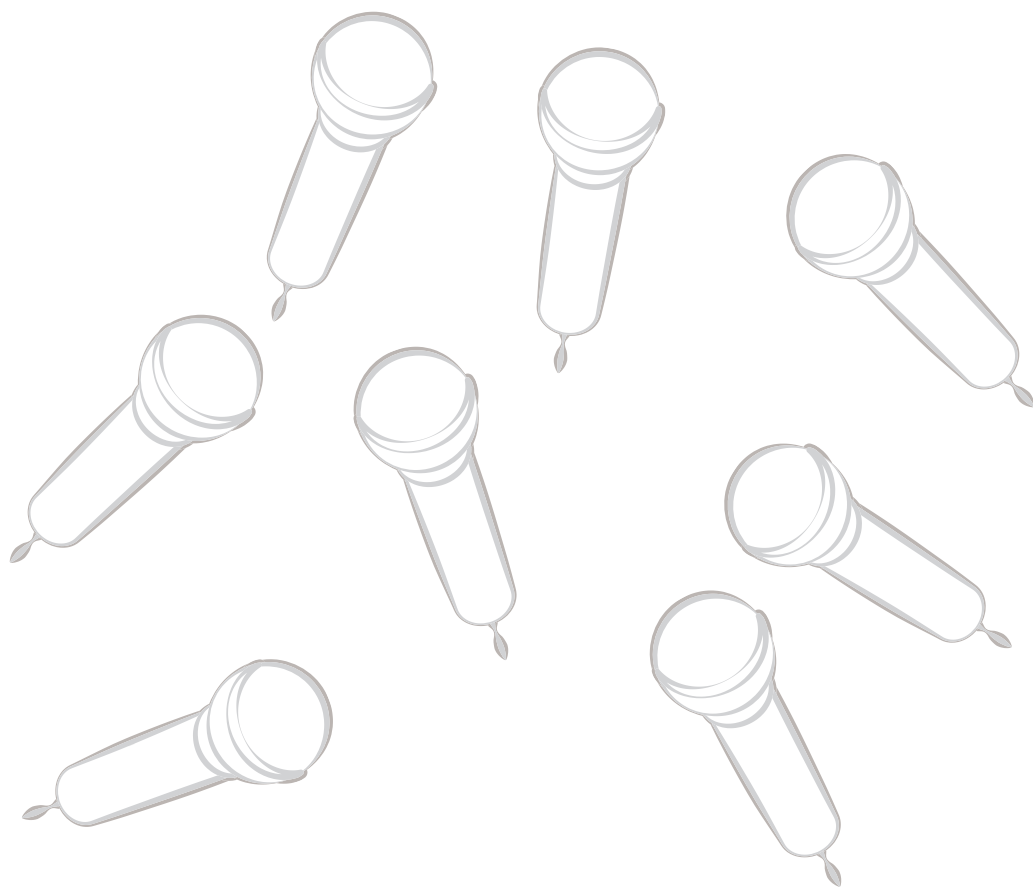


精神科診療所から見た
精神科医療のビジョンプロジェクト

有識者インタビュー



Interview

田島 治 先生



杏林大学保健学研究科精神保健学教授

2013年9月8日(日) 於 全理連ビル

—— これまでの先生のキャリアで精神科診療所との接点があれば教えてください。

杏林大学保健学部の初代教授が東京の精神科診療所の草分けの三浦勇夫先生で、いろいろお教えいただいた先生です。それから多摩美大の教授で亡くなられた箱崎総一先生も、アメリカ型の分析治療を中心としたクリニックを大昔に開業され拝見したことがあります。精神神経学雑誌でも、かなり初期に精神科診療所についての座談会のようなものを拝見したことがあります。

私自身は12年ぐらい前から阿佐ヶ谷にある野崎クリニックで週1回木曜日、1日診療していて、今は大学と野崎クリニックがフィールドになっています。

—— 精神科病院の経験を経て精神科診療所を開業する医師が多いのですが、多くの精神科医が、入院中の患者像と地域での患者像の違いを語っておられます。病院精神科医療と診療所精神科医療の違いをお感じになられることがあるようでしたらお聞かせください。

昭和50年代からどの大学の医療統計を見ても、大学病院、総合病院中心に外来も入院も、患者さんの層が統合失調症から気分障害に大きくシフトしていきました。昭和57年に杏林大学に救命救急センターができ、コンサルテーション・リエゾンの経験をしてわかったことは、20～30年間入院した方は多剤大量の薬剤耐性ができているので、

大量の薬を出しても効果も副作用もよくわからない。しかし、入院経験のない方で抑うつになった方に、精神科病院で診ているのと同じように薬を出すと、翌日起き上がれなかったり倒れたりしてしまいました。

私は12年ぐらい前ごく親しい仲間とPrimary Psychiatry (PP会) という会を作りましたが、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、入院治療とはまったく違う技術と経験が診療面でも薬物療法でも必要であり、そういうことを勉強していく必要があると考えています。そういう意味では、精神科開業医の質を上げるためには、こうしたリエゾンの経験とか外来中心の医療への移行の準備が本当は必要なのかなと考えています。

—— 先生のご専門領域をお伺いします。

精神薬理の基礎的な部分と臨床、とくにうつ病と不安障害を中心に。他にはリエゾンと、悪性症候群の研究と治療を行っています。

—— 先生のご専門領域の成果は精神科診療所で生かされていますでしょうか。

私は、悩んだり落ち込んだり不安になったりする患者さんが好きなものですから、そういう方を中心に薬物療法と臨床の研究をしてきました。今大学とクリニックで、気分障害あるいは不安障害といわれている方だけを専門にずっと診ていて、今まで私がテーマにしていたことが実地の臨床に

生かされています。

- 生かされている場合は、その内容と、サポートについてお教えてください。生かされていない場合は、その理由と、今後生かされていく可能性についてお教えてください。

精神薬理に関しては、向精神薬は併用でないと反応しない患者さんや、薬剤の投与量のある程度上げないと効かない患者さんがいます。逆に、眠剤の1錠でも、あるいはSSRIの1錠でも相当強力で、いろいろなトラブルが起り得ることがわかってきました。

またイギリスで、マニュアル的な診断と治療に対する批判から Critical Psychiatry が起こっています。操作的な診断に沿ってやってうまくいく患者さんもいるけれども、多くの患者さんはマニュアルやガイドラインの通りやってもうまくいかないということがわかってきて、今私が研究していることが役立っています。臨床そのものがまさに今のフィールドになっています。

クリニックでは不安とうつが前景にある方だけを主に診療し、今は大学で10年20年治らないので診てくれという方にクリニックのほうに移っていただいて、だいたい5年から7年がかりぐらいで完全回復ということを目標にしています。つまり、医者と薬との縁が切れるということが目標の診療を行っています。

- 先生の専門領域にかかわらず、興味がある診療所があれば1カ所挙げて下さい。興味を持たれた理由をお教えてください。その診療所の同意を得て、興味がある項目について、後日ご報告させていただきます。

知っているクリニックが、自分の行っているところと時々うつ病学会でお目にかかる五十嵐先生のところぐらいなので、わかりません。

- 先生のご専門領域にかかわらず、精神科診療所がその専門性を高めていくための

工夫について、よいアイデアがあればお教えてください。

いわゆる専門医の資格を持った、経験を積んだ精神科医がたくさん開業していて、患者もお金のことを気にしないでいきなり専門医に自由にかかれる国は、先進国の中でも日本以外にはありません。そういう意味では、日本の精神神経科診療所協会のようなネットワークは非常にユニークだと思います。

オランダの教授に伺っても、うつ病の方がいきなり精神科医にかかることはほとんどなくて、われわれが診ているよううつ病や不安障害は、内科のかかりつけ医あるいは専門医としてのプライマリーケア医がトレーニングを受け、あと専門医の指導を受けながら診ていて、こじれたケースだけが精神科医に紹介される。ですから統計上見ると、専門医にかかった方の予後が悪いというデータになっているのです。

日本では軽い人から難しい人までひっくるめて診ているわけですが、何か特殊な治療をやるクリニックがあるので調べてみたら、美容外科につながるというようなことがあって、大丈夫かなと思います。そういう診療所もあるようですから、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かと思います。

私自身はいつもいろいろな学会で先生方に失礼なことばかり申し上げていますが、今、精神科医療に対する不信が相当あります。とくに薬物療法中心に対する不信、治らないではないかという不信、いつまでたっても薬がやめられないという不信です。一方で、診療所に期待される役割は非常に多いので、世間の批判に答えるためにも診療所のネットワークを通じて情報交換したり、エビデンスやガイドラインというかたちで上から下りてくるものをそのまま鵜呑みにしないことを伝え合うことや、一般の方やマスメディアの方がアクセスしやすいようにする工夫も必要かなと思います。

クリニックに対する批判も聞きますが、私自身はクリニックがいけないというより、大学で教えている精神医学そのものやトレーニングが「ガイドライン通りに治療するのがいい、マニユア



ル通りに診断して、それが医療だ」というふうに教え込んでいるところに問題があると考えています。マニュアル通り診断してガイドライン通り治療すると、間違ったことが起こる可能性があるのに、です。

臨床試験のデータによって作られた、バイアスのかかった臨床にそのまま役立たないエビデンスではなくて、本当のエビデンスはたった1例でも重篤な副作用が出る、あるいは薬の効果は、先生方も何例か使ってみてこれは違うぞとか、これはこうという手応えとか、むしろそういったことのほうに真実がある。

そういうデータもお一人お一人が持っているだけだとエビデンスレベルの低い単なる個人的な使用経験にすぎませんが、こういう情報を共有できる時代なので、これは薬と関係ないと思っていたデータも、世界中で集めれば薬と関係があるということになります。そういう臨床現場のデータに基づいた医療ができるのは、先生方のような診療所です。

昔は入院医療中心でしたが、今はほとんどのケースが外来で始まって外来で終わるようなかたちになっているので、こういう精神科の外来診療が精神科医療の中心になることは間違いありません。

私は精神科医療に対する批判をよく聞く立場にいますが、現在は相当危機的な状況にあるのではないかと思います。アメリカでは60年代などまだ力動的な時代は、収入は低いけれども精神科医を希望する人が多かったのですが、こういう薬物療法の時代になって精神科を希望する人が減っていますし、社会の評価がアメリカでもだいぶ下がっているところがあるので、日本でも下がってきています。

「精神科医は単なる合法的な薬の売人である」という世間からの批判がありますが、そうならないためにも、きちんとケアの部分を引き受けなくてはならない。ですから私は若い先生にも、チー

ムでなくても個人療法で治せる患者さんはかなりあるし、「これはカウンセラー」「これは認知行動療法」というように分業で回してしまうと、精神科医が治療者としての技能を失くしてしまうことになるのではないかと言っています。

一昔前、ブリティッシュコロンビアに野田先生が行っていたころの話ですが、チーム医療が進むと、チームのリーダーというかたちにはなるけれども、精神科医の役割は処方ができることを除くと、あとは非常に影が薄くなってしまいます。せっかくたくさんさんの経験と勉強をした専門医がそれを生かせないのはもったいないので、ケアをする人としての精神科医を育てていかななくてはならなりません。私もそういうつもりで臨床をしております。

—— 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があるでしょうか。あるとしたらどのようなテーマが考えられるでしょうか。

あると思いますし、ぜひやっていただきたい。クリニックの先生にはこれだけのネットワークがあるので、もうちょっと工夫をすれば、臨床に直結したような調査や研究もいくらでもできますし、今ネット時代なので調査ももっと簡単にできる時代になってきています。

もちろん大学と協力しなくても、独自でもあってもいいと思います。あるいはテーマによっては、それを専門にしている先生を、こちらから研究のプロトコルや解析のところの部分で協力を依頼するようなかたちにして、問題提起の部分は現場の先生方が考えたほうがむしろいいことができるのかなと。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いいのかなと私は考えています。

共同研究のテーマについては、ちょっと考えさせていただいて後でお答えします。

—— 精神科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

精神科診療所で研修する機会を作るなど、大学と診療所の人的交流が活性化する可能性はあるでしょうか。そのようなことが、将来的に精神科診療所での臨床に興味を持つ医師を育てるような可能性はあるでしょうか。

もちろんあると思います。杏林では実習で野崎クリニックに学生が回ってきたりというのは今までもありました。それは別に精神科ということだけでなく、地域に出る一環にたまたま精神科も入っていたということですが、そういうことがあってもいいのかなと思います。最初に申し上げたように、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ります。

—— 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ります。地域によって事情は違うと思いますが、各地の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けますでしょうか。

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なと思っています。

事業の継続性に関しては、東京一極集中というもあるようですけれども、なかには年を取ったので田舎でのんびりやりたいという方もあるかもしれないので、場合によると診療所協会などでそういうものを仲介するようのがあればいいのではないのでしょうか。業者を通すとお互いにうんとお金が掛かります。その辺はどういうかたちで仲介ができるのかわからないのですが。人手の問題で事務的な手数料が相当掛かるのでしょうかけれども、ただ情報を出すだけとか手数料を取るというのもあってもいいのかなとは思っています。

—— 精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ重要な役割を担っていると考えてい

ます。そのような中で、関係機関とつながるハブ機能を強化し、精神障害者の地域生活を支えていくためのネットワークの一翼を担いたいと考えていますが、この点についてご意見をいただければと存じます。

精神科医にはいろいろな行政の仕事とか、地域から期待される役割があまりに多くて、それを全部引き受けていると本業に影響が出てきてしまいます。

私自身は、精神科診療所に今一番求められているのは、治療を開始して終結して患者さんが治りましたという実績を出せるか、だと思います。治療を終結するのは非常に手間と暇が掛かる。患者さんにもう一段階よくなって成長していただかないとできないことです。ただおそらく社会は、そういうことを精神科医に今求めています。

ですから、もちろん公式的な関わりは必要でしょうけれども、あまりお一人の先生に負担が掛からないように、その辺の交通整理みたいなことが地方などではとくに必要なのかなと思います。あとはそれぞれの先生に得手、不得手があるので、それぞれの先生がご自分の特徴を生かした診療、あるいは役割をやったほうがいいのかと私自身は感じています。

—— 精神科診療所へ期待すること、頑張ってもらいたいこと

私が得ている情報では、精神科診療所に限らず、精神科医療、精神科医に対する反論の風は、反精神医学の時代は仲間内からのものでしたけれども、今はむしろ社会からのものが非常に強くなっています。それから私が見聞きする患者さんの状況を見ても、そういうことを言われても仕方がない状況も現実にあると思います。

そういう中でせっかくな試みがあるので、いろいろな情報をもうちよっと発信し共有する。そして、診療所の医師全体の医療の質を上げ、薬と医者と縁が切れる医療を診療所が目指さないと、社会からの批判になかなか答えられないのではな

いかと考えます。

—— 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

こういう立派な先生が集まって、私を呼んでいただけること自体が非常にありがたいことです。今日私が少し意見を申し上げさせていただいたようなところをやっただけであれば、診療所として非常にいい方向に行くのではないのでしょうか。

