

平成 25 年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神障害者の重度判定及び治療体制等に関する研究」 分担研究報告書

長期在院患者の精神症状重症度、行動障害、生活障害等に等に対する調査研究

分担研究者 河崎建人(*1)

研究協力者 千葉潜(*2)、櫻木章司(*3)、杉山直也(*4)、田口真源(*5)

*1 水間病院、日本精神科病院協会副会長、*2 青南病院、日本精神科病院協会常務理事、*3 桜木病院、日本精神科病院協会政策委員会委員長、*4 沼津中央病院、日本精神科病院協会政策委員会委員、*5 大垣病院、日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会委員長

【研究要旨】

目的) 日本精神科病院協会では長期在院患者の「重度かつ慢性」の状態像の明確化について以前から取り組んでいる。その一部は平成 24 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業指定課題 28 番「高齢精神障害者の退院支援の推進に関する調査について」（以下 28 番事業と略記）において成果として報告している。

また、本事業では今年度「重度かつ慢性の暫定基準案」（以下暫定基準案と略記）を作成しており、この暫定基準に照らし合わせ、28 番事業をパイロットスタディとしてその方法を踏襲して「重度かつ慢性」の状態像の明確化をめざす。

方法) 添付資料 1、2 に則って、対象として日本精神科病院協会加盟会員病院（以下会員病院と略記）1、205 病院に調査を依頼した。第一群入院 1 年～1 年 3 カ月の比較的早期の長期在院患者について在院期間が長い順から 5 名、第二群 5 年前後の長期在院患者の中で在院期間が長いものから 5 名、第三群当該病院で最も在院期間が長い順に 5 名を選抜した。暫定基準では①精神症状については簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale 以下 BPRS と略記) を用いる②行動障害評価③生活障害評価④身体合併症評価を行った。なお、身体合併症については大きな問題であり、全体を包含するのはこの領域を矮小化させたり、重度かつ慢性の評価が曖昧になることを避けるために、精神症状に起因すると思われる i 水中毒、ii 腸閉塞（イレウス）、iii 反復性肺炎に限定している。28 番事業では BPRS のほか国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health、以下 ICF と略記) の評価も行っており、これも調査を行った。なお、調査対象第一群は本研究の暫定基準に則った調査の中で基本調査の対象と同一である。ICF を追加付加する形で調査を行った。

結果) 会員病院のうち 299 病院より回答が得られ、第一群については 2,411 例、第二群については 1,322 例、第三群については 1,089 例であった。ICF については 2,306 例が集まり、第一群については 443 例、第二群については 1,022 例、第三群については 841 例であった。

考察) BPRS については在院期間が長くなると陽性症状より陰性症状の得点が高くなると思われる。また、生活障害も重くなり、陰性症状と相関していると考えられた。また、BPRS の得点が暫定基準を満たさない群も行動障害が残っていたり、ICF で評価すると環境因子が高得点である症例もあった。これらのことから暫定基準+ICF は重度かつ慢性の状態像の明確化だけでなく、LS 全体の評価に有用なものと考えられ、これらのデータを次年度クラスター解析などを行い、さらに詳細に検討する必要があると考えられる。

調査の実施方法

はじめに

1. 各病院ごとに情報管理者をお決めください。情報管理者の主な仕事は、
 - ① 下記【I. 準備】の手順で対象患者を選択
 - ② 「連結可能匿名化」リストを作成し、鍵のかかる所に保管する
 - ③ 各主治医に評価を依頼する
 - ④ データを集計担当者に提出する
 ことです。提出の際には氏名などの個人情報を含まないデータを提出し、問い合わせがあれば保管してある連結可能匿名化リストを参照して回答できるように準備をお願いします。

<連結可能匿名化リストの例>

基本調査のみの場合

No.	ID	患者氏名	患者ID
1	10000	〇〇〇〇	1
2	10005	〇〇〇〇	2
3	10010	〇〇〇〇	3
4	10015	〇〇〇〇	4
5	10020	〇〇〇〇	5

基本調査とオプション調査を実施する場合

No.	ID	患者氏名	患者ID
入院継続群			
1	10000	〇〇〇〇	1
2	10005	〇〇〇〇	2
3	10010	〇〇〇〇	3
4	10015	〇〇〇〇	4
5	10020	〇〇〇〇	5
退院群			
6	10030	〇〇〇〇	6
7	10045	〇〇〇〇	7
8	10050	〇〇〇〇	8
9	10055	〇〇〇〇	9
10	10070	〇〇〇〇	10

【注意点等】

- 1) 今回の調査で用いる「患者ID」は病院で通常使用している「ID」と異なるものをご使用下さい。
- 2) データ提出の際は「患者ID」の入力をお願いします（患者氏名やID等の個人情報を含まないようお願いいたします）。
- 3) データの提出後に確認の為に情報管理者に患者情報のお問い合わせをさせて頂くかもしれませんので、連結可能匿名化リストは鍵のかかるところに保存をお願いします。

