

病棟病床数設定について調査することにした。米国・日本においては保健医療システム・在院日数など医療システムに差があるため、米国における合併症病棟病床数設定をそのまま当てはめることはできない。そこで、一般身体医療現場において、精神医療のニーズがどの程度認識されているのかの日米の差異についても調査することにした。

## 研究方法

米国の身体—精神疾患合併症病棟構築にあたり、病床数をどのように設定したかについて聞き取り調査を行った。また、一般身体科病棟において、精神医療のニーズに日米で差があるのかについて、精神科コンサルテーションの比較を行った。

(倫理面への配慮)

個人が特定されるデータの使用は行わなかった。

## 結果・考察

身体—精神合併症病棟（タイプ IV MPU）を構築するにあたり、病床数の設定について、米国の身体—精神合併症病棟の第一人者である Roger G. Kathol 医師に聞き取り調査を行った。University of Iowa のタイプ IV 身体—精神合併症病棟においては、各科看護師の協力（内科、外科、産婦人科、精神科など）に

より病床数を設定したとのことである。夜間の看護スーパーバイザーによる各科病棟回診の際に、各科病棟のヘッドナースより“身体疾患—精神疾患の合併により、症状の改善が阻害されている症例”を報告してもらい集計した。その結果、総合病院入院の 1—2% が身体—精神合併症病棟入院により恩恵を得られると判断し、病床をオープンした（当初は 8 床、その後 12 床に増床：総合病院病床数 800 床）。この方法は、看護師による認識のため、“精神症状と身体症状のインターアクション”について過小評価している可能性は高い。しかしながら、医師が合併症を認識するよりも優れている。実際、“身体—精神疾患合併症例の認識”において、看護師が認識した症例の 20% 程度しか医師は精神科コンサルテーションにかけていないことも示されている(3)。なお、University of Iowa の身体—精神合併症病棟は、臨床的ならびに医療経済的な有用性・優位性が示されている(3)。

日本においてはどの程度の需要が考えられるであろうか？そこで、日米での一般病床における精神疾患治療の需要に差があるのか調査を行った。今回は一般身体科医師側からみた需要（つまり精神科コンサルテーション）の比較を行った(5)。東海大学付属病院（2003 年度）とミネソタ大学病院（2001 年）における 1 年間の精神科コンサルテーションの比較を行った。その結果、ミネソタ大学は 541/17,629 症例(3.1%)、東海大学は 399/16,903

症例（2.4%）に精神科コンサルテーションの依頼があった(5)。依頼疾患に差は認められたが（例：米国では物質依存症例の精神科コンサルトが多く、日本では心理・社会的なコンサルトが多い）、医師側からみた精神科の需要に臨床的には両国間で差はなく（統計的には有意:カイニ乗=16.4,  $P<0.01$ ）、その他の精神科コンサルテーション需要報告（国・地域を問わず1-5%）と一致していた。したがって、身体-精神合併症病棟の必要病床数（需要）においても、日米間において大きな差は認めないものと予測される。

当然、精神疾患症例の入院が多い一般病棟では精神科の需要は高い。埼玉医科大学総合医療センターは、救命救急センターで治療後の後方病棟（一般身体治療病棟）を備えている。したがって、救命救急センターで治療後に身体的入院治療が必要な症例の多くはその病棟に入院する。救命救急センターには多くの精神科的問題をかかえる症例が入院し（自殺等）、その後の身体的治療が必要な症例が後方病棟に入院するため、精神科医・救急医・病棟看護師によるカンファレンスが週に一度行われている。精神科コンサルテーションを行っている症例にくわえて、“身体疾患-精神疾患の合併により症状の改善が阻害されている症例”の検討を行っている。50床の病床中、時期により異なるが、毎回10-20症例（20-40%の症例）がこれらの症例に該当している。精神疾患・症状は自殺企図

後の症例、頭部外傷後の精神運動興奮状態の症例、せん妄症例など多岐にわたっている。埼玉医科大学総合医療センターには、精神科病床がないため、これらの症例はすべて一般身体治療病棟にての管理となっている。身体疾患治療が必要なため、精神科病院への転院は困難（受け入れ体制がない）であり、管理に難渋することが多い。これらの症例の何パーセントが身体-精神合併症病棟での管理が適しているか（逆に、何パーセントが一般身体疾患治療現場での精神科コンサルテーションでの対応が望ましいのか）は、身体疾患-精神疾患合併症症例の acuity system が確立していない現在、正確な統計は不可能である。現状では、臨床的かつ pragmatic にタイプ I から IV までの身体-精神疾患合併症病棟をバランスよく配置（i.e.,精神科病棟での治療か、一般病棟で精神科コンサルテーションによる治療か、特別な身体-精神疾患治療病棟での治療か）するのが理想であろう。

## 結論

米国では Type IV 合併症病棟の需要は、総合病院病床数の 1-2%と試算されており、臨床的・医療経済的な優位性が示されている。医師側からの一般身体治療現場における精神科介入の需要（精神科コンサルテーション依頼）に日米間で大きな差はなく、身体-精神合併症病棟の需要数にも大きな差はないものと考え

察される。 今後は、身体—精神合併症の重症度をふくめた総合的な acuity level に基づいた、サービス・デリバリー (i.e.,タイプ I ~ I V のどこが適切な治療現場か) の構築が必要である。

