

間接援助サービス」の5項目、計23項目である。さらにその下に、その具体的な援助行動を小項目148項目を作成した。各小項目には、サービス実施形態を、「1) 具体的援助行動」「2) 練習、並行」「3) 代行」「4) 相談・助言・情報提供」「5) 観察・アセスメント」「6) 専門的援助」などのように設定するとともに、援助時間も評価する。

これらの評価・記録は、担当したケースマネジャーが、データベースの「プログレスノート」という日々の活動記録に、毎日の活動終了後に記録する。これによって、サービスの投入の時期、そしてサービスの内容、時間を把握することができる。

本研究では、ACT-J対象者の地域生活支援のあり方を見るために、ACT-Jプログラム登録者のうち、プログラム加入にいたった入院治療を終え、退院した後の6ヶ月以上を経過したものの34名に関して集計した。

C. 結果

サービスプロセスの量的な分析

ACT-J のケースマネジャーが実施したサービス分類とそのコンタクト時間を表1（回収資料1）にまとめた。ACT-J のサービス研究の一環として集計したサービスコードの結果を提示した（表・図1）。ACT-J のかわりには、研究への参加同意後、多くの場合入院中から開始されるが、ここでは登録となった入院治療から退院し地域生活を開始してからの6ヶ月間のサービスについて集計した。入院形態でグループを分類すると特に措置入院の症例数が少なくなるので、ここでは、全ケースに関するサービス量の分布を見ること

にとどめ、統計学的な検定は行っていない。

措置入院患者の5名をみると、退院後6ヶ月間に措置入院患者に提供されたサービスの総時間数は、2.8から128.4（時間）と大きな幅があった。中央値は38.9（時間）であった。

措置入院以外の利用者では、サービスの提供時間の最小値は4.2（時間）、最大は185（時間）とその幅は広く、サービス時間の分布をみるとばらつきが明らかであり、入院形態別での特徴は特になかった。

ACT-J チームの精神科医が外来で主治医として担当している利用者は、措置入院を経験した5人のうち、2人である。主治医をしている者に対しては、一定量のコンタクト回数があるが、それ以外のものに対するコンタクト回数は限定的であった。

サービス内容の分類でみると、アウトリーチ時間が大多数を占める。ここでいうアウトリーチとは、利用者本人に対して地域に出向いて直接提供するサービスのことをさす。ケースマネジャーのアウトリーチ（地域への訪問）時間は、2.5から79.3（時間）であり、中央値は37.9（時間）であった。この2.5時間のみに限定されているケースは、特に家族がACTや医療に対して拒否的であったために、直接的なコンタクトをとるのが困難な症例であった。他のものに対しては、サービスの提供内容を個々のケースで見ると、精神症状・服薬管理（通常・危機時とも含む）が圧倒的に多く、それ以外については、症例数が少ないこともあり、まとまった傾向などは見られなかった。

措置入院となった個々の症例を見ると、多くの症例では、複数の領域でサービス提供を行っていた（表・図2から6）。そのニーズはそれぞれの症例で多様であったが、日常生活の支援、身体健康の管理、住居確保・居住環境に関する支援、家族に対する支援、社会生活に関する支援（行政手続きや公共サービスなどの利用の支援等）などであった。退院後6ヶ月の期間では、危機介入のコンタクトがあったのは、2症例のみであり、その回数も4回、41回とばらつきがあった。

アウトリーチ時間が2.5時間にとどまった症例は、家族がACTのかかわりを頑なに拒否していた症例で、全体的なサービス回数、時間は少なかったが、個別のサービス内容をみると（表・図4）、ジョイニング・関係作りに関する支援、そして主治医・医療機関との連絡調整、情報交換のコンタクト回数が多かった。間接サービスである、主治医・医療機関との連絡調整、情報交換とは、外来診察時の様子を主治医と情報交換したり、危機時を想定して保健所や関係機関との連絡などのサービスをさしている。

また、個別的には、措置入院患者のなかで、最もサービスを提供した症例に関しては、本人へのサービスのみならず、家族に対する支援も36.5時間とかなりの時間を費やしていた（表・図3）。退院2から3ヶ月後に特に家族支援のコンタクト回数が多かったが、それでも、地域生活期間を通じて一貫して家族への支援を行っており、利用者本人のみだけでなく、多くのニーズに向けたサービスの実施回数がみられた。

D. 考察

1)措置入院者に必ずACTは必要かという疑問に対して、措置入院患者に対する地域生活支援のサービス投入量は、他の入院形態の患者への対応と異ならないことが明らかになった。表・図1のサービス提供量の分布から示唆されることは、入院形態は、サービス投入量を規定していないという点である。

これは、措置入院の判定基準が、診察時の自傷他害の恐れといった問題行動の顕著さにあり、一方でACTのサービス・ニーズはその人の持続的な生活障害の程度にある、といった焦点の違いも一因であろう。ACT-Jの加入基準として重視しているのは、入院時の症状の程度ではなく、持続的な生活障害のレベルである。措置入院の要件、つまり、自傷他害の恐れという行動がACTの支援の必要性を規定する条件とはならない。持続的な障害の程度という視点では、措置入院患者に限らず、医療保護入院、任意入院の入院者にむしろ高密度の生活支援のニーズを要するものがあることが推測される。つまり、ACTの支援ニーズは、入院形態によって規定されるのではなく、それぞれの患者の持つニーズや周囲のサポート力によることが示唆される。

今回症例を提示した5例のうち、4例は単身生活を送っていた。なかには、病状悪化時に家族に対して暴力を振るったり、家から追い出したりして、本人、家族とも感情的に確執を抱いて、患者に対して両価的な感情を持っていたり、拒否的な態度を示す家族もいた。このような場合には、症状の観察をしながらも、退院後

