

200935009B

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 19-21 年度 総合研究報告書

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 19-21 年度 総合研究報告書

## 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	・・・ 7
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	・・・ 41
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	・・・ 65
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	・・・ 115
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	・・・ 151
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	・・・ 165
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	・・・ 175
分担研究者 大竹眞裕美	

平成 19-21 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

【目的】整備の遅れている精神科救急医療体制、身体合併症医療、認知症疾患対策について、統合的視点から、都道府県の今後の精神科救急医療システム構築、身体合併症医療の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、認知症対策の中での精神科医療の役割の提言を行う。

【方法】8つの分担研究班を編成して成果を統合した。本研究は、疫学デザインによる検証、構築モデルの介入研究、無作為比較試験（RCT）によるエビデンス蓄積の上でのガイドライン作成といった科学性が従来にない特色である。

（倫理面への配慮）各施設の倫理委員会の承認を得、インフォームドコンセントの取得、プライバシー保護への配慮をして実施した。

【研究結果及び考察】精神科救急医療体制を検証するため全国の精神科救急入院料病棟の運用実態を調査した結果、平均 48 日で 66%が自宅退院していた。都道府県・政令市の精神科救急医療事業運用実績は、地域間格差と共に実態把握の不十分さが判明したため集計システムを構築した。さらに、精神科救急入院料病棟標準化のため臨床データ集約・フィードバックシステムを構築した。実証的な精神科救急医療の構築に関しては、精神科救急多施設共同研究（RCT，横断研究）にて救急・急性期治療におけるエビデンスを蓄積した。精神科救急・精神科領域における身体合併症に関しては、東京都の全数調査（前向きコホート）にて、精神疾患・身体疾患ともに入院水準の患者の発生（罹患率）は年間人口 10 万対 25、在院日数メジアン 28、日本の年間発生件数約 3 万、必要病床数 2,310 と推計し、地方（島根県）でも裏付けた。さらに、総合病院型精神病床の機能実態の明確化と機能分化促進へのエビデンスを示した。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では、総合病院型認知症疾患センターに求められる機能を明確化し、医療・介護資源の機能・分布の調査にて連携促進のための認知症対策推進事業を提言した。社会一般の受療行動上のニーズ調査からは精神医療の機能分化の必要性が明確化された。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。

【結論】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平成 21 年度に精神科救急医療ガイドラインとして出版予定であり、この領域の統合的発展に寄与している。

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

整備の遅れている精神科救急医療体制、身体合併症医療、認知症疾患対策について、統合的視点から、都道府県の今後の精神科救急医療システム構築、身体合併症医療の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、認知症対策の中での精神科医療の役割の提言を行う。

## B. 研究方法

本研究は、特定地域の全数調査といった疫学デザインによる検証、構築モデルの介入研究、無作為比較試験（RCT）によるエビデンス蓄積の上でのガイドライン作成といった科学性が従来にない特色である。

次の8つの分担研究班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）

（倫理面への配慮）

各施設の倫理委員会の承認を得、インフォームドコンセントの取得、プライバシー保護への配慮をして実施した。

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

精神科救急医療体制を検証するため全国の精神科救急入院料病棟の運用実態を調査した結果、平均 48 日で 66%が自宅退院していた。都道府県・政令市の精神科救急医療事業運用実績は、地域間格差と共に実態把握の不十分さが判明したため集計システムを構築した。さらに、精神科救急入院料病棟標準化のため臨床データ集約・フィードバックシステムを構築した。実証的な精神科救急医療の構築に関しては、精神科救急多施設共同研究（RCT、横断研究）にて救急・急性期治療におけるエビデンスを蓄積した。精神科救急・精神科領域における身体合併症に関しては、東京都の全数調査（前向きコホート）にて、精神疾患・身体疾患ともに入院水準の患者の発生（罹患率）は年間人口 10 万対 25、在院日数メジアン 28、日本の年間発生件数約 3 万、必要病床数 2,310 と推計し、地方（島根県）でも裏付けた。さらに、総合病院型精神病床の機能実態の明確化と機能分化促進へのエビデンスを示した。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では、総合病院型認知症疾患センターに求められる機能を明確化し、医療・介護資源の機能・分布の調査にて連携促進のための認知症対策推進会議を提言した。社会一般の受療行動上のニーズ調査からは精神医療の機能分化の必要性が明確化された。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。

