

平成10年度厚生科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業

精神医療の機能分化に関する研究
研究報告書

主任研究者 浅井昌弘

(慶應義塾大学医学部精神神経科学教室 教授)

平成10年度厚生科学研究費補助金
(障害保健福祉総合研究事業)

精神医療の機能分化に関する研究
研究報告書

主任研究者 浅井昌弘 (慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)
分担研究者 吉川武彦 (国立精神・神経センター)
黒澤 尚 (日本医科大学精神医学教室)
計見一雄 (千葉県精神科医療センター)
小池清廉 (京都府立洛南病院)
中山茂樹 (千葉大学工学部デザイン工学科)
守屋裕文 (埼玉県立精神保健総合センター)

平成10年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神医療の機能分化に関する研究 研究報告書

目 次

I. 総括研究報告書

主任研究者：浅井 昌弘（慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室 教授） 1

II. 分担研究報告書

A. 精神科救急医療について

A-1. 精神科救急医療に関する研究13

守屋 裕文（埼玉県立精神保健総合センター 診療局長）

A-2. 急性期精神病入院医療における医療資源の適正基準

及び予後予測因子に関する研究59

計見 一雄（千葉県精神科医療センター 所長）

A-3. 急性期医療を指向する精神病院の建築に関する研究71

中山 茂樹（千葉大学工学部 助教授）

B. 他科連携，大都市精神医療及び公的病院機能に関する研究

B-1. 精神医療と他科医療の連携に関する研究85

黒澤 尚（日本医科大学 精神医学教室 教授）

1部 他科との連携：アトピー性皮膚炎患者を例にとり

2部 リエゾン活動の仕事量の検討

3部 一般医療と精神科医療の連携に関する調査

4部 総合病院における精神障害者の身体合併症対応に関する研究

B-2. 大都市における精神医療のあり方に関する研究175

吉川 武彦（国立精神・神経センター 所長）

B-3. 公的病院の機能に関する研究207

小池 清廉（京都府立洛南病院 院長）

I. 総括研究報告書
精神医療の機能分化に関する研究

主任研究者 浅井 昌弘
(慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室 教授)

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合事業）総括研究報告書

精神医療の機能分化に関する研究

主任研究者 浅井昌弘（慶應義塾大学医学部精神神経科学教室）

研究要旨

社会情勢は多様に変化しつつあり、種々のストレスが多い中での日本国民の保健・医療・福祉の向上を計るに際しては、心の健康の増進及び精神障害の予防と治療をより一層綿密に行わねばならない。本年度は、（１）厚生省が行って来た「精神科救急医療システム整備事業」をより一層効果的に展開しうること、（２）精神科と身体疾患診療各科とのより円滑な協力と連携を可能にして心身両面からの総合的診療を充実すること、（３）精神医療の機能分化と統合を有効に行って貴重な医療資源を人的及び物的に活性化して医療経済の観点からも社会に貢献する厚生行政の実現に資することを目的として、「精神科救急医療に関する研究」（分担研究者：守屋裕文）、「急性期精神病の入院医療における医療資源の適正基準及び予後予測因子に関する研究」（分担研究者：計見一雄）、「急性期医療を指向する精神病院の建築基準に関する研究」（分担研究者：中山茂樹）、「精神科医療と他科医療の連携に関する研究」（分担研究者：黒澤尚）、「大都市における精神医療のあり方に関する研究」（分担研究者：吉川武彦）、「公的病院の機能に関する研究」（分担研究者：小池清廉）を行った。

分担研究者

吉川武彦（国立精神・神経センター）
黒澤尚（日本医科大学精神医学教室教授）
計見一雄（千葉県精神科医療センター）
小池清廉（京都府立洛南病院）
中山茂樹（千葉大学工学部デザイン工学科）
守屋裕文（埼玉県立精神保健総合センター）

効な活用を目指すべきである。本研究の目的はそのような観点から「精神医療の機能分化に関する研究」を行うことである。

精神科診療に当たっては、診療形態からも入院期間の短縮を目指し、社会参加を促進する意味から外来的診療（デイ・ナイトケアを含む）が重視されるが、それらを支えるためには精神科救急医療の充実が大切であり、初発と再発の急性増悪を早期発見と早期治療により短期間で改善させるための精神科救急医療資源の効果的配置を研究する必要がある。すでに平成7年度に開始された厚生省「精神科救急医療システム整備事業」による補助を受けて精神科救急医療事業を開始する都道府県は年々増加し、平成10年度末まで未実施の府県は14となっている。「精神科救急医療に関する研究班」では、この事業を普及、定着、発展さ

A. 研究目的

社会情勢は多様に変化しつつあり、種々のストレスが多い中での日本国民の保健・医療・福祉の向上を計るに際しては、心の健康の増進及び精神障害の予防と治療をより一層綿密に行わねばならない。その際には近年の精神医療の各分野での専門的発展の成果を充分に取り入れて応用し、効果的な機能分化を計るとともにそれらを統合して、医療経済的な視点からも医療資源の有

