

# シンポジウム

## 総合病院における精神疾患患者の 身体合併症治療の概観

座長 塚田和美 長谷川 恵

第59回国立病院機構総合医学会  
(平成17年10月15日 於広島)

IRYO Vol. 61 No. 2 (128-131) 2007

### 要旨

平成17年10月に広島で行われた国立病院総合医学会において「精神疾患患者での身体合併症治療の実際と課題について」と題するシンポジウムが開かれ、筆者は座長を務めさせていただいた。そこでは総合病院に勤務する4人のシンポジストががん治療、整形外科疾患、人工透析をテーマに合併症治療の現状を報告し、問題点を指摘した。それらに共通する傾向は二次医療圏を越えて広域から依頼され、依頼元は民間単科精神病院が多いことであった。問題点としては、身体科医と精神科医の間の意志疎通が不十分であること、患者からの治療拒否、インフォームド・コンセントの困難さなどが指摘された。また合併症医療の背景には専門医や施設の不足、法的規制、経済的圧迫など、多くの問題がいまだに解決されずに山積されている。今後、新設される精神病床は総合病院内に造られるべきであり、精神疾患患者であっても精神疾患のない人々と同様に身体医療が提供されるべきである。

キーワード 合併症, 精神疾患, 総合病院

### はじめに

平成17年10月に広島で開催された総合医学会において、「精神疾患患者での身体合併症治療の実際と課題について」とのテーマでシンポジウムが企画されたが、これは大変、喜ばしい出来事である。精神疾患と身体疾患の合併症治療に携わる臨床家は精神科医、身体科医を問わず、労多くして報われることが少ない。

筆者らはなぜ、このような分野に携わるのだろうか。まともな臨床医なら、そこにニーズがあれば、

つい治療してしまうという習性を持っており、それによって専門家としての幅や深さが自然に増すのであろう。しかし精神疾患患者の身体合併症の分野は、10年ほど前の人工透析拒否事件のような社会問題となりうるほどの重大問題であることも忘れてはならないだろう。

本稿ではシンポジウムの背景となった国立病院機構の合併症治療機能を全国調査の結果などを用いて概観し、さらにシンポジウムの概要を紹介する。これらの情報は4人のシンポジストの原稿を理解するのに役立つことと思う。

国立精神・神経センター国府台病院 精神科

別刷請求先：塚田和美 国立精神・神経センター国府台病院精神科 〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

(平成18年1月17日受付, 平成18年5月19日受理)

Review for Treatment of Physical Complications in Mental Disorders at General Hospital

Kazumi Tsukada and Megumi Hasegawa

Key Words : complication, mental disorders, general hospital

## 身体合併症医療の概観

筆者らは平成11年度から13年度の3年間、厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「今後の精神医療のあり方に関する行政的研究」班において「精神科合併症システムの現状と将来」との課題で分担研究を行った。そこで精神病床を持つ国立病院機構の施設調査と症例調査を行い、さらにその結果を先行研究（施設調査5、症例調査6）と比較、検討した<sup>1)</sup>。その結果を筆者らは5つの観点から報告書にまとめたが、以下にその一部を加筆修正して紹介する。

### (1) 症例調査

あらゆる症例調査は身体合併症医療のニーズが高く、そのニーズが総合病院精神科に集中していることを示している。また民間の単科精神病院での共通の傾向は骨折、悪性腫瘍などの中等度外科系合併症の対応に苦慮しているということである。これらへの対応策は総合病院の無床精神科を有床化させるなどして合併症医療機能を充実させることであり、また内科系慢性疾患への対策は旧精神療養所の内科系医師を充実させることで、これらのニーズに応えるべきである。

### (2) 施設設備

合併症医療に対し、旧療養所が一律に同じ戦略を持つのは現実的でない。むしろ地域のニーズと、すでに確保している物的人的資源との兼ね合いで、ニーズに対応する戦略を立てるべきである。総合病院精神科においては病室の個室化、配管の整備等、精神科病棟における合併症対応のための設備の充実は重要であるが、当面はコンサルテーション・リエゾン精神医学に精力を注ぎ、他科からの信頼を得ることも重要である。

### (3) 法的制度

医療法施行規則第10条3号「精神障害者の精神病床以外の収容禁止」の削除は、身体合併症医療の推進のために必要な手続きである。また、多くの総合病院精神科へは向精神薬の大量服薬の症例の治療依頼が集中しているが、精神保健福祉法に基づく精神医療審査会からは、それらを精神病床に強制入院させる点についての理解が得られていない。最近でも「急性薬物中毒は精神保健福祉法の精神障害ではない」などと返戻が来ることがある。身体合併症に対する総合病院精神科への緊急避難的な強制入院、隔離・拘束などについては速やかに対応できるよう、精神医療審査会などに働きかけて、その運用面での

