

# 新潟県の精神科病棟における身体合併症治療状況 に関する一考察

藤野ヤヨイ<sup>1)</sup>・張替有美<sup>2)</sup>・村松公美子<sup>3)</sup>・藤野邦夫<sup>4)</sup>

1) 2) 新潟青陵大学看護学科

3) 新潟青陵大学福祉心理学科

4) 新潟大学医学部保健学科

## A study on the situation concerning physical complication treatment at psychiatric wards in Niigata prefecture

Yayoi Fujino<sup>1)</sup>, Yumi Harigae<sup>2)</sup>, Kumiko Muramatsu<sup>3)</sup>, Kunio Fujino<sup>4)</sup>

1) 2) NIIGATA SEIRYO UNIVERCITY DEPARTMENT OF NURSING

3) NIIGATA SEIRYO UNIVERCITY DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

4) NIIGATA UNIVERCITY HEALTH SCIENCE FACULTY OF MEDICINE

### Abstract

Most mental hospitals with only psychiatric departments can't deal with the problems related to the aging of patients or physical complications. We conducted a survey to find out more about the treatment of physical complications at mental hospitals in Niigata.

As a result, we found that some don't have private rooms and other facilities for respiration/circulatory organ management. These environmental factors could cause problems in treating physical complications. However, 88% of mental hospitals have specialists in internal medicine, and can provide treatment for these patients.

1,030 patients at mental hospitals in Niigata needed treatment by other kinds of specialists for two months, mostly because of circulatory and endocrine related diseases. 56% of them were treated by their hospitals' specialists, 19% by specialists at other hospitals, and 3.3% by doctors who visited from other hospitals. Another 3.3% were transferred to special hospitals. Usually the patient went by ambulance and more than 4 mental hospital staff were needed to assist. Sometimes 8 hours were required to complete all procedures.

Based on the results of our survey, we have concluded that patients who suffer from serious physical complication should be treated at general hospitals which have psychiatric departments.

### Key words

Physical complications in psychiatry, Survey, Special treatment system

### 要 旨

精神科単科の病院では、入院患者の高齢化と身体合併症の治療の課題をかかえている。今回、新潟県内の精神科病院を対象に身体合併症医療についてのアンケート調査を行った結果、個室設備や呼吸・循環器管理等の設備がない病院があった。しかし、88%の病院には内科系専門医師がいて、診察できる状況があった。2ヶ月の間に他科専門医の診察を必要とした患者は、1030人で循環器系、内分泌系疾患が多く、その内56%の患者は院内の専門医が治療し、院外専門医の受診は19%、3.3%は院外専門医の往診があり、同数の患者が専門病院へ転院していた。院外受診時の付き添い状況は、病院職員が、救急車で、付き添う場合が多く、人数は4人以上、8時間以上を要する場合もあった。調査の結果から精神障害者の重症身体合併症治療は、精神科を有する総合病院で専門的な治療が望まれるとの提言に至った。

### キーワード

精神科における身体合併症、アンケート調査、専門治療体制

## はじめに

国連原則では、すべての患者は自己の健康上の必要性に照らし、適切な保健医療的及び社会的ケアを受ける権利を有し他の疾患を持つものと同じ基準に即したケア及び治療を受ける権利を有する、とあり、精神障害者の治療及びケアを受ける権利をあげている。しかし、わが国の精神科病院の80%以上が民間病院で、そのほとんどが精神科単科の病院である<sup>2)</sup>。したがって、精神科以外の専門医師は非常に少ない。このような特徴をもつ精神科病院での身体合併症問題は深刻で、入院患者の高齢化<sup>3)</sup>の問題や抗精神病薬の副作用としての身体疾患などの身体的ケアに関する課題がある。

身体合併症治療に関する裁判例も多く、精神障害者が脳梗塞で一般病院に入院し、同室者を殴り殺した事件<sup>4)</sup>や透析治療を拒否されて死亡した裁判例<sup>5)</sup>、腸閉塞で死亡した患者に適切な治療看護を行わなかったとした裁判例<sup>6)</sup>など薬の副作用問題もからんで今後も増加することが予測される。

精神障害者の身体合併症の治療体制は、都道府県によって異なり、東京都のように治療体制<sup>7)</sup>が整っている自治体もあるが新潟県は未だ精神障害者の合併症治療体制がシステム化されていない。

そこで、新潟県内の精神科病床を有する病院での身体合併症患者の医療状況を把握し、その問題点を明らかにして、新潟県における身体合併症医療体制の提言を目指すことを目的にアンケート調査を行ったのでその結果を考察する。

## 1. 先行調査

### 1 樹神学「精神病院と身体合併症」<sup>8)</sup>

樹神は、一民間精神病院に於ける身体合併症の現状と問題点を明らかにした。この調査はこだまホスピタルで、平成元年1年間に発生した身体合併症患者を分析している。その結果は、身体合併症患者は246名(複数疾患あり)で、入院患者の22.1%にあたり、内分泌糖尿病や高血圧が62名で高値を示し、次に

虚血性心疾患の38名である。合併症で転院した患者は17名(脳梗塞3名、糖尿病性昏睡、肺炎、等)であった。他科通院患者状況は、歯科、外科、内科、眼科の順で、歯科受診が160回と圧倒的に多い。受診状況は、単独通院が多く58%を占め、次に家族付き添い40%、看護者付き添いは2%に過ぎない。

身体合併症の処遇の問題として、診療受け入れ側に歯科など必ずしも快く引き受けられない。もっとも問題は、重篤な身体症状を併発したときの転院は問題が多く、医師のコネに頼っている状況である。結論として東京都のようなシステム化が望まれると述べている。

