

5月31日であり、2ヶ月間の前向き調査とした。調査票を各医療機関に郵送し、該当する症例に関して調査項目への記載を求めた。調査票は基本的には回答を選択式とし、調査項目から氏名、住所、生年月日などが特定される可能性のあるものは除外した。

統計学的な検討は、対応のないt検定、 $m \times n$ カイ二乗検定によって行なった。

#### 1. 総合病院精神科における身体疾患合併症例の受入れ状況に関する研究

島根県下の精神科病棟を有する総合病院（以下、有床総合病院精神科）5施設に実態調査を依頼した。

A票（専門医を要する身体合併症の新入院患者個票）（資料1）は、総合病院精神科へ入院となった身体疾患合併症例の臨床特徴を把握するための調査票であり、その調査項目として、年齢、性別、精神科的診断、精神症状、身体合併症の種類と緊急度、依頼元、自殺行動や行動制限の有無、身体疾患のための入院日数などがあげられている。

B票（入院受入れが不能であった事例の個票）（資料2）は、身体疾患合併症例の受入れを要請されたが、それが困難であった状況を把握するための調査票であり、その調査項目として、年齢、性別、身体合併症の種類、自殺行動の有無、精神科的診断、受入れ不能の理由などがあげられている。

これらを集計するC票では、調査期間内の精神科新入院数、受入れ可能であった身体疾患合併症例数、受入れ不能であった身体疾患合併症例数の記載を求めた。

これらの調査票の結果を集計して検討することによって、島根県における総合病院精神科入院に占める身

体疾患合併症例の割合を算出し、必要な総合病院の精神病床数を算出することが可能となる。

#### 2. 精神科病院、精神科診療所で治療中に発生した身体疾患合併症例に関する調査

島根県下の精神科病院12施設、精神科診療所18施設に実態調査を依頼した。

独自に作成したD票（資料3）を使って、精神科病院、精神科診療所で入院中あるいは通院中に発生した身体疾患の状況と、受け入れ先の医療機関について把握しようとして試みた。内容はA票とほぼ同様としたが、依頼側からみた調査ということで、一部項目を変更している。その調査項目として、年齢、性別、治療形態、精神科的診断、主な精神状態像、身体合併症の種類と緊急度、自殺行動の有無、依頼先の医療機関などがあげられている。また、該当する症例を集計し、身体疾患合併症例数の記載を求めた。

この結果から、精神科病院や精神科診療所で身体疾患が発症した際に、有床総合病院精神科以外での受入れ状況を把握することが可能となり、地域における身体合併症治療の充実をはかるための課題について検討するための資料を得ることが期待される。

### C. 研究結果

#### 1. 島根県における精神科医療施設の概要

平成19年4月現在の島根県下の精神科医療機関の分布状況を図4に示した。島根県精神科医懇話会に所属している精神科医がいる医療機関としては、有床総合病院精神科が5施設（計228床、人口10万対31.1床）、精神科病院が12施設（計2324床、人口10万対317.3床）、精神科

診療所が 18 施設ある。その他、精神科病床を持たない総合病院精神科（無床総合病院精神科）が 4 施設あるが、4 施設とも精神科の常勤医師はいない。精神科医療機関は、その施設形態を問わず、県東部の松江圏、出雲圏に集中しており、しかも沿岸部に比べて山間部には少ないというような地域格差がある。

島根県の精神科病床数のうち、8.9%が総合病院精神科の病床であり、二次医療圏による偏在はあるものの、全体としてみれば総合病院精神科病床が比較的多いのが特徴である。すべての有床総合病院精神科が 38～60 床（平均 45.6 床）と比較的小規模の精神科病棟を持っているが、そのうち 2 施設が閉鎖病棟（計 70 床）を持っているだけであり、総合病院精神科病床数の 69.3%は開放病床である。救命救急センターは 5 施設中 2 施設（40.0%）に設置されており、また有床総合病院精神科のうち 3 施設（60.0%）は島根県の精神科救急医療システムに参加している。

施設形態ごとの精神科常勤医師数を経年的（平成 13 年～平成 17 年）に示したのが、図 5 である。島根県全体での精神科医療施設常勤医師数は、わずかに増加している。単科精神科病院では常勤医師数ほぼ不変であり、精神科診療所では施設数の増加に伴って著明に増加しているが、総合病院精神科では平成 16 年から減少傾向が目立ってきている。特に大学病院を除く有床総合病院精神科の常勤医師数は 2～4 名と少ないために、医師数減少による診療や勤務状況への影響が大きい。さらに、常勤医の中で精神保健指定医の占める割合を調べてみると、平成 17 年の時点で精神科診療所が 83.3%でもっとも高く、次いで単科精神科病院（64.4%）、総合病院精神科（50.0%）の順となって

おり、総合病院精神科では精神保健指定医の確保も徐々に困難になってきているような状況となっている。

2. 総合病院精神科における身体疾患合併症例の受入れ状況に関する研究

1) 総合病院精神科での身体疾患合併症例の受入れ状況

島根県下の有床総合病院精神科 5 施設に調査を依頼し、5 施設すべてから回答があった。（回答率 100.0%）

調査を行なった 2 ヶ月間で、総合病院精神科病棟への新入院数は 208 名であり、専門的な治療を必要とする身体疾患を合併していると考えられた症例は 40 名（新入院数の 19.2%）であった。施設ごとの受入れ状況をみてみれば、身体疾患を合併する新入院患者数は 3 名～13 名であり、新入院に占める割合は 10.0～34.5%となっており、身体疾患合併症例の受入れをしていない有床総合病院精神科はなかった。

この間、身体疾患の治療のための入院を依頼されたが、受入れが困難であった身体疾患合併症例が 4 名あった。これは入院を依頼された身体疾患合併症例の 9.1%に当たる。その理由としては、精神科病床が満床のために受入れが困難であったものが 3 名（75.5%）で最も多かった。残る 1 名は、身体疾患（薬剤性の肝機能障害）と精神症状（F60 で操作性が高い）を勘案した上で、依頼元での治療継続が適当であろうと判断された症例であった。

このような結果からは、島根県下のすべての有床総合病院精神科は、身体疾患合併症例の受入れに比較的積極的であると考えられることができる。また、依頼から精神科入院までに要した日数をみてみると、0～30（5.4±7.5）日となっていた。このことか

ら、身体疾患合併症例の受入れに関しては、比較的即応性が高いことがうかがわれる。

## 2) 総合病院精神科へ入院となった身体疾患合併症例の特徴

上記のように、調査を行なった2ヶ月間での総合病院精神科病棟への新入院患者のうち、専門的な治療を必要とする身体疾患を合併していた症例は40名であった。

性別(図6)をみると、男性22名(55.0%)、女性18名(45.0%)であり、やや男性が多かった。年齢は19~90(59.8±16.9)歳であった。精神科的診断(図6)では、F2(統合失調症)が12名(30.0%)で最も多く、次いでF3(気分障害)10名(25.0%)、F1(精神作用物質性障害)7名(17.5%)、F0(器質性精神障害)6名(15.0%)の順となっており、それ以外の疾患は少なかった。

合併した身体疾患の種類(図7)をみると、消化器疾患と呼吸器疾患がともに10名(25.0%)で最も多く、次いで神経疾患6名(15.0%)、骨・筋肉疾患4名(10%)の順となっていた。このうちの3名(7.5%)は悪性腫瘍であった。疾患の特性上、入院が必要な循環器疾患や血液疾患を精神科病棟に入院した上で治療することは、ほとんどなかった。

依頼元の医療機関(図7)をみると、当該施設(精神科、他科を含む)からの入院が20名(50.0%)と最も多かったが、残りの50%は他の医療機関からの依頼であり、単科精神科病院7名(17.5%)、一般科診療所5名(12.5%)、一般科病院4名(10.0%)、精神科診療所4名(10.0%)の順となっていた。他の医療機関から依頼された身体疾患合併症例を幅広く受け入れている状況が推察される結果と考えられる。

