

日本総合病院精神医学会の将来構想に 関する提言（将来構想 2022）

Statement on the Future Vision of the Japanese Society of General Hospital Psychiatry (Future Vision 2022)

編 纂

日本総合病院精神医学会将来構想委員会

委員長：

西村 勝治（東京女子医科大学医学部精神医学講座）

委員（五十音順）：

赤羽 隆樹（公立置賜総合病院精神科）

井上真一郎（岡山大学病院精神科神経科）

岸 泰宏（日本医科大学武蔵小杉病院精神科）

佐伯 吉規（がん研有明病院緩和治療科）

佐竹 直子（国立国際医療研究センター国府台病院）

清水 研（がん研有明病院腫瘍精神科）

高田 知二（岐阜県立多治見病院精神科）

高橋 晶（筑波大学医学医療系災害・地域精神医学 / 茨城県立こころの医療センター）

八田耕太郎（順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学）

花村 温子（地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター心理療法室）

和田 健（広島市立広島市民病院精神科）

総合病院精神医学 第 35 巻 別冊（2023）

執筆者一覧（五十音順）

- 赤羽 隆樹（公立置賜総合病院精神科）
秋月 伸哉（がん・感染症センター都立駒込病院精神腫瘍科）
疇地 道代（国立循環器病研究センター精神神経科）
庵地 雄太（国立循環器病研究センター心臓血管内科）
五十嵐江美（東北大学病院精神科）
井上真一郎（岡山大学病院精神科神経科）
上村 恵一（斗南病院精神科）
白井 千恵（順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学）
大塚耕太郎（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）
大矢 希（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学）
岡田 剛史（自治医科大学精神医学講座）
小川 朝生（国立がん研究センター先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野）
河西 千秋（札幌医科大学医学部神経精神医学講座）
加藤 温（国立国際医療研究センター病院精神科）
上條 吉人（埼玉医科大学医学部臨床中毒学）
岸 辰一（名古屋大学医学部附属病院医療技術部）
岸 泰宏（日本医科大学武蔵小杉病院精神科）
木村 宏之（名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野）
小石川比良来（亀田総合病院心療内科・精神科）
厚坊 浩史（がん研有明病院腫瘍精神科）
小林 清香（埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック）
小松 知己（沖縄協同病院リエゾンセンター）
佐伯 吉規（がん研有明病院緩和治療科）
佐々木由里香（山梨県立中央病院患者支援センター）
佐竹 直子（国立国際医療研究センター国府台病院）
佐藤 茂樹（成田赤十字病院精神神経科）
須田 哲史（立川病院精神神経科）
清水 研（がん研有明病院腫瘍精神科）
諏訪 太朗（京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座精神医学教室）
平 俊浩（福山市民病院精神科・精神腫瘍科）
高田 知二（岐阜県立多治見病院精神科）
高橋 晶（筑波大学医学医療系災害・地域精神医学 / 茨城県立こころの医療センター）

高橋 雄一 (横浜市東部地域療育センター)
竹内 崇 (東京医科歯科大学病院精神科)
竹林 実 (熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学講座)
谷口 豪 (国立精神・神経医療研究センター病院てんかん診療部てんかん診療科)
中神由香子 (京都大学学生総合支援機構統括相談室)
中嶋 義文 (三井記念病院精神科)
中土井芳弘 (四国こどもとおとなの医療センター児童精神科)
西村 勝治 (東京女子医科大学医学部精神医学講座)
長谷川雄介 (富山市立富山市民病院精神科)
八田耕太郎 (順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学)
花村 温子 (地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター心理療法室)
平山 貴敏 (国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科)
福本健太郎 (岩手医科大学神経精神科学講座)
船山 道隆 (足利赤十字病院神経精神科)
星野 瑞生 (東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野)
松原 敏郎 (山口大学大学院医学系研究科高次脳機能病態学講座)
丸山 史 (諏訪赤十字病院精神科)
吉村 匡史 (関西医科大学リハビリテーション学部作業療法学科)
和田 健 (広島市立広島市民病院精神科)
和田 佐保 (日本医科大学多摩永山病院精神神経科)
和田 央 (大阪赤十字病院精神神経科)

目次

I. はじめに	1
1. 提言の背景と目的	1
2. わが国における総合病院精神医学とコンサルテーション・リエゾン精神医学の概念	1
2.1. 総合病院精神医学	1
2.2. コンサルテーション・リエゾン精神医学	2
II. 医療情勢の変化と本学会の10年の動向	3
1. 学会の動向	3
2. 総合病院精神科の医療体制：ネクストステップ2009のその後	3
3. 担うべき領域の拡がり（多様性と多面性）	4
3.1. 単独活動から，チーム医療へ	4
3.2. 院内から，地域へ	4
3.3. 臨床倫理コンサルテーションの要請	5
3.4. 病院機能の底上げ	5
4. 多職種チーム医療の推進	5
5. 専門医サブスペシャリティ問題と基幹領域との差別化	6
6. 治療指針等の整備	6
III. 現在，総合病院精神科が担っている機能	8
1. 一般医療と連携した精神医療	8
1.1. 身体疾患患者の精神心理的合併症・課題のマネジメント	8
1.1.1. せん妄	8
1.1.2. 身体疾患に併存するうつ病，その他の精神症状	8
1.1.3. 身体疾患に影響する心理的要因（心身症を含む）	9
1.1.4. 意思決定支援に関するコンサルテーション	10
1.2. 精神疾患患者の身体合併症治療	10
1.2.1. 精神疾患患者の一般身体疾患の罹患	11
1.2.2. 自傷，自殺企図などによる身体症状・身体疾患	11
1.2.3. 精神科治療薬の副作用	11
1.2.4. その他	11
1.3. 重点領域	11
1.3.1. 救急医療	11
1.3.1.1. 一般救急医療における精神科医の関与	11

1.3.1.2. 精神科救急	12
1.3.2. 自殺対策	13
1.3.3. 周産期医療	15
1.3.4. 緩和医療（がん，心不全など）	15
1.3.5. 高齢者（認知症を含む）医療	16
1.3.6. 臓器不全・移植医療	17
1.4. 一般医療と精神医療との連携が拡大している分野	17
1.4.1. 臨床倫理コンサルテーション	17
1.4.2. 災害医療	18
1.4.3. 地域リエゾン医療	19
1.4.4. 小児医療	19
1.5. 他の診療科との連携が不可欠な精神科専門医療	20
1.5.1. 電気けいれん療法を含むニューロモデュレーション	20
1.5.2. クロザピン治療	20
1.5.3. 摂食障害診療	21
1.5.4. アルコール依存症診療	21
1.5.5. てんかん診療	22
1.5.6. 高度の鑑別診断・治療が求められる精神科医療	23
2. 一般精神医療への総合病院精神科の関与	23
3. 病院機能への関与	24
3.1. 職員のメンタルヘルス	24
3.1.1. 法令に基づく活動	24
3.1.2. 法令外の組織開発に関わる活動	25
3.2. 医療安全	25
3.3. 医療経済	25
4. 医学教育，メディカルスタッフ教育	26
4.1. 卒前教育（臨床実習）	26
4.2. 初期研修	27
4.3. 精神科後期研修	27
4.4. 生涯教育	27
4.5. メディカルスタッフ教育	28

IV. 本学会の課題と目指すべき方向性 39

1. 総合病院精神科の位置づけ	39
1.1. 医療体制	39
1.1.1. 無床総合病院精神科	40
1.1.2. 有床総合病院精神科	41

1.2. 地域医療への拡がり	42
1.3. 多職種連携・タスクシェア	43
2. 専門医	44
2.1. サブスペシャルティとしての基幹領域との差別化	44
2.2. 地域差の均てん化	44
3. 後進の育成と教育	46
3.1. リエゾン精神科医の教育と院内活動	46
3.2. 多職種チームとメディカルスタッフの育成	46
4. 国民への啓発	47
4.1. 身体疾患に罹患後、精神心理的な不調を来した患者に対して	47
4.2. 身体疾患に罹患した精神疾患患者に対して	47
4.3. 身体科の医療者に対して	48
4.4. 身体疾患に伴うスティグマ解消に向けて	48
4.5. 精神科リエゾン専門医の普及・啓発	48
5. 学術交流	48
6. 研究活動の推進とエビデンスの創出	49

V. おわりに：未来を見すえた本学会のミッション・ビジョン・ストラテジー … 51

1. ミッション	51
2. ビジョン	51
3. ストラテジー	51

I

はじめに

1. 提言の背景と目的

日本総合病院精神医学会（Japanese Society of General Hospital Psychiatry：JSGHP）は1988年に「総合病院精神医学に関心をもつ医療従事者が集まり、種々の問題について本音で話し合うとともに総合病院（一般病院）における精神医療の向上を図ることを目的」（定款）に設立された。設立から30年余が経ち、医療技術の高度化、急速な少子高齢化、医療に対するニーズの多様化など、医療を取り巻く環境は大きく変化した。そのなかで総合病院精神科に求められるニーズも多面化、多様化し、その実践範囲は拡大の一途をたどり、その多様さゆえに一貫性を欠くようにもみえる状況にある。

その一方で、JSGHPの専門性、独自性とは何かが問われている。2014年の日本専門医制度機構の設立以降、国を挙げて専門医制度のあり方が見直されるなかで、JSGHPの専門医「一般病院連携精神医学専門医」（通称、精神科リエゾン専門医）は、基盤領域である日本精神神経学会の「精神科専門医」と差別化できるのか、精神科のサブスペシャルティ足り得るのか、という問いが投げかけられた。JSGHPのアイデンティティが問われているといえる。

30年余で学会員の世代交代も進んだ。ここで、これからのJSGHPの発展を担う次世代に向けて、JSGHPの現状と課題を整理し、ミッション、ビジョンとそのための方針を改めて共有することが本提言の目的である。

2. わが国における総合病院精神医学とコンサルテーション・リエゾン精神医学の概念

JSGHPの将来構想を考えるにあたり、総合病院精神医学（general hospital psychiatry：GHP）とコンサルテーション・リエゾン精神医学（consultation-liaison psychiatry：CLP）の概念をわが国の事情に照らして整理しておく。

2.1. 総合病院精神医学

GHPとは文字どおり、総合病院という医療の場において展開される精神医学である。従来、わが国では医療法によって総合病院は「100以上の病床数と最低でも内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科の5診療科を有し、一定の施設基準を満たす病院」と定義されていた。しかし、医療法の改正に伴い、1998年以降、法律上は総合病院の名称は撤廃された。JSGHPの専門医は2009年に厚生労働省により広告可能と認定されたが、その名称には総合病院を含まず、「一般病院連携精神医学専門医」となった。JSGHPのネクストステップ委員会（2009年）は総合病院を「内科・外科を含む複数の診療科を有し、主として二次救急を含む急性期医療を提供する病院」と定義した¹⁾。

総合病院精神科のうち、精神病床を有し、精神科入院治療を提供できるか否かで、有床もしくは無床総合病院精神科に区別される。無床の総合病院精神科では外来診療とCLP診療が行われ（あるいは後者のみの施設もある）、有床の場合には

これらに入院診療が加わる。通常、有床の総合病院精神科は特定機能病院(高度の医療の提供など、2021年時点で大学病院を中心に87病院)と地域医療支援病院(地域医療を担うかかりつけ医の支援など、2021年時点で679病院)を含む、比較的規模の大きい医療施設に設置されており、これらの施設の中には措置入院を含む精神科救急医療など、地域の精神医療の中核としての機能を担っているところも少なくない。

このように、わが国の総合病院精神科は精神科病床の有無、施設の規模、地域における役割などに依存して、様々な機能を担っている。CLP診療は総合病院精神科に特有の機能であるが、総合病院精神科における通常の外来・入院診療についても多くの診療科と連携を図っている点でCLP診療と共通しており、身体合併症や器質性疾患などの診療においてより高度な精神医療を担うことが可能である点で、他の精神医療機関(精神科診療所と精神科病院)とは一線を画している。

2.2. コンサルテーション・リエゾン精神医学

米国のCLPを主導するAcademy of Consultation-Liaison Psychiatry (ACLP)は「CLPは米国専門医機構が認定する精神医学のサブスペシャリティである。CLP医は医学と精神医学の統合診療の最前線で活動し、すべてのプライマリケアや専門医療サービスの入院・外来部門において複雑な病状を抱える患者に対して専門的な精神医療を提供する。具体的には、患者の相談(コンサルテーション)を通じて直接ケアを提供するか、学際的チームのメンバーとして内科・外科の医療者と連携・協働して(リエゾンサービス)、ケアを最適化する」(下線は筆者による)と定義している²⁾。CLPの実践の場は総合病院に限定されておらず、たとえばプライマリケアの診療所でも行われる³⁾。つまり、GHPは実践の場によって定義されているが、CLPは機能によって定義されていることができる。

米国では概念的にコンサルテーション(主治医から依頼を受けて助言および治療を行う方法)とリエゾン(予め連携し、定期的に関与して予防および早期介入を目指す方法)は区別され、これら

を併せてCLPと総称されてきた。一方、英国などではCLPは精神と身体との両側面の統合ケアという意味で包括的に短く、「リエゾン精神医学」と呼ばれてきた。

CLPが精神医学のサブスペシャリティとしての市民権を得るには、米国においてさえ長い年月を要した。米国専門医機構は「すべての精神科医がコンサルテーションを行うことができる必要がある」との理由などで、CLPの名称をサブスペシャリティとして用いることを認可せず、代わりに心身医学(psychosomatic medicine)の名称が用いられてきた。近年、CLPが拡充し、その認知度が高まったことで、2018年、CLPは米国精神医学ボードのサブスペシャリティとして正式に認可され⁴⁾、米国のCLPを主導してきた学会であるAcademy of Psychosomatic Medicine (APM)は同年4月にACLPに名称を変更した。

以上、GHPとCLPはそれぞれ実践される精神医療の場と機能を反映しているといつてよい。両者とも一般医療との境界領域に足場を置き、一般医療と連携(リエゾン)し、統合的な医療を実践している点で一致しており、わが国においてはわが国の医療事情に沿った展開をみせている。

文 献

- 1) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会: 総合病院精神科の現状とめざすべき将来—総合病院精神科のネクストステップ2009—. 総合病院精神医学 21 (4): SS1-30, 2009
- 2) Academy of Consultation-Liaison Psychiatry: What Is Consultation-Liaison Psychiatry? [<https://www.clpsychiatry.org/about-acpl/whatis-clp/>](閲覧: 2022年1月12日)
- 3) Gillies D, Buykx P, Parker AG, et al: Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Sep 18;2015 (9): CD007193
- 4) Boland RJ, Rundell J, Epstein S, et al: Consultation-Liaison Psychiatry vs Psychosomatic Medicine: What's in a name? Psychosomatics 59 (3): 207-210, 2017

II

医療情勢の変化と 本学会の10年の動向

1. 学会の動向

本学会のこの10年の動向について概説する。会員数については、2022年2月末で2,298名となり、2012年1,852名と比較すると増加している。年齢構成で見ると、20歳代が67名2.9%、30歳代が486名21.1%と少なく、40歳代が757名32.9%と最多である。働き盛りで、責任ある立場の会員が多いともいえるが、若い世代の会員増が課題といえる。職種構成で見ると、精神科医が1,909名(83.1%)と8割以上を占めているが、多職種協働が精神科リエゾンの要であり、精神科リエゾンチーム加算が診療報酬化されたことなどもあって、心理職が152名(6.6%)、看護師が121名(5.3%)と少しずつ増加している。地域別にみると、東京を含む関東地区の会員数が最も多く、専門医、研修施設の分布も同様であり、全国への均てん化が引き続いての課題である。

均てん化を目指して地方会組織の拡充を図っており、2012年以降3つの地方会に準じる研究会が認定され、計6つとなっている。北海道、東北、九州での地方会組織の結成が期待される。また、年次総会を関東地区とその他の地区と隔年で交互に開催し、地方の大学に総会運営を担ってもらうことで本学会との結びつきを強める一助としてきた。年次総会には毎回1,000名前後の参加者があり、15～20のシンポジウムや3～4のワークショップ、一般演題などから構成されている。今後は現在の隔年ルールを見直し、より関東以外の地区での開催を増やす予定となっている。大学病院は総合病院であり、必然的にGHP/CLPを

実践しながら、精神科専門医制度の基幹研修施設となっているが、本学会専門医の研修施設となっていない大学病院本院も2021年11月の時点では21施設あり、大学講座担当者の理解、協力を十分に得られてこなかったといえるかもしれない。

これまで総合病院精神科での勤務は、その多忙さから忌避されることが多いといわれてきたが、今後は「働き方改革」の推進によって変化がもたらされる可能性がある。女性医師の増加やワークライフ・バランスの重視、医師養成課程の制度化など様々な環境変化も起こってきている。

2. 総合病院精神科の医療体制： ネクストステップ2009のその後

本学会では2009年に「総合病院精神科のネクストステップ2009」で総合病院精神科の危機的な状況とその改善策について提言をまとめた。当時、総合病院精神科はCLP診療、救急急性期医療をはじめ様々なニーズを求められ、その業務量が増大していく一方で、診療報酬が他科に比べ安いことから病院経営における評価が低く、人員配置など安定した医療体制の確保が困難な状態にあった。この状況は精神科病床をもつ有床施設でも、病床をもたない無床施設でも同様で、業務量の多さから離職が増え、さらに医師偏在で特に地方での医師確保が困難なことも重なり精神科の閉鎖が続いた。採算性の問題から精神科病棟を閉鎖・縮小する病院や、無床施設においても精神科医複数名体制が維持できず、「ひとり医長」での運営を余儀なくされる状況にあった。

この状況を何とか打破すべく、学会では主に診

療報酬改定での増収により、総合病院精神科の精神科医の負担軽減および院内での精神科の地位向上を目指した。その結果、総合病院精神科の中核的な機能である CLP 診療に対して、2012 年の診療報酬改定で精神科リエゾンチーム加算が導入された。さらに 2016 年の診療報酬改定では、リエゾンチーム加算の取得が総合病院精神科の様々な診療報酬の取得条件となったことにより、リエゾンチームの普及を促進させた。とりわけリエゾンチーム加算が急性期医師配置加算の取得条件に加えられたことにより、CLP 診療と救急・急性期医療が総合病院精神科に求められる機能であることが明確化され、有床施設の閉鎖の抑止、さらには新規施設の開設を後押しした。また、有床施設の高機能・コンパクト化も進んだ。無床施設においても、リエゾンチーム加算と合わせて認知症ケアチーム加算、総合入院体制加算 2, 3 の取得などにより、若干ではあるものの増収を見込めるようになった。2014 年精神科身体合併症管理加算を DPC 機能評価係数Ⅱの項目として追加すること、総合入院体制加算にリエゾンチーム加算を条件化することなど、総合病院内に精神科をもつことで報酬化されることにより、院内での精神科の地位向上にもつながった。

このように、この十数年の間に総合病院精神科の活動は診療報酬上徐々に評価されるようになってきたが、ネクストステップ 2009 に挙げられた、医療体制上の整備に関する提言の 3 項目、「救命救急センターを持つすべての総合病院に精神科病棟を設置する」「無床施設の精神科常勤医 2 名以上」「精神科病棟の高機能化」のうち、現在目標を達成したといえるのは精神科病棟の高機能化だけである。他科の収入とは依然として格差があり、1 日入院単価は総合病院基礎調査 2020 によると身体科と比較して 40% 弱で、病院経営面では総合病院精神科はマイナス因のままである。多忙な職場のため人材確保が困難であるという問題も重なり、無床施設でも常勤医師数は同調査で 1.53 と 2 名に至っていない。地方では医師偏在の影響で有床施設の閉鎖は続いており、救急救命センターを有するような 2 次医療圏の中核病院に精神病床を設置することも進んでいない。これらに

ついては、もはや診療報酬上の優遇だけでは解決は難しいものと思われ、医療計画など医療施策へ総合病院精神科の機能をどう取り込むかを考えることが必要になると思われる。

3. 担うべき領域の拡がり (多様性と多面性)

超高齢社会の進行とともに医療の高度化・専門化がさらに進んだこの 10 年間で、総合病院精神科に対する CLP 診療のニーズは大きな変化と拡がりをみせている。

3.1. 単独活動から、チーム医療へ

全国のがん拠点病院における緩和ケアチームの本格的な浸透で加速した総合病院精神科のチーム医療への参画は、精神科リエゾンチームや認知症ケアチームの新設へと拡大している。また、救命救急センターや移植医療など、より高度で複雑な医療の領域において、精神科チーム医療に対するニーズがさらに高まってきている。精神疾患に専門性をもつ専門および認定看護師や作業療法士ほかのリハビリスタッフ、薬剤師、精神保健福祉士、公認心理師、管理栄養士らの多職種で構成されるチーム介入によって、これまで以上に包括的でシームレスなサービスの提供が可能となった。チーム活動は、それぞれの職種の見立てと介入方法を共有するあり方自体が相互に教育的意味をもち、構成メンバーのスキル向上にもつながっている。一方、役割の増加に反して多くの総合病院精神科の人員不足は解消しておらず、チームの活動時間の捻出と働き方改革の両立という新しい課題が問題となっている。

3.2. 院内から、地域へ

周産期メンタルヘルスへの介入は、精神医学的評価のみならず、心理社会的視点でクライアントと関連する支援者をつなぐ必要がある点で、CLP に長けた総合病院精神科が潜在的に得意とする分野である。院内に生じている問題のみならず、地域社会に広がる総合病院精神科のアウトリーチは、今まさに進められている「精神疾患にも対応

した地域包括ケアシステム」の構築や、大規模災害における精神科医療活動（災害派遣精神医療チーム：Disaster Psychiatric Assistance Team [DPAT]）においても総合病院精神科に求められる役割といえる。

3.3. 臨床倫理コンサルテーションの要請

臓器移植やエンドオブライフ・ケアにおける意思決定支援のサポーターとしての役割を総合病院精神科が求められることも増加している。患者や家族、主治医や看護師を含むプライマリーチームの各構成員にコミットしながら、プライマリーチーム自体が最適な選択を導き出していくための支援を行う臨床倫理コンサルタントとしての総合病院精神科へのニーズは、認知症高齢者のがん治療や人工透析の現場で求められる意思決定支援においてもますます高まっている。

3.4. 病院機能の底上げ

せん妄や転倒の減少を目的とした院内外における教育啓発活動や、行動科学に基づく医療安全と効率性を高める院内のシステム構築など、病院のセンター部門が有すべき機能においても、総合病院精神科への参画が求められるようになっていく。医療事故や患者からのセクハラ・暴力、直近では新型コロナウイルス感染症（coronavirus disease 2019：COVID-19）など、ヒューマンサービスを提供する医療者のメンタルヘルス支援も重要な課題となっている。

以上、多様な機能の実装を求められるようになった総合病院精神科であるが、ニーズのすべてに対応可能な病院はごく一部であり、その多くは慢性的な人員不足の状態にある。このため、各総合病院精神科は利用できる医療資源（常勤スタッフ数と精神病床の有無）やそれぞれの医療圏の特徴（大都市圏にあるのか否か、医療圏内に中核機能をもつ病院がほかにあるのか否か、近隣に精神科病院や精神科診療所がどの程度充足しているのか）を考慮したうえで、外来機能（一般・専門外来など）と入院機能（精神科急性期医療、身体合併症医療、修正型電気けいれん療法 [modified-

electroconvulsive therapy：m-ECT] など）、CLP業務を取捨選択しながら、多方面にわたる業務を同時進行で行っている。このように、総合病院精神科は多面的なあり方で地域医療を担う存在となっている。

4. 多職種チーム医療の推進

厚生労働省は2009年に「チーム医療の推進に関する検討会」を立ち上げ、医療における医師と看護師、その他医療関連職種との協働・連携の在り方について検討を重ね、そのまとめのなかで、「チーム医療」を「医療に従事する多種多様なスタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と定義した¹⁾。チーム医療推進の背景としては「質が高く安心・安全な医療を求める患者や家族の声が高まる中で医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は、わが国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている」と記されている。こうした背景の下、近年多くの多職種チームによる診療報酬が新たに創設された。

現在、医療の現場では様々な職種が医療チームとして連携し、患者支援にあたる事が定着しており、各職種が各自の職務を全うするだけでなくチームで情報共有を行い、時にはカンファレンスを行い患者支援にあたっている。特に総合病院においては、精神科の支援を求めて自ら来院される患者の支援に精神科医を中心としたチームで治療にあたることにとどまらず、身体疾患の治療を行う診療科チームとの協働による支援が求められ、精神的なケアに携わることのできる専門職による領域横断的な多職種連携が期待されている。患者によっては、精神科医による薬物治療による支援よりも、家族へのケアや、社会資源の紹介などの情報提供が役立つこともあり、患者のニーズや、現場のニーズに合わせて必要な職種が情報共有しながら動くことが必要となる。精神的ケアが必要な患者の直接支援ばかりでなく、精神疾患をも

