

第17回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

平成21年5月21日

参考資料

佐藤構成員 提出資料

身体合併症医療と総合病院精神科

日本総合病院精神医学会

佐藤茂樹

身体合併症とは

精神疾患・身体疾患を合併しており両方の治療が必要な状態

精神医療・身体医療双方の関与が必要

精神科医師と身体科医師の連携が必要

身体合併症の治療の場

精神症状が安定しているか、生命的危機状態にある

一般病院・一般病棟

精神症状が活動性で精神科病棟での管理が必要

身体科医師が関与できる精神科病棟

(総合病院精神科病棟、精神科病院合併症病棟)

身体合併症のタイプ分類

1.精神疾患が先行

- 1) 自傷・自殺企図 : 急性薬物中毒(→肺炎)、農薬中毒、異物嚥下、ガス吸入、切創(前腕、頸部、胸部、腹部)、骨折、脊損、熱傷、縊頸
- 2) 拒食・不食 : 低栄養状態、脱水症(→腎不全)、ビタミン欠乏症
- 3) 事故・異常行動 : 外傷、骨折、脳挫傷、硬膜下血腫
- 4) 薬物副作用 : 薬疹、顆粒球減少症、肝機能障害、水中毒、悪性症候群

2.身体疾患に続発

- 1) 症状性・器質性精神疾患 : せん妄(術後、ICU)、SLE精神病
脳血管障害後精神障害
甲状腺機能亢進症(低下症)に伴う躁状態(うつ状態)
- 2) 医薬原性精神疾患 : インターフェロンうつ病(精神病)、ステロイド精神病
- 3) 疾病告知後の精神的反応 : うつ状態(適応障害、うつ病)

3.精神疾患と身体疾患の偶発的合併

主に慢性精神疾患合併: 悪性腫瘍、消化管出血、眼科疾患、妊娠・出産など

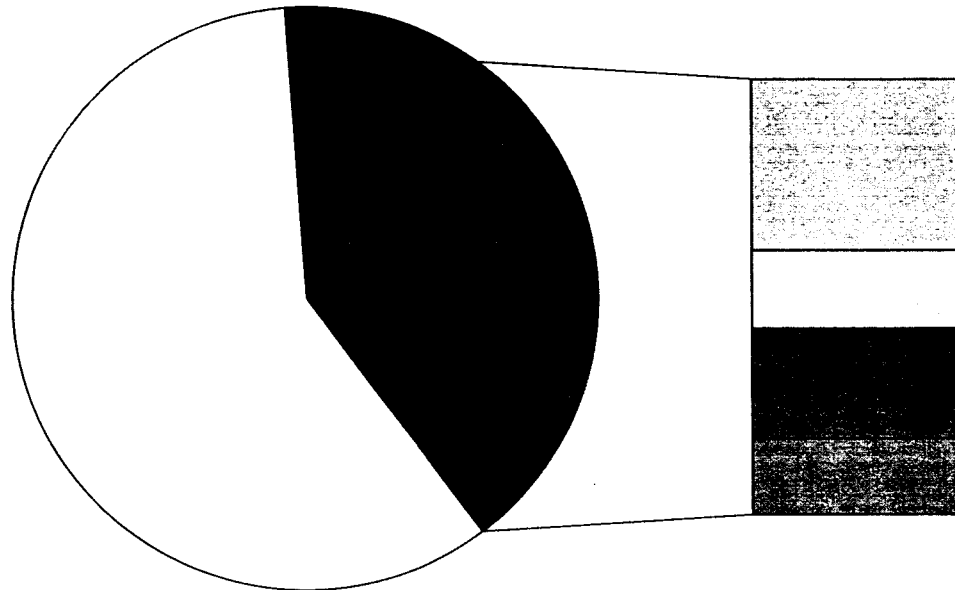
身体合併症のタイプ分類

身体疾患に続発 101(11%)

(症状器質性精神障害等)

精神疾患の先行

269(30%)



自傷・自殺企図(106)

拒食・不食(48)

事故・異常行動(69)

薬物副作用(46)

精神疾患と身体疾患の

偶発的合併 538(59%)

(統合失調症と悪性腫瘍の合併等)

