

「重視する」、「まあ重視する」と答えた者の割合は看護師64.6%、身体科医78%、精神科医35.4%で、精神科診断名を重視するとする精神科医の割合は身体科医の半分以下であった。精神科医、身体科医、看護師の点数を見ると、それぞれ3.09(SD1.08)、4.05(SD1.02)、3.73(SD0.90)で3群間に有意な差が認められた(表5)。

② 現在の精神科的な状態を重視する割合(図13、表5)

図13に示すように、現在の精神状態を「重視する」、「まあ重視する」とした意見は看護師、身体科医、精神科医ともに8割を超えていたが、「重視する」と明確に答えた者の割合は精神科医に多かった。3群間で比較しても精神科医では4.74(SD0.57)と有意な差($p=0.0035$)が認められた(表5)。

③ 相互の意見を重視する割合(図14、表6)

図14に示すように、身体科医は精神科医の意見を「重視する」と答えた者71%、「まあ重視する」と答えた者23%と、その殆どが精神科医の意見を重視していた。一方、精神科医もその多くが身体科医の意見を重視すると答えたものの、「どちらとも言えない」ないしは「あまり重視しない」と答えた者も1/4に及んだ。この項目の比較でも、精神科医4.03(SD0.97)、身体科医4.65(SD0.62)と2群間では有意な差($p=0.0002$)が認められた(表6)。

④ 身体疾患の重症度や治療内容を重視する割合(図15、表5)

図15に示すように、精神科医は全員が「重視する」、「まあ重視する」と答えたが、看護師、身体科医ともに「重視する」が約45%、「まあ重視する」が約40%であった。この項目の3群間での比較では、精神科医

4.68(SD0.47)、身体科医

4.26(SD0.85)、看護師4.29(SD0.75)で、精神科医が有意($p=0.0166$)に身体疾患の重症度や治療内容を重視していた(表5)。

⑤ 患者、患者家族の意見を重視する割合(図16、表5)

図16に示すように「重視する」、「まあ重視する」と回答した者は精神科医では約65%、看護師が約60%であったが、身体科医では4割にとどまった。この項目の3群間での比較では、精神科医3.68(SD1.01)、身体科医3.18(SD1.04)、看護師3.66(SD0.92)で、有意な差

($p=0.0014$)が認められ、身体科医が患者、患者家族の意見を重視しないという結果であった(表5)。

⑥ 患者と直接会って精神状態を確認することを重視する割合(図17、表5)

精神科医の全員が「重視する」、「まあ重視する」と回答したが、身体科医は6割強であった。この項目の3群間での比較では、精神科医4.88(SD0.33)、身体科医3.74(SD1.01)、看護師4.20(SD0.87)と有意な差($p<0.0001$)が認められ、精神科医が有意に重視していた(表5)。

3) 精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁に関する項目

① 患者の精神状態、精神症状についての情報不足(図18、表6)

図18に示すように、精神科医では、身体科医の精神状態に関する情報不足がよく障壁となると答えた者が約6割で、時に障壁となると答えた者を合わせると9割を超えていた。一方身体科医も9割近くが障壁と考えていたが、よく障壁となるは26.0%、時に障壁となる62.3%であった。この項目の精神科医と身体科医との比較では、精神科医4.03(SD0.97)、身体

科医4.65(SD0.62)で有意な差(p=0.0002)が認められた(表6)。

② かかりつけ精神科医の協力不足(図19、表6)

図19、表6に示すように、この項目では身体科医、精神科医ともによく障壁となる、時に障壁となると答えた者が6割前後で、差は認められなかった。

③ 身体科医と精神科医相互での協力不足(図20、表6)

図20に示すように、身体科医は精神科医の理解・協力不足を障壁と考えていた者は4割にとどまったが、一方精神科医の実に9割近くが身体科医の理解・協力不足を障壁と考えていた。この項目の精神科医と身体科医との比較では、精神科医

4.26(SD0.83)、身体科医3.08(SD1.02)と2群間で有意な差(p=0.0035)が認められた(表6)。

④ 看護スタッフの理解・協力不足(図21、表6)

看護スタッフの理解・協力不足がよく障壁になる、時に障壁になると答えた者は身体科医では各々18.7%、48.0%、精神科医ではいずれも38.2%であった。この項目は身体科医、精神科医ともに似た傾向を示し、7割近くが看護スタッフの理解・協力不足を障壁の1つと挙げており、2群間の比較でも精神科医4.06(SD0.95)、身体科医3.63(SD1.06)で、精神科医の方が看護スタッフの理解・協力不足がよく障壁となると考える傾向にあったが有意な差は認めなかった(表6)。

⑤ 精神障害者が一般病棟に入院する場合に困難になること(図22、表6)

精神障害者を一般病棟で入院治療を行うにあたって、身体科医が困難を感じていることを複数回答で挙げてもらった。「患者の理解力が不明

でインフォームド・コンセントが困難」と「精神疾患への対応も求められる」が最も多く55人(71%)、次いで「他の患者さんへの影響が懸念される」が49人(64%)、以下「コミュニケーションがとれない」38人(49%)、「治療コンプライアンスが不良」32人(42%)で、「特になし」と答えた者は僅かに2名(3%)のみであった。

⑥ 精神科リエゾン・コンサルテーションサービスについて(表22、23)

当院では1983年より「御用聞き」スタイルと呼ばれるリエゾン・コンサルテーションサービスを実施しており^{1) 4) 6)}、そのサービスの認知度と評価を身体科医に尋ねた。リエゾンサービスそのものは83%が「よく知っている」「まあまあ知っている」と答え、75%がリエゾンサービスの機能を評価していた。

4) 経験年数による違い

精神科医、身体科医、看護師各群を経験年数15年未満、15年以上の2群にわけて、アンケート結果を解析した。

①精神科医(表7)

精神科医としての経験年数が15年未満22名、15年以上12名の2群で比較した結果を表7に示した。精神科医としての経験年数が15年以上群と比較し、15年未満群では「精神科の診断名」をより重視する(p=0.0322)ものの「現在の状態」もより重視し(p=0.0228)、一方「他科の医師の意見」をより重視しない(p=0.0174)という結果であった。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その他の項目や精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁に関する各項目では差は認めなかった。

②身体科医(表8)

医師としての経験年数が15年未満

10名、15年以上67名の2群で比較した結果を表8に示した。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各項目、精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁に関する各項目いずれも、2群で有意な差は認められなかった(表8)

③看護師(表9)