つ患者や感情が不安定な患者への対応に戸惑うスタッフへの支援も必要とされている。さらには、超高齢化社会のなか、認知症高齢者も増加し、地域包括ケアの観点から支援を行うためには、福祉施設も視野に入れた地域内での多機関での多職種連携が求められ、大きな多職種チームでの協働がますます必要になる。そのためにはお互いの機関の機能をよく知り、尊重し、さらにお互いの職種を尊重し、「チーム医療」のメンバーとして患者本人や家族の希望を中心に据えながら、「目標」に向かって共通のゴールを目指しチームで対応していく力が求められる。

5. 専門医サブスペシャルティ問題と基幹領域との差別化

2001年、本学会の専門医制度は他の精神医学関連学会に先駆けて発足し、2009年11月には厚生労働省により「一般病院連携精神医学専門医（通称：精神科リエゾン専門医）」の名称が受理され、広告が可能となった。2014年5月、日本専門医制度機構（以下、機構）が設立され、機構がサブスペシャルティ領域についても制度構築を担うことになっていた。本学会では、専門医制度委員会に3つの小委員会（研修、試験、認定・更新）を立ち上げて委員会機能の強化や、機構の指針（2014年7月）を踏まえたカリキュラムの整備などを進め、二度にわたる機構のヒアリング（2015年8月、2016年6月）ではサブスペシャルティ候補として一定の評価を得るに至っていた。

しかしながら、2016年7月に新機構が発足すると、サブスペシャルティ領域の制度構築は当該基本領域学会（精神科では日本精神神経学会）に委ねられることになった。本学会も日本精神神経学会のヒアリングを受けるなど対応を継続していたが、2018年の医師法改正によって、医師の地域偏在の議論がサブスペシャルティ問題に持ち込まれるようになり、すでに機構から認定されている内科系・外科系・放射線科系の23のサブスペシャルティ領域（たとえば、内科系では循環器内科など）に対してさえ問題視され、議論が進まなくなかった。

その後、「日本専門医機構認定サブスペシャルティ領域」と「学会認定サブスペシャルティ領域」とに分けて、認定がなされる方向となった。精神科に関しては後者に該当し、精神科基本領域である日本精神神経学会を中心に、精神科サブスペシャルティボード（PSSB）が設置され、2021年4月以降、整備指針²⁾の作成などが行われ、2021年度中に第1回の認定作業が行われた。「一般病院連携精神医学専門医（通称：精神科リエゾン専門医）」は、2022年4月に精神科領域のサブスペシャルティ専門医として条件付きで認定された。

この条件とは、①整備基準内の研修項目・研修内容にCLPの詳細な内容を記載すること、②資格要件に精神科専門医取得を必須とすること、③わかりやすい専門医名称を通称として検討することの3点であり、今後の課題となった。これらは現在、専門医制度委員会で規則・細則の改正も含めて作業中であり、2022年度中に対応予定である。

6. 治療指針等の整備

エビデンスに基づく医療の推進に伴い、GHP/CLPにおいても2000年代から様々な治療指針などが出版された。日本総合病院精神医学会からも2005年以降、2022年までに10編が出版された³⁻¹²⁾。近年は日本医療機能評価機構（Minds）によって診療ガイドラインの標準化が進み、良質なエビデンスに基づく診療ガイドラインが整備されている。しかし、複雑な診療課題に関わることが多いGHP/CLPの領域では質の高いエビデンスが不足するため、系統的に知見をまとめ、エキスパートコンセンサスを示したものが中心となった。

一方、メンタルヘルスの課題を抱える様々な医療領域において作成されたガイドラインや診療ガイドなどにも精神科医が委員や協力委員などで参画しており（検索しただけでも合計35編：緩和医療11編、救急医療（自殺を含む）7編、周産期医療4編、認知症・高齢者医療4編、災害医療4編、その他5編）、GHP/CLPのニーズの拡大を示している¹³⁾。

文 献

- 1) 厚生労働省:「チーム医療推進に関する検討会」報告書. 2010 [<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>](2021年12月20日閲覧)
- 2) https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/specialist/subspe_seibishishin_ver1.06.pdf
- 3) 日本総合病院精神医学会せん妄指針改訂班(統括:八田耕太郎)(編):せん妄の臨床指針—せん妄の治療指針 第2版. 星和書店, 東京, 2015
- 4) 日本総合病院精神医学会教育・研究委員会(主担当:中村満)(編):静脈血栓塞栓症予防指針. 星和書店, 東京, 2006
- 5) 日本総合病院精神医学会教育・研究委員会(主担当:八田耕太郎)(編):身体拘束・隔離の指針. 星和書店, 東京, 2007
- 6) 日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会(主担当:上條吉人)(編):急性薬物中毒の指針. 星和書店, 東京, 2008
- 7) 日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会(編):向精神薬・身体疾患治療薬の相互作用に関する指針. 星和書店, 東京, 2011
- 8) 日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会・臓器移植関連委員会(主担当:西村勝治)(編):生体臓器移植ドナーの意思確認に関する指針. 星和書店, 東京, 2013
- 9) 日本総合病院精神医学会児童・青年期委員会(編):子どものこころの診療ハンドブック. 星和書店, 東京, 2016
- 10) 日本総合病院精神医学会認知症委員会(編):認知症診療連携マニュアル. 星和書店, 東京, 2018
- 11) 日本総合病院精神医学会リエゾン多職種委員会(編):精神科リエゾンチーム活動指針. 星和書店, 東京, 2019
- 12) 日本総合病院精神医学会臓器不全・臓器移植関連委員会(主担当:西村勝治)編:臓器移植希望者(レシピエント)の心理社会的評価に関する提言. 総合病院精神医学 33(3): 246-285, 2021 [<http://www.asas.or.jp/jst/news/doc/20220311.pdf>]
- 13) 西村勝治:リエゾン精神医療—この20年の動向. 神庭重信(編集主幹), 齋藤正彦(担当編集), 松下正明(監修):地域精神医療・リエゾン精神医療・精神科救急医療. 講座 精神疾患の臨床7, 中山書店, 東京, 208-218, 2022

III

現在，総合病院精神科が担っている機能

1. 一般医療と連携した精神医療

1.1. 身体疾患患者の精神心理的合併症・課題のマネジメント

1.1.1. せん妄

せん妄は、この10年、一般病院における精神科医の存在意義を大きくした代表的疾患である。治療戦略検討委員会によるせん妄の臨床指針（第2版）を2015年に発刊して啓発活動を継続し、研究面でも後述のとおり、わが国の中心的役割を担っている。

この10年の変化の冒頭は、2010年に抗精神病薬のせん妄治療効果がプラセボ対照ランダム化比較試験（randomized controlled trial：RCT）で初めて実証されたことであろう^{1,2)}。本学会のせん妄研究グループ DELIRIA-J でも治療のRCTを企画したがクエチアピンが糖尿病で禁忌という世界で最も不利な環境で失敗した。しかし、33の一般病院での観察研究でその治療効果と安全性を実証した³⁾。また、一般病院連携精神医学専門医（リエゾン専門医）を対象にしたせん妄模擬症例に対する回答のコンジョイント分析を実施した⁴⁾。その結果、低活動型せん妄では抗精神病薬の効果のコンセンサスは得られなかった。その後 JAMA Internal Medicine (2016) や New England Journal of Medicine (2018) に発表された抗精神病薬のせん妄治療効果を否定するRCTの結果は、低活動型せん妄に半減期の長い抗精神病薬の効果は期待できないというリエゾン専門医には当然の事柄の実証に過ぎない。

一方、せん妄の予防は、2012年新設の精神科

リエゾンチーム加算の最大の標的となり、国立がん研究センター東病院が開発した非薬物的介入の DELTA プログラムが国内の病院の電子カルテに搭載されるなど非薬物的介入は体系化されたといつてよい⁵⁾。同時に、せん妄が急性脳機能不全として病態機序を踏まえつつ概念的に深化するなか⁶⁾、薬物的な予防介入への期待が高まった。DELIRIA-J は、メラトニン受容体作動薬やオレキシン受容体拮抗薬によるプラセボ対照 RCT や大規模な観察研究での効果を実証して世界を牽引し^{7,9)}、夜間せん妄予防での抗精神病薬の使用減少の流れを作ってきた¹⁰⁾。今後も本学会がせん妄の臨床・研究・教育の主流を担っていかなければならない。

1.1.2. 身体疾患に併存するうつ病、その他の精神症状

身体疾患に罹患すると、うつ病をはじめとした精神疾患の有病率が高くなる。身体疾患治療現場で、うつ病を合併すると患者のQOLは著明に低下する¹¹⁾。さらには、うつ病が併存すると、身体予後が悪化することも多くの疾患で指摘されている。たとえば、心筋梗塞後にうつ病を発症すると、心イベントの増加ならびに死亡率の上昇が認められることがメタアナリシスにて示されている¹²⁾。本邦での前向き研究においても、心筋梗塞患者のうつ病が死亡や心血管イベントなどの予後不良と関連することが実証されている¹³⁾。糖尿病においても、うつ病を合併した症例は、非うつ病症例と比べて、運動療法、食事療法や薬剤（血糖降下剤、降圧剤、高脂血症治療剤）の順守率が低い¹⁴⁾。メタアナリシスにおいても、死亡率の上昇が指摘されている¹⁵⁾。

本邦でも、うつ病を合併した糖尿病患者では網膜症、腎症、心血管障害などの合併症の頻度が高いことが示されている¹⁶⁾。このようなことから、うつ病の早期発見・早期治療が提唱されているが、“一般身体科医がスクリーニングし抗うつ剤などで治療するだけ”といった方策では効果が見込めない。精神科医を中心とした“協働治療”が必須とされており¹⁷⁾、総合病院精神科医の役割は重要となる。さらに、身体疾患に精神疾患が併存すると医療費が高額になることが知られている（身体疾患医療費が増加する）。本邦の調査でも示されており¹⁸⁾、併存する精神疾患の治療により、医療費の改善が期待される¹⁷⁾。医療全体で考えるうえで、総合病院精神科医が大きく寄与できる分野である。

がん医療における精神疾患も重要性を増している。わが国においては、全国民の2人に1人ががんに罹患する時代になったが、がん罹患に伴ううつ病は大きな問題をもたらす。がん患者におけるうつ病の有病率は高く、Mitchellのメタアナリシスによると、積極的抗がん治療終了後の患者における有病率は14.1%と報告されている¹⁹⁾。がん患者がうつ病を合併すると、自殺するリスクが高くなる²⁰⁾、入院期間が長くなる²¹⁾、根治率を上昇させるホルモン療法を受けなくなる²²⁾という影響も明らかになっている。うつ病は、治療的介入によって緩和することが可能²³⁾であるが、見過ごされやすいという問題もある。2007年以降実施されているがん対策推進基本計画においても大きな課題として一貫して取り上げられており、リエゾン精神科医による適切な介入が行われることが求められている。

臓器不全患者では高率に精神症状を生じる。たとえば心不全では重症度と相関して抑うつが合併し、抑うつは合併は死亡リスクを上昇させ²⁴⁾、不安が合併することにより、さらに予後を悪化させる²⁵⁾ことから総合病院精神科医の介入は生命予後向上のためにも期待される。なお、平成30年度診療報酬改定で、末期心不全が緩和ケア診療加算の対象に追加された。また、臓器移植において精神科医は、倫理コンサルテーション（例：ドナーの意思確認²⁶⁾）としても関わってきた。一方、臓

器移植患者の約6割が移植後に精神疾患に罹患し、移植前後のうつ病が死亡率を上昇させることが示された²⁷⁾。また、本邦からも生体ドナーの精神疾患発症についての報告もあがっている²⁸⁾。

このように、身体疾患に併存する精神症状に対応する総合病院精神科医の役割は大きく、多職種連携の下での幅広い活躍が求められている。

1.1.3. 身体疾患に影響する心理的要因（心身症を含む）

心理社会的ストレスは脳に影響を与え、次いで脳（心）と身体が相互に作用し、自律神経症状などの身体的な反応が出現するのが心身相関である。心理社会的ストレスが強く関与し、心身相関を元に発症もしくは増悪する身体疾患が心身症である²⁹⁾。代表的な心身症は高血圧症、機能的ディスペプシア、アトピー性皮膚炎、疼痛性障害（慢性疼痛）などがあげられ、関わる身体診療科は多岐にわたり³⁰⁾、これらは身体疾患に心理的要因が影響することを強く示唆している。総合病院においてリエゾン精神科医が身体科と連携し、病態に踏み込んだ治療を行うことで、身体疾患の予後改善や患者のQOL向上に寄与することが期待されている³¹⁾。

上述した慢性疼痛の国内保有率は約22.5%であり、社会的経済損失額は30兆円を超すと概算されている。2020年に国際疼痛学会は、痛みを再定義した。近年、第3の痛み分類として痛覚変調性疼痛（nociceptive pain）が提唱され³²⁾、また国際疼痛学会がICD-11にてこれまで原因不明の痛みとしていたものを一次性慢性痛に分類するなど、国際的に痛みの概念が拡大状況にある。線維筋痛症³³⁾を含む慢性疼痛は難治で、身体要因と心理社会的要因の煩雑な関与が報告され³⁴⁾、脳機能や情動の密接な関与が示唆される。また睡眠障害や抑うつなどの精神症状も多く併存するため、総合病院精神科医の治療面での積極的な関与が望まれており、若手精神科医師へのこの領域への育成にも注力する必要がある。

多くの国民が罹患する糖尿病、心血管系疾患、脳血管疾患などの慢性疾患の経過には、アドヒアランス（通院・服薬・食事・運動など）が大きく関与する。適切な健康行動の獲得には、何を行う

べきかとその理由(知識),どのように行うか(技術), そうしたいと望む気持ち(意欲)が必要となり³⁵⁾, 一方で, アドヒアランスの悪化には慢性疾患患者に高率に合併するうつ病がその一因となっており, 生命予後にも悪影響をもたらす³⁶⁾。日本では心血管障害³⁷⁾, 腎移植³⁸⁾などにおいてアドヒアランスに関する報告があるが, 総合病院精神科が関与する機会は未だ十分ではない。近年, 医学教育の国際基準に行動科学が含まれたように³⁹⁾, 医療者が患者を行動科学の側面から理解し, 関係構築や適切な健康行動の獲得と維持に貢献することは, これからの重要な課題といえる。

1.1.4. 意思決定支援に関するコンサルテーション

がんや心疾患など生命に関わる重大な疾患の医療において, 患者・家族は通常反応から病的反応を含む急性のストレス反応のなかで, 比較的短期間(救急医療: 時間単位, 移植医療: 数日~数週単位, がん医療: 数週単位)に複雑さや不確かさを含む意思決定を求められる。

医療コミュニケーションやその支援は重要であるとされ, 平成19年にがん対策基本法が施行されたがん領域では, がん治療医による適切な説明や看護師による心理支援体制に対する保険医療(がん患者指導管理料), 精神科医や心理職など精神症状に対応するスタッフの配置(がん診療連携拠点病院設置基準)が制度化され, 有効性が実証された医療コミュニケーション訓練^{40, 41)}やエビデンスに基づくコミュニケーションガイドライン⁴²⁾の開発が行われているが, その他の領域では未だ十分な対策が取られていない。循環器領域では平成31年に循環器病対策基本法が施行され, 今後の制度充実が期待されるため, 関連学会と協調して意思決定支援の制度を求めていくことが望まれる。また現在, 厚労省の定める緩和ケア研修会プログラム(PEACE)の活動を通じて, これまでのがん領域における緩和ケアを循環器領域にも応用しながら, 循環器における特性を配慮した精神および心理的ケアの強化に緩和医療学会と協働して取り組んでいる。

その他の領域として, 人工透析, 人工呼吸器, 対外式膜型人工肺(extracorporeal membrane oxygenation: ECMO), 補助人工心臓などの人工

臓器の導入や治療差し控えなどについて, 主治医および関係する多職種とともに原疾患の病期や医学的・倫理的な適応と妥当性を検討することと, 患者・家族の精神医学的評価, 意思決定支援が期待されている⁴³⁻⁴⁵⁾。

意思決定支援において精神保健の専門家に求められる役割は以下のようなものがある。①同意能力評価(同意能力の構成要素や評価を理解, 実践できる⁴⁶⁾), ②本来の患者の意向に沿った意思決定の支援(a. 患者の理解力や心理特性, 原疾患への理解や認識, 説明内容や同席者に関する希望等に配慮した情報提供を治療医と連携して行う, b. 精神症状や精神疾患の意思決定への影響を患者と共有し, 比較的即効性のある心理介入や薬物療法などで影響を軽減する, c. 機械的補助循環や移植医療などの生命に直結する意思決定を行う場合, 精神的侵襲の軽減を図りつつ, 患者とメリットだけでなくデメリットやリスク, 不確実性も正確に共有できるよう治療医と連携・協働する), ③精神症状や精神疾患による治療選択の制限を低減する(a. 身体疾患治療医の懸念に気づき, 精神症状対応の保証と限界を治療医と共有できる, b. 精神症状や心理的苦痛による治療上の困難を予想し, 予防, 早期介入を行える)。特に患者が不利な決断をしようとしているときに, 精神保健の専門家として高い専門性や倫理的視点が必要とされる。

また, 生命に関わる疾患の治療拒否や治療不遵守の背景に, 気づかれにくい精神疾患や心理特性があることがあり, 精神保健の専門家として関与が求められる。患者にとっては見捨てられリスク, 医療者にとっては倫理的・感情的傷つき, 訴追の恐れなどの問題を伴うため, 専門家として精神疾患を含めた問題行動の背景評価, 自律性を尊重しつつ患者の価値観を尊重できる代替案の検討, 拒否時の最低限の安全保障や記録の残し方の助言, 医療者の心理的傷つきに対するケアなど身体疾患治療医と協働できる必要がある。

1.2. 精神疾患患者の身体合併症治療

精神疾患患者における身体合併症には, ①精神疾患患者の一般身体疾患の罹患, ②自傷, 自殺企

図などによる身体症状・身体疾患，③精神科治療薬による副作用などが含まれる。身体合併症は他の診療科の関与がなければ対応できない。身体疾患が重症化し、入院が必要となった場合、総合病院への入院が必要となる。その場合、精神症状が軽症であれば、精神科医がいない総合病院でも受け入れは可能であろう。しかし、本来は精神科医がいる総合病院での受け入れが望まれる。精神症状が一般の病棟では対応が困難なほど重症の場合、総合病院の精神科病棟でなくては対応が難しくなる場合が多い。他の診療科との連携を円滑に行い、精神疾患患者の身体疾患治療を有効に行うことが必要になる。

1.2.1. 精神疾患患者の一般身体疾患の罹患

精神疾患患者が自己の健康に対して無頓着であり、喫煙、飲酒、栄養の偏り、食事制限の不徹底、運動不足などから糖尿病や脂質異常症などの生活習慣病を発生し、病識の乏しさから不十分な治療しかできず悪化の一途をたどることがある。このようなことから重度の精神疾患患者は一般集団に比べて平均寿命が10～25年短い⁴⁷⁾。精神疾患患者が悪性腫瘍を患い、がん治療が必要となったり、精神科病院に入院中に骨折し、精神疾患の管理と骨折の治療を同時に依頼されるなども総合病院精神科医はよく経験する。

1.2.2. 自傷、自殺企図などによる身体症状・身体疾患

自傷、自殺企図などにより救急外来や救命救急センターに搬送されるケースは多い。自殺企図者への対応は、有床・無床に関わらず総合病院精神科医の最も重要な仕事の一つである。無床であれば、自殺企図者の的確な精神科診断と継続的な精神科治療の必要性の有無の判定が求められ、有床の場合はそれに加えて、救急治療が終了した後の精神科診療を引き続いて同じ病院の精神科病棟で行うか否かの判断を行う。

1.2.3. 精神科治療薬の副作用

精神疾患患者は副作用による身体合併症に悩まされることが多い。抗精神病薬による薬剤性パーキンソン症候群や高プロラクチン血症、悪性症候群、SIADH、QT延長、不整脈、非定型抗精神病薬による体重増加、糖尿病、脂質異常症、高尿酸

血症、抗うつ薬や抗パーキンソン病薬の抗コリン作用による便秘、排尿障害、起立性低血圧、炭酸リチウムによる甲状腺機能低下症、腎機能障害、腎性尿崩症など留意すべき副作用は多岐にわたるが、見逃されていることも少なくない。特に多剤併用をする際には細心の注意が必要である。3剤以上内服している患者の死亡相対リスクは1.5～3倍にあたるという報告もあり⁴⁸⁾、多剤併用を可能な限り減らすことが望まれる。

総合病院精神科は迅速な検査体制や他科へのコンサルテーションができる強みがあるので、身体疾患に対して適切な対応を行い、副作用を最小限に抑え、患者の健康に配慮した治療を行うことが可能である。

1.2.4. その他

緊張病は脳炎との鑑別が難しく、高度な検査や全身管理が必要となり、深部静脈血栓症⁴⁹⁾や様々な身体合併症⁵⁰⁾を引き起こす。また、それにより全身衰弱から寝たきりになってしまうことがあり、集中的なりハビリテーションも必要になる。補液・栄養管理が長期にわたって必要となる場合が多く、難治例の場合m-ECTが必要となる。このため、総合病院精神科での入院管理が望ましい場合が多い。

1.3. 重点領域

1.3.1. 救急医療

1.3.1.1. 一般救急医療における精神科医の関与

3次救急医療施設はたいいてい様々なサブスペシャリティを有する救急医が救急患者を蘇生室で初期診療して、集中治療を含めた入院加療を施行している。2次救急医療施設ではたいいてい救急患者を初療室でトリアージして各診療科に振り分けている。いずれにせよ、救急医療は様々な診療科のバックアップ体制が必須であるので、たいいてい総合病院に併設されているが、その現場では精神障害を合併している救急患者にしばしば遭遇する⁵¹⁾。

a. 自殺企図患者

3次救急医療施設には墜落や縊首など様々な手段による自殺企図患者が1割前後搬送され、2次救急医療施設にも過量服薬や手首切創などの比較

的救命率の高い手段による自殺企図患者が数多く搬送されるが、そのほとんどが何らかの精神障害を合併している。

とりわけ自殺企図患者は精神障害も重症であることが多く、身体的治療と並行して、速やかな精神科的診断・治療も必要となる。2008年度の診療報酬改定においても、自殺企図患者の再企図を予防する目的で、「救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算」が新設された。救急医療現場では次々と搬送される患者を受け入れるために、ベッドコントロールが重要である。したがって、身体的治療が一段落した時点で、精神科医は帰宅としてよいのか、精神科外来でのフォローが必要か、精神科病床での入院加療が必要かなど適切に患者をトリアージすることが求められる。救急患者の多くは精神障害を合併しているので、救急医療現場における精神科医の需要は大きい。ところが、著しい供給不足であるのが現状である。非採算部門である精神科を併設している総合病院が減少したため、精神科医のコンサルトが得られない救急施設が増加した。したがって、救急医であっても、精神科的対応をせざるを得ない状況にあり、現場で難渋しているのが現状である。この状況をいかに改善するか本学会の大きな課題だと思われる。

ところで、救急医療現場では10歳代の若者の市販薬の過量服薬患者が増加している。合法的に容易に入手できる市販薬に依存している若者に生き辛さが募った際に、過量服薬に及んでいると思われる。そこで、身体科救急連携委員会では厚生労働省科学研究費補助金によって市販薬の過量服用で救急搬送された患者の依存・乱用、および自殺存のリスクについて多施設共同研究を施行している。

b. 身体疾患との鑑別が問題となる精神症状

救急医療施設には救急救命士または救急隊員によって、たとえば解離性昏迷を昏睡状態と、解離性けいれんをてんかん発作と、パニック発作を呼吸・循環器疾患と、すなわち精神症状を身体疾患と評価されて搬送されることがしばしばある。

c. 精神障害者特有の合併症・精神科治療薬の副作用

救急医療施設には心因性多飲などによる水中

毒・低ナトリウム血症、抗精神病薬の α 1受容体遮断作用によるシバリングの阻害や中枢性セロトニン・ドパミン遮断作用による中枢性体温調節障害などによる低体温症、抗精神病薬がリスク因子である肺動脈血栓塞栓症、薬剤性パーキンソン症候群による窒息／誤嚥、抗うつ薬によるセロトニン症候群などで精神障害者が救急搬送されることがある。その一方で、新薬の普及によって従来型抗精神病薬や三環系抗うつ薬の副作用である悪性症候群、麻痺性イレウス、尿閉などで救急搬送される精神障害者は減少した。

d. 入院後に発症する精神障害

入院後にせん妄、アルコール離脱症状、頭部外傷による器質性精神障害、心的外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder : PTSD) などの精神障害を発症することがある。いずれも、身体管理に支障を来すと予後を悪化させる可能性がある。

