

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科病院から見た地域移行・地域支援 ——今必要な地域連携を考える——

森 隆 夫 (医療法人愛精会あいせい紀年病院)

地域移行・地域支援の問題は、歴史的な考察や人権擁護の観点に始まり、精神科病床削減の問題を含めてさまざまな見地から議論されている。しかし、昨今の精神科医療の状況を見ると、相次ぐ総合病院精神科の閉鎖、増え続ける精神科診療所の開業、自殺の増加とそれに関連するうつ病関連障害の増加、医師の偏在や財源問題など、現場の地域精神科医療にとって重大な問題が次々と生じている。このような状況を踏まえて考えると、地域の精神科医療の機能分担や機能分化を実際に機能できるように効率化し、利用者にとってわかりやすい医療連携と医療・福祉連携を急ぐ必要がある。

そこで、現状での日本の精神科医療の主な特徴を概観したうえで、2002年から筆者らが始めた「精神科病診・病病連携研究会」および2007年の「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」について紹介し、「自己完結から地域完結」のための5つのポイントを以下のように提示した。(1) 他国が経験したことのない急速な高齢化（合併症の増加と認知症）にむけて日本独自の発想を試みる必要があること。(2) 現状の地域資源を把握した上で、今ある資源をどのように活用するかを考える必要があること。(3) それぞれの「地域」にはその定義が異なることを前提に利用者主体で考え、画一的な考えに固執しないこと。(4) 連携と機能分担による効率的な医療の整備に尽力して、多くの切り口から地域精神科医療の供給体制を考える必要があること。(5) 病院を含めた地域の整備に加えて、将来のアウトリーチを主体とする地域包括型医療・福祉連携体制の整備にむけて準備する必要があること。

<索引用語：地域移行，地域支援，精神科病床，医療連携，機能分担>

I. はじめに

筆者が民間精神科病院に関わることになった1980年代は、中間施設が次々と建設される時代であった。このことに疑問を持ち、精神科病院本体の医療機能を充実させることを明確にするため、職員に向けて「当院は中間施設を作らない」と宣言した。あれから20数年、当院は、必要があってグループホームはできたがデイケアもない一風かわった精神科病院として、現在に至っている。

さて、地域移行・地域支援の問題は、歴史的な考察や人権擁護の観点に始まり、精神科病床数の問題を含めてさまざまな見地から議論されている。しかし、昨今の精神科医療の状況を見ると、相次

ぐ総合病院精神科の閉鎖、増え続ける精神科診療所の開業、自殺の増加、それらと一部関連する医師の偏在や財源問題、医療提供側の質の確保など、現場の地域精神科医療にとって重大な問題が次々と生じている。

このような状況を踏まえて地域移行・地域支援について考えると、地域の精神科医療の機能分担や機能分化を実際に機能できるように効率化し、利用者にとってわかりやすい医療連携と医療・福祉連携を急ぐ必要がある。

そこで、最近の精神科病院をとりまく現況については紙面の都合で簡潔に述べるにとどめ、2002年から筆者らが始めた精神科病診・病病連携研究

会および2007年の病診連携、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について解説し、これからの時代に精神科医がどう向き合うとよいのかを考えることにする。

II. 他の先進国との大きな相違

日本の精神科医療は諸外国と比較して論じられることが多い。確かに、「他の先進国の中には現在の日本の状況に似た時期があった」と指摘することは間違っていない。多剤併用から脱する必要性も精神科病床削減の問題も、諸外国が過去に経験してきた道である。このような問題を論じる際には、歴史を含めた時間軸を無視することはできない。

しかし、それでも筆者は、日本の精神科医療の現在の特徴を再確認し、現状の中で新しい発想を求めるところが今後の日本の精神科医療の将来にとって必要なことだと考えている。なぜなら、日本の精神科医療は日本独自の文化を背景に固有の特徴を備えていて、諸外国と同一のプロセスをたどることが必ずしも正しい方策とは限らないと考えているからである。

