

本研究の長所：本研究は、救急場
面という研究に最も困難な臨床状況、
しかし最も実際の救急・急性期治療
を反映する現場において、無作為化
割り付けおよび盲検という実証性の
高いデザインを実施したわが国で最
初の試みであった。限界：症例数の
不足に起因する統計学的パワーの不
足の可能性がある。

研究3. 精神科救急医療ガイドライン改訂のための調査

本研究結果に対する日本精神科救
急学会医師会員の現場感覚からの納
得度の水準はメジアン8(9段階評価)
であったことから、本研究結果と現
場感覚との乖離は少ないと考えられ
る。内服による鎮静薬剤は
Risperidone が、筋注による鎮静は
Haloperidol が、静注による鎮静は
Haloperidol が、急性期治療を開始す
る際の抗精神病薬の第一選択は
Risperidone が最も支持されていたこ
とも、本研究結果と矛盾せず、相補
う成果となっている。

E. 結論

本研究結果から、総合病院型精神
病床は本来求められる機能を全うし
ていること、それにも関わらず数が不
足の状態に陥っていることが浮き彫
りとなった。急性期治療の8週間に
わたるRCTでは、治療中止となる割
合を指標にした場合 olanzapine およ
び risperidone が、aripiprazol あるいは
quetiapine より優ることが示唆された。
これらの結果と精神科救急・急性期
治療の専門家の現場感覚との乖離は
小さく、良好な評価であった。

これらの成果は、前年度に呈示し
た身体合併症医療に関する提言をさ
らに補強するとともに、実証性とエ
キスパート・コンセンサスの調和の
とれた精神科救急・急性期治療ガイ
ドライン作成の核心的資料となる。

このような精神科救急医療、身体
合併症医療に関する疫学的検討、多
施設共同研究をさらに推進し、高齢
化する人口構造を加味しつつシステ
ム論と技術論を融合させ、現場、患
者側、社会にとっての最善を構築す
る必要がある。

引用文献

- 1) Kraus JE, Sheitman BB, Cook A et al: Olanzapine versus risperidone in newly admitted acutely ill psychotic patients. *J Clin Psychiatry* 66: 1564-1568, 2005
- 2) McCue RE, Waheed R, Urcuyo L et al: Comparative effectiveness of second-generation antipsychotics and haloperidol in acute schizophrenia. *Br J Psychiatry* 189: 433-440, 2006

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hatta K, Kurosawa H, Arai H: Hospitalization for medical comorbidities among psychiatric patients in Tokyo. *Psychiatric Services* 58: 1502, 2007
- 2) Hatta K, Kawabata T, Yoshida K et al: Olanzapine orally disintegrating tablet versus risperidone oral solution in the treatment of acutely agitated psychotic patients. *General Hospital Psychiatry* 30: 367-371, 2008
- 3) Hatta K, Nakamura H, Usui C et al: Medical and psychiatric comorbidity at psychiatric beds in general hospitals: a cross-sectional study in Tokyo. (on submission)
- 4) Hatta K, Nakamura M, Yoshida K et al: A prospective naturalistic multicenter study on intravenous medication use in behavioral emergencies: haloperidol versus benzodiazepine. (on submission)
- 5) Hatta K, Nakamura M, Yoshida K et al: The prevalence of intravenous thioriented use in psychiatric emergency

settings in Japan. (on submission)

6) Hatta K, Nakamura H, Usui C et al: Open-units versus locked-units of general hospitals in the treatment of psychiatric patients with medical comorbidities: a cross-sectional cohort study. (on submission)

2. 学会発表

1) 八田耕太郎：内科医に必要な精神科救急の知識. 第 105 回内科学会総会・講演会, 東京, 4 月, 2008

2) 八田耕太郎：精神科救急の治療技術論. 第 16 回日本精神科救急学会総会, 京都, 10 月, 2008

3) Hatta K, Kurosawa H: Medical comorbidities in psychiatric patients: a prospective cohort study in Tokyo. 13th Scientific Meeting of the Pacific Rim Conference of Psychiatrists, Tokyo, October, 2008

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 総合病院精神病床の入院患者の診療目的 (2008 年 6 月 30 日の全都 1 日調査)

