

答申

地域における 精神科医と一般診療科医の連携体制構築について ～精神障害・知的障害等にも対応した 地域包括ケアシステム構築のために～

公益社団法人 東京都医師会
精神保健医療福祉委員会

令和7年3月

精神保健医療福祉委員会

(任期：令和5年8月23日～令和7年5月31日まで)

	氏 名	所 属
委 員 長	石 橋 幸 滋	東久留米市医師会
副委員長	塚 本 一	調布市医師会
委 員	矢 野 正 雄	町田市医師会
”	片 山 成 仁	足立区医師会
”	紫 藤 昌 彦	新宿区医師会
”	水主川 純	東京女子医科大学病院
”	羽 藤 邦 利	特定非営利活動法人 メンタルケア協議会 (渋谷区医師会)
”	西 村 由 紀	特定非営利活動法人 メンタルケア協議会
”	萱 間 真 美	国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 国立看護大学校
”	久保田 雅 也	社会福祉法人日本心身障害児協会 島田療育センター
”	熊 谷 直 樹	相模原市健康福祉局 地域包括ケア推進部参事 (精神保健福祉担当)
”	菊 地 章 人	東京都福祉局 障害者医療担当部長
”	橋 本 康 昭	東京都福祉局 障害者施策推進部 精神保健医療課長 (統括課長)
”	石 黒 雅 浩 (R5.8.23～R6.4.8)	東京都福祉局 障害者医療担当部長
”	佐 藤 淳 哉 (R5.8.23～R6.4.8)	東京都福祉局 障害者施策推進部 精神保健・医療課長 (統括課長)
副 会 長	平 川 博 之	東京都医師会
理 事	西 田 伸 一	東京都医師会

目 次

はじめに	石橋 幸滋	1
I. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムとは		
1. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステム ～国の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を中心に～	熊谷 直樹	2
2. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と 一般診療科医の連携	石橋 幸滋	21
II. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける 精神科医と一般診療科医の地域連携とは		
1. 「精神障害にも対応する地域ケアシステム」における課題	羽藤 邦利	31
2. 精神障害にも対応する地域連携～病院を中心に～	塚本 一	36
3. 精神障害にも対応する地域連携～診療所を中心に～	紫藤 昌彦	41
4. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムの構築 ー療育センターの立場から	久保田 雅也	48
5. 精神科急性期救急における地域連携	片山 成仁	52
6. 精神障害者の身体疾患による救急医療における地域連携	矢野 正雄	57
7. 自殺未遂者支援事業から見た地域包括ケアシステムの問題	西村 由紀	62
8. 認知症医療における地域連携	石橋 幸滋	66
9. 精神障害者の在宅ケアにおける地域連携	萱間 真美	77
10. 東京都における精神科地域連携の取り組み	菊地 章人 橋本 康昭	80
11. 障害のある方と地域のかかりつけ医療の関わりについて	西田 伸一	91
III. アンケート調査結果		
1. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と 一般診療科医の連携に関するアンケート		93
2. 精神障害者の身体疾患による救急医療での連携についてのアンケート		119
おわりに	平川 博之	125

今日日本の精神科医療は大きな転換期を迎えており、長期間の入院治療から地域での生活を支援するコミュニティ精神医療への移行が間違いなく始まっています。しかし、まだまだ精神疾患を持つ人々への偏見や差別が数多くみられ、これは医療界も例外ではありません。

精神医療は、診断基準や治療方法が国際基準に沿って進歩し、より個別化された治療が提供されるようになっていきます。特に、抗精神病薬や抗うつ薬の使用が一般化し、治療効果が向上していますが、それはあくまで精神科医の医療であり、それが一般診療科医に十分理解・活用されていないのが現状です。そのため、精神疾患を持った患者さんに関しては精神科や心療内科の専門医に任せてしまう一般診療科医も少なくありません。

しかし、一般診療科を受診する患者（感染症などの急性疾患を除く）の約3割は精神的な問題を抱えていると言われているように、うつ病患者が慢性疾患を抱える率は高く、小児の発達障害や産褥期精神病に無縁の小児科医や産婦人科医はいません。これに加えて学校医や産業医活動、認知症患者のケアなど精神科と一般診療科の連携なくしては、地域医療は成り立ちません。

また、精神疾患を持つ人々やその家族に対する支援は、医師だけでなく、看護師、ソーシャルワーカー、介護士、福祉職など多職種の連携が求められます。これにより、患者の状況に応じた柔軟で総合的な支援が可能になります。多職種が定期的に情報を共有し、協力して支援を行う体制を地域包括ケアシステムと呼びますが、近年精神疾患に特化したシステムを「精神疾患にも対応できる地域包括ケアシステム」と呼んでいます。

このシステムを構築するためには、地域の住民や自治体が協力し、精神疾患を持つ人々への偏見を減らし、支援体制を強化する取り組みが必要です。例えば、精神疾患は早期に発見し適切な治療を行うことで、その進行を防ぐことができますが、そのためには地域住民や福祉関係者に対する教育や研修を行い、精神疾患の兆候に気づきやすくすることが大切です。また、地域での相談窓口や支援サービスを整備することで、症状が悪化する前に適切な支援を受けることができるようになりますし、生活支援サービス（例えば、訪問看護や訪問介護）や、就労支援サービスを提供し、精神的な支援や生活支援、家族支援などを一体的に行うことで、精神疾患を持つ人々が社会とのつながりを持続させることができます。

このように「精神疾患にも対応できる地域包括ケアシステム」は、健康と生活の質を維持・向上させ地域共生社会を実現するためにも不可欠な役割を果たしますので、地域の医療・福祉・教育機関が一体となって支援し、精神疾患を持つ人々が地域で安全に生活できる環境を作り上げることが重要です。そのためには精神科医と一般診療科医の連携は極めて重要です。

そこで当精神保健医療福祉委員会は、東京都医師会 尾崎会長からの「地域における精神科医と一般診療科医の連携体制構築について～精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステム構築のために～」という諮問を令和6年2月1日付で受け、総論として「精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステム」に関する解説とそのために必要な精神科医と一般診療科医の連携方法を解説すると共に、各論で①課題、②病病連携、③病診連携、④知的・発達障害支援、⑤精神科急性期救急、⑥精神疾患患者の一般救急、⑦自殺予防活動における連携、⑧認知症医療における連携、⑨精神疾患患者の在宅ケアにおける連携、⑩東京都における精神科地域連携の取り組み⑪精神疾患患者と地域のかかりつけ医療の関わり等について、東京都医師会会員に対する「精神障害・知的障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート」及び一般救急病院への「精神障害者の身体疾患による救急医療での連携についてのアンケート」の結果を踏まえて、答申をまとめました。

来年度から2040年頃を見据えた新たな地域医療構想でも、精神医療は精神科病床の削減なども含めて極めて重要な課題と位置付けられており、行政と東京都医師会そして地区医師会は共に協力しながら、精神科医と一般診療科医の連携構築に取り組んでいく必要があります。

I

精神障害・知的障害等にも対応した 地域包括ケアシステムとは

1. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステム ～国の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を中心に～

相模原市健康福祉局 熊谷 直樹

【はじめに】

近年、精神疾患を有する患者の数は概ね増加傾向にあり、2023年には認知症患者を含めると約603万人となっている。傷病別の患者数でみると、精神疾患は高血圧に匹敵し脳血管疾患や糖尿病を上回るなど、私達にとって極めて身近な疾患である。人口の高齢化にともなう生活習慣病等の有病率の高まりと合せると、一般診療科医の患者では精神科受診中の方は珍しくなくなり、精神科でも他の診療科での医療が必要な患者は少なくないものとみられる。加えて、知的障害や認知症を含む精神疾患患者が地域社会の一員として安心して暮らすためには、保健医療に限らず、社会復帰のための福祉的支援、介護サービス、居住の場、障害者雇用等の社会参加機会、特別支援教育など、各人のニーズに応じて、さまざまな分野の取組が必要となる。現場の医師らは、医療以外についても、連絡調整や文書作成、会議参加等が求められることも少なくない。

こうした中、高齢者介護においては「地域包括ケアシステム」構築が2015年度からの第6期介護保険事業計画以後本格的に取り組みられ、2016年6月には「地域共生社会の実現」を目指すことが閣議決定された¹⁾。そして、厚生労働省は「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（以下、「これから」検討会）を開催し、2017年3月にとりまとめられた報告書²⁾において、「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」と略）を構築することが必要」であると述べている。これに基づき、「にも包括」は、2018年度以後の（保健）医療計画・障害福祉計画等の自治体の行政計画や診療および障害福祉サービス等の報酬改定に反映されてきた。さらに、「にも包括」構築推進に係る取組に資するよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」（以下、「にも包括」検討会）が開催され、2021年3月に報告書³⁾が取りまとめられた。2022年になされた障害者総合支援法・精神保健福祉法等の改正では、これまでの検討を踏まえて、「にも包括」構築の法的根拠となるような事項が盛り込まれ、2024年度に施行されている。そのほか、2023年には共生社会の実現を推進するための認知症基本法が制定され、翌年から施行されている。（表1参照）

表 1. 精神障害者・知的障害者等の包括的支援 近年の主な動向

年	事 項
2015	認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 第6期介護保険事業計画～地域包括ケアシステム構築の本格的取組
2016	「地域共生社会の実現」が閣議決定(「ニッポン総活躍プラン」内)
2017	「これから」検討会報告書 「にも包括」構築推進事業・構築支援事業の開始
2018	第7次保健医療計画、第5期障害福祉計画、障害福祉サービス等報酬改定において精神障害者分野では「にも包括」構築推進関連が重点 診療報酬改定において、精神科領域では「にも包括」関連が登場(精神科在宅患者支援管理料等)
2020	社会福祉法改正 (地域共生社会実現関係)
2021	「にも包括」検討会報告書 重層的支援体制整備事業の開始
2022	精神保健福祉法を含む障害者総合支援法等が一括改正
2023	共生社会の実現を推進するための認知症基本法制定
2024	2022年改正精神保健福祉法・障害者総合支援法の全面施行 こども家庭センターが全国各市町村に設置へ 診療報酬改定～精神科地域包括ケア病棟入院料(新設)等～

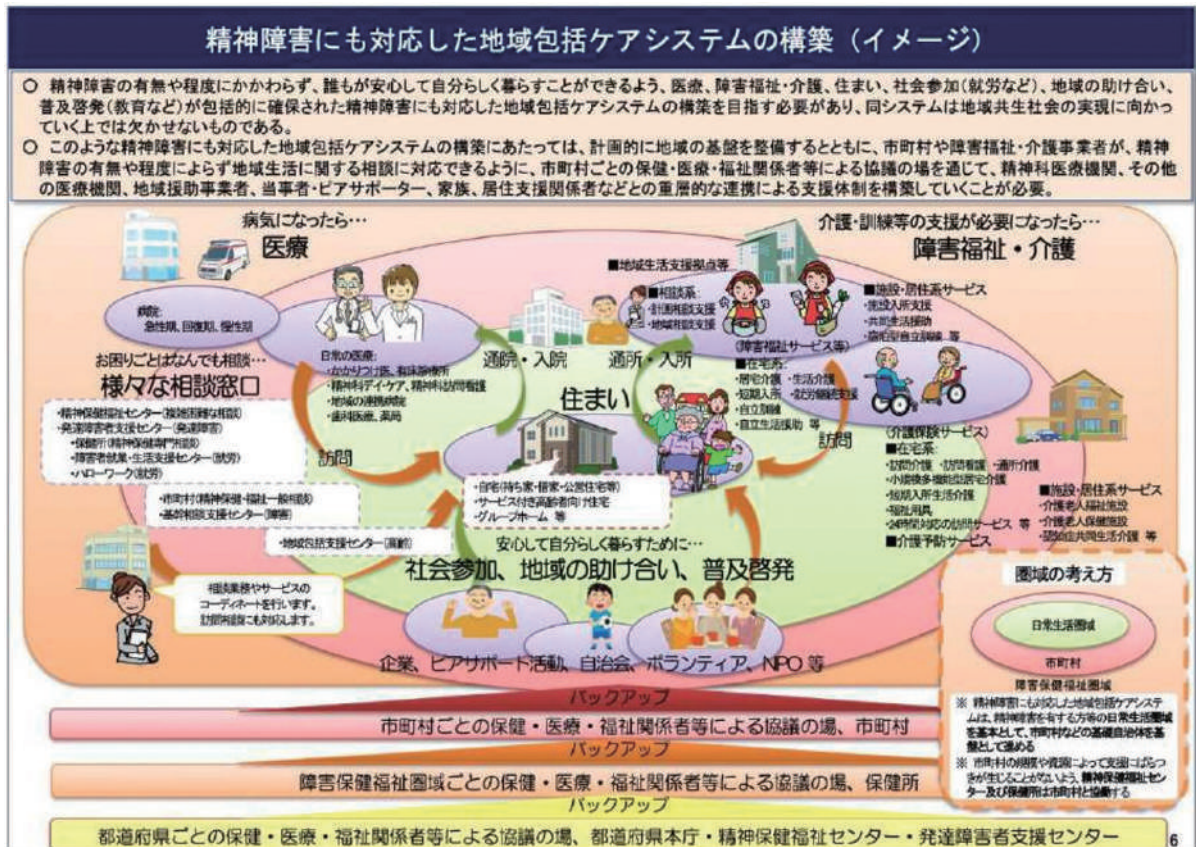
しかし、これらの動向についてしっかり理解している医師はまだ少なく、先行して介護保険分野で構築が進められてきた「地域包括ケアシステム」でさえ、地域で働く医師に十分浸透しているとは言い難い。本節では、答申の総論部分の一つとして、「精神障害者・知的障害者等の地域包括ケアシステム」の基本的な考え方について「にも包括」を中心に紹介し、関連する国の施策にも言及しつつ、医師・医療機関の役割についても触れたい。

【包括的ケアのシステムとは】

(1) 「にも包括」の基本的な考え方

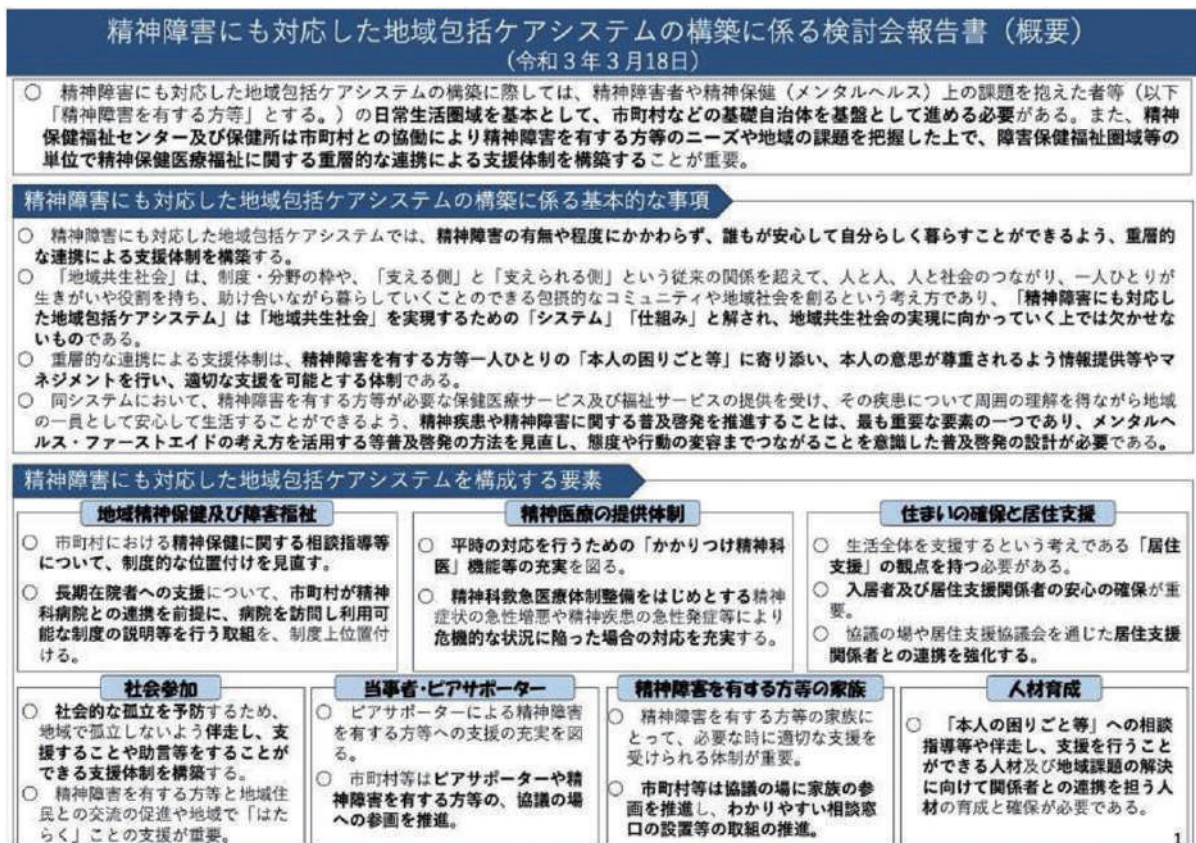
前述のように、「にも包括」とは、「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とされている(図1参照)。そして、「にも包括」検討会の報告書³⁾では、「にも包括」(図2参照)の構築に際しては、精神障害者を含む精神保健上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、区市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要があり、精神保健福祉センター及び保健所は区市町村との協働により彼らのニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要であると述べている。(東京都においては、障害保健福祉圏域を定めていないことにも留意すべきである。)

図1.「にも包括」の構築（イメージ）



出所：厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（概要）2021年3月18日

図2.「にも包括」検討会報告書（概要）



出所：厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（概要）2021年3月18日

(2) 重層的な連携による支援体制の考え方と構築

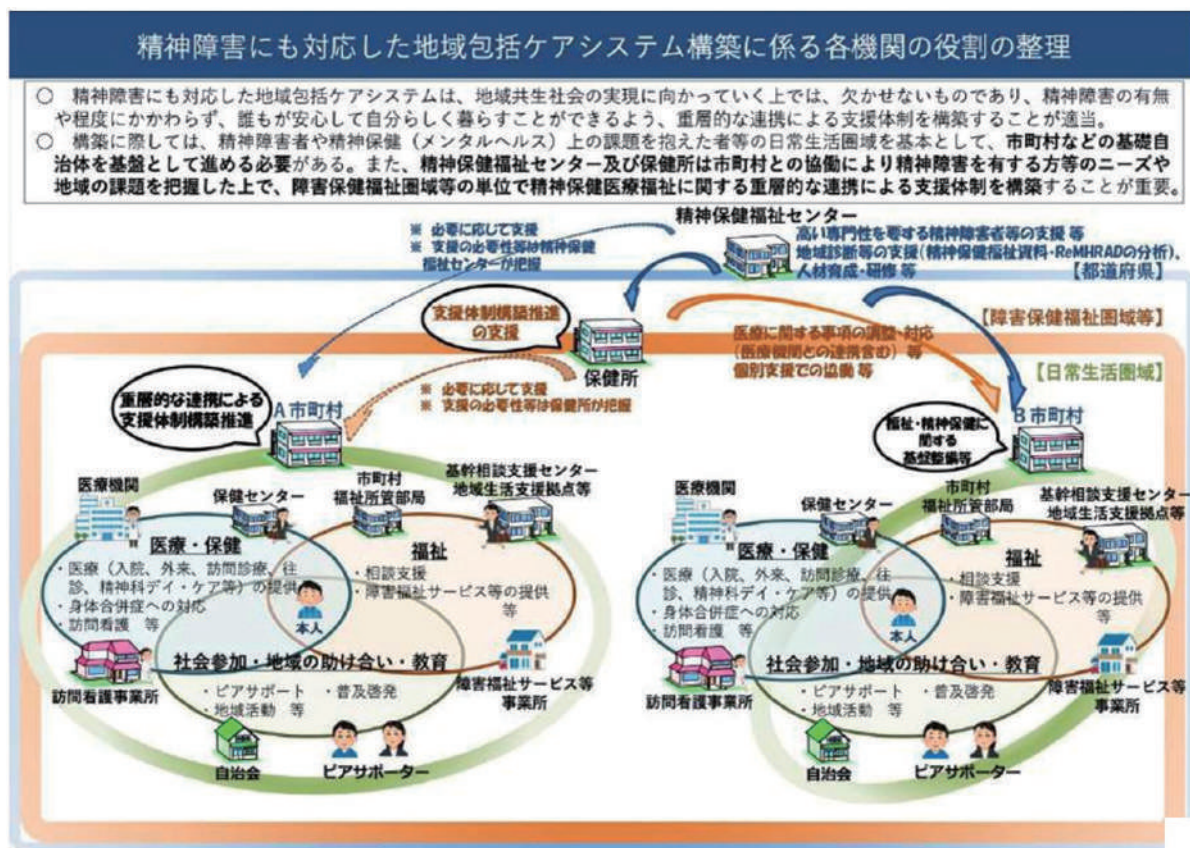
1) 支援体制の在り方

重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等の日常生活圏域を基本として、区市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。

また、区市町村の規模や資源によって支援にばらつきが生じることがないように、精神保健福祉センター及び保健所は区市町村との協働により、精神障害を有する方等のニーズや地域課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築する（図3参照）。

このように、区市町村内の諸分野が参加して重層的な連携を構成する（水平的な横の重層的支援）ものと、保健所、精神保健福祉センターのようなより広域を担当し専門性のある機関も協働し、より広域レベルの連携を図るもの（垂直的な縦の重層的支援）とが組み合わされたものである。地区医師会は主に前者に参与し、東京都医師会は後者において役割があると考えられる。

図3. 「にも包括」構築に係るにかかる各機関の役割の整理



出所：厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（概要）2021年3月18日

2) 構築の進め方

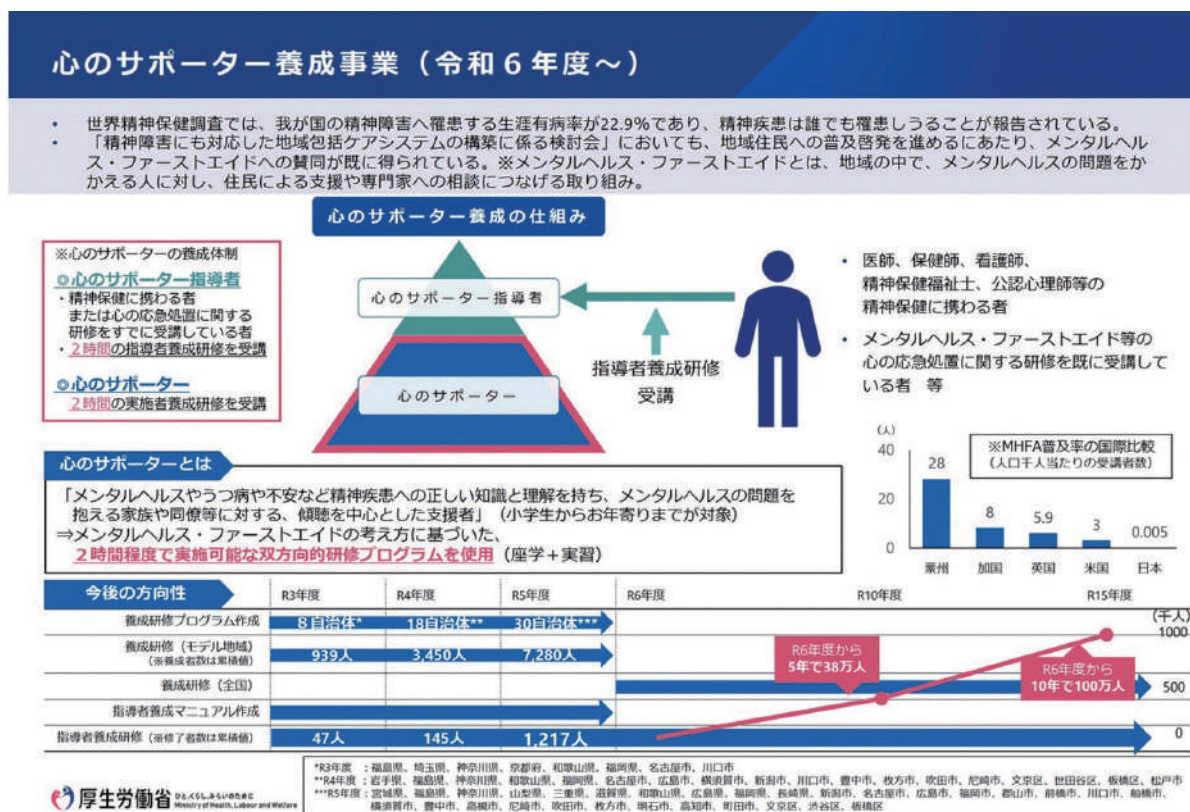
重層的な連携による支援体制を構築するためには、精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」やそれに対する支援の積み重ね（個別支援）が不可欠である。個別支援に共通する課題から地域課題を抽出し、保健、医療、福祉関係者等による協議の場において、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族や居住支援関係者等の様々な立場の者が協働し議論をすることが基本となる。協議の場は、障害者総合支援法に基づく区市町村の自立支援協議会の部会が活用される場合が多い。「にも包括」検討会報告書³⁾では、精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、地域保健関係者の参加を、区市町村が求めてゆく必要があるとしている。協議の場での検討を踏まえ、「地域の課題の共有」、「目標設定」、「個別の支援を通じた連携構築」、「成果の評価」の各段階を、PDCAサイクルに沿って実行し、構築を推進してゆく。

(3) 普及啓発の推進

精神疾患の早期発見・早期対応を促進し、また、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において最も重要な要素の一つである。

これまで様々な手法を用いて取り組まれているが、精神疾患や精神障害に関する国民の理解が進んでいるとは言えず、精神障害に対する差別や偏見は依然として課題であることから、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。そのため、2021年度より厚生労働省は「心のサポーター養成事業」として、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を基本に、正しい知識と理解に基づき、家族や同僚など身近な人に対して、傾聴を中心とした支援を行う、「心のサポーター」を国民に幅広く養成する事業を行っている（図4参照）。2033年度までに100万人の「心のサポーター」を養成することが目標とされている。

図4. 心のサポーター養成事業



〔包括的支援体制構築の背景・経緯〕

（１）「にも包括」がなぜ必要とされたか

「にも包括」の背景には、本節の「はじめに」で述べた、包括的支援に向けた施策の流れに加えて、精神保健医療福祉施策の理念の転換がある。2004年に厚生労働省は「入院医療中心から地域生活中心へ」を理念として掲げた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表し、2006年度から施行された障害者自立支援法においても「退院促進」が明記され、精神科長期入院者の退院・社会復帰の促進を重視した施策が行われた。しかし、精神科退院者の約４割が１年以内に再入院し、重症な事例でも障害福祉サービスに結び付くのは３割程度に過ぎないこと、精神療養病床入院患者の約１／２は在宅サービスの支援体制があれば退院可能なことなどが明らかになった。

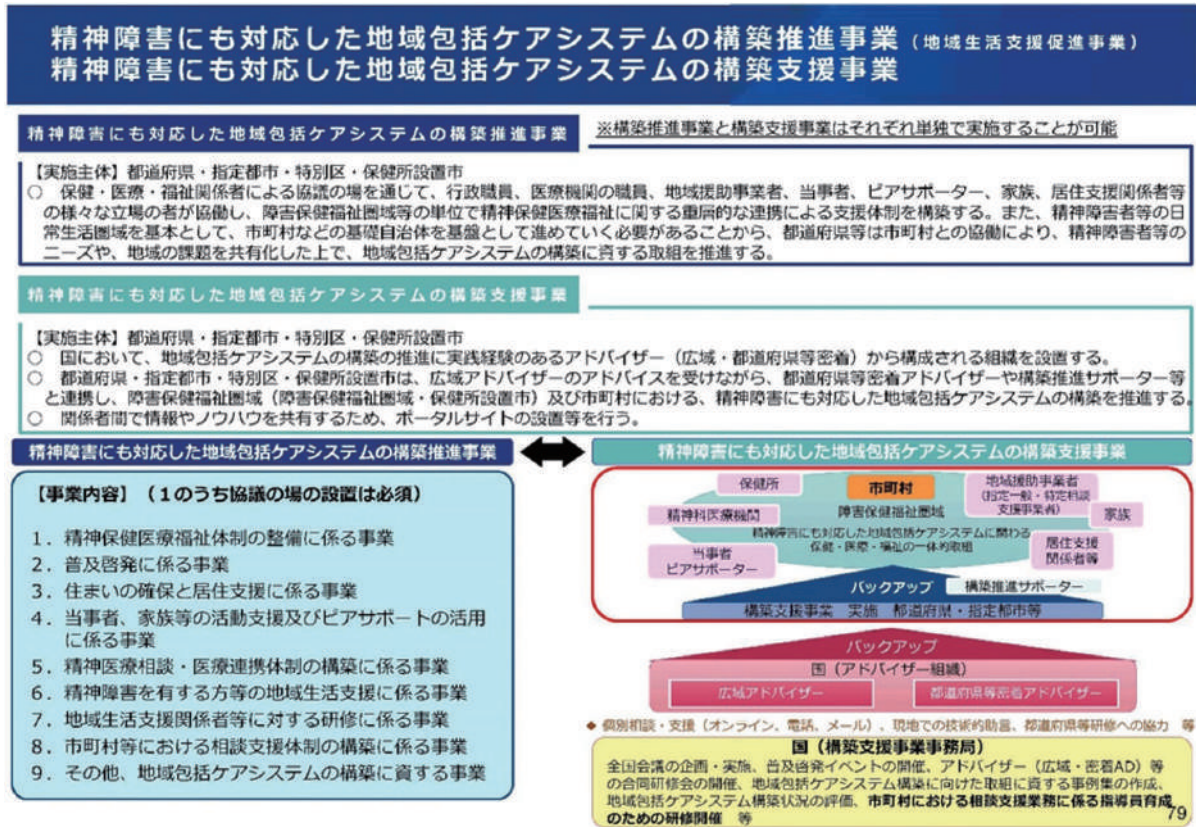
（２）新たな政策理念としての「にも包括」

これらを踏まえ、「これから」検討会の報告書²⁾では、「長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を含めた地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的な社会を構築していく必要」とし、中～重度の精神障害者のための多職種協働による包括的支援マネジメントの実効化や、未治療・医療中断の精神障害又はその疑いのある人への早期支援のために多職種・多施設間連携の推進の重要性が述べられた。そして、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が新たな政策理念として示された。

（３）「にも包括」関連施策の展開

その後、2017年度から、国は「にも包括」構築推進事業・構築支援事業を開始して「にも包括」構築に取り組む自治体を支援している（図５参照）。また、2018年度からの第６期障害福祉計画、第７次（保健）医療計画、診療および障害福祉サービス等報酬改定（精神科関係）以後のこれらの計画や報酬改定では、精神障害者、精神疾患については、「にも包括」に関する目標等が主要なものとなっている。2022年に、精神保健福祉法の大規模な改正がなされ、①精神障害者やその他の精神保健課題を抱える者に対し、都道府県・市町村は保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨とすること（第46条）、②都道府県・市町村は精神障害者等への支援の体制の整備のため、自立支援協議会等を活用し関係機関と協議を行うよう努めること（第48条の２）、③保健所・精神保健福祉センターは、区市町村の精神保健事業に技術援助を行うように努めること（第48条の３）が定められ、2024年４月から施行されている（図６参照）。診療報酬改定で、2024年６月から、地域移行・地域定着に向けた重点的な支援を提供し、主として急性期治療を経過した精神疾患を有する患者及び在宅において療養を行っている精神疾患を有する患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を医師、看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種で行う、精神科地域包括ケア病棟入院料がスタートしている。

図5.「にも包括」構築推進事業・構築支援事業



出所：厚生労働省：第1回 精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会 資料

図6. 2022年改正精神保健福祉法の概要（地域精神保健福祉関係）

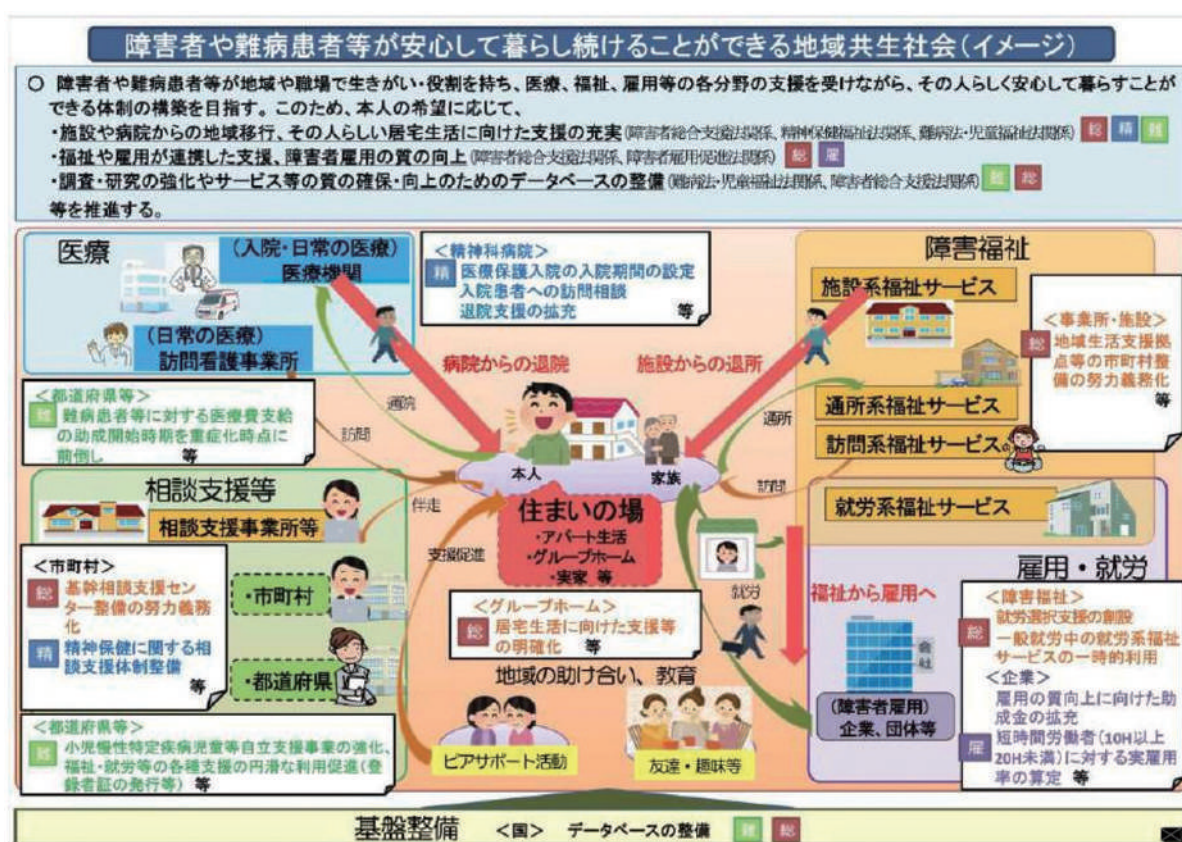


出所：厚生労働省：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案の概要

(4) 知的障害者等の包括的支援

知的障害者・発達障害者については、障害者支援分野での包括的支援施策の動向との関係が深い。2020年に地域共生社会実現を理念として社会福祉法が改正され、翌2021年度から重層的支援体制整備事業が開始され、本事業に基づく区市町村での包括的な相談支援に関し、障害者総合支援法に基づく区市町村の障害者相談支援も対象となった。さらに、2022年に改正された障害者総合支援法⁴⁾では、障害者が安心して地域生活を送れるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センター及び緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備が市町村の努力義務とされた(2024年4月施行)。これらにより、知的障害者についても地域における包括的な支援が進められることが期待される(図7参照)。知的障害等の早期発見・早期支援については、2024年度から各区市町村において整備が始められた「こども家庭センター」を拠点とした、子どもや母親等家族への包括的支援の取組に含まれているとみられる。地域共生社会に関する施策やこども家庭センターについては後で触れる。

図7. 2022年改正障害者総合支援法と地域共生社会



出所：厚生労働省：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案の概要

「にも包括」の構成要素

「にも包括」検討会報告書³⁾によれば、以下の7つの「にも包括」を構成する要素を定め、実現に向けて活動していくことを望ましいとしている。実施については基本的には区市町村を基盤とした取組が想定され、精神科救急など、区市町村の取組をバックアップする広域の仕組みが都道府県・政令指定都市のものである。これらの中には、「にも包括」構築推進事業のメニューに含まれているものがある。

(1) 地域精神保健及び障害福祉

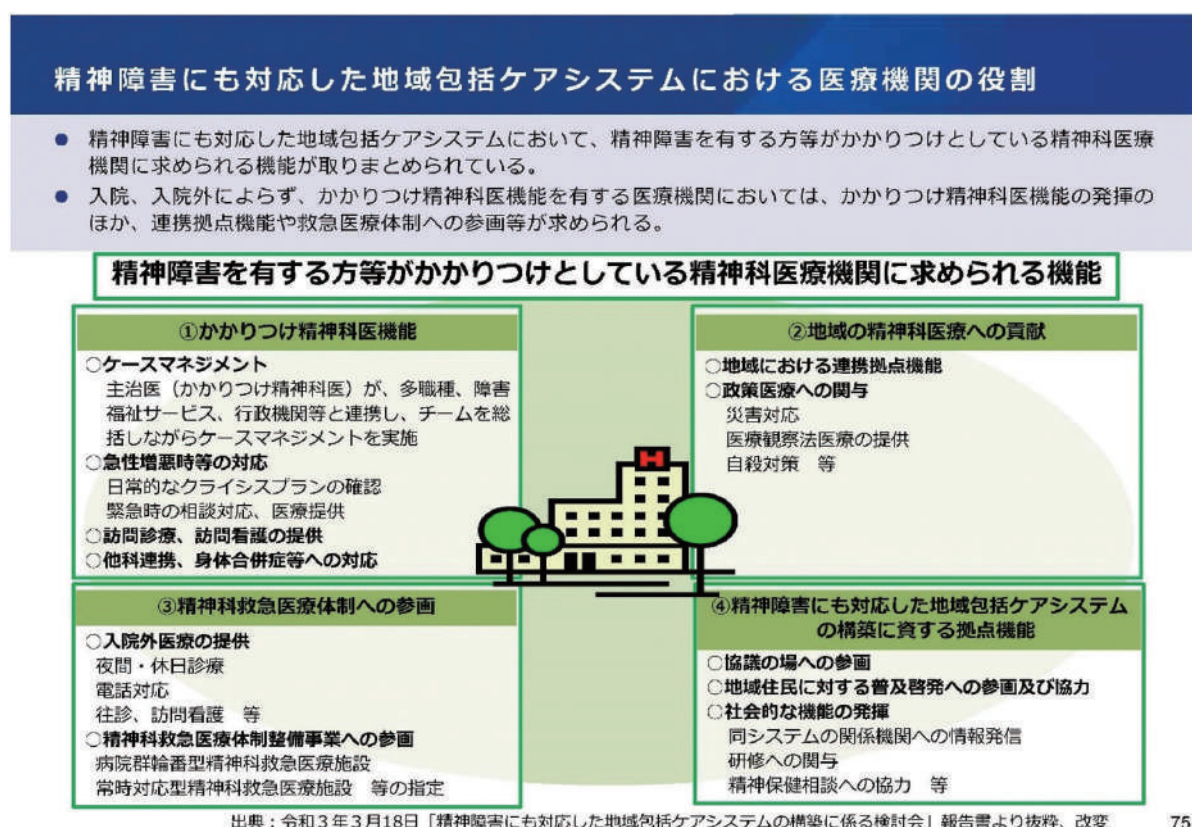
- ・相談：精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが困りごと等を抱えた際に相談しやすい地域づくり。

- ・サービスの整備と連携体制：精神障害者の「地域生活」を支えるために、身近なところで必要なときに適切な支援を提供する重層的な連携体制の構築。
- ・地域移行・定着支援：長期在院者に対して、区市町村が精神保健福祉センターや保健所の支援の下、長期在院者へ訪問し、利用可能な制度や障害福祉サービス等に関する説明及び支援等を実施。
- ・危機対応の訪問等支援：精神障害者が精神症状の急性発症や急性増悪等により危機的な状況に陥った場合の対応について、精神保健福祉センターの支援等の下、保健所や市町村保健センターからの訪問等による支援の充実を図ることや、状況に応じて区市町村が地域の精神科診療所等の精神科医等の協力を得て、自宅等への訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、訪問支援を充実。

（２）精神医療の提供体制

- ・精神科医療機関の役割：①「かかりつけ精神科医」機能（日常的診療、必要に応じた多職種多機関による包括的支援マネジメント、危機的な状況での医療提供、危機的な状況に関する相談の受付、訪問診療・訪問看護の調整（提供）、一般診療科との連携による身体合併症対応、長期在院者への支援など）、②地域精神医療における役割（地域での連携拠点、精神科救急や身体合併症対応・災害時・医療観察法事例の医療提供、自殺対策等政策に関連する医療への関与など）、③精神科救急医療体制への参画、④「にも包括」の構築に資する拠点機能（区市町村や保健所における精神保健相談や訪問支援への積極的な協力、協議の場への参画、地域援助事業者等との連携の強化等）（図８参照）。

図８．「にも包括」における医療機関の役割



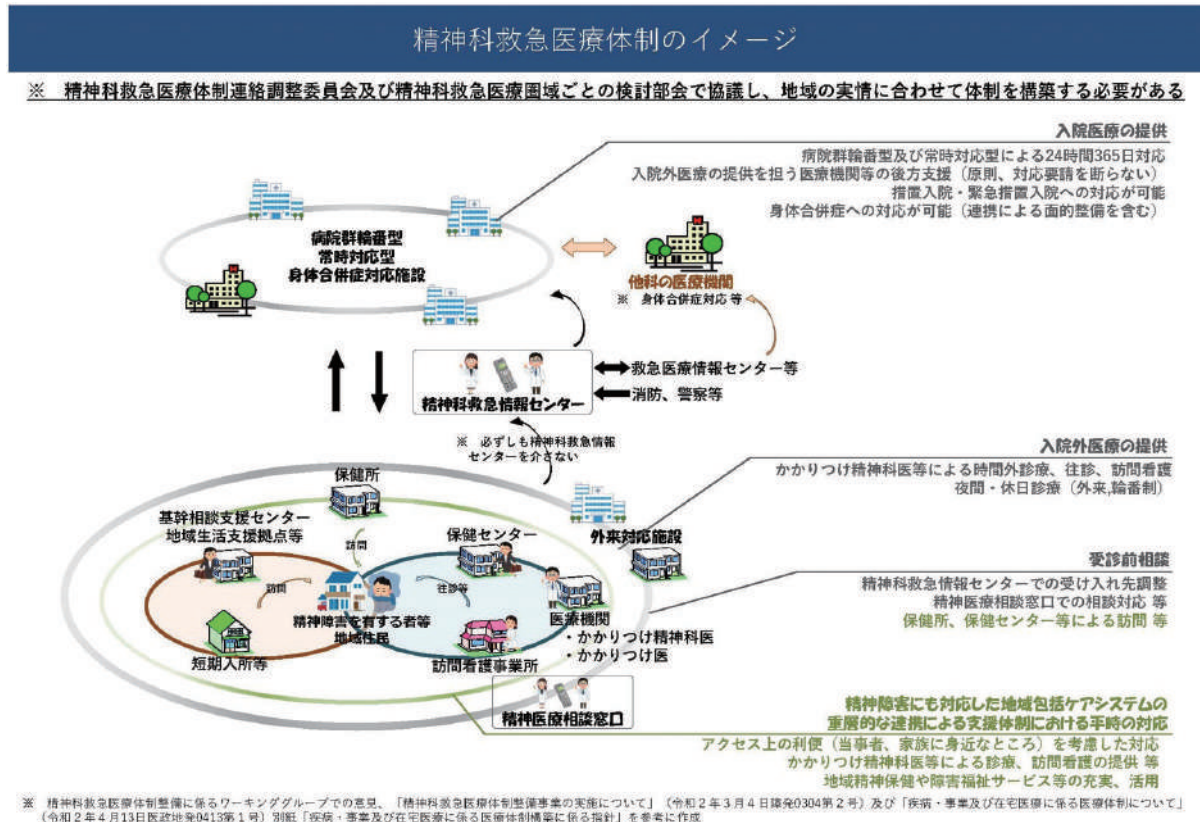
75

出所：厚生労働省 第１回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会資料

- ・精神身体合併症への対応：一般診療科の「かかりつけ医」と精神科医の連携強化、「かかりつけ医」や一般診療科医療機関従事者の精神疾患への対応力強化を図る研修等を実施。
- ・精神科救急医療体制：精神科医療機関は、自院が提供可能な機能（入院、入院外）を明らかにするとともに、都道府県等との連携の下、精神科救急医療体制への積極的な参画に努める。

精神科救急医療体制については、「にも包括」検討会に「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」が設けられ報告書がとりまとめられた（図9参照）。そこでは、区市町村の「にも包括」を支える都道府県レベルの取組として、①区市町村での平時からの訪問支援への支援とともに精神医療相談窓口や、精神科救急情報センターの設置を行い、②入院外医療の提供：時間外診療や訪問看護により入院を前提としない診療を行い入院要否を判断し、③入院医療の提供：②の入院外医療のバックアップとして、措置入院や緊急措置入院、身体合併症（感染症を含む）への対応可能な精神科救急入院の体制を確保するとされている。

図9. 「にも包括」を支える精神科救急医療体制



出所：厚生労働省精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書（概要）

- ・救急受診の回避に向けた精神科医療機関の取組：日頃の診療に加え、時間外診療や往診等を含め可能な限りの対応の充実。自殺企図等の緊急時に望まれる対応に関し、事前に一般診療科「かかりつけ医」等の関係者と協議。

（3）住まいの確保と居住支援の充実、連携

- ・住まいの確保と居住支援の充実：入居者の安心と賃貸住宅の貸し主、不動産業者の安心を確保に向け、居住支援の充実とともに、協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化。

（4）つながりのある地域づくりと社会参加の推進

- ・孤立化防止：精神障害者が地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等をすることができる機能や重層的な連携による支援体制に資するよう、普及啓発を通じ地域住民が精神疾患や精神障害に関する知識を持ち、身近な人が支援の輪に入る取組を推進。
- ・就労と地域社会への参加：障害者総合支援法や介護保険法に基づくマネジメントの枠組みに加え、精神障害者の思いや感情、生活など多様なものを考慮した上でのマネジメントを重視。

（５）当事者・ピアサポーター

- ・当事者参加を重視：重層的な連携による支援体制は、精神障害者にとって、その意思や選択が尊重され、必要な時に適切な支援が受けられる仕組みが重要であり、体制構築のためにピアサポーターや精神障害のある当事者の参画を確保。
- ・ピアサポーター：ピアサポートの特性を活かし、精神障害者を尊重した支援を実施するだけでなく、精神保健医療福祉に関わる多職種との協働により、①専門職等の当事者理解の促進及び意識の変化や支援の質の向上、②普及啓発や教育、③精神保健福祉相談、④意思決定支援等に寄与することを期待。

（６）精神障害を有する方等の家族

- ・家族の孤立化防止：家族同士の交流の機会や場を提供するなど、区市町村は家族支援に対し更なる取組の推進。精神保健医療福祉関係者における家族を支援する視点も重視。
- ・協議の場への家族の参加：協議の場への家族の参画を促し、家族のニーズを踏まえた家族支援の体制（わかりやすい相談窓口設置など）について協議し、支援体制整備を推進。

（７）人材育成

- ・区市町村の人材の確保・育成：精神保健相談や体制整備に必要な人材で、①関係機関と連携しながら精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への相談指導を行うとともに伴走支援 ②地域課題の抽出及び課題の解決に向けた、協議の場での関係者との協働の両面が望まれる。
- ・医療を含む関係者と協働した地域の人材育成：精神障害者を支援する者を育成する観点と、「その生活圏の人づくり」の観点から、地域で必要な人材をイメージし、地域の関係者と共有。人材育成に係る仕組みづくりの企画立案の段階から、保健・医療・福祉等関係者、居住支援関係者、当事者、ピアサポーター、家族等が協働を重視。医療従事者にも協働が求められる。
- ・関係部署職員の対応力向上：介護・高齢者福祉、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、教育、労働、住宅等、区市町村の行うさまざまな相談業務にあたる職員に対する、精神疾患や障害に関する知識や対応力の向上を図る研修の実施。

以上のような要素を考慮し、区市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、区市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、地区医師会、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが重要である⁵⁾。

【精神障害・知的障害等に対応した地域包括ケアに関連する、「にも包括」以外の施策】

「にも包括」以外にも、対象によっては包括的支援に関する施策が進められている。認知症の人の包括的支援については、介護保険制度とともに日常生活圏を基本として構築されてきた「地域包括ケアシステム」が主要な役割を担っている。また、知的障害や発達障害については、母子保健および児童福祉の包括的支援が早期発見・支援において重要である。そしてこれらに共通した理念として「地域共生社会の実現」があり、各分野をつなぐ事業もみられる。いずれも、区市町村が実施主体となる。

（１）地域包括ケアシステム

「地域包括ケアシステム」とは、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムをさす。地域医療を担う医師が自分の専門分野だけでなく、積極的に地域包括ケアシステムに関わっていくことが求められている。

