

## 総合診療医と取り組む 地域のメンタルヘルスシリーズ 1 成人編

2024年10月10日 (木) 7:30-8:00  
JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院  
総合診療科  
八百壮大

### このレクチャーを通して

- プライマリ・ケア医が地域の精神医療との協力体制を能動的に構築する必要性・重要性を知る。
- 自分の診療地域でメンタルヘルスとプライマリ・ケアを統合する具体的なイメージを持つ。

### Two Peas, One Pod 二つの豆は一つのさやに

ESSENTIALS OF  
**Psychiatry in Primary Care**  
Behavioral Health in the Medical Setting

*"The mind may undoubtedly affect the body; but the body also affects the mind. There is a reaction between them; and by lessening it on either side, you diminish the pain on both"*

John Keats (1795-1821)

結核で若くして他界した英国の詩人を引用して始まる良書

### 人は実在する原因によって死ぬ William J. Mayo

- 極端な心気妄想のある患者も、最終的には身体疾患で亡くなる。
- 特に危険なのは、複数の疾患があり大勢の専門医により管理されている患者である。
- 糖尿病、心不全、変形性膝関節症、うつ病、乾癬、動脈硬化症を持つ60歳の女性は、評判の良い専門医にかかっていたが、誰一人子宮に手術の既往がある事に触れず、最終的に不正出血が起きる頃には骨盤全体に転位し、治療不能であった。というエピソードが紹介されている。

家庭医の巨匠 Robert Taylor 先生の格言集

### 地域精神医療で知っておくべき事実

**Mental health conditions are widespread, undertreated and under-resourced**

**WIDESPREAD**

**1 in 8**  
live with a mental health condition

**UNDERTREATED**

**71%**  
people with psychosis do not receive mental health services

**UNDER-RESOURCED**

**2%**  
of health budgets, on average, go to mental health

表7 年齢階級、傷病分類別医療診療費 (上位5位)

傷病分類	令和3年度 (2021)		令和2年度 (2020)		増減額 (億円)	増減率 (%)		
	総診療費 (億円)	構成割合 (%)	総診療費 (億円)	構成割合 (%)				
総数	804,405	100.0	307,815	100.0	16,212	5.3		
脳								
脳虚血系の疾患	1	61,116	19.9	1	69,021	19.5	1,095	1.8
新生物<腫瘍>	2	48,428	14.9	2	46,880	15.2	1,348	3.3
脳脊髄系及び結合組織の疾患	3	26,076	8.0	3	23,869	8.1	1,276	5.1
脳腫瘍、中脳及びその他の脳内の腫瘍	4	24,935	7.7	4	24,274	7.9	661	2.7
腎臓路生体器系の疾患	5	23,143	7.1	5	22,730	7.4	410	1.8
その他		149,327	48.3		129,195	41.9	11,222	8.7
総数	119,542	100.0	110,250	100.0	9,292	8.4		
新生物<腫瘍>	1	16,288	13.6	1	15,816	14.3	472	3.0
脳虚血系の疾患	2	12,446	10.4	2	12,113	11.0	333	2.7
精神及び行動の障害	3	10,563	8.8	3	10,027	9.1	476	4.7
呼吸器系の疾患	4	9,383	8.0	4	7,421	6.7	2,162	29.1
腎臓路生体器系の疾患	5	8,292	6.9	4	8,037	7.3	185	2.3
その他		62,520	52.3		56,857	51.6	5,663	10.0
総数	204,482	100.0	197,565	100.0	6,919	3.5		
脳虚血系の疾患	1	48,670	23.8	1	47,908	24.2	762	1.6
新生物<腫瘍>	2	32,139	15.7	2	31,064	15.7	1,075	3.5
脳脊髄系及び結合組織の疾患	3	18,065	8.8	3	17,195	8.7	869	5.2
脳腫瘍、中脳及びその他の脳内の腫瘍	4	17,262	8.4	4	16,763	8.5	499	3.0
腎臓路生体器系の疾患	5	14,940	7.3	5	14,716	7.4	224	1.5
その他		73,386	35.8		69,917	35.1	3,469	5.0