診療目的	N (%)
身体合併症	80 (15)
ECT	68 (13)
初発精査	65 (12)
救急・急性期	233 (43)
神経症圏休息	52 (10)
BPD リスク回避	23 (4)
その他	21 (4)
計	542

回答率 64% (都内全総合病院有床精神科 28 のうち 18 病院が調査協力)
 認知症併発例 37 (7%)

表 2. 総合病院精神病床の診療目的別入院予約 (2008 年 6 月 30 日の全都 1 日調査)

診療目的	N (%)
身体合併症	9 (9)
ECT	16 (16)
初発精査	19 (19)
救急・急性期	32 (32)
神経症圏休息	8 (8)
BPD リスク回避	3 (3)
その他	12 (12)
計	99

認知症併発例 8 (8%)

表 3. 総合病院の一般病床に入院中の精神症状併発患者（リエゾン）のうち本来、総合病院の精神病床を必要とする患者数（2008年6月30日の全都1日調査）

診療目的	有床(100%換算値)	無床(100%換算値)	100%換算値計
身体合併症	17 (26)	39 (58)	84
ECT	0 (0)	0 (0)	0
初発精査	0 (0)	2 (3)	3
救急・急性期	13 (20)	6 (9)	29
計			116

回答率：総合病院有床精神科 64%（28のうち18病院が調査協力）；総合病院無床精神科 68%（常勤医勤務の40病院のうち27病院が調査協力）

認知症併発例：有床 1，無床 16

表 4. 調査当日入院を要するが断った事例数（2008年6月30日の全都1日調査）

有床(100%換算値)	無床(100%換算値)	100%換算値計
7 (11)	5 (7)	18

回答率：総合病院有床精神科 64%（28のうち18病院が調査協力）；総合病院無床精神科 68%（常勤医勤務の40病院のうち27病院が調査協力）

有床総合病院において断った7例の理由：個室満床 5例，多床室満床 2例

認知症併発例：有床 1，無床 0

表 5. 精神科救急・急性期治療の薬物療法に関する質問票に対する専門家回答
(N=170)の集計

精神科経験年数 (平均[SD]) : 19.5 [10.5]

最も時間を費やす業務 N (%) : 病棟 71(42), 外来 75(44), 管理 18(11), その他 6(4)

内服による鎮静を図る際、通常最初に選択する薬 (1 剤) N(%):

RIS 133(78), OLZ 14(8), LPZ 10(6), QTP 4(2), CPZ 4(2), LZP 3(2), HAL 1(1), Etz 1(1)

その他に内服による鎮静で推奨できる薬 (複数回答可) (N≥10)のみ列挙:

OLZ 88, LPZ 24, RIS 20, HAL 19, QTP 15, ZTP 12, LZP 11

内服による鎮静に第二世代抗精神病薬が推奨されることについて、現場感覚からいずれの水準で同意できるか (9 段階評価 : 平均[SD, median]) :

7.5 [1.5, 8]

2007 年の精神科救急医療機関の多施設共同研究において、無作為化して投与した risperidone 液剤と olanzapine 口腔内崩壊錠のいずれも有効で、1 時間の経過の中では差が認められなかったことについて、現場感覚からいずれの水準で同意できるか (9 段階評価 : 平均[SD, median]) :

6.0 [2.0, 6]

RIS>OLZ という意見が少なくなかった (RIS<OLZ という意見は 1 名のみ)

2005 年の米国エキスパート・コンセンサス・ガイドラインでは、chlorpromazine は第三選択の水準として含まれているが、chlorpromazine を推奨薬剤に残すことについて、現場感覚からいずれの水準で同意できるか (9 段階評価 : 平均[SD, median])

6.6 [2.2, 7]

筋注による鎮静を図る際、通常最初に選択する薬 (1 剤) N(%):

HAL 115(68), LPZ 41(24), DZP 7(4), CPZ 1(1), Hydroxyzine 1(1), なし 4(2)

その他に筋注による鎮静で推奨できる薬 (複数回答可) N:

LPZ 78, HAL 29, DZP 21, Hydroxyzine 3, デポ剤 3

Levomepromazine 筋注を推奨薬剤として残すことについて現場感覚からいずれの水準で同意できるか (9 段階評価 : 平均[SD, median])

