

SSRI/SNRIの有害作用

- 中枢神経系有害作用: 不安・焦燥、不眠と鎮静、悪夢、けいれん、稀だが錐体外路症状
- 抗コリン作用: 口渇、便秘、鎮静
- 血液学的有害作用: 血小板機能低下
- 電解質: SIADH
- 内分泌系有害作用: 高プロラクチン血症(女性化乳房、乳汁分泌)
- セロトニン症候群(下痢、焦燥、興奮、バイタルサインの動揺、ミオクローヌス、筋強剛、せん妄、けいれん、重症では死亡)

Kitasato University Department of Psychiatry

SSRI/SNRIの有害作用

- SSRI離脱: 突然中止すると、特に半減期の短いパキシル®、デプロメール®/ルボックス®では離脱症候群が起きやすい。めまい、悪心、頭痛、不安、焦燥、不眠、集中力低下などを認める(ジェイゾロフト®は半減期が長いため生じにくいとされている)

薬物	半減期	代謝産物の半減期
フルボキサミン	15時間	-
パロキセチン	21時間	-
セルトラリン	26時間	62~104時間

Kitasato University Department of Psychiatry

併用禁忌・注意薬が少ない抗うつ薬は？

SSRI/SNRI ?

三環系抗うつ薬 ?

四環系抗うつ薬 ?

Kitasato University Department of Psychiatry

SSRI・SNRIの併用禁忌・原則併用禁忌一覧

	併用禁忌				原則併用禁忌
	MAO阻害剤 (エフビー)	ビモジド (オーラップ)	チオリダジン (メレルル)	塩酸 チザニジン (テルネリン)	シサプリド (アセナリン)
セルトラリン	●	●			
パロキセチン	●	●	●		
フルボキサミン	●	●	●	●	●
ミルナシブラン	●				

2008年6月現在の各製品添付文書より引用

Kitasato University Department of Psychiatry

三環系・四環系抗うつ薬の併用禁忌・原則併用禁忌一覧

	併用禁忌				原則併用禁忌
	MAO阻害剤 (エフビー)	ビモジド (オーラップ)	チオリダジン (メレルル)	塩酸 チザニジン (テルネリン)	シサプリド (アセナリン)
ノリレン	●				
テトラミド	●				
テシブール	●				

2008年6月現在の各製品添付文書より引用

Kitasato University Department of Psychiatry

併用注意一覧(1)

	5-HTもしくはNA作用増強									血小板凝集阻害		
	5-HT _{1A} 受容体作動薬	「トリプトファン」含有製剤	炭酸リチウム	SSRI	トラマドール(オピオイド系)	リネソリド(サイボックス)	セイヨウオトギリソウ含有食品	降圧剤(クロミジン等)	アドレナリン	ノルアドレナリン	アルコール(飲酒)	*1 出血傾向が増強する薬剤
セルトラリン	●	●	●								●	●
パロキセチン	●	●	●	●	●	●	●				●	●
フルボキサミン	●	●	●	●	●						●	●
ミルナシプラン	●		●					●*2	●	●	●	

*1非定型抗精神病薬、フェチアジン系薬剤、三環系抗うつ薬、アスピリン等の非ステロイド系抗炎症剤、ワルファリン等 2008年6月現在の各製品添付文書より引用
*2降圧薬の作用が減弱

Kitasato University Department of Psychiatry

併用注意一覧(1)

	5-HTもしくはNA作用増強									血小板凝集阻害		
	5-HT _{1A} 受容体作動薬	「トリプトファン」含有製剤	炭酸リチウム	SSRI	トラマドール	リネソリド	セイヨウオトギリソウ含有食品	降圧剤(クロミジン等)	アドレナリン	ノルアドレナリン	アルコール(飲酒)	*1 出血傾向が増強する薬剤
ノリトレン								●	●	●	●	●
テトラミド								●			●	●
テシプール								●			●	●

*1非定型抗精神病薬、フェチアジン系薬剤、三環系抗うつ薬、アスピリン等の非ステロイド系抗炎症剤、ワルファリン等 2008年6月現在の各製品添付文書より引用
*2降圧薬の作用が減弱

Kitasato University Department of Psychiatry

併用注意一覧(2)

	代謝への影響*																							
	三環系抗うつ剤	トルブタミド	シメチジン	フエチアジン系抗精神病剤	リスペリドン	抗不整脈剤	平滑筋剤	タモキシフェン	キニジン	フェニトイン	フチバルピタール	カルバマセピン	リファンピシン	ホスアンブレナビルと リトナビルとの併用時	ワルファリン	ジゴキシン	ベンゾジアゼピン系薬剤	オランザピン	メキシレチン	キサンチン系気管支拡張剤	シクロスポリン	クマリン系抗血液凝固剤	中枢神経抑制剤	
セルトラリン	●	●	●												●									
パロキセチン	●		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●								
フルボキサミン	●						●			●		●			●		●	●	●	●	●	●	●	
ミルナシプラン																●							●	

* ●SSRI/SNRIが代謝を阻害する場合 及び 機序不明
 ●SSRI/SNRIが代謝を阻害される場合
 ●SSRI/SNRIの代謝が促進される場合(SSRI/SNRIの作用が減弱する場合)

2008年6月現在の各製品添付文書より引用

Kitasato University Department of Psychiatry

併用注意一覧(2)

	代謝への影響																							
	三環系抗うつ剤	トルブタミド	シメチジン	フエチアジン系抗精神病剤	リスペリドン	抗不整脈剤	平滑筋剤	タモキシフェン	キニジン	フェニトイン	フチバルピタール	カルバマセピン	リファンピシン	ホスアンブレナビルと リトナビルとの併用時	ワルファリン	ジゴキシン	ベンゾジアゼピン系薬剤	オランザピン	メキシレチン	キサンチン系気管支拡張剤	シクロスポリン	クマリン系抗血液凝固剤	中枢神経抑制剤	
ノリレン				●					●					●	●								●	●
テトラミド																								
テシブール																								

2008年6月現在の各製品添付文書より引用

Kitasato University Department of Psychiatry

抗うつ薬の毒性(致死量)

SSRI/SNRI

三環系抗うつ薬

四環系抗うつ薬

Kitasato University Department of Psychiatry

三環系抗うつ薬の毒性

三環系抗うつ薬の過量服薬による死亡は心伝導障害による

一般にQTcが延長し、Torsades de pointesを含む心室性頻脈が生じる事がある

とくにQTの延長した患者や低カリウム血症の患者では、慎重な投与が必要である

致死量の目安は20mg/kg以上であるが、常用量(75mg/日)投与中に下痢・嘔吐がtriggerとなりTdPの出現をみた高齢者の報告等もあり注意を要する

Kitasato University Department of Psychiatry

四環系抗うつ薬の毒性(致死量)

