

2-1 精神科診療所の歴史

紫藤昌彦

Masahiko Shido

黎明期の精神科診療所

わが国に精神医学が輸入されたのは明治時代になってからである。各地に精神病院が開設され、精神障害者はそこで治療を受けてきた。1900年（明治33年）、精神病者監護法が制定され、これによって精神障害者を許可なしに監禁することが禁止された。しかし、一定の手続きを踏めば私宅監置することが認められるなど、治療というより社会防衛的色彩が強かった。

精神科診療所が開設され始めたのは昭和に入ってからである。日本精神神経科診療所協会二十五年史のなかに、昭和3年に名古屋市の内藤福三郎が、昭和10年頃に神戸市の田村忠雄が、昭和13年に浜松市の朝山種光が、昭和17年に静岡市の木村敏雄が、それぞれ精神科診療所を開設したという記録がある。

戦後になって、1950年（昭和25年）に精神衛生法が制定され、私宅監置は禁止され、ようやく近代的な精神衛生対策の第一歩が踏み出された。そして、各地に少しずつ精神科診療所が開設されていったが、当時は病院勤務の傍らの夜間診療所、内科併設診療所、漢方・鍼灸治療、自由診療、有床診療所などの形態を取るものが多かったようである。しかし、次第に外来精神科に特化した診療所が生まれ、精神科診療所医師は相互に連絡を取り合い、仲間意識を育ててきたという。

1964年（昭和39年）にライシャワー事件が起

こり、これを契機にして1965年（昭和40年）に精神衛生法の一部が改正され、通院医療公費負担制度が新設された。神奈川県では通院患者はすべてこの法を用いなければ健康保険法による診療が受けられなくなるとの風聞が広がり、それに対処するために県内の診療所が結束し、同年9月25日に神奈川県神経科診療所協会が結成された。当時の会員数は12名であったという。続いて大阪府では1970年（昭和45年）3月29日に大阪神経科診療所医会が会員40名で発足した。東京では1972年（昭和47年）11月12日に東京精神科診療所医会が発足し、兵庫県では1973年（昭和48年）4月1日に兵庫県神経科診療所医会が会員約30名で発足した。

このように精神科診療所の多い大都市圏を中心に医会が結成され、診療所医師の情報交換や交流がなされ始めた。

日本精神神経科診療所医会の結成

県単位での医会結成の流れのなかで、全国規模の医会を結成する動きが起り、1974年（昭和49年）11月10日、東京の健保会館に全国から16名が集まり、第1回総会の世話人会が開かれた。同年12月15日、全国に散在していた精神科診療所医会が統合して、霞ヶ関の全共連ビルで日本精神神経科診療所医会が結成され、会長に塩入円祐（東京）、副会長に八幡衡平（神奈川）、松

～診療所精神科医という存在～

塩入円祐

大学病院や大病院での精神科医と、町の診療所での精神科医は、どのように特徴づけられるものであろうか。最新の設備と情報のネットワークの中にある不沈艦と、一人の頭脳であやつるモーターその他の小設備しかない小舟との差であらうか。

大学での入局当初（昭和八年）、恩師故植松先生は森田療法を高く評価して、座談会のできる広い和室やピンポン室も作られ、患者さんに掃除などの作業をさせ、助手にもこの療法を身につけるよう云われた。が先生自身も理念を説かれるが、失礼ながら余り熱が入っていたと見受けられないし、助手共はなおさら熱がない。効果がないのは当たり前で、後に鈴木知準氏の満身これ森田療法という姿やその施設に親しく接して、尊敬を深くすると共に感慨を禁じ得なかった。そこには創始者がかくあったらうという愛と熱意があった。同じことはインシュリン・ショック療法その他にもいえるだろう。ザーケルの苦心と熱意のほどは想像するのみであるが、原法が昏睡一時間であるのに、私共は三十分で注射でさます。遷延を恐れて十五分にする助手がいる。この一事のみでも、創始者の治療効果には遥かに及ばないと推察できよう。

今日の薬物療法が多少の例外はあるが、進行麻痺などに対するのは違い、非特異的に全疾患に応用せられ、精神療法が非心因性のすべての精神障害に用いられる。

作業療法がそうであるようにこれらは疾患により、というよりその個人により療法は手心が加えられるに過ぎないようになった。当然そこには患者一人一人に対する詳細な学問的知見と情報の把握、大きな愛と努力とがなければならず、人対人、患者対医師の人間関係が浮び上るはずである。

このように人間的に、愛と信頼のもとに、多次元的治疗が要求されるとすると、大不沈艦よりも、むしろ小廻りのきく、小さな設備をとりそろえた小舟の方が、治療効果においては有利なのではなからうか。その代り、一つのことに打ちこんだ研究よりも、多次元のレベルでの勉強、情報の蓄積が必要となる。今の日本の精神医療行政はこのような世界的風潮に無関心であり、小舟に必要な最新の小設備をそなえることをも禁止しようとするかに見える。

フロイトの分析療法や、日本での森田療法が、大学でなく個人の小さな施設の中で生まれたことを理解する風土がない。

この不合理な医療を身をもって体験しているのは、誰よりも精神科診療所医ではなからうか。

しかし、診療所医にも喜びと希望がある。一つは患者と患家からの心からの感謝を享受できること、二つには小さくとも個性的な、独創的な診療ができること。何等かの意味で創始者であるということが出来る。ここからフロイトや森田が生まれないとも限らない。少なくとも現在の足かせが解かれて、自由な医療ができる暁に。あるいは私資を投じ、あるいは経営無視でなされる診療所がいかに地域精神医療に貢献しているか、が国民に認識される日も近づきつつあるのではなからうか。

東精医ニュース（昭和49年）より

田孝治（大阪）、荻野利之（東京）が指名された。出席会員は61名であった。委員会として日精診あり方委員会（9名）、健保医事紛争問題委員会（7名）、有床問題委員会（7名）、連絡広報委員会（15名）を設置し、本部会計委員（2名）を決定した。日精診（以下、社団法人化の際の名称変更後も合わせて日精診という）のあり方や基本的理念について話し合わせ、会員は開業医のため時間的・経

済的な余裕が乏しいので息切れしない運営をすることと、組織を維持する担当と目標を立てて活動する担当とに分けた。規約作成は日本医師会や日本精神病院協会（現・日本精神科病院協会）などの資料を参考にした。規約のなかで「会員は精神科医であって開設者であり管理医師である」ことと「日本医師会員である」ことを条件とした。初代会長の塩入円祐が東精医ニュースに寄せた文章

を別掲する。

日精診の歴史

1974年（昭和49年）12月に日本精神神経科診療所医会が結成されて以来、精神科診療所が各地に開設されたものの、その経営は必ずしも順調ではなかった。1975年（昭和50年）の日精診会報に診療所経営状況の調査結果が掲載されているが、これによると、精神科だけで「かなり赤字」14、「少々赤字」12、「なんとか維持」16、「少々ゆとりがある」2、「回答なし」3とあり、半数以上は精神科だけでは赤字であると考えていた。しかし、精神科を含む全体としては、「かなり赤字」0、「少々赤字」5、「なんとか維持」28、「少々ゆとり」9、「ゆとり」5、「回答なし」4となり、精神科だけでは経営は難しく、勤務15、不動産6、その他4などの副収入を得てやりくりしている様子が窺われる。

精神科診療において最も重要である精神療法（カウンセリング）が、健康保険の診療点数に初めて採り上げられたのは1972年（昭和47年）であったが、1回40点に過ぎなかった。しかし、1977年（昭和52年）には精神科の診療項目、点数ともに大幅な拡大、引き上げが実現し、診療所経営が軌道に乗る要因の一つとなった。一例を挙げれば、カウンセリングの点数が40点から一気に200点となり、その後1990年（平成2年）には300点に引き上げられた。

昭和50年代から60年代にかけて、精神科医療は入院中心の閉鎖的医療から、開放的医療・外来通院医療へと徐々に変化していった。この動きのなかで各地の精神科診療所医会は、地域精神医療を担う存在として、患者に対する偏見を取り除いていく上で大きな役割を果たした。また、精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士などによるチームを揃えた重装備型の診療所も出現し、1981年（昭和56年）には小規模デイケアの診療報酬が認められた。

1988年（昭和63年）には精神障害者の人権の配慮と社会復帰の促進を図る観点から、主要な入

院形式としての任意入院、医療保護入院、措置入院の設定、精神保健指定医や精神医療審査会の創設等を内容とする精神衛生法が施行され、法律の名称も精神衛生法から精神保健法へと改められた。日精診の会員数は昭和63年当時は450名であったが、平成に入ると毎年の増加数が急激に伸び、各地で協会主催の研究集会が開かれ、地域での精神医療・保健・福祉の発展に貢献した。

それまでは単なる任意団体であった日精診が、政策提言できる団体になるステップとして、理事会では法人化が議論され、1995年（平成7年）3月、厚生省（現・厚生労働省）の認可を受け、社団法人日本精神神経科診療所協会が設立された。1997年（平成9年）には介護保険法が制定されたが、その結果として日精診は従来からの活動に加えて、高齢者問題、介護保険における専門的対応などに関しても、大きな役割を担う団体となった。

精神科診療所の診療報酬はさらに拡大し、1998年（平成10年）には通院精神療法が392点に引き上げられた。しかし、この時期をピークにして、その後2年ごとの診療報酬改定のたびに通院精神療法の点数は引き下げられ、2012年（平成24年）以降は30分未満330点（ピーク時の84.2%）で現在に至っている。

一方、国の公益法人改革のうねりを受け、日精診理事会では公益申請を行うことを決定した。2007年（平成19年）3月に公益法人への移行に関する検討委員会を立ち上げ、5年の年月をかけて準備を進め、2012年（平成24年）4月1日に内閣府から公益社団法人の認定を受けた。これにより日精診の活動の場はさらに拡がり、現在では各種公益事業に加え、会員相互の研鑽、普及啓発活動、精神保健施策への提言などを幅広く進めている。

図1は日精診の会員数推移を表している。会員数は年を追うごとに増加しており、平成28年3月末日現在で1,665名となっている。

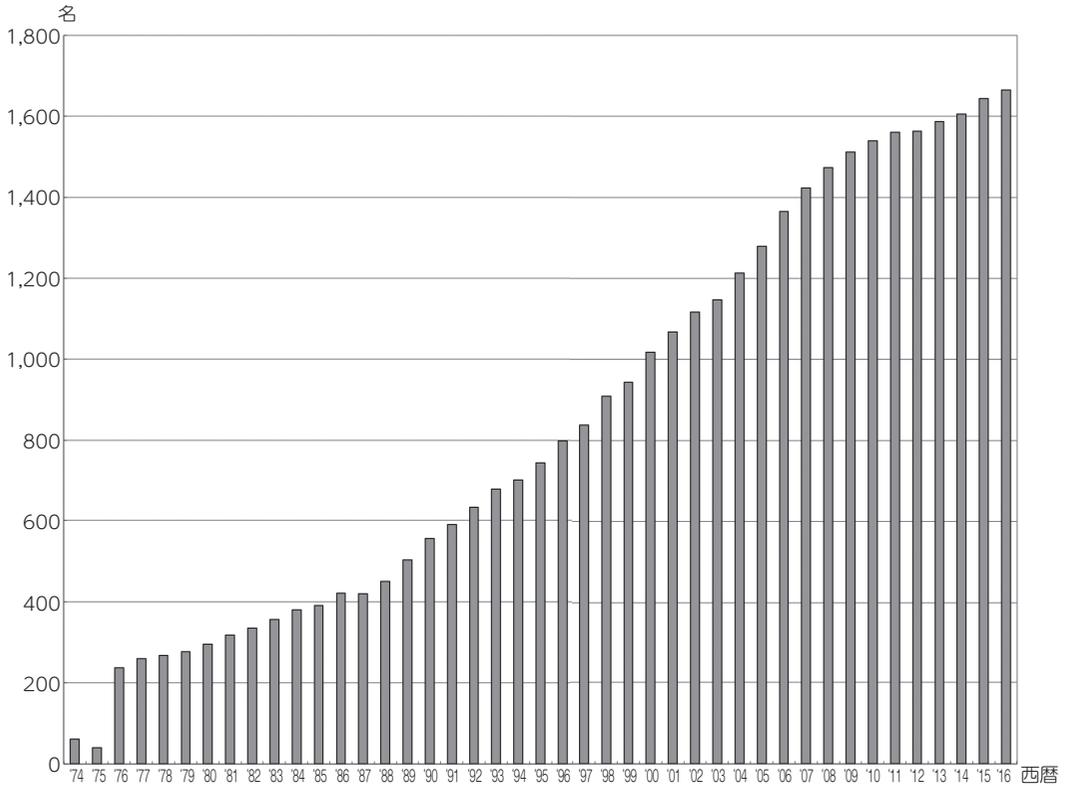


図1 日精診会員数推移

精神科診療所の現在

「平成26年(2014年)医師、歯科医師、薬剤師調査」によると、わが国の精神科医師数は同年12月31日現在、1万5,187名(平均年齢51.1歳)である。うち、診療所の精神科医師数は3,774名(同56.9歳)で、精神科医師の24.9%が診療所に所属しており、その平均年齢は精神科医師全体より5.8歳高かった。同年12月末日現在の日精診会員数は1,624名であったから、日精診の入会率は $1,624 \div 3,774$ で43.0%であるが、日精診には未入会で地区協会のみ入会している者を含めるとおよそ60%の入会率となる。

2010年(平成22年)11月に実施した会員基礎調査報告書より、精神科診療所の最近の状況を紹介する。まず、診療所開設時の年齢は30代後半から40代前半にピークがあり、最頻値は38歳、平均開設年齢は44.1歳であった。しかし、

20代、60代での開設もあり、年齢幅は広い。次に、診療所の従業員の配置状況であるが、常勤では指定医(94.2%)、事務職員(71.7%)、看護師(44.1%)、精神保健福祉士(29.6%)の順に多かったが、パートでは事務職員(61.7%)、臨床心理技術者(42.4%)、看護師(38.3%)、指定医(33.1%)の順に多かった。開設までに従事していた主たる勤務先としては、大学病院精神科(81.3%)、精神科病院(77.4%)、総合病院精神科(47.7%)の順に多かった。開設直前の勤務先としては、精神科病院(55.4%)、総合病院精神科(21.2%)、大学病院精神科(11.7%)の順に多かった。精神保健指定医は94.1%、日本精神神経学会専門医は83.8%、日本医師会認定産業医は28.5%、生活保護法患者の取扱いありは97.0%、自立支援医療患者取扱いありは99.5%であった。

行っている精神科治療に関しては、診療報酬上の「通院精神療法」に加え、デイケア(21.6%)、

精神科訪問看護（19.8%）、訪問診療（16.5%）、認知行動療法（12.3%）など、診療報酬の算定可能な治療法を取り入れている会員が多かった。精神科診療所を開設した目的意識として、「精神科医療におけるプライマリーとして。気軽にいける診療所として」（69.7%）、「入院をさせずに外来で支えるため。外来治療を積極的にするため」（56.1%）が多く、プライマリー志向、外来志向を反映しているものと思われた。

精神科診療所を開設した結果、現在どのように思うかという問いには、「地域の精神科医療に役立っている」（82.1%）、「勤務医時代はできなかった医療ができてよかった」（46.1%）など、肯定的な意見が多かった反面、「時代の変遷についていくのがつらい」（17.6%）、「専門職の雇用確保に困っている」（11.8%）などの悩みも見られた。また、「患者数が多すぎて困っている」（16.9%）が「少なすぎて困っている」（5.5%）を上回り、「もっと精神科診療所が増えてほしい」（11.1%）が「精神科診療所が多すぎて困る」（6.6%）を上回るなど、まだまだ精神科診療所の需要は大きいとの意見を持つ者が多かった。

まとめ

本章では精神科診療所の歴史について、日精診の歴史も含めて解説した。最初の精神科診療所は昭和初期に開設されたという記録が残っており、戦後になって先駆者たちが目覚め始めた。1965年（昭和40年）以降、都市部を中心に医会が設立され、それらが集まって1974年（昭和49年）に日本精神神経科診療所医会が結成された。その後、精神科診療所の開設や日精診の会員数も増加の一途を辿ったが、精神科診療所が成立するようになった背景として、入院中心主義から外来中心主義への流れ、疾病形態の変化と病態の多様化、精神科医の増加と志向性の多様化などが挙げられる。加えて、診療報酬における精神科通院カウンセリング（通院精神療法）の点数引き上げや、デイケアの点数化が追い風となった。しかし、1998

年（平成10年）をピークとして、通院精神療法の引き下げが行われ、現在に至っている。

精神科医療における外来志向の流れはとどまらず、日精診の会員数はいまだに増え続けているが、精神科診療所数の増加や診療報酬の低下の影響を受け、ここ5、6年の増加率は鈍化しつつある。

精神科診療所医師の平均的な経歴としては、大学病院や精神科病院での勤務医としての経験を重ね、精神保健指定医、精神科専門医を取得し、40歳前後に開業する医師が多かった。

精神科診療所は自由度が高く、多様性に富み、医師の志向性が実現しやすい。特に、プライマリー志向、外来志向の精神科医には魅力的な世界であろう。会員基礎調査では、地域の精神科医療に役立っているという肯定的な意見が多かったが、反面、時代の変遷についていくのがつらいという意見や、専門職の雇用確保の悩みも少なからずあった。

なお、心療内科との関係は今後のテーマである。心療内科と協働していくのか、指定医や専門医の資格を背景にして外来精神医療を担っていくのか、精神科診療所医師のアイデンティティの所在が問われている。

参考文献

- 1) 青木 勝：精神科診療所 精神科選書12. 診療新社, 1990.
- 2) 関谷 透：精神科クリニックの現状. 臨床精神医学 26(8), 1997.
- 3) 小池 淳, 松田孝治：日本精神神経科診療所協会の歩み. 臨床精神医学 26(8), 1997.
- 4) 日本精神神経科診療所協会二十五年史. 社団法人日本精神神経科診療所協会, 2002.
- 5) 大熊輝雄：現代臨床精神医学 改訂第10版. 金原出版, 東京, 2005.
- 6) 会員基礎調査報告書（平成22年度）. 社団法人日本精神神経科診療所協会, 2010.
- 7) 紫藤昌彦：精神科診療所の現在. 現代のエスプリ531. ぎょうせい, 東京, 2011.