配慮を得ることが必要である。

### (4) 教育・研修システム

身体合併症医療に携わる医師、看護師の養成は通常、大学病院では不可能であるので、これは国立病院機構の重要な任務である。また研修内容は、理想論のみ聞かされて現場に帰ってもギャップの大きさに戸惑うものであれば、普及や定着は困難であろう。現状でもすぐに役立ち、意欲を高める研修こそが必要である。また身体科医の身になって考えると、合併症医療は中央の学会に報告してもおそらく業績にはなりにくいであろう。精神身体にわたる合併症に限らず、多科にわたる合併症医療は本来、臨床的にも学際学的にも評価されるべき高度な医療であるから、国立病院機構としては、これらを評価するシステムをつくるべきである。

### (5) 医療経済

国立病院機構にとって、経営改善は重要な課題であり、今後一層の工夫と努力を要する。ただし良質で安価な医療を期待する国民の期待を裏切らぬ範囲の努力もまた必要である。現行の健康保険制度は急性期に対応する総合病院精神科の経営を逼迫させ、その一方でアクティビティーの低下した精神病院療養病棟での患者の長期在院をますます助長する。これが、さし当たっての大問題である。

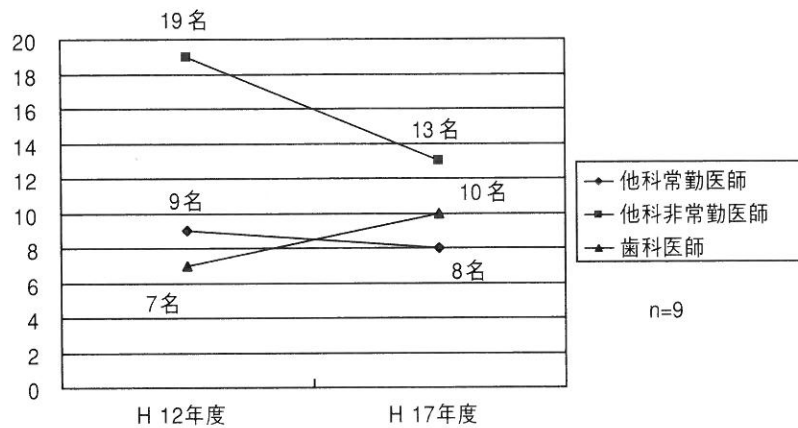
次に、筆者らは平成17年度に開始された「政策医療ネットワークを基盤にした精神医療のあり方に関する研究」班の分担研究として「身体合併症治療システムの有効性とアクセスに関する研究」を実施しているが、以下にその内容を紹介する。この研究では、上述の研究班で平成12年度に行った施設調査の5年後予後調査を実施している。

対象施設は平成17年度のアンケートに回答した国立病院機構一般病院精神科16施設と同精神科病院9施設の25施設である（表1）。精神病院9施設において、他科医師の勤務状況を追跡したところ、平成17年度には減少傾向にあった（図1）。同研究班の「精神科救急」を担当する吉住分担研究者の報告（in press）によれば、やはり精神病床の削減や精神科

表1 施設の属性

施設区分	平成12年度	平成17年度
一般病院精神科	21	16
精神科病院	16	9
計	37	25

\* H12年度：37施設送付にて回収率100%  
H17年度：35施設送付にて回収率 71%



(H12年度、H17年度の両方に回答のあった施設で比較)

図1 精神科病院における他科医師の勤務状況

表2 身体合併症治療システム

<平成12年度調査>

	発足年月	業績の公表	総合病院参加	活動性
東京都	S56.4	+	+	+
鳥取県	H10.4	+	+	+
長崎県	H11.4	-	+	+
岩手県	H12.1	-	+	+
佐賀県	H9.1?	-	±	-

表3 一般病院精神科の合併症対応能力

	平成12年度			平成17年度			
	可能	依頼	可能率	可能	依頼	不可	可能率
肺結核	5	16	31%	4	10	2	33%
出産	18	2	90%	14	2	0	88%
腎透析	13	7	65%	8	5	3	50%
HIV感染症	16	3	84%	14	2	0	88%

医および精神保健指定医の減少がみられるので、増加しているのは歯科医師のみである。一方、都道府県を単位として精神疾患身体合併症治療システムが導入され始めているが、その実態を平成12年度および17年度に調査した。5都県の実態が把握されたが、その活動性はシステムに総合病院が参加しているかどうかにかかっていることは明らかである(表2)。また一般病院精神科の特殊な合併症への対応能力を調査したが、肺結核とHIV感染症はやや増加しているものの、出産と腎透析への対応能力はいずれも低下していることがわかった(表3)。

