

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

**精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患
合併症例の対応に関する研究**

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

目 次

I. 総括研究報告	
精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究	・・・1
主任研究者 黒澤尚	
II. 分担研究報告	
1. 精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究	・・・13
分担研究者 平田豊明	
2. 実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究	・・・71
分担研究者 八田耕太郎	
3. 地方における精神科領域の身体合併症に関する研究	・・・97
分担研究者 小林孝文	
4. 一般救急・身体科領域における併存精神疾患に関する研究	・・・127
分担研究者 上條吉人	
5. 認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究	・・・135
分担研究者 栗田主一	
6. 社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する研究	・・・157
分担研究者 岸泰宏	

平成 19 年度厚生労働科学研究 ころの健康科学研究事業
精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

総括研究報告

一般救急医療体制と比較して整備の遅れている精神科救急医療体制、対応不十分である身体合併症医療、および増加する認知症疾患について、それら 3 点を統合する視点での短期的施策および中・長期的に構築すべきシステムの提言が全体の目的である。精神科救急分野では、都道府県が医療計画等により精神科救急医療システムを構築する際に参考となる提言を行うこと、身体合併症分野では、診療報酬上評価すべき診療行為または補助金事業として考えられる機能を提言すること、認知症分野では、認知症対策の中での精神科医療の役割について提言を行うことを目的とした。

そのために、特定地域の全数調査や構築モデルの介入研究による検証といった科学的な手法の下、次の研究組織を編成して研究を実施した。

1. 精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（平田）
2. 実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究（八田）
3. 地方における精神科領域の身体合併症に関する研究（小林）
4. 一般救急・身体科領域における併存精神疾患に関する研究（上條）
5. 認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究（粟田）
6. 社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する研究（岸）

その成果は以下のように要約される。精神科救急については、全国の精神科救急入院料病棟のネットワークを構築して運用実態、身体合併症対応、身体科との連携の実情などを調査した結果、精神科救急病棟群が地方や民間病院へと拡大するにつれて、精神科的三次救急の比率の減少、平均在棟日数の延長など、ソフト化の傾向が認められた。同時に、自宅退院率が増加するなど、治療の継続性が重視される傾向が強まっていた。都市部のみならず地方でも精神科救急医療システムの整備の意義が実証されたが、その実態を把握していない自治体があることから、施策の中・長期的な検証システムの必要性が浮き彫りとなった。

精神科救急治療については、国内初の前向き多施設共同研究が実施され、鎮静法に関するガイドラインの基礎となる成果が得られた。

身体合併症領域については、前向きコホート研究により、精神疾患・身体疾患共に入院水準の身体合併症の発生（罹患率）は人口 10 万人対 25（東京）～36（島根県）という成果が得られた。この数字は、長期的な身体合併症対策、特に精神病床を有する総合病院の配置や機能分化といった点での基礎的数字となる。在院日数メジアン 28 日、1 床あたりの年間対応可能件数 13.0 件（回転）、都の年間の合併症発生件数 3,006 件といった結果から、都の合併症用必要病床数は 231 床、日本における必要数は 2,310 床と推計できた。即日の依頼要請への謝絶率 34%と高率であったこと、および必要な入院がなされなかった患者群に自殺企図後が有意に多かったことは、総合病院型精神病床の充実化と

ともに即応性のための機能分化誘導の施策の必要性を示唆している。

認知症疾患対策については、総合病院型認知症疾患センターには鑑別診断機能、専門相談機能、地域連携機能とともに、BPSDと身体疾患が併存する認知症高齢者に対する救急対応機能が求められていることが明らかになった。また、都道府県別の認知症高齢者数とその増加率には大きな格差があり、特に、大都市圏においてその増加率は著しい。大都市に暮らす認知症高齢者に対する医療資源の整備は急務の課題である。

社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する調査からは、精神医療の機能分化の必要性が明らかになった。特に、総合病院精神科が、より“望まれる機能（e.g.,合併症医療、精神科救急、精神科コンサルテーション）”に特化するには広報等の方策が必要となる。また、かかりつけ医は受療・相談場所として比較的好まれるため、かかりつけ医（家庭医）と精神医療の連携の重要性も示唆された。さらに、認知症の相談・受療場所としては介護保険施設が認知・好感されており、“医療”との連携をどのように進めていくのかが課題と考えられる。

このような精神科救急医療、身体合併症医療、認知症医療に関する疫学的検討、多施設共同研究をさらに推進し、高齢化する人口構造を加味しつつシステム論と技術論を融合させ、現場、患者側、社会にとっての最善を構築する必要がある。

主任研究者：

日本医科大学 黒澤 尚

分担研究者：

静岡県立こころの医療センター	平田豊明
順天堂大学医学部	八田耕太郎
島根県立中央病院	小林孝文
北里大学医学部	上條吉人
仙台市立病院	栗田主一
埼玉医科大学総合医療センター	岸泰宏

A. 研究目的

開始から 10 年以上経た精神科救急医療システム整備事業の運用状況は、依然として地域格差が大きい。技術論についても同様である。その総括をして今後の精神科救急システム再編の具体的手順を示す必要がある。また、精神・身体共に専門医療を要する水準の場合や増加する認知症の合併身体疾患への対応として、総合病院型の精神病床の必要性が益々高まることは自明である。ところが、精神病床を有する一般病院は平成 9～16 年の間に 9.0% 減少しており、このまま無策であれば身体的専門医療を受けられない事例がさらに増加する。このような状況への対処としての研究が不可欠である。

1995 年の精神科救急医療システム事業の開始以来、そのあり方に関する議論は日本精神科救急学会をはじめとする学術集会の場において議論されてきた。しかし、系統だった大規模な調査はなされていない。身体合併症分野では、平成 9～12 年の厚生科学研究「精神医療の機能分化に関する研究」において、公的病院の精神病床併設に関し合併症医療の観点が必要と結論されている。平成 13 年の厚生労働科学研究「精神医療の地域分化や専門的医療に関する研究」では、身体合併症について精神病床を有する総合病院が担う必要性および後方病院との連携の必要性が結論されている。平成 16～18 年の厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容