10年20年治らない方ばかりを診ているのですが、ある意味で良くしようと思って医療介入した

ことでだんだんこじれていった方が多いのです。つまり薬剤性気分障害、薬剤性人格障害、薬剤性不安障害で仮性難治性の方ですから、そういう意味で、なかなか治らない方の多くは実は治り得る。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のです。患者さんには「3年から、長ければ7年ぐらかかるよ」と伝えていきます。治すコツは、自分でつくった患者さんは治せない。10年20年こじれた人は、治療関係を1回キャラにして診療所のネットワークの中で主治医を交代し、そこでやり直してもらうのが一番いいということです。

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

2013年9月8日（日）於 全理連ビル

—— これまでの先生のキャリアで精神科診療所との接点があれば教えてください。

診療所で常勤の勤務はないのですが、大学院生の時などに非常勤でずいぶん勤めさせていただきました。今はしていませんが、10年近く勤務させていただいて外来を持たせていただきました。

—— 先生のご専門領域をお伺いします。

高次脳機能障害が一応専門です。広く診えていますけれども、何か専門と言われたらそこを診ています。

—— 精神科病院の経験を経て、精神科診療所を開業する医師が多いのですが、多くの精神科医が、入院中の患者像と地域での患者像の違いを語っておられます。病院

精神科医療と診療所精神科医療に違いをお感じになられることがあるようでしたらお聞かせください。

大学での研修期間などの後で、診療所で診療させてもらった時、患者さんが治るということに最初とにかく驚きました。先ほど治らない患者さんがいらっしゃるという話は出ていましたけれども、大学病院の場合、いくつかの医療機関を経て紹介となることが多いため、その後の治療も難渋することが多いのです。われわれのところで研修してもらっている若手の先生方も基本的に、患者さんは非常に治りにくいものだという認識をしているようなので、診療所に行くと治る人を見ることができるということを話すことがあります。

それともう一つは、教科書に書いてあるように治る人がいるということです。それも先ほどのお話とちょっと矛盾するのですが、その通りに治る

ということです。それと、診断が教科書に書いてあるようにできることがあるということも伝えるようにしています。もちろんその中で当然例外はありますけれども、大学の診療との違いは大きくはそこかなと感じています。

それから精神科病院との違いですね。それはもちろん全然違ってきますけれど、精神科病院のほうがある意味特殊な患者層を診ているのではないかなと思います。精神科で今われわれがターゲットとする疾患や病態は非常に広がっています。精神科病院にもよるとは思いますけれども、診療の対象は一部の疾患群に大きく偏っているのではないかなと思います。そこが大きな違いでしょうか。

—— 先生のご専門領域の成果は精神科診療所で生かされていますでしょうか。生かされている場合は、その内容と、サポートについてお教えてください。生かされていない場合は、その理由と、今後生かされていく可能性についてお教えてください。

私が診療所に非常勤で来ているということで、高次脳機能障害の患者さんが紹介で来られることもあったんですけども、実際ちょっと難しかったかなと思います。高次脳機能障害になると、脳の画像はもとより定式的な心理検査が必要になります。人も要るし物も要るということで、ちょっと難しさを感じて、実際上はそういう患者さんは大学で診たり、あるいは別のリハビリテーション病院で診療するというかたちで、使い分けというか場所を変えさせていただけにはいました。

ただ、私の専門領域で言うと高次脳機能障害の患者さんの多くは、例えば外傷性脳損傷のあと、生涯にわたって何らかのかたちで精神科医が関わって社会生活の支援をしていく必要があるのです。見積もりで言うと人口の0.1%ぐらいの人にそのような支援が要するという話もあります。ところが、「高次脳機能障害」という名前自体が難しそうな響きがあるからでしょうか、うちでは診られないのもっと専門の病院に、というお話を受けることが多いのです。初期診断とかそのあたりは別として、その後は統合失調症や気分障害への診療・

支援と根本的に変わるところはなくて日々の生活面での助言であったり、一時的に悪化した精神症状への対応であったりということですので、最初の入り口のところと長い目でケアということに分けて、後者の部分をもっと診療所で診ていただけたらなということを感じています。例えば、それこそデイケア利用なども含めてですけれども。

—— 先生のご専門領域にかかわらず、興味がある診療所があれば1カ所挙げて下さい。興味を持たれた理由をお教えてください。その診療所の同意を得て、興味がある項目について、後日ご報告させていただきます。

先ほどの話と関連しますけれども、高次脳機能障害を専門的に診ていらっしゃる診療所があります。実際には、私の知っている関西圏ではそういう診療所は、私が最初に気付いたのでは脳外科の先生がされていたのですが、非常に奇特なといいますか、あまり診療報酬とかそういう面ではいいとは思えないけれども、されてきました。しばらくして、精神科でもそういうことのでんばっておられる先生がいらっしゃるということを知り、非常に感銘を受けました。

それ以外で、とくに私たちの大学の事情で言うと、アディクション、アルコールのあたりは十分に対応できていませんが、そこを診ていただけるクリニックさんが近隣にあり、いつもお世話になっています。そういう何か特徴がある診療所に関心を持っています。

—— 先生のご専門領域にかかわらず、精神科診療所がその専門性を高めていくための工夫について、よいアイデアがあればお教えてください。

それは難しいです。というのは、診療所にはどんな患者さんも来られますので、専門性と同時にジェネラルであるということ自体が診療所の専門性みたいなころもあります。だから非常に難しいですけれども、可能であれば、これだけ精神

科が対応すべき疾患というか病態が広がってきて、かつ診療所の数がどんどん増えているので、何か一つ看板に、まずは、今日この場におられる先生方などリーダーになられる先生方のところからでも、うちはこういうところに重点を置いていますという看板を一つ上げていってもら、そういう流れができていったらなとは思っています。

あとよく感じるのは、大学と一緒に仕事をさせていただいたり、病院で仕事をさせていただいた先生でも、開業されるとその後、いろいろな研究会とか集まりがあってもほとんど出てこれなくなる方がいます。外来が夜7時までであるので難しいとかそれぞれご事情はあり、もちろんそういうことはよくわかるんですが、例えば診療所を運営されている先生も半日の研修日とか時間を確保していただく。働いている時間は全部診療ではなくて少しフリーの時間を取っていただければ、別に大学との連携ではなくても診療所協会さんの中での連携でもいいのですが、そこで情報交換をしてお互いにネットワークをつくることができます。そして、それぞれの得意分野を知れば、それぞれの得意分野に応じて、患者さんを相互に紹介するという流れができると思います。まずは少し時間を空けることはしていただいたほうが、ということだと思います。

—— 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、治療の関りの研究など、大学と診療所で共同研究が行われる可能性があるでしょうか。あるとしたらどのようなテーマが考えられるでしょうか。

いろいろあるとは思いますが、実際にはなかなか難しいですよ。期待していないと言えば失礼ですけども、その部分でというよりも、非常にお忙しい中で……。こういうことがあると思うんです。診療所がもっと専門分化してきて、ここにはうつ専門の先生がいらっしゃる、ここには例えば高次脳機能障害、そういう先生方と一緒にやりましょうということはある得ると思うんですけれども、全国おしなべてそこに「このよう

な大規模なうつ病の試験をするので皆さん協力してください」というのは、なかなかモチベーション的には難しい。むしろ少し分化していけば、それぞれの対象疾患で核となるような診療所とは研究も一緒にさせていただけたらなと思っています。

—— 精神科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、若手精神科医が精神科診療所で研修する機会を作るなど、大学と診療所の人的交流が活性化する可能性はあるでしょうか。そのようなことが、将来的に精神科診療所での臨床に興味を持つ医師を育てるような可能性はあるでしょうか。

先ほど研究はなかなかと申し上げたのですけれども、むしろ教育のほうではすぐにでも一緒にさせていただけたらないつも思っています。京都大学の事情でいえば、何名かの診療所の先生方には、非常勤講師としてご講義いただいたりしていますが、学生には講義だけでなく実地の経験が大切です。今、国際的な事情によって、いわゆるポリクリの期間が長くなって72週がひとつの目安とされつつありますが、その影響で、私たちのところの事情でいうと、精神科でのポリクリの期間が倍になることになっているのです。

もともと長いところもあるそうですが、うちは1週間しか来ていなかったのを4週にしてくれと言われて、4週は無理なので2週で妥協することになりました。しかもそれを少人数制にするので、今まで7～8人来ていたのが4人単位で動くということになって、急遽、関連の数カ所の精神科病院さんをお願いして2人ずつを数カ月みてもらうということで、来年以降対応することになっています。

本来は診療所さんにもお願いしたかったのですが、診療所さんはたくさんありますし、お願いしたところだけに非常にご負担になりますし、大学からお金は出ません。そのあたりのところで、もし地域ごとの診療所協会さんが中心となり、例えば京都であれば京都の診療所でまとまった受け皿



みたいなものがあった、そこをお願いすればローテなり何なりで受けていただけることになればよいと思います。この場合は卒前教育ですけれども、今後は卒後の教育も含めてそのようなことを行っていけば、長期的には今後、精神科医に

なっていく医師を増やしていく原動力になると思うのです。その中からももちろん将来診療所で活躍される方も出てくるでしょうし、ぜひ教育のところではご協力いただけたらと思っています。

診察にベタッとつかれるとわずらわしいかもしれませんが、例えばデイ・ケアであったり、患者さんのミーティング・グループなどをお持ちのところに入れていただくだけでもすごくいいと思うんです。現時点ではお願いにいくときには個別の診療所になりますので、私たちとしても非常に敷居が高いのですが、診療所協会として、これから卒前、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と思います。

—— 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ります。地域によって事情は違うと思いますが、各地の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けますでしょうか。

難しいですね(笑)。答えはないですけども、私のところには、そろそろ(引退を)ということでの後のご相談に来られる先生は確かにいらっしゃいます。一方で開業を考えられる方もおられます。タイミング的にはいい話のように感じて、新しく開業される方はもともとあるところを引き継ぐのではなくて、自分で新しいものをつくりた

いようであるということ非常に強く感じます。これから開業していかれる先生方に、すでにあるもの、ネットワークというものの意義をもう少し感じていただければと思います。そのほうが経済的にもよいと思いますので、そのあたりをもう少し、今開業されている先生方からメッセージを発信いただけたらいいのかなと思います。

—— 精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ重要な役割を担っていると考えています。そのような中で、関係機関とつながるハブ機能を強化し、精神障害者の地域生活を支えていくためのネットワークの一翼を担いたいと考えていますが、この点についてご意見をいただければ存じます。

実際に患者さんを診ていると、クリニックに限らず大学病院であっても、そういうネットワークは自然とできていくのですけれども。あえて言うと、たとえばわれわれの大学では外来の数を減らすことが至上命題になっています。外来数が多過ぎて医師が疲弊しているので、外来はむしろ減らして、医師が他のことにもう少し動けるようにという方向になっています。大学病院に来られた患者さんについては、初診を診たり診断はするけれども、長期に診ていく上では診療所さんのほうに紹介していく。病院全体がそのような方向へ動いていますので、精神科もこれからますますそういったかたちで役割の分化が進んでいくのかと。

診療所さんのほうでは、今すでにそういうふうなハブというか社会生活全体を支えるという機能ははしていただいていると思います。たぶんそれは、大学病院、診療所も含め、それぞれの医療機関が横並びですべてをやっているのだと思いますが、今後大学が先にお話したような事情で難しくなってくる部分もありますから、こうした部分をこれまで以上に負っていただければということは期待しています。

生活面でのケアは医療を離れコミュニティにゆだねるという考え方もあり、それは一つの理想ではありますが、日本の現状では要のところに医師

がないと難しいと思います。短時間の診療であっても、少なくとも定期的にフォローアップしていった重要な局面で判断をしたり、そういうところに医師がないと現実には難しいと私は思っています。

—— 精神科診療所へ期待すること、頑張してほしいこと

今までのところでだいたいお話しさせていただきました。教育にはとくに期待します。それと開業されたらとにかくバラバラになってしまうこと。今日のような場に來られている先生方は違うと思うのですが、そもそも協会などに入っておられない方とかいろいろな方がいらっしゃってバラバラになっていますので、何とかそれをネットワークというか、顔の見えるようなかたちにいただければと思います。

病院や大学だと同僚と話をしながら新しいことを学んでいくのですが、それがなくなって、お山の大将みたいなのだったらまだいいんですけど、オカルト病院みたいなのも稀にあるようですので（笑）。でも患者さんにはわからないので、そういう意味でネットワークというか開けたかたちで情報交換ができるような仕組みを作ってもらえたら・・・。

—— 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

繰り返しになりますが、バラバラにならないようにと、ずっと感じているのはそのことです。何年も一緒にやってきた同世代ぐらいの同じように臨床を学んできた仲間が、開業されたら何年かに

1回しか会わないという感じになる。それなりにされているんでしょうけれども、情報が入ってこないということ。個別バラバラになってしまうのを何かで食い止めていただきたいのが一つ。

それと先ほどの逆紹介の話と関係するのですが、先ほど私が話したように大学は外来を減らさないと回らなくなって、その話を大学病院側としていたら、他科はどこに紹介するかというリストがパッと出せる。しかし精神科の場合、診療所で、ここここは紹介していいところを例えば私が個人の好みで選ぶのかというと、そうもできません。信頼できる病院、そうでないところというのはもちろん頭にある程度入っていますけれども、何かそういうものを診療所さんの側で、少なくともこれを満たしていれば一応の基準はクリアしているというものを出していただけたら、そこにはわれわれは信頼してご紹介できます。全ての診療所が信頼できるということは、現実にはあり得ないと思うんです。やはりここはまずいというところが少なくともいくつかありますので、最低のラインでもいいですし、あるいは非常に優良なところでもいいのですが、何かそういったものを出していただけると。難しいとは思いますが・・・。

現実にもそういうリストがもう要請されています。それを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ますが、この関連のこのクリニックさんは非常に信頼ができるので、そこをご受診ください」ということを掲げるかどうかというところまでもうすでにきています。（—— ランク付け？（笑））。どんなかたちでもいいですけども、何かの基準をクリアした証拠のようなものが。（—— 専門性とか？）はい。そういうものがあればと思います。

水野雅文 先生



東邦大学医学部精神神経医学講座教授

2013年9月8日(日) 於 全理連ビル

—— これまでの先生のキャリアで精神科診療所との接点があれば教えてください。

若いころですが、自費の診療所で、いわゆる一般の精神科クリニックとちょっと違うかもしれませんが、5～6年勤めたでしょうか。大学が忙しくなってきたので、あまり行かなくなりました。

—— 精神科病院の経験を経て精神科診療所を開業する医師が多いのですが、多くの精神科医が、入院中の患者像と地域での患者像の違いを語っておられます。病院精神科医療と診療所精神科医療に違いをお感じになられることがあるようでしたらお聞かせください。

