

平成11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・神経センター精神保健研究所)
黒澤 尚 (日本医科大学附属千葉北総病院)
計見一雄 (千葉県精神科医療センター)
伊藤哲寛 (北海道立緑ヶ丘病院)
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)

目 次

I. 総括研究報告書

精神医療の機能分化に関する研究（総括）	1
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）	

II. 分担研究報告書

A. 精神科救急医療に関する研究	11
守屋 裕文（埼玉県立精神保健総合センター 診療局長）	
B. 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	61
計見 一雄（千葉県精神科医療センター 所長）	
C. 急性期医療を指向する精神病院の建築に関する研究	101
中山 茂樹（千葉大学工学部 デザイン工学科 助教授）	
D. 精神医療と他科医療との連携に関する研究	111
黒澤 尚（日本医科大学附属千葉北総病院 メンタルクリニック部長）	
1部：精神医療と他科医療の連携に関する研究	111
2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	135
E. 公的病院の機能に関する研究	157
伊藤 哲寛（北海道立緑ヶ丘病院 院長）	
F. 大都市における精神医療のあり方に関する研究	217
吉川 武彦（国立精神・神経センター精神保健研究所 所長）	
1部：大都市における精神医療のあり方に関する研究	217
2部：指定都市精神保健福祉センターの現状と 地域精神保健福祉活動推進における課題	281

I. 総括研究報告書

精神医療の機能分化に関する研究（総括）

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（障害保健福祉総合研究事業）

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

ストレス社会の中で日本国民の保健・医療・福祉の向上を計るためには、精神医療各分野での専門的発展の成果を充分に取り入れて、効果的な機能分化を計り、それらを統合して医療経済的視点からも医療資源の有効活用を目指すべきである。本研究ではそのような見地から「精神医療の機能分化に関する研究」を行ない、次の点について調査、研究を行った。それは、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」のより一層効果的な展開に資すること、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の充実に資すること、③地域特性や国公立病院での精神医療の特性を考慮した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である。

こうした目的で行われた研究の結果から、以下の事柄が明らかになった。まず、「精神科救急医療に関する研究」からは、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」が5分の4近い自治体で実施されるようになっているが、地域差の問題を差し引いても未だ十分に機能していない自治体もあり、さらに事業自体の改善を進めることが必要であることが明らかになった。「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」では、精神病急性期で入院した患者の病状が2～3週間で軽症化していること、250例（59.7%）が90日以内に自宅退院していることが明らかになった。「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」では患者の様態とニーズに応じた空間を作り出す建築ガイドラインの方向性が示された。「精神医療と他科医療の連携に関する研究」からは、他診療科医療の中で適切な精神医療を行うことの重要性が明らかになった。「大都市における精神医療のあり方に関する研究」では、国で整備の方向にある精神科救急情報センターが、それぞれの特性を把握したうえで、精神科救急情報センターにおける実践的な処遇判断を組み立てることが必要であることが明らかになった。さらに、「公的病院の機能に関する研究」からは、国公立病院が現在果たしている機能と関係者から期待されている役割との乖離をどのように埋めるかが、今後の医療政策上の大きな課題であることが示された。

分担研究者

吉川武彦（国立精神・神経センター）

黒澤尚（日本医科大学附属千葉北総病院）

計見一雄（千葉県精神科医療センター）

伊藤哲寛（北海道立緑ヶ丘病院）

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）

A. 研究目的

ストレス社会の中で日本国民の保健・医療・福祉の向上を計るには、心の健康増進及び精神障害の予防と治療をより綿密に行う必要がある。そのために精神医療各分野での専門的発展の成果を充分に取り入れて、効果的な機能分化を計り、それらを統合して医療経済的視点からも医療資源の有効活用を目指すべきである。

本研究ではそのような見地から「精神医療の機能分化に関する研究」を行ない、研究目的として特に次のような観点を重視した。すなわち、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」のより一層効果的な展開に資すること、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の充実に資すること、③地域特性や国公立病院での精神医療の特性を考慮した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である。

研究目的の内容を具体的に見ると、①精神科救急医療の充実にについては、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するために、精神科救急医療資源の効果的配置システムの整備実態を調査研究して改善策を検討する必要がある。それにより入院期間の短縮、社会参加の促進、およびデイ・ナイトケアを含む外来診療が円滑に確保し得るのである。②精神科と他の診療科との協力体制については、身体疾患における精神科的ケアの重要性、および精神疾患における身体疾患の合併症治療という両方の観点から、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）における精神科診療のあり方を機能分化の視点か

ら再検討する必要がある。③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さらに改善するべく検討する必要がある。本研究の目的は、以上のような種々の観点を含むものである。

B. 研究方法

平成11年度には以下の6項目の分担研究を実施した。

①「精神科救急医療に関する研究」（守屋裕文）では、以下の4つの方法を用いて統計的手法も応用して全国の都道府県における精神科救急医療事業に関する実態調査を行なった。(i)精神科救急医療事業の展開：厚生省による「精神科救急医療システム整備事業」を1999年3月末時点で実施している34自治体に対して、その運営実態に関するアンケート調査を行い、対象とした全ての自治体から回答を得た。(ii)精神科救急医療事業で入院した患者の実態調査：上記の34都道府県において、精神科救急入院者数が上位であった130医療機関を対象として、1999年5月1日から同31日までの間、当該医療機関に夜間、休日の時間帯に救急入院した入院患者全員について、性別、年齢、精神科受診歴の有無、精神疾患とその状態、事例化した理由、入院依頼者、搬送者、入院形態や1999年9月1日現在の入院治療の転帰、などについて回答を求め、65の医療機関から回答を得た(回収率50%)。(iii)精神疾患患者の搬送に関する医療機関の意見：各都道府県において、平成10年度の精神科救急医療事業による精神科救急入院件数が上位5位までの130の精神科医療機関に対し、平成11年8月～9月の約1ヶ月間に搬送問題に関する質問を含む質問調査票を郵送し、有記

名で回答を求めた。回収率は、53.8%であった。(iv)精神科救急医療事業における外国人に対する対応：ii)で行ったアンケート調査のうち、さらに言葉が通じない外国人の精神科救急ケースに対する対応について分析を行った。

