

精神科病院が果たすべき外来機能とは

澤 温

大阪 さわ病院 会長

Key Words

精神科外来, 精神科救急入院, 地域
包括ケア

はじめに

「精神科病院が果たすべき外来機能とは」というタイトルで執筆を依頼された。筆者にとってはやや違和感のあるタイトルではある。なぜかと言えば、仮に通常の外来患者がいなくても入院患者がいる限り必ず外来を通るのであり、言い換えるなら外来のない病院はないからである。ただ外来と言ってもいろいろな形があるので、そのことを少し詳しく分け、いろいろな形の外来の有り方と、それぞれがどのように入院機能に影響を与えるかを述べてみたい。

外来のいろいろの形

外来機能を分けると次のようになると考える。

①待ちの外来と出かける外来

言い換えると、通常外来と往診や訪問診療のことであるが、これは対立するものでは本来ない。医療にアクセスしてもらう方が効率的だが、医療が必要でも医療にアクセスできない人には医療がアクセスする¹⁾と考えると対立するものでなく、医療とそれを必要とする人とのアクセスをどうするかだけの問題である。ただ、民間病院では患者あるいはその家族との契約関係で診療が成り立つので、たとえ必要でも「押しかけ」「押し売り」の医療はあってはならない。

②初診と再診

初診のない再診はないのは当たり前で、初診が多いと再診が増えるのも理解しやすい。

精神疾患や身体疾患でも慢性疾患の場合は、再

診を終わらせ終診しようとしても、薬物への依存だけでなく、治療関係が「良い」と、患者はそれに依存してなかなか終診にならないのも事実である。面白いのは、終診にならない人の方が中断しやすく、終診にしても良い、あるいは悪くなったら診るからというような人の方が離れていかないのも事実である。

認知症疾患医療センターや睡眠外来のように、特徴的な専門外来をしている場合もあり、依頼元との関係によるが、初診が診断だけの依頼、治療方針だけの依頼などでは、初診あるいは数回の再診で終わることもある。大学などの初診にも多いだろう。

また初診者が多いのは、周辺の医療機関の状況ばかりでなく、さらには人々の精神的健康度の高さ、精神科受診への偏見や敷居の低さも関係している。

③時間内診療と時間外診療

これは単に診療報酬上、あるいは労働環境上の分け方であって、医療の本質に関わる分け方ではない。ただ当然のことながら、診療報酬の差があることと、働きやすさひいては職員の歩留まりという面では無視できない。

ちなみに、時間外診療は医療機関の受付時間外という意味で用いられることが多いが、診療報酬上の時間外はあくまでも18時以降である。統計上も時に混乱しているケースが見られることは注意すべきである。

④通常外来と救急外来

救急外来には初診と再診があるが、いずれにしても急な症状発症あるいは増悪あるいは患者や家族がすぐの受診を希望し、通常受診手続きを待てない場合である。救急外来を通常外来と同時に

すると、人間的に予備がないと行えない。どちらかという時間がかかる心理療法の途中だと、その治療を中断したりして心理療法を受けている患者の満足度が得られないばかりでなく、後に予約を取っている患者などの不満や悪化になることもあるので、特に小規模の医療機関では受けにくい。

救急はコストパフォーマンスを考えてばかりではできないが、全く考えないとまたできない難しさがある。

ちなみに、救急を謳って「随時応需」とすると、東京や大阪のように自立支援法で自己負担ゼロであると、わざと時間はずして来る「不届き者」がいる。曰く、「だって待たなくてよいから」とか。救急外来と予定外外来は分ける必要があるだろう。救急車をタクシー代わりに使う乱用と似ている。

⑤特殊機能の外来

児童思春期、睡眠外来、依存症外来、

認知症外来（認知症疾患医療センターを含む）など、
自院の「売り」を強調した外来

今後、外来が増えてくる中、差別化を図って自院の特徴を出して外来患者を増やそうとすると、この分野は重要である。

しかし、先に述べたように、不安やうつ症状（厳密にはうつ病に該当しない）が有る患者の治療で、医療機関外では話す場所もないなどで治療関係性に依存している患者に、「開けゴマ」はしても、「閉じよゴマ」をしないでいると、治療に依存してきてどこまでも増えていくことも問題である。特に昨今のように「うつ病」の範囲が広がり、近縁の適応障害も取り込むと、環境調整より社会心理学的対応と薬物療法が中心となり、4疾病5事業が5疾病5事業となった最大の理由である気分障害の急増に、ただ外来枠を増やすだけに終わる。まさに“セイの法則”に従って「供給が需要を生む」のである。

