

身体診療科共観目的で精神科病棟に入院した 精神障害患者について

奈良県立医科大学精神医学教室

鶴 蘭 琢 也, 広 瀬 高 志, 松 山 光 晴
松 村 一 矢, 橋 野 健 一, 田 原 宏 一
青 山 富 貴 子, 平 井 基 陽, 井 川 玄 朗

PSYCHIATRIC PATIENTS WHO WERE ADMITTED TO THE PSYCHIATRIC WARD FOR THE PURPOSE OF TREATING SOMATIC ILLNESS

TAKUYA TSURUZONO, TAKASHI HIROSE, MITSU HARU MATSUYAMA,
KAZUYA MATSUMURA, KENICHI HASHINO, KOICHI TAHARA,
FUKIKO AOYAMA, MOTO HARU HIRAI and GENRO IKAWA

The Department of Psychiatry, Nara Medical University

Received March 1, 1991

Summary : Some psychiatric cases are complicated by somatic illnesses during the treatment of mental disorder. This can become a troubling question for psychiatrists. For example, it may become a subject of discussion whether a psychiatric outpatient who suffers from severe diabetes mellitus should be treated in the psychiatric ward.

We examined 57 patients who were admitted to the psychiatric ward in the general hospital for the purpose of treating somatic complications. The patients had already suffered from mental disorders, and moreover, they were complicated by somatic illnesses. Somatic illnesses were relatively severe so that each somatic specialist cooperated with psychiatrists on treatment.

Mental disorders were schizophrenic disorder (N=30), mental retardation (N=8), dementia (N=6) and others. They were diagnosed by the criteria of DSM-III. Of the 57 patients 46 were transferred from other institutions. Eleven were our out patients before admission.

Among the purposes of admissions surgery was the most common (N=38). But in four cases operations were suspended after admission because of rejection by the patients (N=2) or the difficulties of postoperative management (N=2),

Fifty patients were treated in the psychiatric ward throughout their admissions. Only seven cases were transferred to the "somatic" ward in the same hospital after admission to the psychiatric ward.

Two patients died in the psychiatric ward.

Index Terms

somatic complication, general hospital psychiatry, psychiatric ward

はじめに

精神疾患は一般に罹病期間が長く、入院外来を問わずその治療中に身体疾患を合併することがしばしば経験される。また人口の老齢化により精神疾患患者自体の老齢化、ひいては身体合併症の増加は当然予想されるところである。その場合必要な医療を施すためにはいくつかの困難があるように思われる。たとえば身体合併症専用の病室のない場合、身体診療科（以下身体科と略す）・精神科いずれの病棟で診療を行うかが問題となることがある。身体科病棟では精神疾患の対応に苦慮し、精神科病棟では身体疾患に対する設備や看護スタッフを含む環境の不備が指摘されよう。

奈良県立医大付属病院精神科病棟は合併症専用病棟は持たないが、身体合併症のある精神疾患患者を比較的多く受け入れてきた。今回われわれは、身体合併症のため当科病棟へ転院ないし入院となった症例について実態を調査したので若干の考察を加えて報告する。調査は主に診療録に基づいて行った。

対象と調査結果

対象は1984年4月1日から1989年3月31日までの5年間に於いて身体科による身体合併症診療のために当科に入院となった男性35例、女性22例の計57例(実数54名)である。平均年齢は48.8才であった。身体疾患があっても軽微なため身体科共観を要しなかったものは除いた。基礎精神疾患は、DSM-IIIによる診断基準に従って分類した(Table 1)。精神分裂性障害が30例で過半数を占め、以下精神遅滞8例、痴呆6例が続いた。パラノイアが3例あったが、これは同一症例の三回の入院によるものである。

