

疾病分類（ICD）】F3・F4・およびF5（ストレス疾患と定義する）に該当する疾病により入院治療の必要な者をいう。

- (7) 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料、若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

(ストレスケア病棟入院料に関する施設基準)

- ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。
- イ 当該病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては看護職員が常時2名以上配置されており、そのうち1名以上は看護師である。
- ウ 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料、若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。
- エ 当該病棟に精神保健指定医である医師及び専任の精神科医師、かつ精神保健福祉士と臨床心理士がそれぞれ1名ずつ配置されていること。
- オ 当該病院の8割以上又は200床以上が精神科病床である。
- カ 当該病棟の病床数は1看護単位あたり50床以下である。
- キ 当該病院内に精神保健福祉法に基づく隔離や行動制限ができる病室がある。
- ク 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の述べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の述べ入院日数である。
- ケ 新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し在宅へ移行すること。
- コ 病院機能の第三者評価を行う機関から認定を受けていること。

ストレスケアユニット加算（案）

（資料2）

ストレスケアユニット加算（1日につき）

90日以内の期間 200点

（ストレスケアユニット加算について）

- (1) ストレスケア病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦入院した後、入院日を含めて2日以内に当該ユニットに入床した患者を含む）（以下この項において「新規患者」という。）

イ 他の病棟から当該ユニットに移動した入院患者又は当該ユニットの入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、ストレス疾患のため当

該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）

- (2) 新規患者については入院日から起算して 3 月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から 3 月以内においては、届出の効力発生前に当該ユニットに新規入院した入院期間が 3 月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) ストレスケアユニット加算を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、ストレスケアユニット加算に含まれ、別に算定できない。
- (4) ストレスケアユニット加算に係る算定要件に該当しない患者が、当該ユニットに入院した場合には、精神病棟入院基本料 15 対 1 入院基本料を算定する。
- (5) 当該加算の算定対象となる患者は、疾病、傷害および死因統計分類提要【国際疾病分類 (ICD)】F3・F4・および F5（ストレス疾患と定義する）に該当する疾病により入院治療の必要な者をいう。
- (6) 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料、若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

(ストレスケア病棟入院料に関する施設基準)

ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。

イ ストレスケアユニットとは精神科病棟内において、おおむね 10 床以上の看護単位をいう。

ウ 当該病棟において、日勤帯以外の時間帯にあつては看護職員が常時 2 名以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護師である。

エ 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料、若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。

オ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が 2 名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医および専任精神科医師が各 1 名以上配置されていること。

カ 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。また、夜勤を行う看護職員数は 2 以上とする。

キ 当該病棟において、看護職員の 7 割以上が看護師であること。

ク 当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。

ケ 当該病棟において、専従の精神保健福祉士および専従の臨床心理士が各 1 名以上配置されていること。

コ 当該病院の 8 割以上又は 200 床以上が精神科病床である。

サ 当該病棟の病床数は 1 看護単位あたり 60 床以下である。

- シ 当該病院内に精神保健福祉法に基づく隔離や行動制限ができる病室がある。
- ス 1月間の当該入院料を算定しているユニットの患者の述べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の述べ入院日数である。
- セ 新規患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し在宅へ移行すること。
- ソ ストレス疾患専門治療を行うにつき、必要な体制が整備されていること。
- タ ストレス疾患専門治療を行うにつき、十分な構造設備を有していること。
- チ 病院機能の第三者評価を行う機関から認定を受けていること。

ストレスケアユニットにおいて算定可

| | |
|---------------------|--------|
| 社会復帰支援計画加算（退院時のみ1回） | 1,000点 |
| 復職支援計画加算（退院時のみ1回） | 2,000点 |

当該病棟に入院しているストレス疾患の患者に対して、専従の精神保健福祉士および臨床心理士により、3週間以上の社会復帰支援計画を個別に立案し継続的に支援を行った場合は、退院時に1,000点、それに並行して有職者の職場復帰を目的とした復職支援計画を立案し、職場との調整等の支援を行った場合は、さらに2,000点を加算する。なおこの支援においてはその性質上、当事者の意思が重要になるため、社会復帰支援計画加算に関しては本人と保険医療機関との二者、復職支援計画加算に関しては本人及び企業と保険医療機関と三者間の同意に基づくことを前提とする。

