

200935009A (1/2)

1 / 2 冊

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 21 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 黒澤 尚

平成 22 年 (2010) 年 3 月

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 21 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
研究代表者 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 39
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 117
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 137
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 149
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 177
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 197
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 243
分担研究者 大竹眞裕美

平成 21 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）
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。精神科救急のシステム論については、①精神科救急事業の地域差は、病院単位のマイクロ救急の機能など、様々な分野の地域差を反映しているものと思われた。②応急入院の適応基準にも地域差が見られたが、社会要因のほか、制度運用上の基準という要因もあると思われた。その分析を通じて、非自発入院制度の将来像について提言した。③精神科救急入院料病棟群の運用に関わる主な指標の年次推移を示すとともに、全国共通データベースの構築による医療の質の担保システムを提言した。

精神科救急治療技術論については、前年度に引き続き無作為化・盲検化した多施設共同研究を実施し、risperidone は 2 週時点での治療反応の予測が妥当であるが、olanzapine では早すぎることを見出した。また、2 週後 risperidone への反応不十分な症例を通常量の olanzapine に置換しても 4 週後の寛解は望めなかった。2 週後 olanzapine への反応不十分な症例を通常量の risperidone に置換しても 4 週後の寛解は望めなかった。

さらに、前年度までに明らかにした精神科救急、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が必要であること、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、総合病院型精神病床への入院は原則的に、①身体合併症、②ECT、③初発精査、④救急・急性期、といった目的に

絞るよう機能誘導する必要性があることについて、日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携精神医学専門医）に対するエキスパート・コンセンサス調査でも強い支持が得られた。また、総合病院勤務の精神科医および閉鎖病棟で身体合併症看護を行う看護師の時間外勤務は有意に長いことが明らかになり、機能分化の必要性、診療報酬上および人員配置上の配慮の必要性が裏付けられた。さらに、精神科勤務経験のある看護師はそれ以外より自殺未遂者に対する看護意欲・共感度が高いことが明らかになり、本研究領域の教育面からの検討の必要性も明らかになった。

認知症疾患医療センターを核とする認知症のための統合的救急医療モデルを構築するには、次の条件が必要であることが明らかになった。(1)認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し、院内連携・地域連携を強化した多職種による診療システムを構築する。(2)認知症のための医療資源整備と地域連携体制整備を含む「地域包括ケアシステムの構築」を推進するための公的事業（例：認知症対策推進会議）を自治体レベルで稼働させる。(3)身体合併症・周辺症状に対する急性期入院医療を行っている認知症疾患医療センター病棟の看護配置を適正化するために、精神病床入院基本料を改訂する。(4)認知症疾患医療センターの業務を担うことができる医師を育成し、そのような医師を地域に安定的に確保する方策を国家レベルで考案する。

このような実証的検討に基づく提言に基づき、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。

研究代表者：

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
東京都健康長寿医療センター研究所	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、行政施策に貢献できた。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を明確化した。

平成 21 年度は、精神科救急入院料病棟の診療内容の集計システムの分析による機能評価尺度の作成、精神科救急ガイドラインの作成、総合病院型精神病床の機能と必要数の推計、看護必要度に反映されない身体合併症ケアの検討と看護職員配置の算定、認知症疾患医療センター運営事業と認知症対策推進事業の稼動前後の比較による事業の有用性の評価を行い統合することを目的とした。

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（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）

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、①46 都道府県から年報の提出があった。平成 20 年度の救急事業利用件数は 39,589 件（1 日平均 108.5 件）、うち入院件数は 15,369 件（同 42.1 件、入院率 38.9%）であった。入院形式では医療保護入院が 7,239 件（47.1%）、任意入院 4,197 件（27.3%）、緊急措置入院 2,158 件（14.0%）、措置入院 1,008 件（6.6%）、応急入院 468 件（3.0%）で、三次救急件数は 3,634 件（9.2%）であった。人口当たりの利用件数と入院率との間には緩い負の相関があった。②47 都道府県と 18 政令市から回答があった（回答率 100%）。

応急入院の適応基準については、「自治体としては特に決めておらず、応急入院指定病院の判断に委ねている」との回答が 36 と最も多かったが、身元不明を含め、保護者と連絡不能のケースは全て首長同意の医療保護入院としているとの回答が 1 件あった。応急入院の適応基準には自治体間でばらつきのあることが判明した。③43 施設から回答があった（回答率 68.3%）。平均病床数は 49.1 床。ここに、医師 6.8 人（うち指定医 3.5 人）、看護師は 27.3 人、コメディカル 2.6 人を配置して、年間 345.0 件の入院患者を平均 37.8 日で退院させていた（自宅への直接退院率 66.8%、他病棟に転棟してからの自宅退院を含めると 72.1%）。