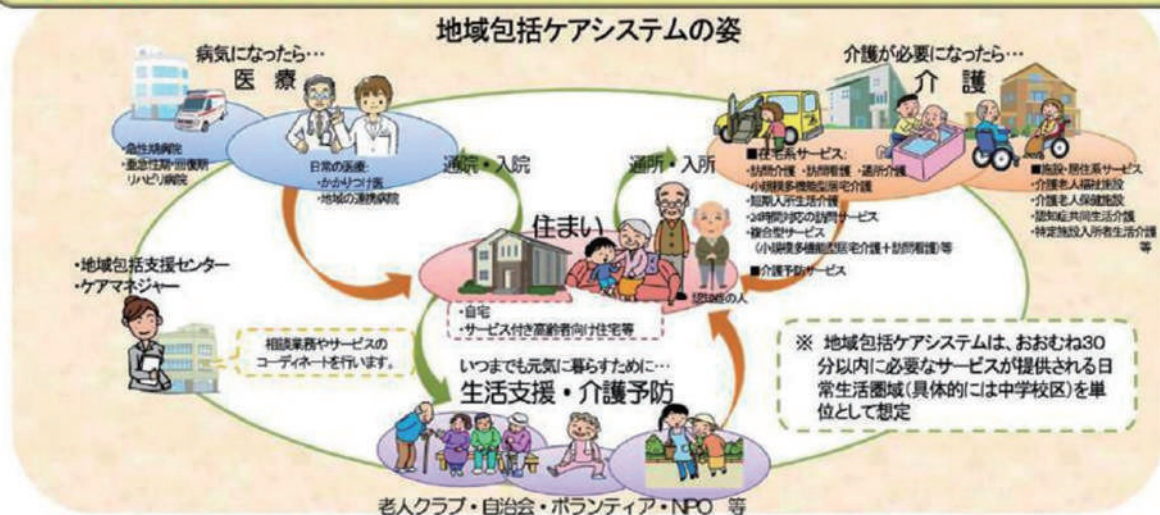
また、今後人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部と、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は

減少する町村部等では、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じており、地域包括ケアシステムの構築に関しては、区市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の実情に応じて作り上げていく必要がある（図10参照）。加えて、認知症高齢者の増加、新たな感染症の発生、災害医療対策など、医療・介護だけでなく、生活そのものを支える地域包括ケアシステムの構築が重要だと言われており、ここでも我々医師の役割は極めて大きい。

図10. 地域包括ケアシステム概要

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の実情に応じて作り上げていくことが必要です。**



出所：厚生労働省：地域包括ケア ホームページ

図11の植木鉢は、2015年に地域包括ケア研究会が示した地域包括ケアを表す有名な図であるが、「すまいとすまい方」を植木鉢、「介護予防・生活支援」を土、「医療・介護・保健・福祉」を葉に例えて、そのあるべき姿を示した。これは、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」の3枚の葉が、専門職によるサービス提供として表現され、その機能を十分に発揮するための前提として、「介護予防・生活支援」や「すまいとすまい方」が基本になると共に、これらの要素が相互に関係しながら、包括的に提供されるあり方の重要性を示したものである⁶⁾。

この概念に従って、各区市町村は、地域包括支援センターの設置、地域ケア会議の開催、被介護者や介護ニーズの把握、地域の医療介護資源の把握などにより地域の課題を分析・評価し、介護保険事業計画を立案し、介護サービスの基盤整備、医療・介護連携の推進、住宅政策、自助・互助も活用した生活支援及び介護予防事業、人材育成など様々な施策を展開している（図12参照）。これらのプロセスにおいても、我々地域で働く医師と地区医師会は極めて重要な役割を果たしている。

図11. 地域包括ケアシステムの「植木鉢」

地域包括ケアについて

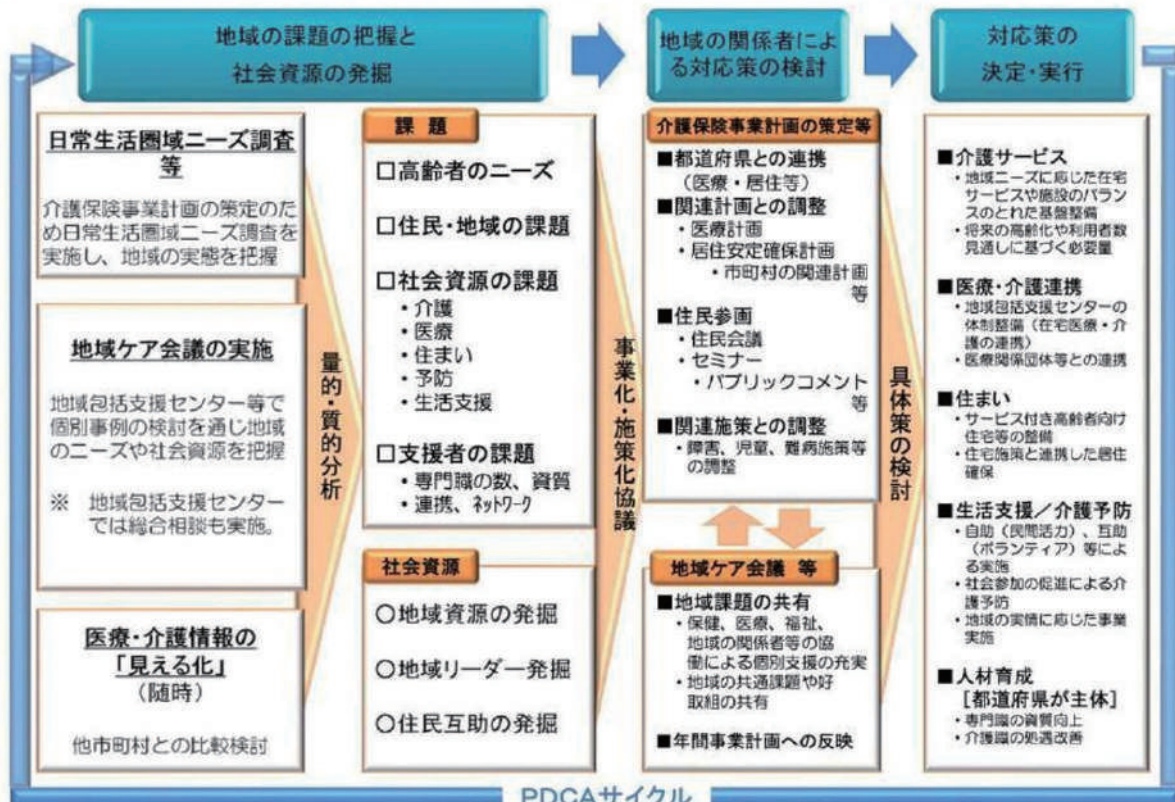
- この植木鉢図は、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が相互に関係しながら、一体的に提供される姿として図示したものです。
- 本人の選択が最も重視されるべきであり、本人・家族がどのように心構えを持つかという地域生活を継続する基礎を皿と捉え、生活の基盤となる「住まい」を植木鉢、その中に満たされた土を「介護予防・生活支援」、専門的なサービスである「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・福祉」を葉として描いています。
- 介護予防と生活支援は、地域の多様な主体によって支援され、養分をたっぷりと蓄えた土となり、葉として描かれた専門職が効果的に関わり、尊厳ある自分らしい暮らしの実現を支援しています。



出典：平成28年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムと地域マネジメント」

図12. 地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

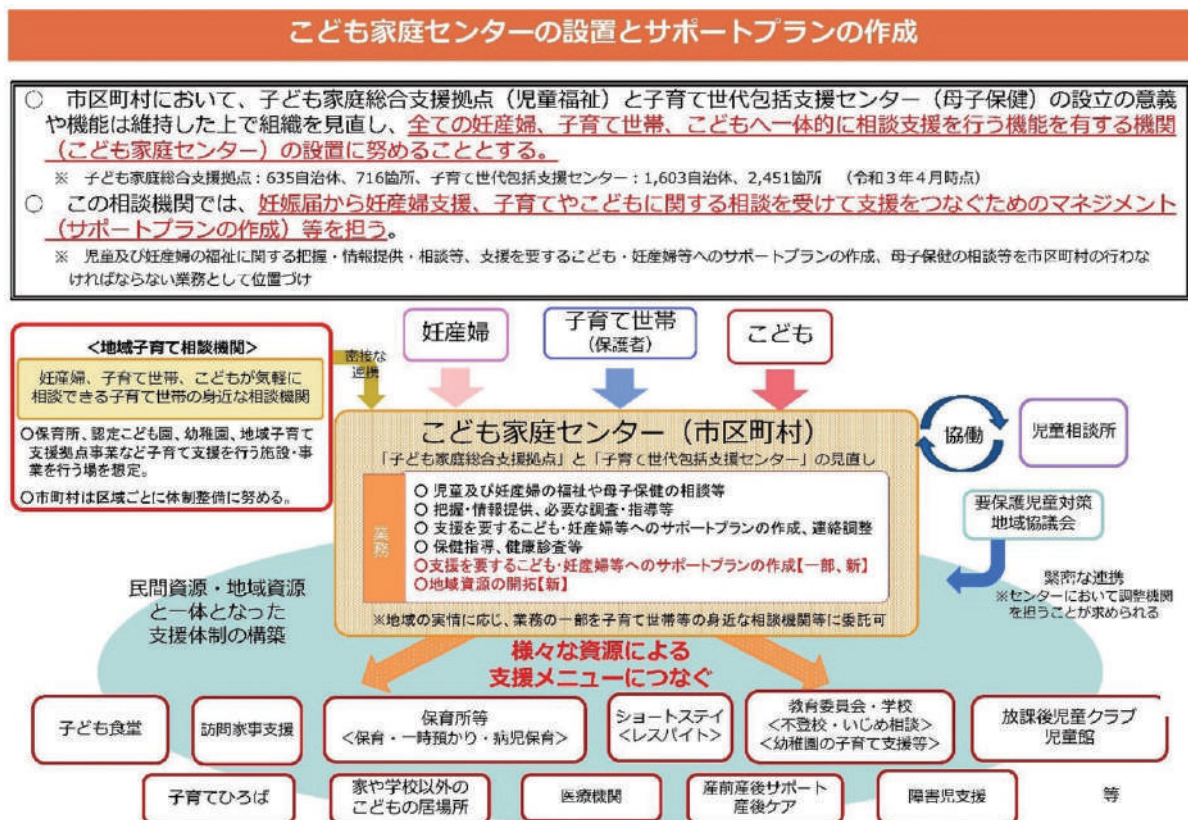


出所：厚生労働省：地域包括ケア ホームページ

(2) 母子保健・児童福祉の包括的支援（こども家庭センターを中心とした支援）

2017年度から国の施策により、区市町村には、母子保健分野では「子育て世代包括支援センター」を、児童福祉分野では「子ども家庭総合支援拠点」を、それぞれ設立することが求められ、各分野の包括的な支援体制の拠点となってきた。2022年の法改正により母子保健法・児童福祉法も改正され、市町村は、上記2種の拠点機関の設立の意義や機能を維持した上で組織を見直し、全ての妊産婦、子育て世帯、こどもに対し、母子保健・児童福祉の両機能が一体的に相談支援を行う機関として、2024年度より「こども家庭センター」の設置に努めることとなった⁷⁾。(図13参照)

図13. こども家庭センター概要図



「こども家庭センター」については、具体的には、下記の役割が挙げられている。

- ・従前の両拠点が果たしてきた各機能の一体的な運営を通じて、①妊産婦及び乳幼児の健康保持・増進に関する包括的な支援と、②こどもと子育て家庭（妊産婦を含む）の福祉に関する包括的な支援を、切れ目なく提供。
- ・妊産婦、こどもやその家庭の課題・ニーズを、母子保健・児童福祉それぞれの専門性を活かし、合わせることでより深く把握。
- ・個々の家庭の課題・ニーズに応えるために、家庭支援事業や母子保健サービス、その他の多様なサービスや地域資源を有機的に組み合わせ、サポートプランとして必要な支援内容を構築。サポートプランの対象には、「成長・発達が気になる」児や「障害のある児」等が含まれ、知的障害・発達障害の早期発見・早期支援（障害児および家族を含めた支援）や必要に応じた障害児福祉サービス等への導入もされている。
- ・サポートプランに沿った支援が適切に提供されるよう関係機関のコーディネートを行い、変化する家庭の状況に応じた支援内容の見直し等を含めた継続的なマネジメントを実施。
- ・地域全体のニーズ・既存の地域資源の把握を行うとともに、不足する地域資源については新たな担い手とな

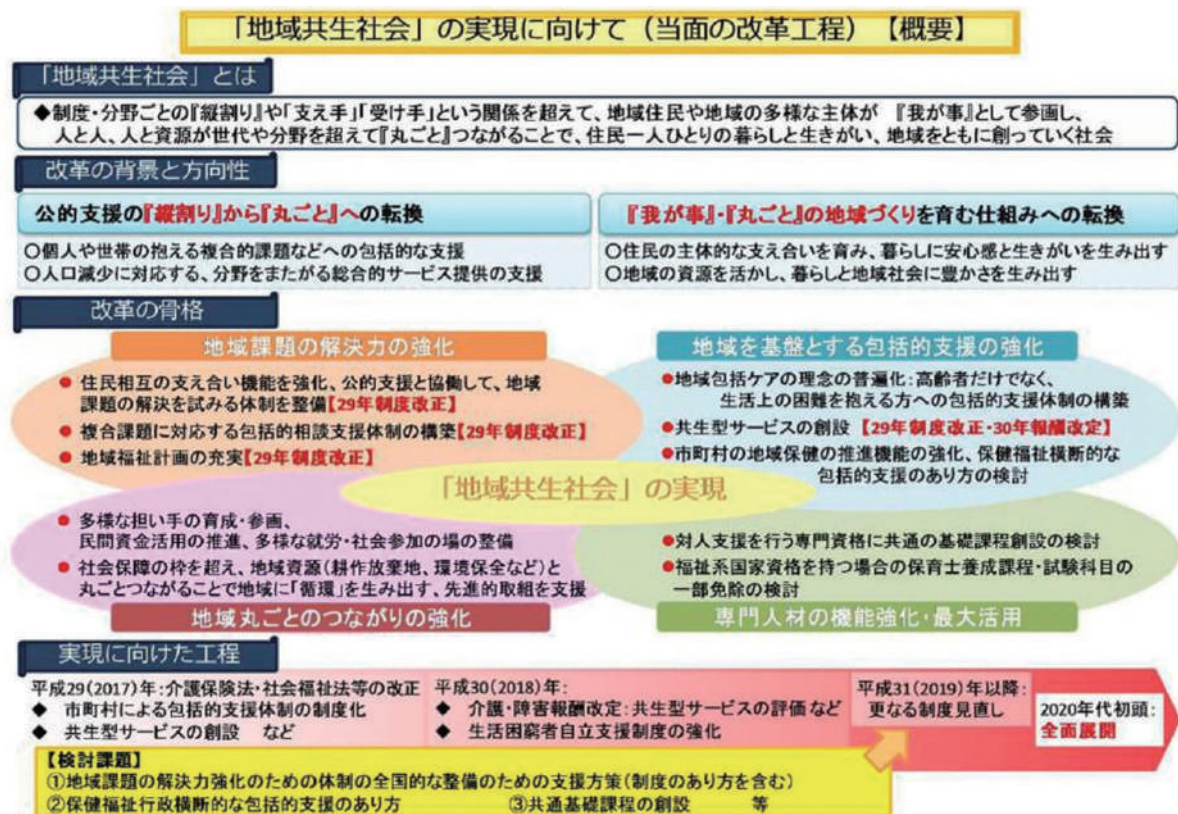
り得る者を発掘・育成し、地域資源のネットワークを形成していくなかで、既存のサービスや団体とつなげることや、マッチングを遂行。

- ・財政支援等と結びつけること等により地域資源を開拓し、関係機関間の連携を高めることにより、地域内の子育て家庭へ必要な支援を着実に提供できる体制を整備。
- ・こどもの権利や育児方法などについての普及啓発を地域に向けて行い、子育てしやすい環境を整備。

(3) 地域共生社会の実現

地域共生社会とは、少子高齢・人口減少、地域社会の脆弱化等、社会構造の変化の中で、人々が様々な生活課題を抱えながらも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民や地域の多様な主体が、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」、「受け手」という関係を超えて、「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、そして地域を共に創っていく社会と定義されている⁸⁾。

図14.「地域共生社会」実現に向けての工程表



出所)厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部資料

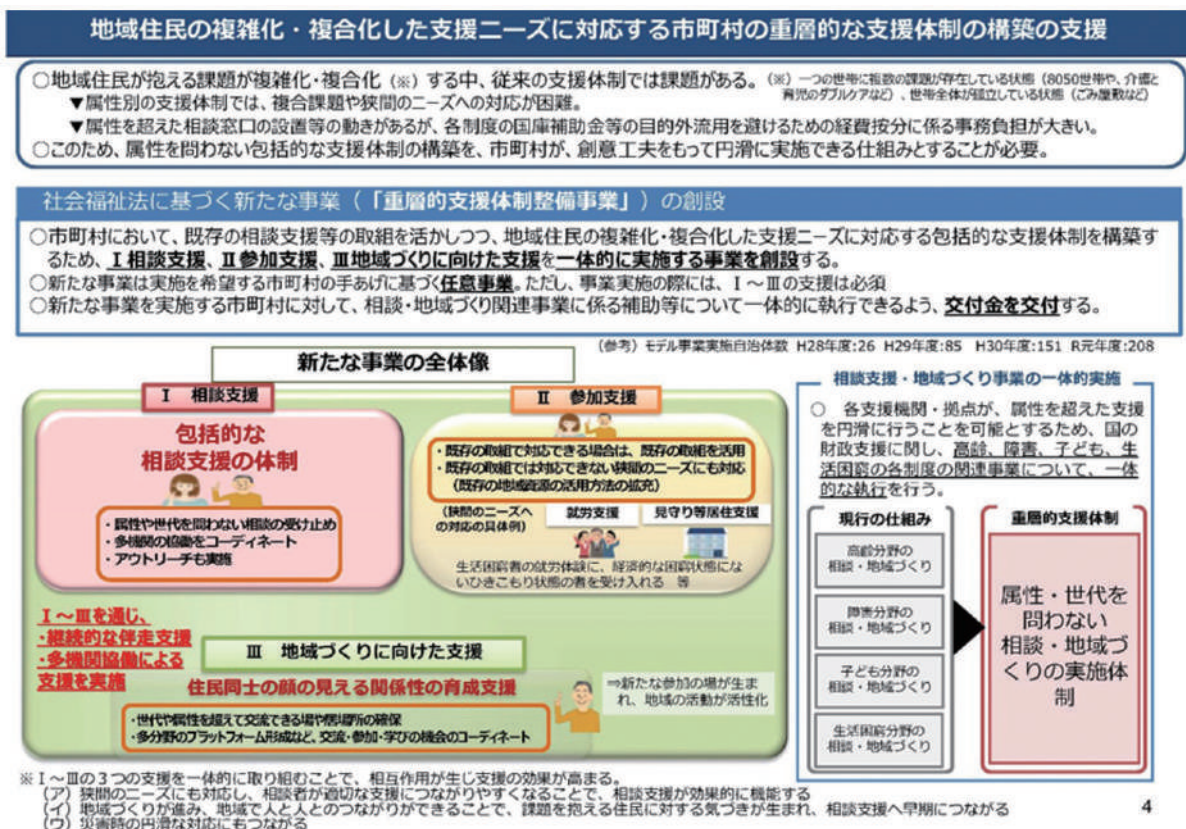
そのため国は、社会福祉法や介護保険法等を改正し、地域課題の解決力の強化、地域を基盤とする包括的支援の強化、地域丸ごとのつながりの強化、専門人材の機能強化と最大活用などを通して地域共生社会の実現を目指して様々な取り組みを行なっている（図14参照）。その中でも特に障害を持つ人たちが地域や職場で生きがい・役割を持ち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指しており、このため、本人の希望に応じて、

- ・施設や病院からの地域移行、その人らしい居宅生活に向けた支援の充実
- ・福祉や雇用が連携した支援、障害者雇用の質の向上
- ・調査・研究の強化やサービス等の質の確保・向上のためのデータベースの整備

等を推進しており、障害者の生活、医療、介護、福祉が一元的に提供され、地域の中で健常者と共に、差別なく安心して生活していくための地域包括ケアが実現されることを目指している。2022年の障害者総合支援法改正においては、この点も重視された。

また、地域共生社会の実現のため、改正社会福祉法を根拠に、2021年度から重層的相談支援体制整備事業が取り組まれ、多くのニーズを抱える人への多分野からの重層的な支援（包括的相談支援事業）、社会参加機会の確保（参加支援事業）、地域住民のつながり（地域づくり事業）、アウトリーチ等を通じた継続的支援事業、市町村全体で包括的な相談支援体制を構築し重層的支援体制整備事業の中核を担う多機関共同事業からなる。高齢者介護、障害保健福祉⁹⁾、児童福祉、生活福祉の4分野の支援等を結び付けて、困難を抱えた人の支援や、地域住民の活動の活性化等の地域づくりを行っていく。（図15参照）

図15. 重層的支援体制整備事業の概要



出所：厚生労働省ホームページ：重層的支援体制整備事業の実施について（実務等）

（４）「にも包括」と「地域共生社会」や従来からの「地域包括ケアシステム」との関係

「にも包括」検討会報告書³⁾によれば、「にも包括」と「地域共生社会」および包括的支援に資する他の取組との関係についておおよそ次のようにまとめられている。

- ・「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係をを超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「にも包括」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」である。
- ・「にも包括」の考え方や実践は、「地域共生社会」の実現に資する各種の取組との連携を図り、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築にも寄与するものであり、「地域共生社会」の実現に向かっていく上では欠かせない。

すなわち、「地域共生社会の実現」という共通の理念のもとに、「にも包括」構築においては、高齢者介護で

進められてきた「地域包括ケアシステム」と緊密な連携を図りながら、取り組むことが必要となる。先行して高齢者ケアの分野で培ってきた地域包括ケアシステムの考え方や実践は、「にも包括」においても、他分野との協働にも活用できる汎用性の高いものであり、地域共生社会というゴールに向かっていく上では、今後も欠かせないものといえる^{10) 11)}。

【おわりに】

おわりに、「にも包括」の課題に触れ、地域の医師や医療機関および医師会に期待される役割について述べ、本節の結びとしたい。

（１）「にも包括」の課題

まず「にも包括」構築に関する取組は、多くの区市町村において、なお準備段階に留まっていることである。その背景として、第一に、前記のように、国が精神保健医療福祉の新たな政策理念として「にも包括」を示し、具体的な施策として推進を開始してから、まだ日が浅いことが挙げられる。また、「にも包括」の区市町村における拠点として例示された基幹相談支援センターの設置は、2023年度時点で都内で６割程度にとどまっている。第二に、市町村が精神保健相談を行う法的裏付けや、実務を担える人材の確保・育成も十分でないことである。精神保健相談援助は長く保健所設置自治体が主な役割を担うとされて、保健所・精神保健福祉センターを中心にさまざまな事業が組み立てられてきた。市町村は、精神保健福祉法において精神障害者福祉の相談を行う義務はあるが、精神保健相談については、2022年の精神保健福祉法改正で市町村の役割が高まったとはいえ、なお努力義務とされている。第三に、精神科医療機関が偏在しており、包括的支援体制を構築する際に依拠できる医療機関の数や質（病院か診療所か等）が、区市町村によってバラツキがかなり大きいことである。第四に、国の「にも包括」構築推進事業・同構築支援事業は、保健所設置自治体が対象とされ、保健所のない市町村には直接的に及ばないことである。

そのほか、「にも包括」を含む精神障害者・知的障害者の包括的支援体制についての区市町村の所管は、障害者福祉担当部署が多いため、日頃、医療機関・医療団体と接する機会が多いわけではない。このため、施策に関する情報が医療機関や個別の医師に届きにくい可能性もある。

加えて、市町村による構築の取組への、都道府県・保健所・精神保健福祉センターの支援の強化も課題であろう。例えば、「にも包括」構築推進事業にある事業メニューにあるもの（例：ピアサポートや家族支援、人材育成など）を、市町村の実情に応じて実施できるようにするうえで、都道府県・保健所・精神保健福祉センターのリーダーシップが欠かせない。区市町村レベルの平時の支援体制をバックアップする精神科救急医療システム構築・運営のほか、市町村への医療機関の協力を促すうえで、都道府県・保健所の役割は大きい。「にも包括」検討会報告書³⁾によれば、市町村内に精神科医療機関がない場合には、隣接自治体の医療機関に市町村が協力を求めることとされているが、これには保健所・都道府県が医師会や精神科病院協会、精神神経科診療所協会等と連携をはかったうえで、十分な調整が必要となろう。

（２）本答申を生かした医師・医療機関の包括的支援への参加に対する期待

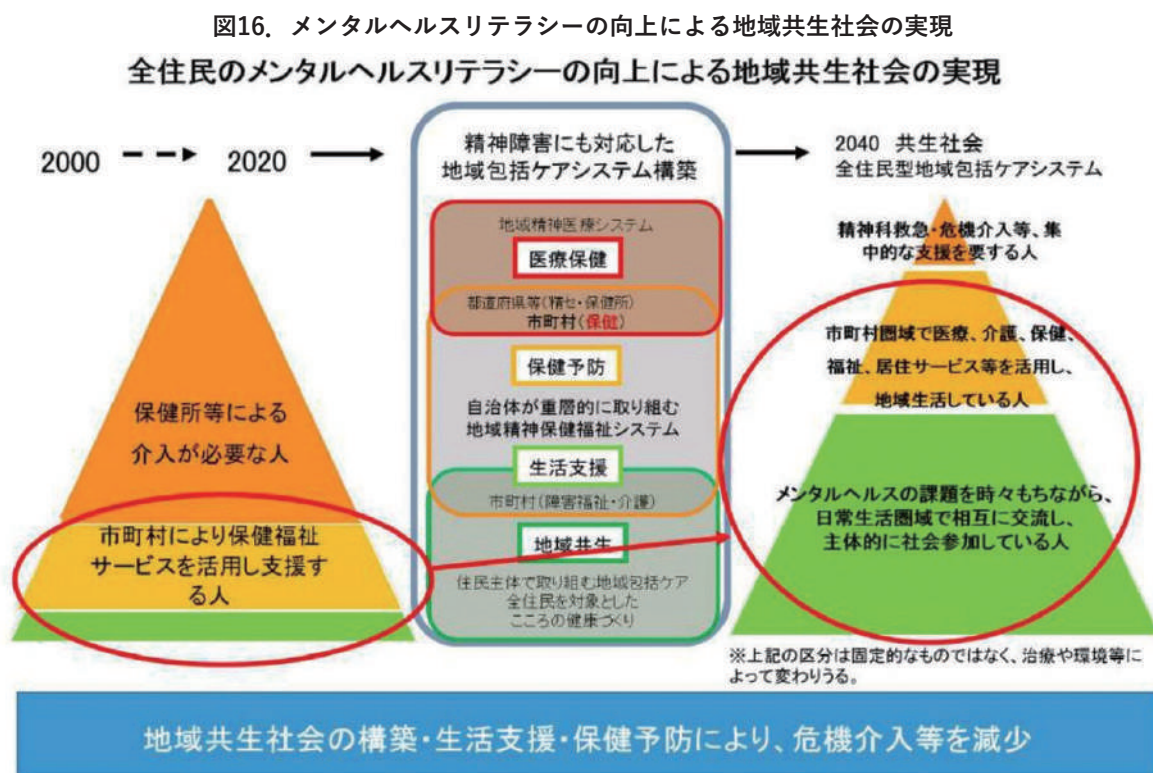
すでにそれぞれの区市町村で行われている母子保健活動、自殺対策、学校保健、生活困窮者自立支援、障害者総合支援法に基づく支援、介護保険サービス、市町村の保健事業、救急医療などの中で、様々なメンタルヘルスに関する取り組みが行われているが、それぞれがつながりの薄い活動となりやすい。包括的支援体制構築においては、既存の仕組みの中で、広い意味でのメンタルヘルス支援をさらに充実させつつ、狭い意味での精神障害を別枠でとらえることなく、あたりまえにサポートしていけるようにすることが求められている。

これら全ての事業に我々医師が関わるわけではないが、地区医師会としては、これらの事業の半分以上に関わっている。認知症や知的障害、発達障害なども含めれば多くの一般診療科医も関わりを持っている。精神疾患を抱える患者は身体合併症を併発することも多く、疾病や重症化予防を考えると、地域医療を担う医師はこ

の「にも包括」に無関心ではられない。

地区医師会や地域医療を担う医師は、住民全体のメンタルヘルスリテラシーの向上による適切な援助を求めるスキルの獲得、偏見を減らすことによる住民のサポート力やソーシャル・キャピタルの強化（１次予防）を支援し、これにより孤立する人たちが減少し、互助活動が活性化すれば、精神障害のあるなしにかかわらず適時適切な支援や必要な医療を提供（２次予防）することで、結果的にメンタルヘルスのリスクの低減やリカバリーの促進（３次予防）につながる（図16参照）ことが期待される¹⁰⁾。

ぜひ、本答申をご活用いただき、「地域共生社会」、介護分野での「地域包括ケアシステム」、「にも包括」に関する知識を新たにされ、「包括的支援」の視点も含めて日常診療に生かすと共に、区市町村の「にも包括」構築への協力をはじめとして、「精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステム」の構築と実践的展開にご協力いただきたい。



出典：平成28年～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」（分担研究者：野口正行）

[参考文献]

- 1) 「地域共生社会実現」工程表（ニッポン一億総活躍プラン（2016年6月2日閣議決定）より）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000184333.pdf>
- 2) 厚生労働省：「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougai-hokenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf>, 2017年3月
- 3) 厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書～誰もが安心して自分らしく暮らすことのできる地域共生社会の実現を目指して～
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>, 2021年3月
- 4) 厚生労働省：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案の概要
<https://www.mhlw.go.jp/content/000999435.pdf>, 2022年10月
- 5) 日本能率協会総合研究所：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保険課委託事業「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き（2020年度版）」
<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/archive/guide/r02-cccguideline-all.pdf>, 2021年

- 6) 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書
https://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf, 2014年3月
- 7) こども家庭庁：こども家庭センターガイドライン.2024年3月
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/a7fbe548-4e9c-46b9-aa56-3534df4fb315/487a437d/20240401_policies_jidougyakutai_Revised-Child-Welfare-Act_25.pdf
- 8) 厚生労働省社会・援護局長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長・厚生労働省老健局長・こども家庭庁成育局長通知：重層的支援体制整備事業実施要綱 2023年8月8日（改正）
<https://www.mhlw.go.jp/content/jissiyoukou.pdf>
- 9) 厚生労働省社会・援護局地域福祉課長・障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長・精神・障害保健課長：重層的支援体制整備事業と障害保健福祉施策との連携について，2021年3月31日
<https://www.mhlw.go.jp/content/jimuren0329-6.pdf>
- 10) 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステムを構築するための制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書「地域包括ケア研究会報告書－2040年に向けた挑戦－」
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/h28_01.pdf, 2020年3月
- 11) 社会保障審議会介護保険部会（第101回）：地域包括ケアシステムの更なる深化・推進について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001011996.pdf>, 2022年11月14日
- 12) 厚生労働省研究事業：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き～地域共生社会を目指す市町村職員のために（詳細版）
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/別添3%E3%80%80p153-206.pdf, 2022年3月

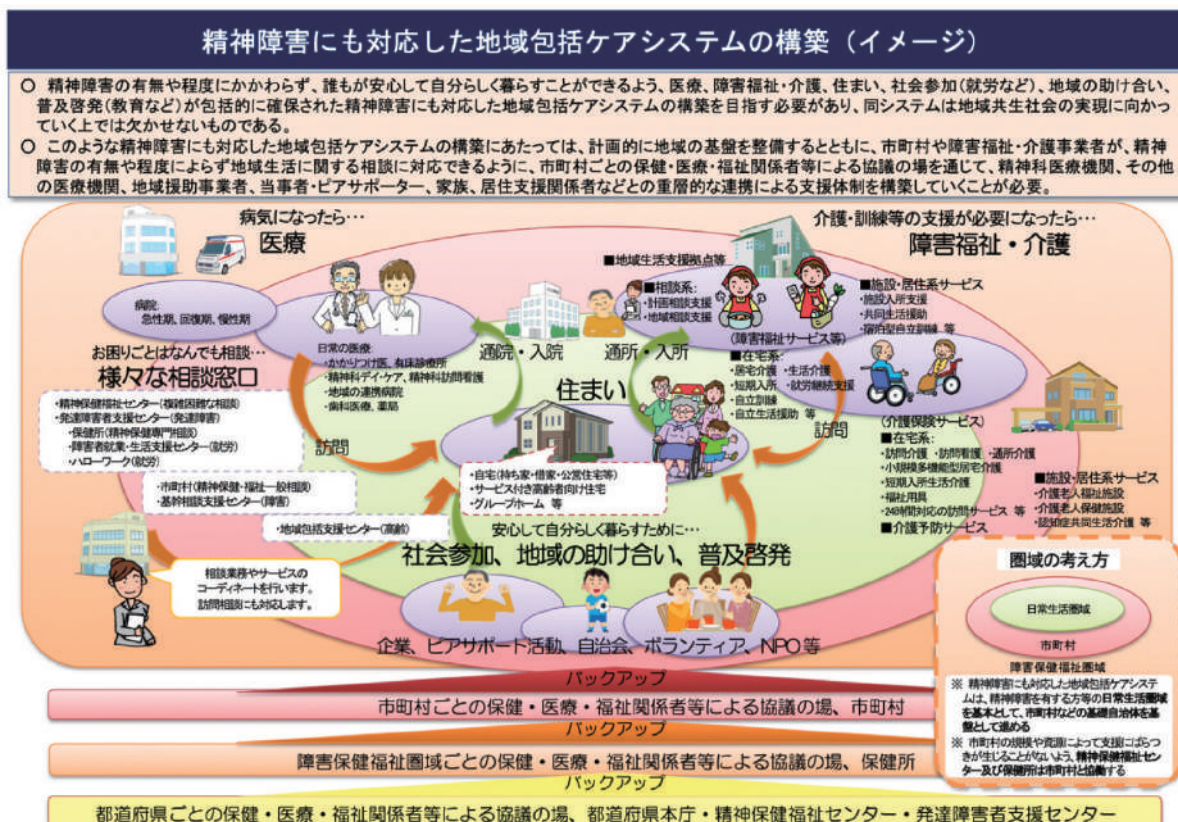
2. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携

石橋クリニック 石橋 幸滋

【はじめに】

日本の精神科病床は未だ35万床（入院者数約29万人で認知症病床も含む）あり、こころの病気で病院に通院や入院をしている患者は、615万人（令和2年統計）と増加の一途を辿っている。この現状に対して国は、2021年3月「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書¹⁾をまとめ、「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された**精神障害にも対応した地域包括ケアシステム**（以下「**にも包括**」と略）を構築する」（図1参照）としてさまざまな施策を展開してきている。

図1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

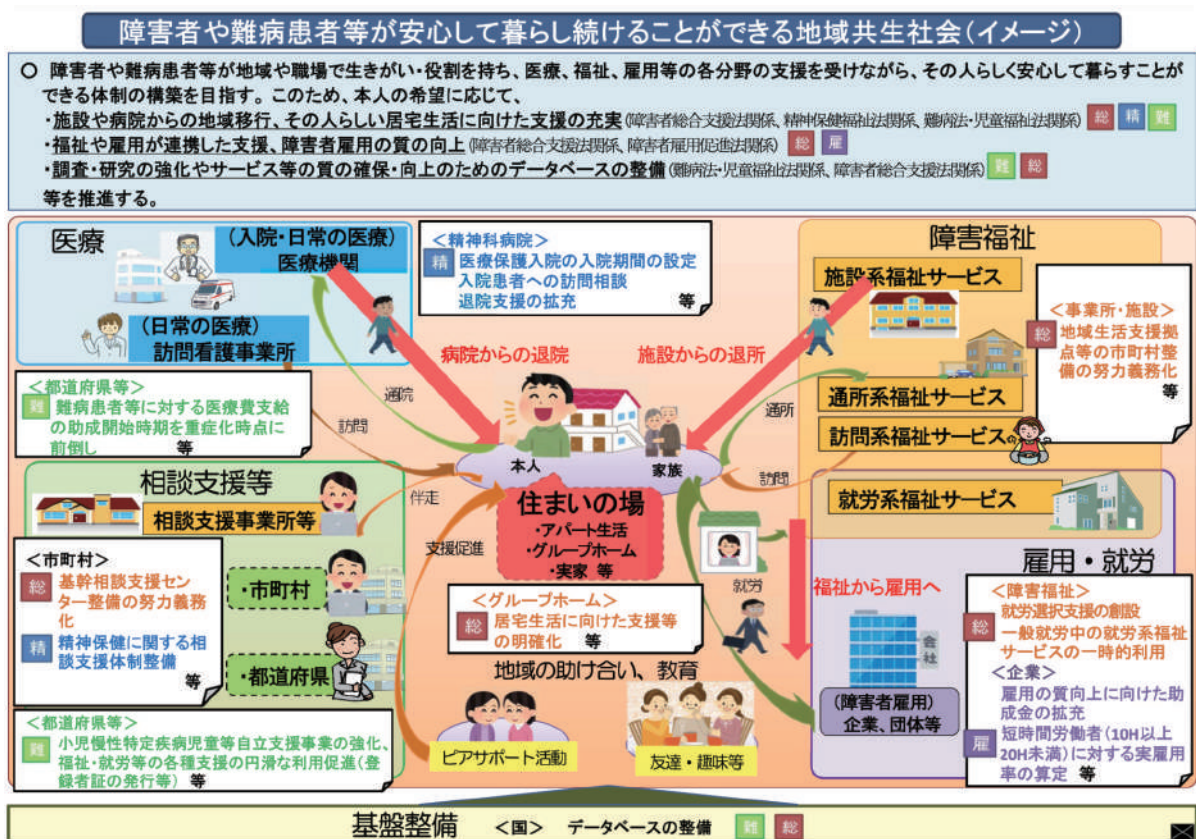


厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（概要）2021年3月18日

というのも、国が目指す地域共生社会とは、『少子高齢・人口減少、地域社会の脆弱化等、社会構造の変化の中で、人々が様々な生活課題を抱えながらも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていけるよう、地域住民や地域の多様な主体が、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」、「受け手」という関係を超えて、「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、そして共に生きる社会²⁾のことを言うが、その中で特に必要不可欠な、障害を持つ人々が安心

して暮らし続けられる地域共生社会（図2 参照）の構築が取り残されてきたと感じた。

図2. 障害を持つ人々が安心して暮らし続けられる地域共生社会のイメージ



厚生労働省：令和4年度保健師中央会議資料2.「地域共生社会」の実現に向けた包括的な支援体制の構築について
2022年8月2日

そこで本章では、真の地域共生社会を実現するためにも極めて重要な役割を担うべき地域の精神科医と一般診療科医がどのような役割を果たし、連携・協働して行くべきかについて地区医師会の役割も加えて考えてみたい。

「にも包括」における地域の精神科医と一般診療科医の連携・協働の重要性

2000年の介護保険の開始に伴い、高齢者を中心とした「地域包括ケアシステム」が各区市町村で構築されているが、これまでの地域包括ケアシステムの中に認知症対策は極めて重要な位置を占めているにもかかわらず、それ以外の知的障害や発達障害などの予防も含めた広範囲に渡る精神障害を含んだ地域包括ケアシステムの構築は遅れていると言わざるを得ない。

真の地域包括ケアシステムを考える場合に、目指すべきは地域共生社会であり、その実現のために現在行われている「にも包括」構築支援事業だけでも、保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置や普及啓発に係る事業、精神障害者の家族支援に係る事業、精神障害者の住まいの確保支援に係る事業、ピアサポートの活用に係る事業など様々な事業がある（図3 参照）が、これらに加えてそれぞれの区市町村で既に行われている母子保健活動、自殺対策、依存症対策、生活困窮者自立支援、障害者総合支援法に基づく支援、介護保険サービス、区市町村の保健事業、精神科救急医療など、様々なメンタルヘルスに関する取り組みが行われている。

しかし、残念ながらこれらの活動はそれぞれが独立した活動になっており、全体を包括したシステムになるような取り組みになっていなかった。そこで、2021年3月にまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」の報告書¹⁾では、「にも包括」の構築に際しては、精神障害者や精神保健

図3. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の基本的事項と要素

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書（概要） （令和3年3月18日）			
○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。			
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る基本的な事項			
○ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築する。 ○ 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。 ○ 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。 ○ 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。			
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素			
地域精神保健及び障害福祉 ○ 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。 ○ 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位置付ける。	精神医療の提供体制 ○ 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。 ○ 精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。	住まいの確保と居住支援 ○ 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。 ○ 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。 ○ 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。	
社会参加 ○ 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。 ○ 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。	当事者・ピアサポーター ○ ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。 ○ 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。	精神障害を有する方等の家族 ○ 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。 ○ 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。	人材育成 ○ 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（概要）2021年3月18日

表1. 「にも包括」に対応するための7つの構成要素

1) 地域精神保健及び障害福祉 2) 精神医療の提供体制 3) 住まいの確保と居住支援の充実、連携 4) つながりのある地域づくりと社会参加の推進 5) 当事者・ピアサポーター 6) 精神障害を有する方等の家族 7) 人材育成

上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、区市町村を基盤として進める必要があり、精神保健福祉センター及び保健所は区市町村との協働により彼らのニーズや地域の課題を把握した上で、二次保健医療圏単位で支援体制を構築することを求めている。

この報告書では、表1のような「にも包括」に対応するための7つの構成要素を定め、実現に向けて活動していくことが求められており、この中でも特に、地域の精神科医や一般診療科医が大きな役割を担う活動が以下の3点である。

1) 地域精神保健及び障害福祉

- ・精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが困りごと等を抱えた際に相談しやすい地域づくりを支援する。
- ・精神障害者の「地域生活」を支えるために、身近なところで必要なときに適切な支援を提供するための協力や情報提供を行う。
- ・長期在院者に対する行政支援（精神保健福祉センターや保健所の訪問支援、利用可能な制度や障害福祉サービス等に関する説明及び支援等）を紹介する。

- ・精神障害者が精神症状の急性発症や急性増悪等により危機的な状況に陥った場合の対応について、行政と協力して入院や訪問診療支援などに取り組む。

2) 精神医療の提供体制

- ・精神障害者の「本人の困りごと等」への支援を行う平時と、精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等などの緊急時に対応する。
- ・かかりつけの精神科医療機関は、①ケースマネジメントを含む「かかりつけ精神科医」機能、②地域精神医療における役割、③精神科救急医療体制に参画、④「にも包括」の構築に資する拠点機能などを担う。
- ・精神科医療機関は、区市町村や保健所における精神保健相談や訪問支援への積極的な協力、退院後支援の充実のため協議の場への参画や地域援助事業者等との連携の強化、長期在院者への支援等を行う。
- ・精神障害者の身体疾患への対応に関して、一般診療科の「かかりつけ医」との連携強化、「かかりつけ医」や一般診療科医療機関従事者の精神疾患への対応力強化を図る研修等に取り組む。
- ・精神科医療機関は、自院が提供可能な機能（入院、入院外）を明らかにするとともに、精神科救急医療体制に積極的に参画する。
- ・日頃の診療に加え、精神障害者の自殺企図を含めた緊急時にどのように対応して欲しいかを事前に一般診療科医と協議すると共に、時間外診療や往診等を含め可能な限り対応する。

3) 人材育成

- ・区市町村における精神保健相談に対応できる人材の確保が必要。具体的には、関係機関と連携しながら精神障害を有する方等の「本人の困りごと等」への相談指導を行うとともに、伴走支援を行うことができる人材や、地域課題の抽出及び課題の解決に向けて協議の場で関係者と協働できる人材を育成する。
- ・精神障害者を支援する者を育成する観点と、地域住民とともに学び合い地域づくりを推進する観点から、地域に必要な人材をイメージし、地域の関係者と共有することが重要であり、人材育成に係る仕組みづくりにおいては、企画立案の段階から、保健・医療・福祉等関係者、居住支援関係者、当事者、ピアサポーター、家族等が協働していく。
- ・精神障害者支援に関係する区市町村職員に対する精神疾患や精神障害に関する知識や対応力の向上を図る研修を行う。

以上のような活動を行うためには、精神科医と一般診療科医が医療だけでなく、予防からリハビリテーション、そして保健や介護・福祉活動まで含めた幅広い分野で連携・協働していくことが求められている。

【東京都医師会の「精神障害・知的障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート」調査結果の分析から見えてきた地域連携の問題点】

今回の答申を作成するにあたり、東京都医師会では「精神障害・知的障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート」を行った。回答数は129と少なく、この回答数からも精神科医と一般診療科医の連携の不十分さが窺える。

しかし、回答者の意識としては、Q1のように「精神科医と一般診療科医の連携は非常にうまく行っている」を10点とした場合、図4のように概ね70%以上が5点以上（平均5.08点）と答えており、地域での精神科医と一般診療科医の連携は不十分ながら行われているとは言えるが、協働と呼べるような体制にはなっていない。

これがQ4の精神科病院と一般病院の連携や、Q7の精神科診療所と一般診療科診療所の連携となると、平均4.63点と4.69点とさらに低下しており、病病連携、診療連携体制の構築が望まれる。この要因としては、表2のように顔の見える関係が構築されておらず、お互いの医療機関や医師の個人情報などに関する情報不足が最も大きな要因となっており、この状況を改善するためには、アンケートのQ3で挙げられた患者の精神状況、身体疾患等にに応じた紹介先一覧作成、地域の医師の得意分野がわかるデータベース作成、顔の見える関係づくりのための協議会や合同研修会の開催（表3参照）などが求められている。

そのための体制づくりには地区医師会の役割が極めて大きいことは言うまでもない。

図 4. 精神障害に対応する精神科医と一般診療科医の地域連携はうまくいっているか？

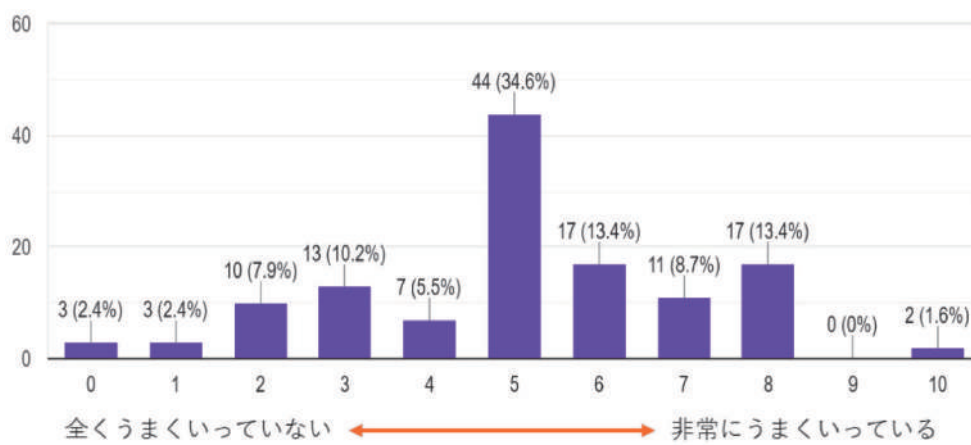


表 2. 精神障害に対応する一般診療科医と精神科医の地域連携においてうまく行っていない点は？

	回答数	% (回答127)
連携の必要性に対する認識不足	49	38.6%
情報不足による紹介、逆紹介困難	55	43.3%
顔の見える関係構築が不十分	65	51.2%
地域内の精神科医療機関に関する情報不足	74	58.3%
相手の専門分野に関する知識不足	55	43.3%
患者情報が複雑なため情報共有困難	26	20.5%
連携のための診療報酬が低い	33	26%
患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる	23	18.1%
連携先の紹介システムがない	46	36.2%
その他	6	4.7%

表 3. 精神障害に対応する一般診療科医と精神科医の地域連携においてうまく行っていない点を改善するための方策

	回答数	% (回答127)
地域の医師の得意分野がわかる一覧作成	57	44.9%
患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成	75	59.1%
連携のための定期的な協議会の開催	37	29.1%
共通テーマでの研修会や症例検討会の開催	46	36.2%
顔の見える関係構築のための懇親会等の開催	42	33.1%
連携のための適切な診療報酬体系の確立	38	29.9%
入退院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用	47	37%
その他	6	4.7%

※引用アンケート調査結果の全体はp.93～124に掲載

[精神科医と一般診療科医の連携・協働のための具体的活動および方法]

精神科医と一般診療科医の連携・協働の重要性については以前から指摘されており、都道府県における医療体制確保のための地域医療計画の中でも、5疾病6事業（図5参照）の一つとして位置付けられている。例えば、「にも包括」推進事業協議会や自立支援協議会など多職種が参加する二次保健医療圏単位の協議会や一般診療科向けの研修会、精神科救急体制整備委員会、精神科医と一般診療科医の事例検討会、家族支援のための事業、アウトリーチ支援事業など様々な事業が行われている³⁾。

図5. 都道府県における医療提供体制の確保を図るための地域医療計画

医療計画について	
○ 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。 ○ 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。	
計画期間 ○ 6年間 （現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）	
記載事項(主なもの)	
○ 医療圏の設定、基準病床数の算定 ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。 二次医療圏 335医療圏（令和3年10月現在） 【医療圏設定の考え方】 一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。 ・ 地理的条件等の自然的条件 ・ 日常生活の需要の充足状況 ・ 交通事情 等 三次医療圏 52医療圏（令和3年10月現在） ※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏） 【医療圏設定の考え方】 特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。 ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。	○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項 ※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。 6事業(※)…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。)、新興感染症等)。 (※) 令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。 ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。
○ 地域医療構想 ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。	○ 医師の確保に関する事項 ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し) ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定
	○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

厚生労働省：第17回医療介護総合確保促進会議資料2. 医療計画・地域医療構想関係等の検討状況の報告、2022年9月30日

一方いわゆる統合失調症や気分障害、不安障害などの典型的な精神障害だけでなく、表4のような多様な精神疾患・患者像への医療の提供においても以下のような理由で、精神科医と一般診療科医の連携・協働が必要とされている。

