

埼玉県における精神保健医療の課題

The challenges of mental healthcare system in Saitama

近江 翼*

OMI, Tsubasa

近年、埼玉県では、急速な高齢化に伴う医療・介護の膨大な需要の高まりと、それを担う人材の不足が予測され、医療の偏在化と医療資源適正配分への対応が喫緊の課題となっている。2018年、県は「埼玉県地域保健医療計画」を策定し、2023年までの6年間を目処にその取り組みに着手した。計画半ばが経過した現在、多岐にわたる計画の中から精神保健医療に焦点を当て、相談体制の充実、医療機関連携体制の整備、精神科救急医療の充実という3点から、現在直面している課題について考察した。発達障害・ひきこもり・いじめなど、以前には稀であった病態に対する相談・支援の場として保健所・精神保健福祉センターの意義が再認識され、相談担当職員への研修や、精神科医・心理技術者・精神保健福祉士など多職種が加わる事例検討会の必要性を問うた。また、患者の疾患特性に最適な医療を提供するには、ICT（Information and Communication Technology）を活用した情報・知識の共有による医療関連機関の連携が有力な手段になり得ること、精神救急医療では、身体合併症を有する精神疾患患者への対応が重要であり、そのために、救急科・身体科・精神科の円滑な連携システムの構築が欠かせないことを論じた。

キーワード：埼玉県、地域保健医療計画、精神保健医療、ICT化、地域内疾病連携

はじめに

埼玉県の75歳以上の高齢者人口は、全国トップクラスのスピードで増加し、いわゆる団塊の世代の全てが75歳以上となる2025年以降もさらに増え続けると推計されている（埼玉県公式ホームページ、2018年3月）。これまでに経験したことのないような速度で進展する高齢化に伴い、医療や介護の需要は今後大幅に増大することが見込まれる。その一方、生産年齢人口は減少を続けており、医療・介護を担う人材の確保はより一層困難になることが想定される。また、保健医療福祉を支え、国民生活の基盤ともいえるわが国の経済環境は厳しさを増している。経済的側面から勃発して、今や世界の国々を巻き込む新冷戦の様相を呈している米中の相克は、わが国の経済にも深刻な影響を投げかけ、今般のコロナ騒ぎはそれに拍車をかけている。

* おうみ・つばさ、埼玉大学教育機構保健センター准教授、臨床精神医学、リエゾン精神医学、老年精神医学、生物学的精神医学、精神保健学

急速な高齢化による医療・介護需要の増大、大規模地震や豪雨などによる災害の頻発、グローバル化の進展による感染症拡大の懸念など、保健医療を取り巻く環境が大きく変化する中、県民の誰もが医療や介護の不安を感じることなく、健康で生き生きとした生活を送ることができる埼玉県を目指して、2018年に「埼玉県地域保健医療計画」が策定された。この計画では、今後取り組むべき課題として次の3つが挙げられている。

第1の課題は、「健康長寿への取り組み」である。高齢になれば病気になる確率は増す。統計的に見ても、50歳代から医療機関を受診する人の割合は急激に増えてくる。県民一人一人が運動や食生活など望ましい生活習慣を身につけて、健康で生き生き暮らせる期間を延ばしていけば、それは結果的に医療や介護の需要の減少につながることになる。個人の健康増進、医療・介護需要の抑制、元気でアクティブな高齢者の社会参加こそが地域に活力を与えることなのであり、その原動力は健康長寿への取り組みである。

第2の課題は、「地域包括システム」の構築である。さまざまな慢性疾患や認知症を抱えながらも、住み慣れた地域で安心して暮らして行くためには、地域の医師や看護師、ケアマネージャーやヘルパーなど、多職種間で医療と介護が連携して高齢者・障害者を支える「地域包括システム」の構築が必須である。

第3の課題は、「医療提供体制の充実」である。増大する医療需要を受け止めるには、医療施設の整備だけではなく、現存する医療資源の効率的活用が重要である。また、更なる少子化が見込まれる中、増大する医療・介護ニーズを支える人材の確保はますます困難になることが想定され、その人材確保は急務の課題である。そのためには、働きがいと働きやすさを兼ねた魅力ある環境整備が求められ、女性やシニアの力の活用が鍵となる。医療資源の偏在を解消し、身近な地域で必要な医療を受けられる体制づくりが求められる。

2018年から2023年までの6年間を目途に立てられた「埼玉県地域保健医療計画」がちょうど半ばを経過した現在、その進捗状況を検討し、どういう問題を抱え、課題達成のために何が必要かを精神保健医療の観点から考察する。

I 埼玉県の概要

本論の前に、まず埼玉県の概略を簡単に俯瞰してみる。

埼玉県は関東平野の内部に位置する内陸県で、東経138度42分から139度54分、北緯35度45分から36度17分に位置している。東西に約103km、南北に約52km、面積はおよそ3,800㎢で、山地面積がおよそ3分の1、残りの3分の2を平地が占めている。この広さは国土の約100分の1にあたり、全国47都道府県で39番目の大きさである。県内を流れる主な河川は、秩父山系を源とする荒川と、坂東太郎の異名を持つ利根川である。面積に占める河川の割合が多く、水の都と呼ばれる大阪府を抜いて全国で最大の3.9%である。気候は、夏は蒸し暑く、冬は乾燥した北西の季節風が吹く日が多いのが特徴で、風水害は比較的少なく、全国的に見ても快晴日

数が多く（全国3位）、暮らしやすい気候といえよう。

県西部の秩父地域は山地や丘陵地であるが、それ以外の地域は関東平野の一部をなす平地である。東京に隣接する東南部は人口が密集し、東京から放射状に伸びた交通網に沿って首都のベッドタウンが形成されている。北部には豊かな農地が広がって近郊農業が盛んであり、農業産出額は1,980億円で全国18位（2015年）で、ネギやホウレンソウ、ブロッコリーなど産出額が全国3位以内に入る農作物もある。

