

図16:精神疾患合併症患者の入院

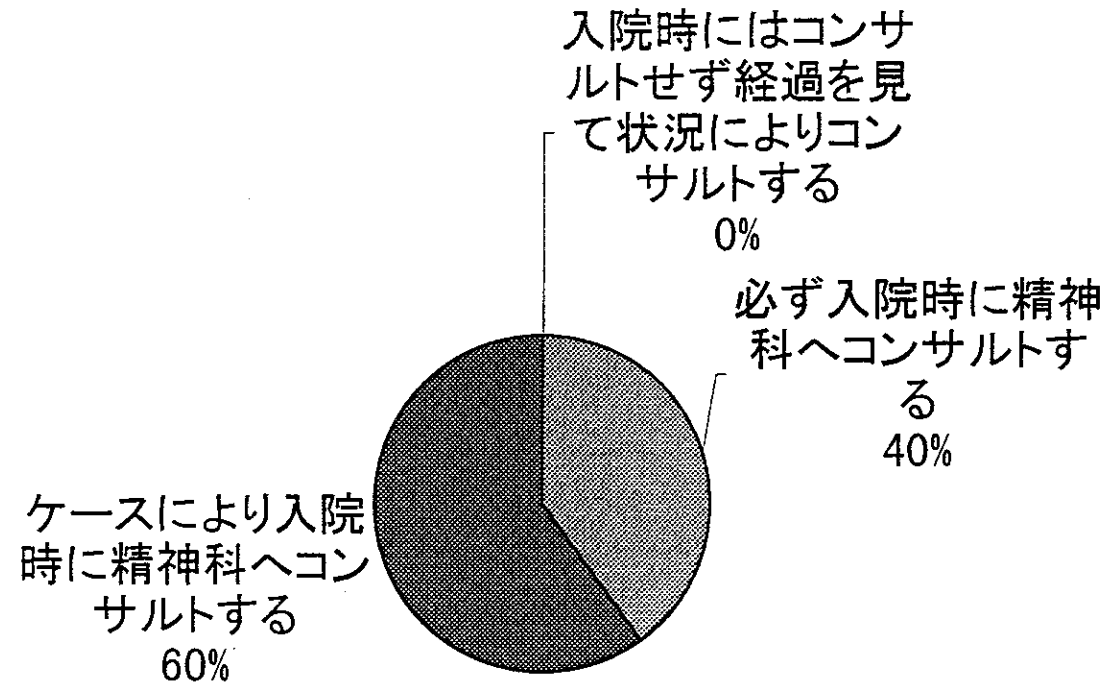


図17:入院中の患者に精神症状を合併した場合

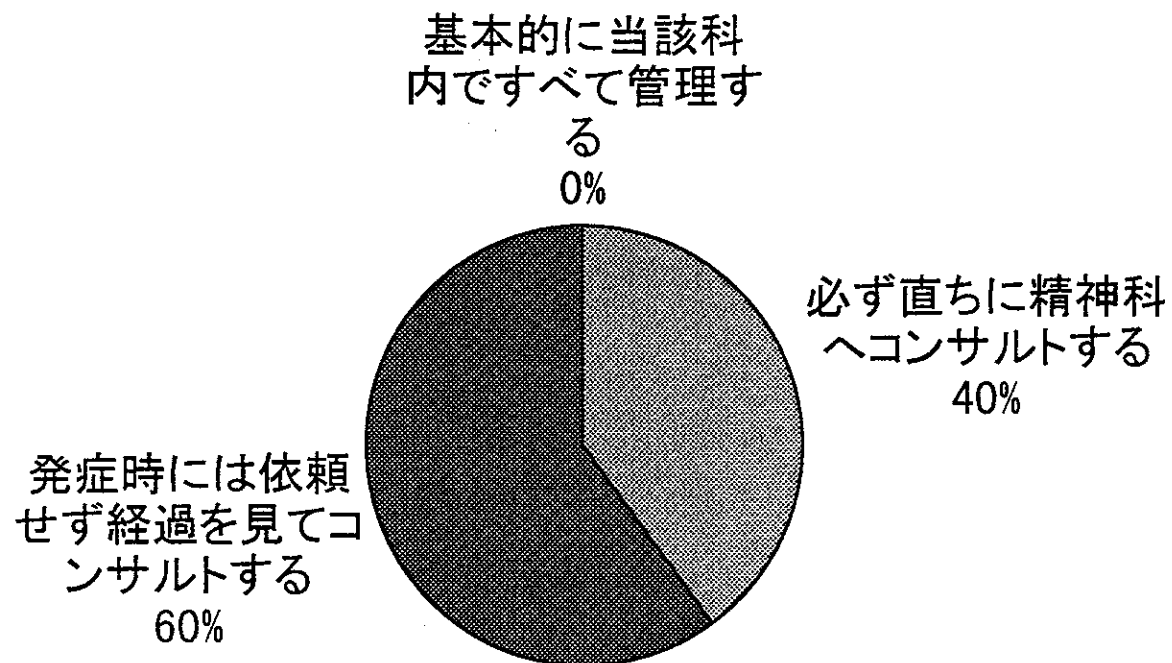


図18: 病棟内で関わることの多い精神疾患

