

表 1 1 次調査結果の概要 (n=165)

	病棟数	割合 (%)
開放病棟	22	13.3
男性病棟(再掲)	3	1.8
女性病棟(再掲)	2	1.2
男女混合病棟(再掲)	17	10.3
閉鎖病棟	137	83
男性病棟(再掲)	27	16.4
女性病棟(再掲)	18	10.9
男女混合病棟(再掲)	92	55.8
無回答	6	3.6
主要疾患(Fコード)		
F1 (精神作用物質による精神および行動の障害)	3	1.8
F2 (統合失調症・統合失調型障害・および妄想性障害)	146	88.5
F3 (気分障害)	6	3.6
F4 (神経症性・ストレス関連障害および身体表現性障害)	1	0.6
無回答	9	5.5
年齢区分		
1 (20歳未満)	2	1.2
2 (20歳以上65歳未満)	143	86.7
3 (65歳以上)	17	10.3
無回答	3	1.8

2. 2 次調査

1) 2 次調査結果の概要

2 次調査は 1 次調査で選定した施設 55 施設に対して回答を求め、36 施設(回収率 65.5%)から回答が得られた。有効回答施設は 35 施設で、計 48 病棟、計 582 件の隔離件数を分析対象とした。分析対象の特性を表 2 に示す。

本調査の対象は、施設数・病棟数共に概ね半々が公立病院(独立行政法人・県立病院)と民間病院とで占められていた。調査期間 2012 年 5 月 1 日～7 月 31 日の入棟患者数は平均 28.8 人(SD, 20.6)、退棟患者数 28.0 人(SD, 19.0)、病床総数が平均 52.5 床(SD, 7.0)、隔離室数が平均 4.0 室(SD, 2.5)、個室数が平均 6.4 室(SD, 4.5)であった。

総病床数の 7.6%が隔離室、施錠可能な個室も含めると、全体の 18.7%が隔離可能な個室という結果がみられた。

また看護人員実質配置数(この場合の看護人員とは看護補助者を除く看護師、准看護師で、算出方法は病床数/看護配置総数とした。)は平均 2.6 人(SD, 0.4)、平日(概ね 9 時～17 時)の看護者配置率の平均は 8.4 人(SD, 1.5)であった。

平日を 100 とした場合の土曜・日祝祭日の配置率は 3 交代と 2 交代の全体で平均 63.5%、(SD, 19.2)であった。

夜勤者の看護配置については、3 交代で準夜勤、深夜勤ともに 2.2 人(SD, 0.4)、2 交代では 2.1 人(SD, 0.4)であった。夜勤での看護配置率は、3 交代、2 交代共に平日日勤帯の約 25%であるという結果が得られた。

表 2

第 2 次調査結果の概要

	〈施設数〉	〈病棟数〉	〈隔離件数〉							
① 集計客対数	35 施設	48 病棟	582 件							
② 公立・民間種別	a 公立病院	16 施設 45.7%	25 病棟 52.1%	312 件	53.6%					
	b 民間病院	19 施設 54.3%	23 病棟 47.9%	270 件	46.4%					
③ 夜勤体制種別	a 3交代制	— —	36 病棟 75.0%	—	—					
	c 2交代制	— —	12 病棟 25.0%	—	—					
〈病棟特性〉精神一般病棟 看護配置15:1(医療法3:1相当) n=48				平均値	単位	標準偏差	最大値	単位	最小値	単位
④ 総病床数				52.5	床	7.0	66	床	30	床
⑤ 隔離室数				4.0	室	2.5	12	室	1	室
⑥ 個室数				6.4	室	4.5	17	室	0	室
a 個室数のうち施設可能室				5.8	室	4.2	17	室	0	室
⑦ 入棟患者数 (2012年5月1日～7月31日までの入院・転入患者合計)				28.8	人	20.6	98	人	2	人
⑧ 退棟患者数 (2012年5月1日～7月31日までの退院・転出患者合計)				28.0	人	19.0	86	人	2	人
⑨ 看護配置(実質配置) ※看護者1名に対する患者人数割合				2.6	人	0.4	3.5	人	1.5	人
⑩ 各勤務の看護者配置数(率) ※看護補助者を除く										
日勤者数(昼間:概ね9時～17時) ※3交代と2交代との全体										
a 平日の看護者配置数				8.4	人	1.5	12	人	5	人
b 土曜日の平均配置率 ※平日の配置数を100%とした場合				69.3	%	21.9	100	%	33.3	%
c 日・祝祭日の平均配置率 ※平日の配置数を100%とした場合				57.5	%	13.7	87.5	%	33.3	%
d 土曜・日祝祭日の平均配置率 ※平日の配置数を100%とした場合				63.5	%	19.2	93.8	%	33.3	%
夜勤者数										
3交代 e 準夜勤者(概ね17時～1時)				2.2	人	0.4	3	人	2	人
f 深夜勤者(概ね1時～9時)				2.2	人	0.4	3	人	2	人
2交代 g 夜勤者(概ね17時～9時)				2.1	人	0.3	3	人	2	人
⑭ 医師数				8.3	人	6.4	32	人	1	人
a 医師数のうち指定医数				5.8	人	4.1	21	人	1	人

2) 隔離開始・解除「時間」の集計結果

(1) 時間区分別の隔離『開始』件数の分布

回答の得られた隔離件数 582 件のうち、有効回答数 530 件の隔離『開始』時間を 2 時間区分で集計すると、図 1 のような結果となった。最も多い隔離『開始』時間帯は、区分 8 (15 時～16 時 59 分) であり、次いで区分 7 (13 時～14 時 59 分) であった。

また、時間区分を勤務帯別にまとめてみると、日勤帯 (区分 5～8) での隔離開始が最も多く、全体の 65.4% を占めていた。次いで準夜帯 (区分 9～12) が 27.1%、深夜帯 (区分 1～4) が 7.5% を占めるという結果であった。

全体的に隔離『開始』時間は、①の日勤帯の午後 (区分 7 以降) から準夜帯の交代時に向けて隔離開始が増える傾向にあり、区分 8 (15 時～16 時 59 分) が隔離開始のピークとなっていた。また、準夜帯の前半となる区分 9 (17 時～18 時 59 分) や区分 10 (19 時～20 時 59 分) においても、深夜帯と比較して隔離『開始』件数が多く認められた。