看護師としての経験年数が15年未満150名、15年以上68名の2群で比較した結果を表9に示した。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各項目、精神障害者が一般病棟に入院する場合の障壁に関する各項目のうち、「診断名よりも、現在の状態で判断する」項目のみが15年未満4.28(SD0.70)、15年以上4.51(SD0.64)と2群で有意な差($p=0.0207$)が認められ、ベテラン看護師の方がより現在の状態を重視していた(表9)。

5. 精神科勤務経験の有無による看護師の違い(表10)

看護師では精神科病棟に勤務経験がある(以下、精神科経験あり)23名(10.6%)と経験のない(以下、精神科経験なし)195名(89.4%)の2群に分けて検討した。その結果、設問1の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関する各項目のうち、精神科経験あり群に比較し、精神科経験なし群は有意に「身体疾患の程度にかかわらず精神科病棟に入院した方が良い」と考え

($p=0.0006$)、現在の精神的な状態を重視せず($p=0.0836$)身体科医の判断を重視する($p=0.0974$)傾向が認められた。設問2の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、精神科経験あり群に比較し、精神科経験なし群では有意に「本学精神科医の理解・協力が不足している」と考えていた($p=0.0198$)。

6. 精神障害者の身体疾患合併治療を

治療するにあたって必要な点、精神科医療関係者や患者、患者家族への要望などの意見(表11-13)

精神障害の身体合併症治療に関する意見の抜粋を示す。

① 身体科医の意見・要望(表11-1、2)

様々な意見や要望が記載されており、その例を資料1-5に示したが、i.身体科への入院を踏まえた上で、さらなる協力や条件を望むもの、ii.原則精神科病棟へ入院すべきとの意見、iii.精神科医の常駐を望むもの、iv.過去の経験、v.その他の5つに大きく分けられた。

② 精神科医の意見・要望(表12)

大きく分けるとi.身体科への入院を踏まえた上で、さらなる協力や条件を望むもの、ii.原則精神科病棟へ入院すべきとの意見、iii.精神科医の常駐を望むもの、iv.過去の経験、v.その他の5つに大きく分けられた。

③ 看護師の意見・要望(表13)

i.入院治療に関する意見、ii.精神科医への要望、iii.身体科と精神科の連携について、iv.不安やトラブル、v.その他の5つに大きく分けられた。

D. 考察

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)

今回の結果をまとめると、大学病院と総合病院の間で大学病院の方がより障壁として感じている項目が多かった。つまり、大学病院では、総合病院に比して他科の医師への精神症状についての情報が不足がちであり、他科医師や他科の看護スタッフの理解・協力が乏しいと感じている割合が高いということになる。さらに、大学病院では精神科医自身の合併症についての知識不足もより障壁

として感じられている。精神科医自身の合併症への知識不足については、経験10年未満とそれ以上でも有意に経験の短い医師で障壁としてとらえていることより、より若い医師の多い大学病院で同様の結果になったものと考えられる。

しかし、他の項目では経験年数での差異がなく、大学病院で認められた障壁は経験年数以外の要因が影響したものと考えられる。

SMIを持つ患者の身体合併症治療において、身体科・精神科相互の医師やスタッフの関係が密であることがいかに重要であるかは言うまでもない。病院の規模が大きくなれば、ある程度互いの関係が疎となりがちであるのは自然なことである。さらに、大学病院では身体科医も精神科医も年単位で異動することがしばしばであり、身体科と精神科で緊密な関係を維持していくのは容易でない。

一方、総合病院では一般的には大学病院よりも小規模であることが多く、今回の調査対象施設も総合病院の平均病床数は大学病院の6割程度であった。その分、身体科医と精神科医の間や看護スタッフとの連携も密になることが期待される。そういった状況の違いが他科の協力不足という認識についての大学病院と総合病院での差異に影響したものと考えられる。

さて、そのような差異はあるにせよ、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回答したことは今後の大きな課題である。我々の経験を一般化するならば、身体科医は精神科診断名を唯一の根拠として判断せざるを得ない。精神科医は精神科診断名がしばしば状態像を示すことや、同一診断名でも患者の社会的機能に大きな差異がある

ことを知っている。しかし、非専門医は診断名をもって、そのままその患者の社会的な機能を推測するしかない。合併症入院等の際には、身体科医が我々の考える以上に精神科診断名に敏感であること、言い換えれば診断名のみを頼りに判断していることを改めて意識した上で対応しなければならないのであろう。

また、今回の大学病院と総合病院の間で見られた差異を考えると、いかにして大規模かつ異動の多い大学病院でも密な関係を構築していくかを検討していく必要がある。我々久留米大学精神科では、四半世紀にわたってご用聞きスタイルと呼ばれる独自のリエゾン・コンサルテーションサービスが実践されてきた²⁾。これは、身体科からの紹介がなくとも、週に1回は全ての病棟を精神科医がチームで回診して医師からの紹介こそないものの何らかの精神的な課題があることが推測されるようなケースを拾い上げて治療に結びつけるといった成果につながっていると考えている。少なくとも1年間を通してリエゾン・チームは毎週当該病棟のスタッフとコミュニケーションを図ることが可能となる。リエゾン・チームにせよ看護スタッフにせよ異動の影響を毎年受けるのは同じであるが、リエゾン・チームのうち少なくとも1人は複数年にまたがって参加することによって異動の影響を最小限にする工夫としている。多忙な臨床活動の中でチームを形成して回診を継続するのは我々にとっても大きな負担となっているのも事実であるが、大学病院の課題を補う方法としては今のところ有効なものと考えている。

今後、リエゾン・コンサルテーションの実施方法の差異などによって異なった結果が得られるのかについ

ても検討できればと考えている。

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

久留米大学病院（以下、当院）は私立大学医学部附属病院で、福岡県（人口約500万人）の中西部筑後地区に位置し、総病床数1,165床（一般1,105、精神60）を有する中核的な特定機能病院で、平成21年6月5日には日本医療機能評価機構の病院機能評価（Ver. 5）の認定を受けている。上述のように、昭和58年から現在まで脈々と続けられてきた定期的訪問制の「御用聞き」スタイルのリエゾン・コンサルテーションサービス^{14, 15)}が院内他科に定着しており、実際今回の身体科医に対する調査でもこのサービスについて8割以上が認知し、75%がこの機能を評価していた。昨年度の本研究で、久留米大学病院において平成20年4月から同年9月の6ヶ月間に一般病床入院実数7532人のうち何らかの精神科サービスの対象となったのは319人、全体の4.2%で、この間一般病床に精神疾患合併入院例が68名あり、一般科でも精神障害者が受け入れられつつある。このように、他大学病院と比較しても、恐らく当院は精神科と身体科の連携は比較的うまくいっているのではないかと考えられる。