身体疾患合併症例の依頼の緊急度(図8)をみると、大至急10名(25.0%)、至急11名(27.5%)、なるべく早く(30.0%)、待機可能7名(17.5%)となっており、半数以上の症例で、身体疾患の治療に関する緊急度が高いと判断されている。依頼から入院までの日数をみると、0~30(5.4±7.5)日となっており、比較的迅速に対応された症例が多くなっていた。大至急として依頼された症例では、2名が翌日に入院となったが、それ以外の8名(80.0%)はその日のうちに受け入れている。入院までの平均待機日数は、至急と考えられた症例では1.4日、なるべく早くと考えられた症例では6.0日、待機可能と考えられた症例では17.9日となっていた。身体疾患治療のために必要であった入院日数(または入院見込み日数)は、7~90(27.4±19.5)日となっており、比較的短期間であった。

自殺行動(図8)についてみると、身体疾患合併症例のうちの10名(25.0%)で自殺企図があり、2名(5.0%)には希死念慮が認められた。これは、総合病院精神科で対応する身体疾患の中には、自殺企図に関連する身体疾患も少なくないと考えられるような結果である。身体疾患治療のために行動制限が必要であった症例は9名(22.5%)あったが、このすべてには身体拘束が施行されており、隔離をされた症例はなかった。

PANSSで評価した最も重症度の高いときの精神症状(平均±標準偏差)をみると、興奮3.1±1.4、敵意2.8±1.3、緊張3.4±1.2、非協調性3.5±1.4、判断力と病識の欠如4.2±1.4、衝動の調節障害3.2±1.2となっていた。

## 3) 総合病院精神科入院が必要な症例

の発生頻度（人口 10 万対）と必要病床数

以上の結果から、島根県において、1 年間に総合病院精神科病棟に入院が必要となる身体疾患合併症例数を推計（図 9）すると、（2 ヶ月間で入院となった症例数 40+謝絶した症例数 4）×6=264 名となる。平成 19 年 6 月 1 日の島根県の推計人口は 732388 人であるため、これらから人口 10 万対身体疾患合併症例数（総合病院精神科病棟入院が適当）を算出すると、 $264 \div 7.3 = 36.2$  名となる。

上記のように、総合病院精神科病棟で身体疾患治療に要した平均入院日数は 27.4 日であるため、総合病院精神科病床 1 床あたりの年間対応可能件数は、 $365 \div 27.4 = 13.3$  件となる。これから島根県において必要な総合病院精神科病床数を算出すると、 $264 \div 13.3 = 19.8$  床となる。

すなわち、現在の島根県の総合病院精神科病床数と身体疾患合併症例の発生状況から推測すれば、島根県では総合病院精神科病床 228 床のうちの 19.8 床（8.7%）で身体疾患合併症例の受入れが可能となるように体制を整備する必要があるということになる。

### 3. 精神科病院、精神科診療所で発生した身体疾患合併症例に関する調査

#### 1) 精神科病院、精神科診療所で発生した身体疾患合併症例数（図 10）

島根県下の精神科病院 12 施設、精神科診療所 18 施設に調査を依頼し、精神科病院 11 施設（91.7%）、精神科診療所 12 施設（66.7%）から回答があった。

調査を行なった 2 ヶ月間に、精神科病院で治療中の患者 93 名（入院中 58 名、通院中 35 名）、精神科診療所で治療中の患者 33 名、計 126 名が専

門的な治療を必要とする身体疾患を合併したために、当該医療施設以外の病院に入院となっていた。精神科病院と精神科診療所を合わせると、入院中が 58 名（46.0%）、通院中が 68 名（54.0%）となっていた。

#### 2) 精神科病院、精神科診療所で発生した身体疾患合併症例の臨床特徴

今回の報告では、精神科の治療形態（入院中、通院中）によって 2 群（入院群、通院群）に分け、身体疾患合併症例の臨床特徴を比較することとした。なお、入院群 58 名の入院形態をみると、26 名（44.8%）が任意入院、31 名（53.4%）が医療保護入院であり、非自発的な入院が過半数を占めていた。1 名（1.7%）は入院形態が不詳であった。

平均年齢をみると、入院群では  $71.0 \pm 17.2$  歳、通院群では  $60.5 \pm 17.8$  歳となり、入院群で年齢が有意に高くなっていた。（ $t=3.34$ ,  $P<0.01$ ）

性別をみると、入院群では男性 26 名（44.8%）、女性 32 名（55.2%）、通院群では男性 30 名（44.1%）、女性 38 名（55.9%）となっており、両群間にあきらかな差はみられなかった。

精神科的診断（図 10）をみると、両群間で精神疾患の構成が異なる傾向（Yates Chi=16.82,  $P<0.05$ ）があり、入院群では F2（統合失調症）が 22 名（37.9%）で最も多く、F0（器質性精神障害）が 21 名（36.2%）で、これに次いでいが、通院群では、F3（気分障害）が 18 名（26.5%）で最も多く、F0（器質性精神障害）が 16 名（23.5%）、F2（統合失調症）が 11 名（16.2）の順となっていた。また、通院群では入院群に比べ、F4（神経症性障害）（8 名、11.8%）、F1（物質関連性障害）（7 名、10.3%）、F6（人格障害）（5 名、7.4%）の占

める割合が大きくなっていた。このような結果は、治療形態による各種精神疾患の構成割合の差異を反映しているものと考えられる。

自殺行動の有無についてみると、入院群では4名(6.9%)で自殺企図があり、2名(3.4%)で希死念慮が認められているため、計6名(10.3%)で自殺関連の症状がみられたことになる。これに対し通院群では、7名(10.3%)で自殺企図があり、5名(7.3%)で希死念慮が認められているため、計12名(17.6%)で自殺関連の症状がみられたことになる。両群間に統計学的な有意差はみられず、入院中のみならず外来通院中の症例でも、自殺企図に関連する身体疾患が発生する割合はほぼ同様であり、身体疾患を有する症例の抑うつ状態に対しては、自殺企図の可能性も含めて慎重な経過観察が必要であることを示唆している結果であると考えられる。

合併した身体疾患の種類(図11)をみると、両群間で身体疾患の構成が異なる傾向(Yates Chi=18.46, P<0.05)があり、入院群では呼吸器疾患が18名(31.0%)で最も多く、次いで消化器疾患13名(22.4%)、骨・筋肉疾患8名(13.8%)、循環器疾患6名(10.3%)の順となっていた。このような結果は、従来精神疾患で入院中の患者で多く経験される身体疾患として報告されるものと、ほぼ同様である。これに対して通院群では、神経疾患が13名(19.1%)で最も多く、次いで消化器疾患11名(16.2%)、骨・筋肉疾患9名(13.2%)、呼吸器疾患、感覚器疾患、内分泌代謝疾患各6名(8.8%)の順になっていた。このうち、悪性腫瘍を有している症例は、入院群では2名(3.4%)、通院群でも2名(2.9%)であり、比較的少数であった。

身体疾患治療のために転院となったときの状況(図11)については、両群間で状況が異なる傾向(Yates Chi=8.76, P<0.05)があり、入院群では47名(81.0%)が症状の急変による転院であり、治療上の予約による転院は9名(15.5%)となっていた。これに対し通院群では、37名(54.4%)が症状の急変による転院であり、治療上の予約による転院は20名(29.4%)となっていた。すなわち、入院群のほうが症状の急変による転院の占める割合が大きい傾向が認められた。

島根県において、1年間に精神科病院入院中に身体疾患のために転院が必要となる身体疾患合併症例数を推計すると、(2ヶ月間で入院となった症例数58)×6×(調査施設数12)÷(回答施設数11)=379.6名となる。平成19年6月1日の島根県の推計人口は732388人であるため、人口10万対身体疾患合併症例数(精神科病院に入院中に発生)は $379.6 \div 7.3 = 52.0$ 名となる。同様に、1年間に精神科病院通院中に身体疾患のために転院が必要となる身体疾患合併症例数を推計すると、(2ヶ月間で入院となった症例数35)×6×(調査施設数12)÷(回答施設数11)=229.1名となり、人口10万対身体疾患合併症例数(精神科病院に通院中に発生)は $229.1 \div 7.3 = 31.4$ 名となる。同じような試算を精神科診療所通院患者に当てはめて、1年間に精神科診療所通院中に身体疾患のために転院が必要となる身体疾患合併症例数を推計すると、(2ヶ月間で入院となった症例数33)×6×(調査施設数18)÷(回答施設数12)=297.0名となり、人口10万対身体疾患合併症例数(精神科診療所に通院中に発生)は $297.0 \div 7.3 = 40.7$ 名となる。これらの結果からは、入院中の症例のほうが、通院中