頻度不明だがルジオミール®ではTCAと同様にQTc延長、TdPを含む心室性頻脈が生じることがある

ルジオミール®, テトラミド®, テンブール®いずれもα1受容体遮断による起立性低血圧→転倒の危険性がある

ルジオミール®はTCAよりもけいれん誘発作用(急速増量でリスク大)、発疹の危険性が高い

テトラミド®では耐糖能低下の可能性があるが、コントロール不良の糖尿病患者では慎重な投与が必要

Kitasato University Department of Psychiatry

SSRI/SNRIの毒性

三環系・四環系抗うつ薬と比較して、過量服薬時の心血管系への影響は極めて少ないとされている

ただし、常用量の使用において、放置すれば死に至る危険な副作用があることは注意が必要である

セロトニン症候群は放置すれば死亡の危険性がある

投与初期に危険性が高いActivation syndromeは自殺の危険性を高める

Kitasato University Department of Psychiatry

各薬剤の患者負担額

分類	商品名 (最小剤型容量)	最小剤型単価 (円)	2週間処方患者負担 (3割負担額:円)
SSRI	ルボックス®/デプロメール® (25mg)	45.1	189.42
	パキシル® (10mg)	123.4	518.28
	ジェイゾロフト® (25mg)	123.4	518.28
SNRI	トレドミン® (12.5mg)	26.8	112.56
三環系	ノリレン® (10mg)	6.1	25.62
四環系	テトラミド® (10mg)	18	75.6
	テンブール® (1mg)	19	79.8

Kitasato University Department of Psychiatry

まとめ

現状では臨床的指標は抗うつ薬選択の根拠になりにくい

現状では薬理的指標は抗うつ薬選択の根拠になりにくい

SSRI/SNRIにも多くの副作用があり注意を要する

SSRI/SNRIは併用禁忌・注意薬が多いので注意を要する

Kitasato University Department of Psychiatry

まとめ

SSRI/SNRIは致死量の点で他の三環系抗うつ薬より優れる

四環系抗うつ薬にも重篤な副作用があり注意を要する

『最終的に何をえらぶべきか』の問いに対しては、
『薬剤の特性を理解し年齢、基礎疾患、
併用薬、有害事象、コストを考慮して選ぶべきである』
が答えである

Kitasato University Department of Psychiatry

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
平成 19～平成 21 年度総合分担研究報告書
精神障害者の地域ケアの促進に関する研究
（研究代表者 宮岡 等）

精神科医療における適切な医療圏の設定
研究分担者 藤原 修一郎 金沢文庫エールクリニック院長

研究要旨

H19 年度

一般医療では、救急医療、小児科、産科などを中心に医師（病院勤務医）不足が深刻である。新医師臨床研修医制度などによる過渡的な問題ではなく、特定の診療科における構造的な問題と考えるべきである。医療計画に基づき、各都道府県では、医療対策協議会において医療提供体制が検討されており、医療圏、特に二次医療圏毎の実態把握が不可欠である。一方、精神病床は 2 次医療圏の規程はなく、県単位に基準病床が設定されている。病床が多く、もともと偏在しているために問題が表面化せずに、医療計画に関する議論から取り残されている。精神病床配置の歪みは、地域性、責任性から離れ、精神障害者の社会的入院を増大させてきた要因である。本研究の目的として、精神医療の提供体制の現状と課題を明確にするために、精神科医療における適切な医療圏の設定を検討した。

方法は、全国の精神科医師、精神科施設、精神病床の配置を調査した。とくに神奈川県における精神科医、精神科診療所、精神科病院、総合病院精神科の配置を 2 次医療圏毎、市町村毎に把握し、人口当たりの施設数、病床数、医師数を算出した。一般医療における病床数、医師数、救急体制と比較することで、実現可能で、有効な連携の可能性を探った。既存の医療資源を踏まえて、一般医療（救急システムも含めた）との連携、連動に重点をおいた精神科医療圏をどのように設定し、機能させていくべきかを提言していきたい。

H20 年度

本研究は、実際的な精神医療の圏域を想定して、いかにシステム、連携を構築するかが課題である。精神科医療における医療連携（入院、外来、専門的治療、受診体制、救急体制など）、医療と福祉の連携（社会復帰施設、リハビリテーション施設、就労支援など）、さらに今後の医療・福祉における機能分化に伴う連携を視野に入れたシステムの構築のあり方を検討した。研究方法として、前回の研究を活用し、特定の 2 次医療圏、障害福祉圏域を中心に医療施設、精神病床数、精神科医師数、各種福祉機関を把握し、実際的な精神医療圏を想定してシステム、連携構築に関するアンケート調査を行った。同時に、地域精神医療に関わる NPO（特定非営利活動法人）を設立し、地域における連携を実践した。研究会等普及啓発活動、情報交換を行い、その活動・実践を通して、課題を明らかにした。

H21 年度

近年は精神科診療所が増加しているが、機能分担は進んでおらず、精神科医療提供体制の整備は甚だしく遅れている。この状況を改善し、利用しやすい、迅速な相談、支援、受診体制を構築することが望まれている。そのためには、モデルとなる精神科医療圏を設定し、どのような医療資源が必要であるかを想定し、円滑に機能するようなネットワーク活

動を実践することで、医療計画の中で精神科医療が議論され、精神科医療の発展のみならず、医療、福祉全体の底上げ、指針となるような研究を行った。今年度の研究では、実践的な活動とその成果から、精神科における医療圏の機能分担について検討した。特に疾患、領域（児童・思春期、訪問支援等）を考慮したネットワークの構築が必要であると考えた。

A. 研究目的

H19 年度

精神医療においては、基準病床は県単位の設定であり、もともと精神病床数が多いこともあって、医師の偏在化、地方の医師不足が進んでいる実態は明らかになっていなく、このままでは、精神科における地域偏在化、急性期病院の医師不足は止まらなると考えられる。しかし、精神疾患の特性や偏見もあり、その需要は理解されにくい。うつ病、自殺対策がマスコミでも取り上げられ、国家的な課題となっているにもかかわらず、精神医療の根本的な医療提供体制は未整備のままである。従来統合失調症の入院治療を主体とした精神医療から脱却し、一般医療に連動した診療システム、ネットワーク、地域性を重視して構築しなければならない。

そこで、本研究は、精神科の医療圏について、住民、企業、保健、福祉、教育関連機関、さらに一般医療従事者に対しても利用しやすい、わかりやすく、機能するシステムを構築することを目的としている。なお、本研究においては、総合病院は旧医療法の定義に基づいている。

H20 年度

交流可能な圏域を設定し、ネットワークを構築し上で、実際的な地域連携システムを発展させるために、特定の圏域を設定した上で、医療機関間、福祉機関さらに、医療と福祉の連携における現状と課題を明らかにした。なお、医療圏の設定は、圏交流可能な圏域を横浜南部（金沢区、栄区、磯子区、以下横浜南部）、三浦半島地区（横須賀市、三浦市、逗子市、葉山町、鎌倉市、以下三浦半島地区）とした。

