

調査1日間の患者動態(表2)

3.患者動態(H10年11月15日の1日間)	合計	1施設or%	回答数
<外来患者について>			
1)外来患者数は	11035	183.9	60
2)初診患者数	1198	20.3	59
3)新入院患者数	233	4.8	49
4)時間外救急外患者数	246	6.2	40
5)時間外救急入院患者数	34	1.5	22
<入院患者について>			
1)総入院患者数	6356	122.2	52
2)上記の中で精神的不安定 と考えられた患者数	68	3.9%	17

他科が判断した精神的問題のある外来事例(表3,4,5)

事例の年齢	性別		計
	男	女	
～ 9	1		1
20～29		1	1
30～39		1	1
40～49		1	1
50～59	4	2	6
60～69	1	1	2
70～	1	1	2
	7	7	14

(表3)

身体疾患(表4)	性別		
	男	女	計
整形外科疾患(骨折,捻挫)	4	2	6
循環器疾患(頻脈,ブロック)	1	1	2
消化器疾患(肝,膵)	2	1	3
身体疾患+精神疾患(依存,不安,幻覚)		2	2
精神疾患(不安,不定愁訴)		1	1
	7	7	14

精神的問題の内容(表5)	性別		
	男	女	計
不安,無動,拒否,幻聴		3	3
パニック,不安,うつ		3	3
アルコールで妻に暴力,連続飲酒	2		2
ソセコン依存	1		1
自殺企図	1		1
強迫・洗淨処置で頻回受診	1		1
老人痴呆で譫妄	1		1
その他	1	1	2
	7	7	14

他科医が判断した精神的不安定な入院患者(表6.7)

事例の年齢	性別		計
	男	女	
20～29		1	1
30～39		1	1
40～49		1	1
50～59	1		1
60～69	3	5	8
70～	8	16	24
	12	24	36

(表6)

身体疾患と精神面の問題(表7)

男性例	身体疾患	精神面の問題点
1	慢性腎不全	透析の拒否
2	脳卒中,パーキンソン	抑うつ,気分変動
1	脳挫傷	器質性精神障害(せん妄)
2	胆のう炎,急性肝炎	全盲,夜間譫妄,裸
5	肺炎,房室ブロック,吐血,下血	昼夜逆転,奇声,大声,譫妄,痴呆,術後
1	頸椎症性脊髄症	アルコール症(離脱症状)
女性例	身体疾患	精神面の問題点
2	脳卒中,脳梗塞	抑うつ,痴呆,同室pt不安
1	頸椎拡大術後四肢麻痺	意欲なく周囲に依存性,夜間不眠
3	大腿骨頸部骨折	無気力,うつ状態,訓練不能,慢性疼痛
6	脊椎圧迫骨折,大腿骨骨折	痴呆,不穏,独語,不眠
1	第3腰椎粉碎骨折	精神分裂病(欠陥状態)
3	喘息,パーキンソン	うつ病,うつ
1	腎不全,人工透析中	不穏状態
3	肝硬変,貧血,癌	痴呆,精神科通院中(1)
1	乳腺腫瘍	精神発達遅滞
1	急性薬物中毒	うつ病,精神科通院中

過去に精神面の対応で苦慮した事例(表8)

