

Group of the College of Family Physicians of Canada and the Canadian Psychiatric Association. Can Fam Physician. 2002;48:936.

15. Oxman TE, Dietrich AJ, Williams JW, Jr., Kroenke K. A three-component model for reengineering systems for the treatment of depression in primary care. Psychosomatics. 2002;43(6):441-50.

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1 論文発表

投稿準備中

2 学会発表

・岸泰宏 身体疾患と自殺：リエゾン精神医学への新しい期待. 第21回日本総合病院精神医学会; 2008.11; 幕張、千葉.

・岸泰宏 新任の精神科医に求められるもの. 第21回日本総合病院精神医学会; 2008.11; 幕張、千葉.

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

表1 受療・相談にふさわしい場所

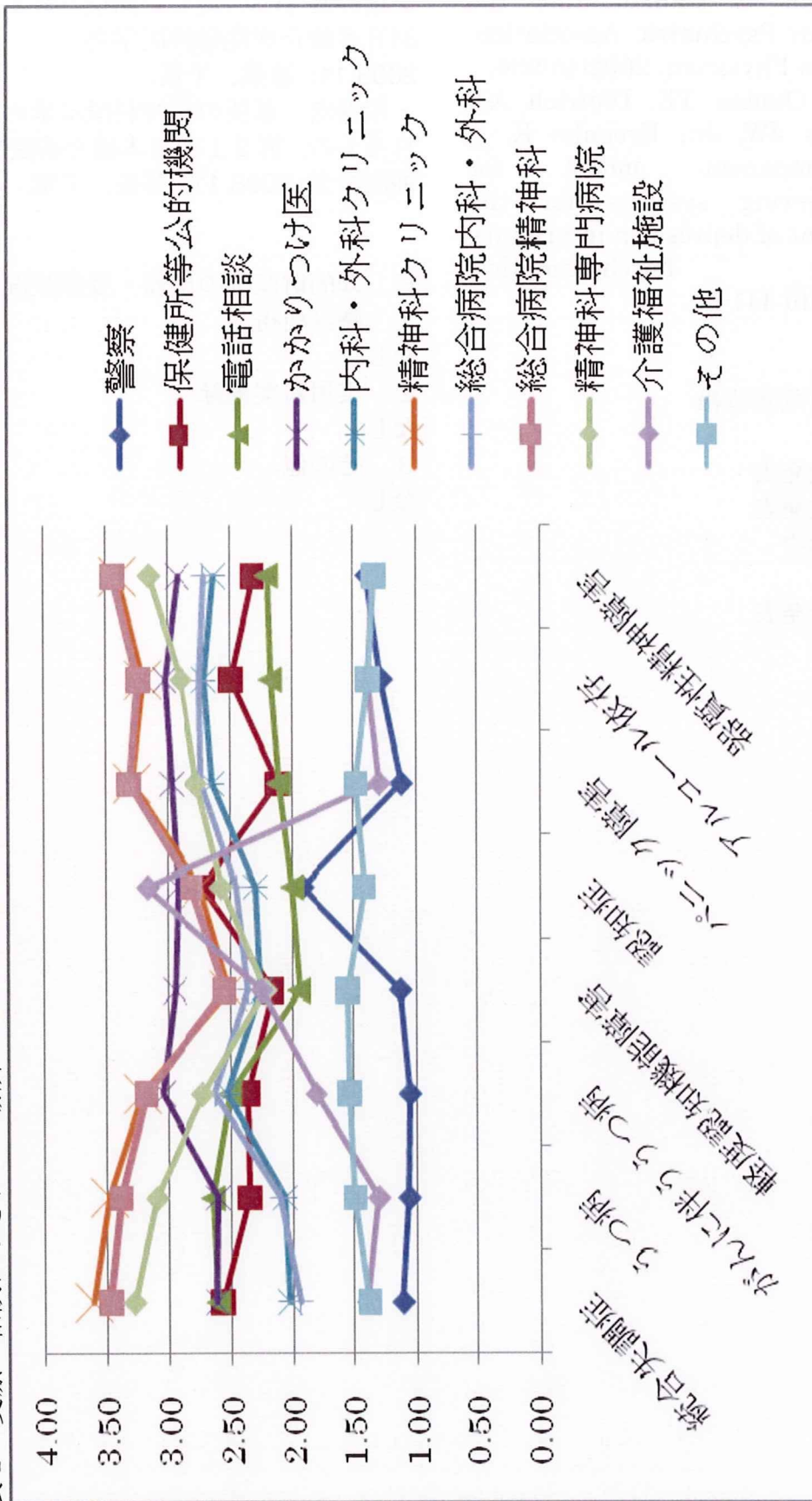


表2 各疾患提示に対して、回答者がつけた診断 (%)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
正常な精神・心理的反応	4.5	0.6	0.0	2.6	0.0	0.0	6.5	54.2	0.0	7.7
不安障害 (神経症・パニック障害をふくむ)	13.5	1.9	5.8	32.9	0.0	95.5	1.3	3.2	1.9	10.3
適応障害 (抑うつ状態・心因反応)	41.3	7.7	4.5	18.1	0.0	4.5	54.2	27.7	0.0	20.6
うつ病	40.6	0.6	1.9	14.8	0.6	0.0	4.5	14.2	0.0	59.4
認知症	0.0	17.4	0.6	0.0	98.1	0.0	19.4	0.0	0.0	0.0
せん妄	0.0	66.5	5.8	0.6	0.6	0.0	12.3	0.6	0.0	0.0
統合失調症 (精神病)	0.0	4.5	78.7	1.9	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	1.3
人格障害	0.0	0.0	2.6	29.0	0.6	0.0	0.6	0.0	0.0	0.6
アルコール関連障害 (離脱症候群をふくむ)	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	97.4	0.0

