

とが明らかになった。

結論

一般身体科医療の中で、うつ病をはじめとする精神疾患が合併することが明らかになった。特に、うつ病に関しては、20%近い合併率であることは他の報告ともほぼ一致するものであった。そのため、うつ病のような精神疾患を、一般病棟の中でも正しく評価して、適切に治療することの必要性がわかり、実際に精神科的な治療をすることによって入院期間が短縮することも明らかになった。

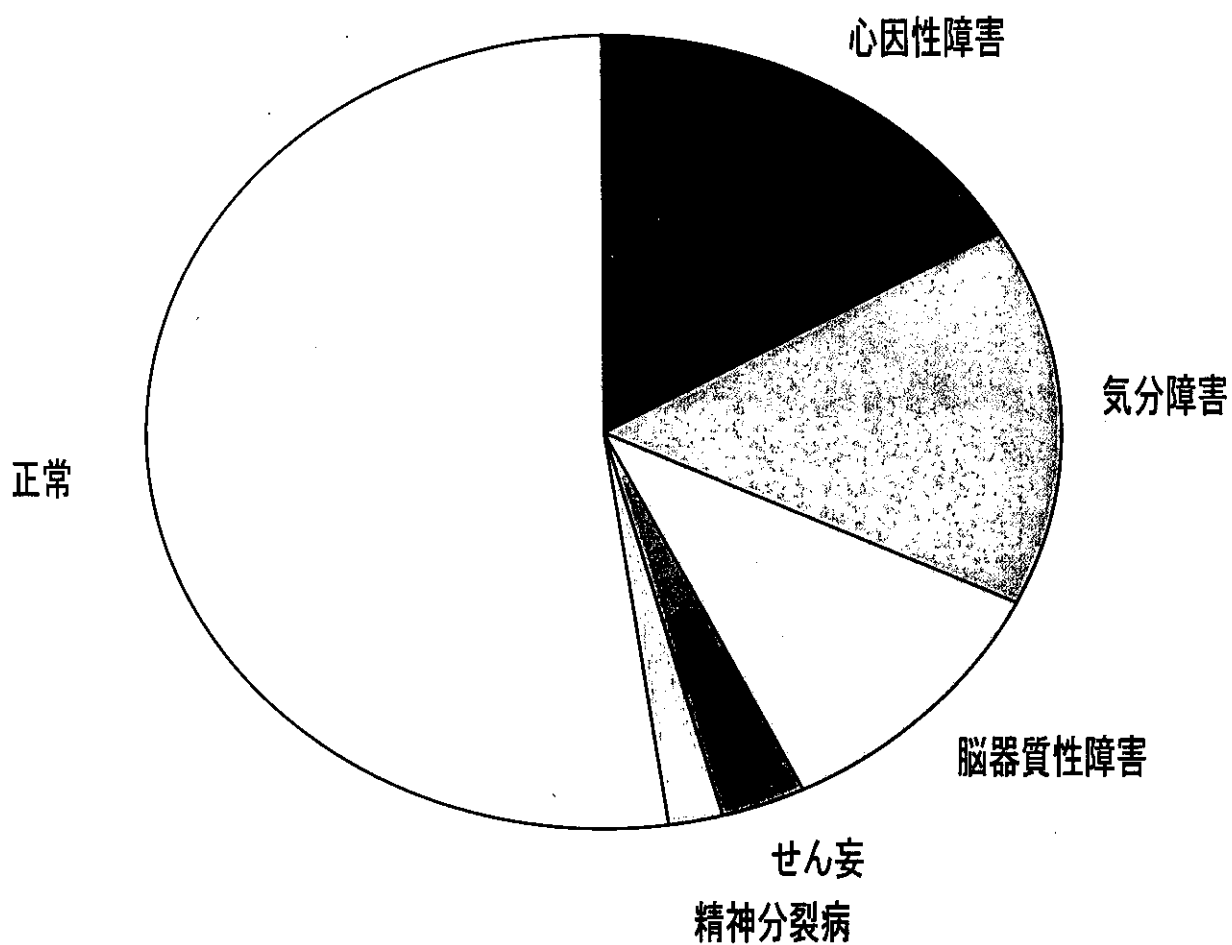
繰り返しになるが、本研究の結果は、一般科医にとってうつ病を始めとして種々の精神症状を適切に診断して治療できる技法が必要という卒後研修への提言だけでなく、すべての総合病院には精神科医が必要だという根拠にもなると思わ

