

4 疾病 5 事業と精神科医療の関わりについての文献レビュー

研究代表者	河原 和夫	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授)
研究協力者	島 陽一	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	上杉 睦美	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	國光 文乃	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	河合 隆志	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	中村 究	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	横山 絢香	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	青島 耕平	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	岡本 左和子	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	清水 基弘	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	竹中 英仁	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	吉田 恵子	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	TAREQUE MD. ISMAIL	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 大学院生)
研究協力者	久代 和加子	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 専攻生)
研究協力者	中村 真弓	(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 専攻生)

【目的】

現行医療計画の4疾病5事業において、精神科医療の関わりについての記載は少ない（現行医療計画の分析結果の通り）。しかし、実際の医療場面では、4疾病5事業において、精神科医療の関与が必要な場面は多い。次期医療計画への精神科医療の記載充実への可能性を探るための参考資料として、4疾病5事業の各々において精神科医療との関わりについて述べられた論文をいくつか収集し、レビューするものとする。

【方法】

対象論文は、「PubMed」および「医中誌」の文献検索システムで、各疾患（事業）＋精神科医療、精神疾患、などのキーワードにより検索された論文の中から、特に各疾患（事業）に精神疾患を合併する率、精神疾患を合併することで生じる問題点、各疾患（事業）への精神科医療の関わり方、について述べられているものをいくつか選んだ。今回は幅広く文献を収集した結果、原著論文以外に総説、解説論文、提言も引用しており、また時間的制約もあり、エビデンスレベルなどの検討までは行っていない。なお、直接引用した文献は引用文献を明示し、レ

ビュー内で使用されているが今回直接入手していない文献については、(著者；発行年)のみ記載した。

【結果】

A. がんと精神科医療

精神腫瘍学はがん患者を取り巻く精神症状や心の問題を扱う学問であり、同時に医療の実践である。がん対策基本法に基づく「がん対策推進基本計画」(平成19年6月：閣議決定)においても、「より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームを育成していくための研修を行うとともに、地域における緩和ケアの教育や普及啓発を行っていくことができる体制を整備していく。」とあり、がん対策を担う専門家の一員としての役割が期待されている。「精神腫瘍医」を公式に認定する制度は今のところ存在しないが、一般的には一般精神科医療に精通した上で、さらに総合病院やがん専門病院におけるリエゾン精神科医療や緩和ケア医療に関わり研鑽を積む必要がある分野である。非常に専門性が高い一方、我が国のがん患者の数を考えると、当然、精神腫瘍科を専門とする医師以外の精神科医、身体科医師、多くの医療スタッフの知識と技術の向上が望まれる分野であると考えられる。我が国ではがん専門病院においてすら、常勤精神科医の配置が1人のみもしくは非常勤のみという施設も少なくなく、いかに全体の技量の底上げをしていくかということが重要な分野であろう。今回は、我が国から報告された英文論文を含め、いくつかの文献からがんにおける精神科医療(心理も含む)の関与について紹介する。

(1)がん患者と精神疾患の有病率

Jesus M. Prietoらは、造血幹細胞移植を受けた血液がんの患者220人について、精神疾患の有病率を調べたところ、精神疾患全体では44.1%の患者に症状が見られたことを報告した。個別に見れば、全患者のうち、22.7%が適応障害、14.1%が気分障害、8.2%が不安障害、7.3%がせん妄の症状を有しているとの結果であった。さらに、精神疾患の有病率が、在院日数の長期化に関連があることが示された⁵⁸⁾。

Okamuraらは、国立がんセンター東病院の外来患者のうち、初回再発をした乳がん患者50人について、「心理・社会的介入に関する調査」を実施した。DSM-III-RおよびIVにより1人が大うつ病、10人が適応障害と診断された。適応障害のうち、4人は抑うつ症状、1人が不安障害、5人が抑うつ症状と不安障害を併発していた。またPTSDが1人、適応障害とPTSDの併発が1人認められた。気分障害、パニック障害の者はいなかった⁵⁹⁾。

Akechiらは、国立がんセンター中央病院と東病院における1721人の患者データを分析した。78%が入院患者であり、肺がん患者が19%で最も多く、次いで、乳がん患者が13%、頭頸部がんが10%であった。半数以上の患者は転移か再発がん患者で、60%ががん性疼痛を訴えていた。精神症状のコンサルテーションが必要となったのは、睡眠障害(10%)、不安や恐怖を訴える者(18%)、抑うつ症状(18%)の者であった。精神科の診断を受けた者では、適応障害が最も多く34%、次いで幻覚症状17%、大うつ病14%であった⁶⁰⁾。

伊藤らは、日本医科大学附属病院において2004年～2007年までに一般病棟の精神科コンサ

ルテーション・リエゾン（CL）チーム（以下、「CLチーム」）が対応した 1168 例について分析を行った。CLチームが対応したがん患者の精神症状に関する症例では、せん妄が 31.8%、適応障害 29.1%、気分障害 15.9%、身体表現性障害 11.1%、不安障害 9.2% の順であった。一般科の患者と比較するとがん患者の症例では、不安・抑うつ状態、身体疾患では説明のつかない身体不定愁訴を扱うことが多かった⁶¹⁾。

いずれの論文においても、抑うつ症状、適応障害等の精神症状ががん患者に見られることが示されているが、文献によりその症状や割合は様々である。これは、対象となる患者のがんの種類、再発や転移の有無、がんの進行度合等が異なっているためによるものと推測される。

がん患者では、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインを含めた全人的苦痛（total pain）として包括的に苦痛を捉える必要がある。Meier らは、がん患者の自殺理由として、痛み以外の不快 79%、尊厳の喪失 53%、制御できない兆候への恐れ 52%、痛み 50%、人生への意味の喪失 47%などを報告しており⁶²⁾、がん患者は不快感、不安、恐怖ばかりでなく自己存在に対する絶望感、無意味感、役割喪失感、周囲への負担感、疎外感といった実存的な苦痛を抱えており、精神面での苦痛は大きい。こうした点からがん患者で精神症状が併発する者は少なくないことが予測される。

(2)精神・社会的因子とがんの生存率の関連

Mehanna H. M. らは、頭頸部がんの生存率と精神・社会的因子との関連についてレビューを行っている。ベースラインの評価では、精神・社会的な症状を強く訴えていること、身体的能力の自己認識が高いこと、身体機能の高さを自己申告していることが、その後の生存に有意に関連しているとの結果であった。一方、診断や治療に対する不確かさ、独身であること、認知機能の低下、疲労やアルコール依存などは、生存に対して負の予測因子であることが示された。さらに、診断時点における生活の質（quality of life）は、生存とは有意に関連していなかったが、診断後 12 カ月後に測定した生活の質（quality of life）については、生存に有意に関連しているとの結果であった⁶³⁾。

Stephen Kisely らは、Nova scotia 州において、1995 年から 2001 年に、プライマリヘルスケアあるいはメンタルヘルスの専門的ケアを受けた 247,344 人の患者データについて分析を行った。その結果、メンタルヘルスサービスを利用したがん患者では、利用をしなかった患者と比較して男性で 72%（95%CI、63%-82%）、女性で 59%（95%CI、49%-69%）で死亡率が高いことが明らかになった⁶⁴⁾。

Kirk W. Brown らは、①18 歳以上②プライマリーケア医により照会された③英語かフランス語を話すことが可能④Jewish General Hospital で受療中⑤過去 4 カ月以内にがんの診断を受けたという 5 つの条件を満たす 205 人の患者データについて、人口統計と医療的リスク要因をコントロールして分析したところ、抑うつ症状は生存期間を短縮する精神的要因として最も関連が深く、抑うつ症状をどう扱うのかががん患者の生存期間を延長するための重要な点となることが示唆された⁶⁵⁾。

Jillian R. Satin らは、抑うつ症状・うつ病とがんの進行または死亡との関連について、既存研究の包括的レビューを行っている。そこでは、がんの進行は抑うつ症状と有意に関連して

いない一方で、がんの死亡とは関連があることを報告した。具体的には、抑うつ症状がある場合には25%、うつ病の場合には39%、がんの死亡率が高くなることを明らかにした。ただし、うつががんの死亡にもたらす影響度は相対的に小さいと結論付けており、より明確な影響を調べるためにはさらなる研究が必要と述べている⁶⁶⁾。