A：がんを伴ううつ病、B：せん妄 (過活動型)、C：糖尿病を合併した統合失調症、D：人格障害に基づく自殺企図症例 E：がんを伴う認知症、F：パニック障害、G：せん妄 (低活動型)、H：脳梗塞後の適応障害、I：骨折を伴うアルコール依存症 (アルコール離脱症候群)、J：不定愁訴を訴えるうつ病

表3 「適している（“わりに適している”、あるいは、“とても適している”）」と回答した割合（％）

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
メンタル面に関しては何もしない	10.3	13.5	9.0	9.7	21.9	8.4	9.0	20.6	10.3	12.9
精神科医の医療への参加（精神科紹介を含む）	82.6	83.9	94.2	94.2	69.0	87.7	79.4	55.5	94.2	87.1
心理士の医療への参加	85.2	50.3	66.5	91.0	46.5	88.4	76.1	73.5	83.9	80.6
ソーシャルワーカーへの参加	62.6	47.7	55.5	63.2	83.9	41.3	58.1	67.7	85.2	39.4
向精神薬投与（自身にて）	41.9	39.4	14.2	17.4	19.4	33.5	27.1	23.2	16.1	32.9
向精神薬投与（精神科医より）	67.1	74.2	89.7	76.8	40.0	61.3	49.7	29.7	57.4	57.4
抗うつ薬投与	83.9	20.6	27.1	58.7	18.1	56.8	57.4	60.6	19.4	84.5
抗不安薬投与	85.2	54.8	45.2	80.0	25.8	96.8	50.3	63.9	41.9	78.7
睡眠導入剤投与	88.4	61.9	47.7	54.8	38.1	51.6	60.6	73.5	56.1	84.5
抗精神病薬投与	21.9	59.4	85.2	58.7	31.6	28.4	29.0	16.1	38.1	28.4
精神療法（心理士により）	73.5	40.0	66.5	88.4	36.8	89.0	65.8	59.4	80.6	75.5
精神療法（精神科医により）	70.3	50.3	83.2	89.0	35.5	82.6	64.5	52.9	81.3	76.1
代替医療（鍼灸、指圧、整体、マッサージなど）の利用	21.9	11.0	9.0	11.0	29.0	16.8	21.3	36.1	17.4	30.3
精神科へ入院・転科（“総合病院”にある精神科病床*）	21.3	35.5	81.3	65.2	39.4	22.6	25.2	7.1	67.1	24.5
精神科専門病院へ入院・転院	13.5	26.5	52.9	36.8	18.1	21.9	16.1	4.5	68.4	18.7
医療型療養病棟（病床）へ入院	9.7	15.5	12.3	14.2	56.1	1.3	20.6	16.8	11.0	3.9
介護福祉施設へ入所	3.2	16.1	3.2	3.2	47.7	0.6	13.5	11.0	2.6	2.6

