



ももろう®
九州医療センター
公式キャラクター

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

第7回（令和7年6月9日）

資料2

総合病院精神科の役割

精神身体合併症を主軸に

国立病院機構 九州医療センター 精神神経科／合併精神センター
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部
田中 裕記

簡単に自己紹介

職歴・資格

- 九州大学病院、福岡県立精神医療センター太宰府病院、厚生労働省 精神・障害保健課など
現職：国立病院機構九州医療センター 精神神経科/合併精神センター
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部
- 精神保健指定医、公益社団法人日本精神神経学会認定精神科専門医・指導医、
公認心理師

興味関心

- コンサルテーション・リエゾン精神医学、精神身体合併症、精神科救急
精神療法（精神分析寄り）、身体科（非精神科）と精神科との橋渡し
必要な人に必要な医療が届くためにはどうしたらよいか
多職種を含む後進をどう育てていくか



本日の内容

1. 総合病院精神科が担う役割と
公的精神科が担う役割
2. 精神身体合併症の考え方
3. 外来での精神身体合併症の考え方
4. 専門性の高い看護師の活躍・活用可能性

本日出扱う内容は総合病院で勤務する一精神科医としての
個人の見解に基づくものであり、所属組織を代表するものではありません。

現在地

- 1. 総合病院精神科が担う役割と
公的精神科が担う役割**
2. 精神身体合併症の考え方
3. 外来での精神身体合併症の考え方
4. 専門性の高い看護師の活躍・活用可能性

総合病院精神科の機能

外来・在宅医療

入院医療

- 通院
 - 精神科デイ・ケア/ナイト・ケア
- 訪問診療・看護
- 情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）

一般病床

- コンサルテーション
- リエゾン

- 精神身体合併症

精神病床

- 病期
急性期/回復期/慢性期
- 入院形態

（医療観察法病床）

- 身体管理が必要な精神科専門治療
- 自殺企図関連の合併症
- 先行する精神疾患のために増悪した全身状態
- 先行する身体疾患に精神症状が合併
- 先行する精神疾患に身体疾患が合併
- 器質性疾患との鑑別・管理
- 精神疾患単独の症例

- ・ 救急（一般救急・精神科救急）、災害
- ・ 周産期、緩和、臓器不全・移植
- ・ 倫理、医療安全、研修・教育

日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想 2022）を基に作成

田中：精神科医療の多様な場、研修医のための精神科ハンドブック第2版、医学書院、2025 を基に作成

有床総合病院精神科 × 公的病院*精神科 の役割

有床総合病院精神科

- 身体管理が必要な精神科専門治療
 - クロザピン
 - ECT
- 自殺企図関連の合併症
- 先行する精神疾患のために増悪した全身状態
- 先行する身体疾患に精神症状が合併
- 先行する精神疾患に身体疾患が合併
- 器質性疾患との鑑別・管理

公的病院精神科

- 精神科救急急性期状態
- 希死念慮・自殺企図
- 措置入院・応急入院
- 家族関係の調整
- 虐待からの保護・介入
- ケースワーク
- リハビリ
- 薬物中毒
- 過疎地域等の医療
- 不採算・特殊部門に関わる医療
- 高度・先進医療
- 地域医療構想、医療計画等
 - 精神科専門治療
- 広域な医師派遣機能

→公的病院精神科の役割と総合病院精神科の役割について混同して語られることが多い

・令和4年度厚生労働省障害者政策総合研究 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究 総合病院精神科の機能に関する研究

・令和4年3月 総務省 持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン を基に作成

*公的医療機関：都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会が開設する医療機関（医療法第31条）…厳密にはNHOやNCは公的病院に分類されない

有床総合病院精神科 × 公的病院*精神科 の役割

有床総合病院精神科

公的病院精神科

- 身体管理が必要な精神科専門治療
 - クロザピン
 - ECT
 - **自殺企図関連の合併症**
 - 先行する精神疾患のために増悪した全身状態
 - 先行する身体疾患に精神症状が合併
 - 先行する精神疾患に身体疾患が合併
 - 器質性疾患との鑑別・管理
- **精神科救急急性期状態**
 - **希死念慮・自殺企図**
 - **措置入院・応急入院**
 - 家族関係の調整
 - 虐待からの保護・介入
 - ケースワーク
 - リハビリ
 - 薬物中毒
- 過疎地域等の医療
 - 不採算・特殊部門に関わる医療
 - 高度・先進医療
 - 地域医療構想、医療計画等
 - 精神科専門治療
 - 広域な医師派遣機能

・令和4年度厚生労働省障害者政策総合研究 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究 総合病院精神科の機能に関する研究

・令和4年3月 総務省 持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン を基に作成

*公的医療機関：都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会が開設する医療機関（医療法第31条）…厳密にはNHOやNCは公的病院に分類されない

精神科救急医療体制整備事業における総合病院精神科

(精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会第6回(令和7年5月12日)参考資料1)

精神科救急医療体制整備事業に係る基礎的事項

○ 精神科救急医療体制整備事業に係る用語と定義は以下のとおり。

1. 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

- ・精神科救急医療体制の円滑な運営を図るために必ず設ける委員会。
- ・医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、精神障害者等の移送の実施体制や身体科と精神科との連携体制の構築を含め、十分な連携及び調整を図るため、精神科救急医療圏毎の精神科救急医療体制の状況について事業の評価・検証を行い、身体合併症を有する患者を含む精神障害者等への精神科救急医療体制機能の整備を図る。
- ・「精神科救急医療体制連絡調整委員会」、「圏域毎の検討部会」、「精神科救急医療体制研修事業」を実施する。

2. 精神科救急情報センター

- ・身体合併症患者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能等を、「精神科救急情報センター」として精神保健福祉センター、医療機関等、精神科救急医療体制の中核となる機関等に原則24時間365日対応できるよう整備する。
- ・搬送先医療機関の紹介、一般救急システム等との連絡調整、移送の実施のための連絡調整、精神科救急情報センターの周知を担う。

3. 精神科救急医療確保事業

- ・緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等に対し医療の提供ができる体制を整えるものとし、入院による医療を必要とする場合には入院ができるよう空床を確保すること。圏域において外来診療による初期精神科救急患者への対応を行うための体制確保が必要な場合には、外来対応施設を設置することが望ましい。

病院群輪番型

重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、各圏域で、複数病院の輪番制により、医師及び看護職員を常時配置(診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。)し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。

常時対応型施設

24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、医師及び看護職員を常時配置(診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。)し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。