の住居の確保、単身生活の支援、そして、家族への情緒的支援、および疾患教育といった複数のニーズに対する支援を提供して、入院生活から地域生活への移行のための支援を提供していた。このような多方面のサービスは、多職種のチームが共同で働くことの恩恵を浴する場面であろう。

一方で、今回得られた結果から、サービス提供量が少なかったものは、必ずしもサービス・ニーズがなかったともいえない。これは、患者のなかには、ACTをはじめ医療一般に拒否的なものがいたために、かかわりの時間そのものが少なくなった症例も存在するからである。従来の精神医療や、ACTのサービス提供方式であっても、患者やその家族が関与を拒否し、結果としてサービス投入量が少なかったという結果になったものも症例から読み取れる。

2) 措置入院患者の地域生活継続の困難は、容易に医療中断をきたす者が多く、この結果として疾患の再発、それによる再入院しやすい、という仮説に関して、本研究で検討した5名のうち、期間中再入院した4名が退院後一ヶ月ほどで服薬や外来受診を中断した経過を検討した。この限られた症例の経過を一般化することはできないが、措置入院患者のなかには、医療中断をしやすく、その結果、精神症状の悪化、自傷他害の恐れのある問題行動へと発展するものは、臨床場面でも多く経験することかと思われる。この医療中断へのリスクに対してはACTのような治療および生活の両面で支援するプログ

ラムが継続的に地域で関与するうえで有用であると考えられる。

しかし、外来通院や薬物のコンプライアンスに関しては、研究事業という現行のACT-Jのあり方では、現在ACTが研究事業という枠組みで実施されており、治療は任意の合意に基づく契約のうえに成り立つことを前提としている。このため、継続的治療の強制力は持ち得ない。措置入院患者、特に医療中断のリスクの高い者に対する外来支援のあり方は、多職種のチームが、医学的な管理をする一方で生活支援をしてゆき、専門的支援と一般的支援を統合して提供していくことで、医療中断の可能性のある者に対して継続的関与をする体制にとどまっている。そのなかで、再発時に関係機関と連携して、円滑に再入院するよう調整する役割をとっている。再発時の対応の仕方や外来での非自発的な治療的介入のあり方は議論が必要であろう。

また、外来の主治医も必ずしも全例ACTの精神科医が担当しているわけではないので、治療責任制があいまいになっていると点も問題として指摘されよう。治療関係を作ること拒否的な利用者、外来受診を拒否する利用者に対してACTは説得や同行などの支援はできるにしても、治療に関する強制力は持ち得ない。治療責任制、あるいはより限定的に言えばACTの精神科医が主治医の役割を持つことにより、より治療と生活の両面で統合された支援計画の実施が容易となり、このことは、危機介入時にその利点が発揮されるであろう。

3) ACT-Jプログラムの課題

サービスコードの大分類を見てみると、措置入院患者に対して、精神症状・服薬管理（通常・危機時とも含む）の領域でのコンタクトの頻度がどの症例でも最多であった。しかし、個々のケースレポートからは、服薬確認を直接質問、空き袋の確認などで行ったり、精神症状を観察するにしても、服薬を促すことはあっても、実際に服薬させたり、治療行為をすることはあまりなかった。また、ACTとの関係に対して両価的な感情をもっている利用者は、服薬についての話題を好まず、ケースマネジャーも利用者との関係作りを優先させるために、服薬について強く踏み込めないという場面もあったことが伺えた。この点については、ACT-Jの精神科医がより主治医の責任を持つこと、また主治医でない場合には、病院の主治医により積極的に医療的な相談や連携をとることも今後必要と思われる。また、チーム全体がリカバリーの理念を尊重する一方で、精神科医や看護師らが、それぞれの専門性を打ち出し、より積極的に疾患管理に関与する余地もあろう。

また、今回、既存の臨床の資料を振り返り情報を収集したが、リスクマネジメント、それに対する戦略は、ケースカンファレンスなどで議論されたことは読み取れたが、必ずしも誰がみても容易にわかるような形では記載されていなかった。医療中断をはじめとしたリスクのアセスメント、及びそれに対する計画をチーム全体で共有する方法に工夫を加える必要性があろう。

4) 研究の限界

本研究は、症例数が非常に限定されており、また ACT-J プログラムも研究事業として施行されており、特殊な形でのサービス体制となっている。また、前述の ACT-J プログラム自体が試行的に実施されているので、この結果を一般化することは不可能である。また、限定された症例に関して、サービス投入量を量的に提示したが、サービスコード入力時の定義の曖昧さ、ケースマネジャーによる入力頻度の違い、またコードの入力は記憶に頼るためにケースマネジャーの判断や記憶違いによる入力の仕方の多様性も否定できない。

今回のデータは、一定期間 ACT のサービスを受けた症例を示すために、退院後 6 ヶ月間に限って提示したが、個々の症例でみると、措置入院で再入院になったものは、退院後 6 ヶ月から 8 ヶ月であり、この時期の情報が欠落している。しかし、ケースレポートからは、再入院時は危機介入のコンタクト頻度や時間は増加していることが推測されるが、全般的なかかわりのパターンには大きな影響はないと思われる。このように、本研究に限界は多いが、試行的に実施されている ACT-J の取り組みについて報告することで、今後の措置入院患者への社会復帰のあり方の議論の参考に資するものと考えられる。

E. 結論

措置入院患者における退院後の治療のあり方を検討するために、ACT で措置入院となった症例についてサービス提供のあり方を量的に検討した。入院患者の ACT の支援ニーズは、入院形態によって規定さ

れるのではなく、それぞれの患者の持つニーズや周囲のサポート力によることが示唆された。しかし、措置入院の患者の多くは、医療中断のリスクの高いものが多いことが伺われ、この医療中断へのリスクに対しては ACT のような治療および生活の両面で支援するプログラムが継続的に地域で関与するうえでの有用性が考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表・図2 症例1の月別サービスコード大分類の分布(時間)