県域は旧国名の武蔵国の北部にあたり、関東地方の東京都・千葉県・茨城県・栃木県・群馬県、および中部地方の長野県・山梨県の1都6県に接し、隣接する県数は長野県に次ぐ全国2位である。埼玉県は63市町村（40市、22町、1村）からなり、市町村数63は北海道、長野県に次いで国内3位であり、市の数40はわが国の都道府県で最多である。県庁所在地は、平成13年に浦和市・大宮市・与野市の3市が合併して誕生したさいたま市で、旧大宮市域に西区・北区・大宮区・見沼区を、旧与野市域に中央区を、旧浦和市域に桜区・浦和区・南区・緑区を設置し、全国で13番目の政令指定都市となった。また、中核都市には川越市、川口市、越谷市がある。

埼玉県は日本に8つある内陸県の一つで、貿易港や臨海工業地帯を有さないものの、人口は約734万人（2020年）と、東京都、大阪府、神奈川県、愛知県に次いで全国5位である。人口密度は総面積1㎏キロあたり約1,913人で、東京都、大阪府、神奈川県に次いで全国4位である。人口分布をみると、さいたま市の132万人を筆頭に、川口市59万人、川越市35万人、越谷市35万人、所沢市34万人と、県南東部に集中している。さらに10万人都市が13市と、同規模の人口を持つ自治体が多数存在することも特徴としてあげられる。

県南東部は首都東京に近く、近代以降の大都市圏の拡大に伴い、1970年頃から急激な人口流入と都市化が進んで、東京都市圏の一角をなしている。それを端的に示しているのは昼夜間人口比率の低さであろう。2015年国勢調査によると、埼玉県の昼間人口（夜間人口に、他地域から通勤・通学で流入してくる人口を足し、他地域に流出する人口を引いたもの）は646万人で全国5位であるが、昼夜間人口比率（夜間人口を100とした場合の昼間人口比率）は88.9で、全国最下位である。また、2015年の国勢調査、2018年のJR東海および2020年の東京空港局の資料によると、1日平均の東京都への流出人口はおおよそ94万人で、神奈川県に次いで2位となっている（埼玉県公式ホームページ）。一方、1980年代半ばに、東京都区部以外で首都機能を補完し、地域の中心となる都市「業務核都市」に旧浦和市・大宮市が指定されたことから、土地区画整理事業が進められ、関東地方出先機関が集まる「さいたま新都心」が誕生したことも重なって、東京のベッドタウンでありながら独自の重要性を持つ地域になりつつある。

県内には、JR線9路線（東北線・京浜東北線・高崎線・埼京線・川越線・武蔵野線・八高線・東北新幹線・上越新幹線）、東武線5路線（伊勢崎線・日光線・野田線・東上線・越生線）、西武線5路線（池袋線・西部秩父線・狭山線・山口線・新宿線）、秩父鉄道、東京地下鉄1路線（有楽町線／副都心線）、埼玉新都市交通、埼玉高速鉄道、つくばエクスプレスの計24路線が走っている。また、首都高速・東京外環道・関越・東北・常磐・圏央道といった高速道路が多

数整備されているが、一般道については十分に整備されていない地域が多く、自動車の増加や大規模商業施設の郊外立地に伴って各地で道路渋滞が慢性化、深刻化しているものの、交通網の充実もあってか、2020年度の「SUUMO 住みたい街ランキング関東版」(株式会社リクルート住いカンパニー)によれば、1位横浜、2位恵比寿、3位吉祥寺に次いで、さいたま市の「大宮」が4位、「浦和」が10位にランクされて、「さいたま市」の躍進が続いている。

II 埼玉県保健医療環境の現状

1) 埼玉県の医療施設

① 病院

2017年度埼玉県保健統計年報によれば、埼玉県内にある病院は343施設で、1990年の397施設をピークに減少傾向にある。人口10万人あたりの病院数は、1960年には全国平均を上回っていたが、1963年頃から全国平均を下回るように推移し、2019年度には4.7施設となり、全国平均6.6施設と比べても低く、全国42位となっている。また、岩手県と同様に、埼玉県内には国公立大学医学部附属病院がない(防衛省管轄の防衛医科大学校はある)ことも特徴の一つといえる。県内に唯一存在する医学部を持つ埼玉医科大学は、埼玉医科大学病院(本院)が入間郡毛呂山町にあり、基幹関連病院である埼玉医科大学総合医療センター(川越市)、埼玉医科大学国際医療センター(日高市)、埼玉医科大学かわごえクリニック(川越市)を併設する。いずれも、人口132万人を有する県庁所在地さいたま市からやや離れた地域に立地しているため、さいたま市民が同院を通院するのは現実的に少し難しい。そのことが一因となっただけでなく、さいたま市を含めた埼玉県南部の住民が高度専門医療を要するような救急搬送の際には、都内の大学病院や基幹病院に搬送されることが少なくない。県内の基幹病院の多くが都内の大学医局の関連病院であることもあり、県内の医療機関同士の結びつきが比較的小さいため、県内でいくつかの医療機関で連携を取りながら高度専門医療を施すといったことへのハードルが高くなっているのかもしれない。

病院病床数は、2017年10月時点で62,346床であり、2016年度より238床増加した。人口10万人あたりの病院病床数は852.9床で、これは全国46位である。なお、精神科病床数は192.8床で、全国平均261.8床を大きく下回っている。一方、病床利用率は81.8%(全国平均80.4%)で全国15位であるのに対して、精神科病床の利用率は89.5%で、全国平均86.1%を3.4%上回り、全国4位である。

1日平均在院患者数は50,941人(全国8位)で、人口10万人あたりの1日平均在院患者数は696.6人(全国46位)である。平均在院日数は、総数28.0日(全国平均28.2日、以下同)、病床の種類別では、精神病床は270.8日(267.7日)、感染症病床は6.1日(8.0日)、結核病床は61.7日(66.5日)、療養病床は166.4日(146.3日)、一般病床は16.2日(16.2日)で、全国平均