の症例に比べて人口10万対治療中に発生した身体疾患合併症例数が多くなっていることがわかる。このことは、特に入院中の精神疾患患者において、身体状況の把握の必要性がより高くなることを示唆していると考えられる。

### 3) 転院先の医療機関の所在地と精神科の有無 (図12)

転院先の医療機関の所在地をみると、入院群では43名(74.1%)が当該施設と同じ二次医療圏内の医療機関への転院であり、他の二次医療圏内の医療機関への転院は13名(22.4%)、他の都道府県の医療機関への転院は2名(3.5%)となっていた。これに対して通院群では、59名(86.8%)が同じ二次医療圏内の医療機関への転院であり、他の二次医療圏内の医療機関への転院は8名(11.8%)、他の都道府県の医療機関への転院は1名(1.4%)となっていた。両群間に明らかな差はなく、治療形態にかかわらず、同じ二次医療圏内の医療機関への転院が最も多くなっていた。

転院先の医療機関の精神科の状況をみると、入院群のうちの33名(56.9%)は精神科病棟をもつ医療機関への転院であり、10名(17.2%)は精神科外来のみがある医療機関への転院であった。残り15名(25.9%)は精神科のない医療施設への転院となっていた。これに対して通院群では、42名(61.8%)は精神科病棟をもつ医療機関への転院であり、5名(7.4%)は精神科外来のみがある医療機関への転院であった。残り21名(30.9%)は精神科のない医療施設への転院となっていた。これらの結果から、全体としてみれば身体疾患合併症例の治療に関する転院の際には、当該症例の治療形態(入院、外来)

が異なっても、精神科病棟を有する総合病院への転院となる症例が過半数を占めていることがわかる。このことは、島根県では、身体疾患の治療に加えて、精神的な治療・援助も期待できるような環境で治療を受けることができる身体疾患合併症例が多いことを示唆する結果であろうと考えられる。

### 4) 二次医療圏ごとの転院先

島根県の一般医療における二次医療圏は7つ(松江圏、出雲圏、雲南圏、大田圏、浜田圏、益田圏、隠岐圏)あるが、そのうち精神科病棟を有する総合病院があるのは、松江圏、出雲圏、隠岐圏だけである。各医療圏内の単科精神病院、精神科診療所で治療中の症例の転院先の医療機関の所在地を、図13に示した。なお、隠岐圏内には精神科病院、精神科診療所ともに存在しないため、この検討からは除外している。

各医療圏とも、同じ二次医療圏内の医療機関へ入院となった症例の占める割合が最も大きく、松江圏83.1%、出雲圏88.2%、雲南圏100.0%、大田圏60.0%、浜田圏57.1%、益田圏70.0%となっていた。雲南圏を除き、医療圏内に精神科病棟を有する総合病院がある医療圏(松江圏、出雲圏)のほうが、医療圏内に精神科病棟を有する総合病院がない医療圏(大田圏、浜田圏、益田圏)に比べて、同じ二次医療圏内の医療施設で入院となる割合が大きくなっていたが、統計学的な有意差はみられなかった。

次に、転院先の医療機関の精神科の状況(図14)を医療圏ごとにみると、同じ二次医療圏内に精神科病棟を有する総合病院がある松江圏、出雲圏では、精神科病棟のある医療機関への入院となる割合が、それぞ

れ 65.1%、84.2%と高くなっている。これに比べ、同じ二次医療圏内に精神科病棟を有する総合病院がない雲南圏、大田圏、浜田圏、益田圏では、精神科病棟のある医療機関への入院となる割合が、それぞれ 0.0%、40.0%、42.9%、20.0%となっていた。医療圏ごとに比較してみると、松江圏では、雲南圏、大田圏、浜田圏に比べて、精神科病棟のある医療施設への転院となる症例の割合が有意に大きく ( $P<0.05\sim 0.01$ )、出雲圏では、雲南圏、益田圏に比べて、精神科病棟のある医療施設への転院となる症例の割合が大きい傾向 ( $P<0.05$ ) が認められた。

精神科外来のみの医療機関も含めて、精神的な治療を受けられる医療施設へ入院となる割合をみると、松江圏 69.9%、出雲圏 88.2%、雲南圏 75.0%、大田圏 100.0%、浜田圏 85.7%、益田圏 30.0%となっており、益田圏を除いて精神科病棟を有する総合病院精神科の有無による大きな差は見られなくなっている。しかし、精神科病棟の有無によって提供できる精神科医療に違いがあることをあわせて考えれば、同じ二次医療圏内に精神科病棟を有する総合病院のない地域の身体疾患合併症例では、身体疾患の治療を受ける際に、必要な精神的治療を受けることが困難になる可能性も否定できないことが示唆されるような結果であろうと考えられる。

#### 5) 有床総合病院精神科がない二次医療圏の入院患者の特徴

精神科入院患者が身体疾患を合併した際に、同じ二次医療圏内に精神科病棟を有する総合病院がないような場合には、転院先を探すことにより多くの労力が必要となることが多いと考えられる。本調査では、同じ二次

医療圏内に精神科病棟を有する総合病院がない医療圏（雲南圏、大田圏、浜田圏、益田圏）で入院中の精神疾患患者 17 名が、身体疾患を合併したために他の医療機関に転院となっていた。これらの症例を、転院先の精神科病棟の有無によって二群（病棟あり 5 名、病棟なし 12 名）において比較検討することによって、転院先の選択に関してまとまった傾向があるか否かについても検討した。

全体としてみれば、精神的診断（図 15）は F0（器質性精神障害）が 7 名（41.2%）で最も多く、次いで F2（気分障害）が 6 名（35.3%）となっていた。これを転院先の精神科病棟の有無で分類してみれば、病棟あり群では F2（統合失調症）の占める割合が 60.0%で最も大きく、F0（器質性精神障害）は 20.0%に過ぎなかったが、病棟なし群では、F0（器質性精神障害）が 50.0%で最も大きく、F2（統合失調症）は 25.5%となっていた。両群間で精神的診断に関する統計学的な有意差はみられなかったものの、転院先の精神科病棟の有無によって、その医療機関に合併症治療を依頼する際の精神疾患の種類が異なっていることも否定しきれない可能性も考慮しておく必要があるような結果と考えられる。

転院元での精神科の入院形態をみると、病棟あり群では任意入院 3 名（60.0%）、医療保護入院 2 名（40.0%）、病棟なし群では任意入院 4 名（33.3%）、医療保護入院 8 名（66.7%）となっていたが、統計学的な有意差はみられなかった。

入院治療が必要であった身体疾患の種類（図 16）をみると、消化器疾患が 6 名（35.3%）で最も多く、次いで呼吸器疾患と骨・筋肉疾患がそれぞれ 3 名（17.6%）となっていた。この結果も、従来精神疾患で入院中

の患者で多く経験される身体疾患として報告されるものと、ほぼ同様である。

転院時の状況（図 16）についてみると、病棟あり群では症状の急変による転院が 3 名（60.0%）、治療上の予約による転院が 2 名（40.0%）となっていたが、病棟なし群では症状の急変による転院が 9 名（70.0%）、治療上の予約による転院が 2 名（16.7%）となっていた。これに関しても、統計学的な有意差はみられなかった。

症例数が少ないことを考慮する必要はあるが、このような結果から、精神科病棟を有する総合病院のない二次医療圏においては、身体症状が急変したような場合には、精神科の入院形態や転院先の精神科病棟の有無にかかわらず、まず同じ二次医療圏内の医療機関での入院を依頼することが多くなっている可能性が推察される。しかし、精神疾患の種類によっては、治療を転院先の医療機関を選定する際に、精神科病棟の有無が大きな影響を与える要因のひとつとなることも示唆されるような結果となっている。

#### D. 考察

##### 1. 研究方法の妥当性と限界

精神科領域における身体疾患合併症例への対応に関しては、まずその発症状況を可能な限りの確に把握することが必要となるが、これが現実には困難である。その理由は多岐にわたるが、その一部をあげてみると、身体合併症が多岐にわたり、その定義が曖昧になることが多いこと、精神科医療機関を中心とする社会資源の地域格差が大きいこと、身体疾患合併症例への対応が医療機関によって大きな差がみられること、まとまった地域での調査に関する協力が得

