

東京の精神保健福祉

第31巻2号

2人主治医制

精神科と一般診療科が
日常診療において連携して患者さんの
治療にあたること
東京都立大塚病院神経科
松井康絵

1

2人主治医制について

—精神科訪問診療の
経験を通して—
表参道メンタルクリニック院長
石川 学

3

こころとからだの 二人主治医制の普及に向けて

東京都 福祉保健局 障害者施策推進部
障害者医療担当部長 熊谷直樹
東京都 福祉保健局 障害者施策推進部
精神保健・医療課長 櫻井幸枝

8

2人主治医制

精神科と一般診療科が
日常診療において連携して
患者さんの治療にあたること

東京都立大塚病院 神経科 松井康絵

1. はじめに

「二人（複数）主治医制」とは、患者さんが二人（複数）の医師にかかる仕組みのことです。家庭医と専門医が併診している状態、つまり病診（病院－診療所）連携と同義のこともあれば、専門の異なる二人（複数）の医師が共同して患者さんの治療にあたることを意味する場合もあります。今回は後者の概念で話を進めていきます。仮に患者さんが複数の医師にかかっている、医師同士が互いの存在を知らない場合は連携していないので対象から外します。主治医がグループ制になっている場合も外します。

次いで「主治医」です。日本医師会は「主治医は、当該傷病の診療につき一切の責任をもち」さらに「他の医師は主治医の判断や立場を尊重しなければならない」（医の倫理綱領注釈(4) 2000年4月）とし、主治医の責任や立場について記載していますが「主治医」に関する定義は見つかりませんでした。今回はWikipediaの説明「ある患者の疾患の診療方針全般に対して主たる責任を有する医師のことである。外来診療や入院診療における〈担当医〉と同義であることが多いが、ある患者の身体・健康、その他の

状態について最もよく理解している者であることが期待される」を用いることにします。

「一般診療科」は精神科以外の診療科、と考えることにします。

2. 事例など

医学が進歩し医療の技術が向上することにより医師の専門化が進み、より質の高い技術を提供できる専門医が求められるようになりました。一方で患者さんの側に立ってみると、必要な専門医を選んでその専門医の持っている高い技術を使いこなすのはなかなか難しいことが多いようです。

私は都内の公立総合病院で通常の精神科の外来診療のほかに、「女性専用外来」（女性患者さんなら症状を問わずとりあえずどうぞという趣旨の外来）を担当しております。病院のホームページには医師の紹介が載っているので特に専門を隠しているつもりではありませんが、そこでは一般診療科の医師という立場で診療を行っております。当院の女性専用外来では「…な症状だけど治療が必要か」とか「どこにかかったらよいのか」などの相談が半分くらいを占めます。とりあえず話を聞いてくれて適宜該当する専門医に紹介してくれる医師が必要だということでしょう。いつもかかって懇意(?) にしているドクターがあれば、そこで相談に乗ってもらうことができるわけですが、大病の既往がなくて風邪くらいなら薬も不要というかたの場合、いざ不調を感じたときに、まずは「どこにかかるか」ということから困難が始まるわけです。

次に問題になるのが医師とのやり取りです。患者さんは自分の「困っていること」を話すのですが、医師は「病気」について診察をするので、微妙なずれが生じます。「つらい」という理由で受診したAさん(50歳前後)の例を挙げてみましょう。「つらいのが始まったのはいつですか?」と質問したところ、「おねえちゃんが中学校に上がるのがわかっているのに、お父さんが単身赴任するって言うから私はびっくりしました。同居だったし。これって更年期ですよね。」というお返事が返ってきました。何度か質問を繰り返して、Aさんは二人の娘さんの育児に困難を感じている、長女が小学生のときに不登校になったことがあり心配したが夫にあまり相談に乗ってもらえなかったと感じていた、義母が大腸がんの手術を受けその後から同居した、食事の仕度や人工肛門のケアで大変だった、夫から「転勤」の話が聞かされ見捨てられるような不安を感じた、そのときに過換気の発作を起こした、以来10年間近く動悸や呼吸困難感や発汗などの発作に悩んでいる、半年前から月経がない、雑誌で読んだ「更年期」の症状と同じだと思った、ということがようやく明らかになりました。