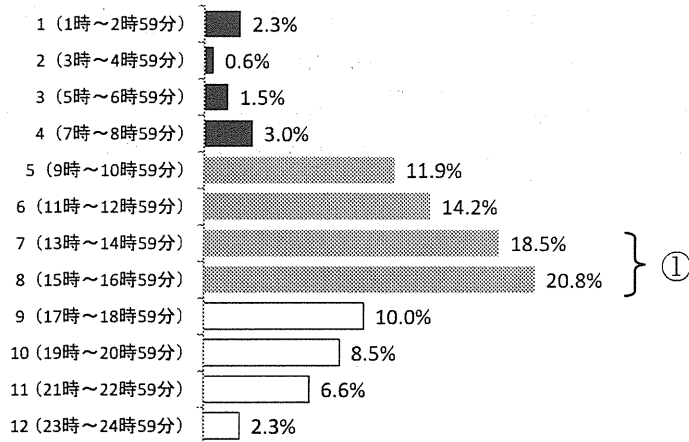


図1 時間区分別隔離『開始』件数の分布 (n=530)

(2) 時間別隔離『解除』件数の分布

回答の得られた隔離件数 582 件のうち、有効回答数 467 件の隔離『解除』時間を 2 時間区分で集計すると、図 2 のような結果となった。最も多い隔離『解除』時間帯は、区分 5 (9 時～10 時 59 分) であり、2 番目に多い区分 7 (13 時～14 時 59 分) の 2.5 倍という件数であった。

また、時間区分を勤務帯別にまとめてみると、日勤帯 (区分 5～8) での隔離開始が最も多く、全体の 89.0% を占めていた。次いで深夜帯 (区分 1～4) が 6.2%、準夜帯 (区分 9～12) が 4.7% を占めるという結果であった。

全体的に隔離『解除』時間は、深夜帯から日勤帯へ移行した直後、②の区分 5 (9 時～10 時 59 分) に集中しており、勤務帯別でみると夜勤帯は少なく日勤帯に集中しているという結果であった。

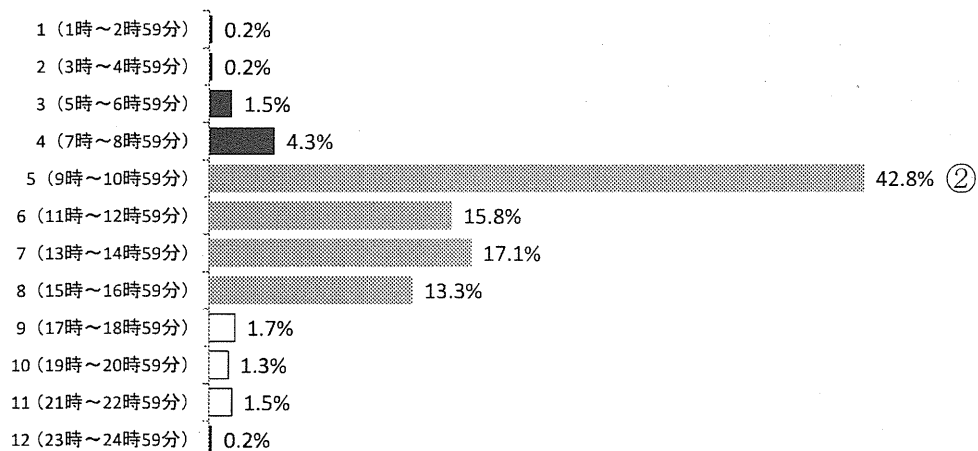


図2 時間区分別隔離『解除』件数の分布 (n=467)

3) 隔離開始・解除「曜日」の集計結果

(1) 曜日別の隔離『開始』件数の分布

回答の得られた隔離件数 582 件の隔離『開始』曜日を集計すると、図 3 のような結果となった。隔離『開始』曜日として最も多いのは「月曜」の 16.5%であり、次いで「日曜・祝祭日」の 16.2%、「火曜」の 15.6%という結果であった。

全体的にみると隔離『開始』は、平日週初めが他と比べて若干多く、週末に向けてやや減少している傾向があるが、「日曜・祝祭日」に再び件数が増えるという結果が認められた。

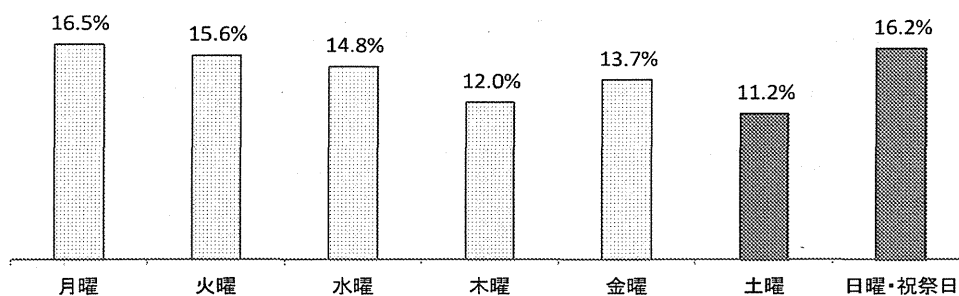


図3 曜日別隔離『開始』件数の分布 (n=582)

(※月曜日には祝祭日の翌日の件数を含めている。図4～8についても同様)

(2) 曜日別の隔離『解除』件数の分布

回答の得られた隔離件数 582 件の隔離『解除』曜日を集計すると、図 4 のような結果となった。隔離『解除』曜日として最も多いのは「月曜」の 22.6%であり、次いで「水曜」の 16.9%、「火曜」の 15.8%という結果であった。

全体的にみると隔離『解除』は、週明けの「月曜」が多い傾向にあり、平日と比較して「土曜」、「日曜・祝祭日」は少ないという傾向が認められた。

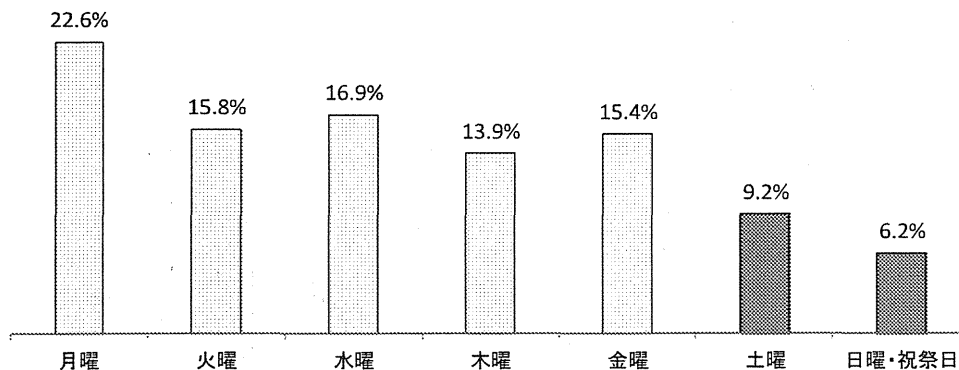


図4 曜日別隔離『解除』件数の分布 (n=532)