以下は、現状での日本の精神科医療にかかわる特徴の一部である。

- (1) 民間の精神科病院が入院施設の9割近くを占める
- (2) 政と官が一致して精神科医療の方向性を定めておらず政策上の方向性が不明確
- (3) 他国では例を見ない急速な少子高齢化が進み合併症と認知症が急増
- (4) 世界トップクラスの自殺既遂者

III. 精神科病床の現状

ここ数年来、病床削減が論じられているが、精神科病床は思ったほど減少していない。このことにはさまざまな要因が絡んでいる。例えば、急速な高齢化による認知症の増加もその一つである。予想を超える勢いで認知症は増加しており、医療として特に精神科医療としてどの範囲まで診ることになるのか方針すら明確になっていない。すで

に認知症介護の限界が叫ばれており、政官の明確な方針の一致が必要である。現状は、絶対的な認知症施設の不足という問題もあり、精神科病床に認知症が停留しつつある。

現在の認知症にかかわる問題は、医療で診るのか介護でみるのか、その連携はどうするのか、関係する専門医師の養成はどうするのかなど、何も解決していない。詳細を知るためには実態調査が必要であるが、精神障害を有して入院している患者の認知症の扱いなど多くの障壁があり、正確な人数を把握することすらきわめて困難であろうことが推測される。

精神科病床削減については「人権擁護の観点からの正論」に反論を述べるものではない。しかしながら、先に述べた医療・福祉が混沌として整備されていない状況から、現在の日本社会に横たわる精神医療にかかわる社会的な諸問題を十分配慮した具体的判断を先行させるべきだと考えている。また、前章で述べたように、日本の精神科医療は日本独自の文化を背景に固有の特徴を備えていて、諸外国と同一のプロセスをたどることが必ずしも正しい方策とは限らない。

このような視点に立って地域移行の推進を考えると、「受け皿が整えば退院」という考え方に加えて、「精神科病床の機能分化」と認知症や合併症およびメンタルヘルス領域を含めた「地域ごとの機能分担や機能連携」が必要不可欠である。

IV. 経済的側面から地域移行を促しているのか

さまざまな資料によれば、都道府県の地域移行支援の状況や成果が示され、少しずつではあるが地域移行が進んで精神科病床が減少しているように見える。しかし、病床の減少についての実態は、急性期病棟を取得するために病床を減らしたり、入退院の回転率が高まったため実働病床を縮小したりといった医療経済的な観点から病床が減っているのが実情である。

確かに精神科急性期入院医療の評価として、精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟入院料は診療報酬上優遇されたが、病院全体から見れば経

