

表 題 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－

論文の区分 論文博士

著 者 名 北田 志郎

所 属 自治医科大学看護学部看護基礎科学  
自治医科大学医学部精神医学講座

2013年9月1日申請の学位論文

紹介教員 自治医科大学大学院医学研究科  
地域医療学系 専攻 精神医学 専攻科  
職名 主任教授 氏名 加藤 敏

## 目 次

### I. はじめに

### II. 文献および国内外のメンタルヘルス・サービス・システムの展望

1. 海外の動向と研究
2. 本邦の動向と研究

### III. 本研究を行った医療施設の紹介と、本研究が目指すところ

### IV. 方法

1. 対象
2. 調査項目と方法
3. 調査に用いた尺度の概要
4. 倫理的配慮

### V. 結果

1. 有病率
2. 社会的背景
3. 精神科的背景と往診導入時状況
4. 往診導入時の DSM-IV-TR による多軸評定
5. 往診導入後の介入内容と転帰
6. GAF, BI, HCS の 3 尺度による評価と介入効果判定

### VI. 考察

1. 疫学的検討
2. 3 尺度による介入効果の評価
3. 「GP-精神科医-多職種訪問チームモデル」の意義
4. 「GP-精神科医-多職種訪問チームモデル」の展望
5. 臨床精神病理学的考察
6. 本研究の限界と今後の展望

### VII. まとめ

### VIII. 文献

## I. はじめに

本邦において、1995年に「精神保健法」が「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）」となったのは、精神科領域で医療と福祉を統合する画期的な法改正であった。これにあたっては、統合失調症を「疾病と障害の共存」と捉える提唱<sup>1)</sup>が大きな役割を果たしたといわれている。すなわち、統合失調症を単に医療（治療）の対象とするのみではなく、リハビリテーションと福祉（生活支援）の対象としても見直す理論的根拠となった。この考え方に従えば、生活の場たる在宅で医療・福祉一体型サービスを提供する営みが統合失調症をはじめとした精神障碍のケアの中核的部分をなすことが望ましい<sup>2)3)</sup>。

しかしながら、本邦では2002年から包括型地域生活支援プログラム（ACT: Assertive Community Treatment）が厚生労働科学研究として始められ、翌年からは臨床活動も開始されている<sup>4)5)</sup>ものの、今なお一部の意欲的な精神科医療機関、精神保健福祉センターにおいて実践が行われるに留まっている<sup>6)</sup>。

また、このようなコミュニティ・メンタルヘルス・サービスにおける更なる臨床課題として、以下の2点が挙げられる。

### 1) 身体合併症問題

統合失調症は代表的な精神疾患と位置づけられているが、近年その身体合併症について大きく取り上げられるようになってきている。向精神薬の複雑な副作用を含め、身体合併症が非常に多くかつ多彩である<sup>7)8)9)</sup>ことから、この疾患を **multisystem disease** であるとする考え方<sup>10)</sup>も提出されるようになった。統合失調症の死亡率は一般人口に比べて高く<sup>11)12)13)</sup>平均寿命は健常人と比べると

25 歳近く短いこと、さらに死亡率についてはここ 30 年ほどで一般人口とのギャップが広がっていること<sup>14)15)</sup>が報告されている。また英国における「新たな精神科病院長期在院患者」の多くが統合失調症患者で、うち 3 分の 1 は身体機能障害や精神遅滞などを合併していたとの報告<sup>16)</sup>もある。

また、本邦は世界に例を見ない高齢化社会に突入している<sup>17)</sup>が、高齢化問題は統合失調症患者にとっても例外ではなく<sup>18)</sup>、身体合併症は増加する一方であるのに対して<sup>19)</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>20)</sup>である。

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>21)</sup>。そこではまず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求められている。しかし 2012 年 10 月現在で、24 時間型の相談窓口を設置しているのは 29 都道府県であり、身体合併症対応施設を精神科救急医療施設に算入しているのは 12 都府県に留まっている<sup>22)</sup>。

これは、精神障害者の身体合併症治療について主導的な役割を担い続けてきた総合病院精神科が、その重要性の高まり<sup>23)24)</sup>とは裏腹に縮小の傾向にある<sup>25)</sup>ことと強い関連を持つものと思われる。身体合併症に対する医療供給体制が充分整っていない現状下では、精神障害者の安定した地域生活は見込めないと言うべきである。

## 2) 精神科未治療・治療中断者に対するアウトリーチ支援

Kessler ら<sup>26)</sup>は米国において非感情病圏の精神病のうち、42.2%が過去12ヶ月間に医療機関を受診しなかったと報告し、O'Brien ら<sup>27)</sup>は統合失調症患者の約30%が治療中断に陥っていることを報告している。Mojtabai ら<sup>28)</sup>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。

本邦では2011年度より国の「アウトリーチ推進事業」<sup>29)</sup>が始まった。三品<sup>30)</sup>は本邦では精神科未治療・治療中断者がACTの対象者としてあがってくるといふ特徴があると報告しており、事業の要諦はアウトリーチを端緒として彼らにコミュニティ・メンタル・ヘルスケアに乗ってもらふことであるが、その実現は容易なことではない。「サービスを最も必要とする人たちほどサービスが届きにくい」<sup>31)</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。

以上より、統合失調症をはじめとした精神障害を持つ患者の、身体疾患を含めたコミュニティ・ケア・システムの構築は、今後ますます本邦の医療の大きな課題となることは確かであろう。

しかしながら、このような問題についての調査、研究はまだ緒についたばかりであり、本邦では一部の医療機関の実践報告が存在するに留まっている。

一方本邦における在宅医療については1986年度に定期往診としての「訪問診療」が診療報酬の対象となり、1992年の第2次医療法改正において「居宅」が医療提供の場として位置づけられるようになって以来、医療システムにおいて一定の役割を期待されてきた。1996年度の在宅終末期医療の評価の充実、2000

年度の 24 時間の在宅医療の提供体制の評価と続き、2006 年の第 5 次医療法改正においては在宅医療の確保に関する事項を医療計画に位置づけることが盛り込まれた。同年度に在宅療養支援診療所の創設、さらに 2012 年度には機能強化型在宅療養支援診療所の創設と、少子高齢多死社会における国民ニーズに対応すべく、度重なる制度改定が行われてきた。こうした制度改定に呼応し、在宅療養支援診療所の届け出数は年々増加しており、2010 年度で 12,487 に上る<sup>32)</sup>。ちなみに本邦における ACT でこれらの制度を十分活用している施設はごくわずかと考えられる。

なお、前述の 1986 年の診療報酬改定により、保険診療の用語としては予め期日を計画し告知したうえで患者の自宅に訪問する医師のサービスを「訪問診療」と呼び、患者の具合が悪いときにその要請に応じて訪問するものを「往診」と呼ぶことになっているが、本研究ではその双方を包含した意味合い、すなわち医師の訪問での医療行為の総称として往診という語を統一的に用いる<sup>33)</sup>。

筆者の所属したある診療所（以下、A 診療所とする）は、GP : general practitioner を中心とし、看護師・ソーシャルワーカーをはじめとした多職種訪問チームを有する内科診療所であるが、筆者を含め複数の精神科医が在籍し、往診での心身統合的アプローチを実践してきた。この営みを通じ、身体合併症を持つ統合失調症症例に往診を行う機会が若干あり、そのうち精神科未治療・精神科治療中断例も稀ならず含まれていた。このような診療のありかたが、上記の諸問題に対して有効なモデルとなりうると考え、本研究を企図した。

## Ⅱ. 文献および国内外のメンタルヘルス・サービス・システムの展望

### 1. 海外の動向と研究

これまで述べてきた臨床課題は、国・地域ごとのヘルスケア・システムによってその性質や方略を異にする。精神科臨床における心理社会的治療は RCT : randomized controlled trial が適用しにくく、特に二重盲検が不可能であることなどからエビデンスの評価に困難を抱えているものの、1990年代の後半から、国定あるいは権威ある学会などによる EBM : evidence based medicine の観点に立脚した治療ガイドラインが各国で策定されている<sup>34)</sup>。

米国精神医学会 (APA : American Psychiatric Association) による統合失調症治療ガイドライン (第2版, 2004年)<sup>35)</sup>には、身体合併症についてはその管理の重要性については記載されているものの、具体的には GP との連携が重要と記されているに留まっている。また、ACT を筆頭に心理社会的治療についての記述があるが、未治療・中断者への対応についての具体的アプローチは示されていない。同国では、心理社会的治療のより実践的なマニュアルとして米国連邦政府薬物依存・精神保健サービス部 (SAMHSA : Substance Abuse and Mental Health Services Administration) による EBP : evidence-based practice ツールキット (2008年) が公開されている<sup>36)</sup> が、そちらでも事態は同様である。

一方、英国国立医療技術評価機構 (NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence) の統合失調症治療ガイドライン (2010年)<sup>37)</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 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>38)</sup>、2003

年に GP が精神疾患を有する患者への身体的モニタリングを実施することに対して加算がついた<sup>39)</sup>ことがプライマリとセカンダリのケアシステム同士の協働促進の機会を提供したことなどが明記されるとともに、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も記載されている。

すなわち、イギリス同様ヘルスケア・サービスに GP が制度的に位置づけられている諸国においては、身体合併症に対する GP の役割は明瞭であり<sup>40)41)42)</sup>、GP と精神科専門医との協働はコミュニティ・メンタルヘルス・サービスの最適化に関わる問題として認識されていることが窺われる<sup>43)44)</sup>。オランダの Oud<sup>45)</sup>は、GP が精神病性障碍の患者に行ったケアについて、往診、オフィスでのコンサルテーション、電話でのコンサルテーションに分けて実態を調査しているが、介入の効果については調査対象となっていない。

次に統合失調症の精神科未治療・治療中断者についての実証的研究として、精神病未治療期間 (DUP ; duration of untreated psychosis) 短縮の実証研究の嚆矢となった英国の Falloon による介入研究<sup>46)</sup>においては、GP をゲートキーパーとし、精神科医を含めた多職種チームの一員として位置づけている。Krstev<sup>47)</sup>はオーストラリアのメルボルンにおけるプロジェクトで、GP への教育プログラムと並んでアウトリーチを含めた多職種治療チームを設けたことを報告している。しかしいずれも同一医療機関から精神科医と GP の双方がアウトリーチを行うスタイルではない。

## 2. 本邦の動向と研究

続いて本邦の動向と研究について述べる。本邦の「統合失調症治療ガイドライン (第 2 版)」<sup>48)</sup>においては、身体合併症問題、および心理社会的治療アプロ



一斉としての ACT がそれぞれ項目として立てられているが、これらの実践的連携や GP との協働についての記載はない。

身体合併症問題については、三品<sup>49)</sup>が ACT の実践スキルの一つとして「心身一元論のかかわり」を挙げているが、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その重要性は記載されているものの、具体的なシステムについての言及や提言は行われていない。

次に精神科未治療・治療中断例が事例化に至る紹介経路については、ACT-K（京都）における危機介入例の紹介経路として、保健所 28%、他診療所 21%、病院 20%の順で多かったとの報告<sup>50)</sup>があり、ACT-K と ACT-Z（岡山）の共同研究として行われた田中ら<sup>51)</sup>の報告では保健所 65%、利用者家族 16%、診療所と病院が各々8%ずつとの報告があるが、それら医療機関の内訳、すなわち精神科専門か身体各科であるかについての記載はない。

精神科未治療・治療中断例への実践的アプローチについては、野口ら<sup>52)53)</sup>の記述研究があるが、量的研究としては、前述の田中ら<sup>51)</sup>の報告で、介入の実態と介入に伴う精神機能の評価を統計処理に基づいて行った共同研究が唯一のものである。

一方プライマリケア領域では、穂坂ら<sup>54)</sup>は精神医療資源の乏しい地域におけるプライマリケア医が精神面の診療を要請される現状について報告しているが、この領域での量的研究は見出すことができなかった。また竹村<sup>55)</sup>が 700 人余りのプライマリケア医を対象とした量的研究をもとに、プライマリケアにおいて精神疾患を持つ患者を見逃す理由としてプライマリケアにおける非精神科医の精神疾患診察能力が不十分であること、非精神科医と精神科医との連携の希薄さなどを指摘しているが、この領域からも量的研究を見出すことができなかった。

た.