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究
分担研究報告書

児童・思春期精神科患者の入院治療の適正化に関する研究

分担研究者 岸本 年史 奈良県立医科大学

研究要旨

児童・思春期病棟を運営している施設について、訪問面談・電話により問い合わせ・文書・その他の資料から検討、考察を加えたところ、その必要とする病床数を算定したところ 20 歳未満の人口 10 万対 3～41 人（平均 15 人）であり、専門的治療を要する可能性がある。しかし、標準化された児童・思春期病棟の治療モデルはまだない。治療モデルの確立とともに診療報酬等において経営的基盤の強化が急務である。

A. 研究目的

軽度発達障害、広汎性発達障害、ADHD などによる軽度発達障害、思春期に特有な神経症性障害・人格障害性疾患および精神病などの受療ニーズは近年高まっているが、現在わが国では 20 歳未満に特化した専用精神科病棟を運営する病院はわずかに全国 20 施設(約 950 病床)にとどまる。地域ネットワークの中心的役割を發揮する当該病棟の普及を早急に図る必要があり、そのための、入院治療の適応、病棟の物理的・社会的構造、治療内容・モジュールとその効果、医療経済的基盤について総合的に研究することを目的とする。

B. 研究方法

平成 18 年度は児童・思春期病棟を運営している施設より、訪問面談・電話により問い合わせ・文書・その他の資料から検討、考察を加えた。

C. 研究結果

表 1 の通り、全国の児童・思春期専門病棟医療施設 16 施設の入院患者数より、それを持たない各県に於いて必要とする病床数を算定したところ 20 歳未満の人口 10 万対 3～41 人（平均 15 人）であり、専門的治療を要する可能性がある。平成 13 年度に稼働していた児童・思春期精神科入院医療加算届出施設のうち 5 施設の病床稼働率は 42.3～82.8%（平均 68.7%）、平均在院日数は 51.9～274.4 日（平均 168.3 日）であったが、1 施設が病棟を統合し加算届けを取りやめたため、4 施設における平成 17 年度の稼働率は 27.4～97.6%（平均 55.6%）、平均在院日数は 63.4～377.4 日（平均 241.9 日）であった。稼働率が 83.1% 平均在院日数 334.4 日の公立 A 病院の当該病棟の某 1 ヶ月分の経費原価 9,902,056 円・収入 9,072,740 円であった。

D. 考察

平均在日数・稼働率に大幅なばらつきがあり標準化された児童・思春期病棟の治療モデルはまだない。また、順調に機能している病棟においても経営的に不採算であり、現在のところ児童・思春期に特化した病棟の運営は困難であると言わざるを得ない。

精神科児童・思春期専門病棟についての課題として、(1)治療の標準化(児童・思春期精神科入院治療の適応、入院治療の構造すなわち病棟の物理的・社会的構造、治療技法、治療スタッフ等、入院治療モデル(軽度発達障害モデル、神経症性障害モデル、人格障害性疾患モデル、精神病モデル)、(2)経済的基盤の検討、(3)総合病院における治療専門ユニットの必要性、(4)海外の状況等があり、さらなる今後の検討が必要である。

E. 結論

社会のニーズに応じて専門化した児童・思春期精神科入院医療が必要である。標準化した児童精神科入院治療の適用、入院構造、入院治療モデルを設定し、それに併せて経済的基盤の強化が必須である。

G. 研究発表

学会発表

・ Current trends in prescribing psychotropic medications for children and adolescents at Nara Medical University Hospital, Japan.

Kanae Kishino, Junzo Iida, Hideki Negoro, Hiroyuki Takahashi, Masayuki Sawada, Toyosaku Ota, Hidemi Iwasaka, Toshifumi Kishimoto

17th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions

Melbourne

2006

・ The relation between event-related potentials in children with AD/HD and severity of AD/HD Symptoms.

Masayuki Sawada, Hideki Negoro, Junzo Iida, Masanori Kyo, Hiroyuki Takahashi, Hidemi Iwasaka, Toshifumi Kishimoto

17th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
Melbourne

2006

・ Early detection of developmental disorder : Sibling study at the Higashiosaka City Rehabilitation Center for Children with Disabilities.