（東京・紫藤クリニック）

2-2 日本における地域ケアの現状と今後の方向性

原 敬造

Keizo Hara

はじめに

1961年（昭和36年）の国民皆保険皆年金制度の確立と1960年（昭和35年）の医療金融公庫（現在は社会福祉・医療事業団）の設立により、多くの私的病院が創設された。精神科病院もその流れのなかで、急速に数を伸ばしていった。日本の医療体制は、自由開業医制とフリーアクセスが特徴で、病院や診療所において、民間経営が多く、直接各科専門医を受診できるのも特徴である。最近では、病院への受診抑制を目的に、紹介状のない場合は初診の自己負担費用を徴収する病院も増えてきているが、基本はフリーアクセスを否定するものではない。

民間の精神科病院が8割を超える現状で、病床の削減が進まず地域ケアが進展しない現状をいかに打破していくのか、本章では、日本における地域ケアの現状と今後の方向性について、多機能型精神科診療所の活動を通して考察する。

わが国の精神保健医療福祉の特徴

1950年（昭和25年）の精神衛生法制定によって、医療の名の下で私宅監置から精神病院への収容へと日本の精神保健制度は大きく転換した。昭和31年版厚生白書によれば、昭和31年3月末現在の精神病院の数は269、病床数は37,044、一般病院の精神病床数は8,605、精神病床総数は計45,649であった。人口1万に対する精神病床数は、

アメリカが43.34（昭和28年）、イギリスが36.19（昭和27年）であるのに対し、日本は5.08であった。また実態調査の結果、要収容者（入院が必要な患者数）43万人と推定し、「精神病床の不足は歴然たる事実であると言わなければならない」と主張している（昭和31年度版厚生白書より）。その後、先に述べたように、医療金融公庫の低利の融資を受け精神病院が急増することになる。（その後の精神科病院の歴史に関しては、別章が設けられている）。

したがって、日本の精神医療の歴史は精神科病院の歴史の上に成り立っているといえる。諸外国では、この頃から精神病床の削減、コミュニティサービスの拡充が図られていたが、日本はその流れに逆行するように精神病床は増加の一途をたどり、1988年頃にピークを迎えた。厚生労働省はおよそ7万2千人の社会的入院者がいるとかつて公式に発表した。現在も30万床を超え、日本の精神保健医療福祉政策は今、精神病床をいかに減少させるかを中心に動いている。

現在、4,000カ所ほどの精神科診療所がある。立地からすると、大都市に多い傾向にあるが、中小都市では、内科などを併せて標榜して家庭医的役割を果たしている診療所もある。大都市では、ビルで診療をしているところも多い。規模は医師一人スタッフ数名といった小規模診療所が多く、機能別にみると、外来機能だけの単機能型精神科診療所が多い。デイケア・デイナイトケア・ナイ

医科診療医療費 (283,198 億円)	入院 52.1%(147,566 億円)	入院外 47.9%(135,632 億円)
精神科医療費 (18,879 億円)	入院 72.9%(13,754 億円)	入院外 27.1% (5,125 億円)

注1：医科診療医療費、精神科医療費については、平成24年度国民医療費による（歯科診療医療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費を含まない）。
注2：精神科医療費については、「精神及び行動の障害」に係るもの（精神遅滞を含み、てんかん、アルツハイマー病は含まない）。

（資料：厚生労働省）

図1 精神科医療費構成

トケアなどのリハビリテーションに力を入れているいわゆるリハビリテーション型の診療所もあり、そうした診療所のなかには、往診、訪問看護などのアウトリーチ活動や障害者総合支援法の事業所を運営している多機能型精神科診療所がある。また、訪問診療をメインにしている在宅・訪問型診療所やACTを標榜しているところ、老年期、児童・思春期などの世代別、アルコール依存症、女性限定など、対象を明確に設定している精神科診療所もある。

このような精神科診療所の様々な類型には、一人一人の開業理念を反映しており、開業した精神科医の思いがこもっているのも、精神科診療所の特徴である。

精神科診療所が地域に根差した活動を蓄積し、ようやくコミュニティケアにおいて大きな役割を果たせるようになってきている。

わが国での地域精神保健医療福祉の始まり

先に述べたように、欧米では1960年代から病床の削減が始まり、1975年頃からは病床の減少が明確になり、コミュニティケアへの取り組みが蓄積された。それぞれの地域で、精神疾患を持ちながらも希望と生きがいを持ってその人らしく生きていくことを可能にする社会の実現を目指している。

日本では、1987年に精神衛生法から精神保健法へと改正され、地域ケアへの取り組みが法律に明記されたが、病床はほぼ同様の水準を維持している。欧米では公的病院が精神病院の多くを占め

ていたために、国の方針が反映されやすいという特徴がある。それに対して、日本はおよそ80%が民間病院であり、診療報酬での誘導で精神病床の削減を実現しようとしているが、「入院中心の医療から地域生活中心へ」との理念を掲げた改革ビジョンの制定から10年が過ぎても病床の削減が実現しないのは、地域精神保健医療福祉へのダイナミックなシフトを促すような財政措置を取らない限りはそれが困難であることの証左である。日本の精神科医療はおよそ1兆9千億円で、1兆4千億万円が入院医療費、5千億円が外来医療費である（図1）。病床を削減して、入院患者の地域移行を果たすには、同時に病院スタッフを地域にシフトする施策を取らねば実現は難しい。

精神保健法が施行されて1988年頃から精神科診療所が徐々に増えてきた。同時期に精神科小規模デイケアの認可基準ができ、精神科診療所にデイケアを付設することが可能になった。精神科デイケアを付設した精神科診療所は現在400軒ほどある。こうした精神科診療所は、地域のなかにおいて、リハビリテーションと治療を両輪として生活支援と医療結びつけてサービスを提供している。いわゆる多機能型の精神科診療所である。多機能型診療所は、福祉サービスとも結びつきを持っており、ネットワークの核として包括的地域ケアのハブの役割を有している。

2004年9月に、精神保健の改革ビジョンが出され、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられた。10年が経過した現状では、地域の社会資源の偏在がみられ、精神病床の削減は遅々として進まない状況であるが、多機能

型精神科診療所を核とした包括的地域ケアのネットワークの形成によって、重度の精神疾患を抱える方の地域生活を支えることが可能になると考える。多機能型精神科診療所は様々な活動を担っている。その中心は、精神科デイケアであり、訪問看護である。

多職種から成る多機能型精神科診療所は、地域生活を支える包括的地域ケアの重要な柱になる可能性を持っている。重度の精神疾患を抱える方の包括的地域ケアには、外来治療の強化と精神保健諸機関、福祉施設との連携が欠かせない。外来治療とリハビリテーション機能、アウトリーチ機能が結びつき、他機関との連携機能が備わっている多機能型精神科診療所は包括的地域ケアの中心的役割を果たすことが可能である。

精神科診療所の理念

精神科医療の中心であった収容型入院医療から、地域での外来医療の充実と生活支援への移行は大きな課題である。入院中心医療からの転換を図るには、地域においてのアクセスのよい医療の提供が欠かせない。地域生活のサポートやアクセスの改善、偏見の除去等によって精神科受診への敷居を下げることで、また、早期に医療を受けられるネットワークをつくと同時に、医療を受ける側が主体の医療を目指すことが重要である。精神科デイケア、精神科ナイトケア等によって治療の多様化を図ることや、家族教室、学習会、家族会、患者クラブの育成など、当事者や家族との連携が必要である。患者が地域で生活を送るために、グループホームや共同住居をつくることや、学校や職場への支援、職場の開拓など社会生活への橋渡しの役割を果たすことも大切なことである。昨今、単身者が増加し、アパートを借りる際の保証人や連絡先の確保に困難を生じる場合があり、公的な保証人制度などの制定が求められている。

早期介入や早期支援には、訪問や往診などのアウトリーチ活動が欠かせない。また治療中断者や受診を拒否している方への関わりにも、アウト

リーチが有効であると考えられる。

このように、精神科診療所に求められていることは、精神疾患を持つ方が地域で自分らしく生活できるように支援することである。そのためには、個々の患者への支援が、自身のゴールが明確になるように工夫されていること、様々な活動に参加しやすい環境のなかで提供されていること、種々のサービスが受けられるような工夫がされていることなどが重要である。そして、生活能力の스트レングスに焦点を当てた援助を心がけ、目標の実現に向けて課題の細分化と明確化をし、希望や勇気が持てるように患者の自己効力感を向上させることを目指して、病状の悪化に対処しながら援助を続けることである。

これらの実現のためには、治療とリハビリテーションが結びついていることが重要である。リハビリテーションの基本は、リカバリーの考え方に基づいた実践であり、個別と集団を有機的に結合したものである。外来診療を軸に、精神科デイケア、精神科ナイトケア、訪問活動、そして精神障害者総合支援法における就労移行・就労継続支援A型・就労継続支援B型事業所等の様々な活動を有機的につなぎ合わせて、メンバーの希望を実現できるようにサポートすることである。

精神科デイケア・ナイトケアの活動について

精神科デイケアは、居場所の機能を内包した集団的治療の場であると同時に、リハビリテーションの場である。精神科デイケアが他機関との連携なしに活動をするなら、それは新たな施設症を生み出すことにつながる。デイケアの重要な役割は、希望の実現、社会参加への援助である。その役割を効果的に果たすには、他機関との連携、社会資源の有効な活用が欠かせない。

精神科デイケア・ナイトケアでは、治療とリハビリテーションを車の両輪として、手と手を取り合った関係のなかで活動を行う。集団精神療法、作業療法、レクリエーション療法、芸術療法、生活技能訓練（SST）などの理論を背景にしている。

また認知行動療法を基盤にして、ストレスマネジメントや、アンダーコントロールなどのセルフケアに取り組むことも必要である。

社会参加にとって最も重要な活動である就労、就学の援助などを積極的に行うには、障害者職業センターやハローワーク、職難などと連携を取りながら、諸制度を有効に活用し、就労援助プログラムに取り組むべきである。それらの一環として、

デイケアでは、就労SST、ワークグループ、ジョブトークなどの活動がある。

家族支援として、家族会に取り組む必要もある。家族会は母親の参加が多いが、父親が治療に参加できるような工夫も必要である。また、外来診療活動や精神科デイケア・ナイトケアとその他の社会資源を結ぶためには、アウトリーチ活動は重要である（図2、図3、図4）。

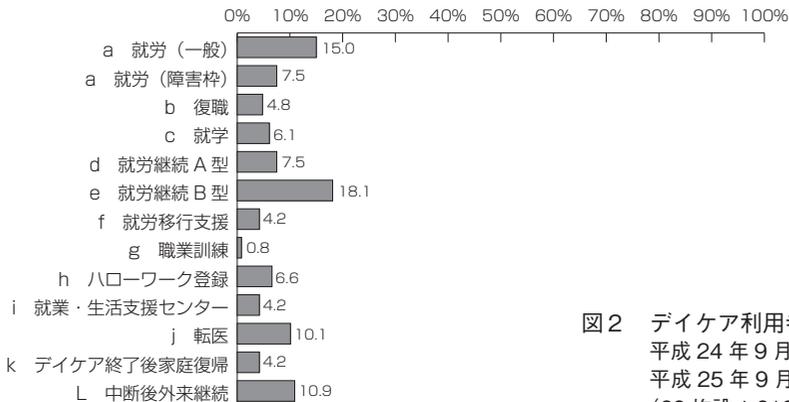


図2 デイケア利用者の1年後の転帰
平成24年9月1カ月のデイケア利用者の
平成25年9月30日現在の転帰について
(60施設 1,018名)

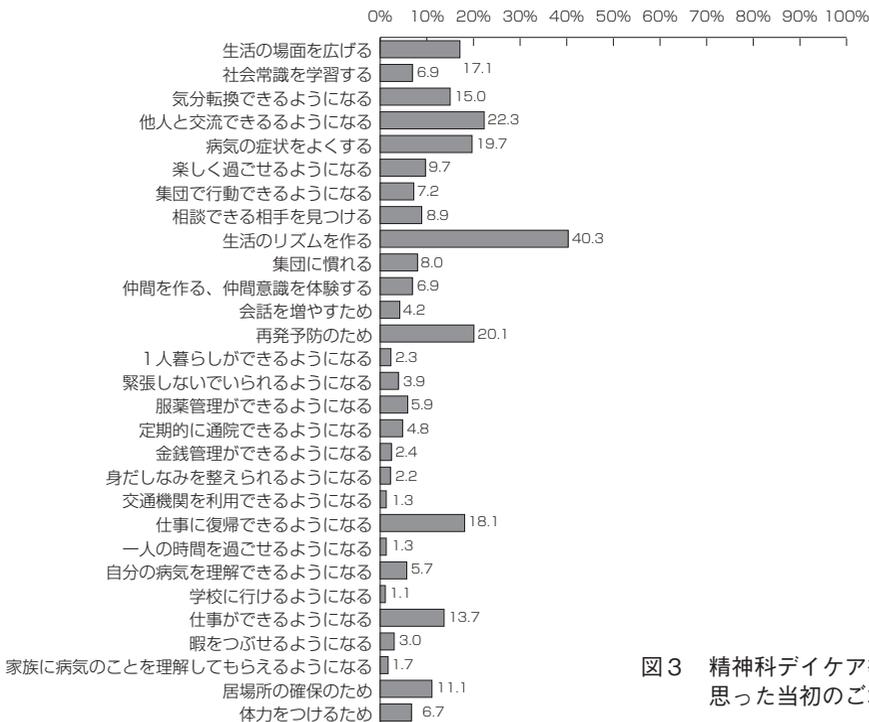


図3 精神科デイケア等上記サービスを受けようと思った当初の本人の目的について
(n=996)

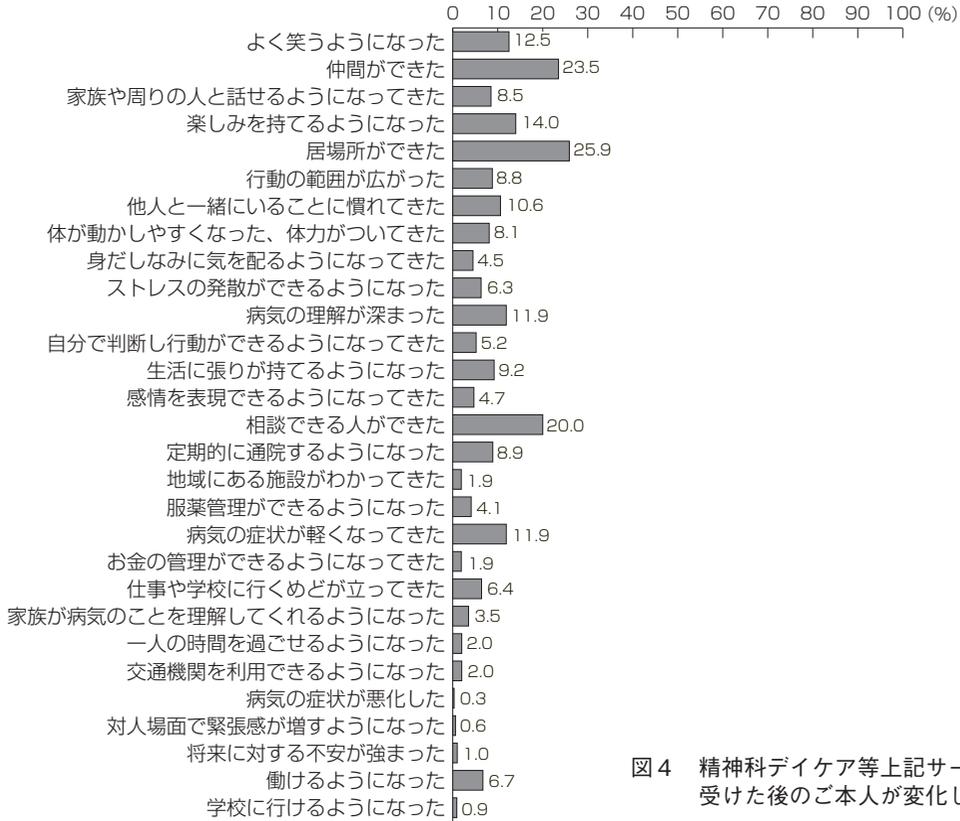


図4 精神科デイケア等上記サービスを受けた後のご本人が変化したこと

アウトリーチ活動

通常の外来診療だけでは、通院が途絶えがちになってしまう方がいる。その結果、病気が再発したりひきこもってしまうことがある。また地域には、ひきこもっている方、受診を拒否して外来医療につながらない事例も多々ある。そうしたことから、アウトリーチ活動に積極的に取り組む必要がある。アウトリーチ活動は、患者の置かれている心理社会的状況を理解し、本人の“希望”にそった目標に向かって援助することが柱となる。社会資源についての知識と経験を生かして患者が、社会生活上の困難に対処できるように援助するなどの活動を、訪問活動や相談支援を通して行う。そうした直接的な援助活動の他、リハビリテーションチームにおいては、チームのメンバーに患者や家族の社会心理的状況を理解してもらえるよ

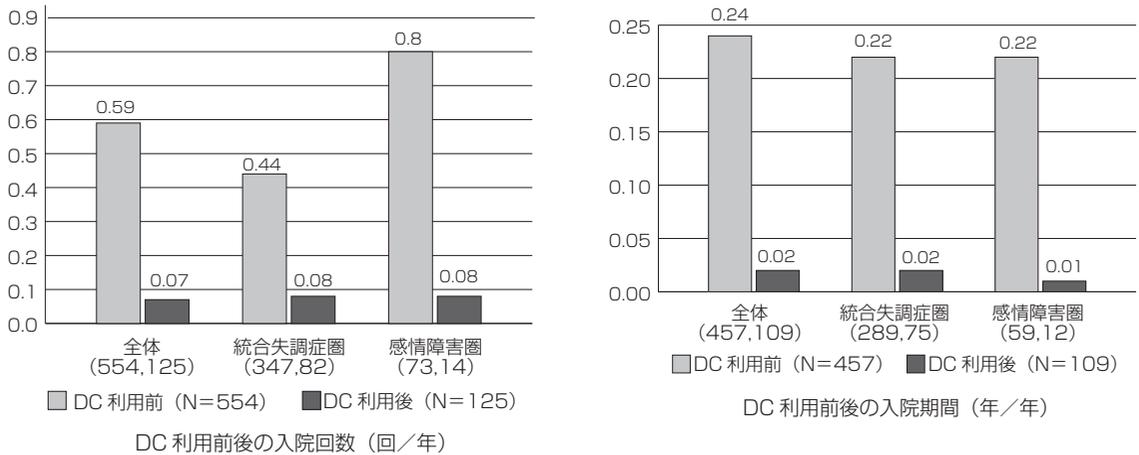
うな働きかけをする、ニーズと資源のミスマッチがないかをチェックする、新たな資源を開拓する、患者の権利を擁護するなどの活動を行うことがポイントになる。

精神科デイケアのエビデンス

精神科デイケアには、以下の3つのエビデンスがある。

1. 精神科デイケアのリハビリテーション効果のエビデンス

日本デイケア学会では、精神科リハビリテーション評価表を作成し、GAFとLASMIとの比較検討を行い、評価表の妥当性を検討して妥当性ありとの結論を得た。その評価表を使い、多施設で統合失調症患者の精神科デイケア利用前と利用後の評価を行った結果、精神科デイケア利用前の



DC 利用開始前入院回数 = DC 利用前入院回数合計 / DC 利用前期間
 DC 利用開始後入院回数 = DC 利用後入院回数合計 / (調査日 - DC 利用時期間)
 DC 利用開始前入院期間 = DC 利用前入院期間合計 / DC 利用前期間
 DC 利用開始後入院期間 = DC 利用後入院期間合計 / (調査日 - DC 利用時期間)

図5 デイケア利用前後の入院回数および入院期間の比較
 (デイケアのリハビリテーション効果に関して 厚生労働省平成25年度障害者総合福祉推進事業データより)

日本デイケア学会リハビリテーション評価表に基づく
 デイケア実施前と調査時各項目の点数差 (プラスが改善)
 N=1,520(ICD)2013年調査より作成

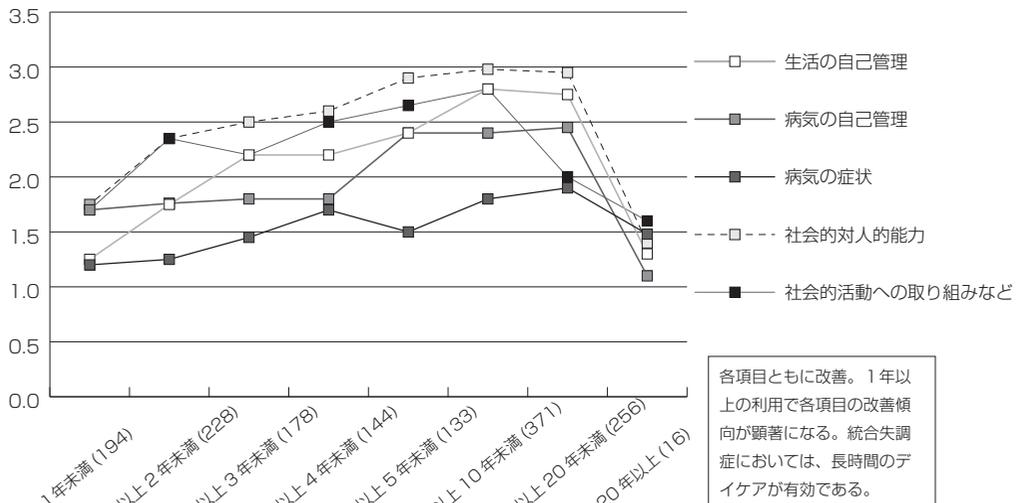


図6 デイケア学会リハビリテーション評価表に基づくデイケア実施前と調査時の各項目の点数差
 (N = 1,520 (ICD10 : F2) 2013年調査より作成)

総合得点は合計 27.5 点 (50 点満点) で、デイケア利用後の総合得点は合計で 38.2 点と、顕著な改善がみられた。対象になった患者の利用期間はまちまちで、利用期間の長短によらず精神科デイケ