検査の結果、卵巣機能低下があることがわかりました。一方、症状が始まった時期やホットフラッシュなどに代表されるような閉経症候群の典型的な血管運動症状がAさんには目立たないことから、診断は「パニック障害」であると伝えました。精神科やメンタルクリニックなどの看板をあげている医療機関で治療を受けることを提案したところ、Aさんは当院の精神科を選んだので、私の精神科の外来にかかっていたことになりました。

Aさんのようにすんなりとはいかず、「更年期のパニックなんです」と言っただけ(つまりちゃんと伝わっていない)閉経症候群の治療をあくまで主張する方もおいでです。その場合は「治療的診断目的」と伝え、短期のエストロゲン補充療法を試みます。そしてようやく精神科に紹介ということになります。ただし、小精神療法だけで症状が改善することもないわけではありません。その場合は「パニック障害は更年期と違って繰り返すことがあるから、万が一のときは精神科に受診を」と伝えて終了とします。この説明も実はあまり伝わってなくて、「半年振りにもまた更年期が出ました」と言って受診するかた

がいらっしゃることわかります。患者さんたちはこれらのハードルを越えてようやく専門医にたどり着くのです。

はじめから専門医にかかるかたもいらっしゃいます。インターネットの書き込みで評判のよい精神科のドクターにかかって、随分元気にはなったのだけれど主治医に聞けないことがあるとの理由で当院の女性専用外来に来院されたBさん(50歳前後)を例に挙げてみます。「ドキドキして不安だと主治医に話したら安定剤をくれた。指示どおりに服薬したがやっぱりドキドキすると言ったら強い安定剤に変わった。今度はフワフワして不安だと言ったらウツの薬をくれた。大丈夫が不安になってココに来ました」というわけです。Bさんは、夫が単身赴任中で、義母の介護と出産を控えた次女が里帰りをしていることなどで心労の大きいことを、主治医はご存知で「不安」なのももっともなことだけど、少し緊張感を和らげたほうがBさんにとってはよさそうだと判断したのだらうと思います。Bさんには「数ヶ月前に比べて頻脈になった、脈の早い状態と気持の不安感は関係しない。抗不安薬を服用しても脈の早さは変わらない、内科の病気ですか?」と話すほうが伝わりやすいと指導しました。主治医から通院先の内科に紹介してもらい、甲状腺機能亢進症と診断がついて治療も順調に進んだと、後にうかがいました。

女性専用外来の担当医のときは他科に紹介する側になることが多いのですが、精神科外来の担当医のときは紹介を受ける側になります。うつ病をはじめ多くの精神科疾患をお持ちのかたの初診先は一般診療科が多いことが知られています。Aさんのときのようなやり取りを初診医がしてくれて、精神科外来に現れるわけです。じつは当院に赴任したばかりの頃には「なんで私が精神科なんかに!」と患者さんから怒られてしまうことがたまにあったのですが、大分減りました。精神科の受診をためらう患者さんに、「いつもお願いしているドクターだから、大丈夫」というようなことを初診医が言ってくれているらしいのです。患者さんは怒っていたのではなく、精神科にかかることや初めての医師に会うことが不安だったのかもしれない。紹介しあう医師同士に信頼関係があると、患者さんは安心して受診ができると

いうことを学びました。ちなみに日本医師会は「医師の職業倫理指針」改訂版（平成20年6月）の中で「医師相互間の責務」として「医師相互間の尊敬と協力」を挙げ、次のように説明しています。「…医師の専門化と多様化が進んでいるなかで、医師相互間の意見交流や病診連携といった医師相互間の協力の重要性がより高まってきた。…医師相互間に存在すべき尊敬と協力の関係は、患者からの信頼の基礎ともなるものである。…医師は日頃から互いに十分な交流を行うよう心がけるとともに、相互の交流を通じて互いに助け合うことが必要である。」

精神科外来の担当日でも、紹介する側になることもあります。例えばCさん(20代後半・統合失調症)が妊娠したときがそうでした。産科の紹介先としてCさんは当初は自宅近辺のクリニックを選びました。妊娠中に血圧や血糖値が高くなったため当院の内科にも受診する必要ができました。Cさんはクリニックの産科医の勧めで、産科も当院に転医しました。