⑥通常外来の周辺機能、例えばデイケア

訪問看護 訪問診療など

デイケアも訪問看護も古くから行われていたが、診療報酬上でデイケアは1974年に、訪問看護は

1986年に認められるようになった。最初は認められる頻度が少なかった。例えば、訪問看護は1986年当初は月に2回まで、1988年には週に2回まで、1994年には週に3回まで、そして2016年には重症の場合は医師の訪問看護特別指示書をもって週5回まで認められるようになった。

ちなみに、訪問XXとつくサービスには、往診、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤管理指導、訪問栄養指導、訪問診療などがあるが、訪問看護以外は「在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者」を対象としていることを忘れてはいけない。

筆者は一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会の講義を2015年からしているが、常に言うのは、医療的訪問系サービスは訪問看護を除いて「通常の通院ができないこと」が条件づけられていることと、⑤で述べたように、「供給が需要を生む」というか、悪く言うと「経営のための訪問系サービスの押し売り」が行われていることから、今後訪問看護も縛りがきつくなるだろうという警告をしている。訪問診療も同じで、保険の審査をしていると、通院できそうな人に訪問診療していると思われるケースがある。最近では事務方が最初に警告を発している。同じことは介護の世界でもあり、単独で受診できるのに介護福祉の担当者が外来受診に付き添うことも同じである。

最近の地域包括ケアシステムの流れで、在宅治療が重要視されるが、上記のように医療も、福祉も、介護もこのように過剰サービスが行われていることが心配される。例えば、医療での訪問診療はもとより、訪問看護も最初は週3回、次の週から週1回で良いと指示に書いても週3回行ったり、福祉・介護分野でも先に述べた通院介助だけでなく、自分で買い物ができるかトライさせた方が良い人にも、代行行為など援助サービスをして「収入を増やそうとする経済的サービス」が横行している。これも利用者の依存を生み出し、サービス費用の増大をもたらしている。今後必ずメスが入るだろうし、入れなければならないだろう。入院でも同様のことがあるのは後述する。

上記のように分けても、重要な点は、外来が医

療を必要とする人にとっては必ず最初の接点であることである。あとは時間や治療対象や緊急性などで名前が付くだけである。そしてもう一つ重要なことは、医療を必要とすると判断されても、あくまでも本人あるいは家族の依頼がないと外来医療は発生しない。特に家族以外の周囲の人が必要と考えても、依頼がなければ医療機関の外来機能は作動できない。依頼があり、すぐ応需すれば上記の名前はいつでもよいが、自院の応需に限りや偏りがあるので名前が付くだけである。依頼がない場合や、あるいは依頼があってもすぐ応需しないと、精神科では、問題が本人に留まらず社会的な問題となってしまうこともある。例えば、自殺、刑法に触れる問題行動などである。医療が必要なのに依頼がない場合は、保健所を中心とした行政が動かなければならないが、保健所機能の主たる業務のうち相談と訪問指導「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」（厚生労働省：障発0330第21号）では、先に述べたように事例が年々増えているが、人員配置は増えず、特に訪問指導は年々減少し、追いついておらず、しかも保健所だけでなく、行政の福祉担当者でも見られるが、担当者が交代したりすると申し送りも途切れ、別の社会的問題に発展することもある。最近では、三田市知的障害者監禁事件、寝屋川監禁事件などいわゆる「不法監禁事件」などの発生の背景には、不十分な人員及び連絡・申し送り体制がある。

外来機能が入院機能に及ぼす影響

①入院機能をどのように考えるかについて

入院機能を患者の人生にとっての異常な期間のみ作動すると捉えるか、疾患が異常な状態で、とかく障害を残し、長期間の治療を要し、かなりの頻度で再発するから、周囲のためにも本人のためにも必要な期間と捉えるかである。このような書き方は、強調しすぎているようでもあるが、現在は強調を要すると考えている。

先に述べた、外来に依存しやすい患者がいると同様に、入院に依存しやすい患者がいる。特に社会でのストレスが多い昨今、入院外で安心できる場が不十分だと「大は小を兼ねる」あるいは「入

院か外来かのゼロ・百」で入院機能を使うことがある。

依存しているのは、本人だけでなく、家族や周囲の人にも起きている。ようやく障害が受け入れてもらいやすくなってきて、ダイバーシティが強調されてもそうである。精神疾患に限らず、入院するほどであるとは、通常の外来・地域生活に限界があることを暗黙で了解されるからである。

