

総合病院精神科小考

Role and Future Challenges of General Hospital Psychiatry

近江 翼*

OMI Tsubasa

精神科医療の重要な担い手の一つである総合病院精神科は、昨今の精神科医療環境の変化や疾病構造の変化にもなつて急速にその意義の再評価が進んでいる。平成18年のがん対策基本法によってがん緩和ケアが最重点項目になったことや、平成22年の周産期医療対策整備指針によって母子に対するこころのケアが重要視されるようになったことなどもあって、高齢者医療、自殺企図者の精神科救急医療、身体合併症治療、緩和医療など多岐にわたる対応が可能な総合病院精神科の役割の再認識やニーズが高まってきた。それを反映して、総合病院精神科でのリエゾン精神医療の診療報酬加算の改定が行われ、精神科病院の病床削減に逆行して総合病院精神科の病床が増床され、精神科リエゾンチームの新設が続いている。本稿では、かつて筆者が在籍した大阪急性期・総合医療センター精神科における自験例をもとに、実際に遭遇する精神疾患や臨床場面、総合病院精神科におけるリエゾン精神医療の現状を報告し、その役割や今後の課題について考察を行った。また、リエゾン精神医療の充実には、総合病院精神科を中心とした身体医学諸科や地域行政機関との連携医療モデルの構築が欠かせないが、埼玉におけるそうした医療体制作りの展望にも言及した。

キーワード：総合病院精神科、リエゾン精神医療、埼玉モデル、医療連携体制

I はじめに

近年、わが国の精神科医療を巡る環境変化には目を見張るものがある。その顕著な事例の一つは精神疾患患者数の著増であろう。厚生労働省の医療施設調査・病院報告（2014）によれば、精神疾患を有する総患者数は、平成26年度には392.4万人（外来患者361.1万人、入院患者31.3万人）にも上り、平成11年度の204.1万人（外来患者170万人、入院患者34.1万人）と比較すると、この15年間で約2倍に増加している。この背景にいったい何があるのか。精神疾患患者数の単純な増加だけに起因するとは考え難く、それまで医療につながらずに潜在化していた症例が、精神保健知識の普及や身近な精神科診療所の増加にもなつて受診機会が増えた（いわゆる敷居が低くなった）ことがもっとも大きな要因と思われる。そのほかに、たとえば、平成17年の発達障害支援法制定を契機に発達障害が広く社会に認知されるようになったことや、いじめ・不登校などの教育現場における不適応の増加、人口の高齢化の進展にもなう認知症の増加、産業メンタルヘルスの推進にもなう職場不適応の顕在化といったことに由来する疾病構造の変化、さらに、IT化にもなう産業お

* おうみ・つばさ、埼玉大学教育機構保健センター准教授、臨床精神医学、リエゾン精神医学、老年精神医学、学校保健学

よび社会構造の変化など、さまざまな要因が関与していると思われる。

その結果、わが国の精神科診療所（無床または19床以下の病床がある医療施設）が急増している。平成2年度に1028施設であった精神科診療所が、平成26年度には約3.9倍の3890施設にまで増加した。そのため、厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」（2014）によると、平成26年度は、全国16090人の精神科医のうち、約27%の4391人が診療所で勤務するようになった。また、精神科医の数も平成8年から平成22年までに約1.5倍増加している。同期間に医師総数が約1.3倍に増加していることをみても、全診療科の中でも特に精神科の医師数増加率が高くなっている（竹島, 2015）。こうしたことから、精神科医、特に精神科診療所で勤務する精神科医は近年増加傾向を示していることがわかる。

その一方、国内の精神科病床数は、平成11年度の約35.8万床から平成26年度の約33.8万床へと、この15年で約2万床減少している（厚生労働省 医療施設調査・病院報告2014）。これは、わが国の精神科病床数の占める割合（全病床数168万床の約2割を占める）が高く、平均在院日数が長いことに対する国際的批判があり、厚生労働省がそれらの削減を目指して、地域生活支援の強化や早期退院の促進などに積極的に取り組んできたためであろう。精神疾患患者に対しての地域生活支援体制整備の進捗状況や、ノーマライゼーション理念の普及など課題は多いが、今後さらなる精神科病床の削減が行われていくことが予想される。

また、戦後、精神科医療の重要な担い手の一つであった総合病院精神科は、その必要度が高いにも関わらず、全国の総合病院精神科では病床数・医師数が減少し、精神科を標榜する総合病院数も減少傾向にある（尾崎, 2011）。この原因として、主に診療報酬上の問題（収益性が悪いとされている）が影響していると思われる。平成22年度の「総合病院精神科調査」（野口ら, 2010）によると、総合病院精神科520施設のうち、精神科病床を有する有床施設が203施設（39.0%）、無床施設が317施設（61.0%）であった。

そうした中、近年の地域精神医療の変遷とともに、精神疾患患者の高齢化が大きな問題となってきた。精神疾患患者392.4万人のうち、65歳以上の患者数が151.9万人に上り、統合失調症や気分障害で長期間入院中の患者も入院中に認知症を発症するなど、認知症患者の増加が進んでいる。平成26年度では、精神科で入院している患者数28.9万人のうち、認知症患者数は5.3万人に上る。一方、高齢患者では、若い世代の患者に比べて身体合併症を有する割合が高くなるため、身体処置の回数・件数が増加傾向を示すのは自明である。しかし、精神科が50%以上を占める医療機関、いわゆる精神科病院の場合、平成23年度の1施設当たりの内科系医師の割合は1.23人、外科系医師の割合は0.22人と少なく、脆弱な精神科合併症の医療体制も明らかになっている（富井, 2016）。このように、精神科患者の高齢化にともなう認知高齢者の増加や、身体合併症の対応という観点からも、総合病院精神科の果たす役割が再び増しつつあるといえる。

また先述したように、近年、発達障害が注目を浴びるようになって、小児科から発達障害の疑いのある患者が紹介されることも多くなり、そういった患者を診療する機会の多い総合病院精神科の役割は大きくなってきている。さらに、平成18年のがん対策基本法が公布され、全国的に緩和ケアに関わる総合病院精神科医の需要が大きくなった。また、平成22年度周産期医療体制整備指針でも、

母子に対するこころのケアが重要視され、総合周産期母子医療センターでの精神科医の役割にも期待が集まっている。

こうした精神科における医療環境の変化や疾病構造の変化に対する受け皿として総合病院精神科が再評価されるようになり、自殺企図患者を扱う救命救急医療、高齢者医療、緩和医療、身体合併症治療、臨床研修制度など多岐にわたる分野での貢献が期待できる総合病院精神科の意義の再認識やニーズが高まってきている。その証左は、近年見直しが進んでいる総合病院精神科で行う診療報酬加算の改定であろう。この結果、精神科病院での病床削減の流れと逆行して、近年は総合病院精神科病床の増設が相次いで行われつつある。

本稿では、かつて筆者が勤務した大阪急性期・総合医療センターにおける精神科での自験例をもとに、実際に遭遇する精神疾患や臨床場面についての最新の知見を報告し、総合病院精神科医療の役割や今後の課題について若干の考察を加え、今後期待される埼玉での総合病院精神科精神科を中心とした医療連携体制（埼玉モデル）についても言及したい。