にくいこと、などがあげられる。本研究に関しても、これらの問題が十分に解決されているとはいえないのが事実であるが、可能な限りまとまった地域での全数に近い症例を把握するように試みた。

##### 1) 総合病院精神科での受入れ状況

身体疾患合併症例の受入れに関しては、総合病院精神科が大きな役割を果たしており、本研究では、有床総合病院精神科 5 施設の協力が得られたが、これは島根圏内の有床総合病院精神科のすべてである。このことから、調査期間中に総合病院の精神科病棟での受入れが必要と考えられた（依頼された）身体疾患合併症例のすべてが把握できたと考えられる。しかし、身体疾患合併症例であっても、一般病棟での対応が可能であった症例に関しては、医療機関の情報収集システムや対応方法などが異なることもあって、そのすべてを的確に把握することが困難である。このため、総合病院で対応したすべての身体疾患合併症例を検討して、望ましいシステムを構築するというような課題に関しては、十分な方法であったとはいえない点がある。しかし、現状では医療経済的な理由や精神科医確保の困難さなどから、総合病院精神科の病床数が今後飛躍的に増加することは期待しにくい状況であり、今ある総合病院の精神科病床のうちで、どの程度の病床が合併症治療を行なうためには必要かという現実的な課題に対応することが必要となるが、この点に関しては、本研究の意義は十分にあるものと考えられる。

##### 2) 精神科病院、精神科診療所での発生状況

また、精神科領域における身体疾患合併症例への対応を考える際には、



総合病院以外の医療機関（精神科病院、精神科診療所）での発生状況を調べることも重要であるが、このような調査を都道府県程度のまとまった地域で行なった報告はほとんどないように思われる。本研究では、島根県下の精神科病院 12 施設のうち 11 施設、精神科診療所 18 施設のうち 12 施設から回答が得られた。外来通院中の患者に合併した身体疾患に関しては、精神科医療機関で把握することが困難な場合もあると考えられるため、全数を把握することは不可能であるが、本研究では回答のあった精神科病院、精神科診療所の割合が大きく、大半の症例が把握できたのではないかと考えている。これらの症例に関しては、今回は主に合併した身体疾患の特徴を治療形態によって比較することと、受け入れ先の医療機関の特徴について検討した。今後、得られた資料を他の観点からもさらに詳細に検討して、精神障害者に合併する身体疾患に関する島根県の現状について把握し、より望ましいシステムを構築するための資料として活用したいと考えている。

## 2. 島根県の現状からみた身体疾患合併症治療の課題

図 2 に示したように、有床総合病院精神科の設置状況に関しては地域による差が大きく、また一般医療の状況（救命救急センター設置の有無など）や他の診療科との連携の緊密さなどによっても、対応できる身体疾患に違いがあることが考えられるため、地域における精神科および一般の医療機関の活動状況を把握した上で、都道府県ごとに身体合併症医療に必要な精神病床数を算出することが望ましい。

### 1) 身体合併症治療が診療業務に占める位置

島根県では、有床総合病院精神科が比較的多く、さらに島根県精神科医懇話会などを通じて種々の課題に関して情報交換や論議が行ないやすい環境にある。このため、精神科医療機関の機能分化や連携に関しても、比較的恵まれた状況にあるものと考えている。しかし、総合病院精神科で対応する身体疾患関連の症例は、年々増加しており、かつ総合病院の精神科医師数の減少ともあいまって、総合病院精神科の勤務医の負担が大きくなっていることも事実である。総合病院で対応している身体疾患合併症例の経年的変化を、島根県全体でみた資料は存在しないため、分担研究者が属する医療機関（島根県立中央病院）のデータを参考として示す。近隣の精神科病院 4 施設に入院中に、身体疾患のために救命救急センター受診後に入院となった症例は増加傾向（図 17）にあり、その 60.6% は一般病棟だけで対応が可能であったが、それ以外の 39.4% の症例は身体疾患治療の経過中に精神科病棟での治療が望ましいと考えられた。また、院内のコンサルテーション・リエゾン活動で対応する症例も増加（図 18）しており、特にそれまで精神的な治療を受けたことのない身体疾患合併症例の占める割合が大きくなってきている。しかし、総合病院精神科に期待されている機能 2)

（図 19）は多く、身体疾患合併症例への対応のみで十分というわけにはいかない。そのため、精神科入院患者に占める身体疾患合併症例の割合がどの程度であるか把握して、身体疾患合併症例に適切に対応できるような精神科病床を確保するようなシステムを構築する必要がある。

### 2) 総合病院精神科に必要な合併症対応可能病床数

今回の調査では、人口10万対身体疾患合併症例数（総合病院精神科入院が適当と考えられた）は36.2名となっていた。また、島根県下の総合病院精神科病棟で対応する身体疾患合併症例の新入院に占める割合は10.0～34.5%（平均19.2%）となっており、身体疾患合併症例の受入れに比較的積極的と考えられる結果が得られた。他の都道府県の実態が不明であるので、これらの数字（割合）がどのような位置にあるのか判然としないが、実際的な臨床の場における印象としては、専門的な治療を要する身体疾患を合併する精神疾患症例が新入院患者の中で占める割合が約20%以上に及ぶような状況は、スタッフにとって心身ともかなり負荷の大きいものと考えられる。総合病院精神科病棟の看護基準は一般病棟に比べて低く、精神科医師数も少ない。身体疾患治療のために必要な行動制限（身体拘束など）ができる精神保健指定医を確保することも困難な状況であることが多く、また医療経済的な評価の低さも加わって、身体疾患合併症例への積極的な対応をしている総合病院精神科そのものの存続が困難となってきた施設も多い。

このため、身体疾患合併症例に対応することに関して医療経済的に適切な評価を行なうことの重要性<sup>3)</sup>は言うまでもないが、身体疾患合併症例への対応にかかわるシステム整備の際に重要なことは、総合病院精神科の病棟単位で「合併症病棟」として整備するのではなく、病床単位としてある程度の数の合併症に対応可能な病床を整備（合併症ユニット）することが望ましいと考えられることである。今回の調査では、島根県の場合、県下の総合病院精神科病床の8.9%、19.8床（現実には20床）

を合併症対応可能な病床として整備すれば、現在の状況で発生する身体疾患合併症例に関しては総合病院精神科病棟での受入れが可能となる。このためには、有床総合病院精神科1施設当たり4床程度の整備で済むことになり、実現可能な数値目標であるように思われる。

このような試算（人口10万対31.1床の総合病院精神科病棟を有する地域では、19.8床を合併症治療のために整備することが必要）は、有床総合病院精神科の施設数が多く、他の精神科医療機関との連携が比較的密に保たれている地域では有効と思われる。しかし、有床総合病院精神科の施設数が少ない地域では、身体疾患合併症例の発生頻度が同じであると仮定すれば、1施設当たりの必要病床数が増加してしまうため、ある程度集約化して「合併症病棟」として整備することが妥当と考えられることもあるように思われる。今回の調査で行なったように、都道府県ごとに総合病院精神科への入院が必要となる症例が発生する割合、身体疾患治療に要した平均入院日数などを調査することによって、現在の医療状況を前提とした場合に整備が必要な身体疾患合併症例へ対応可能な精神科病床数が推計可能となる。今回と同様な調査がいくつかの都道府県で実施されれば、その結果からよりの確な総合病院精神科病床の整備目標を示すことができるようになるものと考えられる。

### 3. 総合病院精神科に入院となった症例からみた問題点

総合病院精神科へ入院となった症例の臨床的特徴から、身体疾患合併症例への対応に関する課題を考えてみれば、次のような点があげられる。

#### 1) 他の診療科との連携の重要性

合併した身体疾患の種類をみると、従来から言われているように、消化器疾患、呼吸器疾患、骨・筋肉疾患が多いことは事実であるが、その種類は多岐にわたっており、他の診療科スタッフの協力がなければ十分な対応は困難となる。しかし、一般科医師の精神疾患患者に対する治療態度は必ずしも積極的とはいえない場合があり、その弊害も無視できないものがある。そのため、身体疾患を担当する医師の治療に関する意欲を低下させないような配慮が必要である。また、今回の調査でも精神科病院や精神科診療所など、他の医療機関から総合病院精神科へ入院となった症例が 50.0%を占めていたが、これらの医療施設から身体疾患合併症例の入院を依頼される場合には、当初予想していたよりも重篤な身体疾患が存在することもまれではない。また、入院が必要と考えられた身体疾患の 30.0%は自殺企図に関連した身体疾患であったこともあわせて考えれば、特に至急での対応を依頼されたような場合には注意が必要である。