れる。

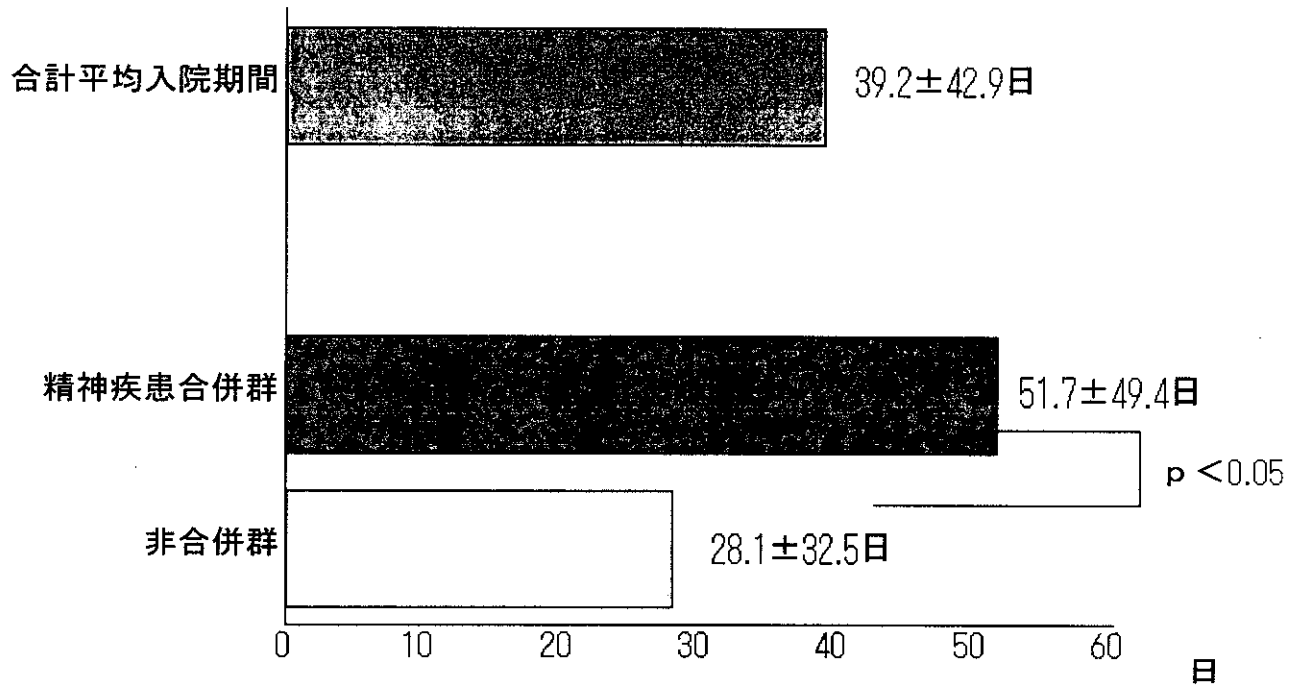
【文献】

- 1) Strain, JJ et al. : Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 148:1044-49, 1991
- 2) 黒木宣夫ら : 医療経済からみた総合病院精神科。総合病院精神医学 8 : 1-11, 1996
- 3) Hosaka T, Aoki T, Watanabe T, Okuyama T, Kurosawa H. : Comorbidity of depression among physically ill patients and its effect on the length of hospital stay. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 53: 491-495, 1999

【図-1】精神疾患の有無とその内訳



【図-2】精神疾患の有無による入院期間



----- 【表-1】 対象の基礎疾患 -----

糖尿病(32), 消化器疾患(消化性潰瘍・イレウスなど)(23), 白血病(含悪性リンパ腫)(22), がん(胃がん・肺がん)(21), 呼吸器疾患(肺気管支炎・肺気腫など)(20), 肝障害(肝炎・肝硬変)(17), 貧血(16), 脱水(15), 脳血管障害(12), 腎障害(12), 高血圧(9), 心疾患(7), 膠原病(5)

【表-2】 精神科的治療の有無と入院期間

	精神科治療なし		精神科治療あり	
	No.	入院期間	No.	入院期間
心因性障害	19	30.8±26.4	16	53.2±50.5
気分障害	18	78.2±94.2	15	38.1±33.7**
脳器質性障害	18	79.6±61.1	4	96.5±94.9**
せん妄	5	42.8±23.4	2	19.0±15.6**
精神分裂病	0	—	4	16.5±7.8

リエゾン精神医療の仕事量の検討（黒澤班）

黒澤 尚、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）

緒言

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するためには、リエゾン活動にかかわる精神科医の仕事量を調査する必要がある。それにも関わらず、リエゾン活動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、昨年を引き続き本年もリエゾン活動に関わる精神科医の仕事量を時間軸から検討した。

方法

時間軸から見たリエゾン活動の仕事量について、いわゆる総合病院：6施設、大学付属病院：13施設にアンケート調査を依頼した。なお、調査項目は以下の通りである。患者背景として年齢、性別、身体疾患分類、ICD-10による精神疾患分類。時間軸からみた仕事量としては紹介状を読む時間、病棟までの往復時間、医療スタッフからの情報収集時間と情報提供時間カルテを書く時間、家族への説明に要する時間。

結果

総合病院6施設から32例、大学病院から56例、合計88症例についてのリエゾン活動の調査が報告された。

患者背景：平均年齢は52.7（SD=21.9）歳。性別は男性が58例（66%）。

身体疾患分類は以下のように5分類した（図1）。その内訳は内科系疾患は63例（72%）と圧倒的に多く、続いて外科系7例（8%）、術後7例（8%）、外科4例（5%）、その他6例（7%）であった。また、精神疾患分類ではF0：40例（45%）、F1：4例（5%）、F2：6例（7%）、F3：17例（19%）、F4：13例（15%）、F5：2例（2%）、F7：4例（5%）G：2例（2%）であった（図2）。すなわち、F0の器質性精神障害いわゆるせん妄が45%と圧倒的に多かった。ついで、F2の精神分裂病であった。

仕事量を時間軸で分析すると平均総仕事時間は70.5（SD=32.3）分であった。それぞれの時間は図3の通りである。

総合病院と大学病院とのそれぞれの時間を比較すると、総仕事時間では総合病院が63.2分、大学病院が74.7分と大学病院の方が10分以上いわゆる診察に時間をかけていることが判った。内訳で見ると。情報収集と情報提供では有意に大学病院の方が時間をかけていた。このことは大学病院が教育機関であり、教育のために時間がかかっていることを裏

付けている。

考察

リエゾン活動の1症例に精神科医が関わる時間は平均して70分であった。また、大学病院の方が総合病院より時間がかかっているのは教育病院という性格の反映である。

いずれにしてもこれらの結果から、現在の診療報酬が仕事量に見合うかという疑問である。精神科の仕事量70分は精神科医だけが働いているわけではなく、他のコワーカーも働いており、360点ではその人件費にも満たないのではないか。リエゾン活動の要望は今後も増え続けるにもかかわらず、現状の精神科医数

