22)	(9)	(100)

#### b-5 主介護者の続柄

主介護者の続柄については、139 例中「子」が 65 例 (47%)、「配偶者」が 37 例 (27%)、「なし」が 18 例 (13%)、「施設職員」が 10 例 (7%)、「ホームヘルパー」4 例 (3%)、「同胞」が 2 例 (1%)、「親」が 2 例 (1%)、「祖父母」が 1 例 (1%) であった。

内訳を示すと、F1 については「配偶者」が 5 例 (31%)、「子」と「施設職員」が各 4 例 (各 25%)、「なし」が 2 例 (13%)、「ホームヘルパー」が 1 例 (6%) であった。

F2 については「配偶者」が 5 例 (38%)、「子」と「同胞」が各 2 例 (各 15%)「祖父母」、「親」、「施設職員」、「なし」が各 1 例 (8%) であった。

F3 については「子」が 29 例 (53%)、「配偶者」が 17 例 (31%)、「なし」が 4 例 (7%)、「施設職員」が 3 例 (5%)、「ホームヘルパー」が 2 例 (4%) であった。

F4 については「子」が 30 例 (56%)、「なし」が 11 例 (20%)、「配偶者」10 例 (18%)、「施設職員」2 例 (4%)、「ホームヘルパー」1 例 (2%) であった。

F5 については「なし」が 1 例 (100%) であった。(図 6)

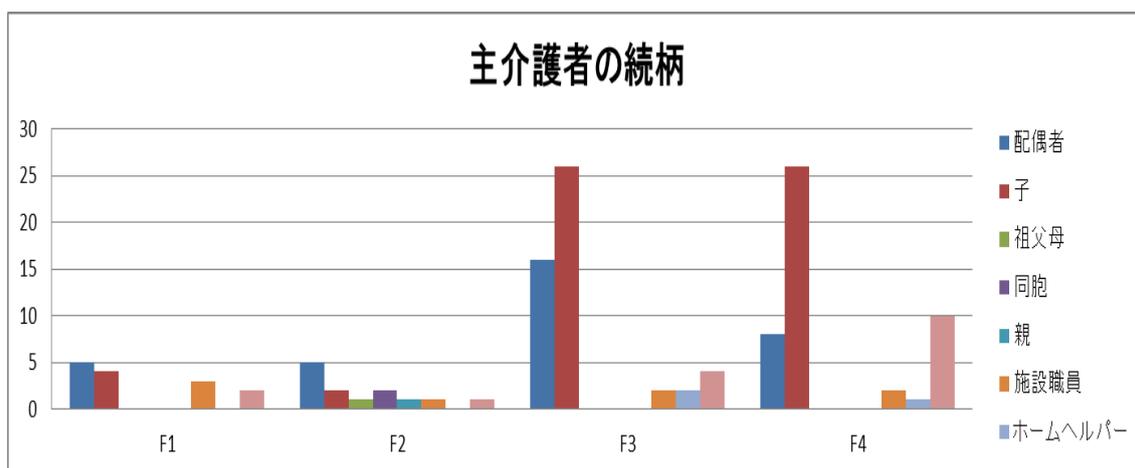


図 6. 主介護者の続柄

### c) 精神科的背景

#### c-1 精神科的家族歴

血縁に精神科疾患罹患歴があるものは 139 例中 13 例 (9.4%) で、カテゴリー別では F1 がなし (0%)、F2 が 2 例 (15%)、F3 が 3 例 (5%)、F4 が 8 例 (10%) であった。疾患内訳はうつ病 7 例 (54%)、アルコール依存症・統合失調症・不詳各 2 例 (各 15%) であった。

#### c-2 発症時年齢

発症時年齢については、10 代が 3 例 (2%)、20 代が 7 例 (5%)、30 代が 4 例 (3%)、40 代が 7 例 (5%)、50 代が 12 例 (9%)、60 代が 20 例 (14%)、70 代が 28 例 (20%)、80 代が 27 例 (19%)、90 代が 2 例 (1%)、不詳が 28 例 (20%) であった。(図 7)

図7. 発症時年齢

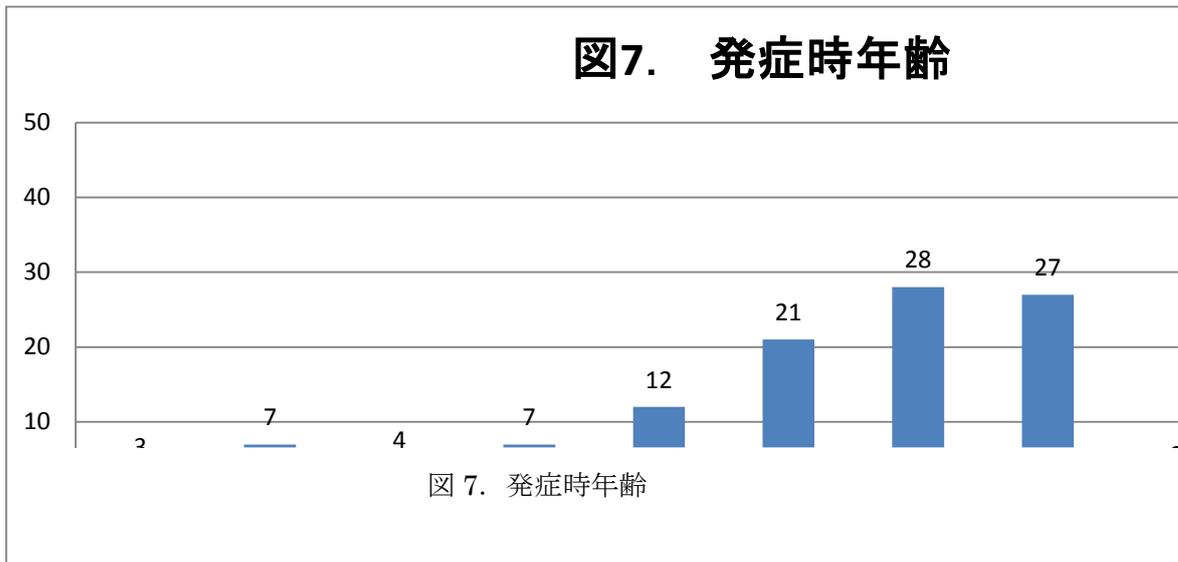
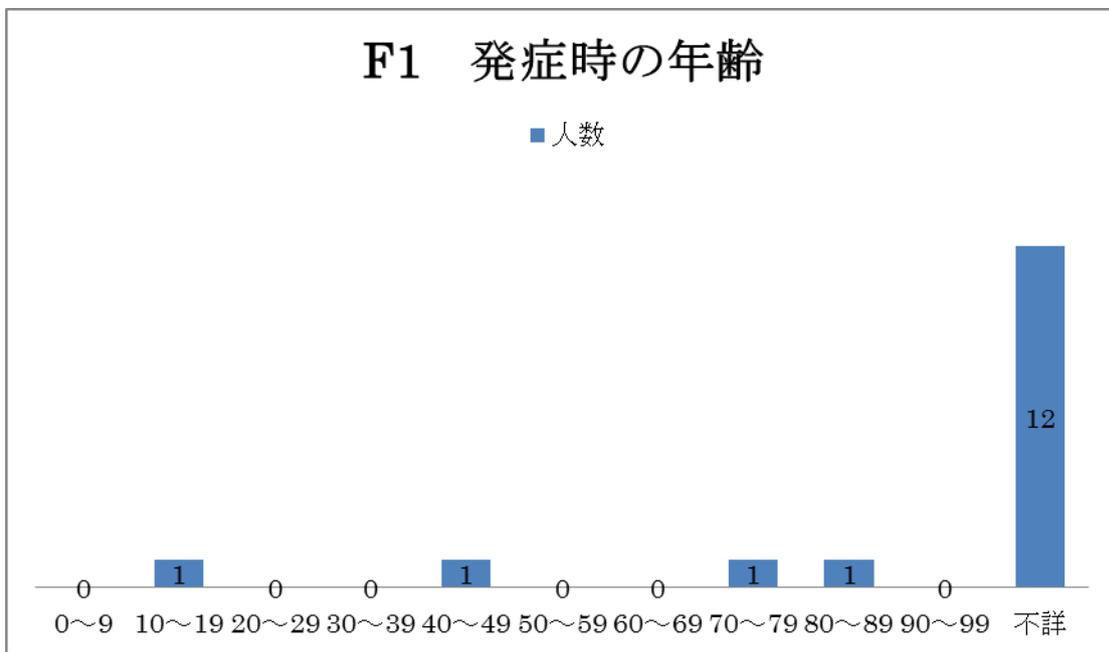


図7. 発症時年齢

カテゴリー別では、F1については10代、40代、70代、80代が各1例、不詳12例であった。F2については10代1例、20代6例、30代2例、40代1例、50代2例、60代1例であった。F3については40代1例、50代7例、60代13例、70代15例、80代12例、90代1例、不詳6例であった。F4については20代1例、30代2例、40代4例、50代3例、60代6例、70代12例、80代14例、90代1例、不詳11例であった（図8～図11）。F5については10代1例であった。

