

救命救急センターにおける 自殺企図患者診療の現状と 継続治療における問題点

大阪府立中河内救命救急センター

塩野 茂、渡瀬淳一郎、佐野 秀、切通雅也、
尾中敦彦、松阪 正訓、岸本正文、当麻美樹、
田伏久之



第34回日本救急医学会総会 パネル 06/10/30 福岡

緒言

救命救急センターでは、限られた病床を有効に利用するために、急性期治療終了後はすみやかに二次病院への転院を計り継続治療を行うことが求められている。一方、自殺企図患者の増加とともに、救命救急センターに搬送される自殺企図患者は増加しているが、自殺企図者や精神疾患患者に対して、身体的治療と精神科治療を併施できる施設は限られるため、転院が滞り病床を占有することも多い。

当センターでの自殺企図患者診療の現状を継続治療の問題点を中心に報告する。併せて、近隣の2次病院に対して自殺企図患者・精神疾患患者の受け入れについて調査した結果を報告する。

中河内医療圏

大阪府東部 人口90万人

中河内救命救急センター

30床 独立型センター

精神科診療：非常勤精神科医

1日/週 + 随時相談

医療圏の精神科医療

精神科病院

300～500床 4施設

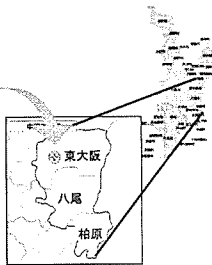
50床 1施設

総合病院精神科

1施設（入院病床なし）

精神科診療所

17施設



自殺企図患者診療の現状

対象と方法

2004年4月～2005年3月の1年間に当センターに搬入された自殺企図患者をretrospectiveに検討

搬入自殺企図患者 79例

入院患者 70例

全搬入患者 (747例)	に対する割合	11%
外因性疾患患者 (374例)	"	21%
全入院患者 (602例)	"	12%
のべ病床数 (9553床)	"	8%

自殺企図患者の内訳

04年4月～05年3月

性別	男性 40例	女性 39例
年齢(才)	43.1±18.4	
搬入手段(例)		
救急隊直送	71	(90%)
他院紹介転送	8	(10%)
転帰(例)		
外来死亡	9	(11%)
入院死亡	5	(6%)
軽快退院	37	(47%)
転院	28	(35%)

自殺企図手段 ()内は死亡者数

中毒	35	(2)	医薬品中毒群
向精神薬	24		
市販感冒薬等	4		
一酸化炭素	4	(1)	
農薬	3	(1)	
墜落	18	(7)	かたい手段群
切創・刺創(頸・胸・腹部)	16	(1)	
頸部	8	(1)	
胸部	1		
腹部	10		
四肢	3		
縊頸	8	(3)	
焼身	2	(1)	

両群別の内訳

	医薬品中毒群 28例	「かたい手段」群 51例
性別	男性 7 女性 21	男性 33 女性 18 *
年齢(才)	31.0 ± 11.6	49.7 ± 18.1 *
入院日数	4.4 ± 3.2	15.8 ± 17.2 *
転帰		
外来死亡	0	9 (18%)
入院死亡	0	5 (10%)
軽快退院	22 (79%)	15 (29%)
転院	6 (21%)	22 (43%) *

* < 0.05

精神科的内訳

	医薬品中毒群 28例	「かたい手段」群 51例
精神疾患		
統合失調症	2	5
うつ病	8	23
神経症	4	2
境界型人格障害	10	5
アルコール依存		2
自殺企図既往歴	13/28 (46%)	8/48 (17%) *
精神科受診歴	21/27 (78%)	23/49 (47%) *
2例は精神科入院患者の外泊中		
入院中 精神科医診察	15/28 (54%)	29/37 (78%)
向精神薬投与	2/28 (7%)	12/37 (32%) *

* < 0.05

転院先病院

	医薬品中毒群 6例	「かたい手段」群 22例
転院先		
精神科病院	3	1
一般病院 (精神科あり)	1	2
一般病院 (精神科なし)	2	19

一般病院への転院例

	医薬品中毒群 3例	「かたい手段」群 21例
一般病院 転院目的	7トリミフェン中毒経過観察 1 既往内科疾患治療 2	整形外科治療・リハビリ 10 腹部手術後治療 3 CO中毒経過観察 2 低酸素脳症リハビリ 2 頭部外傷後リハビリ 1 熱傷治療 1 慢性腎不全透析目的 2
精神疾患	神経症 1	統合失調症 1 うつ病 10 神経症 2 境界型人格障害 3 アルコール依存症 2
転院時の 精神科治療	向精神薬投与 0	向精神薬投与 9

近隣病院の精神疾患患者受け入れ調査

目的
センターからの精神疾患患者の転院を円滑に計るための参考とする目的で近隣2次病院の受け入れ状況を調査した。

対象と方法
当センターからの患者受け入れに協力をお願いしている近隣14施設の地域医療室に対して調査用紙を送付し回答を得た。調査時期は2006年3月。

調査内容

- ① 各施設の精神科診療の状況
- ② 精神疾患患者及び自殺企図患者の継続治療が可能か

結果

- ・精神科診療
14施設中、1施設のみが非常勤で診療
- ・身体的治療を要する精神疾患患者の継続治療の受け入れ

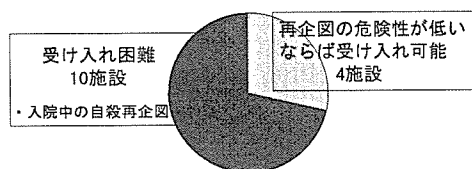
受け入れ 6施

一般病室で可能な精神状態であれば受け入れ可能 8施設

- ・精神科かかりつけ医の存在
- ・安定した内服治療がされていること

結果

・身体的治療を要する自殺企図患者の継続治療の受け入れ



まとめ

- ① 自殺企図患者の診療が、救命センターの診療の大きなウエイトを占めている。
- ② かたい手段の自殺企図群は、医薬品中毒群に比べ、自殺企図歴、精神科受診歴ともに低値であり、自殺予防の困難性を感じさせた。
- ③ かたい手段の自殺企図群は、精神科治療を要する必要性も強いが、身体的治療を優先するために一般病院へ転院せざるを得ない状況が明らかとなった。
- ④ 一般病院における自殺企図患者および精神疾患患者の受け入れには、精神科治療の困難性から、抵抗があると思われた。