。

ではその要望に答えられないではないか。また、リエゾン活動の内容を見てみるとせん妄が多いが、保坂らの報告にもあるように入院患者の20%程度を占めるうつ病の患者の紹介が少ない。これは多分に見逃されていると思われるので身体科医にうつ病を含む精神科的知識の啓蒙活動が必要である。

結論

リエゾン活動で初診に要する平均時間は70分である。したがって、総合病院精神科がリエゾン活動に力を入れれば入れるほど、現状の精神科医配置数では不足していることは明白である。そこで、さらなる人員配置が望まれる

図1 身体疾患患診断

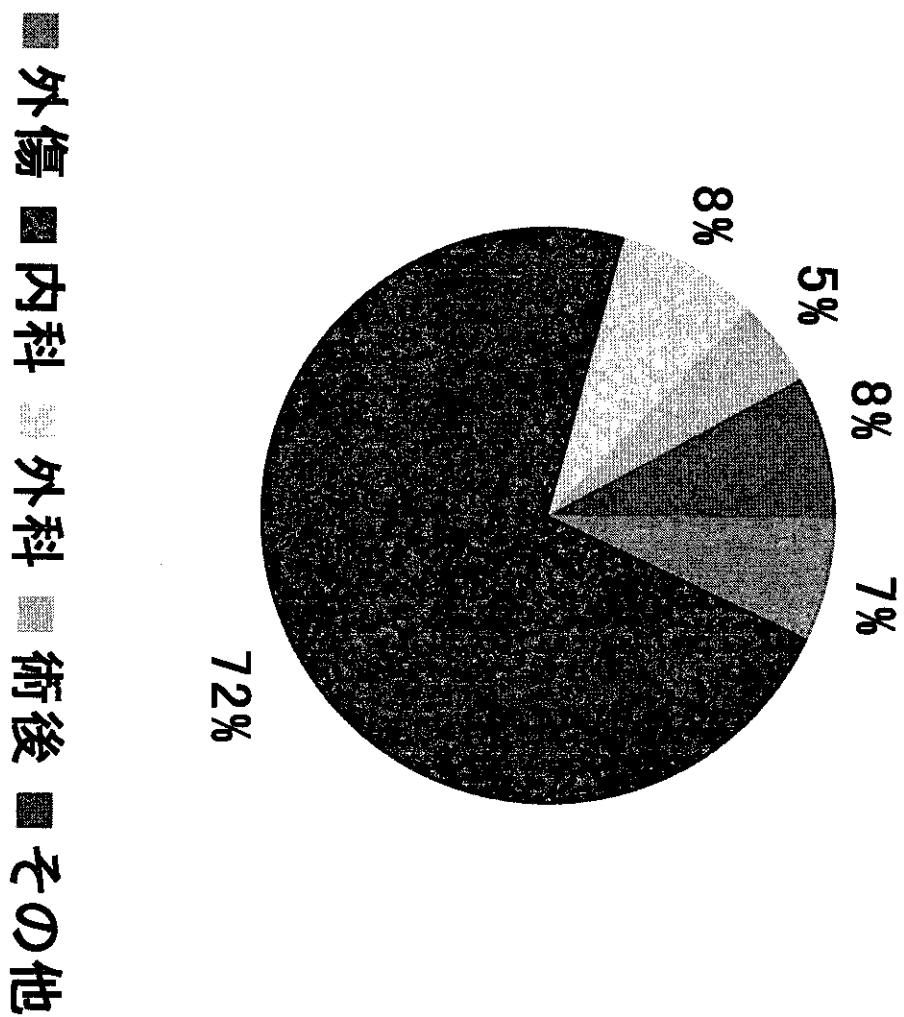
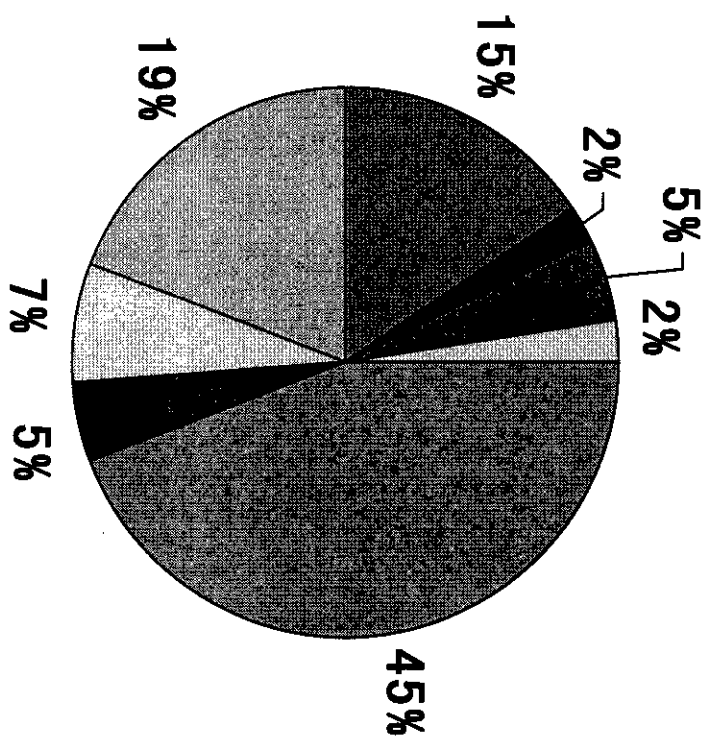