A：がんを伴ううつ病、B：せん妄（過活動型）、C：糖尿病を合併した統合失調症、D：人格障害に基づく自殺企図症例E：がんを伴う認知症、F：パニック障害、G：せん妄（低活動型）、H：脳梗塞後の適応障害、I：骨折を伴うアルコール依存症（アルコール離脱症候群）、J：不定愁訴を訴えるうつ病

表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 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%)

表5 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よう出来る限り努力している	16 (5.0%)	205 (63.7%)	83 (25.8%)	18 (5.6%)

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、一般病床における精神・身体疾患合併症例の対応の現状を調査し、一般病床入院に対する障壁や意識の相違点などを明らかにすることを目的とした。平成 20 年度は、久留米大学病院一般身体科の入院患者に対する精神科的支援の実態および精神科医療の役割について調査する「研究 1. 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」と、平成 21 年度に行う精神障害者の一般病棟への入院に際しての障壁に関する全国規模の先行研究として九州内の大学病院精神科医を対象とした「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（中間報告）」を行った。平成 21 年度は、精神障害者の一般病棟への入院に際しての障壁に関する全国調査である「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、身体科医、看護師を対象に、精神障害者の一般病棟への入院に際しての障壁を行った「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：**平成 20 年度の研究 1 では平成 20 年 4 月から同年 9 月の 6 ヶ月間に久留米大学病院一般病棟に入院した患者のうち、精神神経科のサービスを利用した患者の年齢、性別、依頼元、相談内容、診断（ICD-10 準拠）入院治療におけるアウトカムを調査した。研究 2 では九州内の大学病院精神科医師、久留米大学医学部臨床系講座に勤務する一般身体科医（講師および准教授）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。平成 21 年度の研究 1 では、平成 20 年度の研究 2 を全国の大学病院および総合病院の精神科を対象を広げて行った。研究 2 では久留米大学病院の精神科医、身体科医、看護師に対して同様のアンケート調査を行い、比較検討した。**結果：**平成 20 年度の研究 1 では、久留米大学病院の一般病床における一般病床入院実数 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（4.2%）で、このうち既存の精神障害に関する相談は 68 件であった。研究 2 では、精神障害者の身体合併症治療においては、身体科医師は診断名に依拠する傾向が強く、一方の精神科医は診断名は殆ど重視せず現在の精神状態や本人、家族の意見なども勘案して入院先の病棟を決めようとする傾向が強く、両者の間で判断の違いがあることが明らかとなった。また、身体科の看護スタッフの理解の乏しさや協力の不足を障壁と考える意見が精神科医の 9 割近く、身体科医の 3 分の 2 以上にみられた。平成 21 年度の研究 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**: 適切な専門サービスが提供される限り既存精神疾患は一般病棟における治療への影響は最小限と考えられた。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
久留米大学医学部精神神経科	富田 克
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

本分担研究では、一般病床における精神・身体疾患合併症例の対応の現状を調査し、一般病床入院に対する障壁や意識の相違点などを明らかにすることを目的とした。

平成20年度は、久留米大学病院における一般身体科入院患者に対する精神科的支援の実態および精神科医療の役割について調査し、総合病院の一般病床入院患者に対する精神科専門サービスのあり方と精神疾患合併が治療経過に与える影響を検討する「研究1. 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」と、平成21年度に行う精神障害者の一般病棟への入院に際しての障壁に関する全国規模の先行研究として九州内の大学病院精神科医を対象とした「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(中間報告)」を行った。

平成21年度は、精神障害者の一般病棟への入院に際しての障壁に関す

る全国調査である「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、身体科医、看護師を対象に、精神障害者の一般病棟への入院に際しての障壁を行った「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。