せるための調査研究を行ってきた。平成9年度は、都道府県精神保健担当課に対してアンケート調査を行い、稼働中の精神科救急医療圏域を「人口分散地域A型」「人口分散地域中域B型」「人口分散地域広域型」「人口集中地域中域型」「人口密集地域小域型」「大都市型」の6類型に分類し、今後事業を開始する府県の精神科救急医療圏は前3者のいずれかに属することを推定した。また、事業未実施の自治体の問題のうち、「輪番を構成する医療機関が確保できないこと」が自治体の医療特性を反映する、基本的な共通問題であることを示した。さらに、医療機関へのアンケート調査や大都市(東京)における精神科救急医療の昭和62年度と平成7年度の精神科医療受診者の比較に関する報告等をもとに、特に人口の多い地域において包括的「精神科救急医療ネットワーク」の構築が重要課題であると考察した。今年度は、昨年までの研究を発展させ、事業未実施の府県における準備の進捗状況調査と、事業を開始した都道府県における実施状況調査を並行して行った。また、昨年度に回答を得た医療機関を対象とする精神科救急医療に関するアンケート調査結果について、今後の精神科救急医療システムのあり方の指針を得るべくさらに分析を進めることとした。

精神科救急医療を適正に行うためには、急性期精神病の入院医療における医療についての検討が不可欠である。平成8年度の診療報酬改訂において精神科急性期治療病棟入院料が新設され、精神科領域ではじめて急性期治療の存在が公的に認知されることになった。従来の精神病院が、治療施設というよりもむしろ福祉施設ないし収容施設となりがちであった現状からすれば、精神病院の病院機能を強化するための画期的な改訂内容であるといつてもよいが、精神科急性期治療のあり方に関する議論は不十分

であり、急性期治療病棟の運用基準も、その存在意義を十分に発揮する方向で確立されているとはいいがたい。また、平成7年度から開始された精神科救急医療システム整備事業との整合性に関しても検討の余地を残している。こうした現状認識と問題意識に立脚して、精神科急性期治療病棟の適応となる急性期患者の特性、病状の推移、治療期間、施設や治療手段の基準、適正な人員配置を提示することによって、急性期治療病棟の適正な運用およびわが国における精神科救急医療システム整備のための政策立案に資することを目的として「急性期精神病の入院医療における医療資源の適正基準及び予後予測因子に関する研究」を行った。

さらに、こうした活動を支える基盤となる精神病院の建築基準を検討するために、「急性期医療を指向する精神病院の建築基準に関する研究」を行った。これまでは、精神医療の場として病棟をとらえた時の視点から調査を行い、研究協力者の計見らが実施した96年度研究を参考に患者のカテゴリーごとの患者数割合をとらえ、またICUを3つの段階からとらえて新たなモデルを提案してきた。今年度は、急性期を指向する精神病院のための建築ガイドライン(仮称)作成を目標として急性期病棟における適正な空間構成の開発と、治療促進のための各室の要件の解明を目的とし、既存資料の検討を行うと同時に、平成10年度はとくに患者の行動を対象として急性期精神病院における実態調査を行うこととした。

一方、昨今の精神医療は中広い拡がりを見せており、専門的単科の精神科病院のみならず、多くの診療科を有する地域中核病院(特定機能病院、地域支援病院、従来の総合病院を含む)における精神医療のあり方も機能分化の視点から検討の必要があり、精神科と他の診療科との相互協力態勢

が良好に確保されるべきである。具体的には、(1) 身体疾患患者における精神症状に対する精神科的診療を他科での外来と入院の場合について検討する必要がある、これがコンサルテーション・リエゾン精神医学(相談・連携精神医学)と言われているものである。また(2) 精神障害患者に合併した身体疾患の精神科病棟における診療(いわゆるメディカル・サイカイアトリー・ユニット〔Medical Psychiatry Unit, MPU〕)についてもそのあり方をよく検討する必要がある。そこで、「精神科医療と他科医療の連携に関する研究」班では、標準造化面接ならびに精神症状評価尺度を用い、アトピー性皮膚炎の精神医学ならびに心理的問題を評価するとともに、皮膚科と精神科との連携を模索した。さらに、リエゾン活動にかかわる精神科医の時間軸からみた仕事量を調査して、リエゾン活動の適正な医療費の算出根拠ならびに精神科医の適正な人員配置について検討していくこととした。また、総合病院精神科、ならびに総合病院のない医療圏に設置してある一般病院身体科における精神症状を有する患者の実態を調査し、一般医療と精神医療がどのように連携すべきかについての検討を行った。

今後さらに「精神医療の機能分化に関する研究」を進めるためには、地域的にみて大都市における精神医療のあり方の特徴を検討したり、設置母体が国公立等の公的病院における精神医療のあり方の実際の特徴についても現状を把握して検討する必要がある。「大都市における精神医療のあり方に関する研究」班では、種々の課題を精神科医療システムの中で検証することを通して、大都市における精神医療のあり方について政策提言を行うことにした。とくに、平成10年度においては大都市におけるさまざまな精神保健事例と精神医療における

対応の問題を、大阪府精神科救急入院患者の分析から明らかにするとともに、平成9年度研究において必要性が指摘されていた精神科救急における情報センター機能に関する検討を行った。

また、「公的病院の機能に関する研究」班は、平成9年度に国公立病院の担うべき機能として提案した①通常医療、②救急急性期、③専門領域治療機能、④身体合併症、⑤研修・研究機能、⑥地域精神保健の6機能について、その達成度を各施設が自己評価する方法を作成することを目的とした研究を行った。さらに、国・公立精神科医療機関調査票IIによるアンケート調査を実施し、各医療機関を国立総合、国立単科、自治体総合、自治体単科の4群に分け、その特徴についてまとめるとともに、国・公立有床精神科医療機関が担うべき6機能の活性度を自己評価できるプログラムを作成することとした。

