

精神科合併症治療システムの現状と将来

塚田和美¹⁾，渡邊健次郎⁴⁾，榎本哲郎¹⁾，金樹英¹⁾
真坂彰²⁾，大木健資³⁾，有賀元²⁾，後藤澄雄³⁾

(分担研究者：塚田和美)

- 1) 国立精神・神経センター国府台病院精神科
- 2) 国立精神・神経センター国府台病院消化器科
- 3) 国立精神・神経センター国府台病院整形外科
- 4) 国立熊本病院精神科

抄録

国立病院療養所における精神科身体合併症治療の現状を調査し、他の先行研究などの資料も参考にし、その将来像を「症例調査による合併症医療の現状」、「施設設備」、「法的制度」、「教育・研修システム」および「医療経済」の5つの観点から分析し、考察を加えた。

身体合併症医療の現状調査からは、公的病院への合併症医療のニーズが高まっているにも関わらず、施設設備、法的制度、教育・研修システムおよび医療経済の面からは、「総合病院精神科病床数の乏しさ、一般科との物理的距離の遠さ、配管などの設備面での不備」、「合併症医療に対する法的制度とその運用上の欠陥」、「医局講座制の壁による研修システムの立ち遅れ、人材不足」および「急性期医療の対価としての健康保険制度の不備」など、その充実、発展を阻害する因子がそれぞれ見受けられた。

本稿では、それぞれの阻害因子に対して、現実的な対応策の模索を試みた。今後、国立病院療養所は独立行政法人化を見据えつつ、共通の課題を達成するのみでなく各自の地域特性に応じた合併症対策が必要となるであろう。

(I) 合併症医療の歴史的概観と現状

身体合併症治療は救急・急性期医療など、他の精神科の政策医療と重複することの多い、

極めて重要な分野である。にも関わらず法的にも医療経済的にも、また教育・研修の分野においても極めて立ち後れた分野といわざるを得ない。

本邦の精神医療行政において精神障害者の身体合併症が重要視されるようになったのは、さほど昔のことではない。精神科医の立場からは、1988年に日本総合病院精神医学会が発足し、総合病院における合併症医療の質の向上に貢献し、かつ無床精神科を有床化せよなどの運動を担ってきたが、これらの活動が直ちに社会的に認知されたとはいいがたい。我が国で合併症問題が社会問題化したのは、おそらく1991年7月、宮崎県内の公的総合病院が精神障害を理由に人工透析を拒否した為、患者が死亡した事件を1993年1月にマスコミが取り上げて以来であろう。同年の厚生科学研究にて「腎疾患等のリエゾン医療の調整システムに関する研究」が開始され、その後、同様の研究課題は形を変えながら現在まで続けられている。これらの動きを受け、1993年の精神保健法改正により、第48条「施設外収容の禁止」は削除されたものの、2002年1月現在、医療法施行規則第10条3号「精神障害者の精神病床以外への収容禁止」は現存している。また現行の精神保健福祉法でさえ、症状・器質精神病は一応、法の対象としているにも関わらず、精神障害者の身体的側面を配慮した部分は法体系から完全に欠落しているのである。

2000年の法改正で「精神作用物質による急性中毒」が精神保健法の対象とはなったものの、法とその運用による枷が筆者らの日常診療において、身体合併症患者への処遇をどれほど困難なものとしているかは、計り知れない。

さらには、そのように困難な合併症治療に対する保険制度上の保証は全く折り合うものではない。さらに、精神・身体の両面に対処すべき医師の教育・研修システムの場合といえれば極めて少ないのが現状である。

本邦において一般科医療は世界のトップクラスの座を保持しているにも関わらず、精神医療の水準はあらゆる意味において低劣なものであり、その中でも身体合併症医療に至っては最低、最悪の水準と言わねばならない。

本稿の目的は、国立病院療養所の精神科において行われている身体合併症医療の現状を調査し、その充実を阻害している要因を明らかにし、来るべき独立行政法人化を控えて望ましい国立病院療養所における合併症医療の将来像を探り、我が国の精神医療施策への提言を行うことによって、精神医療の向上に寄与するものである。

(II) 研究の方法と定義

本研究の対象は当研究班の2つの調査結果、その他の入手可能な先行研究の報告書、厚生労働省政策医療課が発表した資料などをもとに定性分析を行い、症例調査による合併症調査の現状、施設設備、法的制度、研修・教育システム、医療経済についてまとめた。

分析に用いた7つの症例調査の資料一覧を表1に、その他の資料を表2に示す。

次に、身体合併症に関するいくつかの用語の定義を明確にして論じる必要がある。定義を以下に示す。

「身体合併症」

参考とした多くの先行研究において、身体合併症の定義はその目的や方法により様々である。本研究においても、1999年の塚田の報告¹²⁾では国立病院精神科および精神療養所を対象とし、広範囲に症例を集める必要があっ

