

平成 29 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))
精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究
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 29 年度は精神科病院の取り組みに焦点化し、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精神科病院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。一般科病院救急科から精神科病院へ、精神科病院から一般科病院救急科へのアウトリーチによる連携が都市型モデルとして抽出された。看護部長会・事務長会による方針共有、転院時・転院後の精神科病院看護師・精神保健福祉士による一般科病院へのアウトリーチによる連携が人口過疎型モデルとして抽出された。人口、医療資源に地域差がある中で、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】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。

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 精神保健計画研究
部 部長

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

永田雅子 医療法人慈和会大口病院 理事長

澤滋 社会医療法人北斗会さわ病院 院長代行

佐藤博俊 仙台市立病院精神科 医長

渋谷磯夫 医療法人敬愛会 尾花沢病院 理事長・院長
中森靖 関西医科大学総合医療センター救急医学科
診療部長 教授

北元健 埼玉医科大学病院 救急科 助教

大石智 北里大学医学部精神科学 診療講師

統合失調症の患者についてみると、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¹⁾。高齢化とともに増加するものとして認知症があげられるが、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%に上るという指摘もある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搬送患者の約1割が精神医療の必要性があるという報告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、ツール作成を实

A. 研究目的

身体疾患を合併する精神障害者への対応が十分とは言えない状況が続いている。精神科病院入院中の

施した⁴⁾。

平成 29 年度は精神科病院の取り組みを収集、好事例を構成する要素を整理し、都道府県自治体担当者が医療計画策定、身体疾患を合併する精神障害者への医療提供体制構築にあたり参照できる資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

平成 29 年度は全国において好事例とされている精神科病院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。

ヒアリング対象の抽出は日本精神科病院協会政策委員会、理事の協力を得て実施した。その結果、人口過疎型モデルとして鹿児島県の大口病院、山形県の尾花沢病院、都市型モデルとして大阪府のさわ病院、大阪府の精神科病院と関西医科大学総合医療センター救急科、宮城県の精神科病院と仙台市立病院精神科の取り組みが抽出された。またあわせて日本精神科病院協会が実施してきた精神科医を対象とする身体合併症対応力向上研修に関するレビューが実施された。

ヒアリングを実施し、平成 28 年度に当分担任研究班が作成した「身体合併症・精神合併症への対応のための医療提供体制好事例の要素」に即して、「地域特性」「連携の類型」「対象とする医療圏」「連携コンセプト」「仕組み」「調整、進捗管理」「データ管理」「行政の立ち位置」「合意形成の手法」「取り組みのプロセス」「連携ツール」「補助金」「課題」「定期的評価の指標」「今後の展開」を整理した。

また本調査から、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を検討した。

ヒアリングによって整理された結果を研究代表班会議において提案し、アドバイザーからの意見をもとに、都道府県自治体において活用されることが期待できる好事例を抽出した。この抽出された好事例を構成する要素と取り組むための工夫が、自治体担当者に理解されやすくなるようツールを開発した。

(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

アドバイザーからの意見をもとに、好事例の地域特性、好事例を構成する要素、精神科病院協会主催身体合併症対応研修が表 1、2、3 の通り整理された。

好事例からはいずれも「病院職員（医師、看護師、精神保健福祉士）による連携先へのアウトリーチ」という共通項が見出された。

好事例が生まれるプロセスをニーズ、バックグラウンド、プロセスに分けて整理し検討した。都道府県自治体担当者が自治体の地域特性に合わせて、身体合併症のある人へ医療を提供するために取り組みやすくなるためのツールとして、都市型地域連携モデル、人口過疎地域型地域連携モデルを模式的に示した（図 1～3）。

また各自自治体での取り組みが推進され、質向上が図られる上で必要な質評価指標として救急隊搬送待機時間を提案した。

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、関係する精神科病院、救命救急センターを擁する一般科病院の連携が欠かせない。連携の実務を担うのは、精神科医、救急医、看護師、精神保健福祉士が中心になる。好事例に共通するのは、これらの実務者が連携先医療機関へ「アウトリーチ」する点だった。