しかし、今回の調査結果から、身体科医と精神科医の間で最もその考え方に差異が明らかであったのは、入院先の選択にあたって精神科診断名をどの程度重視するかであった。身体科医は、実に80%が精神科診断によって入院先を決定しようとし、精神科医は現在の精神的な状態、身体疾患の重症度や治療内容、患者や患者家族の意見、患者と直接会って精神状態を確認するなど、病名以外の要素を選択の際に重視するため

に、上述したような身体科医と精神科医の間で葛藤的な状況が生じる一因になっているものと考えられた。しかし、これは単純に身体科医が精神障害者の診断名に拘泥していると結論づけるのは安易とのそしりを免れまい。

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、かかりつけ精神科医の協力不足、看護スタッフの理解・協力不足といった項目は身体科医、精神科医ともにほぼ差は認めなかった。しかし、身体科医の多くが情報不足を実感しており、専門医ではないことから「現在の症状」を判断して入院治療への適応を推測するのは困難であろうし、患者と直接会って精神状態を確認することにも信をおけないのは無理からぬところと言えよう。専門医たる精神科医の判断を重視するとした答えは多く、相互での意思疎通を今後ますます図っていくことによって葛藤的な状況を減らしていくことは十分に期待できると思われる。

一方、精神科医の身体科医への不信感の強さは対照的である。これは、実際の臨床現場における体験がそのまま反映したものと考えられ、精神科医の間で「統合失調症とついでに、精神科での入院を求められる」とため息混じりに語られるような状況がしばしば生じているのは事実である。しかし、専門医である精神科医から見れば一見不適切と思えるような身体科医の診断名への拘泥は、偏見と断じられない一面もある。統合失調症について、家族の無理解や批判的な態度を責めるのではなく、家族もまた支援を必要とする当事者と位置づけて支援を行うことで患者に対しての有益な支援者へ変わり得るというLeffら¹⁶⁾の知見と同じく、なじみの薄い精神障害者の

合併症治療を受け持つ身体科医を精神科医の支援を必要としている当事者として支援の姿勢を明確にしていくことが求められているのかもしれない。リエゾンコンサルテーションの根幹は、まさにここにあるのであり、身体科医が何に困っているのか、どういう情報があればより積極的に関わっていきると感じているのかといった、協同的に関わっていくために必要な支援の方法を精神科医の間で検討、共有していくことが重要となるものを考えられた。

看護スタッフの理解・協力不足とする身体科医、精神科医の一致した意見についても同様のことが言えよう。精神科での専門的な看護経験を持たない看護職が、精神科合併症を有する患者の看護に不安や、時に抵抗を示すのも無理からぬところもある。今回の看護師に対する調査の結果、経験年数による違いでは、ベテラン看護師の方が有意に診断名より現在の状態を重視していた。これを精神科病棟勤務経験の有無別に見ると、精神科病棟勤務経験がある者の方が「現在の精神的な状態」を重視し、「本学精神科医の理解・協力が不足している」と考えていなかった。逆に精神科病棟勤務経験がない者は「身体疾患の程度にかかわらず精神科病棟に入院した方が良い」と考え、「身体科医の判断」を重視していた。このように、看護スタッフも経験年数というよりも、むしろ精神科を経験した方がより理解・協力が得られるものと考えられた。

しかし看護職が持つ不安について、情報収集を行い、看護職の不安を軽減していくために有用な対策を検討することが今後も必要と考えられた。

E. 結論

大学病院および総合病院に勤務す

る精神科医に対する全国調査の結果から、大学病院の方がより障壁として感じている項目が多かった。しかし共通して言えることは、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で、今後の大きな課題である。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。看護師の調査結果からは、経験年数よりも精神科病棟勤務経験の有無で差が認められ、精神科での専門的な看護経験を持たない看護師が、精神科合併症を有する患者の看護に不安や抵抗を示していた。

今後、精神障害者の身体合併症治療に対し、身体科医や看護スタッフと協同的に関わっていくために必要な支援の方法を、精神科医の間で検討、共有し、さらに意識改革や連携強化への取り組みが必要と考えられた。

【文献】

文献

- 1) 飛鳥井 望: コミュニティ精神医療を支える精神科救急・急性期医療. 精神科治療学, 11: 1245-1251, 1996.
- 2) 一瀬邦弘, 土井永史, 中村満ほか: 総合病院精神科の急性期医療 ソフト救急と地域医療連携を中心に. 精神神経誌 99: 874-880, 1997.
- 3) 金子晃一: 医療連携の中で総合病院精神科は何を受け持つか—総合病院精神科基礎調査アンケートの結果から. 精神神経誌 103: 245-255,

2001.

- 4) 河合義治:総合病院精神科に現在期待されているもの. 総合病院精神医学 10:12-16, 1998.
- 5) 黒沢 尚, 岩崎康孝:精神科救急医療システムに関する研究(ニード班). 平成4・5年度厚生科学研究「精神科の医療と処遇に関する研究 I」報告書, 26-28, 1994.
- 6) 佐藤茂樹, 守屋裕文, 佐竹直子ほか:総合病院精神科における精神科急性期治療. 総合病院精神医学 10:1-11, 1998.
- 7) 田村達辞, 岡本泰昌, 稲川英明ほか:1 総合病院の救急外来における精神科救急. 精神医学 41:101-103, 1999.
- 8) 石田重信, 田中みとみ, 丸岡隆之, 他:大学病院における急性期病棟をめぐる諸問題、臨床精神医学 30:1183-1190, 2001.
- 9) 石田重信, 恵紙英昭, 田中みとみ:大学病院における精神科急性期治療病棟のインパクト、こころの臨床アラ・カルト 22(1):31-36, Mar. 2003.
- 10) 恵紙英昭, 田中みとみ, 丸岡隆之, 他: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(1):24-40, 2004.
- 11) 林峰栄, 高岡諒, 仲里信彦他:精神疾患を有する患者の身体合併症は重症化の危険性が高い-当院での平成18年度の79例のまとめ、沖縄医学会雑誌 46(2):46-48, 2007.

