

ていた。

他院で治療中の時間外受診者の受療状況をみると、精神科診療所で治療を受けているものももっとも多くなっており、総合病院精神科では68.4%、単科精神科病院では61.1%となっていた。次いで、単科精神科病院で治療中、総合病院精神科で治療中の順となっていた。

この結果からは、単科精神科病院、精神科診療所に比べ、有床総合病院精神科では他院で治療中の患者が時間外に受診することが多く、特に精神科診療所で治療中の症例の時間外受診が多いことが分かる。

4) 時間外受診時の状態像と精神科的診断 (図4)

時間外受診時の状態像を図4に示す。各施設形態とも不安・焦燥状態がもっとも多く、総合病院精神科では45.6%、単科精神科病院では42.7%、精神科診療所では40.0%を占めていた。次いで、総合病院精神科では抑うつ状態(16.1%)、幻覚・妄想状態(8.3%)の順、単科精神科病院では興奮状態(16.1%)、抑うつ状態(14.5%)の順となっており、精神科診療所では抑うつ状態、幻覚妄想状態がそれぞれ20.0%となっていた。

精神科的診断(ICD-10)をみると各施設形態とも、F2(統合失調症圏内)、F3(気分障害圏内)、F4(神経症圏内)中心の救急受診状況となっていた。総合病院精神科ではF4の時間外受診者が33.2%でもっとも多く、次いでF2(25.2%)F3(16.1%)の順となっていた。単科精神科病院ではF2が45.2%でもっとも多く、次いでF4(16.9%)F3(11.3%)の順となっており、精神科診療所ではF2が40.0%でもっとも多く、次いでF3(20.0%)F4(20.0%)の順となっていた。

5) 時間外受診時の対応と精神科入院形態 (図5)

時間外受診時の対応をみると、各施設形態とも治療後帰宅がもっとも多くなっており、総合病院精神科では82.0%、単科精神科病院では72.6%、精神科診療所では93.3%を占めていた。総合病院精神科では32名(8.6%)が、単科精神科病院では31名(25.0%)が精神科入院となっており、入院患者数はほぼ同様であったが、単科精神科病院受診者で精神科入院となるものの割合が大きくなってきた。精神科入院形態をみると、総合病院精神科では任意入院が71.9%でもっとも多く、次いで医療保護入院18.8%、一般入院9.4%の順となっていた。単科精神科病院では任意入院、医療保護入院がともに45.2%で、措置入院が9.7%となっており、総合病院精神科に入院となった症例に比べて非自発的入院となったものが多くなっていった。このことは、精神症状に関してはある程度の施設間での機能分化ができていることを示唆していると考えられる。

6) 治療が必要であった身体疾患の合併状況 (図6)

時間外受診患者523名のうち、何らかの治療が必要であった身体疾患が合併していた症例は145名(28.3%)であった。総合病院精神科では32.4%、単科精神科病院では13.7%、精神科診療所では46.7%の症例に治療が必要な身体疾患がみられた。

身体疾患の種類をみると、悪性腫瘍は7.6%であり、比較的少数であった。自殺企図(自傷行為を含む)に基因すると考えられる身体疾患が24.1%を占めており、また精神科的な治療に関連した身体疾患(向精神薬の副作用など)が18.6%を占めてい

た。このことから、時間外に精神科受診する患者には、自殺企図、精神科治療との関連が推測される身体疾患も少なくないことが示された。

7) 入院が必要であった身体疾患の合併状況 (図7)

時間外受診患者 523 名のうち、入院治療が必要であった身体疾患が合併していた症例は 47 名 (9.2%) であった。このうちの 19 名 (40.4%) は自殺企図に関連する身体疾患であった。自殺企図の手段としては服薬・服毒が 73.7%でもっとも多く、次いで縊首が 10.5%となっていた。

自殺企図以外の身体疾患は 28 名 (59.6%) あったが、その疾患分類をみると、消化器疾患が 32.1%でもっとも多く、次いで呼吸器疾患 (25.0%)、循環器疾患 (14.3%)、骨・筋肉疾患 (10.7%)、皮膚・感覚器疾患 (10.7%)、神経疾患 (3.6%)、産婦人科疾患 (3.6%) の順になっていた。

入院となった医療機関をみると (図8)、47 名中 42 名 (89.4%) は総合病院への入院となっており、単科精神科病院へ入院となったのは 5 名 (10.6%) であった。入院となった病床をみると、一般病床へ入院となったのは 16 名 (34.0%)、精神病床へ入院となったのは 31 名 (66.0%) であった。精神病棟に入院した身体疾患合併症例の 56.3%は急性薬物中毒であり、次いで脱水・電解質異常 (18.8%)、肺炎 (6.3%)、イレウス (6.3%)、アルコール性肝障害 (6.3%)、蜂窩織炎 (6.3%) となっていた。

今回の結果では、精神疾患を有する症例に身体疾患が合併するときには、主に精神科病棟での治療が選択されることが多いが、身体疾患が重篤な症例では一般病棟での入院が選

択されることが多く、入院病棟を決定することに関しては精神症状と身体症状との両者を勘案した上で、適切な治療環境を提供するといった対応がなされていることが示された。

8) 精神科的重症度と身体的重症度との関連 (図9)

時間外精神科受診患者の精神科的重症度 (精神症状なし、外来診療で対応可能、任意入院が必要、非自発的入院が必要) と身体的重症度 (治療が必要な身体疾患なし、外来診療で対応可能、入院治療が必要、生命的危機) との関連を図9に示す。時間外精神科受診患者では、治療が必要な身体疾患がなく、精神的には外来診療で対応可能な症例がもっとも多く、328 名となっていた。次いで、治療が必要な身体疾患はあるが入院までは必要なく、精神的にも外来診療で対応可能な症例が 84 名あった。

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

島根県の時間外受診患者の実態調査とほぼ同様で、有床総合病院精神科 4 施設 (回答率 80.0%)、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 23 施設から回答があった。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) 島根県の精神科救急医療システムへの参加状況

