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
—運動器疾患をともなう精神疾患患者—

渡邉健次郎

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（136－139）2007

要旨　当院は精神科病床を有する総合病院であり多くの救急患者を受け入れている．平成16年度の救急患者のなかで運動器疾患をともなう精神疾患患者で当院精神科病棟に入院した症例について性別，年齢構成，自殺企図の有無，自殺企図の手段，診断名，入院経路，入院期間，転帰などについて分析を行った．その結果，当院の精神科病棟における運動器疾患をともなう精神疾患患者の治療においては，精神科病院から紹介になる大腿骨頸部骨折を中心とした骨折の治療と，自殺企図にともなう骨折および外傷の治療が中心であり入院期間も短期間であった．また，症例を呈示することにより運動器疾患をともなう精神疾患患者の治療における特有の問題点について考察した．さらに，総合病院精神科における運動器疾患を含めた身体合併症を有する精神疾患患者の治療における課題や問題点を提起し，身体合併症治療を含む精神科救急における総合病院精神科の果たすべき役割についても言及した．

キーワード　身体的精神医学，身体合併症，運動器疾患，総合病院精神科，精神科救急

国立病院機構熊本医療センターは精神科病床50床を有する，総ベッド数550床の総合病院である．当院では，年々救急患者数が増加しており平成16年度には約14,000名（救急車での搬入：5,300名）の救急患者が受診した（図1）．全救急患者のうち約1割は精神科に関係しており平成16年度は精神科関連の救急患者数は1,448名であった．

平成16年に当院での精神科に関連した入院患者は843名であったが，そのうち身体合併症を有する精神障害の患者は563名であった．身体合併症症例のなかで運動器疾患を有する患者で当院精神科病棟に入院した患者は71名であった．その内訳は，男性は34名で，女性は37名であった．また，自殺・自傷行為の患者は201名であった（表1）．

運動器疾患患者71名中の自殺企図患者は22名で，その手段は飛び降りが15名，刃器が4名，交通事故が2名，縊頸が1名であった．

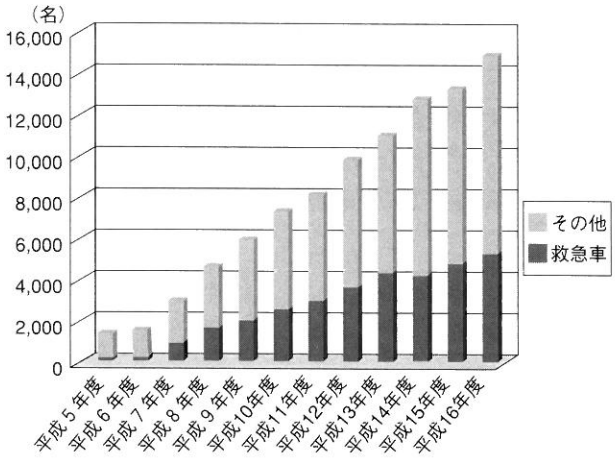

図1　年度別救急患者数

国立病院機構熊本医療センター　精神科
別刷請求先：渡邉健次郎　国立病院機構熊本医療センター　精神科　〒860-0008　熊本市二の丸1－5
Psychiatric Patients with Locomotor Disease　Kenjirou Watanabe
Key Words: medical psychiatry, somatic complication, locomotor disease, general hospital psychiatry, psychiatric emergency

表1　入院患者の内訳

総　　数	843名（男性 394名，女性 449名）
入院病棟	精神科　573名　一般　270名
合併症	あり　563名　なし　280名
運動器疾患	71名（男性 34名　女性 37名）
自殺企図	あり　201名　なし　642名

表2　整形外科的診断名（総数71名）

・骨　　折	51名
大腿骨頸部骨折	21名
飛び降り自殺による骨折	14名
その他	16名
・打　　撲	5名
・リストカット	3名
・炎　　症	2名
・その他（椎間板ヘルニアなど）	10名