に関する研究」では、合併症病棟における診療報酬上の分析がなされている。しかし、いずれも不特定の地域の一部の医療機関の調査によるものであるため、その解釈には限界がある。認知症疾患の分野で統合的な救急医療との問題に焦点をおいた大規模な政策的研究は、未だ行われていない。

このような背景から、一般救急医療体制と比較して整備の遅れている精神科救急医療体制、対応不十分である身体合併症医療、および増加する認知症疾患について、それら 3 点を統合する視点での短期的施策および中・長期的に構築すべきシステムの提言が全体の目的である。精神科救急分野では、都道府県が医療計画等により精神科救急医療システムを構築する際に参考となる提言を行うこと、身体合併症分野では、診療報酬上評価すべき診療行為または補助金事業として考えられる機能を提言すること、認知症分野では、認知症対策の中での精神科医療の役割について提言を行うことを目的とした。

B. 研究方法

本研究は、特定地域の全数調査や構築モデルの介入研究による検証といった科学性が従来にない特色である。次の研究組織を編成した。

1. 精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（平田）
2. 実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究（八田）

3. 地方における精神科領域の身体合併症に関する研究（小林）
4. 一般救急・身体科領域における併存精神疾患に関する研究（上條）
5. 認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究（粟田）
6. 社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する研究（岸）

まず、精神科救急については、これまでの精神科救急医療システム整備事業の総括から今後の精神科救急医療センターを核としたシステムへの移行に際して参考となる提言を行うことが目標である。このため1班（平田）において初年度は、①全国の精神科救急入院料病棟のネットワークを構築し、運用実態、身体合併症対応、身体科との連携の実情などを調査した。②

全都道府県の精神科救急医療システムの実態を調査して、1995年からの整備事業の総括を行った。それらの成果から次年度に、各都道府県の精神科救急医療システムにおける精神科救急入院料病棟の位置づけを明確化し、精神科救急医療センターを核とした今後のシステムの配置や機能を明らかにする。最終年度は、前年度に規定した精神科救急医療センターに関する機能評価尺度を、2班（八田）で作成する実証的な鎮静法指針などの技術的視点および他班の結果も加味した総合的視点から作成する。

身体合併症については、身体合併症医療において診療報酬上評価すべき

診療行為または補助金事業として考えられる機能の提案を目標とする。初年度は、人口比・精神科救急総数比の身体合併症発生数・種類・対応困難例の推計値を得るために、都市部である東京にて情報センターであるメンタルケア協議会の協力を得て精神科救急における身体合併症の全数調査を行った（2班：八田）。実施期間は平成19年4月から5月の2ヶ月間。調査項目は、精神科救急の全数、そのうち身体合併症の発生数、それらについて「振り分け・断る・処理できない」といった実態とその詳細、および振り分けられた病院個別の調査である。同時に、精神科病院で発生する専門医療を要する身体合併症の発生数・種類・対応困難例について、身体合併症医療事業を実施している東京都精神保健福祉課の協力を得て全数調査した。さらに、都内の総合病院精神病床に外来や他科経由で身体合併症を理由に入院する数・種類を全数調査した。地方である島根県でも同様の調査を行った（3班：小林）。さらに、救命救急センター入院患者の精神疾患の数・種類・対応困難例についても調査した（4班：上條）。次年度は、3班の結果を照合して都市部と地方との異同を検討するとともに、4班の結果も加味して、わが国の身体合併症医療に必要な総合病院型の精神病床の数と機能を推計する。最終年度は、前年度の成果に5班の成果を加味して、増加が見込まれる認知症疾患にも対応する身体合併症医療のモデルと診療報酬上の

評価に関する検討を行う。

認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究（栗田）については、精神科と身体科、医療機関と地域の連携による統合的救急医療モデルを提案しその有効性を検証することを目標とする。初年度は、先進的医療機関の実態を調査した。次年度は、先進的医療機関のある先進的地域の実態を調査する。前年度の研究と統合して、認知症疾患に対する統合的救急医療モデルを特定地域で実験的に構築する。最終年度に本モデルの有効性を検証する。

社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する研究（岸）については、一般人からのデータを利用することで、社会一般からみた精神医療の利便性・問題点を示すことを目標とする。初年度は、一般人に対して各種精神疾患（精神－身体合併症医療を含む）の症例を提示し、相談場所・受療行動等が無作為に郵送する形式のアンケート調査にて検討した。次年度はプリファレンスから進んでニーズ（メンタル面で問題をかかえている人を簡便な尺度で評価し考慮）についての調査を行い、最終年度にはアンメット・ニーズ（受療が必要なのに受療しない人）の分析にまで発展させる。

倫理面への配慮として、研究実施に際し、各医療機関の倫理委員会の承認を得た。疫学研究および臨床研究の指針に則り、介入研究ではインフォームド・コンセントを得、データはすべて記号化してプライバシー保護に留意

した。

C. 研究結果

1. 精神科救急医療について

平田班のシステムに関する調査では、全都道府県および政令指定都市のうち、56自治体から回答があった。精神科救急事業の実績（電話相談件数、救急受診件数、入院件数等）には、大きな地域差があった。また、実績を十分に把握できていない自治体主管課が少なからず存在する現状が明らかとなった。移送制度の約8割は29条の2の2で占められ、時間外に及んだ事例も4割近くに上った。②23施設から回答があった。病床数は平均51.8床、個室率は54.4%であった。ここに平均6.5人の精神科医師（指定医は3.0人）、28.6人の看護師、3.3人の精神保健福祉士を配置し、2006年度は、年間388.1人の入院患者を平均47.9日で治療し、65.9%を自宅退院させていた。③9施設から368件の初診ケースについて回答があった。4分の1強のケースにおいて、60分以上の診療時間もしくは4人以上の対応職員を要していた。