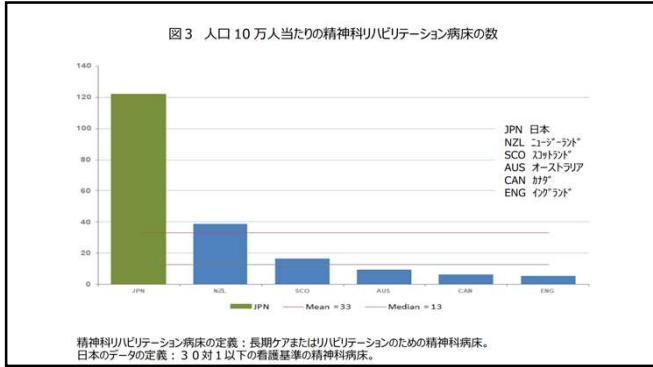
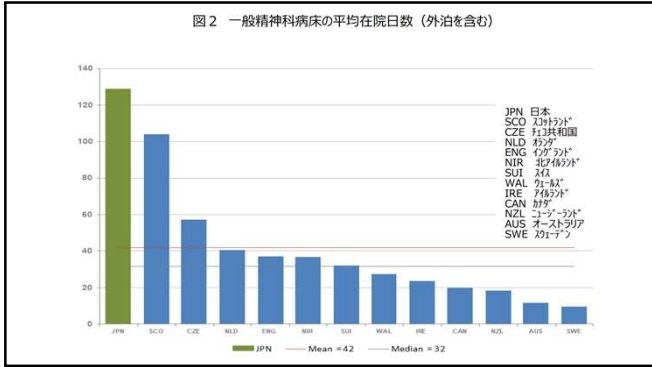
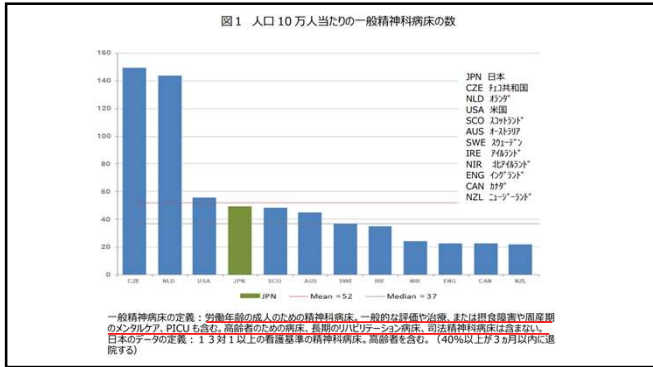
## 日本は精神科病床大国なのか？

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金  
（障害者政策総合研究等助）  
地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

### 精神保健医療福祉制度の国際比較

研究分担者：菊池安希子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

**要旨**  
わが国の精神保健医療福祉制度の方向性について検討する際には、わが国の人口当たり精神科病床数が諸外国と比較して非常に多いという点が繰り返し指摘されてきた。しかしながら「精神科病床」の定義は国ごとに異なっており、一律に比較することは困難である。今回、1.3対1以上の看護基準の精神科病床について、他の欧米諸国と人口10万人当たりの数を比較したところ、国際比較に参加した国の平均値とはほぼ同等であった。しかしながら、精神科療養病床数は他の欧米諸国と比較して多く、精神障害者の地域生活を支える基盤整備の一環の充実が必要であると考えられた。わが国の司法精神科病床数は非常に少なく、精神科病床を比較する際には、司法精神科のシステムの違いについても留意する必要があると思われる。