H21 年度

精神科医療機関、精神科医の偏在化は顕著

であり、そのため機能分化は遅れている。一般医療においては医療計画、診療報酬上の誘導で地域医療提供体制の充実化、効率化が図られている。しかし、精神科医療では、2次医療圏で規定されていなく、疾患の特殊性もあり、議論されていない。認知症疾患医療センターやこども心の拠点病院化は、システムの構築を目指しているが、中核になる施設が非常に少なく、各地域において、限られた施設、人材で、どのように連携していくのか、理念と現実がかけ離れている。そこで、精神科医療において、現状を踏まえて医療圏を設定し、機能分担し、いかにネットワークを構築するかという課題を解決し、今後の精神科医療提供体制のあり方について提言をする。

B. 研究方法

本研究は2つの研究を骨子として行なった。

H19 年度

1. 全国的の病床数、医療従事者数、精神科病床数、精神科医療従事者数は、厚生労働省の病院施設調査（平成18年度）医師、薬剤師、歯科医師調査（平成18年度）を基にし、人口は人口動態調査（平成18年度）に加え、各都道府県のホームページより、2次医療圏とその人口について把握した。総合病院精神科については、日本総合病院精神医学会基礎調査（平成18年度）等を使用した。

2. 神奈川県内のデータは、神奈川県、各市町村から公式に発表されている資料に加え、施設数、病床数、医師数の配置、所属などを把握するために、各施設のホームページを参照した。さらに神奈川県保健福祉部（医療課、障害福祉課）、横浜市健康福祉局（こころの相談センター、保険医療部）、圏域保健所、横浜市内精神保健福祉センターへの問い合わせ、あるいは直接訪問によりデータを収集、補足

した。

3. 神奈川県内の救急システムは、各市区町村や医師会のホームページを参照した上で、横浜市健康福祉局、神奈川県保健福祉部、医師会を訪問し調査した。

4. ヒアリング調査は、横浜市精神科医会、横須賀市精神科医会、神奈川県総合病院連絡会、神奈川県精神神経科診療所協会会員、横浜市医師会会員、救急情報センター担当者、鎌倉市、横須賀市、横浜市の精神保健担当者、横浜南共済病院救急センタースタッフから情報、意見を聴取した。

また、本研究におけるアンケート調査では、個人が特定できる質問内容はなく、プライバシーに関わる問題はないと判断した。

H20 年度

1. 研究 1

研究方法としては、前回の研究を活用し、特定の 2 次医療圏、障害福祉圏域を中心に、医療施設、精神病床数、精神科医師数、各種福祉機関を把握し、実地的な精神医療圏を想定して、システム、連携構築に関するアンケート調査を行った。また福祉機関の現状と既存の連携状況を調査した。

なお、本調査においては、大学病院の機能や人材の流動性を考慮して、調査の対象からは除外した。

2. 研究 2

NPO（精神科医が主体）を設立し、地域における連携を実践し、研究会等普及啓発活動、人材が交流するネットワーク、情報交換、さらには就労支援を開始した。実践を通して、課題を明らかにした。

H21 年度

昨年度までの研究結果を踏まえ、三浦半島（三浦市、横須賀市、逗子市、葉山町）、鎌倉市、横浜市南部（金沢区、磯子区、栄区）を医療圏として設定した。「NPO 法人地域精神医療ネットワーク」を設立し、ネットワーク

の構築を目指した実践的な活動を行ない、企画、運営を通じた経験と、協力者、参加者からの意見をもとに、医療圏のとらえ方、その中でのネットワークの構築について検討した。疾患や対象とする分野の広がりや専門性、従事者の属性なども考慮して、以下に述べる地域ネットワークに関する会の設立、運営を行ない、意見交換、情報収集等を行った。

1. 地域精神医療ネットワークの構築に関する普及啓発

平成 20 年 12 月 22 日、NPO 法人「地域精神医療ネットワーク」を設立し、設定医療圏における機能分担、ネットワークの中核とした。初期事業として普及啓発事業として、講演会「地域生活中心の精神医療福祉」（平成 21 年 3 月 19 日）を開催した。

2. 地域連携

①訪問支援に関わるネットワーク「神奈川県訪問支援研究会」

「第 1 回・神奈川訪問支援研究会」（平成 21 年 7 月 17 日）を開催し、神奈川県内で訪問支援型研究に取り組んでいる福祉、保健、医療機関に呼びかけ、情報の共有化、支援技術の向上、将来のネットワーク構築を目指した。

②地域精神医療保健福祉機関交流会（通称金沢サロンの会）

NPO 法人地域精神医療ネットワーク主催による地域精神医療保健福祉連携の会（金沢サロンの会）という形で、地域連携の場を設け、平成 20 年 12 月 15 日の開催以降 2 カ月に 1 回、定期的で開催し、平成 22 年 2 月までに、計 8 回行った。（資料 1）医療機関、保健所、作業所、グループホーム、生活支援センター等の職員が参加している。

③精神障害者、家族の支援（再発予防講座）

生活支援センター、保健所、NPO 地域精神医療ネットワークの共催により、精神障害者、家族の支援を目的とし年 4 回開催した。

3. 児童・思春期ネットワーク

教育、福祉、医療、警察など児童思春期に関わる多領域の各専門機関による実践的・包括的な「児童・思春期のネットワーク構築」を目指し、多職種、多機関が一同に集まることができるように広く案内を呼びかけ、普及、啓発及び意見、情報交換を目的として平成21年10月31日に講演会「児童・思春期の心の医療と地域連携ネットワーク」を行った。その後、アンケートの集計によるフィードバックを行い、現状の把握および、今後の課題について検討をした。

4. プライマリケア医との連携の会（金沢区の近隣の診療所との勉強会）

うつ病等の精神疾患の対処(初期治療、紹介)を行うため、区内の一般診療所の医師を対象

に事前に日常的な疑問、質問、意見、要望を受けて講演を行った。

5. 精神科医療機関一覧名簿の作成)

医療圏内の精神科医療機関（横浜市・三浦半島地域）にご意見を伺い、基礎資料の作成の御協力を求めた。

C. 結果

H19年度

1. 研究1

1. 一般医療と精神医療における病床・医師の配置の比較

1) 一般診療科医師数と精神科医師数と偏在化

①医師数について

近年の医師国家試験の合格者約7700人から退職者を除くと、医師数は毎年約4000人増加していることになる¹⁾。不足していると言われる小児科、産科医師数と精神科医師数を比較すると、図1のように産科医師数は減少傾向にあるものの、小児科医師数と精神科医師数は緩やかに増加している。しかし、小児科医師数は小児人口の減少を考慮すると決して不足しているとは一概には言えない。小児科において診療所が増え、病院勤務医が減少している傾向は、精神科においても該当して

いる¹⁾。

医師の地域的偏在は明らかで、都道府県別の人口10万人当たりの医師数、精神科医師数とも地域格差は大きく、医師総数では2倍、精神科医師総数では2.5倍であり、精神科医師は偏在している。(図2)

二次医療圏で調査すると、県庁所在地とそれ以外の地域を比較すると医師総数、精神科医師総数ともに県庁所在地が1.5倍であった。(図3)

