

緊急措置入院に至った患者の要因及び実態調査

Key Word 緊急措置入院 精神科救急入院料病棟 精神看護

精神医療センター

○新谷実徳

深瀬正明 金子匡伸

I. はじめに

A病院では2006年より精神科救急入院料病棟を開始し、身体合併症を有するなど輪番病院では対応困難な患者や夜間休日において県下で発生した全ての緊急措置鑑定を受け入れ急性期患者に対応している。

緊急措置入院患者は通常の受診経路からの治療に結びつける事が難しく、周辺住民や家族から警察への通報を経て、自傷、他害の危険性が高い場合に緊急措置鑑定となり、入院に至ることが多い。その為、患者自身も身体的ダメージや精神的苦痛を伴う事が少なくない。

また家人においても通報したことや通報されることで心理社会的影響などが考えられる。

今回緊急措置入院をした患者に着目し入院の経緯や入院に至った要因、患者の生活背景を調査し考察したのでここに報告する。

用語

- ① 緊急措置入院：精神保健法第二十九条の二第一項の規定に基づく入院
- ② ICD-10：WHOの規定による精神及び行動の障害診断ガイドライン第10改訂版

II. 研究目的

緊急措置入院に至った患者の生活背景を理解した上で危険因子や要因を同定し、今後入院中に行うべき看護支援について検討するこ

とを目的とした。

III. 研究方法

① 研究対象者

2010年4月～2012年3月に緊急措置鑑定を受けた118人中、緊急措置入院となった96人を対象とした。

② データの収集および分析方法

精神医学的要因：精神科受診歴、精神科入院歴、措置入院歴、診断(ICD-10分類)、措置要件
心理・社会的要因：年齢、性別、教育歴、同居者の状況、精神科家族歴、婚姻状況、就労状況、
身体的要因：合併症の有無

③ 倫理的配慮

緊急措置入院患者名のデータを管理している医局長に対して師長から研究協力依頼書を提出する。データは患者をID化した物を入手し、収集する際は個人を特定出来ない様に番号化し個人を同定できないように配慮した。ロック付きのUSBに入力しナースステーション内の研究専用ロッカーの鍵をかけて保管する。看護部・看護研究倫理委員会で承認を得ています。

IV. 結果

① 精神医学的要因

【精神科既往歴・入院歴・措置入院歴】

精神科既往歴がある患者は81%を占めており、その中でも55%の患者に入院歴を認め

た。措置入院歴のある患者は全体の7%となった。(表1)

表1 精神科既往歴・入院歴・措置入院歴

	あり	なし
精神科既往歴	81%	19%
精神科入院歴	55%	45%
措置入院歴	7%	93%

【診断 (ICD-10 分類)】

F2が62%と半数以上を占めた。次にF3が15%、F1が9%であった。(表2)

表2 診断の分類 (ICD-10 分類)

F0 症状性を含む器質性精神障害	4%
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害	9%
F2 統合失調症および妄想性障害	62%
F3 気分(感情)障害	14%
F4 神経症性、ストレス関連障害及び身体表現性障害	3%
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0%
F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害	2%
F7 精神遅滞	2%
F8 心理的発達障害	3%
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害・特异的不能の精神障害	0%

【緊急措置入院に至った要件】

緊急措置鑑定をする際、精神保健指定医が作成した、措置入院に関する診断書を元に調査した結果、暴行44件、傷害29件、器物破損26件と他者に影響する問題行動が多かった。(一人につき複数の要件あり)そして他害の危険性により緊急措置入院となる者が大半で、自傷の危険により緊急措置入院になった者は6件と少数になった。(図1)

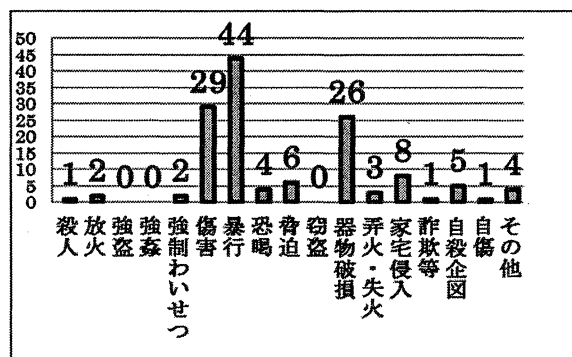


図1 緊急措置入院に関する診断基準

② 心理社会的要因

【年齢】平均年齢は43.7歳で、年齢分布では30代が26%と最も多く、次に40代が19%、20代・50代が17%と同数、70代が9%、60代が7%、10代が4%、80代以上が8%となった。