たため、「精神病床に平成11年4月1日以降、合併症患者として入院し、9月24日から30日の間にも合併症患者として入院しているもので、合併症治療の主治医は精神科医、一般科医を問わない」という、極めて漠然とした定義を用いざるを得なかった。また2000年の渡辺の報告¹⁹⁾では国立病院の精神科、一般科入院中のものを対象に「精神障害のために入院治療またはリエゾンの対象であり、さらに入院を要する程度の身体疾患を有する患者」という、かなり明確な定義を用いた。

したがって本稿において一貫した定義を用いるのは困難である。本報告書の中では引用した文献中に定義が明確に記述されているものは、それを引用し、されていないものは文献中の呼称のままで「」付きにて表記することとする。

「MPU (Medical psychiatric units)」

野村¹⁶⁾によればMPUの定義は「精神症状と身体症状を両方同時にもつ患者を専門的に治療することを目的とした、精神科医が中心となって運営されるユニット」のことである。MPUは1980年代半ばにアメリカで始まったmedical psychiatryの実践の場であり、日本では1991年立川共済病院に初めて開設された。

「コンサルテーション・リエゾン精神医学 (Consultation-liaison psychiatry)」

コンサルテーションは専門家が非専門家からの求めに応じて随時、側面的な援助を行うのに対して¹⁰⁾、リエゾンとは問題が発生した時点から精神科医が医療チームに参加して、持続的に共同で治療にあたるものである¹¹⁾。衛藤⁴⁾によれば欧米では20世紀の中頃にはすでに実践されていたという。リエゾン精神医学は1977年に加藤伸勝⁹⁾が日本に紹介し、全国の総合病院精神科に広まった。

(III) 身体合併症医療の現状、問題点および対策

1. 症例調査による合併症医療の現状

以下に各々の症例調査の概要を述べる。

道下¹⁸⁾の概算によれば、全国で1ヶ月に15, 75

2.4人の「身体合併症」が発生すると報告している。これらの症例の64%は転院先に困り、また62%は転院を拒否されることが予想される。当時は自治体の合併症治療システムは東京都にあるのみで、さらに総合病院精神科を持たない二次医療圏は45%にのぼるという。

野村¹⁶⁾によれば立川共済病院のMPUに2年間で338例の「患者」が入院し、うち171例(51%)が東京都身体合併症事業経由であり、108例(32%)が外科手術を受けた。原疾患は精神分裂病が170例(50%)で、合併症には悪性腫瘍(44例:13%)、骨折(30例:9%)が多かった。

中島¹⁴⁾は身体合併症を「精神障害者で継続的に専門的な身体管理を必要とする状態」と定義し、総合病院等7病院に1日あたり4.6例の合併症が入院していると報告している。

日本精神病院協会の報告¹⁵⁾では、会員病院30万床から、年間19,000-20,000例が「身体合併症」で転院を要し、民間精神病床1,000床につき1日1床の合併症受け入れ病床を要すると試算している。転院を要する3大合併症は骨折、肺炎、イレウスである。現状では受け入れ病院の61-62%は民間病院であり、うち63%の病院には精神科医が勤務していない。また受け入れ病院への意識調査では、61%の施設が「なるべく引き受けないようにしている」と回答している。システムの整備が必要だが特に宮城、福島、神奈川、富山、長野、岐阜、山口の7県が急務であるとしている。

東京都の発表によれば1999年4月-2000年3月の1年間に「東京都身体合併症事業を利用したもの」は519例であり、疾患(臓器別)は消化器(主にイレウス)(158例:30%)、呼吸器(主に肺炎)(90例:17%)、骨・筋(80例:15%)が多かった。

当研究班の塚田ら¹²⁾の報告書によれば(合併症の定義は上述したとおりであるが)、2週間の横断調査で国立病院及び療養所37施設に各々153例、100例、合計253例の合併症患者が新入院または在院し、国立病院では整形外科疾患(32例:21%)と悪性腫瘍(19例:12%)が、療養所では肺結核(60例:60%)が、それぞれ目立

った。これにより急性外科系疾患の国立病院、慢性内科系疾患の療養所という機能分化が認められた。

同じく当研究班渡辺ら¹⁹⁾の調査によれば(合併症の定義は上述したとおりであるが)、東京都報告と同じ分類によれば、1ヶ月間の横断調査で国立病院14施設の一般科、精神科に新入院した身体合併症は175例であり、疾患は消化器(主に悪性腫瘍)(37例:21%)、神経(主に脳血管障害)(20例:11%)、意識障害(20例:11%)が多かった。また、図1のごとく症例の入院病棟を一般科と精神科に分けて表示すると、すべての有床国立精神病院でコンサルテーション・リエゾン活動が行われており、47-91%の範囲で合併症症例は一般科に入院していることがわかった。症例数が10未満の施設の報告は統計上の偏りが大きくなるゆえ(例えば、ある1施設はたまたま一般科入院中の症例が報告されなかったが、問い合わせたところリエゾンは行っているとのことであった)割愛した。

