

聞きになるなど) -----	14	・その他の公立 -----	0
②受け入れ医療機関に関する意見		・民間立 -----	14
・受け入れ病院が見つからない ----	57	②平均病床数	
・夜間の受け入れが困難 -----	24	-----	428.1 床
・病院によって対応の差が大きい		・一般病床数を有する施設 -----	14
-----	3	・一般病床数 -----	117.2 床
③精神科救急事業のあり方に関する意見		③検査体制	
・事業が周知されていない -----	13	(a)血液検査	
・うまく機能している -----	7	・24 時間検査可能 -----	20
④その他 -----	77	・時間帯により検査困難 -----	8
いくつかの意見を紹介する。		(b)生化学検査	
・精神科救急に関する救急隊員の知識が		・24 時間検査可能 -----	18
乏しいので講義してほしい		・時間帯により検査困難 -----	10
・一般救急か精神科救急かの判断がつか		(c)X 線単純撮影	
ないことがある		・24 時間検査可能 -----	15
・精神科医療の安全性も大切だが、もっ		・時間帯により検査困難 -----	12
とスピーディに対応してほしい		・無回答 -----	1
・精神疾患と身体疾患を同時に受診でき		(d)CT 検査	
る病院がほしい		・24 時間検査可能 -----	14
・受け入れ病院が転送先を決定するシス		・時間帯により検査困難 -----	10
テムであれば、搬送時間を短縮できる		・検査設備なし -----	3
・1カ所でいから常時受け入れ可能な精		・無回答 -----	1
神科病院があってほしい		④精神科病棟全体の概要	
		・精神科病床数平均 -----	351.7 床
		・看護単位数平均 -----	6.6 単位
		・精神科救急入院料病棟(1) -----	24
		・精神科救急入院料病棟(2) -----	5
		・精神科急性期治療病棟(1) -----	7
		・精神科急性期治療病棟(2) -----	0
		・精神科療養病棟 -----	13
		・認知症疾患治療病棟(包括) -----	4
		・認知症疾患治療病棟(出来高) -----	1
		・児童・思春期病棟(包括) -----	0
		・医療観察法病棟 -----	2
		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) -----	24
2. 精神科救急病棟の運用実態			
調査を依頼した 40 病院のうち、28 病院			
(70.0%) から回答があった。主な調査結			
果を以下に示す。平均値と内訳の合計が一			
致しないのは、内訳の回答数が項目によっ			
て異なるためである。			
<b>【A】 病院全体の概況</b>			
(1) 病院全体の概況			
①設立主体			
・国立・独立行政法人立 -----	0		
・都道府県立 -----	14		

・精神科デイケア（小規模）	1	時間帯によっては困難	18
・ナイトケア	5	配置されていない	6
・訪問看護	24		
・自立支援法日中プログラム			
当院で実施	5		
関連法人で実施	5		
他機関へ委託	17		
・自立支援法居住プログラム			
当院で実施	7		
関連法人で実施	5		
他機関へ委託	14		
 (2) 職員配置（回答日現在1施設平均）			
①常勤精神科医師	16.9人		
・精神保健指定医	10.4人		
・精神保健判定医	2.8人		
・特定医師	1.6人		
②救急担当医師			
・精神保健指定医もしくは特定医が常時配置されている	15		
・当番日には指定医もしくは特定医が配置されている	7		
・指定医のオンコール体制となっている	4		
・特に規定なし	0		
③常勤看護師	179.7人		
・救急対応看護師			
救急対応専任あり	4		
管理当直看護師で対応	17		
病棟から随時応援	7		
③常勤コメディカルスタッフ			
・精神保健福祉士	11.1人		
・心理療法士	3.8人		
・作業療法士	8.9人		
・救急対応コメディカル			
常時救急対応可能	4		
 (3) 診療実績（平成19年度1施設平均）			
①外来部門			
(a)年間初診患者数（再来新患と職員を除く）	1,133.4人		
(b)年間外来患者延べ数	47,902.4人		
(c)うち時間外患者延べ数	594.1人		
(d)診療日1日当たり平均外来患者数	187.9人		
(e)年間訪問看護件数（診療報酬算定）	1985.6件		
(f)年間デイケア通所者延べ数	17,310.4人		
(g)1日平均デイケア通所者数	67.6人		
②病棟部門			
(a)年間延べ在院患者数	113,006.7人		
(b)1日平均在院患者数	299.7人		
(c)年間病床利用率	84.8%		
(d)年間入院件数	828.2件		
(e)年間退院件数	833.8件		
(f)年間病床回転率	2.7		
(g)平均在院日数	135.2日		
 (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	7		
・設置されていない	21		
②電話受け付け時間帯			
・24時間	21		
・時間制限あり	7		
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	22		

- ・原則として医師が対応 ————— 3
- ・その他 ————— 3
- ④電話相談件数（平成19年度1施設平均）  
————— 2,950.7件

(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 ————— 17
  - ・輪番病院として参加 ————— 11
  - ・その他の形で参加 ————— 1
  - ・参加していない ————— 0
- ②この事業を経由した診療件数（平成19年度）の1施設平均数
- ・総診療件数 ————— 336.9件
  - うち入院 ————— 270.7件

【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 ————— 51.5床
- ②隔離室 ————— 11.2室
- (a) 平均床面積 ————— 15.4平米
  - (b) 酸素・吸引設備 ————— 2.6室
  - (c) ステンレス製の便器設置 ——— 6.6室
  - (d) モニター装置 ————— 2.1室
- ③個室 ————— 18.9床
- (a) 平均床面積 ————— 14.9平米
  - (b) 酸素・吸引設備あり ——— 3.2室
  - (c) エラストピア ————— 1.0室
  - (d) モニター装置 ————— 0.9室
- ④多床室 ————— 21.0床
- (a) 1床当たり床面積 ——— 12.0平米
  - (b) 酸素・吸引設備あり ——— 0.5床
- ⑤利用可能な医療設備（回答数22）
- ・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）— 10
- ・パルス型電気刺激装置 ————— 22
- ・輸液加温装置 ————— 6
- ・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 ————— 5.5人
  - うち指定医 ————— 3.2人
  - (b) 勤務形態
  - ・原則として他の病棟の入院患者を担当しない ————— 7
  - ・他の病棟の入院患者を担当する医師も含まれる ————— 18
  - ・その他 ————— 0
  - ・無回答 ————— 3
- ②常勤看護師 ————— 27.8人
- ③常勤コメディカルスタッフ
- (a) 配置数 ————— 2.9人
  - (b) 勤務形態
  - ・原則として他の業務を兼務しない ————— 13
  - ・他の業務を兼任するスタッフも含まれる ————— 13
  - ・その他 ————— 0
  - ・無回答 ————— 2