3科の医師が共同して治療にあたる時、必要な医療サービスの度合いによって主たる科(狭義の主治医)が変わってきます。Cさんの場合、はじめは精神科がメインでしたが、血圧や血糖値の管理目的での入院中は内科が主になりました。妊娠8ヶ月目から分娩1ヶ月後までの間は産科が中心で、内科と精神科はサポートにまわりました。ごく自然に中心

になる科とサポートする科の役割が決まり、状態に応じての交代もスムーズにいました。

この役割分担がうまくいかないときも残念ながらあって、例えば過量服薬後の急性薬物中毒のかたの場合です。「とりあえず意識が戻るまでは内科で診て欲しい。中毒の治療だけで大丈夫。精神症状が問題になったらすぐに診ますから」と繰り返しお願いしても、内科医にしてみれば「自殺未遂なんだから精神科で診てよ」というわけです。同じようなことが手首自傷のかたを外科医が診察するときにも起こります。それでも内科医や外科医と付き合いが長くなってくるとこのようなトラブルが減ってくるので、医師間の信頼関係はやはり大事なのだと思います。

3. まとめ

専門分野や医療機関の持つ資源に応じて、医師は他の医師と持ちつ持たれつを保っています。信頼関係にもとづいた医師同士の連携により、「二人主治医制」はよりよい医療サービスを提供できるのだと、日常診療の中であらためて気づかされました。



2人主治医制について

—精神科訪問診療の 経験を通して—

表参道メンタルクリニック院長 石川学

*はじめに

様々な社会問題には、精神症状が関与していることも多い。たとえば、高齢者の介護問題では「認知症に伴う精神症状」が家族の負担を増大させています。なかなか減少することのない自殺問題でも、自殺者には「抑うつ状態」が高確率で生じているといわれます。様々なメディアによって日々知らされる

出来事や日常生活の中で耳にする事柄には、その根底に精神症状の存在を疑わせるものが多い。様々な社会問題にたいして、求められれば、精神科医は積極的に関与する義務がある、と私は考えています。

そして問題解決の有効な手段は、精神科訪問診療の経験から、(かかりつけ医と精神科医が連携した)「2人主治医制」である、と私は確信しています。

I 精神科訪問診療への道

1. 精神科訪問診療に至るまで

①研修医時代の経験

私は都立松沢病院で精神科医の人生をはじめました。松沢病院は当時1,000床を超えるベッド数を有しており、様々な患者さんが入院していました。

研修医が配属される病棟は、精神科救急病棟、急性期や亜急性期病棟が中心でした。そこで知ったことは、「家族や周辺にさまざまなトラブルを起こし、ようやく入院に至ることがとても多い」ということでした。

精神科救急外来を受診した時点では、すでに患者・家族関係が崩壊してしまっているのです。入院により精神症状は治療できますが、すでに破綻した「家族関係の修復」や、本人が被った「社会的不利益の修復」などは容易なことではありません。

②研修医時代に抱いた思い

研修医として様々なケースに関わっていた私の中に、「もっと早く治療を受けられれば良かったのに。」「治療を受けられるきっかけがあれば良かったのだが。」という思いが強まりました。

当時の社会背景からの影響もありました。社会問題化する引きこもり者の事件。メディアでときおり話題になるごみ屋敷の問題。ともに背景に精神疾患の疑いがある。地域の民生委員や地区担当の保健師に相談されることがあっても、対処に限界があり解決にまで至らないことが多い。

こういったニュースがでるたびに、「精神科医が現場に関与すれば、解決の突破口が開けるのではないか？」などと考えていました。

③訪問診療を意識するきっかけ

たいていの医師は「医師として歩む道」を決める、重要な経験をいくつかしていることでしょうか。私もそういった症例経験がいくつかあり、それを「ケース〇〇」などと勝手に心の中で名付けています。「ケース〇〇」は複数あるのですが、今回は「精神科訪問診療を始めたい」と強く動機付けになった「ケース〇〇」を記します。

④電話診が外来通院のきっかけに

精神科医3年目に経験した症例です。

《ケース00 29歳》

10年間自室に引きこもっていた方。私が勤務先を異動してベテラン医師から引き継ぎました。本人は一度も外来に通院したことがなく、両親のみが通院していました。引き継いだ際には「この患者さんと両親のために、はたして何が出来るのだろうか？」と当惑しました。しかし、実際に両親と面談をすると、そもそも精神科を両親が受診するきっかけのあったことがわかりました。両親が本人のことを心配

