奈良県立医科大学精神科における平成16年度の時間外電話相談，時間外受診患者の臨床的検討

奈良県立医科大学精神医学教室
長内清行，森川将行，永嶌朋久，紀本創兵，
中川恵樹，太田豊作，鳥塚通弘，岡田光司，
澤田将幸，山内崇平，一岩智明，木内邦明，
岸野加苗，牧之段学，芳野浩樹，洪　基朝，
宮本敏雄，根來秀樹，高橋良斉，井上　眞，
中川康司，岸本年史

CLINICAL INVESTIGATION OF CHARACTERISTICS OF EMERGENCY TELEPHONE COUNSELING AND MEDICAL SERVICE FOR OUTPATIENTS IN THE DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, NARA MEDICAL UNIVERSITY, IN FISCAL 2004

KIYOYUKI NAGAUCHI, MASAYUKI MORIKAWA, TOMOHISA NAGASHIMA, SOUHEI KIMOTO, KEIJU NAKAGAWA, TOYOSAKU OTA, MICHIHIRO TORITSUKA, KOJI OKADA, MASAYUKI SAWADA, TAKAHIRA YAMAUCHI, TOMOAKI ICHIIWA, KUNIAKI KIUCHI, KANAE KISHINO, MANABU MAKINODAN, HIROKI YOSHINO, MOTOASA KOU, TOSHIO MIYAMOTO, HIDEKI NEGORO, YOSHINARI TAKAHASHI, MAKOTO INOUE, YASUSHI NAKAGAWA and TOSHIFUMI KISHIMOTO
Department of Psychiatry, Nara Medical University
Received April 14, 2006

Abstract : Characteristics of emergency telephone counseling and medical service for outpatients in the Psychiatric Service of Nara Medical University in fiscal 2004 were investigated, and those clinical features of emergency psychiatric service of the core general hospitals in Nara Prefecture were analyzed. The total of emergency telephone counseling was 1,049 cases/year and the details consisted of mild psychiatric deterioration (31.8%), questions conceming medication (15%), and distress (of patient or caregiver) (12.8%). The majority of our responses needed for telephone counseling was brief supportive counseling (87.2%). According to the diagnostic classification of ICD-10, F2 (schizophrenia, schizotypal and delusional disorder) were most frequent (35.6%), followed by F4 (neurotic, stress-related and somatoform disorder; 23.5%), F3 (mood disorder; 19.2%), and others. The total of emergency medical services was 846 cases/year and the details consisted of psychiatric deterioration (anxiety, agitation, etc.) (36.8%), complaints related to physical symptoms (21.3%), and suicide attempts (11.7%). About 22% patients were referred for psychiatric examination from other departments in our hospital. Complaints related to physical symptoms might be one of psychiatric

symptoms, but additional physical examinations (blood test, brain CT, etc.) were needed according to the circumstances for differential diagnosis of physical disease. The rate of suicide attempts was 11.7%, which may reflect the feature of a general hospital with psychiatric service. Also the availability of psychiatric service in general hospitals (21.7%) is more useful for them and consultation-liaison psychiatry is much important for one another.

Key words: emergency telephone counseling, emergency medical service, general hospital, suicide attempt, consultation-liaison psychiatry

はじめに

近年欧米においては精神科救急の窓口は通常総合病院に設置されているが，わが国においては，精神科は大半が単科病院であり，全国の総合病院において精神科救急を実施している施設は少なく，現在奈良県には存在していない．精神科救急を標榜していない総合病院においても救命救急を開設している施設では，激しい精神症状を伴う患者が受診することは少なくない．その中には症状性，器質性精神病患者，自殺企図者などが含まれ，身体科的治療と精神科的治療の両方の側面より早急な対応を要するものも多く，これは当院においても同様である．

我々はこれまでにも各年度の入院・外来患者臨床統計[1, 2]を報告してきた．2004年4月1日から2005年3月31日までの1年間における当科の新外来患者数は，1297人であり，約1/3にあたる434人が紹介患者であった．また，平成16年度における1日平均外来患者数は140であった．このように当科は奈良県における精神科の基幹病院としての役割を果たしてきている．当直医は，平日17時から翌朝9時までの夜間および休祝日24時間，患者からの時間外電話相談，時間外受診，さらに精神科病棟入院患者定床80床の急変時対応等を行っている．

今回われわれは，奈良県立医科大学付属病院精神科にて時間外電話相談，時間外受診した患者の実態を調査し，奈良県内の総合病院精神科における時間外患者の臨床的な特徴を検討した．

対象と方法

対象は，2004年4月1日から2005年3月31日まで1年間の平日17時から翌朝9時までの夜間および休祝日24時間の電話相談患者，外来受診患者である．電話相談患者とは，患者本人，家人，他院からの問い合わせ，さらに救急隊からの問い合わせなど，当直医が直接電話対応したものをさす．時間外外来受診患者とは，奈良県立医科大学付属病院において，①精神科を直接受診した患者，②奈良県立医科大学付属病院高度救命救急センターを経由した後精神科を受診した患者，③奈良県立医科大学付属病院の他科外来受診後，あるいは他科入院中の患者において，他科の医師の依頼により精神科を受診した患者を対象とした．また今回の調査においては，精神科受診にいたらなくても，救急外来などで他科の診察を受けた後に，精神科がコンサルトを受け，患者の治療方針も含め助言したものも対象に含めた．

