

急性期医療を指向する精神病院の建築に関する研究

研究要旨：急性期を指向する精神病院（病棟）のための建築ガイドライン（仮称）作成を目標として、急性期病棟における適正な空間構成の開発と、治療促進のための各室の要件の解明を目的とする。調査の結果、患者1人当り病棟面積の増加は、結果的には患者の個別空間（プライベート領域）を作ることになり、日常生活に落ち着きが見られるようになる。また生活ユニットを念頭に置き、10数人程度のひとまとまりを形成できるような病室と生活諸室の構成が有効である。さらに今回、ガイドライン作成のためのたたき台となるモデルを想定し、これらについて検討することにより、計画条件を具体的に明かにした。

分担研究者：中山茂樹

研究協力者：寛 敦夫（国立医療・病院管理研究所）

河口 豊（広島国際大学）

川島英樹（病院管理研究協会）

鈴木慶治（共同建築設計事務所）

千葉 潜（青南病院）

A：研究目的

急性期を指向する病院（病棟）における適正な空間構成、および各室の計画条件を探り、入院初期を主な対象とする急性期治療病棟の建築のガイドラインを作成することを目的とする。既に診療報酬制度上で「精神科急性期治療病棟」の施設基準が設けられているが、ここには建築に関する項目はない。しかし、患者の療養環境が治療に影響しないはずはなく、他の一般精神科や療養病棟などとは異なった空間要求があるはずである。既にこれまでの研究で病棟規模や隔離室のあり方などについての知見を得ているが、本年度はモデル化への試みを行い、ガイドライン作成に向けての資料を得る。

B：研究方法

1. 研究組織

研究協力者として建築研究者および実務者3名、精神科医1名、医療経営研究者1名を得、建築・医療・経営の3分野から共同研究を行った。

2. 調査の概要

調査は昨年から継続して、共用スペースにおける患者の使い方についての実態調査を主軸とする。今回は「熊本県立こころの医療センター」「あさかホスピタル（福島県郡山市）」を対象施設とした。どちらも老朽化した病院からの建替えであり、狭隘な病棟からの移転による患者行動の変化を観察した。また、今

年度はこれまでの結果をもとに総合的に考察し、ガイドライン作成のためのたたき台となるモデルを考案し、これらについての検討を加えた。

なお、調査および分析時の倫理面への配慮では、患者を特定するようなデータは取らず、匿名性を守った。しかし、このため、患者の行動について1日の流れについてのデータが得られず、場の分析はともかく、患者の個別的な動態についての分析に迫ることができなかった。

C. 研究結果

1) 共用スペースの有効性

昨年度「熊本県立こころの医療センター(図-1: 熊本県下益城郡)」では建替え後における1日調査を実施し、食堂と別にあるふたつの小談話室や、屋外スペース(喫煙コーナー)での活動が良く見られ、また、さらに今回は継続して観察することで、新しい空間になじんだ患者行動が見られた。すなわち、小規模共用スペースのさまざまな使い方が特徴的である。建築として与えられた談話室ばかりでなく、廊下に置かれた小テーブルを囲んだ談笑や、ここを利用した医師と患者の面談などがさらに頻回に見られるようになっている。こうした場合は、一見するとプライバシーのない空間に見えるが、不特定多数の人間の中の匿名的な場として解釈できる。さらに建築として提案すべきことのように思う。また、この病棟では9床分の隔離室エリアがあるか、ここには中庭を挟んだ隔離室群のデイスペースがあり、隔離室に入院している患者も数人がここに出てきているし、食事をとる光景も珍しくない。調査当日の入院患者はいなかったが、相当に重度な患者やいわゆる触法患者でさえも、こうしたスペースを積極的に利用させることにより、落ち着きを与えている。

2) あさかホスピタルにおける移転前調査

「あさかホスピタル(福島県安積町)」は、老朽化した病棟からの移転で、99年6月より使用開始したものである。以前の病棟が畳敷きの14床室やベッドを押込んだ12床室などに代表されるように、収容型のものであったのに対し、改築病棟は個室的氛围をもつ4床室を主体とした病室計画であり、16人程度でひとつのクラスター(まとまり)を作り、それぞれに談話コーナー、便所、小ホールを設けたものである。ここでは、移転前とあとでそれぞれ1日の行動観察調査を行った。

移転前の病棟(図-2)は、7床室8室のほか9床室・12床室・14床室が各1室の合計91床の男女別病棟であり、調査は2階の女子病棟と3階の男子病棟の2病棟で行った。L字型の形態をしており、要の位置にナースステーションを置いている。患者のためのスペースはナースステーション前のデイルームで、テレビとそれに向かってソファが並んでいるほかは、洗面台付近の喫煙コーナーくらいしかない。階段をつたって上下の階への移動は可能であり、食事は1階に設けられた食堂において他病棟の患者とともに半閉鎖病棟である。

どちらの病棟においても患者の自由時間を過ごす場所が限定されていることもあって、観察された行動はデイルームでテレビを見る、喫煙コーナーで煙草を吸う以外、目的行動はほとんど見られない。テレビ視聴はある特定の番組が放映されているときに10名程度が行っているという特徴があり、喫煙は多くの患者(男女病棟とも)が終日喫煙コーナーにたむろしている。他の行動として目立ったのは、病棟廊下を徘徊する、あるいはしゃがみこむ、ナースステーション前にただずんで中を覗くといったもので、いずれも少数のきま

った患者の行動である。多くの患者は病室内でほとんど無為の状態を終日過ごしているようであった。調査中に患者どうしのトラブルを見ることはなかったが、看護記録によると、患者どうし、患者とスタッフの間のトラブルが少なくない。調査当日、調査の方法（観察法）がまずかったせいもあるが、調査員に対して攻撃的な態度をとる患者がいた。

3) あさかホスピタルにおける移転後調査

移転後の病棟（急性期病棟：図-3）は、前述したように生活ユニットを意識したクラスター（まとまり）を積極的に建築として提供するような建築構造となっている。設計者の考えた生活ユニットは16人をひとまとまり（4床×3+2床×2）を最初の段階としてとらえ、ここでの生活環境を確保し諸活動を行うように想定している。そこで、このユニットの中には病室のほかに談話コーナー、バルコニー、水まわり（洗面・洗濯・便所など）を共有することになっている。また病室で囲まれた廊下を広げ玄関ホールのようにしつらえ、そこにベンチ（下部に収納）を設けている点も特徴的であろう。この生活ユニット3グループのほかに4床の保護室がもうけられている。保護室も2種類あり、一般にある両面からアクセスする型と、個室的な型である。これら4床の前室には食事のできる保護室群専用のデイスペースもある。生活ユニットは基本的には男女別であるが、一部運営状況によっては混合となるユニットが発生することも想定している。ユニットの次の段階は病棟であり、ここに共有の食堂や浴室が設けられ、生活空間のヒエラルキーが構成されている。