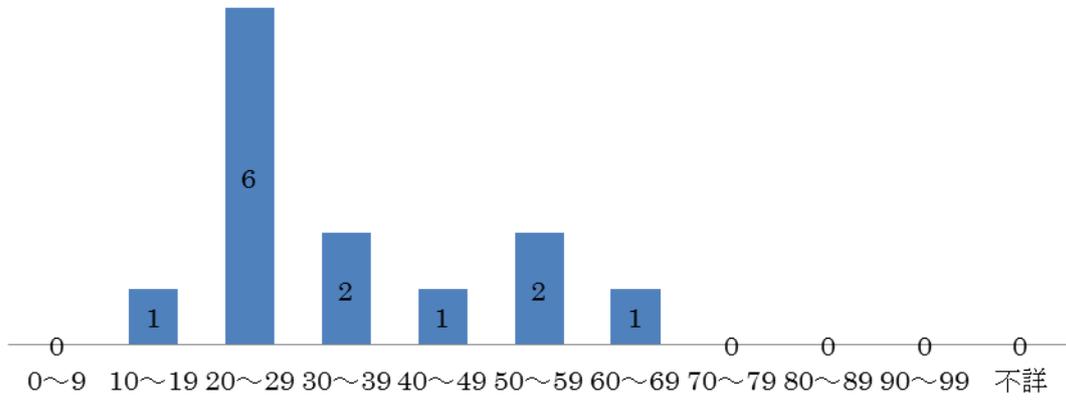
F1 発症時の年齢

■人数



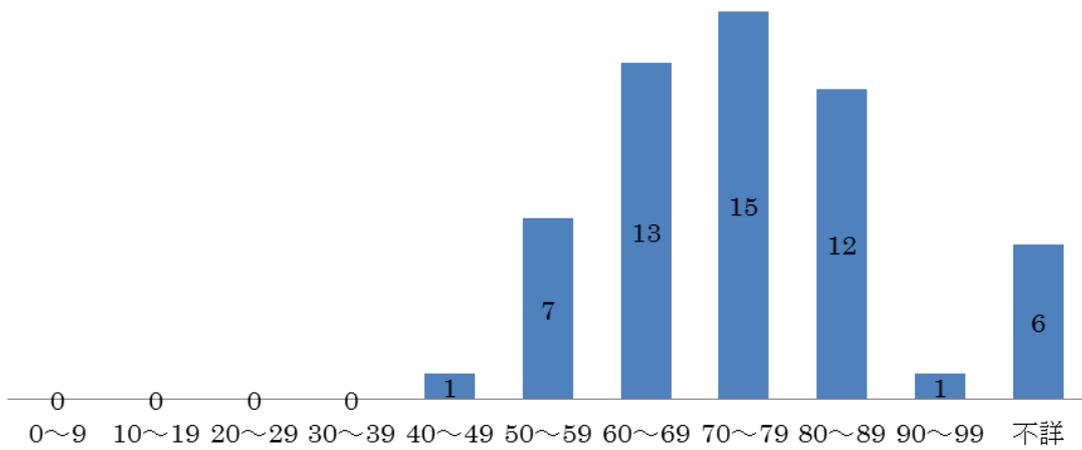
## F2 発症時の年齢

■人数



## F3 発症時の年齢

■人数



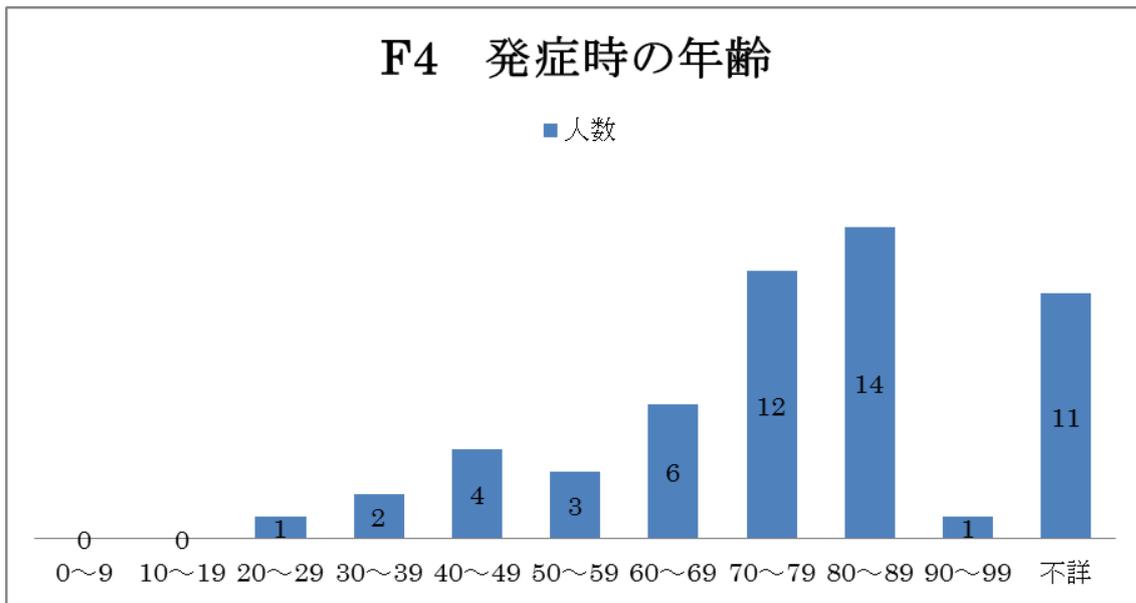


図 8～図 11. 発症時の年齢

#### d) 訪問診療導入時の状況、導入前後の精神科的診断と治療

##### d-1 訪問診療導入時の精神科治療状況

「継続」が 75 例 (54.0%)、「未治療」が 38 例 (27.3%)、「中断」が 15 例 (10.8%)、「なし (新たに発症)」が 11 例 (7.9%) であった。

「継続」の内訳は、「精神科入院」が 5 例 (3.6%)、「身体科入院精神科兼科」が 6 例 (4.3%)、「精神科通院」が 24 例 (17.3%)、「身体科医による治療」が 40 例 (28.8%)、「緩和ケアチームによる治療」が 4 例 (2.9%) であった。「身体科医による治療」の内訳は、「内科」33 例、「脳神経外科」「泌尿器科」「整形外科」が各 1 例であった。

「中断」の内訳は、「自己中断」が 6 例 (4.3%)、「マネジメント不備による中断」が 9 例 (6.5%) であった。

カテゴリー別では、F1 については「継続」が 4 例 (25.0%)、「未治療」が 8 例 (75.0%) であった。F2 については「継続」が 5 例 (38.5%)、「未治療」が 2 例 (15.4%)、「中断」が 5 例 (38.5%)「なし (新たに発症)」が 1 例 (7.7%) であった。F3 については「継続」が 33 例 (60.0%)、「未治療」が 12 例 (21.8%)、「中断」が 5 例 (9.1%)、「なし (後に発症)」が 5 例 (9.1%) であった。F4 については「継続」が 33 例 (61.1%)、「未治療」が 12 例 (22.2%)、「中断」が 4 例 (7.5%)、「なし (新たに発症)」が 5 例 (9.3%) であった。F5 については「中断」が 1 例 (100%) であった。(表 4)

表 4. 訪問診療導入時の精神科治療の状況

訪問診療導入時の精神科治療の状況												
	F1		F2		F3		F4		F5		F1～F5の合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>0 継続</b>	<b>4</b>	<b>13.0</b>	<b>5</b>	<b>38.5</b>	<b>33</b>	<b>60.0</b>	<b>33</b>	<b>61.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>75</b>	<b>54.0</b>
(内訳)												
0.1 精神科入院	0	0	3	23.1	2	3.6	0	0	0	0	5	3.6
0.2 身体科入院精神科兼科	1	6.3	1	7.7	3	5.5	1	1.9	0	0	6	4.3
0.3 精神科通院	1	6.3	1	7.7	14	25.5	8	14.8	0	0	24	17.3
0.4 身体科医による治療												
0.41 内科	2	12.5	0	0.0	13	23.6	18	33.3	0	0	33	23.7
0.42 脳外科	0	0	0	0.0	0	0.0	1	1.9	0	0	1	0.7
0.43 泌尿器科	0	0	0	0.0	1	1.8	0	0.0	0	0	1	0.7
0.44 整形外科	0	0	0	0.0	0	0.0	1	1.9	0	0	1	0.7
0.5 緩和ケアチームによる治療	0	0	0	0.0	0	0.0	4	7.4	0	0	4	2.9
<b>1 未治療</b>	<b>12</b>	<b>75.0</b>	<b>2</b>	<b>15.4</b>	<b>12</b>	<b>21.8</b>	<b>12</b>	<b>22.2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	<b>27.3</b>
<b>2 中断(代理受診も含む)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>38.5</b>	<b>5</b>	<b>9.2</b>	<b>4</b>	<b>7.5</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>10.8</b>
(内訳)												
2.1 自己中断	0	0	1	7.7	1	1.8	3	5.6	1	100	6	4.3
2.2 マネジメント不備による中断	0	0	4	30.8	4	7.3	1	1.9	0	0	9	6.5
												0.0
<b>3 なし(新たに発症)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>7.7</b>	<b>5</b>	<b>9.1</b>	<b>5</b>	<b>9.3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>7.9</b>
<b>合計</b>	<b>16</b>		<b>13</b>		<b>55</b>		<b>54</b>		<b>1</b>		<b>139</b>	

#### d-2 訪問診療依頼元

訪問診療の依頼元については、「病院(身体科)」が86例(62%)、「病院(精神科)」が8例(6%)、「診療所(身体科)」が25例(18%)、「診療所(精神科)」が3例(2%)、直接依頼が8例(6%)、ケアマネジャー・薬局が各3例(各2%)、保健所が2例(1%)、救急隊が1例(1%)であった。

カテゴリー別では、F1については、「病院(身体科)」が9例(57%)、「診療所(身体科)」が1例(6%)、「ケアマネジャー」が3例(19%)、「直接依頼」・「保健所」・「救急隊」が各1例(各6%)であった。

F2については、「病院(身体科)」が7例(54%)、「病院(精神科)」・「診療所(身体科)」・「直接依頼」が各2例(各15%)であった。

F3については、「病院(身体科)」が29例(53%)、「病院(精神科)」が5例(9%)、「診療所(身体科)」が13例(24%)、「診療所(精神科)」・「直接依頼」が各2例(各3%)、「薬局」が3例(5%)、「保健所」1例(2%)であった。

F4については、「病院(身体科)」が41例(76%)、「病院(精神科)」が1例(2%)、「診療所(身体科)」が8例(15%)、「診療所(精神科)」が1例(2%)、「直接依頼」が3例(5%)であった。

F5については、「診療所(身体科)」が1例(100%)であった。

#### d-3 訪問診療導入の契機

訪問診療導入の契機については、「身体的通院困難」が104例(75%)、「症状コントロー

ル困難」が13例(9%)、「在宅緩和ケア(病院通院を併用)」が10例(7%)、「通院拒否」が6例(4%)、「ひきこもり」が4例(3%)、「その他」が2例(1%)であった。(図12)

