

令和 2-3 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）  
持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究

分担研究報告書

地域における医療機関間の連携に関する研究

分担研究者

北村 立（石川県立高松病院・院長）

研究協力者

山口武兼（東京都保健医療公社）、中村満（成増厚生病院）、岩田和彦（大阪精神医療センター）、遠田大輔（富山県立大学看護学部）、松井隆明（三善病院）、齋藤円（ひらかた市民病院）、嶋森好子（岩手医科大学看護学部）

**研究要旨：【目的】**①一般病院における精神科医の勤務状況や、管理者が精神科医に期待する役割を調査する。②かかりつけ医が精神科医療に期待していることや連携を困難にする点を明らかにする

**【研究方法】**①日本病院会の会員病院の管理者に対するアンケート調査、②かかりつけ医 12 人に対し 1 時間の半構造化面接を行い、内容を質的に分析する

**【結果および考察】**① 529 病院から回答が得られ（回答率 21.4%）、単科精神科病院を除いた 510 病院のデータを解析した。59.6%の病院で精神科医が勤務しており、このうち増員を希望する病院が 44.1%あった。精神科医が勤務していない病院では、47.8%が精神科医の勤務を希望していた。以上より、一般病院における精神科医のニーズは高いと考えられた。一方精神病床を有する病院の 28%が削減を考えており、精神病床は一般病床に比べ、採算面と病床利用率の面で圧倒的に劣ることは重要な案件と考えられた。精神科医に期待する役割として「入院中のせん妄や認知症への対応」が 64.5%と群を抜いており、老年精神医学の教育の重要性が示唆された。一方で、「睡眠障害への対応」、「アルコール使用障害への対応」については、期待する病院管理者は少なかった。睡眠障害に対する適切な睡眠薬の使用や睡眠衛生指導、アルコール使用障害に対する節酒指導は、我が国の健康問題を考える上で重要なテーマであり、このような精神医学的なアプローチを、もっと病院管理者に周知する必要がある。新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいものについては、約半数の管理者が単科精神科病院でみることを基本と考えていた。精神科特例など単科精神科病院の特殊性への理解は乏しいと考えられた。

② 精神科医療との連携で困難に感じていることとして、1) 心理的な抵抗と病識の乏しさ、2) 迅速な対応・サポートの不足、3) かかりつけ医－精神科間の連携に関する知識・協力・システムの不足、4) 地理的な要因や COVID-19 により生じる困難があげられ、精神科医療との連携に期待することとして、1) 迅速・確実な精神科医療、2) かかりつけ医と精神科医療との連携の強化、3) 併診システムの推進が挙げられた。

**【結論】**一般病院における精神科医のニーズの高さが明らかになった。しかし一般医療と

精神医療の診療報酬面での差が大きいため、一般病院では精神科医が十分に活躍できない可能性がある。一般医療と精神医療を切り離して考えることは時代のニーズに合わなくなっており、抜本的な変革が必要ではないかと思われた。かかりつけ医と精神科医の連携強化は地域包括ケアシステムの構築に欠かせないものであり、これに向けて修正すべき課題が明らかになった。

地域における医療機関間の連携を明らかにするために、「一般病院における精神科医療の必要性と期待する役割についての研究」と、「地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携に関する研究かかかりつけ医と精神科医の連携についての研究」を行った。

## 研究1 一般病院における精神科の必要性と期待される役割についての研究

### A.研究目的

一般病院に精神科医が常勤することは、その直接的な診療行為だけでなく、一般科との連携により、その病院の医療の質全般の向上に寄与すると考えた。最近、診療報酬面でも、精神科リエゾンチーム加算や、総合入院体制加算の要件に精神科病床が位置付けられるなど、一般病院における精神科医の診療に一定の評価が得られているが、超高齢社会を迎えた上に、複雑化しストレスの大きい我が国の社会情勢を考えると未だ不十分であると言わざるを得ない。

本調査では、一般病院における精神科医の必要性と期待される役割を明確にし、精神科と他科との連携に関して、より具体的な議論を進めることを目的とする。

### B.研究方法

令和2年9月16日現在、一般社団法人

日本病院会に加盟するすべての医療機関2,469施設を対象とした。PDFファイルの調査票（直接入力可）を添付し、全会員病院へメールおよびFAXによる一斉送付を行い、回答はデータ送信、メール添付、FAXいずれかによって行う方式とした。調査期間は令和2年9月16日～10月31日である。

