

## 科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成24年10月30日現在

機関番号：13101

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2009～2011

課題番号：21659528

研究課題名（和文） 精神科入院患者の身体合併症対策についての官民共同システムの構築に関する研究

研究課題名（英文） An organization of a government-private sector joint system for psychiatry patient's body complication

研究代表者

中村 勝（NAKAMURA MASARU）

新潟大学・医歯学系・教授

研究者番号：30306237

研究成果の概要（和文）：

精神科病院では身体合併症患者が増加している実態が明らかとなった。院外他科受診している患者割合も比較的高く、受診依頼・転院先は公立総合病院、個人病院が多かった。最近1年間の依頼件数は31件以上が25.1%となっており、断られた件数は1～3件が35.5%、0件が28.6%、4～6件が15.6%となっており、自治体により格差があることが推察された。理由としては、精神症状への対応が困難、空床なし、他患者への影響があり、転院先が見つからない背景には精神科患者ゆへの受入れ拒否があると捉えられていることが分かった。現在の治療枠組みの機能についてはどちらともいえない40.3%、機能していない36.4%、機能している21.6%と若干の差はあるものの自治体間に格差があるためか結果が分かれた。精神科病院が行政に望むことでは、受入体制の整備、指導的関与があげられており、受診をスムーズにするための調整システムの構築が必要とする回答が多かった。一方、身体科病院では入院患者の1～5%が精神疾患を合併していると38%が回答しており、そうした患者の対応では民間精神科病院に転院依頼37.6%がなされ、公立精神医療機関への依頼は9.5%にとどまっていた。病床数の限界から民間精神科病院に頼らざるを得ない実態の一端がうかがわれる。しかし、精神科病院に断られたことがあるが66.9%、その理由として身体疾患への対応困難31.6%があり、必ずしもスムーズには機能していないことが推察される。精神科病院からの転院依頼を断ったことがあるが51.0%あり、理由として精神症状増悪時の対応困難26.5%、空床なし22.0%、他患者への影響13.1%があげられている。構造としては互いに必要とする専門医の未整備がある。身体科病院管理者が考える現在の治療枠組みについてはどちらともいえない47.3%、機能していない27.0%、機能している20.5%と精神科病院の管理者が考える構造と相似していた。身体科医師は精神科診療を兼務することについてはよくない41.4%と回答し、課題として精神科医の雇用・確保32.8%、精神科診療技術の向上23.4%、看護師の精神科看護技術の向上15.6%をあげながらも精神科病院も身体科に対応できる体制を整備すること35.4%、都道府県レベルで受療システムを整備する必要があること33.3%と回答している。これらのことから精神科病院においても身体科病院においても互いに必要とする患者問題を抱えながらも独自に対応しつつ、かつ行政に対する受療調整機能の確立を求める意向が強いことが明らかになった。どのようなシステムが必要かを考えるときに東京都の例は重要な先例になると思われる。

研究成果の概要（英文）：

Body complication patients are increasing in number to the psychiatry hospital. The patient to whom the sickness is becoming more serious is contacting the public general hospital and the private hospital. The psychiatry hospital is doing the hospitalization request 31 times or more in one year. However, for a psychiatry patient, hospital treatment is refused. On the other hand, there is a patient who has a psychosis even in a general hospital. A general hospital introduces a patient to a private psychiatry hospital. However, hospital treatment is refused for reasons of the sickness of a body. The administrator of a hospital expects an administrative. An administrative makes the structure which carries a psychiatry patient to a general hospital and carries out hospital treatment. The structure is already in Tokyo.

However, no districts other than Tokyo have a structure. It is expected in future.

#### 交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2009年度	900,000	0	900,000
2010年度	600,000	0	600,000
2011年度	200,000	60,000	260,000
総計	1,700,000	60,000	1,760,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学、地域・老年看護学