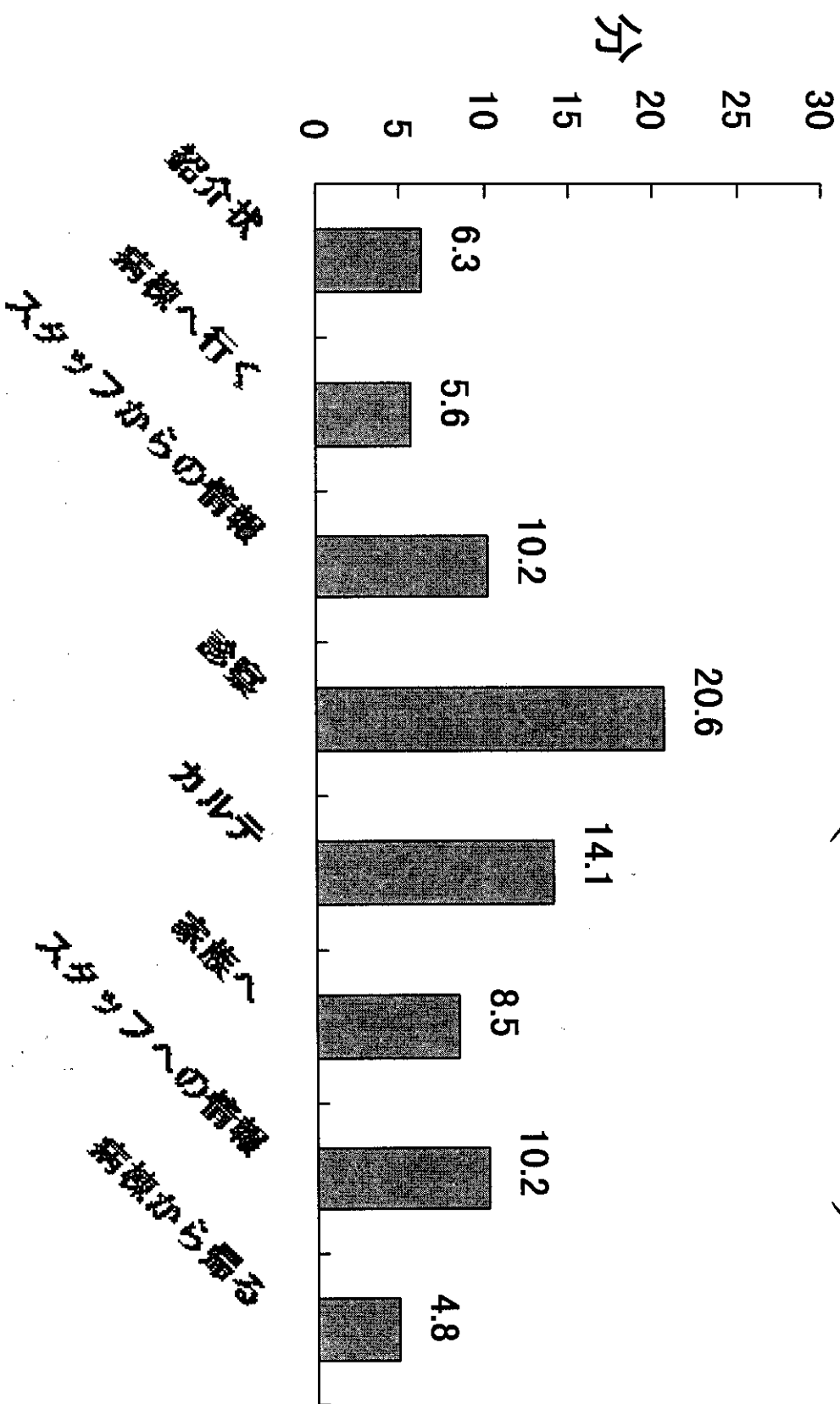
图2精神科疾患 ICD-10



■ F0 ■ F1 ■ F2 ■ F3 ■ F4 ■ F5 ■ F7 ■ G

図3仕事量うちわけ(平均時間)

Total: 70.5分(SD=32.3)



ICU・CCUにおけるせん妄の調査

岸 泰宏、吉川栄省、田川一郎、黒澤 尚（日本医科大学千葉北総病院）

せん妄は日常臨床において頻繁に遭遇する症候群である。せん妄を発症するとさまざまな合併症が生ずる。たとえば、自傷行為、スタッフに対する攻撃、自殺、診断ならびに治療行為に対する拒否・非協力などがあげられる。せん妄を生じた症例は、せん妄を生じない症例と比較して死亡率が高いことも数多くの研究で指摘されている。さらに、せん妄症例は在院日数が長期化することも知られており、医療経済面でみても好ましくないからざる症候群である。

したがって、急性期医療の現場において、せん妄の発症率、持続期間、危険因子等を知ることは臨床上有用である。現在まで、さまざまな報告が認められているが、標準化ならびに客観的指標を使用した研究は少なく、臨床上有益な情報が得られていないのが現状である。そこで、現在のところもっとも標準化され、客観的である指標を使用した調査を来年度に行うべく、研究計画を練り、小規模研究を始めた。

目的：

- * せん妄の発症率の調査
- * せん妄の発症に関連する要因の検討

* せん妄発症の予測因子の検討

症例の選択基準

(1) 日本医科大学千葉北総病院集中治療室に入室した症例

(2) 年齢18歳以上

プロトコール

この研究は、日本医科大学千葉北総病院集中治療室に入室した症例に対して、日常臨床で収集される患者のデータをもとに連日プロスペクティブに行われる。患者の医療情報（患者背景、身体疾患重症度、せん妄評価尺度、認知機能評価尺度、患者をとりまく環境、アウトカム）を収集する。