②「急性期精神病の入院治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」(計見一雄)では、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423例を対象として、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(スタッフ、隔離室や抑制帯の使用期間、急性期における薬物使用量など)につき、前向きに調査を行った。さらに追跡調査として上記患者の入院から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追跡調査を行った。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点数化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を検討した。

③「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」(中山茂樹)では、建築研究者および実務者3名、精神科医1名、医療経営研究者1名を得て、建築・医療・経営の3分野から、急性期医療を指向する精神科病院の治療病棟と隔離個室の建築構造と運用方法、人的資源配置などについて実態調査を行い、より良い建築基準を検討した。本年度は、「熊本県立こころの医療センター」「あさかホスピタル(福島県郡山市)」を対象施設として、共用スペースにおける患者の使い方についての実態調査を行い、老朽化した病院からの建替えで狭隘な病棟からの移転による患者行動の変化を観察した。また、本年度はこれまでの結果をもとに総合的に考察し、ガイドライン

作成のためのたたき台となるモデルを考案し、それについて検討した。

④「精神科医療と他科医療の連携に関する研究」(黒澤尚)では、多施設において、身体疾患の入院患者に併発した精神障害の治療に要する精神科チームの業務量を「分時計測法」で測定するとともに、所要の医療費を算定してより適切な人員等の資源配置を検討した。また、地域中核病院で精神科がある施設、精神科がない施設において、身体疾患患者に精神症状を生じた場合と精神疾患患者に身体疾患が合併した場合それぞれへの対応をアンケートと聞き取りで調査し、心身両面からのより良い総合的医療の提供方法を検討した。具体的には、(i)「他科病棟における精神疾患合併率と入院期間に与える影響」を明らかにする目的で、精神科が設置されて間もない380床(7病棟)の総合病院のなかで、2つの内科系病棟を選択し、2か月間にわたって毎週定期的に患者と面接し、精神疾患の有無と入院期間について調査した。(ii)「救急外来における精神科医の役割」を明確にする目的で、平成11年10月から12月までに大学病院2施設の救急外来を受診した精神科患者調査、ならびに救急外来へ相談のあった電話相談に関する調査を実施した。調査内容は、精神科初診外来患者数精神科1日平均患者数、救急外来患者数、精神科救急外来患者数、救急外来への電話相談件数、電話相談の内容、電話での対応、精神科救急外来患者数、他診療科で対応した件数、精神科で対応診察した件数等である。また、平成7年1月1日から平成11年12月31日までの5年間に東邦大学佐倉病院救急外来を受診した患者のなかで他診療科から精神科に診察依頼された患者60例に関して、依頼内容、性別、年齢、精神科病態、身体科病態等について調査した。(iii)「リエゾン精神医療の仕事量」に関して、昨年と同

様の調査項目を用いて時間軸から検討した。(iv)「ICU・CCUにおけるせん妄」に関して予備的な調査を開始した。

⑤「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)では、国で整備の方向にある精神科救急情報センターにおける実践的な処遇判断のあり方について検討を行った。こうした研究では、精神科救急の機能が医療だけでなく、受診者本人、家族、警察、救急隊、保健所等、さまざまなひとと機関によって担われていることを考慮する必要があるし、して、精神科救急情報センターの運営においても、これらのひとと機関のもつ特性を把握することがきわめて重要となる。

このため、5都道府県10機関で聞き取り調査を実施した。その内訳は、A県(精神保健福祉センター)、B県(家族会、消防局救急課)、C県(精神科救急情報センター)、D県(精神科救急実施機関)、E県(精神保健福祉センター、県主管課、政令指定都市主管課、保健所)である。さらにここで得られた結果をもとに、アンケート調査票を組み立てることにした。

⑥「公的病院の機能に関する研究」(伊藤哲寛)は以下の3つの研究を行い検討を加えた。(i)二次医療圏、救急医療圏ごとの人口密度、人口万対精神病床数、国公立精神病床占有(以下、占有率)などについて詳細に調査し、医療圏ごとの国公立精神科医療機関配置一覧表を作成した。(ii)人口万対精神病床と占有率に着目して代表的な救急医療圏20か所を抽出し、その医療圏内に位置する国公立病院の6機能(通常医療機能、救急・急性期治療機能、高度専門領域対応機能、身体合併症治療機能、教育研修機能、地域精神保健活動機能)について、郵送によるアンケート調査を行った。医療圏内の国公立病院には現在の機能についての自己評価と今後強化したいと考

えている機能について回答を求め、精神保健関連施設(保健所、民間精神病院、社会復帰施設等)には医療圏内の国公立病院が果している機能の評価と今後期待する機能についての意見を求め、両者の回答を比較検討した。アンケートは408施設に送付した。(iii)研究対象救急医療圏内での精神科医療供給の状況および国公立病院の配置のあり方についてのアンケート調査を行なった。

C. D. 研究結果と考察

①「精神科救急医療に関する研究」では以下の4調査の結果が得られ、考察を行った。(i)精神科救急医療事業の展開に関して、精神科救急医療事業未実施14府県の調査から、精神科救急医療事業の運営状況には都道府県格差がきわめて大きいことが明らかになった。これは、各都道府県の実状を反映した結果であるが、まだ一般に対して十分周知されていない場合があるなど、改善が必要な部分が少なくないと考えられた。(ii)精神科救急医療事業で入院した患者の実態調査からは、56医療機関に入院した患者の総数は503人(男性272人、女性231人)で、年齢は20歳台が133人と最も多かった。受診歴は、通院中が257人(50.9%)と最も多く、診断名は精神分裂病が217人(43.1%)と群を抜いて多かった。入院時には59%に興奮がみられた。主な搬送者は家族173人(37.0%)、警察150人(29.8%)、消防104人(20.7%)であった。入院形態は、任意入院176人(34.9%)、医療保護入院250人(49.5%)、緊急措置入院52人(10.3%)であった。(iii)精神疾患患者の搬送に関する医療機関の意見を求めたところ、新たな制度により移送を行う際、特に夜間休日にこの制度を用いることは十分慎重を期すべきであるということが大方の医療機関の意見であった。(iv)精神科救急

