精神科受診経路に関する多施設研究

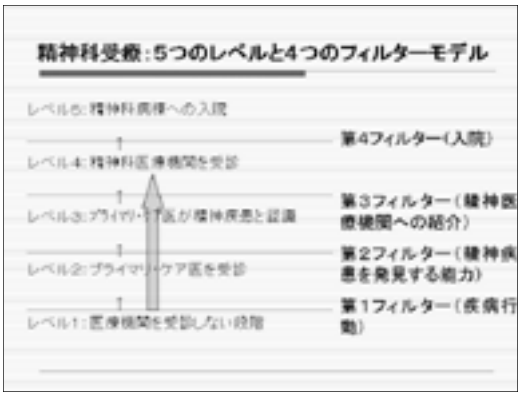
桜ヶ丘記念病院精神科 医師/慶應義塾大学医学部精神神経科 助手
藤澤　大介

【スライド-1】
「精神科受診経路に関する多施設研究」という内容で発表させていただきます。

スライド-1

【スライド-2】
背景ですが、精神科の受診行動に関して、1980年にHuxley PとGoldberg Dがイギリスにおける精神科の受診モデルを提示しました。それは、一般住民の中で精神障害を持っていても、実際に精神科に受診される方はごく一部で、その途中では、医療機関に行く前に、まず、プライマリケアのかかりつけ医を受診し、そのかかりつけ医が精神障害を認識するというステップが必要で、それを受けて、実際に患者さんが精神科に受診する。その中でも、重症な方は精神科に入院する。こういう5つのレベルと4つのフィルターがあるであろうというのが、当初のモデルでした。

スライド-2



しかし、おそらく実際現場で関わっていらっしゃる方はご存知の通り、特に日本においては、かかりつけ医というのが確立した制度でありませんし、一般住民の方が直接精神科を受診する場合も決して少なくないと思われます。精神科の受診行動の中で、どのようなフィルターが機能して、どのようなレベルで患者さんが精神医療につながるかというのは、各国の医療制度や、経済状況、あるいは疾患特異性などといった、いろいろな要素が関係しています。日本においては、精神障害全般を対象としたこういった研究は、私が知る限りでは報告がありませんので、今回、精神科の初診患者さんを対象にして、どのような受診経路があるかということと、それから、その受診の遅れにはどのようなことが関係しているかということを目的に、調査いたしました。

【スライド-3】
調査方法ですが、パイロットスタディを1年前に行って、本試験は平成16年の秋期

スライド-3

スライド-4

から冬にかけての28日間です。これは病院によって差があり、5日の平日プラス休日のところもあれば、6日勤務日があって1日休日もありますが、とにかく4週間を対象としました。それから、初診患者さんを全例で、自己記入式アンケートと問診によって行いました。

調査項目は、年齢、性別などの患者さん背景と、主訴、それからICD・DSMによる診断。その精神科を受診する以前、過去にどのような所に相談に行ったか。そこでどのような治療を受けて、どのように説明を受けたか。その患者さんが病院に来るまで辿ってきたルートと、そこにかかった遅れの期間です。研究の趣旨を説明して、同意が得られなかった方は除外しておりますし、同じ主訴で、過去に精神科にかかってらっしゃる方は除外しております。つまり精神科をまったく初診の方ということになります。

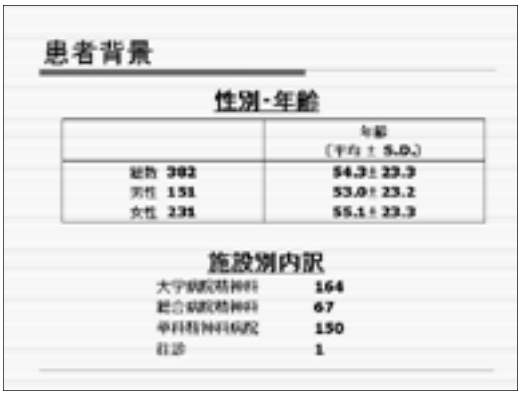
【スライド-4】

参加施設はご覧の通り全国各地に亘っております。開催にあたっては、日本若手精神科医の会という会がございまして、そのメンバーが所属している病院を対象としました。 大学病院が4施設と、総合病院が3施設、単科精神科病院が8施設となっております。