1) 継続的なケアの必要性

精神障害を持つ患者は長期間の支援が必要なが多いため、定期的な医療や支援が重要である

2) 身体的な健康の管理

精神障害を持つ人々は、心身の健康が密接に関連しているため、一般診療科医との連携により、全体的な健康状態を総合的に管理することができる

3) 緊急時の対応

身体的な緊急事態が発生した場合でも、一般診療科医が初期的な対応を行い、その後精神科医と協力して適切な治療を継続することができる

4) 包括的な支援の提供

生活全般にわたる支援が必要な場合、地域包括ケアの枠組みを活用して、精神科医と一般診療科医が連携・協働して、社会福祉やリハビリテーションの支援も提供できる

表 4. 多様な精神疾患・患者像への医療の提供

- 1) 児童・思春期精神疾患
 - ・子どもの心の診療（発達障害に係る診療を含む）に対応できる体制を作る
 - ・拠点病院を中心とした診療ネットワークの整備等を推進する
 - ・児童・思春期精神疾患に関する医療を担う人材の確保を図る
- 2) 老年期精神障害（若年性認知症を含む認知症等）
 - ・老年期精神障害は、生活能力の低下や薬の副作用など高齢者の特性等を考慮して、介護とも連携しながら、本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域で生活し続けられるよう支援を行う
 - ・認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指し、適切な療養環境の確保を図る
 - ・認知症の早期診断・早期対応のために、鑑別診断や専門医療相談等を行える医療機関（認知症疾患医療センター等）を整備する
- 3) 自殺（うつ病等）対策
 - ・うつ病等の精神疾患は自殺の主な要因として挙げられることから、精神医療の質の向上を図る
 - ・自殺未遂者や自殺者遺族に対して、継続的なフォロー体制のもと十分なケアを行うことが求められる
 - ・保健所や精神保健福祉センター等での相談及び自助グループによる相互支援等の適切な支援につなげる
 - ・自殺予防の観点から他科の救急を担う医療機関と精神科の医療機関との連携を図る
 - ・医師、薬剤師等の連携の下、過量服薬防止を図るとともに、必要な受診勧奨を行う
 - ・適切な医療へのアクセス向上のための取組を進める
- 4) 依存症・アルコール、薬物等の依存症
 - ・自助グループの取組の促進や家族への支援等を通して、依存症患者への支援を行う
 - ・治療を行う医療機関が少ないことから、依存症治療拠点機関の整備、重度依存症入院患者に対する医療提供体制の確保等適切な依存症の治療が行える体制の整備を推進する
- 8) てんかん
 - ・てんかん患者への対応は、適切な診断、手術や服薬等の治療により、症状を抑え、治癒できる場合もあり、社会で活動しながら生活を送ることができる場合も多いので、適切な服薬等を行えるよう正しい知識や理解を得るための普及啓発を推進する
 - ・てんかん治療を行える医療機関同士の連携を図るため、専門的な治療を行える体制を整備し、てんかんに対する診療ネットワークを整備する
- 6) 高次脳機能障害
 - ・高次脳機能障害の患者への対応は難しいため、支援拠点機関において専門的な相談支援を行う
 - ・高次脳機能障害支援に関する普及啓発を推進する
- 7) 摂食障害
 - ・摂食障害への対応は適切な治療と支援により回復が可能な疾患である一方、専門とする医療機関が少ないことから、摂食障害の患者に対する治療や支援方法の確立を行うための体制を整備する
 - ・摂食障害は、その疾病の特性上、身体合併症があり、生命の危険を伴うことがあることから、摂食障害患者に対して身体合併症の治療や栄養管理等を行いながら精神科医療を提供できる体制の整備を推進する
- 8) 災害医療
 - ・平時から情報連携体制の構築に努め、災害発生時には早期に被災地域で精神科医療及び精神保健活動の支援を効率的に行える体制を確保する
 - ・大規模災害が発生した場合には、被災の状況に応じて中長期的に被災者の精神・心理的ケアを行うための体制を整備する

そこで、具体的な連携・協働の方法としては、

1) 共同診療と相互の情報共有

精神科医と一般診療科医が定期的に共同で診療を行い、電子カルテや安全な情報共有システムを用いて患者の状態や治療計画を確認し合う

2) 定期的な情報交換と連絡手段の確立

定期的に精神科医と一般診療科医が集まり、患者のケースについて情報交換や治療計画の評価を行う

3) 緊急時対応のプロトコルの確立

緊急時には、電話や電子メールを通じて迅速に連絡を取り合うと共に、まずは一般診療科医が初期対応を行い、その後すみやかに精神科医と連絡を取り、協力して適切な対応を取るなどのプロトコルを策定する

4) 地域の他の医療機関や支援団体とのネットワーク

地域包括ケアネットワークには、精神障害者のケアに特化した他の医療機関や支援団体も含まれるため、

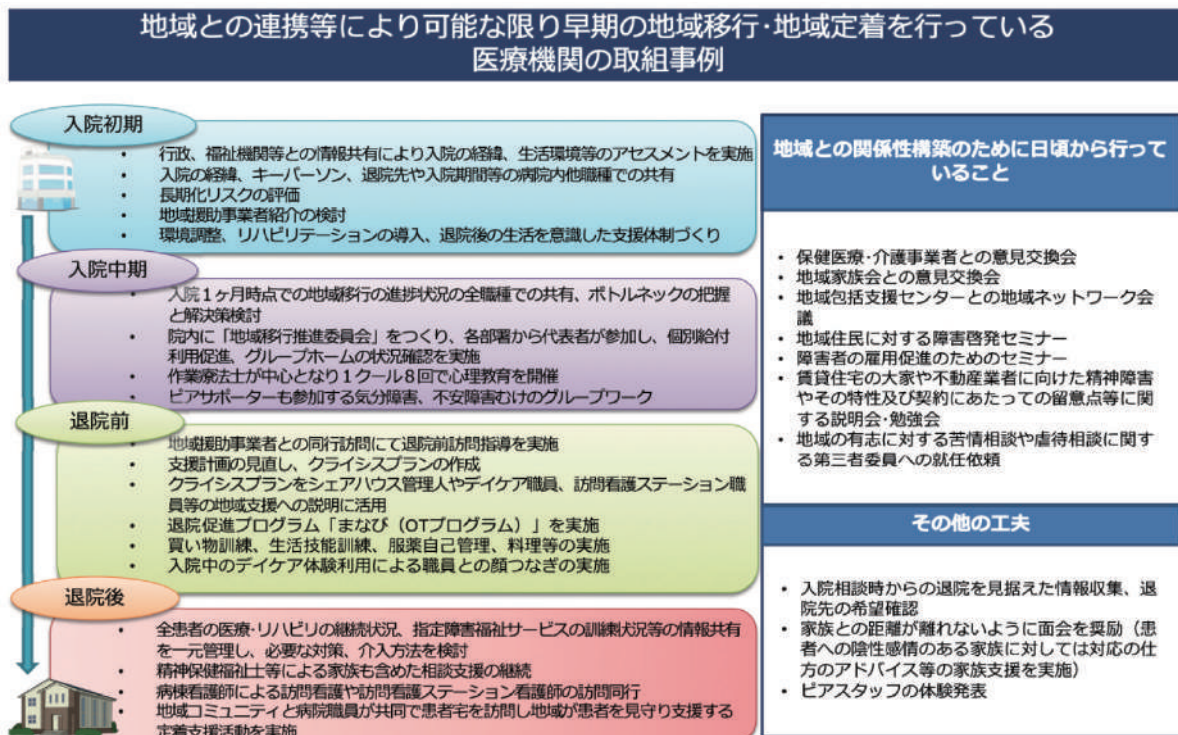
これらとも連携し、包括的な支援体制を築く

5) 教育とトレーニングの推進

一般診療科医や地域の保健医療関係者に対して、精神障害の基本的な理解や対応方法を教育することで、連携の質を向上させる

などが挙げられているが、これらの活動を実際に行っているさまざまな地域の好事例（図6参照）^{4) 5)}をもとに、東京都及び東京都医師会はもちろんのこと、各二次保健医療圏、各区市町村、各地区医師会等で地域の実情に合わせた活動を行っていくことが求められている。

図6. 地域との連携等により可能な限り早期の地域移行・地域定着を行っている医療機関の取組事例



※協力頂いた医療機関：旭中央病院、有馬高原病院、大口病院、桶狭間病院藤田こころケアセンター、久喜すずのき病院、草津病院、さわ病院、新阿武山病院、積善病院、千曲荘病院、竹田綜合病院、沼津中央病院、阪南病院、前沢病院

「にも包括」における地区医師会の役割

これらの事業を構築し実際の活動に繋げて行くのは、地域の精神科医や一般診療科医が個々で活動していたのでは極めて困難である。そこで、これらの活動を主導して行く立場が地区医師会である。もちろん既に地区医師会はこれら事業の大半に関わっている。例えば、精神科救急支援体制は東京都および東京都医師会そして精神科関連団体などの協力により着々と進められており、精神科医と一般診療科医の連携も二次保健医療圏ごとに医療計画に基づき進められている。また、認知症対策は認知症基本法に基づき区市町村を中心に地域ごとの対策が進められており、自殺対策に関しても同様で、精神科医と一般診療科医の連携はもちろんのこと、地区医師会も加わってさまざまな対策に取り組んでいる。

しかし、下記のような活動はまだ不足しており、

1) 精神疾患予防

- ・住民全体のメンタルヘルスリテラシーの向上による適切な援助を求めるスキルの獲得
- ・精神障害者への偏見を減らすことによる住民のサポート力やソーシャル・キャピタルの強化（1次予防）
- ・孤立する人たちを減らし、互助活動を活性化
- ・精神障害のあるなしにかかわらず適時適切な支援や必要な医療を提供（2次予防）

- ・メンタルヘルスのリスク低減やリカバリーの促進（３次予防） など

２）知的障害や発達障害を持つ人たちおよびその家族への一般医療支援体制整備

- ・一般健康相談体制整備支援
- ・一般診療受診支援
- ・ワクチン接種支援
- ・健康診断受診支援 など

３）地域における精神科医と一般診療科医との顔の見える関係づくり

- ・精神科医療機関と一般診療科医療機関、行政組織が参加する協議会の開催
- ・精神科医と一般診療科医合同の研修会開催
- ・連携体制構築のためのワークショップ開催
- ・個人情報保護を厳守した会員情報データベースの作成
- ・医師会主催合同懇親会 など

４）精神病棟入院患者の高齢化への医療支援体制

- ・一般診療科医訪問診療体制構築支援
- ・外来診療受診体制（予約、時間外診療等）構築支援
- ・オンライン診療体制構築支援 など

５）一般病棟における精神医療との連携体制整備

- ・入院患者のせん妄対策支援
- ・自殺企図患者のフォローアップ体制整備
- ・認知症を含む精神障害を持つ入院患者支援体制整備
- ・一般病棟で働く精神科専門看護師への支援体制整備

６）かかりつけ医と精神科医療機関との連携

- ・一般診療科医が遭遇する軽症もしくは早期の精神障害患者診療支援
- ・精神障害者の身体疾患管理支援および共同診療体制整備

地区医師会は、区市町村が行う地域包括ケアシステムの重要な要であり、「にも包括」でも既に重要な役割を果たしているが、さらなる取り組みの強化が望まれる。

【まとめ】

「にも包括」は、高齢者を中心としたこれまでの「地域包括ケアシステム」と同様に、区市町村を中心として構築を進めることが期待されているが、高齢者や精神障害者だけでなく、子供から高齢者まで、一般住民のメンタルヘルスや自殺予防、災害医療なども含めた幅広い対応が求められているため、区市町村だけでなく都道府県や二次保健医療圏など広域的な取り組みが必要とされている⁶⁾。

また、従来の地域包括ケアシステムの医療における要素としては、かかりつけ医の役割が重要で、かかりつけ医を要として病病連携、病診連携、診診連携、医療介護連携などの体制構築が求められているが、「にも包括」における医療においては、かかりつけ精神科医の役割はもちろん重要であるが、以下のような活動を行うためには、

１）精神障害者が適時適切に必要な医療にアクセスするための体制整備

- ・保健・医療的アウトリーチの充実と効果的な支援のあり方（医療と保健の連携など）の検討
- ・精神科救急医療体制整備
- ・地域の身体科医療機関、学校、職場、行政等との連携

２）精神障害者を地域で支える医療の強化

- ・多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の推進
- ・外来機能（デイケア、訪問サービス、ケースマネジメント）の強化

- ・精神医療と身体科医療の連携
- ・入院患者の早期の地域移行・地域定着に資する取組の実施と検証
- ・長期入院精神障害者の効果的な退院支援プログラムの提示
- ・治療抵抗性統合失調症治療薬の一層の普及
- ・必要な医療の継続支援に資する取組の実施と検証

一般診療科のかかりつけ医や身体科病院との連携・協働が不可欠であるし、地区医師会の役割もさらに重要になってくる。

[参考文献]

- 1) 厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書～誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現を目指して～、2021年3月。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>
- 2) 厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けた包括的な支援体制の構築について、令和4年度保健師中央会議資料2、2022年8月2日
<https://www.mhlw.go.jp/content/11907000/000967714.pdf>
- 3) 厚生労働省：精神疾患における第8次医療計画について、令和4年度第2回医療政策研修会第2回地域医療構想アドバイザー会議資料5、2023年1月20日。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001041839.pdf>
- 4) 日本能率協会総合研究所：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保険課 委託事業「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き（2020年度版）」、2021年3月
<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/archive/guide/r02-cccsguideline-all.pdf>
- 5) 宮岡等：身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究、平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究分担研究報告書。
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2017/172091/201717042A_upload/201717042A0006.pdf
- 6) 厚生労働省研究事業：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き～地域共生社会を目指す市町村職員のために（詳細版）、2022年3月
<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/archive/guide/r03-cccsguideline-all.pdf>

II

精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の地域連携とは

1. 「精神障害にも対応する地域ケアシステム」における課題

代々木の森診療所 羽藤 邦利

日本では、少子化と高齢化が進行している。社会保障・人口問題研究所の推計によると、少子化は、今後、長期にわたって“右肩下がり”で進行する。高齢化については、65才以上の高齢者人口は2030年頃から減少に転じるも、「65才以上の者」対「労働人口（15～64才）」の比率が“右肩上がり”に上昇し続ける（図1）。

図1. 日本の人口の長期推移

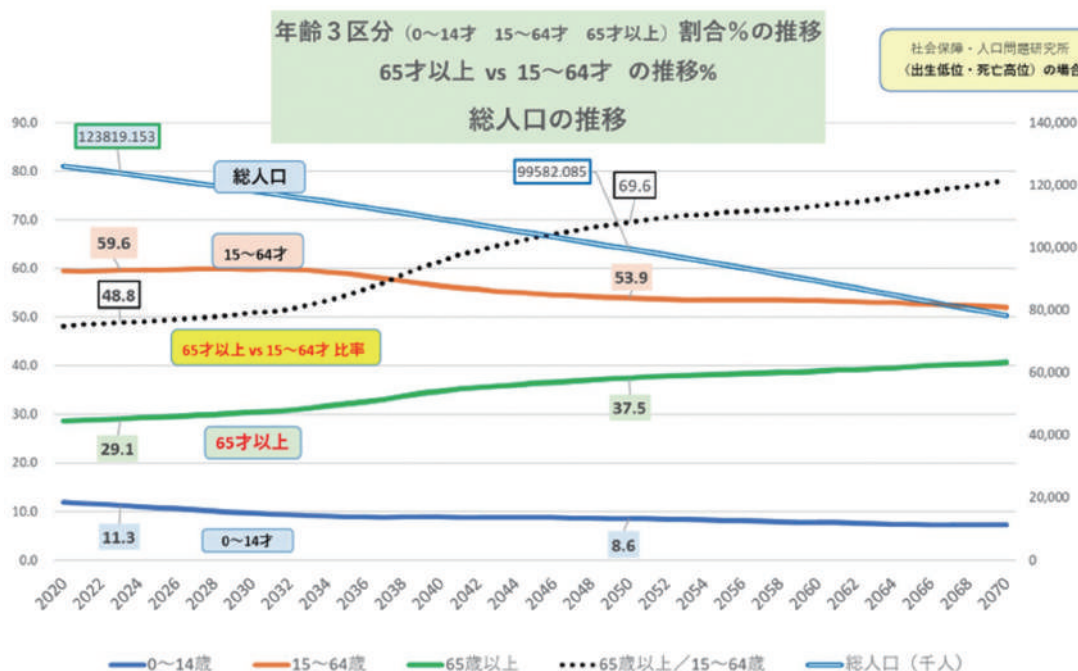


表1は、「傷病名ごとの総患者数」のうち「65才以上の者が占める割合」の一覧である。循環器系の疾患で76.2%、筋骨格系及び結合組織の疾患で70.2%、新生物（腫瘍）で62.8%を占めている。傷病名によって、多少の違いがあるものの、傷病患者の過半は「65才以上の高齢者」で占められている。このことから、国民の医療費の過半は「65才以上の高齢者の医療費」であることがわかる。

国民の介護費については、殆どが「高齢者の介護費」である。介護以外の生活支援も、主な対象は高齢者である。

「高齢者の医療費、介護費、介護以外の生活支援の費用」は誰が負担しているのか。一部（介護保険の場合は総額の2割）は高齢者自身が負担している。企業も負担しているが、多くの部分は「労働人口（15～64才）」が、保険料と税金でもって、負担している。

表 1. 傷病名ごとの患者数のうち「65才以上の者」が占める割合

傷病名ごとの患者のうち「65才以上の者」が占める割合 (令和2年の厚労省「患者調査」より)	65才以上 赤字は50%以上	65～69才	70～74才	75～79才	80～84才	85～89才	90才以上
I 感染症及び寄生虫症	44.4%	10.3%	11.1%	9.8%	6.8%	4.6%	1.8%
II 新生物<腫瘍>	62.8%	30.1%	16.2%	15.3%	11.3%	6.0%	2.4%
III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害	41.3%	1.4%	9.2%	8.7%	7.5%	5.8%	2.6%
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	62.1%	88.4%	18.7%	13.9%	9.1%	4.7%	2.0%
V 精神及び行動の障害	27.0%	17.0%	6.8%	5.0%	3.8%	2.8%	2.4%
VI 神経系の疾患	56.0%	15.2%	10.0%	11.0%	11.6%	9.4%	6.7%
VII 眼及び付属器の疾患	67.8%	48.3%	16.6%	17.0%	12.7%	7.4%	3.2%
VIII 耳及び乳突突起の疾患	52.7%	4.5%	12.2%	13.4%	11.3%	5.5%	1.9%
IX 循環器系の疾患	76.2%	139.6%	18.0%	16.0%	13.8%	9.9%	6.2%
X 呼吸器系の疾患	29.2%	18.5%	7.3%	6.5%	4.9%	3.1%	1.6%
X I 消化器系の疾患	45.7%	96.2%	12.8%	10.6%	7.0%	3.6%	1.8%
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	28.3%	17.4%	6.7%	6.0%	5.2%	2.9%	1.9%
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	70.2%	60.4%	16.0%	17.4%	13.8%	8.3%	3.7%
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	53.6%	18.7%	12.6%	12.6%	10.5%	6.8%	2.8%
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	11.1%	0.4%	3.2%	1.8%	1.4%	1.4%	0.7%
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	51.6%	4.2%	13.4%	11.8%	9.3%	6.0%	3.3%
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	49.9%	8.3%	9.6%	9.7%	9.4%	8.4%	5.6%
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	44.8%	47.3%	11.4%	9.9%	7.6%	4.2%	2.5%
X X II 新型コロナウイルスなど	31.6%	0.1%	10.5%	5.3%	5.3%	5.3%	0.0%

ところが、図1のグラフに示すように、今後、「65才以上の者」対「労働人口（15～64才）」の比率は長期に上昇し続ける。これは懸念される事態だ。

今後、「労働人口（15～64才）」が負担する「高齢者の医療費、介護費、生活支援の費用」が膨らみ続ける。現在でも、負担は相当過大になっている。数年後はもう負担することが難しいかもしれない。

しかし、「高齢者の医療、介護、介護以外の生活支援」は必ずしなくてはならない。日本を「姥捨て山」にはできないからだ。

私たちが直ぐにも取り組まなくてはならない。「高齢者の医療、介護、介護以外の生活支援」を圧倒的に少ない費用で行えるようにしなくてはならない。そのために「徹底した効率化」をしなくてはならない。その効率化も「手抜き、やっつけ仕事、権利侵害、など」一切無しの効率化である。そんなことが果たして実現可能なのだろうか？

実現可能である。その根拠は、現状の日本の医療、介護、福祉は膨大な非効率を抱えているからだ。現状の「膨大な非効率」を効率化しさえすれば、余裕で実現可能になる。

具体的に、現状、どれほどの非効率があるか、そこをどのように改善すれば「徹底した効率化」を実現できるか、述べてみたい。

現状の非効率 その1 「時間」が掛かり過ぎる

現状、医療機関の予約待ち日数、診察待ち時間、検査から処置までの時間、入院期間、転院・転施設までの待機時間、救急での受け入れ医療機関の選定に要する時間…など医療のプロセスの殆どの段階で、過大な「時間」を要している。医療だけでなく、介護も、介護以外の生活支援も同じである。

「時間」が掛かり過ぎることは、患者・利用者、その家族、そして企業にも、多大な負担である。もし、「時間が掛かり過ぎる」のを半減出来たら、これだけで膨大な効率化になる。

掛かり過ぎる「時間」を短縮するには、2つのことが必要だ。ひとつは「院内・施設内の管理システム」が貧弱なのを解消すること、もうひとつは「医療機関・介護施設・関係機関の間をコーディネートする仕組み」を充実させることだ。

私は長年、精神科救急の情報センターや自殺未遂者支援事業に携わってきた。それらの事業で行った業務の半分は関係者・関係機関どうしをコーディネートすることであった。私たちの窓口でもって、日常的に関係者・

関係機関どうしをコーディネートしていると、私たちと関係者・関係機関との繋がりが太くなる。お互いの気心もわかる。結果として、迅速に濃密な連携が可能になった。

もし、私たちのような窓口がなかったら、関係者・関係機関は個々に、連携したい「関係機関探し」から始めなくてはならない。探し出せたとして、その誰に、どんな連絡手段（電話、FAX、メール、面会、…）で、どの時間帯に連絡するか考えて、連絡をとらなくてはならない。そうやって連絡をとっても相手が快く話を聞いてくれるかどうかかわからない。話を聞いてもらえても、互いの都合を擦り合わせるのに手間取る。ひとつの連携を行うだけで現状多大な労力と時間がいり、結果連携はあまり行われていない。

「連携推進のために顔の見える関係づくりをしよう」といったことが唱えられているが、顔の見える関係どうしであっても、いざ連携するとなると多大な労力と時間があるのは変わらない。だから、必要だとわかっていても連携は行われていない。関係者・関係機関どうしで、迅速、かつ、濃密に連携するには、兎にも角にも、「コーディネートする仕組み」が必要だ。

今、稼働している「連携」の仕組み

- 現状でも、稼働している“連携システム”めいたものがある。同じ大学の系列医療機関どうしの連携、例えば、大規模な医療グループ（医療施設と介護施設のグループ）内での連携、地域の中で“自然発生的”に作られたつながり、などだ。
 - 幾つかの私立医科大学では「会員制の医療サービスクラブ」がある。会員の求めに応じて必要な医療を迅速に手配する。富裕層が対象だ。
 - 日本赤十字社医療センター、大学病院、など地域の大型医療施設が、地域の診療所などに「連携だより」を配信して、つながりを構築しようとしている。
 - 東京都が主導して「精神科医療地域連携事業」が行われている。地域毎に、連携会議、連携ツール作り、研修会、などが行われ、地域連携の下地作りが進められている。
- これらはいずれも有益なものだが、残念ながら、迅速・濃密な連携を実現できてはいない。

現状の非効率 その2 患者・利用者の権利擁護が貧弱

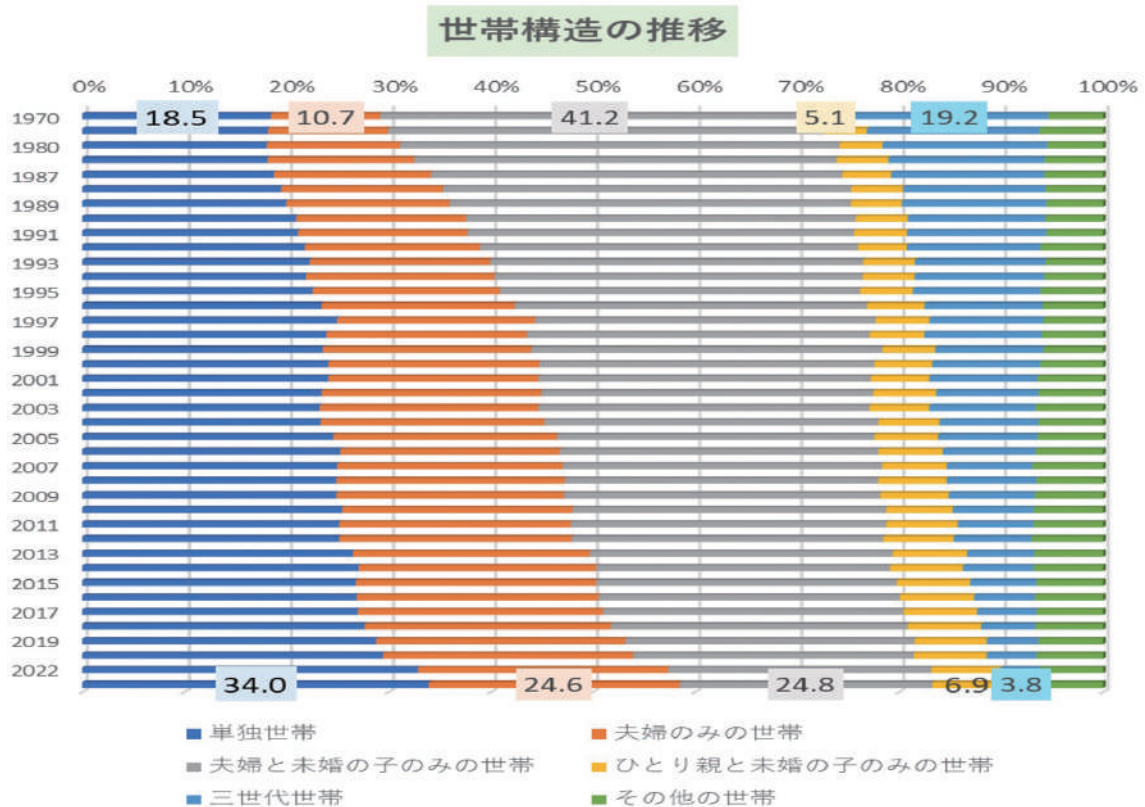
近年、医療機関では患者や家族へのインフォームド・コンセントは行われている。介護施設でも同じように利用者より利用者家族への説明は力を入れて行われている。しかし、形式的に流れている面が否めない。それどころか、一部の病院、介護施設では、高齢患者・高齢利用者の虐待が後を絶たない。

「かくあるべき」とわかっているにもかかわらず、そうはなっていない根本の原因は、患者・利用者・その家族の立場が弱いからだ。例えば、精神保健福祉法に、患者の権利についての条項、患者が自分の権利を主張出来ないときの代理人についての条項がない。精神科医療に限らず、患者が権利を主張できないときの代理人についての条項が必須だ。

日本で“世帯タイプ別の内訳”で「単身者世帯」が最も多くなっている（図2）。今後は、さらに多くなる。「お一人様」が多い社会だ。その「お一人様」のために、“医療・介護における代理人”のような規定・制度の整備が必要だ。

患者が権利を今よりもっと主張できるようになると、「患者・利用者・家族の満足度」は高まる。満足度が高まれば、必ず、スタッフの士気が高まる。両方が相まって、結果として、顕著な効率化が実現する。

図2. 日本の世帯構造の推移



現状の非効率 その3 「医療・介護・介護以外の生活支援」における「過剰・過少」問題

日本の医療、介護は、公的医療保険制度、公的な介護保険制度で運用されている。この制度の最大の特徴は「医療・介護サービスの公定メニュー・公定価格」である。これによって、全国一律に同じサービスを、同じ価格で提供出来ていて、さらに、総医療費をコントロールすることが容易になっている。

しかし、「公定メニュー・公定価格」となっていることで、公的医療保険制度・公的介護保険制度は膨大な無駄を発生させている。

まず、すべての患者・利用者は“公定メニュー”しか受けられない。その人には足らずであっても、過剰であっても、同じサイズのサービスしか受けられない。これは殆どギリシャ神話の「プロクルステスのベッド」である。著しい非効率だ。

さらに、『サービスの“過剰・過少提供”』が膨大に起きている。公定メニューのうち、医療機関・施設にとって旨味のあるサービスは過剰に提供される、旨味のないサービスは過少にしか（あるいは全く）提供されない。例えば、訪問型医療機関以外では訪問診療は圧倒的に非採算なので行われたい。これらは膨大な非効率だ。

さらに、「全国一律に同じ価格」にしたため、地方都市では採算性が良いので、立派な医療施設・介護施設が乱立する。大都市圏では採算性が低いので、貧弱な医療施設・介護施設が多くなる。例外は、巨額の補助金が支給される公的医療機関や大学病院である。

さらに、ひとつの「公定メニュー」について、出来るだけ質の高いサービスを提供しようとする医療機関・施設は、経営が苦しい。職員の給与を上げられず、設備施設もホームページも貧弱で、やがて経営が行き詰まる。反対に、出来るだけ手抜きして質の低いサービスを提供する医療機関・介護施設は、経営が良い。職員の給与も他より少し引き上げ可能で、設備施設もホームページも豪華で、ますます発展する。「悪貨が良貨を駆逐する」ようなことになっては困る。これも途方もない非効率だ。

現行の医療保険制度・介護保険制度は改良が必要だ。色々なアイデアがあるだろう。必ず手を着けなくてはならないのは、「公定メニュー・公定価格」の柔軟化。公定メニューに“多少の変更の余地を認める”、同時に、

“公定価格も、例えば、10%の枠内で、個々の医療機関・施設で独自に設定出来るようにする”、さらに、公定メニューの内容を、出来るだけ包括的な内容にする、などだ。

「公定メニュー・公定価格」の柔軟化が実現すると、医療機関・施設毎にサービス内容も価格も違って来る。患者・利用者はどこの医療機関・施設を「選択」したら良いか考えるようになる。そうすると「選択」される側の医療機関・施設は、「選択」されるように、「サービスの質、メニューの内容、価格設定」に工夫を凝らすようになる。一気に活性化し、一気に効率化が進むだろう。（「公定メニュー・公定価格」を柔軟化することは、既にオーストラリアで行われている。オーストラリアの経験はきっと参考になるだろう）。

現状の日本の医療、介護、福祉は膨大な非効率を抱えている。効率化の余地は巨大だ。だから、効率化を着実に実行すれば、私たちは、少子化と高齢化の急速な進行を楽々乗り切れる。

「地域包括ケアシステム」のあり方を論じるのに、どうしても指摘しておかなくてはならないことが2つある。

ひとつは、「地域包括ケアシステム」について、厚労省が目指している方向と、医療・介護・福祉の現場が目指している方向が著しく異なっていること。

もうひとつは、「地域包括ケアシステム」について、政府（財務省）と厚労省とでは、目指している方向が著しく異なっていること。

まず、厚労省と、医療・介護・福祉の現場の思惑が大きく異なることについてだが、厚労省の描く「地域包括ケアシステム」は、地域ごとに、地方自治体のもと、ひとつのシステムの統合をすることだ。これは良いことではない。ひとつのシステムしかない、患者・利用者は、“このシステムを利用させていただく”以外に選択肢はなく、“利用させていただく”立場になる。他方、システムを運用する側は“利用させてあげる”立場になる。こうなったときに、特定の人に便宜を計ることが横行する危険性がある。

医療・介護・福祉の現場は、どこも、既に日常的に、手作りのネットワークをもっている。不完全だが、良い味を出しているところが少なくない。現場にとっては、手作りのネットワークをいっそう改善することが課題だ。改善の究極の目標は、自治体主導ではなく、地域の関係者の声を大切にすることや、地域の特性に見合ったシステムの構築であり、決して、自治体主導の一本化された「地域包括ケアシステム」ではない。厚労省と医療・介護・福祉の現場との間の「地域包括ケアシステム」についての考え方の「すれ違い」を解消しないと、まともな議論にはなって行かないだろう。

もうひとつ、政府（内閣府・財務省）と厚労省の間にあるギャップのことも指摘しておきたい。

政府（内閣府・財務省）は、今、経済財政諮問会議などで、社会保障制度のあり方、医療保険や介護保険のあり方、年金制度のあり方、地域医療構想、などについて、次々と提言を出している。厚労省を超えたところで進められていることだが、どれひとつとっても、これまでの医療・介護・福祉のあり方を一変させない内容だ。政府（内閣府・財務省）は「地域包括ケアシステムの“前提条件”」を一気に改編しようとしている。それも、現場の意見は全く聞かずに、だ。私たちがこうやって「地域包括ケアシステム」について論じていることが虚しくなる。

私たちは、政府（内閣府・財務省）の激しい動きに、何とかして注文をつけることを考えないと、「地域包括ケアシステム」も、どうにもならなくなる。

本稿で、「精神障害にも対応する地域包括ケアシステム」における課題である地域連携のコツについて述べようと考え、書き始めた。書き進めるうち、小手先のコツ、例えば、機関どうしの“連携作法”を工夫するといったことをしても、「地域包括ケアシステムの骨格部分」に、どうにもならないことがたくさんあることに（痛いほど）気づいた。

今、私たちに求められていることは、「現在進行中の動き」に、医療・介護・福祉の現場から、しっかり物申すこと、それに尽きる。

2. 精神障害にも対応する地域連携 ～病院を中心に～

吉祥寺病院 塚本 一

現在、地域における医療、保健、福祉、介護、住まい、就労など、本人や家族等のニーズに対応する包括的な連携の必要性が求められている。

それを受け、東京都医師会精神保健医療福祉委員会では、「地域における精神科医と一般診療科医の連携体制構築について～精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステム構築のために～」について話合ってきた。

精神障害にも対応する地域連携について、精神科病院を中心に考えてみると、まず東京都における保健医療計画の経過を振り返る必要がある。

1. 東京都における地域医療連携について

東京都では、東京都地方精神保健福祉審議会において5年ごとに東京都における保健医療計画を審議している。

昨年までは、第7次東京都保健医療計画（以下「第7次医療計画」とする）を実施していたが、今年度から第8次東京都保健医療計画（以下「第8次医療計画」とする）が始まっている。

図1



第7次医療計画では、1. 日常診療体制 2. 精神科救急医療体制 3. 地域生活支援体制の3つの課題が中心であったが、第8次医療計画より、1. 地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア） 2. 緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり（救急医療） 3. 多様な精神疾患への対応 4. 精神科病院における虐待防止等に向けた取組の推進など4つの項目に進化している。

図2

第8次保健医療計画（精神疾患）構成		
取組の方向性		
	課題・取組	該当する主な事業
① 地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）		
1-1	都民への普及啓発・相談対応の充実	・精神保健福祉普及啓発事業 ほか
1-2	支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制強化	・精神科医療地域連携事業 ・身体合併症（慢性維持透析）確保事業【新規】
1-3	精神科病院から地域生活への移行及び地域定着に向けた取組の推進	・精神障害者地域移行体制整備支援事業 ほか
1-4	地域生活の継続に向けた取組の推進	・アウトリーチ支援事業・短期宿泊事業
② 緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり（救急医療）		
2-1	精神科救急医療体制の整備	・精神科救急医療体制の整備（常時対応型施設の指定）【新規】 ・精神科救急医療体制の整備（措置入院）
2-2	精神身体合併症救急医療体制の整備	・精神科身体合併症診療委託 ほか
2-3	災害時における精神科医療体制の整備の推進	・災害時こころのケア体制整備事業 ・災害拠点精神科病院等自家発電設備強化事業【新規】
③ 多様な精神疾患への対応		
3-1	うつ病	・精神保健福祉センター（普及啓発・リワーク）
3-2	統合失調症	・難治性精神疾患地域支援体制整備事業
3-3	依存症	・東京都アルコール健康障害対策推進計画（第2期）について ・東京都ギャンブル等依存症対策推進計画について 次期改定【新規】
3-4	小児精神科医療	・子供の心診療支援拠点病院事業
3-5	発達障害者（児）	・東京都発達障害者支援センターの運営 ・発達検査体制の充実【新規】 ほか
3-6	高次脳機能障害	・区市町村高次脳機能障害者支援促進事業 ほか
3-7	摂食障害	・摂食障害への支援
3-8	てんかん	・てんかん地域診療体制整備事業
④ 精神科病院における虐待防止・人権擁護に向けた取組の推進		
4	精神科病院における虐待防止・人権擁護に向けた取組の推進	・虐待通報窓口の設置【新規】 ・虐待防止研修の実施【新規】 ・入院者訪問支援事業【新規】

第8次医療計画では ①地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）の1-2支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制強化がうたわれており、精神科医療地域連携事業が行われている。

精神科医療地域連携事業

事業概要

- 精神障害者が地域に必要な時に適切な医療が受けられる仕組みを構築するため、地域連携を推進するための協議会を設置するとともに、圏域ごとに地域連携会議を設置し、連携ツールの検討・活用などの取組を行い、精神疾患に関する地域連携体制の整備を図る。
- 規模： 都内12圏域

主な実施内容

1 精神疾患地域医療連携協議会の設置（精神保健医療課）

- (1) 協議会
都における日常診療体制のあり方を検討
- (2) 作業部会
・各圏域の医療連携体制状況の把握、情報（事業成果等）の共有化 ・各圏域の調査結果の分析を踏まえた具体的な連携体制の検討

2 地域における連携事業（精神科医療機関への委託）

令和6年度から、都内全圏域（12圏域）で実施（区東部について新たに実施開始）

- (1) 地域連携会議【必須】
医療機関と相談機関等との連携強化のため、関係機関による地域連携会議の設置・運営
※会議の構成機関（下線部は必須）
精神科医療機関、一般診療科医療機関、地区医師会、保健所、精神保健福祉センター等の相談支援機関や区市町村障害福祉主管課、薬局など
- (2) 症例検討会等【必須】
地域の関係機関との連携の強化のため、地域の関係機関を対象とした症例検討会等の実施
- (3) その他地域連携に資する事業

3 一般診療科向け研修（東京都医師会への委託）

- 研修会・症例検討会の実施
令和6年度からは、さらに、一般診療科と連携を強めていくため、研修実施単位を地区医師会単位から都全域とし、都全体として一般診療科との連携を深めていく。

【令和6年度研修テーマ（案）】

- 若年者の精神疾患の早期発見
- 不眠症・睡眠障害
- 依存症（ギャンブル・薬物・アルコール等）

精神科医療地域連携事業は、都内2圏域のモデル事業から始まり、徐々に圏域を拡大し、都内二次保健医療圏全圏に広げられた。

吉祥寺病院が所属している北多摩南部医療圏では、井之頭病院が中心となり地域連携会議を開催し、顔の見える関係作りを行っている。地域連携会議には医師会、薬剤師会、精神科病院、大学病院、東京都福祉局、市役所健康福祉部、保健所、地域包括支援センターなど全ての関係機関が集まることで、風通しは良くなっている。

2. 吉祥寺病院における地域医療連携について

吉祥寺病院は調布市にある病床数345床（精神科救急急性期医療病棟106床、精神一般病棟239床）の精神科単科病院である。

吉祥寺病院の病-病連携、病-診連携を考えると当院は紹介入院の多い病院で、令和5年度は795名の新規入院があったが、その内56%にあたる450名は紹介入院であった。

紹介先でもっとも多いのは、精神科診療所から30.7%（138名）であり、他病院から26.2%（118名）大学病院18.4%（83名）の順であった。

紹介された患者の所在地は、二次保健医療圏ではおさまらず、48.4%は区部西在住の方で紹介入院者中最も多い。

精神科で救急入院の対応をしていると、二次保健医療圏を超え都全域から入院するため、精神科救急は全都一圏域と考えている。

それに反して身体合併症の転院や外来受診は、ほとんどが二次保健医療圏域でおさまっている。

令和5年度、転院治療が必要となった症例は44名であり、その内m-ECT治療目的など精神的治療のための転院5名を除くと39名は身体合併症による転院であった。

39名の病名・病状をみると肺炎11名、コロナ感染症4名、意識障害3名、イレウス3名、ヘルニア3名、肝障害2名などで、あとは脳腫瘍、肝腫瘍、骨折などがみられた。

搬送先や搬送方法は、都の合併症ルートで18名、近隣病院へ普通転院が15名、救急搬送が6名であった。
都の合併症ルートでの転院18名の中、都立松沢病院が15名もの入院を受けてくれている。

以前、松沢病院は土曜日、日曜日、祝日や祝日・休日前の転院受け入れは難しく、転院先が決まらず、苦慮したものだが、松沢病院名誉院長齋藤正彦先生が就任されてから、積極的に転院を受けて頂けるようになり大変助かっている。

身体合併症があるものの、精神症状が激しく一般病院では対応が難しい患者の転院18名中15名も松沢病院に対応して頂き、今回改めて松沢病院には感謝を申し上げたい。

転院39名中、普通転院は15名であったが、以前より一般病院での精神障害に対する理解が進んだことと、一般病院では対応できない精神症状が出た場合、すぐに当院で引き受けることや一般病院入院中の抗精神病薬は持参させる等のルールが浸透したため転院がスムーズになったのかもしれない。

救急搬送は、杏林大学医学部附属病院・武蔵野赤十字病院でほとんど受けて頂き、普通転院も三鷹中央病院などの近隣病院で対応して頂いている。

令和5年度、転院は44件であったが、入院中の患者が他科を外来受診する件数は637件あり、多い月で68件、少ない月で36件、平均すると53件程であった。

受診先は、杏林大学医学部附属病院、武蔵野赤十字病院、三鷹中央病院などの近隣病院と、眼科、耳鼻科、皮膚科、整形外科などの診療所が主であった。

吉祥寺病院は精神科領域での紹介入院は多く、都全域からくるものの、身体合併症での転院や他科受診は、二次保健医療圏内の近隣医療機関で完結していることがわかる。また、眼科等の専門診療所との病-診連携はみられるものの内科・外科などの診療所とは、ほとんど連携がなく、その場合近隣病院との病-病連携が主となっていることもわかった。

また、今回第8次医療計画であげられている、身体合併症（慢性維持透析）に係る医療提供体制の確保事業については当院では該当する患者がいなかった。

図 4

身体合併症（慢性維持透析）に係る医療提供体制の確保事業

1 事業目的

○ 入院患者に対して他の医療機関を受診して維持透析を実施する精神病床を有する医療機関に対して、外来通院に係る費用を補助し、身体合併症（慢性維持透析）に係る医療提供体制の確保を図る。

2 事業概要

○ 入院患者に対して外来で他の医療機関を受診して維持透析を実施する精神病床を有する病院へ補助を実施

項目	内容
補助対象経費	他の医療機関を受診する際、看護師等が付き添う経費
補助単価	● 看護師： 18,200円/日 ● 事務補助員： 8,760円/日 ※ 通院時の運転補助者を想定

○ 事業効果

<既存の取組>

● 都は急性期の身体合併症（腎臓疾患含む）については一般診療科との連携強化等の取組を実施

<今回の取組>

● 精神科病院から他の医療機関を受診するための看護師等の付き添い経費を支援

➤ 身体合併症（慢性維持透析）の医療提供体制の確保を推進

精神科病院

付き添い看護師

運転補助者

外来通院

外来通院に係る経費を補助

透析治療の可能な医療機関

図1. 2. 3. 4 「第5回東京都地方精神保健福祉審議会資料」令和6年7月8日

39

3. 「精神障害、知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート」と「精神障害者の身体疾患による救急医療での連携についてのアンケート」について

東京都医師会精神保健医療福祉委員会で行った精神障害、知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケートでは、精神障害に対する一般診療科医と精神科医、一般病院と精神科病院、一般診療科診療所と精神科診療所との連携は、まあまあうまくいっているとの回答が多く、うまくいかない理由としては、地域内の精神科医療機関に関する情報が不足している、顔の見える関係構築が不十分などの意見が聞かれた。また、改善策としては患者の精神状況・身体疾患等に応じた紹介先一覧表作成がもっとも多かった。

知的障害・発達障害や精神障害者の身体疾患に対する救急医療、周産期医療に対する連携はあまりうまくいっておらず、“一般病院の精神障害者の入院は、そもそも法律で可能なのか。一般病院は精神障害者を拒否する”という過激な意見や“周産期医療における精神障害者は大学病院の仕事なので地域は関係ない”などの極端な意見も聞かれた。

精神科診療所における精神科救急連携や自殺予防活動における連携も、うまくいっていないとの回答が多く、スタッフ数の少ない精神科診療所での救急対応は難しいと思われ、一般診療科医が自殺予防活動に参加するには診療報酬上のメリットが必要との意見も聞かれた。

認知症医療における連携は、うまくいっているとの回答が多く、介護保険制度やケアマネジャーなどの社会基盤が整っている疾患に関しては、全般的にうまくまわっている様子であった。

指定二次救急医療機関に対する精神障害者の身体疾患による救急医療での連携についてのアンケートでは、身体合併症の救急搬送なら66.4%の病院が受け入れているが、自傷、自殺企図での救急搬送だと受け入れ病院が46.3%に減少する。

受け入れ困難な理由は、興奮時の対応困難、精神科医との連携困難、時間・人手がとられて業務に支障が出るなどあげられている。

入院時や治療中にも手がかかる上、転院の調整や入院医療が必要ないと判断した場合の対応などもあるため、休日・夜間を含む精神科医との連携が求められていた。

当院を振り返ると精神科単科病院であり、診療科目も精神科しか標榜しておらず、勤務医は全て精神科医である。内科などの一般診療科医は1人もいないため、身体合併症に対しては近隣病院との病-病連携で乗り切っている。そのため転院先の一般病院とは連携を密にし、転院先が困らないよう努力している。令和5年度身体合併症で転院した39名中18名は、都の合併症ルートで対応してもらっていることから指定二次救急医療機関でこれ以上対応するのは難しいかもしれない。

しかし、近隣の一般病院ともっと密な関係となり、当院から一般病院へ精神科医を派遣できるような環境が整えば、もっと面として精神障害者を支えられるのではと考えている。

4. 今後について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの必要性が言われている中で、調布市は20年以上前から調布地域精神保健福祉ネットワーク連絡会を定期的開催している。

ネットワーク連絡会のメンバーは、調布市生活福祉課・障害福祉課・健康推進課、多摩府中保健所、医師会、精神科病院、家族会、訪問看護ステーション、作業所、グループホームなどで精神障害者を地域で支える顔の見える関係作りを地道に行ってきた。

また、一般病院、介護老人保健施設などを交えての連携も徐々にとられるようになってきていることから、今後精神障害にも対応した地域包括ケアシステムも構築されていくと思われる。

3. 精神障害にも対応する地域連携

～診療所を中心に～

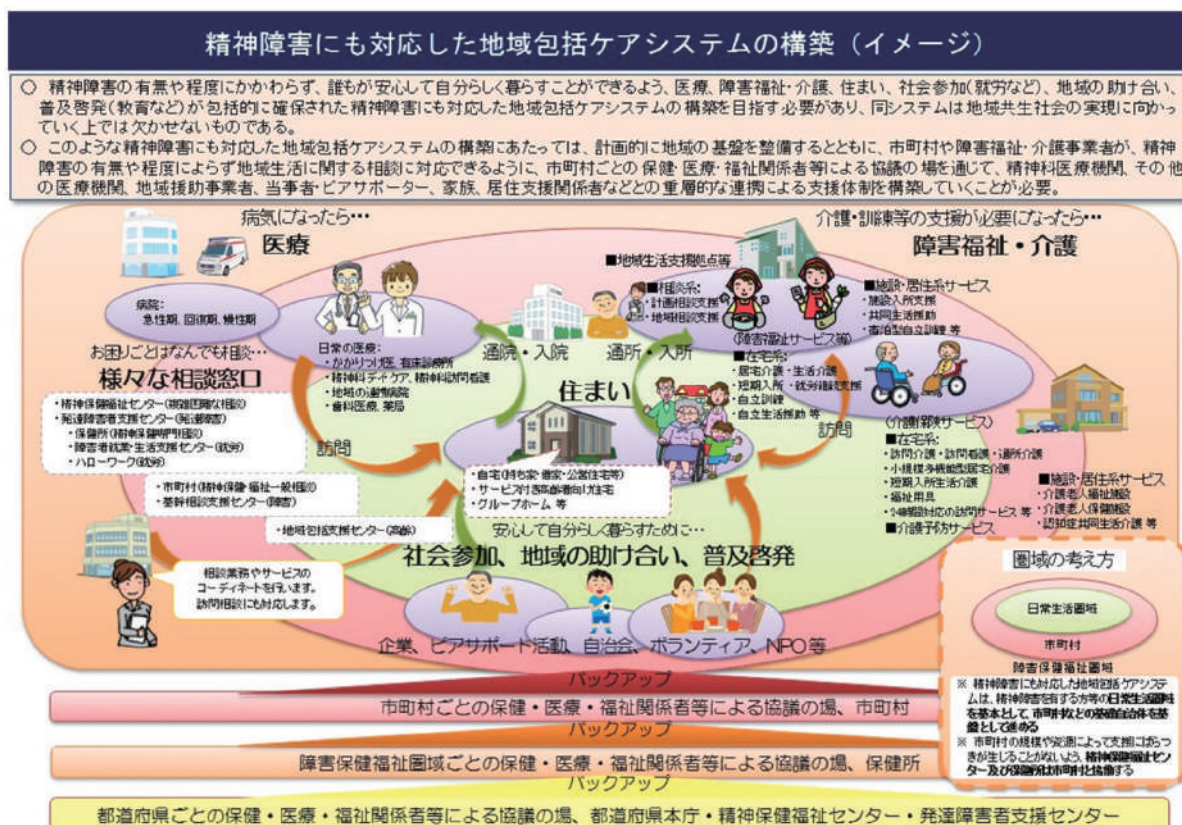
紫藤クリニック 紫藤 昌彦

1. はじめに

近年、わが国の精神科診療所は、地域の精神科医療を担う第一線の医療機関として市民生活の中に完全に定着してきた。とりわけ平成になって、全国に精神科を主標榜する診療所の設立が進み、国民にとってもはや必要不可欠な「社会インフラ」になったと言える。最近では社会構造の変化にともない、うつ病や適応障害患者の増加が著しいが、それらの多くは精神科診療所を受診している。また、精神科診療所では統合失調症、双極性障害、不安障害、アルコール依存症、てんかん、認知症、発達障害など広範な患者群も抱えており、精神科の外来医療は今や精神科診療所なしでは成り立たなくなっている¹⁾。