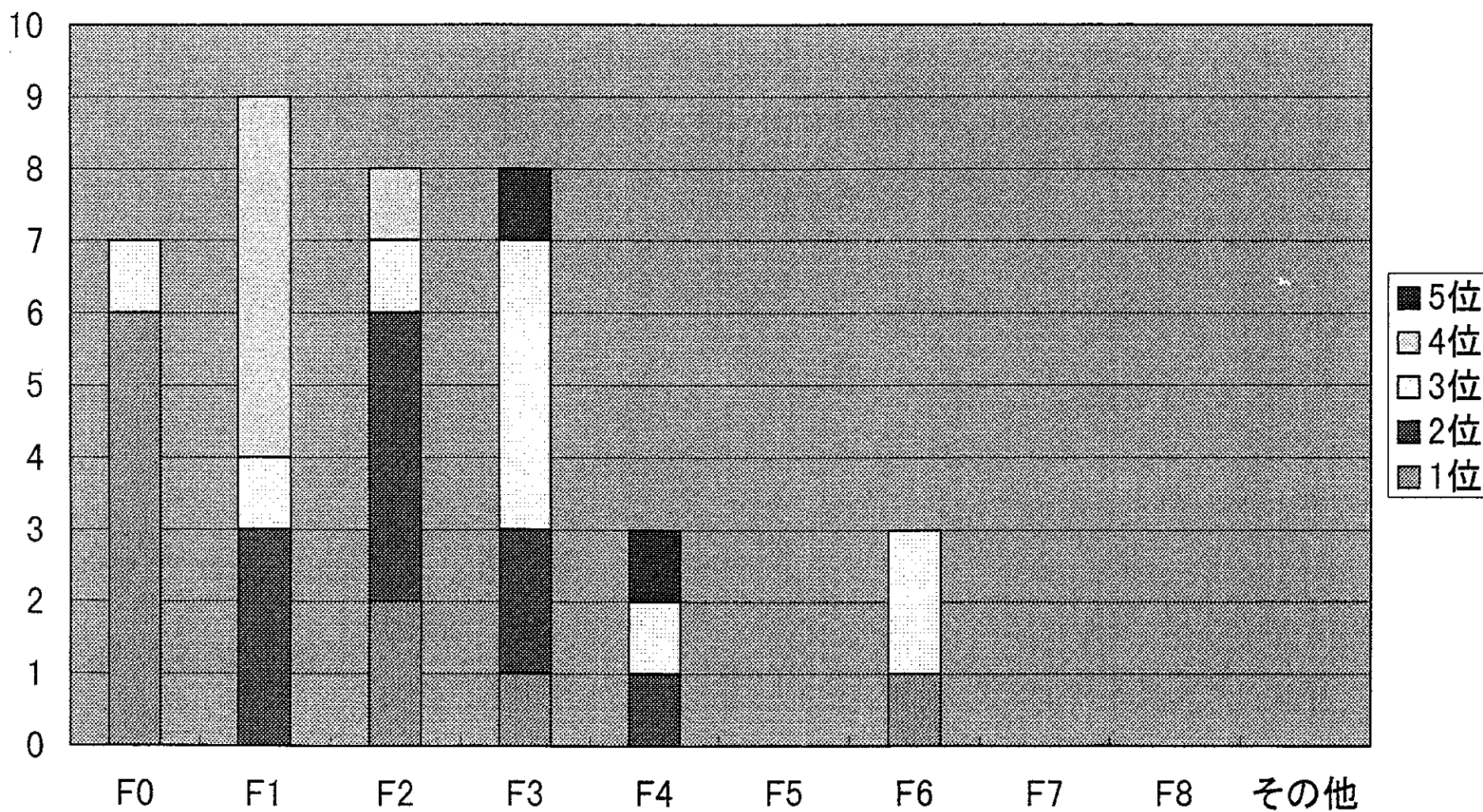


図19: 病棟診療に使用される向精神薬

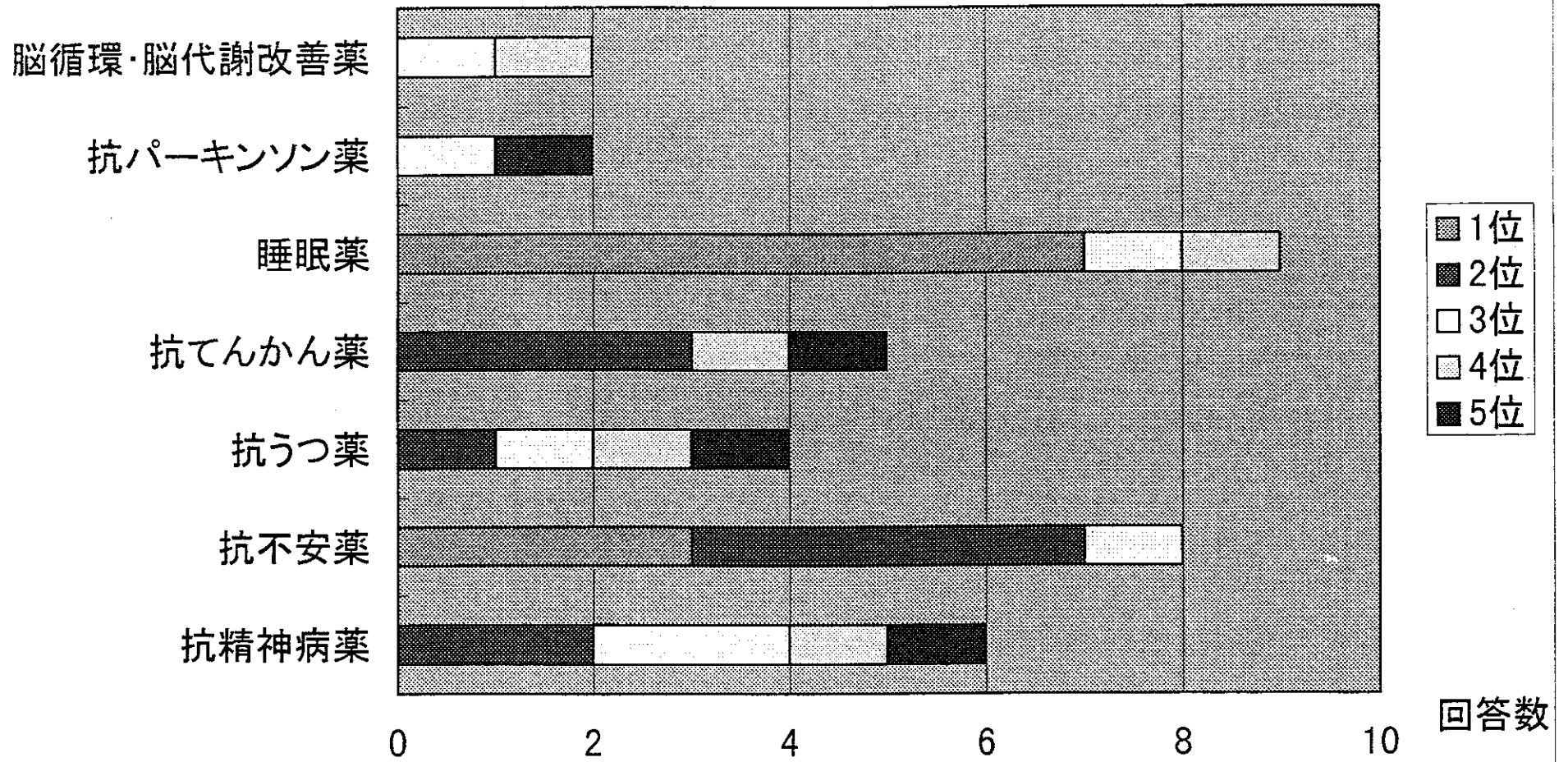


図20: 向精神薬の使用を躊躇する理由

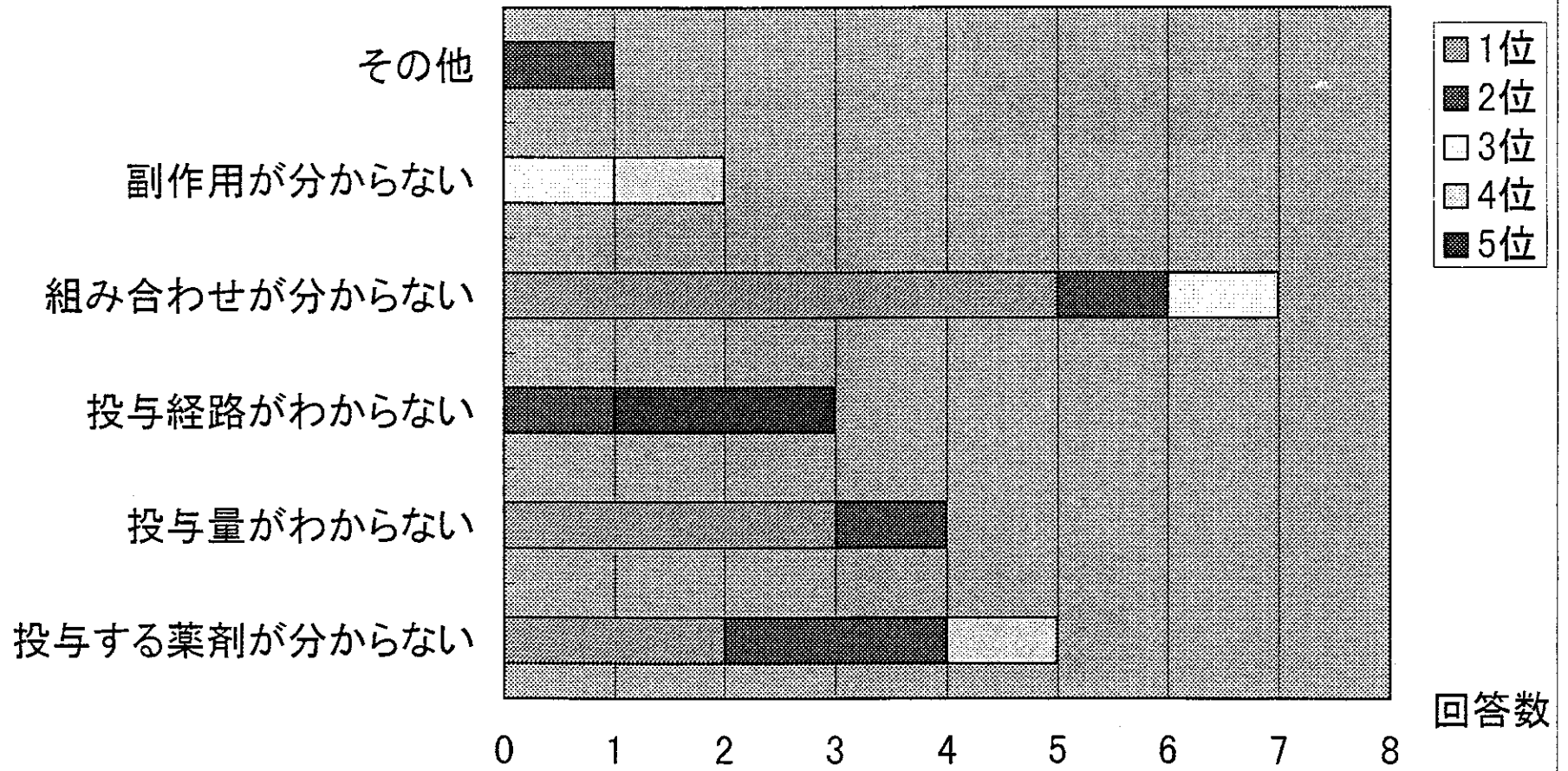


図21:精神科合併症患者の入院加療についての考え

