

特集 一般医療と連携する精神科医療（総合病院精神科）の新しい動向

コンサルテーション・リエゾン活動に特化した
無床総合病院精神科の現状と今後

岸 泰宏

精神疾患の有病率は、身体疾患治療現場で高いことが知られている。身体疾患に精神疾患を合併した症例は、精神疾患ばかりでなく身体疾患の予後も悪化させ、医療資源消費も増加する。現況の精神科コンサルテーション・リエゾン医療の効果・効率性は低く、高齢化社会をむかえ複雑な症例を扱う総合病院においては、Bio-Psycho-Social に配慮した新たなコンサルテーション・リエゾン精神医療のシステムを構築していく必要がある。その第一歩として、Bio-Psycho-Social 面で問題を抱えた複雑な症例のリスクアセスメントを行い、ケアのコーディネーションを早期から行っていく必要がある。効果的・効率的な系統だった介入方法の構築を急ぐ必要がある。

<索引用語：コンサルテーション精神医学，総合病院，チーム医療>

1. はじめに

現在の医療体系は、デカルトの説いた Cartesian dualism, “mind (精神) と body (身体) は interaction や communication はほとんど認められない” を基本としており, “(一般診療科と精神科は) 異なった独立した場所で, 異なった医師が診療を行う” 制度になっている²⁾。しかし, 身体疾患に罹患すると精神疾患を合併することが多く, 臨床的, 医療経済的にも両者の治療を同時に行うことの重要性が示されており, 効果的・効率的な治療システムを構築していく必要がある。

2. 身体疾患現場での精神疾患有病率

表1に精神疾患の有病率のまとめを示す¹⁹⁾。頻繁にみられる精神疾患を見てみると, 健康人と比べて身体疾患罹患患者で大うつ病は2~3倍, パニック障害や身体化障害で10~20倍, 物質依存では3~5倍の頻度で認められる。せん妄は健康人では認められることはほとんどなく, 入院患者

の約15~30%に認められる。さらには, 慢性身体疾患を抱えた症例の精神疾患の生涯有病率は42%であり, 慢性疾患に罹患している症例は, 物質依存・感情障害ならびに不安障害に罹患している危険が高いことも指摘されている³⁹⁾。つまり, 一般医療現場では精神疾患の合併有病率が非常に高く, 無視できないものとなっている。

3. 精神疾患の合併が身体疾患に与える影響

身体疾患にうつ病が合併すると, 身体疾患の経過・予後に悪影響が及ぶ。たとえば, 心筋梗塞後5~15日の間に発症するうつ病は, 6ヶ月以内に死亡する独立した危険因子であり (HR 5.7, 95% CI 4.6-6.9), “Killip Class” ならびに “再梗塞” と同等の死亡予測因子であることがわかっている¹¹⁾。うつ病による生活習慣の変化や, アドヒアランスの問題などの環境要因ばかりでなく, うつ病により惹起される生物学的な変化が再梗塞や死亡などの心筋梗塞後の経過に悪影響を及ぼ

表1 精神疾患の頻度 (文献 19 より)

	コミュニティー (一般健康人)	外来症例	総合病院 (入院症例)
大うつ病	5.1 %	5~14 %	15 %以上
パニック障害/全般性不安障害	4.2 %	11 %	4.5 %
身体化障害	0.2 %	2.8~5 %	2~9 %
せん妄			15~30 %
物質依存	6.0 %	10~30 %	20~50 %
何らかの精神疾患	18.5 %	21~26 %	30~60 %

す^{1,3,26)}。

心筋梗塞以外にも、脳梗塞後に急性期にうつ病に罹患した症例は、うつ病に罹患しなかった症例と比較して、10年間の経過をみると死亡率は3.4倍に達することが報告されている³²⁾。とくに顕著なのは、社会サポートのある非うつ病症例の死亡率は38%だったのと比較して、社会サポートのないうつ病症例は92%が死亡していた点であり、脳梗塞の予後に、心理(精神)社会的な影響が強いことが示されている。

糖尿病においても、うつ病を合併した症例は、非うつ病症例と比べて、運動療法、食事療法や薬剤(血糖降下剤、降圧剤、高脂血症治療剤)の遵守率が低い³⁰⁾。また、年齢、性別、教育年数などで補正した3年間の死亡率をみても、うつ病症例は非うつ病症例よりも2.3倍高率になることも指摘されている²²⁾。

うつ病以外でもせん妄が合併すると、死亡率が上昇する点や退院後に施設入所にいたる危険性が高い^{10,17,31,34)}。また、せん妄は“可逆的”とされているが、実際にはADLの低下や認知症への移行も高率に認められることがわかっている^{17,34)}。