して、「かかりつけ医（内科医）」に相談していたのです。その内科の先生は自宅に訪問診療に行き、本人を診察した上で「精神科治療が必要」と判断したそうです。しかし、本人は頑なに外出を拒み、両親のみが相談を続ける形になった、といういきさつでした。それを聞いた私は「その内科の先生をお手本にして、精神科医も訪問診療をすれば良いのだな。」と考えました。所属している病院では訪問という診療形態の選択肢はなかったのですが、まずは「本人に直接電話して、診察すればいい！」と「電話診」に思い至りました。

電話には、本人が直接出てくれました。堰を切ったように統合失調症の典型的な症状とそれによる苦しみを訴えていました。私は、困っていることは病気の症状であり治療の術があること、など種々説明しました。症状改善に向かって協力を約束し、外来の空いている時間帯を伝えました。さて約束の日、帽子を深くかぶりサングラスをして、外来に本人がやってきました。

その後、通院治療は続き症状は改善しました。「身を守るための重装備」もなくなりました。1人で美術館に行くなど、外出も問題なくできるようになりました。

⑤経験を通じて考えたこと

この「ケース00」を通して、私の心中には湧いた思いは次の通りです。実は、症状改善・治療成功の喜びよりも、「10年間」という時間の重さを痛感していました。この患者さんをもっと早く治療に乗せるためにはどうすればよかったのか？個々の精神科医の技量も大切だが、この患者さんを治すための重要なポイントは、医療システムだったのではないかと訪問診療によりもっと早く治療できていれば、この患者さんは10年間も苦しまなかったのではないかと考えました。精神科医は内科医を見習って、入院や外来治療に加え、訪問診療を当たり前のように行うべきではないか！

II 精神科訪問診療の論理

1. 精神科医療とは

①精神医学における健康・病的的判断

精神科治療では、身体的な観点で疾病そのものの

治療を行うとともに、社会的な観点で社会的機能の回復治療を行うことを重視しています。それが、精神科の特徴でもあり、これが精神科を独特の科にしているゆえんではないか、と私は考えています。

精神症状により社会的機能の不全が生じ、本人が悩むまたは社会が悩む、故に精神科医は治療者として関与しうる、と考えます。

②精神医療の目標

要するに、精神科治療の目標は

- i) 精神症状を治す。
- ii) 精神症状で被っている社会生活上の不都合を改善する。

と言えるでしょう。

2. 精神科医療の責務

①精神科医の責務

精神科医の責務とは、「患者の悩みとその精神症状を軽減すること」であり、「その患者が所属する社会の悩みも軽減すること」でもあります。

責務を果たすためには、「精神症状のある患者に治療の機会を提供すること」「治療が必要であるが病識がなく、医療機関を受診しない患者に、治療機会を提供すること」が必須事項となります。

②責務を果たすための手段

これまでの話の展開から明らかなように、精神科医が精神医療における責務を果たす具体的な手段のひとつとして、「精神科訪問診療」は当然の治療形態です。

内科をはじめとした他科が行っている「訪問診療」は、精神医療においても「入院治療」「外来通院治療」とともに治療の3本の柱の1つとして明らかに必要なのです。

Ⅲ 精神科訪問診療の実際

1. 精神科訪問診療の開始をはじめ

①対象となる患者の年齢層

いまから十数年前の訪問診療開始当初に予想していた患者層は、自閉生活を送っている統合失調症患者、不登校状態の小中学生、などが対象になる、と考えていました。実際にはじめてみると、予想以上

に老年期の患者層の治療依頼が多かったのです。これは、老年人口の急増が大きな原因であろうと考えます。小児期の場合は、義務教育制度があるため社会的な対策がすでにある程度確立していたのかもしれませんが。また、介護保険の開始前後に老年期の対策が急ピッチで整えられたという社会背景があったからかもしれません。

