

自殺企図症例への理解・共感が困難であり、患者個人の会話を避けていた点である。同様な点は他の調査においても指摘されている(3)。救急・ICU看護師は自殺企図症例へのファースト・コンタクトであることが多い。頻繁に訪れる自殺企図患者（いわゆるリピーター）や、境界性人格障害患者の病棟内での態度による悪影響も考慮される。スタッフの対応が自殺予防のための介入機会を奪う危険性や、その後の自殺行動に影響を与えることも指摘されている(4)。したがって、救急・ICUで働く看護師に対して、自殺企図患者看護へのモチベーションを高める教育が今後の課題となるであろう。

“何度も自殺企図を行っている人は、自殺を完遂する危険は高い”という設問において、50%以下の看護師しか同意していなかった。しかし実際には、多くの研究で、自殺での死亡の最も大きな予測因子は“自殺未遂（自殺企図）歴”であることがわかっている。自殺企図患者の1/40～1/200が1年以内に自殺で死亡することがわかっているし(5)、9年間みても1/15が自殺で死亡する。とくに、繰り返し自殺企図を行う患者（なかでも女性）は、自殺での死亡の危険性が高いことがわかっている(6)。このような知識の普及が、今後の自殺予防につながると判断される。

一般身体疾患に伴う精神症状の評価では、うつ病の診断正答率は40%、過活動型せん妄は66.7%、低活動型せん妄は16.6%であった。これは、前年

度に行った“厚生労働科学研究平成20年度厚生労働科学研究 ころの健康科学研究事業 精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究分担研究報告書：一般身体科医の精神科疾患に対するattitudesならびにその診断・対処方法の調査”における一般身体科医の結果とほぼ同様であった（うつ病正当率40.6%，過活動型せん妄66.5%，低活動型せん妄12.3%）。低活動型せん妄の正当率が低く、23%は適応障害、50%以上は認知症と回答していた。せん妄は、死亡率が上昇する点や退院後に施設入所にいたる危険性が高い点も示されており(7-10)、正しい診断が大切である。今後の看護教育において強調していく点であろう。

E 結論

自殺未遂患者にもっとも接するのは看護師、とくに身体疾患治療現場（その中でも救急病棟やICU）で働く看護師である。看護師は、自殺未遂患者に対するケアは適切に行われているとは考えておらず、自殺未遂患者に対するケアのトレーニング不足・今後のトレーニングの必要性を認識している看護師が大多数であった。また、自殺未遂患者の看護はやっかいで、理解・共感を行うことは困難であると考えた看護師が多かった。一方で、精神科病棟勤務看護師ならびに精神科経験のある看護師は、それ以外の看護師と比較して、自殺未遂患者に対するスキルトレーニングをより受けてきたと

感じ、自殺未遂者に対する共感性が高く、attitudes も positive であった。このことより、自殺未遂患者に対する知識向上・スキルトレーニングを行うことで、看護師の attitudes に変化をもたらす可能性がある。実際に、トレーニングプログラムにおいて自殺未遂患者への理解・看護意欲の向上が認められたとの報告もあり(2, 11)、今後のプログラム作成が課題であろう。特に、救急・ICU 勤務看護師は自殺未遂患者とのファースト・コンタクトとなる場合が多いため、自殺予防・自殺未遂患者への治療介入の円滑さを進めるため、効果的な教育プログラムの作成が必要である。

一般病棟で頻繁にみられる、うつ病、せん妄の診断については、誤った認識が多く認められた。特にせん妄（低活動型）の見逃しが危惧された。今後の看護教育（とくに精神科看護教育）において、今まで重要視されていたとは思われない一般病棟でみられる精神症状に対する教育が大切であることが示された。

文献

1. Samuelsson M, Asberg M, Gustavsson JP. Attitudes of psychiatric nursing personnel towards patients who have attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1997 Mar;95(3):222-30.
2. Norris E, Burke K, Stern G, Primelo R, Kaufmann M, editors. Can staff education change nursing attitudes toward suicidal patients? *Academy of Psychosomatic Medicine* 2008; 2008

November; Miami, USA.