## 2 佐々木高伸

### 「広島県における精神科身体合併症医療 - 実態調査および実践報告 -」<sup>11)</sup>

広島県下の精神病院(38施設)、精神科診療所(29施設)、精神科を併設する総合病院(14施設)の81施設を対象に、調査票による調査で、期間は平成3年10月1日から12月31日までの3ヶ月間である。回収率は51.2%、調査期間に身体合併症の治療目的に転院した56例は、身体合併症の病名は腸閉塞や肝炎等の消化器疾患(15例)、大腿骨折(11例)、肺炎等の呼吸器疾患(9例)などで、転院先の医療機関は、私的身体病院・医院が27例(48.2%)で私的病院への転院が多く、公的総合病院精神科への転院は2例(3.6%)であった。転院後のトラブルは、6例あり、「他の入院患者に迷惑をかける」「患者が不穏」「スタッフが患者を恐れる」などであった。次に、身体合併症医療に関する実践報告では、市立市民病院神経科における、MPU(Medical Psychiatry Unit)を目指しての実践報告で、平成4年4月から平成5年5月までの間で転入院した9例について報告している。

調査結果から、身体合併症治療への提言として、精神疾患患者の身体合併症治療のための専用のユニットが設置されるべきである。医療資源確保のために、既存の公的精神病院精神科に付設することが望ましい。現行医療制度のもとで、その専用ユニットを運営するために、公的財政援助が必要と提言している<sup>12)</sup>。

### 3 黒木宣夫・守屋裕文「精神病院、総合病院における身体合併症の現状特に総合病院精神科医療に関して」<sup>13)</sup>

この研究は、宮崎県で精神病院に入院中の糖尿病腎不全を合併した精神障害者の入院拒否事件後、厚生科学研究として平成4年度には、「腎疾患等のリエゾン医療の調整システムに関する研究」が行われた。その結果、透析が必要にもかかわらず透析拒否の実態が明らかになった。<sup>14)</sup>

平成5年の厚生科学研究は「精神障害者の身体合併症医療の現状」を明らかにした調査である。

研究対象の自治体は石川県、千葉県、東京都、広島県、高知県、宮崎県の6都県で、調査期間は平成5年11月1日から11月30日の1ヶ月、回収率は39.2%、調査結果を民間病院、一般病院、大学病院に分類して問題点を明らかにしている。

1) 単科精神病院では、合併症対応病床を有している病院は8.1%に過ぎず、何らかの形で他科医師がかかわっている施設は74.3%である。入院を必要とする身体合併症の発生の対応では、精神科医が対応している53%、転院先に困るは64%あった。また、入院患者で他科の専門医師の診察を要した事例は940件で、そのうちの70.9%は院外医師の往診・受診した事例であり、総合病院へ転院した事例は12.3%であった。2) 一般病院調査では、198

例の他科専門医の診察を要し、疾患は消化器疾患31件(16%)、整形外科23件(12%)外科疾患20件(10%)であった。3) 総合病院(大学付属病院17、総合病院34)調査では、大学付属病院の8病院が精神科病床を有しており、総合病院でも70.6%有していた。精神科入院中に他科専門医師の診察を要した事例は487例(548件)である。

この調査のまとめとして、精神病院全体の64%が「身体疾患を併発した精神障害者の転院先に困る」と回答し、入院を受ける側の総合病院も、過去の精神病院からの転院事例に関して、「一般病棟からの苦情、身体管理が精神病状のため困難、医療体制等に問題」との解答が転院事例72%にみられた。そして、精神障害者の身体合併症医療の特殊性から一般病床で合併症の治療に対応するのは困難であるとの結論が得られた、としている。

### 4 黒木宣夫「精神病院総合病院における身体合併症の現状<特に総合病院精神科医療に関して>」<sup>15)</sup>

3の調査を合併症事例に焦点をあて分析している。

1) 身体合併症事例の特徴は、

年齢構成：総合病院精神科は39歳以下の若い患者が1/4を占め、精神病院では60歳以上が4割以上であった。身体疾患：精神病院では、肝胆嚢疾患等の内科疾患が一番多く

表① 精神病院入院中の院外受診例と転院事例 (黒木宣夫「精神病院、総合病院における合併症医療の現状」 日本精神科協会雑誌15(12)P8図5より筆者作成)			表② 精神病院責任者へのアンケート結果 身体合併症の発生⇒精神科医療(52.7%) ↓ 身体医に依頼(48.6%)	
合併 症発 生例 990	⇒ 院外受診例(70.9%) 外・整形疾患(32.7%) 内科疾患(17.5%) 眼・耳科(17.5%)	⇒ 転院事例 外・整形疾患(33.9%) 内科疾患(29.1%) 悪性腫瘍(14.2%) 脳外科疾患(7.9%)	転院先に苦慮(63.6%) 70例	消化・呼吸器悪性症候等の内科疾患(42.9%) 外傷等の外科・整形外科疾患(22.9%)
	精神疾患 精神科(56.7%) 老人病 (15.7%) 依存症(10.2%) 感情病(5.5%)	身体疾患 外・整形疾患(33.9%) 内科疾患(29.1%) 悪性性 疾患(14.2%) 脳外科疾患 (7.9%)	転院時の問題点：①一般科への入院が 困難(63.6%) ②総合病院精神科が少 ない③時間外休日入院が不能(8.6%)	希望の治療施設→ 公的総合病院神経科と身体科 (黒木宣夫「精神病院、総合病院における合併 症医療の現状」日本精神科協会雑誌15(12) P8図6より筆者作成)

(32.1% (310))次に骨折などの外科・整形外科疾患が26.7% (258)である。総合病院精神科では、内科疾患が25.6 (140) 下肢切断、脊損等の外科疾患が23.0 (126)、総合病院他科では白血病等の内科疾患が32.6%、骨肉腫等の腫瘍性疾患が多く見られた。(表 参照)