医療事業における外言葉が通じない国人に対する対応を調査したところ、他の患者と同様に対応すると回答した医療機関が44.3%ある一方で、原則として引き受けないとする医療機関も12.9%あった。85.6%の医療機関では、外国人ケースに対する通訳委託のシステム化がなされていなかった。健康保険に未加入の外国人ケースに関しては62.9%の施設でケースバイケースの対応、12.9%の施設で措置対応となっていた。その他、異文化ストレスが絡む生活習慣の相違、家族との連絡の困難性、精神保健福祉法遵守の問題などを指摘する意見が多かった。

②「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」では、精神病急性期で入院した416例について前向き調査および1年後の予後調査を行った。対象の入院時の重症度は、重症139名(33%)、中等症190名(46%)、軽症87名(21%)であった。これらの患者では、1軸「睡眠」を除く2～7軸(「食事」、「排泄・清潔保持」、「衝動制御と行動制限」、「治療同盟」、「現実との関係」、「意図と実現」)は時間を経過するに従って回復していた。特に2軸「食事」、3軸「排泄・清潔保持」、4軸「衝動制御と行動制限」の回復が速やかで、だいたい2～3週間で軽症化していた。これに比べて、5軸「治療同盟」、6軸「現実との関係」、7軸「意図と実現」の回復の傾きは緩やかであった。それぞれの回復の速度の差は、各軸の行動を司る脳機能の性質や薬物等の治療への反応性によるものと考えられる。これにはいくつかの問題点が指摘された。第一は、2～4軸に各種の処置が含まれているが、ある程度の興奮を伴う患者の入院時に抑制とバルーンカテーテルをルーチンに施行するかどうかにより施設差があるために、それらの軸の点数が症例自体の重症度

を反映しない可能性が考えられる。第二に、覚醒剤精神病の来院時の精神運動興奮が点数に反映されない可能性がある。これは、初回評価に先行する初期鎮静によって興奮が既に改善しているためである。第三に、4軸「衝動制御と行動制限」が重症例の評価に偏っている可能性があり、この点に関しては、カットオフポイントの設定を変更することを含めて、今後さらに検討を重ねる必要がある。

なお、入院から90日以内に自宅退院した例は250例(59.7%)であった。1年間の通算入院日数の平均値は106日、中央値は64日であった。1年後の「病状改善度」と5%水準で有意な相関がある因子は認められなかった。

③「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」からは、患者1人当り病棟面積の増加によって患者の個別空間(プライベート領域)が生じ、日常生活に落ち着きをもたらされることが明らかになった。また、ベッドと周辺、少人数で過ごすスペース、食事など病棟全体のスペース、病棟外レクやリハビリなどの広い空間など、段階的に拡大する病棟空間構成の重要性が分かった。

「熊本県立こころの医療センター」では、小規模共用スペースのさまざまな使い方が特徴的であり、こうした場が不特定多数の人間の中の匿名的な場として活用できていた。また、この病棟に設置された9床分の隔離室エリアに中庭を挟んだ隔離室群のデイスペースがあり、相当に重度な患者やいわゆる触法患者でさえも、こうしたスペースを積極的に利用させることにより、落ち着きを与えていると考えられた。

「あさかホスピタル」は、老朽化した収容型の病棟から個室の雰囲気をもつ4床室を主体とした病室への移転前後で調査を行った。移転前の病棟では、特定の場所に特

定の患者がたたずんでいるほかは、せいぜい廊下にしゃがみこむ程度の自由時間の過ごし方しか見られなかったが、新病棟では、談話コーナー小ホールにあるベンチなどで過ごす時間が多いように見うけられ、患者の行動にも落ち着きが見られるようになっていた。

④「精神科医療と他科医療の連携に関する研究」では、「他科病棟における精神疾患合併率と入院期間に与える影響」に関する研究から 他診療科医療の中で、うつ病をはじめとする精神疾患が合併することが明らかになった。特に、うつ病に関しては、20%近い合併率であることは他の報告ともほぼ一致するものであった。そのため、うつ病のような精神疾患を、一般病棟の中でも正しく評価して、適切に治療することの必要性がわかり、実際に精神的な治療をすることによって入院期間が短縮することも明らかになった。また、「リエゾン精神医療の仕事量」から、時間軸から見た仕事量が平均約70分で、対象となった症例の身体疾患は内科系が約70%、外傷、外科系、術後の患者が約7%ずつであり、精神科疾患ではせん妄を含む器質性精神障害が45%と多く、精神分裂病が19%で続くことがわかった。これらの結果から、現在の診療報酬は仕事量に見合っておらず、リエゾン活動の要望が今後も増え続けることを考えると現状の精神科医数では不十分であることが明らかになった。

⑤「大都市における精神医療のあり方に関する研究」では5県で聞き取り調査を行った。その結果であるが、まずA県の精神保健福祉センターでは、「精神科救急情報センターは都道府県設置とすべきであり、運営状況を見て委託化を図るべきである、また精神科救急情報センターは医療施設と独立した方がよい」という意見が得られた。B県では、家族10人位との懇談で聞き取

りを行い、主治医に連絡が取れない状態で通常の診察まで待てないときに困ったという意見を得た。また精神科救急情報センターの役割を説明したが、内容は理解するものの、現実の体験として処遇判断の助言を得た者は乏しかった。同県の消防局救急課では、精神障害者の搬送は通常の救急搬送より時間がかかり、転送のために非効率な面があること、精神障害の重症度が救急隊員では理解しにくいこと、医師の明確な判断が選られる場所ができることが望ましいこと、が意見として出された。

C県の精神科救急情報センターでは、当該県のシステムに薬物・アルコールによる相談が含まれておらず、日常の相談ニーズと合致しない、処遇判断において医師によるコンサルテーションや外来診療に直結しやすいシステムが望まれる、確保された空床をいかに有効に活用するか工夫を要する、精神科救急情報センターの活動を精神科医療（輪番病院）にどのようにフィードバックするかが課題、といった意見があった。

