

氏名	きただ しろう 北田 志郎
学位の種類	博士 (医学)
学位記番号	乙第 680 号
学位授与年月日	平成 25 年 12 月 16 日
学位授与の要件	自治医科大学学位規定第 4 条第 3 項該当
学位論文名	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－
論文審査委員	(委員長) 教授 丹波 嘉一郎 (委員) 教授 梶井 英治 准教授 菅原 斉

論文内容の要旨

1 研究目的

統合失調症をはじめとする精神障害を、治療のみならずリハビリテーションと福祉（生活支援）の対象とする視点から、統合失調症のケアは生活の場たる在宅で医療福祉一体型サービスとして提供されることが望ましい。しかし本邦ではこのような臨床活動はまだ一部の機関で行われるに留まっている。そしてこの領域の更なる課題として、身体合併症への対応および精神科未治療・精神科治療中断者へのアウトリーチ支援の困難さが挙げられる。

イギリスのような GP : general practitioner が制度的に位置づけられている国では、身体合併症対応は GP の役割であり、かつ精神科未治療の精神病性疾患患者はしばしば GP によって見出されているとされる。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。ただし、同一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は見出すことができない。

筆者が研究を行った首都圏にある在宅医療専門内科診療所（以下、A 診療所）は、GP を中心に精神科専門医が複数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している。このようなサービスモデルを「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」と呼ぶことにする。高齢化が進む本邦では、近年国家的に在宅医療が推進されているが、この「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」はまだほとんど存在していないと思われる。このモデルの、上記の諸問題に対する選択肢としての可能性を明らかにすることが本研究の目的である。

2 研究方法

研究デザインは後ろ向き観察研究である。筆者が常勤医師として診療にあたっていた A 診療所の往診患者（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、身体合併症を持つ統合失調症患者を抽出し対象とした。

カルテ記載から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。

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 か月後、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。精神機能尺度は GAF : The Global Assessment of Functioning (DSM-IV-TR)、身体機能は BI : Barthel Index、家族機能は在宅介護スコア (HCS : home care score) を用い、統計ソフトは SPSS を用いた。

本研究に際しては本人の意思を代行する家族に、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、全例の同意を得た。

3 研究成果

身体合併症を持つ統合失調症患者は 10 例（男性 4 例、女性 6 例）認められた。最年少 29 歳、最年長 90 歳、中央値 68.5 歳で、在宅医療患者における有病率は 0.65%（男性 0.61%、女性 0.68%）であった。このうち 50%が「未治療・中断群」であった。また、40%が身体科退院を機に往診導入に至っていた。

往診導入時の DSM - IV - TR による多軸評定では、I 軸の統合失調症の下位分類としては残遺型 70%、妄想型 10%、緊張型 10%、鑑別不能型 10%であり、その後の診断変更はなかった。III 軸の一般身体疾患については、糖尿病（40%）、廃用症候群（40%）が最も多かった。IV 軸の心理社会的および環境的問題については、対象と介護者の関係性に起因するものが多く、家族の精神疾患（40%）、主介護者の高齢化及び死亡（30%）が主なものであった。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、80%が重症例とされる 40 以下であった。

往診導入時の 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 以下のものは 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 点以下が 70%であった。

往診導入時から 1 年以上往診を継続したものを、「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。

GAF, BI, HCS の 3 尺度を往診導入時、往診導入 3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後で評価したところ、「未治療・中断群」「継続群」の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。

4 考察

本研究における統合失調症の有病率調査は「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」というものとして、本邦では報告がなかったものと思われる。有病率 0.65%は国内外の一般人口集団を対象とした有病率調査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く、プライマリケア・在宅医療においても参考になるものと考えられる。

往診の介入効果としては精神機能、身体機能、家族機能の 3 尺度全てにおいて一貫して維持または改善の傾向が認められた。より精神的課題が多い「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ことは、未治療・中断者に対する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ことを示す。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。

統合失調症患者においては精神症状と身体症状は不可分に結びついている。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。特に生活習慣病のコントロールの成否が精神症状にも影響する場合、患者の生活の場に出向く在宅医療の意義が増す。

対象の 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。この知見は精神科への通院もできず、標準的な精神科アウトリーチにも乗りにくい、精神科合併症医療における「隠れたニーズ」を示す。

「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」は、ヘルスケア・システムにおける従来のモデルのハイブリッド型、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と言える。

本研究の限界はまず症例の少なさであり、コントロール群の設定や評価尺度の選定にも課題を残した。それらの克服と共に、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。

5 結論

「GP - 精神科医 - 多職種訪問チームモデル」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。

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。

論文審査の結果の要旨

本論文は、在宅医療における統合失調症患者を心身統合的アプローチで GP,精神科医,多職種の医療スタッフがチーム医療を行うという、ユニークな後ろ向き研究である。症例数は、10 例と必

ずしも多くはないが、アウトリーチ支援を精神疾患の未治療あるいは治療中断者に行うこと自体が難しく、このチーム医療によって、初めてなした研究といえる。未治療・中断群においては、治療継続群に比し、The Global Assessment of Functioning や Home Care Score が有意に改善しており、介入の成果があったことを裏付けている。このモデルが、精神疾患の在宅患者への医療のスタイルとして、経済性や効率まで考えての最良の形であるかはさておき、アウトリーチ支援の成果が上げられることを示した貴重な研究であると考えられた。プライバシー保護などの観点から、若干の修正点はあったが、適切に改訂された。以上、内容の新規性、発展性から、審査員全員により博士学位論文に値するもの判定した。

試問の結果の要旨

申請者は、研究目的、方法、研究成果につき、分かりやすく説明した。質問は、主に用語の可否、図示の方法など、本質的でないものに留まり、いずれにおいても、適切な回答が行われた。以上のことから、審査員全員一致で本学の医学博士の学位を授与するにふさわしいと認めた。