総じて、依頼者側(単科精神病院、一般病院)に対する調査では、身体合併症の転院先に苦慮し、一方、精神科医のいない一般病院では引き受けたあとの対応に苦慮するという結果である。依頼者側のニーズは骨折、肺炎・気管支炎、イレウスであるのが共通であり、一方、受け入れ側(国公立総合病院)の実態調査では悪性腫瘍、骨折が共通していた。両者の調査結果の乖離については以下のことが考えられる。

第一に依頼者側による診断は暫定診断であり、肺炎、イレウスの診断も受け入れ側の確定診断により悪性腫瘍などに変更されうることが考えられる。第二に、東京都身体合併症事業は平日・日中しか受け入れぬゆえ、脳血管障害などの重症急性疾患はシステムを通過して直接、受け入れ病院のICUに入院する可能性が高い。つまり重症合併症の場合、精神症状は問題とならず、軽症であれば入院元の病院内で、内科系非常勤医が対応できるので、

やはり問題とはならない。身体合併症問題は中等症の場合、あるいは外科系合併症の場合に問題となる。

一方で慢性疾患については、国立療養所では少なからぬ内科慢性疾患の治療を担っていることが明らかとなった。療養所が今後、合併症に積極的に対応するとすれば内科医の確保により内科系慢性疾患の治療を充実させることが課題であろう。ただし、療養所では外科系合併症への対応が問題となる。外科系の場合、外科医1人を確保しても問題は解決しない。外科系看護、施設、設備等が当然、必要とされる。したがって、国立療養所は近隣の一般病院との連携を日頃から心がけなければならない。一般病院に頻繁に往診して、その医療スタッフとコンタクトをとっておくこと、定期的に合同で研究会を開くなどして相互理解をはかることなどが重要であろう。

一方、国立病院の戦略は地域性によって個々に異なる。小池⁸⁾は都市型病院（小病床）は機能分化を、地方型病院（大病床）はオールラウンドを目指せと説いている。もっともな指摘で、全国立病院精神科に共通の戦略はない。あくまでも地域のニーズ、その病院がすでに確保している設備、人的資源との兼ね合いで、独自の戦略を立てるしかない。

2. 施設設備

単科病院で多くの事例が転院先確保に苦慮しているという道下の報告¹⁸⁾では総合病院に身体合併症医療専用ユニットを設置すべきと結論付けており、またMPUを運営して東京都身体合併症事業の受け入れに努力しているという野村の報告¹⁶⁾では、MPUを一定の医療圏ごとに設置すべきと結論付けているものの、精神障害者をMPUに囲い込み過ぎて新たな差別が助長されるのを危惧している。また小池(1998)は無床総合病院精神科を有床化し、有床総合病院精神科をMPU化するよう提案している。一方で中島はリエゾンモデルとMPUモデルに分けて考察を行い、双方の連携が今後の課題であるとしている。黒沢⁷⁾はその研究を引き継ぎ、

MPUまたはそれに準ずる施設は大学病院19施設で平均4床しかなく、精神病床は(医療機器、配管の付いた個室などの)施設設備上、身体管理には不相当であるとの問題点を述べている。同様の調査結果は伊藤²⁾も行っており、地域の国公立病院へのニーズは救急・急性期、身体合併症治療であり、国公立病院もそれを認識しているものの施設設備、人的配置、医療経済の制約で困難であると述べている。また野村¹⁶⁾は、そもそもMPU開設の理由を「非常に困難な合併症の依頼を多く受ける」にもかかわらず、「精神科病棟が比較的交通の繁茂な道路を隔てた別棟にある」からと述べている。一方で渡辺ら²⁰⁾の主張は、むしろ総合病院精神科のわずかな病床を最大限に有効利用するために一般科でのコンサルテーション・リエゾン活動を重視するのが現実的だということである。

ただし、リエゾン活動に対する健康保険制度上の保証は、入院精神療法しかなく、新たな保険点数の新設や拡大が望まれる。

国立病院がMPU、リエゾンのどちらを重視するか、あるいは両立させるかは各自の戦略の立て方による。ただし野村¹⁶⁾の危惧するごとく、MPUを重視し過ぎれば精神障害者の新たな囲い込みを助長する恐れがあり、やはり一般科との融合を目指すのが我が国の精神医療の将来にとっては健全な方策であろう。医療経済上、当然のことであるが、渡辺らの報告¹⁹⁾により国立病院にはICUはあっても精神科合併症病棟はないことが明らかになった。ただし、香川小児病院（分類上は療養所であるが実質は総合病院）精神科は精神病床の届けを出しておらず、医療法上は一般科病床である。つまり入院基本料に付随する平均在院日数の基準もクリアしなければならないが、これもひとつの戦略である。