（倫理面への配慮）

本研究では個人情報扱わない。

### C.結果

529施設から回答が得られた。[全2,469施設（令和2年9月現在）回答率21.4%] 病院内での精神科医療の実態を把握するために、単科精神科病院（19施設）からの回答を除いて集計した。

#### 1. 精神科医勤務の状況

回答した病院のうち、304病院（59.6%）で精神科医が勤務していた。人数は、200床未満で常勤医2.1人、非常勤医1.4人、200床以上では常勤医4.5人、非常勤医3.5人であった。「精神科医の派遣が保証されるとしたら、精神科医の増員を希望するか」の問いには、「増やしたい」が44.1%、「現状維持」が52.0%で、「減らしたい」と回答した病院が5病院（1.6%）あった。

精神科医の勤務していない203病院のうち、97病院（47.8%）が精神科医の勤務

を望んでいた。逆に精神科医は不要と答えたのは106病院で、全体の20.8%であった。その理由は、「病院の性質上馴染まない」、「連携がうまくいっており必要性を感じない」などであった。

## 2. 精神病床について

200床未満の病院で精神病床があるのは3病院(7.1%)に過ぎず、200床以上では92病院(35.1%)が精神病床を有していた。精神病床を有する病院のうち28%が精神病床の削減を考えていた。

## 3. 標榜科について

精神科を標榜している病院が63.5%、心療内科が9.5%、精神科神経科が6.3%、神経科精神科が3.9%などであった。とりまとめると、精神科が約75%、心療内科が約10%、その他が約15%で、標榜科はないという回答もあった。

## 4. 精神科医に期待する役割について(表1、図1)

病院管理者が精神科医に最も期待する役割として、「入院中のせん妄や認知症への対応」が64.5%で最も多く、次いで「緩和ケア」が34.5%、「救急医療における自殺企図者への対応」が32.9%、「職員のメンタルヘルス」が31.6%などであった。

## 5. 新型コロナウイルスへの対応について(図2)

新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいものを尋ねたところ(複数回答可)、「内科医を派遣するなどして単科精神科病院でみる」「重症化した場合の受入れを保証したうえで、原則単科精神科病院でみる」と、単科精神科病院での治療環境を望ましいと考える管理者が半数近く(44.9%)を占めた。

## D. 考察

約80%の病院で、精神科医が勤務している、または精神科医を希望していることから、一般病院における精神科医のニーズが高いことが明らかになった。また精神科医の勤務する病院では44%が増員を希望していることから、一般病院における精神科医の役割は増えていると考えられる。

これとは反対に、精神病床を有する病院のうち28%が精神病床の削減を考えていた。精神病床は一般病床に比べ、採算面と病床利用率の面で圧倒的に劣ることは重要な案件である。これは、小手先の診療報酬改定では修正不可能であるが、例えば総合入院体制加算2・3の施設基準に、標榜科としての精神科を明記するなど、少しでも工夫していく必要がある。また、どうしても採算面で折り合いがつかなければ、一般病院と精神科医療施設のより強固な連携方法を検討する必要があると思われる。

精神科医に期待する役割として、「認知症やせん妄への対応」が群を抜いていた。認知症やせん妄の分野は、精神医学の教育において歴史的に軽視されがちである。よって精神科専攻医の教育を担当する者には、老年精神医学教育の重要性を認識してもらう必要がある。また、精神科医が重要と考えている、「産後うつへの対応」や「睡眠障害への対応」、「アルコール使用障害への対応」については、期待する病院管理者は少なかった。産後うつは実数が少ないのでやむを得ないが、睡眠障害に対する適切な睡眠薬の使用や睡眠衛生指導、アルコール使用障害に対する節酒指導は、我が国の健康問題を考える上で重要なテーマと

考える。特にアルコール使用障害は我が国に 1000 万人以上いると言われており、糖尿病等の生活習慣病と深い関係があることから、これに対する精神医学的なアプローチを、もっと病院管理者に周知する必要がある。

精神科医に期待する役割として、職員のメンタルヘルスへの期待も予想以上に高かった。職員のメンタルヘルス対策は現代の病院管理者にとって重要なテーマである。勤務する精神科医が直接職員を診察することは難しいが、産業医を中心として、精神科医や公認心理師などをメンバーに加え、病院ごとに職員のメンタルヘルスを管理する部門を作る必要があるかもしれない。