6.1 [2.4, 7]

静注による鎮静を図る際、通常最初に選択する薬 (1 剤) N(%):

HAL 117(69), FNP 36(21), DZP 9(5), Midazolam 1(1), Amobarbital 1(1), Timiperone 1(1)

その他に静注による鎮静で推奨できる薬 (複数回答可) N:

FNP 52, DZP 31, HAL 23, Midazolam 8, Amobarbital 6, Thiopental 3, Hydroxyzine 3, timiperone 1, propofol 1

2007 年の精神科救急医療機関の多施設共同研究にて、flunitrazepam 静注に haloperidol を追加するより haloperidol 静注に flunitrazepam を追加する方が、要

した haloperidol 量も flunitrazepam 量も有意に後者の方が少なかったことから、入眠させる必要がある鎮静処置に際しては haloperidol 静注から始める方が安全と思われる点について現場感覚からいずれの水準で同意できるか (9 段階評価：平均[SD, median]) :

7.3 [1.7, 8]

2007 年の精神科救急医療機関の多施設共同研究にて、thiopental 静注を必要とした症例は flunitrazepam 静注で鎮静を開始した場合のみであったことから、入眠させる必要がある鎮静処置に際しては haloperidol 静注から始める方が安全と思われる点について現場感覚からいずれの水準で同意できるか (9 段階評価：平均[SD]) :

7.4 [1.7, 8]

精神病性障害の急性期治療を始める際、通常最初に選択する抗精神病薬 (1 剤) N(%):

RIS 132(78), OLZ 22(13), HAL 7(4), ARP 5(3), 未定 4(2)

その他に推奨できる抗精神病薬 (複数回答可)

第二世代: OLZ 115, ARP 40, RIS 33, QTP 29, Blonanserin 8, Perospirone 5

第二世代以外: HAL 87, ZTP 26, CPZ 25, LPZ 15, BPD 4, SP 4, Sultopride 3, Fluphenazine 3, Perphenazine 3, Propericiazine 2

2008 年の精神科救急医療機関の多施設共同研究にて、無作為化して投与した risperidone、olanzapine、quetiapine、aripiprazol のうち単剤のまま 8 週間経過できた割合は、olanzapine、risperidone が quetiapine、aripiprazol より有意に高かったことについて現場感覚からいずれの水準で同意できるか (9 段階評価：平均[SD, median]) :

7.1 [1.6, 7]

図1. 治療中止までの週数

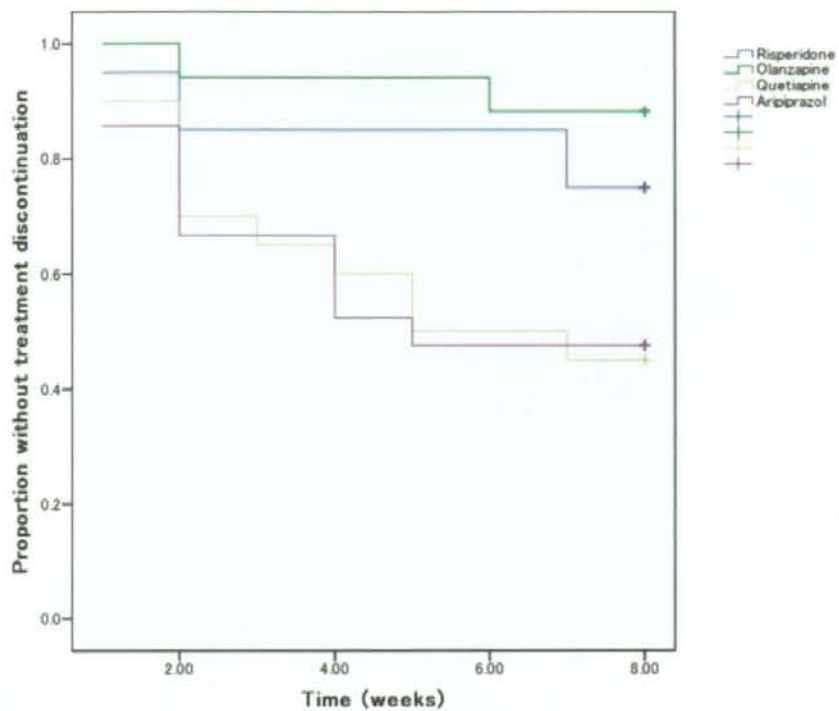


図 2A. PANSS 陽性症状の推移 (8 週間完遂例のみの比較)