このような点を考慮すれば、専門的な治療のために早急な対応が必要と考えられた症例に関しては、精神科医同士の情報交換だけでは不十分であり、まず身体疾患の評価を的確に行う必要がある。そのためには、精神科医師だけではなく、一般科医師が関与してトリアージするようなシステム（図 20）を構築することが望ましいと考えられる。すなわち、一般科医師（当該診療科あるいは救命救急科など）の診察の結果、身体疾患に関して入院が必要と判断されれば、精神症状の評価および対応について精神科に意見が求められ、精神症状と身体疾患の状態を勘案した上で入院診療科や病棟が決定され、

その後はコンサルテーション・リエゾン活動で対応することになる。このように、一般科医師が自らの専門領域に関して入院治療が必要か否かの判断をするようなシステムであれば、精神科医が身体疾患の必要性を判断した後に治療を依頼されるよりも、身体疾患の治療に関する意欲低下を防ぐことにも有用であろうと考えられる。

## 2) 合併症治療におけるリスクマネジメントの必要性

今回の調査でも、身体疾患合併症例の治療に際して必要であった行動制限で最も多かったのは身体拘束であり、22.5%の症例で施行されていた。近年、精神科領域でも肺血栓塞栓症を中心とする静脈血栓塞栓症に関する報告が多くなされるようになってきた。一般的には、種々の身体疾患の存在、身体拘束を中心とする行動制限、向精神薬による鎮静などが静脈血栓塞栓症の発症に関与する可能性が示唆されている。身体疾患合併症例の治療に際しては、他の状況に比べてこれらの危険因子が多く関与する可能性があり、より慎重な経過観察と予防処置の施行が必要となる。しかし、精神科病棟においては、弾性ストッキングまたは間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行なっても、肺血栓塞栓症予防管理料 305 点（入院中 1 回）が算定できない。精神疾患が存在することによって、生命的に重篤な状況となり得る疾患に関する適切な予防や治療を受けることができないという事態は容認できるものではなく、この保険診療上の歪みは早急には是正されるべきであり、精神科病棟へ入院中の患者にも算定できるような改定が必要である。

## 3) 合併症治療に必要なスタッフ確保

また、身体拘束などの行動制限に関しては、精神保健指定医による診察、診療録記載が必要であるが、総合病院での精神保健指定医確保が困難となりつつあり、この点も合併症医療を適切に行なうための支障となる可能性がある。島根県の現状でも述べたとおり、精神科病院や精神科診療所の常勤医のなかで精神保健指定医の占める割合が総合病院精神科よりも大きいことも考え合わせれば、精神科救急医療のみならず合併症治療においても、他の医療施設に所属する精神保健指定医の協力が得られるような連携システムを構築することが重要であり、地域の現状に応じた具体的な対応を早急に考える必要があるように思われる。

### 3. 精神科病院、精神科診療所で把握された症例からみた問題点

#### 1) 身体疾患に関する対応能力向上の重要性

精神科病院、精神科診療所において把握された身体疾患治療のために入院が必要であった精神疾患患者について検討したところ、外来通院中に比べて入院治療中には身体疾患の症状急変による転院が多くなっていた。このことは、全国自治体病院協議会に所属する単科精神科病院の入院患者を対象にした身体合併症に関する実態調査についての報告<sup>4)</sup>の内容と、ほぼ一致している。すなわち、精神科入院患者は、その精神症状や向精神薬投与の影響などにより、自ら身体症状を訴えることが少ないことに加え、精神科スタッフも身体疾患に対して必ずしも関心が高くないために、身体疾患に対する適切な対応が十分にはできず、症状急変による転院が多くなってしまふものと推定されているが、この点に関しては精神医療の質的向上の流れの中でも

あまり改善されることなく、現在も同じような状況が続いていると推測される。精神科医療における安全確保あるいは危機管理というような観点から考えれば、施設形態を問わず、精神科医療機関における身体疾患への対応能力の低さは大きな問題であり、早急に対応を考えなければならぬ課題と考えられる。現状のまま推移すれば、精神疾患患者の身体疾患の発見が遅れ、症状の急変時に緊急対応せざるを得なくなり、訴訟リスクも高くなる可能性がある。また、総合病院で身体疾患の治療を受けた後の依頼元への転院などについても支障が出ることも予想され、総合病院精神科に長期にわたって入院せざるを得ない身体疾患合併症例が多くなることで、総合病院精神科の機能が十分には果たせないような状況におちいることも予想される。今回の結果で、身体疾患の治療のための平均入院日数が27.4日と比較的短かったのは、他の医療機関の治療後の受け入れが比較的良かったからではないかと推測しており、医療機関の機能分化と連携の重要性を示すデータではないかと考えている。平成16年から施行されている卒後臨床研修で、精神科医も内科や外科など他の診療科でも研修を受けることになっており、この点については精神科医の質的向上に寄与する可能性があると考えられるが、十分とはいえない。まず、精神科医療機関の施設形態ごとに、当該医療機関で施行可能な検査や処置、身体疾患に関連する研修（ACLSなど）などに関する調査を行い、その結果で総合病院精神科も含めた精神科医療機関の身体疾患への対応能力を向上させるための方略を考える必要がある。

#### 2) 地域医療に果たす有床総合病院精

## 神科の役割

島根県全体としてみれば、精神科病院、精神科診療所で把握された身体疾患合併症例の 59.1%が精神科病棟を有する総合病院（精神科は外来のみの総合病院を含めると 71.4%）への入院となっており、81.0%が同じ二次医療圏内の医療施設への入院となっていた。この結果だけをみると、同じ二次医療圏内の総合病院で、精神的な治療も受けながら合併症の治療を行なっている症例が多いということになる。しかし、精神科病床を持つ総合病院精神科の設置状況には大きな地域格差があり、有床総合病院精神科が存在しない二次医療圏では、同じ二次医療圏内の医療機関での治療は可能であるが、精神科病棟を持たない医療機関で治療を受ける可能性が高くなる。可能な限り近くの医療機関で、精神的な治療もあわせて受けながら身体疾患の治療を受けることが可能となるためには、二次医療圏に最低 1 ヶ所の有床総合病院精神科を設置することが望ましいが、現在の医療経済的状况などを考えれば、その実現は困難であろう。そのため、同じ二次医療圏内に総合病院精神科がないような場合には、精神科病院や精神科診療所が独自に一般医療を担当する医療機関と連携を築くことで、身体疾患合併症例への対応をしていくことが現実的な対応であろうと考えられる。このような、地域における他の医療機関との連携をも評価するようなシステムを構築することが必要であり、例えば大腿骨頸部骨折などで適応されている地域連携パスのようなシステムを導入して、病院群としての診療実績を評価するようなことも考える必要があるように思われる。

## 4. 今後の課題

精神科救急受診患者の中には、身体疾患との鑑別あるいは合併する身体疾患の治療が必要なものも少なくないため、精神医療における危機管理という観点をも加味すれば、受診しやすく、一般医療との連携がとりやすく、身体的、精神的な双方から診断・治療が可能となる総合病院精神科の果たす役割は大きいものと考えられる。精神科医療の質的向上を図るためには、総合病院精神科が精神科救急あるいは合併症治療において十分に機能できるようなシステムを構築するための方略を考えることが重要である。

そのためには、身体合併症への対応も含む精神科救急の現状をできるだけ正確に把握することが必要であるが、都道府県の精神科救急医療システムに参加していない医療機関を含めた全精神科医療機関（総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所）に調査を依頼し、時間外受診した患者の全数調査を行なった例はほとんどない。このような調査を施行することによって、精神科医療機関の施設形態によって期待される（果たすべき）役割の違いが明確になり、より効果的な医療施設間の連携の在り方を呈示することが可能となる。