4) 看護者配置率と隔離曜日とのクロス集計結果

各病棟の平日「日勤帯」の看護者配置数の平均を100%としたときの、土曜・日祭日の看護者配置率を、全病棟の中央値61%を基準として看護者配置率の『高い群』と『低い群』に分け、それぞれ隔離『開始』曜日と『解除』曜日とのクロス集計を行った。

(1) 看護者配置率群別でみる隔離『開始』曜日について

① 土曜・日祭日の看護者配置率『高い群』×隔離『開始』曜日

土曜・日祭日の看護者配置率『高い群』では、図5のように「月曜」の隔離『開始』が20.0%と最も多く、週末にかけて少なくなる傾向にあった。また、「土曜」と「日曜・祝祭日」は平日と比較して大きな差は認められないという結果であった。

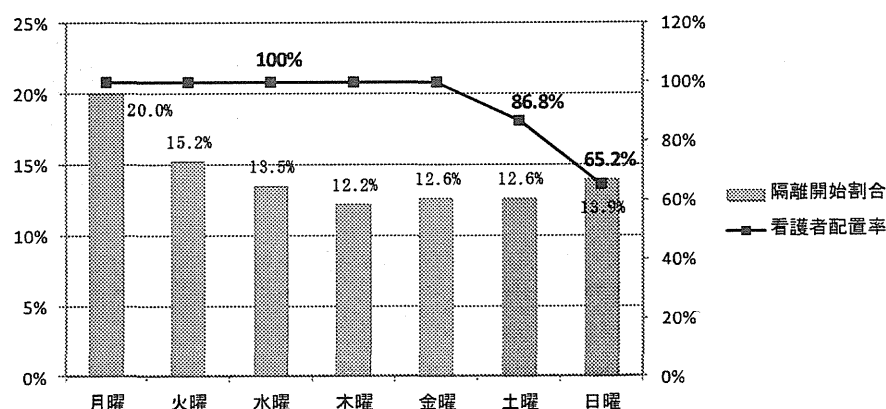


図5 看護者配置高率群の曜日別隔離『開始』件数の分布 (n=230)

② 土曜・日祭日の看護者配置率『低い群』×隔離『開始』曜日

土曜・日祭日の看護者配置率『低い群』は、図6のように平日の隔離『開始』に若干ばらつきが認められるが、12.3%から16.0%と比較的なだらかな差であった。ただし、看護者配置率が低い「日曜・祝祭日」の隔離『開始』が18.1%であり、平日と比較してかなり多いという結果となった。

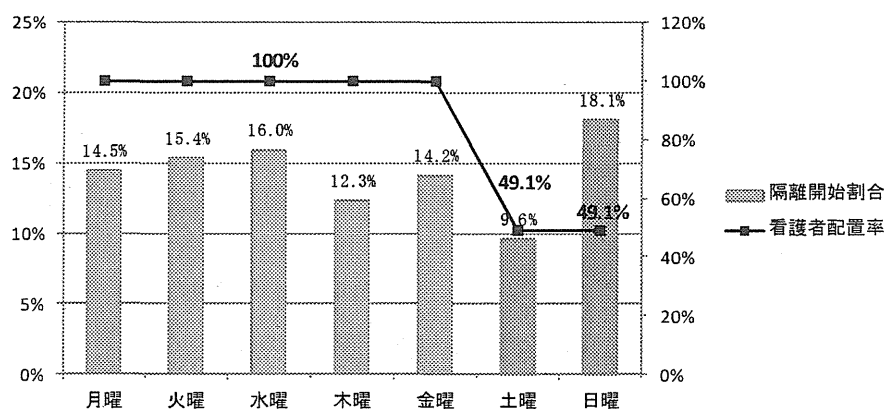


図6 看護者配置低率群の曜日別隔離『開始』件数の分布 (n=332)

(2) 看護者配置率群別でみる隔離『解除』曜日について

① 土曜・日祭日の看護者配置率『高い群』×隔離『解除』曜日

土曜・日祭日の看護者配置率『高い群』では、図7のように「月曜」の隔離『解除』が24.1%と最も多く、その他の平日は大きく変わらないという結果であった。ただし、看護者配置数が低い「日曜・祝祭日」については、平日と比較して極端に少なく2.8%という結果であった。

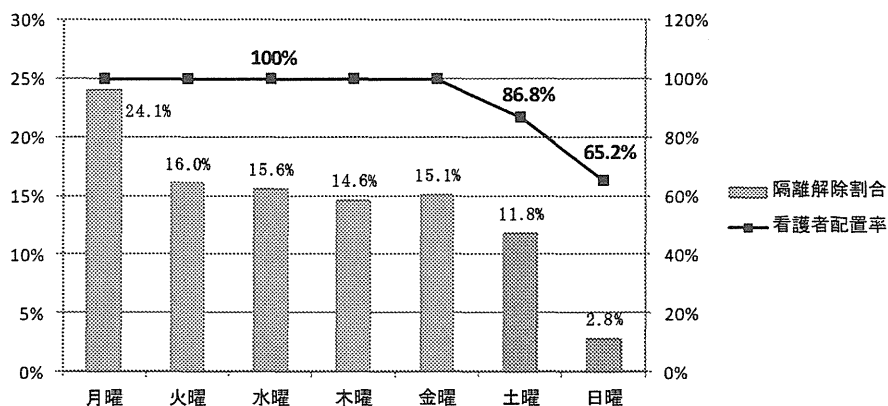


図7 看護者配置高率群の曜日別隔離『解除』件数の分布 (n=212)

② 土曜・日祭日の看護者配置率『低い群』×隔離『解除』曜日

土曜・日祭日の看護者配置率『低い群』では、図8のように「月曜」の隔離『解除』が22.0%と最も多かったが、その他の平日もばらつきが認められるという結果であった。全体的にみると、看護者配置数の低さに比例して「土曜」と「日曜・祝祭日」が平日よりも低くなるという傾向が認められた。