全国の調査では、精神科医師が精神科病院、総合病院、精神科診療所のいずれに所属するのか、精神保健指定医であるか否かについて把握するのは困難であった。

② 受療実態について

図4のように、精神科の受療実態は、全患者数が増加傾向にあり、精神科医師数も増えているため、受療者総数を精神科医師数で割ると、医師一人当たりの患者数は、平成8年以降、ほぼ同様に45人前後であった。(図5)対象とする精神疾患の内訳を見ると、統合失調症を中心とした入院患者が減少し、外来数とくに気分障害、神経症性障害の通院患者が増えている。(図6)

2) 一般病床と精神病床の偏在化

一般病床では、二次医療圏毎の基準病床の規程があり、一定の基準は満たされているものの、人口当たりの病床数には大きな格差がある¹⁾。

③ 精神病床について

i) 精神病床の分布

都道府県毎に比較すると精神病床数の地域差は著しく、人口当たりでも大きな差がある。平成16年6月30日時点の精神病床数は35万3319床で、人口万対平均で27.7床、最も少ない神奈川県が16.2床、最も多い宮崎県は53.5床で約2倍の開きがある²⁾。

ii) 総合病院精神科の分布

総合病院精神科病床数も地域差が非常に大きく、都道府県によっては、有床総合病院精

神科が大学病院以外は存在しない県もある。図7のように二次医療圏毎で比較すると有床施設は全体二次医療圏の45.3%に存在し、無床総合病院は47.3%、いずれも存在しない二次医療圏は33.8%を占めている。

一般医療との連携や初期診断、治療、身体合併症、救急医療における総合病院精神科の役割は非常に重要であるにも関わらず、精神科を有する総合病院は減少している2)。

iii) 精神科診療所の分布

厚労省医療施設動態調査では、精神科診療所は年々増加している。しかし、診療所に関しては全国的な医師数、施設数の調査は困難であった。理由としては、標榜している診療科名が多種あることや日本医師会、日本精神神経科診療所協会とも組織率が低くなっているためである。

①一般病床と精神病床の配置

二次医療圏毎に病床数を比較すると一般病床数、精神科病床数、人口当たりの病床数は、いずれも地域差がある。さらに、一般病床と逆相関のようになっている地域もあることが特徴で、都市部では人口当たりの精神病床が少ないことも特徴である。(図9、10)

図11のように神奈川県的一般病床、精神病床の平均を1として比較すると、一般病床では二次医療圏において0.5~1.5以上に約92%が含まれるのに対して、精神病床では、0.5以下の地域が16.7%、1.5以上の地域が25%と顕著な地域差が存在した。

②精神病床、精神科病院、総合病院精神科(病床の有無)、精神科診療所の配置

2次医療圏毎に各施設の配置を調査し、施設数、人口当たりの施設数を図12.13に示した。偏在化は、精神科病院、総合病院、診療所ともに大きい。図14のように神奈川県の平均を1としたとき、二次医療圏毎の施設数を比較すると精神科診療所は極端がばらつきはない。総合病院精神科は少ない地域(0.5ポイント以下)が有床33.3%、無床25.0%と目立つ。総合病院精神科は、神奈川県において平成12年から平成18年の間に施設数、

病床数が減少している。一方横浜市は行政主導で総合病院精神科病床を増やしている全国でもまれな地域である。(図15.16)

図17, 18のように、市町村という一次医療圏単位では病床数は大規模病院に左右される。

③一般科医数、精神科医数の分布

表3に2次医療圏別の人口、精神科医師数、人口10万人当たりの精神科医師数をまとめた。

2. 救急システムと医療圏

1) 一般救急と精神科救急について

医療圏を考える上で最も重要な救急体制について調査を行った。

救急には一次救急、2次救急、三次救急がある。一次(初期)救急とは、外来診療によって帰宅できる軽症患者の救急対応、二次救急とは、入院して治療が必要な中等症・重症患者の救急対応。三次救急とは、生命に危険のある重篤な患者の救急対応をさす。

精神医療においても一、二、三次救急という考え方があがるが、二次救急は任意、医療保護入院対応を要する場合。三次救急については、警察官通報による措置、緊急措置、応急入院をさす。平田の報告3)によれば、精神科救急医療圏は全国に154圏域あり、平均人口は83万人である。精神科救急システムにおける受診件数は、各自治体毎に相談件数、受診件数、入院件数、措置入院件数に違いが大きく、輪番制で空床確保している地域と基幹病院が常時受け入れている施設などシステムも多様である。

2) 神奈川県(横須賀市等)、横浜市を中心とした一般救急体制について

神奈川県(東部、湘南)、横浜市、川崎市の一般救急システムでは、内科、外科を中心に初期救急を担う夜間休日診療所や夜間帯の救急センター、基幹病院、さらに二次、三次救急基幹病院がある。表5のように小児救急システムでは、期救急を担う夜間休日診療所や夜間帯の救急センターがあり、既存の病院に

医師を集約化して二次、三次救急に対応している。さらに、表6のように周産期救急では、産科診療所、二次救急受け入れ病院と二次、三次救急を扱う中核病院が神奈川県に6箇所存在する。地域における責任制からも、ほとんどの診療科は救急には何らかの関与をしている。

3) 神奈川県・横浜市・川崎市を中心とした精神科救急システムについて

精神科救急は、三次救急を中心に形成された歴史がある。偏在化している状況や基幹病院、協力病院、総合病院精神科が限られていること等から、受け入れ機関、時間が周知されにくく、発展途上である。今後地域ケアを考える上で、初期救急と二次救急体制と一般医療との連動が重要な課題である。

3. 受診体制・医療圏についてのヒアリング調査(表8)

受診体制・医療圏について一般医療者、行政機関、精神科医にヒアリング調査を行った。精神科の受診体制については、わかりにくさ、アクセスのしにくさ、救急対応がなされていないことなどの課題が指摘された。医療圏については日常業務の中では意識されないものの、現場では具体的な連携機関はイメージされていた。

H20年度

1. 研究1

1) 医療圏の人口について

本研究において設定した医療圏について各地区の人口(平成21年1月1日現在)を示した。

横浜市南部地域

金沢区	210.293人
磯子区	163.887人
栄区	124.870人
合計	499.050人

三浦半島地域

横須賀市	420.187人
三浦市	48.887人

逗子市	58.618人
葉山町	33.275人
鎌倉市	17.3418人
合計	734.385人

設定医療圏における総人口は1233435人である。

2) 医療機関の現状

①当該圏域医療機関状況

当該圏域の精神科病院は7施設、診療所は27施設で、合計33施設あり、総精神病床数は958床であり、人口10万あたり89.3床であった。

今回アンケート調査の回答を得たのは、精神科病院5施設、診療所は12施設で、合計17施設(50.1%)であった。

2つの地域の合計病床数は人口10万あたり89.3床である。

アンケートにより確認できた各地区の精神科医師数は横浜南部で8名、三浦半島地域では常勤医師45名(非常勤12名)で、常勤医師数は53名であった。(無回答の診療所の医師を1名とし、ホームページで確認できた病院勤務精神科医数を加えると合計は約70名と考える)