3. 法的制度

道下¹⁸⁾は各施設に医療法施行規則第10条に関するアンケートを実施し、総合病院精神科

の82%、大学病院精神科の100%、精神病院の46%から見直しを要するとの回答を得た。また中島¹⁴⁾も、精神保健法48条が削除されたにも関わらず、医療法施行規則第10条があるゆえ「現行では法的な混乱がある」と述べている。

塚田ら¹³⁾、渡辺ら¹⁹⁾によれば、国立病院精神科にはうつ病や人格障害による急性薬物中毒の症例が少なからず強制入院している。にも関わらず、それらが従来の精神保健法上は正当な入院とは認められないことが多かった。従来、千葉県においては「(眠っているので自傷他害の危険があるとは思えませんが、) どう危険か詳しく記述して下さい。また(眠っているのに)うつ病と診断した根拠をお知らせ下さい」などと付記されて精神医療審査会から入院届けが返されてくることが希ではなかった。2000年の法改正により、「精神作用物質による急性中毒」も精神保健法の対象疾患に含まれたため、国府台病院では入院届の「主病名」に「意識障害」と記して提出し、精神医療審査会の反応を見ているところである。また、民間の精神病院に長期在院中で生活歴・病歴が不詳となってしまった合併症を総合病院で引き取った場合は当然、入院届けは空白が多くなるゆえ、現在でも千葉県の精神医療審査会は受け付けない。当然、入院届けに大幅な「作文」をする技術が必要となってくるが、それよりも法自体の欠陥を是正し、さらには硬直した精神医療審査会の運営を流動化するほうが先決であろう。国府台病院ではこのような例について、審査会全体の統一見解を文書にて発表するよう、千葉県に対して働きかけているところである。

4. 教育・研修システム

野村¹⁶⁾は気管内挿管、カウンターショックなどの基本的生命管理、救急救命手技や画像診断はどの科の医師でもするので、精神科医にも必要な技術であると述べている。ただし、黒沢⁷⁾は大学病院におけるリエゾンの現状について、一般科ナースが必要と感じていても

一般科医師はそう感じていないことが多く、さらには医局講座制が壁となって医師の初期研修ではリエゾンが学びにくく、総じて大学病院における合併症対応は不十分であると報告している。さらに黒沢は、MPUが重要視されているにもかかわらず、普及しにくいのは身体管理ができる精神科医、看護職員が不足しているからであるとも述べている。

以上の報告に従えば、身体管理の可能な精神科医の養成は国立病院の重要な任務の1つである。さらには2001年3月に国府台病院で実施した精神科合併症の集中的研修などの研修や情報発信、あるいは一般科の医師、看護との連携も今後は重要な課題となってくるであろう。

具体的方策としては、研修の内容は参加者の施設の実態と、あまりにもかけ離れたものは意味がないと思われる。むしろ参加者が自施設に帰って、すでにある設備や人員の範囲内で、あるいは容易に入手可能な医薬品、医療機器などにより、今以上に合併症に対応できるようなヒントを与える研修、そして意欲的になって自施設に戻り、すぐさま実践にとりかけられる研修こそが必要であろう。

また総合病院の一般科医の立場から見れば、本研究班の真坂¹⁷⁾の言うように、「合併症医療は一般科医療以上に高度な技術を要する」し、また本研究班の太木⁹⁾が言うように「合併症に適正な医療を与える」ことが必要であるにも関わらず、精神科医との共同作業は中央の学会から見れば辺縁のテーマであり、業績としては認められないという傾向がある。同じく本研究班の後藤(本報告書に収載)の言うように「合併症患者の経過は長期化する」ゆえに、実践の中からそれを短期化する工夫も生まれてくるのであり、ひいては一般医療の発展にもつながるのであるから、これらの学際的研究はもっと高く評価されるべきである。これら学際的研究が将来、精神科や一般科に持ち帰られることにより、各々、大きな成果を上げることが期待したい。

