

平成19年度

障害者保健福祉推進事業

(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

「指4-③ 地域で生活している精神障害者の身体合併症予防
および早期診断に関する包括的地域支援事業」

報 告 書

医療法人勇愛会 大島病院

目 次

○ はじめに	1
○ 事業実施計画書	3
○ 総括事業報告書	7
I. 地域での重症精神障害者が利用可能な内科系医療機関に関する「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」の作成事業	14
II. 内科医を対象とした精神障害者に関する啓発事業	31
III. 重症精神障害者への身体合併症の予防支援事業	34
IV. 早期診断および治療支援事業	
IV-1. 通院支援者の派遣事業および通院支援者に対する精神障害理解のための講習会	40
IV-2. 通院支援者の派遣利用者の睡眠時無呼吸症候群の調査	78
V. 大学病院における身体合併症	
V-1. 精神科急性期病棟における身体合併症の治療状況調査	81
V-2. 精神科医が関わった一般病棟入院患者の実態調査	94
V-3. 精神障害者の合併症治療の入院病棟選択についての意識調査 ～身体科医と精神科医の比較～	99

はじめに

平成19年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）は、障害者の自立支援の充実のための先駆的、革新的なモデル事業等に対して所要の助成を行い、もって、障害者に対する保健福祉サービスの一層の充実と障害福祉計画の推進に資することを目的としたもので、平成19年度の指定テーマの4. 地域精神科医療等との連携を通じた地域生活支援モデル事業の内の③病診連携、病病連携、診療科連携等を通じた地域精神科医療モデル事業として「地域生活期にある精神障害者の身体合併症予防および早期診断に関する包括的地域支援事業」として委託されました。

本事業では

- I. 患者さんの身体合併症治療の現状と課題を明らかにし、患者さんが安心して受診できる内科系医療機関のリストである地域診療ガイドマップを作成する地域内診療マップ作成事業
- II. 内科系医師に精神障害を正しく理解してもらう啓発活動事業
- III. 患者さんに生活習慣病を理解してもらう予防支援事業
- IV. 現時点では精神障害者を対象とした通院支援制度はないため、精神障害者への通院支援サービス導入を試みる早期診断支援事業
- V. 大学病院における身体合併症の治療状況調査事業

の5つの事業を計画しました（資料1）。

本事業を行うに際し、協力機関としてご参加いただいた久留米大学医学部精神神経科学教室の内村教授、通院支援事業を担当していただいた「社会福祉法人 拓く（ひらく）」の馬場さん、「ピアくるめ」の丸林さんには多大なご協力をいただきました。また、本事業のオブザーバーとしてご参加いただきました国立精神・神経センター精神保健研究所社会保健部 伊藤弘人先生には、本事業を行う上で様々なご指導をいただきました。この場をお借りして心より御礼申し上げます。

本事業の成果が、精神障害をお持ちの患者さんの生活習慣病などの身体合併症予防や、早期発見・早期治療に役立ち、地域に暮らす精神障害者の福祉に貢献できることを心より祈念いたしております。

平成20年3月

平成19年度障害者保健福祉推進事業

（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

「指4-③ 地域生活期にある精神障害者の身体合併症予防
および早期診断に関する包括的地域支援事業」

事業主体：医療法人勇愛会大島病院

理事長 大島正親

事業実施計画書

1. 事業名 「地域生活期にある重症精神障害者の身体合併症予防および早期診断に関する包括的地域支援事業」

2. 事業目的

障害者自立支援法では身体・知的・精神の三障害のサービスが一元化され、障害者サービスの事業者は障害の種別に関わりなくサービスを提供することとされているが、身体・知的障害では提供されているにもかかわらず精神障害では未だ提供されていないサービスもある。加えて、精神障害に対する偏見も根強く存在するため、精神障害者に対する地域でのケアは現状では不十分である。そこで、地域生活を行っている重症精神障害者の身体合併症に対する地域ケアの実態を調査し、精神障害者に対する包括的地域ケアシステム構築について検討した

3. 事業実施概要

障害者自立支援法においては、身体・知的・精神の三障害のサービスが一元化され、障害者サービスの事業者は障害の種別に関わりなくサービスを提供することとされているが、身体・知的障害では提供されているにもかかわらず精神障害では未だ提供されていないサービスもある。加えて、精神障害に対する偏見も根強く存在することより、精神障害者に対する地域でのケアは現状では不十分である。そこで、本事業では地域生活を行っている重症精神障害者の身体合併症に対する地域ケアの実態を調査し、精神障害者に対する包括的地域ケアシステム構築について検討した。

本事業は、

- I. 地域生活を行っている重症精神障害者が利用可能な内科診療所および主に内科を専門とする病院に関する「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」作成
- II. 内科医を対象とした、精神障害者に対する誤解や不安の軽減を目的とした啓発活動事業
- III. 地域生活を行っている重症精神障害者を対象とした身体合併症の予防支援事業
- IV. 地域生活を行っている重症精神障害者を対象とした早期診断および治療支援事業
- V. 大学病院における身体合併症の治療状況調査事業

の5つの事業から構成される。

4. 実施期間 平成19年7月1日～平成20年3月31日まで

5. 実施メンバー

事業主体 大島正親 (医療法人勇愛会 大島病院)
協力機関 内村直尚 (久留米大学医学部精神神経科)
オブザーバー兼分担研究員
伊藤弘人 (国立精神・神経センター
精神保健研究所 社会精神保健部)
分担研究員 大島博治 (医療法人勇愛会 大島病院)
々 平野 隆 (医療法人勇愛会 大島病院)
々 松永高政 (医療法人勇愛会 大島病院)
々 石田重信 (久留米大学医学部精神神経科)
々 橋爪祐二 (久留米大学医学部精神神経科)
々 小路純夫 (久留米大学医学部精神神経科)
々 内野俊郎 (久留米大学医学部精神神経科)
々 富田 克 (久留米大学医学部精神神経科)
々 松山誠一郎 (久留米大学医学部精神神経科)
々 小城公宏 (久留米大学医学部精神神経科)
々 佐藤信広 (久留米大学医学部精神神経科)
々 赤司英博 (久留米大学医学部精神神経科)
々 坂本明子 (久留米大学医学部精神神経科)
馬場篤子 (社会福祉法人 拓く)
浦川直人 (社会福祉法人 拓く)
丸林敏幸 (ピアくるめ)
新開貴夫 (ピアくるめ)
研究補助員 大塚裕子
々 岩田美和

6. 事業の効果及び活用方法

地域生活期にある重症精神障害者の身体合併症を予防、早期発見することにより、身体合併症による入院やその長期化を防ぐとともに、患者 QOL の向上が期待される。さらに、診療科を超えた病診連携、病病連携や行政機関との連携および高齢者や身体・知的障害を対象とした既存の福祉サービスとの連携も図れることより、精神障害者が利用可能な社会資源の拡がりをもたらす可能性が考えられる。さらに、地域における精神障害者に対するスティグマの払拭の一助となる可能性も期待される。

7. 事務局 久留米大学医学部精神神経科学教室内

〒830-0011 福岡県久留米市旭町 67

事務局係 大塚裕子、岩田美和

総括事業報告書

地域生活期にある重症精神障害者の身体合併症予防および早期診断に関する包括的地域支援事業

事業目的

障害者自立支援法では身体・知的・精神の三障害のサービスが一元化され、障害者サービスの事業者は障害の種別に関わりなくサービスを提供することとされているが、身体・知的障害では提供されているにもかかわらず精神障害では未だ提供されていないサービスもある。加えて、精神障害に対する偏見も根強く存在するため、精神障害者に対する地域でのケアは現状では不十分である。そこで、地域生活を行っている重症精神障害者の身体合併症に対する地域ケアの実態を調査し、精神障害者に対する包括的地域ケアシステム構築について検討する。

事業 I

地域生活を行っている重症精神障害者が利用可能な内科診療所および内科を専門とする病院に関する「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」作成事業

【概要】

久留米大学医学部精神神経科の同門病院精神科医を対象に内科系医療機関に対するイメージ調査を行うとともに、鳥栖・三養基医師会所属の内科を標榜する医師を対象に、精神障害者に対するイメージ調査を郵送法による無記名アンケート形式で実施した。また、鳥栖・三養基医師会所属の内科を標榜する医師には精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）掲載についても依頼した。

【結果】

i) 精神科医療機関医師の、内科系医療機関に対するイメージ調査

久留米大学医学部精神神経科の同門病院精神科医を対象に、身体的治療が必要な精神障害者への対応の実情を無記名アンケート形式で調査し、99名（回収率：71%）から回答を得た。その結果、内科的治療については自身で内科的な治療を行うが最も多いものの、患者さん自身のかかりつけ内科医や近医内科へ紹介するとの回答が多く、その後の治療は紹介先に任せたり定期的に内科に受診してもらおうと回答したものが多かった。内科医への紹介時の困難性については、患者さんが受診したがない、あるいは対応してくれる内科医についての情報が乏しいという回答が多く、内科医へ紹介する際の要望として多かったのは、精神障害者への受け入れに関する情報、精神障害者への内科的治療に積極的な医療機関の一覧、専門領域に関する情報であった。その他の意見として、精神障害者の受け入れ不良、連携・情報提供が必要、内科医の精神疾患への理解を深める啓発が必要といった意見が多くみられ、今後の大きな課題が明らかとなった。

ii) 一般診療科医の精神障害者に対するイメージ調査

鳥栖・三養基医師会所属の内科を標榜する医師 56 名を対象に、郵送による無記名アンケート調査を行い 39 名（回収率：70%）から回答を得た。その結果、精神障害者の受診は紹介状を持たず、しかも精神科の通院先も不明の患者が最も多く、治療上の困難性として患者の理解力が不明でインフォームド・コンセントが困難、治療コンプライアンスが不良、精神疾患への対応も求められる、コミュニケーションがとれない等の問題点が指摘された。今後治療を行う上で望ましい情報や制度としては、精神科医との協力体制づくり、ガイドヘルパー等による受診の同伴などのサービスの希望が多かった。その他の意見としては、精神疾患、薬物療法などの情報が欲しい、受診に同伴者が必要、精神的に安定している患者さんを受診させてほしいといった意見が多く見られ、上記精神科医への調査の中で多く見られた意見と同じく、内科医の精神疾患への理解を深める必要があることが浮き彫りとなった。

iii) 精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）の作成

上記 i)～ii)の結果を取りまとめ、さらに事業Ⅱの啓発事業を行ったうえで、同意の得られた 46 医療機関の情報を「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」に掲載したガイドマップを作成した。

事業Ⅱ.

内科医を対象とした、精神障害者に対する誤解や不安の解消を目的とした啓蒙活動事業

【概要】

内科系医療機関の医師には精神障害者に対する偏見や誤った認識を持っていることが多く、また精神障害者に対する苦手意識も認められる。しかし、生活習慣病等の身体合併症を有する精神障害者の地域包括医療の提供体制の整備には一般内科医の理解・協力が不可欠であり、内科系医師に精神障害を正しく理解してもらう必要がある。そのため地域の内科医を対象に、精神障害を正しく理解するための講演会を開催した。

【結果】

身体科病院・クリニックと精神科病院・クリニックとの情報の共有の必要性について身体科医師からの理解が得られた。また、身体科医師からの提案として、紹介状を持たずに来院する精神科通院中の患者や、現在服用中の向精神薬について十分な知識を有していない患者さんへの対応が求められた。その際は、精神科主治医より、電話・FAX等にて速やかな情報の提供がなされる事が必要である。また、精神科医の身体科への情報開示の普及が必要である。今後、身体科医、精神科医に対して、精神障害者の身体疾患治療への連携の認識向上のため普及活動を行っていく予定である。

事業Ⅲ.

地域生活を行っている重症精神障害者を対象とした身体合併症の予防支援事業

【概要】

平成20年2月に、地域で活動中の内科系医療機関から二名の医師を招き、佐賀県三養基郡みやき町、佐賀県鳥栖市、および福岡県久留米市周辺の精神科医療機関に通院中の精神障害者とその家族に対し、生活習慣病に関する講演会を開催した。

【結果】

平成20年2月28日に、地域で活動中の内科系医療機関から二名の医師を招いて、佐賀県三養基郡みやき町、佐賀県鳥栖市、および福岡県久留米市周辺の精神科医療機関に通院中の精神障害者とその家族を対象とした生活習慣病に関する講演会を開催した。講演会後は、生活習慣病対策の必要性や運動や食事の大切さを理解できたなどの参加者の反応がみられた。また終了後のアンケート（回答数27名、回収率90%）では、講演会に対しての満足度が100%、役立ち度が100%との回答が得られ、参加者の意識改革に繋がったと思われる。

本事業のように、地域の内科系医療機関の医師が、地域の精神障害者と講演会を通して交流を持つ事は、内科医の精神障害に対する誤解や不安を軽減させる良い機会となり、一方精神障害者にとっては内科を受診することへの抵抗を減らし、受診しやすいイメージを持つ場になったのではないかと考える。

今回の講演会では、参加者の反応やアンケートの結果からも分かるように、精神障害者および家族に生活習慣病に対する意識の向上をもたらしたものと考えられ、今後このような生活習慣病といった身体合併症の予防支援に関する講演会が必要であると考えられた。しかし、一方今回の様な講演会を知らない精神障害者、あるいは参加したくても参加できない精神障害者などに対し、情報を提供していくことや参加できるようなサポート体制を整えていくことの必要性も感じられた。

事業Ⅳ.

地域生活を行っている重症精神障害者を対象とした早期診断および治療支援事業

【概要】

生活習慣病の疑いのある精神障害者に対し、通院支援サービスを提供し内科系医療機関の受診を促進、生活習慣病の早期発見および治療を支援する。また、生活習慣病等の身体合併症のため通院支援者を利用し医療機関を受診する精神障害者で、睡眠時無呼吸症候群の簡易検査を希望した患者に携帯用睡眠時無呼吸検査装置を貸し出し、自宅にて二夜連続検査を行った。

【結果】

i) 通院支援者の派遣事業

1 実施結果

- ① 社会福祉法人拓くに委託し、福祉従事者など計28名の支援者に、養成講座を実施した。
- ② 仲介・相談機能を設け、面接実施後、通院支援を提供するシステムを構築した。
- ③ H20年2月から3月の間、精神障害者5名に、支援者6名が総計12回実施した。利用者1名に2～3回、1回2～3時間の通院支援を提供した。

2 事業評価

利用者5名に対し、個別面接による事業評価をまとめると以下の通りである。

- ① 安心してスムーズに受診ができ、全員がおおむね満足 of いく支援であった。
- ② 診察待ち時間の食事、会話など付加価値のよさをあげる者も半数以上いた。
- ③ 実施後、疾患への不安軽減、活動の拡大、健康への関心といった変化があった。

3 今後の課題

- ① 福祉関係の支援者の不安軽減のために、仲介・相談機能の充実、利用者に関する情報提供、支援内容と契約についてより細やかな規定が必要である。
- ② 通院支援サービスの導入は、自立支援法に基づく既存のサービスでは、時間的、金銭的な問題が多く、今後検討が必要である。

ii) 通院支援利用者の睡眠時無呼吸症候群の調査

生活習慣病等の身体合併症のため通院支援者の派遣事業を利用し医療機関を受診する精神障害者のうち、睡眠時無呼吸症候群の簡易検査を希望した4名を対象に、携帯用睡眠時無呼吸検査装置を貸し出し、自宅にて2夜連続検査を行った。検査結果を臨床検査技師が解析し、日本睡眠学会認定医が検査結果を各精神科主治医に書面にて情報提供した。検査を行った4例中1例についてはAHI（無呼吸低呼吸指数）が5.0、8.0回/時間と軽症のSASが疑われた。本例では肥満を呈していたため、まず減量の指導を精神科主治医にお願いし、自覚症状が強く精査を希望される場合は久留米大学病院睡眠医療外来の受診をすすめた。簡易検査は煩雑でなく簡便に施行できるため、密接な関係にある生活習慣病やSASの早期発見、治療に結びつく可能性があり今後も積極的に継続していくべきであると考えられた。

事業 V.

大学病院における身体合併症の治療状況調査事業

【概要】

i) 久留米大学病院精神神経科病棟の入院患者における身体合併症調査

平成18年11月1日～平成19年10月31日の1年間、久留米大学病院精神神経科病棟に入院した患者216名を対象に、カルテを後方視的に調査し、精神科病棟入院患者における身体合併症の治療状況を検討した。各精神・身体の診断名についてはICD-10(WHO)をもとに分類した。調査項目として、患者プロフィール（年齢、性別、身長、体重、BMI）、診断名、入院期間、入院目的（合併症治療、手術目的）、合併症（生活習慣病他、身体疾

患の診断名、治療状況)、治療経過・転帰などである。

ii) リエゾンで精神科医が関わった一般病棟入院患者の実態調査

平成18年1月1日～平成19年12月31日までの2年間、久留米大学病院（一般病床1122床、精神科60床）の一般病床に入院した患者のうち、精神科医がリエゾンで関わった患者を調査し、総合病院での医療現場における精神疾患合併患者の実態及び、精神科専門医による支援のニーズについて調べた。

iii) 合併症治療の入院病棟選択についての調査

平成20年2月に、久留米大学精神科医学部臨床系講座に在籍する身体科講師、准教授および精神科医に対して郵送法による無記名アンケートを実施した。主な調査項目は、精神障害者の身体合併症治療のための一般病棟への入院に際して①一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するかで重視する項目②精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁③精神障害者が一般病棟に入院する場合の困難さ④精神科リエゾン・コンサルテーションについての4点である。

【結果】

i) 久留米大学病院精神神経科病棟の入院患者における身体合併症調査

全入院患者216名中、F2圏66名、F3圏81名で約2/3を占めた。平均年齢43才、入院期間91日であった。BMI25以上の肥満が57名、そのうちF2圏26名と多かった。生活習慣病の合併も、高血圧32名、高脂血症39名、糖尿病（境界を含む）26名であった。何らかの合併症治療を行ったものが124名、内合併症治療目的入院が37名、17名が手術を行った。入院患者において、手術など侵襲が高い場合、一旦転科し身体状況に応じて当科へ再入院する割合が圧倒的に多かった。

ii) リエゾンで精神科医が関わった一般病棟入院患者の実態調査

調査対象期間にコンサルテーション（院内紹介）を受けた患者は805名、リエゾン回診で相談を受けた患者は344名であった。一般病棟総入院数は28319名で、精神科医が関わった患者は4.1%であった。患者の疾患のICD-10による分類ではF0(36%)、F4(18%)、F5(12%)が上位を占めた。各科の入院数に対する相談件数の比では緩和ケア病棟が最も高く15.5%(13/84)、次いで救命センターが11.3%(246/2181)であった。生命の危機にある患者を対象とした医療現場での精神科医へのニーズが高いという結果が得られた。

iii) 合併症治療の入院病棟選択についての調査

有効回答は身体科63名（回答率52.5%）、精神科医26名（62.8%）で、平均経験年数は身体科医が20.0年、精神科医12.8年であった。身体科医が入院病棟を選択するに当たってもっとも重視しているのは精神科診断名であり、実に80%の医師が精神科診断によって判断するとした。一方、精神科医は精神科診断を重視するとしたものは40%であり、差異が際だっていた。その他、身体科・精神科双方共に互いの理解不足があることは実感されていた。また、一般科の看護スタッフの理解と協力も身体科入院時の障壁として大きいと身体科・精神科双方共に感じていることが明らかとなった。

事業の効果及び活用方法

事業Ⅰ. 地域内診療マップの作成事業

地域の精神科クリニックや精神病院に配布し、それを利用することで、地域の精神科クリニックや病院の医師が、比較的気軽に、しかも安心して（信頼して）紹介できるという「地域のモデル」となる。この診療マップを地域の医療機関、市町村の窓口、保健所等の関連機関ならびに作業所や授産施設などに配布し、日常の診療および支援で活用する。

事業Ⅱ. 啓発活動事業

一般開業医の精神障害者に対する偏見の払拭の一助となる。その結果、地域の精神障害者の診療を快く引き受ける医療機関が増加するという効果が期待でき、地域の精神障害者が内科医療機関を安心して受診し、治療を継続することが可能となる。

事業Ⅲ. 予防支援事業

精神障害者に対し、生活改善、健康行動に関する知識を深め、健康維持のための食事や運動に関する行動実行への意欲を高める効果が期待できる。

事業Ⅳ. 早期診断および治療支援事業

精神障害者の障害特性から、他病院への受診など初めての場所への移動や受診手続き、状況説明や理解など、緊張を強いられる場面を苦手とし、スムーズに行動に移せない可能性も低くはない。しかしガイドヘルパーといった同伴者による通院支援を受けることによって、より安心して受診行動を実行することが可能になり、身体疾患の早期診断および治療が可能となる。その結果、地域で生活している重症精神障害者の身体合併症の重症化による入院やその長期化を防ぐとともに、患者 QOL の向上が期待される。本事業は、新しく精神障害者を対象とした通院支援制度を実施することにより、精神障害者の受診、移動行動同伴、および運動施設への同伴などで活用する。さらに、先述したようにピア・サポーター（ピア・ヘルパー）の育成も視野に入れ、今後の展開につなげていく。

事業Ⅴ. 大学病院における身体合併症の治療状況調査事業

大学病院精神科に身体合併症治療目的での入院、特に手術など侵襲が高い場合、一旦転科し身体状況に応じて当科へ再入院する割合が圧倒的に多いことが明らかとなった。一方大学病院の一般病棟総入院数28319名中、コンサルテーション（院内紹介）を受けた患者は805名、リエゾン回診で相談を受けた患者は344名で、精神科医が関わった患者は4.1%であった。各科の入院数に対する相談件数の比では緩和ケア病棟が最も高く15.5%（13/84）、次いで救命センターが11.3%（246/2181）で、生命の危機にある患者を対象とした医療現場での精神科医へのニーズが高いという結果となった。合併症治療の入院病棟選択についての調査では、身体科医が入院病棟を選択するに当たってもっとも重視しているのは精神科診断名（80%）で、精神科医の40%との差異が際だっていた。

今回の結果を、精神障害者の身体合併症治療に当たる身体科医に広く伝えることで、今後の大学病院や総合病院での精神障害者の合併症治療が案活に行われる一助になるものと考えられた。

結 論

本事業の結果、地域生活期にある重症精神障害者の身体合併症を予防、早期発見することにより、身体合併症による入院やその長期化を防ぐとともに、患者QOLの向上が期待される。さらに、診療科を超えた病診連携、病病連携や行政機関との連携および高齢者や身体・知的障害を対象とした既存の福祉サービスとの連携も図れることより、精神障害者が利用可能な社会資源の拡がりをもたらす可能性が考えられる。さらに、地域における精神障害者に対するスティグマの払拭の一助となる可能性も期待される。

I. 地域での重症精神障害者が利用可能な内科系医療機関に関する「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」の作成事業

I. はじめに

高脂血症や高血圧、糖尿病等を含め身体合併症の治療目的で精神障害者を内科系医療機関に紹介しても、精神障害者ということで十分に診察してもらえず不愉快な思いをし、そのため精神障害者が「もうあの病院は二度と受診しない」と語ったり、紹介した精神科医も紹介先の確保に難渋するということが散見される。地域生活期にある重症精神障害者の身体合併症予防および早期治療という観点から考えると、精神科医療以外で最もニーズが高いのは内科系の診療所および病院と考えられ、生活習慣病等の身体合併症を有する精神障害者の地域包括医療の提供体制の整備には内科系医療機関の理解・協力が不可欠である。しかし、内科系医療機関には精神障害者に対する苦手意識があるため、精神障害者の診療を一般人と区別なく診療している医師は比較的少なく、精神科からの紹介は精神症状が重症であれば断っているという医師もいる。実際には、精神科外来に通院しながら地域で生活する精神障害者の多くはその精神症状は安定しており、内科医らの不安は杞憂であることも多いと思われる。

そこで、内科系医療機関の医師に対し精神障害への身体的疾患の治療に関してアンケート形式で調査を行うとともに、精神科医に対しても内科系医療機関に対するイメージをアンケート形式で調査し、地域生活期にある重症精神障害者の身体合併症治療についての現状と課題を明らかにする必要がある。さらに内科系医療機関の医師を対象に精神障害者への偏見に対する啓蒙活動（事項「事業 2、啓蒙活動事業」）を行い、精神障害を正しく理解し、精神障害者の治療を快く積極的に引き受けてもらえる内科系医療機関の医師を増やす必要がある。その上で、精神科医療機関の医師が信頼して紹介でき、また精神障害者も安心して受診できる内科系医療機関のリストである「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」を作成が必要であると考え、本事業を行った。

II. 事業目的

本事業は、市町村窓口など行政機関、保健所、地域生活支援センターや作業所、授産施設、医療機関等へ配布し、それを利用することで地域の精神科医療機関の医師が信頼して紹介でき、かつ精神障害者が安心して受診できる「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」を作成することを目的とした。そのために本事業は、

- 1) 内科医を対象とした精神障害者への診療に関する調査
- 2) 精神科医を対象とした身体合併症治療に関する内科医に対するイメージ調査
- 3) 「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」作成の3つの段階で順次実施した

Ⅲ. 事業方法と結果

事業 2-1 内科医を対象とした精神障害者への治療に関する調査

1. 対象及び調査方法

対象は鳥栖・三養基医師会（佐賀県三養基郡みやき町、佐賀県三養基郡基山町、佐賀県三養基郡上峰町および佐賀県鳥栖市）所属の内科を標榜する医師 56 名で、独自に作成した調査用紙（資料 1-1、1-2）を郵送しアンケート調査を実施した。

2. 調査内容

調査内容は生活習慣病等の診断や治療を目的とした精神障害者（統合失調症やうつ病、躁うつ病患者を想定）の身体合併症治療に関して、①精神障害者の受診経路、②精神障害者が受診する場合に困難と感ずること、③精神障害者の内科的な治療に関して現在実践していること、④精神障害者が受診する場合どのような情報や制度があれば積極的に関わりやすいか、⑤その他、意見・要望、⑥内科系医療機関一覧（ガイドマップ）の掲載について、の 6 項目である（資料 1-1、1-2）。

3. 結果

鳥栖・三養基医師会所属の内科を標榜する医師 56 名を対象とした郵送によるアンケート調査の結果、39 名（回収率：70%）から回答を得た。

(1) 精神障害者の受診経路（資料 1-3、結果 1）

精神障害者が内科を受診する場合、精神科の通院先や受診の詳細も不明なまま紹介状を持たずに受診するとの回答が 17 名（44%）と最も多く、次いで精神科クリニックや精神科病院に通院しているが紹介状を持たずに受診するが 9 名（23%）と続き、紹介状を持参して受診すると回答したものは精神科病院からの 6 名と総合病院精神科からの 1 名のあわせてもわずか 7 名（18%）であった。

その他のコメントでは紹介状持参の精神障害者は一人もいないとの意見もあった。

(2) 精神障害者が受診する場合に困難と感ずること（資料 1-3、結果 2）

本項目は複数回答であったが、最も多かったものは、患者の理解力が不明でインフォームド・コンセントが困難 27 名（69%）、次いで治療コンプライアンスが不良 17 名（44%）、精神疾患への対応も求められる 15 名（38%）、コミュニケーションがとれない 11 名（28%）の順に多く、他の外来患者への影響が懸念されるとの回答はわずか 4 例（10%）にすぎなかった。一方、特に困らないとの回答も 7 名（18%）あり、精神科主治医との協力が不十分であることを指摘したものが 5 名（13%）に見られた。

その他コメントでは、精神疾患の治療内容がわからず、あるいはわかっているにもかかわらず、内科的治療のための薬物との相互作用に関するものが多く見られた。また、精神疾患に伴う症状を内科的な訴えとして受診し困るとの意見も見られた。

このように、内科医の多くが精神障害者の診療に際し、その理解力やコミュニケーション能力により治療の困難性を感じているという結果となった。

(3) 精神障害者の治療に関して現在実践していること（資料 1-4、結果 3）

精神障害者の治療に関しては、紹介状や精神科主治医の協力があるなしを問わず積極的に関わっていると回答したものが 10 名(26%)、紹介状や精神科主治医の協力があれば積極的に関わっていると回答は 5 名(13%)で、あわせて約 40%の内科医が精神障害者の治療に関わっているという結果であった。一方で、今のところ積極的に関わることは考えていないが 9 名(23%)であったが、逆に今後「精神科医との協力が十分に行えれば」という条件のもとでは積極的に関わりたいと考えている内科医が 11 名(28%)と本質問項目の回答で最も多く、今後の精神科医の重要な課題が示された。

その他のコメントでも、病状が安定している患者のみ診療行っているという意見もあったが、できることはやっている、適切に対応しているといった原則治療を行っているとの意見が多かった。

(4)精神障害者が受診する場合どのような情報や制度があれば積極的に関わりやすいか(資料 1-4、結果 4)

今後、精神障害者の診療を積極的に行うために望ましい情報や制度については、精神科医との協力体制づくりが最も多く 27 名(69%)、ついでガイドヘルパー等による受診の同伴などのサービスが 25 名(64%)で、いずれも約 2/3 の内科医が望ましいと回答したが、一方で精神科医による講演会等での情報と回答したものは 7 名(18%)にとどまった。

その他のコメントでも、病名や症状、処方内容といった情報や、患者さんの受診時に精神科主治医にすぐに電話で問い合わせできるシステムなど、患者情報が必要との意見が寄せられた。

まとめると、精神障害者の診療に関して内科医は患者情報を含めた精神科医との協力体制づくりを希望しており、逆に言えば協力体制が不十分もしくは機能していない現状が明らかとなった。また、本事業「4. 地域生活を行っている重症精神障害者を対象とした早期診断および治療支援事業」の中の通院支援者の派遣事業(生活習慣病の疑いのある精神障害者に対し、通院支援サービスを提供し内科系医療機関の受診を促進、生活習慣病の早期発見および治療を支援する)についてもニーズが高いということが示された。

(5)その他、精神障害者の身体合併症を治療するにあたって必要な点、精神科医療関係者や患者、患者家族への要望(資料 1-5)

様々な意見や要望が記載されており、その例を資料 1-5 に示したが、①精神疾患、薬物療法などの情報が欲しい、②同伴者が必要、③患者の状態、④過去の経験の 4 つに大きく分けられた。

①精神疾患、薬物療法などの情報が欲しい

上述の「(4)精神障害者が受診する場合どのような情報や制度があれば積極的に関わりやすいか」の回答で最も多かった病名や症状、処方内容といった患者情報に関するものが要望としても最も多かった。特に内科系疾患に対する薬物との相互作用を考慮せねばならないため精神科での処方内容に関する情報不足は内科医にとって大きな問題であると考えられる。少なくとも生活習慣病などで内科を紹介する場合には、多くの精神科医が紹介状

は患者に持たせていると考えられるが、突発的な感冒や下痢・腹痛出現の際には紹介状なしで受診がほとんどと考えられる。このような場合を想定し、精神科医の方から日常の診療の中で、突然の内科受診時には少なくとも薬物情報や薬物手帳を持参するように伝えておくことが必要であると思われる。

②同伴者が必要

資料 1-5 に示したように、受診に際し患者のことを良く知っている家族や知人の同伴での受診が一番良いという意見・要望もかなり多かった。特に日常生活習慣病に関しては予防・治療は食事療法や運動療法が基本で、一般の健常者でも困難な場合も多いため、その必要性・重要性を患者精神障害者のみの受診では十分に理解することが困難との意見もあった。上述の事業 2-1 内科医を対象とした精神障害者への治療に関する調査の (2) 精神障害者が受診する場合に困難と感ずること (資料 1-3、結果 2) でも最も多かった患者の理解力が不明でインフォームド・コンセントが困難、治療コンプライアンスが不良、コミュニケーションがとれないといった内科医の感ずる困難さから、身体合併症の治療には同伴者を希望する意見が多かったものと考えられる。

③患者の状態

精神的に安定した患者さんを受診させて欲しいという要望や、さらに全身状態の把握が困難で非常に不安なため、できれば診療したくないといった声も聞かれた。

④過去の経験

過去の精神障害者への診療での怖い経験が外傷体験として忘れられないという意見も散見された。

事業 2-2 精神科医を対象とした身体合併症治療に関する内科医に対するイメージ調査

1. 対象及び調査方法

久留米大学医学部精神神経科の同門病院精神科医 140 名を対象に、身体的治療が必要な精神障害者に対する内科系医療機関の対応に関して独自に作成した調査用紙 (資料 2-1) を郵送し、無記名でアンケート調査を行った。

2. 調査内容

調査内容は、外来通院中の慢性期の統合失調症や長期療養中のうつ病ないし躁うつ病患者の生活習慣病等の内科的疾患の治療を想定した対応について①内科的治療についての対応、②内科医へ紹介で困難と感ずること、③内科医へ紹介後のフォローアップ、④内科医へ紹介に際し望ましい情報や制度、⑤その他、意見・要望、の 5 項目である (資料 2-1)。

3. 結果

久留米大学医学部精神神経科の同門病院精神科医 140 名を対象とした郵送による無記名アンケートの結果、99 名 (回収率 : 71%) から回答が得られた。

(1) 内科的治療についての紹介 (資料 2-2、結果 1)

設問が、生活習慣病等の内科的疾患の治療を想定した対応ということで、自身で内科的

な治療を行うという回答が最も多く 29 名 (29%)、次いで患者さん自身のかかりつけ内科医へ紹介の 26 名 (26%)、近医内科を紹介の 22 名 (22%) と続き、総合病院の内科へ紹介はわずか 13 名 (13%) であった。

(2) 内科医への紹介で困難と感ずること (資料 2-2、結果 2)

特に紹介に際して困ることはないとの回答が 50 名 (51%) で最も多かった。次いで患者さんが受診したがない 31 名 (31%)、対応してくれる内科医についての情報が乏しい 24 名 (24%) と続き、内科医がきちんと対応してくれないという回答が 15 名 (15%) であった。

(3) 内科医へ紹介後のフォローアップ (資料 2-2、結果 3)

生活習慣病など内科的疾患の治療のため内科医へ紹介した結果、治療が必要な場合という設問である。最も多かったものは、多くの場合紹介先に任せる 54 名 (55%)、次いで自身で治療を行うが定期的に内科に受診してもらうの 29 名 (29%) であった。紹介先にすべて任せるはわずか 7 名 (7%) で、逆に自身で内科的な治療もすべて行うという回答も 9 名 (9%) と少なかった。このように、何らかの形で内科医に関わってもらうとの回答がほとんどであった。

(4) 内科医へ紹介に際し望ましい情報や制度 (資料 2-2、結果 4)

精神科医が、生活習慣病など内科的疾患について内科医へ紹介に際し情報や制度として多かったものは、精神障害者への受け入れに関する情報 51 名 (52%)、専門領域に関する情報 45 名 (45%)、精神障害者への内科的治療に積極的な医療機関の一覧 46 名 (46%) で、いずれも約半数の精神科医が望ましいと考えていた。精神障害者の内科受診を援助してくれるサービスは 36 名 (36%) が望ましいと回答した。

(5) その他、意見・要望 (資料 2-3)

その他意見や要望の例を資料 2-3 に示したが、①内科医の受け入れが不良、②内科医の受け入れは良好になりつつある、③連携・情報提供が必要、④内科医に対する啓発が必要の 4 つに大きく分けられた。

①内科医の受け入れが不良

「精神疾患の合併がある」との理由で治療してもらえない、内科医の受け入れは不良といった意見は多かった。しかし、それ以上に入院治療が必要な重症内科疾患あるいは外科的手術が必要な場合や、精神症状が不安定な患者さんの受け入れ先確保が困難との意見が多く、日常の身体合併症治療に関して多くの精神科医が経験する苦勞が語られていた。

②受け入れは良好になりつつある

逆に、以前に比べると他科の医師の受け入れも良くなっているといった意見や、総合病院・各診療所との連携はうまくいき特に支障を感じたことはないといった意見もあった。

③連携・情報提供が必要

精神障害者の身体合併症治療には、内科との柔軟な連携や情報の提供、内科医との交流勉強会などが必要といた意見もあった。

④啓発が必要

精神科以外の医師に精神疾患について正しく理解してもらうような啓発が必要という意見も多く聞かれた。

事業 2-3 「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」作成

1. 対象及び調査方法

鳥栖・三養基医師会所属の内科を標榜する医師 56 名を対象に、上記事業 2-1 のアンケート調査時に「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」掲載の諾否を調査し、また次項「事業 2 啓発事業」後に再度掲載の諾否を調査した。

2. 調査内容

調査内容は「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」に病院の情報掲載の諾否、掲載を承諾する場合は掲載の内容、紹介状の要否、入院の可否、その他の条件、その他掲載希望内容について調査した（資料 1-2）。

3. 結果

このガイドマップは地域の精神科クリニックや精神病院などの医療機関のみならず市町村窓口、保健所等の関連機関、ならびに作業所や授産施設などに配布し、これを利用することで地域の精神科医療機関の医師や関係者の日常の診療や支援に際し比較的気軽に、しかも信頼して紹介できる医療機関一覧であり、また精神障害を持つ当事者本人が直接手にした場合にも、安心して診療してもらえる医療機関の一覧として活用できるものである。資料 3、結果 1 に示すように、本ガイドマップ作成に際し、まず最初に行った「事業 2-1 内科医を対象とした精神障害者への治療に関する調査」で掲載を希望した医療機関は 56 医療機関中 32 医療機関であった。しかし、上記事業 2-1, 2 の結果を取りまとめた内容を含めて行った「事業Ⅱの内科医を対象とした、精神障害者に対する誤解や不安の解消を目的とした啓蒙活動事業」の後に 14 医療機関が加わり、最終的に 46 医療機関（82%）がガイドマップ掲載に同意した。精神障害者の診療に理解を示し小冊子への情報掲載に同意した 46 医療機関の情報をとりまとめて「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」（別添冊子）を作成した。