当該医療圏で把握できた医療従事者は看護師380名(うち非常勤30名)、精神保健福祉士47名(うち非常勤3名)、心理療法士38名(うち非常勤15名)、作業療法士19名であった。(回答を得られなかった精神科病床2施設)

②医療機関調査について

診療所においては、4施設を除いて、常勤精神科医1名で運営し、スタッフも事務員だけで運営し、主として通常の外来診療に専念していた。常勤の看護師配置施設は3施設、精神保健福祉士を配置している診療所は5施設であった。2施設を除いて、デイケアを行っている施設であった(デイケア施設については市町村の医療機関情報参照)。

医師と医療事務員のための診療所では入院先

を探すのは、医師自らが、診療の合間に入院先を選定し、依頼している。

診療所で訪問診療、訪問看護ステーションの機能を有する施設はなかったが、病院では2施設が訪問を行っていた。

医療相談を行っている診療所は存在しなかった。

初診は、圏域すべてで、予約制となっていたが、即日でも受ける機関が10%、一週間以内は42%であった。

急な依頼に対しては、原則受け入れる施設は31%、保健所、救急情報窓口を含めて他機関の紹介は40%、原則断る施設は約30%であった。

夜間休日体制は、病院の2施設は当直、オンコール体制は4施設であった。診療所では、対応している施設はなかった。

しかし、夜間、休日に対して協力体制が必要と認識している施設は61%であり、ある程度必要を加えると合計90%であった。

福祉機関との連携では、71%と多くの医療機関は福祉機関と嘱託医として関与している。同時に、医療・保健・福祉の情報交換が必要と考えている施設は、81%、やや必要を加えると95%と高率であった。

また、特定の専門分野への協力は、認知症診断、BPSD等の対応、アルコール・薬物依存、児童・思春期、訪問診療、夜間・休日診療、リエゾンなど、それぞれに対応できる医療機関がある。(図19)例えば、中学生以下の受け入れについて、原則受け入れる施設が5施設存在した。うち2施設は病院であった。

圏域についての質問には、2次医療圏や障害保健福祉圏域について知らない施設は、半分以上であった。

3) 福祉機関の現状

①各地区の福祉機関数(旧法に基づく施設区分)

(a) 横浜南部(平成21年3月)

金沢区(2009.3現在)、地域作業所 3施設、グループホーム 3か所

磯子区(2008.6現在)、地域作業所 3施設 グ
グループホーム 3か所

栄区(2008.6現在)、地域作業所 2施設 グ
グループホーム 1施設

(b) 三浦半島地区

・横須賀三浦ブロック
地域作業所 13施設
グループホーム 5施設
地域生活支援センター1施設
生活訓練施設 1施設

・鎌倉逗子葉ブロック
地域作業所 8施設
小規模授産施設 1施設
グループホーム 3か所
地域生活支援センター 2か所

②福祉機関の連携の現状

神奈川県精神障害者の福祉圏域は横浜、川崎の二つの政令指定都市における圏域、横浜は(NPO法人横浜市精神障害者地域生活支援連合会(市精連))と、その他市町村の神奈川県圏域(NPO法人神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会(県精連))とに大きく3つに別れており、さらに三浦半島地区は横須賀・三浦ブロックと鎌倉逗子葉ブロックとに別れて定例会を開いている。市精連、県精連共に定期的な会議を開催し、調査研究研修事業などを展開している。横浜市精連、川崎市精連、県精連は協力関係にある。

・NPO法人横浜市精神障害者地域生活支援連合会(市精連)

2006年現在地域作業所50施設、小規模授産施設4施設、グループホーム32か所が加盟。ブロック会の開催、就労援助事業、調査研究研修事業、要望陳情事業、自主製品普及事業を行っている。

・NPO法人神奈川県精神障害者地域生活支援団体連合会(県精連)

精神障害者退院促進事業の委託、ブロック会、要望調査、講演会、研修会、シンポジウム、交流会を行っている。

・NPO 法人三浦半島地区精神障害者の生活を支える会

職能団体、当事者団体、家族団体とは一線を画し、市民の手による市民の福祉の実現を目的とする市民団体をうたっている。グループホーム「のびのび」、地域生活活動センター「アメグスト」、アルコール依存症者対象の地域作業所「GAYA（我舎）横須賀」の運営、「横須賀こころの電話」事業、地域移行支援特別対策事業を横須賀市から委託されている。

・横浜メンタルサービスネットワーク

県内のコメディカルスタッフ、看護師、社会福祉機関の職員、精神障害者の就労援助部門に携わっている人など多職種の精神保健福祉領域従事者が参加。「精神障がいのある人々のことだけを対象にするのではなく、ストレス社会に住む生活者全体を対象にした新しいヒューマンサービスを地域に展開」することを目的として、各種研修・セミナーを開催している。SST普及協会南関東支部の事務局としての役割も持ち、SST講習会を活発に開催している。相談援助・スーパービジョン・地域活動等展開。また年4回情報誌を発行している。

③福祉と医療の連携に関するアンケートから

アンケート結果では19人の回答が得られた。全体的に見ると精神科診療の様子や流れはある程度知っている人が多かったが、回答者の属性で福祉に従事する者だけを見ると「はい」と答える人は誰もいなかった。精神疾患や治療について学ぶニーズや機会があり、精神保健福祉分野に関わる職員の中では精神科医療に対する理解が進んでいると考えられる。

精神領域に関する（他の）福祉施設の現状

についてはある程度知っている割合が66%であった。相談できる場所（人）においては、需要が満たされていると思われる。

地域医療福祉連絡会（通称金沢サロンの会）でやりたいことは事例検討、勉強会、交換会、地域の企画とほとんど同じ割合であった。会ではまずお互いをより知り合う必要があると回答があった。福祉従事者だけを抽出したデータを見ても同じ傾向であった。

2. 研究2

1) 地域の精神科医中心のNPOの設立

研究方法として、ネットワーク構築の実際の連携を試行するために、地域の精神科医中心のNPOを設立した（趣意書資料3）。その実践を通して、課題を明らかにした。名称は「地域精神医療ネットワーク」とし、平成20年12月22日に設立（認証）した。

主として、本研究において、設定した医療圏から精神科医7名（現在10名）、その他2名を理事とし、1名を監事とした。

またNPO事務局、就労支援、地域交流を兼ねたスペースを設置した。事業内容としては、「精神医療提供体制に必要なネットワークの作成及び運営事業」「地域精神医療、保健、福祉を充実させるための研修、普及、啓発に関する事業」「精神医療・福祉を必要とする人々のための相談・就労支援事業」を計画した。NPO活動として、関係機関と情報・意見交換し、人のつながりのある連携を実践し、課題を明らかにして、どの程度の大きさの交流が望ましいか、何が必要かと検討した。