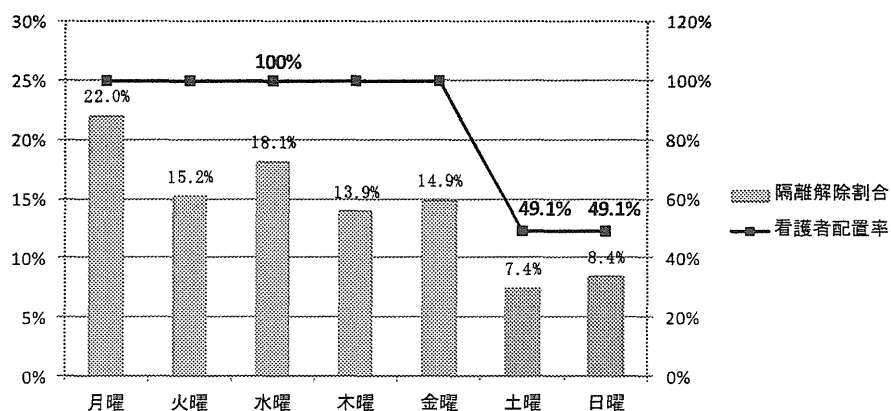


図8 看護者配置低率群の曜日別隔離『解除』件数の分布 (n=309)

D. 考察

本調査研究では、精神科病棟における隔離に焦点化し、隔離実施と看護者配置数との関連について明らかにすることを目的として研究をすすめてきた。今回は調査対象となった隔離データ等を、看護者配置数が変動する「時間帯」と「曜日」に焦点をあて分析を行う。

1. 隔離開始・解除と時間帯について

1) 隔離『開始』と時間帯について

時間区分別の隔離『開始』件数の分布結果では、日勤帯の午後から準夜帯に入るまでに向けて隔離開始が多く行われる傾向にあった。夜勤帯では表 2 の⑩に示しているように、日勤帯（平日、平均 8.4 人）と比較して、看護者数が約 1/4（平均 2.1～2.2 人）と極端に少なくなる。

看護者数が少なくなるということは、病状が不安定な患者や、病状の重い患者への看護ケアや見守りが、十分に行き届かなくなるということでもある。夜勤帯のように看護者数が激減する状況ではその傾向は顕著であり、患者の安全・安楽への援助も行き届かなくなることが容易に想定される。そのため臨床では、夜勤に備えて隔離開始に踏み切る傾向にあるのではないだろうか。

2) 隔離『解除』と時間帯について

時間区分別の隔離『解除』件数の分布結果では、準夜帯および深夜帯の夜勤帯における隔離『解除』が極端に少なく、深夜帯明けの日勤帯 9 時～10 時 59 分の間に『解除』が集中していた。夜勤帯では患者が就寝中であるという状況もあり、夜間に病室移動を行うことは一般的には少ないと思われる。しかし、行動制限最小化や患者の人権尊重という観点から考えると、夜間であっても患者の隔離の必要性の判断に照らし合わせ、迅速な隔離『解除』が行われることが望まれる。

一方、隔離『解除』時間が深夜明けに集中していることに注目すると、隔離『開始』と同様に、勤務帯における看護者のマンパワーが大きく関与していることが推察される。臨床では看護者配置数が少ない夜勤帯よりも、看護者配置数が多い日勤帯になってから隔離『解除』をする傾向にあることが明らかだった。

3) 隔離開始・解除時間と看護者配置数との関係性について

24 時間周期で隔離開始・解除の集中している時間帯をみると、図 9 のように勤務帯との関係性が明らかになってくる。①の夜勤帯へ入る前に隔離『開始』が多くなり、②の夜勤帯明けで隔離『解除』が多くなるように、夜勤帯を経由するようにして『開始』と『解除』が配置される傾向にある。

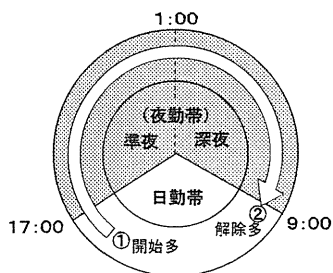


図9 隔離『開始』時間と『解除』時間との関係図

このことから、精神一般病棟における患者の隔離『開始』と『解除』には、勤務帯との関係性が強いことが推察される。その要因として最も大きいと思われるのは、勤務帯による看護師配置数の格差である。日中については、看護者らのケア努力とマンパワーにより、隔離をせず対応可能な体制を築くことができたとしても、夜勤帯など臨床の看護者数が極端に減少（看護人員のくぼみ）する時間帯では、看護ケアや見守りが行き届かなくなる。

この“看護人員のくぼみ”が要因となり、夜勤帯では対応がもたないという状況や理由から、隔離に踏み切ることが少なくないことが推察される。

3. 隔離開始・解除と曜日について

1) 隔離『開始』と曜日について

曜日別の隔離『開始』件数の分布結果では、「日曜・祝祭日」に隔離『開始』が多くなるという傾向がみられた。この傾向は、「日曜・祝祭日」の看護者配置率が約半数となる低い病棟で、さらに強くなるという結果が認められた。

このことから考えると、看護者配置数が少ない日には、病状が不安定な患者や、病状の重い患者への看護ケアや見守りが、十分に行き届かなくなるなどの要因から、隔離『開始』件数が増えてくることが推察される。

2) 隔離『解除』と曜日について

曜日別の隔離『開始』件数の分布結果からは、「日曜・祝祭日」明けの「月曜」に隔離『解除』が多く認められた。「日曜・祝祭日」の看護者配置数では、十分な看護ケアや見守りができなく隔離『開始』となった患者を含め、看護者配置数が多くなる平日体制になってから隔離『解除』となる傾向が強いことが明らかになった。その傾向には「日曜・祝祭日」の看護者配置率の影響は大きく作用していない結果が見受けられた。

3) 隔離開始・解除曜日と看護者配置数との関係性について

隔離開始・解除曜日においても、看護者配置数が少ない「日曜・祝祭日」と、看護者配置数が多くなる「日曜・祝祭日」明けに、隔離『開始』と『解除』との関連があることが明らかになった。

現状の臨床では、時間帯（勤務帯）に限らず、1週間単位でみたときにも「日曜・祝祭日」のように、看護者配置数が減少するタイミング（看護人員のくぼみ）がある。施設（病棟）によっては平日と変わらない看護者数を配置しているところもあるが、それはごく限られた施設（病棟）であり、多くの施設（病棟）では表2の⑩のように、平日の約6割程度の看護者数で、病棟全体の患者に対する看護ケアを提供している。少ない施設（病棟）では、平日の約3割程度の看護者配置数で行っている。そのように少ない看護者の状況では、日々の看護業務を遂行するのが精一杯であり、患者の病状変化への対応や、手厚い看護ケアの提供は、難しくなることが予想される。

