第1回　精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会	
平成25年7月26日	資料8

田 川 構 成 員
提　出　資　料

平成25年7月26日
第1回「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」

これからの地域精神科医療の充実に向けて

（公社）日本精神神経科診療所協会 理事
田川精二

はじめに～精神科診療所のプロフィールにかえて

①転勤が出来ない　②生活にとても近い位置での医療
③マンパワーが弱い　④多種多彩～得意不得意がある
⑤地域差

■日精診基礎調査：20年以上前からの診療所が約1/3、65歳以上の医師が約1/4。約2割に精神科デイケアあり、約3割に精神保健福祉士がいる。

★得意分野として、統合失調症圏、メンタルヘルス、認知症、児童思春期、アルコール依存症等々を各々が持つ。

☆日精診では、こうしたそれぞれの得意分野を中心に活発な委員会活動が行われている

☆精神科診療所が多い地域：大阪（200以上）では、得意不得意を踏まえた医療計画がたてられた

＊田川62歳：精神科診療所33年、統合失調症圏をはじめとした重い精神疾患の地域精神科医療をやりたい！。医師1名、精神保健福祉士4名、看護師2名。現在約800名（実人数）の通院者、1/3弱が統合失調症圏。

☆20年以上通院が通院者の約2割、そのうち統合失調症圏57名。

～長く、地域で、身近に生活を感じながら、色々な機関と連携して・・

（zB：初診13歳の統合失調症の方が41歳・・人生を感じる）

この間の精神保健・福祉・医療について

・・全国に300万人以上の精神障害者がおり、
その9割以上が病院ではなく地域で、今、暮らしている・・

「入院から地域へ・・」 と30年以上前から言われている。そして、地域の保健・福祉・医療の重要性に異議を唱える人はほとんどいないと思う。

しかし、地域で精神科医療を行う我々からすると、この間の議論は長期入院者の地域移行ばかりに目が向いているように感じる。実際に、全国に300万人以上の精神障害者がおり、その9割以上が病院ではなく地域で、今、暮らしている。

精神科診療所が、長い入院の後退院し、地域で暮らす精神障害者の受け皿になることは言うまでもない。しかし、精神科診療所がそれ以上に行っているのは、地域で暮らしたいと希望する通院者が出来るだけ入院しないですむようにと考える医療。アウトリーチもこれに含まれるが、それだけではない。とても大切で労力のいることだが、十分評価されていない。こうした面も、しっかりと評価していただきたいと願っている。

改正・精神保健福祉法について

・・長期的視点をもって方向性を示すこと
・早期退院、入院せずに済む支援体制の充実を・・

保護者規定がはずれ、家族の義務・責任が軽くなったことは喜ばしいこと。

医療保護入院は「強制」入院であり、現在の規定では「強制」を担保するには弱く、もっと広く公的な担保が必要ではないか。

今回の改正からは、「強制」入院を含んだ今後の方向性が見えてこない。長期的な視点で、「強制」入院を含んだ精神保健の今後について検討する必要があるのではないか。

早期の退院に向け、退院後生活環境相談員を設置し、本人、家族の求めに応じて地域の支援者を含め協議する場を設けたことは大変評価している。この協議する場に、通院等で関わっていた外来医療機関の医師やスタッフも加えていただきたい。そうすることで、退院後の医療や生活の見通しがよりいっそうはっきりとし、退院ははやまり、その後の安定にもつながると考える。

この協議する場は、入院予定期間に開かれるとなっているが、状況に応じ、もっと頻繁に開くことも考えるべきではないか。例えば、入院早期にも開催すれば、入院中の治療目標がより具体的に設定出来るであろうし、本人にしてもより安心して医療を受けられるのではないかと思う。