		退院-1M	1M-2M	2M-3M	3M-4M	4M-5M	5M-6M	退院-6M				
A	ジョイニング・関係づくりに関する支援	2	0	1	2	1	1	7				
B	ケアマネジメントに関わる援助	1	1	4	2	0	1	9				
C	ステップダウンプログラムの実施	0	0	0	0	0	0	0				
D	精神症状・服薬管理(通常・危機時とも含む)	0	3	3	2	6	5	19				
E	危機介入	0	0	0	0	0	0	0				
F	身体健康の管理	2	3	0	0	0	2	7				
G	日常生活の支援	1	1	0	1	3	4	10				
H	経済生活に関する支援	0	2	0	0	0	1	3				
I	対人関係・社会関係に対する支援	0	0	0	0	1	1	2				
J	社会生活に関する支援	1	0	0	0	0	0	1				
K	雇用・就労に関する支援	0	1	1	1	1	1	5				
L	教育のための支援	0	0	0	0	0	0	0				
M	日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援	0	0	0	0	0	1	1				
N	住居確保・居住環境に関する支援	0	0	0	0	0	0	0				
O	家族に対する支援	0	0	0	0	0	0	0				
P	本人心理教育プログラム、	1	0	0	0	0	0	1				
Q	オフィスで実施するプログラム化された心理社会的介入	0	0	0	0	0	0	0				
R	その他の直接援助サービス	0	0	0	1	0	2	3				
S	主治医・医療機関との連絡調整、情報交換	0	1	0	2	2	0	5				
T	地域援助機関との連絡・調整	0	0	0	0	0	0	0				
U	その他の援助者との連絡・調整	0	0	0	0	0	0	0				
V	本事例に関する記録・文書の作成	0	0	0	0	0	0	0				
W	本事例に関するケース会議・スーパービジョン	0	0	1	0	0	0	1				
	全体	8	12	10	11	14	19	74				

表・図3 症例2の月別サービスコード大分類の分布(時間)

		退院-1M	1M-2M	2M-3M	3M-4M	4M-5M	5M-6M	退院-6M				
A	ジョイニング・関係づくりに関する支援	6	6	5	3	3	0	23				
B	ケアマネジメントに関わる援助	2	2	2	5	6	12	29				
C	ステップダウンプログラムの実施	0	0	0	0	0	0	0				
D	精神症状・服薬管理(通常・危機時とも含む)	28	32	38	26	39	15	178				
E	危機介入	1	5	15	3	16	1	41				
F	身体健康の管理	1	0	3	0	4	0	8				
G	日常生活の支援	0	0	3	8	30	21	62				
H	経済生活に関する支援	0	0	2	9	5	8	24				
I	対人関係・社会関係に対する支援	2	0	4	8	1	6	21				
J	社会生活に関する支援	0	0	2	1	5	5	13				
K	雇用・就労に関する支援	0	0	0	0	0	1	1				
L	教育のための支援	0	0	0	0	0	0	0				
M	日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援	1	0	1	1	1	0	4				
N	住居確保・居住環境に関する支援	0	0	0	0	1	3	4				
O	家族に対する支援	10	17	23	12	10	11	83				
P	本人心理教育プログラム、	0	0	1	0	0	0	1				
Q	オフィスで実施するプログラム化された心理社会的介入	0	0	0	0	0	0	0				
R	その他の直接援助サービス	0	4	5	9	8	2	28				
S	主治医・医療機関との連絡調整、情報交換	1	0	0	0	0	0	1				
T	地域援助機関との連絡・調整	0	0	1	0	0	0	1				
U	その他の援助者との連絡・調整	0	1	0	1	0	1	3				
V	本事例に関する記録・文書の作成	0	0	0	0	0	0	0				
W	本事例に関するケース会議・スーパービジョン	1	2	0	2	1	1	7				
	全体	53	69	105	88	130	87	532				

表・図4 症例3の月別サービスコード大分類の分布(時間)

		退院-1M	1M-2M	2M-3M	3M-4M	4M-5M	5M-6M	退院-6M				
A	ジョイニング・関係づくりに関する支援	2	0	0	0	1	0	3				
B	ケアマネジメントに関わる援助	1	0	0	0	0	0	1				
C	ステップダウンプログラムの実施	0	0	0	0	0	0	0				
D	精神症状・服薬管理(通常・危機時とも含む)	0	1	0	0	0	0	1				
E	危機介入	0	0	0	0	0	0	0				
F	身体健康の管理	0	0	0	0	0	0	0				
G	日常生活の支援	0	0	0	0	0	0	0				
H	経済生活に関する支援	0	0	0	0	0	0	0				
I	対人関係・社会関係に対する支援	1	0	0	0	0	0	1				
J	社会生活に関する支援	0	0	0	0	0	0	0				
K	雇用・就労に関する支援	1	0	0	0	0	0	1				
L	教育のための支援	0	0	0	0	0	0	0				
M	日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援	0	0	0	0	0	0	0				
N	住居確保・居住環境に関する支援	0	0	0	0	0	0	0				
O	家族に対する支援	0	1	0	0	0	0	1				
P	本人心理教育プログラム、	0	0	0	0	0	0	0				
Q	オフィスで実施するプログラム化された心理社会的介入	0	0	0	0	0	0	0				
R	その他の直接援助サービス	0	0	0	0	0	0	0				
S	主治医・医療機関との連絡調整、情報交換	1	1	0	2	2	2	8				
T	地域援助機関との連絡・調整	0	0	0	0	0	0	0				
U	その他の援助者との連絡・調整	0	0	0	0	0	0	0				
V	本事例に関する記録・文書の作成	0	0	0	0	0	0	0				
W	本事例に関するケース会議・スーパービジョン	1	0	0	0	0	0	1				
	全体	7	3	0	2	3	2	17				