私自身は最初は慈雲堂病院におりまして、それから東京天使病院という八王子のかなり山奥の精神病院にいました。外来に新しい患者さんが来るというよりは、入院したらなかなか退院が難しいような病院でした。その後は東京の大泉病院。病院は長かったのですが、病院とクリニックの違いというよりも病院そのもののロケーションとか施設の違いがあるように思います。都心部の施設と、かなり昔からの場所というか結核病院が移ったような立ち位置の病院とでは、確かに診る病像がだいぶ違うなど。とくに慢性期の患者さんをたくさん診ている病院と外来で新しい患者さんを診ている病院は、東京の場合は地理的にやや二極化傾向が当時からあったので、その違いが直接雰囲気の違いというか外来診療室、外来の待つ

ている部屋の雰囲気の違いになっているかなという感じはすごくします。

ただ私の時代だと、精神科医は精神病院に勤務するのが当たり前だったものですから、違和感はなかったのです。それと、ちょうどそのころからとくに精神病の軽症化というか、どうしても入院を長くしなければいけない方ばかりという時代とは病像が変わってきたのが特徴的です。

一方で、代わってそのころから認知症の方が増えてきた。認知症の方はどうしても長く滞在なさいます。その辺のところ、とくに老年期の方、慢性期の方を診ていて、若い先生たちに、違うとはわかってはいても本当の意味で自分の中で区別して診られていたり、若いうちは慢性期の人に治療の必要性や魅力を感じろと言ってちょっと難しいのではないかなと思うので、そのあたりが診る側にとっても、同じものを見ていてもキャリアとともに見えるものが違ってくるのかなという感じがすごくしています。

—— 先生のご専門領域をお伺いします。

私は自称、予防精神医学と呼んでいます。そういうものがあるかどうか。外国にはあるみたいですが、それとあとは社会精神医学です。

—— 先生のご専門領域の成果は精神科診療所で生かされていますでしょうか。生かされている場合は、その内容と、サポートについて教えてください。生かされていない場合は、その理由と、今後生かされていく可能性について教えてください。

予防ですから病院には来ないので、診療所で直接というのとはちょっと違うのですが、実はこの予防精神医学という概念としては、むしろ二次予防という意味で早期受診、早期治療ということになります。

そういう部分に関しては、むしろ診療所の先生方が実際にはたくさんご覧になっている発症間際の方への対応が課題です。日々の臨床の中で精神病になりそうな人とか、今まで未治療でなかなかクリニックにかからなかった、あるいは病院にも行かないでひきこもってしまっているというご相談とか、そういった場面ではたくさんご覧になっていると思いますので、それを生かすというところが非常に難しいところですが、関連が非常に深いところだと思っています。最近では発症間際の方への治療について、正しいかどうかわかりませんがいろいろな議論がされていて、そのあたりのことがぜひ広がっていくといいなと思っています。

その前提として、後のほうでも出てくるかと思いますが、専門病院よりも一般の診療所という場のほうが、一般診療科の身体科の先生方との連携も多いと思いますし、より早期の段階の患者さんを診る機会がおそらく多いのではないかと思っています。そういう意味ではぜひ早期の病態というものへのご関心と治療というものが広がっていくといいなと思っています。

もう一方で社会精神医学のほうは、慢性期の患者さんを地域で診るというので、退院した人をアウトリーチで支えることを臨床研究的にずっとやってきました。今や日本ではそれが主体というか、とにかく地域で地域でということになってきていますので、どんどん生かされるといえるか、それが進んできているところかなと感じているところではあります。

—— 先生の専門領域にかかわらず、興味がある診療所があれば1カ所挙げて下さい。興味を持たれた理由をお教えてください。その診療所の同意を得て、興味がある項目について、後日ご報告させていただきます。

本日ご参加ですが、仙台の原先生の診療所です。

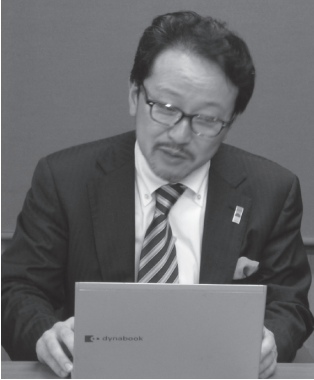
—— 先生のご専門領域にかかわらず、精神科診療所がその専門性を高めていくための工夫について、よいアイデアがあればお教えてください。

一つは、精神科と精神科以外の開業の先生方との、一段と目に見えるネットワークというか交流がさらに進むことです。東京都はこのところ二人主治医制とかいろいろなことを言っていますが、そういう意味での精神科が一般市民の身近なところに入っていることが非常に重要なことだと思います。これはもちろん医師会という単位ではいろいろされているとは思いますが、医師会の先生方からすると、精神科の先生はなかなか普段のお付き合いは少ないというご認識もあるようですので、このあたりは進むといいなと願うところです。

もう一つは専門医制度です。後でも出てきますが、誰が専門医かというのがお互いにわからない。この間まで他の診療科をやっていた先生が精神科をやるのはけしからんと言うつもりはまったくないのですが、ただやはり専門医としての担保という意味で。今、指定医がまるでそれを代行しているかのような雰囲気は大学にも実はありますが、これは本質的に制度が違うわけですから、精神科臨床の臨床医たる証しは現状、専門医しかないわけで、診療所協会の会員の先生方もそうですし、私どもの大学の若い人もこれを積極的に取って、質の担保を受診者の方に明示していくことがすごく大事であると思います。

外国でもそうですけれども、一般開業医の方が例えば自分の今やっている領域では、発病しかけの人をホールディングしてしまって、気のせいだとは言わないまでも、もうちょっと様子を見て、もうちょっと様子を見てといううちに発病していく方はたくさんいて、本格的な治療までの期間を計ると、かかりつけの医者にかかってしまうとえって精神科への道のりが遠くなるということが知られています。

ですからアクセスのしやすさという意味では、どこにどうい精神科医がいて、できればどうい



う専門というか、とくに得意に診ていらっしゃる領域が何かということ、南多摩のこころの医療機関マップのようなホームページがございませうけれども、ああいうかたちで、

入るとすぐに見えてくるようなものが広くできるといいなと願っているところです。

- 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、治療の関りの研究など、大学と診療所で共同研究が行われる可能性があるでしょうか。あるとしたらどのようなテーマが考えられるでしょうか。

私はこの質問書を見たときに、これはすばらしい質問だと思って喜んでしまったのですが。先ほどからのお話で、発病前の患者さんがどこにどんな状態でいらっしゃるかというのは自分の大学ではやっているのですが、もちろん大学いきなり来るわけがなく、必ずや地域にいらっしゃるの、ぜひそのあたりの受診経路とか、どういうことで受診に至るのか、至らないのか。

それから最近では、発症前の基準は海外で出ているのですが、一時それを満たすと4割発症すると言っていたのが、だんだん薄まってきてしまって2/3ぐらいの人は2~3年たっても発病はしないというのです。ところがそれでは治るかという、これがちっとも治らなくて、要するに軽い精神病というか病名も付かないような不調が続いている。ただ、元気なひきこもりではなくて具合が悪くてうちにいるのだけれども、病院も行くような行かないようなだし、行ってもあまりよくなるような方だ、という方が相当数いるのではないかと思います。ですからそのあたりのことを、確かに難しいですけども何らかのかたちで疫学

調査をやって、実数の把握や今後の未治療期間の短縮のための攻略を立てることをぜひ一緒にやらせていただければありがたいことだと思っています。

- 精神科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、若手精神科医が精神科診療所で研修する機会を作るなど、大学と診療所の人的交流が活性化される可能性はあるでしょうか。そのようなことが、将来的に精神科診療所での臨床に興味を持つ医師を育てるような可能性はあるでしょうか。

村井先生のおっしゃる通りで、とくに卒前の実習は時間が少ないです。それで4週にしないと国際認証の基準を通らなくなるんですね。

ですから本当に卒前教育は大変ですけども、大学では卒後のほうで、いわゆるパートタイムで1日半ですから3コマパートに行っています。診療所の先生のところにも伺っている人も結構いますので、もちろんそれはパートタイムジョブではあるのですが、卒後教育というかたちです。大学で患者さんを診るのとだいぶ違うし、それから、こういう言い方はあれですけども「少しは客商売を覚えろよ」と言いたくなるやつがいっぱいいますから(笑)、本当に助かっています。そういう意味ではありがたいことだと思います。それから患者さんの対応とか診療するということへのこだわりが変わってきますので、ぜひ行ったほうがいいなと私は思っています。それで開業の先生方にも、地域医療というタイトルで講義をしていただいたりしています。

- 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ります。地域によって事情は違うと思いますが、各地の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けますでしょうか。

難しいですよ。例えばご病気をなさったときなど、1人でやっていらっしゃるとやはり大変だろうなと思っているものですから。医局でも、関連の施設のOBの先生のところで急入院したという、臨時でもとにかく埋めるようにということはやっているんですが、昔私たちはそういうのはパッと行ったんですけれども、若い人のメンタリティからいうと今はなかなか頼みにくくなってきてしまった。そういうところも、継承の問題というのは精神科の業界に限らず難しくなっているのかなという感じは持っています。

—— 精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ重要な役割を担っていると考えています。そのような中で、関係機関とつながるハブ機能を強化し、精神障害者の地域生活を支えていくためのネットワークの一翼を担いたいと考えていますが、この点についてご意見をいただければと存じます。

これは地域差がすごく大きいと思います。東京のような密集地だといわゆるネットワークも可能ですけれども、他に何も無いというかポツンとあるようなところでしたら、ネットワークも何も診療所が全てやっていくということになっていくと思いますので、それぞれだいたい状況によって違うとは思っています。

ただ、込み入ったところでは保健・医療・福祉と本当につながるかどうかは議論があると思いますが、その図柄でいくとハブの機能は、現状のままだと正直言ってクリニックはちょっと厳しいのではないかなと。民間の相談支援事業者のほうが活発ですね。これは医療の文脈とは違うので、このまま野放しでいいのか疑問があります。

就労支援も含めて医療以外の民間の力がものすごく入っています。ですから、ハブという意味もいろいろあると思いますけれども、正直を言うと、今のままでは診療所がそのネットワークの仕切り役になるのはかなり厳しいのではないかと考えています。むしろネットワークの中で医療機関がやるべきことがどういうことか、もちろん当然費用

は掛かるわけで、そのことをきちんと主張していくことが本来の事業ではないかと個人的には思うところですけども。

ただこれは、私の頭の中では統合失調症の方が対象のようなモデルが浮かんでしまうので、うつや認知症だと違ってくるだろうと思います。精神科診療所と言ったときに、それでもずいぶん違いますよね。そのあたりはどうなのかなとは思っています。

—— 精神科診療所へ期待すること、頑張ってもらいたいこと

私もまったく村井先生と同じです。東京の組織率を上げていただく（笑）。それからあとは専門医を表明していただく。先ほどからお話があった、われわれの大学では逆紹介と言って —— 皆さんもそう言っていられちゃうかもしれませんが —— 、大学病院にいっぱい患者さんがあふれますのでその方を比較的近くにご紹介するのですが、どこに紹介したらその病気にふさわしい治療が一番できるかという情報があまりないのです。あくまでも個人のレベルで知っている先生に、ということになってしまう。そうすると、その先生もお忙しく、それからこういう会でお会いする先生の診療所はすごく流行っていられちゃうことが多いので、紹介しづらいということもあります。その辺のところももう少し見えてくるとありがたいなとは思っています。

—— 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

先ほどの組織率の話と、要するに誰が専門医かがわかるようにしていただきたいということ。それが一番ありがたいことだなと思っています。それからあとは、先ほどちょっとお話があった就労支援とか地域の中のケアの部分を医療はどこまで担えるかというところ。でもかなりがんばらないと、せつ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

は、今のところは非常に高いと思います。

確かに例えば先生方のところの精神保健福祉士が仕事をしても、目下のところ何にもならないわけです。でも、彼らが開業することもできるような時代がもはや目の前まで来ていますから、この体制を維持していくのはこのままだとすごく難し

くなってしまうので、これは何とかしないといけないのではないか、業界全体の問題ではないかと思っています。それは患者さんにとってクオリティがすごく問われますので、かなり急を要する大事な問題ではないかなと個人的には思っています。

有識者インタビュー

4

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

2013年9月29日（日）於 チサンホテル新大阪

—— これまでの先生のキャリアで精神科診療所との接点があれば教えてください。

昭和54年の卒業で、現在まで基本的に大学の教官です。大学院生の時代、あるいは大学での職務がまだ軽いときには、精神科病院のサテライトの診療所に、週に1回3年ぐらい外勤をしました。

—— 精神科病院の経験を経て、精神科診療所を開業する医師が多いのですが、多くの精神科医が、入院中の患者像と地域での患者像の違いを語っておられます。病院精神科医療と診療所精神科医療に違いをお感じにされることがあるようでしたらお聞かせください。

実際、私どもの同門会の人が今620～630人ぐらいいるのですが、多くの場合は大学、総合病院を経験して、それから単科精神科病院を経験したあと、たいていのことは対応できるという経験を積んだ後に開業するというのが一般的で、それでうまく回っていたと思うのですが、最近是非常に若いときから、大学で研修が終わったらすぐにも開業したいという人もおられて、古い世代の教室の者は、卒後10年ぐらい経験がないと危なっ

かしくて開業してもやっていけないということを言っています。それでも、最近の若い人の意識の中では少しずつ変わってきているかもしれません。

私自身は幸い、大学・精神科病院とクリニックの外来がそれぞれどう違うかはいずれも経験させていただきましたので、思っていることを申し上げます。基本的に単科精神科の外来は、自分のところの患者さんのお世話という面があります。それに比べると、クリニックの患者さんはどんな方が来られるかわからない、また一見のお客さんにどう対応するかというところは、クリニックとしては、多種多様な、どういうニーズを持った方かわからない人にちゃんと対応する能力がないと、実際に地域の医療機関としては生き残れないだろうと思っています。

入院を要するほどでない患者さんは、ちょっと気に入らないことがあったらすぐ他のクリニックに移られるだろうと思うので、患者側に要求することのハードルをあまり高くすると、なかなかうまくいかないのではないかと。患者さんのほうに期待するハードルは、次元の高いものから次元の低いものまで、たとえば精神療法をある程度時間をかけて行って高い洞察を得ようというのも、クリニックの外来では制限があるかもしれないし、長い心理検査にもついていけない人もいるかもしれ

ない。なんととっても、待ち時間が長いということだけでも患者さんが居つかないようになるということは、クリニックの特徴です。このような部分は大学や単科精神科病院にはありません。このようなクリニック独自の経験は自分でも感じていますし、そういう部分がそれぞれの医療施設の特長として、得意なところが伸びていくようになったらいいのではないかとというのが印象です。