II 総合病院精神科の役割

1. 総合病院精神科の変遷

総合病院精神科のもっとも大きな特長は、コンサルテーション（相談）とリエゾン（連携 Liaison）にある。すなわち、コンサルテーションとは、精神科医が他診療科医師の要請に応じて、患者の精神状態について診断的見解を述べ、適切な助言や処置を行うことであり、リエゾンとは、たとえばがん患者の緩和ケアのように、あらかじめ精神科医が他の身体的診療科の診療チームに加わって、定期的な診断会議などを通して、患者の精神医学的側面について面接、治療、生活指導などを行うことで、これらを合わせてコンサルテーション・リエゾン精神医学という（大熊, 2008）。

リエゾン精神医学の概念は昭和 50 年頃にわが国に紹介され、啓蒙、普及が開始された。わが国で最初にコンサルテーション・リエゾン精神医学の活動を開始し、業績を残したのが金子仁郎（第 5 代大阪大学医学部神経科精神科教授）であり、大阪大学医学部附属病院長在任中に国内初の特種救急部が創設された（ICU 15 床、災害外科 24 床）。当時、ICU において多数の不眠、不安・焦燥、せん妄などが発生し、救急部による依頼により精神科が連携し、その成果を昭和 47 年に発表したのがその最初といわれている（岸ら, 2010）。昭和 63 年にその領域の学術団体である「日本総合病院精神医学会」が設立され、近年、総合病院精神医学会専門医、指導医制度（いわゆるリエゾン専門医）が開始された。平成 16 年から臨床研修医制度が始まり、その研修の中で精神科が必修となった影響もあってか、少しずつ精神科を併設する総合病院も増えていった。筆者も委員として参加している総合病院精神医学会医療政策委員会が、2 年に 1 回、全国の総合病院に向けて、リエゾン診療や医療実施の実態を把握する目的でアンケート様式での基礎調査を行っている。それによれば、現在、総合病院精神科は、流動的ではあるが、全国に約 900 施設（総合病院精神医学会医療政策委員会が把握し

ている施設)あり、全国の精神科病院の施設数とそれほど変わらない。しかし、全国的にみても医師確保が困難な状況にあり、また十分な医療経済的な評価がなされないこともあって、総合病院精神科は厳しい運営を強いられているのが現状である。

2. 総合病院精神科の役割

a)リエゾンチーム

さまざまな身体疾患で一般病棟に入院中の患者が、せん妄や、不眠、抑うつ、自殺企図といった精神症状をきたした場合、精神科リエゾンチームは介入依頼を受けて、担当医や病棟スタッフと協力してその患者の対応にあたる。チーム設置要件として、5年以上の勤務経験がある専任の精神科医、精神科などの経験が5年以上あり所定の研修を修了した専任の常勤看護師(リエゾン精神看護専門看護師)、精神科病院または一般病院で精神科医療に3年以上従事した経験がある専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士、常勤臨床心理技術者のいずれか1人、の計3人以上で構成することが求められている。このようにさまざまな専門職同士で協力し合って治療を進めていくために、いやおうなくチーム力が求められる。たとえば、高齢患者の手術後や全身状態が悪い患者に認められることの多いせん妄は、身体治療の途中で、安静保持困難、ドレーン類・輸液ルート類の自己抜去、酸素マスクの装着困難などさまざまな問題を引き起こす。また、せん妄の出現によって、身体合併症の続発や在院日数の長期化、死亡率の上昇がもたらされる可能性もあると考えられている(Korc-Grodzicki B et al, 2015)。そのため、せん妄を引き起こす可能性のある患者については、身体治療の開始前あるいは開始後早期に精神科リエゾンチームによる介入を行い、せん妄を引き起こす誘発因子への働きかけを意識した総合的なマネジメントを行うことで、せん妄の合併による二次的被害を予防している。

精神科リエゾンチームの介入は各医療施設によって異なるが、外来受診が可能な患者は精神科リエゾン専門外来や精神科外来で診察を行い、全身状態によって外来受診が難しい患者については精神科リエゾンチームが患者のベッドサイドに往診に行くことが多い。これまでの自験例からみて、前者のような場合であっても、基本的には患者のベッドサイドに行って診察を行い、患者が病室で過ごす様子や身の回りの状況、面会に訪れた家族からの情報収集、入院生活をサポートしている病棟スタッフからの情報収集などを行うことが重要だと考える。全身状態や精神症状が悪い時には、患者本人から正確な情報を収集できない可能性も考えられるためである。

チームのメンバーの役割については、特段決まりはないが、概ね以下のようなことを行っている。精神科医は、精神症状および併存する精神疾患の診断とそれらに対する治療方針を身体科担当医と協議しながら決定し、必要に応じて薬物療法を含めた精神科治療を行い、各メンバーに協力要請を行う。患者が切迫した希死念慮を有し自殺企図のリスクが高い場合や、せん妄状態で興奮が強く、暴力行為などを認め、一般病棟での治療の継続が難しいと判断した場合には、担当医や患者の家族などと協力して、身体治療を行うことが可能な精神科病棟を有する医療施設・病棟へ患者を移す業

務を行うこともある。精神科看護専門看護師は、一般病棟の看護師に一般病棟でも行うことが可能な精神科看護のアドバイスをを行い、時には一般病棟看護師へ精神疾患への対応の仕方などについて啓発活動を行うこともある。薬剤師は、身体科担当医と精神科医の処方する薬剤が患者にとって最適なものになるように専門的視点で評価を行う。作業療法士は、リハビリテーションを行い、患者のADLの改善を図る。ADL改善の程度によって、退院後に自宅に戻れるか、それともリハビリテーション継続目的でリハビリテーション病院に転院するかなど、予後が左右される。精神保健福祉士は、転院調整をしたり、自宅退院の際には社会資源の利用などによって退院後の環境調整を行う。臨床心理士や公認心理師などの臨床心理技術者は、医療スタッフのメンタルヘルス・プロバイダーとして、チーム医療コーディネーターとしてのさまざまな役割を担う（富岡ら、2013）。

平成27年9月9日に公認心理師法が成立し、平成29年9月15日に同法が施行され、心理職で国内初の国家資格である公認心理師が誕生することになった。心理系の資格の種類は非常に多く、国家資格の公認心理師を除きそのほとんどが民間資格である。平成30年9月9日に第1回公認心理師試験が行われ、27,876人が合格した。筆者もその中の一人である。合格者全員が登録すると、同数の公認心理師が誕生することになる。今後、公認心理師による診療報酬の改定が行われ、公認心理師として医療機関での就職を希望するものの増加が予想される。多職種から構成されるチームでのリエゾン精神医療の発展においてもこの意味はとて大きく、これから誕生する公認心理師の中で、できるだけ多くがリエゾン精神医学に携わり、英国のように精神科リエゾンチームの中心を公認心理師が担っていくことが期待される。もし将来、本学からも、公認心理師資格の取得を希望する学生が出てくれば、筆者もその育成に尽力したいと思っている。

b) 身体合併症を有する精神疾患患者への対応

精神科病院での入院加療を必要とする程度に重度精神症状を有する患者の身体治療は、一般病棟で行えない場合もある。そういった場合には、身体合併症ユニットを有する総合病院精神科病棟などで治療を行われる。精神科病床であるために、一般病棟と異なる点いくつか存在する。たとえば、閉鎖病棟を持つ医療施設では、医療保護入院などの非自発的入院で治療を行う場合もあり、あくまで本人の安全を守るためではあるが、行動制限を行いながら治療を進めていくことも少なくない。身体治療を継続するためだけではなく、輸液ルートやドレーン類の抜去や、手術創部感染などの二次被害のリスクを抑える目的もある。精神症状が前景に立ち、全身状態の増悪に気づきにくい場合など、精神症状と全身状態が互いに影響し合う可能性もあるため、精神科病棟のスタッフはより慎重な精神症状および全身状態の評価を行うことが求められる。また、さまざまな身体疾患に対応しなくてはならないため、処置やケアが煩雑であり、その業務は非常に過酷を極める。筆者が以前在籍していた大阪急性期・総合医療センターは、大阪市南部に位置する865床の総合病院で、34床の閉鎖病棟を有する精神科病棟を有し、全国で10施設ある「精神科救急・合併症入院料」算定施設であった。同院の病棟スタッフは全診療科27科のうち、実に25科と協力して身体合併症治療にあっていた。

