

精神科の経営サポート



精神科 医療関係者向け

eらぼる

田辺三菱製薬

(REPORT) 地域全体で構築する「うつ・自殺予防」ネットワーク ～富士モデル事業の協働・連携への取り組みから

医療ジャーナリスト：富井 淑夫

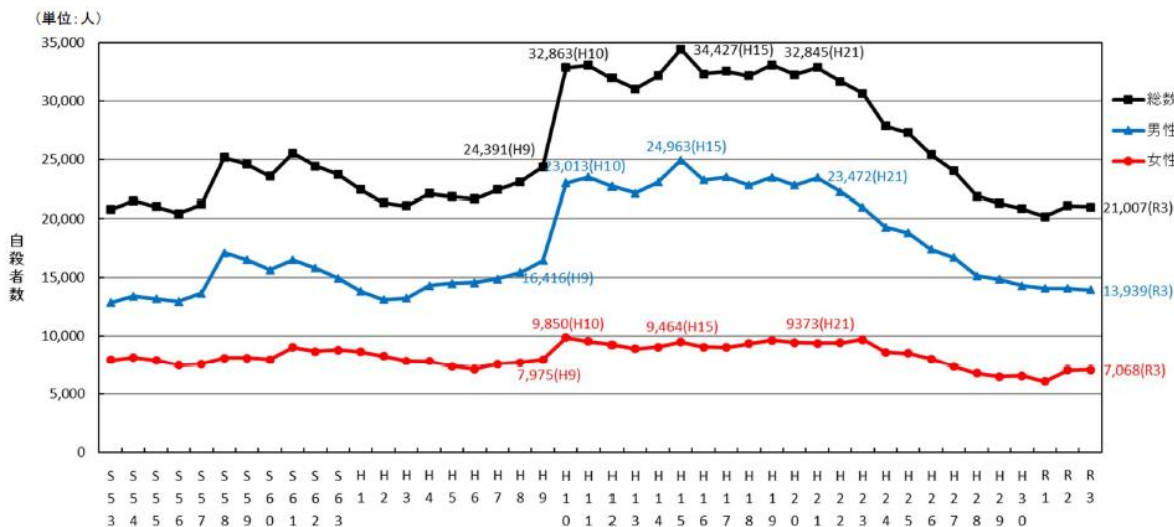
2022 年は中高年男性の自殺増が顕在化、失業者の自殺は前年比 1.8 倍

厚生労働省は 2023 年 1 月 20 日、2022 年の国内の自殺者数が 2 万 1,584 人であったと発表した。このデータは、警察庁の自殺統計の速報値に基づくもので、前年の確定値と比較すると 577 人増加していた。特に男性の自殺者数が 1 万 4543 人で 13 年ぶりに増加（前年比 604 人増）へと転じた。前年 21 年の自殺者総数は 2 万 1007 人で、20 年と比べ 0.4% 減少だが、女性は 2 年連続で増加していた。それが 22 年度は 7041 人と 3 年ぶりに減少したが、僅か 27 人減に過ぎない。22 年の職業別自殺者数は、11 月までの暫定値として公表されたが、最も増えたのは年金や雇用保険で生活する無職の方で 705 人増の 5347 人である。失業者の自殺は 457 人増で 1038 人に上り 1.8 倍に増加している。人口 10 万人当たりの自殺死亡率は女性が 10.9 人に留まる一方、男性は 23.8 人と 2 倍以上で深刻だ。年齢別では 50 歳代が最も多く、413 人増えて 3748 人を

自殺者数の年次推移

○令和 3 年の自殺者数は 21,007 人となり、対前年比 74 人（約 0.4%）減。

○男女別にみると、男性は 12 年連続の減少、女性は 2 年連続の増加となっている。また、男性の自殺者数は、女性の約 2.0 倍となっている。



出典：「令和 3 年中における自殺の状況」資料（警察庁）(<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R04/R3jisatsunojoukyou.pdf>) を加工して作成