Table 2は当科入院への経路である。単科精神病院よりの転院が45例78.9%であった。このうち大半は、当科がまず依頼を受け身体科へさらに依頼するという経路であったが、一部は身体科がすでに外来診療を行っており、入院加療が必要となったため精神科病棟入院につき診察を依頼された場合もあった。当院精神科外来通院中に身体合併症を起こし、身体科による加療を要したものは11例で、このうち3例は精神症状の悪化と関連した自殺企図であったが、残り8例は精神症状と無関係と思われる身体疾患または事故によるものであった。

総共観科数は、一症例で同時に複数の身体科共観があったため全症例数より多い61であった(Table 3)。このうち外来共観は5例で、内科治療や精密検査のための入院であった。外科が16例(26.2%)と最も多く、次いで

整形外科と内科がいずれも13例21.3%であった。産婦人科と口腔外科も多く、全体として外科系の診療科が目立った。全例とも精神科病棟へ入院したが、短期間にせよ身体科病棟へ転棟したのは7例12.3%にすぎず(そのうち精神科へ再転棟は3例)、その平均期間は23.6日であった。転棟理由は外科手術のためが多く(5例)、その他分娩のためと胆嚢ガン末期のケアのため身体科病棟で診療を受けたものがそれぞれ1例ずつあった。

Table 1. Number of psychiatric patients diagnosed by the criteria of DSM-III

	Number	%
Schizophrenic disorder	30	52.6
Mental retardation	8	14.0
Dementia	6	10.5
Affective disorder	5	8.8
Paranoia	3*	5.3
Atypical psychosis	2	3.5
Organic personality syndrome	1	1.8
Alcohol dependence	1	1.8
Schizophreniform disorder	1	1.8
Total	57	100

* The same patient

Table 2. Situation before admission to our hospital

	Number	%
Mental hospital	45	78.9
Psychiatric outpatient	11	19.3
Outpatient of physician's office	1	1.8
Total	57	100

Table 3. Somatic department which cooperated with us

	Number	%
Surgery	16	26.2
Orthopedics	13	21.3
Internal medicine	13	21.3
Obstetrics and gynecology	5	8.2
Oral surgery	5	8.2
Dermatology	3	4.9
Urology	3	4.9
Ophthalmology	2	3.3
Otorhinolaryngology	1	1.6
Total	61	100

Table 4. Somatic complication-1

Surgery	Number	Orthopedics	Number
Cholelithiasis	4	Fracture of collum femoris	5
Inguinal hernia	2	Fracture of ulna	2
Swallowing of foreign body	2	Fracture of pelvis	1
Thymoma	2*	Pressure fracture of lumbar vertebra	1
Gastric ulcer	1	Metatarsal fracture and dislocation of ankle joint	1
Cancer of the esophagus	1	Circulatory failure of extremities	1
Cancer of the colon	1	Rupture of tendon of extensor digitorum muscle	1
Ileus	1	Incised wound of neck and bilateral wrists	1
Brain tumor	1		
Pleurisy	1		
Total	16	Total	13

* The same patient

Table 5. Somatic complication-2

Internal medicine	Number	Oral surgery	Number
Diabetes mellitus	4	Osteomyelitis of mandible	2
Lung cancer	1	Alveolar abscess	1
Cancer of the gall bladder	1	Alveodental cyst	1
Esophageal varices	1	Fracture of mandible	1
Esophageal ulcer	1		
Acute renal failure	1	Total	5
Basedow's disease	1		
Idiopathic thrombocytopenia	1	Obstetrics and gynecology	Number
Acute colitis	1	Interruption of gestation	3
Postoperation of ileus	1	Gestation	1
Total	13	Cervical cancer	1
		Total	5

Table 6. Somatic complication-3

Urology	Number
Acute renal failure	2
Renal calculus	1
Total	3
Dermatology	Number
Squamous cell cancer	1
Drug eruption	1
Pyodermia	1
Total	3
Ophthalmology	Number
Glaucoma	2
Total	2
Otorhinolaryngology	Number
Cyst of osseus palate	1
Total	1