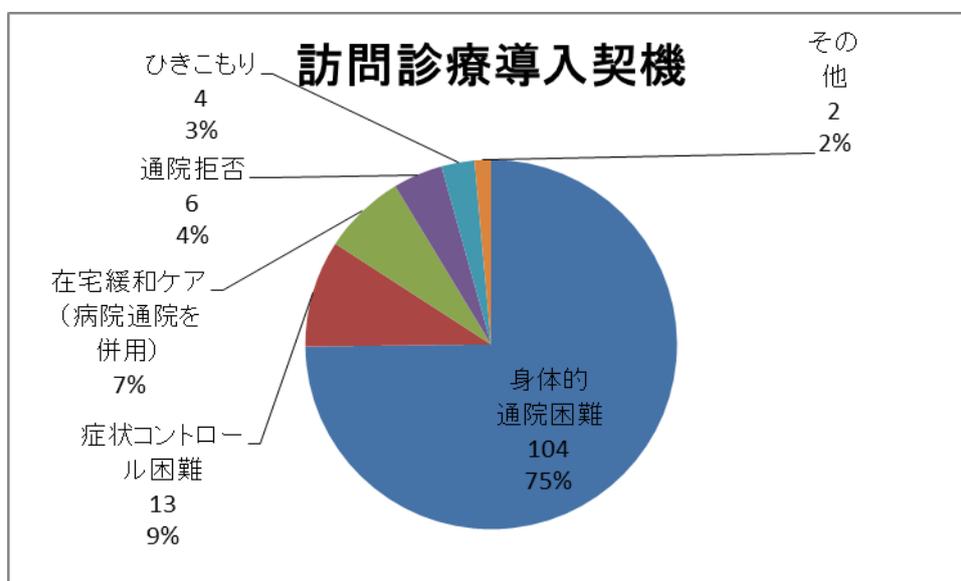


図12. 訪問診療導入契機

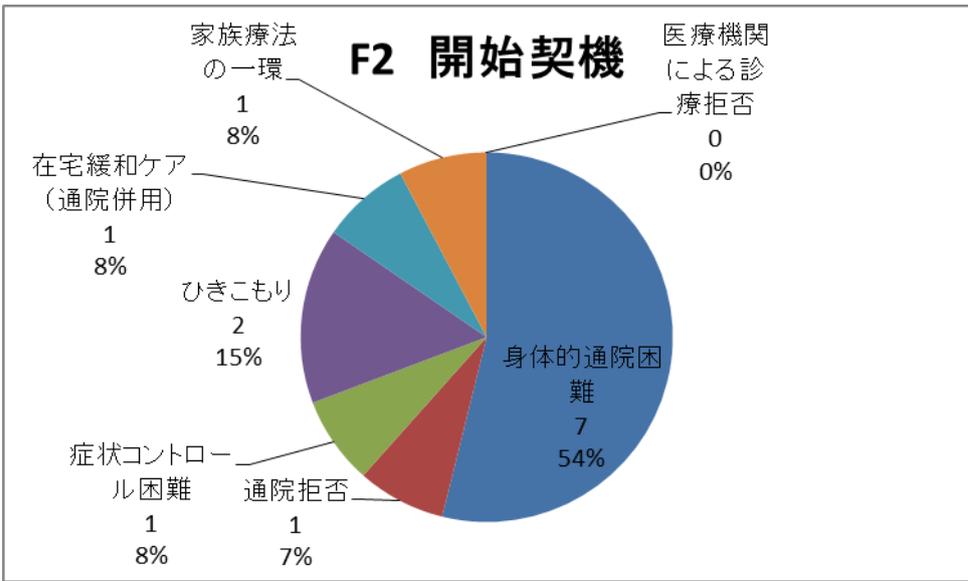
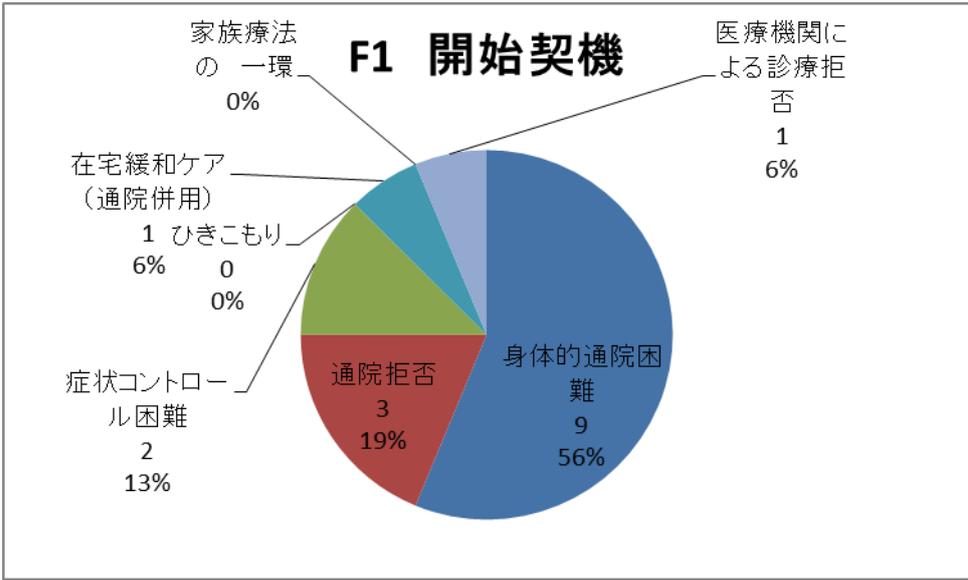
カテゴリー別では、F1については、「身体的通院困難」が9例(56%)、通院拒否が3例(19%)、「症状コントロール困難」が2例(13%)、「在宅緩和ケア(通院併用)」が1例(6%)、「その他」1例(6%)であった。

F2については、「身体的通院困難」が7例(54%)、「通院拒否」が1例(7%)、「症状コントロール困難」が1例(7%)、「引きこもり」が2例(15%)、「在宅緩和ケア(通院併用)」が1例(7%)、「その他」が1例(7%)であった。

F3については、「身体的通院困難」が48例(87%)、「通院拒否」が2例(4%)、「症状コントロール困難」が1例(2%)、「引きこもり」が1例(2%)、「在宅緩和ケア(通院併用)」が3例(5%)であった。

F4については、「身体的通院困難」が40例(74%)、「症状コントロール困難」が8例(15%)、「ひきこもり」1例(2%)、「在宅緩和ケア(通院併用)」が5例(9%)であった。

F5については「通院拒否」が1例(100%)であった。(図13～図16)



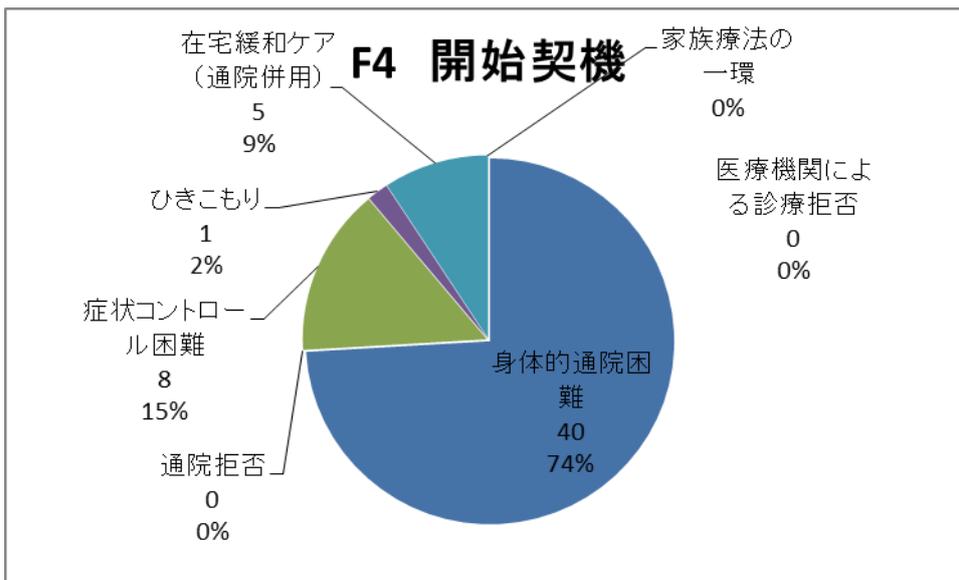
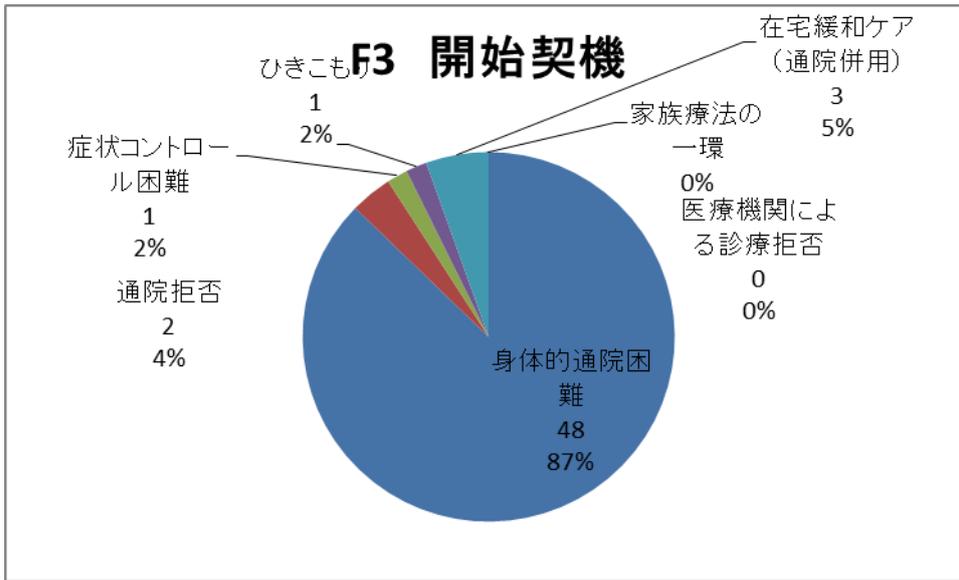


図 13～図 16. 訪問診療導入契機

#### d-4 前医からの文書による精神疾患引継ぎの有無

文書による精神疾患引継ぎがあったものは 63 例 (46%) であった。

カテゴリー別では、F1 が 3 例 (18%)、F2 が 6 例 (46%)、F3 が 28 例 (51%)、F4 が 25 例 (46%)、F5 が 1 例 (100%) であった。

#### d-5 訪問診療を要する身体合併症の系統

訪問診療を要する身体合併症の系統については、「がん」が 34 例 (25%)、整形外科疾患

が 27 例 (19%)、脳血管障害が 17 例 (13%)、廃用症候群が 13 例 (9%)、神経疾患が 12 例 (9%)、心疾患が 11 例 (8%)、消化器疾患が 8 例 (6%)、呼吸器疾患 4 例 (3%)、「なし」が 13 例 (9%) であった。(図 17)