2) 精神病院の管理者に対するアンケートは表のとおりで、転院に際して苦慮している病院が63.6%あり、希望の治療施設として、「公的総合病院神経科と身体科」を67.6%の管理者があげている。

3) 全国47都道府県精神保健課へのアンケート調査の結果では、97%が「行政上の合併症施策なし」と回答、42.5%が医療圏単位での合併症施策が必要と回答している。総合病院精神科を欠く医療圏数は、回答された医療圏数259のうち44.4% (115)であったと報告している。

### 5 長尾卓夫「身体合併症調査」<sup>17)</sup>

長尾の調査は、日本精神病院協会加盟病院で各都道府県の奇数番号病院595病院を対象にし、平成2年3月1ヶ月間の調査で、525病院 (88.2%)から回答があった。その内、単科の精神病院は287病院で、他科(歯科を含む)併設病院は238病院で、併設科目は内科178病院、歯科77、外科26、整形外科11、婦人科10、耳鼻科10、その他46病院であった。精神科医以外の医師の勤務は459病院 (87.4%)におり、常勤医248病院、非常勤医師306病院、常勤医師は、内科(201)、外科(35) 歯科(26) 整形外科(13) その他(46)の専門医で、非常勤医師は、内科(278) 歯科(59)、外科(51) 整形外科(34) 皮膚科(34) 眼科(17) 耳鼻科(13) その他(36) 専門医師であった(( )内は病院数)。

身体合併症の対応は、全て自院で対応できているのは12病院(その内8病院は総合病院)あるが、その他の513病院は症状により他医専門医師に依頼している。身体合併症総数は17,888件で平均すると一病院当たり34件となっている。内訳は、歯科7,185件、外科2,743件、内科2,504件、眼科1,286件、皮膚科1,179件、整形外科771件、泌尿器科131件、その他611件であった。次に、身体合併症で転院数は

671件で、内科261、外科226、整形外科41、婦人科15、脳外科16その他112件であった。他科依頼の場合の受け入れ状況は、充分うまくいっている191病院、概ねうまくいっている313で合わせると98.2%になり、うまくいかない事が多いはずか9病院である。しかし、他医を受診して精神症状などから苦情の有無では、270病院があり、無いのは251病院であった。他科受診の場合の付き添いについては、常に職員がついて行く190病院、全て家族に任せる2病院、患者単独で行かせる0であった。ケースにより違う321病院であった。

6 その他に高橋尚武らの「精神科合併症と精神科救急」<sup>18)</sup>では、大阪の浅香山病院精神科の機能と役割として、活発な活動状況を報告している。また、深井光浩は「精神科併設結核病棟について」<sup>19)</sup>事例を挙げて報告している。身体合併症の個別事例は、山際成人「精神病院における合併症 - 悪性症候群」<sup>20)</sup>など多数ある。

## 2. 新潟県における精神科病院(病棟を含む)入院中の患者の身体合併症調査

### 1 研究目的

新潟県では、精神病院入院中の患者に対する身体合併症の治療システムが整っていない状況にあり、その状況下で、精神科病院に入院中の患者を対象に、身体合併症疾患、受診状況等の実態を明らかにして今後のあり方への提言とすることを目的にした。

### 2 研究方法

対象：新潟県内精神科病床を有する病院に入院中の患者。

調査期間：平成14年9月1日から平成14年10月31日までの2ヶ月間

調査方法：質問紙による自記式アンケート調査(共同研究班で作成)

郵送による依頼

郵送による回収

用語の定義

身体合併症を精神科医以外の専門医の治

療を必要とする身体症状とした。

身体合併症の程度は、調査者の判断とする。

#### 倫理的配慮

アンケート調査にあたって、協力可能な病院で、病院や個人が特定できないような配慮した。

### 3 結果

#### 1) 病院概要

対象病院30病院中、回答病院は17病院で回収率は56.7% (17/30)、病床率64.4% (4,475/6948 (平成14年2月)<sup>21)</sup>)。その内、精神科以外の病床を有する病院は4病院であった。身体合併症の併発件数は、回答数1039例で、有効回答1030例 (1130件) であった。

#### 2) 精神科病院における専門治療状況

他科専門医の状況は表 に見るように、内科医が勤務している病院は15病院 (88.2%) で38.3人おり、1病院平均2.55人となる。外科医がいる病院は3病院で4名、歯科医師やその他の専門医もかなり多いことが分かる。(これは、長尾の調査87.4%より多い)

表 は、その他の専門職の人員である。

現在困っていることでは、専門技術の不足 (9病院) や設備の不備 (9病院)、看護用品の不足 (5病院) 身体合併症患者が中心で他の患者の看護が実践できない (5病院) との回答があった。

病棟における個室の有無：個室有り12病院、個室が無い病院が5病院、呼吸・循環器管理設備：有り5病院、なし11病院。未記入1病院である。

全病院で精神科以外の勤務経験を有する看護師がいた。

#### 3) 身体合併症を有する患者状況

**男女比**：総数は1030例で男性525人 (51%)、女性505人 (49%) で男性が多いが、精神科病院に入院中の患者に男性が多いこと<sup>22)</sup> から当然な数値と考えられる。

**年齢**：合併症を有する患者の年齢は、最低19歳で最高104歳、平均64歳、65歳以上が500人 (48%) であり、精神科病院の高齢化をあらわしている。図 で見ると50才代では288例と急に増加しているが、新潟県精神医療協議会作成による統計資料では、平成14年2月現在で、新潟県内に入院中の患者は50才代が1768人と多くその入院患者の16.3%にあたる。60才代の入院患者は1720人で、身体合併症を併発した患者は265例 (15.4%)。また、70才以上では入院患者1994人に対して合併症併発の患者341人 (17%) にあたる。罹患率は高齢者が高くなっている。