以上より、本研究は少なくとも本邦においては初めての試みとなると考えられる。

### Ⅲ. 筆者が研究を行った医療施設の紹介と、本研究が目指すところ

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、ほぼ往診に特化した内科標榜診療所である。GP を中心に多系統の専門医が在籍しており、1 人の患者を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往診すると共に、訪問看護師、ソーシャルワーカーと協働して 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、特定の病院や「門前薬局」、介護事業所とではなく、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り、往診患者の約 6 割を在宅で看取っている。地域包括ケアを推進する目的で創設された「在宅医療連携拠点事業」<sup>56)</sup>を受託し、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、同年代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<sup>57)</sup>。A 診療所は M 市のおよそ南半分を往診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往診の要請を受けている。

往診導入にあたっては、必ず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

往診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病性疾患を持つ症例が一定数存在する。主病名および疑い病名の主だったもののみ記されている患者台帳ベースで概観すると、A 診療所の往診患者（開設 1999 年 6 月から 2011 年 12 月末日まで）1,538 例（男性 650 例、女性 888 例）中、認知症を伴う脳器質疾患が約 400 例、気分障害圏と従来診断における神経症圏が各々 20 例程度、アルコールなどの物質関連障害が 10 例程度を占めている。本論文では、以下、統合失調症について主に論じているが、これは訪問診療対象者における精神疾患のごく一部であることはこの概数からも推測され、統合失調症患者を越えて精神科医の関与の重要性が窺われる。また、身体疾患を主病名としている症例を診療していく過程で、精神的問題が浮上すること（例としてがん患者の抑うつ状態発症が挙げられる）、また主病名が精神疾患であったという捉え直し（神経難病の診断がついていた症例が大うつ病であったエピソードなど）が必要になる例がある。

2013 年現在勤務医師 11 名中筆者を含めた 2 名が精神保健指定医および日本精神神経学会認定専門医であり、GP や身体科の専門医と協働してこうした症例に適宜対応することで、心身統合的なアプローチを行ってきた。

GP を中心に、精神科専門医も含めた多職種訪問チームの形態をここでは「GP－精神科医－多職種訪問チームモデル」と呼ぶ。このようなモデルはまだ本邦では少ないと思われるが、上記の諸問題に対する有効な選択肢を提示する可能性があると考えられる。すなわち、以下のことが仮説として挙げられる。

1) GP と精神科医が同一チームから訪問することで、統合失調症の身体合併症

問題に迅速かつ効果的に介入できる

2) 身体疾患への対応という形での受療経路が，統合失調症を持つ精神科未治療・精神科治療中断者へのコミュニティ・サービスモデルの一つとなりうる

そこで本研究では，A 診療所で往診を行った身体合併症を持つ統合失調症症例を対象に，その臨床傾向について調査し，精神機能，身体機能，家族機能の3点についての介入効果を評価した．また，精神科未治療・精神科治療中断群と精神科治療継続群との介入効果を比較することで，より精神的課題が多い精神科未治療・治療中断者に対しても，このモデルが妥当性を持つか否かの評価を試みた．更に，若干の精神病理学的検討を含めた考察を行った．

## IV. 方法

### 1. 対象

A 診療所の往診患者（開設 1999 年 6 月から 2011 年 12 月末日まで）1,538 例（男性 650 例, 女性 888 例）より, 統合失調症およびその他の精神病性障害(DSM-IV-TR<sup>58)</sup>における 295 コード) が疑われる症例を抽出した. ついで筆者以外の 2 名の精神科専門医が各々独立に調査し, 統合失調症の診断確定に至ったものを対象とした.

### 2. 調査項目と方法

研究デザインは後ろ向き観察研究である. カルテ記載から対象について以下の情報を調査した.

- 1) 往診導入時年齢, 性別
- 2) 社会的背景として, 学歴, 職歴, 婚姻状況, 同居家族人数, 主介護者の続柄, 精神科的家族歴.
- 3) 精神科的背景および往診導入時状況として, 往診導入時の精神科治療状況, 統合失調症発症推定年齢, 精神科未治療期間および精神科治療中断期間, 往診導入の契機, 精神科医による診療情報提供書の有無, 往診導入調整時における前医療機関からの精神科治療の必要性への言及の有無.

ここでは, A 診療所の往診を受けるまでに一度も精神科医の診療を受けたことがなかったものを「精神科未治療」, A 診療所の往診を受けるまでに 2 ヶ月以

上精神科医による診療が中断していたものを「精神科治療中断」、A 診療所もしくは他院により精神科治療が切れ目なく継続されたものを「精神科治療継続」とする。

4) DSM-IV-TR による多軸評定。

5) 往診導入後の介入内容とその後の経過として、精神科的治療内容とその効果、身体科的治療内容とその効果、訪問看護導入の有無とその効果、ソーシャルワークの内容と往診導入後に取得した障害認定、転帰、往診期間。

次に 12 ヶ月以上往診を継続した症例について、精神機能（心理的・社会的・職業的機能）、身体機能、家族機能の 3 尺度を往診導入時、往診導入 3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後で評価した。さらに精神科未治療者と精神科治療中断者の群（以下「未治療・中断群」）、精神科治療継続者の群（以下「継続群」）に分け、これらの尺度を両群で比較した。評価尺度は以下のものを用い、統計ソフトは SPSS を用いた。

### 3. 調査に用いた尺度の概要

#### ・ The Global Assessment of Functioning (DSM-IV-TR, GAF)

身体機能を除外した心理的、社会的および職業的機能についての評価尺度である。評定は 1 から 100 で、得点が高いほど機能が高いと評価される。

本邦では、2012 年度診療報酬改定において、精神科慢性期医療の充実を企図して精神療養病棟入院料に重症者加算 1（60 点、GAF 尺度 30 以下）および 2（30 点、GAF 尺度 40 以下）を新設した<sup>59)</sup>。これより、本邦では GAF 尺度の 40 以下および 30 以下を、特に精神病性疾患慢性期における重症度の目安とし

ていることが窺われる。GAF 尺度 31～40 は「現実検討かコミュニケーションにいくらかの欠陥、または、仕事や学校、家族関係、判断、思考、または気分など多くの面での重大な欠陥」とされ、同 21～30 は「行動は妄想や幻覚に相当影響されている、またはコミュニケーションか判断に重大な欠陥がある、または、ほとんどすべての面で機能することができない」とされる。

・ Barthel Index (BI) <sup>60)</sup>

ADL (activity of daily living) の評価尺度である。評定は 0 から 100 で、得点が高いほど機能が高いと評価される。目安として、総合点数が 40 点以下ならば全ての生活動作に介助が必要と推測できるとされる。

・ 在宅介護スコア Home Care Score (HCS) <sup>61)62)</sup>

家族介護力の評価尺度である。評定は 0 から 21 で、得点が高いほど機能が高いと評価される。下位項目として、介護者の健康度や介護意欲、経済状況、住環境などがある。被介護者に精神症状があるなど介護の難度が高くなることで点数が低くなる。目安として、7～10 点では介護保険を適切に利用することが必要で、6 点以下は「限界家族」の可能性があり、介護保険やその他の社会保険制度、非公式社会的支援など地域社会の介護力を最大限に活用する必要があるとされる。

#### 4. 倫理的配慮

A 診療所では、往診導入にあたって本人もしくは本人の意思を代行する家族に来院してもらい、往診導入面接を施行している。本研究に際しては家族に診



療情報を観察研究に用いることについての依頼を口頭および文書で説明し、全例の同意を得ている。

## V. 結果

### 1. 有病率

A 診療所の往診患者 1,538 例（男性 650 例，女性 888 例）のうち，統合失調症およびその他の精神病性障害が疑われた症例は 12 例（男性 4 例，女性 8 例）で，観察期間の期間有病率は 0.78% であった。

ついで筆者以外の 2 名の精神科専門医が各々独立に診断した結果，認知症性疾患を否定しきれない 2 例が除外され，10 例を統合失調症確定例として本研究の対象とした。

対象のプロフィールは，男性 4 例，女性 6 例であり，最年少 29 歳，最年長 90 歳，中央値 68.5 歳であった。また，観察期間の期間有病率は 0.65%（男性 0.61%，女性 0.68%）であった。

### 2. 社会的背景(表 1)

学歴は，「義務教育まで」が 4 例（40%），「高卒以上」が 3 例（30%），「不詳」が 3 例（30%）であった。

職歴は，「5 年未満（「なし」を含む）」が 3 例（30%），「5 年以上」が 6 例（60%），「不詳」が 1 例（10%）であった。

婚姻歴は，「なし」が 4 例（40%），「あり」が 6 例（60%）であった。

同居家族人数は，「なし」が 1 例（10%），「1 名」が 7 例（70%），「2 名」が 2 例（20%）であったが，「なし」の症例 g 子は介護付き高齢者住宅に居住して

おり、事実上独居者はいなかった。

主介護者の続柄は、「配偶者」が3例（30%）、「子」が2例（20%）、「同胞およびその配偶者」が2例（20%）、「祖父母」が1例（10%）、「職業的介護者」が1例（10%）であった。また「介護不要」が1例（10%）であった。

精神科的家族歴は、統合失調症の診断には至らないが、同居家族が近隣に対しての監視妄想を筆者に訴えてきたエピソードが2例（20%）あった。介護負担と関連して新たに発症したと推測される精神障害として、うつ病1例、アルコール症1例の計2例（20%）があった。ちなみに、症例i男とj子は夫婦であった。

症例	年齢	性別	学歴	就労期間	婚姻歴	同居人数	主介護者	精神科的家族歴
a男	29	男性	義務教育	5年未満	なし	2名	祖父母	なし(祖父妄想言動)
b男	83	男性	不詳	5年以上	あり	1名	配偶者	なし
c子	68	女性	義務教育	5年以上	あり	1名	配偶者	なし
d子	90	女性	義務教育	5年以上	あり	1名	子	子(アルコール依存症)
e子	73	女性	不詳	不詳	あり	1名	子	なし
f子	50	女性	義務教育	5年未満	なし	1名	同胞	なし(同胞妄想言動)
g子	69	女性	不詳	5年以上	なし	0名 *1	介護士	なし
h男	72	男性	高校卒	5年以上	なし	2名	同胞の配偶者	同胞(うつ病)
i男	50	男性	大学卒	なし	あり	1名	配偶者	なし(配偶者統合失調症)
j子	56	女性	大学卒	5年以上	あり	1名	介護不要	なし(配偶者統合失調症)

