

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## PIPC (Psychiatry in Primary Care) : プライマリケア医と精神科医がともに創造する連携のかたち

宮崎 仁 (PIPC 研究会・宮崎医院)

プライマリケア (PC) における適切なうつ病診療や自殺予防対策を推進するには、地域の最前線に立つゲートキーパーである PC 医と、メンタルヘルスに関する豊富な知識や経験を持つ精神科医とが連携して診療を行う必要がある。しかし、実際に PC 医が精神科医に対してコンサルテーションを行う場面では、1) PC 医が持つ精神科診療に対する恐れ、2) 患者と PC 医の双方が抱く精神科に対するスティグマ、3) 紹介先の選択や依頼のタイミングに関する見極めが困難、4) 精神科外来の受診予約が取りにくい状況、などの様々な障壁が存在する。このような障壁の存在は、PC 医が地域のなかで精神科診療にかかわることを忌避する、あるいは消極的になることの主要な原因となる。精神科医が PC 医を指南するという旧来の連携システムでは、現場の様々な障壁を乗り越えることは困難であり、両者の専門性や強み、臨床経験を活かしながら、実践家としての知恵を出し合う、新しい連携のかたちを創造していくことが必要な時代が来ている。PIPC (Psychiatry in Primary Care) は、PC 医が精神科診療に対する恐れを手放して、自らの専門領域のなかで適切な精神的対応ができるスキルを身に着けるために、米国で開発された教育プログラムである。日本でも 2007 年からこのプログラムを活用した教育セミナーが、PC 医自身の手により企画運営されて、全国各地で成果を上げている。日本版 PIPC セミナーや PIPC メーリングリストでは、気鋭の精神科医たちがスーパーバイザーとして参加して、地域のなかで実践する精神科診療や自殺予防対策などについて、PC 医と精神科医が同じ目線の高さで「ともに考える」という、これまでにない独特なスタイルができた。本稿では、地域連携をめぐるパラダイムシフトに呼応するムーブメントのひとつである、PIPC 研究会の活動を紹介する。

<索引用語：プライマリケア，精神医療，病診連携，生涯教育>

### PIPC (Psychiatry in Primary Care) : New Cooperation between Primary Care Physicians and Community Psychiatrists

To facilitate care for depression and prevent suicide in community primary care (PC) practice, cooperation between the PC physicians serving as community gatekeepers and psychiatrists having mental-health expertise and experience is indispensable, but this cooperation may face hurdles, such as: (1) PC physicians not knowing how psychiatrists conduct treatment, (2) PC physicians and patients feeling some stigma related to seeing psychiatrists, (3) difficulties faced by PC physicians in selecting psychiatrists and timing referrals, and (4) psychiatrists being so busy that patients must wait long periods before obtaining a consultation. Due to these challenges, PC physicians may avoid or be reluctant to become involved in community mental health problems. Psychiatrists traditionally advise PC physicians, but this cannot appropriately solve mental health problems in the community. A new type of cooperation must thus be established, whereby both PC physicians and psychiatrists can make use of their expertise and experiments. PIPC (Psychiatry in PC) is an educational program developed in the United States

to help PC physicians acquire skills for handling mental health problems in daily practice. In Japan, PC physicians themselves have planned and run educational seminars based on this program since 2007, and many physicians have taken part in and obtained much information from such sessions. In PIPC seminars and on PIPC mailing lists in Japan, younger psychiatrists participate as supervisors and work with PC physicians on handling mental health problems and preventing suicide. This is a new, unique attempt and cooperation style between PC physicians and psychiatrists. In this article, we introduce PIPC study group activities and trends in the paradigm shift in liaison between PC and psychiatry in the community.

