

平成 20 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 20 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 黒澤 尚

平成 21 年 (2009) 年 3 月

平成 20 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 20 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 ..... 11  
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 ..... 51  
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 ..... 75  
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 ..... 111  
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 ..... 119  
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 ..... 149  
分担研究者 岸泰宏
  
  7. 一般病床における精神・身体疾患合併症例の対応に関する研究 ..... 175  
分担研究者 内村直尚
  
  8. 合併症をもつ精神科入院患者に対する看護必要度の実態把握に関する研究 ..... 193  
分担研究者 大竹眞裕美

平成 20 年度厚生労働科学研究 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

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）
7. 一般病床における精神・身体疾患合併症例の対応に関する研究（内村）
8. 合併症をもつ精神科入院患者に対する看護必要度の実態把握に関する研究（大竹）

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、精神科救急入院料病棟群が、わが国の精神科救急事業（マクロ救急）と急性期医療（ミクロ救急）を牽引する治療装置であることが示唆された。また、消防本部調査で明らかとなった精神科救急医療の現状に対する救急隊の批判的な見解を直視して改革の作業に取り組む必要がある。

精神科救急治療については、国内初の無作為化・盲検化した多施設共同研究を実施し、救急入院 8 週間という急性期においては、olanzapine、risperidone が quetiapine、aripiprazol に優るという結果が示された。同時に、専門家への救急・急性期治療質問票の集計解析を行い、実証性の面およびエキスパートコンセンサスの面から、相補的に、精神病性障害の救急・急性期治療に関するガイドラインの基礎となる核心的成果が得られた。

さらに、精神科救急、身体合併症、認知症のいずれの面からも総合病院型精神科病床の必要性が裏付けられた。同時に、既に総合病院型精神科病床が絶対的に不足の状況になっていることも明らかになった。したがって、総合病院型精神科病床の絶対数を増やす必要性、および総合病院型精神科病床への入院は原則的に、①救急・急性期、②身体合併症、③ECT、④初発精査といった目的に絞る必要性を提言する。総合病院型精神科病床の保護・増床を求める以上、その質に



については、医療側自ら相応の患者に対応するという原則を認識する必要がある。しかし医療にフリーアクセスであるという日本の医療制度の事情から、医療側のみからその原則を打ち出しにくい。したがって、このような実証的検討に基づく提言を行い、それに基づき国から一定の指針が出されることが好ましいと考えられる。

認知症疾患対策については、「もの忘れ外来」には、1)専門医療相談機能、2)鑑別診断機能、3)地域連携機能の一部が求められており、「認知症疾患医療センター」には、上記の機能に加えて、3)さらに高度な地域連携機能、4)周辺症状と身体合併症に対する急性期医療、5)地域の保健医療福祉関係職に対する研修機能が求められていることが明らかとなった。認知症に対する医療機能について以下の7つの潜在因子が抽出された：1)鑑別診断機能、2)BPSD/身体合併症入院対応機能(救急対応、終末期医療を含む)、3)かかりつけ医機能、4)往診・訪問診療機能、5)BPSDに対する外来対応機能、6)介護機関との連携機能、7)専門領域の身体合併症の外来対応機能。

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
日本医科大学武蔵小杉病院	岸泰宏
久留米大学医学部	内村直尚
福島県立医科大学看護学部	大竹眞裕美

## 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。

平成19年度の成果から提言した精神科救急医療事業の運用実績の集計システムの様式は平成20年度から国・自治体の制度に組み込まれ、推計した精神疾患・身体疾患ともに入院水準の患者の人口比発生率（罹患率）は平成20年度新設の精神科救急・合併症入院料の根拠となり、提言した認知症疾患医療センターは平成20年度に事業化されるなど、行政施策に貢献してきた。また、精神科救急多施設共同研

究によるエビデンスの蓄積は研究期間中に精神科救急ガイドラインにまとめられる見込みであり、この領域の統合的発展に寄与している。

平成 20 年度は、精神科救急システムにおける精神科救急入院料病棟の位置づけの明確化、急性期薬物療法の RCT や身体疾患・認知症疾患の行動救急としての薬物療法の検討、時間外受診者の合併症や救命センターに搬送される精神障害者・自殺企図者の身体合併症の問題点の明確化、認知症疾患に対する先進的地域の実態の把握、身体疾患・認知症疾患合併症例に対する社会一般からみた精神医療の問題点の明確化を目的とした。