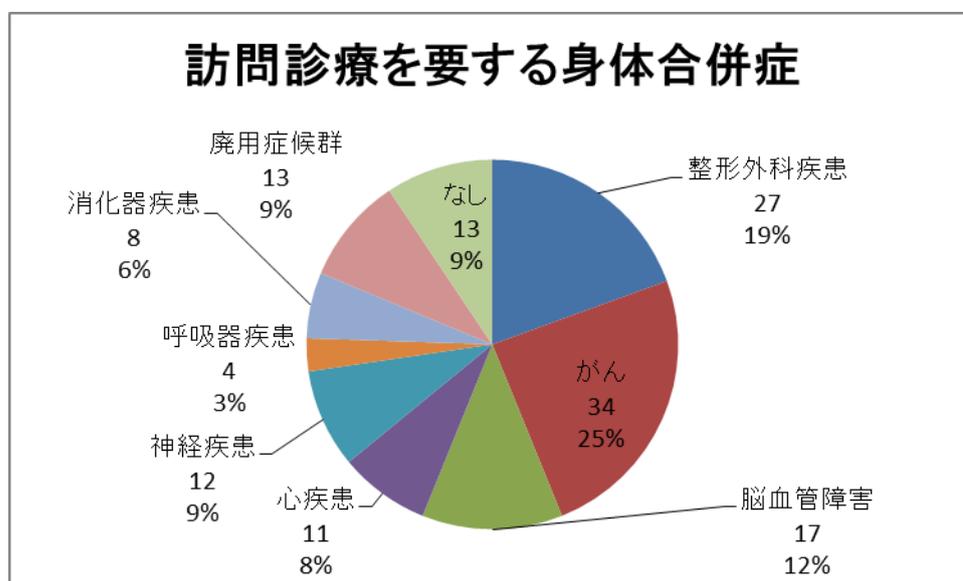


図 17. 訪問診療を要する身体合併症

また、薬剤性パーキンソン症候群に伴う運動障害・ADL 低下が訪問診療導入に関わっていたものを抽出したところ、8 例が見いだされた。8 例中 6 例が精神科医の処方した向精神薬により惹起されており、1 例が身体科医の処方した向精神薬により、1 例が身体科医の処方した脳循環改善薬により惹起されていた。診療情報提供書の記載を確認したところ、向精神薬を自らが処方していない身体科医がパーキンソン病の鑑別疾患として薬剤性パーキンソン症候群を挙げていた例が 1 例あるのみで、残りの 7 例はいずれも薬剤性パーキンソン症候群に関する言及がなく、訪問診療を必要とする疾患として廃用症候群を挙げていた（もしくは何もあげていなかった）ものが 5 例、合併している身体疾患の悪化としていたものが 2 例あった。精神科医が処方した向精神薬によって惹起された 6 例中、2 例が家族の代理受診で処方が続けられていた。また 6 例中 3 例が身体科により訪問診療が導入されており、2 例が家族が相談先に困った末、直接及び薬局を通じ訪問診療依頼がなされたものであった。

#### e) 転帰

転帰については「転医 (身体科入院)」が 60 例 (43%)、「転医 (精神科入院)」が 7 例 (5%)、「転医 (他の訪問診療所)」が 11 例 (8%)、「転医 (施設入所)」が 8 例 (6%)、「死亡 (在宅看取り)」が 31 例 (22%)、「死亡 (自殺)」が 1 例 (1%)、「軽快治癒による訪問終了」が 8 例 (6%)、「中断」が 6 例 (4%)、「継続中」が 7 例 (5%) であった。(図 18)

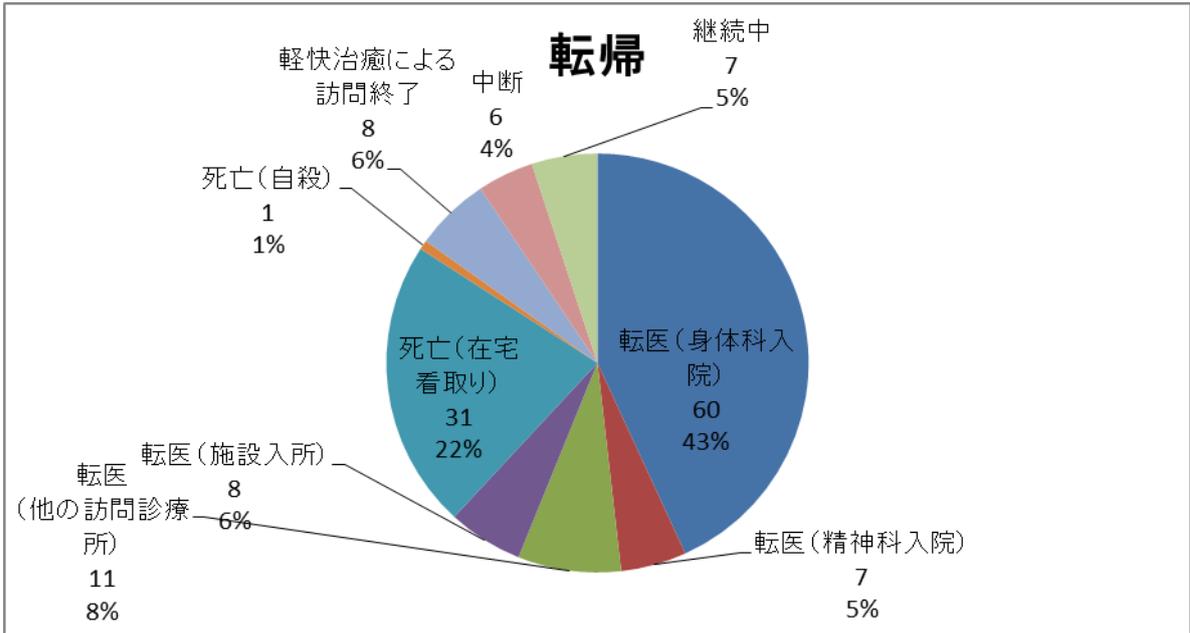


図 18. 転帰

f) 訪問診療期間

訪問診療期間の平均は  $26.7 \pm 31.9$  ヶ月で、最頻値は 1~10 ヶ月であった。分布は図 19 の通りであった。

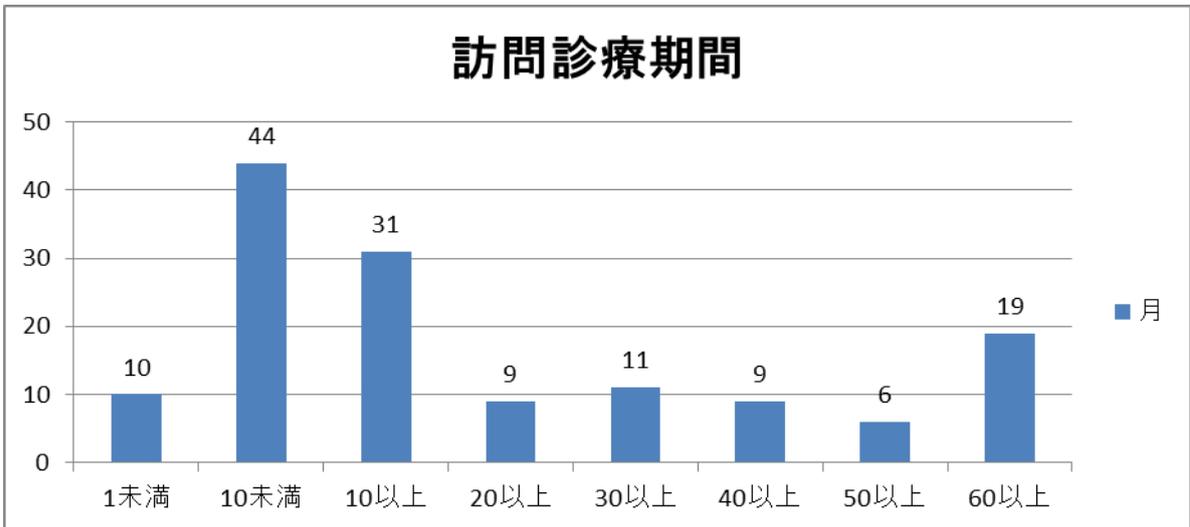


図 19. 訪問診療期間

g) 要介護度

直近の介護保険要介護度については、要支援 1 が 1 例 (1%)、要支援 2 が 4 例 (3%)、

要介護1が18例(13%)、要介護2が22例(16%)、要介護3が25例(18%)、要介護4が19例(14%)、要介護5が13例(9%)、未申請・対象外が37例(26%)であった。(図20)

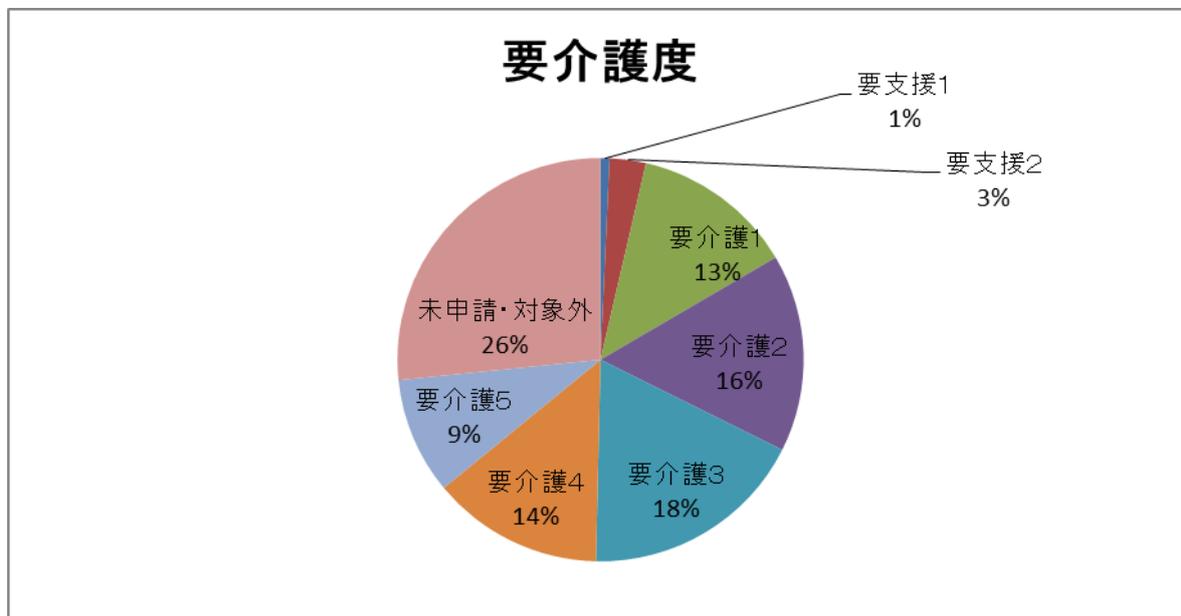


図 20. 要介護度

#### 4. 考察

##### 4-1. 発症頻度

###### ・概観

既に述べたように、内科標榜診療所による訪問診療患者における精神疾患の有病率または発症頻度は筆者が調べ得た限りでは報告されていない。本研究においては、A 診療所において訪問診療を受けた患者の、全訪問期間を通じての精神疾患の発症について調査した。これは時点有病率、期間有病率、生涯有病率のいずれにも相当しないが、訪問診療における精神疾患を持つ患者に出会う頻度を示したものであると言える。

結果としては、F0 (主病名のみ) だけで対象全体の 22.2% を占めていた。また F0 から F5 までで精神疾患が主病名であったものが 25.5% と、対象全体の 4 分の 1 を上回ることであり、訪問診療を要する患者においてかなりの割合を占めていることが明らかになった。