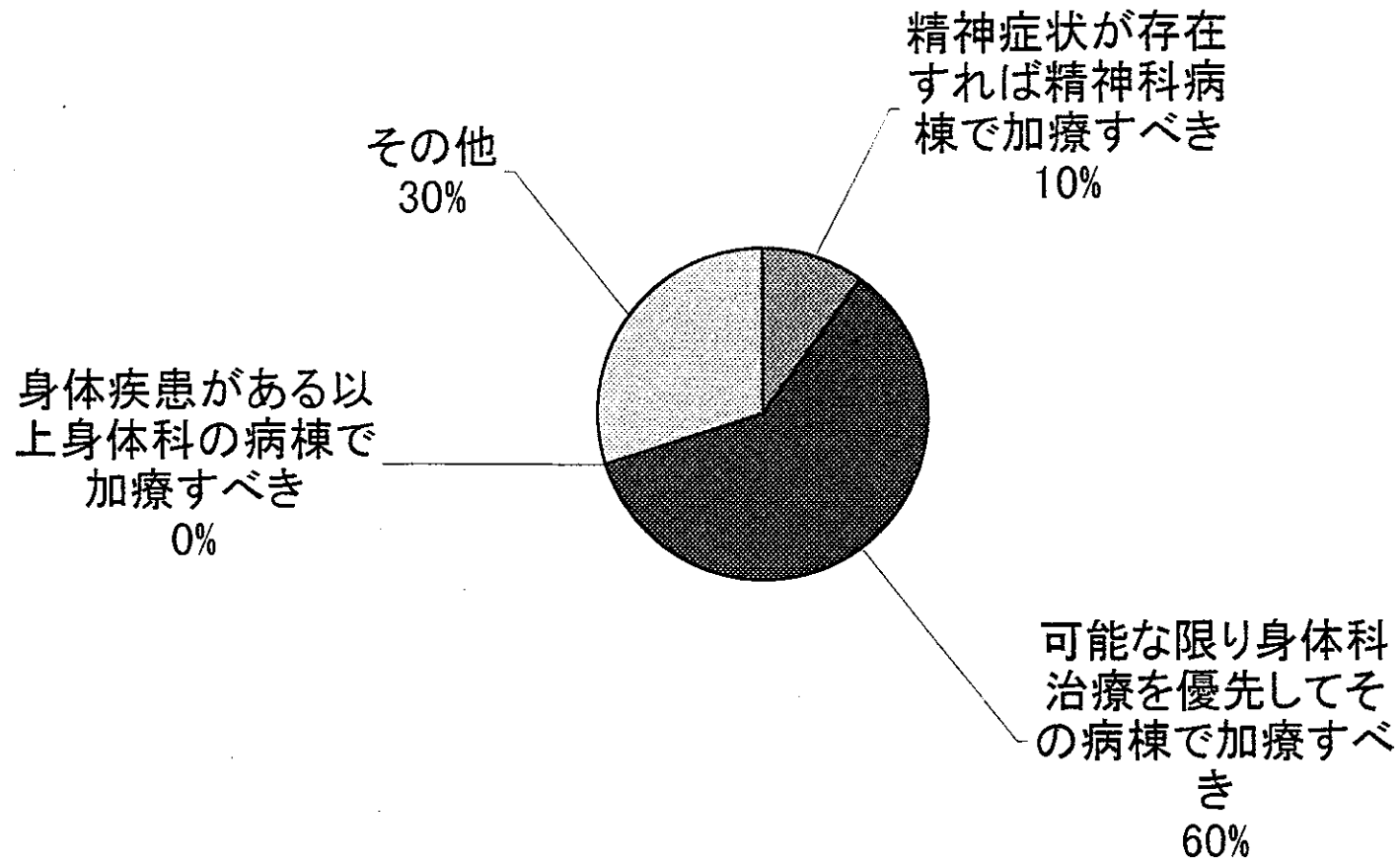


図22: 身体科医における精神医学的知識の現状

■ 必要であり十分な対応ができる ■ 必要であるが充分ではない □ 必要なし

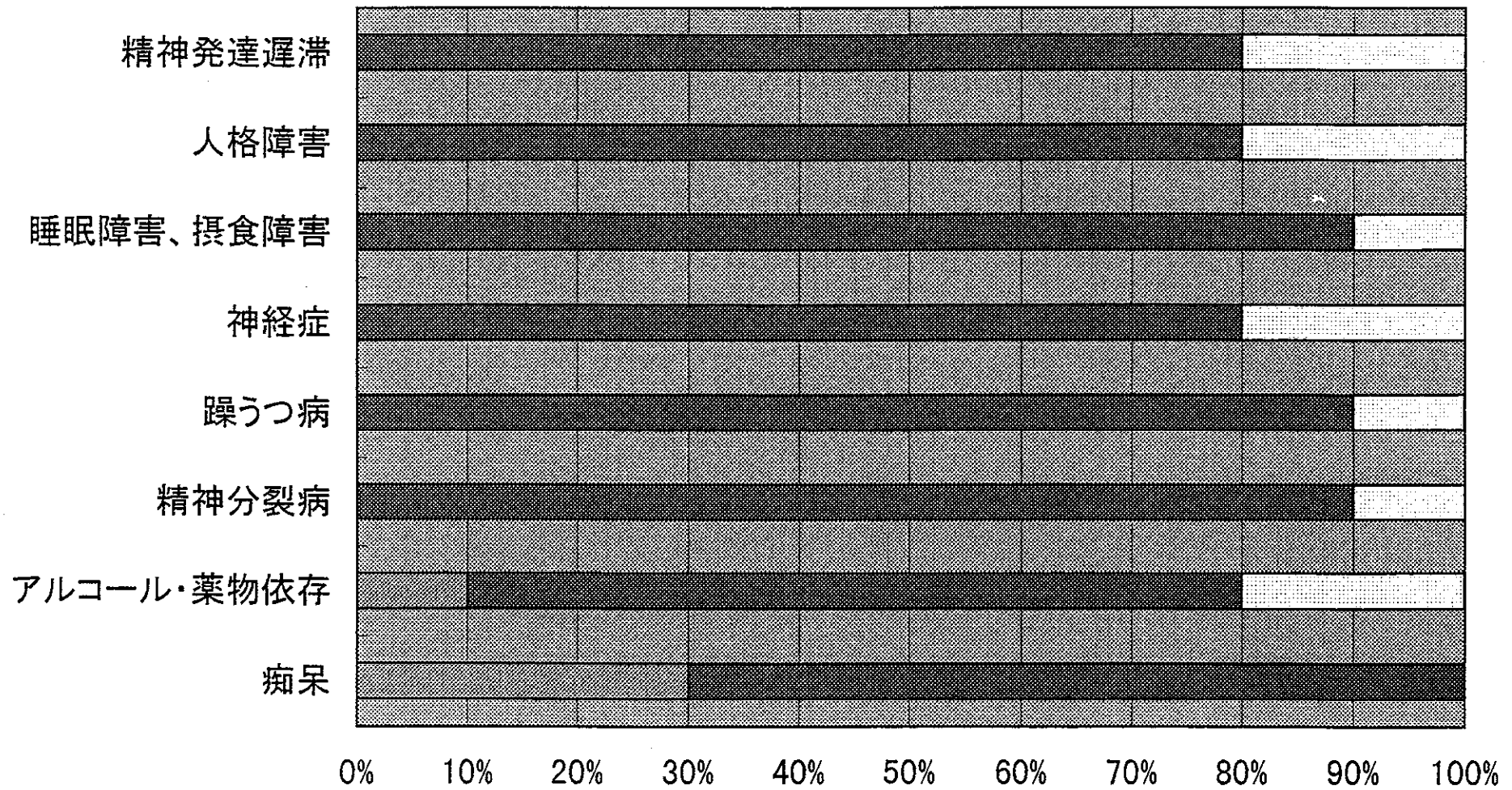


図23: 相談者