キーワード：精神看護学・身体合併症

#### 1. 研究開始当初の背景

身体科病院における精神科入院患者の治療受け入れ拒否の実態は以前から指摘されていた。しかし、精神科患者の受療に対する意思決定の問題、治療費支払い能力の問題、偏見に伴う治療範囲制限の問題（人権軽視の風潮）、そして医療従事者の当事者意識の希薄さなどから、そうした現実には深刻に受け止められてこなかった。2000年以降は徐々に勤務病院の実態報告がなされるようになり、著しい精神症状や家族が転院を拒否しているなどの理由から転院先が見つからないことがあり、また受入れ側である身体科病院の看護師が患者の不穏状態への対応に困惑する、患者とコミュニケーションが図りづらいなどの理由が背景にあることも明らかになってきている。しかし、研究は少なく、問題解決のための検討はほとんど行われていなかった。その一方で精神科入院患者の身体合併症は年々、深刻さを増しており、神奈川県下で行われた調査では精神科入院患者の合併症有病率は67.0%、1人が平均2.14件の合併症に罹患しており、疾患では消化器疾患、大腿骨頸部骨折などの外傷、悪性腫瘍、呼吸器疾患が多いとし、合併症への対応は主治医が約60%、院内他科医が20.9%、院外他科医が17.2%で、転院する患者では肺炎、腸閉塞、骨折の3者で全体の67.5%を占めていた。このように精神科病院では身体合併症患者への対応が早急の課題となっていることがわかった。これらを勘案し、実態の把握から対応策を検討することで、官民が共同し、身体合併症対策に臨む体制を整備すれば身体合併症対策は十分に可能ではないかと考えた。

#### 2. 研究の目的

精神科入院患者は長期間にわたる抗精神病薬の服用と高齢化に伴い、身体合併症をもつ者が多いが、精神病患者であるがゆえに治療

の受入れを拒否する身体科病院も少なくない。そこで本研究では、

(1) 精神科入院患者の身体合併症への対応の現状と身体科病院が患者の受入れを拒否する現状

(2) 身体科病院が精神科入院患者の受入れを拒否する理由と精神科病院からの受入れ要請に応じられるための管理体制

(3) 精神科入院患者の身体合併症に柔軟に対応でき予防対策を効果的に進める官民共同システムの構築

以上の3点について検討することとした。

#### 3. 研究の方法

官民共同システムの構築をめざし、1～2年目は質問紙調査を実施し、現状の把握と課題を見出し、それらの課題分析を通して精神科入院患者の身体合併症対策モデルを考察、提言することにした。

##### (1) 調査1

コンピュータ検索を利用し、病院内に他科を持たない、いわゆる単科の精神科病院約1200か所を抽出し、病院長あてに協力依頼書、同意署名を兼ねた質問紙、返信用封筒を同封し郵送した。回答期間は1カ月間とし、期限内に回収できた回答内容を分析対象とした。質問内容は、病院の基本情報のほか過去1年間の身体合併症患者数の現状と動向、他科受診、転院依頼の現状などとした。

##### (2) 調査2

コンピュータ検索を利用し、さまざまな設置基盤、区分の一般病院約1500か所を抽出し、病院長あてに協力依頼書、同意署名を兼ねた質問紙、返信用封筒を同封し郵送した。回答期間は1カ月間とし、期限内に回収できた回答内容を分析対象とした。

質問内容は、基本情報のほか、精神疾患をもつ患者の動向、精神科病院から転入（入院治療）依頼件数、受入れ件数、受入れ条件の有

無、精神科病院との連携・協力関係についてなどである。

#### 4. 研究成果

(1) 調査1: 配布総数 1228 部、回収数 237 部 (19.3%)、有効回答数 231 部 (18.8%)。対象は全病床数 201~250 床の精神科病院が最も多く、併設診療科目は内科 147 (64.5%)、歯科 53 (23.2%)、外科 12 (5.3%)。合併症対応病床は 1~4 床 83 (35.9%)、6~10 床 39 (16.9%)、11~15 床 18 (7.8%) であった。院内他科医は、いる 197 (85.3%) で、内科 186 (51.1%)、歯科 61 (16.8%)、外科 60 (16.5%) その他 57 (15.6%) であった。身体合併症患者の動向では増加している 196 (84.8%)、増加していない 32 (13.9%)。入院患者に占める身体合併症患者の割合は 16~20% が 35 (15.2%)、6~10% が 32 (13.9%)、61% 以上が 27 (11.7%)。院内他科医受診患者の割合は 16~20% が 50 (21.6%)、1~5% が 38 (16.5%)、11~15% が 30 (13.0%)。院外他科医受診患者の割合は 1~5% が 90 (39.0%)、6~10% が 53 (22.9%)、11~15% が 30 (13.0%)。受診依頼先機関は公立総合病院 141 (33.7%)、精神科のない個人病院 103 (24.6%)、契約・提携病院 67 (16.0%)、大学病院 48 (11.5%)、系列病院 15 (3.6%)。転院依頼先機関は公立総合病院 144 (32.4%)、精神科のない個人病院 66 (14.9%)、契約・提携病院 65 (14.6%)、大学病院 60 (13.5%) であった。最近 1 年間の転院依頼件数は 31 件以上 58 (25.1%)、10~12 件 34 (14.7%)、4~6 件 27 (11.7%)。最近 1 年間に転院を断られた件数は 1~3 件 82 (35.5%)、0 件 66 (28.6%)、4~6 件 36 (15.6%)。転院を断られた理由では精神症状への対応が困難 124 (32.3%)、空床なし 107 (27.9%)、他患者への影響 39 (10.2%)、付き添い者がいない 36 (9.4%) であった。転院先が見つからない理由では、精神科患者ゆえの受入れ拒否 127 (40.2%)、精神症状の著しさ 117 (37.0%)、家族の転院拒否 41 (13.0%) であった。転院先からの受入れ条件では、対処後の早期引き取り 152 (27.8%)、他患者から苦情が出た場合の速やかな引き取り 128 (23.4%)、患者・家族からの同意の確認 87 (15.9%) であった。強制的な引き取り要請は、ない 116 (50.2%)、ある 112 (48.5%) であった。現在の治療枠組みは円滑に機能しているかについては、どちらともいえない 93 (40.3%)、機能していない 84 (36.4%)、機能している 50 (21.6%) であった。現在の治療連携の状況から生じやすい問題としては、リハビリテーションが実施できない 95 (21.7%)、合併症の早期治療が困難 85 (19.5%)、身体科病院では精神疾患への対応が困難なため精神症状が悪化しやすい 78 (17.8%) であった。身体合併症患者の増加による身体科病院との協力・連携関係の変化