**在院年数**：合併症を有する患者の在院期間は、1年未満291人 (最低1日)、5年未満284人、10年未満103人、20年未満114人、30年未満106人、30年以上83人、未記入49、平均9.6年、最高64年。

図 で見ると5年未満の患者が55.8%と半数を超えている。この結果からは、長期入院患者の合併症問題とはいいがたい。しかし、5年以上の入院患者が44.2%いること、最高が64年であることは長期入院患者の問題も大きい。

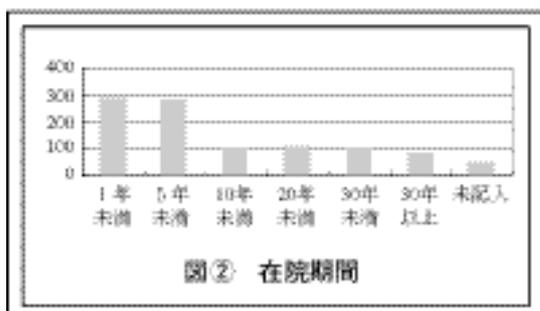
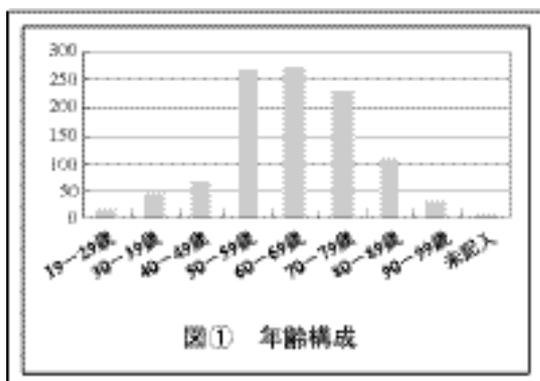
**入院形態**：医療保護入院597例 (57.9%) で圧倒的に多く、次が任意入院352例 (34%)

表③ 精神科病院での他科専門医数と専門医がいる病院数

専門医	病院数	人数(人)
内科系医師	15	38.3
外科系医師	3	4
歯科医師	9	28.8
その他の専門医	6	13

表④ 専門職の状況

専門職	病院数	人数
精神科医師	17	151
看護師	16	724
准看護師	16	603
P S W	16	61
心理職	16	31
O T	16	67
その他	12	428



措置入院7例(0.7%)になる。これは、入院患者の全体的傾向からすると医療保護入院が多いことは特徴的である。(表 参照)

入院費目は表 のように国民健康保険が圧倒的に多く、生活保護は11.5%である。

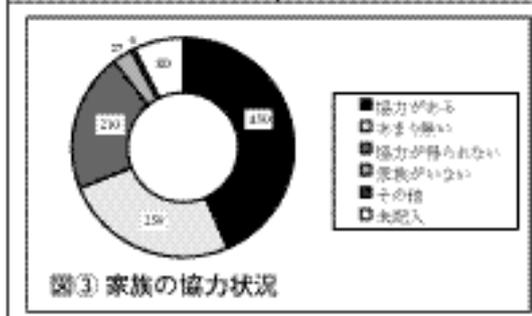
家族の協力状況：合併症を併発したとき保護者家族の協力状況は図 でみるように、43.6%が保護者や家族の協力が得られる(450例)状況にある。家族の協力があまり得られない(259例)と協力が得られない(210例)、家族がいない(27例)を合計すると456例で48.1%になる。その他4、未記入80であった。約半数の患者の家族から協力が得られないことが明らかである。

**保護者や家族の住所**：88.9%(916例)は県内で、県外は2.7%(28例)、不明13である。

**精神疾患名**：統合失調症557名(53.6%)、気分障害112名(10.7%)、アルツハイマー型痴呆108名(10.3%)、血管性痴呆104名(10%)の順である。(表 参照)

**能力障害と精神症状**：表 表 のとおりで日常生活の自立度は16.1%(156例)は普通に生活でき、反面28.3%の患者は常時援助を必要と身の回りのことがほとんどできない患者であった。

表③ 入院費目		表④ 入院形態	
生活保護	119	措置入院	7
国民健康保険	666	医療保護入院	597
社会保険	102	任意入院	352
その他	85	その他	1
未記入	58	未記入	73
合計	1030	合計	1030



表⑤ 精神疾患名	
1 アルツハイマー型	108
2 血管性痴呆	104
3 上記以外の器質性精神疾患	28
4 アルコール使用による行動障害	39
5 覚醒剤使用に行動障害	0
6 上記以外の精神作用物質による行動障害	2
7 精神分裂病、妄想病型障害	557
8 気分(感情)障害	112
9 神経症性障害、ストレス関連障害	18
10 生理的障害及び身体的要因関連行動症候	4
11 成人の人格及び行動障害	13
12 精神発達遅滞	73
13 心理的発達の障害	0
14 小児及び思春期に発生する行動情緒障害	0
15 てんかん	10
16 その他	18
合計	1086

表⑧ 能力障害

1	精神症状を認めるが日常生活及び社会生活は普通にできる	156 (16.1%)
2	精神症状を認め、日常生活または社会生活に一定の制限を受ける	242 (25.1%)
3	精神症状を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする	293 (30.5%)
4	精神症状を認め、日常生活または社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする	151 (15.7%)
5	精神症状を認め、身の回りのことはほとんどできない	121 (12.6%)

