

精神科身体合併症医療における地域連携の問題点と 今後の課題 – 精神保健福祉士の視点から –

坪内 雅行[†]

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 (418–420) 2016

要旨

国立病院などの再編成計画に基づく平成22年3月の北海道医療センター（当院）開設にあたり、それまで札幌圏に不足しておりその対応が望ましいとされていた、「一般病床では対応が困難な精神疾患を有する合併症患者の診断・治療」に対応するため、精神科病棟を設置・整備し、平成22年4月1日より運営を開始した。

当院精神科病棟では、精神疾患患者の身体疾患に対する急性期入院治療を第一の責務とし、各精神科病院より精神疾患を抱える患者に何らかの身体的問題が生じた場合に紹介を受け、精神科医師と身体各専門科医師との協力のもと、円滑な診断・治療ができるよう対応している。また、精神科病棟以外にも、救命救急センターや一般外来での受け入れについても可能な限り対応している。受け入れる上で、地域の精神科病院を中心に各医療機関や事業所、行政との連携は不可欠である。しかし、身体合併症医療の現場では、精神科特有の行政同意（精神保健福祉法での市町村長同意）に関する問題や各所との連携においてさまざまな問題が生じることもある。今日、2つの事例を提示し問題点や今後あるべき方向性について考察した。患者の不利益とならないようにするためにも、医療現場だけでなく多方面にわたり問題を改善していく必要があると思われる。

今後も精神科身体合併症医療が行える医療機関の精神保健福祉士として、精神疾患があり身体にも問題を抱えている患者の相談窓口となれるよう地域との連携や医療機関との前方・後方連携の強化を図り、地域の精神科身体合併症医療に貢献していきたい。

キーワード 精神科, 精神科身体合併症, 精神保健福祉士

はじめに

国立病院などの再編成計画に基づく平成22年3月

の北海道医療センター（当院）開設にあたり、札幌圏に不足しておりその対応が望ましいとされていた、精神疾患を持っている患者の急性期の身体疾患治療

国立病院機構北海道医療センター 地域医療連携室 †精神保健福祉士

著者連絡先：坪内雅行 国立病院機構北海道医療センター 地域医療連携室 〒063-0005 北海道札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

e-mail: m-tsubouchi@hok-mc.hosp.go.jp

(平成28年3月1日受付, 平成28年9月9日受理)

Future Challenges and Problems of Regional Cooperation in Treatment of Psychiatric Patients with Physical Complications: From the Perspective of Mental Health and Welfare

Masayuki Tsubouchi, NHO Hokkaido Medical Center

(Received Mar. 1, 2016, Accepted Sep. 9, 2016)

Key Words: psychiatry, psychiatric patients with physical complications, psychiatric social worker

に特化した精神科として平成22年4月1日より運営を開始した。

身体合併症患者の受け入れ方法については、医療機関や各施設などの精神保健福祉士、ケアマネジャーからの相談や診療情報提供書などを介して、地域医療連携室の担当精神保健福祉士が調整を行っており、緊急性の高いものについては直接医師から医師への依頼にて調整を行っている。

事例呈示と考察

今回身体合併症医療を行う中で、地域との連携や行政と精神保健福祉法に関連する手続きを行う際に生じた問題点を事例形式で考察した。

1つ目の事例は、80代の女性、サルコイドーシスの肺病変が進行し慢性呼吸不全となり、在宅酸素を利用している患者である。元々うつ病にてかかりつけの内科医より抗うつ薬を処方されていたが、数年前より認知症状が進んできている状態であった。今回、拒食、徘徊、希死念慮などの症状がみられ、何件もの精神科病院に相談したが受け入れを断られており当院に相談となった。受け入れできない主な理由としては呼吸状態が悪化した場合の対応ができないためであった。

当院としては、在宅酸素で呼吸状態が安定した慢性疾患であり、とくにその他の身体症状はないため単科の精神科病院で治療可能と判断した。

本事例は、精神症状が重篤なため一般内科医では対応が困難であり、精神科での専門治療が必要な状態であると考えられる。しかし、精神科病院としては、呼吸状態が悪化した場合に対応できないと受け入れを断っており、身体状況が安定しているにもかかわらず、必要以上に身体疾患の増悪に懸念を抱いている。