## 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て成果を統合する方法をとった。

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（栗田）
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）

7. 一般病床における精神・身体疾患合併症例の対応に関する研究（内村）
8. 合併症をもつ精神科入院患者に対する看護必要度の実態把握に関する研究（大竹）

個々の具体的な研究方法は各分担研究者の報告書の項を参照。

## 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、全国の 736 の消防本部から回答があった（回答率 91.2%）。精神疾患関連の救急搬送件数は、人口 1 万人に対して月間 10.7 件、搬送時間は 35.8 分で、全件平均（38.0 分）より短かったが、精神疾患患者が精神科を受診する場合、一般科を受診するよりも、受診先を探すのに苦勞すること、患者本人の受診拒否が多いこと、リピーターが多いことなどの問題点が指摘された。精神科救急事業については、81.1%の消防本部が存在を認識していたが、利用経験があると回答したのは 51.1%、同事業の有用性を認めたのは 61.8%にとどまった。精神科救急病棟認可施設に関する調査では、28 カ所から回答があった（回答率 70.0%）。病床数は平均 51.5 床、個室率は 58.8%であった。ここに平均 5.5 人の精神科医師（指定医 3.2 人）、27.8 人の看護師、2.9 人のコメディカルスタッフを配置し、2007 年度は、年間 390.4 人の入院患者を平均 44.0 日で治療し、65.5 %を自宅退院させていた。

八田班の精神科救急の実証的な技



術構築のための急性期治療 RCT では、8 週間単剤で対応可能かどうかを指標として Kaplan-Meier 法で推計したところ、治療中止となった症例の割合は、olanzapine (11.8%)、risperidone (25.0%)、aripiprazol (52.5%)、quetiapine (55.0%) といった結果で、Log Rank test によるペアごとの比較では前 2 者が後 2 者より有意に低かった。中止理由はほとんどが改善効果の問題であった。一方、8 週間完遂例の改善効果を PANSS 評点の推移で比較したところ、4 剤間に有意差は認められなかった。

これらの結果と現場感覚との乖離の有無について日本精神科救急学会医師会員を対象に調査したところ、本研究結果に納得できる水準はメジアン 8 (9 段階評価) で、良好な評価であった。内服による鎮静薬剤としては Risperidone (78%) が、筋注による鎮静は Haloperidol (68%) が、静注による鎮静は Haloperidol (69%) が、急性期治療を開始する際の抗精神病薬の第一選択は Risperidone (78%) が最も支持されていた。

## 2. 身体合併症について

八田班の東京都の全数調査の結果、総合病院型精神病床への入院目的は、救急・急性期 43% > 合併症 15% > ECT 13% > 初発精査 12% > 神経症圏休息 10% > BPD リスク回避 4% の順であった。入院予約の目的は、救急・急性期 32% > 初発精査 19% > ECT 16% > 身体合併症 9% > 神経症圏休息 8% > BPD リスク回避 3% の順であった。総合病院型精神病床を必要とするが一

般病床で対応中の患者数は、身体合併症 84 > 救急・急性期 29 > 初発精査 3 の計 116 例と推計できた。調査当日入院を要するが断った事例数は、有床 11、無床 7 の計 18 例と推計できた。認知症疾患併発例は 7% であった。

小林班の島根県の調査では、有床総合病院精神科 5 施設 (回答率 100.0%)、精神科病院 10 施設 (回答率 83.3%)、精神科診療所 9 施設 (回答率 52.9%) から回答があり、調査期間中の時間外受診者のほぼ全数が把握できたと考えられた。523 名の時間外受診者の 71.3% は総合病院精神科に受診しており、他院で治療中の患者も 24.1% 含まれていた。時間外受診者の 27.9% に治療が必要な身体疾患があり、その 83.4% は総合病院精神科に受診していた。24.0% は自殺企図、18.5% は精神科的な治療との関連が推測される身体疾患であった。時間外受診者の 9.0% に入院治療が必要な身体疾患がみられ、その 40.4% は自殺企図に起因する身体疾患であった。精神科医が適切な施行が困難と考えている身体疾患の治療に必要な手技は、気管内挿管による気道確保、人工呼吸器使用、中心静脈確保、除細動、輸血、喉頭鏡などによる異物除去、強心剤使用、シーネ固定などであった。