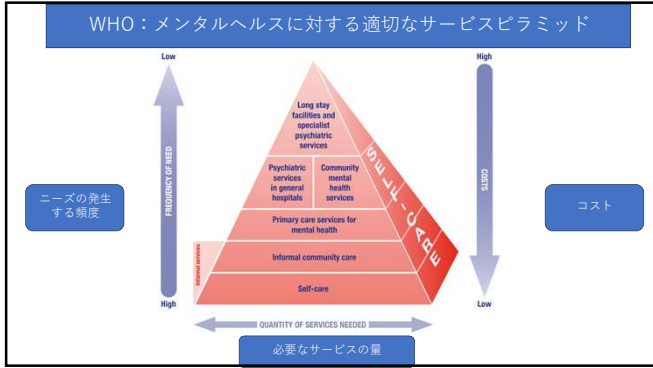


## 日本の精神科病床

- 精神科一般（急性期）病床の平均在院日数は諸外国に比べると長いが人口当たりの病床数は諸外国と比べ平均的。
- 慢性期長期療養病床はダントツで多い。

医療保険ではあるが、施設ケアのような「住まい」を提供している側面もあるため、今現在は一概に日本は精神科病院大国、とまで言えないのかもしれない。

高齢化により精神疾患単独は減り、多疾患併存状態の方が増加している。そういう方の受け皿になっていただいている面もある。



## 各国の脱施設化・地域ケア移行の流れ

- 英国：1950年代より脱施設化。背景に治療薬の進歩。
- 米国：1960年代より脱施設化。上記の他、公民権運動による権利擁護意識の高まり。カナダも同時期より脱施設化。
- フランス：1960年代より脱施設化。英米の治療法。
- ドイツやイタリア：1970年代より脱施設化。
- オーストラリア：1990年代より脱施設化。
- 韓国：1990年代より脱施設化。

いずれの国も長期療養については、居宅型のケア施設が主流である。地域での家庭生活に戻るにはACT (Assertive Community Treatment) のようなプログラムが必要である。

## 日本の脱施設化にむかう歴史

- 1987年 精神保健法
- 1995年 精神保健福祉法
- 1997年 介護保険法
- 1998年 知的障害者福祉法
- 2004年 精神医療福祉の改革ビジョン
- 2006年 障害者自立支援法
- 2013年 障害者総合支援法：住み慣れた場所で福祉サービスを
- 2018年 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム
- 2024年 精神保健福祉法改訂：医療保護入院期間の見直し

人権擁護、社会復帰

人権擁護、社会参加  
共生社会



2008年 WHOとWONCAの共同声明

メンタルヘルスをプライマリ・ケアに統合する。

Integrating  
mental health  
into primary care  
*A global perspective*

World Health Organization Wonca

## 統合すべき7つの理由

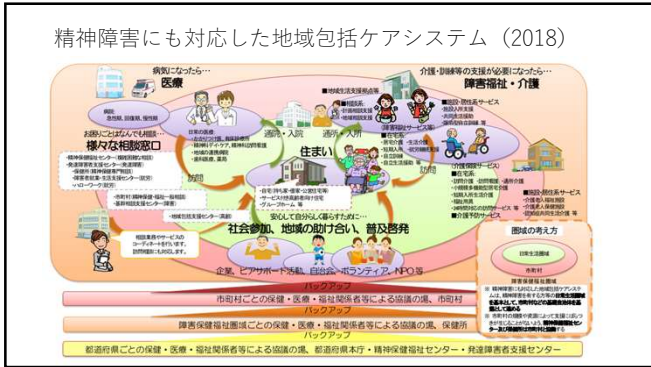
1. 貧富や地理を超えてすべての社会に蔓延しており膨大である。罹患者や家族に大きな個人的負担→社会全体に及ぶ
2. 精神と身体は分かつことのできない織り成すものである。全人的なニーズに応える必要がある。
3. 精神障害の治療格差が大きい。どの国でも有病率と治療・ケアを受けている人に隔たりがある。