—— 先生のご専門領域をお伺いします。

私は金子先生、西村先生と続いた教室の責任者として、基本的には老年精神医学が専門です。とくに大学では認知症の生化学的な研究を専門としてきました。

—— 先生のご専門領域の成果は精神科診療所で生かされていますでしょうか。

質問の意図をちゃんと把握できていないのですが、先生方をご承知のように、社会の高齢化に従って認知症患者が増えてきています。行政の指導もあって、精神科だけでなく神経内科、老年科、一般開業医も認知症を診てくださいという活動が始まっているわけですが、そのような意味で、今まで施設、入院が中心であった認知症患者が、精神科診療所も含めたクリニックで対応できるための地域連携のシステムや、病診連携の工夫とか、そういう部分は認知症部門では精神科の垣根を越えてできてきているように思っていますが、そういうことがこのご質問の意図に合うのかどうか。それでよろしいですか。

—— 生かされている場合は、その内容と、サポートについてお教えてください。生かされていない場合は、その理由と、今後生かされていく可能性についてお教えてください。

先ほどの話の続きですが、認知症に限って言うと、認知症疾患医療センターや中心となる施設は、基本的には鑑別診断をして治療方針を立てて、そ

れを地域の開業医さん、診療所にお返しするということがある程度なされているように思いますし、私どもの教室でも、開業医さんからの紹介があった患者さんについては1週間ぐらいの入院のあいだに画像を含めた鑑別診断をして、診療所のほうにお戻しするというをやっています。認知症はゆっくりとした経過で進みますから、年に1回ぐらいのフォローアップで検査を続けながら、日常的な診療については開業医の先生にお願いするというをやっていて、それはそれでうまくいっているだろうと思っています。

生かされていないという部分は、たとえば認知症以外にも、私どもの大学の病棟では統合失調症の方にクロザピンによる薬物療法やECTやrTMSをするのですが、現状においては、幸いクロザピンで寛解した患者さんをそのまま診療所に戻すには、クロザピンの投与には血液検査をしなければいけないとか血液内科との連携が必要であるとかいう要件があって、実際クロザピン治療でうまくいったケースをどうやって地域で診ていただくかは、もう少しシステム全体が変わらないと難しいのではないかと考えています。ECT、TMS等の治療についても、反応のある人にはたいへん喜ばれるわけですが、実際メンテナンスのECTやTMSを考えたときに、そういうことを理解していただくクリニックと一緒にできれば、もう少しうまくいく部分が出てくるのかなという感じはしています。

今のところ大学と診療所の相補関係については、基本的には同門の先生方が、入院治療を要する、あるいはちゃんとした鑑別診断を要するときに紹介をいただいて、大学のほうは病棟の数も少なく、患者数もそんなに必要とすることがありませんので、一定の役目を終えたらできるだけ紹介元に逆紹介するというを行っていて、それが開業医の先生にどのくらい喜んでいただいているかは、私のほうからまたご意見を聞きたいと思うのですが、実際、大学が上手に連携しているかどうかについては、あまり自信はないというのが正直なところです。

—— 先生の専門領域にかかわらず、興味があ

る診療所があれば1カ所挙げて下さい。興味を持たれた理由をお教えてください。その診療所の同意を得て、興味がある項目について、後日ご報告させていただきます。

どういうクリニックを挙げたらいいかという視点にもよりますが、私自身が興味あるのは、都市型の、重装備ではないけれども、ちょっと厳しい言い方ですが、若いときは一生懸命やっておられて、だんだん患者さんが増えてきて、多くの人を雇いのお医者さんが曜日ごとに入れ替わりで来てやっておられる診療所です。このような多人数の精神科医が関わるクリニックが、都心ではけっこう増えてきています。そういうのがある意味では外来が非常に充実してきているという面もあるけれども、出雲のエスポワールみたいに、一つのことに特化して、外来診療だけではなくて、実際のサービスや訓練やいろいろなことに発展していくのであればそれも一つの方向ですが、診療所という場所を提供して、いろいろな人が入れ替わり立ち替わり三診、四診ぐらいでやる診療所というのは、都市でもいくつか増えてきているので、そういうのが一つのモデルとなるのか、ならないのか、教えていただければありがたいと思います。

私が知っている範囲で言いますと、石島先生のところなどは人が多いですかね。それから、いろいろな意味で大学と協力してやってきた診療所ですが、以前に大精協の会長をしておられた田中迪生先生の田中診療所も、先生が病気になられて一昨年亡くなれましたが、多くの方が大学からパートに行っていました。田中先生が亡くなられた後、同門の若い人が引き継いでやってくれていますが、今どんなかたちでやっているのか。都市型の多人数をかかえた診療所がどうやったらうまくいくかということに関して何かヒントになるかもしれません。

診療所も一人でやっているところは、気楽にと言ったら怒られますが、たたむのも簡単ですが、ある程度職員さんが増えてくると、後継者をも含めてどうしたらいいかは大きな問題になってくるでしょうね。

—— 先生のご専門領域にかかわらず、精神科診療所がその専門性を高めていくための工夫について、よいアイデアがあればお教えてください。

よい知恵はありませんが、専門家として世間に関わりやすいのは、このクリニックは認知症の専門家、ここは統合失調症の専門家、うつ病の専門家というふうに、病気ごとの専門性というのは非常にわかりやすく、最終的には社会にもわかりやすい精神科診療所になると思います。診療所をされる先生方がご自分の経験から、たとえば強迫性障害の専門家ということでそういう患者さんの比率が自然に増えてくるというのは今も起こっているのだらうと思いますが、そういう動きをさらに一層進めるためには、たとえば強迫性障害を専門とする診療所だったら、大学などから強迫性障害を専門としている現役の人に週1ぐらい来てもらうとか、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とが協力するようなやり方があれば、もっとうまくいくのかなと思います。

—— 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があるでしょうか。あるとしたらどのようなテーマが考えられるでしょうか。

ほかの身体諸科と比べると、状況は厳しいだらうと思います。その理由は二つぐらいあって、診断の正確性ということと、身体諸科は単に血液やDNAのサンプルを提供することで共同研究が可能なわけですが、精神科はなかなかそういうふうにはいかないだらうと思うから、今申し上げたような理由で、診療所をフィールドとしたサイエンスのペーパーはなかなか出にくいのではないかという感じを持っています。

逆に言うと、今言った二つのことを乗り越えれば、たとえば診断の正確さというところは、DSM-5がいいのかどうかはいろいろ議論があるでしょうけど、国際的な共通の診断

尺度での診断を進めるということ、それから単に血液や検査データだけでは精神科は仕事にならないというところを、たとえばPANSSやSANSやHamiltonなど、いろいろな共通の尺度で評価した数値を共有するというぐらいの工夫をすればできる可能性があるかと思いますが、今すぐ共同研究といっても、乗り越えなければならないハードルがあるのではないかという感じがします。しかし、今申し上げたことはそんなに高いハードルではありませんから、リサーチマインドを持つ診療所の先生が増えてきて、時間的な余裕ができてくれば可能になるでしょうし、診療所の先生方が学問的な興味を持ち続けることは大事なことだと思っています。

ついでに言うと、次の質問ともからみますが、一般的な捉え方として大学は比較的時間の余裕があります。時間の余裕があるということは、リサーチに使う時間があって、またそれが期待されているということです。一方、診療所の先生は忙しくて、短い時間で多数の患者さんに対応しなければいけないということを考えたときに、そういう枠組みが少しでも変わってこないとなかなか難しいのではないかという気がします。

だからファーストオーサーでなくても、共著に入れるというぐらいがまずの突破口みたいに思います。これはいろいろな意味ですけれども、忙しいのは重々わかっているから、自分が論文を最初から最後までというのはなかなか難しいけれども、多人数の中で一定の役割を果たすということはできますものね。だからそのようなことが始まっていけばいいだろうと思います。

—— 精神科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、若手精神科医が精神科診療所で研修する機会を作るなど、大学と診療所の人的交流が活性化する可能性はあるでしょうか。そのようなことが、将来的に精神科診療所での臨床に興味を持つ医師を育てるような可能性はあるでしょうか。

一面的な意見ですが、診療所の先生がこの問い

にも書いておられるように、勉強なさって学問的レベルを維持することができるかどうかにかかるとは思いません。残念ながらというか、現実に論文が書けるかということです。材料は何であってでもいいし、実際の臨床経験を中心とした論文でもいいけれども、フロントラインで研究を続けるということは、定期的に論文を出せるかということに尽きるだろうと思います。そういう活動ができている方については、大学で講義をしていただくことも当然考えられるし、そういう人のところで若い人が一緒に時間を過ごすということは双方のためになるということはあるだろうと思います。一つの単純な目安ですが、ちゃんと原著論文を出すということができるとかどうかが、一にも二にもスタートラインだと思います。

—— 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ります。地域によって事情は違うと思いますが、各地の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けますでしょうか。

先ほどもちょっと田中診療所のことを言いましたが、古いスタイルでの協力で乗り切ろうとした、旧来からの大学医局の同門の人との助け合いの延長だったように思います。田中診療所は塚口の古いメンタルクリニックで、大学から5人ぐらいの医者がアルバイトで行っていましたが、その田中先生が病気になられて、それで診療所をどうしようかとお相談に来られたときに、田中診療所にパートとしてお世話になっていたある大学院生が引き継ぎをしたらいいのではないかという話になりました。大学医局と田中先生との間でそういう体制を予定しながらやっていたわけですが、田中先生の病気が予定より早く進行してしまって、その後を継承してもいいと言っていた人が大学院最後の学年に重なり、大学もちょっと無理したし、ご本人も苦勞されたということを経験しました。

私はあまり大きなことは考えていなくて、同門の先生が、ご自分が大病を経験されてお困りで、

その後の身の振り方等について相談を受けた時に、同門会としてはぜひとも誰か後継者を探して、診療所が継承できるようにしないといけないと思いました。そういうことを考えた理由の一つは、診療所の先生方が同門会に入っているのは、おそらく自分が病気などで休止せざるを得ないとか、何日か診療ができないというときのピンチヒッターを期待されているということも結構あって、それに医局として応えてきたということの延長として、このような配慮をさせていただいたということです。新しい試みとか、何か工夫しているとかいうことは何もありません。けれども、診療所の先生にとっては、自分が休まざるを得ない間大学医局がサポートしてくれるということは、それなりに役に立っている面はあるのではないかと思います。

開業医の先生方の研鑽の場として、ネットを使う方法はこれまで以上にたいへん有効になってきます。ネットを使えばいくらでも自己研鑽、勉強はできるし、モチベーションさえあればできるわけです。今まで、一緒に顔を見ながら患者さんのことで相談したり、研究会で顔を合わせたりということがなくなるという部分を上手に補うことができさえすれば、自己研鑽の環境はネット社会でも不可能ではないだろうと思います。

大阪はいろいろな意味で精神科診療所協会も精神科病院協会も活発に活動されていて、いろいろな先生方がおられ、大学・病院・診療所の関係も仲良くやれていると思います。このようないろいろな精神科医療サービスを担っている人たちが仲良くできるかどうかというのは、それぞれの人たちのお人柄ですよ。大阪では基本的には能力の高い多才な人たちが活動されていますので、大阪の診療所協会も精神科病院協会も大学も、おかげさまで仲良くやれているのだろうと思っています。

—— 精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ重要な役割を担っていると考えています。そのようななかで、関係機関とつながるハブ機能を強化し、精神障害者の地域生活を支えていくためのネットワークの一翼を担いたいと考えていますが、この点についてご意見をいただければと

存じます。

正しいお考えだと思います。100%賛成ですが、具体的にどうしたらいいか、私にはあまり知恵はありません。多くの診療所が自分のところでデイケアなどを抱えて行うというのは一つのモデルとなって、うまくいっているように思います。考えておかなければいけないこととして、診療所の精神科医が自分の専門疾患に特化して、ほかの人にはできないことでサービスを提供することの可能性は先ほど申しあげましたけれども、もう一つ、開業医として、ジェネラリストとして、一般の相談に乗るということももちろんあるわけです。その部分は、日本専門医機構が立ち上がり検討され始めています、総合内科診療医の役割と重なってくる部分があるのではないかと考えています。いわゆるアメリカで言う家庭医という部分とのせめぎ合いのようなことは当然起こってきます。多くの身体的な慢性疾患の患者さんが、高齢者も含めて、障害を有する患者さんも含めて増えてくるという状況で、当然メンタルなサービスも必要となるわけですが、そういう方々を精神科診療所が診るのか、あるいはファミリーメディスンの人が診ていくのかというのは、上手に住み分けをしていくことが必要になるかと思っています。

—— 精神科診療所へ期待すること、頑張っ
てほしいこと

あまりお役に立つコメントにはならないかもしれませんが、私の精神科診療所の先生方へのメッセージを簡単に述べます。多くの先生が大学、総合病院、単科を経験して、自分の診療所での活動を始めておられるわけですから、その人個人として豊かな精神科医療に関わるいろいろな面を経験されている。それを大事にしてほしい。それがいちばん大きな資源であって、きついことを言いますが、5年、10年診療所での活動をする事によって、いろいろな経験をなされたことがあまり生かされずに活用されなくなってしまうということがいちばん問題だろうと思っています。

さらに申し上げますと、精神科医療のいろいろ

な臨床場面での経験が何かの工夫で維持されるようにすれば、それを精神医学の中で活用することが開けてくるのだらうと思うわけです。先ほどの質問で、大学から若い人を診療所に出すということに対してはネガティブなことも言いましたが、その診療所が非常に豊かな診療経験を持った人がやっておられ、臨床家として非常に尊敬できるということがあれば、若い人がたとえば週に1回ぐらい勉強させてもらいに行くということは十分に実現するのだらうと思います。

診療所の特徴は、今まで精神科医療のエッセンスを理解しておられて、いろいろな面での多面的な経験を持っておられるということと、それプラス臨床家として優れた光るものを持っておられること。それがあれば、大学の若い人が定期的に勉強させてもらいに行くということが実現するであろうし、それが一つのきっかけとなって学問的なレベルを維持することにも役立ててもらおうというような一つの方法があるのだらうと思います。

先ほど、論文を書かないとどうにもならないということを申し上げましたが、それは一面正しいと思います。臨床研究をいかに遂行していくかということを手頃に工夫すれば、結果としての論文が出てくるわけですから、工夫することによって臨床研究とその結果としての論文は出てくると思いますので、目指すところはたぶんそういうところに落ち着くのだらうと思います。

—— 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

全体としては病院中心から地域への精神科医療の流れとともに、精神科の診療所が増えているというのは、まことに当然すぎることで、正しい方向に動いているのだらうと思います。言ってみれば内科と同じようなことですよ。精神科の大きな特徴は、今まで精神科病院に勤務する人が4分の3ぐらい、精神科の診療所の人が4分の1ぐらいで、内科などと比べると逆転していたわけです。それがやっとならば診療科と同じように個人開業の数が増えてきていて、それは地域で精神障害者を診ていくということと併せて当然すぎるものが起こっているわけです。そうすると、今まで内科の開業医さんが苦勞されてきたこと、あるいはうまくいかなかったことを十分に他山の石としながら、今から精神科の診療所はちゃんと対策を立ててやっていくことができるのだらうと思います。