調査期間中，精神科の電話相談，時間外受診は，原則として当院通院中の患者が対象であったが，必要に応じて初診患者の受け入れも行った．対象患者は，当直日誌より抽出し，診療録に基づいて，臨床的背景，受診経路と受診理由，診断，および治療経過についてレトロスペクティブに調査した．

尚，患者の診断に関しては，WHOの国際疾患分類第10版(ICD-10)診断分類[2]を用いた．
カテゴリーに関しては，Table 1に示した．

結　　果

1．電話相談に関して

①性別と年齢

個々の対応は，通常10分程度から時には2時間に及ぶこともある．延べ1049件の電話相談があった．うち200件(19.1%)が男性で，711件(67.8%)が女性，138件(13.2%)が不明であった．年齢分布は12歳から83歳に及び，平均年齢38.49歳(標準偏差:SD 13.96)であった．Fig. 1に男女別の受診者を年代別に示した．年代別では男性においては，60歳代が61件と最多であった．今回の調査では，延べ相談件数を計算しており，60歳男性において1人で57回の頻回の相談者がいたことが，これに影響していると考えられた．女性においては，30歳代が263件(25.1%)と最も多かった．実人数は316人，2回以上の頻回患者は102人，最高は113回かけた患者であった．電話相談者としては，951件(90.7%)が本人，62件(5.9%)が家人，36件(3.4%)がその他であった．そ

Table 1. ICD-10

- F0　症状性を含む器質性障害
- F1　精神作用物質使用による精神および行動の障害
- F2　統合失調症、失調型障害および妄想性障害
- F3　気分障害
- F4　神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F5　生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F6　成人の人格および行動の障害
- F7　精神遅滞
- F8　心理的発達の障害
- F9　小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害
- G40　てんかん

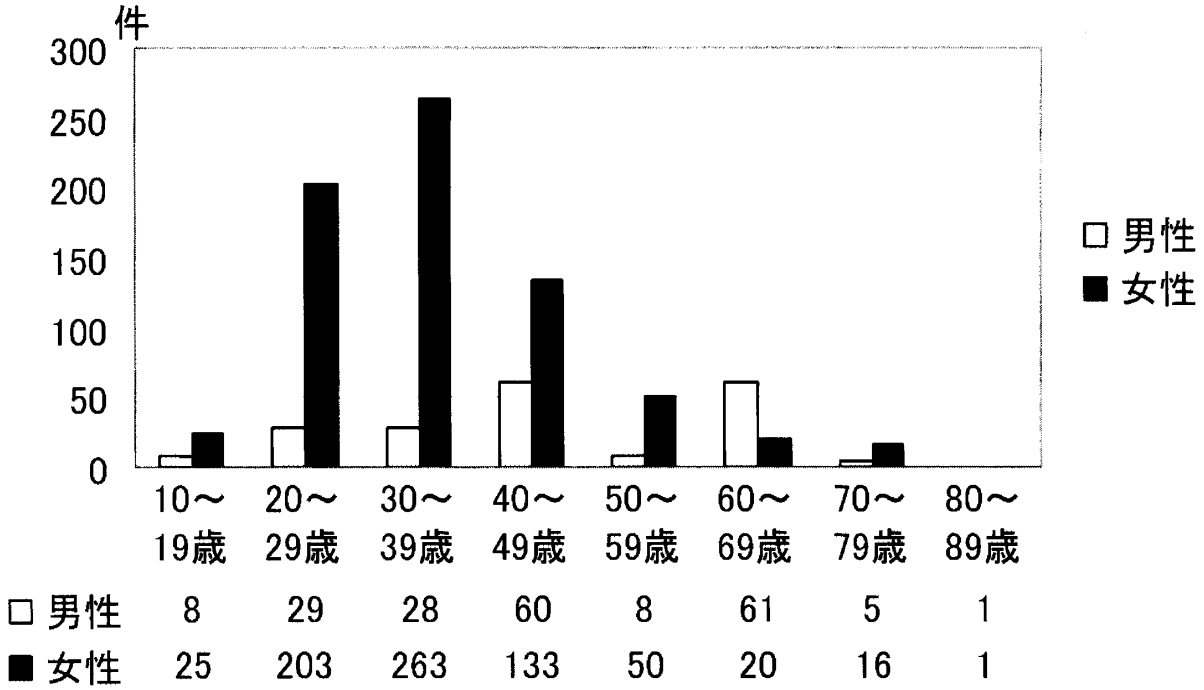

Fig. 1. Telephone counseling (gender, age)

の他には，他院および救急隊からの問い合わせなどが含まれた．

②相談内容

Fig. 2に相談内容を示した．相談内容としては，不安，焦燥など，軽度の精神症状悪化が最も多く，334件(31.8%)であった．次いで，薬剤に関する問い合わせが157件(15. 0%)，悩みが134件(12.8%)，身体的愁訴が130件(12.4%)，および不眠が123件(11.7%)であった．精神症状の悪化の内容としては，「しんどい」といった全身倦怠が最多で124件であった．以下焦燥感56件，不