このガイドマップ作成に関しての希望や条件を結果 2 に示した。当然のことではあるが、病状安定しコミュニケーションがとれる、あるいは身体合併症に対し治療意欲のある患者さんを紹介してほしいという要望がみられた。

一方、内科系医療機関一覧の掲載に同意しなかった医師の意見として、他の患者さんに迷惑がかかる、経営に影響した場合責任の所在がない、トラブルが続発したらどうするか、スタッフが対応しきれないといった意見が挙げられた。

IV. 考察

従来より、大学病院を含めた総合病院の精神科に期待されている機能については多くの報告¹⁻⁷⁾がなされ、その最たるものが身体合併症治療であることは疑いない⁸⁻¹⁰⁾。精神科病

院入院中の患者の身体合併症については、重症化のリスクが高いため早期に身体疾患を治療できる病院への紹介が望ましく、受け入れ病院においても精神科疾患患者への偏見を捨て、身体疾患の治療に集中すべきとの報告もある¹¹⁾。これは精神科病院に入院中の精神障害者に限ったことではなく、地域で生活する精神障害者は住民基本検診やがん検診を受けていない者が多いものと推測され、加えて近年主流となった非定型抗精神病薬の副作用としての高血糖や肥満、高脂血症も無視できず、非定型抗精神病薬を服用しなくてはならない精神障害者、特に壮年期以降の男性重症精神障害者は生活習慣病のハイリスク層であると考えられる。加えて、今後単科精神病院の長期入院患者のみならず、これから精神疾患に罹患する可能性のある一般人口の高齢化により悪性腫瘍、感染症、骨折などの身体疾患合併症は増加すると考えられ、精神障害者の身体合併症治療の需要はますます高まるものと考えられる。生活習慣病等の身体合併症を有する精神障害者の地域包括医療の提供体制の整備には一般内科医の理解・協力が不可欠であり、内科系医師に精神障害を正しく理解してもらう必要がある。

今回の内科医を対象とした精神障害者への治療に関する調査についてアンケート調査結果を総括すると、精神障害者は紹介状を持たず、しかも精神科の通院先も不明の患者が最も多く、治療上の困難性として患者の理解力が不明でインフォームド・コンセントが困難、治療コンプライアンスが不良、精神疾患への対応も求められる、コミュニケーションがとれない等の問題点が指摘された。内科医の立場から、精神障害者の治療を行う上で疾患や薬物療法などの情報が必要で、精神科医との連携・協力体制づくりを希望し、受診に際し家族やガイドヘルパー等の同伴の希望が多かった。この調査から、実際には内科医の多くが日常の診療の中で気付かぬうちに、あるいは精神障害を持っていることを分かった上で精神障害者への診療を行っており、過去の苦い経験からできれば診療したくない、あるいは精神症状の安定した精神障害者のみ診療すると考えていた内科医はごく一部であった。しかしながら、患者の理解力や治療コンプライアンス、コミュニケーション等に懸念を示す内科医は多く、今後も内科医の精神疾患への理解を深める必要があることが浮き彫りとなった。

今回の内科医に対する調査の結果から、当然のことながら、情報提供を含めた精神科医との協力体制の構築、受診に際し家族やガイドヘルパー等の同伴があれば、内科医の不安はかなり軽減されるものと考えられた。

一方、精神科医療機関医師の内科系医療機関に対するイメージ調査では、内科的治療についてはその多くが患者さんのかかりつけ内科医や近医内科へ紹介し、その後の治療も紹介先に任せたり定期的に内科に受診してもらう等、内科医の協力が不可欠であることが明らかとなった。しかし、対応してくれる内科医についての情報が乏しいという声が多く、精神障害者への受け入れに関する情報や精神障害者への治療に積極的な医療機関の情報を望んでいた。また精神科医からは、内科医の精神疾患への理解を深める啓発が必要といった意見も多くみられ、精神科医から内科医に対して精神障害に関する啓発が今後も必要で

あることが明らかとなった。

このように内科医および精神科医への調査の結果、いずれも連携・情報提供が必要との意見が多く、精神障害者の合併症治療には精神科医、内科医ともに双方の連携や情報提供が必要と考えていた。この点は、精神障害者の身体合併症治療において、今後の課題と考えられた。

ところで、本事業の最終目的である「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」の作成に関しては、最終的に46医療機関（82%）がガイドマップ掲載に同意した。この結果から、多くの内科医は精神障害者の身体合併症治療に関わることを了解してくれたことになるが、一方で掲載に同意しなかった医師からは他の患者さんへの影響、トラブル、経営に影響した場合責任の所在がないといった意見が聞かれた。このような地域の内科系医療機関の医師の声は、精神障害者の身体合併症治療において精神科医も一緒になって取り組むべき今後の大きな課題であると考えられた。

本事業では内科医および精神科医への調査を行った後、「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧（地域診療ガイドマップ）」を作成できたが、本ガイドマップが精神障害者をお持ちの方々の生活習慣病等の身体合併症の診療に少しでも役立つことを願っている。機会があれば、本ガイドマップの利用状況や、実際に利用しての問題点などを検証したい。

最後に、本事業の趣旨にご賛同いただき掲載に同意していただいた医療機関の先生方にこの場をお借りして御礼申し上げたい。

文献

- 1) 飛鳥井 望：コミュニティ精神医療を支える精神科救急・急性期医療。精神科治療学，11：1245-1251，1996。
- 2) 一瀬邦弘，土井永史，中村満ほか：総合病院精神科の急性期医療 ソフト救急と地域医療連携を中心に。精神神経誌 99：874-880，1997。
- 3) 金子晃一：医療連携の中で総合病院精神科は何を受け持つかー総合病院精神科基礎調査アンケートの結果から。精神経誌 103：245-255，2001。
- 4) 河合義治：総合病院精神科に現在期待されているもの。総合病院精神医学 10：12-16，1998。
- 5) 黒沢 尚，岩崎康孝：精神科救急医療システムに関する研究（ニード班）。平成4・5年度厚生科学研究「精神科の医療と処遇に関する研究Ⅰ」報告書，26-28，1994。
- 6) 佐藤茂樹，守屋裕文，佐竹直子ほか：総合病院精神科における精神科急性期治療。総合病院精神医学 10：1-11，1998。
- 7) 田村達辞，岡本泰昌，稲川英明ほか：1 総合病院の救急外来における精神科救急。精神医学 41：101-103，1999。
- 8) 石田重信，田中みとみ，丸岡隆之，他：大学病院における急性期病棟をめぐる諸問題、臨床精神医学 30：1183-1190，2001。
- 9) 石田重信，恵紙英昭，田中みとみ：大学病院における精神科急性期治療病棟のインパクト、こころの臨床ア・ラ・カルト 22(1)：31-36，Mar. 2003。
- 10) 恵紙英昭，田中みとみ，丸岡隆之，他：大学病院精神科急性期治療病棟における合併症治療の現状と課題、九州神経精神医学 50(1)：24-40，2004。
- 11) 林峰栄，高岡諒，仲里信彦他：精神疾患を有する患者の身体合併症は重症化の危険性が高いー当院での平成18年度の79例のまとめ、沖縄医学会雑誌 46(2)：46-48，2007。

Ⅱ. 内科医を対象とした精神障害者に関する啓発事業

【事業の背景】

内科系等の一般プライマリ医療機関の医師には精神障害者に対する偏見や誤った認識を持っていることが多く、また精神障害者に対する苦手意識も認められる。しかし、生活習慣病等の身体合併症を有する精神障害者の地域包括医療の提供体制の整備には一般内科医の理解・協力が不可欠であり、内科系医師に精神障害を正しく理解してもらう必要がある。

【事業の目的】

精神科医療機関と内科系医療機関の連携に際しての障壁を少なくすることを目的とする。

【事業の対象と方法】

① 対象者：佐賀県三養基郡みやき町、佐賀県鳥栖市の内科系医療機関の医師。

※地域内診療マップ作成を目的としたアンケートに回答した内科系医療機関の医師には、特に参加を働きかける。

② 事業の内容

地域内診療マップ作成を目的としたアンケートでの結果を踏まえ、精神科医療機関と内科系医療機関の連携に際しての障壁を少なくすることを目的とした教育及び意見交流の機会を設ける。

【結果】

平成20年2月19日、「地域生活をしている精神障害者とは？～近年の精神疾患の実際～」と題した90分間の講演会を佐賀県鳥栖市のホテル・ビアントスにて実施した。

参加者は、対象地域で内科を標榜している医療機関の40名の医師へ案内状を送付し、そのうち27名の参加を得た。

講演者は、久留米大学医学部精神神経科の内野俊郎医師が担当した。

1) 講演内容の概略

講演の内容は、大きく以下の3つであった。

①精神障害に関する事実1

精神障害者が一般に思われているよりも実際にははるかに多くの人たちが地域に暮らしているといった疫学的な事実、精神障害という用語が指す患者群の多様性や用語に伴う誤解など、統合失調症や感情病の予後に関する誤解の多さ、論文のレビューによる精神障害者の結婚や就労に関する事実、暴力との関連性の薄さなどが紹介された。

②精神障害に関する事実2

精神科疾患と身体科疾患の関連研究が増えている近年の動向、その背景の一つである抗精神病薬による副作用への関心の高まりとその臨床的な事実、精神疾患から生じる身

体疾患および身体疾患から生じる精神疾患の合併それぞれについての相対的なリスクやそれぞれの経過に及ぼす影響についての事実の紹介などが行われた。

③他科の先生方の声

地域内診療マップ作成を目的としたアンケートでの結果を紹介した。

2) 講演後の質疑応答、意見交換の内容

90分間の講演後、参加した医師からは活発な質疑が行なわれた。

主な内容としては、以下のものが挙げられた。

①ネガティブな体験

紹介状なしで突然受診する精神疾患を有する患者さんに困惑した体験、病院の窓口で騒ぎを起こした患者さんにどのように接していいか分からなかった体験、疾患にてついて説明をしても十分な理解が得られないケースがあったことなどが語られた。

②ポジティブな体験

精神科医と比較的緊密な連携をとれているために、安心して関わっている、実際に多くの患者さんがきていると思うがそれほど困ったことは経験していない、などであった。

③現状の吟味および今後への提言

患者さんが服用している向精神薬と内科・外科の医師が処方する薬の相互作用についての知識が充分でないことから、今後はそういった知識を得る機会を増やしたいと考えていること、その一つの方法としての精神科医との連携についての具体的な方法や、薬物相互作用についての情報を得る具体的な手段（インターネットや書籍）についての情報共有がなされた。

特に、身体科・精神科相互の連携についてはまだまだ課題がある一方で、相互に期待があることが確認された。

【今後に向けての課題】

当該地域の全ての内科医を対象とすることも出来なかったことや、講演会そのものも単回であったことから、地域全体に及ぼしたインパクトは不十分であったと考えられる。しかし、呼びかけをおこなったうちの約7割の医師が参加したことは、精神障害者の合併症治療への関心や課題意識が低くないことの表れとも考えられ、活発な議論が行えたことには意味があったものと考えられる。

一方で、講演会に参加が得られなかった医師の中には、精神障害者との関わりに非常に消極的な医師が多く含まれている可能性があり、そういった医師にどのようにアプローチしていくかは大きな課題と言える。

また、教育的な手法を用いる場合には単回での介入効果では持続しないことが懸念されることより、意見交流の場や関係性を深めていける場を継続的に設定することが必要と考えられた。

Ⅲ. 重症精神障害者への身体合併症の予防支援事業

Ⅰ. はじめに

精神障害者は住民基本検診やがん検診を受けていない者が多いものと推測され、加えて、近年主流となった非定型抗精神病薬の副作用としての高血糖や肥満、高脂血症も無視できず、非定型抗精神病薬を服用しなくてはならない精神障害者、特に壮年期以降の男性重症精神障害者は生活習慣病のハイリスク層であると考えられる。生活習慣病には食事および運動などの生活改善が重要であるが、精神障害者では実行困難な場合が多い。そのため精神障害者の日頃の健康行動に直接関与しサポートする地域サービス体制を試みるとともに、精神障害者の健康に関する意識を高め、健康への自己責任と実行能力を高めるプログラムが必要であると考えた。

本事業では、精神障害者に対して理解があり好意的な内科系医療機関の複数の医師による高脂血症、高血圧、糖尿病といった疾患に関する講演を実施し、精神障害者に身体合併症の啓蒙を行う。講演に参加した精神障害者は、地域の内科系医療機関医師の話を聴いたことで、あるいは講演で顔を見たことで、講演を行った医師の内科系医療機関は受診しやすくなり、受診行動の助けとなる可能性も考えられる。

Ⅱ. 目的

生活習慣病のハイリスク層であると考えられる精神障害者の生活改善、健康行動に関する知識を深め、健康維持のための食事や運動に関する知識の獲得や、行動実行への意欲を高める。

Ⅲ. 講演会について

平成20年2月に、地域で活動中の内科系医療機関から二名の医師を招き、佐賀県三養基郡みやき町、佐賀県鳥栖市、および福岡県久留米市周辺の精神科医療機関に通院中の精神障害者とその家族に対し、生活習慣病に関する講演会を開催した（資料1）。

演 題Ⅰ：心血管病を予防する

講 師：柴田純一（柴田循環器科内科医院 院長）

演 題Ⅱ：メタボリックシンドローム予防のコツ

講 師：稲田千鶴子（稲田内科クリニック 院長）

会 場：えーるピア久留米 301, 302 学習室

日 時：2008年2月28日（木） 19:00～21:00

対象者：佐賀県三養基郡みやき町、佐賀県鳥栖市、および福岡県久留米市周辺の精神科医療機関に通院中の精神障害者

参加者総数：30名

講演内容

地域で活動中の内科系医療機関から二名の医師をお招きし、生活習慣病に関する講演会を開催した(資料1)。精神障害者に対し生活習慣病の予防に関する知識の向上を図ると共に、地域の内科系医療機関の医師と精神障害者との交流の機会を設けた。

講演Ⅰ：「心血管病を予防する」

柴田循環器科内科医院 院長 柴田純一先生

アメリカでは1940年代、若者の肥満が急増し生活習慣病による20代の死亡者が多く、ハンバーガーに代表されるような高脂肪、高カロリーを摂取するような食生活が主な原因として挙げられた。若者の肥満を重要視したアメリカは国家的な研究を重ね、その結果現在では心血管病に関連した死亡率が、右肩下がりに減少してきている。反面、わが国日本では、高度経済成長期に入り食生活も欧米化が進み、心血管病による死亡率がアメリカとは逆の右肩上がりに上昇してきている。その原因として運動不足・外食習慣・生活リズムの不規則などが挙げられ、現在では、若年層での高コレステロール問題が深刻化してきており、次世代層による心血管病の増加が懸念されている。

アメリカが生活習慣病に対する予防策を早期から講じているのに対し、わが国では生活習慣病に関しての研究や予防策が遅れていることを指摘され、心血管病を予防し健康寿命を延ばすために、国家的な研究はもとより国民に対する支援を早急に行っていく必要性を、分かりやすく精神障害者および家族に伝えた講演内容であった。

講演Ⅱ：「メタボリックシンドローム予防のコツ」

稲田内科クリニック院長 稲田千鶴子先生

近年、様々なメディアやマスコミでとりざたされているメタボリックシンドロームについて、色々なデータやCT画像を用いながら、精神障害者やその家族に分かりやすく説明された。

肥満のタイプやその原因、および肥満により引き起こされる心血管系疾患について、好ましくない生活習慣を繰り返すことで起こりうるリスクや疾患を分かりやすいイラストを用いて説明された。中でも死の四重奏・メタボリックドミノなどのイラスト(図2)には驚くような参加者の表情も見受けられた。

またメタボリックシンドロームと診断されたら、放置せずに早めに医療機関で管理・指導・治療を受ける事の大切さと、内臓脂肪を減らすために食事療法や運動療法を、日常生活の中で工夫しながら取り入れていくことの重要性(図3)を説かれた。分かりやすいイラストが入ったスライドでの説明であったため、精神障害者の方にも十分にイメージできやすい講演であった。

IV. 参加者の反応

今回の講演会に参加した方の声として、

※「アメリカが昔から生活習慣病に取り組んでいるのに、日本は今やっているので、ずいぶん遅れていると感じた」

※「糖尿病を含めた生活習慣病は恐ろしい病気であることを実感した。それらを防ぐ為に、

メタボリック対策が必要であることを知った」

※「糖尿病が進行すると、合併症などが出るというのを知った。運動療法や食事療法で、ひどくならない様に自己管理していきたいと思った」

※講演会終了後、精神障害者から上記のような感想が聴かれ、今回の講演会が参加者の意識改革になったのではないかと実感している。

V. アンケート結果

講演会終了後、参加者を対象にアンケートの主旨、プライバシーの配慮等について文書（資料2）を用いて説明し、自記式・無記名にて、満足度のアンケート調査を実施した。回答数27名（回収率90%）であった。

アンケート内容・結果については、表1に示す通りである。

1) 講演会の質について

「大変良い」45%、「良い」44%とほぼ9割の回答者が良好な回答を示していた。

2) 講演会の期待度について

「十分に受けた」37%、「大体受けた」59%と良好な回答が得られた。

3) 講演会の必要度について

「すべて必要していた」27%、「だいたい必要としていた」54%、「いづらか必要としていた」が19%と、

回答された方のほとんどが、講演会の必要性を感じていた。

4) 講演会を勧めるかについて

「絶対勧める」11%、「勧めると思う」85%で、ぜひ勧めたいという回答が多かった。

5) 講演会の量について

「とても満足」22%、「ほぼ満足」78%と回答し、「少し不満」「とても不満」という回答はみられなかった。

6) 講演会が役立ったか

「大いに役立った」56%、「まあまあ役に立った」44%と回答し、「全く役に立たなかった」「悪影響を及ぼした」という回答はみられなかった。

7) 全体の満足度

「とても満足」37%、「だいたい満足」63%と回答し、「少し不満」「とても不満」という回答はみられなかった。

8) 講演会の再聴講について（回答数 27）

「絶対受ける」26%、「受けると思う」70%「受けないと思う」4%と回答し、絶対うけないという回答はみられなかった。

VI. まとめ及び課題

今回の講演会では、参加者の終了後の反応やアンケートの結果からも分かるように、精神障害者および家族に生活習慣病に対する意識の向上をもたらしたことが実感できた。

地域の内科系医療機関の医師が、地域の精神障害者と講演会を通して交流を持つ事は、その障害に対する誤解や不安を軽減させる良い機会となり、また精神障害者にとっては、

内科受診することへの抵抗を減らし、受診しやすいイメージを持つ場になったのではないかと考える。

反面、今回参加された精神障害者は知識向上のみの学習で終了したため、その後の支援として本事業で取り組んでいる地域診療ガイドマップの作成や、精神障害者の通所機関での相談・支援などのケアシステムを早急に構築していく必要性を感じた。また、今回の様な講演会を知らない精神障害者、あるいは参加したくても参加できない精神障害者などに対し、情報を提供していくことや参加できるようなサポート体制を整えていくことの必要性も感じられた。

精神障害者に対する包括的地域ケアシステム構築していくためには、今後も今回のようなプログラムを計画的かつ定期的に、地域の中で運営されていくことが重要ではないかと思われた。

図 2

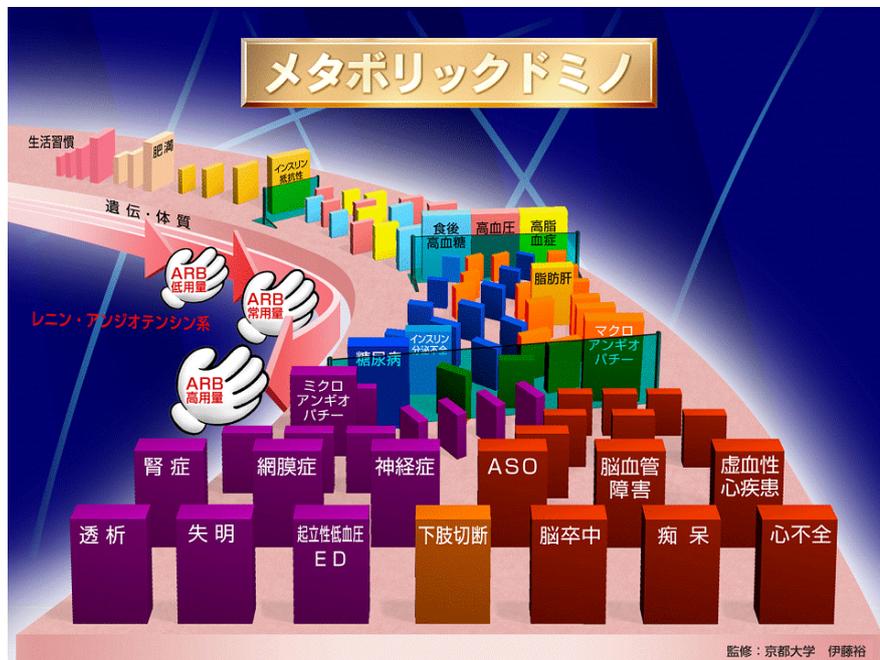


図 3

街中は無料の「ジム」

「ジム」に通うなど、特別なことをするのではなく、日常生活に運動を取り入れていきましょう。



自動車に乗らず
歩いてみる



エレベーターに乗らず
階段を利用してみる



自転車を
こいだりする

アンケートのお願い

本日は、まだまだ寒さの厳しい中を、講演会にお運びいただき、誠にありがとうございました。

今回の講演会は、精神障害と向き合いながら地域で暮らしていらっしゃる方々を支援することを目的に行ったものです。今回の取り組みの成果を今後に生かせるよう、みなさまのご意見をうかがって、さらなる支援を考えていく上での参考とさせていただきたいと思っております。

お手数をおかけしますが、ご協力くださいますよう、よろしく申し上げます。

なお、ご回答いただきました情報は本事業以外の目的で使用することは一切
ございません。何か、ご不明な点がございましたら、下記の事務局までお問い合わせください。

平成19年度障害者保健福祉推進事業

(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

事業主体主：特定医療法人勇愛会 大島病院

院長 大島 正親

協力機関：久留米大学医学部精神神経科学教室

教授 内村 直尚

【 お問い合わせ先：事務局 】

久留米大学医学部精神神経科学教室内

(事務担当：大塚)

TEL (0942) 31-7564 / FAX (0942) 35-6041

e-mail : co.healthcare.for.smi@gmail.com

IV. 早期診断および治療支援事業

IV-1. 通院支援者の派遣事業および通院支援者に対する精神障害理解のための講演会

事業の背景：精神科医療機関に通院中の精神障害者の中には、身体合併症の診断や治療目的で内科系医療機関を紹介しても受診をせず、そのため身体合併症がかなり重症化しないと受診しない、あるいは受診したときには重症化していた、という症例も多い。これは、特に自発性の低下や感情鈍麻といった陰性症状が前景にみられる精神障害者の障害特性から、内科系医療機関への受診といった初めての場所への移動や、受診時の手続き、医師への状況説明や理解など緊張を強いられる場面を苦手とし、円滑に行動に移せないことが大きな要因となっていると考えられる。しかし同伴者がいることで、この受診行動を円滑に実行することは可能になると考えられる。知的障害や身体障害の領域では、こうした同伴者をガイドヘルパー制度が担っており、受診同伴行動にもガイドヘルパーが援助を行っている。障害者自立支援法においては、身体・知的・精神の三障害のサービスが一元化され、障害者サービスは障害の種別に関わらずサービスを提供することとされているが、現時点では精神障害者を対象としたガイドヘルパー制度を導入している地域は少ない。そこで、精神障害者を対象とした通院支援者を派遣し、精神障害者に身体疾患を含めた地域包括医療の提供することを考えた。

目的：生活習慣病の合併の疑いのある精神障害者に対し、通院支援者による通院支援を提供することにより内科系医療機関の受診を促進し、生活習慣病の早期発見および治療を支援する。

事業内容：精神障害者に対する通院支援事業を実施するためにまずⅠ通院支援者の養成研修を実施した。次にⅡ通院支援事業システムの構築を検討し、Ⅲ通院支援を実施した。

Ⅰ 通院支援者養成研修

希望する福祉従事者、ボランティア、精神障害者からなる計28名の支援者に、養成講座、事業説明会を実施し、途中中間報告会を開催、事例検討などを行った。最後には関係者に広く広報し、最終報告会を実施、今後の課題について検討した。希望する通院支援者の属性内訳は、福祉従事者19名、ボランティア4名、精神障害当事者（以下当事者）5名である。

養成にあたって、当事者に他科通院についての現状について聞き取り調査を実施し、支援のあり方を検討した。また調査で得られた当事者が実際に抱えている内科通院にあたっての不安、問題点などを盛り込んだ通院支援についてのDVDを新たに作成した。

1 当事者に対する他科通院支援実態調査

平成19年11月21日、当事者8名に対し、他科通院支援の実態と支援のあり方についてグループによる聞き取り調査を実施した。全員が他科通院を経験しており、うち5名が同伴者付き添いによる通院を経験をしており、他科通院に対して不安を感じていた。

他科通院への具体的な不安については、①精神障害者であることを知られる不安、②病状への不安、③自分の病状を伝えられるのかという不安、④経済面での不安などがあげられた。精神疾患を告げることで、他者に病名が伝わるのではないかとといった不安、他科医師から偏見の目で見られ不快な思いをしたことをあげた者もいる。また通院に対しては、不安に陥り易い当事者にとって、他科受診で、重症と診断されるのではないかとといった不安が大きくなりすぎることで、初対面の医師に自分のことをきちんと説明ができるのか不安であるなど、他科通院にあたってはより多くの障壁があることが明らかにされた。

また、他科通院支援のあり方については、単独の通院は不安であり、全員が他科通院支援はあったほうがよいと答えた。（資料1 他科通院実態調査内容）

2 養成講座

希望する通院支援者に28名に対し、H19年12月18、23日に養成講座を実施した。タイムスケジュールについては表1の通りであり、具体的な内容は資料2に示す。

講座では、通院支援における久留米の実態を伝えると共に、精神障害者への支援経験のない福祉従事者に対して、精神障害への理解を深め、障害特性に応じた支援のあり方を学ぶ機会とした。

参加者の講座に対する感想については、資料3にアンケート結果を示す。大半が、だいたいわかったと感じたようであり、各地域での取り組みに感嘆したり、精神障害への理解を深め、ネットワークの必要性や支援のあり方について再考した様子であった。

また、養成講座参加者に対して講座参加後の変化を問うと、精神障害者への理解が深まった者が、28名中14名であり、1名を除いて支援への気持ちの高まりが起きているようである。

表1 通院支援者養成講座タイムスケジュール

■ 平成19年12月18日（火）

9:15～ 受付

9:45～10:55 講義 1-1 麻生介護サービス 筑後支店 支店長 中原京子
社会福祉法人 拓く 常務理事 馬場篤子 他
『サービス提供者側から見た久留米の実態』

10:55～11:10 休憩

11:10～12:20 講義 1-2 広田和子
『地域支援とは～フォーマル、インフォーマルな支援、地域を耕すとは～』

12:20～13:20 昼休憩（60分）

13:20～14:30 講義 1-3 広田和子
『元気になるために』 通院支援と元気回復

14:30～14:45 休憩（15分）

14:45～15:15 オリエンテーション

15:15～15:30 休憩（15分）

15:30～17:00 講義 1-4 久留米大学 精神科（医師） 内野俊郎
『精神医療の基礎知識～コミュニケーションのために～』

■ 平成19年12月23日（日）

9:15～ 受付

9:45～10:55 講義 2-1 門屋充郎
『十勝の取り組みについて』

10:55～11:10	休憩（15分）
11:10～12:20	講義 2-2 門屋充郎 『精神病を抱えても地域で生活するためのシステム』
12:20～13:20	昼休憩（60分）
13:20～14:50	講義 2-3 武藤クリニック 院長 武藤邦弘 『基礎知識から実践例まで』
14:50～15:05	休憩（15分）
15:05～16:20	講義 2-4 門屋充郎 『地域に必要な資源と支援について～実際の支援について 「通院支援」～』
16:20～17:00	オリエンテーション

3 事前説明会

平成20年1月16日、通院支援者28名に事前説明会を実施した。通院支援の概要を説明、検討するとともに、実際の通院支援において支援者が不安になる場面を想定し、ロールプレイなどを用いて対処法を学ぶこととした。

調子が悪い時、通院に行きたくないといわれた時、自宅に忘れ物をしたと途中で言い出した時など不測の事態に対して、通院支援を実施すべきかどうか、対応に戸惑うという意見が多く見られ、そうした場合の声かけ、対処方法について検討した。

事前説明会で配布した通院支援事業の説明については、資料4、通院支援DVDに対するアンケート結果は資料5に示す。

表2 事前説明会スケジュール

14:00～14:30	受付
14:30～14:45	通院支援をモデル化したビデオの鑑賞
14:45～15:00	通院支援事業の説明（ピアくるめ：丸林敏幸）
15:00～15:15	質疑応答
15:15～15:30	休憩
15:30～16:10	ロールプレイ（久留米大学病院：内野俊郎、坂本明子）
16:10～16:25	事務手続きについて（15分）
16:25～16:30	次回報告会について

4 中間報告会

平成20年2月5日、通院支援者に対し、中間報告会を実施した。通院支援DVDを鑑賞、当事者からエンパワーや、望まれる支援についての話、また実際に通院支援を実施した通院支援者3名からの事例報告から、今後の通院支援のあり方を検討し、学ぶ機会とした。

報告会では待ち時間の過ごし方に通院支援者自身が戸惑うことが話題の中心となり、通院支援を利用する当事者の嗜好を事前に確認しておくことの重要性などが検討された。本事業における通院支援では、自宅（もしくは待ち合わせ場所）からの移動、医療機関の手

続き同伴、同伴受診を行うことから、交通機関、診察の待ち時間といった事前予測の不可能な時間が発生し、支援者の拘束時間の長さ、支援計画立案の困難さといった問題が示唆された。

また、当事者から彼らが受けた支援体験から望まれる支援のあり方を学ぶことによって、障害のある者への支援という発想ではなく、困っている一人の人への支援という発想を持つことの重要性を説かれ、障害特性の理解できない精神障害者への支援という気負いが減ったという感想を持つ者も少なくはなかった。

事例報告の概略は表3の通りであり、中間報告に関する参加者のアンケート結果は資料6に示す。

表3 事例報告

①支援者：野田（くるめ医療生協）

利用者：Aさん、30代女性、知的重複

Aさんが落ち着かない様子だったので、「こんなときどうされていますか」と聞いた。「コーヒーを買います」とおっしゃられたので、缶コーヒーを買った。買ったコーヒーは飲まずに、家からもってきていたお茶を飲まれた。Aさんは、缶コーヒーを持っているだけで落ち着かれた。コミュニケーションの大切さを感じた。対象者の嗜好等知っておくべきだった。

意見：買った缶コーヒーを飲むことを強要しなかった点はよかった。

利用者はいつもしゃべっていたい人ばかりではないのだから、支援者側が沈黙に耐えうることも必要である。

②支援者：渡辺（麻生介護サービス）

対象者：Bさん、30代女性、知的重複

朝8時10分に、自宅に待ち合わせたが、準備ができていなかった。事前に診察カードの管理方法などについて、ホームヘルパーから引継ぎを受けていたので助かった。帰りにバスの待ち時間が発生したので、店で食事をとった。待ち時間の過ごし方について打ち合わせをしておくことが大切だと感じた。受診内容の報告が不十分だった。メモなどを準備して家族等に渡すべきだった。

意見：本人と打ち合わせなければならないことと、支援者のみが理解しておけばよいことを区別するべきである。

待ち時間については、関係ができていればいいが、初対面では難しい。

長時間（半日から一日）かかるので、事業者側としてはきびしい。

③支援者：入部（こぐま福祉会）

利用者：30代女性

事前の顔合わせなし。携帯電話で連絡をとり、病院の外来で初めて会った。総合病院は待ち時間が多く、支援者自身のことについていろいろと質問された。受診の目的（体のどの部分を調べるのか等）を事前知っておきたかった。診断結果については、本人がよく理解できていたようなので、家族等への報告はしていない。

意見：待ち時間の短い日時を選ぶことも必要である。

5 最終報告会

通院支援者および関係機関に対し広く案内し、通院事業 DVD（最終版）を鑑賞、実際に通院支援を実施した通院支援者、利用した当事者からの報告を行った。また、本事業を総括し、今後の課題についても触れた。

サービスを提供する事業所からは、自立支援法に基づく現行の支援サービス導入の困難さ、経営的な問題などが挙げられた。

また、通院支援者からは、実際に支援ができなかったことへの残念な思いが語られつつも、今後機会があれば、通院支援を含め精神障害者に対する支援に関与したいという抱負も語られた。最終報告会における総括で報告された内容は資料 7、最終報告会に対する参加者アンケートについては資料 8 に示す。

II 通院支援事業システム構築

生活習慣病の疑いがあり、かつ単独の内科受診が困難な精神障害者に対する通院支援システムを構築した。

①精神科医が一人で他科通院できない精神障害者（以下、対象者）に通院支援事業の利用を勧める。

② 対象者が通院支援事業を利用する意思を示した場合、精神科医が相談事業所（ピアくるめ）に通院支援の利用を申し込む。その際、ピアくるめは精神科医からフェースシートを元に対象者の基本情報(※)をヒヤリングする。

(※)氏名、性別、年齢、診断内容、受診日、受診先病院、紹介状は渡しているか（渡していなければ、いつ・どうやって渡すのか）

③ ピアくるめはマッチングに必要な情報(※)をヒヤリングするために対象者に連絡を取る。

(※) 支援者種別（福祉関係者、ボランティア、当事者）、支援者に対する要望など

④ 相談事業所は支援者と対象者とのマッチングを行い、支援者に通院支援を要請する。

⑤ 支援者が対象者に直接通院支援手順(※)を打合せする。

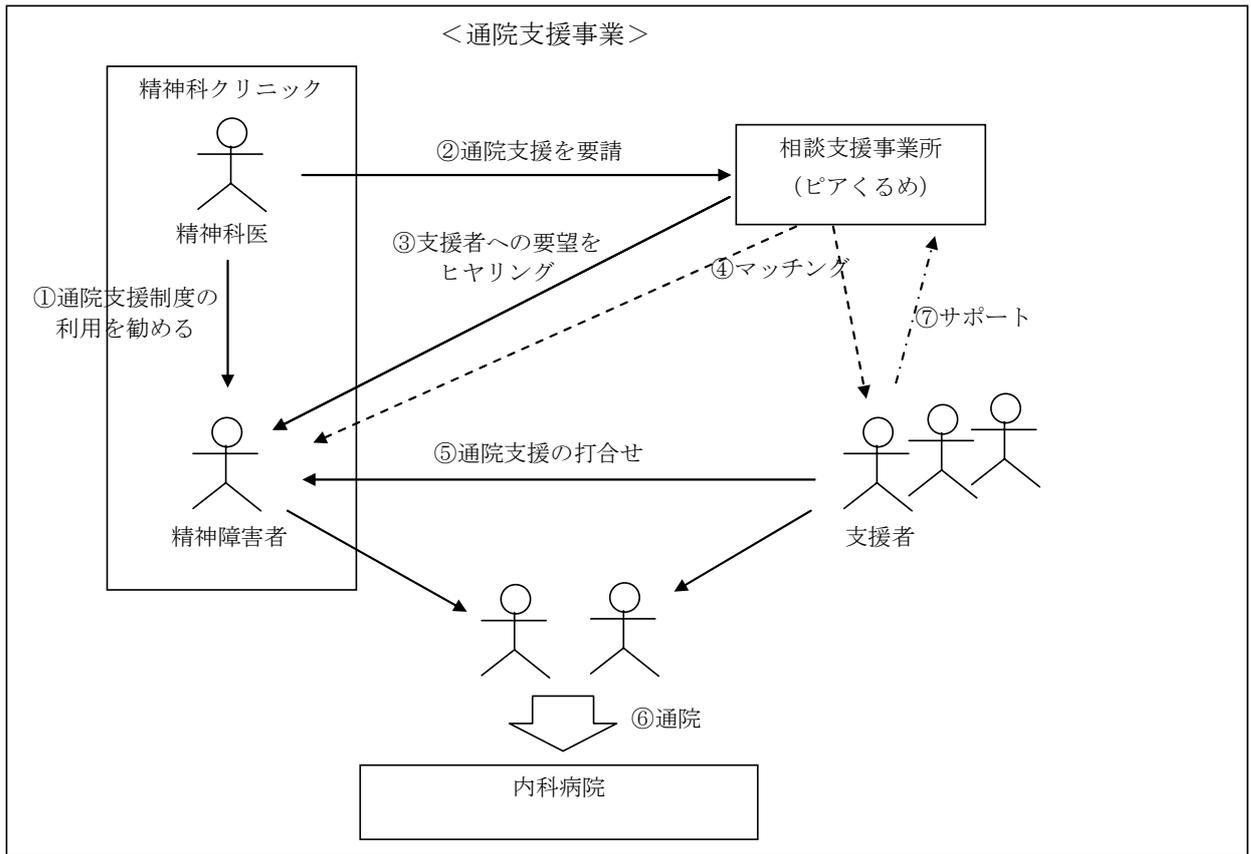
(※) 待合せ日時・場所、通院手順、お金など

⑥ 指定の待合せ日時・場所で出会い、対象者は支援者と共に通院する。

⑦ ピアくるめ、保健所、障害福祉課は、支援者の相談に乗り、アドバイスするなどし、支援者をサポートする。

⑧ 支援者はその後通院支援報告書を提出する。

図1 通院支援システム



通院支援事業で新たに作成した資料は資料9, 10, 11に示す。

Ⅲ 通院支援実施

H20年2月から医療機関に依頼し、精神科主治医から生活習慣病の疑いがある者で、受療同伴の必要性のある者に、本事業を紹介することとした。短期間の募集期間であったこともあり、利用者の募集は容易ではなかった。結果として2月から3月にわたり、精神障害者5名に、支援者6名が総計12回の通院支援を実施した。(事前面接は支援回数に含まない。)支援者の内訳は、4名が福祉従事者で、2名が精神障害当事者である。利用者1名に2~3回、1回1~5時間の通院支援を実施した。自宅から移動同伴を含めた支援で、かつ公共機関利用が不便である場合には、支援時間が長期化している。支援内容としては、待ち合わせ場所から病院までの移動、病院での手続き、受診同伴、その後の帰宅までの移動支援を7回実施した。5回は直接病院で待ち合わせし、病院内における手続き、受診に同伴した。支援内容については、本人、家族の要望に応じて行った。なお、支援を希望されたものの、体調不良のため、実施することが出来なかったものが1名いた。