#### D. 考察

##### 1) 達成度について

都道府県の今後の精神科救急医療システム構築、身体合併症医療の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、認知症対策の中での精神科医療の役割の提言を行うとした当初の目標は、4の3)に記述したとおり提言にとどまらず行政施策に既に反映されている。したがって、達成度は100%を超えると評価できる。

##### 2) 研究成果の学術的意義について

疫学デザインにより推計した精神疾患・身体疾患ともに入院水準の患者の人口比発生率は、国際的にも初めての成果であり、3報が *Psychiatric Services* などの国際誌に受理・掲載された。この疫学的手法に基づく調査は、予算的裏付けがあれば今後定期的に東京都など特定地域で実施して行政

施策の成果検証を可能にする。

救急・急性期の精神病性障害の薬物療法に関する無作為比較試験 (RCT) の成果は、4報が *Schizophrenia Research* などの国際誌に受理・掲載された。その成果を基に平成21年度に精神科救急医療ガイドライン改訂版を公開・出版予定である。本研究によって精神科救急医療機関の多施設共同研究ネットワーク Japan Acute-phase Schizophrenia Trial (JAST) study group を構築できたため、予算的裏付けがあれば、統合失調症などの急性期薬物療法に関する未解決の重要課題を検証することが可能になった。

##### 3) 研究成果の行政的意義について

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。

##### 4) その他特記すべき事項について

認知症疾患医療センター提言の根拠となった本研究の解析結果 (粟田主一) は、朝日新聞の平成20年7月6日朝刊1面および毎日新聞の平成21年12月20日朝刊3面に掲載された。

第20回日本総合病院精神医学会総会 (札幌, 2007) で発表した「身体合併症医療の実態と展望1: 東京都における前向き全数調査から」 (八田耕太

郎) はベストポスター賞を受賞した。

#### E. 結論

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平成21年度に精神科救急医療ガイドラインとして出版予定であり、この領域の統合的発展に寄与している。

#### 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

(主なもの)

- 1) 平田豊明：精神科救急システムの現状と問題点. 精神科 11: 267-74, 2007
- 2) Hatta K, et al: Hospitalization for medical comorbidities among psychiatric patients in Tokyo. Psychiatr Serv 58: 1502, 2007
- 3) Hatta K, et al: Olanzapine orally disintegrating tablet versus risperidone oral solution in the treatment of acutely agitated psychotic patients. Gen Hosp Psychiatry 30: 367-71, 2008

4) Hatta K, et al: Medical and psychiatric comorbidity at psychiatric beds in general hospitals: a cross-sectional study in Tokyo. Psychiatry Clin Neurosci 63: 329-35, 2009

5) Hatta K, et al: Effectiveness of second-generation antipsychotics with acute-phase schizophrenia. Schizophr Res 113: 49-55, 2009

6) Hatta K, et al: The prevalence of intravenous thiopental use in psychiatric emergency settings in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 63: 658-62, 2009

7) Hatta K, et al: A prospective naturalistic multicenter study of intravenous medications in behavioral emergencies: haloperidol versus flunitrazepam. Psychiatry Res (in press)

8) Hatta K, et al: Open wards versus locked wards of general hospitals in the treatment of psychiatric patients with medical comorbidities: a cross-sectional study in Tokyo. Psychiatry Clin Neurosci (in press)

9) 小林孝文：総合病院精神科における医師不足の現状. 精神科 13: 496-501, 2008

10) 栗田圭一, 他：認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療. 新たな政策提言に向けて. 老年精神医学雑誌 18: 1210-4, 2007

11) 栗田圭一：地域における認知症疾患医療センターの役割. 日本老年医学会雑誌 46: 203-6, 2009

12) 八田耕太郎：精神科救急医療ガイドライン2, 薬物療法, 2009年版, 日



本精神科救急学会，東京，2009

## 2. 学会発表

分担研究報告の同項目参照

(主なもの)