3. Goldney RD, Bottrill A. Attitudes to patients who attempt suicide. *Med J Aust.* 1980 Dec 27;2(13):717-20.
4. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med.* 2005 Aug;12(4):169-78.
5. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry.* 2002 Sep;181:193-9.
6. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry.* 2004 Jul;185:70-5.
7. Rockwood K, Cosway S, Carver D, Jarrett P, Stadnyk K, Fisk J. The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing.* 1999 Oct;28(6):551-6.
8. McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Belzile E. Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med.* 2002 Feb 25;162(4):457-63.
9. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *Jama.* 1990 Feb 23;263(8):1097-101.
10. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med.* 1998 Apr;13(4):234-42.
11. Samuelsson M, Asberg M.

Training program in suicide prevention for psychiatric nursing personnel enhance attitudes to attempted suicide patients. Int J Nurs Stud. 2002 Jan;39(1):115-21.

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

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

1 特許所得

なし

2 実用新案登録

なし

3 その他

なし

Table 1

精神疾患の頻度

	コミュニティー (一般健康人)	プライマリーケア 症例 (外来)	総合病院 (入院症例)
精神疾患全体	16%	21-26%	30-60%
大うつ病	2-6%	5-14%	15%以上
恐慌性障害	0.5%	11%	
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%

Table 2 自殺企図患者に対する精神科治療・トレーニングに関する質問 回答内訳

	1 全く同感	2 わりとそう思う	3 あまりそう思わない	4 全くそう思わない
すべての自殺未遂患者は精神医療にかかるべきだ	69 (21.4%)	166 (51.4%)	83 (25.7%)	5 (1.5%)
自分は、自殺未遂患者を適切に看護するスキルのトレーニングを受けてきたと思う	2 (0.6%)	29 (9.0%)	130 (40.2%)	162 (50.2%)
精神医療は、軽い薬物中毒のような自殺企図患者ではなく、もっと深刻な自殺企図患者の治療に専念するべきである	15 (4.6%)	80 (24.8%)	175 (54.2%)	53 (16.4%)
自殺未遂患者は、通常重症な精神状態なので、精神科に入院すべきである	21 (6.6%)	106 (33.2%)	173 (54.2%)	19 (6.0%)
自分は、自殺未遂患者を看護するための更なるトレーニングが必要である	86 (26.6%)	182 (56.3%)	45 (13.9%)	10 (3.1%)
自殺未遂患者への精神科ケアは良好に行われている	0 (0.0%)	80 (24.8%)	206 (64.0%)	36 (11.2%)

Table 3 USP scale 回答内訳

	1 全く同感	2 わりとそう思う	3 あまりそう思わない	4 全くそう思わない
自分の病棟では、自殺未遂患者は通常は良好に治療されている	5 (1.6%)	91 (28.4%)	156 (48.8%)	68 (21.3%)
自分は、自殺未遂患者に対してとても怒りを覚えることがときどきある	22 (6.9%)	110 (34.3%)	140 (43.6%)	49 (15.3%)
何度も自殺未遂を行っている人は、自殺を完遂する危険は高い	54 (16.8%)	122 (38.0%)	133 (41.4%)	12 (3.7%)
自分は、自殺未遂患者もその他の患者と同様に、進んでかつ共感して看護している	10 (3.1%)	159 (49.4%)	127 (39.4%)	26 (8.1%)
自殺未遂患者は問題を抱えているわけであるから、考えられるべき最良の治療が必要である	101 (31.4%)	200 (62.1%)	19 (5.9%)	2 (0.6%)
自分は、しばしば自殺未遂患者を理解するのが難しくなる	60 (18.7%)	184 (57.3%)	71 (22.1%)	6 (1.9%)
自分は、自殺未遂患者の手助けが好きである	1 (0.3%)	23 (7.1%)	203 (62.8%)	96 (29.7%)
自殺未遂患者の個人的な問題に関して、出来る限り患者と話すように努力している	0 (0.0%)	80 (24.8%)	206 (64.0%)	36 (11.2%)
自殺未遂患者を看護するのはやっかいなことが多い	58 (18.0%)	214 (66.3%)	44 (13.6%)	7 (2.2%)
自分は、自殺未遂患者に対して共感し理解していることが多い	0 (0.0%)	71 (22.0%)	217 (67.4%)	34 (10.6%)
自分は、自殺未遂患者が快適で安全に感じるように出来る限り努力している	16 (5.0%)	205 (63.7%)	83 (25.8%)	18 (5.6%)