E. 結論

本調査研究の結果より、精神一般病棟では看護者のマンパワーに重点を置いて、隔離の『開始』と『解除』の判断が行われている傾向にあることが考えられた。

精神科病院の臨床において、患者の人権を尊重した隔離の実施と、隔離の最小化をめざす上では、現状において実施・検討されている行動制限最小化への取り組みに加えて、病

棟の看護者配置が課題となることが示唆された。夜勤帯や日曜・祝祭日などを通して看護ケアを提供するマンパワーが維持できること、または、できるだけマンパワーのくぼみを少なくすることが望まれる。

<参考文献>

- 1) 厚生労働省平成 21 年度精神保健福祉資料（通称 630 調査）
- 2) 美濃由紀子：医療観察法病棟の規模や構造が行動制限最小化に影響を及ぼす要因，日本精神科看護学会誌，54 巻 3 号，p.182-186，2011.
- 3) 宮本真巳：精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価 - 行動制限の障害要因と促進要因の明確化 - ，平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金，新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究，（研究代表者：安西信雄）平成 23 年度研究報告書，2011.
- 4) 平成 11 年度厚生科学研究費補助金－障害保健福祉総合研究事業「精神科医療における行動制限の最小化に関する研究－精神障害者の行動制限と人権保護のあり方」報告書（主任研究員：浅井邦彦）

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 三宅美智：精神科病院における隔離身体拘束の動向調査，日本精神科救急学会、2012, 10, 27
- 2) 日本精神科看護技術協会専門学会（予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究分担報告

研究分担者：吉邨善孝

済生会横浜市東部病院

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

分担研究報告書

総合病院（一般病院）精神科医療からの医療政策

研究分担者 吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院）

研究協力者 桐山 啓一郎（横浜市立大学大学院）

研究要旨：

一般病院で行われる精神科身体合併症患者への対応に関して一般病院における精神科医療機関との連携、精神科医配置は不足しており、身体救急対応体制は十分に整備されていない。精神医療を念頭においた救急搬送基準の作成が必要である。各地域で精神科身体合併症対応施設と指定された医療機関で必要に応じて、コンサルトや入院受入れを行う体制の拡充が求められる。また、一般病院における精神科医の配置、精神科医療機関との連携を発展させること、精神科病院における一般医療機関からの後方受入れを推進させることが求められる。精神科患者の身体合併症における医療連携を充実させるために、精神科身体合併症に対応した連携パスを活用し、精神医療の標準化、情報の共有化、医療課の可視化を実践する必要がある。

精神科リエゾンチームを運用している施設ごとのチーム構成や活動実態は様々であるが、精神科リエゾンチームが活動することにより、身体疾患の早期発見や早期対処と予防、行動制限の最小化、職員の疲弊防止などの効果があり、患者のみならず施設全体へのメリットが大きい。チーム構成要員の中で、看護師に課せられている役割が多く、看護師が重要な役目を担っている。今後さらに発展させるためには、チームを構成するスタッフの精神医学に関する教育を実践していくことが望まれる。精神科リエゾンチームの活動実態（活動内容・人件費等）を考慮すると、診療報酬上の評価を見直す必要がある。

I) 精神科患者における「身体合併症医療」に関する研究

A. 研究目的

本研究の目的は、総合病院（一般病院）で行われる精神科身体合併症患者への対応に関して、求められる役割、医療効果を明らかにすることである。

B. 研究方法

平成 23 年度末から開催されている神奈川県精神科救急医療調整会議部会に部会員として参加し、①一般病院における精神科コンサルト状況の把握、精神科病院における身体診療科コンサルト状況の把握を行う。②神奈川県における身体救急搬送患者（精神疾患患者）の搬送基準の作成、③各地域で精神科身体合併症対応施設と指定された医療機関で必要に応じて、コンサルトや入院受入れを行う体制の検討、部会開催前に、部会長、担当県職員と共同して資料の作成を行い、部会で検討する素案の作成を行う。

C. 研究結果

平成 23 年度中に、第 1 回（平成 24 年 1 月 11 日）、第 2 回（平成 24 年 3 月 14 日）神奈川県精神科救急調整会議部会が開催された。この際に、神奈川県精神科救急医療調整会議において、身体合併症の受入れ体制について検討及び搬送受入れ基準の素案の作成を検討するために当部会が設置されたことが確認され、神奈川県精神科救急医療情報窓口における身体合併症の事例、課題、一般医療と精神科医療機関との連携のあり方、神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準（精神疾患を有する傷病者にかかる実施基準）について、基準のたたき台に関する意見交換が行われた。

平成 24 年 6 月 5 日に第 3 回神奈川県精神科救急医療調整会議部会が開催された。その際に、神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準（精神疾患を有する傷病者にかかる実施基準）の医療機関リスト作成のための調査票に関する検討、観察基準（3号）に関する検討が行われた。精神疾患及び身体疾患を合併する救急患者の受入れ体制の課題について表 I-1 に示した。

平成 24 年 8 月 1 日に第 4 回神奈川県精神科救急医療調整会議部会が開催された。その際に、神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準（精神疾患を有する傷病者にかかる実施基準）の医療機関リスト作成のため実施したアンケート調査結果について検討が行われた。平成 24 年 6 月 26 日～7 月 6 日にかけて、神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準に係わる医療機関調査が行われた。神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準（精神疾患を有する傷病者にかかる実施基準）素案の観察基準（3号）の確認と、選定基準（4号）、伝達基準（5号）、受入れ医療機関確保基準（6号）について検討が行われた。

D. 考察

精神疾患及び身体疾患を合併する救急患者の受入れ体制に関して、課題をあげる。表 I-1 での【A】は身体救急、精神科救急それぞれ初期救急であり、ケースバイケースの対応となる。【C】【G】は優先すべき医療行為が明確であり、対応困難度は低い。【I】は救命救急を優先し、処置後精神科救急対応が求められることになる。問題となるのは、身体救急、精神科救急において、いずれかで二次救急に係わる【B】【D】【E】【F】【H】の場合である。特に【E】は最も課題をあげることができる。現在の精神科救急体制では対応できず、身体救急対応医療機関も見つかりづらい。また、身体救急対応後に精

神科救急体制で受入れ時も身体管理が十分に行えない。①身体救急医療機関における精神疾患に対応できる施設、設備、人員等の体制の整備、②精神科救急で対応できる範囲を拡充させるため、精神科病院における身体合併症受入れ可能な施設、設備、人員等の体制の整備、③身体救急処置後の受入れのため、一般病院精神科棟で身体合併症も対応できる医療機関の整備が求められる。