表4 通院支援利用者一覧表

利用者	支援者	仲介方法	支援内容	備考
Aさん 女性	療育施設職員	ピアくるめが本人と会い、支援者に伝える	病院待ち合わせ、受診同伴、昼食同席 1回目：1時間 2回目：4時間30分 計2回利用	2回目、2病院を1日で受診することとなり、途中昼食をとる。
Bさん 女性	ヘルパー事業所職員	本人、家族、支援者、ピアくるめが	移動、受診、買い物同伴 1回目：2時間	家族へ受診内容を電話報告する。

(知的障害重複)		一同に面談	2回目：3時間15分 3回目：2時間 計3回利用	3回目、受診日ではなかったため、受診できず。 途中症状呈するも、自分で対処可能。
Cさん 女性 (知的障害重複)	ヘルパー事業所職員	本人、施設職員、支援者、ピアくるめが一同に面談	移動、受診同伴 1回目：5時間 2回目：3時間30分 計2回	施設での事前面接の後、自宅でのヘルパー、家族との事前打ち合わせを行い、事前面接も半日に及んでいる。1回目、本人の準備が出来ていない、公共機関待ち合わせ時間が長いことから長時間の利用となる。利用者の約束の勘違いあり。
Dさん 男性	知的障害者入所施設職員	本人、デイケア職員、ピアくるめで面談後、本人と支援者とピアくるめが面談	移動、受診同伴 1回目：2時間30分 2回、3回目：1時間 計2回利用	同性の支援者希望するも、調整できず。異性の支援者でやや緊張。
Eさん 男性	当事者2名	本人とピアくるめが面談。後日支援者と本人とピアくるめとで打ち合わせ。	病院待ち合わせ、受診同席 計3回、共に1時間利用。	顔見知りであった当事者からの支援。
Fさん 女性				体調不良のため、未実施

評価：利用者については、個別面接による満足度調査、支援者についてはグループにて事業評価及び今後の課題を検討した。(参照 資料7)

I 利用者評価

利用者5名に対し、個別面接による事業評価をまとめると以下の通りである。

① 満足度の高さ

安心でスムーズに受診ができ、全員がおおむね満足のいく支援であった。家族の同伴よりは手続きなどをスムーズにやってもらうことができた、安心感が違うとコメントするものもいた。他の方にも紹介したいというものもあれば、今後また利用したいと希望するものもいた。しかし、本サービスが有料である場合には、利用は慎重になるかもしれないということであった。

② 受診同伴以外の価値

診察待ち時間の食事、会話ができたことなど、受療行為の達成意外に付加価値のよさをあげる者も半数以上いた。日頃、体調不良などから同姓の友人と外で昼食をとることが難しいため、楽しい時間を過ごせたと嬉しそうに語っていた。同姓同士の世間話ができたと、あるいは普段話すことのない病気の話をじっくり出来たことがよかったとコメントする者もいた。

③ 実施後の変化

まずは内科疾患への不安が軽減され安心できたこと、健康への関心が広がり、健康的な食事を取る、ストレッチ体操をするといった健康行動への変化が見られた。内科受診をき

っかけとして、行き渋っていたその他の受診もすること出来た者もいた。

④ 当事者による支援のよさ

同じ当事者ということで相手の体調を気遣うなど、より気を使う点もあったが、情報交換ができ、その後共に活動をするなど行動に変化が見られた。

Ⅱ 支援者からの評価

支援者については、通院支援を実施した支援者5名、仲介・相談機能を担当したピア久留米スタッフ2名を対象にグループによる事業評価を行い、今後の課題について検討した。明らかになったことを以下にまとめる。

① 研修について

実際の場면을想定したロールプレイはよかった。診察の結果が思わしくなかったときの声のかけ方も練習しておきたかったという意見あり。また、研修では、精神障害を理解するという意味では興味深い内容であっても、通院支援を前提とした学習としては混乱したという意見もあり、講師選定は目的に応じて行うべきであると思われた。

② 事前面接の必要性

事前面接は実施されるべきであり、利用者、支援者、仲介役のピアくるめ、関係者を一堂に会して行うことが望ましいのではないかとということであった。

内容としては、嗜好、待ち時間の過ごし方などを話してよかったということであった。反省として、実際の内科症状や、受診する診療科などを把握し、支援者の方で確認しておくことが必要であるとのことであった。

また、支援内容、金銭の問題などを明確化した契約規約を作り、それに応じて支援契約をするべきであるとのことであった。

情報の程度については、実際の詳細な情報を得ることによって、支援者が安心を得たいという者もいて、今後の情報提供については支援者、利用者のニーズに合わせて個別に対応していくことも必要ではないだろうか。

③ 事前の確認の必要性

支援日を勘違いされた利用者があることもあり、前日に最終確認をしておく必要がある。支援者側の安心の為に、自主的に支援者から電話で確認しているものも多く、双方にとって前日の最終確認は必要であると思われた。

④ 外出に関する危機感

福祉従事者にとって、精神障害者への外出支援は、事故等のリスクが高まることから、緊張、不安の強い支援であることがわかった。特に初対面に近い状態での外出同伴は危機感が強い印象を受けた。定期的な自宅への居宅支援の後、外出同伴支援に移行した方が無難であるという意見もあった。

⑤ 仲介・相談機能の充実、

上記の理由を含め、緊急時、問題発生時の対応の相談、助言を求める声は強かった。

⑥ 今後の導入にあたって

通院支援サービスを自立支援法に基づいた既存のサービスで実施するとすれば、時間的、料金的問題が多い。

考察：5名の精神障害者に通院支援サービスを実施し、利用者、支援者から本事業について。少数の実施である為、この事業によって通院支援サービスの効果などを明確すること

は出来なかったが、今後精神障害者に対する通院支援サービスを検討するにあたって、検討すべき課題が示唆されたように思う。

今回、本サービスの利用者数は少なかったことは、ニーズのなさというよりは、第一の理由は、募集期間が短期であったことが考えられる。利用した者からは、満足のいくサービスであると評価され、通院という目的を確実に達成できる支援であり、その後の生活にも健康行動に変化がみられるといったよい影響を与えている。事前の聞き取り調査でも、精神障害者にとっては、必要なサービスであるという意見もあり、依頼は少なくとも地域生活を送る上では有用な支援であると思われた。また、自宅から病院までの移動同伴のみの支援というよりは、待ち時間を含め、複雑さを要する手続きや、受診同伴といった支援も重要と思われた。病院内の同伴行為であれば、病院勤務の医療ソーシャルワーカーによる支援も可能かもしれないが、全ての機関にソーシャルワーカーが勤務しているわけでも、一連の行動に随時付き添うといった同様の支援が得られるわけでもない。一連の行動に支援者が同伴することで、例えば待ち時間に、日常生活では出来づらい他者との会話や食事といった楽しい時間を過ごすといった支援者との交流が今回の通院支援サービスの満足度を高めたと考えられる。

しかし、こうした一連の行動に同伴する丁寧な支援を提供する場合、支援時間は長期化せざるを得ない。既存の自立支援法に基づくサービスでは、身体介護を伴わない通院介助では、1、5時間の時間枠での支援となり、今回の通院支援で得られるようなサービス提供は難しいと思われる。拘束時間が流動的である事、利用頻度さらには料金的なことも勘案すれば、事業所は、既存の制度で、こうした精神障害者に対する通院支援サービス提供に、慎重にならざるを得ない。

また本事業を開始するにあたって、通院支援サービスとは、精神保健福祉領域の専門的知識を持った支援者によるサービス提供というよりは、ボランティアレベルに近い、誠実に親切な支援者による手軽な支援であるべきという発想で実施した。しかし、福祉従事者にとって、精神障害者は理解しづらい障害であり、さらには、援助関係の構築されていない状況で、精神障害者の外出同伴とは、室内よりは、事故といった危険性が高まる行為であり、より緊張と不安を感じる支援である事が明らかとなった。我々医療従事者と福祉従事者との意識のずれの大きさを感じる事となった。自立支援法の施行、3障害一元化の流れの中で、福祉領域で精神障害者に対するサービスを充実していくにあたっては、我々医療従事者側は、こうした福祉従事者の不安を如何に軽減できるかが、今後のサービス充実には必要不可欠と思われた。そうした視点に立ち、利用者のプライバシー保持を尊重しつつも、情報をどの程度提供していくかが今後検討されるべきであるし、今回のピアくるめが担当したような仲介・相談機能を精神保健福祉領域の専門機関が担って、サポートしていくことが重要であると思われた。

当事者による通院支援サービスも実施したことも本事業の特徴の一つである。しかし、実施数が少なかったため、福祉従事者と当事者による支援の違いを検討することはできなかった。当事者による支援については、相手の病気のことを気遣うなど、利用者側が異なる次元でより気を使うことも多かったが、当事者活動などについての情報交換や、個人的な話をする機会となり、またその後交流を深めていくよい機会となったようである。

今後は、こうしたピアによるサービスの効果についても検討し、また、福祉機関との意

識のずれを理解しあい、ネットワークを形成しつつ、精神障害者が、それぞれのニーズや状況に応じて、多種多様なサービスから選択できるよう、サービスの充実を図っていく必要があると思われた。

追記：本事業は、社会福祉法人 拓くに業務委託し、NPO久障支援運営委員会・ピアくるめの協力を頂き、実施することが出来ました。深く感謝申し上げます。

IV. 早期診断および治療支援事業

IV-2. 通院支援者の派遣利用者の睡眠時無呼吸症候群の調査

<本事業の背景>

精神科医療機関に通院中の精神障害者は治療薬として近年主流となった非定型抗精神病薬を服用する者が多い。しかし、副作用としての高血糖や肥満、高脂血症の問題があるものの、非定型抗精神病薬を服用しなくてはならない精神障害者、特に壮年期以降の男性重症精神障害者は生活習慣病のハイリスク層であると考えられる。この生活習慣病と密接な関係がある疾患として、日本では200～300万人の潜在患者がいるとされ、イビキ、無呼吸、昼間の眠気が代表的な症状の睡眠時無呼吸症候群（Sleep Apnea Syndrome: SAS）が注目されており、最近では生活習慣病そのものとも考えられている。SAS患者は他の生活習慣病を合併しやすく、一般人口と比較し高血圧が約2倍、糖尿病が約1.5倍、虚血性心疾患が約3倍、脳血管疾患が約3～5倍の頻度で合併すると報告されている。その一方で、高血圧の患者にSASを合併する比率は約30～60%といわれ、脳卒中患者の約40～90%、心疾患の患者の約30%にSASが合併していたとの報告もある。

ところが、生活習慣病やSASなどの身体合併症の診断や治療目的で内科系医療機関を紹介しても受診をせず、そのため身体合併症がかなり重症化しないと受診しない、あるいは受診したときには重症化していた、という症例も多い。これは精神障害者、特に自発性の低下や感情鈍麻といった陰性症状が前景にみられる精神障害者の障害特性から、内科系医療機関への受診といった初めての場所への移動や、受診時の手続き、医師への状況説明や理解など緊張を強いられる場面を苦手とし、円滑に行動に移せないことが大きな要因となっていると考えられる。しかし同伴者がいることで、この受診行動を円滑に実行することは可能になると考えられる。現時点では精神障害者を対象としたガイドヘルパー制度はなく、精神障害者はこのサービスを受けられない。そこで、精神障害者を対象としたガイドヘルパーサービスを導入し、精神障害者に身体疾患を含めた地域包括医療の提供することを考えた。

目的：生活習慣病を合併する精神障害者に対し、ガイドヘルパーサービスを提供することにより内科系医療機関の受診を促進し、生活習慣病の早期発見および治療を支援し、生活習慣病の増悪、促進因子と考えられる睡眠時無呼吸症候群について調査を行う。

① 対象者：

- ・本事業での支援サービスを直接行うガイドヘルパー
- ・佐賀県三養基郡みやき町、佐賀県鳥栖市、および福岡県久留米市周辺の精神科医療機関に通院中の精神障害者。

② 事業の内容

- ・通院支援者の派遣利用者の睡眠時無呼吸症候群の調査

生活習慣病等の身体合併症のため通院支援者を利用して医療機関を受診する精神障害者で、睡眠時無呼吸症候群の簡易検査を希望する者に対し調査を行う。

通院支援者と共に久留米大学医学部精神神経科睡眠研究室に来所。臨床検査技師より携帯

用睡眠時無呼吸検査装置「SAS-2100」（帝人ファーマ株式会社）の装着方法、使用方法の説明を行う。検査装置を貸し出し、自宅にて装着し二夜連続検査を行う。検査結果を臨床検査技師が解析し、睡眠認定医が検査結果を各精神科主治医に書面にて情報提供する。また昼間の眠気、睡眠の質の調査のため Epworth sleepiness scale（エプワース眠気尺度）等による調査を行う。

携帯用睡眠時無呼吸検査装置



結果：携帯用睡眠時無呼吸検査装置による簡易検査は精神障害者においても煩雑でなく簡便に施行できた。今回の結果4症例とも異常な昼間の眠気を呈したものは無かったが、症例3（44歳男性）についてはAHI（無呼吸低呼吸指数）が1日目は8回/時間、2日目は5回/時間と軽症のSASが疑われた。AHIが10回/時間未満で自覚症状が強くなければ、治療の必要性は低いが、今回は携帯用睡眠時無呼吸検査装置による簡易検査であり睡眠構築まで含めた詳細な検査であるPSG（終夜睡眠ポリグラフ）であればAHI 10以上の可能性もある。症例3は164cm、74kg、BMI 27.5と肥満を呈していたため、まず減量の指導を精神科主治医に依頼し、自覚症状が強く精査を希望される場合は久留米大学病院睡眠医療外来の受診をすすめた。

	AHI	
	1日目	2日目
症例1	0.0	2.0
症例2	4.0	3.0
症例3	8.0	5.0
症例4	2.0	

AHI = 無呼吸低呼吸指数(回/時間)
正常 AHI < 5

考察：本事業においてSASと生活習慣病との関連に注目し調査を行ったが、SASが日中の眠気以外にも、睡眠の劣化によりうつ病などの精神疾患やQOLの低下をもたらし、失職や離婚など患者の社会生活に大きな影響を及ぼすことが知られている。

いびきや日中の眠気を主訴に久留米大学睡眠医療外来を受診したSAS患者連続116例の検討では、精神疾患の併発は27.6%と非常に効率であり、うつ病性障害の併発が12.1%と最

も多く、次いで不安障害を含む神経症性障害が6.9%、精神生理性不眠が6.0%であった。これらの結果は、SASでの睡眠の劣化は、日中の眠気の出現だけでなく、うつ病などの精神疾患の発症と深く関連していることを示唆している。

さらにCPAP（持続陽圧呼吸）療法などの適切な治療を受け睡眠を正常化させることで、抑うつ症状が改善することが明らかとなった。日本の年間の自殺者は3万人を超え社会問題となっているが、その原因としてうつ病があげられている。SASで認められる睡眠の劣化がうつ状態を呈し、自殺へ発展する可能性が推察され、SASの早期診断・治療がうつ状態の改善につながり、さらに自殺者を減少させることにも寄与できると考える。

また、うつ病と診断され、抗うつ薬による治療が長期に行われているが抑うつ症状が改善しない患者の中に、SASの併発を見逃している患者群が存在することが推察される。抑うつ症状を呈している患者が、肥満や高血圧、高脂血症、糖尿病などの生活習慣病を併発している場合、SASが潜在している可能性を疑い、いびきや日中の眠気などについての問診および携帯用睡眠時無呼吸検査装置による簡易検査やPSG検査を行い積極的にSASの診断・治療法を行うべきである。

V. 大学病院における身体合併症

V-1. 精神科急性期治療病棟における身体合併症の治療状況調査

平成18年11月1日～平成19年10月31日の1年間、久留米大学病院精神神経科病棟に入院した患者216名を対象に、診療録を後方視的に調査し、精神科病棟入院患者における身体合併症の治療状況を検討した。各精神・身体の診断名についてはICD-10(WHO)をもとに分類した。調査項目として、患者プロフィール(年齢、性別、身長、体重、BMI)、診断名、入院期間、入院目的(合併症治療、手術目的)、合併症(生活習慣病他、身体疾患の診断名、治療状況)、治療経過・転帰などである。全入院患者中、F2圏66名、F3圏81名で約2/3を占めた。平均年齢43才、入院期間91日であった。BMI25以上の肥満が57名、そのうちF2圏26名と多かった。生活習慣病の合併も、高血圧32名、高脂血症39名、糖尿病(境界を含む)26名であった。何らかの合併症治療を行ったものが124名、内合併症治療目的入院が37名、17名が手術を行った。入院患者において、手術など侵襲が高い場合、一旦転科し身体状況に応じて当科へ再入院する割合が圧倒的に多かった。

はじめに

精神障害者においては、肥満、糖尿病、高血圧など他の身体疾患との合併も少なくなく、またあまり加療を受けることなく経過している者がいたり、精神症状により治療意欲の低下やひいては治療コンプライアンスの低下なども重なり身体疾患の治療が遷延化したり症状の増悪や再発・再燃につながることもある。そのため医療経済の側面からも、負担が増加することとなりうる。身体合併症(以下:合併症)治療を行うにあたっては、精神障害に対するスティグマなどの問題もあり、精神障害を理由に一般身体科での入院を含めた治療が十分なされない場合があり、また一方精神科病棟においても、合併症を有する患者の検査・治療や看護に対しては、専門外であることより不慣れであることは言うまでもなく、しばしば対応困難になる場合もある。そのため重症精神障害を有する患者の身体的治療を行う場合に身体科の病床を利用すべきか、あるいは精神科病床において合併症治療を行うかは常に検討を余儀なくされている。

久留米大学病院(以下:当院)は、私立大学医学部附属病院で、福岡県中西部筑後地区に位置する地域の中核的役割を担う特定機能病院であり、総病床数 1186 床を有する。その中で精神神経科病棟は、病床数 60 床全閉鎖の男女混合病棟で、措置病床数が 10 床である。病室は 6 人部屋を基本とし、3 床の畳部屋が 2 室、他に 2 人部屋の特室が 2 室ある。保護室は 2 床、観察室として 2 部屋4床有しており、いずれもナース・ステーションに隣接している。平成 12 年 4 月の医療費改定で、精神科急性期治療病棟の基準が『特定機能病院であって、精神科救急システムに協力している医療機関である』と追加され、全国の大学病院に先駆けて同年 7 月から精神科急性期治療病棟(以下:急性期病棟)(I)の認可を受けた。大学病院の重要な役割の一つとして、総合病院の特性上、単科の精神科病院や身体科からの症状精神病など合併症を有する患者を受け入れることである。以前我々は当院精神科病棟における合併症治療の現状と課題を報告し(恵紙)、急

性期病棟導入前後での合併症治療状況を比較検討したが、急性期病棟を運営することで、平均在院期間の短縮、ベッドの回転率が向上することにより、以前より合併症治療の患者の受け入れが向上したものの、医療経済的には、入院 1 ヶ月未満での退院では、合併症の有無に関わらず、包括払いより出来高払いが高額となること、2 ヶ月目以降 3 ヶ月以内では、合併症患者では、合併症のための検査や治療により包括医療では、明らかに収入源につながっていることを報告した。平成 20 年 4 月の診療報酬改定では、精神科身体合併症管理加算が新たに加わり、今後これら合併症を有する患者の検査・治療への負担が軽減されるものと思われる。今回当院精神科において急性期病棟となり早 7 年が経過しており、診療報酬改定前の当院精神科病棟における身体合併症治療の現状を改めて検討することを目的に再度調査を行った。

対象と方法

今回の調査における対象者は、平成 18 年 11 月 1 日～平成 19 年 10 月 31 日までの間、当院の精神神経科病棟(西 10 階病棟)にて、入院加療を行った患者である。調査は調査期間中の入院日を基本としており、平成 19 年 10 月 31 日時点で入院期間中の患者については、平成 20 年 3 月 31 日までの調査とした。なお、睡眠時無呼吸症や睡眠時随伴症等の睡眠障害で検査入院となった患者については、本研究の対象に組み入れていない。調査方法は、診療録や検査所見、各科への紹介状・診療情報提供書をもとに、後方視的に以下の項目について調査を行った。なお調査を行うにあたり、精神疾患名および合併症等の身体疾患名の分類については、国際疾病分類である ICD-10(WHO)に基づいて分類を行った

(調査項目)

- ・ 患者プロフィール(年齢、性別、身長、体重・BMI(入院時および退院時)、)
- ・ 入院形態、退院時診断(ICD-10)
- ・ 入院時経路および退院時転帰、入院目的(合併症治療目的、手術目的)
- ・ 合併症の有無(高血圧、高脂血症、糖尿病などの生活習慣病の他、各身体疾患の診断名、治療状況)
- ・ 治療経過、転帰

結果

1) 当科の入院患者について

調査期間中の総入院患者は、216 名(男性 85 名、女性 131 名)、平均年齢 42.6 ± 19.7 歳、平均入院期間 91.5 ± 64.5 日であった。入院患者の各年齢構成を図 1 に示す。年齢構成としては、30 歳台 38 名、20 歳台 37 名、40 歳台 36 名であるが、各年代ともに入院患者がおり、年台ごとの差があまり認められていない。退院時診断の構成については、図 2 に示す。F3 気分(感情)障害圏が 81 名と最も多く、次に F2 統合失調症圏障害が 66 名、F4 神経症が 27 名と続いていたが、F2 および F3 で 147 名と全体の約 2/3 を占めていた。年齢別疾患構成を図 3 に示すが、F2 の統合失調症圏障害、F3 気分(感情)障害圏は各年台に見られているが、10 歳台～40 歳台までは F2

がF3に比較して多いかほぼ同数であるものが、50歳台以降F2が減り、高齢者ではF3の疾患群が多かった。F4については、10歳台から40歳台までと若い年代が多かった。表1に各疾患ごとの男性・女性の割合、平均年齢、入院期間を示す。入院患者数が多い、F2、F3、F4について、男性・女性の割合はF2は男性36名、女性30名とやや男性が多いが、F3、F4ではF3:29名、52名、F4:3名、24名と女性が多かった。平均年齢については、総患者における平均年齢が42.6±19.7日であるが、F2が41.1±16.5歳、F3が50.8±18.5歳、F4が30.9±12.9歳であり、図3の年代別疾患構成に示したように、高齢者にF3の割合が多くなり、F4では比較的若い世代に多いことがわかる。平均入院期間については、総患者の平均入院期間91.5±64.5日に対して、F0症状性を含む器質性精神障害が117.4±97.2日と最も長く、F3:104.3±58.3日、F2:96.1±68.1日と長く、F1:40.4±32.8日、F4:67.1±44.6日、F5:61.6±44.0日F6:48.0±55.2日と短かった。

2)入院時入院形態、入院時経路、退院時転帰について

入院時の入院形態については、任意入院142名、医療保護入院70名、措置入院4名(うち2名は緊急措置)、その他(自由入院や鑑定入院)0名であった。入院時経路については、図4に示すが、自宅から186名(87%)、身体科からの転科17名(8%)、転院9名(4%)精神科救急システムで3名、精神保健福祉法24条で、1名の順であった。退院時転帰については、図5に示すが、自宅への退院が167名で、内130名(58%)が当院での外来通院加療に、37名(17%)が他院での通院加療である。その他転院が37名(16%)、身体科への転科6名(3%)、平成20年3月31日現在入院加療中5名、死亡退院1名であった。手術室を使用した17名の入院時経路については、自宅から11名、転院が3名、身体科からの転科が3名であった。退院後転帰については、自宅9名、転院5名、転科2名、平成20年3月31日時点で入院継続中が1名であった。

3)身体合併症について、

①肥満度(BMI)について(図6)

入院時の身長および体重測定を行えた208名中、BMI:25-30:21.2%、30以上6.3%で、25以上が27.4%(57名)と多かった。退院時については、205名中BMI:25-30:21.5%、30以上5.4%で、25以上が26.8%であった。入院時の疾患別肥満割合をみると、BMI25以上の57名中、F2:26名(45%)、F3:15名(26%)であり、F2の患者は患者数65名の中からも40%程度存在しており、F3患者81名での18.5%と比較しても、統合失調症圏の患者の肥満の割合は高かった。

②生活習慣病等の主な合併症の有無について

入院時における主な合併症の有無について、図7に示す。主な合併症については、総患者のうち、高血圧32名、高脂血症39名、糖尿病19名境界例7名、肝機能障害42名、腎機能障害11名であった。

③当病棟における合併症の治療・身体科への紹介状況について、

当病棟における合併症の状況について、総入院患者216名中、合併症治療目的での入院が37名、入院時合併症を有する患者142名、うち実際に何らかの合併症治療を行ったものが124名、何らかの理由により身体科への他科紹介を行ったものが、160名であった。合併症治療の中で、

17名が手術室を使用した。合併症の治療場所として、何らかの合併症治療を行った患者 124名中、当科での治療が 96名、他科での治療が 28名であった。合併症治療目的の患者の場合、当科での治療が 18名、他科での治療は 19名であった。手術室を使用した患者については、当科で 5名、他科で 12名が治療されており、その中で当科での治療を行った患者のうち 2名は、手術を他科で行った後に当科への入院、2名は他院からの修正型電気けいれん療法(以下:mECT)目的の患者であった。

ICD-10(WHO)分類による合併症分類において合併症の診断名については、身体合併症治療目的による患者 37名のうち、6名は新生物、6名は骨格筋および結合組織の疾患、その他内分泌、栄養及び代謝疾患 3名であった。手術室を使用した患者 17名については、新生物 6名、骨格筋及び結合組織の疾患 4名、皮膚及び皮下組織の疾患 2名、妊娠、分娩、及び産褥 2名、mECT 2名、眼及び付属器の疾患 1名であった。身体科への他科紹介については、消化器系の疾患 49名、内分泌、栄養、及び代謝疾患 45名、循環器系の疾患 43名と多く、その他神経系への疾患 25名、皮膚及び皮下組織の疾患 23名、筋骨格系及び結合組織の疾患 23名、尿路性器系の疾患 22名であった。他科紹介の患者の延べ人数では 303名にもおよび、一人の患者で複数の科へ紹介されている患者も認められた。

年齢別合併症保有について、表 2 に示す。何らかの身体疾患を有する患者 142名中で、保有率からみると全体では、65.7%であるが、各年代ごとにみると 10歳台 20.0%、20歳台 51.4%、30歳台 57.9%、40歳台 69.4%、50歳台 76.7%、60歳台 96.3%、70歳以上 95.7%と年齢を減るにつれ、何らかの身体合併症を有している患者が多くなることがわかった。精神疾患の疾患別合併症保有については、表 3 に示す。F0:85.7%、F1:71.4%、F2:63.6%、F3:77.8%、F4:37.0%、F5:35.7%、F6及びF7は各々 100%、G40:66.7%、G47:0%であった。他科紹介から見た合併症疾患別年齢構成を図 8 に示す。他科紹介となった 303件のうち、合併率の高い消化器系の疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患の中で、消化器系疾患は 10歳台を除き各年代に認められるが、内分泌、栄養、及び代謝疾患、循環器系の疾患については、40歳台以降に患者が多く認められた。

考察

平成 18年 11月 1日から平成 19年 10月 31日の期間久留米大学病院精神神経科病棟(西 10階病棟)にて入院加療を行った総ての患者 216名について、合併症治療の現状について検討を行った。入院患者の性比は男性 85人に対して、女性が 131人と女性が多かった。平均年齢は平均年齢 42.6±19.7歳、平均入院期間 91.5±64.5日であった。入院患者の多くは、F2、F3、F4が多かった。特にF3、F4は、女性の入院患者が男性に比較して、有意に多かった。各年齢別の疾患構成をみると、F2、F3は、各年代に見られるものの、比較的F3は、高齢者に多く、F3は 40歳代にピークがあり、高齢者は比較的少なかった。F4は 20歳台、30歳台の入院が多く高齢者は少なかった。このことは当院精神神経科病棟は、平成 12年 7月に精神科急性期治療病棟(I)として、認可されており、平均年齢として 42.6歳と若く、単科の精神科病院と比較して、慢性統合失調

症などの入院患者が少なく、F3、F4の患者が多いことも、女性の入院患者が多いことに関連しているものと思われる。

入院形態については、総入院患者 216 名中 142 名 (65.7%) は任意入院であり、70 名 (32.4%) は医療保護入院、4 名 (1.9%) は(緊急)措置入院であり、自由入院や鑑定入院はなかった。以前の報告でも同様の割合で推移している。入院時経路については、自宅からの入院が 186 名 (86.1%) と最も多く、身体科からの転科、他院からの転院の順であった。手術室を使用した 17 名についても、自宅が 11 名 (64.7%) と最も多かった。合併症治療目的や、手術室を要するような患者の入院時経路を大別すると、1) 当科外来通院中の患者が合併症治療を必要とした場合、2) 当科に入院中の患者が合併症を併発した場合、3) 身体科に通院中の患者が精神症状を呈した場合、4) 身体化に入院加療中の患者が精神症状を呈した場合、5) 他院に通院中または入院中の患者が合併症を呈した場合である。これら患者の入院について、1) は当院身体科に紹介し、身体科での入院が可能かどうか相互に相談し判断している。2) は、身体科との共診を行い、重症度に応じて当病棟で診るか転科するか判断する。3) は当科外来で診察を行い、当病棟での入院が必要か否か判断する。4) は、当科リエゾン医が往診を行い、診断・治療状況に応じて、身体科での治療が可能か、転科の必要性があるのか協議して判断する。5) は、外来入院担当医が転院元の医師から連絡を受け、可能な限り前もって受診をして頂き予約する。これら得られた情報については、入院依頼書に適宜記載を行い、病棟医長と外来入院担当医が情報交換を行っている。

身体合併症について、患者の入院時に身長・体重を及び入院後定期的に体重を測定しているが、これらによって求められる BMI について、入院時測定可能であった 208 名中 57 名 (27.4%) が、BMI:25 以上と肥満を認め、中でもF2の患者では、26 名いて、F3の入院患者 65 名の 40% に及んでいる。入院患者の多い、F3で 18.5% であり、統合失調症圏障害患者に肥満の割合が高いのは、無為・自閉など陰性症状など精神症状による活動量の低下や、Olanzapine や Quetiapine などで問題となる過食などの薬剤関連因子などが関与しているのかもしれない。

入院時における主な合併症について、高血圧、高脂血症、糖尿病などの生活習慣病や、腎機能障害、肝機能障害について調査を行ったが、腎機能障害患者が最も少なく、11 名であるが、この中には急性腎不全で透析を要する患者がいた。糖尿病患者は境界例を含め 26 名 (12%)、それ以外の合併症はそれ以上に多く認めた。総入院患者 216 名かの平均年齢から考えても、合併症有病率は決して少なくないと思われる。

当病棟における合併症の治療、身体科への紹介状況については、総入院患者中合併症治療目的の患者が 37 名 (17.1%)、手術室を使用した患者が 17 名 (7.9%) であった。合併症治療を行った患者は 124 名 (57.4%)、入院時何らかの合併症を有している患者については、重症度が軽度なまでのまで含めると、実に 142 名 (65.7%) にも及んでいる。また入院経過中に身体科への紹介があったものは 160 名 (74.1%) と多い。今後具体的な重症度や入院時までの治療状況など更なる調査・検討が必要であるが、予防医学の見地からも、日常診療において身体疾患の合併症については、常に留意する必要があると思われる。合併症の治療場所については、何らかの合併症治療を行った患者 124 名のうち 96 名 (77.4%) は当科で加療を行い、合併症治療目的患者 37 名中 18 名

(48.6%)、手術室を必要とした患者 17 名中 5 名 (29.4%) で、2 名は mECT 目的、2 名は手術後の転科であった。実際に合併症治療や手術室を必要とするような合併症の重症度が高い患者については、常に共診の形を身体科と連携を行い治療場所についても検討を行い、手術を要する患者については、手術日以降侵襲度に応じて一旦身体科における観察室での管理を行っていた。

ICD-10 分類を用いた合併症の診断名で、身体合併症治療目的による患者 37 名の内訳は、6 名は新生物、骨格筋及び結合組織の疾患が最も多く、次いで内分泌、栄養及び代謝疾患が 3 名であったが、その様々な領域の加療がなされている。手術室を使用した患者についても新生物、骨格筋及び結合組織の疾患が最も多く、その他分娩や皮膚及び皮下組織の疾患、眼及び付属器の疾患などがあつた。一方他科紹介を行った 303 例の内訳を見ると、紹介の多い疾患は、消化器系疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患であつた。これら他科紹介の症例と、実際の合併症治療目的に際が生じている要因としては、合併症として消化器系疾患、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患が多いものの、実際に重症度の問題により、これらが通常一般の精神科診療においてあまり問題となっていないが、総合病院といった利便性から紹介を行っていることが考えられるし、これら疾患が他院から当科へ紹介される前に既に何らかの治療がなされているか、あるいは時に重篤になるまで十分な加療がなされずにいる症例も存在している危険性が含まれていると思われる。

年齢別合併保有をみると、何らかの合併症を持つ 142 名からみても年齢を経るにつれ合併症保有率は高く、60 歳台以降では実に 96% 近くもの人が何らかの合併症を有している。精神疾患の疾患別合併症保有率をみると、F6, F7 は 100% と高いが、実際の患者数が少ない。患者数の多い、F2, F3, F4 をみると最も多いのが、F3 で、次に F2, F4 と続いた。これら疾患の平均年齢は F3, F3, F4 の順で若くなり、年齢別保有率から考えると、精神疾患自体によるものより、各疾患の年齢構成によるものかもしれない。しかしながら、生活習慣病に大いなる Risk factor である肥満については、F3 が最も高いことより、今後長期的な経過を見ていく必要があり、また日常からこれら生活習慣病の予防が望まれる。

合併症疾患別年齢構成についてみると、合併率の高い消化器系の疾患は、10 歳台を除き各年齢層に認められるが、内分泌、栄養及び代謝疾患、循環器系の疾患は 40 歳台以降の高齢者に多く認められるようになり、これら疾患は生活習慣病と密接に関係があり、このことから常々これら疾患の予防が望まれる。

最後に

今回、平成 18 年 11 月 1 日から平成 19 年 10 月 31 日の 1 年間で、当科における身体合併症の治療状況及び他科への紹介などの調査を行ったが、全入院患者 216 名中合併症治療目的入院が、37 名、手術室使用例が 17 名であったが、当科が急性期病棟であり大学病院といった総合病院であることから、この症例数が多いかどうかの判断は難しい。実際に精神科病床数 60 床のうち、保護室が 2 室、観察室が 4 床しかなく、実際の病床の確保が問題となるし、精神症状とともに身体疾患の治療や看護を提供する為にも十分な人的配慮も求められる。平成 20 年 4 月の診療報

酬改定により、身体合併症への治療が促進されることが期待されるが、そのためには、大学病院を含めた総合病院でのこれら施設や人員確保が望まれるし、一方で単科精神病院など精神科日常診療において、生活習慣病や他の合併症予防への取り組みも必要と思われる。

謝辞

本研究において、ご指導いただいた伊藤博人先生、久留米大学病院精神神経科石田重信先生、恵紙英昭先生、内野俊郎先生と、調査を行うに当たり、調査項目を入力していただいた、各主治医である、広田進先生、本田彰先生、國芳浩平先生、繁雄一郎先生、藤枝恵先生、森裕之先生、森田武宏先生、向野美智子先生、児玉えみ先生、花田雄樹先生、和佐野研二郎先生、向野佑介先生、國芳怜先生に心より感謝致します。

参考文献

恵紙英昭、田中みとみら：「大学病院精神科急性期病棟における合併症治療の現状と課題」九州神経精神医学，第 50 卷，第 1 号，pp24-40，2004.