提言

今後、身体的治療、精神科治療を同時に必要とする患者はさらに増加すると思われ、救命救急センターから一般病院への継続治療を円滑に実施できるような方策が必要である。

そのためには、精神疾患患者の継続治療を地域医療としてとらえ、身体的治療を一般病院で行う際の精神科治療や再企図予防のために、地域の医療資源を有効に活用して、精神科病院と一般病院が連携して診療できるようなシステムを構築する必要がある。

当施設における自殺企図者の実態と地域連携

国保直営総合病院 君津中央病院

救急・集中治療科

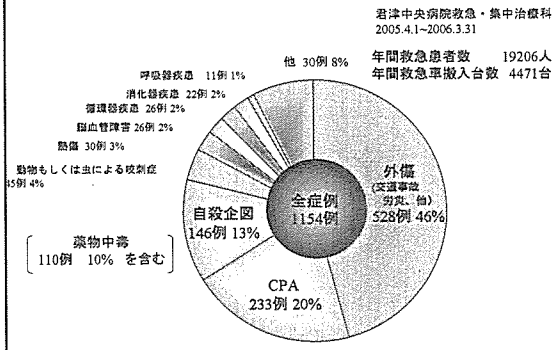
部長 北村伸哉

[目的] 当救命救急センターに搬送された自殺企図者の実態につき検討し、自殺企図者に対する当院の役割と地域連携について考察する。[対象および方法] 過去2年8ヶ月に搬送された自殺企図者つき、精神科受診歴の有無により、疾患分類(ICD-10)、自殺方法、転帰について検討した。[結果] 対象287例のうち精神科受診歴のない自殺企図者は97例。これらの自殺企図手段は46%が医薬品・大衆薬によるものであったが、縊頸やCO中毒等、かたい手段を選んだ症例は49%にのぼり、自殺既遂率も16.3%と高率であった。自殺既遂例の疾患は分類不能であったが、救命例ではF4が67%を占め、9%のF3が続いた。一方、精神科受診歴のある190例ではかたい手段は、18%に過ぎず、既遂率も8%と、受診歴のない群より有意に低率であった($P<0.05$)。これらの疾患分類はF3が50%を占め、以下F4 29%, F2 12%と続いた。入院日数が7日を越えた症例の占める割合は精神科受診歴のない群では16%、受診歴のある群では7.4%であったが、身体的重症度が軽快した後、速やかに地域内の精神科病院に転院することができた。[考察] 当地域(33万人)では、精神科クリニック2施設と単科病院および身体合併症病棟を持つ病院に加え、当院が自殺企図患者を積極的に受け入れ、センター非常勤の精神科医2名に診察を仰ぎ、精神科救急を支えている。今回、精神科受診歴の無い自殺企図者は受診歴のある自殺企図者に比し、企図手段が硬く、自殺既遂率も高い事が判明した。従って精神科受診歴の無い自殺企図者を受け入れ、身体的治療だけでなく精神科医による精神療法および退院後の指導を行うことにより、自殺既遂率を低下させることができると考えられた。また、身体的重症度が高いがため、長期入院が余儀なくされた症例は軽快後、地域内で連携することにより身体的・精神的治療を継続することができた。