身体合併症を有する患者の治療は、煩雑さに加えて、さまざまな問題に直面する。まず、身体合

併症治療に携わる精神科医と、治療可能な施設の絶対数が少ない（重村ら,2002）。精神・身体双方の疾患を持った患者の治療態勢は長年議論の対象となってきたが、1980年代にアメリカで提唱された medical psychiatry では、精神科医が精神・身体双方で主体性を持って Medical Psychiatry Unit (MPU) を運営する態勢が提示され、従来の治療モデルでは対応困難な、精神的・身体的に重症な患者も対応可能とし、臨床・研究・教育の面からその意義が唱えられた。しかし、地域医療における合併症治療のより円滑な運営や説明とインフォームド・コンセントの問題、精神・身体両方を診療できる医療スタッフが少ないなどの課題が残存し、十分な普及には至っていない。

従来の治療モデルでは診療が困難であった精神疾患患者への積極的身体治療の整備が必要であるという認識が高まってきたこと、近年の急速な高齢化などの理由から、精神科身体合併症医療の必要度が徐々に高まってきており、近年総合病院で精神科身体合併症医療を行える病棟が新設されている。しかし、まだまだ需要に追いついていないのが現状である。この需要と供給のギャップ埋めるために、身体合併症を行っている施設では、平均在院日数の短縮および入退院の回転数の上昇に取り組むことが必要とされる。そのためには、転入・転出先の多くを占める精神科病院との連携を密にする必要があり、筆者も日本精神科看護協会主催の講演会や、北陸医学会などで、精神疾患患者の身体合併症治療や、精神科病院と総合病院との連携について講演を行い、精神疾患患者の身体合併症医療についての啓発活動を行ってきた。

また、重度の精神症状を有するために十分な治療同意能力がない患者に対して、手術などの侵襲的な身体治療を行う場合も少なくないため、患者の治療同意の問題を慎重に検討する必要が出てくる。現在のわが国の法整備の現状では、それらの問題をただちに解決することは難しいと思われる。民法 698 条および刑法 37 条によると、患者の同意能力が乏しくても、治療を受ける同意権は本人にしか属していないとされているが、緊急時には現場の医師の裁量にゆだねられるものとするとされている。つまり、同意能力が乏しい患者が、積極的に、待機可能な治療を受けるのを拒否している場合、現時点では侵襲的治療をあえて行う法的根拠が存在しない（稲本ら, 2014）。実際の臨床現場では、明確な法的根拠はないが、家族や後見人などに治療を代諾してもらい、治療を行っている場合があるが、代諾者がなく、かつ、同意能力が乏しい患者は治療を受けられないといったケースも存在する（赤沼, 2009）。患者の同意能力が十分であると判断できない場合にも、同意能力があるとみなし、自己決定権を確認した上で治療を行う場合もある。このような場合にも、いったん治療に同意しても精神症状で二転三転することがある（西川ら, 2017）。また、身体科の治療には同意するが、精神科治療には同意しないこともある（永山ら, 1994）。このように同意能力が乏しい患者へ治療を行う際にはさまざまな問題が山積しており、早急な代諾者制度の法的整備が必要と考えられる。

c)救急搬送患者への対応

救命救急センターに搬送されてくる患者のうち、自殺企図や薬物中毒などで搬送されてくる患者は一定数以上存在し、精神科介入が必要なケースがしばしば見られる。Bertolote ら（2004）は、1959～2001年の間に、心理学的剖検等を用いて自殺既遂者の精神疾患について調べた 31 の研究（合計 15,629 事例）のメタ解析を行い、98.0%に精神疾患（内訳は、気分障害 30.2%、物質関連障害

17.6%、統合失調症 14.1%、パーソナリティ障害 13.0%)があったことを報告している。日野ら(2015)は、救命救急センターに入院となった患者においては、少なくとも全体の 2 割以上の患者が精神疾患や精神症状を有しており、精神科医の介入が必要となると報告している。そのため、それらの患者の救急搬送を受け入れる総合病院併設型救命救急センターでは、救急医と協力して治療（主に精神症状に対して）にあたることのできる精神科医の存在が不可欠となる。精神症状が重症になればその必要性はより高まり、精神科医のいない救命救急センターに搬送された後に、精神科医が常在する別の救命救急センターに搬送となるケースもみられる。

大阪急性期・総合医療センター救命救急センターでは、全救急搬送患者の 2 割近い患者が、飛び降りや縊首、刺創、向精神薬の過量服薬など、何らかの精神科介入を要するものであった。同院では、救急搬送時から救急医とともに精神科医も診察にあたり、救急病棟での治療の後、一般病棟での身体治療の継続が必要であり、かつ、精神科治療が必要な患者については精神科病棟に移って入院治療を続けている。精神科病棟における救急医による回診が毎日あり、その他の身体科医師の往診もあるので、手厚い身体合併症医療の提供が可能となる。同院で筆者は、飛び降りて自殺を図り救急搬送され、その後、精神科病棟に入院した精神疾患患者について、墜落外傷の治療期間に関わる因子について検討した後ろ向き研究（5 年間）(Omi et al, 2017)を行っている。

救命救急センターでの精神科医の役割は多岐にわたり、自殺企図患者の危機介入、精神疾患患者が身体救急で入院した際の治療、入院後に新たに出現した精神疾患および精神症状への対応、患者家族のケア、救急科スタッフのメンタルヘルス対策、合併症医療における救命救急センターと精神科間の橋渡しなどがその主な役割である（日野ら, 2015）。救命救急センターは効率的な医療（在院日数は一般病棟より短い）を行うという使命もあるため、上記の業務をスピーディーに行う必要がある。また、精神科病棟を有さない総合病院だと、身体治療に目処がついたが、引き続き入院による精神科治療が必要な患者であれば、入院治療を行うことが可能な精神科病院への転院調整が必要になる。救急搬送されたが、入院による身体治療が必要ない患者であれば、精神科診察で慎重に精神症状の評価を行い、精神症状に応じて、患者の精神科的治療方針を迅速に立てる必要が出てくる。

総合病院精神科医は、精神症状と全身状態を迅速に把握し、精神保健福祉士と協力して転院調整手続きを行ったり、かかりつけ医や通院治療を行える精神科診療所につなげる作業を行う。アルコール依存症患者が転倒などで受傷し搬送されてきた症例などでは、入院中にアルコール依存症についての疾病教育を行い、依存症治療に結びつけるなどの取り組みも行っている。筆者も委員として参加している日本総合病院精神医学会アルコール・依存症対策ワーキンググループでは、総合病院精神科と地域のアルコール依存症専門機関とのより良い連携体制の構築を目指し活動を行っている。

d)緩和ケア

わが国において、がんは昭和 56 年より死因の第 1 位であり、重大な課題となっている。そのため、がん対策を一層推進するために平成 18 年には「がん対策基本法」が制定されるなど、さまざまな施策がとられてきた。なかでも、重点的に取り組むべき課題として「がん緩和ケア」の推進が掲げられ、緩和ケア提供体制の整備が図られるようになった。しかし、緩和ケアは、がんと診断され