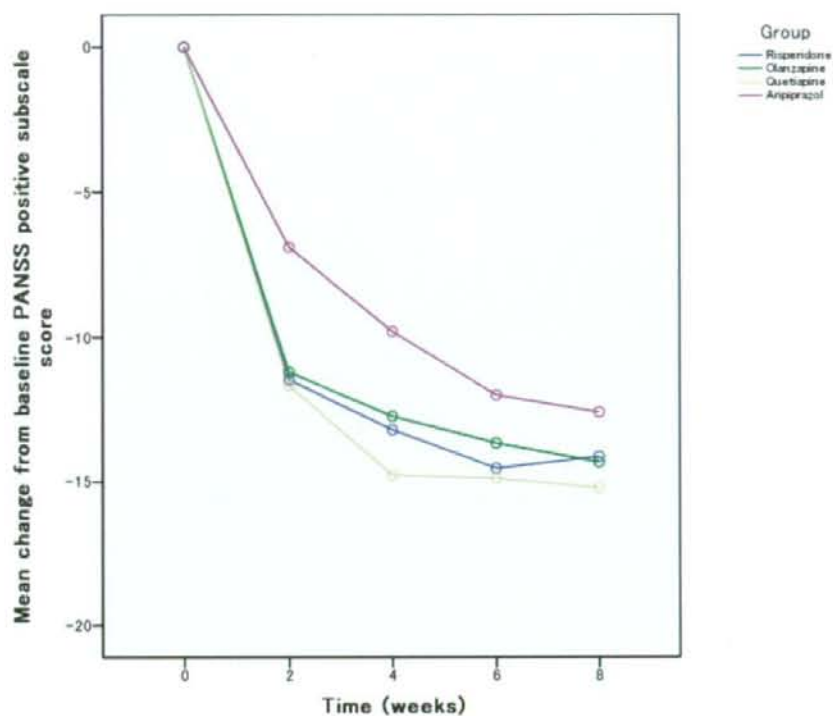
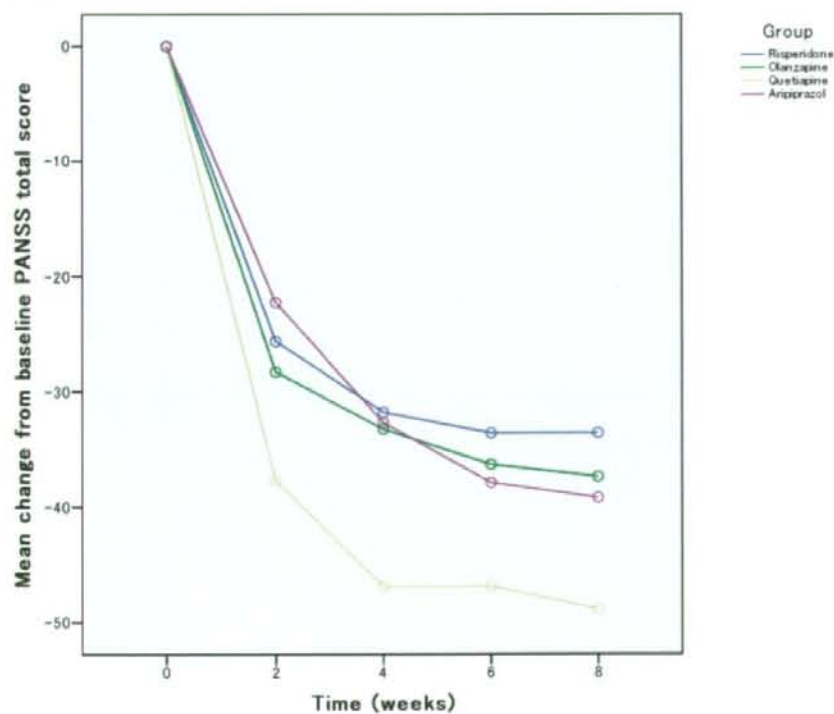