表⑨ 精神症状

1	症状は全くないか、あるいはいくつかの軽い症状認められるが日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。	80 ( 8.3%)
2	精神症状は認められるが安定している意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。	184 (19.1%)
3	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達や現実検討にいくらかの欠陥が認められるが、概ね安定しつつあるか、または固定されている。逸脱行動は認められない。または、軽度から中等度の残遺症状がある。	309 (32.0%)
4	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが、逸脱行動は認められない。あるいは中等度から重度の残遺症状がある。	175 (17.9%)
5	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥がある。時に逸脱行動が見られることがある。または、最低限の、身辺の生活維持が時に不可能であり、常に注意やみまもりが必要。	172 (17.9%)
6	活発な精神症状、人格水準が著しく低下し、重度の痴呆などにより著しい逸脱構想、または、重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離などが必要になる。	43 ( 4.6%)

精神症状は逸脱行動が認められない程度の患者は、77.7% (748例)であるが、反面、つねに見守りが必要または厳重かつ持続的な注意や見守りが必要、または重大な自傷他害行為が予測され厳重かつ持続的な注意を要する身体合併症を持った患者が20.8% (215例)であった。このことから、能力低下し精神症状悪化の患者が身体合併症を併発しているといえる

**合併症：**疾患分類では高血圧を含む循環器系180例、糖尿病を含む内分泌系169例、呼吸器系疾患88例、血液・リンパ系疾患66例、脳神経系疾患39例、歯科系疾患31例、産科系疾患19例、耳鼻咽喉科系疾患19例、その他が213人(その他に消化器疾患が含まれている)(図 参照)。

疾病別にみると糖尿病106人、高血圧92人、貧血58人、皮膚炎39人、骨折25人多い。

呼吸器疾患(肺炎25例、結核13例、気管支炎13例)、循環器疾患(高血圧92例、狭心症25例、不整脈13例他)、血液・リンパ系疾患66例(貧血58例、その他6例他)、脳神経系疾患39例(脳梗塞11例、脳出血5例他)、腎・

尿路・生殖系63例(前立線肥大15例、その他35例他)、歯科系疾患31例(う歯13例、歯槽膿漏7例その他11例他)、産科系疾患19例(乳がん11例、その他5例他)、耳鼻咽喉科系疾患19例(中耳炎4例その他15例)、皮膚科疾患106例(皮膚炎55例、褥創17例)その他213例(意識障害3例、悪性症候群4例、MRSA3例その他197例)(図 参照)

疾病別にみると糖尿病106人、高血圧92人、貧血58人、皮膚炎39人、骨折25人、の順である。(図 参照)

10合併症の程度：2ヶ月間に身体合併症が回復した患者は、127例、継続している患者は、897例(87%)でその合併症の程度は、重症41例、中等度210例、軽度639例、中等度205例、死亡7例であった。

#### 4) 受診状況

院内の専門医575例(55.9%)、院外の専門医受診198例(19.2%)、院外の専門医の往診35例(3.3%)、専門病院への転院35例(3.3%)、その他170例(16.5%)であった。院内の専門医の治療が半数以上であるが、内科医など精神科専門医以外の専門医が多かったことを勘



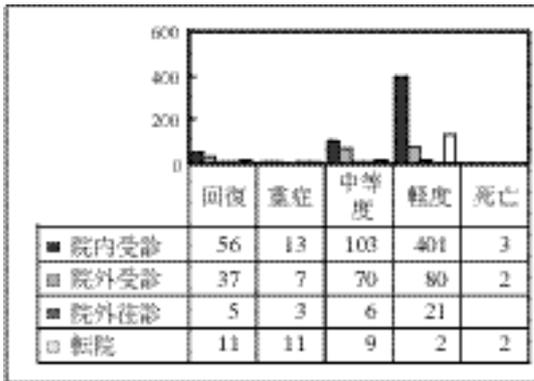


図7 身体合併症の程度と受診方法

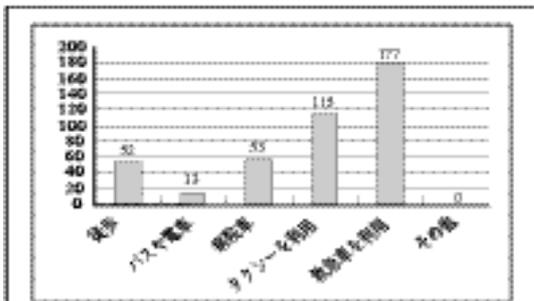


図8 付き添いの交通手段

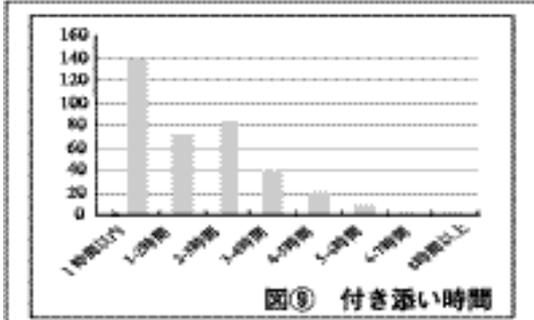


図9 付き添い時間

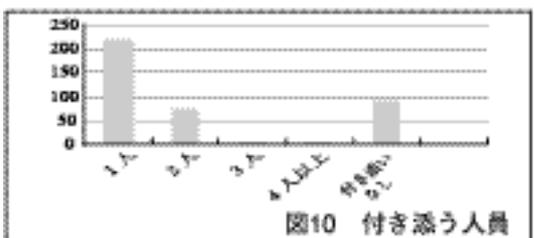


図10 付き添う人員

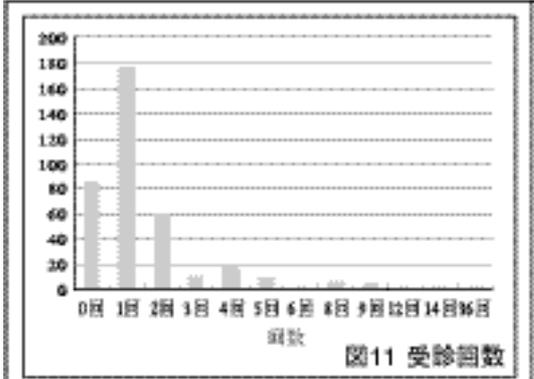


図11 受診回数

**付き添い費用：**受診時に必要な費用は53.8%（229件）は家族負担になっているが、病院負担が15.5%（66件）あり、その他が130件であった。

精神科以外の病床を持っている4病院と精神科病床のみの単科の病院の比較では、精神科以外の病床を持っている病院からも転院していることがわかり、より専門的な治療の必要性がうかがえる。（表10参照）