上條班の救命救急センターにおける調査では、179 名の対象患者において、入院期間が 1~2 日の短期入院が 53%、重症度の指標とされる APACHE II score で 20 以下の症例が 9 割以上を占めており、転帰として 78% がほか



りつけに再度受診する形の自宅退院であった。かかりつけの医療機関としては、クリニックがほとんどであった。また、救命救急センターでの精神科医療の評価としての診療報酬改定前後の比較では改定前の平成18年、平成19年4月～9月と改定後の平成20年4月～9月では、前が患者数計19名、35名なのに対して、後では50名と増加していた。

内村班の久留米大学病院の一般病床を対象にした調査では、一般病床入院実数7532人のうち何らかの精神科サービスの対象となったのは319人(4.2%)で、このうち既存の精神障害に関する相談は68件であったが、精神科病棟への入院を必要とした者は16名に過ぎなかった。精神障害者の身体合併症治療においては、身体科医師は診断名に依拠する傾向が強く、精神科医は診断名は殆ど重視せず現在の精神状態や本人、家族の意見なども勘案して入院先の病棟を決めようとする傾向が強く、両者の間で判断の違いがあることが明らかとなった。また、身体科の看護スタッフの理解の乏しさや協力の不足を障壁と考える意見が精神科医の9割近く、身体科医の3分の2以上にみられた。

大竹班の精神病床で入院治療を受けている精神疾患と身体疾患を併せもつ患者の「看護必要度」の実態を明らかにする調査では、看護必要度評価の対象となった患者数は合計141名(男性81名、女性59名、未記入1件)であった。年代では、60歳代が3割と

最も多く、次いで70歳代、40歳代となっていた。調査期間に対象病棟に入院していた患者の精神科での主な診断名では、各病棟とも統合失調症、総合失調症型障害および妄想性障害が最も多いが、一般住民の入院にも対応するH01A病棟では、症状性を含む器質性障害が3割を占めていた。対象となった患者の調査時点での治療期間は、1週間以内が30名と最も多く、次で8日～14日目の14名で、治療期間1か月以内が62名と全体の4割を占めていた。一方、全体の約4分の1となる36名は3ヵ月(13週)以上の治療期間となっており、病棟別に在院患者の治療期間を比較すると、H01D病棟では約4割にあたる15名の患者の治療期間が13週以上となっていた。また、身体合併症治療患者が在院患者全体に占める割合を病棟別にみるとH01D病棟だけが約7割となっており、身体合併症治療病棟の効率的な病床利用という観点からは、どのような事情によって3割の患者が合併症治療病棟に留まっているのかを確認する必要がある。また、A公立病院の身体合併症治療病棟4か所全てで、5日間の調査期間を通じて「重症度」の評価基準を満す患者が6割以上、「重症度・看護必要度」の評価基準を満たす患者が5割以上という実態であることが判明した。

### 3. 認知症疾患について

栗田班の<研究1>から、「もの忘れ外来」には、1)専門医療相談機能、2)鑑別診断機能、3)地域連携機能の一

部が求められており、「認知症疾患医療センター」には、上記の機能に加えて、3)さらに高度な地域連携機能、4)周辺症状と身体合併症に対する急性期医療、5)地域の保健医療福祉関係職に対する研修機能が求められていることが明らかとなった。専門医の70%は、認知症高齢者数8000人につき少なくとも1件の「認知症疾患医療センター」が必要と考え、認知症高齢者数1600につき少なくとも1件の「もの忘れ外来」が必要と考えている。＜研究2＞からは、認知症に対する医療機能について以下の7つの潜在因子が抽出された：1)鑑別診断機能、2)BPSD/身体合併症入院対応機能（救急対応、終末期医療を含む）、3)かかりつけ医機能、4)往診・訪問診療機能、5)BPSDに対する外来対応機能、6)介護機関との連携機能、7)専門領域の身体合併症の外来対応機能。

