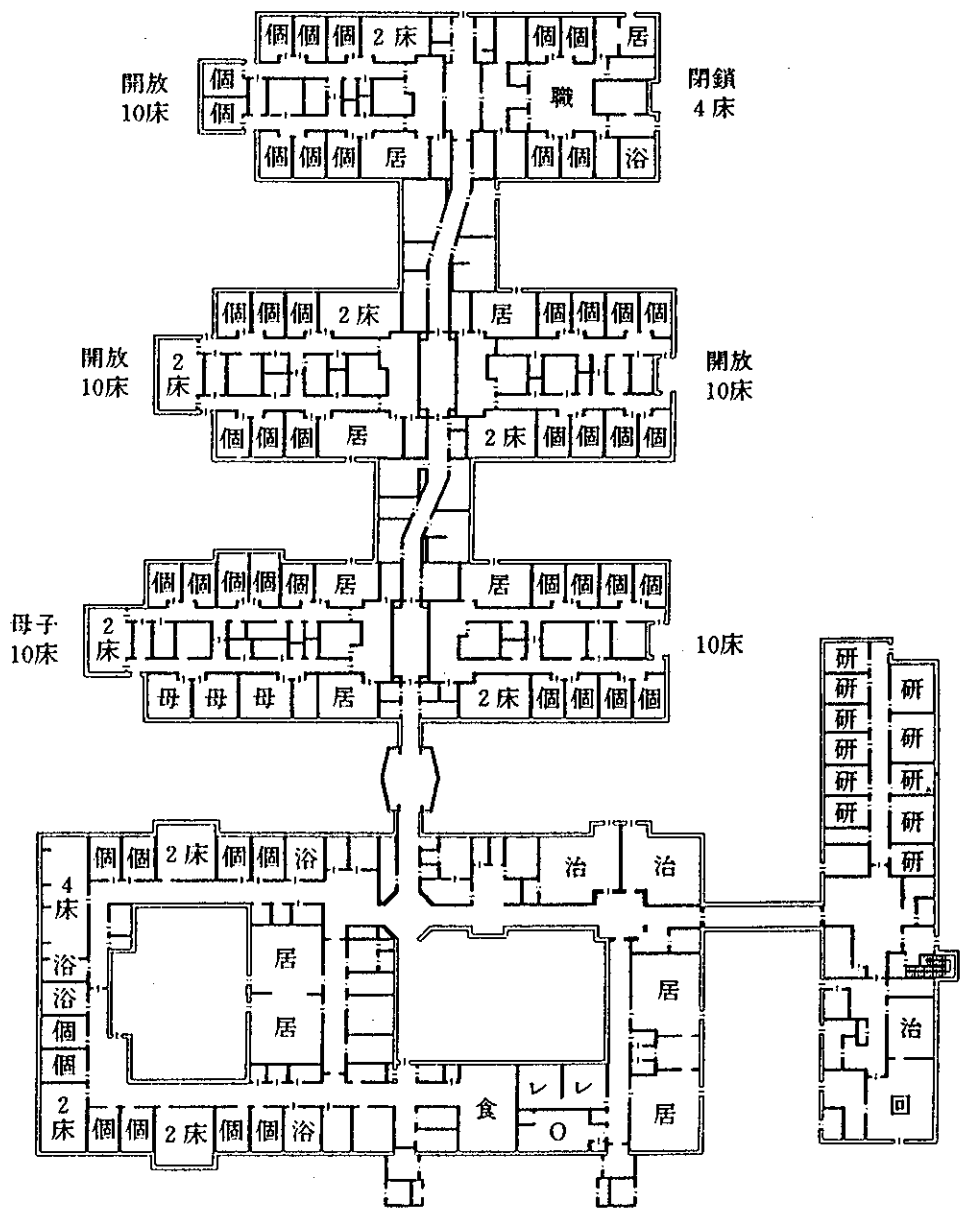


急性期病棟群 計54床



- 個—個室
- 居—居間
- 2床—2床室
- 4床—4床室
- 職—職員室
- 研—研究室
- 浴—浴室
- 母—母子室
- 食—食堂
- OT室
- レ—レクリエーション室
- 治—治療室
- 回—回復室

痴呆アセスメント病棟 20床

アブレット精神科ユニット (イギリス・リール)

**Ⅱ．分担研究報告書**  
**B．他科連携，大都市精神医療**  
**及び公的病院機能に関する研究**

**B－1．精神医療と他科医療の連携に関する研究**

1部	他科との連携：アトピー性皮膚炎患者を例にとり	87
2部	リエゾン活動の仕事量の検討	94
3部	一般医療と精神科医療の連携に関する調査	97
4部	総合病院における精神障害者の 身体合併症対応に関する研究	113

**黒澤 尚**

(日本医科大学精神医学教室 教授)

1998年度 障害保健福祉総合研究事業 精神医療の機能分化に関する研究  
「精神医療と他科医療の連携に関する研究」

分担研究者 黒澤 尚 (日本医科大学精神医学教室)

研究協力者 岸 泰宏 (日本医科大学精神医学教室)  
黒木宣夫 (東邦大学佐倉病院精神科)  
小堀俊一 (東京労災病院精神科)  
金子晃一 (新潟県立小出病院精神科)  
佐藤茂樹 (成田赤十字病院精神科)  
山根巨州 (島根県立中央病院精神科)  
東谷慶昭 (山形県立病院)  
青木孝之 (海老名総合病院)  
佐々木高伸 (広島市民病院精神科)  
田中耕司 (九州厚生年金病院)  
服部怜美 (日本医科大学皮膚科)  
築島健 (北海道大学精神医学教室)  
稲月原 (新潟大学精神医学教室)  
中島節夫 (北里大学東病院)