Table 4 自殺企図患者に対する精神科治療・トレーニングに関する質問 (精神科経験の有無別)

	精神科経験あり n=71	精神科経験なし n=252	p
すべての自殺未遂患者は精神医療にかかるべきだ	2.06 (SD=.81)	2.08 (SD=.70)	.818
自分は、自殺未遂患者を適切に看護するスキルのトレーニングを受けてきたと思う	2.85 (SD=.75)	3.56 (SD=.57)	<.001
精神医療は、軽い薬物中毒のような自殺企図患者ではなく、もっと深刻な自殺企図患者の治療に専念すべきである	2.83 (SD=.79)	2.82 (SD=.74)	.925
自殺未遂患者は、通常重症な精神状態なので、精神科に入院すべきである	2.59 (SD=.79)	2.60 (SD=.68)	.985
自分は、自殺未遂患者を看護するための更なるトレーニングが必要である	1.82 (SD=.57)	1.97 (SD=.76)	.121
自殺未遂患者への精神科ケアは良好に行われている	2.58 (SD=.58)	2.94 (SD=.56)	<.001

Table 5 USP scale (精神科経験の有無別)

	精神科経験あり n=71	精神科経験なし n=252	p
自分の病棟では、自殺未遂患者は通常は良好に治療されている	2.49 (SD=.69)	3.01 (SD=.72)	<.001
自分は、自殺未遂患者に対してとても怒りを覚えることがときどきある	2.39 (SD=.84)	2.31 (SD=.81)	.432
何度も自殺未遂を行っている人は、自殺を完遂する危険は高い	2.23 (SD=.80)	2.35 (SD=.79)	.252
自分は、自殺未遂患者もその他の患者と同様に、進んできつ共感して看護している	2.28 (SD=.66)	2.59 (SD=.68)	.001
自殺未遂患者は問題を抱えているわけであるから、考えられるべき最良の治療が必要である	1.77 (SD=.64)	1.75 (SD=.57)	.825
自分は、しばしば自殺未遂患者を理解するのが難しくなる	2.87 (SD=.70)	2.94 (SD=.69)	.437
自分は、自殺未遂患者の手助けが好きである	3.13 (SD=.58)	3.25 (SD=.57)	.124
自殺未遂患者の個人的な問題に関して、出来る限り患者と話すように努力している	2.35 (SD=.63)	2.68 (SD=.72)	.001
自殺未遂患者を看護するのはやっかいなことが多い	2.97 (SD=.63)	3.01 (SD=.64)	.673
自分は、自殺未遂患者に対して共感し理解していることが多い	2.63 (SD=.62)	2.96 (SD=.52)	<.001

自分は、自殺未遂患者が快適で安全に感じるように 出来る限り努力している	2.08 (SD=.53)	2.39 (SD=.67)	.001
Total USP score	27.17 (SD= 3.93)	29.28 (SD=3.60)	<.001

Table 6 自殺企図患者に対する精神科治療・トレーニングに関する質問（各病棟別）
（点数が低いほど、問いに対して同意）

	A 一般病棟 n=213	B 救急/ICU n=29	C 精神科病棟 n=35	D その他 n=46	p
すべての自殺未遂患者は精神医療にかかるべきだ	2.07 (SD=.72)	1.83 (SD=.71)	2.06 (SD=.84)	2.26 (SD=.65)	p=.093
自分は、自殺未遂患者を適切に看護するスキルのトレーニングを受けてきたと思う	3.46 (SD=.60)	3.38 (SD=.68)	2.66 (SD=.84)	3.67 (SD=.47)	p<.001 C<A,B,D
精神医療は、軽い薬物中毒のような自殺企図患者ではなく、もっと深刻な自殺企図患者の治療に専念すべきである	2.78 (SD=.73)	3.03 (SD=.68)	2.60 (SD=.81)	3.04 (SD=.79)	p=.019
自殺未遂患者は、通常重症な精神状態なので、精神科に入院すべきである	2.61 (SD=.69)	2.64 (SD=.68)	2.54 (SD=.78)	2.54 (SD=.72)	p=.884
自分は、自殺未遂患者を看護するための更なるトレーニングが必要である	1.94 (SD=.72)	2.00 (SD=.71)	1.80 (SD=.63)	1.96 (SD=.82)	p=.681
自殺未遂患者への精神科ケアは良好に行われている	2.90 (SD=.56)	3.00 (SD=.60)	2.40 (SD=.55)	2.98 (SD=.58)	p<.001 C<A,B,D