\*1 高齢者住宅在住

表 1. 社会的背景

### 3. 精神科的背景と往診導入時状況（表2）

往診導入時の精神科治療状況については、精神科未治療 2 例（男性 1 例，女性 1 例，期間有病率 0.13%）に，精神科治療が中断していた 3 例を合わせた「未治療・中断群」は 5 例（男性 2 例，女性 3 例，期間有病率 0.33%）であった。これは対象 10 例中の 50%に相当する。残り 5 例が「継続群」であった。

統合失調症の推定発症年齢については，最年少 15 歳，最年長 59 歳，中央値 24.5 歳であった。40 歳以上で初発<sup>63)</sup>したと推測される「高齢初発例」<sup>64)</sup>は 3 例（30%）で，いずれも女性かつ「未治療・中断群」であった。

次に往診導入契機およびその状況について述べる。

往診導入契機が「身体科退院」だったものが 4 例（40%）あり，いずれも「未治療・中断群」であった。いずれも精神科情報提供書はなく，かつ身体科の診療情報提供書における精神科治療の必要性への言及もなかった。未治療の 1 例（d 子）の推定発症年齢からの未治療期間は 50 年であった。また中断例 3 例の中断理由としては，家族による代理受診の経過中に身体科に入院したものが 2 例（c 子，e 子），身体合併症増悪に対応してくれる精神科医療機関がなかったことによるものが 1 例（b 男）であり，中断期間は各々 4 ヶ月，2 ヶ月，5 年であった。

往診導入契機が「精神科退院」だったものが 3 例（30%）あり，いずれも「継続群」であった。うち 2 例（g 子，h 男）はいずれも精神科単科病院にのべ 40 年以上入院しての退院であり，前医からの精神科診療情報提供書があったが，宛先は無記名で病院による精神科治療継続のための調整はなされていなかった。1 例（i 男）は病院への精神科通院を継続し，A 診療所では身体科診療のみを担当した例であり，入院中に退院時共同指導が行われたため精神科診療情報提供

書の発行がなかった。

往診導入契機が「家族への往診」だったものが2例（20%）あり、いずれも「継続群」であった。うち1例（f子）は母親を在宅で看取った後、主介護者であった息子から「2階に引きこもっている妹も診てくれないか」と依頼があった。当初身体合併症の対応のみ行っていたが、精神科治療も長らく代理受診のみであったため、家族が精神科前医に精神科治療の引継ぎを要請した。前医からA診療所に引継ぎを了承する電話が入ったが、診療情報提供書の発行は拒否された。もう1例（j子）は夫への往診の途上で身体疾患を発症したため、夫への往診時に症例本人も診療したもので、精神科治療は従来精神科主治医が外来で継続した。

往診導入契機が「他の往診医からの紹介」が1例（10%）あり、未治療例であった。前医が精神障碍の合併を疑い、A診療所に紹介された。推定発症年齢からの未治療期間は9年であった。

症例	年齢	性別	往診導入時精神科治療状況	推定発症年齢	未治療中断期間	往診導入契機	精神科診療情報提供書	精神科治療の必要性への言及
a男	29	男性	未治療	20	9年	往診医より紹介	なし	あり
b男	83	男性	治療中断	39	5年	身体科退院	なし	なし
c子	68	女性	治療中断	59	4ヶ月	身体科退院	なし	なし
d子	90	女性	未治療	40	50年	身体科退院	なし	なし
e子	73	女性	治療中断	53	2ヶ月	身体科退院	なし	なし
f子	50	女性	治療継続	15	-	家族への往診	なし	あり
g子	69	女性	治療継続	24	-	精神科退院	あり	あり
h男	72	男性	治療継続	24	-	精神科退院	あり	あり
i男	50	男性	治療継続	22	-	精神科退院 内科診療引継ぎ	なし	あり
j子	56	女性	治療継続	25	-	家族への往診	なし	あり

表2. 精神科的背景と往診導入時状況

#### 4. 往診導入時の DSM-IV-TR による多軸評定(表 3)

往診導入時の I 軸すなわち臨床疾患は全て統合失調症で、その下位分類としては残遺型 7 例 (70%)、妄想型 1 例 (10%)、緊張型 1 例 (10%)、鑑別不能型 1 例 (10%) であった。往診 4 ヶ月後の時点でも診断変更はなかった。

II 軸すなわちパーソナリティ障害および精神遅滞については、境界知能の疑い 1 例 (10%)、他はなかった。

III 軸すなわち一般身体疾患については、往診導入の直接的契機となった身体疾患のみを取り上げる。糖尿病 (糖尿病性足壊疽、糖尿病性腎症を含む) 4 例 (40%)、廃用症候群 (胃ろう造設による経管栄養を含む) 4 例 (40%)、脳卒中後遺症 2 例 (20%)、心不全・高血圧症 2 例 (20%)、誤嚥性肺炎 1 例 (10%)、薬剤性パーキンソン症候群 1 例 (10%)、気管支喘息 1 例 (10%)、出血性子宮筋腫 1 例 (10%)、大腿骨骨折後 1 例 (10%) であった (重複あり)。

IV 軸すなわち心理社会的および環境的問題については、主に症例と介護者の関係性に起因するものが多く、家族 (介護者含む) の精神疾患 4 例 (40%)、主介護者の高齢化および死亡 3 例 (30%)、日中独居 2 例 (20%)、幼少期の両親との離死別 1 例 (20%)、介護可能家族の不在 1 例 (10%)、介護家族の不和 1 例 (10%) であった (重複あり)。

V 軸すなわち GAF については、最低値 5、最高値 55、中央値 21 であった。また、前述した本邦における重症度の目安で分類すると、GAF41 以上が 2 例 (20%)、同 31~40 が 1 例 (10%)、同 30 以下が 7 例 (70%) であった。

症例	I		II	III	IV	V
	臨床疾患・統合失調症		パーソナリティ障害 精神遅滞	一般身体疾患	心理社会的および 環境的問題	GAF
a男	鑑別不能型	295.90	なし	糖尿病	幼少期に両親と離死別・ 介護者高齢化	15
b男	残遺型	295.60	なし	糖尿病性壊疽・腎症	介護者高齢化	51
c子	残遺型	295.60	境界知能?	薬剤性パーキンソン症・ 廃用症候群	日中独居	21
d子	妄想型	295.30	なし	うっ血性心不全	介護者アルコール問題	21
e子	緊張型	295.20	なし	肺炎・廃用症候群	日中独居	5
f子	残遺型	295.60	なし	廃用症候群、子宮筋腫	主介護者死亡	21
g子	残遺型	295.60	なし	糖尿病・大腿骨骨折後	介護家族不在	35
h男	残遺型	295.60	なし	廃用症候群・胃ろう造 設・脳卒中後遺症	介護家庭不和	10
i男	残遺型	295.60	なし	脳卒中後遺症・糖尿病・ 気管支喘息	主介護者が 統合失調症	25
j子	残遺型	295.60	なし	高血圧症	夫統合失調症	55

表 3. DSM-IV-TR による多軸評定

## 5. 往診導入後の介入内容と転帰

医療介入の内容としては、身体科治療・精神科治療とも薬物治療を含んで継続して担当したもの 6 例 (60%)、精神科は他医に外来通院し身体的全科診療と在宅での家族療法的アプローチ・生活指導を行ったもの 2 例 (20%)、初回往診時に即日精神病院に搬送し入院となったもの 1 例 (10%)、身体科治療を継続し、精神的には薬物治療は行わず支持的精神療法と家族調整を行ったもの 1 例 (10%) であった (表 4 - 1)。

症例	往診後の精神科治療	その効果	往診後の身体科治療	その効果
a男	薬物治療・家族教育・総合病院精神科との連携	陰性症状改善・ADL拡大	インスリン自己注射導入 糖尿病合併症対策	在宅療養維持
b男	薬物治療(再開)	在宅療養安定化	壊疽部スキンケア	在宅療養の維持 次第に壊疽部増大、腎不全悪化
c子	薬物治療(減薬)	パーキンソニズム消失・ADL拡大	廃用症候群へのリハビリ	ADL拡大(外出可能に)
d子	薬物治療なし・支持的精神療法・ 終末期を踏まえた家族調整	在宅療養安定化	循環作動薬非告知使用	心不全の苦痛軽減
e子	即日精神病院搬送		なし	
f子	薬物治療(増薬)	陰性症状改善・ADL拡大	婦人科・皮膚科との連携	子宮筋腫手術など 円滑な身体科治療の実現
g子	薬物治療(減薬) 同居者調整	大幅な減薬によるADL拡大	複数の慢性疾患管理	在宅生活維持 血糖降下剤など廃薬
h男	薬物治療(減薬)・家族調整	陰性症状改善・ 在宅療養安定化	廃用症候群へのリハビリ	ADL拡大(経口摂取再開)
i男	他院	一時安定	複数の慢性管理・生活指導	在宅療養維持(入院の減少) 身体状態は不安定
j子	他院	略安定も夫の 介護までは困難	薬物治療・生活指導	在宅生活維持

表 4-1. 医療介入内容と効果

訪問看護が導入された症例は 7 例 (70%) で、うち A 診療所からの訪問 2 例 (20%)、他の訪問看護ステーションからの訪問が 5 例 (50%) であった。導入されなかった 3 例の理由は「家族の不同意」、「即日精神病院入院」、「夫に訪問看護あり不要」であった。

また種々の社会支援業務のため、A 診療所には 2004 年度からソーシャルワーカーが勤務しており、以来全ての患者の往診導入時調整に携わっている。往診導入以外のものを挙げると、生活保護や障害認定などの「福祉制度手続支援」4 例 (40%)、退院前共同指導などの「病診連携、医療福祉連携に関わる調整」3 例 (30%)、診療所行事への参加支援などの「その他のインフォーマルサポート」2 例 (20%) であった (重複あり)。(具体的介入内容については表 4-2 参照)



症例	往診後の訪問看護	その効果	往診後のソーシャルワーク	往診後の障害認定
a男	新規導入(A診療所)	インスリン自己注射確立 ADL拡大(外出可能)	障害認定手続支援 転居支援 診療所行事参加支援 退院時共同指導調整	精神2級
b男	あり(他ST)	ADL維持、家族介護意欲維持	なし	なし
c子	新規導入(他ST)	ADL拡大(外出可能)、 在宅療養維持	自立支援医療 生活保護申請手続支援	なし
d子	なし(家族不同意)		なし	なし
e子	なし(即日精神病院入院)		なし	なし
f子	新規導入(A診療所)	ADL拡大(外出可能) 在宅療養維持	診療所行事参加支援 退院時共同指導調整 障害認定手続支援	身体2級
g子	新規導入(他ST)	ADL維持 在宅療養維持	なし	なし
h男	新規導入(他ST)	経口摂取再開 在宅療養維持	障害認定手続支援	身体1級
i男	新規導入(他ST)	在宅療養維持	サービス担当者会議開催調整 退院時共同指導調整	なし
j子	なし(夫に訪問看護師あり不要)	(訪問看護師を絶大に信頼)	なし	なし