■ 1位 ■ 2位 □ 3位 □ 4位

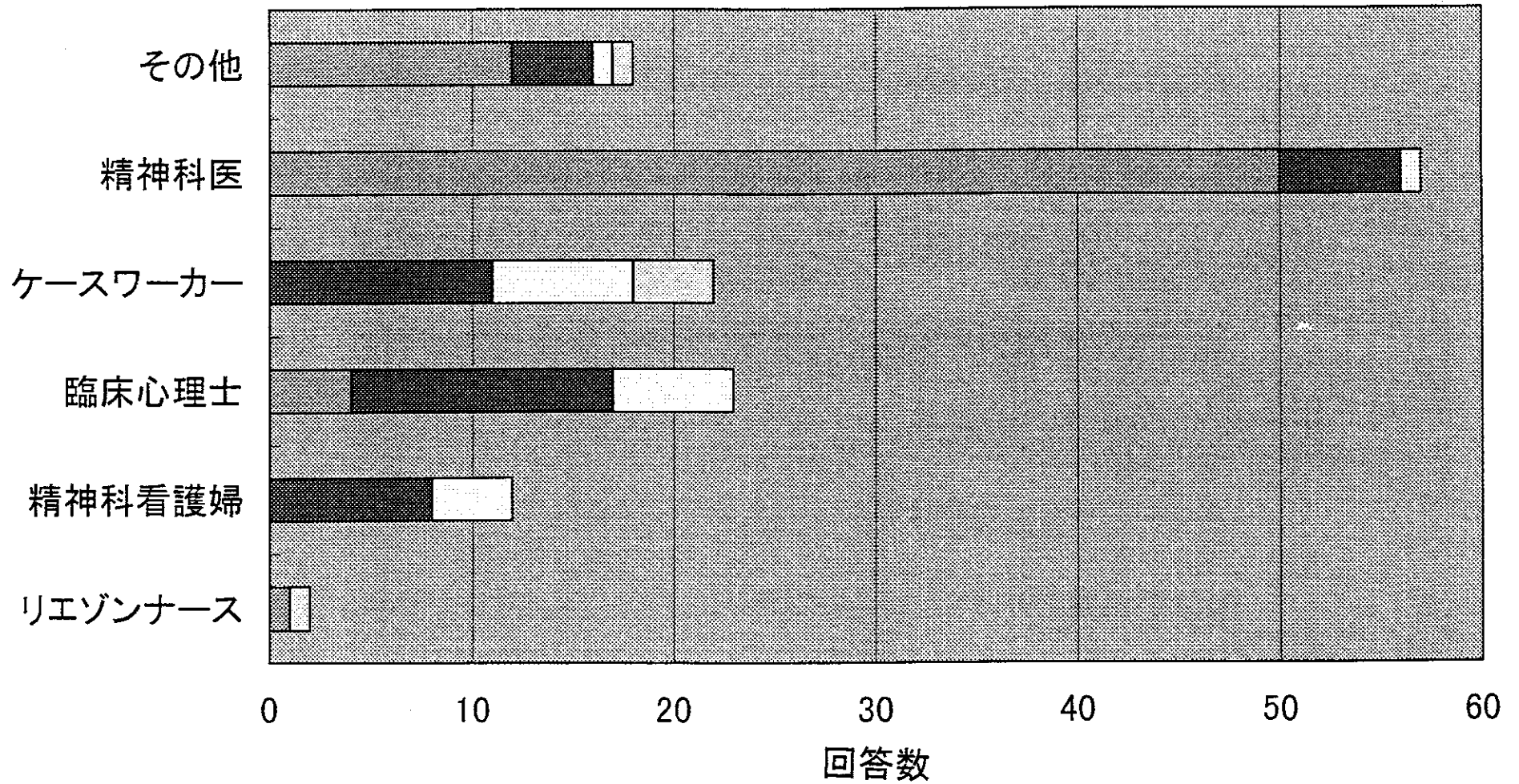


図24: 精神疾患に対する知識技術

■ 必要であり充分 ■ 必要であるが充分ではない □ 必要なし

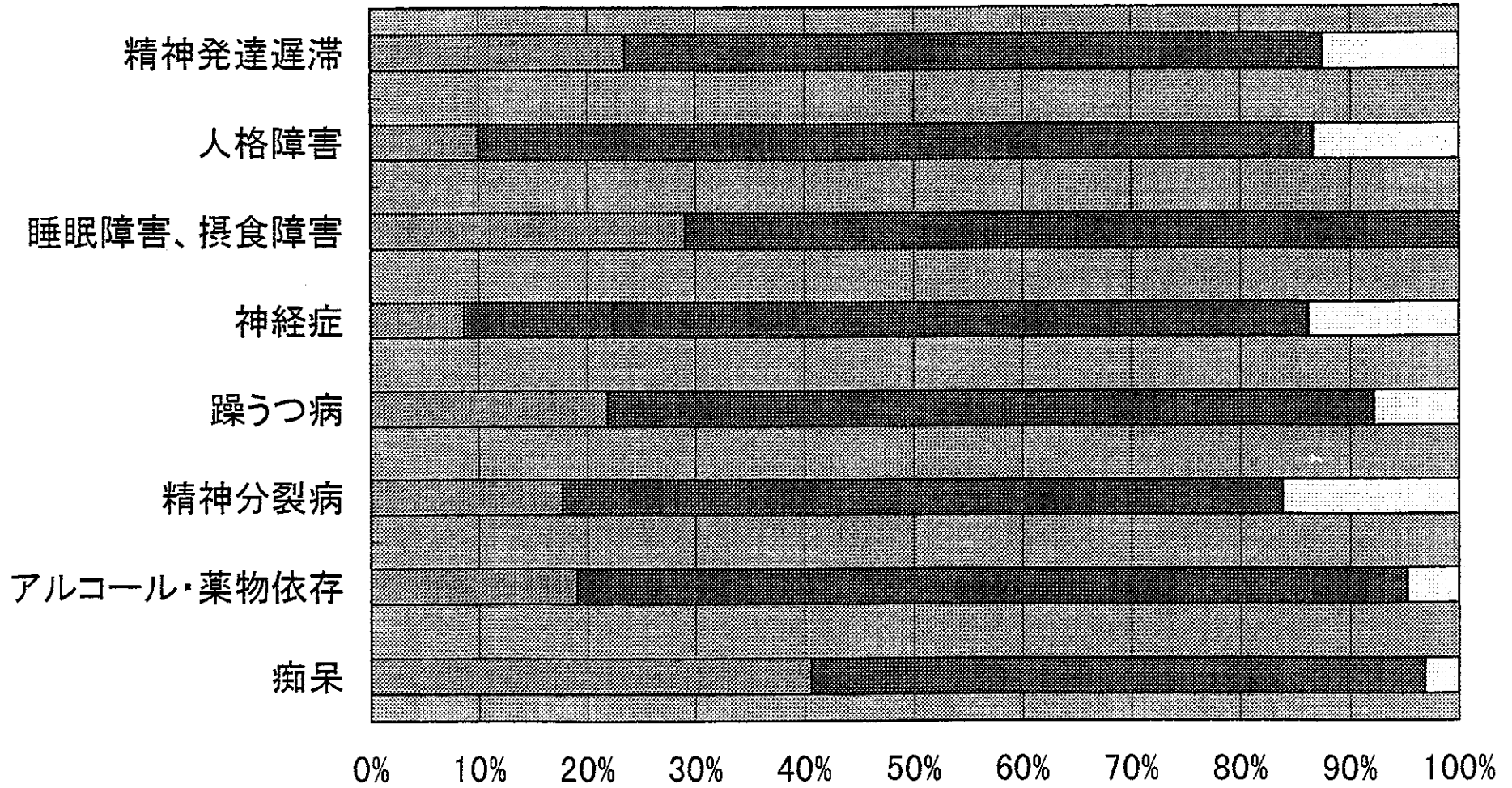
