

Q 「G・Pネット」による連携をより効率的にしているために、話し合いの場のようなものは定期的に持たれているのですか？

岡 はい。4カ月に1度のペースで、各病院の医師たちが集って「症例検討会」を開いています。各病院が持ち回りで呈示する具体的な症例を通じて、連携システムをよりスムーズにするために不足していることは何か、など意見を出し合っています。

清水 「G・Pネット」に関わってみた感想として、これがなぜ必要なのかを私なりに考えてみますと、「一般医と精神科医には、お互いの仕事でわからない部分が多いから」ということが挙げられます。私も一般医は、検査データに異常値や異常所見があればそれに応じて治療しますが、データ上は異常がないのに精神面で「苦しい」と患者さんに言われても、どうしていいのかわからないんです。どれくらい緊急度の高い



「G・Pネットを立ち上げてから

この地域の精神科受け入れ対応が改善された」

という反響には手応えを感じています。

ケースなのかも判断できない。しかし、精神科医はまさにそうした患者さんへの対処を専門的にやってきたわけで、その知見を我々一般医が学ぶことは、大変勉強になるんです。ところが、従来の医療システムの中では、一般医が精神科医のやり方を学ぶ機会がほとんどありませんでした。

Q なるほど、「G・Pネット」は、一般医と精神科医の間の垣根を壊して、互いに学び合うための仕組みでもあるんですね。

岡 それは、精神科医の側から見てもそうですね。一般科の先生方との交流の機会もほとんどなかったですし、「G・Pネット」を通じてそうした機会が得られることは、我々にとつても意義が大きいといえます。

清水 患者さんの家族環境までよく検討したうえでの治療の進め方というのは、我々一般医は苦手で、精神科医の方は得意とするところですよ。自殺未遂した精神疾患患者が救急搬送されてきた場合、身体症状が落ち着いた段階で家に帰らせてよいのか、帰らせるべきではないのかという判断は、精神科医でなければ難しい面があります。その判断について精神科医に相談できること、精神科医の判断を学ぶことの意味は大きいですよ。それまではどう対応していいかわからず精神科救急の患者さんは苦手でしたから。

他の「G・Pネット」とは違う長所は？

Q おうばく病院の場合、精神科だけではなく内科も併設されていて、内科医のスタッフ体制も充実していますね。そのことが「G・Pネット」に与える強みというところ？

救急患者の約2割は精神科救急です。
「G・Pネット」は今後ますます必要とされるでしょう。



清水 私どもの立場から見ると、精神科しかない病院に比べて連携しやすい、すなわち「敷居が低い」ですね。病院名は差し控えますが、精神科単科病院に対して、身体合併症を持つ精神科患者の受け入れを求めても、「ウチは精神科しかないので、無理です」と即座に断られることもありますから……。

岡 転院患者を受け入れる場合にも、「身体の治療を完全に終わらせてから連れてきてください」と頑なに言う精神科単科病院はあるでしょうね。その点、当院には内科もあるから、「ある程度までの身体治療が終わっていれば、あとはこつちでやりますよ」と受け入れやすい面があります。

「G・Pネット」は、一般の患者さんの目にはまったく触れないシステムです。しかし、医療関係者の間では、「G・Pネットを立ち上げてから、この地域の精神科受け入れ対応が改善された」という声はけっこうあります。その意味で、地域医療に貢献できている試み