数えた。長らく地方自治体の精神保健福祉センター所長を務め、自殺予防対策にも関与した精神科医は「過去のデータを見ても自殺死亡率と完全失業率はパラレルに推移する傾向がある。新型コロナ第8波の影響やウクライナ危機に端を発した世界的な景気後退が続き、わが国でも中小・零細企業等の倒産、企業のリストラや派遣切り等で失業者が増えると、今年も「働き盛り」世代の自殺リスクは高まる」と警鐘を鳴らす。警察庁の統計に基づく、日本の年間自殺者数は長らく2万人~2万5千人前後で推移してきたが、「1998年ショック」と呼ばれる1998年に3万人の大病を突破した。

その後、2011年までは高止まり状態だったが、2012年には3万人台を割り減少に転じた。19年以降は2万1千人前後で推移してきたが、それでも日本は、先進7か国(G7)の中では自殺死亡率の最も高い国(2021年・16.8%)である。特に、20年以降のわが国における新型コロナウイルス感染拡大の影響で、職を失う女性や若年層の自殺増加が懸念されてきたが、昨年度は一転、中高年男性の自殺増が顕在化した。

「かかりつけ精神科医」機能の充実に向け22年改定で「こころの連携指導料」新設

医療提供体制においても2013年度の第6次地域医療計画から精神疾患が追加され5疾病5事業となり、2018年の7次医療計画から14の多様な精神疾患毎に対応可能な医療提供体制の構築に向けた医療機能の明確化を行っていく方向性が示された。現在、

【資料5】現状把握のための指標例（第7次医療計画中間見直し後）

精神科疾患	うつ・躁うつ病	認知症	児童・思春期精神障害者	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等依存症	PTSD	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神医療	医療観察法	●重点指標		
																精神科救急入院患者数	医療観察法入院患者数	
治療抵抗性統合失調症 治療薬を外用して入院した入院患者数	陽性薬物検査を実施する入院患者数	認知症高齢者センターの指定数	児童・思春期精神科入院医療費を算定した精神科入院患者数	依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数	依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数	依存症専門医療等機関（依存症専門医療機関、依存症治療拠点機関）数	PTSDを入院診療している精神科入院患者数	高次脳機能障害支援拠点機関数	摂食障害治療センター数	てんかん診療拠点機関数	精神科救急医療施設（病院救急部、常時対応型）数、外来対応型施設数及び身体合併症等併発患者数	身体合併症を併発している精神科入院患者数、精神科救急・精神科入院・精神科外来併発患者数	自殺対策	災害精神医療	医療観察法	精神科救急入院患者数	医療観察法入院患者数	
治療抵抗性統合失調症を外来で実用した医療機関数	認知行動療法を外来で実用した医療機関数	認知症を入院診療している精神科入院患者数	20歳未満の精神科入院患者数	薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数	薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数	ギャンブル等依存症を入院診療している精神科入院患者数	PTSDを外来診療している医療機関数	摂食障害を入院診療している精神科入院患者数	てんかんを入院診療している精神科入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数
統合失調症を入院診療している精神科入院患者数	うつ・躁うつ病を外来診療している精神科入院患者数	認知症を外来診療している精神科入院患者数	20歳未満の精神科入院患者数	アルコール依存症を入院診療している精神科入院患者数	薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数	ギャンブル等依存症を入院診療している精神科入院患者数	PTSDを入院診療している精神科入院患者数	摂食障害を入院診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している医療機関数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数
統合失調症を外来診療している医療機関数	認知行動療法を外来で実用した医療機関数	認知症サポーター養成研修修了者数	知的障害を入院診療している精神科入院患者数	アルコール依存症を外来診療している精神科入院患者数	薬物依存症を外来診療している精神科入院患者数	ギャンブル等依存症を外来診療している精神科入院患者数	PTSDを外来診療している精神科入院患者数	摂食障害を入院診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している医療機関数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数
治療抵抗性統合失調症を外用した入院患者数	認知行動療法を外来で実用した患者数	認知症の精神科入院患者数	20歳未満の精神科入院患者数	アルコール依存症を入院診療している精神科入院患者数	薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数	ギャンブル等依存症を入院診療している精神科入院患者数	PTSDの精神科入院患者数	摂食障害を入院診療している精神科入院患者数	てんかんの精神科入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数
治療抵抗性統合失調症を外用した外来患者数	認知行動療法を外来で実用した患者数	認知症の精神科入院患者数	20歳未満の精神科入院患者数	アルコール依存症を入院診療している精神科入院患者数	薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数	ギャンブル等依存症を入院診療している精神科入院患者数	PTSDの精神科入院患者数	摂食障害を入院診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数
統合失調症に対する治療薬の処方率	うつ・躁うつ病の精神科入院患者数	認知症外来患者数	20歳未満の精神科入院患者数	アルコール依存症を外来診療している精神科入院患者数	薬物依存症を外来診療している精神科入院患者数	ギャンブル等依存症を外来診療している精神科入院患者数	PTSDの精神科入院患者数	摂食障害を入院診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数
統合失調症の精神科入院患者数	うつ・躁うつ病外来患者数	認知症外来患者数	20歳未満の精神科入院患者数	アルコール依存症を入院診療している精神科入院患者数	薬物依存症を入院診療している精神科入院患者数	ギャンブル等依存症を入院診療している精神科入院患者数	PTSDの精神科入院患者数	摂食障害を入院診療している精神科入院患者数	てんかんを外来診療している患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数
統合失調症外来患者数	うつ・躁うつ病外来患者数	知的障害外来患者数	知的障害外来患者数	アルコール依存症外来患者数	薬物依存症外来患者数	ギャンブル等依存症外来患者数	PTSD外来患者数	摂食障害外来患者数	てんかん外来患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数	精神科救急入院患者数
精神科における入院率(6.12ヶ月時点)の退院率																		
地域平均患者数																		
精神科における急性期・回復期・療養期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)																		
精神科における新規入院患者の平均在院日数																		