アにはリハビリテーション効果があることが示された。

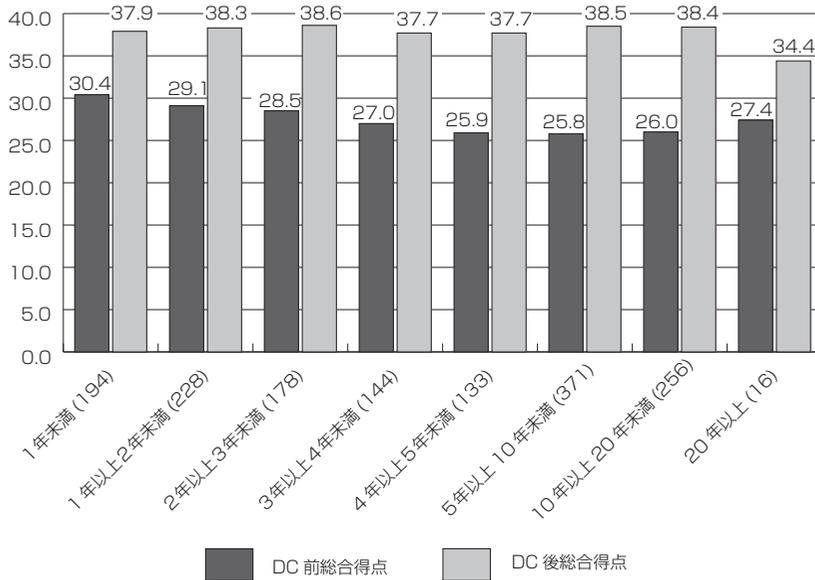


図7 日本デイケア学会リハビリテーション評価に基づくデイケア実施前と調査時の総合得点の変化 (N=1,520 ICD10:F2) 2013年調査より作成

2. 精神科デイケアの新規入院抑止効果のエビデンス

日本精神神経科診療所協会（以下、日精診という）の調査によれば、精神科デイケア参加前に入院歴がない方が精神科デイケア参加後に新規に入院されたのは8.4%と極めて低い。日本デイケア学会の調査でも、精神科デイケア参加前に入院歴がなく精神科デイケア参加後新規に入院された方は9.1%と、ほぼ同様の結果を得られている。日精診の調査が精神科診療所だけなのに対して、日本デイケア学会の調査は精神科病院を含んでいる。したがって、精神科デイケアにおける新規入院防止効果は、精神科病院、精神科診療所ともに同様であるといえる。また、精神科デイケア利用前の入院経験を持つ方が、日精診の調査で47.7%、日本デイケア学会の調査では82.5%であることに鑑みると、新規入院予防効果は極めて大きいといえる。このことから、精神科デイケアを積極的に利用することで精神科病院への入院を抑止することができ、より積極的な精神科デイケアの活用によって外来治療の幅を広げ、入院医療費の抑制を

図ることが可能になるといえる。

3. 精神科デイケアの再入院防止効果のエビデンス

先にも述べたように日精診の調査で47.7%、日本デイケア学会の調査で82.5%の方が精神科デイケア利用前に入院経験があり、それぞれ再入院率は24.6%、48.9%である。日本デイケア学会の調査は、精神科病院、公的病院精神科を含んでいるので再入院率が高くなっており、精神科診療所の再入院率は36.6%と、日精診調査よりも若干高率ではあった。

いずれにしても精神科デイケアは、リハビリテーションと治療が結びついた、地域生活を維持するために極めて有効な治療手段として地域生活にはなくてはならないものであり、多機能型精神科診療所の核となる活動の一つであるといえることができる（図5、図6、図7）。

地域精神保健・医療・福祉に 何を期待するか？

わが国の精神科医療は、未だ入院中心の医療である。厚生労働省が地域生活中心への移行を掲げてはいるが、スローガン倒れになっている。精神科病床は30万を切ることはなく、減少もしていない。行動障害を持つ認知症の入院が増えているという現状もある。

入院医療からの転換が叫ばれて久しく、厚生労働省には、病床を減らして地域での生活を支える精神保健医療福祉施策を立案する能力を欠いていると言わざるを得ない。政策立案者に、現場で起こっていることを精神保健医療福祉の利用者の目線にとらえる、いわゆる現場感覚が欠けていると言わざるを得ない。

地域での生活を支えるためには大胆な政策の転換がなされなければならない。現在病院医療に割かれている人的資源を、大胆に地域に移行する施策が実行されなければならない。現在のような、診療報酬、保険点数による誘導ではもはや限界がある。これまでのような施策では、病院の人的資源を大胆に地域に振り向けることはできない。むしろ、病院の機能を強化する方向に予算が配分されている懸念も生じている。

厚生労働省には、地域精神保健医療福祉政策において現場をしっかりとふまえた施策の実行を期待する。

日本の精神保健医療福祉施策には二つの流れがあると考えられる。一つは精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法といった入院治療中心の考え方であり、もう一つは国際障害者年から続く、障害者基本法をもとにした障害を持つ方の基本的権利の実現を図っていくという流れである。

日本の脱施設化をいかに推進するのか、それは精神病床増加時に当時の厚生省が施策をとらなかったつけの後始末である。そのために外来医療と地域生活を支援する体制の整備が軽視され、精神障害者が当たり前で地域で暮らすことが阻害されてきたのである。これまでの経過をみれば、厚

生労働省は問題を把握していたが実効性のある施策を打ち出せなかったことがわかる。精神科病床削減の問題は、地域でのサポート体制をいかに充実するのか、とりわけ精神科救急体制を含めての、外来医療の充実にかかっている。平成17年には303万人が精神科医療を受けており、およそ月3万人が入退院している。精神科病院の職員を再配置することによって、月3万人の入院者数を減らすことができ、同時に退院数を増やせば、精神科病床数の削減は可能とされていた。それから10年が過ぎた現在、精神科医療の利用者は350万人とも380万人ともいわれており、困難な状況ではあるが、人的資源の再配置と障害者総合支援法の全面見直しによる障害福祉施策の充実、障害者基本計画に基づいた精神科病床数削減により、患者への援助が地域の様々な社会資源と結びついて脱施設化が可能となる。

わが国では、国際障害者年に提案された「完全参加と平等」という言葉は今なお重い意味を持っている。

まとめにかえて

精神保健医療体系の再構築のなかで精神科診療所が果たす役割を再度考える。

「入院医療中心から地域生活中心へ」といったスローガンのもとで、様々な取り組みがなされているが、まず強調されるべきことは、外来医療に十分な人員を配置し、通常の医療体制の充実を図ることである。日常の外来診療を十分な体制のもとで行うことで、夜間・休日の救急、入院の予防、再入院の防止が図れる。

その上で、厚生労働省の検討会が提案している、精神科救急医療の確保・質の向上、在宅医療（訪問診療・訪問看護等）の充実・普及、精神科デイ・ケアの重点化、ケアマネジメント機能の充実、未治療・治療中断者等に対する支援体制の強化（危機介入）、重症者の在宅での包括的支援の確保などに取り組むことである。そもそも、治療中断させない、重症化させない、早期に治療に結びつけ

るなどの機能は、外来機能の強化によってなされるべきである。

子どもの不登校の問題が、父親のアルコール関連問題と関連があったり、認知症高齢者の介護に疲れた介護者がうつ病になったり、様々な家庭の問題にトータルに取り組む家庭医の役割を、身近な存在である精神科診療所は果たしている。精神科診療所は、精神科の専門医でありながら地域の身近な家庭医的な役割を持ち、精神疾患を持つ方の地域生活を支える重要な社会資源の一つである。

諸外国の実践をふまえ、基本的な精神科病床数は万対10前後と考えられる。それを基準にして、病院敷地内居住施設は認めず、住居問題と生活支援、地域内での精神科医療サポート体制を考慮して、病院職員の再配置を実施することである。障害者総合支援法での個別給付に関しては単価が低く、再配置した後の職員の給与への対策等、精神科の病床削減は思い切った政策をとらない限り困難である。民間病院がわが国の精神病床の8割を超えている状況をふまえて、政治的決断がなければ小手先だけの帳尻合わせになってしまう。退院支援施設等をつくるような施策では脱施設化は無理である。地域での状況の違いを考慮したうえで生活保障を担保する施策が必要である。

精神病床の削減策は国家の施策として大胆な手法を取っていかねばならない。国民的合意の下で、脱施設化の施策を進めていくことが重要であり、そうした施策のなかで初めて精神科病床削減が可能となり脱施設化が可能となると考える。現状では、受け皿をいくらつくっても病床削減と結びつかないのは当然である。診療報酬を操作することで病床削減を図ろうとすれば、地域におけ

る医療が担保できなくなり医療の崩壊に結びつくことになる。民間病院の病床を削減するには何らかのインセンティブが必要であると考えられる。

病床削減後の、重度の精神疾患を抱える方の地域生活を支えるには、治療とりハビリテーション、そして上質な住居が必要不可欠である。また、一時的な病状悪化に対処できる医療型のレスパイトサービスなども整備されるべきである。そうした地域力によって、地域移行・地域定着を図ることができる。多機能型精神科診療所は、福祉サービスとの結びつきにより重度の精神疾患を抱える方の包括的地域ケアの要となることが可能である。全国にある精神科診療所と多機能型精神科診療所の高度の機能とをネットワークで結ぶことで、患者へのより良いサービスの提供が可能となり、それがより良い地域をつくっていくことにつながるであろう。

参考資料

- 1) 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて（平成21年9月24日）今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告。
- 2) 平成20年度厚生科学研究費補助金「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
- 3) 平成20年度障害者保健福祉推進事業「精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法検討」
- 4) 平成25年度障害者総合福祉推進事業「精神科診療所における生活支援に関する実態調査」
- 5) デイケア実践研究 vol.18.

この原稿は、過去に私が様々なところで発表した原稿をもとに作成しています。個々の引用を挙げませんので、共通する表現があることをお許しください。

（宮城・原クリニック）

2-3 小規模診療所

後藤英一郎

Eiichiro Goto

はじめに

精神科診療所の歴史については他章に詳しいことが記載されているが、昭和29年にクロルプロマジンが登場して、昭和40年に精神衛生法が改正され精神神経科への通院診療に公的扶助が付いた頃から、全国各地で精神科診療所の開設が相次いだ。さらに昭和43年頃、神戸大学の黒丸正四郎教授が大学の立場から「精神科診療所というものが必要だ。それも阪急電鉄や阪神電鉄の一駅毎に一つずつ位つくらなくちゃいけない。町から遠く離れた精神病院だけではなく、一般の医療と同じように町の中に一杯なくてはいけない」と語られ、これが一つのきっかけとなって、精神科診療所が行政を含めた多方面から注目されるようになった。昭和47年には初めて精神療法が診療報酬の点数として1回400円認められた。昭和49年12月15日、日本精神神経科診療所協会(日精診)の前身となる日本精神神経科診療所医会が結成されたが、その時の会員は61名。その後、社団法人から公益社団法人化を経て、平成28年3月20日現在の正会員数は1,600名を超えている。

診療所は有床診療所と無床診療所に分けられる。有床診療所は文字通り病床を持っている診療所で、入院患者さんの診療にもあたり24時間対応を行っている。

入院病床を持っていないのが無床診療所だが、そのなかでも小規模診療所、多機能型診療所とい

う呼び方をされることが多くなってきている。精神科診療所の基本単位は小規模診療所であり、全国に多くの診療所が開設されている。日精診の会員の多くも小規模診療所であると思われる。外来診療が中心であり、訪問看護や就労支援は行っていないところが多く、デイケアに関しては診療所ごとに違いはあるが、実施している診療所は少ないと考えられる。

最近は入院患者さんの退院後を支えるため、多機能型診療所が必要であるという話を聞くことが多い。多機能型診療所は外来診療に加え、精神科デイケアや訪問看護、24時間電話対応や就労支援など多くの機能を持っている。この多機能型診療所が地域の精神医療・福祉ネットワークの中核となれば、従来は退院が難しかった患者さんにも対応できて、なかなか進まない患者さんの地域移行の促進につながると期待されている。

本章では小規模診療所について考えてみたい。もちろん、小規模診療所のことだけではなく、精神科診療所全体のこともある程度含んでの話になる。

小規模診療所のメリット（医師側）

精神科医が小規模診療所を開設する場合、最低医師一人からでも可能である。実際には事務員を置いたり、看護師を置いたり、臨床心理士、PSWなどコメディカルを置いたりそれぞれの診療所

で異なるが、極端に言えば机と椅子（最近では電子カルテなど）があれば開設することができ、他科よりも開設が行いやすいと考えられる。町中ではビルの一室を借りて診療所を行っているところが多く、郊外では一軒家であったり、様々な形態が可能である。もちろんスタッフの数は少なくてもよいし、あるいは検査機器などがなくてもよいという点もあり、少ないコストで開業できるため、開業に踏み切りやすいと思える。

開設時から多機能型診療所と考えると、デイケアのためのスペース、多くのスタッフを雇用する費用やそのスペースなど小規模診療所よりは開設のハードルが高いと想像される。

小規模診療所を開設しようとするのはどういう時なのか？ 多くの精神科医は医局制度があったときには大学を卒業して大学の精神科医局で研修を行い、その後関連病院に勤務し、さらに精神科病院で勤務する。現在の臨床研修制度では、2年間の初期研修が終わり、3年日以降に専門を決め精神科に進むことになるが、最終的には精神科病院で勤務することには大きな違いはないと思われる。その間、研究に励み、臨床に携わっていくことになる。そうしている間に自分のやりたい精神科診療が今の場所ではできないから、当直などの時間的な制約が負担だから……様々な想いを持って開業に踏み切ることになる。その際、小規模診療所はそういう想いを実現する場所としてはうってつけであろう。

病院勤務時代と違い夜間の病院からの連絡もなく、休診日を自分の時間として使えることも負担の軽減となる。ただし、最近では24時間対応が必要であるという意見も出てきており、そのことについては後で触れることにする。

診療内容に関しては、各診療所の医師の専門に応じてその専門性が発揮できる。自分の専門を中心とした診療を行うことにより、治療効果も高まるだろう。有識者のインタビューでも専門性を持った診療所の必要性が話されていた。最近では

児童、睡眠、行動療法、精神分析療法など、それぞれの専門性に特化した診療所も多くなってきている。薬物治療にとどまらず、専門的な精神療法を行うことも可能である。そうはいっても、精神科一般というかたちでいろいろな患者さんが受診してくるため、自分の専門を強く打ち出してやっていくのか、精神科一般の診療所というかたちでやっていくのか、自分で選択して決定することができる。

また、小規模診療所は人員が少ないものの、自分がオーナーであることがほとんどであり、自分のやりたいことを迅速に実行できるという柔軟性もある。患者さんのためにと考えることを実行しやすく、組織の小さいことを逆手に取って診療の幅を広げていくことができる。こういった柔軟性も、小規模診療所に限らず診療所のメリットであろう。

小規模診療所のメリット（患者側）

小規模診療所は外来診療が中心である。外来患者さんの受診を待っているという形態だが、町中に多くの精神科診療所ができてきていることもあり、精神科病院に比べると敷居が低くなり受診がしやすくなったという話は以前からよく聞くことである。それは今も変わらず、受診がしやすいというのは良いことだと思われる。

また、いつ受診してもほぼ同じ医師、要するに診療所の院長の診察が受けられることが多いのもメリットであろう。多くの精神科病院では担当医の外来日が決まっており、決まった曜日と時間に受診しないと同一医師の診察を受けることができない。いつ受診しても、いつ行っても同じ顔の医師がいる、いつも同じ精神科の専門家がいるということは、患者さんの安心感につながっていることだろう。

立地に関しては、最近では地下鉄や私鉄沿線各駅に1軒と言ってもおかしくないほど診療所が多くなってきている。この意味するところは、郊

外にあることの多い精神科病院に比べて通院がしやすいということである。家の近くの診療所に通院するのは遠くまで通うよりも当然負担が少なく、患者さんが通院を中断することを防いでいる可能性もあるのではないかと思われる。また、通院しやすい場所に多くの診療所があるということで、患者さんの選択の幅が広がり、自分の気に入ったところに通院できることも良いのではないか。

診療も予約制のところから予約のないところまで様々で、小規模のデイケアを持っていたり、臨床心理士を配置しカウンセリングや心理テストなどを行っているところもある。予約制の診療所では時間をかけてじっくり診察を行うし、予約制ではない診療所ではいつでも通院できるというメリットがある。患者さんが自分は予約制がよいと考える場合は予約制の診療所、自分が受診したい時に通院したい場合は予約がない診療所を選択することができる。くり返しになるが、こういう患者さん側の選択肢を増やしているのも小規模診療所ならではのと思う。

診療所では診療のスタイルも精神科病院とは違う傾向があるように思われる。精神科病院の経営から診療所の経営に変わった先生から伺った話のなかで印象深かったのが、精神科病院時代は、患者さんの調子が悪ければ、比較的早めに入院治療を導入していたそうだが、診療所になってからは、いかにして調子の悪い患者さんを入院させずに外来で治療を継続するかを考えて診療を行うようになったと言われたことである。私の診療も、病棟があるときには比較的入院治療への導入は早かったと思うが、今はできる限り外来でと考えて治療に当たっている（実際に忙しい診療中に診療情報提供書を作成することが困難であるという要因もあるのかもしれない）。

先ほどの先生の話の続きだが、精神科病院から診療所に移ってきた患者さんに何が一番嫌だったのかと尋ねたところ、入院するのが一番嫌と答える患者さんが多かったそうで、自分がいかに安

易に入院治療を行っていたか考えさせられたと話しておられた。外来治療で患者さんを入院させないように支えていくことは、患者さんの大きなメリットであろう。

小規模診療所の課題

小規模診療所の課題として、3つ考えてみる。

1つ目は機動性である。上述したように、小規模診療所は外来診療が中心となる。それゆえに診療所に来ない（来られない）人には対応することができない。例えば病識がない統合失調症の人について家族が相談に来て、連れてきてもらわないと診療することができない。ひきこもりの場合も同じである。家から出られないのでひきこもりなのだが、その対応も診療所に来てくれないとできないのである。

精神科を受診している外来患者数はうつ病を含めて増加しているのは言うまでもない。日々の外来に忙殺されている診療所も多いと想像される。実際に受診できない人にどう対応していくのが、1つ目の課題だと思われる。

2つ目は時間外の対応である。厚生労働省は24時間の対応をすることで医療点数を付加しているが、実際に24時間対応をしている診療所は全科的にも多くないと言われている。小規模診療所も同じ傾向にあると思われる。実際私の周りの小規模診療所の医師に話を聞いてみても、24時間電話対応を行っているのは1診療所のみであった。現実には朝から夕方まで外来診療を行い、調子が悪い患者さんには必要な対応を行っており、24時間対応は必要でないとの意見もある。精神科に限らず24時間対応を行うことでコンビニ受診という言葉もできるなど、善し悪しについての意見は絶えないところだが、自分のクリニックの患者が夜間に精神科病院に入院することは、多くはないが事実である。そういうときには翌朝入院先の病院から診療情報の問い合わせが来る。ソフト救急で受診していることもあるかもしれない。受診を受けてくれた精神科病院も情報がなげ

れば対応に困ることも多いであろう。県によってはこういう問題が起こらないように対処しているところもあるらしい。しかし、全国的には時間外の対応は課題になってくると思われる。

また、自傷行為などで一般救急を受診する患者さんは少なからずいると思われる。救急隊を含めて、精神科の患者さんにはどう対応したらよいかかわからないと言われることも多く、一般救急への対応も同じく課題であろう。

ただ、日々の診療自体が自傷行為や自殺の予防に貢献している面も多いと自負している。外来診療が精神科診療所の基本となっていることは間違いないだろう。

3つ目は診療所の継続性の問題である。小規模診療所では医師が1人でやっていることが多い。すなわち、その医師が病気をする、高齢となる、その他の理由で診療が継続できなくなると、診療所の継続の問題が出てくる。診療所の継承については、別に章を設けてあるのでここでは簡単に述べるが、最近は診療所の閉院も時々見受けられる。その場所に10年あるいはそれ以上あった診療所が急になくなるというのは、患者さんにとって大問題である。これは、小規模診療所に限らず多機能型診療所、有床診療所でも同じことだが、これからは診療所の継続性についても考えていく必要があると思われる。

小規模診療所の今後

小規模診療所の医療経済については、通院在宅精神療法に負うところ大きいのは言うまでもない。平成28年度の診療報酬改定に向けて日精診も通院精神療法を死守する方向で動いているところである（平成28年3月現在、抗精神病薬、抗うつ剤がそれぞれ3割以上併用の場合、条件付きで通院精神療法の減点となった）。今の診療報酬体系であれば、外来中心の小規模診療所は現状で維持することは可能かもしれない。しかし、これまで以上に、精神科病院を退院してきた患者さん

の受け皿になること、24時間の対応をすることへの圧力は強まってくるのではないと思われる。地域包括ケアという話も進んできている。精神医療審査会、措置診察の依頼など精神科医として必要とされる仕事も多くなってきている現状もある。そういういろいろな問題がこれからどのように進んでいくのか、注意深く見守っていかないといけない。多機能型診療所がポイントとなり、網の目のように小規模診療所が全国にあり、精神科の医療を支えていくようなかたちもあるのかもしれない。