James. C. Coyne らは、精神療法とがん患者の生存率との関連について既存研究の包括的レビューを行っている。システマティックレビューにおいては精神療法とがん患者の生存率の関連を示しているが、臨床試験においては、二つの間の関連性についての実証が進んでおらず、精神療法ががん患者の生存期間に及ぼす効果については明確なエビデンスがまだ無いことを示した⁶⁷⁾。

これらの結果から、精神・社会的因子とがんの生存率とは関連があることが示唆されているものの、うつ症状をはじめとする精神症状が死亡そのものにもたらす影響や、精神療法ががん患者の生存期間に及ぼす効果等については、さらなる調査研究が必要となっていることが明らかとなった。

(3) 患者自身のがん診断の認識と精神症状

Alexander P. John らは、がんで入院した患者 60 人について、精神疾患の有病率に関連する要因を調べたところ、自らががんであることを認識していない患者、治療によって状態が改善すると考えている患者では精神疾患が少なかったことを報告している。自らをがんであると認識している患者 40 人のうち 20 人、治療による効果は一時的であると考えている患者 33 人のうち 16 人には精神疾患の症状が見られており、がん患者の中に精神疾患の有病者が一般的に存在することを明らかにした⁶⁸⁾。

Figan Culha Atesci らによるトルコ人のがん患者 117 人を対象とした調査では、30%が精神症状の診断を受けていた。そのうち、抑うつ症状が 45.7%、抑うつ気分を伴う適応障害が 42.8% であり、がん性疼痛とストレスが精神症状と関連していることを明らかにした。117 人中 64 人 (54.7%) は、がん告知をされておらず、がんについて告知されている患者の方が、精神症状が有意に多かったことが示された⁶⁹⁾。

なお、日本では、明智らの調査（前述）において、99%以上の患者ががん告知を受けていた。この調査により、日本のがん患者における精神症状は、西欧諸国のがん告知された患者の場合と類似していることが示唆されたと述べられていた³⁾。

西欧諸国の文献によると、自身ががんであることを認識していない場合の方が精神症状は少ないことが示されており、自らががんであることを認識している場合は、治療による状況の改善があると精神症状が少ないことが示された。日本ではインフォームドコンセントの概念が普及し、がん告知を受ける患者が増加しているが、この調査結果からは、今後我が国においてインフォームドコンセントをより一層充実させることや、がん告知を受けた患者への精神的ケアが重要となることが示唆されていると考える。

(4) まとめ

(1)の結果から、がん患者の精神症状は多くの患者で生じる可能性があり、適切な対応が必

要であると考えられる。その対応策の一つとして、今回のレビューでは、CLチームとして組織横断的に精神科のコンサルテーションを実施する医療チームの例があったが、この例のように、がん患者に対する専門的な精神的ケアが必要な場合に、的確なケアが提供されるような仕組みを作ることが必要となると考える。また、患者自身ががんであることを認識している場合で治療による状況の改善が無い場合などでは精神症状が現れる可能性がある。インフォームドコンセントの充実や、がん告知を受けた患者で精神症状が現れた場合の精神的支援の実施なども必要となる。また、がん患者に対する精神的ケアの実施を保障するシステムの必要性についての議論も必要となる可能性があると考えられる。

B. 糖尿病と精神科医療

(1) 糖尿病と精神疾患の合併について

Mezuk B らによる生涯に渡るうつ病と2型糖尿病の関係についてのメタ分析では、うつ病が糖尿病の発症に寄与するかについての13論文、糖尿病がうつ病の発症に寄与するかについての7論文を分析した結果、うつ病が2型糖尿病の発症に寄与する相対危険度は1.60(95%CI 1.37-1.88)、糖尿病がうつ病の発症に寄与する相対危険度は1.15(95%CI 1.02-1.30)であった¹⁾。つまり、うつ病は2型糖尿病のリスクを60%上昇させる一方、糖尿病はうつ病の発症リスクを中等度のみ上昇させるという結果であり、両者の関連のメカニズムを同定するためのさらなる研究が望まれるとされている。

うつ病と糖尿病の合併率については、いくつかの研究があるが、伊藤²⁾、西田ら³⁾の文献レビューにおいてすでに日本語でまとめて紹介されているので引用する。糖尿病へのうつ病の合併は、約15~20%で、一般人口におけるうつ病有病率の約3倍であると指摘されている報告がある。また、うつ病の合併率については、自記式調査法で26%、構造化面接法で9-11%、抗うつ薬服用は5.7%、と報告がある。

このことから、うつ病治療においては、糖尿病発症のリスクを評価し、適切に予防・治療にあたる必要があり、また糖尿病治療においてもうつ病発症の可能性を念頭におき、診療にあたる必要があると考えられる。そのための医療システムとして、外来レベル、入院レベルでの糖尿病治療担当医療機関と精神科医療機関との連携が必要であると考えられる。

また、今回文献を収集できていないが、アルコール依存症など他の精神疾患との関連の文献収集も今後行いたい。

(2) 精神疾患と糖尿病の合併により生じる問題点、関わり方について

大川らの報告⁴⁾では、福島県内の48精神科病棟に入院している2744名の患者(対象患者はうつ病に限っていない)のうち、身体合併症のある患者は1562名(54.5%)で、そのうち糖尿病は74名であった。また、看護師が困難事例と感じた症例の要因として挙げたのが、予防の困難、疾病発見の困難、受診行動の困難、身体疾患の治療を行う上での困難などが挙げられていた。このことから、精神科病院に入院中の患者における身体疾患の治療体制の充実のニーズがあると捉えられる。

Julie A. Wagner らの報告⁵⁾では、アメリカのある複数の都市において、2004～2006年に125人の成人 African Americans の糖尿病患者において HbA1c 値の測定と、CESD (Center for Epidemiological Studies Depression scale) による抑うつ症状の評価を施行したところ、15%が CESD>21 (21点超でうつ病の可能性があると評価される)であり、また全体の41.7%が抑うつ症状を経験したことがあり、16.1%がうつ病と診断されたことがあった。また、強い抑うつ症状は HbA1c が高いこと、長い糖尿病歴、糖尿病治療薬の多さと関連があった。このことから、抑うつ症状のコントロールは糖尿病のコントロールにとっても重要であると考えられる。

Goldberg RW ら⁶⁾は、米国の300人の糖尿病患者で、うち統合失調症もしくは大うつ病を合併している201人と、合併していない99人を比較し、精神疾患を合併している群はそうでない群より、いくつかの推奨される糖尿病医療サービスの受療の有無と、糖尿病教育の有無について、受療状況が悪いという結果を報告した。食事療法や服薬アドヒアランスには差がなかったという。このことから、精神科医療側からも、通院患者に対する糖尿病治療の受療行動に関するアドバイスなどの関わりも重要と考えられる。

同様に、Ciechanowski PS らの報告⁷⁾では、プライマリーケア医に通院している367人の糖尿病患者に HSCL-20 (The 20-item Hopkins Symptom Checklist Depression Scale) を用いた抑うつ症状の評価を行い、糖尿病のコントロール状況などと比較したところ、抑うつ症状が中等度以上では有意に食事療法ができておらず、抑うつ症状が高度では、低度に比べ優位に経口糖尿病薬の服用が守られておらず、また医療費もかかっているという結果であった。ここでも、糖尿病コントロールのために抑うつ症状の対応が必要であることが示されている。

Banta JE ら¹⁰⁾は、2004年11月1-14日にカリフォルニア州のメディケイドにて精神科医療サービスを受けた18歳以上の患者の後方視的調査を行った。統合失調症、双極性障害、うつ病のいずれかを診断されている患者のうち482人(11.8%)が糖尿病であり、そのうち調査開始時点より1年間で、HbA1c 測定が行われていたのは47.3%、脂質検査が施行されていたのは56.0%、眼科検査が施行されていたのは31.7%であった。GAF スコア1-30点と低い患者は、有意に血清脂質検査を受けておらず (OR=0.43)、第二世代抗精神病薬の投与を受けている患者は有意に HbA1c 検査を施行されていなかった (OR=0.58) 一方、有意に眼科検査は施行されていた (OR=2.02)。また、プライマリーケア医および fee-for-service 精神科クリニックを受診している患者は、有意にこれらの検査が施行されていた。メディケイド利用の精神疾患患者においては、糖尿病に関する受療状況の悪さは、第二世代抗精神病薬の投与、より重症の精神症状、公共精神科医療サービスのみでの受療と関連していた。これより、プライマリーケア医 (日本だと一般内科など) の医療提供体制、もしくは精神科からの紹介体制が重要と考えられた。