1.3.1.2. 精神科救急

総合病院で精神科救急を行うメリットは、精神・身体両面から救急患者に対応できる点であり、その意味では精神科救急を担当するのに最も相応しい医療機関は総合病院であると思われる。抗N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体抗体脳炎で洞停止を伴うケース⁵²⁾など、身体疾患の鑑別が必須となる精神病症状を呈するケースは少なくない。また以前より、救急搬送困難例では薬物中毒、急性アルコール中毒、精神疾患、認知症を背景とすることが多いことが指摘されており、さらにどの救命救急センターでも自殺企図者への対応に多くのエネルギーが割かれている。これらのことより、身体救急と精神科救急が同時に行うことができる総合病院精神科の必要性は高い⁵³⁾といえる。

しかし、有床総合病院精神科がある二次医療圏の数は141と全体の41%⁵⁴⁾であり、50%以上整備されているのは20道府県にとどまる⁵⁵⁾うえに、実際に精神科救急を実践している有床総合病院精神科は医師配置数、看護基準といった問題もあり決して多いとはいえない。ただし2020年の総合病院精神科基礎調査では、都道府県の救急システムに参画している施設は388施設中110施設あり、基幹病院（常時対応施設）が21施設、輪番

対応が48施設存在していた。

精神科救急における対応は地域により異なり、山形県では有床総合病院精神科が身体合併症対応施設とともに病院群輪番型施設として精神科救急システムに参画しており⁵⁶⁾、さらに奈良県立医科大学精神医療センターでは時間外の三次救急ケースに対応し緊急措置鑑定の全例に対応しており⁵⁷⁾、仙台市立病院精神科が再建された際には地域医療の実情に合わせ身体合併症に特化した機能を発揮している⁵⁸⁾。

精神科救急の任務としては重症の救急ケースに手厚い医療を提供し、長期入院を防止し社会復帰を目指すことがその任務の一つとしてあげられている⁵⁹⁾が、急性期における集中的なケアの投入は早期の地域移行に効果的で、慢性化のプロセスの防止に寄与する可能性が示されている⁶⁰⁾。治療抵抗性統合失調症にはクロザピンをを用いることも一方と考えられるが、その効果が十分に得られない場合にはm-ECTの併用は効果が一過性にとどまる可能性があるものの有用であるとされている⁶¹⁾。こうした急性期から亜急性期における専門的医療については、有床総合病院精神科が担い得る重要な機能といえる。つまり長期在院を抑制し精神障害者の地域での暮らしを支えるためにも、有床総合病院精神科が積極的に精神科救急へ参画し、その機能と地域連携を高めることが望まれる。

診療報酬面においては、有床総合病院精神科でも高報酬が期待できる精神科救急・合併症入院料が2008年に算定可能となった⁶²⁾が、実際に算定しているのは2021年時点で11施設にすぎない⁵⁸⁾。ただし総合病院で精神科救急入院料を算定している施設も12施設存在している⁵⁶⁾。精神科救急・合併症入院料や精神科救急入院料などの特定入院料は、精神保健指定医数、身体合併症患者の割合、措置入院患者数などの縛りがあり、その規定から外れると算定できなくなってしまう問題があるが、2010年の平均在院日数規定の改定により取得が容易になった10対1精神病棟入院基本料や精神科急性期医師配置加算を算定すれば精神科救急・合併症入院料と同等の入院収入が得られる場合もあり、今後、総合病院の精神科救急に関する診療報酬に関しては現実に即した見直しが必要

である。

1.3.2. 自殺対策

精神疾患や身体疾患の自殺リスクについて、従来から指摘がなされている⁶³⁾。WHOのワールド・ヘルス・レポート(2001年)では、保健医療における精神疾患への焦点化が行われ、日本の精神医療への提言(2002)として、コミュニティケアの推進、精神障害者の権利擁護活動、社会精神医学的研究の実践、公衆衛生への関心、エビデンスによる施策提言などが示された⁶⁴⁾。その後、自殺予防レポート(2013年;日本語版は2014年発刊)を策定し、自殺予防は世界的課題であることや包括的戦略が必要であることが示された⁶⁵⁾。

わが国では、世界のなかでも高い自殺率が続いており、2006年に自殺対策基本法が制定され、2007年には自殺総合対策大綱が施行され、国家的な自殺対策が推進されてきた。自殺未遂は、自殺の最大リスク要因であり、大綱の重点項目の一つが自殺未遂者ケアである。救急医療機関に搬送される約5%が自殺未遂者であることが指摘されているが⁶⁶⁾、自殺未遂者ケアにおいては、多職種によるチーム医療を提供することにより、自殺未遂者の抱える精神医学的な問題だけでなく、幅広い心理社会的問題について支援が提供される必要がある。大綱では、自殺未遂者ケアの推進のためのガイドライン策定とその普及が課題とされ、ガイドラインの策定と教育的なアプローチが進められてきた^{67,68)}。自殺未遂者ケア・ガイドラインの使用と普及状況、自殺未遂者ケアに関する知識と実践について、全国の精神科入院料認可施設を対象に実施された調査では、精神科救急医療ガイドライン(日本精神科救急学会監修)を診療の参考にしているとするものが約80%を占めており、ガイドラインの役割の重要性が示唆された⁶⁹⁾。また日本臨床救急医学会では、自殺未遂に加えアルコールや薬物依存、過換気症候群、精神病症状を合併する状態、昏迷状態など、救急現場で遭遇する精神症状・状態像に対する標準的初期診療の実践を学ぶためのPsychiatric Evaluation in Emergency Care(PEEC)コースを開催し、救急医療従事者の教育に取り組んできている⁷⁰⁾。

2005年より、自殺対策のための戦略研究(Jap-

anese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention : J-MISP) による「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較試験 (A Randomized Controlled Multicenter Trial of Post-Suicide Attempt Case Management for the Prevention of Further Attempts in Japan : ACTION-J)」により⁷¹⁾、救急医療部門に搬送された自殺未遂者に対する、精神医学的評価、心理教育、定期的な心理社会的介入を骨子とした支援プログラム (アサーティヴ・ケース・マネジメント) が開発された。ACTION-J 研究は、世界最大の自殺未遂者ケアの RCT であり、世界で初めて、実証的方法論で自殺未遂者へのケース・マネジメントの自殺再企図防止効果を検証したものとなった。その成果から 2015 年に厚生労働省により医療事業化され、2016 年にアサーティヴ・ケース・マネジメント介入プログラムが診療報酬化され、「救急患者精神科継続支援料」として位置づけられ、「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」が、該当施設の医療従事者に対する要件研修として日本自殺予防学会により開催されている⁷²⁾。2022 年度の診療報酬改定において、本項目が強化された。加えて、今年度は入院患者以外で地域社会からの孤立の状況などにより、精神疾患が増悪するおそれがある場合や、精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要と判断される場合の情報提供とつなぎに対して、こころの連携指導料の枠組みが作られた。自殺の危険性がある患者についても想定されており、精神科以外の医療機関と精神科の自殺ハイリスク者の病診連携もさらに重要課題となっていくと考えられる。

一方、病院における患者安全としての自殺予防の取り組みとして、2005 年度より、公益財団法人日本医療機能評価機構認証の認定病院から成る認定病院患者安全推進協議会に「精神科領域における医療安全管理検討会」が設けられた。認定病院への大規模調査の結果、相当数の病院で自殺事故が発生していることや、事故後の当事者への直接的なケアが不十分であることが明らかとなり、その対策として、同協議会において、さらに「院

内自殺の予防と事後対応に関する検討会 (河西千秋座長)」が設置され、病院内の自殺事故予防とスタッフ・ケアに関する教育プログラムが開発され、2011 年より研修事業が認定病院を主な対象として進められてきた⁷³⁾。2016 年の認定病院の大規模調査では、未だに病院内の自殺事故予防とスタッフ・ケアが課題であることが確認され、2017 年に公益財団法人日本医療機能評価機構および認定病院患者安全推進協議会、そして院内自殺の予防と事後対応に関する検討会の連名による院内自殺の予防と事後対応に関する提言が発表され、病院での自殺対策への取り組みを推進している。併せて同機構での病院機能評価においても、これらの視点が加えられることとなった。

前述した公益財団法人日本医療機能評価機構の自殺の実態調査では、がん患者の自殺が多く割合を占めていたが、がん対策における自殺予防の重要性の認識が高まっている⁷⁴⁾。さらに、国立成育医療研究センターなどの報告によると、2015 年から 2016 年での妊産婦死亡の原因で最も多い理由は自殺であり⁷⁵⁾、産前から産後にかけてのメンタルヘルス対策は、現在、国を挙げての課題となっている。これらをはじめとして、ほかにも各種身体疾患における自殺リスクの問題もあることから、総合病院精神科が関与する自殺対策領域は幅広い。そして、地域において法と大綱に基づき自殺対策が推進されているなか、総合病院精神科の地域関係機関との連携や、精神科以外の身体科による精神疾患や自殺リスクに関するゲートキーパーとしての役割やプライマリケアの役割は大きい。

今後の総合病院精神科の課題としては、これまで述べてきた事柄の実践に加えて、多職種協働によるチーム医療と地域ケアとの連携という、本来、総合病院精神医学に期待される中核的役割に加え、スタッフの自殺リスクの評価や対応、自殺予防スキルの向上も重要であり。また、スタッフ・ケア、遺族ケア、地域教育など、社会から期待される領域に届えていくことが求められる。そして、臨床基盤が十分でないなかでも自殺予防に取り組まなければならない病院も少なくないため、こうした臨床体制を強化していくような施策的支援に

についても期待したい。

1.3.3. 周産期医療

周産期メンタルヘルスは、妊娠中の母胎の健康、産後の養育、児の発達を左右する重要な支援課題である。日本の妊産婦死亡および後発妊産婦死亡の最も多い原因が自殺であると公表⁷⁶⁾されて以降、周産期メンタルヘルスは周産期医療の重要な課題として位置づけられることになった。それに伴い2016年の診療報酬改定では、精神疾患を有する妊婦に対し「ハイリスク妊娠／分娩管理加算」が算定可能となり、2017年には産後うつ病の早期発見と虐待予防を目的とした産婦健康診査事業が開始となった。そして2018年の診療報酬改定にて、産科と精神科および市町村の連携促進目的で「ハイリスク妊産婦連携指導料」が新設された。以前にも増して地域から総合病院へハイリスク妊産婦が紹介されるようになり、総合病院精神科医が周産期メンタルヘルスに関わる機会が増えている。しかし周産期という特殊性もあり、この時期の患者を受け持つことに戸惑いをもつ精神科医は未だ少なくない。一方で、2014年に英国のNICEにより周産期メンタルヘルスの臨床ガイドラインが発表⁷⁷⁾されて以降、日本においても周産期メンタルヘルスを専門としない医療者も活用できる診療ガイドの整備が精神科医や産婦人科医、その他の関連職種の特任家の協働で進められ、公表されている⁷⁸⁻⁸⁰⁾。

周産期メンタルヘルスの実践には、総合病院内の多職種連携のみならず、地域の周産期に関わるスタッフと情報を共有しながら産前から産後まで切れ目のない長期的なケアを提供していく必要がある。総合病院の枠組を越えた地域リエゾン活動もこれから必要になってくるだろう。そのため周産期に関わるスタッフに対する精神疾患の知識、スクリーニング、アセスメントならびに対応の標準化に関する教育は総合病院精神科に求められる役割の一つである⁸¹⁾。また周産期メンタルヘルスを専門としない精神科医に対して、プレコンセプションケア（妊娠前の女性とカップルに医学的・行動学的・社会的な保健介入を行うこと〔世界保健機関 World Health Organization：WHO, 2012〕⁸²⁾、周産期の薬物治療、そして地域で利用可能な育児

支援体制などの理解を広めることも今後の課題である。

1.3.4. 緩和医療（がん、心不全など）

2020年の政府統計⁸³⁾によると、わが国では年間約137万人が死亡し、その約3/4を75歳以上が占める。死因は多い順に、悪性新生物（27.6%）、心疾患（15%）、老衰（9.6%）、脳血管疾患（7.5%）である。総合病院精神科医は上記疾患のメンタルヘルスケアに対応する必要がある。

2014年のWHOの報告によれば、終末期に緩和ケアが必要とされる疾患のなかで、循環器疾患は全体の38%を占め、悪性新生物の34%を超えて第1位とされている⁸⁴⁾。そして、2018年WHOは緩和ケアをUniversal Health Coverage（すべての人が受けることができるように整備しなければならない医療）の一つとして位置づけ、その対象は“serious illness”を含むものとした⁸⁵⁾。Serious illnessは現時点で緩和ケア診療加算の対象疾患である悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、末期心不全（*2018年追加）だけでなく、慢性閉塞性肺疾患、脳卒中、認知症、神経難病、COVID-19も含んでいることは明らかである。

わが国では、2016年がん対策基本法の改正の際に緩和ケアの定義が改められ、循環器疾患などががん以外の患者に対する緩和ケアの議論が緒についた⁸⁶⁾。がんと循環器疾患とでは、たとえば疾病経過や患者の年齢層、適応となる治療法など相違点はあるものの、緩和ケアにおいて普遍的なことは、治療と併行して提供され「予後と病状を勘案したうえで、患者の価値観に沿った、患者のための最善」をテラーメイドで作り出す医療・ケアであることであり、健康寿命の延伸などが望まれる時代において、その普遍性を総合病院精神科医が教育・実践・普及する必要がある。

日本緩和医療学会によると、2021年度緩和ケアチーム登録数は552施設であった⁸⁷⁾。緩和ケアチームへの依頼のうち20.5%は精神症状についての依頼であるが⁸⁷⁾、精神科医あるいは心療内科医が専任として勤務している施設数は、391施設である⁸⁸⁾。このように、専任の精神症状担当医をおいている施設は61%⁸⁸⁾にとどまっており、精神症状担当医不在の施設において、精神症状の対応

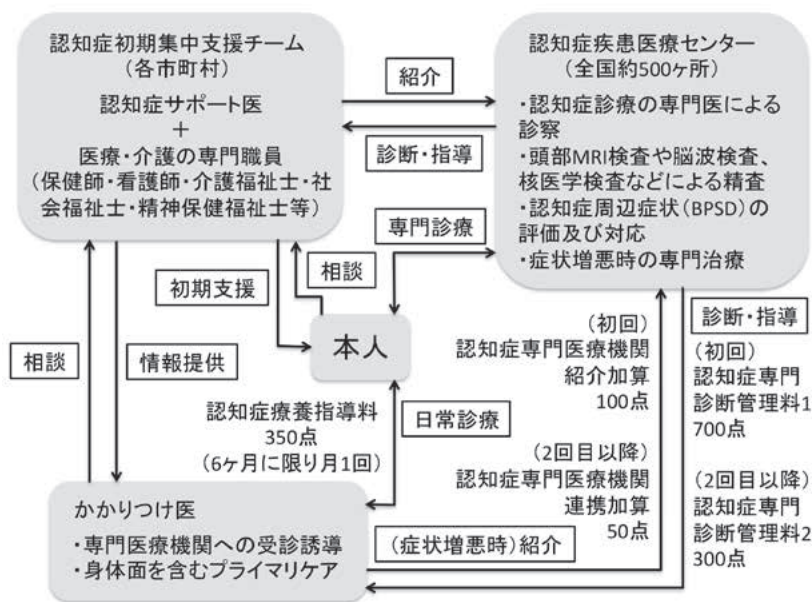


図1. 認知症初期支援の概要

に苦慮している現場のニーズが推察される。

以上から、総合病院精神科医は serious illness の精神症状の対応のみならず、包括的アセスメントや倫理的支援の側面から重要な役割を果たしていることは明らかであり⁸⁹⁾、引き続き緩和医療に携わる精神科医の割合を増やしていくことは必須と考えられる。

1.3.5. 高齢者（認知症を含む）医療

日本はつとに知られる超高齢社会であり、65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は2021年に29.1%となった。2030年に31.2%へ増加すると予想されている⁹⁰⁾。これに伴い、2012年に462万人だった認知症患者も、2030年には約800万人へ膨れ上がると見込まれる⁹¹⁾。

2019年、厚生労働省より「認知症の人や家族の視点を重視しながら『共生』と『予防』を車の両輪として施策を推進する」認知症施策推進大綱が発表された⁹²⁾。その一翼を担う認知症の一次予防や早期診断、早期治療などについて、総合病院精神科の果たすべき役割は大きい。

これを受け、医療や介護に適切につながっていない認知症患者への支援を行う認知症初期集中支援チームが全国に配置されるようになった。認知

症サポート医や保健師らの多職種によって構成されたチームであり、患者を（主に）認知症疾患医療センターへ紹介する（図1）。激しい行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）を呈するなど生活障害が前景化している患者も少なくなく、総合病院内の認知症疾患医療センターにおいては精神科による積極的な介入が求められる。そこで頭部MRI検査、各種核医学検査などの精査および初期治療を行い、地域のかかりつけ医へ逆紹介する。この際「認知症専門診断管理料1700点」を算定できる。

総合病院における身体的治療において、認知機能低下やそれに伴うBPSDが入院治療上の障壁となることは多い。これに対し、多職種連携による認知症ケアチームが整備されつつあり、精神科スタッフの参画も期待されている。入院後14日以内において「認知症ケア加算1160点」を算定できる。チームの設置が難しい場合も、必要な人員を揃えれば同様にして「認知症ケア加算2100点」を算定可能である。

認知症を有さなくとも、高齢であることはせん妄の準備因子となる⁹³⁾し、老年期うつ病や認知症前駆状態として抑うつを来すこともある⁹⁴⁾。これ

らは往々にして身体科の治療の妨げとなるため、入院外来を問わず精神科による併診が望ましい。フレイル予防の一端を担うことにもなる。また、向精神薬による有害事象リスクは若年者と比べて高い。身体科から処方されているベンゾジアゼピン系薬剤によるせん妄や転倒、抗うつ薬（慢性疼痛への漫然投与など）や抗認知症薬による悪心や易刺激性などに留意すべきである⁹⁵⁻⁹⁷。他科との連携を密にし、心身相関の視点をもって精神科としての職責を全うしたい。

2021年、アルツハイマー病に対する世界初の疾患修飾薬として aducanumab が米国で迅速承認された。その有効性には未だ議論がある⁹⁸が、今後日本でも認知症の疾患修飾薬が承認される可能性がある。近い将来、疾患修飾薬が認知症に対する薬物治療の主流となれば、「共生」と「予防」だけでなく「回復」も認知症診療の目標の一つとなりえよう。

1.3.6. 臓器不全・移植医療

わが国における移植医療は、免疫抑制剤の開発・進歩や周術期の周到な管理などによって治療成績が大きく向上し、臓器不全を抱えた患者にとって重要な治療選択肢となった。移植医療とはまさに集学的治療であり、多分野・多職種の専門家によるアプローチが必要不可欠となる。日本移植学会による移植認定医制度（2011年施行）では、移植医、内科医、小児科医、病理医に加え、精神科医も移植医療を担う一員とされており、今後精神科医に対する期待はさらに増えるものと考えられる。

臓器移植は、臓器を提供する者（ドナー）とそれを受け取る者（レシピエント）が存在して成り立つ、極めて特殊な医療である。したがって、ドナーやレシピエント、その家族には、一般的な治療では経験することのない、移植医療特有の心理・社会的または精神医学的問題が生じることになる。移植医療に関わる精神科医は、このような特殊性を十分理解したうえで、適切なアセスメント方法やアプローチ内容について知識を深めておく必要がある。さらに、集学的治療の観点から、多職種連携に関するスキルが求められるのはいくまでもない。

このような精神科医へのニーズを受け、本学会では2010年に治療戦略検討委員会の作業部会として「生体臓器移植ドナーの意思確認の指針作成小委員会」が発足し、2012年に臓器移植関連委員会（現、臓器不全・臓器移植関連委員会）が発足した。2013年には同委員会によって「生体臓器移植ドナーの意思確認に関する指針」⁹⁹が発刊され、その後、多くの移植施設（腎70%、肝90%）で精神科医による第三者面接が実施されていることが全国調査によって示された¹⁰⁰。また、2021年には「臓器移植希望者（レシピエント）の心理社会的評価に関する提言」が出版された¹⁰¹。

この10年で、わが国からも移植精神医学に関するいくつかの知見が発信されている。例をあげると、アルコール関連肝不全に対する肝移植患者のアルコール症再発¹⁰²、アルコール移植レシピエント候補者の心理社会的評価¹⁰³、生体臓器提供の意思決定¹⁰⁴⁻¹⁰⁶や提供後の満足度¹⁰⁷、ドナーの併存精神疾患¹⁰⁸⁻¹¹⁰、レシピエント候補者の心理社会的評価尺度¹¹¹などである。今後、本学会としても新たなエビデンスを構築していく必要があり、さらには精神科医が移植医療に関わることの重要性について、多くの医療者や国民に発信していくことも重要である。

1.4. 一般医療と精神医療との連携が拡大している分野

1.4.1. 臨床倫理コンサルテーション

2014年にわが国は障害者権利条約を批准した。続けてマスタープランである成年後見制度利用促進基本計画に基づき、意思決定支援に関するガイドラインを公開し、高齢者と障害者本人の特性に応じた意思決定支援と自発的意思を尊重する体制の整備を目指している^{112, 113}。

加えて、医療の高度化と高齢者の診療機会の増加により、治療のリスクとベネフィットが拮抗する場面や、認知機能障害をもち意思決定能力が十分ではない場面が増加してきた。臨床では、緩和ケアチームや認知症ケアチームが、倫理的な課題の整理を担っている。CLP医は、チームの一員として、意思決定能力の評価とそれに応じた支援方法の検討・提案を行っている。一部の医療機関

では臨床倫理コンサルテーションチームを設置する動きも始まった。本学会でもマニュアルの整備や学会シンポジウムの開催を通して、その重要性や知識の普及を進めてきた¹¹⁴⁾。

一方で、以下の課題がある。①意思決定支援や関連するガイドラインの認識が途上であること¹¹⁵⁾、②療養場所や蘇生処置の実施について、患者と医療者の間で話し合いが限られていること (2019年実施の遺族調査)¹¹⁶⁾、③意思決定支援に関する適切な支援体制の整備が途上であること (特に、転倒などの医療安全の問題と関連した身体拘束の判断) (2018年実施の調査)¹¹⁷⁾がある。

生体臓器移植領域では、健常と判断されたドナーに高侵襲的な手術が施行される特殊性から提供意思の確認が重要となる。上記のように、現在、日本移植学会の倫理指針には、家族以外の「第三者」によって自発的な提供意思の確認を得ることが明記されており、精神科医や公認心理師らが面接を担当することが多い¹¹⁸⁾。2013年には、本学会より生体臓器移植ドナーの意思確認に関する指針が作成され、具体的な評価方法が標準化されつつある¹¹⁹⁾。客観的な評価を担いながらも多職種連携にて患者がよりよく意思決定できるよう援助することが求められる¹²⁰⁾。

今後、精神科医のチーム活動への参加状況を把握するとともに、意思決定支援に関する普及・啓発、指針の整備を進める必要がある。

1.4.2. 災害医療

昨今、自然災害が多発し、全国で被災事例が増加している。社会情勢の変化に伴い人的災害の危険性も高まっている。世界で500万人が死亡しているCOVID-19パンデミックは感染症災害とも称される。2013年以降、都道府県単位でDPATが整備されてきているが、充足度合には著しい地域差があるのが実情である。このような社会変化に伴って、総合病院における精神医療のニーズがますます高まっている。事業継続計画 (business continuity planning : BCP) に基づく視点から、地域差や施設差を超えて、総合病院精神科において、今後必要と考えられる対策を下記にまとめた。

①自然災害、人為災害の多い日本では、各地域

で被災後の精神医療ニーズが増しており、災害関連の身体疾患に伴うリエゾン精神医療の充実の必要性が高まっている¹²¹⁾。災害時には総合病院に身体疾患を来した精神疾患患者が多数搬送されることがあり、一般病床、精神科病床を問わず精神医療の拠点としての対応が求められる¹²²⁾。その体制整備と教育、人材育成が必要となる。災害発生時には、うつ病、適応障害、既存の精神疾患の再燃再発、アルコール関連障害、心的外傷後ストレス反応、PTSD、喪失に伴う悲嘆反応、認知症を伴う高齢者支援、子どものこころのケアや周産期メンタルヘルスなどの児童・妊産婦支援、支援者支援、産業メンタルヘルスに関わる支援など、患者や家族にとどまらず、院内外の様々な関係者への対応が求められる。老若男女に対し、全人的であり、また精神医療のみならず、精神保健・福祉・介護など、広い視点をもつことが地域医療や被災地リエゾンの観点から求められる^{123, 124)}。

②COVID-19などの感染症災害において、総合病院精神科は各地域における精神医療全体のなかで中核的な役割を求められる¹²⁵⁾。患者の身体的、精神的重症度に応じて、近隣の精神科単科病院や高度医療機関との連携が必要になり、平時から地域医療の全体像を把握しておくことが必須である。また各総合病院の医療スタッフに負荷がかかるため、精神面の支援者支援の体制整備と教育、人材育成が不可欠である。そのためにも総合病院精神科医師やコメディカルスタッフの常時からの増員が必要である。