#### 4. 受療行動のニーズ調査について

岸班の調査では、155医師よりの回答が得られた。一般身体科医は、精神科疾患を合併した症例が増加していると感じていることが多い。精神科的な介入を行う意志はあるものの、コミュニケーションの時間的な問題、精神医療専門家との連携が少ない点が問題となっている。各疾患については、認知症、精神病（統合失調症）、不安障害（パニック障害）、アルコール依存症の正答率は高かった。

### D. 考察

#### 1. 精神科救急について

システム面については、消防から見た前記の問題点のうち、受診先確保の困難を解決するためには、電話情報センターの整備をはじめとする精神科救急事業の均霑化が不可欠である。また、飲酒酩酊患者や救急車の頻回利用者など、利用者側の問題点を解決するためには、利用者の求めに応ずることを原則とする現在の搬送制度のあり方を改める必要がある。また、精神科救急病棟は、精神科救急事業の基幹的医療施設であるとともに、治療技術を革新し蓄積する作業現場とも位置づけられ、医療経済的にも医療費の総額を抑制する効果がある。また、今年度に新設された合併症型の精神科救急病棟は、精神科救急事業における身体管理能力向上の手がかりになるものと期待される。

技術論的には、精神病性障害の救急・急性期治療における第二世代抗精神病薬4種のうちの第一選択に関する実証的な成果が得られた。本研究結果に対する日本精神科救急学会医師会員の現場感覚からの納得度の水準はメジアン8（9段階評価）であったことから、本研究結果と現場感覚との乖離は少ないと考えられる。内服による鎮静薬剤は Risperidone が、筋注による鎮静は Haloperidol が、静注による鎮静は Haloperidol が、急性期治療を開始する際の抗精神病薬の第一選択は Risperidone が最も支持されていたことも、本研究結果と矛盾せず、相補う成果となっている。

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

東京都の全数調査から、総合病院の精神病床である必要がない（単科ストレスケア病棟の適応）と考えられる神経症圏休息および BPD リスク回避目的の入院患者は 14%にすぎず、総合病院有床精神科は、期待される機能をほぼ十分にまっとうしていることが判明した。入院予約の種類・数から見ても、総合病院の精神病床である必要がない患者の入院予約は多くない。したがって、総合病院有床精神科は、期待される役割を果たそうとしていることが明白に窺われた。参加病院病床数 632 床に対して 99 例、16%にあたる患者が入院予約患者として待機しているわけであるから、総合病院型精神病床利用率が 86%であったけれども、事実上空床はなかったといえる。

134 床が調査当日不足していた総合病院型精神病床数と推計できた。神経症圏休息および BPD リスク回避目的の入院患者は 75 例、100%換算すると 117 例であったため、これらをすべて単科ストレスケア病棟等に誘導できた場合、不足の総合病院型精神病床は 17 となる。つまり、機能分化誘導の施策を強力に推進しても、既に総合病院型精神病床はその果たすべき役割からすれば病床不足の状態にある。調査当日入院を要するが断った理由として個室満床が 71%であったことを考え併せると、個室中心の増床の必要性が

推察される。認知症疾患併発例は 7%であり、まだ GHP 病床を圧迫する状況にはない。しかし前年度の全都調査で判明したとおり平均年齢は既に高く、さらに高齢化が加速度的に進むことを考慮すると、認知症疾患併発例の増加は自明であり、その対策としても総合病院型精神病床の機能誘導、量の確保は政策的に必要である。

島根県の調査からは、時間外受診者の施設形態による対応件数の差異が大きく、身体疾患も含めて危機介入的な対応が求められる受診状況となっていることが明らかになった。このため、非自発的な入院中心の精神科救急医療体制の見直しが必要であり、機能分化と連携についても、負担を均等化するような方略が必要であると考えられる。一般医療との連携、精神科医療全般における身体疾患への対応能力の向上が必要であり、特に総合病院精神科の現状の改善（医師確保などの体制整備）が必要である。