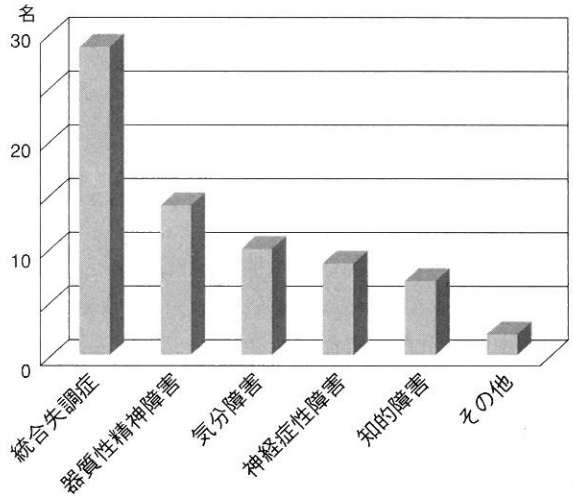

図2　精神科診断

運動器疾患の整形外科的診断名は，51名が骨折で，そのうち老人の大腿骨頸部骨折が21名を占めており，次に飛び降りによる骨折が14名を占めていた．その他には，打撲が5名，リストカットが3名，炎症が2名でヘルニアを含むその他の疾患が10名であった（表2）．

運動器疾患患者の精神科の診断は，統合失調症が29名で最も多く，次に認知症を中心とした器質性精神障害が14名，気分障害が10名，神経症性障害が9名，知的障害が7名でその他が2名であった(図2)．

運動器疾患患者の入院経路は，42名が精神科病院からの紹介で，救急病院からの紹介が11名，一般病院からの紹介が8名，老健施設からの紹介が3名で

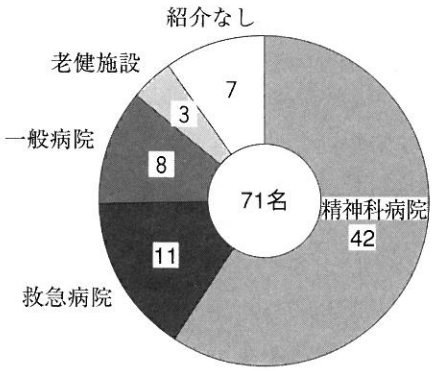

図3　入院経路

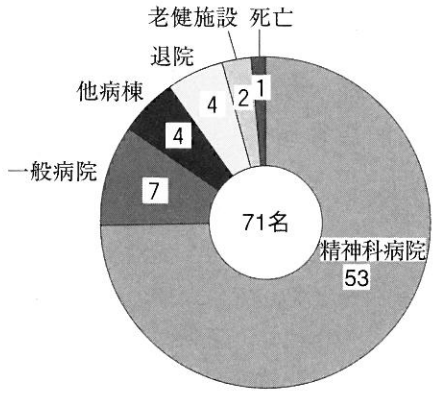

図4　転帰

表3　入院期間

～1週間	19名
～1カ月	50名
～2カ月	64名
2カ月以上	7名

（在院日数平均：25.0日）

紹介なしが7名であった（図3）．転帰としては，精神科病院へ53名が転院となり，一般病院に7名が転院し，他病棟に4名が転棟し，退院となった患者が4名で老健施設に2名が戻り，1名が死亡退院となった（図4）．

入院期間については，在院日数平均は25.0日で，1週間以内に19名が退院し，1カ月以内に50名が退院し，2カ月以内に64名が退院した．2カ月以上入院継続になったのが7名であった（表3）．

このように，当院における運動器疾患をともなう精神疾患患者の特徴は，精神病院から紹介になる大腿骨頸部骨折を中心とした骨折の治療と，自殺企図にともなう骨折および外傷の治療と考えられた．さらに，在院日数平均が短いことが特徴である．また，転帰としては，紹介元の医療機関に逆紹介すること

である．身体疾患を有する精神障害患者においては，身体面の治療が優先されることは当然であるが，同時に精神障害の治療も必要である．このような，症例に対応する場所としては，当院のような総合病院の中の精神科病棟が最も適切であると考えられる．しかしながら，身体疾患をともなう精神疾患患者の治療においては，多くの問題点や課題がある．

次に，当院で経験した症例について報告し問題点や課題について検討する．

症　例

・症　例：32歳　男性

・診　断：うつ病

・生活歴：

高校時代は，ボクシングで九州ブロックのチャンピオンになったこともある．高校卒業後渡米し中学校の臨時教師などをしていたが，ある年に帰国した．

・現病歴：その年12月，運転中にトラックと衝突する交通事故にあい救急病院で治療を受けた後脊髄損傷となりリハビリ目的で翌年２月にリハビリ病院に転院した．希死念慮が強く，翌年８月には，午前３時頃ベッドから降りて廊下に這(は)って出て車椅子に手をかけようとしたところを発見された．リハビリ病院では精神症状に対して対応できないために翌年８月，精神科での治療目的で当院に紹介された．会話は落ち着いて話すが，「尿便失禁の状態では，自殺するしかない」と話すため，精神科的治療および精神科病棟への入院を勧めたが本人が精神科病棟を拒否するために一般病棟に入院となった．翌年８月，リハビリ病院の主治医が来院し，その説得に応じて精神科病棟に任意入院となった．身体状況は，両下肢運動麻痺，両下肢感覚麻痺，尿便失禁状態であった．

