

表1 アンケート用紙【総合病院精神科用】

①施設調査

1. 貴病院名 () 都道府県名 :
医療連携を行っている精神科診療所名
(アンケート郵送先の紹介していただいた精神科診療所)
1 : () 2 : ()
3 : () 4 : ()
5 : ()

2. 精神科病床について
 1. 精神科病床が設置されている
 - ・開放病棟 () 床
 - ・閉鎖病棟 () 床、内隔離室 () 床
 2. 精神科病床はないが一般科病床(開放)で対応可能な患者の入院は受けている
 3. 精神科病床は以前は設置されていたが、現在閉鎖されている () 年閉鎖
 - ・理由 ()
 4. 精神科病床はない

3. デイケア(デイナイトケア・ショートケアを含む)の有無
 1. 有 2. 無
開いている曜日 ()

4. 訪問看護の有無
 1. 有(日中のみ) 2. 有(24時間) 3. 無

5. 夜間休日における貴病院の精神科救急体制の有無
 1. 毎日 2. 輪番日 [平均して 月に () 日]
 3. 行っていない(但し、自院の患者については原則対応している)
 4. 行っていない(夜間休日は外来の対応は不可)

②統計調査

1. 調査期間（平成20年11月17日（月）～12月31日（水）の45日間）の常勤
職員の勤務時間外の外来のみの受診者について（質問2.の入院となった方を除く）

●総数・・・（ ）名

①自院通院中（同法人サテライトは自院とし、予約受診者を除く）（ ）名

②今回の病状のために他病院（精神科、一般科含む）に通院中（ ）名

③今回の病状のために他診療所（精神科、一般科含む）に通院中（ ）名

④初診患者（ ）名

2. 調査期間（平成20年11月17日（月）～12月31日（水）の45日間）の常勤
職員の勤務時間外に外来受診し、入院となった患者について

●総数・・・（ ）名

①自院通院中（同法人サテライトは自院とし、予約受診者を除く）（ ）名

②今回の病状のために他病院（精神科、一般科含む）に通院中（ ）名

③今回の病状のために他診療所（精神科、一般科含む）に通院中（ ）名

④初診患者（ ）名

3. 精神科医数（初期研修者を除く）について

・全精神科医数（ ）名（内常勤 名、非常勤 名）

・精神保健指定医数（ ）名（内常勤 名、非常勤 名）

⇒上記のうち、当直可能な精神保健指定医数（非常勤も含む）（ ）名

③意識調査

1. 休日夜間の精神科救急体制について

1. 現在体制を整えて実施している

2. 現在実施できていないが、体制を整えば実施したい

3. できれば実施したくない

（上記2、3を選ばれた理由： ）

2. 夜間・休日の精神科救急体制実施にあたっての問題点を挙げてください（複数選択可）

①. 人員の問題

1. 医師不足で精神科当直体制が組めない
2. 精神保健指定医が足りない
3. 看護師の休日夜勤体制
4. 精神保健福祉士が配置されていない
5. その他（ ）

②病棟構造の問題

1. 開放構造のため、精神科救急に対応できない
2. 救急対応可能な個室が少ない
3. 身体合併症と精神科救急の同時受け入れが困難
4. その他（ ）

2. 総合病院での精神科の役割について、以下の役割のうち、重要と思えるものに順位をつけてください

- （ ） 精神科救急
（ ） 身体合併症の受け入れ
（ ） コンサルテーションリエゾン（一般救急を含む）
（ ） 通常外来
（ ） その他（ ）

3. 「精神科救急は必要だがやりたくてもできない」と考えておられますか？

- ①はい
②いいえ

（理由： ）

3-1. 上記にて「①はい」と応えた方にお尋ねします。この解決に精神科診療所の精神保健指定医の協力は解決になるとお考えですか？

- ①なる（理由： ）
②ならない（理由： ）

ご協力、ありがとうございました。

表2 アンケート用紙【精神科診療所用】

①施設調査

1. 貴診療所名 () 都道府県名 :
紹介を受けた総合病院精神科名 ()
2. 貴地域での精神科一次救急システム（夜間休日の外来救急システム）の有無
①有 ②無
3. 上記で①有の場合
貴診療所（勤務医師）の精神科一次救急システム（夜間休日の外来救急システム：都道府県の当番制含む）参画状況について
①入っている ②入っていない
4. 貴診療所の時間外の救急対応について
①行っている