新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいものを尋ねたところ約半数の管理者が単科精神科病院でみることを基本と考えていた。単科精神科病院では、内科常勤医のいる病院は少なく、また患者のアメニティや危険防止を重視した病棟構造になっており、感染症対策はほとんど考慮されていない場合が多いので、現状を正しく理解されていないと思われた。さらに単科精神科病院は精神科特例のため看護師の配置も 15 対 1 など一般の病院より少ないため、単科精神科病院で感染症患者の受入れを期待されても困難な状況が理解されていないと考えられた。

## E. 結論

高齢化し複雑化する現代社会において

は、一般病院にも精神科的視点が必要なことは論を待たない。今回の結果でも精神科医へのニーズの高さが示された。しかし、精神科は一般科に比べ圧倒的に診療報酬が安いいため、一般病院で精神科医が十分に力を発揮することは容易でない。また単科精神科病院は精神科特例の問題があり、今回の新型コロナウイルス感染症などへの対応は困難を極める。一般医療と精神医療を切り離して考えることは時代のニーズに合わなくなっており、抜本的な変革が必要ではないか。

## F. 研究危険情報

なし

## G. 発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

北村 立：病院管理者が精神科医に期待すること～日本病院会の調査から～. 第 34 回日本総合病院精神医学会総会, web 配信, 2021. 11. 19.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

表1 精神科医の役割

	実際に行っている 役割（複数回答可）		期待する役割 （上位3つ）	
	病院数	割合	病院数	割合
救急医療における自殺企図者への対応	166	54.6%	100	32.9%
入院中のせん妄や認知症への対応	275	90.5%	220	64.5%
緩和ケア	188	61.8%	105	34.5%
睡眠障害への対応	192	63.2%	39	12.8%
アルコール使用障害への対応	139	45.7%	13	4.3%
産後うつへの対応	154	50.7%	29	9.5%
物忘れ外来	110	36.2%	39	12.8%
児童思春期のこころのケア	104	34.2%	25	8.2%
高齢者などの不安や抑うつ	228	75.0%	88	28.9%
院内のクレーム対応、アドバイス	48	15.8%	8	2.6%
職員のメンタルヘルス	177	58.2%	96	31.6%