D県の精神科救急病院では一般的な精神科救急の求めには地域に公開された相談窓口はないことがわかった。E県では精神保健福祉センターのコーディネイトにより、2回に分けて複数の機関の聞き取りを行い「医師会が一般科救急と精神科救急の両方を運営しており、合併症治療では比較的連携がスムーズである」「救急は4ブロックに分かれ、事例検討方式で運営協議会を実施している」「精神科救急情報センターの担当者は病院職員OBと現職の輪番で対応している」「政令指定都市は県と共通のシステムで事業を行っているが、将来は財政負担率が課題となってくるだろう」という意見が得られた。

こうした意見から、精神科救急情報センターの運営において、精神科救急が、医療

だけでなく、受診者本人、家族、警察、救急隊、保健所等、さまざまなひとと機関によって担われおり、これらの精神科救急に関係するひとと機関のもつ特性を把握することがきわめて重要であることが改めて明らかになった。

⑥「公的病院の機能に関する研究」では以下の点が明らかになった。まず、二次医療圏でみても、救急医療圏でみても、人口万対精神病床数が地域によって著しく異なっていることが明らかになった。しかも、国公立病院が配置されていない医療圏が、別紙資料のように、360二次医療圏のうち218医療圏(60.5%)、112救急医療圏のうち34医療圏(30.4%)あった。また、医療圏内の全精神病床に対して国公立精神病床が占める割合(以下、国公立占有率)が10%以下の医療圏は二次医療圏の80%、救急医療圏の59%を占めた。

次に、国公立病院の6機能に関するアンケート調査であるが、研究対象救急医療圏内で国公立病院が現に果している機能についての自己評価と関係者による第三者評価はほぼ一致していた。しかし、単科精神病院に対しては高度専門領域対応医療機能について、一般病院精神科に対しては身体合併症医療機能について、十分機能していないとの意見が一部医療圏において見られた。また、国公立病院が今後強化したいと考えている機能と医療圏内の関連施設が期待している機能について一部一致しない機能領域が見られた。

多くの医療圏において、単科精神病院か一般病院精神科かにかかわらず国公立病院に身体合併症医療機能の強化が期待されているが、国公立単科精神病院からは身体合併症治療機能の強化は困難であるとの回答が多く、両者に乖離が見られた。保健所と民間病院からは薬物依存や人格障害などを対象とした高度専門領域対応機能について

の要請が多かったが、一般病院精神科からの回答では対応困難との意見が多かった。民間病院と保健所からは精神保健関連専門職の育成(研究教育機能)、社会復帰施設等からは地域連携機能の強化が期待されているが、国公立病院の回答では現状維持あるいは今後も困難とする回答が多かった。高度専門医療対応機能のうち、児童思春期患者の医療についての要請は保健所・民間病院・社会復帰施設等いずれからも少なかった。

第三に、国公立病院の配置に関する意見の中で、現在の救急医療圏内では措置入院患者・救急患者および身体合併症患者の医療需要が満たされていないとの回答が多かったが、人口万対精神病床数の多寡との関連よりも、前者については国公立単科精神病院の病床占有率、後者には国公立一般病院精神科の有無が関連している可能性がある。なお、二次医療圏に国公立精神病床が存在していない地域に存在する保健所の多くは二次医療圏内に国公立精神病床を配置すべきであると回答しているが、民間病院から国公立精神病床の設置を求める意見は少なかった。

E. 結論

「精神科救急医療に関する研究」からは、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」が5分の4近い自治体で実施されるようになっているが、地域差の問題を差し引いても未だ十分に機能していない自治体もあり、さらに事業自体の改善を進めることが必要であることが明らかになった。

「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」では、精神病急性期で入院した416例について前向き調査および、1年後の予後調査を行った。その結果、病状が2～3

週間で軽症化していること、250例(59.7%)が90日以内に自宅退院していることが明らかになった。なお、1年間の通算入院日数の平均値は106日、中央値は64日であった。

「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」では建築ガイドラインの方向性が示され、患者の様態に応じた共有スペースをもつ数種類の隔離ユニット、個室および4床室からなる自立性の高い病室、コミュニケーションの場になりうる共通スペース、談話スペースや食事スペースは看護勤務室前や近くに設けることが多いが、全員が集まる開放的な作業空間の設置の重要性が確認された。

「精神医療と他科医療の連携に関する研究」では、「他科病棟における精神疾患合併率と入院期間に与える影響」、「救急外来における精神科医の役割」、「リエゾン精神医療の仕事量」に関する研究と、「ICU・CCUにおけるせん妄」に関する予備的調査を行い、他診療科医療の中で、うつ病をはじめとする精神疾患が合併することを明らかにして、うつ病のような精神疾患を、一般病棟の中でも正しく評価して、適切に治療することの必要性や、精神的な治療を行うことによって入院期間が短縮することを示した。また、リエゾン精神医療ではせん妄を含む器質性精神障害が多いことから、現状の精神科医数では不十分であり、現在の診療報酬は仕事量に見合っていないことが示された。

「大都市における精神医療のあり方に関する研究」では、国で整備の方向にある精神科救急情報センターにおける処遇判断のあり方について聞き取り調査とアンケート調査を用いた研究を行った。聞き取り調査においては、精神科救急が、医療だけでなく、受診者本人、家族、警察、救急隊、保健所等、さまざまなひとと機関によって担

われていることを踏まえ、それぞれの特性を把握したうえで、精神科救急情報センターにおける実践的な処遇判断を組み立てることが必要であることが明らかになった。

「公的病院の機能に関する研究」では、全国の国公立病院の配置状況が医療圏によって著しく異なり、果たしうる機能も地域によっては限定せざるを得ない状況にあることが明らかになった。一方、地域の関係者が国公立病院に期待する役割は広範であり、身体合併症患者・救急患者・薬物依存患者・人格障害患者の医療、精神保健関連専門職の育成、地域支援などであることがわかった。国公立病院の今後の配置のあり方についての意見は関係者によってさまざまであったが、二次医療圏内に国公立精神病床が存在しない地域ではその設置についての期待が高かった。国公立病院が現在果たしている機能と関係者から期待されている役割との乖離をどのように埋めるかが、今後の医療政策上の大きな課題であると考えられた。