出典：「第4回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」資料2（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_23637.html を加工して作成

厚生労働省では診療報酬、障害・介護報酬の同時改定と同時期に実施される 2024 年度からの第 8 次医療計画に向けた議論が活発化している。第 7 次医療計画の中間見直し後の「現状把握のための指標例」の中にも「自殺対策」が他の 13 疾患と共に位置付けられている。

これら多様な精神疾患毎に医療機関の役割分担を整理し、相互の連携推進と、障害福祉計画等との整合性を図りながら、各医療圏で精神保健福祉体制の基盤整備が行わ

令和 4 年度診療報酬改定 Ⅲ-4-4 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価-⑩

かかりつけ医等及び精神科医等が連携した精神疾患を有する者等の診療に係る評価の新設

➤ 孤独・孤立による影響等により精神障害又はその増悪に至る可能性が認められる患者に対して、かかりつけ医等及び精神科又は心療内科の医師等が、自治体と連携しながら多職種で当該患者をサポートする体制を整備している場合について、新たな評価を行う。

	(新) ところの連携指導料 (I) 350点 (月 1 回)	(新) ところの連携指導料 (II) 500点 (月 1 回)
対象患者	地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたもの	区分番号B005-12に掲げるところの連携指導料 (I) を算定し、当該保険医療機関に紹介されたもの
算定要件	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載	診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合 連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応
施設基準	—	精神科又は心療内科
	精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築 当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。	当該保険医療機関内に精神保健福祉士が 1 名以上配置されていること