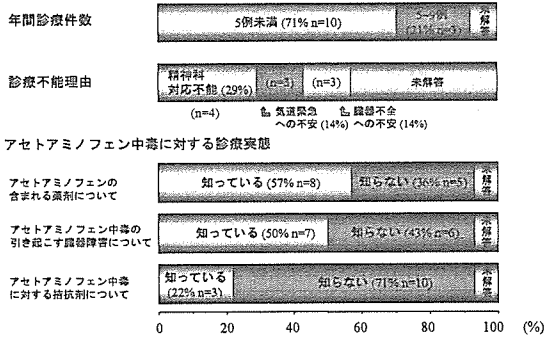
当地域における救急医療体制



当科における救急患者の内訳



地域二次救急医療機関14施設に対する薬物中毒患者アンケート調査結果



当地域における自殺企図者に対する救急体制



対象

2003年7月から2006年3月までに君津中央病院救命救急センターに搬入された自殺企図者287例

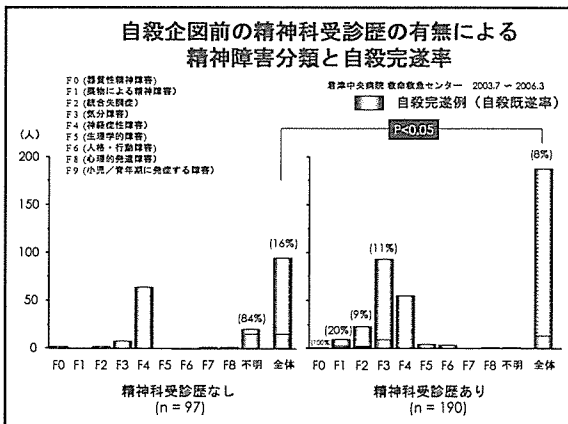
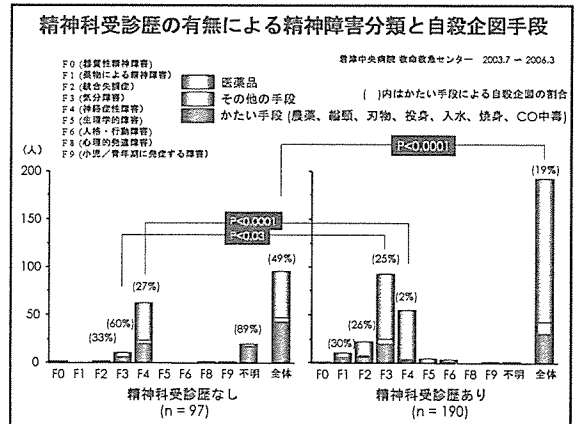
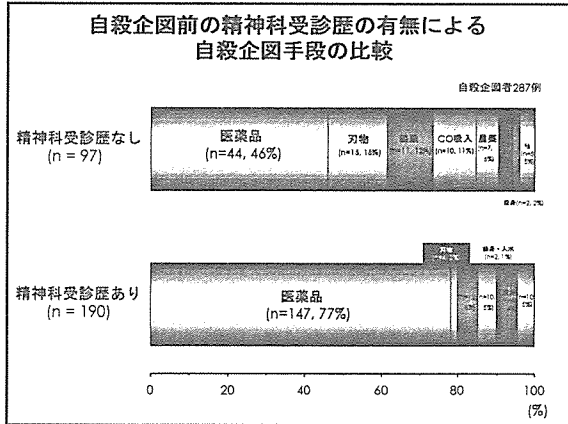
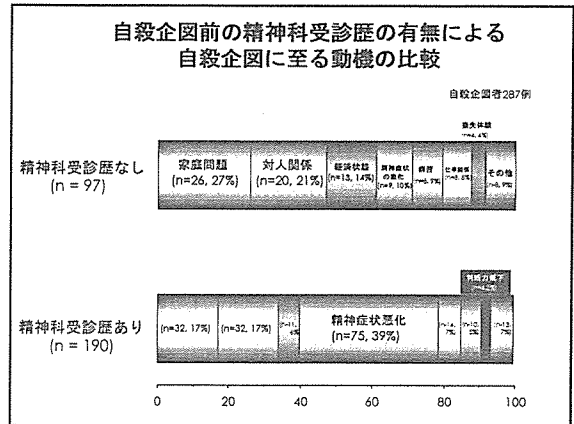
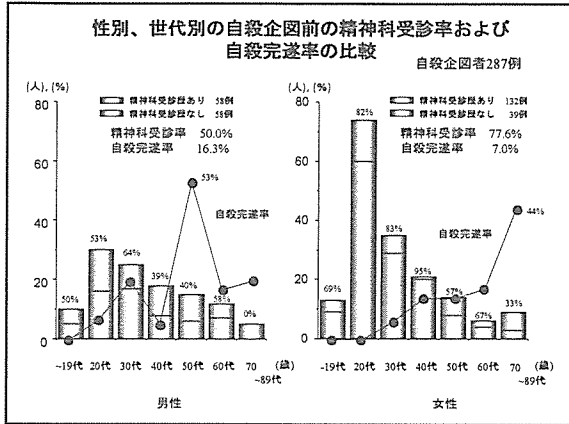
方法

精神科受診歴の有無により、自殺企図に至る動機、自殺企図手段、国際疾病分類(ICD-10)による精神障害分類、自殺完遂率を比較し、精神科医の介入の重要性につき検討した。また、入院患者の転帰より、地域連携の重要性につき考察した。

対象とした自殺企図者287例の背景

君津中央病院 救命救急センター 2003.7 ~ 2006.3

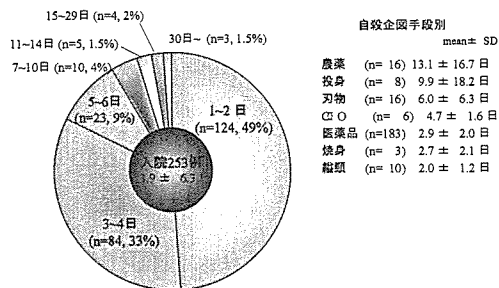
男女比	男：女=116：171
平均年齢 (mean±SD)	37±16 歳
自殺企図手段	薬物 212 (74%)
	輪廻 22 (8%)
	刃物(軽傷なリストカットを除く) 19 (7%)
	投身 11 (4%)
	一酸化炭素 10 (3%)
	焼身 3 (1%)
	入水 2 (1%)
	その他 8 (3%)
救命センター搬入後の転帰	外来帰宅 13 (5%)
	外来死亡 20 (7%)
	HCU入室 217 (76%)
	ICU入室 37 (12%)
自殺企図前の精神科受診率	190/287 (66%)
自殺企図後の精神科受診率	240/256 (94%) 自殺完遂31名を除く



まとめ 1

精神科受診歴のない自殺企図者に対して、身体的治療だけでなく、精神科医による精神療法および退院後の指導を行うことにより、かない手段による自殺企図が減り、ひいては自殺完遂も予防できる可能性がある。