小規模診療所の課題の部分でも触れたが、機動性のなさ、時間外の対応、継承の問題、どれもすぐに答えが出るものではない。機動性に関しては、ACTや往診などに対応する診療所もいくつかできている。時間外の対応についても、埼玉県ではソフト救急への対応を診療所協会で行っているし、大阪府でも精神科一次救急の輪番制、ソフト救急を敷いて対応している。ただ、県協会の規模が全国様々で、どの県も埼玉や大阪のような対応をすることは困難である。しかし、何らかの対策を講じていく必要が出てくるのかもしれない。

それに加えて、3分診療で薬の処方だけになっているとの批判もある。日精診としては、診療の質の担保について研修体制などを整備しレベルアップを図っていくことが重要になってくると思われる。

いろいろな課題もあるが、診療所を長く行っていることで、一人の患者さんを長く診ていくことができ、患者さんの成長に付き合い、家族とも付き合いしていくことができる。このまま今まで通り小規模診療所を継続していくこと、それができることが一番だとも思える。

小規模診療所のメリットのところでも触れているが、自分たちの柔軟性を駆使してこれからの状況を乗り切っていければと考えている。

(福岡・心和堂後藤クリニック)

2-4 継承問題について

窪田幸久

Yukihisa Kubota

はじめに

お薬手帳や「写」文字入りの処方箋を握りしめ、朝から見知らぬ患者さん数名が待合室に押し寄せている。なかには涙ぐんでいる女性もいる。これらの患者さんたちが通院していたクリニックに問い合わせても「通話中」でつながらない。しばらくして、「A先生が急死（急病で入院）した」と風の便りを聞くことになる……。そういうわけで、この章ではまず精神科診療所の継承の「是非」から改めて考えてみる。開業して間もない先生方には氣勢を削がれるような内容が並び申し訳ないが、お付き合いいただければ幸甚である。

先生は「一代で閉店した近所の蕎麦屋」を覚えておられるのではないだろうか。そして隣には江戸時代から脈々と親から子へとうけつがれ続いてきた和菓子屋。歴史を紐解けば継承が伝言ゲームなのは自明で、多くの伝統工芸をはじめ260年間続いた徳川幕府でも初代と15代目ではかなり違うし、京都祇園は井上流の「舞」も代々微妙に変化しているという。諸行無常の法則に従えば、永遠に続くモノなどはないわけで、この問題は斜めに見ればエジプトの3つのピラミッドの自己愛すらも見え隠れしてしまう。継承問題は相続やお墓の問題と同じで、誰もができれば避けて通りたい。

私にとっての継承

なんとかの「乱」とか「変」という事件が古

今東西起こっている。まず継承時の混乱について、私の恥を晒すことにする。私は長男で精神科医なのに、自分の不徳から親の築いた精神科病院（数千坪、老健付き）を土壇場で継承できなかった。

創業者の父が脳梗塞で倒れ、医局に土下座状態で頼み込み実家に戻った。もともと父は昭和36年に精神科診療所を開き、数年後に病院を開設した。病院の周囲は牧場と養鶏場だった。折からライシャワー事件が起きた頃で、精神科病院建設バブルとなりそれに乗ってしまったという。ケネディの教書演説やバザーリア運動と「収容から地域」への転換が始まりかけた時期にわが国は逆行した。

私は院長赴任後、老朽化した病院の建替えが急務となった。退院促進で60床削減し3階建てが2階建てになったが、町内会の人に「お父さんの作り上げた立派な病院が息子の代で小さくなった」と揶揄された。デイケアの拡張、精神科救急、訪問看護も開始したが、過去20年間の入退院統計を解析し蒼ざめた。新規入院の激減が確認されたのだ。法人経営は附属の老健施設と療養型病床に頼らざるを得ない現実が浮かび上がった。

国立武蔵療養所の関根真一所長の弟子であった父の持論の「隔離室からの大声が聞こえる病院敷地内の簡素な院長宿舎」を構え、出身大学の医局と交渉し、薬の臨床試験と引き換えに優秀な医局員も派遣された。彼らの仕事のおかげで退院促進はさらに加速、抗精神病薬の多剤大量も概ね解

決し、急性期病棟は騒がしくなったがガラガラになった。「もっと退院できる!」。今の「重度かつ慢性」の言葉も当時のわれわれにすれば空々しく聞こえたことだろう。失脚は足元からだった。「欧米では普通だが極東の国では夢のようなビジョン」は父親の四十九日の夜の理事会で一蹴され、私は理事長選に敗れた。精神科のことを知らない同胞の理事たちは「優良企業です」との公認会計士の言葉を信じ、昔日の栄華が永遠に続くと感じていたのだろう。薄氷を踏むような毎日だった精神科病院長からサテライトでない精神科診療所の町医者になって私は元気を取り戻した。開院後、200人以上の患者さんが隣町の私の15坪の診療所に殺到した。地域に戻った私と彼らと親御さんの言い分がはじめて一致した瞬間だ。「もう絶対に入院させない・したくない」で、今日がある。

前置きが長すぎた。「幸福なハンスのようなお前の話はどうでもいい、うちは病院でもないし、統合失調症も少ない、多機能・大規模診療所でもない、なんとかなる」とつい考えがちな先生のお気持ちも理解できる。が、ジャーナル数年分を斜め読みすればわかることだが、実は「精神科バブルの宴」は終焉に近づきつつある。認知症はおろかうつ病までかかりつけ医が診る時代になってしまふかもしれない。精神科医療自体の専門性が改めて問われている。特に最近開業された若い先生方の将来は「いばらの道」すら予想される。追い打ちをかけるようで恐縮だが、兵精診の故 谷本理事のジャーナル巻頭言を再掲する。多くの会員が自らの立ち位置を確認せざるを得なかった記憶に残る名文である。

巻頭言

精神科診療所の継承について

理事 谷本健士

日精診も組織率向上のために会員数を増やすことが重要であります。日精診の入会者数が

増えているにもかかわらず会員数が伸び悩んでいるのではないかと

この原因のひとつに、退会者が多いことがあると思います。そして、この退会者の理由のなかに“閉院”が目立つようになってきています。診療所が継承された場合は、新しい開設者（管理者）が日精診に入会されていますが、継承のなかった診療所はそのまま“会員の減少”に結びつくことになるのです。

わが国も少子高齢化の時代を迎えて久しく、戦後の団塊世代が一挙に退職（定年や引退など）を迎えるなかで精神科診療所の開設者（管理医師）も同じような状況にあり、診療所の継承問題が現実となってきているのではないのでしょうか。

さらに、精神科診療所には治療が長期に亘る患者さんが多くいて、その情報内容の多さのために簡単にサマリーなどで引き継ぎできない面もあり、継承者が苦勞しています。私のこれまでの経験から、“継承または引退”した診療所のケースを紹介することで、精神科特有の問題も含めて、継承について参考になればと考えました。

①数年前から引退を考えて、患者さんに説明を行いながら詳細な紹介状を作成して転医を円滑に行った。

②突然の逝去により、継承者を探す余裕もなく閉院に至った。全ての患者さんには“処方内容”のメモを渡すことしかできなかった。転医した医療機関でも、情報不足から自立支援医療（精神通院）の手続き、障害年金の診断書、障害福祉サービスの医師意見書など、事務的対応で混乱を生じた。

③引退を想定して他人である継承者を探してきた。数年間は共同経営として、時間をかけて円滑に継承を行った。継承後、診療所名を変更したが、バイト医として診療を続けながら、さらに円滑な継承を持続している。

④多くの患者さんを診療しながら地域医療でも幅広く活動されていたことを理由に、患者さんのことを考えて、閉院を考えず他人の継承者

を確保した。引退時の混乱を最小限にするために、個人開業から法人開業に変更して継承者を理事に迎えて、経営上の事務的継承の問題を相当少なくした。

⑤継承医は親族にいて継承させる時期を考えていたが、急な発病（高齢に伴う）により急遽引退して、継承させることになった。しかし、バイト医としての診療もできず、患者さんへの説明や事務的対応が不十分となり混乱状態が続いた。

日精診会員の診療所は“1人医師開業”が多いと思われます。引退の理由はいろいろありますが、いつか引退の時期は来ます。しかし、早くから引退後の継承を考えていては、前向きな診療も含めた仕事はできないし、開業時にはそれなりの覚悟があったはずでしょう。

高齢に伴う引退時期はある程度予測可能です。多くの患者さんを診療している会員は、特に悩むことにならないか危惧いたします。実は私自身が「診療所の継承と引退」を考えるようになっています。継承医の有無にかかわらず、長く診療してきた患者さんにできるだけ迷惑をかけたくないという思いや、事業としての継承などを考えると、上記のケースを思い出します。高齢化を迎える会員の多くが同じ課題を抱えているのではないのでしょうか？

（日精診ジャーナル 39 巻 6 号 2013 年 11 月より）

谷本先生の巻頭言は日精診に対する崇高とすら言える愛情が伝わってくる内容であった。次に、親子継承のポジティブケースとして九州の後藤理事に執筆いただいたので以下に掲載する。

比較的スムーズな親子継承について

（理事 後藤英一郎）

精神科に限らず、他の診療科も含めた開業医のことを考えても、比較的親子継承が多いことに気が付く。日本では親の仕事が子が継ぐというのが、

精神病院を始め、精神科診療所、他科診療所、さらには他の職種でも未だに多いと思われる。なぜ親子の継承になるのかだが、親の姿を見て子は育つとはよく言ったもので、親と同じ仕事をしようというのはある程度自然のことなのかもしれない。

さて、診療所の開設者（理事長・院長）の子が医者になり、同じ科を選択して研修などを行った後、開設者と一緒にはばらく働き、開設者が徐々に診療時間を減らしていき、継承を行うわけである。

もちろん親子とはいえ、精神科医の個性があるため、ある程度患者さんの動きはあると思われるが、開設者も跡を引き継ぐ子も診療を継続しているため、患者さんの希望に添ったかたちを取ることができる。このやり方であれば、患者さんにも大きな混乱がなく継承ができるだろう。

私の場合、15年ほど前に父親の開設した診療所に副院長として戻り、10年前に診療所を移転した際に、理事長の交代も行い少しずつ継承を進めて行った。その時の父親は65歳と、今の日本ではまだまだ働き盛りだったが元気なうちに引き継ぎをということで、早めの交代となっている。現在父親も診療を継続しているが、父親は診療時間を徐々に減らしてきており、随分継承は進んできていると感じている。

親子だから上手くいくというわけではなく、考え方などの違いもあり、他科の先生方も苦勞をしているという話はよく聞く。親子だからお互いよくわかっている反面、方針などが違ってくるとこじれてしまうこともある。

私のところは小規模診療所で、個人精神療法が主体のため、親子であること以前に医師としての独立性が保たれており、干渉なども少なかったのだろうと今では考えている。

親子継承を含めて、継承にはデリケートな問題が多く含まれているが、たまたま上手く継承が進んでいるケースとして私個人の話を含めて述べてみた。

改めて継承問題を考えてみる

「自分のあとはどうなってもよい」と本当に思っている先生は一人もいない。私は恩師の牛島定信先生から「人生には3回、腹を括る場面がある」とご助言をいただいたことがある。ほとんどの日精診会員の先生方は勤務医時代に思うところがあって診療所の開業を思い立ち、それなりのビジョンがあったはずだ。幸か不幸か（失礼）、先生の診療所は本当に地域で必要とされており、継承問題から逃げられないのではないだろうか。私は総合病院勤務時代、野戦病院のような外科病棟のある主治医から「ネズミをとらないネコ（精神科医）はいらないよね」と聞こえよがしに言われたことがあった。私は「ネズミは可哀想なのでとりませんが、いるだけで癒されるネコもいていいのではないのですか」と切り返した。緊張していたナースステーションは笑いに包まれスティグマとパラノイドポジションを脱した。以来、彼をはじめ全てのスタッフとも信頼関係が深まったのは言うまでもない。彼は転勤後も私にコンサルテーションリエゾンの相談をしてきた。そう言えば、文系学部はいらないと言い放ったどこかの国の高官がいたようだが、オックスブリッジやアイヴィーリーグに入学を許可された世界中の学生の入学前には、聖書からコーラン、ローマ帝国盛衰史、史記までの膨大な古今東西の著作を「まだ読んでない人は読みなさい」と課題が出されるという。リテラシー向上のためにはリベラルアーツが必要であることは自明だ。さらにはポール・ヴァレリーやドストエフスキーから、経験主義を超えた場末の風俗の実態までも知らないようでは、精神科医はできないと先輩の医師に教わった。こんなことを言うと不遜の誹りを免れないだろうが、街角の精神科診療所こそ精神科医のひとつの到達点であり、医学全体のリベラルアーツではないだろうか。この「精神科診療所の志」をなんとか継承するべきだと考える。

おわりに

私は幼少時から精神科病院の敷地内に住み、患者さんたちとよく遊び、昼に借りていたマンガを返しに夕暮れ時の病棟まで会いに行ったことが何度もある。鉄格子越しに「ぼく、医者になったらおじちゃんを早く病院から出してね」の一言が今でも脳裏を離れない。病床削減の頃、療養病床の患者さんの退院に手をつけ始めると、親御さんの多くは「入院時に、院長先生から一生お預かりすると約束された」と抵抗され「嘘つき親子」と罵倒もされた。今は、彼らから「息子（娘）が退院してもう10年も再発していない、年とった自分の介護までできるようになった」とお礼を言われている。敷居の低いクリニックに転じたおかげで彼らの甥や姪のひきこもり相談すら受けるようになり、早期発見、早期治療の困難さとやりがいも感じられるようになった。このようなご経験は地域に根ざしている多くの先生方も同様であろう。

開業時、先生はおそろおそろ誰かに相談したはずだ。経営コンサルタントにまともりつかれ法外な料金をだましとられ、待合室の椅子、間接照明器具、診療机からレセコンシステムまでを言い値で買わされそうになった方もいるだろう。今日も業者たちはネット上で大規模なキャンペーンを展開し「満員御礼」と書かれた継承講演会を日本全国で開催している。その講演会の帰り先生方が道に迷われないように、会員サポートプロジェクト委員会の浅野統括理事にミニコラムをまとめたいただいた。

ここまで語ってきて最後に思うのだが、「一代限りの蕎麦屋」も誰かの記憶の片隅に微かにでも残っているならば、それはそれで「継承された」ことになるのではないだろうか。きっとお客さんは、知らず知らずその記憶に突き動かされて、また近所の新しいお蕎麦屋さんを探すことだろうから。

（静岡・中央公園クリニック）

～ミニコラム～

会員サポートシステムプロジェクト委員会からのお知らせ

統括理事 浅野達藏

会員サポートシステムプロジェクト委員会では平成27年11月1日から下記のような会員サポートサービスを試行しています。期限は一応平成28年3月31日までとし、その成果から今後も継続できる形態を検討していきます。

まず、このサポートは全国の日精診の正会員向けに行います。

相談窓口を浅野の携帯電話番号とさせていただきますが、まずお電話をいただいた方が日精診正会員であるかを確認いたしますので、最初に県名とフルネームをお名のりください。できましたら携帯電話からお電話いただければ、今後の連絡先としてその携帯電話番号を委員会からの直接の連絡先としたいと思えます。

ご相談内容に応じて、担当の可否および担当者を決定いたします。担当者からのコールバックの日程については、緊急性を考慮し、お電話いただいた先生のご都合もおうかがいしながら設定したいと思います。ご相談内容にはプライベートな情報が高度に含まれると思われるため、秘密厳守の扱いとさせていただきます。ただし、担当者の発言の確認と今後の本委員会の対応改善のために、簡単な記録作成を行わせていただきますことをご了承ください。

当面、本委員会で扱う相談領域は次のとおりです。

(1) 保険請求等に関するご相談・・・査定や再審査などについてのご相談、レセコン、電子カルテの導入についてアドバイスします。保険請求と電子カルテ、レセコンに詳しい委員が担当します。

(2) 医療安全対策に関するご相談・・・医療事故手前の対策、トラブルが起こりそうなときの心得などについてアドバイスします。神戸市や兵庫県医師会の医療安全対策委員を長年続けている委員が担当します。

(3) 継承問題に関するご相談・・・兵庫県は約170の精神科診療所があり、世代交代もはじまっているため、継承もしばしば起こっています。この6年間で常に2～3件/年の事例があるため、現在その事例を収集中です。診療所継承の経験者でもある委員が担当しますので、いろいろな事例について、ヒントをお伝えすることができると考えています。

以 上

2-5 精神科救急について

上ノ山一寛

Kazuhiro Uenoyama

はじめに

わが国の精神科医療は、戦後復興に伴って、精神科病院への入院を中心に組み立てられてきた。しかし1970年代以降、精神科病院医療に飽きたらなかつた多くの精神科医が街に出た。今日多くの人々が、様々な精神的危機を抱えて、精神科診療所を受診している。統合失調症だけでなく、躁うつ病、うつ病、アルコールをはじめとした薬物依存、PTSDをはじめとした不安障害、人格障害、発達障害、認知症など多様な精神疾患がある。それ以外にもいじめ、ひきこもり、不登校、虐待などに関わる精神的危機もある。

厚労省統計によれば、精神疾患の患者数は300万人を超えていると言われている。入院患者数は30万人弱なので、精神疾患を有する患者の9割は外来患者となっている。平成24年度の630調査によれば、外来患者の半数以上を精神科診療所がカバーしている。このようなかたちで、地域に暮らす人々の身近にあって、様々な精神的危機に対応することによって、精神科受診の敷居を低くしてきた。そのこと自体が、精神科診療所の救急への貢献と考えている。しかし、ここでもう一步踏み込んで、精神科診療所の救急における役割について考えてみたい。

精神科救急医療システムの整備

入院中心主義への反省をふまえ、地域生活を

支える精神科医療の必要性が強調されてくるなかで、1995年になってようやく精神科救急医療システム整備事業が立ちあがっている。行政圏域を複数の精神科救急ブロックに分け、各ブロックに精神科救急医療施設を整備することとした。その後、精神科救急情報センターや精神科救急医療センター等が事業化され、2010年精神保健福祉法の一部改正では、精神科救急医療体制の整備が都道府県の義務とされた。このように精神科救急医療システムの整備は徐々に進められているが、未だ発展途上であり、地域差も大きい。

2011年には精神科救急医療体制に関する検討会報告書が作成され(図1)、都道府県が確保すべき精神科救急医療体制、身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れ体制、評価指標の導入などについてまとめられている。そのなかで、都道府県が確保すべき精神科救急医療体制としては、いわゆるマクロ救急として、24時間365日、搬送や入院が可能な体制の確保や、24時間365日(夜間・休日)に対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置することが求められている。また、医療機関の役割としては、ミクロ救急体制の確保が必要とされている。ミクロ救急とは、精神科病院では、継続して診療している自院の患者やその関係者等からの相談について、夜間休日においても対応できる体制を確保することであり、精神科診療所では、継続して診療している自院の患者に関する情報センター等からの問い合わせについては、夜間・休日においても対応で

精神科救急医療体制に関する検討会 報告書 概要

平成23年9月30日

【現状と課題】

- ① 精神疾患患者数は、患者調査によると平成11年の約204万人から平成20年には約323万人に増加。
- ② 精神科救急情報センターへの電話相談件数や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図1、2)は増加し、地域差が大きい。
- ③ 平成22年度、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069カ所。精神保健指定医は、13,374名おり、病院の常勤医は約6300名となっている。
- ④ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ⑤ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。

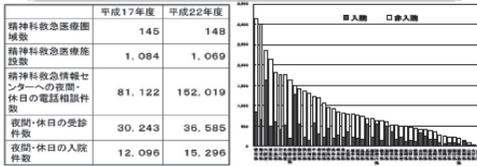


図1 精神科救急医療施設の利用状況(平成22年度は暫定値)

図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

【3】 評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的に集計を行い公表
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発

【今後の対策】

【1】 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- 都道府県は、24時間365日対応できる精神科相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日にも対応できる体制を確保(マイクロ救急体制の確保)
- 各精神科診療所は、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携し、自院の患者に関する情報センター等からの問合せに、夜間・休日にも対応できる体制を確保
- 精神保健指定医である診療所の医師は、都道府県等の要請に応じて、当直体制、相談窓口、夜間・休日の外来への協力等で精神科救急医療体制の確保に協力

【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル:精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
 - ・精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
 - ・また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
- 並列モデル:精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化
 - ・精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、地域性を勘案しながら、両者の併存も選択しうることに留意しつつ、全医療圏で身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保する
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