(3) 当該病棟入院患者に対する電気けいれん療法（平成19年度1施設平均数）

- ①年間総件数 ————— 261.3件
- (a) うち修正型 ————— 183.7件
  - (b) うち麻酔医立ち合い ——— 115.8件
  - (c) うちパルス型電気刺激器使用 ————— 160.4件
- ②実施患者の実人数 ————— 35.2人

(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)	12
・精神科作業療法	25
・心理教育プログラム	20
・服薬指導	24

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	3
・存在しないが試作中	4
・存在しないが検討中	3
・検討もされていない	3
・無回答	4

(5) 当該病棟の診療実績 (平成 19 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	16,499.0人
(b)年間病床利用率	90.3%
(c)年間病床回転率	8.3回転
(d)平均在棟日数	44.0日
(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)	83.0%
(f)在宅移行率 (3ヶ月以内に自宅退院した患者の比率)	67.5%

②年間入院件数 390.4件

(a)院内他病棟からの転入	24.1件
(b)入院 (転入) 時の入院形式	
・緊急措置入院	23.5件
・措置入院	26.4件
・応急入院	15.2件
・医療保護入院	248.8件
・任意入院	79.4件

(c)行動制限

・隔離	436.4.4件
平均日数	10.8日
・身体拘束	138.4件
平均日数	4.7日

(d)主診断

F0 (脳器質群)	
認知症群	12.3件
認知症以外	15.2件
F1 (中毒依存群)	31.8件
F2 (精神病群)	218.5件
F3 (感情病群)	94.1件
F4 (神経症群)	19.4件
F5 (摂食障害等)	3.3件
F6 (人格障害群)	11.7件
その他	26.6件

③年間退院件数 368.6件

(a)自宅退院件数	241.6件
(b)院内転棟件数	121.2件
・うち閉鎖病棟	80.8件
・開放病棟	37.6件
(c)他院への転入院件数	24.8件
・うち精神科	16.1件
・一般科	9.8件

D. 考察

1. 精神科患者の医療アクセス手段

精神科受診が必要にもかかわらず、これに同意しない患者をどのような手段で医療につなげるかという論題は、精神科医療の歴史とともに語られてきた論題である。以下に、現代の日本で採られている精神科医療へのアクセス手段を、その根拠法令とともに列挙する。

(1) 親族等による搬送

私宅監置が認められていた精神衛生法以



前の時代にあつては、親族には、精神障害者の病院への搬送だけでなく、看護（かつては「監護」）の義務も負わされていた。精神衛生法によって私宅監置が禁じられてからも、親族は、看護の義務からは解放されたものの、患者の監督義務を負っていたため、精神科への受診も家族の義務とされてきた。

現在では、親族の監督義務も精神保健福祉法から削除されたが、在宅医療支援体制が不十分な現状では、依然として、親族にかかる負担は大きい。受診に同意しない患者を医療機関に連れて行く手段も、まずは親族に委ねられているのが現状である。

親族による搬送の問題点は、時に身体拘束手段が手荒のため、患者が心身ともに傷つく可能性があること、および、患者と家族の信頼関係が傷つくことである。

## （２）消防による搬送

救急隊による搬送は、消防法を法的根拠としている。地域によっては、精神疾患患者を精神科医療機関には搬送しないと取り決めている消防本部がある。受け入れる病院がなかったり、搬送中の不測の事態がトラウマとなって、そのような取り決めがなされたのではないかと推測されるが、精神科患者を搬送しなくてもよいとする法的根拠はない。

自傷行為のあるケースは精神科よりも身体救急への搬送が優先であるが、身体的問題がない場合でも、昏迷状態や混乱が著しいケース、あるいは家族の強い要請がある場合には、大多数の救急隊は、時には時間をかけて患者を説得し、精神科に患者を救急搬送してくれている。患者の行動に不安

がある場合には、警職法第5条に基づいて、救急車に警察官の同乗を求めることもできる。

いずれにせよ、患者側から見た場合、救急隊による搬送が、警察や保健所、病院など、他のあらゆる機関による搬送に比べて、もっとも心理的に傷つかない搬送手段であることは確かである。混乱した搬送時点では拒絶的であった患者も、あとから振り返ると、救急車による搬送は、何よりも一般医療の患者と同等に扱われたという記憶として残ることが多い。これが、治療関係の維持にとって有用となるケースは少なくない。

## （３）警察による搬送

警職法第3条は、精神障害者と思われるケースのうち自傷他害のおそれのある場合、警察官がその身柄を保護し、精神科医療機関など適切な施設へと搬送する義務を明記している。また、同法第5条は、公的機関などから要請があれば、医療機関などへの搬送に協力することができることを規定している。ライシャワー駐日大使刺傷事件を契機に精神衛生法が改正され（1965年）、緊急措置入院制度が新設された際に、警職法も改正されて、警察官の保護権限が強化されたのである。

ところが、1999年の精神保健福祉法改正で新設され、2002年に施行された移送制度（精神保健福祉法第34条）が、事態を一変させた。移送制度は、医療アクセスに関する家族の負担を軽減し、民間業者による不適切な搬送を抑止するために新設された制度で、その対象には、医療を拒否して自宅に閉居するケースが想定されていた。