以上のような種々の角度からの研究は、(1) 厚生省が行って来た「精神科救急医療システム整備事業」をより一層効果的に展開しうること、(2) 精神科と身体疾患診療各科とのより円滑な協力と連携を可能にして心身両面からの総合的診療を充実すること、(3) 精神医療の機能分化と統合を有効に行って貴重な医療資源を人的及び物的に活性化して医療経済の観点からも社会に貢献する厚生行政の実現に資すること、を目的としたものである。

B. 研究方法

(A) (A-1) 守屋裕文を中心とした研究グループが「精神科救急医療に関する研究」を担当し、1) 精神科救急医療システム整備事業未実施の府県における精神科救急医療事業準備の進捗状況を調査する目的で、平成11年度以降に事業実施を計画していた14府県(青森、秋田、山形、栃木、

茨城、福井、奈良、京都、鳥取、島根、山口、香川、愛媛、大分) に対してアンケートを実施し、さらに愛媛県と京都府に対しては現地での聞き取り調査を行った。また、2) 平成10年度中までに事業を実施した33都道府県に対して、実施状況を尋ねるアンケート調査を行った。本年度は2種類の調査用紙を用意した。岩手、群馬、埼玉、千葉、東京、大阪の6都府県に対しては平成11年度に計画中の大規模な実態調査のパイロットスタディとして実施要綱及び事業実績に関して詳細な質問を行った。一方、残りの27道県に対しては、事業実績を中心として簡便な調査を行った。

(A-2) 計見一雄を中心とした研究グループが「急性期精神病の入院医療における医療資源の適正基準及び予後予測因子に関する研究」を担当し、平成10年2月9日より4月9日の60日間に研究協力施設(19施設)に精神病急性期で入院した患者423例をコホートとして、患者特性、入院時の重症度、病状の推移、急性期の身体管理度、必要な回復期間及び医療資源につき調査を行った。さらに上記の入院から1年後の受療状況、生活形態、病状、薬物投与量、社会的機能水準について調査を開始し、これらのデータの解析により、精神病急性期患者のプロフィール、精神病急性期の病状のスコアリングと回復に伴うその推移、精神病急性期患者の予後予測因子等について検討した。

(A-3) 中山茂樹を中心とした研究グループが「急性期医療を指向する精神病院の建築基準に関する研究」を担当し、急性期医療を指向する精神病院の建築ガイドラインの作成を目標として急性期病棟における適正な空間構成の開発と、治療促進のための各室の用件の解明を目的として既存資料の検討、および患者の行動を対象とした急性期精神病棟における実態調査を実施

し、患者の療養環境として病棟をとらえたときに考慮すべき建築条件を整理した。

(B)(B-1) 黒澤尚を中心とした研究グループが、「精神科医療と他科医療の連携に関する研究」を担当し、アトピー性皮膚炎の患者の精神医学的な評価を行って皮膚科と精神科の連携の可能性を検討するとともに、総合病院におけるリエゾン活動の仕事量および他診療科と精神科の連携の可能性について検討した。アトピー性皮膚炎の患者の精神医学的な評価に際しては、インフォームド・コンセントの得られた21症例に対して皮膚科医が診察、アトピー性皮膚炎重症度判定を行った後、アトピー性皮膚炎罹病期間、症例の背景を調査し、準構造化面接による精神科診断・精神症状評価・ロールシャッハ・テストを併せて行った。さらにリエゾン活動の仕事量の検討に関して、総合病院精神科が通常業務の一部として実施しているリエゾン活動における時間軸から見た業務量の算出を行う目的で、精神科初診の患者で他科から診療依頼のあった患者に精神科医がかけた時間を算出した。一般医療と精神科医療の連携に関する調査では、総合病院精神科、ならびに総合病院のない医療圏に設置してある一般病院身体科における精神症状を有する患者の実態を調査し、一般医療と精神医療がどのように連携すべきかについて検討した。

(B-2) 吉川武彦を中心とした研究グループが、「大都市における精神医療のあり方に関する研究」を担当し、大阪府精神科救急入院患者の分析と精神医療情報センター機能等の検討を行った。大阪府精神科救急入院患者の分析では、救急入院患者の調査を行った。調査の対象は平成9年10月1日から12月末日まで平日の時間外(午後6時以降翌朝8時まで)、または日曜・祭日に大阪府の精神科救急輪番制度を通して救急入院した患者である。精神医療情報

センター機能等の検討では、大都市に必要とされる精神医療情報センター機能(以下、情報センター機能という)のあり方を中心に、情報センター機能における相談と対応マニュアルの基本的な検討、大都市環境における社会復帰促進の政策提案を行った。さらに、上記の研究結果をもとに、班会議において総合的な検討を行い、情報センター機能の精神科救急システムにおける組織上の位置づけと機能体制、および情報センター機能で行う処遇判断についてフローチャートを作成した。また情報センター機能から引き続いて入院治療を引き受ける病院のあり方を示した。