しかしながら、精神科診療所だけでは治療や援助が完結しない場合も多い。精神科診療所は内科をはじめとする一般科診療所、精神科病院、総合病院などの医療機関、保健所、保健センター、福祉事務所などの行政機関、精神保健福祉センター、就労継続支援事業所、就労移行支援事業所、訪問看護ステーション、若者サポートステーション、さらに学校医、養護教諭、スクールカウンセラー、産業医など、あらゆる機関や職種と連携しながら地域医療を担っている。現在、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築²⁾ (図1) が求められているが、地域の精神科診療所から見えてくる地域連携の問題について私見を述べたい。

図1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書（概要）2021年3月18日

II. 筆者の実践する地域連携

筆者は平成9年1月に新宿区高田馬場で小規模精神科診療所³⁾(表1)を開業した。開業前は新宿区内の国立病院に勤務していたので、勤務医時代から新宿区の行政機関との関わりがあった。開業して間もなく、日本医師会・東京都医師会・新宿区医師会と日本精神神経科診療所協会(日精診)・東京精神神経科診療所協会(以下「東精診」という)に入会した。医師会活動や協会活動を通して、地域の一般診療科や精神科の先生方と知り合い、診診連携や病診連携が少しずつ始まった。また、新宿保健所(当時)からデイケア担当医、新宿区教育委員会から区立全中学校の精神科学校医を任命され、行政機関や学校との連携が始まった。ちなみに精神科学校医は27年経った今でも継続している。続いて、区内の某共同作業所から嘱託医を依頼され、こちらはその後就労継続支援事業所と名称が変わり、現在はA型及びB型事業所の嘱託医と、B型事業所を運営する社会福祉法人の理事を務めている。

開業当初は特に地域連携を意識していたわけではないが、地域の中で一人の精神科医にできることは限られているので、自然発生的に自院が地域のネットワーク網の中に巻き込まれていったものと考えている。

当院は当初、医師1人、事務員2人、臨床心理士2人(交代制)という態勢で始めたが、円滑な地域連携を図るためには精神保健福祉士の存在が不可欠であると思い、開業7年後の平成16年から常勤の精神保健福祉士を置いている。当院における精神保健福祉士の業務については表2にまとめた。

表1. 小規模診療所とは(後藤英一郎)

- 多機能診療所に対比する言葉
- 精神科診療所の基本単位
- 医師会の診療所の多くは小規模診療所
- 最低、医師一人でも開設可能
- いつ受診しても同じ医師がいるので、患者さんの安心感に繋がる
- 敷居が低く、受診しやすい

後藤英一郎：小規模診療所。精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト報告書。公益社団法人 日本精神神経科診療所協会、東京、47-50、2017

表2. 当院における精神保健福祉士の業務

- インテーク面接
- 就労や生活などの相談
- 通所施設等への見学同行
- 訪問看護(居宅への訪問は診療報酬算定可能)
- 関係者会議への出席
- 関係機関との連絡調整

III. 新宿区の地域特性(表3)

ここで新宿区の地域特性について述べたい。新宿区は人口33万7千人、昼夜間人口比率が227%、外国人割合は11.9%(都内1位)である。単身所帯割合は67.8%で23区中1位である。すなわち新宿区の特徴を一言で申すならば、一人暮らしと外国人の町ということになる。新宿駅を中心に交通網が集中しているので、当院の患者さんは近くの医療機関や行政機関から紹介されてくる区内周辺の人たちと、都内全域や他県(埼玉、神奈川、千葉)からの紹介患者さん、自分でネット情報等を調べて遠方から受診してくる患者さんもいて、地域と

広域の患者さんが混在していることが特徴である。当院の生活保護率は20.5%で、新宿区民が圧倒的に多いが、近隣の中野区、豊島区の人の一部も存在する。新宿区および近隣区の患者さんは地域包括ケアの対象になるが、遠隔の患者さんへの地域包括ケアの実践は困難である。区内には精神科を標榜する大学病院が3、総合病院が3あるが、精神科病院はない。外国人割合の高さを反映し、日本語学校数が60校で都内1位、筆者はそのうちの1校から校医を依頼されている。当院の背景については表4にまとめた。

表3. 新宿区の地域特性

- 新宿駅を中心に交通網が集中
- 人口33万7千人(昼夜間人口比率 227%)
- 外国人割合 11.9%(都内で1位)
- 単身所帯割合 67.8%(23区で1位)
- 精神科を標榜する大学病院 3、総合病院 3、精神科病院 0、精神科診療所 76
- 区保健センター 4
- 就労・生活支援施設 40
- 小学校30(区立29、私立1)、中学校16(区立10、私立6)、区立養護学校1、高校13(都立6、私立7)
- 新宿区内日本語学校数60(都内で1位)

表4. 当院の背景

- ターミナル駅近くに立地する小規模診療所
- 開業27年
- 地域と広域の患者が混在
- 生活保護指定医療機関(生活保護率20.5%)
- 医師1人
- 看護職 0人
- 精神保健福祉士 1人
- 臨床心理士 パート5人が毎日1人ずつ勤務
- 医療事務 シフト制で常時2人勤務

IV. 地域連携の実際

当院における地域連携の事例として、産業医との連携、中学校との連携、日本語学校との連携、行政機関との多職種連携について事例を紹介する。なお、事例は個人のプライバシー保護のため内容を改変している。

① 産業医との連携

30代の女性。会社の産業医から当院を紹介された。1年前に現在の部署に異動したが、先輩に仕事が遅いと言われた。泣いているところを上司に見られ、うつ状態で死にたい気分だという。産業医との面談で定時退社の措置にしてもらい、当院からはうつ病の診断で抗うつ薬を投与し、病休を勧めたが、当初は復帰するのが怖くて休めないという。しかし、最終的に病休を取ることに同意し、診断書を発行した。

当院の公認心理師が人格検査を行った結果、大きな怒りの感情により現実検討が著しく妨げられていることがわかった。今回受診したきっかけは職場の不適応であったが、今年に入り母親が認知症の診断を受けたことがきっかけとなって、怒りの感情を他者に投影し、「他人が私を怒っている」と認識することで、会社での適応が下がっていると考えらえた。

その後、産業医からリワーク治療を勧められ、障害者職業センターに治療の申し込みをした。リワークカウンセラーが当院に同行受診し、情報共有した。当初は自分の意見が言えなかったが、次第に参加が楽しいと感じるようになった。病状の改善を見たため、1年3カ月ぶりに職場復帰し、仕事は不十分ながらできるようになった。

（総括）職場の産業医の紹介で当院を受診したが、公認心理師による心理検査で、病状には本人と家族との関係が影響していることが伺えた。しかし、リワーク治療により職場復帰することができた。なお、本例において、産業医と筆者との間には、顔の見える関係構築ができていることを申し添えたい。

② 中学校との連携

筆者が精神科学校医を務めている某区立中学校から依頼があり、その中学校に出向いて症例検討会を行った。1年生の男子で、主訴はすぐに切れる、イライラ、パニックを起こす。症例は婚外子にて出生。小学生時代、母から虐待を受けて育ち、当時からわずかなことで逆上するなどが見られた。9歳時に母が家を出て、祖母と2人暮らしになった。現病歴は小6の夏から精神科医の診察を受け、PTSDとADHDの疑いと診断され、児童相談所も相談に参与した。中学校入学後、友人から言われた言葉にイライラし、椅子を投げようとするなど、激しいパニック発作が2回あったため、症例検討会の開催に至った。

検討会への参加者は校長、副校長、担任、養護教諭、スクールカウンセラー、児童相談所職員、精神科学校医など。それぞれの参加者から出された情報を総合し、共通理解を持つことができた。その後、担任による適切な対応と本人の努力の成果が実り、ほとんど問題が感じられなくなった。奇異な発言が時々あるが、担任の制止も効くようになり、周囲の生徒も本人を理解し、学校生活はそれなりに適応している。

（総括）筆者が学校医を務めている区立中学校で症例検討会を行ったケースである。学校では多くの職員が関わっているので、困難な症例に対しては関係者が集まって検討することが有用と考えられた。精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート調査において、教育関係者との連携不足が31.7%と回答されている（表5）。また、教育関係者との連携推進や協議の場の設置等を解決策として上げている意見が37.3%と回答されている（表6）。教育関係者と医療関係者との連携は困難なことが多いが、必要時にはより踏み込んだ協議の場の設置が必要と考える。

表5. 知的障害・発達障害等にも対応する一般診療科医と精神科医の地域連携において、どのような点がうまく行っていないと思われるか

	回答数	% (回答120)
連携の必要性に対する認識不足	56	46.7%
情報不足による紹介、逆紹介困難	63	52.5%
顔の見える関係構築が不十分	50	41.7%
地域内の精神科医療機関に関する情報不足	69	57.5%
相手の専門分野に関する知識不足	57	47.5%
患者情報が複雑なため情報共有困難	32	26.7%
連携のための診療報酬が低い	28	23.3%
患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる	14	11.7%
連携先の紹介システムがない	50	41.7%
行政との連携不足	41	34.2%
教育関係者との連携不足	38	31.7%
その他	9	7.5%

表 6. 知的障害・発達障害等にも対応する一般診療科医と精神科医の地域連携における問題点の解決策

	回答数	% (回答118)
地域の医師の得意分野がわかる一覧作成	61	51.7%
患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成	66	55.9%
連携のための定期的な協議会の開催	37	31.4%
共通テーマでの研修会や症例検討会の開催	48	40.7%
顔の見える関係構築のための懇親会等の開催	29	24.6%
連携のための適切な診療報酬体系の確立	37	31.4%
入退院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用	48	40.7%
行政との連携推進、協議の場設置等	47	39.8%
教育関係者との連携推進、協議の場設置等	44	37.3%
その他	3	2.5%

③ 日本語学校との連携

筆者が校医として関与している近くの日本語学校より、20代男性の学生が紹介されてきた。X年1月、A国から来日し、日本語学校に通学中。X年8月、不穏となり職員3人に連れられ当院を訪れたが、精神保健福祉士のインターク面接中にクリニックから逃走したため、診察に至らなかった。X年9月、A国から両親が来日し、本人と一緒に当院を初診。8月に逃走した理由について尋ねると、周りの人がおかしいような気がして、怖かったので逃げたという。

現病歴としては、7月頃から道ですれ違う人が目を合わせないように思えた。自分が有名になったと感じ、寮の部屋が盗聴されているように感じた。30人以上の人が自分を尾行している。学校の勉強に集中できない。両親によると、来日後6-7日間、本人と一緒に過ごしているが、話していて急に別のことを言い出したり、建物が低くなったとか毒を入れられたとか、様子がおかしいという。本人は薬物治療を拒否し、心理カウンセリングを受けたいと希望するため、通院して服薬するか、入院するか、帰国するかを選ぶように伝えた。

この症例は来日6カ月で発症した統合失調症と診断したが、異文化ストレスが発症のきっかけになった可能性もある。被害妄想、被毒妄想、誇大妄想、思考障害があり、病識は欠如し、薬物治療に導入できないため、日本で留学生生活が続けることは困難と思われた。

(総括) 筆者が校医を務める日本語学校の学生である。新宿区は外国人割合が都内で最も高く、日本語学校も多いため、外国人留学生の受診者が多い。外国人留学生は日本語能力が不十分なため、コミュニケーションが取りにくく、来日がきっかけで発症するケースもあるが、母国ですでに精神疾患が発症していたと思われるケースもある。日本で精神科治療を続けることが困難な場合も多く、家族を呼んで帰国の相談をするケースもある。外国人の地域連携は難しいが、学校、行政機関、精神科病院などと連携しながら対応している。表7に外国人留学生特有の問題についてまとめた。

表 7. 外国人留学生特有の問題

1. コミュニケーションが難しく、入手できる情報が限られる
2. 来日3か月後から1年前後に不適應のピークがある
3. 急激に精神症状が悪化することが少なくない
4. 体の症状で精神的不調を訴えることがある
5. 精神医療へのアクセスが困難である
6. 経済的問題や自尊心への配慮が必要である

④ 行政機関との多職種連携

70代の女性。診断は統合失調感情障害。独居で生活保護受給者。20代で発病し、入院歴が5回あり、結婚して2子を持つが、現病のため離婚。別の診療所に長年通院していたが、主治医が引退したため、9年前より当院に通院中。質素な暮らしぶり、長年生活保護費をためこみ、それが発覚したため生活保護が停止された。保護停止後の生活不安や支払いの管理、健康保険の手続きなどでパニックとなり、入院希望が頻回になった。

当院の精神保健福祉士が本人宅を訪問し、状況を確認。担当ケースワーカーと相談し、保護廃止後の支払いの手続き等のフォローを依頼。併せてケアマネジャーにも状況を説明しサポートを依頼。福祉事務所担当者が保護廃止後も月に1回本人宅を訪問し、金銭管理をサポート。その結果、福祉事務所との関係が継続し、保護再申請までの間の安心が得られたことから徐々に安定した。

本人の金銭的不安から介護保険サービスを停止したいとの申し出があったが、サービス利用のメリットを伝え、サービスを継続することになった。目の前の不安を解消するための手段ではなく、長期的な視点で必要な資源を選択できるよう本人を支援し、関係機関へと繋いだ。

（総括）地域の関係機関が連携して、多職種協働を実践した例である。当院の精神保健福祉士が中心的役割を担い、関係機関との連絡や連携を行った。精神障害者の在宅ケアにおける地域連携において、どのような点がうまくいっていないと思われるかとのアンケートの設問に対して、「在宅ケアに対応できる精神科及び在宅医療機関に関する情報不足」という回答が58.1%で最も多かった（表8）。問題点の解決策として、精神科医療機関の精神保健福祉士を中心にした多職種協働を図ることが有用と考えられた。

表8. 精神障害者の在宅ケアにおける地域連携において、どのような点がうまく行っていないと思われるか

	回答数	% (回答105)
連携の必要性に対する認識不足	36	34.3%
情報不足による紹介困難	52	49.5%
顔の見える関係構築が不十分	29	27.6%
在宅ケアに対応できる精神科及び在宅医療機関に関する情報不足	61	58.1%
相手の専門分野に関する知識不足	29	27.6%
患者情報が複雑なため情報共有困難	13	12.4%
連携のための診療報酬が低い	23	21.9%
患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる	11	10.5%
連携先の紹介システムがない	41	39%
行政との連携不足	32	30.5%
その他	9	8.6%

V. 終わりに

精神障害にも対応する地域連携について、新宿区の精神科診療所の視点から論考した。東京都の令和2年医療施設調査によると、東京都には精神科診療所が1,368か所存在すると報告されているが、それぞれの実態については十分に把握されていない。現在、東精診加盟の診療所は206か所存在するが、東精診未入会の診療所の方が圧倒的に多い。各診療所の活動内容は、診療所の立地、医師の専門性、メディカルスタッフの数と構成、診療所の運営方針などによって大きく異なると考えている。

[参考文献]

- 1) 紫藤昌彦：精神科診療所の現在. 現代のエスプリ531所収、ぎょうせい、2011
- 2) 厚生労働省：令和4年精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正について.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaisei_seisin/index_00003.html
- 3) 後藤英一郎：小規模診療所. 精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト報告書. 公益社団法人 日本精神神経科診療所協会、東京、47-50、2017

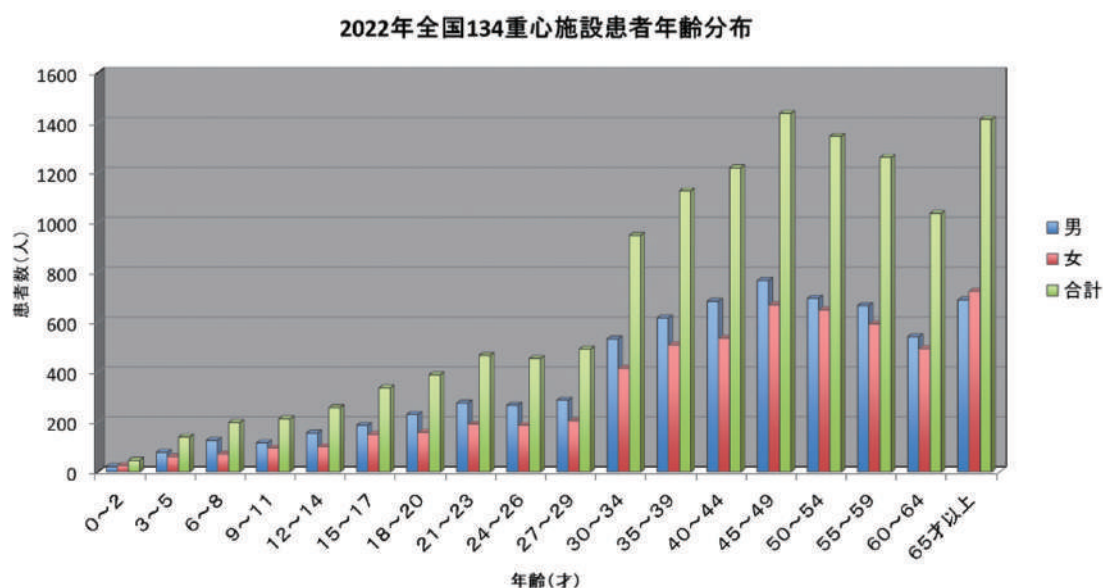
4. 精神障害・知的障害等にも対応した 地域包括ケアシステムの構築 ―療育センターの立場から

島田療育センター 久保田 雅也

1. はじめに

精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムを考察する前に日本における重症心身障害児施設
の歴史と現状を概説する。重度の知的障害と運動機能障害を併せ持つ患者を重症心身障害児者（重症児者）と
呼ぶ。重症児者は2011年推定で全国に約43,000人いるが、2022年全国重症児者施設実態調査（134施設）では
約13,000床しかなく、残り7割の患者は在宅を主とする生活を送っていると思われる。現在の施設の入所患者
の平均年齢は40才代後半にあり、高齢化と重症化が進んでいる（図1）。

図1 2022年全国134重症児施設患者年齢分布
（令和4年度 全国重症心身障害児者施設実態調査）



2. 重症児者医療の歴史

1967年からの10年は重症児に関しては、当初「全員入所」、「施設収容保護」が行政目標であり、重症児福祉＝施設整備の立場でベッド拡充に力が注がれたが、その後は在宅福祉サービスへの施策転換へと進んだ。1978年の「厚生白書」には高齢者社会における社会保障に関して老親と子の同居はわが国の特質であり、「福祉における含み資産」とであると記された。1979年の経済審議会による新経済社会7ヵ年計画では、「個人の自助努力と家庭や近隣・地域社会等の連帯を基盤としつつ、効率のよい政府が適正な公的福祉を重点的に保障する」という日本型福祉社会論＝家族主義が表明された。この方針は今でも続いている。そしてかつては想定されていなかった医療的ケア児を抱える家族（特に母親）の肩に諸々の問題が重くのしかかっている。先に述べた13,000床は1975年から変わっていない。

3. 重症児者医療の現状

こういう経緯のある重症児者を診ているのは全国的にもほとんどは小児科医である（図2）。患者の高齢化、重症化に伴って合併症も悪性腫瘍も含めて多岐にわたり（図3）、他院医療関係者との連携が必須となっている。療育センター（重症児者施設）にとっての地域包括ケアシステムとは自らの施設では解決できない問題（診断・治療・フォロー）を他院医療関係者といかに連携して解決に導くかというものになる。当院においても新たに気管切開導入の必要な呼吸器疾患、心血管疾患、イレウスなど消化器疾患、悪性腫瘍の評価と治療が増加している。非常勤で皮膚科、外科、泌尿器科、緩和ケア科の医師の応援を依頼している。患者の中には既に両親もおらず、後見人のみの方も多いので、その患者を看取りも含めてどのように診ていくか、緩和ケアは重要な問題となる。この時、重度の知的障害もあり、本人の意向そのものがくみ取りにくい中で方針を決めていくことになる。

1990年代初頭に科学的根拠に基づく医療（evidence-based medicine：EBM）が提唱され、広がったが、その合意形成法としてのinformed consent（説明のうえでの同意）が医療者からの一方向性の説明で行われることを補完するために協働意思決定（shared decision making：SDM）が出現した。代理性が免れない重症児者のSDMにおいては関わる家族、もしくは代理者、医療関係者、職員が手探り状態ではあっても議論を尽くすことが重要であり、それは緩和ケアにも通じる。また、未来を見据えたSDMの基礎としてadvance care planning（ACP）は重要である。重症児者施設では、医療的判断の重視された患者の「最善の利益」よりも患者の「意思と選好」が最重要視すべきものとして代理決定されることがある。それも繰り返す話し合いが重要である。最適解が得られるかどうかよりも寄ってたかって話し合う中で患者のQOL維持とケアラーを含めた苦痛の最小化が図られるべきである。脱施設化が実状を知らずに叫ばれる中で、患者家族を追いつめない最後の行き先として重症児者施設は存在する。

重症児者医療（医療的ケア児も含めた）の地域包括ケアシステムを考える際の課題としては以下のようなものがある。

- ① 患者の漸増と親の高齢化（職員も高齢化）
- ② 患者の高齢化と疾病構造の変化（医ケア児も医ケア者に）
- ③ 初期からの病態の重度・重複化（障害が障害を生む構造）
- ④ 在宅志向に見合うケア支援システムの構築（いまだ不十分）
- ⑤ 脱施設化が最適解かどうか（家族主義は限界にきている）
- ⑥ 移行期医療の最終地点

図2 2022年全国134重症児施設の医師の専門分野
（令和4年度 全国重症心身障害児者施設実態調査）

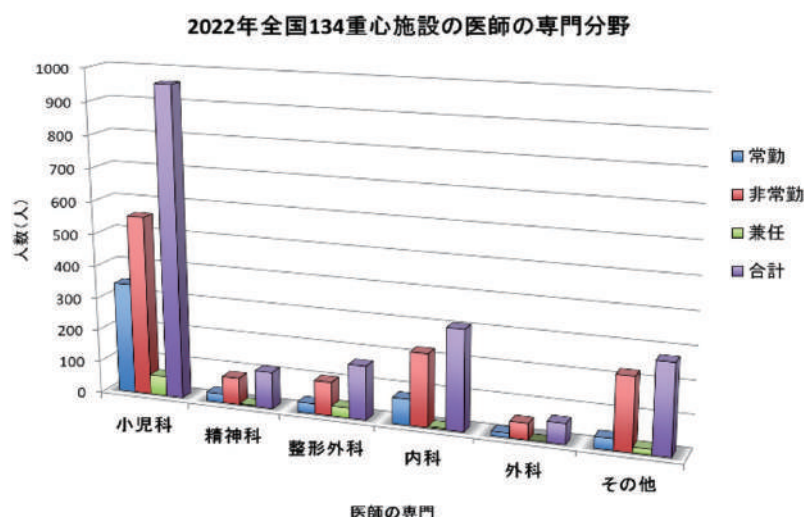
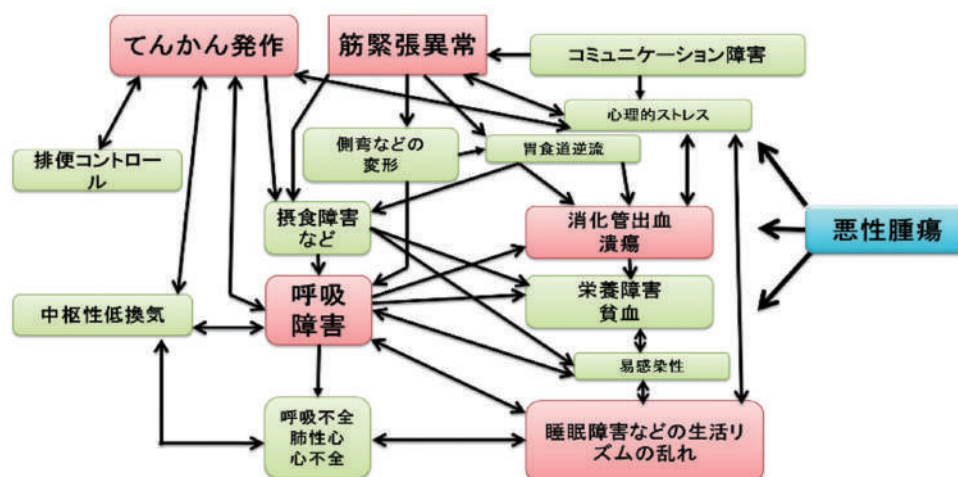


図3 重症心身障害児者の合併症と相互関係
(舟橋満寿子, 日本気管食道科学会会報, 1998;49:411-416.) を改変



4. 療育センターの外来

当院外来の7～8割は発達障害（自閉スペクトラム症（ASD）、注意欠如・多動症（ADHD）、限局性学習症（LD）など）の範疇にある患者であり、残りの2～3割は脳性麻痺、てんかん等の神経疾患の患者である。様々なデバイスを有する医療的ケア児者も多い。全国の療育センターの入所以外のもう一つの役割として顕在化しているのが発達障害の外来診療である。これは社会の需要からくるものもあるし、医療者側の介入が積極的になされた経緯もある。重症児医療に加えて発達障害という患者家族の需要の増大に医療者側が動いたという側面とそのわからなさが意欲を刺激したという側面である。

5. 知的障害、発達障害患者の移行

ここで連携ということを考えると、小児期を過ぎた患者の移行が問題となる。発達障害はライフステージ（乳幼児期、児童思春期、成人期）によりそれぞれ困りごとが異なり、発達の軌跡は個人差が大きく、抱えているメンタルヘルスの問題も多様で、小児科医が長期に成人期を超えて抱え込むものではない。児童精神科のある当院ではある年齢から小児科から児童精神科への転科もあるが、合併症によっては小児科が継続することになる。初診時の暫定診断に従い、言語、知的能力、運動機能、必要ならば摂食嚥下機能の評価を行い、年齢や症状に応じて理学療法（PT）、作業療法（OT）、言語聴覚療法（ST）、心理療法（MT）に評価を依頼し、ペアレントトレーニングも含めた外来フォローの方針を決定する。小児科で成人患者を診つづけた際の困難として「精神・心理的合併症」「内科的合併症」「入院施設が無い」「法律・制度の違い」などがある¹⁾。小児科から成人診療科への移行を妨げる要因として小児科医と神経疾患の患者（主に家族）との信頼関係の強さ、患者家族の抵抗をあげる報告もあるが、これは逆でこのpersonal bondが最も尊重されるシステムでないと移行はうまくいかないであろう²⁾。知的障害を含む神経難病の場合の移行医療は様々な理由で特に困難が予想されるが、現場の実際に即した進め方や事例の紹介（失敗症例も含めた）が既に出版され、ここには発達障害に関しても記載がある³⁾。

小沢ら^{4, 5)}は移行先としての精神科、心療内科へのアンケートを行い、問題点として本人の受診意欲の乏しさ、小児科と精神科の違いに対して家族が混乱し治療関係の確立が乏しいこと、紹介状が簡単で情報が少ないことなどがあったと述べている。これらに対し、小児科医は（1）保護者主体から本人主体へ、（2）本人への診断告知、（3）小児科と精神科の違いの説明、（4）相談に関する本人の意識作りとスキル、（5）現状では適応がよく通院の必要性を感じていない場合でも、かかりつけ相談機関の確保が望ましいことを説明しておく必要があるとしている。

転科・転院先を探して奔走することが移行医療ではないが、小児診療科と成人診療科、保護者の連携を語りながら、支援プログラムを構築する作業を都道府県の移行期医療支援センターを含めた関係者で継続することも重要である。疾患の特異性、地域の医療資源、小児診療科と成人診療科（在宅診療を含めた）、療育施設の連携体制、患者・家族の意向を考慮した支援プログラムが必須となる、20,000人を超える医療的ケア児も年齢を経て医療的ケア者になる。様々な事情で小児診療科が診療を継続する場合も将来の移行を考慮した診療報酬も含めた具体的な支援プログラムが必要である³⁾。

地域性を含めたケアシステムの個別化を考慮しながら、顔と顔を突き合わせた普段からの関係作りが重要なのはいうまでもない。

幼児期早期、学童期に問題となる知的発達症、ASD、ADHDの診断治療を進めていく際には外部、特に教育機関とのやり取りが欠かせず、それなくしては完結しない。また、当院では要請があれば保育園、幼稚園、学校などから園児や学童の日常の行動や発達に関してリハスタッフが出向いて観察の上、様々な疑問に答える「施設支援」を行っている。この中から外来受診につながることもある。

現在の療育センターの役割は施設規模により異なるが、訪問診療、施設支援、デイケア（通所）、短期入所と多彩であり、長期入所者の日々の生活を保障すること以外の事業も多い。それらを少ないスタッフで何とかこなしているのが実情である。

【参考文献】

1. 尾方克久, 望月葉子, 齊藤利雄, 崎山快夫, 水口雅, 久保田雅也, 三牧正和, 奥野龍禎, 池田昭夫, 小森哲夫, 米山明. 神経系疾患を対象とする小児-成人移行医療についての展望: 現状と課題. 臨床神経学. 2022;62:261-266.
2. 久保田雅也. 医療連携について 小児科医の立場から. 日臨 2010;68:145-150.
3. 小沢倫理; 小沢浩. 知的障害, 発達障害におけるトランジションの取り組みについての検討. 小児の精神と神経, 2021;61:43-51.
4. 小沢倫理; 小沢浩. 神経発達症群のトランジション: 小児科医の立場から. 精神科治療学/「精神科治療学」編集委員会 編, 2021;36:651-654.
5. 希少神経難病・知的障害の成人移行支援の手引き—遺伝性白質疾患も含めて「遺伝性白質疾患・知的障害をきたす疾患の診断・治療・研究システム構築班」診断と治療社, 2023.

5. 精神科急性期救急における地域連携

成仁病院 片山 成仁

【はじめに】

当院は、1994年に開設してから、精神科外来、訪問診療、訪問看護、デイケアなど、在宅医療を中心に医療を提供してきた。その後2007年に精神科急性期救急の病院を開院した。法人開設時から連携専従職員を置くなど、連携を重視してきたが、病院ができる前と後では、連携先や連携の目的、苦勞する点など大きく変化があった。

病院ができる前は、福祉事務所や保健所と密に連携し、紹介いただいた患者についてこまめに情報共有をするよう努めた。外来や訪問診療の患者が増悪したときは、入院先の病院を探すことに奔走した。身体合併のある患者は特に難しかった。いろいろな病院に丁重をお願いして回った。

病院ができてからは、急性期医療を必要な患者に提供すべく紹介を受け、そして症状の落ち着いた患者はステップを踏みながら地域に戻すべく他院に逆紹介をするという流れで、地域全体で柔軟に医療を提供することが、連携の主目的となった。この紹介と逆紹介がスムーズにいかなければ、患者が滞留し、適切な医療を必要な患者に届けることができなくなる。その中でどうしても、利己的な紹介元が目につくようになった。本稿では、地域の精神科医療のために、自戒も込めて、「連携は持ちつ持たれつ」ということについて述べる。

【医療の役割分担と紹介・逆紹介のルート】

本題に入る前に、まず、医療の役割分担および役割間の連携ルートについて説明する。

医療のステージは、疾患の内容や程度により、大きく1次から3次に分けられる。1次医療は一般外来を中心とした初期医療。2次医療は、地域の中核的病院が担う入院が中心である。専門外来も2次医療に相当する。3次医療は、高度・専門的な医療を必要とする入院医療であり、主に特定機能病院や大規模病院などが担う。精神科では、この1次医療・2次医療・3次医療という用語があまり使われない。1次救急・2次救急と混同してしまいがちだが、精神科にも1次医療・2次医療・3次医療の概念は存在する。

図1に、紹介を中心とした連携を示した。

2次医療機関には複数のアクセス経路がある。ひとつは、1次医療機関からの紹介（図1の①）である。希死念慮があるなど、患者本人や家族が直接アクセスすることもある（図1の②）。「ごみやしきになっている家を訪ねたら、住人に重い精神症状がありそうだ」ということで、保健所、福祉事務所が患者を紹介することもある（図1の②）。迷惑行為の通報により警察が保護し、本人同意のもと警察が2次医療機関に連れてくることもある（図1の③）。「ずっと妄想を口にしている」「ふさぎこんでいて食事をとらない」「自殺したいと言っている」などの患者が救急車で運び込まれることもある（図1の④）。

mECTやクロザピン治療が必要になった場合、保護室対応が必要になった場合、合併症がある場合、ある分野について高度な精神科の専門性が必要となる場合などは、1次医療機関や2次医療機関から3次医療機関としての病院に紹介される（図1の⑤、⑥）。3次医療機関には、措置入院の患者が自治体から紹介されたり（図1の⑦）、「激しい自傷他害がある」など緊急性の高い患者が救急車で運びこまれることもある（図1の⑧）。

図1 紹介のルート

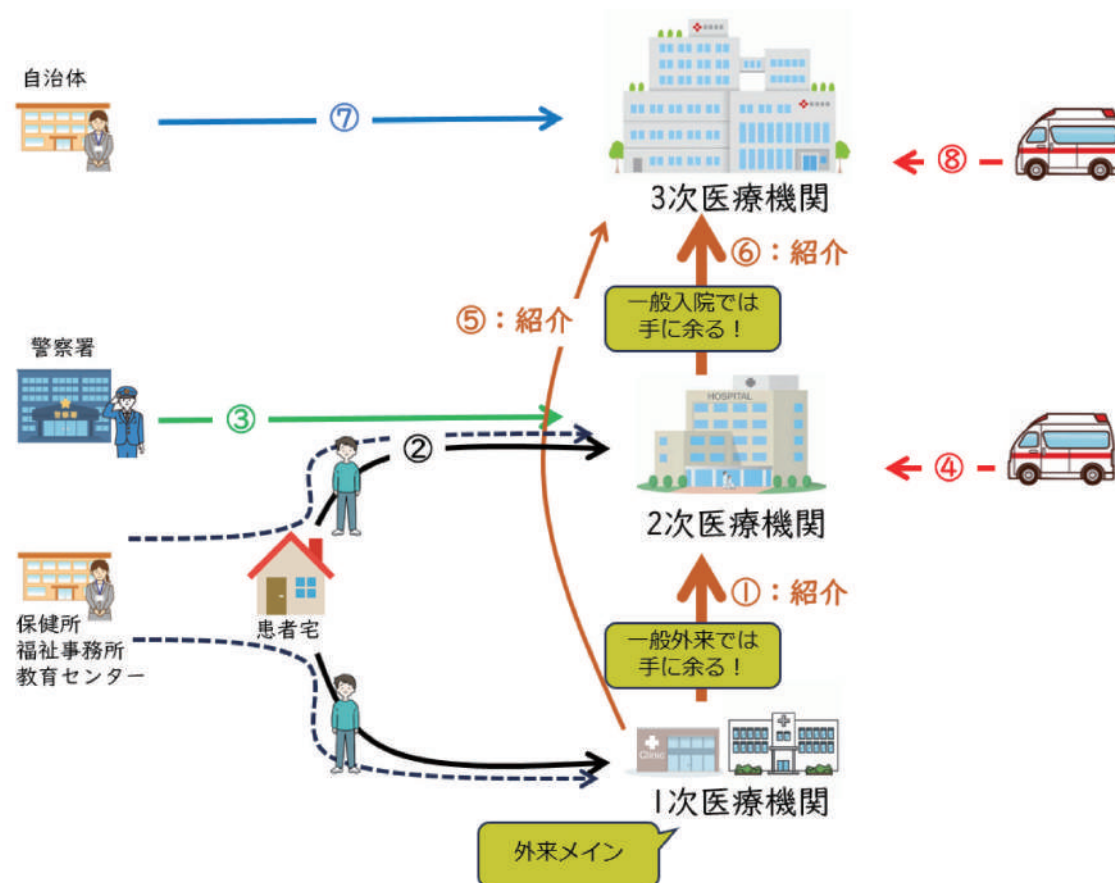


図2は、逆紹介のルートである。1次から2次、2次から3次のように、低次から高次への連携を「紹介」と呼ぶのに対し、高次から低次への紹介を「逆紹介」と呼ぶ。

mECTやクロザピン治療のできる病院、保護室、合併症に対応できる3次医療機関には限りがあるので、当該治療期間が終わったら2次医療機関に患者を逆紹介し転院させる必要がある。紹介元に戻す場合が図2の①、紹介元ではない2次医療機関に逆紹介をする場合は図2の②である。多くはないが、3次医療機関から1次医療機関に逆紹介するケースもある。紹介元に戻す場合が図2の③、紹介元でない1次医療機関に逆紹介をする場合は図2の④である。2次医療機関の入院患者も急性期が過ぎれば、外来通院や訪問診療を行う1次医療機関へ逆紹介してつなぐ(図2の⑤:逆紹介)。

逆紹介の際に退院を伴う場合は、家族と同居できるのか、グループホームに入るのか、など居住場所の確認も必須である。また、外来・訪問診療に加えて、デイケアや訪問看護などのサービスが同時に導入されることもある。また、実際には、なかなか逆紹介ができない患者もいる。超重度かつ慢性の患者や身体合併症がある患者、犯罪傾向や著しい自傷他害がある場合は、長く3次医療機関に留まらざるを得ないこともある。「希死念慮が消えない」「食事ができない」といった重度かつ慢性の患者などは、2次医療機関の急性期病棟に長く留まることになるし、急性期ではないが症状が慢性的に固定して地域に戻るのが難しい患者は、2次医療機関の慢性期病棟に移ることもある。

【当院の連携データ】

上述のように、急性期救急の医療機関から見て、紹介元や逆紹介先は多様である。ここでは、当院の紹介元・逆紹介先について、2024年9月のデータを見ながら説明する。当院ではケースに応じて1次から3次までの医療を提供している。

図2 逆紹介のルート

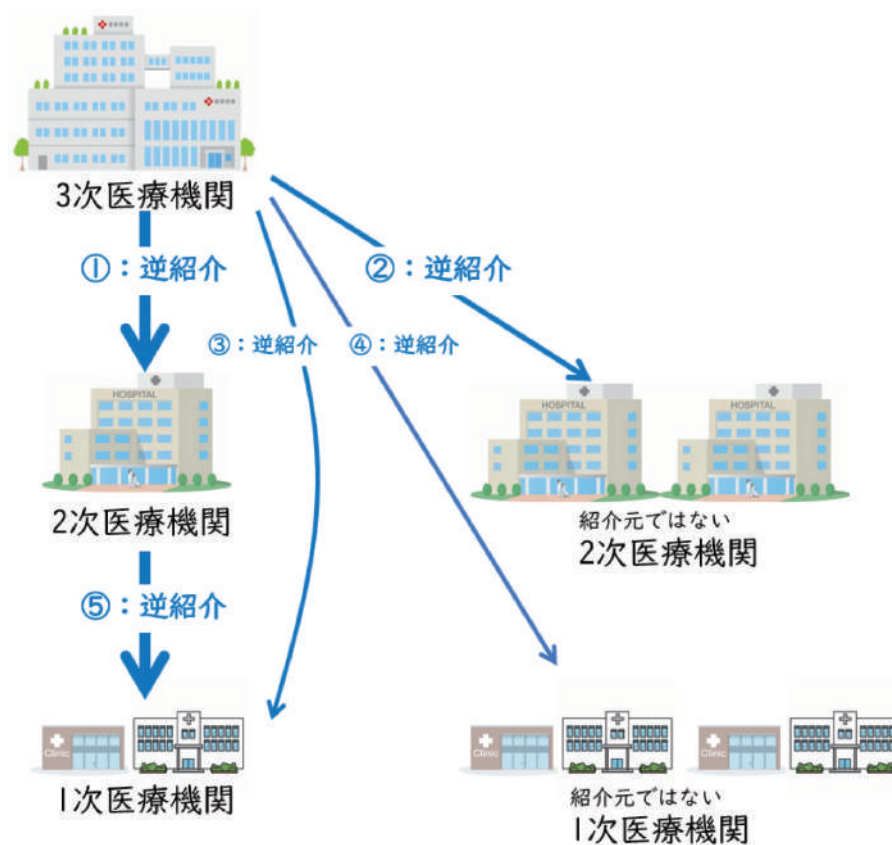


図3 入院紹介元 (2024年9月成仁病院)

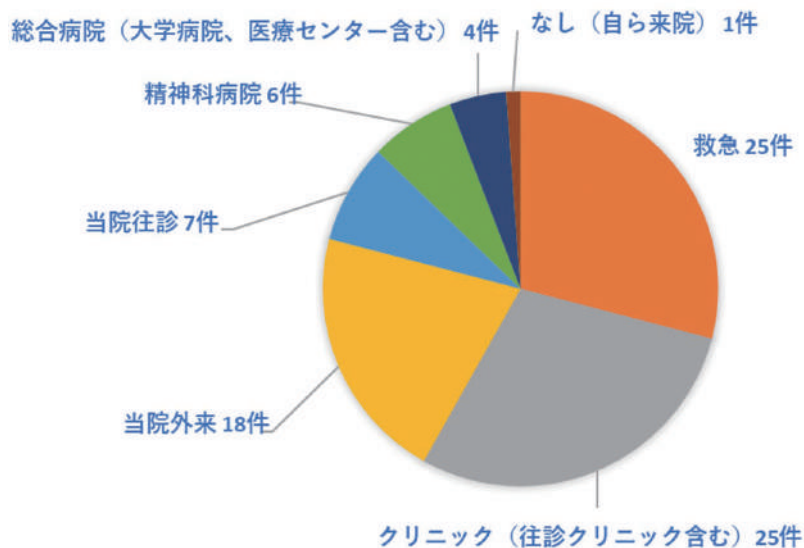


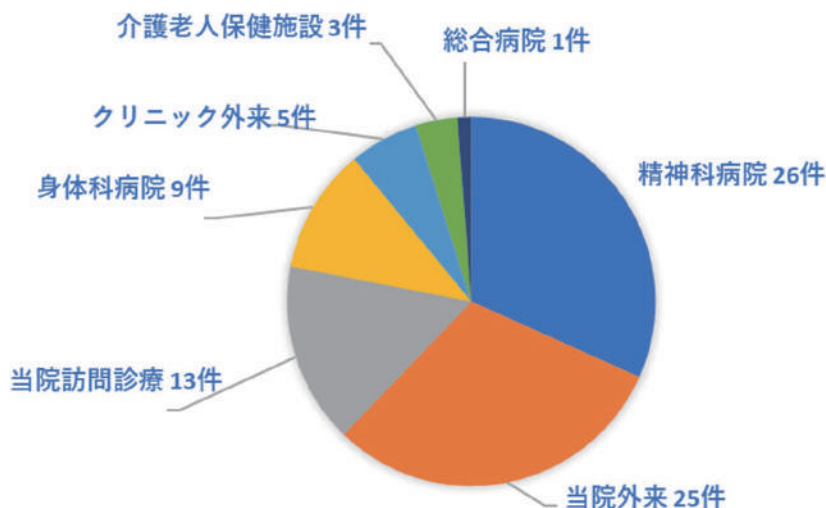
図3は、2024年9月に当院に入院した患者、合計86人の紹介元の内訳である。

最も多いのが、救急で来たケースとクリニックから紹介されたケースであり、それぞれ25件である。当院外来と当院往診からの入院は合計すると25件でこれに並ぶ。次に精神科病院6件、総合病院4件と続き、特に紹介なく患者が自ラ来院し入院となったケースが1件であった。

図4には、2024年9月に当院から退院した患者、合計82人の逆紹介先（一部紹介先）の内訳を示している。最も多いのが、精神科病院への逆紹介で26件。続いて、退院し当院の外来を導入しているケースが25件、退院して当院の訪問診療を導入しているケースが13件とある。「クリニック外来」の5件を合わせると半分以上の46件が、地域に戻っている。なお、地域に戻った46件において、同時に在宅サービスが導入されたのは17件、うち15件が訪問看護、2件がデイケアであった。

図4における「精神科病院」26件から1件、事例を紹介する。13歳男性。双極性感情障害。児童相談所から一時保護委託のケースである。幼少期より問題行動あり、10歳のころから児童相談所にたびたび保護されることがあった。2024年8月に、児童相談所において他児童に対する迷惑行為が増えたことから、薬剤調整と環境調整を含む一時保護委託の相談を受けた。本人、医療に対する拒絶的態度あり、攻撃性・暴力行為著しいため、両親の同意による医療保護入院となった。14日後、急性症状落ち着いたのちには、児童相談所が探してくれた精神科病院に逆紹介。転院となった。

図4 退院逆紹介・紹介先（2024年9月成仁病院）



【連携は持ちつ持たれつ】

紹介と逆紹介が行き交う精神科急性期救急において、地域連携とは、紹介と逆紹介がいかにスムーズに行われるか、ということにつきる。

紹介できた患者は、紹介元に逆紹介するのが通常である。もちろん、身体科からの紹介であれば、精神部分の逆紹介先は当院が探す。救急で来る患者は、そもそもの紹介元がないので、逆紹介先を探すのは当院である。普段通院していた医療機関があれば優先的に検討する。また、患者の引っ越しや、患者のメインの症状が紹介元の専門性に合わない場合など、なんらかの事情があるときも、当院が逆紹介先を探す。そしてそのような患者のために、逆紹介先となりえる医療機関と常日頃連携をしている。

しかし稀に、ただしそれほど少なくない頻度で、次のような利己的な紹介元がある。

- ・自らが紹介した患者について、急性期を脱して逆紹介の段になった際、シンプルな患者は逆紹介を受けるが、家族と連絡が取りづらかったり支払いが滞ったり複数個所と連絡調整を要するといった手数のかかる患者は逆紹介を拒否する。
- ・家族が退院後の受け入れを拒否しているのに、家族が引き取る意思があると伝えて紹介する。このように患者の問題点を共有せずに紹介する。当然逆紹介は受けない。
- ・治療方針が立たないまま長くかかえた患者を、かなり増悪してから始めて紹介する。早い段階で介入でき

れば、ここまで増悪しなかったであろうケースは本当に残念である。

・精神科ではないのに、精神症状をみる訪問診療を導入し、患者がかなり増悪してからはじめて紹介する。

実際の事例を1件紹介する。21歳男性。1p36欠失症候群による最重度知的障害とてんかんのため、大学病院の小児科に通院していた。成人を機に精神科病院に転院しようとしたが、待合室でパニックになり通院が難しいと判断。自宅近くのホームクリニックA（精神科は標榜していない）の訪問診療が導入された。その後Aより当院に、「夜間、自分の頭を叩く、床に頭を打ち付けるなどの不穏行動が見られる。昼夜逆転もしており母親の負担が大きいため、レスパイトおよび薬剤調整メインで入院できる病院を探している」と相談があった。Aによると、治療後は「本人・家族ともに在宅退院を希望している」とのことであった。しかしいざ退院の段になると家族が受け入れを拒否、代わりとなる受け入れ先をAが探そうとしないので、当院が自宅近くのグループホームを探し、退院となった。退院後もAの訪問診療は週1回継続されたが、2か月後に再度Aより入院相談があり、2回目の入院となった。家族に話をきくと、状態悪化などで電話をしてもAには全く連絡がつかず、どんどん増悪していったとのことであった。急性症状が落ち着き、退院に際してAに逆紹介すべく連絡するも、Aと連絡がつかなくなった。現在は当院の訪問診療を導入している。

患者に罪はないので、なるべく受け入れたいが、このような利己的連携を繰り返す医療機関はどうしても目についてしまい、こちらも守りに入ってしまう。利己的な紹介、逆紹介ばかりしていると、連携はいつか途切れてしまい、患者にとっても医療機関にとってもよくない。

自らも含め、連携の際には常に心掛けたいところである。

【さいごに一顔の見える関係を】

そうはいつでも、まったく誰の顔もしらない医療機関同士であると、忙しくて切羽詰まっていれば「ま、いいか」と利己的な連携を持ち掛けたくなるのも人間である。医師会や学会、業界団体などで定期的に顔を合わせていれば、あまりアンフェアなことはしにくくなる。このような顔の見える機会をつくることは、救急・急性期をとりまく連携にはとても重要だと感じている。

6. 精神障害者の身体疾患による救急医療における地域連携

南町田病院 矢野 正雄

はじめに

地域包括システムは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義され、2021年3月に精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに対する報告書がまとめられた。概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏が単位として想定されており、対応すべき分野の一つとして「医療」が定められている。

身体合併精神疾患患者における救急医療の現状

住み慣れた生活圏から切り離されて、遠方にある医療機関に救急搬送され、一方で救急隊は搬送先の選定や搬送活動に時間を要するようになる。

身体疾患による救急医療の連携で問題となることの一つは、割合は低いものの搬送困難となりやすい自殺未遂を含む自傷行為である。東京消防庁救急活動統計によると自損行為（故意に自分自身に障害を加えた事故）による搬送は令和元年には3,833人であったが年々増加し令和5年には5,081人と増加している¹⁾。重症度の内訳は軽症33.3%、中等症が37.6%で重症以上（重症、重篤、死亡）が29.2%と重症以上が約1/3を占める²⁾。平成26年の当委員会調査では重症以上は27%でありほぼ変わりはない³⁾。年齢層別では男女ともに20歳代が多く特に20歳代女性は1,321人と自損行為の女性の38%にも及ぶ⁴⁾。これも前回の平成26年の調査と同じである。

東京消防庁の統計では自損行為の事故発症時動作別搬送人員において過量服薬は薬物中毒に分類される。睡眠薬、鎮痛剤、鎮静剤、その他医薬品による搬送人員は2,622人で自損行為全搬送人員5,081人のうちの51.6%を占める⁵⁾。平成26年の前回調査でも50.4%が加量服薬であり、割合の傾向は変わっていない⁶⁾。