認知症を主な構成要素とする F0 については純粹に精神疾患と言えない要素があるが、F1 から F5 までの合計は全体の 7.8% で、主病名に限っても 3.3% を占めた。これらは濃厚な精神科的関与を要する群であり、決して無視できる割合のものではないと言える。

複数の精神疾患にまたがる包括的な疫学調査としては、26 か国が参加して行われた世界精神保健調査があり、日本の調査としては 2002 年から 2006 年に行われた川上<sup>21)</sup> の報告

が、現時点ではもっとも信頼性の高いものであると考えられる。これは地域住民における不安、気分、物質関連障害についての有病率調査であり、この結果を本研究の疾患カテゴリーに相応する形で抜粋、比較すると表 5 のようになる。

表 5. 発症頻度の比較

	川上ら		本研究
	生涯有病率	12ヶ月有病率	発症頻度
物質関連障害	6.8%	1.1%	0.9%
気分障害	8.5%	2.4%	3.1%
不安障害	9.2%	5.5%	2.1%

\*当研究における不安障害は F40 恐怖症性不安障害、  
F41 その他の不安障害、F43.2 適応障害の合計

もとより両者は母集団、調査方法、診断者と診断カテゴリーが異なっており、比較に大きな意味はないとは言え、本研究の訪問診療期間の平均が約 27 ヶ月であることから、本研究における発症頻度は川上らの研究における 12 ヶ月有病率と生涯有病率の間に位置するという推測は成り立つ可能性はある。が、そのような結果となったのは気分障害のみで、残り 2 者についてはいずれも 12 ヶ月有病率より低いものとなった。

Jonassen<sup>22)</sup> は、日本の GP 的な診療所を訪れる患者についてプライマリ・ケア国際分類 ICPC に基づいた調査を行っているが、重複を許しての「精神・心理系」（本研究における F1 から F5 に相応）診断がついたのは 3.5%ほどと推計されている。本研究における F1 から F5 の発症頻度については、全体で 7.8%（主病名としては 3.3%）であり、若干高い数字となっている。

Horiguchi ら<sup>23)</sup> は、要介護状態にある高齢者を対象とした心身にまたがる状態像の調査で、22%に 1 つ以上の精神症状（記憶障害、不眠、独語、幻覚のいずれか）が見いだされると報告しており、おおよそ矛盾のない値が得られたことになる。

本研究はカルテ記載に基づく後ろ向き調査であり、診断基準を満たす記載が揃にくい傾向があった。調査者が 2 名の精神科医であったことも、かえって疾患単位として診断する基準が厳しくなった可能性があり、それらが発症頻度の結果に影響を与えていると考えられる。

#### ・ F0 について

ここで、F0 に属する認知症性疾患は主病名となるもののみをコードした理由について改めて述べる。

日本の高齢者における認知症の有病率は調査の度ごとに上方修正されており、現時点では厚生労働省の発表の「高齢者の認知症有病率 15%、439 万人」というデータが頻用され

ている。この算出根拠には介護保険主治医意見書の「認知症自立度」が用いられており、算出根拠の信頼性に疑義が投げかけられている<sup>24)</sup>。このため、認知症合併例について、特に軽度認知障碍まで含めての精度の高い診断は、後ろ向き研究によっては極めて得にくいものと考えられた。

F0の病型分類別の発症頻度については、「F00：アルツハイマー型認知症」、「F01：血管性認知症」、「F02 その他の疾患による認知症」の順で、従来のもとは大きく変わらない結果であったと言える。ただし、「F03：特定不能の認知症」が22%とかなりの割合を占めており、これらの頻度は参考に留めるべきである。

在宅診療における認知症診療は、発症初期ではなく中期以降に関わることがほとんどであり、その時期には既に身体介護度の上昇が始まっている場合が多い。必然的に認知症の病型分類が診療にあたっての必須事項とは言えない局面が増加する。また在宅環境は検査機器に乏しく、訪問診療導入後の病型の確定はかなり困難を伴うだけでなく、長い経過中に病像が変わり、導入時から病型を変更するべき例も少なくない。こうした特性のため、病型のコーディングが困難なものが多かった。

#### ・ F1 について

F1のうちアルコール関連障碍の発症頻度は0.8%であった。疾患ごとの先行疫学調査と比較すると、2013年の樋口ら<sup>25)</sup>の「ICD-10の診断基準によるアルコール依存症の有病率1.0%、患者数109万人」という推計値に比較的近い。精神医療を受けているアルコール依存症者は約4万3千人と言われており、患者の多くは医療システムに乗れず、実数把握がことのほか困難な疾患である。本研究における患者についても多くは高齢者で、かつ身体疾患の進行した状態で訪問診療導入となっており、医療内容としても既に肝障害やがんの末期状態への対応という側面が多かった。

#### ・ F2 について

統合失調症圏の疾患の発症頻度は約0.7%で、概ね統合失調症有病率として報告されているものの範囲に収まっている。

#### ・ F3 について

気分障碍圏の発症頻度は3.1%で、うち主病名は1.2%であった。

Ohtsukiら<sup>26)</sup>は、高齢者のかかりつけ病院として機能し、精神科の入院・外来ともない一般病院の内科外来を受診する患者を対象（平均年齢73歳）として、うつ病有病率に関する調査を行っている。それによると、外来患者の8.7%が大うつ病であったという。また、葛谷ら<sup>27)</sup>は、地域療養中の要介護高齢者において23.1%が「高度のうつ」の状態にあるが、そのうちの6%しか抗うつ剤を服用していない、すなわち高頻度に未治療なうつ状態の高齢者がいることを報告している。これらは本研究における対象選択に類似しており、参考に

できると思われるが、本研究における F3 の発症頻度は 3.1%とこれらに比べると低めであった。

#### ・ F4 について

竹内<sup>28)</sup>は、2004 年の特集論文で高齢者の神経症性障害の疫学調査についてまとめているが、やや調査年が古いものの、1980 - 84 年にアメリカ合衆国で DSMIII を用いての調査では 65 歳以上の不安障害の 1 ヶ月有病率は 5.5%と全年齢層の 7.3%と比べて低く、身体化障害は共に 0.1%であったことなどを紹介し、概して不安障害は若年者より少ないとされると同時に、身体表現性障害については低く見積もられ過ぎている可能性があるとは指摘している。また 大森<sup>29)</sup>は、「高齢者の神経症性障害は、その年代特有の脳器質性疾患やうつ病に比すると注目されることは少なく、また臨床のレベルで神経症的症状しかもたない症例に出会うこともそう多くない。しかし、在宅高齢者には少なからぬ潜在例が存在すると考えられる」と述べている。

本研究においては、不安障害 (F40 と F41 の合計) は 1.1%、身体表現性障害 (F45) は 0.6%であり、ことに身体表現性障害は 11 例中 10 例 (91%、対象全体に対する比率 0.6%) が主病名であった。もとより、身体表現性障害は身体症状の訴えが存在するがそれを説明しうる身体的な障害が見いだされないことが診断基準となっており、身体的精査が困難な在宅環境においては診断の確度が問われる可能性があるものの、本研究の結果はこれらの推測をある程度裏付けるものとなったと考えられる。

#### ・ F5 について

F5 については主病名として F50.0 の神経性無食欲症を 1 例 (0.06%) 認めたのみであった。

#### ・ 主病名とその変更

主病名の変更を要したものが 32 例 (1.7%) あった。このうち「身体疾患とされてきたものを精神疾患に診断変更したもの」が 11 例あったことは特筆すべきことと思われる。これは後述する精神科治療の未治療群 38 例 (2.0%) のうち、身体疾患と誤認されていたものを表しており、精神疾患と身体疾患との相互関係の複雑さを端的に示すものである。全体の 0.6%に過ぎないものの、訪問診療の場において精神科医が診断に関与することで初めて浮き彫りになる「隠れたニーズ」の現れと考えられる。

#### ・ がんに合併する精神疾患

先行研究<sup>30)</sup>においては、がん患者では精神的問題が約半数に認められるとされるが、本研究における精神疾患の発症頻度は、せん妄・非器質性不眠症まで含め 30.9%であった。

また先行研究では、がんに合併する精神疾患の中でも適応障害と大うつ病が主に出現する<sup>31),32),33)</sup>ことが知られている。本研究においては両者を合わせても29例(4.4%)と先行研究より低めであった。

せん妄については、がん患者において入院の20~30%に出現し、予後数週と見積もられる時期では90%が経験するとされる<sup>34)</sup>。本研究においては、せん妄にコードされたものが14.4%であり、やはり先行研究より少ない結果となった。ただし本研究においては1例につき精神疾患1コードとしたため、他の精神疾患を基礎に持つ患者がせん妄を呈した場合でもコーディングを行っていない。従って実際のせん妄出現率はもう少し高くなるものと思われる。

がん末期状態で在宅療養を行っている患者は多かれ少なかれ不安を抱えた存在であると言っただけと思われるが、本研究でのがんに合併する精神疾患については、いずれも先行研究より少なめの結果となった。前述したように、本研究では診断基準が厳しくなっている可能性があるが、その他の要因としては以下のことが考えられる。

#### 1) 既に治療介入が行われている

訪問診療におけるがん治療の場合、ほとんどが進行がんの末期状態への緩和的対応が主となる。がん発症時・再発時の告知、抗がん治療の非奏功、疾患の進行に伴う身体症状の悪化のような、抑うつ強い原因となるイベントを既に経過し、訪問導入までに既に何らかの緩和ケアもしくは精神科治療の介入を受けている場合が少なくない。具体的には非器質性不眠として向精神薬を使用している場合、これらの抗不安、抗抑うつ効果により訪問診療時には不安・抑うつを診断すべき症状に乏しいことがありうる。これらはせん妄の発症を予防する効果も有しており、向精神薬の処方になされていても予防的処方のみで実際には症状の出現がなかったり、不眠時・不安時の試用に留まった場合はコーディングから除外していることも関連していると思われる。

#### 2) がんの身体症状にマスクされる

うつ病の診断基準項目である食欲不振、疲労感・気力の減退、思考力・集中力の低下は、がんの身体症状、あるいは治療の副作用として出現しうるため、鑑別が困難であるとされている<sup>35)</sup>。本研究においても、食欲不振や疼痛を主たる目標として向精神薬を用いている場合は精神疾患から除外しており、これらの薬物の効果として不安・抑うつが緩和されている可能性がある。

#### 3) 在宅環境が不安・抑うつを軽減し、せん妄を予防する

本研究のカルテ調査において、訪問診療導入時の予診表にある「不安」や「抑うつ」の項目に印をつける患者家族が少なからず存在していたが、訪問診療が開始されてからは一切精神症状の記載がなく、処方も不要となった結果、診断から除外した例が稀ならず存在