B. 研究方法

平成20年度

研究1. 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

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ヶ月間に入院治療を行った患者のうち、精神神経科のサービスを利用した患者の年齢、性別、依頼元、相談内容、診断(ICD-10準拠)入院治療におけるアウトカムを調査した。久留米大学病院における精神神経科サービスは通常のコンサルテーション(外来紹介、月-金)及び週一回のリエゾン回診よりなる。

コンサルテーションの利用者は医師のみであるが、リエゾンの依頼者は看護師が9割を占める。調査ではコンサルテーションとリエゾンを分けて集計し、それぞれのサービスの利用状況から一般病棟における精神科専門サービスのニーズと精神疾患合併入院患者のアウトカムから、その身体科治療への影響について検討した。

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

九州11大学の精神科を標榜する12の臨床講座に所属する精神科医140名および久留米大学医学部臨床系講座に勤務する一般身体科医77名。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、講師および准教授を対象とした。

2. 調査方法

各大学病院精神科の施設調査票は各講座の医局長に回答を依頼した。精神科医および久留米大学医学部臨床系講座に勤務する一般身体科医に対する調査は郵送法による無記名アンケートによった。

調査項目は経験年数、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際して以下の2点を精神科および身体科の双方へ実施した。

1) 一般病棟を使用するか精神科病棟を使用するか判断についての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

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

さらに、精神科医に対しては

3) 身体合併症のある患者さんの身体的な治療を相談される機会についての印象についての2項目

①他科医師からの相談が増えているとの実感の程度

②身体合併症を持つ患者の身体的な治療の困難さについての実感の程度

を追加項目として加えた。

平成21年度

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

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

前年度に行った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に対するアンケート調査を、久留米大学病院精神科を除く23病棟（各病棟10名）に勤務する看護師230名を対象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。解析は研究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。

結果は、昨年度の当院精神科医、身体科医から得られた結果と合わせて分析した。

C. 研究結果

平成20年度

研究 1. 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

久留米大学病院の一般病床における一般病床入院実数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(4.2%)で、依頼内容はせん妄の出現が最も多く92件(28%)、次いで既存精神障害68件(22%)、不眠42件(13%)、抑うつ34件(11%)と続いた。既存の精神障

害に関する相談、つまり一般病床の精神疾患合併入院例は68件であったが、身体治療のアウトカムは自宅退院が50(75%)と最多で、次いで他院一般病床への転院が9(13%)、当院、他院を含め精神科に転棟、転院となったものは7(10%)で、精神疾患合併入院例の身体治療のアウトカムは比較的良好であった。

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

調査依頼を行った11大学精神科12講座の全てから協力が得られ、1講座あたりの回答者は最小5名、最大40名、計140名であった。身体科からは77名の回答が得られた。精神障害者の身体合併症治療においては、身体科医師は診断名に依拠する傾向が強く、一方の精神科医は診断名は殆ど重視せず現在の精神状態や本人、家族の意見なども勘案して入院先の病棟を決めようとする傾向が強く、両者間で判断の違いがあることが明らかとなった。また、身体科の看護スタッフの理解の乏しさや協力の不足を障壁と考える意見が精神科医の9割近く、身体科医の3分の2以上にみられた。

平成21年度

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)

調査依頼を行った大学病院精神科43講座(回答率54.4%)から計415名、精神科を標榜する総合病院から107施設(回答率31.7%)から297名の回答が得られた。

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. 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

精神科医34名(83%)、身体科医77名(回答率64%)、看護師218名(94.8%)から回答が得られた。その結果、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。

D. 考察

平成20年度

研究1. 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

久留米大学病院の一般病棟において精神科専門サービスの対象となった問題のうち最も多いのはせん妄であり、既存精神疾患に関する相談がこれに続いた。60代以下に限定すると既存精神疾患に関する相談が最多となった。既存精神疾患の内訳では感情障害圏、精神病圏の内因性精神疾患が多く、これらを合併しての一般病棟入院時の精神科専門サービスの需要が高かった。また、コンサルテーションとリエゾン回診という二つの精神科専門サービスが使い分けられており、せん妄や不眠はリエゾンサービスによる助言や指導、援助にて現場の医師、看護師で対応が可