数	苦慮した内容
精神科救急	2 精神科で救急対応不能→当院に緊急入院→精神病院へ相談しても対応が悪い
	3 重とくな内科疾患があれば精神病院への転院が困難、精神科転院困難。
	1 インターフェロンPOV投与中にそう病発症、精神科に転院。
	1 通院中の患者でも精神科救急対応をしないため一般医療で対応
	1 急患で入院、(精神病として入院したのではない)と突然暴れる
リエゾン	2 ヒステリー性マヒ:MSとの診断、完全片マヒ、導尿、外傷ヒコソドリー:補償と関連
	1 リハセンターで脊損、片麻痺、切断などの患者の「障害受容」重要、精神病院では対応不能
	1 うつ症状で精神科紹介→入院したがすぐに退院し胃病を訴え、再度来院
	1 マタニティブルーのうつ症状への対応
自殺企図	1 交通事故で入院、夜間にうつ症状のため飛び降り下肢の骨折、自殺企図
	1 分裂病の自殺未遂後に覚醒して大暴れ、遠方の精神病院へ入院
	1 夫婦生活が苦→自殺企図で精神病院のカウンセリング解決できず来院
	1 家で飛び降り自殺を図り、当院へは骨折等外傷で入院→不安定で精神科へ転院
	1 病気を苦しめた自殺、昨年3例
痴呆	3 夜間徘徊あり、ベッド転落可能性→マットレスに寝かせる→帰宅要求→家族、付き添い
	1 痴呆、不眠→リエゾンが必要、翌日に精神科へ転院
	1 病識欠如の患者の行動制限での問題→不明確
	1 骨折で入院後痴呆があり特養へ転出
精神分裂病	4 精神分裂病、被害妄想、向精神薬の使用法と副作用、暴力に対応不能、
	5 幻覚→不穏状態→強制的に抑制せず訴えを聞く、面接に長時間、他患の睡眠を確保
	3 暴力、暴言、無断離院→精神科受診をし転院
	1 精神病患者の手術は過去多数あったが精神科医と相談して実施
	1 過去の殺人を犯した人が癌末期で入院中、患者を人質に部屋にたてこもり警察に対応、死亡
	1 分裂病の脊椎:向精神薬でコントロール可
	1 精神科の既往のある患者さんが当院でOPする場合輸血の抜管等があり常時付添いが必要
中毒	4 慢性アル中で幻視、幻聴があったpt→精神HPへ転院、DIV点注、精神病院への入院を家族が拒
	1 慢性アル中が意識障害で搬入、病態改善とともにコルサコフ症状出現し、精神異常の間転入
脳梗塞	3 脳梗塞で大騒ぎNSへ暴力、そうで大声、徘徊が強く、深夜に2F窓より転落caseあり
	1 脳梗塞後の不穏、放尿、暴力で管理不能→精神病院
	1 うつ:脳卒中で20%にはある→抑うつ剤、家族、スタッフ十分な対応が有効
	1 嫉妬妄想:脳卒中、男子

不安定な患者or合併症患者への対応(表9)

	合計	1施設or%	回答数
不安定な患者の対応			
1. 何とか医師と看護スタッフで対応	32	50.0%	64
2. 精神科病院に連絡して相談、精神科紹介、転院	37	57.8%	64
3. 看護サイドだけで対応	1	1.6%	64
4. その他(家族へ協力依頼等)	2	3.1%	64
合併症患者への対応			
a. 精神病院	13	20.3%	64
b. 一般病院に数床の精神病床を付設	4	6.3%	64
c. 一般病病床の利用	1	1.6%	64
d. 総合病院に急性期精神病棟	20	31.3%	64
e. 精神病院に急性期精神病棟	14	21.9%	64
f. その他	8	12.5%	64

高次機能病院と精神病床の機能分化(表10)

i.高次機能病院における精神科の在り方	合計	1施設or%	回答数
a. 高次機能を有する一般病院は精神科外来必置	17	26.6%	64
b. 高次機能を有する一般病院は精神病床設置	24	37.5%	64
c. 単科精神病院に入院	26	40.6%	64
d. その他	6	9.4%	64
1) 身体疾患に伴う精神病患者の増加	1		
2) 患者の生活の場に精神病院のベッド使用が問題	1		
3) 医学教育の中で障害、疾病の精神的問題	1		
4) 都会では24時間で救急体制	1		
5) 一般病床→精神病床へスムーズ	2		
2.精神病床の機能分化について			
a. 一般病院が急性期の精神医療	17	26.6%	64
b. 精神病院が急性期の精神医療	37	57.8%	64
c. その他	12	18.8%	64
1) 一般病院精神科は身体合併症に限るべき	2		
2) 一般病院精神科は経済的に不効率	2		
3) 一般病院に数床の精神病床付設	2		
4) 国公立総合病院に精神病床増床 私立精神病院の入院は制限すべき	1		
5) 精神科医に急患の意識がない	1		
6) 精神科医は社会入院を放置	1		

施設周囲にある精神病院の有無(表11)