Table 7 USP scale (各病棟別)

(点数が低いほど、より positive (共感的))

	A 一般病棟 n=213	B 救急/ICU n=29	C 精神科病棟 n=35	D その他 n=46	p	
自分の病棟では、自殺未遂患者は通常は良好に治療されている	2.96 (SD=.70)	2.72 (SD=.75)	2.31 (SD=.68)	3.18 (SD=.75)	p<.001	C<A,D B<D
自分は、自殺未遂患者に対してとても怒りを覚えることがあるときさがある	2.29 (SD=.78)	2.59 (SD=.95)	2.43 (SD=.95)	2.26 (SD=.74)	p=.238	
何度も自殺未遂を行っている人は、自殺を完遂する危険は高い	2.34 (SD=.79)	2.36 (SD=.83)	2.23 (SD=.77)	2.28 (SD=.83)	p=.861	
自分は、自殺未遂患者もその他の患者と同様に、進んでかつ共感して看護している	2.52 (SD=.67)	2.69 (SD=.66)	2.26 (SD=.70)	2.65 (SD=.74)	p=.035	
自殺未遂患者は問題を抱えているわけであるから、考えられるべき最良の治療が必要である	1.77 (SD=.57)	1.90 (SD=.62)	1.76 (SD=.65)	1.61 (SD=.54)	p=.191	
自分は、しばしば自殺未遂患者を理解するのが難しくなる	2.85 (SD=.65)	3.24 (SD=.64)	3.00 (SD=.70)	3.02 (SD=.83)	p=.022	A<B
自分は、自殺未遂患者の手助けが好きである	3.23 (SD=.58)	3.31 (SD=.47)	3.00 (SD=.64)	3.28 (SD=.54)	p=.093	
自殺未遂患者の個人的な問題に関して、出来る限り患者と話すように努力している	2.60 (SD=.69)	3.00 (SD=.71)	2.26 (SD=.66)	2.70 (SD=.76)	p<.001	C<A,B,D A<B
自殺未遂患者を看護するのはやっかいなことが多い	3.03 (SD=.58)	3.00 (SD=.80)	2.91 (SD=.70)	2.91 (SD=.72)	p=.560	

自分は、自殺未遂患者に対して共感し理解していることが多い	2.89 (SD=.53)	3.21 (SD=.56)	2.51 (SD=.61)	2.96 (SD=.51)	p<.001	C<A,B,D A<B
自分は、自殺未遂患者が快適で安全に感じるように出来る限り努力している	2.32 (SD=.65)	2.41 (SD=.68)	2.00 (SD=.49)	2.50 (SD=.72)	p=.006	C<A,D
Total USP score	28.83 (SD=3.68)	30.32 (SD=3.44)	26.58 (SD=4.29)	29.42 (SD=3.31)	p=.001	C<A,B,D

Table 8 質問1ならびにその結果

Aさんは65歳の男性です。彼は、6ヶ月前にがんの診断を知り、治療を受けました。治療は無事に終わり、痛みなどの症状もなく、自宅での生活にもどっていました。自分ががんであることを知ってから今日まで、これまでに経験したことがないほどの悲しみと不幸を感じています。彼はいつも疲れているのに、ほとんど毎晩よく眠れないでいます。食欲はなく、体重が減ってきています。日常のことも考えられず、あらゆる決断を先延ばしにしています。日々の身の回りの事をする事さえ、もはや自分の手に負えないようにみえます。Aさんの家族もこれに気づき、彼の活動が乏しくなったことを気遣っています。

	n	%
正常な精神・心理的反応	14	4.4
不安障害	33	10.3
適応障害	143	44.7
うつ病	128	40.0
認知症	0	0.0
せん妄	0	0.0
統合失調症	2	0.6
人格障害	0	0.0
アルコール関連障害	0	0.0
不明	3	
全体	320	100.0