重症者39名を抽出すると家族の付き添いが39%、病院職員の付き添いが37%になる。また付き添う人員は1人から2人になっている。

付き添い時間、3時間以上の患者の治療状況は図15でみるように長時間の院外治療を必要とし、図16では5回以上の受診例があるなど長時間の付き添いのための人的確保を必要とする。

**5) 過去に身体合併症で困ったこととして (自由記載)**

- ・ 受け入れ病院としては、転院するほどの病状ではなかった。
- ・ 手術を拒否する 手術をしないで元病院に戻す。
- ・ 転院させる病院がない。病状不安定のため受け入れてくれない。
- ・ 治療不要になった患者が増えていくばかり。
- ・ 家族がすべき転院の準備などが一切病院に委ねられている。
- ・ 一般科では、手術後すぐ元病院に帰される、その後当然通院が必要になるが家族の協力が得られない。
- ・ 家族が病院にまかせっきり、転院や手術に同意しない、また、家族との連絡が取れない、スタッフ付き添い1～2名付き添いに取られ、人手不足になる。
- ・ タクシー利用における家族からの苦情。

**6) 身体合併症治療システム化に向けての提案**

- ・ 精神科患者を対象にした合併症治療病院の設立 同時に後方病院をシステム化する。
- ・ 国立病院、県立病院、市民病院、または基幹となる総合病院には、身体合併症治療病床の義務化。

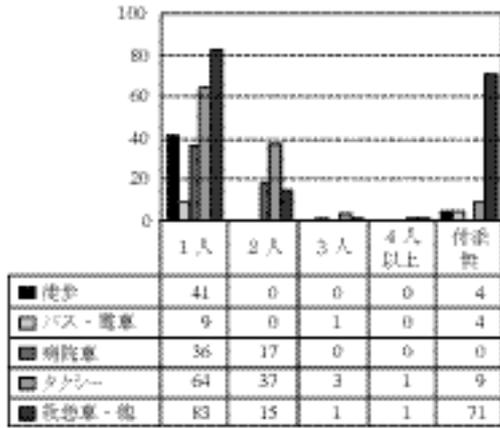


図12 付き添い人数と交通手段

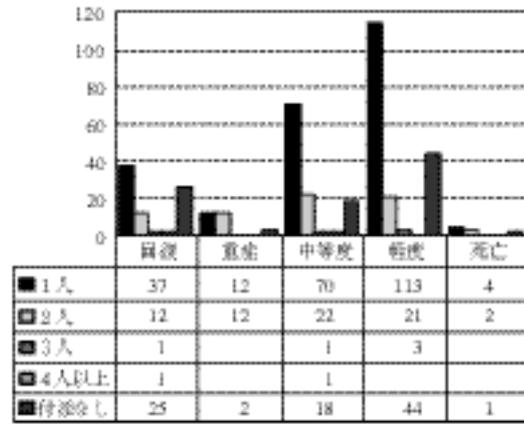


図13 合併症の重症度と付き添い人数

表10 他科専門病床の有無と合併症の程度の比較

他科専門病床の有無	院内で受診	院外に受診	在宅	転院	その他	空白	計
無 (13病院)	544	182	35	35	167	16	979
有 (4病院)	34	14	0	1	2	0	51
計	578	196	35	36	169	16	1030