また、一般的に精神科病院が受け入れを拒む理由として、高齢者の合併症や、身体疾患の看護、管理、増悪などの不安が問題となり、受け入れ先の調整に難航する場合がある。一方、一般病院においては、身体疾患の増悪による一時的なせん妄、精神障害者の看護や症状の管理、精神症状の増悪に対する不安が問題となり、受け入れや継続治療が難航する場合がある。

地域の医療を考えていく上で、合併症医療を行える機関に限られる以上、一般病院と精神科病院の連携は不可欠であると考え、連携が思うようにい

かずスムーズな受け入れに結び付かない例も多々あるのが現状である。すべての不安を解消することは現実的には難しいと考えられるが、当院が介入し、患者情報の共有や緊急時の受け入れ先の確保、場合によっては身体症状の評価などを行うことにより、それらの不安の軽減を図ることができるのではないかと考える。その結果、受け入れ先の確保が難しかった患者を一般病院や精神科病院への入院に結びつけることができれば、そこに今までになかったつながりが生まれると考えられる。

合併症医療を行える医療機関が困っているすべての患者を受け入れすることが問題の解決にはならない。地域の医療資源には限りがあるため、すべてを受け入れることにより、身体合併症医療の機能を損なうばかりでなく周りの医療機関の機能さえも損ないかねない。各医療機関がその地域での本来の役割を担うことにより地域医療の力を高め順応性が生まれると思われる。

2つ目の事例は、70代の女性、昭和40年代より市内の精神科病院に長期入院中で、今までにも何度か身体治療のため一般病院へ入退院をしている。母親が亡くなってからは、精神状態の増悪があり、現在は幻覚妄想状態にて身体的拘束・隔離などの行動制限を行っている。すでに行政による家族状況の調査依頼は済んでおり、家族とは戸籍から住所は追えるが、郵送でも連絡を取ることができず、実際に現住所に住んでいるかどうかもわからない状態であるため行政同意（精神保健福祉法での市町村長同意）による医療保護入院となっている。今回は入院中に転倒、左大腿骨骨折のため転院治療の相談となった。

先方の医療機関からも当院からも、行政に状況報告し、当院転院の際に行政同意（精神保健福祉法での市町村長同意）の申請を行うも、行政からは、再度家族に手紙での連絡を図り、その上で行政同意を下すかどうかの判断を行うため、結果が出るまではしばらく期間を要すると返答があった。

本事例は、病病連携はスムーズであったが、当院精神科病棟に転入院するための法律上の手続きが問題となり、早急な入院治療の受け入れを行うことができなかった。本来は精神疾患の患者に対応するために作られた法律であるため、精神疾患患者の緊急を要する身体治療を想定されておらず対応できないことがある。一般病院や精神科病棟以外での治療を行うことは不可能ではないが、環境が整っていない分、患者自身や他患者へのリスクがともなう。過

去にも同じような事例があり、その都度、各機関に、法律や制度にのっとり、できる限り早急な対応をお願いしているが、法律上の問題や行政の運用、人権などの問題が背景にあり、実際には患者を適正な時期に適正な医療に結び付けられないという現状がある。今後これらの問題の解決を図るためにも、医療現場だけでなく多方面にわたり、本事例のような精神障害者の法的な運用について検討が必要である。

終わりに

当院が開設され今年で5年となる。現在までは単科の精神科病院に訪問などを行い個別に連携を行ってきたが、先の問題の解決を図るためにも、病院との個別の連携だけでなく各医療機関同士のつながり

や医療資源も含めた地域性を考えていかなければならない。今後も身体合併症医療を提供する医療機関の精神保健福祉士として、他の医療施設との連携を密にし、地域や行政機関とのネットワーク作りにも力を注ぎたい。それによって、身体合併症のある精神疾患患者に適切な医療を提供できるようにしたい。

〈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の問題点と今後の課題－精神保健福祉士の視点から－」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。