救急搬送困難事例（いわゆる東京ルール）における精神疾患および薬物中毒の割合は、令和元年では精神科合併12.5%、薬物中毒3.2%であったのに対して、令和5年（速報値）は精神科合併2.8%、薬物中毒1.2%とコロナ禍以降減少している⁷⁾。（両方の場合は「薬物中毒」として計上）

東京都医師会アンケート結果および考察

東京都指定二次救急医療機関において精神疾患合併症の患者の救急搬送症例の受け入れをしていない病院は33.6%と1/3病院になる（表1）。自傷・自殺企図となると53.7%と半数以上が受け入れをしていない（表2）。平成26年の調査時には二次救急医療機関の60%が受け入れをしていなかった時に比べるとやや受け入れ病院は増えたが、かなりの精神疾患患者の受け入れには病院の偏りがあることがわかる。その結果住み慣れた生活圏から切り離されて、遠方にある医療機関に搬送され、さらに救急隊は搬送の選定や搬送時間に長時間を要する。東京ルールとなると二次保健医療圏という大きな圏域内での搬送選定となる。

表 1. 精神疾患合併患者の救急車搬送症例の受け入れについて

	回答数	% (回答122)
受け入れをしている	81	66.4%
受け入れをしていない	41	33.6%

表 2. 自傷・自殺企図による救急車搬送の受け入れについて

	回答数	% (回答121)
受け入れをしている	56	46.3%
受け入れをしていない	65	53.7%

東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都ころといのちのサポートネット」について8.3%が利用したことがあると回答している。実際には東京都指定二次救急医療機関のうちの39病院が利用しており⁸⁾、知っているが利用したことがないと回答した中に実際は利用している病院が含まれていると考えられる。それでも約1/4にあたる24.8%は知らないと回答しており、さらなる周知も必要であろう（表3）。

表 3. 東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都ころといのちのサポートネット」について

	回答数	% (回答121)
利用したことがある	10	8.3%
知っているが利用したことはない	81	66.9%
知らない	30	24.8%

精神疾患合併救急患者の受け入れ病院において6月からの診療報酬改定による身体抑制原則禁止により今後の受け入れ困難となると回答した病院は14.9%、影響はあるが受け入れ可能38.8%であり、少なからず影響があると考えられた（表4）。

救急搬送された精神疾患合併入院患者退院時に関する調査では45.8%がその後の精神神経科に繋げるように段取りしているが、家族に任せるが21.7%、特に何もしないが13.3%である（表5）。

表 4. 診療報酬改定により、急性期病院での身体的拘束が原則禁止になることは、精神疾患合併患者の救急車搬送症例の受け入れに影響があるか

	回答数	% (回答121)
影響はあるが受け入れは可能	47	38.8%
以前も今後も精神合併疾患の受け入れはできない	32	26.4%
今までは受け入れをしていたが今後の受け入れは困難	18	14.9%
影響はない	16	13.2%
その他	8	6.6%

表 5. 救急搬送された精神疾患合併患者退院時に関して

	回答数	% (回答120)
病院で精神科医療機関受診までの段取りを行う	55	45.8%
精神科医療機関への受診は家族に任せる	26	21.7%
その他	21	17.5%
病院では精神科領域については特に何もしない	16	13.3%
「東京都こころといのちのサポートネット」を利用する	2	1.7%

精神疾患合併患者を診察するために整備して欲しい項目で最も多い項目は精神科医療機関への受診及び転院調整で82.5%と非常に高率であった。これを進めるには迅速な対応ができる人的支援やシステム等が必要であろう。

入院を必要としないと判断される場合の対応機関が60%、精神科医への相談窓口設置（休日・夜間を含む）が55%、地域の支援体制の整備43.3%であった（表6）。

精神障害にも対応する一般病院と精神科病院を中心とした地域連携においてどのような点がうまく行っていないかという項目では地域内の精神科医療機関に関する情報不足、情報不足による紹介、逆紹介困難、顔の見える関係構築が不十分の項目が上位を占める（表7）。

表 6. 精神疾患合併患者を診療するために整備して欲しい項目について

	回答数	% (回答120)
精神科医療機関への受診及び転院調整	99	82.5%
入院医療を必要としないと判断される場合の対応機関	72	60.0%
精神科医への相談窓口設置（休日・夜間を含む）	66	55.0%
地域の支援体制の整備	52	43.3%
精神科医の対診	47	39.2%
一般診療科医から精神科医への電話相談もしくはWeb相談	37	30.8%
その他	10	8.3%

表 7. 精神障害にも対応する一般病院と精神科病院を中心とした地域連携において、どのような点がうまく行っていないと思われるか

	回答数	% (回答115)
連携の必要性に対する認識不足	42	36.5%
情報不足による紹介、逆紹介困難	46	40%
顔の見える関係構築が不十分	49	42.6%
地域内の精神科医療機関に関する情報不足	62	53.9%
相手の専門分野に関する知識不足	36	31.3%
患者情報が複雑なため情報共有困難	26	22.6%
連携のための診療報酬が低い	22	19.1%
患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる	15	13%
連携先の紹介システムがない	43	37.4%
行政との連携不足	27	23.5%
その他	7	6.1%

問題点の解決策として患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成が最も望まれている。ただし入院が必要としないケースは紹介先があれば済むという問題でもなくその対応は行政を含んだシステム構築が必要であるとする（表8）。

表8. 精神障害にも対応する一般病院と精神科病院を中心とした地域連携における問題点の解決策について

	回答数	% (回答117)
地域の医師の得意分野がわかる一覧作成	54	46.2%
患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成	66	56.4%
連携のための定期的な協議会の開催	35	29.9%
共通テーマでの研修会や症例検討会の開催	34	29.1%
顔の見える関係構築のための懇親会等の開催	35	29.9%
連携のための適切な診療報酬体系の確立	35	29.9%
入退院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用	42	35.9%
行政のより積極的な連携構築への介入	37	31.6%
その他	4	3.4%

医師会としては一般診療科と精神科のさらなる連携強化、および統合失調症圏以外の精神疾患も含めて精神科への連携の橋渡しをする地域でのシステム実装が望まれる。さらに一般診療科、精神科の医療連携はより具体的な連携を構築する段階にきている。対診や非常勤精神科医の臨時派遣、電話等による具体的な支援が必要である。また、保健所やこども家庭支援センター等との連携するしくみ、地域の生活支援などの多角的な支援も整備していく必要がある。自宅等において対応困難でも入院を必要としない場合への対応手段を考える必要がある。さらに行政的には市民に精神障害やメンタルヘルスに関する相談窓口の周知も必要である。

東京消防庁の救急隊は精神科身体合併症例で救急要請がされた場合は二次もしくは三次の救急医療機関選定以外の方法はない。東京都における精神身体合併症救急Ⅰ型（対象：非入院患者で夜間休日身体疾患を併発した精神患者）の仕組み（精神科救急医療情報センターにて受け入れ医療機関調整）を知らないとした指定二次救急医療機関は52.5%と過半数に及んでいる（表9）。救急病院からどういうルートで依頼すればよいかも含めた周知が必要と考えられる。ただし、同医療機関は都内6病院であり、最後の砦としての役割を担うものであると考える。またそこから地域の病院に転院する場合に身体が落ち着いてからの転院となると、転院要請を受ける精神科病院は精神科救急急性期や急性期治療病棟での入院ではなく、精神一般の15対1病棟もしくは精神科地域包括ケア病棟となるため患者さんの状態によっては対応が難しいケースも想定されるため、行政と相談しながらのルール作りが必要と考えられる。

表9. 東京都における精神身体合併症救急Ⅰ型（対象：非入院患者で夜間休日身体疾患を併発した精神患者。精神科救急医療情報センターにて受け入れ医療機関を調整）のしくみについて

	回答数	% (回答122)
知っていて利用したことがある	11	9%
知っているが利用したことはない	47	38.5%
知らなかった	64	52.5%

精神障害・知的障害者においても高齢者同様に身体疾患に対して、地域密着型病院、二次救急病院は地域における連携の中でコンダクターとしての役割を担うことが望ましいと考えられる。精神障害者や知的障害者の状況は地域差があるため、システム構築には地域の特性に応じて作り上げることが重要である。

[参考文献]

- 1) 東京消防庁：「救急活動の現況（令和5年）」図表5-6-1 自損行為の搬送人員推移
- 2) 東京消防庁：「救急活動の現況（令和5年）」図表5-6-2 自損行為の初診時程度別搬送人員
- 3) 東京都医師会：「平成25年度・26年度精神保健医療福祉委員会 検討結果報告書」P43 図18 搬送時の身体面の重症度（N＝236）
<https://www.tokyo.med.or.jp/wp-content/uploads/application/pdf/h25-26seishin.pdf>
- 4) 東京消防庁：「救急活動の現況（令和5年）」図表5-6-3 自損行為の年齢層別搬送人員
- 5) 東京消防庁：「救急活動の現況（令和5年）」図表5-6-4 自損行為の事故発症時動作別搬送人員
- 6) 東京都医師会：「平成25年度・26年度精神保健医療福祉委員会 検討結果報告書」P44 表3 搬送時の身体面の重症度と自傷・自殺企図の手段
<https://www.tokyo.med.or.jp/wp-content/uploads/application/pdf/h25-26seishin.pdf>
- 7) 東京都保健医療局：「東京都における救急搬送及び東京ルールの実運用状況」より抜粋
- 8) メンタルケア協議会：「東京都こころといのちのサポートネット利用一般科病院2022年～2023年」より抜粋

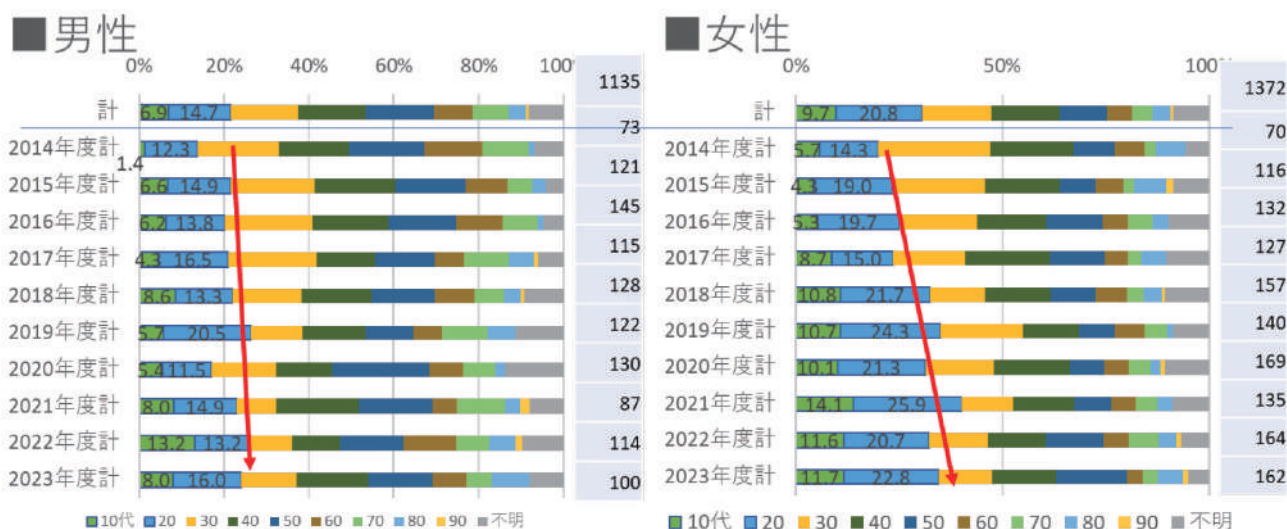
7. 自殺未遂者支援事業から見た地域包括ケアシステムの問題

NPOメンタルケア協議会 西村 由紀

メンタルケア協議会では、「東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業～東京都こころといのちのサポートネット」、港区と品川区の「自殺未遂者支援事業」を受託し、広域型と地域密着型の自殺未遂者支援を行っている。支援においては対象者だけでなく家族全体の支援が必要になることが多く、数多くの地域の支援機関（医療機関、保健所、福祉事務所、障害者支援施設、児童相談所、地域包括支援センター、学校や職場等）と連携して支援を行っている。連携がうまく機能する場合もあれば、あまりうまく行かないこともある。自殺未遂者支援の難しさは様々あるが、一番難しいのは機関連携がうまくいかないことだ。それは、①支援課題が多岐にわたり関係機関が多い、関係機関によって見方がまるで違い支援方針の共有が難しい、②関係機関どうしの連携をマネジメントする機関が必要だが、中核になってマネジメントする機関が定まりにくい、③本人に支援希求が乏しくどの機関でも関わりが難しい、がある。

また、依頼される対象者の年齢層は徐々に10～20代の割合が増え、特に女性では3割以上が10～20代となっている（図1）。10代においては親子関係や学校問題、20代においては恋愛・夫婦関係・出産育児の問題が関わってくるため、地域連携が重要となってくる。10代と20代のふたつのケースを紹介する。ひとつ目は区の自殺未遂者支援事業のケースで、ふたつ目は東京都の自殺未遂者支援事業で関わったケースである。小さな地域で行う場合と広域で行う場合では、問題も異なってくる。多角的な視点で地域包括ケアシステムの課題を論じたい。

図1. 東京都自殺未遂者対応連携支援事業における対象者の年代割合の変化
(2014年7月10日～2023年3月 合計2507件)



事例1では、子ども家庭支援センターを軸に多くの機関が連携した。本人に相談意欲や関わりの希望が少なかったことや、虐待が疑われたことで母親も支援に拒否的になったことから、支援関係構築が困難であった。訪問看護も精神科主治医も関わりを拒否し、見立てや支援の方向性が定まらずに迷走。紆余曲折のあと、母子それぞれの恋愛関係をお互いや周囲が認めることで落ち着いた。親の言動は子どもの希死念慮や自傷行為のきっかけであったが、一番に大事な支援者であったため、親への支援がとても必要であった。また、それぞれの立場や視点が違う関係機関が連携することの難しさを思い知らされた。子どもにとって一番大事な支援者で

ある親の支援も必要という視点はどうしても少なくなりがちであり、学校は他の生徒への影響も考えなければならぬ。医療機関や訪問看護ステーションなどは本人や家族に拒否をされたら関わりは終了してしまう。それぞれを尊重しながらも、本人を取り巻く家族全体、支援者対象者全部が取り残されることのない包括的なマネジメントが必要となる。どの機関が包括ケアのマネジメントを担ったとしても、マネジメントを行う際にはその機関の立場や視点を超えなければならないが、それがとても難しいと感じた。また、包括ケアの中に、家族を巻き込んでいくことがいかに大切であるかに気づかされた事例であった。

**事例1 『特別区在住小学6年生女子』 母子の2人家族 小学3年から心療内科cli.受診 病名なし
連携機関：小学校、子ども家庭支援センター、保健センター、大学病院精神科、訪問看護ST**

【概要】小学5年生から間欠的不登校、リストカットを繰り返す。対応していた養護教員が年度末に異動することを知って学内で大量服薬し、救急搬送。退院後に母親と喧嘩になり、自分で首を絞めた。学校から子ども家庭支援センター、保健センターを経由して自殺未遂者支援へ依頼。	
経 過	支援課題
小学4年時 両親が離婚し母子家庭となった。原因は父から母へのDV。面前DVあり。母は被虐待体験あり。	離婚時はシェルター利用。母が働いて自活したため、支援終了。
小学5年時、唯一の友達とも心理的距離が離れ、クラスで孤立。自傷行為を行う度に、養護教諭に話を聴いてもらった。	養護教諭が依存対象となった。
小学5年年度末、養護教諭の異動を聞いて校内で大量服薬し、救急搬送。搬送先大学病院で1週間ほど入院し、同病院の児童精神科受診。子ども家庭支援センターと保健センターの地区担当保健師の関わり開始。	
小学6年4月 子どもが不機嫌になって母親に突っかかり、思い通りにならないと自傷行為をほのめかす。母と喧嘩になって自分で首を絞め、大学病院へ自ら電話し、子ども家庭支援センタースタッフ同伴で受診。精神科へ2か月余の入院となる。	子ども家庭支援センターは、母親の虐待を疑い、母親は警戒して関わりに拒否的となる。
小学6年5月 退院に向けて関係者カンファが病院で開催され、未遂者支援スタッフにも依頼があって参加した。母親の養育能力が問題視され、訪問看護を週5日、子ども家庭支援センタースタッフが週1日訪問することとなった。週1回の精神科通院は保健師または子ども家庭支援センタースタッフが同伴。心理検査の結果、発達障害や知的な問題は否定された。	子ども家庭支援センターが支援の中心で、母子分離も視野に。母親が支援に拒否的になり、信頼関係がとれないため、未遂者支援スタッフが母親の支援を担当することに。
小学6年6月 学校は「常に教員の監視下に置くこと、学校で自傷行為等をしないこと、危険行為がある場合は家族が迎えにくること」などの誓約書を書いて登校再開となる。その厳しさに対象児は登校せず。訪問看護も完全拒否してひきこもる。	学校と子ども家庭支援センターで誓約書等作成。保健師や未遂者支援スタッフの意見は取り入れられず、精神科主治医は、関わらず。
小学6年秋 母親が週末に男性を自宅に呼んで泊まらせていることから、母子の関係悪化。母子ともに不安定となる。	本人が、学校や訪問看護だけでなく主治医を拒否し、対応の仕方が誰もわからなくなる。
精神科主治医は本人との関係構築のために優しく接していたが、本人は次第に主治医を振り回すようになる。最終的に主治医を拒否し、元の近隣心療内科の受診のみ希望。	未遂者支援スタッフは、母の衝動性を緩めるような対応を行う。
小学6年冬 ネットで知り合った遠方に住む1学年上の男子（不登校気味）と恋愛関係となった。彼が家に泊まりに来る等のデートを繰り返し、四六時中LINEで連絡を取る関係となる。母親は最初、ふたりの関係を懸念していたが、交際を認めた途端、本人の気持ちが安定し、母親との関係改善。	子ども家庭支援センターは、小学生の恋愛交際を認めた母親の行動を虐待と考え、母親の考えを受けとめる対応をしていた未遂者支援スタッフと考えが対立。
中学1年 本人と遠距離彼氏の関係は続き、彼が新学期から登校再開すると、本人も登校。休みがちなが頑張っている。母親と週末婚の男性の関係も続いており、母子がお互いの恋愛を認めあうことで落ち着き、自傷行為も見られなくなった。	子ども家庭支援センタースタッフも現状を認め、見守りに徹するようになった。

事例2は、大量服薬や首吊りで救急搬送を頻繁に繰り返していたケース。子ども時代の性被害を背景に異性への依存傾向が強く、本人が依存対象となる支援者以外を拒否するという特性があり、当初は地域支援の介入が困難であった。大量服薬などで救急搬送された時を機に自殺未遂者支援スタッフが緩くマネジメントを行い、治療関係や支援体制を、時間をかけながら構築していった。かかりつけ精神科の転院や自治体を超えた転居も2回あったが、広域の自殺未遂者支援を続けられたため、情報共有や支援方針の維持が可能であった。就職、妊娠、結婚、出産、里帰り子育てなどを経て、その都度必要な支援が入れ替わり立ち代わり関わりながら、時間をかけて本人自身の相談解決能力が育っていった。また、救急搬送が頻回となるような問題の大きさに比べ、普段の生活は自身で問題なく行うことができるが、自己決定能力が弱いため、支援者の立ち位置や距離が難し

事例2 『特別区→多摩地区 20代前半女子』独居 精神科通院中 病名：解離性障害 PTSD
連携機関：大学病院精神科、精神科病院、救急病院、保健センター、訪問看護ST、児童相談所

【概要】思春期に性被害。母親との確執がある中、地方から上京して大学院在学中。数年前から解離性障害の症状が見られるようになり、大量服薬や首吊りなどを繰り返し、頻繁に救急搬送。通院先大学病院精神科から自殺未遂者支援へ依頼。	
経 過	支援課題
中学生 地方都市在住。性被害に遭うも数年間黙秘。被害を告白した際に、母親が味方になってくれなかったと感じた。	性被害に関する支援は不十分だった。
2年前（大学生） 付き合っていた男性との間で、妊娠中絶後に一方的に関係を切られるという体験あり。解離性障害の症状が見られるようになり、精神科通院。大量服薬や首吊りを繰り返すようになり、頻繁に救急搬送。自殺未遂者支援へ依頼があるも、本人の困った時だけ電話相談が入るにとどまった。	主治医への依存、担当ケースワーカーへの恋愛感情、実家の家族の関わり拒否により、対応が困難を極めた。
大学院生 主治医から治療関係継続困難と判断され、別の精神科病院へ転院させられるが本人は受け入れられず、大量服薬により通院先大学病院へ救急搬送されることが続く。保健センター保健師、自殺未遂者支援スタッフの関わりは拒否的で、連絡が途切れがちとなる。	主治医変更もままならず、保健師や自殺未遂者支援も拒否的。
大学院中退 1年半かかって自殺未遂者支援スタッフとの関わりができてはじめる。自殺未遂者支援が中心になり、家族及び救急搬送先となる大学病院2か所と連携し、大量服薬の処置後に転院先精神科病院へ転送。精神科病院へ3か月の入院を経て、認知行動療法の実施、訪問看護STの利用、就職活動を行う。	自殺未遂者支援が緩くアレンジしながら、治療と生活支援体制を構築。主治医や心理士との信頼関係ができてくる。
就職1年目 23区内で転居。大量服薬と休息入院を繰り返しながら、訪問看護師が相談相手となり、その間隔がだんだん長くなる。精神障害を持つ男性との交際開始。	特定の支援者への依存が起こらないように注意しながら、仕事や交際関係の見守り。
就職2年目 妊娠が発覚し、妊娠を継続するかどうかをギリギリまで検討。不安定となり、希死念慮が高くなり、相談が頻繁となる。最終的に出産することを選択し、彼の実家近く（多摩地区）への転居、入籍を行う。通院先精神科病院にて、主治医や担当ケースワーカー、産婦人科病院スタッフ、転居先自治体の保健師、子ども家庭支援センター、自殺未遂者支援スタッフ、本人と夫も参加してカンファレンスを実施。精神的に安定し出産を迎える。	産婦人科は精神障害者の出産に非協力。保健センターへ出産するかどうかの相談に乗ってもらえるように依頼するも、出産の意志決定に関わることはできないと拒否。主治医、訪問看護師、自殺未遂者支援スタッフが相談相手となる。出産医療機関の選定にも苦慮。
就職3年目 出産後1週間で夫婦ともに疲れ果てて、子ども家庭支援センターが動いて子どもは乳児院保護。4カ月の保護期間を経て、子どもが1歳になるまで本人の実家で子育てをすることを条件に退院。実家に戻り、母との関係修復がなされながら共同で子育てを行う。	本人が主体となって必要な関係機関を利用できるようになる。
就職4年目 実家から戻る。保育園を利用しながら夫婦で子育てができるようになり、職場復帰を果たす。精神症状も落ち着き、現在は過去の性被害に決着をつけたいと考えている。	通院及び子ども家庭支援センターの定期面接は続けている。

く、支援者の中には、関わりを拒否する者もいた。地域の産婦人科病院は、精神障害を理由に当院での出産を拒否し、出産するかどうかの相談もできなかった。

転居や関わる機関が広域になる場合、市区町村のような小さな単位のシステムでは難しいこともある。今回は、支援関係を安定させるのが難しい対象者であったが、東京都の自殺未遂者支援事業が長きに渡って関わってきたことで、支援機関が変更になる際にも支援継続するのに役立ったと感じる。また、事例のような「出産するかどうかを相談できる機関が見つけれなかった」ことや、「精神障害を持つ方が出産できる産婦人科を探すのに苦慮した」ことから、受け入れ支援機関の問題も浮き彫りにされる事例であった。

8. 認知症医療における地域連携

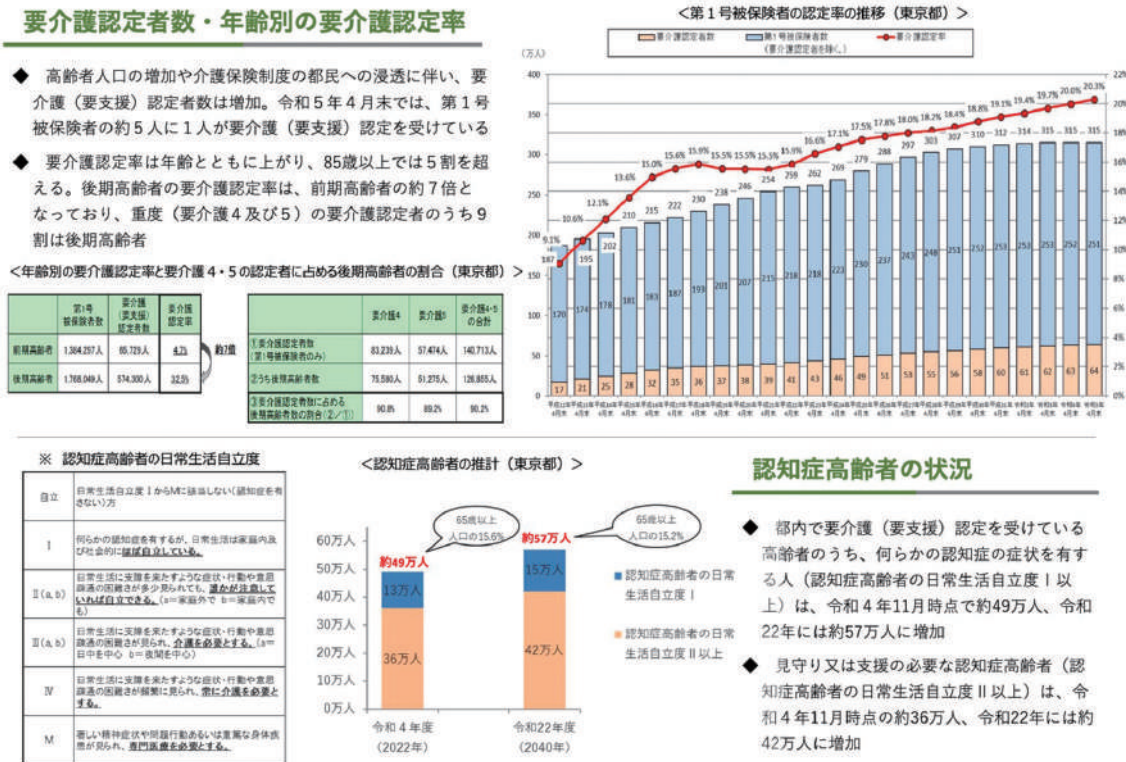
石橋クリニック 石橋 幸滋

[はじめに]

日本の認知症患者は令和2年現在約700万人と言われているが、東京都のデータを見てみると何らかの認知症を持つ高齢者は2040年には約57万人に増加すると推計されている（図1参照）。しかし、これに軽度認知症MCI患者を含めるとすでに70万人を超えているとも言われており、この状況に対処するためには、医療だけ考えても専門医、非専門医の分け隔てなく、高度急性期病院から在宅専門クリニックまで全ての医療機関が関係し、精神科の医師だけでなく、一般診療科医はもちろんのこと、眼科、耳鼻科など全診療科医が連携する必要がある。

これに加え、認知症になっても、住み慣れた地域で質の高い生活を維持していくためには、認知症疾患の診断と臨床像の総合的な評価に基づいて、適切な医療サービスと介護サービスを一体的に提供していく必要がある。そのためには、医療と介護が有機的に連携する仕組みが必要であり、地域包括支援センターにおける地域ケア会議、認知症地域支援推進員の配置、地域連携パスや情報共有ツールの作成、認知症疾患医療センターの設置、認知症対策推進会議や医療介護連携協議会の開催、専門職の研修や認知症サポーター養成事業など、地域包括ケアシステムの中で行われている事業をさらに充実させていくことが求められている。

図1. 東京都における高齢者の状況



東京都高齢者保健福祉計画（令和6～8年度）中間のまとめ（概要版）より

図2は、東京都が描く2030年の高齢者が安心して地域で暮らし続けるために必要な地域包括ケアシステムのイメージ図であるが、我々が関係するものは認知症支援だけでなく、フレイル予防やサルコペニア対策も含めた介護予防や高齢者の安心安全を守るための人材育成、介護施設の選択支援などの生活支援、そして地域包括支援センターの活動支援など、様々な役割がある。そこで本編では、認知症患者の例を元に、認知症の地域包括ケアシステムと地域医療連携を考えて見たい。

図2. 東京の2030年の地域包括ケアシステムの姿（イメージ図）



東京都高齢者保健福祉計画（令和6～8年度）中間のまとめ（概要版）より

[症例]

85歳の女性で3年前から短期記憶力障害が目立つようになり、買い物に行くと同じものを買って来るようになり、物をどこに置いたかわからなくなり一日中探し回ったりするようになった。昨年は、ものがないのを娘のせいにして大声で怒鳴ったり、散歩に行くと行って家を出ると数時間戻ってこないことがあったりで、先日は道に迷い警察に保護された。

身体的には高血圧があり、以前は近くの内科クリニックに通院していたが、2年前からは通院も辞めてしまった。それ以降受診を促しても「私は大丈夫、どこも悪くない」と言って受診拒否するため、通院はしていなかった。

娘二人と同居しているが、54歳の長女は独身で事務職として都心の会社に勤務し生計を支えている。50歳の次女は、20歳の時父親の死をきっかけに自殺未遂を起こし、それ以後統合失調症と診断され治療を受けていたが、薬を飲んだり飲まなかったりしている。自分で出された薬を調べて、種類や量を調整していた。時々調子が悪くなり、強制的に入院させられたこともあった。

最近も状態の変化が激しく、ヒステリックになったり、病院や関係者に電話をかけまわったり、外に飛び出していったりすることが時々あるが、母親が認知症になってからはよく喧嘩するようになり、母親が精神的に不安定になると次女の状態も悪化するなど問題も多く、表1にこの症例の問題点をまとめた。

表 1. この症例の問題点

- 1) 明らかな認知障害があるが、医療機関の受診を拒むため、診断、治療に結びつかない
- 2) 次女が精神疾患を抱えており、他者のアドバイスを聞かないため、母親の医療機関受診や福祉の生活介護支援などを妨げている
- 3) 次女の精神科への定期的受診が必要であるが、自分で調子が良くなると受診しなくなる。また逆に調子が悪くなっても受診しなくなる。特に母親の状態が患者の状態に影響を及ぼす
- 4) 母親と娘を面倒見ている長女が疲弊しているが、次女に対して強い態度に出られず、言いなりに近い状態になっている
- 5) 本来ならば、母子分離が必要と思われるが、患者の反対で入所できない、入所させようとするで次女の状態が悪化する

【その後の経過】

当初は、保健所の保健師が次女のことと定期的に訪問していたため、母親の受診や社会資源の導入などいろいろ働きかけたが、次女はもちろんのこと母親本人も全くアドバイスを受け入れず、長女はこれまでの経緯もあり、妹に遠慮して強い態度に出ることができないため、受診に結び付かなかった。

このような状況下で徐々に母親の状態が悪化し、幻覚・妄想、昼夜逆転などが出現し、ほぼ寝たきり状態で自力移動ができないにもかかわらず、頻尿のため家族にポータブルトイレへの移動を頻回に要求するなど、家族も疲弊してきた。また、腸管の動きが悪く偽腸閉塞状態になることが度々あったため、保健所保健師より当院に訪問診療の依頼があり、訪問を開始した。

訪問開始時は患者及び患者家族とのコミュニケーションも不十分であったため、画像診断はもちろんのこと簡単なMMSE知能検査さえもできず、専門医受診も拒否していた。加えて、薬物による血圧コントロールは本人が拒否し、抗精神病薬は次女が自分の服薬経験を基にして判断するため使用が難しかった。そこで、次女の精神科主治医と連絡を取りアドバイスしてもらったが、なかなか主治医のアドバイスも受け入れてもらえなかった。

また、母親を施設に入所させるよう説得を試みるも、同意を得ることはできなかった。何とかショートステイを利用させたこともあったが、母親が帰りたいと騒ぐため患者が我慢できなくなり自宅へ連れ帰ってしまった。そこで、やっと訪問看護、生活介護サービスを導入し家族の負担を減らすと共に、訪問看護師や保健所保健師と協力しながら在宅支援を行えるようになり、なんとか自宅での生活を送れるようになった。

その間、次女の負担を減らすため、長女が仕事を辞め自宅で介護に専念するようになったが、長女のストレスが大きくなるだけでなく、次女の役割が減ることで精神的に不安定になり、仕事を辞めたことのデメリットの方が多くなったことは想定外であった。

【この症例から学んだこと】

この症例は、単に認知症患者のケアだけでなく、その家族が精神疾患を患っていたため対応が極めて難しくなった例であるが、この超高齢化社会では独居の高齢認知症患者や老老介護、認知介護（認知症患者を認知症患者が世話をすること）など家族の支援が得られない例は極めて多くなってきている。

また、家族が医療や介護サービスの導入に拒否的な場合は無理に導入することはできないので、介入した時点ですでに手遅れの場合も少なくない。この症例では、この後2年ほどして次女が心筋梗塞で突然死しており、母親の身体疾患に関しては治療を行っていたが、次女に関しては本人の身体症状の訴えもなく健診も拒否していたために身体チェックを行っていなかったことが悔やまれる。

母親は93歳まで生きたが、自宅での介護を充実させるため、訪問診療、訪問看護、生活介護などを導入し、次女の死後特別養護老人ホームに入所した。この症例のように対応が難しい症例では、保健・医療・福祉スタッフなどに協力してもらうMultidisciplinary Approach：多職種による多角的接近が必要であるが、その場合家族を支えるリソースとして関わる人たちの考え方や行動を一致させることが適切な対応の鍵となる。

一方で、患者及び家族が信頼するキーパーソンを見つけておくことも重要である。この症例では、家族全員が通っていた教会の牧師さんがキーパーソンとなってくれたが、患者が比較的意見を聞いてくれる人が見つけれられるかどうか、このような患者や家族に対応していく場合に重要なポイントになる。

〔認知症における地域包括ケア〕

認知症に関しては、2000年に介護保険が開始されて以来様々な施策が行われている。例えば2005年には認知症サポーター養成が始まり、2008年認知症疾患医療センター運営事業、2012年認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）策定、2015年新オレンジプラン策定、2018年には認知症施策推進大綱が決定され、2024年共生社会の実現を推進するための認知症基本法が施行された。

その中でも認知症施策推進大綱¹⁾では、「現代社会において、認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。そのため認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪としてこの施策を推進していく」ことが重要であると定義されており、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症と共に生き、認知症があってもなくても同じ社会で共に生きる「共生」と、認知症にならないという意味ではなく、認知症の進行を遅らせる「予防」を重要視するという基本的な考えの下に、

1. 普及啓発・本人発信支援
2. 予防
3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
5. 研究開発・産業促進・国際展開

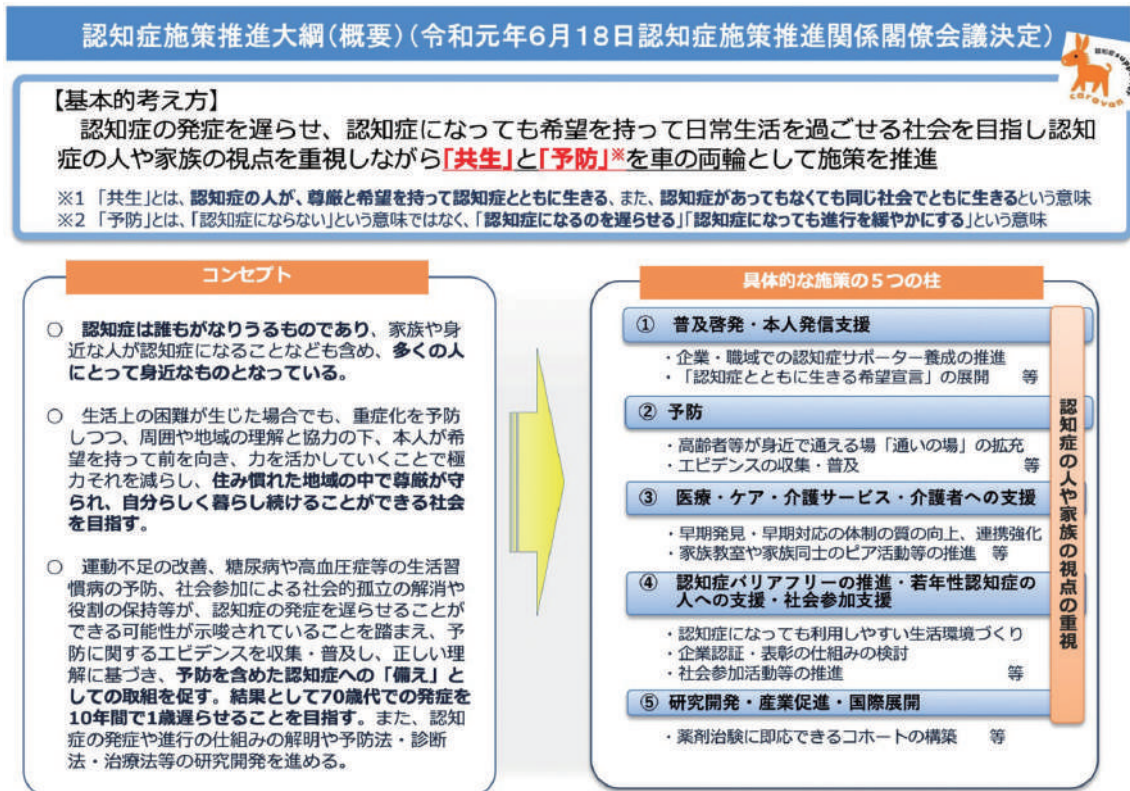
の5つの柱に沿った施策が推進されている（図3参照）。

また令和6年1月1日施行された認知症基本法²⁾は、認知症施策推進大綱に基づき、認知症に関する施策における基本理念を定め、国、都道府県、そして区市町村それぞれが認知症施策推進基本計画を策定し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会の実現を推進することを目的としている。

ここでいう基本理念（図4参照）とは、

1. 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる
2. 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる
3. 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる
4. 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される
5. 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる
6. 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備する

図 3. 認知症施策推進大綱（概要）

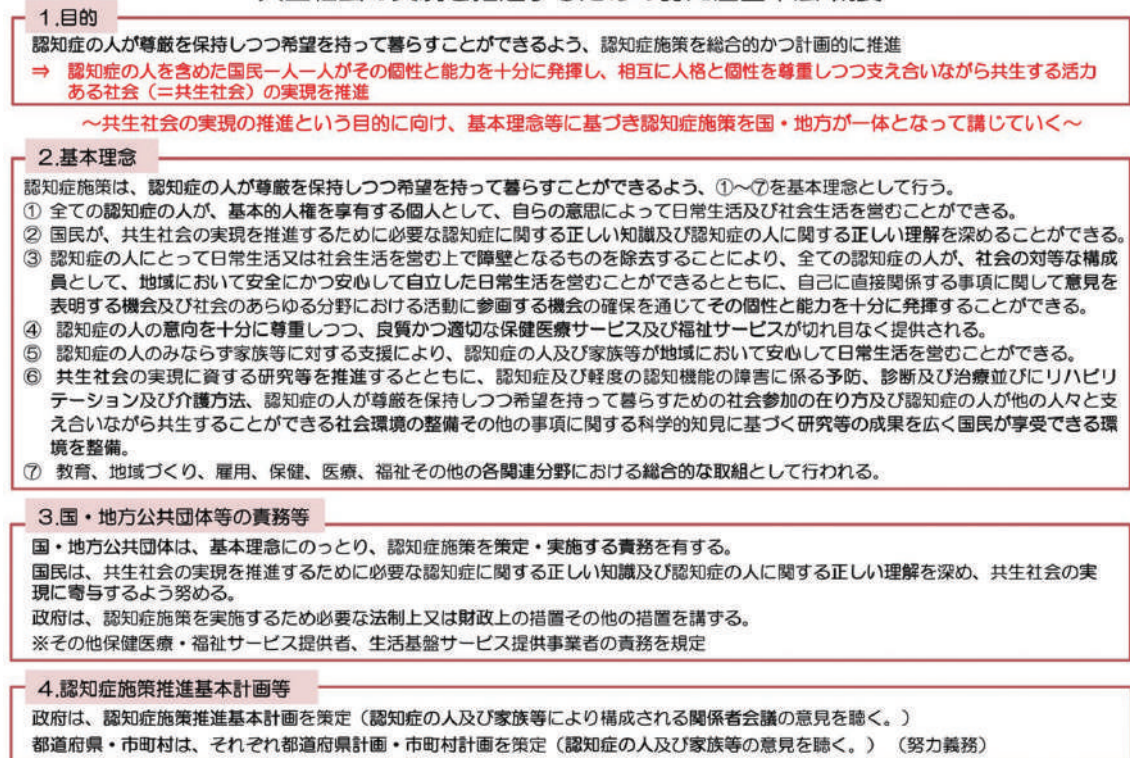


厚生労働省：認知症に関する政府の取組について、

<https://www.ncgg.go.jp/zaitakusuishin/ninchisho/documents/10-1.pdf>, 2021年8月25日

図 4. 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要①

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要



社会保障審議会介護保険部会（第107回）：資料4：共生社会の実現を推進するための認知症基本法について、

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf>, 2023年7月10日

7. 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる以上7項目で、この理念を達成するために以下の基本的施策（図5参照）を策定している³⁾。

1. 認知症の人に関する国民の理解の増進等
2. 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進
3. 認知症の人の社会参加の機会の確保等
4. 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護
5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等
6. 相談体制の整備等
7. 研究等の推進等
8. 認知症の予防等
9. その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力等

これらの方針をもとに、都道府県及び区市町村それぞれが独自の認知症施策推進基本計画を立案しており、その策定には地区医師会や地域の医療機関の参画が求められている。

図5. 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要②

5. 基本的施策
①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】 国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】 ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策 ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】 ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策 ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】 認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】 ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策 ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策 ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
⑥【相談体制の整備等】 ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備 ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
⑦【研究等の推進等】 ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及等 ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用等
⑧【認知症の予防等】 ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策 ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力
6. 認知症施策推進本部
内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。 ※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

社会保障審議会介護保険部会（第107回）：資料4：共生社会の実現を推進するための認知症基本法について。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf>, 2023年7月10日

[精神障害・知的障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート結果から見えるもの]

今回我々は、現場の医師特に精神科医と一般診療科医が日頃の連携をどのように考えているかに関するアンケートを行った。回答総数が129と少ないためはっきりしたことは言えないが、認知症医療に関しては10点満点中平均5.77点と他のアンケート項目の平均を上回っている（図6参照）。この理由として最も考えられるのは、認知症基本法や各区市町村で取り組んでいる認知症施策により、医療連携や医療介護連携が進んでいるため、

精神科医はもちろん一般診療科医の関心も高いためだと思われる。また、認知症サポート医や認知症かかりつけ医など制度による相互理解や研修会等で顔の見える関係も徐々にできつつあることもその理由になっていると思われる。

しかし、表2のようにまだまだ問題点も多く、特に情報不足による紹介困難が46.3%と最も多かったのは、連携が十分に進んでいない状況を表していると言わざるを得ない。今後は、表3からわかるように各区市町村における認知症対応ネットワークの構築、認知症サポート医と地域包括支援センターとの連携などを進めていく必要がある。加えて各区市町村では、認知症ガイドブックを作成、配布しているし、多職種が参加する研修会なども定期的に開催しているが、まだまだそれが我々地域の医師に十分認識されていないので、その認識を高めるための広報活動も必要である。

図6. 認知症医療における地域連携はうまく行っているか？

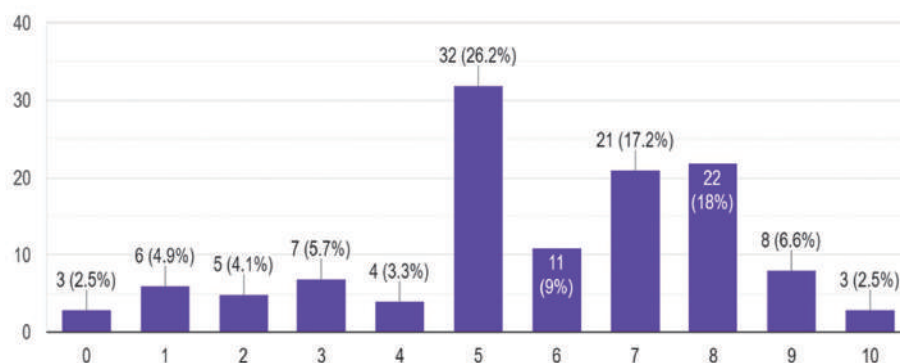


表2. 認知症医療における地域連携の問題点

	回答数	% (回答108)
連携の必要性に対する認識不足	38	35.2%
情報不足による紹介困難	50	46.3%
顔の見える関係構築が不十分	37	34.3%
地域内の認知症対応医療機関に関する情報不足	43	39.8%
相手の専門分野に関する知識不足	23	21.3%
認知症対応のための地域支援機関情報共有不足	43	39.8%
認知症対策に関する知識不足	25	23.1%
連携先の紹介システムがない	28	25.9%
行政との連携不足	29	26.9%
その他	11	10.2%

表3. 認知症医療における地域連携の問題解決策

	回答数	% (回答108)
各区市町村における認知症対応パンフレットの紹介、配布	46	42.6%
各区市町村における認知症対応ネットワークの構築、活用	53	49.1%
地域医療介護連携のために定期的な協議の場の設置	33	30.6%
多職種が参加する認知症関連研修会の開催	43	39.8%
顔の見える関係構築のための懇親会等の開催	26	24.1%
連携のために適切な診療報酬体系の確立	30	27.8%
認知症コーディネーターの育成と活用	44	40.7%
認知症サポート医と地域包括支援センターとの連携	53	49.1%
行政との連携推進	35	32.4%
その他	8	7.4%

[認知症の地域包括ケアにおける医師及び地区医師会の役割]

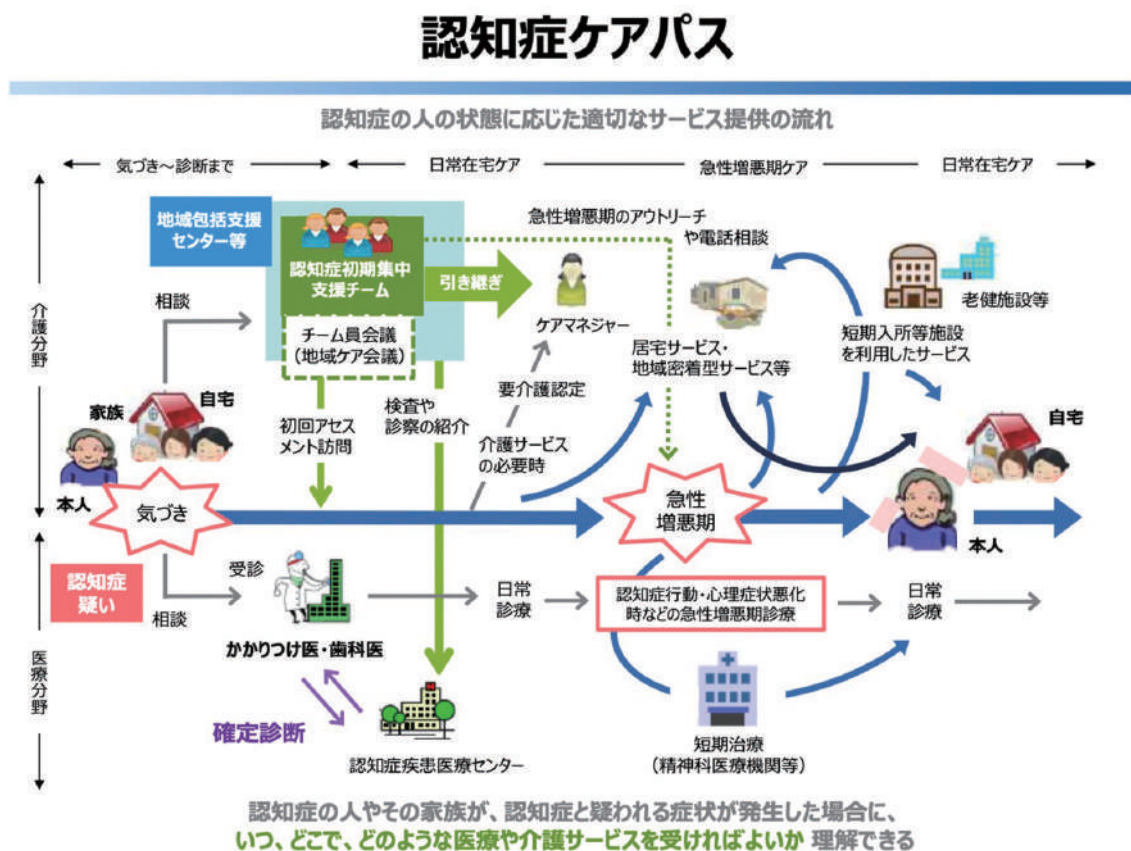
認知症医療における医師の役割は、認知症の原因究明、診断・治療法の確立はもちろんのこと、認知症の一次予防から三次予防、患者及び家族の生活支援、地域支援体制への参画など様々であるが、これを一人の医師が行うことはもちろん不可能である。また、地域包括ケアを医師が主導しなければならないかと言えば、そこまでをかかりつけ医や地区医師会の地域医療活動に含むかは疑問である。

しかし、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ（認知症ケアパス 図7 参照）をみると、我々かかりつけ医や地区医師会は医療分野の診断・治療だけでなく、介護分野での地域包括支援センターや認知症初期支援チームでの活動やデイサービスやショートステイを含む介護施設での身体管理や利用アドバイス、ワクチン接種などの感染症予防対策、そして在宅ケアなど多くの場面に携わりを持っている。

図8は、地域での認知症高齢者支援体制におけるかかりつけ医及び地区医師会の役割とその支援体制であるが、かかりつけ医は単に認知症患者の診療をしているだけでなく、早期発見、早期治療、早期対応までに関わり、他職種と連携しながら患者や家族をサポートしていく重要な役割を担っている。またそれをサポートする認知症かかりつけ医や認知症サポート医は、認知症専門医としての地域での役割を担うとともに、地域包括支援センターの重要なサポート役として活動を行っている（図9 参照）⁴⁾。