まして最近のように、自宅で家族と生活することは、心理的にも空間的にもストレスフルであり、快適な病院環境が用意されると、先に述べたように「入院依存」になりやすい。まして任意で入院し、強く退院を希望しない、外泊してもストレスが多く、すぐ動揺し戻るあるいは退院してもすぐ不安定になり再入院する、同様に復職してもストレスが多くすぐ動揺し不安定になり再入院するなどは、環境調整を十分しなければ「入院依存」となりやすく、昔よく言われた「精神病院パラダイス論」が現在も起こっていることになる。以前筆者は、「入院環境は、心理的環境も空間的環境も快適である必要があるが、いつまでもいたくないことが重要であると考えている」と言ったことがある²⁾。やはり、問題があっても、自宅、あるいは少なくとも院外での「住まうところ」が準備されなければならない。これは「症状が良くなってから考えよう」ではなく、入院したら担当の精神保健福祉士はすぐに考えなければならないと自院でも言ってきたことであるが、なかなかこの考えは浸透しづらい。精神保健福祉士は法や制度に従った施設や手続きはよく知っていても、先ず本人が希望することを受け入れ、IPS（Individual Placement and Support：個別就労支援プログラム）的にアプローチすることが必須であるが法や制度に則ったサービスを紹介することでいっぱいことが多い。具体的には自宅退院でもアパート退院でも外泊を使って適応力を確認し、不安を取り除くことが必要で、頻回の入院になっても、何回か繰り返すうちに病院に再入院しなくなる、あるいは少なくなることは結構見られる。繰り返す中でPDCAを回して修正をかけていくことは当然で、その中で次の策が見えてくるはずだからである。筆者はこれをたとえて「お手玉法」と言っ

てきた。宙に飛ばしているうちに手に戻ってこないという前向きなお手玉である。再入院するから退院を控えるというのはチャレンジングでなく、いたずらに在院日数を延ばす。しかし、精神科救急入院料病棟のように3ヵ月以内に再入院することがマイナスになるなどの規定があると、受け入れる病棟を選び、失敗も本人にとって重要な経験としにくくなり、「ずっといさせてもらえる病院」として安心していた家族に不安を与える。露骨な話だが、長期入院者に対する精神療法の診療報酬はクイックマッサージより低い。ある期間在宅生活を送れば、新たに高い点数になるという。目の色が変わるでは困るが、逆に安心して退院させ、在宅生活期間を延ばせると考えるべきだろう。

長期入院患者の退院可能性についてはいくつも報告がある。大阪府ではこの寛解状態と院内寛解状態の比率について、継続的にずっとフォローし、直近の2020年の報告でも入院患者16,063人中、寛解状態患者500名(3.1%)、院内寛解状態患者1,499名(9.3%)と報告している³⁾。安西らも同様の報告をしていて、退院後の受け皿がないために入院しているという患者が28.1%いると報告し、特に精神療養病棟に入院している患者を見ると、その40%は在宅サービスの支援体制を整えば退院可能と報告している⁴⁾。

日精協(日本精神科病院協会)傘下の病院約1,200病院の内、約800病院が精神療養病棟を持っている。札幌で2019年に開催された第8回精神科医学会のシンポジウムで筆者が述べたように、国が2012年に『『重度かつ慢性』を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る』と、昨今言われた精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築実現を目指すなら、先ず少なくとも1年以上開放処遇の精神療養病棟入院患者は即退院させる必要がある⁵⁾。このように、重度かつ慢性を除いては1年で退院させるとされ、地域包括ケアを進めるとされた現在も、「受け皿がない」「院内寛解状態の患者が一定いる」とするなら滑稽で、すべて外来患者となり得るし、通常の診療所ではカバーできず、24時間外来サービスのある病院でこそ診れ