③急性期から中長期にかけて、総合病院精神科が災害時の地域精神医療の中核的存在として機能すること、身体疾患に伴ってCLP診療を必要とする者の増加に対応できること、医療者や地域住民への支援者支援のスキルを学習することなどは、今後いっそう必要になる^{123, 126-129)}。

④災害時にCLP診療を必要とする者の特性や有効な対処法に関する調査研究を行って知見を集積し報告することも、類似事態への備えとして必要と思われる。

総合病院精神科には、上記の課題と対策を包括して、災害対策において重要な役割を果たすことが求められている。このことを精神科領域の医

療・保健・福祉専門職はもとより、広く国民にも啓発する必要がある。

1.4.3. 地域リエゾン医療

これまで、CLPという概念はもっぱら病院内部での精神科と一般科の連携を示すものとされることが多く、緩和ケアへの参加なども含め多面的な展開が進められ、また精神科リエゾンチームに代表される、多職種を交えたチーム医療などが議論されてきた。

しかし、超高齢化社会の進行のなかで、地域社会の医療・介護ニーズは多様化し、精神疾患に関しても病院内にとどまらず、地域での活動も視野に入れることが要求されている。実際、精神疾患を有する患者に身体合併症が出現したときや、内科で継続診療されている認知症患者にBPSDが出現したとき、在宅の緩和ケアの患者に精神症状が出現したときにどのような体制でサポートすべきか、具体的な構想の提示が求められており、喫緊の課題とされる「精神障害にも対応できる地域包括ケア」のなかに位置付けることで、有床・無床を問わず総合病院精神科の存在感を高めることになると思われる。

2014年、2016年に相次いだ総合入院体制加算の再編成は総合病院精神科に大きなインパクトを与えたが、これをうまく活用すると無床総合病院精神科の常勤医複数化が可能となるし、病院内部外部へのアプローチを積極的に進めその存在意義を示すことが可能となる。有床精神科に関していえば、救急の場で姿を現す自殺企図患者の精神科リエゾンチーム活動を通しての継続支援などのように、チームのなかの精神保健福祉士や公認心理師が積極的に活動し、地域生活のなかで困難を抱える人たちに実効性のある、重層的支援活動が今後行われていくことが求められていく¹³⁰⁾と考える。

その一方で、この診療報酬制度上の大きな変化に伴い、地域医療の現場に総合病院で臨床経験を積んだ単科精神科病院やクリニック勤務医の、精神科医のいない総合病院の一般病棟への「リエゾン」活動など多様な動きが認められるようになってきた¹³¹⁾。今後、この動きと連携し、有機的で実効性のある地域リエゾンの体制構築が急務であ

る。

また地域全体のニーズを満たす関係性の構築には、所属する組織から比較的自由的な立場で行動できる総合病院に勤務する精神保健福祉士の役割が重要と考えるが、その確保のために新たな財源が必要となる。その際にフランスが導入した一般福祉税（1995）や協働地域社会税構想（日本）は注目に値する¹³²⁾。上記のような役割を担う人材を財源的な面から担保するからである。

1.4.4. 小児医療

近年子どもの不登校や自殺関連行動^{133, 134)}、インターネット・ゲーム依存などが増加¹³⁵⁾し、自閉スペクトラム症や注意欠如多動症などの神経発達症が注目されるなど、児童・青年期の精神医学的問題に対応する必要性が増している。近年新たに児童精神科の診療部門や寄付講座を開設する医科系大学や、児童思春期精神科病棟を開設する医療機関が増えてきた¹³⁶⁾。また診療報酬の面でも「児童・思春期精神科入院医療管理料」や「20歳未満の患者に対する通院精神療法の加算」に加え、令和2年度には、小児科と心療内科が対象であるが、公認心理師による「小児特定疾患カウンセリング料」の算定が認められた。しかし現状、子どもの精神科診療を専門的に行う医療機関は、増加する患者数と比較すると極めて少なく、全国的に初診までの待機期間の長さが問題となっている¹³⁷⁾。

子どもの精神医学的問題は、神経発達症と神経症性の病態が多い（ただし中学生以降は精神障害や気分障害の発症が目立ってくる）¹³⁸⁾。また身体診療科との関わりでは、小児慢性疾患をもつ子どもの精神科的支援、自殺関連行動を呈する子どもの身体救急対応、周産期メンタルヘルスの子どもへの影響¹³⁹⁾などがあげられる。すなわち総合病院は子どもの精神科医療につながる窓口の役割を果たしており、精神科医は子どもの精神医学的評価や治療導入の役割をすることが期待される。

子どもの精神科治療は背景となる要因を検討し、環境調整を行うことも必要となる。その際に養育者が精神医学的問題を有し、養育者への介入が必要となることもある。また、学習や友人関係の問題、不登校など、学校問題がある場合には学校関係者との連携を、児童虐待など養育上の課題

がある場合には、児童相談所など自治体と連携する必要がある。その点で子どもの対応には、医師のみならず心理職やソーシャルワーカーなどの多職種で行うことが検討される。

成人期以降も精神科治療を必要とするのは、精神病性障害や気分障害、行動障害や精神症状を伴う神経発達症などである。幼児期から身体・精神科の問題で長期にわたり医療を受けてきた場合は、養育者や医療者が青年期になった子どもを抱え込み、成人の医療機関に円滑に移行できないことがある¹⁴⁰⁾。小児科・児童精神科側としては、移行前から子どもが自発的に医療継続をするように意思決定支援を働きかけること、成人の身体科・精神科側としては、このような移行に関する課題を理解して関わる必要がある。

1.5. 他の診療科との連携が不可欠な精神科専門医療

1.5.1. 電気けいれん療法を含むニューロモジュレーション

本学会の電気けいれん療法 (ECT) 委員会は全身麻酔と筋弛緩剤を使用したいわゆる「修正型」の ECT、ならびにパルス波治療器の普及を目指して活動を続けてきた。2009 年には本学会において「非修正型の根絶宣言」がなされ、今日、本邦において「ECT」とは修正型 ECT を意味する用語となった。それと関連して、2018 年からは ECT 麻酔に対して麻酔管理料が算定できるようになっている。また、ECT の技法が大きく進歩し、発作時脳波の評価¹⁴¹⁾、ECT 前のけいれん閾値に影響を及ぼす薬剤の調整¹⁴²⁾についての重要性も広く認知されるようになった。こういった技法の適正化や知識の普及において、当委員会は ECT 研修会、トレーニングセミナーや学会シンポジウム、ワークショップの主催を通して大きく貢献してきた。

一方で、以下のような課題がある。①右片側電極配置の普及が不十分：認知機能保護において優れ、欧米で主に高齢者に用いられている右片側電極配置¹⁴³⁾の普及率は 10% 程度にとどまる (2020 年調査)。②適応基準の未整備：本邦において使用頻度の高い統合失調症 (2020 年調査で全施行

例の 37%)、レビー小体型認知症やパーキンソン病¹⁴⁴⁾に対する適切な導入基準について議論が続いている状況である。欧米ではクロザピン抵抗性の統合失調症への治療選択として ECT が注目されているが¹⁴⁵⁾、本邦ではクロザピンの普及率が低いこともあって統合失調症への適応が複雑になっている。③ ECT 技法の未整備：臨床現場で問題となる発作誘発困難例への対応 (発作増強法)¹⁴⁶⁻¹⁵¹⁾、継続・維持 ECT を含む ECT 後の再燃予防策^{152, 153)}、COVID-19 への防御策¹⁵⁴⁾などについて、指針となるガイドラインが求められているが未整備である。

2016 年から本学会では十分な研修機能を有する ECT 研修施設を認定し (2021 年現在で約 50 施設、5 年ごとの更新)、ECT 施行に関する臨床指標を毎年実績としてデータベース化してきた。今後は、それらのデータベースを用いて現状を把握し、さらに各施設で問題解決型の共同研究を行う。そのうえで得られた知見を学会発表・論文化といった手段で国内外に情報発信し、それらを基盤として総合的な指針となるガイドライン作成に結びつけることを構想している。

1.5.2. クロザピン治療

クロザピンは、治療抵抗性統合失調症治療薬として、2009 年 4 月に日本で承認された。クロザピンの使用にあたって Clozaril Patient Monitoring Service (CPMS) と呼ばれる登録制度が策定されている。患者を入院させてクロザピンを導入することができる CPMS 登録医療機関への登録には、血液内科医、糖尿病内科医との連携が必須である。2021 年 11 月末現在で、CPMS 登録医療機関は全国で 530 施設あり、そのうち大学病院を含む総合病院精神科は約 75 施設に及ぶ。クロザピンの導入は遅れる傾向があり、その要因の一つは無顆粒球症などの重篤な副作用への危惧であるという¹⁵⁵⁾。日本では 2009 年 7 月から 2016 年 1 月までに CPMS に登録された 3,780 名の患者のうち、好中球減少症/白血球減少症の発生率は 5.4% だった¹⁵⁶⁾。院内の血液内科医らとの密接な連携により、副作用に対する迅速な対応が可能な総合病院精神科は、クロザピン導入にあたって、今後いっそう積極的な役割を果たしていくべきで

ある。

日本に先行してクロザピンを導入したニュージーランドでは、1990年には、初診からクロザピン導入までの期間は平均8年であったが、2006年には1年にまで短縮した¹⁵⁷⁾。米国のガイドラインでも治療抵抗性統合失調症に対して、早期のクロザピン導入が推奨されている¹⁵⁸⁾。わが国では、治療抵抗性統合失調症の条件を満たしてから2.8年以内にクロザピンを導入した場合、その後導入した場合と比較して、治療奏効率が約2.5倍高かったというYoshimuraらの報告がある¹⁵⁹⁾。今後、クロザピン治療は、より早期に導入され、初診からさほど時間の経過していない亜急性期の治療として位置づけられると考える。

他方、クロザピン処方への普及が先行している諸外国と比較すると、日本のクロザピンの普及率は極めて低い。こうした状況を踏まえて、厚生労働省は、令和2年度診療報酬改定で、地域移行・地域定着支援の重要な方略の一つとしてクロザピンの普及促進を提唱している。

つまり、クロザピンの導入とは、亜急性期の治療と地域移行の推進への関与である。その意味でクロザピン導入は精神科医療の中核に位置付けられる営為であり、高い診療密度をもつ治療環境が必要である¹⁶⁰⁾。総合病院精神科は、クロザピンの迅速で積極的な導入に重要な役割を果たすことが求められるが、同時に、十分とはいえない医師やコメディカルの人員配置を含めて¹⁶¹⁾、こうした営為に必要な高い診療密度が整備されていく必要がある。

1.5.3. 摂食障害診療

摂食障害の有病率は、以前は思春期・青年期の女性に多い疾患とされているが、近年は低年齢化と慢性化した中高年患者の増加が課題となり^{162, 163)}、さらに精神病理も多様化した¹⁶⁴⁾。摂食障害は体重減少や月経異常などの身体症状を主徴とするため、小児科や内科、婦人科を初診し、そのなかで精神科や心療内科に紹介されることが多い。身体状況が安定していれば、外来診療を中心に治療を行うことは可能である。しかし、低栄養状態、排出行動による電解質異常やそれに伴う消化器や循環器の異常、再栄養症候群など種々の身体合併症

の出現¹⁶⁵⁻¹⁶⁸⁾や、自傷・自殺企図も含め、身体的危機状況に至ることも多い。基本的には低栄養や脱水によってこれらの身体合併症につながると考えられる¹⁶⁵⁻¹⁶⁸⁾。そのため精神科医と小児科医や内科医、救急医と緊密に連携し治療を行う環境が望ましい¹⁶⁹⁾。さらには管理栄養士や公認心理師との連携も必要となる。このような背景により、摂食障害治療は、総合病院精神科における重要な役割と考える。

治療に関しては、2007年「神経性食欲不振症のプライマリケアのためのガイドライン」、2012年「摂食障害治療ガイドライン」が存在するが、これまで改訂は行われていない。現在、新しいガイドラインが作成中である。エビデンスに基づく形式になることから¹⁷⁰⁾、これまでのものとはかなり内容が変化すると思われる。海外のガイドライン^{171, 172)}で推奨されている個別治療法のいくつか（小児を対象としたFamily Based Treatment, 成人に対する対人関係療法, Maudsley Model of Anorexia Treatment for Adults）は本邦にも導入され実施されている。海外と比べ、著しい低体重を呈する本邦の実情を踏まえ、どのような位置付けになるのかは興味深い。

診療報酬上では、入院に対して摂食障害入院医療管理加算（BMI 15未満）と精神科身体合併症管理加算（重篤な栄養障害の患者）がある。また、2018年より「神経性過食症に対する認知行動療法」の診療報酬算定^{173, 174)}が可能となっているが、神経性やせ症への適応拡大は課題となる。

2014年には厚労省によるモデル事業「摂食障害治療支援センター設置運営事業」が開始され、現在、4カ所のセンターが設置されている¹⁷⁵⁾。2018年の第7次医療計画には、各都道府県に拠点病院を明記することが求められた¹⁷⁶⁾。今後、総合病院精神科の多くが拠点病院に指定され、摂食障害医療連携体制構築の中心になることが推測される。そこでは長期的治療効果の検証も求められることになるだろう。

1.5.4. アルコール依存症診療

日本のアルコール依存症（以下、ア症）医療の課題は、巨大なTreatment Gap（推定患者約100万人のうち専門治療受療率5～7%）¹⁷⁷⁾の克服で

ある。しかし、2013 年に関連学会・当事者・市民団体が協働しアルコール健康障害対策基本法が議員立法で成立後、国・都道府県の第 1 期計画 5 年が実施された今日でも、事態はあまり改善していない¹⁷⁸⁾。これは、①ア症患者は疾病否認が強く、身体科医が専門治療導入を試みてもほぼ効果がない、②最も患者が集中する総合病院（全入院患者の約 20% がア症と推定）で「ア症者への早期介入」という精神科のリエゾン機能が強く求められてきたが、人員不足など様々な制約でほとんど機能していない、③「断酒か否か」の二者択一型治療手法による患者のドロップアウト、④少数の精神科医しか依存症治療を行えない教育不足、などの要因による。また近年、電子機器の爆発的普及でゲーム・ネット依存などの低年齢化・深刻化が顕著であり、これらへの対応も必要である。

総合病院精神科に期待されているリエゾン機能強化を目指して、2017 年 11 月に本学会内に「アルコール・依存症ワーキンググループ」が立ち上がり、2018 年よりアルコール関連問題学会と「総合病院内外の連携」をテーマに毎年共催シンポジウムを実施し、2020 年『総合病院精神医学』誌で特集号をまとめ、2021 年 1 月にアルコール・アディクション対策委員会へ昇格した。

現在、総合病院精神科が担うべき依存症臨床におけるリエゾン機能は未だ不十分で、ア症で「架け橋」方式¹⁷⁹⁾などの先進事例を基に均てん化しようとしている段階である。ハームリダクションと治療継続を重視する新しい治療潮流¹⁸⁰⁾を総合病院でも積極的に取り入れる必要がある。教育機能も、いくつかの大学病院で「依存症治療も普通に行える精神科医の養成」が始まったばかりである。

総合病院でのア症早期介入が費用対効果でも優れていることは諸外国の研究でも明らか¹⁸¹⁾であり、厚労省モデル事業にも「総合病院内外の連携」として採用されたので¹⁸²⁾、さらなる発展が期待される。

1.5.5. てんかん診療

てんかんは本邦では制度上は精神障害に分類されるが、てんかん発作を主症状とする、小児期か

ら高齢まであらゆる年齢で発症する慢性の脳疾患である¹⁸³⁾。併存する精神症状や心理社会的困難は時にてんかん発作以上に問題となることが多い¹⁸⁴⁾。そのため、小児科、脳神経内科、脳神経外科などの医師や公認心理師、ケースワーカーとも協働しててんかん診療に参画することが総合病院精神科医には求められている¹⁸⁵⁾。てんかんは 100 人 1 人にみられるコモンな神経疾患であるが、本邦においては成人患者を診療するてんかん専門医は不足している¹⁸⁶⁾。特に今後増加が予想される、高齢発症てんかん¹⁸³⁾や小児科からのトランジション患者¹⁸⁷⁾の診療は精神科医へのニーズが高い。

さらに、近年本邦においてはてんかんセンターと呼ばれる高度なてんかん診療を提供する病院が増えており、その結果、心因性非てんかん性発作 (psychogenic non-epileptic seizures : PNES) との診断に至る患者も増えている。PNES の治療には精神医学的知識や技法が必要であり、さらに長時間ビデオ脳波では鑑別困難な症例もあるため、PNES の診断・治療においても精神科医の参加が望まれている¹⁸⁸⁾。

2013 年開催の第 26 回総会においててんかん関連のシンポジウム¹⁸⁹⁾、2017 年開催の第 30 回総会ではてんかん関連ワーキンググループが開催されるなど、徐々にてんかんへの関心が学会内にも高まり、2019 年治療戦略検討委員会内には「てんかん小委員会」が設立された。

同年開催の第 32 回総会においてシンポジウム「てんかん領域におけるリエゾン精神医学 (psycho-epileptology) 入門」を開催した。同シンポジウムの内容は 2021 年発行の学会誌 33 巻 1 号で特集された¹⁹⁰⁾。2019 年以降も毎年の総会で「てんかん小委員会」企画のてんかん関連のシンポジウム・ワークショップが開催された。

「てんかん小委員会」のメンバーの多くは日本てんかん学会認定てんかん専門医でもあるため、今後はてんかん学会と本学会合同でのシンポジウムや教育講演なども企画してしていく。さらに、学会員を対象として総合病院精神科におけるてんかん診療の現状およびニーズ調査を目的としたアンケートの実施を予定しており、その結果に基づ

いて様々な方法で効果的に、総合病院精神科医、特に若手医師やスタッフの人材育成に力を注いでいく必要がある。

1.5.6. 高度の鑑別診断・治療が求められる精神科医療

様々な身体疾患、すなわち、神経疾患、内分泌疾患、代謝疾患、電解質異常、肝疾患、腎不全などが精神症状などの精神疾患類似の症状を引き起こす。そのなかでも鑑別に苦慮する疾患は、抗NMDA受容体脳炎、中枢神経系ループス（神経精神ループス）、行動異常が主症状となることが多い認知症である。

a. 抗NMDA受容体脳炎

病初期に精神症状が主症状となるため多くの例は最初に精神科医が診ている¹⁹¹⁾。抗NMDA受容体脳炎は適切な治療を施さないと呼吸不全などから死に至り得る。予後は早期の迅速かつ強力な治療によって決まる¹⁹²⁾。したがって、この疾患を鑑別することは極めて重要である。鑑別にはけいれんや不随意運動などの神経所見、記憶障害や言語症状などの神経心理学的所見、意識障害や意識変容の存在、先行感染の存在、検査所見（MRI、脳波、髄液検査）が役立つ¹⁹³⁾。一方で、抗NMDA受容体脳炎と精神疾患を鑑別する精神症状については、非定型精神病（類循環精神病）が抗NMDA受容体脳炎に多いという報告¹⁹⁴⁾や、抗NMDA受容体脳炎は知覚変容が特徴的であり¹⁹⁵⁾、一方でSchneiderの一級症状は出現しないという報告¹⁹⁶⁾がある。

b. 中枢神経系ループス（神経精神ループス）

中枢神経系ループスに出現する急性錯乱状態と認知機能障害が精神疾患との鑑別を要する。認知機能障害は注意、記憶、精神運動速度の低下が特徴的であるが、Nishimuraら¹⁹⁷⁾はステロイド未導入の初期SLEで明らかな神経症状および精神症状を伴わない患者を対象として認知機能を検討し、精神運動速度の低下がSLEに特異的な認知機能障害領域であることを示した。一方、抑うつや不安を示す場合、SLEの罹患に伴う心理反応と中枢神経系ループスとの鑑別も未解決である¹⁹⁸⁾。中枢神経系ループスとステロイド精神病の鑑別は時に困難であるが¹⁹⁹⁾、ステロイド精神病の特徴

は、ステロイドの量に依存しやすいことが特徴である。中枢神経系ループスの病態にはノルアドレナリン作動性ニューロンの活動亢進が関連していることも示唆されている²⁰⁰⁾。

c. 行動異常が主症状となることが多い認知症

ハンチントン病、進行性核上性麻痺、行動異常型前頭側頭型認知症など行動異常や前頭葉症状を呈しやすい認知症は、しばしば精神疾患と誤診されることがある^{201, 202)}。行動異常が前頭葉症状に基づくものであるか、精神症状に基づくものかを明らかにすることが鑑別の一助となり得る。

2. 一般精神医療への総合病院精神科の関与

わが国の精神科医療を振り返ると、1900年（明治33年）の精神病者監護法公布に始まり、1919年（大正8年）の精神病院法公布といった法整備の下、精神病床数は1940年（昭和15年）には約24,000床まで整備され、その後太平洋戦争戦間期に急減している。1950年（昭和25年）には精神衛生法の制定により私宅監置制度が非合法化され、座敷牢が廃止された²⁰³⁾。諸外国においては精神病院の多くは公立であったが、この精神衛生法では都道府県立精神病院に加え、指定精神病院制度（都道府県以外の者が設置した精神病院）を設けたため多くの民間精神病院が誕生し、やがて昭和30年から40年代にかけて精神病床数の著しい増加を招くことになった。有床総合病院精神科は精神衛生法の規定による「精神病院以外の病院に設けられている精神病室」に端を発しているが、当初は200床から300床の大規模病床を有する総合病院に併設された一種の精神科病院として開設された²⁰⁴⁾。なお近年精神病床数は微減しているが、2018年の時点で定床33万床（実入院者28.9万人）を維持し、先進国のなかでは平均在院日数が極端に長く人口あたりの病床数も著しく多いことが知られている。諸外国では、1960年頃より精神科病床の削減が進められた。その結果、脱施設化が進行し、イタリア、カナダ、オーストラリアなどでは精神科病床はわずかに総合病院に残るのみとなっている²⁰⁴⁾。

近年の厚労省の精神科医療政策は、2004年に策定された『精神保健医療福祉の改革ビジョン』のなかの基本方針である「入院中心から地域生活中心へ」というフレーズにより方向づけられている。さらに2009年には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を受けた『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』が公表され、そのなかでは、精神疾患にかかった場合でも「質の高い医療、症状・希望などに応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会」を構築し、精神保健医療福祉の改革を更に加速することがうたわれている。こうした流れのなかで2018年には医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育を包括的に確保したシステムにより「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念を支え、多様な精神疾患などに対応するための土台づくりとしての基盤整備にもつながることを目的とした『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築が提唱されることになった。

このように、いわばコミュニティ精神医療へ転換していくための精神医療保健福祉システムの再構築を図るうえでは、わが国においても精神科病床をダウンサイズし、アウトリーチ機能を強化し²⁰⁴⁾、圏域ごとに小規模な精神科基幹病院を整備することが必要と考えられる²⁰⁵⁾。有床総合病院精神科は圏域における精神科基幹病院として最も機能し得る存在である。現に、自治体立病院であった千葉県旭中央病院では、病棟のダウンサイジングとアウトリーチ機能の強化により地域における精神科医療の拠点としての機能を発揮している²⁰⁶⁾。有床総合病院精神科である旭中央病院の取り組みは、わが国の精神科医療において地域生活中心への精神科医療体制の転換を行った先がけであり、有床総合病院精神科の可能性を感じさせる取り組みといえる。

また、2016年の総合病院精神科基礎調査における有床総合病院精神科の傾向として、精神科病床入院基本料15:1を算定しているような医師密度が低い病院は調査ごとに減少し、2016年では25%であり、医師密度が高い精神科病床入院基本料15:1を算定しない（精神科病床入院基本料15:1

以外を算定する）病院の精神科病床数平均値は50床であった²⁰⁷⁾。わが国の多くの有床総合病院精神科では平均病床数は50床となっており、すでに小規模循環型の地域の精神科基幹病院となる可能性が整っているといえる。

なお『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築を目指すうえで、有床総合病院精神科が多様な精神疾患などのすべてに対応することは困難であるが、例えば、山形県の公立置賜総合病院は人口20万人の二次医療圏のなかで、20床の有床総合病院精神科の実績をもって県の精神科救急システムに参画し、身体合併症対応施設のみならず精神科救急医療施設にも指定され、精神保健指定医取得と精神神経学会（旧制度）専門医取得のために必要な症例をすべて経験することが可能であった。すなわち20床の有床総合病院精神科でも、その地域における精神科救急、身体合併症対応を含めた医療需要に応え、地域連携の下、総合的に精神科医療を展開することが可能と思われる。

これまで述べてきたように地域生活中心の精神科医療へと転換していくことの必要性を考えれば、有床総合病院精神科の機能を、たとえば身体合併症対応のみといった一部の機能に限定すべきではなく、むしろ『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』に基づいて有床総合病院精神科の整備を進めつつその機能を高め、地域の精神科医療における基幹施設となることを目指すべきであろう。

