

# 精神科医の立場からみた 精神科身体合併症医療

松永 力<sup>†</sup>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 (404-407) 2016

## 要旨

精神疾患が5疾病5事業の一つに位置づけられ、専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に対して必要な医療を速やかに提供できること、つまり精神科身体合併症への対応が目標の一つとされた。そのためには、身体科医と精神科医の連携、さらに医療機関相互、保健福祉サービス、行政などとの連携が欠かせない。一方で連携の難しさや課題も多い。構造上の要因として、精神科病院のほとんどが単科精神科病院であり、救急医療のルートも一般救急と精神科救急と別である。その他、意思決定能力の問題、自傷他害、症状把握の難しさ、精神科側の身体疾患へのスキル不足、身体科側の経験不足や偏見といった問題もあり、容易ではない。

身体医療の場は身体的重篤度と精神的重篤度によって変わる。精神科身体合併症病棟を有する国立病院機構北海道医療センター（当院）精神科（当科）の状況からいえることは、何よりも看護師の負担が大きいことである。精神疾患の看護度が高い上に、身体疾患は多彩で術後管理などもあり、業務は複雑である。看護師のマンパワーを増やすしかないが、診療報酬上の問題が大きい。また自殺関連行動者の救急搬送のほとんどは救命救急センターでの精神科リエゾン（→408pを参照）診療で十分対応可能で、単科精神病院との「橋渡し」が当院精神科医の役目である。これも救急科医をはじめとした身体科医と精神科医の相互理解と協力があって成り立つものであり、地域医療連携のカギとなる。

精神科身体合併症医療においては、役割の明確化（縦列モデルで対応するのか、並列モデルが必要なのか）、縦列モデルの促進、そして精神科側の身体疾患対応能力の向上と身体科側の精神症状への対応能力向上もまた重要なことであり、さまざまな方策を長期的に講じていくことが必要と思われる。

キーワード 精神科身体合併症、精神科身体合併症病棟、リエゾン、地域医療連携

国立病院機構北海道医療センター 精神科 <sup>†</sup>医師

著者連絡先：松永 力 国立病院機構北海道医療センター 精神科 〒063-0005 北海道札幌市西区山の手5条7丁目1-1  
e-mail: matsunaga@hok-mc.hosp.go.jp

(平成28年2月24日受付、平成28年6月17日受理)

Management and Treatment of Psychiatric Patients with Physical Complications from the Perspective of the Psychiatrist  
Riki Matsunaga, NHO Hokkaido Medical Center

(Received Feb. 24, 2016, Accepted Jun. 17, 2016)

Key Words: psychiatric patients with physical complications, medical psychiatry unit, liaison-psychiatry, regional medical cooperation

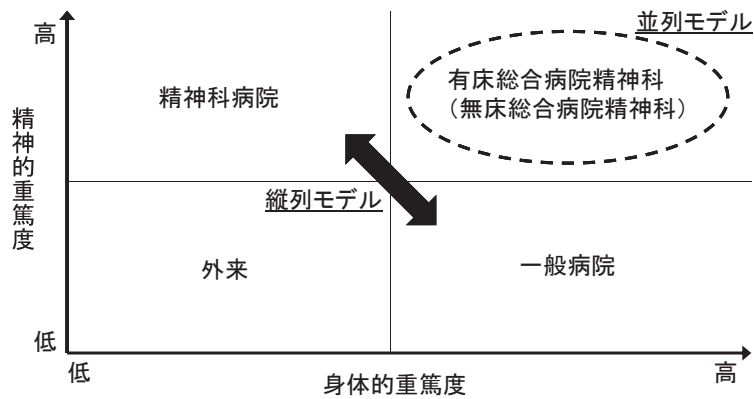


図1 精神疾患患者の身体医療の場

## はじめに

精神疾患が5疾病5事業の一つに位置づけられ、専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に対して必要な医療を速やかに提供できることが目標の一つとされた。平成24年の厚生労働省通知にて、都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の具体的な方向性として、並列モデル（身体合併症対応施設）の整備、縦列モデル（一般医療機関と精神科医療機関の診療連携）の構築、地域における精神科救急医療体制の調整があげられている。一方、実際の臨床現場では、救命救急センター等における自殺関連行動者のケースマネジメント（経済的諸問題への支援など）、超高齢社会に突入し増加する認知症患者の身体疾患治療における同意能力や倫理的問題など、医療のみでは解決が難しい課題も絡んでおり、単純な話でもない。少なくとも目標を達成するには、まず身体科医と精神科医の連携が欠かせない。さらに医療機関相互、保健福祉サービス、行政などとの連携を地域ごとに構築する必要がある。実際の医療現場での連携の難しさや課題、より円滑に連携するにはどうしたらよいかを精神科医の立場から考え、私見を述べる。

## 連携の必要性と困難にする理由

構造上の要因として、精神科病院のほとんどが単科精神科病院であること、救急医療のルートが一般救急と精神科救急と別であることがあげられる。一般救急情報センターと精神科救急情報センターの連携が必要になるが不十分な地域が多いのではないと思われる。