地域精神科医療

・・精神科診療所に必須の連携、そのKEYとなるｺﾒﾃﾞｨｶﾙｽﾀｯﾌ・・

H23年の「患者調査」によると、診療所は精神科外来の49%、統合失調圏の26%、認知症の64%の外来医療を担っている。

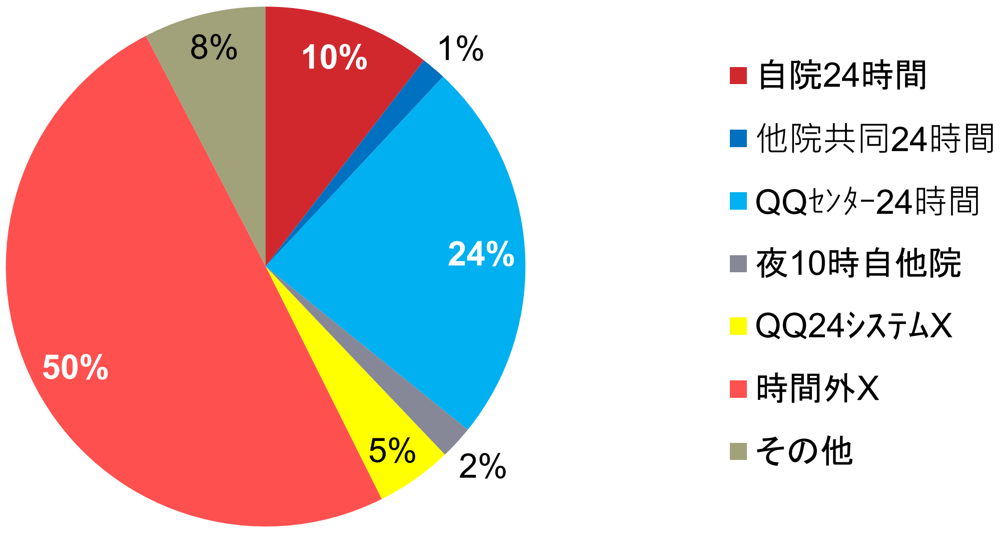
精神科診療所はマンパワーが弱く、自院で出来ないことも多くあり、色々な機関との連携は必須となる。

現実場面での連携とは、単につながれば良いわけではなく、有機的に重なりながらつながらなければ連携はうまく機能しない。精神科診療所では、医師は診療に張り付くこととなり、この役割を臨機応変に担っているのは精神保健福祉士などのコメディカルスタッフである。こうした役割は大変重要であるが、十分評価されていない。

例えば、精神障害者の就労支援でも、就労定着、職業生活の継続に精神科医療機関の精神保健福祉士などコメディカルスタッフは大変大きな役割を果たしている。働いている方の通院時にも相談に乗れ、大きな破綻を防ぐことが出来る。しかし、こうした大切な役割が十分評価されていない。