Morden NE ら¹¹⁾は、レバノンの Veterans Affairs システム利用者から抽出された11688人の糖尿病患者を調査し、うち3801人(32.5%)が精神疾患の診断を受けていること、精神疾患のある患者は、そうでない患者に比べ、有意に下肢の知覚検査、眼底検査、腎機能検査を受けていなかった。地域差はなかった。これからも、やはり精神科医療側からの身体治療に対する動機づけなどのアプローチや医療連携体制も重要と考えられる。

一方、Krein SL らの報告¹²⁾では、米国の Veterans Affairs システムを利用している糖尿病患者で、統合失調症か感情障害を合併している患者18273人と、年齢をマッチングさせた糖

尿病のみの患者 18273 人を比較したところ、両者の間に HbA1c 値、血清 LDL 値、最近 1 年でのコレステロール測定の有無における差は認められなかった（これは、Morden NE ら¹¹⁾の研究結果と異なっている）。差が認められなかった理由については、このシステムを利用している患者は医療へのアクセス体制が高いからであると考えられたと考察しており、システムによって受療行動は変化しうる可能性と、アクセシビリティの問題も重要であることが、今後の課題と思われる。

また、少なくとも我が国では狭義の精神疾患ではなく、性格の問題であるがゆえに積極的な治療の対象として扱われにくい歴史があった境界型パーソナリティ障害（BPD；borderline personality disorder）についての報告もある。Frankenburg FR ら⁸⁾は、ハーバード大学にて 1992-2001 年に 64 人の BPD と 200 人の対照群を比較したところ、BPD は対照群に比較して有意に糖尿病に罹患しており、また定期的な運動をせず、飲酒や喫煙をしている。加えて睡眠薬や鎮痛薬を使用しており、救急外来を受診したり入院することが多い傾向が認められた。BPD は慢性疾患のリスクや健康的な生活スタイルを構築できないというリスクを高め、医療費もかかるのではないかということが示唆されたとしている。このことより、BPD においても、生活習慣の面でのアプローチが必要となってくると思われる。

実際の我が国での糖尿病患者への精神科領域の関わりについては、川添らの紹介¹³⁾がある。糖尿病患者が病気とつきあっていくうえで抱える心理的課題に、どう適応していくかを援助することが求められてきているなかで、血糖コントロール不良患者を対象とした糖尿病指導外来における精神科所属の心理士による心理状態の評価と面接を通じた自己理解の促し、気持ちの整理を実施し、その内容を他職種と共有してアプローチしていく中で、本人が積極的にセルフケアに取り組めるよう支援する取り組みの紹介である。必要に応じて精神科医に相談する体制もあるとのことである。一般身体医療の中でも精神科領域の関わりや、心の問題への対応が望まれているなかでの取り組みであり、今後、介入の効果が出ることを期待したい。

また、現在、国立精神神経センターと国立国際医療センターの共同で、外来糖尿病患者におけるうつ病有病率調査、うつ病合併糖尿病患者に対する心理療法的介入を用いた抑うつ症状、血糖コントロールの改善のための診療スキルの開発・検討が実施されているという¹⁴⁾。我が国におけるエビデンスの確立を期待したい。

（3）精神科治療に用いられる薬物に関連した糖尿病

第二世代の抗精神病薬は、従来型抗精神病薬に比して錐体外路症状や抗コリン作用性症状といった副作用が起こりにくい一方、肥満、高血糖のリスクを高めることが重要視され、我が国でもクエチアピン、オランザピンにおいては糖尿病もしくはその既往のある者には禁忌となり、投与後も血糖値のモニターをするなどの対応が必要となっている。また、その他の第二世代抗精神病薬においても、禁忌ではないが、同様の副作用についての注意が喚起されている。実際、糖尿病性昏睡に至るなど重症化したケースの報告があったことから、日常臨床においてはこれらの薬剤を投与するには十分な問診と検査を要しているのは精神科医療現場では常識である。

それに加え、抗うつ薬の長期投与と糖尿病の発症についての研究もある。Andersohn F ら⁹⁾は、英国の臨床研究データベース（GPRD）に登録された 30 歳以上で、1990-2005 までに少なく

とも1種類の抗うつ薬を投与された、もともと糖尿病がないうつ病患者を対象に、そのうち、2243の糖尿病を期間中に発症した症例と8963例の糖尿病を発症しなかった症例を比較した。中等量から高用量の抗うつ薬を2年以上長期内服している患者はそうでない患者より糖尿病発症リスクが高く、発生率比 (incidence rate ratio: IRR)=1.84、95%CI=1.35-2.52で、そのうち三環系抗うつ薬を服用している患者では IRR=1.77、95%CI=1.21-2.59であり、SSRI では IRR=2.06、95%CI=1.20-3.52であった。今後、抗うつ薬の使用による糖尿病や高血糖のリスクについての研究が望まれるが、これらの研究により、非定型抗精神病薬のみならず、抗うつ薬投与中の患者も血糖値のモニターが推奨される可能性がある。

C. 脳卒中と精神科医療

脳卒中後、直接脳機能の障害によって引き起こされる精神症状・精神疾患である脳卒中後うつ病をはじめとする器質性感情障害や、脳血管性認知症は、いわゆる脳器質性精神障害 (ICD-10ではF0)として精神科でも治療対象となっている。特に精神症状や行動障害が強い場合は積極的な診療対象となる。また、急性期におけるせん妄や通過症候群への対応、脳卒中になったことでの社会的不利益への悲観など、心理的に了解可能なものへの対応も要請される分野であり、脳卒中の頻度、脳卒中後精神症状の頻度は高いことから、精神科医療の関わりが多いと考えられる。今回、すでにレビューとしてまとめられている論文が多く見られたため、それらを中心に概観することとした。

(1) 脳卒中に合併する精神症状・精神疾患の有病率について

脳血管障害によって生じる精神症状・精神疾患についての総説として、Chemerinski E, et al⁷⁷⁾、三村⁸⁵⁾によるものがある。Chemerinski E, et al⁷⁷⁾のレビューにおいて、脳卒中後に生じる精神症状・精神疾患の有病率について、うつ病が23-50% (注:対象が地域、急性期病床、リハビリユニットと異なることではばらつきがあると思われる)、不安障害が20.6-27%、躁病が稀 (3例/700例、3例/661例の2研究を紹介)、病態失認が右側脳卒中で28%、左側脳卒中で5%、病的な感情については21.5-48.5%、抑うつ症状を伴わないアパシーは11-26.7%であった研究を紹介している。また、Robinsonのシステマティックレビュー (2003)において、急性期病院とリハビリテーションユニットにおける脳卒中後うつ病の平均有病率は19.3%で、地域においては14.1%であったことを紹介している。

特にうつ病との関連については、Martin Prince, et al¹³⁰⁾、伊藤²⁾、西田ら³⁾のレビューにて紹介されている。

伊藤²⁾のレビューでは「脳血管疾患でのうつの有病率は14-19%であること、脳卒中はうつがあると死亡率が高いこと、うつは脳卒中のリスクファクターであるという研究がある」といった紹介がされている。

西田ら³⁾のレビューでは「Simonsらの調査 (1998) では、2805人を8年間、CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)の得点別に3群に分けて比較したところ、高得点群 (抑うつ症状が強い群)は低得点群に比して脳卒中の発症が41%高いこと、その他の研究でも

うつ病の重症度と脳卒中のリスク増加には正の相関があること、日本の研究 (Ohira ら ; 2001) でもうつ病の症状のある 901 人を 10 年間フォローし、そのうち 69 人で脳卒中の発症があり、うつ症状の程度が強いほど脳卒中のリスクも高い傾向にあったこと」といった紹介がなされている。