図 2B. PANSS 総点の推移 (8 週間完遂例のみの比較)



資料1：精神科有床総合病院用調査票

		人数
調査当日の精神病床入院中の患者数		
その入院理由の内訳		
合併症		(うち、認知症併存例 名)
ECT		(うち、認知症併存例 名)
初発精査鑑別		(うち、認知症併存例 名)
救急・急性期		(うち、認知症併存例 名)
神経症圏休息入院		
BPDリスク回避介入		
その他		(具体的理由：)
本来、精神病床が望ましいリエゾン患者数		
その入院理由の内訳		
合併症		(うち、認知症併存例 名)
ECT		(うち、認知症併存例 名)
初発精査鑑別		(うち、認知症併存例 名)
救急・急性期		(うち、認知症併存例 名)
神経症圏休息入院		
BPDリスク回避介入		
その他		(具体的理由：)
入院予約患者の数		
その入院予約理由の内訳		
合併症		(うち、認知症併存例 名)
ECT		(うち、認知症併存例 名)
初発精査鑑別		(うち、認知症併存例 名)
救急・急性期		(うち、認知症併存例 名)
神経症圏休息入院		
BPDリスク回避介入		
その他		(具体的理由：)
調査当日、本来入院を要するがその依頼を断った数		
入院依頼を断った理由		
個室が満床		(うち、認知症併存例 名)
多床室が満床		(うち、認知症併存例 名)
その他		(具体的理由：)

資料 2 : 精神科無床総合病院用調査票

		人数
常勤精神科医の数		<input type="text"/>
本来、精神病床が望ましいリエゾン患者数		<input type="text"/>
その入院理由の内訳	合併症	(うち、認知症患者併存例 名)
	ECT	(うち、認知症患者併存例 名)
	初発精査鑑別	(うち、認知症患者併存例 名)
	救急・急性期	(うち、認知症患者併存例 名)
	神経症圏休息入院	
	BPDリスク回避介入	
	その他	(具体的理由: _____)
入院予約患者の数		<input type="text"/>
その入院予約理由の内訳	合併症	(うち、認知症患者併存例 名)
	ECT	(うち、認知症患者併存例 名)
	初発精査鑑別	(うち、認知症患者併存例 名)
	救急・急性期	(うち、認知症患者併存例 名)
	神経症圏休息入院	
	BPDリスク回避介入	
	その他	(具体的理由: _____)
調査当日、本来入院を要するがその依頼を断った数		<input type="text"/> (うち、認知症患者併存例 名)

資料3：評価票

基本情報(番号または数字または記号またはコメントを記入してください。)

- [] 封筒記号(【例, A-8】)
- [] 年齢
- [] 性別【1】男, 【2】女
- [] 身長cm
- [] 体重kg
- [] 診断(ICD-10コード【例, F20.0】)
- [] 依存物質の有無【1】なし, 【2】あり (【2】の場合具体的に[])
- [] 罹病期間(x年, またはxカ月, またはx週間)
- [] 服薬歴(x年, またはxカ月, またはx週間)
- [] 登録前の服薬状況【1】未治療, 【2】怠薬, 【3】服薬遵守 (【2】または【3】の場合の主剤だった薬[])
- [] 退院までの日数

投与薬剤情報(番号または数字またはコメントを記入してください。)

- [] 投与薬剤:【1】RIS, 【2】OLZ, 【3】QUE, 【4】Aripri
- [] 開始時の一日量mg
- [] 最大投与量mg
- [] 8週後または中止時の投与量mg
- [] 投与開始前に注射使用の場合の種類と量:【例, セレネース点滴20mg/日】
- [] 注射使用の場合、内服は何日目からか
- [] 割り付けられた薬以外の、不随時使用した薬剤と量
- [] 内服ベンゾジアゼピン系併用の場合、その種類と量:【例, ワイパックス1.5mg/日】
- [] 抗バ剤併用の有無:【1】有, 【2】無
- [] 中止例の場合その理由