私の立場から言えることはほとんどないのですが、開業医さんのいちばんの泣きどころは、店を開けていなければいけない。言葉は悪いですが、時間の切り売りみたいところがどうしても出てくるので、勉強のための時間が取りにくいということは、おそらく日本の内科の開業医さん全部にもあったのではないかと思うので、そういう部分をいかに精神科の診療所の先生が乗り越えてやっていくかということ、診療所協会として最大の努力目標にしてほしいということが私からのお願いです。

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

2013年9月29日（日）於 チサンホテル新大阪

—— これまでの先生のキャリアで精神科診療所との接点があれば教えてください。

私は昭和50年に医学部を卒業して、4年間は長浜赤十字病院で精神科の実践をしていましたが、そのときはまだ近くにそんなに診療所はなかったです。南彦根クリニックもなかった。当時、入院患者の診療5割、外来3割で、残り2割で地域の保健所に出かけていくようなことをやっていた、外来の経験はそこで積みました。その後、今度は医学部の公衆衛生講座のほうに転じて、15年ぐらい阪大の医学部で公衆衛生の教員をしていたのですが、その間、八尾保健所に精神保健嘱託医ということで週1回行って、そのときは相談を受けた方を精神保健相談員と一緒に訪問するとか、保健所で一緒に相談するというのをやっていました。その際、医療につなげる必要があるときには近くの診療所あるいは病院を紹介するというかたちでのお付き合いが多かったです。小阪病院、山本病院、国分病院などが近くにあるけれども、八戸ノ里クリニックなどの診療所もあって、そういうところとも連携をしていました。

—— 精神科病院の経験を経て精神科診療所を開業する医師が多いのですが、多くの精神科医が、入院中の患者像と地域での患者像の違いを語っておられます。病院精神科医療と診療所精神科医療の違いをお感じになられることがあるようでしたらお聞かせください。

病院と診療所という違いだけではなくて、病院

でも急性期中心の総合病院の精神科病棟で出会う場合と、単科の、かなり長期の慢性化した患者さんがいるような病棟で出会う場合では、いろいろ経験が違うだろうと思う。どこでどういうかたちで診療をしていくかによって、精神科医としての障害者観みたいなものは影響を受けるとは思います。

私は、病院で急性期の治療をしていた時期には、非常に多様な経験をさせてもらって刺激が多かったわけですが、症状に注目して、それがどう変化しているかということを中心に主に見ていたように思います。外来で、しかも長期にずっと通っている方を年余にわたって診ている場合は、生活全体を見るようになってくる。でも、これも診療所によって違うかもしれません。どういう疾患の方が来る診療所かということで、その患者観というか、精神障害者観みたいなものも変わってくるのかもしれないと思います。

大阪の保健所は、1970年代から80年代にかけては、グループワークということで社会復帰の活動を一生懸命やっていて、週3回ぐらいは回復途上の統合失調症の方などが集まって、そこで活動をやっていました。それをうまく運営していくのは精神保健相談員でしたが、そういう場に出会う患者さんは、病院や診療所で出会う場合とまた違います。自分たち独自でいろいろ意見を言いながら活動の計画を立てていくとか、一緒にレクリエーションをしたり、料理教室をやったりしていましたから、そういうところでは生活の支援が中心になってくる。出会うというか、場所によって患者さんが示す症状や状態の側面も変わってくるという思いがしました。

—— 先生のご専門領域をお伺いします。

私は公衆衛生を専攻していたので、公衆衛生あるいは地域保健とか地域医療と精神医療の接点みたいなことに関心を持って、それを社会医学的な観点で研究するようなことをしてきました。

—— 先生のご専門領域の成果は精神科診療所で生かされていますでしょうか。

今、ミクロな臨床という状況で診療所の先生と出会うというよりは、マクロというか、大阪府関係でいくつかいろいろな委員会や審議会がありますが、そういうところで精神科診療所協会の代表の方とも出会うことが多いです。そういうところでお話をうかがっていると、診療所協会の先生方は第一線で本当によくやっておられるなど、いつも感心しています。また、新しい実践から私も学ぶことが多いです。実際、地域医療の実践ということを考えれば、アカデミックな大学の研究とは別に、精神科診療所は重要な役割を担っているという思いが強いです。

—— 生かされている場合は、その内容と、サポートについてお教えてください。生かされていない場合は、その理由と、今後生かされていく可能性についてお教えてください。

私の経験を言うと、先ほどマクロな状況で診療所の先生と出会うことが多いと言いましたが、大阪府医師会では、介護・高齢者福祉委員会というものがあります。私は公衆衛生に在籍していたときからこのような委員会に参画しており、府医師会長指名の委員として関与しています。今、その委員長を務めています。その委員会には精神科診療所協会からの代表の方がいつも入ってこられるのです。この委員会が企画するいろいろな研修があるのですが、一般の医師会員を対象とした、かかりつけ医認知症対応力向上研修とか、うつ病対応力向上研修とか、厚生労働省から事業が来ているものだけでも、そうした研修の実際の企画

をする段階では、診療所協会代表委員の方にお願ひすることが多いです。今、李先生です。その前は堤先生でした。

そのほかには、大阪府で精神科医療機関療養環境検討協議会というのがあるのですが、精神科病院の治療的な環境をよくしていくために、療養環境サポーターと呼ばれる人たち、NPO 法人「精神医療人権センター」で研修をした人たちですが、それと協議会の委員とで病院を訪問して、精神科病院の療養環境についていろいろ改善方を議論して、病院にフィードバックしてアドバイスする、病院とやり取りをしながら療養環境を改善していくことを目的とした協議会があります。そこにも診療所協会の代表の方が来られています。今、撫井先生が来ています。その前は岸和田で開業されている稲垣先生でした。私は学識経験者ということで関与させてもらっています。病院協会からは3人の委員を出して、診療所協会は1人の委員です。病院の立場とは違う、診療所から見える今の精神科病院の問題なども発言されるので、とてもいいディスカッションの場になります。患者会（大阪精神障害者連絡会）や家族会（大阪府精神障害者家族会連合会）の代表も委員となっており、いろいろな立場の人がいろいろなことを発言しながら合意を図っていきます。

まだいろいろあるのですが、大阪府で医療法に基づく医療計画を策定する際、精神疾患の医療計画を作るときにワーキンググループが作られ、私は委員長を仰せつかったのですが、診療所協会からは渡辺先生が委員としてこられていた。渡辺先生の意見は精神科医療を改善しようという意気込みが強いもので、それはほかの委員の刺激になったと思います。医療計画を通じた精神医療改革はまだこれから取り組まなければならない課題です。

—— 先生の専門領域にかかわらず、興味がある診療所があれば1カ所挙げて下さい。興味を持たれた理由をお教えてください。その診療所の同意を得て、興味がある項目について、後日ご報告させていただきます。

田川先生ががんばっていて、NPO 法人を作って就労支援の事業をやっているというのはとても素晴らしいことだし、実績を上げておられて、私はたいへん教えてもらっています。精神科医が前面に出てないのがいいのじゃないでしょうか。田川先生は理事長だけれども、実際に支援の事業をやっている人たちは PSW の方たちかな。

もう一つ挙げるとしたらエスポアール出雲クリニック、高橋幸男先生のところを推薦したいです。実は『地域福祉研究』誌 41 号の調査で、出雲市に 2012 年に行って、高橋幸男先生のクリニックも訪問して話を聞いてきたけれども、出雲市ではもともと精神科の看護師さんやソーシャルワーカーの方々やいろいろな人が集まって、「ふわっと」（正式名称は「出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会」という名前）の集まりを毎月開いていて、それが基盤となって地域精神保健福祉の活動が発展してきている。ああいう取り組みにはとても啓発されました。診療所そのものも認知症の方のデイケアで有名だけれども、高次脳機能障害の方のデイケア、統合失調症の方のデイケアと、3 種類を別々にやっています。それと認知症の方のグループホームや小規模多機能ホームも新しく立ち上げている。診療所として、デイケア部門や、介護保険の部門や、グループホームや、そういうのを合わせると職員の方が 100 人ぐらいは働いているのではないかな。

—— 先生のご専門領域にかかわらず、精神科診療所がその専門性を高めていくための工夫について、よいアイデアがあればお教えください。

精神科診療所の専門性といった場合には、専門医として診療所を開設してということで、今、武田先生がおっしゃったように、精神疾患でも、さらに具体的に特化したかたちでの専門性というのがあると思うのです。辻本先生とか、亡くなったけれども小杉先生とか、アルコール依存症の専門性とかいうのは、地域にとってもとても重要な機能ですものね。一方で、診療所の精神科医の専門性といったら、第一線で診ているということで、

それは先ほどの上ノ山先生のまとめのほうにうまく出ていると思うのだけれども、ハブ機能みたいなこととか、福祉の制度や介護保険の制度とつながって医療の機能をさらに膨らませていくとか、生活全体の支援につながっていくとか、そういう専門性もあると思います。

そういう専門性をさらに高めていくにはどういう方法があるのかということになってくるけれども、参考になるのは、先ほどの高橋幸男先生の出雲市でやっているような取り組みです。勉強会というのか研究会みたいなものを地域でいっぱいやっている。鳥根県には精神科医療懇話会というものも 1960 年代からあったらしい。それとは別に「ふわっと」という集まりが地域で組織され、そういうところに診療所や精神科病院の先生方も積極的に参加したり、あるいはそこで自分たちの実践を紹介したりしてきたということです。そうした勉強会を通じて、他の職種あるいは他の機関からも理解してもらえるというようにつながりができていくのではないかな。

—— 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があるでしょうか。あるとしたらどのようなテーマが考えられるでしょうか。

リサーチの分野でも、地域医療あるいは生活支援のような福祉的な実践も含めた社会精神医学的な研究などの領域だと、むしろ診療所でデータが集められるものがあるのではないかなという気がします。そういうのがまだプロジェクトとしてはあまり進んでないから、今後そういうものが進むと面白いと思います。たとえば ACT のような新しい試みを、長期に効果を追跡して評価するような研究ができれば面白いでしょうね。先生が紹介している NSS などがもし組織できたら、その効果を調べていく研究が必要だと思うから、そういうのはプロジェクトを作らないとできないでしょう。外国のいろいろな研究の紹介などはあるけれども、日本版ができたらいいですね。

—— 精神科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、若手精神科医が精神科診療所で研修する機会を作るなど、大学と診療所の人的交流が活性化する可能性はあるでしょうか。そのようなことが、将来的に精神科診療所での臨床に興味を持つ医師を育てるような可能性はあるでしょうか。

精神科医の経験の幅を広げていくということ考えたときに、先ほど私はどういう場で患者と出会うかによって、患者の示す状態から精神科医として患者にいただくイメージというか精神障害者観も変わってくると言いましたが、そういう意味では病院の入院診療の場で臨床の腕が磨かれるということが大きいと思うけれども、外来や、もっと出かけていくような生活の場、いろいろな福祉施設あるいは保健所、産業医とか、学校医とか、そういうところでの経験がさらに幅を広げていくことになるだろうという思いがあります。できればそういうものが専門医の研修の期間に組み込まれていくことが望ましいのではないかと思います。そこまでを体系化すること自体が難しいかもしれない。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た場合には、そういうことが行われるといいという思いを私は持っています。

—— 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ります。地域によって事情は違うと思いますが、各地の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けますでしょうか。

大阪の精神科診療所協会は、田川先生がご存じだと思うけれども、ちょっと病気になったときに、それを補うような相互支援をやっているでしょう。前にそういう話を聞いたことがあります。大阪は診療所が二百いくつあるからできる。でも、それは長くはできないね。一定の期間の対応ということになりますね。

—— 精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ重要な役割を担っていると考えています。そのようななかで、関係機関とつながるハブ機能を強化し、精神障害者の地域生活を支えていくためのネットワークの一翼を担いたいと考えていますが、この点についてご意見をいただければと存じます。

保健・医療・福祉をつなぐ役割ということになった場合には、診療所が医療を提供するときには医療保険に基づいて診療報酬を得てやっていくということになるけれども、保健となるとまた別の財源になる。市町村の保健センターは今、精神保健のことはあまりやってくれていないかもしれないけれども、福祉となれば、市町村の役割が重要になってきている。障害福祉や介護保険となれば、これも市町村が重要になってくる。それをつなぐためには、行政とうまくタイアップすることが必要だろうと思います。

その場合の行政も、地域精神保健の活動ということであれば、保健所にがんばってほしいけれども、だんだん活動が縮小しているようなところがある。一方、福祉や介護保険ということになると市町村です。精神神経科診療所協会は、市町村の担当部局のメンバーと結びつくような活動をしていく必要があると思います。

また、保健・医療・福祉をつなぐような多職種で診療所の活動をしていくとか、あるいはそういう職種の人たちと提携してやっていくことは、訪問看護があるとやりやすいかもしれません。そういうやり方もあると思います。そうになると多機関、多職種がいかに連携するかということがポイントになってくるだろうと思います。

そういう動き方をするにはどうしたらいいか。これはかなり地域特性があって、行政側もちゃんとそういうところに協力するというか、精神科医の参画をウェルカムというところと、そういうところにアンテナを持ってないところとあるかもしれない。これからもう少し組織的に働きかけて、精神科医の参画が当たり前になっていけばいいと思います。

実は、精神科医の参画はいろいろなところで必要だと私は認識しているのだけれども、実際参加してもらえない。たとえば高齢者虐待がある。虐待をしている人は必ずしも家庭で介護している人とは限らなくて、息子が失業して、そしてお金が必要だということで年金を使い込むということもあるのだけれども、仕事ができない状態がある。たとえば精神疾患ということもあるわけです。そういうときには地域包括支援センターで全部対応していけるかという、できない。保健所や精神科クリニックなどの応援も必要になってくるけれども、それだけのネットワークがまだ作られていない市町村が多いわけです。今いろいろなところで市町村が対応すべき課題が広がってきていて、そこで精神科医が関わる必要性が高まっている。診療所を持っておられるということで関わってもらえると、双方にとって役に立つようになるのではないかと思います。

たとえば障害者領域だったら自立支援協議会があるでしょう。そういうところの委員として参加するとか、あるいは地域包括支援センターの運営協議会がありますね。そういうところに専門家としてアドバイスするとかいうことができればいいのだけれども。

堺市では、地域包括支援センターの嘱託医というのをやっています。今や高齢者の訪問ということになると、保健所よりは地域包括支援センターになってしまう。昔だったら保健師の訪問活動の中で対応していたことが、訪問してくれなくなってきている。たとえば認知症の方で一人暮らしで、自分では介護保険の申請ができない。そうしたら介護保険にもつながらない。孤立化してしまう。家のごみ屋敷みたいになっている。そういう人の支援をどこが始めにスタートできるか。そうするとたいてい地域包括支援センターに相談が行きます。そしてその職員が訪問するのだけれども、その状態がどこから来るのか、認知症なのか、あるいは別の精神疾患なのかを鑑別できない。そういう人への支援は、本当は精神科の嘱託医と一緒に訪問するとか、詳しく話を聞いてアドバイスするという機能があればいいと思う。昔は保健所であれば嘱託医がそういうことをやっていたけれ