1) 施設周囲の精神病院の有無	合計	1施設or%	回答数
あり	52	83.9%	62
なし	10	16.1%	62
2) 「近くに精神病院がない」病院に精神患者 が入院してきた時			
a. 遠くても精神病院に相談する。	7	70.0%	10
b. できれば精神科医に往診に来てもらう。	1	10.0%	10
c. 遠くても精神病院に入院させる。	6	60.0%	10
d. その他	1	10.0%	10
3) 上記1)の質問で「精神病院なし」と答えた方			
a. 精神病院はないが、困ったことは			
ない	3	30.0%	10
ある	7	70.0%	10
b. 精神病院or、一般病院へ精神病床を付設			
ア. 精神病院を近くに設置すべき	7	70.0%	10
イ. 一般病院へ精神病床を付設すべき	2	20.0%	10

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

研究要旨

わが国では精神障害者の入院施設としては、単科精神病院が大部分を占めているが、単科の精神病院の身体管理能力は決して高いものではないため、精神障害者の身体合併症の対応としては、総合病院での対応の充実が急務と思われる。そこで総合病院における精神障害者の身体合併症対応について MPU(;medical psychiatric unit)とコンサルテーション・リエゾンを対比した。平成9年度は入院患者側からの調査、今年度は医療スタッフ側(特に大学病院)および施設面におけるアンケート調査を行った。同時に医療スタッフの卒後教育を調査することで医師および看護師の minimum requirement はどの程度必要かを検討した。

わが国の大学病院精神科病棟においては現在のところ身体合併症患者の受入れは決して充分とは言えないことが判明した。対応施設としての問題もさることながら、医師および看護師の卒後教育にも検討の余地があるものと考えられた。また一般科における精神障害を持つ身体疾患患者へも、現状では十分な対応ができていないと言いがたい。

このような実情から今後どのような対応が必要とされているか考察した。

MPU モデル、コンサルテーション・リエゾンともに残念であるが十分な機能が果たせていないと思われた。また今後の大学病院のあり方も考えて行かねばならない。

A. 研究目的

わが国には精神障害者の入院施設としては、単科精神病院が大部分を占めているが、単科の精神病院の身体管理能力は決して高いものではないため、精神障害者の身体合併症の対応としては、総合病院での対応の充実が急務と思われる。

平成9年度の我々の研究では、今後のわが国における精神障害者の身体合併症医療に対しての方針を打ち出すべく、総合病院における精神科病棟での身体合併症医療(Medical Psychiatric Unit : MPU)と一般科病棟へのコンサルテーション・リエゾンとの対比を、精神科および一般科にそれぞれ入院している患者の実態調査を中心に進めた。結果として、救命救急センターではかなり重症な精神障害者に対応しており、MPU ではかなり重症の身体合併症に対応していることが明らかになった。

そこで今年度は、精神科病棟において身体合併症医療をおこなうにあたっては医師だけでなく、当然看護師の協力なくしては成し得ないことも念頭におき、MPU と一般科病棟それぞれの医療スタッフ側からの対比を中心に、①わが国における大学病院精神科病棟では、現状としてどのような身体的加療が実施されているのか。②各大学病院における精神科医の卒後教育の実態はどのようなになっているのか。③卒後6年位までの精神科医が身体的医療に対してどの程度の minimum requirement が必要と思っているか。④大学病院精神科病棟看護師側からみた身体的加療の実状はどのようなになっているのか。⑤精神科病棟看護師の身体的医療に対する現状と minimum requirement はどの程度必要とされているか。以上を検証するべく全国80大学病院精神科病棟へのアンケート調査を実施した。

また協力研究者の5施設（比較的日頃より活発に精神障害者の身体疾患を受け入れ、精神科病棟での身体加療をおこなっているか、もしくはコンサルテーション・リエゾンをおこなっている施設）においては、内科系、外科系、救命救急に従事する一般科医師および看護師から、一般科病棟における精神疾患に対する日常の対応状況の聞き取り調査をおこなった。

上記の調査結果から、わが国の総合病院（特に大学病院）においての、精神障害者の身体合併症医療システムの今後のあるべき姿、および精神科医療従事者に対する卒業教育ありかたを検証することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 研究対象

全国80大学の精神科病棟に対して発送したアンケートにおいて、病棟を代表している医師より返答のあった51施設（63.6%）と同51施設に勤務中の卒後1～6年位の若手精神科医216名。同じく全国80大学の医学部付属病院精神科病棟の看護長より返答のあった64施設（80.0%）。協力研究者の所属する6施設（東京都立墨東病院、新潟県立小出病院、公立昭和病院、埼玉県立精神保健総合センター、北里大学病院および同大学東病院）を対象とした。