と比較すると、総数・感染症病床・結核病床は全国平均を下回り、精神病床・療養病床は全国平均を上回り、一般病床は同数となっている。

② 診療所・薬局

埼玉県内の一般診療所(3,908施設)は、内科系診療所が2,549施設、外科系診が1,112施設、小児科系診療所が1,166施設、産婦人科系診療所が214施設、皮膚科系診療所が705施設、眼科系診療所が416施設、耳鼻咽喉科系診療所が254施設、精神科系診療所が286施設である。

歯科系診療所は3,698施設で、薬局は3,033施設である(地域医療情報システム、日本医師会ホームページ)。

2) 埼玉県の医療従事者

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(2016年)」によれば、埼玉県内の届出医師数は12,172人(2016年12月31日)で、1960年の1,936人より一貫して増加傾向にある。近年の埼玉県の医師確保対策の強化によって、2004年から2016年までの医師増加数は2,550人で、これは全国6位(増加率は28%で全国4位)となっている(埼玉県知事記者会見テキスト版、2019年4月16日)。しかし、人口10万人あたりの医師数は167.0人で、全国平均251.7人を大きく下回り、全国で最下位である。国政調査によれば、2015年10月1日から2019年10月1日に埼玉県人口は約7万人増加し、人口増加数は東京、神奈川に次いで全国3位であることからみて、県内の人口数に医師数が追いついていない(医師数の増加が人口の増加に追いついていない)のが現状と思われる。なお、診療科別医師数統計では、精神科医師数は617人(5.3%)で、人口10万人対精神科医師数は8.5人で全国46位であった。

歯科医師数は5,293人で、人口10万人あたり72.6人と全国23位(全国平均82.4人)である。

薬剤師数は15,100人と増加傾向にあるが、人口10万人あたり196.0人であり、全国26位である。病院での医療業務の中心的役割を担う看護師数は、2016年12月時点で46,416人と増加傾向にあるが、人口10万人あたり568.9人(全国平均905.5人)で全国最下位となっている。

保健師数は2,067人で、人口10万人あたり25.9人(全国44位)、助産師数は1,573人で、人口10万人あたり21.6人(全国46位)である。

上述したように、医師数47位(精神科医46位)、歯科医師数23位、看護師数47位、保健師数44位、助産師数46位、薬剤師数26位と、主たる医療従事者中で、医師数、看護師数は全国最下位であり、総じて全国平均からみて低位置にある。また、それぞれ総数自体は増加しているものの、医療を必要とする人口増加(とくに高齢者)に追いついていないのが現状である。

3) 埼玉県の地域保健医療圏

医療法による医療計画に基づき、埼玉県では、一次、二次、三次の3つの保健医療圏が設定されている。

一次保健医療圏とは、県民が医師等に最初に接し、診療や保健指導を受ける圏域である。日常生活に密着した保健医療サービスが提供され、完結するよう、おおむね市町村の区域と重なり、特定健診・保健指導の基礎的な区域となっている。

二次保健医療圏は、病院における入院治療の提供体制を整備することが相当と認められる地域の単位である。埼玉県では、二次保健医療圏を10の区域にわけ、それぞれの区域特性を踏まえて、今後の人口の推移、患者の受療動向、将来的な医療需要や必要病床数などを推計し、その上で今後必要となる医療提供体制整備の方向性を示している。二次保健医療圏10区域の内訳は次の通りで、あわせて圏内の保健所を示した。

①南部保健医療圏	川口市・蕨市・戸田市	(南部保健所・川口市保健所)
②南西部保健医療圏	朝霞市・志木市・和光市・新座市・富士見市・ふじみ野市・三芳町	(朝霞保健所)
③東部保健医療圏(北)	春日部市・越谷市・松伏町	(春日部保健所・越谷保健所)
〃(南)	草加市・八潮市・三郷市・吉川市	(草加保健所)
④さいたま保健医療圏	さいたま市	(さいたま市保健所) (さいたま市こころの健康センター)
⑤県央保健医療圏	鴻巣市・上尾市・桶川市・北本市・伊奈町	(鴻巣保健所) (県立精神保健福祉センター)
⑥川越比企保健医療圏(北)	東松山市・滑川町・嵐山町・小川町・川島町・吉見町・ときがわ町 ・東秩父村	(東松山保健所)
〃(南)	川越市・板戸市・鶴ヶ島市・毛呂山町・越生町・鳩山町	(板戸保健所・川越市保健所)
⑦西武保健医療圏(北)	行田市・加須市・羽生市	(加須保健所)
〃(南)	久喜町・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町	(幸手保健所)
⑧利根保健医療圏(北)	行田市・加須市・羽生市	(加須保健所)
〃(南)	久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代市・杉戸町	(幸手保健所)
⑨北部保健医療圏(東)	熊谷市・深谷市・寄居町	(熊谷保健所)
〃(西)	本庄市・美里町・神川町・上里町	(本庄保健所)
⑩秩父保健医療圏	秩父市・横瀬町・皆野町・長瀬町・小鹿野	(秩父保健所)

三次保健医療圏とは、専門的かつ特殊な保健医療サービスを提供するもので、もっとも広域的な対応が必要となるため、埼玉県全域をその区域としている。

埼玉県保健医療圏全体の受療動向については、住所地と入院している医療機関の所在地が同一区域内で完結している割合は県全体で72.9%である。もっとも完結率が低いのは西部保健医療圏（南）の63.6%であり、県外への患者の流出先は主に東京都で、実に19.3%が東京都へ流出している。東京都に近い南部保健医療圏でも16.2%が、東部保健医療圏で10.5%が、それぞれ東京都に移動している。北部保健医療圏については、隣接する群馬県への流出が多く、17.0%が群馬県に移動している。利根保健医療圏では隣接する栃木県や茨城県にも流出がある。2025年には現在よりも流出・流入ともに増加すると推計されており、今後も隣接する都県との効率的な連携が必要になると考えられる。