身体合併症のある患者がいる場所、その時必要な実務者のいない医療機関へ必要な実務者が赴く「アウトリーチ」の取り組みは、まさに患者中心の医療を提供していると言えよう。

ただしこうした取り組みが全国へ汎化され持続可能性のあるものになる上での懸念も共通項として見出された。それは自治体の関与が乏しいこと、連携に関与する実務者や管理者の哲学、奉仕の意識に依存している点である。自治体の医療部門、福祉部門が協同し、医療計画基金を活用し、コーディネーターとして機能することは、好事例の汎化と事業の継

続に寄与することが期待できる。

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、日本精神科病院協会の協力を得て、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。精神科病院、二次、三次救急を擁する一般科病院と自治体が協力し、身体合併症のある人へ医療を提供する体制を構築するために、自治体担当者が理解を深めやすい参照ツールを作成した。

謝辞

本研究に多大なる協力をしていただいた日本精神科

病院協会にこの場を借りて御礼申し上げます。

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) 丸田真樹, 大塚耕太郎, 中山秀紀, 他：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討. 岩手医誌 58 : 119-131, 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 (2008年3月号) : 39-43, 2008
- 4) http://kitasato-psychiatry.juno.bindsite.jp/_src/368/2016kenkyuuhan_seika_2.pdf

表 1

＜精神科病院にフォーカスした身体合併症・精神合併症への対応のための医療提供体制好事例の特性＞

平成30年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」全体報告書（平成30年4月14日）
02 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 北里大学 宮岡 等

表1. 好事例地域特性

	医療法人慈和会 大口病院	社会医療法人北斗会 さわ病院	関西医科大学総合医療センター救急医学科と精神科病院
所在の都道府県	鹿児島県	大阪府	大阪府
面積 (km ²)	9,132	1,899	1,899
人口 (千人) (平成27年10月1日現在)	1,648,177	8,838,908	8,838,908
高齢化率 (%) (平成27年)	29.4	26.1	26.1
人口増減率 (%) (平成22~27年)	-3.4	-0.3	-0.3
人口10万対精神病床数 (平成28年10月1日現在)	590.3	214.2	214.2
人口10万対一般病床数 (平成28年10月1日現在)	933.9	738.7	738.7
人口10万対常勤換算医師数	197.6	192.7	192.7
救急告示病院数 (平成26年)	93	239	239
救急告示病院数 (平成26年)	3	15	15
精神科救急入院料認可施設数 (平成29年10月末日現在)	1	10	10
地域特性	<ul style="list-style-type: none"> ・病院所在地の伊佐市は人口26,810人、高齢化率39%（総務省統計局平成27年国勢調査結果） ・生産年齢人口減少地域 ・市内には6病院、15診療所（有床6） ・三次救急医療を要する患者は他の二次医療圏へ搬送（ドクターヘリ含む） 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院所在地の豊中市は人口395,479、高齢化率26%（総務省統計局平成27年国勢調査結果） ・生産年齢人口が減少に転じ、入院患者も高齢化が進んでいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・関西医科大学総合医療センターのある北河内医療圏は人口約120万人（守口、門真、枚方、大東、四條畷、交野、寝屋川）である。 ・同一医療圏内の3次救急対応可能な医療機関は2か所（関西医科大学附属病院と当院）、また精神科病床を持つ病院は7か所、そのうち総合病院併設型の病院は2か所である。 ・関西医科大学総合医療センターは3次救急対応可能で精神科病床を有し、総合病院併設型の唯一の医療機関である。 ・関西医科大学総合医療センターは北河内二次医療圏のみならず、隣接する大阪市二次医療圏の搬送困難患者の受け入れをしばしば行っている。
取り組み開始前にあった地域における中心的課題 一般・精神双方での課題が生じやすい状況	転院、戻しの共通理解における課題	転院、戻しの共通理解における課題	圏内（精神科病院及び自治体救急要請）の精神科患者の搬送困難事例の発生、当院受け入れ症例（精神科関連患者）の精神科病院への転院困難事例の発生
出発点 (取り組みの根拠)	主にやり取りが多い市内3つの救急病院との議論 市内県立病院の医師不足のため熊本県側との連携必要性	二次医療圏内での救急医療に関する問題意識	救命救急医の精神科病院非常勤勤務による効果
自治体における事業担当部署 (複数の場合、部署間連携の有無)	関与なし	関与なし	なし
キーマン (根拠から取り組みへ動かした人、司令塔)	病院長、医師会長	病院長	救急医学科教授・救命救急センターに常駐する精神科医