【スライド-5】

全部で382例が対象となりました。男性が151例で、女性が231例。平均年齢は50歳強です。内訳は、大学病院の精神科と単科精神科病院がだいたい同じ位でして、総合病院の精神科は数も3施設で少なかったので、70例位となっております。

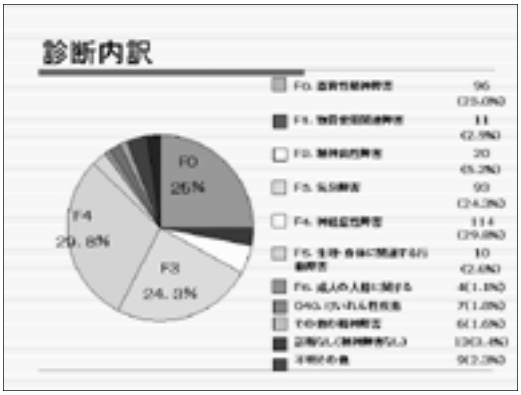
スライド-5



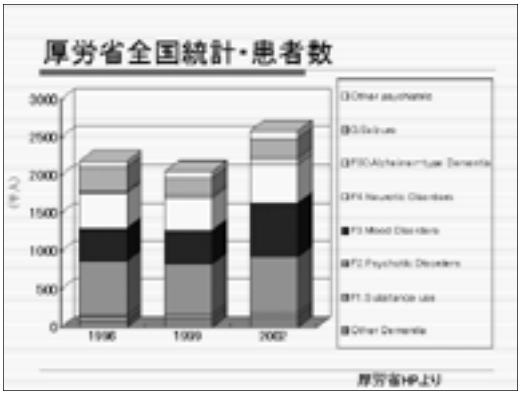
【スライド-6】

382例の診断による内訳ですが、ICDコードで分類しますと、一番多かったのが、F4、即ちストレス関連の障害、いわゆる不安障害であるとか、神経症性障害

スライド-6



スライド-7



が約30％。次に多かったのが、F0、即ち脳器質性の疾患で、主に認知症・痴呆症ですけれども、それが約25％。その次が、F3、即ちうつ病、そううつ病を含む気分障害という内訳になっております。

単科精神科病院が多かったのですが、統合失調症を含むF2精神病性障害は意外にも多くはありませんでした。

【スライド-7】

再診患者さんを含めた厚生労働省による統計では、一番多いのがF2、精神病性障害であり、これと比較すると、今回新たな初診患者さんの比率としては、精神病性障害よりもむしろ気分障害や、神経症性障害、認知症を中心とする脳器質性障害へと、今だんだん重点が移っているという印象を受けました。

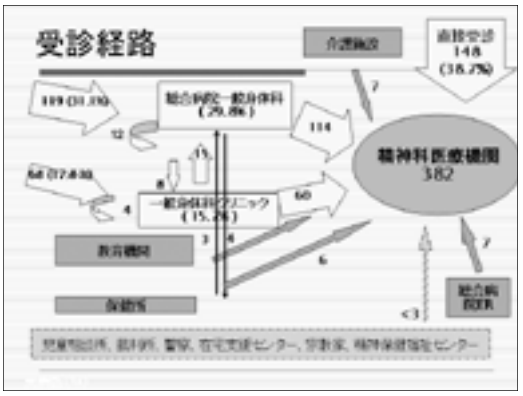
【スライド-8】

ここからが受診経路ですが、解析可能だった382例の内、主たる経路が3つありまして、ひとつは、直接精神科を受診する方が40％弱です。総合病院の一般身体科、つまり内科であるとか、整形外科を経由する方が約30％です。それから、開業医に行ってから、紹介されて来るケースが約15％。残りは何カ所か行ったり来たりしますので、色々な箇所を通ってるのですが、少ないものとしては、大学の相談室や、保健所、救急外来からやって来る、あるいは認知症では、介護施設から紹介されるという経路がありました。非常に少ないものとしては、児童相談所や、警察がありました。