総数 304 病院

図1 精神科医の役割

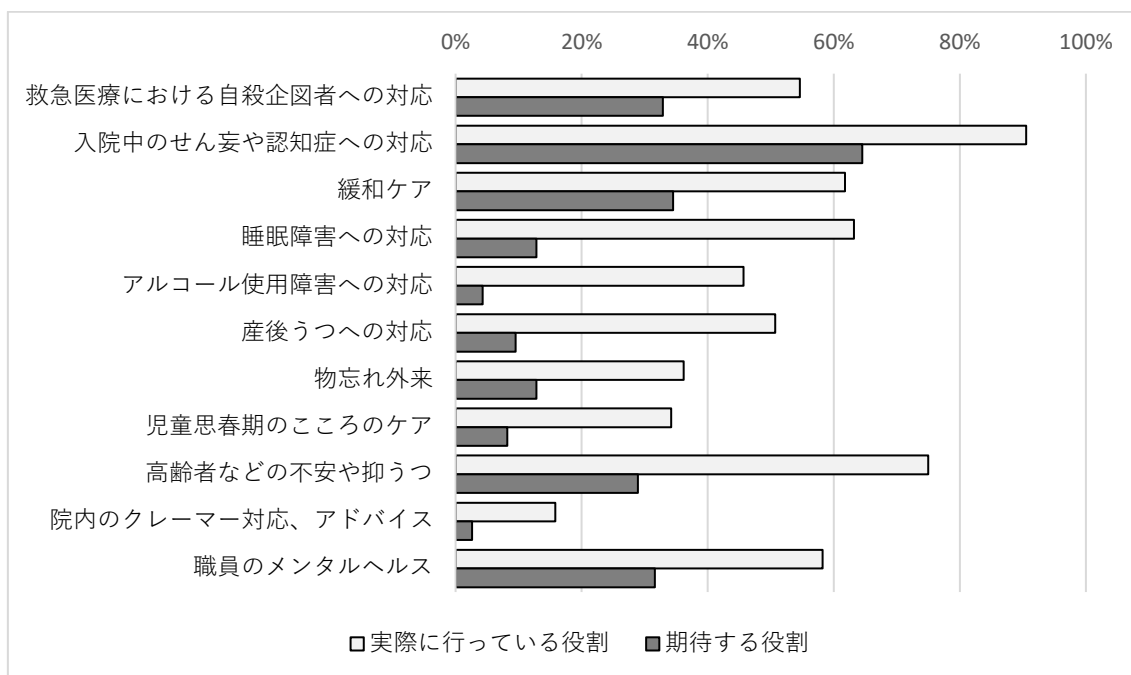
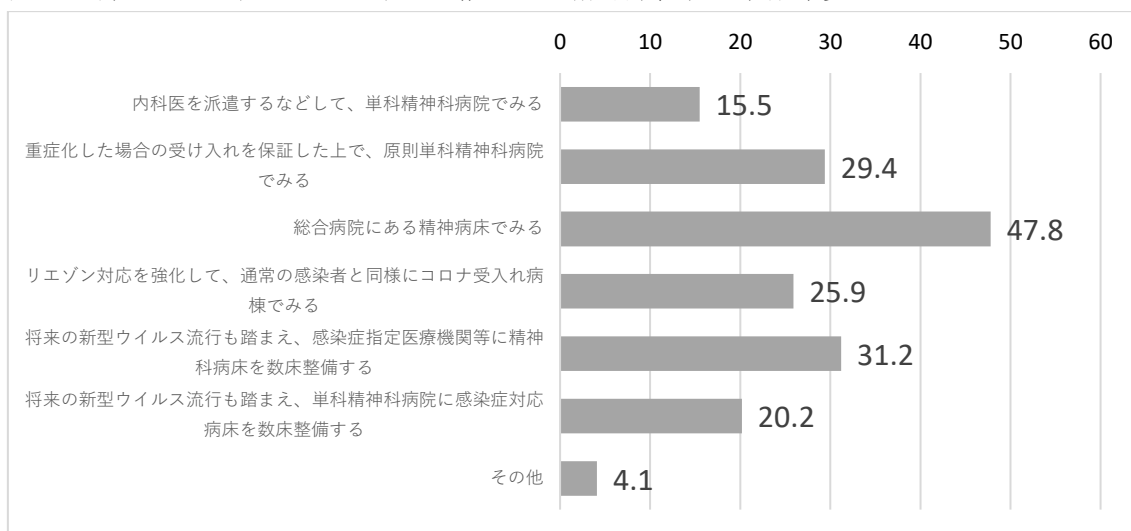


図2 新型コロナウイルス感染症に罹患した精神障害者の治療環境としてふさわしいもの



## 研究2 地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携に関する研究

### A. 研究目的

近年精神科疾患のすそ野が広がっている。うつ病や認知症ばかりでなく、アルコール使用障害やギャンブル依存、ゲーム依存などへの対応方法を考えるとき、精神科

の専門性は不可欠である。これからの我が国において地域包括ケアシステムの構築は重要な課題だが、それを考える上でも精神科医や精神医療の役割は大きい。しかし、我が国の精神医療は精神科病院の入院治療を中心に発展しており、扱う疾患も統合失調症、双極性感情障害、中毒性精神障害、器質性精神障害などの重症例が多く、一般の人にとって敷居が高い。近年急増している精神科クリニックも、ほとんどが予約制で休日夜間の対応は難しく気軽には利用できない。このようなこともあって、精神科医と一般科医、かかりつけ医の間には大きな溝があるように感じている。そこで、かかりつけ医に半構成的インタビューを行い、これを質的記述的に分析することで、かかりつけ医が精神科医療に期待していることや連携を困難にしている点などを明らかにする。

(倫理的配慮) 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づいて個人情報の保護を行った。データの解析においては個人識別情報である氏名は削除し、本人が特定できない方法で厳重に行った。石川県立高松病院の倫理審査委員会の承認(第2002号)を得た。

## B.研究方法

### 1. 研究対象者

かかりつけ医として5年以上働いており、精神科及び心療内科以外を専門診療科としている医師とした。金沢市医師会の推薦を受けた6人と、機縁法で選ばれた6人(青森、埼玉、千葉、大阪、京都、大分に居住)の計12人に対し、研究者が研究の概要について説明を行い、同意が得られた者

を調査した。

### 2. 調査期間

2020年11月～2021年3月

### 3. 調査方法

対象者にインタビューガイドを用いた半構造化面接を、対象者1人につき1回、30～60分程度で実施した。インタビューはZoomを用いてオンラインで行い、対象者の了承を得て、インタビュー内容をICレコーダーに録音した。