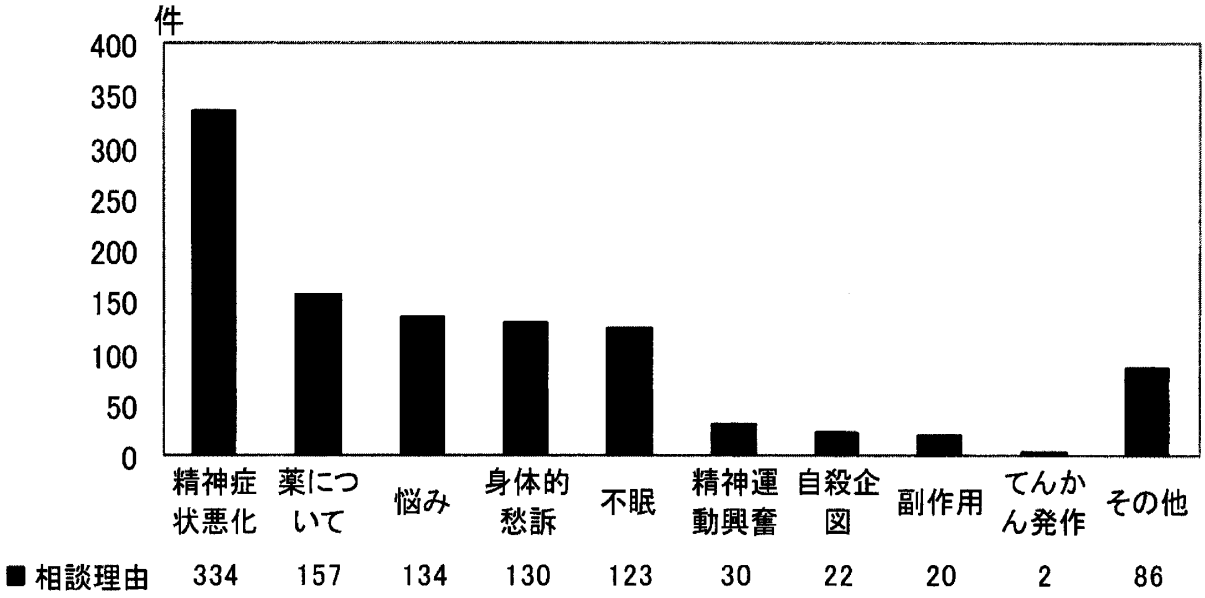

Fig. 2. The details of telephone counseling

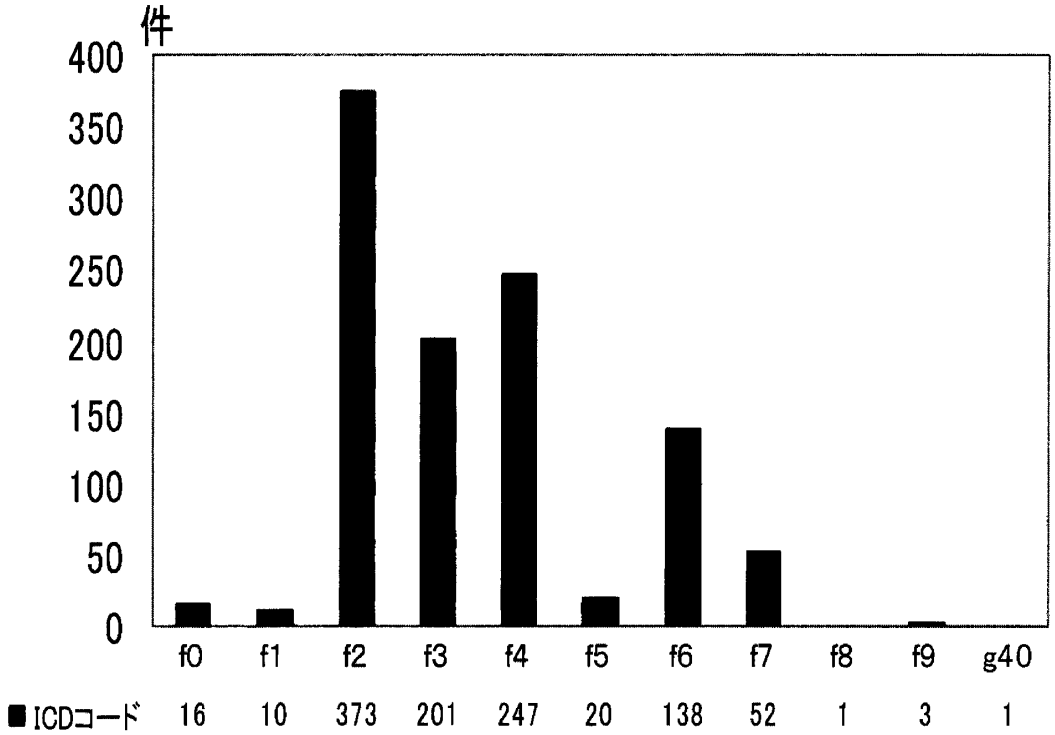

Fig. 3. Nosological number of patients to the ICD-10 (telephone counseling)

安41例と続いた.

③診断

Fig. 3にICD-10に基づく対象患者の診断を示した. 全1049件中, 956件(91.1%)が調査可能で, 2つ以上の診断を持つものは, 115件で全体の11. 0%であった. 統合失調症, 統合失調症型障害および妄想性障害(F2)が373件と最多で全体の35.6%を占め, 次いで神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害(F4)が247件(23.5%), 気分障害(F3)が201件(19.2%), さらに人格障害(F6)が138件(13.2%)と続いた.