<Key words: primary health care, psychiatry, mental disorders, cooperative behavior>

## 1. はじめに

「健康問題を持つ人と家族と地域」の専門家であるプライマリケア医（PC医）は、うつ病の早期発見や自殺予防の活動を実践する場面において、連携して診療にあたる精神科医に引けを取らない重要な役割を担っている<sup>8)</sup>。しかし残念なことに、日常診療においてPC医はその役割を十分に果たしていないことも多い。その理由には、PC医自身の問題と、PC医を取り巻く状況や社会的な枠組みに起因する問題がある。

そこで本稿では、PC医が精神的対応に取り組むことを躊躇する理由や、PC医と精神科医との連携が円滑に進まない要因を探るとともに、それらの障壁を乗り越えるために、PC医と精神科

医の双方が解決すべき課題について検討する。さらに、現状を打破するための手段として有用と考えられる、PIPC (Psychiatry in Primary Care) と名づけられたPC医のための精神科教育プログラムを紹介し、PIPCの普及啓蒙活動のなかから生まれた、PC医と精神科医とが「ともに考える」新しい連携スタイルについて報告する。

## 2. 精神科医との連携を阻む障壁とは？

PC医の診察室に精神的対応を必要とする患者が現れてから、精神科医へのコンサルテーションに至るまでの道のりを考えてみると、PC医は図1に示すような、いくつかの高い障壁を乗り越えなければならない<sup>5,6)</sup>。

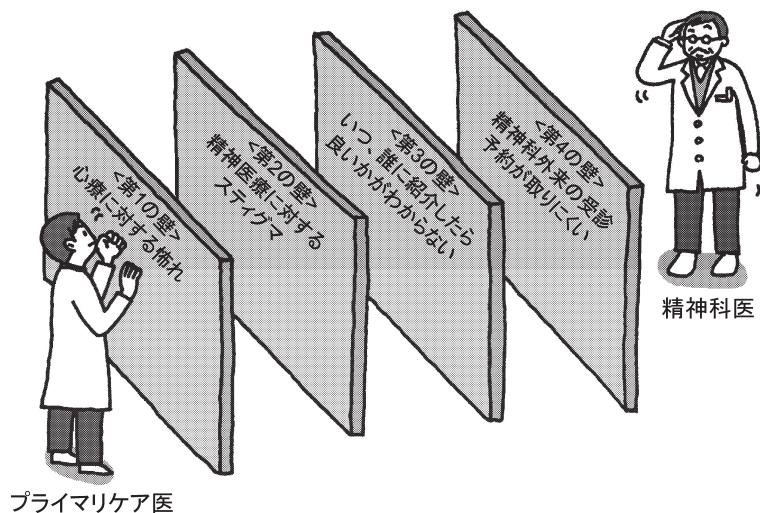


図1 プライマリケア医が心療を実践する際に直面する障壁  
(文献6より一部改変して引用)

表1 プライマリケア医が避けて  
通りたい問題

- |                  |
|------------------|
| 1. 希死念慮・自殺企図     |
| 2. 自傷行為          |
| 3. 躁転・躁状態        |
| 4. パーソナリティ障害への対応 |
| 5. 抗精神病薬の副作用     |

第一の壁は、PC医自身が内に秘めている心を診ること（以下、「心療」と略す）への恐れである。「精神科を深く学んだことがない自分が、この患者を診ても大丈夫なのか?」「患者が自殺を完遂して、家族から訴えられたらどうしよう」といった不安や困惑から、精神的対応が必要な患者の診察を忌避するような態度を取るならば、患者から適切な治療を受ける機会を奪うことになりかねないし、地域におけるゲートキーパーとしての役割を放棄することにもなる。

第二の壁は、患者や患者の家族に対して精神的な問題を有することを説明したり、精神科受診をすすめたりしたときに、患者側から示される強い抵抗や拒絶である。PC医の立場から、患者が抱く精神科や精神医療に対するスティグマを取り除くような働きかけが必要となる。また、PC医自身が同様のスティグマを持っていることもある。

第三の壁は、やっとのことで患者側から精神科受診の同意が得られたものの、いつ誰にコンサルテーションしたら良いのかが、PC医にはわからないことである。近くに気安く診てくれる精神科医の友人がいる幸福な医師を除けば、精神科クリニック、精神科専門病院、総合病院の精神科外来、大学病院などの多彩な紹介先のなかから、どの誰を選び、どんなタイミングで紹介するのが適切であるかについて、PC医はいつも思い悩んでいる。

最後の壁は、ついに紹介先が決まっても、その外来診療予約がいつばいのために、場合によっては数ヶ月先まで待たないと、精神科医の診察が受けられない、「初診までの待機時間が長い」という問題である。いまや精神科の外来は、どこも