八田班の精神科救急の実証的な技術構築のための鎮静法研究では、日本の精神科救急の現場が、内服に応じる症例に不必要な筋注を避けるようになってきたこと、および興奮の著しい症例には身体管理しやすい静注による鎮静を選択するようになってきたことが示された。olanzapine、risperidone、quetiapine、chlorpromazineの4剤の比較では、いずれも有効で、

その有効性および安全性に有意な差は認められなかった。静注による鎮静法の比較研究からは、鎮静の速度を優先するなら flunitrazepam を先に投与することが優り、少量で有効という安全性を優先するなら haloperidol を先に投与する方が優るという結論が導き出された。

2. 身体合併症について

八田班の東京都の全数調査から、精神疾患・身体疾患ともに入院水準の患者の発生（罹患率）は年間に人口 10 万人対 25 と推計できた。在院日数メジアン 28 日、1 床あたりの年間対応可能件数 13.0 件（回転）、都の年間の合併症発生件数 3,006 件といった結果から、都の合併症用必要病床数は 231 床、日本における必要数は 2,310 床と推計できた。即日の依頼要請への謝絶率 34% と高率であったこと、および必要な入院がなされなかった患者群に自殺企図後が有意に多かったことは、総合病院型精神病床の充実化とともに即応性のための機能分化誘導の施策の必要性を示唆している。

小林班の調査対象である島根県では、人口 10 万対 31.1 床の総合病院精神科病床があり、入院を依頼された身体疾患合併症例の 90.9% は受入れが可能であった。今回の調査から推定された人口 10 万対身体疾患合併症例数（総合病院精神科病棟入院が適当）は 36.2 名であり、身体合併症治療のために必要な総合病院精神科病床数は 19.8 床（全総合病院精神科病床数の 8.9%）となる。有床総合病院精神科の

約 1 割の病床で、適切な合併症治療を行なうことが可能となるように体制を整備することが必要である。また、総合病院での身体合併症治療には、院外のみならず、院内他科との連携が不可欠であり、コンサルテーション・リエゾン活動の充実およびスタッフ（特に精神保健指定医）の充実が望まれる。

精神科病院、精神科診療所で治療中に発症した身体疾患合併症例の 59.5% は精神病床を有する総合病院へ入院となっていたが、これには地域格差がみられた。特に、二次医療圏内に¹有床総合病院精神科がなければ、十分な精神科的治療を受けることができないような医療機関への転院が多くなる可能性がある。望ましい合併症医療体制を構築するためには、二次医療圏内に¹有床総合病院精神科を整備することに加えて、総合病院を含めた精神科医療施設での身体疾患への対応能力の更なる向上を図ることが必要である。

上條班の救命救急センターにおける調査では、2004 年 8 月～2007 年 7 月までの 3 年間に精神科病床入院中に身体合併症をきたして三次救急施設に依頼された患者は 41 名（男性 21 名、女性 20 名）であった。これは、調査した三次救急施設のキャッチメントエリアの人口 153 万人、精神科病床数：総合病院 262 床；精神科病院 2982 床を背景にした数字である。60 歳以上の高齢者が全体の 62% と半数以上を占めていた。F2 の統合失調症が 67% と半数以上を占めていた。搬送元の精神

科病院は単科精神病院が 33 例、総合病院の精神科病床が 8 例で、全体の約 80%が単科精神病院からの紹介であった。身体合併症の内容では、精神科病院からの患者で最も多かったのは意識障害であるが、全体として身体合併症の診断名としては心肺停止が 6 例 (15%) と最多であった。心肺停止の原因としては肺動脈血栓塞栓症が 2 例、窒息が 1 例、不明が 3 例であった。その他、外因性として熱傷、肋軟骨炎、転落による血気胸、胸部刺創、内因性としてアナフィラキシー、胃潰瘍、敗血症、脳出血、脳梗塞、急性胃拡張、悪性症候群、脱水、麻痺性イレウス、非閉塞性腸管虚血、および慢性リチウム中毒の症例があった。入院時の重症度 APACH II score では、0-20 が全体の 74%を占め、比較的重症度の低い症例が多かった。入院期間は、1 週間以内が全体の 67%であった。予後は、心肺停止の患者は全例死亡した。身体疾患がほぼ治癒して元のレベルに戻った症例が 71%であった。生存例の転院先は搬送元の病院が 31 例、他の病院が 2 例で全体の 94%は搬送元の病院に転院した。

3. 認知症疾患について

栗田班では、平成 18 年度の厚生労働科学研究調査データを参考にして、比較的機能水準が高いと評価されている総合病院型認知症疾患センター (大学病院を除く) に調査協力を依頼し、同意が得られた医療機関に調査票を郵送して回答を得た。いずれの医療機関も救急告示病院の指定を受けて

おり、頭部 X 線 CT を含む神経画像装置を備え、2 人以上の常勤精神科医師、2 人以上の常勤ソーシャルワーカーを配置している。平成 18 年度の実績で、診療科の年間外来新患数は平均 765 人、このうち 46%が 65 歳以上高齢者で、年平均 400 件の電話相談と 223 件の面接相談に応需している。平成 19 年 11 月 1 ヶ月間に新患受診した 65 歳以上の認知症高齢者 (MCI を含む) 160 人のうち、一般医療機関からの紹介 37%、紹介なし 37%、自院の他診療科からの紹介 11%、地域包括支援センターからの紹介 3%、診断別では、アルツハイマー型認知症 (AD) 60%、脳血管性認知症 (VD) 8%、軽度認知障害 (MCI) 23%、重症度では軽度認知症レベル (36%) が最も多く、認知症疑いレベル (28%) がこれに次ぐ。BPSD は 63%、身体合併症は 88%に認められ、鑑別診断後 54%は自院の当該診療科、28%は一般医療機関で継続医療が行われている。新規入院した 65 歳以上認知症高齢者 21 人のうち、入院経路は自宅からが 57%、施設からが 14%、入院理由は 95%が BPSD の対応困難、14%が身体状態悪化である。43%は即日入院が求められ、そのうちの 89%でこれに対応している。診断別では、AD と VD が同頻度で最も多く、中等症以上の認知症が 80%以上を占める。BPSD は徘徊、妄想、脱抑制、せん妄が多く、91%に身体合併症が認められた。