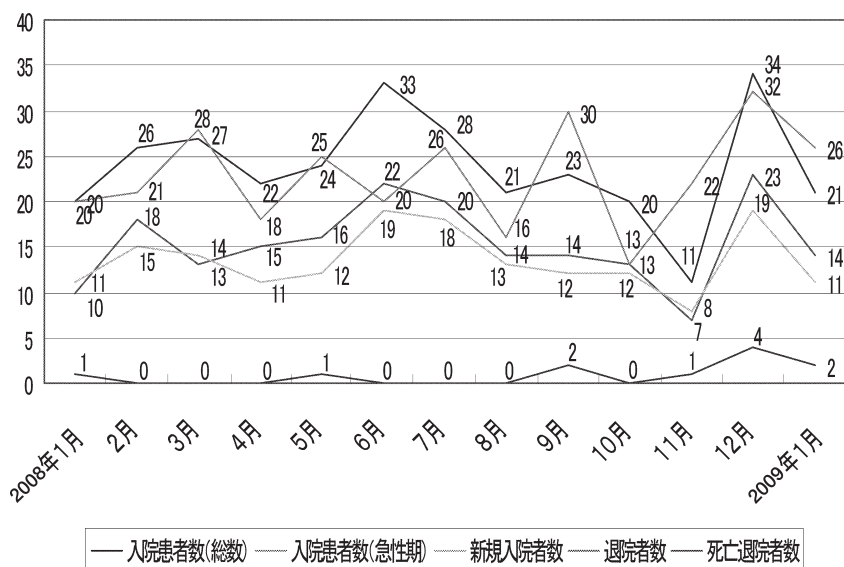


図1 あいせい紀年病院 2008 年度月間入退院数

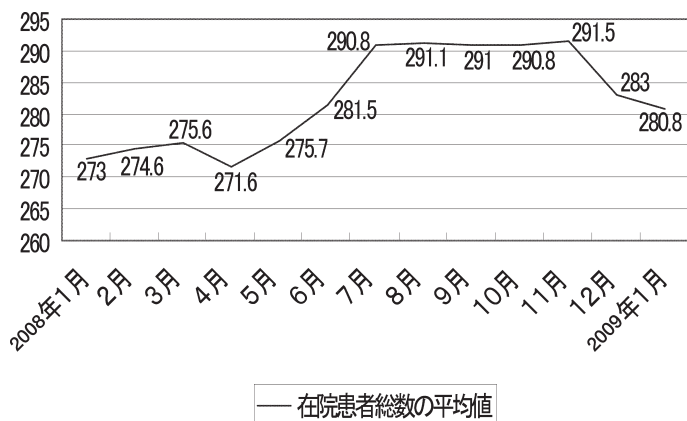


図2 あいせい紀年病院 2008 年度総入院患者数の平均値

済誘導になっているとは決していえない。図1と図2は当院の月間入院患者数の推移である。この年度において最も収益の高かったのは図2の病床に多く入院した7月から11月で、この図の1月から4月の入院患者数が減った時期は資金繰りが厳しい時期と一致する。そして、図1の病床回転が多く病院職員が疲弊するほど忙しく頑張った各該月は、全体の収入ベースからみると、ほとんど影響

していない。

少なくとも当病院の規模では、病床をいかに埋めておくかが収益とリンクしており、われわれの努力が報われるような診療報酬になっていない。現在の診療報酬体系では、まだまだ本格的な地域移行を推進するような経済誘導はなされていない。

V. 2000年に設立の病診・病病連携研究会

筆者とその仲間は、2000年に精神科病診・病病連携研究会を設立したが、その目的は、地域での心の問題について「地域単位での有機的な連携」と「利用者の視点に立った情報開示」を積極的に推進するために必要な医療技術の向上と相互の連携をはかることにあった¹⁾。地道に活動を続け、まもなく10年をむかえるこの病診・病病連携研究会では新しい展開を考えている。

新しいプロジェクトの一つであるシンプル・ネット (SP-Net) という構想では、現在小さなモデル地区で取り組みを始めたところである。このSP-Netの特徴は、

(1) 簡単：シンプルパスポートの発行

(2) いいことがある：医療機関、利用者ともに

(3) 社会責任：救急体制や自殺対策などへ

というまさにシンプルなものである。この発想は、これまでいろいろな地域で似たようなシステムが定着しなかったことを考慮し、「簡単に続けられるものにする」ことを考え方の基本としている。重要なことは、原案が診療所の医師から提示されたことである。

VI. 2007年の医療連携にかかわるモデル事業

医療連携については、2007年に厚生労働省のモデル事業として「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」をおこなっている。この事業は、愛知県精神病院協会が受け手となって実行したもので、その目的は、以下のようなものである。

(事業目的)

精神障害者が地域で生活する際には、福祉サービスだけでなく医療との関わりが不可欠である。そこで精神障害者が安心して質の高い医療をうけられるよう、病診連携・病病連携を愛知県及び名古屋市の協力のもと議論し、精神科領域の医療連携構築に向けての準備を行う。精神障害者が安全で効率的な医療をうけられるための病診連携、病病連携の現状の問題点については、愛知県を尾張地区、三河地区、名古屋地区の三地区に分けて検

討会を行い、構築したホームページを活用して今後の医療連携の方向性を示す。

ここでは、この事業の中から、精神科診療所、精神科関連施設等を把握し調査して作成された「精神科医療連携ホームページ：こころのドクターナビ」について紹介しておく (<http://www.kokoro-dr.jp/>)。

このホームページには、県下ほとんどの大学病院、公的病院、民間病院が名を連ねているが、患者が初診で受診する可能性が高いクリニックの登録は2割程度であり、残念ながらすべての医療機関を網羅するまでには至っていない。しかし、少なくとも一般診療科の医師が精神科の紹介先を探したり、そのことによって新たな連携が始まるという成果が見られ始めている。