II. 分担研究報告書

A. 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）

平成11年度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 主任医長

武井 満 群馬県立精神医療センター 院長

平田 豊明 千葉県精神科医療センター 主任医長

研究要旨

平成11年度は、平成10年度までに事業を開始した都道府県の精神科救急医療事業の実態調査を行った。各自治体の精神科救急医療システムの概要を改めて把握するとともに、救急取り扱い件数の実数や今後の課題について調査した。また、精神科救急医療事業に参加している130医療機関に対してアンケート調査を行い、精神科救急医療に関する改善点等について意見を集約した。その結果、以下のような知見を得た。1)措置入院や緊急措置入院の対象者の扱い、相談のみのケースの扱い等をめぐって自治体毎に異なる対応となっていること 2)電話相談窓口の設置場所、持つべき機能、現在の窓口の評価をめぐって必ずしも意見は一致しないが、いずれにしても窓口を助成の対象とするべきという意見が強いこと 3)法34条による移送制度は夜間・休日には慎重に運用すべきこと、更に警察との連携を図ることや往診や民間の搬送会社を利用することについての条件や手続きについて検討すること 4)応急入院指定病院の指定条件を緩和しその数を増やすこと、その際には診療応需体制とCTスキャンや脳波計に関する基準について一部の見直しに止めるべきこと 5)外国人、覚せい剤疾患患者、身体合併症の患者に対して円滑な対応ができるように検討すること 6)大都市では、精神科救急医療に対するニーズが高く特別の対応について更に検討するべきこと。

以上の結果について、考察を加え、今後の検討課題について述べた。

A. 研究の目的

厚生科学研究「精神科救急医療に関する研究班」（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）では、厚生省が「精神科救急システム整備事業実施要綱」により助成している都道府県の精神科救急医療事業を普及、発展させるために必要と考えられる調査研究を行ってきた。

平成 11 年度は、平成 10 年度までに事業を開始した都道府県の精神科救急医療事業の実態調査を行った。各自治体の精神科救急医療システムの概要を改めて把握するとともに、救急取り扱い件数の実数や今後の課題について調査した。また、精神科救急医療事業に参加している 130 医療機関に対してアンケート調査を行い、精神科救急医療に関する改善点等について意見を集約した。特に、今年度は、新たに制定された精神保健福祉法 34 条の移送制度をはじめとする救急受診方法、応急入院指定病院の指定基準、精神科救急情報センターのあり方、更に覚せい剤患者や外国人の患者の取り扱い、等に対する医療機関の意見につき詳細に検討した。

B. 研究方法

1. 精神科救急医療事業実施中の都道府県に対するアンケート調査

精神科救急医療関連事業を以下の事業の総和と定義した。

- 1) 厚生省指定の精神科救急医療システム整備事業
- 2) 自治体単独で運営する夜間休日の措置入院・緊急措置入院関連事業（精神科緊急医療対策事業等）
- 3) その他、自治体単独で運営する夜間休日の精神科救急関連事業（夜間休日電話相談、休日相談事業等。）

これらの総体についての情報を得るべく、調査票を作成した。その主な質問事項

は以下の通りである。精神科救急医療関連事業の開始年度、精神科救急に関連する自治体の単独事業の有無、精神科救急医療圏及び各圏域の人口、面積、精神科医療資源、電話相談窓口の設置場所、公開範囲、対応スタッフ、機能、搬送に関する評価、救急担当病院と転院についての取り決め、救急担当病院のバックアップ体制、外国人、覚せい剤患者、身体疾患のある患者等への精神科救急での対応、運営費やその配分方式等、連絡調整委員会の構成メンバーと開催日数、平成 10 年度の精神科救急医療事業の実績、等。

この調査票を、平成 11 年度までに厚生省の助成を受けて精神科救急医療事業を開始した都道府県の精神保健福祉担当課に郵送で配布し、有記名の回答を得た。調査期間は平成 11 年 7 月 26 日から 8 月 27 日までとした。

2. 精神科救急医療事業に参加している精神科医療機関へのアンケート調査

平成 11 年 3 月末までに厚生省が助成する精神科救急医療事業を開始した 34 都道府県において、各都道府県毎に平成 10 年度の精神科救急医療事業患者取扱件数が上位の医療機関を調査し、130 医療機関を選定し郵送にてアンケート調査を行った。

調査に際して以下の 2 種類の調査票を作成した。

- 1) A 票（平成 11 年 5 月 1 ヶ月間の夜間・休日の時間帯に救急入院した精神疾患患者の実態調査）主な質問事項は、患者性別、年齢、精神科受診歴等、精神疾患の診断名や主要症状、入院理由、依頼者、搬送者、入院形態、入院直後の行動制限、平成 11 年 9 月 1 日現在の転帰等とした。なお、助成事業の実施日（当番日）以外の夜間・休日の入院も対象とした。精神科救急入院者数が上位であった医療機関を対象として、

1999年5月1日から同31日までの間、当該医療機関に夜間、休日の時間帯に救急入院した入院患者全員について、性別、年齢、精神科受診歴の有無、精神疾患とその状態、事例化した理由、入院依頼者、搬送者、入院形態や1999年9月1日現在の入院治療の転帰、などについて回答を求めた。対象とした130医療機関に対し1999年8月末に回答用紙を郵送し、9月25日までに有記名方式で回答を求めた。その結果、65の医療機関から回答を得た(回収率50%)。

2) B票(精神科救急医療事業に関する医療機関の意見)主な質問事項は、電話相談窓口機能についての現状評価、望ましい設置場所や機能についての意見、夜間・休日の法23条、24条通報の受理状況、精神科救急医療事業の対象者とその搬送に関する意見、法34条の運用方法に関する意見、応急入院指定病院の指定基準に関する意見、外国人、覚せい剤患者、身体疾患のある患者等への精神科救急での対応についての意見、等とした。

調査期間は平成11年8月27日から9月25日までとした。

C. 研究結果

1. アンケート回収率

精神科救急医療事業実施中の都道府県に対するアンケート調査に対しては、34都道府県から回答が得られた(回収率100%)。

精神科救急医療事業に参加している精神科医療機関へのアンケート調査に対しては、70医療機関から回答が得られた(回収率53.8%)。

2. 精神科救急医療事業実施中の都道府県に対するアンケート調査結果

以下主な知見につき簡単に述べる。

1) 精神科救急医療圏(表1)