質問内容は、以下の通りである。

- 1) 主な精神疾患の精神科紹介の目安
- 2) 精神科医療との連携で困難に感じていること
- 3) 精神科医療との連携に期待すること
4. 分析方法

Krippendorff (2004) の内容分析の手法を参考に、以下の手順で質的帰納的に分析を行った。まず記述内容を精読し、全体を把握した。精神科医療との連携における困難、および連携に期待することについての記述に記録単位を付し、文脈を熟慮した上で類似した記録単位を集め、その意味内容を損ねないように要約し、コード化した。それぞれの示す内容から各コードをサブカテゴリー、カテゴリーに類型化した。また、カテゴリー、サブカテゴリーからコードへの帰属性を研究者間で繰り返し検討し、帰属性が認められない場合は、再度記録単位から分類し直した。上記の方法で内容の妥当性を高めた。

(倫理的配慮)

本研究は石川県立高松病院倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号:20-02)。研究参加候補者に対して、研究の趣旨と方法、研究参加による利益・不利益、研究参

加の途中辞退の自由，個人情報保護について、口頭と書面で説明を行い、研究参加の同意を得た。面接は業務を阻害しない時間帯に設定し、インタビューによる疲労に配慮した。語りたくない内容については語らなくても良いことを伝えて実施した。

## C.結果

### 1. 研究対象者の概要 (表2)

対象者は50歳代が11人、60歳代が1人で、全員男性であった。面接時間は33～74分で、平均47.4分であった。医師歴が平均32.3 (SD2.0)年、開業歴は平均16.3 (SD5.5)年で、精神科への紹介頻度は、月に4～5件から年に2～3件とばらつきがみられた。紹介する患者の疾患・状態については、認知症10人 (83.3%)、うつ・気分障害8人 (66.7%)、睡眠障害5人 (41.7%) などであった。主な紹介先は、精神科病院が10人 (83.3%)、クリニックが7人 (58.3%)、総合病院精神科が4人 (33.3%) であった。

### 2. 精神科紹介の目安 (表2)

#### 1) 認知症

認知症者の精神科紹介の目安に関して、「BPSD (徘徊、自傷他害、他者への迷惑行為、帰宅願望) の治療のため患者に入院が必要と判断したとき」と回答した者が7人 (58.3%)、「かかりつけ医が認知症専門医に認知症の診断や検査をしてほしいとき」が7人 (58.3%)、「かかりつけ医で治療しても患者のBPSDをコントロールできないとき」が6人 (50.0%) と多かった。

#### 2) 睡眠障害

睡眠障害の患者については、「治療しても症状が改善しない」が9人 (75.0%)、「ナルコレプシーや若年者、高齢者、ドク

ターショッピングをしている患者など」が3人 (25.0%) であった。一方、「睡眠障害は精神科に紹介せずかかりつけ医で対応可能」との回答が2人 (16.7%) あった。

#### 3) 不安・うつ

不安・うつの患者については、「治療しても症状が改善しない」が9人 (75.0%)、「自殺のリスクがあるとき」が8人 (66.7%)、「症状があればすぐに紹介し、診断をつけてもらう」が5人 (41.7%) であった。

#### 4) アルコール依存症

アルコール依存症の患者については、「肝機能障害や神経症状、栄養障害などのため対応困難な場合」が4人 (33.3%) であった。「アルコール依存症の患者を紹介したことがない」が3人 (25.0%) いた。

### 3. 精神科医療との連携で困難に感じていること (表3)

全体として、4つのカテゴリーと11のサブカテゴリーが導き出された。4つのカテゴリーは、1) 心理的な抵抗と病識の乏しさ、2) 迅速な対応・サポートの不足、3) かかりつけ医-精神科間の連携に関する知識・協力・システムの不足、4) 地理的な要因やCOVID-19により生じる困難、である。

### 4. 精神科医療との連携に期待すること (表4)

全体として、3カテゴリーと11のサブカテゴリーが導き出された。3つのカテゴリーは、1) 迅速・確実な精神科医療、2) かかりつけ医と精神科医療との連携の強化、3) 併診システムの推進、である。