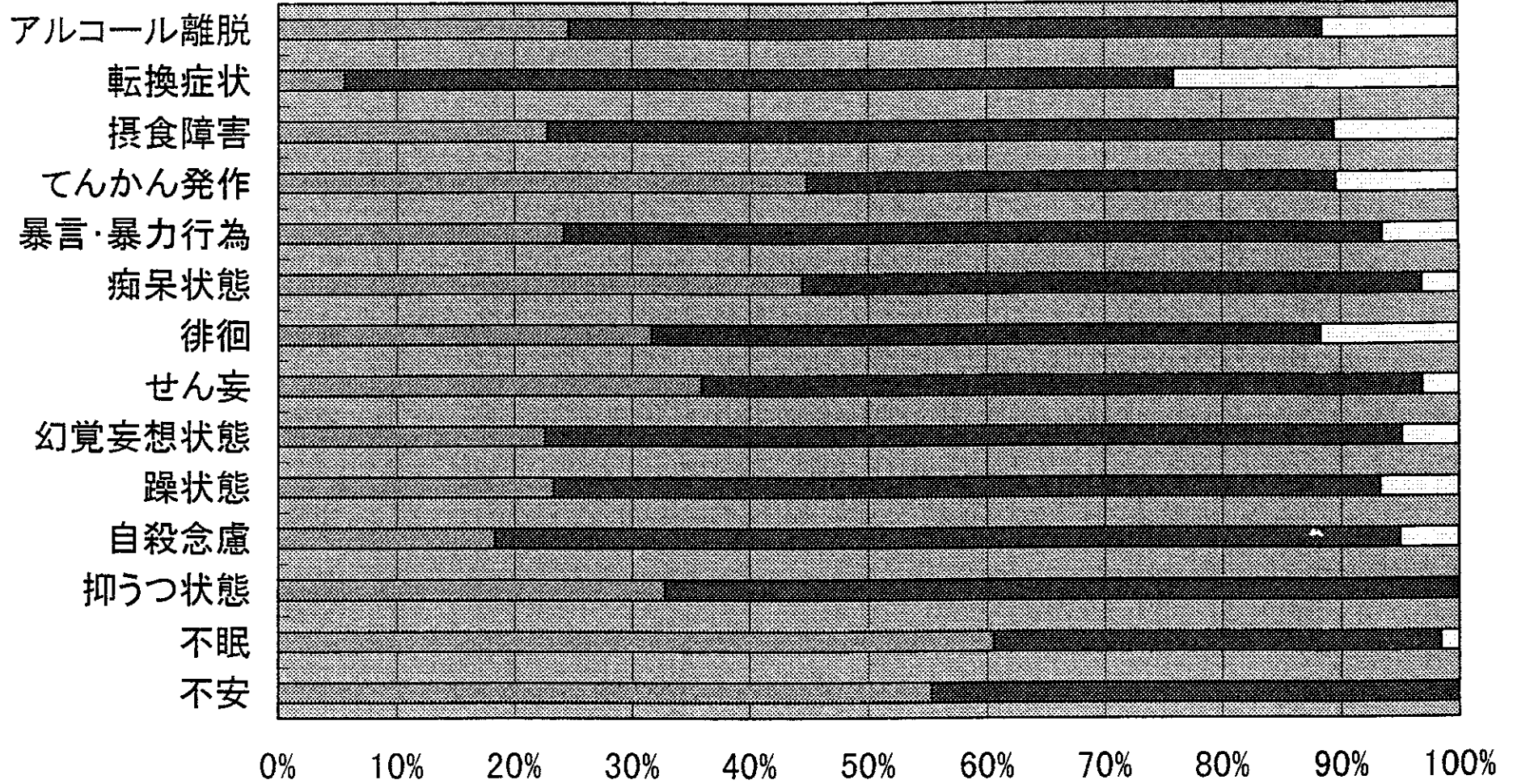


図25:精神症状に対する知識技術

■ 必要であり充分 ■ 必要であるが充分ではない □ 必要なし



Ⅱ. 分担研究報告書
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 - 2. 大都市における精神医療のあり方に関する研究