1) 平田豊明：精神科救急医療システムを再考する－精神科急性期病棟群の機能強化と精神科マクロ救急システムの再構築．第15回日本精神科救急学会総会．さいたま，2007

2) 平田豊明：精神科救急システムの評価と現状分析．第16回日本精神科救急学会総会．京都，2008

3) 平田豊明：緊急措置入院の全国状況．第17回日本精神科救急学会．山形，2009

4) 八田耕太郎，他：身体合併症医療の実態と展望1：東京都における前向き全数調査から．第20回日本総合病院精神医学会総会，札幌，2007

5) Hatta K, et al: Medical comorbidities in psychiatric patients: a prospective cohort study in Tokyo. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Tokyo, 2008

6) 八田耕太郎，他：急性精神病性興奮に対するOlanzapine口腔内崩壊錠とrisperidone液剤との比較：精神科救急医療機関多施設共同研究．第105回日本精神神経学会学術総会，神戸，2009

7) 小林孝文，他：島根県における身体合併症医療の現状と課題．第20回日本総合病院精神医学会総会，札幌，2007

8) 小林孝文，他：島根県における精神科救急医療の現状と課題．第21回

日本総合病院精神医学会総会，千葉，2008

9) 小林孝文：施設形態による時間外受診状況の差異からみた精神科医療機関の機能分化と連携について．第22回日本総合病院精神医学会総会，大阪，2009

10) 粟田主一：地域における認知症疾患医療センターの役割．第50回日本老年医学会学術集会，千葉，2008

11) 粟田主一：BPSDと身体疾患を併せ持つ認知症患者への支援．第24回日本老年精神医学会，横浜，2009

12) Takahashi F, Awata S, et al: A quick test of cognitive speed as a screening tool for elderly Japanese patients with early stage of dementia: A validation study. International Psychogeriatric Association 14th International Congress, 2009

13) 内野俊郎，内村直尚，他：身体科医と精神科医における精神障害者の一般病棟入院に関する意識の差異．第22回日本総合病院精神医学会，大阪，2009

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 19～21 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)** 精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」）およびその中核的機能を担う精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」）群の運用実態を把握し、精神科救急医療に関連する諸活動の調査研究を通じて、わが国における精神科救急医療の均霑化に資する政策提言を行うこと。

**方法)** ①精神科救急事業の運用実態を把握するために、平成 19 年度は、47 都道府県の精神保健担当部局に対して、本事業の利用件数や入院形式別の入院件数などをアンケート調査した。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報告システムが立ち上がったため、平成 21 年度は、このシステムによって厚労省に集約された全国の年報を分析した。②精神科救急病棟群の運用実態を把握するために、平成 19 年度から 21 年度にかけて毎年、全国の精神科救急病棟を対象として、ストラクチャー（設備・構造、人員配置等）、プロセス（電気けいれん療法を含む治療プログラム、行動制限状況等）、それにアウトカム（平均在院日数、自宅退院率等）をアンケート調査した。③平成 19 年度は、10 施設を抽出して、19 年 7 月 23 日から 2 週間の間にも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。④平成 20 年度は、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、それに精神科救急事業の評価についてアンケート調査した。⑤平成 21 年度は、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。

**結果)** ①平成 21 年度、46 都道府県から厚労省に集まった年報によれば、平成 20 年度の精神科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。②精神科救急病棟群の調査に対する回答率は毎年 7 割前後にとどまっている。平成 21 年度は 43 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 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%）。③救急診療の実態調査には、9 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。④救急搬送の実態調査には、

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としたのは61.8%にとどまった。⑤応急入院に関する調査には、47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。

**考察)** ①精神科救急事業の利用件数は、東京都や大阪府などの大都市圏と岩手県、北海道、長野県などの地方に多い。前者は人口当たりの利用件数は低く、入院率が高い。すなわち、要入院ケースにトリアージされている。後者は逆に入院率が低く、トリアージが緩い。両者には、夜間・休日に病院単位のマイクロ救急の機能が低下する共通点があるものと推測された。電話情報センターの未整備、救急搬送に関わる諸問題、精神科救急病棟群の不均等配置、身体救急との連携不足、在宅ケアへの不連続性など、わが国の精神科救急事業は、様々な課題を抱えており、自殺防止への寄与も認めたい。