表2
 <精神科病院にフォーカスした身体合併症・精神合併症への対応のための医療提供体制好事例の要素>

平成30年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」全体会議（平成30年4月14日）
 D班：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 北里大学 宮岡 等

連携の類型		鹿児島県 大口病院	大阪府 さわ病院	大阪府 関西医科大学総合医療センター救急医学科と精神科病院
対象とする医療圏		精神科病院看護師同伴PSW面会型 他県を含む	精神科医アウトリーチ型 豊中市、隣接する自治体	救命救急医アウトリーチ型 大阪府内の精神科病院（同一医療圏内が中心）
取り組みの構成	連携コンセプト	双方向 一般医療における精神合併症 精神医療における身体合併症	双方向 一般医療における精神合併症 精神医療における身体合併症	双方向（救命救急センターと精神科病院の信頼関係の構築） 単科精神科病院における精神合併症の拾い上げと基幹病院への迅速な転院 基幹病院へ救急搬送された精神科関連患者の迅速な精神科病院への転院
	仕組み	複数の一般科医療機関と精神科病院（X：1） * 一般科医療機関：二次、三次救急医療機関 * 精神科医療機関：精神病床199（精神病床45床、地域移行機能強化病床60床、認知症治療病床94床）、常勤内科医1名、非常勤内科医2名、皮膚科医1名、耳鼻科医1名	複数の一般科医療機関と精神科病院（3：1） * 一般科医療機関：二次、三次救急医療機関 * 精神科医療機関：精神科救急入院科病棟2病棟、精神科急性期治療病棟1病棟、精神科病棟4病棟、認知症対応病棟1病棟、内科医は常勤・非常勤、外科、麻酔科医を非常勤で雇用 * 精神科病院から一般科病院へ精神科医が非常勤派遣 * 双方「依頼断り禁止」、精神科病院から一般科へ「戻し有り」ルール	一般科医療機関と複数の精神科病院（1：4） * 一般科医療機関：三次救急医療機関（救命病床40床（ICU9床）、精神病床（39床）） * 精神科医療機関：大阪府内の4つの単科精神科病院（同一医療圏内が3か所、圏外が1か所） * 救命救急医が各精神科病院へ非常勤勤務し、転院症例の身体治療のフォローアップ、精神科病院入院中に発症した身体合併症を診療
	調整、進捗管理 担当機関と担当者	行政の関与なし 県境のため、熊本県側の3次救急病院とは市、医師会、病院レベルで連携協定を結び、救急受け入れの基準を定めているが、各事例の調整そのものには医師会関与なし	行政の関与なし 医師会の関与なし 両病院間で医師、看護師、PSWによる調整	行政の関与なし 医師会の関与なし
	データ管理 担当機関と担当者	データ管理なし	データ管理なし	一般科（救急科）においてデータ管理
	行政の立ち位置	関与なし	関与なし	関与なし
	合意形成の手法	もともと医師会内には顔の見える関係があり、定例看護部長会、定例事務長会で合意形成 研修の相互乗り入れによる取り組みの醸成	隣接地域内での関係する一般科病院と課題の共有、解決策の検討から合意形成	救急医学科教授と精神科病院院長が協議し、派遣の合意を形成する