本年度は四つの独立した研究を行ったので、個々に報告する。

1部 他科との連携：アトピー性皮膚炎患者を例にとり

研究要旨

皮膚科と精神科でどのような連携が可能であるかを模索するために、皮膚科、とくにアトピー性皮膚炎の患者の精神、心理学的な評価を行い、連携法を検討した。その結果、精神科と皮膚科との連携では「皮膚科医に対する精神医学の卒後研修」という精神医学教育という面での連携の重要性が示唆された。

はじめに

これまで精神科以外の科（今後他科とす）に入院している患者に種々の精神症状が認められていることは知られている。たとえば、  
・いわゆる総合病院に入院中の患者

の精神症状せん妄の発生率は10-30%、65歳以上では40%である。

・救命救急センターに収容された患者の約10%は自殺企図者である。  
・急性心筋梗塞急性期の患者の約6

0%には何らかの精神症状が認められる。

・内科系に入院中の患者の21%が抑うつ状態である。

しかし、皮膚科患者に見られる精神症状の発生率についての報告は少ない。そこで、この研究では皮膚科、とくにアトピー性皮膚炎の患者の精神、心理学的な評価を行い、皮膚科と精神科でどのような連携が可能であるかを模索した。

### 1. 対象

平成10年5月7日から同年11月5日までの調査期間中、日本医科大学千葉北総病院皮膚科外来を受診し、インフォームド・コンセントの得られた18歳以上のアトピー性皮膚炎患者を対象とした。

対象者は21症例(男性9症例・女性12症例)、平均年齢は26.5歳(S.D. 5.86/18歳~40歳)であった。

### 2. 方法

日本医科大学倫理委員会承認後、インフォームド・コンセントの得られた21症例に対して皮膚科医が診察、アトピー性皮膚炎重症度判定を行った後、アトピー性皮膚炎罹病期間、症例の背景を調査し、準構造化面接による精神科診断・精神症状評価・ロールシャッハ・テストを併せて行った。

アトピー性皮膚炎重症度基準は日本皮膚科学会ならびに厚生省心

身研究班基準を使用した。

準構造化面接は、精神科診断である The Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care : SDDS-PC を、精神症状評価尺度にはうつ状態評価として Hamilton's Rating Scale for Depression : HRS-D と自己記入式の質問紙 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D、不安状態評価として自己記入式 State-Trait Anxiety Inventory : STAI-I, STAI-II を使用した。

### 3. 結果

#### 1) 症例の全体的特徴

調査対象者21症例のうち、男性は9症例、女性は12症例であった。平均年齢は26.5歳(18~40歳)であり、20代の症例が過半数を占めた。平均罹病期間は17.9年(0.3~40年)であった。アトピー性皮膚炎の重症度基準によると、軽症7症例、中等症6症例、重症7症例、最重症1症例であった。

#### 2) 精神科診断

準構造化面接(SDDS-PC)では軽症うつ病性障害に1症例、うつ病性障害に2症例、軽症全般性不安障害に4症例、全般性不安障害に7症例が該当した。重複症例もあり、全体では21症例中7症例が精神科疾患に罹患していた。この7症例のうち、2症例は精神科に併診していた。

### 3) 精神症状評価尺度

#### ア) Hamilton's Rating Scale for Depression : HRSD

HRSD の平均値は 8.6、標準偏差は 28.9 であった。単純に平均値からみると、全体に症例は軽症程度の抑うつを示している。

準構造化面接より、「うつ病性障害」と診断された 2 症例及び「軽症うつ病性障害」と診断された 1 症例は、HRSD においては、中程度 (11~19 点) の抑うつと判定を得た。準構造化面接において、うつ病性障害と診断されなかった症例においても、HRSD 抑うつ尺度においては、「抑うつ状態」判定される症例は多く、21 症例中 14 症例が抑うつ状態にあることが判明した。うつ病の重症度が重篤 (30 点以上) は 0 症例、重症 (20~29 点) は 1 症例、中等症 (11~19 点) は 6 症例、軽症 (5~10 点) は 7 症例、(0~4 点) は 7 症例であった。

#### イ) Center for Epidemiologic Studies Depression Scale : CES-D

CES-D の平均値は 13.7、標準偏差は 82.4 であった。

うつ病該当者 (16 点以上) は 7 症例、該当しなかった者 (0~15 点) は 14 症例であった。準構造化面接により、「うつ病性障害」と診断された 2 症例及び「軽症うつ病性障害」と診断された 1 症例は、いずれも CES-D の cut-off point (16 点) 以

上を示したが、準構造化面接においてうつ病性障害と診断されなかった症例でも 4 症例は cut-off point 以上であった。

#### ウ) State-Trait Anxiety Inventory : STAI-I, STAI-II STAI-I (状態不安)

STAI-I の平均点は、45.0、標準偏差は 62.4 であった。単純に平均点からみると、全体的に症例の状態不安は高いことを示している。

準構造化面接により、全般性不安障害と診断された 7 症例については、すべて状態不安が“非常に高い段階”あるいは“高い段階”と判定された。準構造化面接において不安障害と診断されなかった症例においても状態不安が“非常に高い段階”が 3 症例、“高い段階” 3 症例に認められた。全体的にみて、21 症例中 13 症例は状態不安が“高い”と判定された。

