

地域包括ケアを含む第7次医療計画と精神科救急

澤 温

社会医療法人北斗会さわ病院

はじめに

今回の地域包括ケアを含む第7次医療計画と精神科救急というシンポジウムのキーワードとして、地域包括ケア、第7次医療計画、精神科救急をあげると、第7次医療計画のなかで精神科の目指すものに地域包括ケアが記載され、もう1つの多様な精神疾患患者等への対応のなかに精神科救急が記載されている。

第6次医療計画は2013～2017年に行われた。精神科の関係する主要な点は、2013年に精神疾患の増加から4疾病5事業から5疾病5事業に変更されたことであろう。この急増は感情障害と認知症の増加によるもので2014年には392万人とほかの4疾病を寄せ付けず増え続けている。実際の精神医療現場では、2014年を最終年とした「改革ビジョン」の目標であるベッド削減、7万床は失敗に終わった。また2013年に重度かつ慢性患者をのぞいて1年以内に入院外医療に移行する方針が出されたが、その基準が示されずに目標だけが示されるという奇妙な動きをみせた。2014年6月18日に地域医療・介護一括法が成立可決し、医療領域、介護領域について指針が出された。しかし、医療介護両領域とも精神科についての記載はなく関係ないものと取れるが、医療部門にある病床機能報告制度と地域医療構想は精神科でも次回関係するかもしれないと考えられる。

第7次医療計画と精神科救急

本題の第7次医療計画は、2018～2023年の5年間についての計画である。この第7次医療計画における精神科関連のものをあげると3つある。

①長期入院精神障害者の地域移行、②精神障害にも対応した「地域包括ケアシステム」の構築、③多様な精神疾患患者等への対応である。

1. 長期入院精神障害者の地域移行

長期入院精神障害者の地域移行では、3ヵ月未満の「急性期医療」、3ヵ月～1年未満の「回復期医療」、1年以上でかつ「重度かつ慢性」基準に合致する「重度かつ慢性」患者への医療、1年以上の長期高齢者入院の「慢性期医療」に区分され、急性期、回復期、慢性期に対応した精神科地域医療構想を作るようにとされている。

これまでの検討会をふまえた精神病床における人員体制については、3ヵ月未満の救急・急性期では、医師・看護職員配置は一般病床と同等とし、3ヵ月以上1年未満の回復期では、医師は精神病棟と同等で看護は3:1とされている。1年以上の、「重度かつ慢性」や慢性期医療での配置は未定で述べられていない。

「重度かつ慢性」の基準案については、精神症状、行動障害、生活障害、身体障害を組み合わせで定義されている。

筆者は厚生労働科学研究（主任研究者 井上新平）の分担研究、「重度かつ慢性患者の地域生活に必要な人的サポート」を発表した¹⁾。このなかで、研究班の出した「重度かつ慢性の基準」と、筆者らが、2006年に発表し、その後自立支援法および総合支援法における障害支援区分決定のための医師の意見書にある生活障害評価（通称：しやかいふつき）²⁾との一致と、「重度かつ慢性」および「しやかいふつき」での入院基準に該当する患者2人の地域生活に必要な人的サポートとそれに伴う費用について調査した。

2017年5月31日現在の男子慢性期病棟および

女子慢性期病棟の入院患者より、入院1年未満、65歳以上または介護保険取得者、統合失調症以外、内科疾患、知的障害の者を除外して抽出した。男子慢性期病棟では58人中24人、女子慢性期病棟では54人中23人であった。この長期入院者を「重度かつ慢性」ならびに「しやかいふつき」で評価し、「重度かつ慢性」該当者、「しやかいふつき」入院相当者とを比較した。

その結果、男子慢性期病棟では「しやかいふつき」入院相当者21人で、そのうち「重度かつ慢性」該当者20人、どちらも非該当は3人であった。女子慢性期病棟では「重度かつ慢性」該当者22人、そのうち「しやかいふつき」入院相当者19人、どちらも非該当は1人であった。

了解の得られた男子患者2人について、手厚い人的サポートで地域移行が可能かについて調査した。1人は63歳の患者で支援区分6であった。デイ・ケア、訪問看護、昼間・夜間の介護にかかる費用は、1ヵ月140.9万円で、重度訪問介護に対する費用138.2万円を超えた。もう1人は52歳の患者で支援区分3であった。彼はクロザピン使用患者で、1ヵ月で37.1万円であった。

