

精神科身体合併症医療における 地域連携

座長 加藤 温[†] 本間 裕士*第69回国立病院総合医学会
(平成27年10月3日 於札幌)

IRYO Vol. 70 No. 10 (400-402) 2016

要旨

平成25年度より、従来の4疾病に精神疾患を追加した「5疾病5事業」として医療計画が実施されている。そのなかには、精神科身体合併症についても明記されており、身体疾患を合併する精神疾患患者に対し、必要な医療を速やかに提供できることが目標として掲げられている。

身体疾患を合併する精神疾患患者への対応として、並列モデルと縦列モデルが提唱されている。並列モデルとは、精神科と身体科の両方を有する同一医療機関内で対応する自己完結型である。一方、縦列モデルとは、精神科医療機関と身体疾患の治療が可能な医療機関とで対応する連携型である。身体合併症医療を円滑に進めていくためには、両モデルの機能の違いや地域性を考慮し、医療圏全体としての体制づくりが求められる。そのためには医療機関同士の話し合いの場が必要であるが、それだけではなく、診療所はもちろんのこと、行政、大学病院などにも入ってもらい、地域全体の問題として考える必要がある。このような会を通じて、お互いの顔が見える関係づくりが求められるが、人が入れ替わっても、連携の形が崩れないような継続性のある身体合併症医療システムをつくり上げていかなければならない。それが実現できないと、ある特定の医療機関のみの負担が増すことになってしまう。ここには全体の調整をはかる役割を持つ精神保健福祉士（→403pを参照）の存在も大きい。医師対医師ではなく、病院対病院という意識を持つことが、将来にもつながっていく。医療事情は地域によりさまざまである。円滑な連携をはかるためには、それぞれの地域に見合った体制づくりが必要である。

キーワード 精神疾患, 身体合併症, 連携

わが国の精神疾患の患者数は、近年、うつ病など 成23年患者調査では320万人を超えている。こうした背景のもと、平成25年度より、従来の4疾病に精

の気分障害や認知症などを中心に増加しており、平

た背景のもと、平成25年度より、従来の4疾病に精

国立国際医療研究センター病院 総合診療科, *国立病院機構帯広病院 精神神経科, †医師
著者連絡先: 加藤 温 国立国際医療研究センター病院 総合診療科 〒162-8655 新宿区戸山1-21-1
e-mail: onkato@hosp.ncgm.go.jp

(平成28年2月15日受付, 平成28年5月13日受理)

Collaboration within the Region for Psychiatric Patients with Physical Complications

On Kato and Hiroshi Honma*, National Center for Global Health and Medicine, *NHO Obihiro National Hospital

(Received Feb. 15, 2016, Accepted May, 2016)

Key Words: psychiatric disorder, concomitant physical illnesses, collaboration

神疾患を追加した「5疾病5事業」として医療計画が実施されている。そのなかには、精神科身体合併症についても明記されており、身体疾患を合併する精神疾患患者に対し、必要な医療を速やかに提供できることが目標として掲げられている。

精神医療において、迅速に身体合併症医療に対応するためには、当然のことながら一般医療との連携が大きな鍵となる。しかしながら一部の地域を除き、連携が円滑に進んでいるとはいえないのが現状である。一般医療側では、精神疾患の病名がついているだけで敬遠してしまうことが多く、精神医療側でも、十分な検査や治療ができる環境になく、身体疾患をみることができる医師が少ない。そして医師の問題だけではなく、身体合併症に適切に対応できる病棟や看護スタッフを用意できないことも課題となっている。

身体疾患を合併する精神疾患患者への対応として、並列モデルと縦列モデルが提唱されている。並列モデルとは、精神科と身体科の両方を有する同一医療機関内で対応する自己完結型である。一方、縦列モデルとは、精神科医療機関と身体疾患の治療が可能な医療機関とで対応する連携型である。これらのモデルはそれぞれ特徴を持ち、優劣をつけられるものではない。両モデルの機能の違いや地域性を考慮し、医療圏全体としての体制づくりが必要となる。