Toyosaku Ota, Junzo Iida, Mitsuhiro Uratani, Kanae Kishino, Hideki Negoro, Hidemi Iwasaka, Toshifumi Kishimoto

17th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
Melbourne

2006

・ 奈良県立医科大学精神科児童思春期外来における薬物療法の変化

岸野加苗、飯田順三、根来秀樹、岩坂英巳、平尾文雄、高橋弘幸、澤田将幸、太田豊作、浦谷光裕、

岸本年史

第 47 回日本児童青年精神医学会 千葉
2006

・ 同胞が幼児期の広汎性発達障害児に及ぼす影響

太田豊作、飯田順三、岸野加苗、根来秀樹、岸本年史

第 47 回日本児童青年精神医学会 千葉
2006

・「子どものうつ」に対するフルボキサミンし
 ようの治療効果について

姜昌勲、飯田順三、根來秀樹、大西貴子、谷
 口弘恵、岸本年史

第 47 回日本児童青年精神医学会 千葉 2006

表 1

| | 入院 者数 (人) | 都道府県 | 都道府県 入院者数 (人) | 都道府県20歳 未満者数 (千人) | 比率 (10万人対) |
|--------------------|-----------------|------|---------------------|-------------------------|---------------|
| 市立札幌病院精神科 | 49 | 北海道 | 70 | 1045 | 7 |
| 北海道立緑ヶ丘病院 | 21 | | | | |
| 茨城県立友部病院 | 59 | 茨城 | 59 | 599 | 10 |
| 千葉市立青葉病院 | 45 | 千葉 | 126 | 1150 | 11 |
| 国立精神・神経センター国府台病院 | 61 | | | | |
| 千葉県立子ども病院 | 20 | | | | |
| 東京都立梅ヶ丘病院 | 499 | 東京 | 499 | 2126 | 23 |
| 神奈川県立こども医療センター | 56 | 神奈川 | 56 | 1665 | 3 |
| 新潟県精神医療センター | 81 | 新潟 | 81 | 472 | 17 |
| 山梨県立北病院 | 40 | 山梨 | 40 | 179 | 22 |
| 静岡県立こころの医療センター | 41 | 静岡 | 41 | 745 | 6 |
| 三重県立小児心療センターあすなろ学園 | 150 | 三重 | 150 | 369 | 41 |
| 大阪府立精神医療センター松心園 | 50 | 大阪 | 131 | 1704 | 8 |
| 大阪府立総合医療センター | 81 | | | | |
| 島根県立湖陵病院 | 40 | 島根 | 40 | 142 | 28 |
| 宮崎県立富貴園 | 19 | 宮崎 | 19 | 244 | 8 |

平成 18 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）

「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」

分担研究報告書

救急医療より見た精神医療の課題

- 分担研究者 本間 正人（国立病院機構災害医療センター救命救急センター部長）
研究協力者 大友 康裕（東京医科歯科大学救急災害医学 教授）
黒川 顕（日本医科大学武蔵小杉病院 院長）
佐藤 守仁（国立国際医療センター 緊急治療医長）
須崎紳一郎（武蔵野赤十字病院救命救急センター救命救急センター部長）
宮内 雅人（日本医科大学高度救命救急センター 助手）
布施 理美（前 川口市立医療センター）
松田 潔（山梨県立中央病院救命救急センター 主任医長）
松本 尚（日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター 講師）

研究要旨：

本分担研究の目的は、身体救急疾患を有する精神疾患患者の患者像と医療内容を明らかにし、精神科合併症病棟の基準と必要数の算定に資する根拠を提示することである。そのために3つの研究計画を立て実行した。第一は、救急病院における精神科救急患者の動態を調査するための調査用紙を作成すること、第二は、主に救命救急センターに入院する精神科救急患者を対象に調査することにより定量的に精神科合併症病棟入院適応患者発生数を明らかにすること、第三に、救命救急センターにおける身体的救急に問題のある精神科患者の問題点を明らかにすることである。調査は、東京都内および近郊の8カ所の救命救急センターおよび救急医療施設を対象に3ヶ月の期間に調査用紙を用いて行った。可能な限り精神科医の診察を受けるものとした。379名の対象者がエントリーされた。死亡症例28例を除く351名で、精神科医の受診は227名であり、身体救急合併症を有している患者は、115名であった。そのうち入院が必要な精神科疾患を合併している患者は46名であった。