長期入院精神障害者の地域移行における精神科救急の役割を考えると、都会では地域移行しやすい面としにくい面がある。救急の問題以前に都会は住むところを探しにくい、「隣は何をする人ぞ」という距離を置いた関係で問題行動がなければさりげなく移行できる特徴がある。長期入院患者にはおそらく2つの群があり、①住居代わりに使われ長期入院していた患者と②重度かつ慢性で入院していた患者がいる。それぞれで提供される精神科救急サービスは別で①は都会では家族の力は比較的少なく、同意者も見つけにくい、一方②は都会・地方に限らず、手厚く迅速な公的サポートが必要である。地域移行すべきは当たり前だが、重症度によっては地域のほうが費用が高く、また再入院となると、病棟によって違うが急性期治療病棟以上の病棟に入院すると、以前の入院料より費用が高くなる。

2. 精神障害にも対応した「地域包括ケアシステム」の構築

精神障害にも対応した「地域包括ケアシステ

ム」の構築では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向け、重層的な連携による支援体制を整えるとされている。そして、2025年の地域包括ケアシステムの姿として、医療、生活支援・介護予防、介護の3つを入れた「包括ケア」が考えられ、1圏域として人口1万人、中学校区、かけつけ30分圏内とされている。

かねてより筆者は、精神障害者が地域生活を送るための4つの要素として、住まう場、活動する場とプログラム、サポートする人々とその連携、地域の人々の理解と受容を全部整備することが必要と言ってきた³⁾。

住まう場としては、社会復帰施設、グループホーム、アパートなど、活動する場とプログラムとしては、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、グループワーク、作業所、授産施設、福祉工場、(現在なら就労移行支援、継続支援)一般就労、サポートする人々とその連携では専門家、ボランティア、地域の人々の理解と受容は個別性が高いが、自然なふれ合いのなかでできるもので、小さなトラブルは役立つが、大きなトラブルは後退させると言ってきた。

このなかで、サポートする人々とその連携に専門家、ボランティアとしたが、専門家はフォーマルなサポート、ボランティアはインフォーマルなサポートを意味している。専門家は対象者によって違い、医療系では医師、保健師・看護師、精神保健福祉士があげられるが、対象者の層によっては介護系の介護福祉士、ヘルパーなども入ってくる。精神科ではもともと多職種でのサポート、それも病気や障害の程度、時期によってそれぞれの職種のかかわる重みが変わるので地域包括ケアは新しいことではない。皮肉っていえば、これまで精神科病院のなかで包括ケアが行われてきていたといえる。

また、筆者は地域精神保健・医療・福祉のスローガンとして、地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だと言ってきた⁴⁾。一部の人には、筆者の考えは、患者が地域に出ても管理すると批判もされたが、もちろんサービスを受ける側が希望するのが基本であるので批判は当たらないと思っている。そのようななかで、最近提唱されている地

域包括ケアで先駆的地域といわれている千葉県柏市の医師会資料をみると、「在宅医療を推進して、地域を病院に」と言われ、地域＝病院、わがや＝病室、道路＝ろうかとされ、演者の考えと一致している。

さらに現在問題になっている精神科救急病院と身体科救急病院の連携においては「地域は総合病院だ、病院は病棟だ、町中リエゾンだ」⁵⁾、そして「(機能的) 総合病院」⁶⁾を提唱してきた。つまり精神科のない総合病院と身体科の弱い精神科病院を1単位とすると、1つの総合病院になるという考えである。ここでは顔の見える関係、迅速な連携が重要で、特に新臨床研修システムでの交流が鍵である。

ここで、地域包括ケアの留意点をあげると、①あくまでも地域では患者である前に生活者である視点を見失わないこと、②医療や福祉や介護の連携は必要だが、特に医療は支え手であっても表に出ない影であること、③特に救急医療はさきめて重要だが影のさらに影であること、④障害や疾患をもった24時間生活者にとって入院しているときに受けられるサービスが地域においても薄くならないように、⑤当事者の満足度が高く、さらにそれを支える人々の負担も偏らず考慮した働き方を考えること、⑥決して社会保障費削減のためでないことを確認したい。

地域包括ケアにおける精神科救急を考えるときに注意する点をあげると、管轄地域をどうするか、そしてそれに関連して、時間的アクセスをどう考えるかである。

救急は本来どこからの依頼でも受けるものであるが、通常は圏域ごとのサービスを基本とするところが多い。このとき、1単位の地域について、日中の通常の医療へのアクセスと夜間休日の医療へのアクセスと分けるかである。また人口あたりで考えるか、アクセス時間を組み入れるかも重要である。時間的救急アクセスについては、筆者はかねてより救急車で30～45分の距離を1単位の限界と考えている。交通事情も入れると都会と地方では都会のほうが通常は短い。しかし、家族関係が希薄であったり、家族と連絡が取れなかったり、家族以外からの依頼であったりして、都会の