図1

きる体制を確保することである。

まず入院治療体制の整備から

精神科救急医療体制の整備は、まず入院治療体制の整備から進められてきた。千葉県精神科救急医療センターが精神科救急を専門にした公的医療機関として1985年に全国に先駆けて設立された。それをモデルに診療報酬として1996年に急性期治療病棟、さらに2002年に精神科救急入院料(スーパー救急)が設定されている。それに関連して1999年精神保健福祉法の一部改正で医療保護入院の移送制度が定められている。また、身体合併症への対応体制がつけられるとともに、メディカルコントロール協議会を立ち上げ、精神疾患患者の搬送基準が整えられつつある。このようななかで、精神科診療所を初期救急の一部に組み込んだ体制も、全国的に徐々に整えられつつある

が、あくまでも、入院治療体制の付録のような位置づけであり、必ずしも精神科診療所の機能を十分に生かし切れているとは言えない。

精神科救急医療体制における精神保健指定医の要件

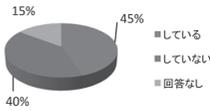
検討会報告書を受けて、平成24年度診療報酬改定で、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の要件が定められた。

(1) 精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)を年1回以上行うこと、(2) 地域の精神科救急医療体制の確保への協力等を年6回以上行うこと、(3) 救急情報センター等に連絡先を登録し、標榜時間外の問い合わせに応じること、という3要件となっている。これらの要件のうち、2つをクリアする必要がある。しかし、地域によって精神科救急医療体制は大きく異なっており、

地区会長への救急への参加アンケート

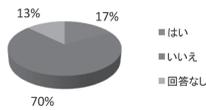
2014.10.19

A-1 指定医の公務員業務の推奨



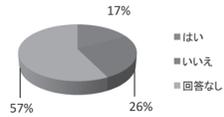
A-1 指定医業務の推奨	
している	21
していない	19
回答なし	7
	47

A-2 輪番体制協力取り組み



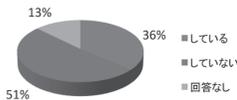
A-2 輪番体制協力取り組み	
はい	8
いいえ	33
回答なし	6
	47

A-2 6回輪番体制くめているか

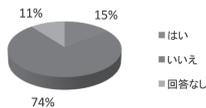


A-2 6回輪番体制	
はい	8
いいえ	12
回答なし	27
	47

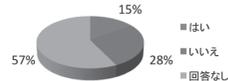
2015.10.25



している	17
していない	24
回答なし	6



はい	7
いいえ	35
回答なし	5



はい	7
いいえ	13
回答なし	27

図 2-1

不公平を前提とした診療報酬となっている。そもそも診療報酬で指定医の働きを誘導しようとするのは無理がある。指定医のもつ強制性に与することを良しとせず、あえて指定医を取得せず、あるいは返上して開業した精神科医たちもいる。指定医であろうとなかろうと、臨床医であれば、救急に対応していく志は十分に持っているはずである。その志に訴えかけ、臨床医としての誇りを満たす要件ではない。

マイクロ救急とは

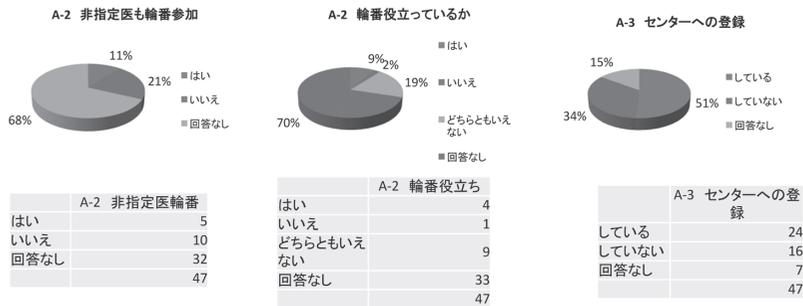
精神科救急医療体制の確保に協力するとして定められた、指定医に求められる3要件は現状を反映したものとなっていない。(1)の措置診察等実績主義なので、それに手を挙げた医師が全てこの要件を満たすことはありえない。(2)については、救急システムのあり方が都道府県によって大きく異なっており、全国一律に定義できない。このような状況で、精神科救急に協力する意思を持っていても(1)(2)のいずれかあるいは両方を満たすことは困難である。

3要件のうち、(3)はマイクロ救急にあたる。マイクロ救急とは、すでに述べたように、各医療機関が受け持ち患者に対して、主治医としての責任を果たすように努めることである。各診療所の受け入れ態勢の違いによって、対応に差が出てくるのはやむを得ないが、自院の患者に関する精神科救急情報センターからの問い合わせには、できるだけ応じるようにしたい。個々の診療所のできることに限界があるが、救急情報センターとの連携のなかで、その救急対応能力の強化を計りたい。精神科救急情報センターのトリアージ機能の精度が高まれば、(3)については限りなく100%をめざすことは可能ではないかと思われる。

日精診地区会長アンケート

2014年10月に地区会長あてに、各地区での精神科救急への参加についてアンケート調査を行った(図2-1、2-2)。指定医に求められる3要件のうち、(1)の指定医の公務員としての業務(措置診察等)を年1回以上行うことを地区として推奨しているかどうかを尋ねたところ、してい

2014.10.19



2015.10.25

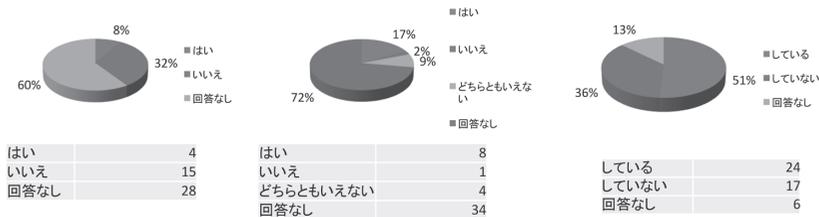


図 2-2

る 45%、していない 40%、回答なし 15%であった。

(2) の地域の精神科救急医療体制の確保への協力として輪番診療所体制を組んでいるかどうかを尋ねたところ、はい 17%、いいえ 70%、回答なし 13%であった。17%の地区では輪番診療所体制を年 6 回以上組んでいたし、非指定医も 11%の地区で輪番に参加していた。このようななかで輪番診療所体制は初期救急に役立っているかを尋ねたところ、9%が役に立っていると答えただけであった。具体的には埼玉、千葉、東京、大阪の 4 地区であり、いずれも多くを会員を抱える大都市圏であった。その他の地区では輪番体制を組むことはかなり難しいことを示している。

一方、(3) の救急情報センター等に連絡先を登録することについて、地区として推奨しているかどうかを尋ねたところ、している 51%、していない 34%、回答なし 15%であった。過半数の地区が、ミクロ救急に関しては前向きに取り組んでいることを示している。

輪番診療所体制について

大都市圏以外は診療所数は多くなく、17%の地区で輪番体制を組んではいるものの、全国的には輪番診療所体制を組むのに苦勞をしているのが現状である。

しかも、初期救急の利用者は限られており、輪番診療所体制だけでは、精神科診療所の役割としては物足りない。埼玉県精神科救急電話業務統計（平成 26 年 4 月～平成 27 年 3 月）によれば、全相談件数 8,537 件のうち、輪番診療所を紹介したのは 15 件であり、全体の 0.2%に過ぎない（図 3-1、3-2）。電話相談のみが 7,503 件で、全体の 87.9%を占めている。輪番病院への紹介は、176 件（全体の 2.0%）で、そのうち外来は 35 件、入院は 123 件であった。つまり初期救急の対象者は、病院と診療所を合わせて 47 件（0.6%）で、極めて少ない。

滋賀県では、地区協会参加 22 診療所のうち、21 診療所が輪番診療所体制に参加している。県下を 3 精神科救急ブロックに分け、非指定医も含めて年間 112 回の輪番を組んだが、平成 25 年度

埼玉県精神科救急電話業務統計(H26年4月～H27年3月)

(6) 精神科治療歴の有無 (単位: 件)

治療歴あり	治療歴なし	未確認・不明	計
7110 (83.3%)	970 (11.4%)	455 (5.4%)	8537
通院治療中 (再掲)	医療中断 (再掲)		
5629 (79.1%)	1481 (20.9%)		

(7) 相談内容 (単位: 件)

受診・入院希望	医療機関を紹介してほしい	症状や薬について教えてほしい	対応方法を教えてほしい	話を聞いてほしい
2044 (23.9%)	336 (3.9%)	259 (3.0%)	1594 (18.7%)	4229 (49.5%)
その他	計			
75 (0.9%)	8537			

図3-1

埼玉県精神科救急電話業務統計(H26年4月～H27年3月)

(8) 対応結果 (単位: 件)

電話相談のみ	通院先医療機関紹介	輪番病院紹介	輪番診療所紹介	輪番以外の医療機関紹介	医療機関紹介できず
7503 (87.9%)	14 (0.2%)	176 (2.0%)	15 (0.2%)	83 (1.0%)	19 (0.2%)
警察をアナウンス	消防をアナウンス	その他の機関をアナウンス	その他の機関を紹介	自殺切迫(警察・救急家族へ通報)	計
79 (0.9%)	27 (0.3%)	582 (6.8%)	12 (0.1%)	27 (0.3%)	8537

(9) 医療機関紹介結果 (単位: 件)

紹介先	結果							計
	外来のみ	応急入院	医療保護入院	任意入院	受診せず	電話対応のみ	その他	
通院先医療機関	5	0	7	1	1	0	0	14
輪番病院	35	0	123	9	7	0	2	176
輪番診療所	10	—	—	—	5	0	0	15
輪番以外の医療機関	22	1	49	6	5	0	0	83
計	72	1	179	16	18	0	2	288

図3-2

の診察依頼数は1件であった。上記のアンケートでは、初期救急に役立っているかどうかの問いに、どちらともいえないと答えている。

かろうじて輪番体制を組み、初期救急の一部を担っている苦勞に比して効果は限られており、精神科診療所の精神科救急への活用についてはもうひと工夫が必要ではないか。

医療計画について

精神科においても、身体科救急の類比で一次から三次救急に便宜的に分けている。各都道府県の医療計画もその分類をもとに立てられていることが多い。一次救急は診療所を含めた外来での対応ですむ場合、二次救急は任意入院や医療保護入院

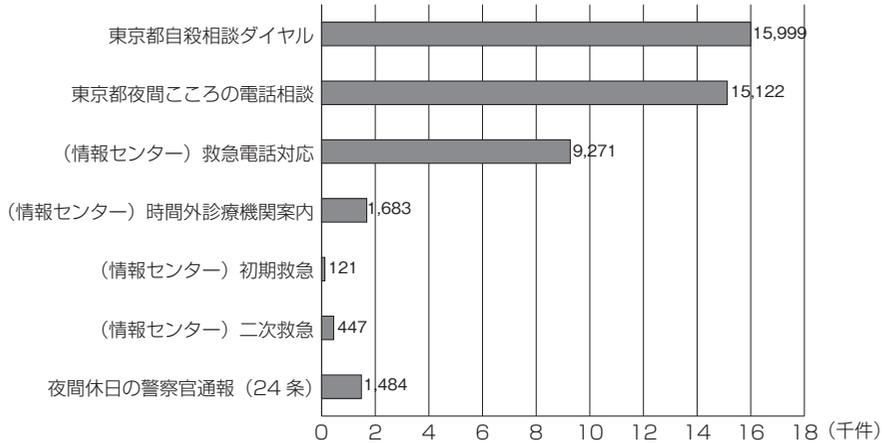


図5 東京都の夜間休日精神科救急の全体像 (平成 24 年度)
(出典 羽藤、2014 一部改変)

精神科救急相談窓口は一般からの相談を受け付け、必要な情報提供や、医療機関の調整などを行う。いずれも、24 時間 365 日 (夜間・休日) に対応できる体制が原則であるが、実態は様々である。両者の区別が明確でない場合も多い。平成 25 年 10 月現在 31 都道府県で相談窓口、41 都道府県で情報センターが設置され、両方未設置は 5 県となっている。

東京都は精神科病院 2 カ所と精神科診療所 1 カ所で初期救急を受けているが、やはり初期救急の利用者数は少なく、平成 24 年度は 121 ケースであった (図 5)。それに比して、電話相談の数は非常に多い。東京都は「東京都夜間こころの電話相談」、「東京都自殺相談ダイヤル」を NPO 法人に委託しており、これに情報センターの電話相談を加えて、電話による相談体制を充実させている。

埼玉県の精神科救急電話業務統計 (図 3-1、3-2) でも、電話相談の数が圧倒的に多い。しかも電話相談利用者のうち、治療歴があるのは 83.3% (現在通院中は 79.1%) であり、多くはかかりつけ医を持っている。つまり電話相談が、外来医療の機能を補完している。夜間休日の精神的危機の多くは、電話対応による傾聴や適切な指示で乗り越えることができることを示している。これは、精神科救急の特徴と言えるだろう。輪番体

制と同時に、電話相談体制の充実が求められる。

身体科救急医療との連携

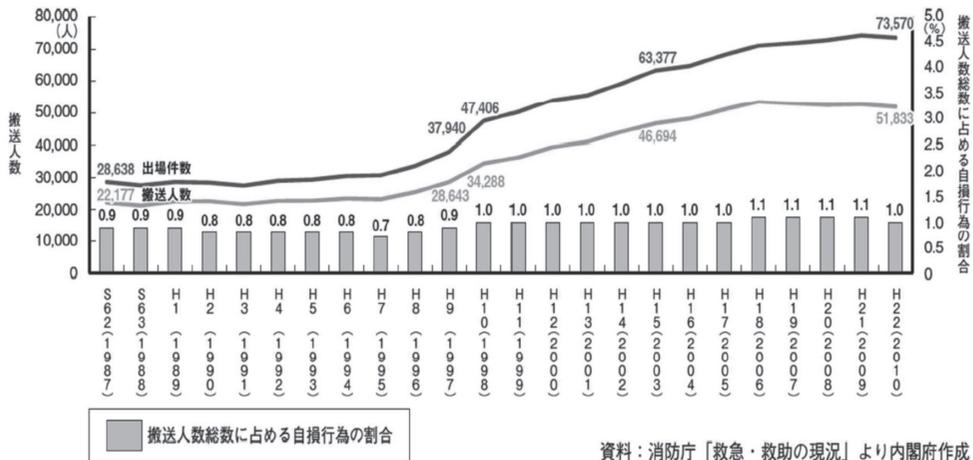
精神科診療所の増加が、過量服薬などの自殺企図者を増やし、救急救命の現場を混乱に陥れているという都市伝説がある。しかし、消防庁「救急・救助の現況」より内閣府が作成した資料によれば、自殺企図者を含む自損行為により救急搬送される者の数は増加傾向にあるものの、搬送人数総数に占める自損行為の割合は、1%前後で推移している (図 6)。

救急医療機関において、精神疾患を有する救急患者の受け入れが困難な場合が多いと言われていたが、受け入れを断る理由として最も多いのが、専門外で対応が難しいため、ということである。救急患者の中に精神疾患を持つ患者が一定程度含まれるのは当然であるが、精神科受診歴があるだけで受け入れを断られることがある。

精神科救急医療体制に関する検討会報告書では、身体疾患を合併する精神疾患患者への対応としては、精神科と身体科の両方を有する医療機関による対応 (並列モデル) と、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関による対応 (縦列モデル) が考えられている。しかし並列モデルを担う

自殺者企図者の推移

○自殺企図者を含む自損行為により救急搬送される者の数は増加傾向にある。



資料：消防庁「救急・救助の現況」より内閣府作成

図 6

存在として期待されている総合病院精神科はどんどん縮小されていく傾向にある。

自殺企図で入院中の患者に対して、一定の研修を経た看護師等の専門職が複合的ケース・マネジメントを行った研究 (ACTION-J) によれば、ケースマネジメントを受けた自殺企図後の患者は、対照群と比較して、6 カ月後の自殺企図再発率が約 50% 少なかった (図 7)。自殺企図の背景には、精神疾患だけでなく様々な生活上の困難がある。救急医療機関では、自殺企図者の個々の事情をアセスメントし、再企図を防ぐために必要な社会資源につないでいくケースマネジメント機能が求められる。

自殺未遂者対策

精神科救急体制づくりと、自殺未遂者対策は本来一体になって進められるべきと考えられるが、必ずしもそうっていない。

多くの市町村・保健所では、自殺未遂者やひきこもり事例、さらに地域で事例化した未受診者な

どを抱えてその対応に苦慮している。一方、多くの精神科診療所は予約制になっており、当日の救急に対応しにくい現状にある。そこで、日中あるいは診療所の受け付け可能時間内に、市町村・保健所受診枠を設けて、事例化発生の当日でなくても、後日に医療につなげたい場合の受け入れ枠を確保することも、診療所が行う初期救急の一つのあり方であろう。輪番診療所体制を、夜間休日の対応のみに限局するのではなく、このような新しいかたちで、精神科診療所の救急への貢献を引き出す必要がある。

ACTION-J では救急告示病院にケースマネジメント機能を求めたが、地域にもケースマネジメント機能が求められる。自殺未遂者が救急告示病院に搬送された場合、本人 (家族) の同意を得て、行政 (居住市町村) に相談票を送り、必要に応じて医療機関につなぐことができるネットワークの形成が重要である。そのようなネットワークのなかで、当該地域の精神科診療所 (場合によっては初期救急に対応する病院も含む) は輪番で、自殺未遂者受診予約枠を確保して、事例発生の当日で

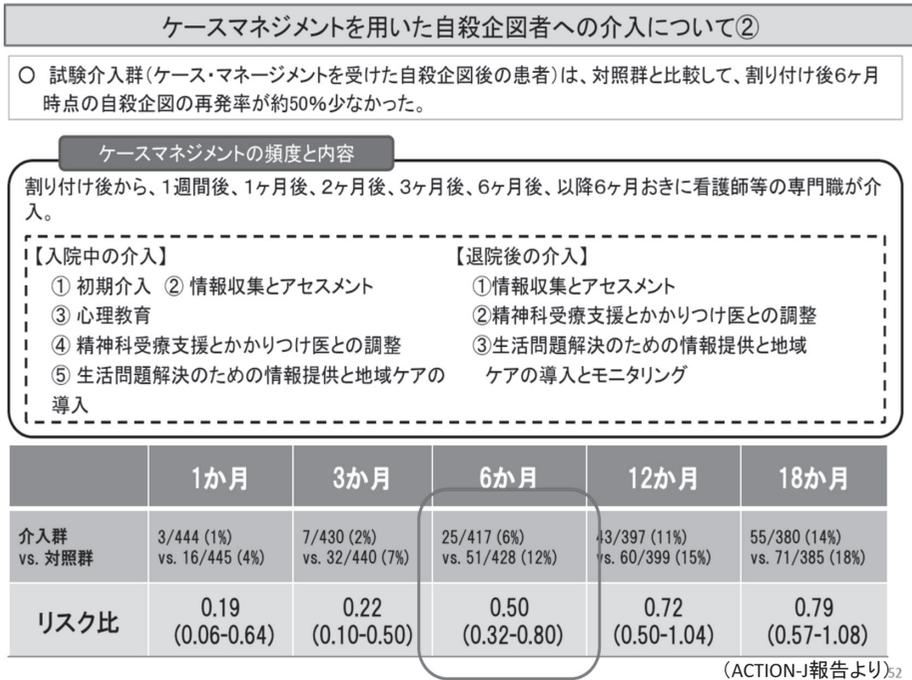


図7

なくても早急に受け入れる体制をつくっていくことが考えられる。精神科診療所の初期救急への参加をこのような枠組みの中に位置づけることも可能ではないかと考える。

在宅医療

ミクロ救急では、夜間休日でも自院の患者の危機に対応する体制を求められている。主治医機能という言葉でも語られる。精神科医療でも在宅医療が求められることが多いが、精神科診療所での在宅医療というと、在宅支援診療所という枠組みが活用できそうであるが、これは高齢者に対する「みとりの医療」をモデルに組み立てられており、「回復」「自立と社会参加」を目指した在宅医療とは目指すところが違っている。

超高齢社会に向かう今日の政策課題として、地域包括ケアシステムの確立が求められているが、そこへの精神科医療の関わりは未だ不明確である。今後、精神科診療所における在宅医療のオリ