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、RIS 治療開始群と OLZ 治療開始群との間にランダム化率（2 週後の CGI 4 以下）の差はなかった（25%vs23%, RR 1.03, $p=1.00$ ）ため、2 週間の時点では RIS と OLZ との間に効果出現速度の差はなかったといえる。しかし、RIS 群では 4 週後の非寛解が 2 週後の反応不十分さで高い特異性（0.94 [95%CI: 0.72-1.00]）をもって予測できたのに、OLZ 群では有意な予測ができなかった。OLZ 群では 2 週間の時点で反応不十分のためランダム化した症例のうち OLZ の継続に割付けられた 5 例中 2 例が 4 週後に寛解に至ったことが影響したと考えられる。これは、RIS は 2 週時点での治療反応の予測が妥当であるが、OLZ では早すぎることを

を示唆している。また、2 週後 RIS への反応不十分な症例を通常量の OLZ に置換しても 4 週後の寛解は望めなかった。2 週後 OLZ への反応不十分な症例を通常量の RIS に置換しても 4 週後の寛解は望めなかった。

2. 身体合併症について

八田班の総合病院型精神病床の必要数と機能の推計に関する専門家の意識の検証については、総合病院精神病床の充実化と即応性のための機能分化誘導に関する質問票を作成し、日本総合病院精神医学会専門医（一般病院連携精神医学専門医）に対してエキスパート・コンセンサス調査の形式で実施した。その結果、機能分化を誘導、身体合併症治療・ECT・初発精査に積極的な役割を担うことに高い水準で同意が得られた。救急・急性期治療に積極的な役割を担うことについては、人員配置の充実や単科との連携が必須、さもなくば崩壊する、開放病棟では無理といった意見など慎重であった。神経症圏の休息に積極的な役割を担うことについては、反対意見が大勢であった。BPD のリスク回避に積極的な役割を担うことについての同意水準は極めて低かった。精神症状も身体症状も重症の事例に総合病院の精神病床が対応するには、開放病棟より閉鎖病棟を整備すべきという見解、総合病院の精神病床を整備する際、個室中心にすべきという見解、総合病院精神科病床が不足の状態に陥っているという見解については、高い水準で同意

が得られた。

小林班の島根県の調査では、精神科医の週平均在院時間数は、総合病院精神科 3290.6±981.0 分、精神科病院 2758.6±579.9 分、精神科診療所 3266.9±739.8 分となっており、総合病院精神科、精神科診療所では精神科病院に比べて有意 ($p<0.05$) に長くなっていた。また、週平均時間外診察時間も総合病院精神科 130.8±195.2 分、精神科病院 52.1±85.1 分、精神科診療所 3.0±9.5 分となっており、総合病院精神科、精神科病院では精神科診療所に比べて有意 ($p<0.05$) に長くなっていた。総合病院精神科勤務医の 72.2% は勤務上の負担が大きくなっていると感じており、その原因としては医師不足による業務量増加 (83.3%)、身体疾患合併症例への対応の増加 (55.6%)、診療に伴う事務処理の増加 (44.4%) が多くなっていた。また、総合病院精神科勤務医の診療に対する満足度は不満・やや不満が 38.9% となっており、他の施設形態より高く、改善を希望する項目としては、他施設・他職種との連携改善 (72.2%)、仕事内容に見合う収入 (61.1%)、時間外勤務の軽減 (50.0%) が多くなっていた。

上條班の救命救急センターにおける調査では、自殺企図にて三次救急搬送された患者のうち継続的に身体治療を要する患者 (当院に 1 泊以上入院した症例) を対象とした。その中でも三次救急施設での在院日数が長期化しやすい、1) 多発外傷 (転落外傷を中心とする) 2) 熱傷の症例を対象

とした。調査項目としては、年齢、性別、精神障害、三次救急施設での在院日数、転帰、入院費について調査した。合計で 60 名の患者が調査対象となった。そのうち、多発外傷 (転落外傷が中心) が 53 例、熱傷による入院患者が 7 例であった。性別は男性が、女性の 2 倍以上を占めた。入院患者の年齢別は 30 歳代が最も多く、20 歳代と 30 歳代で全体の約 6 割を占め比較的若年傾向を示した。精神科診断 (ICD-10) 別 (%) は、F2 の統合失調症圏が 44% と最も多かった。多発外傷に関しては、在院期間は、31 日から 60 日が最多で 30% であった。2 ヶ月以上の長期長期入院となるケースも 18% を占めた。

