

今後の医療計画改定における参考案

(公社) 日本精神神経科診療所協会  
上ノ山一寛

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築していくにあたって、精神科診療所を有力な社会資源として組み込んだ医療計画の策定が求められる。以下に、今後の医療計画改訂における、精神科診療所を組み込んだ参考案を提示したい。

## 1 病院と地域との好循環を確保していく

精神科病床は、今後重度かつ慢性対応の病床を除いて、急性期対応中心にシフトしていくものと考えられる。そのため、稼働病床が減少していくことが予想されるが、早期の退院支援を進め、空床を確保する中で、救急に入院が必要な事態に対応できる体制を整えていくことが求められている。そのためには、地域では長期入院者の受け皿を作り、地域生活定着支援の充実を図る必要がある。このように病院側の救急対応・早期退院支援と、地域における救急対応・地域定着支援がうまくかみ合っ、病院と地域との好循環を確保していく必要がある。

また、さまざまな生活上の困難を抱えて、具体的な生活支援が必要な場合は、一対一の医師の診察だけではQOLや症状の改善が見込めない。医療、福祉、教育、就労など様々な社会資源を結びつけて包括的、継続的に支援していくケースマネジメントの手法が必要である。

(アウトカム指標) 精神科退院時共同管理料実施率

療養生活環境整備指導加算実施率

医療からのケアマネジメント(包括的支援マネジメント)実施率

## 2 訪問看護、訪問医療を含めた在宅医療の充実

フリーアクセスが保障されることによって、わが国では保険証一枚でどの医療機関も自由に利用することが可能である。医療機関は来るものは拒まず、去る者は追わずの姿勢でそれなりの責任を果たすことができる。しかし、自殺未遂者を含め、地域には医療対応が必要にもかかわらず、自ら援助を求めなかつたり、求めることができない人たちが多数存在する。高齢者介護、子ども若者支援、生活困窮者支援など様々な領域で医療とのつながりを求めて苦勞している状況がある。そのような人たちには、単に医療機関で待っているだけでは地域に責任を果たすことができない。多職種がチームを組み、アウトリーチを含めて支援していく必要が生まれる。場合によっては関係機関が協力連携する形で支援体制を組んでいく必要がある。

(アウトカム指標) 訪問看護、訪問医療実施率

精神科在宅患者支援管理料実施率

### 3 クロザピン等を組み入れた地域体制の整備

重度かつ慢性の基準が設けられたが、この人たちに対して1年以上の入院がやむを得ないと受け取られがちである。しかしクロザピンの使用などが試みられておらず、あらゆる手立てを尽くしても退院に至らなかった患者群というわけにはいかない。少なくともクロザピン使用連携体制を各地域で医療計画に書き込む必要がある。診療所でも、重度かつ慢性に当たる人がいるが、その方々が、クロザピン治療を求めた場合、現在の体制では圏域を離れたところ入院せざるをえず、また退院後もケアに関わるができない。沖縄県・岡山県などで進められた連携モデルを参考に、地域体制を作る必要がある。

(アウトカム指標) クロザピン連携治療体制の整備とそこへの参加率

### 4 精神科救急入院料病棟の整備と連携協力体制

精神科救急については、これまでは民間の精神科病院を中心とした救急輪番制度に大きく依存して維持されてきたが、都道府県の責務として精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターが徐々に整備されてきている。精神科診療所も輪番診療所体制を組むなど、各地で精神科初期救急に参加している。また救急情報センター等に夜間休日の連絡先を登録することで、自院患者に対する救急対応能力を向上させることができる。

一方、精神科救急入院料（スーパー救急）が2002年に新設され、その設置要件として圏域での措置入院数や夜間休日の診察数などがあげられており、本来なら、医療計画にもとづいて圏域単位で設置すべきものであるがそうになっていない。急性期から回復・療養などの機能分化をはかり連携協力体制を展望するシステムを作り上げていく必要がある。

(アウトカム指標) 措置診察、精神医療審査会への参加率

都道府県の精神科救急システム（マクロ救急）への参加率

精神科救急情報センターへ夜間休日の連絡先届出率（ミクロ救急）

### 5 総合病院に身体合併症対応機能の確保

H28年度診療報酬改定で、いわゆる総合病院に身体合併症対応機能の強化に向けて誘導がなされた。救急告示病院には自損事例を含む身体合併症を持つ精神疾患患者が約一割存在すると言われており、救急告示病院である以上精神科対応が求められるが、現実には精神科標榜していないことが多い。そのような救急告示病院に、その地域の精神科診療所や精神科病院が協力して、精神科救急に対応した院内医療チームを作っていこうとする動きがある。このように病診連携体制や病病連携体制を具体化していくことなどによって総合病院を支え、身体合併症対応機能を充実させていく必要がある。

(アウトカム指標) 総合体制加算算定への協力数

### 6 医療観察法指定通院機関の確保

医療観察法指定通院医療機関の確保が進んでいない。現在のままでは、一旦医療観察法の流れに乗ってしまえば、地域に帰ってこれなくなることが懸念される。指定入院医療機関が地域から孤立して存在し続けている限り、この制度の先行きは明るくない。圏域単位で指定通院医療機関を確保していくことを、医療計画に書き込む必要がある。多職種によるチームでアウトリーチを含む支援体制を組むことのできる医療機関が増えていけば、地域の受け皿を確保していくことができるだろう。

(アウトカム指標) 指定通院医療機関数

## 7 精神科救急医療、自殺未遂者対策の見直しと危機対応チームの立ち上げ

現状としては、精神科救急医療と自殺未遂者対策が並列して存在している。しかし地域ケアの現場では両者は重なり合うことが多く、本来は一体的に取り組みられるべきであろう。地域には自殺未遂をはじめとして引きこもり、DV、虐待、薬物乱用などに関連したさまざまな精神的危機が存在する。それらは、必ずしも夜間休日に限定的に発生するものではない。今後危機対応チームが地域に組織されるならば、これらの危機に速やかに対応することが可能となると考えられる。

(アウトカム指標) 市町村からの救急受診枠の確保

危機対応チームの立ち上げ

## 8 精神科医療圏域と市町村との役割分担

介護保険、障害福祉サービスなどさまざまな対人サービスが市町村事業となっている。精神保健も市町村の責任事業と明確化すべきである。したがって精神科医療圏域も、市町村単位で整備されていくことが望ましいが、医療機関の偏在などのため現実的には困難である。市町村単独で、医療機関を確保できなければ2次医療圏で対応し、最終的には都道府県センターがバックアップするなど、精神科医療圏域と市町村との役割分担を整理する必要がある。

(アウトカム指標) 市町村あるいは圏域における協力医療機関の確保

## 9 コミュニティメンタルヘルスチームの設置と地域ケア会議の開催

市町村にメンタルヘルス対応のコミュニティメンタルヘルスチーム (CMHT) を設置する必要がある。そうすることによって引きこもり事例など、援助希求能力の低い事例に対しては多職種でアウトリーチをふくめて対応していくことが可能になる。場合によってはその地域の医療機関に委託可能とする。市町村が必要と認める事例は、積極的にケア会議を開催し、必要に応じてCMHTで対応していくことが望ましい。

(アウトカム指標) コミュニティメンタルヘルスチームの立ち上げ

市町村職員を含んだケア会議の実施