

医療計画に生かす精神科診療所の役割と機能

精神科診療所の役割や機能を明らかにするためのアンケートから

日精診・医療計画等検討プロジェクトチーム

代表上ノ山一寛

<はじめに>

今日の政策的課題として、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が進められている。それと並行する形で、2018年度には各都道府県で、第7次医療計画が策定されている。その中では、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、各医療機関の医療機能を明確化することが求められている。

しかしこれまでに策定された医療計画において、精神科診療所の役割や機能が、必ずしも明確に位置づけられているとは言えない。そこで、精神科診療所の役割や機能を日精診独自に調査し、今後の医療計画の改訂に生かしていきたいと考え、精神科診療所の役割や機能を明らかにするためのアンケートを実施した。その結果を報告し、若干の考察を行いとともに、今後の医療計画改定における参考案を提示したい。

<アンケート回収率>

アンケートは精神科診療所の2018年9月1日時点の状況や、2018年9月の1ヵ月、あるいは2019年4月～9月の半年間の活動を調査したものである。

2019年9月1日時点の、日精診正会員数は1591名で、2018年12月10日締め切りまでに、630名から回答を得た。回収率は40%である。(図1)ブロック別の回答数は北海道26名、東北34名、関東194名、中部71名、近畿175名、中国46名、四国20名、九州64名で、日精診会員の分布にそって各ブロックから回答が寄せられている。(図2)

<患者数とスタッフ配置>

2018年9月の一ヵ月患者数(レセプト件数)は501～1000人が、43.5%で最も多く、次いで、251～500人の25.9%、1001～1500人の11.9%と続いている。(表1)スタッフ数では、常勤換算で1人以上は医師1.34人、看護師1.32人、事務2.67人となっており、医師1人、看護師1人、事務2人という構成の診療所が多いと考えられる。(表2a)その他スタッフの常勤換算ではPSWが0.63人、心理職が0.77人、OTが0.17人、ピアスタッフが0.04人であった。ピアスタッフを雇っている診療所は11件と少ない。

スタッフの配置状況をみると、常勤換算(ただし、週一日勤務の場合、常勤換算で0.2となる)で0.1人以上雇っている診療所は精神保健福祉士(PSW)は199ヵ所(31.6%)、心理職(CP)は288ヵ所(45.7%)、看護師は399ヵ所(63.3%)であった。(表2b)常勤換算で1人以上雇っている診療所はPSWは177ヵ所(28.1%)、心理職(CP)は196ヵ所(31.1%)、看護師は252ヵ所(40.0%)であった。2015年の日精診会員基礎調査では、常勤換算1人以上は看護師40.7%、PSW25.9%、心理職20.8%であったので、看護師の割合に変化はなかったが、ここ数年で心理職の方が、PSWより若干多く雇用されている可能性がある。(図10)また、医師が常勤換算で1.1以上、即ち複数医師が勤務している診療所は32.9%であ

る。

<診療時間>

届出診療時間を見ると、午前 8 時前や日曜日に診療を届け出ている診療所はさすがに少ないが、多くの診療所が平日 18 時以降や土曜日に診療をしており、診療所のアクセスの良さを表している。(表 3) (診療時間内の午前 8 時前や 18 時以降[土曜は 12 時以降。日曜・祝日は終日]に受診した患者には、「夜間・早朝等加算」を算定できる) 平日 18 時以降では月曜日 37.6%、火曜日 34.9%、水曜日 27.9%、木曜日 20.6%、金曜日 39.5%であり、土曜日午前は 88.7%、土曜日午後は 37.5%である。このように、平日夜間や土曜日に診療を行うことは精神科医療へのアクセスを良くしており、精神科救急への貢献の一つと言える。

<時間外対応>

都道府県が構築する、精神科救急システムをマクロ救急というのに対して、各医療機関が自発的に診療時間外・予約外に診察することはマイクロ救急と呼ばれている。

届出診療時間以外の時間外対応には、施設基準の届出内容に応じて、加算 1(常時対応)、加算 2(常時以外対応)、加算 3(連携対応)の区別が報酬上認められている。加算 1~3をあわせて、21.6%の診療所が届出時間以外の時間帯で診療に応じる体制をとっている。(図 3a) また、そのような時間外対応の施設基準の届出をせず、20.2%の診療所が一部の患者に 24 時間対応をしている。(図 3b)