た時から提供すべきであるにも関わらず、いまだに終末期のケアと誤解されるなど、その意義や必要性が、患者のみならず医療従事者を含む国民に十分に周知されていないのが現状である。そのために、身体的苦痛や精神的・社会的苦痛の緩和が十分行われていない患者が多くいる。がん患者の苦痛は多面的であり、全人格的に捉えるためには、他職種による連携、チームケアが不可欠である。世界保健機関による緩和ケアの定義（2002年）では、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである」とあるとしている。

先述したように、がんの治療における緩和ケアの位置づけは近年変わってきている。手術や化学療法などのがん治療が終了した終末期に緩和ケアを行うといったこれまでの風潮とは異なり、現在はがんと診断された時から、がん治療と並行して緩和ケアを開始するようになってきている。具体的には、診断直後や治療中におけるがん患者の不安や抑うつ、患者の家族の心の問題などに対しては、担当医、看護師、緩和ケアチームの心のケア担当スタッフ（臨床心理士や精神科医など）が連携してサポートを行う。治療前や手術施行後の疼痛については、上記スタッフに加えて、麻酔科医とも連携して向精神薬や医療用麻薬などのオピオイド鎮痛薬を用いて、その対応にあたる。放射線療法や化学療法で生じた嘔気や食欲不振、口内炎などの副作用については、上記スタッフに加えて、放射線医、歯科医、栄養士とも連携して対策を講じる場合もある。治療を行うにあたって生じる医療費の問題や、他の病院への転院や自宅療養への不安への対応は、ソーシャルワーカーがその中心を担う。

医療従事者が、がん患者の痛みや悩みに対応し、緩和ケアにつなぐ体制の整備はまさしく急務であり、ひいては、がんのみならず循環器疾患等のがん以外の疾患を緩和ケアの対象とする体制構築も急がれる。そのためには、高度専門医療研究センター・病院や大学病院のような教育機関が先頭に立って、リエゾン精神医学に関する臨床・研究・教育を推し進めていく必要があると考える。近年、がん診療にかかわる医療スタッフを対象とした緩和ケア研修や、がん診療連携拠点病院における緩和ケアセンター・緩和ケアチーム・専門外来などの整備、在宅緩和ケア地域連携体制の構築・普及・啓発活動が行われている（厚生労働省ホームページ, 2019）。

e) 認知症ケアチーム

近年、医療現場においても人口の高齢化の問題は深刻であり、厚生労働省（2015年）の推計によれば、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症患者数は700万人前後に達し、65歳以上の高齢者の約5人に1人を占めるとされ、今後はますます認知症を取り巻く社会的コストが増大していく可能性が示唆されている。精神病院や総合病院の入院患者においても、認知症患者が占める割合が増加傾向にあり、入院治療の途中で、認知症中核症状（認知機能低下）や、幻覚、妄想(物取られ妄想が典型的)や、抑うつ、意欲低下などの精神症状、徘徊、興奮などの行動異常などの周辺症状によって、しばしば、入院治療継続が困難になることがある。厚生労働省はこうした状況に鑑み、

平成 28 年度の診療報酬改定で「認知症ケア加算」を新設した。この加算は、身体疾患のために入院した認知症患者を医療機関が適切に受け入れ、入院治療を行う病棟における対応力とケアの質を向上させることを目的としている。担当医・病棟看護師と共に、精神科医や神経内科医、認知症看護認定看護師、精神保健福祉士、臨床心理士といった多職種チームによる認知症患者への適切な介入を行い、認知症の悪化予防や円滑な身体疾患治療に向けた環境調整などに関する計画を立てる。これにともなう診療報酬改定によって、近年、総合病院で認知症ケアチームが次々と新設されてきている。筆者も、大阪急性期・総合医療センターで、平成 29 年度から認知症ケアチームを立ち上げ、週 1 回のカンファレンスの実施と、認知症チームの介入依頼があった各病棟を、チームのメンバーとともに巡回して、病棟における認知症ケアの実施状況を把握し、患者、患者の家族および病棟スタッフに対する助言を行っていた。症例によっては、家族や医療ソーシャルワーカーとともに、今後の生活環境の改善を目的として、利用可能な社会資源の申請（介護保険など）や、退院後の介護体制についてケアマネージャーと協議を行った（訪問看護、デイサービス、介護ベッドや手すりの利用など）。また、病院職員を対象とした認知症患者のケアに関する研修を定期的開催し、認知症の啓蒙活動も行った。それらの活動は地方独立行政法人大阪府立病院機構総長賞（認知症ケアチーム、受賞代表者）として結実した。今後、効率的な医療の提供など、さまざまな場面で急性期病院での認知症ケアチームの役割は大きくなっていくことものと予想される。

Ⅲ. 総合病院精神科で遭遇する疾患とその治療

この項では、総合病院精神科の臨床現場で遭遇することが比較的多い精神疾患・精神症状と、実際に行われている総合病院精神科特有の治療について紹介する。

a) 身体疾患によって引き起こされる精神障害

身体疾患によってさまざまな精神疾患・精神症状が生じることが知られているが、精神科リエゾンチームが身体科から依頼を受けるきっかけとなることも多いのはせん妄である。せん妄は、身体疾患、脳器質因子、薬剤、環境因子などにより引き起こされると考えられており、意識混濁と意識変容をきたした意識障害の一型である。せん妄の原因は多因子であり、その病態生理も単一ではなく、複数の生物学的要因が絡み合って神経ネットワークの機能異常を来たすことで生じると考えられている (Young et al, 2007)。せん妄の主たる機序としては、脳内神経伝達物質異常、炎症、生理的ストレス、代謝異常、電解質異常、遺伝因子が挙げられる (van et al, 2010)。

せん妄は、過活動型、低活動型、混合型のサブタイプに分類されるが、しばしば身体治療の継続が困難な状況となって身体科より精神科リエゾンチームに介入の要請が来るのは過活動型が多い。過活動型せん妄によって興奮などを認める際には、患者本人の安全確保や身体治療を継続させるために鎮静を適宜行いながら、せん妄の原因検索と、その器質的要因に対する治療を行う。近年、低活動型のせん妄は、出現頻度が高いにも関わらず、その症状から見過ごされることが多いことが分

かつており、また、せん妄を発症すると入院中の死亡率が増加し、その後の認知機能予後に影響を与えることも徐々に明らかになってきている (Pandharipande et al, 2007; Ely et al, 2004)。