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、研究 1 では全国の大学病院および総合病院の精神科を対象に、精神障害者の身体合併症に対する一般病棟での入院治療の障壁となる課題や、それぞれの意識の相違点などについて郵送によるアンケート調査を行って検討した。研究 2 では久留米大学病院の精神科医、身体科医、看護師に対して研究 1 と同様のアンケート調査を行った。結果として、研究 1 では、総合病院より大学病院に勤務する精神科医の方がより障壁として感じている項目が多かったが、多くの精神科医が身体科医や身体科スタッフは精神障害者の身体合併症治療に理解や協力が乏しいと考えていることは共通しており、今後の大きな課題であると考えられた。研究 2 では、

合併症入院に際して身体科医は我々が考える以上に精神科診断名に敏感で、精神科医、身体科医ともに看護スタッフの理解・協力不足が大きな障壁となると考えていた。看護師の調査結果から、精神科病棟勤務経験があるものの方が、不安や抵抗は少なかった。久留米大学病院の精神科医、身体科医、看護師に対する調査では、合併症入院に際して身体科医は我々が考える以上に精神科診断名に敏感であること、精神科医、身体科医ともに看護スタッフの理解・協力不足が大きな障壁となると考えていた。

大竹班の精神病床で入院治療をう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、身体合併症治療病棟での「重要度・看護必要度」の該当者は、4ヶ所とも6割を超えていた。精神科病棟3ヶ所での身体合併症治療患者は在棟患者の2割～4割程度で、「重要度・看護必要度」の該当者は1～2割弱であった。また、看護師の正規勤務と時間外勤務時間の合計を総勤務時間を従属変数、「重要度・看護必要度」基準での該当数を独立変数とした回帰分析では、該当患者1名増で必要時間245分（閉鎖病棟では1434分）となることが算出された。質問紙およびグループインタビューの結果からは、身体疾患治療を行う場合、抗精神病薬の中止による症状再燃や、身体疾患の治療に対する理解・協力を得ることが出来ず、ルートトラブルの予防・創部等の安全確保・安静保持の援

助を要する患者が多く、現在の看護人員の配置基準では身体拘束で対応せざる得ない現状にあった。また身体拘束に伴う観察・記録（15分毎）、日常生活全般での援助が発生していることが分かった。

3. 認知症疾患について

栗田班の＜研究1＞からは、現状において、すべての地域包括支援センターは、認知症高齢者やその家族の相談に応需している（総合相談、医療機関との連携、介護に関する相談・支援、困難事例・虐待・権利擁護に関する相談・支援、普及啓発、地域関係機関との連携・ネットワークづくりなど）。但し、医療機関との連携を「“通常”実施している」と回答できるセンターは半数以下に留まった。「認知症医療の現状」に関する回答内容の質的分析から、認知症のための「専門医療資源の不足」「かかりつけ医機能の不十分さ」がその背景にあることが示唆された。＜研究2＞「認知症医療の現状」に関する回答内容の質的分析から、「認知症診療の困難性」「専門医療資源の不足」「地域連携体制の不備」を指摘する回答が高頻度に認められた。＜研究3＞専従の医療相談室設置後、専門医療相談件数は3.6倍、鑑別診断・初期対応件数は1.4倍、新規入院患者数は1.4倍増加し、新患受診者の平均予約待機日数は1/4、平均入院日数は60%に短縮した。入院患者の約3割は救命救急センターを入口とする入院であった。一般診療科と比較した

認知症疾患医療センターの精神病床における入院患者1人あたりの医療収益は、過去4年間にわたって一貫して著しく低い（一般診療科の約0.4）。

4. 受療行動のニーズ調査について

岸班の調査では、大多数の看護師は、自殺未遂患者に対するケアは適切に行われているとは考えておらず、自殺未遂患者に対するケアのトレーニング不足・今後のトレーニングの必要性を認識していた。また、自殺未遂患者の看護はやっかいで、理解・共感を行うことは困難であるとする看護師が多かった。一方で、精神科病棟勤務看護師ならびに精神科勤務経験のある看護師は、それ以外の看護師と比較して、自殺未遂患者に対するスキルトレーニングをより受けてきたと感じ、自殺未遂者に対する看護意欲・共感度が高かった。このことより、自殺未遂患者に対する知識向上・スキルトレーニングを行うことで、看護師の attitudes に変化をもたらす可能性が示された。一般病棟で頻繁にみられる、うつ病、せん妄の診断については、誤った認識が多く認められた。特にせん妄（低活動型）の見逃しが危惧された。