(B-3) 小池清廉を中心とした研究グループが、「公的病院の機能に関する研究」を担当し、6機能達成度評価の基盤となる全国水準を設定することを目的として「国・公立有床精神科医療機関調査票II」を新たに作成し、全国184カ所の国公立有床精神科医療機関に郵送によるアンケート調査を実施した。調査票は、(I)施設・病床・従業者数の状況、(II)6機能に関する質問項目、(III)6機能についての各施設の自己評価と将来像で構成されている。このアンケート調査で得られたデータの集計・分析に基づき、市販の表集計ソフト上で6機能の達成度を自己評価するマクロプログラムを作成した。

C. 研究結果と考察

(A-1)「精神科救急医療システム整備事業未実施の府県における精神科救急医療事業準備の進捗状況調査」では、対象とした14府県から回答を得た(回収率100%)。その結果、実施に当たっての問題点として、1)精神科救急医療供給体制の調整、2)県財政の逼迫による事業費確保の困難、3)その他(精神科救急情報センターや搬送体制の整備)などが挙げられた。国への要望とし

ては、1)補助費の増額と用途に関する要望、2)搬送体制の法的整備などが主なものであった。また、未実施の自治体はそれぞれ個別の問題の解決を迫られており、他の自治体との情報の共有が少なからぬ意味を持つことが示唆された。また、事業を開始した都道府県における実施状況調査では、大阪府を除く5都県から回答を得た。同じ厚生省の要綱に従う事業であっても、5都県の要綱、事業実績には相違が認められた。残りの27道県に対する調査では、現時点で21県から回答を得た。その結果から、事業は軌道に乗ったものの、「助成金が少なすぎる」、「予算確保が困難である」、「身体合併症の対応をする医療機関が確保できないことがある」、「搬送システムが整備できない」、「県内での事業実施状況に地域格差がある」など、まだ不十分な点があると考えられる自治体担当者が多いことが分かった。

(A-2) 自発的な受診意志を持たない患者の精神科への受診援助は、重要な課題のひとつであるが、本調査で4人に1人のケースが警察の援助を受けていることが示された。一方消防・救急隊の関与は1割に満たなかった。その理由として、32%のケースが受診に拒否的であり、18%が混乱を呈しているということがあげられる。また43%のケースに認められた他害行為も重大な理由であろう。これらのケースの受診援助には何らかの強制力が必要なために、救急隊よりも警察の関与が選択されたと考えられる。これらの結果は、精神保健福祉法の改正案に関連する「緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項」を検討するための資料として有益である。入院前に睡眠障害を呈したケースが77%を占めたことは睡眠障害が精神病の急性期に高い頻度で出現するというわれわれの仮説を支持するものである。本研究では入院後の病状評価に睡眠を含めているの

で、この睡眠障害の入院後の改善が病状全体の回復とどのように関連するのかを今後検討する必要がある。抑制帯や保護室の使用に伴う行動制限の解除についても、特にどのような病状の回復と関連するのかについて検討する必要がある。その結果は、今日問題となっている精神障害者の行動制限のガイドラインの作成に貢献するであろう。

(A-3) 近年建て替えられたいくつかの精神科病棟は、以前と異なり格段に1患者当たりの病棟面積が拡大しており、このこと自体が療養生活に潤いを与え、患者ストレスを軽減させていることがうかがえた。そのことは、例えば病棟における患者同士、あるいは病棟スタッフとのトラブルが減少していることに反映されている。さらに、時系列的な定点観測調査から、日中の大半を過ごす談話室に多様性が求められていることが明らかになった。すなわち多人数テレビなどの娯楽を楽しむほか、少人数のグループで喫煙したり、ひとりで過ごししたりしている光景をしばしば見掛けられたことから、これらの行為を行う場が選択できることが重要であることがわかる。また、ほかの患者のいるパブリックスペースで医師との面談が行われる場合もあり、こうした多様な場面を保証する空間づくりが環境向上に貢献すると考えられる。

(B-1) アトピー性皮膚炎の患者を対象とした調査からは、3割以上の症例が何らかの精神疾患を合併しており、精神疾患を合併していない症例においても抑うつ尺度ならびに状態・特性不安尺度が高得点の症例が多いことが示された。また、全体的にみて、不安尺度ならびに抑うつ尺度は皮膚疾患重症度と相関が認められた。これらの問題を解決するためには、われわれが従来から主張しているように総合病院精神医学の一つの役割である「他科医師に対する

精神医学の卒後研修」が重要な役割を担ってくるものと考えられる。リエゾン活動の仕事量の検討からは、初診では1症例あたり平均約90分が費やされており、精神科医がリエゾン活動に長い時間を使っている姿が浮かび上がってきた。このようなリエゾン活動を充実させるためには、精神科医の数の充実とこの時間に見合う診療報酬が必要であることが示唆された。総合病院精神科ならびに総合病院のない医療圏について他科医療と精神医療との連携に関する調査を実施した。一般病院における精神科以外の診療科における精神医療の需要に関する調査からは、高次機能を有する一般病院に精神病棟を設置し、地域連携の中で身体合併症、精神科救急医療に関する精神医療システムを構築すべきという結論に至った。さらに、一般医療と精神科医療の連携に関する調査からは、高次機能を有する一般病院には精神病棟を設置し、地域連携の中で身体合併症、精神科救急医療に関する精神医療システムを構築すべきという結論が得られた。