- 12) Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, et al. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health 89:1328-1333, 1999
- 13) Struening EL, Perlick DA, Link BG, et al. The Extent to Which Caregivers Believe Most People Devalue Consumers and Their Families. Psychiatric Services 52:1633-1638, 2001
- 14) 堀川公平, 中村 純, 上妻剛三, 他:久留米大学病院におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学の実際—「御用聞き」的発想に基づく試み—. 精神神経学雑誌 87; 282, 1985.
- 15) 辻丸秀策, 向笠広和, 中村 純, 他:久留米大学病院における「御用聞き」的リエゾンの現状と動向、精神科治療学、17(5);551-555, 1992
- 16) Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. et al.: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br. J. Psychiatry, 141:121-134, 1982.

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

内野俊郎、石田重信、富田 克、室

谷健太、内村直尚：身体科医と精神科医における精神障害者の一般病棟入院に関する意識の差異. 第22回日本総合病院精神医学会. 2009. 11. 27 (大阪).

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

アンケートにご協力いただいた施設(順不同)

九州大学	京都第二赤十字病院	順天堂東京江東高齢者医療センター
大分大学	愛媛生協病院	神戸市立医療センター中央市民病院
産業医科大学	名古屋第二赤十字病院	千葉県がんセンター
徳島大学	総合病院回生病院	新潟県立新発田病院
滋賀医科大学	熊本医療センター	島根県立中央病院
弘前大学	京都民医連中央病院	秋田赤十字病院
琉球大学	日本海総合病院酒田医療センター	東京都健康長寿医療センター
名古屋大学	県立宮古病院	大阪市立総合医療センター
近畿大学	国家公務員共済組合連合会熊本中央病院	静岡市立静岡病院
山形大学	可知病院	神戸アドベンチスト病院
日本大学	さいたま市立病院	近畿大学奈良病院
福岡大学	筑波記念病院	東京女子医科大学東医療センター
長崎大学	大阪府立急性期・総合医療センター	駿河台日本大学病院
島根大学	北見赤十字病院	自衛隊横須賀病院
大阪医科大学	広島市立安佐市民病院	長崎医療センター
秋田大学	蘇生会総合病院	宇部協立病院
金沢医科大学	広島市立広島市民病院	京都府立与謝の海病院
埼玉医科大学	横浜市立大学付属市民総合医療センター	岡山赤十字病院
岐阜大学	日本赤十字社医療センター	山口県立総合医療センター
北海道大学	山梨県立中央病院	小牧市民病院
札幌医科大学	松江赤十字病院	米沢市立病院
横浜市立大学	東京医療センター	公立陶生病院
東京女子医科大学	八戸赤十字病院	半田市立半田病院
神戸大学	九州医療センター	土岐市立総合病院
東北大学	天竜病院	さぬき市民病院
山梨大学	兵庫県立淡路病院	松坂中央病院
慶應義塾大学	都立府中病院	沖縄県立八重山病院
岩手医科大学	戸畑共立病院	大津市民病院
三重大学	北海道がんセンター	荏原病院
大阪市立大学	関西電力病院	高槻病院
藤田保健衛生大学	富山県立中央病院	国立病院機構千葉医療センター
名古屋市立大学	横浜市立市民病院	市立室蘭総合病院
香川大学	徳島県立中央病院	聖隷三方原病院
福島県立医科大学	小田原市立病院	JA北海道厚生連俱知安厚生病院
宮崎大学	市立砺波総合病院	金沢医療センター
岡山大学	国立がんセンター中央病院	住友病院
信州大学	豊島病院	福井厚生病院
獨協医科大学	相澤病院	成田赤十字病院
川崎医科大学	小出病院	市立加西病院
東邦大学	大阪鉄道病院	菊川市立総合病院
群馬大学	都立駒込病院	国立がんセンター東病院
金沢大学	社会保険田川病院	武蔵野赤十字病院
筑波大学	船橋二和病院	日高総合病院
北里大学	天使病院	日立製作所水戸総合病院
東京慈恵会医科大学	国立国際医療センター	沖縄県立南部医療センター
横浜市立みなと赤十字病院	済世会習志野病院	自衛隊中央病院
愛媛労災病院	東京警察病院	三楽病院
さいたま赤十字病院	青梅市立総合病院	岩手県立大船渡病院
愛知県厚生農業共同組合連合会安城更生病院	常盤病院	砂川市立病院
岩手県立中央病院	国立病院機構帯広病院	トヨタ記念病院
平成病院	幸有会記念病院	(不明)3施設

表1 施設別基本情報

項目	全体	大学病院	総合病院	P値
全病床数	565.21±275.57	794.18±298.07	479.6±208.59	<0.0001
精神・全病床数	34.74±54.17	42.45±19.53	32.32±63.42	0.0017
閉鎖床数	20.32±38.81	24.93±22.47	19.04±44.11	0.0065
開放床数	13.26±23.87	17.52±16.66	11.62±26.33	0.0023
外来担当医1週間総数	23.29±17.74	40.18±20.77	16.44±10.18	<0.0001
新患総数	1074.73±3419.89	2027.03±6081	713.71±1335.76	<0.0001
再来総数	16551.92±16902.59	21492.71±13217.3	14641.44±17972.73	0.0008
救命救急センター(ありなし)	93/52	29/13	64/39	0.4531
1次救命(ありなし)	23/122	4/38	19/84	0.2183
2次救命(ありなし)	42/103	9/33	33/70	0.2309
3次救命(ありなし)	64/81	25/17	39/64	0.0263
緩和ケア(ありなし)	56/89	21/21	35/68	0.0909
ホスピス(ありなし)	6/139	1/41	5/98	0.6725

平均±SDが記載されている項目はWilcoxon検定P値を算出

人数記載の項目はFisher Exact P値を算出

表2 全体の項目別点数

設問1	平均±SD
1-①: 精神科の診断名によって判断する	3.17±1.05
1-②: 診断名よりも、現在の状態(他科入院への適応の程度など)で判断する	4.74±0.51
1-③: 他科の医師の意見を聞いて判断する	3.99±0.8
1-④: 身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する	4.66±0.57
1-⑤: 患者や患者家族の意見を聞いて判断する	3.35±0.91
1-⑥: 直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する	4.74±0.51
設問2	
2-①: 他科医師に対して、当該患者さんの精神症状についての情報が不足している	4.06±0.79
2-②: かかりつけ精神科医の協力の不足	3.51±0.95
2-③: 他科医師の理解・協力の不足	4.07±0.85
2-④: 他科の看護スタッフの理解や協力の不足	4.18±0.88
2-⑤: 精神科医自身の、身体合併症にいての知識の不足	3.82±0.88