D. 考察

1. 精神科救急について

システム面については、①精神科救急事業の地域差は、病院単位のマクロ救急の機能など、様々な分野の地域差を反映しているものと思われた。②応

急入院の適応基準にも地域差が見られたが、社会要因のほか、制度運用上の基準という要因もあると思われた。その分析を通じて、非自発入院制度の将来像について提言した。③精神科救急入院料病棟群の運用に関わる主な指標の年次推移を示すとともに、全国共通データベースの構築による医療の質の担保システムを提言した。

技術論的には、成果を基に精神科救急医療ガイドラインを作成した。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

今年度の成果は、前2年間に呈示した身体合併症医療に関する提言をさらに補強した。

島根県の調査からは、それぞれの医療機関が、可能な範囲で協力できるような体制を構築する必要性があきらかになった。そのためには、総合病院精神科には救急医療を含む一般医療との連携の充実が、精神科病院には身体疾患への対応能力の向上が、精神科診療所には時間外診療や施設外の業務への参加が期待される。行政も含め、現状を把握したうえで、課題を共有し、対応を協議するような場を設置する必要がある。

一般病床における調査からは、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、身体合併症病棟では、実際には 13 対 1 基準の看護師配置で病棟を運営していたが、閉鎖病棟では看護師一人当たり 30 分以上の時間外勤務が発生し、看護管理者は心身の疲弊から異動希望者が絶えないという問題を常に抱えていることが明らかになった。こうした現状からは、15 対 1 入院基本料で身体合併症治療病棟の運営は実際には困難であると言え、閉鎖処遇を要する精神状態の不安定な患者の身体合併症治療を担う病棟では 10 対 1 入院基本料の適用を提言したい。

3. 認知症疾患について

本研究結果から、認知症疾患医療センターを核とする認知症のための統合的救急医療モデルを構築するには以下の条件が必要であることが明らかになった。(1)認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し、院内連携・地域連携を強化した多職種による診療システムを構築する。(2)認知症のための医療資源整備と地域連携体制整備を含む「地域包括ケアシステムの構築」を推進するための公的事業（例：認知症対策推進会議）を自治体レベルで稼働させる。(3)身体合併症・周辺症状に対する急性期入院医療を行っている認知症疾患医療センター病棟の看護配置を適正化するために、精神病床入院基本料を改訂する。(4)認知症疾患医療センターの業務を担うことができる医師を育成し、そのような医師を地域に安定的に確保する方策を国家レベルで考案する。

4. 社会一般の精神医療に対する受療の意識について

救急・ICU 勤務看護師は自殺未遂患者とのファースト・コンタクトとなる場合が多く、自殺予防・自殺未遂患者への治療介入の円滑さを進めるため、効果的な教育プログラムの作成が必要である。今後の精神科看護教育において、今まであまり重要視されていなかった一般病棟でみられる精神症状に対する教育も大切であることが示された。

E. 結論

本研究では、実証的検討に基づいて様々な提言やガイドラインを作成した。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、医療側のみから本当に社会に必要なことさらに関する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に沿って、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 21 年 12 月 20 日付の毎日新聞朝刊の第 3 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

精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（第 3 報）

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） 澤温（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精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」）の運用状況に関する最新情報を得ること。②応急入院の運用実態を自治体別に調査すること。③精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」）の運用実態に関する最新情報を得ること。

