

しにくい状況であり、今ある総合病院の精神科病床のうちで、どの程度の病床が合併症治療を行なうためには必要かという現実的な課題に対応することが必要となる。地域における精神科および一般の医療機関の活動状況を把握した上で、都道府県ごとに身体合併症医療に必要な精神病床数を算出することが望ましい。

1) 総合病院精神科に必要な合併症対応可能病床数

島根県における人口10万対身体疾患合併症例数（総合病院精神科入院が適当と考えられた）は36.2名となっていた。また、島根県下の総合病院精神科病棟で対応する身体疾患合併症例の新入院に占める割合は10.0～34.5%（平均19.2%）となっており、身体疾患合併症例の受入れに比較的積極的と考えられた。実際的な臨床の場における印象としては、専門的な治療を要する身体疾患を合併する精神疾患症例が新入院患者の中で占める割合が約20%以上に及ぶような状況は、スタッフにとって心身ともにかなり負荷の大きいものと考えられる。総合病院精神科病棟の看護基準は一般病棟に比べて低く、精神科医師数も少ない。身体疾患治療のために必要な行動制限（身体拘束など）ができる精神保健指定医を確保することも困難な状況であることが多く、また医療経済的な評価の低さも加わって、身体疾患合併症例への積極的な対応をしている総合病院精神科そのものの存続が困難となってきている施設も多い。このため、身体疾患合併症例に対応することに関して医療経済的に適切な評価を行なうことの重要性は言うまでもないが、身体疾患合併症例への対応にかかわるシステム整備の際に重要なことは、総合病院精神科の病棟単位で「合併症病棟」として整備するのではなく、

病床単位としてある程度の数の合併症に対応可能な病床を整備（合併症ユニット）することが望ましいと考えられることである。今回の調査では、島根県の場合、県下の総合病院精神科病床の8.9%、19.8床（現実には20床）を合併症対応可能な病床として整備すれば、現在の状況で発生する身体疾患合併症例に関しては総合病院精神科病棟での受入れが可能となる。このためには、有床総合病院精神科1施設当たり4床程度の整備で済むことになり、実現可能な数値目標であるように思われる。

2) 総合病院精神科に入院となった症例からみた問題点

合併した身体疾患の種類をみると、従来から言われているように、消化器疾患、呼吸器疾患、骨・筋肉疾患が多いことは事実であるが、その種類は多岐にわたっており、他の診療科スタッフの協力がなければ十分な対応は困難となる。しかし、一般科医師の精神疾患患者に対する治療態度は必ずしも積極的とはいえない場合がある。他の医療機関から身体疾患合併症例の入院を依頼される場合には、当初予想していたよりも重篤な身体疾患が存在することもまれではない。このような点を考慮すれば、専門的な治療のために早急な対応が必要と考えられた症例に関しては、精神科医同士の情報交換だけでは不十分であり、まず身体疾患の評価を的確に行う必要がある。そのためには、精神科医師だけではなく、一般科医師が関与してトリアージするようなシステムを構築することが望ましいと考えられる。すなわち、一般科医師（当該診療科あるいは救命救急科など）の診察の結果、身体疾患に関して入院が必要と判断されれば、精神症状の評価および対応に

ついて精神科に意見が求められ、精神症状と身体疾患の状態を勘案した上で入院診療科や病棟が決定され、その後はコンサルテーション・リエゾン活動で対応することになる。このように、一般科医師が自らの専門領域に関して入院治療が必要か否かの判断をするようなシステムであれば、精神科医が身体疾患の必要性を判断した後に治療を依頼されるよりも、身体疾患の治療に関する意欲低下を防ぐことにも有用であろうと考えられる。

また、身体拘束などの行動制限に関しては、精神保健指定医による診察、診療録記載が必要であるが、総合病院での精神保健指定医確保が困難となりつつあり、この点も合併症医療を適切に行なうための支障となる可能性がある。精神科救急医療のみならず合併症治療においても、他の医療施設に所属する精神保健指定医の協力が得られるような連携システムを構築することが重要であり、地域の現状に応じた具体的な対応を早急に考える必要があるように思われる。

3) 身体疾患に関する対応能力向上の重要性

精神科入院患者は、その精神症状や向精神薬投与の影響などにより、自ら身体症状を訴えることが少ないことに加え、精神科スタッフも身体疾患に対して必ずしも関心が高くないために、身体疾患に対する適切な対応が十分にはできず、症状急変による転院が多くなってしまふものと推定されているが、この点に関しては精神医療の質的向上の流れの中でもあまり改善されることなく、現在も同じような状況が続いている。精神科医療における安全確保あるいは危機管理というような観点から考え

れば、施設形態を問わず、精神科医療機関における身体疾患への対応能力の低さは大きな問題であり、早急に対応を考えなければならない課題と考えられる。現状のまま推移すれば、精神疾患患者の身体疾患の発見が遅れ、症状の急変時に緊急対応せざるを得なくなり、訴訟リスクも高くなる可能性がある。また、総合病院で身体疾患の治療を受けた後の依頼元への転院などについても支障が出るのが予想され、総合病院精神科に長期にわたって入院せざるを得ない身体疾患合併症例が多くなることで、総合病院精神科の機能が十分には果たせないような状況におちいることも予想される。平成16年から施行されている卒後臨床研修で、精神科医も内科や外科など他の診療科でも研修を受けることになっており、この点については精神科医の質的向上に寄与する可能性があると考えられるが、十分とはいえない。まず、精神科医療機関の施設形態ごとに、当該医療機関で施行可能な検査や処置、身体疾患に関連する研修（ACLS など）などに関する調査を行い、その結果で総合病院精神科も含めた精神科医療機関の身体疾患への対応能力を向上させるための方略を考える必要がある。