回答のあった精神科医療施設のうち、総合病院精神科 4 施設 (80.0%)、単科精神科病院 9 施設 (81.8%) は島根県の精神科救急医療システムに輪番として参加していたが、精神科診療所はこのシステムに参加していな

い。

2) 院内で可能な検査

施設形態ごとに、身体疾患の診断や治療に際して行なわれることの多い検査（X線検査、CT検査、超音波検査、内視鏡検査、MRI検査、心電図検査、血液検査、血液ガス分析）が院内で可能か否かについて調査した。（表1）

総合病院精神科では、回答の得られた4施設の全てで、上記の検査が可能であった。しかし、単科精神科病院では、X線検査、CT検査、心電図検査、超音波検査、血液検査は半数以上の施設で可能であるが、それ以外の検査は院内では困難な施設が多かった。精神科診療所では、半数以上の施設で可能な検査は心電図検査と血液検査のみであり、それ以外の検査は院内では困難な施設が多かった。

3) 精神科医師が対応可能な救急処置

救急受診患者が主に入院する病棟（診療所では施設内）で行なわれる可能性がある救急処置に関する精神科医師の対応能力について調査した。

気道確保と呼吸管理に関する結果は、表2に示しているが、気管内挿管による気道確保と人工呼吸器の使用は、すべての施設形態（総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所）において、精神科医師が施行することが困難な救急処置と考えられており、他科医師の協力が必要あるいは施設内では困難と答えた施設がほとんどであった。

総合病院精神科においては、吸引器による口腔内の吸引、喉頭鏡などによる異物除去、経鼻エアウェイによる気道確保、酸素吸入、吸入、バックバルブマスクによる人工呼吸に関しては半数以上の精神科医師が可能と回答した施設が多かったが、単科

精神科病院では、喉頭鏡などによる異物除去についても精神科医師のみでは施行が困難と答えた施設が多くなっており、精神科診療所では上記の救急処置のすべてで、他科医師の協力が必要あるいは施設内では困難と答えた施設が多くなっていった。

循環の確保と評価に関する結果は、表3に示しているが、すべての施設形態（総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所）において、中心静脈確保、除細動器による除細動は、精神科医師が施行することが困難な救急処置と考えられており、他科医師の協力が必要あるいは施設内では困難と答えた施設が多くなっていった。末梢静脈確保、補液、胸骨圧迫式心臓マッサージは半数以上の精神科医師が可能な処置と答えた施設が多かった。

観察に関する結果については、表4に示しているが、すべての施設形態（総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所）において、血圧測定、パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度の測定はほとんどすべての精神科医師が可能と答えた施設が多かったが、精神科診療所では、パルスオキシメーターが整備されていない施設が2箇所みられた。

その他の処置に関する結果については、表5に示しているが、すべての施設形態（総合病院精神科、単科精神科病院、精神科診療所）において、抗生剤を用いた感染症治療は半数以上の精神科医師が可能な処置と答えた施設が多かったが、輸血は精神科医師が施行することが困難な救急処置と考えられており、他科医師の協力が必要あるいは施設内では困難と答えた施設が多くなっていった。簡単な縫合を含む創処置、胃管留置、胃洗浄は、総合病院精神科と単科精神科病院では半数以上の精神科医師が可

能は処置と答えた施設が多かったが、精神科診療所では施設内では困難と答えた施設が多くなっていた。

喉頭鏡などによる異物除去、強心剤使用、シーネ固定に関しては、施設形態によるまとまった傾向はみられないが、全体としてみれば他科医師の協力が必要、施設内では困難と回答した施設が多くなっていた。

以上の結果から、施設形態を問わず、精神科医のみでは対応が困難と考えられる救急処置は、気管内挿管による気道確保、人工呼吸器の使用、中心静脈確保、除細動器による除細動、輸血ということになる。それ以外の救急処置に関しては、総合病院精神科では施行可能と考えられる処置が比較的多いが、単科精神科病院、精神科診療所では可能な処置が総合病院精神科に比べて少なくなっていた。

3. 精神科医の身体疾患への対応能力に関する調査

有床総合病院精神科5施設の23名、単科精神科病院10施設の48名、精神科診療所9施設の10名、計81名の精神科医から回答があった。性別、他科での臨床（研修）経験の有無を施設形態ごとに示す。（表6）全体としては初期臨床研修も含め他科での臨床（研修）経験がある精神科医は33名（40.7%）であった。施設形態ごとにみれば単科精神科病院に勤務している精神科医で他科での臨床（研修）経験のない精神科医が66.7%を占めていたが、他の施設形態と比較して有意な差はみられなかった。

気道確保と呼吸管理に関する経験の有無と必要時の対応に関する結果を、施設形態ごとに示す。（表7）このなかで、経験したことがないと回答した精神科医が多い処置は、喉頭

鏡などによる異物除去（55.6%）、人工呼吸器の使用（70.4%）であり、必要時にほぼ確実に施行可能と回答した精神科医が過半数に満たない処置は、喉頭鏡などによる異物除去、経鼻エアウェイによる気道確保、気管内挿管による気道確保、吸入、バックバルブマスクによる人工呼吸、人工呼吸器の使用となっていた。

循環の確保と評価に関する経験の有無と必要時の対応に関する結果を、施設形態ごとに示す。（表8）このなかで、経験したことがないと回答した精神科医が多い処置は、中心静脈確保（67.9%）、自動体外式除細動器（AED）による除細動（58.0%）、除細動器による除細動（67.9%）であり、必要時にほぼ確実に施行可能と回答した精神科医が過半数に満たない処置は、中心静脈確保、心電図解析、強心剤使用、自動体外式除細動器（AED）による除細動（58.0%）、除細動器による除細動となっていた。

観察に関する経験の有無と必要時の対応に関する結果を、施設形態ごとに示す。（表9）血圧測定、パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度の測定ともに、経験したことがあると回答した精神科医が多く、必要時にもほぼ確実に施行可能と回答した精神科医が多かった。