全体の症例では、状態不安が“非常に高い段階”が 6 症例、“高い段階”が 7 症例、“普通の段階”が 8 症例、“低い段階”が 0 症例、“非常に低い段階”が 0 症例であった。

#### STAI-II (特性不安)

STAI-II の平均点は、61.0、標準偏差は 68.8 であった。単純に平均値からみると、全体的に症例の特性不安もまた“非常に高い”といえる。

準構造化面接より、全般性不安障害と診断された 7 症例は、す

べて特性不安が“非常に高い段階”あるいは“高い段階”に分類された。準構造化面接において全般性不安障害と診断されなかった症例においても、特性不安が“非常に高い段階”が3症例、“高い段階”が6症例に認められた。全体的にみると、21症例中16症例は特性不安が“高い不安段階”を示していた。

全体では、特性不安が“非常に高い段階”が10症例、“高い段階”が6症例、普通の段階が7症例、低い段階が0症例、非常に低い段階が0症例であった。

#### エ) 精神疾患合併症例と非合併症例の比較

精神疾患合併症例では STAI-I、STAI-II、CES-D、HRSD 得点がいずれも高かった。

#### オ) 抑うつと不安の関係

うつ病評価尺度 (HRSD または CES-D) と 不安状態評価尺度 (STAI-I または STAI-II) 間に有意に相関が認められた。以下にうつ状態評価尺度、抑うつと不安との関係を記述する。

##### ① うつ状態評価尺度

うつ病患者の重症度を示す尺度 (HRSD) と、うつ状態を示す尺度 (CES-D) の間の 0.74 という高い相関は、これを関与率で見ると、54%となる。このことは、CES-D により、HRSD の 54% が説明可能であることを意味し、CES-D が、うつ状態のレベ

ルを測定する高い基準関連妥当性を持つ尺度であることを示す。

##### ② うつ状態と不安状態との関係

うつ状態のレベルを測定する尺度 CES-D と、状態不安を測定する STAI - I の相関係数は 0.68、また CES-D と特性不安の測定 STAI-II の相関係数は 0.64 であり、いずれも高い相関を示した。このことは、アトピー性皮膚炎患者において、うつ状態と不安状態が相互に関連し合っていることを示す。

#### カ) 症例背景と精神症状評価尺度

過去1～2年間の精神症状、過去1～2年間の人付き合いと精神症状との間に相関がみられた。また、人付き合い時の気分と HRSD, STAI - II の間に相関がみられた。症例背景調査 (アンケート) の結果、アトピー性皮膚炎の患者の精神状態は不安や抑うつを抱かざるを得ないものであり、精神症状評価尺度の結果とも一致している。

#### 4) アトピー性皮膚炎の重症度と精神症状

##### ア) 症例背景の比較

皮膚炎の重症度の違いによる症例背景を比較するために、アトピー性皮膚炎患者を重症度基準により、軽症7症例と中等症7症例・重症以上7症例 (重症6症例・最重症1症例) 3群に分けて検討を行った。年齢、罹病期間、性別 (男性の割合・

女性の割合)に有意差は認められなかった。

イ) 皮膚炎の重症度と症例背景 (アンケート調査) との関係

皮膚炎の重症度と症例背景 (アンケート調査 NO. 9 と NO. 15) と相関係数を記述する。

アトピー性皮膚炎の皮膚症状の重症度が重症であればあるほど、患者自身が過去 1 ~ 2 年間の精神症状が悪く感じている ( $r = 0.45$

$p < .005$ )、かつ、人付き合いが出来ないと感じている ( $r = 0.40$ ,  $p < 0.05$ ) ということが示された。

ウ) 皮膚炎の重症度による精神症状評価尺度の比較

アトピー性皮膚炎の重症度を軽症 7 症例、中等症 7 症例、重症以上 7 症例 (重症 6 症例・最重症 1 症例) の 3 群に分けて精神症状評価尺度を比較した所、STAI-I, STAI-II は一元配置の分散分析において有意な差が見られた。また、CES-D に有意な傾向が見られた。アトピー性皮膚炎が重症症例は、より不安が高いことが示された。

エ) 皮膚炎の重症度と抑うつ・不安との関係

アトピー性皮膚炎の重症度と精神症状評価尺度間の相関を示す

① 皮膚炎の重症度と抑うつ状態

アトピー性皮膚炎重症度と CES-D との相関係数は 0.64 で、有意な一定程度の相関を持つものであった。また、

CES-D の平均値は、軽症 7.7、中等症 15.7、重症以上 17.7 で、軽症は CES-D 日本語版作成 21) における正常者群 8.9 に同じであるが、重症以上のアトピー性皮膚炎患者では、神経症群 22.5 により近いレベルを示した。これは、アトピー性皮膚炎患者において、その症状の程度が悪くなければなるほど、抑うつ状態のレベルが高くなることを示した。

② 皮膚炎の重症度と不安状態

STAI-I 及び STAI-II と重症度の相関係数は、いずれも 0.56 の有意に高い相関を示すものであった。また、STAI-I、STAI-II の平均値は、軽症ではそれぞれ 40.6 及び 47.3、中等症では 44.0 及び 50.0、重症度以上では、50.6 及び 58.6 を示し、いずれも、テスト作成時 22) の正常成人 (924 人) の平均値 (36.6 及び 38.3) よりも高い不安状態にあり、中等症では心身症 (48.4 及び 48.4) に近い不安状態、重症度以上では神経症うつ病 (61.9 及び 58.8) に相当する不安状態のレベルにあることが示された。