4. 精神疾患の合併が医療経済に与える影響

表2にそれぞれの疾患の医療経済に与える影響のまとめを示す²⁷⁾。身体疾患に精神疾患が合併すると医療資源の消費が増大する。精神疾患を合併した身体疾患入院症例は、在院日数が長期化することがよく知られており、包括支払い制度では病

表2 身体疾患に伴う精神疾患別の医療資源に与える影響 (文献 27 より)

身体化障害	<ul style="list-style-type: none"> ●一般健康人と比較して9倍の医療サービスの利用 ●月間平均7日の臥床
うつ病	<ul style="list-style-type: none"> ●3倍の医療サービスの利用 ●2倍の医療費(身体疾患重症度補正後) ●7倍の救急外来利用 ●在院日数の増加
不安障害	<ul style="list-style-type: none"> ●恐慌性障害:救急外来利用が10倍以上、70%は正しい診断までに10回以上身体科医を受診 ●喘息に不安発作が合併すると3倍の入院率
アルコール関連障害	<ul style="list-style-type: none"> ●アルコール関連障害のいる家族は2倍の医療費
せん妄	<ul style="list-style-type: none"> ●在院日数の長期化

院側にとっては医療経済的に好ましくない患者となっている^{23,35)}。米国のある保健機構(Health Maintenance Organization)に属する医療資源消費上位10%の症例を調べたところ、それら10%の症例が全体の、29%のプライマリーケア医への通院、52%の専門医への通院、40%の在院日数、26%の処方薬を消費していたことが報告されている²¹⁾。これら、医療資源の高消費症例の約50%が精神・心理的に“Distressed”であったという。“Distressed”であった症例の精神疾患の内訳は、40%が大うつ病あるいは気分変調症、21.8%が全般性不安障害、20.2%が身体化障害、11.8%がパニック障害、5%がアルコール乱用あ

るいは依存であったと報告されている。違った角度からの検討では（米国のデータ）、精神医療利用者は医療全体の11%であるが、医療費全体の22~30%を消費している²⁰⁾。なお、この医療費の中で、約80%は“身体疾患治療”の医療費であることもわかっている。精神疾患合併症例は、身体疾患で入院した場合に在院日数が長期化する点、外来でも不定愁訴や救急外来受診回数などが多く、検査・処置などが増加するなどのために医療費が増加することが指摘されている。

5. コンサルテーション・リエゾン精神医療の効果

ここまで、述べてきたように身体疾患に精神疾患が合併すると身体疾患の予後を悪化させるだけでなく、医療資源がより消費され、医療費の増大に繋がる。ここで次にあげるような疑問が生じる。

1) 精神科の介入により身体疾患の予後に変化は？

1980年代おわりから1990年初頭にかけて、一般のがん患者に対して精神療法を行うことで、がんの予後や生存日数が好転するといった報告が続いた^{9,36)}。これらの報告により、このフィールドは活気付き、心理社会的な介入の重要性が強調された。現在でも、心理社会的な状態の改善が身体予後を改善するといった点を強調するがん患者の自助グループなどは多々存在している。しかし、厳密で科学的なクリティカル・レビューを行ってみると、精神療法は一般的ながん患者の身体的予後には寄与していないことがわかっている⁵⁾。心理社会的なdistressの改善は大切ではあるが、“心の強い人はがんを克服でき、弱い人は克服できない”といった誤った認識・差別に繋がるおそれもあり、正しい情報の普及が大切である。

2) 精神科コンサルテーションは効果があるのか？

身体疾患現場において精神医療が関与すると（とくにコンサルテーション・リエゾン精神医療）、総医療費削減効果があるのではないかと

期待がかかる。

リエゾン精神医療（注：一般的に精神科リエゾンは病棟に精神科医が常駐し、精神疾患に対応する方法をさすことが多い。対して精神科コンサルテーションは身体科医からの依頼により精神疾患に対応する方法）の医療資源に与える有名な研究がある。Strainら³⁷⁾はニューヨークのMt. Sinai Medical CenterならびにシカゴのNorthwestern Memorial Hospitalにおいて、大腿骨骨頭骨折後にリエゾン精神科医が関わった際の影響について調査している。Mt. Sinai病院での介入前の大腿骨骨頭骨折後の年間平均在院日数は20.7日であった。症例全体にリエゾン精神科活動を行ったところ、その年の年間平均在院日数は18.5日と2.2日の短縮が認められたという。Northwestern病院でも同様に、15.5日が13.3日と1.7日の短縮が認められている。この結果、Mt. Sinai病院では年間\$167,000、Northwestern病院では年間\$97,000の医療費の削減が可能であったと報告している（包括払いのため、病院の節約となる）。このように、リエゾン精神医療では在院日数の短縮の可能性が指摘されているが（注：現在の米国では在院日数が短期のため、この効果は認められない）、精神科医のマンパワーの問題、対医療費効果からの非効率性などにより、リエゾン精神医療は“theoretical”であって“practical”でない。