一般病院 141 医療機関からアンケートの回答（第 4 回部会時点）が得られ、108 医療機関（76.6%）は何らかの受入れが可能で、74 医療機関（52.5%）は受入れ医療機関として掲載可能であった。身体疾患がより重篤で、精神疾患がより高度な対応が求められるほど、受入れ可能と回答する医療機関は少なくなった。一方、精神科病棟が併設されている救命救急センターでは、身体疾患が重篤であれば、精神疾患の状況にかかわらず対応すると回答する医療機関もあった。優先すべき医療行為が明確であれば、救急搬送困難例の発生は少なくなると考えられた。一般病院における精神科医の配置もしくは精神科医療機関との連携が行われているのは 56 医療機関（39.7%）あった。精神科医が関与しているにもかかわらず、19 医療機関（13.5%）からは受入れできないとの回答があった。32 医療機関（22.7%）では、精神科医との連携がないにも係わらず、受入れは可能との回答があった。一般病院における精神科医の配置もしくは精神科医療機関と連携のあり方に関してさらなる検討が必要と思われる。

精神科病院 26 医療機関から回答が得られ、25 医療機関（96.2%）においては、身体診療医の配置もしくは一般病院との連携が実施されていた。精神科病院における身体診療体制の充実がはかれれば、一般医療機関からの後方受入れを推進させることが可能と考えられる。

一般救急医療では、精神疾患の合併、認知症の合併、薬物乱用、単身高齢者などが搬送困難例となっている。優良な救急医療を実践するためには、精神障害を合併した場合の一般身体救急医療における搬送基準を作成しておく必要がある。観察基準の作成に際しては、言動、抑うつ、不安・焦燥、幻覚・妄想、自殺、問題行動、認知機能、向精神薬による副作用などの項目を明記することが検討されたが、救急隊の観察作業を効率よく実施する観点から、項目を絞り込む必要がある。最終的には、精神症状として、強度の不安、ゆううつ感、自殺企図、問題行動、向精神薬の服用を明記するのが望ましいと考えられた。選定基準の作成に際しては、精神科救急医療体制の基幹病院のうち、身体症状の対応ができる病院（救急科部門と精神科部門との連携ができ、状態に応じて精神科病棟への入院が可能である必要ある）を明記することも検討されたが、実際に稼働できる医療機関は限られ、現行のマンパワーで対応するのは困難であるため見送られた。神奈川県としては、精神科医が配置されているか、地域等の精神科医との連携が可能である身体合併症救急医療確保事業対応施設等による精神疾患と身体疾患を合併する救急患者に医療を提供できる体制整備を現在検討中である。身体合併症を有する精神疾患への連携体制を図 I-1 に、救急搬送システムにおける連携を図 I-2 に示した。精神医療の標準化のためには、精神科身体合併症に対応した連携パスを用いた情報の共有化、医療の可視化を実践する必要がある。受入れ医療機関確保基準の策定は、最も困難な作業である。傷病者の状況が生命に影響を及ぼすような緊急性が高いものとして分類された重篤を含む重症度・緊急度が高い症状・病態等については、医師からの特別の指示がある場合を除き、現場到着後、搬送医療機関の選定にあたり、「4 回以上受入れ紹介しても受入れに至らない場合」又は「現場到着後 30 分以上経過した場合」に受入れ医療機関確保基準を適用し、

中核となって稼働する医療機関を選定しておく必要がある。

E. 結論

精神疾患及び身体疾患を合併する救急患者の受入れ体制を整備するためには、各地域で精神科身体合併症対応施設と指定された医療機関で必要に応じて、コンサルトや入院受入れを行っていく体制の拡充が求められる。また、一般病院における精神科医の配置、精神科医療機関との連携を発展させること、精神科病院における一般医療機関からの後方受入れを推進させることが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし



表 I-1：精神疾患及び身体疾患を合併する救急患者の受入体制の課題
 (平成24年度神奈川県精神科救急医療調整会議部会資料より 一部改変)

身体救急 精神救急	救急対応の必要なし	初期救急	二次救急	三次救急
		(休日夜間急患診療所等 で対応)	(病院群輪番制、救急告示病院・ 診療所で対応)	(救命救急センターで 対応)
救急対応の必要なし				
精神科初期救急 (診療所外来対応)		ケースバイケース 【A】	救急優先☆☆ 【B】	救急救命優先 【C】
精神科二次救急 (医療保護入院対応)		精神科救急優先☆☆【D】	課題あり☆☆☆【E】	救命救急優先だが課題あり☆☆【F】 入院による身体疾患治療後に精神科 治療実施・転院
精神科三次救急 (警察官通報対応)		精神科救急 【G】	救急優先☆☆ 処置後精神科救急の場合あり 【H】	救命救急優先☆ 処置後精神科救急の場合あり 【I】