アトピー性皮膚炎患者において、その症状の程度が高くなればなるほど、不安状態も高くなり、心身症や神経症などに近いレベルの不安状態を呈しやすくなることを示している。

オ) 皮膚炎の重症度とロールシャッハ・テストとの関係

ロールシャッハ・テストは

テスト反応に投影された被験者の内面を総合的に把握する検査であるが、これを便宜的に各テスト反応毎のスコア（反応率）とアトピー性皮膚炎重症度との関係をみた。軽症症例と比較して重症症例にm反応が多い傾向が認められた（ $p=0.08$ ）他の反応では有意な関連性は認められなかった。

Piotrowski (1957, pp. 206-216) 37) よれば、mは個人が望みながらも達成し得ない、と感じているような欲求不満や緊張などを伴っているとしている。津田 (1963) 38) は、非行少年のうち、安易な現状肯定者や温順同調的な意志薄弱者にmは少なく欠如する例も多く、顕示的・独善的である反面、周囲との不調和から、不満足・緊張感の形成持続されやすい者にmがみられることを報告している。また、浜・房間 39) (1973) は心的葛藤との間に実験的な検討を加えている。さらに、吉川 (1970) は不安の指標としてmの意義を指摘した。

#### 5) 疾患の部位と精神症状

疾患の部位による患者背景を比較するために、顔に疾患がある 15 症例（軽症 3・中等症 5・重症 7・最重症 1 症例）と四肢、躯幹のみ疾患がある 6 症例（軽症 4・中等症 2 症例）を 2 群に分けて比較してみたところ、STAI-II に関して、有意な差（ $p < .01$ ）がみられた。

#### 4. 考察ならびに今後の課題

本研究は、準構造化面接ならびに精神症状評価尺度を用い、アトピー性皮膚炎の精神医学ならびに心理的問題を評価するとともに、皮膚科と精神科との連携を模索した。

考察を進める前に、本研究の制限について述べておく必要がある。まず、本調査期間中（平成 10 年 5 月 6 日～同年 11 月 6 日）に皮膚科外来を受診した症例は、2,445 症例であり、そのうちの 303 症例がアトピー性皮膚炎と診断され、通院となっていた。このうち 21 症例のみしかインフォームド・コンセントがとれず、全体の 7% に相当するのみであった。したがって、本研究の対象者はアトピー性皮膚炎患者の全体を代表しているわけではない。また、皮膚科患者すべてを代表しているわけでもない。

このような制限があるにも関わらず、本研究ではさまざまな興味深い知見を得た。まず、3 割以上の症例が何らかの精神疾患を合併しており、精神疾患を合併していない症例においても抑うつ尺度ならびに状態・特性不安尺度が高得点の症例が多いことが示された。また、全体的にみて、不安尺度ならびに抑うつ尺度は皮膚疾患重症度と相関が認められた。さらに、構造化面接の結果は、軽症症例においても精神科疾患を合併している症例を認めており、単純に、重症度が軽症だからといって精神疾患の合併が少ないことを示して



いるわけではない。実際、他の身体疾患において、精神疾患の合併と身体疾患の重症度の関連性は認められていないことが多い。

ロールシャッハ・テストの結果からでは、アトピー性皮膚炎重症度が高いほど m 反応数が多く、心理的な不安が強いことが示された。この結果は、標準的精神疾患評価尺度とも一致し、特に重症度の高い症例においては不安を軽減するような介入法の検討が必要になるものと思われる。さらに、アトピー性皮膚炎重症度が高い症例は、自覚的にも「精神的不調」や対人関係における悩みを訴えており、心理・社会面でのアプローチの重要性が示される。疾患部位の検討においても、顔面に病変のある症例で、特性不安が強いことが示されているが、このことは対外的な消極性を暗示している可能性がある。

さて、準構造化面接でうつ病性障害と認められた症例は3症例であったが、1症例は閾値下うつ病（軽症うつ病性障害）である。大うつ病（うつ病性障害）の診断が確定した場合には、精神医学的な治療が必要となる。しかし、閾値下うつ病の場合、皮膚科医の心理的サポートが必要となる。さらに、本研究において、うつ病性障害を示さない症例のうち、HRSD で60%以上の症例に抑うつ症状が認められた。つまり、精神科医の介入は必要ではないかもしれないが、皮膚科医による心理・社会的介入の

必要な症例がアトピー性皮膚炎症例の中には非常に多いことを示唆している。また、抑うつ症状をもつ症例は、不安症状をもつことが多く、効果的な心理社会的な介入法を構築していく必要もまた示唆された。

そこで、これらの問題を解決するためには、われわれが従来から主張しているように総合病院精神医学の一つの役割である「他科医師に対する精神医学の卒後研修」が重要な役割を担ってくる。すなわち、皮膚科医が適切な精神・心理学的な知識を持ち、それを適切に治療に役立てれば皮膚科疾患を持つ患者の症状を軽減し、医療費の削減に貢献することが可能となる。したがって、精神科と皮膚科との連携では「皮膚科医に対する精神医学の卒後研修」という精神医学教育という面での連携の重要性が示唆された。