V. 大学病院における身体合併症

V-2. 精神科医が関わった一般病棟入院患者の実態調査

久留米大学病院(以下当院)は病床数 1182(一般 1122、精神 60)の福岡県南部筑後地方、佐賀県東部、大分県日田地方を主な医療圏とする特定機能病院である。今回、一般病床入院患者における精神科医療ニーズの実態調査の為に平成 18 年 1 月 1 日～平成 19 年 12 月 31 日までの 2 年間、当院精神神経科が関わった一般病床入院患者の実態調査を行った。

当院精神神経科ではこの 20 年あまり、通常の院内紹介による入院患者の診察、すなわちコンサルテーションサービスに加えて、全病棟のリエゾン回診を通して複合的なコンサルテーション・リエゾンサービスを提供している。リエゾン回診は週一回、リエゾンチームによる「ご用聞き」回診のスタイルをとり、主に看護スタッフとの協議を中心とした医療従事者だれもが相談できる精神科医療サービスとして、早期介入とチーム医療支援を主目的として提供されている。従って一般病棟入院患者に関わる精神神経科への協力依頼は週5日のコンサルテーション依頼と、週半日のリエゾン回診への相談の大きく2経路に大別される。

調査期間の2年間における当院の一般病床入院患者総数はのべ28319名であったが、この内、精神神経科への依頼数はコンサルテーションつまり院内紹介が805名、リエゾン回診時の相談が344名であった。合計すると一般病床全入院患者のうち4.1%の患者が精神神経科の臨床サービスを受けた事になる。入院患者数がのべ数であるのに対して依頼数は新患患者の実数である。入院総数が同じ治療行為の為繰り返し入院する同一患者を全てカウントしていること、当科では1年未満の再紹介を再診として実数計算に入れていない。これらを考慮して実数比較を行った場合、相談割合はより高くなると考えられる。院内紹介の機会が週5回であり、リエゾン回診の5倍であることを考慮するとリエゾン回診は当院においての利用率は相対的に高いと言え、重要な一端を担っている事が伺える。

相談のあったケースの精神疾患をICD-10に従って分類したのが図1である。せん妄、認知症を含むF0が最も多く36%を占めた。多くは術後せん妄、ICU症候群に代表される身体疾患や治療的介入によって引き起された、院内で新たに発生したものであるが、認知症による異常行動も相当数の相談がある。せん妄が認知症を背景因子として生じたものであるかどうかは治療及び病棟管理上重要であるが、今回の調査では詳細の確認は困難であった。次いで適応障害、神経症性障害を含むF4(18%)不眠症を含むF5(12%)が続いた。紹介となった疾患内訳の年次推移のデータはないが、高齢化社会を踏まえると今後も医療現場でのF0対応へのニーズは高まりこそすれ、減少はしないものと考えられる。F2、F3等の内因性精神疾患では元々の合併症としての紹介が大多数を占めた。

病棟単位別の紹介数では高度救命センターが最多で246名であり全体の21.4%を占め(図2)、循環器内科、整形外科がこれに続いた。図3は病棟別に見たサービスの利用状況であるが、病棟単位毎にその利用数、コンサルテーションとリエゾンの利用比率が大きく異なっていることが解る。

救命センター、脳神経外科はその相談数全体に比してリエゾン回診の利用度が低い一方で、循環器内科、整形外科は相対的にリエゾン回診の利用度が高い。これはあつかう疾患の緊急度や、入院総数、病床回転率、病棟毎の入院患者のメンタルヘルスへの関心の違いなどを複雑に反映していると考えられる。その中でも重要な要因であると考えられる各病棟の入院総数と依頼数の関係について調べた(図4)。調査期間中の当院の入院実態をみると高度救命センターが最も多く2181名、次いで眼科の2095名、循環器内科の2046名、消化器・膠原病内科の2011名と続き、これらの病棟では年間1000名を超える入院を受け入れている。これら入院総数を基本として相談件数の割合(図5)を見てみると、各科の入院数に対する紹介・相談件数の比では緩和ケア病棟が最も高く15.5%(13/84)、次いで救命センター11.3%(246/2181)、麻酔科10.4%(8/77)が10%を超える紹介・相談率であった。慢性であれ、急性であれ、生命の危機に瀕した患者を対象とした医療の現場での精神科医による支援のニーズが高いことが伺われた。麻酔科に関しては入院数が他科と比較して極端に少ない為参考程度であるが、慢性疼痛患者の抑うつ合併の高さを反映していると推察される。この他、紹介割合が5%を超えたところは脳神経外科(74/1047)、消化器外科(72/1033)、整形外科(99/1047)、内分泌内科(45/747)、循環器内科(107/2046)の5つの診療科であった。眼科に関しては入院総数の多さに比して精神科への相談割合は0.8%と全体平均からみても極端に低い。眼科手術の全身への影響の少なさや、悪性疾患の少なさ、在院日数の短さなどが関与しているものと考えられるが、当院眼科の診療実態も含めて詳細を検討する必要がある。

さて、当院において利用率の高いリエゾン回診のサービスであるが、現在このサービスの最大の問題は費用対効果である。平成19年度現在、久留米大学精神神経科のリエゾンチームは経験年数6年から15年の5人の精神保健指定医により構成され、週の半日を費やして回診を行っている。リエゾン回診は基本的に医療支援業務であり当然ながら診療報酬はいっさいつかず、この5人全員が半日外来心療に従事した場合の診療報酬を回診のコストとみると、効果は精神科側から見た場合、かならずしも満足の行くものとは言えない。この点の改善は今後このサービスの充実を考える上で無視できないものとなろう。また、コンサルテーションを含めての一般病床入院患者への援助量の算出を行っての費用対効果の検討を試みたが、同一患者に対して主治医によるコンサルテーションとリエゾン医による治療支援が同時並行で行われている場合の統合的記録が存在しない事や、せん妄や適応障害など一過性の問題を起こしたケースをどこまでフォローアップするかが病棟、リエゾン医師に一任され、基準がない事などが障壁となり明確な算出は行えていない。以上の問題点を踏まえた前方視的な調査、研究が今後の課題と考えられた。

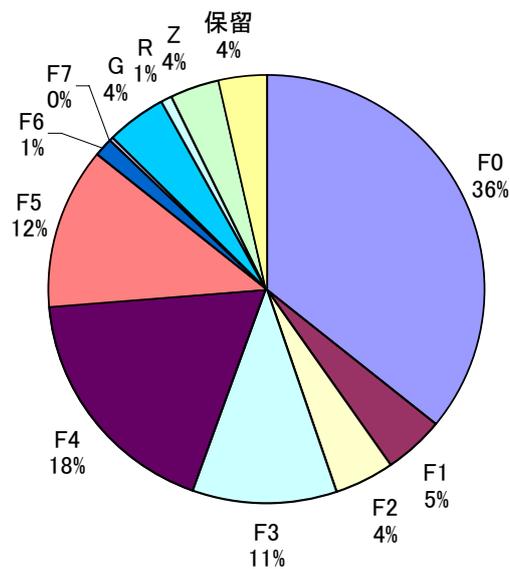


図1:精神科医が関わった一般病床入院患者の疾患別割合(ICD-10 準拠)

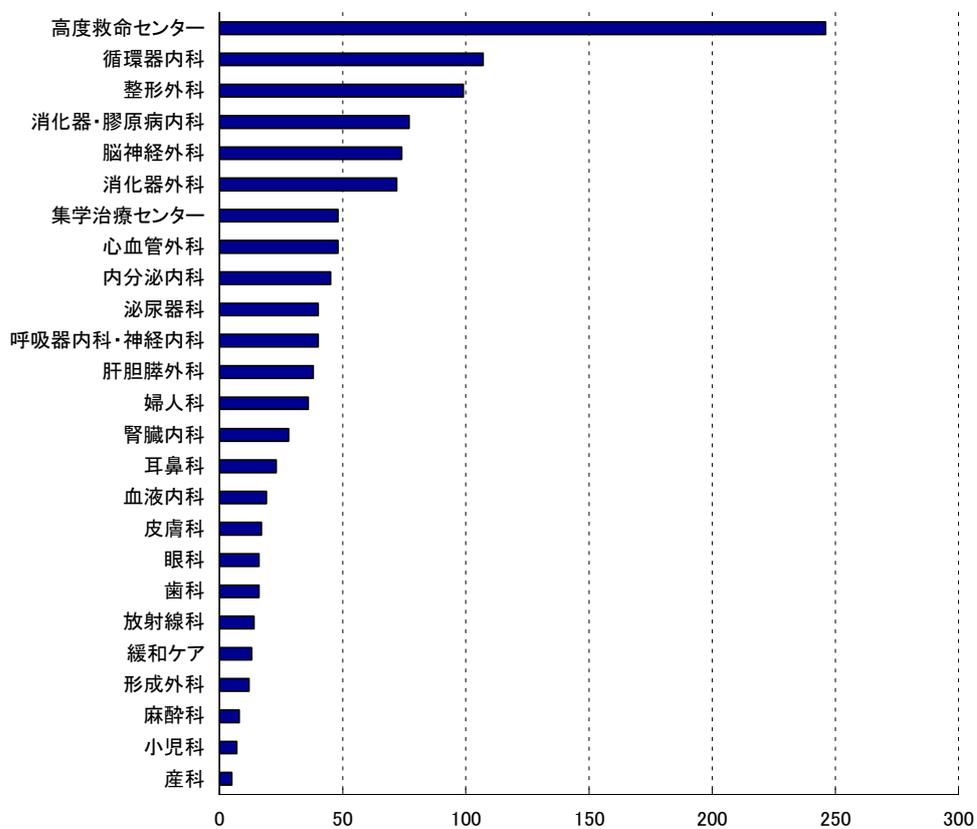


図2:病棟単位からみた紹介・相談実数

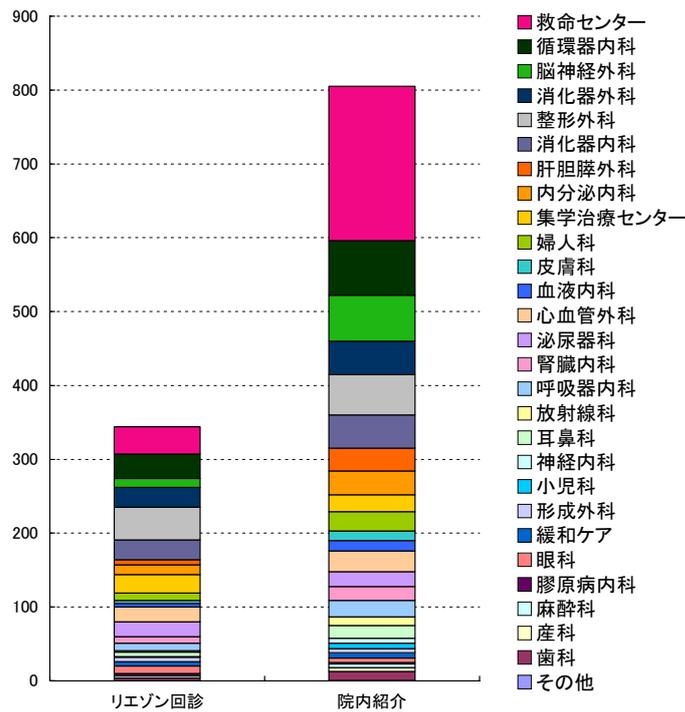


図 3: 病棟別に見たコンサルテーション(院内紹介)、リエゾン回診の利用実数

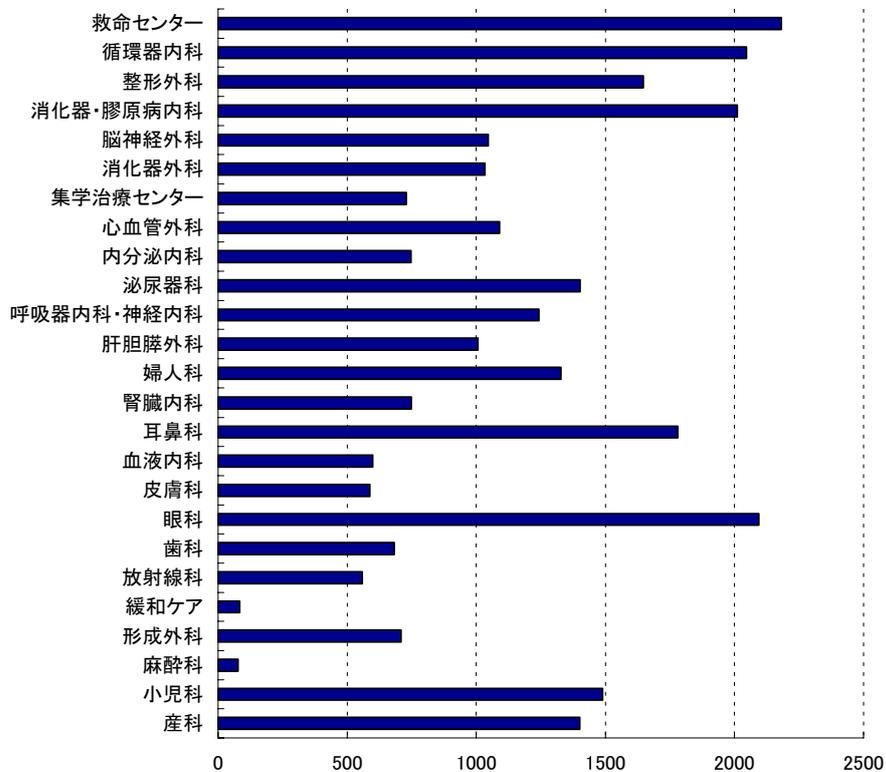


図 4: 久留米大学病院における平成 18、19 年の病棟別入院総数

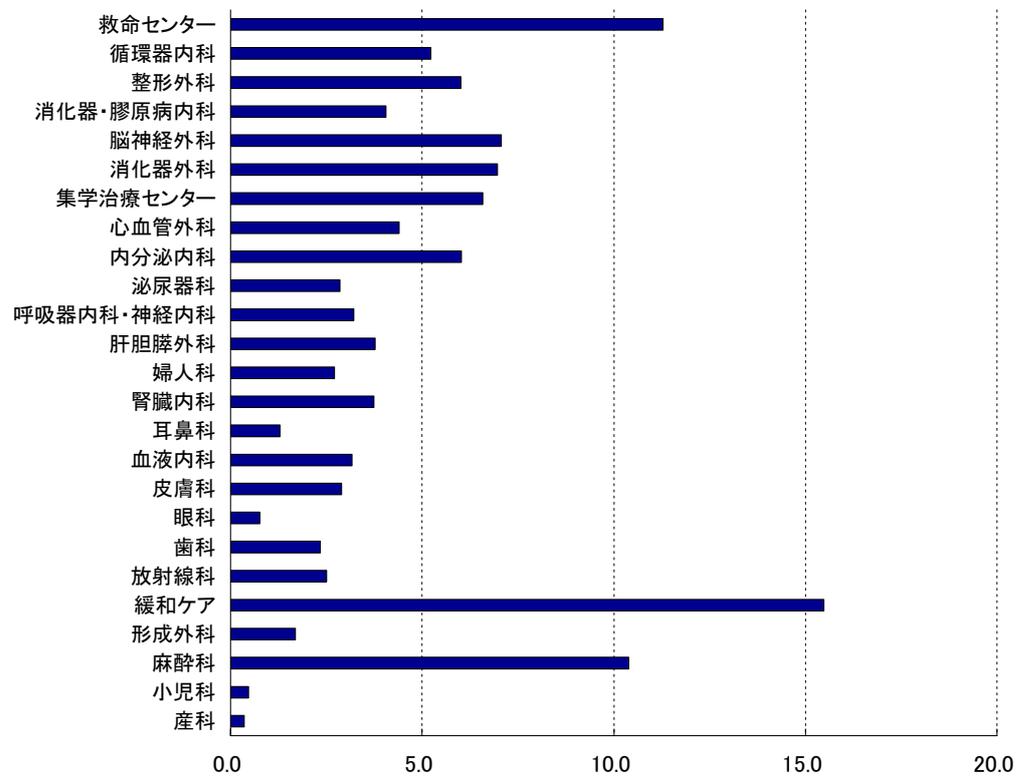


図 5: 病棟別に見た入院総数に対するコンサルテーション、リエゾン回診の利用割合

V. 大学病院における身体合併症

V-3. 精神障害者の合併症治療の入院病棟選択についての意識調査

～身体科医と精神科医の比較～

【調査の目的】

統合失調症をはじめとした重症精神障害（Severely Mental Illness：以下SMI）を持つ人々は、精神科医療の手法やシステムの発展とともにかつての長期入院から短期の入院治療と地域での治療へ移行されつつある。

しかし、社会における偏見や様々なスティグマがその地域生活の障壁となっている^{3) 5)}のも事実である。これらの障壁は、医療の現場においても例外ではない。精神科臨床の現場では、しばしば精神障害を理由として一般身体科での加療に不安が呈せられ、精神科医との間で葛藤状況が生じることが少なからず見受けられる。

SMIを持つ人々が地域生活を行う上では、これらの葛藤状況を改善することが非常に重要と考えられる。そこで今回、SMIを持つ人々の身体的な合併症治療を担う身体科医と精神科医の双方にアンケート調査を行い、SMIを持つ人々が合併症治療を行う上で障壁となる課題や、それぞれの意識の相違点などを明らかとすることを試みた。

【調査の対象と方法】

調査対象は、久留米大学医学部臨床系講座に勤務する身体科医および精神科医である。身体科医は、外来や入院治療である程度のイニシアチブを発揮すると考えられる立場にある医師の意見を抽出するため、講師および准教授120名を対象とした。精神科医については当科における現状に鑑み、他科入院中の精神障害者についてのコンサルテーションを受ける立場にあり、総合病院に勤務歴を有する臨床経験5年以上の医師41名を対象とした。

調査は郵送法による無記名アンケートによって行った。主な調査項目は、精神障害者の身体合併症治療のための一般病棟への入院に際して①一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するか判断で重視する項目②精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁の2点を身体科、精神科の両方に実施し、③精神障害者が一般病棟に入院する場合の困難さと④精神科リエゾン・コンサルテーションの認知度と機能についての評価を身体科医に実施した。

【結果】

1) 回答数および対象者の属性

有効回答は身体科63名（回答率52.5%）、精神科医26名（63.4%）、医師としての平均経験年数は身体科医が20.0年、精神科医12.8年であった。

2) 精神障害者の身体合併症にあたって一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するか の選択に関する項目

①「精神科診断名を重視する割合（表1）」

身体科医、精神科医の、精神科診断を「重視する」、「まあ重視する」と答えた者の割合は表1に示したとおりである。精神科診断名を重視するとする精神科医の割合は身体科医の約半分であり、差異が明らかであった。

②「現在の精神科的な状態を重視する割合（表2）」

現在の精神状態を「重視する」、「まあ重視する」とした意見は身体科医、精神科医ともに8割を超えていた。しかし、「重視する」と明確に答えた者の割合は精神科医に多かった。

③「相互の意見を重視する割合（表3）」

身体科医は、その殆どが精神科医の意見を重視していると答えた。一方、精神科医はその多くが身体科医の意見を重視すると答えたものの、「どちらとも言えない」ないしは「あまり重視しない」と答えて者も1/4に及んだ。

④「身体疾患の重症度や治療内容を重視する割合（表4）」

精神科診断を重視する割合とは逆に、精神科医は全員が「重視する」、「まあ重視する」と答えたが、身体科医は2割が「重視しない」「どちらとも言えない」と答えた。

⑤「患者、患者家族の意見を重視する割合（表5）」

精神科医は7割が「重視する」、「まあ重視する」としたが、身体科医では4割に満たなかった。

⑥「患者と直接会って精神状態を確認することを重視する割合（表6）」

精神科医の全員が「重視する」、「まあ重視する」とした。身体科医は6割であった。

3) 精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁に関する項目

①「患者の精神状態、精神症状についての情報不足（表7）」

身体科医、精神科医ともに精神状態に関しての情報不足が障壁となっていると答えた。

②「かかりつけ精神科医の協力不足（表8）」

これも、身体科医、精神科医での差異は目立たなかった。

③「一般病棟入院する場合での身体科医と精神科医相互での協力不足（表9）」

精神科医の実に8割が身体科医の協力不足を挙げた一方で、身体科医は精神科医の協力不足を挙げた者は4割にとどまった。

④「看護スタッフの理解・協力不足（表10）」

身体科医、精神科医ともに似た傾向を示し、7割近くが看護スタッフの理解・協力不足を障壁の1つと挙げた。

4) 精神障害者が一般病棟に入院する場合に困難になること（表11）」

ここでは、身体科医が精神障害者を一般病棟で入院治療を行うにあたって困難に感

じていることを複数回答で挙げてもらった。

「患者の理解力不足」と「精神疾患への対応も求められる」が同数、最多であり、さらに「他の患者さんへの影響が無視できない」「コミュニケーションがとれない」が続いた。

5) 精神科リエゾン・コンサルテーションサービスについて（表12、13）

当院では1983年より「御用聞き」スタイルと呼ばれるリエゾン・コンサルテーションサービスを実施しており^{1) 4) 6)}、そのサービスの認知度と評価を身体科医に尋ねた。

リエゾンサービスそのものは82%が「よく知っている」「まあまあ知っている」と答え、74%がリエゾンサービスの機能を評価していた。

【考察および今後に向けての課題】

身体科医と精神科医の間で最もその考え方に差異が明らかであったのは、入院先の選択にあたって精神科診断名をどの程度重視するかであった。身体科医は、実に80%が精神科診断によって入院先を決定しようとし、精神科医はそれ以外の要素を選択の際に重視するために、先述したような身体科医と精神科医の間で葛藤的な状況が生じる一因になっているものと考えられた。しかし、これは単純に身体科医が精神障害者の診断名に拘泥していると結論づけるのは安易とのそしりを免れまい。

身体科医の多くが情報不足を実感しており、専門医ではないことから「現在の症状」を判断して入院治療への適応を推測するのは困難であろうし、患者と直接会って精神状態を確認することにも信をおけないのは無理からぬところと言えよう。専門医たる精神科医の判断を重視するとした答えは多く、相互での意思疎通を今後ますます図っていくことによって葛藤的な状況を減らしていくことは十分に期待できると思われる。

一方、精神科医の身体科医への不信感の強さは対照的である。これは、実際の臨床現場における体験がそのまま反映したものと考えられ、精神科医の間で「統合失調症とについているだけで、精神科での入院を求められる」とため息混じりに語られるような状況がしばしば生じているのは事実である。しかし、専門医である精神科医から見れば一見不適切と思えるような身体科医の診断名への拘泥は、偏見と断じられない一面もあろう。統合失調症について、家族の無理解や批判的な態度を責めるのではなく、家族もまた支援を必要とする当事者と位置づけて支援を行うことで患者に対しての有益な支援者へ変わり得るといふLeffら²⁾の知見と同じく、なじみの薄い精神障害者の合併症治療を受け持つ身体科医を精神科医の支援を必要としている当事者として支援の姿勢を明確にしていくことが求められているのかもしれない。リエゾンコンサルテーションの根幹は、まさにここにあるのであり、身体科医が何に困っているのか、どういう情報があればより積極的に関わっていきると感じているのかといった、協同的に関わっていくために必要な支援の方法を精神科医の間で検討、共有していくことが重要となるものを考えられた。

看護スタッフの理解・協力不足とする身体科医、精神科医の一致した意見についても同様のことが言えよう。精神科での専門的な看護経験を持たない看護職が、精神科合併症を有する患者の看護に不安や、時に抵抗を示すのも無理からぬところもある。看護職が持つ不安について情報収集を行い、看護職の不安を軽減していくために有用な対策を検討していくことが今後必要と考えられた。

【文献】

- 1) 堀川公平、中村 純、上妻剛三、他：久留米大学病院におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学の実際―「御用聞き」的発想に基づく試み―。精神神経学雑誌87；282、1985.
- 2) Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. et al.: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br. J. Psychiatry, 141:121-134, 1982.
- 3) Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health 89:1328-1333, 1999
- 4) 三重野謙二, 中村純, 高向和宣、他：久留米大学におけるコンサルテーション・リエゾン医療. 精神医学, 29;539-543, 1987.
- 5) Struening EL, Perlick DA, Link BG, et. al. The Extent to Which Caregivers Believe Most People Devalue Consumers and Their Families. Psychiatric Services 52:1633-1638, 2001
- 6) 辻丸秀策, 向笠広和, 中村純 他：久留米大学病院における「御用聞き」的リエゾンの現状と動向. 精神科治療学, 7(5);551-555, 1992.

資料1-1

内科医を対象とした精神障害者の診療に関するアンケート調査内容

- 1) 日々の診療に際して、生活習慣病等の診断や治療を目的として精神障害者（ここでは統合失調症やうつ病、躁うつ病の患者さんとします）が受診されることもあるかと存じます。そういったケースが先生のもとを受診される場合に最も多いと思われる経路を1つだけ○をつけてください。
- a. 精神科の診療所ないし精神科病院から紹介状を持参して
 - b. 精神科を有する総合病院の精神科から紹介状を持参して
 - c. 精神科を有する総合病院の内科などの身体科から紹介状を持参して
 - d. 精神科の診療所ないし精神科病院にかかっているが、紹介状は持参しない
 - e. 精神科を有する総合病院の精神科にかかっているが、紹介状は持参しない
 - f. 精神科を有する総合病院の内科などの身体科にかかっていた人が紹介状は持参せずに
 - g. 受診先や受診の詳細は不明だが精神科医療を利用していると思われる人が、特に紹介状などもなく受診される
 - h. その他
- 2) 上記のような精神障害者（ここでは統合失調症やうつ病、躁うつ病の患者さんとしま
す）が先生のもとを受診される場合、困難とお感じになることはないでしょうか。以下の項目につきまして、先生のご実感に当てはまるもの全てに○をつけてください。
- a. 患者さんの理解力が不明でインフォームド・コンセントが困難
 - b. 治療コンプライアンスが不良
 - c. 精神疾患への対応も求められる
 - d. コミュニケーションがとれない
 - e. 他の外来患者さんへの影響が懸念される
 - f. 当該患者さんの主治医である精神科医の協力が十分に得られない
 - g. 特に困ることはない
 - h. その他
- 3) 上記のような精神障害者（ここでは統合失調症やうつ病、躁うつ病の患者さんとしま
す）の内科的な治療に関して、現在先生が実践しておられるものに最も近いと思われ
るもの、1つだけに○をつけてください。
- a. 紹介状や精神科主治医の協力があれば積極的に関わっている
 - b. 紹介状や精神科主治医の協力があるなしを問わず、積極的に関わっている
 - c. 今後、精神科主治医との協力が十分に行えれば積極的に関わりたい
 - d. 今のところ、積極的に関わることは考えていない
 - e. その他

《裏に続く》

資料1-2

内科医を対象とした精神障害者の診療に関するアンケート調査内容-2-

4) 前記のような精神障害者(ここでは統合失調症やうつ病、躁うつ病の患者さんとします)が先生のもとを受診される場合、どのような情報や制度があればより積極的に関わりやすいと思われるでしょうか。以下の項目につきまして、先生が特に望ましいと思われるもの2つに○をつけてください。

- a.精神障害者や精神疾患に関しての精神科医による講演会等での情報
- b.精神科医との協力体制についてのシステム作り
- c.精神障害者への内科的治療に積極的な医療機関や精神科を有する総合病院等についての一覧(マップ)
- d.ガイドヘルパー等による受診の同伴等、患者さんの内科受診を円滑にするサービス
- e.その他

5) この他、地域に生活している精神障害者の身体合併症を治療するにあたり、必要とお考えの点や、精神科医療関係者や患者、患者家族への要望などがありましたらご自由にお書きください。

6) 最後になりましたが、別紙協力をお願いにございますように、「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧(ガイドマップ)」の作成を検討しております。作成に際しまして、貴院ないし貴科の情報を掲載してもよろしいでしょうか。

掲載に同意します () 掲載に同意しません()

掲載の内容

名称・診療科

紹介状の必要の有無 (要 不要)

入院の可否 (可 否)

* 無床クリニックのため不可 検査入院のみ可 急性期治療のみ可

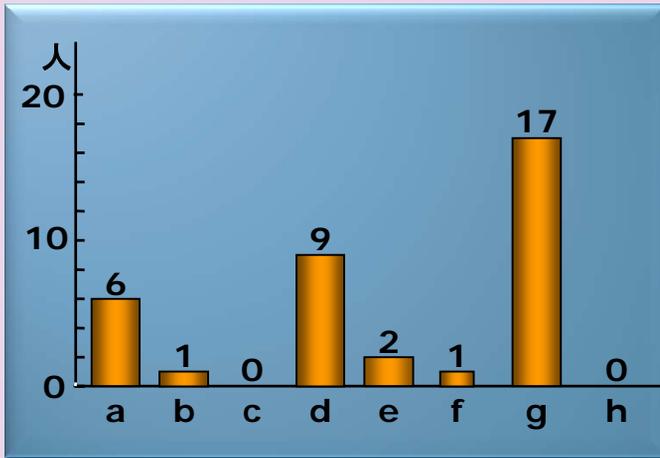
その他の条件

()

その他、掲載ご希望の内容

ご協力、誠にありがとうございました。

結果1 受診経路



- a:精神科病院から持参
- b:総合病院の精神科より持参
- c:総合病院の内科より持参
- d:精神科病院から持参なし
- e:総合病院の精神科より持参なし
- f:総合病院の内科より持参なし
- g:受診先不明の患者が持参なし
- h:その他

《その他のコメント》

- ・内科疾患で来院される場合、紹介状持参の方は一人もいません。殆どが急な来院です。
- ・生活習慣病で来院した事はない。主として感冒。
- ・知人から話を聞いて来院

結果2 治療上の困難性



- a:患者の理解力が不明でインフォームド・コンセントが困難
- b:治療コンプライアンスが不良
- c:精神疾患への対応も求められる
- d:コミュニケーションがとれない
- e:他の外来患者への影響が懸念される
- f:当患者主治医（精神科医）との協力が不十分
- g:特に困らない
- h:その他

《その他のコメント》

- ・精神科疾患の治療の有無やその内容が不明で、内服の併用が可能か等が心配です。
- ・多剤を内服されている患者さんが多いため、こちらの内服薬との関係で困る事がある。
以上**薬物の相互作用**
- ・精神疾患に伴う症状を内科的な訴えとして来院されることがある。
以上**精神症状**
- ・特に困ることはなかった。おそらく上記疾患の人ではないかもしれないし、元々精神障害者の受診は少ない。

以上**特に困っていない**

資料1-4



- a: 紹介状や精神科主治医の協力があれば積極的に関わっている
- b: 紹介状や精神科主治医の協力があるなしを問わず積極的に関わっている
- c: 今後、精神科医との協力が十分に行えれば積極的に関わりたい
- d: 今のところ、積極的に関わることは考えていない
- e: その他

《その他のコメント》

- ・受診時に出来ることは行う。
- ・来院されて来た場合は診察している。
- ・内科的疾患で来院された場合は適切に対応します。

以上原則診療を行っている

- ・病状安定し、コミュニケーションがとれる者のみ。

以上安定している患者のみ診療



- a: 精神科医による講演会等での情報
- b: 精神科医との協力体制づくり
- c: 精神障害者への内科的治療に積極的な病院等のガイドマップ
- d: ガイドヘルパー等による受診の同伴などのサービス
- e: その他

《その他のコメント》

- ・家族の付き添いが必要。
- ・精神症状が危険でない患者さんを受診させて欲しい。

以上条件など

- ・病名や症状、処方内容が解らなければ無理です。
- ・患者さんの受診時に(何か投薬等必要時)に、電話で精神科主治医にすぐ尋ね聞けるシステムがほしい。

以上患者に関する情報

精神障害者を治療するにあたっての内科医からの意見・要望

精神疾患、薬物療法などの情報が欲しい

- ・身体・精神状態や、治療の内容等の情報があれば助かる。
- ・疾患名と服薬が記載されている手帳を持参してほしい。
- ・精神科の薬と内科疾患で処方する薬との相互作用が不安。また、その一つ一つの確認に時間がかかる。
- ・内科的な現病歴や現状、精神科的治療内容を報せてほしい。
- ・精神障害者が他科受診をする場合に、精神科かかりつけ医の紹介状や内服薬に関する情報が得られることが望ましい。
- ・精神科の医師との十分な情報交換が必要(例えばすぐ精神科の受診が可能など)。

同伴者が必要

- ・家族同伴で来て頂くと有難い。
- ・同伴者が必要。
- ・精神科に通院していることを言わずに受診されることが多いと思う(おそらく精神科主治医

に他院を受診することを話さずに来られるため、紹介状を持っておられないと思います)。

患者さんをよくご存知のご家族、知人が同伴での受診が一番良い。

- ・日常生活習慣病の予防・治療には食事療法が基本。その必要性・重要性を患者・患者家族に理解・協力して頂ける様にできれば良い。

患者の状態

- ・あくまで精神科的にコントロールされている患者さんを受診させて欲しい。
- ・胃カメラの依頼をよく受けるが、全身状態の把握が困難で、非常に不安。できればやりたくない。

過去の経験

- ・10年程前、統合失調症の患者さんで、表情が硬く独語も多く、何か危害を加えられるかもし

れない恐怖を強く感じたことがありました。(付添いなく成人男性患者)

精神科医に対する身体合併症治療についてのアンケート

日々の精神科臨床に際して、生活習慣病等の合併症を有する症例に出会うことは多いことと思います。特に外来通院中の慢性期の統合失調症や長期療養中のうつ病ないし躁うつ病の患者さんの生活習慣病など内科的疾患の対応についてお教え下さい。

- 1) 先生が対応される場合、以下の中で最も多いと思われるもの1つだけに○をつけてください。
 - a 精神科を有する総合病院の身体科へ紹介する
 - b 精神科を有する総合病院の精神科へ紹介する
 - c 近医内科へ紹介する
 - d 患者さん自身のかかりつけ内科医へ紹介する
 - e 先生ご自身で内科的な治療を行う

- 2) 生活習慣病など内科的疾患の治療のため内科医へ紹介する場合、困難とお感じになることはないでしょうか。以下の項目につきまして、先生のご実感に当てはまるもの全てに○をつけてください。
 - a 患者さんが受診したがない
 - b 家族が受診させたがない
 - c 内科医が精神障害者に対してきちんと対応してくれない
 - d 対応してくれる内科医についての情報が乏しい
 - e 特に紹介に際して困ることはない

- 3) 生活習慣病など内科的疾患の治療のため内科医へ紹介した結果、治療が必要となり、先生がフォローアップされる場合、以下の中で最も多いと思われるもの1つだけに○をつけてください。
 - a 内科的疾患の治療は紹介先の内科医にすべて任せる
 - b 多くの場合、内科的疾患の治療は紹介先の内科医に任せる
 - c 先生ご自身で内科的な治療を行うが、定期的に内科に受診してもらう
 - d 先生ご自身で内科的な治療もすべて行う
 - e その他()

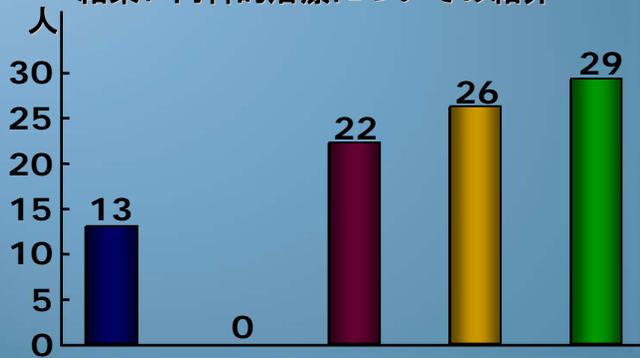
- 4) 生活習慣病など内科的疾患について内科医へ紹介する場合、どのような情報や制度があれば紹介しやすいと思われるでしょうか。以下の項目につきまして、先生が望ましいと思われるもの全てに○をつけてください。
 - a 内科診療所、内科系総合病院の精神障害者への受け入れに関する情報
 - b 内科診療所、内科系総合病院の専門領域に関する情報
 - c 内科診療所、内科系総合病院の設備に関する情報
 - d 精神障害者への内科的治療に積極的な医療機関についての一覧(マップ)
 - e ガイドヘルパーによる受診の同伴など、患者さんの内科受診を援助してくれるサービス

- 5) その他、身体合併症の予防、治療に関する上で必要とお考えの点や、内科医、患者さん、患者家族などへのご意見、ご要望のことがございましたら、ご自由にお書きください。

ご協力、誠にありがとうございました。

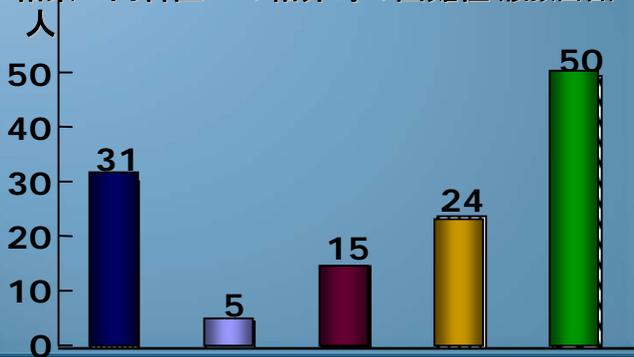
資料2-2

結果1 内科的治療についての紹介



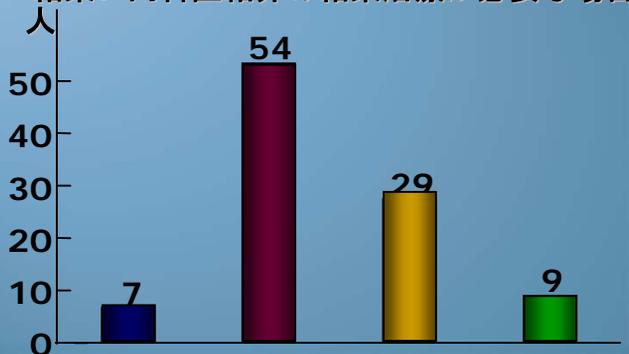
- 精神科を有する総合病院の身体科へ紹介
- 精神科を有する総合病院の精神科へ紹介
- 近医内科を紹介
- 患者さん自身のかかりつけ内科医へ紹介
- 自身で内科的な治療を行う

結果2 内科医への紹介時の困難性(複数回答)



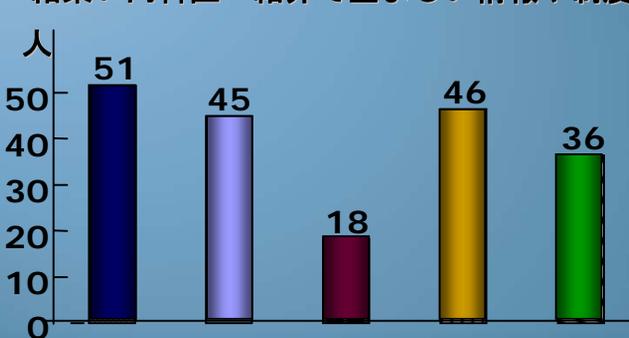
- 患者さんが受診したがない
- 家族が受診させたがない
- 内科医がきちんと対応してくれない
- 対応してくれる内科医の情報が乏しい
- 特に紹介に際して困ることはない