## 統合すべき7つの理由

4. プライマリ・ケアは精神医療へのアクセスを高める。
5. プライマリ・ケアで提供されるメンタルヘルスサービスは偏見や差別を最小限とし人権尊重を促進する。
6. プライマリ・ケアによるメンタルヘルスケアは安価で、費用対効果が高い
7. 良好な健康アウトカムを生み出す。精神科二次医療レベルや地域社会サービス・ネットワークと連携する事で良好な転帰が得られる。

## 統合は"イベント"ではなく"プロセス"である

- 時間をかけて作り上げていくもの
- セルフケア、リテラシー、医療者-患者の直接的な診療の場、治療薬の進歩、診療地域のネットワーク、医療政策



### 本日は活動報告

- 私達が家庭医・総合診療医として、地域のメンタルヘルスに取り組んできた内容を事例として共有します。
- WONCA（世界家庭医機構）が日本の家庭医療専門研修プログラムの視察をした際に、メンタルヘルスの研修が不十分と改善要求をしています。苦手意識のある方の一助になれば幸いです。
- 本日は成人、次回10月24日は児童精神について扱います。

### 横浜市保土ヶ谷区：人口約20万、高齢化率 25.9%

**H27年時点 医療法人クリニック 47か所（歯科除く）+個人開業複数**

**地域包括ケアシステムの想定範囲（30分圏内）**

**65歳以上6000人あたり1か所の地域ケアプラザ（行政主導の地域包括ケア窓口）**

常盤台病院（精神科）  
 JCHO横浜保土ヶ谷中央病院（急性期+回復期）  
 横浜市立市民病院（高度急性期）  
 育成会横浜病院（慢性期）  
 聖隷横浜病院（急性期+回復期）  
 イムス横浜行場脳外科（急性期+回復期）

### 常盤台地区

**精神科単科病院** 病院から徒歩30分エリア  
 ●高台 坂道  
 ●人口 **約6700名**  
 ●高齢化率 約20%(65歳以上)  
 ●年少人口 11.7%(14歳以下)  
 ●外国人 2.5%  
 ●大学生や教職員、若い世代  
 ●高齢者施設が多数  
 ●戸建ての独居高齢者多数

**国立大学の保健管理センター**  
**小中学校保健室 児童養護施設**

### 静心会 常盤台病院

- 1959年開院、1977年医療法人化
- 2017年建て替え、2020年訪問看護ST開設
- 180床（精神科急性期病床、療養病床）
- 常勤精神科医5名、職員数138名
- 急性期病床：平均在院75日（在宅復帰64.7%） 1フロア40-50名
- 療養病床：在院日数は1000日以上 2フロアで120名程度
- 採血検査、尿検査、培養検査は外注
- 迅速ウイルス検査、コロナPCR、胸部レントゲン、心電図は施設内で可。エコー、CT、MRI無し。脳波可。

### 精神科病院は高齢化で困っているのではないかな？

- 2015年に保土ヶ谷中央病院に就任後、当初からあった疑問
- 近い割にコミュニケーションが少ない
- 2016年工事開始→2017年に建て替え。どうやったら入り込めるか。

## 接点を持つきっかけ1

- 摂食障害を持つ50歳女性、体重50kg→25kg/20年。
- 本人が精神疾患を認めながらも、家族と総合診療科受診。「私が病気ではないと証明してもらうために来ました」
- 手には吐きだこあり。自己誘発性嘔吐を繰り返すのだろう。
- 傾聴と慎重なフォローアップで器質的な問題は無いだろう。
- 否定せずに信頼関係を作った後、「家族を説得させるために、一度だけ精神科にかかって、精神疾患を否定してもらいませんか？」→それならかかります。
- 初めて紹介。神経性食思不振症の診断には合致するが、それを押し付けずに関わって7年。外来通院中。現在体重は23kg。

## きっかけ2. たまたま飯塚病院の関連病院

- 経営母体が麻生グループ→事務方に総合診療に理解があった。
- 福岡から横浜市地域ケアプラザと常盤台病院に視察に来た方々と地域ケアプラザでお会いする。
- 協力したいとお伝えする→「え！来てくれるんですか!？」
- 週1回の病棟コンサルテーションをやらせて頂く事となった。