三次救急など高度な医療を提供する高度急性期の受療動向については、区域内で完結できていないのは県全体で65.9%、つまり約1/3以上が完結できていないことになる。もっとも深刻なのが秩父保健医療圏の43.8%で、多くが川越比企保健医療圏（完結率73.2%で県内一位）や西部保健医療圏に流出している。県南部の区域では東京都への流出が多く、特に西部保健医療圏（南）の完結率51.8%で、東京都へ28.2%が流出している。北部保健医療圏は群馬県に24.6%が流出している。まさに近隣県の医療機関に支えられながら救急体制を維持していることになる。

一方、リハビリテーションなどを行う慢性期の受療動向については、秩父保健医療圏の完結率がもっとも高く100%で、もっとも低いのがさいたま保健医療圏で63.4%となっている。また、急性期とは異なり、慢性期では逆に東京都からの流入が多いことも特徴の一つである。

Ⅲ 埼玉県の精神保健医療の現状と課題

2018年に策定された「埼玉県地域保健医療計画」では、精神保健医療の目指すべき姿として、「精神障害者が、精神疾患の悪化や再発を予防しながら、地域社会の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができる社会」の構築を掲げ、その課題実現のための対応策として次の9項目を挙げている。

- ① 精神保健に係る相談窓口の充実
- ② 自殺対策のための各機関の連携
- ③ ひきこもりに対する相談体制の充実
- ④ 精神障害者に対応した地域包括ケアシステムの構築
- ⑤ 精神科医療体制の充実
- ⑥ 医療機関相互の連携と専門医療提供体制の整備
- ⑦ 高次脳機能障害者対応の充実
- ⑧ 依存症の相談・支援体制の整備
- ⑨ 認知症対策のための各機関連携体制の整備

精神保健医療に対する課題対応策としてあげられたこれら 9 項目を貫く理念をあえて集約するならば、緊急性、必要性、実現可能性などの観点から見て、i) 相談窓口の充実、ii) 医療機関連携体制の整備、iii) 精神科救急医療の充実、の三点に収斂できるのではないだろうか。よって、あらためてこの三点から埼玉県における精神保健医療の課題を考察してみたい。

1) 相談体制の充実

精神障害はその歴史を紐解くまでもなく、長い歳月にわたって異形のもの、秘匿すべきものと考えられ、相談することすら阻まれてきた。1972 年に出版されて年間売り上げ 1 位（194 万部）のベストセラーになった文学作品に有吉佐和子の「恍惚の人」がある。これは認知症（当時は痴呆）を真正面に据えた初めての作品であり、翌 1973 年には映画化（森繁久彌・高峰秀子主演）されて大評判となり、その後も次々と舞台化、テレビドラマ化されて、日本中に大きな反響を呼んだ。これをきっかけに、認知症や高齢者の介護の問題にスポットが当たることとなり、「恍惚の人」は当時の流行語にもなった。今から 50 年ほど前のわが国では、認知症すら恥ずべきものとして隠蔽され、相談を躊躇させる国民感情があったのである。こうした中で、精神保健相談の先駆的役割を果たしたのが保健所であった。戦後の二十数年間、かつて国民病とまで言われた結核撲滅運動の先頭にあった保健所が半ばその役割を終え、地域精神保健という新たな活躍の場に舵を切ったともいえる。

保健所の精神保健福祉業務は、1965 年の精神衛生法の改正による「保健所における精神衛生業務運営要領」の通知から始まる。この通知によって、保健所は地域における精神衛生行政の第一線機関とされて、精神衛生相談や訪問指導などの活動内容が規定され、保健所デイケア、精神障害者家族会の育成、地域作業所づくり、当事者活動の育成などに取り組むことになった。その後、1998 年の精神保健福祉法改正に伴って精神障害者の福祉サービスに関する相談・助言の窓口が市町村に移行され、2005 年の障害者自立支援法を経て、現在に至っている。

一方、都道府県における地域精神保健福祉活動推進の中核をなす「精神保健福祉センター」も、同じく 1965 年の精神衛生法改正によって「精神衛生センター」として始まった（当時は任意設置）。1987 年に「精神保健センター」となり、次いで 1995 年の精神保健福祉法によって「精神保健福祉センター」と名称変更されて、2002 年に都道府県の必置機関となった。精神保健の知識普及、調査研究、相談指導などの活動を中心に、地域の精神保健総合的技術センターとして機能を担っている。

埼玉県には、「県立精神保健福祉センター」（北足立郡伊奈町）と「さいたま市こころの健康センター」（さいたま市浦和区）の 2 つの精神保健福祉センターと、県が設置する保健所が 13 カ所、地方自治法が定める指定都市および中核都市（さいたま市、川越市、越谷市、川口市）の設置する保健所が 4 カ所、あわせて 17 カ所の保健所がある。

「さいたま市こころの健康センター」は、埼玉大学から直線距離で約 4km に位置しており、さいたま市が政令指定都市に認定された 2003 年 4 月に開設された。これまでさいたま市が特に力を注いできたアルコール依存症患者への支援、自殺対策を継承するとともに、2007 年には子どもの精神保健相談室の設置、2012 年にはひきこもり相談室の設置、2018 年には子ども家庭総合センターが開設され、児童・思春期、発達障害を有する患者への支援を複合的に行える施設となっている。さらに、市が掲げる「しあわせ倍増プラン」を受けて、2019 年からはアウトリーチモデル事業を開始している。

このように、地域精神保健行政の中核である 2 つの精神保健福祉センターと、住民にとってより身近な存在である保健所が、それぞれの特徴を発揮して、公的機関でしか果たし得ない新たな精神保健活動への展開が期待される。