患者があふれているので、紹介先を変えてみたところで待機時間はあまり変わらない。ここで、患者が精神科医の診察室へたどり着くまでは、PC医が「自分で診るしかない」という事態となり、また第一の壁へと戻ってしまうというジレンマに陥るのが、プライマリケアにおける精神的対応をめぐる「現実」なのである。

### 3. PC医が持つ心療への恐れ

PC医が心療の実践を怖れる理由はいくつかある。混雑した診療所の外来診療というセッティングでは、「患者の長い話を傾聴する時間的余裕がない」「心療にかかわる患者の話を聞くのは、正直なところ疲れる」という極めて現実的な理由によって、精神的対応が必要な患者に関わることを忌み嫌う医師はまれではない。

また、「この患者に何か危険は潜んでいないか? 危険を見逃して失敗を犯したらどうしよう」という心配も大きい。表1にPC医が精神的対応を実践する際に、できれば回避したいと考えているリスクの高い問題をいくつか示した。

### 4. 精神医療に対するスティグマ

身体的愁訴の解決を求めてPC医を受診した患者の大部分は、自分が精神疾患に罹っているとも、病気に心理的要因が関係しているとも思っていない。そのような患者に対して、いきなり精神科医への受診を勧めても同意が得られるはずがない。それどころか、患者は「かかりつけ医から見放された」「頭がおかしいと思われている」と感じて、PC医に対して怒りや不満の感情を抱くようになり、医師-患者関係が急激に悪化することすらあり得る。

心理的な問題が自分の病気に関与していることを患者が認めた場合でも、精神疾患や精神医療に対するスティグマのために、精神科受診に対する強い抵抗や頑な拒否に遭うことが多い。「精神科に通院していることが隣近所に知られてしまうと家の汚名になる」という類の旧弊が残る農村部で開業する医師にとって、この問題はとりわけ困難

表2 紹介閾値に影響する要素

1. プライマリケア医と患者の信頼関係
2. 精神科医・精神医療へのアクセシビリティ
a. 地理的・時間的な近接性
b. 患者の心理的抵抗の強さ
c. 依頼先の精神科医の人柄や力量
3. プライマリケア医の心療対応能力
4. プライマリケア医の患者抱え込みへの執着度

な障壁となる。

さらに、PC 医自身のなかにも、精神医療や精神科医に対する偏見や否定的な感情が（自覚のあるなしにかかわらず）内在していることもあり、事情をより複雑なものにしている。

### 5. 紹介閾値とアクセシビリティ

粘り強い説得の結果、患者と家族から精神科受診の同意が得られた後に待ち受けているのは、「どんなタイミングで、どんな精神科医へ」依頼や紹介を行うのがベストであるかが、PC 医にはよくわからないという問題である。

PC 医が精神科医へ紹介すべき患者を選択する際の閾値（紹介閾値 referral threshold）は、表2に示したような様々な因子の影響を受ける<sup>7)</sup>。そのために、紹介閾値はPC 医、患者、地域などが持つ個々の事情によって大きく異なることになる。心療への怖れや抵抗が強い医師なら、精神科的対応が必要な患者には一切手出しせず、全例を専門医へ紹介するという方針をとるので、紹介閾値は極端に下がる。一方、ある程度の精神科的対応能力を持つ医師であれば、軽症のうつ病やパニック障害は自院で治療するが、統合失調症やパーソナリティ障害が疑われる患者は専門医に紹介するというように、独自の紹介閾値を設定している場合が多いと思われる。

また、PC 医の対応レベルだけでなく、精神医療へのアクセシビリティ（accessibility）の良し悪しも、紹介閾値に大きな影響を及ぼす。精神科医のいる施設まで長時間の移動が必要な過疎地では閾値は上がり、精神科クリニックが乱立する

都市部では閾値は下がる。アクセスに要する地理的・時間的な距離感以外にも、先に述べた精神科に対するスティグマに起因する心理的な距離感も閾値を変える因子となる。医師と患者のどちらか（あるいは双方とも）が精神科へのスティグマを持っている場合は、当然のことながら閾値は上がる。依頼を受けてくれる精神科医の人柄や力量についても、閾値やアクセシビリティを変える重要な要素であることは言うまでもない。