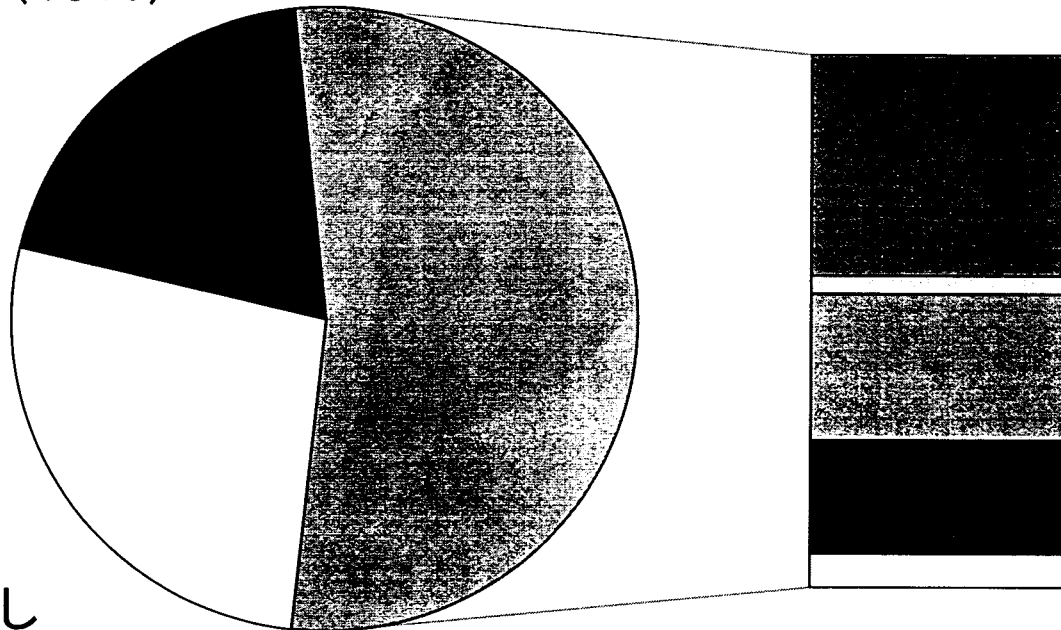
n=908

障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)
「精神障害者が快適に安全に生活するための
インフラ整備に関する研究」(主任研究者:
渡邊能行)より

(全国の総合病院精神科47施設の調査) 4

総合病院精神病棟における 身体合併症紹介元医療機関

対象病院入院後の
身体合併症発症
169(19%)



紹介あり
508(56%)

単科精神病院(194)

精神科診療所(15)

院内他科(126)

一般病院(82)

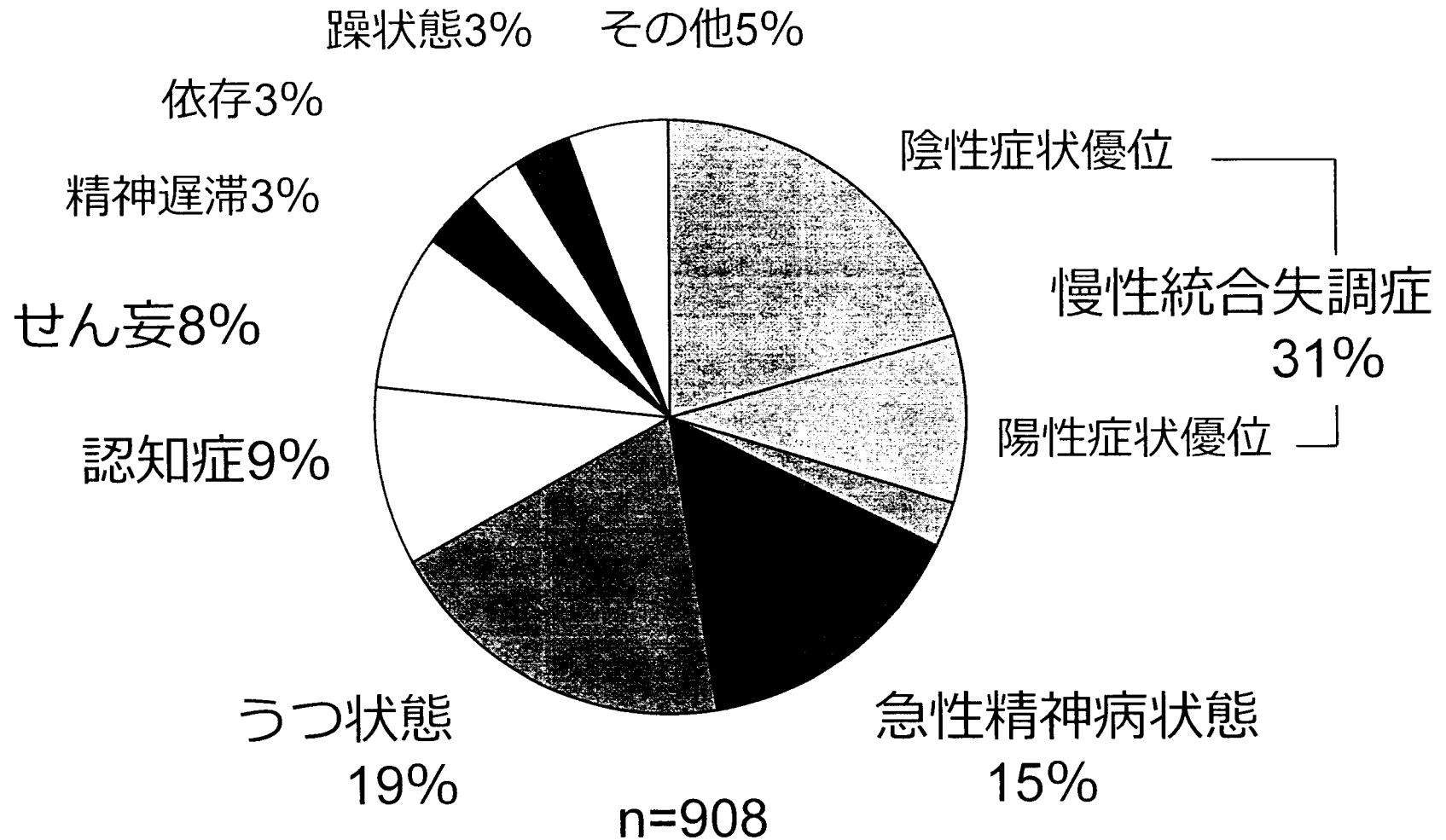
一般科診療所(17)