4) 地域医療に果たす総合病院精神科の役割

精神科病床を持つ総合病院精神科の設置状況には大きな地域格差があり、有床総合病院精神科が存在しない二次医療圏では、同じ二次医療圏内の医療機関での治療は可能であるが、精神科病棟を持たない医療機関で治療を受ける可能性が高くなる。可能な限り近くの医療機関で、精神的な治療もあわせて受けながら身体疾患の治療を受けることが可能と

なるためには、二次医療圏に最低 1ヶ所の有床総合病院精神科を設置することが望ましいが、現在の医療経済的状况などを考えれば、その実現は困難であろう。そのため、同じ二次医療圏内に総合病院精神科がないような場合には、精神科病院や精神科診療所が独自に一般医療を担当する医療機関と連携を築くことで、身体疾患合併症例への対応をしていくことが現実的な対応であろうと考えられる。このような、地域における他の医療機関との連携をも評価するようなシステムを構築することが必要である。

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

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。

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、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、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。

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。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。しかし、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ように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

時間外受診者の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%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。

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。

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。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り、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、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. 精神科業務の実態

1) 通常業務

休憩を含む精神科医の施設形態ごとの週平均在院時間は、総合病院精神科では 3290.6 ± 981.0 分、精神科病院 2758.6 ± 579.9 分、精神科診療所 3266.9 ± 739.8 分となっており、総合病院精神科、精神科診療所では精神科病院に比べて有意に長くなっていた。

精神科診療所では入院診療がないため、業務のなかに占める外来診療の割合が大きく、その他（研究・教育など）が他の施設形態よりも小さく、ほぼ外来診療が中心となった診療内容となっていることがわかる。

総合病院精神科では、精神科病院と比較すると在院時間が有意に長く、入院診療に要する時間はほぼ同じであるが、外来診療に要する時間が有

意に長くなっている。また、入院患者の診療のなかで占める一般病棟へ入院中の患者への対応には、 10.1 ± 10.3 人に対して 244.2 ± 247.7 分を要している。また、その他の業務に関しても、研究・教育に要した時間は、総合病院精神科では精神科診療所に比べて有意に長くなっていた。このような状況から考えれば、総合病院精神科では、外来、入院（リエゾン症例も含む）、その他（研究・教育など）の業務に幅広く対応していることがわかる。これに対して、精神科病院では、外来よりも入院を中心とした業務内容となっている。

このように、施設形態ごとの業務内容とそれに要する時間を把握しておくことは、医療施設間の機能分化と連携を考える際には、重要な役割を果たすことになると考えられる。

2) 時間外業務

週平均時間外診察時間は、総合病院精神科で 130.8 ± 195.2 分、精神科病院で 52.1 ± 85.1 分、精神科診療所で 3.0 ± 9.5 分となっており、精神科診療所では総合病院精神科、精神科病院に比べて有意に短くなっていた。時間外に診察した患者数をみると、総合病院精神科で 4.4 ± 8.3 人、精神科病院 4.9 ± 12.8 人となっており、ほぼ同数であるが、精神科病院ではそのほとんどが入院患者であるのに比べて、総合病院精神科では約半数が外来患者であることがわかる。

現時点では精神科診療所のうちで時間外の診察に対応している施設は少なく、精神科病院では入院患者の状態変化に対する対応が中心であり、総合病院精神科では他院の外来患者の状態変化にも時間外に対応していることがわかる。このような結果は、業務上の負担あるいは診療の満足度とも関連していると考えられるため、

負担を均等化するような方略が必要である。

3) 業務上の負担と診療の満足度

一般的には業務上の負担の増加は、診療の満足度の低下に大きな影響を与えると考えられている。今回の調査では、総合病院精神科で他の施設形態に比べて、業務上の負担が大きくなったと考えている精神科医の割合が大きく（72.2%）、診療の満足度も不満、やや不満と考えている精神科医の割合が大きく（38.9%）なっていた。

総合病院精神科では、業務上の負担が大きいと感じている項目は、医師不足による業務量増加（83.3%）、身体疾患合併症例への対応の増加（55.6%）、診療に伴う事務処理の増加（44.4%）であり、改善を希望する項目としては、他施設・他職種との連携改善（72.2%）、仕事内容に見合う収入（61.1%）、時間外勤務の軽減（50.0%）となっていた。この結果からは、総合病院精神科では、身体疾患合併症例や時間外対応に関連する負担の増大、およびそれに関する評価の低さが大きな課題であることがわかる。

精神科病院では、業務上の負担が大きいと感じている項目は、診療に伴う事務処理の増加（64.6%）、医師不足による業務量増加（50.0%）、身体疾患合併症例への対応の増加（50.0%）であり、改善を希望する項目としては、他施設・他職種との連携改善（54.2%）、検査・治療などのシステム充実（41.7%）、時間外勤務の軽減（37.5%）となっていた。この結果からは、精神科病院でも、設備面も含めて身体疾患合併症例への対応が大きな課題のひとつであることがわかる。

精神科診療所では、業務上の負担

が大きいと感じている項目は、診療に伴う事務処理の増加(90.0%)、診療以外の業務の増加(80.0%)、患者・家族対応の困難さ(60.0%)であり、改善を希望する項目としては、他施設・他職種との連携改善(50.0%)、検査・治療などのシステム充実(30.0%)、学会などへの参加回数増加(30.0%)となっていた。この結果からは、精神科診療所では、現時点では時間外受診への対応があまり大きな負担になっていないことがわかる。

全体的にみれば、精神科救急、合併症対応に大きな役割を果たすと考えられる総合病院精神科では、スタッフ確保の困難さ、時間外診療、身体疾患合併症例への対応などが勤務する精神科医の負担を増やしており、それに関連して診療の満足度が低下しているという結果になっている。他の施設形態との差異が大きく、機能分化と連携を考える際に考慮すべき結果であると考えられるが、精神科病院、精神科診療所ともに、改善を希望する項目として、他施設・他職種との連携改善、検査・治療などのシステム充実があげられており、この点が改善されれば、時間外受診や身体疾患合併症例への対応に関する負担の施設間格差も幾分かは軽減される可能性が出てくるのではないかと考えられる。