しかし、この制度が新設された際に、警察官通報ケースを措置診察の場まで移送することを行政の義務とする条文（精神保健福祉法第29条の2の2）が同時に盛り込まれたため、2002年度以降、警察は、精神障害者の搬送は行政に第一義的責任があるとの立場をとるようになった。この結果、一部の地域では、搬送責任を巡って、警察と行政が対立した。また、保護を伴わない警察官通報（いわゆる発見通報）が急増し、保健所が対応に苦慮するという事態も生じた。警察官通報の急増の反面、措置入院に至らなかったケースも急増するなど、外部から見て理解困難な事態も生じた。

ただし、一部地域に混乱はあるものの、臨床現場から見た場合、多くの警察官は精神障害者の搬送によく協力してくれる。そのほうが、行政に移管するよりも迅速な医療アクセスを保証するからであり、警察にとっても、患者にとっても、家族にとっても、また医療機関にとっても、利益となるからである。

#### （4）行政による搬送

一方、移送制度の導入以来、行政側にも、精神障害者の搬送を家族や警察に依存してられないという意識が高まりつつある。群馬県、神奈川県、埼玉県などでは、警察の支援を受けながらではあれ、夜間・休日にも行政機関が患者を医療機関に移送する体制が整えられている。ただし、移送制度の運用実績は、精神保健福祉法34条に基づく本来の移送よりも、措置診察関連の移送に圧倒的な比重がある。もっとも、慎重な事前調査を前提とする34条による移送制度は、救急ケースには不向きである。件数

は少なくとも、じっくり時間をかけて医療につなげるべきケースに適用されるべきであろう。

行政による医療アクセス支援には、精神保健福祉法に基づく地域精神医療活動の一環としての受診勧奨が含まれる。保健所管轄区や市町村レベルでは、日常の地域活動の延長線上に、病院への受診同伴という形で搬送を支援する手段がある。保健所組織の再編によって、かつてのように、保健師や精神保健福祉士が多くのケースを受け持って地域活動を展開することは困難となっているが、緊急対応には一定の責任を分担すべきであろう。

#### （5）医療機関によるアウトリーチサービス

往診や訪問看護などのアウトリーチサービスは、患者や家族から見れば、負担感の少ない医療アクセス手段である。しかし、医療を拒否するケースにとっては、侵襲的となる。昭和40年代の精神科病院建設ラッシュ期に、一部の病院では、積極的に往診を行い、家族の同意の下とはいえ、麻酔注射で患者を寝かせて入院させるというやり方が採られた。これが当時、「患者狩り」と批判されたことがあった。その背景には、入院のさせ方だけでなく、大部屋に数十人もの患者を収容するなど、劣悪な療養環境と人権軽視に対する批判があった。

こうした時代の反動から、昭和50年代以降、わが国では精神科医の往診が自己規制される傾向にあった。しかし、近年では、入院のための往診ではなく、在宅医療支援のための往診や訪問看護が見直されてきた。たとえ医療を拒否しているケースであって

も、往診して精神療法的対応や投薬をすることによって急性症状を緩和し、入院という形をとらずに医療につながるケースも珍しくはなくなった。こうした危機介入サービス技術の蓄積が在宅医療の進展のためには不可欠である。

#### (6) 民間救急車による搬送

1990年頃から、民間救急車による精神科患者の搬送が企業活動として成り立つようになってきた。措置入院の要件はないため警察も介入できない、家族が救急車を呼んでも本人が搬送を拒否、保健所や病院からの訪問にも部屋に立てこもって会おうとしない、家族は高齢で受診援助してくれる親戚もいない、といった八方塞がりのケースでは、困り果てた家族が民間救急車を依頼せざるをえないことがある。

しかし、数百万円もの手数料を取り、患者を腕力で押さえつけて搬送するなど、法的にも倫理的にも不適切な状態で搬送する業者も散見された。2002年に施行された移送制度は、こうした事態に対処するための施策でもあったのである。移送制度の施行以後、あからさまに不適切な搬送は影を潜めたが、水面下に潜行している可能性も否定できない。

代わって近年では、行政機関が患者移送に際して民間救急車を委託することも増えてきた。精神保健福祉法第34条や29条の2の2に基づく移送だけでなく、医療観察法に関わる移送（鑑定入院医療機関から指定入院医療機関への移送など）にも民間救急車が利用されている。

## 2. 消防による精神疾患患者の救急搬送の実態

### (1) 精神科救急医療機関から見た消防による搬送

#### (a) 消防による救急搬送の意義

消防による救急搬送が患者本人にとってトラウマの少ない搬送形態であることは先に述べたが、精神科医療機関から見ても同様である。わが国で初めて精神科救急医療専門病院として開設された千葉県精神科医療センター（千葉市幕張地区）の診療統計によれば、年間の初診患者のおよそ2割強が救急隊によって搬送されている（因みに警察による搬送は3割弱）。再来患者を含めると、年間約1,000件に及ぶ救急診療の3割が、消防による搬送で、警察による搬送に並んでいる。このように、精神科医療機関から見ると、消防による救急搬送は、日常業務の遂行にとって欠かせない存在となっている。

#### (b) 飲酒酩酊ケース

一方、救急隊も苦慮するであろうが、医療機関も同様に苦慮するケースが混在する。例えば、飲酒酩酊ケースである。医療機関であれば、電話で酩酊が確認された時点で、「醒めてからでないと診断がつかない」との理由で受診を断ることもできるが、一旦救急車に収容してしまった救急隊のほうは受け入れ先の確保に苦慮することとなる。意識混濁を伴うほどの酩酊であれば、急性アルコール中毒で一般救急の対象となるが、そこまで至らない場合は、「酩酊者救護法（酔っぱらい防止法）」に基づいて警察での保護（いわゆる「トラ箱」）を要請するほかはない。医療機関によっては、「解毒センター」を標榜し、酩酊から回復するまで一泊



入院させてくれるところもあるが、希にしかない。

電話段階で酩酊の情報がなく、来院後にはじめて判明したようなケースでは、病院も対応に苦慮する。酩酊以外に、重度のうつ状態や躁状態、精神病状態などの病態が確実視され、それを背景とした飲酒行動であれば、入院対象となるが、単なるアルコール依存による複雑酩酊の場合は、原則として、非自発入院の対象とはならない。病院によっては「解毒」のための一泊入院を受けるところもあるが、多くの病院は、警察での保護を要請するほかはない。