【I. 準備】病院の情報管理者が実施してください

1. 入院患者台帳から それぞれの回答対象患者を選択します
調査日を平成26年1月10日としてください。

(1) 基本調査のみを実施する場合の 対象患者

平成24年10月初め～12月末の間に入院し、調査日時点で1年以上、1年3ヶ月未満、継続して入院していた患者のうち下記の条件を満たす患者から、入院期間が短い順に1病院あたり5人以内を情報管理者が選択

- ① 主診断が認知症でない
- ② 入院前3ヶ月間に精神科病院(他院含)に入院していない
- ③ 入院後1年時点まで引き続き入院していた

(2) 基本調査+オプション調査を実施する場合の 対象患者「入院継続群」(以下 opA)

平成24年10月初め～12月末の間に入院し、調査日時点で1年以上、1年3ヶ月未満、継続して入院していた患者のうち下記の条件を満たす患者から、入院期間が短い順に1病院あたり5人以内を情報管理者が選択

- ① 主診断が認知症でない
- ② 入院前3ヶ月間に精神科病院(他院含)に入院していない
- ③ 入院後1年時点まで引き続き入院していた

(3) 基本調査+オプション調査を実施する場合の 比較対照患者「退院群」(以下 opB)

平成24年12月1日～12月31日の間に入院し、入院3ヶ月後まで在院していたが、その後、1年になる前に退院した患者のうち、下記の条件を満たす患者から、入院日が古い順に、入院継続群と同数(1病院あたり5人以内)の患者を選択する