(2) 方法

全国80大学の医学部付属病院精神科病棟にむけて、病棟を代表してもらえる精神科医、卒後1～6年位の若手精神科医、病棟看護長に対してアンケート（資料1.2.3.）を発送した。同時に協力研究者の所属する5施設（東京都立墨東病院、新潟県立小出病院、公立昭和病院、北里大学病院および同大学東病院）の内科系、外科系、救命救急病棟に勤務中の医師、病棟看護長に対して協力研究者による下記の項目の聞き取り調査でのアンケート（資料4.5.）を施行した。

I. 大学病院

< 1. 医師側 >

1) 大学病院精神科病棟における身体合併症に対する実態調査

- a. 入院患者における身体重傷度の比率（資料6）
- b. 身体合併症に対する病棟施設面の実状
- c. 身体合併症に対しての精神科医が行っている身体的治療実施内容

2) 大学病院精神科におけるコンサルテーション・リエゾンに対する実態調査

3) 大学病院精神科における研修医に対する卒後教育の実態調査

a. 身体合併症に対する卒後教育プログラム

b. コンサルテーション・リエゾンに対する卒後教育プログラム

4) 大学病院精神科に勤務中の精神科医（卒後1～6年程度）の身体合併症に対する現状および意識調査

< 2. 看護側 >

1) 大学病院精神科病棟における身体合併症に対する実態調査

a. 大学病院精神科に勤務中の看護者の身体合併症に対する現状

b. 身体合併症に対して精神科病棟看護者が修得すべき minimum requirement

II. 研究協力者の施設に対して

< 1. 医師側 >

1) 総合病院の任意の一般科（内科系、外科系、救命救急）入院患者における精神疾患合併症に対する実態調査

< 2. 看護側 >

1) 総合病院の任意の一般科（内科系、外科系、救命救急）入院患者における精神疾患合併症に対する実態調査

(3) 調査期間

I. に関しては平成11年3月の適当な1日の横断面での調査

II. に対してに関しては平成11年3月の適当な3日を用いた聞き取り調査

C. 結果

結果 I

< 1. 医師側 >

1) 大学病院精神科病棟における身体合併症に対する実態調査の結果

a. 入院患者における身体重症度の比率

大学病院精神科病棟 51 施設の全病床数は、2529 床で調査時の総入院患者数は 2073 名であり、その身体重症度 A～D の割合は A; 0.3%, B; 1.7%, C; 4.8%, D; 93.2% (図 1) であった。そのうち精神科病棟で加療中の身体合併症患者のうち、精神症状のために他科の一般病棟では、入院加療不可能との判断で精神科へ転科となっている患者は 51 施設中に 114 名入院中であり、全体の 5.5% にあたるものであった。1 施設あたりで換算すると、2.3 名となる。

b. 身体合併症に対する病棟施設面の実状

常時身体合併症者専用としてのベットまたは MPU を設置している施設は 22 施設 (43.1%) であった (図 2)。MPU に関しては 4 施設が設置しており 1 施設あたり平均 5.3 床で、それら 4 施設の病床数に対して MPU の占める割合はそれぞれ、5.4%、3.3%、5.0%、10.0% であり、設置していたとしても一割にも満たさない施設がほとんどである。ベットとしては 19 施設で平均 4 床設置していることが示された。専用ベットを設置しない 29 施設 (57%) の理由としては、病棟 (ユニット) としての設備が、身体管理には不適當であると回答し (66%)、以下看護スタッフの不足 (38%)、身体管理のできる精神科医の不足 (31%) などがその理由に挙げられた。(図 3)

c. 身体合併症に対しての精神科医が行っている身体的治療実施内容

精神科病棟内において、現在精神科医が身体合併症患者に対して実施（使用）している項目について尋ねたところ（図 4）に示す回答が得られた。質問した項目は以下のものである。

a. (循環管理)

- ① ポータブル心電図検査
- ② ECG モニター
- ③ CVP モニター
- ④ Swan-Ganz カテーテル挿入
- ⑤ A-ライン挿入
- ⑥ 除細動
- ⑦ 体外循環（血液浄化など）
- ⑧ 輸血
- ⑨ 自動血圧モニター

b. (呼吸管理)