結果3 内科医紹介の結果治療が必要な場合



- 紹介先にすべて任せる
- 多くの場合、紹介先に任せる
- 自身で治療を行うが定期的に内科に受診
- 自身で内科的な治療もすべて行う

結果4 内科医へ紹介で望ましい情報や制度



- 精神障害者への受け入れに関する情報
- 専門領域に関する情報
- 設備に関する情報
- 精神障害者への内科的治療に積極的な医療機関の一覧
- 内科受診を援助してくれるサービス

精神科医から内科医に対する意見・要望

受け入れ不良

- ・「精神疾患の合併がある」との理由で治療して頂けない場合がある。
- ・一般的に総合病院の内科医の受け入れは不良。
- ・生活習慣病などの紹介に困ることはないが、重症内科疾患あるいは外科的手術の必要な合併症の時に受け入れ先の病院に困る。
- ・比較的落ち着いた患者さんの場合はそう困ることはありませんが、急性期の症状が再燃したり、躁状態の甚だしい患者さんの場合は、精神科を持つ総合病院を紹介したいところですが、なかなかスムーズにゆかず困ることがしばしばあります。
- ・入院が必要なレベルの内科疾患を抱える精神障害者の入院を引き受けてくれる病院を探すのに、かなりのエネルギーを要する。身体合併症のある精神障害者の入院が円滑に行われるような体制づくりが整備されることを望む。
- ・精神疾患を有する患者さんの内科的疾患で、例えば、総合病院などで入院を必要とする際

精神症状が不安定な患者さんであればある程受け入れ(入院)に消極的であったり、ほんの短期間だけ(必要最低限度)という印象を受けます。精神科医が常勤している総合病院でもその印象を受けます。

受け入れは良好になりつつある

- ・以前に比べると他科の先生の受け入れも良くなっている。今後も他科の先生に対して精神疾患を伝えていくことが必要。
- ・医師会のお陰で他科の先生方と懇意になれ、ありがたいものだと改めて思う。
- ・日頃、当地の総合病院・各診療所との情報交換はお互いにスムーズにいており、特に支障を感じたことはない。

連携・情報提供が必要

- ・柔軟な連携と情報の提供が必要だと思う。
- ・精神科医と内科医の交流勉強会を大いにやるべきだと思います。

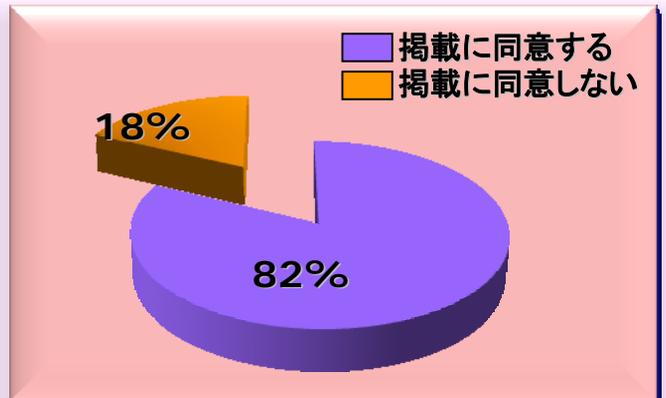
啓発が必要

- ・精神科以外の医師の精神疾患への理解を深めるような手段はないのでしょうか？
- ・慢性の統合失調症の患者様を身体科に紹介した際、本人が勝手に当科への受診を中断したことがあった。一般科の先生にも精神科疾患の基本的ことを理解して頂き、治療中断のきっかけとならないようにして欲しい。
- ・多分、内科医は患者との対応の仕方がわからず、一方的な話し方になりコミュニケーションが取れていないのではないかと。内科医に患者さんとのやりとり慣れてもらったり、見学したりと精神科医療が身近なものという認識が必要。

資料3

精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧への掲載

掲載に同意する	46(←当初32)
掲載に同意しない	10
無回答	0
計	56



内科系医療機関一覧への掲載に関する希望、条件

- ・病状安定し、コミュニケーションがとれるもの
- ・入院の可否・紹介状の有無については case by case
- ・精神疾患の状態が安定されている患者さんの合併症治療のための入院は可とする。
- ・在宅医療をしています。(掲載希望内容)
- ・内科的治療を受ける気持ちのある患者さんを。

内科系医療機関一覧の掲載に同意されなかった医師の意見

- ・来院したときの対応に自信がない。
- ・付き添いをつけるなどの対策を国がきちんとしてくれることが必要
- ・トラブルが続発したらどうするのか
- ・精神科医は「大丈夫」と言うが、慣れているから楽観的に捉えていると感じる
- ・他の患者さんに迷惑がかかり経営に影響した場合、責任の所在がない。
- ・スタッフが対応しきれない。受付で財布を投げつけられたことがあり、スタッフはその患者の対応で仕事が回らなくなった

私どもは本年度、障害者保健福祉事業「地域生活をしている精神障害者の身体合併症予防および早期診断に関する包括的地域支援事業」を厚生労働省より受託し、今後の精神障害者の包括的支援の一助にしたいと考え取り組んでいます。その取組の一環として精神障害者を地域で支えていくために、一般診療科と精神科の連携がより円滑となることを目的とした講演会（交流会）を開催いたしますので、多くの先生方のご参加をお待ちしております。

講演会のお知らせ

座長：特定医療法人勇愛会大島病院
院長 大島正親

演題

「地域生活をしている精神障害者とは？
－ 近年の精神疾患の実際 － 」

講師 久留米大学医学部精神神経科
内野 俊郎 先生

日 時：平成20年2月19日（火）
19：00～

場 所：ホテルビアントス
鳥栖市酒井西町789-1
TEL：0942-82-8888

平成19年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）
事業主体機関：特定医療法人勇愛会 大島病院
<http://www.ohshimahospital.jp/>

【お問い合わせ先：事務局】

久留米大学医学部精神神経科学教室内（事務担当：大塚）

TEL：0942-31-7564／FAX：0942-35-6041

e-mail：co.healthcare.for.smi@gmail.com

講演会のお知らせ

私どもは本年度、障害者保健福祉事業「地域生活をしている精神障害者の身体合併症予防および早期診断に関する包括的地域支援事業」を厚生労働省より受託し、取り組んでいます。身体合併症、特にメタボリックシンドロームなど生活習慣病には食事や運動などの生活改善が重要ですが、実行困難なことが多いようです。

そこで本事業の取組の一環として、精神障害をお持ちの方の健康に関する意識を高めることを目的とした講演会を開催いたしますので、多くの当事者およびご家族の皆様のご参加をお待ちしております。



記

日 時：平成20年2月28日（火）19：00～

場 所：えーるピア久留米 301・302学習室

〒830-0037 久留米市諏訪野町1830-6

tel(代表)0942-30-7900

申 込：必要ありません

入場無料

座長：久留米大学医学部精神神経科 講師 石田重信

特別講演 1

「心血管病を予防する」

講師 柴田循環器科内科

院長 柴田純一先生

特別講演 2

「メタボリックシンドローム予防のコツ」

講師 稲田内科クリニック

院長 稲田千鶴子先生

平成19年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）

【お問い合わせ先：事務局】

久留米大学医学部精神神経科学教室内（事務担当：大塚）

TEL：0942-31-7564 / FAX：0942-35-6041

e-mail：co.healthcare.for.smi@gmail.com

資料1 他科通院実態調査内容

1 他科通院の実態について

- 他科通院したことがある 100% (8人/8人)
 - 始めは同伴者が付き添った 83% (5人/6人)
- 他科通院に不安がある 83% (5人/6人)
 - 「3. 他科通院への不安について」を参照

2 他科通院への不安について

1 精神障害者であることを知られることへの不安

- その病院に通う親や親類、近所の人に知られてしまうのではないかと、という不安がある。そのため、問診アンケートや口頭で病名を聞かれない場合、自ら精神障害者であることを言わない事もある。その際、他科での処方薬と精神科での処方薬との組合せ（一緒に服用しても問題ないか）に不安を感じることもある。
- 偏見の目で見られる事への不安がある。過去に、医師に精神病であることを告げた瞬間、見る目が変わり、とても不快な思いをした。それからは、病名を偽る（「統合失調症」を「自律神経失調症」と偽る）こともある。

2 病状への不安

- 精神障害者は健常者に比べて心配性な人が多いため、重症と診断されるのでは、と悪い方向に考えてしまい、だんだんと不安が大きくなり、最終的に怖くなって通院できなくなる。他科へ通院するには、多くのエネルギーと勇気が必要である。
 - ✧ 健康診断で再検査の通知があったが行かなかった事もある。
 - ✧ 2週間程前から喉が痛く（炎症がある）、病院に行かなければと思っているが、病名・病態を聞くのが怖くて行けない。
 - ⇒ では、いつになったら通院するのか、と伺ったところ、重症になってから行く（痛みが激しくなってから）、とのこと。

3 自分の病状をきちんと伝えることができるか不安

- 初対面の医師に自分の病歴や気持ちを説明できるかが不安である。
- どんな薬（精神）を飲んでいるのか言いづらい。

4 経済面での不安

- 現状の自立支援法では、精神障害者が精神科以外の診療を受けた場合、健常者と同じ3割負担であり、年金暮らしの多い精神障害者にとって、通院費用の負担は大きい。

3 他科通院支援のあり方について

1 一人での通院は不安なので付き添って欲しい

- 支援者は、心を許せる・自分のことを理解している家族や知人が良い。
- 支援者にどんな会話をして欲しいか、と伺ったところ、「有名な先生だから大丈夫」、「今なら良くなる」、「噂で良い病院」と、安心できるような会話がいいとのこと。少数ではあるが、会話は要らない、ただ付き添ってきてくれるだけでもいい、という意見もあり、いかに一人で他科通院することへの不安が大きいかと伺った。

2 精神科の医師の紹介状が欲しい

- 精神科の医師が紹介だったら行く人もいる。

3 どの病院に通院すればいいか教えて欲しい

- 「病院への行き方が分からずに困ったり、不安になることはないか」と伺ったところ、参加者全員、それはないとのこと。それよりも、「どの病院へ行くとよいか分からない」との意見が上がった。
 - ☆ 現状は、かかりつけの病院から選んでいる。かかりつけの病院がない場合は、噂などの各種情報を辿って、信頼できる病院を探している。
 - ☆ 診療設備が整っており、有名な医師のいる大きな病院がいい。
 - ☆ 精神科と他科が一緒になっている病院がいい（いつも通っているので不安は少ない）。

最後に、参加者に「他科通院を支援して欲しいか」という質問をしたところ、全員が一人で行くより付き添ってくれたほうが心強いので、通院支援があった方がよい、という意見であった。

資料2-1 講義1-1 「サービス提供者から見た久留米の実態」

■ 参加者

麻生介護サービス株式会社 筑後支店長 中原京子
 訪問看護ステーション「くるめ」 辻千代子
 久留米市 障害福祉課 吉田裕子
 社会福祉法人 拓く 常務理事 馬場篤子

■ 内容

1 通院支援の実態について

- 久留米における通院支援の実態について
 - 身体介護を使った通院支援の実態はあるのか？
 - ニーズとして通院支援はあがってきているのか？
 - ニーズがあがってきていないのはどうしてか？
- サービス情報の提供の実態について
 - 情報をつかめない人がいる（情報ルートはあるのか？）。
 - 主治医に情報を伝える人も必要。
 - 市役所（相談窓口）までいけない人がいる。
- 支援者側の悩みについて
 - ネットワークができていない。
 - 支援者がどう説明していいか分からない。（病状、生活状況、薬服用状況）
 - ヘルパーが本当に代行できるのか？
 - 人間関係をつくるのにとても時間がかかる。
 - だれに相談していいか分からない。
 - 支援者のためのサポート体制が揃っていない（教育・相談・ネットワーク）
 - 生活と治療とをどう支援していくのか。

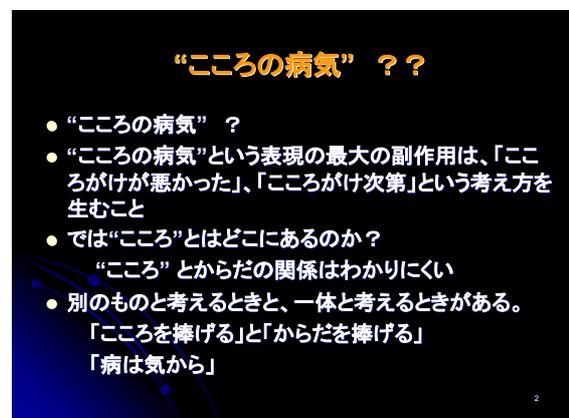
2 通院支援にあたっての課題

- 情報とニーズが結びついていない。
- 通院支援にあたっての課題
 - 決まったルート以外が動けない
 - 症状の認識ができていない
 - 病気への不安
- どんなサービスがあるか知らない。
- ケアマネージメントする人がいない。
- サービス提供側が精神障害の理解が乏しい。
- 説明のしかたや的確な情報の伝え方を知る。
- 支援にあたる人が落ち込む。その場合の相談・サポートする体制がない。

③ 課題の解決方法

- 病院から患者さんに情報を出してもらう。
- ケスマネージメントをするシステムをつくる。
- 事業者が積極的に取り組めるような報酬や研修が確立される。
- ネットワークが必要。
- チームケアカンファレンスが必要。
- 支援にあたるひとのアフターケアやスーパーバイズが必要。

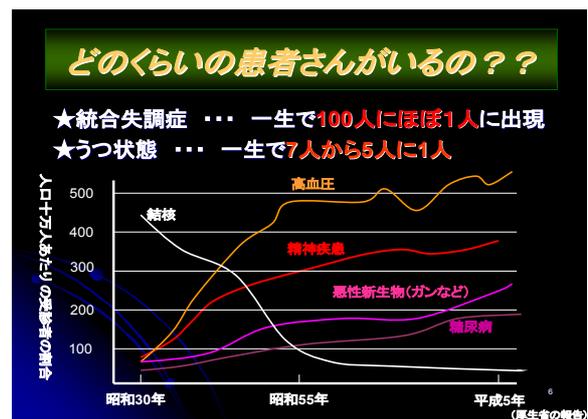
資料 2 - 2





- ### 代表的な精神障害
- * 統合失調症
 - * うつ病(うつ状態、躁うつ病)
 - * アルコール依存症
 - * PTSD(心的外傷後ストレス障害)
 - * パニック障害
 - * 強迫神経症
 - * 不眠症
 -etc.

- ### 精神疾患にまつわる誤解、「伝説」
- ・ ~~「精神科の病気は危険」~~
 - ・ ~~「精神科の病気は治らない」~~
 - ・ ~~「精神科の病気は少ない、特殊な病気」~~
 - ・ ~~「精神科の病気は本人の性格の問題」~~
 - ・ ~~「精神科の薬(安定剤、睡眠薬)は危険」~~
 - ・ ~~「精神科の薬はクセになってやめられない」~~
 - ・ ~~「薬を長く飲むと早くボケる」~~
 - ・ ~~「精神病院に入院すると退院できない」~~



- ### 代表的な「統合失調症」観
- ・ ~~統合失調症は親の育て方が原因~~
 - ・ ~~統合失調症は遺伝病なので特殊な家にしか出現しない~~
 - ・ ~~統合失調症は犯罪との関係が深い~~
 - ・ ~~統合失調症は不治の病である(有効な治療法がない)~~
 - ・ ~~統合失調症の人は結婚できない~~
 - ... etc.

- ### 統合失調症(1)
- ・ どのくらいの割合で出現する?何人??
 - 100人に1人(1%)、全国で100万人
 - 胃潰瘍や糖尿病と同じくらいの割合
 - ・ 原因は?
 - 素因(多因子)+きっかけ(日常的なストレス)=発症
 - 脳の伝達物質(ドーパミンなど)のアンバランス
 - いわゆる遺伝病や、性格の病気ではない
 - ・ 危険な病気??
 - 重大犯に占める精神障害者の割合は0.6%

統合失調症は親の育て方が原因？

① 統合失調症と遺伝 (ゴッデスマンによる)

一般人口	1 %
いとこ、おじ・おば	2 %
片方の親	6 %
両親	46 %
一卵性双生児	48 %

② 養子(里子)研究 (ヘストンの研究)

発病危険率	
統合失調症の親自身が育てた	13 %
里親が育てた	16.6 %

統合失調症(2)

- ・ 症状は??
 - 過覚醒(脳が覚めすぎる)、幻覚(幻聴)、妄想(例:噂されている感じ、秘密が知られている)、不安
- ・ 自分で病気であることがわからない??
 - 一人で受診される方が殆ど
- ・ 治らない病気??
 - リハビリテーションによって、十分に社会復帰が期待できる病気
- ・ 薬が効かない??
 - 新しい薬物療法、リハビリテーション法の進歩

統合失調症は特殊な家系だけ？

- 一生のうちに、1.0%~0.8%の方が発症する

↓
100人~120人に一人 (20~30家族に1家族)

↓
全国で100万人くらい

↓
地域、文化で差がない

↓
育て方でもなければ、家庭の環境でもない

統合失調症は犯罪と関係が深い？

- ★ 刑法犯罪に占める精神障害者の割合は

0.6 % !!

(H10年犯罪白書より)

- ★ アルコール、麻薬などがからんだ場合の暴力は多いが、これは統合失調症の有無にかかわらず危険!

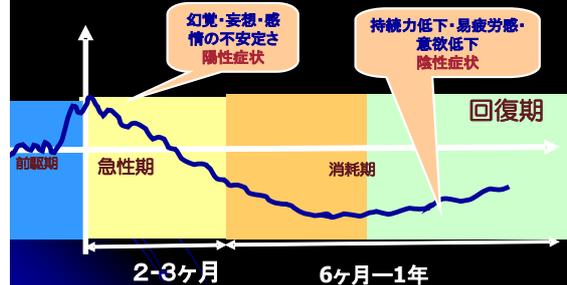
統合失調症は良くなるの??

★統合失調症の経過

10年経	完全回復 25%	かなり改善、比較的自立 25%	ある程度改善、支援ネットワーク必要 25%	入院、改善せず 15%	死亡(含自殺) 10%
30年経	25%	35%	15%	10%	15%

J.H. ステファンによる
E.F.Torrey 「Surviving Schizophrenia (分業病がわかる本)」 97年日本評論社より抜粋

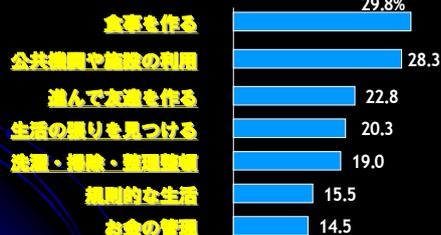
短期のエピソード (統合失調症のモデル)



日常生活で自信のないこと

全家連：精神障害者全国本人調査

N=3,769, 1992年



野中 猛より許可を得て引用

精神障害を考える時に覚えておくと良いかもしれないこと

- 「わからない」「難しい」と言っても、精神科領域の病気には素人なりの理解や理論があり、専門家の言葉を心から信じる人は実は多くない



- 「ありがちな話を疑ってみる

統合失調症を持つ人への対応(1)

- 一時にたくさんの課題に直面すると混乱する
- 注意や関心の幅が狭い
- 全体の把握が苦手
- 段取りをつけられない
- あいまいな状況が苦手
- 話や行動が唐突
- 場にあふさわしい態度がとれない
- 融通がきかず杓子定規
- 形式にこだわる
- 慣れるのに時間がかかる
- 容易にくつろがない
- 現実味が弱く高望みしがち、焦り先走る
- 自分中心に物事を考えがち(“ジコチュウ”とは異なる)

～星田源四郎「統合失調症患者の行動特性」より～

統合失調症を持つ人への対応(2)

- 指示は“単純・明快”に
「その辺においで」と「ドアの横に縦に積んでおいて」
指示する時は1文に1つ
- 言葉だけではなく行動も含めて
実際にその場で練習してみる(ロールプレイ)
良かったところも必ず指摘して本人に意識してもらう
- 急な変更は苦手
予定変更は文章にすると混乱を招きにくい
- 生真面目さの受け入れ
冗談が通じにくい・・・互いの誤解のもと

資料3 通院支援者養成講座 参加者アンケート結果

講義1-1 『サービス提供者側から見た久留米の実態』

- ・大変よくわかった（2名）
- ・だいたいわかった（13名）
- ・どちらともいえない（6名）
- ・よくわからない（0名）
- ・わからない（0名）

- まだまだ、今から開拓されていく現状なのかなと思った。
- サービス提供者の方の実際にあった事等、細かく発表されていたのがとても勉強になりました。
- 情報がなかなか届かないから、お互いが信頼を持って、それが生活に繋がっていけば少しは先に進むと思う。（市の開示もお見事！）
- 同じサービス提供責任するものたちが、隣は何する人？というところからいかに連携をとっていくか。行政を中心に。
- 精神障害に対する福祉サービスについては知らない点が多く、サービスが未整備な点、いかに福祉サービスにつなげるかなど、課題を理解できました。福岡市も、似たような現状にあると思われ、まずは現状理解に努めたい。
- 今の福祉の現状が見えてわかりやすかったです。
- 今回の話を聞いて、多少ですがサービス提供者側の実態などがわかったような気がします。提供者側の生の声が聞けて本当によかったと思いました。
- 看護ステーションの方の話を機会がなかったので、参考になりました。すべてを行政につなぐのは、本人に十分な説明と納得を得ているのか気になった。
- 通院支援が身体介護サービスにあてはめられること、現状で実際の支援のケースがないことがわかった。
- 精神の方への対応や社会資源については、理解が浅いのですが、少しずつ学んでいきたいと改めて感じました。
- 市役所からの話をする機会を多く設けてほしい。利用者が勉強したり、知識・情報を得る場が必要です。
- 行政の話はなかなか聞けないので、もっと多く聞きたい。

講義1-2 『地域支援とは ～フォーマル・インフォーマルな支援、地域を耕すとは～』

- ・大変よくわかった（7名）
- ・だいたいわかった（11名）
- ・どちらともいえない（3名）
- ・よくわからない（0名）
- ・わからない（0名）

- インフォーマルな支援、初めて耳にしました。広田さんのお話が楽しかった。
- 良い環境の中で暮らしていければ、人は誰でも安心して暮らすことができるということを楽しく聞かせてもらえた。
- 市町村でフォーマルなサービスをつくりたい。また、インフォーマルを作りたいという所では当事者の声を市民にも理解してもらうことも必要かと思う。介護でも、インフォーマルを充実できたら・・・と思います。
- 支援者・当事者、両方の顔を持つ広田さんの話は面白かったです。「連携」＝「もたれあい」は、支援者として考えさせられました。
- わかりやすく話をしてもらったので、理解しやすかったです。
- 当事者同士が話し合おうというのは、今までもやったのですが、家族同士でも話し合わなければならないという発想はなかったもので、それが聞いてよかったです。それと、これからは様々な支援等を上手く使用・利用していこうと思いました。
- 広田さんの話はおもしろかった。連携の話はドキッとしたが、顔と十分なコミュニケーションのとれる連携は必要であると思った。
- なるべくサービスを減らすことが行政から利用者・事業者に指示されています。広田さんの話はヘルプのサービスを減らすのではなく、受けるべきサービスを受け、社会に還元すること、社会に参加することを強調されました。大切なテーマだと思います。
- 精神障害者の立場から話をしていただき、本当にわかりやすかったです。
- 精神病にかかった側からの意見や話を聞いて勉強になりました。

講義 1-3 『元気になるために』 通院支援と元気回復

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・大変よくわかった（9名） ・だいたいわかった（5名） ・どちらともいえない（3名） ・よくわからない（1名） ・わからない（0名） |
|--|

- 精神障害当事者の方々のお話等聞き、興味深かった。会話や回復の様子等、楽しんで支援できるようにしたいと思った。
- こちらがとても元気になりました。
- 当事者の方のニーズとそれ以外のニーズの違いにいかに応えられるか・・・。
- 上記の表題とは異なるかもしれませんが、「環境」の大切さ、福祉の提供者側が考えるサービスよりも受益者のニーズに基づいたサービスをつくる必要があると感じる。
- 楽しく、且つ、わかりやすかった。
- 自分にあった健康管理法を見つけて実行することが大切だと再確認しました。合併症を予防するには、精神患者が薬を自己管理することができるようにする。
- 元気になるためには薬が大事なんだなあと再確認しました。安心して住める環境も元気になるためには必要なんだなあと思いました。

講義 1-4 『精神医療の基礎知識 ～コミュニケーションのために～』

- ・大変よくわかった（8名）
- ・だいたいわかった（8名）
- ・どちらともいえない（1名）
- ・よくわからない（0名）
- ・わからない（0名）

- 内野先生のお話は、聞きやすく、心地よかった。
- 初めてなので、とても勉強になりました。当事者の話等よかったです。
- 理解はできていないと思いますが、理解はしていきたいと思います。病気が何というより、一人の人として向き合う自分で在りたいと思いました。
- すべてのことを医療に結びつけることなく、やはり資源が何があるのか・・・。おおまかな知識としてはわかりやすかった。
- 「知識」では、以前聞いた時のほうが、内容が濃かったと思う。復習できてよかった。
- 精神障害に対する認識の間違いが数点あったと同時に、現実の問題点も理解できた。
- 二人のかけあいがよかった。なかなか見れないものを見せていただきました。
- 当事者・健常者関係なく、相手のことを考えて行動をとることが大事だと、これも再認識させて貰いました。よりよいコミュニケーションの取り方が理解できました。
- 統合失調症の友人がいますが、行動特性等、あてはまる事がいくつかありました。完全によくなるけれど薬で充分改善できる事がよくわかりました。
- 基本的なことがわかってよかった。
- 精神障害者の方がどういうニーズをもとめているのか、ヘルパーとして関われる中でどういうふうに関わるのが大切なのか考えさせられた気がします。

講義 2-1 『十勝の取り組みについて』

- ・大変よくわかった（4名）
- ・だいたいわかった（16名）
- ・どちらともいえない（0名）
- ・よくわからない（0名）
- ・わからない（0名）

- 制度のできる前から支援活動するということはエネルギーがいることだと思います。
- “「十勝方式」オープンシステム” →「社会資源は社会のもの」誰のものでもなく社会のものなんだと・・・
- いろいろなパターンの住家を作り、生々と暮らしの営みが伝わってきました。門屋氏の理念がすっきりと伝わってきました。一度見学したいと思いました。
- どんな障害でも（また、障害がなくても）、生活モデルの視点を大切に持つこと。十勝方式には、一本筋が通っていて、安心感が伝わってきた。
- 社会で扶養するという考えは、障害者だけでなく、すべての人に当てはまると思った。

オープンシステムを医療か福祉の現場で行うには、行政が縦割りであるので大変だろうが、十勝で行えた事を実例にぜひ久留米地区でも行ってほしい。

- 障害者が普通に生活していけるようにするにはどうしたらよいかを本当に考えた取り組みをされていると感じました。
- 精神保健福祉の5つの原則には大変共感と学びを得ました。精神にとどまらない普遍的な考え方で素晴らしいと思いました。
- 広い北海道の地で色々な形で支援されているのは素晴らしいと思いました。住居の資源でたくさんのホームがあり、写真も見せてもらい本当に素晴らしいと思いました。
- 時代に先駆けての取り組みがその熱意によりうまく回っていると感じました。
- 様々な人々の働きかけによって、昔よりもはるかに生活しやすくなったのだと理解することができました。精神疾患を患っている方々が自分で考え行動、責任を持って生活ができるようになるためのサポートを行い、自分たちでやらせることの大切さを学べる場所がまだまだ必要なのだなと思いました。
- 私にはちょっと難しかったですが、久留米と違い、住居資源がたくさんあり、うらやましいなあと思いました。
- 素晴らしい取り組みができていると感心しました。門屋先生の長年のご苦勞と努力の結果だと思う。

講義 2-2 『精神病を抱えても地域で生活できるためのシステム』

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・大変よくわかった（4名）・だいたいわかった（13名）・どちらともいえない（2名）・よくわからない（0名）・わからない（0名） |
|---|

- 地域での社会資源を把握することができない。今後、久留米市で自立支援協議会ができるとのこと、期待しています。
- 『本人主導、社会モデル・生活モデル』障害者の心身の機能障害に問題があるのではなく、そのような機能障害を持つ障害者を取り巻く環境に問題があるという考え方を元において地域で生活できれば良いと思いました。
- 自立支援協議会のあり方が道筋よくわかりやすく、必要性を感じられた。市への期待感が高まりました。
- 自立支援協議会について、もっと詳しく聞きたかった。北海道ではどのように取り組まれているのか知りたい。行政直営の相談支援事業所でニーズは拾えるが、サービス提供側のみの都合になってしまうのではないかと。
- どの障害者支援においても、相談窓口の連絡調整の中心となる機関が重要で必要なものだということ。
- 自立支援協議会の役割により、地域での生活がスムーズに行くのではと思った。
- 地域で生活できるように、各種色々な仕事や地域との関わり方で生活ができている。
- 本人を中心とした、病院とケアスタッフの連携が必要だと感じた。

- 自立支援法のことも以前より理解でき、ケアマネに関わっている方々や、従事者の方々の役割・業務内容なども理解できたし、我々当事者のことを真剣に考えて、様々なことに取り組んでおられるのだと理解できました。皆様方のおかげで、様々な精神疾患を患っている方々も今まで以上に地域に溶け込んでいける感じがしました。
- やはり私には難しかったです。病気を抱えて生活するのは大変なので、もっと障害者が安心して働ける所、生活する場所がほしいです。
- 今から久留米でどう取り組んでいけばよいか、今からが重要だと思う。
- 精神病患者も差別されることなく暮らせる町になってほしいです。
- 自立支援協議会についての話は、聞いたかった内容を整理して説明していただき、ありがとうございました。制度にないものについて何とかしようとするのが協議会、今後そのような協議会になるよう官と民でやっていきたいものです。

講義 2-3 『基礎知識から実践例まで』

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・大変よくわかった（8名） ・だいたいわかった（8名） ・どちらともいえない（2名） ・よくわからない（0名） ・わからない（0名） |
|--|

- Dr. からの講義を受けることがなかったので、参考になりました。
- 精神分裂病→統合失調症へと、ヒステリー→身体表現性障害へと病名の変化。ある程度は薬にてコントロールができるようになった。妄想・幻覚のある方とのコミュニケーションの取り方→しっかりと話を聴き、否定することをせず肯定したら聴いてあげられることで落ち着かれることがある。
- 聞きなれない病名もたくさんあり、資料があるとよかった。関わり方のキーワードがたくさん聞けてよかった。
- まだ知らない病気が多くあることがわかり、もっと知る必要があると思いました。
- 精神薬の効果や使用方法について詳しく話していただいたのでよかった。話し方や声のトーンなど気をつけようと思った。医師との役割分担ができるような顔の見える関係をつくりたいと思った。
- 症状を自分で客観視してみることができ、冷静に対処できることにつながることで、そのような力を身につけられるような支援をしていくこと。
- まずはコミュニケーションをとることから信頼関係の絆を深めていかなければいけないと感じた。
- プリントがあるとよかった。
- 症状の事とか薬の事とか細かいところまで教えてもらい、大変よくわかりました。精神障害に基づく障害の種類がたくさんあることに勉強になりました。
- まだ実践体験や関わりがほとんどなく、これから感じ取っていききたいと思う。
- 医師たちの病名の変更で、精神疾患を持っている方々への偏見が少しでも取れるような努力をされていることが良くわかりました。自分の症状を客観的に見れると自分自

身の状態が分るといのは、自分自身も経験済みなので、大変わかりやすかったです。『医者と患者』というよりも、病気を抱えている人たちは『人と人』といった感じで接してもらいたいという人たちの方が多いはずです。

- 薬のこと、病気名のこと等、詳しく話してくださったのでよくわかりました。また、自分が飲んでいる薬名が話しにでてきて、どういう役目をするかわかり、よかったと思います。これからも飲み忘れをしないよう心掛けたいと思います。
- 精神病について、わかりやすく説明されていた。
- 連携ネットワークの重要性、これらつくりあげていきたいものです。

講義 2-4 『地域に必要な資源と支援について～実際の支援について「通院支援」～』

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・大変よくわかった（5名）・だいたいわかった（6名）・どちらともいえない（4名）・よくわからない（1名）・わからない（0名） |
|--|

- 精神障害者にもケアマネジメントを受けられる制度ができるとよいと思いました。
- 通院に関して、総合病院の中での差別があり、他科受診ができないという、当事者の声がある。支援する側としては、寄り添うことが大事だということ。当事者の立っている立場から理解する視点を持つこと。質疑応答はよかったと思います。（不安なときは率直に聞いた方がよい！）
- 信頼関係が成立した上での支援という前提があり、久留米でどのような協議会がつくられていくのか、その目標が示され、とても有意義でした。
- 自信を持って支援することが必要だと思いました。
- 医療の専門家の中でも精神障害に対する偏見があることに驚いた。初めに会った人が相談を受けるとい、単純に分けたら良いと思った。
- 実際に支援に入ってから気づくことがたくさんあると思う。コミュニケーションのことが唯一の不安です。
- ケアマネジメントの大切さなど。
- ケアマネジメントの重要性について改めて感じました。介護との違いも感じました。
- 地域内での連携のあり方について、この地域ではまだまだ確立していないこともあり、ケアマネジメントのことについて聞いたことはよかった。支援者の支援の必要性など、やはり地域で支援していく必要を痛感した。
- ケアプラン、ケアマネジメントの事を教えていただきました。マネージャーの役割は第三者的にサービスをするんだ、あまり入り込まないでいろんな状態の下で支援しないといけないと思いました。
- 実際にやってみないと何とも言えない。
- ケアマネージャー、ヘルパーさん等も実情はかなり厳しい状況下でやっているのだということがわかりました。ケアマネジメントも、日々の経験の積み重ねが大事なのだ

わかりました。だから、『やりながら、技術を高めていく』必要があるのだと思いました。今でこそ、「資源・財源」も増えているみたいですが、実際は、全く足りないくらいなんだということがわかりました。

- 必要な資源を利用して、もっと通院支援について勉強しないといけないなあと思いました。
- 難しすぎました。
- 入院中の方、在宅の方、困っている家族の方々などのニーズや問題に今後うまく取り組んでいける仕組みができることを願います。

研修前と研修後の変化についてお尋ねします。

(1) 精神障害者の理解について

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・大変よくわかった（7名）・だいたいわかった（7名）・どちらともいえない（4名）・よくわからない（0名）・わからない（0名） |
|--|

(2) 精神障害者を支援しようとする気持ちの高まりについて

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・かなり高まった（1名）・高まった（10名）・少し高まった（7名）・変わらない（1名）・反対に気持ちが沈んだ（0名） |
|--|

2日間の研修はどうでしたか？

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・大変よかった（9名）・よかった（9名）・普通（2名）・あまりよくなかった（0名）・よくなかった（0名） |
|--|

- 同じ日本の中で、実践できているところもあれば、これからのところありと、違う点に驚きます。門屋氏と広田氏の二人の事に関してですが、本人自身の持つパワーを感じました。一人の人の理念（思い）が大きな渦になって周りを巻き込んで繋がってきたんだと思いました。
- 当事者の声が聞けてすごくよかった。どんなに弱い立場にある人に対しての支援のペースは変わらずにあると再確認できました。
- 当事者なのですが、精神病について新たに理解できたこともあり、大変勉強になりました。

た。支援するにあたって、様々な問題が出てくると思いますが、みんなでサポートしながら、頑張っていこうと思います。

- 自分ができたいと思う。自分が経験したことが、人の役に立てることができ、それで社会貢献ができたらすばらしいと思います。
- 広田さん、門屋さん、遠方からありがとうございました。

資料4 事前説明会 通院支援事業の説明に関する配布資料

1、通院支援の目的

「同伴者による通院支援を受けることによって、より安心して受診行動を実行することが可能になり、身体疾患の早期診断および治療が可能となる。その結果、地域で生活している重症精神障害者の身体合併症の重症化による入院やその長期化を防ぐとともに、患者QOLの向上が期待される。」（「 」内は障害者保健福祉推進事業実施計画書による。以下同じ）

2、通院支援の必要性

1) 重症化する状況

(1) 「精神障害者は住民基本検診やがん検診を受けていない者が多くいるものと推測され、加えて、近年主流となった非定型抗精神病薬の副作用として高血糖、高脂血症も無視できず、非定型抗精神病薬を服用しなくてはならない精神障害者、特に壮年期以降の男性重症精神障害者には生活習慣病のハイリスク層であると考えられる。」

(2) 「精神科医療機関に通院中の精神障害者の中には、身体合併症の診察や治療目的で内科系医療機関を紹介しても、受診せずに、身体合併症がかなり重症化しないと受診しない、あるいは受診したときには重症化していた、という症例が多く、身体合併症の早期診察および治療への支援が必要になっている」

2) 通院が出来ない要因

(1) 精神障害の特性から

「精神障害者、特に自発性の低下や感情鈍麻といった陰性症状が前景にみられる精神障害者の障害特性から、内科系医療機関への受診といった初めての場所への移動や、受診時の手続き、医師への状況説明や理解など緊張を強いられる場面を苦手とし、円滑に行動に移せないことが大きな要因となっていると考えられる」