このように、比較的多くの診療所が、届出時間以外にも対応しようとしている。その他に、都道府県の実施している精神科救急情報センターに、夜間休日の連絡先を届けている診療所は 27.5%である。(図 3c)このように都道府県の精神科救急システムと連携することによって、自院の患者の夜間休日の救急の事態に備えることができる。このことは、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の一つとして、H30 年度診療報酬改定までは評価されていた。

<初診・入退院>

2018 年 9 月一ヵ月間の初診患者数は、11 人~30 人が最も多く 44.1%であった。(表 4a) 次いで 31 人~50 人が 18.9%、6 人~10 人が 11.3%となっている。最近の診療所は新患を予約制にしているところが多く、平均すると一日一人程度の受け入れ体制となっているのかも知れない。

2018 年 4 月~9 月の半年間で、精神科病院からの退院患者数は 1~5 人が最も多く、55.2%であった。次いで 0 人が 16.2%、6 人~10 人が 13.3%となっている。(表 4b) 2018 年 4 月~9 月の半年間で、精神科病院への入院患者数は 1~5 人が最も多く、55.1%であった。(表 4c) 次いで 6 人~10 人が 18.6%、0 人が 9.0%であった。精神科病院との関係では、過半数の診療所で、半年間に 1~5 名の退院患者の受け入れ、入院患者の依頼が行われている。このように精神科診療所は精神科病院から全く独立して診療をしている訳ではなく、精神科病院とのつながりを持ちながら、地域での診療を行っていることが分かる。

<在宅医療>

在宅医療については、往診については22.7%、訪問看護については15.9%、定期的な訪問診療については21.0%の診療所で実施している。(図4a, b, c)往診、定期的な訪問診療に比して、訪問看護の割合が、やや低い。精神科診療所での在宅医療はまだまだ医師の働きが中心になっていることを示しているのかも知れない。

H30年度診療報酬改定で新設された精神科在宅患者支援管理料については、届出診療所は5.7%にとどまっている。(図4d)アウトリーチ推進事業を受けてH26年度から個別報酬化された重症患者早期集中支援管理料は、その実施基準が厳格すぎたため、実施する医療機関が全国的に数えるほどしかなかった。それに対して、新しく設定された精神科在宅患者支援管理料は、実施基準がかなり緩和されたため、今後の在宅診療の進展のためには、この管理料の届出診療所の増加が望まれる。

<公的役割について>

精神科診療所医師は、通常診療に加えて、様々な公的な業務に従事している。(表5a)措置診察、精神科医療審査会、県救急事業、保健所・児童相談所・福祉事務所などの嘱託医、精神福祉手帳・障害年金・自立支援医療などの審査、障害支援区分・介護保険の認定審査、その他行政などからの委嘱による様々な委員会・審議会などがある。その中でも、措置診察には32.1%、都道府県の精神科救急事業(マクロ救急)には29.8%の診療所医師が協力している。措置診察は、3連休などで病院指定医が不足する場合などを想定して、手揚げ方式であらかじめ担当日を決めておいて、当日緊急事案があれば対応する形が多い。都道府県の精神科救急事業の中では、精神科診療所は平日夜間の初期救急を、輪番で分担する形が多い。

(1) 措置診察と(2) 都道府県の救急事業への協力(マクロ救急)と(3) 精神科救急情報センターへ夜間休日の連絡先の届出(ミクロ救急)の3項目は、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の一つとして、H30年度診療報酬改定までは評価されていた。既に述べたように、都道府県の実施している精神科救急情報センターに、夜間休日の連絡先を27.5%の診療所が届けている。(図3c)上記の3項目とも30%前後の会員が協力・参加をしており、報酬の有無にかかわらず、それなりの社会的責任を担おうとしている。

<精神科診療所機能の強化>

今回の調査で、PSWを常勤換算で0.1以上配置している診療所は199カ所である。これら、PSW配置診療所の、公的役割への参加を調べたところ、措置診察には36.2%、都道府県の救急事業には35.2%の会員が参加している。(表5b)それ以外の殆どの項目でも、参加率は高まっている。このことから、これら公的役割への参加は医師の活動を見たものではあるが、PSWを配置することによって、診療所機能が高まることが伺われる。