一方で、精神科コンサルテーションの医療資源に与える影響はどうであろうか？ 精神科コンサルテーションが早期に行われる患者は早期に退院し、コンサルテーションが遅れるほど在院日数が長期化することが示されている²³⁾。精神科コンサルテーションは身体科医のコンサルトに依存しているため、精神疾患の見逃しが多い点は多々指摘されている。通常は全入院患者の1~5%が精神科コンサルテーションを受けているに過ぎず²⁴⁾、少なく見積もっても精神疾患合併症例の20%以下しかコンサルトされていない（表1）。また、せん妄やうつ病症例の精神科コンサルテーションは依頼があったとしても遅れることもわかっている

る。上記の点より、精神疾患スクリーニングを行い、スクリーニング陽性であった症例に精神科コンサルテーションを行う方策が医療経済的に好ましいのでは？と思ひ浮かぶのは自然である。しかし、残念ながらこの方法では良好な結果が出ないことが米国ならびに欧州で示されている^{12,28)}。精神疾患スクリーニング+精神科コンサルトといった方法は、通常治療（身体科医が必要と判断した場合に精神科コンサルト）と比べて、在院日数、入院中の総医療費、退院後の医療資源利用、精神症状、クオリティ・オブ・ライフ (QOL) において全体として差が認められていない^{12,28)}。この結果を本邦にそのまま当てはめられるのかは議論が必要だが（欧米では在院日数が短く精神科医の関わりが少ない可能性、医療保険上の制約のためコンサルテーション・フォローアップが頻回に不能なことなど多くの要因あり）、精神疾患スクリーニング+精神科コンサルトだけでは全体としての医療経済効果ならびに臨床的な改善は望めないことが指摘されている。

6. 今後のコンサルテーション・精神医療

1) 疾病に焦点？

身体疾患治療現場で、うつ病ならびにせん妄の合併が多いことを述べたが、これら精神疾患に焦点をあてた治療は効果があるのであろうか？ 精神科介入の影響はどうであろうか？

先に述べたように心筋梗塞にうつ病が合併した場合の悪影響が明らかとなったため、アメリカ心臓協会 (American Heart Association) は、心疾患症例にうつ病スクリーニングを行うべきと提言している²⁹⁾。しかし、系統的レビューを行ってみると、心疾患患者にうつ病のスクリーニングを行い治療したとしても、うつ病の治療効果は若干 (modest) 認められるのみであり (effect size 0.20-0.38)、うつ病治療による心機能改善効果は認められていない³⁸⁾。

また、研究方法に議論はあるものの、せん妄を早期に発見し介入したとしても、通常のケア（身体科医に依存したコンサルテーションによる介

入）と比べて、せん妄改善率ならびに在院日数に差がないことが示されている⁴⁾。これに反して、せん妄発症以前から行う非薬物による多面的な介入方法が、せん妄発症率の減少ならびにそれに伴う医療経済的効果（多面的介入チームの件費も考慮）が認められている^{16,18,33)}。つまり、せん妄の対応においては、Reactiveな対応ではなく、Proactiveな関わりが臨床的ならびに医療経済的に有用である。

2) Bio-Psycho-Socialな介入

精神疾患だけのスクリーニングでは、“精神症状”が顕著ではなく、社会的な問題を抱えているような症例（社会的ネットワークが必要な症例、社会的ストレスがある症例、社会的な支援が必要な症例）を適切に評価することができない。医療資源に与える影響においても、これらの症例が大きな問題であることがわかっている^{6,7)}。これらをふまえて、欧州では新たな方策、とくにBio-Psycho-Socialを統合したスクリーニングが開発されている。COMPRI-INTERMEDといったBio-Psycho-Socialな面で脆弱性のある症例を早期に特定する方法が開発されており¹³⁻¹⁵⁾、これを用いた介入によりQOLの改善ならびに在院日数の短縮効果も認められている⁸⁾。日本語版INTERMEDの信頼性・妥当性の検討も行われている²⁵⁾。表3にINTERMEDの評価項目を示す。筆者らの施設での予備的研究では、入院した身体疾患症例の在院日数は、入院時に評価した身体面、精神面、社会面、医療との関わり、それぞれが影響を与えていることが示された（投稿準備中）。今後のコンサルテーション精神医療の方向としては、単なる精神疾患スクリーニング+コンサルテーションではなく、Bio-Psycho-Socialな面でスクリーニングを行い、適切な職種（症例にあわせて精神科医、心理士、看護師、あるいはソーシャル・ワーカー）が介入を行うことで効果的・効率的な医療を目指す必要がある。先に述べたせん妄の予防的介入においても、多面的な介入が必要であり、多職種からなるコンサルテーショ