観察調査は病棟オープン後まもない時期だったので、必ずしも生活の段階性がはっきり見えるような行動は見られなかったが、旧病棟と明らかに異なるのは、日中の病室在室率

の低さである。居場所が増えたことから、病室前ベンチ、ユニット内談話コーナー、食堂などに患者が散っている傾向は明らかである。また廊下を移動している患者も増した。旧病棟で良く見られた廊下にしゃがみこむような行為は皆無である。ただし、設計者が期待しているさまざまな場所での行動単位（たとえば病室前ベンチではごく少数の、ユニット談話コーナーでは数人の、食堂ではある程度のまとまった人数で行われる行為）が成立している様子はない。これは患者自身が新しい病棟形態に慣れていないせいもあるだろうが、看護側のある程度の誘導も必要なのかもしれない。

患者どうしのトラブルの問題も少なくなったようだとする、看護者からのヒアリング結果もあるが、これについてはさらに時間を置いた状態で再度調査を行う必要がある。

D. 結論

現段階で、モデルとしての建築ガイドラインを示すことは問題があると思われるが、しかしここ数年の調査結果を総合的に考察し、あえてガイドラインの方向性を検討した。これらは診療報酬制度上の制約を考えたときに、直ちに成立可能とは思われないが、急性期治療病棟のこれからのあり方を考える上での、たたき台となるものであろう。

①全体計画：救急患者は救急ユニットで処置を終えてくるのが基本であるが、直接病棟に入る場合もあろう。ほとんどの患者は隔離室での集中治療を受け、その後個室に移り、自分の行動がコントロールできるようになってから多床室に移ることになる。そのため隔離室は治療上の流れの一時期を担う治療ユニットである。

②隔離ユニット：隔離室は患者の様態に応じて数種類ほしい。抗破壊性のもつとも強い患

者を対象としたものと自身の希望により孤独を望む患者を受け入れるようなもの、そしてそれらの中間的な段階のものである。自身の希望によるものは病棟内の個室でも対応可能な場合が多い。また、拘束はできるだけ短くしたいので、隔離ユニットの中にも共有スペースを設けたい。全員が出て来れなくとも、多くの患者はこうしたスペースで食事などが取れるようである。共有スペースは外部からの光が入り、生活のリズムが形成できるようにすべきであろう。さらにここには洗面・シャワーなども設けたい。

③病室群：病室群全体は生活ユニットの概念を導入して、小人数グループによるひとまとまりを形成し、コミュニティーを促すようにしたい。ここは「向う3軒両隣」的な意識を持てるような近隣居住者単位の創出である。一般に精神科グループホームは5~6人程度、高齢者グループホームは8~9人程度が最適の規模といわれているが、生活ユニットの考え方としてはもう少し規模の大きい10数人程度でひとまとまりで良からう。このユニットの中に最低限の生活諸室を設けるようにしたい。

個室は隔離室と同様に数種類のタイプが必要である。まず、隔離室から退出後に生活リズムをつかむための個室、身体合併症の治療を平行して行うための個室、精神疾患治療のための個室である。個室のしつらいは一般身体疾患の病棟個室とほとんど変わらない。扉には観察用の窓を設けるが、必要に応じてカーテンなどで覆えるようにする。身体合併症の治療のための個室には医療ガス配管が必要である。ベッドもギャッチベッドとする。個室の需要は今後増す可能性が高い。昨年報告したようにイギリスの急性期精神病棟はほとんど個室で形成されている。また内側から鍵

がかかるようにしている例も少なくない。男女混合病棟の場合、女性患者の心配事への対応のために、鍵を設けることも考えられて良い。

個室以外の病室は4床室が基本となろう。各患者が自分の領域を確保できるように、ベッド間を適宜家具などでしきることありうる。各自に机といすを配し、ベッド上以外でも生活のできる病室にしつらえることで、生活の段階性が広がり、多様な生活行為から自らの行動を選択できるようになる。4床室内の一角にテーブルを置いて、4人でのまとまりを作れば、生活段階の第一のパブリック性となろう。

④共通スペース：談話スペースや食事スペースは看護勤務室前や近くに設けることが多いが、全員が集まるスペース以外に、少なくとも男性・女性グループ付近にそれぞれ独自に談話コーナー的な空間がほしい。前述したように生活ユニットを意識して病室群を形成するならば、ここに談話スペース、便所などは設けたい。

一般に個人のベッド上(プライバシー空間)、4床室(セミプライバシー空間)、生活ユニットにおける10数人のまとまり(セミパブリック空間)、病棟単位のまとまり(パブリック空間)、といった段階性が用意されていることが望ましい。ただし、これらは模式的に広がっていれば良いというものではない。空間としてはこの段階性をはずしバイパス的な空間を設けるなどして、常に自由な選択が行えるような形態を考慮すべきである。

また、アルコール(くぼみ)を設けることで、患者どうし、患者とスタッフのコミュニケーションの場になりうる可能性が高い。ここではスタッフによる生活指導、医師による面接の場ともなりうる。また外部空間へ出ら

れる中庭も有効で、共通スペースの一環として利用価値の高いものとなる。

⑤作業空間：隔離ユニットは病棟の一部として計画されることになるであろうから、隔離ユニットと一般病室群との間に看護勤務室が置かれることになろう。できるだけ開放的な作りとしたい（少なくとも昼間はオープンとし、夜間は建築的に仕切るなどの方法が良い）。今回の調査対象とした熊本県立こころの医療センターもあさかホスピタルも日中はオープンカウンターとしているナースステーションである。