月間患者数(レセプト数)においても、PSW配置診療所では、501~1000人が、41.7%で最も多く、次いで、1001~1500人の21.6%となっており、多数の患者に対応できている。

(表1b)

<多様な精神疾患ごとの医療機能>

2018年9月一カ月間の疾患別の受診患者数を見つめる。医療計画を策定していくために、多様な精神疾患ごとの医療機能の明確化が求められているが、各疾患ごとに全く診ていない場合(0人)、少ないが診ている場合(1~20人)、通常に受け入れている場合(21人以上)に3分類し、各診療所がどの分類に位置づけられるか尋ねた。(表6)

厚労省による「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に示された疾患のうち、政策に係わる医療(精神科救急、身体合併症、自殺対策、災害精神医療、医療観察法による医療)を除いたものは10疾患である。(1)統合失調症、(2)うつ病・躁うつ病、(3)認知症、(4)児童・思春期精神疾患、(5)発達障害、(6)依存症(アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症)(7)外傷後ストレス障害(PTSD)、(8)高次脳機能障害、(9)摂食障害、(10)てんかん。これらの内、うつ病と双極性障害を分け、依存症はアルコール・薬物とその他ギャンブル等に分けた。そのほかに、適応障害、強迫性障害、不安障害・身体化障害、パーソナリティ障害、知的障害を加えた17疾患について回答を求めた。

統合失調症圏、気分障害(うつ病等)、気分障害(双極性障害)、適応障害、不安障害・身体化障害等については、60%以上の診療所が21人以上診ていた。これをA群とする。てんかん、依存・嗜癖(アルコール・薬物)、PTSD、強迫性障害、摂食障害、パーソナリティ障害、知的障害については60%以上の診療所が1~20人診ていた。これをB群とする。高次脳機能障害、その他依存・嗜癖(ギャンブル等)、PTSD、児童・思春期については、20%以上の診療所が診ていなかった。これをC群とする。PTSDはB群とC群に入っているが今回はB群と扱う。認知症と発達障害はA,B,C群いずれにも入っていないため、D群とする。

A群は一般的な精神疾患と考えられ、多くの診療所で対応可能であるが、就労支援など一つの診療所でやれることが限られている場合は、診療所間で協力連携体制を組む必要がある。B群は専門的な対応が求められるため、公的な医療機関などがセンター的役割を求められる可能性がある。しかし診療所間で協議の上、協力連携して対応することも考えられる。C群は、ギャンブル依存などに対しては公的な医療機関の対応が必要かも知れない。しかし高次脳機能障害や児童・思春期については、対応しない診療所を減らすよう研修などを強化する必要がある。D群はその患者数に比して、診療所の対応力が不十分である可能性があり、研修や協力連携体制の強化などが今後の課題である。このように、各疾患ごとの医療機能については、診療所間の協力・連携などの工夫によって変化していく可能性がある。

<多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制>

H30年度からの第7次医療計画を策定するために、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化すべく、都道府県はそれぞれの地域の医療機関を(A)都道府県連携拠点機能、(B)地域連携拠点機能、(C)地域精神科医療提供機能の3層に分類するように求められた。(図5a)(図5b)

その具体的な要件は以下のように例示されている。①地域連携会議の運営(参加)②積極

的な情報発信（予防・治療に関する内容、地域資源に関する情報など）③専門職に対する研修プログラムの提供（参加）④他医療機関からの個別相談への対応⑤難治性精神疾患・処遇困難事例の受け入れへ⑥多様な精神疾患等ごとに求められる専門医療の提供（緊急時の連絡体制、多職種支援体制、福祉サービスなどとの連携を含む）などである。(C) 地域精神科医療提供機能に割り振られているのは⑥のみであり、(A) , (B)に違いがなく、分かりにくい分類となっている。そのため、地域連携機能をイメージしやすいように⑦市町村の職員を含んだ個別ケア会議に参加、⑧自助グループ、家族会、市民団体などの活動を支援という項目を加えて質問した。