また、せん妄症例と非せん妄症例の睡眠覚醒ならびに行動パターン比較のため、腕時計型アクチグラムを装着する。

説明と同意（略）

なお、この研究計画は日本医科大学付属千葉北総病院倫理委員会において承認された。

2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

「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」

分担研究協力者	中島 節夫	北里大学医学部精神科
	小林 一広	北里大学医学部精神科
	稲田 健	北里大学医学部精神科
	堤 邦彦	北里大学医学部精神科
	山田谷 節子	北里大学東病院看護部
	嶋田 幸子	北里大学病院看護部
	田中 彰子	北里大学病院看護部
	米澤 洋介	東京都立墨東病院
	佐々木 高伸	広島市民病院
	金子 晃一	新潟県立小出病院

研究要旨

本研究は、我が国において決して充実しているとは言い難い総合病院（特に大学病院）における精神障害者の身体合併症への対応について調査ならびに検討を重ねてきた。主に Medical Psychiatric Unit : MPU とコンサルテーション・リエゾン : CL の対比を中心とすることで、合併症医療の必要性を提言してきた。平成9年度は、数カ所の協力研究施設における一般病棟、精神科病棟、救命救急センターに入院した精神障害者の身体合併症の実態調査を行なった。平成10年度は、精神科病棟に勤務している医師と看護婦の minimum requirement を把握するために「卒後研修のあり方についてのアンケート調査」を全国80大学病院に実施した。

そこで今年度は<1>精神障害者の身体合併症を対応するにあたって必要不可欠である看護者の実態調査を中心に検討を行った。そこで北里大学東病院精神神経科閉鎖病棟68床（一般室・・・保護室7床を含む55床、MPU・・・13床）において、MPUと一般室を1ヶ月間比較し、看護業務量調査から看護要員数を算出し、更に診療報酬上の分析からMPUの要員数を保障するための方策について検討した。MPUは一般室の3.8倍のケア量とケア時間を要しており、看護要員数の算定では、MPU1床に必要な看護要員は、1日平均0.61人であった。休暇などの労務管理を含めて考察すると、MPUの看護要員数は1床につき1名が適正な配置であるとの結論に至った。ついで診療報酬上の算定結果からこの看護要員数の妥当性を評価したところ、看護婦1人あたりの収入コストは、MPUの方が一般室よりも1床あたり¥29,687少ないことが算出されることから、MPUにおいても救命救急や、ICUのような特定管理加算が必要であると思われる。<2>医師に関しては、MPUとして機能しているベッドを持つ3病院に勤務している医師達と、全国の大学病院精神科病棟の医師達における、身体加療に対しての日常業務の実態、motivation を比較検討することで精神科医としての身体加療に対しての minimum requirement を提言する。

<1>MPU に勤務する看護者と精神科閉鎖病棟一般室に勤務する看護者の 比較検討及びその実態調査

1. 研究目的

精神科閉鎖病棟における看護業務量を測定し、MPU と一般室（保護室を含む全ての病室から MPU を除いた病室を一般室と呼ぶ）とで比較分析するとともに、勤務時間に換算することによって、看護要員数を得る。さらに、実際の診療報酬上の算定結果から、MPU と一般室での比較を試みることににより、MPU モデルに必要とされる看護要員数の妥当性を明らかにする。

2. 調査方法

1) 看護業務量調査

(1) 厚生省方式看護度調査

看護度とは昭和 59 年に厚生省の看護体制検討会によって報告されたものであり、患者に必要な看護量を把握する指標として多くの施設で用いられている。この看護度は看護観察の程度と生活の自由度の 2 つの視点から看護の必要量を把握しようとするものである。

<厚生省方式看護度分類>

看護観察の程度

- A. 常時（ほとんど付きっきりで）観察を必要とする
- B. 断続的（おおむね 1～2 時間毎）に観察を必要とする
- C. 断続した観察は特に必要ない（B より長く間隔をあけた観察でよい）

生活の自由度

- I. 常に寝たまま
- II. ベッドで身体を起こせる（自力で身体を起こせる）
- III. 室内歩行ができる
- IV. 日常生活はほとんど不自由がない

(2) KENS (Kitasato East Nursing System) による看護業務量測定

① KENS について

KENS とは患者に提供された直接ケア量の多寡によって、患者をタイプ別に分類する北里大学東病院の患者タイプ分けシステムであり、患者分類法には原型評価と因子評価がある。原型評価は厚生省の看護度が一般的に用いられており、因子評価の代表は TNS(Toranomon Nursing System) である。いくつかの施設において、TNS をもとにした KNS、KENS などが用いられている。この方法は、各勤務帯の直接ケア量を測定し必要とされる看護要員数を算出するものである。すなわち、看護婦が行った直接ケア量を数値化し必要とされる看護要員数を導き出す所にその特徴がある。

- a. 看護者とは保健婦（士）、看護婦（士）、及び准看護婦（士）をいう。
- b. 直接ケア量とは看護婦が行なった看護業務量をいう。「ケアチェック項目」（表 1）を用いて、個々の患者に影響したケアをコンピュータへ入力することで、ケア点数として算定することができる。ケア点数 1 点を 4 分に換算しケア時間としている。

c. ケアチェック項目以外のケア時間を総称して「直接ケア X」と言う。

「直接ケア X」はタイムスタディ調査結果より、日勤 18 分、準夜 5 分、深夜 4 分、の合計 27 分を固定値としている。

d. 患者タイプ別分類とは個々の患者に提供した看護ケア量を点数化し、以下のように段階的にクラス分けしたものである。

<患者タイプ別分類>

患者タイプ別	総得点	ケアレベル
タイプ 0	0 点	セルフケア Minimal Care
タイプ 1	1~4 点	少量ケア Low Care
タイプ 2	5~10 点	中等ケア Intermediate Care
タイプ 3	11~20 点	ハイケア High Care
タイプ 4	21~27 点	集中ケア Intensive Care
タイプ 5	27 点以上	重症ケア Critical Care