②行っていない
③その他 ()
3. 診療の形態
- ・診療時間 曜日 () … () 時から () 時まで
曜日 () … () 時から () 時まで
曜日 () … () 時から () 時まで
 - ・予約制かどうか 1. 予約制のみ 2. 初診のみ予約制
3. その他一部予約制と混合
4. 随時であり予約制ではない
 - ・デイケア（ダイナイトケア・ショートケアを含む）の有無
1. 有 2. 無
開いている曜日 ()
 - ・訪問看護の有無 1. 有（日中のみ） 2. 有（24時間）
3. 無

②統計調査

1. 調査期間（平成20年11月17日（月）～12月31日（水）の45日間）の常勤職員の勤務時間外（診察標榜時間外）の外来のみ受診者について（質問2.の入院となった方を除く）

●総数・・・（ ）名

- ①自院通院中（同法人サテライトは自院とし、予約受診者を除く）（ ）名
②今回の病状のために他病院（精神科、一般科含む）に通院中（ ）名
③今回の病状のために他診療所（精神科、一般科含む）に通院中（ ）名
④初診患者（ ）名

2. 調査期間（平成20年11月17日（月）～12月31日（水）の45日間）の常勤職員の勤務時間外（診察標榜時間外）に自院を外来受診し、その後総合病院精神科に救急受診を依頼した患者について

※救急システムを利用した場合や翌日入院目的での紹介も含む

●総数・・・（ ）名

- ①自院通院中（同法人サテライトは自院とし、予約受診者を除く）（ ）名
②今回の病状のために他病院（精神科、一般科含む）に通院中（ ）名
③今回の病状のために他診療所（精神科、一般科含む）に通院中（ ）名
④初診患者（ ）名

3. 精神科医数（初期研修者を除く）について

- ・全精神科医数（ ）人（内常勤 人、非常勤 人）
・精神保健指定医数（ ）人（内常勤 人、非常勤 人）
⇒上記のうち、当直可能な精神保健指定医数（非常勤も含む）（ ）人

③意識調査

1. 休日夜間の救急体制について

1. 現在体制を整えて実施している
2. 現在実施できていないが、体制を整えば実施したい
3. できれば実施したくない

（上記2. 3を選ばれた理由： ）

2. 夜間・休日の救急体制実施にあたっての問題点を挙げてください(複数選択可)

1. 医師不足で精神科当直体制が組めない
2. 看護師の休日夜勤体制
3. 精神保健福祉士が配置されていない
4. その他 ()

3. 総合病院精神科が年々病床ばかりか外来まで閉鎖されています。この点についてのお考えをお尋ねします

1. 総合病院精神科は病床も外来も必要である
 2. 総合病院精神科は外来があればよい
 3. 総合病院精神科はなくてもよい
- (その理由:)

4. 総合病院精神科では精神科医の確保が困難といわれていますが、貴診療所での支援が可能ですか？

1. できない
2. 日中の外来のみ支援できる
3. 夜間の救急医療は支援のみできる
月 () まで
4. 日中も夜間もできる

お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。

表 8 「精神科救急は必要だがやりたくてもできない」と考えますか？

自由意見（総合病院）

① はい

マンパワーの問題。「精神科救急合併症入院料」のしぼりがなければ、合併症治療に専念したい。

医師不足

医師不足、構造上もムリ

全ての精神科病院でなくても良いとおもいます

マンパワーの問題

ベット不足、恒常的な満床状態

形だけしているが常に個室を確保できないため

人材不足

病棟上の問題が大きいと考えます。その他マンパワーの問題、スタッフの問題、デイケア等ソフト、ハードの問題もあると思います

医師が確保できない

スタッフ、病棟の構造など改良は現状では見通しがなく、救急を実施できる体制にはならない

マンパワー不足

大学病院内の事情による、マンパワーの体制、コ・メディカル不足、ベット数の少なさなど病棟構造上の問題、救急対応可能な個室が少ないが一部はやっております

個室はあることはあるが大学病院の性格上様々な役割があり精神科救急のためだけにたくさん空床を確保できない

採算がとれないという理由で必要最低限な数のコメディカル（特に看護師）が配置されていない、また、他科の抵抗もあり、他科と同じ場所での救急外来を設置することが困難です。