この中で「他の医療機関からの個別相談に対応している」は 39%で最も多かったが、日常臨床の中で馴染みのある項目だからと思われる。「難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応をしている」(9.0%)「地域連携会議の開催運営に関わっている」(9.7%)「積極的な情報発信をしている」(11.7%)は少なかった。(表 7)

「多職種による事例検討や研修を企画・実施している」(24.8%)、「地域連携会議に参加している」(25.6%)、「市町村の職員を含んだ個別ケア会議に参加している」(28.7%)、「自助グループ、家族会、市民団体などの活動を支援している」(25.4%)はそれぞれ 25%前後の回答であった。市町村の職員を含んだ個別ケア会議や多職種による事例検討・研修や自助グループ等の支援の積み重ねの中で、浮かび上がった課題を地域連携会議などで検討していく重要性は一定程度共有できていると思われる。

<さまざまな連携について>

総合病院の「総合入院体制加算 3」取得への協力。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。精神科診療所など地域の医療機関が協力して総合病院の機能強化に貢献できればと考えるが、「している」は 5%と少なかった。(図 6a)

「措置入院退院後の診療の受け入れている」は 23%に留まっている。(図 6b) H29 年には精神保健福祉法が改正されなかったため、H30 年 3 月以降、地方公共団体による精神障害者の退院後支援をガイドラインを作って対応をおこなっているが、都道府県や保健所で準備が整っていない場合も多いと考えられるので協力して行っていく必要がある。

認知症サポート医については、33%の会員がしていると回答している。(図 6c) 認知症の増加に比して、精神科医の関わりはまだまだ少ない。2018 年 9 月一ヶ月に認知症圏を 21 人以上診ている会員は 33.3%であったことと関連しているかもしれない。(表 6) 認知症初期集中支援チームには 14%の会員が参加している。(図 6d) 認知症・高齢者の領域で地域包括ケアシステムが先行しているが、今後精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が目指されている。その際に、地域のコミュニティメンタルヘルスチームが立ち上がることが望ましいが、認知症初期集中支援チームはそのモデルになる可能性がある。

産業医として活動している会員は 32%である。(図 7a) ストレスチェックへの協力依頼に 49%の会員が応じている。(図 7b) 産業メンタルヘルスの充実とともに、産業医の中での精神

科医の役割はさらに大きくなっていくと思われる。

教師からの相談については、44%の会員が受けている。(図 7c)教師からの相談契約を学校或いは教育委員会と交わしている会員は 20%に留まっている。(図 7d)教師とはつながることは出来ても学校や教育委員会とつながることが難しい現状を反映しているのかも知れない。

障害者総合支援法に基づく事業の嘱託医あるいは顧問をしている会員は 18%。(図 8a)介護保険法に基づく事業の嘱託医あるいは顧問をしている会員は 11%である。(図 8b)営利事業所が福祉、介護の領域に浸透してきている状況において、その質の担保の為にも精神科医の関与はさらに必要になっていくと思われる。

障害者総合支援法相談支援事業者への診療情報提供を行っている会員、介護保険法によるケアマネージャーへの診療情報提供を行っている会員はともに 31%である。(図 8c) (図 8d) H30 年度診療報酬の改定で、障害福祉サービスを利用している場合に、利用者の同意に基づいて相談支援専門員に情報提供を行った場合の報酬が認められているので、診療情報の提供を含めて、医療と福祉の連携をさらに進めていく必要がある。

<まとめにかえて>

アンケート調査から離れるが、630 調査から、わが国の精神科外来患者数を調べることができる。H28 年では、外来精神科受診者のうち、診療所受診者の総数は 315.9 万人であるのに対して、病院受診者の実数は 251.5 万人であり、総外来患者の総数の 56.7%を診療所がカバーしている。(実数でみると、診療所受診者は 202.7 万人に対して、病院受診者は 129.6 万人である。すなわち、総外来患者の実数の 61%を診療所がカバーしている。) (図 9a, b)

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。日精診では 2016 年に精神科診療所から見た精神科医療のビジョンを報告している。(図 10) その中の、医療計画の項目に手を加え、アウトカム指標を付け加えて、今後の医療計画改定における参考案を提示したい。今後の医療計画改定の際の議論のたたき台として頂ければ幸いである。

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て、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、一对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ったり、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