Table 4・5・6は各科ごとの身体合併症の内訳である。外科合併症では胆石症が4例と最も多かった。異物嚥下が2例あり、精神遅滞患者がボルトを呑み穿孔の恐れがあるため経過を観察した症例と、自殺企図のため木綿針を嚥下し開腹術によって摘出した抑うつ状態の症例である。胸腺腫の2例は同一症例である。整形外科では大腿骨骨折が多く、5例とも入院中の転倒によるものであった。自殺企図例は飛び降りによる骨折が3例（全例精神分裂性障害）、自傷による切創が1例（大うつ病）あった。

内科合併症は糖尿病が多かった他は様々な疾患がみられた。肺ガンの症例は、腫瘍の縮小を期待して放射線治療を行うため単科精神病院より転院した痴呆患者である。また、食道静脈瘤の破裂を内視鏡的硬化療法により救命しえた精神分裂性障害の一例もあった。急性腎不全の一例は人工透析の適応例でもあり、内科・泌尿器科・精神

科 3 科の共観となった。

口腔外科領域では、単科精神病院長期入院中の痴呆と精神遅滞の患者に下顎骨髄炎などの合併症があり全例手術が行われた。産婦人科合併症では、人工妊娠中絶のため共観となった精神分裂性障害の 3 例があった。また妊娠末期に幻覚妄想状態を呈し産婦人科医院より紹介され入院となった妊娠 35 週の症例では産婦人科病棟にて正常分娩し 6 日後に退院した。

泌尿器科と共観になった症例のうち急性腎不全の 2 例は、透析目的で単科病院より転院したがいずれも短期間で死亡した。また腎結石の症例に対し、結石摘出術が行われた。皮膚科合併症では、抗生物質・消炎鎮痛剤投与後薬疹が生じた一例において、パッチテストにて原因薬剤が同定され薬疹カードが発行された。

身体科との共観目的では、最も多かったのが手術目的で 38 例 62.3% であった (Table 7)。このうち 4 例が転院後に手術中止となったが、全例精神分裂性障害であった。胃潰瘍を合併した例では、穿孔の危険があったにもかかわらず患者が手術を拒否したため二カ月の保存的治療のち、自覚症状消失したため退院した。耳鼻科共観の硬口蓋嚢胞の患者も手術を恐がり拒否した。外科の胆石症と皮膚科の慢性膿皮症の例では、ドレーンチューブ・点滴静注針の自己抜去の恐れや創部の清潔維持といった術後管理の困難さから手術中止となった。精査目的の 4 例のうち 2 例は、内科共観後胆嚢ガンと食道潰瘍がそれぞれ発見され、治療された。身体科による診療終了後の転院 (Table 8) は、単科精神病院への転院が 38 例 66.7% で最も多く、このうち 3 3 例が転院前のもとの病院への帰院であった。精神科・身体科同時の退院は 10 例、精神症状が未治癒のため当科入院継続となったのは 6 例で、その期間は 16 日から 1 年 8 カ月まで様々であった。死亡 3 例のうち、胆嚢ガンの症例は内科転院後死亡したが、透析施行の 2 症例は精神科病棟で死亡した。

考 察

奈良県立医大付属病院精神科病棟は閉鎖 54 床・半開放 26 床計 80 床であるが、半開放病棟には 6 床の個室 (2 床室 1 を含む) がある。これらには配管された酸素や吸引設備があり、主に身体合併症をもつ精神疾患患者を受け入れている (但し、今回の調査対象のうち閉鎖病棟へ入院した症例も多かった)。また、奈良県内には精神科併設の総合病院が少ないこともあって、比較的多くの症例が集まったと思われる。

共同診療を行った身体科の中で最も多かったのは外科で 26.2% を占めた。手術などの特殊な治療を要する疾患

Table 7. Purpose of admission to our hospital

	Number	%
Surgical operation	38	62.3
Conservative therapy	13	21.3
Further examination	4	6.6
Radiation therapy	3	4.9
Hemodialysis	2	3.3
Follow-up of surgical operation	1	1.6
Total	61	100