4) 現状からみた今後の課題

身体疾患合併症例に適切に対応できるようなシステムをまとめた地域で構築しようとするれば、参加する各施設が他施設、他職種との連携改善が重要であると認識していることが前提であり、また施設形態による診療状況の差異を認識した上で、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。

これまでの結果から考えれば、総合病院精神科では救急医療を含む一般医療との連携を充実させることが必要であり、精神科病院では身体疾患への対応能力を向上させることが必要であり、また精神科診療所では時間外診療への参加を促すことが必要と考えられる。例えば、精神科診療所が総合病院や精神科病院の精神科診療(待機なども含めて)に参加するような協力体制をつくっている医療機関もあり、このような連携を評価することも重要と考えられる。また、精神科病院や精神科診療所に身体疾患の検査・治療に使用するための医療機器が整備されていたり、精神科医に対する研修が行われていたりすることで医療機関の姿勢を評価して、それが医療経済的にも反映されるようになれば、もう少し機能分化と連携が有効になるように思われる。

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、それぞれの医療機関が、可能な範囲で時間外受診を支援するような体制を構築する必要があり、まとまった地域において行政も含めて、現状を把握したうえで、課題を共有し、対応を協議するような場を設置する必要があると考えられる。

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. 総合病院精神科における身体疾患合併症例の受け入れ

1) 島根県では、人口10万対31.1床の総合病院精神科病床があり、多少の施設間格差はあるが、比較的体疾患合併症例の受け入れには積極的で

ある。総合病院精神科に入院を依頼された身体疾患合併症例の 90.9%は受入れが可能であり、即応性も比較的高かった。

2) 人口 10 万対身体疾患合併症例数

(総合病院精神科病棟入院が適当) は 36.2 名であり、身体合併症治療のために島根県で必要な総合病院精神科病床数は 19.8 床となる。有床総合病院精神科施設数で換算すれば、1 施設当たり約 4 床となり、各施設が約 1 割の病床で合併症対応を行なうことが可能となるような体制が必要となる。

3) 総合病院での身体合併症治療には、院外のみならず、院内他科との連携が不可欠である。コンサルテーション・リエゾン活動の充実およびスタッフ(特に精神保健指定医)の充実が望まれる。

4) 精神科病院、精神科診療所で発症した身体疾患合併症例の 59.5%は精神病床を有する総合病院へ入院となっていたが、これには地域格差がみられた。二次医療圏内に有床総合病院精神科がなければ、十分な精神的治療を受けることができないような医療機関への転院が多くなる可能性がある。

5) 望ましい合併症医療体制を構築するためには、二次医療圏内に有床総合病院精神科を整備することに加えて、総合病院を含めた精神科医療施設での身体疾患への対応能力の更なる向上を図ることが必要である。

2. 精神科時間外受診状況と身体疾患合併症例への対応

1) 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(713%)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%)。

2) 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。

3) 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。

4) 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。

5) 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。

6) 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。

7) 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。

8) 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。

3. 精神科医の勤務状況からみた連携

のあり方

1) 医療機関の施設形態ごとに勤務している精神科医の診療状況を把握するために、実態調査を行った。調査期間は平成 21 年 10 月 19 日～10 月 25 日までの 7 日間とした。

2) 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 90.9%）、精神科診療所 11 施設（回答率 64.7%）から回答があり、計 78 名の精神科医の勤務状況に関する資料が得られたが、非常勤医師 2 名は除外し、76 名（総合病院精神科 18 名、精神科病院 48 名、精神科診療所 10 名）について検討した。

3) 精神科医の週平均在院時間数は、総合病院精神科、精神科診療所では精神科病院に比べて有意に長くなっていた。また、週平均時間外診察時間も、総合病院精神科、精神科病院では精神科診療所に比べて有意に長くなっていた。

4) 精神科診療所では業務のなかに占める外来診療の割合が大きく、その他（研究・教育など）が他の施設形態よりも小さく、ほぼ外来診療が中心となった診療内容となっている。総合病院精神科では、外来、入院（リエゾン症例も含む）、その他（研究・教育など）の業務に幅広く対応している。これに対して、精神科病院では、外来よりも入院を中心とした業務内容となっている。

5) 精神科診療所では時間外診察に対応していない施設が少なくない。精神科病院では入院患者の状態変化に対する時間外対応が中心であり、総合病院精神科では他院の外来患者の状態変化にも対応していた。

6) 総合病院精神科勤務医の 72.2%は勤務上の負担が大きくなっていると感じており、その原因としては医師不足による業務量増加（83.3%）、身体疾患合併症例への対応の増加

（55.6%）、診療に伴う事務処理の増加（44.4%）が多くなっていた。また、総合病院精神科勤務医の診療に対する満足度は不満・やや不満が 38.9%となっており、他の施設形態より高く、改善を希望する項目としては、他施設・他職種との連携改善（72.2%）、仕事内容に見合う収入（61.1%）、時間外勤務の軽減（50.0%）が多くなっていた。

7) それぞれの医療機関が、可能な範囲で協力できるような体制を構築する必要があり、そのためには、総合病院精神科には救急医療を含む一般医療との連携の充実が、精神科病院には身体疾患への対応能力の向上が、精神科診療所には時間外診療や施設外の業務への参加が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 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, 2008 年; 13 巻 (6 号) : 496 ~ 501

2. 学会発表

1) 小林孝文, 松崎太志, 山本素子, 宮本光一郎, 稲垣卓司, 大竹徹, 室津和男, 前田孝弘：島根県における身体疾患合併症例への対応—総合病院精神科の果たすべき役割と課題—第 1 回中国地区 GHP 研究会 (2007 年 9 月, 広島市)

2) 小林孝文, 松崎太志, 山本素子, 宮本光一郎, 稲垣卓司, 大竹徹, 室津和男, 前田孝弘：島根県における身体合併症医療の現状と課題. 第 20 回日本総合病院精神医学会総会 (2007 年 12 月, 札幌市)