Table 9 質問2ならびにその結果

Bさんは75歳の男性です。仕事を引退後、趣味の庭いじりを日課にしていますが、肺炎のため入院となりました。入院当日の夜、「足元に蛇がいる」と怯え、安静臥床ができない状態になりました。翌朝には穏やかになりましたが、前の晩のことをよく覚えていませんでした。日中は穏やかに過ごしていますが、放っておくとウトウト眠り込んでしまいます。自分が何故入院しているのか解らないようで、言いたいことも要領を得ません。何度も同じことを訊き返し、食事を摂ったこともすぐに忘れてしまいます。夜になるとまた「知らない男が何人もやってきて毒を飲ませようとする」などと大騒ぎになりましたが、やはり翌朝にはそのことを覚えていない様子です。

	n	%
正常な精神・心理的反応	1	0.3
不安障害	5	1.6
適応障害	9	2.9
うつ病	0	0.0
認知症	74	23.5
せん妄	210	66.7
統合失調症	14	4.4
人格障害	0	0.0
アルコール関連障害	2	0.6
不明	8	
全体	315	100.0

Table 10 質問3ならびにその結果

Cさんは70歳の主婦です。一週間前、買い物の途中で交通事故に遭い、両大腿骨と腰椎を骨折して入院しました。手術は無事に終わりましたが、一か月ほどベッド上安静が必要な状態です。入院5日目より元気がないことが多くなり、看護師や家族が話しかけてもあまり返事をしません。「私、何でここに居るのかしら」などと言うことがあります。看護師が入院の経緯を説明すると「そうだったわね」と素直に納得します。毎週、楽しみにしていたテレビドラマも興味がなくなってしまったようです。夜はジッと天井を眺めていてあまり眠っておらず、急に「早くお買い物に行かなくちゃ」とつじつまの合わないことを言うこともあります。

回答

	n	%
正常な精神・心理的反応	2	0.6
不安障害	7	2.2
適応障害	73	22.9
うつ病	16	5.0
認知症	165	51.7
せん妄	53	16.6
統合失調症	3	0.9
人格障害	0	0.0
アルコール関連障害	0	0.0
不明	4	
全体	319	100.0

分担研究報告書

一般病床における精神・身体疾患合併症例の対応に関する研究

分担研究者：

久留米大学医学部精神神経科 内村直尚

研究要旨：本分担研究では精神障害を持つ患者の身体合併症治療を身体科病棟で行う上での障壁や問題点について、全国の大学病院や総合病院に勤務する精神科医にアンケート調査を行い、精神科医の精神的支援の実態および精神科医療の役割について検討した「研究 1. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する精神科医の意識調査（全国調査）」と、久留米大学病院の精神科医、一般科医、看護師を対象に行った「研究 2. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する意識調査」を行った。**研究方法：**研究 1 では全国の大学病院および総合病院の精神科を対象に、精神障害者の身体合併症に対する一般病棟での入院治療の障壁となる課題や、それぞれの意識の相違点などについて郵送によるアンケート調査を行って検討した。研究 2 では久留米大学病院の精神科医、身体科医、看護師に対して研究 1 と同様のアンケート調査を行った。**結果：**研究 1 では、総合病院より大学病院に勤務する精神科医の方がより障壁として感じている項目が多かったが、多くの精神科医が身体科医や身体科スタッフは精神障害者の身体合併症治療に理解や協力が乏しいと考えていることは共通しており、今後の大きな課題であると考えられた。研究 2 では、合併症入院に際して身体科医は我々が考える以上に精神科診断名に敏感で、精神科医、身体科医ともに看護スタッフの理解・協力不足が大きな障壁となると考えていた。看護師の調査結果から、精神科病棟勤務経験があるものの方が、不安や抵抗は少なかった。久留米大学病院の精神科医、身体科医、看護師に対する調査では、合併症入院に際して身体科医は我々が考える以上に精神科診断名に敏感であること、精神科医、身体科医ともに看護スタッフの理解・協力不足が大きな障壁となると考えていた。**まとめ：**一般病棟への入院基準が身体科医師と精神科医とで大きく異なること、看護スタッフの協力不足などが示唆され、意識改革への具体的な取り組みが必要と考えられた。