(2) 事前調査からうかがえる他科通院への不安

①経済的な不安 医療費は健常者と同じ3割負担

診察、治療にいくらかかるのかわからない・・医療費を払えるかどうか不安

- ②病院までの交通への不安 交通機関を使った場合の運賃が分からない
- ③初対面の医師へ病気を伝えることへの不安
 - 病歴、服用薬、病状、生活状況を伝えることに抵抗・面倒臭さ・億劫さを感じる。
 - 他科の医師へどう説明すればよいか、どこまで説明すればよいか分からない。
- ④病状に対する不安
 - 受診の結果が重症だったらどうしようと、不安が増大し通院できなくなる。
- ⑤精神薬との飲み合わせ
 - 精神薬を飲んでいて伝えきれずに薬を処方されることもある。
- ⑥他科医師の偏見や理解不足
 - 精神障害者と知られると診察拒否される場合がある。

3、通院介助の制度

前記の点から精神障害者も同伴者がいることで、この受診行動を円滑に実行することは可能になると考えられる。知的障害や身体障害の領域では、こうした同伴者を介護給付事業の通院介助のヘルパー派遣サービスが担っているが、精神障害の領域ではそのサービスをあまり利用されていないのが現状である。

障害者自立支援法の外出支援関連サービス

a、自立支援給付の介護給付

- ・居宅介護の通院介助
 - ①身体介護・通院介助（身体介護有り）
 - ②家事援助・通院介助（身体介護無し）

対象者 1, 2級の身体障害児者
知的障害児者
精神障害者
*障害程度区分1以上

サービス内容 病院等への通院の介助

b、地域生活支援事業（類似の制度）

- ・移動支援事業

対象者 重度（1、2級）の視覚障害児者
全身性障害児者（1、2級）
知的障害児者
精神障害者

サービス内容 社会生活上外出が必要不可欠な場合

余暇活動等社会参加のための外出をする場合

*通院については、移動支援ではなく介護給付費における通院介助での利用となる。

*通院介助のために利用出来るのは居宅介護の通院介助である。

4、事業の内容

1) 単独通院を可能にするための導入

- ①精神障害者のうち、生活習慣病を発症している者に対して退院支援事業を行い、直接的な受領行動の支援を行う。
- ②通院支援の一利用は本事業期間中、個々の患者に継続したサービスとはせず、基本的には単独行動を可能にするための導入時のみの関与と考える。

2) システム

- 1 精神科医が一人で他科通院できない精神障害者に通院支援事業の利用を勧める
- 2 対象者が通院支援事業を利用する意思を示した場合、精神科医がピアくるめに通院支援の利用を申し込む。その際、ピアくるめは精神科医からのフェースシートを元にマッチングに必要な情報をヒヤリングするために、対象者に連絡を取り面談する。
＜ヒヤリング＞
氏名、年齢、診断内容、受診日、受診先病院、紹介状を渡しているか。紹介状を渡していないければ、いつ、どうやって渡すのか。支援者種別（福祉関係者、ボランティア、当事者）、支援者に対する要望など。
- 3 ピアくるめは支援者と対象者とのマッチングを行い、支援者に通院支援を要請する。
- 4 支援者が対象者に直接連絡して通院支援の手順を電話、又は会って打ち合わせする。待ち合わせ日時、場所、通院手順、お金など
- 5 指定の待ち合わせ日時、場所で出会い、対象者は支援者と共に通院する。
- 6 ピアくるめ、保健所、障害者福祉課は、支援者の相談にのりアドバイスするなどして、支援者をサポートする。
- 7 支援者は通院支援の実績記録を事務局に報告する。事務局は実績記録を基に次回も支援が必要と判断した場合、ピアくるめに通院支援を要請する（②へ戻る）。

※ 通院支援時の保険については、ボランティアおよび当事者については事務局が負担します。福祉事業者については所属事業所に負担していただく。

※ 通院時のアクシデント、疑問や不安がある場合、予定変更がある場合などの相談窓口は以下の通り。

【支援者の相談先】

支援者種別	相談先
福祉従事者（居宅介護事業を行っている）	所属事業所
福祉事業者（その他）	事務局（社会福祉法人 拓く）
ボランティア／当事者	ピアくるめ

【対象者の相談先】

支援者種別	相談先
福祉従事者（居宅介護事業を行っている）	所属事業所
福祉事業者（その他）	事務局（社会福祉法人 拓く）
ボランティア／当事者	ピアくるめ

※ 連絡先は以下の通り。

事業所	TEL	FAX
事務局（社会福祉法人 拓く）	0942-27-2039	0942-27-2086
ピアくるめ	0942-36-5321	0942-36-5322

3) 支援者種別

本人が下記の支援者を選ぶ

- (1) 福祉事業者
- (2) ボランティア
- (3) 当事者

5、課題について

中間報告会、最終報告会において、下記の事項について必要なことをまとめる。

- 1 継続通院の保障
- 2 健康増進プログラム（フィットネスクラブ、社会参加）
- 3 地域生活に必要な福祉サービス等の使い方をしらせる。
- 4 通院以外の事で相談を受けた場合の対応

資料5 事前説明会 参加者アンケート結果

◎ 通院支援をモデル化したビデオをより良いものとするため、以下のアンケートにご協力下さい。通院支援をモデル化したビデオの感想について、1つだけ○をつけて、枠内にご意見・ご感想・改善点を書いてください。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・大変よくわかった（1名）・だいたいわかった（4名）・どちらともいえない（1名）・よくわからない（1名）・わからない（0名） |
|--|

- 今日見たビデオは、対象者からの不安や要望がもう少し分かりやすい形にできないかなと思った。
- ロールプレイでとてもよい場面があったので、その部分もモデルとして映してはどうかと思う。
- VTR、説明等で理解できる範囲もあれば、実際に支援してみないと見えてこない部分もあると思うので、VTRは必要だと思いました。

- 支援する側の意見や不安なことを入れて欲しい。
- 支援する側の方が不安に思っているということがわかりました。
- 「大丈夫！！」「親切であること」「安心できること」が伝わればよいのではないかな？・・・と不安な部分が少し解消できました。確認作業をすること、受容する気持ちが伝わればよいのかな？・・・と思いました。
- なぜ他科受診が必要なのか、通院支援事業についての説明を加えたほうが良いと思う。
- ビデオの声が聞こえなかった。
- 当事者の家族の方から意見をいただきたい。

資料6 中間報告会 アンケート結果

- ◎ 通院支援をモデル化したビデオ(修正版)の感想について、1つだけ○をつけて、枠内にご意見・ご感想・改善点を書いてください。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・大変よくわかった (6名) ・だいたいわかった (8名) ・どちらともいえない (2名) ・よくわからない (0名) ・わからない (2名) |
|---|

- 問題点がわかりやすかった。
- ビデオはよく出来ていたと思います。
- 3人の介護支援者の話を聞いたら、不安な点を解消することができました。もし通院支援をするときには自然体で接していこうと思いました。
- 前回よりも細部の所が分かりやすくなっていたので、前よりもイメージしやすくなっていました。でも、様々な問題点が出てくると思うので、その辺も少し説明書きでもあれば、よりよいものになるのではないのでしょうか。通院支援のビデオ(モデル化)も一つにまとめるのもよいと思うのですが、いくつかに分けて(パターン別)等を作ったりすると更に通院支援に対しての理解が深まると思うのですが。
- 通院支援の手順ガイドより、今までの講習の中で新たに気付いた部分が盛り込まれるといいと思った。あまり詳しすぎるビデオを作っても、個々によってさまざまなので支援者の感性が問われる所だと思う。
- 前回に比べとても分かりやすくなっていました。
- 健常者、障害者としてへだたりをもつのではなく、ノーマライゼーションの考えのもとに、困ったときに手をさしのべる方法・手段を社会の中に当たり前の制度として構築しなければならなかった。
- 待ち時間の過ごし方、コーヒー等を飲むことで落ち着くなどといった例がわかりやすくなった。事例・ケースは非常にわかりやすい。
- ナレーションの方の声が聞き取りやすかった。もう少し文章をのせてほしいと思った。
- 分かりやすくまとまっていてよく分かりました。

- 事前説明会の時にロールプレイや先生からの助言をしていただいていたのでイメージが膨らんだ分、わかりやすかった。
- 受診を待つ時間が長い場合のときの対応をどうしたらよいかを詳しい話を聞きたい。

◎ 当事者の話(支援のあり方について)についての感想について、1つだけ○をつけて、枠内にご感想を書いてください。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・大変よくわかった (6名) ・だいたいわかった (8名) ・どちらともいえない (3名) ・よくわからない (0名) ・わからない (0名) |
|---|

- 支援者はある程度情報(病気・障害についての)背景を知った上で支援にあたる事は必要だと思った。
- 『どうしてほしいか』を素直に聞くことが本人理解につながる事がわかった。
- 自分が肯定されるとエンパワメントできたということと、人として認めるということが印象に残りました。
- 受診行動がとれない人の不安な訴えを聞いて、人として支援することが大事で望まれているのかがよくわかった。
- 健常者と精神の方との境(ライン)は?と考えてしまいます。当事者・支援者の立場という考えは難しいですが、普通の人との接し方であればよいのではないかと思いました。相手の立場になり思いやりを持って接すれば伝わる瞬間があるように思います。今回来て頂いている方々は大丈夫になった方々だと思います。その間で病んでいる方々は人様々で、それぞれに応じた支援ができればよいと思います。(声に出せない方々もいらっしやると思います。声に出来る方が支えられればいいですね。)
- 具体的な事例報告があつてとてもわかりやすかった。
- 当事者の方から、『人として見てほしい』=『安心感』という、『安心感』といただいたと思います。病気、病人ではなく、一人の男性であつたり、女性であるということをふまえて、『普通』として話していくとよいと思った。
- 当事者の方の話を聞くと、支援者のほうが構えすぎている感じがします。この事業に関しては、使いやすい、フットワークの軽いものが良いように思うのですが・・・。
- 私も当事者ですが、3人の話を聞くうちにあまり難しく考えなくていいということを改めて感じました。当事者、健常者と分けなくて普通の人として接していこうと思っています。
- 過剰反応せず、『人と人』という風に考えると、『当事者と支援者』というよりも、より良い支援及び関係が築けるのだと思いました。(支援者である前に一人の人間なのだから)長時間の待ち時間に対しての『対処法』を事前にリサーチしておくとお互いが楽になるので、何事にも『対処法』を確認しておく必要がある。通院支援だからといって、

固執して当事者のところにいるのではなく、いかに当事者に『リラックス』していただけるかを考えると『支援中』であっても、当事者の好きなようにしてあげることも大事なものだと思いました。

- 待つ、見守る、人としての付き合い方でよいという言葉聞き、とても安心しました。
- 当事者の方のお話を聞いて、支援者がいろいろ考えている程、そこまで気をつかいすぎなくていいかなと思いました。あまりいろいろおしゃべりをしなくても、そばに居るだけで安心感を与えられるような支援の仕方があるのだなと思いました。
- 精神障害を理解する上でとても参考になりました。
- 通院支援制度上で検討してみると難しいと思います。
- 待ち時間が長い、人混みの中で、どう支援していくのか、密に打合せをする必要があると思いました。
- 支援者側、当事者側の意見を聞いて大変よかった。当事者側の話を聞くと、支援者は気にしすぎみたいに見えるのではないかと感じた。
- 当事者の具体的な思いが聞けたことで、支援者として役割を探すことを考えすぎていたことに気がつかされました。
- 短い自己紹介の中でしたが、3人の言葉から思いがとても伝わりました。支援者と利用者（支える・支えられる）という枠と、それ以外の枠、人として求めることは同じなんだと単純なことを改めて教えていただきました。
- コミュニケーションの大切さと、人としての関わり方をする事を心がけたいですね。

資料7-1 最終報告会 総括内容

「通院支援事業を行って」

NPO久障支援運営委員会・ピアくるめ

1、現在の通院介助制度

自立支援法・居宅介護の通院介助

①身体介護・通院介助（身体介護有）

- * 身体介護の利用時間は1回あたり3時間までが原則
- * サービス単価 1時間の場合4,000円

②家事援助・通院介助（身体介護無）

- * 家事援助の利用時間は1回あたり1,5時間までが原則。
- * サービス単価 1時間の場合1,500円

対象者 1,2級の身体障害児者
知的障害児者
精神障害者

*障害程度区分1以上

サービス内容 病院等への通院の介助

2、本事業の支援システム

- ①精神科医が一人で他科通院できない精神障害者に通院支援事業の利用を勧める。

- ②対象者が通院支援事業を利用する意思を示した場合、精神科医がピアくるめに通院支援の利用を申し込む。その際、ピアくるめは精神科医からフェースシートを元に対象者の基本情報をヒヤリングする。
- ③ピアくるめはマッチングに必要な情報をヒヤリングするために対象者と面談する。
- ④ピアくるめは支援者と対象者とのマッチングを行い、支援者に通院支援を要請する。
- ⑤支援者が対象者と直接通院支援の手順を打ち合わせする。
- ⑥指定の待ち合わせ日時、場所で出会い、対象者は支援者と共に通院する。
- ⑦ピアくるめ、保健所、障害者福祉課は、支援者の相談に乗りアドバイスするなどして、支援者をサポートする。

3、 実際の通院支援の概況

利用者	支援者	仲介方法
Aさん 女性（精神）	療育施設職員	ピアくるめが本人と会い、支援者に伝える
Bさん 女性（精神・知的）	ヘルパー事業所職員	本人、家族、支援者、ピアくるめが一同に面談
Cさん 女性（精神・知的）	ヘルパー事業所職員	本人、施設職員、支援者、ピアくるめが一同に面談
Dさん 男性（精神）	知的障害者入所施設職員	本人、デイケア職員、ピアくるめで面談後、本人と支援者とピアくるめが面談
Eさん 男性（精神）	当事者2名	本人とピアくるめが面談。後日支援者と本人とピアくるめとで打ち合わせ。
Fさん 女性（精神）		利用に至らず

1) 利用者からの協力

当初想定していた精神科医からの紹介、申し込みは3名、他3名は本事業の側から協力を依頼した。そのために実際に内科等受診の必要性や一人での通院の困難性のために通院支援を利用したとは言えない部分もあったが、それでもどういふことが必要であるかの示唆を得た。

2) 医師からの情報提供について

医師からはピアくるめに対して、本人の名前と連絡先に関する情報提供があった。病名、障害の状態や他科受診の必要性等の情報に関しては、ケースによっては詳細な情報提供があったわけではないので、情報提供の内容、程度について検討が必要である。

3) 本人からの情報の提供

通院支援に必要な範囲で話しを聞いている。本人の全体像、生活状況等に関する詳細には立ち入っていない。しかし、支援者側には不安を残すこともあり、どの範囲の情報を収集し、支援者

に伝えるかについては、判断の基準が求められると思われる。

4) 本人、通院支援者、相談支援事業の面談の必要性

最初提供されたマニュアルでは事前に本人と通院支援者が会って打ち合わせをしないで、ピアくるめが仲介し、当日いきなり通院支援する形であった。最初の1件は、打ち合わせがなく、2件は事前に3者が同時に面談、打ち合わせをする方法をとっている。残り2件は、ピアくるめがまず本人と面談した後に、後日支援者も交えた打ち合わせの場を設定し調整する手法を取った。最後の手法が、本人と通院支援者双方の不安を解消し準備するには有効であり、仲介者としてもやりやすい方法である。通院支援側からは事前の準備の段階からのサービスが必要である（自宅を訪問しておく等）との指摘を受けている。

5) 金銭負担の有無

待ち時間をつぶす、あるいはコーヒープレイクを取るなどの場面では、飲食が発生しやすい。その飲食に関する費用の負担については、前もっての判断基準があったわけではなく、課題を残す事となった（支援者の座談会では、やれること、やれないことの線引きを明確に利用者に説明すべきとの話題もあった）。

4、精神障害者に対する医療保障としての通院支援の課題

- 1) 自立支援法の介護給付の通院支援（身体介護有、身体介護無）が精神障害者の通院支援にはなじまない。どんなフォーマル、インフォーマルな制度が必要なのか。
- 2) 本人と通院支援者が事前に面談をして相互に理解をしていくシステムが必要
- 3) 本人が通院支援者のことで相談したい場合、通院支援者が本人及び通院支援について相談したい場合の相談先として、相談支援事業所の仲介が必要である。
- 4) 病院のソーシャルワーカーの役割が考えられるべきでは
- 5) 生活習慣病は患者自身の問題点が多いので通院のための動機づけが必要
- 6) 単独通院を可能とするための視点からの通院支援が必要ではないか
- 7) ボランティアによる通院支援と守秘義務、プライバシーの保護
- 8) 本人との支援関係を作るための様々な項目を確認するための書式等の確定

資料7-2 最終報告会 総括内容

通院支援事業報告書【福祉事業所側から】 馬場篤子

- 1 自立支援法においては、三障害が統一され、一体的なサービスを行うこととされているが、精神障害に関するサービスについては長い間、医療関係者だけが担っていたため、精神障害者も福祉事業所も福祉サービスのイメージさえつかめていない状況である。
- 2 自立支援法施行後、1年半経過しているにも関わらず、精神障害者のサービス利用は進んでいない状況である。
- ③ 通院支援に関して、医療関係者は「難しくない」と捉え、反対に居宅介護事業所を含む福祉関係者は「難しい」と捉え、そこに大きなずれがあった。
今後、障害者の地域支援を協働で進めることで、共通理解が進むと考えられる。
- 3 通院支援は制度的には居宅介護の「通院介護」しか使うことができず、移動支援【ガイドヘル

プ】等の利用は認められていない。しかも、「通院介護」は「身体介護を伴わない単価」で、事業者にとってはヘルパーさんへの交通費やケアマネジメント等を考えると完全な赤字事業となる。

- 4 精神障害者への福祉サービスの利用を推進するためには、多くのモデルケースを障害当事者、医療関係者、福祉関係者に示す必要があると考える。
- 5 ④の推進には事業者が慣れるまで、経過的に何年か限って、精神障害者を重篤なケースと捉え、身体介護を伴う通院介護として、受給者証が出される必要があると考える。
- 6 マッチングやケアマネジメント等を含めて、「ピアくるめ」の役割は重要だと考えるが、一ケースに対応する時間や業務の内容はかなりの量があるため、ケースが多くなると対応できないと考えられる。

そこで、通院支援にかぎらず、精神障害者のニーズにあったサービスの提供につなげるためのケアマネジメントを「ピアくるめ」以外の人でも行う必要があると考える。久留米市にいくつかの機関にそのケアマネージャーをおく必要があると考える。

- 7 福祉事業者側からすると、忙しい精神科医や内科医との連携を今後どう図るかが課題である。その連携のためのキーパーソンを何人か早急につくる必要があると考える。
- 8 精神障害者の福祉サービス利用のための情報確保のための細かいシステムができる必要がある。
- 9 ⑦や⑧を実現するためにはフォーラムづくりや国のプロジェクト、あるいは自立支援協議会等で積極的に協働を進めていく場を多くもち、顔の見えるネットワークを充足させていく必要がある。

資料 7-3 最終報告会 総括内容 坂本明子

資料8 最終報告会 参加者アンケート結果

- ◎ 通院支援をモデル化したビデオ(修正版)の感想について、1つだけ○をつけて、枠内にご意見・ご感想・改善点を書いてください。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・大変よくわかった (3名)・だいたいわかった (10名)・どちらともいえない (2名)・よくわからない (0名)・わからない (0名) |
|--|

- 精神障害に関するニーズはあると思う。法的、人的な整備が必要と思います。
- 精神でのサービスを当事業所ではまだ行っておりませんが、今後の参考に参加させていただきました。
- 最初の場面の字幕スーパーは、要約ではなくご本人が話していることばのほうがよいのでは・・・。
- Dr. より「受診してください」という言葉をきくと、「私はそんなに酷いんだ!」と思う・・・と言われていましたが、言葉かけの難しさを感じます。
- 分かりやすく説明できていたと思います。
- 院内介助の必要性を検討する。
- 前回のビデオより理解できるようにされていたと思います。
- 気分が悪くなったときの対応の中に、当事者さんに過去こうなったことがあるか、いつもはどうしているか等たずね、対応を考えるという点を入れたほうが良いと思う。
- 受診を一度行った後、どういうことを目指すのかを整理しておく必要があると感じた。当事者が目指すもの、それが単独通院なのかどうか、支援者の関わり、例えば通院介助で終わりなのか、関係者への報告、連絡があるのか、などなど、その後に触れる必要があると感じた。
- 当事者用、事業者用ビデオの作成が必要なのかなと思いました。
- 困ったときの問題点が具体的でよく分かった。
- 当事者側からの意見とかの説明もよく分かりました。医者の方からの、患者に対する意見や見方が入っているとありがたいです。
- 前回に比べて分かりやすくなっていましたが、通院支援を体験しなかったので、ピンと来ない部分もありました。
- 前回のよりも分かりやすかったのですが、やはり細部が表現できないところがあるので、ロールプレイ等を入念に行い、ビデオで表現できない部分をカバーする必要があると思います。「見る」のと「実際に行く」では全く違うので、ビデオ鑑賞も必要ですが、それを元に、シュミレーションを多くやったほうが良いと思いました。それをすることによって、モデル化のビデオの質も高くなるだろうし、実際に支援を行うときにスムーズに行くのではないかと思います。
- 通院支援については、当法人は、高齢者の通院支援が主で、今まで身体障害者の居宅か

らの通院介助（身体介護有り）だけをしたことがある。精神障害をもたれている方に通院の支援をする場合には、それ専門のセミナーを受けないとできないとか、その辺りがよくわからなかった。また、精神障害の方で、車での通院（タクシー）をする場合、「車のドアを勝手に開けてしまう」「いつもではないが失禁してシートをぬらしてしまう」等の行為があるかということも、フェイスシートで聞く項目に載せたほうがよいと思う。また、当法人はタクシー（運輸局許可済み）での通院を行っているが、自分の力で、一人で受診を行えるようになるということが優先されるなら、初めからバス等での受診を考えたほうがよいのかということも考えた。高齢者の通院支援と比べたら、途中で食事を一緒にとることができたり、院内の付き添い（介護保険なら自費になる）が可能（？）とか、ゆるやか（？）な部分が多いので、その辺りを含めての講義をしていただきたい。

- ◎ 当事者の話(支援のあり方について)についての感想について、1つだけ○をつけて、枠内にご感想を書いてください。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・大変ためになった（5名）・ためになった（9名）・どちらともいえない（2名）・ためにならなかった（0名）・全くためにならなかった（0名） |
|--|

- 通院支援の必要性はあるので、制度としてできると、身体疾病を健常者と同じように治療できるので、ぜひ作っていただきたい。
- 事業者としては、難しい考えがあり、法的な改正と国・地域の協力が必要と考えます。
- 支援のあり方として、当事者の方からの話、特に、パワレスになるときは特に参考になりました。（障害の種別に関係なく）
- 医療関係者からのアンケートにあったが、受信援助の必要性を感じられていたのは、心強く思われる。積極的な連携を期待します。
- 必要性を感じる事業所・医療機関がどこまでインフォーマルなサービスをつくり出せるかが、それが制度に結びつけば、と思った。
- 通院支援が実施できていくのは良いと思いますが、事業者としては、時間が設定できない分、難しいと思います。三障害一元化となりましたが、やはり、精神障害者に対しては幅のあるサービス内容を考慮すべきなのかもしれません。サービスの実施内容としては、対人とのサービスであり、精神、知的、身体、高齢で変わりはありませんが、ニーズにあったものを特色あるものを考えていくことが必要だと思います。
- 必要となる制度、支援体制の今後の課題が出てきたことで、次の機会に活かしていきたい。精神障害の知識を得ることができてよかった。通院支援に実際に実践できなかったのが残念でした。
- 支援する側がどのような声かけなどをすればいいのか、支援を実施してみないと分からない部分があると思いました。

- 利用者の立場に立って支援を行うということで安心感を与える、よく話をして少しでもわかりあえるようにすることがいいということで、今後、機会がありましたら今回学んだことをやっていきたいと思います。
- 通院支援のポイントを、当事者の方の思いや、Dr、事業者の立場の意見を通して考えることができ、よかったです。
- 介護保険分野では、行きすぎとも感じられる給付抑制・利用抑制が行われている。事業所内では、人材の確保と育成に課題がある。そういう意味では、今事業を精神における制度改善の契機の一つにしたいと思います。
- 単価については、単純に身体介護並みということにはならないのではないかと思います。新しい制度をつくっていく必要があるのではと思います。ケアマネジメントを誰が行うのか、その報酬は、など、いくつかの視点で議論を今後深めていく必要があると感じます。
- 実際、自分で通院支援をやってみて、初めは難しいかと思っていたけれど、やってみるとそうでもなかった。
- 通院支援を必要とする人は、人との関わりを求めているということ。
- 通院支援をすることができなかつたので、イメージが思い浮かばなかつた。また機会があれば参加したいし、次回は通院支援を体験したいなあと思いました。
- 最初は、自分がやってなく、他の方の報告などを聞いたりだったので、イメージもむしろ、「自分にできる」だろうかと不安だったのですが、数回の報告会などで知識を身につけたり、資料を読み返したり等をして、いざ実際に三者面談をし、通院支援を試行してみると、イメージしていたときよりもスムーズに支援もできたとし、当事者の方もリラックスしてたようで、お互いにとってもよかつたのではないかと思います。まさに「百聞は一見にしかず」という言葉がピッタリだったと感じました。お互い、当事者同士だったので、「事業者の方、ボランティアの方」には理解できない、当事者にしかわからない痛み等、その辺りは共感できるところもあるので、今回の支援に関しては、同姓ということもあったので、その辺は良かつたと思います。同じ当事者でも、「通院支援ができる」ということは、自分にとって、今回の事業はとても大きな「自信」に繋がりました。
- ケースバイケースではあると思うが、通院介助（身体介護有り）を採用してサービスできるならば、事業として十分成り立つと思うが、どこが良い（院内付き添いや食事を一緒にとれる）のかの線引きをつけてもらいたいと思う。（また、身体介護なしでは継続は厳しいと思う。）また、通院支援できるのはどの資格を持った方なのかを教えてください。院内の付き添いが可能である場合、提出書類が多ければ敬遠せざるを得なくなるので、障害の4月の更新の際に付き添い可などの部分を項目につけてほしい。ピアくるめの方が、マッチングをしていただければ、かなり事業をしていくには安心感があるが、人数が多くなつたときにきちんと対応できるのかが不安。継続的に利用していくのであれば、事業として成立すると思うが、準備に時間がかかつて、1回しか利用しない方が増えるということであれば、事業所は増えていかないと思うので、マッチング等にも料金が発生できればなおよびが・・・。とにかく制度の明確性と、情報の開示を事業所に教えていただきたい。（疑問点が多すぎる。）

資料9 通院支援重要説明書

精神障害者通院支援試行事業
重要事項説明書

平成 年
月 日現在

この説明書は、厚生労働省補助事業の通院支援試行事業において、ご利用者の通院支援をさせていただくにあたって、ご利用者やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、本事業の内容をご理解していただけるような内容となっております。

◎ 試行事業の担当事業所の概要

事業所名	
所在地	
指定事業所番号	
指定年月日	
連絡先	
緊急時の連絡先	
管理者連絡先	
営業日・営業時間 及び休日	
通常サービス 提供実施地域 (交通費無料エリア)	
ホームページアドレス	
E-mail	
事業の目的・運営方針	

当事業所の職員体制及び勤務体制

職種	人数	勤務体制
管理者		
職員		

◎ 精神障害者通院支援試行事業の概要

種類	提供方法
通院支援	利用者の希望を尊重しながら内科等病院への通院を支援し

	ます。
情報提供と 連絡調整	円満なサービスが提供できるよう、支援者とサービスを利用する各事業所と連絡調整を行います。
その他	支援を必要とする家族の相談に応じたり、アドバイスをします。

◎ 費用について

種類	負担者
通院支援費	当事業所が全額負担します。
診療費	ご利用者の実費負担です。
利用者交通費	ご利用者の実費負担です。
支援者交通費	当事業所が全額負担します。

◎ プライバシーについて

当事業所は、お客様にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者に漏らす事はありません。契約終了後も同様です。

サービス担当者会議などで、そのご家族の情報を利用するには、お客様の同意が必要となりますので、別に作成する同意書「個人情報使用同意書」に記名・押印いただくこととなります。

◎ 今回の通院支援試行事業に関して苦情や相談がある場合はこちらまで

(当事業所の苦情相談窓口)

苦情相談窓口	連絡先	
	受付時間	
	担当者名	

(サービスの質や契約上のトラブルについて)

久留米市役所 障害者福祉課	連絡先	(0942) - 30-9035
	受付時間	(平日) 午前9時～午後5時

◎ サービス提供期間 平成20年1月上旬 ～ 3月末までの3ヶ月間

(説明年月日) 平成 年 月 日

(説明者名)

資料 10 個人情報使用同意書

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

通院支援試行事業に係わる医師、ピアくるめ、支援者（以下「事業者」という。）が、通院支援のために用いる場合

2. 使用にあたっての条件

- (1) 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には、関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 事業者は、個人情報を使用した相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

- 氏名、住所、健康状態、病歴等、事業者が通院支援を行うために最小限必要な利用者に関する情報
- その他必要な情報

4. 使用する期間

重要事項説明書に定める期間と同様とする。

平成 年 月 日

障害者保健福祉推進事業事務局
社会福祉法人 拓く 御中

利用者

住所
氏名

印

資料 1 1 通院支援フェースシート

申込日	平成 年 月 日	担当者	
-----	----------	-----	--

①申し込み病院

病院名		担当医師	
TEL		FAX	
(要望)			(特記事項)

相談支援事業所記入欄

②対象者の基本情報

氏名	フリガナ	性別	生年月日
		男・女	(歳) 昭・平 年 月 日
住所	(-)		自宅 ・ その他
連絡先			
診断内容			
紹介先	病院名		
	住所	(-)	
	日時	平成 年 月 日 (時 分)	
	紹介状	渡している ・ 渡していない ()	

③ヒヤリング (対象者より)

支援者種別 [希望順]	福祉事業者[] ・ ボランティア () [] ・ 当事者[]
(不安・要望)	(特記事項)

④通院手順 (対象者より)

待合せ	日時	平成 年 月 日 (時 分)
	場所	
(地図)	(特記事項)	

支援者記入欄

内科病院

への

通院支援のご案内

日頃は、自分の住む地域のことはよく解っているし、精神科の病院にも通うことができるんだけど、ちょっと知らない場所に行ったり、ちょっと知らない人に会ったりするのが苦手だという方、病院受診の方法から、病院への行き方、症状の説明などをお手伝いします。



こんなことで困っていませんか？

- 内科の病気があるけど、ちょっと知らない病院に行くのが苦手、心配。
- 精神科の病院には行けるけど、他の病院にはなかなか行けない・・・
- 病気のことで何て言われるか、不安・・・
- 病院への行き方がわからない・・・バスは？ 電車は？
- 受診の仕方、予約や薬のもらい方・・・色んなことで困ってしまう。
- 精神科の病気のことを伝えるのが苦手。
- 精神科の病院でもらっているお薬のことを伝えることが難しい。
- 内科の先生に症状を上手く伝えられない。 etc. . .



お手伝いします！

かかりつけの精神科医（主治医）とご相談ください。
（ご要望をうかがいます。）

内科の病院へ受診する日を、支援者と打ち合わせます。
受診方法、病院への行き方、その他困っていることや自信のないことをご相談ください。

内科の病院へ受診。支援者が付き添います。
一度で自信がない場合は、状況に応じて何度でも利用できます。

通院のお手伝いをしてくれる人（支援者）
（福祉関係職員・ボランティア・ピアヘルパー）

慣れてきたら・・・

支援者の力を借りなくても、きっと、自分で行けるようになります。
内科の先生や看護師さんとも顔見知りになって相談しやすくなります。
支援者は、最初の一步のお手伝いです。
何か困ったことがあれば、その後の相談は、精神科の主治医にしてください。
支援者は、通院支援として、苦手なことのお手伝いをします。

Three bright green apples are arranged on a white background. One apple is in the foreground, slightly to the right, and two others are behind it, one to the left and one to the right. The apples are fresh and have a slight sheen.

IV-①

通院支援者の派遣事業報告

久留米大学医学部精神神経科

坂本明子

通院支援事業の目的

- 生活習慣病を合併する精神障害者に対し、通院支援事業サービスを提供することで、内科系医療機関の受診を促進し、生活習慣病の早期発見および治療を支援する。
- 通院支援事業支援者に対する精神障害理解のための講習会を開催、通院支援を実施する。

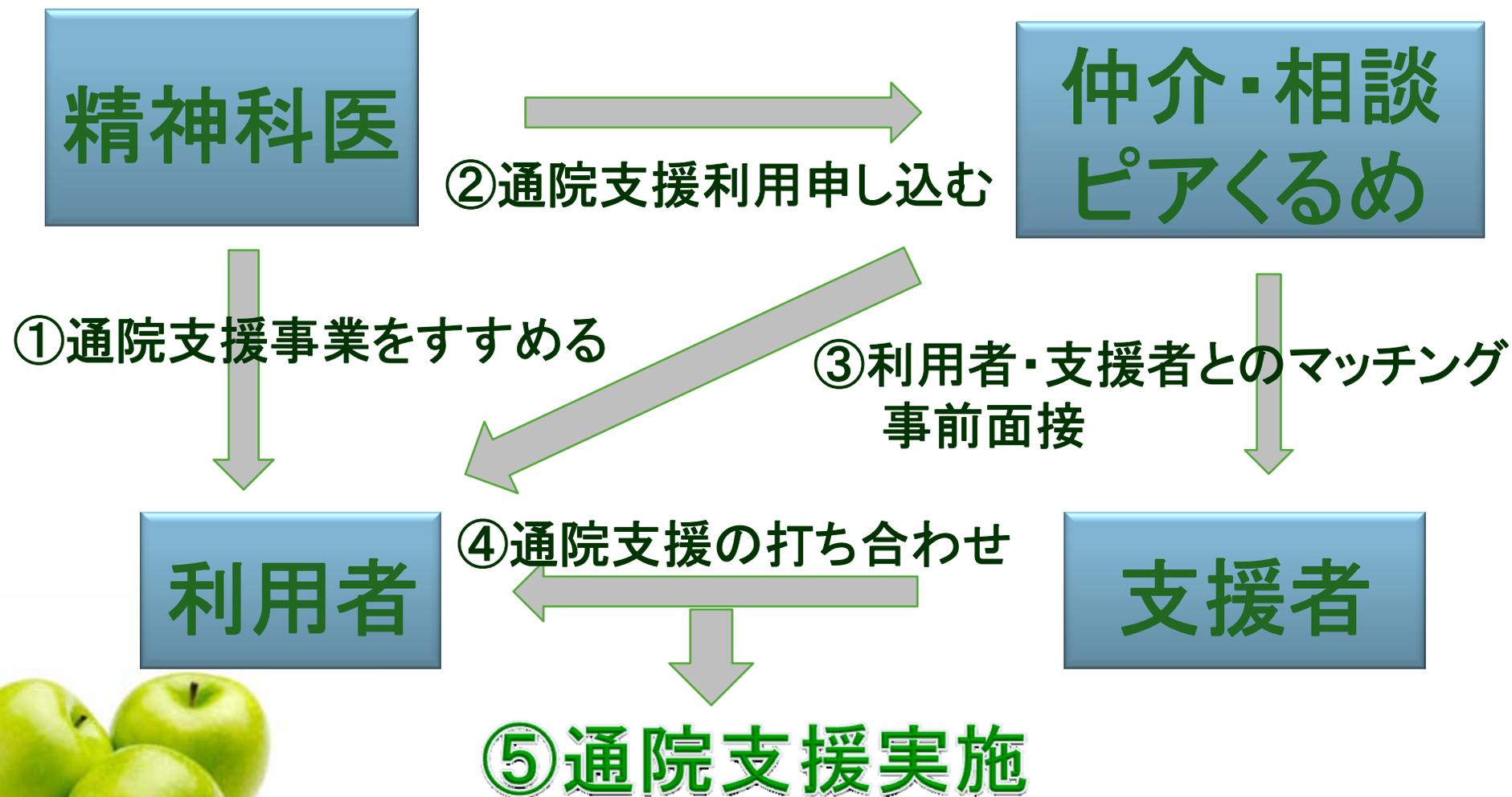


通院支援事業内容：研修会

- 研修会（公開講座を含む） 2回
精神障害の理解を深める
- 事前説明会・報告会 3回
通院支援実施における課題検討・実施報告
- 対象者：30名
福祉関係者21名、ボランティア4名
ピア5名
- 参加者：のべ213名



通院支援事業内容：システム



通院支援事業実施内容

- 利用者：6名（1名は体調不良で実施せず）
支援者：6名（福祉関係者4名、ピア2名）

- 利用状況

利用回数 2～3回（睡眠検査含む）計12回

利用時間 1回2時間～3時間

利用内容 移動—受診—移動
（移動支援なし5／12回）

利用目的 検診、持病治療、術後経過受診



通院支援事業評価

- 対象者別の事業評価

- 1 利用者：個別面接にて5名から聴取

- 2 支援者：実施者のみの集団検討会

6名のうち、5名参加

（当事者2名、福祉従事者3名）



1 利用者評価：利用してよかったこと

「満足、また利用したい」「知人にも紹介したい」

● 目的達成

一緒に行く人がいると、時間を守って、ちゃんと行こうと思った

● 安心感

・すぐそばに人がいるという安心感

・移動や手続きなどの理解が早くて、スムーズにやれた

・知らない場所に一人で行くことは難しかったのでよかった

● 会話

・診察室で普段めったにしない病気の話語り合えてよかった
支援者が同姓でいろんな話ができる

・同姓同士で緊張もしなかったし、やさしくしてもらってよかった

● 食事

待ち合わせの時間に食事をしたことがとても楽しかった
(やりたいけれどめったに出来ないこと、またやりたい)