## 5. 結語

アトピー性皮膚炎の患者には精神科医の介入を必要とする患者のみならず、皮膚科医の心理・社会的なサポートを必要としている。そのためには、皮膚科医に対する精神医学の卒後研修が重要な役割を担う。

## 2部：リエゾン活動の仕事量の検討

### 研究要旨

総合病院精神科ではリエゾン活動は通常業務の一部となっている。そこで、通常のリエゾン活動における時間軸から見た業務量の算出を行った。初診では1症例あたり平均で約90分かかり、精神科医はリエゾン活動では長時間費やしている姿が浮かび上がってきた。このようなリエゾン活動を充実させるためには精神科医の数の充実が、さらにはこの時間に見合う診療報酬が必要であることが示唆された。

### はじめに

リエゾン精神医学について種々の切り口から論じられている。しかし、リエゾンにかかわる仕事量についての報告はわが国ではほとんど認められない。そこで、リエゾン活動にかかわる精神科医の時間軸からみた仕事量を調査し、それらの結果から、リエゾン活動の適正な医療費の算出根拠ならびに精神科医の適正な人員配置について検討していく必要がある。

### 対象と方法

総合病院精神科ではリエゾン活動は通常業務の一部となっている。そこで、通常のリエゾン活動における時間軸から見た業務量の算出を行った。初診の患者で往診依頼のあった患者に精神科医がどのくらいの時間をかけたかを算出した。具体的には、研究協力者が実際のリエゾン活動に要した時間を調査票(添付)に記入した。それらの調査票を集計した。

### 結果

大学病院7施設、医師17名、大学病院以外のいわゆる総合病院7施設、医師14名からそれぞれ37症例、30症例の計67症例の調査票を回収した。リエゾン活動に関する時間軸からみた業務量を集計した(表1)。1症例あたりの平均は以下のごとくである。

紹介状を読む：9.4分

病棟へ行く：4.0分

スタッフ、医師からの情報収集：11.6分

診察：22.7分

診療録への記載：14.7分

家族への説明：11.9分

スタッフ、医師への情報提供：11.4分

病棟からの帰り：3.8分

合計：86.8分

結果ら1症例あたり約90分の診療時間を費やしていることが判明した。また、精神科診断名は施設ごとに種々の診断基準を使用しておりまとめられないが、せん妄22例、うつ病8例、精神分裂病4例、精神医学的評

価4例などが多かった。基礎にある身体疾患は種々であり、やや施設により偏りが見られた。

#### 考察

表1に示したように、初診では1症例あたり平均で約90分かかり、精神科医はリエゾン活動では長時間費やしている姿が浮かび上がってきた。このようなリエゾン活動を充実させるためには精神科医の数の充実が、さらにはこの時間に見合う診療報酬が必要であることが示唆された。今後、初診のみならず再診時間を含め1人の患者の診察開始から終了までの時間数なども検討したい。このようなリエゾン活動に関する時間軸からみた業務量の測定を行い、リエゾン活動の適正な医療費の算出根拠ならびに精神科医の適正な人員配置について検討していく予定である。

表 1 : コンサルテーションにかかる時間 (分) (N=67)

	平均時間 (SD)	中央値(Q3-Q1)	最小値—最高値
紹介状を読む	9.4 (7.9)	5.0 (5.0)	1.0-30.0
病棟へ行く	4.0 (1.7)	5.0 (2.0)	0.0-10.0
スタッフ、医師から情報収集	11.6 (5.8)	10.0 (8.0)	0.0-30.0
診察	22.7 (14.7)	20.0 (20.0)	3.0-75.0
診療録に記載	14.7 (8.8)	13.0 (10.0)	3.0-40.0
家族への説明	11.9 (12.2)	10.0 (10.0)	0.0-60.0
スタッフ、医師への情報提供	11.4 (10.5)	10.0 (5.0)	2.0-60.0
病棟からの帰り	3.8 (1.6)	5.0 (2.0)	1.0-10.0
トータル時間	86.8 (40.1)	85.0 (48.0)	26.0-225.0

### 3部：一般医療と精神科医療の連携に関する調査

#### 研究要旨

総合病院精神科、ならびに総合病院のない医療圏に設置してある一般病院身体科における精神症状を有する患者の実態を調査し、一般医療と精神医療がどのように連携すべきかについて検討、以下のような結果を得た。

患者動態の特徴：外来患者の中で精神的に不安定と身体科が判断した事例は、身体疾患は骨折が圧倒的に多く、その精神的問題の内容は精神病状態、不安状態、依存に関する問題、譫妄であった。入院患者の中で精神的に不安定と判断された事例は全体（1753）の3.9%（68）。不安定な患者の記載は36例、男性例は痴呆、脳器質精神障害に起因するものが多く、女性例では、骨折患者の不眠、不穏、徘徊などの痴呆、うつ状態、自殺企図、術後の退行などであった。精神症状で過去に苦慮した事例の特徴：精神科救急対応の患者を一般病院で対応し、次の段階で精神医療に乗せるのが困難な患者、重篤な身体合併症患者を有する患者であった。一般病院精神科と精神病床の機能分化：精神病床の機能分化に関しては地域連携の中で考えていくべきであり、一般病院精神科の機能形態とともに今後の課題である。今後の進むべき道：最低限、高次機能を有する一般病院には精神病棟を設置し、地域連携の中で身体合併症、精神科救急医療に関する精神医療システムを構築すべきという結論に至った。