CGI		投与前	2週末	4週末	6週末	8週末	(中止時)
	CGI-S						
	CGI-C						
							第()週
PANSS		投与前	2週末	4週末	6週末	8週末	(中止時)
P1	妄想						
P2	概念の統合障害						
P3	幻覚による行動						
P4	興奮						
P5	誇大性						
P6	猜疑心						
P7	敵意						
N1	感情の平板化						
N2	情動的引籠り						
N3	疎通性の障害						
N4	受動性・意欲低下による社会的引籠り						
N5	抽象的思考の困難						
N6	会話の自発性と流暢さの欠如						
N7	常同的思考						
G1	心気症						
G2	不安						
G3	罪責感						
G4	緊張						
G5	衝動性と不自然な姿勢						
G6	抑うつ						
G7	運動減退						
G8	非協調性						
G9	不自然な思考内容						
G10	失見当識						
G11	注意の障害						
G12	判断力と病識の欠如						
G13	意志の障害						
G14	衝動性の調節障害						
G15	没入性						
G16	自主的な社会回避						

	投与前	2週末	4週末	6週末	8週末	(中止時)
GAF						

第()週

検査項目	初日	2週末	6週末	(中止時)
WBC				
血糖				
総コレステロール				
中性脂肪				
GOT				
GPT				
CPK				

	投与前	2週末	4週末	6週末	8週末	(中止時)
収縮期血圧						
拡張期血圧						
脈拍						
体重						

DIEPSS
歩行
動作緩慢
流涎
筋強剛
振戦
アカシジア
ジストニア
ジスキネジア
概括重篤度

2週末	4週末	6週末	8週末	(中止時)	(発生時)

第()病日

ご協力ありがとうございました。その他にご意見がございましたらお書きください。

(意見：)

平成 20 年度厚生労働科学研究 ころの健康科学研究事業
精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

分担研究報告書

地方における精神科領域の身体合併症に関する研究

—精神科時間外受診時における身体疾患合併症例への対応状況—

精神科救急医療システムの質的向上を図るためには、一般医療との連携がとりやすく、身体的、精神的な双方から診断・治療が可能となるような体制にすることが必要である。本研究では、島根県における精神科救急（時間外）受診状況を施設形態ごとに把握した上で、身体疾患合併症例の占める割合を算出するとともに、精神科医、精神科医療施設の身体疾患への対応能力について把握することで、精神科救急受診患者への対応に関する機能分化と連携について検討することを目的とした。

調査期間は平成 20 年 6 月 1 日～7 月 31 日までの 2 ヶ月間とした。有床総合病院精神科 5 施設（回答率 100.0%）、精神科病院 10 施設（回答率 83.3%）、精神科診療所 9 施設（回答率 52.9%）から回答があり、調査期間中の時間外受診者のほぼ全数が把握できたと考えられた。523 名の時間外受診者の 71.3% は総合病院精神科に受診しており、他院で治療中の患者も 24.1%含まれていた。時間外受診者の 27.9%に治療が必要な身体疾患があり、その 83.4%は総合病院精神科に受診していた。24.0%は自殺企図、18.5%は精神科的な治療との関連が推測される身体疾患であった。時間外受診者の 9.0%に入院治療が必要な身体疾患がみられ、その 40.4%は自殺企図に起因する身体疾患であった。

精神科医が適切な施行が困難と考えている身体疾患の治療に必要な手技は、気管内挿管による気道確保、人工呼吸器使用、中心静脈確保、除細動、輸血、喉頭鏡などによる異物除去、強心剤使用、シーネ固定などであった。

時間外受診者の施設形態による対応件数の差異が大きく、身体疾患も含めて危機介入的な対応が求められる受診状況となっている。このため、非自発的な入院中心の精神科救急医療体制の見直しが必要であり、機能分化と連携についても、負担を均等化するような方略が必要であると考えられた。一般医療との連携、精神科医療全般における身体疾患への対応能力の向上が必要であり、特に総合病院精神科の現状の改善（医師確保などの体制整備）が必要である。

分担研究者：

島根県立中央病院 小林孝文

研究協力者：

島根大学

松江市立病院

松江赤十字病院

隠岐病院

稲垣卓司

大竹 徹

室津和男

有田茂夫

安来第一病院
八雲病院
松江青葉病院
こなんホスピタル
奥出雲コスモ病院
海星病院
島根県立こころの医療センター
石東病院
西川病院
松ヶ丘病院
永生クリニック
青葉クリニック
福田クリニック
飯島クリニック
釜瀬クリニック
細田クリニック
出雲市駅南口クリニック
さとうクリニック
エスポアール出雲クリニック
島根県立中央病院