一般病床における調査からは、適切な専門サービスが提供される限り既存精神疾患は一般病棟における治療への影響は最小限と考えられた。一般病棟への入院基準が身体科医師と精神科医とで大きく異なること、看護スタッフの協力不足などが示唆され、意識改革への具体的な取り組みが必要と考えられた。

看護側からの調査では、精神病棟 15 対 1 の入院基本料での人員配置で身体ケアに関する項目で評価した場合でも、密な看護を必要とする患者が半



数以上を占める現状に対応することの困難さが明らかになった。

### 3. 認知症疾患について

本研究結果から、認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関に求められる機能と必要設置件数が示された。また、認知症に対する医療機能の潜在因子を考慮することによって、地域における認知症医療資源分布の現状を評価するための質問票を作成することができる。

### 4. 社会一般の精神医療に対する受療の意識について

質問紙による回答であるため、正答率は高く予想されるものの、うつ病（とくに身体疾患に伴ううつ病）、ならびにせん妄（とくに低活動型）の診断正答率は低く、教育を越えた、今後の精神医療と身体医療の連携システムでの新たな方策が期待される。また、身体疾患と精神疾患の治療現場としては、総合病院型精神病床が最も期待されている。総合病院精神科は病床削減・精神科閉鎖などの逆風にさらされており、総合病院精神科の重要性を尊重する政策上の後押しが必要である。

## E. 結論

1. 精神科救急病棟群の調査からは、この病棟が、わが国の精神科救急事業（マクロ救急）と急性期医療（ミクロ救急）を牽引する治療装置であることが示唆された。しかし、この病棟群の医療の質を担保し続けるためには、全国レベルのモニタリングとフィードバックのシステムが不可欠である。

2. その意味でも、国内初の精神科救急多施設共同の精神病性障害に対する第二世代抗精神病薬の RCT の成果は実証性の面から、専門家への救急・急性期治療質問票の集計解析はエキスパートコンセンサスの面から、相補的に精神科救急・急性期治療ガイドライン作成のための核心的資料となる。

3. 今回の消防本部調査で明らかとなった精神科救急医療の現状に対する救急隊の批判的な見解を直視して改革の作業に取り組む必要がある。

4. 今年度の成果においても、精神科救急、身体合併症、認知症のいずれの面からも総合病院型精神病床の必要性が裏付けられた。同時に、既に総合病院型精神病床が絶対的に不足の状況になっていることも明らかになった。したがって、総合病院型精神病床の絶対数を増やす必要性、および総合病院型精神病床への入院は原則的に、①救急・急性期、②身体合併症、③ECT、④初発精査といった目的に絞る必要性を提言する。総合病院型精神病床の保護・増床を求める以上、その質については、医療側自ら相応の患者に対応するという原則を認識する必要がある。しかし医療にフリーアクセスであるという日本の医療制度の事情から、医療側のみからその原則を打ち出しにくい。したがって、このような実証的検討に基づく提言を行い、それに基づき国から一定の指針が出されることが好ましいと考えられる。

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。

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

栗田班の成果は、平成 20 年 7 月 6 日付け朝日新聞の 1 面で報道された。

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

平成 20 年度厚生労働科学研究補助金（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」  
分担研究報告書

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） 鴻巣泰治（埼玉県立精神保健福祉センター）

佐藤雅美（東京武蔵野病院） 澤澤（ほくとクリニック病院） 白石弘巳（東洋大学ライフデザイン学部）

塚本哲司（埼玉県立精神保健福祉センター） 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消防による精神疾患ケースの搬送実態を把握すること。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。

方法 ①全国 807 の消防本部（局）に対して、平成 20 年 4 月 1 日から 6 月 30 日までの 3 ヶ月間における救急搬送実績、精神科患者の搬送をめぐる問題点、それに精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」）の評価についてアンケート調査した。②2008 年 8 月末現在で認可されている 40 カ所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。