外来対応施設

初期精神科救急患者の外来診療対応のため、病院群輪番型施設、常時対応型施設及び身体合併症救急医療確保事業により指定されていない医療機関であって、当該医療機関において医師や看護職員等を配置し、入院要否の判断を含めた診療体制等を整備している場合に指定する。ただし、診療所(病床を有さないものに限る。)にあっては、精神病床を有する医療機関との連携により体制を確保する。

4. 身体合併症救急医療確保事業

- ・身体合併症を有した重度の症状を呈する精神科救急・急性期患者を中心に対応するため、医師及び看護職員を常時配置(診療所等が一時的に協力することや、精神保健指定医のオンコール等による対応も含む。)し、入院が必要な患者の受入れを含む診療体制を整備した病院を指定する。2つの圏域に1施設以上整備するよう努めること。複数病院を指定し、輪番制で対応することもある。



- ・身体合併症救急医療確保事業を担う事が可能な施設と人員配置が期待される
- ・肌感覚としては、2次救急や同事業に指定されていない施設でも対応されている
(→当院は指定されていないが、自殺企図関連の合併症や精神疾患急性期と身体合併症急性期を有する者を夜間休日問わず受け入れている)
- ・医療計画では平成19年度の研究に基づいて「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患者が発生する割合は人口1万人対年間2.5件と推計」されているが、現在どのような需要があるかは不詳

有床総合病院精神科 × 公的病院*精神科 の役割

有床総合病院精神科

公的病院精神科

- **身体管理が必要な精神科専門治療**
 - クロザピン
 - ECT
- 自殺企図関連の合併症
- 先行する精神疾患のために増悪した全身状態
- 先行する身体疾患に精神症状が合併
- 先行する精神疾患に身体疾患が合併
- 器質性疾患との鑑別・管理
- 精神科救急急性期状態
- 希死念慮・自殺企図
- 措置入院・応急入院
- 家族関係の調整
- 虐待からの保護・介入
- ケースワーク
- リハビリ
- 薬物中毒
- 過疎地域等の医療
- 不採算・特殊部門に関わる医療
- 高度・先進医療
- 地域医療構想、医療計画等
 - **精神科専門治療**
- 広域な医師派遣機能

・令和4年度厚生労働省障害者政策総合研究 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究 総合病院精神科の機能に関する研究

・令和4年3月 総務省 持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン を基に作成

*公的医療機関：都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会が開設する医療機関（医療法第31条）…厳密にはNHOやNCは公的病院に分類されない

身体管理が必要な精神科専門治療

クロザピン（クロザリル®）

- 治療抵抗性統合失調症の治療薬
- 無顆粒球症（2.6%）、心筋炎・心筋症（頻度不明）、高血糖（9.1%）が生じうる
→各種検査の実施、血液内科医等との連携が必須

ECT（修正型電気けいれん療法）

- 重症大うつ病、緊張病症状を伴う統合失調スペクトラム症等の治療
- 全身麻酔下での実施
→事前の検査、麻酔科医と麻酔器の確保・維持が必須

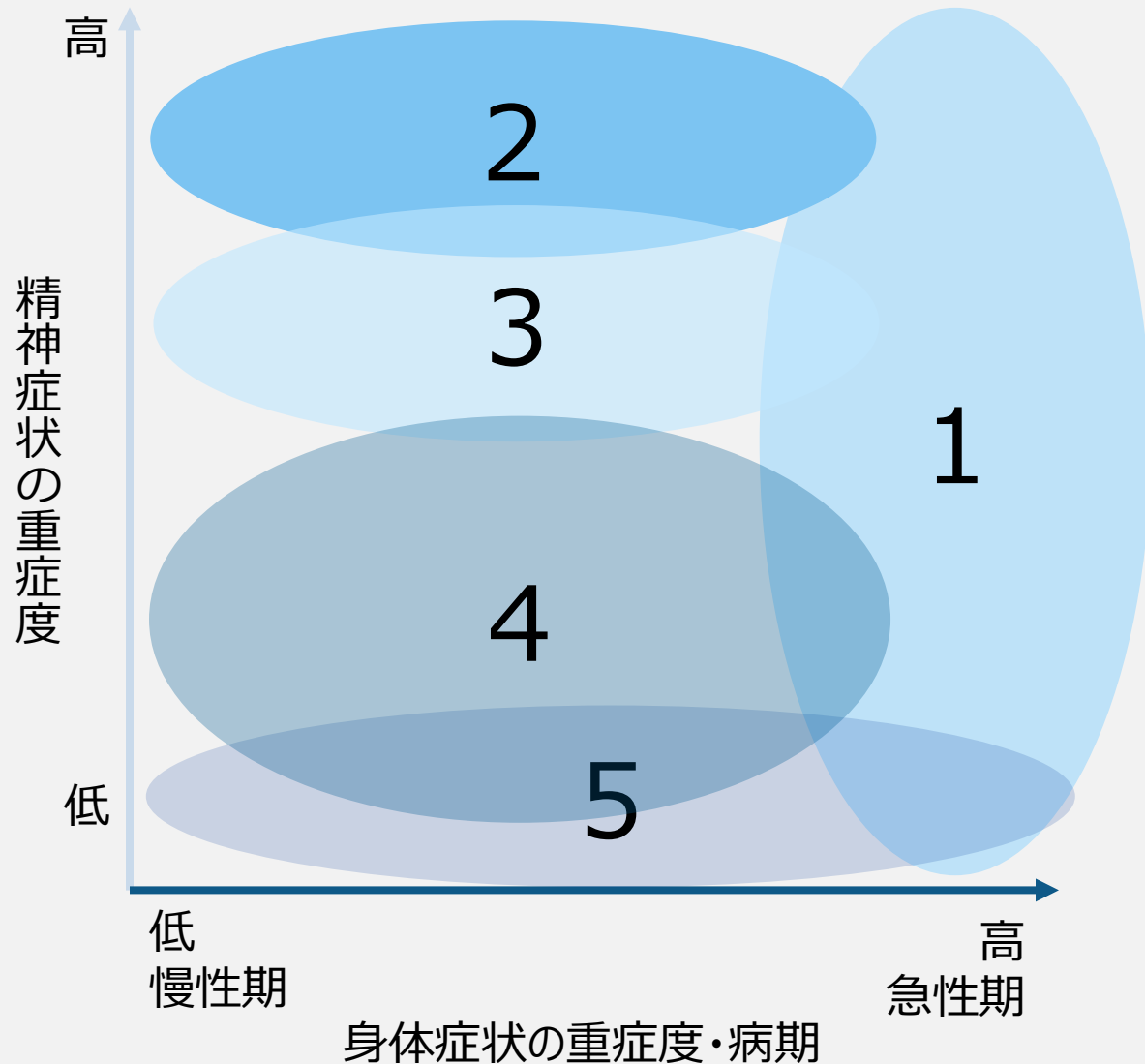


現在地

1. 総合病院精神科が担う役割と
公的精神科が担う役割
2. **精神身体合併症の考え方**
3. 外来での精神身体合併症の考え方
4. 専門性の高い看護師の活躍・活用可能性