表3 INTERMED 日本語版

	病歴	現在の状態	今後の見通し
身体的	慢性度 診断の困難さ	症状の重症度 診断上の課題	合併症・生命的危険度
心理的	コーピング 精神科的機能障害	治療への抵抗 精神症状	精神障害の危険性
社会的	社会との繋がり 社会機能障害	生活環境の不安定性 ネットワーク	社会的脆弱性
医療との関わり	治療強度 治療経験	ケアの構造 診療依頼の適切性	医療との関わりの見通し

INTERMED は身体的、心理的、社会的、医療との関わり の 4 つの分野について、過去 (病歴)、現在の状態、未来 (今後の見通し) の 3 つの時期について評価する (20 項目)。それぞれの項目は臨床的アンカーポイントに基づき、0~3 点の 4 段階尺度で採点される。

ン・チーム医療の確立が必要である。

7. ま と め

身体疾患に精神疾患が合併した場合、身体疾患自体の予後が悪化するばかりでなく、それらの症例は医療資源を過剰に消費している。包括医療がさげられる中で、精神疾患合併の影響を無視するのはナンセンスである。研究目的でのコンサルテーション・リエゾン精神医療の介入では、精神疾患の改善だけでなく、医療資源の消費抑制も可能であることが報告されている。しかし、通常のコンサルテーション精神医療の限界についても指摘されており、治療面のみならず医療経済面からも新たな方策 (たとえば、Bio-Psycho-Social screening を使用した介入やせん妄に対する予防的介入など) を模索していく必要がある。

文 献

1) Carney, R.M., Freedland, K.E., Veith, R.C.: Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosom Med*, 67 (Suppl 1); S29-33, 2005

2) Cartesian Solutions: The next generation of physical & mental health/substance use disorder services (<http://www.cartesiansolutions.com/index.htm>)

3) Chrapko, W.E., Jurasz, P., Radomski, M.W., et al.: Decreased platelet nitric oxide synthase activity and plasma nitric oxide metabolites in major depressive

disorder. *Biol Psychiatry*, 56; 129-134, 2004

4) Cole, M.G., McCusker, J., Bellavance, F., et al.: Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *Cmaj*, 167; 753-759, 2002

5) Coyne, J.C., Stefanek, M., Palmer, S.C.: Psychotherapy and survival in cancer: the conflict between hope and evidence. *Psychol Bull*, 133; 367-394, 2007

6) de Jonge, P., Huyse, F.J., Ruinemans, G.M., et al.: Timing of psychiatric consultations: the impact of social vulnerability and level of psychiatric dysfunction. *Psychosomatics*, 41; 505-511, 2000

7) de Jonge, P., Huyse, F.J., Slaets, J.P., et al.: Care complexity in the general hospital: results from a European study. *Psychosomatics*, 42; 204-212, 2001

8) de Jonge, P., Latour, C.H., Huyse, F.J.: Implementing psychiatric interventions on a medical ward: effects on patients' quality of life and length of hospital stay. *Psychosom Med*, 65; 997-1002, 2003

9) Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., et al.: Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 50; 681-689, 1993

10) Francis, J., Martin, D., Kapoor, W.N.: A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA*, 263; 1097-1101, 1990

11) Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Talajic, M.: Depression following myocardial infarction. Impact on

6-month survival. *JAMA*, 270 ; 1819-1825, 1993

12) Gater, R.A., Goldberg, D.P., Evanson, J.M., et al.: Detection and treatment of psychiatric illness in a general medical ward: a modified cost-benefit analysis. *J Psychosom Res*, 45 ; 437-448, 1998

13) Huyse, F.J., Lyons, J.S., Stiefel, F.C., et al.: "INTERMED": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *Gen Hosp Psychiatry*, 21 ; 39-48, 1999

14) Huyse, F.J., Lyons, J.S., Stiefel, F., et al.: Operationalizing the biopsychosocial model: the intermed. *Psychosomatics*, 42 ; 5-13, 2001