表・図5 症例4の 月別サービスコード大分類の分布(時間)

	退院-1M	1M-2M	2M-3M	3M-4M	4M-5M	5M-6M	退院-6M						
A	5	2	3	0	3	0	13						
B	5	1	1	0	1	0	8						
C	0	0	0	0	0	0	0						
D	17	15	19	2	4	7	64						
E	0	0	4	0	0	0	4						
F	9	4	7	0	1	0	21						
G	3	1	1	0	0	0	5						
H	1	0	0	0	0	0	1						
I	1	0	0	0	0	0	1						
J	5	2	0	0	1	0	8						
K	0	0	0	0	0	0	0						
L	0	0	0	0	1	0	1						
M	0	1	1	0	0	0	2						
N	0	0	0	0	0	0	0						
O	0	1	0	0	0	0	1						
P	0	0	0	0	0	0	0						
Q	0	0	0	0	0	0	0						
R	2	1	1	0	1	1	6						
S	1	0	2	0	0	0	3						
T	2	0	0	0	0	0	2						
U	0	1	1	0	0	0	2						
V	0	0	0	0	0	0	0						
W	0	0	1	0	0	0	1						
全体	51	29	41	2	12	8	143						

表・図6 症例5の 月別サービスコード大分類の分布(時間)

	退院-1M	1M-2M	2M-3M	3M-4M	4M-5M	5M-6M	退院-6M						
A	0	0	0	0	0	0	0						
B	5	4	0	0	0	0	9						
C	0	0	0	0	0	0	0						
D	9	3	4	21	7	1	45						
E	0	0	0	0	0	0	0						
F	0	0	1	1	1	0	3						
G	0	0	0	1	0	0	1						
H	7	2	1	8	5	0	23						
I	0	0	0	0	2	1	3						
J	6	2	2	2	4	0	16						
K	0	0	1	2	1	1	5						
L	0	0	0	0	0	0	0						
M	1	1	0	0	2	1	5						
N	2	0	0	0	1	0	3						
O	3	0	0	1	0	0	4						
P	0	0	0	0	0	0	0						
Q	0	0	0	0	0	0	0						
R	4	2	0	9	2	0	17						
S	3	0	0	7	0	0	10						
T	3	1	0	1	3	0	8						
U	0	0	0	0	0	0	0						
V	0	0	0	0	0	0	0						
W	0	0	0	0	0	0	0						
全体	43	15	9	53	28	4	152						

分担研究報告書

措置入院制度を含む精神科救急医療の 適正な供給に関する研究

分担研究者 白石 弘巳

東京都精神医学総合研究所

平成16年度厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）
措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究
分担研究報告書

「措置入院制度を含む精神科救急医療の適正な供給に関する研究」

分担研究者 白石弘巳（東京都精神医学総合研究所）
研究協力者 益子 茂（東京都多摩総合精神保健福祉センター）
平田豊明（千葉県精神医療センター）
沢 温（さわ病院）
藤村尚宏（東京武蔵野病院）
中村 満、一瀬邦弘（都立豊島病院）
梶 達彦、西村隆夫（都立府中病院）
宮田裕章（東京大学大学院）

研究要旨

精神科救急医療と措置入院の関連について、明らかにし、改善の為の適確な提言を行うために、平成17年度は、東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査（調査1）、精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態（調査2）、都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査（調査3）の三つの調査を行った。その結果、精神科救急病棟への入院患者の約4分の1が、緊急措置および措置入院であり、措置入院ケースは、入院時状態像や他害リスクなどにおいて、精神科救急病棟全体の入院患者の中で重症患者の一群を形成することが判明した。措置入院制度は、精神科救急医療の局面では、重症患者の医療への迅速な導入に有用な制度として機能しているものと推測された。また、東京都の精神科救急医療事業を3回以上利用した精神障害者が100名余存在し、これらの患者は（緊急）措置入院になる場合が高いが、統合失調症の医療中断の他、人格障害や知的障害などの一群が含まれ、適切な地域精神保健活動やトリアージによって入院を回避できる可能性があると推定した。そのためにも、自治体が精神科救急情報センターを設置することが大きな課題であると交接した。

A. 研究目的

障害者の人権を尊重するノーマライゼーションの考え方などを背景として、精神障害者を治療し、またリハビリテーションを行うために、従来以上に通院医療が

重視されるようになってきている。このように地域で精神障害者を支えていくためには、通院による治療を補完し、緊急に精神科治療が必要な事例に対して、夜間

休日においても迅に対応することが求められている。平成7年、厚生省（当時）は夜間休日の精神科救急医療システムを整備するための事業を開始し、現在までに全国47都道府県で精神科救急医療が実施されるようになった。

自傷他害を要件とする措置入院は、患者の生命を守り、また社会の安全を守るために都道府県知事の命令によって行われるものである。平成17年度から、いわゆる重大な触法行為を行った精神障害者に対しては、医療観察法が適用されることになったが、重大犯罪が発生する前に迅速な対応が求められているところであり、この意味でも精神科救急医療事業が果たすべき役割は小さくない。

そこで、平成16年度は以下の三つの調査を実施し、結果について検討し、問題点を洗い出すこととした。

調査1 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

東京都の精神科救急医療事業においては、精神科救急医療の現場において措置入院（含緊急措置入院）が必要となった事例についての情報が蓄積されていることに鑑み、精神科救急医療を複数回利用した精神障害者の実態を調査し、今後こうした事例に対する臨床的対応のあり方を提言する資料とする。

調査2 精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態

精神科救急病棟（いわゆる「スーパー救急病棟」。ここでは「精神科救急病棟」と略記）の認可を受けている病棟は平成17年3月の時点で14ヶ所となっている。これら 全国14ヶ所の精神科救急入院料認