していた。また、入院中の難治性せん妄が在宅に戻ると自然に消失することも、報告者のみならず多くの在宅医療者が経験していることであろう。

#### 4-2. F0に関する考察

F0については訪問診療導入時の年齢、性別、居住の場所を調査した。男女比1:1.9は、対象全体の1:1.3より高水準である以外は、特記すべき事項は見出せなかった。

#### 4-3. F1からF5の調査結果に関する考察

##### a) 基本情報

###### a-1 訪問診療導入時年齢

平均年齢、年齢分布とも対象全体と比べ格別の特徴を認めなかった。カテゴリー別では、F2が全体に若年に近い状態で、これは統合失調症に若年発症が多いことに矛盾のない所見である。

###### a-2 性別

F1からF5における男女比は1:2.1と、対象全体の1:1.3に比べると明らかに高く、先行研究の結果と矛盾がない。

##### b) 社会的背景

###### b-1 学歴と b-2 職歴

これらについては、カルテに十分な情報がなく調査が成立しなかった。高齢者が多いことと、身体科のカルテは精神科のそれほどはこれらの情報を重視しないことの2点の理由が考えられる。

###### b-3 婚姻歴の有無

婚姻歴のあるものが93%と極めて高く、特にF3については100%であった。精神疾患を有しつつも在宅生活が成立する要件の一つとして婚姻歴が挙げられる可能性がある。

###### b-4 訪問診療導入時の同居家族構成と b-5 主介護者の続柄

一方、訪問診療導入時の同居家族については、独居が23%あり、配偶者との2人暮らしが少なからず含まれると推測される「同居家族1人」の27%と比較しても決して少なくないことがわかる。主介護者としては「子」が47%で半数近く、「配偶者」が27%と4分の1ほどを占めているが、独居で近隣に住む子が通いで介護するパターンが一定割合存在することが示唆されるかもしれない。

## c) 精神科的背景

### c-1 精神科的家族歴

家族歴については9.4%に認められ、半数余りがうつ病であったが、これは訪問診療導入時に患者家族から得た情報であるため、「介護者のうつ」の問題の参考となりにくいと考えられる。

### c-2 発症時年齢

不詳が多かったことを考慮に入れる必要があるが、カテゴリ一別で見ると、F2は一般的に言われる若年発症が多いという知見に矛盾がないものの、F3は70代に、F4は80代に発症のピークがあるのが注目に値する。F3については「うつ病—認知症移行領域」<sup>36)</sup>を見ている可能性があるが、F4については80代でも新規に発症することが少なからずある、ということを示唆し、前述の「神経症圏の在宅での潜在」を裏付けてもいる所見であると言える。

## d) 訪問診療導入時の状況、導入前後の精神科的診断と治療

### d-1 訪問診療導入時の精神科治療状況

本研究においては、前医が精神科医か否かに関わらず、本研究によって確定した精神疾患に対する治療が訪問診療導入により継続されたものを「継続」と定義づけた。三木<sup>37)</sup>は、プライマリケア医を受診後に心療内科を受診したうつ病患者を分析し、初診の診療科は内科64%、婦人科10%、精神科6%、心療内科4%であったという。神経症性疾患についての先行文献を確認することはできなかったが、継続群の中で、身体科医によって診療が担われていた割合は、本研究でもF3で43%（内科39%）、F4では73%（内科55%）に上っており、精神疾患のうち少なからぬものが内科を中心としたプライマリケアで取り扱われていることが明らかとなった。

ただし、「未治療」が27.3%に及び、うち3割が身体疾患とされてきた疾患が精神疾患であったこと、12.2%が主病名として取り扱うべきであったことから、精神疾患の中には診断・評価・ひいては治療が決して容易ではないものがある、ということを示しているとも言える。

また「中断」が10.8%に見られているが、うち3分の2は「マネジメント不備」によるものであったことは、高齢者の心身にわたる疾患を診療していくためには、現在の心身連携や外来・入院の枠組みだけでは不十分であることを示唆しているものと考えられる。

### d-2 訪問診療依頼元

「病院（身体科）」と「診療所（身体科）」からの依頼が全体の8割を占めた。A診療所が内科標榜医療機関であることを考慮すれば妥当な結果である。

#### d-3 訪問診療導入の契機

「身体的通院困難」が全体の4分の3を占めているが、精神症状のコントロールを在宅医療導入により図る、というものに並び、「通院拒否」や「ひきこもり」が一定数存在したことは注目に値する。

#### d-4 前医からの文書による精神疾患引継ぎの有無

診療情報提供書の本文に精神疾患についての言及がわずかでもあれば「あり」とする基準としたところ、「あり」が46%であった。「中断」例でも診療情報提供書が発行された例も存在したため、「継続」と「中断」を分母とすると「あり」は70%に上るが、逆に言えば3割が実質的な治療引継ぎがなされていなかったと取ることもできる。

#### d-5 訪問診療を要する身体合併症の系統

身体合併症の系統については特徴的な所見は見出せなかった。ただし疾患全体の6%であるとは言え、薬剤性パーキンソン症候群が適切に取り扱われず、訪問診療に至る原因となっていて見出されたこと、しかもその4分の3が精神科医による向精神薬処方によって惹起されていることは軽視できない所見であった。これについては後述する。

#### e) 転帰

身体科への入院が最も多く4割以上を占め、一方在宅看取りについては22%に留まっている。A診療所において、本研究の対象期間全ての在宅看取り率が算出されている訳ではないので厳密な比較はできないものの、例年6~7割程度の在宅看取り率があることを考慮すると、精神疾患を有する患者の在宅看取り率は有意に低いと推測される。

広瀬ら<sup>38)</sup>は、さらにうつ評価が可能であった要介護高齢者を対象とした前向きコホート研究で、うつの程度が強いほど死亡や入院が増加したと述べている(ただしうつと死亡、うつと入院の関係は、単変量解析では有意な関連を認めたが、多変量解析ではその関連性は消失したとされている)。一般に精神疾患を合併する高齢者の身体疾患は重症化・難治化すると言われているが、それが在宅での生活を全うするのが困難という、今回の研究結果と一致したことになる。

一方で「軽快治癒による訪問終了」が6%に及んでいるが、これもさほど大きな数字ではないとは言え、訪問診療において極めてまれな現象ではないかと推測される。精神疾患を正しく診断し治療することの重要性を示唆する所見である。

また、1例とはいえ自殺既遂例が存在したことも注目に値する所見である。

#### f) 訪問診療期間

訪問期間の分布については特徴的な所見を見出すことができなかった。

#### g)要介護度

特に特徴的な所見は見出せなかった。

### 4-4. 在宅医療と精神医療をめぐるサービスモデル論

#### ・海外の動向

まず、欧米をはじめとした海外の医療制度の多くは GP と他の専門医との養成課程や資格が異なることが多く、従って GP によって担われるプライマリケアと、専門医によって担われるセカンダリケアも画然と分かれている傾向がある<sup>39)</sup>。日本の在宅医療に従事する医師は幅広い臨床能力が求められることになるため、GP 的な役割を必然的に帯びることになるとは言え、元々各診療科における専門医を持つ履歴を持つ医師がまだ多いと思われる。海外の動向を参考にする際にはこうした制度の違いを念頭に置く必要がある。

2008 年に、世界保健機関 WHO ; World Health Organization と世界家庭医機構 Wonca ; World Organization of Family Doctors は共同で”Integrating mental health into primary care”という冊子を発行した<sup>40)</sup>。世界的に増大し続ける精神科治療需要に供給が全く追いついていない現状に対して、メンタルヘルスケアをプライマリケアに統合することで問題解決を図る提言である。そしてメンタル・ヘルスケア・サービスのあるべき姿を図 21 のように視覚化している。

これは、セルフケアとインフォーマル・コミュニティ・ケアがサービスのもっとも基本的な部分に位置し、次いで専門家により提供されるサービスの基底部分として GP により提供されるプライマリケア・メンタルヘルス・サービスがある。その上位の階層に精神科医を中心とする総合病院精神医療とコミュニティ・メンタルヘルス・サービスが並立する。そしてそれらの要素が最適な組み合わせで機能することで、長期の精神科専門病院や施設での滞在を最小化することができる、と解釈することができる。

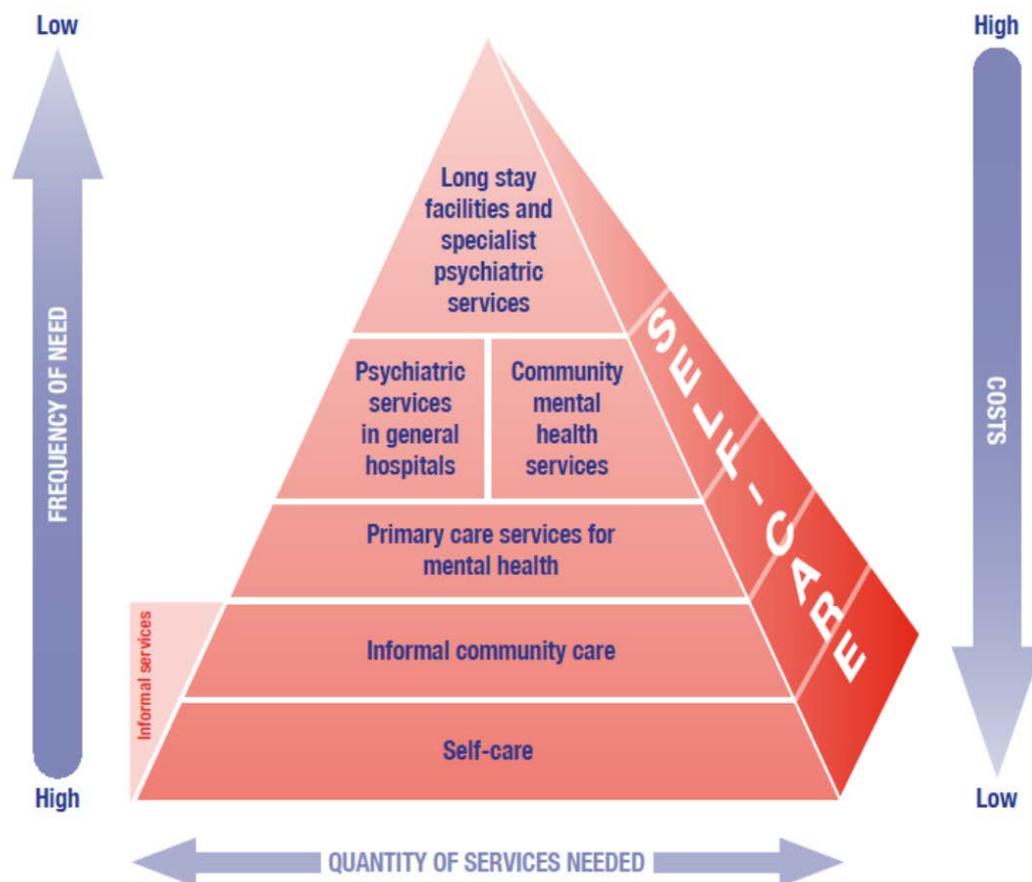


図 21. メンタル・ヘルスケア・サービスの最適な組み合わせのための「ピラミッド」(WHO&Wonca)