3) 小林孝文：島根県における精神科救急医療の現状—施設形態による救急受診状況の差異についての検討—

第2回中国地区 GHP 研究会 (2008年9月, 広島市)

4) 小林孝文: 身体合併症をもつ精神障害者に関する保健医療福祉の現状と課題. 日本看護協会神戸研修センター平成20年度研修会「身体疾患をもつ精神障害者への看護」. (2008年10月, 神戸市)

5) 小林孝文, 挾間玄以, 山本素子, 稲垣卓司, 大竹徹, 室津和男: 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総会 (2008年11月, 千葉市)

6) 小林孝文: 総合病院精神科における病床確保をどうするのか. 第47回全国自治体病院協議会精神科特別部

会総会・研修会 (2009年8月, 長崎市)

7) 小林孝文: 施設形態による時間外受診状況の差異からみた精神科医療機関の機能分化と連携について. 第22回日本総合病院精神医学会総会 (2009年11月, 大阪市)

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 島根県における精神科医療施設の分布状況（平成19年4月現在）

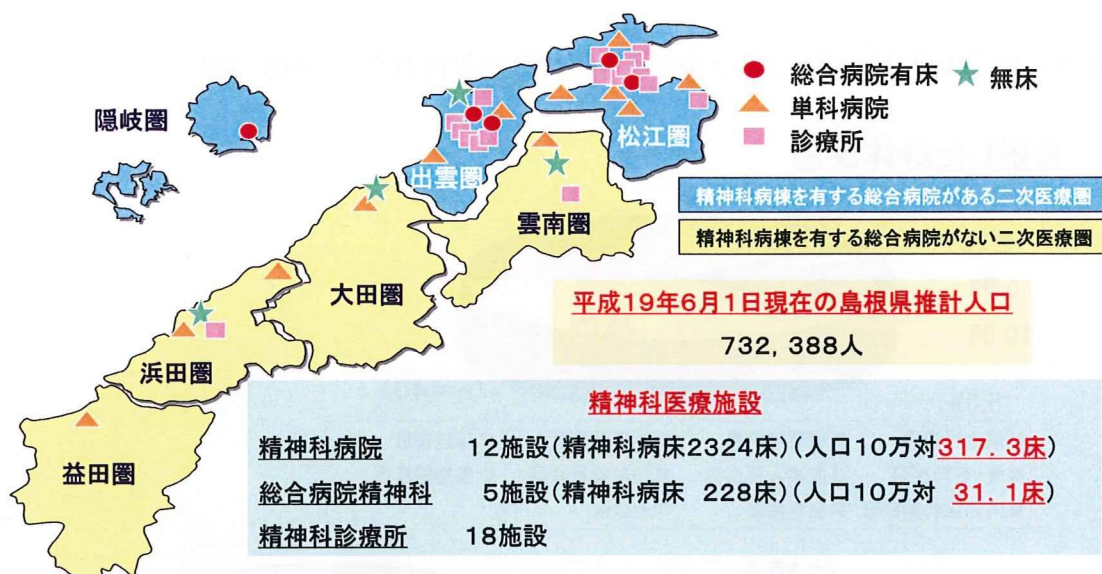


図2 総合病院精神科入院となった身体疾患合併症例の特徴 (1)

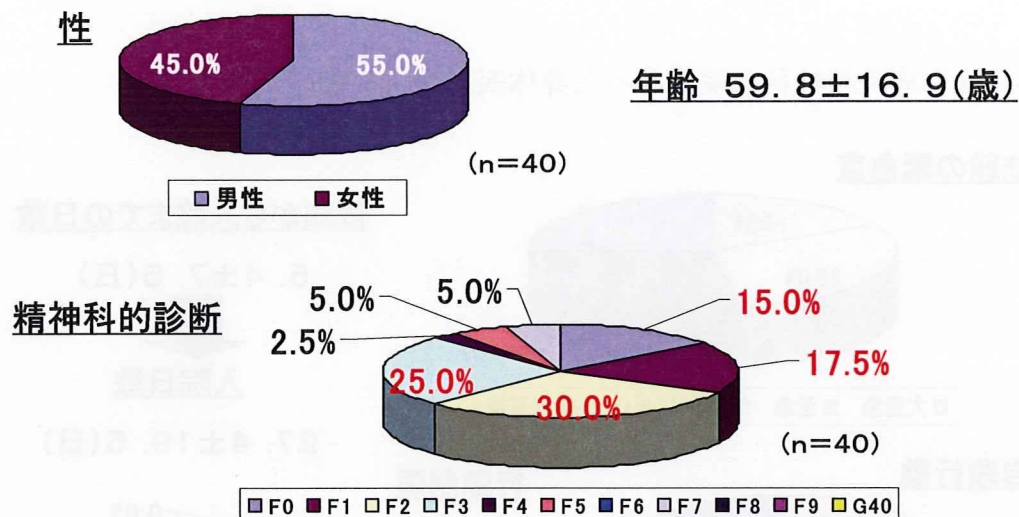
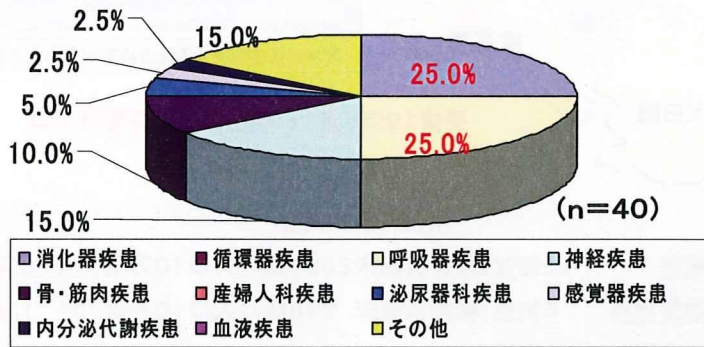