2) 診療報酬算定結果の分析

調査期間中、対象病棟に入院した個々の患者の入院医療費請求書及び入院計算書から分析した。

3. 調査期間

平成 11 年 11 月 1 日~11 月 30 日

4. 調査対象

北里大学東病院精神科閉鎖病棟 68 床（保護室 7 床、MPU13 床を含む）。同病棟は神奈川県精神科緊急医療体制の基幹病院として、保護室 7 床の内 3 床を県の委託ベッドとして使用し、夜間および土、日、祝祭日の緊急措置、措置入院の入院加療に対応している。また精神科応急指定病院でもあり、こちらは 365 日対応している。救命救急センターをもつ北里大学病院が隣接しており、三次救急レベルの身体合併症の対応はそちらで行っている。当院における MPU は 1986 年に北里大学東病院開設と同時に 13 床でスタートし、現在の MPU は 1 つのユニットして独立しており、中央配管（13 個の吸引、9 個の酸素・コンプレッサー）を設置している。病棟の看護婦・士の背景は表 2 のとおりである。

病棟の看護要員数は婦長を入れて 30 名であり、看護体制はモジュール型継続受持ち方式を用いている。現在のところ毎年新採用者も 4~5 名程度受け入れている。在職年数は 4.1 年（婦長除く）で、精神科以外の一般病棟の経験者は 10 名（33%）、一般室 55 床に対して 16 名、MPU13 床に対し 13 名の看護婦・士を配置しており、半年から 1 年でモジュール内のローテーションを実施している。

5. 結果

1. 看護業務量調査結果

1) 観察度と生活の自由度について（表3、図1）

一般室とMPUの患者の観察度と生活の自由度の結果は以下のとおりである。

①観察度

	一般室	MPU
観察度 A（常時観察）	42%	65%
観察度 B（1～2 時間毎観察）	58%	35%
観察度 C（観察フリー）	0%	0%

一般室は観察度Bが58%、観察度Aが42%の順に多く1～2時間の観察を必要としている対象が多い。観察度Aが比較的多いのは保護室7床を含めているからである。MPUは観察度Aが65%、観察度Bが35%の順に多く、観察度の高い患者を対象としている。

②生活の自由度

	一般室	MPU
生活の自由度 I（絶対安静）	0%	36%
生活の自由度 II（ベット上安静）	35%	34%
生活の自由度 III（歩行可能）	63%	30%
生活の自由度 IV（歩行フリー）	2%	0%

一般室は歩行可能が63%、ベット上安静が35%と生活の自由度が増している。MPUは絶対安静が36%、ベット上安静が34%と常に安静度の高い患者が多い。以上からMPUの患者は一般室比べて日常生活援助を多く必要としている。

2) KENS 調査結果

(1) 患者タイプ別分類（表4、図2）

一ヶ月間のタイプ別延患者数をまとめると下表のようになる。

	一般室	MPU
タイプ0	2974(61%)	10(1%)
タイプ1	992(20%)	306(26%)
タイプ2	757(16%)	663(58%)
タイプ3	123(3%)	180(15%)
タイプ4	3(0%)	2(0%)
タイプ5	0(0%)	1(0%)

一般室はタイプ0が61%と一番多いのに対して、MPUはタイプ2が58%と一番多かった。MPUはタイプ2以上の患者が73%に対し一般室は39%であった。

(2) 精神科閉鎖病棟の1ヶ月間の延べ患者数とケア量、ケア時間について(表5)

1ヶ月間の延取扱い患者数6011、ケア点数17189点であった。

ケア時間は1点が4分にあたるため、1ヶ月間の総ケア時間は17189点×4分=68756分となる。これを一般室とMPUに分けてみると、一般室については延べ取扱い患者数4849、ケア量9001点であった。1ヶ月間の総ケア時間は9001点×4分=36004分となる。MPUの延べ取扱い患者数は1162、ケア量8188点であった。1ヶ月間の総ケア時間は8188点×4分=32752分となる。

さらに、一般室とMPUの患者1人あたりの1日平均ケア時間を割り出してみる。

一般室は1日平均53.9名の患者を取り扱っており、1ヶ月間の、患者1人あたりの平均ケア時間は36004分÷53.9名=667.9分となる。さらに、1日平均ケア時間は667.9分÷30日=22.3分となる。

MPUは1日平均212.9名の患者を取り扱っており、1ヶ月間の患者1人あたりの平均ケア時間は32752分÷212.9名=153.9分となる。さらに、1日平均ケア時間は153.9分÷30日=5.1分となる。

患者1人あたりの1日平均ケア時間は一般室22.3分に対してMPUは5.1分であった。以上から、MPUは一般室の3.8倍のケア量とケア時間を必要としていることが分かった。

(3) MPUの患者のケア内容とケア時間について(表6)

KENSの「ケアチェックガイドブック」に基づいて、看護婦が患者に直接行なった1ヶ月間のケア量(看護業務量)からケア時間を割り出した。患者に必要とした直接ケア内容は①移動・リハビリテーション6888分、②排泄ケア5552分、③清潔ケア4756分、④処置ケア4060分⑤輸液管理2872分、⑥食事介助2472分、⑦心理・精神的ケア1800分、⑧呼吸ケア1504分、⑨管理的ケア(1.入院~10.隔離)140分、⑩救急蘇生120分、⑪バイタルサイン測定76分、⑫特別な指導24分である。