Martin Prince , et al¹³⁰⁾ のレビューにおいては、「Aben I ら (2006) の研究では、年間の脳卒中後うつ病の有病率は 23.3%であった」、「Kim JM(2006)、Whyte EM(2004)の研究では、最近の脳卒中イベントとその後のうつ病の発症には強い相関があること、脳卒中後のうつ病は、機能障害と相関し、また 10 年間での死亡率を 3-4 倍に上昇させることを見出した」といった研究紹介がなされている。

また、脳卒中後のうつ病発症の精査についてのシステマティックレビューもある。Poynter B, et al は、1966 年から 2006 年 6 月までの成人の卒中患者における脳卒中後うつ病有病率についての 56 研究をレビューしたところ、35 の研究で、女性のほうがうつ病の発症率が高く、それは地域の患者を対象とした研究よりも入院患者を対象とした研究で多かったという結果であった。全卒中患者は定期的なうつ病スクリーニングを受けるべきであり、また性別の違いによる治療効果の違いについて更なる研究が必要であると述べている⁸⁰⁾。

(2) 脳卒中後の精神症状・精神疾患への対応について

前述の Martin Prince , et al のレビュー¹³⁰⁾ では、「脳卒中後うつに対する抗うつ薬効果のエビデンスは弱い。Anderson CS ら (2004) のコクランレビューでは、抗うつ薬の予防的介入ではうつ病発症予防効果や、機能障害、死亡率の低下を示さなかった。Hackett ML ら (2005) のコクランレビューでは、脳卒中後の抑うつ状態の症状の改善を示したが、寛解は示さず、薬物による介入により脳卒中からの回復も改善しなかった。一方、Jorge RE ら (2003) の臨床試験では、9 年間のフォローアップで、抗うつ薬治療に関連して脳卒中後の死亡率の低下が認められた。」と紹介している。薬物療法のみでは限界があるため、環境調整や心理社会的アプローチを実施できるよう、医療連携、医療と介護福祉との連携が益々重要となってくるであろう。

看護師の立場からは、Pfeil M, et al は次のように述べている。うつ病は脳卒中患者のみでなくその介護者の両方に非常に共通した問題であるが、脳卒中患者のうつも、その介護者のうつも両者見落とされがちであることから、看護師がこの問題を把握し、両者のうつに対して積極的に貢献する必要があると提言している⁷⁸⁾。非常に common な病態であるがゆえに、その発見や初期対応などにおいて他職種の取り組みが重要であろう。

日本の脳梗塞急性期の精神症状についての中根らの調査では、49 症例(男性 30 例、女性 19 例、平均 76±1.3 歳、病型;ラクナ梗塞 21 例・アテローム血栓性脳梗塞 17 例・心原性脳塞栓症・分類不能 4 例)のうち、不穏行動「あり群」29 例と、「なし群」20 例を比較し、年齢比較では「あり群」79±2 歳、「なし群」72±2 歳と有意に「あり群」が高齢であり、長谷川式認知症スケールの比較では「あり群」15.3±1.8、「なし群」21.1±2.1 と「あり群」が有意に低値を示した。脳梗塞病変との関連では責任病巣として右半球の広範な病巣が多く、大脳深部白質病変が高度であるほど不穏行動が起りやすく、不穏行動の誘因は排泄行為に関するものが 35%と最も多かった。不穏行動「あり群」は「なし群」に比べ入院期間が長く、退院時 ADL が低く自宅退院

は少なかったという結果であった⁸⁶⁾。

また日本の回復期リハビリテーション病棟においては、大隈らが、湯布院厚生年金病院において2003年に回復期リハ病棟を退院した166名の脳卒中患者を対象とした報告をしている。脳卒中後うつは全体の半分弱、不穏・せん妄は1/4弱を占め、両者とも身体および認知機能の障害が重いほど多く、不穏・せん妄は高齢、認知症、左側麻痺に関連して多かった。また脳卒中後うつ、不穏・せん妄は、入院期間が有意に長かったが、リハビリによって機能の改善は認められた。回復期リハビリテーション病棟の心理的ケアには全人的医療の観点が必要であることに言及している⁸²⁾。回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関に精神科的対応が可能な機能は必ずしも存在しているわけではないことから、医療連携の必要性が模索されるべきであろう。

一方、上記日本の報告と異なり、Cassidy E, et al は、リハビリで入院した直後とリハビリ開始後2ヵ月後の評価において、脳卒中後うつは20%に認められたが、脳卒中による機能障害、リハビリによる早期の機能的アウトカム、入院日数に関係しなかったという結果であった⁸¹⁾。

なお、高齢者（特に認知症）への抗精神病薬の投与（特に従来型抗精神病薬）は、脳卒中のリスクとなることが指摘されている⁷⁹⁾。このことから、認知症にともなう周辺精神症状に対して治療を行っている患者への脳卒中リスクの評価や観察が重要であり、また逆に、脳卒中の急性期に生じるせん妄などへ治療薬として使用する場合も注意が必要である。せん妄に対する薬物療法のエビデンスは少ないため、リスクとベネフィットを考慮するための判断根拠となるエビデンスが望まれる。

（3）精神科入院高齢患者における脳卒中

一方、高齢者の精神科入院における身体合併症の問題としても重要であろう。2007年4月から2008年3月に順天堂東京江東高齢者医療センターの精神科病棟に入院となった患者394名中、治療を要する身体合併症として脳卒中は8%であったと報告されている⁸³⁾。

また、精神科病院で発生した身体合併症治療を引き受ける立場からは、加藤らの報告がある。2006年4月～2007年3月の1年間に精神科病院から紹介入院となった79症例のうち、脳梗塞が8%あった。その他の身体疾患についても含め報告した上で、精神科病院においては身体合併症が発生した際には、重症化のリスクが高いため早期に身体疾患を治療できる病院への紹介が望ましく、受け入れ病院においても精神科疾患患者への偏見を捨て、身体疾患の治療に集中すべきと考えられたと論じている⁸⁴⁾。実際このように積極的に治療を受け入れてもらえる医療機関ばかりではないのが現状であり、医療計画においても十分対策が立てられていない分野であるが、日本の精神科医療と身体科医療が制度的にも診療報酬上も別々に運用されてきた歴史からは、お互いの相互理解や医療連携システム、精神科を有し精神障害者の身体合併症を受け入れる機能のある総合病院の果たす役割が重要と思われる。

D. 急性心筋梗塞と精神科医療

循環器疾患と精神疾患、精神症状の合併についての報告は多いが、今回は急性心筋梗塞との関連について記載されている論文を中心に紹介する。

(1) 急性心筋梗塞に伴う精神症状・精神疾患について

一般的には急性期にはせん妄、回復期には抑うつ状態が問題となり、それぞれの発症によりその後の治療計画に影響を及ぼすが、心伝導障害を引き起こしうる精神科治療薬の使用については慎重に行う必要があり、注意が必要である¹²⁹⁾。せん妄に関しては当然薬物療法は対処療法の一つに過ぎないため、環境因の調整なども重要である。

せん妄対策としては、北海道社会保険病院 CCU での報告¹¹²⁾がある。同院では、CCU 入室中にせん妄状態となる急性心筋梗塞の患者が多くみられ、長期間の絶対安静がせん妄の発症に関連しているのではないかと考え、CCU 在室日数を短縮することにより、発症率を低下させたと報告している。CCU 在室日数（絶対安静期間）の短縮により患者は生理的欲求や安全、安定性欲求などの基本的欲求が満たされない心理的緊張状態、さらには腰痛などの身体的緊張状態から開放されたため、せん妄の発症を回避できたと考察しているが、これは古典的に言われている ICU 症候群としてのせん妄対策であると考えられ、急性心筋梗塞に限らず、急性期身体疾患の治療経過においても考慮に入れるべき対策として重要であろう。

抑うつ状態・うつ病についての調査としては、Sakai M, et al は、日本の 5 病院に急性心筋梗塞で入院した 218 人の男性患者を調査し、うち 83 人が退院後 1 カ月でうつ状態になったこと、うつ症状がある群はそうでない群に比べて QOL の改善が悪かったことを報告している¹²²⁾。