その他の処置に関する経験の有無と必要時の対応に関する結果を、施設形態ごとに示す。（表10）このなかで、経験したことがないと回答した精神科医が多い処置は、シーネ固定（55.6%）、輸血（53.1%）であり、必要時にほぼ確実に施行可能と回答した精神科医が過半数に満たない処置は、シーネ固定、胃洗浄、抗生剤を用いた感染症治療、輸血となっていた。

救急処置の経験の有無、および必要時の対応に関し、施設形態ごとの

差異があるが検討したが、いずれの処置に関しても施設形態による有意な差はみられなかった。

精神科医が確実に施行することが困難と考えられる6つの処置(気管内挿管による気道確保、人工呼吸器の使用、中心静脈確保、除細動器による除細動、シーネ固定、輸血)について、他科での臨床(研修)経験による対応の差異があるか否かを検討した(表11)が、人工呼吸器の使用では有意差($p<0.01$)がみられた。すなわち、他科での臨床(研修)経験がある精神科医は人工呼吸器をほぼ確実に使用することが可能で、他科の協力を依頼することが少ないことになる。中心静脈確保、輸血に関しても同様の傾向($p<0.05$)が認められたが、有意な差ではなかった。

D. 考察

1. 研究方法の妥当性と限界

精神科救急受診患者のなかに含まれる身体疾患合併症例への対応に関しては、まずその実態を可能な限りの確に把握することが必要となるが、これが現実には困難である。その理由は多岐にわたるが、その一部をあげてみると、身体合併症が多岐にわたり、その定義が曖昧になることが多いこと、精神科医療機関を中心とする社会資源の地域格差が大きいこと、身体疾患合併症例への対応が医療機関によって大きな差がみられること、精神科救急の概念が幅広く、その意味するところが調査によって異なること、広くまとまった地域での調査に関する協力が得にくいこと、などがあげられる。本研究に関しても、これらの問題が十分に解決されているとはいえないのが事実であるが、可能な限りまとまった地域での全数に近い症例を把握するように試みた。

今回精神科救急受診状況の調査対象とした症例は、精神科救急医療システムのなかで扱われる症例とせず、精神科医療施設を時間外に受診したすべての症例とした。その理由としては、島根県の精神科救急医療システムは一般医療の医療圏ごとの輪番で対応しているため、その実績に関するデータのみでは輪番以外の医療機関に受診した症例の実態把握が困難であること、精神障害者の地域での生活支援という観点から考えれば措置入院を中心とする非自発的な入院だけでなく、入院を回避できるような危機介入的な対応が重要になると考えられること、などである。このような調査対象としたことは、地域における実態を的確に把握するための方法としては、妥当であったと考えている。

また、身体疾患に関しても種類を限定せず、時間外受診時に何らかの治療が必要であった身体疾患を調査の対象とした。慢性的な身体疾患があっても、救急受診時に治療を要しなかった身体疾患については対象から除外している。一般的には精神科入院患者が罹患する身体疾患については、消化器疾患、呼吸器疾患などが多いという報告が多いが、実際には精神疾患患者が罹患する身体疾患は幅が広く、そのなかには自殺企図や精神科的な治療に関連すると考えられる身体疾患なども含まれている。救急受診時には身体疾患の診断が確定しにくい症例も稀ではないため、調査の対象とした身体疾患を、何らかの治療が必要であった身体疾患と幅広くとったことは、方法としては妥当であったと考えられる。

今回の調査では、有床総合病院精神科5施設の協力が得られたが、これは島根圏内の有床総合病院精神科のすべてである。また、単科精神科

病院についても、依頼した11施設中10施設から回答が得られている。当初は単科精神科病院12施設への調査依頼を予定していたが、このうちの1施設が調査期間中に精神科病棟を廃止することになったため、調査依頼を中止している。また、回答のなかった1施設は、主に認知症の入院治療を行っている医療施設であり、精神科の一般的な入院医療で対応するような疾患構成とはやや異なっている。このような回答状況であるので、総合病院精神科、単科精神科病院に関しては、精神科を時間外に受診する患者のほぼ全数が把握できたのではないかと考えている。

これに対し、精神科診療所からの回答率(52.9%)は低く、依頼した17施設中9施設からの回答にとどまっている。回答のあった9施設のうち、時間外に対応していたのは2施設(22.2%)に過ぎず、他の7施設は調査期間中の時間外対応件数が0であった。他の施設形態に比べ精神科診療所の回答率が低かった原因ははっきりしないが、時間外への対応を行っていない(できない)精神科診療所が多いために調査への協力が得られなかった可能性は考えられる。いずれにしても、回答状況から推測すれば、すべての精神科診療所で対応する可能性がある時間外受診者は2ヶ月間で約30名前後となり、精神科時間外受診患者の臨床特徴に大きな影響を与えるような症例数にはならないのではないかと考えられる。

以上、今回の調査は、精神科診療所における時間外受診状況がはっきりしないという点は割り引いて考える必要があるが、全体的にみれば、島根県において調査期間中に精神科医療施設を時間外受診した症例のほぼ全数を把握することができたと考えられる。このようにして把握した

時間外受診症例のなかに含まれる身体疾患合併症例の割合と、その種類を検討することで、精神科救急と身体合併症医療との双方にとって望ましいシステムのあり方を検討することが可能となると考えられるため、本研究の意義は十分にあるものと考えられる。

2. 精神科時間外受診の現状と課題

1) 時間外受診状況と施設形態

調査期間(平成20年6月1日~7月31日までの2ヶ月間)の時間外精神科受診患者の72.9%は総合病院精神科受診となっており、単科精神科病院(24.2%)や精神科診療所(2.9%)に比べて時間外受診患者数が多くなっていた。このため、1施設あたりの1ヶ月平均時間外受診患者数も総合病院精神科が37.3名でもっとも多く、単科精神科病院(6.2名)、精神科診療所(0.8名)の順となっていた。さらに、総合病院への時間外受診者の24.1%は、当該医療機関以外で治療中であり、特に精神科診療所で治療中の症例が多くなっていた。