結果 ①736 の消防本部から回答があった（回答率 91.2%）。精神疾患関連の救急搬送件数は、人口 1 万人に対して月間 10.7 件、搬送時間は 35.8 分で、全件平均（38.0 分）より短かったが、精神疾患患者が精神科を受診する場合、一般科を受診するよりも、受診先を探すのに苦労すること、患者本人の受診拒否が多いこと、リピーターが多いことなどの問題点が指摘された。精神科救急事業については、81.1%の消防本部が存在を認識していたが、利用経験があると回答したのは 51.1%、同事業の有用性を認めたのは 61.8%にとどまった。②精神科救急病棟認可施設 28 カ所から回答があった（回答率 70.0%）。病床数は平均 51.5 床、個室率は 58.8%であった。ここに平均 5.5 人の精神科医師（指定医 3.2 人）、27.8 人の看護師、2.9 人のコメディカルスタッフを配置し、2007 年度は、年間 390.4 人の入院患者を平均 44.0 日で治療し、65.5 %を自宅退院させていた。

考察 ①消防から見た前記の問題点のうち、受診先確保の困難を解決するためには、電話情報センターの整備をはじめとする精神科救急事業の均質化が不可欠である。また、飲酒酩酊患者や救急車の頻回利用者など、利用者側の問題点を解決するためには、利用者の求めに応ずることを原則とする現在の搬送制度のあり方を改める必要がある。②精神科救急病棟は、精神科救急事業の基幹的医療施設であるとともに、治療技術を革新し蓄積する作業現場とも位置づけられ、医療経済的にも医療費の総額を抑制する効果がある。また、今年度の新設された合併症型の精神科救急病棟は、精神科救急事業における身体管理能力向上の手がかりになるものと期待される。

結論 救急隊から見ても、現行の精神科救急事業には不備が多い。今回の調査結果に示された指摘を謙虚に傾聴した上で、改革作業を続けなくてはならない。また、精神科救急病棟群における医療の質を保つためには、全国レベルでのデータベース作成によるモニタリングとフィードバックのシステム



が構築されなくてはならない。

## A. 研究目的

患者の救急搬送は、精神科医療にとって大きな比重を占める論題である。精神疾患患者の多くは、自発的に医療を求め、これを拒否する患者もいるからである。そのような患者を医療機関にアクセスさせるためにもっとも頻りに採られる手段は、家族や親族による搬送であるが、それが困難の場合には、警察や消防による搬送、行政による移送（精神保健福祉法 34 条）、病院からの往診などの手段が採られる。このうち、患者の側から見てもっともトラウマとなりにくいのは、救急車による搬送であろう。

ところが、搬送する消防から見ると、精神疾患患者の搬送には種々の困難を伴う。今回の研究では、消防署救急隊からみた精神科患者の救急搬送の問題点を調査し、迅速かつ安全な救急搬送体制の構築に寄与することを目指した。

もうひとつの研究目的は、わが国において精神科急性期治療を牽引する精神科救急入院料病棟（以下、「精神科救急病棟」と略記）の運用実態に関する調査である。2008 年 12 月 1 日現在、この入院料を認可された病院は 52 施設に上る。その運用実態を継続的にモニターすることは、精神科医療の QA（quality assurance 品質保証）を図る上で必要不可欠な作業である。

## B. 研究方法

### 1. 消防による精神疾患患者の救急搬送の実態調査

全国 807 の消防本部を対象として、資料 1 に示したような精神疾患患者の救急搬送に関する調査票を郵送し、回答を求めた。

### 2. 精神科救急病棟の運用実態調査

2008 年 8 月末時点で精神科救急入院料を認可された 40 施設を対象として、資料 2 に示したような精神科救急病棟の運用実態に関する調査票を郵送し、回答を求めた。郵送した施設は以下である（名称は調査日現在）。

#### 〈民間病院〉

旭川圭泉病院  
公徳会佐藤病院  
袖ヶ浦さつき台病院  
初石病院  
東京武蔵野病院  
成増厚生病院  
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  
松原病院  
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  
平安病院

#### 〈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  
埼玉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  
国保旭中央病院

神奈川県立精神医療センター芹香病院  
 東京都立松沢病院  
 山梨県立北病院  
 静岡県立こころの医療センター  
 石川県立高松病院  
 福井県立病院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  
 兵庫県立光風病院  
 奈良県立医科大学附属病院精神科  
 岡山県精神科医療センター  
 福岡県立精神医療センター太宰府病院  
 国立病院機構肥前精神医療センター  
 長崎県立精神医療センター