	取り組みのプロセス	・ 定例看護部長会、定例事務長会で課題、方針の共有 ・ 精神科病院は一般医療機関から精神合併症の受け入れを可能な限り即日～2日以内に実施 ・ 身体合併症のために一般医療機関へ転院した患者は治療終了後、迅速に再受け入れ ・ 一般医療機関へ転院中は主にPSW、必要時に看護師が面会 ・ 連携する一般医療機関、介護機関とは常に情報交換されている	・ 身体合併症や自殺未遂者の増加を背景に一般科、精神科双方にニーズの高まり ・ 現場レベルでは臨床研修協力を介し双方に勤務経験有る医師増加 ・ 現場レベルでは双方に連携意識のあるPSW、看護師 ・ 精神科病院が一般科病院へリゾン精神科医を非常勤で派遣 ・ 転院を引き受けても症状により双方「戻し有りルール」、相互に24時間「依頼断り禁止ルール」が設定 ・ トライアル&エラーを重ねて信頼関係を醸成 ・ 不定期な振り返りの会によるより一層の連携強化、情報共有	・ 一般科側は精神合併症のある患者の精神科病院への転院までの待機期間が長く、救命病床運営（稼働率）に課題意識がある ・ 精神科側は身体合併症への対応に不安があり、一般科からの転院受け入れに躊躇してしまう。さらに院内で発生した身体合併症を応需してくれる病院が少なく、転院交渉に難渋する現状がある ・ 救命救急医が非常勤で精神科病院へ赴き、精神科病院入院患者の身体合併症を診療するシステムを開始している ・ 連携対象となる精神科病院を選ぶ基準はない
	連携ツール	なし	なし	なし
補助金・基金と額	なし	なし	なし	
取り組みの効果：救急隊搬送待機時間	他の研究班と共同で調査予定	他の研究班と共同で調査予定	他の研究班と共同で調査予定	
取り組みにおけるその他の効果と課題	・ 精神科病院は高齢患者増加に伴い、身体合併症を有する患者増に対応するため、規定の看護基準より手厚い配置をせざるを得ない ・ 一般科医療機関受診、転院時に看護師同伴を要し、基準を超えた手厚い看護師の配置にせざるを得ない ・ 総合入院体制加算見直し等の影響から精神科病院への医師派遣減	・ 精神科医派遣に伴い赴く精神科医と一般科病院には給与、診療報酬というインセンティブがあるが、精神科病院側には診療報酬上のメリットがないことが課題、院外対診に対する報酬化が必要 ・ 双方に24時間体制でのバックアップが無ければ実現は困難	・ 救命救急医の人数に限られており、派遣に人がとられることで、基幹病院の勤務負担が大きくなることもある。また派遣先の病院が遠方、（派遣先で支払われる）給与が安価であるといったことで、救急医に様々な身体・心理的負担与が生じることがある。 ・ 連携する相互病院間での転院の円滑化、病床運営上の経済的効果、精神科病院看護師への教育効果、（精神科病院側の）精神科医の心理的負担の軽減などメリットは多いが、同様の取り組みを行っている救急医療機関はなく、救急関連学会での合意形成は成されておらず、追隨してくれる病院があるのかは不透明である。	
定期的評価の指標	なし	なし	一般科側が受け入れ患者の診断内訳、紹介元、転帰、精神科病院への転院数などをモニタリング	
今後の展開・見通し	認知症治療病棟の病床削減予定のため、他科医療機関や介護施設との連携・役割分担をさらに強化することで、BPSDへの特化、入院期間の短縮を目指していく。	効果測定を検討中	・ 派遣する精神科病院数を増加させる ・ 同様の医療システムをほかの医療圏でも導入する ・ 同一医療圏内の二次救急医療機関とも連携し、対応困難な精神科関連患者のやりとりを行う	