では、精神科病院で合併症患者に対応できる体制の整備が必要 131 (56.7%) が最も多く、公的医療機関を中心とする新たな受療システムの構築 118 (51.1%)、精神科医が身体科診療を行う必要 106 (45.9%)、依頼しても受け入れてもらえなくなる 103 (44.6%) であった。精神科医が身体科診療を兼務することについては、よい 103 (44.6%)、どちらともいえない 69 (29.9%)、よくない 54 (23.4%) で、合併症患者が増加したことにより精神科診療が妨げられる現状は、ある 157 (68.0%)、ない 69 (29.9%) であった。身体合併症への対応を整備・拡充していく構想については、ない 97 (42.0%)、ある 82 (35.5%)、どちらともいえない 52 (22.5%) であった。現状から対応の整備・拡充を考えるとときに重要となることでは、看護師の身体科技能の向上 57 (24.7%) が最も多く、他科医の雇用 52 (22.5%)、精神科医の身体科技能の向上 50 (21.6%) であり、予想される困難として、他科医の確保 54 (23.4%)、精神科医の負担増加 50 (21.6%)、医療事故発生の懸念 42 (18.2%) であった。身体合併症への対応について行政に望むことを自由回答で求めたところ、「受入体制の整備」「診療報酬の見直し」「行政の指導的関与」「マンパワーの確保」「教育システムの構築」の категорияに分類された。同様に身体科病院に望むこととしては「偏見の是正と精神疾患の理解」「受入体制の整備・強化」「連携強化」に分類された。

(2) 調査2: 配布総数 1507 部、回収数 272 部 (18.0%)、有効回答数 263 部 (17.4%)。対象は全病床数 101~200 床の市町村立病院 104 (39.5%) が最も多く、精神科病床 0 が 213 (81.0%) であった。精神科医は勤務していない 120 (45.6%) が最も多く、常勤 92 (35.0%)、非常勤 51 (19.4%) で、特定の精神科病院と提携している 38 (14.4%) であった。入院患者が精神疾患を発症するケースは、変わらない 130 (49.4%)、やや増加 78 (29.7%)、増加 34 (12.9%) で増加傾向がみられ、合併症患者は全入院患者の 1%~5% が 100 (38.0%) と最も多く、6%~10% が 33 (12.5%)、11%~20% が 29 (11.0%) であった。患者対応では民間の精神科病院へ転院依頼 99 (37.6%) が最も多く、自院の精神科医が対応 80 (30.4%)、公立精神医療機関へ転院依頼 25 (9.5%) であった。昨年 1 年間に転院を依頼した件数は 0 件 49 (18.6%) が最も多く、10 件 21 (7.9%)、2 件 18 (6.8%) であった。精神科病院に転院を断られることは、ある 176 (66.9%)、理由は身体科への対応困難 83 (31.6%) が最も多く、空床なし 74 (28.1%)、その他 17 (6.5%) であった。精神疾患患者の外来受診については、変わらない 99 (37.6%) が最も多く、やや増加 81 (30.8%)、増加 35 (13.3%)。外来受診依頼件数は、変わらない 149 (56.7%) が