## D.考察

精神科に紹介する目安として、認知症と



うつ・不安、睡眠障害については、まず初期治療を試みて、改善が乏しければ紹介するという意見が多く、紹介の目安についても精神医学的に適切と考えられた。これは医師会を通じての、かかりつけ医の対応力向上研修の成果と考えられる。一方で、アルコール依存症については患者の病識の低さもあって紹介する割合は少なかった。重度の依存症状態となり、神経症状や栄養障害が生じなければ精神科に紹介しにくいと考えているように見受けられた。現在精神科で盛んに行われるようになった、節酒指導やハーム・リダクションの概念を広くかかりつけ医に知らせることで、より早い段階での精神科受診が期待でき、アルコールによる健康被害も減弱する可能性がある。

精神科医療との連携で困難に感じていることについて、抽出された結果は日ごろから予測されたものであった。まず「心理的な抵抗と病識の乏しさ」については、患者やその家族が抱く精神科医療、特に精神科病院に対する偏見や敷居の高さは年々薄らいでいると感じるものの、まだ根強く残っていることを示していた。軽症の場合や、時間に余裕のある場合は、市町村や職場のメンタルヘルス相談にまずアクセスしてみる方法があるかもしれない。また、統合失調症など病識のない患者が、かかりつけ医の勧めを拒む場合もある。そのような時は、いきなり受診を勧めるのではなく、家族に保健所や市町村の相談窓口を紹介して、保健師等と受診のさせ方を検討してもらうのが良いかもしれない。「かかりつけ医ー精神科間の連携に関する知識・協力・システムの不足」のサブカテゴリーに「精神科領域の社会資源に関する知識が乏しい」が上がっていたよ

うに、かかりつけ医にメンタルヘルス関連の情報を提供し、医療だけではなく保健や福祉と連携することも考えてもらう必要がある。このことは地域包括ケアシステムを充実させるために、欠かせないことだと考える。

「迅速な対応・サポートの不足」は重大な問題であり、特にサブカテゴリーの「精神科受診の予約を待つ間のサポートがない」については対策を講じる必要がある。精神科救急医療システムは20年余の年月を重ね地域で定着しているが、これは主に緊急性のある、重症患者を対象にしている。今問題にするのは、そのようなケースではなく、まず精神科医に見立てて欲しいということなので、初期診療を行う医療機関を決める仕組みを作れば解決できる。精神科救急システムを参考に、各自治体が主導して、常時対応型の医療施設を定める、輪番制で対応するといった方法が考えられる。

それぞれの地域において精神科病院と地区医師会が良好な協力関係にあれば、クリニックの予約待機時間が長すぎるといった問題は生じにくいはずである。患者や家族の地域の精神科病院に対する偏見はその原因の一つだろうが、これまで精神科医療と一般医療を同じ土俵で考えて来なかった影響もあると考える。これは、厚生労働省の組織で、精神疾患だけは医政局から切り離され、社会・援護局の担当となっていることが大きい。今回の調査で、精神科医療に期待することとして「かかりつけ医と精神科医療との連携の強化」が挙げられ、サブカテゴリーとして「精神科医と顔見知りの関係をつくりたい」、「精神科医から専門的な知識を学ぶ機会がほしい」があげられたように、か

かかりつけ医は精神科医との連携に前向きであることが明らかになった。このことは精神科医も認識すべきであり、両者が協働できる体制を作ることはいずれからの日本の医療にとって、重要なことである。

「精神科医に在宅医療に参加してほしい」という意見については、精神科病院には精神科特例の問題があり、医師数に余裕がなく、精神科クリニックにおいては診療報酬やスタッフの問題があり、現状では積極的な参加は難しいと考えるが、将来的には検討すべき課題である。かかりつけ医が望む「併診システムの推進」は的を得ていると考える。

#### **E. 結論**

患者や家族の精神科医療に対する心理的な抵抗や、精神科医療における迅速な対応・サポートの不足など、かかりつけ医からみた精神科医療の課題が明らかとなっ

た。かかりつけ医と精神科医の連携強化は地域包括ケアシステムの構築に欠かせないものであり、その意味において、令和4年診療報酬改定で新設された、「こころの連携指導料」はタイムリーであると考えられる。