以上からMPUの患者に必要とした直接ケア内容の多い順は①日常生活援助、②身体合併症の援助、③精神科看護の専門ケア、④管理的ケアであった。MPUに於いては日常生活援助と身体合併症の援助が看護ケアの中心であることが言える。

(4) MPUに必要な看護要員数の算定

KENS調査の結果、ケアチェック項目のケア時間は患者1人当たり84.6分であった。従って、

患者1人に関わる直接ケア時間=ケアチェック項目のケア時間+直接ケアXとなり、

「直接ケアX」はタイムスタディ調査結果より固定値27分としている。

《MPUの患者1人に関わる直接ケア時間=84.6分+27分=111.6分》

一方、看護婦1人が1日で提供可能な直接ケア時間は、TNSによるタイムスタディ調査では183分であることから、

《MPU患者1人あたりの1日平均看護要員数=111.6分÷183分=0.61人》

今回の調査対象病棟はMPU13床なので、

《この病棟に必要な1日看護要員数=0.61人×13床=7.93名》

調査対象病棟の実際の1日平均勤務者数は8名（日勤4名、準夜勤2名、深夜勤2名）である。「丁度この勤務者数で業務量をカバーしており、妥当な要員数である。」という病棟婦長の評価から、調査方法の妥当性も裏付けられた。ここで、看護婦1名の年間出勤率について述べる。当院の1週間あたりの勤務時間は40時間であり、（1日7.5時間勤務）これは土曜勤務を含め実働269日に相当する。また年休、夏期及び冬期休暇等の合計日数が37日あることより、1年間の出勤率は以下のように算定される。

$$269-37=232 \quad 232 \div 365=0.64$$

MPUに必要な年間看護要員数は

$$8 \text{人} \times 365 \text{日} = 2920 \text{人}$$

配置看護要員数をYとして求めると、

$$Y \times 0.64 \times 365 \text{日} = 2920 \text{人}$$

$$Y = 2920 \div 365 \div 0.64$$

$$= 12.5 \text{名}$$

以上の結果から、MPUモデル調査病棟（13床）において労務管理までを考慮した配置要員は約13名必要であり、これよりMPU1床当たり約1人の看護婦が必要なことになる。

2. 診療報酬算定結果と看護要員数

看護要員数が診療報酬と関連づけられているものは、看護料と夜間勤務従事者等看護加算である。これについては、当病棟は68名の患者に30名（婦長含む）の看護婦を配置（2.3対1）している。又、夜間看護加算はIa（患者対看護婦数15対1、夜間業務72時間以内／月／人、看護助手を含まず）が承認されている。しかし、これはどの患者にも一率定額であり、一般室、MPUの差がない。看護業務量調査からも明らかなように、MPUは一般室入院患者の業務量を完全に超えている。そこで、調査と同時期にN1病棟に入院した患者全員の入院医療費請求書及び入院計算書から、病院収入に関わる病棟の全体像を把握し、次に一般室とMPUに分類し比較分析した。

1) N1病棟全体（68床）の収入総額は ¥45,141,844 であった。（表7）

これは1床あたり ¥22,128／日 である。

2) MPU（13床）の収入総額は ¥13,694,116 であった。（表8）

これは1床あたり ¥35,113／日 である。

3) 一般室（55床）の収入総額は ¥31,447,728 であった。

これは1床あたり ¥19,059／日 である。

4) MPUと一般病室の単価比較（表9）

$$¥35113 - ¥19,059 = ¥16,054 / \text{日} / \text{床} \quad \text{MPU} > \text{一般室}$$

一般室とMPUの単価を比較すると、MPUは一般室の1.84倍に相当する。一方、看護要員配置を見てみると、看護婦1人あたりの患者数は、MPU1名、一般室3.4名となる。

5) 1人の看護婦に焦点を当て、患者数と単価との関係を見てみる。

MPUは1人の看護婦は1人の患者を見て、得ているコストは、¥35,113／日 である。

一般室は一人の看護婦は 3.4 人の患者を見て、得ているコストは、

$\text{¥}19,059/\text{人}/\text{日} \times 3.4 \text{人} = \text{¥}64,800/\text{日}$ である。

6) MPU と一般室の看護婦 1 人あたりの収入コスト比較

$\text{¥}64,800 - \text{¥}35,113 = \text{¥}29,687/\text{日}/\text{Ns} 1 \text{人}$ MPU < 一般室

従って、診療報酬上から考察すると

MPU 患者の診療に関わる全体収入において、看護要員数との関係から見た場合、MPU 入院患者の方が一般室入院患者に比べて ¥29,687 少ないことが分かった。ここで、看護婦 1 人あたりの収入コストを一般室並にするとすれば、1 日につき ¥29,687 アップする必要がある。これは、看護婦対患者は 1 対 1 であるので、1 床あたりのコストに等しい。

6. 考察

精神科閉鎖病棟における 1 ヶ月間の看護量調査をもとに、一般室と MPU を比較分析を行った。原型評価である厚生省方式看護度調査においては、MPU の方が一般室に比べて明らかに観察度は高く、生活の自由度が低かった。因子評価の KENS においては、MPU の方が一般室に比べて、ケアタイプが高く、患者 1 人あたりの直接ケア時間が長かった。さらに看護要員数の算定では、MPU 1 床に必要な看護要員は、1 日平均 0.61 人であることが算定され、休暇などの労務管理を含めて考察すると、MPU の看護要員数は 1 床につき約 1 名が適正な配置であるとの結論に至った。一方、診療報酬上の算定結果から、この看護要員数の妥当性を評価したところ、看護婦 1 人あたりの収入コストは、MPU の方が一般室よりも 1 床あたり ¥29,687 少ないことが算定された。