また、精神科病院や精神科診療所、および総合病院精神科での身体疾患に対する対応能力の実際を把握しようとした調査もほとんどなく、この調査を行なうことで、精神科医療が心身両面を含む包括的な医療を提供するために必要な要件を抽出し、現状を改善するための方略を呈示することが必要であると考えられる。

## E. 結論

本調査の結果は、下記のような概要にまとめることができる。

1. 島根県では、人口 10 万対 31.1

床の総合病院精神科病床があり、多少の施設間格差はあるが、比較的  
身体疾患合併症例の受入れには積極的  
である。

2. 総合病院精神科に入院を依頼さ  
れた身体疾患合併症例の 90.9%は受  
入れが可能であり、即応性も比較的  
高かった。

3. 今回の調査から推定された人口  
10 万対身体疾患合併症例数（総合病  
院精神科病棟入院が適当）は 36.2 名  
であり、身体合併症治療のために島  
根県で必要な総合病院精神科病床数  
は 19.8 床となる。有床総合病院精神  
科施設数で換算すれば、1 施設当たり  
約 4 床となり、各施設が約 1 割の病  
床で合併症対応を行なうことが可能  
となるような体制が必要となる。

4. 総合病院での身体合併症治療に  
は、院外のみならず、院内他科との  
連携が不可欠である。コンサルテー  
ション・リエゾン活動の充実および  
スタッフ（特に精神保健指定医）の  
充実が望まれる。

5. 精神科病院、精神科診療所で発  
症した身体疾患合併症例の 59.5%は  
精神病床を有する総合病院へ入院と  
なっていたが、これには地域格差が  
みられた。二次医療圏内に有床総合  
病院精神科がなければ、十分な精神  
科的治療を受けることができないよ  
うな医療機関への転院が多くなる可  
能性がある。

6. 望ましい合併症医療体制を構築  
するためには、二次医療圏内に有床  
総合病院精神科を整備することに加  
えて、総合病院を含めた精神科医療  
施設での身体疾患への対応能力の更  
なる向上を図ることが必要である。

## 参考文献

- 1) 林 芳成, 小林孝文, 竹下久由ほ  
か: 島根県における精神科救急医療  
の現状 - 地域格差と総合病院精神科  
の役割 - . 精神医学, 41 : 537-545,  
1999.
- 2) 日本総合病院精神医学会: 総合病  
院精神科のネクストステップ. 総合  
病院精神医学, 15 : ss1-1-ss1-10, 2003.
- 3) 恵紙英昭, 田中みとみ, 丸岡孝之  
ほか: 大学病院精神科急性期治療病  
棟における合併症治療の現状と課題.  
九州神経精神医学, 50 : 24-40, 2004.
- 4) 石橋照子, 小林孝文, 吉田厚子:  
精神科身体合併症の発見の端緒に関  
する研究. 日本医学看護学教育学会  
誌, 12 : 3-7, 2003.

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

小林孝文, 松崎太志, 山本素子, 宮  
本光一郎, 稲垣卓司, 大竹徹, 室津  
和男, 前田孝弘: 島根県における身  
体合併症医療の現状と課題.

第20回日本総合病院精神医学会総会,  
札幌, 2007.12.01

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予 定を含む）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案取得

なし

### 3. その他

なし

図1 総合病院精神科病床数の推移  
(総合病院基礎調査などから算出)

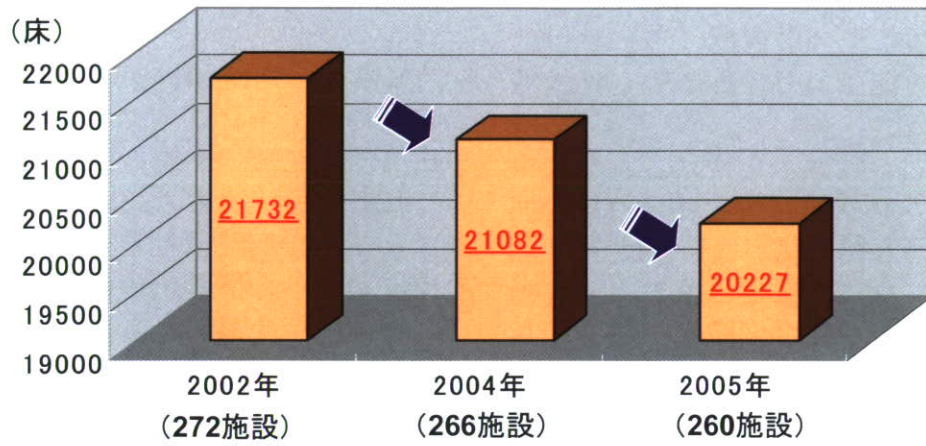


図2 人口10万対総合病院精神科病床数

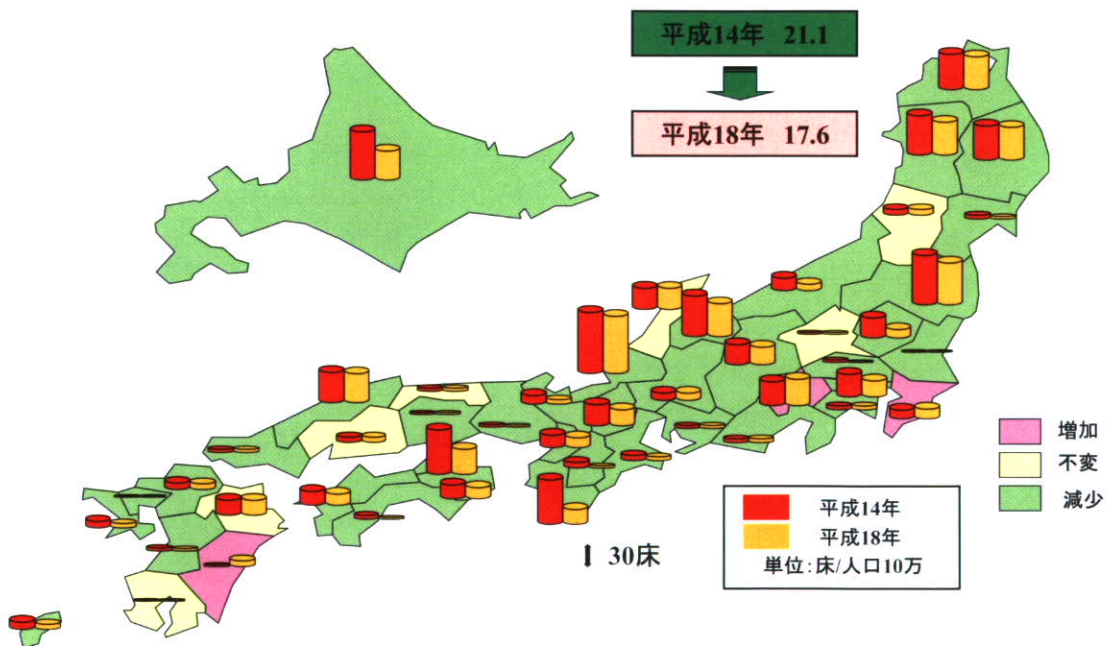




図3 総合病院における精神科医師数の変化  
(2004年総合病院基礎調査)

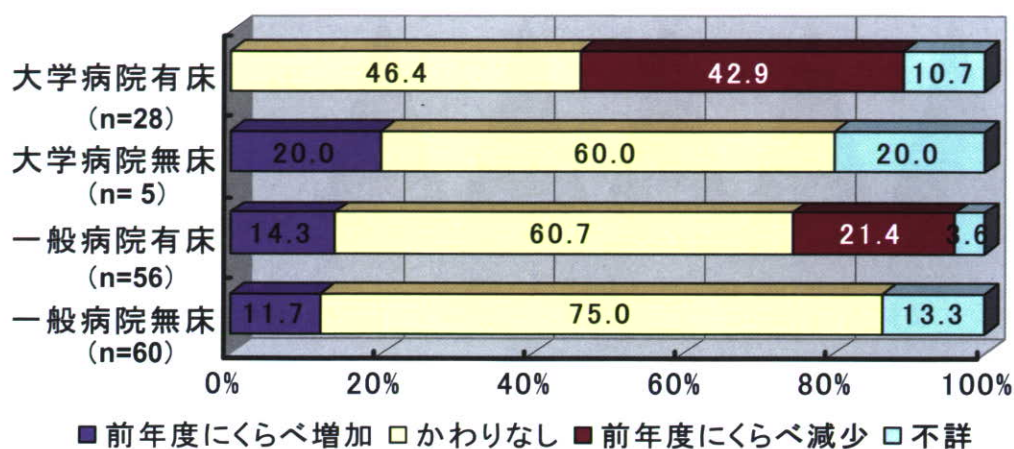


図4 島根県における精神科医療施設の分布状況  
(平成19年4月現在)