方法 ①平成 20 年度より、精神科救急事業の運用実態を明らかにするための全国レベルの報告システムが立ち上がった。このシステムによって厚労省に集約されたデータを分析した。②各都道府県および政令市の精神保健担当部署に対して、応急入院の運用に関するアンケート調査を実施した。③2009 年 6 月末現在で認可されている 63 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 ①46 都道府県から年報の提出があった。平成 20 年度の救急事業利用件数は 39,589 件（1 日平均 108.5 件）、うち入院件数は 15,369 件（同 42.1 件、入院率 38.9%）であった。入院形式では医療保護入院が 7,239 件（47.1%）、任意入院 4,197 件（27.3%）、緊急措置入院 2,158 件（14.0%）、措置入院 1,008 件（6.6%）、応急入院 468 件（3.0%）で、三次救急件数は 3,634 件（9.2%）であった。人口当たりの利用件数と入院率との間には緩い負の相関があった。②47 都道府県と 18 政令市から回答があった（回答率 100%）。応急入院の適応基準については、「自治体としては特に決めておらず、応急入院指定病院の判断に委ねている」との回答が 36 と最も多かったが、身元不明を含め、保護者と連絡不能のケースは全て首長同意の医療保護入院としているとの回答が 1 件あった。応急入院の適応基準には自治体間でばらつきのあることが判明した。③43 施設から回答があった（回答率 68.3%）。平均病床数は 49.1 床。ここに、医師 6.8 人（うち指定医 3.5 人）、看護師は 27.3 人、コメディカル 2.6 人を配置して、年間 345.0 件の入院患者を平均 43.2 日で退院させていた（自宅への直接退院率 66.8%、他病棟に転棟してからの自宅退院を含めると 72.1%）。

考察 ①精神科救急事業の地域差は、病院単位のマイクロ救急の機能など、様々な分野の地域差を反映しているものと思われた。②応急入院の適応基準にも地域差が見られたが、社会要因のほか、制度運用上の基準という要因もあると思われた。その分析を通じて、非自発入院制度の将来像について提言した。③精神科救急入院料認可病棟群の運用に関わる主な指標の年次推移を示すとともに、全国共通データベースの構築による医療の質の担保システムを提言した。

結論 精神科救急医療の水準向上は、わが国の精神科医療全般の均霑化に寄与すると思われる。

A. 研究目的

本研究は、精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」）とそれを担う中核施設である精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」）の運用実態を検証し、均霑化するための政策提言を目的として、3年度にわたって行われてきた。その最終年度にあたる今年度の研究の目的は、2008年度における精神科救急事業と精神科救急病棟の運用実績を分析すること、および応急入院制度の運用実態を調査することである。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実績調査

本研究班の2007年度報告書の提言により、2008年度から、国は、全国の都道府県に対して、知事が指定する精神科救急医療施設（2008年度末現在1,089施設）から精神科救急事業による診療の実績を毎月集計し、1年分の実績を年報として国に提出するよう要請した（資料1参照）。それまでは、精神科救急事業の運用実績を把握していない自治体もあったが、このシステムの開始によって、全国共通の基礎データが集約されることとなった。本研究班は、厚労省からこの年報の提供を受け、その内容を分析することとした。

2. 応急入院の運用実態調査

全国47都道府県および18政令市の精神保健担当部局に対して、応急入院の運用に関するアンケート調査票（資料2）を郵送し、回答を依頼した。

3. 精神科救急病棟の運用実績調査

2009年6月現在、精神科救急入院料病棟

を認可されている63の施設に対して、精神科救急病棟の運用体制や診療実績を問うアンケート調査票（資料3）を郵送し、回答を依頼した。

C. 研究結果

1. 精神科救急事業の運用実績

表1に各都道府県の精神科救急事業の運用実績、表2に電話相談の実績を一覧表示した。

2. 応急入院制度の運用実態

47都道府県と18政令市から100%の回答があった。担当者の方々には本報告書を借りて、謝意を表したい。

（1）応急入院等の件数

2009年10月現在、応急入院指定病院は全国で459施設あったが、大分県、川崎市、新潟市、北九州市では指定されていなかった。

2008年度の応急入院件数は1,452件（表1より多いのは平日日中も含むため）であったが、応急入院の実績のない自治体が、応急入院指定病院のない前記4自治体のほか7か所（青森県、茨城県、新潟県、愛知県、滋賀県、長崎県、仙台市）あった。

一方、首長同意の医療保護入院（精神保健福祉法第21条による）については、51自治体が件数を把握していた。2008年度の実績は全国で8,965件であった。

（2）応急入院の適応基準

応急入院の適応基準については、「自治体としては特に基準を決めず、応急入院指定病院の判断に委ねている」と回答した自治

体が36と最多であったが、「身元不明ケースに限定して応急入院としている」自治体が6（秋田県、群馬県、山梨県、兵庫県、長崎県、札幌市）、「身元不明ケースを含め、入院時に保護者もしくは扶養義務者の立ち会いが不能なケースは、電話で親族の同意があっても、応急入院としている」自治体が7（福島県、福井県、石川県、京都府、奈良県、和歌山県、山口県）、「入院時に保護者もしくは扶養義務者の立ち会いが不能であっても、電話で同意が得られれば、親族同意の医療保護入院とし、応急入院とはしない」自治体が10（山形県、埼玉県、神奈川県、愛知県、岡山県、沖縄県、新潟市、横浜市、京都市、北九州市）、「身元不明ケースや身寄りのないケースを含め、入院時に護者もしくは扶養義務者との連絡が不能のケースは全て、原則として首長同意の医療保護入院としている」自治体が1（佐賀県）あった。