表 4-2. 訪問看護とその効果, ソーシャルワーク

転帰については、「入院による中断」3例（30%）、「死亡（在宅看取り）」2例（20%）、「往診継続」2例（20%）、「外来通院への移行」2例（20%）、「往診転医」1例（10%）であった。

往診期間は最短が1日、最長が9年2ヶ月、中央値2年10ヶ月であった（表4-3）。

症例	経過	往診期間
a男	精神科・身体科とも他院通院 ACT利用	7年7ヶ月
b男	在宅看取り	2年7ヶ月
c子	内科入院（後に死亡）	3年11ヶ月
d子	在宅看取り	3年1ヶ月
e子	精神科入院	1日
f子	往診継続	9年2ヶ月
g子	転医（共同住居側の都合）	4年5ヶ月
h男	往診継続	1年5ヶ月
i男	内科入院（後、精神科病院転院）	1年1ヶ月
j子	他院で精神科治療を受けた後、A 診療所にて身体的治療	4ヶ月

表4-3. 転帰，往診期間

## 6. GAF, BI, HCS の 3 尺度による評価と介入効果判定

往診導入時の 3 尺度について、GAF については前述した。

BI については、最低値 0、最高値 100、中央値 67.5 であった。「ほぼ全ての生活動作に介助が必要」とされる 40 を目安に分類すると、41 以上が 7 例(70%)、40 以下が 3 例 (30%) であった。

HCS については、最低値 5、最高値 15、中央値 7.5 であった。介護保険利用が必要とされる 10 点以下が 7 例 (70%)、うち 2 例 (20%) が「限界家族」とされる 6 点以下で、11 点以上が 3 例 (30%) であった。

その後の 3 尺度の推移を表 5 に示す。

症例	往診導入時			往診導入3ヶ月後			往診導入6ヶ月後			往診導入12ヶ月後		
	GAF	BI	HCS	GAF	BI	HCS	GAF	BI	HCS	GAF	BI	HCS
a男	15	60	8	20	65	8	25	85	9	25	90	9
b男	51	55	6	60	55	9	63	55	9	63	55	9
c子	21	40	7	31	55	9	35	75	11	40	80	12
d子	21	75	8	21	75	8	25	75	8	25	75	8
e子	5	0	7	入院	入院	入院						
f子	21	75	11	21	75	11	21	75	11	30	90	12
g子	35	95	15	35	95	15	35	95	15	35	95	15
h男	10	10	5	12	10	5	12	20	5	12	20	5
i男	25	100	7	28	100	7	28	100	7	28	100	7
j子	55	100	14	55	100	14	外来	外来	外来			

表 5. 3 尺度による介入判定効果

ついで1年以上往診を継続した症例を「未治療・中断群」「継続群」で分けたところ、各群4例ずつであった。

往診導入時を起点とした両群のGAF, BI, HCSの変化の推移を図1~6に示す。両群とも全ての評価尺度について一貫して「維持」または「改善」の傾向が認められた。Mann-WhitneyのU検定を行った結果、GAF ( $p=0.018$ ) とHCS ( $p=0.047$ ) の2尺度においては、往診導入から6ヶ月目に「未治療・中断群」は「継続群」に比べて有意に改善していた。

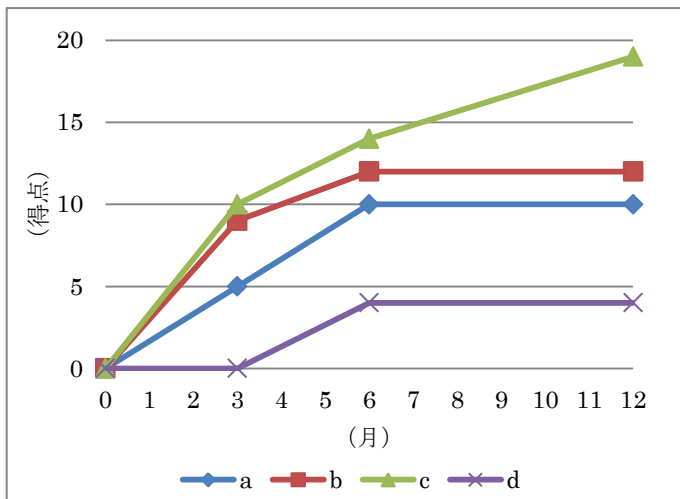


図1 未治療・中断群における GAF 得点の変化量

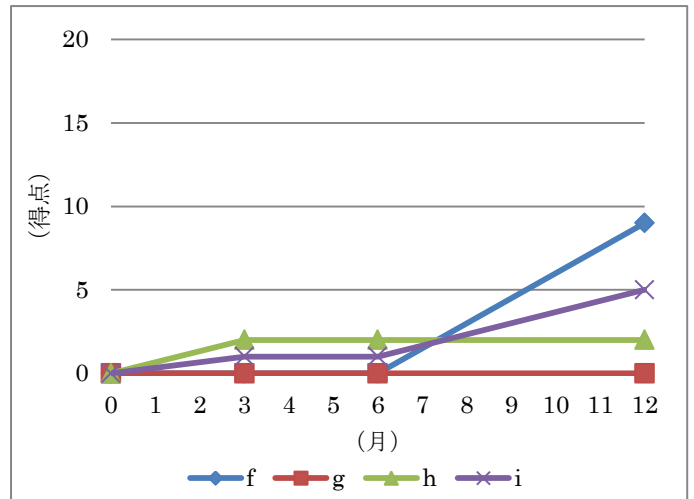


図2 継続群における GAF 得点の変化量

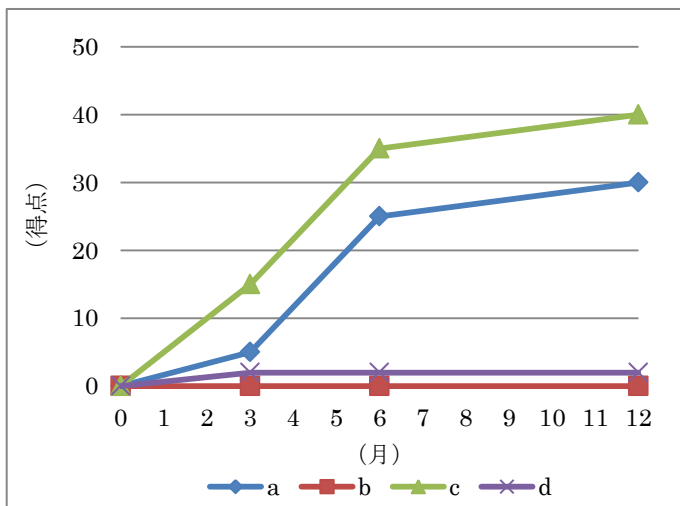


図3 未治療・中断群における BI 得点の変化量

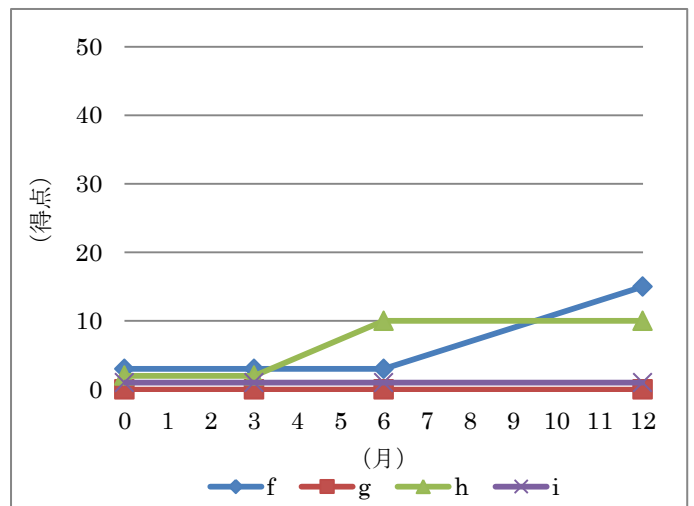


図4 継続群における BI 得点の変化量

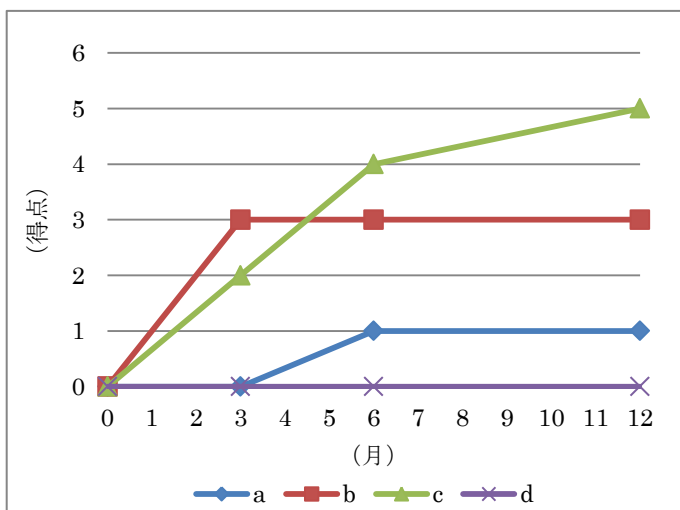


図5 未治療・中断群における HCS 得点の変化量

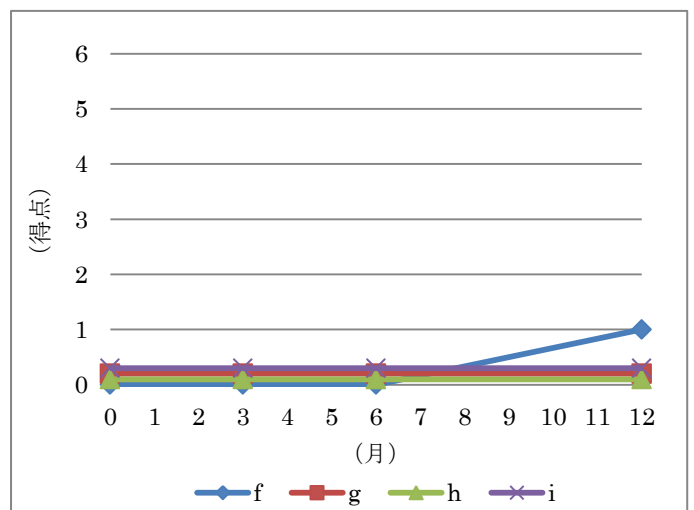


図6 継続群における HCS の変化量

図1~6 往診導入時を起点とした3尺度の経時変化(表5のデータより作成)