- ① 血液ガス検査
- ② 酸素吸入
- ③ パルスオキシメーター
- ④ 気管内挿管
- ⑤ 人工呼吸器
- ⑥ 胸腔ドレーン挿入

c. (水電解質管理)

- ① 中心静脈カニューレ挿入
- ② 尿道カテーテル
- ③ イレウス管留置

d. (栄養管理)

- ① 経管栄養
- ② 中心静脈栄養法（高カロリー輸液）

e. (創部管理)

- ① 縫合
- ② 包帯交換
- ③ 創部洗滌

④ 抜糸

f. (その他)

- ① 疼痛管理の麻薬使用
- ② 胃洗浄
- ③ 腰椎穿刺

80 %以上の施設で実施されている項目としては a-②, b-①②③, c-②, d-①, f-②③があげられた。逆に 20 %以下であった項目としては a-③④⑤⑥⑦, b-⑤⑥, c-③, f-①があげられた。

2) 大学病院精神科におけるコンサルテーション・リエゾンに対する実態調査

研修医もコンサルテーション・リエゾンを担当している施設は 12 施設（23.5 %）と少なく、担当させないとした施設は 39 施設（75.6 %）であったが、その理由として研修医にコンサルテーション・リエゾンを担当させることは、精神科医としての経験および知識の問題から困難であるとの回答が多かった。また、コンサルテーション・リエゾンを担当する固定したスタッフで対応する施設は少なく、外来担当医がそのつと対応する施設が多数を占めた。

3) 大学病院精神科における研修医に対する卒後教育の実態調査

研修医全員が大学病院で 2 年間研修をおこなうと回答のあった施設は 23 施設（45 %）であった（図 5）。研修をおこなわない施設の理由としては、「大学に関連のある単科の精神病院で研修を行うから」という回答が多かった。また大学病院で研修中に、原則として精神科以外の他科を全員ローテーションさせている施設は 32 施設（62.7 %）、希望者がいた場合にのみ他科をローテーションさせている施設は 13 施設（25.5 %）、他科へのローテーションは

研修期間中には行っていないと回答のあった施設は5施設(9.8%)であった(図6)。ローテーションの期間は3カ月をひとつの単位とし、救命救急、神経内科、へのローテーションが多いようである。

a. 身体合併症に対する卒後教育プログラム

卒後教育において、身体合併症の加療も研修医の教育プログラムとして具体的に含めている施設は30施設(61.2%)あった。その内容としての具体的なプログラムを示す施設は非常に少なかった。

b. コンサルテーション・リエゾンに対する卒後教育プログラム

卒後教育において、コンサルテーション・リエゾンも研修医の教育プログラムとして具体的に含めている施設は30施設(61.2%)あった。その内容としては上級医について併診をおこなうとの回答が多く、またプログラムを持たない理由として、先述のようにコンサルテーション・リエゾンは、精神科一般臨床を修得した上でないと、アセスメントや治療的アプローチは困難であるため、研修医に担当させることは困難であるとの回答もあったが、実際問題としてコンサルテーション・リエゾンまで具体的に研修医の教育プログラムとしては、手がまわらないことが現状のようであった。

4) 大学病院精神科に勤務中の精神科医(卒後1~6年程度)の身体合併症に対する現状および意識調査

回答のあった大学病院精神科病棟51施設に勤務する、卒後1~6年程度の若手医師に対してアンケートをおこなった。回答者数は216名で、その経験年数の内訳は図7に示す。今回の質問項目は資料2にあるように、循環管理、呼吸管理、水電解質管

理、栄養管理、創部管理、その他に分類し、それぞれの項目について、「現在病棟で自分たちが実施(使用)している」、「実施(使用)する必要があると思う」、「実施(使用)する必要はない」の3種類からいずれかを選択し、回答してもらった。それらの回答は図8-1~図8-5に示す。循環管理では非侵襲的な項目については必要と考えられており、50%以上の施設では実施されている。呼吸管理では気管内挿管は、90%以上が修得の必要性を感じているものの、精神科病棟内では20%程度の実施率である。創部管理においては60%以上の実施率を認めた。その他としては頭部CTおよびMRI、胸部と腹部のX線写真の読影は75%以上の施設で実施される項目としてあげられた。

また平成12年度より義務化されるスーパー・ローテーションについて、卒業時に精神科を希望している医師にとって、どの科をローテーションすることが有用かという質問をおこなった。図9に結果を示す。最も有用と考える科としては、救命救急が39%であった。