自殺企図者の救命救急センター入院日数

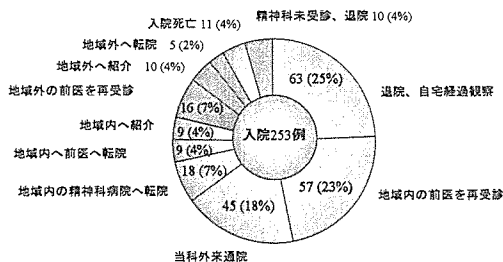


農薬	(n=16)	13.1 ± 16.7 日
投身	(n=8)	9.9 ± 18.2 日
刃物	(n=16)	6.0 ± 6.3 日
CO	(n=6)	4.7 ± 1.6 日
医薬品	(n=183)	2.9 ± 2.0 日
焼身	(n=3)	2.7 ± 2.1 日
総類	(n=10)	2.0 ± 1.2 日

救命救急センター入院日数が長期にわたった(>14日) 自殺企図者とその転帰

症例	性別	疾患分類	自殺企図手段	救命センター入院日数	入院長期化原因	退院可能日から実際に退院するまでの日数	転帰
1	M/52	F2	大発作躁鬱 (プロモプリレリル炭酸)	18 日	躁鬱性障害 人工呼吸器管理	0 日	地域内病院転院
2	F/60	F4	躁鬱性障害 (常態リン)	18 日	躁鬱性障害 人工呼吸器管理	0 日	地域内病院紹介
3	M/43	F3	躁鬱性障害 (常態リン)	22 日	躁鬱性障害 人工呼吸器管理	0 日	地域内病院紹介
4	M/30	F3	刃物 (海胆部刺創、右頸部刺)	27 日	開心術後	7 日	地域内病院転院
5	M/73	F4	躁鬱性障害 (常態リン)	37 日	躁鬱性障害 人工呼吸器管理	3 日	一般病院転院後、53歳日、退院退院
6	M/30	F1	投身 (多発肋骨骨折・骨盤骨折)	54 日	損傷不全 人工呼吸器管理	13 日	一般病院転院後、123歳日、地域内病院転院
7	M/63	F3	躁鬱性障害 (常態リン)	65 日	躁鬱性障害	16 日	一般病院転院後、155歳日、地域内病院転院

入院した自殺企図者の転帰



まとめ2

救命救急センターにおいて全ての自殺企図者を受け入れ、十分な身体的治療と精神療法を行うためには精神科医師の協力のもと、院内各科および地域の精神科病院と密接な連携が必要である。

身体的問題のある精神疾患患者の救命救急センターでの対応

東海大学医学部専門診療学系精神科学

助手 市村 篤

東海大学高度救命救急センターでは、総来院患者の約 5%、総入院患者の約 10% に、何らかの精神科的対応が必要である。最も多いのが、自殺企図患者への対応であり、入院中の不穏・不眠の管理のみならず、自殺企図の評価と、身体的治療終了後の転院先までの対応が必要である。次いで多い依頼が、身体的な疾患が疑われて搬送されたが身体的に異常がなく、精神症状によるものへの対応である。また、身体的治療中に発生した、せん妄などの精神症状への対応への依頼も多い。身体的な治療が終了するまでは入院の必要があるが、特に精神症状を有する精神疾患患者の場合、入院治療中には、せん妄や行動化などを起こして、点滴を自己抜去するなどの危険行為が出現しやすい。また、緊急的な身体的な治療は終了したものの、リハビリなど転院の必要な症例の場合、一般病院の受け入れは悪く、精神科病院も身体合併症があると受け入れを渋る傾向が強く、救命センターに長期間入院する症例もある。その他、自殺企図による急性薬物中毒の身体的治療が終了して帰宅したが、再自殺企図を繰り返す人格障害患者など、問題は多い。東海大学救命センターは、精神科との連携が密であり、平成 7 年に精神科医が救命センターに常駐するようになってから、現在では、日勤帯は 4 名の精神科医が、夜間帯は当直の精神科医が対応にあたり、24 時間、穴の開かない体制となっており、入院中の不穏・不眠の速やかな治療のみならず、身体的治療終了後の精神科病院への転院のマネジメントも、比較的円滑に行なわれ、転院を要する精神疾患患者の在院日数は、6.4 日である。最も重要なことは病病連携であり、これには、病院間における、年月を掛けた、顔の見える人間関係の果たす役割が大きいものと思われた。

東海大学高度救命救急センター
における
身体的問題のある
精神疾患患者への対応

市村 篤¹⁾ 中川 義英²⁾ 山本 五十年²⁾
猪口 貞樹²⁾ 松本 英夫¹⁾
1) 東海大学医学部専門診療学系精神科学
2) 東海大学医学部専門診療学系救命救急医学

【精神症状を有する患者の問題点】

1. 身体的治療を妨げやすい
(せん妄 幻覚妄想状態 行動化)
2. 転出先が見つかりにくい
3. 自殺企図を繰り返しやすい

【東海大学高度救命救急センターの背景】

神奈川県中西部に位置
診療圏は9市11町1村
人口約200万人
初期救急から三次救急までの幅広い対応

精神科依頼件数は
総来院患者 約30000人中 約1000人
(30人に1人の割合)
総入院患者 約10000人中 約500人
(20人に1人の割合)

【入院患者に対する精神科依頼の理由】

	1994年 n=255(%)	2001年 n=420 (%)	2006年 n=443(%)
1.自殺企図患者への対応	79 (31)	185(44)	332(75)
2.身体治療中に発生した 精神症状への対応 (せん妄 抑うつ状態)	13 (5)	38 (9)	58(13)
3.身体的に異常のない 精神症状への対応 (身体表現性疾患)	155(61)	168(40)	26 (6)
4.精神病院からの 転送患者への対応	8 (3)	29(7)	27(6)