表3
 <日本精神科病院協会が主催する精神科医に対する身体合併症対応力向上研修>

精神科医に対する身体合併症対応力向上研修	
出発点・課題意識	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患のある人に身体疾患が生じ、救急搬送が必要になると、搬送受け入れを忌避されやすい 精神科病院に勤務する一般科医師はいるが、その配置と質は十分とは言えない 多くの一般科医師は精神疾患に関する教育を十分に受けていない 国民全体も精神疾患に関する適切な啓発を受ける機会に乏しい 精神科病院と一般科病院の連携は十分ではない 総合病院の精神科病床数は減少傾向のトレンドを描いている 精神科病院入院患者の中には一般科への転院、身体的な治療への同意ができる家族等がない場合が少なくない 精神科医の多くが身体的な診療スキルを十分に身につけていない 精神科病院入院患者が一般科医療を受ける上で診療報酬上のデメリットがある（他科受診時の入院料減算、精神科身体合併症管理加算期間の短さ、精神科救急・合併症入院料算定基準の厳格さ） 以上の理由から、精神科病院に通院、入院中の患者に身体合併症が生じると、適切な時期に適切な一般科医療にアクセスすることが困難になりやすい
取り組みのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> 2008年から日本精神科病院協会において、将来ビジョン戦略会議が重ねられ、2012年に報告書が取りまとめられた 報告書にある「身体合併症チーム報告書」に、精神科医が身体合併症への対応力を高める必要性も言及された その結果、日本精神科病院協会が主催する精神科医に対する身体合併症対応力向上研修が企画されることとなった
2013年度開催概要	演題：明日から始められる重症度・緊急度判断のコツ うまくいく身体科医師との交渉術 日時：2013年11月14日（木）16:15～18:00 講師：芝祐信先生（都立多摩総合医療センター）、村田直樹先生（都立松沢病院内科医長）
2014年度開催概要	【アドバンストコース】 演題：知って安心！身体合併症の正しい診かた～精神科医のためのミニマム・リクワイアメント～ 第一部：ワールドカフェ 身体合併症に関する気がかり ～聞いてみよう！話してみよう！～ 第二部：スキルアップセミナー よく見かける身体合併症 ～すぐ役立つ！診療の進め方～ 日時：2014年9月27日（土）13:30～16:30 講師：芝祐信先生（都立多摩総合医療センター）、村田直樹先生（聖ヨハネ会桜町病院） 【スタンダードコース】 演題：俺の循環器疾患が精神科医にこんなに簡単に診れるわけがない 日時：2014年10月9日（木）15:10～17:00 講師：木村勝智先生（みよし市民病院） 【アドバンストコース】 演題：精神科医のための循環器疾患・糖尿病エッセンシャル 僕は内科ができないわけではない 日時：2014年2月21日（土）13:30～16:30 講師：木村勝智先生（みよし市民病院）
2015年度開催概要	【スタンダードコース】 演題：精神科医が遭遇する可能性が高い身体科救急の重症度判定とその初期対応 日時：2015年10月8日（木）16:30～18:00 講師：宮岡謙二先生（米盛病院） 【アドバンストコース】 演題：ひとまず何とかなるか、今すぐコンサルトかを判断する身体診察（急変対応含む） 日時：2015年11月14日（土）13:00～16:00 講師：三宅康史先生（昭和大学病院） 【アドバンストコース】 演題：あの日診た内科患者の名前を僕達はまだ知らない。 日時：2016年2月20日（土）13:00～16:00 講師：木村勝智先生（みよし市民病院）
2016年度開催概要	【スタンダードコース】 演題：「シン・デンス」心電図自動診断 対 精神科医 一心電図自動診断から考える対応 日時：2016年11月17日（木）9:30～11:30 講師：木村勝智先生（みよし市民病院） 【アドバンストコース】 演題：ひとまず何とかなるか、今すぐコンサルトかを判断する身体診察（急変対応含む） 日時：2017年1月14日（土）13:00～16:00 講師：三宅康史先生（帝京大学医学部） 【アドバンストコース】 演題：精神科医のための神経所見のとり方講座 日時：2016年2月5日（日）13:00～16:00 講師：浦上克哉先生（鳥取大学医学部）、内藤寛先生（伊勢赤十字病院）、石渡明子先生（日本医科大学）、北村伸先生（日本医科大学武蔵小杉病院）
課題と展望	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患があると一般科が受け入れないから精神科医が身体合併症を診ることができるようにするというのは本流ではなく、精神疾患があっても一般科が受け入れるようにするというのが本来のあるべき姿 ただし精神科医が対応力を高めること自体は望ましく、経験やスキルに懸念が生まれやすいことが指摘されることのある精神科病院常勤一般科医師も積極的に受講するよう働きかけが必要 都道府県単位で実施できると良い