ども、今やそれすら弱体化してきている。

—— 精神科診療所へ期待すること、頑張ってもらいたいこと

診療所であれ、大学であれ、病院であれ、医療者というのは、病気を持っている患者さんの生活がよりよくなることを目標としているのだらうと思います。慢性疾患であることが多いわけだから、かなり長い経過をちゃんと生活を見ながらサポートしていけるという機能はとても重要なもので、それを担う場としては診療所がとても重要だという思いが強いです。だったら、第一線でそういう診療機能を持っている精神科診療所がそれをどうやったらうまく発揮できるかということでしょう。

アウトリーチは大事ですね。アウトリーチと言うけれども、今の日本の医療制度で訪問するためには、医師だったら往診、訪問診療がある。けど向こうから来てくれと言われてなければ行けないわけです。来てくれと言われて往診をしたり、契約を結んで訪問診療をする。それを発しない人もいるわけだから、そういう人たちの訪問支援はどこからどうやってやるかという問題がある。たとえば保健所だったら、そういう人にもいろいろな手を使って訪問するというをやっていた。家族なり、周りからの要請で行くということもある。精神保健福祉法で通報に基づいてというのがあるかもしれない。けど、もう少し柔軟に、生活の場に出かけていって診療するような機能が作れないかという思いはあります。先ほどの保健・医療・福祉のハブ機能というか、あるいは拠点の機能というか、そういうものとも関係があるわけです。

そのためには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ないかということになる。それは保健所の嘱託医とか、企業の産業医みたいな活動でもそういう機能を持てるかもしれない。むしろコメディカルの人たちがそういう機能を持っていて、それとチームを作ってやっていくというやり方も重要でしょうね。それが一つある。

あとは他の診療所、一般の開業医との連携。たとえばうつ病にしる、認知症にしる、精神科に来

る前に内科に行くとか、身体の診療科のかかりつけ医にかかっているということが多いわけで、そういう人たちとのコンサルテーションみたいなやり方か、あるいは共同診療みたいなかたちになるのか、そういうことももっと地域でできるようになればいいと思います。そうだとすると、どういう方法でそういうやり方が普及できるかという、地区の医師会の活動ではないかと思います。地区の医師会がそこまで活動性を持っているかどうかというのがありますが、今、そういうことが期待されるようになってきている。行政だけでは対応できないから、職能団体としての郡市区医師会とか、地域医師会がそういう機能も持つことを期待されるようになってきている。

実はこの前、上ノ山先生の近くの東近江市に行ったのです。あそこは「三方よし研究会」がとても有名です。近江商人の家訓にならって「患者よし、機関よし、地域よし」をモットーに医師会主導でやっている勉強会です。介護や医療の関係者が毎月集まって勉強会をしている。「三方よし研究会」のほかにも「認知症のケアネットワークを考える会」というのが、また別に3カ月に1回、年に4回勉強会を開いている。ケアマネージャーとか、一般の医師とか、1回に100名ぐらいが集まる。精神科医としては豊郷病院の先生が来ている。それから藤本先生が来ている。藤本クリニックでは認知症のデイケアをやっているでしょう。「三方よし研究会」「認知症ケアネットワークを考える会」は医師会が主導で開かれているということなのだけれども、保健所がそれを支援しています。

かかりつけ医とは、認知症の方でも拒まずちゃんと診る、必要なときにはいろいろな診断をできるところを紹介して、また逆紹介を受けて、身体疾患などを含めて継続して診ていくことをやる役割だと思うのだけれども、東近江市には精神科医療機関がないが一般の開業医に「もの忘れ相談医」という看板を掲げてもらって、それで認知症の方の診療をしていくというシステムを作っている。そのためには普段から勉強しておかなくてはいけない。それで3カ月に1回「認知症ケアネットワークを考える会」という勉強会を開いて

いるという話でした。

だから、そういうものにうまく診療所協会としてコミットしていく。あるいはアイデアを出したり、参加していくということがあればいいと思いました。東近江市がやっていることは、先ほどの出雲市でやっていることと似ています。時間外に関係者が集まって、2時間、定例的に夕方6時～8時に勉強会を開く。勤務時間外に任意参加という意味ではインフォーマルな勉強会だけれども、事務局機能だけは保健所がオフィシャルをやっている。それを通じて他の診療科目を専門としている開業医の方との連携みたいなものが発展するのでしょうね。

—— 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

これを読ませていただくと、日本精神神経科診療所協会としての今現在のいろいろな活動も、これからの計画も持っておられるように思いました。職能団体としての自己研鑽という点でも、いろいろ委員会を作ってやっておられる。そういう意味では本当に期待します。ただ、医療関係の職能団体といってもいろいろあります。ローカルな範囲でも、たとえば大阪府の中にも医師会があり、診療所協会があり、精神科病院協会があるわけです。必ずしも職能団体間での意思疎通がスムーズだとは言えない。医療全体を見たときの方向づけや合意形成という点では、それが一つの課題だと思っています。それをどうしたらうまく乗り越えられるかということだけれども、いろいろ協議する場というか、普段から顔を合わせて議論する場があったほうがいいだろうと思います。病院協会との関係はどうなのでしょう。私は全く知らないのだけれども。

たとえば医療計画をどう進めていくかということになると、都道府県とかローカルな話になってくる。しかも、医療圏とか市町村という範囲になると、これもローカルな話になる。保健所とか市町村とか、行政も関わってくる。そういうローカルな範囲でうまい具合に方向性を議論できるようにならないと、なかなか現実が変わらないし、よ

くならない。診療所協会はいちばん地域に密着して精神障害を持っている方たちの生活を見ていると思うから、イニシアチブを取っていただきたい

と思っています。でも、イニシアチブを取るためには、理念、戦略、いろいろなネゴシエーションも必要になってくるわけです。

有識者インタビュー

6

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

—— これまでの先生のキャリアで精神科診療所との接点があれば教えてください。

家内の両親が内科と外科医で経験を積んでから診療所を開業しました。長野県飯田の田舎、畑の中の診療所です。私が山梨にいた頃、診療所の仕事を手伝うことになって、土曜日だけでしたが月2回精神科、神経科の外来を2年ぐらい続けていました。

開業し、初診で来てくれた患者さんを継続して診ていました。地方の精神科クリニックがよくわかりました。幸いなことに患者さんは神経症、心身症、軽症の気分障害の方が多かったのですが、なかには双極性障害とか、重いメランコリーのうつ病とか、統合失調症の方がふらっと来られて急に悪くなったときに、ベッドを抱えていないのですごく苦労しました。地域の精神科病院とのコンタクトも強くなかったのですぐに入院ともいかず、結構苦労しました。

—— 精神科病院の経験を経て、精神科診療所を開業する医師が多いのですが、多くの精神科医が、入院中の患者像と地域での患者像の違いを語っておられます。病院精神科医療と診療所精神科医療に違いをお感じになられることがあるようでしてお聞かせください。

診療所は敷居が低いですから、地域の人もわり

とかかりやすいと思います。地域で精神科病院にかかるとうわさになるとか、目立つとか、とても気にされます。私の場合は診療所で、長年内科、外科の医院で、そこに診療科を増やしたので、患者さんたちはよりいっそうかかりやすかったと思います。

地域の中で、子どもの登校拒否から老年期の認知症までいろいろな精神疾患が問題になっていることがよくわかりました。しかも、嫁姑の仲とか、息子と父親の関係とか、田舎は人間関係が結構濃いですね。

大学は、気分障害といってもプライマリのところで治らないで困る病態が多い。治らない理由は併存疾患が多いとか、パーソナリティの問題があるとか、アルコール依存とか、発達障害とか、様々なと思います。なかなか治らないものが紹介されてきます。診断に困るような併存疾患が多く、典型例でない人が多いです。研修医がみても、うつ病はきれいに治らない病気なのではないかと思うぐらい難治例が多い。

大学病院の場合、抱えている病床の種類によって患者さんが変わってきます。山梨は開放病棟です。慶應も開放です。九大は閉鎖が44床、保護室14床、本格的な精神科の病棟で、精神科病院と似たような患者さんが多いと思います。

診療所を土曜日にやったのは勤務している人もいるからです。農家、第一次産業中心の地域ですが企業も入り込んでいました。大学にいて患者さんに不自由をかけていると思うのは、午前中しか

外来を受け付けないシステムで、通いきれない人がいることです。大学にかかりたいが、よくなったから土日や夕方以降にもやっているところを紹介してくださいとよく頼まれます。患者さんのニーズに合わせた診療がしやすいことは、クリニックのよさかもしれません。

—— 先生のご専門領域をお伺いします。

私の専門はうつ病、双極性障害で、気分障害の臨床と基礎と言うと大ざっぱすぎますか。

基礎も精神薬理学と脳科学をアプローチの方法として進めています。

漢方医学を学んだこともあります。大学にいると制限されていて15種類か20種類しか入っていないので、証に応じた自在な治療ができません。

—— 先生のご専門領域の成果は精神科診療所で生かされていますでしょうか。

診療所の先生とお会いするのは製薬企業などの研究会が多いので、そういう先生方が私のイメージの中の診療所の先生です。各地でお会いすることがあります。そういうところに行って質疑応答のディスカッションをしていると、私の専門でいえば気分障害を診療所の先生方がたくさん診ていることもあると思いますが、トラディショナルな薬物療法からアップ・ツー・デートなガイドラインの話とか診断の話に至るまでいろいろ吸収されていて、よい質問をされます。臨床試験に関心を持たれていて、診断とか症状評価とか、エビデンスの読み方とか、詳しい方も多いです。そういう意味で、気分障害の成果は研究会に熱心に来られている先生方に関しては十分に生かされているのではないかと思います。問題は、研究会でお会いしない先生方がどうなのか、そこはわかりません。

—— 生かされている場合は、その内容と、サポートについてお教えてください。生かされていない場合は、その理由と、今後生かされていく可能性についてお教えてください。

診療所協会に入るメリットはサポートを受けられることでないかと思います。生涯教育をしっかりサポートしてもらえることは、メンバーになる最大のメリットだと思います。長い目で見れば患者さんにも反映されるでしょう。

—— 先生のご専門領域にかかわらず、興味がある診療所があれば1カ所挙げて下さい。興味を持たれた理由をお教えてください。その診療所の同意を得て、興味がある項目について、後日ご報告させていただきます。

復職、リワークをやっている診療所です。ACTや訪問看護です。うつ病リワーク研究会のメンバーは全国に何人か顔が浮かびます。

うつ病も、不安障害も、認知症も物忘れサポート医みたいなかたちで、総合診療医の制度も出てくると、入り口のところでかかりつけ医がかなり診るようになると思います。そうすると精神科クリニックも専門性を高めたほうがかかりつけ医とのコンフリクトが少なくなるし、連携も取りやすくなるし、ニーズも高まるのではないのでしょうか。双極性障害の方に、地元の近くや通勤の途上でかかりたいと言われたら、なかなか浮かびません。それが浮かぶと紹介しやすいです。

—— 先生のご専門領域にかかわらず、精神科診療所がその専門性を高めていくための工夫について、よいアイデアがあればお教えてください。

もちろんジェネラルに幅広くみられるでしょうが、その先生が得意とされているものをわかるようにしていただくと、私たちは助かります。あるいは認知行動療法を受けたいとか、カウンセラーのいるクリニック、リワークに熱心なクリニックを紹介してほしいとか。

地域の中の機能でまとまることがあってもいいかもしれません。この診療所の先生はこういう専門、この先生はこういう専門と、複合体で診ていくことはあってもいいですね。(ホームページ上

で診療所の名簿は検索できるようになっていますが) 大学の各診察室に1冊置けるようにしておくとういかもしれません。ネットでもいいと思います。

信頼のおける情報をもっとアナウンスされたほうがいいと思います。ネットで調べると病院やクリニックの広告が出てきますが、広告にはわかに信じられないですから。

—— 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、治療の関りの研究など、大学と診療所で共同研究が行われる可能性があるでしょうか。あるとしたらどのようなテーマが考えられるでしょうか。

九大は近くのクリニックをお願いし、該当する患者さんが来たら九大でこういう研究をやっているのに参加しませんかと声をかけてもらっています。そういうかたちで近くの先生とは連携を始めています。クリニックの特徴は、大学病院で診られない、初発で未治療の患者さんやピュアな病型の患者さんが結構多いと思います。その対照群の研究が大学ではできないのです。

うつ病の患者さんをみても、2年、3年と薬もまったく効かないとか、難治の一群しか来ないので、典型的なうつ病の研究をしようと思うと難しいです。統合失調症も、ARMSみたいな発症直前の患者さんを研究しようとしても大学にはなかなか来ません。

臨床研究は倫理性の問題が合ったりして、これまで日本でもあまり活発には行われていませんでしたが、今では活発に行われるようになりました。そういう意味で、そこに参加していただく患者さんたちがかかっているのは診療所なので、関心のある先生がいたらいろいろなかたちで連携を取れると思います。

治験に参加していただいている診療所の先生も多いです。未治療、あるいは発症初期で併存疾患のないピュアな患者さんたちが多くので、臨床試験もやりやすい。サイエンティフィックな関心を持って研究に連携していただければうれしいです。

—— 精神科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、若手精神科医が精神科診療所で研修する機会を作るなど、大学と診療所の人的交流が活性化される可能性はあるでしょうか。そのようなことが、将来的に精神科診療所での臨床に興味を持つ医師を育てるような可能性はあるでしょうか。

診療所で診る患者さんと大学で診る患者さん、精神科の病院で診る患者さんは違います。学生たちが幅広い精神疾患を学ぶうえで、診療所に出向いて見学してもらうことは必要なことだと思います。しかし、先生方が陪席を嫌がるのでないかという気がします。

また、大学ならば患者さんもある程度覚悟し、横に若い人がいても大学病院らしいと思うかもしれませんが、こっそり来てプライベートな話をしようと思っているのに、どこの誰かわからないような人がいたら困りますよね。そういう気持ちもあって遠慮していましたが、そういう場面でできればとてもよいことだと思います。

大学でも、嫌がる患者さんは学生を外しています。そうでない人がいたら、診察を見せていただければすごく勉強になるのでないかと思います。地域の精神医療の講義もそういう流れでやっていただければ、学生にとって貴重な機会になると思います。お忙しいなかで頼むのはどうなのかと思います、また関心があるかどうかわからなかったので控えていました。

—— 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ります。地域によって事情は違うと思いますが、各地の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けますでしょうか。

医療には社会的責任があります。地域連携がますます明確になる必要がある。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、患者さんにとってもよいですね。必要ときに必要な医療を必要な場所で受けられる選択肢が増えるからよいのです。地域連携は今後、強化されるべきだと思います。