図3 総合病院精神科入院となった身体疾患合併症例の特徴 (2)

合併した身体疾患



依頼元

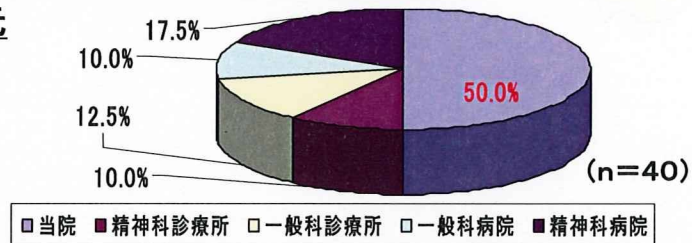
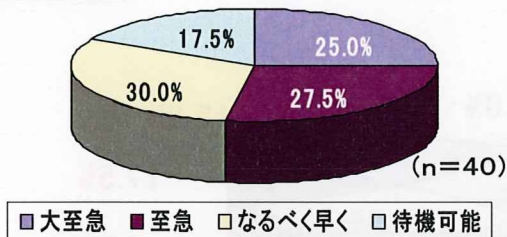


図4 総合病院精神科入院となった身体疾患合併症例の特徴 (3)

依頼の緊急度



依頼から入院までの日数

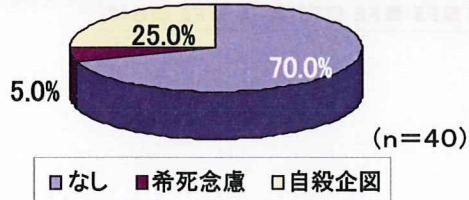
5.4 ± 7.5 (日)



入院日数

27.4 ± 19.5 (日)

自殺行動



行動制限

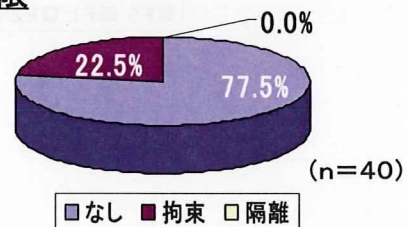


図5 身体疾患合併症例受入れに必要な総合病院精神科病床数

1年間で総合病院精神科病棟に入院が必要となる身体疾患合併症例数	$(40+4) \times 6 = 264$ (名)
島根県の人口(平成19年6月1日)	732388 (人)
人口10万対身体疾患合併症(総合病院精神科入院が適当)例数	$264 \div 7.3 = 36.2$ (名)
総合病院精神科での身体疾患治療に要した平均入院日数	27.4 (日)
総合病院精神科病床1床あたりの年間対応可能件数	$365 \div 27.4 = 13.3$ (件)
必要な総合病院精神科病床数	$264 \div 13.3 = 19.8$ (床)

島根県では総合病院精神科病床が19.8床あれば、合併症例受入れが可能

➡ 総合病院精神科病床の8.7%を合併症対応可能とすることの有用性

図6 精神科病院、診療所で発生した身体疾患合併症例の臨床特徴 (1)

精神科病院	: 93名(入院中 58名、通院中 35名)	➡	入院中	: 58名
精神科診療所	: 33名		通院中	: 68名
			(計126名)	

年齢

入院	71.0±17.2歳	通院	60.5±17.8歳
----	------------	----	------------

精神科的診断

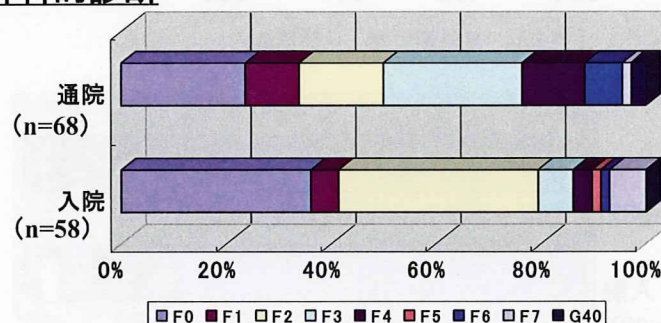


図7 精神科病院、診療所で発生した身体疾患合併症例の臨床特徴 (2)