また、認知症の専門医療施設の必要設置件数を算出するための基礎資料として、わが国の全老人の性別年齢階

級別認知症有病率推計値（1985年推計）と国立社会保障・人口問題研究所による「日本の都道府県別将来推計人口」（平成19年5月推計）を用いて、65歳以上の認知症有病者数の将来推計値を都道府県別に算出した。2005年の段階で、認知症有病者数（65歳以上）は2,046,527人であるが、2015年には3,024,080人、2035年には4,448,418人に増加する。2015年および2035年の段階で認知症高齢者数が最も多いのは東京都（273,562人、425,189人）最も少ないのは鳥取県（17,279人、21,376人）、増加率が最も高いのは埼玉県（1.69、3.08）、最も低いのは島根県（1.29、1.46）である。

4. 受療行動のニーズ調査について

岸班では、質問紙に架空の症例を提示し、受療・相談場所を回答してもらう方法を選択した。提示する症例は、統合失調症、うつ病、パニック障害、認知症、軽度認知機能障害、アルコール依存症、がんに伴ううつ病、精神科救急（器質性精神障害）とした。モニター登録者のうち、回答を了承した人を対象とした。1085人よりの回答が得られた。軽度認知機能障害・認知症を除いて、精神科クリニックならびに総合病院精神科が統合失調症、うつ病、パニック障害、アルコール依存症、がんに伴ううつ病、精神科救急（器質性精神障害）の受療・相談場所のファースト・ラインと位置づけられていた。セカンド・ラインとして、精神科専門病院が挙げられていた。

D. 考察

1. 精神科救急について

システム面については、入院件数では東京都と大阪府が群を抜いたが受診件数は岩手県と北海道が1、2位を占めるなど地方でも需要のあることがわかったことから、精神科救急医療システムの整備の意義が実証された。しかし、その実態を把握していない自治体があることから、施策の中・長期的な検証システムの必要性が浮き彫りとなった。このため、自治体主管課が本事業の運用実態を把握するための方法を提案した。また、精神科救急病棟群が地方や民間病院へと拡大するにつれて、精神科的三次救急の比率の減少、平均在棟日数の延長など、ソフト化の傾向にあることが明らかになった。半面で、自宅退院率が増加するなど、治療の継続性が重視される傾向が強まっていることは好ましい変化と捉えられる。もう一点、精神科救急事業の対象となった時間外初診ケースでは通常の前診ケースよりも長時間の診療を要するため、診療報酬上の加算措置が講じられるべきである。

技術論的には、本研究が精神科救急領域の治療に関するわが国初の前向き多施設共同研究となったことに大きな意義がある。さらに、得られた結果は鎮静法ガイドラインの重要な資料として耐えうるものとなった。この多施設共同研究のスタイルを発展させて、実証的なわが国の標準的治療の提示に結実する見込みである。

このようなシステム論と技術論の各々の発展と最終的な融合が、わが国の精神科救急医療の発展に不可欠となる。

2. 身体合併症について

高齢化が進む中、精神・身体共に専門医療を要する患者が増加することは自明であり、その対応として総合病院型精神病床の必要性は益々高まる。ところが精神病床を有する総合病院は減少しており、無策であれば身体的専門医療を受けられない事例の増加が危惧される。このような状況に対して、本研究で得られた人口比の身体合併症発生数の推計値、すなわち精神・身体共に入院水準の身体合併症の発生（罹患率）が人口10万人対25（東京）～36（島根県）という数字は、長期的な身体合併症対策、特に精神病床を有する総合病院の配置や機能分化といった点で、基礎となっていくと考えられる。大都市でも地方でもほぼ同数の罹患率であることが実証できたことは、今後の医療政策に対して大きな説得力をもつ。

また、精神病床から身体合併症のために三次救急施設に搬送された患者では、重症度評価スケールであるAPACH II scoreで20以下の症例が70%以上を占めていた。これは、本来は三次救急ではなく総合病院の精神科病床でも治療可能な患者が相当数いることが示唆しており、その面からも総合病院型精神病床の量・質の充実が望まれる。

3. 認知症疾患について

本研究結果から、総合病院型認知症疾患センターには、鑑別診断機能、専門相談機能、地域連携機能とともに、BPSDと身体疾患が併存する認知症高齢者に対する救急対応機能が求められていると考えられた。また、都道府県別の認知症高齢者数とその増加率には大きな格差があり、特に、大都市圏においてその増加率は著しい。大都市に暮らす認知症高齢者に対する医療資源の整備は急務の課題である。

4. 社会一般の精神医療に対する受療の意識について

本研究結果を踏まえて、今後、精神医療の機能分化をすすめていく必要性が明らかになった。特に、総合病院精神科が、より“望まれる機能（e.g., 合併症医療、精神科救急、精神科コンサルテーション）”に特化するには広報等の方策が必要となる。また、かかりつけ医は受療・相談場所として比較的好まれるため、かかりつけ医（家庭医）と精神医療の連携の重要性も示唆された。さらに、認知症の相談・受療場所としては介護保険施設が認知・好感されており、“医療”との連携をどのように進めていくのが課題であろう。