なお有床総合病院精神科が設置されている二次医療圏は、2016年の総合病院精神科基礎調査では41%²⁰⁷⁾に過ぎないことを考えると、今後未設置の二次医療圏への医療政策上の整備と、現に設置されている有床総合病院精神科の維持と機能強化のための安定的な人員配置には診療報酬上の改善が求められる²⁰⁸⁾。

3. 病院機能への関与

3.1. 職員のメンタルヘルス

3.1.1. 法令に基づく活動²⁰⁹⁻²¹²⁾

医療機関における産業保健活動としては、まず

精神科産業医としての衛生委員会を活用した活動があげられる。私傷病による欠勤の原因としてはメンタルヘルス上の問題が多く、職員の休復職の判定やリハビリテーションに関する助言をメンタルヘルス専門職として行うことも求められる。2019年4月施行の働き方改革関連法案により定められた医師を除く長時間労働者に対する面接指導担当医師や、2015年12月より義務化されたストレスチェック制度の実施者や高ストレス者面談担当医師を委嘱されることもある。医師の働き方改革は2024年4月から実施されるが、勤務医が過労死等基準を超えて働く場合、追加的健康確保措置（連続勤務制限、勤務間インターバル、代償休息など労務上の措置と面接指導と就業上の措置のセット）が行われることが医療法上の義務となっている。月80時間を超えることが予想される医師に対して、長時間労働医師面接指導実施医師として面接指導を行うことが求められる。そのため、各医療機関は複数の面接指導実施医師を準備する。所定のe-learning講習を修了したうえで面接指導実施医師を委嘱されることがある。これらは労働安全衛生法・医療法上に定められた役割であるため、業務に対し相応の報酬を得られるよう取り決めておくのがよい。

3.1.2. 法令外の組織開発に関わる活動

職員のメンタルヘルス相談窓口としての機能は組織内に位置づけたうえでフォーマルに行われる場合もあれば、CLP活動の延長としてインフォーマルに行われる場合もある。初期研修医などの新入職員や転入職員などに対して講義・講習・面談などを行うことは、個人のメンタルヘルスのみならず組織への適応を助けることとなる。医療従事者の健康を維持するための重要な3つの要素²¹³⁾「臨床現場の効率化」「病院組織の健康風土」「個人のレジリエンス」のうち、組織の健康風土と個人のレジリエンス向上に関わる活動が求められる。

3.2. 医療安全

1990年代に医療訴訟の増加が顕著になると同時に医療安全への関心が高まり、現在では医療者は毎年複数回の医療安全講習の受講が義務化さ

れている。精神科臨床においては、身体拘束は深部静脈血栓^{214, 215)}や誤嚥性肺炎²¹⁵⁾と関連する。そのような状況を背景に本学会は、治療戦略検討委員会の前身である教育・研究委員会が2006年に静脈血栓塞栓予防指針²¹⁶⁾、2007年に身体拘束・隔離の指針を出版した²¹⁷⁾。これらは単なる理想論でなく、現場の実態や様々な患者の実情を踏まえた作りとなっており、患者を守るのと同時に総合病院の実務を歪めない形で貢献してきたと思われる。現在、静脈血栓塞栓症予防指針は改訂作業中である。行動制限に関しては、他の委員会との協働による改訂が次の10年の課題であろう。

高齢者の転倒もせん妄との関連²¹⁸⁾、ベンゾジアゼピン系薬剤や抗精神病薬をはじめとした向精神薬との関連²¹⁹⁾が指摘されており、総合病院精神科が取り組むべき医療安全上の大きな課題となっている。

一方、日本医療評価機構認定病院患者安全推進協議会では「院内自殺の予防と事後対応に関する検討会（河西千秋座長）」により、2011年以降、病院内の自殺予防とスタッフケアに関する教育が認定病院を中心に進められてきた。この動向と平行して、同機構での病院機能評価においても自殺予防やスタッフケアの視点が加えられることとなり、医療安全としての自殺予防の重要性の認識が高まっており、病院での自殺対策への取り組みの推進が求められる。

3.3. 医療経済

総合病院精神科として病院機能への関与を考える際には、医療経済つまり診療報酬という観点はずすことはできない。本学会の診療報酬問題委員会ではこの10年間、精神科単独としての活動に対する直接的な評価を求めるよりも、精神科に関わることによって病院機能をどれだけ強化できるかに力点を置いて活動してきた。ここでは病院機能への関わりが深い精神科リエゾンチーム加算、総合入院体制加算、DPCの3点を取り上げる。

CLP活動は以前から総合病院内で行われてきたことであったが、2012年度改定において精神科リエゾンチーム加算が新設されたことで大きく評

価・注目されることになった。そして CLP 活動そのものに対する評価にとどまらず、本加算の届出が 2016 年度改定において新設された精神科急性期医師配置加算の施設基準の必須要件となり、さらに同年再編された総合入院体制加算 2 および 3 の施設基準の要件の一つにも加えられた²²⁰⁾。総合病院における精神科の活動が病院機能を強化することが確実に評価されてきたことの証左であろう。

また、総合入院体制加算 (2010 年度より入院時医学管理加算から改称) に関して、当初精神科については 24 時間対応できる体制があれば必ずしも精神科標榜や入院医療を行う体制は不要とされていた。しかし 2013 年度から医療計画の対象に精神医療が追加されたことなどを背景とし、2014 年度改定にて見直され、同加算 1 において精神病棟設置要件が加わることになった²²¹⁾。精神病床の存在が病院機能の強化につながるが示され、総合病院における精神科の評価を高めることになった。

DPC には医療提供体制全体としての効率改善などへの取り組みを評価する指標として機能評価係数Ⅱが定められている。この下位項目には地域医療への貢献をポイントで示す地域医療係数があり、精神疾患領域においては 2014 年度改定より精神科身体合併症の受入体制に対して 2 項目 (A230-3 精神科身体合併症管理加算の算定実績、A311-3 精神科救急・合併症入院料の 1 件以上の算定実績) がポイント化されている。DPC における精神医療の評価は、精神科が当該病院の機能に貢献し、地域の医療体制の一端を担っていることを明示化するものである。本学会では精神科リエゾンチームがこれらをさらに進めていくツールとなり得ると考え、2018 年度改定時より「DPC の機能評価係数Ⅱに精神科リエゾンチーム加算の存在を評価する仕組みを組み入れること」を要望している^{222, 223)}。

精神科の活動が病院機能や地域に寄与していることが評価され、診療報酬や DPC の機能評価係数Ⅱに反映されてきたことはここ 10 年間の大きな進展である。今後については総合病院精神科が地域包括システムのなかでどのような機能を担っ

ていくのか、多職種スタッフの活動をいかに評価していくのか、関係機関といかに連携していくのかという視点が重要になる。

4. 医学教育、メディカルスタッフ教育

4.1. 卒前教育 (臨床実習)

卒前教育における総合病院精神科の役割は、医学生に対し、身体疾患を有する患者が抱える精神医学的問題について理解を促すとともに、リエゾン精神科医の存在や役割を伝えること、そして、精神科医療における連携・協働について具体的なイメージがもてるような経験の場を与えることである。

身体疾患を有する患者には様々な精神症状が出現する。特に不眠やせん妄、不安、抑うつは総合病院でよくみられる精神症状であり、何科の医師であっても最低限の知識や対応が求められる。また、多くの場合、精神症状の背景に家族関係や仕事などの社会的問題が潜んでいるため、バイオ・サイコ・ソーシャルモデルについての理解を深め、「生活者としての患者」という視点を養うことも不可欠である。一方で、精神症状が重症化し身体疾患の治療が滞ることがないように、適切なタイミングで専門医へ相談し、助言を得ることも重要である。講義や臨床実習を通して、医学生がリエゾン精神科医の存在や役割を学ぶことで、精神科とスムーズな連携が図れる医師が育つことが望まれる。

2016 年に改訂された「医学教育モデル・コア・カリキュラム」²²⁴⁾では、多様なニーズに対応できる医師の養成を基本理念とし、「多種職連携」や「多種職協働」を重要課題として取り上げている。この連携・協働は、いわばリエゾン精神医学の根幹であり、総合病院精神科での臨床実習においてリエゾン精神科医のコミュニケーション技術を学び、連携・協働の実験を経験することは、将来医師となったときにチーム医療にどう取り組むべきかを考える最良の機会となるだろう。

総合病院精神科での経験を通して、精神科や多職種と良好な関係を構築し、患者に最適な医療を提供できる多くの医師が育つことを期待する。さ

らに、リエゾン精神医学への理解が深まることで、医療者の間に根強く残る精神科医療への偏見や誤解が取り除かれ、他医療者と精神科との垣根がなくなることを期待している。

4.2. 初期研修

2004年度に卒後臨床研修が必修化され、当初精神科は必修分野に含まれた。その後、2010年度の改訂で多様なキャリアパスに円滑に接続するための配慮から選択必修となった。しかしながら、精神科を含む複数の診療科で研修することで研修医の基本的な診療能力が向上するなどの理由から、2020年度の改訂で再度必修分野に戻った。

同改訂では、総合病院精神科にとって3つの進展があった。まず、精神科の病棟研修が必須でなくなった一方で、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、精神科専門外来または精神科リエゾンチームでの研修が必須となった点である²²⁵⁾。総合病院精神科は無床の病院も多く、外来または精神科リエゾンチームでの研修が必修となったことは歓迎すべきだ。次に、経験すべき症候から不眠が外れ、新たに興奮・せん妄が追加された。将来精神科医とならない大部分の研修医にとって、せん妄は卒後臨床研修後にも遭遇する可能性の高い症候であり、診療の経験を積む機会を得るメリットは大きい。また、経験すべき疾病・病態にはうつ病と統合失調症、認知症に加え、新たに依存症が追加された。依存症は、特にアルコール依存症において身体科での治療を要することも多い。研修医が身体科へ進んだ後にも、精神科における依存症の診療経験が役立つと考えられる。

以上のように全体的には進展がみられたが、残念ながら総合病院精神科での研修が必須となったわけではない。研修医のモチベーション次第では、精神科単科病院で外来のみの研修を行う可能性や、せん妄や依存症を精神科以外の診療科で経験する可能性もある。引き続き、総合病院精神科での研修が必須となるような研修体制の整備が求められる。そして、総合病院精神科での研修を必修化できるよう、指導体制の拡充や経済的保障の充実も検討されるべきである。

4.3. 精神科後期研修

精神科後期研修における総合病院の最も重要な役割は、身体合併症・緩和ケア・電気けいれん療法・救急など、総合病院ならではの精神医療を経験させることにある。その前提のうえで、次のような総合病院精神科としての使命を提言したい。まず、精神医療における総合病院の立ち位置について理解し、研修医が将来精神科医として就くどのような立場からも患者が適切に医療へアプローチできるよう、そして多職種協働の一員として関わられるよう教育を行っていくこと。次に研修医にCLPの魅力を伝え、キャリアパスのうえで総合病院精神科医という働き方・将来像を提示することである。

教育面では、今後ほとんどの精神科後期研修医が、精神保健指定医に並行して精神科専門医を目指すと思われる。新専門医制度のカリキュラムで、CLPおよび症例の経験は必修項目にあげられている²²⁶⁾。複数診療科間の連携を率先して行うべき総合病院精神科として、他科からのコンサルトに応じるだけでなく、多職種カンファレンスに主体的に関わることができるよう指導することが必要である。また総合病院では、器質性精神障害あるいは既存精神疾患での神経疾患併発に関する学びの機会が多く得られることも重要である。この種の研修の充実が、精神科診療での身体疾患見落としの機会減少に、ひいては精神科医療全体の質の向上に資することが期待される。

一方でCLPが対応する領域は広大なため、なかには研修中に診療する機会が乏しい領域も想定される。そこで複数の総合病院精神科医が協働して講習会やハンズオンセミナーなどを実施することは、これらの領域の研修機会を設けると同時に、研修医の目標に合致する総合病院精神科医像を提示する機会増につながる。

上記を達成するためには、後期研修に携わる指導医においても学会などを通じた継続的な知識のアップデートと医師間交流、ならびに相互研修機会の充実が望まれる。

4.4. 生涯教育

生涯教育はlifelong educationの訳語であるが、

総合病院精神科に求められる生涯教育は2つに大別される。日々医学が進歩するなか、自らたゆまず研鑽を積むという意味での生涯教育(学習)と、病院内のスタッフのみならず広く社会一般に対して教育を行うという意味での生涯教育(啓発)である。

まず、前者について述べたい。近年の医学の進歩は目覚ましく、総合病院精神科で学ぶべき領域は極めて多岐に及ぶ。向精神薬の使い方を覚えるだけでは十分でない。身体疾患治療薬の副作用として生じた精神症状に対応することや薬剤相互作用を考慮することなど、広範な知識とその研鑽が不可欠である。そして、最善の医療の実践には、科学的根拠に基づくこと(evidence based medicine)が求められる。具体的には、必要となる科学的根拠を正しく収集し、その根拠に批判的吟味を加え、患者に適切に用いる、といった姿勢が重要である。加えて、自ら新しい科学的根拠を作りあげること、すなわち、臨床研究を実践することも大切である。総合病院では他診療科の医師と共同研究する機会も増えており、率先して専門家としての知見を提供することが望ましい。

後者の生涯教育についてであるが、総合病院精神科は社会啓発においても重要な機能を担っている。1例をあげたい。2020年からCOVID-19が流行し、外出自粛などの生活様式の変化に伴い、過度の不安やメンタル不調を抱える人が増加した。それを受け、厚生労働省や保健所のみならず、多くの総合病院精神科がメンタルケアの方法をはじめとする医療情報を、ウェブサイトなどを利用して国民に向けて発信したのである。こうした社会啓発的な生涯教育は、精神疾患の一次予防となり得るだろう。加えて、正しい精神疾患の知識が普及すれば、精神疾患に対するスティグマの低減や受診遅れの改善が期待される。市民のメンタルヘルスリテラシー向上を目指した生涯教育の実践は、総合病院精神科が担うべき大切な課題の一つとして忘れてはならない。

4.5. メディカルスタッフ教育

総合病院における医療は、医師のみならず、看護師、薬剤師、公認心理師、リハビリテーション

スタッフ、ソーシャルワーカー、精神保健福祉士など、多くのメディカルスタッフで支えられている。多職種が支援することで算定可能な加算がいくつか新設されており、チーム医療・多職種協働の必要性が高まっている。

2002年度に新設された緩和ケア診療加算、2012年度の精神科リエゾンチーム加算、2016年度の認知症ケア加算、2020年度のせん妄ハイリスク患者ケア加算などは、医師や看護師を含む多職種がそれぞれ連携して患者を支援することが算定の要件となっている²²⁷⁾。メディカルスタッフは患者と1対1で接する機会も多く、コミュニケーションスキルや支持的対応などを身につけておく必要がある。

看護師に関して、患者のところに焦点を当てケアを提供する精神科看護は、多くの看護技術のなかでも重要である。この技術を学ぶには、精神科病棟で一定期間勤務するのが望ましいが、精神科病床のない総合病院が多く、そのような機会は限られる。2017年度に国家資格化された公認心理師²²⁸⁾は、これまで以上に臨床現場で精神科医と協働し、精神疾患に関する知識や薬物療法などを学ぶ必要がある。しかし、総合病院に常勤の精神科医が不在なケースもある。地域との医療連携において重要なソーシャルワーカーも、転院や療養環境調整の際にネックとなりやすい精神症状や家族関係の把握の仕方などを十分に知っておく必要がある。しかし、多忙な業務のなかで、精神科医と十分に話し合う時間は限られる。

したがって、総合病院に勤務する精神科医は、日頃から実際のチーム医療の場面やカンファレンス、教育プログラムなどを通じて、メディカルスタッフ教育の視点を意識した関わりを行う必要がある。さらに、身近に十分な教育機会のない全国のメディカルスタッフを意識し、学術集会や研修会などで教育的な視点で発信することも求められる。

文 献

- 1) Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ, et al: Efficacy

- and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: A prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Crit Care Med* 38: 419-427, 2010
- 2) Tahir TA, Eeles E, Karapareddy V, et al: A randomized controlled trial of quetiapine versus placebo in the treatment of delirium. *J Psychosom Res* 69: 485-490, 2010
 - 3) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al: Antipsychotics for delirium in the general hospital setting in consecutive 2453 inpatients: a prospective observational study. *Int J Geriatr Psychiatry* 29 (3): 253-262, 2014
 - 4) Okumura Y, Hatta K, Wada K, et al: Expert opinions on the first-line pharmacological treatment for delirium in Japan: a conjoint analysis. *Int Psychogeriatr* 28 (6): 1041-1050, 2016
 - 5) Ogawa A, Okumura Y, Fujisawa D, et al: Quality of care in hospitalized cancer patients before and after implementation of a systematic prevention program for delirium: the DELTA exploratory trial. *Support Care Cancer* 27 (2): 557-565, 2019
 - 6) Maldonado JR: Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry* 33: 1428-1457, 2018
 - 7) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al: Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *JAMA Psychiatry* 71: 397-403, 2014
 - 8) Hatta K, Kishi Y, Wada K: Ramelteon for delirium in hospitalized patients. *JAMA* 314: 1071-1072, 2015
 - 9) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al: Preventive effects of suvorexant on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 78 (8): e970-e979, 2017
 - 10) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al: Real-world effectiveness of ramelteon and suvorexant on delirium prevention in 967 patients with delirium risk factors. *J Clin Psychiatry* 81 (1): 19m12865, 2020
 - 11) Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al: Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 370: 851-858, 2007
 - 12) Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, et al: Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *Gen Hosp Psychiatry* 33: 203-216, 2011
 - 13) Suzuki T, Shiga T, Omori H, et al: Depression and Outcomes in Japanese Outpatients With Cardiovascular Disease-A Prospective Observational Study. *Circ J* 80: 2482-2488, 2016
 - 14) Lin EH, Katon W, Von Korff M, et al: Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 27: 2154-2160, 2004
 - 15) Park M, Katon WJ, Wolf FM: Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 35: 217-225, 2013
 - 16) Ishizawa K, Babazono T, Horiba Y, et al: The relationship between depressive symptoms and diabetic complications in elderly patients with diabetes: Analysis using the Diabetes Study from the Center of Tokyo Women's Medical University (DIACET). *J Diabetes Complicat* 30: 597-602, 2016
 - 17) Katon WJ, Lin EH, Von Korff M, et al: Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 363: 2611-2620, 2010
 - 18) Kishi Y, Kathol RG, Okumura Y: General medical claims for behavioral health patients in Japan. *Am J Manag Care* 26: 256-261, 2020
 - 19) Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al: Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 12: 160-174, 2011
 - 20) Harris EC, Barraclough BM: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 73: 281-296, 1994
 - 21) Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al: Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 20: 1907-1917, 2002

- 22) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, et al: Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 356: 1326-1327, 2000
- 23) Fisch MJ, Loehrer PJ, Kristeller J, et al: Fluoxetine versus placebo in advanced cancer outpatients: a double-blinded trial of the Hoosier Oncology Group. *J Clin Oncol* 21: 1937-1943, 2003
- 24) Gathright EC, Goldstein CM, Josephson RA, et al: Depression increases the risk of mortality in patients with heart failure: a meta-analysis. *J Psychosom Res* 94: 82-89, 2017
- 25) Suzuki T, Shiga T, Kuwahara K, et al: Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. *J Cardiol* 64: 456-462, 2014
- 26) 日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会・臓器移植関連委員会: 臓器移植ドナーの意思確認に関する指針. 星和書店, 東京, 2013
- 27) Dew MA, Rosenberger EM, Myaskovsky L, et al: Depression and Anxiety as Risk Factors for Morbidity and Mortality After Organ Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Transplantation* 100: 988-1003, 2015
- 28) Shizuku M, Kamei H, Kimura H, et al: Clinical Features and Long-Term Outcomes of Living Donors of Liver Transplantation Who Developed Psychiatric Disorders. *Ann Transplant* 25: e918500, 2020
- 29) Murakami M, Nakai Y: Current state and future prospects for psychosomatic medicine in Japan. *Biopsychosoc Med* 2017 Jan 16;11:1. doi: 10.1186/s13030-017-0088-6.
- 30) 久保千春: 心身症の概念と定義. *HORM FRONT GYNECOL* 21: 263-266, 2014
- 31) Ackerman KD, Dimartini AF: 村井俊哉, 林晶子 (編訳): ピッツバーグ総合病院精神医学マニュアル. 丸善出版, 東京, 4-18, 2020
- 32) Fitzcharles M, Cohen SP, Clauw DJ, et al: Nociceptive Pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet* 397: 2098-2110, 2021
- 33) Häuser W, Ablin J, Fitzcharles MA, et al: Fibromyalgia. *Nat Rev Dis Primers* 1: 15022, 2015
- 34) 西原真理, 他: 痛みと精神医学. 最新精神医学 22 (2): 81-175, 2017
- 35) 足立淑子: ライフスタイル療法II, 肥満の行動療法. 医歯薬出版, 東京, 8, 2006
- 36) Prince M, Patel V, Saxena S, et al: No health without mental health. *Lancet* 370 (9590): 859-877, 2007
- 37) Suzuki T, Shiga T, Omori H, et al: Self-Reported Non-adherence to Medication in Japanese Patients with Cardiovascular Diseases. *Am J Cardiovasc Drugs* 18 (4): 311-316, 2018
- 38) Kobayashi S, Tsutsui J, Okabe S, et al: Medication nonadherence after kidney transplantation: an internet-based survey in Japan. *Psychol Health Med* 25 (1): 91-101, 2020
- 39) 日本医学教育学会: 医学教育分野別評価基準日本版 世界医学教育連盟 (WFME) グローバルスタンダード準拠 http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse_an_130129_WFME.html(Published 2013. Accessed.)
- 40) Fujimori M, Shirai Y, Asai M, et al: Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 32 (20): 2166-2172, 2014
- 41) Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, et al: Outcome evaluation of the Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous Medical Education: nationwide physician education project for primary palliative care in Japan. *J Palliat Med* 18 (1): 45-49, 2015
- 42) 日本サイコオンコロジー学会/日本サポーティブケア学会 (編): がん医療における患者-医療者間のコミュニケーションガイドライン2022年版. 金原出版, 東京, 2022
- 43) 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言作成委員会: 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言. *日本透析医学会雑誌* 53 (4): 173-217, 2020
- 44) 日本総合病院精神医学会臓器不全・臓器移植関連委員会: 臓器移植希望者 (レシピエント) の心理社会的評価に関する提言. *総合病院精神医学* 33 (3): 246-285, 2021
- 45) 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会: 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン〜3学会からの提言〜,

- 2014
- 46) Grisso T, Applebaum PS: Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. Oxford University Press, New York, 1998
- 47) 古郡規雄: 統合失調症患者の身体モニタリング. 精神神経誌 120: 1095-1100, 2018
- 48) 染矢俊幸: 「抗精神病薬治療と身体リスクに関する合同プロジェクト」の背景と成果—統合失調症患者さんの健康と命を守るために—. 精神神経誌 120: 1074-1081, 2018
- 49) Ishida T, Sakurai H, Watanabe K, et al: Incidence of deep vein thrombosis in catatonic patients: A chart review. Psychiatry Res 241: 61-65, 2016
- 50) Funayama M, Takata T, Koreki A, et al: Catatonic stupor in schizophrenic disorders and subsequent medical complications and mortality. Psychosom Med 80: 370-376, 2018
- 51) 上條吉人: 精神障害のある救急患者対応マニュアル第2版. 医学書院, 東京, 2017
- 52) 田島康敬, 水戸泰紀: 重度の心伝導障害から一時的にペースメーカーを装着した抗N-methyl D-aspartate (NMDA) 受容体脳炎の1例. 神経治療学 31 (3): 354-358, 2014
- 53) 佐藤茂樹: 総合病院における精神科救急・合併症病棟の実践よりコミュニティ精神医療を展望する. 日社精医誌 21: 103-110, 2012
- 54) 早川達郎, 佐竹直子: 2016年総合病院精神科基礎調査からみた全国の有床総合病院精神科の状況. 総合病院精神医学 32: 385-391, 2020
- 55) 厚生労働省精神・障害保健課, 日本総合病院精神医学会意見交換会, 2020
- 56) 山形県: 傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準. 2020
- 57) 池下克実, 岸本年史: 大学附属病院における精神科救急・合併症入院料病棟の実践. 精神科救急 18: 101-105, 2015
- 58) 佐藤博俊: 都市部救急病院における, 身体合併症特化型精神科診療(仙台モデル)の可能性について. 精神科救急 23: 43-46, 2020
- 59) 平田豊明, 杉山直也: 精神科救急医療ガイドライン. 2015年版
- 60) 杉山直哉: 精神科新規入院者における入院長期化のリスク要因. 精神医学 58 (3): 235-244, 2016
- 61) 日本神経精神薬理学会: 統合失調症薬物治療ガイドライン. 2017年11月22日改定
- 62) 佐藤茂樹: 精神科救急・合併症入院料制定の意義と課題. 総合病院精神医学 25: 346-353, 2013
- 63) Harris C, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 170: 205-228, 1997
- 64) Saraceno B: シンポジウム WHO精神保健レポートと日本の課題: 2001年World Health Report—新たな理解, 新たな希望. 精神医学 44: 1350-1359, 2002
- 65) World Health Organization: Preventing Suicide: a global imperative, 2014 (自殺を予防する: 世界の優先課題, (独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター訳・出版, 2014)
- 66) Kawashima Y, Yonemoto N, Inagaki M, et al: Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 163: 33-39, 2014
- 67) 有賀徹, 三宅康史, 大塚耕太郎, 他: 自殺未遂者への対応: 救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引. 日本臨床救急医学会, 2009
- 68) 大塚耕太郎, 河西千秋, 杉山直也: 澤温, 平田豊明, 酒井明夫(監修): 精神科救急医療ガイドライン(3)(自殺未遂者対応). 日本精神科救急学会, 2009
- 69) 大塚耕太郎, 杉山直也, 河西千秋, 他: 精神科救急医療における自殺ハイリスク者対応の実態把握と標準化による医療の質向上に資する研究. 令和2年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究(総括)研究報告書, 2021
- 70) 日本臨床救急医学会総(監), 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」(監): 現場における精神的問題の初期対応PEECガイドブック改訂第2版—多職種で切れ目のない標準的ケアを目指して—(PEECガイドブック改訂第2版編集委員会編). へるす出版, 2019
- 71) Kawanishi C, Aruga T, Yonemoto N, et al: Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health prob-