さらに、患者の急増と現場のマンパワーの不足に起因する、精神科の診療予約の取りにくさや、予約日までの待機時間の長さは、精神医療へのアクセシビリティの悪化をもたらし、ひいては紹介閾値を上げざるを得ない要因となる。

### 6. PC 医のための精神医学

これまで論じてきたような様々な障壁の存在は、PC 医が地域のなかで精神科診療にかかわることを忌避する、あるいは消極的になることの主要な原因となる。このような障壁を乗り越えるための最初のステップとして、PC 医が日常診療のなかで実践可能な精神科的対応能力を身に着ける必要がある。しかし、PC 医側からの「学びたい」というニーズが高いにもかかわらず、そのようなスキルを効率よく学習できる機会や生涯教育のためのシステムが、わが国ではほとんど整備されていないことは大きな問題である。一般の内科医やPC 医には、精神科医とは異なるレベルのニーズとトレーニングが必要であり、PC 医が精神疾患の臨床を学ぶ際に必要なのは、それに適した環境や学習過程に合った知識体系である。

PIPC（Psychiatry In Primary Care）と名づけられた教育訓練体系は、精神科を専門としない医師が、内科やPC という自らの専門領域のなかで、適切な精神科的対応ができるようになるために、米国で考案されたプログラムである<sup>10)</sup>。日本でもこのプログラムを活用した教育セミナー（PIPC セミナー）が、PC 医自身の手により企画運営されており、全国各地で成果を上げつつある<sup>2,3)</sup>。

表3 MAPSO システム

<u>Mood disorders</u> (気分障害)
うつ状態, 希死念慮, 躁および軽躁エピソードを チェック
<u>Anxiety disorders</u> (不安障害)
不安の5タイプ(全般性不安障害, パニック障害, 強迫性障害, 外傷後ストレス障害, 社交不安障害) の有無をチェック
<u>Psychoses</u> (精神病群)*
精神病症状をチェック
<u>Substance-induced disorders</u> (物質関連障害)
アルコールや薬物に対する問題をチェック
<u>Organic or Other disorders</u> (器質性/その他の障害)
認知障害, パーソナリティ障害, 成人注意欠陥障害 など

\*注: “Psychoses” とは, MAPSO を考案した Robert K. Schneider による造語であり, 精神病症状を来しうる疾患の集まりを意味する。

PIPC は, 内科専門医と精神科専門医の両方の資格を持つ Robert K. Schneider (Virginia 州立大学精神科准教授) が考案したもので, 米国内科学会 (American College of Physicians, ACP) の公式な教育プログラムの一つとして採用されている。日本における PIPC の導入は, Schneider の薫陶を受けた内科医の井出広幸 (信愛クリニック・鎌倉市) によって, 2007 年より始まっている。日本版 PIPC セミナーは, わが国における PC 医の背景や診療状況に合わせて改良が重ねられており, PIPC を学び実践する医療人のコミュニティである PIPC 研究会が中心となって, 精力的な普及啓蒙活動が展開されている。

## 7. MAPSO システム

PIPC の中核を成すのは, MAPSO システムである。MAPSO とは, 気分障害 (Mood disorders), 不安障害 (Anxiety disorders), 精神病群 (Pychoses), 物質関連障害 (Substance-induced disorders), 器質性疾患/その他の障害 (Organic or Other disorders) という 5 大疾患群の頭文字をつなげたもの (表 3) であり, PC 医が会おう頻度の高い疾患のみに的を絞って, 複雑な精神科の用語や概念を, 非専門医でも覚えやす

いように整理配列した診断ツールである<sup>10)</sup>。

PC 医にとって DSM-IV<sup>1)</sup> に含まれる 18 の診断カテゴリーを記憶するのは難しいが, MAPSO の 5 つならすぐに覚えて使いこなすことができる。言い換えると, MAPSO とは膨大な精神医学の領域のなかから, PC 医の日常臨床に必須である 20% の疾患を絞りこみ, 抽出したエッセンスのことであり, この 20% の疾患を熟知すれば, PC 医が遭遇する精神疾患の 80% に対処可能であると考えられるものである。