杉原克比古
角南 譲
妹尾晴夫
福田賢司
今岡健次
國重和彦
竹下久由
佐藤 勝
西川 正
長沼六一
藤原 卓
春木繁一
大竹民子
飯島正明
釜瀬春隆
細田眞司
岡崎哲也
佐藤正保
高橋幸男
挾間玄以

A. 研究目的

精神科救急受診患者の中には、身体疾患との鑑別あるいは合併する身体疾患の治療が必要なものも少なくないため、身体疾患への適切な対応を含めた精神科救急医療体制の整備が不可欠であるが、この点に関しては未だに多くの課題を抱えているのが現状である。精神医療における危機管理という観点をも加味すれば、受診しやすく、一般医療との連携がとりやすく、身体的、精神的な双方から診断・治療が可能となる総合病院精神科の果たす役割は大きい。精神科医療の質的向上を図るためには、総合病院精神科が精神科救急あるいは合併症治療において十分に機能できるようなシステムを構築することが重要である。

そのためには、精神科救急の現状をできるだけ正確に把握することが必要であるが、精神科救急の対象と

なるのは、措置入院に代表されるような非自発的入院のみならず、危機介入的に対応、合併する身体疾患の鑑別や治療など、極めて幅が広いため、現在各都道府県で施行されている精神科救急受診システムの実績をまとめるだけでは、その実態が的確に把握できないのが現状である。都道府県の精神科救急医療システムに参加していない医療機関をも含めた全精神科医療機関（総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所）に調査を依頼し、時間外受診した患者の全数調査を行なった例はほとんどない。このような調査を行うことで、精神科救急受診患者の全般的な状況が明確になるのみならず、精神科医療機関の施設形態によって期待される（果たすべき）役割の違いが明確になり、より効果的な医療施設間の連携の在り方を呈示することが可能となるものと考えられる。

また、精神科医療が心身両面を含む包括的な医療を提供するためには、精神科医療機関あるいは精神科医の身体疾患に対する対応能力を向上させることが不可欠である。総合病院精神科のみならず、単科精神科病院や精神科診療所での身体疾患に対する対応能力に関する調査も今までにはほとんどなく、その実態を把握することによって、救急医療体制を充実させるために必要な精神医療の改革の方向性について検討することが可能となると考えられる。

以上を踏まえ、今年度の研究は、下記の4点を主な研究目的とした。

1. 島根県における精神科救急（時間外）受診状況を施設形態ごとに把握する。
2. 精神科救急受診患者に占める身体疾患合併症例の割合を算出する。
3. 精神科医、精神科医療施設の身体疾患への対応能力について把握する。
4. 精神科救急受診患者への対応に関する機能分化と連携について検討する。

B. 研究方法

研究全体の計画は順天堂大学の倫理委員会で対応済みであるが、分担研究者の研究範囲に関する事項に関しては、所属する島根県立中央病院の医の治験検討委員会でも承認を得た。

また、島根県下の精神科医療施設へ対する調査の目的説明や協力依頼は、島根県精神科医懇話会を通じて行ない、協力する旨の了承を得た。

実態調査を依頼したのは、島根県下の精神科病棟を有する総合病院（以下、有床総合病院精神科）5施設、単科精神科病院11施設、精神科診療所17施設である。

今回行なった調査のそれぞれにつ

いて、その方法の概略を示す。

統計学的な検討は、 $m \times n$ カイ二乗検定によって行なった。

1. 島根県の時間外受診患者の実態調査

調査票 A（精神科救急および身体合併症に関する実態調査・個票）（資料1）を郵送し、平成20年6月1日～7月31日までの時間外受診者に対し、個票に必要事項を記載するように依頼した。（2ヶ月間の前向き調査）調査項目として、性、年齢、精神科受療状況、主な精神状態像、精神疾患診断名（ICD-10）、自殺行動の有無、受診時の対応（精神科入院形態など）、治療を要した身体疾患などがあげられている。

精神科医療機関の施設形態ごと（総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所）に結果を集計し、施設形態ごとの受診状況を把握するとともに、時間外受診患者に占める合併症患者の割合を算出した。