②精神科救急病棟群は、重症患者を短期間で治療し、在宅ケアに移行させるために、高規格のストラクチャーと精神科では高水準の医療費給付を実現させている。しかし、プロセスとアウトカムに関する指標は、回答施設が限られているため、調査年によって変動が大きい。今後は、全国共通データベースを介して、精神科救急病棟群のネットワークを構築し、情報交換と医療の質の担保を図るとともに、一般科並みの医療費水準をめざすべきである。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。④消防から見た救急搬送の問題点のうち、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。⑤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。首長同意による医療保護入院の法的な問題を指摘し、非自発入院制度の将来像について提言した。

**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水準向上に寄与する。医師の救急離れと地域医療の崩壊を防ぎ、精神科救急事業を均霑化するために、精神科救急病棟における医療の質と医療費給付を向上させなくてはならない。

## A. 研究目的

わが国の精神科救急医療システムは、個々の病院単位でボランティアに行われるマイクロ救急医療を横糸、都道府県が国の補助金を受けて運営する精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」と略記）を縦糸として織りなされている。

マイクロ救急医療は、病院の診療圏をフィールドとして、主にその病院の通院患者に対して時間外の救急診療サービスを提供し、患者の在宅ケアを支えることを任務とする。これが救急医療の基本単位であるが、サービスの内容は、病院側の個別事情に規定され、安定性を欠く弱点がある。例えば、入院を要する救急患者がいても、病院に救急用患者のベッドが空いていなければ対応できない。

この弱点を補うのが精神科救急事業で、多くは二次医療圏2つ分ほどの広域をフィールドとして、複数の医療機関が輪番制や基幹病院制で救急診療を分担している。病院単位のマイクロ救急医療に対して、精神科マクロ救急医療と呼ばれることがある。これによって、精神保健指定医や救急ベッドを安定的に確保することが本事業の任務である。主として空床確保のために、国はおよそ20億円（2008年度）を投入し、都道府県がほぼ同額の公費を投入してこの事業が運営されている。

マクロ救急事業は、知事が指定する精神科救急医療施設（平成20年度末現在、全国で1,089箇所）によって担われているが、その中核となるのが、精神科救急入院料病棟（いわゆるスーパー救急病棟。以下「精神科救急病棟」と略記）および精神科急性期治療病棟（以下「精神科急性期病棟」と

略記）である。以下、この2つのタイプの病棟を精神科急性期病棟群と呼ぶ。

精神科救急病棟は、平成21年6月末現在63施設（図1）、精神科急性期病棟は約240施設で認可され、合計約2万床のベッドを有している。そして、全精神病床のおよそ6%に過ぎないベッドが年間およそ8回転して、約16万件の入院（年間入院件数の約40%）に対応していると推計されている。

本研究は、主として、精神科救急事業とそれを担う中核施設としての精神科救急病棟群の運用実態を検証し、水準向上と均質化のための方法を提言することを目的として、3年度にわたって行われた。

## B. 研究方法

### 1. 精神科救急事業の運用実態に関する調査（平成19・21年度）

平成19年度までは、毎年、全国の都道府県の精神保健福祉担当者あてにアンケート調査を依頼し、精神科救急事業の利用件数や入院形式別の入院件数などを集計してきたが、回答率は8割前後で、用語の定義が自治体によって異なるなど、本事業の運用実態の把握は十分とはいえなかった。

国と都道府県から公費が投入される事業の運用実態が明瞭に把握できないのは問題であると考えて、本研究班は、平成19年度の研究報告書において、静岡県をモデルとした報告システムを提案した。すなわち、知事が指定する精神科救急医療施設（平成21年6月末現在全国で1,089施設）から毎月、所定の様式に則って、精神科救急事業による診療実績を自治体所管課あてに情報提供してもらい、所管課は全県単位で集計のうえ、1年分のデータが集積したところ