精神科受診率を勘案すると、救命救急センター入院患者の2.2%が精神科合併症病棟適応のある新規患者発生数と考えられた。

A. 研究目的

本分担研究の目的は、身体救急疾患を有する精神疾患患者の患者像と医療内容を明らかにし、精神科合併症病棟の基準と必要数の算定に資する根拠を提示することである。現在診療報酬上の精神科病棟には、精神科病棟入院基本料に加えて、精神科救急入院料、児童・思春期精神科入院医療管理加算、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、および数種類の老人性痴呆専門病床がある。しかし、それぞれの病棟で、どのような患者層に対してどのような医療が提供されているのかについての知見はきわめて限られている。特に、身体救急疾患を伴った多くの精神科患者が、救急医療施設とくに三次救急医療施設に搬送されると考えられるが、どのような精神疾患患者がどこの救急医療施設に分布しているのか、救急医療施設での診療の実態、精神科診療との連携、後方精神科病棟への紹介・入院についての実態は明らかでない。

そこで、本分担研究では、身体救急疾患を伴った精神科患者の動態を検討するために3つの目的を立てた。1つは、救命救急センターや急性期医療施設における身体合併症を有する精神科救急患者動態調査のための調査用紙を作成し、小規模な調査を実施することにより調査の問題点と、設問の適切性などについて検討すること。これにより、今後行われるかもしれない全国調査に対しての調査内容や調査における問題点を検討することである。第二に、調査用紙を用いた調査をいくつかの救命救急センターを対象に実施し、救命救急センターにおける精神疾患患者の動態や、特に身体合併症を伴い、かつ、精神疾患治療のために入院を要する患者について定量的に動態を検討すること。第3は、精神科救急の実態と諸問題を定性的あるいは記述的に明らかに

し、精神科医療行政や救急医療行政に対して解決方法についての提言を行うこと以上3点を目的とする。

B. 研究方法

1. 調査用紙の作成

2-3回の分担研究班会議を開催し、調査用紙を作成する。

2. 定量的検討

救命救急センターまたは救命救急センターに準じる施設入院患者（到着時心肺停止患者の死亡症例も含む）のうち「自殺企図」または「精神科病院からの転入」または「来院時精神症状・行動異常（狭義の精神科救急）」「入院中の精神症状・行動異常」のいずれかに該当する患者を対象（広義の精神科救急）として、調査用紙を用いて、3ヶ月間のコホート調査を行う。なお、調査の正確性を確保するために、調査対象患者は精神科医の診察を可能な限り仰ぎ、精神科医による精神科診断と今後の精神科医療の必要性についての返答をうけることに特に配慮した。

調査項目は以下の通りである。

- 1) 年齢、性別、入院経路、入院主病名、救命救急センター退院日、退院時転帰
- 2) 自殺企図、精神科病院・病棟からの転入、来院時精神症状・行動異常、入院中精神症状・行動異常の有無
- 3) 自殺企図の内容、精神異常・行動異常の内容
- 4) 救急医が考える入院の適応と判断
- 5) 精神科医の診察の有無
- 6) 身体合併症の有無、合併症の内容
- 7) 救急医が考える理想的な退院、転院先と実際の退院、転院先
- 8) 精神科コンサルテーションの有無
- 9) 精神科医診断による精神科診断名（ICD-10）、精神科治療の継続の必要性

なお、退院日および在院日数は、救命救急センター退室日、同在院日数とした。

また、身体救急合併症とは、救命救急治療を終了してもなお、身体的救急疾患の治療のために入院治療を継続して必要とする状態と定義し、単なる手首切創や、慢性的な内科的疾患（糖尿病、高血圧など入院が必要とならない合併症）は身体救急合併症にふくまないものとした。精神科診断および精神科医療の継続の必要性の判断は精神科医が行うものとした。

検討としては、各項目について施設間比較するとともに、とくに身体合併症を有し、かつ精神科疾患の治療のために入院を要する患者数を定量的に検討した。なお、調査にあたっては、各施設の倫理委員会の審議を経ることを原則とした。

3. 定性的検討

救命救急センターにおける精神科治療の問題点について定性的に分析するために、第34回日本救急医学会総会パネルディスカッション「身体的問題のある精神科疾患患者の救命救急センターでの対応」(座長黒川顕、黒澤尚)において発表された報告資料を収集し、座長のことばとともに掲載した。

C. 結果

1. 調査用紙の作成

平成18年6月29日、平成18年10月26日の二回にわたり分担研究会議を実施し、調査用紙を作成し、平成18年11月1日から平成19年1月31日の3ヶ月間に調査を実施した。平成18年12月7日には、調査途中に分担研究会議を開催し、調査の進捗状況の報告と調査用紙・調査方法の問題点について検討し調整を図った。