せん妄は、多要因性であり、Lipowsky ら (1990) によって分類された直接因子、誘発因子、準備因子の 3 要素に分けると、その症候群を捉えやすいと考えられている。直接因子は、それ単一でも意識障害をきたしうる要因のことで、器質的要因のことを指している。それぞれの器質的要因に対して、適切な身体治療を行う。抗コリン薬、ステロイド、抗パーキンソン薬など、せん妄を惹起し得る薬剤を内服している症例では、その薬剤の減量、中止を検討する。誘発因子は、意識変容を起こし得る外的要因のことを指しており、入院による環境変化、術後の痛み、睡眠リズムの乱れなどがあげられる。睡眠のリズムが乱れている場合は、少量の抗精神病薬や抗うつ薬などを用いて睡眠リズムの改善を図る。準備因子とは、アルツハイマー型認知症やパーキンソン病などの疾患が併存していることで、すなわち中枢神経系の脆弱性要因のことを指している。この因子がある場合は、せん妄が緩解、増悪を繰り返す可能性もあり、在院日数が長くなる場合には、入院時より誘発因子への働きかけを意識して対応することが大切である。この 3 要素は患者 1 人 1 人によって異なるため、患者に関わる医療スタッフは、その患者ごとに事例検討を行い、それぞれの要素に最善と考えられる働きかけを行い、総合的なマネジメントをすることが大切である (近江ら, 2019)。

ステロイド誘発性精神障害も精神科リエゾンチームに依頼の多いものの 1 つである。免疫内科や神経内科では、全身性エリテマトーデスや多発性硬化症などといった自己免疫疾患に対して、点滴投与によるステロイドパルス療法や高用量の経口ステロイド療法を行う場合がある。その際に、気分障害 (躁病やうつ病)、幻覚妄想状態を呈する精神病性障害、せん妄、軽度認知障害など多彩な臨床症状を呈することが知られている (西村, 2013)。これらの症状に加えて、興奮、自殺企図などの行動異常が出現することもあるため、症状が出現したらただちに精神科リエゾンチームに介入要請が来る。精神症状が重症である場合には、精神科病棟への転床や、身体合併症治療が可能な精神科病棟を有する医療施設への転院が必要になるケースもある。ステロイド誘発性精神障害の発症は用量依存的であるため、治療の原則はステロイドの減量あるいは中止であるが、これら精神症状に対しての対症療法として、抗精神病薬や気分安定薬を用いることもある。

近年、注目されている自己免疫学的機序を介在した自己免疫性脳炎も総合病院精神科で遭遇する機会が増えてきた疾患の 1 つである。その中でも自己免疫性辺縁系脳炎は、海馬、扁桃体などの大脳辺縁系が障害される脳炎のことを指し、幻覚・妄想・興奮・抑うつなどの精神症状、それらに基づく異常行動、意識障害、けいれん発作などの症状を呈することが知られている。精神症状を伴う場合、最初に精神科病院を受診することも多く、精神科医は自己免疫性脳炎の疾患に対する診断・治療・病状経過をよく理解しておくことが重要である (近江ら, 2017)。

患者の血清や髄液から、自己抗体 (患者の約 60% で検出される) がこれまでに次々と検出されており、随伴する腫瘍の特徴も明らかとなってきている (Dalmau et al, 2008)。精神神経症状の発症と抗体の検出が腫瘍の発見に先行することもあり、自己抗体の検出が診断及び腫瘍の早期発見のマーカーとして役立つと考えられている (Dalmau et al, 2008)。また、潜在する腫瘍は、肺癌、精巣癌、乳癌、Hodgkin 病、未分化奇形腫、胸腺腫、卵巣奇形腫などが知られており、腫瘍に対してはでき

るだけ早期に治療を行うことが望ましいとされている（近江ら, 2017; Omi et al, 2018）。診断の際に、髄液検査、頭部 MRI、脳波などの検査が必要となることに加えて、腫瘍を合併している症例で外科的摘出が可能な腫瘍は手術を行い、腫瘍がない場合にも、ステロイドパルス療法や血漿交換などの侵襲的な治療が必要となる。これらの精査・加療は精神科単科病院で行うことは難しく、なるべく早期にそれらの施行が可能な総合病院への転院が必要となる。受け入れを行った総合病院精神医は、自己免疫性脳炎がけいれんや呼吸不全など多彩な身体症状をきたすという特徴をしっかりと理解して、それぞれの症状および治療段階に適切な身体科と連携し、治療を進めていかななくてはならない（近江ら, 2017）。

高次脳機能障害とは、交通外傷や脳血管疾患などで生じた脳損傷に起因する認知障害全般を指す。具体的には記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害や、単症状として失語・失行・失認などが含まれる。これらの症状が出現した結果、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する場合がある。特に「社会的行動障害」すなわち、依存・退行性、脱抑制、感情コントロール低下、意欲低下・抑うつ等などの症状が出現すると、精神科の介入が必要となるケースも存在する。大阪急性期・総合医療センターでは、頭部外傷や脳血管疾患、脳炎・脳症などで救急搬送された患者が入院中に上記精神症状を呈した場合、精神科リエゾンチームに介入の要請があり、薬物療法や、場合によっては精神科病棟での行動制限下で身体治療を行っていた。その後、症例によっては高次脳機能障害に対するリハビリテーションを行うためにリハビリテーション科に移ったり、リハビリテーション専門病院に転院する。一部、社会的行動障害が重度で、リハビリテーションにうまく乗っていない症例も経験している（濱田ら, 2018）。わが国は平成 13 年度に高次脳機能障害支援モデル事業を開始し、高次脳機能障害を有する患者への支援対策を推進しているが、まだまだ高次脳機能障害患者を支える医療機関、行政機関が少なく、整備は進んでいるといえる状況ではない（濱田ら, 2018）。

b) 周産期の精神障害

近年、わが国の妊産婦の自殺数が明らかになってきたことで、他の先進国と比較してもわが国の妊産婦の自殺率が決して低くないことも分かってきた（Ogawa et al, 2017）。このことを受けて、わが国における産科ガイドラインの改定、妊産婦の検診体制の見直しなど、妊産婦を取り巻く医療体制の再構築が急速に進められている。妊産婦の自殺の原因としては、核家族化や共働き家庭の増加によって、子育て世代の孤立化や多様化が進み、その結果、妊娠・出産・育児環境がより過酷なものになっている可能性が考えられる。実際、産科からの周産期メンタルヘルスについてのコンサルトが増加しており、通常精神科加療に加え、保健師、助産師、行政職員と連携して、患者ごとに、妊娠から出産、育児にわたるサポート体制について検討を要する場合も多い。しかし実際には、現在の医療体制でそれらを行うことが可能な医療機関はごく一握りであり、サポート体制を必要とする妊産婦の全体をカバーできていないといいたい。こうした妊産婦への対応策として、メンタルヘルス・周産期管理への対応が可能な医療機関と地域医療とをつなぐ医療ネットワークの構築が望まれる。