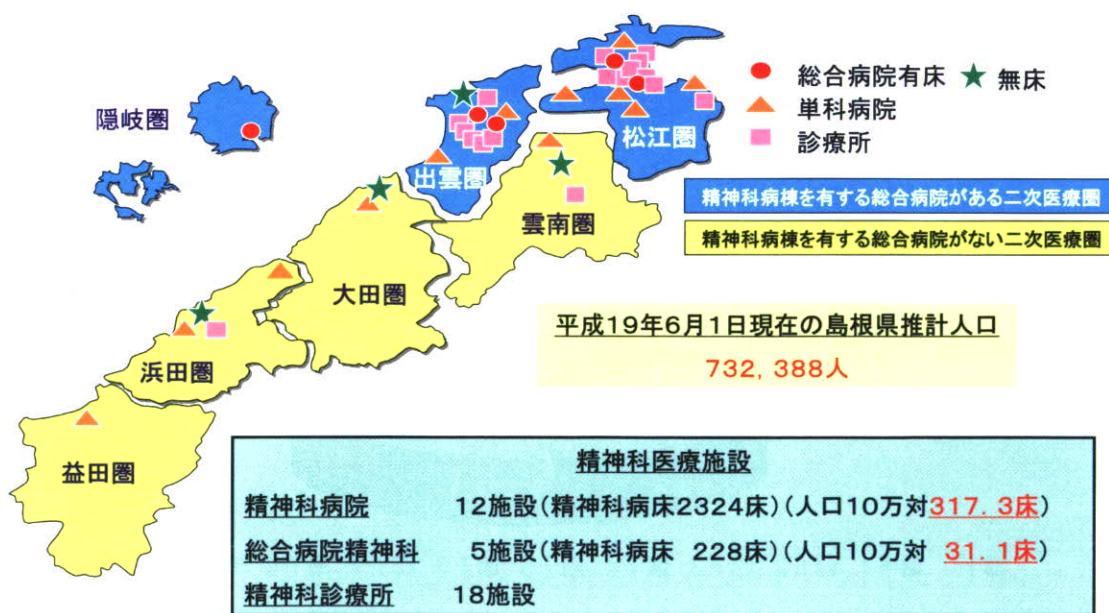




図5 島根県の精神科医療施設常勤医師数の変化  
(厚生労働省精神保健福祉課調査などから算出)

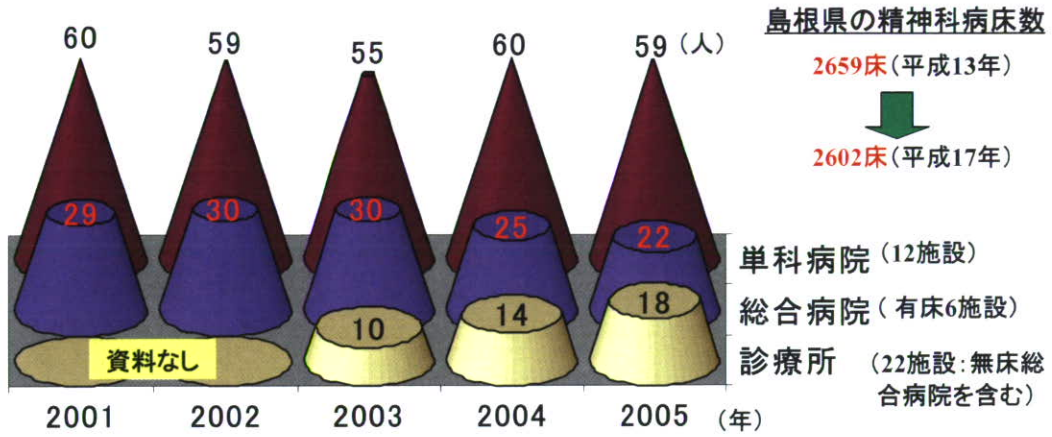


図6 総合病院精神科入院となった身体疾患合併症例の特徴 (1)

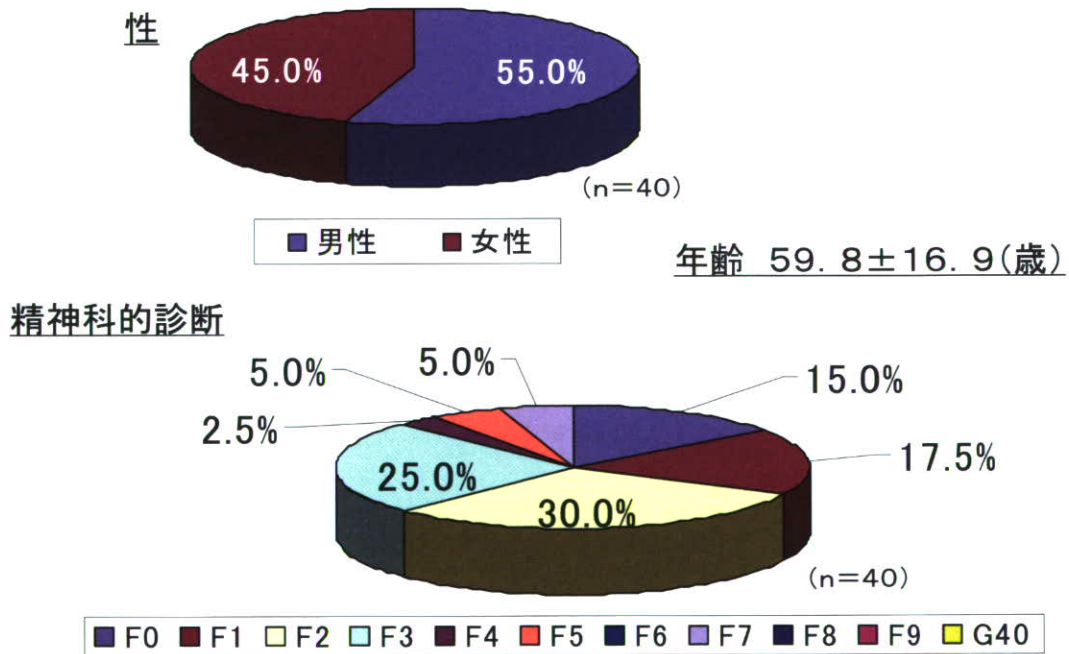
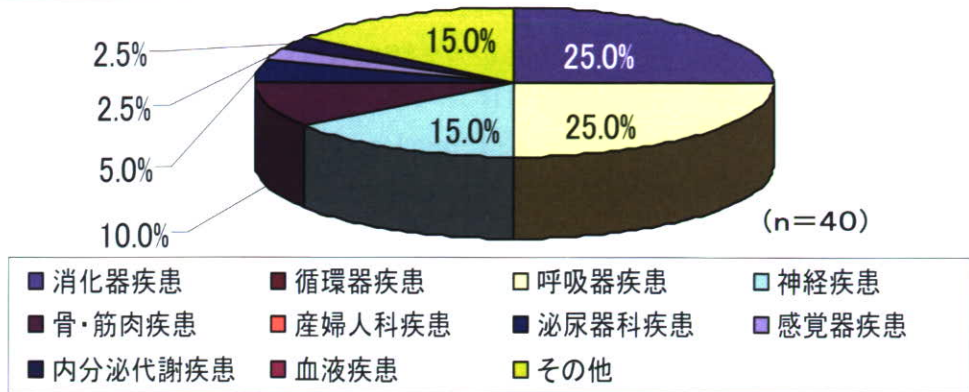


図7 総合病院精神科入院となった身体疾患合併症例の特徴 (2)