可病棟の運営実態、および、その病棟に入院する患者（とりわけ緊急措置および措置入院となった患者）のプロフィールを明らかにする。

調査3 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

全国47都道府県、指定市に精神科救急医療システム運用に関するアンケート調査を実施し、その実態について分析する。特に、措置入院患者を精神科救急医療の中でどのように受け入れているかについて検討する。

B. 研究方法

調査1 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

東京都立豊島院と府中病院の夜間休日の精神科救急医療事業を3回以上利用した者について、その背景事情を知り、対策を講じることを目的として、このような患者ごとに小票を作成し、統計的に分析する。

調査2 精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態

1. 2003年度における精神科救急病棟の運用に関する諸項目をアンケート調査する。

2. 精神科救急病棟における2004年9月1日から11月30日までの3ヶ月間の退院患者に関する諸項目をアンケート調査する。

そのうち、特に措置入院した者に関する情報を整理する。

調査3 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

1. 調査対象

本研究では、精神保健福祉法（以下「法」）

第34条に基づく医療保護入院等のための移送制度(以下、「医療保護入院の移送」、「移送制度」)の運用ならびに精神科救急医療システムと精神科救急情報センターの整備に取り組んでいる、全国の47都道府県、13政令指定都市の計60の担当課を調査対象として選定した。調査票は自記式とし、郵送回収法により平成17年2月から3月にかけて実施した。

2. 調査の概要

調査票では、精神科救急医療システム、精神科救急医療の実績、精神科救急情報センター、精神科救急入院料の診療報酬請求を行っている病院等について質問した。精神科救急医療システムについては運用の状況や運用時間、措置入院に関する通報処理、診察場所や指定医の確保の仕方について質問した。精神科救急医療の実績については、窓口での相談件数や紹介件数、診療実績など区分ごとに件数を質問した。両質問ともに、精神科緊急医療システムが構築されている場合は、運用時間と救急医療システムとは区別した件数を質問した。

精神科救急情報センターについては整備状況、設置されている場合は開設年月、未設置の場合は開設の必要性に対する考え方を質問した。また精神科救急情報センターの業務については対応可能時間、センターと精神科救急の圏域の関係、設置場所、運営主体、センターの機能などについて質問した。

最後に診療報酬上の精神科救急入院料ならびに、精神科急性期治療病棟入院料1または2の基準を満たし、現に診療報酬請求を行っている病院の数を質問した。

3. 統計分析

調査票の各項目について集計し、その頻度から回答の特徴を分析した。各項目ともに回収された調査票の全数に対して頻度の記述を行っている。数値で回答を得た項

目については、平均値と標準偏差、分布にゆがみがある場合は中央値を提示した。

プライバシーの保護について

本研究班の三つの調査研究は、精神科救急医療事業を利用した患者の個人情報扱うものであるが、患者個人に対するものではなく、すでに作成された資料の二次的利用を行う者である。調査は、性別、年齢、居住地、その他個人的特徴について、すべて統計的に処理することとし、事例性の検討の場合にも個人が識別できないよう十分配慮を諮るものとする。

C. 結果

調査1 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

これまで東京都の精神科救急を受診し、3回以上入院した精神疾患患者は都立府中病院で61名(12年間、全体で227件の入院、総入院延べ数4164)、都立豊島病院で43名(約5年間、全体で約90件の入院、ただし総入院延べ件数は2573)であった。

そのうち、分析できた府中病院の事例について略述する。

入院者の平均年齢は33.4歳(16~71歳)、性別は男39:女22=1.8:1であった。診断名は統合失調症28名、人格障害10名、知的障害7人などとなっていた。3回以上入院した人の入院形態は、医療保護129件(56.8%)、緊急措置96件(42.3%)であった。単身生活者はこのうち16名(26.2%)であった。家族への暴力(85件、37.4%)や自傷行為(33件、14.5%)が入院のきっかけとなる事例が多かつ

た。統合失調症の通院・服薬中断例が少なくなかった。しかし、全体としては、際だった特徴はなく、頻回に精神科救急を利用することが多い理由を個別に検討すべきであると考えられた。

豊島病院のデータも併せてさらに結果を分析したい。

調査2 精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態

1. 回答状況

- (1) 2005年2月25日現在、14施設中11ヶ所の精神科救急病棟から回答あり。
- (2) 938ケースの患者データが収集されている。このうち、入院時に緊急措置および措置入院となっていたのは224ケース(23.9%)であった。

2. 結果

(1) 精神科救急病棟の運用状況

・全国11ヶ所の精神科救急病棟の平均像を図1に示した。平均約40床の病棟に年間約350件の入院があり、平均42日で約半数(院内他病棟を経由すると約74%)の患者を在宅ケアへ移行させている。