NPO事業として、福祉との連携を実践するために、普及啓発事業（後援会）を行った。

2009年3月19日にはNPO主催のセミナーとして「第1回地域精神医療ネットワークセミナー」を開催する。地域連携に詳しい講師をお招きして『地域生活中心の精神保健医療福祉の展開について』の講演を開催した。

2) 地域医療福祉連絡会（通称金沢サロンの

会)開催

福祉機関と医療機関の現実的な交流には、まず保健所単位で顔が見える交流が望ましいと考えた。地域で精神医療、保健、福祉係わる者同士が率直に意見し、学びあえる機会を作る為、横浜市金沢区内での情報交換の場「金沢サロン」を開催した。

これまで平成20年12月15日、平成21年2月5日に開催し医療機関、生活支援センター、作業所、グループホーム、保健福祉センターの職員各回約20名が参加した。また第1回「金沢サロン」でアンケート調査を行った(上述)。

第1回の参加者内訳は、グループホームより2名、作業所・地域活動センターより7名、地域生活支援センターより1名、保健福祉センターより1名、診療所職員10名、病院職員1名。計22名参加した。機関ごとに見ると医療機関11名(医師1名、看護婦2名、ソーシャルワーカー5名、その他スタッフ3名)、社会福祉機関10名、保健機関1名。食事をしながらの顔合わせ、交流会となった。

第2回の参加者内訳は、作業所2名、地域活動ホーム1名、グループホーム2、病院3名、クリニック11名、保健福祉センター3名、地域生活支援センター1名。計23名参加。機関ごとに見ると医療機関14名。社会福祉機関、7名、保健機関3名であった。交流と精神保健領域の保健所の業務について勉強会を行った。

H21年度

1. 地域精神医療ネットワークの構築に関する普及啓発

参加人数は61名。職種は医師約60%で38名、精神保健福祉士30%で17名、看護師4%で2名の参加であった。

講演会において、「精神病床削減と入居施設、訪問支援活動等の充実、ACTの展開」や「医療、福祉機関連携の必要性」について言及された。今後の地域ネットワーク構築の指針となった。

2. 地域連携

①訪問支援に関わるネットワーク「神奈川県訪問支援研究会」

参加人数は35名。職種は、精神保健福祉士70%で24名の参加、看護師が30%で10名あった。

神奈川県、横浜市の退院促進事業の現況を整理し、さらに、ACTを題材に具体的な訪問支援活動についての情報を共有した。同時に多機関同志の交流の場が設けられ、連携システムの基盤作りに努めた。

②地域精神医療保健福祉機関交流会(通称サロンの会)

参加人数は平均24名、職種は、精神保健福祉士が80%、19名。その他は作業療法士、看護師、心理士が参加し、所属は医療機関(単科精神病院、総合病院精神科)、保健所、福祉機関(生活支援センター、就労支援機関、作業所、グループホーム等)であった。各施設紹介や、精神疾患の理解と対応を深めるための勉強会などが行われた。また、情報交換の場として、有用なものになったという意見が多く、この交流会が地域の連携強化を図る上で重要な位置を占めているということを強く認識させるものとなった。

開催当初の参加者は、金沢区と横須賀市の関係者であったが、7回の遂行を継続していくことで、磯子区、港北区、中区など地域などの多機関同士の地域連携のネットワーク構築を実践することができた。

③精神障害者、家族の支援(再発予防講座)

参加人数は平均約20名。担当医師、精神保健福祉士の協力を得た。当事者とその家族が参加した。地域における予防、普及、啓発事業についても、他機関との連携により、地域のニーズに継続的に関わることが重要と考える。

3. 児童・思春期ネットワーク

参加人数は101名。職種は、医師が16%で16名の参加。看護師は3%で3人の参加。保

健師は 1%で 1 人の参加。精神保健福祉士とケースワーカーは 19%で 19 人の参加。臨床心理士は 11%で 11 人の参加。福祉職員は 9%で 9 人の参加。教師は 16%で 16 人の参加。民生委員は 3%で 3 人の参加。その他、警察からも 2 名程が参加した。

『児童・思春期の心の医療と地域連携ネットワーク』をテーマとした講演であった。

ネットワーク構築として、「市川モデル」の実践報告や、地域の拠点病院、医療機関、保健・医療・福祉などの地域の諸機関、そして中央拠点病院化「子どもの心の診療拠点病院構想」（H20. 4 より実施）が説明されと連携システムの在り方について共通の認識を得た。

4. プライマリケア医との連携の会（金沢区の近隣の診療所との勉強会）

近隣の医療機関に 25 施設に案内を送り、平成 21 年 9 月 15 日金沢区内会議室にて、参加の意向のあった 15 施設の医師を対象に、「うつ病の診断、治療、紹介のポイント」をテーマとした勉強会を開催した。

5. 精神科医療機関一覧名簿の作成（表 9）

既存の名簿の整理、アンケート調査の施行により、施設概要、診療体制、診療内容、特に一連のネットワークに関係する分野についての診療体制の有無を整理した。

6. その他

認知症ネットワークに関しては、福祉保健センターサービス課 高齢者担当職員及び認知症疾患医療センター医師より、ネットワークに関する意見を聴取した。うつ病・リワークに関しては、平成 22 年 2 月 26 日に、うつ病・リワークセミナー(仮称)を開催し、「プライマリケア医のうつ病診療」「復職支援」に関しての講演会を開催した。リワーク施設の配置に関しては、うつ病リワーク研究会の代表者より、意見を聴取した。

D. 考察

H19 年度

1. 圏域について

精神病床の適正化、受け皿の整備、社会的入院の減少し、救急体制の整備、地域連携の充実化などの取り組みには、医療圏毎に検討するべきであり、はじめに医療圏についてまとめた。

1) 圏域の考え方

①医療圏とは、都道府県が病床の整備を図るにあたって設定する地域的単位のことであり、一次から三次医療圏まで設定されている。基本的な考え方として、地域における医療需要に対して初診から救急や入院治療に至る包括的な医療を提供するものが医療圏であり、本来、精神医療も同じ次元に捉えるべきである。一次医療圏とは、一般的な疾病や外傷などに対処する医療を提供する医療圏で、医療法では規定されていないが、保健所や介護保険制度等との兼ね合いから、市町村を単位として設定されている。検診、母子保健、介護保険に加え、障害者自律支援法、自殺対策基本法が制定されて以降は、市町村単位の役割が大きくなっている。精神医療においては、プライマリケア医が関与し、さらに精神科診療所との連携において機能するべきである。しかし、現状では、精神科診療所の認知度は地域により様々で、総合病院精神科外来がアクセスのしやすさから一定の役割を果たしていることも多い。

二次医療圏とは、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを提供する医療圏で、「地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること」と規定されている。都道府県の面積や人口にもよるが、複数の市町村を一つの単位として認定され、そのエリア毎に基準病床数などの計画が立てられる。既存の精神科病院が、多様な疾患に対する入院施設としての機