5. 医療経済

野村¹⁶⁾はMPUのほうが精神科病棟より医療経済は良いと述べている。また中島¹⁴⁾によれば北里東病院の1997年の1人1日あたり診療報酬はリエゾン35,368円、MPU30,872円、閉鎖病棟15,644円、開放病棟13,613円であるという。一方、伊藤²⁾の実施したアンケートによれば地域の国公立病院へのニーズは救急・急性期であるが、国公立病院も認識しているものの施設設備、人的配置、医療経済の制約で困難との回答が目立った。厚生省経営指導課の資料¹⁰⁾によれば、1999年4月-2000年3月の国立病院精神科の1人1日あたり診療報酬(図2)は一般科と比較して33%から62%と低く、これは主として看護基準が3:1(現在の入院基本料3)と低いためであり、この傾向は他の総合病院精神科(大学病院、公立病院)(図3)でも同様である。ただし、国立病院一般科が1日40,000円を越えることがほとんどないのに対して、他の総合病院ではそれがしばしばあり得る。

一方、伊藤³⁾は「公的病院の機能に関する研究」の5年目の締めくくりにあたって、1998年の調査と比較し、1999年の調査結果は単科精神病院への措置入院、総合病院精神科への合併症の入院という機能分化が進んでいること、外来中心、救急・急性期の重視、短期入院の傾向が加速し総合病院併設精神科への需要が増大したことを報告している。そして、この需要について我が国が戦後、精神医療に対して一貫してとり続けてきた「国が民間病院を補助して委託する」という政策の維持により対応するのか、それとも「国公立病院の強化」によるのか、明確な施策を打ち出すべき時期に来ていると主張している。

国立と公立との診療報酬額の差を、厚生労働省国立病院部経営指導課は国立病院の請求漏れのためであると説明しているが、その他に過剰な検査などの要因があることも明らかである。経営改善のための濃厚な検査も一理はあるが、国民に対し良質で安価な医療を提

供するのが国立病院の使命でもある。

図4は経営指導課の発表している経営管理指針に関する1999年4月-2000年3月のレーダーチャートである。5つの軸、「収支に関する評価」、「収益に関する評価」、「費用に関する評価」、「生産性に関する評価」、「医療資源の利用状況に関する評価」は、それぞれ偏差値で表されており、図には偏差値50のところが破線で表示されている。典型的な某ナショナルセンターの場合、チャートは右上が尖った滴型となる。経営指導課の解説によれば費用に関する評価は人件費、消耗品費を表しているが、この評価は平均在院日数と反比例する。つまり、多くの人員と消耗品を投入して急性期に対し、高度医療を行えば行うほど、費用に関する評価は低くなり、また同時に生産性(職員1人あたり患者数)や医療資源(検査機器の稼働率)の評価も低下し、その結果、収益(1人1日あたり診療報酬)は多少、上がっても収支は現在の健康保険制度下では大赤字となるのである。これは高度医療を提供するナショナルセンターであるからこそ許される経営体質である。しかし、例えば国立精神・神経センター国府台病院の場合を図5に示すが、これは偏差値50をわずかに上回る可もなく不可もないパターンを示している。ただし精神・神経センターは療養所勘定で表示されているゆえ、国立病院と比較されれば経営の状態は良いとはいえない。同じナショナルセンターであっても精神医療と一般科との乖離ははなはだしい。ちなみに図6は1999年4月-2000年3月の国立病院ランキング第1位のレーダーチャートである。本研究班において、この病院長に理由を問うたところ、病院長は「統廃合の最中のデータであり、欠員が多かったので結果的に収支は良かった」と謙遜しておられたが、実状は心臓外科や脳外科の充実など、様々な工夫、努力の結果である。

(IV) 結論

以上を総合し、我が国の身体合併症医療の将来について以下のごとき結論を得た。

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、そのニーズが国公立病院に集中していることを示している。外科系急性疾患は国立病院の無床精神科を有床化させるなどして充実させ、内科系慢性疾患は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

国立病院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。国立病院精神科にとっては病室の個室化、配管の整備等、精神科病棟における合併症対応の為に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続けるのも重要である。

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、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・拘束等については速やかに対応できるよう、精神医療審査会に働きかけて、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、看護婦の養成は通常、大学病院では不可能であるので、国立病院療養所の重要な任務である。また研修は、現状でもすぐに役立ち、意欲を高めるものが必要である。

5. 医療経済

国立病院療養所にとって、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が必要である。急性期に対応すればするほど病院が赤字になるという健康保険制度は今後、一部のアクティビティーの低下した精神病院の長期在院をますます助長し、他の医療施設の経営を苦し