つまり、かかりつけ医や地区医師会は単独ではなく、高度医療機関から開業医、そして日本医師会から地区医師会まで全ての医師や医師会が認知症の地域包括ケアに関わっており、それぞれが連携して地域包括ケアシステムの一翼を担っている。

図7. 認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ（認知症ケアパス）

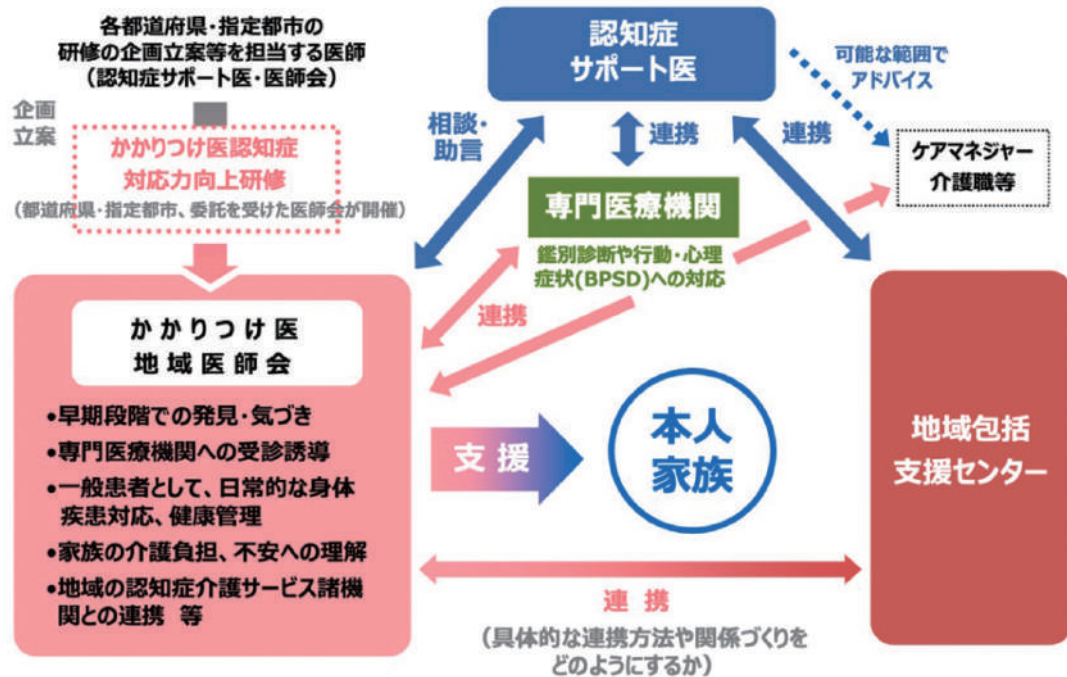


遠藤俊英：認知症と地域包括ケア

https://kouiseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/chikihoukatsu_care/documents/290801siryou3.pdf, 2014 より

図 8. 地域における認知症高齢者支援体制

早期からの認知症高齢者支援体制

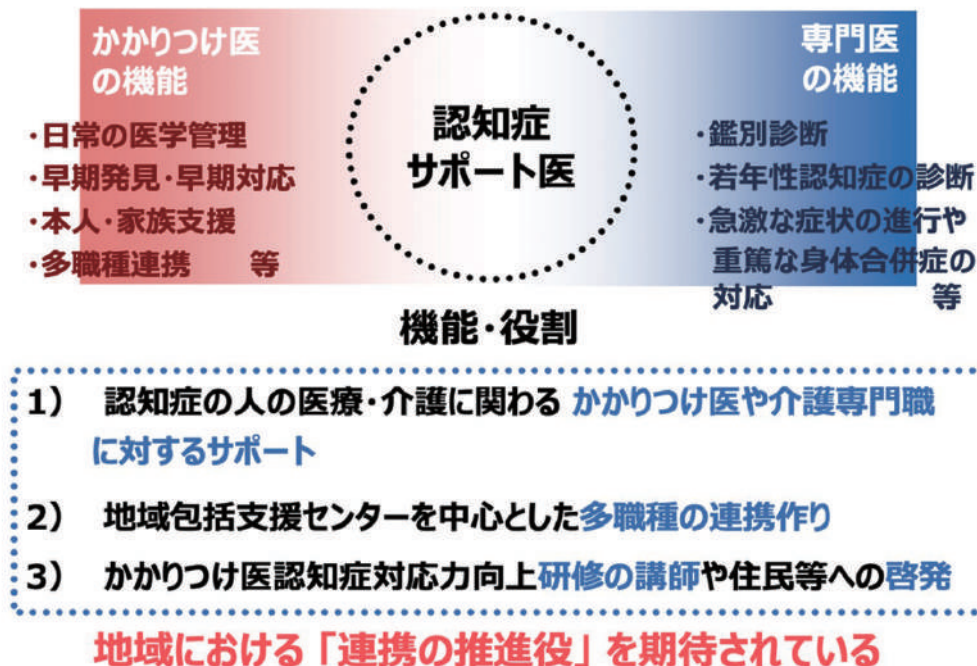


遠藤俊英：認知症と地域包括ケア

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/chikihoukatsu_care/documents/290801siryou3.pdf, 2014 より

図 9. 認知症サポート医の機能・役割

認知症サポート医の機能・役割



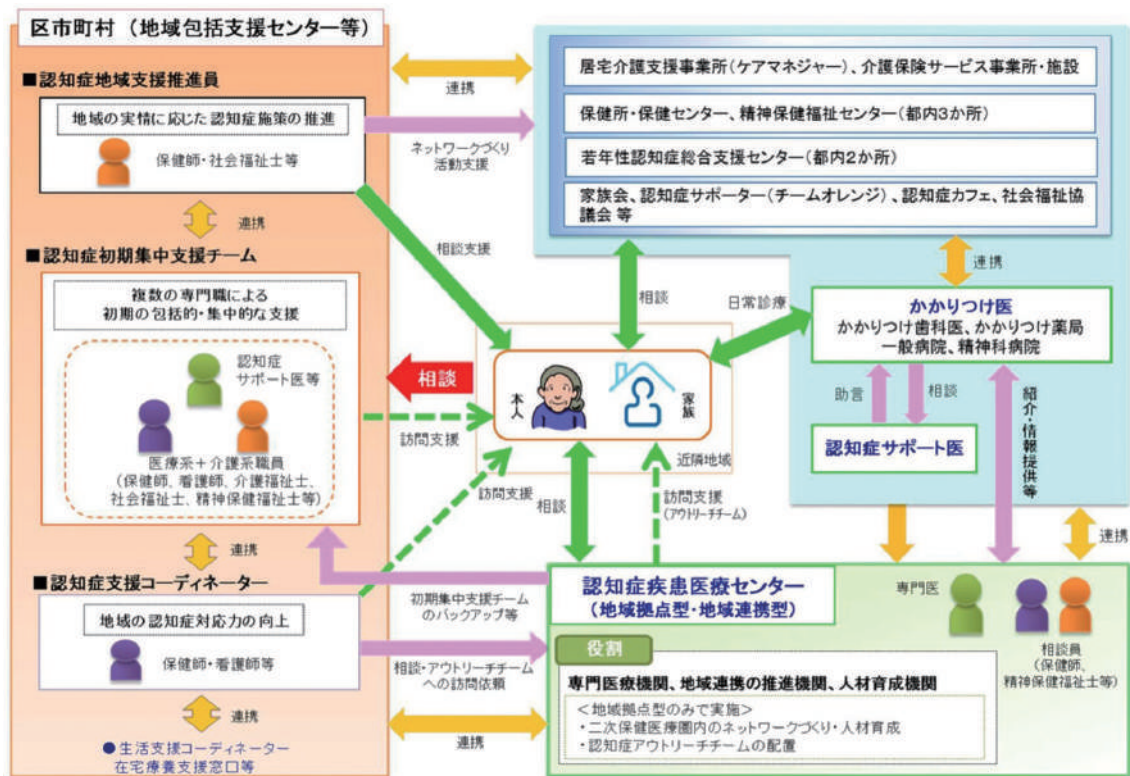
遠藤俊英：認知症と地域包括ケア

https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/chikihoukatsu_care/documents/290801siryou3.pdf, 2014 より

[まとめ]

今回提示した症例は20年以上前の症例で、医療介護関係の社会資源や、ケアマネジャーをはじめとする医療介護人材の未熟さなどもあり、十分な対応ができたとは言えない。現在の地域包括ケアシステムを活用すれば、上記の症例に対しては、図10のような様々な社会資源が重層的に支援を行い、もっと違った介護ができたのではないかと考えている。

図10. 東京都における認知症の人と家族の生活を支える体制のイメージ図



東京都高齢者保健福祉計画（令和6年度～令和8年度）第7章認知症施策の総合的な推進より

例えば、母親に対しては、もっと早期に介護保険が導入され、在宅医やケアマネジャー、保健所保健師、訪問看護師などで構成された認知症初期集中支援チームが介入することで、多職種による介護支援計画が立案されるであろう。その上で、認知症疾患医療センターに母親を連れて行き、診断及び治療介入、場合によっては認知症抗体治療薬（レカネマブ等）による治療が行われていたかもしれない。それと同時に、デイサービスやショートステイなどの介護資源を活用した生活支援が行われるだろう。

一方次女に対しても、精神障害にも対応する地域包括システム（にも包括）を活用した精神科支援チームが対応を開始し、保健所保健師と精神科訪問看護師の協力のもと、かかりつけ精神科医と精神科病院が必要な精神科的支援を行う体制を確保することが可能となるかもしれない。また、長女に対しては、ケアマネジャーや認知症支援コーディネーターが仲介役として、ヘルパーなどによる生活支援や社会福祉協議会などによる家族支援などを取り入れることにより、精神的な負担を軽くすることが可能となる。

以上のような対応により、母親だけでなく長女や次女の生活にも大きな変化がもたらされたのではないかと思います。東京都の第9期高齢者保健福祉計画（令和6年～8年度）^{5) 6)}には、以下のような目標を設定し、

- 1) 認知症基本法の目的である「共生社会」を実現するため、区市町村や関係機関と連携した総合的な認知症施策の推進
- 2) 認知症の人の視点に立って、認知症に対する理解を促進するための普及啓発と本人発信支援への取り組み

- 3) 認知症の発症や進行を遅らせるための取組の推進
- 4) 医療機関相互や医療と介護の連携の推進役である認知症疾患医療センターを中心として、認知症の早期診断・早期支援、認知症の人の容態に応じた適時・適切な支援を受けられる体制の構築
- 5) 認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようになるための医療・介護従事者等の認知症対応力向上
- 6) 若年性認知症の人と家族に対する支援の強化
- 7) 認知症になっても支えられる側だけでなく、支える側として役割と生きがいを持って生活できる環境づくり
- 8) 認知症に関する研究の推進

表4のような施策を盛り込んでいる。

表4. 東京都第9期高齢者保健福祉計画（令和6年～8年度）における認知症に関する主な施策

① 認知症疾患医療センター運営事業
② 認知症サポート医地域連携促進事業
③ 認知症支援推進センター運営事業
④ 認知症抗体医薬対応支援事業
⑤ 認知症支援コーディネーター事業
⑥ 歯科医師・薬剤師・看護職員認知症対応力向上研修事業
⑦ 認知症介護研修事業
⑧ 認知症とともに暮らす地域あんしん事業
⑨ 地域密着型サービス等整備推進事業
⑩ 認知症高齢者早期発見等支援ネットワーク事業
⑪ 認知症の人と家族を支える医療機関連携型介護者支援事業
⑫ 若年性認知症の人と家族を支える体制整備事業

この施策を実施していくためには、我々地域医療を担うかかりつけ医や地区医師会が単独ではなく、地域を面と考えて地域包括ケアシステムを協働で支えていく必要がある。その中で、個々の医師が個々の専門分野を活かしながら、認知症の人たちを支えるリーダーシップを発揮していくことが求められ、その力を統合して地区医師会として地域包括ケアシステムを引っ張っていくことが重要である。

[参考資料]

- 1) 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱。
<https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>, 2019年6月18日
- 2) 認知症基本法：共生社会の実現を推進するための認知症基本法。
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=505AC1000000065>, 2024年1月1日
- 3) 社会保障審議会介護保険部会（第107回）：資料4：共生社会の実現を推進するための認知症基本法について。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf>, 2023年7月10日
- 4) 遠藤俊英：認知症と地域包括ケア。平成26年厚労科研費「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」。
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tokaihokuriku/chikihoukatsu_care/documents/290801siryoku3.pdf, 2014
- 5) 東京都：東京都高齢者保健福祉計画（令和6年度～令和8年度）概要版。
<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisaku/koureisyaikaku/09keikaku0608/09keikaku-pdf.files/gaiyou.ver2.pdf>.
- 6) 東京都：東京都高齢者保健福祉計画（令和6年度～令和8年度）第7章認知症施策の総合的な推進。
<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/shisaku/koureisyaikaku/09keikaku0608/09keikaku-pdf.files/2bu7syau.ver2.pdf>

9. 精神障害者の在宅ケアにおける地域連携

国立看護大学校 萱間 真美

〔はじめに〕

精神科訪問看護は、「精神障害を有するもの又はその家族等」を対象としている。利用者の高齢化は一般人口と同様にすすんでおり（図1）、治療を要する身体の慢性疾患がある人の割合は増加している。一方、従来の統合失調症や気分症がある利用者に加えて、発達障害、不安性障害等で支援を必要とする若年の利用者やその家族等、ケアを必要とする人の多様化がみられる（図2）。¹⁾

図1. 精神科訪問看護利用者の年代

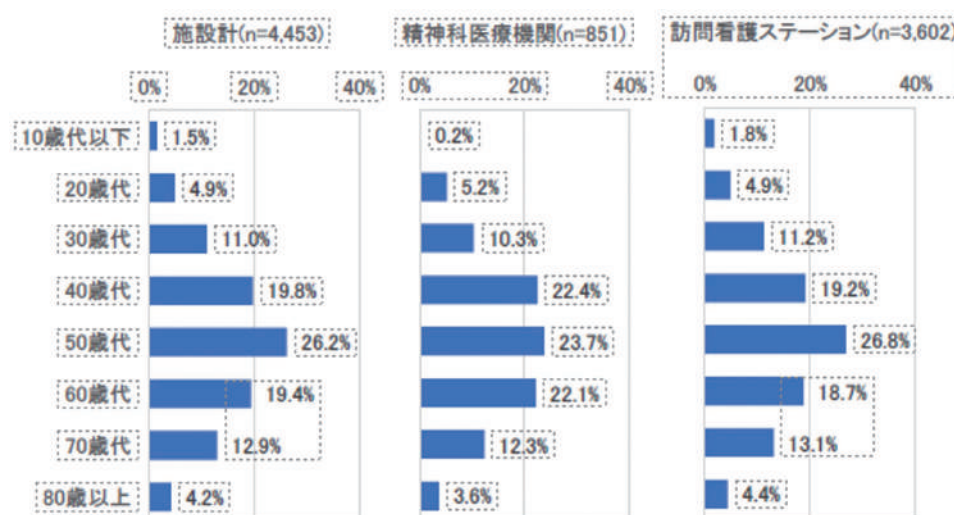
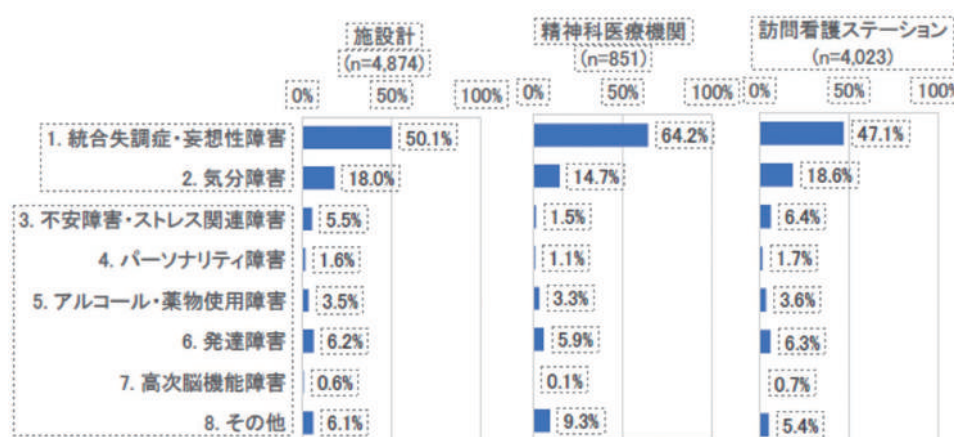


図2. 精神科訪問看護利用者の主たる診断名



【症例 1】

身体疾患のため、精神科主治医の勤務する総合病院や大学病院に救急車で運ばれても、精神科主治医には連絡や連携がされない。紹介状をもってがんや骨折の治療のため総合病院を受診すると、初診には対応するが、詳しい検査や治療は行わず、すぐに他病院に紹介状を書かれることがある。精神科訪問看護の制度では、同行受診は診療報酬の枠外である。必要に迫られて同行受診した訪問看護師が「こういうケースを地域に出すんじゃない」と、叱責されることがある。定期的な受診が難しいケースでは、通院困難を理由に診療を拒否されることがあり、そのために同行受診を続ける必要がある。

身体科の主治医に、電話や同行受診を通じて経過を詳細に説明し、訪問看護がつなぎ役になることを条件に受け入れてくれるケースもあるが、これらを支える制度は未整備である。

【症例 2】

精神科訪問看護指示書には、身体疾患の処置については記入欄がない。内科等の主治医から、精神科訪問看護の際に処置を依頼されることがある。口頭の依頼であり、指示書は存在しない。内容は血糖管理の注射、便秘による浣腸など。連携があることは歓迎すべきだが、事故時の対応など、口頭指示には課題がある。

【症例 3】

21歳の発達障害がある女性。60歳過ぎの両親と同居。3年前から訪問看護を継続している。家を変えなくてはいけない、変えられなければ悪いことが起こると、ほぼトイレに閉じこもって暮らしている。月2回の訪問看護と、月1回の訪問診療の計月3回、人が家に入る時だけズボンをあげ、それ以外は下半身裸で過ごしている。訪問に出てくるまで1時間かかる。体には触れられず、本人が決めた境界線から先には行けない。物を触ったら後で母親が掃除をしなくてはならなくなる。最近臀部におできができたが、それには一切触れさせてもらえず、訪問診療医に連絡をとって話を聞いてもらったが、診察には至っていない。

【事例の問題点】

精神科訪問看護利用者の高齢化により、慢性疾患がある利用者は増加している。そのため、身体疾患への継続した対応が必要である。

症例1の精神障害者では、身体疾患の継続的自己管理が独力では難しい場合が多い。利用者のセルフケア能力と、医療を継続するために必要な継続した通院や処置などのニーズには不均衡があり、それを訪問看護の事業所がカバーしている状況が事例から読み取れる。救急や紹介状をもった受診が実現しても、このようなセルフケアの欠如を受け入れの難しい理由として挙げ、継続したケアが受けられない状況には問題が大きい。

症例2では、精神科訪問看護における処置の指示が書面で行われず、実施の報告も正規のルートで行われていない。訪問看護の指示体系や、指示書の様式などにも改善が必要である。

症例3は困難ケースであり、訪問看護と訪問診療の継続した関与があることは、関係者の努力によるところが大きい。訪問診療を専門とするクリニックも増加しており、継続した往診が可能となったことは評価できる。一方、訪問診療専門のクリニックでは緊急時の他医療機関との連携は行わないとしている場合も多い。当事者や家族が救急要請を行うことができ、救急隊が搬送先を確保できる場合はよいが、そうでない場合には訪問看護事業所の支援が必要となる場合もある。

ひきこもり事例は年齢が若い場合が多く、高齢の対象者のように慢性疾患をもつ事例は少ない。しかし、このケースのように「おでき」などの疾患は常に起こりうる。特に不安が強い利用者との関わりでは、ベースとなる信頼関係が必須である。引きこもりになる前に受診した医療機関で信頼関係を持つことができた場合など、

地域に信頼関係のある医療機関があれば、訪問の関係者が孤立することなく事例に対応することが可能となるであろう。ただしその場合にも、受診行動に対する支援方法や体制などについては、今後さらなる検討が必要である。

本答申作成にあたり、株式会社円グループ 寺田悦子代表取締役社長、同 訪問看護ステーション音 佐野澄子所長、同 訪問看護ステーション卵 山下裕香様、トキノ株式会社訪問看護ステーションみのり 小瀬古伸幸統括所長より貴重なお話を伺った。記して感謝申し上げます。

[引用文献]

- 1) 厚生労働省令和4年度障害者総合福祉推進事業、地域における支援ニーズの高い者に対する精神科訪問看護の実態調査報告書、学校法人聖路加国際大学、p82-83.

10. 東京都における精神科地域連携の取り組み

東京都福祉局 菊地 章人・橋本 康昭

〔はじめに〕

厚生労働省は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点から、令和2年3月より「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」（以下「検討会」という。）を開催し、令和3年3月に報告書¹⁾を取りまとめた。報告書では、同システムの構築においては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、区市町村などの基礎自治体を基盤として進めること等について盛り込まれ、今後、この報告書を踏まえ、必要な諸制度の見直し等具体的な取組について検討し、その実現を図ることとされた。

1. 医療機関等との重層的な連携による支援体制の構築¹⁾（図1）

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、まずは既存の社会資源を地域の実情に応じて活用するという視点が必要であり、保健・医療・福祉関係者等による協議の場（以下「協議の場」とする。）で協議をしていくことが重要である。

区市町村における協議の場の開催については、自立支援協議会を活用していることが多く、精神科病院協会や医師会等の関係団体、精神科医療機関、保健関係者の参加が少ないとの指摘もされていることから、区市町村においては積極的にこれらの関係団体等の参加を求めていく必要がある。

2. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神医療¹⁾

（1）平時の身体合併症対応の充実

精神障害を有する方等の身体疾患への対応について、いわゆる「かかりつけ精神科医」と精神科以外の診療科における「かかりつけ医」との連携の強化はもとより、「かかりつけ医」や精神科以外の診療科における医療従事者の精神疾患への対応力強化を図る研修等の取組も有効であると考えられる。

（2）精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応の充実

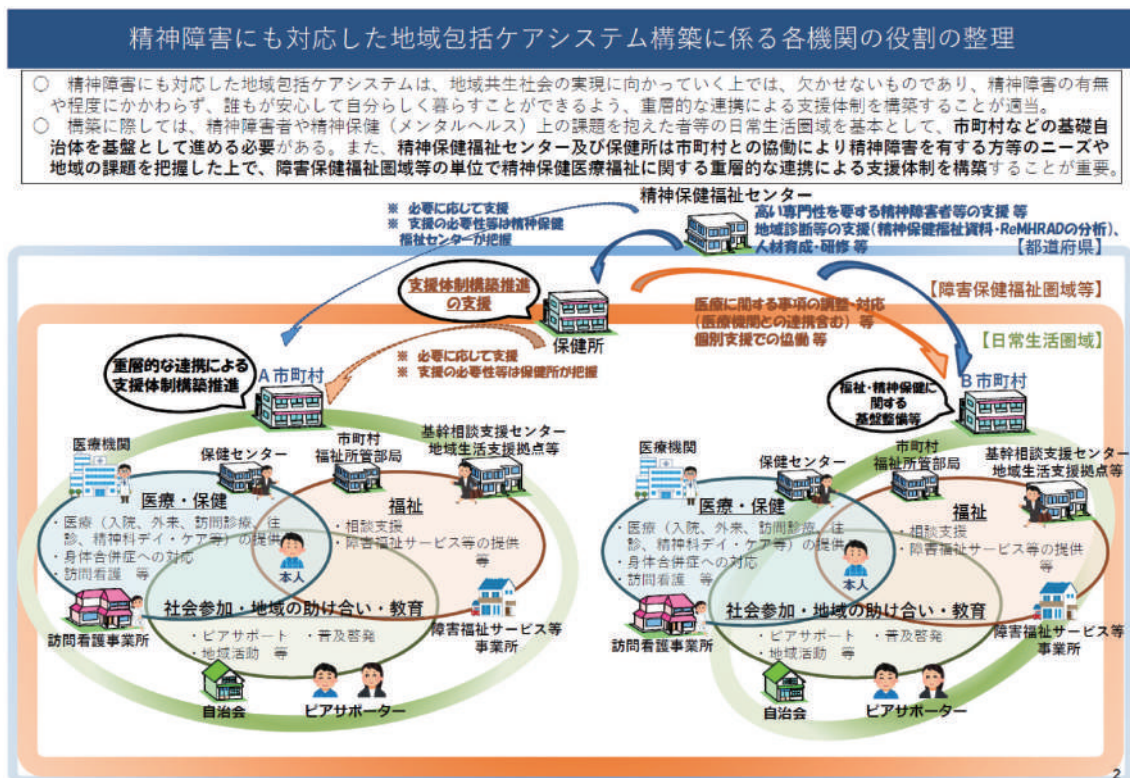
これまで精神科救急医療体制の確保については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」とする。）第19条の11に基づき、都道府県において体制整備に努めてきたところであり、多くの民間の精神科病院等が参画して体制の充実に寄与しているところである。

一方、精神科救急医療体制整備に係る基本的事項や関係する医療機関の機能の整理と確保のあり方、入院医療だけでなく相談体制の整備も含めた精神障害を有する方等が危機等の状況に陥った場合の適切な支援のあり方といった課題が指摘された。このため、検討会の下に「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」（以下「ワーキンググループ」とする。）を設置し、①精神科救急医療体制整備の現状分析及び課題の整理、②「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における精神科救急医療体制の位置付け、③その他、医療、保健、福祉の連携のあり方について検討を重ねてきた。

ワーキンググループでは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制は、精神障害を有する方等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つであり、入院医療の提供の他、同システムの重層的な連携による支援体制の中での対応、受診前相談や入院外医療により必ずしも入院による治療を要さない場合も念頭におきつつ、都道府県等が精神科病院等と連携しながら必要な体制整備に取り組むことが重要とし、精神科救急医療の提供に係る機能分化、身体合併症対応の充実、当事者、家族の参画につい

て言及している。

図1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る各機関の役割の整理。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書(令和3年3月18日)(概要)¹⁾より抜粋。



3. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制の位置づけと考え方²⁾

(1) 精神科救急医療体制整備における基本的な考え方の整理(図2)

精神障害を有する方等及び地域住民の「地域生活」を基本として、万が一精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合に、迅速に対応できる精神科救急医療体制の整備を図ることは、誰もが必要な時に適切な精神医療を受けることができる体制を構築する観点から特に求められており、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つである。

また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進における精神科救急医療体制の整備では、必要な体制整備を、地域の実情に応じて行うことが重要である。

都道府県等は、医療計画及び障害福祉計画に基づき、精神科救急医療体制整備事業を活用し、体制の整備を図ることが重要である。

(2) 精神科救急医療体制整備における対象者

精神科救急医療における対象者は、精神障害を有する方等及び地域住民が、精神症状の急性増悪や急性発症などにより、自宅や家庭等において対応することが困難な差し迫った状況にある者が想定される。

また、精神症状と身体症状の両方を有する方への対応が必要となることが相当程度想定される。精神科領域だけではなく、精神科領域以外の他科との連携についても十分に考慮する必要がある。

精神科救急医療体制のイメージ

※ 精神科救急医療体制連絡調整委員会及び精神科救急医療圏域ごとの検討部会で協議し、地域の実情に合わせて体制を構築する必要がある

入院医療の提供

病院群輪番型
常時対応型
身体合併症対応施設

他科的医療機関
※ 身体合併症対応等

救急医療情報センター等
消防、警察等

精神科救急情報センター
※ 必ずしも精神科救急情報センターを介さない

入院外医療の提供

かかりつけ精神科医等による時間外診療、往診、訪問看護
夜間・休日診療（外来、輪番制）

受診前相談

精神科救急情報センターでの受け入れ先調整
精神医療相談窓口での相談対応等
保健所、保健センター等による訪問等

保健所
基幹相談支援センター
地域生活支援拠点等

訪問

精神障害を有する者等
地域住民

短期入所等

保健センター
医師機関
・かかりつけ精神科医
・かかりつけ区

外来対応施設

訪問看護事業所

精神医療相談窓口

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの重層的な連携による支援体制における平時の対応

アクセス上の利便（当事者、家族に身近なところ）を考慮した対応
かかりつけ精神科医等による診療、訪問看護の提供等
地域精神保健や障害福祉サービスの充実、活用

※ 「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」での意見、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（令和2年3月4日障発0304第2号）及び「表病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和2年4月13日医政地発0413第1号）別紙「表病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る方針」を参考に作成

身体合併症対応については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくない。一方、他科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘されている。

なお、精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、精神症状と身体症状を一元的に対応できる医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、このような医療機関として、公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられる。

都道府県等が精神科救急医療に関わる関係機関と連携し、各地域の実情に応じた取組を推進することで、身体合併症対応の充実を図っていくことが重要である。

これらの事項は精神科救急医療体制連絡調整委員会で担うことが考えられ、当該委員会における協議内容は、精神科救急医療圏域の設定や病院群輪番型施設及び常時対応型施設の指定、身体合併症に対する医療連携体制の整備や事例の振り返りなど多岐にわたることが想定される（東京都においては精神科救急医療体制整備検討委員会）。

| 82 |

精神科救急医療体制連絡調整委員会においては、圏域内に留まらない課題や全県的な体制の確保のあり方について、確認・検討を行うことも重要である。

4. 今後の精神科救急医療の体制整備に係る取組と、身体合併症対応の充実²⁾ (図3)

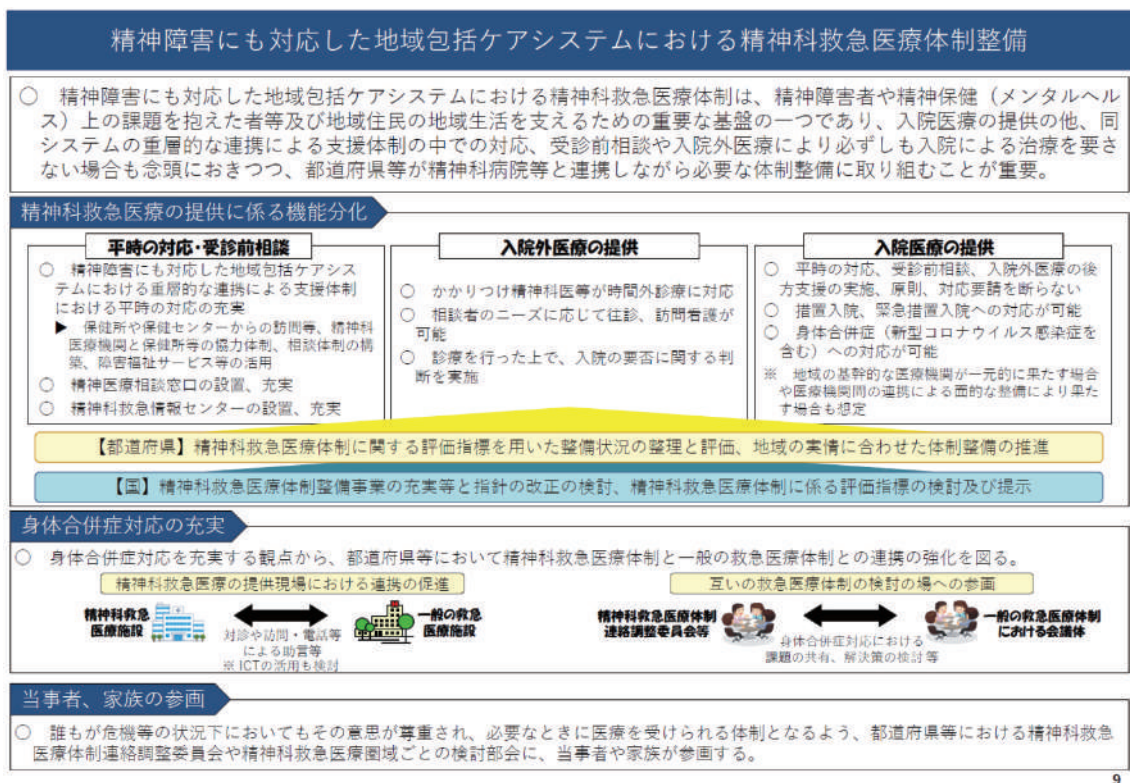
(1) 都道府県等

都道府県等は、精神科救急医療体制の整備を推進するため、精神科病院や精神科診療所の関係団体等や地域の精神科医療機関の協力が不可欠であり、日頃からこれらの関係機関との連携体制を構築する必要がある。

身体合併症対応は精神科医療機関及び一般医療機関の多くが苦慮しているところでもある。精神科医療機関と一般医療機関の連携による体制の構築だけではなく、地域の実情に応じ、精神症状と身体症状を一元的に対応できる身体合併症対応医療施設の整備についても、今後、推進していくことが求められる。

また、精神科救急医療体制連絡調整委員会だけではなく、当該委員会が一般の救急医療体制における会議体との意見交換を行うこと等により身体合併症対応の更なる充実を図るべきである。

図3. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制整備. 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書(令和3年1月22日)(概要)²⁾より抜粋.



9

(2) 精神科医療機関

身体合併症対応の充実を図る観点からは、一般の救急医療機関に搬送等された精神障害を有する方等及び地域住民の対応について、対診や訪問、電話等による助言等を行う取組が可能となるよう必要な体制整備を図るべきである。

また、精神科救急医療体制整備に関わる関係団体、精神科病院や精神科診療所は、一般の救急医療体制における会議体へ参画し、身体合併症を有する方への対応に関する課題に係る検討に取り組む必要がある。(相互に会議へも参画している。)

（３）一般医療機関

身体合併症の対応の充実には一般医療機関の協力は不可欠であり、精神科医療機関との連携による整備の充実が想定される。互いに支援し合える体制の構築を目指す必要がある。

また、救急医療体制の整備に関わる医師会等の関係団体や救急医療機関は、精神科救急医療体制連絡調整委員会などの精神科救急医療体制整備の場に参画し、身体合併症を有する方への対応に関する課題に係る検討に取り組む必要がある。

〔東京都における精神科地域連携の取り組み〕

次に、上記の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書並びに「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書に基づき、精神障害を有する方等の身体疾患への対応すなわち身体合併症への対応を中心に、本答申の諮問事項である「地域における精神科医と一般診療科医の連携体制構築」に資すると考え得る東京都における精神科地域連携の取り組みについて述べる。

１．東京都保健医療計画に基づく取組³⁾

東京都は、東京都地方精神保健福祉審議会における検討を経て、令和６年３月東京都保健医療計画を改定し、第８次計画を策定した。本計画は医療法第30条の４に基づく「医療計画」を含む、東京都の保健医療施策の方向性を明らかにする基本的かつ総合的な計画とされる。計画期間は、令和６年度から令和11年度までの６年間である。本計画において、精神疾患については、「地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）」、「緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり（救急医療）」を推進、「多様な精神疾患を早期に専門医療につなげるための取組」、「精神科病院における虐待防止・人権擁護に向けた取組の推進」の４つを大きな柱として構成される。

なお、第８次東京都保健医療計画に基づく取組は、令和６年７月８日に開催された東京都地方精神保健福祉審議会において報告されている。⁴⁾

図４．東京都保健医療計画（令和６年３月改定）³⁾より抜粋。

４ 精神疾患

- 精神障害者及び精神保健に関する課題を有する方が地域で安心して暮らすことができるよう、医療、福祉、介護など地域の関係機関が連携した包括的な支援を受けられる区市町村を中心とした地域の体制づくりを推進します。
- 緊急な医療を必要とする精神障害者等が、できるだけ身近な地域で迅速かつ適切な医療を受けられる体制づくりを推進します。また、災害時においても精神障害者が適切な治療を受けられるよう、災害時精神科医療体制づくりを推進します。
- 多様な精神疾患に対して、治療拠点の整備や普及啓発等により早期に専門医療につなげるための取組を推進します。
- 精神科病院における患者への虐待の未然防止、早期発見、虐待が発生した場合の対応等が適切に行われるための体制整備を進めます。

精神科医と一般診療科医の連携体制構築についての取組は、「地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）」の項目において、「支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制の充実」として位置付けられ、「精神科医療地域連携事業」を実施している。

また、身体合併症対応についての取組は、「緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり（救急医療）」の項目において、「精神身体合併症救急医療体制」として位置付けられ、「地域精神科身体合併症救急連携事業」、「東京

都精神科患者身体合併症医療事業」を実施している。

2. 地域で安心して暮らせる体制づくり（地域包括ケア）〔支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制の充実〕

現状・これまでの取組

- 精神障害者やメンタルヘルスの問題を抱える方が地域に必要な時に適切な医療が受けられる仕組みを構築するため、二次保健医療圏ごとに、地域の関係機関による地域連携会議や症例検討会などを実施している。

課題と取組の方向性

〈課題〉 支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制の充実

- 二次保健医療圏ごとに実施している精神科医療地域連携事業については、精神科医療資源の少ない一部の圏域が事業未実施となっている。
- 身体合併症を有する精神障害者に対して、継続的かつ安定的に医療を提供する体制の確保が必要である。

（取組） 支援を必要とする人を支える地域の関係機関の連携体制強化

- 引き続き、地域における連携会議や症例検討会を実施し、精神科医療機関、一般診療科医療機関、薬局、区市町村、保健所などの相談支援機関等による連携体制を構築していく。
- 各圏域の実施状況を共有する協議会の開催等により、連携手法を共有し、さらなる連携強化につなげる。
- また、一圏域での実施が困難な地域については、隣接する圏域を含めて事業を実施することなどにより、都全域での事業実施を目指す。
- 一般診療科と精神科の相互の連携体制強化に向け、一般診療科医師と精神科医師による研修会の全都的な実施を支援していく。
- 身体合併症を有する入院患者に対して、地域の医療機関と連携して治療を実施する精神科病院を支援する。

〔精神科医療地域連携事業〕⁵⁾（図5）

精神障害者が地域に必要な時に適切な医療が受けられる仕組みを構築するため、日常診療体制における地域連携を推進するための協議会を設置するとともに、二次保健医療圏ごとに精神科医療機関へ委託し、地域連携会議の設置や症例検討会等の実施、日常診療における連携ツールの検討・活用などの取組を行い、精神疾患に関する地域連携体制の整備を図ることを目的として、平成25年度より実施してきた。

精神科医療資源の少ない一部の圏域が事業未実施となっていたが、令和6年度より実施する運びとなり、都全域で取組を進めているところである。

一般診療科向け研修を東京都医師会への委託により実施し、各地域で連携の土台は築かれてきたが、令和6年度からは、研修実施単位を各地区医師会から都全域とし、都全体として一般診療科との連携を深めていくこととした。一般診療科においても、精神疾患についての理解を深め、早期に適切な治療に結びつけることを目的として、令和6年度については3回の研修を計画し、オンデマンド配信を行い、研修受講者の拡大を目指す。（図6）

身体科医療機関及び地域の関係機関と精神科医療機関との具体的な連携事例を通し、地域連携を推進する一助となるよう、「日常診療における身体科・精神科連携ガイド」を作成した。（図7）

図 5. 精神科医療地域連携事業。令和 6 年 7 月 4 日開催の東京都医師会第 9 回精神保健医療福祉委員会において東京都より報告。

精神科医療地域連携事業（令和 6 年度）

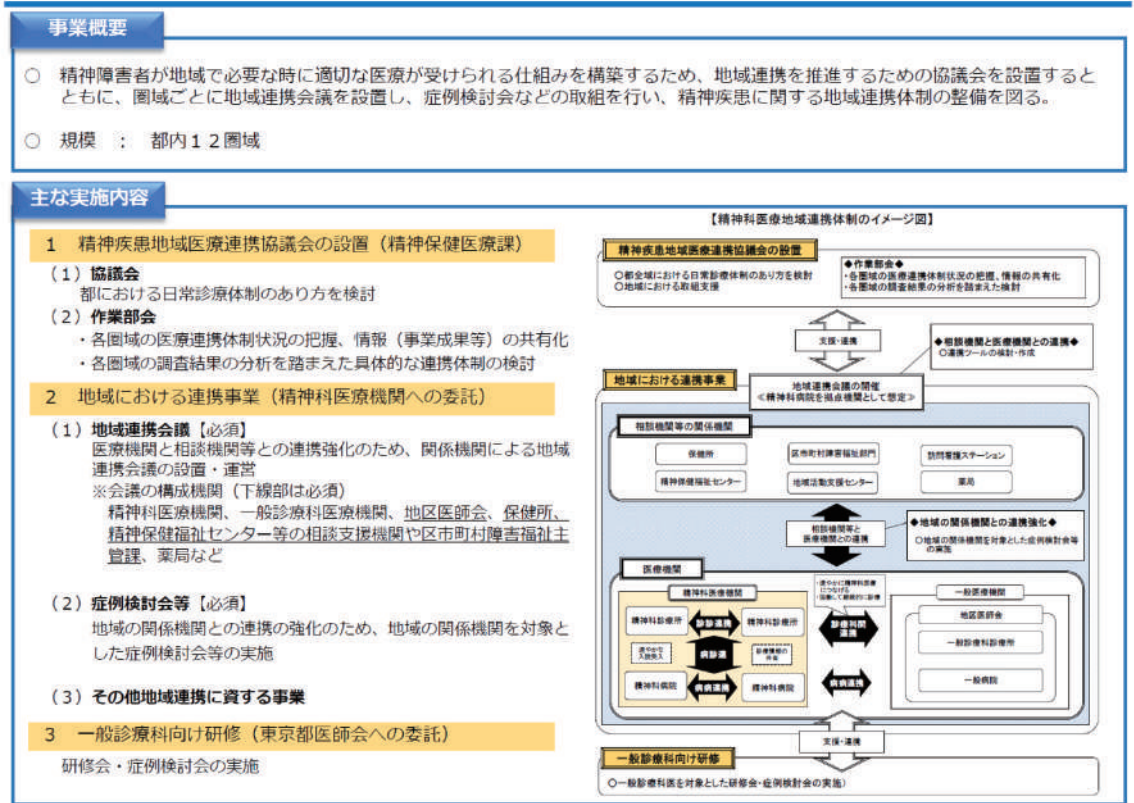


図 6. 精神科医療地域連携事業（一般診療科向け研修）。

精神科医療地域連携事業（一般診療科向け研修）

令和 6 年度からの変更内容		
一般診療科向け研修		
●研修の全般的実施		
- 各地域で連携の土台は築かれてきたが、今後一層精神科医療が地域に開かれ、一般診療科と連携を強めていく必要があるため、研修実施単位を都全域とし、都全体として一般診療科との連携を深めていく。 - オンデマンド配信を行い、研修受講者の拡大を目指す。		
	令和 5 年度	令和 6 年度（想定）
実施単位	各地区医師会	都医師会
研修対象者	各地区医師会内の一般診療科や地域の関係機関等	各地区医師会（全 47 地区医師会）の医師等
実施規模	50 名×15 地区（※） ※ 3 か年で全地区医師会で実施の想定	100 名（※）×3 回 ※ 全 47 地区医師会から各 2～3 名ずつ
研修内容	- 精神疾患に関する基礎知識 - 精神症状のある患者へのかかりつけ医としての対応 - 精神科との連携方法 ほか	- 一般診療科での精神科患者の対応方法 - 対応困難事例等の共有、症例検討等（詳細は今後検討）
研修実施後の展開	各参加医療機関等の内部で共有し、実業務に反映	各地区医師会の参加者が、受講内容を各地区医師会内で還元（研修動画のオンデマンド配信の実施） ⇒各医療機関等の内部で共有し、実業務に反映

図 7. 日常診療における身体科・精神科連携ガイド



3. 緊急時に必要な医療につなぐ体制づくり（救急医療）〔精神身体合併症救急医療体制〕

現状・これまでの取組

- 二次保健医療圏を組み合わせ、5つのブロックに分け、精神障害者が身体疾患に罹患した際に、地域で迅速かつ適正な医療が受けられるよう、一般救急医療機関からの相談や受入れを行っている。
また、各ブロックにおいて連携会議や研修を行うことで、一般救急医療機関と精神科医療機関との連携強化を図っている。
- 夜間及び休日に身体疾患を併発した精神障害者に対し、精神症状により一般診療科での受診を困難とする場合に、あらかじめ確保してある合併症医療機関（都立等6病院）にて受入れを行っている（令和5年4月1日現在）。

課題と取組の方向性

〈課題〉 精神身体合併症救急患者の円滑な受入れに向けた検討

- 精神身体合併症救急患者の受入れに当たっては、一般診療科病院と精神科病院との連携体制の充実を図ることが重要である。
- 地域の相談体制における成果や課題を検証し、地域の実情に応じた効果的な相談体制の構築が必要である。
- 精神症状により一般診療科での受診を困難とする急性期の精神身体合併症患者に対し、確実に受け入れる精神科医療機関の体制整備が必要である。

（取組） 精神身体合併症救急医療体制の整備

- 地域の関係者会議等により、地域で受入れが困難な精神身体合併症救急患者の状況や要因等を検証し、地域の実情に応じた各ブロックの体制を検討する。
- 一般診療科と精神科の相互理解を促進する研修の充実や、精神症状等に応じた相談等支援体制の推進により、一般診療科医療機関との連携強化を図る。
- 精神科患者身体合併症医療部会等において、夜間休日に身体疾患を併発した精神科患者へ対応する合併症医療機関の整備等、精神身体合併症救急患者が地域の中で必要な医療を受けられる体制について検討していく。

〔地域精神科身体合併症救急連携事業〕（図 8）

精神障害者が身体疾患に罹患した際に、地域で迅速かつ適正な医療が受けられるよう、精神科医療機関による一般救急医療機関からの相談・受け入れ体制の整備を図るとともに、一般救急医療機関と精神医療機関との地域連携体制の強化を図るため、平成25年度にモデル事業として開始し、平成27年度より本格実施。

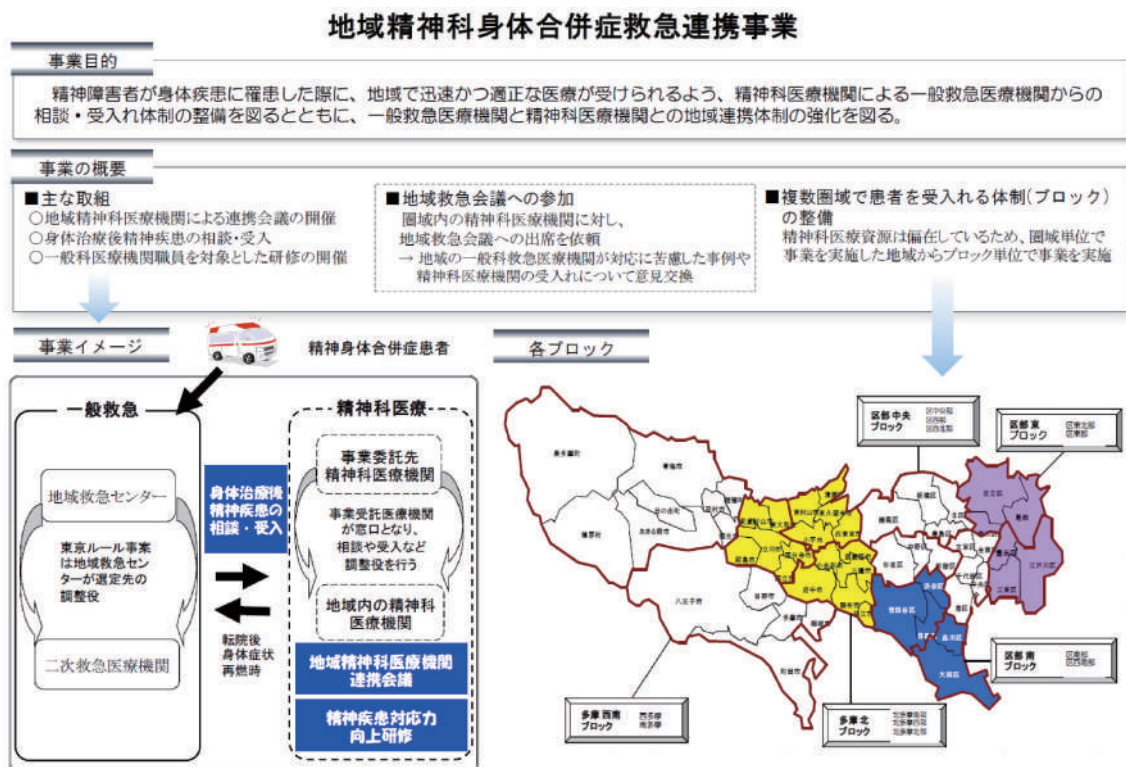
精神科医療資源の偏在を鑑み、複数圏域を組み合わせる12圏域を5ブロックとし、地域で拠点となる精神科医療機関を全ブロックに配置している。

精神科医療機関による一般救急医療機関からの相談・受け入れ体制を整備。

〈主な取組〉

- ・ 地域精神科医療機関による連携会議の開催
- ・ 身体治療後精神疾患の相談・受入
- ・ 一般科医療機関職員を対象とした研修の開催
- ・ 地域救急会議への参加
- ・ 複数圏域で患者を受入れる体制（ブロック）の整備

図 8. 地域精神科身体合併症救急連携事業.