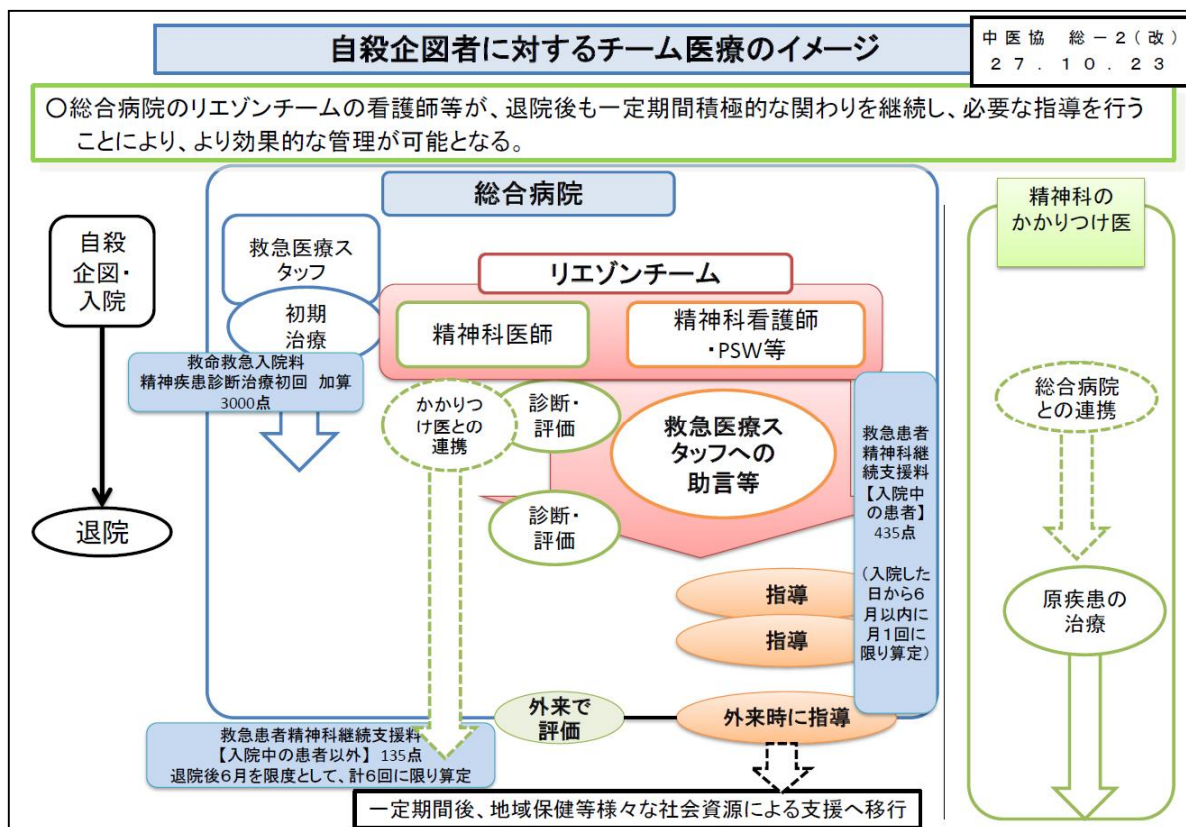
出典：「令和 4 年度診療報酬改定説明資料等について」（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00008.html を加工して作成

れる。

国の自殺対策と呼応するかのように 2022 年 4 月の診療報酬改定では、「ところの連携指導料 I・II」（同指導料に略）が新設された。同指導料は孤立・孤独の影響によるうつ・自殺予防に向けて精神科・心療内科と、それら以外の医師が相互に連携し、当該患者に係る診療情報等の文書による提供と、ゲートキーパーとなる「かかりつけ医」等は、患者の同意の上で診療録に記載することが必要である。そこから精神科医等は紹介を受けて「患者の心身の不調に対し、早期で専門的な対応を行った場合」に同指導料 II（月 1 回 500 点）を算定する。精神科等以外を対象とする同指導料（I）（同・350 点）は不安を持つ患者が初診で精神・心療内科医を受診するケースが多くないと想定されることから、「“かかりつけ医”（非精神科医等）の“気づき”により自殺リスクのある患者を早期発見し、精神科医等に繋げること」を評価したものだ。この新設報酬の制度設計を見て精神科や心療内科のドクターであれば思い出されるのは 2018