いずれにせよ、高齢者が多い故に、身体合併症患者を多く診ることになりました。他科との連携は必然でした。

②精神科訪問診療の醍醐味

介護保険が普及している現在では、精神症状を抱えた高齢者を「認知症に伴う精神症状」とみてしまう恐れがあります。しかし実際には、「身体疾患から生じている精神症状である場合」「以前から精神症状を抱えていて高齢者になった場合」もかなり高確率であります。

この見極め、とくに「以前から精神症状を抱えていて高齢化した場合」の見極めは、過去の情報が乏しいことが多いため難しい。この点に関しては、他科の先生よりも精神科医の方が、専門性故に役割を發揮できるのではと思います。

③精神科訪問診療で学んだこと

訪問診療をはじめ、気づいたことがあります。患者さんが生活している室内をみると、疾病の罹病期間が見えてくる、または肌で感じられるようになります。自閉生活が長ければ長いほど、室内の社会性の気配や名残が乏しくなります。逆に、それが多く残っているほど疾病の罹病期間は短い、またはその患者さんの社会的能力が保たれていることが多いのです。

訪問したときに感じる室内の病的度合いの強さと、その患者さんが抱えている精神症状には、多くの場合相関関係があるようです。

2. 精神科訪問診療の現場から

①精神科訪問診療が他科受診・

介護保険利用のきっかけになった場合

《ケース01 89歳》

長年自室にこもり、弟夫婦に食事の面倒を見てもらっていた。部屋は座布団一枚分の空間以外は、すべて新聞が高く積まれている状態だった。拒絶が強

く長年病院受診を拒んでいた。本人が腰痛を訴えたことをきっかけに、訪問診療を本人も承諾した。本院の訪問診療がはじまった。診察により身体的な緊急性を認めなかったため、精神症状の改善を優先した。拒絶が改善したため、整形外科・内科への受診も可能となった。変形性脊椎症以外は身体的に問題なかった。拒絶なく介護保険のサービスも利用できるようになった。

②内科紹介がきっかけ

精神科訪問診療がはじまった場合

《ケース02 85歳》

高齢者向けのグループホームに入所している。脳梗塞の既往の体格の良い方。易怒的で他の入居者や施設職員に対して手を挙げることや、施設の備品を破壊することもあった。職員が近医内科に相談。本院へ紹介となり治療開始となった。精神科訪問診療をはじめて受ける施設であったため、並行して施設職員に対して精神科薬の安全性などの啓蒙と、適量の見極めには日頃接している職員の観察眼が頼りになること、逐次情報提供の協力を願い連絡を密にしながら、治療をすすめた。しだいに症状は軽快し、本人に対する評価も、いわゆる「厄介者」「怖い人」から「人柄の良い方」に変わった。また、当初職員たちにあった「どうにもできない無力感」「疲労と困惑」が、「介護と医療の協働」「よくみることで治療につながる」「認知症に伴う精神症状は良くなる!」という肯定的な充足感にかわった。

③内科と精神科が併診しながら

困難ケースを解決した場合

《ケース03 65歳》

アルコール多飲歴に軽度の認知症を合併している方。大手銀行に勤務していたが、アルコールにより怠勤が続き失職。妻と子供も去っていた。肝機能障害のため、内科病院に入退院を繰り返していた。在宅時には、介護保険によりヘルパーが入っていたが、飲酒による酩酊状態でヘルパーやケアマネージャーに抱きつくなどあり、介護支援も中断し問題視されていた。主治医から本院に依頼あり訪問診療開始。幻視などの精神症状を伴っていた。精神科薬物療法は効果的であったが、在宅では内服薬が不規則であり、安静を維持するまでには至らなかった。飲酒により肝機能障害が再燃したため、内科へ再入院。本院も同院へ対診を行い、入院中も精神科治療を継

続した。身体症状精神症状ともに改善し飲酒欲求も治まった。試験外泊でも飲酒する姿はなかった。安静な状態が維持できたため退院となった。以後、介護保険を再利用し在宅で安静な状態を維持している。

3. 精神科訪問診療の問題点

①時間の問題

社会背景が「入院治療から在宅療法へ」という流れになり、在宅医療に伴う保険点数は確かに高くなってきました。しかし、一人の診察のために外来診療とは比較にならないほど膨大な時間を必要とします。

- i) 外来と比べて本人の診察に時間がかかる
- ii) 関係職種との連携に時間がかかる
- iii) 訪問のための移動に時間がかかる
- iv) 連携のための書類作成などに時間がかかる