E. 研究発表

現在のところ実施していない。

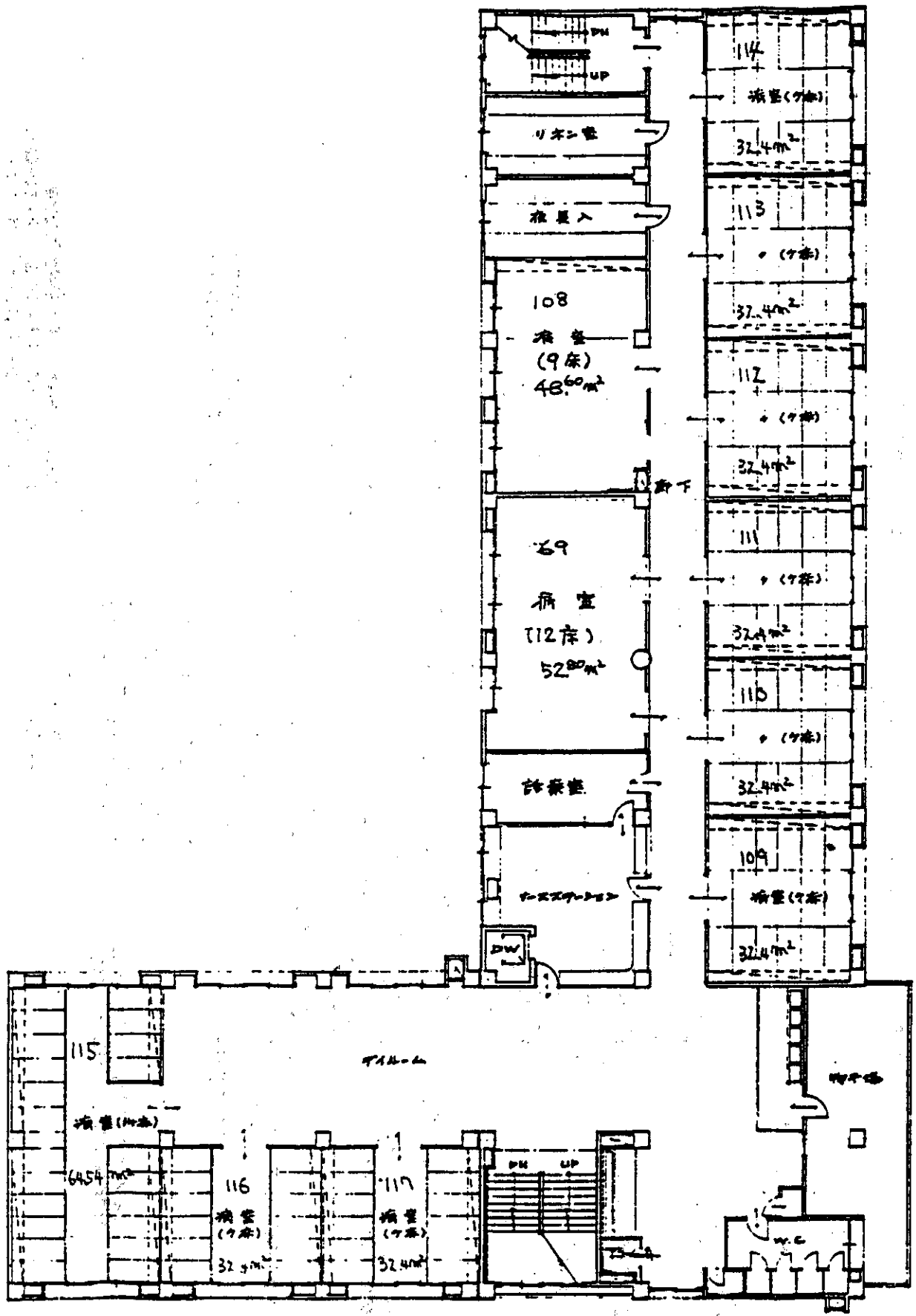
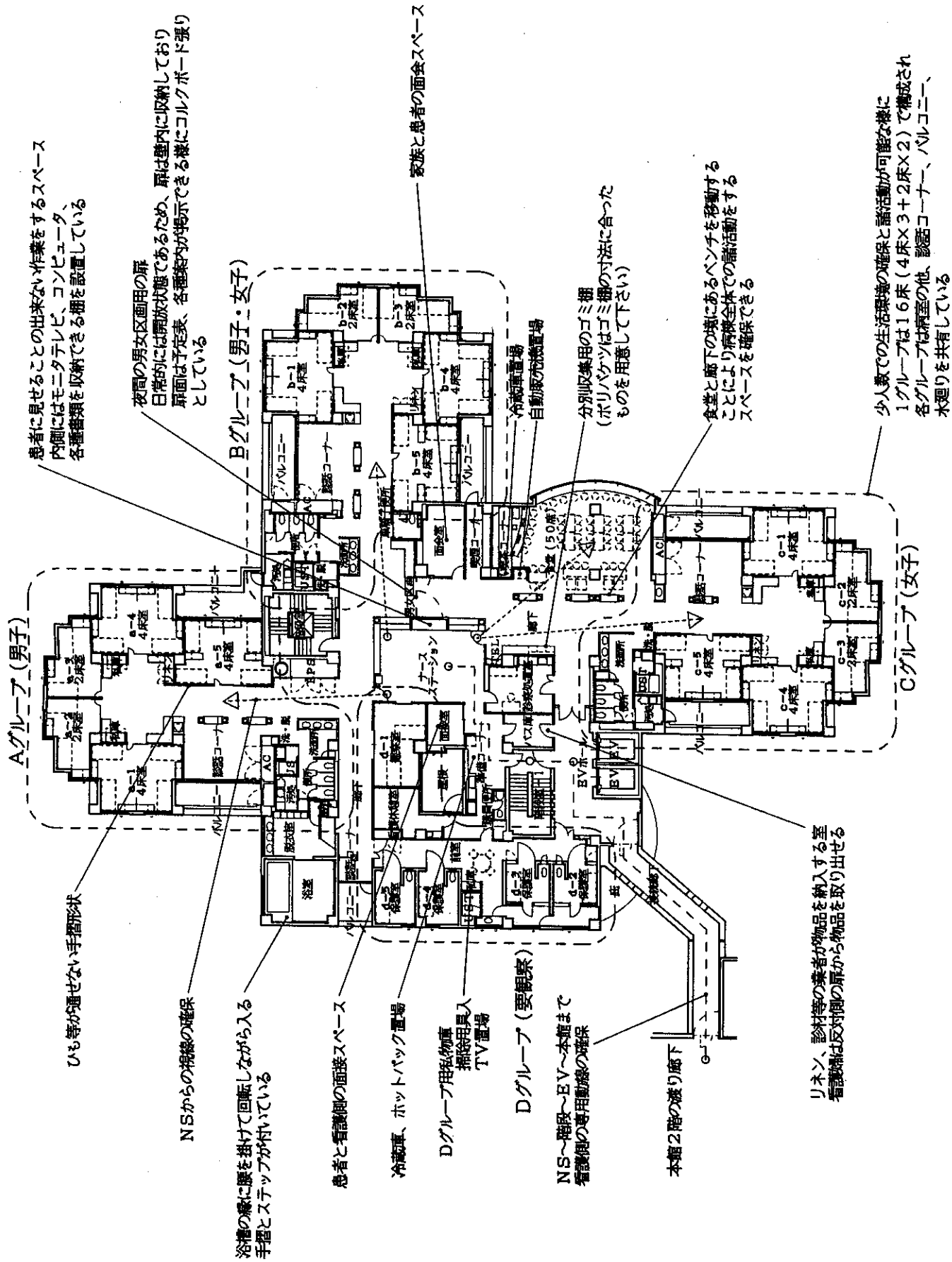


図-2 あさかホスピタル、半閉鎖病棟（改築前）



患者に見せることの出来ない作業をするスペース
内側にはモニタテレビ、コンピュータ、
各種書類を収納できる棚を設置している

夜間の男女区画用の扉
日常的には開放状態であるため、扉は壁内に収納しており
扉面は予定表、各種案内が掲示できる様にコルクボード張り
としている

Bグループ(男子・女子)

家族と患者の面会スペース

分別収集用のゴミ箱
(ポリバケツはゴミ箱の寸法に合った
ものを用意して下さい)