なお、このホームページのなかでは「セカンドライン」という仕組みを提唱している。セカンドオピニオンは自費で、治療が適切であるかを確認・相談し意見を聞くものであるが、セカンドラインは、「一時的に他の医師に相談したい」、「別の医療機関で治療を受けたい」などの際に紹介状を書き、別の医師にかかることができる仕組みである。保険診療が可能で、薬の重複もなく、医療費の効率化も図れると考えており、賛同いただける施設を募っている最中である。

VII. 自己完結から地域完結へ

さて、筆者は10年以上前から「自己完結から地域完結へ」と述べてきた^{2,3)}が、そのためにはそれぞれの地域での機能分担と連携が必須になる。そして、(1) 数年後の他国は経験したことのない急速な高齢化（合併症の増加と認知症）にむけて日本独自の発想を試みる必要がある、(2) 現状の地域資源を把握した上で、今ある資源をどのように活用するかを考える必要がある、(3) それぞれ「地域」にはその定義が異なることを前提に利用者主体で考え、画一的な考えに固執しないようにする、(4) 連携と機能分担による効率的な医療の整備に尽力して多くの切り口から地域精神科医療の供給体制を考える必要がある、(5) 以上のような

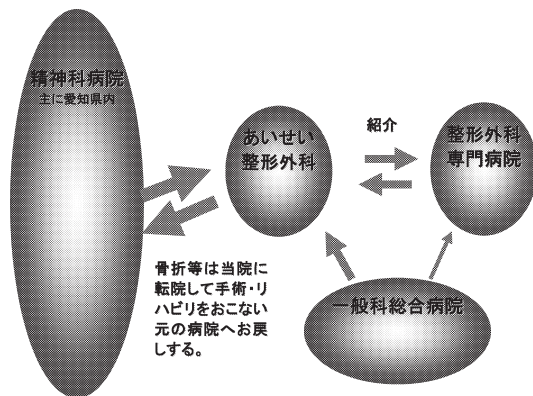


図3 整形外科を持つ精神科病院

最近では本来の連携(図左側)よりも救急センターや一般科病院(図右側)からの入院依頼が増えている。そのようなケースでは、長期入院化する可能性が高くなり苦慮している。

な病院を含めた地域の整備に加えて、将来のアウトリーチを主体とする地域包括型医療・福祉連携体制の整備にむけて準備する必要がある、といったことがポイントになると考えている。

いずれにせよ、「病院を含めた地域の整備に加えて、アウトリーチを主体とする地域包括型の医療・福祉連携体制の整備が進み、両者が一元的に協力できるシステムを構築する」ことが肝要と考えている。

さて、地域連携についてであるが大きな枠組み

の連携はもちろん必要であるが、当院ではさらに小さな連携を実践しているので紹介する。それは、整形外科を併設する精神科病院の連携についてである。図3は、この連携を図示したものである。多くの精神科病院では患者の高齢化が進んでおり、転倒・骨折をはじめ整形外科的な需要が増えている。残念ながら、合併症についての総合病院の役割が十分とはいえない現状がある以上、単科の精神科病院が“小総合病院化”するというのも地域によっては必要だろうと考えたわけである。

VIII. おわりに

以上述べたようなことを実践していくためには、すべての医療関係者が「利用者視点で地域医療供給体制のために手をつないで協力し合う姿勢」が大切だと考えている。連携と機能分担による効率的な医療の整備に尽力し、広い視野から日本固有の精神科医療のあり方を考える時期が来ている。

文 献

- 1) 森 隆夫：メンタルヘルスの明日：病病連携・病診連携を具体的に進めるには何が必要か。PSYCHIATRIST, 11; 14-19, 2008
- 2) 森 隆夫：これからの精神科病院のあり方—精神科医療の機能分担と院内教育。日精協雑誌, 17; 635-638, 1998
- 3) 森 隆夫：21世紀の精神病床のあり方—地域に根ざした医療改革。日精協雑誌, 20; 31-35, 2001