#### (c) 入院適応のないケース

次に処遇に苦慮するのが、知的障害や人格障害以外に精神症状を認めることのできないケースである。このようなケースは、初診ケースであれば、電話だけでは病状評価が困難のため、医師法第19条（診療応需義務）に基づいて一旦診療はするが、非自発入院の適応がない場合は、任意入院が成立しない限り、帰宅とするほかはない。

しかし、単身者や路上生活者の場合、夜間には帰せないケースがある。無保険患者の場合は、医療費が支払えないことが多いため、任意入院も成立しがたい。不法滞在の外国人の場合は、生活保護の対象にもならない。やむなく、救急隊に収容地点での降車を要請するしかないケースもある。

#### (d) リピーター対策

タクシー代わりに救急車を乱用（＝目的外使用）するケースや自己都合で時間外診療を繰り返すケース（いわゆるコンビニ受診）に対しては、運賃を請求したり、時間外診療加算を自己負担とする動きがある。しかし、そうした負担を支払えないケース

や支払いを拒否するケースもありうる。頻繁に救急車を要請するリピーターのうち、医療機関での診療歴があり、当該医療機関から時間外の救急診療の必要がないと診断されたケースについては、救急隊といえども、搬送対象としなくてもよい、とする規定を設けてもよいのではなかろうか。

医師法19条を楯に、救急診療を繰り返し強要するケースに対しては、病院によっては、治療契約違反を楯に診療を拒否することがある。極端に悪質なケースに対しては、威力業務妨害や脅迫罪で訴える構えを表明することもある。悪質なマナー違反を受容することは、患者本人も含めて、結局は誰の利益にもならないことが多いからである。医療機関も行政機関も消防も、毅然とした対応をすべきであるが、それを担保する立法措置が講じられなくてはならない。

#### (2) 消防から見た精神科患者の搬送

今回の調査では、全国の消防本部の9割以上から、貴重なデータと救急搬送現場の生々しい声が多数寄せられた。

##### (a) 精神科関連の搬送頻度と重症度

まず、搬送件数では、1消防本部当たりの平均管内人口155,373人に対して1日平均15.2回、人口1万人当たり約1回の救急搬送が実施されていた。精神疾患関連の搬送は2.3%にすぎなかったが、月間件数に換算すると、人口1万人当たり10.7件であるから、10万人規模の地方都市でも月に100件を超える精神科関連の救急搬送があるということになる。これは決して希な頻度ではない。

精神科関連の救急搬送ケースのうち73.4%は入院を要しない軽症例で占められ、



入院を要する中等症以上の事例は26.6%にとどまっていた。この比率は、電話相談によるトリアージなしで精神科救急患者を受け付ける救急医療機関の入院率とほぼ同率であった。つまり、消防による救急搬送にトリアージ（重症度による選別）は働かないということである。

#### (b) 搬送時間

電話受け付けから医療機関への搬送までに要した時間は、全搬送例で平均38.0分であったのに対して、精神科関連の搬送例では35.8分とやや短かった。

一方、精神科関連の搬送における最長時間の平均は84.3分、全回答例中の最長は393分（6時間33分）であった。長時間を要した理由で最多は搬送距離の長さ（回答中40.4%）、次いで診療先決定までの時間の長さ（36.8%）、患者の搬送拒否（13.0%）となっていた。自殺企図例のように、身体合併症のために複数の医療機関への搬送を要することも精神科救急搬送の時間を長くする要因であるが、総合病院で救急対応が可能な精神科が限られている現状を反映している。

搬送時間が長引いた理由のうち「その他」の自由記載の中には、「かかりつけ医がいろいろ理由を言って診てくれない」「家族の希望医療機関に到着の直前になって受診を拒否された」など、わが国の精神科救急医療の実情を浮き彫りにする意見が示されていた。

#### (c) 精神科救急搬送と一般救急搬送との比較

今回の調査では、消防から見て精神科救急搬送と一般救急搬送に違いがあるか、あるとすればどんな点か、を検討するための

調査項目を設定した。

その結果を図1～7に示した。各図の実線は精神疾患患者を精神科医療機関に搬送する場合の意見数、破線は精神疾患患者を一般疾患で一般医療機関へ搬送する場合の意見数を示し、横軸の数字は、以下の意見内容を示す。

- 1 精神科救急搬送についてそう思う
- 2 どちらかという精神科救急搬送についてそう思う
- 3 どちらともいえない
- 4 どちらかという一般救急搬送についてそう思う
- 5 一般救急搬送についてそう思う

すなわち、精神科患者を精神科医療機関に搬送する場合、一般救急患者を一般医療機関に搬送するよりも苦勞するとの回答が多いほど、実線が左肩上がりになり、精神科既往患者を合併症などで一般医療機関に搬送する場合、一般救急患者を一般医療機関に搬送するより苦勞するとの回答が多いほど、破線が左肩上がりになる。

1から7の図によれば、搬送距離と医療機関到着後の待ち時以外の項目では、精神科医療機関への搬送（実線）が左肩上がり、すなわち、一般救急搬送に比べて苦勞が多いとの回答が多い。精神科既往患者の一般医療機関への搬送（破線）については、受診先が見つからないという項目以外は、「一般救急搬送と精神科救急搬送と比べてどちらが苦勞するともいえない」という3の意見にピークがあるものの、左側の意見（精神科搬送での苦勞）が多い。

以上の結果から、搬送距離や搬送時間、

医療機関での待ち時間に関しては、精神科と一般科で差はないものの、その他の項目、特に、診療先の確保やかかりつけ医療機関での診療拒否など、救急医療体制の整備度や医療機関の姿勢において、消防サイドは、一般科よりも精神科により多くの問題があると見ていることがわかった。