Dickens C, et al は、心筋梗塞後のうつ病の予後について調査している¹²⁴⁾。588 名の急性心筋梗塞患者のうち、96 名は心筋梗塞前にうつ病にかかっており、71 名は心筋梗塞後にうつ病にかかったこと、心筋梗塞後にうつ病を発症した患者は死亡率が 2.3 倍となることを報告している。

一方、Lauzon C, et al の報告¹²⁷⁾では、統計学的には死亡率に影響を与えなかったとしている。急性心筋梗塞 587 名のうち、191 名がうつ病を発症し、女性が 48 名であったが、統計的には死亡率には影響を与えないという結論であった。

Huffman JC の総説でも、1. 心筋梗塞のあと、うつ状態になるのは、他のケースと同じか？ 2. どうやって診断するのが適切か？いつ診断するのがいいのか？ 3. うつ以外で、心疾患での死亡率に影響を与える要因はあるのか？ 4. 本当にうつは心疾患死亡率と関連性があるのか？ 5. いかによつがより多くの心疾患での死亡を助長するのか？ 6. どのように心筋梗塞を起こし、その後、精神疾患を発症した患者を治療するのか？という問題提起をしており¹²³⁾、この分野におけるさらなるエビデンスと対策が望まれる。

我が国においても国立循環器病センターを中心として、うつ病治療による循環器救急疾患の予後改善についての研究が進行中とのことであり¹⁴⁾、日本におけるエビデンスの蓄積が期待される。

(2) リスクファクターとしての精神障害について

うつ病が心筋梗塞など虚血性心疾患のリスクファクターとなることは知られているが、西田ら³⁾の文献レビュー、木村らの総説¹¹⁶⁾にて、日本語でまとめて紹介されている。これらの文献では、うつ病患者は健常人に比べて心筋梗塞や狭心症などの冠動脈疾患発症相対危険度が

1.5倍～2.0倍、罹病死亡相対危険度は1.5～2.5倍であると報告されていること、うつ病は、悲観的な考えにより治療コンプライアンスを低下させるだけでなく、うつ病による生理学的変化、血小板凝集能の亢進、サイトカイン系亢進などの影響も考えられること、心筋梗塞については薬物療法と精神療法に関して大規模な介入研究がおこなわれて、有効性が確認されていることなどが紹介されている。

尾鷲らの総説では、循環器疾患の20～35%には、うつ病・うつ状態が合併すること、うつ病・うつ状態が心筋梗塞に合併している場合には、合併しない場合に比べて心筋梗塞の再発率が約4倍高く、心臓病のリスクが2～3倍高いこと、対策として、SSRIによる治療が、うつ病・うつ状態のみならず、心血管系の予後を改善したという研究があることを紹介し、うつ病・うつ状態と循環器疾患とは密接な関与を示しているの、臨床上の留意が必要であると論じている¹¹³⁾。

研究論文としては次のようなものがある。

Lin HC, et al による台湾における大規模なコホート研究¹¹⁸⁾では、2000年に統合失調症で入院した7353人の患者と一般22059人を対象として、6年間の追跡調査を行っている。130人(30人が統合失調症患者、100人が一般対象者)が急性心筋梗塞に罹患し、統合失調症患者の急性心筋梗塞発症者数は1.83倍の高さであると報告している。この結果から、統合失調症患者では急性心筋梗塞を発症しやすいから、積極的にモニターすることがよいと指摘している。

デンマークにおける、1977-2000年に登録された精神疾患患者についての大規模ケースコントロールスタディー¹¹⁹⁾では、心筋梗塞発症は、うつ病で1.16倍、不安障害で1.56倍、一方統合失調症は0.77倍であった。うつ病と不安障害を急性心筋梗塞の危険因子としてモニターが必要であるとしている。

統合失調症については国や研究によって急性心筋梗塞の発症リスクとなるかならないか、異なる結果が出ているようである。

Druss BG, et al¹²⁰⁾は、1994年2月から1995年7月までに急性心筋梗塞で入院した65歳以上の113653人のコホート研究を行い、5365人が精神疾患(188人が統合失調症、315人が感情障害、138人が薬物依存、その他3724人)であったことを報告している。精神疾患患者は、男性で喫煙者が多い、ホームレスではない、糖尿病でない、心筋梗塞の既往歴がない、PTCAやCABGも受けていない、血栓溶解療法も受けていないといった特性があった。この結果から、精神疾患患者は適切な治療を受けないこと、適切な治療を受けてもらうことが重要であると述べている。

しかし、一方では、急性心筋梗塞の発症を調べた研究ではないが、シドニーの精神科病院でのアンケート調査では、精神障害者の健康状態は一般人に比べるとよくないことが分かっている一方、健康に対する意識が高いという結果であり、医療サイドがこれらの意識をもっと具体化させるように動くことが大切であると論じている¹²⁸⁾。

また、急性心筋梗塞は精神科病院に入院中の患者の突然死の一要因としても報告されている。今井ら¹¹⁰⁾は、都立松沢病院で7年6カ月の間に発生した突然死症例53例(男性25名、女性28名)のうち、4例が心筋梗塞(男1、女3)であると報告している。全員60歳以上で、抗精神病薬の平均投与量は少量(クロルプロマジン換算43.7mg)であった。既往を認めたもの

と高齢者に多いので、定期的な検査を行うことの必要性を指摘している。

日本の場合、長期入院患者の多くが高齢化した統合失調症患者であり、単科精神科病院が大多数である現状からは、単科精神科病院における対策が望まれるのではないかとと思われる。

また、精神疾患という枠組みではないが、精神状態が心疾患のリスクであることを示した研究も存在する。

Eller NH, et al のシステマティックレビュー¹²⁵⁾では、仕事に関係した精神社会的因子と虚血性心疾患の関係をみた論文が 33 あり、高い精神的な要求、社会のサポートの欠如、孤独感が男性においては虚血性心疾患のリスクファクターであることを述べている。

また、Williams ED, et al の研究¹²⁶⁾では、ロンドン西部に住む、35-75 歳、南アジア人 63 名、ヨーロッパ人 42 人男性を対象とし、英国在住の南アジア人の心疾患にかかるリスクが高いという結果であった。狭い部屋に住んでいること、金銭的に恵まれていないこと、近所付き合いが希薄であること、人種差別を受けていることなどを要因として挙げている。

(3) 精神症状・精神障害を合併する急性心筋梗塞後のリハビリテーションや QOL における問題

予後については一部 (1) (2) とも重なるが、心筋梗塞発症後の精神症状などが治療経過において問題となることを示唆していると思われる研究が散見された。

西山らは、聖マリアンナ医科大学付属病院リハビリテーション部に急性心筋梗塞心筋梗塞で入院し、心臓リハビリテーションプログラムが施行困難であった 68 例（平均年齢 77.6 歳、若年者 11.8%、前期高齢者 58.8%、男性 39.7%、女性 60.3%）のうち、合併症が 64 例に認められ、その内訳として、認知症・精神疾患が 23.4%であり、糖尿病、脳血管障害、整形外科疾患に次ぐ 4 番目であると報告している¹¹⁵⁾。

平川らは、1995-1997 年に東海地区の急性期病院 13 施設に急性心筋梗塞で入院した 65 歳以上の患者 1052 例の分析で、認知症患者が 22 例おり、認知症患者はそうでない患者よりも、高齢で QOL の障害が多く、やせである傾向にあったこと、認知症患者では院内死亡率が高い傾向にあったが、有意差は認められなかったと報告している¹¹⁴⁾。

認知症については増加の一途を辿っており、医療のみならず介護・福祉との連携も重要であり、その中で診断と精神症状コントロールのために、精神科医療の果たす役割は大きいものと思われる。

また、精神疾患・認知症ということではないが、心筋梗塞後の精神面での健康について論じた研究が散見された。

Izawa KP, et al は、心疾患 442 人を 65 歳未満 242 人と 65 歳以上 200 人に階層化し、リハビリによって 65 歳未満のグループは 65 歳以上のグループよりも physiologic and psychosocial measures が向上したことを述べており¹¹⁷⁾、Garnefski N, et al は、139 人の心筋梗塞患者 (35-70 歳) において、外傷後成長 (post traumatic growth: 疾病により生じる心理的葛藤の受容などを表す) には、認知療法が、性格、精神的な健康よりも有効であるとしており¹²¹⁾、また、Norekvål TM, et al は、急性心筋梗塞発症後の生存者 145 人 (62-80 歳女性) では、QOL の向上をアウトカムにしたとき、健康生成論の中核概念である「調和の感覚 (sense of coherence)」が重要であることを見出し、患者教育を健康生成的に行うことが有益