対応困難度

- ☆ やや困難
- ☆☆ 困難
- ☆☆☆ 非常に困難

課題

-  課題あり
-  非常に課題あり

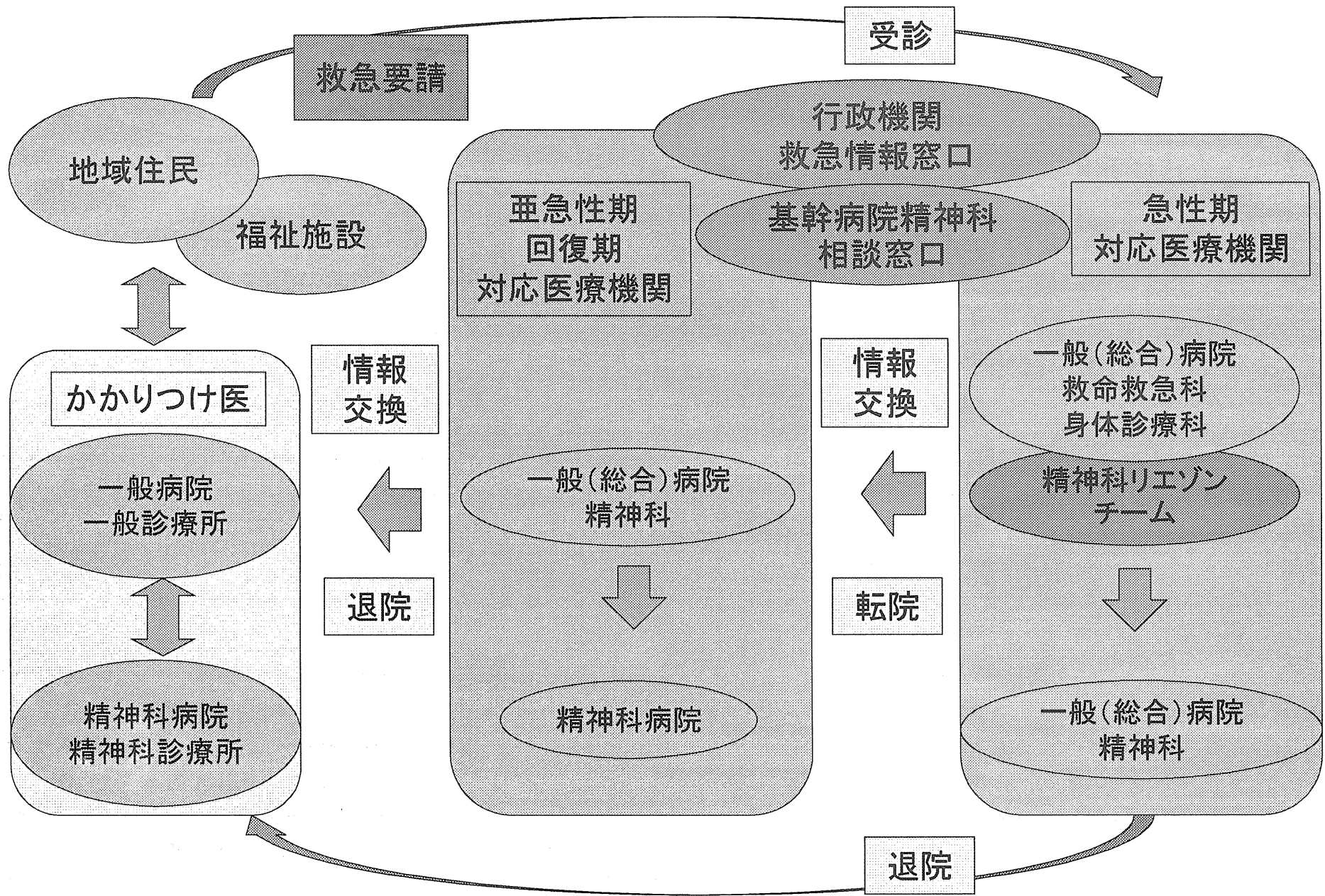


図 I -1: 身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制

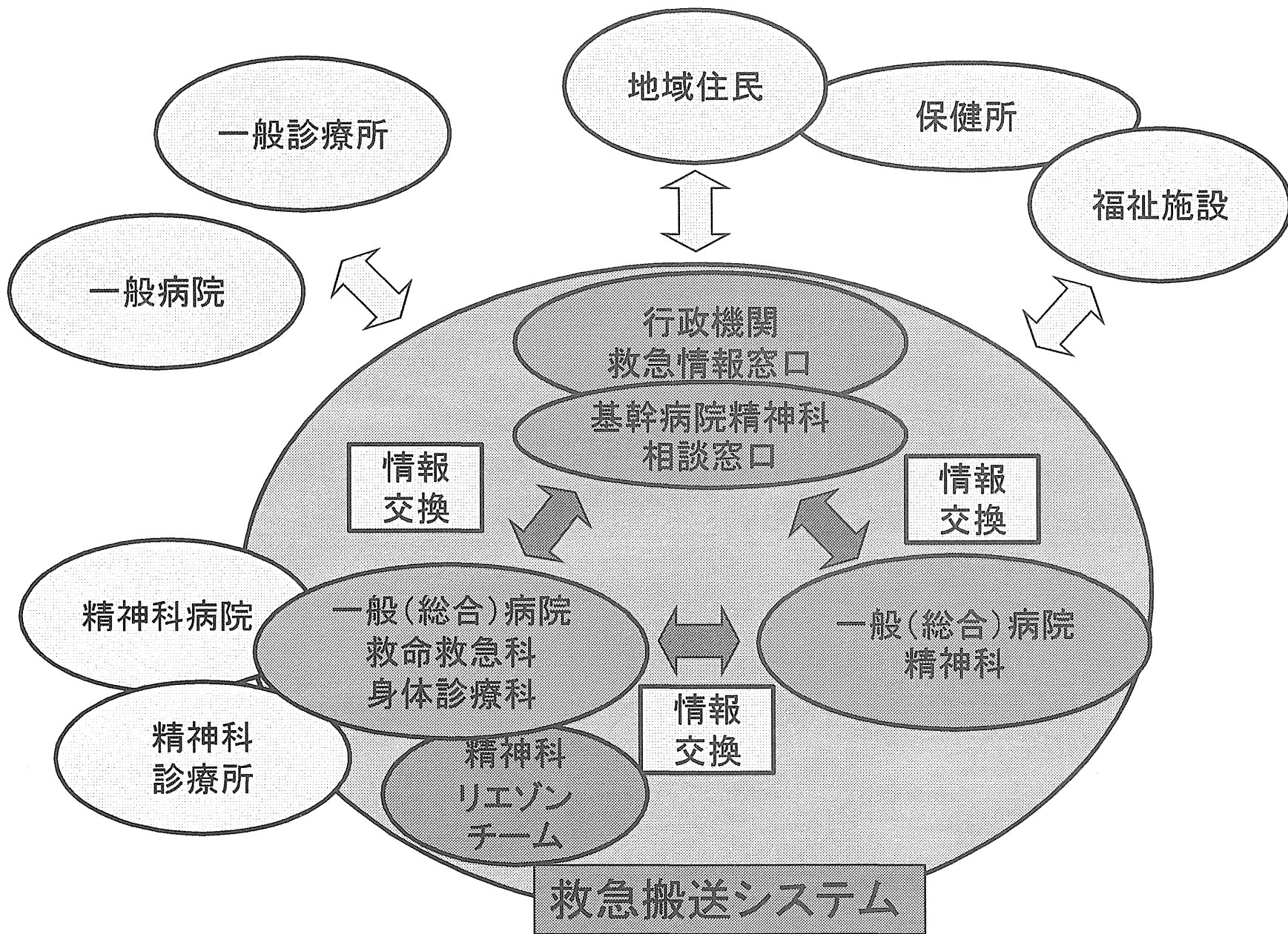


図 I -2: 救急搬送システムにおける連携

II) 多職種による「精神科リエゾンチーム医療」に関する研究

A. 研究目的

平成 24 年度診療報酬改定でチーム医療に関する評価が見直され、精神科リエゾンチーム加算が新設された。精神科リエゾンチームは精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等多職種で連携し、患者の治療等に当たることで一般病棟における精神医療のニーズの高まりに応えることを目的としている。身体疾患で一般病棟に入院している患者の 40～60%は何らかの精神疾患を有しているという報告があり、精神科リエゾンチームに対する期待は大きいと思われる。しかし、過去に活動実績が乏しく、具体的な活動内容やその効果は十分に示されていない。実際の運用状況については、さらなる調査と検討が必要と思われる。そこで本研究は、精神科リエゾンチームの活動実態を把握することと、チーム活動の質の向上のためには、どのような取り組みが必要なのかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 精神科リエゾンチームへのアンケート