上述の如く、1965 年の精神衛生法の改正から現在に至るまで、精神科医療を取り巻く環境は大きく変わった。その背景には薬物療法を中心とする精神科医療の著しい進歩があるが、精神障害は特別な存在ではなく誰もが罹患しうる身近なものであるという認識の広がりは見逃せない。やがて精神科受診の敷居は次第に低くなり、1960 年代には稀であった精神科診療所が現在では都市部の多くの駅前で開業されるまでになり、精神科通院の光景は身体科受診と同様に日常的なものとなっている。こうした時代の流れは保健所の精神保健業務にも自ずと変化をもたらした。保健所が地域精神衛生の第一線機関とされた当初は、統合失調症や感情障害、薬物依存といった精神障害者のもっとも身近な相談窓口であり、保健所内で行われるデイケアやグループワークは、精神障害者慢性期症例にとって貴重な存在であった。しかし今や多くの精神科病院・診療所でデイケアが行われるようになり、社会復帰支援施設の充実とともに、街のあちこちで作業所、就労移行支援施設、共同生活援助（グループホーム）などが散見されるようになっていく。このため、相談窓口やデイケアの場としての保健所や精神保健福祉センターの機能は次第に病院や診療所に移行されつつあるものの、今なお保健所やセンターの果たす役割は大きい。それは、近年顕在化してきた発達障害、ひきこもりといった新しい病態の出現であり、主に経営面から民間医療機関での関与が難しい対応困難事例や、精神科治療におけるアウトリーチの重要性と深く関わっている。

保健所で精神保健行政が始まった頃には稀であった発達障害、ひきこもり、いじめなどの新しい病態は、今日の教育現場や医療現場で大きな位置を占めるようになっていく。これら事例では、長期にわたる持続的、定期的な関与が求められ、医療・教育・福祉などの多業種・多機関・多職種にわたる綿密な連携と支援体制が必須である。しかし、経営面からの制約やマンパワーの点などからみて、病院・診療所といった医療施設単独での対応はなかなか困難であり、身近な存在の保健所こそがそれら需要に応え得るのではないだろうか。保健所での面接相談から始まって、医療・教育・福祉の連携のもとに、所内のデイケアやグループワークへと続く流れは新たな治療的展開につながる可能性がある。

現在、世界中で精神科医療におけるアウトリーチの意義が強く叫ばれるようになった。精神障害者アウトリーチとは、受診が中断している者、自らの意思では受診が困難な者（未受診者）、

ひきこもり状態の者、長期入院の後退院して病状が不安定な者などに対して、精神科医・保健師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・心理技術者（公認心理士や臨床心理士）・相談支援専門員など多職種がチームを構成し、関連機関と連携をとりながら、当事者が日常生活を送る上で、生活に支障や危機的状況が生じないようにきめ細やかな訪問や相談対応を行うことである。重い症状により日常生活上の困難が生じると医療を受けることが困難となり、そのためにさらに症状が増悪して日常生活上の困難が増大するという悪循環に陥ってしまう。これを防ぐために、医療と日常生活支援の両方を提供し、入院という形に頼らずに在宅生活の継続や病状安定を図ることがアウトリーチのねらいである。孤独の中に独居する精神障害者、高齢の親とともに数十年にわたって孤立している引きこもり、近隣とのトラブルが絶えない認知症高齢者といった対応困難事例には、アウトリーチ支援こそが治療的関与につながる道であり、地域での生活を前提とした支援体系は、国を挙げての精神科病床削減計画の施策に適用することにもなる。

相談体制の充実にとってもっとも重要なのは人材である。精神保健相談やアウトリーチ支援においては人材こそが鍵となる。しかし、財政面、地域における人材面の制約を考えると、できる限り現存する人的資源を活用することが求められる。そのためには、人材養成と現存の人的資源の適正再配分が必要不可欠である。

全国の保健所 495 カ所を対象に行われた調査（「保健所における精神保健福祉業務の現状と課題」2014年1月）によれば、2011年4月現在で、主業務として精神保健福祉を担当する常勤の精神保健福祉士がいないと答えた保健所は76.6%（非常勤では92.9%）で、常勤の臨床心理技術者がいないと答えた保健所は97.7%（非常勤では95.8%）であった。

すなわち、ほとんどの保健所で、保健師、看護師、あるいは事務職員が精神保健相談に当たっていることがわかる。したがって、こうした相談担当者が精神保健に関する新しい知見を取得し、精神保健相談に関する技法を研鑽するための研修を定期的に開催することはきわめて重要であるとする。また、保健所や保健福祉センターで遭遇するのは、病院や診療所での対応が困難な事例が多くを占めることになるので、精神科医・心理技術者（公認心理士や臨床心理士）・精神保健福祉士など関連する多職種が加わって、総合的・複合的に事例検討するケースカンファレンスの定期的な開催が有効であろう。一方、教育現場で多発する発達障害、いじめ、不登校などに対応する教職員・スクールカウンセラーの負担を考慮すると、それを支援し、最適な対応・処遇の道を探るためには、教育職・心理職以外に、医療職（精神科医・保健師・看護師）や福祉職（精神保健福祉士・福祉担当事務職員）が加わった、多面的な事例検討会の定期的開催がぜひ検討されるべき課題だと考える。さいたま市こころの健康センターや県立精神保健福祉センターの指導的役割が期待される

2) 医療機関連携体制の整備

埼玉県の10区域に分けられた二次保健医療圏では、区域によって、人口、年齢層の割合、保

有している医療資源、他の区域や隣接している都県との連携体制のあり方が異なっている。そのため、その区域の医療提供体制の整備には、その区域ごとの特性を考慮しながら、行政機関と医療機関が連携を図り、患者の疾患特性に最適な医療が提供できるような複合的サポート体制の構築が求められる。それには、自治体ごとの経済状況やマンパワーの問題の克服が欠かせないが、パソコンやスマートフォンのような情報端末を使った、ICT (Information and Communication Technology) の活用による情報や知識の共有化がきわめて有力な手段の一つになると思われる。では実際に、すでに試験的開始の始まった埼玉県内の医療の ICT 化状況をみてみよう。