吉川 武彦
(国立精神・神経センター 所長)

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

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（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者：浦田重治郎（国立精神・神経センター国府台病院）

籠本 孝雄（大阪府保健衛生部健康増進課）＊

河崎 茂（日本精神病院協会）

計見 一雄（千葉県精神科医療センター）

齋藤 昌治（東京都精神病院協会）

白石 弘巳（東京都精神医学総合研究所）

関山 守洋（大阪府精神病院協会）

立花 光雄（大阪府立中宮病院）

野津 真（東京都衛生局医療福祉部精神保健福祉課）

杉澤あつ子（国立精神・神経センター精神保健研究所）＊

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）＊

＊ワーキンググループに参加

研究協力者（ワーキンググループ）

漆原 和世（千葉病院・市川の精神保健を考える会）

志手 隆之（大阪市消防局救急課）

助川 征雄（神奈川県衛生部保健予防課）

長島 美奈（千葉県精神科医療センター）

古塚 大介（大阪市環境保健局保健部）

米澤 洋介（東京都立墨東病院）

研究要旨：大都市における精神医療の課題を救急入院患者調査等から明らかにするとともに、精神科救急システムにおける情報センター機能について具体的な検討を行った。その結果、特に夜間・休日における精神科医療へのアクセスを確保するため、大都市において情報センター機能の設置が不可欠であることがわかった。情報センター機能のスタッフは、「情報提供、診断を含む判断と振り分け」に対応するため、精神保健福祉士、精神保健指定医、看護職員等が必要である。情報システムに関しては、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の整備が、施設としては救急診療室等が必要である。情報センター機能を附置する機関についてはさまざまなモデルの可能性があり例示を行った。また情報センター機能から引き続いて医療を担当する病院の基本的なあり方、合併症治療等において精神障害者に不利益が生じ

ないよう一般科との連携についての考え方を示した。精神科救急は新しく誕生したシステムであり、「精神科救急でできること、できないこと、また取り扱うべきでないこと」等について、精神科救急に関するマニュアルを作成し、精神科医療で何ができるかを整理して伝える必要がある。このためフローチャートの基本案を示した。

これらの研究結果は、大都市における精神医療のあり方に関する実践的な政策提案として活用できるものである。

A 研究目的

大阪府で発生した大和川病院問題は、家族あるいは地域社会の支援を期待することが困難な精神障害者、アルコールや薬物依存症を合併する者、入院を要する状態ではないが社会生活への適応が困難な者等の多い、大都市における精神医療のあり方について大きな問題提議をなすものであった。

この研究の目的は、大和川病院問題を一病院の特殊な人権侵害事件と捉えることに終わらず、問題発生の背景を精神科医療システムの中で検証し、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ある。

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。

B 研究方法

1. 大阪府精神科救急入院患者の分析

大都市における精神医療のニーズを把握すること、また大和川病院に短期入院していた患者に類似する救急入院患者群

の特徴の把握を目的に、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時頃まで)、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。

2. 精神医療情報センター機能等の検討

大阪府精神科救急入院患者の分析結果と平成9年度研究の結果を受け、班員数名を含むワーキンググループを組織し、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。

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をフローチャートに提示した。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。

C 研究結果

1. 大阪府精神科救急入院患者の分析

調査対象者は大阪府の調査では 387 人（輪番病院のみ、中宮病院を除く）であったが、その後の問い合わせによる確認で、救急入院に該当しない者を除外し、中宮病院への入院患者（18 人）を加えた 397 人を調査の対象者とした。調査対象となった患者が入院した病院は 27 病院であった。これらの病院に対して、患者の生活歴、治療歴、現在の状況、入院時の状況等について郵送による調査を行った。

回答があったのは 27 病院中 24 病院、患者数 353 人で、調査対象者に対する回答率は 88.9%であった。調査票の記入者は入院先の病院長、主治医、精神科ソーシャルワーカー等であった。

これらの救急入院患者については、①大和川病院からの転院患者との比較、②1 病院で全救急入院患者の約 3 分の 1 を受け入れている P 病院と他の病院群との比較によって検討した。

1) 救急入院患者（353 人）と大和川病院からの転院患者（265 人）との比較

(1) 入院形態

大和川病院からの転院患者では「任意入院」が 86%を占め、「医療保護入院」は 14%にとどまった。これに対し、救急入院患者では、「任意入院」が 67%、「医療保護入院」が 29%であった。すなわち大和川病院からの転院患者では任意入院となった患者の割合が高かった。

(2) 患者の基本属性

大和川病院からの転院患者は、救急入

院患者よりも 40 歳代以上の中高齢者が多かった（図 1）。性差はなかった。配偶者がいる人は、救急入院患者の 19%に対し、大和川病院からの転院患者では 6.8%と少なかった。入院前の 2～3 年間の就労状況では、大和川病院からの転院患者の 74%が「主に入院」していた人だった。これとは対照的に、救急入院患者で「主に入院」していた人は 9%にすぎなかった。ただし救急入院患者の 57%は「ほとんど働いていない」状態であった。

(3) 受療状況

調査時点（平成 10 年 3 月）での受療状況は、大和川病院からの転院患者では「継続して入院中」が 78%、これに対して救急入院患者では「退院した」が 81%で、対照的な差がみられた（ $p < 0.001$ ）。退院した患者（大和川病院からの転院患者：59 人、救急入院患者：287 人）に関して、退院後の受療状況をたずねた質問で、「通院は不要」と判断された患者は、大和川病院からの転院患者の 5%、救急入院患者の 4%にすぎなかった。救急入院患者では「退院後、治療中断」が 44%にのぼっていた。大和川病院からの転院患者では「退院後、治療中断」という人は 17%であったものの、「その他」という回答が 44%にのぼった。患者が入院してくる前の 1 年間の社会適応状況では、大和川病院からの転院患者では「不明」が 46%と多かった。「比較的良好」であった人は、救急入院患者での 20%に対し、大和川病院からの転院患者では 9%と少なかった。過去の総入院年数では、大和川病院からの転院患者は、救急入院患者にくらべると長期

入院者が多かった。

(4) 患者の状況

患者の保護者については、図2に示したように、「親」を保護者とする人が救急入院患者の41%、大和川病院からの転院患者の25%であった。これに対し「子・きょうだい」を保護者とする人は、救急入院患者の11%、大和川病院からの転院患者の44%で、患者の年齢階層の違いを反映していた。「配偶者」を保護者とする人は、救急入院患者では18%あったが、大和川病院からの転院患者では5%にすぎなかった。

保護者と患者との関係性については図3に示した。「積極的で良好」な人は、救急入院患者の42%に対し、大和川病院からの転院患者では10%と少なかった。他方、「非協力・回避している」に該当する人は、救急入院患者では8%であるのに対し、大和川病院からの転院患者では26%にのぼった。

患者の診断名（複数回答）は図4のとおりである。大和川病院からの転院患者および救急入院患者のいずれでも「精神分裂病」が最も多かった。大和川病院からの転院患者では55%が「精神分裂病」であった。救急入院患者に占める「精神分裂病」は32%であった。2番目に多かった診断名は「アルコール中毒」であり、大和川病院からの転院患者の15%、救急入院患者の24%を占めた。「覚醒剤等の中毒」はそれぞれ6.4%、5.4%であった。