で、厚生労働省に年報として送付してもら  
うというシステムである（資料1参照）。

平成20年度からこのシステムが稼働し、  
21年度から厚労省に全国データが集積され  
ることとなった。本研究班がそのデータの  
提供を受け、分析することとした。

## 2. 精神科救急病棟群の運用実態に関する 調査（平成19～21年度）

平成16年度から毎年、本研究班は、全国  
の精神科救急病棟を把握したうえ、母体施  
設の概要や精神科救急事業への参加状況、  
精神科救急病棟のストラクチャー（構造、  
設備、人員配置等）、プロセス（電気けいれ  
ん療法を含む治療プログラム、行動制限状  
況等）、そしてアウトカム（患者プロフィール、  
病棟回転率と平均在院日数、自宅退院  
率等）に関する多角的なアンケート調査を  
実施してきた。平成21年度の調査票を資料  
2に示す。

## 3. 精神科救急診療の所要時間に関する実 態調査（平成19年度）

全国から10か所の精神科医療施設を任  
意抽出し、平成19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に示した調査票によって、精神科救急診  
療に要する時間や人員等に関する前方視的  
調査を実施した。

## 4. 消防による救急搬送に関する実態調査 （平成20年度）

全国807の消防本部を対象として、資料  
4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。

## 5. 応急入院の運用実態に関する調査（平 成21年度）

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5）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態に関する調 査

はじめて全国共通の様式で集計された平  
成20年度のデータを都道府県別に表1（受  
診患者の内訳等）および表2（電話相談の  
内訳）に示した。

表1によれば、平成20年度の精神科救急  
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。

表1から、精神科救急事業の利用件数の  
多い順に、受診件数と入院件数を都道府県  
別に図示したのが図2、人口万対受診件数  
と入院率の相関を示すために各都道府県を  
プロットしたのが図3である。緩い負の相  
関を示している。

なお、平成19年度には、移送制度の運用  
状況についてもアンケート調査しているた  
め、主な調査結果を以下に示す。

#### （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3に示す。

表3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. 精神科救急病棟群の運用実態に関する調査

平成19年度は28施設に調査を依頼して23施設から回答があった(回答率82.1%)が、20年度は40施設中28施設(同70%)、21年度は63施設中43施設(68.3%)と、設問項目を年々絞り込んでいるにもかかわらず、回答率が年々下がっている。

図4は、平成21年度の調査結果から、主なデータをピックアップして、調査に回答した精神科救急病棟28カ所の平均像を描いたものである。すなわち、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は66.8%であったが、他病棟に転棟してから3か月以内に自宅退院した患者を含めると、自宅退院率は72.1%であった。

また、精神科救急病棟の運用に関する主な指標の推移を示したのが図5である。平成21年度は、前年に比べて、平均在棟日数が短縮すると同時に、在宅移行率が上昇するなど、治療成績が向上したことを示している。しかし、調査への回答率が7割ほどでは、全体の実態を忠実に反映しているとはいえない。

## 3. 精神科救急診療の所要時間に関する実態調査

図6は、精神科救急事業の対象となった受診ケースの診療時間構成を通常診療のそれと比較したものである。60分以上の長時間を要したケースの比率が、一般診療では22.8%であるのに対して、救急診療の場合は47.0%と2倍を上回っている。

図7は、時間外診療と通常診療とで診療時間を比較したものであるが、やはり、前者が後者を上回っている。

## 4. 消防による救急搬送に関する実態調査

今回の調査(平成20年度)では、736の消防本部から回答があった(回答率91.2%)。主なデータを以下に示す。

### (1) 精神科関連の搬送頻度と重症度

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。

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。

## (2) 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。

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」などの意見が示されていた。

## (3) 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8~14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。

## 5. 応急入院の運用実態に関する調査

今回の調査(平成21年度)では、47都道府県と18政令市から100%の回答があった。

### (1) 応急入院等の件数

平成21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。

平成20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。平成20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、入院時に保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。

## 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

平成20年度における精神科救急事業の実績を都道府県別に示した図2によれば、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でないし偏在する自治体も上位に位置することがわかる。

また、人口万対受診件数と入院率をクロスさせた図3によれば、緩い負の相関を示していること、すなわち、人口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えることができる。