15) Huyse, F.J., 忽滑谷和孝, 高梨葉子ほか: 【総合病院精神科における短期入院化とその問題点】 コンサルテーション・リエゾン精神医学の現状 将来の発展のためのモデル. *総合病院精神医学* (0915-5872), 13 ; 1-7, 2001

16) 堀川直史: せん妄の非薬物的な治療と予防. *総合病院精神医学*, 18 ; 268-272, 2006

17) Inouye, S.K., Rushing, J.T., Foreman, M.D., et al.: Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med*, 13 ; 234-242, 1998

18) Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Jr., Charpentier, P.A., et al.: A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med*, 340 ; 669-676, 1999

19) Kathol, R., Saravay, S.M., Lobo, A., et al.: Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am*, 90 ; 549-572, 2006

20) Kathol, R.G., McAlpine, D., Kishi, Y., et al.: General medical and pharmacy claims expenditures in users of behavioral health services. *J Gen Intern Med*, 20 ; 160-167, 2005

21) Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., et al.: Distressed high utilizers of medical care. DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry*, 12 ; 355-362, 1990

22) Katon, W.J., Rutter, C., Simon, G., et al.: The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28 ; 2668-2672, 2005

23) Kishi, Y., Meller, W.H., Kathol, R.G., et al.: Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of

stay. *Psychosomatics*, 45 ; 470-476, 2004

24) Kishi, Y., Meller, W.H., Kato, M., et al.: A comparison of psychiatric consultation liaison services between hospitals in the United States and Japan. *Psychosomatics*, 48 ; 517-522, 2007

25) Kishi, Y., Matsuki, M., Mizushima, H., et al.: The INTERMED Japanese version: Inter-rater reliability and Internal Consistency. *J Psychosom Res*, 2010 (in press)

26) Kop, W.J., Gottdiener, J.S.: The role of immune system parameters in the relationship between depression and coronary artery disease. *Psychosom Med*, 67 (Suppl 1) ; S37-41, 2005

27) 岸 泰宏: コンサルテーション・リエゾン精神医学の経済効率. *リエゾン精神医学とその治療学* (山脇成人編). 中山書店, 東京, p.11-18, 2003

28) Levenson, J.L., Hamer, R.M., Rossiter, L.F.: A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. *Am J Psychiatry*, 149 ; 631-637, 1992

29) Lichtman, J.H., Bigger, J.T., Jr., Blumenthal, J.A., et al.: Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*, 118 ; 1768-1775, 2008

30) Lin, E.H., Katon, W., Von Korff, M., et al.: Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*, 27 ; 2154-2160, 2004

31) McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., et al.: Delirium predicts 12-month mortality. *Arch Intern Med*, 162 ; 457-463, 2002

32) Morris, P.L., Robinson, R.G., Andrzejewski, P., et al.: Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry*, 150 ; 124-129, 1993

33) Rizzo, J.A., Bogardus, S.T., Jr., Leo-Summers, L., et al.: Multicomponent targeted intervention to prevent delirium in hospitalized older patients: what is the economic value? *Med Care*, 39 ; 740-752, 2001

- 34) Rockwood, K., Cosway, S., Carver, D., et al.: The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing*, 28; 551-556, 1999
- 35) Saravay, S.M., Lavin, M.: Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics*, 35; 233-252, 1994
- 36) Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., et al.: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 2; 888-891, 1989
- 37) Strain, J.J., Lyons, J.S., Hammer, J.S., et al.: Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry*, 148; 1044-1049, 1991
- 38) Thombs, B.D., de Jonge, P., Coyne, J.C., et al.: Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA*, 300; 2161-2171, 2008
- 39) Wells, K.B., Golding, J.M., Burnam, M.A.: Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*, 145; 976-981, 1988

The Current State and Further Development of Consultation-liaison Psychiatry in General Hospitals

Yasuhiro KISHI

Department of Psychiatry, Nippon Medical School Musashi Kosugi Hospital

Psychiatric disorders are more commonly seen in general medical inpatient settings than in community settings. These inpatients are at particular risk for general medical and psychiatric treatment resistance, increased complications of disease, high health care service use, and disability. It is time to focus on improving the consultation-liaison psychiatry service system through care coordination strategies. In order to deliver high quality, effective, and efficient integrated care for medically complex patients, the appropriate assessment of health risks, resulting in coordinated care and effective communication, is the first step toward establishing a systematic approach in general hospital settings.

<Author's abstract>

<**Key words**: consultation-liaison psychiatry, general hospital psychiatry, patient care team, mental health services/organization & administration/utilization>