#### A. 研究目的

二次医療圏数は全国に342あるが、その中で総合病院精神科が配置されていない二次医療圏数は128（37%）であり、精神病棟を有する総合病院が配置されている二次医療圏数は149（44%）、精神科外来のみを有する総合病院が配置されている二次医療圏数は65（19%）であり、必ずしも全ての二次医療圏に総合病院精神科が適正に配置されているわけではない。我々は今回、総合病院精神科が配置されていない二次医療圏128に設置されている一般病院271に対して、一般医療における精神科医療の関わりを明確化する目的でアンケート調査を実施した。（表1-1、表1-2）

#### B. 研究方法

調査対象は総合病院精神科が配置されていない一般病院271（そのうち救急病院120）の病院長に対してアンケート調査を実施した。調査内容・項目は、施設概要、平成10年11月15日の外来患者、入院患者の患者動態、調査日1日間の外来患者の中で精神的に不安定な患者、身体合併症患者の事例とその対応、調査日1日間の入院患者の中で精神的に不安定な患者、身体合併症患者の事例とその対応、調査日に関わらず過去に患者の精神面で苦慮した事例、施設周囲にある精神病院の有無、周囲に精神病院がない場合の一般医療における精神医療の現状と今後の対応、高次機能病

院における精神医療と精神病床の機能分化である。平成10年10月下旬に発送し、12月上旬までに返送して頂いた。(表2)

### C. 調査結果

- 1) **回収率**：回収数は64であり、回収率は23.6%である。
- 2) **調査施設の概要**：1施設平均の病床数は146.3、救急医療施設は40施設(62.5%)であり、2次救急医療以上の救急医療を担っている病院は約半分を占めた。医療スタッフは常勤医が1施設平均10名、看護基準は3:1看護以下が59.4%を占めた。救命センター設置施設は1施設にすぎなかった。

### 3) 平成10年11月15日(1日間)の患者動態

- a) 外来患者：1施設の外来患者数は183.9人、初診患者数は20.3人、新入院患者数は4.8人、時間外救急外来患者数は6.2人、時間外救急入院患者数は1.2人であった。

#### (1) 他科が判断した精神的不安定事例(表3, 4, 5)

記載事例は14例で50歳以上が10例、身体疾患は骨折、捻挫等の整形外科疾患が6例、次に消化器疾患、循環器疾患と続き、アルコール依存などのもとの精神疾患と身体疾患が合併した患者が2例であった。

- (2) **精神的問題の内容**：不安、無動、拒否、幻聴などの精神病を疑わせる状態が3例、パニック、不安、うつ等の神経症を疑わせる状態は3例、アルコール依存に関わる問題が2例、その他はソセゴン依存、自殺企図、洗浄処置

で強迫的に頻回受診する患者、老人痴呆の譫妄などであった。

- b) 入院患者：1施設の入院患者数は122.2人で、入院患者の中で精神的不安定と他科医から判断された患者は17施設に入院している患者総数1753のうち68人で3.9%を占めた。

#### (1) 他科医が判断した精神的不安定な入院患者事例(表6, 7)

記載事例は36例で男12例、女24例であった。

男性例では身体疾患で多くみられたのは肺炎、房室ブロック、吐血、下血で4例、その精神症状は昼夜逆転、奇声、大声、譫妄で術後や痴呆によるものと考えられた。次に胆嚢炎、急性肝炎の男性例で裸になったり譫妄がみられた。脳挫傷の譫妄、脳卒中のうつ、気分変動や慢性腎不全患者の透析拒否が問題となっていた。

女性例では骨折患者の不穏、独語、不眠、痴呆が最も多く6例、やはり骨折患者で無気力、抑うつ、訓練不能、慢性疼痛などの精神症状を呈した状態が3例、喘息、パーキンソンでうつ症状、肝硬変、貧血、癌で痴呆症状、精神分裂病患者が骨折(自殺企図)で入院、うつ病で通院中の患者が急性薬物中毒(自殺企図)で入院、術後四肢麻痺を呈した患者が周囲に依存し不眠が出現、腎不全患者の透析治療中に不穏などさまざまな身体疾患と精神症状の対応に苦慮していた。

#### 4) 過去に精神面の対応で苦慮した事例(表8)

調査日に限らず過去の事例で精神

面の対応に苦慮した事例を記載して頂いた。記載された52例を精神科の立場から1. 精神科救急、2. リエゾン、3. 自殺企図、3. 痴呆、4. 精神分裂病、5. アルコール中毒、6. 脳梗塞に分類した。以下に苦慮した内容について述べる。

- a) 精神科救急：精神科救急に関しては精神科で救急対応をしないために一般医療で対応しなければならず、緊急に一般病床へ入院させたものの、その後に精神科へ相談しても協力的でなく対応が悪かった。重篤な内科疾患があれば精神症状が重症であっても精神病院へ転院させられない。緊急に身体疾患で入院したが突然、暴れだし苦慮した。
- b) リエゾン：ヒステリー性麻痺でMSとの鑑別が困難であった事例、外傷後に補償との関連があり身体愁訴を強く訴える事例。リハセンターでは脊髄損傷後の麻痺、あるいは身体の部分的切断等に対する障害への受容を行わなければならないが、精神病院では、そのような役割を担うのは不可能である。うつ症状のため精神病院を紹介したが、すぐに退院し救急外来へ受診を繰り返している。
- c) 自殺企図：交通事故で入院したものの夜間に飛び降り骨折した事例。精神分裂病の患者が自殺企図で入院したが、意識覚醒後に大暴れし、結局遠方の精神病院へ転院させた。夫婦生活が苦痛で自殺企図で入院してきたが、精神病院へ転院したものの

