

平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))
 分担研究報告書

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制構築に関する研究

研究分担者 宮岡 等 北里大学医学部精神科学主任教授

研究要旨

【背景と目的】身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制には課題が多い。平成 28 年度は自殺未遂者対応に焦点化し、より良い医療提供体制が構築されることを目的とした。

【方法】好事例とされている取り組みについて関係者からのヒアリングを実施した。身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築するために必要な要素を整理し検討した。

【結果】身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制として好事例とされている都道府県、精神科病院、精神科診療所の取り組みをいくつかの要素を中心に整理した結果、好事例になりうるための共通項が抽出された。自殺未遂対応という点で、都道府県・政令市の自治体担当者が、各地で取り組む上で参照できるツールを開発した。医療計画の中で身体疾患を合併する精神障害者に対する医療の質を評価するための指標を提案した。

【考察】自殺未遂対応に焦点化し、地域差があっても各自治体で医療提供体制を構築するために取り組まれやすくなる素地を作るという点では、一定の目標に達したと考えられる。

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制の検討

平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業 精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究 (H28-精神-指定-002)

全国好事例調査

調査対象

- 愛知県、大阪府、岡山県、佐賀県、沖縄県の取り組み
- 静岡県沼津地域 精神科診療所・精神科救急病院の取り組み
- 千葉県内総合病院精神科の取り組み

調査結果 (好事例の共通項)

- 自治体が課題解決のリーダー、コーディネーターとして機能
- 自治体の精神・一般医療部門双方が連携
- 自治体、精神、一般医療、消防が参加する協議会設置
- 協議会を中心とした合併症医療提供体制のPDCAサイクル
- 救急隊現場待機時間等、取り組みの指標設定
- 自治体によるデータ集約、管理
- 一般医療における地域の精神科医の活用
- 合併症医療体制のためのパスを含むツール
- 精神科救急における身体疾患二次救急受け入れ医療機関指定



医療計画の指標案の検討

精神科救急医療機関から得られる質評価指標

- 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
- 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

一般救急医療機関から得られる質評価指標

- 精神疾患診療体制加算
- 救命救急入院料精神科医師診察加算
- 救命救急入院料急性薬物中毒加算
- 退院支援加算相手先精神医療機関届出状況

都道府県自治体から得られる質評価指標

- 身体救急、精神救急の部署が合同で開催する会議の有無
- 身体救急、精神救急部署、身体科医師、精神科医師、救急隊が参加する協議会の開催の有無
- メディカルコントロール協議会への精神科医参加の有無
- 精神科救急窓口から身体科救急への相談件数

消防機関から得られる質評価指標

- 自殺、自損患者の救急隊搬送時間

医療計画モニタリング指標A班へ提案

- 【自殺対策】
- 救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算をとる一般病院数
- 救急患者精神科継続支援料をとる一般病院数、等
- 【身体合併症】
- 身体合併症を診療している精神科病棟を持つ病院数 (精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)
- 精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数 (精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)
- 精神科リエゾンチームを持つ病院数、等