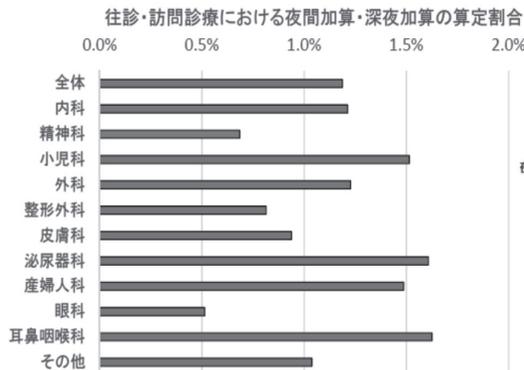
ジナルな定義の成熟が必要である。精神障害は他の障害と異なり、障害が固定しているわけではなく、症状には波があり、ときには急変することもある。それでも日中にしっかりと関わって支援することによって、夜間に緊急に対応すべき事態は大幅に回避できると考えられている。

平成23年度からの精神障害者アウトリーチ推進事業を経て、平成26年度に診療報酬化された精神障害者重症早期集中支援管理料においては、24時間、連絡を受けたり往診や訪問看護を行うことができる体制を確保することとされている。しかし、夜間・深夜に、精神科の患者に対し往診や訪問看護が提供されることは少ない。精神障害者アウトリーチ推進事業報告書によれば、往診、精神科訪問看護等のうち、夜間に行われたものは全体の1%未満(準深夜帯0.7%、深夜帯0.1%)だった(図8)。

今日、高齢者・認知症を中心に地域包括ケアシステムが組み立てられてきており、そこでの在宅医療はみとりの医療が中心となっているが、障害

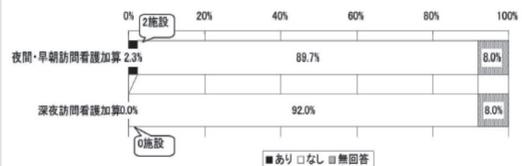
精神科における夜間往診等の頻度

- 現行の精神科重症患者早期集中支援管理料においては、24時間、連絡を受けたり往診や訪問看護等を行うことができる体制を確保することとされている。
- 一方、夜間・深夜に、精神科の患者に対し往診や訪問看護が提供されることは少ない。



出典：平成26年度社会医療診療行為別調査

図表 243 夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算 算定の有無
【精神科訪問看護（病院）】 n=87



出典：平成24年度検証調査

- 精神障害者アウトリーチ推進事業において、往診、精神科訪問看護等のうち、夜間に行われたものは全体の1%未満（準夜帯0.7%、深夜帯0.1%）だった。

出典：平成23～25年度 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）アウトリーチ（訪問支援）に関する研究（研究代表者：萱間真実）

図8

者も含んだ地域包括ケアシステムでは、自立と社会参加に向けての支援が重要となる。

危機介入・早期支援

精神科診療所は地域に出て、患者家族の身近で診療を続けることによって、比較的早い段階で精神的危機に出会うことが多い。精神科受診の敷居が低いことから、精神病未治療期間（Duration of Untreated Psychosis：DUP）を短縮する能力を有している。

しかし、待っているだけではうまく出会いをセットできない事例は多い。また、不登校やひきこもりなど初期の非特異的な状態の段階で出会いながら、10数年の空白を経て、やがて重症の精神疾患患者として、治療の場に登場することも稀ではない。通常の外来診療以外に、最初の出会いをうまくセットする体制、あるいはせつかく出

会っていてもそれをつなぎとめることのできる体制、そして関係が途切れても空白の時間を埋めることのできる体制が必要である。

平成26年度から、診療報酬化されたものとは別に、精神障害者アウトリーチ推進事業が地域生活支援事業の一環として制度化されている（図9）。保健所において、ひきこもり等の精神障害者を医療へつなげるための支援および関係機関との調整を行うなど、アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）を円滑に実施するための支援体制を確保するとされている。その際、地域の関係者、当事者、家族、行政職員等から構成する評価検討委員会を設置し、アウトリーチチームの事業に係る評価検討を定期的に行うなど、アウトリーチを円滑に実施するための体制を確保するとされている。この制度は、危機介入や早期支援に活用することが可能ではないか。

認知症に対しては、国家プロジェクトが進め

精神障害者アウトリーチ推進事業
(平成26年度より地域生活支援事業に一括計上)
精神障害者の地域移行・地域生活支援の一環として、保健所等において、ひきこもり等の精神障害者を医療へつなげるための支援及び関係機関との調整を行うなど、アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を円滑に実施するための支援体制を確保する。

【実施主体】都道府県 【補助率】1/2
※医療にかかるアウトリーチについては、一部診療報酬化

◎精神障害者地域生活支援広域調整等事業

- ◆アウトリーチの実施及び広域連携調整
保健所等において、ひきこもり等の精神障害者を医療へつなげるため、アウトリーチによる支援を行うとともに、アウトリーチ活動に関して関係機関との広域的な調整等を行う。
- ◆アウトリーチチーム体制の確保等
地域の関係者、当事者、家族、行政職員等から構成する評価検討委員会を設置し、アウトリーチチームの事業に係る評価検討を定期的に行うなど、アウトリーチを円滑に実施するための体制を確保する。

◎精神障害関係従事者養成研修事業

- ◆アウトリーチ関係者研修
アウトリーチについて、関係者の理解を深めるとともに、支援に従事する者の人材養成を図る。

図9

られており、そのなかで認知症初期集中支援チームが、2018年4月までに全市町村に設置されることになっている(図10)。これまでは危機が発生してから的事後的な対応が中心だったのに対し、今後は早期支援と危機回避を基本とした支援を、市町村単位で推し進めようとしている。複数の専門職が、認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて観察・評価を行う。そして本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活をサポートしている。

このような体制が認知症を精神疾患に置き換えて、精神疾患初期集中支援チームとして実現することを期待したいが、簡単には進みそうにない。

地域でこころのケアチームを

早期支援や危機介入は、精神科診療所の果たす精神科救急の大きな領域である。日々の臨床がそのような営みであるが、単に一つの診療所の活動を越えて、市町村や二次医療圏(必ずしも精神科救急医療圏とは一致しない)への広がりを持つべ

きと考える。

地域の関係機関が集い、それぞれの信頼関係を深めつつ、協力・連携を推し進め、その地域の特徴を生かした地域連携モデルを進化発展させていくことが重要である。このようなかたちの活動のなかで、「自分たちの地域のことは自分たちで」という「地域責任制」の考え方が生まれてくるだろう。それが将来的には地域こころのケアチームなどとして組織され、レスパイト的な病床確保も含めて、圏域内の精神的危機を圏域内で対応する体制がつくられていくことが望ましい。

このようにしてつくられた地域こころのケアチームが、「医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」として描かれた地域包括ケアシステムの形成に貢献するものと考ええる。このようなかたちで地域を耕していく活動も、精神科診療所における救急への参加のあり方の一つと考える。

振り返ってみれば、わが国の精神科救急医療体制は民間の精神科病院を中心とした輪番体制に大きく依存して維持されてきた。認知症初期集中支援チームのようなものが公的な支援のもとでつく

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備
 ○**認知症初期集中支援チーム** 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
 ○**認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。
 (専任の連携支援・相談等)

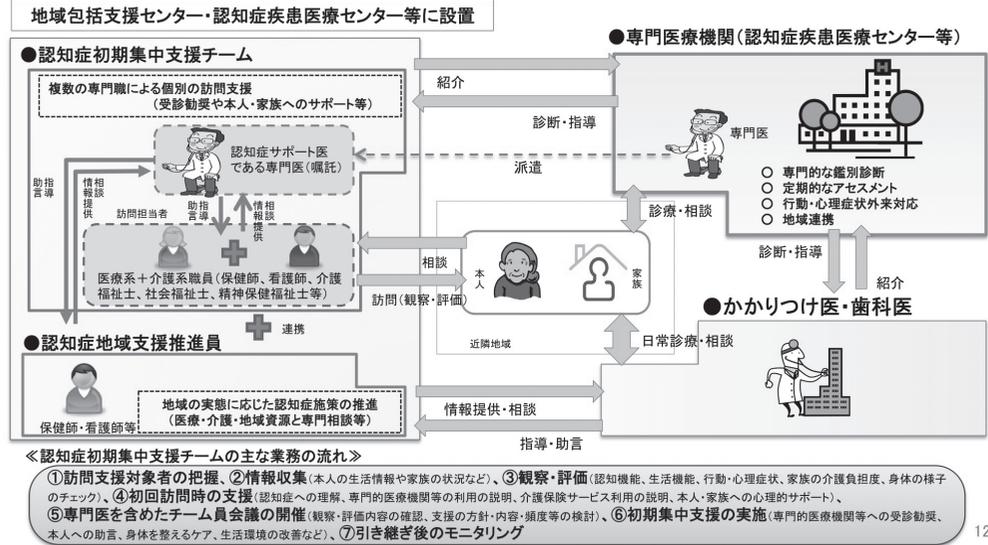


図 10

られることが望ましいが、現在の財政状況では必ずしも容易ではない。それならば当面は、民間の活力や創意工夫を生かしながら、効果的な支援体制を粘り強く構築していければと考える。それが先導するかたちで、将来的な制度化につながっていくことを期待したい。

おわりに

精神科診療所で行う精神科救急について、主治医機能の強化、輪番診療所体制の推進、電話相談のバックアップ、初期救急の再定義、危機介入・早期支援体制の構築、将来的な心のケアチームの立ち上げなどについて考察を行った。

主治医機能の強化とは自院の患者への責任体制のことであるが、精神科救急情報センターとの協力連携体制の下で行われることが望ましい。

輪番診療所体制については、行える範囲で組んでいくべきだろう。現状では全国的に均一な体制は望めないし、利用者の数も限られているが、参

加している診療所の志を大切にしたい。

電話相談は、現状では精神科初期救急の大変重要な部分を構成している。夜間休日の体制に不安を抱えている精神科診療所の臨床を支えているものともいえる。精神科診療所として、何らかのバックアップを考えていくべきである。

初期救急の再定義はぜひ行うべきである。精神科医療へのアクセスに困難を感じている人への支援、サービスにつなげていく支援は、夜間休日に限らず行われるべきである。

危機介入・早期支援体制の構築は、通常臨床のなかでも強化されるべきだが、地域行政との連携のもと、精神科診療所の可能性を拡げるものとして取り組んでいく必要がある。

心のケアチームの立ち上げは、一つの診療所を超えて、地域の関係機関と連携をとりながら、地域に責任を持つ体制をつくっていくために、その必要性は強調されるべきである。

(滋賀・南彦根クリニック)

2-6 精神科病院のこれから

田川精二

Seiji Tagawa

はじめに

精神科病院は今、大きな転換期にある。このことが、精神科医療を地域で展開する精神科診療所にも大きな影響を与えることは言うまでもない。今後、精神科診療所がどのような状況に置かれるのかを考える意味で、精神科病院を中心に今後の精神科医療情勢を考えてみたい。

精神科病院の成立

明治以前、私宅監置がもっぱらであったわが国の精神科医療に、精神科病院が登場したのは1875年の京都府癲狂院が最初であると言われている。しかし、財政的に民間の篤志に頼っていたこともあり、わずか8年間で閉鎖されてしまう。1879年、東京癲狂院（後の都立松沢病院）が開設、後に移転され東京府巢鴨病院となるが、この巢鴨病院を舞台に、奥州相馬藩のお家騒動が絡むいわゆる「相馬事件」が1887年に起こった。これを契機に1900年「精神病患者監護法」が制定される。精神病患者監護法は、親族に精神病患者の監護義務があるとし、監護する者は行政庁の許可を受ける必要があると定めた。当初より、わが国の精神障害者施策は民間まかせの色合いが強かった。その後、東京大学精神病学教授であった呉秀三などにより精神衛生運動が展開されるなか、1919年「精神病院法」が制定される。精神病院法は、

各府県に精神科病院の設置（公私の代用精神病院も）を命じるが、予算措置も貧弱であり精神科病院はなかなか増えず、また精神病患者監護法も廃止されず併存していた。

1954年、精神衛生法が成立、ようやく私宅監置が禁止され都道府県に精神科病院が設置されることになる。また、通報や措置入院、同意入院、保護義務者制度などが定められ、精神病院建設に補助金が出された。1960年には医療金融公庫法も成立、医療金融公庫からの借り入れを原資に精神科病床数は飛躍的に増加する。1961年の精神衛生法一部改正により措置入院の国庫負担率が5/10から8/10に増額、措置入院が激増した。1963年に行われた精神衛生実態調査では、35万床の精神科入院病床が必要と結論づけられ、1964年ライシャワー米大使が精神障害者に刺された事件もあって、精神障害者の隔離収容をさらに押し進める施策が展開されていった。

1954年精神衛生法制定時には約3.8万床であった精神科病床数は、1964年には約15.4万床と10年間でおよそ4倍に増加する。1968年にWHOのクラーク勧告があったが、諸外国が入院から地域処遇に精神障害者対策をシフトさせているにもかかわらず、その後も精神科病床数は増加、1980年には30万床を超えた。1984年に宇都宮病院事件がWHOでとりあげられ、日本の入院中心の精神障害者施策が国際的な批判を浴びたものの、その後も精神科病床数は漸増する。ようやく1993

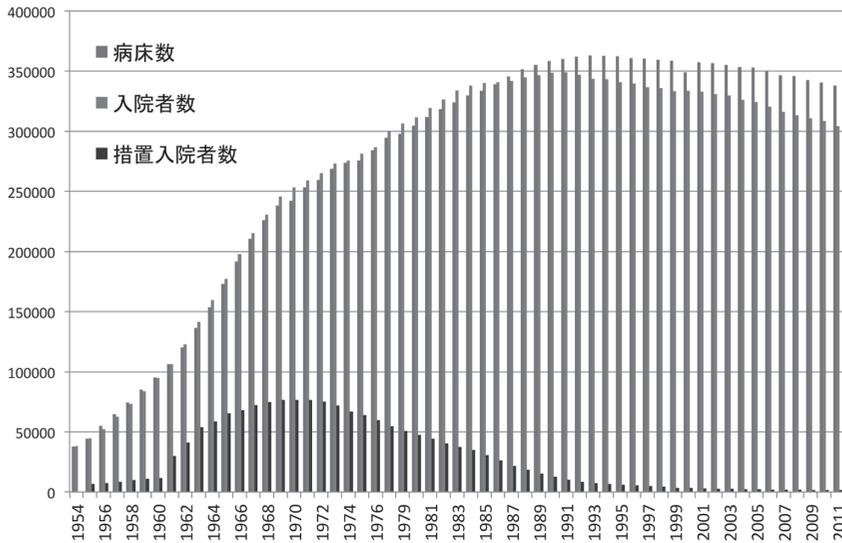


図1 精神科病床数の推移
(精神保健福祉資料、病院報告、衛生行政業務報告など)

年に精神科病床数は36万3千床とピークをむかえ、その後、少しずつではあるが減少傾向を見せるようになる。

1987年、精神衛生法は「精神保健法」と名前を変え、精神障害者本人が入院に同意するかたちでの入院の仕組み(任意入院)がつけられ、強制入院判断の厳密化(精神保健指定医等)も図られた。1993年の障害者基本法では、精神障害も身体的に加わり三障害と位置づけられ、1994年の地域保健法では、障害者も含めた保健福祉業務をより身近な市町村が担うことが決められた。「精神保健法」は1995年に「精神保健福祉法」と名称が変わり「自立と社会参加」が強調され、1999年の同法一部改定では地域生活支援センターの設置やヘルパー制度の導入も決定される。こうした地域での受け皿整備が行われる一方、2003年には医療観察法が制定される。

国全体を見ると、1995年の金融機関の倒産、1996年の「金融ビッグバン」などからそれまでの「護送船団方式」が放棄され、国の重要な機能にも自由競争と自己責任のスタンスが取り入れられる。

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」以降

2004年、国は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を示し、病院から地域へという方向性を明確にした。そのなかでは、10年間に社会的入院7万人の地域移行が唱えられ、それに伴う病床の減少がうたわれた。翌2005年、「障害者自立支援法」が成立、精神障害者も身体、知的障害と同じサービス体系に含まれることになる。それまで裁量的経費であった精神障害者福祉サービス費も義務的経費となり、精神障害者もようやく「障害者」の範疇に入るようになった。その2年後の2007年に、日本は国連・障害者の権利条約に署名する。

2009年に民主党政権が誕生、障害者制度改革推進本部が設置され、新たな障害者施策が検討される。そして、2010年の閣議決定に基づき、新たな障害者施策と障害者権利条約との整合性を図るべく法改正が始まる。しかしながら、それらの構想が実体化する前に民主党政権が崩壊することになる。この時期も精神科病床数はわずかずつであるが減少、病床充足率も約90%まで落ち込むようになってくる。

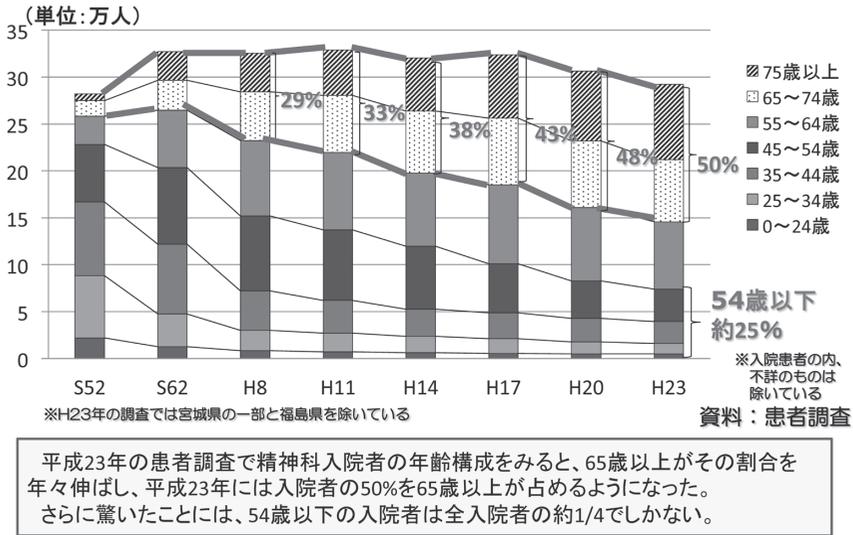


図2 精神科病床在院患者の年齢分布

民主党政権は崩壊するが、2010年の閣議決定に基づき、2013年諸法の改正が行われた。一方、財政的な締めつけと医療全般の再編が行われるなか、精神科領域でもその再編が緊急のものとなってくる。2013年の精神保健福祉法の改正のなかで、大臣指針の作成、保護義務者の廃止、医療保護入院は1年以内等の諸原則が明示された。しかし振り返ってみると、2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で示された10年間に社会的入院7万人の退院と精神科病床の大幅な削減は、全くと言ってよいほど実現されていないのである。

精神科病院の現在

図1にもあるように、現在でもごくわずかであるが精神科病床数は減少してきている。また、病床の充足数も一時の100%超えから漸減し、90%を切るかどうかまで下がってきている。どのぐらいの速さで進むかはわからないが、このまま経過すれば精神科病床が減少していくのは間違いのないことであろう。

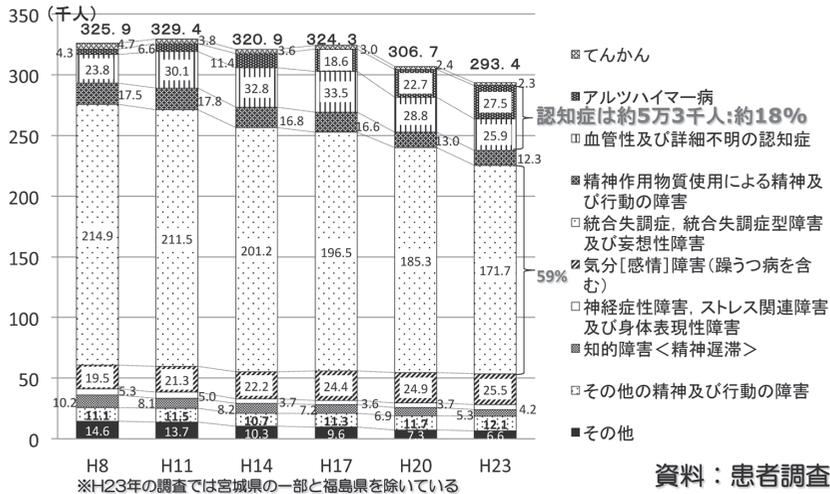
また図2にあるように、2013年の在院者を見ると65歳以上が約半数を占めている。この65歳

以上の在院者の大半は15年後、20年後には年齢的な問題などで亡くなられたり、身体科医療機関へ転院する可能性が高い。一方、54歳以下の在院者がおよそ25%ほどしかないことにも注目する必要がある。そして、この54歳以下の在院者は年々減少傾向にある。