「入院時に保護者もしくは扶養義務者の立ち会いが不能であっても、電話で同意が得られれば、親族同意の医療保護入院とし、応急入院とはしない」と回答した10自治体に応急入院制度を限定的に適用する理由を問うたところ、「応急入院指定病院がない」および「応急入院の実績がない」との回答がそれぞれ1、「その他」との回答が8あった。「その他」の回答では、電話で同意がとれていれば、親族同意の医療保護入院の要件を満たすとする見解が大半で、「入院時の親族の立ち会いは必須とされていない」「保護者の同意自体、書面によることも要しない非様式行為である」「法に沿った運用をしている」とのコメントも含まれていた。

3. 精神科救急病棟の運用実態

調査を依頼した63病院のうち、43病院（68.3%）から回答があった。設立主体は、国立系が1、公立系が16、民間系が26であり、精神科急性期治療病棟を併設している施設が22と過半数を占めた。

主な調査結果を以下に示す。数値は、小数点以下1桁までで単位の表示があるものが回答日現在の1施設平均値、小数点以下および単位の表示がないものは回答施設数である。

（1）精神科救急病棟の施設概要

①病床数	-----	49.1床
②隔離室	-----	9.9室
(a)酸素・吸引設備	-----	2.5室
(b)ステンレス製の便器設置	----	6.1室
③個室	-----	17.4床
(a)酸素・吸引設備あり	-----	4.0室
(b)エラストピア	-----	0.6室
④多床室	-----	20.5床
⑤利用可能な医療設備（回答数40）		
・心肺モニター	-----	38
・AED等の除細動装置	-----	40
・人工呼吸器（閉鎖循環式麻酔用）	---	12
・パルス型電気刺激装置	-----	22
・輸液加温装置	-----	10
・エアーマット	-----	38
・下腿マッサージ器	-----	20
⑥検査体制		
(a)血液検査		
・24時間検査可能	-----	29
・時間帯により検査困難	-----	14
(b)生化学検査		
・24時間検査可能	-----	27
・時間帯により検査困難	-----	15

(c) X線単純撮影	(a) 年間延べ在棟患者数	15,263.0人
・24時間検査可能	一日平均在院患者数	41.8人
・時間帯により検査困難	(b) 年間平均病床利用率(平均病床数 49.1床に対する一日平均在院患者数 41.8人の比率)	85.2%
(d) CT検査	(c) 年間病床回転率(年間入退院件数の平均を一日平均在院患者数で除した数 値)	8.45回転
・24時間検査可能	(d) 年間平均在院日数(365日を年間病床 回転率8.45で除した数値)	43.2日
・時間帯により検査困難	(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)	79.5%
(2) 職員配置	(f) 在宅移行率(3ヶ月以内に自宅退院し た患者の比率)	72.1%
①専任医師	②年間入院件数	345.1件
(a) 配置数	(a) 院内他病棟からの転入	18.6件
うち指定医	(b) 入院(転入)時の入院形式	
(b) 勤務形態	・緊急措置入院	15.5件
・原則として他の病棟の入院患者を担 当しない	・措置入院	23.1件
・他の病棟の入院患者を担当する医師 も含まれる	・応急入院	15.1件
・その他	・医療保護入院	215.7件
②常勤看護師	・任意入院	67.8件
③常勤コメディカルスタッフ	・医療観察法鑑定入院	1.4件
(3) 電気けいれん療法(2008年度)	・医療観察法入院処遇	0.4件
①年間総件数	・司法鑑定入院	0.6件
(a) うち修正型	(c) 行動制限	
(b) うち麻酔医立ち合い	・隔離	453.5件
②実施患者の実人数	平均日数	13.7日
(4) 治療プログラム(2008年度保険請求 分)	・身体拘束	120.3件
①入院精神療法Ⅰ	平均日数	6.7日
②入院集団精神療法	(d) 主診断	
③精神科作業療法	F0(脳器質群)	
④入院生活技能訓練療法	認知症群	9.5件
⑤退院前訪問指導	認知症以外	9.4件
(5) 診療実績(2008年度)	F1(中毒依存群)	30.7件
①当該病棟の運用概況		