る外来患者と言える。

②外来機能と入院機能の関係

最初に述べたように、外来を経ない入院はない。しかし、外来と入院との関係を見ると、外来、特に「救急外来はベッドを埋めるツール」としか考えない人もいる。病床の稼働率は高いので、以前は救急医療はしなくてもよいと考えて、例えば輪番制度に参加していなかったが、LAI(持続性注射剤)を含む薬物療法も進歩し、先に述べたデイケアや訪問看護の力で入院日数、入院回数が減ると空床が目立ち出す。その時ベッドを埋める良いツールが救急医療となってしまふ。以前筆者は、精神科救急には、「Fashion, Collection, Mission」があると書いたことがあるが、まさにMissionを忘れたCollectionである⁶⁾。言い方によっては、自分の病院に見合った外来医療、特に救急医療と言えるが、このような病院はベッドが埋まると断り出す。精神科救急は「待たせない、断らない」が必須と言ってきた⁷⁾。しかし、自院でも昨今の「医療安全」の立場から断るということが見られる。筆者はつい最近、新型コロナウイルス感染症ワクチン接種の職域接種のお手伝いに行っているが、たまたま1988年から5年勤めてくれた職員と一緒に参加していて、当時救急外来患者を断ると、「救急患者を断るより廊下で寝かしてでも治療をしろ」と筆者が言ったことを覚えていてくれた。私は覚えていなかったが、考え方は当時も今も同じである。常態であっては困るが、瞬間風速的にはオーバーベッドもやむないと思っている。ただ先に述べた医療安全上どうか、断るのに正当な理由があるかの検討は必要である。まずは患者に会って診ることが第一であるので、自院では毎週断った症例のその対応の正当性について検討している。

最近では高齢者の患者の入院も多く、身体合併症を持つ人が多い。精神症状だけでなく身体疾患にも対応できなければならないし、まず精神症状自身が身体疾患によるかも考えねばならない。その患者にとってどこでの治療が最もふさわしいか考え、断るならきちんと紹介先に連絡することは必要と教えている。「精神科救急医療情報センター

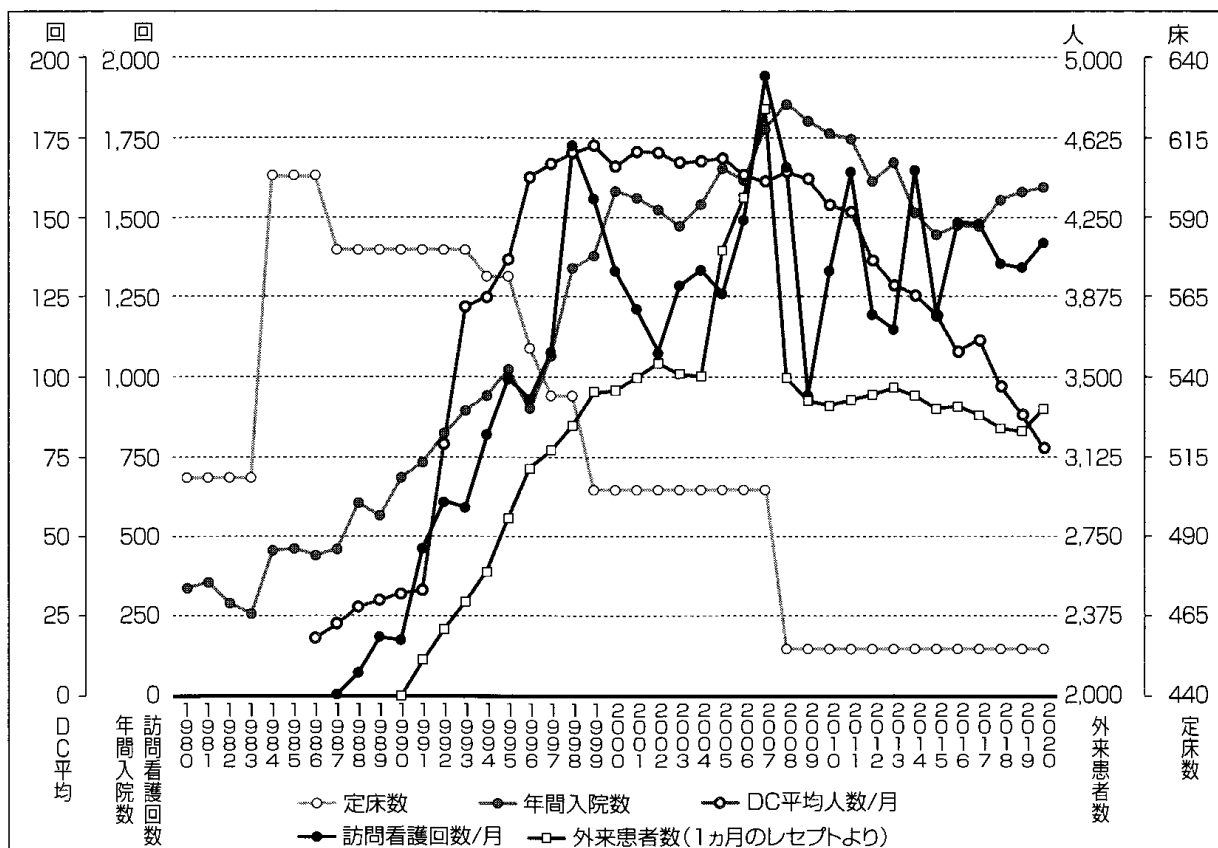
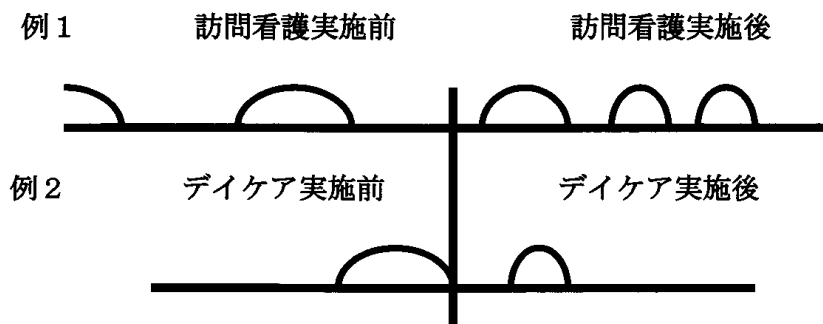