・精神科救急病棟はすべて、都道府県が運営する精神科救急システムに基幹的病院もしくは輪番病院として参加している。

・当該病棟への入院時の入院形式を図2に示した。23.9%が緊急措置および措置入院となっており、応急入院と医療保護入院を併せた非自発入院の比率は8割を超えていた。

- (2) 緊急措置および措置入院患者 224人のプロフィール

・精神科救急病棟への入院患者 938ケースと(緊急)措置入院患者 224ケースを比較して提示する(図3~9)。

・診断では、措置ケースに精神病群(F2)が多く、感情病群(F3)が物質依存群(F1)に置き換わっていた(図3)。

・入院時状態像では、精神運動興奮が有意に多かった(図4)。

・他害行為の比率は、措置ケースで有意に高かった(図5)。

・入院時の処置では、注射、静脈麻酔、点滴、拘束の比率ともに、措置ケースが高かった(図6)。

・入院時の病室では、隔離室の利用率が、措置ケースで高かった(図7)。

・入院時のGAFスコアは、措置ケースが低かったが、退院時には差がなくなっていた(図8)。

・精神科救急病棟からの転出先では、措置ケースにおいて、閉鎖病棟への転棟と他の精神科病院への転院比率が高かった(図9)。

調査3 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

1. 回答状況

調査票の回答は34施設から得られ(平成17年3月5日現在)、有効回収率は56.7%である。

2. 結果

調査票の回答があった34の自治体のうち、精神科救急医療システムについて、精神科救急医療システムの運用が始まっていない自治体はなかった。政令指定都市で都道

府県の精神科救急医療システムと一体化したシステム運用がなされている自治体は、10（29.4%）であった。

(1) 精神科救急医療実績について（表 1～6）

精神科救急医療実績については、精神科緊急医療システムが構築されている自治体と、構築されていない自治体に区分してそれぞれ結果を提示した。

表 1 に精神科救急医療システムの運用時間について示した。緊急医療システムが構築されていない自治体での、平日運用合計時間は平均 15.7 時間、土曜運用合計時間は平均 19.6 時間、日曜休日運用合計時間 21.4 時間であった。精神科救急医療システムの実績については、分布のバラツキが大きかったので中央値を用いて表 2 に示した。夜間・休日の件数が全体数を上回る項目があるがこれは欠損値の影響による。診療実績中の入院件数で最も多くを占めていたのは医療保護入院、次いで任意入院であった。表 3 に精神科緊急医療システムの運用時間について示した。平日運用合計時間の平均は 12.4 時間、土曜運用合計時間の平均は 18.6 時間、日曜休日運用合計時間は 21.3 時間であった。表 4 に精神科緊急医療システムの実績について示す。窓口の相談件数の中央値は 417.0 件、措置入院件数の中央値は 273.0 件であった。精神科救急医療システム運用時間帯中の警察官通報など措置入院に関する通報処理について表 5 に示した。緊急システムがない自治体では、“措置通報の処理に対応するためのシステムは特に構築されておらず、その都度、保健所又は本庁主管課職員が通報処置を行う”という回答が 71.4%から得

られた。精神科救急医療システム運用時間帯中に通報を受けて措置診察が必要となった場合は、診察場所や指定医の確保はどのようにおこなれているか、という質問に対する回答の分布を表 6 に示した。最も多く回答が見られたのは、“その都度、保健所又は本庁主管課職員が診察場所や指定医を確保する”というものであった。

(2) 精神科救急情報センターについて（表 7～23）

平成 17 年 1 月 1 日時点で、国庫補助を受けた精神科救急情報センター（以下、センター）が整備されている自治体は全体の 50.0%であった（表 7）。それ以外では、“国庫補助を受けたセンターは未整備だが、精神科受付窓口がある程度センターの機能を果たしている”という自治体が 14.7%、“精神科救急窓口は事務処理のみで、センターの機能は果たしていない”という自治体が 14.7%、その他・未記入が 29.4%であった。これらセンターを設置していない自治体に、センター整備の必要性をどのように感じているか質問したところ、“今後設置する予定”が 23.6%、“必要性を感じており、時間は未定だが、現在、設置へ向けての準備検討を行っている”が 17.6%であった。

表 11～23 に関連する設問では、センターが整備されている自治体についてはセンターへの質問として、センターが整備されていない自治体については、精神科救急事業窓口（以下、窓口）の質問として、提示した。精神科救急の圏域との関係について、センターでは“自治体全域を一つのセンターで対応している”

という回答が76.5%と一番多かったのに対し、窓口では“精神科救急医療の圏域ごとに窓口がある”という回答が一番多かった（表12）。設置形態については、センターが“固定されている”という回答が88.2%とほとんどであったのに対し、窓口では35.3%に止まった（表13）。同様に時間帯による対応機関の振り分けについても、“対応可能時間中は単一の機関が対応”という回答がセンターで94.1%を占めていたのに対し、窓口では58.8%に止まった（表14）。表15に設各施設の設置場所について示す。センターが最も多く設置されていたのは精神保健福祉センターで41.2%、これに対して窓口が最も多く設置されていたのは精神科救急医療機関で64.7%であった。一般（身体科）の救急医療情報センターとの関係については、異なる場所にあると回答したセンターが82.4%であった（表17）。表18に各機関・人に対してセンター（窓口）に連絡をとるための電話番号は公開されているかについて質問した。センターでは警察を始め、全ての項目で7割以上の自治体が公開していた。一方で窓口では公開が5割を下回る項目が多くあり、精神科医療機関については17.6%にとどまった。常勤のスタッフがいると答えた回答者はセンターでは52.9%、窓口では5.9%であった。一時対応職員が精神科医や精神保健福祉士、看護師などの精神科専門職員であると回答した施設はセンターでは100.0%、窓口では70.6%であった（表20）。一時対応職員では十分な判断・対応が出来ないときについては、センター窓口両者とも、“精神科救急医療施設の医師に相談可能”という意見が最も多かった（表21）。機能につ

いては、センターで、医療機関までの搬送手段を立ていするという意見が88.2%で最も多かった（表22）。また一時対応職員の対応マニュアルについても、既にマニュアルがあると回答したのはセンターで52.9%であった。

(3) 自治体における精神科救急関連の病院（表24）

自治体における精神科救急医療関連病院数については、“診療報酬上の精神科救急入院料の基準を満たし、診療報酬請求を行っている”病院数については、平均1.3、標準偏差4.1、中央値が0であった。また“診療報酬上の精神科急性期治療病棟入院料1または2の基準を満たし、診療報酬請求を行っている”病院数については、平均3.2、標準偏差4.1、中央値が3.0であった。

D. 考察

1. 本報告書について

本調査研究は、平成17年度から開始されたものであり、本報告は、開始した三つの調査研究のうち一部のデータを収集、集計した段階の途中経過を示したものである。平成17年度の閣下を元にして、さらにそれぞれ対象数を増やして、研究を続けたい。