・軽症（未回答 42） ————— 22.6 件  
 ・不明（未回答 46） ————— 0.1 件  
 (f) (d)のうち平均搬送時間（未回答 67）  
 35.8 分  
 (g)同最長搬送時間（未回答 63）  
 84.3 分（全回答の最長は 393 分）  
 (h)搬送に長時間を要した理由（複数可）  
 ①診療してくれる医療機関がなかなか見  
 つからなかった ————— 271  
 ②患者本人が搬送を拒否した  
 ————— 96  
 ③搬送距離が長かった ————— 297  
 ④医療機関到着後の待ち時間が長かった  
 ————— 15  
 ⑤その他 ————— 158

## C. 研究結果

### 1. 消防による精神疾患患者の救急搬送の実態

807 消防本部のうち 736 カ所（90.5%）から回答があった。主な調査結果を以下に示す。

（1）平成 20 年 4 月 1 日から 6 月 30 日までの救急搬送実績（数値は平均値）

(a)管内人口

155,373 人

(b)全搬送件数（未回答 2）

1,379.8 件（1 日平均 15.2 回）

(c)救急事故の覚知から医療機関に搬送するまでに要した平均時間（未回答 42）

38 分

(d) (b)のうち、精神系の搬送件数

32.0 件（全搬送件数の 2.3%）

(e) (d)のうち、重症度別件数

・重症（未回答 43） ————— 0.7 件

・中等症（未回答 43） ————— 7.4 件

いくつかの意見を紹介する。  
 ・二階からの搬送に時間を要した  
 ・別病院で外科的処置ののち精神科に搬送した  
 ・暴れた  
 ・意識レベルが悪く複数の診療科目が要であった  
 ・一次医療機関から精神科に二次搬送となるため  
 ・かかりつけ医が他院を手配するのに時間を要した  
 ・かかりつけ医がいろいろ理由を言って診てくれない  
 ・家族付き添いが必要と言われ、家族連絡に時間を要した  
 ・家族の希望医療機関に到着の直前に受診を拒否され転送した

（2）精神疾患患者の搬送と一般救急患者の搬送の比較

【A】精神疾患で精神科医療機関に搬送する



場合	290
(a) 診療してくれる医療機関を探すのに苦 労する	
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	385
②どちらかというと精神疾患関連の搬送 についてそう思う	213
③どちらともいえない	117
④どちらかというto一般の搬送について そう思う	13
⑤一般の搬送についてそう思う	1
(b) かかりつけ医療機関であっても、対応や 受け入れがスムーズでない	
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	286
②どちらかというto精神疾患関連の搬送 についてそう思う	218
③どちらともいえない	206
④どちらかというto一般の搬送について そう思う	14
⑤一般の搬送についてそう思う	3
(c) 患者本人が搬送を拒否することがあっ て苦労する	
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	234
②どちらかというto精神疾患関連の搬送 についてそう思う	243
③どちらともいえない	224
④どちらかというto一般の搬送について そう思う	24
⑤一般の搬送についてそう思う	3
(d) リピーターが多い	
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	
②どちらかというto精神疾患関連の搬送 についてそう思う	210
③どちらともいえない	176
④どちらかというto一般の搬送について そう思う	41
⑤一般の搬送についてそう思う	12
(e) 搬送距離が長い	
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	171
②どちらかというto精神疾患関連の搬送 についてそう思う	165
③どちらともいえない	365
④どちらかというto一般の搬送について そう思う	15
⑤一般の搬送についてそう思う	10
(f) 医療機関到着後から終了までの待ち時 間が多い	
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	56
②どちらかというto精神疾患関連の搬送 についてそう思う	75
③どちらともいえない	552
④どちらかというto一般の搬送について そう思う	32
⑤一般の搬送についてそう思う	10
(g) 搬送中の不測の事態に不安を感じる	
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	239
②どちらかというto精神疾患関連の搬送 についてそう思う	261
③どちらともいえない	200
④どちらかというto一般の搬送について	