解決できず一般病院へ再度来院した事例。家で飛び降り自殺を図り、当院へは骨折等外傷で入院したが、不安定で精神科へ転院した事例。病気を苦にした自殺が昨年は3例みられた。

- d) 痴呆：夜間徘徊あり、ベッド転落可能性があるためマットレスに寝かせたが、患者の帰宅要求が強いため結局、家族、付き添わせて対応した。一般病棟で管理できず特別養護老人ホーム、精神科へ転院させた。病識が欠如している患者に対して一般病棟内で行動制限することの問題が不明確である。
- e) 精神分裂病：幻聴のある精神分裂病患者が不穏状態を呈したが、強制的に抑制せず訴えを聞いたものの面接に長時間をかけたかなりの労力を要した。暴力、暴言、無断離院のため精神科を受診させた後に転院させた。過去に殺人を犯した精神分裂病患者が癌末期のため入院してきたが、入院中に患者を人質に部屋にたてこもったため、警察に連絡をして対応してもらった。その後、その事例は死亡した。精神分裂病患者の手術の際は術前、術後は家族の付き添いを必要とした。
- f) アルコール中毒：慢性アルコール中毒で幻視、幻聴があった患者を精神病院へ転院させる際に家族が精神病院への入院を拒否した。慢性アル中患者がアンモニア血症で搬入されたが、病態改善とともにコルサコフ症候群出現し精神科に相談して、精神異常

の間のみ転入院させてもらった。

- g) 脳梗塞：脳梗塞で入院したものの大騒ぎとなり、看護婦へ暴力、大声、徘徊が強く、深夜に2階窓より転落した事例。脳梗塞後に不穏、放尿、暴力で管理不能となり精神病院へ転院した事例。脳卒中の患者の20%にうつ症状があり、抑うつ剤、家族、スタッフ等の十分な対応が有効である。

#### 5) 不安定な患者、ならびに合併症患者への対応 (表9)

不安定な患者が入院してきた時の対応としては、精神科病院に連絡して相談、精神科紹介、あるいは転院させると答えた施設が37 (57.8%)、何とか医師と看護婦で対応するという回答が32 (50%)であった。

合併症患者への今後の対応としては、総合病院へ急性期の精神病棟を付設して対応すると答えた施設が31.3% (20)、精神病院へ急性期精神病棟を付設が21.9%、次に一般病棟へ数床の精神病床付設が20.3%という結果であり、一般病院、総合病院へ精神病床を付設して対応という見解を持つ施設は51.6%を占めた。

#### 6) 高次機能病院と精神病床の機能分化

##### a) 高次機能病院における精神科の在り方

高次機能を有する一般病院は精神病床を設置するという見解は37.5%の施設にみられた反面、精神病院への入院で良いとする見解も40.6%みられた。その他の意見の中には、身体疾患に伴う痴呆などの精神病患者の増加、一般病床から精神病

院への転床に困難を要する、都会では24時間の救急体制が必要であるが田舎では必要でないところもあり、地域によって検討、精神医療は患者の生活の場に精神病院のベッドが使用されていることが問題、等がみられた。

##### b) 精神病床の機能分化

精神病院が急性期の精神医療を行うべきとの見解は57.8% (37)、一般病院が急性期の精神医療を行うべきと見解は26.6% (17)であり、その他の見解として、一般病院精神科は身体合併症に限るべき、一般病院精神科は経済的に不効率、精神科医に急患の意識がない、精神科医は社会入院を放置している、一般病院に数床の精神病床を付設すべき、国公立総合病院に精神病床増床し、私立精神病院への入院を制限すべき、等の意見がみられた。(表10)

#### D. 要約と考察

今回、我々は総合病院精神科、ならびに総合病院のない医療圏に限定して他科医療と精神医療との連携に関する調査を実施した。旧医療法4条に規定された総合病院のない医療圏にある施設という点、比較的中小規模の病院であり、したがって今回の調査は診療科の比較的少ない一般(身体科)病院における精神医療の必要性に関するということになる。

##### 1. 患者動態の特徴

- a) 外来患者の特徴：救急医療を担っている施設は約半分みられたが、1施設の病床数もまちまちであり療養主体の施設も若干みられたため、初診患者数、外来患者数にかなりのばらつきが



みられた。外来患者の中で他科医が調査日に精神的に不安定、ならびに問題と判断した事例は14例の記載がみられたが中高年に多く、身体疾患としては骨折が圧倒的に多く、その精神的問題の内容は精神病状態、不安状態、依存に関する問題、譫妄であった。

- b) 入院患者の特徴：調査日に入院中の患者で精神的に不安定、ならびに問題があると判断された事例は全体（1753）の3.9%（68）を占めた。この割合は、他の調査研究と比べると非常に少ないものであるが、調査日一日の中で特に精神的に不安定、不穏な患者と判断しても良いであろう。不安定な患者の記載は36例であったが、男性例では昼夜逆転して奇声を発したり、徘徊、譫妄、腎透析拒否など痴呆、脳器質精神障害に起因するものが多くみられた。女性例では、骨折患者の不眠、不穏、徘徊などの痴呆に伴うもの、うつ状態、自殺企図、術後の退行を思わせる依存状態などさまざまであった。
- c) 過去に苦慮した事例の特徴：精神科救急で本来であれば精神科が対応しなければならない患者を一般病院で対応しており、精神科医の救急に関する認識の乏しさ、一般病院でやむを得ず精神科患者を受けても、次の段階で精神医療に乗せるのに非常な労力を使い、重篤な身体疾患を精神病院に紹介するわけにも