くするものであり問題がある。

文献

- 1) Lipowski, Z.: Consultation-liaison psychiatry; An overview. *Am J Psychiat*, 131:623-630, 1974
- 2) 伊藤哲寛：公的病院の機能に関する研究. 平成11年度厚生科学研究精神医療の機能分化に関する研究, 1-23, 2000
- 3) 伊藤哲寛：公的病院の機能に関する研究. 平成12年度厚生科学研究精神医療の機能分化に関する研究, 1-11, 2001
- 4) 衛藤進吉：地方総合病院精神科におけるリエゾン精神医学の実践. *日精協誌*, 13 (10), 34-41, 1994
- 5) 大木健資：精神科合併症医療の実態と問題点について. 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究, 2001
- 6) 加藤伸勝：Consultation-liaison psychiatryの展望. *臨床精神医学*, 6:1433-1436, 1977
- 7) 黒沢尚：精神医療と他科医療の連携に関する研究. 平成10年度厚生科学研究精神医療の機能分化に関する研究, 85-174, 1999
- 8) 小池清廉：公的病院の機能に関する研究（Ⅱ）. 平成9年度厚生科学研究精神医療の機能分化に関する研究, 181-213, 1998
- 9) 小池清廉：公的病院の機能に関する研究（Ⅲ）. 平成10年度厚生科学研究精神医療の機能分化に関する研究, 209-226, 1999
- 10) 厚生労働省健康局国立病院部経営指導課：平成11年度国立病院・療養所経営管理指標
- 11) 精神医学辞典. 弘文堂, 1975
- 12) 塚田和美：アンケートによる合併症治療の現状と将来. 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究, 2000
- 13) 塚田和美：精神科合併症治療システムの現状. 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究, 2001
- 14) 中島節夫：総合病院における精神障害者の身体合併症対応に関する研究. 平成9年度厚生科学研究精神医療の機能分化に関する研究, 88-126, 1998

- 15) 日本精神病院協会：厚生省委託事業精神障害者の身体合併症の治療体制の整備に関する状況調査事業平成9年度事業結果報告書. 1998.
- 16) 野村総一郎：合併症医療の新しいシステム, MPU. 日精協誌, 13 (10) 5-10, 1994
- 17) 真坂彰：精神科入院中にみられた消化器疾患合併症例の検討. 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究, 2001
- 18) 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, 77-95, 1993
- 19) 渡邊健次郎：全国立病院精神科における合併症診療の実態. 今後の精神医療のあり方に関する行政的研究, 2001

表 1. 合併症研究資料一覧（症例調査）

| 報告者 | タイトル | 発表年次 | 調査期間 | 調査票記入者 a. 依頼側/b. 受け入れ側 | 対象施設 |
|-----|-----------------------------------|------|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| 道下 | 腎疾患等のリエゾン医療の調整システムに関する研究 | 1994 | 1993. 11. 1-11. 30 | a, b | 6都県の総合, 一般, 精神病院143 |
| 野村 | 合併症医療の新しいシステム, MPU | 1994 | 1992-1993 | b | 立川共済病院 |
| 中島 | 総合病院における精神科の役割に関する研究 | 1998 | 1997. 12. 17-1998. 1. 16 | b | 総合病院等7 |
| 日精協 | 精神障害者の身体合併症の治療体制の整備に関する 状況調査事業 | 1998 | 1997. 11. 1-12. 31 | a | 民間精神病院754 |
| 東京都 | 東京都身体合併症事業 | 2000 | 1999. 4. 1-2000. 3. 31 | a | 都内単科精神病院 |
| 塚田 | アンケートによる合併症治療の現状と将来 | 2000 | 1999. 9. 24-9. 30 | b | 国立病院療養所37 |
| 渡邊 | 全国立病院精神科における合併症診療の実態 | 2001 | 2000. 10. 1-10. 31 | b | 国立病院14 |

表2. 合併症研究資料一覧（その他）

| 報告者 | タイトル | 発表年次 | 方法 | 対象 |
|-----|--------------------|------|--------------|----------------------------|
| 小池 | 公的病院の機能に関する研究（Ⅱ） | 1998 | 施設調査（サンプル調査） | 国公立病院 |
| 黒沢 | 精神医療と他科医療の連携に関する研究 | 1999 | 施設調査/個人調査 | 大学病院職員（医師、看護） |
| 小池 | 公的病院の機能に関する研究（Ⅲ） | 1999 | 施設調査 | 国公立病院 |
| 伊藤 | 公的病院の機能に関する研究 | 2000 | 施設調査 | 国公立, 民間病院, 保健所, 社会復帰施設等 |
| 伊藤 | 公的病院の機能に関する研究 | 2001 | 施設調査 | 国公立病院 |

図1.合併症症例の病棟区分(H.12年度調査、n \geq 10)