## 研究発表

### 論文発表

Kishi Y, Meller W, Thurber S, Kato M, Swigart S, Okuyama T, Mikami K, Kathol R, Hosaka T, Aoki T: Similarities and Differences of Psychiatric Consultation Services between the U.S. and Japan. *Psychosomatics* (in press)

1. 岸泰宏: コンサルテーション・リエゾン精神医学の経済効率, in リエゾン精神医学とその治療学. Edited by 山脇成人. 東京, 中山書店, 2003, pp 11-18
2. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, Nemeroff CB, Bremner JD, Carney RM, Coyne JC, Delong MR, Frasure-Smith N, Glassman AH, Gold PW, Grant I, Gwyther L, Ironson G, Johnson RL, Kanner AM, Katon WJ, Kaufmann PG,

Keefe FJ, Ketter T, Laughren TP, Leserman J, Lyketsos CG, McDonald WM, McEwen BS, Miller AH, Musselman D, O'Connor C, Petitto JM, Pollock BG, Robinson RG, Roose SP, Rowland J, Sheline Y, Sheps DS, Simon G, Spiegel D, Stunkard A, Sunderland T, Tibbits P, Jr., Valvo WJ: Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(3):175-89.

3. Kishi Y, Kathol RG: Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics* 1999; 40(4):345-55
4. 岸泰宏, Kathol Roger G: DPC(Diagnostic Procedure Combination)と精神科, in *医学のあゆみ*(0039-2359), 2005, pp 706-707
5. Kishi Y, Meller W, Thurber S, Kato M, Swigart S, Okuyama T, Mikami K, Kathol R, Hosaka T, Aoki T: Similarities and Differences of Psychiatric Consultation Services between the U.S. and Japan. *Psychosomatics* (in press)
6. Kathol RG, Harsch HH, Hall RC, Shakespeare A, Cowart T: Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 1992; 33(4):376-86.

表 1 精神疾患の有病率

	一般社会	外来	入院
うつ病	2-6%	5-14%	>15%
パニック障害	0.5%	11%	4.5%
身体化障害	0.1-0.5%	2.8-5%	2-9%
せん妄			15-30%
物質依存	2.8%	10-30%	20-50%
Any disorder	16%	21-26%	30-60%

表 2 身体－精神疾患合併症病棟の分類(3, 6)

	精神科重症度	身体科重症度	代表的病棟
タイプ I	低～高	0～低	精神科病棟
タイプ II	0～低	中～高	一般病棟（精神科コンサルテーション）
タイプ III	低～高	中	MPU（精神科運営）
タイプ IV	低～高	中～高	MPU（内科運営）

MPU : Medicine and Psychiatry Unit 身体－精神疾患合併症病棟

## 5. 身体救急（救命救急）病棟

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つた。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がもう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・施設の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

あり  なし

あり  なし

あり  なし

あり  なし

↓  
いずれか「あり」

↓  
調査用紙 2 へ

\* 狭義の「精神科救急」



## 調査用紙 2

## □自殺企図の内容

□医薬品中毒 (□処方薬 □市販薬)

□農薬中毒 □その他の中毒

□飛び降り □縊首

□その他

□初回 □2回目以上(他院も含む)( 回)

## □精神科施設からの転入

□転院 □転棟(自施設内)

## □精神異常・行動異常の内容

□幻覚妄想 □自殺念慮持続 □せん妄 □抑うつ □その他

## 入院の適応と判断

理想的には □三次救急以外 □三次救急 □精神科病院(狭義の精神科救急)

実際は □三次救急以外 □三次救急対応(ICUなど)

## 精神科医へのコンサルテーション

精神科医へのコンサルテーション<sup>1</sup>の有無

□あり(□受診 □電話) □なし(理由 )

精神科医へのコンサルテーションの日時 月 日

診察依頼: □院内精神科医 □かかりつけ精神科医 □その他の院外精神科医

## 身体救急合併症

身体救急合併症<sup>2</sup>の有無 □あり □なし

合併症分類 □感染症 □悪性新生物 □糖尿病 □循環器系疾患

□外傷(□骨折あり) □その他( )

<sup>1</sup>精神科医へのコンサルテーションとは、精神科診断のための診療依頼・相談、および積極的な情報収集を言い、単なる通院歴の聴取は含まない。<sup>2</sup>身体救急合併症とは救命治療が終了しても身体的救急疾患により入院継続が必要なもの。精神科疾患による入院適応は問わない)

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)<sup>3</sup>

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

---

<sup>3</sup> : 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)

## 調査対象施設（救急センター）の概要

病院	常勤精神科医	精神科診療	施設の特徴
A	あり	外来のみ	地方型救命救急センター
B	あり	外来・入院	三次・二次救急疾患を多数受け入れる都心の救急医療センター
C	あり	外来・入院	三次救急を主体とする都心の救命救急センター
D	あり	外来・入院	三次・二次救急を受け入れる都心の救急医療センター
E	あり	外来・入院なし	東京近郊に位置する三次救急を主体とする救命救急センター
F	あり	外来のみ	東京近郊に位置する三次救急を主体とする救命救急センター
G	あり	外来のみ	地方型救命救急センター
H	なし	外来・入院なし	東京近郊に位置する三次救急を主体とする救命救急センター