能と推察されたが、総数に答えるには週一回のサービスでは対応しきれないようであった。しかしながらサービスの拡充にはこの活動が無報酬で行われていることの障壁が最も高い。上述の内因性精神疾患に関しては専門医による直接的な評価、治療が必要とされており今後も増加する可能性が考えられた。精神疾患合併患者のアウトカムは全依頼と比較し良好と言え、精神科病棟、病院への転科、転院もそれぞれ 68 例中 5 例、2 例と少なく、適切な専門サービスが提供される限り既存精神疾患は一般病棟における治療への影響は最小限と考えられた。これらの調査結果に基づきコスト/ベネフィットを最小とする精神科臨床サービスのあり方について今後も検討を重ねる必要があると思われた。

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

精神障害者の身体合併症治療においては、身体科医と精神科医との間で様々な判断の違いがあることが明らかとなった。

特に、精神科診断名を重視する度合いの差異は非常に大きく、身体科医は診断名に依拠する傾向が強かった。一方の精神科医は、診断名は殆ど重視せず、実際に患者と会って現在の精神状態や本人、家族の意見なども勘案して入院先の病棟を決めようとする傾向が強かった。これは、精神科医に当然求められるあるべき姿勢であるし、専門医の役割そのものである。一方で専門医でない者が実際に会って判断するのは非常に困難であろうし、診断名に依って判断がされるのはむしろ当然とも言えよう。

精神科医が身体科医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する回答は、身体科医が精神

科医の無理解や協力の乏しさを指摘する声の約 2 倍に及んだが、この意識の相違は判断する根拠の違いに依るところが少なくないものと推測される。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。合併症入院等に際しては、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。

また、身体科の看護スタッフの理解の乏しさや協力の不足を障壁と考える意見は精神科医の 9 割近く、身体科医の 3 分の 2 以上にみられたことも今後を考える上で重要である。今回の調査で身体科医にとっての精神科診断名の持つ重みが改めて浮き彫りにされたが、看護スタッフにおいてはどうなのかを検討する必要がある。大学病院の日常診療において、看護スタッフの意見が一般病院以上に大きいことはしばしば語られることである。一方で精神障害者の身体合併症治療においては大学病院が負う役割もまた大きい。看護スタッフの非協力や理解の乏しさが実際にあるのであれば、介入すべき重要な課題と言えよう。

平成 21 年度

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。合併症入院等に際しては、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^{1,2)}。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³⁾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け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「現在の精神科的な状態」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

久留米大学病院における平成20年4月～9月の6ヶ月間の一般病床入院実数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(4.2%)で、相談件数は70代まではほぼ直線的な増加を見せ、相談の内容は予防を含めたせん妄が最も多く、101件(32%)、次いで既存の精神障害68件(21%)が続いた。

久留米大学病院では20年以上前から御用聞き形式のコンサルテーション・リエゾンサービスを行っており、他科との連携は比較的良好と考えられる。しかし、当院精神科医、身体科医、看護師への調査の結果から、合併症入院に際して身体科医は精神科医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るという結果が得られた。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。

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、一般病床入院に際し総合病院よりも大学病院に勤務する精神科医の方がより多くの障壁を感じていたが、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。

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。

なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

文献

- 1) 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.
- 2) 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
- 3) 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

厚生労働科学研究費補助金(こ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

平成 20 年度・21 年度分担研究報告書

合併症をもつ精神科入院患者に対する看護必要度の実態把握に関する研究

分担研究代表者	大竹眞裕美	福島県立医科大学看護学部 准教授
研究協力者	井上有美子	京都大学医学部附属病院 看護師長
	大西ひとみ	北里大学東病院 看護科長
	新甫 知恵	北里大学東病院 看護師長
	古田 愛子	東京都立老人医療センター 看護科長
	竹下 礼子	東京都立松沢病院 看護科長
	小野田一枝	東京都立松沢病院 課長補佐
	福田 敬	東京大学大学院 准教授
	吉浜 文洋	神奈川県立保健福祉大学 教授
	萱間 真美	聖路加看護大学 教授