(複数事例を提示しますが、すべて架空の事例です)

精神身体合併症をどこで診るのか（概念図）



■ 同一施設協働型

- ・ 精神病床のある総合病院入院*…1
- ・ 非精神科医の勤務する精神科病院入院…2

■ 複数施設協働型

- ・ 精神科病院入院 x 非精神科外来…3
- ・ 精神科外来通院 x 非精神科外来…4

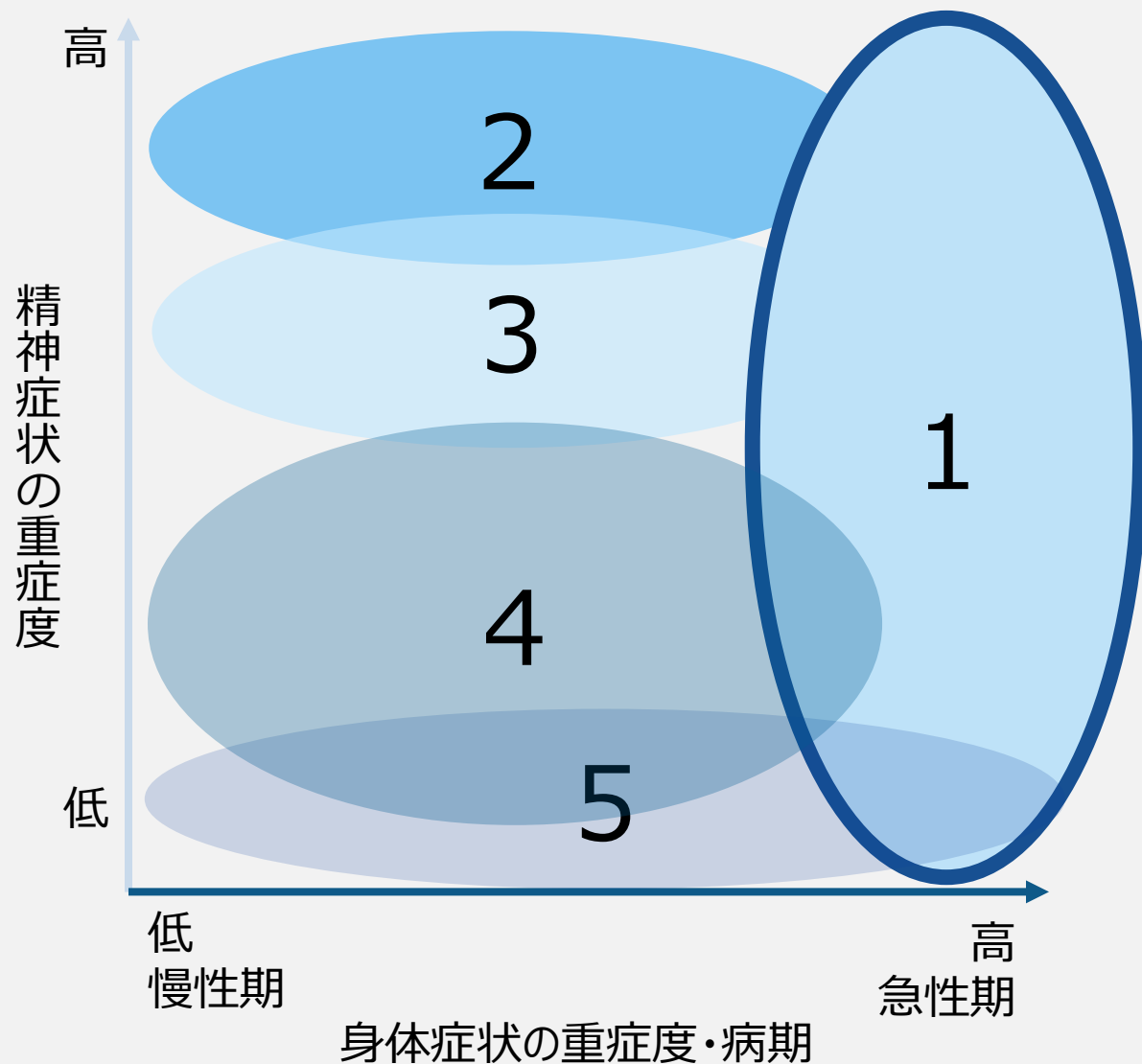
■ 単一施設型

- ・ 非精神科病院入院±リエゾン…5

*精神科医がコンサルテーション・リエゾン対応をすることは前提として、精神科病棟のみならず救命救急センターなどでの入院も含む



精神身体合併症をどこで診るのか（概念図）



■ 同一施設協働型

- ・ **精神病床のある総合病院入院*…1**
- ・ 非精神科医の勤務する精神科病院入院…2

■ 複数施設協働型

- ・ 精神科病院入院 x 非精神科外来…3
- ・ 精神科外来通院 x 非精神科外来…4

■ 単一施設型

- ・ 非精神科病院入院±リエゾン…5

*精神科医がコンサルテーション・リエゾン対応をすることは前提として、精神科病棟のみならず救命救急センターなどでの入院も含む



精神障害と身体合併症との関係性（時間軸での整理）

A) 精神障害に伴う身体合併症



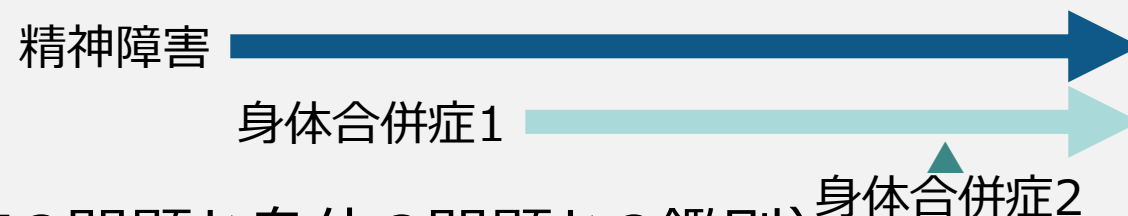
B) 精神障害を有する者に持続する身体合併症が生じる



C) 精神障害を有する者に持続しない身体合併症が生じる



D) 持続する身体合併症を有する精神障害者に持続しない身体合併症が生じる



E) （精神の問題か身体の問題かの鑑別）

F) （身体疾患に伴う精神症状）



精神障害に伴う身体合併症の事例

精神障害

身体合併症



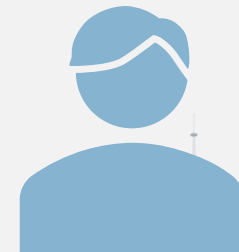
10代女性
Aさん

精神障害：神経性やせ症＜神経性無食欲症＞、身体合併症：栄養失調・意識障害

病歴：10代前半から神経性やせ症で小児科通院中。高校合格後にさらに体重が低下し、BMI 9.8（身長150cm, 体重22kg）となった頃から、日中にぼーとする時間が増えた。本朝よりトイレから出てこないことを不審に思った祖母が無理やりドアを開けたところ、反応のない本人を発見し119番通報。かかりつけの小児科クリニックでは加療困難と判断され、総合病院精神科病床のある3次救急医療機関に搬送。意識状態は反応のある程度まで回復したが、各種検査の結果から自宅での療養は困難な状態。抑うつ気分と希死念慮もあり、病識も乏しく精神科病床医療保護入院。

精神障害：アルコール依存、身体合併症：肝硬変・肝性脳症