研究協力者：

久留米大学医学部精神神経科

石田重信

久留米大学医学部精神神経科

内野俊郎

久留米大学大学院医学研究科バイオ統計センター

角間辰之

久留米大学大学院医学研究科バイオ統計センター

室谷健太

国立精神神経センター精神保健研究所

伊藤弘人

A. 研究目的

近年の高齢化社会の進行及び精神医療のノーマライゼーションの発展は、一般医療機関における精神障害合併患者への身体疾患入院治療の機会を増加させることが予想される。統合失調症をはじめとした重症精神障害 (Severely Mental Illness: 以下SMI) を持つ人々は、精神科医療の手法やシステムの発展とともにかつての長期入院から短期の入院治療と地域での治療へ移行されつつある。従来より、大学病院を含めた総合病院の精神科に期待されている機能については多くの報告¹⁻⁷⁾がなされ、その最たるものが身体合併症治療であることは疑いない⁸⁻¹⁰⁾。精神科病院入院中の患者の身体合併症については、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の報告もある¹¹⁾。これは精神科病院に入院中の精神障害者に限ったことではなく、地域で生活する精神障害者は住民基本検診やがん検診を受けていない者が多いものと推測され、加えて近年主流となった非定型抗精神病薬の副作用としての高血糖や肥満、高脂血症も無視できず、非定型抗精神病薬を服用しなくてはならない精神障害者、特に壮年期以降の男性重症精神障害者は生活習慣病のハイリスク層であると考えられる。加えて、今後単科精神病院の長期入院患者のみならず、これから精神疾患に罹患する可能性のある一般人口の高齢化により悪性腫瘍、感染症、骨折などの身体疾患合併症は増加すると考えられ、精神障害者の身体合併症治療の需要はますます高まるものと考えられる。しかし、社会における偏見や様々なスティグマがその地域生活の障壁と

なっている^{12,13)}のも事実である。これらの障壁は、医療の現場においても例外ではない。精神科臨床の現場では、しばしば精神障害を理由として一般臨床科 (以下、身体科) での加療に不安が呈せられ、精神科医との間で葛藤状況が生じることが少なからず見受けられる。SMIを持つ人々が地域生活を行う上では、これらの葛藤状況を改善することが非常に重要と考えられる。

そこで本研究では、SMI を持つ人々の身体的な合併症治療を身体科病棟で行う上での障壁や問題点について全国の大学病院や総合病院に勤務する精神科医にアンケート調査を行い、SMI を持つ人々が合併症治療を行う上で障壁となる課題を抽出することを試みた「研究 1. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する精神科医の意識調査」を行った。また、精神障害者の身体合併症に対する入院治療の障壁を精神科医、身体科医、看護の立場からそれぞれの意識の相違点などを分析し、今後の課題を明らかにすることを目的として、「研究 2. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する意識調査」を行った。

B. 研究方法

研究 1. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する精神科医の意識調査 (全国調査)

1. 調査対象

全国の大学病院精神科臨床講座79か所と精神科の標榜がある総合病院338病院に勤務する精神科医。

2. 調査方法

調査は郵送法による無記名アンケートによった。郵送先の選定にあたっては日本総合病院精神医学会の名簿を用いた。調査項目は施設の総病床数や精神科病床数、外来患者数な

どの基礎情報および回答者の経験年数、性別と精神障害者の身体合併症治療のための一般病棟への入院に関して、以下の2点について計11項目からなる(資料1-1, 2, 3)。

1) 一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するかの判断についての6項目

- ①精神科診断名の重視
- ②精神科診断名より現在の状態の重視
- ③協力科医師(精神科医に対しては身体科医、身体科に対しては精神科医を示す)の意見の重視
- ④身体疾患の重症度や治療内容を優先
- ⑤患者や家族の意見の重視
- ⑥直接患者と会った上での判断の重視

の6項目について、それぞれ「重視する」「まあまあ重視する」「どちらともいえない」「あまり重視しない」「重視しない」の5段階で回答してもらい、それぞれ5点～1点として評価した。