であるとしている¹¹¹⁾。

これらのことから、心筋梗塞後の心的葛藤などにおける対応も重要であることを示唆していると思われる。心筋梗塞後のリハビリテーションや社会復帰の過程で生じる様々な精神的問題に対して、相談・対応できる体制があることが望ましいであろう。

E. 救急医療と精神科医療

救急医療と精神科医療の関連については、現行の医療計画において記載事項に定められている4疾病5事業の中では、最も関連性が強い位置付けであると思われる。すなわち、「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」（平成19年7月20日、厚生労働省医政局指導課長通知）における「救急医療の体制構築に係る指針」において次のように記載されている。まずは、「現状」における「精神科救急医療の動向」として「各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されており、夜間休日における精神科受診件数は人口万対年間2～3件、この中で、身体合併症があり精神疾患、身体疾患ともに入院医療を要する程度のものは約2%の頻度で発生しているとの報告がある。」と記載されている。また、救命救急医療機関（第三次救急医療機関）の「いわゆる出口の問題」の項に新たな患者受け入れ困難な要因の一つとして「具体的には、急性期を乗り越えたものの、いわゆる植物状態等の重度の後遺症がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、自宅への隊員や他の病院等への転院が困難とされている。」とあり、精神疾患合併症例についての後方転送の困難性が述べられている。さらに「精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携」として、医療施設の整備や、精神科救急医療センターなどの創設がなされてきたが、緊急な医療を必要とする精神疾患患者を常時受け入れる体制が未だ十分でない地域もあること（地域差の問題）、精神疾患患者が身体疾患になった際に確実に対応するための、精神科救急体制と一般救急医療機関との連携を図る必要があること、さらに自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実を図る必要があることが述べられている。次に、「医療機関とその連携」における「消防機関の救急救命士等に求められる事項」として「緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること」、また「救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命期後医療】」に求められる事項として「救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること」と定められている。

今回の文献検索では、上記指針を意識して、我が国における精神科救急医療の現状と問題点、救命救急医療を含む一般救急（身体科救急）医療における精神科医療の関与とその問題点に分け、それぞれに自殺関連行動や、認知症など高齢者の対応、精神身体合併症救急医療などについて言及している文献を中心に収集した。

(1) 精神科救急医療（精神医学的問題による救急受診）について

日本精神科救急学会は、「精神科救急医療ガイドライン」¹⁵²⁾において、精神科救急医療にお

ける推奨事項を、「総論及び興奮・攻撃性への対応」「薬物療法」「自殺未遂者対応」「規制薬物関連精神障害」に分け、この分野における医療従事者への指針としている。精神科救急医療へのアクセス手段、精神科救急医療施設に求められる機能、各種状態への対応（薬物療法にとどまらず）を概観しており、現時点での我が国のスタンダードと言えるべき指針であろう。前書きには、同学会理事長の澤により、今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書で、診療ガイドラインの作成・普及がうたわれており、精神科救急医療も精神保健医療体系の再構築の中で大きな位置を占めていることを述べている。

全国の精神科救急を担っている医療機関への調査としては、平田の報告がある。精神科救急入院料認可病棟（14 病棟）、急性期治療病棟（110 病棟）、総合病院精神科病棟（4 病棟）を対象としたアンケート調査により、各病棟の機能と患者像の把握を行っている。結果、救急入院料認可病棟においては非自発的入院率が 80%以上、他害行為の随伴は 40%以上で、他に比べ有意に多かった。総合病院精神科では過半数が身体科コンサルトを要する中等症以上の身体合併症を有していた。その他平均在院日数や医師数、自宅退院率などについて調査している。病棟ごとの考察として、救急病棟は重症救急患者の治療を中心に担っていることから、この病棟群を核として精神科救急の広域システム構築し、医療費給付をさらに急傾斜し短期集中的入院治療の実現が図られなくてはならないとしている。必要病床数は全国で 2400 床（人口 100 万人当たり 20 床）と算出。急性期病棟については、二次救急医療施設として機能し、通院患者の急性増悪に対処して地域ケアに戻すことを中心的な役割としており、今後は救急入院料認可病棟を支援し、地域ケアにつなげるための亜急性期病棟としての機能が期待されるとしている。必要病床数は全国 17100 床（二次医療圏に 50 床）と算出。総合病院精神科病棟の機能としては、重篤な身体疾患を合併する重症の精神科救急ケースの治療であるが、そのような機能を持つ病棟は極めて乏しいのが現状であり、精神科救急入院料などの認可対象とすることなどを提言している。必要数としては、二次医療圏 2 つ分程度に 1 病棟などとしている¹⁴⁹⁾。精神科救急入院を担当する医療機関を急性期、亜急性期、身体合併症を有する重症精神症状ケース、に機能分化させ、それらを有機的に連携させるシステムが重要であることを示す資料と捉えられる。

いわゆる出口の問題に関連した研究としては、法山らの奈良県立医科大学精神医療センターにおける 1ヶ月以上入院治療を行った統合失調症患者 48 例を対象に検討した調査がある。なお、同病院は、大学病院でありながら、地域の精神科医療の基幹病院でもある。入院期間は、年齢、性別、入院形態、罹病期間等の患者背景、BPRS 合計スコア、PANSS agitation subscale との間に相関を認めず、BPRS 敵意・疑惑スコアのみが入院期間と正の相関を示した。薬物療法との関係において、単剤療法群の方が入院期間が短い傾向を示した。使用薬剤に関して、使用頻度の高いリスペリドンとオランザピンの 2 剤について検討した結果、オランザピン服用群は有意に高い 3ヶ月以内の退院者数割合、敵意・疑惑スコアの改善、有効容量決定までに要した期間の短さを示した。以上より、入院期間短縮には患者の敵意や猜疑心といった症状に有効な治療的アプローチが必要であること、個々の患者の状態に合わせた薬剤の至適容量を速やかに決定することが必要であると考察している。¹⁴⁰⁾

岩田らは、総合病院における ER 開設に伴う精神科救急受診者の増加と、精神科診療所が極めて多い一方精神科病床が少ない地域における経験を述べている。都立広尾病院では従来の三次

救急を中心とした救命救急医療に加え、2002年より一次・二次救急患者を診察するERが開設され、以後、精神科への受診患者が増加した（病院全体の救急受診者数：ER開設前15000-19000人→2004年度28300人、うち精神科救急受診者数：ER開設前300-400人→2004年度806人であり、病院全体の患者数の伸び率より精神科受診者数の伸び率が高い）。2005年5月から翌年4月の1年間の土日に絞って受診した289人について分析した結果、精神症状の悪化（記載がないが、合計数からみて急性薬物中毒・自傷行為以外と思われる）が47%、他科からの依頼（急性薬物中毒・自傷行為）が11%、急性薬物中毒・自傷行為以外の他科からの依頼が8%、処方切れ15%、急性薬物中毒（記載がないが、合計数からみて最初から精神科で対応した割合と思われる）13%、などであった。また、警察官同伴などの非自発的受診は91%で、大多数が自発的受診であった。他院通院中の患者は50%、自院通院中が28%であった。診断内訳はF4が29%、F2が25%であった。入院は精神科・他科をあわせて11%であった。急性薬物中毒を受診理由とする人格障害患者は他院通院中の患者が多かった。広尾病院の所属する二次医療圏は、精神科病床1病床当たりの人口数2600人（全国：340人）と精神科病床数が極めて少ない一方、精神科診療所1か所あたりの人口数が7900人（全国：29000人）と精神科診療所数が多い二次医療圏であり、精神科三次救急医療を中心に整備されている精神科救急医療だが、この地域における精神科一次および二次救急の整備の必要性を指摘している¹⁵¹⁾。この研究は一医療機関での事例報告であるが、病床数や診療所数、その他医療資源の地域差がある状況において、少なくとも精神科一次・二次救急医療においては身近なアクセスと地域連携の確保の観点からは、地域（二次医療圏にするかどうかは検討が必要であろうが）ごとに対策を立てることが必要であろうと思われる。