2. 定量的調査

施設の概要および結果の概要

調査には3次医療施設中心とする8施設(A～H施設)が参加した。施設の概要を示す。調査数は合計で379症例(23例の来院時心肺停止状態患者(以下CPAOA)を含む)で、調査期間の全入院患者数は3089例であった。調査医療施設の年間入院患者数は11713例であり、入院患者数の12%が当調査に該当することが明らかとなった。調査対象症例の平均年齢は39.8歳、男性38%、女性62%で女性に多かった。救命センター在院日数は平均7.0日であり、最高11.1日、最低3.0日と施設間のばらつきが多かった。

来院経路

救急車来院が94.5%と大多数を占めた。

転帰・生存者転帰

92.5%が生存、8.5%が死亡であり、死亡症例の78.5%は来院時心肺停止(CPAOA)症例であった。生存者の転帰では、71.4%が自宅退院、10.1%が転棟、18.5%が転院であった。調査適応基準カテゴリー

「自殺企図」が73.1%、「入院中の精神症状・行動異常」が16.0%、「来院時精神症状・行動異常(狭義の精神科救急)」が8.7%、「精神科病院からの転入」が2.1%であった。

自殺企図の内容

自殺企図の内容としては、医薬品中毒が69.8%(処方薬(60.4%)、市販薬(9.4%))であり、農薬中毒2.1%、その他の中毒3.6%、飛び降り9.4%、縊頸5.4%であった。医薬品中毒、飛び降りは都心の医療施設に多く、農薬中毒は地方の施設に多い傾向を認めた。

自殺企図の回数

自殺企図の回数は、初回が50.2%で、二回以上(リピーター)が42.0%であった。

救急医が考える理想的な入院施設

三次救急医療施設が46.7%、三次医療施設以外が44.6%で8.7%は精神科病院が適切であると考えていた。判断には、大きな施

設間格差が認められた。

実際に入院した医療施設

84.6%が三次医療施設に入院していた。三次医療施設以外の入院は、B施設に限局しており施設の特徴と思われた。

入院中の精神科医への受診・診断の状況(死亡症例を除く)

精神科の受診状況(電話でのコンサルテーションを除く)を検討すると、60.2%が精神科医師を受診していた。この227例全例に精神科医による精神科診断がなされている(後述)。検討にあたっては、死亡症例28例を除いた。施設間の格差が著しく、100%受診の施設から、0%の施設まであり、院内における常勤精神科医師の存在の有無、精神科診療形態(外来・入院)の有無が重要と思われた。

身体救急合併症の有無(死亡症例を除く)

身体救急合併症とは、救命治療が終了してもなお、入院しての医療継続が必要な身体的疾患であり、外来通院で診療可能な疾患(手首切創、糖尿病、高血圧など内科的疾患で慢性的なもの)は含まない。死亡例28例を除く検討では、115名(33.1%)で身体合併症ありと診断されていた。身体合併症の頻度については、施設間格差が少なかった。

身体救急合併症の内容

外傷が36.7%(うち骨折あり34例、21.5%)、感染症14.6%、その他20.3%であった。

救急医が考える理想的な退院・転院先

外来・地域フォロー52.3%、精神科病棟20.6%、精神科合併症病棟20.3%、一般病棟入院(精神科往診)5.4%であった。40.9%が精神科入院の継続が理想的と考えていたことになる。

実際の退院先・転院先

外来・地域フォロー68.0%、精神科病棟13.3%、精神科合併症病棟6.5%、一般病棟9.2%で、精神科病棟で入院継続した患者は

19.8%であった。

精神科医疾患の存在により入院期間が延びたと考えられるか

20.4%で考えられる、80.5%で考えられないとの回答であった。

精神科医師による精神科診断(ICD-10)

精神科医を受診した227名全員より精神科医師による精神科診断名が得られた。

16.3%が「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害(F2)」と、24.7%が「気分[感情]障害(躁うつ病を含む)(F3)」と、15.9%が「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(F4)」と、25.6%が「その他の精神及び行動の障害(その他のFコード)」と、17.6%が「保留、不明」と診断された。なお、重複回答は許可しなかった。

「その他の精神及び行動の障害(その他のFコード)」の中には、人格障害(28名、12.3%)、認知症(1名、0.44%)が含まれていた。診断の傾向には、施設間のばらつきが認められた。