身体合併症医療を行う場合、同一施設において精神・身体双方の関わりができる並列モデルが理想的ではあるが、この体制を用意できる総合病院の対応病床は数が限られている。これのみで身体合併症医療をまかなうことは現実的ではない。並列モデルは、精神・身体ともに十分な治療を要する患者に対応するには必須な存在であり、総合病院精神科の大きな役割のひとつでもある。並列モデルを有効に生かすには、いつでも新たな身体合併症患者を受け入れることができるように、空きベッドを用意しておく必要がある。そのためには、急性期治療を終えた後、後方機関を含めた地域連携が必要となる。

つぎに縦列モデルの理念を概説する。身体疾患を合併する精神疾患患者において、身体治療が優先される状況にあれば、一般医療機関が受け入れ、精神科医療機関が診療支援を行い、身体治療の終了後に精神科入院が必要であれば、速やかに受け入れる。逆に、身体疾患が軽症で、精神科治療が優先される場合には、一般医療機関の支援のもと、精神科医療機関が対応する。このモデルをスムーズに機能させ

るには、医療機関同士の密な連携が必須である。そのためには、お互いの現状を知ることが前提となる。各々の施設で、どこまでの医療行為が可能な状況にあるかなどを双方で確認しておかねばならない。

転院させるタイミングの判断も難しいことがある。電話でのやりとりだけでは状況がわからないこともあり、医師がそれぞれの医療機関に出向いて診察したり、外来に連れてきてもらうことができることよい。直接診察することで、アドバイスのみで解決し、転院せずとも対応できることもある。こうした流れを推進する意味でも、診療報酬のバックアップが望まれるところである。

身体合併症患者を診る体制としては、並列モデルにおいては、ひとりの患者に身体科医と精神科医がつくダブル担当医体制が望ましい。身体科医が身体管理を、精神科医が精神症状の評価治療と入退院の手続きやケースワークを行うなど、各々の専門に専念できるかたちが理想的である。しかし縦列モデルで行うことになるすると、精神科医が身体疾患を、身体科医が精神疾患をある程度理解していることも求められる。目標としては、何が問題となっているかをお互いに同じ土俵で話すことができ、アドバイスされた内容を理解できるくらいでよい。平成16年に臨床研修制度必修化が始まって以降の精神科医は、身体科研修を行っている。精神科研修も一時期必修化されていた（現在は選択制）ので、身体科医も精神疾患を若干は理解できている可能性もある。しかし、それ以前に卒業した医師に関してはその経験がない場合も多く、自身の専門以外のことに抵抗があるのもやむを得ない現状もある。精神科医が身体疾患を、身体科医が精神科の勉強ができるような機会をつくることなども課題になるであろう。日本精神科病院協会では「精神科医のための身体合併症講習会」を開催しており、日本臨床救急医学会では、一般救急の医療スタッフを対象とし、精神科医のいない状況でも、精神症状を呈する患者に対して標準的初期診療ができることを目指したPEECコースを始めている。行政施策としても、一般医のうつ病対応能力向上のための研修会開催などの動きもみられるようになってきている。まだまだ十分ではないが、今後期待したいところである。

身体合併症医療を円滑に進めていくためには、双方の医療機関同士の話し合いの場が必要である。ここには両者だけではなく、診療所はもちろんのこと、行政あるいは大学病院などにも入ってもらい、地域

全体の問題として考える必要がある。このような会を通じて、お互いの顔が見える関係づくりが大前提ではあるが、人が替わったら連携ができなくなったでは継続性を保つことができない。人が入れ替わっても、連携の形が崩れないような身体合併症医療システムをつくり上げていかなければならない。それが実現できないと、ある特定の医療機関のみの負担が増すことになってしまう。ここには全体の調整をはかる役割を持つ精神保健福祉士の存在も大きい。医師対医師ではなく、病院対病院という意識を持つことが、将来にもつながっていくはずである。医療

事情は地域によりさまざまである。円滑な連携をはかるためには、大きな方向性のもとで、それぞれの地域に見合った体制づくりが必要である。

〈本論文は第69回国立病院総合医学会シンポジウム「精神科身体合併症医療における地域連携」として発表した内容を座長としてまとめたものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。