本研究は、身体合併症治療を行っている精神科病棟での看護の実態を把握し、精神科病床で身体合併症治療・ケアを行う際に必要となる看護職員の配置数を検討すること目的とし、公立精神病院（施設 1）、大学病院（施設 2）および医学部附属病院（施設 3）の 3 施設、計 7 病棟（身体合併症治療病棟 4 ヶ所・精神科病棟 3 ヶ所）の協力を得て実施した。

平成 20 年度には「看護必要度」に関するデータ、身体合併症の治療状況、看護職員の勤務数・実働時間に関するデータ収集を行い、診療報酬で用いられている「重症度・看護必要度（HCU 入院管理料基準）」等の該当患者数を集計した。精神科病棟 3 ヶ所での身体合併症治療患者は在棟患者の 2 割～4 割程度で「重要度・看護必要度」の該当者は 1～2 割弱であったが、身体合併症治療病棟での該当者は 4 ヶ所とも 6 割を超えていた。調査時点での調査病棟の入院基本料は 15 対 1 での認可であったが、身体合併症治療病棟では看護業務の遂行のために 13 対 1 基準で看護師を配置し対処していた。看護師の正規勤務と時間外勤務時間の合計を総勤務時間を従属変数、「重要度・看護必要度」基準での該当数を独立変数とした回帰分析では、該当患者 1 名増で必要時間 245 分（閉鎖病棟では 1434 分）となることが算出された。

平成 21 年度には、調査病棟の看護師への質問紙調査と看護管理者・病棟代表者へのグループインタビューを行い、身体合併症患者の治療・ケアを実施する上での困難さ、現在の入院基本料（15 対 1）での看護職員数のために実施が制約されている看護ケアの実態を調査し、その内容を整理し記述した。その結果からは、身体疾患治療を行う場合、抗精神病薬の中止による症状再燃や、身体疾患の治療に対する理解・協力を得ることが出来ず、ルートトラブルの予防・創部等の安全確保・安静保持の援助を要する患者が多く、現在の看護人員の配置基準では身体拘束で対応せざるを得ない現状にあった。また身体拘束に伴う頻回な観察・記録、日常生活全般での援助が発生していることが分かった。

身体合併症治療病棟の実質 13 対 1 基準の看護師配置での病棟運営でも、閉鎖病棟では看護師一人当たり 30 分以上の時間外勤務が発生し、看護管理者は心身の疲弊から異動希望者が絶えないという問題を常に抱えていた。こうした現状からは、15 対 1 入院基本料での身体合併症治療病棟の運営は実際には困難であると言え、閉鎖処遇を要する精神状態の不安定な患者の身体合併症治療を担う病棟では 10 対 1 入院基本料の導入を提言したい。

A 研究目的

精神障害者の地域ケアの進展、高齢化、また薬物療法や生活習慣に関連して、身体疾患を持つ精神障害者は増加している。身体疾患を合併した精神障害者の場合、精神症状に伴う患者の問題行動に対応しながら身体治療・ケアを遂行しなくてはならず、一般的な精神科病棟よりも多くの人員を必要としている。しかし、精神障害者が入院加療が必要な重篤な合併症を持った場合、身体疾患の専門的治療を行う病棟での受入れの限界もあり、基本看護料の低い人員配置の精神科病棟が治療・看護ケアを担っているのが現状である。

心身両面での高度な看護実践能力が要求される領域でありながら、看護料として適正な評価がされていないと感じさせる現状が、看護師の心身の疲労を増大させ、身体合併症治療病棟の運営を難しくしていると指摘する看護管理者は多い。こうした現状を広く周知するためには、看護師が体験する身体合併症患者の治療・看護ケアの特徴を示し、合わせてこれらの患者の診療の補助と療養中の生活援助を提供するために必要な人員数について検討することが必要と言えよう。

これまでに、身体疾患を合併した精神障害者の看護にあたる看護師の困難さや身体合併症医療の抱える課題を指摘する報告は存在する。しかし、実際にどのような看護業務が行われ、どれだけの看護量が必要となるのかを示す具体的データは得られていない。平成20年度の診療報酬改定において精神科身体合併症管理加算、精神科救急・合併症入院料が新設されているが、その内容が妥当であるのかを確認するためにも、身体疾患を併せもつ精神科入院患者が必要とする看護業務の内容や看護量についての具体的データの提示が必要となっている。