食堂と廊下の境にあるベンチを移動する
ことにより病棟全体での諸活動をする
スペースを確保できる

少人数での生活環境の確保と諸活動が可能に
1グループは16床(4床×3+2床×2)で構成され
各グループは個室の他、談話コーナー、バルコニー、
木廻りを共有している

Aグループ(男子)

ひも等が通せない手摺形状

NSからの視線の確保

浴槽の縁に腰を掛けて回転しながら入る
手摺とステップが付いている

患者と看護側の面談スペース

冷蔵庫、ホットバック置場

Dグループ用私物置
掃除用具入
TV置場

Dグループ(要観察)

NS~階段~EV~本館まで
看護側の専用動線の確保

本館2階の渡り廊下

リネン、診材等の業者が物品を納入する室
看護棟は反対側の扉から物品を取り出せる

Cグループ(女子)

図-3 あさかかホスピタル、急性期病棟(改築後)

D. 精神医療と他科医療との連携に関する研究

1 部：精神医療と他科医療の連携に関する研究

黒澤 尚（日本医科大学附属千葉北総病院 メンタルクリニック部長）

精神医療と他科医療の連携に関する研究

分担研究者 日本医科大学千葉北総病院 黒澤 尚

共同研究者

岸 泰宏、吉川栄省、田川一郎、高草木幸子、大石光枝（日本医科大学千葉北総病院）

保坂隆（東海大学医学部精神科）青木孝之（海老名総合病院精神科）

黒木宣夫 柳川哲郎 長谷川久見子 青嶋和宏（東邦大学佐倉病院）

精神医療と他科医療との連携の形態にはリエゾン方式（回診型、依頼型）、常駐方式、会議参加方式などがある。それぞれの方式での精神医療の果たす役割についての報告は多々ある。しかし、実際に「他科に精神医療を必要としている患者がどのくらいいるのだろうか」、「その活動に要する仕事量はどのくらいか」、また、「そのような活動をしたことによりどのような効果があったのか」などの報告は少ない。そこで、本年度は下記の3研究と1研究の準備に着手した。すなわち、上記疑問に答えるべく、リエゾン方式で、「内科に入院中や救急外来を受診した患者の精神疾患有している割合はどのくらいか」、「内科に入院中の患者の精神症状に精神科医が関与すると入院期間にどのような影響を与えるのか」、「その仕事量は」について3研究を行い、さらには来年度の研究「ICU・CCUにおけるせん妄の調査」に備えて、研究計画、倫理委員会などの準備に着手した。

- ・救急外来における精神科と他診療科との連携に関する研究（黒木班）
- ・一般科病棟における精神疾患合併率と入院期間に与える影響（保坂班）
- ・リエゾン精神医療の仕事量の検討（黒澤班）
- ・ICU・CCUにおけるせん妄の調査（岸班）

救急外来における精神科と他診療科との連携に関する研究（黒木班）

黒木宣夫 柳川哲郎 長谷川久見子 青嶋和宏（東邦大学佐倉病院）

田川一郎 岸 泰宏 黒澤 尚（日本医科大学付属千葉北総病院神経科）

緒言

いわゆる一般科の救急外来を受診する患者の中には精神科的治療を要する患者が増えてきたと言われている。しかし、その実態は明らかでない。そこで、その実態を明確にする事を目的に、大学病院2施設の救急外来における調査を実施した。午後5時（土曜日は午後2時）以降の通常時間外に救急外来への電話相談、ならびに救急外来を受診した精神科患者であ

る。調査期間は平成11年10月から12月までの3ヶ月間であり、さらにA病院に関しては、平成7年1月1日から平成11年12月31日までの5年間にA病院救急外来を受診した患者のなかで他診療科から精神科に診察依頼された患者60例に関して、依頼内容、性別、年齢、精神科病態、身体科病態等について調査した。A病院では精神科当直体制はなく、救急事例は電話相談を含め一般再来患者、初診

患者として対応している。そのため平日の時間外受診者と、日曜、祭日の当直帯に A 病院の救急外来を受診した全症例が対象となる。時間外は精神科医が電話で直接患者と対応し、もしくは他科（主に内科）医師との連携のもと対応している。ただし対応困難なケースは時間外であっても精神科医が診察を行っている。B 病院は当直体制があるため、精神科医が当直しており、上記の通常の時間外の電話相談、救急外来から精神科への診察・相談、さらに緊急に来院した精神科患者に関しては、全て精神科当直医が対応している。（表 1）

調査結果

①3 ヶ月間の救急外来調査（平成 11 年 10 月から 12 月）（表 1、図 1, 2）

1) 救急外来を受診した精神科患者：今回調査対象とした期間での救急外来患者数は、A 病院では 4,722 人で、そのうち精神科救急受診者は 40 人で全体に占める割合は 0.84% である。B 病院では総数 3,413 人に対し 43 人（1.6%）であり、B 病院がやや精神科救急患者の割合が多い。

2) 電話相談：上記の時間外の電話相談は、A 病院では救急外来への電話相談で、最初に相談を受けるのは救急外来の看護婦であるが、B 病院は精神科当直体制があるため、最初に相談を受けるのは精神科医である。A 病院は 48 件、新規の患者相談も 6 件（12.5%）含まれており、B 病院は 29 件で、すべてかかりつけの患者からの相談であった。本人自ら電話をかけてくるケースが A 病院 43.8%、B 病院 82% であった。電話相談の内容は、不安、動悸、息

苦しいなどの不安発作を主体とする患者が A 病院は 9 例、B 病院は 4 例であった。A 病院では落ち着かない、不穏と判断された事例が 9 名であり、自殺未遂、希死念慮がある患者は A 病院 3 例、B 病院 5 例であった。電話での対応は、翌日、来院を指示された患者は 2~3 例であり、他科医師への相談が A 病院 7 例、B 病院 1 例、また直接、精神科が指示した事例は A 病院 12 例、B 病院 25 例であった。

3) 他診療科で対応した精神科救急事例（表 1）

ア. 対応した診療科：A 病院では内科が 9 例、その他の診療科 1 例で、B 病院は全体で 3 例のみであった。

イ. 他診療科を受診した理由と内容：A 病院では、不安、動悸、息苦しい、頭痛、めまい、自殺未遂、アルコール依存などあらゆる精神疾患に他診療科が対応しており、B 病院では悪性症候群など身体疾患に限られていた。

ウ. 家族が同伴した患者：A 病院では、病歴調査のため家族が同伴したか否かの記録が残っておらず不明であったが、B 病院では全て家族同伴であった。

エ. 他診療科の対応：B 病院では精神科当直医がいるため、他科医が対応した上で精神科へ依頼しており、A 病院ではとりあえず他科医が対応したり、精神科医へ連絡してその指示で対応を待つという結果であった。

4) 精神科で対応した精神科救急事例

ア. 受診理由と症状：A, B 両病院とも不安、動悸、息苦しいなどの不安発作が最も多く（A 病院：7 例、B 病院：12 例）、次に A 病院では落ち着かない、不穏といった精