(図2)

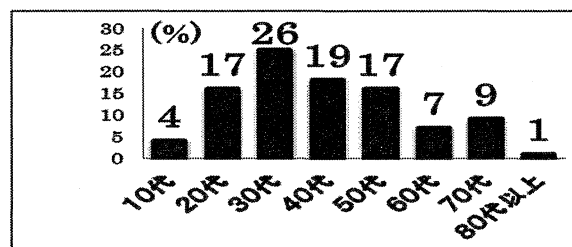


図2 年齢による比較

【性別】男女比は男性68%、女性32%であり男性の方が女性よりも2倍以上多い結果となった。(図3)

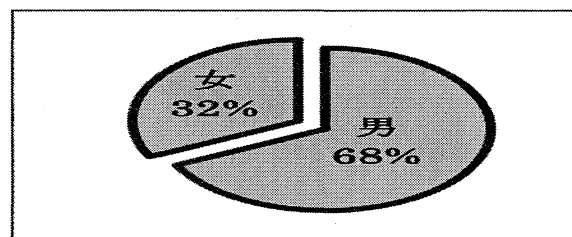


図3 性別による比率

【教育歴】大学・短大・専門中退なども含めると最終学歴が高校卒業している者が30%と最も多く、次に中学卒業している者が26%と多い。大学卒業している者も21%となった。

(図4)

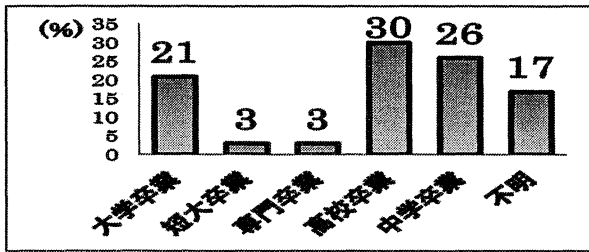


図4 教育歴による比較

【同居者の状況】

独居が 21%に対し、家族と同居しているのは 79%となった。両親または母・父と一緒に住んでいる人が 56%と独居者の倍以上多かった。その他の中には子供、親戚、兄弟の同居が含まれている。(図5)

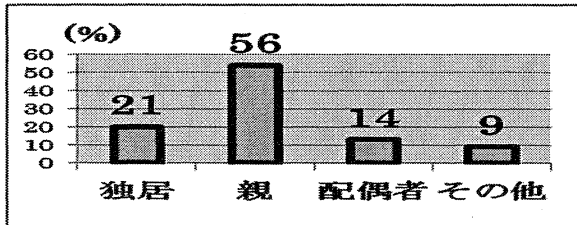


図5 同居者の状況による比較

【精神科家族歴】患者の家族が精神科既往歴を持つ者は全体の 15%であった。

【婚姻状況】婚姻状況では未婚者が 68%を占めた。既婚者が 20%、離婚者が 9%、死別者が 3%となった。(図6)

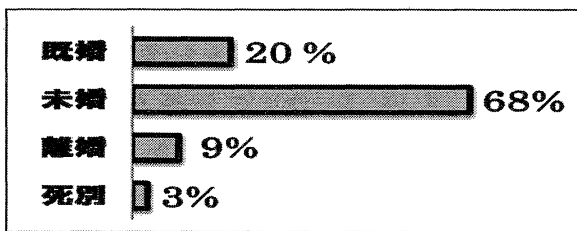


図6 婚姻の状況による比較

【就労状況】無職のものが 69%と多く入院するまで就労してものは 31%となった。(図7)