F2 (精神病群)	-----	165.9 件
F3 (感情病群)	-----	71.3 件
F4 (神経症群)	-----	16.5 件
F5 (摂食障害等)	-----	3.7 件
F6 (人格障害群)	-----	9.7 件
その他	-----	13.6 件
③年間退院件数	-----	349.2 件
(a) 自宅退院件数	-----	230.4 件
(b) 院内転棟件数	-----	96.4 件
(c) 他院への転入院件数	-----	22.4 件
・うち精神科	-----	15.3 件
・一般科	-----	7.1 件
(d) 死亡	-----	0.0 件

D. 考察

1. 精神科救急事業の運用実態

(1) 地域差の意味するもの

今回の調査結果(表1)のうち、受診件数の多い順に自治体を並べ替え、入院件数とともに図示したのが図1である。また、入院件数のみを取り出して、多い順に並べ替えて図示したのが図2である。入院件数の多い東京都、大阪府、愛知県など、大都市を擁する都府県が受診件数でも上位を占めるほか、岩手県、長野県、北海道など、広い面積に人口と医療施設が点在しないし偏在する自治体も上位に位置することがわかる。

人口の要素を加味するために人口1万人に対する受診件数と入院率を再計算し、人口万対受診件数の高い順に表示したのが表3である。そして、人口万対受診件数と入院率との相関を示したのが図3である。緩い負の相関を示していること、すなわち、人口万対受診件数の高いほど入院率が低いことがわかる。

図3の右下の自治体では、救急受診の敷居が低く(あるいはトリアージが緩く)、入院を要しない軽症患者がアクセスしやすいシステムで救急事業が運用されており、左上の自治体では、入院を要する重症患者の受診に絞り込まれるシステムになっているということができる。

いずれにせよ、救急事業の運用に地域差が大きいことを物語るデータである。この地域差は何を意味するのであろうか。

いうまでもなく、救急事業以外にも精神科救急診療は、全国各地で日夜行われている。入院施設であれば、昼夜を問わず医師の常駐が義務づけられているから、精神科病院が通院患者の時間外診療に応ずるのはありふれている。こうした病院単位のボランティアな救急診療の総体を精神科マイクロ救急と呼ぶことができる。これらの救急診療の実績は公式には把握されていない。

精神科救急事業とは、いうなれば、マイクロ救急がカバーできない救急患者に対応するための社会的セーフティネットである。マイクロ救急に対してマクロ救急ということもできる。したがって、精神科救急事業の利用度が高いということは、マイクロ救急の機能が不十分であることの裏返しでもある。

平日日中は数多くの精神科クリニックが診療しているが、夜間休日には精神科過疎地区と化す大都市中心部、および、少数の基幹的な医療機関が広域の救急診療をカバーする地方都市において救急事業の利用件数が多い理由がここにあると思われる。

一方、精神科救急事業の利用件数が人口に比して少ない自治体において、マイクロ救急が十分に機能しているというデータがあるわけではない。2005年の千葉県における

1ヶ月間の前方視調査によれば、マクロ1対マイクロ6というデータが示されているが、もとより地域差があろう。マイクロ救急が十分に機能しているためにマクロ救急事業へのニーズが低いのであれば、それにこしたことはない。

マクロ救急もマイクロ救急もともに利用件数の少ない地域があるとすれば、3通りの理由が考えられる。ひとつは、時間外の救急診療など必要のないほど、治療技術の高い医療機関が存在するためである。二つめは、医療機関以外に危機介入の可能な体制が整備されているためである。そして、三つめは、夜の明けるのをじっと待つことができる患者や家族が多いためである。当研究班としては、前二者が優勢であることを願う。

(2) 三次救急の地域差

精神科救急事業の役割の中で最も重要なものが、緊急度の高い精神科三次救急（緊急措置・措置・応急入院）事例への対応であるが、夜間休日における三次救急件数にも地域差がある。

図4は、表1のデータに基づいて、緊急措置入院件数（総数2,158件）における都道府県別のシェアを多い順に積み重ねた円グラフである。東京都、大阪府、和歌山県の上位3自治体で6割を占める寡占状況がわかる。一方で、2008年度、緊急措置入院が1件もなかった自治体が15県ある。

図5は、緊急措置入院と措置入院の合計件数（総数3,116件）のシェアを示したが、やはり、東京都、神奈川県、大阪府、和歌山県の上位4自治体で6割近くを占める一方で、1件の実績もない自治体が5県ある。