神病症状が6例、B病院では3例と続いたが、B病院では幻覚妄想(4例)、自殺未遂(6例)、抑うつ症状(2例)、身体疾患に起因した症状(5例)とさまざまであった。(図3)

イ. 精神科病態：両病院とも神経症圏が最も多く(A病院：11例、B病院：14例)で、次に精神病圏と続いたが、B病院では感情障害(8例)、アルコール障害(2例)とA病院にはない病態もみられた。(図4)

ウ. 家族が同伴した事例：A病院では、救急外来から精神科医へ連絡が入った事例であるため、診療録に記載されておらず、家族同伴の有無は不明であった。B病院では家族同伴事例は18件で45%、約半分を占めた。

エ. 身体科との併診必要な事例：B病院のみで3例であった。

オ. 救急受診後の対応：A病院では他精神病院に紹介された事例が1例、後は救急外来で対応されており、精神科へ診察依頼された事例は7例であった。B病院では、精神科医が直に精神科外来通院の指示をした事例が20例(50%)、B病院精神科へ入院した事例は9例、B病院身体科へ入院した事例1例、同身体科へ通院となった事例3例であった。(図5)

②A病院における救急外来から精神科へ診察依頼された5年間の事例調査(表2、3) A病院救急外来から精神科へ診察依頼された事例は60例(男22例、女例38)であった。

ア. 依頼内容：一番多い依頼理由は、自殺未遂13例(21.7%)、不安、動悸、息苦しいなどの不安発作が11例(18%)、幻覚妄想(8例)、不穏(9例)、抑うつ(8

例)と続いた。(図6)

イ. 精神科病態：神経症圏が25例(41.7%)、精神病圏17例(28.3%)、アルコール関連が2例であった。(図7)

ウ. 依頼科：内科26例、整形1例、耳鼻科1例、外科1例、救急外来から直接依頼31例

エ. 身体科病態：内科疾患が12例であり、外科疾患は1例のみであった。具体的には急性薬物中毒8例、脳梗塞1例、心臓疾患3例、骨折1例であった。

オ. 家族同伴事例：救急外来から依頼された事例で、精神科受診時に家族が同伴した事例は48例で、全体の80%を占めた。

カ. 身体科との併診事例：身体科と精神科との併診が必要な事例は、13例で21.7%を占めた。

キ. 受診後の転帰：救急外来受診後に精神科への外来通院へと移行した患者は28例(46.7%)、他精神病院へと転送された患者は21例(35%)であった。逆に再度身体科受診させた患者も4例みられた。

考察

1) 今回の救急外来調査より：救急外来を受診する患者の中に精神治療の必要な患者がどの程度あり、救急外来医療における精神科の役割を明確にする目的で、大学病院2施設の救急外来における調査を実施した。A病院精神科は当直体制がない施設であり、B病院精神科は常時精神科医が当直している。3ヶ月間の調査期間に救急外来に時間外の電話相談に関して、A病院は看護婦が主として他科当直医に相談するか、オンコール体制となっている精神科医を電話で呼び出し相談するかどう

かの判断を迫られる。しかし、A 病院に関しては相談件数の過半数は同精神科に通院中の患者からの相談であり、救急外来看護婦が主治医である精神科医へ電話連絡をして対応しているのが現状である。B 病院は直接、精神科主治医に電話がつながるため即座の精神科患者に対する対応が実施されている。その点、B 病院では救急外来と精神科との連携が機能的に行われていると言える。このことは、救急外来において他科がやむ得ず対応しなければならなかった事例が、A 病院が B 病院と比較して多かったことから明らかであり、また救急外来を実際に受診した精神科患者の病態や受診理由をみても同様である。すなわち、両病院とも神経症圏の不安発作で来院した患者が多いが、B 病院は精神病症状で来院する患者だけでなく、幻覚妄想、自殺未遂、うつ状態、アルコール障害など精神科のさまざまな病態に対応していた。しかも、救急外来受診後の対応も B 病院は精神科医が直接、B 病院精神科外来への再受診、ならびに同精神科への入院を指示したり、あるいは他科と協力して身体科へ入院させたりしており、A 病院のように翌日、精神科受診の指示を身体科当直医がやむを得ず行っている現状とは違い、患者の危機的状況から即座の対応が行われていた。

次に A 病院精神科における過去 5 年間の救急外来から依頼された事例に関して、精神科病態は神経症圏が多いものの依頼理由は自殺未遂が約 5 分の 1 を占めており、不安発作、幻覚妄想と続き、緊急の精神疾患が受診していた。しかも、依頼された事例の 8 割は家族同伴であり、翌

日まで待てずに緊急に来院していた。したがって、受診後の対応も 35% は精神病院への入院を紹介されており、より早期の治療導入が必要な事例であった。

2) 今後の救急外来と精神科との連携：わが国の総合病院における精神科の設置状況 1) 2) みると、総合病院総数は 1163 であり、精神科が設置されている総合病院は全体の 54.8% (637 施設) であり、精神病床を有する総合病院は 21.4% (249 施設) にすぎない。しかも、筆者が以前調査した有床総合病院精神科調査 3) 4) 5) (236 施設) で精神科医が当直をしている施設は有床総合病院精神科全体の 47.2% (67 施設) であり、常時精神科医が当直している施設全体の 84.1% (58 施設) は「救急来院した精神科患者全てに対応」と回答していたが、精神科有床施設全体の中では救急来院した患者全てに対応している施設は 39.7% にすぎなかった。つまり、精神病床がありながら全ての精神科救急事例に対応できていないのが、総合病院精神科の現状であろう。今回、調査した施設は両病院とも一般病床の中に精神科患者を入院させており、精神運動興奮の強い患者を入院させるのは困難な状況にあるが、B 病院の様に常時、精神科当直医がいると、救急外来と精神科との連携の中で自殺未遂、幻覚妄想、アルコール関連の急性期患者など、早急に治療導入しなければならない患者に対応でき、患者や家族が危機的状況に陥るのを未然に防ぐことも可能である。総合病院精神科は、救急外来だけでなく他診療科に入院、あるいは外来通院中の患者の精神医学的問題に関わらねばならないが、現状は精

神科独自に当直体制を組むのは困難な状況にあり、現医療法、診療報酬制度が、総合病院精神科の専門医療に関して配慮しているとは言い難い。今後、精神科病床を有する施設においては、精神疾患の増悪阻止、予防という観点からも当直体制が組めるよう検討すべきである。

