

巻 頭 言

地域精神科医療の課題とこれから

佐久間 啓 日本精神神経学会理事
Hiroshi Sakuma

日本精神神経学会の理事として半年、把握できていないことばかりですが、民間精神科病院の立場から、思うことを書かせていただきます。

現在、大きな課題の1つが専攻医のシーリング制度です。精神科専門医としていかに質の高い研修をすること、地域の医療をどう守るかはまったく別の問題ですが、なぜか厚生労働省と日本専門医機構がシーリング制度を用いて、まったく希薄な根拠のもとに、精神科医師数の偏在をコントロールする構図となっています。

地域の入院医療や救急医療の多くを担う地方の民間精神科病院の一般的現状としては、勤務する医師は充足しておらず、当直の多くをパート医に頼り、日常の外来病棟業務に追われ、地域医療機関からの急な入院受け入れに対応できないことも多々あります。一般精神科の初診予約は1ヵ月待ち、児童精神科の初診予約は6ヵ月待ちで、本来必要と思われる医師の訪問診療やアウトリーチも実現できていません。福島県では、夜間に発生した通報で措置診察を朝まで待つことも稀ではなく、被災して病床が激減した浜通りから会津まで100 km余りを入院のために搬送された事例もあります。近年は医師の業務や勤務形態が多様化しており、病院勤務医は圧倒的に不足しています。地域医療計画として非現実的で、唐突な疾患別の医療機関の振り分けではなく、まず診療圏ごとの精神科の医療ニーズを予測し、その実状に沿った医療体制を議論すべきでしょう。

入院医療の質という視点からも、そもそも精神科病院における特例の48対1の医師数で良しとするのかという課題があります。1995（平成7）年頃より「受け入れ条件が整えば退院が可能な病床は7万2千床」と厚生労働省が唱えた削減目標値は、特段の改革もないまま入院患者約34万人から27万人程度に減少しほぼ達成しています。近年、より専門的で質の高い医療が求められるなかで、急性期医療には少なくとも16対1の医師数は必要です。限られた医療資源を外来治療、救急・急性期医療、慢性期医療、そして地域医療でどう分配すべきか、あるべきモデルを想定して医師数や専門職の必要数を出すべきでしょう。タスク・シフ

ティングは強く推進すべきだと考えます。オンライン診療を行い、その指示によって訪問看護師が持続性薬剤を投与するくらいのことは早期に実現してもよいように思えます。

厚生労働省が掲げる「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」は、言葉だけが一人歩きをし、人によって捉え方もさまざまで、具体的なイメージを共有することが難しい状況です。そもそも地域精神科医療は地域の啓発、生活支援、就労訓練から雇用、そして地域社会への参加まで、地域のなかでさまざまな資源と連携する包括的な視点が重要です。地域支援における精神科専門職の役割をもっと評価して、活用すべきだと考えます。地域で孤立する高齢者や障害者、さらに引きこもり支援も大きな課題です。この領域で精神科医は、これまで連携していた障害者支援施設や地域包括支援センターとともに、福祉まると相談窓口事業、地域生活支援拠点事業、民生委員・児童委員、行政、そして地域のNPO法人など幅広い連携を考える必要があります。そのためには、IT化による情報共有も必須でしょう。今後は、高齢者や障害者、引きこもり、子育て支援などにおいて、重複する生活課題の相談を受けるワンストップサービスの設置と多職種による柔軟なアウトリーチの仕組みづくりが必要だと考えます。

話は変わりますが、地域移行や退院支援、そして2020（令和2）年4月からの退院時のケース会議（精神科退院時共同指導料）など、新たな仕組みができるたびに、病院では医師と複数の専門職が参加し、会議の場所の提供、開催予定の調整も行っていますが、必ずしも病院よりも地域支援者やクリニックに高い点数がついています。措置入院から退院後の支援制度（精神科措置入院退院支援加算）においても、事実上病院が会議の設定や支援プラン作成を行い、保健所がそれを使う形です。新たな制度ができるたびに病院の業務は増えますが、その評価はわずかです。

今後は、より広い視野をもって、質の高い精神科医療を安心して提供できる環境を整えるために、微力ながら貢献できればと思います。