澤らによる、精神科診療所（ほくとクリニック）における取り組みの紹介もある。診療所および同一法人の精神科病院における外来患者を対象としたアンケートで、2427人中、634人（26%）の人がこれまでに夜間受診したいと思ったことがあり、その時間帯は22時以降午前3時までを希望する意見がほぼ同数であった。また、診療所において実際宿直業務を開始して、81回の宿直で68人の受診があったが、うち9人が入院を必要とし、8人が同一法人の病院に入院したこと、夜間受診の時間帯分布は深夜まで及んでいること、他院かかりつけが70%であったことなどが示されるなど、地域の精神科一次救急医療の実践を報告している。かかりつけで診てもらえずに受診したケースもあること、経営的に見合わないこと、本来入院対応と思われるケースで受け入れ先がなく救急隊により一次救急に搬送されたケースがあるといった問題点を述べている¹⁴⁷⁾。なお、現在ほくとクリニックは診療所から病院になり、認知症医療も含めた地域精神科医療を担っている。

また、認知症高齢者の精神科医療も大きな課題となっているが、澁谷は千葉県精神科医療センターにおける認知症高齢者の救急診療状況を踏まえて、精神科救急システムのなかでの認知症高齢者の救急医療の現状と課題について報告している。2006年度の認知症高齢者に関する電話相談件数は、全3010件の電話相談中70件と考えられ、千葉県精神科救急医療システムを経由して当センターで診察を行った患者478件（うち235件が入院）中、認知症と診断された65歳以上の高齢者は19件であった。2004年以前は年間5件程、2005年度は13件であり、増加傾向が認められた。うち、入院数は、2004年度以前は年間2,3件、2005年度は11件、2006年度

は7件であった。精神科救急受診のきっかけとなったのは、記憶障害など認知症の中核症状ではなく、BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) であり、BPSD のなかでは幻覚妄想が最も多かった。認知症高齢者の精神科救急患者増加の要因として、人口の高齢化だけではなく、都市部での家族機能の崩壊によるケースの増加を指摘する者もあり、また、今後は介護施設からの救急受診の増加も予想されることを述べ、そのような状況の中で、「たいへんな時期は病院が責任をもつが、落ち着いたら家族や介護施設がいったん引き取る」という、役割分担についてのコンセンサスを提唱している¹⁴³⁾。認知症の BPSD に伴う救急患者においても「出口の問題」の重要性に言及している。

救急患者における PSW の役割について述べた報告もある。山縣らは、埼玉県立精神医療センターにおける急性期病棟入院患者のうち、応急入院患者の入院時経過及び精神保健福祉士 (PSW) の関与について調査した結果、PSW の関わりとして、応急入院受け入れ時、限定された時間内で集中的な入院援助が求められ、これを迅速かつ適正に行うことが、患者の諸権利の擁護、治療の継続という面で重要であり、救急 PSW の業務の柱となっていることが示唆されたと報告している。また、チーム医療の中で、救急 PSW は地域との橋渡し役を担い、それぞれのニーズに応じられるよう努めることになること、一方、身元確認が困難なケースや旅行ビザ入国の外国人など生活保護適用が難しいケースへの対応が課題であることについても言及している¹⁴¹⁾。入院前後のケースワーク、退院を見据えた地域連携の調整において PSW の存在は必要不可欠であり、今後の課題としてさらなるケースワーク困難症例の検討が望まれるであろう。

(2) 主に一般救急 (身体科救急) 医療における精神科医療の関与とその問題点について

精神科病床を有する医療機関と、精神科医はいるが病床は有しない医療機関、精神科医がいない医療機関、それぞれにおける報告が散見された。

川瀬らは、三次救急医療機関の新規入院患者における精神医学的問題について検討することを目的とし、平成 16 年 4 月から平成 16 年 9 月までの 6 ヶ月間に、国立病院機構災害医療センター (精神科病床を持たない総合病院) 救命救急センターに入院した全症例 1215 名を対象とし、入院時診療記録をもとに精神医学的介入が望まれる症例について検討している。精神医学的問題が起こりうる患者として、精神症状をもつ患者が 175 名 (うち自殺未遂 129 名、精神疾患合併 46 名) (14.4%)、心的外傷体験になる可能性のある患者は 146 名 (交通外傷 102 名、転落 21 名、身体的暴力 10 名、その他 13 名)、さらに心的外傷体験になる可能性のある家族 192 名 (突然死 190 名、蘇生後脳症など 2 名) であった。精神症状を呈している患者に対する精神医学的介入だけでなく、心的外傷体験をもつ患者や家族に対しても、予防的に関与する必要性を考察している¹³³⁾。災害医療とも若干関連するが、災害以外でも重大な事故や暴力被害などに伴う外傷体験についての患者および家族へのフォローの必要性についても言及している点が興味深い。さらなるフォローアップが可能であれば、PTSD などの発症頻度や治療効果などについての調査が望まれる。同じ所属の西らは、2004 年に常勤精神科医が雇用されてからは、自傷者・自殺未遂者はほぼ全例の診察を実施する方針で院内の取り組みを進め、現在 80-90% の診察を実施していること、救命救急医から患者や精神科医療機関に向けられる陰性感情や不信感の軽減につながることで、2008 年度から新設された自殺未遂者を精神保健指定医が診察すれば 3000

点が加算されたことにより、非常勤の心理士や2人目の精神科常勤医の雇用が認められたこと、などについての経験を述べている¹⁵⁰⁾。

米澤らは、国立病院機構大阪医療センター搬送された自殺企図者を、企図手段別に特徴を調査し、治療の問題点を検討している。自殺企図患者を服薬群と自傷群に分類し、治療経過、入院前後の精神科診断、退院経路などを比較したところ、服薬群は、20~30歳代の女性に多く、8割に精神科疾患既往歴があり、入院後精神科コンサルトは約半数のみで、15%が自己退院した。自傷群は、約半数に精神科疾患既往歴があり、精神科コンサルト率は8割で、20%が精神科へ転院した。2群間の精神的背景および経過には大きな違いがあり、自殺企図として画一的に対応されるべきではないこと、服薬群は精神科医にコンサルトできずに、不確実なかかりつけ医への紹介となるケースが多く、解決すべきと考察している¹³⁷⁾。なお、大阪医療センターは精神科入院病床のない病院である。

小島らは、東京都立墨東病院救命センターへ搬送された全7203例のうち、精神科コンサルテーション・リエゾンを行った症例を後方視的に調査している。630例(8.7%)に自殺企図があり、このうちF2群は120例、さらにそのうち未治療・初回治療の統合失調症は11例(男性6人、女性5人)であった。この論文ではこの11例についての検討であったが、自殺企図の方法は9例(81.8%)が墜落(飛び降り)で、精神症状は10例(91%)が幻覚妄想状態であった。疾病未治療期間(DUI)にはばらつきが大きく、自殺との関連は認められなかったが、DUIが長い症例に関しては、患者の受診拒否、家族・身体科医師の精神疾患の知識不足が認められたという。未治療・初回治療の統合失調症患者は致命的な自殺企図を行う可能性があり、これを防ぎ、また適切に対応するためには、他科との連携、とりわけ救命センターへのコンサルテーション・リエゾンが重要であると考察している¹³⁴⁾。なお、都立墨東病院は同時に、都の行政医療としての夜間精神科救急医療事業の基幹病院の一つでもあることから、全国でも数少ない身体的にも精神的にも重症のケースの診療に対応していると思われる。急性期治療に特化した精神科病床を有する総合病院である。

芳賀らは、さいたま市立病院救急科(ER型二次救急)を2002年4月~2008年3月の期間に受診した10072例を対象に、合併する精神疾患について後方視的に検証している。742例(7.4%)に精神疾患を認め、精神疾患合併例中109例が入院、29例が転送、587例は帰宅となった。心肺停止は17例で12例が縊死であった。精神疾患はパニック障害135例、うつ病・抑うつ状態121例、アルコール依存症82例、不安障害・心気症76例、統合失調症71例、その他257例であった。来院時の病態は精神症状343例、薬物・ガス中毒129例、自傷行為39例で、231例は精神疾患によらない病態であった。精神疾患合併例に対し、早期から精神科的治療を要する場が多いが、常に精神科の支援が得られるわけではなく、精神疾患の治療が医療スタッフの負担となりがちであること、救急病院と精神科病院の連携が必要で、行政も含めた地域医療全体のネットワーク構築が急務であると考察している¹³⁵⁾。