利根保健医療圏では、すでに整備されていた糖尿病ネットワークの発展的な活用を地元医師会が中心になって行政に働きかけ、2012年7月から、圏内の住民を対象とする、行政と医療機関が連携した圏内の地域医療ネットワークシステム「とねっと」の稼働が開始されるようになった。患者は専用の「かかりつけ医カード」を所持し、それを医療機関に提示することで各医療機関が患者の診療情報を確認できるシステムである。システム内に登録された患者の診療情報が登録医療機関で共有できるために、医療機関同士の連携は以前に比して円滑となる。「かかりつけ医カード」は保健医療圏内の救急医療においても有益なシステムとして機能しており、救急搬送前に患者の情報が把握できることで、疾患や症状に合わせた搬送先医療機関の検索が可能となった。その結果、患者への重複検査・重複治療を避けることが可能となり、ひいては重症化の予防にもつながり、医療費の適正化に貢献する可能性が示唆される。実際に「とねっと」システムの開始後、糖尿病患者の重症化予防が進み、「地域連携パス」を適用した患者の87%に症状の改善・維持が認められている。また、東埼玉総合病院の調査では、「とねっと」登録者の救急搬送時間は、未加入の人に比べて平均1分短くなっていることも分かっている。今後、システム内に集積された多くの患者情報を分析することで、地域内のビッグデータを活用した臨床研究への応用につながる可能性は大きい。

一方、県内の救急医療体制の充実を図るため、埼玉県では2017年10月から365日24時間体制で救急電話相談を受けられる体制がとられた。しかし、これらの相談はすべて担当の看護師が対応し、電話相談は年間15万件にも及ぶため、現場での負担は相当大きいものと予想される。こうした経緯を受け、埼玉県は、AI救急相談自動応答システムを NEC と開発し、テキスト含意認識技術を活用した「NEC 自動応答」を用いて、スマートフォンなどの情報端末から、いつでも相談できるチャット形式による救急相談の自動応答サービスを2019年7月より運用開始している。このシステムによって適正受診が推進され、地域の救急医療機関の負荷軽減に加えて、救急電話相談員の負荷軽減につながる事が期待される。こうした医療における ICT 化は、今後ますますその需要が高まっていくことが予想されるが、以前から指摘されている個人情報保護対策はいっそう重要課題となるだろう。そのために、行政と医療関連機関の連携に止まらず、医学と工学の両分野が連携して、個人情報の管理システム、セキュリティ対策へのさらなる取り組みが不可欠であると思われる。

医療機能の分化・連携を進め、高度急性期から回復期に至るまでの切れ目ない医療供給体制

を整備していくためには、それを支える適切な医療資源が必要となる。しかし埼玉県の実際の患者数に対して必要かつ十分な医療資源の整備が難しい現状では、利根医療圏で試みられているような ICT を用いた医療連携システムの活用が、現有医療資源を最大限に活かす有力手段になると思われる。また、地域の特性を活かした県内地域間の医療連携体制の構築することで、将来の高齢化等にもなう医療需要予測に基づいた医師の診療科偏在や医療施設の地域偏在問題が解消される可能性ある。加えて、各地域が、地域内の地域包括ケアシステムを構築し、アウトリーチ医療や在宅医療の機能を強化し、医療従事者の確保・養成等、医療と介護の連携システムの構築を進めていくことが重要であるのはいままでもない。

3) 精神科救急の充実

精神科医療体制の構築を考える際の大きな柱の一つとして精神科救急医療がある。わが国でも以前からその重要性が唱えられ、1995 年から精神科救急医療システムが開始されることになった。2002 年の診療報酬改定で、「精神科救急入院料病棟制度」が設定され、精神科病院に「スーパー救急病棟」が新設されるようになった。2017 年 6 月時点で、全国精神科救急入院料認可施設は 137 施設である（日本精神科救急学会ホームページ、2019 年 2 月 22 日閲覧）。精神科救急入院料認可施設では通常精神科入院加療よりマンパワーが必要なために、人員配置や診療報酬の入院料も高い設定にされている。

日本精神科救急学会では、精神疾患によって自他への不利益が差し迫っている状況を「精神科救急状態」と定義している。例えば、うつ病患者が抑うつ症状の増悪や希死念慮を認め、自殺企図の可能性が高いケースなどがそれにあたる。そのような症例への介入活動を「精神科救急対応」とし、特に医療的な対応が必要な場合は「精神科救急医療」もしくは「精神科救急医療サービス」と総称されている。

精神科救急のケースは、症例ごとに、次のように 3 段階に階層化した多面的な治療方針を検討する必要がある（平田,精神経誌,2007,109(5),488-491）。

- ① 救急事態の認識主体は誰か（個人内救急か、家庭内救急か、社会的救急か）
- ② 患者の受療意志の有無は（受療意志が明瞭である柔らかい救急か、
受療を拒否する硬い救急か）
- ③ 診察後の処遇形態は（一次救急：外来診療で帰宅可能となる。身体救急と同じ
二次救急：任意入院・医療保護入院
三次救急：措置入院、緊急措置入院、応急入院を要する）

また、精神科救急の緊急度は、次のような諸因子を考慮して、多元的に評価される（日本精神科救急学会ホームページ）。

- ① 病状因子(精神病理学的重症度)
- ② 行動因子(自傷他害行為の有無やその程度)
- ③ サポート因子(家族などのサポートがあるか)
- ④ 時間帯因子(受診要請のあった時間帯)
- ⑤ 治療関係因子(精神科医療機関との治療関係があるか)

現在、各都道府県には精神科救急の窓口が設置されている。埼玉県では、埼玉県精神科救急情報センターとさいたま市が共同して夜間休日の精神科救急医療機関の案内窓口となり、夜間休日に精神症状が出現・増悪した患者やその家族に対する電話相談を行い、必要に応じて精神科救急医療を行える医療機関の紹介をしている。

また、県内の精神科救急体制の運営促進のために、「埼玉県精神科救急医療システム連絡調整委員会」と「精神科救急医療システム運営会議」が設置されている。埼玉県精神科病院協会が行っている精神科救急医療システム事業によると、1993年10月から、平日昼間措置入院を対象として4病院各1床の計4床の体制が同協会会員30カ所の指定病院の輪番制で開始された。1996年11月からは、休日昼間に2病院で、それぞれ措置及び救急用各1床の計4床体制が追加整備された。2003年11月からは、夜間救急体制が拡張整備されることになり、県立精神保健福祉センターに「埼玉県精神科救急情報センター」が設置されて、相談受付や必要に応じた診察・治療を行い、医療機関の紹介、措置入院に関連する業務を担っている。診察・入院体制については、午後10時までの夜間については32病院の輪番制で、毎晩各病院1床体制が開始された。また、輪番時間内に輪番病床が満床となった場合や、処遇困難症例、輪番時間帯以降の対応については県立精神医療センターが対応し、身体合併症を有する症例では埼玉医科大学附属病院が対応する体制が敷かれている。