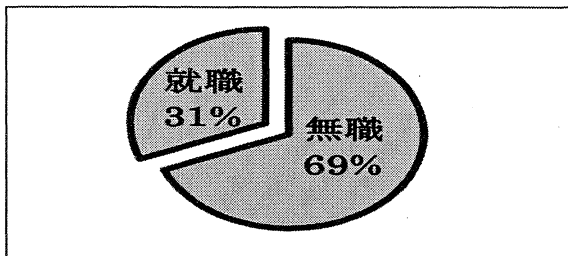


図7 就労状況による比較

③ 身体的要因

【合併症の有無】

合併症を持つ患者は 31%となった。

表3 合併症の分類

合併症の種類	件数
精神疾患	7件
糖尿病	5件
肝疾患	4件
心疾患	4件
脳疾患	2件
その他	8件

V. 考察

緊急措置入院に至った患者の診断では F2 が 62%をしめ、幻覚妄想に左右され暴力・傷害といった要件で入院となっている。年齢分布において 20代~40代が 60%と過半数をしめており措置になる患者は比較的若い年代が入院する結果となった。入院歴のある者が若いのであれば将来再入院する可能性は多分にあると考えられる。また就労状況より就労している患者は 31%となり、仕事を続けていく上で定期的に内服するのは難しい。定期的に内服ができない事で症状再燃し、今まで通りの仕事が出来ない事や、症状が不安定となり入退院を繰り返す可能性もあると考えられる。

斎藤は「統合失調症は慢性的な経過をたどることが多く治療では長期の服薬を要し、病氣と根気よく付き合っていく姿勢が重要であるが、病識の欠如、認知能力の障害により服薬による根拠が曖昧となり、モチベーションが形成されにくいため服薬中断が生じ、それが症状の増悪や就労困難、再入院、頻回の入院を招く」¹⁾と述べている。急性期の場合、鎮静効果の強い抗精神病薬を使用し、患者は副作用が出ることで薬に対して良い印象を持たない事が多い。そのため急性期を脱した時点で心理教育により正しい薬の知識や必要性を理解する事で、薬に対する悪い印象が軽減

され、アドヒアランスが向上することによって、再入院の予防や社会性を維持したまま生活を送ることができるのではないかと考えられる。

今回同居者が79%と多く、同居者がいても防ぎきれているということではなく、症状悪化に気づかない場合や、興奮した際の対応がわからず止める事ができないため、結果的に警察に通報となり緊急措置鑑定までに至ると示唆された。

また未婚者は68%、親と同居している者は56%であり平均年齢が43.7歳であった。それらよりキーパーソンである親が高齢であると推測され、症状悪化を示した際家庭内療養が困難になりやすく、さらにサポートする力が弱まり、受診できなくなっていくことが考えられる。

吉野は、「対象者だけに焦点を当てるのではなく、家族などの対象者にとっての重要他者に対するプログラムも同時に実施し、包括的な関わりを実施する必要性が認められた」²⁾と述べている。そのため患者本人だけではなく家族を含む疾病教育や家族教育、社会資源などのサポートの必要性があると考えられる。そしてソーシャルサポートを充実させるために精神疾患を持つ家族を対象に、症状が悪化した時や受診ができない場合の対応など、家族教育を設ける事で再入院防止やより長く自宅療養ができる事を期待される。

就労状況より無職が69%いることから社会との関わりが少なくなり病状悪化のサインがあったとしても周囲の人に気づかれにくいことが予想される。入院中に就労が難しくても社会復帰のためにデイケアや作業所を通う事で社会との繋がりができ、その中で各疾患の能力を評価し退院後社会資源につなげていく必要性が示唆された。

身体的要因に関しては合併症の有無を調査した所、合併症を持つ患者は31%であったが緊急措置入院に至る関連性は本研究では明らか

にならなかった。

VI. 結論

・統合失調症患者が62%と多く妄想に左右され暴力や器物破損などの他害行為または危険性があると判断された入院が多かった。

・同居者が79%と多い結果になったが、平均年齢は43.7歳で同居者が親である場合高齢であろうと示唆された。そのためソーシャルサポート力低下に伴い受診に結び付ける事が難しく、社会との関わりが少ない事で、症状の増悪に対しての発見が遅れている。

・患者には急性期を脱した時点での心理教育導入や社会資源の活用・調節、家族には症状悪化時の対応を理解してもらえるような家族教室を導入していく必要がある。

引用文献

- 1) 斉藤百枝美、江戸清人、山本佳子他：福島医大版服薬自己管理モジュールによる薬に対する認知の変容、臨床精神医学、35(1)、p77-83、2006.
- 2) 吉野賀寿美：患者の回復過程を支える社会復帰援助プログラムの有効性と無効性の検討、北海道医療大学看護福祉部学会誌、4巻1号、p43-57、2008