紹介なし
231(25)

n=908

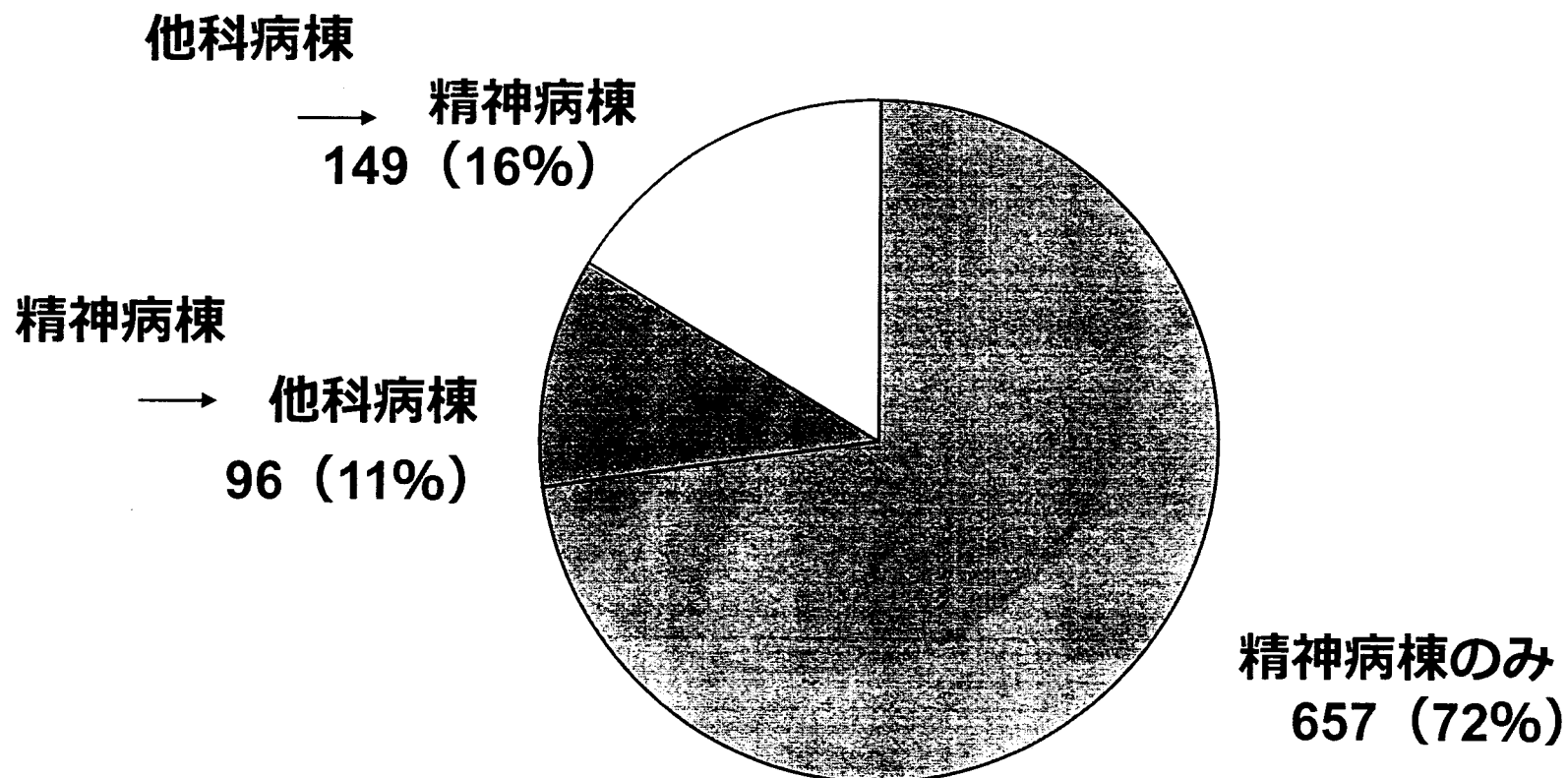
障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)「精神障害者が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究」(主任研究者:渡邊能行)より 5