2. 精神科医療機関の身体疾患への対応能力に関する調査

調査票 B（精神科医療機関での身体疾患への対応に関する実態調査・個票）（資料2）を郵送し、平成20年6月1日現在での状況を記載するように依頼した。調査項目として、施設の概要（精神科病床数、精神科医師数、精神科救急システムへの参加状況、院内で可能な検査など）、救急受診患者が主に入院する病棟（診療所では施設内）で対応可能な救急処置（気道確保と呼吸管理、循環の確保と評価など）、救命処置や身体疾患に関する研修の有無などがあげられている。

これらの結果を集計することで、精神科医療施設での身体疾患への対応能力の現状を把握することが可能となる。

3. 精神科医の身体疾患への対応能力に関する調査

調査票 C (身体的な救急処置が必要となったときの対応・個票) (資料 3) を郵送し、平成 20 年 6 月 1 日現在での状況を記載するように依頼した。調査項目として、性、年齢、精神科経験年数、他科での臨床(研修)経験、救急処置が必要となったときに対応(経験の有無、対応可能か否か)などがあげられている。

これらの結果を集計することで、精神科医の身体疾患への対応能力の現状を把握することが可能となる。

C. 研究結果

1. 島根県の時間外受診患者の実態調査

有床総合病院精神科 5 施設(回答率 100.0%)、単科精神科病院 10 施設(回答率 90.9%)、精神科診療所 9 施設(回答率 52.9%)、計 24 施設から回答があった。全体としては 72.7%の回答率であるが、有床総合病院精神科、単科精神科病院からの回答率が高く、この両医療施設形態に関しては、ほぼ現状を的確に反映した結果が得られていると考えられる。

1) 回答施設の施設形態ごとの精神科医在籍状況

回答施設に在籍している精神科医師数(常勤換算)は、有床総合病院精神科 5 施設で 18 名(1 施設平均平均 3.6 名)、単科精神科病院 10 施設で 59.1 名(1 施設平均平均 5.9 名)、精神科診療所 9 施設で 11.7 名(1 施設平均平均 1.3 名)となっていた。

施設形態ごとに精神保健指定医の占める割合をみると、有床総合病院精神科では 55.6% (18 名中精神保健指定医は 10 名)、単科精神科病院では 78.8% (59.1 名中精神保健指定医は 46.6 名)、精神科診療所では

82.9% (11.7 名中精神保健指定医は 9.7 名)となっており、特に有床総合病院精神科で精神保健指定医の占める割合が小さくなっていた。

2) 時間外精神科受診患者数(図 1)

平成 20 年 6 月 1 日から 7 月 31 日までの 2 ヶ月間で、523 名が時間外に精神科受診をしていたが、そのうち総合病院精神科へ受診したものは 373 名であり、全体の 72.9%を占めていた。単科精神科病院の時間外受診患者数は 124 名(24.2%)、精神科診療所の時間外受診患者数は 15 名(2.9%)であり、総合病院精神科の時間外受診患者数に比べて少なかった。

1 施設あたりの 1 ヶ月平均時間外受診患者数は、総合病院精神科が 37.3 名、単科精神科病院が 6.2 名、精神科診療所が 0.8 名となっており、これから精神科医 1 名が対応する時間外受診患者数を施設形態ごとに算出すると、総合病院精神科では 10.4 名、単科精神科病院では 1.0 名、精神科診療所では 0.6 名となる。精神科医が対応する時間外受診者には施設形態ごとに大きな差異があり、有床総合病院精神科の医師が対応する時間外受診患者数が多くなっていた。

時間外受診者の性、年齢を図 2 に示す。

3) 精神科受療状況(図 3)

時間外受診時の精神科受療状況をみると、各施設形態とも、当該施設へ通院中がもっとも多く、総合病院精神科では 61.4%、単科精神科病院では 78.2%、精神科診療所では 86.7%を占めていた。次いで、各施設形態とも他院へ通院中の患者が多くなっていたが、特に総合病院精神科では全体の 24.1%を占めており、単科精神科病院(10.5%)、精神科診療所(6.7%)よりも他院で治療中の患者が時間外受診することが多くなっ