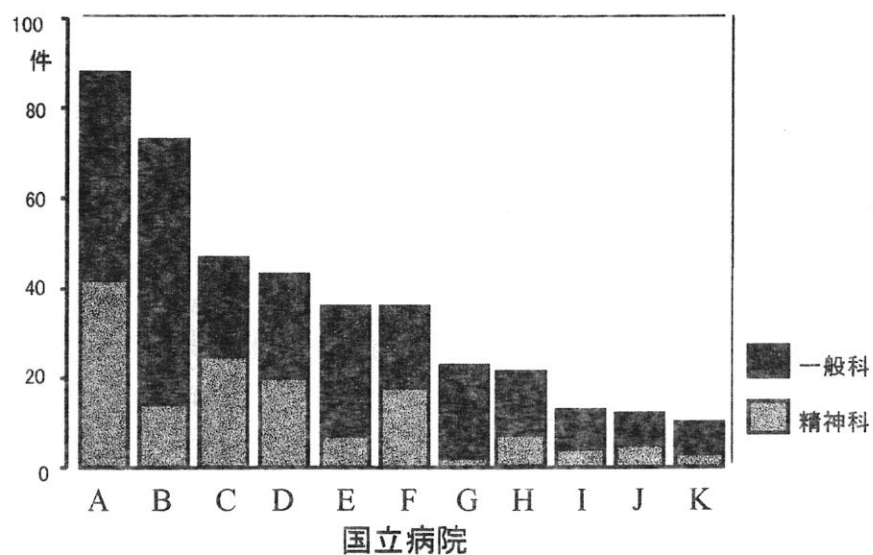
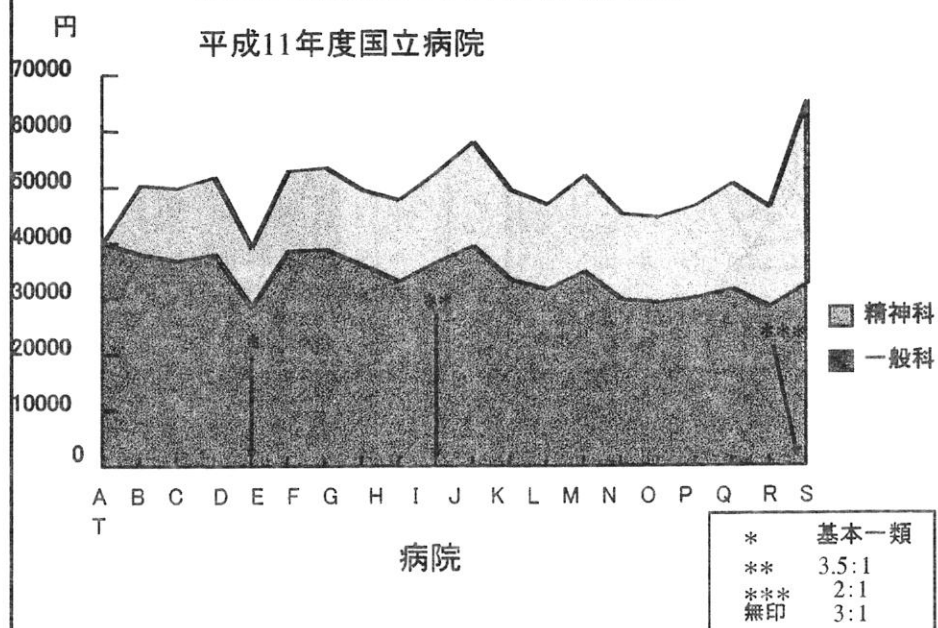