身体合併症発症時の精神症状



障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)「精神障害者が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究」(主任研究者:渡邊能行)より

身体合併症の治療を行った病棟



n=90

2

障害保健福祉総合研究事業(2001~2002年)「精神障害者が快適に安全に生活するためのインフラ整備に関する研究」(主任研究者:渡邊能行)より

総合病院精神病棟における身体合併症医療について

1. 総合病院精神病棟で行われている身体合併症医療の対象患者の約20%が単科精神病院からの紹介であったが、院内他科、一般病院、精神科診療所などとの連携も活発に行われていた。
2. 対象となる患者は精神疾患と身体疾患の多様な組み合わせの状態にあり、一般医療と精神医療の緊密な連携を必要としていた。
3. 対象身体合併症患者のうち、約30%は身体的に救急的対応が必要な患者であった。
4. 対象患者の精神状態は慢性統合失調症状態、急性精神病状態、うつ状態など多様であったが、主に精神科急性期治療が可能な体制が必要である。
5. 以上より、精神障害者の身体合併症治療を十分に行うためには二次医療圏ごとに配置されている救命救急センターを有する地域基幹総合病院を中心に急性期対応も可能な精神病棟が整備されていくことが望ましい。

総合病院精神科のあり方

総合病院精神科のネクストステップ

(日本総合病院精神医学会、2003)