図1 さわ病院の施設及びシステムの変化と患者動態



調査2の調査方法

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間（2ヵ月以内の空白は連続と見なした）と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当たりの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当たりの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた（ただし実施後入院のなかった患者については1回当たりの入院期間を0日とした）。

調査2結果

	件数	入院日数計	入院回数	入院日数/回
デイケア	128	0.67 ± 0.19*	0.55 ± 0.08**	0.48 ± 0.13**
訪問看護	113	0.17 ± 0.06**	0.32 ± 0.06**	0.14 ± 0.04**

* p < 0.05 ** p < 0.01 Mean ± SEM

図2 訪問看護とデイケアの社会復帰への効果

に連絡してください」といった言い訳はありえないはずである。発熱のある精神疾患救急患者はこの点で非常に悩まされる。自院で受けられない、中途半端に受けて自院でクラスターを発生させるのも問題だからである。ちなみに、最近の新型コロナウイルス感染症の感染者で精神障害を持つ患者がいると、精神疾患で精神科に入院する必要がないのに、精神科で入院させると評価が上がるような仕組みを考えようとする動き（アンケート調査）があるが、この点はきちんと議論しなくては危険なことになると危惧している。

③外来と入院の経済的側面

日精協では会員が希望すると、経営指標を同等の施設と比較してレーダーチャートで示してくれる。これで自院の特徴を示してもらえるので、次の戦略を立てるのに非常に役立つ。示してもらえる項目は、A：1日平均入院患者数（人）、B：1日平均外来患者数（人）、C：病床利用率（%）、D：外来/入院比（倍）、E：平均在院日数（日）、F：患者規模100人当たり従業員数（人）、G：患者1人当たり入院収益（円）、H：患者1人当たり外来収益（円）である。いずれも収益に直結するものである。筆者の病院でも、入院収益と外来収益を比較すると、さわ病院で入院収益は外来収益の約3倍、救急病床だけの50床のほくとクリニック病院でも1.2倍ほどで、いずれも入院収益が大きい。もちろん人件費は入院の方が大きいのでその点は考慮しなければならないが。しかし、筆者が最も注目するのは、外来の実人数である。特に3ヵ月間の実人数を大切と言っている。これは一朝一夕では増やせないし、これが下がっているのは極めて危険であると考えている。病院そのものの本当の評判、活力を意味していると考えからである。極論を言えば、他の項目は収益・経営に直結するが、やりようによってはなんとでもできる項目である。確かに4疾病5事業から5疾病5事業に2011年変更し、厚生労働省は精神医療に重点を置くようになったが、ここでも「供給が需要を生む」を診療所の増加と関係して病院の外来実人数は不安定になっている。さらに病院での外来は「重い患者が多い」という偏見にも支え