総合病院精神科の時間外救急受診患者が多くなっている原因については、いくつかの理由が考えられる。例えば、島根県の有床総合病院精神科が一般医療の二次救急、三次救急に対応している総合病院に設置されていること、有床総合病院精神科の80.0%が島根県の精神科救急医療システムに参画していること、一般医療の救急システムに比べ精神科の救急システムが周知されていないこと、単科精神科病院に比べて受診することへの心理的抵抗が少ないこと、身体疾患との鑑別も含めた対応が可能なこと、時間外の十分な対応ができない精神科診療所が増加していること、などがあげられる。

各都道府県で構築されている精神

科救急医療システムにはかなり大きな地域差があるが、その多くは輪番制をとっており、原則としては、措置入院をはじめとする非自発的入院に適切に対応することを主な目的としている。しかし、精神科領域においても一般医療の救急システムと同様な状況を呈しており、時間外にも対応可能な医療機関、総合的に検査や治療が可能な医療機関、受診しやすい医療機関、すなわち精神科を有する総合病院に一次救急から三次救急までを含む多数の受診者が集中しているのが現状であり、そのことが今回の調査でも改めて確認されたことになる。

さらに、身体疾患の治療を含む救急医療の現場では各種の行動制限が必要となることも稀ではないが、時間外受診者の多い総合病院に勤務する精神科医の数は単科精神科病院に比べても少なく、島根県では大学病院精神科を含めても1施設平均3.6名にしかならない。加えて、精神保健指定医の占める割合が55.6%に過ぎず、他の施設形態に比べ小さくなっていることも大きな問題である。総合病院へ時間外に受診する患者の多さ、対応する精神科医（特に精神保健指定医）の不足というような現状を的確に認識した上で、より望ましい精神科救急医療システムが構築できるように検討していく必要がある。

従来の精神科救急医療体制は、一般医療とは別のシステムとして構築されてきているため、利用する際には「わかりやすく、かかりやすい診療体制」とはいえない状況にある。精神医療も一般医療のなかの一つの領域であり、身体疾患合併症例など一般医療との連携が重要となることも多いため、理想を言えば、精神科救急も原則的には一般医療における

救急システムのなかで対応可能になるようなシステム構築を考えるべきであると考えられる。しかし、現実には有床総合病院精神科のある一般医療の二次医療圏は全体の45.3%に過ぎず（図10）、精神科救急を一般救急のシステムのなかで対応しようとすると、スタッフの少ない総合病院精神科の負担がさらに多くなる可能性がある。しかし、現状の診療報酬体系では、医療経済的に総合病院に精神科病棟を作ることは困難であり、このために精神科医の確保も困難となることが多いため、早急に診療報酬体系の改善が必要である。

2) 時間外受診患者の臨床特徴

精神科を時間外に受診した症例の疾患分類をみると、統合失調症圏内が31.4%でもっとも多く、ついで神経症圏内(28.5%)、気分障害圏内(15.4%)の順になっていた。状態像をみると、各施設形態ともに不安・焦燥状態を呈していたものももっとも多く、40.0%~45.6%を占めていた。単科精神科病院では他の施設形態に比べ、幻覚・妄想状態(16.3%)、興奮状態(14.8%)の占める割合が大きくなってはいたが、全体としてみれば、不安・焦燥状態、抑うつ状態の両方で59.9%を占めていた。精神疾患の種類に関わらず、不安、焦燥、抑うつ気分などの精神症状を呈しているときには、種々の身体症状(頭重感、嘔気、胸内苦悶感など)を自覚していることも少なくないため、まず身体疾患の精査、治療を希望して時間外受診することも多い。自殺企図などを含め、明らかに身体疾患に罹患している際は言うまでもないが、その可能性が否定できない場合にも、その受診先としては単科精神科病院や精神科診療所よりも、診療に関する設備の整っている総合病院

が選択されることが多くなっているのではないかと考えられる。これに加えて、時間外受診時の対応をみてみても、治療後帰宅が 80.5%でもっとも多く、精神科入院は 12.0%に過ぎなかった。その内訳は任意入院 58.7%、医療保護入院 31.7%、措置入院 4.8%、一般入院 4.8%となっており、このような結果をみてみると、精神科の時間外受診には、いわゆる精神科医療における三次救急（措置入院）に該当する症例は比較的少なく、多くは外来診療の延長とも考えられる危機介入的な対応が主となっていることがわかる。

一般的には、精神疾患に罹患している患者が入院をせず地域で生活するためには精神科救急システムの充実が必要と考えられており、現状のシステムや診療報酬体系でも、いわゆる措置入院などの非自発的な入院に関して中心的な役割を果たしている医療機関への評価はある程度なされている。しかし、多くの有床総合病院精神科が行なっているような、他の精神科医療施設で治療中の患者も含めて幅広く時間外受診を受け入れ、必要な危機介入的な対応を行い、状態によっては精神科への入院も可能な医療施設に対する評価（診療報酬上の評価も含めて）は十分にはなされていないのが現状と思われる。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、地域におけるいわゆるソフトな精神科救急に関する貢献をも評価することが重要と考えられる。

3) 時間外受診患者における身体疾患合併の状況

時間外受診者 523 名のうち、146 名 (27.9%) には治療の必要があると判断された身体疾患があり、その 83.4%は総合病院精神科に受診して

いた。このなかには、自殺企図に基因する身体疾患 (24.0%) や精神科治療に基因すると考えられる身体疾患 (18.5%) も少なくない。さらに、全体の 9.0% (47 名) には入院治療が必要な身体疾患がみられ、その 40.4% は自殺企図に基因する身体疾患であった。身体疾患でも入院治療が必要と考えられた精神疾患患者の 66.0% は精神科病棟へ、34.0% は救急病棟を含む一般病棟へ入院となっていた。

精神科時間外受診者の中には身体疾患を合併している症例が稀ではないということは一般的には理解されているが、今回の結果では治療が必要な身体疾患が合併する割合が 27.9% と高率であり、さらに 9.0% は入院治療が必要であった。このことは、精神科救急システムを構築する際には、一般医療との連携を密にした上で行なうことが重要であることが改めて示されたことになる。また、身体疾患の 18.5% は精神科的な治療に基因すると考えられる身体疾患であることもあわせて考えると、精神科医療の領域でもある程度の身体疾患への対応能力が担保されていることが前提として不可欠であることを示している。