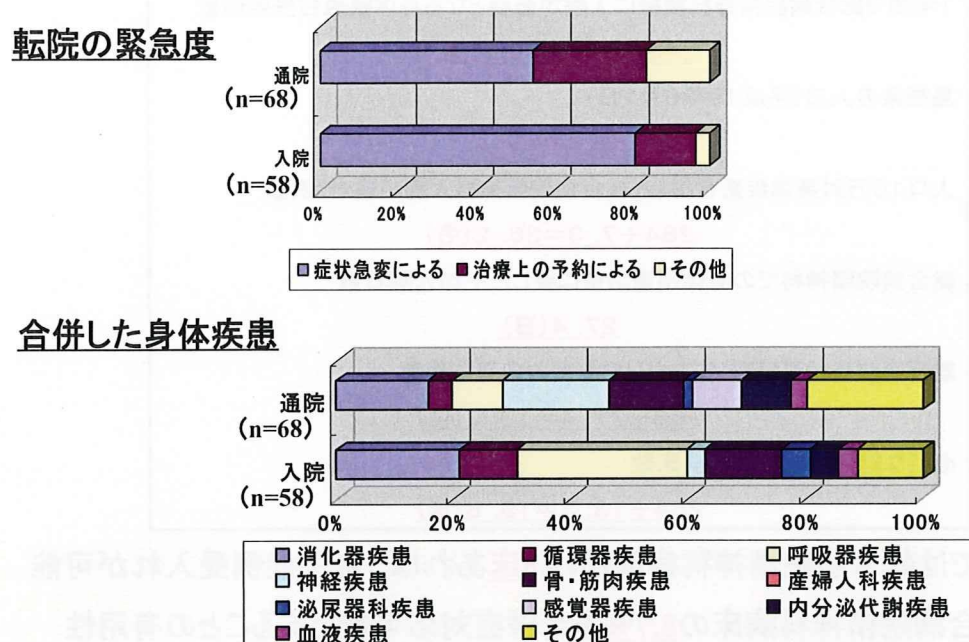


図8 精神科病院、診療所から依頼された症例の入院施設

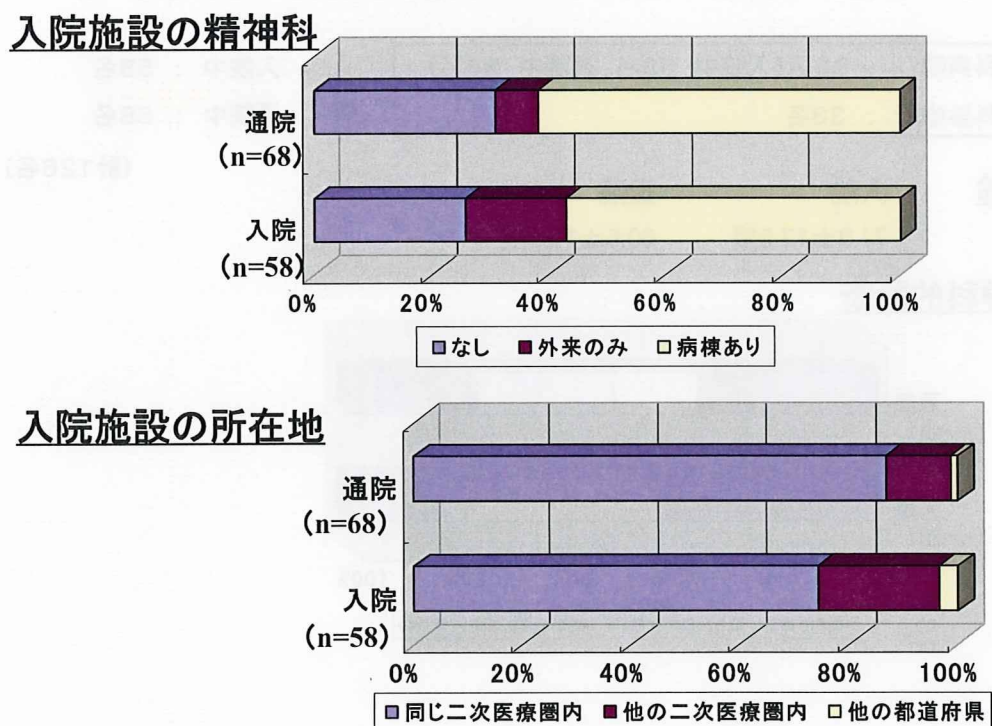


図9 時間外受診者の精神科受療状況

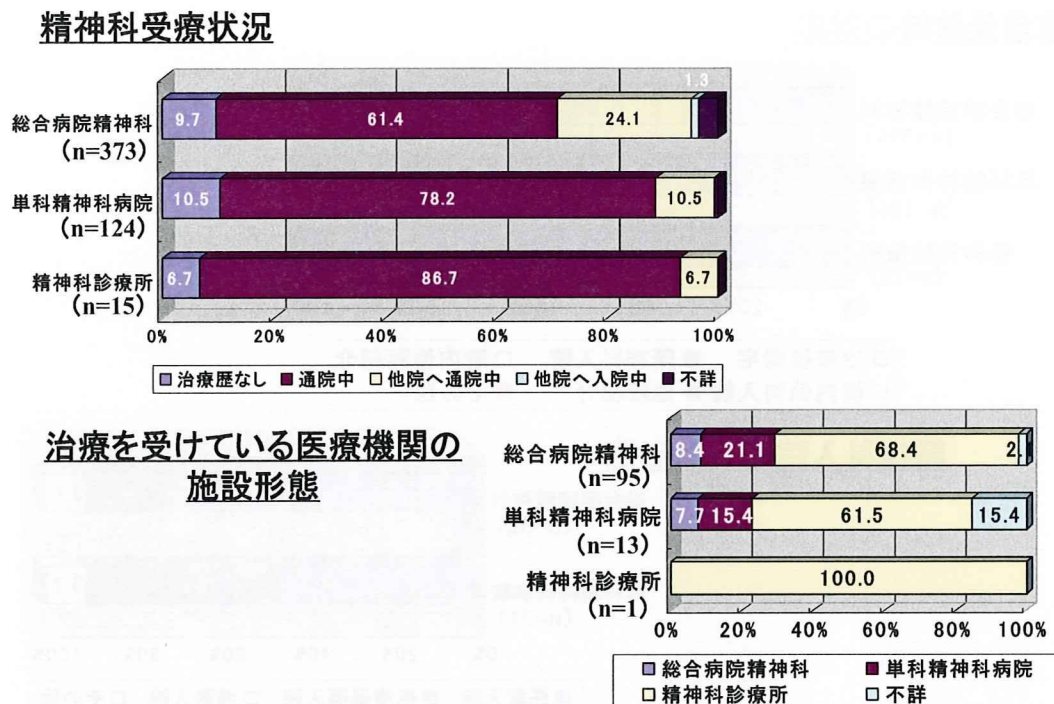


図10 時間外受診時の状態像と精神科的診断

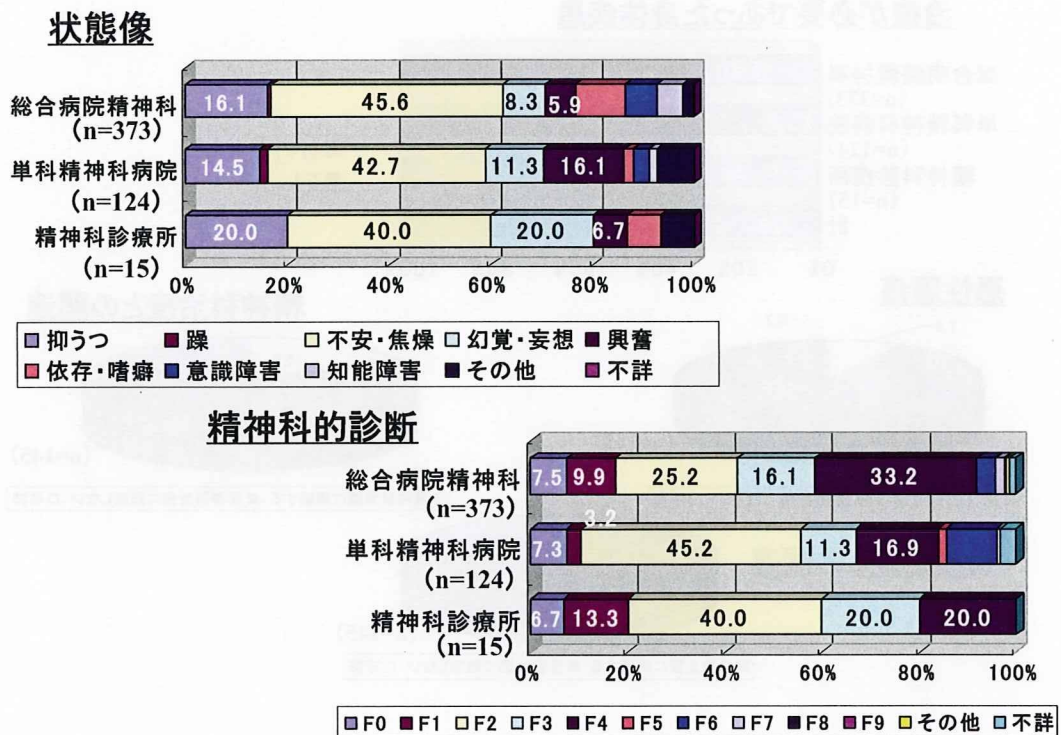