病棟構造上の問題の為

単科精神科で対応すればよいと思います

② いいえ

現在実施している

必要とは思いますが、現状日中外来診療時間帯で可能な内容でも来院していることが主のため、雑になる可能性が高い

東京都における当院の役割は身体合併症受け入れと考えている

現在、救急システムに参加している

身体合併症のが体制。救急は総合病院では困難。

精神科救急の概念が現在のところ必要と思われない

必要だが、全ての病院がしようとしなくてもいいのではないかと思います（役割分担）

構造やマンパワーが整えば可能

大体、ニーズに対応

負担が大きいためやりたいと考えている医師は少ない

まず救急にならないためにできることをやるべき、自分はそのことにベストをつくしています。

当院において精神科救急のみを行える能力のある精神科病院はそれなりにまわりに存在しており、精神科救急も日常業務も全部いっしょにおねがいします状態ではソフトもハードもこわれてしまっています。PSW不在、MSWは手いっぱいだとあつというまに病棟はふさがってしまいます
既に輪番制で実施
他院との連携及びシステムの構築で可能になると思います

上記にて「①はい」と答えた方

精神科診療所の精神保健指定医の協力は解決になると考えますか？

① なる

時間外診療の需要の一部を担ってもらえる。

少しはなる。当直の協力してもらえば。しかし、病室（特に隔離室）不足。

精神科救急も一般科救急と同様に1次、2次、3次救急と各々の医療機関の役割分担、機能分化を考えるべき。救急＝緊急措置等ハードな面ばかりみていると全体がみえなくなる恐れがある。

医師不足

当病院のシステムをある程度理解している方が、協力してくれるならばとても助かります。しかし、そうではないと結局は、常勤医が呼び出されているいろいろな仕事をすることになるのではないかと思います。

①保護入院や措置入院の判断手続きが出来る②輪番制で夜間救急を実施している病院の当直をする

当院では実施していて助かっている

他に方法が思いつかない

部分的には〇〇に役立つ。土日の対応など、ただし、常勤医を定常的に確保できる体制がなければ難しい

当直をお願いできれば勤務医の負担が減るから

ワークシェアリング

ただし、当院に入院施設がないので、QQ入院できるような整備、体制がないと解決にならない

② ならない

複数の常勤医が必要

働き者の医師がいない

ハード救急はその病院の勤務医でないとうまく周りを共調して入院対応等できないため

スタッフ、病棟の構造など改良は現状では見通しがなく、解決がなければ、医師が増えても難しい為

指定医がいても個室の確保が困難であり、看護師の夜勤体制も困難である

当院の場合は、ハード面の問題だから

コメディカルの問題、ハード面での問題を解決しなければ指定医がいくらいても無意味であると考えております

当院の場合、構造上の問題が大きい為

表9 「夜間休日の精神科救急体制実施にあたっての問題点」についての

自由意見（総合病院）

①人員の問題

男性看護師が少ない。

指定医の従事者は多く入るが、病院での就職希望者が少ないということ

職域病院で原則。職域外の人には入院治療をしない。

総合病院として他部署との連携

24時間365日オンコール体制の中で、さまざまな患者が総合病院救命救急センター受診する状況にあり、入院、外来、リエゾン、救急とハードな勤務状況にあり、一方で診療報酬上は冷遇されており、無力感と疲労感のみ残る点が問題

とくに問題ないがあえてあげるとPSWが休日、夜間はいない

②病棟構造の問題

設備が整っていない

個室が満床になりがち、他科が消火器内・外科、神経内科、整外しかないため、合併症の全てをカバーできない

合併症に対応できる病棟構造にするための工事を12月より開始

病棟がない

隔離室が1個、ベット20のため、予備がない、常に満床、予約待ちが多い

表10 「救急体制について」 自由意見（総合病院）

従来精神科医指数の不足（3名）のため救急体制どころではなかったが、平成20年5月より5人体制となり、少し余裕ができた。それに加えて「精神科救急合併症入院料」をとるためには時間外外来診療200件が必須条件となっているため