E. 結論

1. 精神科救急については、全国の精神科救急入院料病棟のネットワークを構築して運用実態、身体合併症対応、身体科との連携の実情などを調査した結果、精神科救急病棟群が地方や民

間病院へと拡大するにつれて、精神科的三次救急の比率の減少、平均在棟日数の延長など、ソフト化の傾向が認められた。同時に、自宅退院率が増加するなど、治療の継続性が重視される傾向が強まっていた。都市部のみならず地方でも精神科救急医療システムの整備の意義が実証されたが、その実態を把握していない自治体があることから、施策の中・長期的な検証システムの必要性が浮き彫りとなった。

2. 精神科救急治療について、国内初の前向き多施設共同研究が実施され、鎮静法に関するガイドラインの基礎となる成果が得られた。

3. 前向きコホート研究により、精神疾患・身体疾患共に入院水準の身体合併症の発生（罹患率）は人口 10 万人対 25（東京）～36（島根県）という成果が得られた。この数字は、長期的な身体合併症対策、特に精神病床を有する総合病院の配置や機能分化といった点で基礎となる。

在院日数メジアン 28 日、1 床あたりの年間対応可能件数 13.0 件（回転）、都の年間の合併症発生件数 3,006 件といった結果から、都の合併症用必要病床数は 231 床、日本における必要数は 2,310 床と推計できた。即日の依頼要請への謝絶率 34%と高率であったこと、および必要な入院がなされなかった患者群に自殺企図後が有意に多かったことは、総合病院型精神病床の充実化とともに即応性のための機能分化誘導の施策の必要性を示唆している。

4. 総合病院型認知症疾患センターには、鑑別診断機能、専門相談機能、地域連携機能とともに、BPSD と身体疾患が併存する認知症高齢者に対する救急対応機能が求められていると考えられた。また、都道府県別の認知症高齢者数とその増加率には大きな格差があり、特に、大都市圏においてその増加率は著しい。大都市に暮らす認知症高齢者に対する医療資源の整備は急務の課題である。

5. 社会一般の精神科領域に関する受療行動上のニーズに関する調査からは、精神医療の機能分化の必要性が明らかになった。特に、総合病院精神科が、より“望まれる機能（e.g.,合併症医療、精神科救急、精神科コンサルテーション）”に特化するには広報等の方策が必要となる。また、かかりつけ医は受療・相談場所として比較的好まれるため、かかりつけ医（家庭医）と精神医療の連携の重要性も示唆された。さらに、認知症の相談・受療場所としては介護保険施設が認知・好感されており、“医療”との連携をどのように進めていくのかが課題であろう。

このような精神科救急医療、身体合併症医療、認知症医療に関する疫学的検討、多施設共同研究をさらに推進し、高齢化する人口構造を加味しつつシステム論と技術論を融合させ、現場、患者側、社会にとっての最善を構築する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

分担研究報告の同項目参照

2. 学会発表

分担研究報告の同項目参照

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究

分担研究者 平田豊明（静岡県立こころの医療センター）
研究協力者 川畑俊貴（京都府立洛南病院）
澤温（さわ病院）
白石弘巳（東洋大学ライフデザイン学部）
杉山直也（横浜市立大学附属市民総合医療センター）
中島豊爾（岡山県精神科医療センター）
八田耕太郎（順天堂大学医学部精神科）

【研究要旨】

目的) ①精神科救急医療システム整備事業（以下「精神科救急事業」もしくは「本事業」）の運用実態を検証すること、②精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」）の運用実態を把握すること、③精神科救急診療に要する時間や人手の実態を把握することを本研究の目的とした。

方法) ①全国 64 の都道府県・政令市の精神保健担当部局に対して、精神科救急事業（移送制度を含む）の概要と 2006 年度の運用実績をアンケート調査した。②2007 年 6 月末現在認可されている 28 の精神科救急病棟を対象としてその運用実態をアンケート調査した。③10 施設を抽出し、2007 年 7 月 23 日から 2 週間の間に初回受診した精神科患者の診療について前向き調査を実施した。

結果) ①56 自治体から回答があった。精神科救急事業の実績（電話相談件数、救急受診件数、入院件数等）には、大きな地域差があった。また、実績を十分に把握できていない自治体主管課が少なからず存在する現状が明らかとなった。移送制度の約 8 割は 29 条の 2 の 2 で占められ、時間外に及んだ事例も 4 割近くに上った。②23 施設から回答があった。病床数は平均 51.8 床、個室率は 54.4%であった。ここに平均 6.5 人の精神科医師（指定医は 3.0 人）、28.6 人の看護師、3.3 人の精神保健福祉士を配置し、2006 年度は、年間 388.1 人の入院患者を平均 47.9 日で治療し、65.9%を自宅退院させていた。③9 施設から 368 件の初診ケースについて回答があった。4 分の 1 強のケースにおいて、60 分以上の診療時間もしくは 4 人以上の対応職員を要していた。

考察) ①厚労省データを加味して、都道府県ごとの救急受診件数と入院件数を一覧表示した。入院件数では、東京都と大阪府が群を抜いたが、受診件数は岩手県と北海道が 1、2 位を占めるなど、地方でも需要のあることがわかった。人口当たりの受診件数と入院率には負の相関があった。また、自治体主管課が本事業の運用実態を把握するための方法を提案した。②4 年分のデータを比較して、精神科救急病棟群が地方や民間病院へと拡大するにつれて、三次救急比率の減少、平均在棟日数の延長など、ソフト化の傾向にあることを指摘した。半面で、自宅退院率が増加するなど、治療の継続性が重視される傾向が強まっていた。③精神科救急事業の対象となった時間外初診ケースでは通常の初診ケースよりも長時間の診療を要するため、診療報酬上の加算措置が講じられるべきである。

結論) 救急医療と急性期医療、それに継続医療を担保する精神科救急病棟の全国展開は、精神科救急医療の水準を向上させるにとどまらず、わが国独自の脱入院化に寄与すると思われる。