病歴：30代後半に管理職登用となって以降酒量が増え、40代前半でアルコール性肝障害の診断。50代に入ってから仕事もおぼつかず、アルコールの問題から家庭崩壊。内科からの紹介で精神科には少々通院していたが仕事は退職し、更に酒量が増えた。週末に駅で改札を飛び越える、乗降客や駅員を突き飛ばす、失禁しながら大声を上げるなどし、警察に保護され、精神科病院へ措置入院となった。血液検査で肝不全の所見あり全身に黄疸も出ていたため、月曜日に総合病院精神科へ転院、措置入院継続。肝不全治療で混乱状態は軽快した。



50代男性
Bさん



精神障害を有する者に持続する身体合併症が生じる事例

精神科病棟

- ・精神科看護の観点
- ・精神科の治療空間が持つ時間の流れ

精神障害

身体合併症



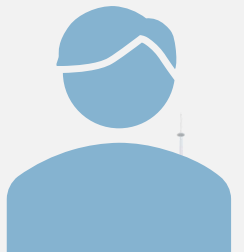
60代女性
Cさん

精神障害：統合失調症、身体合併症：2型糖尿病・糖尿病網膜症・糖尿病性腎症

病歴：20代の頃に統合失調症を発症し、以降、入退院を繰り返しながらグループホームで生活していた。糖尿病は内科に通院していたが内服やインスリンは不規則で、精神症状が増悪すると血糖コントロールも悪くなっていた。経口血糖降下薬やインスリンの調整については、時に入院下での調整を要したが、一般病床では本人は落ち着かずに2-3日で退院してしまうことが続いたため、総合病院精神科開放病棟へ任意入院。血液透析導入。

精神障害：統合失調症、身体合併症：前立腺癌

病歴：30代前半より統合失調症で精神科病院長期入院中。60代より前立腺癌の診断で、精神科病院入院しながら、近医泌尿器科クリニックに定期通院していた。多発骨転移・肺転移により疼痛と呼吸苦が増悪したが、幻覚妄想も根強く一般病床での入院も困難であったため、緩和ケアチーム介入の下、総合病院精神科入院でのお看とり。



70代男性
Dさん

精神障害者に持続しない身体合併症が生じる事例

精神障害

身体合併症



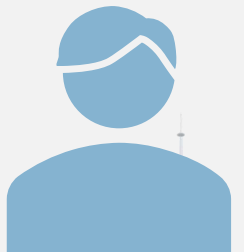
20代女性
Eさん

精神障害：統合失調症、身体合併症：眼球破裂

病歴：統合失調症初発。夜間に幻覚妄想とそれに伴う行動が激しく、自宅で自身の顔面を殴打し、右眼球破裂。両親が救急要請するも搬送先選定に時間がかかり、ようやく総合病院精神科病床を有する総合病院に搬送・手術。術後2日間はICUで鎮静・人工呼吸器管理（覚醒に際して精神科リエゾン介入）。その後、精神病床で医療保護入院。

精神障害：うつ病、身体合併症：心臓外傷（自殺企図）

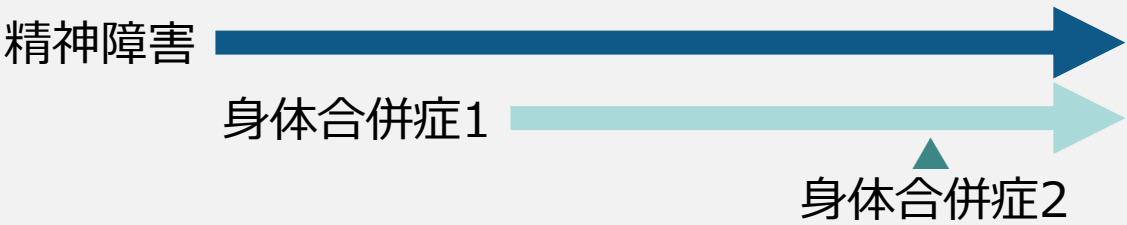
病歴：40代前半に自営業で多額の借金を抱え、なんとか返済していたが次第に抑うつ気分が強まり、50代で胸部刺傷による自殺企図。心臓外傷あり総合病院精神科を有する総合病院へ救急搬送。手術後2週間で身体的な急性期は脱したが、身体的なリハビリや経過観察、創部処置は必要な状態。一方で、希死念慮を伴う抑うつ気分が著明であり、入院に対する罪悪感から院内での再自殺企図や離院行動あり、精神病床で医療保護入院。