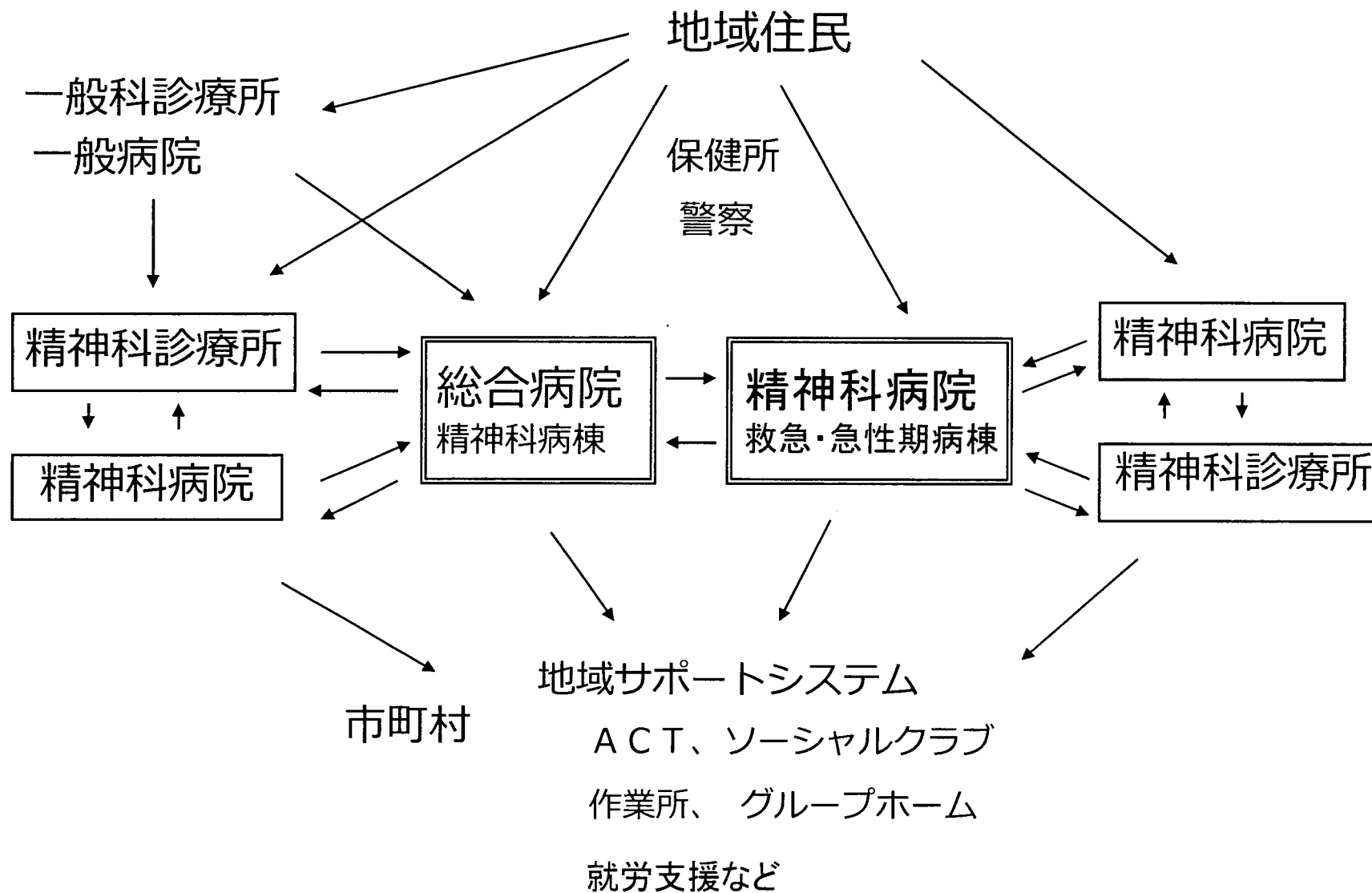
総合病院精神科の果たすべき役割

1. 一般医療における役割
(リエゾン・コンサルテーション精神医療)
2. 精神医療における役割
 - 1) 精神科救急・精神科急性期医療の分担
 - 2) 初期診断・初期治療
 - 3) 身体合併症医療
 - 4) soft psychiatry(神経症・うつ病・摂食障害など)
3. 社会における役割
メンタルヘルスの啓発活動など