そこで、本研究では、次の研究課題に取り組み、精神障害者の身体疾患の治療に際し看護師による診療の補助や生活援助がどれくらい必要となっているのかを、精神病床以外で導

入されている「看護必要度」の項目を用いて把握し、精神病床で身体合併症治療・ケアを行う際に必要となる看護職員の配置数を検討することを目的に実施した。

<研究課題1>

精神病床で入院治療をうけている精神疾患と身体疾患を併せもつ患者の「看護必要度」の実態を明らかにする。

<研究課題2>

一般病床での身体疾患の治療・ケアと比較しながら、精神病床での身体合併症治療を行う場合に必要となる看護業務の内容の実態を明らかにする。

本研究では、一般病床の同様の枠組みで患者が必要とする看護ケア量を収集するため、精神病床に対する入院基本料・看護職員配置数の基準が妥当なのかを一般病床の基準と比較しながら検討することが可能となる。今回の調査結果が、精神障害者の身体合併症医療の対する診療報酬のあり方を検討する際に、患者が必要とする看護量の実態を示すデータとして用いられることを期待し調査を実施した。

B 研究方法

1. 研究グループの編成および調査準備

1) 研究協力者の選出・研究メンバーの構成

本研究を実施するにあたり、臨床からの研究協力者を加えた研究グループを編成した。臨床からの研究協力者の選出にあたっては、精神障害者の身体疾患の治療を行い、かつ評価基準に基づいた「看護必要度」の評価が可能な精神科病棟を有する医療機関の看護部長に研究の主旨を説明し協力を得ることが可能かを確認した。

看護部長の承諾が得られた医療機関3施設から、身体合併症ケアの実態を把握し看護職員配置数の検討に参画可能な看護管理者（または看護師）を研究協力者として募り、研究グループのメンバーとして、具合的な研究計画

の検討、調査の実施に加わってもらった。

また、研究プロジェクト全体へのスーパーバイザー2名(萱間真美教授・福田敬准教授)、精神病床での「看護必要度」の導入に関する日本精神科看護技術協会の意向や準備状況を知り連絡や調整のため協会理事1名(吉浜文洋教授)を加えた構成とした。

2) 精神病床での看護必要度調査用紙の検討および準備

- (1) 精神病床以外の一般病床等で使用されている「看護必要度」の調査項目を精神科入院患者に適用する際の判断基準・留意事項、および精神的治療に伴い看護人員の必要度が高くなる項目について研究協力者間で検討し、本研究での調査用紙を作成した。(別添1)
- (2) 調査協力施設の研究協力者らと、「看護必要度」に関する調査方法について検討し、調査対象病棟の関係者へ説明する準備を行った。また、身体合併症治療病棟を複数有する精神病院に関しては、看護部長、看護管理者による話し合いにより、実際に身体合併症治療が行われている病棟の選出が行われた。
- (3) 上記により具体的な調査方法、調査病棟を確定した後に具体的な研究計画書を作成し、研究代表者の所属機関での研究倫理審査を受けた。倫理委員会からの承認を受けた後、各協力施設に研究計画書を提出し、各施設からの研究調査の承認を受けた。
- (4) 既に電子カルテや「看護必要度」が導入されている大学病院の精神科病棟においては、研究協力者がデータを使用することの許可を受けた。尚、本格的な導入がされていなかった身体合併症治療病棟については、研究協力者らが実施する「看護必要度」評価者研修の終了を待ち、各調査協力施設での調査期間の調整を図った。

2. 看護必要度および看護師の配置・勤務時間に関する実態調査

1) 調査施設および調査期間

病院自体で看護必要度での評価が導入されていない身体合併症治療病棟では5日間、既に電子化されたシステムで運用されている大学病院(および医学部附属病院)の精神科病棟では7日間の調査を実施した。(表1)