医師不足

常勤医が2名の為、日中外来、病棟勤務を実施している。夜間までできない。

病床を休床としている状況なので救急どころではない

現在、一過性の定員増であり、半年～1年で退職、異動の可能性はある

大阪市として実施、それに参加

全ての病院が同じことをしようとする必要はなく大学には合併症を診るなりの役割があると考えます

40床病棟では人的に無理がある

人員不足のため

当地域は比較的精神科救急の輪番制がうまく機能していると思います。また、精神科の役割分担も各病院でなされていると思います。したがって、どうしても早急に何とか当病院が救急に加わらなければならないという状況にはないと考えています

現在のマンパワーでは不可能

正確には体制は不十分だが実施している

病棟がないから

入院病床が回転させられないため

病棟構造上の問題が大きいと考えています。現在も、救命センターの患者や他科入院中の患者の対応は行っております。診療以外にも教育、研究等の業務があり現在のマンパワーでいわゆる精神科救急の参加は困難と考えます。

精神科救急、特に身体合併症例や認知症例に対応できる体制と整備する必要に迫られているが医師が不足していて体制が組めない

スタッフ、病棟の構造など改良は現状では見通しがなく、救急を実施できる体制にはならない

救急患者（自院以外）は基本的に基幹病院が対応している。当院の救急も基本は自院患者中心で限定的なもの

医師の不足、看護体制、病棟状況から現体制では無理と思われる

1. 院内の意識が低い 2. ベットがない 3. 救急にならないための心理教育に力を入れている。

救急対応できないことが受診の抑止力になっている患者の郡は存在する

体制が整っていない、整う見込みがない

輪番制に加わるほどではないが実施している

人員の問題の為

必要な業務だとは思いますが、現在の当院の体制では実施不可能です

構造の問題の為困難

マンパワー不足

病棟構造上の問題

表 1 4 「休日夜間の救急体制について」 自由意見（診療所）

医師の他、事務、看護師、薬局、などの夜間体制とるのが困難

入院必要の患者さんがいた場合、入院をとってくれる病院の体制がととのっていない。

日々の診療で、診療+経営その他で時間的にめいっぱいですさらに夜間救急を行ったら確実にバーンアウトする。

診療所単位ではハード、ソフト的に対応困難

年齢（65歳）的に無理です

当院での実施は不可能（職員の関係）他病院などでの診療行為であれば考慮

診療時間内の労働で手いっぱいであり余力はありません。通院中の患者に対しては休日・夜間に不安定となった場合、県の精神科救急情報センターを通じてあるいは直接連絡が入り対応しています。

スタッフがいない、設備もない、医師の休養の必要

スタッフの数が足りない。救急センター（市立病院隣）で精神科以外の軽症患者を土日割当てでみており、時間的、体力的に限界を感ずる。ただし、休日、夜間待機であれば市立病院に呼び出された場合協力は可能です。

通常の診療業務を維持していく事が人的不足により困難な状況に陥る

過労

毎日22：30まで予約の診療で手一杯であり、これ以上は無理な為

医師不足

設備面およびスタッフ面で貧弱な自院で救急を行うのは無理なのでクリニックの医師が病院に向いて出来るシステムが整えば実施できる可能性がある。

精神科医が一人で診療をしているクリニックの医師が当直をしたら、精神病院に向かう形しかないと思います。精神科救急はチームで行うものですし、救急入院用のベットが確保されている病院でなされるべきです。

東京都の救急体制が整っていると考えている。

マンパワー不足

時間外に受診する患者の多くが本当に緊急な精神科医療を必要とするケースが少ないと思うため

精神療法、心療療法が充実している医院としての開設目的を継続したい

夜間、休診時対応は病院で行うため

過去に救急当直を行ったことがあり現在は体力的に不可能

一人でやっている診療所で休日夜間救急は不可能。昼も夜も24時間働くことになる。

毎日ではなく輪番で実施している。

職員の体制上の問題の為

医師はもちろん看護師等の人員不足で休日夜間の勤務体制はくめない

現在の体制からむり。なぜなら、現在も受付終了後受け付けた人の診療が終わるのが夜8-9時になることもあり、その上救急というのは無理かも。今徳島では精神科病院入院必要になる救急の体制はととのっているようだが、クリニックでもやれる。??をするのは体制が整えば必要と思っている。