2018年

## コンサルテーションリエゾン 総合診療はじめました

## 入院患者の高齢化：関わってわかったこと

- 統合失調症の慢性期長期療養の方も80歳以上の方が多い
- 認知症と見分けがつかなくなってくる
- 誤嚥性肺炎、尿路感染症、便秘異常等のcommonな問題
- 患者さんの訴えが分かりにくいために、病気が進行してから発覚するケースがある。  
例) 普通に歩ける消化管穿孔、痛みの訴えなき大腿骨頸部骨折
- みなさんのご経験は？（チャットボックスにご記入ください）

## 精神科病院から外部医療機関への受診

- 「精神科の病院からの受診・転院相談」を気軽に受けてくれる医療機関が無い。
- 外部受診には職員の付き添いが必要になる事が多い。
- 身体合併精神病棟（行政管轄）を持つ三次救急医療機関はあるが…「身体科の先生」の都合で受け入れが難しい事も多い。

## 「身体科の先生」「精神科の先生」

- 本来二分割できないものを便宜上分けている。分けてしまうとお互いの事が分からなくなる。
- 精神科が入り口として病院に入ると身体疾患の予防、発見、治療が後手になりやすい。  
例) 高齢者施設のせん妄の悪化で精神科紹介入院。せん妄の背景に内因性疾患の増悪
- 「病院」といっても老健施設と同じような装備。
- がんの早期発見の遅れ、重大な急性疾患の発見の遅れ（患者特性、内服薬の影響、設備の限界、外部へのアクセシビリティの悪さ）
- 5年以上の入院患者の30%が死亡退院・不明による退院という統計もある。

## 代表的な相談事例

- 熱がなかなか下がらない→抗菌薬適正使用の課題、採用薬剤の課題。培養をとる文化はなかった。少しずつ改善中。
- マイナーな外傷や皮膚トラブル→自己完結できるものも、立場上、紹介先を探さなくてはならなかったところに総合診療科は便利
- 内視鏡検査や胃ろう増設→転院しなくとも、前処置をすませ、検査だけ保土ヶ谷中央病院で行い、あとは常盤台病院で、というパターンが精神症状への対応に有効な事もある。

## 代表的な相談事例

- 糖尿病を持つ方が多い。インスリンの使用が退院できない理由になったりしている→BOTに切り替え、3年以上入院していた方が有料老人ホームに退院できた事例
- COPDの吸入が無い、降圧薬の調整、電解質補正、ポリファーマシーの減薬
- 甲状腺機能：リチウムなどの内服薬の影響やパセドウ病の発症等
- 貧血がプロブレムリストに挙がりにくい→栄養欠乏→悪性腫瘍の発見というパターン

## 近所は便利

- 検査のみの保土ヶ谷中央病院紹介→近所のため、職員がとられる付き添い時間も最小限になる。
- なんだかよくわからないけど、いつもと違う便秘な気がする。おなかがやたら張っている→すぐに総合診療科に受診してもらった。S状結腸捻転で消化器内科で内視鏡的整復後、自院にもどって入院継続。
- もともと診ていた医師が、継続的に診療に入ってくると心強いと喜んでいただけた。

## 近所の真似をする

- 入院時包括説明書（高齢者の入院に関するご説明）の導入
- 錯乱状態の患者さんに使用する薬剤のレポーターが増える
- 新薬の位置づけ、SSRIの使い分け、てんかん診療等、直接相談できる。