- lems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 1 (3): 193-201, 2014
- 72) 日本自殺予防学会 (監), 国立研究開発法人日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業 (精神障害分野) 「精神疾患に起因した自殺の予防法に関する研究」研究班 (編): 救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス HOPE ガイドブック. へるす出版, 東京, 2018
- 73) 河西千秋, 大塚耕太郎, 加藤大慈, 他 (監): 医療安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ方. 財団法人日本医療評価機構院内患者安全推進協議会, 2011 (2022年度第2版刊行予定)
- 74) 国立がん研究センター (編): がん医療における自殺対策の手引き. 2019
- 75) 山本依志子, 森桂, 大田えりか, 他: 日本の妊娠中・産後の死亡の現況からわかること. 厚生労働科学研究費補助金・臨床研究等ICT基盤構築研究事業「周産期関連の医療データベースのリンケージの研究」報告, 2018 [http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/09/123_20180912_2.pdf]
- 76) 竹田省: 妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. *日産婦会誌* 68: 1815-1822, 2016
- 77) National Institute for Health and Care Excellence: Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE guideline (CG192), London, 2014
- 78) 日本周産期メンタルヘルス学会: 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド2017, 2017
- 79) 日本精神神経学会・日本産科婦人科学会: 精神疾患を合併した, 或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド: 総論編. 2020
- 80) 日本精神神経学会・日本産科婦人科学会: 精神疾患を合併した, 或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド: 各論編. 2021
- 81) 竹内崇: 総合病院に求められる周産期リエゾン活動. *精神経誌* 120: 45-51, 2018
- 82) 根本清貴, 菊地紗耶: プレコンセプションケア. *精神科治療学* 36: 1221-1224, 2021
- 83) 厚生労働省: 令和2年(2020)人口動態統計(確定数)の概況 [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai20/dl/gaikyo-uR2.pdf]
- 84) World Health Organization: Global atlas of palliative care at the end of life. 2014 [https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf]
- 85) World Health Organization: Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. 2018
- 86) 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方に関するワーキンググループ: 循環器疾患の患者に対する緩和ケア提供体制のあり方について. 2018 (平成30)年4月 [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000204784.pdf] (2021年12月31日アクセス)
- 87) 日本緩和医療学会: 緩和ケアチーム登録. 2021年度緩和ケアチーム登録(2020年度チーム活動)結果報告. [http://www.jspm.ne.jp/pct/report_jspmpct2021.pdf] (2021年12月31日アクセス)
- 88) 升川研人, 宮下光令: データでみる日本の緩和ケアの現状. *ホスピス緩和ケア白書*. 青海社, 東京, 63-99, 2021
- 89) Anzai T, Sato T, Fukumoto Y, et al: JCS/JHFS 2021 Statement on Palliative Care in Cardiovascular Diseases. *Circ J* 85 (5): 695-757, 2021
- 90) 総務省統計局: 高齢者の人口 [https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1291.html]
- 91) 二宮利治: 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究. 平成26年度総括・分担研究報告書(厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業)
- 92) 厚生労働省: 認知症施策推進大綱 [https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf]
- 93) 星野瑞生: 過活動型せん妄と低活動型せん妄. *Medical Practice* 36 (11): 1694-1698, 2019
- 94) 館野歩: 老年期のうつ病・抑うつ状態. *心身医学* 60 (4): 304-309, 2020
- 95) 稲田健: 精神科以外におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の実態と課題. *臨床精神薬理* 23: 965-971, 2020
- 96) 石田康, 船橋英樹, 武田龍一郎: 痛みに対する抗うつ薬投与の実態・有用性・限界. *臨床精神薬理* 23: 981-987, 2020
- 97) 和田健: プライマリケアにおける高齢者への向精神薬処方への課題. *臨床精神薬理* 23: 989-996,

- 2020
- 98) Rabinovici GD: Controversy and Progress in Alzheimer' s Disease -FDA Approval of Aducanumab. *N Engl J Med* 385: 771-774, 2021
- 99) 日本総合病院精神医学会治療戦略検討委員会・臓器移植関連委員会: 臓器移植ドナーの意思確認に関する指針. 星和書, 東京, 2013
- 100) Nishimura K, Kobayashi S, Tsutsui J, et al: Practices for Supporting and Confirming Decision-Making Involved in Kidney and Liver Donation by Related Living Donors in Japan: A Nationwide Survey. *Am J Transplant* 16 (3): 860-868, 2016
- 101) 日本総合病院精神医学会臓器不全・臓器移植関連委員会: 臓器移植希望者(レシピエント)の心理社会的評価に関する提言. *総合病院精神医学* 33 (3): 246-285, 2021
- 102) Egawa H, Nishimura K, Teramukai S, et al: Risk factors for alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic cirrhosis in Japan. *Liver Transplant* 20 (3): 298-310, 2014
- 103) Onishi Y, Kimura H, Hori T, et al: Risk of alcohol use relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease. *World J Gastroenterol* 23 (5): 869-875, 2017
- 104) Uehara M, Hayashi A, Murai T, et al: Psychological factors influencing donors' decision-making pattern in living-donor liver transplantation. *Transplantation* 92 (8): 936-942, 2011
- 105) Hayashi K, Uchida H, Takaoka C, et al: Discrepancy in Psychological Attitudes Toward Living Donor Liver Transplantation Between Recipients and Donors. *Transplantation* 99 (12): 2551-2555, 2015
- 106) Noda T, Kobayashi S, Sawamura J, et al: Withdrawal of the Decision to Donate Kidney by Living Related Donors: A Single-center Study in Japan. *Transplant Proc* 50 (10): 3045-3052, 2018
- 107) Kobayashi S, Akaho R, Omoto K, et al: Post-donation satisfaction in kidney transplantation: a survey of living donors in Japan. *BMC Health Serv Res* 19 (1): 755, 2019
- 108) Shizuku M, Kamei H, Kimura H, et al: Clinical Features and Long-Term Outcomes of Living Donors of Liver Transplantation Who Developed Psychiatric Disorders. *Ann Transplant* 25: e918500, 2020
- 109) Kimura H, Onishi Y, Sunada S, et al: Postoperative psychiatric complications in living liver donors. *Transplant Proc* 47 (6): 1860-1865, 2015
- 110) Nishimura K, Kobayashi S, Ishigooka J: Psychiatric history in living kidney donor candidates. *Curr Opin Organ Transplant* 17: 193-197, 2012
- 111) Ito S, Oshibuchi H, Tsutsui J, et al: Psychosocial Assessment of Transplant Candidates: Inter-rater Reliability and Concurrent Validity of the Japanese Version of the Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation. *J Acad Consult Liaison Psychiatry* 63 (4): 345-353, 2022
- 112) 厚生労働省: 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン [<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>]
- 113) 厚生労働省: 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン [<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>]
- 114) 日本総合病院精神医学会認知症委員会(編): 認知症診療連携マニュアル. 星和書店, 東京, 2018
- 115) Ogawa A, Kondo K, Takei H, et al: Decision-Making Capacity for Chemotherapy and Associated Factors in Newly Diagnosed Patients with Lung Cancer. *Oncologist* 23 (4): 489-495, 2018. PMID: 29212735
- 116) 国立がん研究センター: 患者さんが亡くなる前に利用した医療や療養生活に関する実態調査 [<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/sup/project/090/result19/index.html>]
- 117) Nakanishi M, Okumura Y, Ogawa A: Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: effect of the financial incentive to acute care hospitals. *Int Psychogeriatr* 30 (7): 991-1000, 2018. PMID: 29122058
- 118) 日本移植学会: 日本移植学会倫理指針, 2015 [http://www.asas.or.jp/jst/news/doc/info_20151030_1.pdf]
- 119) 日本総合病院指針医学会治療戦略検討委員会・臓器移植関連委員会: 生体臓器移植ドナーの意思確認に関する指針. 星和書店, 東京, 2013
- 120) 木村宏之, 岸辰一: 生体ドナーに対する精神科

- 医の第三者面接—肝臓・腎臓移植における医療倫理コンサルテーション—. 精神科治療学 35 (3): 279-284, 2020
- 121) 高橋晶: 東京オリンピック, 大阪万博を控えたこれから起こるかもしれない人為災害時における総合病院精神科の対応について. 総合病院精神医学 33: 159-169, 2021
- 122) 高尾碧: 総合病院精神科で災害に関わる医療者が最低限知っておきたい知識と災害初期対応について. 総合病院精神医学 33: 150-158, 2021
- 123) 佐久間篤: 被災地の総合病院で精神科リエゾンが災害直後・急性期に担う役割—東日本大震災における宮城県の災害拠点病院の経験—. 総合病院精神医学 33: 136-141, 2021
- 124) 佐藤茂樹: 災害における総合病院精神科の役割. 臨床精神医学 43 (6): 879-884, 2014
- 125) 高橋晶: 総合病院精神科における新型コロナウイルス感染症への取り組み. 精神医学 63 (1): 15-26, 2021
- 126) 大山朗宏, 河村代志也, 西村浩, 他: 東日本大震災精神科医派遣プロジェクト報告. 総合病院精神医学 33: 129-135, 2021
- 127) 河村代志也, 藤原修一郎, 秋山剛: 阪神大震災および東日本大震災における精神医療支援の経験. 総合病院精神医学 23: 152-159, 2011
- 128) 佐藤茂樹, 吉田佳郎, 石東嘉和, 他: 石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援. 総合病院精神医学 23: 160-166, 2011
- 129) 伊藤文見, 黒澤美枝, 大澤智子, 他: 震災がもたらした精神医学的問題と総合病院精神医療. 総合病院精神医学 23: 129-142, 2011
- 130) 山本賢司: 地域医療とリエゾン精神医学. 精神医学 57 (3): 203-210, 2015
- 131) 窪田幸久: うつ自殺予防対策「富士モデル事業」5年間の報告. 精神科治療学 29 (5): 685-691, 2014
- 132) 井出英策: 幸福の増税論. 岩波書店, 東京, 2018
- 133) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課: 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について [https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1302902.htm]
- 134) 警察庁: 自殺者数 [https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html]
- 135) 尾崎米厚 (研究代表者): 厚生労働科学研究費補助金 (循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業研究事業) 「飲酒や喫煙等の実態調査を生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究」報告書 (平成29年度)
- 136) 全国児童青年精神科医療施設協議会 [http://jc-cami.jp/]
- 137) 本田秀夫 (研究代表者): 厚生労働省障害者総合福祉推進事業「発達障害児者の初診待機等の医療的な課題と対応に関する調査」令和元年度研究報告書
- 138) 高橋雄一, 中川牧子, 大塚達以, 他: 総合病院における児童精神科診療の課題—横浜市立大学附属市民総合医療センターにおける児童精神科専門診療について—. 総合病院精神医学 24 (4): 342-348, 2012
- 139) 日本周産期メンタルヘルス学会: 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド2017
- 140) 日本小児科学会, 小児慢性疾患患者の移行支援ワーキンググループ: 小児期発症慢性疾患を有する患者の成人期移行に関する調査報告書—各領域の代表的な疾患における現状と今後の方向—. [http://www.jpeds.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=91]
- 141) Francis-Taylor R, Ophel G, Martin D, et al: The ictal EEG in ECT: A systematic review of the relationships between ictal features, ECT technique, seizure threshold and outcomes. Brain Stimul 13 (6): 1644-1654, 2020 [doi: 10.1016/j.brs.2020.09.009]. Epub 2020 Sep 28. PMID: 32998055]
- 142) Yasuda K, Kobayashi K, Yamaguchi M, et al: Seizure threshold and the half-age method in bilateral electroconvulsive therapy in Japanese patients. Psychiatry Clin Neurosci 69 (1): 49-54, 2015 [doi: 10.1111/pcn.12225]. Epub 2014 Sep 12. PMID: 25066532]
- 143) Kellner CH, Husain MM, Knapp RG, et al: Right Unilateral Ultrabrief Pulse ECT in Geriatric Depression: Phase 1 of the PRIDE Study. Am J Psychiatry 173 (11): 1101-1109, 2016 [doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15081101]. Epub 2016 Jul 15.]
- 144) Takamiya A, Seki M, Kudo S, et al: Electroconvulsive Therapy for Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mov Disord 36 (1): 50-58, 2021 [doi: 10.1002/mds.28335]. Epub 2020 Oct 14. PMID: 33280168]
- 145) Petrides G, Malur C, Braga RJ, et al: Electro-

- convulsive therapy augmentation in clozapine-resistant schizophrenia: a prospective, randomized study. *Am J Psychiatry* 172 (1): 52-58, 2015 [doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13060787. Epub 2014 Oct 31. PMID: 25157964]
- 146) Eda M, Matsuki R: When to switch from bilateral to unilateral electroconvulsive therapy: A simple way to elicit seizures in high seizure threshold cases. *Neuropsychopharmacol Rep* 39 (1): 36-40, 2019 [doi: 10.1002/npr.2.12039. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30447051]
- 147) Gálvez V, Hadzi-Pavlovic D, et al: The Anaesthetic-ECT Time Interval in Electroconvulsive Therapy Practice - Is It Time to Time? *Brain Stimul* 9 (1): 72-77, 2016 [doi: 10.1016/j.brs.2015.09.005. Epub 2015 Sep 12. PMID: 26452698]
- 148) Gálvez V, McGuirk L, Wark H, et al: The use of ketamine in ECT anaesthesia: A systematic review and critical commentary on efficacy, cognitive, safety and seizure outcomes. *World J Biol Psychiatry* 18 (6): 424-444, 2017 [doi: 10.1080/15622975.2016.1252464. Epub 2016 Nov 28]
- 149) 川島啓嗣: 発作誘発困難例における右片側性超短パルス波ECT. *総合病院精神医学* 31: 9-13, 2019
- 150) Takekita Y, Suwa T, Sunada N, et al: Remifentanyl in electroconvulsive therapy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 266 (8): 703-717, 2016 [doi: 10.1007/s00406-016-0670-0. Epub 2016 Jan 28]
- 151) 諏訪太朗, 安田和幸, 川島啓嗣, 他: 電気けいれん療法における発作誘発困難例と200%機器について—対応法に関する現況調査と文献レビュー—. *総合病院精神医学* 33: 286-297, 2021
- 152) Omori W, Itagaki K, Kajitani N, et al: Shared preventive factors associated with relapse after a response to electroconvulsive therapy in four major psychiatric disorders. *Psychiatry Clin Neurosci* 73 (8): 494-500, 2019 [doi: 10.1111/pcn.12859. Epub 2019 Jun 1. PMID: 31077478]
- 153) Shibasaki C, Takebayashi M, Fujita Y, et al: Factors associated with the risk of relapse in schizophrenic patients after a response to electroconvulsive therapy: a retrospective study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 11: 67-73, 2015 [doi: 10.2147/NDT.S74303. eCollection 2015.]
- 154) Hirata R, Kawashima H, Tsuboi T, et al: An Online Survey About Electroconvulsive Therapy in Japan During the COVID-19 Pandemic: Comparison of Early and Recent Stages. *Neuropsychiatr Dis Treat* 18: 1277-1285, 2022 [doi: 10.2147/NDT.S365417. eCollection 2022.]
- 155) 中島振一郎: 治療抵抗性統合失調症に対するクロザピンの導入. *臨床精神医学* 42 (2): 215-218, 2019
- 156) Inada K, Oshibuchi H, Ishigooka J, et al: Analysis of Clozapine Use and Safety by Using Comprehensive National Data From the Japanese Clozapine Patient Monitoring Service. *J Clin Psychopharmacol* 38 (4): 302-306, 2018
- 157) Harrison J, et al: Patterns of clozapine prescribing in a mental health service in New Zealand. *Pharm World Sci* 32: 503-511, 2010
- 158) Remington G, Agid O, Foussias G, et al: Clozapine's role in the treatment of first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 170: 146-151, 2013
- 159) Yoshimura B, Yada Y, So R, et al: The critical treatment window of clozapine in treatment-resistant schizophrenia: Secondary analysis of an observational study. *Psychiatry Res* 250: 65-70, 2017
- 160) 榎本哲郎, 伊藤寿彦, 早川達郎, 他: クロザピンはどのくらい早いタイミングで導入可能か? *精神科救急* 18: 35-39, 2015
- 161) 野口正行, 小林孝文, 佐竹直子, 他: 2012年総合病院精神科基礎調査からみた総合病院精神科の現状—第1報—. *総合病院精神医学* 26: 182-189, 2014
- 162) 野添新一, 鷺山健一郎, 長井信篤, 他: 若年化, 遷延化する摂食障害患者の問題と支援. *心身医学* 45: 288-291, 2005
- 163) Jenkins PE, Price T: Eating pathology in midlife women: Similar or different to younger counterparts? *Int J Eat Disord* 51: 3-9, 2018
- 164) Treasure J, Duarte TA, Schimdt U: Eating disorders. *Lancet* 395: 899-911, 2020
- 165) Kameoka N, Iga J, Tamura M, et al: Risk factors for refeeding hypophosphatemia in Japa-

- nese inpatients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 49: 402-406, 2016 [doi: 10.1002/eat.22472]
- 166) Funayama M, Mimura Y, Takata T, et al: Body mass index and blood urea nitrogen to creatinine ratio predicts refeeding hypophosphatemia of anorexia nervosa patients with severe malnutrition. *J Eat Disord* 9: 1, 2021 [doi: 10.1186/s40337-020-00356-7]
- 167) Funayama M, Mimura Y, Takata T, et al: Hypokalemia in patients with anorexia nervosa during refeeding is associated with binge-purge behavior, lower body mass index, and hypoalbuminemia. *J Eat Disord* 9: 95, 2021 [doi: 10.1186/s40337-021-00452-2]
- 168) Funayama M, Koreki A, Mimura Y, et al: Restrictive type and infectious complications might predict nadir hematological values among individuals with anorexia nervosa during the refeeding period: a retrospective study. *J Eat Disord* 10: 64, 2022 [doi: 10.1186/s40337-022-00586-x.]
- 169) 野間俊一: 摂食障害治療における精神科と身体科の連携. *臨床精神医学* 50: 63-67, 2021
- 170) 小島原典子, 中山健夫, 他 (編): *Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2017*. 公益財団法人日本医療機能評価機構, 東京
- 171) Dutch Foundation for Quality development in Mental Healthcare: Practice guideline for the treatment of eating disorders. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz; 2017
- 172) National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Eating disorders: recognition and treatment, full guideline [https://www.nice.org.uk/guidance/ng69]
- 173) 社会保険研究所: 1003-2 認知療法・認知行動療法. *医科診療報酬点数表平成30年4月版*. 社会保険研究所, 東京, 484-487, 2018
- 174) 国立精神/神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」: 摂食障害に対する認知行動療法 CBT-E 簡易マニュアル. 2017 [http://www.edportal.jp/pdf/cbt_manual.pdf]
- 175) 安藤哲也: 厚生労働省摂食障害治療支援センター設置運営事業の背景, 現状と課題. *精神保健研究* 63: 43-51, 2017
- 176) 厚生労働省: 第7次医療計画. 医療計画. 医療・健康・医療. 分野別の政策一覧 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_keikaku/index.html]
- 177) 樋口進, 尾崎米厚, 神田秀幸, 他: WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究. H25 年度厚生労働科学研究費補助金, 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 総括研究報告書(概要版). 厚生労働省, 東京, 1-14, 2013
- 178) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課アルコール健康障害対策推進室: 第2期アルコール健康障害対策基本計画. 1-3, 8-9, 2021
- 179) 手塚幸雄, 村上優: 総合病院におけるアルコール依存症患者の診療～単科専門病院の精神科医によるリエゾン出張診察および治療導入～. *総合病院精神医学* 32: 262-267, 2020
- 180) 樋口進, 齋藤利和, 湯本洋介 (編): *新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン*. 新興医学出版社, 東京, 18-19, 2018
- 181) U.S. Department of Health & Human Services: Facing addiction in America ~ The surgeon general's report on alcohol, drugs, and health. Washington, DC, Chap. 6-2, 2016 [https://addiction.surgeongeneral.gov/sites/default/files/chapter-6-health-care-systems.pdf]
- 182) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課依存症対策推進室: *精神障害者保健福祉対策 (うち依存症対策総合支援事業)*. 4, 10, 2020
- 183) Sen A: Epilepsy in older people. *Lancet* 395: 735-748, 2020
- 184) Kanner AM: Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy. *Nat Rev Neurol* 12 (2): 106-116, 2016
- 185) 山田了士: てんかんに随伴する精神症状. *総合病院精神医学* 23: 27-34, 2011
- 186) 渡辺裕貴: これからのてんかん診療における精神科医の役割. *てんかん研究* 31: 74-78, 2013
- 187) 渡辺雅子, 渡辺裕貴, 岡崎光俊, 他: てんかんの, 小児から成人へのよりよいトランジションをめざして. *てんかん研究* 31: 30-39, 2013
- 188) Kanemoto K, LaFrance Jr WC, Duncan R, et al: PNES around the world: Where we are now and how we can close the diagnosis and treat-

- ment gaps-an ILAE PNES Task Force report. *Epilepsia Open* 2: 307-316, 2016
- 189) 特集：明日からの精神科臨床に活かせる『脳波とてんかん』. 総合病院精神医学 26 (1), 2014
- 190) 特集：てんかん領域におけるリエゾン精神医学 (psycho-epileptology) 入門. 総合病院精神医学 33 (1), 2021
- 191) Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E, et al: Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurology* 10: 63-74, 2011 [doi: 10.1016/S1474-4422(10)70253-2]
- 192) Finke C, Kopp UA, Prüss H, et al: Cognitive deficits following anti-NMDA receptor encephalitis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 83: 195-198, 2012 [doi: 10.1136/jnnp-2011-300411]
- 193) 船山道隆, 加藤元一郎, 三村將: 抗NMDA受容体脳炎と精神疾患の鑑別. *臨床神経心理* 24: 5-10, 2013
- 194) Servén GE, Quintana EB, Ramírez MM, et al: Cycloid psychosis as a psychiatric expression of anti-NMDAR encephalitis. A systematic review of case reports accomplished with the authors' cooperation. *Brain and Behavior* 11: e019802021, 2021 [doi: 10.1002/brb3.1980]
- 195) Funayama M, Mizushima J, Takata T, et al: Altered perception might be a symptom of anti-N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) encephalitis. *Neurocase* 24: 255-258, 2018 [doi: 10.1080/13554794.2019.1573260]
- 196) Funayama M, Koreki A, Takata T, et al: Differentiating autoimmune encephalitis from schizophrenia spectrum disorders among patients with first-episode psychosis. *J Psychiatr Res* 151: 419-426, 2022 [doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.05.008]
- 197) Nishimura K, Omori M, Katsumata Y, et al: Neurocognitive impairment in corticosteroid-naïve patients with active systemic lupus erythematosus: a prospective study. *J Rheumatol* 42: 441-448, 2015 [doi: 10.3899/jrheum.140659]
- 198) Nishimura K, Omori M, Katsumata Y, et al: Psychological distress in corticosteroid-naïve patients with systemic lupus erythematosus: A prospective cross-sectional study. *Lupus* 25: 463-471, 2016
- 199) Nishimura K, Omori M, Sato E, et al: New-onset psychiatric disorders after corticosteroid therapy in systemic lupus erythematosus: a observational case-series study. *J Neurol* 261: 2150-2158, 2014
- 200) Ikenouchi-Sugita A, Yoshimura R, Hori H, et al: Plasma catecholamine metabolite levels and the activities of psychiatric symptoms in systemic lupus erythematosus. *Hum Psychopharmacol* 28: 198-202, 2013
- 201) Shinagawa S, Catindiga JA, Blocka NR, et al: When a Little Knowledge Can Be Dangerous: False-Positive Diagnosis of Behavioral Variant Frontotemporal Dementia among Community Clinicians. *Dement Geriatr Cogn Disord* 41: 99-108, 2016 [doi: 10.1159/000438454]
- 202) Kertesz A, McMonagle P: Behavior and cognition in corticobasal degeneration and progressive supranuclear palsy. *J Neurol Sci* 289: 138-143, 2010 [doi:10.1016/j.jns.2009.08.036]
- 203) 八木剛平, 田辺英: 日本精神病治療史. 金原出版, 東京, 2002
- 204) 佐藤茂樹: 10年後の総合病院精神科を展望する. *精神科治療学* 30: 209-214, 2015
- 205) 佐藤茂樹: 総合病院における精神科救急・合併症病棟の実践よりコミュニティ精神医療を展望する. *日社精医誌* 21: 103-110, 2012
- 206) 青木勉: 大規模病棟を有していた総合病院精神科のダウンサイジング. *精神神経誌* 115 (第108回学術総会特別号電子版): ss119-127, 2013
- 207) 早川達郎, 佐竹直子: 2016年総合病院精神科基礎調査からみた全国の有床総合病院精神科の状況. *総合病院精神医学* 32: 385-391, 2020
- 208) 野口正行, 小石川比良来, 早川達郎: 有床総合病院精神科の現状と課題. *臨床精神医学* 43: 809-815, 2014
- 209) 中嶋義文: 医師のメンタルヘルス対策. *日本医師会雑誌* 148 (7): 1297-1299, 2019
- 210) Nakashima Y, Yoshikawa T, Kido M, et al: Work time and work style reform among physicians in Japan. *International Journal of Person-Centered Medicine* 9 (3): 35-46, 2019 [doi: org/10.5750/ijpcm.v9i3.996]
- 211) 佐野友美, 吉川徹, 中嶋義文, 他: 医療機関における産業保健活動の事例分析. *産業衛生学誌* 62 (3): 115-126, 2020