ほうが説得に時間がかかることもある。

地域包括ケアでは、往診や訪問診療のようなアウトリーチも重要であるが、地方のようにアウトリーチの距離が長いと能率が悪く相対的にコスト(人的、移動手段的)が大きくなることも考えなければならない。

3. 多様な精神疾患患者等への対応

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て、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」をふまえて、多様な精神疾患等ごとに各医療機関の医療機能を明確にし、「都道府県・2次医療圏を集計単位とした指標」を出して役割分担・連携を推進するといわれている。このために圏域ごとの医療関係者等による協議の場(精神疾患に関する作業部会・圏域毎の精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療体制に係わる検討部会)をもち、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が求められている。

第7次医療計画では、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築のための項目として、統合失調症／認知症／児童・思春期精神疾患／精神科救急／身体合併症／自殺未遂／うつ／PTSD／依存症／てんかん／高次脳機能障害／摂食障害／災害医療／医療観察があげられ、それぞれで都道府県拠点機能、地域連携拠点機能、地域精神医療提供機能を定めるとされている。上記のようにあげられている項目は、疾患、体制、災害医療のように特殊な状況の想定など異種のものが同列にあげられていて違和感がある。

疾患だけ取り上げても確かに精神科も分化してきているが、救急で分化できるか、するべきかには疑問が残る。一般科の救急では、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、切断指再接着などは専門性の高い救急であるので、救急が分化している。精神科では、通院中の患者も診ない、診れないということがいまだにみられる状況では、精神科救急で多様な精神疾患患者等への個々の救急対応はハイグレードすぎるだろう。

地域包括ケアを含む第7次医療計画における都市と地方における精神科救急のまとめ

救急医療の本質は、依頼があれば「断らない」「待たせない」が基本であるが、精神保健法施行後から精神保健指定医しか非自発的入院の指示が出せないなどから救急医療を行いにくなり、精神科救急医療システム（その後の精神科救急医療体制）が誕生した。いったんシステムや体制ができるとそれが最後の砦でなく前面に出てきて、本来の、責任をもって常時対応し「断らない」「待たせない」救急医療は薄れてきている^{7) 8)}。

都市と地方を比較すると、救急医療を必要とする病像と背景の違いが認められる。特に人間関係が希薄で、ストレスの多い都市では、不安や抑うつ気分を呈する患者が多く、自殺企図のあるうつ気分をもつ患者は多い。そしてその対応や解決に大きな役割をもつインフォーマルな家族や地域のサポート力は都会では弱いのも特徴である。

都市と地方では心理的および距離的な救急医療へのアクセスのしやすさにも差がある。地方では近隣とのつながりが強いいため救急車が来るのは恥だという考えがあったり、一方では逆に家族が近くにいて結びつきも強く家族が朝までは面倒をみられることも多いため夜間休日の救急ニーズは表面的には少ないなどもある。

都市と地方で、長期入院患者への対応、地域包括ケア、多様な精神疾患患者への対応に一定の差

はあるが、精神科救急の本質が保たれていれば、その差は縮まると考えてよいだろう。

利益相反 なし

文 献

- 1) 澤 温：分担研究報告書 重度かつ慢性患者の地域生活に必要な人的サポート。平成29年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究～心理社会的治療／方策研究班 平成29年度総括研究・分担研究報告書（研究代表者 井上新平）。33-52, 2018
- 2) 澤 温：相談支援事業について。日精協誌 25：269-278, 2006
- 3) 澤 温：社会復帰施設と福祉。日精協誌 14：1086-1092, 1995
- 4) 澤 温：外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか。日本外来精神医療学会誌 3：7-16, 2003
- 5) 澤 温：精神病院における外来。現代のエスプリ 486：64-73, 2008
- 6) 澤 温：大阪府の精神科スーパー救急医療－さわ病院の取り組み－。臨精医 41：407-413, 2012
- 7) 澤 温：精神科救急の現状／急性期病棟。日本外来精神医療学会誌 6：33-36, 2006
- 8) 澤 温：精神科救急－Fashion, Collection, Mission－。精神医 48：116-117, 2006