能を果たせるようになることが望まれる。
三次医療圏とは、先進的な、高度な技術を提供
する特殊な医療を行う医療圏で、発生頻度が
低い疾病、救急医療で専門性の高いものに対
処するためにある。原則都道府県を一つの単
位として認定される。救急医療圏、特に精神
科における救急医療圏については、各都道府
県の事情により大きく異なる。

②) 障害保健福祉圏域とは

障害保健福祉圏域は、市町村だけでは対応
困難な各種のサービスを計画的に整備し、専
門的な相談・助言を行い、広域的なサービス
提供網を築くため設定された。都道府県の医
療計画における二次医療圏や老人保健福祉圏
域に配慮し、対応する広域市町村圏、福祉事
務所、保健所等の都道府県の行政機関との連
携を踏まえ、複数市町村を含む広域圏域とさ
れている。圏域に見合う社会資源の充実が望
まれる。

2. 精神科の医療圏について

精神医療は都道府県単位であるために、一
般医療と同等な二次医療圏毎の議論がされて
こなかった。外来、救急受診施設と入院治療
施設が異なり、利用者側からはわかりにくい。
今後の計画を進めていく上で、一般医療に連
動した仕組みにすることが当面の目標である。
また、精神医療と保健、福祉は切り離せない
ものである。医師数、施設数、受け皿となる
社会資源が不足、偏在している地域の解消に
は、医療経済的な支援と医療提供体制を見直
しが不可欠である。精神医療においても医療
対策協議会で議論されることが望まれる。さ
らに障害保健福祉圏域を踏まえた福祉資源も
併行して議論されるべきである。救急医療シ
ステムについても、地域差があり、都市と地
方では事情も異なるが、まずは二次医療圏で
ある程度完結する入院施設の確保が必要であ
る。

1) 精神科医師数と医療圏

精神医療においても供給が受療率を決定す

ることが予想され、精神科医師の供給を需要
から推計するのは困難である。一般医療にお
いては、需要と供給を過去と現在の比較や手
術件数、分娩件数、救急受診件数などから検
討されるが、精神医療においては、後述する
ように、同じ手法ではなく、不足している医
療・社会資源、受診や救急システムを機能さ
せるための人数の確保とその方策を検討する
ことになる。

今回の調査では、精神科医師の地域による
偏在化は、一般医療よりさらに顕著であった。
現在注目されている小児科では、医師数が全
体では増加しているものの、平成 14 年から
16 年の間では、病院勤務者は 0.4%減少して
いるのに対し、診療所勤務者は 3.8%増えてい
る。この病院・診療所間の小児科医の偏在が
拡大する傾向¹⁾があり、この部分は精神医
療にも該当する。また、産科においては、産
婦人科医師数が減っているのに加え、分娩施
設も減少しており¹⁾、これは有床総合病院精
神科の現状にもあてはまる。精神医療におい
ては病院勤務者として精神科病院と総合病院
の2つの立場があることから、問題点は見え
にくく、解決しにくい。しかし、一般医療に
おいては地域差がありながら、プライマリケ
アから救急までのシステムを地域毎に維持し
ている。精神科医師数を都道府県毎に確保す
るためには、一般医療における医療計画と併
行して進めていくべきであり、今後地域医療
の義務化や精神保健指定医の資格などにお
いて、病院勤務者を維持する仕組みを考
える必要がある。

精神科病院勤務者、総合病院精神科従事者、
精神科診療所従事者が各医療圏に対して、ど
んな貢献をするべきか、地域性を踏まえて、
柔軟に協力する仕組みが必要である。例えば、
精神病床の少ない都市部では、診療所の医師
がどのような役割を果たすかが重要な課題で
ある。一定の地域内における勤務医、開業医
の連携、協力が不可欠である。

2) 機能の異なった精神病床、専門外来の配

置について

一般医療と同様に精神科においても機能分化が求められている。各精神科施設の機能と配置に関しては、入院治療においては、救急、急性期、身体合併症、うつ病、ストレス関連疾患、児童思春期、認知症に対する入院施設、外来治療においては、初診の受け入れ、児童思春期、高齢者、アルコール依存関連疾患等の受診体制（専門外来）、一般病院内リエゾンコンサルテーションなどを指標として当該医療圏に何が不足しているかを把握した上で、近接した医療圏の資源を共有できるかどうかと検討することになる。方向性としては、総合病院に併設した精神科病棟は短期集中治療・身体合併症医療を担い、救急の受け入れを進め、精神科病院は再発、急性期、慢性期の患者の入院治療を担当することが望ましい。神奈川県精神病床、医師数の配置を調査したように、2次医療圏ないし市町村の傾向を明らかにし、さらに具体的にどのような機能、資源が不足しているかを各医療圏毎に検討することになる。そのためには、神奈川県などでは、2次医療圏を元にしながらも、連携が機能するように、既存の施設を核にして、柔軟に実際的な医療圏をイメージするのが妥当である。そのためには、近接した地域からの医師の協力が得られやすくする柔軟な仕組みが必要である。議論の端緒となるようなモデル地区を設定したい。

3) 医療圏の人口について

人口を考慮すると人口密度や地域特性に配慮する必要があるが、地方では人口10万、中、大都市では20万から30万人を1単位とすることが望ましいという見解⁴⁾ ⁵⁾がある。きめ細かいサービスの提供には小さいほど利用しやすいが、それでも北海道のように2次医療圏が広大な地域においては、異なる視点からの検討を要する。精神医療の現状の偏在化の考えると、救急、急性期入院対応を行なえる精神科医療圏は、神奈川県などの都市部では、一般医療の2倍のエリア位の設定を目

標とするのが妥当と考える。

3. 一般医療と連動した受診体制と医療圏

統合失調症を中心とした入院患者の減少、平均在院日数の短縮化、対象とする疾病構造の変化、外来患者数の増加傾向、うつ病、自殺対策の必要性を考慮すると、外来診療、受診システムないし救急システムの機能をいかに円滑にするかが課題である。現状では、一般医療に比べても明らかに偏在しており、それを是正するためには、人員確保、経済効率、利用しやすさを考慮すると一般医療に連動させるシステムを構築することが望ましい。医師数においても医療圏毎に、実人数、人口当たりの差を埋めるべきであるが、現状の人員で連携していく方策を優先するべきである。以下、いくつかの視点から述べていく。

2) 初診について

基本的にはフリーアクセスであり、地域支援病院、特定機能病院、一部の基幹病院を除いては、地域の住民にとって、ほとんどの診療科を受診したい場合は、その居住する地域で受診が可能である。しかし、精神科においては、初診時にとりわけ時間を必要とすることから診療所も予約制ですぐに受け入れてもらえないことも多く、改善が望まれる。特定の医療機関、施設において常時受け入れることがわかりやすいが、受診後に入院治療を必要とする事態も想定しなければならない。そのためには、極力狭い一定の医療圏（後述する救急との兼ね合いも含めて）における診療所を中心とした地域における責任制のある受診システムと、入院対応を可能にする医療連携体制を構築していく必要がある。