(B-2) 大阪府における精神科救急入院患者の調査から得られた結論は次の通りである。

大都市では、地域からは精神保健上の援助を求めるケースが多数存在し、一定のニードを形成している。そのニードを満たすためには、救急入院を引き受ける病院にも、精神保健指定医が診察できる体制、医療法を基本に救急外来に対応できる体制等、一定の基準が必要と考えられる。また、大都市における精神医療問題の解決には、特に夜間・休日において「情報提供、診断を含む判断と振り分け」を行う機能（情報センター機能）の設置、移送および適切な診療体制を有する医療機関への連携が必須である。なお、情報センター機能がその役割を適切に果たすためには、関係する機関等へ

の精神科救急に関する普及啓発（情報センター機能における業務マニュアルの作成等）、公的機関と民間の役割分担を含めた後送医療体制の確保が重要である。また情報センター機能には、精神保健福祉士、保健婦、看護婦などの専門職員に加えて、精神保健指定医の関与が必須である。大都市における社会復帰の促進は、病院個別の努力ではきわめて困難である。大都市環境において家族や地域社会の援助の乏しい長期入院患者の社会復帰促進を進めるには、社会復帰施設の賃貸方式の採用等、大都市環境にも適用できる現実的かつ具体的な政策が必要とされている。とくに、重症の身体合併症を持つ精神障害者の緊急避難的な医療、その後の一般科のリハビリテーション、腎透析等の長期管理を要する疾患等の医療確保のためには、総合病院等で適切な医療が受けられるように、医療法運用の見直しを含めた条件整備が必要と考えられる。

（B-3）公的医療機関は医学の進歩に対応した適正な医療の供給を心がけながら、一般医療のほか他の医療機関で対応することが困難な高度・特殊・先駆的な医療を積極的に推進する使命を持つと言われている。そうした状況下で公的医療機関の役割を明らかにするために、国立総合、国立単科、自治体総合、自治体単科の4群ごとに集計を行い、その4群を比較検討することによって各群の特徴の把握を試みた。主として6機能に関する調査項目の分析から、国立総合は基本的診療機能と身体合併症治療機能に、国立単科は教育・研修機能に優れており、基本的診療機能の中では主としてリハビリ機能として評価される領域が充実していることが明らかになった。自治体総合は基本的診療機能にすぐれており、その他の機能に関してもオールラウンドにこなしている。自治体単科は、救急・急性期対応機能と地域精神保健活動機能に

優れており、専門領域対応機能の一部も含み込んでいる。基本的診療機能については総合と比較するとリハビリ的機能の比重が高い。6機能についての将来像をみると、国立総合は身体合併症治療機能と基本的診療機能を、国立単科は教育・研修機能と専門領域対応機能を、自治体総合は身体合併症治療機能と基本的診療機能を、自治体単科は救急・急性期対応機能と専門領域対応機能、基本的診療機能、教育研修機能を発展させていくことを志向している。こうした4群の将来像はお互いの不備を補い合う関係にあり、国公立精神科医療機関総体としての役割を考えると望ましい選択と言えるであろう。

D. 結論

（A-1）精神科救急医療事業未実施の14府県について準備状況と問題点を調査した結果、それぞれ個別の問題を解決する上で、他の都道府県との交流や情報交換が有意義であることがわかった。また、精神科救急医療事業を開始した都道府県の調査結果から、まだ十分に需要に応じられていないことが明らかになった。とくに、搬送体制の整備や精神科救急情報センターを補助金の対象とすることについて、関係者の関心が高かった。また、医療機関に対するアンケート調査からは、包括的な「精神科救急医療ネットワーク」を指向する意見が多数を占めた。これらの結果を踏まえて、今後とも、関係者の意見を調査し、地域の実情に応じた精神科救急医療事業のあり方を検討することが必要と考えられた。

（A-2）精神病急性期の治療のスタンダードと予後を検討するために、423例の精神病急性期での入院患者について調査を施行し、調査対象の背景データを集計した。さらに1年後の予後について調査を開始した。これまでに得られた結果は、わが

国の精神科急性期治療の重要課題の解決にとってきわめて示唆的である。今後さらに予後調査も含めて解析を進めていく必要がある。

(A-3) 患者の生活は、自身のベッド上あるいはその周辺、少人数で過ごすことのできるスペース、食事など病棟全体としてのスペース、さらに病棟外でのレクリエーションやリハビリテーションなどさらに広い空間などの形で段階的に構成され広がっている。これらを意識した空間構成が施設症(インスチテューショナルリズム)の弊害をなくすことになると考えられる。

(B-1) アトピー性皮膚炎の患者を対象とした調査では、皮膚科医による心理・社会的なサポートを可能にするために皮膚科医に対する精神医学の卒後研修が重要な役割を担っており、精神医学の卒後研修が重要であることが明らかになった。リエゾン活動の仕事量の検討からは、精神科医がリエゾン活動では長時間費やしており、精神科医の数の充実とこの時間に見合う診療報酬が必要であることが示唆された。一般病院における精神科以外の診療科における精神医療の需要に関する調査からは、高次機能を有する一般病院に精神科病棟を設置し、地域連携の中で身体合併症、精神科救急医療に関する精神医療システムを構築すべきという結論に至った。