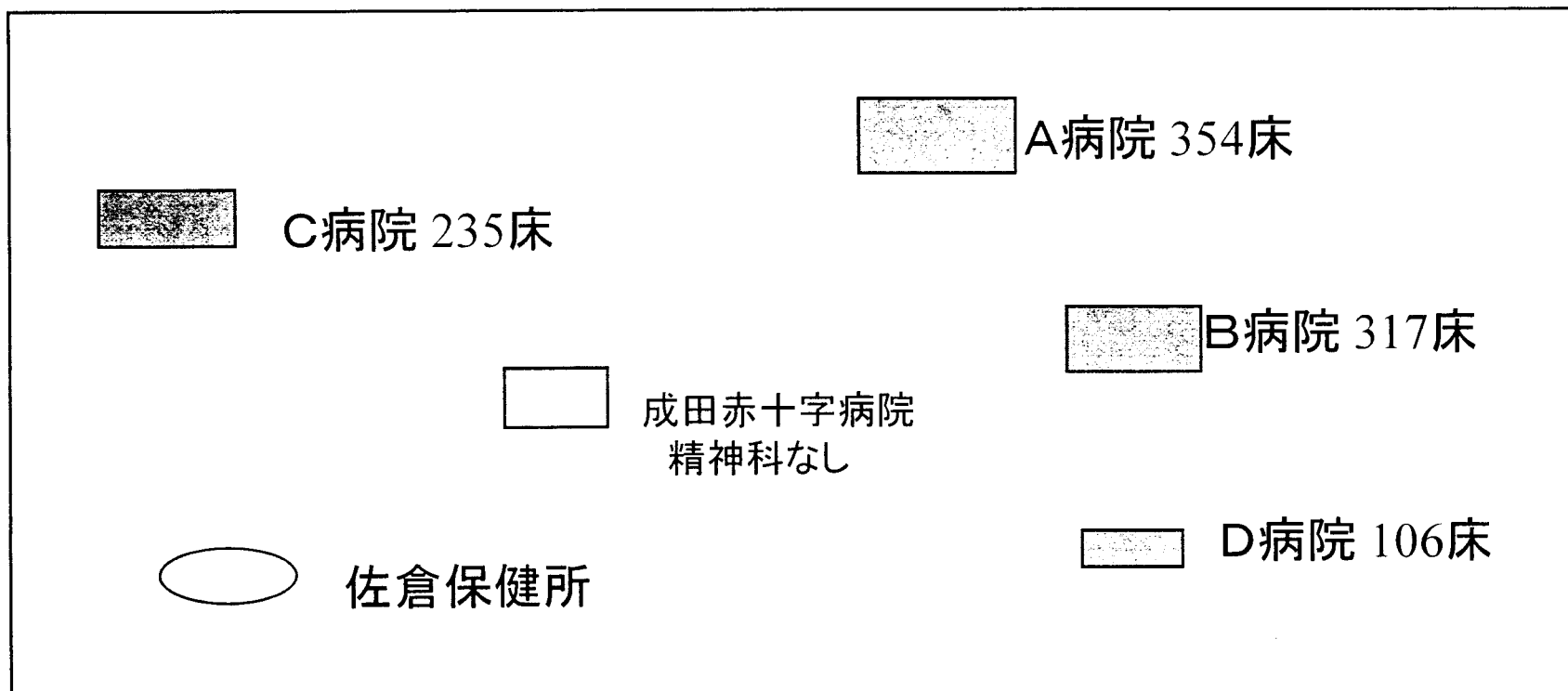
精神病床を有する総合病院精神科のあり方

- ・ 他の精神科病院や精神科診療所との連携
- ・ 30-50床1病棟、 平均在院日数 50日以下、 16:1医師配置、 2:1看護配置

二次医療圏における精神医療の機能分担



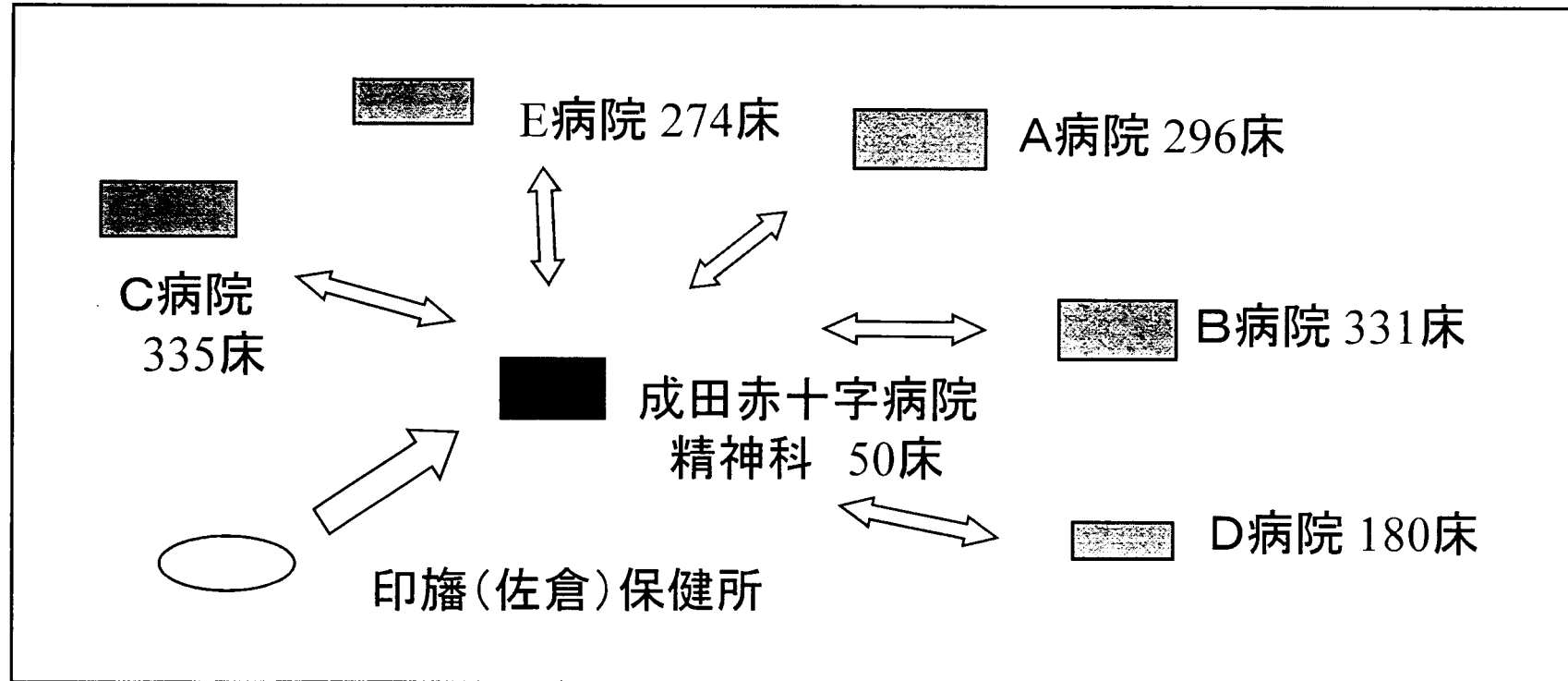
当院精神科病棟開設(H4)前の地域精神医療の状況



佐倉保健所管内:人口約50万人 精神病床1012(万対18.1)

- ・精神科救急医療機能に乏しく、医療事故・訴訟散見
- ・入院患者の自圏内完結率低い
- ・社会復帰施設は乏しい(家族会1、作業所1)