〔東京都精神科患者身体合併症医療事業〕（精神科身体合併症診療委託事業）（図 9）

精神疾患による症状に伴う不穏、興奮等の症状により、一般診療科における医療を困難にしている身体疾患を併発した精神科患者に対し、迅速かつ適正な医療を確保することを目的として、昭和56年（1981年）より開始し、精神身体合併症救急及び精神科病院入院患者への身体合併症治療のための一時転院の調整を行っている（通称「合併症ルート」）。

地域で受け入れが困難な精神身体合併症救急患者を広域（全都）で受け入れる仕組みである。

I 型（夜間休日）は、非入院者で夜間及び休日に都内で身体疾患を併発した精神科患者を対象とする。

II 型、III 型（平日日中）は、都内の精神科病院の入院患者で身体疾患を併発した精神科患者を対象とする。緊急対応が必要な場合は II 型で受け入れる。

東京都の精神科救急に係る医療体制、実施事業の全体図を示す。(図10)

夜間休日

非入院者で夜間及び休日内に都内で身体疾患を併発した精神科患者を対象とする

消防 → 精神科救急医療情報センター
本人・家族等 → 精神科救急医療情報センター

精神科救急医療情報センター
委託職員によるトリアージ
精神科救急医療情報提供 等
平日 17時～翌日 9時 土休日 24 時間

夜間休日精神身体合併症医療
I 型(夜間休日対応)
6 病院
病床確保年間 120 日程度 1 日 1 床

IV 型(登録制)
4 病院
I 型医療機関等からの転送を受入

平日日中

都内の精神科病院の入院患者で身体疾患を併発した精神科患者を対象とする

精神科病院 → 精神保健・医療課 (依頼)

身体疾患併発

迅速な対応が必要

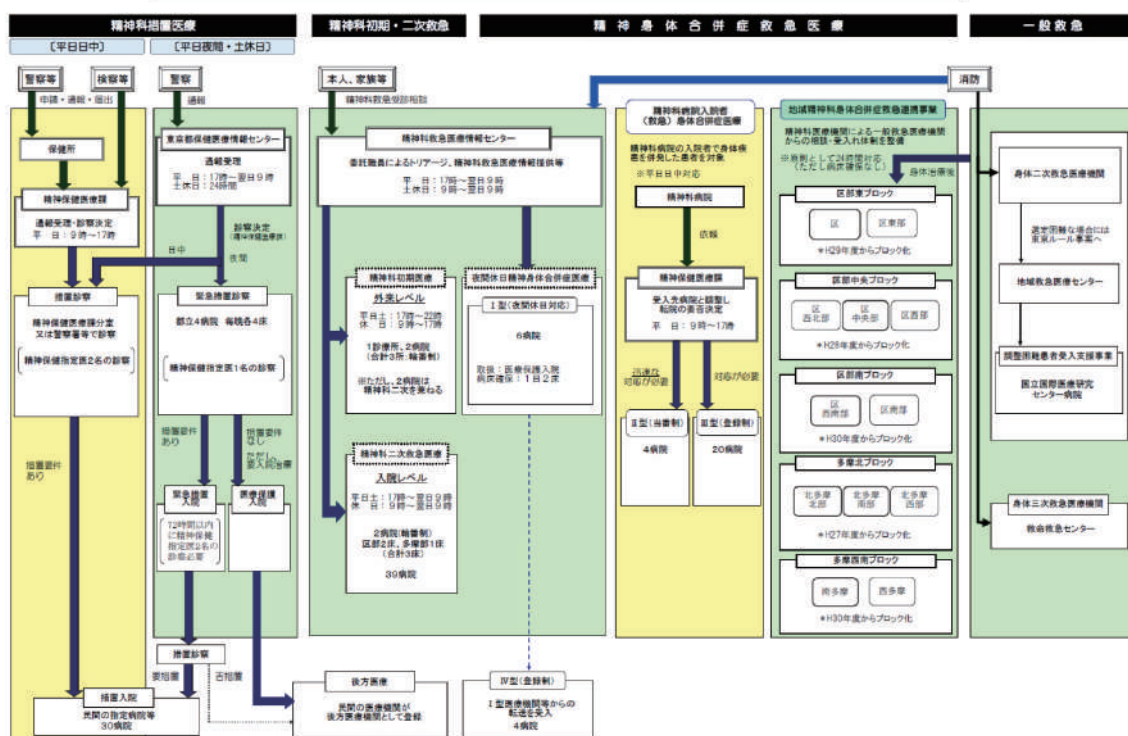
対応が必要

精神科病院入院者救急身体合併症医療
II 型(当番制)
4 病院(輪番制)

精神科病院入院者身体合併症医療
III 型(登録制)
20 病院

II 型・III 型とも調整の上
転院の要否決定

東京都の精神科救急医療体制について

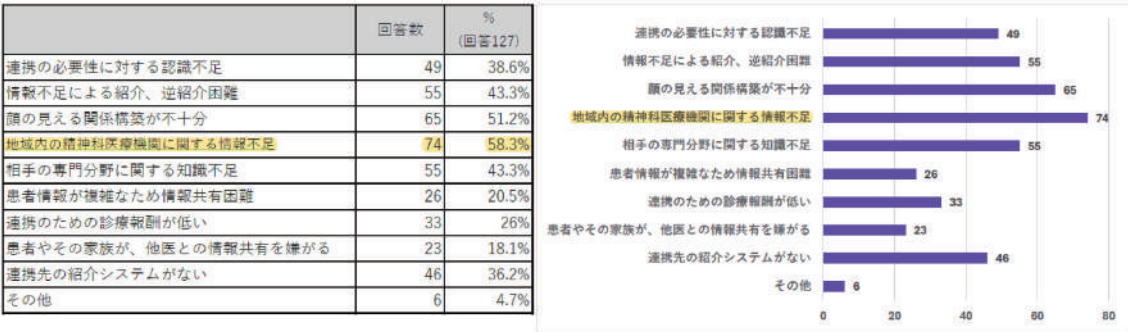


[おわりに]

本答申に先立ち、東京都医師会が実施した「精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート」集計結果によれば、地域連携がうまく行かない点の一つに「地域内の精神科医療機関に関する情報不足」が挙げられている。また、問題点の解決策について、「患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成」が挙げられている。これらの課題は、東京都が実施する「精神科医療地域連携事業」、「地域精神科身体合併症救急連携事業」のより一層の周知により改善が図られるものと期待される。(図11)

図11. 「精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート調査」集計結果 (Q2)

Q2. 貴地域での精神障害に対応する一般診療科医と精神科医の地域連携において (Q1のつづき)、どのような点がうまく行っていないと思われるか。(複数選択可)



「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書」、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書に基づき、本答申の諮問事項である地域における精神科医と一般診療科医の連携体制構築について、精神障害・知的障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に資すると考えられる東京都の地域連携事業について概説した。

精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進し、地域における精神科医と一般診療科医の連携を推進するには、医療機関等の協議の場への積極的な参画がより一層求められるものと思料される。

[参考資料]

1) 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書. 厚生労働省, 2021.3.18.
〈<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>〉 (2024.10.24)

2) 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書. 厚生労働省, 2021.1.22,
〈https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00002.html〉 (2024.10.24)

3) 東京都保健医療計画 (令和6年3月改定) 全文. 東京都保健医療局, 2024.3
〈<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/hoken/kanren/zenbun2/index.html>〉 (2024.10.24)

4) 第5回東京都地方精神保健福祉審議会. 東京都福祉局, 2024.7.8,
〈https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/shougai_shisaku/chiseishin/r4-/05chiseishin.html#:~:text=%E6%9C%AC%E6%96%87%E3%81%93%E3%81%93%E3%81%8B%E3%82%89.〉 (2024.10.24)

5) 精神科医療地域連携事業. 東京都福祉局.
〈<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shougai/nichijo/seishinkachiikirenkeijigyou.html>〉 (2024.10.24)

11. 障害のある方と地域のかかりつけ医療の関わりについて

東京都医師会 理事 西田 伸一

社会を構成する様々なインフラは、利用する者に精神障害や知的・発達障害がないことを前提として存在することが多く、概して障害のある方にとってアクセス困難なものが多い。例えば認知機能障害のある方にとって、線路の遮断機はもちろん、色覚障害がなくても信号機は危険極まりない。超高齢独居認知症の方が急増する都市部において、社会インフラの大きな見直しが必要だろう。

医療においても、一般診療所が、身体的なバリアフリー構造だけでなく心のバリアフリーにまで配慮した構造を確保することは容易ではない。地価が高価な東京都心部で診療所を開設する場合、ビルのテナントを利用するケースが多く、当然、隣接する事業者や居住者への配慮が必要であり、結果として障害のある方にとってアクセス不良ことが多い。しかし今回経験した新型コロナウイルス感染症蔓延時の対応がそうであったように、各医療機関は出来る限りの工夫をして感染者対応に尽力した。障害のある方にとって身近な医療機関が遠い存在にならないような更なる取り組みが必要である。障害者差別解消法にも謳われている「合理的配慮」については、障害のある人となない人とが平等に人権を享受し行使できるよう、一人ひとりの特徴や場面に応じて発生する障害や困難さを取り除くために個別の調整や変更をすることが求められている。

このような環境の中、自宅で生活する知的障害のある方の概数は1995年が約297,000人であったのに対し、2016年には約962,000人にまで増加しており、障害理解の普及に伴う療育手帳取得者の増加だけでなく、地域移行の推進が関係すると考えられている¹⁾。また知的障害のある方の高齢化が進んでいる一方で、平均寿命については全人口と比較して短いと言われている。わが国には本件に関する詳細な研究や統計が乏しいが、2016年度の知的障害のある方の人口に占める65歳以上人口は15.5%であり、全人口の27.3%と比較して低い。また、2019年の海外の報告では、がん罹患した知的障害のある方は、がんのない知的障害のある方と比較して、10年間にがん死亡する可能性がほぼ8倍高く、知的障害のある方々は、医療提供が不十分であるか、治療開始が遅すぎることが多いと指摘している²⁾。

憲法第二十五条において、すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有し、国はすべての生活部面について社会福祉や社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない、とある。しかし知的障害のある方にとって自治体による定期健診やがん検診の受診が困難であることは以前から指摘されている。一般の外来診療においても、医療者の障害福祉に対する理解が足りない、待ち時間が長く十分な診療時間が確保できない、強度行動障害のある方に適切な対応が出来ない、聴覚や視覚の過敏性への配慮がないなど、十分なバリアフリー化は実現していない。ノーマライゼーションという言葉がわが国でも使われるようになって久しいが、医療の対応は遅れていると言わざるを得ない。前述したように都市部ではビル診療所が多く、建物内の他者への配慮、限られたスペース等を考えると、医療機関ごとに対応を求めることは難しい。したがって地域ごとに知的・発達障害のある方の受け皿を新たに確保する必要がある。まずは自治体ごとの特定健診や後期高齢者健診について、健常者とは別の時間帯や場所を設けて行えるようになればよいのではないだろうか。杉並区のある病院では、障害のある方の健診の枠を設け、胃がん検診をはじめ各検診を実施した。調布市では障害福祉と医療の連携に関するワーキンググループを編成し、内科を併設する精神科病院において障害のある方用の健診時間を設定していただき、安心できる日頃の支援者とともに事業所を利用する方々が同時に健診を受けられるモデル事業を行う計画を立てている。

胃がん検診にバリウム検査を用いている自治体においては、聴覚障害や視覚障害さらに知的障害のある方に対し、検査の手間とリスクを鑑み検査を行わないとする医療機関もある。しかし、そもそも「障害を持っているがために検査を受けられない」という事実は当事者や家族の立場からすれば、「不平等が存在する」、という

ことになる。医療者としては、検査困難なことについて十分に説明して理解いただき、希望がありかつ実施可能と判断出来れば上部消化管内視鏡検査を受けていただくのが一般的な対応であるし、バリウムを使った造影検査の精度自体の限界もある。障害者対応を加味した今後の健診の在り方については更なる議論が必要であり、障害の有無に関わらず受けられる健診のプログラムについて再考する必要があるのではないだろうか。

また、知的障害や発達障害のある方の中には、医療と繋がっていない方が多いと言われている。障害のある方の高齢化も問題となる中で、地域医療とのつながりを促進する必要もある。

公的健診や予防接種等を通じて、是非とも住み慣れた地域に「なんでも相談できる、意思疎通し易い医師」を持つことを推奨するような広報活動を実施したい。そして、医療へのアクセスを容易にするためには、医療側の努力や本人・家族の理解だけでなく、交通機関、住民の理解、様々なインフラの変革が必要であり、社会全体が変わっていかねばならないと強く思う。

障害のある方とその家族が安心して希望する生活を獲得することが出来ない限り、地域共生社会の実現に向けたスタートラインは残念ながらまだ遠いと言わざるを得ない。現場や学術分野における医療と福祉の連携の相対的な立ち遅れが一因であると考察する。障害の有無に関わらず、予防医療と早期診断・早期治療が可能となる社会の構築が早急の課題である。

1) 2021年度の内閣府障害者白書

2) Simone Reppermund et al, Factors associated with death in people with intellectual disability: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.2019
(<https://doi.org/10.1111/jar.12684>)

Ⅲ

アンケート調査結果

地域における精神科医と一般診療科医の連携は重要だが、実際にはまだまだ十分に連携がとれていないことが現状である。このことより、東京都医師会精神保健医療福祉委員会では、令和6年7月12日付で東京都医師会会員を対象とした「精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート」、指定二次救急医療機関を対象とした「精神障害者の身体疾患による救急医療での地域連携についてのアンケート」をそれぞれ実施し、調査結果をまとめた。

1. 精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート

回答者氏名 _____ 所属医療機関名 _____
 主たる診療科名 _____ 診療経験年数 _____ 年
 地区医師会名 _____

Q1. 貴地域での精神障害に対応する一般診療科医と精神科医の地域連携はうまくいっていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。

回答： _____ 点

Q2. 貴地域での精神障害に対応する一般診療科医と精神科医の地域連携において（Q1のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。下記よりお選びください。（複数選択可）

- a. 連携の必要性に対する認識不足
- b. 情報不足による紹介、逆紹介困難
- c. 顔の見える関係構築が不十分
- d. 地域内の精神科医療機関に関する情報不足
- e. 相手の専門分野に関する知識不足
- f. 患者情報が複雑なため情報共有困難
- g. 連携のための診療報酬が低い
- h. 患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる
- i. 連携先の紹介システムがない
- j. その他（ _____ ）

Q 3. Q 2 の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 地域の医師の得意分野がわかる一覧作成
- b. 患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成
- c. 連携のための定期的な協議会の開催
- d. 共通テーマでの研修会や症例検討会の開催
- e. 顔の見える関係構築のための懇親会等の開催
- f. 連携のための適切な診療報酬体系の確立
- g. 入退院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用
- h. その他 ()

Q 4. 貴地域での精神障害にも対応する一般病院と精神科病院を中心とした地域連携はうまく行っていると思われるか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。

回答： 点

Q 5. 貴地域での精神障害にも対応する一般病院と精神科病院を中心とした地域連携において(Q 4 のつづき)、どのような点がうまく行っていないと思われますか。下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 連携の必要性に対する認識不足
- b. 情報不足による紹介、逆紹介困難
- c. 顔の見える関係構築が不十分
- d. 地域内の精神科医療機関に関する情報不足
- e. 相手の専門分野に関する知識不足
- f. 患者情報が複雑なため情報共有困難
- g. 連携のための診療報酬が低い
- h. 患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる
- i. 連携先の紹介システムがない
- j. 行政との連携不足
- k. その他 ()

Q 6. Q 5 の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 地域の医師の得意分野がわかる一覧作成
- b. 患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成
- c. 連携のための定期的な協議会の開催
- d. 共通テーマでの研修会や症例検討会の開催
- e. 顔の見える関係構築のための懇親会等の開催
- f. 連携のための適切な診療報酬体系の確立
- g. 入退院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用
- h. 行政のより積極的な連携構築への介入
- i. その他 ()

Q 7. 貴地域での精神障害にも対応する一般診療科診療所と精神科診療所を中心とした地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。

回答： 点

Q 8. 貴地域での精神障害にも対応する一般診療科診療所と精神科診療所を中心とした地域連携において（Q 7 のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。下記よりお選びください。（複数選択可）

- a. 連携の必要性に対する認識不足
- b. 情報不足による紹介、逆紹介困難
- c. 顔の見える関係構築が不十分
- d. 地域内の精神科医療機関に関する情報不足
- e. 相手の専門分野に関する知識不足
- f. 患者情報が複雑なため情報共有困難
- g. 連携のための診療報酬が低い
- h. 患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる
- i. 連携先の紹介システムがない
- j. 行政との連携不足
- k. その他（ ）

Q 9. Q 8 の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 地域の医師の得意分野がわかる一覧作成
- b. 患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成
- c. 連携のための定期的な協議会の開催
- d. 共通テーマでの研修会や症例検討会の開催
- e. 顔の見える関係構築のための懇親会等の開催
- f. 連携のための適切な診療報酬体系の確立
- g. 入退院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用
- h. 行政のより積極的な連携構築への介入
- i. その他（ ）

Q10. 貴地域での知的障害・発達障害等にも対応する一般診療科医と精神科医の地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。

回答： 点

Q11. 貴地域での知的障害・発達障害等にも対応する一般診療科医と精神科医の地域連携において（Q10のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。下記よりお選びください。（複数選択可）

- a. 連携の必要性に対する認識不足
- b. 情報不足による紹介、逆紹介困難
- c. 顔の見える関係構築が不十分
- d. 地域内の精神科医療機関に関する情報不足
- e. 相手の専門分野に関する知識不足
- f. 患者情報が複雑なため情報共有困難
- g. 連携のための診療報酬が低い
- h. 患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる
- i. 連携先の紹介システムがない
- j. 行政との連携不足
- k. 教育関係者との連携不足
- l. その他（ ）

Q12. Q11の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 地域の医師の得意分野がわかる一覧作成
- b. 患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成
- c. 連携のための定期的な協議会の開催
- d. 共通テーマでの研修会や症例検討会の開催
- e. 顔の見える関係構築のための懇親会等の開催
- f. 連携のための適切な診療報酬体系の確立
- g. 入退院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用
- h. 行政との連携推進、協議の場設置等
- i. 教育関係者との連携推進、協議の場設置等
- j. その他（ ）

Q13. 貴地域での精神科診療所における精神科救急に対応する連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。

回答：点

がうまく行っていないと思われますか。下記よりお選びください。(複数選択可)

-)

Q14の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

-)

連携は何点だと思いますか。

回答： 点

うな点がうまく行っていないと思われますか。下記よりお選びください。(複数選択可)

-)

Q18. Q17の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 地域の医師の得意分野がわかる一覧作成
- b. 患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成
- c. 連携のための定期的な協議会の開催
- d. 共通テーマでの研修会や症例検討会の開催
- e. 顔の見える関係構築のための懇親会等の開催
- f. 連携のために適切な診療報酬体系の確立
- g. 入退院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用
- h. 行政との連携推進
- i. その他 ()

Q19. 貴地域での周産期医療における精神障害者に関する地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。

回答： 点

Q20. 貴地域での周産期医療における精神障害者に関する地域連携において (Q19のつづき)、どのような点がうまく行っていないと思われますか。下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 連携の必要性に対する認識不足
- b. 情報不足による紹介困難
- c. 顔の見える関係構築が不十分
- d. 周産期に対応できる精神科医療機関に関する情報不足
- e. 相手の専門分野に関する知識不足
- f. 患者情報が複雑なため情報共有困難
- g. 連携のための診療報酬が低い
- h. 患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる
- i. 連携先の紹介システムがない
- j. 行政との連携不足
- k. その他 ()

Q21. Q20の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 地域の医師の得意分野がわかる一覧作成
- b. 患者の精神状況、身体疾患等に応じた紹介先一覧作成
- c. 連携のための定期的な協議会の開催
- d. 共通テーマでの研修会や症例検討会の開催
- e. 顔の見える関係構築のための懇親会等の開催
- f. 連携のために適切な診療報酬体系の確立
- g. 入院紹介や受診支援コーディネーターの育成と活用
- h. 行政との連携推進
- i. その他 ()

Q27. Q26の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 各区市町村における認知症対応パンフレットの紹介、配布
- b. 各区市町村における認知症対応ネットワークの構築、活用
- c. 地域医療介護連携のために定期的な協議の場の設置
- d. 多職種が参加する認知症関連研修会の開催
- e. 顔の見える関係構築のための懇親会等の開催
- f. 連携のために適切な診療報酬体系の確立
- g. 認知症コーディネーターの育成と活用
- h. 認知症サポート医と地域包括支援センターとの連携
- i. 行政との連携推進
- j. その他 ()

Q28. 貴地域での精神障害者の在宅ケアにおける地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。

回答： 点

Q29. 貴地域での精神障害者の在宅ケアにおける地域連携において(Q28のつづき)、どのような点がうまく行っていないと思われますか。下記よりお選びください。

- a. 連携の必要性に対する認識不足
- b. 情報不足による紹介困難
- c. 顔の見える関係構築が不十分
- d. 在宅ケアに対応できる精神科及び在宅医療機関に関する情報不足
- e. 相手の専門分野に関する知識不足
- f. 患者情報が複雑なため情報共有困難
- g. 連携のための診療報酬が低い
- h. 患者やその家族が、他医との情報共有を嫌がる
- i. 連携先の紹介システムがない
- j. 行政との連携不足
- k. その他 ()

Q30. Q29の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

- a. 精神疾患に対応可能な在宅医一覧の作成
- b. 連携のために定期的な協議の場の設置
- c. 多職種が参加する共通テーマでの研修会や症例検討会の開催
- d. 顔の見える関係構築のための懇親会等の開催
- e. 連携のために適切な診療報酬体系の確立
- f. 在宅医療コーディネーターの育成と活用
- g. 行政との連携推進
- h. その他 ()

Q31. 貴地域の公衆衛生事業（予防接種、健診等）への精神・知的障害者のアクセスは良好と思われますか。

下記よりお選びください。

- 医療機関のバリアフリー化が進んでおり、アクセス良好と考える
- 精神障害者の健診を専門に受け入れる医療機関がある
- 精神障害者の予防接種を行う医療機関を決めている
- 行政や医師会が本件について積極的に協議を行っている
- 精神障害者がなかなか健診や予防接種を受けられていない
- その他（ ）

精神障害・知的障害等にも対応した地域包括ケアシステムにおける 精神科医と一般診療科医の連携に関するアンケート 調査結果

◎回答

回答数	129
-----	-----

⇒回答率0.6%（R5.12東京都医師会員数より算出）
※会員への協力依頼は地区医師会の運用による

◎診療経験年数

0～10年	2	31年～40年	38
11～20年	12	41年～50年	18
21～30年	48	51年～60年	1

◎主たる診療科

内科	74	精神科	24
小児科	22	その他	17

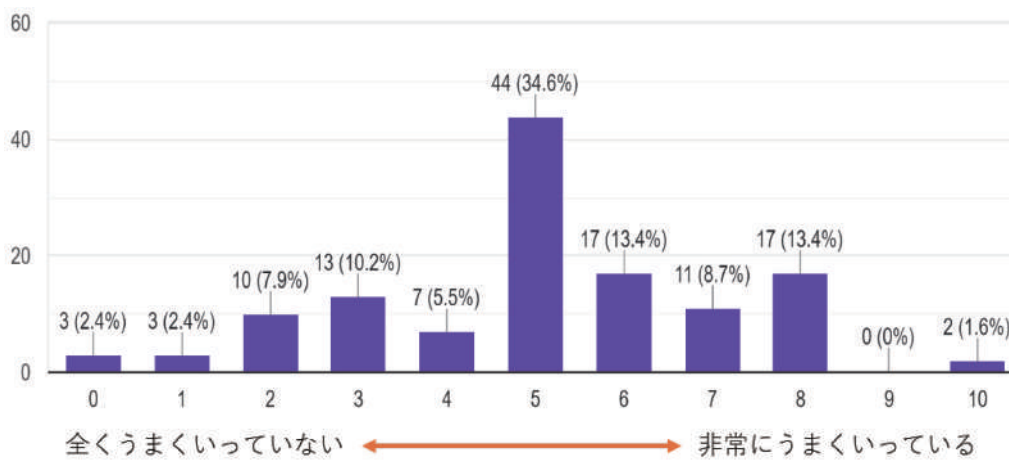
※多数標ぼうしている場合は、総数で集計しているため
回答数と相違があります

◎所属地区医師会

千代田区	1	玉川	1	三鷹市	5
日本橋	3	中野区	17	府中市	1
文京区	6	杉並区	7	西東京市	4
小石川	2	品川区	1	東久留米市	2
墨田区	1	荏原	1	日野市	2
江東区	2	大森	8	立川市	1
足立区	3	田園調布	3	小平市	5
葛飾区	3	蒲田	1	国分寺市	4
江戸川区	5	練馬区	2	慶應	1
新宿区	11	西多摩	2	日本大学	1
目黒区	1	北多摩	14	昭和大学	1
世田谷区	3	武蔵野市	4		

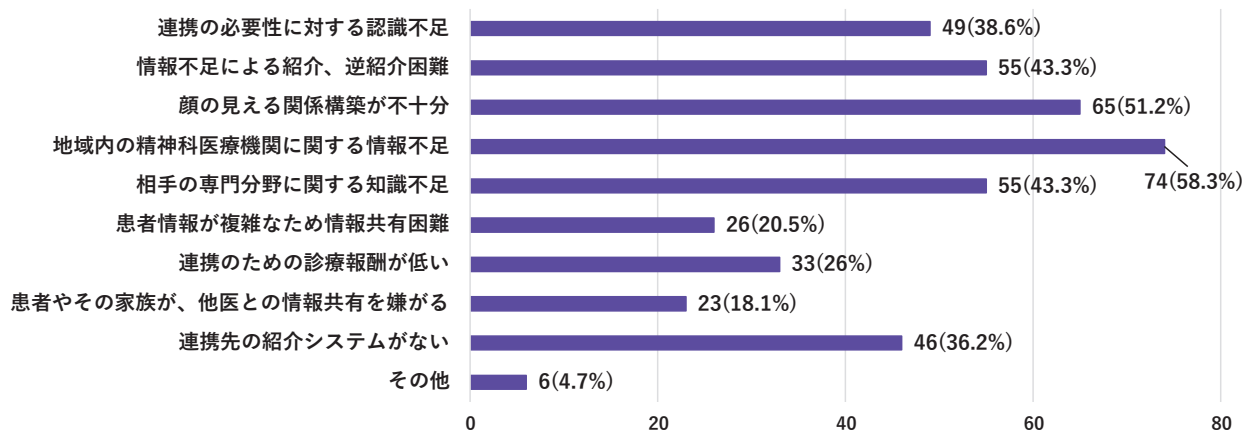
Q1

貴地域での精神障害に対応する精神科医と一般診療科医の地域連携はうまくいっていると思われますか？ 常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。



Q2

貴地域での精神障害に対応する一般診療科医と精神科医の地域連携において（Q1のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

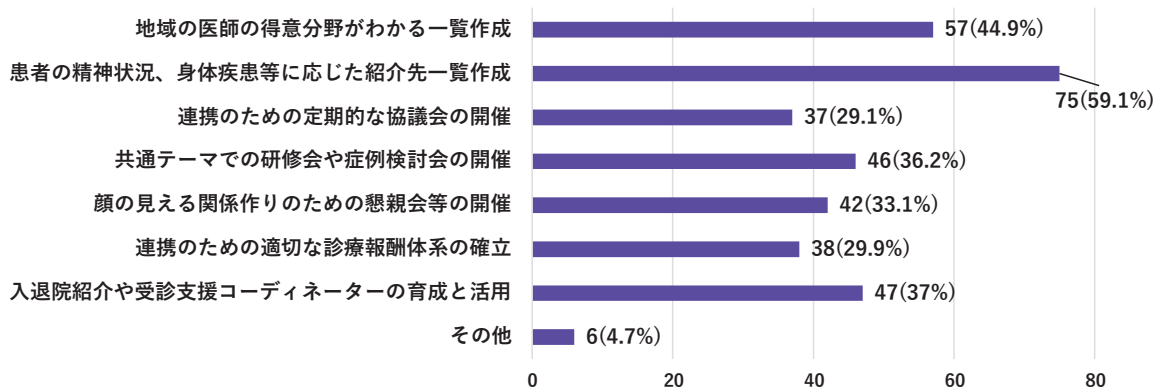


【その他】

精神疾患を有するというのみで転院や受診の相談を断る医療機関がある。 そういうところではスタッフによる精神科患者への差別・偏見があると感じる。	1
精神科が混み合っていて予約がなかなか取れず、緊急時の対応が困難	2
精神科の診療予約手順の煩雑さ、 時間的配慮のなさ（初診は3か月先等）のため連携は不可能	1
医師会未加入の精神科医が多い	2

Q3

Q2の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。（複数選択可）

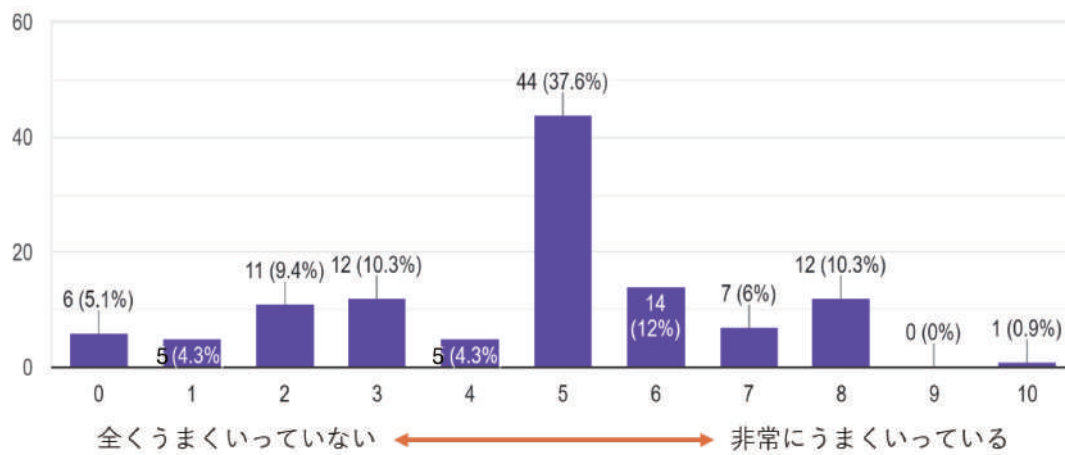


【その他】

一般病院のスタッフへの精神疾患への教育	1
精神疾患患者への医療者の偏見を減らす	1
精神科は医師会未加入の先生が多いため、連携が取りにくい	1
精神疾患があっても身体症状は、一般診療科に任せる精神科医の診療姿勢の是正	1
医療機関同士の情報提供のあり方の理解促進	1
ICTの利用	1

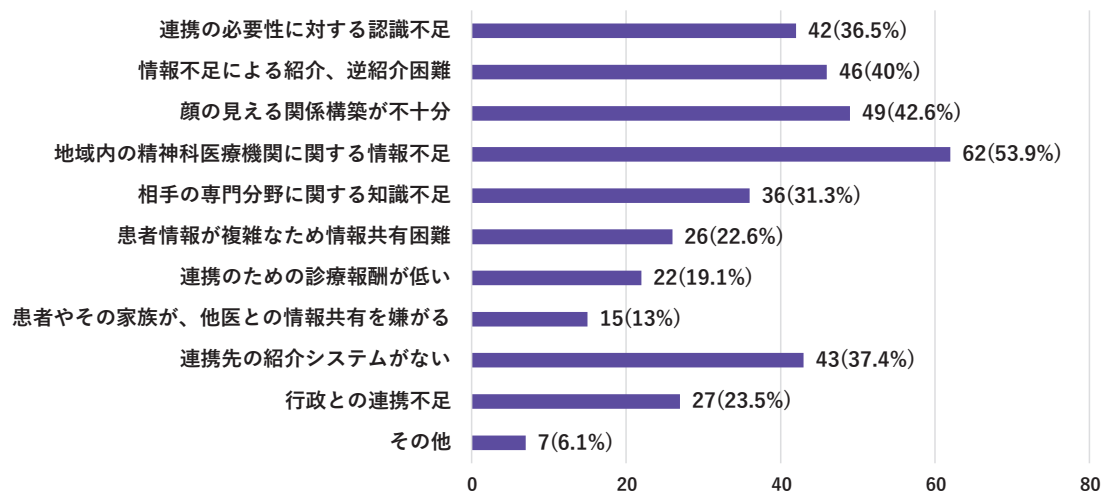
Q4

貴地域での精神障害にも対応する一般病院と精神科病院を中心とした地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。



Q5

貴地域での精神障害にも対応する一般病院と精神科病院を中心とした地域連携において（Q4のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

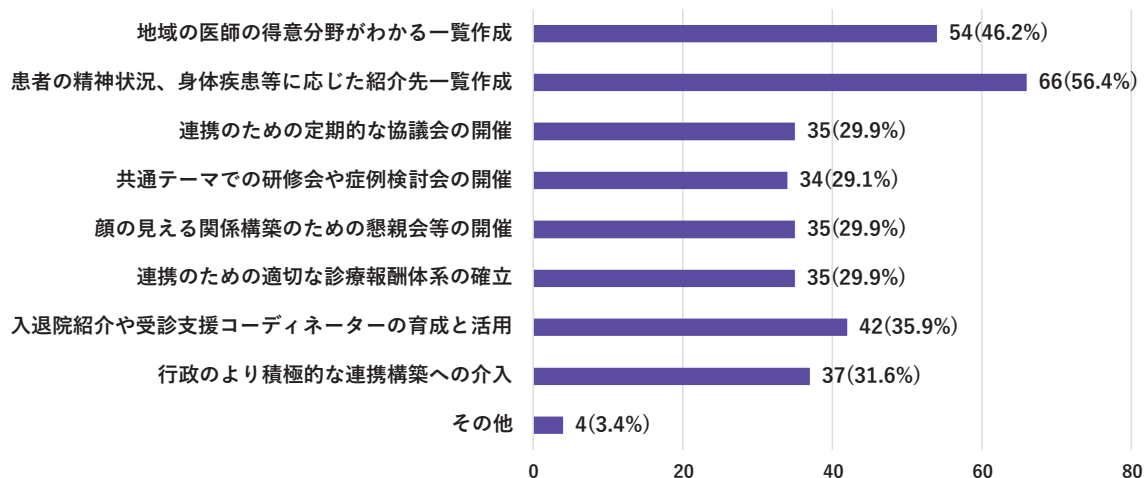


【その他】

予約困難	1
受入病棟が無い	1
身体疾患を合併した患者の受け入れを精神科病院が嫌がる	1
分からない	4

Q 6

Q 5 の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

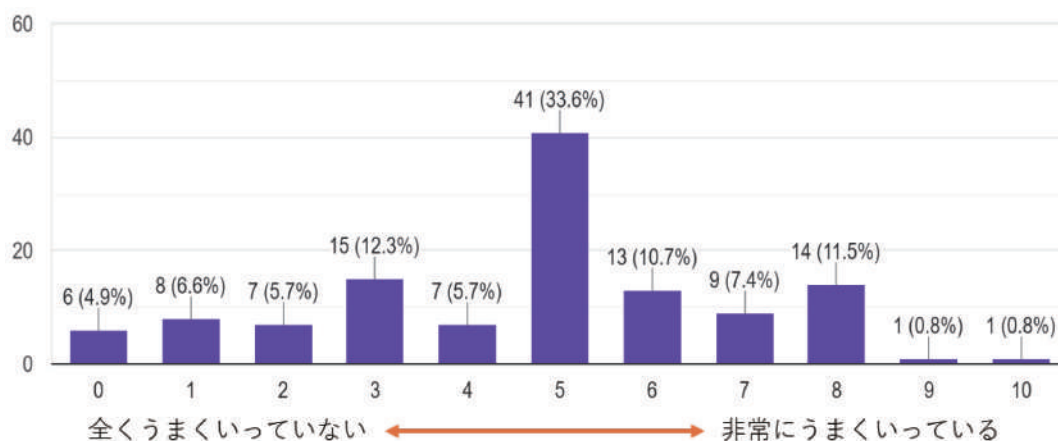


【その他】

精神科病棟の誘致	1
病院間の連携に期待する	1
分からない	2

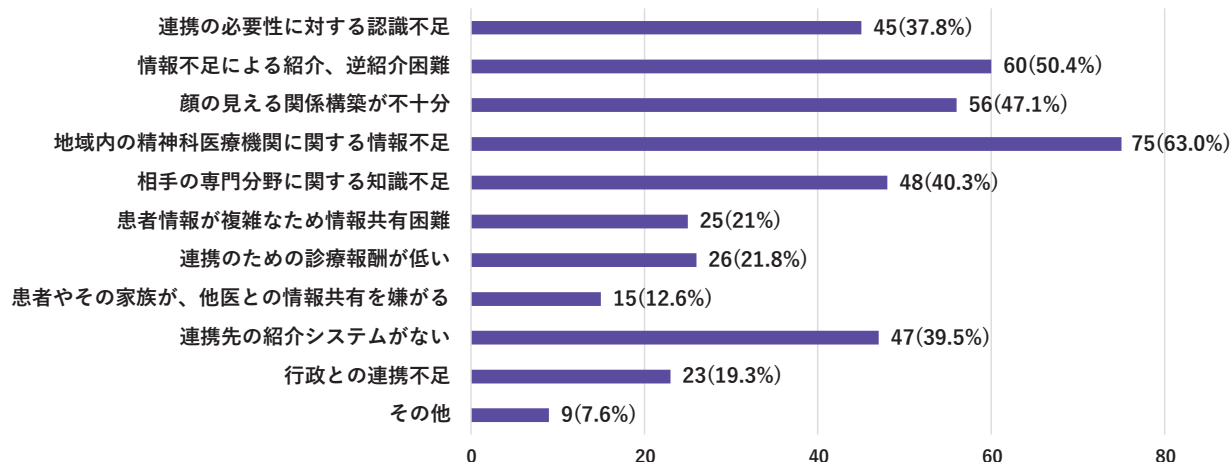
Q 7

貴地域での精神障害にも対応する一般診療科診療所と精神科診療所を中心とした地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。



Q 8

貴地域での精神障害にも対応する一般診療科診療所と精神科診療所を中心とした地域連携において（Q 7 のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

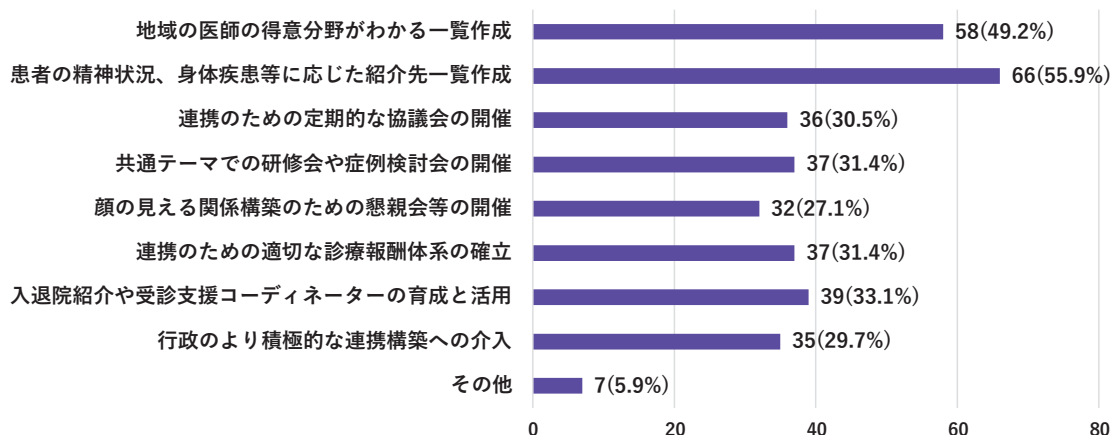


【その他】

学習障害・発達障害程度により担当科が曖昧な状況	1
精神科診療所が混んでいて予約が取れない	2
医師会未加入の精神科医が多い	2
精神科のスタッフが医師 1 名のみの一般病院に困難な患者を紹介されても対応しきれない	1
分からない	2
未記入	1

Q 9

Q 8 の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。（複数選択可）

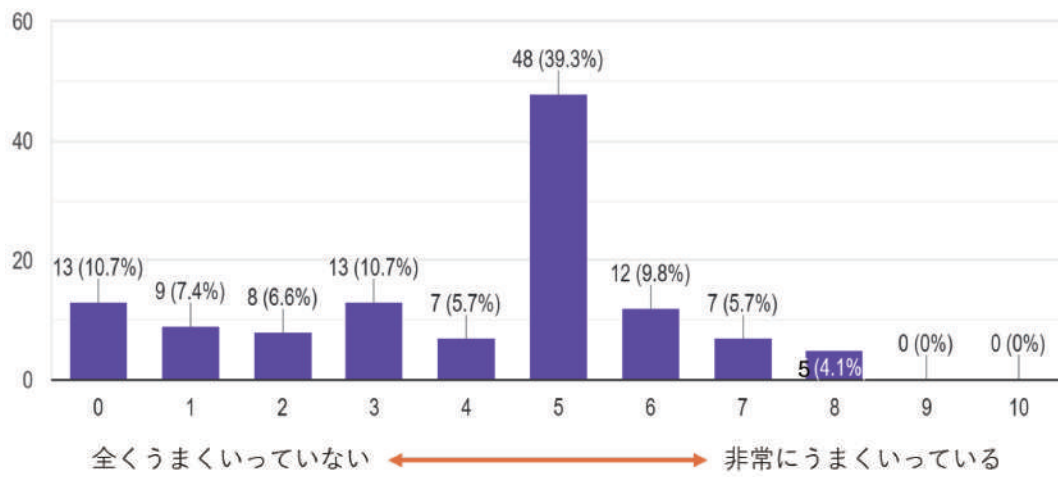


【その他】

内科を標榜していて精神科の患者様を診ているとは考えられず、内科の他に精神科も標榜しているはず。そうならば精神科診療所扱いにならないか。	1
精神疾患があっても身体症状は診療科に任せる。精神科医の診療姿勢の是正	1
一般病院の精神科スタッフの増員が必要	1
分からない	3
未記入	1

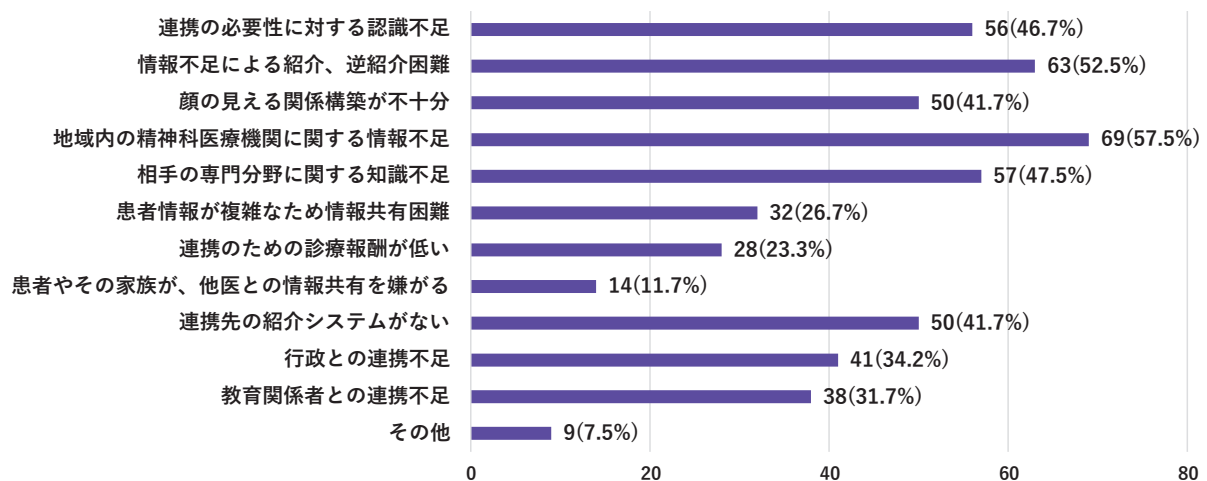
Q10

貴地域での知的障害・発達障害等にも対応する一般診療科医と精神科医の地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。



Q11

貴地域での知的障害・発達障害等にも対応する一般診療科医と精神科医の地域連携において（Q10のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

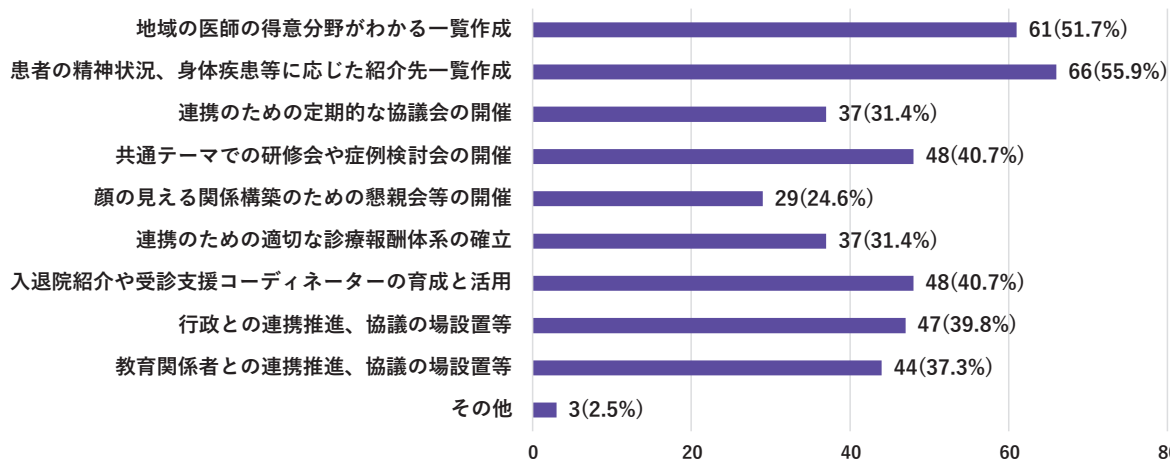


【その他】

発達障害を一般診療科が診るか？	1
児相介入者の背景情報の不足、情報提供者の曖昧化	1
専門医の不足	1
発達障害の診療をする医療機関が少ない	2
紹介先不足	1
分からない	3

Q12

Q11の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。（複数選択可）

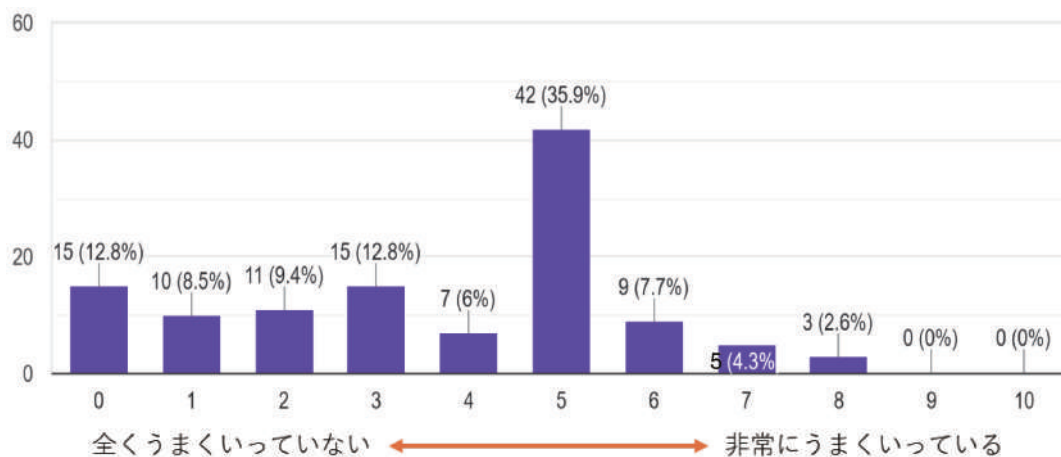


【その他】

知的障害・発達障害等にも対応する 精神科医療機関、小児科・小児精神科医療機関での診療予約等の煩雑さの是正	1
分からない	2

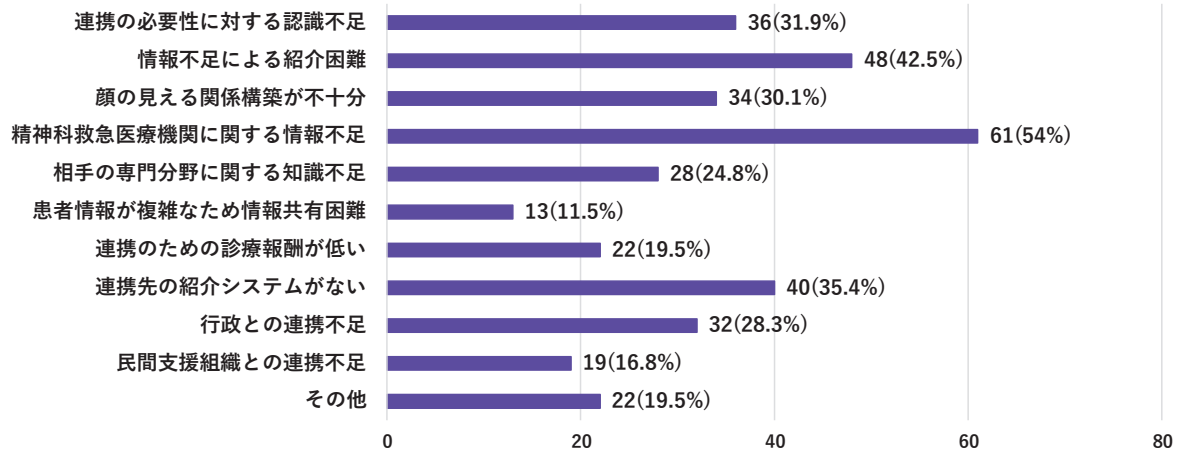
Q13

貴地域での精神科診療所における精神科救急に対応する連携はうまく行っていると思われますか？
非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。



Q14

貴地域での精神科診療所における精神科救急に対応する連携において（Q13のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