(B-2) 大都市においては住民からのアクセスに適切に対応するため、精神科救急システムにおける情報センター機能の設置、移送と適正な精神科救急医療の確保(重症合併症等の治療を含む)が必要である。情報センター機能は、①少なくとも夜間・休日に精神科救急へのアクセスを可能にするシステムであること、②スタッフは「診断を含む判断と振り分け」に対応できる常勤精神保健福祉士、精神保健指定医、看護職員等の確保が必要である。また情報に関

しては、空床情報等をリアルタイムに把握できる救急輪番制とリンクしたネットワークが、施設としては救急診療室等が必要である。また精神科救急は新しく誕生したシステムであり、他の臨床科における合併症治療とリハビリテーション、長期腎透析等で精神障害者への医療に不利益が生じないような環境整備が必要である。

(B-3) 国公立精神科医療機関に関する調査票の分析に基づき、その特徴について述べた。さらに、国・公立有床精神科医療機関が担うべき機能に対する各医療機関の評価を可能とするプログラムを作成した

Ⅱ. 分担研究報告書

Ⅱ. 分担研究報告書
A. 精神科救急医療について

A-1. 精神科救急医療に関する研究

守屋 裕文

(埼玉県立精神保健総合センター 診療局長)

厚生科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究)

分担研究報告書

精神科救急医療に関する研究

分担研究者 守屋裕文 埼玉県立精神保健総合センター診療局長

研究協力者(五十音順)

飛鳥井 望 東京都精神医学総合研究所 専門副参事
大西 守 栃木県精神保健福祉センター 所長
澤 温 医療法人北斗会さわ病院 院長
白石 弘巳 東京都精神医学総合研究所 専門副参事
鈴木 満 岩手医科大学精神神経科 講師
関口 隆一 埼玉県立精神保健総合センター 医長
武井 満 群馬県立精神医療センター 医長
平田 豊明 千葉県精神科医療センター 主任医長

研究要旨

精神科救急医療事業未実施の14府県について準備状況と問題点を調査した。その結果、事業開始年度が示されなかったのは7府県であった。これらの府県については、それぞれ個別の問題を解決する上で、他の都道府県との交流や情報交換が有意義であると考えた。

また、平成10年末までに精神科救急医療事業を開始した33都道府県について実施状況と課題を調査した。都道府県の精神保健福祉担当者の多くは、精神科救急医療事業は「まあ需要に応じている」と回答したが、実績を検討すると、まだ十分に需要に応じていないと考えられる自治体もあった。また、過半数の都道府県において精神保健福祉担当者は、本人や家族、精神科医療機関、消防が十分に精神科救急医療事業に満足していないと回答した。課題のうち、搬送体制の整備や精神科救急情報センターを補助金の対象とすることについて、関係者の関心が高かった。

医療機関に対するアンケート調査では、厚生省の要綱に参加意志を表明した医療機関は83.5%に達したが、概して厚生省モデルよりも包括的な「精神科救急医療ネットワーク」を指向する意見が多数を占めた。これらの結果を踏まえて、今後とも、関係者の意見を調査し、地域の実情に応じた精神科救急医療事業のあり方を模索することが必要と考えた。

A. はじめに

平成7年度に開始された厚生省「精神科救急医療システム整備事業」による補助を受けて精神科救急医療事業を開始する都道府県は年々増加し、平成10年度末まで未実施の府県は14となっている。

「精神科救急医療に関する研究班」では、この事業を普及、定着、発展させるための調査研究を行ってきた。平成9年度は、都道府県精神保健担当課に対してアンケート調査を行い、稼働中の精神科救急医療圏域を「人口分散地域A型」「人口分散地域中域B型」「人口分散地域広域型」「人口集中地域中域型」「人口密集地域小域型」「大都市型」の6類型に分類し、今後事業を開始する府県の精神科救急医療圏は前3者のいずれかに属することを推定した。また、事業未実施の自治体の問題のうち、「輪番を構成する医療機関が確保できないこと」が自治体の医療特性を反映する、基本的な共通問題であることを示した。さらに、医療機関へのアンケート調査や大都市（東京）における精神科救急医療の昭和62年度と平成7年度の精神科医療受診者の比較に関する報告等をもとに、特に人口の多い地域において包括的「精神科救急医療ネットワーク」の構築が重要課題であると考察した。

今年度は、昨年までの研究を発展させ、事業未実施の府県における準備の進捗状況調査と、事業を開始した都道府県における実施状況調査を並行して行った。また、昨年度に回答を得た医療機関を対象とする精神科救急医療に関するアンケート調査結果について、今後の精神科救急医療システムのあり方の指針を得るべくさらに分析した。

B. 方法

本年度に行った調査・分析は以下の通りである。

1. 精神科救急医療事業未実施の14府県に対するアンケートおよび聞き取り調査

1-1. 14府県に対するアンケート調査

平成11年度以降に事業実施を計画していた14府県（青森、秋田、山形、栃木、茨城、福井、奈良、京都、鳥取、島根、山口、香川、愛媛、大分）の精神保健福祉担当課に対してアンケート用紙を平成10年11月17日付けで送付し、12月8日までに回答の返送を求めた。アンケートの主な質問項目は、a) 事業実施の進捗状況、b) 現在検討中の精神科救急医療システムの概要、c) 事業実施に当たっての問題点、d) 府県から国（厚生省）への要望、e) 必要としている情報、等とした。