図2.入院患者1人1日診療収益

平成11年度国立病院



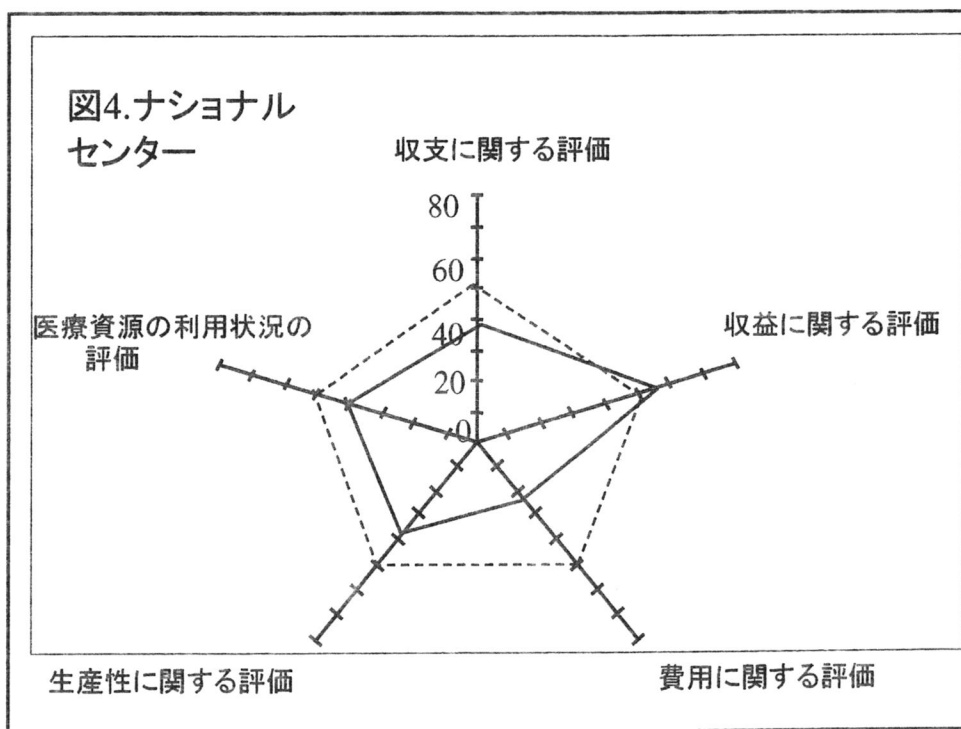
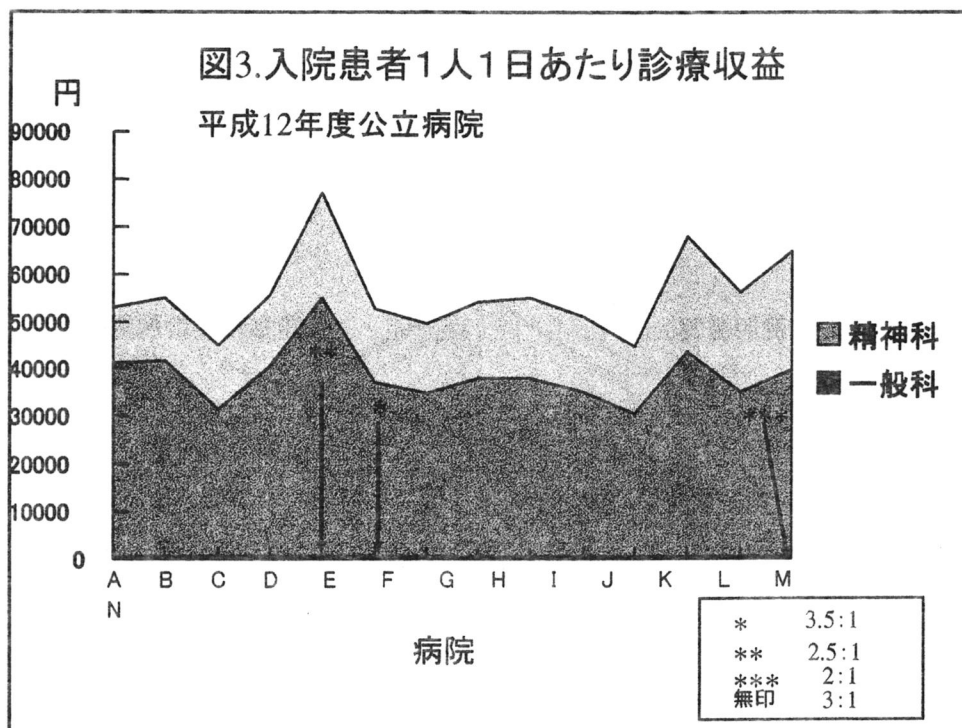


図5.国府台病院

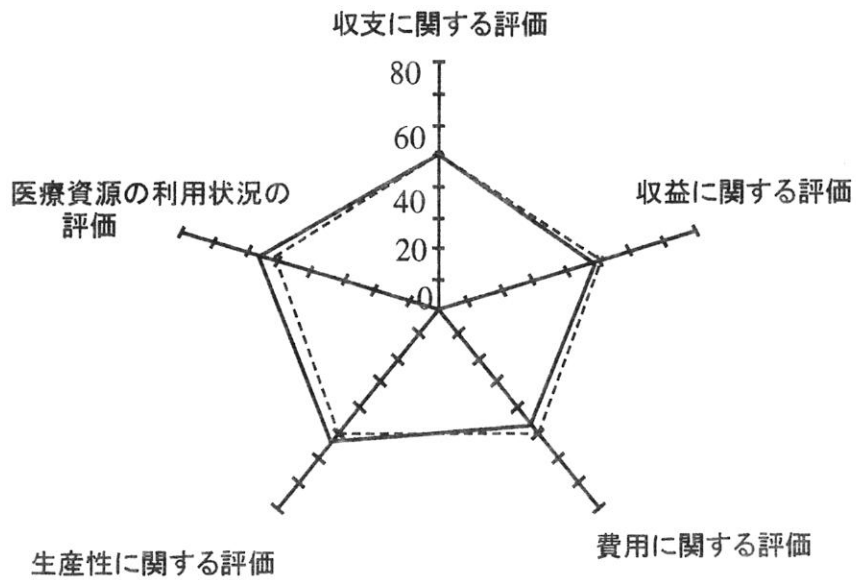


図6.ランキング1位