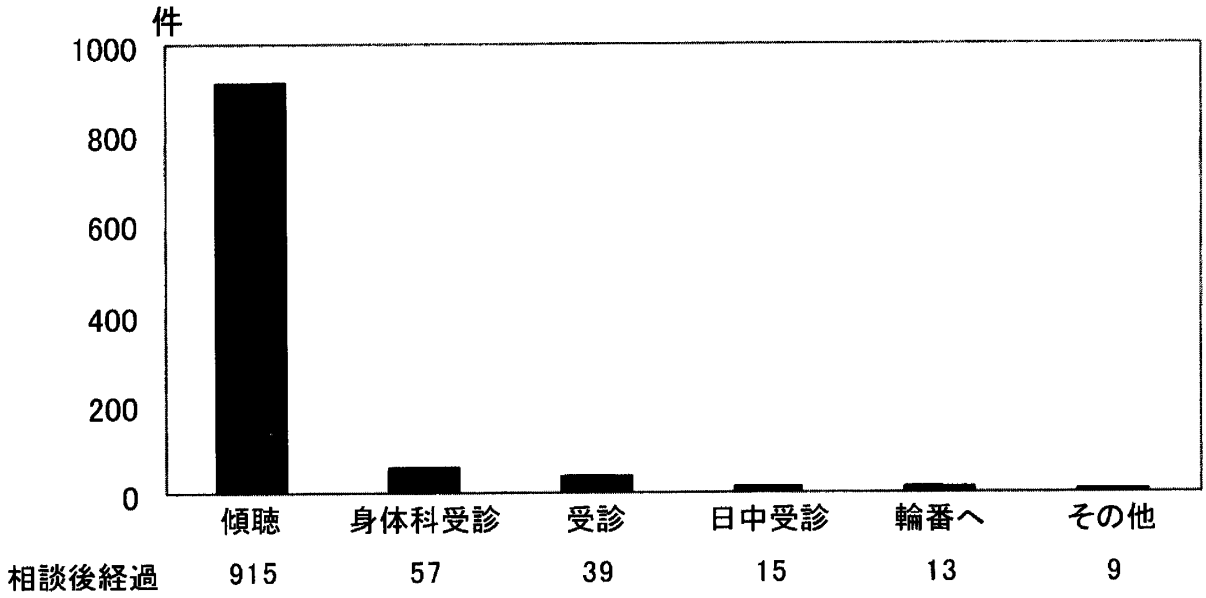

Fig. 4. Response for telephone counseling

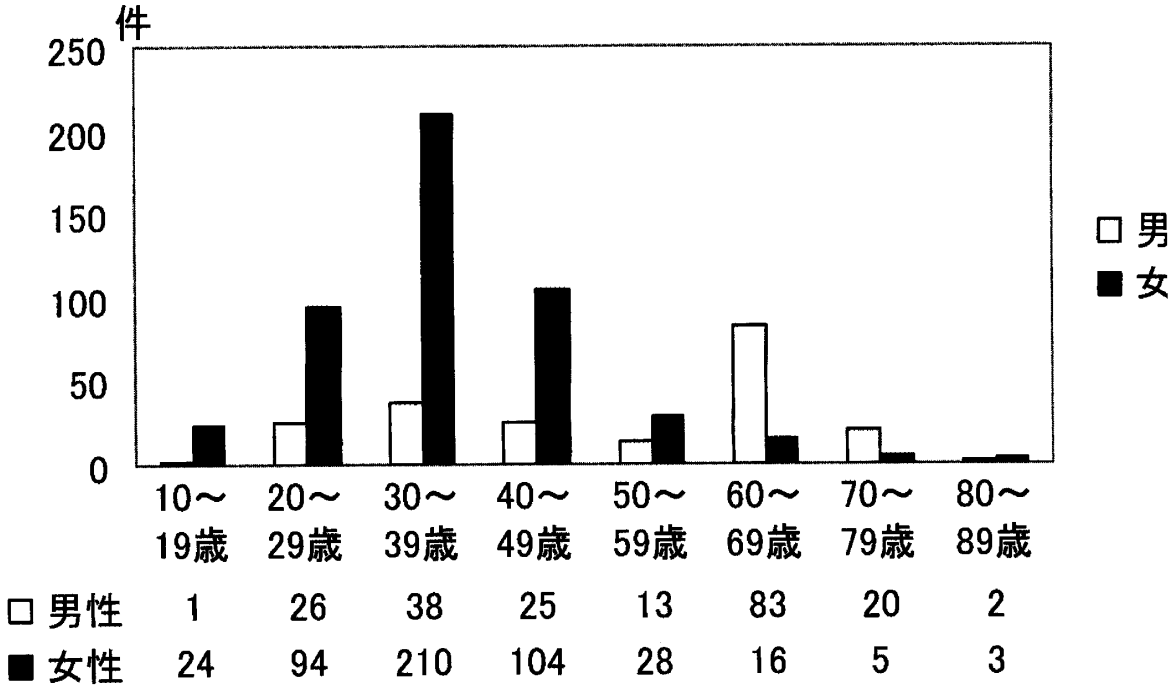

Fig. 5. Emergency medical service(gender, age)

④相談後の経過

Fig. 4に受診後の経過について示した．電話のみの応対による傾聴が大部分で915例(87.2%)であった．次いで身体科受診の適応がありこれを勧めたものが57例(5.4%)で内訳としては，内科が46例，外科が4例，さらに皮膚科が4例と続いた．その他当科受診を指示したものが39例であった．