A. 研究目的

1995年(平成7年)に国庫補助事業として開始された精神科救急医療システム整備事業(以下「精神科救急事業」もしくは「本事業」)は、名目上、2000年までには全国に普及した。2006年度には、空床確保や情報センター運営などのために、国から12億円、都道府県等の地方自治体から同額、併せて24億円の公費が投じられている。しかし、その運用実態は自治体によって様々であり、投ぜられた公費に見合う事業実績が上がっているのかどうか、実情は把握されていない。本研究では、本事業の運用実績に関する最新データの把握と今後の事業展開への提言を研究目的の第1に据えた。

第2の研究目的は、精神科救急事業において中核的な役割を果たすべき精神科救急入院料認可病棟(以下「精神科救急病棟」)の運用実態の把握と全国展開の促進策の提言である。これまで3年度にわたって同様の調査を実施してきたので、ここでは4年度分を比較する。

第3に、精神科救急外来の実態把握を研究目的とした。救急外来の実態把握に際しては、様々な視点が考えられるが、今回は、迅速性を優先して、任意抽出施設における初診患者のプロフィール把握に焦点化した。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実態調査

全国の47都道府県および17政令市の精神保健担当部局を対象として、資料1に示したような調査票を郵送し、回答を求めた。

2. 精神科救急病棟の運用実態調査

2007年6月末時点で精神科救急病棟を認可された28施設を対象として、資料2に示したような調査票を郵送し、回答を求めた。郵送した施設は以下である。

〈民間病院〉

旭川圭泉病院
公德会佐藤病院
袖ヶ浦さつき台病院
東京武蔵野病院
沼津中央病院
清水駿府病院
聖隷三方原病院
総合診療センターひなが
さわ病院
阪南病院
せのがわ病院
松山記念病院
土佐病院
のぞえ総合心療病院
新垣病院

〈国公立病院〉

宮城県立精神医療センター
栃木県立岡本台病院
群馬県立精神医療センター
千葉県精神科医療センター
国立精神・神経センター国府台病院
神奈川県立精神医療センター芹香病院
山梨県立北病院
石川県立高松病院
三重県立こころの医療センター
京都府立洛南病院
大阪府立精神医療センター
岡山県精神科医療センター
国立病院機構肥前精神医療センター

3. 精神科救急外来診療の実態調査

後記する10か所の精神科医療施設を任意抽出し、2007年7月23日から同年8月6日までの2週間の間に外来初診した患者(再来新患を含む)を対象として、資料3に示した調査票に基づいた前方視的調査を実施した。

調査対象施設は以下である。

千葉県精神科医療センター
 東京都立松沢病院
 神奈川県立精神医療センター 芹香病院
 横浜市立大学精神医療センター
 沼津中央病院
 静岡県立こころの医療センター
 京都府立洛南病院
 さわ病院
 岡山県精神科医療センター
 せのがわ病院

C. 研究結果

1. 精神科救急事業の運用実態

64 自治体のうち 56 自治体 (87.5%) から回答があった。主な調査結果を以下に示す。回答数の合計が 56 を超える項目があるが、これは、神奈川県、大阪府などにおいて、措置入院とそれ以外の入院とで別のシステムとなっているなど、一自治体二制度の自治体が混在するためである。

(1) 措置入院の扱い

- ①措置入院（緊急措置入院を含む）を別個に扱っている ----- 32
- ②措置入院とその他の精神科救急を同じルートで扱っている ----- 24

(2) 運用時間

- ①24 時間 365 日 ----- 11
- ②夜間・休日のみ ----- 48
- ③その他 ----- 8

(3) 電話情報センター

- ①厚労省認可の精神科救急情報センター
 - ・設置されている ----- 43
 - ・設置されていない ----- 14
- ②設置されている場合、電話番号の公開
 - ・一般公開されている ----- 33
 - ・されていない ----- 9
- ③電話対応職員

- ・常勤の専門職 ----- 13
- ・非常勤専門職 ----- 20
- ・その他 ----- 6

④2006 年度の精神科救急事業運用状況

精神科救急情報センター（電話相談センター）の運用実績について、35 自治体から回答があった。後述（8）の精神科救急事業運用実績とともに表 1 に示す。

(4) 精神科救急圏域数

総計 197 ブロックとの回答があったが、国の調査では 154 ブロックである。

(5) 後方転送システム

- ①後方転送システムあり ----- 18
- ②なし ----- 32

(6) 基幹病院と輪番病院

- ①基幹病院制
 - ・あり ----- 31
 - ・なし ----- 27
- ②輪番病院制
 - ・あり ----- 55
 - ・なし ----- 3
- ③その他特定の役割をもつ病院の設定
 - ・あり ----- 30
 - ・なし ----- 26

「その他の特定の役割」としては、身体合併症への対応、救急医療終了後の後方転送、救急医療の最終バックアップ、中毒性疾患の受け入れ、処遇困難ケースの受け入れ、などが挙げられていた。

(7) 精神科急性病棟群

- ①精神科救急入院料認可病棟を取得している病院は合計 62 か所との回答があったが、実際には 35 施設である。
- ②精神科急性期治療病棟入院料の認可施設は合計 220 か所との回答があったが、厚労省調査（2006 年 8 月）によれば、169

か所となっている。

(8) 平成 18 年度運用実績

21 自治体から回答があった。前述 (3) の電話情報センターの運用実績とともに、夜間・休日における電話相談件数、受診件数、入院件数（緊急措置・措置入院を別掲）を表 1 に示した。今回の調査に対する回答のなかった都道府県（政令市を包含）は 6 県であった。