【東海大救命センターにおける
精神科医の役割】

1. 精神医学的評価
2. 不穏・不眠の治療
3. 転出先へのマネージメント

東海大学高度救命救急センターにおける
精神科医との連携

1994年以前 専属なし
1995年～ 専属1名
1998年～ 専属2名
2001年～ 専属3名
2005年～ 専属4名 (精神科病棟の閉鎖)

【東海大救命センターにおける精神科体制1】

1. 日勤帯は4名の救命センター当番精神科医が、夜間帯は1名の精神科当直医が、対応を行っている。
2. 自殺企図が疑われた症例は、ほぼ全例コンサルトされる。
3. 救急医が身体治療を開始すると同時に、精神科医は自殺企図の背景を調べるために、情報を収集する。
(家族から聴取、かかりつけの精神科医に連絡)
4. 患者が覚醒した時点から、患者に面接し、自殺企図の評価を開始する。
(ケースレコードを使用し自殺企図の危険度を評価する)

【東海大救命センターにおける精神科体制2】

5. 身体治療を行っている間は、不穏・不眠の治療や、精神疾患の治療を合わせて行う。
6. 身体治療終了後、再自殺企図の危険度が高い症例については、精神病院への転院を行う。
7. 帰宅する症例についても、必ず家族等の保護者と面接し、精神疾患の説明と帰宅後の対応について説明を行う。
8. 自殺企図症例は、主治医との強いつながりがない場合は、基本的に保護可能な入院病棟をもった精神病院へつなげるようにしている。

【1. 身体的治療を妨げる精神症状への対応】

4名の精神科医による穴のない体制により
身体拘束や薬剤による沈静を行い
不穏・不眠の治療は、ほぼ行えている。

【2. 見つかりにくい転出先への対応】

ケースワーカーと協力体制で
精神科医が転出先への連絡を行うことで
比較的スムーズな転出が可能である。

【入院患者の転出先】

	1994年 n=255 (%)	2001年 n=420 (%)	2006年 n=443 (%)
自宅	115 (45)	248 (59)	350 (79)
単科精神病院	13 (5)	55 (13)	44 (10)
総合病院(精神科あり)	5 (2)	29 (7)	0 (0)
総合病院(精神科なし)	107 (42)	63 (15)	27 (6)
死亡	15 (6)	25 (6)	22 (5)

【平均在院日数】

	1994年	2001年	2006年
全例	10.7日 (最長198日)	3.9日 (最長265日)	3.1日 (最長240日)
自宅退院例	3.1日	2.4日	2.4日
転院例	17.9日 (n=125)	6.4日 (n=147)	7.7日 (n=71)

【3. 再自殺企図防止への対応】

精神科病院との連携で
再自殺企図の危険度の高い症例に対して
入院治療への導入が
比較的スムーズに行えている。

【再自殺企図者数】

1994年度 13名 (自殺企図149名の8.7%)
1997年度 11名 (自殺企図179名の6.1%)
2000年度 15名 (自殺企図255名の5.9%)
2003年度 13名 (自殺企図422名の3.1%)

(同年度に東海大救命センターを自殺企図のため再入院した者の数)
(入院患者だけでなく、すべての自殺企図患者数)

【問題点と課題1】

1. 不穏に対する対応が不十分な症例もある。
特に、身体的に軽症の症例。
2. 転院がスムーズに決まらない症例もある。
特に、骨折の症例。
3. 再自殺企図を防げない症例もある。
特に、境界型人格障害の症例。

【問題点と課題2】

1. 院内では、
身体科の医師・看護師・ケースワーカー等
との良好な連携が、
院外では、
単科精神病院等との良好な病病連携が重要。
2. 良好な連携をするために最も大切なことは、
顔と顔との関係にあること。
そのためには、
年月をかけて、
互いを理解するための、
共通の認識と共通の言語をもつこと。

精神科—身体科合併症病棟の構築にあたっての研究

分担研究者 岸 泰宏 埼玉医科大学

研究要旨

米国では身体—精神疾患合併症病棟の需要は、総合病院病床数の 1-2%と試算されており、臨床的・医療経済的な優位性が示されている。医師側からの一般身体治療現場における精神科介入の需要（精神科コンサルテーション依頼）に日米間で大きな差はなく、身体—精神合併症病棟の需要数にも大きな差はないものと考察される。今後は、身体—精神合併症の重症度をふくめた総合的な acuity level に基づいた、サービス・デリバリー（i.e., 精神科病棟での治療か、一般病棟で精神科コンサルテーションによる治療か、特別な身体—精神疾患治療病棟での治療か）のありかた調査・構築が必要である。

研究目的

総合病院において、身体—精神合併症は頻繁に認められる。表 1 に示すとおり、一般社会よりも、総合病院内（とくに入院症例）での精神疾患の有病率が高いことが示されている。一般身体疾患に精神疾患が合併した場合には、在院日数の長期化、高額の治療費など医療経済的に悪影響を与えることも示されている(1)。さらには、身体疾患に精神疾患が合併した場合には、身体疾患の予後自体にも悪影響を与えることも示されている(2)。

身体—精神疾患合併症例の治療場所としては、表 2 にあげる合併症病棟に分類することができる。タイプ I は精神科病棟で身体疾

患治療を行うといった場面が代表的である。タイプ II は、一般身体疾患治療現場で、精神科コンサルテーションを行いながら治療するというのが代表的である。タイプ III ならびに IV については、身体疾患と精神疾患の両者を同時に治療するのを目的とした病棟である。タイプ III と IV の差は、精神科運営か内科運営かにより分けられることが多い（米国の医療費支払いによる考慮もされている）(3, 4)。