精神科医師の診断による、精神科医療の継続性の必要性

69%が外来対応、29.1%が入院対応(15.9%が任意入院、13.2%が強制入院)、1.77%が治療継続の必要性なしと判断された。

身体救急合併症を有する精神患者発生数の定量評価

本調査の結果より、身体救急合併症を有する精神科患者のための身体合併症病棟の必要数の定量評価を試みた。一般的に、身体救急合併症に対して入院適応があるが精神疾患に対して入院適応がない場合は、一般病棟入院、精神疾患に対して入院適応があるが身体救急合併症に対して入院適応がない場合は精神科病棟への入院が必要と考えられる。救急医により救命治療は終了したが継続して入院加療が必要な身体救急合併症を有し、かつ、精神科医師により継続

して入院が必要な精神疾患を有する患者が、精神科合併症病棟に入院が必要と考えられる。(表参照)

1. (粗)身体救急合併症を有する入院治療が必要な精神患者発生数

身体救急合併症を有しており、かつ、精神科医の診断により継続した入院治療が必要と判断された精神疾患を有した患者を「身体的救急合併症病棟の適応患者」とした。身体救急合併症病棟の適応患者数は調査期間中に46名であり、年間推定数に換算すると170名になる。なお、施設Hは精神科受診が無いため、データからは削除した。

2. (修正)身体救急合併症を有する入院治療が必要な精神患者発生数

各施設の精神科医受診率が100%ではないので過小評価される可能性がある。身体救急合併症を有する患者の精神科受診率は平均72%であり、精神科受診率が100%となったと仮定した数を修正身体的救急合併症病棟の適応患者数とした。調査施設において新規に発生する身体救急合併症病棟への入院の適応患者と考えられる「修正身体的救急合併症病棟の適応患者数」は年間で235例あり、調査施設の年間診療件数10890名(H施設を除く)の2.2%に相当する。従って、救命救急センター入院患者1000人あたり22名の身体救急合併症病棟の適応患者が発生することになる。

D. 考察

本研究より明らかになったことは、救命救急センターおよび救急医療センターにおいて、入院患者の12%が本調査のエントリー基準(広義の精神科救急)を満たし、自殺企図が73%を占めること、2回以上の自殺企図患者(リピーター)が42%を占めること、身体的救急合併症を約33%が有していること、精神科医の受診が約60%行われ

ていたことである。

精神科医の受診率に施設間格差が大きいことが明らかとなった。救急医学会の演題発表で、山本は「自殺企図の再発予防のためには、早期に精神科医の診察を受け、診断・治療を受けること」の重要性を指摘している。一方、現在の救命救急センターの設置基準には精神科医の常駐の規定や精神科医療のための加算がない。救命救急センターや救急医療センターは精神科救急患者の受け皿として重要な拠点であり特別な配慮が必要と考えられる。救命救急センターにおいて精神科医が常駐できるような根拠や保険点数の設置や補助金を通しての経済的な援助が今後の課題である。

身体救急合併症の頻度に関しては各施設間でのばらつきが少なかつた一方、精神科医による精神科診断については、施設間のばらつきが大きかった。その理由としては、施設としての精神科受診の基準の存在(たとえば明らかな精神科既往:統合失調症がある場合は精神科受診しない)や精神科医師間の診断基準のばらつきが考えられる。救急患者は入院期間が短く暫定的な精神科診断が求められること、確定診断前に転院・退院して経過追跡が困難であることが挙げられる。再調査の際には精神科診断に対する配慮が必要と思われる。

本研究により「救命救急センター入院患者1000人あたり22名の身体救急合併症病棟の適応患者が発生すること」が明らかとなった。本調査を通して身体救急合併症病棟の算定が行われると考えるが、ベッド数算定にあたっては、発生数とともに在院日数も一つの重要な因子であり、疾患の種類と疾患ごとの在院日数の予想などさらなる検討が必要であると考えられる。

本研究の限界としては、

1) 施設によりエントリー患者の比率が異なり、全例調査が行われていない可能性が

あること、2) 調査対象施設が8カ所と少なく、全国平均に比べて地理的・施設的なバイアスがある可能性があること、3) 今回の調査対象が3次救急医療施設のみであり、プレホスピタルや二次救急医療施設での動態を検討する必要があることが挙げられる。

E. 結語

救命救急センターおよび救急医療施設を対象とした調査を通して「救命救急センター入院患者1000人あたり22名の身体救急合併症病棟の適応患者が発生すること」が明らかとなった。本調査には調査の方法、地理的なバイアス、精神科診断の限界など様々な課題があり、今後さらなる調査と検討が必要と考える。