患者側の要因としては、意思決定能力の問題、自

傷他害や治療の妨げとなるような拒否やカテーテル類の予定外抜去など安全に治療を遂行することに懸念がある場合、そのほか身体症状を的確に訴えることに困難があり、医療者側も症状や他覚的所見を把握するのが難しいといった要因があるだろう。

医療者側の要因としては、まず精神科側からは、身体疾患へのスキル不足や意識の低さ、そもそも単科精神科病院では検査や治療の設備がないといったことがあげられる。一方、身体科側からは、精神症状にどう対応したらいいかわからない、経験がないのほか、偏見という問題もあるように思う。マンパワーを要することを理由に受け入れを看護師側から拒否されるようなケースも見受けられる。このようなさまざまな要因があり、「連携」を必要とする。

## 精神疾患患者の身体医療の場と対応モデル

身体医療の場は、身体的重篤度と精神的重篤度の2軸で通常決まる（図1）。精神的に重篤でも身体的に軽度であれば、単科精神科病院でも対応可能であるし、逆に身体的に重篤でも精神的に軽度であれば、一般病院で入院治療が可能である。これらの連携が「縦列モデル」ということになる。両者ともに重篤となれば、「並列モデル」、いわゆる総合病院精神科でなければ対応が難しい。

並列モデルでも、入院病棟を精神科病棟にするのか、一般病棟にするのかの問題が生じる。通常は患者の状態に応じて選択されるが、精神的にも身体的にも重症で一般病棟への入院が現実的ではないことも多い。精神病棟に入院しながら身体治療は身体科医が、精神的な治療は精神科医が、と二名主治医制で治療する病院もある。

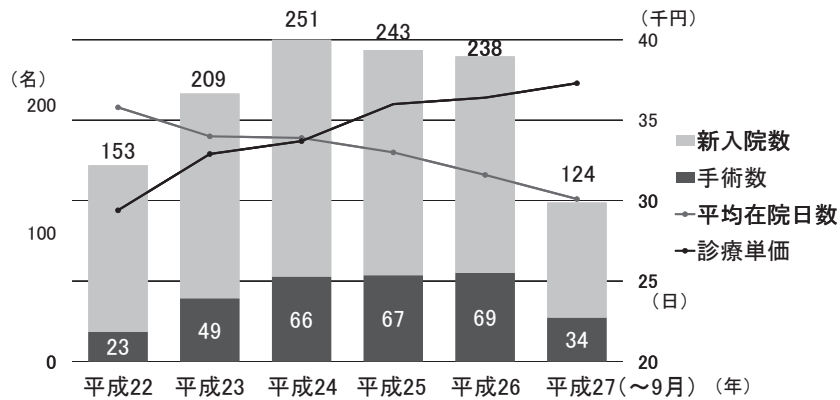


図2 臨床指標年次推移

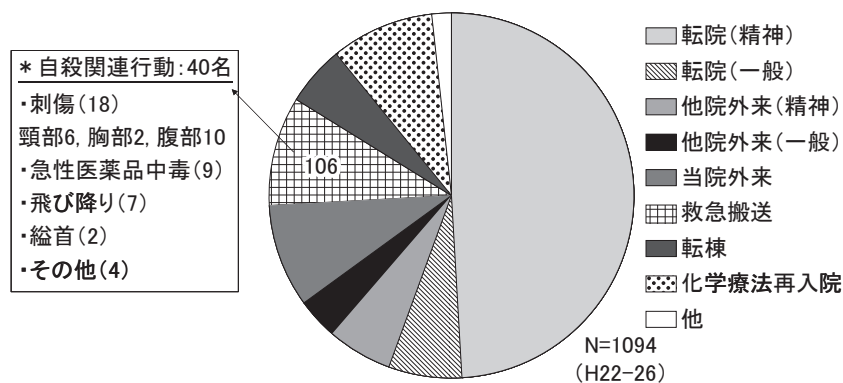


図3 入院経路

### 国立病院機構北海道医療センター 開設後の状況の報告

国立病院機構北海道医療センター(当院)は、平成22年4月に統合新築され、病床数500床(一般病床410床、精神病床40床、結核病床50床)、28診療科、3次救急を担う救命救急センターを備えた急性期から政策医療まで幅広く対応する病院である。精神科身体合併症に対応することが新設された精神科の責務であった。病棟は個室24床をもつ閉鎖病棟で、身体科医と精神科医の二名主治医制で診療している。診療対象は急性期身体疾患治療を主体とするが、単科精神病院では対応困難な維持透析中の精神疾患患者の急性増悪例、修正型電気けいれん療法を必要とする例、身体科との密な連携を要する症状精神病例なども対象としている。看護配置は10対1で、他に精神保健福祉士1名(病院ソーシャルワーカー兼務)がいるが、心理士や精神科作業療法士はいない。