そこで、身体—精神疾患合併症病棟の構築にあたり、どの程度の病床数が必要なのかについて検討を行うこととした。現況では、身体—精神疾患合併症の包括的な重症度を含めた評価尺度はなく、既存（米国）の合併症

病棟病床数設定について調査することにした。米国・日本においては保健医療システム・在院日数など医療システムに差があるため、米国における合併症病棟病床数設定をそのまま当てはめることはできない。そこで、一般身体医療現場において、精神医療のニーズがどの程度認識されているのかの日米の差異についても調査することにした。

研究方法

米国の身体—精神疾患合併症病棟構築にあたり、病床数をどのように設定したかについて聞き取り調査を行った。また、一般身体科病棟において、精神医療のニーズに日米で差があるのかについて、精神科コンサルテーションの比較を行った。

(倫理面への配慮)

個人が特定されるデータの使用は行わなかった。

結果・考察

身体—精神合併症病棟 (タイプ IV MPU) を構築するにあたり、病床数の設定について、米国の身体—精神合併症病棟の第一人者である Roger G. Kathol 医師に聞き取り調査を行った。University of Iowa のタイプ IV 身体—精神合併症病棟においては、各科看護師の協力 (内科、外科、産婦人科、精神科など) に

より病床数を設定したとのことである。夜間の看護スーパーバイザーによる各科病棟回診の際に、各科病棟のヘッドナースより“身体疾患—精神疾患の合併により、症状の改善が阻害されている症例”を報告してもらい集計した。その結果、総合病院入院の 1—2% が身体—精神合併症病棟入院により恩恵を得られると判断し、病床をオープンした (当初は 8 床、その後 12 床に増床: 総合病院病床数 800 床)。この方法は、看護師による認識のため、“精神症状と身体症状のインターアクション”について過小評価している可能性は高い。しかしながら、医師が合併症を認識するよりも優れている。実際、“身体—精神疾患合併症例の認識”において、看護師が認識した症例の 20% 程度しか医師は精神科コンサルテーションにかけていないことも示されている (3)。なお、University of Iowa の身体—精神合併症病棟は、臨床的ならびに医療経済的な有用性・優位性が示されている (3)。

日本においてはどの程度の需要が考えられるであろうか? そこで、日米での一般病床における精神疾患治療の需要に差があるのか調査を行った。今回は一般身体科医師側からみた需要 (つまり精神科コンサルテーション) の比較を行った (5)。東海大学付属病院 (2003 年度) とミネソタ大学病院 (2001 年) における 1 年間の精神科コンサルテーションの比較を行った。その結果、ミネソタ大学は 541/17,629 症例 (3.1%)、東海大学は 399/16,903

症例 (2.4%) に精神科コンサルテーションの依頼があった(5)。依頼疾患に差は認められたが(例: 米国では物質依存症例の精神科コンサルトが多く、日本では心理・社会的なコンサルトが多い)、医師側からみた精神科の需要に臨床的には両国間で差はなく(統計的には有意: カイ二乗=16.4, $P<0.01$)、その他の精神科コンサルテーション需要報告(国・地域を問わず 1-5%) と一致していた。したがって、身体-精神合併症病棟の必要病床数(需要)においても、日米間において大きな差は認めないものと予測される。

当然、精神疾患症例の入院が多い一般病棟では精神科の需要は高い。埼玉医科大学総合医療センターは、救命救急センターで治療後の後方病棟(一般身体治療病棟)を備えている。したがって、救命救急センターで治療後に身体的入院治療が必要な症例の多くはその病棟に入院する。救命救急センターには多くの精神的問題をかかえる症例が入院し(自殺等)、その後の身体的治療が必要な症例が後方病棟に入院するため、精神科医・救急医・病棟看護師によるカンファレンスが週に一度行われている。精神科コンサルテーションを行っている症例にくわえて、“身体疾患-精神疾患の合併により症状の改善が阻害されている症例”の検討を行っている。50床の病床中、時期により異なるが、毎回 10-20 症例(20-40%の症例)がこれらの症例に該当している。精神疾患・症状は自殺企図

後の症例、頭部外傷後の精神運動興奮状態の症例、せん妄症例など多岐にわたっている。埼玉医科大学総合医療センターには、精神科病床がないため、これらの症例はすべて一般身体治療病棟にての管理となっている。身体疾患治療が必要なため、精神科病院への転院は困難(受け入れ体制がない)であり、管理に難渋することが多い。これらの症例の何パーセントが身体-精神合併症病棟での管理が適しているか(逆に、何パーセントが一般身体疾患治療現場での精神科コンサルテーションでの対応が望ましいのか)は、身体疾患-精神疾患合併症症例の acuity system が確立していない現在、正確な統計は不可能である。現状では、臨床的かつ pragmatic にタイプ I から IV までの身体-精神疾患合併症病棟をバランスよく配置(i.e., 精神科病棟での治療か、一般病棟で精神科コンサルテーションによる治療か、特別な身体-精神疾患治療病棟での治療か)するのが理想であろう。

結論

米国では Type IV 合併症病棟の需要は、総合病院病床数の 1-2% と試算されており、臨床的・医療経済的な優位性が示されている。医師側からの一般身体治療現場における精神科介入の需要(精神科コンサルテーション依頼)に日米間で大きな差はなく、身体-精神合併症病棟の需要数にも大きな差はないものと考

察される。 今後は、身体—精神合併症の重症度をふくめた総合的な acuity level に基づいた、サービス・デリバリー (i.e.,タイプ I ~ IV のどこが適切な治療現場か) の構築が必要である。