地域によって大学の特徴も違うし、診療所の数と病院の数も違うので一概には言えないけれども、地域の特色に合わせた連携はできるだろうと思います。福岡の都会型と過疎地では違うでしょう。そういうなかで、診療所の社会的責任は重くなります。一代でなくなってしまうのは難しい問題を抱えると思います。

社会的責任が重くなれば重くなるほど、事業の継続性をみんなで考える時代になると思います。地域連携がしっかりできていると、事業の継続性もしやすいのではないかと思います。

—— 精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ重要な役割を担っていると考えています。そのようななかで、関係機関とつながるハブ機能を強化し、精神障害者の地域生活を支えていくためのネットワークの一翼を担いたいと考えていますが、この点についてご意見をいただければと存じます。

これもマンパワーとつながる話なのでしょう。確かに地域のハブ機能はすごく大事です。保健医療、福祉全般にわたって多機能に動いているところは、ネットワークの拠点になるのだらうと思います。

こういう機能を持つとなると、保健福祉にまたがって広く経験されていることが必要になります。コメディカルがたくさんいても、リーダーとして引っ張るのはドクターでしょうから。意識が高く、経験もないと難しいでしょう。多機能型の診

療所になるのでしょうか。今まで診察室にいて患者さんが来るのを待っている受け身の姿勢だったのが、少し外へ出ていこうということでしょうか。

地域とか、生活を意識した医療に広げるかどうかですね。診察室の中だけの面接に終わらないで、自宅に帰ったときにどういう環境なのかとか、何が必要なのかとか、どういうサポートが得られるのかとか、そういうことですよ。

視点を持つと、できる範囲でいろいろなことはやれるのではないかと思います

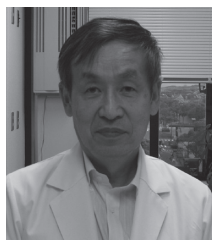
—— 精神科診療所へ期待すること、頑張っほしいこと

勝手なことを言わせていただければ、紹介しやすい先生でいてほしいということでしょうか。紹介しやすいというのはいろいろな意味があります。患者さんも納得してくれる先生、紹介しても嫌がられない先生ということです。その先生からも、慢性化しているから大学で一時期診てくれということがあれば、こちらを紹介していただければうれしいです。相互にうまく連携が取れる関係ができるといいです。それが最も期待するところでしょうか。

—— 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

地域連携への取り組みについてはすでに述べさせていただきました。加えて、ものすごい数のクリニックの先生がいて、そこにもものすごい数の患者さんがかかっているわけですから、この集団の現状や希望を行政に伝える役割がある。そこを上手に、これからもされればいいと思います。

中村 純 先生



産業医科大学精神科教授

—— これまでの先生のキャリアで精神科診療所との接点があれば教えてください。

大学病院にいますので、私自身は具体的に言えば、月曜日から水曜日に外来を担当していますので、必ず新患を1～2名診ます。今は大学と診療所、あるいは病院との連携で、大学病院として紹介を受けた患者さんを主に診ています。ときどき直接大学病院を受診する人もいますが、ほとんどの方が紹介患者さんですので、当然私の場合は北九州地域の精神科診療所の会員の皆さんとの連携は頻繁にあります。また、北九州市の職員の復職審査をしていますので、診療所の先生方の診断書を見させていただいています。

—— 精神科病院の経験を経て精神科診療所を開業する医師が多いのですが、多くの精神科医が、入院中の患者像と地域での患者像の違いを語っておられます。病院精神科医療と診療所精神科医療に違いをお感じになられることがあるようでしたらお聞かせください。

私の大学のことでいえば、大変恥ずかしいのですが、いわゆるデイケアとか、あるいは心理療法士の常勤の人がいない。私はこの大学病院に16年間以上いて、院長先生にそういうことはずいぶんお願いしましたが、現実にはなかなかうまくいきませんでした。今年中にできるかどうかかわからないのですが、ようやくデイケアを考えていただいているという状況です。

そうしてみると、診療所の先生はオーナーであって、お一人で診療をされている方が大部分だと

思います。そういう意味では診療所それぞれに特徴があって、小回りが利くと思います。大学はメニューも多いですが、それぞれの医師が診療をしていて、病棟回診でようやく各医師の診療を把握するので、診療所の良いところもあると思っています。

そして患者像ということであれば、大学では境界性パーソナリティ障害の行動化をするような人を受けざるを得ない場合が多い気がします。それから、大学病院で入院も含めて外来をしていると、どちらかという重症の方を診させていただいているのではないかと考えています。

私も知っているところで、例えばストレスケア病棟やリワークデイケアをされているところは、心理療法士やOTの方をたくさん雇って成り立っていると聞いています。医者や大学の離れもあって、大学は仕事が忙し過ぎるということで、精神保健指定医や専門医の資格を取れば、開業するか、精神科病院に勤めるかという人が増えてきているのではないかと思います。

診療所の中にも相当力量の差もあるようで、これは大変失礼かもしれませんが、午後5時以降は何かあれば大学病院に行ってくれという診療所の先生もいると聞いていますが、これは極端な話だと思います。一方では、土曜日にオープンしている診療所や、あるいは午後遅くまで診療所を開けられて、サラリーマンの方、学校の先生、公務員の方が行きやすいような時間帯だけ開いている、特化した精神科診療所もできてきているような気がします。

北九州では、精神科病院のある先生が中心で救急への取り組みがあり、実際に急患センターの中に、精神科を例えば午後7時～11時に開くよう

に頑張っていますが、それに常に患者さんが来るかというところでもないという課題や、経費の問題もあるようです。これはソフト救急的な役割だと思いますが、重症の方は応急指定病院などをお願いせざるを得ないのではないかと思います。

—— 先生のご専門領域をお伺いします。

臨床でいえば、統合失調症、うつ病などの臨床薬理学ということになるのではないかと思います。私は外来では相当診断の幅が広い患者さんを診ていると思います。治せているかという何とも言えないですが、少なくとも20人ずつくらい多様な患者さんを月、火、水曜日に診せていただいています。

時間は8時半から12時半くらいまでです。新患も1～2名は診ます。ただ、それは予診を研修医の先生にとっていただいているので、実際には30分間ほどで診ていると思います。患者さんからすると、予診を含めて1時間以上かかりますので満足されているように思います。

そして、認知症、統合失調症、うつ病、神経症の方でも診ており、私は外来医長の振り分けどおり診せていただいているので、あまり偏った疾患はないと思いますが、今はうつ病や適応障害の方が最も多いのではないかと思います。

研究としては、統合失調症とうつ病の生物学的なマーカーを見つけたいと思って、いろいろな生物学的なことをやっていますが、なかなかうまくいきません。血中MHPGとHVAとで抗うつ薬の選択ができるのではないかと、さらに血中の神経栄養因子(BDNF)やfMRI検査を経時的に測定し、いろいろな免疫物質などの変化をみていますが、病因や薬物の副作用につながる遺伝子研究も相当やっています。また、某会社と提携して、うつ病患者の遺伝的な異常を検討しています。

—— 先生のご専門領域の成果は精神科診療所で生かされていますでしょうか。

先生方の評価ですから、それはわかりません。ただ、例えば単剤で抗精神病薬を用いようとか、

あるいは抗うつ薬の使い方というようなことは、私たちがだいたいエビデンスを出してきているので、教室員が派遣されている同門の診療所や病院、北九州近辺の先生方には生かされているかもしれませんが、うまくいかない症例もありますのでもっと質の高い研究を目指しています。

そして、治療抵抗性統合失調症に対するクロザリルの使用や難治性うつ病に対するm-ECTなどは大学でしかできないので、それなりの役割分担があると思っています。

—— 生かされている場合は、その内容と、サポートについて教えてください。生かされていない場合は、その理由と、今後生かされていく可能性について教えてください。

診療所の先生との連携はかなり緊密にやっているといます。というのは、大学開学以前からの歴史ある北九州精神科集談会を年に8回開催します。これは、私にとっては日程がなかなか合わずに実は大変です。それと、診療所協会の勉強会も月に1回か2カ月に1回くらいあると思いますが、連絡がありますので、医局長や私が行ける時に医局から交代で行っています。

福岡県精神科病院協会の講演会も年に数回あります。そうすると北九州精神科集談会が8回ですから、皆さんとお会いする機会はかなり多くなると思います。それと福岡県精神科集談会という、福岡県内4大学の集談会があります。

こういう勉強会に来る人は、精神神経科診療所協会や精神科病院協会に入っている先生方です。そうすると様々な情報がよく入ってきます。だから、入っていない先生が本当に困るのではないかと心配しています。そのような人はどのようにして医療情報を得ているのでしょうか。

また、診療所の先生がご病気された場合には、医局から交代で医師派遣をしています。

私どものところは大学がなかったところに大学ができたという事情があり、近隣の精神科病院の方がむしろ歴史が古いのです。九州大学や久留米大学などでは、大学近郊の精神科医は何かあれば

大学にお願いするという意識があると思いますが、産業医大はそうではなかったのです。そこで、私が来た平成10年くらいから、ようやく地域との連携が始まったと思います。

—— 先生の専門領域にかかわらず、興味がある診療所があれば1カ所挙げて下さい。興味を持たれた理由をお教えてください。その診療所の同意を得て、興味がある項目について、後日ご報告させていただきます。

例えば香西洋先生は、薬物依存の方とかパーソナリティ障害の方などをよく診ておられます。そして、相当の数のコメディカルの方を使って診療されているのではないかと思います。さらに連携するときに、今から言う先生は皆さんそうだと思うのですが、例えば荒木富士夫先生は19床の入院施設を持たれた診療所です。紹介状がお2人ともしっかりしておられます、それから要先生。彼も松尾病院で長い経験を持たれ、最近のリワークなどをやっておられるのですが、非常に丁寧です。それから特徴的といえば、睡眠クリニックの有吉祐先生。彼は活発に仕事をされ、睡眠障害に特化したという意味では興味があります。ところで睡眠時無呼吸症候群の検査は、産業医大では耳鼻科がしていますので、受診者の層は大分違うのではないかと思います。

また、紹介状が丁寧な先生は診療が丁寧なように思います。例えば、本学卒の江頭和道先生や井形昌幸先生などは非常に丁寧です。極端な言い方も知れませんが、診療情報提供書の内容でその診療所のレベルがわかるような気がします。

1カ所といわれると難しいので私は今いくつか挙げましたが、やはり何か特化したものを持っておられるところは患者さんが多いように思います。

—— 先生のご専門領域にかかわらず、精神科診療所がその専門性を高めていくための工夫について、よいアイデアがあればお教えてください。

これだけ精神科診療所が増えてくると、それぞれの診療所の特徴的なこと、何かその先生の得意なこと、認知行動療法などの精神療法でも何でもいいのですが、大学でそういうことを勉強された、臨床的なことをされた、それを活かしていただけるような先生だったら、お願いできるのではないかと思います。あの先生は行動療法、強迫性障害が強かったとか、特に勉強しているとか、そういう専門性が必要になってくると思います。

薬物療法の中でも、単剤で治療をすることを心にかけている先生や漢方医学を研鑽されている先生など、特徴があると紹介しやすいように思います。

精神科といってもいろいろあります。例えば認知症を主に診るとか、そういう専門性によって、だんだん棲み分けができてくるかもしれません。

—— 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があるでしょうか。あるとしたらどのようなテーマが考えられるでしょうか。

実際に私たちが厚労科研で行っていることとしては、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ます。私どもはデイケアを持っていませんから、通常の診療でどのくらい復職ができるかとか、復職継続がどうなっているか。そして、彼らが介入したリワークプログラム結果と比較しています。彼らのリワークの試みは、診療報酬の獲得まで目指されていると思います。

調査は回収率、地域性などもありますが、活動性の高さや地域を選ぶとバイアスがかかってきます。今、統計については精神神経学会にこのようなことをまとめる情報センターができたので、きちんとした倫理申請をすれば、学会のほうの委員が審査して統計もできるようになってきています。

—— 精神科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、若手精神科医が精神科診療所で研修する機会を作るなど、大学と診療所の人的交流が活性化する可能性はあるでしょうか。そのようなこと

が、将来的に精神科診療所での臨床に興味を持つ医師を育てるような可能性はあるでしょうか。

精神科診療所の先生の中で、特徴的なことをされているところとは連携が可能かも知れません。例えば強迫性障害に対して、九大でいえば行動療法的なことを学んだ人に授業の1コマをお願いするとか、何か特殊な技術を持っている方にBSLの講義をお願いはできるかもしれないと思います。可能性はあると思います。

逆にそこに派遣してというのは、地域医療というかたちで、例えば臨床研修の中に入れていくという方法もあると思います。精神科は現在、臨床研修の中で必須ではなくなりましたが、統合失調症が残るかぎり、どこかで診ないといけません。そうすると、診療所協会をお願いするというのもあるかもしれないと思います。

精神科診療所に興味をもつ医師はむしろ多くなっています。資格を取ったらすぐに開業しようという人が結構多いような気がします。今はどうでしょうか。ちょっと止まったのでしょうか。

私たちのところも、先生に福岡でお世話になっている中野英樹さんのように、単科精神科病院のサテライトのかたちで作られた診療所と病院の先生の場合は、こんなことを言っては失礼だけれども、交代で休めるみたいなので勤めたいという人が多いので、2人くらいでできるような診療所だったら希望者も増えるのではないかと思います。それは経済的になかなか難しいのでしょうか。

診療所協会との連携として、一つは人的な交流と、患者さんの受け渡しということでの連携があると思います。私たちの病棟は、いろいろ批判もあると思いますが、10対1看護で入院治療を行っています。そうすると平均40日以内に退院です。実際にやってみると、もちろんクロザリルの患者さんは3カ月入院というのもあります。また、だいたい週2回の計10回のECTを行いますので40日くらい、あるいは2カ月くらいの人もいるわけです。しかし、統合失調症の患者さんも含めて、結果的には平均28日くらいの在院日数となっています。リハビリより短いです。22、23

日かもしれない。

なぜかという、1泊入院というのが結構あるのです。大量服薬の1泊入院とか、あるいは認知症の検査入院というのがあって。まったく初診で大学病院と関係ない人ではないと思いますが、最近救急病棟ができましたから、盛んにその教授から患者さんを取ってくださいと言われていきます。意識が回復した時点で、1日だけでも診てくださいということもあります。それが特に自殺企図であればなおさら点数が上がることになるので、地域の先生方との連携というのは頻回にあります。

—— 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ります。地域によって事情は違うと思いますが、各地の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けますでしょうか。

単なる勉強会とか、産業界との連携の会とか、そういう中にも将来診療所を開かれる人もいるでしょうし、みんなが大学に残るわけではないので、結局は臨床ができないとだめだと思います。大学で研究をいくらしても、臨床ができなければ意味がありません。ということは、地域の先生と顔見知りになっておくというのは絶対に必要だと思います。