2．時間外受診に関して

①性別と年齢

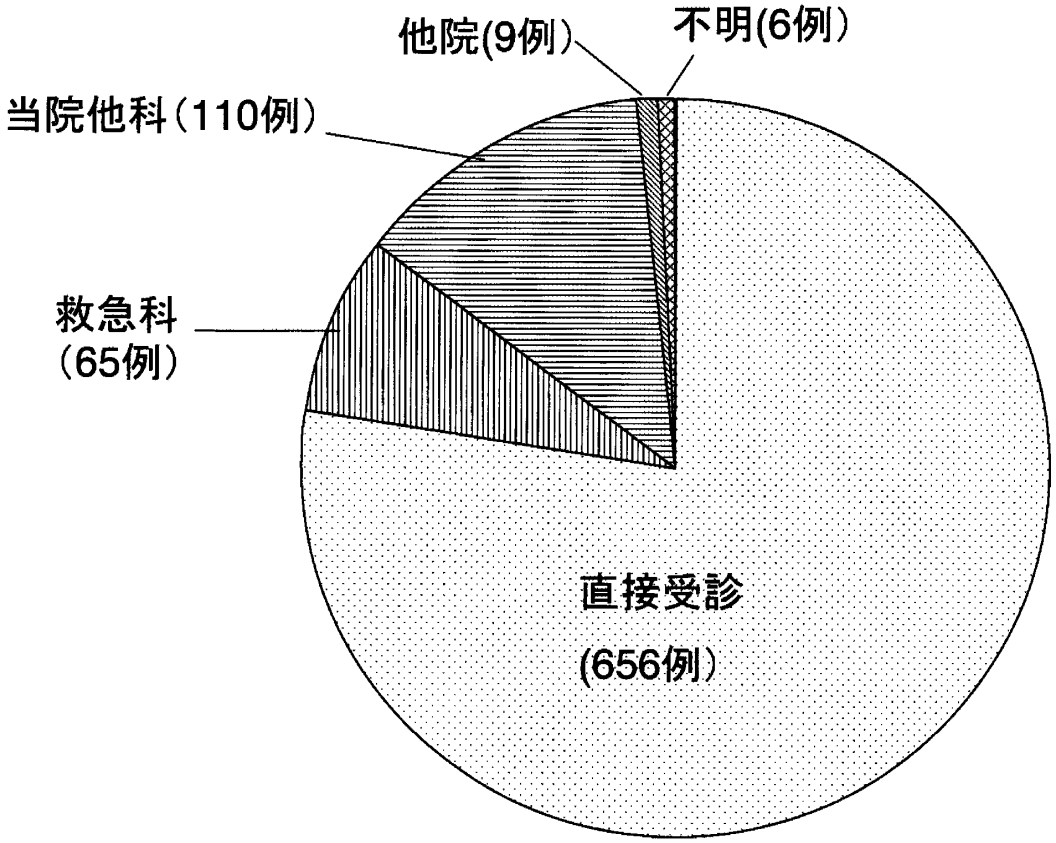

Fig. 6. The introduction to emergency medical service

対象は延べ846件であり，208件(24.6%)が男性，484件(57.2%)が女性，154件(18.2%)が不明であった．年齢分布は10歳から89歳におよび，平均41.64歳(SD16.30)であった．Fig．5に男女別の受診者を年代別に示した．年代別では，男性においては60歳代が83件(9.8%)と最多であった．今回の調査では延べ受診回数を計算しており，60歳代において1人で70回の頻回受診者がいたことがこれに影響していると考えられた．女性においては，30歳代が210件(24.8%)と最も多かった．実人数は，385人，2回以上の頻回受診者は101人であった．

②受診経路

Fig．6は受診経路である．直接精神科を受診した患者が656件で最も多く全体の77.5%を占めた．他科及び他院受診後の精神科受診は，184件(21.7%)で，内訳としては救急科が65件(7.7%)，依頼内容としては，自傷行為及び過量服薬など自殺企図によるものが25件と最多であった．

③受診理由

Fig．7に患者の受診理由について示した．不安，焦燥など，精神症状悪化が最も多く311件(36.8%)であった．次いで身体的愁訴が180件(21.3%)，自殺企図99件(11.7%)，精神運動興奮52件(6.1%)，睡眠障害35件(4.1%)と続いた．各項目の内容をみると，精神症状の悪化に関しては，「しんどい」といった全身倦怠が最多で143件であった．以下焦燥感45件，および不安26例と続いた．身体的愁訴の内訳としては，意識障害が27件，胸部違和感が19件，呼吸困難が19例であった．自殺企図の中では，過量服薬が59件であった．

④診断

Fig．8にICD-10に基づく対象患者の診断を示した．全846件中743件が調査可能で，2つ以上の診断を持つものは，106件で12.5%であった．神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害(F4)が341件(40.3%)と最多であった．次いで，人格障害(F6)が158件(18.7%)，統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害(F2)が136件(16.1%)，気分障害(F3)が87件(10.3%)，精神遅滞(F7)が66件(7.8%)であった．尚，神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害