自院通院患者への24時間対応

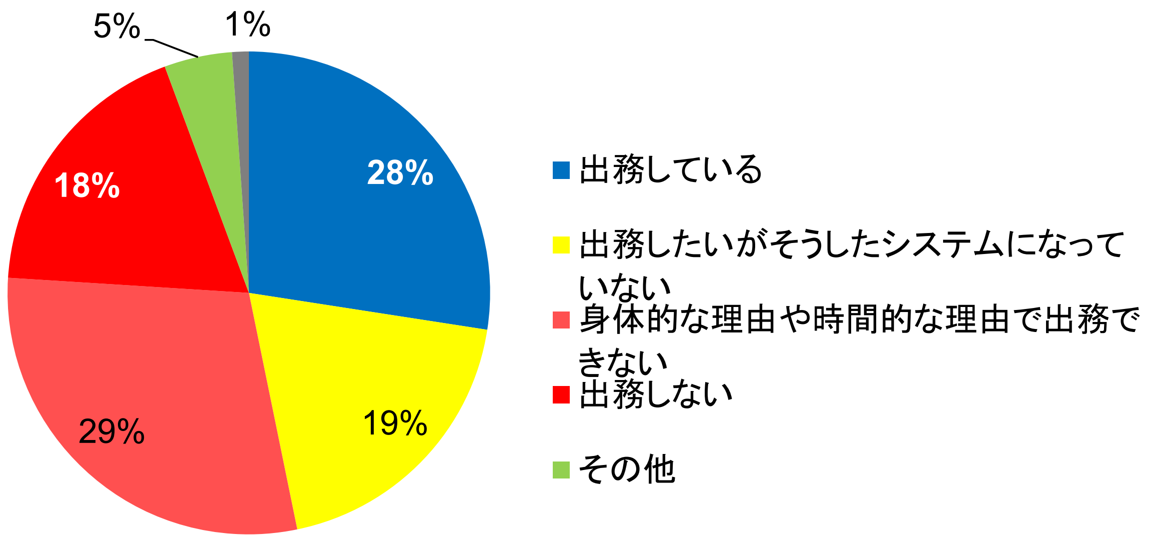
（H25,1日精診会員アンケート：900枚、回答率56.9%）



●自院通院患者への診療時間外対応は難しいと50%が考えている。
●しかし、自院のみで、あるいは他院と共同で24時間対応をしているものが10%、救急情報センターを通して24時間対応をしているもの24%があり、さらに、精神科救急情報センター経由のシステムがあれば24時間対応したいというところが5%ある。
●精神科救急情報センター経由のシステムができれば、約半数の精神科診療所が自院通院者への24時間対応が可能となる。

精神科救急医療への出務

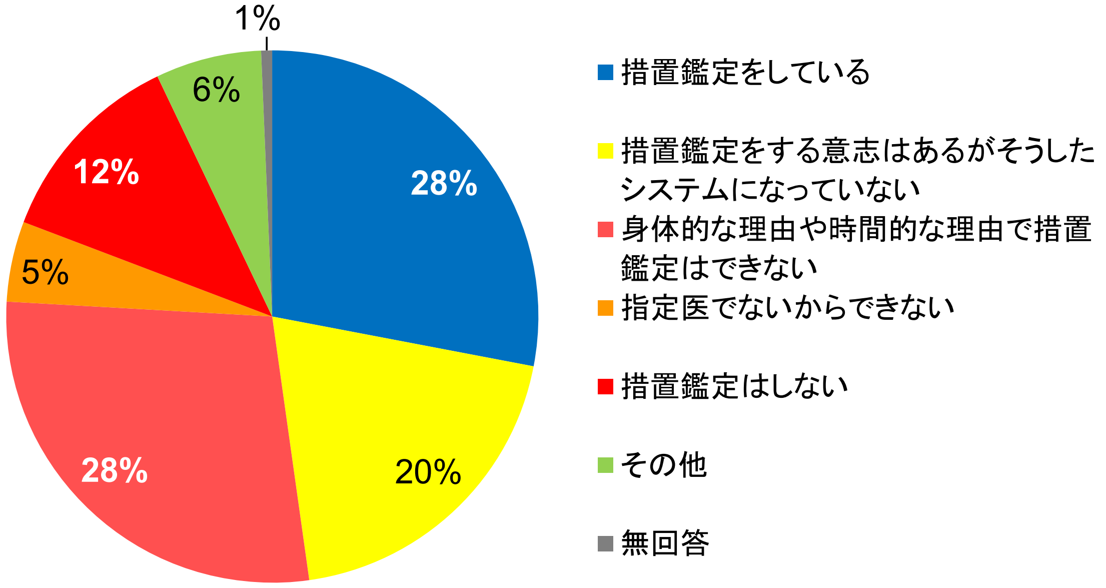
（H25,1日精診会員アンケート：900枚、回答率56.9%）



●精神科救急医療に出務している者は28%。出務したいがシステムがないので出務出来ない者が19%ある。
●精神科診療所の医師が出務出来るようなシステムを作れば、19%の会員が精神科救急事業に参画できるようになり、約半数は救急医療に出務することになる