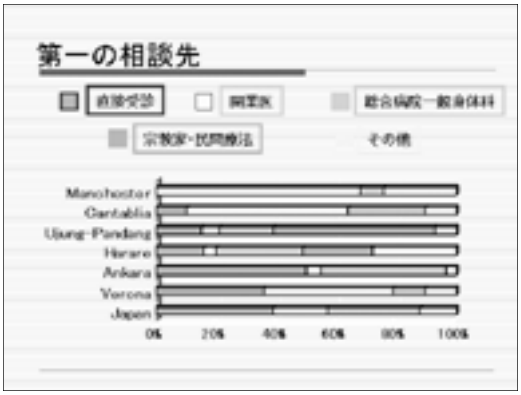
【スライド-9】

第一の相談先を、過去の国際データーと比較してみますと、日本においては、今お示ししましたように、一番の多いのが直接受診で40％位。次が総合病院で、開業医は15％位となっておりますけれども、例えば、開業医が発達してるイギリスですと、6割を超える方々が開業医を介していますし、後進国であるインドネ

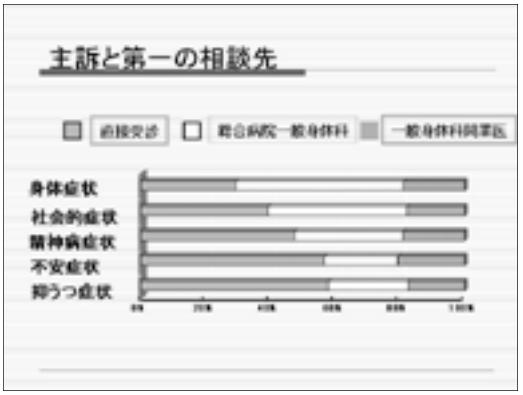
スライド-8



スライド-9



スライド-10



シアやハバナになると、民間療法であるとか、宗教、お呪い師みたいなのがかなり活躍していて、日本は系列としては、トルコのアンカラであるとか、南イタリアのベローナに若干近い。即ち、直接受診がかなり多くて、総合病院の一般身体科の関与もかなり重要になっている。そのような印象を受けました。

【スライド-10】

主訴によって受診先も変わってくるのですが、精神科を直接受診する方が少ないのは、身体症状です。身体の症状を主訴にした場合には、当然のことながら、一般身体科を経由することが多い。それから社会的症状。これはひきこもりや暴力といった症状ですが、こういった症状も直接精神科に行くよりは一般身体科に行くことが多い。うつや不安になってくると、精神科に直接行く。そのような傾向がありました。

【スライド-11】

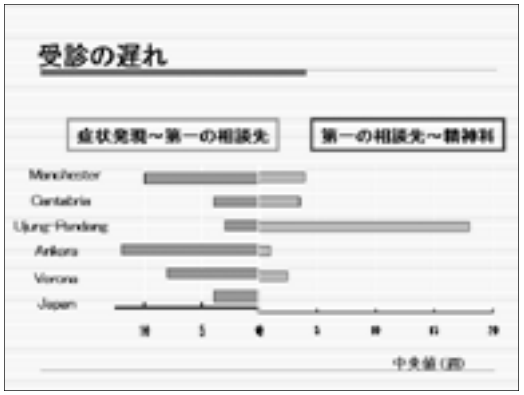
症状が出てから実際に精神科に辿り着くまで、どの位時間がかかっているかということを、最初にどこに相談に行くかによって分類したのがこの表で、直接精神科に受療した場合は、だいたい症状発現から精神科に辿り着くまで、中央値にして8.5週間位、約2カ月の遅れがあります。一般身体科の場合は、クリニックにしても病院にしても、患者さんの受療行動としては動きは早いのです。まず症状が発現してから中央値で2週間で、最初に病院に行っています。