患者の社会的処遇困難性についての質問（複数回答）では、両群とも50%以上の患者に「本人の社会性の乏しさ」が挙

げられており最も多かった（図5）。さらに特筆すべき点としては、「住む場所がない」という人が大和川病院からの転院患者では48%を占めることであり、救急入院患者での「住む場所がない」という人が12%であるのに対し著しく多かった。

転院した際の症状は、図6に示したように、「病状が安定あるいは固定し、保護的環境下では問題は少ない状態だった」に該当する人が、大和川病院からの転院患者では51%、救急入院患者では12%であった。「陽性症状が強いなど、処遇上の注意を要する状態だった」という人は、大和川病院からの転院患者の11%、救急入院患者の20%であった。また、「慢性の幻覚妄想状態、残遺症状などが主である状態だった」人は、それぞれ25%、45%であった。

身体疾患の合併症をもつ人は、大和川病院からの転院患者の30%、救急入院患者の16%であった。これら合併症を持つ人のうち、身体合併症の程度が、「身辺自立に支障あり」あるいは「外出等で問題あり」に該当する人は、大和川病院からの転院患者で64%（51/80）、救急入院患者で46%（26/56）であった。

(5) 入院の際の状況

入院時に保護室を使用したのは、大和川病院からの転院患者の8%、救急入院患者の35%であった。警察等による保護が行われた人は、大和川病院からの転院患者の29%、救急入院患者の24%であった。保護が行われた際の中核症状（複数回答）は、両群ともに「奇異な行動・言動」がもっとも多く、ついで「精神運動興奮」

であった。入院時の居住場所は図7に示したように、「本人の居住の場があった」という人は、救急入院患者では70%を占めたのに対し、大和川病院からの転院患者では17%にすぎなかった。「ホームレスの状態」であった人は、救急入院患者の17%、大和川病院からの転院患者の5%であった。

以上のことから、大和川病院からの転院患者の特徴としては、「高齢」「地域や家族とのつながりに乏しい」「病状は安定している」「身体機能の低下や障害がある」「長期入院」といったことが見いだされ、本人の社会適応力においても本人をとりまく環境においても社会復帰の困難な患者が主体であったことがうかがわれた。

2) 救急入院を多数受け入れているP病院への入院患者(116人)とその他の病院群への救急入院患者(237人)との比較

(1) 入院形態

P病院への入院患者では「任意入院」が95%を占め、「医療保護入院」は5%にとどまった。これに対し、その他の病院への救急入院患者では、「任意入院」が53%、「医療保護入院」が41%であった。

(2) 患者の基本属性

P病院への入院患者の年齢分布はその他の病院への救急入院患者の年齢分布と有意な差はなかった(図8)。P病院への入院患者では男性が81%にのぼり、その他の病院への救急入院患者での62%に比べると男性の占める割合が有意に高かつ

た(図9)。配偶者がいる人は、その他の病院への救急入院患者の22%に対し、P病院への入院患者では12%と少なかったものの、その差は有意ではなかった。入院前の2~3年間の就労状況では、両群とも「ほとんど働いていない」に該当する人が過半数を占め、P病院への入院患者では62%、その他の病院への救急入院患者では55%にのぼった。「主に入院」していたという人は、それぞれ10%、8%であった。

(3) 受療状況

調査時点(平成10年3月)での受療状況について、「継続して入院中」という人は、P病院への入院患者では10%、その他の病院への救急入院患者では23%で、後者の方が多かった。

退院した患者(P病院:105人、その他の病院:182人)に関して、退院後の受療状況をたずねた質問への回答を図10に示した。「通院は不要」と判断された患者は、図10に示したように、P病院への入院患者には該当者がなく、その他の病院への救急入院患者でも6%にすぎなかった。P病院への入院患者では「退院後、治療中断」という人が92%にのぼった。その他の病院への救急入院患者での「退院後、治療中断」という人は17%であることに比べて、P病院への救急入院患者では退院後の治療中断者が著しく高かった。

患者が入院してくる前の1年間の社会適応状況では、「症状や問題行動は目立たず、社会生活は比較的良好」であったという人は、P病院への入院患者ではわずかに6%であった。その他の病院への救急

入院患者での 27%に比べると、P 病院への入院患者では状態がよくない人の割合が高かった。

過去の総入院回数が「10 回以上」の頻回入院者は P 病院への入院患者では 21%を占めた。その他の病院への救急入院患者では 11%であり、P 病院への入院患者には入退院を頻回に繰り返している人が多かった。

精神科の受診歴（複数回答）で、「大和川病院に入院歴あり」という人は、P 病院への入院患者の 8%、その他の病院への救急入院患者の 5%で、両群に大差はなかった。「大和川病院以外の精神科に入院歴あり」という人は、P 病院への入院患者の 66%、その他の病院への救急入院患者の 60%を占めた。「精神科救急制度の利用」をしたことがある人は、P 病院への入院患者にはみられず、その他の病院への救急入院患者では 11%が該当した。

（4）継続して入院中の患者（P 病院への入院患者 11 人；その他の病院への救急入院患者 55 人）

継続して入院中である人たちのうち、退院した場合に「同居人がいる」人は、P 病院への入院患者の 27%（3/11）、その他の病院への救急入院患者では 66%（36/55）であった。P 病院の患者では退院後の同居人がいないという人が目立った（図 11）。

（5）患者の状況

患者の保護者について図 12 に示した。両群とも「親」を保護者とする人が最も多く、P 病院への入院患者の 28%、その

他の病院への救急入院患者の 48%であった。「配偶者」を保護者とする人は、P 病院への入院患者の 11%、その他の病院への救急入院患者の 22%であった。P 病院への入院患者では「保護者はいない」という人が 16%いたほか、「無回答」が 24%にのぼり、家族との関係が乏しい人が目立った。

保護者と患者との関係性については、「積極的で良好」な人は、P 病院への入院患者では 33%、その他の病院への救急入院患者では 47%であった。保護者との関係性について「不明」という人が P 病院への入院患者の 33%を占めた。

患者の診断名（複数回答）は図 13 に示したように、P 病院への入院患者では「アルコール中毒」が最も多く 48%にのぼった。これに対し、その他の病院への救急入院患者で最も多かったのは「精神分裂病」で 38%だった。P 病院への入院患者に占める「精神分裂病」の人は 18%であった。その他の病院への救急入院患者に占める「アルコール中毒」の人は 12%であった。

患者の社会的処遇困難性についての質問（複数回答）では、両群とも「本人の社会性の乏しさ」が最も多く、P 病院への入院患者の 70%、その他の病院への救急入院患者の 46%を占めた。P 病院への入院患者では「問題飲酒歴」が 39%にのぼることが目立った。その他の病院への救急入院患者では「問題はとくにない」という人が 41%であった。これに対し、P 病院への入院患者で「問題はとくにない」という人は 4%にすぎなかった。

身体疾患の合併症をもつ人は、P 病院

への入院患者の6%、その他の病院への救急入院患者の21%であった。P病院への入院患者で身体疾患の合併症をもつ人のうちの約6割は身辺自立に支障をきたしていた(図14)。

(6) 入院の際の状況

警察等による保護が行われた人は、P病院への入院患者の17%、その他の病院への救急入院患者では27%であった。入院時の保護室の使用状況では、「使用した」という回答が、P病院への入院患者の10%、その他の病院への救急入院患者では46%であった。受診時の症状や問題行動(複数回答)については、両群ともに「奇異な行動・言動」および「精神運動興奮」が多かった。そのほかP病院への入院患者では「連続飲酒・異常酩酊」が45%と多かった。