1ないし8に分割されていた。圏域設定は、都道府県毎にばらつきが大きく、1都道府県1圏域1のところも、圏域内の精神科医療機関が1のところもあった。

都道府県1圏域であったのは、宮城、群馬、神奈川、山梨、岐阜、徳島、高知の各県であった。長野県は平成10年調査では全県1圏域であったが、平成11年度は4圏域に変更になった。逆に兵庫県・丹波、島根県・大田、同益田、同隠岐、長崎県・対馬、沖縄県・宮古、同八重山の7圏域では、圏域内の精神科医療機関が1であった。ちなみに1圏域で精神科医療機関数が最も多かったのは、東京・第3ブロックの71、人口万対病床数が最も少なかったのは、1.3床の大阪市、最も多かったのは77.4床の福岡・筑豊であった。

2) 電話受付(表2)

電話相談窓口を常設設置していると回答した自治体は18あった。主な窓口の設置場所は、救急担当病院(岩手、千葉、静岡、大阪、和歌山、島根、広島)、精神保健福祉センター(神奈川、新潟、山梨、佐賀、沖縄)、救急情報センターに併設(兵庫、高知、福岡)、その他(電話の転送(富山、三重)、休日夜間相談センター(岡山))であった。東京都は、一般救急医療情報センター「ひまわり」が精神科救急にも対応しているが、担当課としては常設窓口ではないという判断であった。これらのうち、電話番号を一般公開しているのは12に止まった。

また、窓口で対応するスタッフとして精神科専門スタッフないしそれに準じるものと回答したのは、20自治体であった。窓口の機能として、「適当な病院や機関を紹介する」のみと回答したのは5自治体、法24条の通報受理も併せて行くと回答したのは7自治体、危機介入的な相談業務も行うと回答したのは16自治体であった。ち

なみに、法 24 条の通報受理について厚生省の助成事業とは別の窓口で対応すると回答した府県があった(埼玉、神奈川、大阪)。

機能の評価については、常設窓口がなかったり、あるいは「適当な病院や機関を紹介する」ことだけを行う窓口でも現状で十分である、という評価をした自治体もあれば、複数の機能を持っていながら要改善と考えている自治体もあった。

3) 救急搬送

警察、消防の搬送について概ね円滑と回答した自治体は 13 で 5 自治体で問題ありという回答であった。その主な内容は、「警察とは申し合わせを行い協力関係を築いているが、消防機関との間に常務提携を交わすに至っていない」「保健所職員が到着するのに時間がかかることがあり、その間警察、消防では現場待機となることがある」「救急当番病院への受け入れ困難事例が見られる」「消防、警察から当番病院が遠いため、管轄区域を越えることになり苦情要望がある」「救急搬送の対応が消防機関により異なる」などであった。

4) 救急担当病院と転院、バックアップ体制(表 3)

輪番制が 21、固定制が 8、両者混合が 5 自治体であった。

転院についての取り決めは 12 の自治体で運営要綱に明記していると回答した。更に非公式にあると回答した自治体が 4 あった。多くは、転院時期に関する内容であったが(例えば「初期治療終了後」「原則として翌日」)、「中毒性精神病、身体合併症等」を理由とするところもあった。

当番病院の救急病床に入院できないときにバックアップするシステムについて質問したが、後方転送と混同する回答があり実態を十分には把握できなかった。システム

があると回答した自治体では、その際の担当病院として国・県立病院を指定(埼玉、千葉、富山、静岡、三重、宮崎、鹿児島、沖縄)するか、複数の輪番病院を設置(神奈川)したり、準当番病院を設置(岐阜)したりして対応していた。また、それ以外では、同じブロック内の輪番病院間で協力する自治体(宮城、新潟、滋賀、福岡、宮崎)、かかりつけ医がまず対応(沖縄)、他のブロックの当番病院(佐賀)などもあった。

5) 外国人・覚せい剤対策

外国人の治療体制についてはほとんどデータがないという回答であった。その中で首都圏では自治体立病院が治療を引き受けることが多いようであった。覚せい剤については、入院前に警察での採尿を依頼することを原則とすると回答した自治体は 4 に止まった。治療する医療機関については、8 自治体では治療は特定の医療機関に集中する傾向があると回答した。

6) 身体合併症(表 4)

受け入れ病院の確保を図っている都道府県が多かったが、概して該当件数が少なく、また 11 自治体では特に対策なしという回答であった。

7) 連絡調整委員会(表 5)

連絡調整委員会の調整メンバーと平成 10 年度の委員会開催日数を表にした。開催日数は年 1 回が多く、一度も開催されなかった自治体もあった。

8) 運営実績(表 6)

件数については、相談件数や外来のみの受診件数が記録されていない自治体もあった。また、入院形態について不明と回答した自治体が 5 あった。また、転送件数について不明(統計なし)とした自治体が 18 あ

った。

平成 10 年度の年間受診件数は 12 件(佐賀)から 1,796 件(東京)、入院件数は 7 件(佐賀)から 1,680 件(大阪)と大きなばらつきがみられた。入院比率は大都市圏で高く、地方で低かった。例えば入院比率が高かったのは埼玉(100%)、滋賀(87.1%)、東京(82.7%)などで、低かったのは岩手(9.6%)、長野(14.5%)、北海道(17.5%)などであった。

また、緊急措置入院が 0 件と回答した自治体は 13 あった。逆に多かったのは東京都(527 件)、神奈川(116 件)で、この 2 自治体が突出していた。また措置入院が 0 件と回答したのは、20 自治体であった。逆に多かったのは滋賀(58 件)、福岡(28 件)などであった。応急入院が 0 件と回答した自治体は 17 自治体、逆に多かったのは千葉(16 件)、埼玉(12 件)、東京(11 件)などであった。

8) 精神科救急以上事業に対する都道府県の意見(表 7)