<2. 看護側>

1) 大学病院精神科病棟における身体合併症に対する実態調査

a. 大学病院精神科に勤務中の看護者の身体合併症に対する現状

精神科病棟において看護上身体的な問題で、専門的なコンサルテーションを必要とすることは全ての施設で発生し、回答のあった64施設の平均ベット数は45床であり看護者の平均人数は18名、そのうち過去に一般病棟を経験したことのある看護者の平均人数は12名であり、つまり66.7%が何某かの一般身体科での身体的看護を経験

していることになる。看護体制は3交代制が51施設(79.7%)とほとんどであり、他は2交代制、変速2交代制、と続く(図10)。看護方式は受持看護方式が最も多いが各施設ともさまざまであった(図11)。またリエゾン看護を専門としている看護師はわずかに4施設(6.2%)のみに存在しているだけであった。

b. 身体合併症に対して精神科病棟看護師が修得すべき minimum requirement

身体合併症に対する基本的知識、技術を修得する教育プログラムを持つ施設は45施設(70.3%)と多くの施設で実施されていた。またそれぞれの精神科病棟における看護師の、身体的ケアに対する看護技術と知識(資料3)についての現状を調査したところ、(図12)(図13)となった。項目としては、循環器系では「中心静脈圧の測定」は必要なしとする施設が22施設(34.3%)と多く、ついで呼吸器系での「人工呼吸器の管理」を必要なしとする施設が21施設(32.8%)であった。これは我々の身体重症度でA~Bレベルの身体管理を、精神科病棟で看護する必要はないとする意見とも思われる。

結果II

<1. 医師側>

1) 総合病院の任意の一般科(内科系 外科系、救命救急)入院患者における精神疾患合併症に対する実態調査

(資料4)を用いてそれぞれの病棟を代表する10名の一般科医より回答を得た。回答の得られた10病棟における精神疾患合併症患者数は病棟総患者数365名中36名(9.9%)であった。

一般病棟における精神疾患の内訳はICD-10での分類を用いて回答を得た。(図

14)に示すとおり、F0(症状性を含む器質性精神障害)が最も多く、これらの精神疾患合併症患者のうちコンサルテーション・リエゾンを受けているのは17名で合併症患者の47.2%、病棟入院患者全体の4.7%であった。

コンサルテーション・リエゾンを受けている患者の割合としては(図15)に示すとおりであったが、疾患別では最も多かったのはF4(神経症圏)で、患者の割合として多かったF0はコンサルテーション・リエゾンを受けている頻度としては多くないことが判明した。おそらくここには痴呆が多く占めているものと思われ、これらについては一般科の病棟でほとんど対応できているものであろう。

精神疾患合併症患者に対する対応としては、必ずコンサルテーションを行う施設が40%、経過を見て状況によりコンサルトする施設が60%であった(図16)。また病棟内において入院患者に精神症状が出現した際の対応としては、必ず直ちに精神科へコンサルトする施設が40%、発症時には依頼せず経過を見てコンサルトする施設が60%で、当該科内ですべて管理するとした施設はなかった(図17)。

普段から一般科病棟内でかかわることの多い精神疾患に対する印象を尋ねた。全体としてはF1(物質による精神症状)の占める割合が多かったが、高頻度に対応することのあるものとしてはF0との回答が最も多かった(図18)。

一般科医が病棟診療で実際に使用している向精神薬の種類について聞き取り調査をした、結果を(図19)に示す。睡眠薬はほとんどの病棟で処方されていたが、一方で向精神薬を使用することを躊躇する病棟がかなりみられた。その理由を尋ねたところ(図20)のような回答を得た。最も多い理由としては「どのように組み合わせ

投与したらよいか分からない」があげられ、普段から使用する機会のない薬剤に対する不安もあり、その投与量も十分量にまで増量できないケースが多いものと思われた。またその他の理由として、投与後に依存を形成しそれらの不正使用を心配するとの声もあった。

精神科合併症患者の入院加療についての考え方を（図 21）に示す。可能な限り身体科の病棟で加療すべきとの意見が多数を占めたが、精神症状が存在するならば精神科病棟で加療すべきとの返答も 10 %みられ、身体疾患が存在する以上身体科で加療すべきと返答した病棟はなかった。