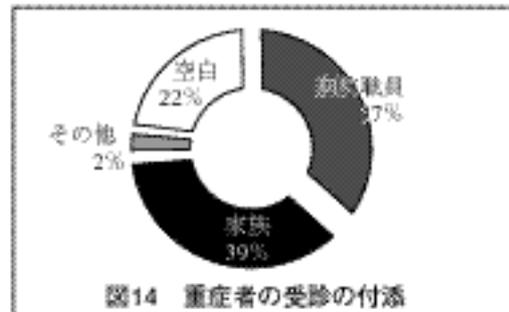


図14 重症者の受診の付添

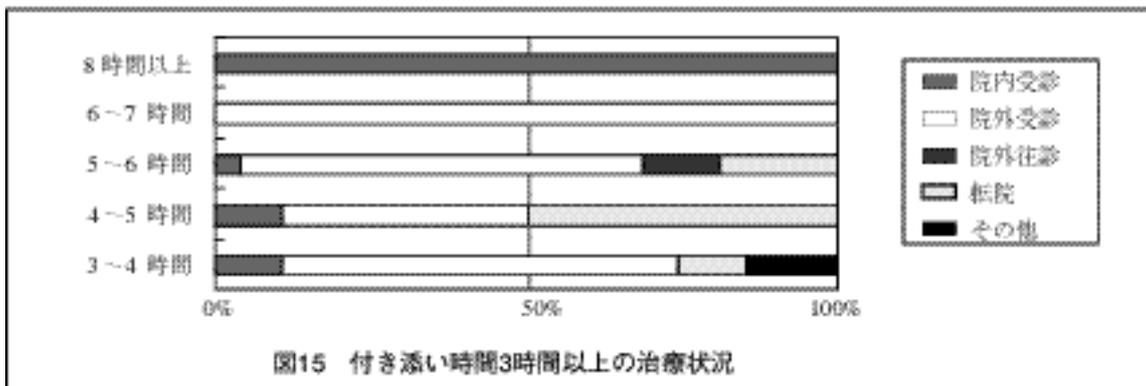


図15 付き添い時間3時間以上の治療状況

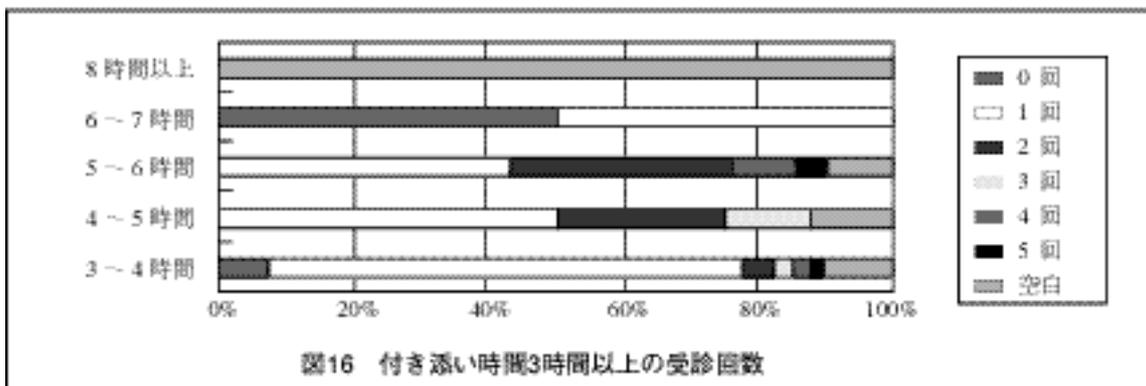


図16 付き添い時間3時間以上の受診回数

## 4 考 察

身体合併症を専門的に治療する治療環境が整っていない。

調査の結果から病棟に個室が無い病院が29.4%あり、呼吸・循環器管理設備のない病院64.7%ある。また、現在困っていることに専門的な知識とともに、専門治療を実施する設備が整備されていないと応えた病院が53%あり、看護を実践するための看護用品が不足していると回答があった病院が29.4%あったことから身体合併症の専門的な治療・看護を実践する環境が整っていないことがあげられる。

精神科以外の専門医師は、合併症医療に十分に責任を果せない。

88.2%の病院に内科医が勤務しており54%に患者は院内で治療を受けている。この状況は好ましい状況に思われるが、五十嵐<sup>24</sup>は、シンポジウムの中で「身体合併症が併発したとき困ったこと」とし専門医（主に内科医）が常勤していないことをあげ、さらに急性期の場合同一の内科医に診察を依頼できず（不在のため）経過等の説明が主に看護師の委ねられるため不安がある。また、院内でできる検査が限られているので限られた検査しかできないと述べている。この状況は他の病院でも同じではないかと推測され、看護に委ねられ、十分な専門的治療を受けているとはいえない。また、同氏は家族が積極的な治療を望まないと延べている。これは、経済的理由からか明確にはされていないが、重要な意味を持つ。つまり、患者自身の治療に患者自身の希望より家族の希望が優先されてはいないだろうか。看護師は患者の代弁者となってよりよい医療を受けられるように調整する必要がある。

身体合併症疾患は日常的な食生活や清潔援助で予防できる。

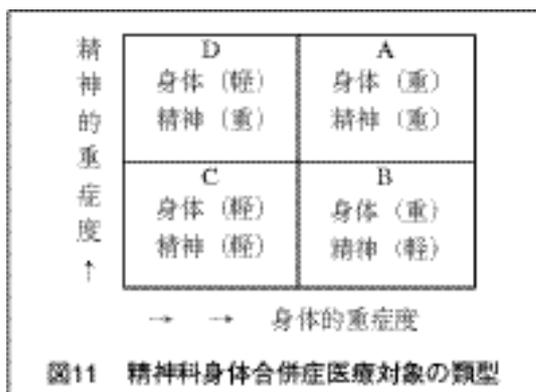
身体合併症の発生率は、樹神の調査では22.1%であるが、本調査では23%（1,030 / 4,475）で、やや高い。また、身体合併症の多くは、糖尿病や高血圧、貧血、皮膚疾患、歯科疾患などで、生活習慣病が多い、従っ

て、食生活の援助や身体の清潔、適切な運動など日常的看護で身体合併症を予防することが出来る。

受診時の付き添いは、家族の責任でできる範囲または単身で受診できる範囲を原則にする。

基本的に看護要員は、病院内の看護を実践するものである。受診は、原則家族付き添いとすることが望まれる。重症の場合や転院の場合は看護師や医師が付き添う必要があるが、樹神が努力した結果として、看護師の付き添いは2%までになっているので、各病院の努力で実践可能であろう。付き添い方法は、救急車を利用することが多いことは急を要するケースまたは重症であることが推測されるが、そのような場合でも看護師が付き添うのは1人に限定し、複数付き添う必要がある場合は家族の責任で必要な要員を準備すべきであろう。費用についても家族負担を原則にすることが当然かと思われるが検討を要する。

精神疾患を有する身体合併症の専門治療は、重症患者（3.9%）及び転院を必要とする3.3%の患者を対象に、精神科病床を有する総合病院で専門的な治療をすることが望ましい。金子の精神科身体合併症医療対象の類型<sup>26</sup>では、図11のように、Aは身体疾患も精神疾患も入院が必要な程度に重症、Bは身体疾患は入院が必要な程度だが、精神疾患は入院不要、Cは精神疾患も身体疾患も入院不要、Dは身体疾患は軽いが精神疾患は重い患者に分類している。Aに属する患者は精神科病床を有する総合病院で専門治療が必要な患者といえる。Bは身体的に重症だが、精神的には入院を必要としない程度であるから、一般科での入院で治療可能であろう。Dは、精神科で治療可能な状況であろう。調査結果の56.4%の院内治療患者はCまたはDに分類され、またはA・Bの一部と推測される。Aに属する患者の場合は、精神科病床を持つ総合病院で専門的な治療が必要と考えられる。調査での、重症患者3.9%と転院した3.3%の患者が該当すると考えられる。