## VI. 考察

### 1. 疫学的検討

#### a) 有病率

一般人口集団を対象とした統合失調症の有病率については数多くの調査結果が報告され、調査間での差異が少なくないことが知られている。Saha ら<sup>65)</sup>は46か国で実施された188件の研究の系統的レビューを行い、34件の研究のメタ分析に基づき期間（1年以内）有病率を0.33%（0.18～1.16の中央値）と推定した。本邦での調査としては有病率0.2～1.8%までの範囲に収まっているとされている<sup>66)</sup>。本研究においては「往診適応となる内科疾患のある患者に、統合失調症を持つ患者がどれだけいるか」を調査した結果、期間有病率は0.65%であった。レビューで示された範囲に収まっているが、その割合は決して小さいものではないと結論づけられる。またそのうちの20%が精神科未治療者、30%が精神科治療中断者と、未治療中断者が対象の50%に達することも明らかとなった。筆者の調べた範囲では、こうした知見は本邦では報告がないと思われる。プライマリケアの現場、また在宅医療に参考になるものと考える。

A 診療所は精神科標榜をしていないため、例えば身体疾患を有さない若年のひきこもり例の相談を受けたことはまだない。ただし往診エリア内で通院困難の条件を満たしていれば、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、この「断らない」方針ゆえにいわゆる「困難症例」がA診療所に集中する傾向がある。本研究の対象のような心身両面にわたる治療を要する症例はその典型例とみなすことができ、それゆえ症例集積が為された可能性も考慮しておく必要があるだろう。

## b) 年齢と性差

本研究における対象の性別有病率は、男性 0.61%、女性 0.68%と、前述の Saha らによるレビュー<sup>65)</sup>における「有病率は男女同程度」という知見と一致した。また、往診導入時年齢については最年少 29 歳、最年長 90 歳、中央値 68.5 歳であり、特に最年少の 29 歳の症例を除いた残り 9 例は全員 50 歳以上と、高齢化の特徴が際立っている。これは往診契機となっている身体疾患の多くが生活習慣病の要素を帯びていたり、また老年期に特有の疾患であったりすることから説明することができよう。ちなみに本邦最初の ACT である ACT - J (市川市)における本邦最大の RCT 研究<sup>67)</sup>では対象者は予め 18~59 歳とされており、本研究における対象は標準的な ACT の対象とは異なる集団であることが示唆される。

推定発症年齢については、最年少 15 歳、最年長 59 歳、中央値 24.5 歳であったが、「高齢初発例」が 30%を占め、いずれも女性であったことは特徴的である。高齢初発例が女性に多いことは国際的コンセンサスとしてよく知られている<sup>68)</sup>。本邦では安田ら<sup>64)</sup>が高齢初発例は統合失調症全体の 12.0%を占め、男女比は 1:4.4 であったと報告している。本研究では症例数の少なさから一概に比べられないが、高齢初発者の統合失調症全体に占める割合、女性の占める比率とも安田の報告よりさらに高かった。安田らは、中高年女性はその人生の中で、更年期による身体的喪失体験、および心理社会的喪失体験と少なくとも 2 つの喪失体験を経験するとし、これを高齢初発例に女性が多いことの理由の一つとして推察した。本研究においては、発症の誘因までをつぶさに調査することはできなかったが、身体疾患を持つ統合失調症患者に高齢初発者の女性がかなりの部分存在していることの、一つの解釈として重要な示唆を与えているものと思われる。

#### c) 社会機能と家庭環境

対象の社会的背景として、60%に一定の職歴があり、60%に婚姻歴があり、90%に同居家族がいたという結果となった。本研究の対象者は比較的良好な社会機能・家庭環境を有していたとすることができる。M市の地域特性としてはいくつかの異なる特徴を持ったエリアが混在しており、この現象の根拠を地域特性に求めることは困難であるが、比較的良好な家庭環境にあり、家族が介護を含めた庇護者として機能していることが、対象が身体合併症を得た際に医療につながり、かつ往診の対象者となったと推論することができる。

ただし、DSM-IV-TRによる多軸評定における社会的問題の調査においては、家族（介護者含む）の精神疾患（40%）、主介護者の高齢化および死亡（30%）、日中独居（20%）などの問題が挙げられている。また家族機能評価であるHCSの調査においても、往診導入時点で70%に家族以外の介護資源導入が必要で、20%が「限界家族」と判定された。これらから本研究の対象者は、地域生活を維持するには家族機能だけでは十分でなく、将来にわたり医療・福祉資源の投入が必要な集団であると位置づけることができる。

#### d) 往診導入契機

往診導入の契機についての調査では、2点の特徴的な結果が得られた。すなわち身体科退院が契機となったものが40%と最も多くいずれも「未治療・中断」者であったこと、中断者の中断理由はいずれも症例の自発的な怠薬や受療拒否ではなく、精神障害者の身体合併症に関する医療システムの不備に起因するものであったこと、である。

さらに、延べ40年以上精神病院に入院していた症例（20%）も、退院時の精神医療継続のための調整が為されておらず、身体合併症の存在からA診療所の



往診導入につながっている。

e) 身体合併症

身体合併症については、糖尿病と廃用症候群が各 40%、脳卒中後遺症と心不全高血圧症が各 20%など、多くは統合失調症に多く合併するとされる<sup>7)8)9)</sup>疾患であり、特に糖尿病と廃用症候群の合併率が高かった。これらはいずれも統合失調症の陰性症状としての無為・自閉と強い関連を持つものである。

f) 往診導入時の精神機能、身体機能、家族機能評価

GAF については、最低値 5、最高値 55、中央値 21 で、本邦診療報酬における入院者の重症者加算がつく 40 以下が 80%に上った。

BI については、最低値 0、最高値 100、中央値 67.5 で、「ほぼ全ての生活動作に介助が必要」とされる 40 以下が 30%であった。

HCS については、最低値 5、最高値 15、中央値 7.5 で、介護保険利用が必要とされる 10 以下が 7 例 (70%)、うち 2 例 (20%) が「限界家族」とされる 6 以下であった。

これらの指標については、例えば高齢により身体の衰えが進めば GAF 評価も下がりうること、患者の精神状態が改善すれば家族機能も向上しうること、などから、それぞれ独立したものではないという点で統計学的な限界がある。ただし高齢者を対象とすることの多い在宅ケアにおいては、これらの機能は渾然一体とし、独立した事象として分けがたいことも事実である。

上記の限界を踏まえつつ、本研究における対象は精神機能（心理的・社会的および職業的機能）としては重症者が多く、身体機能としては往診を必要とする状態ではあるが、ねたきりのような重介護状態者は少なく、家族機能として

は地域生活を維持するには家族機能だけでは十分でない集団である，とまとめることができる．

## 2. 3 尺度による介入効果の評価

ついで本研究では，精神機能，身体機能，家族介護力の 3 分野の尺度による介入効果の評価を試みた．往診導入から 12 ヶ月までの間，3 尺度のいずれにおいても一貫して維持もしくは改善の傾向が認められた．

また A 診療所には精神科勤務経験のある看護師はおらず，ソーシャルワーカーのいずれも精神保健福祉士の資格は有していない．このことから，メンタルケアに限って言えば ACT のような専門チームと比べチーム力が脆弱である可能性は否定できない．そこで，よりメンタルケアの強力な介入を必要とする「未治療・中断群」と「継続群」との比較も試みた．その結果，精神機能，家族介護力の 2 尺度について，往診導入から 6 か月目に「未治療・中断群」は「継続群」に比べて有意に改善していたことがわかった．

田中ら<sup>51)</sup>は統合失調症患者に対する ACT における未治療者および治療中断者を対象とした危機介入調査を行い，GAF をはじめとした精神機能が介入 6 ヶ月目に特に有意に改善することを報告しているが，本研究の「未治療・中断群」においても，同様の結果が得られたことになる．精神科未治療・治療中断者に対しては，治療（再）導入時に本人にも家族にも強力な介入を必要とするが，介入が成功裏に行われれば本人の精神機能や家族機能の改善期待値も相対的に大きいと言える．

以上より，精神科未治療・中断例も含め，A 診療所における介入が 1 年程度の短期的介入の選択肢として有効であることが示唆された．

### 3. 「GP－精神科医－多職種訪問チームモデル」の意義

上記の結果と考察を踏まえ、A 診療所のような運営形態、すなわち「GP－精神科医－多職種訪問チームモデル」の、冒頭に挙げた臨床課題に対する意義について考察する。

#### a) 「未治療・中断群」の特徴

未治療の 2 例（a 男，d 子）は、身体疾患の発症を契機に初めて医療機関にアクセスし、ついで A 診療所からの往診を受けたことによって、初めて精神科医による介入を受けることとなった。当然のことながら、未治療者に対しては身体疾患の治療と同等もしくはそれ以上に濃厚な精神的介入が必要となる。

ただしこの場合、精神的治療導入への同意および統合失調症の病名告知についてきめ細かい配慮が必要になる。精神科疾患について本人の治療同意が得られない場合の対応について片山<sup>69)</sup>は「在宅医療の場合は、本人を隔離したり身体拘束するわけではないが、非同意治療であることには変わりはないので、家族の同意は必要と解す」と述べているが、これは精神科往診における原則であり、A 診療所のように内科のみ標榜し、身体科治療を全面に出している医療機関の場合さらに事態は複雑である。a 男については精神的亜昏迷の治療開始に際し、拒否こそなかったが明瞭な同意が得られたわけでもなかったことから、家族の同意を以て抗精神病薬の治療を開始したが、病名告知についてはあくまで「精神病の疑い」に留め、年余の時間をかけて本人・家族を説得し精神科任意入院に誘導した。一方 d 子については症例が身体治療すらしばしば拒み、精神科薬物治療についても家族同意が得られる状態ではなかったため、向精神薬は使用せず、症例本人と介護者の精神的サポートに努めている。

中断の 3 例はいずれも身体合併症の発症が精神科治療の中断契機となっていた。中断による精神状態の悪化に加え、精神科治療の不首尾が身体疾患にも悪影響を与えるため、未治療群同様介入初期から心身両面の速やかな介入が必要となる。

#### b) 「継続群」の特徴

「継続群」においても、のべ 40 年以上精神病院に入院していた g 子, h 男の 2 例とも精神科治療継続のための調整が一切為されていない状態で退院しており、いずれも家族が関係諸機関に相談した末、A 診療所の往診を受けるに至っている。共に親世代亡き後遠方の同胞が身元引受人になっており、g 子はそのまま共同住居に入居し、h 男は同胞夫妻に深刻な不和が発生し、ほどなく同胞がうつ病を発症するに至った。精神病院における長期在院者の地域移行という課題がいかに困難なものであるかが窺われる。

g 子, h 男については抗精神病薬を入院時より減薬することで ADL が拡大し、逆に長期代理受診を続けてきた f 子においては代理受診時より増薬することで自閉性が解消の方向に向かった。生活の場にそぐう薬物療法を行うことで、決して十分とは言えない介護環境にあっても精神症状を改善させ、生活能力の向上を目指すことが可能である。

また f 子は手術適応となった婦人科疾患、悪性が強く疑われた皮膚疾患を持ち、双方の精査加療を引き受けてくれる医療機関を確保するのにたいへん難渋した症例でもあり、身体科・精神科連携において、いわゆるマイナー科との連携がさらなる課題となることを示唆している。

c) 身体合併症に対する「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」の意義

Mitchell<sup>10)</sup>らは統合失調症を、その身体合併症の多さ特異さゆえに **multisystem disease** と呼ぶことを提唱した。加えて抗精神病薬をはじめとした薬剤の副作用としての身体合併症への配慮も、この疾患を治療するにあたっての重要事項の一つである。しかしこれらに対し、本邦のヘルスケア・システムは十分に機能しているとは言い難い状況にある。