これを裏付けるように、精神科関連の救急搬送で苦勞した事例の自由記載では、「受け入れ先が見つからずに苦勞した」(145 署)、「かかりつけ医療機関に受診を拒否された」(47 署)など、医療提供側の問題点を指摘する意見が 230 件 (31.3%) に上った。また、身体合併症を伴うケースの困難性を指摘する意見も、搬送される側の問題の第 3 位 (50 件、6.8%) を占めた。

#### (d) 精神科救急事業に対する意見

公費で運用される精神科救急事業の存在については 81.1% の回答者が認識していたが、利用経験ありとの回答は 51.5% にとどまった。消防による精神科関連の救急搬送頻度に鑑みるならば、精神科救急事業の利用頻度は低すぎるといわざるをえない。

これを裏付けるように、精神科救急情報センター (全県の電話受付窓口) の認知度は、消防本部ですら 67.8% にとどまり、「連絡内容が煩雑で時間がかかる」「受付窓口がはっきりしない」などの苦言が呈されている。

また、精神科救急事業の有用性を認める回答は 61.8% と情報センターの認知度よりも低かった。一般救急搬送との比較でも示されたように、「1カ所でいいからこの地区に常時受け入れ可能な精神科病院があってほしい」「精神科医療の安全性も大切だが、もっとスピーディに対応してほしい」とい

った、精神科救急事業に対する救急隊の苛立ちの声が、今回の調査結果からは聞こえてくる。

### 3. 精神科救急病棟の運用実態

#### (1) 精神科救急事業の運営実態

##### (a) 精神科救急システムの構造—マイクロ救急とマクロ救急

精神科救急医療の原型は、病院単位で行われる時間外もしくは予約外の診療である。在宅医療を維持し支援するためには、不可欠の要素となっている。こうした自発的な救急診療の集合体を精神科マイクロ救急システムと呼ぶ。かかりつけ医療機関での救急診療がマイクロ救急の典型である。

精神疾患の急性発症や再燃に際して、近隣病院やかかりつけ病院ですぐに対応するマイクロ救急診療が臨床的にはベストであるが、精神科の稼働病床や当直スタッフの乏しい地域では、複数の病院群がネットワークを組んで救急診療を分担する必要性が生じてくる。こうした広域の分業システムを精神科マクロ救急と呼ぶ。わが国では、公費の投入によって運営される精神科救急事業と同義である。

マクロ救急システムの構成要素としては、精神科救急情報センター (電話相談窓口) と精神科救急医療施設 (救急担当病院) が必須である。今年度から、救急担当病院は常時対応型と輪番型、合併症型に 3 類型化され、従来の精神科救急医療センターは廃止された。また、精神科診療所にも、輪番制での一次救急診療や救急担当病院への指定医当直支援、患者情報提供などの形で、マクロ救急システムへの参画が要請されるようになった。

## (b) 精神科救急事業の運用実態

1995年に開始された精神科救急事業は、2002年度までに、名目上は、全国の都道府県に整備されたことになっているが、事業内容には著しい地域差がある。

図8に、昨年度の研究で得られたデータに基づいて、利用頻度の高い順に各地の精神科救急事業の実績を示した。岩手県や北海道など、広い面積に病院が散在する地域、あるいは、東京都や大阪府など、人口密集地帯に精神科病床の乏しい地域では、マイクロ救急が成立しがたく、マクロシステムに依存せざるをえないため、受診件数が高くなったものと思われる。

ただし、人口対受診頻度と入院率の間には、図9のように、明瞭な負の相関がある。岩手県などトリアージュが緩い地域では、受診頻度が高く入院率が低い。東京都などでは、要入院ケースに受診対象が絞り込まれる。救急隊を含む利用者にとっては前者が親切であるが、サービス提供が特定の病院に偏る場合には、スタッフとシステムの疲弊が懸念される。

## (c) 精神科救急事業の均霑化のために

精神科救急事業の地域差を縮め、水準向上を期すために、国は、今年度から、本事業による救急診療の実績を精神科救急医療施設から都道府県担当部局に毎月報告することと、これを年報にまとめて国に報告することを要請している。静岡県の精神科救急事業をモデルとして、昨年度、当研究班が提言した内容を実現したものである。この手続きによって、にわかに精神科救急事業の均霑化（均質化と水準向上）が図られることはないであろうが、その必要条件には違いない。

## (2) 精神科救急病棟の機能

### (a) 精神科救急病棟の展開

精神科救急入院料病棟（精神科では従来の精神科急性期治療病棟がグレードアップしたという意味で「スーパー救急病棟」と通称される）は、精神科マクロ救急システムの中核的存在として機能することを期待されているほか、マイクロ救急の分野における急性期治療技術の蓄積の場としても期待されている。技術の蓄積を制度に変換する工房、マイクロ救急とマクロ救急をつなぐ作業現場といってもよい。

精神科平均入院医療費単価の約3倍が給付される精神科救急病棟の認可要件は、医療法精神科特例の低規格に慣れた精神科スタッフには厳しいものに映る。とりわけ、医師の都市部への偏在と病院離れが深刻化する現状にあつては、精神保健指定医を確保することが最大の隘路となっている。

そのほかにも、個室率50%以上という施設基準や時間外診療件数の下限設定などの認可要件もあつて、2002年に診療報酬上に新設されてから、精神科救急病棟は、なかなか普及しなかった。しかし、今年度の診療報酬改定で包括医療費が引き上げられ、認可要件が若干緩和されたこともあつて、今年度に入って増加率が上昇し、図10に示したように、2008年11月末現在、全国52カ所の精神科医療施設でこの病棟が認可されている。ただし、地域偏在があり、千葉県や大阪府のように6カ所を数える自治体がある反面、医師確保の困難などから未だに未認可の県が17もある。

特筆すべきは、今年度から新設された精神科救急入院料合併症型である。まだ3施設で認可されたにすぎないが、これによつ



て、総合病院精神科病棟が精神科救急事業の基幹的病院に加わる可能性が高まった。合併症型の認可要件では、精神保健指定医配置の下限が5名から3名に緩和された代わりに、母体病院に救急救命センターが設置されていること、一定数の重症合併症患者を当該病棟で入院治療することなどが加えられた。すなわち、身体合併症を有する精神科救急患者の治療能力が飛躍的に向上することが期待されている。