図3に在院者の疾患別分類を示した。統合失調症圏は年々減少しているが、それでもまだ在院者の60%近くを占めている。一方、認知症は約18%、約5万3千人である。この図と図1をあわせてみると、図1にある全体の約50%を占める65歳以上の在院者(約15万人)の多くは、認知症として新たに入院してきた人たちではないことがわかる。

医療全般の動きも、もちろん精神科病院にも関係してくる。もっぱら少子・高齢化社会の到来と財源的な問題から、入院期間の短縮、長期入院の削減、在宅中心の医療、地域医療構想-病床機能報告制度などが打ち出されるなか、病院は徹底的なスリム化、効率化を求められてきている。精神科病院も例外にはならないだろう。

こうしたことから考えると、精神科病院への新たな入院者層が出現しない限り、15年から20年



患者調査からみた入院者の状況である。宮城と福島の一部が除かれているとはいっても、染矢報告に比べても統合失調症入院者の減少(約1万人)は大きい。

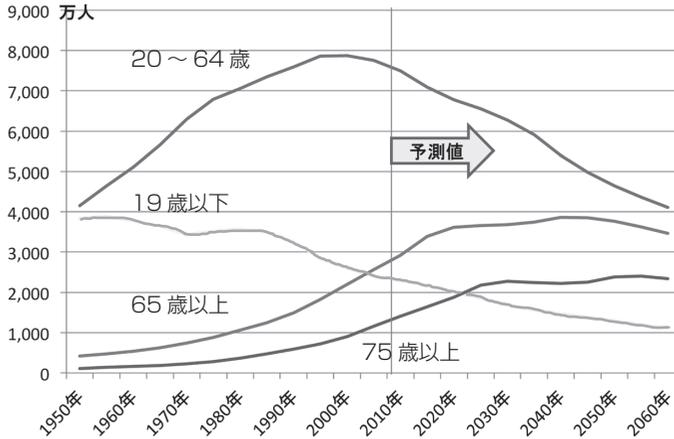
図3 精神病床在院患者の疾病別内訳

後には在院者が2/3あるいは半減している可能性もある。入退院件数が非常に少なく長期入院が大半で、医師を含めスタッフ数が少ない精神科病院が少なからずある。こうした精神科病院が、急性期医療中心の新たな医療体制に転換できるかどうかはなほ疑問と思う。

また、図4に19歳以下人口、20歳～64歳人口、老年人口の推移(推計値)を示した。2025年問題とはいわゆる団塊世代が75歳になる年であり、2040年とは団塊世代のジュニア世代が65歳を超える年である。ここからは0～64歳人口は急激に減少すると予想されている。これから見ると、今後日本に訪れる高齢化社会の問題は高齢者の増加(漸増：2040年頃をピークに漸減)もあるだろうが、若年人口の急激な減少という大問題を抱えることになる。ただし、高齢者にしても若年者にしてもその人口分布は地域差が大きい。例えば、高齢者人口が実質的に減少していく地域もある。今後、個々の精神科病院が抱える問題も、地域差が大きく関与してくると考えられる。

精神科病院の今後の展開

日本精神科病院協会は2012年8月に「我々の描く精神医療の将来ビジョン」を出している。その「簡略版」に、これから精神科病院が向かおうとする方向性がわかりやすく描かれている。項目を拾ってみると「わが国の精神医療・福祉は変わらなければなりません」「どうして長期に入院している患者さんがいるのでしょうか?」「退院して地域で暮らすには生活のための施設が必要です(介護・福祉)」「入院治療は濃密・集中的に行って、早く退院できるようなシステムにします」「回復に時間のかかる場合も…できるだけ早く退院できるように、リハビリテーションなどを強化します」「いつでも、どこでも、だれでも…安心してみてもらえる精神科救急システムを、全国に作り上げましょう」「…どのような治療や処遇が適しているのかを研究しなくてはなりません」「…合併症治療…」「精神科の在宅訪問診療(医療アウトリーチ)を充実させ、患者さんの自己選択のルールを定めましょう」「『退院促進・地域生活支援室』の設置を進めましょう」「…濃密な通院治療が受けられるデイホスピタル機能をつくりましょう」



19歳以下人口、20歳～64歳人口、老年人口(65歳以上、75歳以上)の推移をグラフに示した。老年人口は漸増するが、2040年を過ぎると頭打ちとなる。しかし、年少人口は減少、20歳～64歳人口は急激な減少の一途をたどると予測される。

図4 日本の人口動態・予測
(国勢調査・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成24年1月)』「中位」の推計より)

「デイケアは大切な地域生活支援の治療です…」
「地域生活をしている精神障害者と従業者を支援し専門的な訓練を行う『地域生活支援・訓練センター』が必要です」「認知症は脳の器質的な病気ですから、専門的な治療とケアの両輪が必要です」
「精神科医療は認知症の早期から終末期まで…ケアの提供者と連携して、責任を持って携わっていかねばなりません」「…BPSD…」
「認知症クリニックパス」「…人権の保障…」
「…メンタルヘルスサポーター…」
「…啓発・教育活動…」
「…マスメディアカンファレンス…」
「…国民の意識…」
「…保健医療部局に担当部局…」など。

これをざっと見てみると、①精神科入院の減少はやむを得ない、②急性期治療とリハビリを強化、③アウトリーチ、④24時間救急医療、⑤介護施設転換、福祉施設転換、あるいは地域に出て「重度精神障害者」の生活に関わる、⑥退院促進・地域支援室、地域生活支援訓練センターなど、⑦合併症治療、⑧認知症への専門的関わりと入院、などにまとめられる。そして、これにサテライトクリニックが加わってくるのだろう。日本精神科病院協会の多機能型地域支援センターを図5に示す。

しかし、前にも述べたように、今後生じてくる

所々の問題は地域差が大きい。その精神科病院の立地条件(その地域の今後の人口変動、高齢者数、スタッフ確保のやりやすさ等)により、病院の今後は大きく変わってくるように思う。転換を図れない病院は、現状の制度化では施設化する等しかない状況になるかもしれない。

精神科病院は精神科診療所と異なり規模が大きく、組織・企業体でもある。大きな組織の経営という視点から考えると、まず、在院者の減少で減った収入を何で取り戻すか、現有スタッフの生活をどのように保証するか等が重要な問題となる。その方法として、入院は急性期に集中、「重度かつ慢性」をどのぐらい確保するか、新たな入院層として認知症・合併症、地域に展開し、福祉分野にいかにかき込むか。救急機能・アウトリーチ機能で高い収益を確保し、そうした機能の拠点かつ入院窓口としてのサテライトクリニックの設置。そして、現有スタッフのトレーニングと再配置等々。こうしたことを実施しながら新たな体制への転換が試みられると予想される。

- ・社会生活訓練(旧法からの施設役割:対象退院患者)
→地域生活者も対象に。(ステップアップ訓練)
- ・地域啓発・調整活動
- ・ショートステイ(一部の旧法施設役割)
- ・危機介入(ドロップインセンター)、レスパイトケア
- ・24時間電話相談(医療・福祉)
- ・従業者研修、スーパーバイズ(困難事例検討など)
- ・家族支援、心理教育
- ・就労支援(ジョブコーチ事業他)
- ・その他

一部は障害者制度推進会議総合福祉部会「総合福祉法」の骨子案に明示された

図5 多機能型地域支援センター(日本精神科病院協会)

国の動き

先にも述べたように、国は2004年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を示し、今後10年間の7万人の退院と病床削減を掲げたが、その1/3ほどしか達成されていない。財政の精神保健行政に対する見方は厳しく、早急に病床を減らさないと施策を打てる予算が取れないという現実もあるらしい。国は何とか精神科病床数を削減したいと考えているが、もう一方で長期入院者の問題は時限的な問題であるという認識も見え隠れする。長期入院者の地域移行がうまくいかなくても、15～20年すれば長期入院者は他科へ転院あるいは亡くなるかして、おのずと在院者は減少し精神科病床数も減少する。「この問題は時限的」という認識である。地域医療構想のなかで、国は今後の病床機能がどうなるかという見通しを各病院に出させている。もし、長期入院者の地域移行を本気で行おうとするならば、各精神科病院に1年以内に地域移行できるであろう推計値を出させ、退院者が居住するであろう地域に社会資源を整備すればよい。しかし、こうした動きは今のところない。15～20年すれば消滅する事柄のために社会資源を整備するのはもったいないと考えているのではと疑ってしまう。国の精神科医療に関する現在のイメージ図を図6に示した。

一方、精神科医療は一面政策医療である。国は、一般の精神科医療の充実というより、何か問題があった時の対処として精神科医療に期待し、そこに予算をつぎ込んできた。1961年からの措置入院の増加、医療観察法などを見れば明らかであろう。これまで精神科病院に期待していたその機能を、精神科病院が縮小するなかでどう補うかが大きなポイントになってくる。24時間救急、アウトリーチ、多機能センター構想などは、緊急に生じてくる社会的問題への今後の対処機能として位置づけられるのであろう。

こうした視点から見ると、国は精神科診療所で行う一般的な精神科医療を政策医療として見ていないと考えられる。しかしながら、精神科診療所が行う一般的な精神科医療は病状の悪化を食い止めることで、結果として社会問題化を予防している。こうした行為のなかに政策医療的な側面があると国が考えれば、特別な予算措置が下りてくるかもしれない。しかし、政策医療的側面を重視すればするほど、精神科診療所が寄って立ってきた「精神科の町医者・かかりつけ医」機能が大きく変質するのではないかとの危惧もある。

おわりに

精神科病院に代わるものがあれば違ってくる

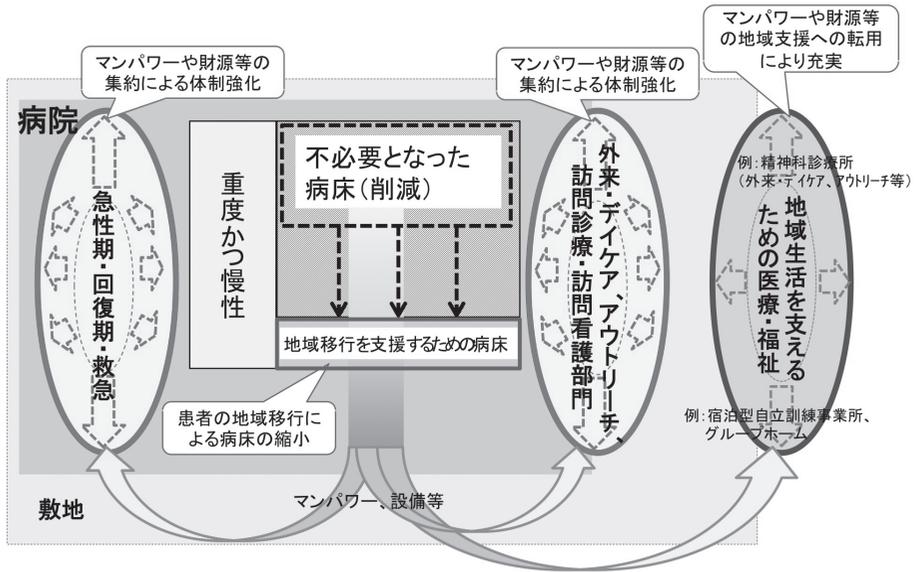


図6 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）
 （2014年7月社会保障審議会障害者部会・資料）

かもしれないが、精神科診療所で診療していると、現実的に入院を必要とする事態は避けられない。医療として考えると、精神科診療所と精神科病院は補完的な関係にあるのは言うまでもない。

しかし、精神障害者本人の立場から見るとどうであろうか。確かに、本人から「入院したい」「一休みしたい」という希望が出ることはある。しかし、もし精神科病院以外に調子を崩した精神障害者が休める場所があればどうであろうか。多くの精神障害者はそこを選ぶのではないかと思う。

精神科病院がおかれた現在～これからの危機的

状況は、別の視点で見れば大きな変革へのチャンスでもある。一方で上述した政策医療的側面を担いながら、もう一方で精神障害当事者の目線を受け止め、レスパイトケア的な受け皿という機能を徹底させるのも一つのあり方かもしれない。

これは精神科診療所にも言えることであるが、今後の30年間をにらみ、その地域性に大きく影響されながら、精神科病院も様々なかたちに分化していくことになると考えている。

（大阪・くすの木クリニック）

2-7 医療と福祉の連携

池田淑夫

Yoshio Ikeda

医療と福祉の連携について、精神科診療所の将来あるべき視点からの必要性、重要性についてまとめる。さらにその連携における現在の課題と問題点について述べる。

まず医療と福祉の連携の必要性について

(1) 疾病と障害の共存（併存）

精神疾患、特に統合失調症においては疾病と障害が併存する特性がある。精神疾患以外では、疾病が治癒し、固定した時点において、残った機能障害に対して福祉対応をする。しかし、精神疾患では疾病の各段階で障害が存在するために、その段階に応じて適切な福祉的対応をすることが理想である。言い換えると、疾病に対する治療のみでは生じている機能障害に対して対応が不十分と考えられ、福祉と医療の一体となった対応が必要となる。

(2) 社会資源の充実が必要

急性期のみで回復したケース以外は、社会復帰のためのリハビリが必要であることが少なくない。しかし外来部門を主とする多くの診療所においては、十分な対応が困難になる。現在でも精神科病院や一部のクリニックでは、デイケア、作業療法も社会復帰の観点ですでに実施されているものの、障害の各段階に対応する多様な施設を準備することは難しい。これには様々な要因が考えられるが、

人材確保、経済的負担の課題がある。

また、それぞれの医療機関にはそれぞれの理念があり、目指す方向性も一様ではない。したがって医療機関と福祉施設が、各々の得意分野を相互に活かしていくことが有益である。

連携の現状について

現状では、以下の様々な問題が存在している。

(1) 医療機関側の要因

多くの診療所は小規模であり、精神保健福祉士、心理士等の専門、非専門を問わず人員の余裕に乏しい。また大勢の外来患者を抱えて日常診療に追われることが多く、対外的な折衝や接触を持つこと自体が容易ではない。主に精神保健福祉士をスタッフとして雇い入れ、病診連携、診診連携に当たる診療所も増加しているが、まだ十分な水準ではない。診療報酬上の推進策が盛り込まれることを期待したい。

(2) 福祉事業所側の要因

1) ほとんどが小規模の組織であるために経済的基盤が弱く、事業展開、人材確保に課題が多い。歴史的に家族会、親の会等を母体とするものが多いために、親の高齢化問題が重くなっている。

2) 臨床精神医学的専門教育の機会が少ない。このため、医療との連携ができていく関係になっている。

3) 一般にスタッフへの報酬が少なく、一方で人員配置についての基準が厳しく、採算性が容易でない。このために無資格のスタッフが多い。

4) 作業所は作業を中心に運営しており、利用者の能力を高めて更なる高みに押し上げるという発想が少ない。利用者の固定化、病状の慢性化、高齢化もあり、そのことを一層難しくしている。また、利用者への作業報酬であるいわゆる工賃も安く、当然ながらこれだけの生活は極めて難しい。近年就労継続支援 A 型作業所が設立され、障害年金と併せてかろうじて生活している状況が見られる。

5) 作業所を維持するための書類整備等の業務が煩雑で利用者教育、職員研修もなかなか十分に行えない。

6) 福祉事業所にあつては、障害が固定している場合には、比較的単一のリハビリプログラムで済むために効率的である一方で、障害が改善して次のステップに移行する場合には逆に阻害することになり、結果として改善を遅らせかねない懸念もある。

(3) 行政の要因

障害者が地域で安心して暮らせる自立と共生の社会を実現すべく障害者自立支援法が施行され、その具体的な実施のために、県単位や地域における障害福祉関係者による連携と支援の体制整備を図ることを目的として自立支援協議会の設置が規定されている。これらの設立趣旨は包括的で理想的ではあるが、その活動は地域により大きな差がある。福祉事業者、医療機関のみならず行政や地域の様々な組織との連携や調整を図る組織と位置づけられている。しかしながら現在のところ、必ずしも稼働している組織ばかりではない。

また、医療機関と福祉事業所を直接的につなぐ力に乏しい。いわゆる縦割り行政がその要因の一つとされ、積極的に連携させるための、予算措置を伴う政策を推進していただきたい。

連携のメリットについて

①医療と福祉の強みをそれぞれ生かせる。

福祉施設にあつては精神医学的な問題を見いだしてそれに適切な治療を行うこと、例えば、抑うつや重量を見出すとか、適切な精神療法的対応などを可能にすることである。他方で、医療機関にあつては、障害者の長所もしくは残存能力を活かす福祉的な発想が重要である。

②各疾患のステージに合わせた治療が可能。

福祉作業所においては、時として慢性の固定化したケースにおいて十分な治療がなされていない場合もある。意欲低下、抑うつ反応、心身症的身体症状の発現など。これらに適切な治療を重ねることにより、より意欲的な作業療法、リハビリが期待できる。

③新しい治療のあり方の展開の可能性がある。

これまでにない方法が提案される可能性を期待する。実際様々な新しい作業や課題を提示したり、それらに曝露することにより、これまで見えなかった能力が開発される、もしくは気づかれることがある。

④症例を通して、医療機関・福祉施設のレベル向上や機能補完が図られる。

同一の症例を経験し、相互の知識を共有することにより、医療機関、福祉施設にとってよい刺激になる。これまでも精神保健福祉士の横のつながりで、ある程度の情報交換や情報共有がなされてきたが、より密度の濃い、また継続的な活動は、現在の治療水準を確実に改善させると思われる。

⑤個々のケースにとって適切な移行の時期などの介入が期待できる。

障害と疾病とそれぞれにおいて、それぞれの問題（課題）に対して、適切な時期を選んで、対応できる可能性が高まる。

また、福祉施設相互の連携により経営上のメリットも期待できる。

①組織に合った利用者を導入して、効率アップを図ること。

福祉作業所等では設立から時間が経過するに従い利用者の長期化が必然的に生じて、様々なレベルの利用者間で能力のばらつきが出てくるため、効率的に教育、指導等を行うのが難しくなるが、福祉機関相互での連携が進めば、より利用者に適した社会復帰の場が得られる。

②多種の障害段階の利用者が在籍している場合、効率的に運用することが難しくなる。物的、および人的経営資源が集中できる。

③新規受け入れが柔軟になるという期待がある。既存の福祉施設では固定した利用者が占める割合が徐々に高くなるために、新規の利用者を受け入れることが難しい場合が多いが、利用者の移動により新規受け入れが容易になる。

まとめ

介護分野においては、すでに包括ケアというかたちで医療と福祉の連携が進められている。高齢

者と精神障害者の場合とではいささか異なる部分もあるが、医療の必要性が継続するなかで同時に福祉的ケアが必要とされる点において、大変に類似点が多い。多職種で、いかに患者中心のケアを進めていくかについて、多職種多施設での連携が重要な位置を占めており、再発予防の観点においても精神障害者のケアについても、同様の視点が必要になると考えられる。

個々の診療所にとっても、医療で支えている患者の一人一人について、地域の福祉事業者、行政を含む多施設との幅広い連携を図ることができれば、個々の規模は小さくとも、大きなコストを強いられずに、より一層の治療効果が期待できる体制づくりが可能となる。また多施設による、より多くの見守りがあることで、再発予防の期待もできるものとする。

(愛知・鳴海ひまわりクリニック)

2-8 大学との関係

早苗麻子

Asako Sanae

はじめに

この章では、ビジョンプロジェクト委員会が行った、医学部教授6名、他学部教授2名からなる計8名の有識者インタビュー（日精診ジャーナル213号～215号に掲載）をふまえて、現在の会員（精神科診療所の医師）および日本精神神経科診療所協会と大学との関係について述べ、さらにこれからの可能性について探ってみたい。

会員個人と大学との関係

精神科診療所の医師と大学との関係や距離は、全員が医学部を卒業している、ということ以外は、会員それぞれによって違う。卒業した時代によっても異なるであろうし、地域や大学の雰囲気によっても異なるだろう。また、教授が代替わりすることによって、教室との距離が変化することもある。

時代による研修制度の変遷

戦後長らくは、医学部卒業後も無給医局員として大学で働く時代が続いたが、インターン闘争（1947年～1967年）により有給となった。

また、1968年前後の若者たちの異議申し立て運動では医学部も例外ではなく（一部では先陣を切って）、大学の医局には入局せずに、地域の病院で精神科医としての研修を始めた時期があった

（非入局闘争）。

紛争が収まった1970年代以降は、卒業生の大多数は卒業大学か出身地の大学の医局に入局し、医局の人事として地域の研修病院にて研修を積み、大学に戻って学位を取る者は取り、学位取得後は地域の精神科病院に赴任しそれぞれの道に進んだ。研究者・教育者の道を進む者はその後も大学に残ったが、そのようにして大多数は地域の病院の勤務医となり経験を重ねていった。