そう思う	18	②どちらかというとき精神疾患関連の搬送	
⑤一般の搬送についてそう思う		についてそう思う	190
	9	③どちらともいえない	384
(h)最近1年間に精神疾患関連の搬送にお		④どちらかというとき一般の搬送について	
いて警察官の同乗を要請したことがある		そう思う	31
①ある	286	⑤一般の搬送についてそう思う	
②ない	438		9
<b>【B】精神疾患既往者を他の傷病で一般病院</b>		(d)リピーターが多い	
<b>に搬送する場合</b>		①精神疾患関連の搬送についてそう思う	145
(a)診療してくれる医療機関を探すのに苦		②どちらかというとき精神疾患関連の搬送	
労する		についてそう思う	193
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	166	③どちらともいえない	292
②どちらかというとき精神疾患関連の搬送		④どちらかというとき一般の搬送について	
についてそう思う	249	そう思う	48
③どちらともいえない	243	⑤一般の搬送についてそう思う	19
④どちらかというとき一般の搬送について		(e)搬送距離が長い	
そう思う	24	①精神疾患関連の搬送についてそう思う	56
⑤一般の搬送についてそう思う	13	②どちらかというとき精神疾患関連の搬送	
(b)かかりつけ医療機関であっても、対応や		についてそう思う	107
受け入れがスムーズでない		③どちらともいえない	494
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	141	④どちらかというとき一般の搬送について	
②どちらかというとき精神疾患関連の搬送		そう思う	25
についてそう思う	226	⑤一般の搬送についてそう思う	16
③どちらともいえない	287	(f)医療機関到着後から終了までの待ち時	
④どちらかというとき一般の搬送について		間が長い	
そう思う	28	①精神疾患関連の搬送についてそう思う	28
⑤一般の搬送についてそう思う	13	②どちらかというとき精神疾患関連の搬送	
(c)患者本人が搬送を拒否することがあ		についてそう思う	61
って苦労する		③どちらともいえない	555
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	84	④どちらかというとき一般の搬送について	
		そう思う	40

⑤一般の搬送についてそう思う	9	・飲酒している場合に苦慮した	14
(g)搬送中の不測の事態に不安を感じる		・同伴者を欠き、受診後の処遇に苦慮した	7
①精神疾患関連の搬送についてそう思う	109	・その他	44
②どちらかというと精神疾患関連の搬送についてそう思う	245	(3)精神科救急事業に対する意見	
③どちらともいえない	296	(a)精神科救急事業の存在について	
④どちらかというとい般の搬送についてそう思う	30	①知っている	597
⑤一般の搬送についてそう思う	11	②知らない	132
(h)最近1年間に精神疾患関連の搬送において警察官の同乗を要請したことがある		(b)精神科救急事業の利用経験	
①ある	152	①ある	376
②ない	526	②ない	351
(i)精神疾患関連の搬送で特に苦労した事例(AB共通)		(c)精神科救急情報センターの存在について	
自由記載を以下のような内容に分類し、それぞれの回答数を示す。		①知っている	499
①医療提供側の問題		②知らない	226
・受け入れ先医療機関が見つからずに苦労した	145	(d)精神科救急事業は有用である	
・かかりつけ医療機関に受診を拒否された	47	①そう思う	275
・その他(精神科救急情報センターの問題など)	38	②どちらかというとい般の搬送について	180
②搬送される側の問題		③どちらともいえない	202
・搬送中の本人の対応に苦慮した	72	④どちらかというとい般の搬送について	46
・家族の搬送要請を本人が拒否した	55	⑤そうは思わない	18
・精神症状に身体疾患が合併していた	50	(e)精神科救急事業に対する意見	
・救急車の頻回利用者の対応に苦慮した	20	①電話相談に関する意見	
		・連絡内容が煩雑で時間がかかる(一般病院のように連絡内容を定型化してほしいなど)	14
		・受付窓口がはっきりしない	6
		・電話が混み合っつなかりにくい	4
		・受付時間帯が限られている	2
		・その他(受け入れ可能な病院の情報が不足、現場から病院への連絡が精神科救急情報センターを通すことにより又	