2) 精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁についての4項目

- ①身体科への当該患者の精神状態についての情報不足
- ②かかりつけ精神科医の協力不足
- ③協力科医師(精神科医に対しては身体科医、身体科に対しては精神科医を示す)の協力不足
- ④身体科看護スタッフの理解や協力の不足
- ⑤精神科医自身の合併症についての知識の不足

の5項目について、それぞれ「よく障壁になる」「時に障壁になる」「どちらともいえない」「あまり障壁にならない」「障壁にならない」の5段階で回答してもらい、それぞれ5点～1点として評価した。

統計学的解析は、Statistical Analysis System (SAS) を用い、2群間の比較はWilcoxon検定にて行った。

研究2. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する意識調査

1. 調査対象

久留米大学医学部精神神経科医師、久留米大学医学部臨床系講座に勤務する身体科医、および久留米大学病院に勤務する看護師である。精神科医については当科における現状に鑑み、他科入院中の精神障害者についてのコンサルテーションを受ける立場にあり、総合病院に勤務歴を有する臨床経験5年以上の医師41名を対象とした。身体科医は、外来や入院治療である程度のイニシアチブを発揮すると考えられる立場にある医師の意見を抽出するため、臨床系講座の講師および准教授120名を対象とした。看護師については、当院精神科を除く23病棟(各病棟10名)230名にアンケートを依頼した。

2. 調査方法

調査は郵送法による無記名アンケートによって行った。調査項目は、精神科医に対しては研究1と同一の様式(資料1-2, 3)を使用し、身体科医(資料2-1, 2)、看護師(資料3-1, 2)に対してもほぼ同様に、精神障害者の身体合併症治療のための一般病棟への入院に際して①一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するかの判断で重視する項目、②精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁の2点に実施した。表3-1, 2に調査項目の一覧を示したが、解析も研究1と同様に質問①一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するかの判断で重視する項目については「重視する」「まあまあ重視する」「どちらともいえない」「あまり重視しない」「重視

しない」の5段階で回答してもらい、それぞれ5点～1点として評価した。質問②精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁については「よく障壁になる」「時に障壁になる」「どちらともいえない」「あまり障壁にならない」「障壁にならない」の5段階で回答してもらい、それぞれ5点～1点として評価した。

また、身体科医に対しては、「精神障害者が一般病棟に入院する場合の困難さ」と「精神科リエゾン・コンサルテーションの認知度と機能についての評価」調査を実施した。

統計学的解析は、Statistical Analysis System (SAS) を用い、2群間の比較は Wilcoxon 検定、3群間の比較は Kruskal-Wallis 検定にて行った。

C. 研究結果

研究1. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する精神科医の意識調査 (全国調査)

1. 対象者および対象施設について

調査依頼を行った大学病院精神科79講座のうち回答が得られたのは43講座 (回答率 54.4%)、精神科を標榜する総合病院からは338施設中107施設 (回答率 31.7%) であった。

大学病院勤務の精神科医は計 415名で、1講座あたりの回答者は最大20名、最小1名。大学病院勤務者の精神科経験年数は平均 10.45年 (SD8.56) で最長39年、最短0.5年であった。同じく大学病院勤務者の性差は、男 333名 (80.2%) と女性 79名 (19.0%)、不明3名であった。

大学を除く総合病院精神科勤務の精神科医は297名で、1病院あたりの回答者は最大10名、最小1名。精神科経験年数は平均 12.54年 (SD9.54) で最長46年、最短1年であった。同じく総合病院勤務者の性差は、男 232

名 (78.1%) と女性 64名 (21.5%)、不明1名であった。

また、回答のあった施設の基礎情報は、表1に示した通りで全病床数が全体で565.21床 (SD275.57)、大学病院794.18床 (SD298.07)、総合病院479.60床 (SD208.59)、精神科病床数は全体で34.74床 (SD54.17)、大学病院42.45床 (SD19.53)、総合病院32.32床 (SD63.42) であった。再来患者の総数は、全体で16,551.92名 (SD1,690.26)、大学病院21,492.71名 (SD1,321.73)、総合病院14,641.44名 (SD1,797.27) であった。