られてこの傾向は強い。図1に示したように、1990年からグラフ化して現状を知るようになってきたが、外来人数（1ヵ月の実人数）は10年間ほぼ一直線に増えてきた。その後3ヵ月処方認めるようになり信頼性は落ちるが外来の実人数は頭打ちあるいは低下傾向にある。初診後2週間ごと、あるいは4週間ごとが原則だったが、患者の生活の質、あるいは時には医師の負担減のため、悪化を招かない範囲で、安定してからは診療報酬上最長の3ヵ月ごとの診療も認めるようになったため、統計の取り方を変えなければ実情が見えにくくなっている。病気があることを覚えてもらわなければならないが、眼鏡をかけると同じように、いつもは意識せず生活を維持することのための医療を目指すなら、怠業や本人の不安がない限り受診回数は少ない方がよい。

④デイケア、訪問看護、新しい薬物療法が入院に及ぼす影響

デイケアと訪問看護が入院頻度や入院期間に及ぼす影響については、筆者は以前報告した⁸⁾。いずれも入院頻度、入院期間を著明に減少させるが、特に訪問看護はデイケアより強力に減少させる（図2）。

まとめ

精神医療の最終目標は、ハンセン病や結核のようになくなることであるが、少なくとも現在の動向を見ていると5疾病5事業で代表されるように減るどころか増えるばかりである。多くは気分障害の外来が増えているが、認知症も例外ではない。

病院がその流れのどこにあるかという点、今は入院に依存していても、入院患者は社会的あるいは薬物を中心とした医学的サポートによって減る一方なのは前述したとおりである。つまり、入院機能を持つ病院が入院だけで良いという時代は終わり、サテライトクリニックを含んで外来を包含した病院機能を考えないと将来はない。特に薬物療法が不十分で作業療法が中心だった時は土地を必要とすることもあり、市街地より市街地周辺に精神科病院は移動していった。地域包括ケアシステムでも言われ、2003年に筆者が提唱した「地

域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」というように、地域医療にシフトする中では、気楽に短期入院、外泊を経て居住地に戻るには外来機能に力を入れなければならないと考える⁹⁾。もちろん外来は連携しているクリニックに任せるといふ考えを否定はしないが、それではなかなか将来が予想しにくいし、コロナ対策でマスクを含めた医療材料やワクチンにおいて外国に依存する他力本願と同じように不安定であると筆者は考えている。

従前は、診療報酬上で通院精神療法は安くされ、医師一人当たりの外来人数も病院は冷遇されていたが、それは単なる診療所団体の政治的力か診療所を増やそうという国の目論見かは知らない。一昔前、このことでなんとかならないかと精神科医である議員に言ったら「病院は入院だけで良い」と言っていたが、日精協の力でそれは解消された。

最後に、外来機能は診療所とバッティングすると言えはするが、全く違うのは、病院には24時間365日たとえ精神保健指定医でなくても医師がいるので、救急対応はでき、サービスは上であることである。もちろん精神保健指定医がいればどんな入院形態も可能である。できれば、先進諸外国でも行われているように、入院や行動制限は精神保健指定医でなくても、例えば12時間か15時間を上限として可能とし、それを精神保健指定医が確認する制度があれば、24時間365日の外来ができるようになり、日中だけ担当する診療所や一次救急と称するつまみ食いの精神医療や精神科

救急とは違うものになるだろう。ただし、それにはやろうという精神科病院のトップの考えがあり、下のものもその号令の下でやればの話であることは当然である。

本稿執筆について開示すべき他者との利益相反はない。

文 献

- 1) 澤 温, 澤 潔: 精神科アウトリーチサービス - 往診を中心に・その歴史, 意味, 機能 -. 日精協誌 23(11): 18 - 23, 2004.
- 2) 澤 温: 隔離の実際 - エラストピアの発想と活用 -. 精神科治療学 28: 1273 - 1278, 2013.
- 3) 大阪府・大阪市・堺市: 令和元年度精神科在院患者調査報告書 - 長期入院者の退院促進のために -. 2020.
- 4) 安西信雄, 河原和夫, 伊藤弘人他: 平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究. 2012.
- 5) 澤 温: スポンサー・シンポジウム 統合失調症患者さんの退院促進と地域移行支援 精神科医療の変革期 - 今後の精神科病院の目指す方向 -. 日精協誌 38(別冊): 137 - 138, 2019.
- 6) 澤 温: 巻頭言 精神科救急 Fashion, Collection, Mission. 精神医学 48: 116 - 117, 2006.
- 7) 澤 温: 精神科救急医療施設 (スーパー救急). 救急医学 36(7): 787 - 790, 2012.
- 8) 澤 温: 社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討. 精神神経学雑誌 93: 1042 - 1052, 1991.
- 9) 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 3: 7 - 16, 2004.