年改定で新設された「ハイリスク妊産婦連携指導料」である。「産科・産婦人科と精神科・心療内科両者、及び自治体多職種との連携による産前・産後うつ等の妊産婦のケア」に対して、両診療科の協力による外来診療を各々、評価するものだが、当該スキームでは幾つかの部分に新設・同指導料との共通点が見られる。但し、同じ月1回限りの算定でも報酬点数的には「同妊産婦連携指導料Ⅰ（1000点）・Ⅱ（750点）」程の高評価ではない。中医協総会での2021年11月の議論（自殺対策等について）の中では、「救命救急センターに搬送された自殺企図による重篤な患者からの情報に基づき、精神保健指定医等が、診断・治療を行った場合」の評価として「救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算」を2008年改定で新設、更に2016年改定では「精神自殺企図後の患者に対する継続的な指導」の評価として「救急患者精神科継続支援料」を新設し、救急現場における自殺企図患者に係る診療報酬を拡充した経過が紹介された。

一方、同支援料の算定件数が現状、極めて少ないことも、中医協では指摘されていた。課題としては「かかりつけ医」を通じた孤独・孤立に伴う精神疾患等に対して、自殺予防も踏まえて「かかりつけ医」と精神科・心療内科との関係構築や、相互の連携強化を踏まえた精神科地域医療を、いかに根付かせていくかとの論点も提示され、



出典：「第500回中央社会保険医療協議会 総会」総-2資料（厚生労働省）
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html を加工して作成

中医協の議論を経て前出・同指導料の新設が実現した。

2021年3月18日に示された「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」報告書においても同システムを構成する要素の中に、「平時の対応を行

うための「かかりつけ精神科医」機能の充実」との記述が見られる。国は「かかりつけ精神科医」機能の基盤整備に向けて、精神科・心療内科医と、ゲートキーパーの役割を果たす非精神科医等との円滑な連携なしに進めることは難しいと考えているようだ。

前述・中医協総会の議論ではうつ・自殺予防対策「富士モデル事業」（同事業に略）の事例が紹介された。同事業は静岡県富士市医師会・同精神科医会、富士市薬剤師会、富士労働基準監督署、富士市等が独自のネットワークを構築し、長期に亘り地域の「かかりつけ医」、産業医、精神科医等が協働で地域の「自殺予防の受け皿」づくりに向けて取り組んできた画期的な試みだ。そのスキームが同指導料・制度設計のモデルとなり結実した。

筆者は昨年、10月に富士市を訪問し、初期の頃から同事業に参画し、汗を流してきたキーパーソンのドクターの何人かに取材させて頂いた。2017年に閣議決定された「自殺総合対策大綱」にある「誰もが自殺に追い込まれることのない社会の実現」に向けて、全国各地域で参考にして頂きたい取り組みとして紹介する。

自殺総合対策大綱について

○ 平成18年に自殺対策基本法が成立し、同法に基づく「自殺総合対策大綱」に沿って、自殺対策を推進している。

「自殺総合対策大綱」（平成29年7月閣議決定）（概要）

第1 自殺総合対策の基本理念

誰もが自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

➤ 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

➤ 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である

➤ 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はまだまだ続いている

➤ 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に運動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

第5 自殺対策の数値目標

➤ 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少
(平成27年18.5 ⇒ 13.0以下) ※令和元年15.7

(WHO: 仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))

第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

出典：「第500回中央社会保険医療協議会 総会」総-2資料（厚生労働省）
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html) を加工して作成