筆者の総合病院精神科勤務の経験から、精神疾患を有する妊産婦の検診早期受診率は、精神疾患

を持たない妊産婦より低いという印象を持っている（論文作成中）。精神疾患を有する妊産婦は精神症状や社会心理学的ハイリスク（DV、経済的問題など）を有するために検診受診につながらない可能性が高い。検診未受診の期間が長ければ母体や胎児の健康管理への対応も遅れ、身体的ハイリスクな状態にあるといえるため、これらの妊産婦への介入についても取り組む必要がある。また、わが国の妊産婦自殺調査（Ogawa et al, 2017）では、産褥期の自殺数は産前の2倍であり、産褥期1年後頃まで自殺者が一定数存在することも明らかになっている。そのため、現在行われている産後1か月検診以降にも、周産期メンタルヘルスをフォローする体制も必要と思われる。これらのことから、地域基幹病院を軸とした医療連携と、妊娠早期から産後1年までの長期妊産婦検診のフォロー体制に加え、検診を受診できない妊産婦には助産師と精神科スタッフで構成された多職種アウトリーチチームによる試験的介入を行うなど、産科・精神科合同の医療ネットワークの構築が必要であると考えられる。もし、そのような医療ネットワークが構築されることになれば、うつ病エピソードなどの精神症状を合併した、もしくは周産期にそれらを合併するリスクを有する妊産婦に対して、早期からの精神科介入、および、精神疾患合併リスクの高い産後1年までの精神科フォローが可能となる。精神科入院加療が必要となるような重度の精神症状を伴う症例についても、医療連携を介することで早期に入院加療を行える医療機関に移って治療が開始できるようになる。また、これまで妊産婦検診の受診に至らなかった精神疾患を有する妊産婦についても、多職種アウトリーチチームの介入により、産科的・精神的なフォローを行えるようになる。その結果、精神疾患を有する妊産婦の自殺数が減少することが期待される。また、今後、これらの医療ネットワークを用いることでこれまで国内では行えなかった大規模な前向き出生コホート調査が可能になり、わが国における周産期メンタルヘルスに関する研究だけではなく、幅広い成育医療研究が行えるようになることを期待している。筆者は、日本総合病院精神医学会の医療政策委員として、医療政策の側面から、上記のような地域の医療連携を介する医療体制の整備に尽力していきたいと思っている。その際には行政機関との連携が不可欠であるが、その一端として、全国に先駆けた地域モデルとしての埼玉モデルを提唱できたらと考えている。

c) 向精神病薬による副作用への対応

薬の服用で良い効果が得られることを目的として医師は薬を処方し、患者はその薬を服用する。しかし、薬剤全般に言えることではあるが、ある割合で薬の副作用が出現する可能性がある。薬によって、副作用の出やすいもの、出にくいものはあるが、薬を代謝する患者の体内システムが異なることが副作用の出現に影響を及ぼす場合もある。例えば、薬の代謝臓器の1つである腎臓は、加齢で機能の低下を認めるため（70歳以上の腎機能は20歳の半分程度と言われている）、同じ量の薬を内服しても高齢者の方が若い患者に比べて副作用が出現しやすく、その副作用が遷延する可能性が高い。また、遺伝的に薬の代謝システムに異常がある患者もいる。薬物代謝酵素の中心を担っているCYPは遺伝的に多型が存在し、このCYPの遺伝的欠損者は、常用量の薬剤投与でも副作用が現れることがわかっている（南畝ら, 2009）。大きな副作用が出現した際には、その薬の服用を減量・中断し、場合によっては変薬を行う。しかし、ごく軽度の副作用（軽い便秘など）の出現のみで、薬

の減量・中断によってかえって精神が増悪し、最悪の場合には自殺の可能性などが考えられる際には、副作用の増悪などを慎重に判断しながら薬の処方続ける場合もある。周産期の内服治療においては、胎生期（妊娠4週目～11週目ころ）には妊婦が内服した薬の影響を受ける可能性がごく僅かであるがあるために、可能な限り低用量の薬を処方する場合がある（先行研究でその影響が明らかになっているような薬については、禁忌となっている）。そのような場合にも、確率は低いが胎児に与え得る影響と、内服の中断によって妊娠を継続できないというリスクを天秤にかけて、患者と患者の家族とでしっかりと相談を行ったうえで、内服を継続するかどうかなどの治療方針を決める。身体合併症を有する患者においても、すべてを紹介することは難しいが、いくつか気をつけて薬を処方する必要が出てくる。腎障害などで腎機能が低下している患者には肝臓での代謝の割合が高い薬を処方し、肝機能が悪い患者には腎代謝の割合が高い薬を出す。敗血症などの重篤な感染症に罹っている患者は抗生剤治療を行うものの、そのような症例では抗生剤の効果に影響が出そうな抗てんかん薬の使用は控える。

筆者がこれまで身体合併症医療に携わって、経験したいくつかの副作用に対する対処エピソードを紹介する。向精神薬は、抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬、気分安定薬などの総称であり、精神科医は統合失調症や躁うつ病、うつ病、不安障害、不眠症などの疾患や、患者ごとの症状に合わせて、それらの薬の調整を行う。

統合失調症では、1990年代頃より、それまで主に使用されていた第一世代抗精神病薬と比べて副作用の出現の少ない第二世代抗精神病薬が登場したことや、疾患の早期発見および早期治療開始などによって、近年、内服継続率の改善や治療予後の改善が進んでいる。また、一定の血中濃度を保てるように設計されたコントロールドリリース製剤である持続性抗精神病薬注射剤（long-acting injectable antipsychotics : LAI）の開発が進んでいる。LAIは数週間に一度の投与で効果が持続するため、日々の内服が難しい統合失調症患者の症状の再発を抑制する効果があるという結果がある。わが国でも、第二世代抗精神病薬の新規LAIが次々に登場し、使用症例数は増加傾向にある（波多野ら, 2016）。しかしLAIは、いったん副作用が出現すると体内の薬剤を取り除くことが難しく、重篤な副作用への対処法は確立しておらず、製造・販売元の製薬会社も、対症療法以外に方法がないとしており、その方法は未確立である。しかし、副作用が重篤な場合において事態は簡単ではなく、われわれ医療従事者は患者の安全を確保するという使命があるため、万が一重篤な副作用が起こった時の緊急対処法についても真剣に検討しなくてはならない。筆者はこれまでに、LAI投与後に重篤な有害事象が生じた3例を経験し、注射部位の局所切除、血液透析、抗パーキンソン薬の投与、脂肪乳剤大量投与等の可能性について検証を行った（Omi et al, 2017; Omi et al, 2018; 近江ら, 2019）。また、抗精神病薬の使用においては、耐糖能に与える影響についても注意が必要である。olanzapineやquetiapineについては、糖尿病を合併する患者には使用禁忌となっている。筆者も抗精神病薬の内服後に耐糖能異常が出現した症例を経験しており、比較的総合病院で遭遇しやすい副作用と思われる（Omi et al, 2016）。抗精神病薬の内服で、耐糖能異常が生じる原因については長い間議論が続いているが、近年、Ozawaら（2013）によってolanzapineがインスリン分泌を制御する膵β細胞のアポトーシスを引き起こしている可能性が明らかになってきており、今後の病態解明が期待されている。

d)修正型電気けいれん療法

総合病院精神科の強みの1つとして、電気けいれん療法がある。電気けいれん療法は、経皮的に頭部に通電を行い、脳に人工的なけいれんを誘発することで治療効果を得る治療法で、うつ病、躁うつ病、緊張病、統合失調症などの精神疾患に治療効果があると考えられている。ECT手技については、以前は麻酔や筋弛緩薬を使用せず施行する従来型ECTが行われていたが、施行前の恐怖感や、けいれんに伴う骨折、呼吸・循環器系の副作用が起こることがあるため、現在は静脈麻酔薬と筋弛緩薬を併用する修正型ECT(modified electroconvulsive therapy: 以下、mECTと記す)が行われている。また、通電するECT機器もサイン波治療器からパルス波治療器にかわり、その安全性は向上している。治療的位置づけとしては、一般的には精神症状が重度の患者に施行され、数種類の異なる薬を内服してみたが効果が乏しかった場合や、併存疾患や全身状態によって薬の副作用が出現しやすい場合、体重減少・低栄養が著明で生命の危機に瀕している場合、希死念慮が強く治療しないことによる自殺のリスクが非常に高い場合などに行われる。肝疾患や腎疾患などの身体疾患があるため副作用出現・重症化などの可能性が考えられ、通常の内服加療が行いにくいような状況では、薬物療法よりmECTを優先するケースも存在する(近江ら, 2017)。また、自殺企図で救急搬送され、切迫した希死念慮が続いている患者や、早期治療介入によって予後が良好となる早期がん(なるべく早期からの治療が望まれる)を有し、抑うつなどの症状で治療の開始ができていないような患者、つまり、なるべく早期に精神症状の改善を図りたい(薬物療法の反応を持っている猶予がないような)患者にも優先的にmECTを行うことがある(近江ら, 2017)。最近では、先述した自己免疫性脳炎に対するmECTの報告(Florance et al, 2009)や、パーキンソン病(Kennedy et al, 2003)やレビー小体型認知症(西田ら, 2017)、繊維筋痛症(Usui et al, 2006)、stiff-person症候群の亜型であるprogressive encephalomyelitis with rigidity and myoclonus(Omi T et al, 2019)など、さまざまな疾患に行われるようになっており、今後mECTの新しい適応疾患が出てくることが期待されている。