得点の意味について

設問1

5=重視する 4=まあまあ重視する 3=どちらともいえない

2=あまり重視しない 1=重視しない

設問2

5=よく障壁になる 4=時に障壁になる 3=どちらともいえない

2=あまり障壁にならない 1=障壁にならない

表3-1.調査項目（精神科医および身体科医）

精神科医	
設問1	
1-①:	精神科の診断名によって判断する
1-②:	診断名よりも、現在の状態（他科入院への適応の程度など）で判断する
1-③:	他科の医師の意見を聞いて判断する
1-④:	身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する
1-⑤:	患者や患者家族の意見を聞いて判断する
1-⑥:	直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する
設問2	
2-①:	他科医師に対して、当該患者さんの精神症状についての情報が不足している
2-②:	かかりつけ精神科医の協力の不足
2-③:	他科医師の理解・協力の不足
2-④:	他科の看護スタッフの理解や協力の不足
2-⑤:	精神科医自身の、身体合併症についての知識の不足

身体科医	
設問1	
1-①:	精神科の診断名によって判断する
1-②:	診断名よりも、現在の状態（他科入院への適応の程度など）で判断する
1-③:	他科の医師の意見を聞いて判断する
1-④:	身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する
1-⑤:	患者や患者家族の意見を聞いて判断する
1-⑥:	直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する
設問2	
2-①:	他科医師に対して、当該患者さんの精神症状についての情報が不足している
2-②:	かかりつけ精神科医の協力の不足
2-③:	他科医師の理解・協力の不足
2-④:	他科の看護スタッフの理解や協力の不足

設問1 5=重視する(⑧はそう思う)
 4=まあまあ重視する
 3=どちらともいえない
 2=あまり重視しない
 1=重視しない(⑧はそう思わない)

設問2 5=よく障壁になる
 4=時に障壁になる
 3=どちらともいえない
 2=あまり障壁にならない
 1=障壁にならない

表3-2.調査項目（看護師）

看護師

設問1

- 1-①: 精神科の診断名によって判断する
- 1-②: 診断名よりも、現在の状態(精神科以外の病棟への入院の適応の程度など)で判断する
- 1-③: 身体科の医師の判断を重視する
- 1-④: 精神科の医師の判断を重視する
- 1-⑤: 身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する
- 1-⑥: 患者や患者家族の意見を聞いて判断する
- 1-⑦: 直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する
- 1-⑧: 精神障害のある患者さんは、身体疾患の程度にかかわらず精神科病棟に入院した方が良い

設問2

- 2-①: 身体科の医師への、当該患者さんの精神症状についての情報が不足している
- 2-②: 本学精神科医の理解・協力の不足
- 2-③: 身体科医師の理解・協力の不足
- 2-④: 精神科医の、身体合併症についての知識の不足
- 2-⑤: 身体科医の、精神症状についての知識の不足
- 2-⑥: 身体科看護師の、精神症状についての知識の不足
- 2-⑦: 患者さんの精神症状

設問1 5=重視する(⑧はそう思う)
 4=まあまあ重視する
 3=どちらともいえない
 2=あまり重視しない
 1=重視しない(⑧はそう思わない)

設問2 5=よく障壁になる
 4=時に障壁になる
 3=どちらともいえない
 2=あまり障壁にならない
 1=障壁にならない

表4. 回答数および対象者の属性

要因 (n)	精神科医 (34)	身体科医 (77)	看護師 (218)
性別(男性/女性)	31/3	75/2	10/206
経験年数	12.82±5.73	19.71±4.49	12.29±10.04
精神科での経験(あり/なし)	-	-	23/195
精神科経験ありの精神科経験年数	-	-	4.52±2.54

看護師のうち2例は性別不明

表5. 精神科医・身体科医・看護師の比較

設問1	精神科医 平均±SD	身体科医 平均±SD	看護スタッフ 平均±SD	P値※
1-①:精神科の診断名によって判断する	3.09±1.08	4.05±1.02	3.73±0.9	<0.0001
1-②:診断名よりも、現在の状態で判断する	4.74±0.57	4.39±0.86	4.35±0.69	0.0035
1-④:身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する	4.68±0.47	4.26±0.85	4.29±0.75	0.0166
1-⑤:患者や患者家族の意見を聞いて判断する	3.68±1.01	3.18±1.04	3.66±0.92	0.0014
1-⑥:直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する	4.88±0.33	3.74±1.01	4.2±0.87	<0.0001

※ Kruskal-Wallis検定

表6. 精神科医・身体科医の比較

設問1	精神科医 平均±SD	身体科医 平均±SD	P値※※
1-③:他科の医師の意見を聞いて判断する	4.03±0.97	4.65±0.62	0.0002
設問2			
2-①:他科医師の、当該患者さんの精神症状についての情報が不足	4.47±0.75	4.09±0.73	0.0035
2-②:かかりつけ精神科医の協力の不足	3.56±0.96	3.73±0.94	0.3699
2-③:他科医師の理解・協力の不足	4.26±0.83	3.08±1.02	<0.0001
2-④:他科の看護スタッフの理解や協力の不足	4.06±0.95	3.63±1.06	0.042

※※: Wilcoxon検定

表7. 経験年数による比較(精神科医)

設問1	15年未満 n=22	15年以上 n=12	P値
1-①:精神科の診断名によって判断する	3.36±1.09	2.58±0.90	0.0322
1-②:診断名よりも、現在の状態で判断する	4.91±0.29	4.42±0.79	0.0228
1-③:他科の医師の意見を聞いて判断する	4.36±0.66	3.42±1.16	0.0174
1-④:身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する	4.68±0.48	4.67±0.49	0.9468
1-⑤:患者や患者家族の意見を聞いて判断する	3.77±1.02	3.50±1.00	0.4810
1-⑥:直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する	4.91±0.29	4.83±0.39	0.5397
設問2			
2-①:他科医師の、当該患者さんの精神症状についての情報が不足している	4.45±0.67	4.50±0.90	0.5776
2-②:かかりつけ精神科医の協力の不足	3.45±0.91	3.75±1.06	0.3702
2-③:他科医師の理解・協力の不足	4.23±0.75	4.33±0.98	0.4401
2-④:他科の看護スタッフの理解や協力の不足	4.14±0.89	3.92±1.08	0.6321
2-⑤:精神科医自身の、身体合併症についての知識の不足	4.09±0.75	4.08±0.90	0.9038