さらに精神科医療施設の機能分化という観点からみれば、一般的には措置入院などの非自発的な入院は閉鎖病棟を有する単科精神科病院で、自殺企図者を含む身体疾患合併症例は総合病院精神科で対応することが多いと考えられるが、本調査でも示されたように、それぞれの対応件数に著明な不均衡がみられる可能性も考えた上でのシステム構築が必要である。時間外受診者の大きな差異もあわせて考えれば、少ない精神科医 (特に精神保健指定医の占める割合が小さい) で運営されていることが多い総合病院精神科の負担が大きくなる

ような状況の改善が必要である。そのためには、まず、それぞれの精神科医療機関が、当該施設で治療中の患者の時間外対応を適切に行なうようにすること、ある程度の身体疾患に対応できるような施設整備および精神科医の資質向上に関する努力をすることが不可欠であり、加えて総合病院精神科でのスタッフの充実が可能となるような施策が必要である。

3. 精神科医療施設および精神科医の身体疾患への対応能力

精神科医療機関および精神科医の身体疾患への対応能力に関しては、今までにもまとまった報告はなされておらず、本研究の一環として実態調査をおこなった。

当然のことであるが、施設形態によって可能な検査には大きな差異がみられ、特に精神科診療所では、心電図検査と血液検査のみが半数程度の施設で可能となっており、医療機器の整備状況からみれば、身体疾患への十分な対応が困難な状況と考えられる。単科精神科病院では、半数以上の施設でX線検査、CT検査、心電図検査、超音波検査、血液検査は可能と回答しており、身体疾患への対応は精神科診療所に比較して充実していることは確かであるが、検査スタッフ確保の問題などもあって緊急時の対応が困難で、総合病院への診療依頼をせざるを得ない施設も少なくない。精神科治療に起因するような身体疾患も稀ではないため、それぞれの精神科医療施設では、スタッフの確保も含めて今以上に身体疾患に関する精査が可能となるような診療機器の整備が必要と考えられる。

それぞれの施設形態で診療機器の整備状況に差異があることは事実であるが、それを踏まえた上で施設形態ごとの精神科での身体疾患への対

応能力をみてみれば、気管内挿管による気道確保、人工呼吸器の使用、中心静脈確保、除細動器による除細動、輸血が、施設形態を問わず精神科医のみでは対応が困難と考えられる救急処置であり、喉頭鏡などによる異物除去、強心剤使用、シーネ固定に関しても、全体としてみれば他科医師の協力が必要、施設内では困難と回答した施設が多くなっていた。また、個々の精神科医の身体疾患への対応能力を調査しても、ほぼ同様な結果となっており、上記の救急処置の経験の有無、および必要時の対応に関し、施設形態ごとの差異があるが検討したが、いずれの処置に関しても施設形態による有意な差はみられなかった。

このような状況からは、精神科医の身体疾患への対応能力は決して高いとは言えず、特に身体的な救急対応が求められる場面での対応に課題があることが分かる。これらの処置の多くは、精神科のみならず、救急対応の場面では医師としてある程度確実に施行することが求められるものであり、精神科医の多くが対応困難と考えられるような状況は改善する必要がある。今回の調査では、人工呼吸器の使用、中心静脈確保、輸血に関しては、他科での臨床（研修）経験による対応の差異がみられており、精神科医にとっても身体疾患の診療に関する経験が重要であることが示唆された。初期臨床研修制度は、多くの問題を含んでいることは事実であるが、精神科医の身体疾患への対応能力を向上させるという点に関しては極めて有用と考えられるため、少なくとも何らかの形で今後も継続することが必要である。加えて精神科医になってからも適宜救急対応に関する研修を受けることが必要であり、このような研修の有無を評価す

るようなシステムもあわせて考えることが望ましいと考えられる。

4. 今後の課題

危機介入的な対応を含む広義の精神科救急は、既存の精神科救急医療システムよりも一般医療の救急システムで対応されていることが多く、これに適切に対応することは、精神疾患患者が地域で生活することを援助することになると同時に、身体疾患合併症例への適切な対応も行いやすくなる。さらに、今以上に早期の危機介入的な対応ができるようになれば、措置入院を含む非自発的な入院を少なくすることも可能になることが推測される。そのためには、中心的な役割を果たすことが期待される総合病院精神科の充実が不可欠である。しかし、閉鎖病棟でなければ対応困難な措置入院の時間外対応も必要となるため、ひとつの精神科医療施設ですべての時間外受診症例を受け入れることは困難である。そのための医療機関の機能分化を考えるべきであるが、身体疾患合併症例の対応をも考慮に入れれば、例えば総合病院精神科と単科精神科病院を組み合わせ救急対応病院群¹⁾ (図 11) とし、その病院群を輪番担当施設として指定することで、より効果的で効果的なシステムを構築することが可能となるように思われる。総合病院精神科に十分なスタッフ配置が可能という条件が必要であるが、このようなシステムであれば、身体疾患合併症例も含めて対応可能な症例の範囲が広くなり、非自発的な入院にも対応可能で、危機介入的な対応も充実することになる。その結果、精神科救急医療システムの質的向上が期待できるように思われる。

診療報酬面での評価としても、単独の医療機関としての評価のみなら

ず、病院群として相応の機能を果たしている場合には、その病院群の構成施設のいずれに対しても相応の評価をすることが望まれる。さらに、施設形態によって明らかに身体疾患に関する対応能力に差があるのであれば、このことも何らかの形で評価することが必要ではないかと考えられる。

身体疾患への対応を含む精神科救急医療を充実させることで、精神科医療のみならず、一般医療の質的向上に寄与できるようになると考えられる。そのためには、精神科救急も可能な限り一般医療の中で対応可能なようなシステムを構築することが必要であり、そのためには、精神科救急の定義とシステムのあるべき姿、精神科領域での身体疾患合併症例への対応能力の向上という二点に関して、早急な検討と、施設形態を越えた広範な合意の形成が必要である。