精神障害者も専門的な身体治療を受ける権利ある。

国連原則でもいう、精神障害者が一般人と同様に治療を受ける権利を有しており、精神障害者であることを理由に治療が受けられないようなことがあってはならない。しかし、五十嵐が指摘するように保護者または家族が積極的な治療をしたがらない、または、手術に反対すると述べている。このような場合は、患者の希望が優先されなければならない。ともすると家族の主張が優先される傾向にありがちだが、患者の希望を優先した治療体制を整えられるような調整が必要である。

## 5 まとめ

新潟県内の精神病院では、それぞれの病院の努力で、精神科以外の専門医を勤務させている。2ヶ月の調査期間における入院患者の身体合併症は、軽症の身体合併症患者が多く、病院内の専門医による治療を受けている患者が多い傾向にあった。

しかし、受診のため4人以上の付添を必要とし、付添時間も最高8時間以上の例もあった。また、付添いなしで受診している患者が90人と多い背景には地域の医療機関の協力があると推測できる。

この調査は、9～10月と気候のよい時期であったが、新潟の場合は県全域が豪雪地帯でもあり、冬季の他科専門病院への受診は病院にとって更に困難を要すると推測される。

高齢化が進み精神科病棟で発生する身体合

併症を有する患者は増加が予測される。この身体合併症の問題を各病院の努力では限界がある。

精神障害者が一般の人と同じように専門的治療が受けられるようなシステム化が急務である。身体合併症重症患者については、専門的治療が受けられるように、精神病床を有する総合病院で積極的な身体医療を専門的に治療するMPUの設置が望まれる。

## おわりに

この調査は新潟青陵大学の研究助成金を得て行った共同研究である。なお、入院患者の高齢化が日々進んでいる状況の中、早急な精神障害者の身体疾患治療システムが望まれ行政を始め関係機関の検討を期待したい。

## 謝辞

本研究にあたり、アンケート調査に協力いただいた新潟県内の精神科病院に感謝する。

## 注

- 1) 精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則に関する国連決議の原則8。
- 2) 精神保健福祉研究会監修.我が国の精神保健福祉平成14年版.東京.太陽美術;2003.
- 3) 前掲注(2)548.
- 4) 大津地裁平成12年10月16日判決,判例タイム,1107号, P277)では、脳梗塞を併発した精神障害者を精神障害があること知らず一般病室に入院させた患者が、同室の患者を角材で殴打して死亡させた事件。
- 5) 福岡高裁平成8年3月18日判決,第一法規出版,文献番号28032539は精神科で入院治療を受けていた糖尿病性腎炎患者が人工透析療法を求めたところ日常管理能力がないとの理由で断られまもなく死亡した事件。
- 6) 大阪地裁平成15年5月30日判決.
- 7) 東京都は、昭和56年から「東京都精神科身体合併

症事業要綱」を作成し精神科患者身体合併症医療事業を実施している。

- 8) 樹神学、民間単科精神病院に於ける身体合併症、精神病院と身体合併症、日本精神病院協会誌、1990; 9(7): 4-8.
- 9) 前掲注(8)によると家族や他科医療機関への協力依頼を努力した結果としている。
- 10) 前掲注(8) 8.
- 11) 佐々木高伸、広島県における精神科身体合併症医療 - 実態調査および実践報告 -、日本精神病院協会雑誌1994; 13(10): 52.
- 12) 前掲注(11) 56.
- 13) 黒木宣夫、守屋裕文、精神病院・総合病院における身体合併症の現状特に総合病院精神科医療に関して、日本精神病院協会雑誌、1994; 13(10) 23.
- 14) 道下忠蔵、腎疾患等のリエゾン医療の調整システムに関する研究、精神科の医療と処遇に関する研究、1993: 77-95.
- 15) 黒木宣夫「精神病院、総合病院における身体合併症の現状<特に総合病院精神科医量に関して>」日本精神病院協会雑誌、1996; 15(12): 5.
- 16) 前掲注(14) 8.
- 17) 長尾卓夫、身体合併症調査、日本精神病院協会雑誌; 1990: 9(7) 74-75.
- 18) 高橋尚武、平見知子、田畑紳一ほか、精神科合併症と精神科救急、精神病院協会雑誌、1994: 13(10): 41.
- 19) 深井光浩、精神科併設結核病棟について。日本精神病院協会雑誌1996; 15(12) 27.
- 20) 山際成人、精神病院における合併症 - 悪性症候群、日本精神病院協会雑誌、1990; 15(12): 10-13.
- 21) 新潟県医療機関協議会、新潟県精神医療機関における病床数並びに在院患者の諸要因別統計と推移、P 7。
- 22) 前掲注(2) 549.
- 23) 前掲注(2) 549.
- 24) 五十嵐美和子、新潟撰愛病院看護師。
- 25) 「精神科病院における身体合併症をめぐる」についてのシンポジウム2003.9.20新潟青陵大学にて実施。
- 26) 金子晃一、福島昇、「機能圏域」と「医療連携」 - 総合病院精神科における2つの圏域、精神神経雑誌、1997; 99(11): 922.
- 27) 前掲注(25) 7.

## 参考文献

- 1) 野村総一郎、メディカル精神医学 合併症医療の新しいシステム、MPU、日本精神病協会雑誌、1994; 13(10): 5.
- 2) 重村淳、野村総一郎、上村秀樹、精神障害者の身体合併症システム: 東京都における合併症事業を主体に、精神神経、2003; 105(3): 339.