1-2. 愛媛県、京都府に対する聞き取り調査

アンケート調査で得られた結果を参考にして、研究協力者が現地に赴き、聞き取り調査を行った。今年度は、事業実施が平成11年度以降になると考えられる第3群に分類される府県のうち、まだ聞き取り調査を行っていない愛媛と京都について報告することとした。

2. 精神科救急医療事業を行っている都道府県における実施状況調査

当研究班では、精神科救急医療を事業化した都道府県に対しても継続して実施状況を調査してきた。精神科救急医療事業を実施する都道府県が増加してきたので、平成11年度には全国規模の実態調査を計画中である。

平成10年度はその準備を兼ね、岩手、群馬、埼玉、千葉、東京、大阪の6都府県に対してはパイロットスタディとして実施

要綱及び事業実績に関して詳細な質問を行ない、結果を相互比較した。一方、残る 27 道県に対しては、事業実績および、実施状況に対する都道府県の評価についてのアンケート調査を行った。これらの具体的な質問項目は、結果において提示する。

3. 医療機関に対するアンケート調査結果

厚生省は、平成 8 年度を出発点として、「精神科救急医療システム整備事業」（以下「厚生省モデル」）を全国展開させるべく、財政措置等の行政努力を投入してきた。平成 10 年 12 月末現在、本事業を運営している自治体は 34 を数える。

一方、こうした努力にもかかわらず、厚生省モデルは、「大都市の行政的ニードから出発した救急システムを原型にしており、医療現場の臨床的ニードに立脚していない」「どの地方・地域にも適用できる普遍的なモデルとはいえない」といった批判がある。

そこで、本研究班は、第一線の臨床機関が求める精神科救急医療システムの輪郭を明らかにするために、全国各地で精力的に診療活動を展開している民間精神病院 143 を任意抽出して、厚生省モデルと、これを補完する臨床モデルともいうべき「精神科救急医療ネットワーク」構想に関するアンケート調査を実施した。

ここでいう精神科救急医療ネットワークとは、「夜間・休日でも精神障害の重症度に応じて、電話相談、外来診療、入院治療、応急入院や措置入院、および身体合併症などにも対応できるシステム」と定義されており、厚生省モデルをより包括化した精神科救急医療システムを構想したものである。

今回の調査内容は、①この精神科救急医療ネットワーク構想に関する意見聴取(10 項目)、および、②厚生省モデルに関する

意見聴取(13 項目)に大別される。この調査は、平成 9 年 11 月に実施されたものであり、①の一部の項目については、前年度の研究報告書ですでに結果を報告した。ここでは、全体の調査結果を報告し、わが国においてあるべき精神科救急医療システムの構築に資することを目指した。

C. 結果

1. 事業未実施の府県における精神科救急医療事業準備の進捗状況調査

1-1 14 府県に対するアンケート調査

対象とした 14 府県から回答を得た(回収率 100%)。

以下に、質問項目別に結果をまとめる。

1) 精神科救急医療事業準備の進捗状況(表 1)

事業準備の進捗状況は、表 1 のようであった。回答から準備状況を以下のように分類した。

a) 第 1 群 平成 11 年度実施に向けて最終段階にあると考えられる県(青森、福井、島根)

この群に分類した県は、精神科救急医療事業要綱がほぼまとまり、精神保健福祉審議会での議論がすでに行われているか、近々行われる予定があり、さらに平成 11 年度事業化のための予算措置がなされる見通しがほぼ立ったと考えられる。

b) 第 2 群 平成 11 年度ないし平成 12 年度に実施を目指している県(秋田、栃木、山口、大分)

この群に分類した県は、それぞれ経過は異なるものの実施に向けて具体的な動きが認められる県である。

例えば、秋田では、すでに平成 10 年 5 月より連絡調整委員会設置要綱が施行されており、県案を修正し最終調整を行っている段階である。

また、栃木では、すでに平成 9 年度末に基本構想がまとめられ、平成 10 年 8 月には精神科救急医療システム実施指針が決定されている。平成 11 年度は、この指針に沿って県立病院の施設設備の改修が行われ、平成 12 年度には実施することが目指されている。

山口は、平成 11 年度の実施に向けて努

力したいと回答している。成否は、小委員会における精神科救急医療圏域設定調整などにかかっていると見える。

大分は、平成 6 年度から日曜祝日等における緊急措置入院患者を対象とする「大分県精神障害者緊急医療システム」を実施しているが、この拡充を図るという方向で協議が進められているようである。平成 11 年度の施行を目指して実施要綱案が作成されている。

c) 第 3 群 回答には具体的な開始予定年次が提示されなかった府県(山形、茨城、奈良、京都、鳥取、香川、愛媛)

この群に分類した県では、未だ具体的な要綱案が確定するに至っていないようである。回答に見るように、実施に向けた努力がそれぞれ行われている状況である。

2) 現在検討されているシステム概要(表 2)

精神科救急医療の実施体制について表 2-1 に、関連するネットワーク機能については表 2-2 に示した。

具体的な点は表を参照されたい。以下、ポイントのみ簡単に記す。

圏域設定については、青森や島根でそれぞれ 6、7 ブロックと 2 次医療圏程度の圏域設定がなされているのが目を引く。

この 2 県では、基本的には精神病院輪番制によって精神科救急医療が実施されるが、1 圏域内の精神科医療機関数がたまたま 1 カ所であるために、その医療機関が精神科救急に専ら対応する固定制が採用されている圏域がある。