IV 埼玉における医療連携体制(埼玉モデル)の展望

埼玉県の医療環境にはさまざまな問題が内在するが、もっとも深刻なものは、全国でもまれに見る急速な高齢化の進行と、それに見合う十分な医療資源の不在にあるのではないだろうか。

埼玉県の75歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間におよそ1.6倍に増加し、2025年には121万に達する見込みであり、これは全国一のスピードで進む高齢化進展である。これを反映して、埼玉県地域医療構想の入院患者の医療需要推計によると、県内入院患者数は、2013年の3万5811人から、2025年には4万6086人まで増加することが予測されている(m3.com ニュース, 2018年9月13日記事)。

人口の高齢化の進行は、認知症高齢者の増加でもあり、身体合併症の増加をも意味している。そのためには、認知症ケアや身体合併症対策の充実が急務であり、総合病院精神科医の増員、総合病院における精神科リエゾンチーム・認知症ケアチームの新設、身体合併症病床の増設、救急科を中

心とした身体諸科と精神科の医療連携の構築が不可欠になってくると考えられる。

医師数および看護師数も深刻である。人口 10 万人あたりの医師数および看護師数はともに全国最下位で（2016 年時点）、医師数は 160.1 人、看護師数は 665.4 人である。また、人口 10 万人あたりの一般病院数は 4.0（ワースト 4 位）である（山田, 2019）。

急速な高齢化の進行と、十分とはいえない医療資源の中で、いかにして充実した医療体制を整備していくのか。当然のことながら、一義的には医療資源の供給が必須となると思われるが、事態はそう簡単ではない。行政機関と地域医療の現場との建設的な意見交換、時間をかけた計画的な医療政策の推進など、数多くの障壁が存在する。

こうした中、特に人員不足の問題を解決すべく、すでにいくつかの取り組みが開始されている。たとえば、救急車の病院収容までの所要時間の短縮のために救急現場への ICT（information and communication technology）の導入し、救急搬送受入体制の改善や搬送困難事案を解消するといった試みが行われている（清田ら, 2018）。また、救急相談の混雑緩和や最適な救急搬送などのために、AI（人工知能）を活用した救急相談サービスを全国の自治体で初めて導入すると埼玉県が発表している（産経新聞 2019 年 4 月 19 日記事）。これによって、利用者は 24 時間 365 日、スマートフォンやパソコンからチャット形式で気軽に相談できる。この救急相談システムによって、必要度にあった救急搬送システムが行われることが期待されている。今後は、救急科と連携した身体合併症を有する（妊産婦を含む）精神疾患患者の搬送システムなど、社会資源不足への対応として、総合病院精神科領域においてもこうした IT 媒体の活用が求められることになるだろう。

充実した医療体制の整備には、行政機関や救急科をはじめとする身体諸科、工学領域をつなぐような総合病院精神科の人材が必要と思われる。「リエゾン」は、フランス語で「連携」や「連絡」を意味している言葉である。この言葉のように、リエゾン精神科医療に携わる医療スタッフが、多職種、さまざまな領域の専門家のコーディネーター役となり、その役割の中心を担っていくことが期待される。

V おわりに

近年、精神科リエゾン加算の診療報酬が改定され、総合病院における精神科リエゾンチームの新設、総合病院での精神科病床の新設が続いており、リエゾン精神医学の必要性が徐々に社会的にも認知され始めている。しかし、地域における総合病院精神科の医療スタッフ不足の問題は深刻であり、精神疾患・精神症状と身体合併症を有する患者に対する医療については、まだまだ十分な医療体制が整備されていないのが現状である。

このような現状を変えていくためにも、総合病院精神科が中心となって、リエゾン精神科医療の整備が進んでいない地域の医療従事者に対しての啓発活動や、地域の救急科や産婦人科などの身体医学と協力し、精神科身体合併症患者（重症身体疾患を有する精神疾患患者やソーシャルハイリスク妊産婦）の救急搬送システムの構築に積極的に取り組んでいくことが必要である。

筆者は、これまでの臨床・研究における知識と経験を活かし、身体医学諸科や行政機関などの地域（特に埼玉での）との連携を通して、総合病院精神科が中心となった医療モデル（身体疾患を有する精神疾患患者が、精神疾患を持たない患者と同様に、高度な先進医療を受けられるような医療体制作り）の構築に全力を尽くしたいと考えている。また、他の研究機関とも積極的に連携しながら、基礎と臨床の橋渡しの部分を担当し、青年期が好発時期である統合失調症や双極性障害などの機能的な精神疾患に対して、その根底にある分子機序の解明にも取り組み、質の高い臨床研究に結びつけたいと思っている。

参考文献

- 赤沼康弘, 医療行為と成年後見制度--同意能力のない者に対する医療 (特集 福祉サービスと「医療行為」), 月刊福祉, 92(7), 42-45, 2009.
- 稲本淳子, 富岡大ら, 身体疾患の治療を拒む患者への対応, 臨床精神医学, 43(3), 341-346, 2014.
- 医療ジャーナリスト: 富井淑夫 / 編集: 株式会社日本経営エスディサポート, 2016年度 診療報酬改定 解説レポート精神科 今改定のチェックポイント〜一般病院の精神疾患患者転院受け入れを重点評価, 沢井製薬ホームページのトピックスお役立ち情報.
<https://med.sawai.co.jp/topics/knowledge/2016/detail07.html>
- 近江翼, 池田学, 臨床婦人科産科 (73 巻 4 号「産婦人科『救急/当直』パーフェクトガイド」〜《術後合併症への対応》7. せん妄 担当), 医学書院, 138-43, 2019.
- 近江翼, 金井講治ら, 総合病院で行われる自己免疫性脳炎の治療の実際 ~当センターで経験した 7 症例をふまえて, 精神科救急, 20, 100-109, 2017.
- 近江翼, 木口 雄之ら, 持効性抗精神病薬注射剤による重篤な有害事象とその治療: 3 例の経験から, 精神科治療学, in press, 2019.
- 近江翼, 金井講治ら, 不整脈に対してカテーテル治療あるいはペースメーカー留置を行った老年期うつ病患者に修正型電気けいれん療法が奏効した 2 症例, 精神科治療学, 32(6), 835-842, 2017.
- 近江翼, 金井講治ら, 悪性腫瘍を合併したうつ病患者への mECT の治療的位置づけについて~当センターで経験した 2 症例を踏まえて, 総合病院精神医学, 28(43), 257-263, 2017.
- 大熊輝雄, VII コンサルテーション・リエゾン精神医学, 現代臨床精神医学改定第 11 版.
- 尾崎紀夫, 総合病院における精神医療・児童精神科医療の担い手の育成: 地域医療再生計画に望むこと, 精神神経学雑誌, 113(9), 823, 2011.
- 緩和ケアの推進について, 厚生労働省ホームページ
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_kanwa.html
- 岸泰宏, 黒澤尚, 救急医療における コンサルテーション・リエゾン精神医学, 日救急医学会誌, 21, 147-58, 2010
- 清田和也, 武井秀文ら, 埼玉県における救急現場への ICT 導入と 医療機関の受入体制整備が救急搬送状況に与えた効果について, Journal of Japanese Society for Emergency Medicine, 21, 72—34, 2018.