前項で、中断群の 3 例の中断理由がいずれも身体疾患に関連してのものであったことを述べた。b 男は身体合併症のため複数の精神科医療機関から受療を拒否され、その途上で抗精神病薬が全中止となっていた。病院内科を退院して往診に移行した症例 c 子、e 子は、入院の理由となった疾患が家族代理受診中のパーキンソン症候群と肺炎であり、推測の域を出ないものの精神科前医において薬剤副作用の出現について考慮されなかった可能性が否定できない。

c 子は入院中も抗精神病薬が同量で継続され、初回往診時には嚥下困難を含むパーキンソン症状が明らかであった。逆に症例 e 子は入院後抗精神病薬が全中止となり、退院後もそのままであったため初回往診時には緊張病状態となっており、即日精神病院への搬送を要することとなった。このような例は精神科と身体科の連携不足や身体科医の統合失調症およびその身体合併症への認識不足が強く関係していると言うことができ、そして **GP** と精神科専門医が同一医療機関から往診し、迅速に介入することの意義を明確にするものである。

a 男は、重症糖尿病と精神科的亜昏迷双方の初期治療を在宅で行った。また本来入院で行うべきインスリン自己注射の導入を、入院拒否のため 1 ヶ月間連日訪問看護を行うことで成功させたが、このプロセスが a 男の陰性症状を飛躍的に改善させた。d 子の身体管理は主に A 診療所の内科医が行ったが、筆者が適宜関わって状態評価と家族調整を行っていたことで、数年間の在宅生活安定と、

終末期の危機を回避しての在宅看取りに至っている。c子は適切な精神科治療を再開したことで、リハビリテーションが軌道に乗りADLの再向上を実現した。

このように、精神症状と身体症状は不可分に結びついているのであり、同一医療機関からGPと精神科医の双方が関わることで、治療の相乗効果をも得られる場合があることが示唆される。

また、多重の身体合併症、特に生活習慣病のコントロールの成否が精神症状にも大きく影響する場合、生活の場に出向く在宅医療の意義がことのほか意味を生じてくる。i男のように直接精神科治療を担わなくとも、統合失調症患者の認知・行動特性をよく知る医療者が生活習慣病に重点的に関わることの利点は小さくないと考えられる。

#### d) 未治療・中断群の受療経路としての「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」の意義

これまで述べてきたように、対象の50%が「未治療・中断群」であり、中断可能性のあったものまで含めると70%がこの群に数えられる可能性があった。特に受療契機としては身体科退院が40%と最も多く、精神科退院と合わせると病院からの紹介は70%に及ぶ。この数字は先行研究<sup>50)51)</sup>における紹介経路の「病院」(診療科の区別なし)と比較しても、ACT-K(京都)の20%、ACT-K+ACT-Z(岡山)の8%とはかけ離れたものであった。「年齢と性差」の項で考察したように、本研究の対象は標準的なACT対象者とは異なる集団であることが示唆されたが、ことに本研究の「未治療・中断群」はこれまでACTによる受療化が期待されてきた未治療・中断者とは異なる集団である可能性がある。

すなわち本研究における「未治療・中断群」は精神科への通院もできず、標準的なACTの受療システムにも乗りにくい、精神科身体合併症医療における「隠

れたニーズ」を示しており、A 診療所のような診療形態を持つ医療機関によってその存在が明らかになったものと考えることができる。まだ不明な部分が多い統合失調症患者の未治療・中断例の実態を解明し、対策を立てていくに当たり、この知見はいずれも無視することができない要素ではないかと思われる。

#### e) 訪問看護師をはじめとする多職種訪問チーム

日本では精神障害者の在宅での身体合併症管理は、主に訪問看護ステーションにおいて実践されることが期待されており<sup>70)71)</sup>、看護師の職域がより広い海外においてはさらにその傾向が強いことが窺われる<sup>72)73)</sup>。その他にも家族へのケア、多職種連携・地域連携の要となることなど、訪問看護師には幅広い役割が期待される<sup>74)75)</sup>。A 診療所でも可能な限り往診患者に訪問看護の併用を勧めており、その効果は「結果」にも示されているが、GP と精神科専門医による心身両面の往診が、訪問看護をより効果的にするであろうことは論をまたない。

A 診療所の場合、看護師は医師往診に同行することも重要な業務として位置づけられている。往診同行を通じ、全ての往診患者の状態を把握し、医師と共に 24 時間 365 日体制を担い合っている。訪問看護業務だけを取れば、訪問看護ステーションを別に設立する方が報酬としては有利だが、A 診療所は一つの事業所内でいつでも医師と相談・討論することを重視し、同時にこの 24 時間 365 日体制を分け合うことが診療継続のキーポイントであるとみなしている。

また、A 診療所ではソーシャルワーカーが往診導入時調整を行うことで全ての往診患者と導入時から関わりを持ち、速やかなケースマネジメントを開始している。これまで述べてきたように、統合失調症をはじめとする精神病性障害患者は心身の多重の障害を持ち、経済的問題を筆頭とした生活上の困難を数多く抱えている。これらに対しての障害認定取得支援は主要業務の一つではある

が、その他にも地域の医療・福祉資源との連携・協働の調整，家族調整，診療所行事を通じての地域とのつながりの創出と維持など，多岐にわたる業務に従事している。

A 診療所では，他にも理学療法士，鍼灸師，歯科衛生士，事務職員がニーズに応じて訪問を行っている。これら多職種訪問チームは ACT の基本構成とはやや異なっているが，患者の心身両面の問題に対処し，生活支援を行っている。

「GP－精神科医－多職種訪問チームモデル」は，患者のみならずその家族をも対象にする。本研究における対象にはいずれも統合失調症の家族歴について明瞭なものを認めなかったが，主介護者 2 例に近隣にまつわる監視妄想を認めた。介護が始まってから発症した家族の精神障害としてうつ病，アルコール症が 1 例ずつあり，それぞれ治療介入を行った。さらに家族の身体疾患への介入については在宅看取りを含め数多い。このように，統合失調症を持つ患者の在宅ケアは家族への心身にわたるケアをも必要とすることが少なくないが，家族の苦悩をよく知る訪問チームが，同じ生活の場で家族へのサービスを展開することの意義も小さからぬものがあると考えられる。

このように家族の心身にわたる負担を軽減し，士気を取り戻す援助を行うことで，ソーシャルワークと相まって家族介護力の底上げや活性化をももたらすことが期待される。

以上より，「GP－精神科医－多職種訪問チームモデル」は，身体合併症問題に対し迅速かつ効果的に対応できること，まだ明らかでない「未治療・中断」者に対しての受療経路との一つとして有効であることが示唆されると考えられる。



#### 4. 「GP－精神科医－多職種訪問チームモデル」の展望

##### a) 中・長期的介入と看取り

未治療の2例のうちa男は往診導入時年齢29歳と最も若かった。自発性障害と心気-体感症状<sup>76)</sup>を主症状としており、小林<sup>77)</sup>の統合失調症患者の長期予後研究における予後不良群の中核的な症例であったが、7年余の往診の末精神科・身体科とも外来通院に移行し、地域のACTにもつなぐことができた。a男の場合は若年であるがゆえに、A診療所の介入最終目標をA診療所からの訪問サービスの終結に置くべき症例であったと言える。

ただしa男を除けば、対象の往診導入時年齢は初老期から老年期の患者であり、標準的なACTの対象年齢から外れる例も多かった。この場合介入の目標は心身や家族機能の維持、もしくはゆるやかな低下による在宅生活の継続ということになる。そしてその帰結として在宅看取りがある。中断例のb男は少量の抗精神病薬の再開で精神的に落ち着き、介護負担が軽減したことで本人の希望通り在宅看取りに至った。未治療例のd子には向精神薬の処方を行わなかったが、アルコール症に陥っていた主介護者を支え、他の家族との打ち合わせを重ねていたことが奏功し、穏やかな在宅看取りを実現することができた。

厚生労働省が5年毎に実施している「終末期医療に関する調査」(2008年版)によれば、「自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が『自宅で療養したい』と回答している」<sup>78)</sup>といい、このことが、国が在宅医療を推進する根拠の一つとなっている。心身に多重の障害を負っている統合失調症患者についても、在宅での看取りが選択肢となるよう努めることには、一定の意義があろう。

b) メンタル・ヘルスケア・サービスに関する考察

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>79)</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、プライマリケアをメンタルヘルス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7として視覚化している。

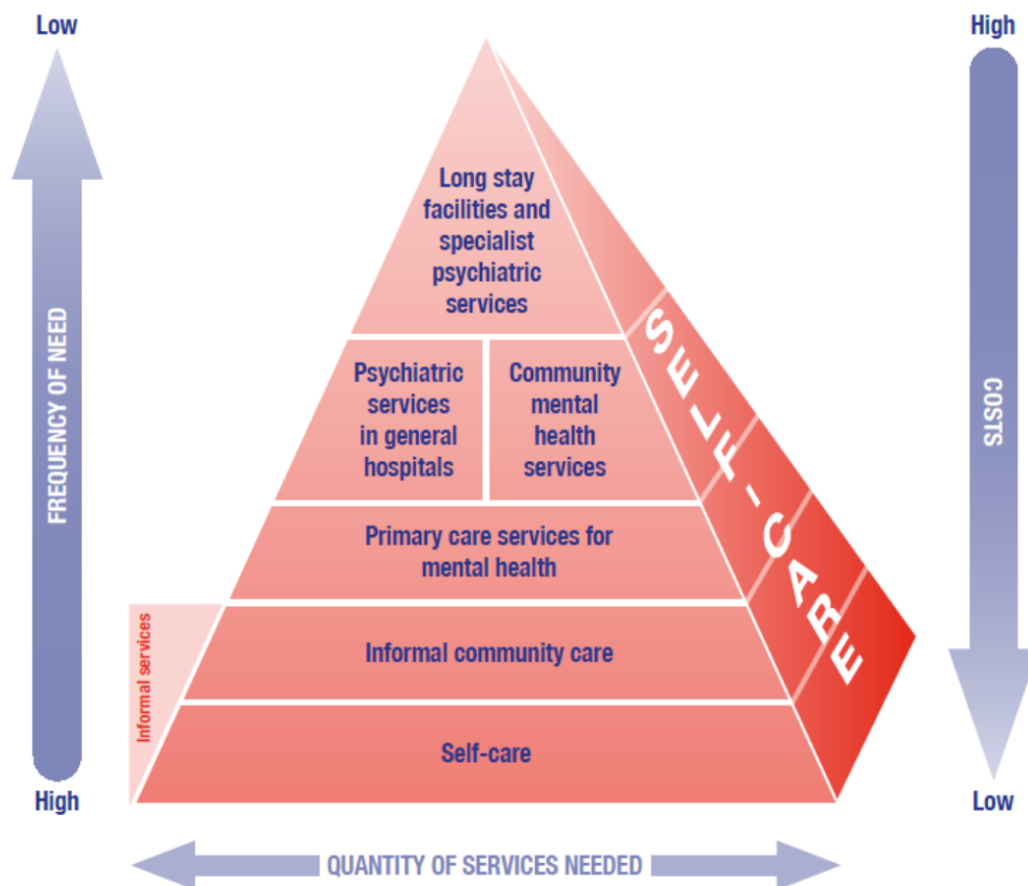


図7. メンタル・ヘルスケア・サービスの最適な組み合わせのための「ピラミッド」(WHO, 文献79より転載)