今回の調査は、先駆的に MPU モデルを実施しており、且つ、看護業務量に見合った看護要員数を配置している施設において行なったものである。このデータから、患者の安全を考え看護の質の維持をはかろうとする試みは、施設側の自助努力に頼っている現実が見えてくる。そこで、MPU に適正な看護要員配置を保障するためには、救命救急入院料 (9400 点) や特定集中治療室管理料 (7700 点) のように、特定入院料として「MPU 管理料」の加算を提言したい。本調査結果からは「3000 点以上」が妥当な数値と考えられよう。今回調査した MPU では救命救急センターで対応していた患者が、ある程度身体症状が改善したことでそのまま転入院となることがしばしばある。つまりさっきまで救命救急入院料 (9400 点) や特定集中治療室管理料 (7700 点) を算定されていた患者が 3000 点程度で対応できるのであれば、MPU の存在は医療費の削減にもつながることとなる。

＜2＞MPU に勤務する精神科医と大学病院精神科病棟に勤務する精神科医の、 身体合併症管理に関する知識と技量の比較検討及びその実態調査

1. 研究目的

現在我が国における精神科医として、実際の臨床の場における身体加療に対してのレベルがどの程度であるのか？また、卒後2年間の研修システムの改変を求められている今日において、精神科医として身体加療に対しての minimum requirement とはどの程度のレベルが必要とされているのかを提示していく。

2. 調査方法

MPU として機能している精神科病棟に勤務する精神科医と、全国 80 大学病院精神科病棟に勤務し、最も臨床的に病棟で実働していると思われる精神科医（卒後1年～6年程度）に対して同様のアンケートを実施し、それぞれの治療現場において実際行われている身体合併症への対応の比較検討を行う。

3. 調査対象

全国 80 大学病院精神科病棟に勤務する精神科医（卒後1年～6年程度）267名

MPU として機能している精神科病棟（北里大学東病院、都立墨東病院、新潟県立小出病院）に勤務する精神科医 21名

4. 結果

調査項目としては循環管理、呼吸管理、水分電解質栄養管理、創部管理、その他、の5項目から以下の内容について、1) 実際に病棟で精神科医が実施している。2) 実施していないが技術として習得する必要は感じている。3) 精神科医が実施する必要は感じていない。のいずれかを選択してもらった。

循環管理

1. ポータブル心電図検査
2. ECG モニター
3. 自動血圧モニター
4. CVP モニター
5. 輸血
6. 除細動を含む CPR
7. A-ライン挿入
8. Swan-Ganz カテーテル挿入
9. 体外循環

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. 人工呼吸管理
6. 胸腔ドレーン挿入

水分電解質栄養管理

1. 尿道カテーテル挿入
2. 中心静脈カニューレ挿入
3. イレウス管挿入
4. 経管栄養
5. 中心静脈栄養

創部管理

1. 縫合
2. 抜糸
3. 包帯交換
4. 創部洗浄

その他

1. 胃洗浄
2. 腰椎穿刺
3. 疼痛管理の麻薬使用
4. 頭部 CT 読影
5. 頭部 MRI 読影
6. 胸部 X-P 読影
7. 腹部 X-P 読影
8. X-P による骨折の診断
9. 腹部エコー
10. 心エコー
11. スライディングスケールを用いた糖尿病の管理

4. 結果

循環管理に関しては（図-1 の 1、2）ポータブル心電図検査、ECG モニターの 2 項目は MPU 側では 100% 施行されており、大学病院では約 70% の実施率であった。実施する必要性における motivation 迄含めると共に 100% に近いものとなり、自動血圧計モニターまでの 3 項目は必須としても良いものと思われた。また CVP モニターは共に 50% 以下の必要度で、輸血、除細動を含む CPR は 50% 以上の必要度、また A-ライン挿入、Swan-Ganz カテーテル挿入は逆に大学病院の医師は修得したいと思っており、MPU では必要はないとの回答が圧倒的多数であった。このあたりは MPU における他科との役割分担体が明確である分、はっきりと精神科医に必要な事と不必要の事が提言できているのであろう。外循環に関しては両者とも不必要としていた。

呼吸管理に関しては（図-2 の 1、2）血液ガス検査、酸素吸入、パルスオキシメーターは MPU では 100% の実施率であり、気管内挿管までは、ほぼ 100% に近い精神科医が必要性を感じていることが示唆された。しかし大学病院では現実的に実施出来ている医師は 20% 程度であり、必要であると思っても現実には実施出来ない格差が最も大きい項目であった。人工呼吸管理については医師だけでなく機材、他のマンパワーの問題等もあって、いかなる施設でもできるとは言い難いものであり必須の項目とは言い難い。胸腔ドレーン挿入はかなり外科的な手技でもあり MPU でも実施されていないようであった。

水分電解質栄養管理については（図-3 の 1、2）尿道カテーテル挿入、経管栄養の 2 項目は MPU では 100% 実施されており、大学病院でも 80% 以上実施されていることから必須と言えよう。中心静脈カニューレ挿入は MPU、大学病院共に高い必要性を示したものの、実際に実施しているかどうかではかなりの差が出た項目であった。これは若い精神科医にとっての motivation は高いものの、このような研修を行える場が少ないことを意味しているように思える。中心静脈栄養は中心静脈カニューレ挿入を行えば絶対に付随してくるものと思われるが、大学病院では手技的なことは身体科医に依頼をし、栄養管理だけを精神科医が行うために手技的なものとの差が現れたのであろうか？しかし必要度としては 80% を越えている。イレウス管挿入は大学病院の医師の方が必