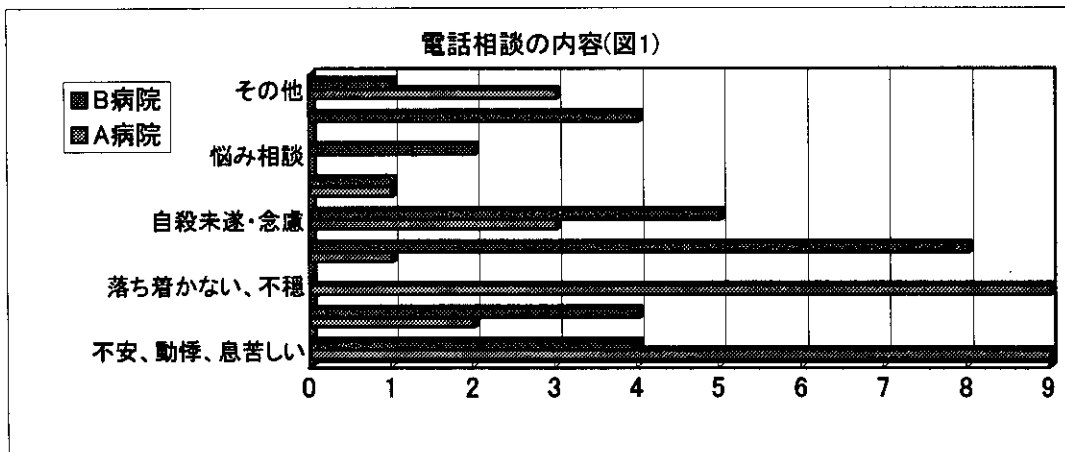
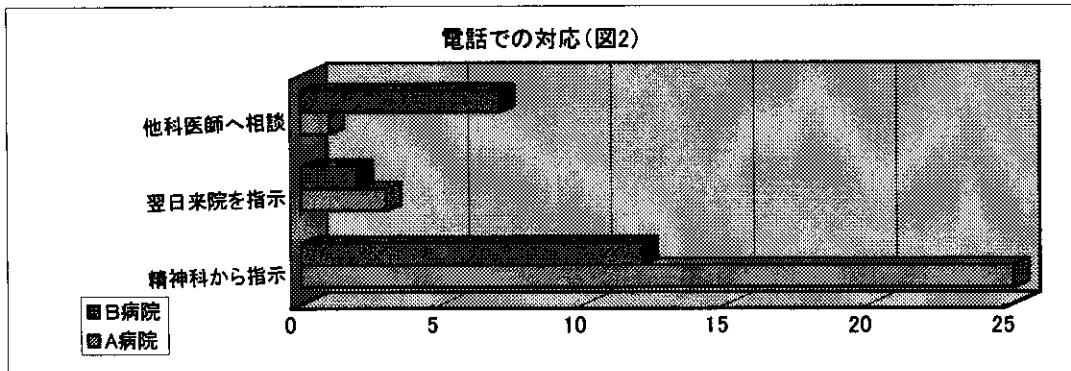
結論

いわゆる総合病院精神科の果たす役割は大きく、その中の一つに救急外来を受診する患者中の精神科的治療を要する患者への対応が挙げられる。この役割を果たすために総合病院には精神科を開設し、充分なる精神科医の配置が望まれる。

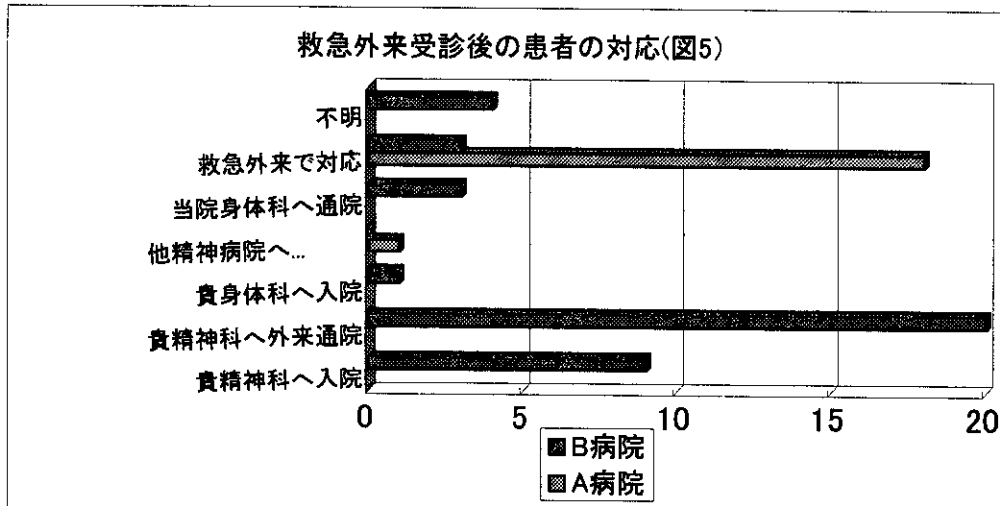
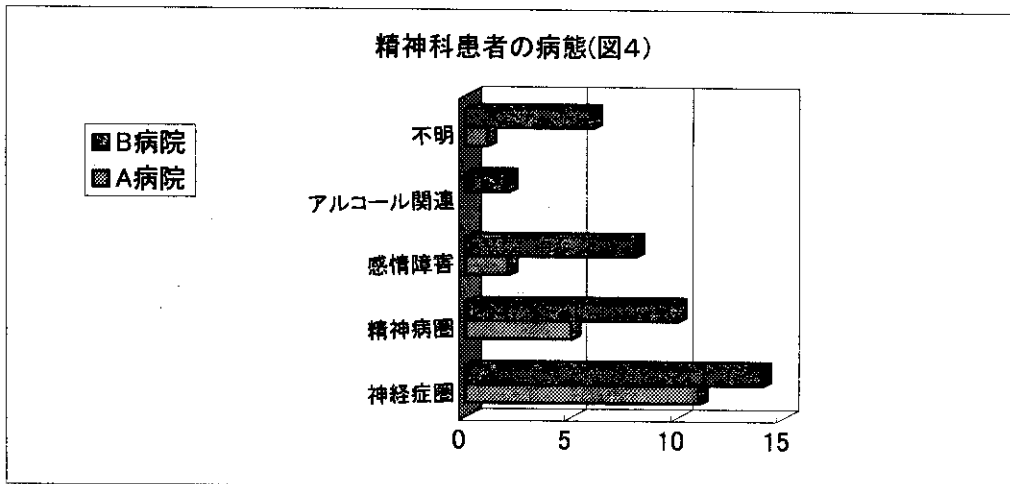
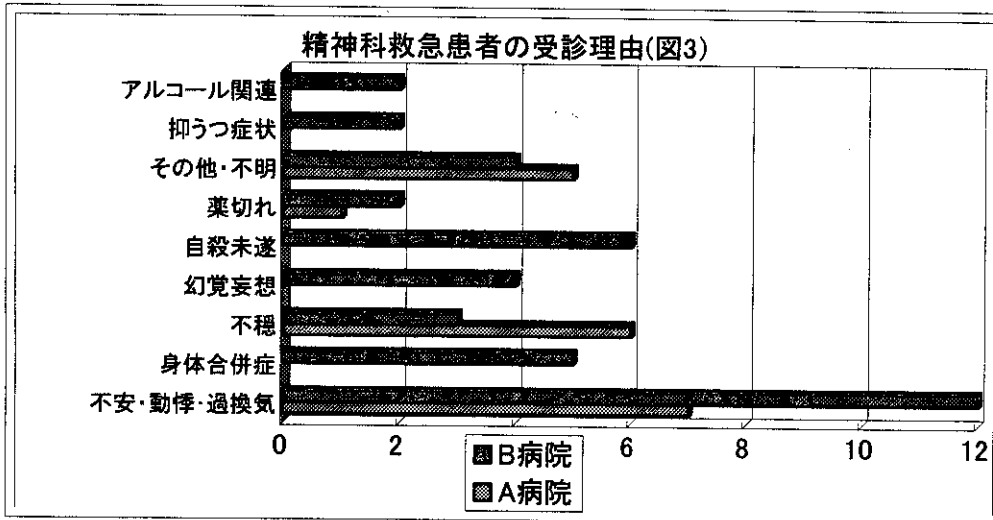
1. 厚生省健康政策局総務課：病院要覧 1994 版 7～478、医学書院 東京 1994
2. 厚生省健康政策局総務課：病院要覧 1997 版 7～487、医学書院 東京 1997
3. 黒木宣夫：総合病院精神科の適正配置と臨床研修指定病院精神科．総合病院精神医学 9(2)：104～118、1997
4. 黒木宣夫：精神科救急・合併症医療における総合病院精神科の役割．精神神経学雑誌 98 (11)：869～874、1997
5. 計見一雄：精神科救急医療システムに関する研究 厚生科学研究補助・精神保健医療研究事業 15～40 平成 6 年度研究報告者の中に精神科的治療の必要な患者がどの程度あり、救急外来医療における精神科の役割