E. 結論

本調査の結果は、下記のような概要にまとめることができる。

1. 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%) から回答があった。
2. 平成 20 年 6 月 1 日～7 月 31 日までの 2 ヶ月間の精神科時間外受診患者は 523 名であり、そのうちの 373 名 (71.3%) が総合病院精神科に受診していた。単科精神科病院へは 135 名 (25.8%)、精神科診療所へは 15 名 (2.9%) が救急受診していた。精神科受療状況は各施設形態とも、当該施設へ通院中がもっとも多いが、総合病院では他院で治療中も多かった (24.1%)。
3. 各施設形態とも ICD-10 分類では F2、F3、F4 中心の受診状況となっていたが、不安状態を呈している症例

がもっとも多かった。

4. 各施設形態とも、治療後帰宅がもっとも多いが、単科精神科病院では総合病院に比べて非自発的な入院が多くなっていた。

5. 時間外受診者の27.9%に治療が必要な身体疾患がみられ、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。

6. 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。

7. 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。

8. 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。

9. 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。

参考文献

1) 林 芳成, 小林孝文, 竹下久由ほか: 島根県における精神科救急医療の現状 - 地域格差と総合病院精神科の役割 -. 精神医学, 41: 537-545, 1999.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

小林孝文: 総合病院精神科における医師不足の現状. 精神科 (投稿中)

2. 学会発表

小林孝文, 挟間玄以, 山本素子, 他: 島根県における精神科救急医療の現状と課題. 第21回日本総合病院精神医学会 (2008年11月、千葉市)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案取得

なし

3. その他

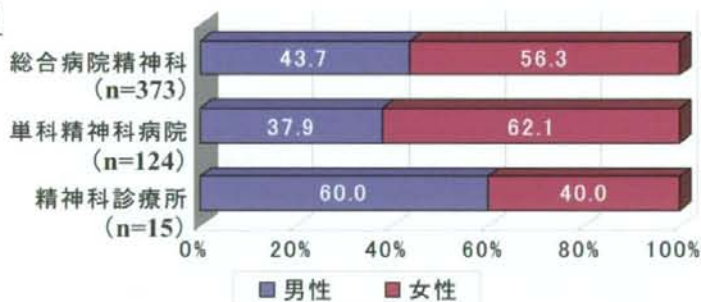
なし

図1 時間外精神科受診患者数



図2 時間外受診者の性、年齢

性別



年齢



図3 精神科受療状況

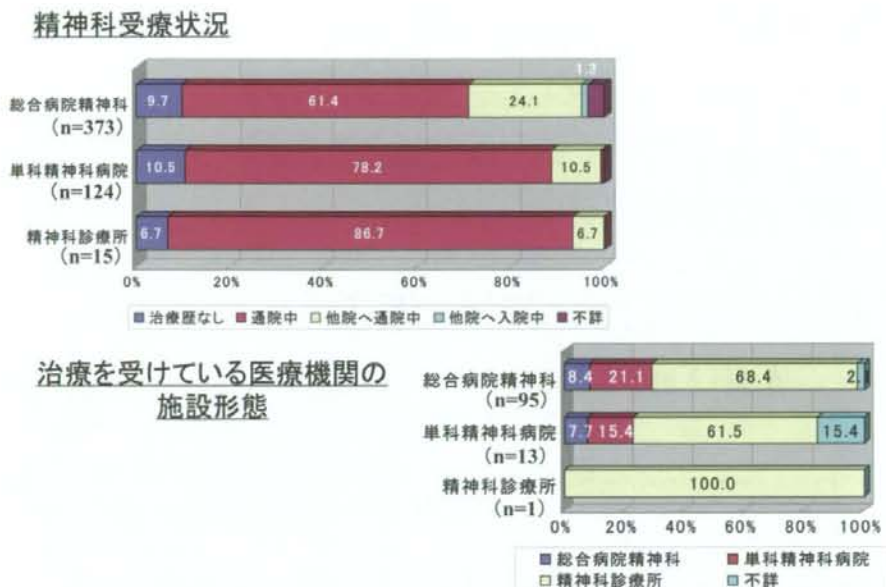


図4 時間外受診時の状態像と精神科的診断



図5 時間外受診時の対応と精神科入院形態

救急受診時の対応



精神科入院の入院形態

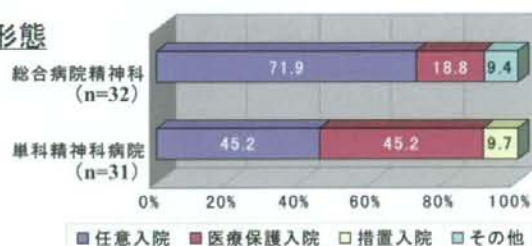
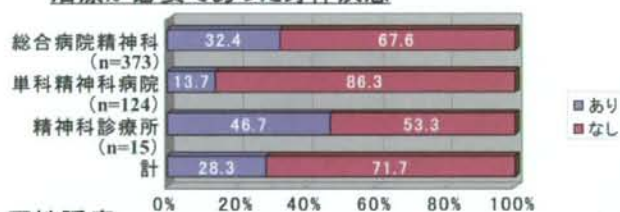
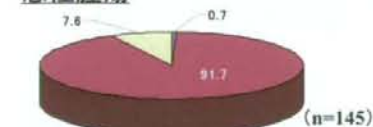