50代男性
Fさん



持続する身体合併症を有する精神障害者に持続しない身体合併症が生じる事例



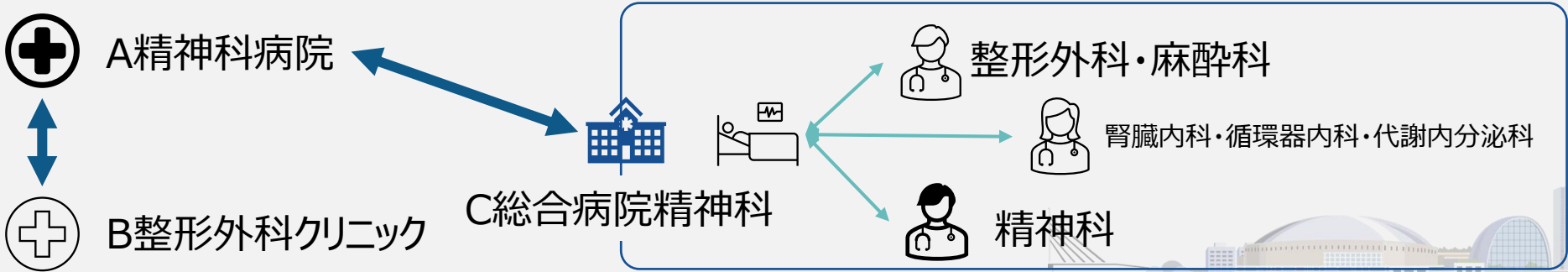
80代男性
Gさん

精神障害：統合失調症・中等度認知症

身体合併症1：末期腎不全（血液透析中）・心不全・2型糖尿病

身体合併症2：大腿骨頸部骨折

病歴：血液透析の実施が可能なA精神科病院閉鎖病棟入院下で、週3回の血液透析を受けている。深夜に転倒し、B整形外科クリニックで大腿骨頸部骨折の診断。本人・家族の手術希望が強く、C総合病院精神科閉鎖病棟へ任意入院。腎臓内科の協力を得て血液透析を継続しつつ、循環器内科による心不全の加療、代謝内分泌科による糖尿病コントロールを行い、整形外科により大腿骨頭置換術を実施。その後、リハビリテーションを経て独歩可能となり、転院3か月後にA精神科病院へ転院。



場合によっては介護・福祉サービスや行政との連携も
→総合病院内における「にも包括」

身体合併症の急性期と慢性期（維持期）

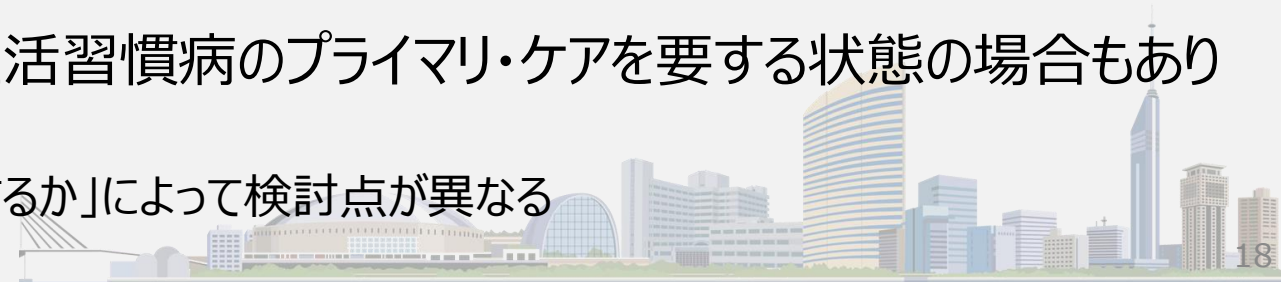
身体合併症急性期（含・慢性期の急性増悪）

- 精神科救急医療体制整備事業や医療計画などでの言及あり
- 「精神身体合併症」として一般的に想定される時期
- 慢性期身体合併症の急性増悪の場合もあり

身体合併症慢性期（維持期）

- 精神科救急医療体制整備事業や医療計画などでの言及なし
- 血液透析や緩和ケアなど専門性の高い治療を必要とする場合もあり
- 高血圧や糖尿病といったいわゆる生活習慣病のプライマリ・ケアを要する状態の場合もあり

※ いずれの期においても「何を身体合併症とするか」によって検討点が異なる



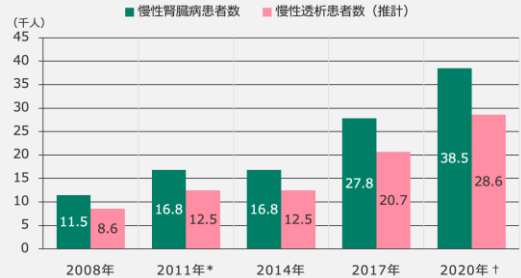
精神疾患を有する患者に対する腎代替療法等に関する調査研究_概要

背景 わが国では高齢化に伴い慢性腎臓病（CKD）およびRRTを必要とする患者の増加が見込まれており、精神疾患を有する患者においても例外ではない。しかし、精神疾患患者に対するRRTの提供実態や支援体制についての系統的な調査は限られており、現場では個別対応に頼らざるを得ない状況が続いている。

目的 精神疾患を有する患者に対する腎代替療法（Renal Replacement Therapy: RRT）、特に血液透析の提供体制と課題を明らかにし、今後の医療・福祉政策に資する提言を行う。

- 結果**
- 精神科医療機関における透析導入や維持透析の実施
→主としていわゆる総合病院精神科
 - 単科精神科病院での透析実施は極めて困難
 - 通院や身体科医療機関での入院が困難な精神疾患患者に対して継続的治療の提供体制が乏しい
 - それが故に透析そのものが断念される可能性
 - 診療報酬制度上の課題
 - 付き添い・送迎等に係る人員確保の困難さ
 - 精神疾患を有する患者への透析導入の課題
 - 精神症状の影響等による意思決定能力の変動
 - 情報提供体制不足
 - 臨床倫理支援体制の未整備
→患者本人の意志を尊重した治療選択が困難となる可能性
 - 維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先の確保困難
→維持透析可能な精神科病院への長期入院の可能性

慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数と慢性透析患者推計



課題と提言

実態把握
精神疾患患者の中で腎代替療法を必要とする者の数は正確に把握されておらず、今後の高齢化を踏まえれば、推計の精緻化が急務である。現行の統計調査では限界があることから、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）などを用いた包括的な実態把握が求められる。

医療提供体制
単科精神科病院では透析導入・維持ともに困難である状況が浮き彫りとなった。精神科医療機関と腎臓内科との連携体制を強化し、遠隔診療や往診を含む多様な診療形態の活用を促進することが必要である。また、透析を必要とする精神疾患患者が地域生活を継続するためには、透析医療機関への送迎体制や精神症状再燃時の診療・支援体制、居住・介護支援との連携が不可欠であることが示唆された。