(9) 移送制度

①移送制度の実施要綱

- ・あり ----- 34
- ・なし ----- 18

②運用時間帯

- ・24 時間 365 日 ----- 30
- ・平日日中のみ ----- 15
- ・その他 ----- 6

③移送に要した最長時間

最長 1560 分（26 時間）

④移送実績

56 自治体から回答があった。その回答から、最長所要時間、移送の総件数（入院件数と時間外件数を別掲）、29 条の 2 の 2 による移送件数（同前）、および 34 条による移送件数（同前）を自治体別に表 2 に示す。

表 2 によれば、2006 年度、移送の総件数は 2,324 件で、1,979 件（85.2%）が入院となっていた。また、移送業務が時間外に及んだケースは 920 件（39.6%）に上った。移送業務のうち 29 条の 2 の 2 が 1,857 件（79.9%）を占めており、34 条は 467 件（20.1%）にとどまった。

2. 精神科救急病棟の運用実態

調査を依頼した 28 病院のうち、23 病院から回答があった。主な調査結果を以下に示す。

【A】病院全体の概況

(1) 病院全体の概況

①設立主体

- ・国立・独立行政法人立 ----- 2
- ・都道府県立 ----- 10
- ・その他の公立 ----- 0
- ・民間立 ----- 11

②平均病床数

- 403.6 床
- ・一般病床数を有する施設 ----- 5
- ・一般病床の合計 ----- 1,410 床

③検査体制

(a)血液検査

- ・24 時間検査可能 ----- 18
- ・時間帯により検査困難 ----- 5

(b)生化学検査

- ・24 時間検査可能 ----- 17
- ・時間帯により検査困難 ----- 6

(c)X 線単純撮影

- ・24 時間検査可能 ----- 13
- ・時間帯により検査困難 ----- 9
- ・検査設備なし ----- 1

(d)CT 検査

- ・24 時間検査可能 ----- 14
- ・時間帯により検査困難 ----- 6
- ・検査設備なし ----- 3

④精神科病棟全体の概要

- ・精神科病床数平均 ----- 341.4 床
(最大 743 床、最小 50 床)
- ・看護単位数平均 ----- 7.5 単位
(最大 15 単位、最小 2 単位)
- ・精神科急性期治療病棟(1) ----- 5
- ・精神科療養病棟 ----- 12
- ・認知症疾患治療病棟（包括） ----- 4
- ・認知症疾患治療病棟（出来高） ----- 3
- ・児童・思春期病棟（包括） ----- 2
- ・医療観察法病棟 ----- 3

⑤利用可能な在宅ケアプログラム

- ・精神科デイケア（大規模） ----- 20
- ・精神科デイケア（小規模） ----- 3

・ ナイトケア ----- 5	(a)年間初診患者数（再来新患と職員を除く） ----- 1,556.3人
・ 訪問看護 ----- 22	（最大9,663人、最小49人）
・ 自立支援法日中プログラム	注）最大は一般科を含む
当院で実施 ----- 2	(b)年間外来患者延べ数 --- 59,099.4人
関連法人で実施 ----- 5	（最大210,759人、最小19,149人）
他機関へ委託 ----- 11	注）最大は一般科を含む
・ 自立支援法居住プログラム	(c)うち時間外患者延べ数 --- 784.8人
当院で実施 ----- 2	（最大3,629人、最小153人）
関連法人で実施 ----- 4	注）最大は一般科を含む
他機関へ委託 ----- 8	(d)診療日1日当たり平均外来患者数
	----- 222.1人
(2) 職員配置（回答日現在1施設平均）	（最大860.2人、最小65.6人）
①常勤精神科医師 ----- 14.5人	注）最大は一般科を含む
（最大30人、最小8人）	(e)年間訪問看護件数（診療報酬算定）
・ 精神保健指定医 ----- 10.1人	----- 2,177.9件
（最大21人、最小5人）	（最大6,051件、最小41件、無回答1）
・ 精神保健判定医 ----- 3.2人	(f)年間デイケア通所者延べ数
（最大16人、最小0人、無回答7）	----- 15,312.2人
・ 特定医師 ----- 1.5人	（最大47,645人、最小1,341人、無回答1）
（最大5人、最小0人、無回答5）	(g)1日平均デイケア通所者数
②常勤看護師 ----- 177.1人	----- 61.1人
（最大691人、最小40人）	（最大163.0人、最小10.6人、無回答1）
・ 救急対応看護師	②病棟部門
救急対応専任あり ----- 5	(a)年間延べ在院患者数-- 114,252.3人
管理当直看護師で対応 ----- 12	(b)1日平均在院患者数 ----- 313.0人
病棟から随時応援 ----- 4	（最大664.2人、最小48.5人）
③常勤コメディカルスタッフ	(c)年間病床利用率 ----- 86.5%
・ 精神保健福祉士 ----- 9.7人	（最大99.9%、最小61.2%、無回答1）
（最大22人、最小3人、無回答2）	(d)年間入院件数 ----- 953.9件
・ 心理療法士 ----- 4.2人	（最大3,594件、最小376件）
（最大15人、最小0人、無回答1）	注）最大は一般科を含む
・ 作業療法士 ----- 9.2人	(e)年間退院件数 ----- 961.9件
（最大26人、最小1人、無回答1）	（最大3,571件、最小376件）
・ 救急対応コメディカル	注）最大は一般科を含む
常時救急対応可能 ----- 5	(f)年間病床回転率 ----- 3.8
時間帯によっては困難 ----- 13	(g)平均在院日数 ----- 93.6日
配置されていない ----- 4	（最短39.2日、最長295.5日）
(3) 診療実績（平成18年度1施設平均）	
①外来部門	