当病棟開設後の年次推移を示す(図2)。年間新入院数はほぼプラトーだが、これは看護師のマンパワー的に一度に受け入れ可能な入院患者数に限界が

あるためである。平均在院日数は短縮傾向で、平均診療単価は上昇している。

次に開設後5年間(平成22年-平成26年)の精神病棟入院患者(N=1,094)の入院経路を示す(図3)。半数が単科精神病院からの転院である(537名、49%)。一般病院からの転院は71名、6%と少ない。救急搬送からの精神病棟入院が106名、10%に上るが、うち自殺関連行動での搬送例はそのうちの4割に満たず(40名、3.6%)、急病の方が多かった(66名、6%)。その内訳をみると、刺傷や飛び降りなど一定期間の身体治療をとまなうものが主だった。なお同期間の救急車搬入台数が10339台で、うち自殺関連行動を理由に精神科にコンサルテーションのあった例は368件(3.6%)で、自殺既遂例や軽微な自殺関連行動で精神科受診を拒否して帰宅した例も合わせると、当院救急搬送の概ね4%強が自殺関連行動での搬送となる。368件中278件が急性医薬品中毒であり、そのほとんどが救命救急センターに入院し、自宅退院あるいは精神科病院へ直接転院となっており、当院精神科病棟入院は、わずか9件(3%)と少なかった。

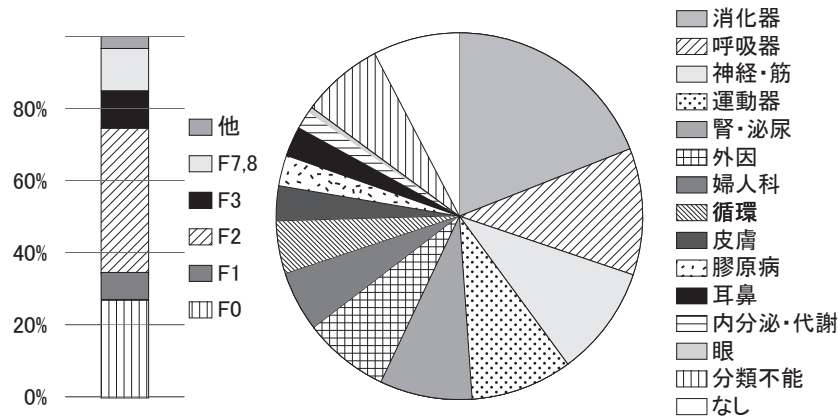


図4 精神科診断, 傷病分類

最後に精神病棟入院患者の診断内訳を示す(図4)。精神科の診断で3番目に多いのが精神遅滞や自閉症群(ICD-10, F7およびF8)である点が特徴的と思われる(118名, 11%)。行動障害の強い精神遅滞や自閉症の患者が身体的治療を必要とした際に、一般病院での受け入れがスムーズにいかないという現実もあるように思う。身体疾患の診断については、ほぼ全領域にわたっており、偏りは少ない。

#### 当院での身体合併症医療から

第一にいえるのが看護師の負担が大きいことである。精神疾患の看護度が高い上に、身体疾患は多彩で術後管理などもあり、業務は複雑である。さらに身体科主治医が複数科にまたがり、コミュニケーションをとるのも大変である。これについては精神科医のみが主治医になり、身体治療も担当するメディカル精神医学モデルという考え方もあるが、身体科専門医の適切な診療を受けるという患者の権利(利益)を損ねてしまうことにもなる。看護師のマンパワーを増やすしかないが、診療報酬の規定上は難しく、「並列モデル」を機能させるには、この問題を解決する必要がある。

次に自殺関連行動の搬送例については、そのほとんどが救命救急センターでの精神科リエゾン診療で十分対応可能である。単科精神病院との「橋渡し」が重要であるのはいうまでもないが、救急科医師の協力があってのことであり、「縦列モデル」を機能させるには、身体科医と精神科医の相互理解と協力がカギとなる。

一般病院からの転院事例は少ないが、転院相談は比較的多い。そのほとんどは、せん妄や認知症であ

る。対応等をアドバイスすることで転院せずに済むケースもあり、一般病院との「リエゾン」も超高齢化社会に突入した日本の医療の中で必要なことと思われる。

#### 今後の方向性

精神科身体合併症医療においては、病院ごとに役割を明確化し、縦列モデルで対応可能な状態なのか、並列モデルで対応すべきなのかも一定のルールを決めておくことも必要である。急性医薬品中毒は縦列モデルで対応可能な代表的な例である。また一極集中を避けるため、分散化を考える必要もあるだろう。

総合病院精神科が減少する中、縦列モデルの促進もテーマである。病院間の連携のためには、対診の診療報酬点数を上げることや入院中の他院外来受診における入院基本料の減額緩和も検討すべきと思われる。

そして精神科病院の身体疾患対応能力の向上と一般病院の精神症状への対応能力向上もまた重要なことであり、研修会などの充実、看護師の精神科研修必修化などさまざまな方策を長期的に講じていくことも必要であろう。

〈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」において「精神科身体合併症医療における地域連携 -精神科医の立場から-」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。