設問1 5=重視する(⑧はそう思う)
4=まあまあ重視する
3=どちらともいえない
2=あまり重視しない
1=重視しない(⑧はそう思わない)

設問2 5=よく障壁になる
4=時に障壁になる
3=どちらともいえない
2=あまり障壁にならない
1=障壁にならない

表8. 経験年数による比較(身体科医)

設問1	15年未満 n=10	15年以上 n=67	P値
1-①:精神科の診断名によって判断する	4.10±1.29	4.04±0.99	0.5882
1-②:診断名よりも、現在の状態で判断する	3.90±1.29	4.46±0.77	0.1393
1-③:他科の医師の意見を聞いて判断する	4.50±0.71	4.67±0.61	0.3771
1-④:身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する	3.90±1.37	4.31±0.74	0.5190
1-⑤:患者や患者家族の意見を聞いて判断する	2.60±0.97	3.27±1.02	0.0592
1-⑥:直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する	3.20±1.40	3.82±0.92	0.2400
設問2			
2-①:当該患者さんの精神症状についての情報が不足している	3.90±0.88	4.12±0.71	0.4383
2-②:かかりつけ精神科医の協力の不足	3.60±0.97	3.75±0.94	0.6851
2-③:他科医師の理解・協力の不足	3.11±0.93	3.08±1.04	0.9175
2-④:他科の看護スタッフの理解や協力の不足	3.11±1.27	3.70±1.02	0.153

設問1 5=重視する(⑧はそう思う)
4=まあまあ重視する
3=どちらともいえない
2=あまり重視しない
1=重視しない(⑧はそう思わない)

設問2 5=よく障壁になる
4=時に障壁になる
3=どちらともいえない
2=あまり障壁にならない
1=障壁にならない

表9. 経験年による比較(看護師)

設問1	15年未満 n=150	15年以上 n=68	P値
1-①: 精神科の診断名によって判断する	3.69±0.88	3.84±0.95	0.2363
1-②: 診断名よりも、現在の状態で判断する	4.28±0.70	4.51±0.64	0.0207
1-③: 身体科の医師の判断を重視する	4.03±0.76	3.96±0.80	0.6061
1-④: 精神科の医師の判断を重視する	4.35±0.72	4.31±0.70	0.5779
1-⑤: 身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する	4.34±0.72	4.16±0.79	0.1262
1-⑥: 患者や患者家族の意見を聞いて判断する	3.64±0.91	3.71±0.96	0.5250
1-⑦: 直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する	4.19±0.86	4.22±0.90	0.7486
1-⑧: 身体疾患の程度にかかわらず精神科病棟に入院した方が良い	2.63±1.02	2.74±1.03	0.5000
設問2			
2-①: 身体科の医師の、当該患者さんの精神症状についての情報が不足	3.93±0.69	3.85±0.69	0.5034
2-②: 本学精神科医の理解・協力の不足	3.22±0.88	3.12±0.99	0.4880
2-③: 身体科医師の理解・協力の不足	3.63±0.85	3.57±0.87	0.6996
2-④: 精神科医の、身体合併症についての知識の不足	3.25±0.78	3.32±0.83	0.4482
2-⑤: 身体科医の、精神症状についての知識の不足	3.67±0.79	3.68±0.75	0.9108
2-⑥: 身体科看護師の、精神症状についての知識の不足	3.85±0.68	3.77±0.77	0.4933
2-⑦: 患者さんの精神症状	4.04±0.76	4.11±0.64	0.6490

設問1 5=重視する(⑧はそう思う)
4=まあまあ重視する
3=どちらともいえない
2=あまり重視しない
1=重視しない(⑧はそう思わない)

設問2 5=よく障壁になる
4=時に障壁になる
3=どちらともいえない
2=あまり障壁にならない
1=障壁にならない

表10. 看護師(精神科での経験の有無で比較)

設問1	精神科経験あり n=23	精神科経験なし n=195	P値**
1-①: 精神科の診断名によって判断する	3.43±1.04	3.77±0.88	0.1403
1-②: 診断名よりも、現在の状態で判断する	4.57±0.66	4.32±0.68	0.0836
1-③: 身体科の医師の判断を重視する	3.74±0.81	4.04±0.76	0.0974
1-④: 精神科の医師の判断を重視する	4.35±0.65	4.34±0.72	0.913
1-⑤: 身体疾患の重症度や治療の内容を優先して判断する	4.22±0.8	4.29±0.74	0.6658
1-⑥: 患者や患者家族の意見を聞いて判断する	3.57±0.95	3.67±0.92	0.6526
1-⑦: 直接患者さん本人と会って、精神状態を確認する	4.13±0.92	4.21±0.87	0.6957
1-⑧: 身体疾患の程度にかかわらず精神科病棟に入院した方が良い	1.96±0.82	2.74±1.01	0.0006
設問2			
2-①: 身体科の医師の、当該患者の精神症状についての情報が不足	3.65±0.88	3.94±0.66	0.1007
2-②: 本学精神科医の理解・協力の不足	2.78±1.04	3.24±0.89	0.0198
2-③: 身体科医師の理解・協力の不足	3.52±0.85	3.62±0.85	0.5599
2-④: 精神科医の、身体合併症についての知識の不足	3.3±0.93	3.27±0.78	0.6776
2-⑤: 身体科医の、精神症状についての知識の不足	3.61±0.84	3.68±0.77	0.7437
2-⑥: 身体科看護師の、精神症状についての知識の不足	3.74±0.75	3.83±0.7	0.4434
2-⑦: 患者さんの精神症状	4±0.67	4.07±0.73	0.5385

** Wilcoxon検定

表11-1. 身体科医の意見・要望(1)