#### (b) 精神科救急病棟における主な診療指標とその推移

##### (f) 病室・設備

今回の調査によれば、28施設の精神科救急病棟の平均病床数は51.1床、うち、隔離室11.2床と個室18.9床を併せた個室率は58.9%に上る。平均1床のエラストピア（構造可変型個室）も設置され、病室の床面積も広く確保されている。これらの年次推移を表1に示した。

検査体制は、精神科単科病院が大多数を占める現状を反映して、不十分な状況となっている。血液検査が24時間可能と回答した施設は71.4%、生化学検査では64.3%、X線単純撮影では53.6%、CTでは50.0%と、とりわけ放射線検査の不備が目立った。これらの年次推移を表2に示した。

医療機器の配備状況では、心肺モニター未設置施設が4施設あることが訝られる。今年度は昨年度と比べて、修正型電気けいれん療法（m-ECT）に用いるパルス型電気刺激装置を配備する施設が8施設から22施設に急増していることが目立つ。反面、閉鎖式循環麻酔用の人工呼吸器を配備している施設が10カ所しかないのも解せないところである。医療機器の配備状況の年次推移

を表3に示した。

##### (i) 人員配置

医師は常勤換算で5.5人（うち指定医3.2人）、常勤看護師は27.8人、精神保健福祉士や心理職、作業療法士などのコメディカルスタッフは2.9人が配置されている。人員配置の年次推移を表4に示した。

##### (j) 電気けいれん療法（ECT）実施数

平成19年度の平均ECT件数は261.3件と前年度の115.3件から倍増した。修正型ECTの比率は70.3%と前年の37.6%からやはり倍増したが、麻酔医の立ち会いのないm-ECTが26.0%あった。ECT実施の実患者数も前年度の14.6人（年間入院件数の3.8%）から35.2人（同9.0%）に急増している。

m-ECT比率の増加は、安全性や技術水準の向上を物語るものと評価してよいであろうが、ECTの件数および実人員の増加に対する評価は分かれるであろう。ECTに期待される効用のひとつは治療期間の短縮であるが、後述のように、平均在棟期間は47.9日から44.0日へと、確かに3.9日（8.1%）短縮している。ただし、これがECT件数増加の効用であると断定する統計学的な根拠はない。ECT施行状況の年次推移を表5に示した。

##### (k) 治療プログラム

精神科救急病棟において生活技能訓練（SST）を施行している施設は12あり、前年度の6施設から倍増した。作業療法実施施設は16から25施設、心理教育プログラム実施施設は14から20施設、服薬指導実施施設は20から24施設と、それぞれ増加している。精神科救急病棟の治療技術を向上させるために、今後も治療プログラムは

拡充されるべきであり、診療報酬上の配慮も必要である。

#### (ウ) 診療実績

1日平均在院患者数は45.2人で、病床利用率は90.3%。年間の入院件数が390.4件、退院件数が368.6件であるから、年間病床回転率は8.3回転、平均在院日数は44.0日と算出される。精神科救急病棟の運用条件として、新規患者率（入院直近3ヶ月以内に精神科への入院歴のない患者の比率）が40%以上、在宅移行率（入院から3ヶ月以内に自宅退院した患者の比率）が60%以上という下限数値が設定されている。このため、新規患者の比率は83.0%、在宅移行率は65.5%と、条件がクリアされている。

入院件数に占める精神科三次救急（緊急措置・措置・応急入院の合計）は年々低下傾向にあったが、今年度は65.1件（16.7%）と、昨年度の59.7件（15.4%）よりも増加した。これは、今年度の診療報酬改定によって、精神科救急病棟認可要件のうち、「精神科三次救急件数が精神科救急圏域内の25%以上」という要件が、「精神科三次救急件数が年間30件以上」という要件との二者択一制になったためと思われる。

行動制限では、隔離日数が平均10.8日、身体拘束日数が4.7日となっている。昨年度の隔離11.8日、拘束5.1日より短縮している。その要因としては、患者の軽症化、治療・看護技術の進歩、それに、調査対象施設の変動という3因子が想定可能であるが、今回の調査では、各因子の寄与度は把握できていない。

主診断の内訳では、F2群（精神病群）が過半数の56.0%を占め、以下、F3群（気分障害群）24.1%、F1群（物質使用群）8.2%、

F0群（身体因群）7.0%、F4群（神経症群）5.0%と続いている。F0群中の認知症群は、せん妄や幻覚妄想など、いわゆる周辺症状（BPSD）のために精神科救急病棟に入院してくるが、今回の調査では3.2%にとどまっている。人口の高齢化にともなって、今後は増加してくるものと推測されるため、持続的なモニタリングが必要であろう。

以上を総括して、主な診療指標の年次推移を表6に示した。

#### (カ) 単年度運用状況の総括

図11に平成19年度の精神科救急病棟の運用状況を一覧表示した。Structure（構造・設備や人員配置）、Process（ECT等の治療手段や行動制限）、それにOutcome（平均在院日数や自宅退院率等の治療成績）という病院機能評価の3大指標に沿って表示されている。

この図によると、約6割が隔離室・個室からなる51.5床の病棟に、5.5人の医師（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して、年間390.4件の入院患者を平均44.0日で治療し、約3分の2を自宅退院させている、ということになる。わが国の平均的な精神科病院に比べて高規格の精神科救急病棟が、それに見合う治療成績を上げているということができる。

医療費の観点からも、精神科救急病棟は、入院医療費単価がわが国の精神科平均の3倍であっても、平均在院日数が7分の1以下であるから、患者1人当たりの入院医療費の年間総額は、平均的な精神科病院よりも低くてすむということになる。