A,B大学病院の施設概要と外来患者数(表1)

	A大学病院		B大学病院		合計	
全病床数	300		600			
診療科数	14		17			
救急医療	2次救急		3次救急			
精神科病床	2		20			
精神科当直体制	なし		あり			
A 平成11年10月1日～12月31日までの3ヶ月間の患者					4	
初診外来患者数	10897		9336		20233	
精神科初診外来患者数	155	1.4%	220	2.4%	375	1.9%
精神科1日平均患者数	77.9		52		129.9	
救急外来患者数	4722		3413		8135	
精神科救急外来患者数	40	0.8%	43	1.3%	83	1.0%
救急外来から精神科へ診察・相談された件数	7	17.5%	4	9.3%	11	13.3%
救急外来への電話相談件数	48	100.0%	29	100.0%	77	100.0%
新規の患者相談件数	6	12.5%	0	0.0%	6	7.8%
貴病院精神科の再来患者件数	19	39.6%	29	100.0%	48	62.3%
家族からの相談件数	2	4.2%	5	17.2%	7	9.1%
本人からの相談件数	21	43.8%	24	82.8%	45	58.4%
B. H11年10月1日～12月31日までの3ヵ月間の精神科救急外来患者						
a. 他診療科で対応した件数 男(4) 女(8)						
ア. 他診療科の内訳は内科						
	8		1		9	
その他						
	1		2		3	
イ. 他診療科を受診した理由と内容は						
不安、動悸、息苦しい	1				1	
頭痛、めまい	1				1	
身体疾患に起因した症状	1				1	
自殺未遂	3				3	
アルコール依存	1				1	
その他	2		2		4	
悪性症候群			1		1	
ウ. 上記患者の中で家族が同伴した件数						
			3		3	
エ. 上記患者に関する他診療科の対応は						
電話で精神科医に連絡し、指示	2				2	
とりあえず他科医として対応	7				7	
他科医として対応し、精神科へ依頼			3		3	
b. 精神科で対応診察した件数 男:16、女:40						
ア. 受診した理由と内容は						
	男5、女11		男12、女28			
不安、動悸、息苦しい	7	36.8%	12	30.0%	19	32.2%
身体疾患に起因した症状		0.0%	5	12.5%	5	8.5%
落ち着かない、不穏	6	31.6%	3	7.5%	9	15.3%
幻覚妄想		0.0%	4	10.0%	4	6.8%
自殺未遂		0.0%	6	15.0%	6	10.2%
薬切れ	1	5.3%	2	5.0%	3	5.1%
その他・不明	5	26.3%	4	10.0%	9	15.3%
抑うつ症状		0.0%	2	5.0%	2	3.4%
アルコール関連		0.0%	2	5.0%	2	3.4%
	19	100.0%	40	100.0%	59	100.0%
イ. 精神科病態						
神経症圏	11	57.9%	14	35.0%	25	42.4%
精神病圏	5	26.3%	10	25.0%	15	25.4%
感情障害	2	10.5%	8	20.0%	10	16.9%
アルコール関連		0.0%	2	5.0%	2	3.4%
不明	1	5.3%	6	15.0%	7	11.9%
	19	100.0%	40	100.0%	59	100.0%
ウ. 上記患者の中で家族が同伴した件数						
			18	45.0%	18	30.5%
エ. 上記患者の中で身体科との併診が必要な件数						
			3	7.5%	3	5.1%
オ. 上記患者の中で						
貴精神科へ入院			9	22.5%	9	15.3%
貴精神科へ外来通院			20	50.0%	20	33.9%
貴身体科へ入院			1	2.5%	1	1.7%
他精神病院へ紹介入院	1	5.3%	0	0.0%	1	1.7%
当院身体科へ通院			3	7.5%	3	5.1%
救急外来で対応	18	94.7%	3	7.5%	21	35.6%
不明			4	10.0%	4	6.8%



救急外来で精神科が関わった事例 18 18
 上記患者の中で身体科との併診が必要な件数 3 3



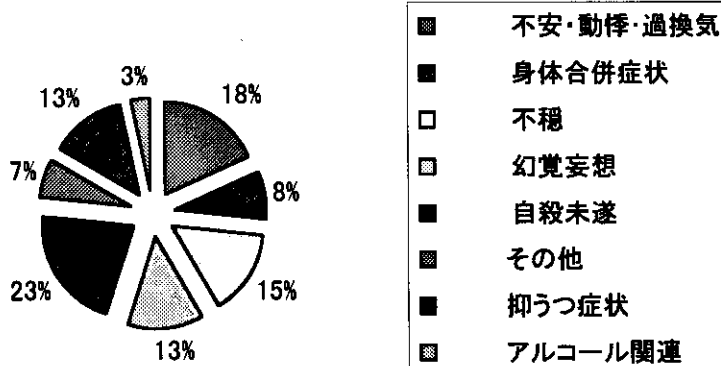
救急外来から精神科へ診察・相談された件数
(平成7年～平成11年)(表2)

年齢	性別	件数
19以下	男2、女2	6.6
20～29	男5、女13	30
30～39	男3、女8	18.3
40～49	男3、女8	18.3
50～59	男4、女3	11.7
60～69	男3、女3	10
70～79	男1	1.6
80～	男1、女1	3.3
合計	60	160