紹介システム運営委員会で お互いの「顔が見える関係」を構築

同事業のスタートは2007年4月。内閣府に「自殺対策推進室」が設置されたのと同時期。その2006年の10月には「自殺対策基本法」が施行された。その頃は前述のように、国全体で自殺者総数が3万人を超えていたピーク時に当たる。内閣府から静岡県精神保健福祉センターを通じて富士市医師会にモデル事業の打診があり、諮られた上で静岡県の基金事業として承認された。当時は同センターが実施主体となり、不眠の症状からうつ病の気づきを促す「睡眠キャンペーン」と、主に不眠が継続している“働き盛り”世代の男性を「かかりつけ医」・産業医から必要に応じて精神科医へと繋げる「紹介システム」を2本の柱として胎動した。

事業開始から10年が経った17年より実施主体・事務局が同センターから富士市医師会に移管され、現在まで継続する息の長い事業である。睡眠キャンペーンでは市民に向けて「お父さん、ちゃんと眠れている？」をキャッチフレーズに娘が父親に呼びかける形で家庭でのうつ病への“気づき”を促す啓発を実施した。

人口約27万人の富士市は製紙工業等で栄えた地方工業都市である。大企業だけでなく下請けの町工場も多かった。ただ、1998年頃以降は景気低迷が長引き、多くの中

早期の自殺対策の事例について

- 「富士モデル」においては、地域のかかりつけ医等と精神科医があらかじめ関係作りを行い、「紹介システム」を構築している。
- 「富士モデル」においては、紹介システム運営会議に加えて、定例担当者会議が行われ、地域保健・職域保健連携が行われていた。

【紹介システムの構築】

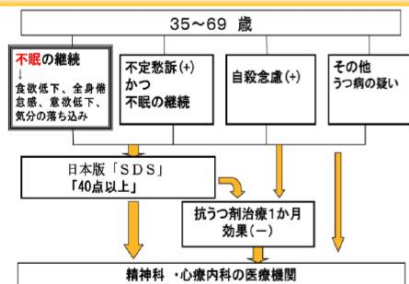
- 紹介システム検討委員会
(運営委員会)
- 富士市医師会 5名
- 精神科医 5名
(公立病院 1名)
- (産業医 1名)

【「紹介システム」の本質】

地域のかかりつけ医・産業医と精神科医の距離を縮め、関係作りを行うこと

⇒ 地域における「受け皿づくり」

紹介システム (かかりつけ医・産業医)



ネットワークの構築: 主な協働機関

区分	種別	機関名
団体	医師	富士市医師会、精神科医会
	薬剤師	富士市薬剤師会
行政	国	富士労働基準監督署
	県	富士健康福祉センター(保健所)
	市	富士市

・紹介システム運営会議: 医師会、地元精神科 出典: 静岡県
・定例担当者会議: 地域保健・職域保険連携

出典: 「第500回中央社会保険医療協議会 総会」総-2資料(厚生労働省)
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html) を加工して作成

自殺対策に係る早期介入について

- 働き盛りのうつ自殺予防対策として「富士モデル事業」が実施されている。
- 「富士モデル事業」においては、自殺と関係の深いうつ病の早期発見・早期治療システムの構築にあたり、うつ病の身体症状、特に不眠症状に着目している。
- 具体的には、不眠の症状からうつ病の気づきを促す「睡眠キャンペーン」と、不眠が継続している働き盛り世代男性をかかりつけ医・産業医から必要に応じて精神科医へとつなげる「紹介システム」の2本の柱から成り立っている。

「富士モデル事業」の全体像



「富士モデル事業」は、「睡眠アプローチ」によるうつ病早期発見・治療のルート構築の取組としてスタート

出典：静岡県

出典：「第500回中央社会保険医療協議会 総会」総-2資料（厚生労働省）
(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000212500_00123.html) を加工して作成