Table 8. Consequence of the treatment of the somatic complication

	Number	%
Readmission to mental hospital	38	66.7
Discharge	10	17.2
Continuation of admission	6	10.5
Death	3	5.3
Total	57	100

は単科精神病院などでは診療困難であることを考えれば当然ではある。身体合併症による転入院のみを対象とした清水と熊本らの二つの調査では、外科疾患のみで過半数を占めている^{2,6)}。本調査では精神科外来治療中であった患者も含んでいるため外科疾患の割合が下がったと思われる。

身体科との共観目的では外科手術が 62.3% を占め、総合病院精神科への入院の主要な目的であると考えられた。平田らは治療 (手術) に関しての問題点は治療行為への無理解と拒否が主であったと述べているが¹⁾、本調査でも 2 例が手術拒否により中止となった。幸い生命にかかわる事態には至らなかったが、今後こういったケースにどう対処するか問題であろう。また、別の 2 例は術後管理が困難と判断され中止となった。看護スタッフの強化、あるいは清水の言うように^{5,6)}、手術後一定期間は付添人 (派出婦) をつけることを保険診療で認めることなどが実現されればこれは多くが防げられると思われる。

全入院期間を精神科病棟において治療された症例が大多数 (87.8%) であった。その場合、身体科担当医は精神科病棟へ来棟し診療にあたるわけである。各身体科医師は協力的であるが、施錠の点など物理的・心理的距離が存在することは否定できないように思う。手術後の処置や検査などをわれわれ精神科医師が代行することも多い。

身体疾患の治療のための設備は酸素・吸引・心モニターなど最低限のものはあるとしても、人工透析器など特殊な機器は持ち込まねばならずそのためのスペースも充

分と言えない。また合併症のない精神疾患患者が周囲にいるわけであるから、彼らの精神症状のために術後の患者の安静が守れなかったり、あるいは治療や看護を妨げたりすることがある。身体合併症専用の病棟ないし病室の必要性が強調されねばならない。

看護体制からの問題も指摘されている^{3,4,5,6)}。当科病棟の看護基準は現在特1類（患者三人に一人）であり比較的恵まれていると思われるが、深夜は全80床に対し看護婦（士）はわずか3名となる。これでは重篤な身体合併症を満足に受け入れられいし、精神科本来の看護に手がまわらない。精神科は看護基準が身体科より低く、清水は身体疾患と精神疾患を合併した患者が精神科に転科入院すると看護基準が下がるのは人権侵害であると主張している⁵⁾。従来の精神科看護基準とは全く異なる枠を考えねばならない。

以上当科での身体合併症診療の現況をまとめ、問題点について若干の考察を行った。身体合併症に対する体制を改善し今後も積極的に受け入れてゆきたいと思う。

本論文の要旨は第二回日本総合病院精神医学会総会において報告した。

文 献

- 1) 平田 進, 高荻幸夫, 中沢良英, 吉田経雄, 塚原健次: 総合病院精神神経科入院患者の身体合併症について (第一報). 山梨医学 13: 15-163, 1985.
- 2) 熊本 亮, 中里武久, 島田勝己, 永山恵子: 入院治療中の精神科患者に身体合併症を併発した場合の医療体制について. 日本精神病院協会雑誌 2(3): 35-41, 1933.
- 3) 折橋洋一郎, 石田元男, 富永 一: 総合病院精神科における身体合併症診療. 病院 38(6): 480-483, 1979.
- 4) 折橋洋一郎, 石田元男, 富永 一: 国立病院医療センター精神科病棟の身体合併症診療現況. 医療 34(4): 382-388, 1980.
- 5) 清水英利: 総合病院における精神科コンサルテーション・ワーク. 臨床精神医学 8(12): 1425-1440, 1979.
- 6) 清水英利: 単科精神病院などから転入院してきた身体合併症患者の症例. 医療 38(12): 1153-1159, 1984.