・入院後経過：

当院入院後当初は，「このような身体になり死ぬしかない」となげやりな態度を認めていたが，時間を決めて精神療法を行うと同時に過保護的になっていた両親に対する本人への対応についてアドバイスを行った．その後，自宅での生活ができるようになることを目標としてリハビリを希望するようになってきた．病棟での生活にも落ち着きが出てきて拒否的な点もみられなくなった．今後のリハビリ目的で翌年10月，リハビリテーション病院に転院となった．

この症例においては，脊髄損傷のために，両下肢麻痺，尿便失禁となったために，うつ状態となり，無気力状態で希死念慮も出現してきたために，当院に紹介となり治療を行った．まずは，希死念慮が強いために再自殺防止への対策が重要であった．そのために，前医や臨床心理士，家族などと連携して本人へ濃密な心理的支持を行った．さらに，「自宅に帰って生活する」ことを目標として設定し家族を中心としたサポートシステムを構築することで次第にリハビリへの意欲や生きる希望などが芽生えてきた．結果的には，元のリハビリ病院へ転院が可能となったケースである．

考　察

このように，運動器疾患をともなう精神疾患患者における問題点としては，再自殺の防止や，治療意欲が欠如している患者への対応が重要であるが，その他にも身体的にも，精神科的にも治療が長引く例では転院または退院が困難で入院期間が長期におよぶことが挙げられる．また認知症，知的障害，統合失調症など治療に対する理解が浅い患者では安静が保てない，治療拒否，身体拘束などの問題が生じる．さらに，無為，好褥等の患者では，褥瘡，腸管麻痺などが問題となる．

運動器疾患をともなう精神疾患ばかりでなく，精神疾患患者での身体合併症治療においてはその他にもいくつかの問題がある．それは，合併症治療においては身体的治療に加えて精神科的治療も同時に行う必要があり，さらに身体的処置においては，病識が不十分で治療に対する理解が浅い患者が多いために一般の身体的治療よりも看護師などの労力を要するにもかかわらず，診療報酬上で正当に評価されていないことである．また，従来の精神科病棟での身体合併症治療は設備の面で不十分であることや，従来行っていた精神障害患者へ医師や看護師が十分な時間がとれなくなり，精神科治療の機能が低下することが挙げられる．このように，身体合併症治療には，問題が多いが今後も高齢化にともないその需要は増加することが考えられ，精神科救急医療とも切り離すことはできないこともあり，有床総合病院精神科においては各地域の精神科救急医療システムのなかで果たすべき役割は大きいものと考えられる．

［参考文献］

1）計見一雄：精神科救急医療システムに関する研究．平成6年度厚生科学研究「精神保健医療対策の推進手法に関する研究」報告書，p.15-40，1995

2）岩淵正之，江畑敬介：精神障害者に対する身体合併症医療の実際．新興医学出版社，東京，p.253-290，1996

3）木保正彦，堀口淳，佐々木高伸ほか：身体合併症治療システムに関する研究―合併症治療システムを含めた精神科救急システムの提言も含めて―．臨精医　26：475-483，1997

4）白石弘巳，守屋裕文：日本における精神科救急医療の現状と問題点．臨精医　29(12)：1545-1552，2000

5）渡辺信夫，本田荘介，渡邉健次郎ほか：国立熊本病院における自殺企図者と合併症患者の治療の現況．精神救急　4：55-59，2001

6）本田荘介，森健太，水谷えりかほか：国立熊本病院に搬入された自殺企図患者の検討．国立熊本病院医学雑誌　創刊号：31-34，2001

7）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　総括研究報告書：主任研究者　宇野正威，齋藤治」班編，2002

8）厚生労働省精神・神経疾患研究委託費　14指－1「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」総括研究報告書　平成14－16年度：主任研究者　齋藤治班編，2005