2. 精神科救急医療における（緊急）措置入院について

精神科救急医療システムの整備に当たっては、電話相談から外来受診で済む患者への対応、入院を要する患者への対応など、複数の要請に対応できるものでなければならない。精神科救急医療システムは、当初医療保護入院までの空床確保事業の色彩が強かったが、外来で対応

できる一次救急のシステムが整備され、さらには三次救急の必要性が認識され、その定義が検討されてくるなど、その対象範囲が包括的となってきた。

措置入院は、自傷他害のおそれがある精神障害者を知事の命令で入院させる制度である。しかし、措置入院患者は必ずしも精神科救急患者とは認識されず、夜間休日も含め措置入院をもっぱら扱うシステムを別に持っている自治体や、夜間休日には特別のシステムを稼働させていない自治体もあり、その運用は様々であることが今回の調査からも裏付けられた。

そのような中で、精神科救急病棟に関して今回調査した結果、措置入院制度は、精神科救急医療の局面では、重症患者の医療への迅速な導入に有用な制度として機能していることが推定された。

また、一方、東京都の精神科救急医療を3回以上利用した患者に関する調査から、少数ではあるが、日常の精神保健医療が十分に確保されないために何度もこのシステムを利用するものもいることが明らかになった。その中には、コンプライアンスが低い統合失調症患者の他、人格障害や知的障害の患者が家庭内などで暴力行為その他の問題行動を起こした結果、受診に至っている場合もあることが推測された。こうした患者のかなりの者は(緊急)措置入院しており、地域での治療やケアが一般化するに伴い、こうした患者も増加することが予想されることから、精神科救急医療を使わずにすませるための対応策についても検討する中で地域精神医療の在り方についての提言ができる可能性がある。

特に、今年度から医療観察法が施行され

ることに伴い措置入院する患者に変化が見られる可能性がある。医療の姿勢としては、「病気」である患者は迅速に受け入れる姿勢を保ち、逆に人格障害など治療に十分に反応せず、本来刑事責任を問うべき者が措置入院してくることに異議を唱えるべきであろう。精神科救急医療の窓口を通してこのような患者が紛れ込んでくることを避けるためには、個々の精神科医が判断基準を明確にして診察に臨むだけでなく、精神科救急情報センターが行うオリエンテーションも重要となってくる。そのためにも、専門家が関与する精神科救急情報センターが進み、ここで一定の方針のもとに、トリアージが行われる洋になることが重要と考えられる。

E. 結論

調査1 東京都における精神科救急医療 頻回受診者の調査

1. 都立府中病院に12年間に3回以上救急入院した患者について調査した。
2. 該当例には、統合失調症の通院・服薬中断例の他、人格障害や発達障害の患者の比率が高かった。
3. 家族への暴力や自傷行為などの問題行動が契機となって入院した者が多かった。
4. こうした患者について精神科救急が迅速に対応することの意義はあるが、精神科救急を利用しない他の精神保健福祉医療のアプローチが必要であると考察した。

調査2 精神科救急病棟入院患者に見る 措置入院患者の実態

1. 精神科救急システムの基幹的病院を

構成する精神科救急病棟の運用実態を調査したところ、平均6週間で入院患者の4分の3を自宅退院させていた。

2. 精神科救急病棟への入院患者の約4分の1が、緊急措置および措置入院であった。
3. 措置入院ケースは、入院時状態像や他害リスクなどにおいて、精神科救急病棟全体の入院患者の中でも、重症患者の一群を形成することが判明した。
4. 措置入院制度は、精神科救急医療の局面では、重症患者の医療への迅速な導入に有用な制度として機能しているものと推測された。

調査 3 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

1. 平成17年3月5日現在の有効回答34について分析した。
2. その結果、措置入院に対するシステム(緊急医療システム)を構築しているのは、6都府県であった。
3. 緊急システムのない自治体の7割では、夜間休日に措置診察の必要が生じたときには、保健所または本庁主管職員が通報処理を行うと回答した。
4. 精神科救急情報センターについて国庫補助を受けている自治体は17あった。救急情報センターは一ヶ所に固定して設置される傾向が高かったのに対し、窓口では輪番病院などにおかれ、電話番号の公開も概して低かった。
5. 精神科救急を事業化し、効率的に有効利用していくために、情報センターの果たす役割は大きいと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 精神科救急病棟の平均像(11施設)