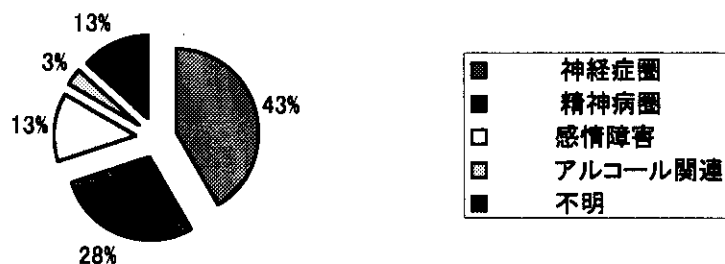
救急外来を受診した患者の特徴(表3)

身体科病態		
内科疾患	12	20.0%
外科疾患	1	1.7%
具体的に		
急性薬物中毒	8	13.3%
脳梗塞	1	1.7%
心臓疾患	3	5.0%
骨折	1	1.7%
家族が同伴した件数	48	80.0%
身体科との併診が必要な件数	13	21.7%
貴精神科へ外来通院	28	46.7%
貴身体科へ入院	1	1.7%
他一般病院へ転送		
他精神病院へ転送	21	35.0%
他一般病院精神科へ転送	4	6.7%
一般病院身体科	1	1.7%

救急外来を受診した患者の受診理由(図6)



救急外来を受診した精神科患者の病態(図7)



一般科病棟における精神疾患合併率と入院期間に与える影響（保坂班）

保坂隆（東海大学医学部精神科） 青木孝之（海老名総合病院精神科）

緒言

いわゆる総合病院には、精神科の開設は必ずしも義務づけられていない。しかし、実際には神経症やパニック・ディスオーダーや仮面うつ病などの精神疾患の患者が、精神科がないことを知っていても総合病院を受診することは多いだろうし、身体疾患のために通院あるいは入院中の患者に精神疾患が合併することも稀ではない。特に、手術をした患者や高齢の患者であれば、「せん妄」はかなりの頻度でみられることもよく知られている。また、せん妄を合併した場合には入院期間が有意に延長することも報告されている。(1)

一方 1988 年に設立された日本総合病院精神医学会は「すべての総合病院に精神科の設置を」という目標を掲げているが、黒木の調査(2)によれば、全国の総合病院で精神科を併設しているのは半分にも満たないという現状もある。一般診療の場にも精神疾患がしばしば認められるという実情を考えると、すべての臨床医がその研修期間のなかで、精神科的な診断や治療に関しての研修を受けるべきであるとは思われるが、その必然性を主張するには実証的なデータを示していかなければならないのも確かである。

そこで、本論では、一般科病棟に入院中の患者における精神疾患の合併率を調査し、その合併によって入院期間に差があるのか、および精神科治療による入院期間の変化などを明らかにして、総合病

院のなかでの精神科医の必要性について論ずる。

方法

まず、精神科が設置されて間もない 380 床（7 病棟）の総合病院のなかで、2つの内科系病棟を選択した。そして、入院中の患者または家族に研究の意義と方法を説明し、同意を得た上で、2 か月間にわたって毎週定期的に患者と面接し、精神疾患の有無と入院期間について調査した。

さらに精神疾患を認めた患者のうち、希望した者には精神科治療を行い、精神科治療群と非治療群とで入院期間の変化を比較した。

結果

調査した 2 か月間の二つの病棟の全入院患者 319 名のうち、同意の得られた 211 名を対象に面接した。

対象の内訳は男性患者 105 名（平均年齢 58.5 ± 16.9 歳）、女性患者 106 名（平均年齢 65.6 ± 17.8 歳）であった。

対象の主たる身体疾患を【表-1】に示す。（ ）内は対象数である。

まず、対象 211 名のうち、101 名（47.9%）に心因性障害（不安障害・身体表現性障害・適応障害など）、気分障害、精神病性障害、器質性精神障害などの診断がついた。

その内訳は、心因性障害 35 名（16.6%）、気分障害 33 名（15.6%）、脳器質性障害 22 名（10.4%）、せん妄 7 名（3.3%）、精神分裂

病4名(1.9%)、正常110名(52.1%)であり、【図-1】にも示した。

次に、対象211名全員の平均入院期間は、 39.2 ± 42.9 日であった。これを精神疾患の有無によって分けてみると、精神疾患有しない群では入院期間は 28.1 ± 32.5 日、精神疾患を有する群では入院期間は 51.7 ± 49.4 日であり、精神疾患合併群が有意に入院期間が長かった。(t-検定, $p < 0.05$)【図-2】

さらに、精神疾患合併した101名のうち、希望した41名の患者に対して薬物療法・精神療法などの精神科治療を行い、非治療群(60名)との間で入院期間の変化を調査した。それによれば、精神科治療群では平均入院期間は 44.1 ± 46.2 日、非治療群では平均入院期間は 59.1 ± 55.5 日であり、精神科治療により平均約15日間の入院期間短縮を認めた。疾患別では、気分障害とせん妄で、精神科治療により有意に入院期間が短縮し、逆に心因性障害では有意に延長していた。【表-2】($p < 0.01$, Mann-Whitney U-test)

考察

まず有病率については、入院患者の47.9%になんらかの精神疾患が合併していることがわかった。特に、うつ病(気分障害)の合併率は15.6%で、前回の調査(3)の21.5%や他の報告とも大体一致している。合併率に関しては30-40%とする報告が多く、本研究の結果(47.9%)はこれらよりもやや多い印象がある。特に心因性障害(不安障害・身体表現性障害・適応障害など)が多かったが、内科病棟の特殊性も関係しているのかもしれない。

また、がんの末期や高齢者の入院患者では「せん妄」の合併が多くなることも知られているが、本研究でも器質性精神障害(痴呆やせん妄)の合併が多いことが確かめられた。

さらに精神疾患が合併すると、平均入院期間が有意に延長することがわかったが、これも、われわれの前回の報告(3)と一致するものであった。そして、本研究では合併する精神疾患への治療をすることによって、入院期間が変化するかについても調査した。それによれば、たとえばうつ病やせん妄の場合には、それに対する治療を行うと、有意に入院期間が短縮することが明らかになった。このことは、一般科医にとってうつ病を適切に診断して治療できる技法が必要であるというだけでなく、すべての総合病院には精神科医が必要だという根拠にもなると思われる。

しかし、本研究では、精神科的治療を加えることによって、心因性障害や脳器質性疾患では逆に入院期間が延長するような現象も認められた。この原因としては、入院中に精神科的な治療を始めると、心因性障害では退行してしまい、守られた環境をできるだけ延長しようとする無意識的な願望が生ずることが患者との面接で明らかになった。一方、脳器質性疾患患者の場合では、入院中に介入を受けることにより、家族からの入院延長希望が強くなったためであることがわかった。このように、合併する精神疾患による背景の違いから、入院期間が延長してしまうことも考えられるが、全体的には精神科的介入によって入院期間が短縮するこ