大倉らは、過量服薬に特化した調査を実施している。2004年1月以降の3年間に神戸市立医療センター西市民病院の内科救急外来に受診した過量服薬患者194名(件数273件)を対象とした後方視的調査にて、対象例は同期間の救急外来受診件数全体の0.75%、平均年齢は36.2±13.3歳、性別は男35名(39件)、女159名(234件)、推定服薬時刻から来院までの平均時間

は4時間9分、救急車による搬送例は167件(61.2%)であった。服用量が多いほど来院時の意識レベルは低かった。服用薬物は大多数が医療機関から処方されたものであり、ベンゾジアゼピン系が最多であった。アルコールの同時摂取例は救急搬送及び入院の割合が高かった。ICD-10に準じた精神科的基礎疾患としてはF3(気分障害)とF4(神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害)が多かった。救急外来で血液検査を施行する頻度は高かったが、心電図や胸部X線撮影を施行する頻度は低かった。また、活性炭投与を施行する頻度は胃洗浄を施行する頻度よりも低かった。全症例のうち126件(46.2%)が入院を要した。救急車による搬送例はそれ以外の患者と比べて入院を要する割合が高かった。入院例の在院日数の中央値は2日であった。死亡例はなかった。当院精神科への診察依頼があったものは94件(34.3%)あった。これらの結果は、一般病院の救急外来を受診する向精神薬過量服用患者の臨床的特徴を示すとともに、救急外来における過量服薬患者への救急医学的、精神医学的対応の現状を指摘するものであると考察している¹⁴²⁾。過量服薬を起こす精神疾患としては他にF6が問題となることが多いが、この研究ではF3、F4が多かったようである。身体科医としての立場からの苦労がうかがわれる。

黒澤らは、岩手県内の一次、二次、三次救急告示医療施設全57ヶ所に対して自殺未遂者の有無や受診状況に関して調査している。回答のあった救急告示医療機関52ヶ所のうち平成19年度に自殺未遂者が受診したと回答した機関は35(67%)であり、自殺未遂者の受診は延べ597件であった。内訳は女性が70%で、年代では20代が33%で最も多かった。自殺企図の手段で上位にあがったものは、医薬品の過量摂取が50%、刃器29%であった。過去の自殺未遂歴については、常勤精神科医が在籍していない医療機関では、不明であると回答した割合が74%と高かった。現場で救命医療に従事する医師、看護師の過半数が、自殺未遂者の治療に困難や怒りを感じていた。把握しえた未遂例は背景が十分に把握されていない可能性があり、専門機関との連携などを含めた対策が今後必要と思われたと考察している¹³⁶⁾。確かに、過去に自殺未遂の既往のある患者は、その後の再企図のリスクファクターであることは精神科医であれば教育を受けていることであるが、「過去の自殺未遂歴については、常勤精神科医が在籍していない医療機関では、不明であると回答した割合が74%」ということであり、一般身体救急の現場においてあまり聴取されていない部分である可能性がある。全ての救急医療機関への常勤精神科医の配置は非現実的としても、すぐにできることとして、一般救急医療機関への啓発活動と精神科医療機関との連携が望まれると思われた。

岩城らは、県境を挟んだ熊野保健所管内(三重県)と新宮保健所管内(和歌山県)の中核的な病院(熊野:A病院、新宮:B病院)間での救急医療機能の分担状況、県境を越えて搬送される要因を明らかにするための研究において、B病院への搬送者には心疾患が有意に多く(オッズ比(95%信頼区間):2.38、 $P<0.01$)、また、精神疾患が搬送される傾向があった(1.62、 $P=0.25$)。また、A病院への搬送者には、外傷性傷病が有意に多かった(0.55、 $P<0.01$)。これら結果から、医療施設調査報告などの既存資料によって、医療圏における一定の救急医療機能の把握は可能であるが、より実質的な機能分担の状況は把握困難であること、救急搬送者の主要な傷病について病院間の機能分担の実態があること、保健医療計画策定などにおいて、住民の医療需要に見合った施設連携や機能分担を検討するための有用な基礎的資料のひとつになると考えられた

こと、また、ロジスティック回帰分析は、危険因子と疾病の関連を明らかにするために用いられることが多いが、医療機能の分析にも有用であると考えられたことを述べている¹³²⁾。医療圏を超えた患者の移動は疾患によってはかなりあることが分かっているが、精神疾患に関しては二次医療圏で対応できない地域も多いと考えられ、全国的な実態分析が望まれる。

遠藤らは、岩手県高度救命救急センターを受診した自殺・自殺未遂 1001 件を、飛鳥井の提唱する絶対危険群 (AD 群) と相対危険群 (RD 群) の 2 群に分類し比較検討している。AD 群は RD 群に比較し、年齢、BPRS 総得点、LCU 得点が有意に高く、教育年数、GAS 平均値が有意に低く、男性、家族と同居、就労あり、初診、自殺関連行動歴なし、相談先なしなどの割合が有意に高かった。ICD 診断分布では F2、F3 の比較が高く、動機では幻覚妄想、病苦の比率が高かった。ロジスティック分析では、AD 群となるオッズは男性が女性に対して 3.016 倍、相談先のない群はある群と比較して 1.486 倍、独居は同居者ありと比較して 0.483 倍であり、GAS が 1 ポイント上がるごとに 0.966 倍となった。「男性で同居者はいるが、相談できず精神症状が増悪し日常生活水準を保てない」というプロファイルが重症自殺企図発生に寄与していることを見出し、自殺対策ではこれらの因子に注目し対処することが重要であると考察している¹³⁸⁾。このように、特にどのようなケースが自殺リスクが高いかをある程度の集団で調査して、その結果を地域の自殺対策および救急医療対策に活用することも重要である。

山内らは、総合診療の立場から、広島県立広島病院における平成 15 年～19 年度の診療状況を検討している中で、入院時 37.5℃以上の発熱を呈する患者は 57.5% (141/245 例) であり、発熱なしの症例群にはアルコール関連疾患、薬物中毒、あるいは身体疾患の背景に精神疾患を伴っている患者が多いという結果を示している¹³⁹⁾。総合診療の場面における精神疾患患者の身体合併症や精神症状を扱うことも珍しくなく、プライマリーケア医の精神症状のスクリーニングと、専門医紹介の連携も大切であろう。

小林らは、総合病院 (島根県立中央病院) に救急受診した単科精神科病院 2 施設の入院患者の身体合併症治療の現状を後方視的に調査している。精神科診断では統合失調症 52%、器質性精神障害 33%、躁うつ病 4%であった。入院時状態像は認知症状態 26%、幻覚妄想状態 23%、精神運動興奮状態 18%、意識障害 10%、不安焦燥状態 6%、抑うつ状態 2%であった。転院前の入院形態は任意入院 53%、医療保護入院 40%、措置入院 7%で約半数が非自発的入院であった。身体疾患は消化器疾患が 26%、呼吸器疾患 24%、神経疾患 12%であった。入院となった診療科は内科が 33%、救命救急科 24%、精神科 16%などであった。身体科病棟のみで最後まで治療を継続した症例が 68%、精神科病棟に転棟となった症例が 19%、精神科病棟から身体科病棟への転棟が 4%であった¹⁴⁸⁾。身体合併症で入院となった患者の入院病棟を個々の状態によって決定しており、院内連携がよくなされているものと思われる。

いずれの医療機関においても、重症患者発生時の速やかな受け入れ、急性期が過ぎた後の速やかな転院など、地域連携が十分に機能していることが望まれる。我が国においては精神科は単科の医療機関が大半であること、それら病院では身体疾患の治療に限界があることから、身体疾患の治療目的で受け入れることは困難である一方、一般医療機関や、精神科を有する総合病院においては、新規患者の受け入れ要請に応需するためには出口の問題を確保する必要があること、また精神科医との連携が十分にとれていない医療機関における連携確保が重要である