

## 巻 頭 言

## 精神科の地域移行はどうなったか

長尾喜一郎 日本精神神経学会理事  
Kiichiro Nagao

過去には国の政策もあり精神科病床は最大36万床まで増え、社会的偏見や社会復帰施設の不足などの要因から長期入院となり、そして社会的入院とも呼ばれるようになった。しかしながら、多くの精神科病院はその当時からさまざまな外来機能医療サービスの向上を図り、地域での暮らしができるように取り組んできた事実もある。2000年に厚生労働省の「平成12年度精神障害者社会的入院解消研究事業」が大阪から始まり、2003年にはモデル事業として「精神障害者退院促進支援事業」が開始され、2006年には「都道府県地域生活支援事業」に位置付けられて全国展開がなされ、2008年からは「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が進められた。2009年9月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書がまとめられ、そこには目標値についても示され「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を推進するための各種施策が行われてきた。

大阪では2006年度から毎年度、「精神科在院患者調査」が行われ、これまで十数年間継続されてきた。それを振り返ると病床数や入院患者数は著明に減少してきている。2006年は病床数19,793床、入院患者数18,099人、病床利用率は91.4%であったが、2019年の病床数は18,110床と2006年と比べ1,683床減少し、入院患者数16,063人と2,036人減少、病床利用率は、88.7%と2.7%減少している。各地では退院支援として地域移行の取り組みが行政をも巻き込んで盛んに進められている。

1996年に精神科ではその当時最も手厚い施設基準である精神科急性期治療病棟が新設され、その算定入院期間を3ヵ月までとする上限が始まった。精神科病院からの退院支援の評価については、退院調整加算、精神保健福祉士配置加算、地域移行実施加算、精神科退院指導料、精神科退院前訪問指導料などがあるが、

2016年度診療報酬改定では、地域移行機能強化病棟という病床を減らすことを前提とした買取り制度が出現した。2018年度改定では、地域の受け皿としての精神科在宅患者に対する多職種の支援の評価として、精神科在宅患者支援管理料が設定され、今年度改定においては、入院中の医療機関と退院後の外来または在宅医療を担当する医療機関の多職種による共同指導に対する評価が精神科退院時共同指導料として新設された。そして通院患者への多職種による継続的な相談支援に対する評価として療養生活環境整備指導加算などが加わり、在宅での療養環境の改善に資する診療報酬がそれなりに組み入れられている。また、質の高い入院医療の評価として、クロザピンの普及促進や、包括病棟で持続性抗精神病注射薬剤が算定できるようになった。ほかにも精神疾患を有するハイリスク妊産婦やギャンブル依存症、発達障害への支援などの評価も新たに加わっており、精神科における多様な疾患への対策が図られている。

「平成29年患者調査」によると全国の精神科病床における入院患者数は28.3万人に減少した。新規も含め、入院患者の高齢化も進み、さらに入院患者の減少が進んでいくと思われる。精神科の地域移行は、退院を指しているが、そのためには精神疾患の急性増悪に対して、精神科救急が整備されていなければ進んでいかなないのは明らかである。

現在、新型コロナウイルス感染症について精神科においてもいくつもの感染症対策がなされているが、国民に精神科医療現場の窮状に関する情報は伝わっていない。精神科病院の特殊性に応じた院内感染対策が必要であり、今後は本学会としても精神科における感染症対策をより充実させていくための情報発信を含めた取り組みしていかなければならない。