東京精神科診療所協会と東京都のタイアップ事業の「初期救急」で年数回、当番をやっているが、健康上の理由でこれ以上はふやせない。

医師の体力的に困難、職員の確保が難しい

精神科救急はほとんど対応できていないのが現状である

高齢の為 2

私は精神科病院（7年）大学病院ならびに総合病院（28年）で精神科救急に従事しました。国立国際医療センター精神科医長として10年間働きましたがあまりの多忙さに心身疲れ果て体力の衰えもあり、60歳直前で開業しました。もう勘弁して下さいという心境です。

一人医師で物理的に無理

診療所では無理。その代わり寺院の患者には携帯で24時間連絡が取れるようにしている。

休日、夜間対応は同法人の精神科病院で行うため

休日、夜間対応は同法人の精神科病院で行うため

人が居ない

診療時間内は診療で手一杯であり、1日の診察が終わってから書類（介護保険、自立支援法診断書、年金診断書、民間保険など）を書いている。書類が多すぎる。また、隣にある総合病院から往診以来がくることがあり、診療後に往診している。毎晩食事を摂るのは22時半～24時である。この上に精神科救急が入ってくれば体がもたない。61歳の私には診療業務以外に精神科救急を行うことは不可能である。精神科救急を導入するにしても医師の年齢を考慮してもらいたい。例えば70歳以上の医師は精神科救急担当を免除するなどしてもらわないと精神科クリニック医師がすべて精神科救急に携わる必要があった場合はクリニックを兵員せねばならなくなる。

現在の体制では日常業務への影響が強く、余計に通院患者を悪くして、悪循環になってしまいます。職員への負担が大きい。

体力を考えると無理があります

高齢病弱の為

昨年まで精神科病院に勤務していたが、50代後半になって当直が苦痛に感じられるようになり開業した。今後も精神科救急には参加したくないというのが本音である

日常診療や地域活動で多忙のため

医師不足で体制が組めない

県や市のシステムに協力しており、そちらを充実させるべき

体制を整えられない。体力的に限界である。

体力的に持たない

現状でも体力、知力の限界を超えており、縮少を考えている

都立松沢病院に在籍中（10年程）休日夜間救急は充分体験した。休日夜間救急は一診療所に対応できるものではないこと充分知っている。県、病院（公立、私立）が協同で行うべきものである
時間外、休日でも患者さんからの依頼の書類記載などで

一人医師であり、救急対応した翌日は診療の質が低下するため

昔はやってたが、高齢の為。県医役員、日医の委員会など出張の為

医師の責務だから（先達の教えにより 澤先生 e t c）

体力がもたない

自院での診療以外の公的な仕事が極めて多くそちらへ殆どの時間（日祝も）を取られている為これ以上は無理である為

マンパワー不足、医師の高齢化

診療体制ではありませんが、医師とPSWがそれぞれ電話を持っていて患者の相談を受けています
一人勤務のため、夜間勤務は控えたい

体力的に困難

体力上困難

現在スタッフで対応不能

医師一人看護師一人の体制だからできません

スタッフの勤務を考えると、休日・夜間の救急は考えられぬし、経費&マンパワーの問題として無理と考えている。全くその気はない

医師一人で受け入れ体制がまったくとれそうにない

水、木の午後は企業のメンタル活動や地域のメンタル活動（相談業務）で手いっぱい状況。診療も予約が入りきらず、月火金とも昼休みも十分取れない状況（診療終了は19時まで延びることもほとんど）女性医師であり、子供も小さく、自分の健康管理や家庭との調和を考えると休日、夜間は困難な状況です。

水、木の午後は企業のメンタル活動や地域のメンタル活動（相談業務）で手いっぱい状況。診療も予約が入りきらず、月火金とも昼休みも十分取れない状況（診療終了は19時まで延びることもほとんど）女性医師であり、子供も小さく、自分の健康管理や家庭との調和を考えると休日、夜間は困難な状況です。

現状では不可。当院だけでは困難。

時間的に不可能

2ちゃん開業であり医師も71歳になる。

常勤医師1名、常勤看護師1名で休日夜間救急をやるのは不可能だから

当院夜9-10まで診療し、疲労感も強く、夜中までの対応は難しい、（準夜帯については自院患者については対応しているつもりである）寺院の患者には責任もって対応したいと思っているが、それ以外については地域の救急システムをさらに充実される中でやってゆきたい。