精神科救急システムで搬送の際にしばしば問題となるのが身体合併症を有する精神疾患患者への対応である。これは救急診療に限るものではなく、通常診療の際にも医療連携においてしばしば問題となる。そもそも精神科単科病院では高度な身体治療を行うことが難しく、高度な身体治療を要する入院患者が出てきた際には、身体科医と精神科医が常在する総合病院に搬送されることになっている。しかし、搬送先の医療機関では、精神疾患に対応可能な医療スタッフが必要であることに加え、通常の医療設備では対応が困難となるケースも存在する。つまり、精神科単科病院と同様の閉鎖病棟や、精神科治療と身体治療を継続するために隔離・拘束のできる病棟設備が必要となることである。そのような対応が必要な事例としては、精神疾患あるいは精神症状を伴う脳炎、悪性腫瘍、外科的治療や透析が必要な疾患、(疾患ではないが)妊娠・出産、悪性症候群、高度な向精神薬副作用症例など、身体科治療と精神科治療がともに必要な症例がそれにあたる。

身体合併症を伴った精神疾患患者対応の具体的なイメージを可能にするために、筆者がかつて在職していた大阪急性期・総合医療センターにおける自験例を紹介する。

近年、自己免疫学的機序を介在した自己免疫性脳炎の存在が明らかとなってきており、中でも自己免疫性辺縁系脳炎は、認知機能障害、精神症状、意識障害、けいれん発作などの症状を呈することが知られている。激しい興奮や幻覚・妄想などの精神症状を伴う場合は、最初に精神科病院を受診することになるが、この疾患の特徴として、コントロール不良なけいれん発作、中枢性低換気など多彩な身体症状を伴うために、精神科と身体科が連携して治療を行う必要がある。自験例からみて、自己免疫性脳炎では、精神症状、身体症状の変化のスピードがきわめて速く、診断と治療開始のタイミング、あるいは病状の経過についての十分な理解が必須となる。呼吸不全を起こす場合は人工呼吸器管理が必要となり、しかも長期の呼吸器管理（気管切開）を余儀なくされる症例も存在する（近江,2017）。腫瘍を伴う症例では早急な外科手術を行う必要が出てくるため、通常の精神科単科病院ではそうした身体管理は困難である。そのため、精神科単科病院の精神科医師は、記憶・見当識障害、けいれん、発熱など、器質性疾患を示唆する症状がある場合には脳器質性疾患の存在を疑い、可能なら頭部 MRI や髄液検査、体幹 CT（腫瘍の検索）を施行した上で、対応可能な総合病院への迅速な転院調整が必要になる。腫瘍を合併する傍腫瘍性自己免疫性脳炎では、予後の観点からも腫瘍摘出術をなるべく早期に行い（大阪急性期・総合医療センターで筆者が経験した症例ではほとんどが受診当日に手術を行っていた）、必要に応じてステロイド治療、血漿交換などを速やかに行う必要がある（近江,2017、近江,2019）。

通常の救急医療でも、精神疾患を有する身体疾患患者が搬送後に激しい精神症状を呈した場合などでは、救急診療の継続が困難となり、救急科スタッフが患者の対応に追われて他の救急診療に影響が及ぶ（より多くの救急診療が必要である症例の対応に当たれず、救急診療体制が滞ってしまう）といったことがある。具体的症例としては、アルコール依存症患者が転倒して外傷を負い救急搬送されたが、その後 2 日ほどで外傷治療は概ね終了したものの、アルコール離脱症状（軽い意識障害と激しい興奮や幻覚を伴う）を起こし、救急病棟で激しい興奮に襲われて救急病棟のスタッフがその対応に追われるといった事例である。他にも、大量服薬の末に割腹自殺をはかった患者が搬送後に身体治療を受け、身体的には退院可能になっても精神症状の評価ができず（精神科加療が今後必要かどうか）、退院の判断に困るケースや、解離性障害を持つ患者が解離症状を起こして道路で倒れ、通行人の通報で救急病院に搬送されたものの搬送後の身体検査で異常所見がなく（身体治療の必要がなく）、本人も呼びかけに応じず、ベッドから動けないため、救急病棟スタッフを混乱させるといったケースなど、事例には枚挙がない。そもそも救命救急センターに入院となった患者の約 2 割以上がなんらかの精神症状や精神疾患を有しているという報告もあり（日野,2015）、救急科と精神科は切っても切れない関係があるといえるかもしれない。一般救急と精神科救急の連携によって、これらの問題が解決に向かうことが期待されるが、現状ではその連携体制にいくつか問題点が存在する。たとえば、緊急もしくは重篤とはいえない程度の身体合併症を有する精神疾患患者が精神科救急で搬送され、入院後に身体合併症が増悪したが一般病院への転院が円滑に進まず、患者の転院調整が困難になるといった事例である。

救命救急センターを有する総合病院において精神科医師が常置されていなかったり、精神科病棟の設置が十分に行われていないといったハード面での課題もある。さらに、二次救急病院と精神科単科病院の地域内疾病連携整備が不十分であったり、精神科救急システムにおける一般救急と精神科救急の連携整備が十分でない、といった問題も存在する。これらの問題を解決するために、一般救急と精神科救急の綿密な連携体制を図る取り組みが各自治体で行われつつある。