MAPSO システムでは, 定型化されたフォーマットを順に読み上げるだけで, 効率よく問診が行えるように工夫されているだけでなく, 問診が終わると同時に診断が下せるように, DSM-IV の診断基準に沿って構造化されている。フォーマットに沿って問診を行うことで, 精神科診療に不慣れな PC 医でも聞き落としなく, 疲れずに問診が行えるように配慮されている。

## 8. MAPSO の実践とその効果

MAPSO システムを使えば, 疾患ごとに用意されている定型化された質問を行うことで, 「仮説」を立てやすくなるだけでなく, 鑑別診断という「検証」まで行えるようになる。身体科医が得意とする「仮説→検証型」の思考パターンを, 精神疾患の診療にも導入できることは, MAPSO 問診の大きな利点である。また, スクリーニングのための質問は, 患者が理解しやすいように, 専門用語を排した平易な日本語のシナリオ形式 (MAPSO 問診シナリオ<sup>9)</sup>) になっており, 多忙な PC 医の外来でも実際に使ってもらえるように, 初診 20 分, 再診 5 分で診察が完了することが目標として設定されている。

PIPC セミナーで学んだ PC 医たちが, それぞれの診察室で MAPSO 問診を実践したところ, ただシナリオに書かれた質問を順番に読み上げただけなのに, 「今日はよく話を聞いてもらった」「カウンセリングを受けられてよかった」などと患者から感謝されるようになった。さらに, 思いがけない患者から, 軽躁エピソードや, 精神病症

状を聞き出すことができたという効果も続々と報告されている。

### 9. PIPCにおける精神科医の役割

日本における PIPC セミナーの最大の特徴は、現場の問題を熟知している PC 医自身がファシリテーターとなって、受講者である PC 医の学びを促進することにある。しかし、精神医学に関する体系的な教育やトレーニングを受けていない PC 医だけの講習では、誤った精神医学的解釈のもとに、独善的なアセスメントや不適切なマネジメントを「教える/教わる」かもしれないという危惧がある。

そこで、PIPC セミナーでは、PC 医の迷走や暴走を回避するための「安全装置」として、必ず気鋭の精神科医をスーパーバイザーとして招聘し、セミナーにおける教育や議論に加わってもらうことになっている。その議論を通じて、PC 医と精神科医は、お互いの文脈 (context) の違いに気づくことにもなり、双方の理解や共感はより深まる。

PIPC 研究会のメーリングリスト (PIPC-ML) には、現在までに約 600 名のメンバーが登録されている。そこには、PC 医だけでなく、多くの精神科医も参加しており、毎日活発な議論がインターネットを通じて配信されている。PIPC-ML でも、精神科医は心療に奮闘する PC 医を鼓舞しつつ、専門医の見地からのコメントを発信することで、良きスーパーバイザーとしての役割を果たしている。

PIPC 研究会では、PIPC 創始者である Schneider らが、ACP から出版したテキストの翻訳プロジェクトを立ち上げ、2009 年 4 月に「ACP 内科医のための『こころの診かた』ここから始める！ あなたの心療」というタイトルの訳書<sup>10)</sup>を上梓することができた。実際に翻訳を担当したのは、研究会のメンバーである内科医や PC 医たちであったが、監訳者として精神科医がすべての原稿を校閲しており、両者の共同作業により翻訳プロジェクトを完遂することができたの

は大きな収穫であった。

### 10. 「死なないで」プロジェクト

PIPC 研究会では、2008 年 9 月より、PC 医による自殺予防の推進・研究・教育を目的とした新しい行動プロジェクトを始動させた。それは、大切な患者が自殺に傾いてほしくないという強い気持ちをこめて、“PIPC「死なないで」プロジェクト”と名づけられ、自殺問題に関して「ずぶの素人」である PC 医と、斯界の精鋭である精神科医が、地域のなかで実践可能な自殺予防と危機管理について「ともに考える」という、これまでにない独特なスタイルで運営されている。

この活動の成果は、2010 年 1 月に「プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理：あなたの患者を守るために」と題する書籍<sup>12)</sup>のかたちで公表している。その執筆プロセスにおいても、PC 医と精神科医がメーリングリストという同じ土俵の上で議論を交わしながら、各自が担当するセクションの原稿を書き進めていった。さらに、自殺予防学会においては、「死なないで」プロジェクトのメンバーである PC 医と精神科医が共同で企画した「PC 医のための自殺予防」研修会も予定されている。