3) 三浦半島、鎌倉、横浜市の救急体制について

神奈川県三浦半島（横須賀、三浦市、逗子、葉山）、鎌倉市、横浜市における一般救急システムを調査した。精神科においても初期救急については、診療所が受け入れることが望ま

しいが、それから先の入院機関をどのように支援するかが問題である。精神科において、三次救急システムは確立されていても、地域医療に関わる、1, 2次救急は整備されていないのが現状である。神奈川県が初期救急事業としては、当番の診療所が対応しているが領域が広すぎてアクセスに問題がある。

周産期医療における医療圏を検討する場合、既存の基幹病院を軸に議論したように、精神科においても現在ある施設をいかに有効に機能させるか利害関係を廃して議論していくべきであろう。協力しやすい仕組みをどうするかが大事であろう。そのためには、地域をさらに小さくとした単位で、既存の一般病院、夜間休日診療所などを利用し、一般医療の救急体制の中で精神科も運営できれば、人員、医療経済的にも条件は整えやすいと考える。

一方、深夜、緊急の救急については、件数の少なさからより、広域な救急医療圏でカバーすることになる。それには、24時間対応の救急情報センターを配置する必要がある。少なくとも地域差を減少させることと同時に、モデルを提示することは可能である。

4) 人員（医師数）について

現状の人員で、どこまでやれるのか。図 31、32のように、神奈川県の三浦半島地区、鎌倉市、横浜南部について、医師数が少ないといわれている小児科、産婦人科医師数を精神科医数と比較した。産科医師数は少なく、医師数は小児科にほぼ並ぶ。神奈川県の三浦半島地区、鎌倉市、横浜南部を加えた場合、総数にしても決して充足しているとはいえないが、連携、工夫することで救急システム、地域支援体制を確立することは可能と考える。

一部の医療機関ないし、医師に負担のかからないように各医師の認識が変わることを望む。連携さえ組めない地域が存在する現実に対しては、医師確保についての規程（義務年限など）を考慮せざるを得ないだろう。

5) 入院施設について

入院治療は地域との連続性がある。総合病院や大学病院が果たしてきたうつ病、ストレス関連疾患の入院治療は、精神科病院がアメニティを改善することが必要である。さらに、急性期医療を担う病院の人員不足に対しては、精神科専門医や精神保健指定医が増えていく可能性を考慮すれば、いわゆるドクターフィーによる、開業医の病院勤務、とくに救急や専門外来への協力が実現可能な取り組みといえる。同時に、救急、随時入院受け入れ体制を整えている医療機関への格別な支援が必要である。

6) ヒアリング結果など

以上の見解には表 1-10のようなヒアリングの内容を反映させて述べたが、今後の研究調査を進めるために、継続してアンケートを行ない、実践的なモデルとなるシステムを形成していきたい。

H20 年度

1. 2次医療圏と障害保健圏域の概念について

医療従事者、福祉機関従事者、利用者はいずれも、圏域を明確に意識することはないが(図 21、22)、実際の医療、福祉機関の配置、機能を地域において分析するとき重要な指標であり、まず、その概念について記す。

1) 2次医療圏

2次医療圏とは、一般医療において特殊な医療を除く一般的に医療サービスを提供する医療圏である。「地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院における入院に係る医療の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定すること」と規定されている。複数の市町村を一つの単位として認定され、そのエリア毎に基準病床数などの計画が立てられる。しかし、精神病床は2次医療圏の規定はなく、県単位に基準病床数が設定されている。

2) 障害保健福祉圏域

障害保健福祉圏域とは『今後の障害保健福祉施策の在り方について(中間報告)(平成9年12月9日)』によれば、「市町村だけでは対応困難な各種のサービスを面的・計画的に整備することにより、広域的なサービス提供網を築くため、都道府県の医療計画における二次医療圏や老人保健福祉圏域を参考に、広域市町村圏、福祉事務所、保健所等の都道府県の行政機関の管轄区域等を勘案しつつ、複数市町村を含む広域圏域として設定」している。

また「市町村圏域だけでは対応が困難である入所施設(身体障害者療護施設、精神薄弱者更生施設等)を適正に配置するとともに、精神障害者社会復帰施設を整備し、広域的に活用することによって、施設サービスがこの圏域内で対応できるようにする。」

「さらに、障害保健福祉圏域内の中核的役割を担う入所施設や通所施設等においては、障害種別ごとに地域生活(療育)支援センターを付設する等、施設機能を生かした専門的な相談を行うこととし、障害種別を超えた相互利用も行えるようにする」とある。

障害保健福祉圏域とは「市町村だけでは対応困難な各種のサービスを計画的に整備し、専門的な相談・助言を行い広域的なサービス提供網築くために設定された複数市町村を含む広域圏域」とした。

神奈川県障害福祉計画では「障害者の地域生活を支えるため、市町村と県の重層的な支援体制の構築」が必要とし、障害者自立支援法に定められた「専門的・広域的」の役割の充実を目指すとともに、障害保健福祉領域を設定している。三浦半島浦地区の障害保健福祉圏域として横須賀市、三浦市、逗子市、葉山町、鎌倉市を一つの単位として設定している。神奈川県障害福祉計画に基づく三浦半島地域の障害保健福祉圏域と2次医療圏は一致している。横浜市における2次医療圏は横浜北部、西部、南部に分かれているがその範

囲が広域すぎ、交流可能なネットワークを構築しにくい。今回は対象地域を横浜市の金沢区、磯子区、栄区を三浦半島地域の既存のネットワークに加え、その機能を検討した。

2. 本研究における圏域の実態

精神科医療の歴史は、精神科病院を中心とした入院医療が主体であり、さらに精神科特例と県単位での病床基準であったため、生活の場から離れた仕組みが作られてきた。現状では、脱施設化、地域社会資源の整備、充実、救急体制の構築など課題は山積しており、それらの支援体制が整っている圏域は、基幹的で、活動的な精神病床を有する施設地域に限られている。

本研究では、研究者自らの従事している医療機関の存在する圏域を、受診・相談体制(初診、救急システム)、専門的治療(児童・思春期、アルコール、認知症など)、医療従事者数などを把握し、そのうえで、ネットワークを実践できるような構想をもとに、順次事業を展開し、その中で課題を集めている。

1) 医療機関調査について

各医療機関と特徴、運営方針を尊重しながらも、協力可能な機能を生かし、地域におけるネットワークを構築することが目標である。結果からは、当該地域においては専門的治療を行える機関がまんべんなく存在し(充足しているとかいえないが)、医療機関が相互に、ある程度自らの専門領域をいかして連携することが可能と考えた。また、夜間・休日体制などの必要性を認識している機関が90%存在することから、

受診・救急体制においても、地域に対する責任性に期待して参加者を多くし、個々人の負担を軽減して、運営できる仕組みを考えれば、当該地域における休日対応、救急対応、初診を含めた受診体制の整備も可能である。

勤務医の多忙さ、負担が言われている昨今では、診療所の医師が、病院での専門外来、リエゾン、救急体制を支援する視点で、さら