国及び地方公共団体の役割
個別の医療機関の努力に委ねるだけでは限界がある。「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、精神科と身体科の連携を支援・促進する制度的枠組みの構築などについての指針を示すことが望ましいと考えられる。また、第8次医療計画の見直し、地域医療構想の検討の際にも、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応、特に継続的に高度な医療が必要とされるような状況について議論を深めるとともに、自治体主導による連携体制の確保や、透析受け入れ可能な精神病床の確保についても検討していくことが求められる。さらに、精神科病院における透析医療の実施が困難な要因の一つとして、診療報酬上の不利益が繰り返し指摘されていることを踏まえ、診療報酬の見直しについての検討も重要である。

意思決定支援
透析治療の開始・中止に関する判断は生命に直結し、かつ精神症状による意思能力の変動が生じうることを考慮すると、臨床倫理支援体制の整備や、精神疾患患者の身体疾患治療に関する意思決定支援のあり方を学際的に検討することが必要であると考えられた。加えて、精神科病院ではRRTに関する適切な情報提供を行うこと自体が困難であることから、患者の自己決定を支える情報提供のあり方についても検討することが望まれる。

多職種による支援
多職種による支援の必要性も明らかになった。身体疾患への対応力を持つ看護師の育成、精神保健福祉士・社会福祉士・薬剤師・公認心理師の活用、さらには介護・福祉職との協働が重要である。特に、精神身体合併症に対応可能な人材育成は中長期的な課題として検討を重ねていくことが求められる。

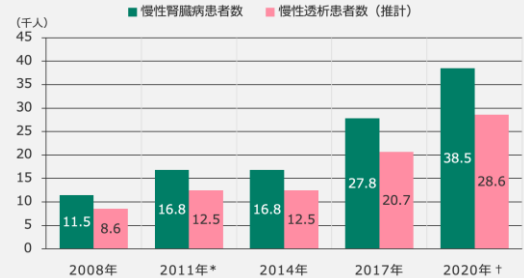
精神疾患を有する患者に対する腎代替療法等に関する調査研究_概要

背景 わが国では高齢化に伴い慢性腎臓病（CKD）およびRRTを必要とする患者の増加が見込まれており、精神疾患を有する患者においても例外ではない。しかし、精神疾患患者に対するRRTの提供実態や支援体制についての系統的な調査は限られており、現場では個別対応に頼らざるを得ない状況が続いている。

目的 精神疾患を有する患者に対する腎代替療法（Renal Replacement Therapy: RRT）、特に血液透析の提供体制と課題を明らかにし、今後の医療・福祉政策に資する提言を行う。

- 結果**
- 精神科医療機関における透析導入や維持透析の実施
→主としていわゆる総合病院精神科
 - 単科精神科病院での透析実施は極めて困難
 - 通院や身体科医療機関での入院が困難な精神疾患患者に対して継続的治療の提供体制が乏しい
 - それが故に透析そのものが断念される可能性
 - 診療報酬制度上の課題
 - 付き添い・送迎等に係る人員確保の困難さ
 - 精神疾患を有する患者への透析導入の課題
 - 精神症状の影響等による意思決定能力の変動
 - 情報提供体制不足
 - 臨床倫理支援体制の未整備
→患者本人の意志を尊重した治療選択が困難となる可能性
 - 維持透析を必要とする精神疾患患者の移住先・通院先の確保困難
→維持透析可能な精神科病院への長期入院の可能性

慢性腎臓病を併存する精神疾患患者数と慢性透析患者推計



課題と提言

実態把握
精神疾患患者の中で腎代替療法を必要とする者の数は正確に把握されておらず、今後の高齢化を踏まえれば、推計の精緻化が急務である。現行の統計調査では限界があることから、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）などを用いた**包括的な実態把握**が求められる。

医療提供体制
単科精神科病院では透析導入・維持ともに困難である状況が浮き彫りとなった。精神科医療機関と腎臓内科との連携体制を強化し、遠隔診療や往診を含む多様な診療形態の活用を促進することが必要である。また、透析を必要とする精神疾患患者が**地域生活を継続するためには**、透析医療機関への送迎体制や精神症状再燃時の診療・支援体制、居住・介護支援との**連携が不可欠**であることが示唆された。

国及び地方公共団体の役割

個別の医療機関の努力に委ねるだけでは限界がある。「**良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針**」において、**精神科と身体科の連携を支援・促進する制度的枠組みの構築**などについての指針を示すことが望ましいと考えられる。また、第8次医療計画の見直し、**地域医療構想**の検討の際にも、身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応、**特に継続的に高度な医療が必要とされるような状況について議論を深めるとともに**、自治体主導による連携体制の確保や、透析受け入れ可能な精神病床の確保についても検討していくことが求められる。さらに、精神科病院における透析医療の実施が困難な要因の一つとして、診療報酬上の不利益が繰り返し指摘されていることを踏まえ、診療報酬の見直しについての検討も重要である。

意思決定支援
透析治療の開始・中止に関する判断は生命に直結し、かつ精神症状による意思能力の変動が生じうることを考慮すると、臨床倫理支援体制の整備や、**精神疾患患者の身体疾患治療に関する意思決定支援のあり方を学際的に検討することが必要**であると考えられた。加えて、精神科病院ではRRTに関する適切な情報提供を行うこと自体が困難であることから、**患者の自己決定を支える情報提供のあり方についても検討**することが望まれる。

多職種による支援
多職種による支援の必要性も明らかになった。身体疾患への対応力を持つ看護師の育成、精神保健福祉士・社会福祉士・薬剤師・公認心理師の活用、さらには介護・福祉職との協働が重要である。特に、**精神身体合併症に対応可能な人材育成は中長期的な課題**として検討を重ねていくことが求められる。

精神の問題か身体の問題かの鑑別



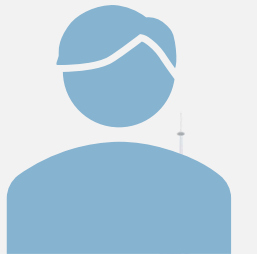
30代女性
Hさん

精神障害：転換症疑い（失立・失歩）

病歴：30代に入って離婚した頃から、気分の落ち込み、呂律不良、歩く時のふらつき、立ち上がれないといった症状が出現し、精神科クリニック通院開始。抗うつ薬などでは改善せず、車椅子での移動を要する状態となったため、精査目的に総合病院精神科紹介となり、開放病棟任意入院。診察及び各種検査の結果から神経難病である脊椎小脳変性症の可能性が高まり、脳神経内科の併診で確定診断。脳神経内科へ転科、一般病床へ転棟。