身体合併症のある人へ医療を提供するための地域連携モデル
 全国好事例の共通項、効果、課題と、解決のために求められる自治体の関与

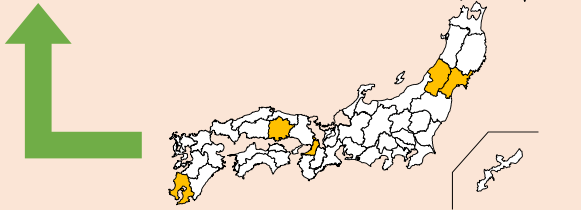
全国好事例調査

調査対象

- 日本精神科病院協会政策委員会の協力を得て調査対象を抽出
- 人口過疎地域型として二つの精神科病院、都市型として一つの精神科病院、総合病院精神科、救命救急センターと精神科病院を対象に

調査結果（好事例の共通項）

- 専門家からのヒアリングの結果、人口過疎地域型として一つの精神科病院、都市型として一つの精神科病院、救命救急センターを抽出
- 医師、精神保健福祉士、看護師の、連携する一般科病院、精神科病院への“アウトリーチ”が好事例のキーワード
- 取り組みが好事例化する鍵は病院長、医師会長、救急医学科教授、救急医、精神科医等、現場の人々の意識に依存
- 課題として関与する病院、職員への負担がある
- 自治体の関与がない
- 取り組みの評価が行われているのは一部に限定



取り組み汎化・継続の鍵

地域連携モデルの類型分類

- 取り組みが各地でひろまり、継続されていくためには、医療計画を実施する自治体が参照できるように、地域連携モデルの類型分類が必要
- 人口過疎型と都市型に分類

地域連携モデルの活用支援ツール

- 自治体が参照し、自地域で取り組みやすくなるための指針となるツールが必要

取り組みの質を高める上で質評価指標の提案

- 自治体が取り組みの質を高めながら継続的に実施する上で、質評価指標の提案が必要（救急隊搬送待機時間）

身体合併症医療提供のための
アウトリーチ型地域連携モデル活用支援ツール



資料1, 2, 3



自治体が自地域の特性に合わせてモデルを活用
 関係者とともに医療計画基金を活用し医療提供体制を整備



平成29年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」研究代表者山之内芳雄「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