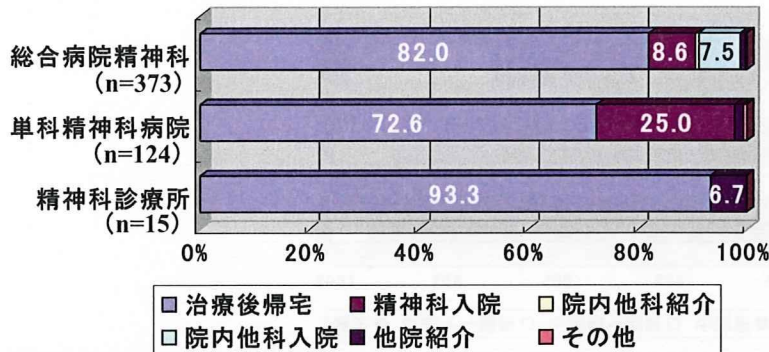


図 11 時間外受診時の対応と精神科入院形態

救急受診時の対応



精神科入院の入院形態

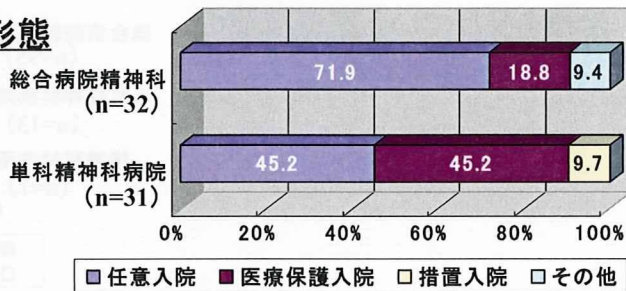
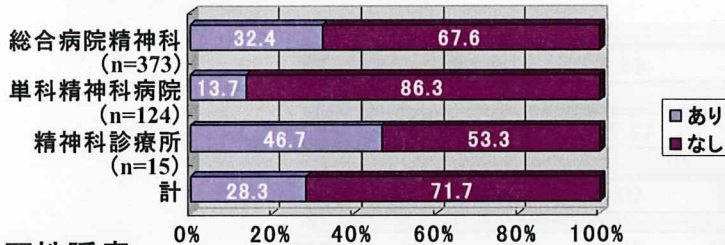
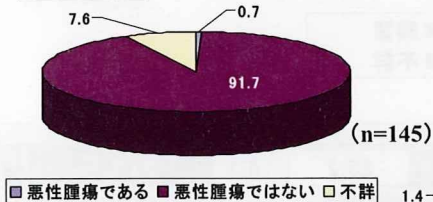