最も多く、やや増加 56(21.3%)、増加 19(7.2%)。昨年 1 年間に依頼されたのは 0 件 44(16.7%)、5 件 19 (7.2%)、20 件 14 (5.3%) であった。精神疾患患者の入院件数は、変わらない 125 (47.5%) が最も多く、やや増加 67 (25.5%)、増加 20 (7.6%)。転入依頼は、変わらない 135 (51.7%) が最も多く、やや増加 59 (22.4%)、増加 16 (6.1%)。昨年 1 年間に転入を依頼されたのは 0 件 53 (20.2%)、5 件 19 (7.2%)、10 件 12 (4.6%) であった。転入の条件は、ある 151 (57.4%) で、対処後の早期引き取り 86 (27.8%) が最も多く、患者の受療意思と家族の同意確認 74 (23.9%)、苦情が出た際の早期引き取り 47 (15.2%) であった。精神科病院からの転入を断ったことは、ある 134 (51.0%) で、理由は、精神症状増悪時の対応困難 71 (26.5%)、空床なし 59 (22.0%)、他患者への影響 35 (13.1%) であった。患者の早期引き取りの要請は、ない 107 (40.7%) であった。身体合併症の治療の枠組み(治療完了までのプロセス)は円滑に機能しているかについては、どちらともいえない 115 (43.7%) が最も多く、機能していない 71 (27.0%)、機能している 54 (20.5%) で、機能していない理由として、精神間への対応が困難で症状が悪化しやすい 93 (28.7%)、最低限の処置のみで引き取ってもらう 86 (26.5%)、引き受ける病院に集中しやすい 72 (22.2%)。精神科病院との連携・協力関係の変化については、精神科病院でも身体科に対応できる体制を整備する必要がある 135 (35.4%)、都道府県レベルで受療システムを整備する必要がある 127 (33.3%)、精神科患者の受入れはますます困難となる 54 (14.2%) であった。身体科医が精神科治療を兼務することは、よくない 109 (41.4%)、どちらともいえない 106 (40.3%)、よい 46 (17.9%) で、身体科診療の妨げになる 159 (60.5%) であった。今後、受入れを推進していく構想は、ない 155 (58.9%)、どちらともいえない 80 (30.4%)、ある 28 (10.6%)。改善していく課題としては、精神科医の確保 21 (32.8%)、身体科医の精神科診療技能の向上 15 (23.4%)、看護師の精神科看護技能の向上 16 (15.6%) であった。

(3) 以上からの検討として、精神科および身体科病院では共に身体合併症患者の処遇について相互の協力を必要としていることが明らかになった。しかし、東京都など一部の自治体を除き、多くの自治体では受診調整機能や具体的な方法・規定を設けているわけではなく病院間の信頼が及ぶ範囲で対応していることが明らかになった。自由回答で求めた質問項目の分類からは行政に対して官民が一体となった身体合併症対応システムの構築を求める考えが多く示され、実際に東京都など行政が受診調整の機能を果たしている自治体では問題なしとの回答を多く得て

いることから早急に官民共同で身体合併症に対応するシステムを構築すべきであると考え。

## 5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計 2 件)

- ① 中村勝、精神科病院と身体科病院の治療連携に伴う問題点 今後の課題 (第一報) -精神科病院管理者からみた精神科身体合併症患者の現状-、日本看護学会論文集(地域看護)、査読有、第 41 回、2010、127-130
- ② 中村勝、精神科病院と身体科病院の治療連携に伴う問題点 今後の課題 (第二報) -精神科病院管理者からみた治療連携の課題-、日本看護学会論文集(地域看護)、査読有、第 41 回、2010、131-134

[学会発表] (計 4 件)

- ① 中村勝、精神科病院と身体科病院の治療連携に伴う問題点 今後の課題 (第一報) -精神科病院管理者からみた精神科身体合併症患者の現状-、第 41 回日本看護学会(地域看護)、2010 年 10 月 14~15 日、滋賀
- ② 中村勝、精神科病院と身体科病院の治療連携に伴う問題点 今後の課題 (第二報) -精神科病院管理者からみた治療連携の課題-、第 41 回日本看護学会(地域看護)、2010 年 10 月 14~15 日、滋賀
- ③ 中村勝、神崎由紀、精神科入院患者の身体合併症対策としての官民共同システム構築に関する研究 (第一報)、第 69 回日本公衆衛生学会、東京、平成 22 年 10 月 27~29 日
- ④ 神崎由紀、中村勝、精神科入院患者の身体合併症対策としての官民共同システム構築に関する研究 (第二報)、第 69 回日本公衆衛生学会、東京、平成 22 年 10 月 27~29 日

## 6. 研究組織

### (1) 研究代表者

中村 勝 (NAKAMURA MASARU)

新潟大学・医歯学系・教授

研究者番号：30306237