身体合併症のある人へ医療を提供するための都市型地域連携モデル
 精神科医アウトリーチモデル（大阪府社会医療法人北斗会さわ病院）

資料1

一般科病院（2次、3次救急医療機関）

精神科病院

ニーズ

高齢者が増加し、せん妄、認知症に良質な医療を提供したい
 精神科病院から転院した患者に良質な医療を提供したい
 増加する自殺未遂者へ良質な医療を早く提供したい

身体合併症が生じた患者に良質な医療を提供したい
 身体合併症が生じた患者に適切なタイミングで医療につなげたい
 自殺未遂者への良質なフォローアップを提供したい

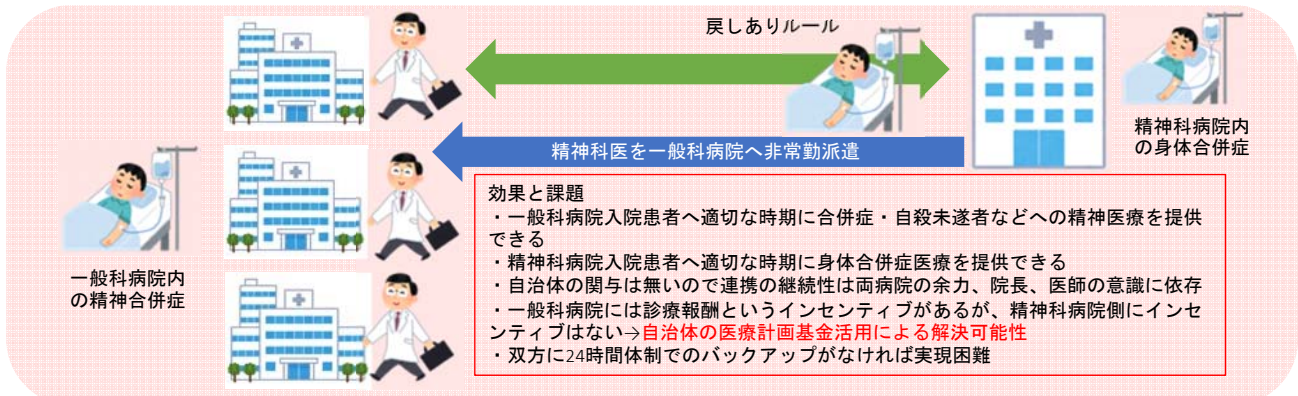
バックグラウンド

医師の臨床研修を介し双方に勤務経験ある医師増加
 双方に連携意識のある精神保健福祉士、看護師が存在

プロセス

隣接地域内での関係する一般科病院と課題共有、解決策検討、合意形成
 精神科病院が一般科病院へ精神科医を非常勤で派遣
 転院後、状態によっては双方「戻しありルール」
 相互に24時間「依頼断り禁止ルール」
 トライアル&エラーを重ね、信頼関係を醸成
 不定期に振り返りの会を重ね連携強化、情報共有

「精神科医アウトリーチモデル」の形成・運用



平成29年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」研究代表者山之内芳雄 2 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

身体合併症のある人へ医療を提供するための都市型地域連携モデル
救急医アウトリーチモデル（大阪府 関西医科大学総合医療センター救急医学科） 資料2

精神科病院

一般科病院（三次救急医療機関）

ニーズ

身体合併症が生じた患者に良質な医療を提供したい
身体合併症が生じた患者に適切なタイミングで医療につなぎたい

精神合併症のある患者に良質な精神医療を提供したい
精神合併症のある患者に適切なタイミングで精神医療につなぎたい

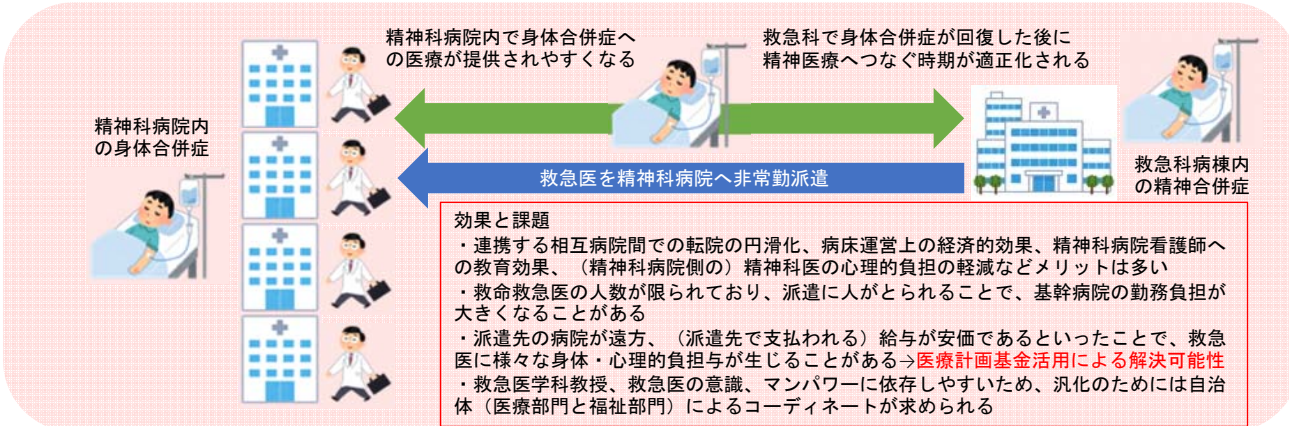
バックグラウンド

一般科は精神合併症のある患者の精神科病院への転院待機期間が長期化しやすく救命病床運営（稼働率）に課題意識あり
精神科は身体合併症への対応に不安あり、一般科からの転院依頼に躊躇しやすい
さらに身体合併症応需一般科病院が少なく、転院交渉に難渋しやすい
救急医が非常勤で精神科病院へ赴くと、これらの課題が解決されやすい