利用者評価：利用後の変化

- 身体疾患に対する不安の軽減
「とにかく結果がわかって、ほっとした」
「特に問題がなかったなので、安心した」
- 生活の広がり
「家から一歩でることが、大変。一旦出ればいい。またデイケア等に通うことにした。」
「内科にきちんと通おうと思った。ついでに、同じ建物内の眼科も受診してめがねを買い替えた。」
- 健康への関心の広がり
「ストレッチ体操をはじめた」
「肥満を意識した食事をするようになった」



2 支援者評価

- 事前面接は必要、仲介者、支援者、利用者3者で行う
- 事前面接で待ち時間の過ごし方を聞いたのはよかった
- 受診外来のシステムを理解しておく(診療科目によっては、受診曜日が限定されているなど)
- 待ち合わせ場所が、自宅でない場合には、連絡がとれない可能性も高い(支援者の不安を募らせる)
- 前日に電話で最終確認をするのはよかった
- ほぼ初対面で外出同伴という支援は、行為自体が緊張するものである→生活支援で関係が取れた中で実施していくほうがよいのではないか
- 異性利用者であると抵抗がある(利用者からも同性でよかったという評価はあった)



今後の課題： 実施事業所から

- 精神障害に対する意識のずれ

医療側「詳細な情報を必要としない親切な援助」
福祉側「事前情報とアセスメントがないと難しい、
わからない」「主治医と連絡を取れない」

→連携とネットワークの形成

- 自立支援法に基づく既存サービスへの導入は？

居宅介護の通院介助（身体介護なし）→1回1, 5時間
サービス単価も安い

→時間的にも、金銭的にも困難



今後の課題：仲介、支援者から

* 事前契約に必要な項目

- 金銭負担の有無：支援者の昼食代など
- 支援内容でできること、できないことを明確にした資料作成と、事前面接での確認
- 待ち時間の過ごし方、金銭的なこと、利用回数

* 必要な書類

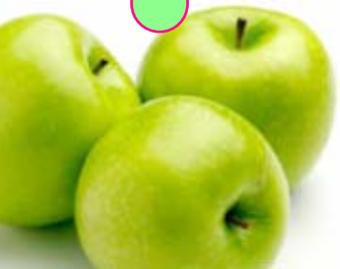
- フェイスシート、支援報告書、事前面接報告書
- 診察同伴の場合、診察内容、次回外来日を記入する用紙(本人などに渡すもの)



今後の課題：仲介、支援者から

- 相談、仲介体制・・・トラブルの回避
- 待ち時間、一緒にいるだけで算定できるのか。
- 家族、関係者への報告を支援に盛り込むか。

福祉サービスを充実させていくためには
福祉関係の支援者の不安を如何に
軽減できるか



まとめ

- 6名の利用者に通院支援事業を実施し、通院支援における課題などが示唆された。
- 通院支援は、内科受診のよいきっかけとなり、通院による不安を減少させるものである。利用者には満足のいく支援であった。
- 内科受診行為を実施するだけにとどまらず、ひきこもり、他者との交流といった付加価値もある。
- 精神障害者への支援以上に、外出に関する支援は、リスク発生の確率が高まり、支援者側の緊張、不安を高める。
- 個人情報に関しては、重度、状態によって情報内容を検討すべき。
- 金銭負担、支援内容についてはより細やかな規定、契約が必要。
- リスク回避、相談などのための仲介システムの必要がある
- 自立支援法に基づくサービスに反映させていくには課題があり、今後検討すべき。

平均年齢: 42.6 ± 19.7歳

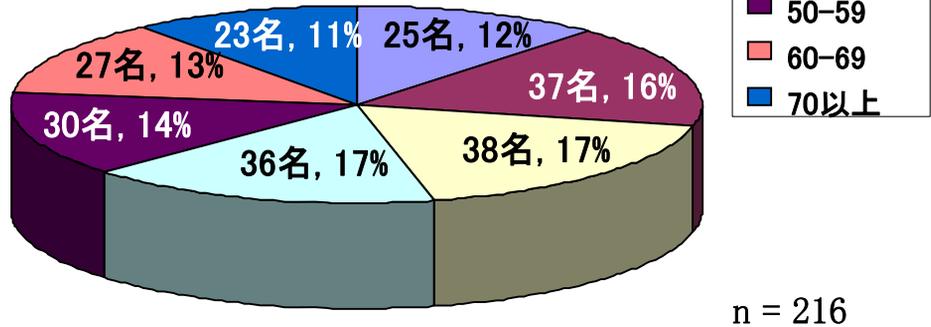


図1.久留米大学精神神経科病棟入院患者の年齢構成について

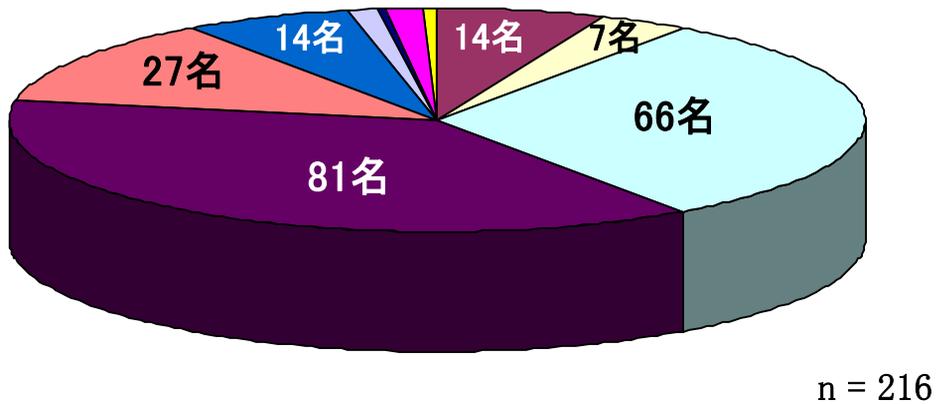


図2. 入院患者の退院時診断について

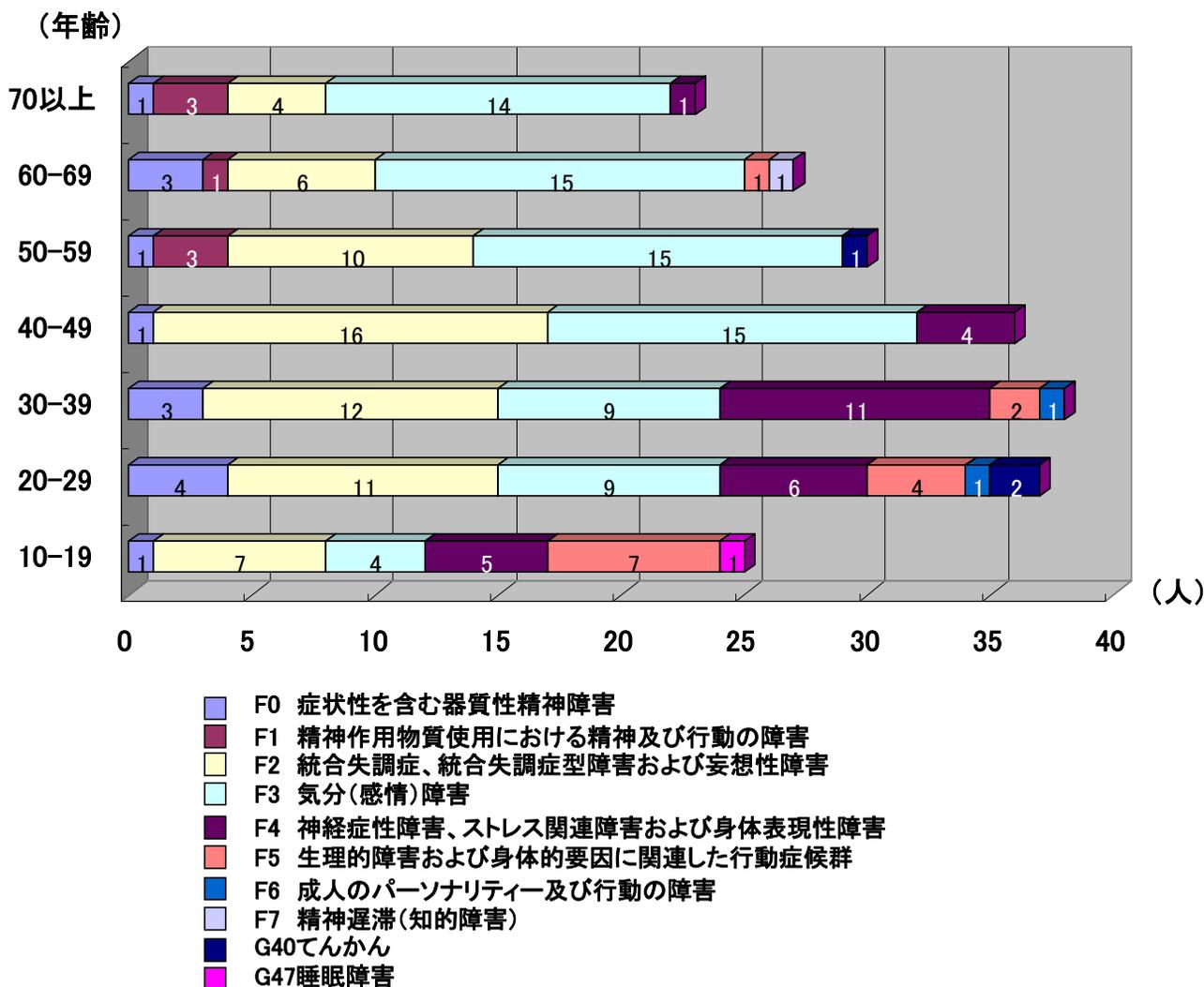


図3.入院患者の年齢別疾患構成について

	計	M	F	年齢	入院期間
F0	14	6	8	42.6±19.7	117.4±97.2
F1	7	6	1	64.3±8.1	40.4±32.8
F2	66	36	30	41.1±16.5	96.1±68.1
F3	81	29	52	50.8±18.5	104.3±58.3
F4	27	3	24	30.9±12.9	67.1±44.6
F5	14	3	11	23.4±13.8	61.6±44.0
F6	2	0	2	30.0±7.1	48.0±55.2
F7	1	0	1	61	2
G40	3	1	2	36.0±13.0	77.7±115.5
G47	1	1	0	18	49
計	216	85	131	42.6±19.7	91.5±64.5

表1. 入院患者の疾患別構成(性比、年齢、入院期間)

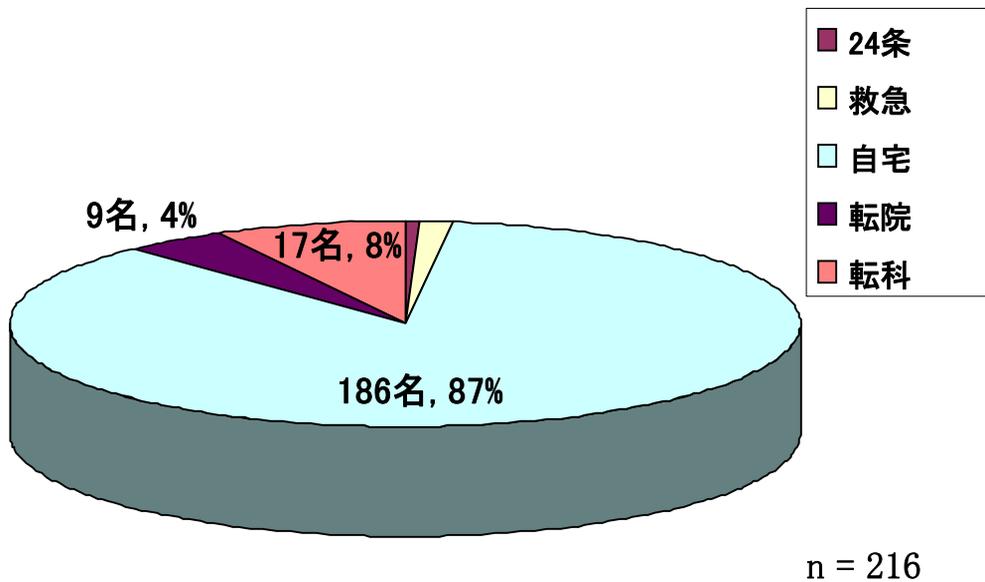


図4.入院患者の入院時経路について

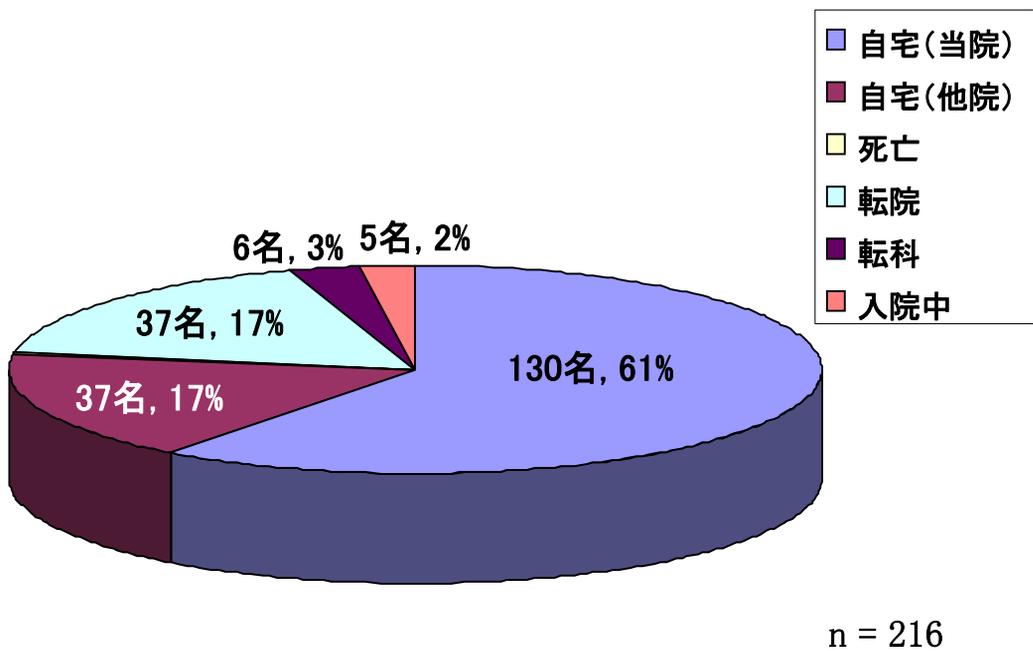
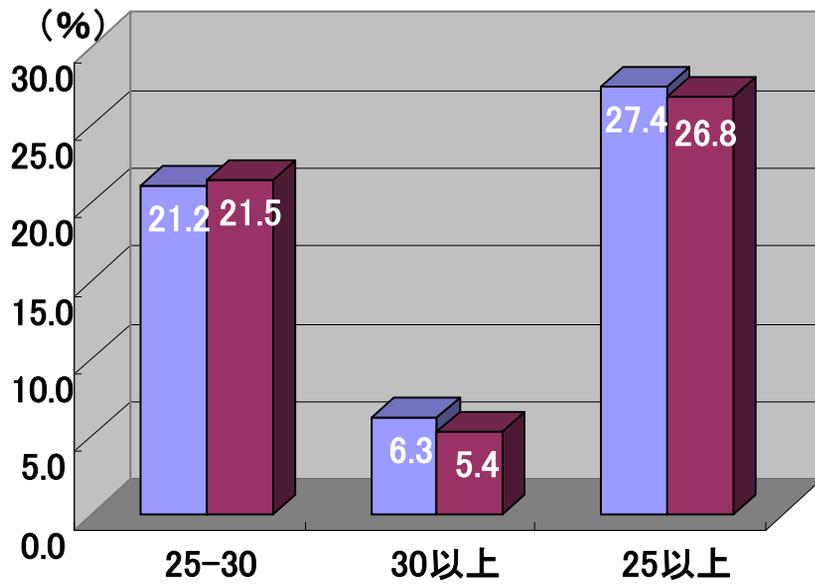


図5. 入院患者の退院時転帰について

①肥満度について(BMI)



②疾患別肥満の割合(BMI:25以上)

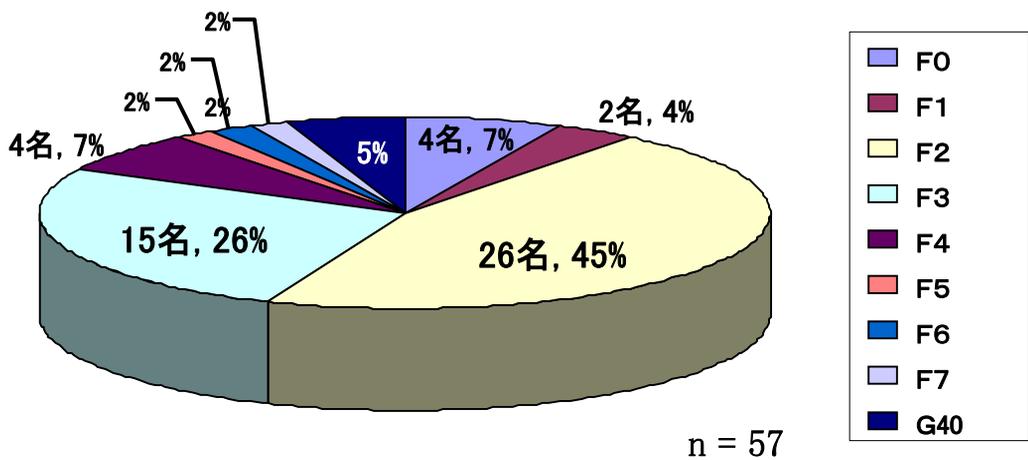


図6.入院時患者の肥満度について

①肥満度について(BMI)

②疾患別肥満の割合(BMI:25以上)

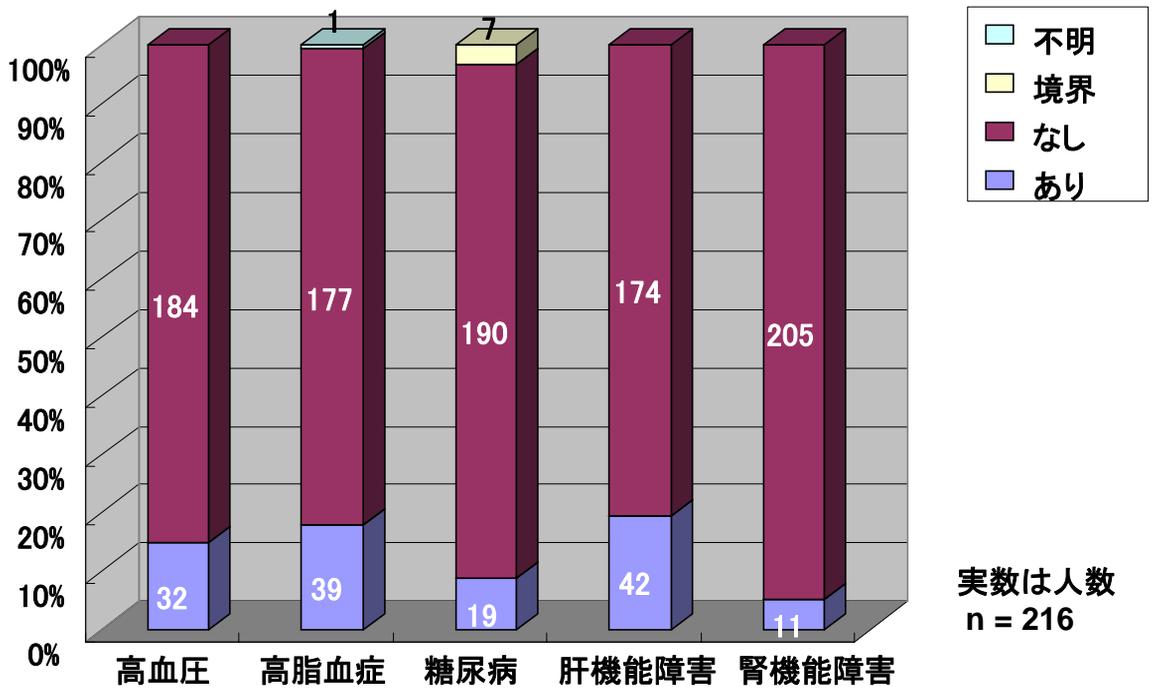


図7.入院患者の主な身体合併症の合併状況について

	あり(人)	なし(人)	保有率(%)
10-19	5	20	20.0
20-29	19	18	51.4
30-39	22	16	57.9
40-49	25	11	69.4
50-59	23	7	76.7
60-69	26	1	96.3
70以上	22	1	95.7
平均(年齢:歳)	142	74	65.7

表2. 入院患者の年齢別合併症保有について

	あり(人)	なし(人)	保有率(%)
F0	12	2	85.7
F1	5	2	71.4
F2	42	24	63.6
F3	63	18	77.8
F4	10	17	37.0
F5	5	9	35.7
F6	2	0	100
F7	1	0	100
G40	2	1	66.7
G47	0	1	0
計	142	74	65.7