いかず、突発的に不穏に陥った場合の対応に苦慮しているとのことであった。また、精神病院に紹介しても一般科の救急外来を受診する患者もおり、精神病院との地域連携、あるいは一般病院精神科の需要の大きさが窺がえた。そして、特に痴呆患者、精神分裂病患者、自殺企図で入院してきた患者の中に一般医療の中で行動制限を加えないと患者自身の治療を管理できないといった切実な問題もあり、患者の人権侵害という意味での行動制限に法的な問題はないのかという指摘もあった。犀潟病院問題を契機として精神病床における患者の拘束、隔離といった人権に関わる問題がクローズアップされているが、一般病床における拘束という人権問題も今後、法的に検討していく必要がある。

## 2. 今後の一般医療と精神医療との連携に関して

- a) 身体合併症医療：一般病院、総合病院へ精神病床を付設して身体合併症患者に対応するとの見解を持つ施設は全体の約52%に及んだが、この割合は我々が過去に総合病院院長に行った調査に比較すると少ないものであった。これは、一般病院といっても形態はさまざまであり、診療科数の少ないものから救命センターを有するものまでみられた。一般病院における精神医療の需要は一般医療が専門化、細分化、高度最先端医療化すれば

するほど、身体科の各診療科との連携の中で精神医療の需要が増加することは論を待たない。しかし、身体科医の立場から身体疾患の種別と程度によっては精神科と密接に連携して共同で治療にあたらねばならない事例もあるはずである。どのような医療機関が身体合併症医療を担わなければならないのか、地域連携の中で検討していく必要がある。(表 11)

b) 一般病院精神科と精神病床の機能分化

高次機能を有する一般病院に精神病床を設置するという見解を持つ施設は、四割近くあった反面、精神病院入院精神医療で良いとする見解を持つ施設も四割みられた。この結果は、今回の調査施設の責任者は、必ずしも精神医療を一般病院が担わなければならないとは考えておらず、あくまでも地域の中での地域連携の中で考えていくべきであろうということを示唆するものである。高次機能病院（旧医療法四条を満たす病院）の責任者の見解とは大幅に異なるものであった。さらに、精神病院における社会的入院に対しての批判、救急に対する精神科医の認識の低さなど、精神科医が責任を負わねばならない問題も指摘された。前回の厚生科学研究で指摘したが、わが国の旧医療法四条に規定された総合病院の精神科は、精神科外来を設置する施設は増加傾向にあるものの、

精神科病棟を設置する施設はほぼみられず、むしろ総合病院精神科病床は削減傾向にある。その背景に総合病院における精神科の経済収支が大きく影響していることは周知の事実である。総合病院精神科の形態がどのような形態が望ましいのか、外来だけで良いのか、数床の精神病床で良いのか、一単位の精神病棟が望ましいのか、あるいは一般病床の中の精神科病床で良いのか、検討が必要であろう。

そして、医師の卒後研修、医療法、それに伴う診療報酬改定の動向をみながら地域連携の中で精神医療の有るべき姿を模索すべきである。そして、最低限、高次機能を有する特定機能病院、ならびに教育病院である臨床研修指定病院には精神病棟設置を必須条件とすべきである。

E. おわりに

今回は、二次医療圏の中で総合病院精神科、ならびに総合病院の設置されていない地域を選んだ。したがって今回の調査からは、一般病院の身体科における精神医療の需要は、各施設によりばらつきがみられたが、最低限、高次機能を有する一般病院には精神病棟を設置し、地域連携の中で身体合併症、精神科救急医療に関する精神医療システムを構築すべきという結論に至った。また同時に今後、精神病床の存在しない二次医療圏に限定して精神医療の在り方を調査研究していく必要がある。

調査施設(一般病院)

救急病院 その他

北海道	3	3	6
福島	0	1	1
群馬	7	4	11
埼玉	4	0	4
山梨	12	5	17
静岡	4	4	8
岡山	2	7	9
広島	8	3	11
山口	4	2	6
香川	3	0	3
高知	5	14	19
福岡	6	12	18
長崎	13	14	27
熊本	17	22	39
大分	5	13	18
宮崎	8	13	21
鹿児島	19	34	53
合計	120	151	271

(表 1 - 1)

調査施設の概要（表1-2）

施設概要	合計	1施設or%	回答数
1.全病床数	9362	146.3	64
2.救急医療施設数	40	62.5%	64
1次救急	12	30.0%	40
2次救急	30	75.0%	40
3次救急	2	5.0%	40
a.医療スタッフ			
常勤医数	498	10.0	50
非常勤医数	293	7.3	40
MSW数	21	1.4	15
非常勤MSW数	6	3.0	2
b.一般の看護基準			
2対1	4	12.5%	32
2.5対1	9	28.1%	32
3対1	17	53.1%	32
4対1	2	6.3%	32
c.救命センターの有無			
あり	1	1.9%	52
なし	48	92.3%	52
ある場合は( )床	3		