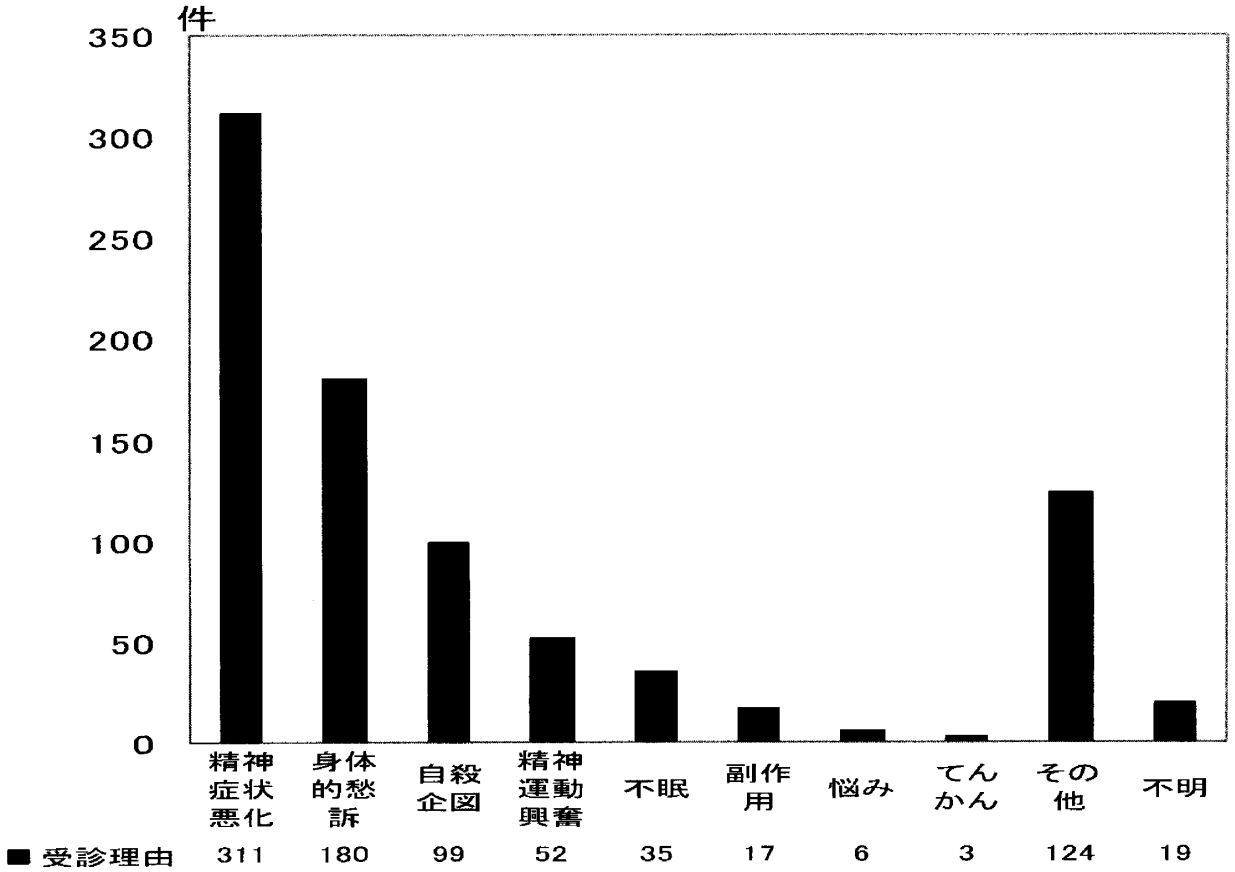

Fig. 7. The details of emergency medical service

(F4)における受診理由としては，不安，焦燥感など軽度の精神症状の悪化が大部分であった．

⑤受診後の経過

Fig. 9に精神科受診後の経過について示した．精神科外来診察のみが大部分で，754件(89.1%)であった．診察後の精神科への緊急入院は39件(4.6%)，診察の後当科満床のため輪番病院，あるいはかかりつけ医へ紹介したものは18件(2.1%)，他科外来受診となったものは15件(1.8%)，そのうち他科入院となったものが4件あった．

考　　察

近年総合病院における精神科救急の必要性が提唱されているが，現状では十分整備された制度が確立されているとはいいがたい．また奈良県のみならず全国の総合病院における精神科の診療と従来からある行政的な精神科救急との関連も，いまだ不明確なままである．本稿では今回調査した総合病院精神科における時間外電話相談患者，時間外受診患者の臨床的な特徴を検討するとともに，精神科救急全般との関連について考察したい．

1．時間外電話相談者の特徴

今回の調査では，まず受診後の経過も示すように，電話のみで対応が可能であった例が大半を占めたことが特徴的であった．内容としては，軽度の精神症状の悪化が最も多かったが，精神症状にしろ，身体症状にしろ患者にとっては，時間外に相談できる場所の存在は，症状増悪の歯止めになっていると考えられる．また逆に同一患者からの頻回の時間外電話は，症状増悪の目安になっており，担当医は入院を考えることが多い．