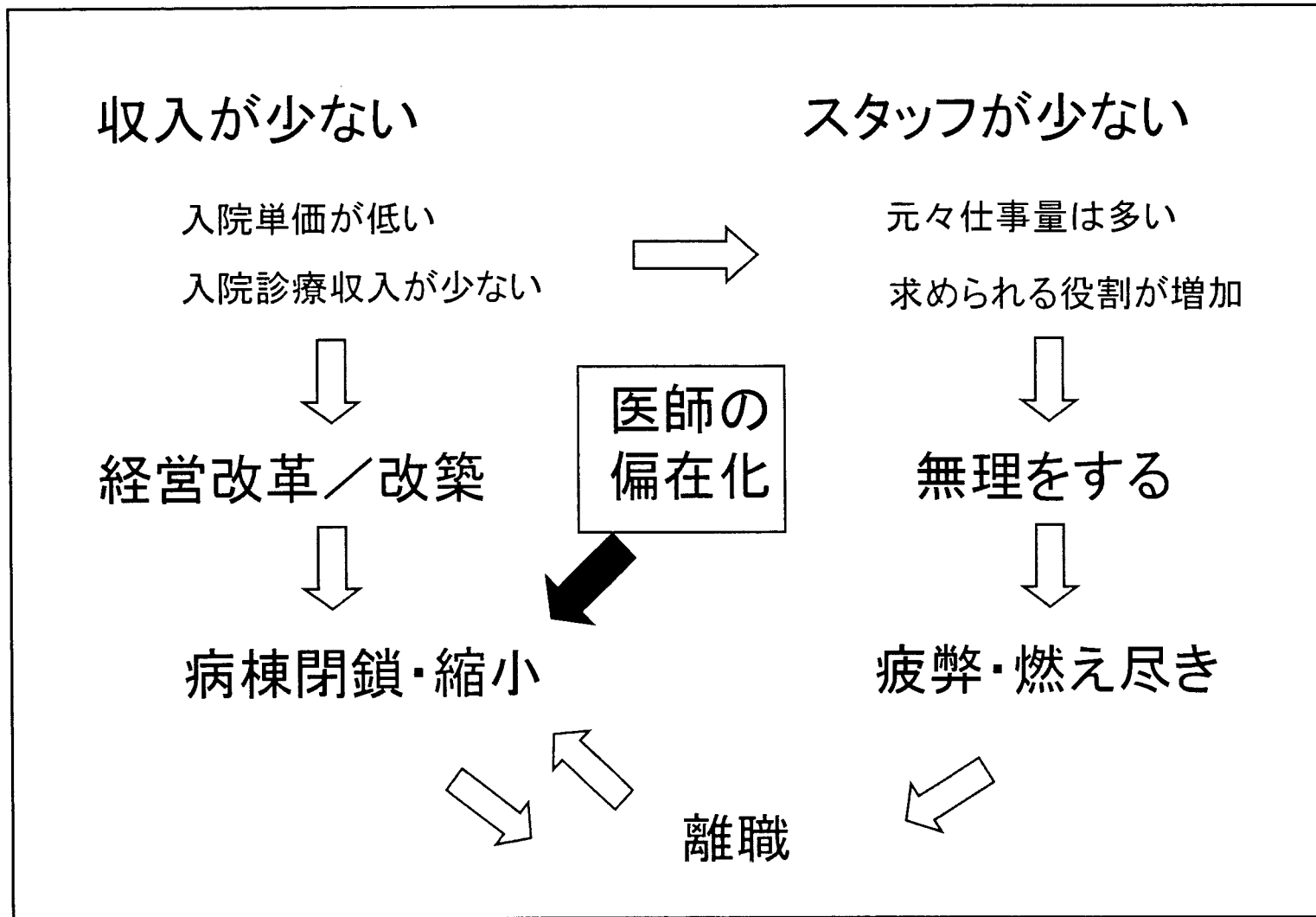
現在の地域精神医療の状況



印旛(佐倉)保健所管内:人口約70万人 精神病床1466(万対20.9)