2) データ収集および分析方法

- (1) 研究代表者から、調査施設の研究協力者に調査用紙を送付し、各施設の研究協力者が該病棟の看護管理者、看護必要度の評価者研修の修了者に調査用紙への記入方法を説明した。
- (2) 「看護必要度」および在棟患者についての基礎情報(別添2)のデータ収集は、身体合併症の有無に関わらず調査期間に在棟した全患者について実施し、また合わせて、勤務者数や勤務時間等に関する情報(別添3)についてもデータの収集を行った。
- (3) 各調査施設の研究協力者が、調査病棟に対する調査用紙は配布・回収を行い、調査終了後に研究代表者に記載された調査用紙を郵送した。研究代表者は、3施設からの郵送された調査用紙を保管し、データの入力および集計を行った。
- (4) 「看護必要度」に関するデータからは、診療報酬で用いられている、「重症度」基準(特定集中治療室管理料の算定)、「重症度・看護必要度」基準(ハイケアユニット入院管理料の算定)、「一般病棟用の重症度・看護必要度」基準(7対1入院基本料の算定)の算定基準での得点を集計し、調査協力の得られた精神病院の身体合併症治療病棟および大学病院の精神科病棟の在棟患者中の該当者数を記述した。
- (5) 看護必要度の調査日に勤務した看護職

員数、時間外勤務の発生時間については調査病棟によって勤務体制・勤務時間の区分が一律ではないため、1日単位での看護師の勤務者総数、総勤務時間(分)を集計した。

(6)ハイケアユニットの入院管理料の算定に用いられる「重要度・看護必要度」基準での該当者数を独立変数とし、看護師の総勤務時間を従属変数として回帰分析を行い、基準該当患者が一人増えると必要になる看護師の勤務時間を算出した。また、必要時間が各施設の特性に依拠する可能性を考慮し、施設ダミーを加えての分析および閉鎖病棟と開放病棟に区分しての分析を行った。

3. 精神病床での身体合併症ケアに関する実態調査

1) 調査対象および調査期間

平成21年9月中旬～10月初旬に調査対象病棟での勤務2年目以上になる看護師を対象とした質問紙による調査を実施し、質問紙への回答内容をふまえた看護管理者および病棟代表者(精神科以外での臨床経験をもつ中堅者または身体合併症ケアの経験が豊富な看護師)へのグループインタビュー(エキスパートレビュー)を10月下旬に実施した。

2) データ収集および分析方法

(1) 調査対象となった看護師が、日頃の勤務の中で「身体合併症患者の治療・ケアを実施する上での困難さ」「現在の入院基本料(15対1)での看護職員数に実施が制約されている看護ケア」として感じていることについて、自記式質問紙の配布と回収によって収集した。

(2) 質問紙に記載されていた内容は、意味の

類似性で整理しながら分類し、多く挙げられていた事柄を代表的な意見として取り出した。

(3) 各施設の研究協力者を介してインタビュー日時の調整を行い、調査協力施設内の個室を使用し、病棟の看護管理者および病棟代表者とのグループインタビュー(①～④)を実施した。インタビュー内容は、参加者の同意を得てICレコーダーに録音した。

インタビュー①(所要時間75分):H01A・H01Bの看護師長および看護師(計6名)
インタビュー②(所要時間66分):H01C・H01Dの看護師長および看護師(計3名)
インタビュー③(所要時間50分):H02の主任看護師および看護師(計3名)
インタビュー④(所要時間40分):H03の看護師長および看護師(計4名)

(4) グループインタビューでは、代表的な意見として取り出した事柄を研究代表者が口頭で報告しながら、(1)の質問に関するインタビュー参加者の意見を聴取した。また、身体合併治療・看護ケアを提供する上で調査病棟の構造や現状の看護体制が影響していると感じる点や、精神病床での治療、精神疾患を基盤にもつために生じる問題や課題についても合わせて意見を聴取した。

(5) グループインタビューで聴取した内容は、意味が読み取れるよう適宜言葉を補足しながら箇条書きで記述し、質問紙調査で得られた内容と合わせて、質問項目毎に整理した。

(倫理面への配慮)

「看護必要度」に関するデータおよび入院患者に関する基礎情報の収集にあたっては、研究責任者が所属する施設での倫理審査を受け承認された研究計画書を調査対象の医療機関に提出し、各医療機関が保管する「看護必要度」等のデータの使用、調査結果の厚生労働省への報告およびに学術雑誌・学術集会等での研究結果の公表についての承諾を得た。