応急入院（総数468件）のシェアは、図6に示したように、大阪府が群を抜き、上位5自治体で6割を占める一方で、1件の実績もない自治体が13県ある。

以上を統合して、図7に、精神科三次救急（総数3,634件）のシェアを示した。東京都、神奈川県、大阪府の大都市圏で半数近くを占め、上位10自治体で全体の8割近くを占めるという寡占状況がわかる。

こうした地域差を生み出す要因が、いくつか想定できる。第1は、社会要因である。すなわち、大都市圏では、単身者や流動人口が多く、地縁・血縁的な絆が希薄なために、精神疾患が初病ないし再発しても、緊急事態になるまで周囲に気づかれない可能性がある。第2は、緊急措置入院の適応基準であろう。東京都や大阪府では、緊急措置入院制度を迅速な医療アクセスの手段として活用しているが、行政処分でもある措置入院を極力回避することを是とする自治体もある。

(3) 緊急措置入院制度の意義

確かに、緊急措置入院制度は、1968年の在日アメリカ大使刺傷事件を契機として、警察官職務執行法とともに制定された公安強化対策であった。殺人などの重大犯罪の可能性が高いケースに限定すべきであるとの見解もあるため、この入院制度を限定的に適用する自治体があることは理解できる。

一方、緊急措置入院制度は、措置入院に比べて格段に迅速に医療を開始できるほか、72時間という制限時間のあることや、結果的に3人の指定医の診察を要請していることに鑑みれば、患者の人権と診断の厳密さを担保する入院制度ということもできる。

また、一人の指定医が入院決定の責任を一身に背負う医療保護入院に比べて、責任を分散する制度でもある。このように、緊急措置入院は、臨床的には迅速な医療開始を担保するとともに、患者の市民権の制限に時限を設け、医療機関にとっては法的なりスクヘッジにも寄与するといった利点をもつ。市民権の制限という側面において、安易に発動すべきでないことは言をまたないが、精神科救急医療においては、有用性が再検討されてよい制度であろう。

2. 応急入院の運用実態

(1) 応急入院制度の意義

今回の応急入院に関する調査結果は、図6にも示されたように、応急入院の適応基準にも地域差があることを物語っている。1987年に制定された応急入院制度は、医療保護入院を要するにもかかわらず、身元不明などの理由により保護者や扶養義務者の同意が得られない場合に適用される医療保護入院の緊急形態であるが、精神科において救急医療が必要なことを法が認めた初めての契機でもあった。同時に診療報酬上でも入院加算が認められ、1996年の精神科急性期治療病棟、2002年の精神科救急入院料病棟の新設の先駆けとなった。すなわち、応急入院制度は、医療技術の上でも、精神科救急医療が社会的に認知される嚆矢となった画期的な入院制度なのである。

その臨床的・制度的な意義が十分に理解されていないために、応急入院制度を限定適用しようとする自治体や医療機関があるように思われる。今回の調査では、自治体として応急入院の適応基準は設けず、応急入院指定病院の判断に委ねるとする自治体

が多数派を占めたが、応急入院の適応基準は、保護者ないし扶養義務者の立ち会いが得られない場合に応急入院とする最も緩い基準から身元不明事例に限定するという最も厳しい基準まで、幅があった。

緩い基準を選ぶ根拠は、電話同意の不確実さである。すなわち、電話で同意した相手が保護者もしくは扶養義務者と確定できないために電話同意を認めない立場で、保護者の同意確認に関しては最も厳しい立場ともいえる。

逆に、保護者確認を緩くして、応急入院を回避する根拠は何であろうか。同じく72時間の時間制限のある緊急措置入院と異なり、応急入院は行政処分ではない。応急入院を回避して首長同意の医療保護入院とすることによって得られる患者の利益、もしくは回避できる不利益は何であろうか。入院時の医学管理料加算による若干の自己負担の増加以外に患者の不利益は考え難い。

(2) 首長同意による医療保護入院制度の問題点

首長同意による医療保護入院をめぐることは、かつて東京都の某市が民事訴訟で敗訴し、以降、市長同意に応じていないという事実がある。このほか、地域によっては、首長同意が政治的対立関係を深める事例がある。さらには、首長が精神科病院の管理者である場合は、病院管理者が自らの病院に患者を非自発入院させるという事態も生じうる。

身寄りのない患者など、首長同意による医療保護入院とするほかない事例があることは間違いないものの、この入院形式は、このように、法的な危うさを伴う制度であ