【身体科への入院を踏まえたうえで、さらなる協同や条件を望むもの】

- ・リエゾン回診だけでなく、もっと頻回に診ていただければ助かる患者さんが、時におられます。(17年 腎臓内科)
- ・共診していただけるのであれば問題ないと考えます。(20年 外科)
- ・症例に応じた対応が必要と思われる。例えば、少し重症度が高い患者に対しては、週2～3回のリエゾンを行うなど(回数を増やしたり)。(13年 耳鼻科)
- ・精神障害の程度にもよるが、共診(副主治医のような形で)をお願いしたいと思うことがある。(22年 放射線科)
- ・主治医(かかりつけ医)と共に診療すべきで、専門でないと解らない。(25年 外科)
- ・がん告知や治療に際して、腫瘍精神科医の不足。(13年 脳外科)
- ・当科(小児科)の性質上、おのずと年齢制限がある為、当科に入院する精神障害を合併した患者様の疾病内容も決定されてきます。小児科入院で良いかどうか迷う際に、その場で相談できるシステムがあればあり難く思います。また、入院中にカウンセリングを受けられるシステムがあればあり難いです。(7年 小児科)
- ・精神疾患上での外来管理可能域と、身体疾患上の外来管理可能域が異なるので、身体疾患治療時に入院管理について協力頂けると助かります。(スタッフが障壁になっていると思います。)(23年 産婦人科)
- ・主に新生児を担当しており、当該する患者様に関わる機会があまりありません。このアンケート記載もあまり妥当ではないかもしれませんが。要望としてあるとすれば、母体精神病の児が頻繁に入院してきます。分娩に伴う精神状態の変化・悪化や、その後の育児・家事へのサポートまで踏まえた対応ができる、少し専門的な知識を持った方(医師及びコーディネーター等)がいらっしゃると非常に有難いと思います。(20年 小児科)

【原則、精神科病棟へ入院すべきとの意見】

- ・精神科Drは、他の疾患(特に救急患者)を合併している場合、精神科病棟への転棟を拒否する傾向にあります。やはり、精神科疾患がメインの場合は、精神科病棟に入院させ、他科のDrが併診する形をとるべきと思います。リエゾン回診では、週1回の患者診療のため、患者の精神状態の把握は困難と思います。そのためには、精神科医が救命救急センターで研修すべきと考えます。(13年 救命センター)
- ・特に飛び降り等自殺企図のある人に関しては、そこまでのケアは一般病棟では無理。昔、他の病院で一般病棟入院中の精神科の患者が飛び降り、医療側が訴えられているケースがある。その辺をどうにかマニュアル等でできれば、一般病棟で治療できるかもしれない。(21年 外科)
- ・精神科入院で、当科手術の流れがスムーズにできたらいいと思います。(17年 歯科口腔外科)
- ・当科の場合手術目的の治療入院となるため、通常コントロール良好であっても、術前夜に変化を認めることがあり、この場合を考えて、精神科病棟での入院管理を希望しています。(20年 整形外科)

【精神科医の常駐を望むもの(医療センターも含む)】

- ・当科は救命センターという特殊な施設であるため、中毒患者や自殺企図による自傷された患者様が多く搬入されます。重症な状態から快方へ向い、意識状態が回復してくる過程で精神科医の御協力が不可欠となります。特殊な環境のため、意識回復した患者様は可及的速やかに落ち着いた医療環境(一般病棟)への移動が望ましいのですが、スムーズにいかないのが現状です。救命センターでの精神科医の常勤を強く希望致します。(21年 救命センター)
- ・統合失調症(メジャートランクライザー内服)の患者で、胃・大腸疾患を手術すると、しばらく内服投与が不能となります。麻酔上も問題があり、術前・術後管理上も問題です。痴呆・そううつ病・適応障害などの疾患も重度だと精神科医の常駐が必要と思います。(28年 医療センター外科)
- ・精神科医師の常在がないと、責任ある入院体制ではないと言わざるを得ないのが患者及びご家族に対する説明の現状です。
- ・当センターでは精神疾患合併患者の入院が年々増加している。オープンフロアのため患者の安静管理が困難なことが多い。精神科医のセンター常駐を強く望みます。毎日定期的に診察して下さってもよろしいかと思えます。(22年 救命センター)
- ・週1回のリエゾン回診のみでなく頻回若しくは常勤にてフォローして頂ければと思います。(17年 脳外科)

()は医師経験年数、所属

表11-2. 身体科医の意見・要望(2)

【その他】

- ・リエゾンできちんと回診には来られているが、ほとんど患者ご本人と会って診察(話)をしていない。ほとんどナースステーションでスタッフと話をし指示を与えているようだが、時に不安に思うこともあり、短時間でも可能な限り患者ご本人を診ていただきたい。(21年 皮膚科)
- ・もう少しフレキシブルに対応して欲しいが、全体としては満足です。(16年 産婦人科)
- ・最近、循環器等疾患か、精神科疾患か、紛らわしい症例が増えていることを痛感している。さらに、いかに循環器医が精神科疾患についての知識に乏しいかも実感する。多くのことを精神科の先生方に御教示をお願いしたい。(25年 循環器内科)
- ・リエゾン回診以外にすぐに往診(対応)してくれるので、よく機能していると思う。入院管理の際にその方針にギャップを感じることもある。(17年 婦人科)
- ・精神病だけでなく、心的な問題に関してもカウンセリングを幅広く行っていただきたい。紹介しても内服薬の変更のみで、心的ケアが受けられていない患者を多く見ます。(16年 麻酔科)

【経験の紹介】

- ・かなり評判の悪い他院精神科受信中の患者で、当科的には手術がベストかな・・という時に、貴科に相談したが、色々と貴科的な問題があるためか、うまく協力体制がとれませんでした。(17年 整形外科)
- ・術後急性期の状態での精神薬の使用方法について、一般での使用とかなり異なることがあるように思われる。(26年 外科)
- ・以前、精神科入院で手術を考えていた所、精神科病棟が入院待ちも多く、なかなか入院できなかったことがありました。当科疾患の緊急性も考慮していただくと助かりますが、なかなか難しいこととは思います。(23年 眼科)
- ・精神疾患が診断にあがっていると、病棟スタッフでの責任問題をどこに置かかで議論となり、入院させられないことを経験する。(16年 麻酔科)

()は医師経験年数、所属

表12. 精神科医の意見・要望(2)