研究発表

論文発表

Kishi Y, Meller W, Thurber S, Kato M, Swigart S, Okuyama T, Mikami K, Kathol R, Hosaka T, Aoki T: Similarities and Differences of Psychiatric Consultation Services between the U.S. and Japan. *Psychosomatics* (in press)

1. 岸泰宏: コンサルテーション・リエゾン精神医学の経済効率, in リエゾン精神医学とその治療学. Edited by 山脇成人. 東京, 中山書店, 2003, pp 11-18
2. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, Nemeroff CB, Bremner JD, Carney RM, Coyne JC, DeLong MR, Frasure-Smith N, Glassman AH, Gold PW, Grant I, Gwyther L, Ironson G, Johnson RL, Kanner AM, Katon WJ, Kaufmann PG, Keefe FJ, Ketter T, Laughren TP, Leserman J, Lyketsos CG, McDonald WM, McEwen BS, Miller AH, Musselman D, O'Connor C, Petitto JM, Pollock BG, Robinson RG, Roose SP, Rowland J, Sheline Y, Sheps DS, Simon G, Spiegel D, Stunkard A, Sunderland T, Tibbits P, Jr., Valvo WJ: Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(3):175-89.
3. Kishi Y, Kathol RG: Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics* 1999; 40(4):345-55
4. 岸泰宏, Kathol Roger G: DPC(Diagnostic Procedure Combination)と精神科, in 医学のあゆみ(0039-2359), 2005, pp 706-707
5. Kishi Y, Meller W, Thurber S, Kato M, Swigart S, Okuyama T, Mikami K, Kathol R, Hosaka T, Aoki T: Similarities and Differences of Psychiatric Consultation Services between the U.S. and Japan. *Psychosomatics* (in press)
6. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, Shakespeare A, Cowart T: Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 1992; 33(4):376-86.

表1 精神疾患の有病率

	一般社会	外来	入院
うつ病	2-6%	5-14%	>15%
パニック障害	0.5%	11%	4.5%
身体化障害	0.1-0.5%	2.8-5%	2-9%
せん妄			15-30%
物質依存	2.8%	10-30%	20-50%
Any disorder	16%	21-26%	30-60%

表2 身体-精神疾患合併症病棟の分類(3, 6)

	精神科重症度	身体科重症度	代表的病棟
タイプ I	低~高	0~低	精神科病棟
タイプ II	0~低	中~高	一般病棟 (精神科コンサルテーション)
タイプ III	低~高	中	MPU (精神科運営)
タイプ IV	低~高	中~高	MPU (内科運営)

MPU : Medicine and Psychiatry Unit 身体-精神疾患合併症病棟

平成 18 年度厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」

分担研究報告書

身体合併症病棟に関する研究

分担研究者 藤原修一郎（横浜南共済病院 神経科部長）

【研究要旨】

総合病院精神科における救急、身体合併症診療の実態を再度アンケートにより調査した。身体合併症（入院治療あるいは継続して一般科医師の診療を必要とする疾患と定義した）、重症身体合併症患者（定義は後述）について受け入れ状況を調査した。（調査Ⅰ）

一方、全国の総合病院精神科有床、外来のみ、さらに精神科病院で一般病床を併設する施設数、病床数を明らかにすることで、現状の身体合併症診療体制および今後の課題、特に身体合併症による長期在院者の受け入れの病床の可能性についても言及した。（調査Ⅱ）

A. 研究目的

総合病院における精神科救急、身体合併症診療の実態を明らかにした。（調査Ⅰ）さらに、全国の総合病院精神科病床、精神科外来のみ施設の分布を調査することで、前回までの報告に従って、二次医療圏毎にシステムを構築していくための指針になるデータを集め、今後のあり方を検討した。（調査Ⅱ）

B. 研究方法

I) 精神科救急、身体合併症診療の実態は、全国総合病院精神科 643 施設にアンケート調査（2006 年 10 月施行）を行い、有効回答のあった 109 施設（回収率 17.0%）を対象とした。今回は、精神科における人員配置、病床数、調査時の入院患者数（救急受診後入院患者数、身体合併症患者数）、身体合併症重症患

者数などを分析した。対象とした病院の設立母体、病床数、医師数、平均在院日数については、表にまとめた。（表 1, 2, 3）

重症身体合併症の対象疾患は、意識障害・昏睡状態、自殺企図などによる熱傷・骨折・外傷・急性薬物中毒、呼吸不全・心不全・ショック状態、重篤な代謝障害、手術前後、悪性腫瘍、透析、その他とした。

II) 総合病院基礎調査（2002 年、2004 年、2006 年）、総合病院精神疾患個別入院日数調査（2003 年）、病院要覧（2003-2004 年版；医療施設政策研究会）、総合病院精神医学会有床総合病院問題委員会データ、厚労省ホームページ、各病院ホームページ、都道府県社会保険事務局閲覧資料等を総合し、矛盾のない

ものをデータとして選別し使用し、総合病院精神科有床施設、外来併設施設、及び精神科病院内一般病床施設に関して、施設数、病床数を県単位、あるいは二次医療圏単位で把握

した。(なお、総合病院とは旧総合病院の規程を使用している)

(倫理面への配慮)

本研究におけるアンケート調査では、個人が特定できる質問内容はなく、プライバシーに関わる問題はないと判断した。

C. 研究結果

I) 総合病院精神科救急、身体合併症実態調査

1. 精神科救急

有床総合病院で、精神科救急に24時間365日対応している施設は33施設(55%)、輪番は6施設(10%)であった。都道府県精神科救急医療システムに参加している施設は37施設(61.2%)であった。また、調査時点の入院患者数に占める救急受診後の入院患者数は平均7.3人で、全入院患者の9.8%を占めていた。