「事業の継続性」というのは後継者の育成ということでしょうか。小回りが利くという意味では、自分の理想の精神医療というのがあって、病院ではいろいろな人のこと、お金のことなどで、マンパワーの問題も含めていつもお医者さん探しをしないといけない状況を考えてときは、自分でやった方がいいというのが本音でしょうか。

私が例えばリタイアした時、私は臨床が好きですから診療所も考えたいと思いますが、休めないのは大変だろうと思います。今日はきついから休もうというわけにはいかないのではないのでしょうか。そのあたりが診療所の先生は大変ではないかと思っています。

—— 精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ重要な役割を担っていると考えています。そのようななかで、関係機関とつながるハブ機能を強化し、精神障害者の地域生活を支えていくためのネットワークの一翼を担いたいと考えていますが、この点についてご意見をいただければと存じます。

この対象の患者さんというのは、統合失調症でしょうか。こういう人を地域が支えていくという。認知症と統合失調症の一部の方を地域支援しようとしている先生もいます。NPOをつくって、アパートを借り上げて統合失調症の患者さんを住ませるとか、そういうことをされている先生がいます。

それから、例えば通院の公費負担にせよ、年金にせよ、あれはみんな自己申告です。そういうのを親切な先生は教えてくれます。何年も通っていて突然、「あなた、通院の公費負担もらっていないの？」ということが結構あります。このような場合、行政ともう少し医療者、若い先生を私たちが教育しなければいけないのでしょうか。教えてあげないと患者さんは大変だろうと思います。

今は自殺対策に関していえば、精神科のPSWと行政書士、弁護士などが連携して、いろいろなことで活動がなされています。お金がなくなったとか、破産したとか、そういう人には救急病棟でも関係しています。

—— 精神科診療所へ期待すること、頑張っしてほしいこと

現実をよくわからないのですが、紹介状を書いても、1カ月待ちだとか、2カ月待ちだとか言われて、また結局戻ってくるという人もいます。精

神症状は安定している人たちで地域で支えていたきたいのですが、もう少し小回りが利かないのかなと思ったりします。児童になると、非常に特殊です。難しい。診療所が増えたとは言っても、キャパシティが意外とないのでしょうか。

それに私は薬物療法の論文しか書けないけれども、精神療法をしっかりとするのは基本ではないかと思っています。薬だけで治るはずはないので、そのあたりの基本をもう少ししっかり教育しないといけないと思っています。ただ、初診、2回目をかなり長く診ておけば、次はそんなに長く時間をかけて診る必要はないように思っています。だから、初診を丁寧にしておけば、その人にどういご兄弟がいて、どういストーリーがあって、小さい頃はどうかと。少しずつ穴を埋めていくという作業が数回あると思いますけれども、全部が全部、何十分も診ないといけないということはないような気がします。

私どものところでも、仕事上のことで北九州から東京や大阪、千葉などに行かれる患者さんが結構いらっしゃいます。その時に、診療所が多くてどの先生に紹介していいかわからないというところがあります。その先生の得意分野などがわかりやすいパンフレットがあれば便利だと思います。例えば予約が必要だとか。私は安定した人、転居する人、学生さんが上京するというような場合、「1カ月待ちみたいなのところが多いから」と言って多めにお薬を出すことはありますけれども。地区の中心になっている先生だけでもいいから、その先生から紹介を受けるという情報網みたいなのがあると便利かもしれません。その先生にお願いしたら診ていただけるという安心感というのは伝わってきます。まったく知らない、名前も知らない人で、患者さんからこの人に書いてくれと言われてきたときは、仕方なく書いているのが実情です。

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

—— これまでの先生のキャリアで精神科診療所との接点があれば教えてください。

精神科診療所の先生たちと、うつ病の医療連携をやっています。一般かかりつけ医と精神科医療機関とのうつ病のネットワークを、久留米では平成22年からやっています。かかりつけ医と精神科医の連携は、どちらかという診療所の先生とかかりつけ医の連携がメインだったのですが、今は精神科病院が入って三角形のシステムを作っています。

—— 精神科病院の経験を経て、精神科診療所を開業する医師が多いのですが、多くの精神科医が、入院中の患者像と地域での患者像の違いを語っておられます。病院精神科医療と診療所精神科医療に違いをお感じになられることがあるようでしたらお聞かせください。

印象的に統合失調症・アルコールの患者さんはクリニックに少ない感じがします。精神病圏は病院で診ていて、昔だったら受診しないような不眠の患者さんとか神経症レベルの患者さんとかうつ病の患者さんが、クリニックはメインだと思います。患者さんは、診療所と病院とでは違う感じがします。重症な方は精神科病院で、クリニックは軽症の方が多いのでしょうか。クリニックはそれだけ敷居が低くなったというのはあると思います。

—— 先生のご専門領域をお伺いします。

睡眠障害。中澤洋一先生が1981年に日本で最

初の睡眠障害クリニックを始められました。その頃は、大学でなぜアカデミックでないことをやるのかと盛んに言われました。睡眠障害はここ10年ぐらい、かなり脚光を浴びました。生活習慣病と関連するとか、うつ病や認知症とも関連することを言われだしました。私はもともと基礎研究をやっていて、当時稲永先生から統合失調症の原因を突き止めろと言われ、電気生理的手法で動物実験をやりました。側坐核ニューロンで当時はドパミンレセプターを追っていて、D1、D2レセプターは生理学的に最初に見つけて、留学中にセロトニン2レセプターを見付けました。セロトニンが電気生理学的に見つけられていなくて、たまたまセロトニン2レセプターがわかりました。今振り返ると、非定型精神病薬の薬理作用に関与した生理的な研究をやっていました。

—— 先生のご専門領域の成果は精神科診療所で生かされていますでしょうか。

睡眠障害の患者さんはほとんど認知されていなかったし、受診されていませんでした。不眠症の人でも、眠れないぐらいでは死なないということで病院に行かなくてよいというのがあったし、睡眠薬は怖いというイメージがあったので寝酒で対応するとかで、なかなか受診しなかったです。患者さんは、睡眠薬は怖いけど安定剤は安心だからということで、安定剤を飲んでいる方がすごく多かったです。睡眠薬も安定剤も同じベンゾジアゼピン系で、より催眠作用を持っているのが睡眠薬です。睡眠薬を投与してもらわなくてはいけないのですが、内科を受診されると患者さんの希望どおりに安定剤が出ます。睡眠薬を安定剤と言って患

者さんに飲ませる一般科の先生が多いです。紹介があって患者さんに「睡眠薬を飲んでますね」と言うと、「えっ？だまされた」みたいな感じになります。

不眠症や睡眠障害で精神科病院はなかなか受診されないのですが、診療所は受診しやすいので、内科で改善しないような睡眠障害の方や、専門性を認識して初診する患者さんが増えています。また、昼間に我慢できない眠気のある過眠症の方も、診療所に受診される方が最近増えたようです。

—— 生かされている場合は、その内容と、サポートについてお教えてください。生かされていない場合は、その理由と、今後生かされていく可能性についてお教えてください。

睡眠障害の患者さんはどこを受診すればよいのかわからないのです。市民公開講座で「どこを受診すればよいですか」とよく聞かれます。「精神科病院に行ってください」と言ったら患者さんは嫌がられるので「心療内科とか、精神科のクリニックに行ってください」と言います。不眠症、無呼吸症候群だけでなく、レストレスレッグス症候群、レム睡眠行動障害とか、特にレム睡眠行動障害はレビー小体型認知症などの前駆症状と言われているので、精神科のクリニックに紹介しやすくなりました。

診療所ができたおかげで患者さんの行き場ができていますので、睡眠障害はうつ病、神経症と同じように恩恵を被っているというか、睡眠障害の診断治療は診療所のおかげですごく助かっています。ある程度診断をつけ、ある程度薬が固定したら、どこかを紹介しないとイケません。そういうときに紹介する先は地域の精神科診療所が多いです。

—— 先生の専門領域にかかわらず、興味がある診療所があれば1カ所挙げて下さい。興味を持たれた理由をお教えてください。その診療所の同意を得て、興味がある項目について、後日ご報告させていただきます。

久留米市のMクリニックがあります。児童思春期をやっておられます。発達障害疑いの患者さんは多く、幼稚園、小学校、中学校からADHDでないか、アスペルガーでないかと、よく紹介があります。そういう患者さんをどこに紹介するかというときに、なかなか紹介先がないのです。子どもを精神科病院に受診させることは、親が嫌がります。小児科で診られるところは限られています。診療所で発達障害のある程度診断できるのであれば、すごく助かります。K先生は国内留学で児童思春期を学ばれています。T医院など児童・思春期をみられるところはすごく助かります。久留米大学の小児科も発達障害の診療をやっていますが、数カ月待ちです。幼稚園の先生から、可能性があるから紹介したくてもすぐに受診できないと相談されます。「Mクリニックなら1カ月以内に診てくれますから」とよく紹介します。

—— 先生のご専門領域にかかわらず、精神科診療所がその専門性を高めていくための工夫について、よいアイデアがあればお教えてください。

うつ病の患者さんの復職でリワークなどをしていただくと、需要は高いと思います。大学のデイケアは統合失調症の患者さんがメインなので、嫌がられます。うちはうつ病の患者さんだけのリワークを数人の単位でやっていますが、需要は高いです。大学ではうつ病の患者さんだけのリワークはやりづらいところがあります。紹介したいのですが、精神科病院には行きたがられないので、ぜひやっていただきたいと思います。また認知症診療では、地域でみていくかたちのアウトリーチが求められているので、今後は診療所の先生の活躍の場が広がると思います。

—— 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があるでしょうか。あるとしたらどのようなテーマが考えられるでしょうか。

すごくあると思います。特に私の専門領域では睡眠障害とか、たくさんデータが出てくると思います。たとえば不眠症の患者さんにどういった薬物療法をしているのかとか、睡眠薬単剤でやるガイドラインが出てきましたし、できれば中止にもっていくとか、最近は認知行動療法もやられているので、前方視的研究がやれると思います。また、疫学的なことでは、レム睡眠行動障害、レストレスレッグス症候群の頻度、治療の内容とか診療所で一緒に研究に関わってもらいたいです。

さらに、不眠症やレストレスレッグス症候群、過眠症などの薬の臨床試験にも関わってもらいたいです。特に不眠症の患者さんは診療所には多いので、睡眠薬の開発試験にぜひ協力してもらいたいです。

—— 精神科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、若手精神科医が精神科診療所で研修する機会を作るなど、大学と診療所の人的交流が活性化される可能性はあるでしょうか。そのようなことが、将来的に精神科診療所での臨床に興味を持つ医師を育てるような可能性はあるでしょうか。

実際に Ta 先生が口腔外科の非常勤講師で、外来で口腔心身症の診療を担当しています。To 先生も精神科の非常勤講師であり、講義してもらうこともあります。大学は地域精神医療を前面に押し立ててはいけないう状況になっているので、4年生が夏休みに臨床体験実習としてクリニックへ行きます。今は内科、小児科しかないのですが、今後はぜひ精神科クリニックの先生方にも協力してもらいたいと考えています。発達障害や児童・思春期を専門として診療している診療所もあるので、学生や若手精神科医が大学と異なった外来診療を体験できると思います。今後、大学と診療所の人的交流はより活性化すると思います。

—— 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ります。地域によって

事情は違うと思いますが、各地の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けませんか。

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と思います。今後は、体のかかりつけ医とともに心のかかりつけ医が地域には必要だと思います。子どもからお年寄りまで、精神科診療所の先生がかかりつけ医として関わってもらうことが大事です。うつ病だけでなく、認知症は増えてきますから、初期の段階から関わってもらい、地域の中で看取っていくことが大切だと思います。実際、大学が認知症センターに指定されているので、認知症のネットワークに診療所の先生方が大きな役割を果たすと思います。

久留米地区ではうつ病と認知症のネットワークを作っていますが、診療所の先生方に大きな役割を担ってもらおうようやっています。身体科の先生方がうつ病や認知症を紹介する時は、精神科病院はまだまだ敷居が高いため、精神科のクリニックだったら紹介しやすいので、まずは精神科の窓口として受け入れやすいと思います。今後ますます大学との連携は深まっていくと思います。

—— 精神科診療所は、保健・医療・福祉をつなぐ重要な役割を担っていると考えています。そのようななかで、関係機関とつながるハブ機能を強化し、精神障害者の地域生活を支えていくためのネットワークの一翼を担いたいと考えていますが、この点についてご意見をいただければと存じます。

連携を取っていただいて、大学で入院治療をした患者さんを外来で診ていただく。大学病院はできるだけ外来を減らそうとしています。外来患者さんをどこで受けてもらうかという、診療所が多いと思います。専門性を持った診療所がたくさんできると、患者さんを通しての連携がより活発になると思います。うつ病、認知症の連携においては診療所協会の先生が頼りなので、ネットワー

クを継続していくためには不可欠です。メンタルヘルス対策として企業の方々が相談に行きやすいので、予防医学の点から考えても診療所は重要な役割を担えるのではないかと思います。

診療所も患者さんが増えていますが、医師が1人のところが多いので、2人で診ていただくと連携も取りやすいし、余裕を持って患者さんを診られるようになります。大学や行政との協議会をするときも出席しやすいし、アウトリーチも行いやすいと思います。

実際に認知症、うつ病のネットワークをやっていて、それは感じます。地域と密着している先生方が多いので、福祉、介護との連携も診療所の先生方が間に入って接着剂的な役割をしてもらうと心強いと思います。

—— 精神科診療所へ期待すること、頑張っ ほしいこと

ソフト救急に参入してもらいたいと考えています。福岡県は精神科救急システムの中で、自分のところで診ている患者さんは自分のところで診るというのが大原則です。診療所の患者さんが夜間精神科救急で来た場合、どういう処方をしているか、連絡が取れなくて困るケースが少なくありません。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と思います。

—— 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

医師会にも入っていただきたいです。久留米は医師会の中に精神科医会を作っています。かかりつけ医と精神科の連携をするために医師会に入っておかないと、なかなかうまくいきません。できるだけ精神科病院の院長先生、クリニックの先生方に入ってもらうようにしています。

その結果、かかりつけ医の先生方にとって精神科病院と精神科診療所の先生方の顔がより見えるようになって、連携が取りやすくなりました。地域医療をやっていくためには、医師会に入っておかないと難しい面があります。医師会の中で少しでも互いのコミュニケーションがとれていることが、円滑な地域連携につながります。一般市民よりも、一般科の先生方の精神科に対する偏見のほうが根強いと思います。精神科に紹介するだけで患者さんから怒りを買うとか、患者さんをばかにした感じになるとか、そうなるうちにも来なくなるから紹介できないと言われる先生も少なくありません。

そういう偏見をなくすには、診療所の先生方の力がすごく大事です。そのためには診療所の先生方が医師会に入って、より関係を強めてほしいと思います。

大学病院としては、地域医療、教育という面でも診療所の先生方に関わってもらいたいと考えています。今後とも密接な関係を深めていきたいと思っています。