患者が入院した日が「日曜・祭日」であった人は、P病院への入院患者の22%、その他の病院への救急入院患者の25%で両群に差はなかった。患者が入院した時間帯は、「0時~8時」の時間帯でP病院への入院患者が32%、その他の病院への救急入院患者が17%であった。

入院時の居住場所を図15に示した。P病院への入院患者では「ホームレスの状態」であった人が38%にものぼり、その他の病院への救急入院患者での7.2%に比べて著しく多かった。

以上のことから、P病院への入院患者の特徴としては「男性」「高齢傾向」「アルコール」「ホームレス」「日ごろの社会適応が不良」「障害の合併」があげられ、短い日数の任意入院のあと、治療中断と

なる患者群が中核にあることが示唆された。

これらの患者群は過去には長期在院となっていた事例も多いという報告がある。

これらの患者群に対する今後の精神医療のあり方等は、班会議における重要な議題となった。

2. 精神医療情報センター機能等の検討

ワーキンググループは2回の会合を持った。初回(1998年12月17日)は、ワーキンググループの目的や重点課題の設定についての話し合いを行い、情報センター機能のあり方を軸に検討することを確認した。この後、ワーキンググループメンバーを対象に情報センター機能の具体的なあり方について詳細なアンケート調査を行い、それをもとに2回目(1999年2月10日)の会合で情報センター機能のあり方等について意見交換し、事務局での取りまとめを経て班会議に報告した。以下はワーキンググループにおける検討の概要である。

1) 情報センター機能の必要性と基本的なあり方について

大都市における情報センター機能の必要性を確認するとともに、そのあり方について考え方を整理した。その結果は次の通りである(図1)。

(1) 情報センター機能の必要な理由

○家族、地域住民、救急隊、警察、一般医療から、特に夜間休日における精神科医療へのアクセスが困難という指摘がある。また合併症を持つ精神障害者の診療において、患者本人、救急隊への負担が

大きいという報告がある。

○救急診療を行う側は、受診者の個人情報
が乏しく、かつ時間的な余裕の乏しい
中での対応を求められている。

○大都市においては地域で精神的な問題
を抱えた複雑な事例が多く、しかもこれ
らの事例が一定のニーズを形成している。
これらの事例については、精神科入院治
療の適用について、厳密な判断と振り分
けを行うことが求められている。

○大阪府において大和川病院問題が発生
したが、この背景として責任をもって判
断と振り分けを行う機能が弱体であった
ことが指摘されている（平成9年1年間
の病院別の入院受け入れ実績に、2名か
ら385名までの大きな較差があった）。

○東京都においても、重症の事例に対象
を限定した救急システムによって、かろ
うじて都民のニーズを支えている状況で
ある。

○限られた資源を出来る限り有効に活か
すために、大都市の精神科救急では判断
と振り分けが重要であるという日本精神
科救急学会等の指摘がある。

○精神保健福祉法改正においても、精神
科救急医療体制の確保と移送との連携が
課題とされている。

（2）情報センター機能のあり方

○情報センター機能は、精神保健福祉法
第47条第2項「都道府県等は、必要に応
じて、医療を必要とする精神障害者に対
し、その精神障害の状態に応じた適切な
医療施設を紹介しなければならない」を
根拠とする。

○大都市環境においては、精神科医療へ

のアクセスがあったとき、責任を持って
判断と振り分けを行う機能を明確にする
必要がある。この要請が特に大きいのは、
地域から精神医療へのアクセスが特に困
難になる夜間・休日である。

○情報センター機能と、実質的な治療を
行う医療機関が独立している場合は、後
送のあり方と受け入れ体制を明確にして
おく必要がある。また重症合併症の治療
については、精神科を有する総合病院等
で一貫した治療が行われることが望
まれている。

○情報センターで行う判断と振り分けに
は、身体・心理・社会的な総合判断が必
要である。このため情報センター機能に
おいては、精神保健福祉士、看護職員、
保健婦等の専門職員に加えて、診断と処
遇判定で責任ある役割を果たす精神保健
指定医の参加は必須である。

○情報センター機能においても、必要な
場合は「診断を含む判断と振り分け」を
行う。判断と振り分けにおいては、「受診
援助が必要であるが、時間をかけた対応
を要する事例」「地域社会で精神的な問題
を持つが、精神科入院治療には該当しな
いケースへの対応」についても助言を行
うことが求められている。

○情報センター機能においては、個人情報
が乏しいなかで診察を行なう場合が生
じ得るので、予測困難な興奮や暴力に対
処できるような体制を確保する必要があ
る。

○情報センターは機能であり、この機能
を附置する機関の選択は、それぞれの大
都市における精神科救急システムの要請
によって異なる。

- ・精神科救急システム全体の構築、あるいは充実を第一とするなら、行政、民間病院、公的病院等から中立的で、政策づくりに直接関与できる精神保健福祉センターへの附置が適切と考えられる。
 - ・既存の精神科医療機関のスタッフや機能を利用し、現実的な対応とシステムづくりを進めていくなれば、精神病院、あるいは総合病院等への附置が適切と考えられる。
 - ・一般救急との連携と地域住民からのアクセスを重視したシステム化を進めるなら、救急医療情報センターへの附置、または夜間・休日診療所の開設が適切と考えられる。
 - ・精神保健福祉センター、精神科医療機関、救急医療情報センターのいずれに附置する場合も適正な運営を確保できるなら、法人等への委託は可能である。
- 情報センター機能は大都市の精神科救急を支える基盤である。このため情報センター機能を夜間・休日において診察要請があった場合の、管理調整機能として理解する必要がある。
- 情報センター機能は救急輪番制等を含む地域精神医療体制を、特に夜間・休日において補完するものであって、個々の民間病院等の積極的な活動を阻むものではない。
- 情報センター機能においては、精神科医療機関の診察や入院受け入れ状況に関する的確に情報を把握できるよう、情報ネットワークを整備する必要がある。

2) 精神科救急システムと各機関の役割

について

精神科救急システムは、情報センター機能を含めて、診療所を含む精神科医療機関、一般診療科、警察、救急隊、家族、受診者等の応分の負担と協力によって成り立つものである。ここではワーキンググループで検討した、精神科救急システムにおける各機関の役割について述べる。

(1) 情報センター機能

○専門家を配置し、診断を含む判断と振り分けによって明確な指示を出す（具体的には、ケースが持っている問題を把握し、その解決が医療的処遇で解決できる問題か、判断整理したうえで医療に紹介する）。

○地域で精神的な問題を持っているが、精神科入院治療の適用でないケースの処遇についても具体的な助言指導を行う。

○情報センター機能においては、昼間は休日夜間に入院した患者、地域機関に引き継ぐケースに関する連絡調整等を行う。

(2) 精神保健福祉センター

○精神科救急システム全体のモニタリングを行う。また調査研究等を通して救急システムの構築と点検を行う。

○精神科救急システム連絡協議会を主催し、連絡調整を行う。

○情報センター機能を運営する（精神保健福祉センターに附置する場合）。

○精神科救急において多くの課題を抱えている、アルコールや薬物依存症の医療とリハビリテーションに関する地域システム構築にリーダーシップを発揮する。

○情報センター機能に相談があったケー