- 産経新聞 2019 年 4 月 19 日記事「全国初、A I で救急相談 埼玉県が試験導入 スマホで症状入力」
<https://www.sankei.com/region/news/190419/rgn1904190022-n1.html>
- 重村淳, 野村総一郎ら, 日本における medical psychiatry の現状と課題, 精神科治療学, 17(12), 2002.
竹島正氏の記事 (2015 年 1 月 28 日), 精神科は最近医師数が増えている, 医学生・研修医へのメッセージ, 日本精神神経学会ホームページ.
https://www.jspn.or.jp/modules/residents/index.php?content_id=6
- 富岡直, 満田大ら, 多職種協働のために 精神科リエゾンチームの心理職に求められること—チームの内と外, 二側面による検討—, 総合病院精神医学誌, 25(1), 33-40, 2013.
- 永山建次, 鈴木茂ら, 精神病患者のがん手術に対するインフォームド・コンセント, 精神医学, 36, 625-632, 1994.
- 西川徹, 近江翼ら, 精巣腫瘍に対する治療への意思が頻回にゆらぎ、精神的支援を継続することによって治療を完遂できた自閉症スペクトラム障害の一例, 大阪急性期・総合医療センター医学雑誌, 39(1), 67-70, 2017.
- 西田岳史, 近江翼ら, 修正型電気けいれん療法により精神症状の改善がみられた薬物治療抵抗性のレビー小体型認知症の 1 例, Dementia Japan, 31, 117-124, 2017.
- 西村勝治, ステロイド精神病, 臨床雑誌内科, 112(1), 91-95, 2013.
- 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～, 厚生労働省.
- 野口正行, 小林孝文ら, 2012 年総合病院精神科基礎調査からみた 総合病院精神科の現状—第 1 報—, 総合病院精神医学誌, 26(2), 182-190, 2014.
- 波多野正和, 亀井浩行ら, 統合失調症治療における持効性注射剤の役割と今後の課題, Drug. Delivery System, 31, 186-193, 2016.
- 濱田万葉, 近江翼ら, 高次脳機能障害の環境整備に難渋した一例, 大阪急性期・総合医療センター医学雑誌, 40(1), 45-48, 2018.
- 日野耕介, 小田原 俊成, 救急医療とリエゾン精神医学, 精神医学, 57(3), 185-193, 2015.
- 平成 26 年度 (2014) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況, 厚生労働省ホームページ.
- 平成 26 年 (2014 年) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況, 厚生労働省ホームページ.
- 南畝晋平, 東純一, 医薬品開発におけるチトクロム P-450 遺伝子多型, 日薬理誌, 134, 212-215, 2009.
- Bertolote JM, Fleischmann A, et al, Psychiatric diagnoses and suicide:Revising the Evidence, Crisis, 25, 147-155, 2004
- Business Journal, 医師不足が深刻になる都道府県マップ...5 年後、全国で 2 万人も不足に (文＝山田 稔/ジャーナリスト) https://biz-journal.jp/2019/04/post_27229.html
- Dalmau J, Gleichman AJ, et al, Anti-NMDA receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies, Lancet Neurol 7, 1091-1098, 2008.
- Ely E W, Shintani A, et al, Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit, JAMA, 291(14), 1753-1762, 2004.

- Florance NR, Davis RL, et al, Anti-Nmethyl-D-aspartate receptor (NMDAR) encephalitis in children and adolescents, *Ann Neurol*, 66, 11-18, 2009.
- Kennedy R, Mittal D, et al, Electroconvulsive therapy in movement disorders: an update, *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 15, 407-421, 2003.
- Korc-Grodzicki B, Sun SW, et al, Geriatric Assessment as a Predictor of Delirium and Other Outcomes in Elderly Patients With Cancer, *Ann Surg*, 261(6),1085-90, 2015.
- Lipowsky ZJ, *Delirium: acute confusional states*, New York, Oxford University Press, 1990.
- m3.com ニュース・医療維新 地域情報（県別），高齢化のスピード全国1位の埼玉県が生んだ医療資源充実の秘策とは？「埼玉県地域医療構想」－福田智樹・埼玉県保健医療部保健医療政策課政策企画担当主査に聞く◆Vol.1 (2018年9月13日配信記事) <https://www.m3.com/news/kisokoza/628645>
- Ogawa K, Urayama KY, et al, Association between very advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: a cross sectional Japanese study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 349, 2017.
- Omi T, Ito H, et al, Possible factors influencing the duration of hospital stay in patients with psychiatric disorders attempting suicide by jumping, *BMC Psychiatry*, 20, 17(1):99, 2017.
- Omi T, Kinoshita M, et al, Clinical relapse of anti-AMPA receptor encephalitis associated with recurrence of thymoma, *Internal Medicine*, 57(7), 1011-1013, 2018.
- Omi T, Kanai K, et al, The possibility of the treatment for long-acting injectable antipsychotics induced severe side effects, *American Journal of Emergency Medicine*, 35(8), 1211.e1-1211.e2, 2017.
- Omi T, Mitsui Y, et al, Long-acting formulation leading to severe long-term adverse effects: a case report of fluphenazine and persistent extrapyramidal symptoms, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 43(1), 117-120, 2018.
- Omi T, Riku K, et al, Paliperidone Induced Hypoglycemia by Increasing Insulin Secretion, *Case Reports in Psychiatry*, ID1805414, 3, 2016.
- Omi T, Kanai K, et al, Treatment of possible PERM underlying malignant catatonia and accompanying psychotic symptoms with modified electroconvulsive therapy: a case report, *Journal of ECT*, 35(1), e3-e4, 2019.
- Ozawa R, Okada T, et al, The Antipsychotic Olanzapine Induces Apoptosis in Insulin-secreting Pancreatic β Cells by Blocking PERK-mediated Translational Attenuation, *Cell Structure and Function*, 38, 183-195, 2013.
- Pandharipande P, Cotton BA, et al, Motoric subtypes of delirium in mechanically ventilated surgical and trauma intensive care unit patients, *Intensive Care Med*, 33(10), 1726-31, 2007.
- Usui C, Doi N, et al : Electroconvulsive therapy improves severe pain associated with Fibromyalgia, *Pain*, 121, 276-280, 2006.
- van Gool WA, van de Beek D, et al. Systemic infection and delirium: when cytokines and acetylcholine collide. *Lancet*, 375(9716), 773-5, 2010.
- World Health Organization : WHO definition of palliative care, 2002 [<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>]
- Young J, Inouye SK, et al. Delirium in older people, *BMJ*, 2007, 334(7598), 842-846.