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

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究（主任研究者 東海大学 保坂隆教授）

分担研究「救急医療より見た精神医療の課題」（分担研究者 本間正人）

第一回 分担研究班会議 次第

日 時 平成18年6月29日（木） 10:30～13:00

場 所 スクワール麴町 7階 シャルマン

- 1, 厚生労働省 挨拶
- 2, 主任研究者 挨拶
- 3, 災害医療センター院長 挨拶
- 4, 分担研究者 挨拶
- 5, 自己紹介
- 6, 今後の本研究班の研究について
- 7, 他の分担研究班との連携について
- 8, 討論（食事をとりながら）

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究（主任研究者 東海大学 保坂隆教授）

分担研究「救急医療より見た精神医療の課題」（分担研究者 本間正人）

第二回 分担研究班会議 次第

日 時 平成18年10月26日（木） 10:30～12:30

場 所 スクワール麴町 4階 羽衣

- 1, 主任研究者 挨拶
- 2, 分担研究者 挨拶
- 3, 伊藤分担研究者、岸分担研究者からの検討要望事項
- 4, 本研究班の調査について
- 5, その他

個人情報保護法・疫学調査に関する倫理指針に関して

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究（主任研究者 東海大学 保坂隆教授）

分担研究「救急医療より見た精神医療の課題」（分担研究者 本間正人）

第三回 分担研究班会議 次第

日 時 平成18年12月7日（木） 10:30～12:30

場 所 スクワール麴町 4階 百合

- 1, 分担研究者 挨拶
- 2, 厚生労働省 挨拶
- 3, 現在進行している調査について
- 4, 救命救急センターにおける精神科救急の問題点について
 - 1) 第34回日本救急医学会総会・パネルディスカッション「身体的問題のある精神科疾患患者の救命救急センターでの対応」について
 - 2) 各地域における精神科救急の諸問題
- 5, その他
 - 倫理委員会提出資料（個人情報保護法・疫学調査に関する倫理指針に関して）
 - 今後の予定・来年度の計画
 - 事務手続きについて

平成18年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究（主任研究者 東海大学 保坂隆教授）

分担研究「救急医療より見た精神医療の課題」（分担研究者 本間正人）

第四回 分担研究班会議 次第

日 時 平成19年3月8日（木） 10:30～12:30

場 所 スクワール麴町 4階 末広

- 1, 分担研究者 挨拶
- 2, 調査結果の概要について
- 3, 第34回日本救急医学会総会・パネルディスカッション「身体的問題のある精神科疾患患者の救命救急センターでの対応」について
- 4, 報告書について
- 5, その他

調査用紙 1

患者 ID

年齢・性別

入院日

入院経路 独歩 救急車 病院紹介 (精神医療施設)

院内発生 (精神病棟)

主病名

退室日(注1)

退室時転帰 生存 (自宅退院、転棟、転院) 死亡

(注1) 退室日はICU退室日とする

自殺企図

精神科病院・病棟からの転入

来院時精神症状・行動異常*

入院中精神症状・行動異常

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

↓
いずれか「あり」

↓
調査用紙 2 へ

* 狭義の「精神科救急」

救急医が考える理想的な退院・転院先

一般病棟（精神科コンサルテーションあり）

精神科病棟 精神科合併症病棟 外来・地域 フォローなし

実際の退院先、転院先

一般病棟（自院 他院） 精神科病棟（自院 他院）

精神科合併症病棟 外来・地域 フォローなし

精神科疾患の存在により入院期間が延びたと考えられるか

考えられる 考えられない

調査用紙3に続く

調査用紙 3 (精神科医師記入)³

精神科医師の判断に基づいての診断名、精神科治療継続の必要性の判断を記載すること

○精神科医の診察がない場合は白紙となります。

精神診断名 (ICD-10)

- 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害 (F2)
- 気分 [感情] 障害 (躁うつ病を含む) (F3)
- 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F4)
- その他の精神及び行動の障害 (その他の F コード)
(性格異常 認知症)
- 保留、不明

精神科治療継続の必要性

- なし
- あり
 - 外来対応
 - 任意入院
 - 強制入院
 - 閉鎖病棟・多床室
 - 隔離・拘束

³ : 精神科医師の判断による診断、精神科治療継続の必要性を記載すること (精神科医の直接の診察が得られない場合は記入の必要なし)