問題はここからでして、総合病院に行った場合には比較的早く、中央値にして2週間で精神科に紹介されて、結果的には中央値にして症状発現から2カ月程度で精神科に辿り着けるのですが、一般開業医に行った場合には、そこで約2カ月の遅れが生じます。足止めなのか、初期治療か、何とも言えないところなのですけれども、それが行われる結果、トータルとしては中央値にして約7カ月、平均値にして10週間の遅れが生じる。つまり、精神科を直接受診した場合と比べて、一般

スライド-11

開業医を受診した場合には、精神科治療を受けるまでに遅れが出てしまっている。そういうことが言えると思います。

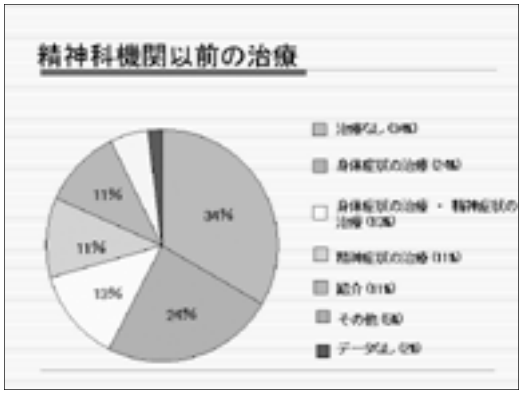
スライド-12



【スライド-12】

ただ全般的に見ますと、受診の遅れは、諸外国と比べて決して悪い成績ではございません。症状発現してから第一の相談先に行くまで、平均して約4週間ですので、1月以内にはどこかに行っている。ある所を受診してから次に精神科に行くまでは、それほど悪い成績ではないということは言えると思います。

スライド-13



【スライド-13】

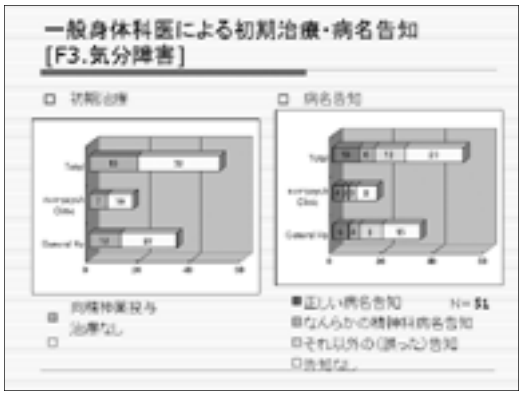
では、精神科受診以前にどんな医療を受けているかということを考えますと、精神科を受診する前に治療を受ける人というのは、あまり多くはありません。治療なしというのが3分の1程度で、4分の1は身体症状の治療だけを受けている。つまりこの方々は、一般身体科の先生方によって、精神疾患をもっているという認識がされていない可能性があります。精神症状の治療を受けられた方というのは、まだ4分の1に止まっています。

【スライド-14】

Common mental disorderと呼ばれる気分障害と神経症性障害に絞って、もう少し詳しく見ていきます。この表は精神科を受療する前に、どのような初期治療が行われたかという比率を見たものです。

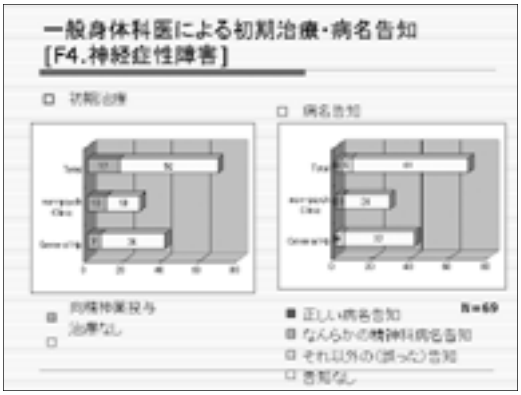
トータルで51例ですが、その内何らかの向精神薬を投与された方は、51例中の19例で約40％です。開業医の方では約50％の方が投薬を受けているのですが、総合病院は比較して少ないことが分かります。

