

(資料2)

平成23年12月21日(水)

官民が協働して自殺対策を一層推進するための特命チーム(第2回)

「一般医, かかりつけ医」と「精神科医」 との連携に関して

社)日本精神神経科診療所協会副会長
渡辺 洋一郎

自殺予防とプライマリ・ケア

WHO による自殺予防の手引き(2000)

- 自殺した人の40~60%は、自殺する以前の1ヶ月間に医師のもとを受診していたことを研究の結果が示している。
- その多くは、精神科医ではなく、一般医のもとを受診している。
- 自殺した人の大多数が精神保健の専門家に受診せずに、最後の行動に及んでいる。



したがって、プライマリケアの場において精神障害を早期に診断し、専門医に紹介し、適切な治療を実施することは、自殺予防の重要な第一歩となる。

2

一般医・精神科医連携における 自殺防止のポイント

1. 精神的変調をきたしているにもかかわらず未受診の市民に医療機関を受診してもらうこと
2. 一般医・かかりつけ医を受診した患者の中でうつ病を始めとする精神障害の者を見落とさないこと
3. 一般医・かかりつけ医を受診した患者の中で自殺念慮のある者, あるいは自殺企図などにより救急医療を受診した者などを精神科医療機関につなぐこと
4. 精神科医療機関を受診した自殺念慮の強い患者に対して適切な精神科医療を提供できること

3

一般医におけるうつ病診療の課題

- 診断が困難
 - ・正常範囲の抑うつ反応かうつ病かの鑑別は難しい
- 治療導入が難しい
 - ・病態が理解しにくい → 精神科医療の必要性が分かりにくい
 - ・精神科医療への不安が強い
- 簡単に治るとは言えない
 - ・治療困難例も少なくない, 自殺の危険を伴う
 - ・「休養」が有効であるが休養が取りにくい社会状況



一般医におけるうつ病診療は困難で危険を伴う



精神科専門医との密接な「相談・連携システム」の構築が不可欠

4

一般医・精神科医連携 精神科医療側の課題

◆自殺予防, 連携医療として適切な精神科医療を提供できる仕組みになっているか？

【保健診療報酬上の評価】

1. 時間をかけての診療が困難
・通院精神療法 30分未満330点 30分以上400点
2. きめ細かな対応が困難
 - 1) 通院精神療法算定は週1回のみ
 - 2) 家族への対応は評価なし
 - 3) 会社, 学校関係者などへの対応も評価なし
3. チーム医療的関わりが困難
・心理士, 精神保健福祉士の関与への評価は実質なし
→ パラメディカルスタッフの雇用が困難

自殺リスクの高い患者への対応を考えると
現在の保健診療報酬体系では十分な精神科医療を提供しがたい

5

一般医・精神科医連携を構築する課題

1. 未受診者の医療機関受診を促す
うつ病などの正しい知識の普及啓発
2. 一般医の精神医学的知識の向上
かかりつけ医うつ病対応力研修などのさらなる充実
3. 地域における一般医と精神科医とのネットワークづくり
群市区医師会レベルでのネットワークづくり
4. 精神科受診への抵抗の軽減
正しい精神科医療の啓発活動
5. 適切な精神科医療の提供
精神科受診者の自殺を防ぐための医療環境整備

6