合併した身体疾患



依頼元

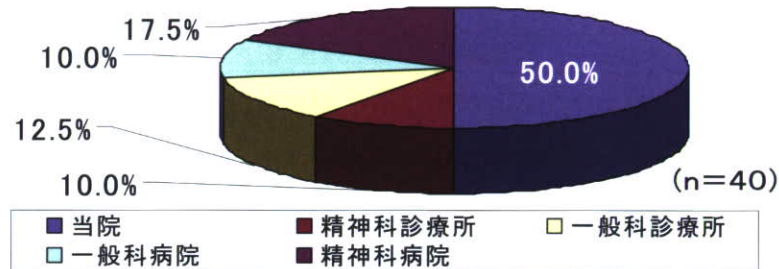
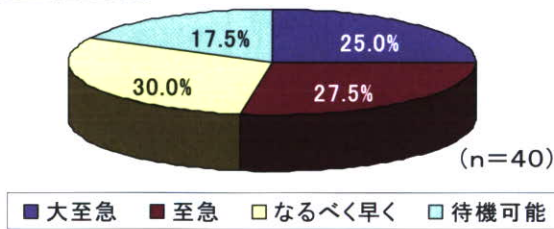


図8 総合病院精神科入院となった身体疾患合併症例の特徴 (3)

依頼の緊急度



依頼から入院までの日数

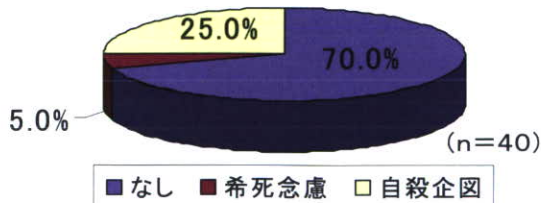
5.4 ± 7.5 (日)



入院日数

27.4 ± 19.5 (日)

自殺行動



行動制限

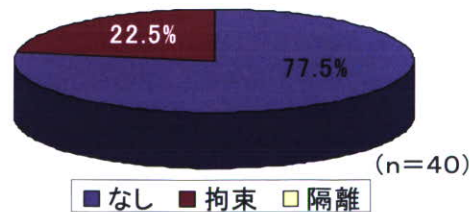


図9 身体疾患合併症例受入れに必要な総合病院精神科病床数

1年間で総合病院精神科病棟に入院が必要となる身体疾患合併症例数	$(40+4) \times 6 = 264$ (名)
島根県の人口(平成19年6月1日)	732388 (人)
人口10万対身体疾患合併症(総合病院精神科入院が適当)例数	$264 \div 7.3 = 36.2$ (名)
総合病院精神科での身体疾患治療に要した平均入院日数	27.4 (日)
総合病院精神科病床1床あたりの年間対応可能件数	$365 \div 27.4 = 13.3$ (件)
必要な総合病院精神科病床数	$264 \div 13.3 = 19.8$ (床)

島根県では総合病院精神科病床が**19.8床**あれば、合併症例受入れが可能

➡ 総合病院精神科病床の**8.7%**を合併症対応可能とすることの有用性

図10 精神科病院、診療所で発生した身体疾患合併症例の臨床特徴 (1)

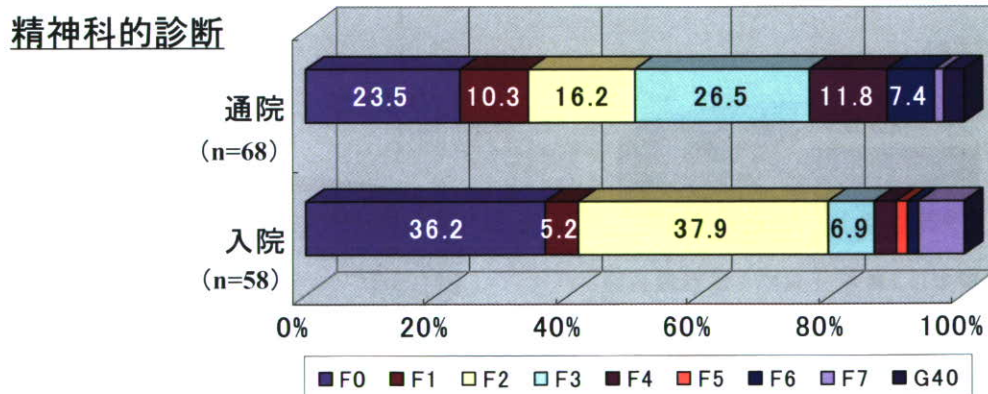
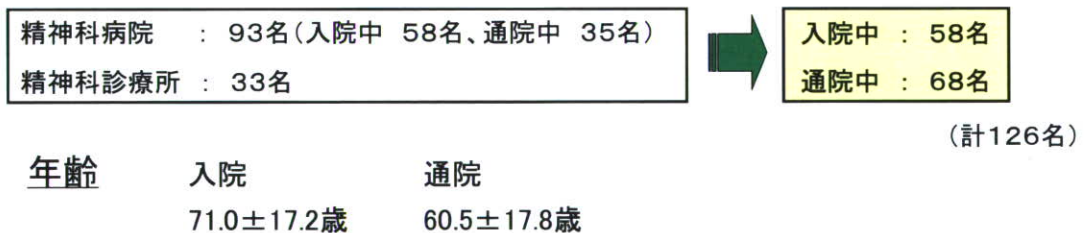
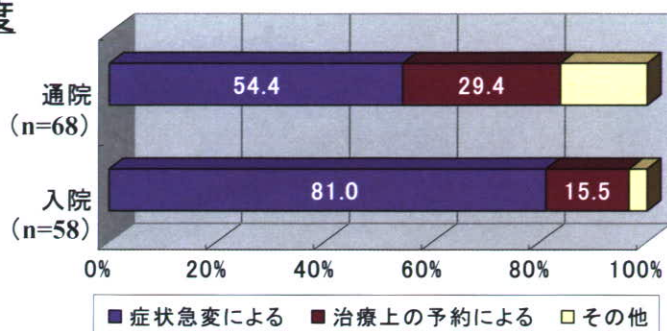


図11 精神科病院、診療所で発生した身体疾患合併症例の臨床特徴 (2)



### 転院の緊急度



### 合併した身体疾患

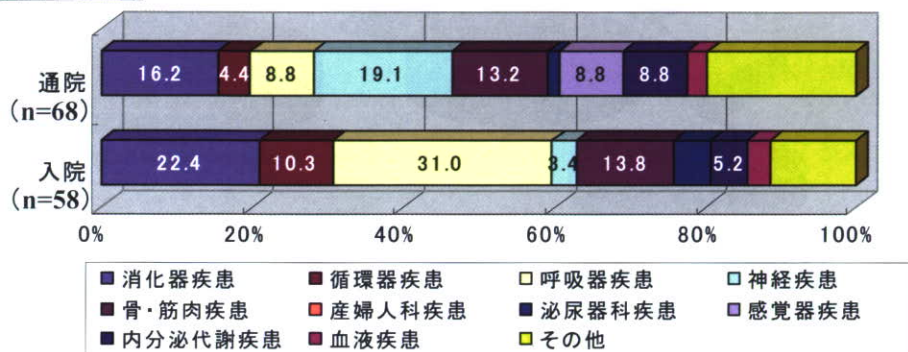
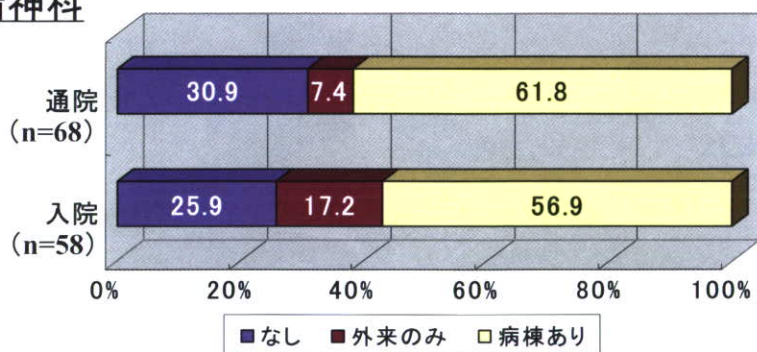


図 12 精神科病院、診療所で発生した身体疾患合併症例の治療状況

### 入院施設の精神科



### 入院施設の所在地