プロセス

救急医学科教授と精神科病院院長が協議し、派遣の合意を形成
救急科から救急科医師を同一医療圏を中心とする地域の精神科病院へ非常勤派遣
一般科側が受け入れた患者の診断、紹介元、転帰、精神科病院への転院数をモニタリング

「救急医アウトリーチモデル」の形成・運用



平成29年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」研究代表者山之内芳雄「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

身体合併症のある人へ医療を提供するための人口過疎地域型地域連携モデル
精神保健福祉士・看護師アウトリーチモデル（鹿児島県 医療法人慈和会大口病院） 資料3

一般科病院（二次三次救急医療機関）

精神科病院

ニーズ

高齢者が増加し、せん妄、認知症に良質な医療を提供したい
精神科病院から転院した患者に良質な医療を提供したい

身体合併症が生じた患者に良質な医療を提供したい
身体合併症が生じた患者に適切なタイミングで医療につなぎたい

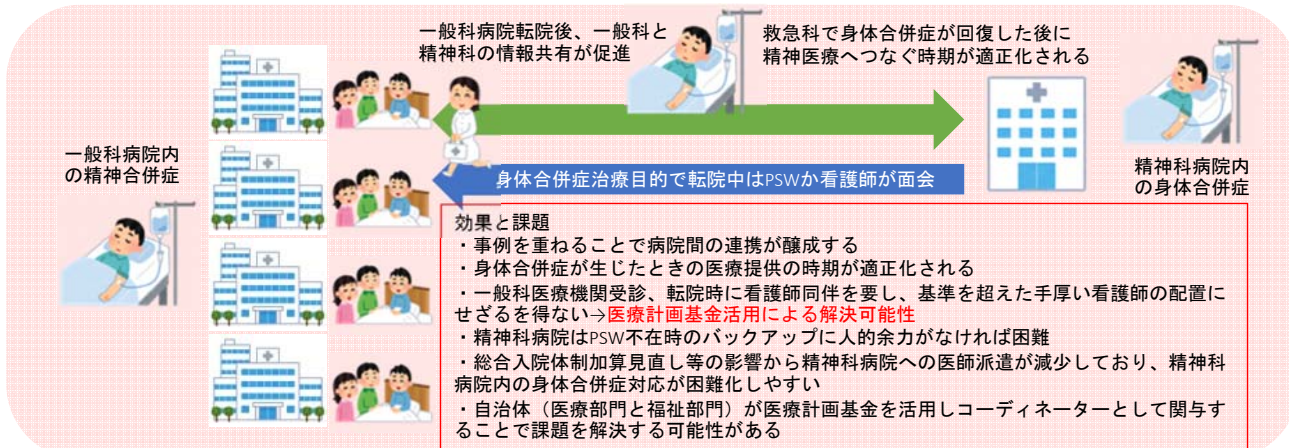
バックグラウンド

精神科病院は高齢者が増加し、身体合併症を有する患者が増加、規定の看護基準よりも手厚い配置にせざるを得ない
医師会内は顔の見える関係があり、定例看護部長会や事務長会で合意形成しやすい

プロセス

定例の看護部長会、事務長会で課題、方針を共有、研修の相互乗り入れによる取り組みの醸成
精神科病院は一般科医療機関から精神合併症の受け入れを可能な限り即日～2日以内に実施
身体合併症のために一般科病院へ転院した患者は身体合併症が回復後、精神科病院が迅速に再受け入れ
一般科病院へ転院中は主に精神保健福祉士、必要時に看護師が面会し状況把握、一般病院と情報共有

「精神保健福祉士・看護師アウトリーチモデル」の形成・運用



平成29年度「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」研究代表者山之内芳雄「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