措置鑑定

（H25,1日精診会員アンケート：900枚、回答率56.9%）



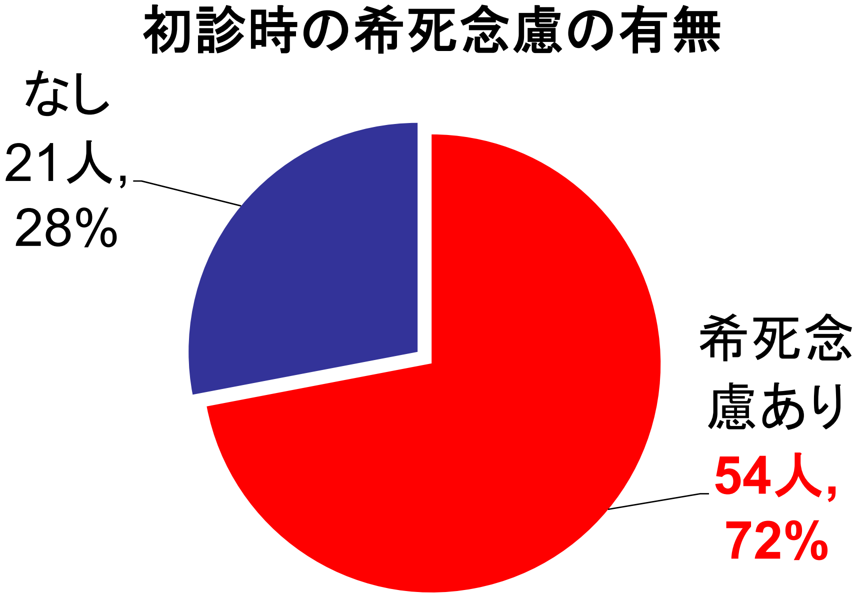
●精神科診療所医師の28%は措置鑑定に出務している。20%は措置鑑定出務の意志はあるが、そうしたシステムがないため出務出来ていない。
●措置鑑定出務のシステムが出来れば、約半数が出務出来ることになる。

自死にかかわる諸問題①

（富士モデルより：重症・最重症群N=75（CGIで5，6群）

男	46
女	29
計	75
平均年齢	50±12.9

希死念慮	人数
あり	54
なし	21

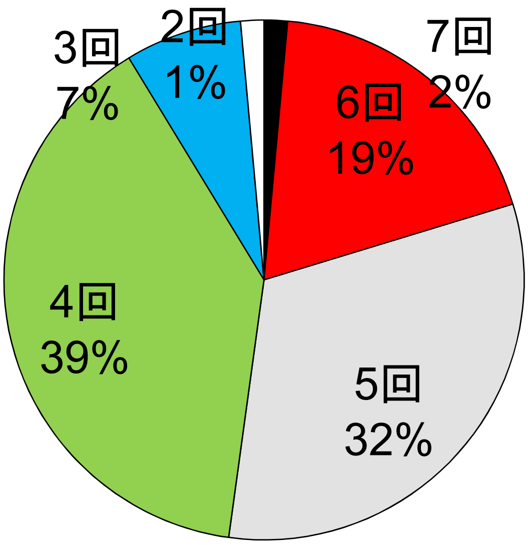


自死にかかわる諸問題②

精神科初診時より4週以内の診察回数

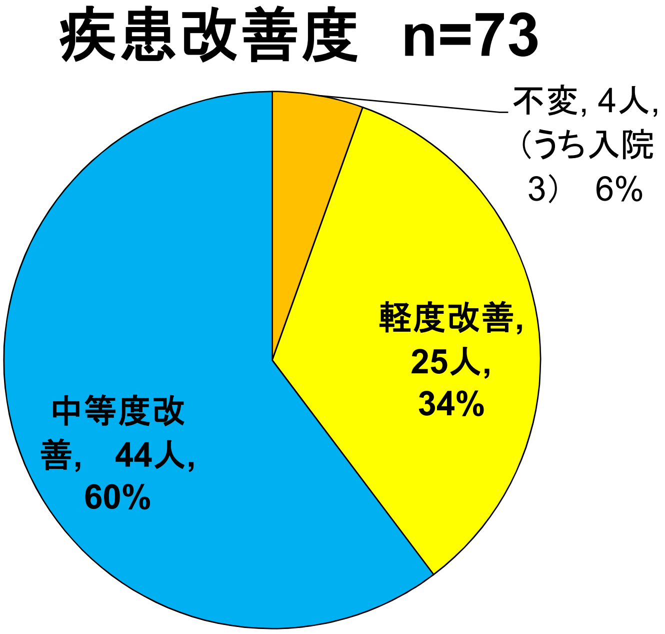
平均4.6±0.96回

4週	人数
7回	1
6回	13
5回	22
4回	27
3回	5
2回	1
計	69



自死にかかわる諸問題③

CGI−G	
不変	4
軽度改善	25
中等度改善	44
計	73



●富士モデルは、かかりつけ医・産業医と精神科医の連携モデルでもある。
●うつ状態の方は、重症であっても精神科診療所を訪れることが多い。
●積極的に関わり、医療を行うことで、希死念慮は著明に改善している。