上記の問題を解決するためには、クリニック職員の協力が必要となります。

②在宅療養支援専門診療所の存在

在宅医療に関する保険点数が手厚くなったころから、訪問診療専門のクリニックが出現してきました。ここ数年、外来をもたない訪問診療専門のクリニックが増えています。とくに24時間在宅療養を管理する名目の保険点数は非常に高いため、営業に力を注ぐ専門クリニックが目立ってきました。精神科の併診が必要な患者さんまでも、「1人の患者のもとに、2ヶ所の医療機関が訪問診療は出来ない」かのように、「患者の囲い込みを行う」行為に幾度となく遭遇しました。こういった場合、その後精神症状が悪化してしまうことが高頻度で起きています。

この点について、重要なことを記します。元々地域医療に貢献しており、外来診療と訪問診療を行っている病院やクリニックと併診した場合は、このような残念な結果になった記憶は全くありません。

IV 精神科訪問診療の経験を通して 今後の展望

1. 「連携パス」という考え方

①連携パスとは

最近「連携パス」という言葉を使い、「患者さんとかかりつけ医」を中心に据えて、必要な医療機

関や関係機関と連携を図っていく、という医療形態が推奨されています。これは先にあげた訪問診療専門クリニックの問題点を解決するためにも大切な考え方だと私は思います。

②認知症連携パス

最も発達している連携パスのひとつに「認知症連携パス」があげられると思います。「かかりつけ医」が「認知症連携パス」を利用して、「高齢者サービス課や包括支援センター」などの各自治体窓口と連絡を取り合う。必要に応じて、「地元医師会」を通じて精神科訪問診療を手配する、「地元薬剤師会」を通じて訪問薬剤指導を利用する、「訪問看護ステーション」「介護支援センター」などの協力を仰ぐ。「患者さん」と「かかりつけ医」をこの連携ネットワークの中心に据えていく、という考え方です。

先にあげたいいくつかのケースを見てわかるように、私は「1人の患者さんを見ていくためには1医療機関が抱え込んでは大丈夫だ」と考えています。

2. 連携パスの精神科への応用

①認知症連携パスを応用して

先にあげた連携の考え方は、認知症の啓蒙書などを開くと、患者さんを中心に据えた図などでよく説明されています。

この「認知症連携パス」の「認知症患者」の位置を、様々な「精神症状を抱える患者」に置き換えていただくと、「精神疾患連携パス」ができあがります。「連携パス」を雛形にして、認知症のみならず、統合失調症・うつ病・不登校児童などの「ひきこもり連携パス」、「精神科疾患が根底にある地域処遇困難ケース連携パス」などを作成することができるのです。

②早期発見・早期対策の手段として

「連携パス」という考え方を利用することで、「認知症」には具体的な対策が有効に動きはじめているとおもいます。

同様に、「精神症状の連携パス」を作成運用することにより、精神疾患の早期発見・早期治療のシステム作りができるのではないかと私は考えているのです。

人が「病む」ことは避けられないことかもしれません。しかし、「病む」ことから生じる「社会的不都合」を軽減するためには、「早期発見」「早期治療」

が必要だと考えます。

「認知症連携パス」を有効に運用することで、「患者・家族間」の「軋轢」の「期間・重篤度」を軽減できることができます。

「精神疾患連携パス」を作成運用し、「内科医と精神科医」「小児科医と精神科医」といったスクラム(2人主治医制)を組むことができれば、患者さんが「精神症状による社会的不都合」を重篤化させずに済むと考えます。

3. 連携パスと併診制度(2人主治医制)

①連携パスで併診がしやすくなる

連携パスを利用することにより、連携のネットワークが図式化され、イメージを明確にしやすくなります。《ケース00》の場合、患者の紹介も迅速になり、患者の社会的不利益の重篤化を避けることができるようになります。

②精神科治療の客観性を保つ役割も果たす

精神科薬物療法に対して、よく耳にするのが「多剤併用の弊害」です。精神科治療の特殊な点は、疾病に対する一般的治療法と患者特性にあわせた治療法(簡単にいうと患者とクスリの相性など)が併存するため、作用機序の違うクスリを複数使わざるを得ないことも多いのです。