平成28年度は自殺未遂対応に焦点化

自治体担当者が取り組みのために参照できる仕組み、ツール作成



自治体に問題意識共有



研究協力者

山之内芳雄 国立研究開発法人 国立精神・神経医療
研究センター 精神保健研究所 精神保健研究部
部長

笹井康典 大阪府こころの健康相談センター 所長

鹿野勉 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課精
神保健グループ 主査

大鶴卓 独立行政法人国立病院機構琉球病院 副院長
来住由樹 地方独立行政法人岡山県精神科医療セン
ター 院長

橋本喜次郎 独立行政法人国立病院機構肥前精神医
療センター 副院長

松井隆明 日本精神科病院協会理事 三善病院 理事
長・院長

窪田幸久 日本精神科診療所協会理事 中央公園クリ
ニック 院長

小石川比良来 日本総合病院精神医学会 副理事長
亀田総合病院心療内科・精神科 部長

大石智 北里大学医学部精神科学 診療講師

A．研究目的

精神科病院入院中の統合失調症の患者を対象とした調査によれば、入院治療を要する程度の身体疾患を合併する者の占める割合は、50歳以下では5%であるのに対して、50~64歳では10%、65歳以上では16%まで増加するとされている¹⁾。高齢化とともに認知症による精神科病院入院患者も増加傾向にある。認知症による精神科病床への入院患者のうち、入院治療を要する程度の身体疾患を合併する者の占める割合は25%に上るといふ指摘もある¹⁾。

精神障害者では、自殺企図による外傷や中毒、横紋筋融解症等の為に救命救急センターへ搬送されることが少なくない。救命救急センターの入院患者を対象とした研究では12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとされている²⁾や、施設によっては、救命救急搬送患者の15~18%が自殺企図患者であるという報告³⁾もある。

本研究の目的は身体疾患を合併する精神障害者に対するより良い医療提供体制を構築することである。

平成28年度はこの医療提供体制のうち、自殺企図対応に焦点化し、医療計画策定にあたって都道府県自治体担当者が参照できる仕組み、ツール作成を目的とした。

B．研究方法

平成28年度は全国において好事例とされている都道府県における取り組み、総合病院精神科における取り組みについて、関係者からのヒアリングを実施した。ヒアリング対象は都道府県単位の取り組みとして愛知県、大阪府、岡山県、佐賀県、沖縄県、精神科診療所と精神科救急病院の取り組みとして静岡県沼津地域、総合病院精神科の取り組みとして千葉県内総合病院精神科を抽出した。

ヒアリングから「課題」「取り組みの根拠」「自治体における事業担当部署」「キーマン」「対象医療圏」「取り組みの構成」「取り組みのアウトカム」「取り組みにおける課題」「定期的評価の指標」等を整理した。

またこの全国好事例調査から、身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を評価する指標案を検討した。

これにより、自殺未遂対応を含む身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築するために必要な要素を整理した。また自殺未遂対応を含む身体疾患を合併する精神障害者に対する医療の質を評価する指標について検討した。

(倫理面への配慮)

本研究は、北里大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。

C．研究結果

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制の好事例を構成する要素を、表1~4の通り整理した。

好事例の共通項として9つの項目が抽出された(図1)。

また表1~4をもとに医療計画の指標案を検討した(図1)。

さらに表1~4を元に、解説のための資料1を添付

し「自殺未遂者への医療提供を含む精神・身体合併症医療推進ガイドブック(都道府県自治体担当者用)」を作成し、自治体担当者が取り組みの上で参照できるツールとした。

2006

3) 河西千秋:救命救急センターにおける自殺未遂者への支援と自殺再企図予防方略の開発. 学術の動向: 39-43, 2008

D. 考察

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制の取り組みを進める上では、自治体がリーダー、コーディネーターとして機能することが重要であると考えられた。これに際し、部門の壁を超え、自治体の精神医療部門と一般医療部門が連携すること、自治体、精神、一般医療関連団体、消防が参加する協議会の設置、取り組みの指標設定、取り組みの効果測定、取り組みへのフィードバックが求められると考えられた。

全国の好事例の一部を対象としたため、全ての自治体で同じ取り組みが実施できるわけではないという点が、本研究の限界であるが、自治体担当者が地域特性に合わせて取り組む上で参照できる資料として一定の意義があると考えられる。

E. 結論

身体疾患を合併する精神障害者に対する医療提供体制を構築するために、全国好事例を対象としたヒアリングを実施し、その共通項を明らかにした。自殺未遂者対応に焦点化し、自治体担当者が参照できるツールを作成した。調査結果をもとに医療計画の指標案を提案した。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

H. 文献

- 1) 厚生労働省: 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 第17回資料, 2009
- 2) 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」(研究代表者保坂隆),