スライド-14

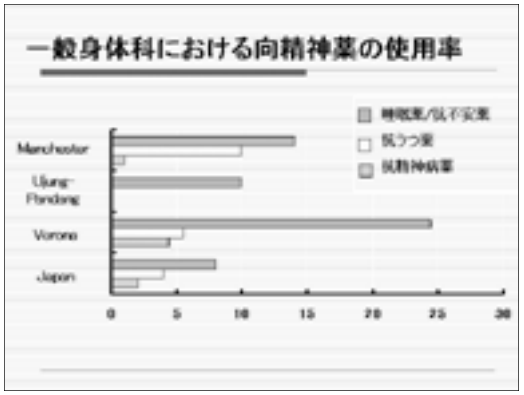


右のグラフは病名告知、つまり病状についてどのような説明がされたかということを表しています。一番右が何も説明がなかった場合です。右から二番目は何らかの誤った告知をされている場合です。「疲れですよ」とか、「気の持ちようですよ」とかということもありますし、「ただの頭痛です」もあります。これは病名告知を受けないより却って条件が悪いかも

スライド-15



スライド-16



しれません。正しい病名を受けた群が一番左の群です。正確な病名まで言われなくても、「何か精神科の問題があるようなので」というように言われた人が左から二番目の群です。これを見ますと、全体の51例の内、精神科の疾患であるということを告げられたり、紹介をされたというのが16人です。51人中16人ですので、約3分の1に過ぎないということになります。残りの3分の2に関しては、何も告げられていないか、あるいは誤った病名を告げられていて、かえって患者さんを精神医療から遠ざけている可能性もあるかと思われます。

【スライド-15】

ICDのF4、神経症性障害について。ここには不安性障害であるとか強迫性障害が含まれるわけですけれども、こちらに関しては、気分障害よりも対応が芳しくなくて、向精神薬の治療を受けた方は、69名の中の17名ですので、20％あまりということになります。特に総合病院において、あまり成績がよくない。

病名の告知がなく治療が行われている場合が多くて、これは推測ですけれども、何となく訴えが多いので安定剤が出されるというようなことが行われた可能性があるかなと考えております。

【スライド-16】

全般的な薬の使用を、過去の得られるデーターと比べてみますと、イギリス・マンチェスター、インドネシアなどと比べても、抗不安薬の処方率はあまり高くないということになります。

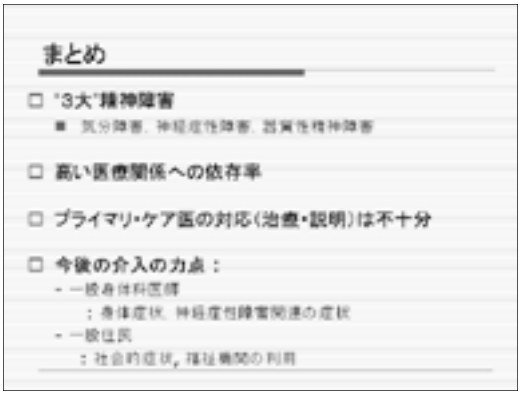
【スライド-17】

まとめです。

まず、初診患者さんを対象として、4週間の調査を行ったのですが、その中では3大精神障害として気分障害、神経性障害、それから最近の、少なくとも私たちの研究で見る限りは、認知症を中心とする器質性の精神障害が、精神医療の中で大事な役割を果たしてきていると分かります。

それから受診経路の図をお示ししましたけれども、かなりのパーセンテージが直接受診、ないしは一般身体科の開業医や総合病院を経由していて、福祉施設であるとか、

スライド-17



スライド-18

教育施設というのは非常に少ない割合です。つまり、やはり医療機関というのが、かなり高い役割を担っているということになります。

それから精神科を初診する前に、プライマリケアのかかりつけ医などを受診している方は少なくなく、6割程度に達しますが、その治療や病名の説明に関しては、決して充分なレベルとは言えません。これは医者の方の態度なのか、それとも、知識・教育の問題なのか分かりませんが、少なくとも、診療連携であるとか、そういった医療の階級化というのはまだ充分に進んでいないように思われました。

今後の介入の力点ですが、ひとつは一般身体科の医師に関して、特に身体症状の中から精神障害を見分ける能力の育成が重要です。もう一つは神経症性障害（ICDコードでF4）に関連した症状というのは、ありふれた疾患でありながら、発見・告知が非常に乏しい状態ですので、この領域に関する教育が必要になってくるかと思われます。