それによると、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（あるいは家庭医）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、長期の施設入所を最小化することができる、とされている。

しかしながらこの図に即して本邦の統合失調症へのケアの状況を鑑みるに、GP もしくは家庭医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かえって縮小の一途を辿っているのが現状である。こうした現状は、本邦の統合失調症患者の脱施設化がなかなか進まないことに照応している。

この文脈において「GP－精神科医－多職種訪問チームモデル」は、本邦で十分でないこの3つのサービスのハイブリッド型、もしくは発展型モデルであり、医療－福祉一体型モデルであると共に心－身一体型モデルでもある。そして臨床現場の「隠れたニーズ」に即して存在していると位置づけることができる。

ちなみに総合病院精神科の病床ダウンサイジングに伴うアウトリーチへのシフトの実践例が複数報告されている<sup>80)81)</sup>が、縮小を続ける総合病院精神科で働いてきた、GP 的素養を持つ精神科専門医が、このモデルの一員として機能することはさほど困難なことではないと考えられる。

#### c) GP との協働と専門職連携教育をめぐる考察

2013年4月に厚生労働省より「専門医の在り方に関する検討会報告書」が公

開された<sup>82)</sup>。この報告書において「総合診療専門医」の必要性、位置づけおよび養成について特に1章が割かれており、今後の医療施策における重点課題とみなされているとして注目を集めた。本研究においてGPと呼んできた総合的な診療能力を有する医師のことを、今後本邦においては総合診療医と呼ぶ方向性が打ち出されたことになる。報告書には「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」とあり、GPのメンタルヘルス領域における能力の向上が求められている。これは、GP養成課程にいかにか精神科医が寄与できるか、という課題でもあるだろう。

これについては、総合診療医の研修プログラムに精神科研修を重点的に盛り込む、総合診療専門医の取得や維持に精神科の知識・研修がより必要となるようにする、といった方略に加え、「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」もまた一つのロールモデルとなりうることについて言及しておきたい。

A 診療所では患者の入退院に際しては医療保険請求の可否を問わず病院訪問を行っている。筆者も地域の複数の病院に訪問の経験を持ち、その中には精神科医の勤務していない病院において向精神薬使用の助言を行った経験も含まれている。また、同診療所は開設当初から研修システムへの寄与を掲げ、2つの大学医学部の実習施設であると共に、4つの研修指定病院の研修協力施設となっており、のべ300名を越える医学生・研修医を受け入れてきた。加えて、日本在宅医学会で専門医取得要件として他施設交流研修を必修としていることもあり、多くの在宅医の研修をも受け入れてきた。A 診療所が厚生労働省の「在宅医療連携拠点事業」<sup>56)</sup>を2011年より受託<sup>83)</sup>してからは、事業の講師やファシリテーターを務めることを通じ、地域の病院勤務医・外来主体のGP・在宅医との交流も深めている。

こうした多職種連携に多職種連携教育を織り込んだ実践を、筆者は本論執筆

時点でもう一人の精神科専門医とともに非常勤医の立場で行っている。また、同じく非常勤の立場で別の診療所でコンサルタントとして往診を行った経験も持つ。「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」は、一施設に留まらず、地域特性や資源に合わせたシームレスで多様な応用形態を持つモデルであると言える。

## 5. 臨床精神病理学的考察

加藤は、統合失調症患者における社会・生活状況への関わり方を、自己を社会、共同体へと開いていく裂開相と状況から撤退してひきこもる内閉相として示した<sup>84)</sup>。さらに加藤は「人間の生は、健常人であれ病気を持つ人であれ、微細に見れば心身両面における不断の『平衡危機と平衡創出』の継起的な展開の過程をみることができる」としている<sup>85)</sup>。加藤の論を敷衍すれば、在宅医療とはなべて患者の「内閉相に関与する医療」としての性質を帯び、内閉相における心身両面の平衡危機を最小に留め平衡創出を援助することを眼目とした医療であると位置づけることができる。

また、主介護者 2 例に近隣にまつわる監視妄想を認めたことは、家という空間そのものの病理性とレジリアンス因子としての性質を考える上で興味深い。2 例ともこの妄想以外には特に陽性症状も人格水準の崩れもなく、対象を立派に支えていた。また、近所つきあいも一定程度あり、決して地域で孤立している訳ではないことから、統合失調症を積極的に診断する要素に乏しかった。一方対象自身はひきこもり傾向が強く、どちらも同様の妄想を訴える事はない(あったとしても乏しい) 寡症状の症例であった。従って、これらの家族は一つと同じ妄想を確信する共有精神病性障害 (DSM-IV-TR) の診断基準も満たすに

は至らないと考えられる。

加藤<sup>86)</sup>は統合失調症の病理として「心的容器としての身体の不全」を措定し、妄想は心的容器の補填という自己治癒的な意味合いを持つこと、そして妄想すら持つことができない破瓜型統合失調症者は特定の空間に閉じこもることでもらうじて安定を得る、すなわち自閉が心的容器としての身体を補填する物理的容器として機能していることを指摘した。これに従うと、これら家族の妄想は対象の心的容器不全の、家族の妄想による補填であると位置づけることができる。在宅医療とは、精神病理学的な意味合いにおいても患者のみならず家族を、そして家そのものを対象とする医療であると考えられる。

その上で「統合失調症における新たな平衡創出は、柔軟性を欠く、硬化したものになりやすく、ややもすると自己に閉じこもる内閉相の側に頑なに身を寄せる形で作られる傾向があるといえる」<sup>84)</sup>という知見を踏まえ、家族および治療者との信頼できる人間的絆<sup>87)</sup>を築き「ソフトな内閉相」<sup>84)</sup>を保持することが、統合失調症の在宅ケアの基盤となる。こうした治療布置は、アウトリーチサービズにおいて課題とされる治療強制や訪問行為の侵襲性、患者の自律性を奪うことへの懸念などを払拭することにもつながると考えられる。

## 6. 本研究の限界と今後の展望

まず、本研究における対象は10例と統計解析の対象とするには少なすぎるものが最大の限界であった。

また、介入効果の評価については、比較・検討すべきコントロール群を設定することが困難であった。障碍の様式と評価尺度の選定もさらなる検討が必要であった。

臨床傾向の調査については、対象が高齢であることも関わり、十分な情報が

集められておらず、不詳とせざるを得ない項目が複数生じたと共に、信頼性・妥当性の面から問題があると言わざるを得ない。

これらの諸問題につき、多施設共同研究による症例蓄積、妥当性の高いコントロール群の設定、ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health（WHO：2001）の駆使などを今後の課題とし、より知見を深めていく所存である。

また、より有病率が高いことが見込まれている認知症や高齢者うつ病性障害についても、調査と検証を行っていく所存である。

## VII. まとめ

- 1) 首都圏にある在宅医療専門内科診療所である A 診療所における往診患者 1,538 例より、身体合併症を持つ統合失調症患者を抽出した所、10 例が認められた。期間有病率は 0.65%であった。
- 2) この 10 例を対象とし、往診導入経路、身体合併症、治療介入の内容、転帰などを調査分析した。特徴的な所見としては、このうち 50%が精神科未治療、もしくは精神科治療を中断しており、40%が身体科退院を機に往診導入に至っていた。これらは精神科合併症医療における「隠れたニーズ」を示す可能性がある。
- 3) 精神機能（心理的・社会的・職業的機能）、身体機能、家族介護力の 3 尺度において往診導入時、往診導入 3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後の介入効果を検討した。また対象を精神科治療の「未治療・中断群」と「継続群」に分け、効果を比較した。結果 3 尺度すべてにおいて一貫して維持または改善の傾向が認められ、さらにより精神科的課題が多い「未治療・中断群」において、精神機能尺度、家族機能尺度が「継続群」より有意に改善した。
- 4) A 診療所のような GP : general practitioner を中心に精神科専門医を含めた複数の専門医が在籍して心身統合的アプローチを実践し、訪問看護師、ソーシャルワーカーらと訪問チームを形成するサービスモデルを「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」と呼ぶことにする。
- 5) 2), 3)の結果より、同モデルは統合失調症の身体合併症問題に対し迅速かつ効果的に対応できること、まだ実態が明らかでない「未治療・中断」者に対しての受療経路として有効である可能性が示唆された。
- 6) 同モデルは、本邦におけるコミュニティ・メンタルヘルス・サービスにおけ



る新たな実践モデルとしての可能性を有している.

## VIII. 文献

- 1) 蜂矢英彦：精神障害論試論－精神科リハビリテーションの現場からの一提言－. *臨床精神医学*；**10**：1653-61, 1981
- 2) 厚生労働省：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて（今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書）. 2009  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html> (2013年7月アクセス)
- 3) 高木俊介：地域生活支援と「精神疾患・障害複合（MIDcomplex）」. *ACT-Kの挑戦*；批評社，東京：37-63, 2008
- 4) 西尾雅明：*ACT 入門 精神障害者のための包括型地域生活プログラム*；金剛出版，東京：2004
- 5) 伊藤順一郎：ACT のわが国での可能性：ACT-J の実践報告から. *精神経誌*；**111**：313-318, 2009
- 6) 高木俊介：精神保健システムの改革はなぜ進まないのか？ *臨床精神医学*；**40**：27-32, 2011
- 7) Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N：Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*；**116**：317-333, 2007
- 8) Carney CP, Jones L, Woolson RF：Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med*；**21**：1133-37, 2006
- 9) Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C：Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust*；**178(Suppl)**: S67-S70, 2003
- 10) Mitchell, AJ, Dinan, TG：Schizophrenia：a multisystem disease? *J*