【意見】

- ・病院全体の治療の統一性がない。それぞれの科で治療方針が違う。
- ・身体合併症の重症度と精神症状の程度によって入院する科・病棟を考えるのは当然として、“これくらいの症状であれば精神科入院は必要ない”という場合には、日頃の他科との協力・信頼関係がポイントと思われる。時として医療関係者の方が一般の人以上に偏見を持っていると感じることも多い。
- ・他科(他院)加療終了後の対応で、受け入れを拒否されたという例を耳にしたことがあります。その部分は担保しないと、連携がスムーズにはいかないのではと、思います。
- ・精神科医は最後まで身体疾患の可能性を考慮する、可能性を捨てないことが最も必要であると思われる(患者が身体愁訴や精神症状と捉えられがちな訴えをする場合)。善良の精神症状の場合は、OBSである可能性を捨てない事が重要でもある。
- ・精神科関係の薬物調整は、全て精神科医の主導の下に行うのが良い。
- ・精神科通院・入院歴が「あり」だけで、その内容を精査することなしに(かかりつけ医へ相談せずに)、当科(精神科)への依頼が多いと感じます。
- ・精神科医が他科医師や看護スタッフに患者の精神症状を十分に説明し、精神科医がきめ細かいサポートを行うこと(主治医を決めて毎日往診する。夜間症状増悪時の対応など。)が必要と思われる。
- ・「もしも～したら」「万が一～したら」という話ばかりが先行し、患者自身の状態を重視していない事が多い。病名(例えば、統合失調症)だけで判断している。中途半端な知識が先入観につながっている。
- ・普通にムンテラも可能なのに、精神科の患者だから・・という決めつけがある。スティグマの問題にも絡んでくる。それはこちらの問題でもあるかもしれない。(もっと精神疾患のことを伝えていく・・)もっともっと、カンファが必要でしょう。

【他科への要望】

- ・「精神病の人」という認識はやめて頂きたい。
 - ・病名だけで判断しないでほしい。
 - ・精神科の病名のみで拒否的な対応や過剰な行動制限を要求する医師、科、病棟が未だにある。精神科医が保証しても上記対応が変わらないことがある。
 - ・全く前医(精神科)の情報を取っていないこと。
 - ・家族への説明や面談の設定がないこと。
 - ・直接、紹介元の単科の精神科病院に戻る際の添書、指示が専門的過ぎて解りにくいことがある。
 - ・医療レベル(ハード、ソフトとも)の違いを理解してもらえてないことがある。
- ≪当病院では精神科合併症病床を設置し、従来の1患者1主治医制ではなく、精神科と一般(身体)科がそれぞれ主治医を立て、分業して加療に当たるという体制が整備されており、待機的な処置の患者様で、精神障害を持ち、一般病床では加療が困難な方をこの制度で受け入れている。ただし、緊急に対応が必要な患者様の多くは、救急救命センター等に入院となる。同センターは、1次救急から3次救急まで対応しており、多くの精神科患者様を診ていただいている。精神科リエゾン医(専属)も連絡を受け、精神症状のアドバイスを行う体制となっている。≫

【精神科医に必要なこと】

- ・日常語で状態像を伝えられるよう、訓練されていること。
- ・身体疾患に対する基本的な知識をもつこと。
- ・精神科医が、より他科医師・スタッフに対して精神疾患の理解が得られるよう、教育を積極的に行っていく必要があるのではないか。また、逆に精神科医も、身体科医から勉強会などを通してもっと身体合併症について学ぶ必要があるのではないか。

表13. 看護師の意見・要望(所属、経験年数、精神科勤務経験の有無)

【入院治療に関する意見】

- ・同室者及び周囲の患者、家族への影響(理解を得られにくいなど)、精神障害を持つ患者さんのプライバシー保護が困難と感じる。精神症状が悪化している場合、身体科での入院治療は困難。(集学治療センター 15年目 なし)
- ・精神障害がある患者でも、コントロールできていて安定していれば身体科での治療を、内服コントロールできていなかったりその他の理由で精神症状が安定していない患者は精神科で治療をしながら共診するのが望ましい。安定してる患者にとって、精神障害があるというだけで閉鎖病棟に入院されるのはどうかと思う。(精神科 30年目 3年)
- ・一般病棟で精神疾患のある患者さんを入院治療するのは限界を感じる。(身体症状の面ばかり目が行く、話しだけでも聞いてあげたいと思いつつも時間に追われ話を切ることが多い、個人による関わりに差があり、数多いNs間で統一を図ることは困難、などの理由からうまく関わりを持っていないので。)(小児科 15年目 2年)
- ・精神疾患のある患者さんの訴えを聞くのに1~2時間かかったり、所在不明となったりで他の患者さんのケアができない。精神障害が悪化している患者さんの看護は一般病棟では限界を感じる。(整形外科 5年目 なし)
- ・認知症の患者さん(特に徘徊がある場合)は隔離できる病棟で治療して欲しい。(眼科 36年目 なし)
- ・医師、看護師の知識不足は明らかで、精神科医からの情報と内服指示があればほとんどは身体科での治療が可能だと思う。(外科6 25年目 なし)
- ・一般病棟では勤務上夜勤はNsの人数が少なく、24時間見守りを続けることは困難。徘徊、離院される場合は困っている。(皮膚科 28年目 なし)
- ・徘徊、安静が保てない、独語、奇声などで他の患者の安楽が保てない、などの場合、身体科での病棟では困る。マンパワー不足になる。希死概念のある患者は対応困難になりやすい。(精神科 12年目 3年目)

【精神科医への要望】

- ・救命センターには自傷行為(薬物中毒・転落・刺創など)で来る患者さんが多いので、メンタル面Followに関わって欲しい。(救命 8年目 なし)
- ・精神科医も身体科に関する知識を深めて、精神科と身体科の相互協力が必要。(救命 8年目 なし)
- ・早期の精神科医の介入が必要。(救命 13年目 なし)
- ・希望としては救命に精神科医が常駐して欲しいが、on callでもいいのですぐに駆けつけ助言が欲しい。(救命 8年目 なし)
- ・週1回のリエゾンでは足りない。(外科 31年目 なし)
- ・身体科Dr・Nsとの情報交換をして欲しい。(外科 31年目 なし)
- ・ドクター間での連携が取れていない場合、精神科で対応して欲しい(1外科と2外科ではDrの受け入れ体制が違うため)(外科 17年目 なし)
- ・合併症を持つ患者が増加しているので、該当科と精神科の連携を密にし医師と看護師とのカンファランスを開催するなどして欲しい。(泌尿器科 27年目 なし)
- ・術後のドレーン留置中の精神患者に対し、精神科医・Nsも含め見れない現状がある。精神面だけでなく、合併症の勉強も行い、きちんと対処して欲しい。(整形外科 15年目 なし)
- ・精神科医と身体科医との情報交換にミスがあった時は特に患者さんの症状を悪化しやすく、相互の連携を密に取って相互協力するのが必要。(心臓血管内科 23年目 なし)
- ・自殺企図など、抑うつ状態のある患者は共診してもらいたい。(呼吸器・神経・膠原病内科 10年目 なし)

()は所属、経験年数、精神科勤務経験の有無(あれば年数)