大阪府では、「夜間・休日精神科合併症支援システム」が2015年より稼働を開始している。このシステムでは、精神科合併症患者を受け入れた二次救急病院や救命救急センターが、合併症支援病院として指定された精神科病院（輪番制）から精神科医療に関する相談を受けることができる。また、二次救急病院等で身体治療が終了した患者に精神科治療が必要な場合は、輪番の精神科病院への転院によって治療を継続することが可能となる。また、転院後も、輪番の精神科病院は、身体科医師によるサポート（自院で身体科医師を雇用、もしくは近隣病院との連携も可。身体症状悪化時には紹介先への「戻し」もあり）が受けられる体制も確保される。システムの稼働時間は、平日夜間（午後5時から翌朝9時まで）および休日（土・日曜日、祝日、年始・年末）で、輪番の精神科病院は府内に1日2病院・2ベッドが確保されている。また、輪番病院での対応が難しいケースでは、筆者がかつて所属していた大阪急性期・総合医療センターや関西医科大学附属病院が最終受け皿としてその対応にあっている。運営開始後、さまざまな事例を検証してシステムの向上に努めているが、転院搬送がうまくいかない事例もあり、転院搬送時の症状の基準や医療機関ごとの役割認識の明確化といった課題が残っているように思われる。埼玉県では、最終受け入れ先が埼玉医科大学附属病院のみとなっており、人口当たりの身体合併症ユニットの病床数が少ない印象を受ける。これを改善するためには、総合病院における精神科医師の常置もしくは増員、合併症病棟の新設、一般救急科・身体科と精神科との円滑な連携システム作りなどが必要であると思われる。

おわりに

本稿では、埼玉県における保健医療情勢、とりわけ精神保健医療の今後の動向や課題について考察した。奇しくも現在のコロナ禍において、地域の行政、保健所が主導した医療連携体制構築の重要性が再認識されるようになってきている。今回のコロナ禍の経験も踏まえて、医療資源の適正配分や人材不足に対処し、疾患特性に最適な医療の提供を果たすには、精神保健医療の体制を再考し、円滑な医療連携体制の構築に取り組むことが必要である。そのためには、保健所の意義を再確認し、工学との連携をもとに医療のICT化を推進し、行政・医療・教育を中心とした医療連携体制（地域内疾病連携整備など）の構築を目指して、地域医療の諸課題に取り組むことが重要であると考えられる。

参考文献

- 赤澤正人ほか 「保健所による精神保健福祉業務の現状と課題」 日本公衆衛生誌
第 61 巻第 1 号 2014 年 1 月 15 日 41-51
- 近江翼, 金井講治ら, 総合病院で行われる自己免疫性脳炎の治療の実際 ～当センターで経験した 7 症例をふまえて, 精神科救急, 20, 100-109, 2017.
- 近江翼, 総合病院精神科小考, 埼玉大学紀要 (教養学部), 55(1), 15-32, 2019.
- 大熊輝彦ほか 現代臨床精神医学改訂 11 版 金原出版株式会社 2010 年 1 月
株式会社リクルート住まいカンパニー, “SUUMO 住みたい街ランキング 2020 関東版”, Suumo, 2020-4-8,
https://suumo.jp/article/oyakudachi/oyaku/sumai_nyumon/data/sumimachi2020kantou_eki/, (参照 2020-10-25)
- 厚生労働省社会・援護局生涯保健福祉部精神・障害課 「精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き」平成 23 年 4 月
- 厚生労働省政策統括官付参事官付保健統計室: 渡三佳・小澤公子, “平成 30 年 (2018 年) 医師・歯科医師・薬剤師統計の概況”, 厚生労働省ホームページ, 2019-12-19
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/18/index.html>, (参照 2020-11-8)
- 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室: 児玉大輔・北谷内豊万, “令和元年度の医師臨床研修マッチング結果をお知らせします”, 厚生労働省ホームページ, 2019-10-23
<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000558176.pdf>, (参照 2020-10-27)
- 埼玉県福祉部高齢福祉課総務・高齢企画担当, “埼玉県の高齢化の状況について”, My ナビ彩の国, 2019-5-1, <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0603/koureikajoukyou.html>, (参照 2020-11-10)
- 埼玉県知事直轄報道長, “埼玉県知事記者会見テキスト版平成 31 年 4 月 16 日”, My ナビ彩の国, 2019-4-17, <http://www.pref.saitama.lg.jp/a0001/room-kaiken/kaiken310416.html>, (参照 2020-11-11)
- 埼玉県地域保健医療・地域医療構想協議会, “埼玉県地域医療構想”, My ナビ彩の国, 2020-5-7,
<https://www.pref.saitama.lg.jp/b0711/iryoukikan/iryoukousou.html>, (参照 2020-11-11)
- 埼玉県保健医療部保健医療政策課, “第 7 次埼玉県地域保健医療計画の内容”, My ナビ彩の国, 2020-12-17
https://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/iryou-keikaku/documents/keikaku_7th_zenbun.pdf, (参照 2020-12-18)
- 埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局, “とねっと”, 地域医療ネットワークシステムとねっと～Tonet～, 2018-4-1
<http://www.saitama-tonet.jp/>, (参照 2020-11-4)
- 埼玉県保健医療部医療整備課地域医療対策担当 細田・一二三, “チャット形式で気軽に相談! 埼玉県 AI 救急相談を本格導入!”, 県政ニュース,

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0001/news/page/2019/0719-05.html>, (参照 2020-10-25)

埼玉県保健医療部保健医療政策課保健所・衛生研究所・県立大学担当, “平成 29 年埼玉県保健統計年報”, My ナビ彩の国, 2020-3-2

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0701/kense/toke/hokentoke/hoken/h29/hokentokei.html>, (参照 2020-11-2)

埼玉県総務部統計課人口統計担当：浅見, “平成 27 年国勢調査 従業地・通学地集計結果～埼玉県の概要～”, My ナビ彩の国, 2017-7-6

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0001/news/page/2017/0706-02.html>, (参照 2020-10-26)

総務省統計局, “平成 27 年国勢調査”, 総務省統計局ホームページ, 2016-12-16

<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka.html>, (参照 2020-11-7)

日本医師会, “地域医療情報システム”, Japan Medical Analysis Platform, 2018-11

<http://jmap.jp/cities/detail/pref/11>, (参照 2020-10-24)

日野耕介, 小田原 俊成, 救急医療とリエゾン精神医学, 精神医学, 57(3), 185-193, 2015.