## 最近あったケース

- 在宅療養を続けてきた認知症の夫80歳代と、統合失調症慢性期の妻70歳代の二人暮らし。自宅はいわゆるごみ屋敷状態。
- 妻がとにかく食べさせすぎてしまう。夫は糖尿病+誤嚥性肺炎で救急車で保土ヶ谷中央病院に入院。
- 入院後、夫はせん妄となり、面会中止のはずの妻はフランスパンを持って病室に入ってきてしまう。
- 夫が入院したことによる不安等から妻の精神症状が悪化し、通院先の他院精神科単科病院に入院してしまった。
- 家庭を持つ長女が途方に暮れている。これからどうしていけば、経済的にも考える事が多いんです。

## まず夫

- 夫は感染コントロールがついて来ると、安静を保てず、夜間に大声を出す。転倒を繰り返す。身体拘束によりさらに不穏に。
- 退院先がなかなか決まらず。いったん常盤台病院で症状をコントロールしつつ、糖尿病や感染症治療は週1回こちらから行うとして転院→常盤台病院経由で特養に入所した。
- 一般急性期病床より精神科の方が入院医療費が安く済むため、家族としても助かった面があった。
- 注意点：ACPの話をきちんとしておく。精神科単科病院でできる心肺蘇生は、BLSが中心となる。

### その直後に妻

- 入院先の別な精神科病院で誤嚥性肺炎→内服中断で悪性症候群を発症した妻。肺炎と悪性症候群の治療によっても解熱せず。廃用がすすみ寝たきりに。
- 家族が保土ヶ谷中央病院への転院を希望しお受けする。
- 肺塞栓症と診断し急性期の治療をHCUで行う。
- 病状は落ち着くが、食事をとらず、廃用も良くなりません。夫を上回る夜間の声出しがおさまらず。幻覚症状悪化。常盤台病院へ転院。
- 以降、落ち着き、療養病床で過ごしている。いずれ、夫と一緒に施設に行くかどうかは慎重に検討頂いている。

### 精神科単科病院だからこそのメリット

- 隔離・拘束に関する意識が非常に高く、安易には行われない（一般急性期病院の方が安易に行われていないか？）
- 非薬物療法：デイケア等の集団ケアと個別ケアの行われ方が上手、病棟のデイルームの空間は広く、良く見渡せる。
- 点滴治療などが少ない分、看護師がケアに時間をかけられる
- 夜間の安眠や心理的興奮時の対応がしっかりしていれば、施設退院となっても受けてくれるところは増える。

### 診療システム協力

- COVID-19パンデミックでは、行政の指導前に精神科病院でのクラスター対策をどうしていくか、現実的にできるゾーニング等の指導で関わることができた。
- 感染対策連携加算施設3となってもらい、抗菌薬の適正使用について進める事ができてきた。培養検体を採取する文化、採用薬の適正化（経口第3世代セフェム中止→AMPC/CVAの導入、注射第4世代セフェムの中止→第3世代セフトリアキソン、PIPC/TAZの導入）
- 身体科の医師が出入りする急性期病床機能の維持（加算）
- 職員の健康診断、胸部レントゲン読影、針刺し事故マニュアル

### 精神科入院中の方を受け入れるに際し

- 職員のネガティブな反応もあった。誤解や偏見による事も多い。
- 誤嚥性肺炎で数名受けていくうちに、それほど普段の診療と変わらない事に気がついてもらった。
- 病棟によっては慣れてしまっている。「また総診がいろいろ難しい人うけるのね。」
- 本当に大変な方が来てしまった場合は、治療を完遂せずとも、そのままお戻しし、常盤台病院に診に行くようにする。

### 2022年～精神科の先生も来て頂ける

- リエゾンで来ていただく。
- 病院間の転院の流れもよりスムーズになってきている。
- 感染、嚥下・栄養、褥瘡、安全などは協力しやすい領域
- 6年間かけて少しずつ発展している。

### 精神科救急で困っている三次救急病院

- 夜間の精神科（認知症診療含む）+αの受け皿になっている。
- 帰せそうで帰せない（福祉的に）事例は多い。介護者不在などで、やむなく入院となるが、すぐには転院先が見つからない。
- 「保土ヶ谷中央&常盤台病院」診療モデルがあると三次病院の地域連携室にご挨拶し、少しずつ裏情報を流している。
- 三次救急病院→  
保土ヶ谷中央病院+精神科リエゾン  
or  
常盤台病院+総合診療科リエゾン  
→地域へ戻る