施設（ビル診）とスタッフの点やら困難である

夜間の救急は無理。土日祝日の日勤帯は可能だが救急は政策医療であり、国がやるべき

診療所として現状で精一杯であり負担が大きいため

出来る体制にない

協力病院である同系列病院で対応している

職員の確保や入院が必要となった際の対応が困難（当地域には精神科病院の夜間救急対応が可能であるが、当番病院によっては移動に数時間掛かったり、病状（興奮、不穏状態）が悪化しているときはスムーズにいかない

医療サービスにはお金がかかります。日本の医療費はGDP比率では先進国中でも低い方です。負担を増やす覚悟が国民にあるならサービス向上を考えることも必要ですが、それが無いのに医療サービスのさらなる充実を選考させるのはモラルハザードにつながると思います。

サテライトであり。本院のほうで、県の救急システムに沿って対応している。

体制的に困難なため

人員不足のため

他クリニックとの連携が必要。かつ、総合病院の外来を利用させて頂く必要（院内に薬品は無い由）

1人勤務体制では困難

クリニックも救急に加わる体制を吟味すべし

表15 「精神科救急をする上での問題点」自由意見（診療所）

救急があると医師がきてくれない。事務員も含め他のスタッフもいるのでコスト・パフォーマンス無理です。

入院必要時に入院させてくれる病院の体制が不十分

年齢（65歳）的に無理です

指定医の高齢化

自分ひとりで行っているためできない。

時間外の方が待ち時間が少ないなどの理由で日中受診できる患者さんがこられることがある。以前昼休みも対応したら同様のことがおこっていた。

臨床心理士以外の医療的スタッフはいない

看護師採用していない

心療時間内に2次救急の患者が1次救急の患者として当クリニックにしょうかいされたのでセンターにさしもどして受けてもらったことがある。

事務等職員の確保が難しい

高齢、独り医師診療所のため

私のクリニックは医師1人事務員1人でやっています。

個人的な体力の衰えの為です。

「救急」に関しては若い方にお任せします。

入院が必要と判断された場合の十分なベット体制の保証協力が必要

自分の体力不足

県全体の病院（公立、私立）それを支援する県の体制が必要

コストの手当てがされていない。労働条件のクリアができない。

認知症に特化しており夜間の認知症事例は電話対応する。統合失調症の方の受診は日中でもほぼない。

スタッフの勤務契約に本来、救急体制の件は入っておらず、その為の経済的体制も整えておらない。

医師1名では完全な救急体制は不可能

医師1人と事務員だけのクリニックである。

行政、警察等の連携が不十分である

一次救急のセンターができ、そこへ交代でつめるのが現実的

病院との連携が重要

入院させることができない

診療所の場合、自院のみで実施するのは難しい。自院患者については何とかしたいが、それ以外の一時の患者まではむずかしい。地域の救急システムに協力する形でやってゆきたい。

休日、祭日の日勤は可能。職員はそろっている

医療従事者は医師1人であるので救急体制をとるのは不可能である

救急ではなく、いわゆるコンビニエンス化した患者が受診することも考えられる

医師1名、看護師1名のため

精神科をもつ総合病院に頼る部分が多すぎる

表 1 6 「総合病院精神科についての意見」 自由意見（診療所）

合併症、自殺企図（熱傷などを含め）との対応はやはり他科のいる病院のが安心

合併症医療、一般救急外来の自殺企図者対応

身体合併症の入院施設として不可欠

合併症を持つ精神疾患患者や内科等他科疾患が原因の精神症状を有する患者で入退院を今後するものも少なくないから

民間では不可能と考えられる部門を担当してもらいたい

一般の精神病院で思い合併症のある精神科患者を診療するのは困難です

非大学病院なら外来のみでよい

我国の公立病院の医師には民間病院への非常勤勤務が認められていません。公立病院の医師を民間病院で働くことができるようにすれば官民協力（患者の適正、配置、病院・医師の相互理解、医師不足の解消、等）が容易になると思われます。諸外国ではそのようなシステムの国（例えばイギリス、ベトナム）も多いと思われます。