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いふまでもない。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。

## (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15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16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17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18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ろう。

### (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リ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らう。

## 2. 精神科救急病棟の運用実態

### (1) 精神科救急病棟の展開

平成21年6月末現在、精神科救急病棟は、図1に示す63施設で認可されている。国公立系の病院が26施設、民間系が37施設と、やや民間優位であるが、その配置には均等

性を欠き、複数配置の自治体がある一方で、未だに認可施設のない自治体が17を数える。その主たる理由は、医療スタッフ、とりわけ精神保健指定医の確保が困難なことにある。それがまた、わが国における精神科救急医療の進展に立ちはだかる障壁を象徴している。

いずれにせよ、精神科救急病棟と急性期治療病棟を併せたおよそ2万床（わが国の精神科病床の約6%）のベッドは、年間約8回転して、16万件（全入院件数の約40%）の入院治療に対応している。これらの急性病床群は、わが国の精神科病床の平均在院日数の短縮に寄与すると同時に、患者を押し出す圧力によって、在宅ケアの拡充を要請している。「地域の受け皿」がないから退院が進展しないのではなく、退院させなくてすむシステムがあったから「受け皿」を作らなくてすんだことを、近年の急性期病棟群は証明しつつあるといえよう。

### (2) 主な指標の推移

図5は、これまでの調査によって得られた精神科救急病棟の運用データのうち、主な指標を抜粋して経年表示したものである。今回の調査は、前年に比べて、平均在棟日数が短縮すると同時に、在宅移行率が上昇するなど、治療成績が向上したことを示している。しかし、調査への回答率が7割前後では、実態を忠実に反映しているとはいえない。年度ごとに行われるこの種のアンケート調査の限界である。この限界を克服するためには、次項で述べるような、全国共通のデータベース構築のシステムが必要となる。

### (3) 全国共通データベース構想

この共通データベース構想の概要を図19に示した。精神科救急病棟のストラクチャー（構造・設備・人員配置等）、患者のプロフィール、治療プロセス（行動制限・投薬内容・ECT・作業療法等）、それにアウトカム（平均在棟日数・病状評価尺度の変化・退棟時の転帰・社会資源利用状況等）に関するデータを多職種チームが入力し、随時、病院内で点検して治療成績の向上に役立つと同時に、各病院のデータを国立精神保健研究所や日本精神科救急学会に集約して、全国比較データを各病院にフィードバックしようとする構想である。

現在、日本精神科救急学会を中心として、この構想が具体的に検討され、肉付けされつつある。この構想が実現すれば、毎年のアンケート調査という不確実な実態把握作業が不要となり、より確実なデータが集積されるだけでなく、精神科救急病棟における医療の質、ひいては、わが国の精神科医療の質を保証するための基礎固めにつながるであろう。さらには、こうしたシステムの構築を条件として、精神科救急病棟入院料の増額が実現されなくてはならない。

精神科領域では、「スーパー救急病棟」と呼び習わされる精神科救急入院療病棟ではあるが、一般身体科医療の医療費給付水準に比較すれば、最低水準からも相当に水を開けられている現実がある。精神科救急入院療病棟を一般科並みの医療費水準に引き上げることは、ミクロ経済（＝経営）的な意義を超えて、精神科患者の尊厳と精神科医療従事者の矜持を確保するために、欠かせないプロセスなのである。

### 3. 精神科救急外来診療の実態

精神科救急診療の実態を把握する目的で、平成20年度、全国9か所の精神科医療施設において2週間の前向き調査が実施された。ここでは、初診ケースの診療時間に着目して、救急診療と通常診療を比較する。

図6は、精神科救急事業の対象となった受診ケースの診療時間構成を通常診療のそれと比較したものである。60分以上の長時間を要したケースの比率は、一般診療では22.8%であるのに対して、救急診療の場合は47.0%と2倍を上回っている。

図7は、時間外診療と通常診療とで診療時間を比較したものであるが、やはり、前者が後者を上回っている。

こうした実態を踏まえて、精神科救急事業における時間外初診の診療料が増額されるべきであると本研究班は考える。

### 4. 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

関から見て、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