精神障害：急性一過性精神症

病歴：精神科既往歴なし。出勤途中のバス車内で突然大声をあげてバス運転手に掴みかかり警察保護。留置所内でもまとまりのない言動が続き、頭を鉄格子に打ち付ける、皮膚を血まみれになるまでかきむしるなどしていた。そのため自傷・他害の虞があると判断され、総合病院精神科へ措置入院。入院前の感冒症状などから自己免疫性脳炎が疑われ、脳波、頭部MRI、髄液検査などから抗NMDA受容体抗体脳炎と判明し、ステロイドパルスなどの免疫療法で精神症状は軽快。自宅退院。



40代男性
Iさん

精神の問題か身体の問題かの鑑別



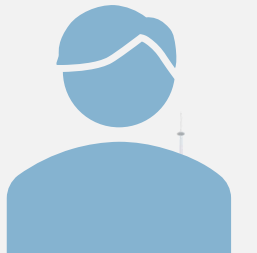
20代女性
Jさん

精神障害：重度知的障害・てんかん

病歴：元来施設入所中。てんかんに対してかかりつけ小児科より抗けいれん薬の処方あり。週末に自宅に帰宅するたびに「けいれん発作」を起こしていた。ある時に「けいれん発作」が1時間以上持続し、精神科のある総合病院へ救急搬送、入院。入院後は徘徊や所在不明になることがあり、精神科転科、精神病床へ医療保護入院。病棟では「けいれん発作」は生じていなかった。自宅への試験外泊を計画していたところ、「けいれん発作」が出現し、てんかんとしては非典型的で、けいれん中の脳波では異常を認めず、心因性非てんかん発作（PNES）の診断。環境調整で軽快。

精神障害：重度知的障害・てんかん・意識障害

病歴：元来施設入所中。てんかんについては囑託医より抗けいれん薬の処方あり。意識障害についてPNESを疑われ、総合病院精神科閉鎖病棟へ医療保護入院。高アンモニア血症あり、抗けいれん薬が多剤の処方となっていたため処方整理を行うも改善せず。アンモニア代謝の異常を疑い検査したところカルニチン欠乏症の診断。カルニチンを補充すると意識障害は改善。知能検査では軽度知的障害の水準であったことが判明し、グループホームへ退院。



30代男性
Kさん



身体疾患に伴う精神症状



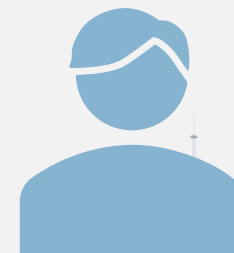
50代女性
Lさん

精神障害：うつ状態、身体合併症：関節リウマチ

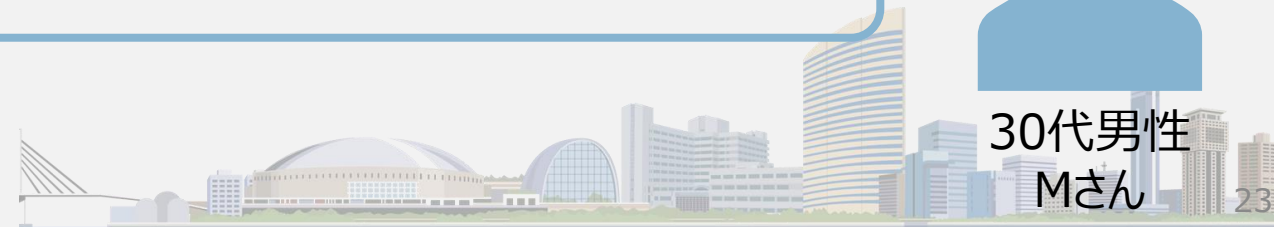
病歴：20代後半で関節リウマチの診断。ステロイド及び生物学的製剤で治療されていたが、次第に抑うつ気分が強まり、自宅で縊頸未遂を繰り返すようになった。食事摂取もままならず、総合病院内科受診時に院内のコンサルテーションで精神科入院打診となり、閉鎖病棟医療保護入院。ステロイドの減量と気分安定薬の投与で抑うつ気分は改善し、自宅退院。以降、総合病院内科と同院精神科の外来で加療継続。

精神障害：うつ病、身体合併症：HIV感染症

病歴：10代後半でHIVに感染。次第に抑うつ気分を呈し、精神科クリニック通院開始。今回は線路に飛び込もうとしていたところを保護され、自傷の虞で措置入院該当となった。HIVのコントロールは良好であったが、精神科病院からはHIVの加療ができないとされ、総合病院精神科閉鎖病棟での措置入院。



30代男性
Mさん



総合病院においてリエゾン精神医学が担っている機能

1. 一般医療と連携した精神医療

- ① 身体疾患患者の精神心理的合併症・課題のマネジメント
 - ・ せん妄
 - ・ 身体疾患に併存するうつ病、その他の精神症状
 - ・ 身体疾患に影響する心理的要因（心身症を含む）
 - ・ 意思決定支援に関するコンサルテーション
- ② 精神疾患患者の身体合併症治療
 - ・ 精神疾患患者の一般身体疾患の罹患
 - ・ 事象、自殺企図などによる身体症状・身体疾患
 - ・ 精神科治療薬の副作用
 - ・ その他
- ③ 重点領域
 - ・ 救急医療
 - ・ 一般救急医療における精神科医の関与
 - ・ 精神科救急
 - ・ 自殺対策
 - ・ 周産期医療
 - ・ 緩和医療（がん、心不全など）
 - ・ 高齢者（認知症を含む）医療
 - ・ 臓器不全・移植医療
- ④ 一般医療と精神医療との連携が拡大している分野
 - ・ 臨床倫理コンサルテーション
 - ・ 災害医療
 - ・ 地域リエゾン医療
 - ・ 小児医療

- ⑤ 他の診療科との連携が不可欠な精神科専門医療
 - ・ 電気けいれん療法を含むニューロモデュレーション
 - ・ クロザピン治療
 - ・ 摂食障害診療
 - ・ アルコール・依存症診療
 - ・ てんかん診療
 - ・ 高度の鑑別診断・治療が求められる精神科医療

2. 一般精神医療への総合病院精神科の関与

3. 病院機能への関与

- ① 職員のメンタルヘルス
 - ・ 法令に基づく活動
 - ・ 法令外の組織開発に関わる活動
- ② 医療安全
- ③ 医療経済

4. 医学教育、メディカルスタッフ教育

- ① 卒然教育（臨床実習）
- ② 初期研修
- ③ 精神科後期研修
- ④ 生涯教育
- ⑤ メディカルスタッフ教育

総合病院においてリエゾン精神医学が担っている機能

1. 一般医療と連携した精神医療

① 身体疾患患者の精神心理的合併症・課題のマネジメント

- ・ せん妄
- ・ 身体疾患に併存するうつ病、その他の精神症状
- ・ 身体疾患に影響する心理的要因（心身症を含む）
- ・ 意思決定支援に関するコンサルテーション