以上のように、筆者らが5年前に提言した5項目

は政策医療に生かされておらず、むしろ後退した感がある。このため合併症医療についてはますます拠点病院への依頼が広域から殺到し、さらに後述の精神障害者の高齢化にともなう身体合併症の増加を考えれば、関係者は一層、多忙となることが予想される。

### シンポジウムの概要

以下に4名のシンポジストの報告について、その概要と筆者の感想をまとめておく。内容の詳細を知るために各シンポジストの原稿をぜひ、お読みいた

だきたい。なお、本項で使用する述語は他の項と比して不統一であるが、これはシンポジストのオリジナリティーを尊重したためである。

国立精神・神経センター国府台病院外科の青柳らは精神疾患合併患者の消化器手術群を非合併患者の消化器手術群と比較し、両群の予後に差がないこと、換言すれば定期健診の有無にかかわらず予後には差がないこと、また合併群の多くが民間精神病院からの紹介であることなどを報告し、依頼元精神科医と身体科医の間の意志疎通が不十分であると述べた。同院の精神科医が民間精神病院と同院外科との間のよき negotiator たる必要があることを痛感した。

また国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター精神科の日笠も、同院精神科の総入院患者の5-12%ががん患者であり、さらにその90%が他院からの紹介で、その半数は二次医療圏外からのものであることや、ときに患者本人からの治療拒否を受けたり認知症患者からの同意取得の困難などを報告した。身体合併症医療に特有の広い医療圏および精神障害者のインフォームド・コンセントは全国共通の問題と思われる。

一方、国立病院機構熊本医療センター精神科の渡邊は年間563例の身体合併症患者の治療に携わり、そのうち71例の整形外科合併症について、その多くが老人の転倒や飛び降り自殺企図による骨折であり、また自殺企図はそのうち22例であることなどを報告し、やはり単科精神病院からの依頼が主であると述べた。同院は総合病院内に50床の精神病棟1つを持ち、そこを拠点として少数の精神科医が合併症医療をフル回転で担っているのであるが、これがわが国の総合病院精神科の典型例である。今後、バーン・アウトせずに精神科を発展させ充実させていくことを願う。

最後に厚生連吉田総合病院精神神経科の長岡は、腎不全にて人工透析を導入された精神障害者について、平均年齢が2000年の63.8歳から2003年の65.4歳へと高齢化していること、さらには精神障害者全体の高齢化、糖尿病の有病率の増加のため、今後は腎不全をとともう精神障害者の増加が予測されることを報告し、透析患者の長期在院化の問題、患者からの治療拒否の問題、紹介元の単科身体科の医師が精神障害を診断できないことなどの問題点を指摘した。1991年に九州のある公的総合病院が統合失調症

を理由に人工透析を拒否し、そのために患者が死亡した事件は、まだ筆者の記憶に新しいのであるが、状況は刻々と変化していることを痛感させられた。ただし前項で述べたように、国立病院で人工透析を施行できる施設は減少しているようであり、相変わらず厳しい状況にあると思われる。

---

## ま と め

以上をまとめると、総じて精神疾患への身体合併症治療のニーズは非常に多いにもかかわらず、対応できる施設は限られ、人手も手厚いとはいえない。さらには精神疾患患者の高齢化にとともう身体合併症の増加が見込まれる将来、状況はますます悪化していくと思われる。

現在の精神医療の重大問題には、ほかに精神科救急、医療観察法などが挙げられ、その実務は単科精神科医療施設に担わせるのが当然と考えられがちであるが、これは問題である。筆者は以前、こんな話を先輩から聞いた。ある精神科の開放病棟に入院中の慢性患者が体の不調を主治医に訴えたが、取り合ってもらえない。そこで彼は外出して近隣の一般科病院を受診し、はたして初期の悪性腫瘍と診断されたので、その外科病棟に転院して治療を受け、その後にも、開放病棟に戻ってきたという。精神科の主治医は患者が転院したあと、やっとその事実気付いたという笑えない笑い話である。身体拘束をはじめとして行動制限を受けている急性期治療病棟や司法病棟の患者たちに、この患者のような幸運は決して訪れない。

精神疾患患者であっても精神疾患のない人々と同様に身体医療が提供されるべきというのが筆者らの身体合併症医療の理念である。その実現のためには今後、開設される精神病棟はみな、総合病院のなかに造られるべきであろう。

---

## [文献]

- 1) 塚田和美, 渡邊健次郎, 榎本哲朗ほか: 精神科合併症治療システムの現状と将来. In: 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「今後の精神医療のあり方に関する行政的研究」総括報告書, 宇野正成ほか, p.157-168, 2002