身体科にも必要と思われる精神医学的知識の minimum requirement についての回答を（図 22）に示す。痴呆に関してはすべての回答者がそれに対しての知識が必要であると答え、30 %はすでに十分な対応がなされているとのことであった。

< 2. 看護側 >

1) 総合病院の任意の一般科（内科系、外科系、救命救急）入院患者における精神疾患合併症に対する実態調査

（資料 5）を用いて病棟単位で聞き取り調査を行い、一般病棟看護長から 66 病棟よりの回答を得た。すべての回答者がコンサルテーション・リエゾンが必要と回答した。

病棟内で精神症状を有する患者が発生した際の相談者としては、まず精神科医に相談するとの回答が最も多く、その他としては病棟医師、病棟内の精神科経験看護師が多かった（図 23）。一般科病棟に勤務する看護師にとっての精神疾患、精神症状に対する基本的な知識および看護技術についての minimum requirement を尋ねた回答を（図 24 および図 25）に示す。ここでは痴呆、睡眠障害および摂食障害に対する対応

は可能との回答が多かった。ただ全体を通じて「必要だが充分とは言えない」との回答が多く、「経験したことがない」との回答も目立った。

精神症状に対しての研修プログラムを行っている病棟は 6 施設（9 %）と少なく、その内容は「せん妄についての勉強会を行った」との回答が多かった。

いること以外には考えられない。(考えた
くない。)

D. 考察

I. 大学病院

<1. 医師側>

1) 大学病院精神科病棟における身体合併症に対する実態調査

大学病院入院患者における身体重傷度の比率としては、90%以上が身体疾患を持たない、精神症状のみといっても過言ではない患者が占めていることが示された。また精神症状のために、一般科での入院加療が不可能との判断にて、精神科病棟へ転科となっている患者は、1病棟あたりで換算すると2.3名と決して多くはなかった。そこで身体合併症を受け入れられない医者側としての理由の大部分は、病棟施設面の実状、看護者の不足をあげるものであり、医師の治療技術以前に多くはその理由があるとしている。また身体合併症に対しての精神科医が行っている身体的治療実施内容においても、施設間における格差がかなりあるように思われた。

2) 大学病院精神科におけるコンサルテーション・リエゾンに対する実態調査

先程の精神科病棟での実状から、身体合併症の受け入れがほとんど不可能であるとするれば、当然コンサルテーション・リエゾンに対する比重が大きくなっていくものと思われる。がしかし、固定したスタッフが常時対応する施設はほとんどなく、大部分は当日の外来担当医がそのつと対応する施設が多く、とても充実したものとは思えない。コンサルテーション・リエゾンに対する motivation が確かであるにもかかわらず、この現状が存在しているとするならば、原因としては精神科医の絶対数が不足して

3) 大学病院精神科における研修医に対する卒後教育の実態調査

身体合併症に対する卒後教育プログラムを実施している施設は約60%であり、精神科以外の身体科をローテーションすることを義務づけている施設も同様に約60%であった。具体的には救命救急、神経内科が多く、これは卒後1～6年程度の若手の精神科医に「他科をローテーションするとしたら何科が有用と思うか」のアンケートとも合致する内容であった。コンサルテーション・リエゾンに対する卒後教育プログラムを実施している施設は約60%であった。そこで教育プログラムを持たない理由として、「コンサルテーション・リエゾンは、精神科一般臨床を修得した上でないと、アセスメントや治療的アプローチは困難であるため、研修医に担当させることは困難である」との回答もあったが、それでは研修が終了して単科の精神病院へ出向した場合、コンサルテーション・リエゾンはいつ学べるのであろうか？

4) 大学病院精神科に勤務中の精神科医(卒後1～6年程度)の身体合併症に対する現状および意識調査

いくつかの手技的な項目においては、「実施(使用)する必要がある」と思いつつ、実際にはおこなっていない項目がいくつかあった。実施(使用)している項目については施設差があったものの、「実施(使用)する必要がある」まで含めた場合には、motivation という部分での若手の精神科医は同じような意識であると思われた。