#### (キ) 主な診療指標の推移

表6に示した精神科救急病棟の主な診療

指標の年次推移から、いくつかをピックアップして図12に示した。2007年度は、それまでの流れとは異なる傾向を示していることがわかる。

2003年から2006年度にかけては、平均在棟日数が延長する代わりに自宅退院率が上昇し、院内転棟率、他院転院率が低下、三次救急率も低下傾向にあった。すなわち、精神科救急病棟は、大都市の救急基幹病院もしくは地方都市の国公立病院から、民間病院へと認可施設数を増やしてゆくにつれて、短期決戦重視のマクロ救急型から継続医療重視のミクロ救急型へとソフト化する傾向を辿ってきた。

ところが、2007年度は、三次救急率が増加し、平均在棟日数が短縮するなど、マクロ救急型に戻る方向に転換している。しかし、現時点では、この方向転換の意味するところを説明するのは困難である。調査への回答数が7割ほどにとどまっていることもあって、年度によって特定の回答施設の特徴が強調される可能性があるため、全体の趨勢を評価しきれないのである。

2008年度は、診療報酬改定と精神科救急病棟の増加という節目の年であった。精神科救急病棟群の機能がどう変化しているのか、その動向については、2008年以降の診療統計指標を見きわめてから評価したい。

### (3) 精神科救急医療の均質化に向けて

マクロ救急—精神科救急事業の均質化に向けての方策は前述した。公的資金の投入に見合った実績が上がっているかどうか、持続的にモニタリングするシステムである。ミクロ救急—施設単位の救急医療の均質化のためには、二つの方策が考えられる。

ひとつは、精神科救急医療に関わる治療基準を示すことである。日本精神科救急学会による精神科救急医療ガイドラインが、その代表である。現在、2003年版の改訂作業が進行中である。

もうひとつは、マクロ救急と同様、精神科急性病棟群（救急病棟および急性期治療病棟）の治療内容を持続的にモニタリングし、全国集計を行ったのちに、各施設にフィードバックするシステムを構築することである。当面は、精神科救急病棟群に限定して、この作業を進めるべきである。今回の調査も含めて、2004年以来、毎年実施してきた精神科救急病棟の運用実態に関する調査も、実は、精神科救急病棟の持続的モニタリングなのであった。

しかし、毎年、郵送式のアンケート調査を実施することは、回答する側にとっても、調査依頼と集計作業をする側にとっても、負担が大きい。回答施設数によって調査結果が左右されるだけでなく、入力や集計段階でのミスも避けられない。今後は、精神科救急病棟における施設状況 (Structure)、と診療内容 (Process)、治療成績 (Outcome) が、持続的にモニタリングされるシステムの構築が検討されなくてはならない。

この戦略に沿って、国立精神保健研究所と日本精神科救急学会が共同で開発しているプロジェクト—eCODO/PQD—がある。精神科救急病棟を中心として、行動制限を含む診療内容 (Process) と治療成績 (Outcome) に関する全国レベルのデータベースを作成し、定期的集計とフィードバックを行おうというプロジェクトである。精神科救急病棟における治療技術の均質化とQA (品質保証) のためには、欠かせないプロジェク



トでもある。今後は、このようなプロジェクトへの参加が、精神科救急病棟の認可要件となるべきであろう。こうしたQAシステムの前提なしには、医療費給付の増額が実現しない時代が、すでに到来しているのである。

#### E. 結論

今回の消防本部調査では、精神科救急医療の現状に対する救急隊の批判的な見解が明らかとなった。精神科医療従事者は、これらの見解に謙虚に耳を傾け、広い視野から現実を直視した上で、改革の作業に取り組まなくてはならない。

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。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### [参考文献]

- 1) 平田豊明他：平成16年度厚生労働科学研究「精神科急性病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究」報告書（総括研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」）。2005
- 2) 平田豊明：精神科急性病棟群の運用実態と機能分化—平成16年度厚生労働科学研究速報。精神科救急 8:78-86, 2005
- 3) 平田豊明, 市江亮一：精神科救急病棟における治療内容の検討—鎮静法、薬物療法、電気けいれん療法の現状。臨床精神薬理 9:1343-1353, 2005
- 4) 平田豊明他：平成17年度厚生労働科学研究「精神科救急病棟の運用実態に関する研究」報告書（総括研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」）。2006
- 5) 平田豊明：精神科救急医療システムの全国状況。精神科救急 9:45-50, 2006
- 6) 平田豊明他：平成18年度厚生労働科学研究「精神科救急病棟の運用実態および身体合併症治療に関する研究」報告書（総括研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」）。2007
- 7) 平田豊明：「スーパー救急病棟」の運用実態—精神科マクロ救急および地域ケアシステムにおける役割。精神科救急 10:70-76, 2007
- 8) 平田豊明他：平成19年度厚生労働科学研究「精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究」報告書（総括研究「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」）。2008

表1 病室

		2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
回答施設数		11	14	23	23	28
定床数(床)		40.6	46.9	46.3	51.8	51.5
隔離室	ベッド数(床)	10.2	10.9	7.5	9.6	11.2
	床面積(m <sup>2</sup> )	13.0	11.3	12.4	12.4	15.4
	パイピング(室)	1.3	2.3	2.3	2.5	2.6
	ステンレス便器(室)	7.8	6.4	4.6	5.2	6.6
個室	ベッド数(床)	11.8	17.1	17.7	18.6	18.9
	床面積(m <sup>2</sup> )	12.9	11.8	11.6	11.8	14.9
	パイピング(室)	3.4	2.6	4.0	5.8	3.2
	エラストピア(室)	—	1.6	0.9	1.1	1.0
多床室	ベッド数(床)	18.6	18.8	19.5	23.5	21.0
	1床当床面積(m <sup>2</sup> )	—	7.3	10.8	7.0	12.0
	パイピング(室)	—	0.3	1.6	2.0	0.5

表2 24時間可能な検査

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
回答施設数	12	14	22	23	28
血液検査(%)	8 (66.7)	6 (42.9)	10 (45.5)	18 (78.3)	20(71.4)
生化学検査(%)	8 (66.7)	6 (42.9)	10 (45.5)	17 (73.9)	18(64.3)
X線単純撮影(%)	6 (50.0)	2 (14.3)	6 (27.3)	13 (56.5)	15(53.6)
CT検査(%)	6 (50.0)	3 (21.4)	6 (27.3)	14 (60.9)	14(50.0)