図6 治療が必要であった身体疾患の合併状況

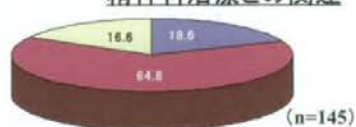
治療が必要であった身体疾患



悪性腫瘍



精神科治療との関連



自殺企図との関連

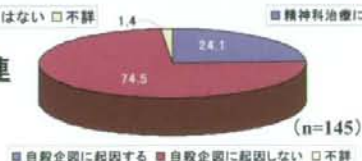


図7 入院が必要であった身体疾患の合併状況

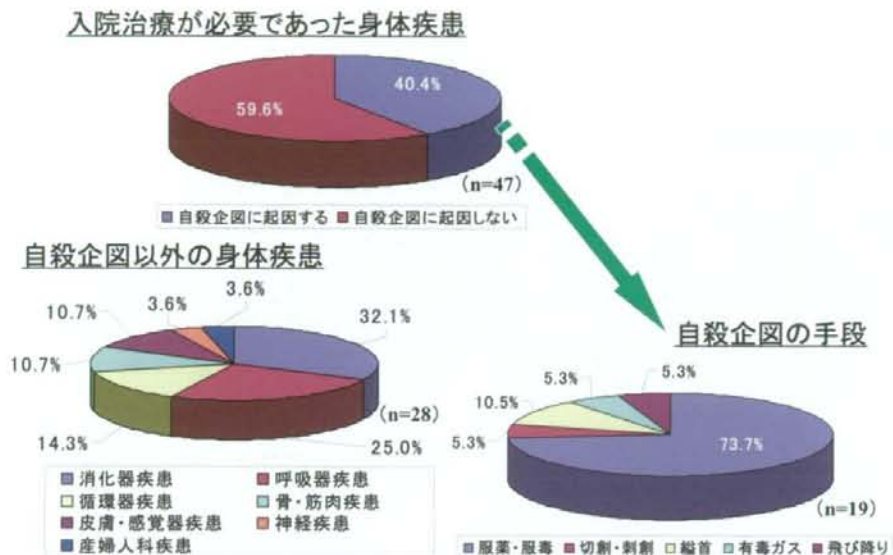


図8 入院となった医療機関と病棟

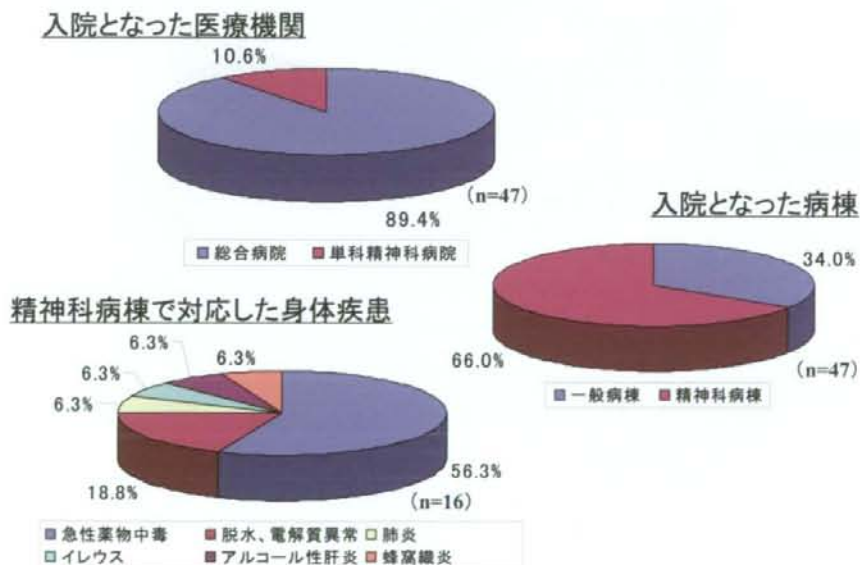


図9 精神科的重症度と身体的重症度との関連

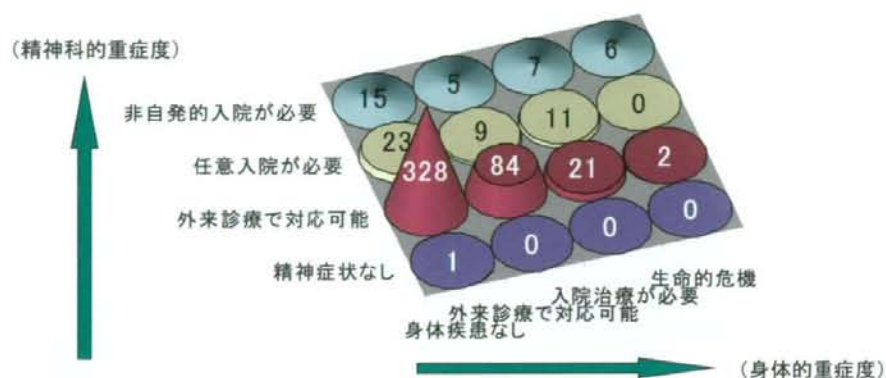
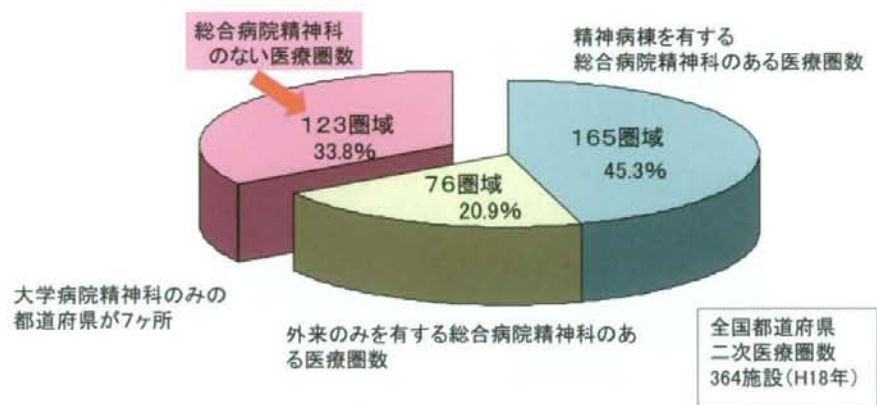