表3. 入院患者の疾患別合併症保有率について

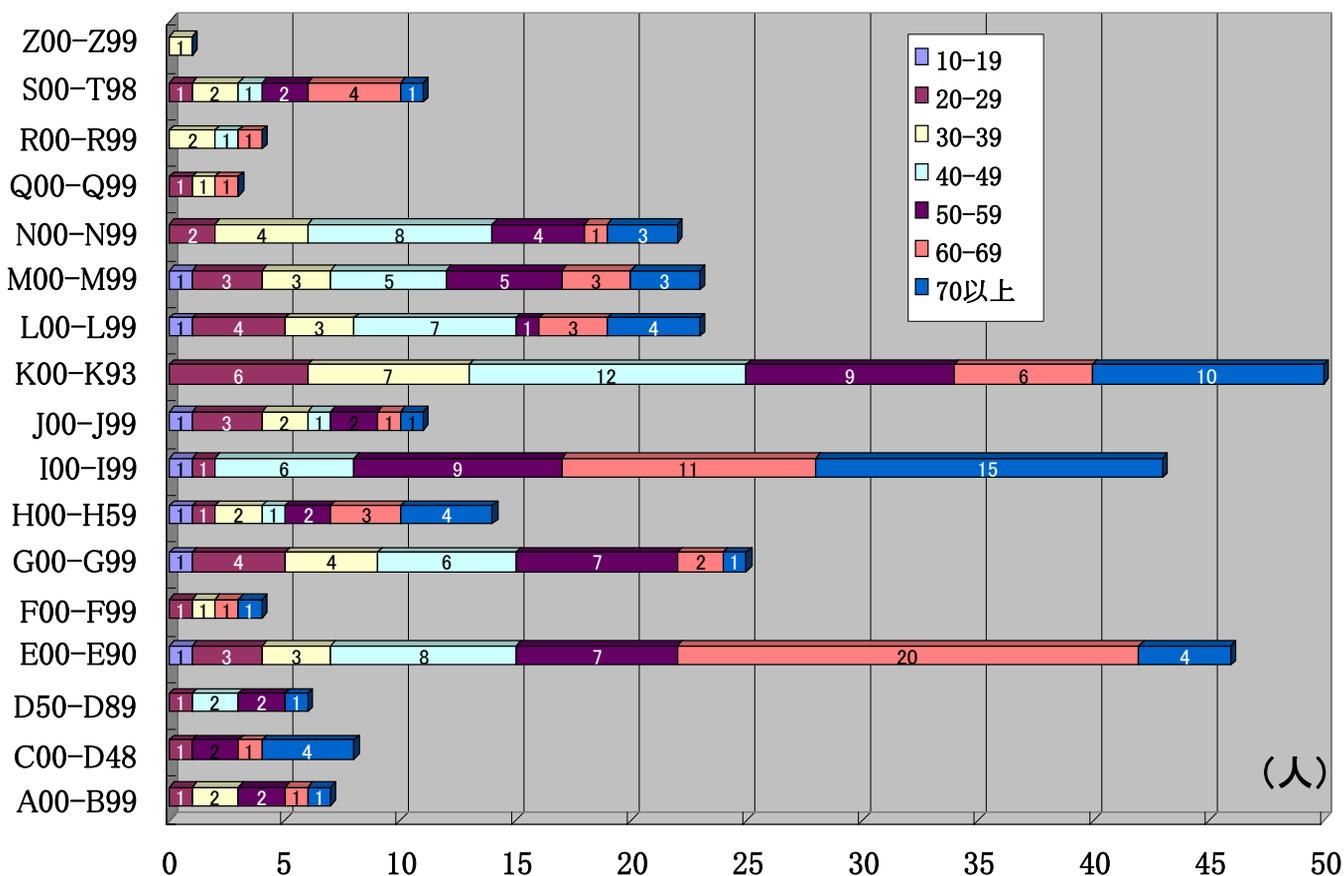


図8. 入院患者の合併症疾患別年齢構成について

表1 一般病棟か精神科病棟かの判断

①精神科診断名

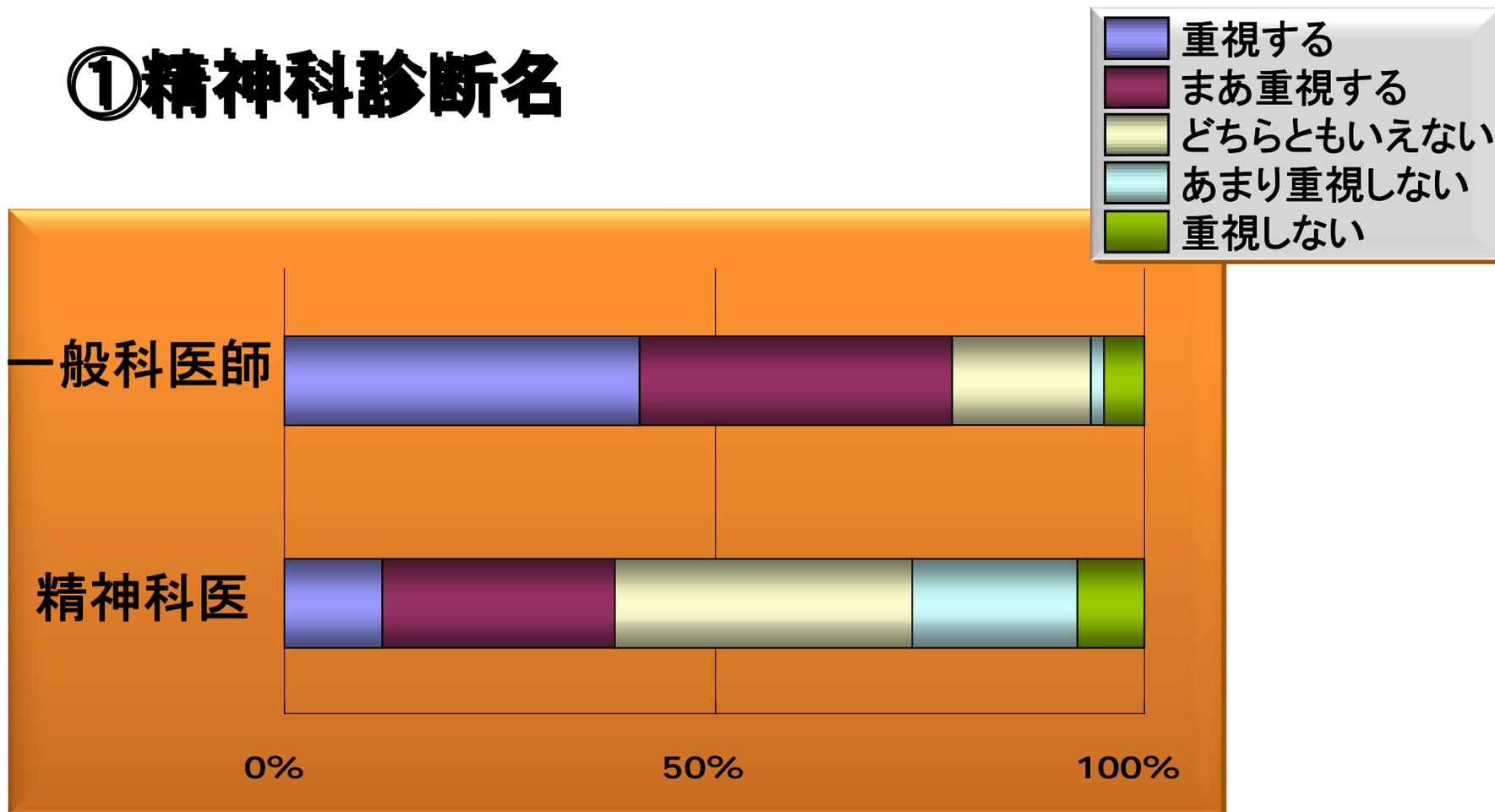


表2 一般病棟か精神科病棟かの判断

②現在の状態

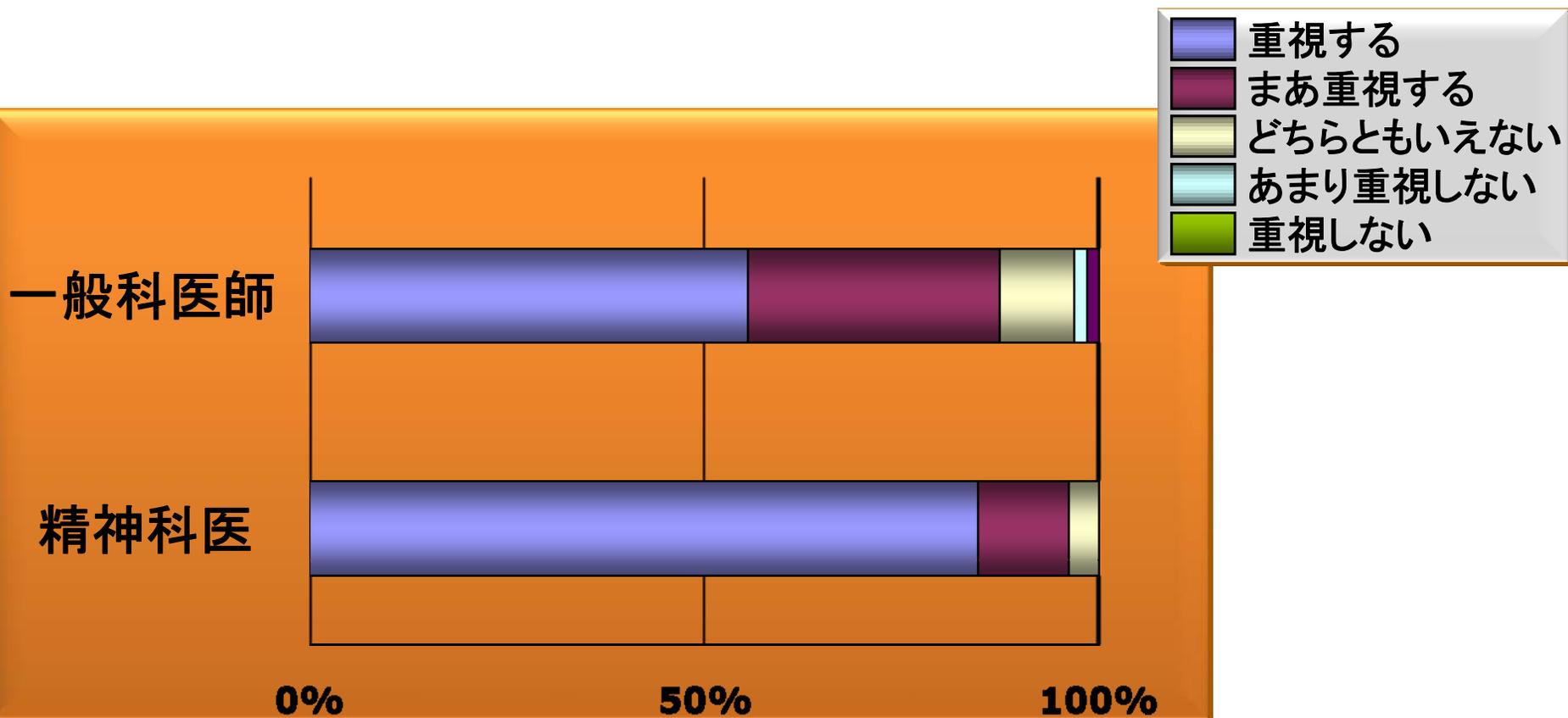


表3 一般病棟か精神科病棟かの判断

③精神科医(一般科医師)の意見

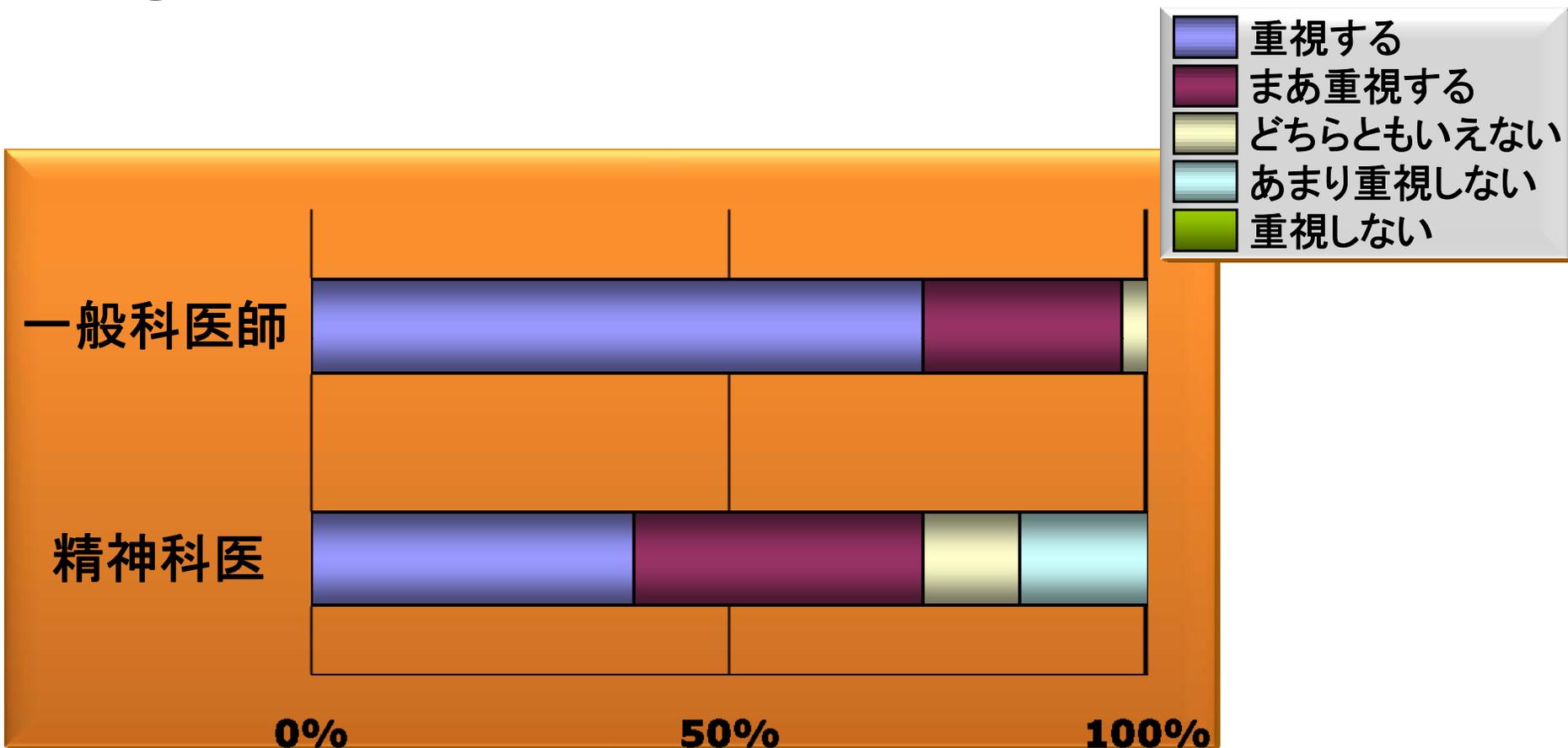


表4 一般病棟か精神科病棟かの判断

④身体疾患の重症度、治療内容

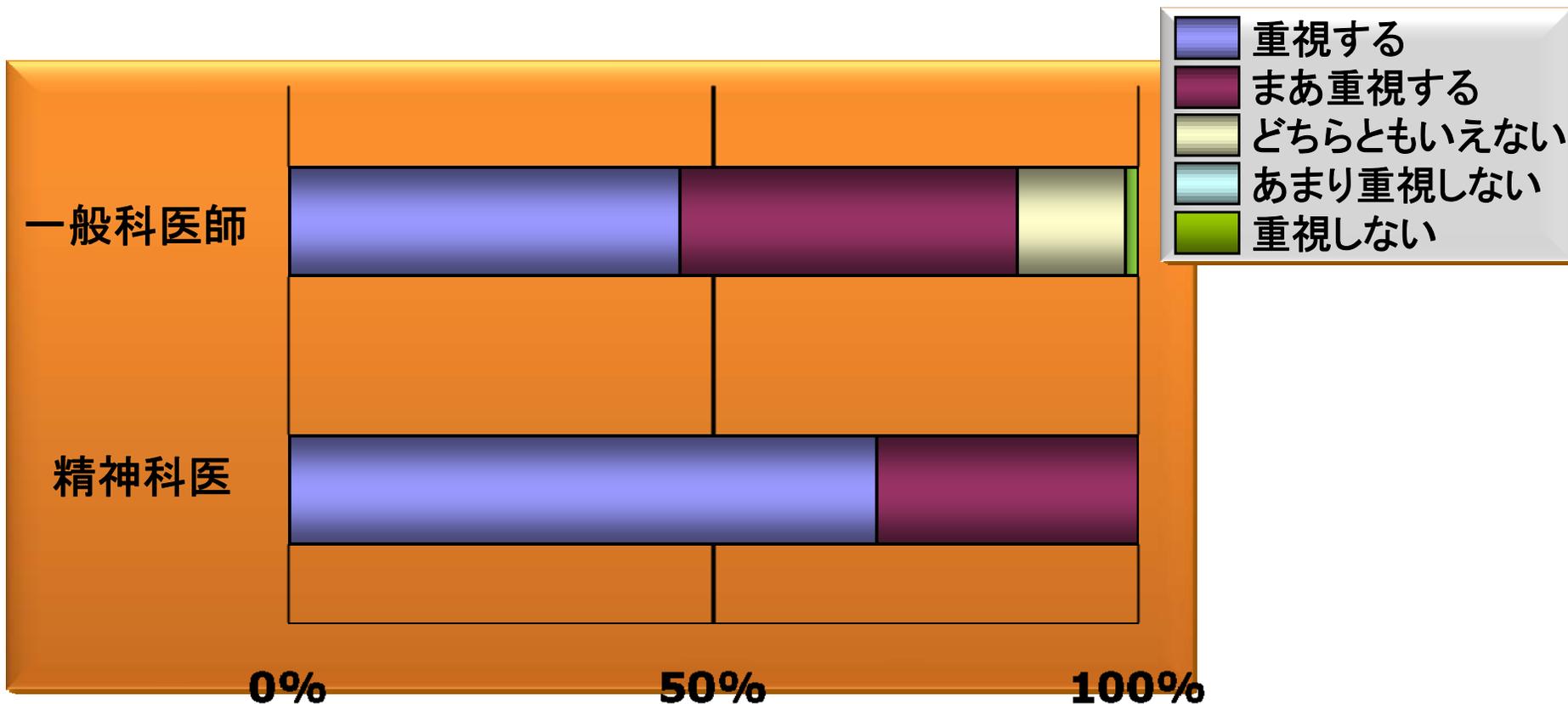


表5 一般病棟か精神科病棟かの判断

⑤患者、家族の意見

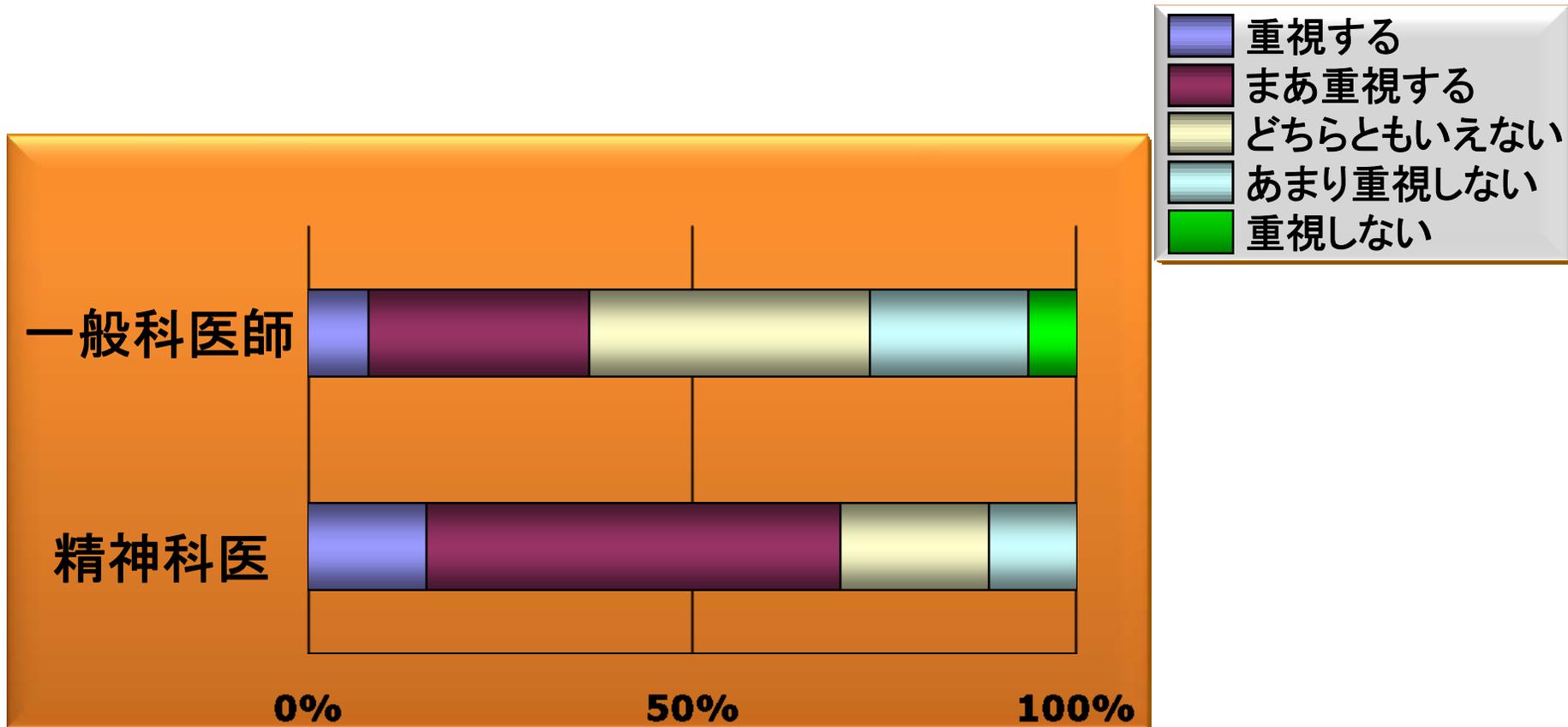


表6 一般病棟か精神科病棟かの判断

⑥患者と直接会って精神状態を確認する

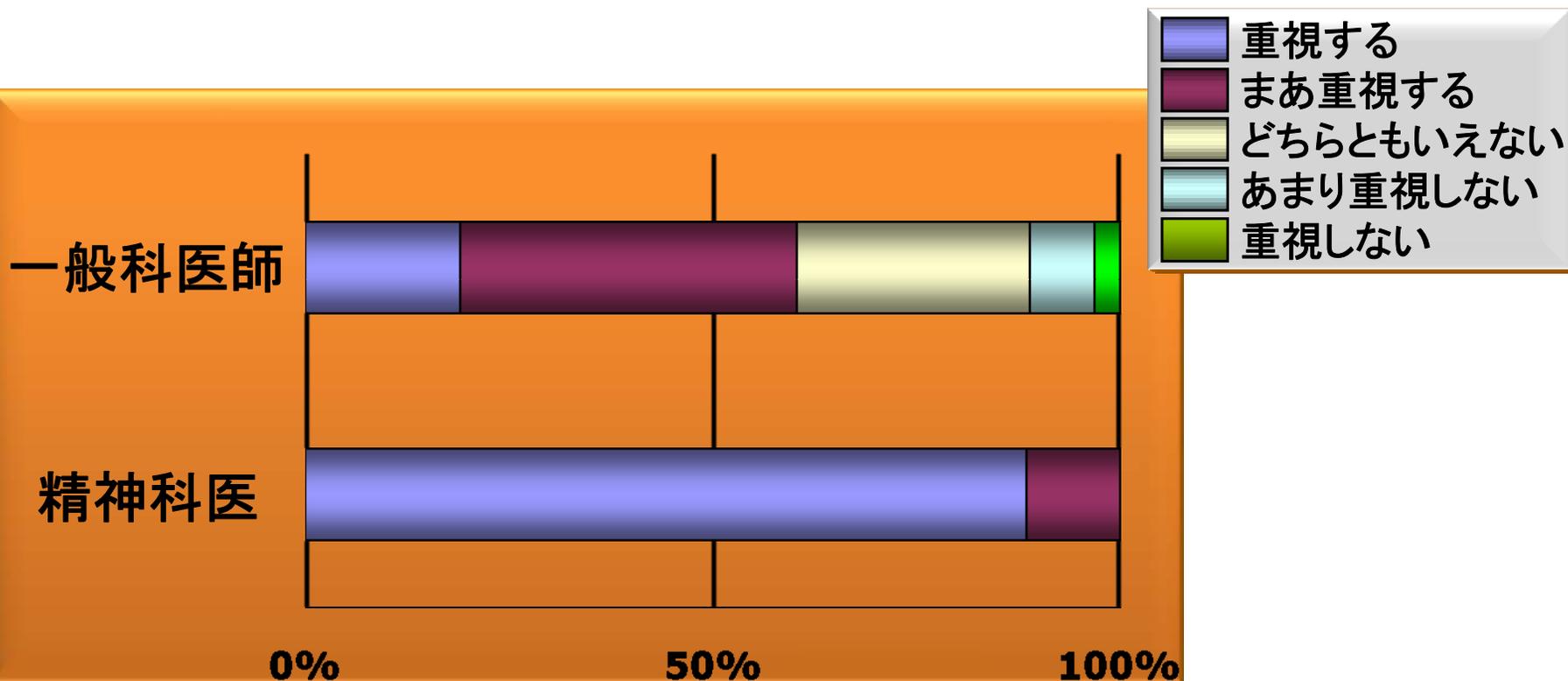


表7 精神障害者の一般病棟入院の障壁

①精神状態に関する情報不足

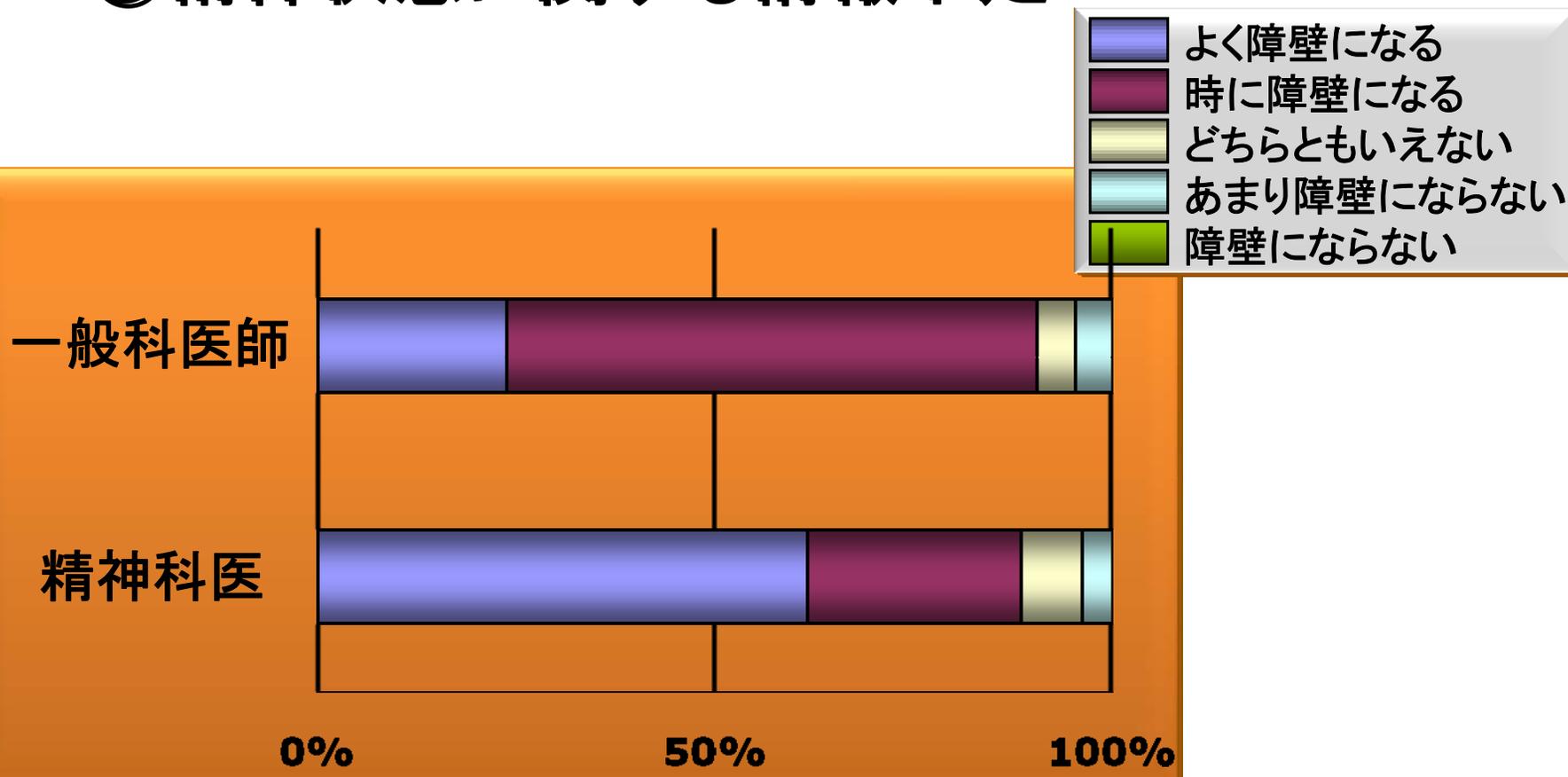


表8 精神障害者の一般病棟入院の障壁

②かかりつけ精神科医の協力不足

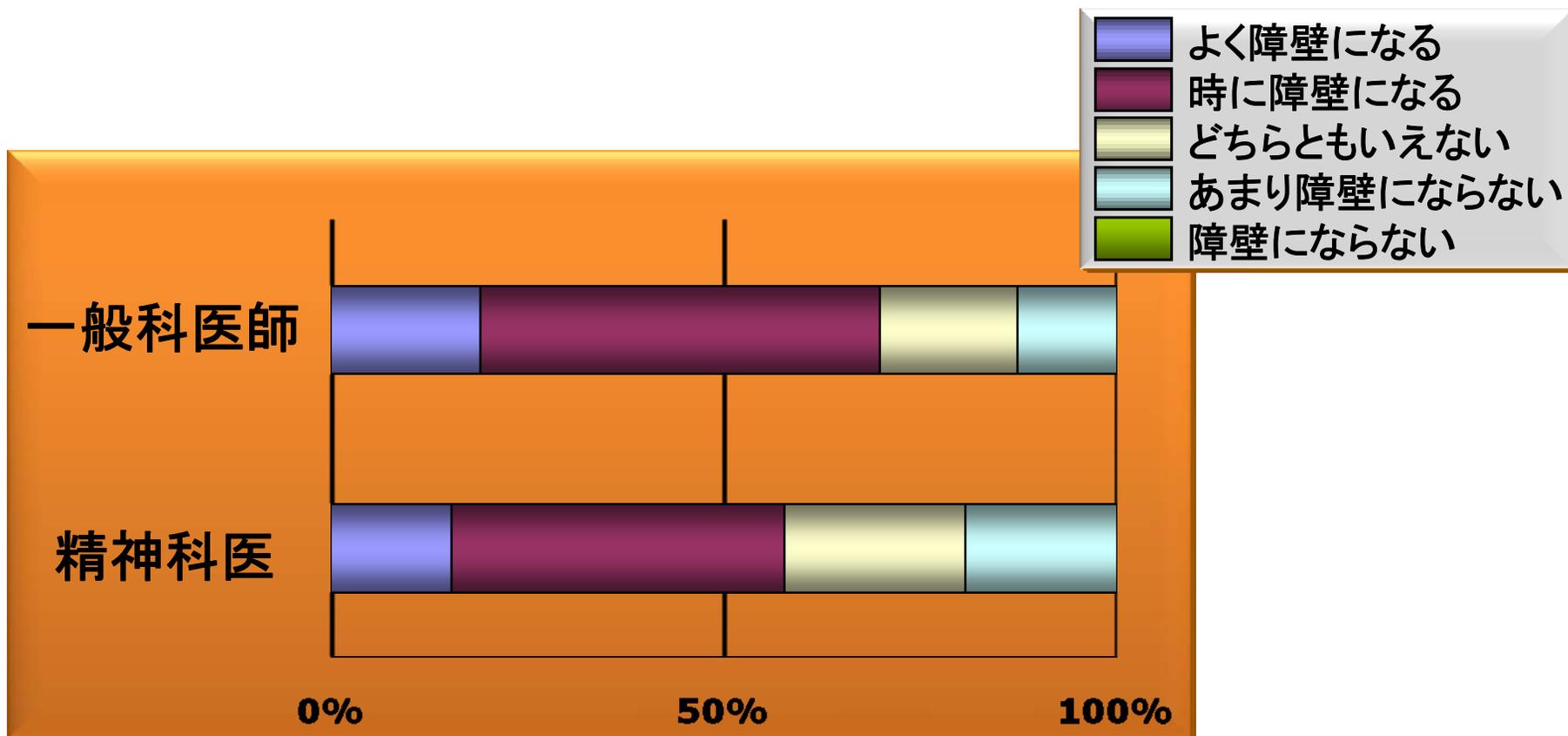


表9 精神障害者の一般病棟入院の障壁

③大学病院精神科医(一般科医師)の理解・協力不足

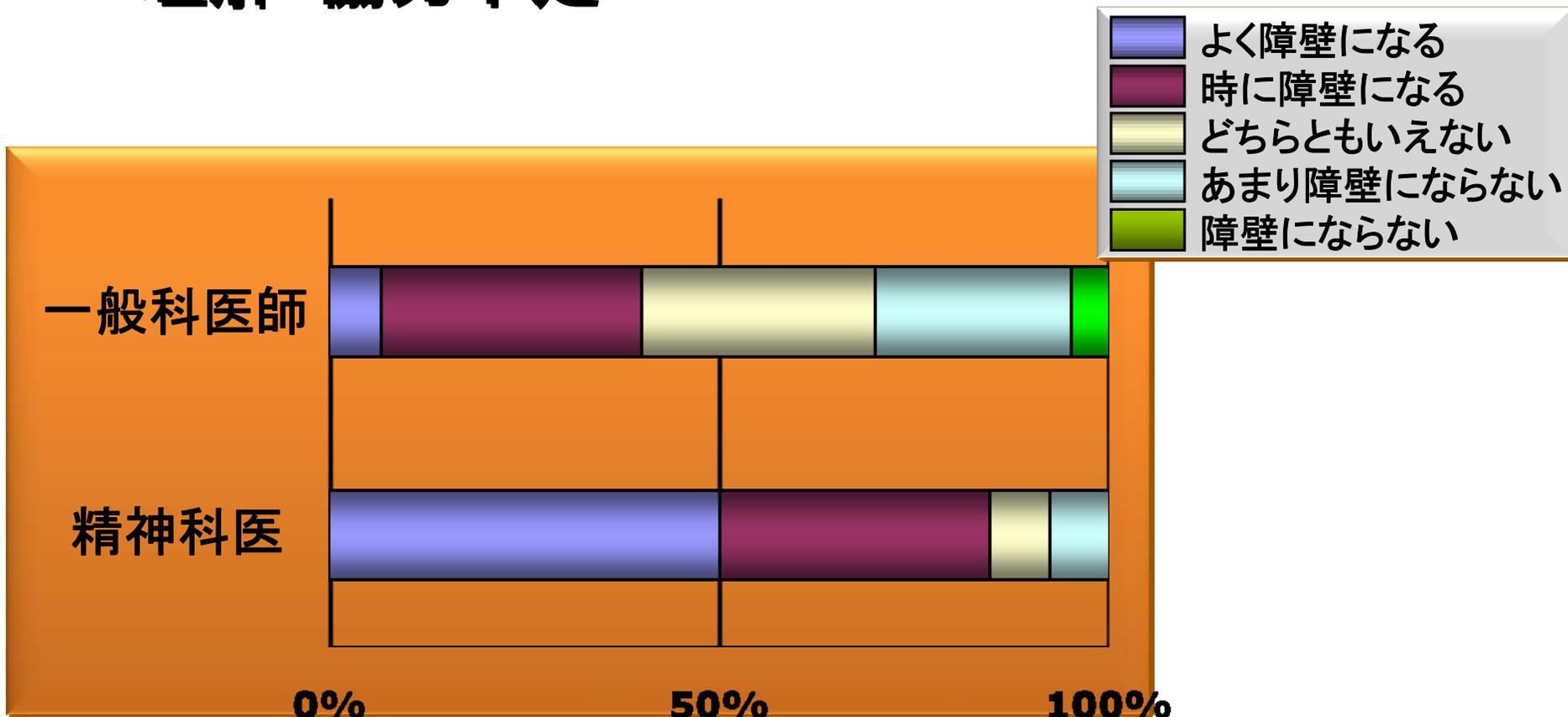


表10 精神障害者の一般病棟入院の障壁

④看護スタッフの理解・協力不足

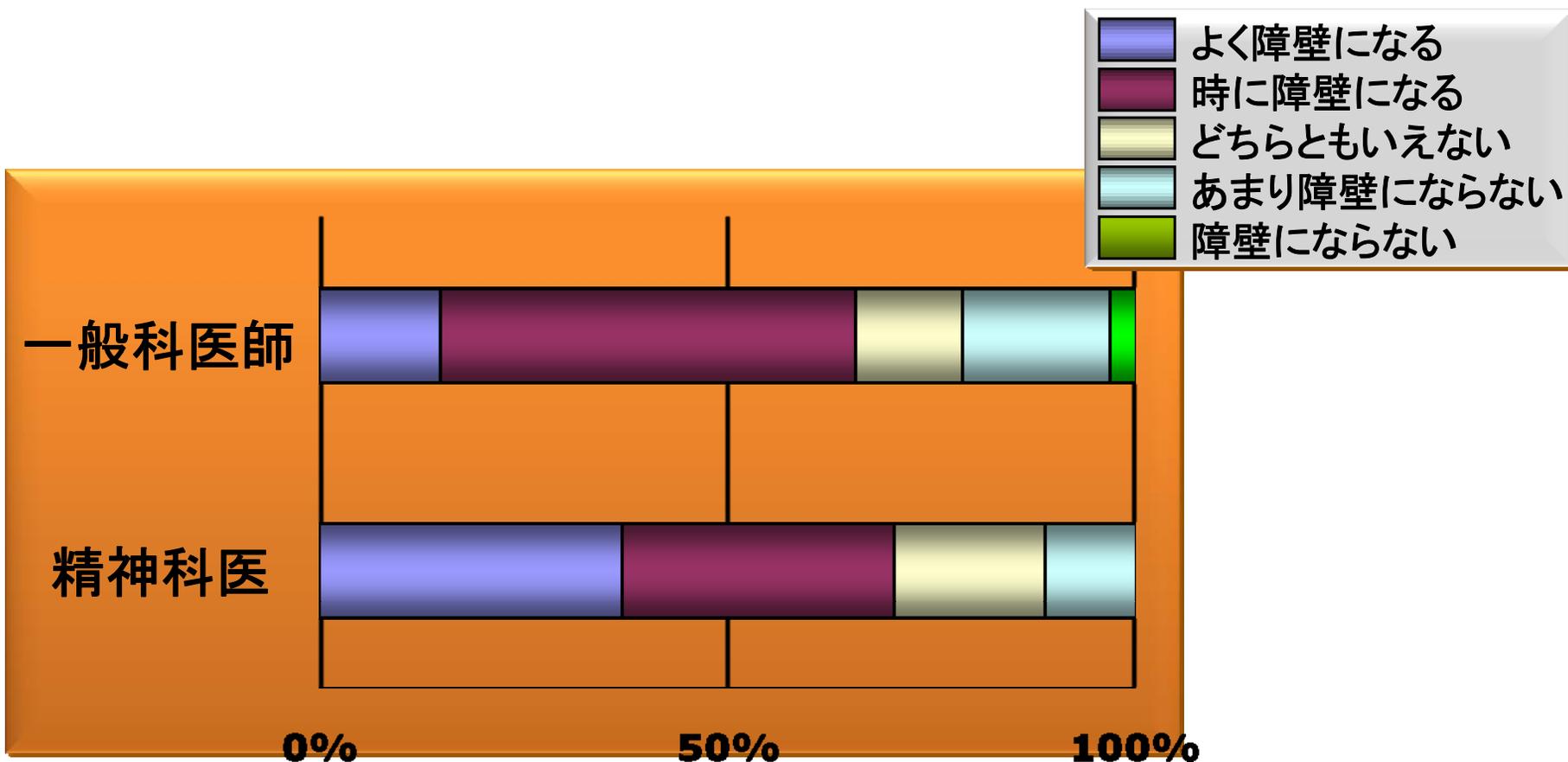


表11 一般病棟入院の際に困難なこと

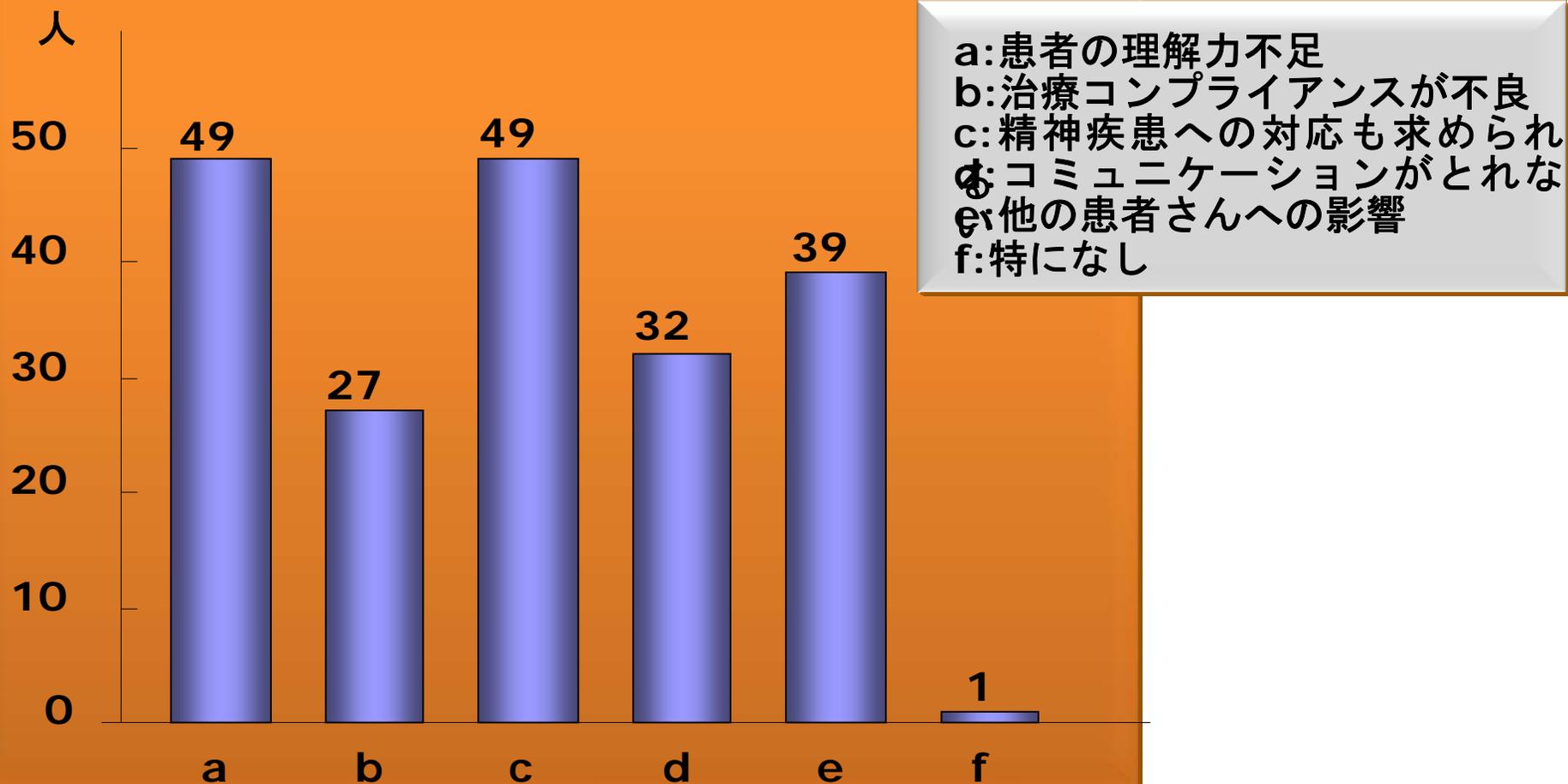


表12 精神科リエゾンについて

①リエゾン回診について知っているか？

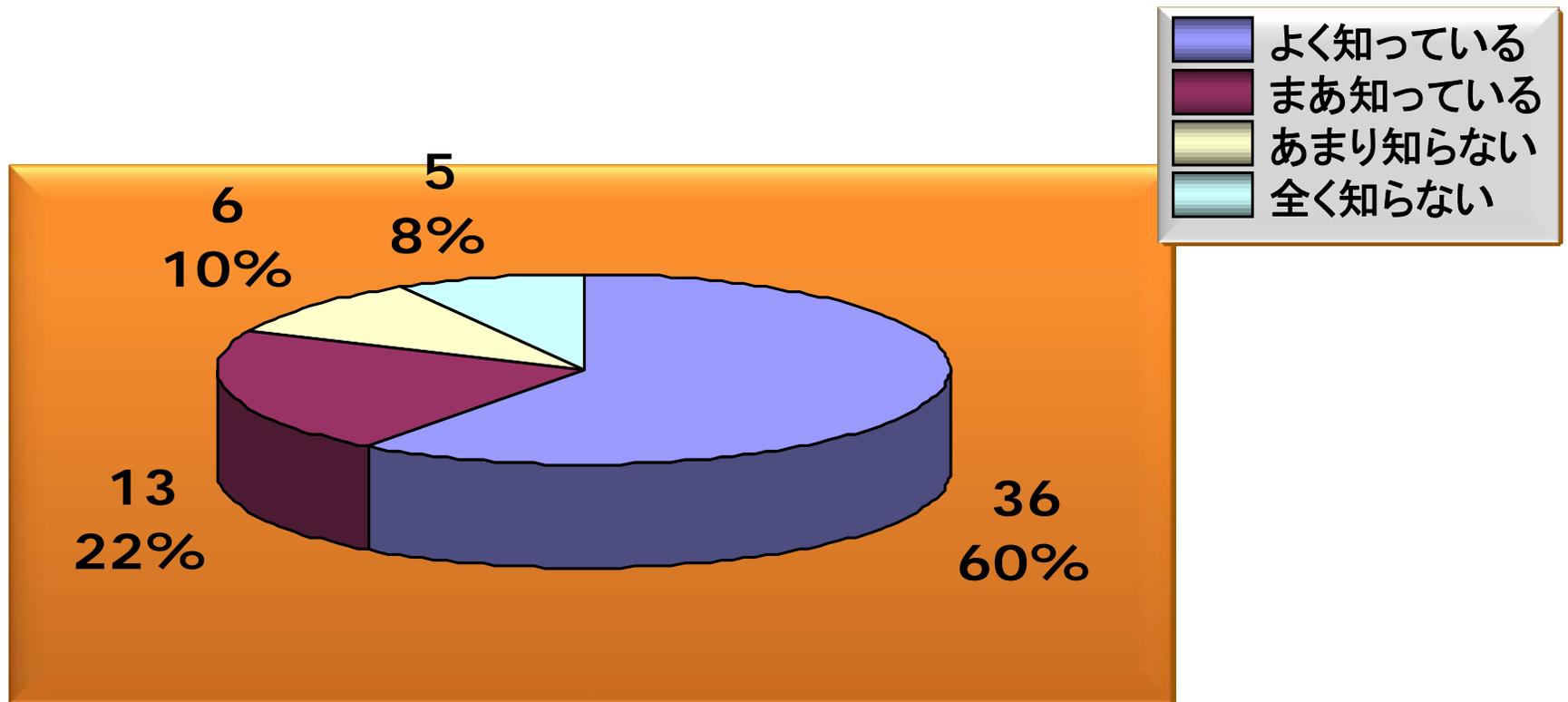
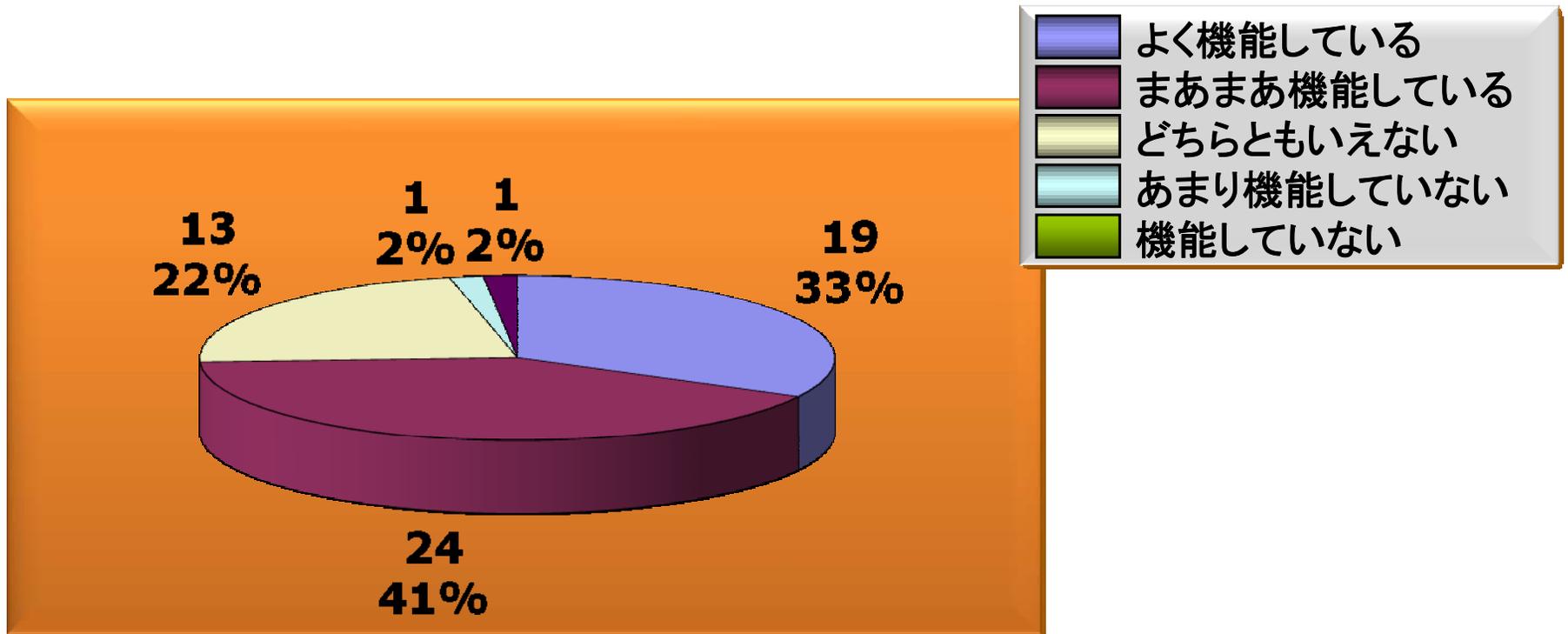


表13 精神科リエゾンについて

②リエゾンは入院治療を行う上で機能しているか？



身体合併症の入院治療に関する調査

まとめ

- 身体合併症の入院先を判断する際、身体科医師は精神科診断を重視し、精神科医は身体疾患の重症度と精神科的現症を重視する傾向が明らかであった。
- 身体科、精神科医双方にお互いに理解不足があることは実感されているものと思われた。
- また、一般科看護スタッフの協力が十分でないことが、身体科入院の障壁として大きな要因になっていることが推測された。
- 一方で、エゾン・コンサルテーションも含めて精神科医の協力体制については、一定の評価が得られていた。
- 科によってニーズが異なるものと考えられ、今後はそれらのニーズに対応した方策を検討する必要があるものと考えられた。

平成19年度障害者保健福祉推進事業実施計画書

事業名:地域生活期にある重症精神障害者の身体合併症予防および早期診断に関する包括的
地域支援事業

事業概要:

- I.地域での重症精神障害者が利用可能な内科系医療機関に関する「精神障害者にやさしい内科系医療機関一覧(地域診療ガイドマップ)」の作成事業
- II.内科医を対象とした精神障害者に関する啓発活動事業
- III.重症精神障害者への身体合併症の予防支援事業
- IV.早期診断および治療支援事業
- V.大学病院における身体合併症

I.ガイドマップ作成事業

アンケート

精神障害者の身体合併症治療の現状と課題を明らかにする

- (1)精神科医療機関医師の、内科系医療機関に対するイメージ調査
 - (2)内科医の精神障害者に対するイメージ調査(→医師会の協力)
 - (3)精神障害者の内科系医療機関に対するイメージ調査(同門病院・クリニックに依頼)
- ※最終的にガイドマップ参加可否の調査

II.啓発活動事業

地域の一般内科医を対象に精神障害に関する基礎的～専門的な講演会を開催(前後でアンケート)
講演は地域の精神科医にお願いする

III.予防支援事業

精神障害者を対象にした生活習慣病に関する講演会開催

専門職(地域の内科医師、保健師、管理栄養士、訪問看護ステーションの看護師など)に依頼
前後でアンケート実施

Ex.高脂血症、高血圧、糖尿病

IV.早期診断および治療支援事業

①通院支援者に対する精神障害理解のための講習会

通院支援者が精神障害の特殊性を理解し、精神障害者への支援が円滑に行えるように、精神障害の知識経験をもつ医師、訪問看護師による講習会

②通院支援者の派遣事業

生活習慣病を発症している精神障害者に対し通院支援者の派遣事業を行い、直接的な受療行動の支援を行う。

V.大学病院における身体合併症

①精神科急性期病棟における身体合併症の治療状況調査

久留米大学病院精神神経科病棟に入院した患者のカルテを後方視的に調査し、身体疾患の合併について明らかにする

②精神科医が関わった一般病棟入院患者の実態調査

久留米大学病院精神神経科病棟以外の一般病棟に入院した全患者のうち、精神科医がリエゾンで関わった患者を調査

地域生活期にある重症精神障害者の身体合併症予防 および早期診断に関する包括的地域支援事業