2004年以降、新臨床研修制度が始まってからは、大学病院は研修先の選択肢のうちの一つとなり、卒業生にとって大学との距離は以前よりも遠くなった（？）か、出身大学よりも研修先の病院と近い関係にある大学との関係が強くなっている。また、大学の財政基盤も、独立行政法人となり採算性がより重視されるという変化が起きている。

2017年4月から新専門医制度による専攻医の専門研修が始まれば、大学との距離はまた変化するかもしれない。

大学と卒業生を結ぶもの

おそらくどの大学にも、同門会（名称はやや異なるにしても）なるものがあり、会員も卒業した大学の同門会か、開業した地域の大学の同門会に入会している場合が多いと思われる。しかし、どこの同門会にも入会しない会員もいるであろうし、また、同門会に入っても会費を納めるだけとか、名のみ連ねている者が多いのではないだろ

うか？

精神科診療所の成り立ち

診療報酬に通院精神療法料なるものが設定されるまで、精神科のみで開業することは難しかったが、通院精神療法料により、精神科医としての仕事で生活が成り立つようになってから、精神科開業率は急激に増加した。

現在のところ協会加入者が1,645名（2015年9月現在）であるから、非加入者を含めれば精神科クリニックの数は3,000～4,000カ所位になるであろうか。精神科クリニックとしての経営が成り立つようになったのはここ30～40年のことであり、また、地域で生活する患者像は精神科病院で診ていた入院患者像とは異なっており、そういう意味では精神科診療所で展開される治療にはこれまで踏襲されてきた精神科治療ではない、新しい治療観や技法が求められていると言える。

つまり、精神科診療所でなされる精神科治療の歴史は始まったばかりであり、今後の診療報酬の点数の推移によっても影響を受けるであろうが、大学との関係もこれから築き上げていくものであり、変化していく可能性がある。

有識者インタビューで話されたこと

【インタビューに応じてくださった先生方と、掲載されたジャーナル】

—— 2014年11月号（第213号） ——

田島 治先生

（杏林大学保健学研究科精神保健学教授）

村井俊哉先生

（京都大学大学院医学研究科医学部精神科神経科教授）

水野雅文先生

（東邦大学医学部精神神経医学講座教授）

—— 2015年1月号（第214号） ——

武田雅俊先生

（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室教授）

黒田研二先生

（元大阪府立大学人間社会学部学部長・関西大学人間健康学部教授）

—— 2015年3月号（第215号） ——

神庭重信先生

（九州大学医学研究院精神病態医学分野教授）

中村純先生

（産業医科大学精神科教授）

内村直尚先生

（久留米大学医学部神経精神科医学講座教授）

インタビュー項目で、本章のテーマに関係すると思われる項目を拾い、そこで話されたことをまとめてみる。（*（斜体）は筆者のつぶやき）

1. これまでのキャリアで精神科診療所との接点があるか。

かつて精神科診療所に勤めたことがある…3人
精神科病院のサテライトクリニックに勤めた経験がある…1人

近隣のクリニックと連携をとって仕事をしている（いた）…3人

現在もクリニックで診療している…1人

*診療所に勤めたことがある（勤めている）先生が4人、精神科病院のサテライトクリニックも入れると5人もおられたことに驚いた。診療所に理解のある先生方を選んだことも影響しているのだろうが、どの先生も、診療所との接点は濃くお持ちであった。

2. 病院精神科医療と診療所精神科医療の違いを感じるか？

「長期間入院の人は多剤大量の薬剤耐性ができているが、入院経験のない人に同じように薬を出すのは危険である。不安と抑うつを中心にした心のケアは外来診療が中心で、入院治療とは全く違う技術と経験が、診療面でも薬物療法でも必要」「大学病院はいろいろな所で治らなかった人がやってくるが、診療所では治る人がいることに驚いた。

精神科病院の方はある意味、特殊な患者層を診ているのでは」「病院と診療所の違いというより、ロケーションとか施設に違いがあるのでは?」「単科精神科病院は自分のところの患者さんのお世話をします。診療所は、多種多様な、どういうニーズを持っているかわからない人にちゃんと対応する能力が必要」「病院と診療所だけでなく、保健所で出会う患者さんも違う。場所によって、患者さんが示す症状や状態の側面も変わる」「大学はうつ病でも難治例が多い。働いている人のニーズに合わせて診療できるのは診療所かも」「大学では、境界性パーソナリティ障害の行動化するような人を受けざるを得ない。診療所は小回りが利く」「統合失調症、アルコール依存の患者さんは診療所に少ない印象。重症の方は精神科病院で、軽症の方はクリニック。』

* 治りにくい病気の人や重症な患者さんが、入院治療ができる精神科病院に行き、治りやすい人や軽症の人がクリニックを受診すると言いきれるのだろうか? 同じ患者さんでも、通う場所によって違う表情をしたり異なった様相を帯びるのか? クリニックの出現によって医療の敷居が下がり、軽症のうちにかかるようになったのか? 医療にはかからずに自己治療していった人までもが医療を受けにくくなったのか? この問いは論争を呼ぶテーマであるが、それぞれ異なった治療技術や薬物療法が必要なことは、共通の了解事項と言えるのではないだろうか?

3. 精神科診療所がその専門性を高めていくための工夫は?

「フリーアクセスが可能なのは日本だけ。貴重である。精神神経科診療所協会などが中心になって、質・専門性を高めていくことが必要と思う。世間の批判に応えるために、ネットワークを利用して本当のエビデンスを集めること。臨床現場のデータに基づいた医療ができるのは診療所だ」「診療所は、専門性と同時に、誰でも診れるというジェ

ネラルであることを求められるので、大変難しいが、得意とする分野を看板に挙げてくれると助かる。開業すると、大学で行っている研究会に出席しなくなる。働いている時間のなかにフリーの時間をとって、お互いネットワークをつくってほしい」「精神科以外の開業の先生方との交流がさらに進むことが必要では。医師会との付き合いとか。誰が専門医かわからない。質の担保を受診者に明示していくこと」「例えば、強迫性障害を専門とするクリニックなら、大学から強迫性障害を専門とする人に週1回来てもらおう。大学で研究している人と実際に臨床で患者さんを診ている人が協力するやり方があれば、もっとうまくいくのでは」「高橋幸男先生(島根)のところのように、勉強会とか研究会を地域でいっぱいやって、他の職種や他の機関からも理解してもらってつながれるのがいいのでは」「その医者が得意としているものがわかると助かる。広告は信じられないから、信頼のおける情報をもっとアナウンスしたらいいのでは?」「あの先生は認知療法、あの先生は強迫性障害に強いなどの専門性がようになってくるのでは。特徴があると紹介しやすい」「うつ病の患者さんのリワークは需要が高いだろう。認知症診療も、地域で診ていくかたちのアウトリーチが求められているので、診療所の活躍の場が増えるだろう」

* 日常の診療に追われて、日々をやりすごすことに馴れていく姿勢をピシャリと叱咤された。しかしだからといって、「艱難辛苦、汝を珠にす」の姿勢だけでは私たちが鬱か心身症になるか、はたまた過労死するだろう。ここでいただいた様々な工夫をヒントに、井の中の蛙にならないように、そして、バーンアウトしないように気をつけながら、精神科医のみならず、他科の医者とのネットワークづくりに励みたい。

4. 全国に展開した精神科診療所をフィールドとした疫学調査や、治療的関わりの研究など、大学と診療所で共同研究が行われる可能性はあるか？ ありとしたらどのようなテーマが考えられるか？

「もうちょっと調査を工夫すれば、臨床に直結したような調査や研究もいくらでもできるし、ネット時代なので、調査ももっと簡単にできる。テーマによっては診療所独自にやって、それを専門にしている先生に協力を依頼するというかたちもあるし、フィールドとして利用されるのではなく、積極的に大学の医者を利用することがあってもよいのでは」「診療所がもっと専門分化し、それぞれの対象疾患で核となる診療所ができれば、研究を一緒にすることはあるかもわからない」「発病前の患者さんのことが大学ではわからないので、何らかの疫学調査をやって今後の未治療期間の短縮のための攻略を立てる仕事をぜひ一緒にやりたい」「診断の正確性、ということと、診療所の医師の忙しさが解決でき、リサーチマインドを持つ医師がおれば可能だが、現状では難しいのでは」「地域医療あるいは生活支援のような福祉的実践を含めた社会精神医学的な研究であれば、診療所でデータが集められるのでは。ACT とか NSS とかの研究はプロジェクトが必要だろう」「クリニックには、初発で未治療の患者さんやピュアな病型の患者さんが多いので、大学の近くの診療所に研究に参加してもらっている。治験への参加もしてもらっている」「実際に、五十嵐良雄先生のグループとリワークの成果をまとめている。日本精神神経学会に情報センターができたので、きちんとした倫理申請をやれば統計はできるようになった」「診療所には不眠の患者さんが多いので、睡眠の研究では一緒に関わってもらいたい」

* 3に続き、また、ピシヤリと背中を叩かれた気がする。診療所が患者の生活圏の一番近くにいるという特色を生かした共同研究は、その気にさえなれば可能だし、大学もクリニックの持つ臨床力(?)に期待してくれている。

あとは、どこに着眼し、どんなテーマで共同研究するか、ではないか。

私事で恐縮だが、2003年頃カナダのブリティッシュコロンビア大学に、1週間ほど心理系の研修に行ったことがある。街中の臨床家が大学で講義を受けていたりして、臨床家とアカデミック領域の相互交流が盛んで、「臨床あつての研究、研究あつての臨床」という感想を持った。チラッと見ただけなので、エラそうなことは言えないが。

5. 診療所医師が大学で地域精神医療の講義を受け持ったり、若手精神科医が診療所で研修する機会をつくるなど、大学と診療所の人的交流が活性化される可能性はあるか？

「外来で始まって外来で終結する医療には、別の技術と経験が要る。精神科に限らず、地域に出ることは必要で、杏林大学では学生が野崎クリニックに研修に来る」「研究では難しいが、教育の方では今すぐにも協力してほしい。京大では数名の診療所医師に非常勤講師で講義してもらっている。研修は精神科病院に頼んでいるが、診療所でもまとまった受け皿のようなものがあって、そこに頼めば一部の診療所にだけ負担がかかることなくお願いできるというのなら助かる。今は個別の診療所にお願いに行っているので非常に敷居が高いが、『診療所協会として卒前卒後教育に関わっていきます』というようなメッセージをいただくと、全国の大学としては非常にありがたい」「診療所医師に『地域医療』で講義してもらっている。学生も診療所に研修に行くのはいろいろな意味で役に立つので、助かっている」「単純な目安としては、ちゃんと原著論文を出すことができるかどうかスタートラインです」「リサーチの能力とは別に、臨床家としての能力ということ考えると、まず病院の入院診療の場で臨床の腕が磨かれるわけだが、生活の場や保健所、学校などで患者と出会うことは臨床の幅を広げていこう」「診療所の診察に陪席することは学生にはとても勉強になるが、診療所の医師の方や患者

さんが学生の陪席を嫌がるのではないかと考えて、申し出るのを遠慮していた」「講師としては、特徴的なことをしている医師や特殊な技術を持っている方なら連携は可能。患者さんを紹介するので、地域のクリニックとの付き合いは深い」「Ta先生が口腔心身症の診療を担当しているし、To先生も精神科の非常勤講師です。今後大学と診療所の人的交流は活性化する」

*すでに診療所の医師は、大学で講義を受け持ったりしているようである。診療所の診察への若手医師の陪席は、大学のほうが診療所の医師が嫌がるだろうと遠慮しておられたようだ。診療所協会として、研修医の陪席もしくはデイケア参加について、何らかの手立てを考えてもよい。

6. 精神科診療所はそれなりの社会的責任を担っており、そのためには事業の継続性も考える必要がある。各地の精神科診療所協会と大学との協力・連携関係などを考えていくためのアドバイスをいただきたい

「それぞれの先生方の表に出ているのとは別の、本当に臨床に大事な情報がもう少しアクセスしやすくなるといい」「事業の継続性に関しては、新しく開業される方は、自分で新しいものをつくりたいようであると強く感じる。ネットワークの意義というものを、今開業している先生から新しく開業する先生にメッセージを発信してほしい」「継承の問題は難しい。若い人のメンタリティも変化しているので、簡単に頼めなくなっている」「田中診療所の田中先生がご病気になられた時、いろいろみんなで支えた経験がある。大阪は能力の高い多才な人が多いおかげで、診療所協会も精神科病院協会も大学も仲良くやれている」「大阪の診療所協会は、病気になったときには相互支援をやっているらしい」「医療には社会的責任がある。大学も、病院も、診療所も、それぞれの特色を出して連携を強化するほうが、患者さんにとってよい。都市型と過疎地では、連携の仕方は違うだ

ろうが。社会的責任が重くなれば重くなるほど、事業の継続性を皆で考える時代になると思う」「臨床ができないとだめなので、地域の先生と顔見知りになることは必要。いずれ開業も考えるが、疲れた時に診療所は休めないのではないか?」「うつ病や認知症の医療連携をより活発に行っていく必要がある。今後、身体のかかりつけ医とともに、こころのかかりつけ医が必要になるだろう。認知症のネットワークには診療所が大きな役割を担っている」

*社会的責任を負う精神科診療所は、事業継続を考える必要がある。たとえ閉めるにしても、それなりの準備が要るだろう。私も開業したころは、「社会的責任」を負っているとは思わず、いろいろな事情でクリニックが続けられなくなったら、泡沫（うたかた）のように消え去るのが潔い、などと思っていたが、それは全然美しくも潔くもないことがわかるようになった。精神科診療所を精神医療の大切な資源として考える必要があるし（つまり、勝手に開業して勝手にやってるんでしょ、と言われないように、ということだ）、大学にも地域医療の拠点と考えてほしい、ということである。継承問題については別章で触れられるので、ここまでにする。

7. 精神科診療所に期待すること、頑張ってもらいたいこと

「診療所の医師全体の医療の質を上げ、薬と医者との縁が切れる医療を診療所が目指さないと、社会からの批判に応えられないのでは」「教育には期待する。協会などに入ってネットワークをつくり、バラバラになってしまわないでほしい。お互いに話し合っって新しいことを学んでいかないと、オカルト病院になってしまうこともある。その危険性は、患者さんには見えないから」「大学では患者が増えすぎているので地域に紹介したいが、どこに紹介したらいいか、診療所の情報があまりない。どうしても知り合いの医者に頼むの

で、その医者だけに負担がかかってしまう」「診療所を5年10年とやっていくうちに、これまでのいろいろな経験が活用されなくなってしまうことが一番の問題。その診療所が非常に豊かな診療体験を持った人がやっていて、臨床家として非常に尊敬できる人ならば、若い医師がそこに勉強に行くことは十分に実現するだろう」「地域で患者さんを支えていくためには、どうすればいいか？アウトリーチ、保健所との連携、一般開業医との連携、医師会活動・・・『三方よし研究会』『認知症ケアネットワーク』etc・・・診療報酬に基づく活動以外のものを引き受けていく必要があるのでは？」「紹介しやすい先生でいてほしい。患者さんも納得してくれ、紹介しても嫌がられない先生ということ」「紹介しても2カ月待ちで戻ってくる。もう少し小回りが利かないか、と。薬だけで治るわけではないので、精神療法をしっかりすることが基本。遠くに転居する人への紹介ができる情報がほしい」「ソフト救急に参入してほしい。夜間でも連絡が取れるような工夫や休日の緊急措置診察、夜間の電話による当番制の相談業務など、何らかのかたちで参加してもらいたい」

*診療所医師の診療の質を上げていくこと、薬物療法も大事だが、精神療法がきちんとできること、そのため自ら研鑽を積む必要もあるが、ひきこもらず孤立せず、精神科医の仲間や他科の医師との顔の見える関係をつくっておくこと、と様々な要望やアドバイスが挙げられた。これは、診療所の役割がまだまだ存分に発揮されていないということであり、今のままで行けば社会から指弾されることになるであろう。その要望にどう応えていくかがこれからの課題だろう。

8. 日精診および精神科診療所に対してのご意見とアドバイス

「このような企画自体が素晴らしい。良くしようと思って医療介入していった段々こじれていった患者が多い。薬剤性気分障害・薬剤性人格障害・

薬剤性不安障害で、仮性難治性の方だから治り得る。しかし、薬を減らしただけで治るということはないし、減らすのがものすごく難しい。10年20年こじれた人は治療関係を1回白紙にして診療所のネットワークのなかで主治医を交代し、そこでやり直してもらうのが一番いい」『『精神科診療所に期待すること』で話したことと同じことだが、“バラバラにならないように”ということ。何年も一緒にやってきた仲間が、開業したら年に1回しか会わないというようになる。これでは情報が入ってこない。個別バラバラになるのを何とか食い止めていただきたい。それから、大学は外来を減らさないとやっていけないので、紹介できるクリニックの情報がほしい。他科ではどこに紹介するかのリストはぱっと出せる。大学のホームページなどに『京都大学は今外来を減らしているが、この関連のこのクリニックは非常に信頼ができるので、そこを受診下さい』ということ掲げるかどうかということまで来ている。どんなかたちでもいいから、何らかの基準をクリアした証拠のようなものがほしい」「組織率を上げてほしい、そして誰が専門医かがわかるようにしてほしい、が一番。ついで、就労支援や地域のなかのケアの部分を医療はどこまで担えるかということ。これはかなり頑張らないと、せっかくの地域での医療技術というものが不当に低く評価される。簡単に言えば、外来で維持する治療は簡単な技能だと評価されてしまう恐れが強い。PSWが診療所で仕事をしても何ら評価されない現状で、たとえばPSWたちも開業することができる時代が目の前に来ているから、今のままの体制を維持するのは難しくなる。これは業界全体の急を要する問題だ」

*田島先生も指摘された通り、このようなインタビューを通して有識者（大学人）と意見交換ができたということは、日精診という職能集団だからこそできる企画であり、もちろん私たちの呼びかけを快く引き受けていただいた8人の有識者の労に負うところが大きい

のだが、大変有意義なインタビューであった。ここで提起されたり話されたことに日精診としてどう応えていくかが、今後の私たちの仕事となる。

精神科診療所が大学に期待すること

以上、大学から見た精神科診療所であったが、ここでは、精神科診療所が大学に期待することをまとめてみたい。

「狂気」と恐れられたり、祈祷の対象になったりしていた精神障害が、近代になって病気とみなされ治療の対象となった。以来、精神科医療が展開されるのは大学と精神科病院であったが、1970年以降世界では脱施設化の流れが起き、また、薬物療法の発展もあいまって、地域で患者を支え、病気と折り合いながら暮せるようにすることが治療の主流となってきた。

しかし日本ではいかに厚労省が脱施設化の旗を振ろうとも、新規入院患者の減少と老衰死などの自然減によるベッド減にしか至っていない。これは具体的な施策を打つための礎であるところの、精神科医療計画の策定がなされていないからではないだろうか。では、誰がこの精神科医療計画を立てるのであろうか？

精神科医療計画とは、1次医療圏、2次医療圏、3次医療圏を策定し、そこにはどれだけの救急対応のベッドがいるのか、合併症の治療にはどれくらいのベッドがいるのか、などを過去のデータから割り出し、将来的にはどのような精神科医療を

提供していくのかというビジョンの上に立てられる。

これは行政庁の仕事であり、厚労省が大きな枠（予算）をつくるのであるが、地域の実情に合った精神科医療計画を立てることができるのは、地域精神保健課であり、その計画の理論的裏付けは大学でなければ行えないのではなかろうか？

また、財源も湯水のごとく使えるわけではないのであるから、大学には医療経済的にもどのようなところに財源を振り分けるのが一番効果的なのかの研究もしていただき、行政の地域精神保健課などと協力して、地域の精神科医療計画の策定をオープンに論じていくという流れをけん引して行ってほしい。

地域で暮らしていくことを支えることが重要なポイントである精神疾患では、精神科診療所は患者の生活の一番近いところにいるのであるし、そうでありたいと思っている。

したがって卒後教育にこの精神科診療所での研修ははずせないし、どんどん研修医を送ってほしい。と言いたいところだが、そのためには、研修医を受け入れるだけの経済的、時間的、空間的基盤の整備も避けられないであろう。

精神科医療計画の策定を精神科診療所の医師も交えてオープンに論じてもらうために、私たちも診療所にひきこもらず、医師会やかかりつけ医との、顔の見える関係をつくっていかうと思う。

(北海道・萌クリニック)