#### **F. 研究危険情報**

なし

#### **G. 発表**

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表2：対象者の概要

	年齢	医師歴 (年)	開業歴 (年)	専門診療科	紹介頻度	疾患・状態	紹介先
A	50代	32	17	消化器内科	月に4~5件	認知症、うつ、適応障害、不安、睡眠障害	GH、PH
B	50代	30	20	内科一般	年に5~6件	認知症、うつ、統合失調症、睡眠障害	C、PH
C	50代	29	10	腎臓内科	月に1件	認知症、睡眠障害、うつ	C、PH
D	60代	35	16	消化器内科	年に2~3件	認知症、睡眠障害	PH
E	50代	33	15	内科・消化器内科	月に1件	認知症、気分障害、統合失調症、不安障害、アルコール依存症	GH、PH
F	50代	30	21	総合内科、消化器内科、内視鏡	年に2~3件	認知症、うつ、せん妄	C、PH
G	50代	30	5	内科、外科、救急科	月に1~2件	認知症	GH
H	50代	34	14	総合内科	年に3件	認知症、気分障害、統合失調症、適応障害、アルコール依存症	GH、PH、C
I	50代	33	24	総合診療	年に10件	認知症、気分障害、統合失調症、不安障害、アルコール依存症	PH
J	50代	34	12	一般内科	月に2~3件	認知症、うつ、睡眠障害	C、PH
K	50代	34	17	一般内科	月に1~2件	うつ、不安障害	C
L	50代	34	25	整形外科、内科	月に2件	うつ、不安障害	C、PH

うつ：うつ病、うつ状態

C：クリニック、GH：総合病院精神科、PH：精神科病院

表3：精神科医療との連携で困難に感じていること

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	
心理的な抵抗と病識の乏しさ	患者や家族が精神科受診に対して心理的抵抗を持っている (22)	患者が精神科受診を嫌がる (8)	
		患者が精神科への受診を「垣根が高い」、「敷居が高い」と思っている (3)	
		総合病院の待ち合いで精神科の前に待たないといけないことに抵抗がある患者がいる (2)	
		患者はクリニックや総合病院（精神科）よりも精神科病院に行きたがらない (6)	
		患者が精神科を受診することを家族が嫌がる (3)	
	患者に精神疾患の病識が乏しく、精神科受診につなげにくい (6)	精神疾患の病識が乏しいため、患者が精神科受診を拒む (4)	
		患者に精神科受診を納得してもらうのに時間を要する (2)	
	かかりつけ医が患者の紹介に対して心理的抵抗を持っている (1)	精神科医に紹介する際、患者を押し付けるかんじがする (1)	
	迅速な対応・サポートの不足	精神科に紹介してもすぐに受診・入院をさせてもらえない (18)	クリニックの予約がとりにくく、すぐに診てもらえない (9)
精神科病院の予約が取れない (1)			
入院を受け入れてもらえる病院を探し回らないといけないときがある (2)			
精神科に紹介してもすぐに入院の受け入れをしてもらえない (2)			
かかりつけ医が精神科医に頼み込んで患者を診てもらうことがある (1)			
夜間や休日などの時間外に患者を受け付けてもらえないときがある (2)			
精神科医が内科合併症のある患者を受け入れてくれない (1)			
精神科受診の予約を待つ間のサポートがない (7)		精神科受診を待つ間、自分で患者を診るのが不安になる (3)	
		精神科の受診予約を待つ間の患者への対応に関する相談先がない (3)	
		精神科の予約待ちの期間を明確に示してもらえない (1)	
		かかりつけ医ー精神科間の連携に関する知識・協力・システムの不足	精神科医の在宅診療への参加が少ない (5)
			精神科医の在宅診療への参加が不足している (13)
			精神科を含む多くの科の疾患をかかりつけ医が診るのは大変 (2)
精神疾患患者の診療情報の共有が難しい (2)			
患者の緊急受診や紹介に関する連携のルールが確立していない (9)	患者が紹介後どうなったか精神科からの知らせがない (4)		
	患者が緊急に紹介状なしで精神科を受診してその後どうなったかわからない (2)		