今後の挑戦

- 精神科訪問看護ステーションを活用する
- 精神科+多疾患併存のある方への訪問診療をする
- 包括的地域生活支援プログラム（ACT）の取り組みに巻き込まれる。

お助めの書籍！

「病いがあっても、地域で暮らしたい。」

ACT (Assertive Community Treatment : 包括的地域生活支援プログラム) とは何か？

伊藤 順一郎

精神科病院を出て、町へ

ACTがくも地域精神医療

精神科単科病院

国立大学の保健管理センター

小中学校保健室 児童養護施設

病院から徒歩5~30分エリア

- 高台 坂道
- 人口 約6700名
- 高齢化率 約20%(65歳以上)
- 年少人口 11.7%(14歳以下)
- 外国人数 2.5%
- 大学生や教職員、若い世代
- 高齢者施設が多数
- 戸建ての独居高齢者多数

常盤台地区

精神科単科病院

国立大学の保健管理センター

小中学校保健室 児童養護施設

病院から徒歩5~30分エリア

- 高台 坂道
- 人口 約6700名
- 高齢化率 約20%(65歳以上)
- 年少人口 11.7%(14歳以下)
- 外国人数 2.5%
- 大学生や教職員、若い世代
- 高齢者施設が多数
- 戸建ての独居高齢者多数

大学生のメンタルヘルス

- 4月から一人暮らし→困ったときのヘルプを出す先がわからない。
- 海外から留学生として入学→日本文化への適応困難
- COVID-19による影響→孤独・孤立を助長、経済的事情は悪化
- 大学の保健管理センター（大学生の保健室）には心理カウンセラーが常駐しているが信頼できる紹介先を探すのは至難の業らしい。
- カウンセラーがこれは！と思っても、いきなり精神科にかかりたがらない大学生

台湾人留学生

- 台湾の有名大学で日本文学を勉強。憧れの日本に来て授業を受けていたが倦怠感が続かず、帰国することになってしまった。
- カウンセラーは、それ以外に何か見落としがないか？一応見てほしいという相談。
- よく聞くと、パセドウ病の既往があり、治療中断歴があった。
- 検査→治療→診断書記載により、授業の単位が認められた。

ベトナム人女性

- 祖国の外交官で、経営修士課程に留学するために来日した。
- 先に日本で働いていた夫との間に第一子を妊娠した。30週になっている。腹部を中心に広がった掻痒感の強い皮疹で来院した。直前に他院救急外来を2回受診していたが、はっきりしたことを言われず、不安で手につかない状態になっていた。PUPPPと診断し、外用薬を処方した。
- 出産費用が高額のため、いったん母国に帰ろうと考えていた→入院助産制度を利用できる可能性があるため、通訳をつけて区役所に行くように助言。

2020年COVID-19pandemic  
対面とオンラインで外国人留学生座談会



- 横浜国立大学教員や横浜市地域ケアプラザと協力し、在留外国人支援。
- 可能な限りの院外アウトリーチ活動。
- 「三密」という言葉が伝わっていない人達もいることを知る。



## まとめ

- 複雑度の高い「多疾患併存+精神（認知機能）」を地域で支えるには、精神科単科病院にも参画してもらおうと良いことがある。
- 精神疾患のある方、外国籍の方など、辺縁化された人々は、医療へのアクセシビリティに様々な制約があり、プライマリ・ケア医はそこに協力ができる。
- 精神医療の脱施設化政策の流れに乗って、地域包括ケアのネットワークを広げていきましょう。

次回10月24日は児童精神領域です！

ご清聴をありがとうございました！

コミュニティ  
アウトリーチ  
せよ！