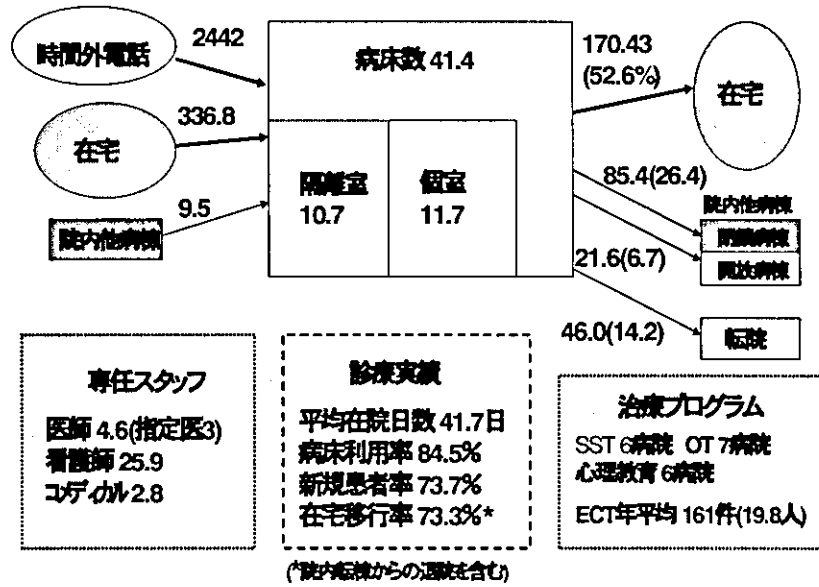


図2 入院形式

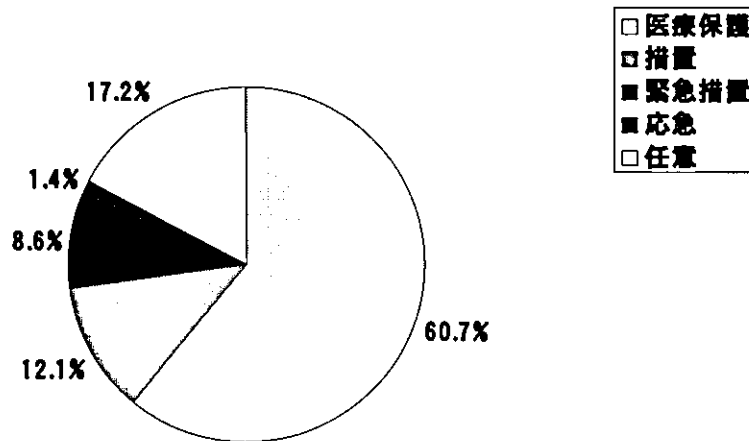


図3 診断構成

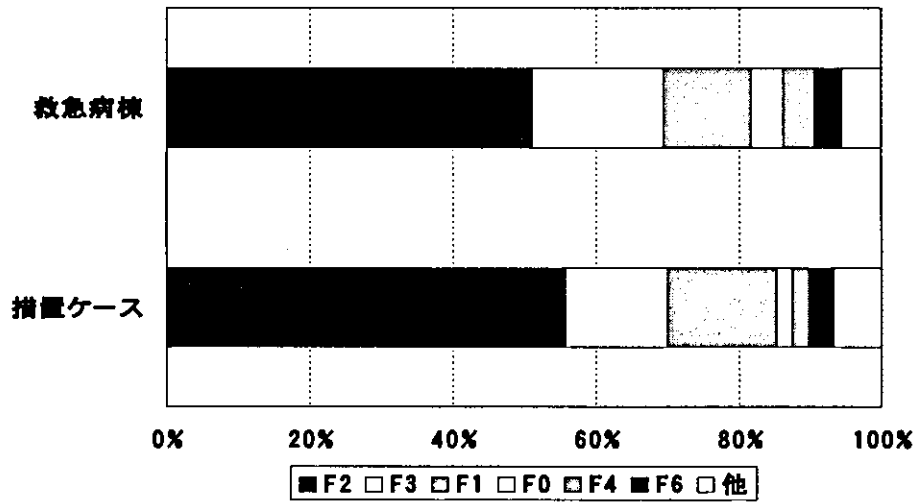


図4 入院時精神状態

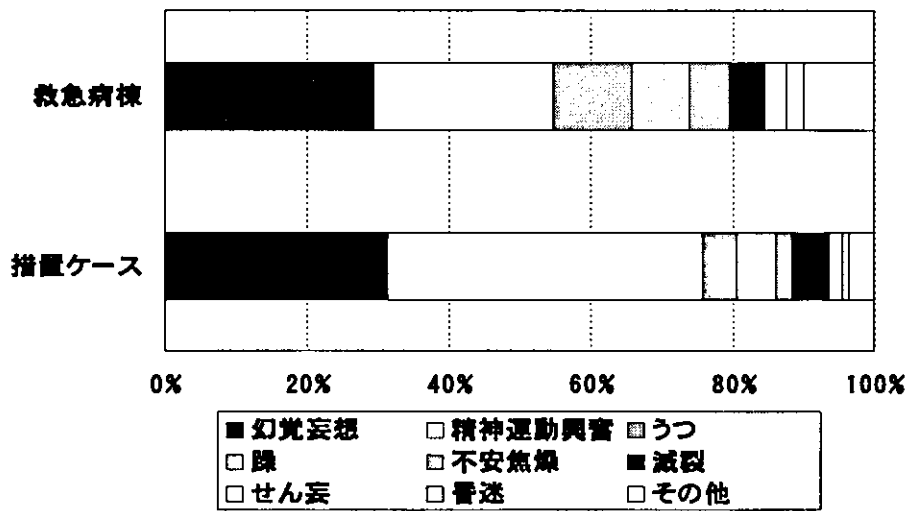


図5 他害行為

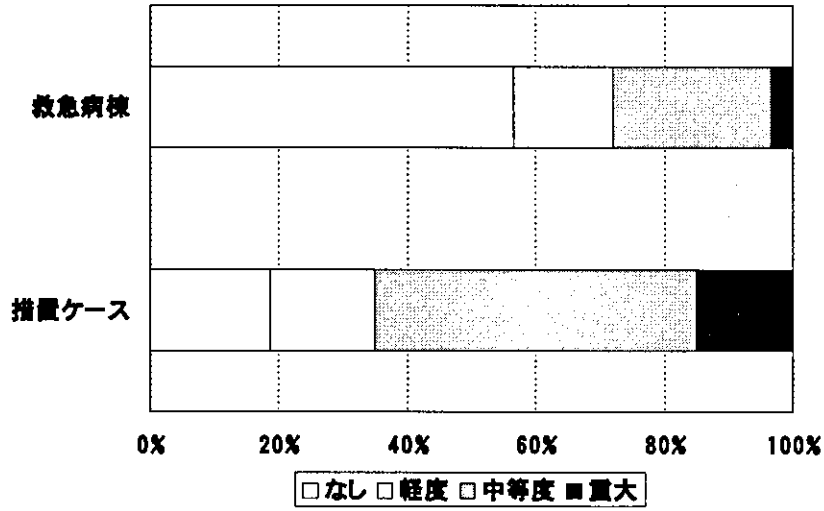


図6 入院時処置