- ・当院精神科:救急入院の受け皿、身体合併症医療を担当
- ・家族会5、地域生活支援センター2、通所授産2、作業所3、福祉ホーム2、グループホーム1など

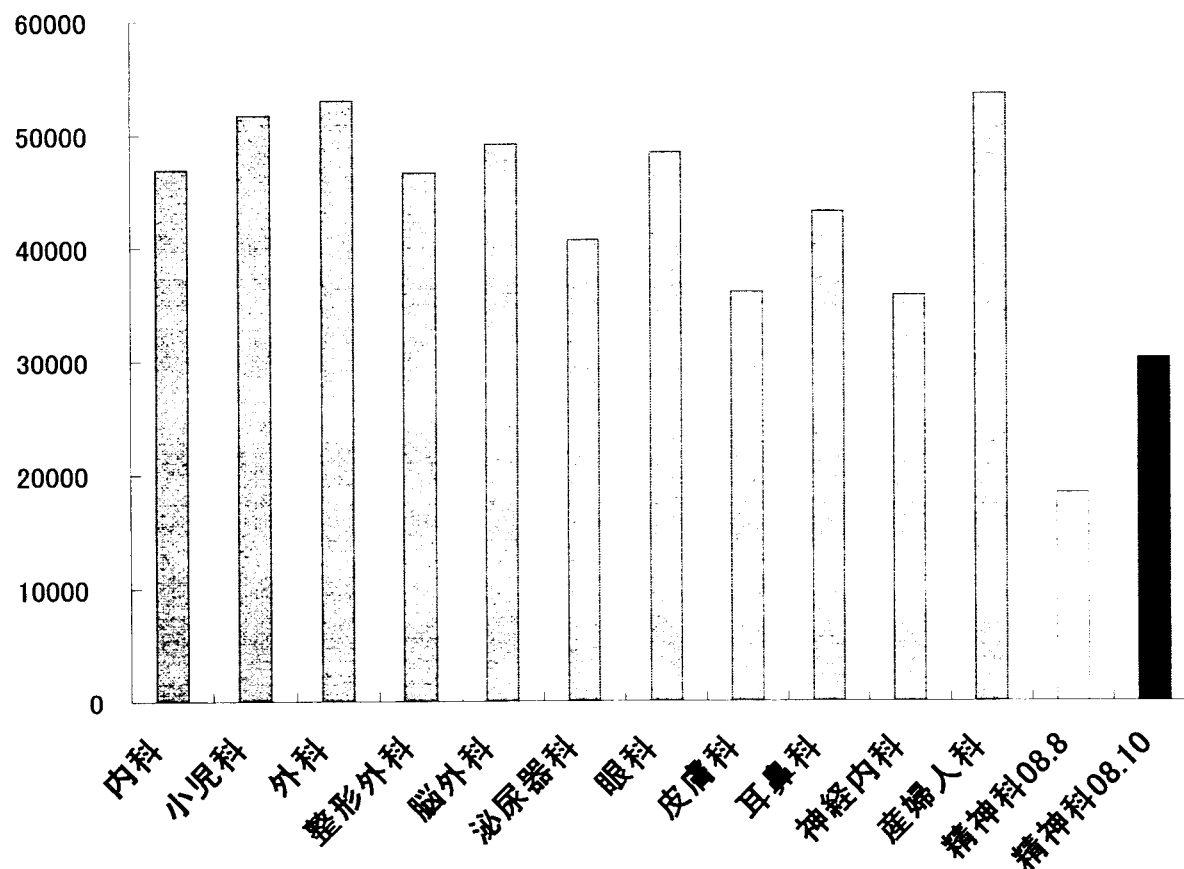
総合病院精神科の医療崩壊



有床の総合病院精神科の 施設数・病床数の推移

	精神科施設数	精神科病床数
2005年	261	21,160
2008年	248	19,103
減少数(減少率)	13(5.0%)	2057(9.7%)

総合病院の中での低い精神科入院収入



成田赤十字病院
2008.8の各科毎
1人1日入院収入

2008.9
精神科救急・合併症
入院料取得
(30日以内 3431点)
(31日以上 3031点)

2009.5現在
精神科救急・合併症
入院料取得は他に
済生会横浜市東部病院
徳島県立中央病院のみ

総合病院精神科に関わる診療報酬障壁

一般病棟入院基本料

- ・総合病院内の一診療科でありながら、精神科だけは精神病棟入院基本料で算定
- ・平均在院日数を合算し一般病棟入院基本料として算定することは認められていない

精神病棟入院基本料

- ・10対1は平均在院日数の要件が25日以下(通常は困難)
- ・一般病棟入院基本料にある13対1は精神病棟入院基本料では存在しない
- ・入院時医学管理加算、医師事務作業補助体制加算
重症療養環境加算等一般病棟入院基本料で算定できる加算不可

精神科急性期治療病棟入院料

- ・全病床の7割以上または200床以上が精神病床であること

* 精神科救急入院料

- ・病床:隔離室を含む個室が半数以上であること
- 精神科救急・合併症入院料により改善

新しい総合病院精神科

- ・亀田総合病院の精神科病棟の設立(2005)
(一般862、精神41)
- ・横浜市における総合病院精神科を中心とした
精神科救急システムの構築(2006)
 - 横浜市大市民医療センター(一般670、精神50)
 - 昭和医大横浜市北部病院(一般561、精神100)
 - 横浜市立みなと赤十字病院(一般584、精神50)
 - 済生会横浜市東部病院(一般460、精神50)
- ・宮崎県立精神科病院の県立宮崎病院への統合(2009.4)
(一般619、精神42)
- ・高知医療センター(一般574)への精神科病棟(40床)の新設
(2012年予定)

救命救急医療センターを有する地域基幹病院に 精神科病棟の設置を

- ・ 一般医療と精神医療の連携が改善
- ・ 精神医療の窓口機能が充実

総務省消防庁が東京消防庁管内で実施した救急受け入れに関する実態調査によると、受け入れが断られやすいとの指摘がある。急性アルコール中毒や精神疾患の患者、未受診妊婦などの場合、受け入れ照会が4回以上となるケースが32.5%と、救急搬送全体の8.3%を大きく上回り、現場滞在時間も長くかかるなど、受け入れが実際に困難である実態が明らかになった。

医療介護CBニュース(2009. 2.24)

まず、都道府県に最低1ヶ所は 救命救急医療センターを有する
地域基幹病院に 精神科病棟(40床程度)の設置を