こうしたシステムの一例として、針間<sup>41)</sup>の紹介する英国のコミュニティ・メンタルヘルスケアを挙げる。それによると、「過去 40 年に英国で重度精神疾患患者のケアが施設によるものからコミュニティベースのものへと重点がシフトしたのは、高度に進展した多職種チームワークの発展を特徴とするものであった」とし、コミュニティ・メンタルヘルス・サービスの再編成の結果 3 つのチーム（積極的アウトリーチ、危機解決および在宅医療、早期介入）が設立されたとある（特筆すべきは、2 番目の危機解決／在宅医療チームは入院のリスクがある患者に 24 時間、365 日稼働し、入院医療の代替を行うという機能を有していることである）。これらのチームに「プライマリケアリエゾンチーム」を加えたものが再編の中核に置かれる提案も行われたが、これは実現しなかったとも書かれている。

このような手厚いコミュニティ・メンタルヘルス・サービスと、プライマリとセカンダリのケアの連携への指向性が明確な状況下で、プライマリ及びセカンダリの医療を統合する共同診療 collaborative treatment または共同ケア collaborative care の必要性や効果についての研究が行われている。共同診療を行うチーム構成は報告により若干の差異があるが、チームにプライマリケア医と精神科医、もしくは一定の研修を受けた精神科ケアの専

門家から成ることが多いようである。それらによると、高齢者のうつ病に対しては共同診療が通常のプライマリケアによる治療より効果的で<sup>42)・43)・44)</sup>、長期的にも有効である<sup>45)</sup>ことが示されている。米国においてはIMPACT : Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment という略称が用いられており、うつ病や不安を伴う身体疾患患者への有効性も検証されている<sup>46)・47)</sup>。

#### ・日本の現状

翻って、図 21 に即して日本の状況を鑑みるに、GP によるプライマリケア・メンタルヘルス・サービスも、ACT に代表されるコミュニティ・メンタルヘルス・サービスもまだ未成熟な段階にある。加えて総合病院精神科は、その必要性の増大にも関わらずかえって縮小の一途を辿っているのが現状である。日本においては統合失調症を始めとした精神障害を持つ人の脱施設化がなかなか進まず、精神病床が世界的に見ても突出して多い事態が続いているが、その解消のためにはこの「ピラミッド」の土台部分であるインフォーマル・サービスを充実させるとともに、中間部に位置する 3 つの医療領域を発展させ、かつプライマリケアとの連携を強化していかなければならないことがわかる。

身体科医と精神科医との連携の重要性はこれまでも多くの論者によって記されてきたが、それが強調されるということは、実際には連携がいまだ不十分であることを含意していると言える。総合病院精神科の縮小傾向の理由は多岐にわたり、ここでは詳細な論考を控えるが、同一医療機関においても診療科の垣根を越えて連携することが決して容易ではないことも一因となっていると推測される。まして異なる医療機関同士の連携の困難さと言うまでもない。

こうした困難さを越え、ヘルスケア・システムにおける様々な立場から優れた連携と実践が為されている。

例えば岡山県精神保健福祉センターは、自らアウトリーチチームを有し保健師と身体科・精神科を含む地域診療所を中心としたネットワークの一翼を担うと共に、ネットワークを構築する支援者を育成する視点と手法を持つことで地域全体の支援力向上を目指している<sup>48)</sup>。千葉県の旭中央病院精神科は「地域支援群」と呼ばれる多職種チームを運営することで、総合病院精神科の機能を維持したまま大量の長期入院患者の地域移行を実現した<sup>49)</sup>。また、地域生活支援センターのメンタルヘルス版と言える「地域精神保健センター（仮称）」の設立が提唱され<sup>50)・51)</sup>「日本多機能型精神科診療所研究会」が 2015 年に設立されたことも、特筆すべき動向であろう。

これらは精神医療者側の近年の動向であるが、身体科系の在宅医療機関からの発信については吉村ら<sup>52)</sup>が障害を合併した末期がん患者に、身体科・精神科双方で訪問診療し在宅看取りを成しとげた 1 例報告を行っているのを見いだされたのみであった。

#### ・「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」有効性の検討

GPとしての能力を有した在宅医と精神科医とが同一施設で協働し、多職種と訪問チームを形成するサービスモデルを、筆者は「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」と呼んでいる。「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」は、図 21 における 3 つの医療領域サービスのハイブリッド型、もしくは発展型モデルであると言え、共同診療 collaborative treatment の一様態と言えるものでもある。以下、疾患別に同モデルが有用となりうる点を検討する。

### 1) 認知症

認知症は初期から中期にかけて、特に認知症の心理・行動症状（BPSD）が強く現れる場合には精神疾患としての色彩が強いが、訪問診療の適応となる中期以降では次第に身体管理の重要性が増してくる。

斎藤<sup>53)</sup>は、現行の「認知症施策推進5ヵ年計画（オレンジプラン）」において、認知症ケアにおける精神科医療の役割を行動・心理症状への対応に限定し、その関与を最小化しようとする意図があると批判している。他に、その他の精神疾患の可能性を視野に入れた早期診断、早期診断後の患者自身のニーズに応える適切な対応、合併症医療および終末期の医療に精神科医の果たすべき役割があると主張する。

報告者<sup>54), 55), 56)</sup>も自身の臨床実践を通じこの主張に同意するものであるが、斎藤の論考はそれを行う場として総合病院精神科、もしくは複数の身体科医の関与する大規模精神科病院を念頭に置いている。日本における認知症患者の数から考えても病院が上記の機能を適切に果たす主たる場としての容量を持たないことは明白であり、それ以上に認知症ケアを患者が住み慣れた生活の場で行う方がより好ましいことは論を俟たない。斎藤の提唱は、在宅医療という場においてこそ最大の効果を発揮すると考えられる。

### 2) 物質関連障害

前述の通り、日本における現時点でのアルコール症患者の推計数 109 万人に対し、実際に精神科医療機関で受療している患者は 4 万人に留まるとされる。残りの少なからぬ部分が身体科医の治療を受けているか、未治療の状態であると推測されている。このように物質関連障害もまた身体科医と精神科医の連携が必要な疾患であると言える。本研究の結果では十分効果的な介入ができていないとは言え、アルコール関連障害は家族システム問題として捉えることが可能であり、在宅診療との親和性を持ちうる疾患であるとも言える。

### 3) 統合失調症

統合失調症については、前述の通り報告者ら<sup>17), 18)</sup>の研究において「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」の有効性が検証されている。

### 4) 気分障害・神経症性障害

稲垣<sup>57)</sup>は一般診療科におけるうつ病患者に対するケアの向上が必要としているが、同時にプライマリケア医などにうつ病の診断と治療を教育することがなかなか困難であるとい

う Gilbody<sup>58)</sup> の指摘なども紹介されている。ついで身体診療科医が必要に応じて専門医である精神科への紹介を行うことが重要であると考察している。

一方、これまで見てきたように、身体疾患のみ有しているとみなされてきた患者にうつ病をはじめとする精神疾患が未治療のまま見いだされたり、身体疾患の形を取るうつ病や身体表現性障害は決して無視できない頻度で存在したりということが本研究によって示された。これらは単に紹介という形ではなく、同一訪問チームに GP と精神科医の双方がいるという連携を取ることによって、より効果的に見いだされた可能性がある。

#### 4-5. 精神科医療の継続性の問題と精神科医のキャリアパス

一般に精神科医による外来では、患者自身が来院せず家族による代理受診が続くことは珍しいことではない。また医療機関の方から特段の連絡を取らない限り、通院が途切れ、そのまま中断に至る例もかなりの数に上るであろうと推測される。それらは往々にして精神疾患患者の病識の薄さや、精神科医療機関にかかることへの抵抗から起きることであるとされてきた。

しかしながら本研究では、薬剤性パーキンソン症候群が適切に診断・介入されず遷延した結果訪問診療への移行となった例の4分の3は、精神科医の処方によるものであった。そして中断例の3分の2は通院困難となった際に速やかに訪問による精神科治療に移行できなかった「ケアマネジメント不備」によるものであった。これらは数として多いとは言えないものの、決して無視できるものではない。高齢化が進む日本において、精神医療がいかに診療の継続性、ひいては責任性を担保できるのか、という課題を浮き彫りにしたものであると思われる。

日本の精神科医がどのようなキャリアパスを辿るのかについて、ここでは多くの紙幅を割くことができないが、民間の精神科単科病院勤務、大学附属病院を含めた総合病院精神科勤務、そして無床診療所の開業でほとんどの割合を占めており、医療構造の変化に伴い前2者の勤務者が無床診療所を開業するパターンが多いと思われる。前述したように、精神科無床診療所が多職種・多機能となり訪問診療・アウトリーチを実践することが次第に増えてきているとは言え、まだその数は充足しているとは言えない状況である。そして新規参入を妨げる要因としては24時間365日の対応、および身体合併症対応があると推測される。

「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」の基となっているA診療所では、精神科医の一人は主に認知症患者の主治医として他の身体科医師、看護師と24時間365日の対応をシェアし、同じ空間にてシームレスにコンサルトを行い、かつコンサルトを受ける態勢にある。もう一人の精神科医は同一地域で開業しており、外来の休診日にコンサルトとして訪問診療に従事している。自分の外来患者が高齢化し、身体的通院困難に陥った場合などには速やかにA診療所に紹介し、時折はA診療所から訪問診療を行うことで、心身ともに切れ目ない医療を実現している。

このような診療のあり方は、施設の機能的限界に縛られるのではなく、患者の心身の変化に応じて医療者が必要なサービスを提供する、という観点に基づいており、この節の冒頭に挙げたようなケアマネジメント不備や身体合併症の見逃しなどを低減する可能性があると思われる。そしてこうした勤務形態は総合病院出身の精神科医にとってはなじみ深いものでもある。「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」は日本の在宅医療において一定の役割を果たし得ると共に、特に総合病院精神科出身精神科医のキャリアパスの一つとなり得ると考える。