患者の傾向としては，延べ人数では統合失調症圏が全体の32.7%と多かったが，実人数では神経症圏の患者が多かった．

当科では，当直医が時間外電話対応を行っているが，これによる患者への影響は今後評価する必要があろう．

2．時間外受診患者の特徴

今回の調査の特徴としては，第一に精神症状の悪化を

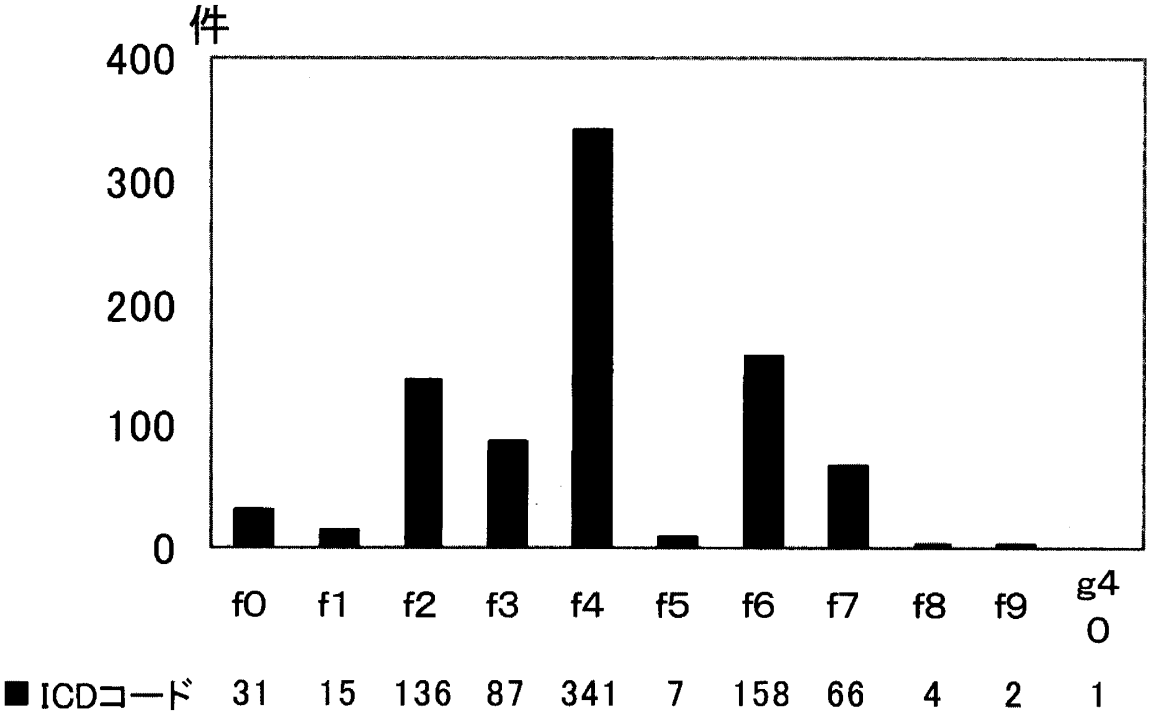

Fig. 8. Nosological number of patients to the ICD-10 (medical service)

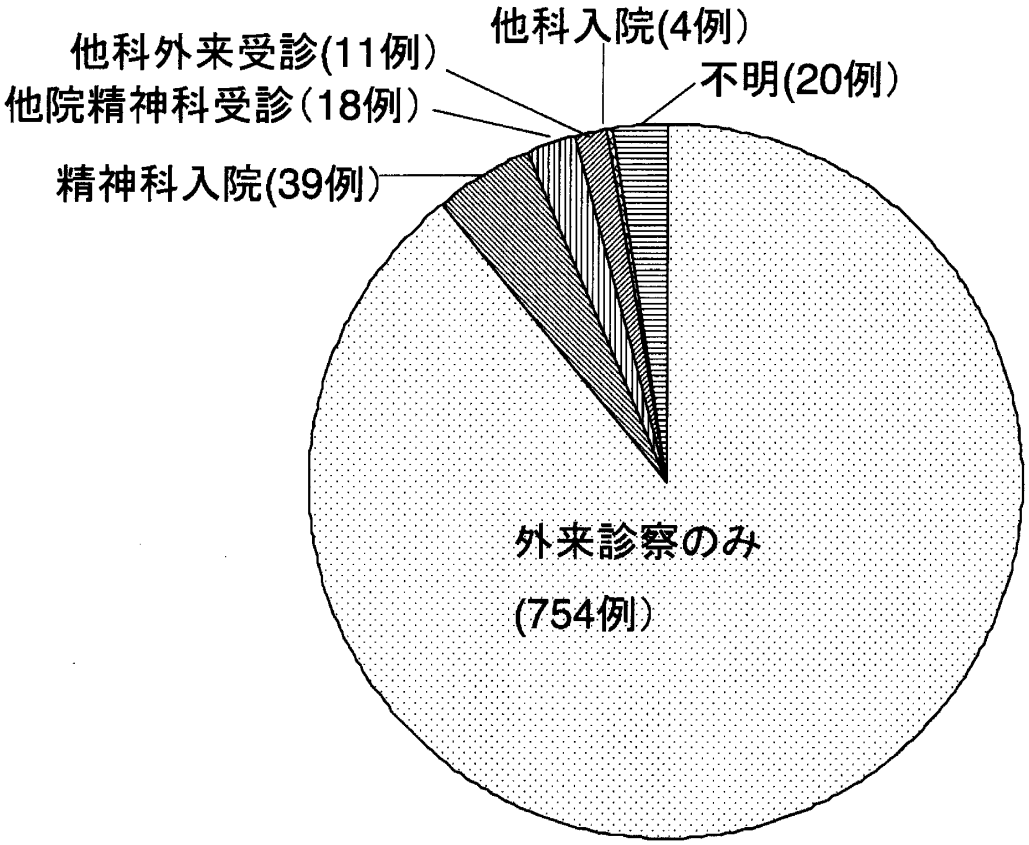

Fig. 9. Result after emergency medical service

主訴として来院する患者の多さもさることながら，それに次いで身体的な愁訴を主訴として来院する患者の比率が，180件と全体の21.3%にみられたことである．これらの訴えは精神症状に伴うこともあるが，時間外においても身体疾患の除外のために，血液検査，X線撮影，心電図検査，CT検査等を適宜施行した．これに関しては，篠田ら[2]の報告では，受診理由の約25%が身体的愁訴であった．また対象者の中で，救命救急センターを含む他の診療科からの診察依頼が全体の20.7%を占めていた．これに対して篠田ら[2]の報告では，全体の25%程度であった．こうした結果は，単科精神病院と比較して身体救急を併設した総合病院精神科の受診患者の特徴を示していると考える．