図 12 治療が必要であった身体疾患の合併状況

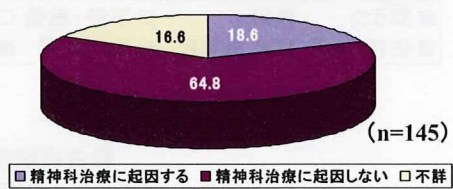
治療が必要であった身体疾患



悪性腫瘍



精神科治療との関連



自殺企図との関連

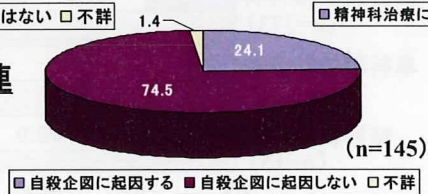


図 13 入院が必要であった身体疾患の合併状況

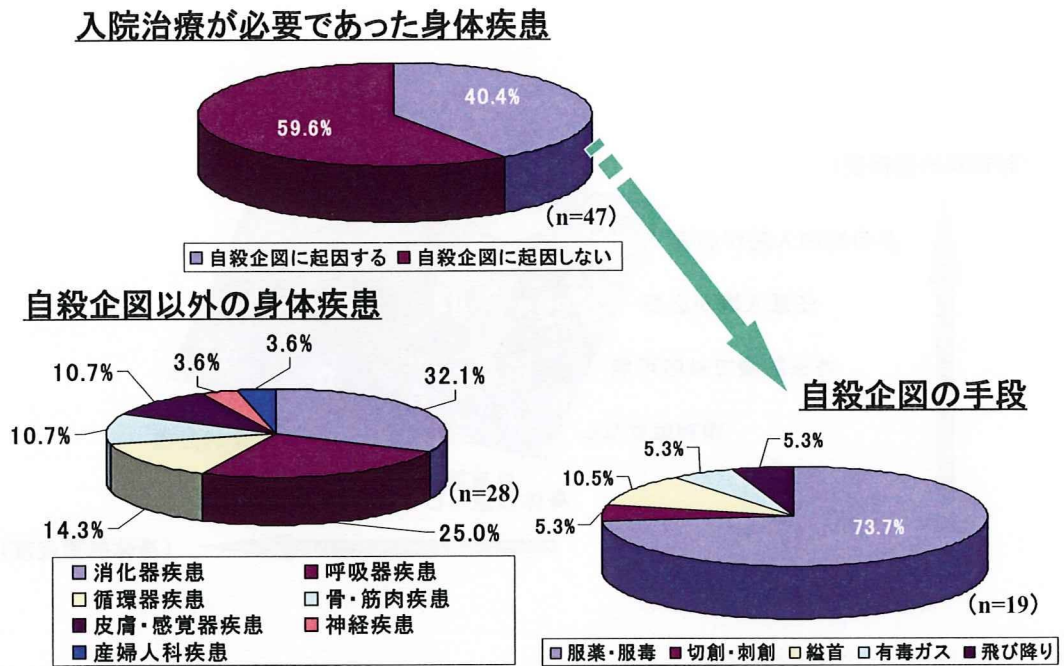


図 14 入院となった医療機関と病棟

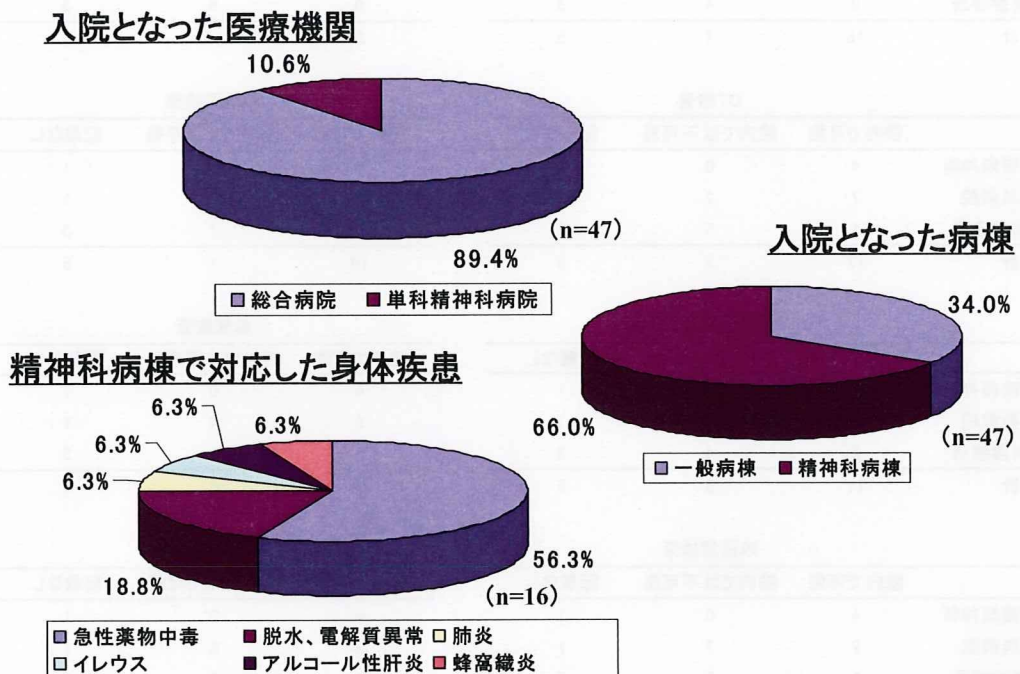


図 15 精神科の重症度と身体的重症度との関連

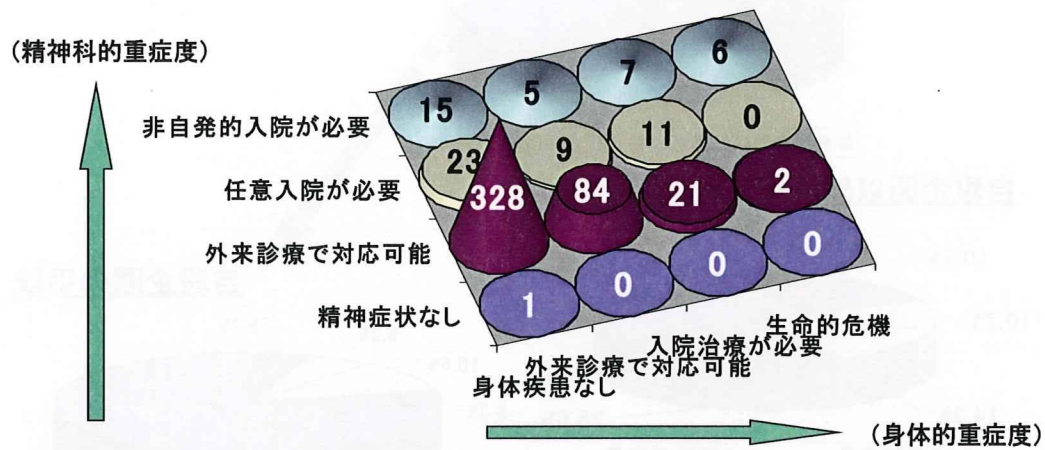


表 1 施設内で可能な検査

	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	6	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
総合病院精神科	0	0	4	0	1
精神科病院	0	1	1	7	1
精神科診療所	0	1	0	5	3
計	0	2	5	12	5

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
総合病院精神科	0	0	4	0	1
精神科病院	1	0	1	7	1
精神科診療所	0	1	0	5	3
計	1	1	5	12	5