		かかりつけ医が知らないうちにケアマネジャーが精神科を探して患者を入院させることがある (1)
		ケアマネジャーから精神科医に連絡し連携することがほとんどない (1)
		かかりつけ医で患者をどこまで診るかの線引きが難しい (1)
		紹介先の精神科医と患者の相性が合わないときがある (1)
	精神科医とつながる機会がない (8)	精神科医と知り合う機会があまりない (4)
		精神科医の考え方を理解できていないと連携して患者を診るのが難しい (1)
		精神科医の講演会や勉強会、事例検討会などに参加する機会がない (3)
	精神科領域の社会資源に関する知識が乏しい (5)	精神科領域の社会資源に関する情報をあまり知らない (3)
		臨床心理士や精神保健福祉士、訪問看護師など精神科医以外のサポートを得る方法が分からない (2)
	地理的な要因や COVID-19 により生じる困難	地理的要因から患者の精神科への移送や通院継続が難しい (9)
患者の状態が悪いとき精神科まで移送するのが難しい (3)		
遠方のため紹介後に精神科への通院を継続できない (1)		
COVID19 が精神科医療との連携に悪影響を与えている (7)		COVID19 感染拡大の影響で懇親会や新年会、会食など精神科医との交流がなくなった (2)
		COVID19 感染拡大の影響で精神科医と会う機会が減り、会話の時間も限られる (2)
		COVID19 感染拡大のため、患者を精神科に紹介することをためらう (2)
		COVID19 感染拡大のため、患者が感染を恐れて精神科に行きたがらない (1)

( ) 内の数字は記録単位数

表4：精神科医療に期待すること

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
迅速・確実な精神科医療	精神科に紹介したらできるだけ早く対応してほしい (9)	患者を精神科に紹介したら早く診てほしい (6)
		患者を24時間、休日も含めて受け付けて対応してほしい (2)
		受け入れ待ちの時間・期間の目途を伝えてほしい (1)
	患者が不調になった際の精神科再受診や入院の保証をしてほしい (5)	患者が不調になったときの精神科再受診・再入院を保障してもらえる (4)
		患者が不調になったときに精神科を再受診できる体制をとっておくと患者は安心できる (1)
かかりつけ医と精神科医療との連携の強化	精神疾患をかかりつけ医で診て、困難が生じたら精神科医を頼りたい (13)	精神科に情報や助言をもらいながら薬の処方などを行い、かかりつけ医が患者の精神疾患を診る (7)
		精神科医には精神症状が強く手に負えない患者に対応してほしい (4)
		患者の精神疾患をかかりつけ医が自分の判断で診れるところまで診る (2)
	相談できる窓口がほしい (8)	診療で困ったときや緊急時に相談できる窓口があるとよい (6)
		受診の予約がとれない時にどうしたらいいか治療について相談できるシステムがほしい (2)
	精神科医に遠隔で診療や相談支援を行ってほしい (3)	精神科医がITなどを使った遠隔診療を行ってほしい (2)
		精神科医に遠隔での相談支援を行ってほしい (1)
	精神科医に在宅医療に参加してほしい (7)	在宅医療に精神科医が積極的かつ継続的にかかわってほしい (4)
		精神科医にフィールドワーク、往診、アウトリーチをしてほしい (2)
		精神科医に在宅医療に入ってもらい、精神疾患やがん緩和など専門領域についてアドバイスしてほしい (1)
	精神科医と顔見知りの関係をつくりたい (5)	精神科医と顔の見える関係でいると相談、紹介がしやすい (3)
		精神科医と地域のイベントなどでの交流の機会を持つ (2)
	精神科医から専門的な知識を学ぶ機会がほしい (5)	精神疾患や薬などについての勉強会、セミナーはかかりつけ医の診療に役立つ (4)
		精神科医にWeb等を用いて遠隔で研修会を行ってほしい (1)
	精神科領域の社会資源について知識・情報を得たい (3)	精神科訪問看護など精神科領域の社会資源について知識・情報を得たい (2)
精神科領域の社会資源について情報入手の方法を知りたい (1)		

	精神科医以外のスタッフと連携する (10)	病院の地域連携室が患者への対応、受診までにかかる期間などについて相談に乗ってくれる (2)
		地域連携室がかかりつけ医から患者の状態や患者・家族の意向等の情報を把握し、精神科の受け入れまでの方針について話し合える (1)
		臨床心理士、精神保健福祉士など他の職種が専門分野について医師の代わりに対応してほしい (2)
		臨床心理士や看護師、薬剤師などに患者の話を聞いてもらいたい (2)
		訪問看護が入ることによって患者の状態が安定したり、精神科医との連携がとりやすくなる (2)
		ケアマネジャーが精神科医や内科医などをつなげて患者を診るようになれば早期介入できる (1)
併診システムの推進	患者の精神疾患は精神科、内科系疾患はかかりつけ医でそれぞれ診る (10)	定期的に精神科を受診してもらい、内科系疾患はかかりつけ医で診る (9)
		精神科への定期的な受診は安心につながり家族が喜ぶ (1)

( ) 内の数字は記録単位数