後は一般の皆さんへの啓発ですけども、身体症状やうつ、不安に関しては、比較的精神科への受療につながってきておりますけども、ひきこもりであるとか暴力であるとかの社会的な症状に関しての認識というのは、まだ充分ではない可能性が示唆されますし、それから直接精神科に受療するわけではなくても、保健所であるとか、介護センターであるとか、児童相談所など、福祉関連の施設も利用可能であるということを、もう少し啓発する余地があると思われました。

【スライド-18】

このデータは、日本若手精神科医の会の協力を得まして、精神神経学会をはじめいくつかの学会で報告させていただいておりまして、今後また報告書をまとめたいと思います。

質疑応答

会場： 私は今、全国で女性外来というものをやっておりますが、実はそこに来る4分の1の患者さんはメンタル系なのです。そこで、非常に日本の精神医療というのはプアだなと実感しております。それは何故かというと、女性外来に来る

メンタル系の方は、先生が挙げた三大疾患なのです。その方たちを、例えば精神科のお医者さんに送ったとしましても、基本的に現在カウンセラーさんをたくさん抱えていて、きっちりとカウンセリングをしながら治療していただける施設は本当に少なくて、薬物療法に頼ってしまわれるのです。ですから、先生が最後のコメントで、プライマリケアの先生たちがこの三大疾患をきちんと診断できるように介入するとおっしゃいましたけれども、私は一歩進めて、プライマリケアの先生たちが、そういう患者さんたちを治療できるところまで進めないと、日本の精神医療は解決しないと、今現場で思っております。コメントです。

藤澤： 非常に痛いところです。確かに、精神科がCommon mental disorderに充分対応できているかと言うと、かなり医療機関格差があるのではないかと感じております。

先ほどカウンセリングという話がありましたが、カウンセリングに関しては2つの弊害があると思います。一つは卒後教育の問題があります。カウンセリングが非常に大事な要素を持っているのはエビデンスで明らかなのですけれども、体系だった教育がされていなくて、各大学だとか各医局に任されているところであります。そのため、実際に紹介いただいても、医者が充分なカウンセリングできないという教育の問題があります。それから、制度的には、臨床心理士というものが病院にはいるのですが、公には臨床心理士が行うカウンセリングは保険で認められているわけではないので、その利用に関しては、なかなか難しい問題が絡んでいる。医師は、時間的にカウンセリングできない。では、どこに任せていけばよいのだろうか。そんな問題があるかもしれないと思います。

精神医療が専門化していく上では、ある程度の薬物療法はプライマリケアの医者がやれる形にしていって、精神医療をもう少し専門化していく必要があるのかなと思います。

会場： 私は今回の調査に協力させていただいた施設の一つです。開業医の先生に最初に行かれた方が、他の施設に比べて非常に遅れて精神科に辿り着くという、その理由は何が一番なのでしょうか。いろいろなパターンがあるのかと思いますけれども、そこがなぜ遅れるかというところが、一つの介入のポイントになるのかなと思いますので、今回の調査の中では、どういった理由が多かったのかということを教えていただきたいと思います。

藤澤： 実は、今回の調査では、そこまでの内容までは踏み込めていなく、受診が遅れたのが果たしてネガティブなものなのか、それとも、初期治療が行われた後に難治例だけが送られてくるという意味で、ポジティブな面なのかは、何とも言えないと思います。ただ、少なくとも、そこを介して病院に来る方に関しては、お示ししたように、治療に関しては充分ではない状態でしたので、充分な治療が行われていないままに来た方が多いかなと思います。ただ、それはこち

らの類推ですので、今後の調査の対象にしていくものと考えています。

座長： 全国の若手精神科医の先生方が共同してこのような研究をされて、成果を発表していただいた。こういう研究にファイザーヘルスリサーチ振興財団が助成することができたというのは、非常に良かったと思います。大変興味深い成果を発表していただいたと、私は考えます。今後ますます、我が国の精神科医療の発展のためにご尽力いただきたいと思います。