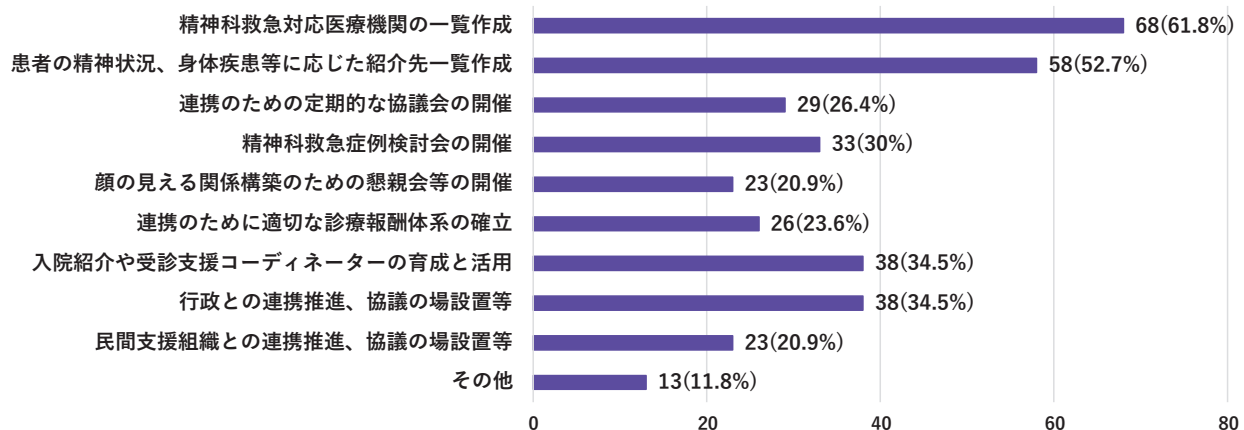


【その他】

緊急で受けていただける精神科病院がない	1
緊急入院となる場合に即時の診療情報提供書の提供を拒む診療所がある	1
精神科救急を行っている医療機関の対応が余裕が無い(大学病院が多い)	1
主治医がいない日の緊急受診を断る大学病院があり困る	1
病棟がない	1
診療所から早々に入院をお願いしたくてもどこも満床	1
混んでいる	1
メンタルケア協議会こころのネットの情報共有が足りない	1
ひまわりの機能不足、警察23条通報の運用をしない、都立病院の精神科救急に対しての機能不全	1
精神科救急に対応する 精神科診療所が地域にあることを知らない	1
区内に精神科病院がない	1
分からない	10
未記入	1

Q15

Q14の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。(複数選択可)

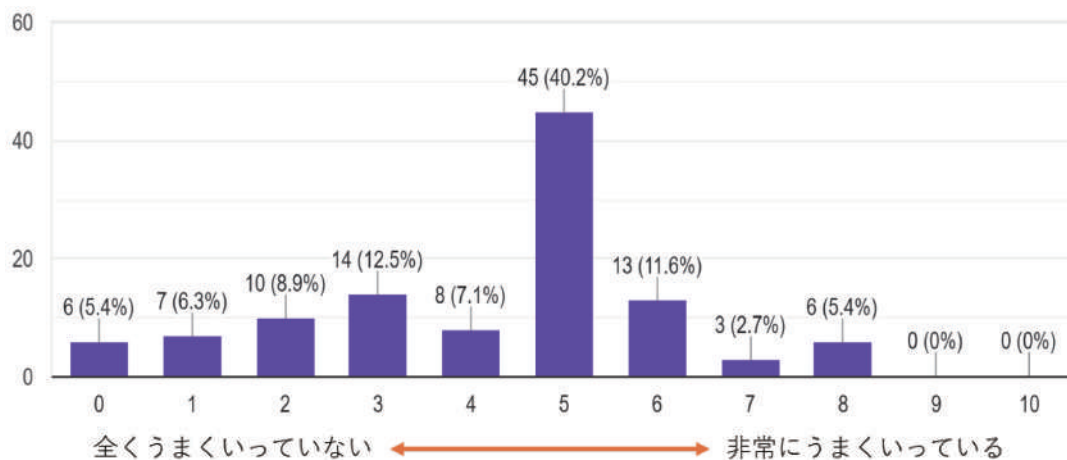


【その他】

都立病院が夜間、休日の精神科救急患者を受け入れる努力をされたらどうか？	1
精神科救急の当番医療機関を作り、人的配置をし、余裕を持った対応をして欲しい	1
召集義務違反にもなる精神科救急に対応する精神科医療機関での自己都合による診療予約等の煩雑さは是正	1
病棟、病院の誘致	1
精神科救急に対応できる医療機関自体が少ない。	1
精神科病院の開設	1
分からない	6
未記入	1

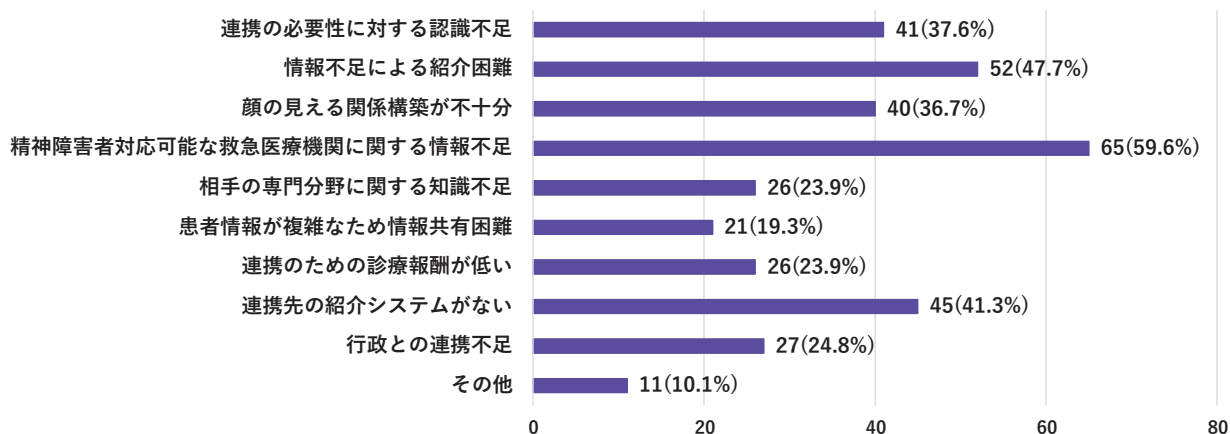
Q16

貴地域での精神障害者の身体疾患による救急医療における地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。



Q17

貴地域での精神障害者の身体疾患による救急医療における地域連携において（Q16のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

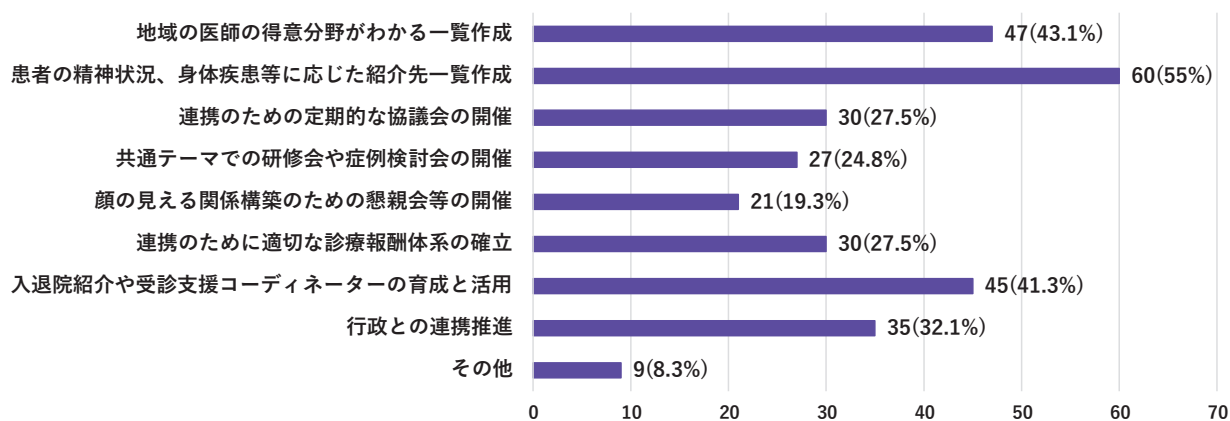


【その他】

一般病院の精神障害者の入院は、そもそも法律で可能か？一般病院は精神障害者を拒否する	1
一般科の医師が精神疾患の患者の診療を忌避する	1
扶養者の養育認識の不足	1
分からない	8

Q18

Q17の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。（複数選択可）

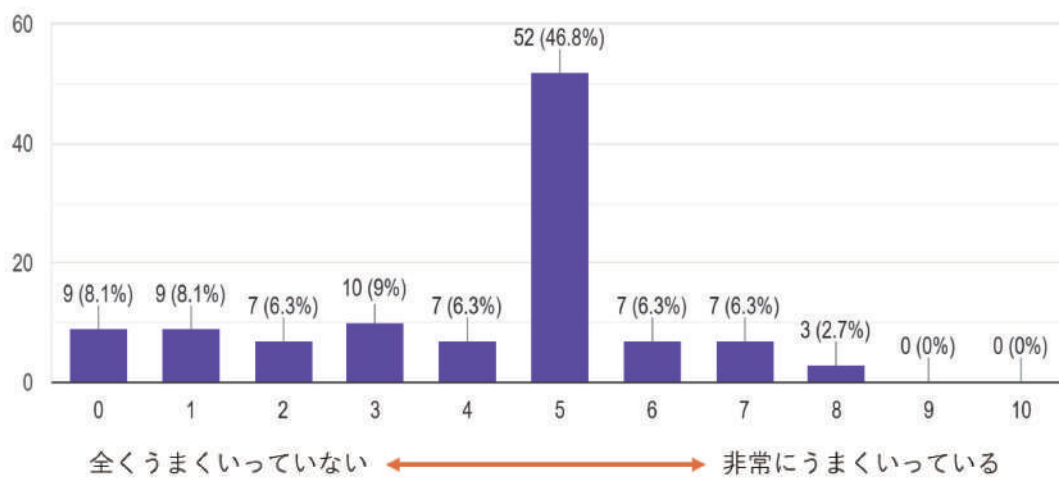


【その他】

一般診療科医の偏見の解消が大事	1
都内医療機関の多層分化機能の紹介・整理を行うコーディネーター	1
分からない	7

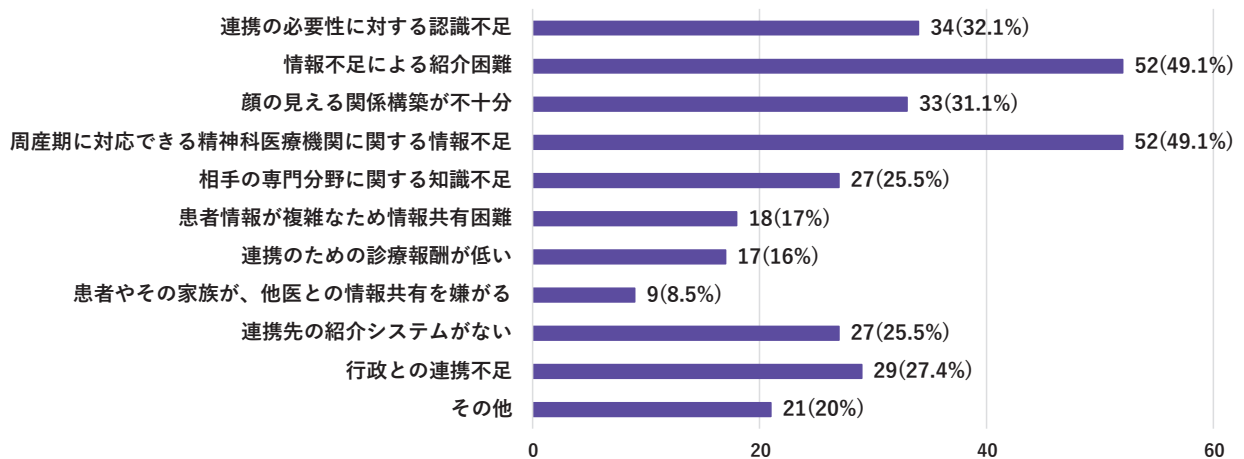
Q19

貴地域での周産期医療における精神障害者に関する地域連携はうまく行っていると思われますか？
非常にうまく行っている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での
連携は何点だと思われますか。



Q20

貴地域での周産期医療における精神障害者に関する地域連携において（Q19のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

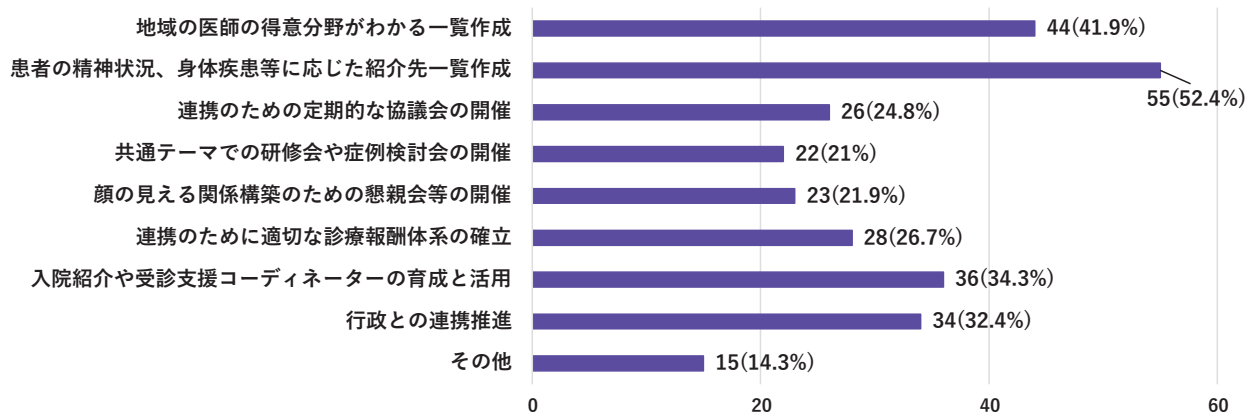


【その他】

周産期母不安の心理面の愚痴相談先の整備（ワンオペ弊害）	1
おそらく対応する精神科のキャパシティー不足	1
上手く連携をとれる地域は少ないと思われます	1
大学医学部附属病院の仕事なので、地域は関係ない	1
分からない	19

Q21

Q20の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。（複数選択可）

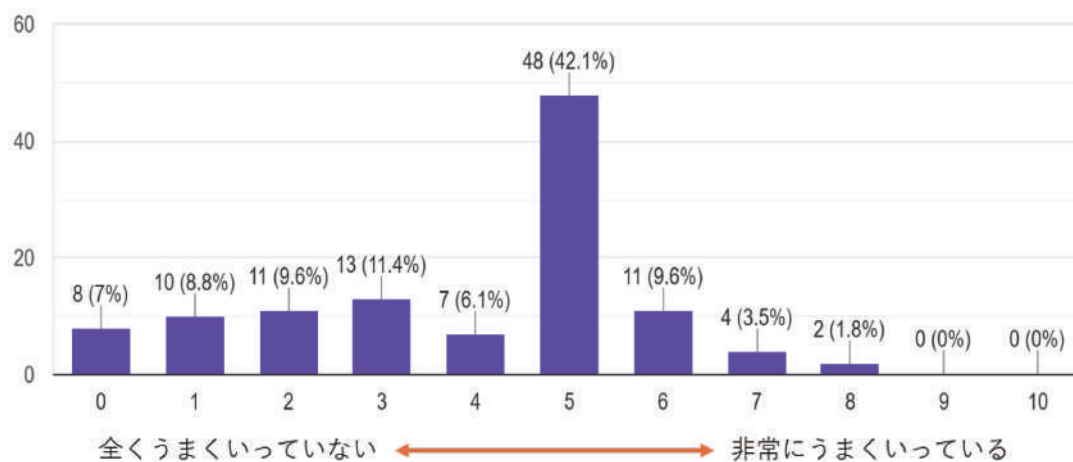


【その他】

どの大学医学部附属病院が対応出来るか、情報提供が必要	1
周産期の母の相談のコミュニティの採算性（医療なら報酬？）	1
現実的な解決策はない	1
分からない	12

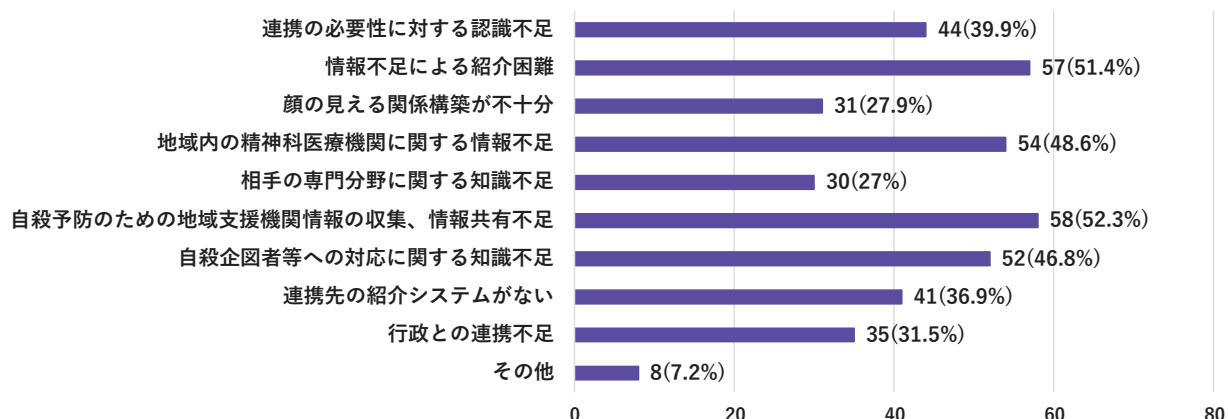
Q22

貴地域での自殺予防活動における地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。



Q23

貴地域での自殺予防活動における地域連携において（Q22のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

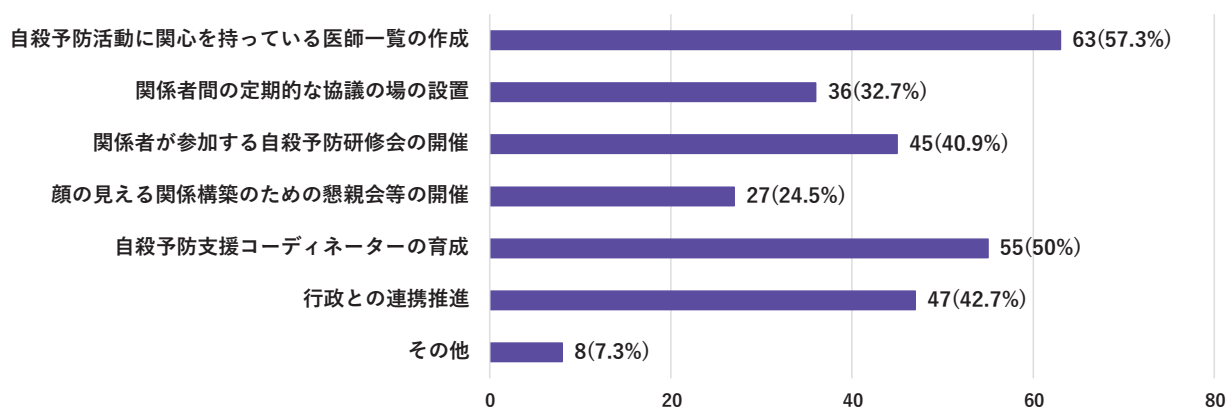


【その他】

精神科のキャパシティ不足	1
自殺予防活動における地域連携が行われていることを知らない	1
分からない	6

Q24

Q23の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。（複数選択可）

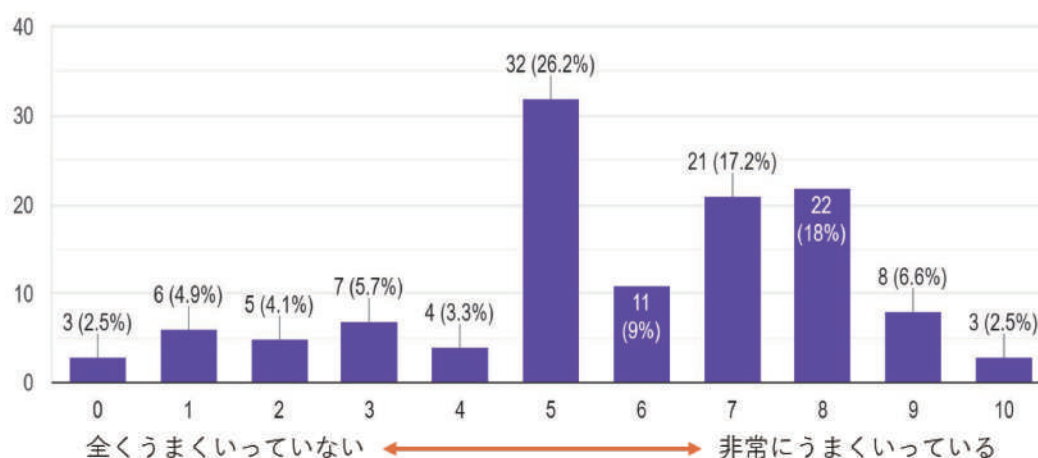


【その他】

一般診療科の医師が自殺予防活動参加することによる診療報酬上のメリットがないと参加出来ない	1
現実的な解決策はない	1
分からない	6

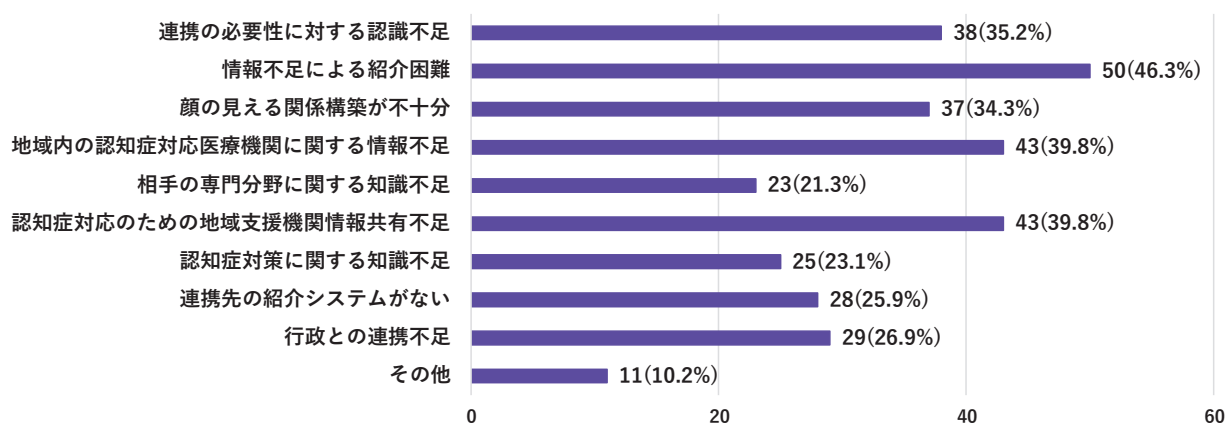
Q25

貴地域での認知症医療における地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思いますか。



Q26

貴地域での認知症医療における地域連携において（Q25のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

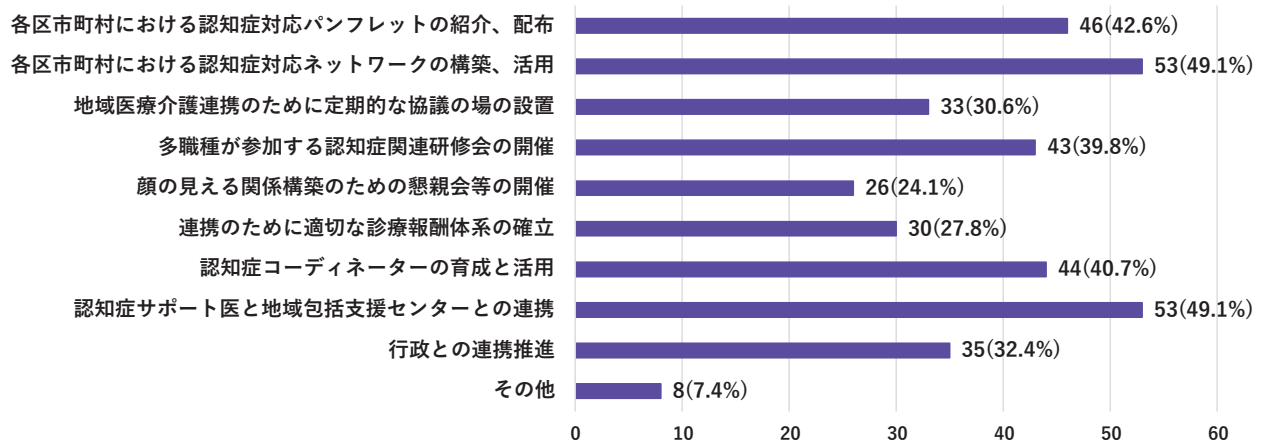


【その他】

上手くいっている	3
研修会などで顔の見える関係が出来ており、病診連携を行っている	1
認知症合併患者を診療する医療資源の不足	1
障害者の祖父の認知症認識不足の受診促進	1
認知症に必要なのは、医療でなく介護	1
介護保険のケアマネージャーが医療知識なく介入し、医師の連携を妨げる。認知症は医療か障害か？	1
分からない	3

Q27

Q26の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。（複数選択可）

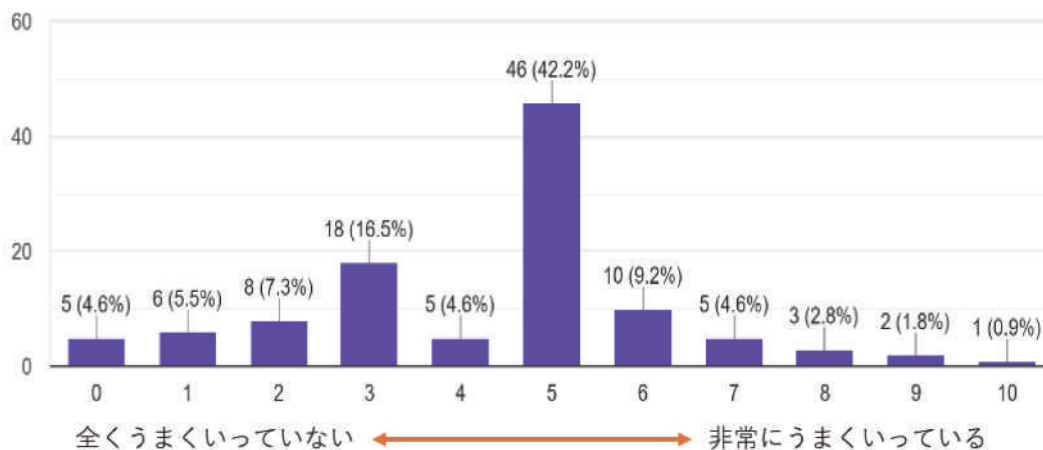


【その他】

上手くいっている	1
認知症サポート医と認知症疾患医療センターとの連携の強化	1
内科開業医が認知症サポート医、コーディネーターを教育しても難しい。 診療時間が長く、10分で認知症患者は診れない。	1
分からない	4
未記入	1

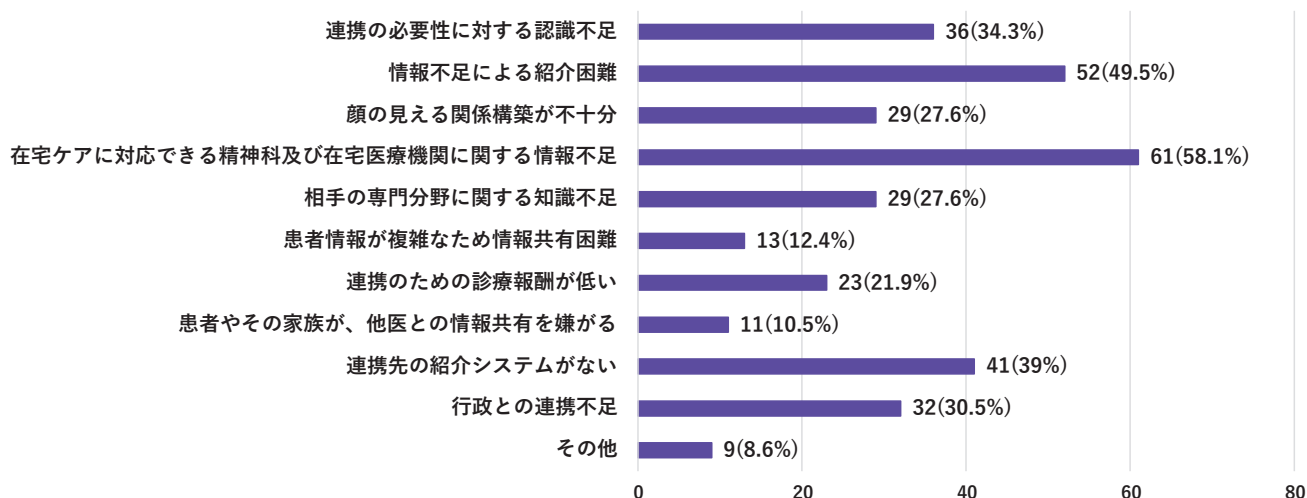
Q28

貴地域での精神障害者の在宅ケアにおける地域連携はうまく行っていると思われますか？ 非常にうまくいっている場合を10点、全くうまく行っていない場合は0点とすると、貴地域での連携は何点だと思われますか。



Q29

貴地域での精神障害者の在宅ケアにおける地域連携において（Q28のつづき）、どのような点がうまく行っていないと思われますか。（複数選択可）

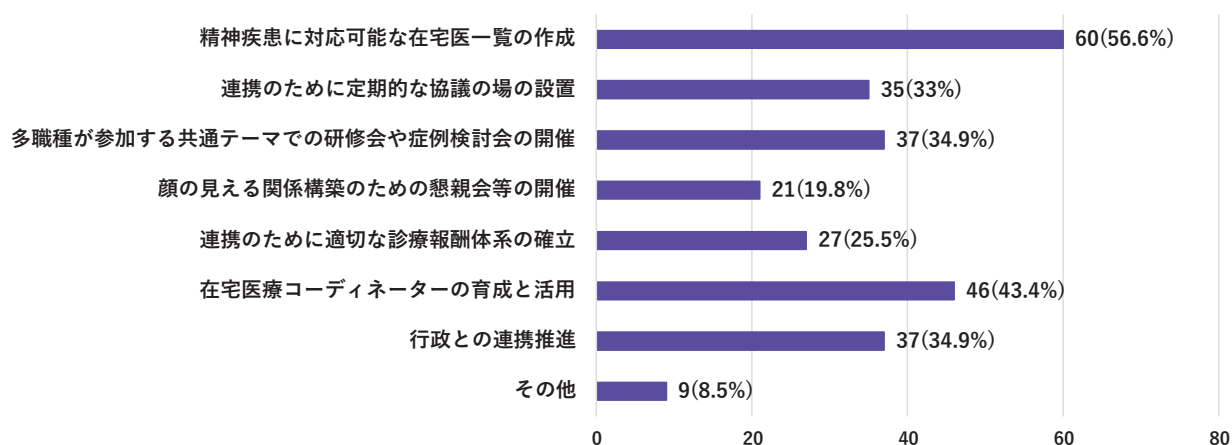


【その他】

訪問看護ステーション連携で上手く行っている	1
医療資源の不足	1
行政の関心が区市町村で温度差がある	1
分からない	6

Q30

Q29の回答に挙げた問題点の解決策があれば下記よりお選びください。（複数選択可）

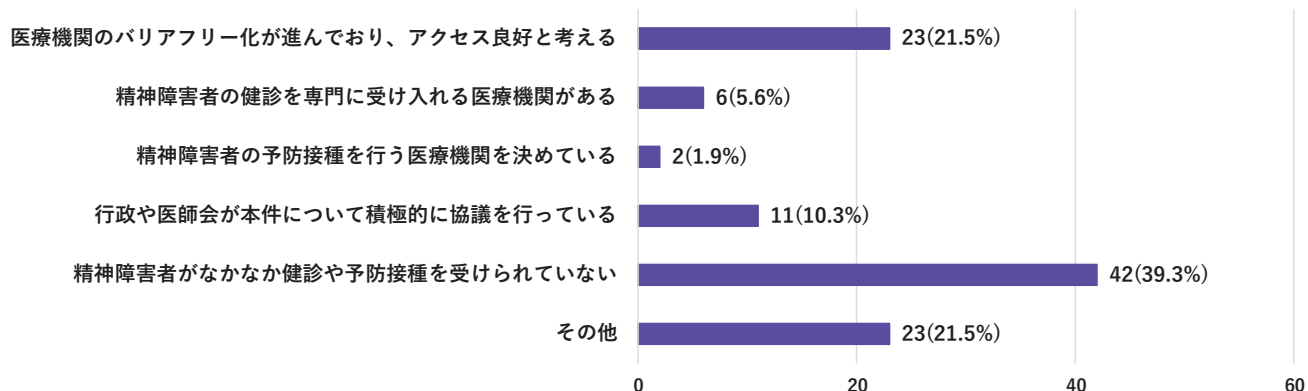


【その他】

どの設問にも共通するが、日常診療が多忙で研修の準備は多大な負担になる	1
分からない	6
未記入	2

Q31

貴地域の公衆衛生事業（予防接種、健診等）への精神・知的障害者のアクセスは良好と思われますか。下記よりお選びください。（複数選択可）



【その他】	
特に問題を感じたことはない。	1
一般診療科医療機関なので予防接種・健診を求めて精神・知的障害者の来院があった場合にも、特段の配慮をすることはない	1
隣の障害者施設の検診、予防接種に対応している	1
家族の熱意でかろうじて受けているが、親世代も高齢化していて今後が心配	1
精神・知的障害者家族が遠慮して受診を控えてしまっている	1
知的障害者は、多くは内科医も精神科にも受診されません	1
良好でない	1
分からない	16

2. 精神障害者の身体疾患による救急医療での連携についてのアンケート

【本調査における言葉の定義】

• 精神疾患合併患者

身体疾患に精神疾患を併せもつ救急患者については、「精神身体合併症患者」という言葉を用いるが、一般診療科では精神科が主体ではないため、「精神身体合併症患者」という用語はなじみが薄いと考え、本調査内では「精神疾患合併患者」と記載している。

病院名

回答者役職

Q 1. 精神疾患合併患者の救急車搬送症例の受け入れについて

- a. 受け入れしている
b. 受け入れしていない

Q2. 自傷・自殺企図による救急車搬送の受け入れについて

- a. 受け入れしている
b. 受け入れしていない

Q3. 東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都こころといのちのサポートネット」について

※東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都こころといのちサポートネット」とは、日中に精神科への救急受診をお手伝いする電話相談窓口のこと

- a. 利用したことがある
- b. 知っているが利用したことはない
- c. 知らない

Q 4. 診療報酬改定により、急性期病院での身体的拘束が原則禁止になることは、精神疾患合併患者の救急車搬送症例の受け入れに影響があるか

- 影響はない
- 影響はあるが受け入れは可能
- 今までは受け入れをしていたが今後の受け入れは困難
- 以前も今後も精神合併疾患の受け入れはできない
- その他（ ）

Q 5. 精神疾患合併患者の救急受け入れ困難理由について（複数回答可）

- a. 興奮時の対応が困難
- b. 検査や処置が困難
- c. 身体的に軽症でも帰宅させるのが困難
- d. 時間・人手がとられ業務に支障
- e. 精神科との連携が困難
- f. その他（ ）

Q 6. 救急搬送された精神疾患合併患者の退院時に関して

- a. 病院で精神科医療機関受診までの段取りを行う
- b. 精神科医療機関への受診は家族に任せる
- c. 「東京都こころといのちのサポートネット」を利用する
- d. 病院では精神科領域については特に何もしない
- e. その他（ ）

Q 7. 精神疾患合併患者を診療するために整備して欲しい項目（複数回答可）

- a. 精神科医への相談窓口設置（休日・夜間を含む）
- b. 精神科医の対診
- c. 精神科医への一般医からの電話相談もしくはWeb相談
- d. 精神科医療機関への受診及び転院調整
- e. 入院医療を必要としないと判断される場合の対応機関
- f. 地域の支援体制の整備
- g. その他（ ）

Q 8. 東京都における精神身体合併症救急I型(対象：非入院患者で夜間休日身体疾患を併発した精神疾患患者。精神科救急医療情報センターにて受け入れ医療機関を調整)のしくみについて

- a. 知っていて利用したことがある
- b. 知っているが利用したことはない
- c. 知らなかった

精神障害患者の身体疾患による救急医療での連携についてのアンケート調査結果

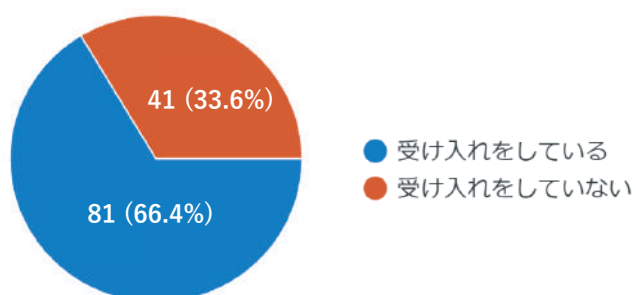
◎回答

回答数	122
-----	-----

⇒ 回答率50.8%

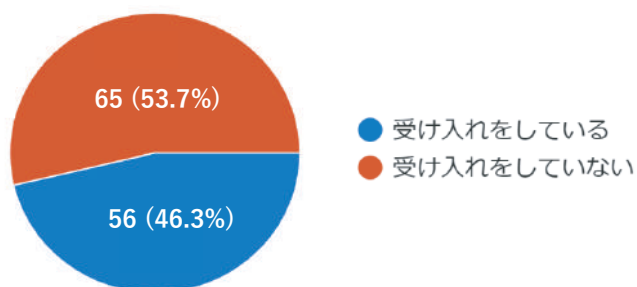
Q 1

精神疾患合併患者の救急車搬送症例の受け入れについて



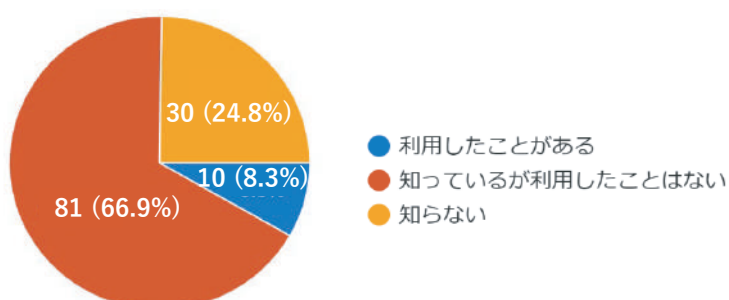
Q 2

自傷・自殺企図による救急車搬送の受け入れについて



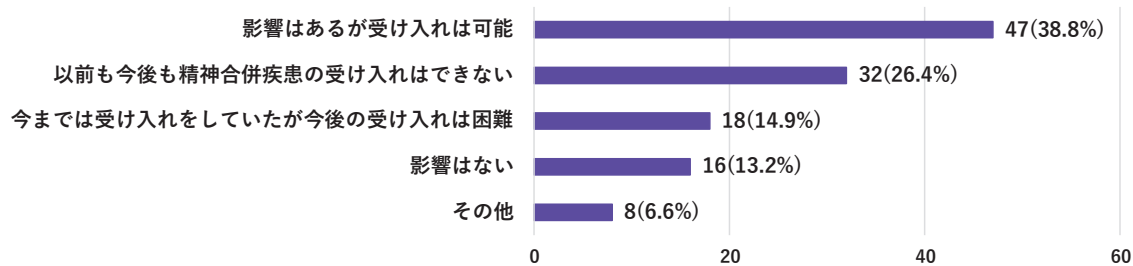
Q 3

東京都自殺未遂者対応地域連携支援事業「東京都ころといのちのサポートネット」について



Q4

診療報酬改定により、急性期病院での身体的拘束が原則禁止になることは、精神疾患合併患者の救急車搬送症例の受け入れに影響があるか

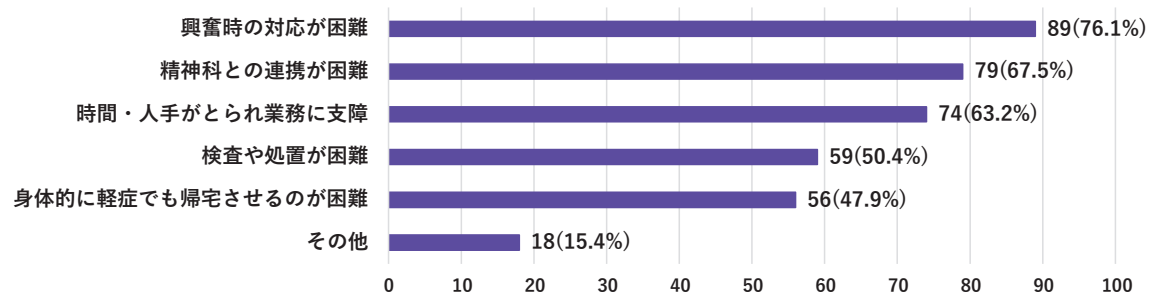


【その他】

受け入れは症例による	1
入院時の本人の精神状況による	1
疾患や精神疾患の落ち着き具合にもよる	1
受け入れは慎重に行わなければならない	2
精神科を標榜しており、週2回非常勤医師が勤務。現状、積極的な精神疾患合併患者の受け入れは出来ていない。身体拘束の原則禁止により、更に受け入れは困難となる見込み。	1
分からない	1
未記入	1

Q5

精神疾患合併患者救急受け入れ困難理由について（複数回答可）

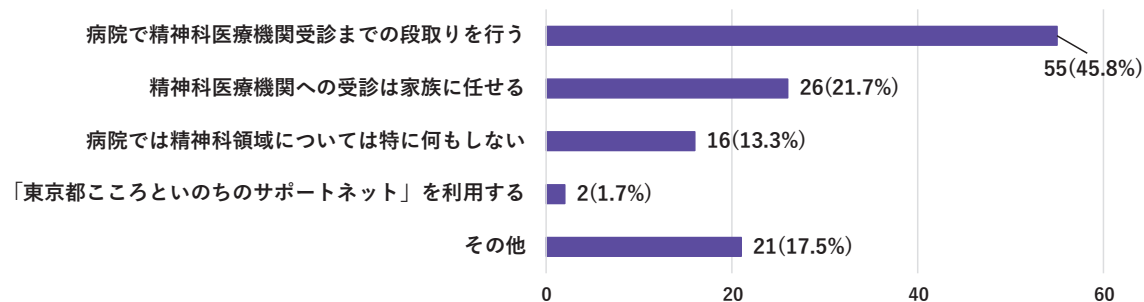


【その他】

精神科医（専門医）が不在のため	5
がん専門病院のため	1
精神科病床がないため	1
身体症状が落ち着いた後の転院が非常に困難	1
精神科は単科病院だから、総合病院は閉鎖病棟がないからという理由で転送を拒否される。当院で急性期対応はするが、精神科医のいない病院のため、スタッフへの負担は大きい。	1
他の入院患者に影響が大きい	1
離院を防ぐことが困難	1
すぐに離院出来てしまう構造であること。柵の無い窓があり、飛び降りてしまうこと。コードなども多く移動が困難であること。男性看護師が少ないこと。	1
カテーテル事故抜去や転落転倒事故、医療従事者への身体的危害が頻発する	1
医療従事者の身体的安全確保困難（特に時間外休日は人でがが少ないので）	1
夜間のマンパワー不足	1
病態がわかりにくい	1
内服薬の採用がないことが多い。調節について精神科と連携が困難	1
患者の治療同意が得られない	1

Q6

救急搬送された精神疾患合併患者退院時に関して

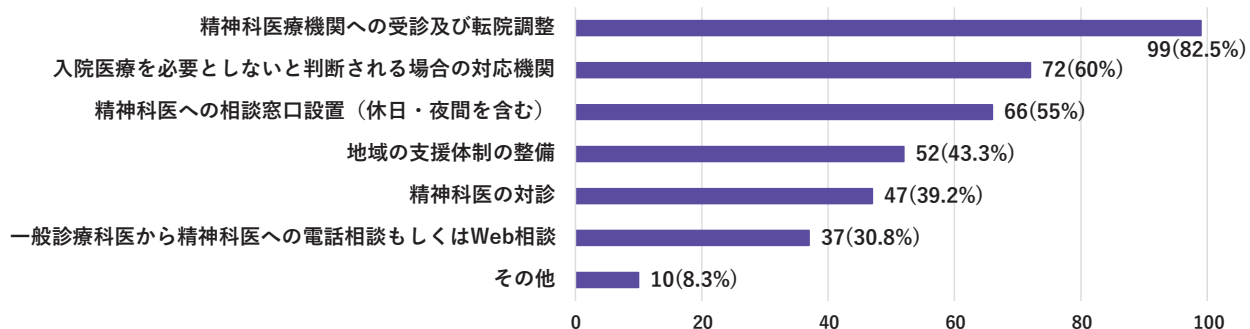


【その他】

受け入れていない	7
患者の状況により、「病院で精神科医療機関受診までの段取りを行う」「精神科医療機関への受診は家族に任せる」の両方またはいずれかで対応	4
当院精神神経科にコンサルトし、方針・転帰針を決定する	3
必要に応じてかかりつけ医へつなぐ	2
MSWが介入して支援を行い方向性を考える	1
必要に応じて介入 MSW・役所・CM等々	1
紹介状を渡して、本人、家族へ説明して退院していただく	1
受診の段取りをしてもケースワーカーなど協力得られず受診に至らないことが多い	1
未記入	1

Q7

精神疾患合併患者を診療するために整備して欲しい項目について（複数回答可）

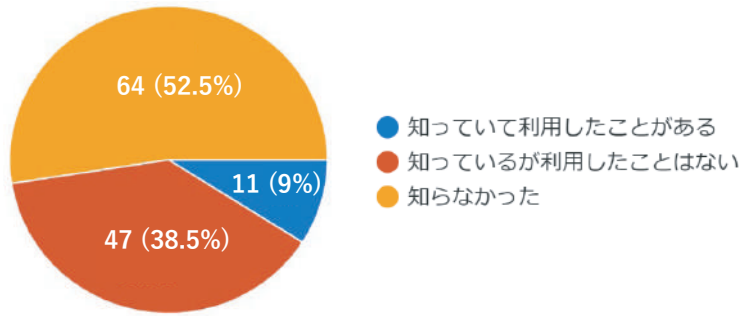


【その他】

入院症例だと精神科がないため院内採用薬がなく使用できる薬剤が限られてしまうので、精神科からの薬剤処方や院外薬局の利用等、自前での準備以外で薬剤を使用できる方法の検討をお願いしたい	1
入院患者で精神症状が酷くなり当院での継続した入院が難しい際、整形外科の術後などリハビリができることが望ましいが、運動器リハビリ対応可能な精神科でなかなか受けて貰えないため行き先に困る	1
精神科医対診や転院調整は当院独自で個別に行っているが、地域での支援体制が整備されると大変ありがたい	1
東京都立松沢病院と東京武蔵野病院に集約させ、強化してほしい	1
診療報酬の整備。院内で自傷・自殺をした際の免責と周知	1
はじめから精神疾患合併患者の診療をしてほしい。初診で問題なければ紹介を受ける	1
夜間の精神科対応窓口の確保	1
未回答	3

Q8

東京都における精神身体合併症救急Ⅰ型（対象：非入院患者で夜間休日身体疾患を併発した精神患者。精神科救急医療情報センターにて受け入れ医療機関を調整）のしくみについて



本答申は、「精神障害や知的障害等にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の構築と実践について多角的に検討し、その現状の課題と今後の方向性をまとめたものである。

答申では国の施策をはじめ、精神科医と一般診療科医の連携、病院・診療所を基盤とした地域連携、療育センターの役割、精神科急性期救急医療や自殺未遂者支援、認知症医療における地域連携の重要性など多岐にわたるテーマを取り上げている。精神障害を抱える方々が地域社会で適切な医療・福祉サービスを受け、安心して生活するためには、行政、医療機関、福祉関係者、地域住民が連携し、支援体制を整備することが不可欠である。しかし現状では、医療機関間の連携の困難さや地域による医療資源の偏在、訪問看護制度の課題、精神障害者の身体疾患に対応する救急医療の受け入れ体制の不備など、多くの問題が指摘されている。

本答申ではこうした現状を踏まえ、アンケート調査の実施、関連資料の収集、事例検討等を行い具体的な解決策を提案している。特に「地域包括ケアシステム」構築の基盤ともいえる精神科医療と一般診療科医療の連携強化、訪問看護の役割、救急医療の受け入れ体制の改善等については大都市東京都の地域特性に触れつつ深掘りした。加えて地域住民との協力体制の構築などの課題を含め検討している。

振り返れば我が国の精神科医療は「精神科特例」によって一般科医療とは“別枠”で施策が進められてきた結果、医療提供体制等について一般科医療との格差が生まれた。この間、どれだけの不利益を当事者も医療提供者も受け続けてきたか。特例廃止後もそのイメージが全て払拭されたとは言い難い。そのような歴史的背景がある中、「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。何故また“別枠”にされるのか。「地域包括ケアシステム」の生みの親とされる公立みつぎ総合病院名誉院長故山口昇先生に薫陶を受けてきた不詳の弟子としては釈然としない。山口の云う地域包括ケアシステムは、すべての疾病・障害を分け隔てなく包含するものである。よってこの流れは「地域包括ケアシステム」の理念から逸脱した印象を受ける。加えて、既に全国各地で地域包括ケアシステムが普及・整備されてきているこの時期に「精神障害・知的障害等」を“別枠”として構築していく動きは屋上屋を重ねるようで効率が悪いのではないだろうか。勿論、“別枠”にすることで精神障害・知的障害等に特化した支援がより手厚くなるのであれば賛同できるが、「にも包括」によって新たな「特例」を生むようでは困る。本答申が「格差」の無い健全な「精神障害や知的障害等にも対応した地域包括ケアシステム」構築の一助となればと願っている。

最後に本答申の取りまとめにあたっては本委員会のメンバーであり、所轄部局である東京都福祉局障害者医療担当部長、同障害施策推進部精神保健医療課長より貴重なご意見、ご指導をいただいたことを深謝申し上げます。また、アンケート調査の集計、本答申編さんに尽力いただいた東京都医師会医療介護福祉課職員に心より感謝申し上げます。