2. 一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するかについてのアンケート結果について

表2に、各項目の全体平均点を示す。

①精神科診断名の重視

図1に各群の回答率を示す。全体の平均は3.17 (SD1.05) で、6項目中最も低い値であった。大学病院か総合病院であるかといった施設間での差や経験年数でも差は認められなかった。

②精神科診断名より現在の状態の重視

図2に各群の回答率を示す。全体の平均は4.74 (SD0.51) であり、殆どの回答が精神科診断名よりも現在の精神症状の状態を「重視する」「まあまあ重視する」に集中しており、大学病院か総合病院であるかといった施設間での差や経験年数でも差は認められなかった。

③関連科医師の意見の重視

図3に各群の回答率を示す。全体の平均は3.99 (SD0.80) で、大学病院と総合病院での差や経験年数での差は認められなかったが、再来患者総数を中央値で2群に分けた場合に再来が少ない群では有意に ($p < .05$) 関連科の意見を重視するとの傾向が

認められた。

④身体疾患の重症度や治療内容を優先

図 4 に各群の回答率を示す。全体の平均は 4.66 (SD0.57) で、殆どの精神科医が重視すると回答し、施設の属性や経験年数などでも差は認められなかった。

⑤患者や家族の意見の重視

図 5 に各群の回答率を示す。全体の平均は 3.35 (SD0.91) で、重視するとした意見は少なく、施設の属性や経験年数などでも差は認められなかった。

⑥直接患者と会った上での判断の重視

図 6 に各群の回答率を示す。全体の平均は 4.74 (SD0.51) で、重視するとした意見が多かった。施設の属性や経験年数などでも差は認められなかった。

3. 精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁についての 4 項目のアンケート結果について

①身体科への当該患者の精神状態についての情報不足

図 7 に各群の回答率を示す。全体の平均は 4.06 (SD0.79)。大学病院 (4.14 SD0.76) と総合病院 (3.95 SD0.84) では有意に ($p < .01$) 大学病院の方がより障壁になっていると答えた。

②かかりつけ精神科医の協力不足

図 8 に各群の回答率を示す。全体の平均は 3.56 (SD0.91) で、施設の属性や精神科経験年数での差は認められなかった。

③協力科医師の理解・協力不足

図 9 に各群の回答率を示す。全体の平均は 4.21 (SD0.77) で、多くが障壁としてとらえており、大学病院 (4.21 SD0.77) と総合病院 (3.86 SD0.91) では有意に ($p < .001$) 大

学病院が障壁になっているとした。

④身体科看護スタッフの理解や協力の不足

図 10 に各群の回答率を示す。全体の平均は 4.21 (SD0.77) で、多くが障壁としてとらえており、大学病院 (4.31 SD0.77) と総合病院 (4.0 SD0.98) では有意に ($p < .001$) 大学病院が障壁になっているとした。また、全病床数の中央値で 2 群して比較すると、より大規模な病院が小規模の病院より他科医師の理解・協力不足を障壁と考えていた。

⑤精神科医自身の身体合併症についての知識の不足

図 11 に各群の回答率を示す。全体の平均は 3.91 (SD0.83) で、大学病院 (3.91 SD0.83) と総合病院 (4.37 SD0.94) では有意に ($p < .01$) 大学病院が障壁になっているとした。また、経験年数が 10 年未満と 10 年以上では、10 年未満の医師が障壁として挙げる割合が多かった ($p < .001$)。

研究 2. 身体合併症を持つ精神障害者の一般病棟入院に関する意識調査

1) 回答数および対象者の属性 (表 4)

有効回答は精神科医 34 名 (83%)、身体科医 77 名 (回答率 64%)、看護師 218 名 (94.8%) で、医師としての平均経験年数は精神科医 12.82 ± 5.73 年、身体科医 19.71 ± 4.49 年であった。看護師は、平均経験年数は 12.29 ± 10.04 年で、精神科病棟勤務の経験を有する者は 23 名 (10.6%) であった。

2) 精神障害者の身体合併症にあたって一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するかの選択に関する項目

① 精神科診断名を重視する割合 (図 12、表 5)

図 12 に示すように、精神科診断を