- 212) 中嶋義文: 医師の働き方改革—総合病院精神科の立場から—。日本精神科病院協会雑誌 40 (11): 1033-1038, 2021
- 213) Bohman B, Dyrbye L, Sinsky C, et al: Physician Well-being: The Reciprocity of Practice Efficiency, Culture of Wellness, and Personal Resilience. *NEJM Catalyst* 2017. Aug 7. [doi/full/10.1056/CAT.17.0429]
- 214) Ishida T, Katagiri T, Uchida H, et al: Incidence of deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients. *Psychosomatics* 55: 69-75, 2014
- 215) Funayama M, Takata T: Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia. *Gen Hosp Psychiatry* 62: 1-5, 2020
- 216) 教育・研究委員会編: 静脈血栓塞栓予防指針。日本総合病院精神医学会治療指針2, 星和書店, 東京, 2006
- 217) 日本総合病院精神医学会教育・研究委員会編 (主担当: 八田耕太郎): 身体拘束・隔離の指針。日本総合病院精神医学会治療指針3, 星和書店, 東京, 2007
- 218) Sillner AY, Holle CL, Rudolph JL: The Overlap Between Falls and Delirium in Hospitalized Older Adults: A Systematic Review. *Clin Geriatr Med* 35 (2): 221-236, 2019
- 219) Oya N, Ayani N, Kuwahara A, et al: Over Half of Falls Were Associated with Psychotropic Medication Use in Four Nursing Homes in Japan: A Retrospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* 19 (5): 3123, 2022
- 220) 小石川比良来: 精神科リエゾン—診療報酬の改定と今後の課題—。臨床精神医学 46 (1): 81-90, 2017
- 221) 佐藤茂樹: 総合病院精神科医療の将来像。精神神経学雑誌 118 (9): 688-694, 2016
- 222) 加藤温: 2018年度精神科診療報酬改定を受けて—総合病院の立場から—。臨床精神医学 48 (2): 161-165, 2019
- 223) 小石川比良来: 総合病院・大学病院精神科は診療報酬改定によりどう変わったのか?—院内での評価などについて—。精神科治療学 34 (3): 319-324, 2019
- 224) 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成28年度改訂版)。文部科学省ホームページ [https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033-2/toushin/1383962.htm]
- 225) 厚生労働省研究班: 医師臨床研修ガイドライン 2020年度版
- 226) 日本精神神経学会: 精神科専門研修医指導医マニュアル第3版。2021
- 227) 厚生労働省保険局医療課: 令和2年度診療報酬改定の概要 (入院医療)。令和2年3月5日版 [https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf]
- 228) 厚生労働省ホームページ。公認心理師 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116049.html]

IV

本学会の課題と目指すべき方向性

1. 総合病院精神科の位置づけ

1.1. 医療体制

これまでの議論を踏まえ、今後本学会が目指すべき方向性を医療体制という観点から考えていきたい。ここでは総論的に、有床総合病院精神科・無床総合病院精神科の位置づけ、救急医療における総合病院精神科のあり方、他の医療機関との連携、診療報酬上の問題といった点を取り上げる。

a. 有床総合病院精神科・無床総合病院精神科の位置づけ

住民が、身近な地域で適切な救急医療や入院治療を受けることができるためには、二次医療圏毎に十分な医療機関があることが必須である。精神科医療に関しても同様であり、二次医療圏ごとに有床総合病院精神科が1カ所存在すれば、住民のニーズに沿った精神科医療が展開できるものと思われる。しかしながら、2016年6月時点では有床総合病院精神科がある二次医療圏数は全体の41%に過ぎない¹⁾。これを整備していくことが中長期的な課題として求められる。無床総合病院精神科に関しては、がん医療など高度医療を行っている総合病院にはすべからず設置されることが望まれる。こうした有床総合病院精神科、無床総合病院精神科のネットワークにより、地域住民や患者に、より統合された医療を提供できるようになるものと思われる。

一方、本学会では、2年ごとに総合病院基礎調査を行い、総合病院精神科の機能や現状を把握しているが、2020年の調査をみると、精神科医師数の増加した施設数が53（有床37、無床15）で

あったのに対し、減少した施設数は59（有床：42、無床17）であった。なかでも、地域別にみると中部、関西、中四国の減少が顕著であった。また総合病院精神科での勤務を希望する精神科医が減少しているというのも引き続いている傾向である。

こうした傾向に対して、住民のニーズに応える充実した精神科医療を地域で提供するためには、総合病院で勤務する精神科医が地域に偏らずに確保されるような医療政策、医療体制、医師研修制度の構築が必要である。

b. 救急医療における総合病院精神科のあり方

ネクストステップ2009で掲げられた「救命救急センターを有する総合病院に精神科病棟があり、そこに精神科救急機能も兼ね備わっていれば、救急医療も精神科医療も円滑に運営できる」²⁾といった目標は、地域差が著しく、全国的にみると到達したとはいいがたい。救急医療の現場は、自殺企図者、認知症やせん妄を有する高齢者、器質性や症状性精神疾患患者、薬物中毒患者等々、精神科が関わる必要のある患者は多い。それらに対応するためには、十分な病床規模と機能を有した精神科病棟が必要であるし、たとえ無床であっても複数の精神科医がいなければ迅速な対応が困難となる。救急医療における総合病院精神科の機能を充実させ、均てん化していくことは喫緊の課題といえよう。

c. 他の医療機関との連携

総合病院精神科の機能を十分に発揮していくには、他の医療機関との連携も不可欠である。重度かつ慢性患者の治療、アルコールや薬物、ギャンブル、ゲームなどの依存症治療、認知症患者の

フォローアップ、医療観察法に基づく入院治療などといった精神科医療の様々な機能を総合病院精神科が担うことは、病床や人員の規模からして困難な場合が多い。こういった専門的治療を行っている施設との連携は、今後ますます必要になってこよう。また、外来部門の肥大化が本来の総合病院精神科業務を圧迫し、精神科医の総合病院離れを招かないような注意も必要である。そのためには、適切な診療所や精神科病院との機能分化や連携が必要である。さらに、地域での精神障害者の生活を支えていくためには、包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment : ACT) などのアウトリーチ、障害者総合支援法に基づく諸福祉施設や介護保険施設といった社会資源との連携も不可欠となってくる。とはいえ、都市部と地方では自ずと連携できる医療、社会資源に差があるため、地域の実情に合わせた精神医療、福祉体制の構築が必要なことはいうまでもない。

d. 診療報酬上の問題

こういった十分な精神科医療を展開していくにあたって足枷になっているのが診療報酬上の問題である。これまでみてきたとおり、総合病院精神科の診療報酬体系は改善されてきたとはいえ、一般科の水準にはまだまだ達していない。2020年の基礎調査では1日1人平均入院収入は、一般病棟が61,704円だったのに対し、精神科病棟は23,900円であった。精神科での診療報酬は、身体合併症や急性期精神疾患の治療、リエゾンや緩和ケアへの関わり、地域との連携等々を考えると、一般病棟に比して低くてもよいという根拠はない。総合病院精神科に一般病棟と同様のDPCを導入したり、一般病棟入院基本料と同等の入院料を算定できるようになることが求められる。

これが実現すると、総合病院のなかで精神科病棟と一般病棟との診療報酬上の垣根がなくなるため、どこの病棟で治療を行うかは患者の精神的・身体的状態や、これまで受けてきた医療の流れを考慮して、患者サイドに立って検討することが可能となる。ところが、現況では医療法施行規則第10条三がその障壁になっている。そこでは、身体疾患が重篤であり、精神科病棟では必要な医療

が受けられない者以外は、精神科患者は精神科病棟で入院治療を受けなければならないと定められているからである。これまでの議論から明らかのように、総合病院では身体科と精神科との間のシームレスな連携が求められている。たとえば、周産期医療では、産婦人科的診療と同時にメンタルヘルスの観点からのフォローアップが重要になる。その時々々の精神状態によっては入院が必要となることもあろう。先の規則に従えば、無床総合病院精神科は別の医療機関に患者を紹介しなければならない。産婦人科と精神科がチームを組んで周産期医療にあたるのであれば、心身の状態に応じて1つの病院のなかで対処することが望ましいことはいうまでもない。こういった問題は、自殺対策、緩和医療、高齢者医療など様々な医療現場で起こってこよう。医療法施行規則第10条三の撤廃が望まれる所以である。

1.1.1. 無床総合病院精神科

a. 現状

2020年に施行された基礎調査において³⁾、無床総合病院精神科医療機関(有効回収数175)から得られた調査結果によると、7割の医療機関が精神科医の常勤体制を保持しているが、約40%がいわゆる「ひとり医長」であり、平均常勤医師数は1人という体制であった。2014年には総合入院体制加算2が新設され、無床総合病院精神科にとって追い風になると思われたが、70%の医療機関が精神科医の増減について「(前回の調査に比べて)変化なし」と回答しており、ひとり医長体制が未だに続いている現状にある。「GHPネクストステップ2009」では無床総合病院精神科の機能特化を目標に、「外来診療をコントロールし、入院診療(すなわち、CLP業務)に重点をおいた適切な業務」が謳われたが、基礎調査では93%が外来機能を有しており、地域の特性上から、無床総合病院精神科が精神科診療所の機能を兼ねている医療機関があると推測された。このような勤務形態のなか、7割の医療機関2次救急機能を有し、自殺企図などの患者に対応するのみならず、緩和ケアチームもしくは認知症ケアチームの一員としてのタスクを余儀なくされている現状にある。

なお、無床総合病院精神科において精神科が取得できる代表的な加算として、精神科リエゾンチーム加算があるが、リエゾンチーム加算を実際に取得している無床総合病院精神科医療機関数は2021年1月時点で72⁴⁾と少ない。すなわち、リエゾンチーム加算が週1回で300点と極めて低いことに由来することが明らかである。メンタルヘルスに関する診療加算について、妊産婦のメンタルヘルスにおいては2014年の診療報酬改定によりハイリスク妊娠管理料、ハイリスク分娩管理料の算定疾患に精神疾患が加わり、2018年にハイリスク妊産婦連携指導料が新設された。また自殺対策に関して2016年には救急患者精神科継続支援料が加わった。緩和ケアについては、今までは悪性新生物が対象疾患であったが、心不全などその適応疾患は拡大されつつある。これらの加算は国の施策として精神科医のニーズがより明確になったことを示すものではあるが、人員不足などの理由により加算が請求できないという実情があるうえ、ハイリスク妊産婦連携指導料は月750から1,000点、救急患者精神科継続支援料（入院）は月435点と十分とはいえない。また、昨今のCOVID-19問題により、精神科医は、職員のメンタルヘルスの役割も期待されている。すなわち、「ニーズは明確になり、精神・心理職のタスクはさらに増えているものの、インセンティブは少ない」という状況にある。また、無床精神科医の活動をサポートするものとして、公認心理師などメディカルスタッフの役割は非常に大きいですが、彼らに対する経済的インセンティブはあまりに少ない。

b. 今後の目標～無床総合病院精神科の体制をより充実させ、負担を減らす～

無床総合病院精神科は「地域包括」という医療政策のなかでの位置づけとして、今後は単科精神科病院や精神科診療所で診療できるような患者については当該の医療機関に診療を委ね、入院患者のCLP業務に特化することになるだろう。しかしながら、地域によっては無床総合病院精神科が精神科診療所や単科精神科病院の外來の代替を担っているという実情もあるうえ、精神科の主な収入源として外來業務が大きなウェイトを占めて

いる。「無床総合病院精神科の現状と課題」に記載したように、リエゾンチーム加算に代表される各種加算が「医療者の労力や患者の利益に対して精神科スタッフへのインセンティブが少ない」ということを調査などにて実証し、CLP業務にまつわる加算を増点することに尽力する。がん拠点病院の要件および緩和ケアチーム加算が1日390点となったことから、経営側より精神科のニーズが高まったというエピソードをみれば、各種加算の増点は無床総合病院精神科スタッフのモチベーションの上昇や院内の役割の確立という点で実効性がある。そのためには自殺企図対応、緩和ケア、周産期、せん妄、身体合併症などCLP業務に関するエフォートを洗い出す必要があるだろう。今後の目標として、無床総合病院精神科医の常勤2人体制を確立するのみならず、公認心理師などメディカルスタッフに対する何らかの保険収載についても、関係学会と連携を図りながら促進する必要がある。なお、2022年4月から公認心理師ががん患者指導管理料（口）を算定可能となった。

1.1.2. 有床総合病院精神科

a. 有床総合病院精神科の機能

有床総合病院精神科は、総合病院内の精神病床を有する精神科であり、一般病棟においては院内の一診療科としてCLP診療を行っているほか、地域医療の核を担っている病院が多く、地域精神医療の様々な役割をも果たしている。精神科救急・急性期医療、措置入院、認知症患者のBPSDなどへの対応などのほか、総合病院精神科ならではの身体合併症医療など、あらゆる精神科医療および一般医療における精神医学的要請に対応し得る潜在的能力を有している。しかし、地域や医療人員の充足度によってはこれらの能力の一部しか果たすことができない場合もあり、これらの潜在能力を十分に発揮し得るような医療制度、医療政策上の裏付けが必要である。

b. 有床総合病院精神科の課題

2016年の総合病院精神科基礎調査からみると、2013年までは病床数が減少を続けていたが2016年には13,694床から13,892床と増加に転じた⁵⁾。総合病院における精神病床の重要性が認識され始めたともいえる。総合病院の精神科病床が増える

ことはわれわれにとって歓迎すべきことである。そのなかには身体合併症医療に特化した精神科病床もあるが、これらの病床が限定的な機能を解除し、一般精神科診療機能を有するようになり、地域精神医療の中心的役割が担えるようになることを期待したい。

また、この基礎調査では、有床総合病院精神科がない二次医療圏が59%を占めており、このような医療圏を少しでも減らしていきたいが、総合入院体制加算1への精神科要件の追加という追い風はありながらも、全体として未だに精神科病床の収益性の悪さは変わらず、より多くの二次医療圏に有床総合病院精神科を配置するという政策が実施に移されているとも感じられない。

厚生労働省が提唱する「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は一般身体疾患を対象とした地域包括ケアシステムを精神疾患に対応させるものであるが、有床総合病院精神科もこれに参加し、精神疾患と身体疾患双方の治療に対応し、精神疾患患者を地域で生活できるように支援していく必要がある。それには総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所の有機的な連携が必要になっており、総合病院精神科が患者の治療を、地域の医療機関や福祉施設などと連携しながらコーディネートしていくような、システムづくりの中心になる役割が求められる。

そのなかで、有床総合病院精神科が地域で必要とされるためには、地域のニーズに応える存在になっていかなければならないであろう。例をあげるならば現在は多くの地域で高齢化の問題が深刻化しており、認知症患者に対してもBPSDを中心に積極的に入院対応を行い、退院後のケアにつなげるという方法もあるであろう。また、麻酔科と連携して修正型電気けいれん療法の対象となる患者を多く受け入れたり、血液内科と協力してクロザピン治療に積極的に取り組み、他の精神科病院や診療所からの紹介患者を増やすなどの方法も必要ではないかと考えられる。

c. 有床総合病院精神科と診療報酬

総合病院における精神科病床を維持するためには、日常的な診療行為が適正に診療報酬上に反映されることが望まれる。2010年に10対1精神科

棟基本料の要件が25日から40日に緩和され、13対1精神科棟入院基本料が新設された。その後、2014年に精神科急性期医師配置加算、精神科リエゾンチーム加算、総合入院体制加算1への精神科要件の追加が、2016年には精神疾患診療体制加算が、2020年には精神科退院時共同指導料が算定できるようになったが、医師不足などから、多くの病院が全ての加算を取れているとはいえない。2016年総合病院精神科基礎調査によれば、有床総合病院精神科の平均医師数は大学病院以外では4.4名と、精神科救急・合併症入院料の施設基準を下回るものであり、常勤精神科医師数の分布をみると3人と6人以上の2カ所でピークがある。常勤医3人の施設では、精神科急性期医師配置加算に必要な精神科リエゾンチームの週1回の回診をしたうえで通常の外来、病棟業務をこなすというのは極めて困難と考えられる。より多くの病院が診療報酬上の恩恵を受けるためには、適正な医師の配置や加算の要件の緩和が望ましいと考えられる。2020年の診療報酬改定において、精神科急性期医師配置加算にクロザピン新規導入患者実績が要件として追加されたり、精神疾患を有する妊産婦に対する診療の充実の観点からハイリスク分娩加算の対象となる病棟に精神科棟入院基本料および特定機能病院入院料（精神科棟）を追加されたりと、総合病院精神科を意識した加算が見直されているが、今後も総合病院精神科発展への追い風となるような適正な診療報酬の改定が望まれる。

1.2. 地域医療への拡がり

近年、精神疾患を有する患者の数も増加傾向にあり、精神科医療の扱う対象も、幅広いメンタルヘルス問題に拡がり、今後ますますの増加が予測される。総合病院精神科は、その時代の地域社会を反映した様々な患者と早期に出会う場であり、地域のフロントラインに立っているともいえる。総合病院精神科には、精神医療、身体医療、障害福祉・介護などの複合的課題を適切にアセスメントし、多職種・多機関・多分野と積極的に連携・協働するコーディネートを行い、再び患者が安心して地域で暮らせるように、地域につなぎケー

ス・マネジメントする役割が求められている。このような役割の遂行は、グレーゾーンへの適切な治療、精神疾患の悪化の予防、患者がセルフケア能力を維持しながら、地域で安心して暮らし続けることに寄与すると思われる。総合病院精神科には、その時代、地域社会を反映し、新しい視点や知識・スキルを獲得しながら、進化し続けることが求められている。

厚生労働省が提示する「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」においても、総合病院精神科は重要な役割を果たすことができると思われる。まず、主に精神科救急・急性期医療、身体合併症医療を担当する有床総合病院精神科は、適切に地域の社会資源を活用することにより、早期の退院や地域移行を行うことができ、この点でわが国の精神科医療のモデルとなり得る可能性がある。身体合併症医療の遂行においては、一般医療と他の精神科医療機関をつなぐことにより、一般医療と精神科医療の架け橋となることができる。こうした取り組みは、主に地域と病院をつなぐ精神保健福祉士の活動によって支えられている。

無床総合病院精神科においては、地域との連携に関していえば、身体科治療の時間軸で進む身体科病床での短期での精神科医療の提供や、地域の精神科病床を有する病院への緊急入院依頼など、身体科や地域との円滑なつながりを前提としており、精神科医のみならず、精神保健福祉士の配置が強く求められる。無床総合精神科の地域との連携に関する好事例でも、精神保健福祉士を含む多職種チームの活動が要となっている。

さらには、総合病院精神科がもつリエゾン機能は地域へのアウトリーチにおいても有意義に展開され得る可能性を有している。たとえば、在宅医療部門を有している総合病院では、精神科多職種チームのメンバーが往診に同行したり、コンサルタントとしての役割を担ったりする可能性も考えられる。

今後、総合病院精神科が「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における地域における拠点の一つとして、明確に、地域づくりを推進する重要な役割を担っているという認識に立つ必要がある。総合病院においては、様々なメンタルヘ

ルスに早期に介入し、個別支援を通して包括的なマネジメントを基礎として地域のサポートネットワークを機能・充実させていくこと、また地域づくりの協議の場に参画し、地域をともに発展させていくことが求められる。

1.3. 多職種連携・タスクシェア

2010年に厚生労働省が「チーム医療の推進に関する検討会」の取りまとめとして「チーム医療の推進について」⁶⁾を発表し、そのなかで課題として「医療の高度化による医療者の疲弊」といった内容をあげていたが、その後、医師の過労死問題など過重労働についての課題がさらにあがるなかで、厚生労働省が掲げる一連の「働き方改革」のなかで「医師の働き方改革」「医療者の働き方改革」についても議論が行われた。

2016年から「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が計15回開催され⁷⁾、それに続く形で「医師の働き方改革についての検討会」が2017年から開始され、2019年に報告書が提出された。そこでは「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況」「昼夜を問わず患者への対応を求められる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態」「健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要」さらに「医療は医師だけでなく多様な職種の連携によりチームで提供されるものであるが、患者へのきめ細かなケアによる質の向上や医療従事者の負担軽減による効率的な医療提供を進めるため、さらにチーム医療の考え方を進める必要がある」と明記されている⁸⁾。

そして、2019年から開始された「医師の働き方改革の推進に関する検討会」では、「患者へのきめ細かなケアによる質の向上や医療従事者の負担軽減による効率的な医療提供を進めるため、さらにチーム医療の考え方を進める必要」「医師の労働時間の短縮のために、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化(タスク・シフティング、タスク・シェアリング)を徹底して取り組んでいく必要」として、医師でなくとも行える業

務は他職種へ移管し、医行為にあたる業務のタスク・シフト/シェアについては、医師の指示の下で行われることを前提として、医療の質や安全性を担保しながら、チーム医療を積極的に推進することが医療の質の向上と医療者の健康を守ることもなるという方向性を示した⁹⁾。

総合病院の精神科においても、精神科の医師が中心となって担うべき業務と、メンタルケアの訓練を受けてきた他の専門職（例として精神科リエゾンチームに属する医師以外の専門職、精神看護専門看護師、公認心理師、精神保健福祉士、作業療法士など）が情報を共有して連携し合うことでお互いの業務負担の軽減につながるものと考えられる。また、そのリエゾンチームに代表されるようなメンタルヘルス関連職種の関与が、他の医療者の健康も守るものと考えられる。そのため、学会においても、多職種協働に関する啓発活動や、研修を随時行っていく必要がある。

対象患者の疾患によって、重点的に連携すべき職種は違ってくる。たとえば、摂食障害や慢性疾患など、食事が課題になる場合は管理栄養士との連携が必需となるし、リハビリテーション職種との連携が必須の疾患も多い。精神科薬物治療に抵抗がある患者への説明時に、薬剤師に同席してもらい、ベッドサイドに定期的に訪問してもらうなどの工夫も考えられる。さらに、2015年10月から開始されている「特定行為に係る看護師の研修制度」を修了した看護師を活用していくことも、業務のタスク・シフト/シェアの観点のみならず、迅速な患者への対応に寄与するものと思われる。患者中心の医療を実現するために、そして、医師看護師をはじめとする医療者の過剰な負担を軽減するために、多職種同士がお互いの業務を知り合い、尊重し合う医療の実現が求められる¹⁰⁾。

2. 専門医

2.1. サブスペシャリティとしての基幹領域との差別化

「精神科専門医」と「一般病院連携精神医学専門医」との差違を明確にするため、専門医制度委員会ではコアコンピテンシーを定めた（表1）。

今後は、各コアコンピテンシーの下位に具体的なコンピテンシーを配置する、あるいは補足説明を添えることを検討中で、コアコンピテンシーに沿ったカリキュラムを構成してゆく。新しいカリキュラムでは、最大で経験症例80例あまりと報告症例8例を必須とする予定で、報告症例として以下を考えている：①転科転院となり、連携を要した症例、②身体合併症を有する患者での抗精神病薬投与の症例、③身体合併症を有する患者での抗うつ薬投与の症例、④術後せん妄の症例、⑤認知症に伴うせん妄の症例、⑥アルコール離脱せん妄の症例、⑦自殺企図の症例、⑧緩和ケアの対象となったがん患者の症例。「精神科専門医」で求められているコンサルテーション・リエゾン精神医学よりも高度なスキルや経験を求めている。