その治療評価を、精神科医と身体科の主治医が、バランスシートを使って行うのはいかがでしょうか。薬物調整の前後で、主作用・副作用を3段階または5段階で評価するのです。精神科薬物療法を目に見えるものにしていくためにも大切ではないかと考えます。とくに老年期の患者の治療には必要に思っています。

*さいごに

「自殺問題」「介護問題」など、様々な医療に関連した社会問題に、私たちはまだまだ対策を打たなければいけない状況です。「併診や連携をしながら、患者を診ていく」という考え方は、とくに新しいものではないと思います。しかし、この考え方は多くの問題に対してこれからも有効な手段であることに間違いはありません。

こころとからだの 二人主治医制の普及に 向けて

東京都 福祉保健局 障害者施策推進部
障害者医療担当部長 **熊谷直樹**
東京都 福祉保健局 障害者施策推進部
精神保健・医療課長 **櫻井幸枝***



今日、精神疾患受診者は都内で約32万人にのぼり、精神疾患に罹患しているが精神科未受診の人はその数倍とされます。こころとからだの二人主治医制(以下、二人主治医制)は、精神科医と一般診療科のかかりつけ医とが連携して、精神疾患の早期発見・早期受診や心身ともに適切な医療提供をめざすもので、東京都もその普及に取り組んでいます。

1. 二人主治医制の普及に取り組む背景

二人主治医制の普及を進めるのは、次のような点からです。まず、精神疾患は、発症後より早期に適切な治療や支援を行うとその後の経過が比較的良好ですが、うつ病等精神疾患では、まず内科等を受診した後精神科へ受診する傾向がみられます。次に、少子高齢化を背景に、精神疾患と身体疾患とが合併する事例が増えています。さらに、一般救急において、搬送先選定が困難となる要因として精神疾患が最も大きく、医療全体で解決が迫られています。その他、精神保健医療福祉施策が、入院医療中心から地域医療・生活支援重視へとシフトし、地域連携が課題となっていることも挙げられます。

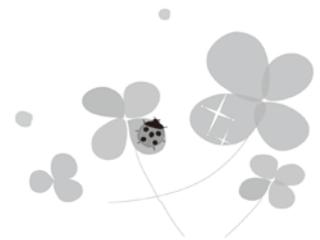
2. 二人主治医制の普及に役立つ 東京都の取組

このような背景のもと、東京都地方精神保健福祉審議会での検討を踏まえ、東京都では二人主治医制の普及に役立つ様々な取組を行っています。例えば、①一般診療科医と精神科医を対象とした、両者の連携に関する意識調査、②都医師会や各地区医師会での一般診療科・精神科の連携協議会の開催、③一般診療科医を対象とした、精神疾患や精神保健医療福祉制度に関する講義や精神科医との合同の症例検討からなる研修、です。この研修用教材は、本協議会が作成に当たりました。これらの取組では、東京都医師会、東京精神科病院協会、東京精神神経科診療所協会には多大なご協力をいただいています。

3. 今後に向けて

平成25年度からの次期医療計画では、精神疾患が、がん・急性心筋梗塞・脳卒中・糖尿病と並んで、医療計画に記載すべき疾患に位置付けられ、精神科・一般診療科を含む地域連携体制構築が課題となります。地域のニーズや実情を踏まえた実効性ある連携体制をめざし、二人主治医制の普及等の取組を強めてゆきたいと思います。

*肩書きは、平成23年度当時



入会のご案内

入会された場合、ニュースレターの送付、講演会のお知らせなどを送らせていただきます。入会金は不要で年会費は1,000円です。何卒、よろしくお願いいたします。

お問い合わせ 東京都精神保健福祉協議会事務局
〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内
TEL 03-3762-4151(内)6770
FAX 03-5471-5774
担当 南雲真実

登録番号(23)444
(通巻No.59) ISSN 1343-3830

●発行

平成24年3月発行
東京都福祉保健局障害者施策
推進部精神保健・医療課
新宿区西新宿二丁目8番1号
電話番号 03-5320-4464

●編集

東京都精神保健福祉協議会事務局
担当 南雲真実
〒143-8541 大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内
TEL 03-3762-4151(内)6770
FAX 03-5471-5774

●印刷

杜陵印刷株式会社