- (4) 電話相談体制
- ①精神科救急情報センター（厚労省認可）
- ・院内に設置されている ----- 5
 - ・設置されていない ----- 17
 - ・無回答 ----- 1
- ②電話受け付け時間帯
- ・24時間 ----- 16
 - ・時間制限あり ----- 4
 - ・無回答 ----- 3
- ③電話対応スタッフ
- ・原則として精神保健福祉士・看護師など専任スタッフが対応 ----- 12
 - ・原則として医師が対応 ----- 5
 - ・その他 ----- 4
 - ・無回答 ----- 3
- ④電話相談件数（平成18年度1施設平均）
- 4,981.1件
（最大27,531件、最小100件、無回答6）
- (5) 都道府県の精神科救急医療事業への参加状況
- ①参加状況
- ・基幹病院として参加 ----- 11
 - ・輪番病院として参加 ----- 10
 - ・その他の形で参加 ----- 1
 - ・参加していない ----- 0
 - ・無回答 ----- 1
- ②この事業を経由した診療件数（平成18年度）の1施設平均数
- ・総診療件数 ----- 469.3件
（最大2,040件、最小0件、無回答5）
 - うち入院 ----- 129.9件
（最大371件、最小0件、無回答5）
- ③個室 ----- 18.6床
- （最大21室、最小3室、無回答1）
 - (a)平均床面積 ----- 12.4平米
（最大17.9平米、最小8.3平米、無回答2）
 - (b)酸素・吸引設備 ----- 2.5室
（最大14室、最小0室、無回答1）
 - (c)ステンレス製の便器設置 ---- 5.2室
（最大14室、最小0室、無回答2）
 - (d)モニター装置 ----- 6.4室
（最大25室、最小1室、無回答8）
- ④多床室 ----- 23.5床
- （最大56床、最小10床、無回答1）
 - (a)1床当たり床面積 ----- 7.0平米
（最大8.4平米、最小5.3平米、無回答2）
 - (b)酸素・吸引設備あり ----- 2.0床
（最大26床、最小0床、無回答3）
- ⑤利用可能な医療設備（無回答1）
- ・心肺モニター ----- 18
 - ・AED等の除細動装置 ----- 22
 - ・人工呼吸器（閉鎖循環式麻酔用） -- 8
 - ・パルス型電気刺激装置 ----- 8
 - ・輸液加温装置 ----- 7
 - ・エアーマット ----- 22
 - ・下腿マッサージ器 ----- 11
- (2) 職員配置（回答日現在1施設平均数）
- ①専任医師
- (a)配置数 ----- 6.5人
（最大25人、最小1人、無回答1）
 - うち指定医 ----- 3.0人
（最大9人、最小1人、無回答1）
 - (b)勤務形態
- 【B】精神科救急病棟の運用概況（回答日現在の1施設平均）
- (1) 当該病棟の施設・設備
- ①病床数 ----- 51.8床
（最大114床、最小32床、無回答1）
- ②隔離室 ----- 9.6室

- ・原則として他の病棟の入院患者を担当しない ----- 4
- ・他の病棟の入院患者を担当する医師も含まれる ----- 17
- ・その他 ----- 1
- ・無回答 ----- 1
- ②常勤看護師 ----- 28.6人
(最大56人、最小17人、無回答1)
- ③常勤コメディカルスタッフ
- (a)配置数 ----- 3.3人
(最大12人、最小2人、無回答2)
- (b)勤務形態
- ・原則として他の業務を兼務しない ----- 11
- ・他の業務を兼任するスタッフも含まれる ----- 10
- ・その他 ----- 0
- (3) 当該病棟入院患者に対する電気けいれん療法(平成18年度1施設平均数)
- ①年間総件数 ----- 115.3件
(最大781件、最小0件、無回答1)
- (a)うち修正型 ----- 43.4件
(最大172件、最小0件、無回答8)
- (b)うち麻酔医立ち合い ----- 108.3件
(最大781件、最小0件、無回答8)
- (c)うちパルス型電気刺激器使用 ----- 121.4件
(最大781件、最小0件、無回答8)
- ②実施患者の実人数 ----- 14.6人
(最大90人、最小0人、無回答3)
- (4) 当該病棟の治療プログラム
- ①当該病棟の入院患者に実施している治療プログラム
- ・入院生活技能訓練療法(SST) ----- 6
- ・精神科作業療法 ----- 16
- ・心理教育プログラム ----- 14
- ・服薬指導 ----- 20
- ②クリニカルパスの活用

- ・実際に患者に用いている ----- 11
- ・存在しているが現在用いていない ----- 1
- ・存在しないが試作中 ----- 4
- ・存在しないが検討中 ----- 5
- ・検討もされていない ----- 1
- ・無回答 ----- 1

(5) 当該病棟の診療実績(平成18年度1施設平均数)

①当該病棟の運用概況

- (a)年間延べ在棟患者数 --- 16,541.0人
(最大39,239人、最小9,706人、無回答1)
- (b)年間病床利用率 88.2%
(最大99.9%、最小66.4%、無回答1)
注)各施設の回転率を単純平均したものの。
- (c)年間病床回転率 ----- 7.9回転
(最大11.2回転、最小4.9回転、無回答1)
- (d)平均在棟日数 ----- 47.9日
(最大88.2日、最小22.5日、無回答1)
注)各施設の在棟日数を単純平均したものの。延べ在棟患者数を年間入院退院件数の平均で除した計算では、46.4日となる。
- (e)新規患者率(述べ在棟患者数に占める新規患者—3ヶ月以内に精神科への入院がない患者—の比率) ---- 76.2%
(最大99.9%、最小43.1%、無回答1)
- (f)在宅移行率(3ヶ月以内に自宅退院した患者の比率) ----- 64.9%
(最大80.4%、最小41.8%、無回答1)
- ②年間入院件数 ----- 388.1件
(最大1,212件、最小234件、無回答1)
- (a)院内他病棟からの転入 ----- 23.2件
(最大75件、最小0件、無回答2)
- (b)入院(転入)時の入院形式
- ・緊急措置入院 ----- 22.0件
(最大109件、最小0件、無回答1)