実施日時については、夜間および休日としているものが多いが、福井県では休日のみの実施で開始するとしている。

救急医療に関する情報センターについては、医療機関に設置を見込んでいる県、設

置を予定していない県、設置可能か検討中の県などがある。

後方病院については、全県1ブロックで基幹病院制を取る予定の栃木では重要な要素となるが、他の県では当該病院間の個別協議などで可とされるなど、特別のシステムにまでは至っていないようである。

身体合併症については、旧総合病院、救急告示病院との協力が得られるとしている県が少なくない。

搬送体制については、警察、消防、家族などポイントの置き方がまちまちである。

3) 事業実施に当たっての問題点(表4)

実施に当たっての問題点を表4に示した。

これらを整理すると、以下ようになる。

a) 医療機関の供給体制の問題

圏域設定や輪番の組み方、指定医の確保、さらには公立病院と民間病院との役割などに関する調整の問題である。

b) 事業費確保の問題

県の財政状況の影響を受けているとしている県が複数ある。

c) その他

精神科救急情報センター、搬送体制、身体合併症を合併している患者への対応等が挙げられた。

窓口の人員配置の困難さに関連して、奈良は精神保健福祉法 27 条の事前調査を実施する保健所職員の配置が検討課題となっていると回答した。奈良では、精神保健診察を行う緊急医療と行わない救急医療を1本化した事業を構想しているようであり、精神保健診察に際して事前調査を実施する職員の配置が困難であることが事業開始を遅らせる要因の一つであるとしている。

以上、一瞥するに事業開始との関連では、

精神科医療機関を中心とする関係諸機関における役割調整の問題と、財政状況の逼迫による予算確保の問題が一般的な問題となっているようである。

4) 府県から国(厚生省)への要望

この点については、以下のような要望が寄せられた。

○応急入院は、精神科救急医療の一形態と考えており、システムにおいても今後各ブロックに1カ所の指定病院を確保したいと考えておりますが、現在の指定基準をクリアする病院が少ない現状にあります。指定基準の改正等を検討することが必要と考えます。

○措置患者の搬送については、現在でもその搬送責任に解釈と対立がある。警察庁は「保健所に通報すれば足りる」としているが、現場の警察署は実状を十分認識しており、警察車両で病院まで搬送している。厚生省が実状に合った解釈を警察庁と調整しないため、現場は大変混乱している。救急車も同様である。

○国庫基準が低いため、実態に合わせた額に改訂していただきたい。

○移送についての補助が必要。

○精神科救急医療システムについての周知についての予算化が必要。

○当該要綱については、あらゆる方法に対応できるように定められたと思料しております。しかし、県で抱える個々の問題の解決のためには、全国的に一定の方法で整備可能となるような具体的システムが示されることにより、早期の推進が図れると考えます。

○一般救急との単価差の解消

○一般救急に対応する形態で実施し、その方法等は各府県の実状に応じ、また独自の方法で実施しても補助対象となるようにす

るなど、地域の実情に応じた実施の承認を。

要約すると、補助金の増額、使途に関する要望と、搬送などの法的整備を求める意見が主なものであると考えられる。

5) 精神科救急医療事業を整備するに当たり必要な情報

この点については、以下のような要望が寄せられた。

○ 身体合併症の対応等についての先進事例、およびシステム導入による措置患者の発生状況の対比的なものがあればご教示願いたい。

○ 他県における予算状況

○ 措置入院の場合の行政側の体制

法 23、24 条に対する具体的対応方法

法 27 条事前調査の具体的対応方法

○ 公立病院の人事、財政の対応についてお聞きしたい。

○ 患者の搬送体制

これらの要望は、県ごとに異なるといっても過言ではない程、多様である。事業化を進める上で生じる、こうした個別の問題に対応するため、他の自治体の要綱などの資料や同様の問題を解決した経験などの情報交換の果たす役割は小さくない。

1-2. 聞き取り調査

1) 愛媛県

【報告者】 関口隆一(埼玉県立精神保健総合センター)【調査日時、場所と対象者】

①平成 11 年 2 月 4 日午前：愛媛県庁において

愛媛県保健福祉部健康増進課

榎本真一 課長

同課精神保健係

面田新次 係長

阿部恭司 主査

愛媛県精神保健福祉センター

青木眞策 所長

②平成 11 年 2 月 4 日午後：愛媛県立今治病院において

同病院精神科 日根野 尚 医長

③平成 11 年 2 月 5 日午前：真光園(松山市南高井町 1491)において

植田孝一郎 院長(日本精神病院協会常務理事, 同愛媛県支部長)

【報告】

(1) はじめに

愛媛県における精神科救急医療システムに関して以下に、先ず各々の立場から見た状況、意見等についてうかがったことを記す。さらに調査員が抱いた所感について述べる。

(2) 行政の立場

愛媛県は、正式な行政区分ではないが大きく 3 つ(南予-中予-東予)に分けることができ、それぞれの地域では県民性なども大きく異なっているという。県の人口は約 150 万人。「中予」地域が県の中心となり、松山市内には人口の 1/3 (50 万人) が集中している。

精神科における合併症医療については、全県的に問題はない。3 次救急医療システムが整備されていることや、3 つの地域内でも、また地域を越えて病院間の連携が上手に行っているという。3 次救急は県立中