

令和7年度 大阪府中河内精神医療懇話会 議事概要

日時： 令和7年12月10日（水）午後2時から午後4時

開催場所： 東大阪市中保健センター 講堂

出席委員： 10名

山本会長、弓崎委員、西村委員、野口委員、岸本委員、東委員、辻本委員、佐藤委員、松本委員、高山理事（代理）

■議題1 中河内二次医療圏における精神医療の現状及び地域の課題について

資料に基づき、東大阪市保健所から説明。

【資料1】中河内二次医療圏の精神医療の現状について

意見なし

■議題2 中河内二次医療圏における高齢者のメンタルヘルスについて

資料に基づき、東大阪市保健所・大阪府地域保健課から説明。

【資料2-1】既遂者の状況と今後の取組について

【資料2-2】高齢者のメンタルヘルスにおける病病・病診連携について

（主な意見）

○連携調整する職種が不在の診療所では病院との連携が困難な場合がある。診療情報提供書のやり取りのみになってしまっている。

孤立している認知症患者を把握した際は、認知症サポート医や地域包括支援センターを介して、内科の医師につなげたりしている。

○歯科症状から精神疾患が疑われるときは、かかりつけの病院と連携をとったりしている。認知症患者のオーラルフレイルが問題になっている。アルツハイマー型の人は嚥下機能は落ちないので食事摂取はできる。認知症患者は口腔ケアをしっかりとすることで口腔機能を維持することが重要。個人個人の歯科で取り組んでいるが、病院との連携システムがないことが課題である。

○薬局としては、直接的な医療機関連携はないが、橋渡しの役割になればと思う。薬剤の適正利用の推奨などが必要だが、積極的な連携の働きかけが困難なのは課題である。

○救急医療にかかる患者も身体疾患に精神疾患を合併していることが多い。

退院後の地域のフォローに感謝している。SW同士の顔の見える関係づくりが大切である。

高齢者の自殺既遂者数は増えている。複雑な家庭環境が影響していることが多い。

認知症を精神分野だけでフォローするのはキャパオーバーではないかと思う。将来的には一般の病院でも専門的な治療ができるようになる必要がある。

○地域連携室（看護師、PSW等）が地域定着の支援をしているが、マンパワー不足で要望に応えられないことも多い。

法人としては認知症初期集中支援チームへの参画、地域包括支援センターの運営もしており、

多方面から高齢者支援をしていきたい。

○訪問看護ステーションが増加しており、質が様々であることは課題である。

病名が特定されない身体の慢性不調を訴える高齢者が多い。慢性疼痛の患者の話の聞くと、虐待等のPTSDを抱えている人も多い。痛みを自分への罰と捉えている。慢性疼痛のガイドラインに沿って、認知行動療法を活用したりしている。

64歳までは障がい福祉サービスを利用でき、手厚い支援があるが、介護保険はその支援が薄くなる。通院の同伴がない等の問題が多い。介護保険では通院介助はできても、院内の介助ができない。院内介助は、ケアマネジャーが補っていることが多く、ケアマネジャーの負担が増大している。本来、院内介助を利用する場合は自己負担が発生するため、負担できない人の受診控えにつながる等、制度上の問題がある。

○高齢者自身が気になる症状に対しては薬を多く飲んでしまう等、処方を守るのが難しい高齢者もいる。

認知症による症状か精神疾患かわからない場合等に、地域包括支援センターから認知症初期集中支援チームに同行訪問を依頼したりしている。

精神科病院と外来調整するが、内科疾患が落ち着いてから受診して欲しいと言われる。一般医療機関の受診調整中に、精神症状が重度になってしまう人も多い。

中度から重度の認知症であっても、身体疾患がないことから、かかりつけ医がなく紹介状を書いてもらえず、精神科につなげない高齢者もいる。

また、何らかの障がいがあるが、全く支援を受けていない子（成人）と暮らしている親（高齢者）の支援に入ることがある。親子が共依存状態で子の支援が進まない和高齢者の支援も進まないので多職種連携が必要。

○東大阪市多職種連携研修会全体会では年々医療介護の連携が進んでいることを確認できる。高齢者の受診同行はサービスが利用しにくく、家族への負担が大きいのが課題である。

支援を求めることができない家族へのアプローチが最後に残る問題である。

○高齢になると、幅広い背景因子がある。

高齢者の自殺率は高いので、他の年齢層よりも手厚い対策が必要。

八尾市ではつなげる支援室を配備し、複合問題を抱える人の支援をしている様々分野に対応できるようゲートキーパーの養成にも力を入れている。

在宅医療を提供している開業医の役割も大きい。医師会と相談し、サポート体制構築を進めていきたい。

○精神科病院では合併症の対応力が弱い。

内科、皮膚科は非常勤医師で対応する等の対策は行っているが、内科疾患があると躊躇してしまう。以前は、誤嚥や転倒、患者同士のトラブル等から医療事故が起こっていたが、令和に入ってから合併症によるものが増えてきている。

近隣病院と連携し、職員向けに感染症や褥瘡の講習会を開催したりしている。

今後合併症の対応についてレベルアップしたいところである。

○在宅医療システム構築の検討の中で、急変時の身体疾患対応を主として考えるが、本日の意見交換で精神症状が進んだ場合の対応を考えるニーズも大きいことが明らかになった。

大阪府でも精神医療分野から在宅医療分野に、この議論も入れていただくよう意見を出して欲しい。

○一般科医師にも精神医療を理解する姿勢、精神科医師も合併症を理解する姿勢が必要。紙媒体である紹介状による連携も迅速な対応を困難にさせている要因であり、医療DXにより連携も電子化していく必要がある。訪問看護や介護との連携も同様である。予約待ちが長い場合、最近ではオンライン診療を受けて診断書を取得する人もいる。

(質問)

○精神・身体合併症患者の救急病院と精神科病院の連携については成果があがっている報告があるが、今回のテーマに取り上げている高齢者のメンタルヘルスにおける連携の仕組みづくりについて、どのようなものが求められているのか。

(東大阪市の回答)

精神症状が進み精神科につなげようとしたときに、病院においては診療予約がとりにくい現状である。精神科としては内科疾患を否定しないと、精神科での診療を開始する判断がしにくいという問題もある。

一般科のかかりつけ医が患者の認知症や精神障がい気付いたときに、かかりつけ医のみでどこまで対応するのか、精神科にいつ頃つなげるのか等、どういう基準があれば連携しやすいかの検討が必要である。

以上。