過量服薬と自傷行為を合わせた自殺企図例は全体の11.7%を占めており，その59.6%が過量服薬によるものであった．篠田ら[2]は，大学病院精神科における自殺企図者は全体の12%で，大量服薬は約66%であったとしている．自殺企図の手段に関しては，今回の調査結果は篠田ら[2]の報告に類似していた．また救命救急センターの自殺企図に関する岸ら[3]の報告では，自殺企図の手段のうち大量服薬の割合は45.2%であった．岸ら[3]の報告と今回の報告における自殺企図の手段における割合の差は，当科において自殺企図患者の精神科受診患者の中で，時間外の飛び降り，飛び込み等の重症患者は，救命救急センターにより処置後，時間内の精神科外来に紹介されており、今回の統計に含まれていない点が大量服薬の割合の差に表れていると考えられた．

また今回の調査において，受診理由として「身体的愁訴」が21.3%，「自殺企図」が11.7%みられたことは，精神科の側からみて精神科救急を総合病院で行う利点を示唆している．また全体の21.7%が「他科時間外受診後に精神科を紹介受診」あるいは「他科入院中に精神科紹介受診」であったことは，身体各科からみても，精神科の診察が随時可能であることが重要であることを示している．これに関しても篠田ら[2]の報告の「身体的愁訴」が約25%，「自殺企図」が約12%と類似していた．

身体合併症患者に関しては，精神科救急の窓口は欧米においては通常総合病院に設置されるので，少なくとも医療の入り口においては，身体合併症への対策に問題はない．一方わが国の精神科救急の窓口は大半が精神科の単科病院であることから，合併症対策や鑑別診断に悩まされることが多い．「日本精神科救急ガイドライン」は，精神科救急病院に一定の身体管理能力を要請し，救命救急センターなど一般病院との連携を義務づけている．本調査は欧米と同様に総合病院における精神科の存在の重要性を示していると考える．

また今回の調査では，輪番病院への5件の入院依頼を含む入院の必要な患者が，48件，5.7%みられた．これも篠田ら[2]の報告では10%程度であった．これは決して少ない数字ではなく，そのうち輪番への入院依頼も含めて43件が精神科への入院を要したことより，病床の確保に関して他の精神科病院との連携も今後重要になってくると考える．また精神科の時間外入院には，他の科の入院と異なるいくつかの制約がある．前述の病床確保の問題はもちろんのこと，精神保健福祉法における入院形態の規定が1つの制約となっている．すなわち本人の入院の意思が確認できない際，保護者の同意が得られ指定医の診察により入院の要件を満たせば医療保護入院が可能である．しかし，精神保健指定医の診察の確保が困難な場合や，緊急時に保護者との連絡がつかない場合には入院させられないことがある．これに関しては，精神科応急指定病院において随時精神保健指定医が診察し応急入院を行うことが望ましいと考える．

結　　語

精神科患者に対する医療体制は近年改善しつつあるものの，他の身体疾患に比べれば不十分である．精神科患者に対する救急医療と身体合併症医療の分野において，これらの問題点は顕著であり今後さらなる改善を要すると考える．今回の調査は，奈良県の精神科基幹病院における時間外電話相談，時間外受診の現状を理解する上でも有用である．精神科の敷居が低くなり，より受診しやすくなるにつれて，受診者の数はさらに増加することが予想され，より包括な見地に基づいた地域の特性をいかした精神科救急システムの構築が必要であろう．

本論文の一部論旨は，第25回社会精神医学会(平成18年2月，東京)において発表した．

文　　献

1) **池下克実，森川将行，洪基朝，木内邦明，岸田学，岸野加苗，中谷紀子，橋本和典，原田信治，牧之段学，吉岡玲，吉村智恵，米本重夫，五十嵐潤，小倉絵美子，梶本隆哉，段野哲也，中田正樹，林竜也，横山敬輝，芳野浩樹，徳山明広，根來秀樹，井上雄一郎，平山智英，法山良信，大澤弘吉，岸本年史**：奈良県立医科大学付属病院精神科における1999年度の入院・外来患者臨床統計．奈良医学雑誌　**53**：201-205，2005.

2) **木内邦明，森川将行，洪基朝，池下克実，飯田順三，**

大澤弘吉，猪原淳，法山良信，平山智英，井上雄一郎，根來秀樹，扇谷嘉成，徳山明広，井田勲，金英浩，五十嵐潤，梶本隆哉，高橋弘幸，段野哲也，中田正樹，林竜也，横山敬輝，橋本和典，原田信治，岸本年史：奈良県立医科大学付属病院精神科における2000年度の新入院・外来患者臨床統計．奈良医学雑誌　**56**：91-95，2005.

3) **World Health Organization**：ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders:Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992.(融道男，中根允文，小見山実監訳：ICD-10　精神及び行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン，医学書院，1993.)

4) **篠田淳子，岩波明，上島国利**：精神科における時間外受診患者の臨床的検討．臨床精神医学　**29**:1249-1255，2000.

5) **岸泰広，中村加枝，高木宏昌，岩崎康孝，渡辺信夫，黒沢尚，遠藤俊吉**：救命救急センターに収容された自殺企図患者の実態－神経科転科後の経過について－．総合病院精神医学　**5**：31-38，1993.

5) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン2003．日本精神科救急学会．東京，2003.