リエゾンが必要

リエゾン等他科との連携の為

身体合併症、リエゾンは今後も??する問題なので絶対必要

総合病院精神科でないと精神疾患患者の身体合併症、出産等に対応できない

精神科患者は他科疾患併発が多い

他科連携もしやすく重要と思う

クリニック、単科精神科病院で対応困難な部分を担って欲しい

患者にとってより多くの選択肢が必要

より多彩な選択肢は必要である。

リエゾン部門は必要（あった方がよい）だろうが一般外来はなくてもよい。精神病床を持つ総合病院の数は少なくてもよいが複数の常勤医が必要

総合病院精神科に精神科救急を担ってほしい

入院先として総合病院精神科の安心感は大きい

入院の必要な患者さんで、閉鎖病棟（精神科病院）では、敷居が高すぎる方には総合病院の入院病床は必要と考えている

身体管理が必要な患者に適切な対応がしやすい

単科病院を減らし、総合病院精神科（病床有り）を増やすべし

自傷行為後の身体管理は総合病院での対応が必要。しかし、閉鎖病棟がない場合、24h 家族は付き添いとなるため治療に余裕が持てない上家族の負担も大きい。

総合病院は患者さんが行き易い利点がある。総合病院はリエゾンが生きて来易い。合併症対策は急務である。

合併症の際に必要な

合併症患者は総合病院が不可決

- ・ 総合病院では精神科もふくめ、マイナー科の医師も全科当直あるいは大きく分けて内科当直、外科当直をやらされるところが多い。そのことも総合病院精神科に人が集まらない理由の一つだと思う。

合併症、老人には身体管理が必要で他科との連携がしやすい総合病院が必要

・公的病院であっても、最近採算性をあげることをきびしくいわれている。総合病院では他科と安易と比較されて精神科が採算性が低い、と言われて更に業務がたいへんになっていると聞いている。

自院の外来患者数が多すぎて救急や入院の要請に応えられないような総合病院精神科は必要でしょうか、総合病院の機能を見直す必要があると思います

合併症（たとえばSLE等）を院内で治療するためにも外来は必要。

終日入院即応の医療機関があれば開業医院でも救急体制を実施し易い。

病床のみでもよい

身体合併症や自殺（自傷行為）による身体傷害があった際に不可欠と思われる

表17 「総合病院精神科への応援について」自由意見（診療所）

診療所の場合、医師1名が休まずやっています。その医師が休んだりすることで保障できる体制にあれば当直もやることも考えますが、誰もフォローしてくれない以上自身が自身の健康状態をキープするしかありません

私は15年半総合病院精神科でやってきましたが、平均在院日数28日となっても、県の約半分の延べ数休日夜間救急をしても精神科が赤字であったことを考えれば対応が遅すぎたと思います。

今さら総合病院精神科が必要といわれても、それできょうりよくしろといわれても納得できないところはあります。元々、私は総合病院精神科をやめるつもりはなかったのですが、このままやったら自分は死ぬと思ひ辞めた理由があります。

当直できる女医さんが増えることも必要と思います。

翌日休みの場合のみ考慮

呼び出しという条件なら可能

現在の私の診療時間を考えると月1回夜間のみの支援が限界です。将来、診療時間が短縮されれば多少増やせるかもしれません。

現在は日本中の病院がおおむね8:30-18:00の時間帯を診療時間帯としていると思います。そのため、それ以上の大部分の時間帯が「時間外診療」「救急医療」となってしまいます。私見ですが、国民生活の24時間化にともなう病院ごとの診療時間の差別化をはかることはできないものではないでしょうか？たとえば12:00-24:00が診療時間帯の病院とか、3:00-12:00までが診療時間帯の病院とかです。いろいろな問題があるものの考えてみる価値があると考えます。