2. 精神科身体合併症

都道府県で身体合併症システムがあるのは、調査施設中29.4%と少なく、また、システムに参加している施設も17.4%と少数であった。しかし、身体合併症を可能な限り受け入れる施設は、47.7%と約半数であった。受け入れ方法は、まず一般科で身体的な診療を優先的に行なう施設は全体の62.4%であった。

今回の調査では、身体合併症の定義は①身体疾患自体で入院治療の対象となるもの②身体疾患で入院治療の対象とはならないが、他科医師による継続的な診療が必要なものとした。

一施設の身体合併症者の入院全体に占める割合は、25.9%であった。さらに重症身体合併症で疾患を限定すると一施設平均2.5人で、入院患者全体の5.8%であった。(表4)

II) 精神科病床分布

1. 総合病院精神科病床、外来の分布

総合病院精神科の全病床数は、本調査では

全国で20,588床であった。(平成17年時点の資料)

各県ごとに総合病院精神科の施設数、病床数、外来のみ施設数を調査した。(表5)

二次医療圏毎に調査した結果では、総合病院精神科病床のある地域が45%、精神科外来のみの地域21%、総合病院精神科のない地域34%であった。(図1)

2. 総合病院精神科大規模病床、及び非総合病院精神科一般病床併設施設

総合病院精神科大規模病床(精神科100床以上)と総合病院ではないが、精神科病床に併設して一般病床をもつ施設数、病床数(一般、精神)を各県毎に調査した。(表6)

D. 考察

I) 総合病院において、救急医療に取り組んでいる施設は、随時受け入れ、輪番制合わせて66%であり、地域の救急医療に貢献している。一方、身体合併症医療システムのある地域は30%弱しかない。救急場面では、精神、身体両面からの対応が必要なが多いにも関わらず、総合病院精神科においても、救急、身体合併症受け入れ体制をさらに整備していく必要がある。

身体合併症医療は二次医療圏毎に行なわれることが望ましく、医療圏毎に随時入院を受け入れられるような設備構造、人員配置が必要である。

II) 二次医療圏の総合病院精神科病床は45%の医療圏しか存在せず、また精神科外来のみの配置は、21%であった。この結果は1997年の黒木の調査(文献1)とほぼ同様で、何ら改善されてこなかった。総合病院精神科のない地域における救急、身体合併症医療の対策は置き去りにされていると考える。むしろ、今回の調査では明らかにすることはできなかったが、届出としては病床、外来が残されていても、実際は休床ないし廃止している施設

がここ数年で急速に増えているという情報がある。今後さらに細かな地域毎の実態把握を行なっていく必要がある。さらに、今後の課題として精神科常勤医師数、精神保健指定医数、看護師数の把握も正確に調査をするべきである。

精神科救急、身体合併症医療など急性期医療は日常医療圏で扱うべきものであるが、一方で、身体合併症があるために、長期在院となっている事例の受け入れ施設も検討する必要がある。表6に取り上げたように、総合病院精神科大規模病床や非総合病院精神科で、一般病床を併設している施設において、圏域を広くして必要病床数を算出して、一定の診療報酬により、運営可能にする方法もある。現状では、地域により施設数、病床数に差はあるものの、県単位で一定の病床数を確保することで、機能分化されやすくなると考える。

E. 結論

1. 総合病院精神科も救急医療に取り組んでいる施設が多いが、身体合併症システムとリンクさせている地域は少なく、精神科救急、身体合併症両面を考慮した整備が必要である。
2. 総合病院精神科が、二次医療圏に存在しない地域が34%あり、日常的な診療（院内リエゾン）、身体合併症医療に支障をきたしていると考えられる。
3. 今後総合病院精神科の救急、身体合併症医療を連動させる整備が進められることを望む。
4. 身体合併症のある長期在院の受け入れ施設の可能性として、地域ごとに総合病院精神科大規模病床数、精神科病院内一般病床数を調査した。

参考文献

黒木宣夫ほか. 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 : 104-118, 1997

F. 健康危険情報

特記すべき情報はなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

表1.

設立母体

	基 数	構成比
大学病院	17 (病院)	15.6 (%)
国立病院 (独立行政法人含む)	16 (病院)	14.7 (%)
自治体病院	38 (病院)	34.9 (%)
公的病院	12 (病院)	11.0 (%)
公益法人病院	5 (病院)	4.6 (%)
法人病院	10 (病院)	9.2 (%)
その他	9 (病院)	8.3 (%)
無回答	2 (病院)	1.8 (%)
合計	109 (病院)	100.0 (%)

表2.

病棟の概況比較

	病院全体	精神科関連	
病床数	107 (病院) 平均597.7 (床)	届出精神病床数	69 (病院) 平均57.4 (床)
		一般病床内の精神 病床数	29 (病院) 平均 8.1 (床)
医師数 (常勤換算)	97 (病院) 平均149.8 (人)	精神科医師数 (常勤換算)	100 (病院) 平均 5.9 (人)
		精神保健指定医数	95 (病院) 平均 3.5 (人)
1日平均外来患者数	100 (病院) 平均1,296.5 (人)	102 (病院) 平均74.6 (人)	
年間紹介率	88 (病院) 平均43.4 (%)	72 (病院) 平均44.2 (%)	
平均在院日数	<一般病棟> 98 (病院) 平均17.7 (日)	<精神病棟> 68 (病院) 平均75.9 (日)	

※平均は各問に回答があった病院を基数として算出しており、無回答分は除く