調査対象：平成 24 年 8 月時点で精神科リエゾンチーム加算を申請している 30 施設の精神科リエゾンチーム所属精神科医師もしくは看護師。

調査方法：郵送発送・郵送回収(自記式アンケート)

実施期間：平成 24 年 11 月 1 日～11 月 30 日

2. 精神科リエゾンチームのヒアリング

調査対象：平成 24 年 8 月時点で精神科リエゾンチーム加算を申請している 3 施設の精神科リエゾンチーム所属看護師。

調査方法：面接調査(半構成インタビュー)

実施期間：平成 24 年 8 月 1 日～12 月 31 日のうち、各施設 1 日。

C. 調査結果

1. 精神科リエゾンチームへのアンケート

- (1)平成 24 年 8 月 1 日に時点で、精神科リエゾンチーム加算の算定が確認されている 30 医療機関に、アンケート用紙を郵送し、16 医療機関(回収率 53.3%)から回答を得た。基礎情報を表 II-1 に示した。
- (2)精神科リエゾンチームの概要を表 II-2～7 に示した。
- (3)精神科リエゾンチームを構成する職種ごとの役割を図 II-1～5 に示した。
- (4)精神科リエゾンチームを構成する職種に必要な教育内容を図 II-6～10 に示した。
- (5)精神科リエゾンチーム活動による施設への影響に関する意見を以下に示した。

1) メリット

- ・入院期間の短縮。
- ・患者満足度の向上。
- ・精神科と身体科が連携できる。

- ・せん妄など合併症が予防、早期発見、早期対応が即時にできている。
- ・各部署とスムーズに連携できる。
- ・医療者の疲弊(不全感・陰性感情)を最小限にできる。
- ・臨床スタッフへの精神症状の教育となりスキルアップできる。
- ・一般病棟スタッフが精神疾患患者の理解を深め、受入れしやすい。
- ・適切な評価により適切な退院支援ができる。
- ・患者理解が得られやすくなった。
- ・不要な行動制限を減少できる。
- ・精神科的な治療(向精神薬の投薬など)が院内で共通理解の下、統一できる。
- ・各病棟の運営がスムーズになる。
- ・スタッフの精神衛生管理が行える。

2) デメリット

- ・精神科医師や看護師が他業務と兼務しているため元々の所属と精神科リエゾンチームの両方のマンパワーが欠如している。結果として元々の勤務場所の治療が遅れる。
- ・精神科リエゾンチームでの診療報酬上の利益が上がらない。
- ・緩和ケアチームとの業務上の区別が難しい。
- ・精神科リエゾンチームへの院内全体の依存度が高くなっている。

(6) 精神科リエゾンチームの経済的側面に関する意見を以下に示した。

- ・病名がつかない患者へのコンサルテーションが多く、その場合に診療報酬を請求できない。
- ・精神科医師や看護師の負担は増すばかりであるが、割り当てられている診療報酬が少ない。
- ・診療報酬の点数が低いため、マンパワー不足になり、精神科リエゾンチームへの要望に十分に対応できていない。
- ・高度な知識と高度なコミュニケーション能力を持つスタッフが必要なため人件費としては大幅に不足している。
- ・精神症状の緩和による早期退院など効果が高いと思われるが、評価が低い。
- ・診療報酬化されたことで励みになる。
- ・元来行っていたリエゾン活動が評価され、報酬となることは嬉しい。

2. 精神科リエゾンチームへのヒアリング

(1) 基礎情報

1) 施設P

形態：大学病院

病床数：約 1000 床(うち精神科病床 0 床)

チーム構成：精神科医 3 名(3 名とも精神保健指定医)、精神看護専門看護師 1 名、精神保健福祉士 1 名、診療心理士 3 名、研修医 6 名程度。

対象疾患：せん妄、適応障害、双極性障害、てんかん、パニック障害、統合失調症、ステロイド性抑

うつなど。

1 週間当たりの対象患者：40 名程度。

カンファレンス頻度：週 1 回 1 時間。

ラウンド状況：まず医師か看護師がラウンドし、カンファレンスで状況報告の上、必要時多職種でラウンドを行う。

依頼方法：電子カルテ上に精神科リエゾンチームへの依頼ページを設置。

2) 施設 Q

形態：公設総合病院

病床数：約 650 床(うち精神科病床 0 床)

チーム構成：精神科医 1 名(精神保健指定医)、老人看護専門看護師 1 名、認知症看護認定看護師 1 名、薬剤師 1 名、臨床心理士 2 名。

対象疾患：せん妄、うつ病、認知症。認知症の中でも暴力行為が強い傾向の患者など。

1 週間当たりの対象患者：5 名程度。

カンファレンス頻度：週 1 回、ラウンドと合わせて 1 時間から 1 時間 30 分。

ラウンド状況；週 1 回、チーム全員でカンファレンスと合わせて 1 時間から 1 時間 30 分。

依頼方法：精神科医師もしくは看護師に直接介入依頼がある。

3) 施設 R

形態：民間総合病院

病床数：約 300 床(うち精神科病床約 200 床)

チーム構成：精神科医 1 名(精神保健指定医)、精神科認定看護師(うつ病看護)1 名、精神保健福祉士 1 名。

対象疾患：せん妄、認知症。他に迷惑行為や暴力がある患者など。

1 週間当たりの対象患者：3 名程度。

カンファレンス頻度：週 1 回、1 時間未満。

ラウンド状況：週 1 回、医師または看護師単独で 1 名あたり 10 分から 15 分。その後カンファレンスで状況報告。

依頼方法：患者の主治医がチームに対して診察依頼を行う。

(2) 精神科リエゾンチームの活動事例

1) 救急搬送された家族背景が複雑な患者

殺虫剤を飲用し搬送され救急病棟に入院した、物質依存がベースにある患者。身体的治療は短期間で終了したが、ベースにある物質依存に対する精神的な治療を目的として身体科主治医から精神科リエゾンチームに介入依頼があった。家族は患者の物質依存に辟易しており、退院後の帰宅に難色を示したため、救急病床から退院することなく長期間が経過しつつあった。患者が物質依存に至った背景には本人の元来の性格傾向に加えて、家族間における人間関係が関わっていることが疑われた。このため、精神科リエゾンチームが介入することとなり、精神科医師による患者への投薬治療と精神療法、家族への