「不公平」という言葉には引っかかる「不公平」という声をどこで誰があげているのでせう。働く場は選択する自由もあるのが本邦

経営や体制作りへのきょうりよくはできます。およびがあつて私でよければですが。

家庭の事情により、今年、来年は困難

今まで8年間以上週1回半日外来支援してきたがその総合病院精神科常勤医が退職されることになったのでそれにとまって支援を終了する。今後支援の予定はない。

当院休日時のみ日中外来支援可能

自分のところの診療のみで手一杯であるため、総合病院、精神病院までの診療はとても無理と考えている。また、夜間の当直等に入った場合、翌日の自院での診療に多大な身体的影響を及ぼす可能性があり、実質無理と考える。さらに、総合病院、精神病院の診療を仮に行った場合、そこで、患者から訴訟等を受けた場合、その責任はどういう体制でフォローアップされるのか、その点が明確にされなければ、単に、「人手不足であるから手伝ってくれ」と言われても困難を極めると考える。行政の責任の所在を明示する必要があると考える。

休日で月1~2回なら日中も夜間も可能

常勤1人で定時外来のみで既にバンク状態。常勤が増える見通しも全くない。

・日中は当クリニックの業務中で不可能

・当クリニックの業務終了時間が18時までだが、さらにのびることもあり、17時~、あるいは18時~の業務を支援することはできない

・「夜間の救急医療」といっても、日常的に勤務していない医師が入った場合の業務の内容、責任等が不明確。ただ、診療するのみでなく、身体合併症の問題が大きければ他科のDrの応援を頼ん

だり、入院が必要と判断すれば底の病院に入院できるかどうかのみきわめ、よそへ送るならうけいれ病院を見つけなければならないと思う。とつぜん、その病院の状況や他院の状況、関係を知らずに入ってそのような業務が出来ると思えない

自院が休みの日は保健所や児童相談所で勤務しているのでこれ以上はできない。

総合病院精神科では単に医師数が満たされれば問題が解決する訳ではないと思います。精神科の場合入院紹介をしても紹介先で断られ（満床でなくでも入院必要なしと判断され）そうしたp tが頻回受診や救急受診をするなどの他科では考えられないような状況が現実にはあります。どこかを非難するということでは決してなく、そういうシステムが精神科医療の中には存在しているという現実も考慮する必要があります。さらに過量服薬など、衝動性や不安による頻回受診はやはり他科では考えられないことであり、このようなp tは一般に入院が必要と判断されない場合が多く、このようなp tの対応も精神科医療には存在しており、これもマンパワーの増加のみで解決できることではないと思います

日祭のみ日中外来可能

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

（研究代表者 宮岡 等）

分担研究報告書

アルコール依存症の病態と治療に関する研究について

研究分担者 樋口 進 国立病院機構久里浜アルコール症センター副院長

研究要旨

本研究の目的はアルコール依存症者の社会復帰や地域ケアを促進するための基礎資料を作成することである。本研究では、ジスルフィラム（disulfiram）に焦点を当て、アルコール依存症に対する無作為統制試験（randomized controlled trial, RCT）を行ない、効果のエビデンスを提供する。その際、合わせて心理社会的治療介入として手紙療法を行ない、効果を検証する。

研究プロトコールについては平成 19 年度の研究で作成した。また、本研究に参加の同意をいただいた全国 16 施設の研究責任者等については、今年度に入ってから実施説明会を行った。今年度は対象者のエントリーを開始した。平成 21 年 2 月末日までに、上記 16 施設中 9 施設から 76 例のエントリーをいただいた。しかし、当初の予定よりかなり少なく、結果解析の信頼性が低下することから、エントリー期間を平成 21 年 1 月末日から平成 21 年 6 月末日までに延長し、エントリー数を 100 例にするように、現在も研究を続行しているところである。

分担研究者	吉田精次	藍里病院	
樋口 進	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター	熊谷雅之 武藤岳夫	雁ノ巣病院 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター
研究協力者	大鶴 卓	独立行政法人国立病院機構琉球病院	
奥平富貴子	東北会病院	木村 充	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
成瀬暢也	埼玉県立精神医療センター	中山寿一	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
赤澤 滋	船橋北病院	松井敏史	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
田 亮介	駒木野病院	盧 聖元	独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
久江洋企	桜ヶ丘記念病院		
大河原昌夫	住吉病院		
柿田充弘	長野県立駒ヶ根病院		
長 徹二	三重県立こころの医療センター		
高野善博	金岡中央病院		
佐谷誠司	新阿武山病院		
福島春子	兵庫県立光風病院		
橋本耕司	高嶺病院		

A. 研究目的

アルコール依存症は専門治療を行なっても、断酒率が必ずしも高くない。このため、近年