図10 一般医療の二次医療圏における総合病院精神科の分布状況



厚生労働省:医療施設調査(平成18年)、総合病院基礎調査、独自調査結果

図 11 精神科救急における精神科医療施設の連携のあり方

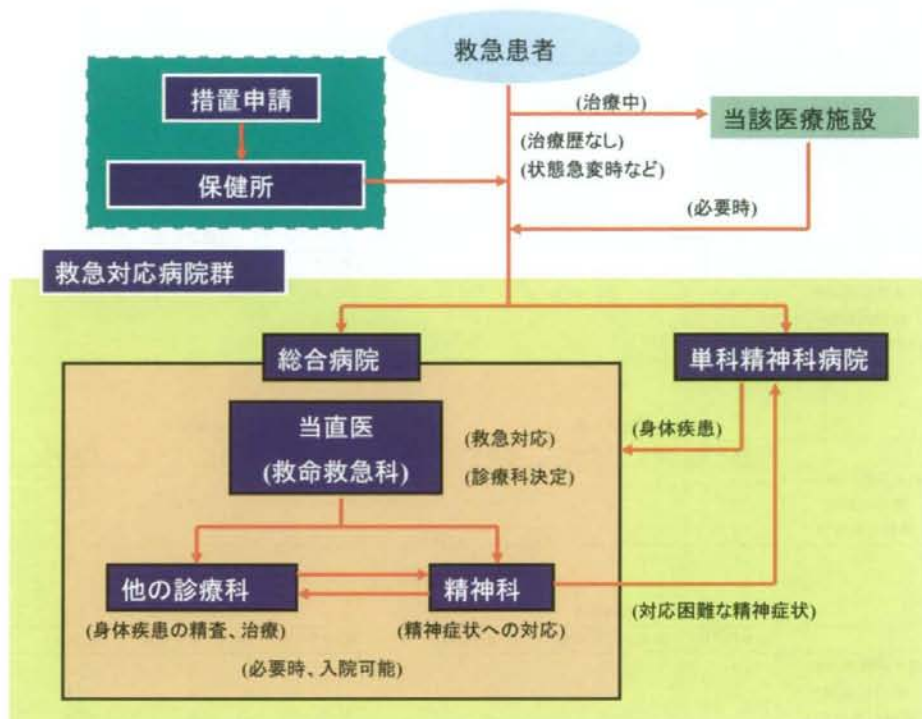


表1 施設内で可能な検査

	X線検査			MRI検査		
	院内で可能	院内では不可能	記載なし	院内で可能	院内では不可能	記載なし
総合病院精神科	4	0	1	4	0	1
精神科病院	9	0	1	1	8	1
精神科診療所	2	4	3	0	6	3
計	15	4	5	5	14	5

	CT検査			心電図検査		
	院内で可能	院内では不可能	記載なし	院内で可能	院内では不可能	記載なし
総合病院精神科	4	0	1	4	0	1
精神科病院	7	2	1	9	0	1
精神科診療所	1	5	3	5	1	3
計	12	7	5	18	1	5

	超音波検査			血液検査		
	院内で可能	院内では不可能	記載なし	院内で可能	院内では不可能	記載なし
総合病院精神科	4	0	1	4	0	1
精神科病院	5	4	1	5	4	1
精神科診療所	2	4	3	5	1	3
計	11	8	5	14	5	5

	内視鏡検査			血液ガス分析		
	院内で可能	院内では不可能	記載なし	院内で可能	院内では不可能	記載なし
総合病院精神科	4	0	1	4	0	1
精神科病院	2	7	1	3	8	1
精神科診療所	1	5	3	1	5	3
計	7	12	5	8	11	5

表2 施設形態ごとの身体疾患への対応能力（気道確保と呼吸管理）

吸引器による口腔内の吸引					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	4	0	0	0	1
精神科病院	8	1	0	0	1
精神科診療所	3	1	0	2	3
計	15	2	0	2	5

喉頭鏡などによる異物除去					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	1	2	1	0	1
精神科病院	2	1	3	3	1
精神科診療所	2	0	0	4	3
計	5	3	4	7	5

経鼻エアウェイによる気道確保					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	1	2	1	0	1
精神科病院	4	1	3	1	1
精神科診療所	1	1	0	4	3
計	6	4	4	5	5

気管内挿管による気道確保					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	0	1	3	0	1
精神科病院	1	2	4	2	1
精神科診療所	2	0	0	4	3
計	3	3	7	6	5

酸素吸入					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	4	0	0	0	1
精神科病院	9	0	0	0	1
精神科診療所	3	1	0	2	3
計	16	1	0	2	5

吸入					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	3	0	1	0	1
精神科病院	7	2	0	0	1
精神科診療所	4	0	0	2	3
計	14	2	1	2	5

バックバルブマスクによる人工呼吸					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	2	1	1	0	1
精神科病院	1	5	1	2	1
精神科診療所	0	1	0	5	3
計	3	7	2	7	5

人工呼吸器の使用					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし

表3 施設形態ごとの身体疾患への対応能力（循環の確保と評価）

末梢静脈確保					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	4	0	0	0	1
精神科病院	8	1	0	0	1
精神科診療所	4	0	0	2	3
計	16	1	0	2	5

中心静脈確保					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	0	0	4	0	1
精神科病院	0	2	5	2	1
精神科診療所	0	1	0	5	3
計	0	3	9	7	5

輸液					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	3	1	0	0	1
精神科病院	7	2	0	0	1
精神科診療所	4	0	0	2	3
計	14	3	0	2	5

胸骨圧迫式心臓マッサージ					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	3	1	0	0	1
精神科病院	7	2	0	0	1
精神科診療所	4	0	0	2	3
計	14	3	0	2	5

心電図の解析					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	1	1	2	0	1
精神科病院	4	2	3	0	1
精神科診療所	2	2	1	1	3
計	7	5	6	1	5

強心剤使用					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	0	1	3	0	1
精神科病院	2	4	3	0	1
精神科診療所	1	0	1	4	3
計	3	5	7	4	5

自動体外式除細動器(AED)による除細動					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし
総合病院精神科	3	0	1	0	1
精神科病院	7	0	1	1	1
精神科診療所	1	3	0	2	3
計	11	3	2	3	5

除細動器による除細動					
	ほとんどが可能	半数程度が可能	他科の協力が必要	施設内では困難	記載なし