2.2. 地域差の均てん化

専門医の養成には指導医と研修施設が必要であり、2022年7月20日現在で、専門医研修施設が145、特定研修施設が58となっている。研修施設になっていない大学病院本院が12あり、1県では研修施設がゼロ、12県では研修施設が1つしかなく、東京都には32、大阪府には17施設あり、地域差が大きいのが現状である。

学会としては、研修施設の均てん化を図るため、特定指導医および特定研修施設という時限的な制度を運用している。特定指導医は本学会専門医ではなく、学会員ではないが、指導医と同等の総合病院精神医学の知識や経験を有している精神科医に、専門医を目指す医師の指導に協力を仰ぐものである。総合病院精神科勤務歴が8年以上の有資格者が、本学会に入会し、指導医講習会を受講した後に申請すれば特定指導医として認定し、施設申請により勤務先を特定研修施設とする。また、特例措置として、特定指導医取得後に本学会総会中に行う専門医講習会を受講し、筆記および口頭試験からなる専門医試験に合格すれば、本学会専門医および指導医を取得できることとしている。この特例措置は2023年度で終了する予定で、研修施設となるべき施設の常勤医を対象に指導医講習会の受講を勧奨している。

一部の例外を除いて大学病院は総合病院であ

表 1. 一般病院連携精神医学専門医（略称：精神科リエゾン専門医）コアコンピテンシー

一般病院連携精神医学専門医（略称：精神科リエゾン専門医）とは、主に総合病院で行われる医療（周産期、周術期、救急医療、集中治療、臓器移植、緩和ケア等）において、全ての診療科や多職種チームと連携して精神医療を提供することで、医療やケアの改善を図る精神科医である。医療者支援を行い、医療の質と安全、医療倫理などの問題にも積極的に関与して、患者・家族がいつでもどこでも心身両面にわたって最適な医療やケアを受けられる社会をつくることを目指す。

（補注）コンサルテーション（主治医から依頼を受けて助言および治療を行う方法）とリエゾン（予め連携し、定期的に関与して予防および早期介入をめざす方法）を区別し、これらを合わせてコンサルテーション・リエゾン精神医学と呼ぶことがあるが、ここでは包括的に短くリエゾン精神医学と呼称して用いる。

1 患者理解と介入

身体疾患およびその治療プロセスに伴って生じる精神症状や心理的反応、さらには患者及び家族の心理社会的困難、実存的苦悩を適切に評価診断し、専門的な臨床対応を実践する

2 多職種協働とアウトカム改善

救急・集中治療、周術期、周産期、緩和ケア領域などにおいて、診療科を越えて迅速かつ柔軟に多職種と協働し、個々の患者・家族の身体的・精神心理的・社会的状態の最善化を図る

3 人権と倫理

患者・家族の人権を尊重、擁護しながら、意思決定を支援し、臨床倫理に配慮した適正な精神医療を行う

4 チーム医療とリーダーシップ

地域医療を含むさまざまな医療場面で、適切なリーダーシップをとりながら、多職種チーム医療の活性化、継続を積極的にサポートする

5 関係性とコミュニケーション

患者、家族のみならず医療者間の相互関係を理解して、効果的なコミュニケーションを促し、適切なコンサルテーション・リエゾンを行う

6 振り返りと自己研鑽

自らの臨床実践を振り返り、その課題を適切に捉え、自己学習、学術集会、他者との交流などを通して、生涯にわたり自己研鑽を続ける

7 EBM と臨床実践

科学的根拠となる情報を収集し、批判的吟味の上、リエゾン精神医学の臨床に適用する

8 教育と育成

医学教育の連続性を理解し、医学生や初期研修医、医療従事者に対して教育的役割を果たすとともに、精神科リエゾン専門医の育成に努める

9 リサーチマインドと学術活動

リエゾン精神医学に関するリサーチマインドを持ち、学術研究活動を行う

10 医療安全と医療経済

患者個々の背景を考慮して、適切な医療資源の提供を提案・実行し、医療の質と安全、医療経済の向上に寄与する

11 システム構築と改善

地域医療を含むさまざまな医療場面で、リエゾン精神科医として、最善のケアを提供できるシステムの構築と改善に寄与する

り、多くの精神科専攻医が1年目の研修を行う場である。その際に総合病院精神医学に触れることができ、「精神科専門医」に必要な経験をするとともに、より専門性の高い「精神科リエゾン専門医」に興味を抱く素地として、大学病院精神科の役割は大きい。大学病院本院すべてが本学会の研修施設となることを喫緊の課題として進めてい

く。そして、各都道府県に最低でも複数施設、すなわち大学病院とその他の市中病院でも研修施設が存在するような研修施設体制の構築が課題である。また今後、地域リエゾンが求められる時代に備えて、どのような研修施設、研修体制をつくっていくのかも検討しなければならない。

また、総合病院精神科医のネットワーク作りを

目的に6つの地方会に準じる地方会研究会組織が設立されている。2022年には中国地区研究会が四国地区まで拡大された。しかし、北海道、東北、九州などで未だ地方会組織作りができておらず今後のネットワークの強化が期待される。

3. 後進の育成と教育

3.1. リエゾン精神科医の教育と院内活動

すでにこれまでの項目で多く触れられているように、総合病院精神科の重要性とCLPの専門医のニーズは着実に増加しており、精神科リエゾンチーム加算や総合入院体制加算などといった診療報酬にも反映されつつある。有床・無床を問わず総合病院精神科には多忙な一面があるなかであっても、精神科医への道を選んだ若手世代のなかから「リエゾン精神医学を専門にしよう」と思える者が増えるよう、指導する側は日々の業務と並行して工夫する必要がある。

まずは、On the Job Training (OJT) 形式となることが多いと思われるリエゾン業務の、実務と教育の兼ね合いを検討する必要がある。たとえばせん妄の初期対応は、薬物療法的介入が早期から結果が出やすく、病棟からの謝意を伝えられやすい立場であり、若手も自己効力感を得やすい。他方、そのような即効性が乏しい業務（他診療科のバックアップや多職種への助言といった、黒字的役割や組織力動の扱い）の意義やモチベーションをどう若手に伝えるかは、しばしば悩ましい問題である。さらに、一般病棟という限られた資源（入院期間の短さや病棟の枠組み設定が困難である、など）での対応を、精神医学の基礎が十分についていない時期の若手が1人で妥結点を見出しながら実施することは容易ではない。そのため、OJTとはいいつつも、指導者側がある程度のサポートしながら、リエゾン医の後進となってもらべく若手に教育を行っていくことが必要である。

そのうえで、院内でリエゾン医に求められる様々な役割を、若手リエゾン医にも分担してみてもうだろうか。多くの総合病院において、不眠や不安をはじめとした精神症状への対応、身体診

療における意思決定支援やアドバンス・ケア・プランニング (advance care planning: ACP) といった話題は、医療安全分野にも関わることで、院内研修会でもしばしば話題として取り上げられる内容である。こうした話題に関する啓発の機会を他部署と連携しながら増やすことで、病院全体の精神症状への対応力向上が期待できるであろう。さらに、こうした研修会を若手リエゾン医に担当してもらうことで、若手自身が知識を整理する機会となり、またプレゼンテーションスキルを向上させる機会にもなる。そして、若手が講演によって聴衆から得られる質問や感想は、今後のリエゾン業務に役立ち、ひいては将来のGHP活動への積極的な参加、研究課題の発見といった発展につながることを期待できるであろう。

3.2. 多職種チームとメディカルスタッフの育成

チーム医療の必要性の高まり、多職種協働の必要性は、今までも述べてきたことだが、多職種連携教育は、個々の職種の養成課程のなかではまだ十分に扱われていない。自分の職種の技量を上げるためのトレーニングを受けてきたはずだが、現場では即戦力としてチームの一員として動くことが求められ、連携やチームでどう動くかなどは、現場で学んでいくことになる。参考となるのが、複数大学複数の学科（医学、薬学、看護学、リハビリテーション学、社会福祉学など）が学生合同実習を行い、お互いの職種を理解して関わり合うことの大切さを学ぶ、多職種連携教育の実践が試みているプロジェクトである¹¹⁾。これらの実践を参考に、さらに職種を増やし、生涯学習につなげていくことにより、医療現場でチーム医療の一員としての確に動ける人材を育成する教育として活かせるのではないかと考える。また、「多職種連携」を行っていくうえで必要とされる能力「多職種連携コンピテンシー」では、連携に必要な専門職の条件として①職種役割を全うする、②関係性に働きかける、③自職種を省みる、④他職種を理解する、があげられている¹²⁾。多職種が集まったとしても、個々に患者の支援を行っているだけでは、多職種協働にはなり得ない。お互いの職種

を知り、必要な連携を取り、今この患者には何か一番必要な支援なのか、どの職種が関わるとよいのかについて理解していなければ、最適な支援を届けることはできない。チーム医療を知り、他の専門職に対する理解を深め、多職種チームで真の連携ができる人材を育てる研修が求められてはいるがまだ不足している。多職種連携教育の在り方についての研究なども本学会が中心となって行い、発信していければと考える。

さらに、身体医療を担うスタッフに対するメンタルケアの教育活動は、精神科リエゾンに携わる職種がチームとして行うことが望ましい。すでに、身体科スタッフが行っている関わりに対して専門職としてフィードバックを行うことで、メンタルケアに対する理解も深まり、スキル向上にも貢献できるだろう。どんな場合に精神科リエゾンの依頼を行うべきかも、理解してもらえるとよい。また一般に医療現場で実際にどのようなチームが先駆的に活動しているのか、事例集などを参考に学んでいくことも必要と考えられる¹³⁾。

4. 国民への啓発

初めに、国民への普及啓発について留意しておきたいことを述べる。言うまでもなく、総合病院精神科における介入対象は患者/家族であり、身体科関連医療職である。特にコンサルタントとして医療者からの相談に応じることが多いため、総合病院精神科のpublic relations (PR) は医療者に向けたものが多いように思われる。しかしユーザーは患者であり、家族である。合併する身体疾患の特性も多岐にわたり、治療目標が生命に関連するものもあればQOL維持向上を目指す疾患もある。ここでは、これらの前提を踏まえて国民へのPRについて述べる。これは本学会の広報委員会のミッションそのものでもある。

普及啓発を考えるうえで到達すべき目標は「身体の病気を患うことにより生じる精神心理面の不調に対応してくれる診療科(=総合病院精神科)がある」ことを広く国民に知っていただくことだろう。その視座に立ったとき、総合病院精神科からは以下の発信ができるように思われる。

4.1. 身体疾患に罹患後、精神心理的な不調を来した患者に対して

病気になると、日常生活のなかに治療や通院、入院などが組み込まれる。それはその人にとってのプライオリティが入れ替わることを意味する。従来は仕事、趣味などが上位であったところに通院や治療が入ってくる。これは単に順位が入れ替わるだけではなく、ランクダウンした項目も質量ともに変化が生じる。たとえば就労していれば、勤務時間の調整、パフォーマンス低下に備えた部署異動などがあるかもしれない。病気に伴うこれらの環境変化を契機として、なかにはうつ病や適応障害を発症する患者もいるが、このような精神科診断に該当しない場合でもその心理的な苦痛が軽症であるとは限らない。無理をして周囲からの励ましに應えたり、周囲からはポジティブな発言のみを期待されるなど、人間関係に悩む患者は多い。このような精神科診断に至らない心理的苦痛にも丁寧に対応することが、患者に対する総合病院精神科の啓発の第一歩となるだろう。「頑張ればなんとかなる」といった信念をもっている患者にとって、「頑張りが通用しない」体験は危機的なものである。一方、病気や治療は、とすればその人が今まで先送りしてきた人生の問題と対峙するきっかけになる。こういった「生き方の再獲得」といったテーマには多職種によるサポートも期待したい。

4.2. 身体疾患に罹患した精神疾患患者に対して

従来から精神科通院を続けていた患者が身体疾患を患うことにより精神心理的な課題が再燃、悪化することがある。また、精神症状は安定していても、身体疾患のために思うように精神科通院を続けられない患者もいる。その場合、総合病院精神科はかかりつけの精神医療機関のピンチヒッターとして、身体疾患と精神疾患の双方に対する治療を提供する。もちろん、精神疾患の重症度、病院に精神科病床が備わっているかどうか、医療のマンパワーがどの程度充足しているかなどによって患者の受け入れ能力は異なるが、精神科で治療中であることを理由に身体疾患治療を受ける

ことができないという事態は極力避けたい。

4.3. 身体科の医療者に対して

上村¹⁵⁾は CLP について「依頼者でもある主治医や病棟看護師に感謝され、患者にも満足度が高いサービスを提供することが理想である」としたうえで「時には依頼者である医療チームは満足しているものの患者の QOL の低下に繋がってしまう場合や、患者のベストインタレストに叶ったにも関わらず依頼者である医療チームの満足度が低い場合が見受けられる」とし、「前者は院内コンサルテーションの本来の目的にそぐわない結果であるし、後者は将来的に専門家へのコンサルテーションが必要な症例で、適切なコンサルテーションが来なくなってしまう危惧がある」としている。総合病院精神科における依頼者（コンサルティ）は身体科医療者であり、患者・家族でもある。常に、双方の満足を意識することが肝要である。そして前述したとおり、総合病院精神科の活用は身体科医療チームからの紹介がスタートとなる場合が多いため、患者に活用してもらうにはまず主治医をはじめとする身体科スタッフに患者が相談することが第一歩として必要になる。これは、患者の援助希求能力を高めることと一致する。一方、厚坊¹⁶⁾は「リエゾン場面における醍醐味は、コンサルティとコンサルタントだった関係が次第に『患者の不安を支える支援者同士』というチームに成熟することである」と述べている。このような視点から身体科の医療者に対する啓発を促進することは重要な課題である。

4.4. 身体疾患に伴うスティグマ解消に向けて

精神疾患に対する国民のスティグマと差別の解消を目指して、2022 年度から高等学校の保健体育の授業で精神疾患が取り上げられることとなった。しかし、スティグマは精神疾患だけでなく身体疾患に対しても存在する。古くはハンセン病や HIV/AIDS、そして最近の COVID-19 でも感染者に対する差別が生じた。これに対して、日本赤十字社が「ウイルスの次にやってくるもの」という動画を YouTube で公開し、差別の解消に向けた啓発活動を行った。

国民全体への啓発活動は、ひいては患者や家族自身の精神的健康につながり得る。スティグマを患者や家族が内在化すると、ネガティブなステレオタイプを自身に当てはめて否定的な態度をとるようになり、セルフスティグマが生じる¹⁴⁾。セルフスティグマは抑うつや自己肯定感の低下などと関連する。本学会は国民全体へ精神疾患と身体疾患に対するスティグマの解消を目指した啓発活動を行うべきであろう。

4.5. 精神科リエゾン専門医の普及・啓発

最後に、本学会の専門医である「一般病院連携精神医学専門医」（通称：精神科リエゾン専門医）は 2009 年に厚生労働大臣が認める広告可能な医師の専門性資格として承認された。しかしながら、現在、日本専門医機構が目指している「国民が受診に際し、わかりやすい」という観点からすれば、この専門医名称はわかりやすいとはいえない。上述したように、このことは 2022 年 4 月に精神科サブスペシャリティボードから、本学会専門医が精神医学領域のサブスペシャリティであることを承認された際にも、指摘された点である。「精神科リエゾン専門医」の名称とともにその専門性を国民にわかりやすく普及啓発することは、広報委員会が専門医制度委員会と連携して行うべき重要なミッションである。

5. 学術交流

他の医学領域との学術交流は GHP/CLP の発展に不可欠である。本学会では治療戦略検討委員会を中心となり、5 疾病 5 事業を意識した学術交流を図ってきた。2010 年には生体臓器移植ドナーの意思確認の指針作成小委員会を組織し、日本移植学会と生体ドナーに関するシンポジウムなどで協働した。この小委員会が現在の臓器不全・移植関連委員会に発展している。循環器疾患領域では日本循環器心身医学会との合同シンポジウムや、腎臓病領域では日本サイコネフロロジー学会との合同シンポジウムなどを開催したが、これらは臓器不全・移植関連委員会に引き継がれている。2012 年からはナショナルセンター（国立高度専

門医療研究センター)を中心とした「身体疾患患者へのメンタルケアモデル開発ナショナルプロジェクト」への協力・関与を行った。2016年には日本周産期メンタルヘルス学会と本学会が協働することで合意し、治療戦略検討委員会内に周産期メンタルヘルス小委員会を組織して毎年合同シンポジウムを開催してきた。この小委員会も現在の周産期メンタルヘルス委員会に発展している。2019年には、高齢発症者の増加も相俟って重要性が増しているてんかんについて、治療戦略検討委員会内にてんかん小委員会を組織して活動を開始している。当初計画したが、実現できていない糖尿病領域や脳卒中領域との学術交流が今後の課題である。

次項「研究活動の推進とエビデンスの創出」に記されるように、本学会では治療戦略検討委員会がイニシアティブをとりインパクトの大きいエビデンスを創出してきた。GHP/CLPはせん妄を代表として、救急医療、自殺対策、周産期メンタルヘルス、緩和医療(非がんを含む)、臓器移植、サイコネフロロジーなど、取り扱う領域は多岐にわたっており、それらに関する研究は関連する医学領域と有機的に連携することによっていっそう良質なエビデンスとなり得る。そのため、精神医学以外の医学領域との学術交流を深め、研究の立案・遂行や相互の学会での発表などを促進することは重要である。現在、このような活動は個別に行われていることが多いが、学会内で進捗情報を取りまとめ、共有を図ることがいっそう求められる。

国際的な学術交流も学会として取り組むべき課題である。韓国心身医学会とは2009年から毎年、双方の学術集会にそれぞれ2名の会員を招待し合い、継続的な学術交流を図ってきた。それ以外は単発的に個々の学術集会の大会長によって海外からの招聘が行われるにとどまっている。今後、近年普及しつつあるオンラインによる学会運用を視野に入れながら、米国のAcademy of Consultation-Liaison Psychiatry (ACLP)をはじめとするGHP/CLP関連学会との国際的な学術交流を推進する。

6. 研究活動の推進とエビデンスの創出

研究活動の推進とエビデンスの創出は本学会の重要な使命の一つである。せん妄領域では、2011年に治療戦略検討委員会にてDELIRIA-J (Delirium Intervention Research for Improving Acute phase outcomes in Japan)という研究グループを組織し、多機関共同のプラセボ対照ランダム化比較試験や前向き観察研究を実施し、メラトニン受容体作動薬やオレキシン受容体拮抗薬のせん妄予防効果を実証してきた¹⁷⁻²⁰⁾。今後、せん妄領域以外でも現場を変えるインパクトをもつエビデンスの創出を目指す。

学会誌「総合病院精神医学」には、最新のエビデンス・データを含めた臨床的に有益な情報を総合病院で働く医療スタッフにアップデートに発信する役割がある。また、症例報告も重視し、興味深いあるいは注意喚起を促す症例に関して、自施設のみでなく学会員全体で共有を図る。

最後に、既存のJSGHPの治療指針シリーズのアップデート、新たなGHP/CLP領域の治療指針の整備、他の様々な医療領域において作成されるガイドラインや診療ガイドなどへの参画を積極的に推進する。

文 献

- 1) 早川達郎, 佐竹直子: 2016年総合病院精神科基礎調査からみた全国の有床総合病院精神科の状況. 総合病院精神医学 32: 385-392, 2020
- 2) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会: 総合病院精神科の現状とめざすべき将来ー総合病院精神科のネクストステップ2009ー. 総合病院精神医学 21: ss1-ss30, 2009
- 3) 「1.53から2へ」～無床総合病院精神科医を増員させるには?～ 日本総合病院精神医学会総会シンポジウム(web開催). 2021年
- 4) 医療介護情報局医療機関届出情報施設一覧リスト [https://caremap.jp/facilities/map/pre-fids:1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47/key 1:1/mtbNoti-

- ficationId:1053/mtbSubjectId:30/list_tpe:list/]
- 5) 早川達郎, 佐竹直子: 2016年総合病院精神科基礎調査から見た全国の有床総合病院精神科の状況. 総合病院精神医学 32: 385-392, 2020
 - 6) 厚生労働省: チーム医療の推進について. 2010 [<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/s0319-9.html>]
 - 7) 厚生労働省: 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会報告書. 2017 [<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161081.pdf>]
 - 8) 厚生労働省: 医師の働き方改革に関する検討会報告書. 2019 [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html]
 - 9) 厚生労働省: 医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会議論の整理. 2020 [<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000720006.pdf>]
 - 10) 日本精神神経学会多職種協働委員会(編): 多職種でひらく次世代のこころのケア. 新興医学出版社, 東京, 2020
 - 11) 彩の国連携力育成プロジェクト [<https://www.saipe.jp/>]
 - 12) 多職種連携コンピテンシー開発チーム: 医療保健福祉分野の多職種連携コンピテンシー. 2016 [http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/mirai_iryo/pdf/Interprofessional_Compentency_in_Japan_ver15.pdf]
 - 13) 厚生労働省: チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集. 2011 [<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>]
 - 14) Link, Bruce G: Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *Am Sociol Rev* 52 (1): 96-112, 1987
 - 15) 上村恵一: コンサルタントとしての精神科医の役割. 総合病院精神医学 28 (4): 318-323, 2016
 - 16) 厚坊浩史, 清水研: リエゾン精神医学における不安. *精神科治療学* 35 (12): 1317-1322, 2020
 - 17) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al: Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *JAMA Psychiatry* 71: 397-403, 2014
 - 18) Hatta K, Kishi Y, Wada K: Ramelteon for delirium in hospitalized patients. *JAMA* 314: 1071-1072, 2015
 - 19) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al: Preventive effects of suvorexant on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 78 (8): e970-e979, 2017
 - 20) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al: Real-world effectiveness of ramelteon and suvorexant on delirium prevention in 967 patients with delirium risk factors. *J Clin Psychiatry* 81 (1): 19m12865, 2020

V

おわりに：未来を見すえた本学会の ミッション・ビジョン・ストラテジー

以上、本稿ではまず2009年に出版された本学会の提言「総合病院精神科のネクストステップ2009」以降の本学会の動向をまとめ、次に現在わが国でGHP/CLP（またはリエゾン精神医学）が担っている機能を網羅的に整理し、最後に本学会の課題と目指すべき方向性を示した。近年の医療・保健・福祉情勢の変化に呼応して、精神医学に求められるニーズはこれまで以上に多面化、多様化し、それに伴ってGHP/CLPの実践は分野ごとに深まりと拡がりをみせていることが改めて明示された。しかし、これらの実践は、その多様さゆえにややもすると拡散しているようにみえることも事実である。ここで、改めて本学会のミッション、ビジョンとそのためのストラテジーを提示し、これからのGHP/CLPの発展を担う次世代とともに共有したい。

1. ミッション

国民がいつでもどこでも心身両面にわたって最適なケアを受けることができる社会を作る。

2. ビジョン

GHP/CLPの質を高め、そのサービスを広く国民に提供する。

3. ストラテジー

- ①精神医学のサブスペシャリティとしての本学会の専門医の位置づけを確たるものにし、専門医を増やし、均てん化を図る。
- ②質の高いGHP/CLPを実践し、さらに発展させることのできる医師をはじめとしたメディカルスタッフおよび多職種チームの育成を行う。
- ③GHP/CLPを啓発し、広く国民に知っていただく。
- ④総合病院において求められる幅広いニーズに的確に対応できる多職種によるケアシステムを構築する。
- ⑤メンタルヘルスに限らず医療・保健・福祉全般において、有意義な連携・協働体制を構築する。
- ⑥臨床に基づき、臨床に資する、国際的にも通用するエビデンスを創出し、GHP/CLPの意義を発信する。
- ⑦関連する学術領域との交流を図り、国際的にも学術交流を推進する。

本提言はJSGHP将来構想委員会の編纂によるものであり、執筆は本学会を構成する各委員会から選出された総勢53名が担当した。2022年12月にすべての学会員にメールにて意見募集を行い、コメントを得て完成し、同年12月22日に本学会理事会で承認された。

利益相反 (COI) に関する開示

一般社団法人日本総合病院精神医学会「総合病院精神医学に関わる利益相反に関する規則」
に基づく開示 (2021 年 12 月 24 日～2022 年 12 月 23 日)

上村 恵一：講演料など (エーザイ株式会社, EA ファーマ株式会社, MSD 株式会社)

大塚耕太郎：寄附講座 (岩手県)

小川 朝生：講演料など (エーザイ株式会社, 中外製薬株式会社)

清水 研：講演料など (武田薬品工業株式会社)

八田耕太郎：講演料など (エーザイ株式会社, 住友ファーマ株式会社)

和田 健：講演料など (エーザイ株式会社)

上記以外の執筆者：なし