表3 医療機器の配備率(単位は%)

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
心肺モニター	50.0	92.9	90.9	81.8	81.8
心肺蘇生装置	41.7	71.4	81.8	100.0	100.0
人工呼吸器	33.3	57.1	45.5	36.4	45.5
パルス型電気刺激装置	66.7	57.1	68.2	36.4	100.0
エアーマット	83.3	100.0	100.0	100.0	100.0
下腿マッサージ器	33.3	35.7	36.4	50.0	50.0
輸液加温装置	25.0	35.7	31.8	31.8	27.3

表4 職員配置

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
平均在棟患者数	34.3	38.3	38.4	45.3	45.2
専従医師数	4.4	4.8	4.2	6.5	5.5
医師1人当り患者数	7.8	8.0	9.1	7.0	8.2
常勤看護師数	25.3	27.9	25.8	28.6	27.8
職員1人当り患者数	1.4	1.4	1.5	1.6	1.6
専従コメディカル数	3.0	3.8	3.3	3.3	2.9
職員1人当り患者数	11.4	10.1	11.6	13.7	15.6



表5 電気けいれん療法

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
実施した実患者数(a) a/年間入院数	18.0人 5.0%	25.1人 6.5%	26.4人 7.6%	14.6人 3.8%	35.2人 9.0
実施延べ件数(b) 1人当り実施回数(b/a)	145.4件 8.1回	140.1件 5.6回	190.0件 7.2回	115.3件 7.9回	261.3 7.4回
修正型の実施件数(c) 修正型の比率(c/b)	39.3件 27.0%	57.6件 41.1%	88.1件 46.4%	43.4件 37.6%	183.7件 70.3%

表6 主な診療指標の推移

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	2007年度
回答施設数(調査依頼数)	12(14)	14(17)	23(25)	23(28)	28(40)
定床数(床)	40.6	46.9	46.3	51.8	51.5
平均在棟患者数(人)	34.3	38.3	38.4	45.3	45.2
年間病床利用率(%)	84.5	81.7	82.9	87.5	90.3
年間入院件数(件)	352.1	386.3	360.0	388.1	390.4
新規患者比率(%)	75.7	83.5	78.8	76.2	83.0
三次救急患者比率(%)	25.5	21.5	16.8	15.4	16.7
年間退院件数(件)	331.0	385.3	345.7	361.3	368.6
在宅移行率(%)	53.0	59.1	62.9	65.9	65.5
院内転棟率(%)	33.7	30.0	28.2	25.2	32.9
他院転院率(%)	13.4	11.0	9.8	8.9	6.7
うち一般科(%)	2.9	2.2	2.4	2.4	2.7
平均在棟日数(日)	36.6	36.2	40.3	46.2	44.0

図1 診療してくれる医療機関を探するのに苦労する

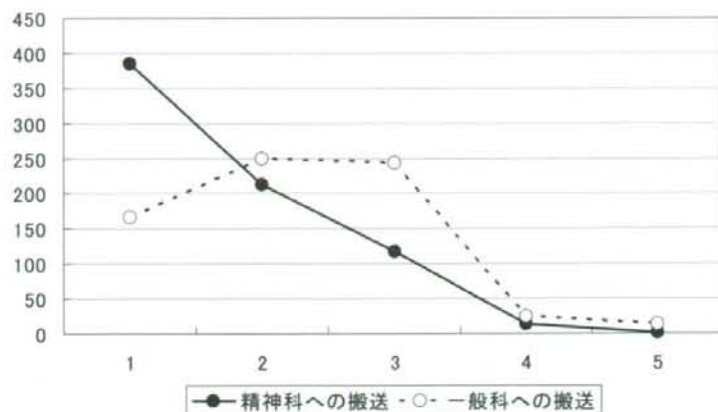


図2 かかりつけ医療機関であっても対応や受け入れがスムーズでない

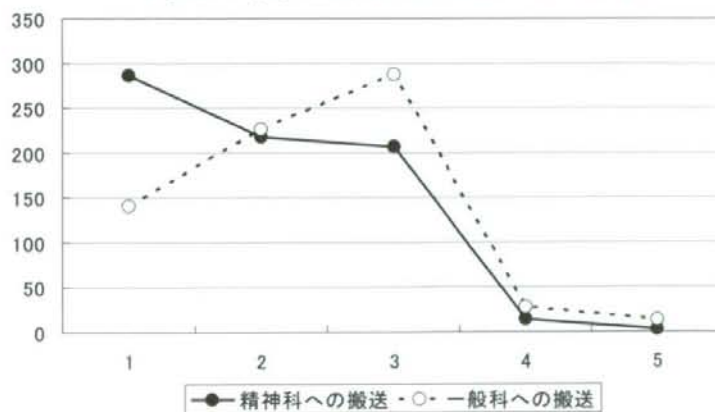


図3 患者本人が搬送を拒否することがあり、苦勞する

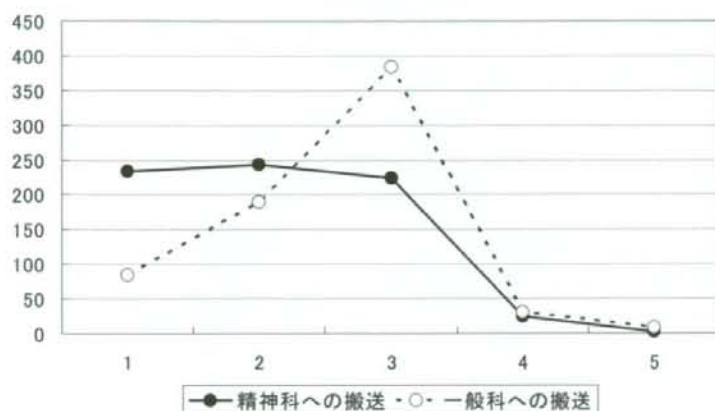


図4 リピーターが多い