表 7 に、都道府県の自由意見を掲載した。意見は多岐にわたっているが、主なものをあげると a) 国庫助成金の増額、b) 一般救急システムとの連携や統一化、c) 身体合併症、依存症、触法精神障害者に対する対策、d) 救急隊や警察の連携協力の明確化、e) 応急入院指定病院の指定基準の見直し、f) 救急医療情報センターの予算化、g) 制令指定都市におけるシステム整備、h) 搬送時の事故補償、等。

3. 精神科救急医療事業で入院した患者の実態調査

1) 対象となった精神疾患患者(図 1、図 2)

9 医療機関では 5 月中夜間休日の入院がなかったと回答した。残りの 61 医療機関から得られた入院者総数は 503 人(男性

272 人、女性 231 人)であった。

その年齢は 20 歳台が 133 人と最も多く、以下高くなるごとに漸減した。

精神科受診歴は、通院中が 257 人(50.9%)と最も多く、通院中断が 109 人(21.6%)、精神科初回受診者(受診歴なし)105 人(20.8%)であった。当該医療機関での受診歴は、通院歴なしが 277 人(54.9%)と最も多く、以下通院中 156 人(30.9%)、通院中断 58 人(11.5%)と続いていた。また、精神科入院歴は「あり」297 人(58.8%)、「なし」193 人(38.2%)であった。

2) 利用日(図 3)

平成 11 年 5 月の日曜日は 2 日、9 日、16 日、23 日、30 日であり、休日は 3 日、4 日、5 日であった。入院者数は、ゴールデンウィーク中の日曜日に最も多く、ゴールデンウィーク中は概して多かった。その後は、土曜日ないし日曜日に周期的にピークとなっていた。

3) 精神疾患の特徴(図 4、図 5、表 8)

診断名は精神分裂病が 217 人(43.1%)と群を抜いて多かった。他は心因反応 53 人(10.5%)、アルコール依存症 45 人(8.9%)、躁うつ病 34 人(6.8%)、うつ病 29 人(5.8%)、器質性精神障害 27 人(5.4%)、人格障害 25 人(5.0%)と続いていた。

入院時の精神運動症状がなかったのは 93 人(18.4%)で、他は何らかの精神運動症状を呈していた。最も多かったのは興奮 298 人(59%)で、以下制止・昏迷 37 人(7.3%)、意識混濁・昏睡 32 人(6.3%)、せん妄 22 人(4.4%)と続いていた。

主な体験症状としては幻覚・妄想 258 人(51.1%)、不安・焦燥・心気のみ 66 人(13.1%)、抑うつ 55 人(10.9%)と続いていた。

4) 入院理由

事例化した直接の理由について、1行程度の自由記載の内容を分類した。多かったのは家庭内外において興奮ないし暴力行為に及んだというもので171人、ついで自殺企図ないし薬物大量服薬78人、行動のまとまりのなさ54人、身体合併症や精神疾患のための衰弱28人、アルコール飲酒ないし離脱症状28人、幻覚・妄想に支配25人、などと続いていた。触法行為に引き続いて入院となったものは、暴力行為や24条通報の詳細が不明なものを除いて10人認められたが、刃物で実際に傷害事件を起こしたものが1人で、他は痴漢行為、無銭飲食等で警察に保護され精神疾患を疑われたものであった。

入院理由の発生時期については、夜間・休日344人(68.1%)、平日時間帯118人(23.4%)であった。

5) 搬送の問題(図6、図7)

a) 依頼者と搬送者

最初に受診依頼をしてきた人は、多い順に家族・親族173人(34.4%)、警察90人(17.9%)、本人61人(12.1%)、他の医療機関職員51人(10.1%)、消防49人(9.7%)、精神科救急情報センター43人(8.5%)であった。

主な搬送者は家族173人(37.0%)、警察150人(29.8%)、消防104人(20.7%)が大半を占めた。

最初の依頼者と搬送者とは必ずしも一致しなかった。最初の依頼者と主な搬送者の相違を見ると、消防は49人から104人に2.1倍となり、警察は90人から150人と1.7倍となっている。逆に他の医療機関職員、精神科救急情報センター、行政職員は自ら搬送を行うことはまれで、また医療機関が往診を行って入院させたものも少数であった。

b) 搬送時の行動制限

搬送時の行動制限は「なし」が333人(65.9%)を占めた。行動制限を行った場合には、「用手抑制」80人(15.8%)、「保護バンド・抑制帯」64人(12.7%)が主なものであった。

6) 入院形態(表9)

入院形態は、任意入院176人(34.9%)、医療保護入院250人(49.5%)、緊急措置入院52人(10.3%)、措置入院10人(2.0%)、応急入院6人(1.2%)の順であった。

7) 入院直後の行動制限(図8)

入院直後の行動制限としては、多い順に閉鎖病棟への入院250人(49.7%)、保護室に隔離238人(47.3%)、身体拘束118人(23.4%)、外部への電話制限73人(14.5%)、家族との面会制限50人(9.9%)等となっていた。この結果は複数回答であるので、閉鎖病棟に入院した者の多くが隔離も併用されたと考えられる。逆に、残りの多くの入院者は開放病棟で処遇された可能性がある。

8) 9月1日現在の転帰(図9)

平成11年9月1日現在、入院した病院で入院を継続中であったのは75人(14.9%)で他は転院127(25.1%)か、退院289人(58.6%)していた。すなわち、5月中入院者のうち、同じ病院に最長で4ヶ月近く入院を継続している者の割合は15%にも満たないが、他院に転入院した127人が9月1日現在も入院を続けているか否かは今回の調査では不明である。

4. 精神科医療機関の精神科救急医療に対する意見

1) 精神科救急情報センター(電話相談窓口)(表10～表12、図10～表12)

設置場所として適当なところは、多い方から順に、精神科救急情報センター 22 (31.4%)、精神保健福祉センター 17 (24.3%)、救急担当病院の当番制 13 (18.6%)、都道府県精神保健福祉担当課 8 (11.4%)、一般救急情報センター 7(10.0%)であった。

窓口が果たすべき機能としては、複数回答で「当番病院の連絡先などの定型的情報提供」(32)が最も多く、これに次いで「緊急度を判定し、それに応じて医療機関を紹介する」(26)、「空床確認を行い、搬送手段など受診までの手順について助言する」(27)が同程度、さらにやや下がって「自らカウンセリングや相談まで行い危機介入する」(27)、「措置・緊急措置入院に関わる情報を受理する」(18)が続いていた。