<2. 看護側>

1) 大学病院精神科病棟における身体合併

症に対する実態調査

大学病院精神科に勤務中の看護者の身体合併症に対する意識としては、先述のとおり病棟の実状としてあまり重症な身体合併症は入院していないものと思われるが、全ての施設で看護者は身体的なコンサルテーションを必要としていた。これは精神科医の身体加療に対して、心もとない部分をどこかに感じているのではないだろうか。しかし身体合併症に対しての精神科病棟看護者が修得すべき minimum requirement においては、医師以上に施設間の差が大きかった。これは「精神科病棟ではそのようなことをすべきではない」としているのか、「そのようなことを精神科医にさせるわけにはいかない」のか、今回ははっきりとした理由までは考察できなかった。

II. 研究協力者の施設

< 1. 医師側 >

総合病院の任意の一般科（内科系、外科系、救命救急）入院患者における精神疾患合併症に対する実態調査においては、身体疾患があれば何が何でも一般科で加療するのではなく、できることなら精神症状があれば精神科で、と感じている部分はどうしても存在しているように思えた。しかし向精神薬の用法や、精神障害者に対する偏見のようなものがあるとすれば、むしろ精神科医が積極的にコンサルテーション・リエゾンすることで、昔から存在する医局講座制という壁に、風穴をあけることができるのではないだろうか。

< 2. 看護側 >

総合病院の任意の一般科（内科系、外科系、救命救急）入院患者における精神疾患合併症に対する実態調査では、やはり全施設において精神科のコンサルテーション・リエ

ゾンは必要と答えている。筆者もコンサルテーション・リエゾンを担当して一番感じることは、一般科の医師が精神科を必要に感じていない場合でも、看護者は精神科のアプローチを強く必要と感じているケースが多々ある。精神科病棟看護者が身体科を経験している割合より、身体科看護者は精神科を経験している割合が低いことから、アンケートの回答にあるように、未経験の症状（状態像）については何らかのコンサルテーション・リエゾンの要望につながるであろうが、やはりそれは患者をみる看護者の視点が、一般科医よりも精神科医の方にどうしても近いからであろう。つまり精神障害者が身体加療を上手に受けるためには、精神科医が自分達の病棟以上一般科病棟で活躍せねばならない。

E. 総括

平成9年度および平成10年度の2年間にわたり、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をおこなってきた。初年度は入院をした患者側からのアプローチをおこない、今年度はそこに従事する医療スタッフ側からこの問題に取り組んできた。

医療における normalization がさまざまに取り上げられる昨今、理想としてはやはり身体的な問題があれば、身体科で加療できることが一番望ましい。また精神科医としての identity をどこに置くかという問題もあるかと思う。しかしどうしても一般科で対応できないケースは存在する。ハードおよびソフトの面で、いかなる単科精神病院よりも充実している総合病院（大学病院）が対応しなければ、いったい何処で誰が対応すればよいのであろうか。精神科医が二流、三流の内科医、外科医になる必要は更々ない。しかし一医師としての minimum requirement を修得する場も総合病院（大学病院）であればこそ、むしろ積極的に精神障害者の身体合併症対応に取り組むべきではないだろうか。たかだか2年間の研修期間を終えることなく若い精神科医が外の病院に出向しなければいけないということは、今現在の大学病院には学べることがあまりにも少ないことを意味しないだろうか？

⑥ その他の理由

⇒
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. 精神科病棟内において、精神科医が身体合併症患者に対して実施（使用）している項目は以下のどれですか？該当するもの全てに○をつけて下さい。

a. 循環管理

- ① ポータブル心電図検査 ② ECGモニター ③ CVPモニター
④ Swan-Ganz カテーテル挿入 ⑤ A-ライン挿入 ⑥ 除細動
⑦ 体外循環（血液浄化など） ⑧ 輸血 ⑨ 自動血圧モニター

b. 呼吸管理

- ① 血液ガス検査 ② 酸素吸入 ③ パルスオキシメーター
④ 気管内挿管 ⑤ 人工呼吸器 ⑥ 胸腔ドレーン挿入

c. 水電解質管理

- ① 中心静脈カニューレ挿入 ② 尿道カテーテル ③ イレウス管留置

d. 栄養管理

- ① 経管栄養 ② 中心静脈栄養法（高カロリー輸液）

e. 創部管理

- ① 縫合 ② 包帯交換 ③ 創部洗滌 ④ 抜糸

f. その他

- ① 疼痛管理の麻薬使用 ② 胃洗浄 ③ 腰椎穿刺

⇒上記以外にありましたらご記入下さい。

.....
.....
.....
.....
.....