② 精神疾患患者の身体合併症治療

- ・ 精神疾患患者の一般身体疾患の罹患
- ・ 事象、自傷
- ・ 精神科治療
- ・ その他

③ 重点領域

- ・ 救急医療
 - ・ 一般
 - ・ 精神科救急
 - ・ 自殺対策
 - ・ 周産期医療
 - ・ 緩和医療（がん、心不全など）
 - ・ 高齢者（認知症を含む）医療
 - ・ 臓器不全・移植医療
- ### ④ 一般医療と精神医療との連携が拡大している分野
- ・ 臨床倫理コンサルテーション
 - ・ 災害医療
 - ・ 地域リエゾン医療
 - ・ 小児医療

⑤ 他の診療科との連携が不可欠な精神科専門医療

- ・ 電気けいれん療法を含むニューロモデュレーション
- ・ クロザピン治療
- ・ 摂食障害診療
- ・ アルコール・依存症診療
- ・ てんかん診療
- ・ 高度の鑑別診断・治療が求められる精神科医療

2. 一般精神医療への総合病院精神科の関与

コンサルテーション・リエゾン精神医学に基づく
精神科臨床（精神科リエゾンチームなど）が充実すると
一般病棟で精神身体合併症を診る幅が広がる

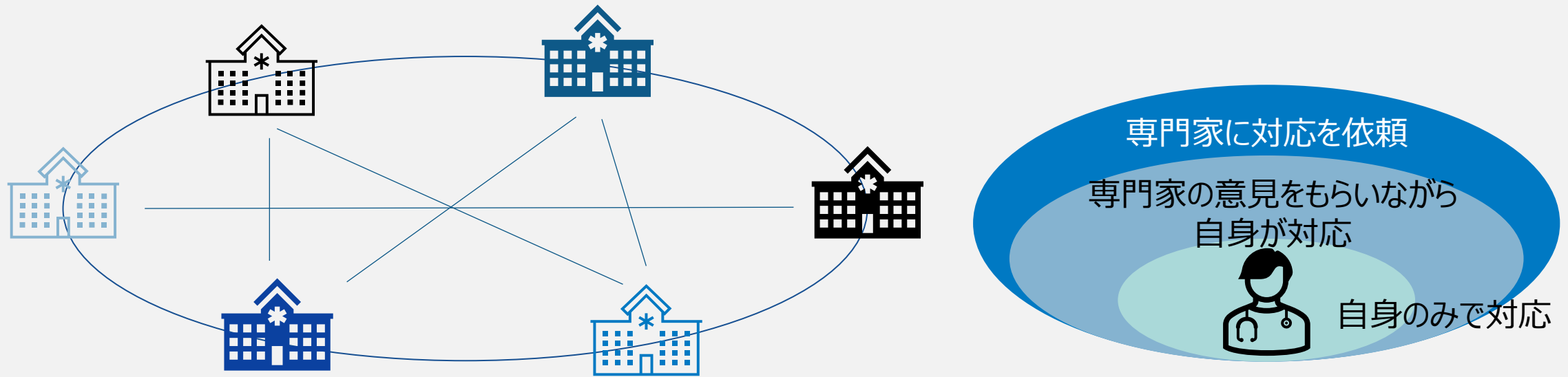
4. 医学教育、メディカルスタッフ教育

- ① 卒然教育（臨床実習）
- ② 初期研修
- ③ 精神科後期研修
- ④ 生涯教育
- ⑤ メディカルスタッフ教育

現在地

1. 総合病院精神科が担う役割と
公的精神科が担う役割
2. 精神身体合併症の考え方
3. 外来での精神身体合併症の考え方
4. 専門性の高い看護師の活躍・活用可能性

外来での精神身体合併症の考え方



- 精神科クリニックであれ精神科病院であれ、検査設備や専門性の観点などから基本的には地域の医療機関で連携する必要がある
- どの範囲の身体疾患まで精神科医がフォローするか（できるか）については、医師ごとに異なる…その則・範疇を知ること
- 全人的医療を考慮すると、心身両面における旗艦となる医師が必要
- これらの観点から、総合病院精神科での精神科研修は有用である可能性

現在地

1. 総合病院精神科が担う役割と
公的精神科が担う役割
2. 精神身体合併症の考え方
3. 外来での精神身体合併症の考え方
4. 専門性の高い看護師の活躍・活用可能性

専門性の高い看護師の精神科領域での活躍・活用

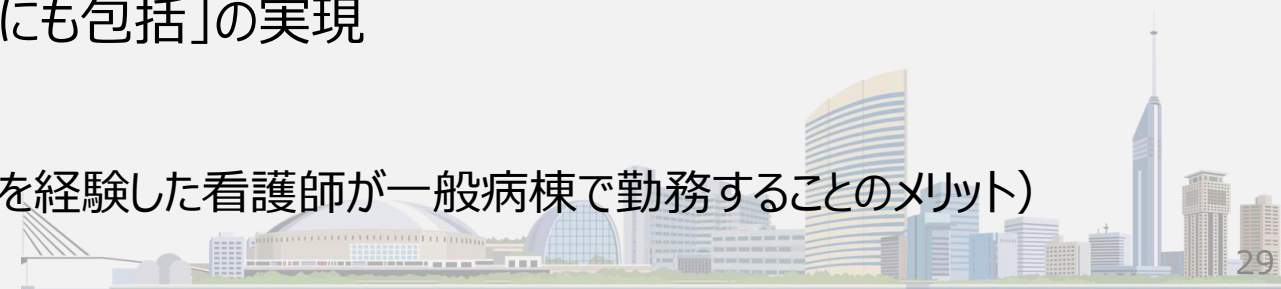
精神科病院において

- 身体面の専門性の高い看護師の活躍・活用の可能性
 - ・ 看護診断
 - ・ 専門性の高い手技や輸液などの調整により、精神身体合併症管理の可能性

総合病院精神科において

- 精神科看護の専門性の高い看護師の活躍・活用の可能性
 - ・ 一般病棟での精神身体合併症診療の診療可能性の拡大
 - ・ 一般病棟において看護レベルでの「にも包括」の実現

(精神病床で精神科看護と身体看護の両面を経験した看護師が一般病棟で勤務することのメリット)



本日の内容

1. 総合病院精神科が担う役割と
公的精神科が担う役割
2. 精神身体合併症の考え方
3. 外来での精神身体合併症の考え方
4. 専門性の高い看護師の活躍・活用可能性