### 11. 「ともに考える」連携へ

旧来の病診連携システムでは、権威のある専門家である精神科医が、無知な PC 医を指南するという構図をとっており、PC 医は全くの「受け身」であった。しかし、このようなスタイルは最早行き詰まっており、これまで述べてきたような様々な障壁を乗り越えることは困難であることに、PC 医も精神科医もすでに気づきはじめている。これからは、両者の専門性や強み、臨床経験を活かしながら、同じ目線の高さで、反省的実践家 (reflective practitioner) としての知恵をお互いに出し合うような、新しい連携のスタイルを創造していくことが必要な時代となった<sup>11)</sup>。

われわれは PIPC の普及啓蒙活動を通じて、PC 医と精神科医が「ともに考える」連携につい

て模索し、確かな手応えや有意義な成果が得られつつある。PIPCにおける、PC医と精神科医の共同作業は、双方にとって非常に刺激的であり、メディカル・モデルからコミュニティー・モデルへのパラダイムシフトや、エビデンスとナラティブの共存という、これからの精神医療の萌芽を予感させるものとなっている。

患者の「人生の旅」を見守る同行者としてのPC医が持つパワーを存分に活かして<sup>4)</sup>、信頼できる精神科医と、「ともに考え、ともに悩む」連携を創造することができれば、プライマリケアにおける円滑な精神科診療や活発な自殺予防活動が実現することになるであろう。

#### 謝 辞

本稿の内容はPIPCセミナーおよびPIPC-MLにおける討論に拠るところが大きい。井出広幸先生(信愛クリニック・鎌倉市)、内藤宏先生(藤田保健衛生大学精神医学教室)、丸山文夫先生(藤田保健衛生大学緩和医療学)、木村勝智先生(みよし市民病院第2内科・健診科)をはじめ、セミナーやメーリングリストにご参加のみなさま、御指導いただきましたスーパーバイザー精神科医の先生がたに、深く感謝いたします。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994
- 2) 井出広幸, 内藤 宏, 紺谷 真: PIPCセミナー報告「プライマリケア医のための精神医学」. JIM, 17; 964-967, 2007
- 3) 井出広幸, 福本正勝: 産業医の精神科的アプロー

チ: PIPCの紹介. 日本医事新報, 4381; 43-45, 2008

4) 飯島克巳: 開業医療の新パラダイム 人生の旅モデル. 日本医事新報社, 東京, 2004

5) 宮崎 仁: かかりつけ医のための精神医学 心に橋を架ける病診連携のあり方. 現代医学, 56; 455-460, 2009

6) 宮崎 仁: プライマリ・ケア医が実践する心療の「光と影」 私たちだから「できること」とは? プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理 あなたの患者を守るために(杉山直也, 河西千秋ほか編). 南山堂, 東京, p. 7-16, 2010

7) 宮崎 仁: 素人が心療に関わっても大丈夫? 紹介閾値をめぐるジレンマ. プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理 あなたの患者を守るために(杉山直也, 河西千秋ほか編). 南山堂, 東京, p. 74-75, 2010

8) 内藤 宏: 一般医・コメディカルとうつ病診療プライマリケア. 気分障害(上島国利, 樋口輝彦ほか編). 医学書院, 東京, p. 593-601, 2008

9) PIPC研究会: MAPSO 問診シナリオ. プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理 あなたの患者を守るために(杉山直也, 河西千秋ほか編). 南山堂, 東京, p. 214-219, 2010

10) Schneider, R.K., Levenson, J.: Psychiatry essentials for primary care. American College of Physicians, Philadelphia, 2008 (井出広幸, 内藤 宏監訳: ACP内科医のための「こころの診かた」ここから始める! あなたの心療. 丸善, 東京, 2009)

11) Schön, D.A.: The reflective practitioner: How professionals think in action. Basic Books, New York, 1983

12) 杉山直也, 河西千秋ほか編: プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理 あなたの患者を守るために. 南山堂, 東京, 2010