## 5. 今後の計画

本報告書は「在宅医療における身体科医と精神科医の連携モデル構築に関する研究」と題した研究の前半部分である。本報告の結果を元に、M市の在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所にアンケートを行い、かつそれらの施設従事者若干名を対象に半構造化グループインタビューを行う予定であった。しかしながら前半部分の基礎的作業である1,800冊近い診療録を精査することに多大な時間と労力がかかったため、後半部分については着手することができなかった。機会を改め、後半部分についても実施していく所存である。

本報告書において、これまで日本で得られていないと思われる若干の知見が得られた。これらをより詳細に解析し、結果を論文などにまとめ、改めて勇美記念財団にご報告申し上げる所存である。

## 6. 引用文献

- 1) WHO:Death and DALY estimates for 2004 by cause for WHO Member States.([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_country/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/), 2015年8月アクセス)。
- 2) 立森久照：数字から見た我が国の精神障害の現状と課題。日社精医誌；21：523 - 525, 2012
- 3) [http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou\\_03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou_03.pdf) (2015年8月アクセス)
- 4) 井藤佳恵, 栗田主一：高齢期の統合失調症患者の問題。福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 笠井清登編：統合失調症；医学書院, 東京：678-684, 2013
- 5) 厚生労働省：身体合併症への対応・総合病院精神科のあり方について。今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 第17回資料。2009
- 6) 社団法人日本精神科看護技術協会制作業務委員会：精神科における身体合併症治療の中での看護の役割に関する検討プロジェクト報告。2007

- 7) 厚生労働省：精神科救急医療体制に関する検討会報告書。2011  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001q5su-att/2r9852000001q5y7.pdf> (2015年8月アクセス)
- 8) National Collaborating Centre for Mental health (commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence) : Schizophrenia ; The NICE guideline on core interventions in adults in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary care and secondary care (updated edition) . The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2010
- 9) Osborn, D. P. J.: The poor physical health of people with mental illness. Western Journal of Medicine, 175, 329-332, 2001
- 10)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000018265.pdf> (2015年8月アクセス)
- 11) 三品桂子：重い精神障害のある人への包括型地域生活支援：アウトリーチ活動の理念とスキル。学術出版会，東京，2013
- 12) Mojtabai R, Fochtmann L, Chung SW, et al : Unmet need for mental health care in schizophrenia: An overview of literature and new data from a first-admission study. Schizophr Bull 35 : 679-695, 2009
- 13) 安部秀三、高沢彰 小徳勇人、高濱浩輔、齋藤悟、茂木尚子、松岡大介、片見眞由美、土井永史、朝田隆：統合失調症における受診経路および初発症状に関する調査。精神神経学雑誌；第116巻第12号：969 - 981,2014
- 14) 三品桂子主任研究者；多職種による重度精神疾患患者への治療介入と生活支援に関する調査研究報告書（平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業）。京都，特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション，19-35, 2010
- 15) こころの健康政策構想会議：ワーキンググループ報告集。  
2010[http://plaza.umin.ac.jp/~j-eisei/kokoro/WG\\_reports.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/~j-eisei/kokoro/WG_reports.pdf). (2015年8月アクセス)
- 16) <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf> (2013年4月22日。2015年8月アクセス)
- 17) Kitada S, Otsuka K, Watanabe R, et al : The Intervention Effectiveness of Home Medical Care Provided for Schizophrenic Patients by an Internal Medicine Clinic– A Challenge for Comprehensive Care Including Treatment for Physical Disorders – Jichi Medical University Journal 35 : 35-47, 2012
- 18) 北田志郎：在宅医療専門内科診療所において統合失調症患者を心身統合的アプローチにより診療することの意義に関する研究－「GP－精神科医－多職種訪問チームモデル」の可能性－。自治医科大学機関リポジトリ 2013  
[http://jichi-ir.jichi.ac.jp/index.php?action=pages\\_view\\_main&active\\_action=repository\\_view\\_mai](http://jichi-ir.jichi.ac.jp/index.php?action=pages_view_main&active_action=repository_view_mai)

[n\\_item\\_snippet&index\\_id=8&page\\_no=1&list\\_view\\_num=20&sort\\_order=7&search\\_type=detail  
&andor=and&lang=japanese&page\\_id=13&block\\_id=32](#)

- 19) 中根ら訳, ICD-10 精神および行動の障害—DCR 研究用診断基準新訂版 ; 医学書院, 東京, 2008
- 20) 岡崎祐士総編集 : ICD-10 精神科診断ガイドブック ; 中山書店, 東京, 2013
- 21) 川上憲人 : 心の健康についての疫学調査に関する研究. 2007
- 22) Jonassen, KW :日本のある開業医を訪れた患者の愁訴と診断.重本訳;株式会社協和企画, 2000
- 23) Horiguchi,J. Sukegawa,T. Inami,Y.: Survey of the living conditions and psychosomatic states of the elderly in Japan who receive home help. Psychiatry and Clinical Neurosciences;50(5):247-250,1996
- 24) 石井知行 : 認知症の地域生活のための循環型医療介護連携システムに向けて. 精神経誌;116 巻 5 号 : 401 - 409,2014
- 25) <http://www8.cao.go.jp/alcohol/keihatsu/week/h26/pdf/leaflet2.pdf>
- 26) Ohtsuki,T. Inagaki,M. Oikawa,Y. et al.: Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. BMC Psychiatry; 10;30,2010
- 27) 葛谷雅文、益田雄一郎、平川仁尚、岩田充永、榎裕美、長谷川潤ほか : 在宅要介護高齢者の「うつ」発症頻度ならびにその関連因子. 日老医誌; 43 : 512-517,2006
- 28) 竹内龍雄 : 高齢者神経症性障害の疫学とリスクファクター. 老年精神医学雑誌 ; 15 (4) : 375 - 380, 2004
- 29) 大森健一 : 高齢者の神経症性障害の概念の変遷と国際疾病分類. 老年精神医学雑誌 ; 第 15 巻第 4 号 : 369 - 374, 2004
- 30) Deroagatis,LR. morrow,GR. Fetting,J. et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients.JAMA; 249: 751-757, 1983
- 31) Akechi,T. Okuyama,T. Sugawara, Y. et al: Major depression, adjustment disorders ,and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients :as-sociated and predictive factors. J ClinOncol; 22:1957-1965 ,2004
- 32) Okamura,H. Watanabe,T. Narabayashi,M. et al: psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer :prevalence and risk factors. Breast Cancer Res Treat; 61: 131-137, 2000
- 33) Uchitomi,Y .Mikami,I. Nagai,K. et al: Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol; 21:69-77,2003
- 34) 小川朝生 : がん患者の終末期のせん妄. 精神科治療学 ; 28 (9) : 1157-1162, 2013

- 35) Akechi,T. Nagano,T. Akizuki,N. et al: Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatic*; 44: 244-248, 2003
- 36) Kobayashi, T., Kato, S. : Depression-dementia medius: In between depression and the manifestation of dementia symptoms. *Psychogeriatrics*. 11:177-182,2011
- 37) 三木治:プライマリ・ケアにおけるうつ病の治療と実態. *心身医学*;42 : 585-591,2002
- 38) 広瀬貴久、長谷川潤、井澤幸子、榎裕美、葛谷雅文 : 鬱の程度は、在宅療養要介護高齢者の死亡、入院の原因となるか—the Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly (NLS-FE)より. *日老医誌* ; 48 : 163-169,2011
- 39) 海のむこうの総合診療 (特集). *治療* ; 97 (7) : 南山堂, 2015
- 40) World Health Organization / World Organization of Family Doctors: Integrating mental health into primary care; a global perspective.2008
- 41) 針間博彦 : 英国のコミュニティ精神保健ケア. *臨床精神医学* ; 39(2):231-239. 2010
- 42) Unutzer,J. Katon,W. Callahan, CM. Williams,JWJr..Hunkeler, E. Harpole,L. et al: Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting. A randomized controlled trial. *JAMA*; 288: 2836-2845, 2002
- 43) Unutzer,J. Katon,W. Sullivan,M. Miranda,J: Treating depressed older adults in primary care: narrowing the gap between efficacy and effectiveness. *Milbank Q*;77:225-256,174(review).1999
- 44) Katon,WJ.VonKoff,M.Lin,EHB.Walker,EA.Simon,GEM.Bush,T.Collaborative management to achieve treatment guidelines :impact on depression in primary care.*JAMA*;273:1026-1031,1995
- 45) Hunkeler EM et al. Long term outcomes from the IMPACT randomized trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ*;332:259-63, 2006
- 46) Huffman, JC .et al. :Collaborative care for depression and anxiety disorders in patients with recent cardiac events: The management of sadness and anxiety in cardiology(MOSAIC)randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*;2014 Apr14;[e-pub ahead of print]
- 47) Stewart, JC.,Perkins, AJ., Callahan, CM. : Effect of collaborative care for depression on risk of cardiovascular events: Data from the IMPACT randomized controlled trial . *Psychosomatic Medicine*; 76:29-37, 2014
- 48) 野口正行, 守屋昭, 藤田健三 : 岡山県精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援. *精神経誌* ; 114 (4) : 437 - 443, 2012
- 49) 青木勉 : 旭モデル—朝日中央病院神経精神科・児童精神科における地域精神保健医療福祉. *精神経誌* ; 117 巻 7 号 : 538 - 543, 2015
- 50) 福田祐典 : 精神保健医療福祉政策の今後を展望する. *精神経誌* ; 117 巻 7 号 : 519 - 524, 2015

- 51) 窪田彰：多機能垂直統合型精神科診療所による地域ケア—錦糸町モデルの実践から—。精神経誌；117 卷 7 号：525—530, 2015
- 52) 吉村純彦、太田緑、蘆野吉和：精神科医と併診で訪問診療し、在宅看取りとなった 1 例。精神神経学雑誌 Issue ;2014 特別: P.S399, 2014-06-01
- 53) 斎藤正彦：認知症診療における神科の役割。精神経誌；116 卷 5 号：388 - 394,2014
- 54) 北田志郎：在宅ケアにおける「和解」にむけて。日本慢性看護学会誌 5 卷 2 号：64 - 65, 2011
- 55) 北田志郎：伝統医学と多文化間精神医学を在宅医療に応用することの可能性。こころと文化 13：10-18, 2014
- 56) 北田志郎：認知症のステージアプローチ。川越正平（編著）：家庭医療学，老年医学，緩和医療学の 3 領域からアプローチする在宅医療バイブル。日本医事新報社，東京，pp165-173, 2014
- 57) 稲垣正俊：身体科と精神科との連携によるうつ病・自殺ハイリスク者の支援。精神経誌;113 卷 1 号:94-101,2011
- 58) Gilbody,S. Whitty,P. Grimshaw, J. et al.: Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care : a systematic review. JAMA; 289 (23) : 3145—3151,2003

本研究は勇美記念財団の助成を受け行われた。