電話相談窓口の機能の現状については、「現状のままで十分機能」16(22.9%)、「現状の機能では不十分」26(37.1%)、「どちらとも言えない」14(20%)という評価であった。

窓口は、現状では「自治体の情報誌などに公開」されているのが 16(22.9%)、「病院・消防署・警察」34(48.6%)であるという回答であったが、今後「自治体の情報誌などに公開」すべきという意見が 37(52.9%)と「病院・消防署・警察」22(31.4%)よりも多かった。

窓口で対応するスタッフについては、現状で「常に精神科専門のスタッフが対応している」28(40%)であるが、今後そうなるべきと考えている医療機関は 58(82.9%)と多くなっていた。

窓口にかかる費用が助成の対象となっていないことについては、「窓口を助成の対象とするべきである」49(70%)が多く、「現状のままでよい」6(8.6%)、「どちらとも言えない」12(17.1%)を大きく上回った。

2) 搬送体制について (表 13～表 18、図 13～図 14)

搬送問題に関連する質問として、夜間・休日に「受診させたいが受診させられない」という相談の頻度は「しばしば」と「ときどき」を合わせると 68.5%に上った。しかし、医療機関において診察が必要と判断したにも関わらず、搬送上の問題で診療できなかった事例の経験を尋ねると、「しばしば」と「ときどき」を合わせて 32.9%となった。これらの結果から、医療機関が夜間休日に受診が必要と考える事例と、依頼者の期待とは異なっていることがうかがわれた。

「目下自傷他害の恐れはないものの、幻覚妄想が活発で拒薬している貴院通院中の精神分裂病患者」の事例を呈示して受診をさせるべきか否かの意見を求めたところ「通常の間まで待てるのであれば受診は例外と考えるべき」が 32(45.7%)と最も多かった。ついで多かったのは「同様の状況でも判断が異なる場合があり、ケースバイケースとしか言えない」21(30%)、「通常の間まで待てる可能性があっても、受診意思がないままである可能性も高いと考え、むしろ積極的に受診できるように援助するべきである」13(18.6%)の順であった。こうした結果から、精神科救急受診の対象に対する考え方も精神科医療機関ごとに異なることが推定された。

次に個々の搬送手段について意見を求めたところ、「現状に不満がある」と回答したのは消防 13(18.6%)、警察 22(31.4%)であった。

夜間・休日に往診を行うことについては、「現状でも行う」19(27.1%)に加え「人的条件や経済的条件を整えば行いたい」という回答が 29(41.4%)あった。両者を合計すると 68.5%が往診に対し、少なくとも消極的ではないということが分かった。

夜間・休日に受診意思の乏しい精神科救

急患者を受診させるために家族が民間会社（警備会社）を利用することについては、「他に手段がない場合に利用するのはやむを得ない」25(37.5%)、「医師の指示など、一定の要件を満たす場合のみに使用を限定すべき」27(38.6%)がほぼ拮抗していた。

平成 11 年 6 月の精神保健福祉法改正により制定された法 34 条の移送規定については、「夜間・休日の搬送のために優先的にこの制度を用いるべきでない」という意見が 57(81.4%)を占め、「都道府県は夜間・休日でもこの制度を根拠とする家族からの依頼に積極的に関与するべきである」10(14.3%)を大きく上回った。すなわち、新たな制度により移送を行う際、特に夜間休日にこの制度を用いることは十分慎重を期すべきであるということが大方の医療機関の意見であった。

さらに、今回の法改正により夜間・休日の搬送問題は解消すると思うか、という質問に対する回答は、「かなり解消すると思う」10(14.3%)、「あまり解消されないと思う」40(57.1%)、「どちらとも言えない」18(25.7%)であった。医療機関は、少なくとも今回の法改正により搬送問題に即効的な効果が得られるとは期待していないことがうかがわれた。

3) 応急入院指定病院(表 19～表 20、図 15)

法 34 条では入院施設として、応急入院指定病院があげられている。そこで、応急入院指定病院について尋ねた。ちなみにアンケートに回答した医療機関の中に応急入院指定病院が 14(20%)含まれていた。

その結果、応急入院指定病院が「現状のままでもよい」は 10(14.3%)、「現状では不十分である」48(68.6%)と、現状では不十分という認識を示す医療機関が 5 倍近く多かった。

指定基準については、「この機会に精神科

救急医療に熱心に取り組んでいる医療機関の現状を勘案して指定基準を緩和すべきである」30(42.9%)、「応急入院指定病院は、元々身元不明者などの精神科強制治療を行う際の基準を担保するものであるから、基準を緩和するべきではない」25(35.7%)が拮抗していると考えられた。こうした結果からは、指定基準の緩和を行うとしても、大幅な緩和は行うべきではないと考えられた。

以下、基準の一つひとつについて変更を行うべきか否か尋ねた。精神保健指定医 1 名と看護婦(士)が応需体制にあることは「より厳しくする」4(5.7%)、「このままでよい」51(72.9%)、「緩和する」13(18.6%)であるのに対し、看護基準 4:1 以上については、「より厳しくする」16(22.9%)、「このままでよい」40(57.1%)、「緩和する」6(8.6%)であった。この結果を見ると、人的体制については、看護基準を変更するより、精神保健指定医と看護婦の応需体制について緩和することがより望ましいという意見として集約できよう。

また、医療設備に関しては、CT スキャン 46(65.7%)と脳波計 51(72.9%)の必要度が、酸素吸入装置 61(87.1%)、吸引装置 62(88.6%)、基礎的な血液検査装置 60(85.7%)に比較して低くなっていた。この結果からは、医療設備については、CT スキャンないし脳波計の条件を緩和することが検討されるべきで、その他の 3 者については緩和するべきではないという意見として集約できよう。

4) 特定の精神科救急ケースに対する質問

(1) 精神科救急医療事業における外国人に対する対応(表 21～表 23、図 16)

言葉が通じない外国人の精神科救急ケースに対する対応については、「外国人ケースに対して他の患者と同様に対応する」と