- Psychopharmacol*; **24(4 suppl)** : 5-7 ,2010
- 11) Brown S: Excess mortality of schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*; **171**: 502-508, 1997
  - 12) Harrison G, Hooper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube KC, Ganev K, Giel R, an der Heiden W, Holmberg SK, Janca A, Lee PW, León CA, Malhotra S, Marsella AJ, Nakane Y, Sartorius N, Shen Y, Skoda C, Thara R, Tsirkin SJ, Varma VK, Walsh D, Wiersma D : Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry*; **178**: 506-517, 2001
  - 13) 菊池章, 寺尾敦 : 統合失調症入院患者の生命予後とそれに関与する要因. *精神医学* ; **55(4)** : 337-345, 2013
  - 14) Dutta R, Murray RM, Allardyce J, Jones PB, Boydell JE : Mortality in first-contact psychosis patients in the UK: a cohort study. *Psychol Med*; **42**: 1649-61, 2012
  - 15) Saha S, Chant D, McGrath, J : A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*; **64**:1123-31, 2007
  - 16) Mann SA, Cree W : 'New' long- stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1972/3. *Psychological Medicine* ; **6**: 603-616, 1976
  - 17) 総務省統計局・政策統括官（統計基準担当）・統計研修所：統計から見た我が国の高齢者（65歳以上）2012.  
<http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics63.pdf>（2013年7月アクセス）
  - 18) 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
- 19) 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. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/dl/s0521-3b.pdf> (2013 年 7 月アクセス)
- 20) 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 . <http://www.jpna.or.jp/info/kawara/070814gakkaiPhoukokusyo.pdf> (2013 年 7 月アクセス)
- 21) 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> (2013 年 7 月アクセス)
- 22) 厚生労働省: 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律と精神保健福祉行政の現状. 平成 25 年度精神保健指定医研修会 (更新) 第 111 回テキスト; 公益社団法人日本精神科病院協会, 東京: 1-128, 2013
- 23) 野口正行: 総合病院精神科の将来像. *精神医学*; **52**: 239-246, 2010
- 24) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会: 総合病院精神科のネクストステップ 2009. *総合病院精神医学*; **21**: ss1-ss30, 2010
- 25) 日本総合病院精神医学会: 平成 24 年度診療報酬改定要望. 2011 [http://psy.umin.ac.jp/h24\\_sinryohoushu\\_20110607.pdf](http://psy.umin.ac.jp/h24_sinryohoushu_20110607.pdf). (2013 年 7 月アクセス)
- 26) Kessler RC, Birnbaum H, Demler O, Falloon IR, Gagnon E, Guyer M, Howes MJ, Kendler KS, Shi L, Walters E, Wu EQ: The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey

- Replication (NCS-R). *Biol Psychiatry*; **58** : 668-676, 2005
- 27) O'Brien A, Fahmy R, Singh S : Disengagement from mental health services. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*; **44** : 558-568, 2009
- 28) Mojtabai R, Fochtmann L, Chung SW, Kotov R, Craig TJ, Bromet E : 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
- 29) 厚生労働省 : 精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き. 2011  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou\\_03.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou_03.pdf)  
(2013年7月アクセス)
- 30) 三品桂子主任研究者 ; 多職種による重度精神疾患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). 特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション, 京都: 19-35, 2010
- 31) 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). (2013年7月アクセス)
- 32) 厚生労働省 : 在宅医療の最近の動向 2012 .  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf) (2013年7月アクセス)
- 33) 和田忠志 : 在宅医療における技術と診断. 日本在宅医学会テキスト編集委員会編 : 在宅医学 ; メディカルレビュー社, 東京 : 59-69, 2008
- 34) 後藤雅博 : EBM と治療ガイドライン. 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 : 488-502, 2013
- 35) American Psychiatric Association : *Practice guideline for the treatment of*

- patients with schizophrenia, 2<sup>nd</sup> ed.* American Psychiatric Association. 2004
- 36) U.S.Substance Abuse and Mental Health Services Administration : *Evidence-Based Practices KITS Series.* U.S.Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008
- 37) 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
- 38) Osborn DPJ : The poor physical health of people with mental illness. *Western Journal of Medicine* ; **175** : 329-332, 2001
- 39) Department of Health: General Medical Services Contract for General Practices. London: NHS, 2003
- 40) Oud MJT, Meyboom-de Jong B : Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract* ; **10** : 32, 2009
- 41) Roberts L, Roalfe A, Wilson S, Lester H: Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* ; **24** : 34-40, 2007
- 42) Beecroft N, Becker B, Griffiths G, Leese M, Slade M, Thornicroft G: Physical health care for people with severe mental illness: the role of the general practitioner (GP). *J of Mental Health* ; **10** : 53-61, 2001

- 43) De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Moller HJ: Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* ; **24** : 412-424, 2009
- 44) Maj M: Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry* ; **8** : 1-2, 2009
- 45) Oud MJT, Schling J, Groenier K, Verhaak P, Sloof C, Dekker J, Meyboom-de Jong B: Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract*, **11**:92, 2010
- 46) Falloon IRH : Early intervention for first episodes of schizophrenia : A preliminary exploration. *Psychiatry* ; **55** : 4-14, 1992
- 47) Krstev H, Carbone S, Harrigan SM, Curry C, Elkins K, McGorry PD : Early intervention in first-episode psychosis : the impact of a community development campaign. *Soc.Psychiatry Psychiatr epidemiol* ; **39** : 711-719, 2004
- 48) 佐藤光源, 丹羽真一, 井上新平編 : *統合失調症治療ガイドライン*. 医学書院, 東京 : 2008
- 49) 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 : 307-308, 2013
- 50) 厚生労働省 : 第 15 回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 : 危機介入について . 2009. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/s0326-8.html> (2013年7月アクセス)

- 51) 田中美幸, 稲山耕平, 藤田大輔: 未治療者および治療中断者を対象とした支援導入時の危機介入調査. 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); 特定非営利活動法人京都メンタルケア・アクション, 京都: 19-35, 2010
- 52) 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未治療・治療中断者に対するアウトリーチ支援. *日社精医誌*; **21**: 361-366, 2012
- 53) 野口正行, 前田紀江, 西村浩二: 未治療・治療中断者へのネットワーク型アウトリーチ支援. *実践! アウトリーチ入門*; 日本評論社, 東京: 95-100, 2011
- 54) 穂坂路男, 松島大輔, 三輪祐介: 精神科医不在地域での心療内科診療所の役割. 第 107 回日本心身医学会関東地方会抄録. *心身医*; **47**: 1045, 2007
- 55) 竹村洋典: プライマリ・ケア医による労働者のメンタルヘルス不調対処の問題点とその支援策. *保健の科学*; **54**: 243-251, 2012
- 56) 厚生労働省: 在宅医療連携拠点事業. 2012.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iryoku/zaitaku/dl/h24\\_0711\\_02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/zaitaku/dl/h24_0711_02.pdf) (2013 年 7 月アクセス)
- 57) 松戸市ホームページ.  
<http://www.city.matsudo.chiba.jp/library/contents/7d851310100205d/1syou.pdf> (2013 年 7 月アクセス)
- 58) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Text revision*. American Psychiatric Association, 2000 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳: *DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き新訂版*; 医学書院, 東京: 2002)



- 59) 厚生労働省：平成 24 年度診療報酬改定の概要。2012。  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/gaiyou.pdf>  
(2013 年 7 月アクセス)
- 60) Mahoney FI, Barthel DW: Functional evaluation; the Barthel index. *Md Med State J*; **14**: 61-65, 1965
- 61) 宮森正, 岡島重孝：在宅介護スコアの開発。 *日本プライマリ・ケア学会誌* ;  
**15 (4)** : 58-64, 1992
- 62) 宮森正, 佐藤恭子, 狩野真由美, 安藤孝, 石黒浩史, 蔦沢朋未, 仁藤紀子,  
大井富美子, 池永亜由美, 有野かおる, 森充子：在宅介護スコアによる家族  
介護力評価と在宅ケア支援。 *がんと化学療法* ; **36 (Suppl 1)** : 33-35, 2009
- 63) Bleuler, M. : Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. *Fortschr Neurol Psychiat* ; **15** : 259-297, 1943
- 64) 安田学, 加藤敏：高齢初発統合失調症の臨床精神病理学的研究—大学病院  
精神科病棟入院患者を中心にして—。 *精神経誌* ; **111** : 250 - 271, 2009
- 65) Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J : A systematic review of the  
prevalence of schizophrenia. *PLoS Med* ; **2** : 413-433, 2005
- 66) Nakane Y, Ohta Y, Radford HBM: Epidemiological Study of  
Schizophrenia in Japan. *Schizophr Bull* ; **18** : 75-84. 1992
- 67) Ito J, Oshima I, Nishio M, Sono T, Suzuki Y, Horiuchi K, Niekawa N,  
Ogawa M, Setoya Y, Hisanaga F, Kouda M, Tsukada K : The effect of  
Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand* ; **123** :  
398-401, 2011
- 68) Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV : Late-onset schizophrenia  
and very-late-onset schizophrenia-like psychosis : an international

- consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*; **157**: 172-178, 2000
- 69) 片山成仁：精神疾患・うつ・せん妄の在宅医療。林泰史・黒岩卓夫・野中博編：在宅医療－午後から地域へ－；日本医師会，東京：186-189, 2010
- 70) 萱間真美：訪問看護－その誕生と可能性への展望－。 *臨床精神医学*； **40**：697-701, 2011
- 71) 石山満夫，石浜実花：合併症のある精神障害者の在宅生活を支える。 *OTジャーナル*； **45**：1420-28, 2011
- 72) Wolf J: Roles for paraprofessionals in psychiatric home care. Menikoff A: *Psychiatric home care : clinical and economic dimensions* ; Academic Press, San Diego : 135-144, 1999
- 73) Freed PE : The mental health patient. Rice R : *Home care nursing practice: concept and application; Fourth edition* ; Elsevier health sciences, Philadelphia : 425-442, 2006
- 74) Macleod SH, Elliot L, Brown R,: What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* ; **48** :100-120, 2011
- 75) 大島巖編著：ACT・ケアマネジメント・ホームヘルプサービス 精神障害者地域生活支援の新デザイン；精神看護出版，東京：2004
- 76) 加藤敏：分裂病における心気一体感症状の臨床精神病理学的研究。 *精神経誌*； **96**：174-219, 1994
- 77) 小林聡幸：初回入院分裂病患者の精神症状と予後－大学病院での平均13年追跡研究－。 *精神経誌*； **103**：383-410, 2001

- 78) 厚生労働省：終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査結果について」.2010.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000vj79-att/2r9852000000vkcw.pdf> (2013年7月アクセス)
- 79) World Health Organization / World Organization of Family Doctors:  
Integrating mental health into primary care; a global perspective.2008
- 80) 吉本博昭：総合病院精神科は病床削減により，生き残れるかー富山市民病院による各種の取り組みと苦悩ー. *精神経誌*；**110**：1072-76, 2008
- 81) 渡邊博幸：アウトリーチーアウトリーチの概念と多職種チームで行うアウトリーチの実践ー. *臨床精神医学*；**40**：667-674, 2011
- 82) 厚生労働省：専門医の在り方に関する検討会報告書. 2013  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf> (2013年10月アクセス)
- 83) 川越正平，中里和弘，片山史絵，天野博，山口朱見，丹野直子，山崎浩二，友松郁子：あおぞら診療所 平成23年度在宅医療連携拠点事業報告. *日在医会誌*；**15**：137-146, 2013
- 84) 加藤敏：統合失調症者における状況への関わりー裂開相と内閉相ー. *統合失調症の語りと傾聴 EBMからNBMへ*；金剛出版，東京：107-135, 2005
- 85) 加藤敏：統合失調症慢性期，寛解期の病態を踏まえた外来治療. *精神科治療学*；**20**：455-462, 2005
- 86) 加藤敏：分裂病における身体性の障害ー精神病理学の見地からー. 融道男，大森健一編：21世紀に向けて精神分裂病を考える；ライフ・サイエンス，東京：62-69, 1994
- 87) 加藤敏：良好な社会適応をする統合失調症患者の社会的役割と絆. *精神科*

治療学；18：1181-88, 2003