小企業の倒産や、大手企業の中でもリストラや事業の海外移転が活発化することとなった。当時の富士市は全国平均と比較すると自殺者が顕著に多かった訳ではないが、“働き盛り”中高年男性の自殺が増えるリスク要因を抱えていた。メンタル面で不調を訴える中高年の男性患者の受診が急増し、その頃市内に精神科・心療内科診療所は3件しかなく初診は2週間～1か月待ちという状況が続いた。そのため、うつ病の早期発見・自殺予防の観点から、精神科・診療内科以外の診療科のドクターとの連携推進が喫緊の課題となった。

富士市医師会・精神科医会では紹介システム運営委員会を立ち上げ精神科医と身体科医師が共通のテーブルで議論を重ね相互の「顔の見える関係」が構築される中、徐々に信頼関係が醸成されていった。ただ、最初の頃は身体科医師から精神科への紹介件数は大きく伸びなかったが、同運営委員会で「かかりつけ医」の先生方が、うつ病を疑う最重要項目を「不眠」に絞りその結果、問診をし易くしたことをきっかけに、一転、精神科医等への紹介件数が増加へと転じた。同運営委員会では「身体科医師への紹介の後、精神科の初診までの待機期間を最低でも1週間以内、通常は3日以内」を申し合わせ、緊急の場合は富士市の精神科救急システムに繋げることを決定した。

富士市では同事業が円滑に機能することにより、「かかりつけ医」や産業医のスクリーニングにより重症化リスクが疑われ、それらのドクターが直接、精神科救急医療

連携を担う拠点病院へ早期に患者を紹介する流れが作られてきた。同医療圏・全ての医療機関からの「精神科」救急患者受け入れ要請に対して、当該拠点病院は現在では24時間365日体制で応えられる体制が既に作られている。

「COVID19」の影響で「連携体制の確保」が困難に

さて、同事業が定着して今年で16年目を迎えたが、「COVID19」感染拡大以降は静岡県内で女性や若年層の自殺企図者の増加が顕在化。同時に精神科・診療内科の医師が産科・産婦人科のドクターから産前・産後うつの方の自殺・児童虐待予防等に係わる相談を受ける機会も増えたという。同事業に参加する精神科の開業医は、地元の産婦人科及び訪問看護ステーションの看護師らとの協働で自殺や児童虐待等のリスクのある産後うつを早期で発見し、行政や精神保健福祉センター、薬剤師会等とも連携して、きめ細かにサポートする事業も同時に行ってきた。当該取り組みに関しては前出「ハイリスク妊産婦連携指導料」のような診療報酬も既に準備されている。地域における連携の仕組みは構築されているので、同事業を応用して更に進化させた新たな試みにチャレンジすることも期待される。

一方、連携の更なる推進に向けて懸念されるのは、今後の「COVID19」感染拡大の影響だ。コロナ禍では全国的に孤立や孤独、分断が進む中で、精神科医等と身体科医師とのスムーズな連携に支障を来す状況も表面化している。近畿圏の心療内科を標榜する某診療所の院長は、昨年10月の段階で次のように指摘した。「私の開業する地域で“こころの連携指導料1・2”を算定する医療機関は殆どなく、県内全体でも算定件数は伸びていない。その理由は新型コロナ感染拡大の影響で、一般内科の先生方が“かかりつけ医”のうつ病対応力向上や、自殺予防に係る研修会等への参加する機会が制限されたこと。またうつ等、メンタル面で課題を抱える患者が急増し、精神科・診療内科系医療機関の外来は予約待ち患者で一杯になり、速やかな紹介に繋げるのが現状、難しい。同指導料に留まらず“連携体制の確保”要件が求められる新設・診療報酬は、概ね算定が伸び悩んでいるようだ。」

ただ、前出のように中高年男性の自殺者急増が今後、懸念される状況下で、富士モデルのような自殺予防の取り組みが今後、全国各地の地域医療の現場に波及する「原動力」となり、同指導料届け出が幅広く普及することに期待したい。