- ① 主診断が認知症でない
- ② 入院前3ヶ月間に精神科病院(他院含)に入院していない

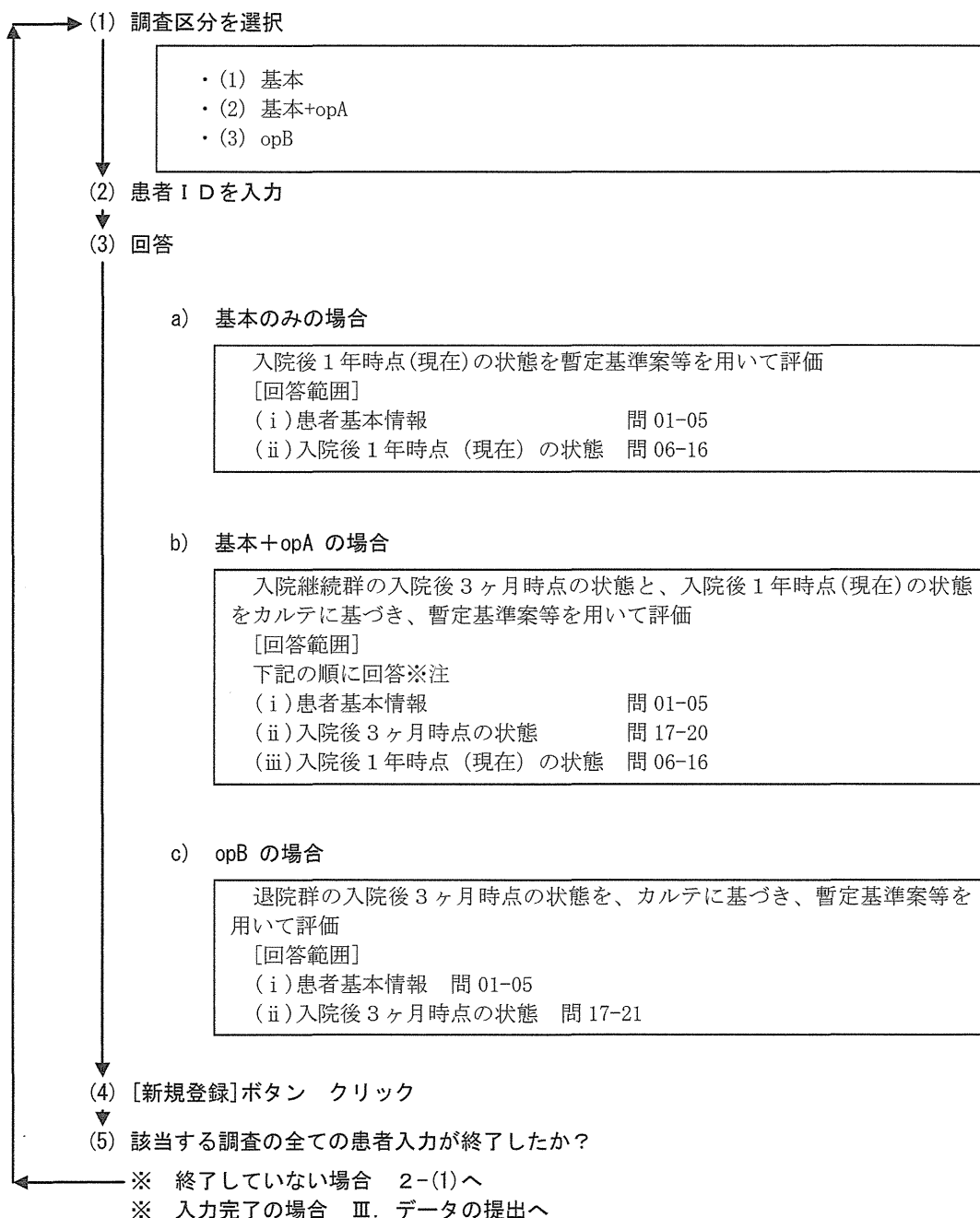
【Ⅱ. 調査の回答】

1. 施設基本情報の回答 病院の情報管理者が実施

施設ワークシートにて、病院名をはじめ施設基本情報を回答

2. 患者情報の評価・回答 対象患者の主治医が実施

患者ワークシートにて回答



【Ⅲ. データの提出】病院の情報管理者が実施してください

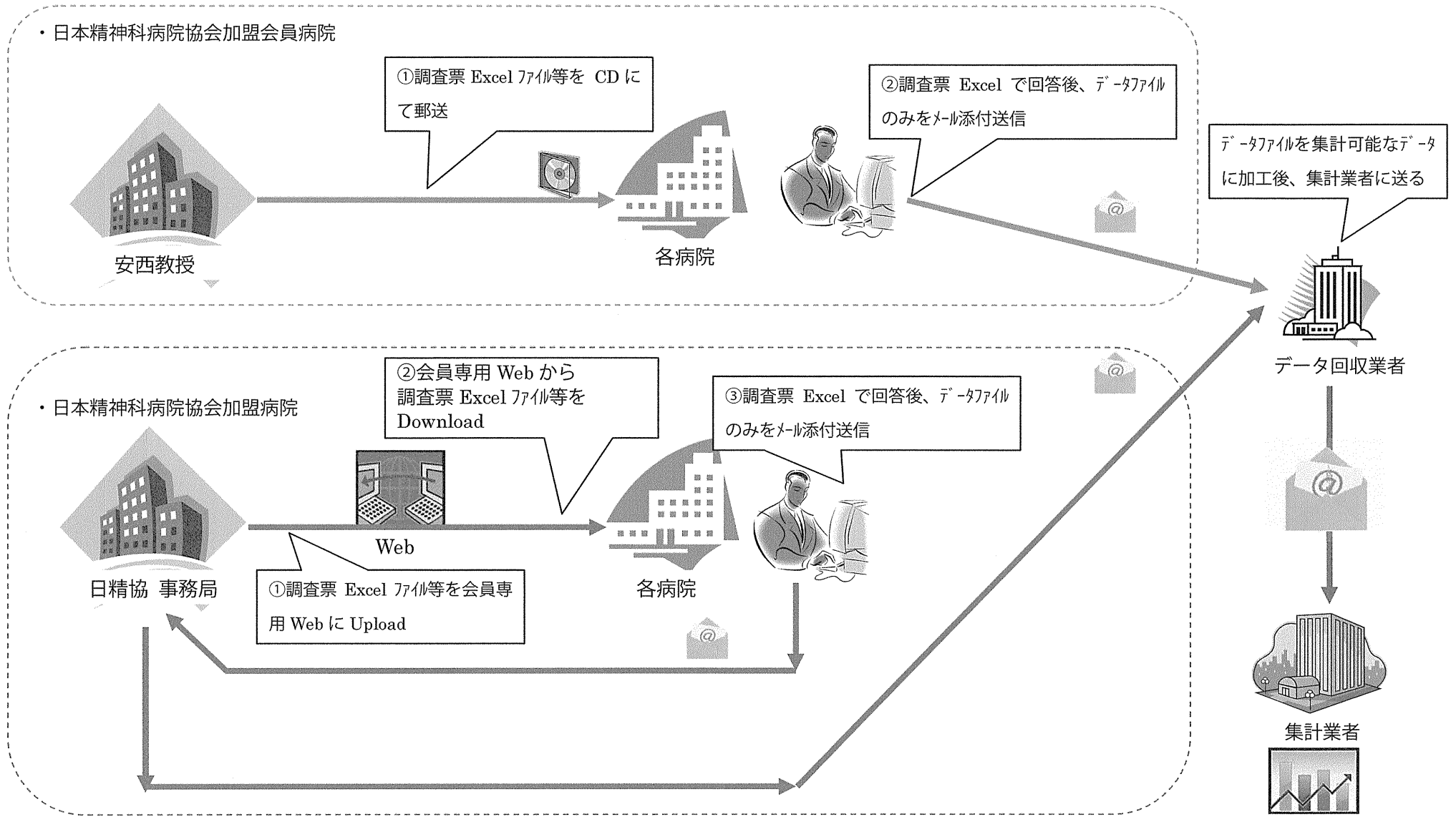
1. データのみを取り出し、指定の担当者へ提出する

「データ取出」機能により取り出した dat ファイルを
指定のデータ収集処理担当者にメール添付で提出する

お願い

基本調査+オプション調査である入院継続群評価(基本+opA)を主治医が行う際には、できれば上記の※注のように、入院後3ヶ月評価→現在(1年時点)の評価の順でお願いします(1年時点評価が3ヶ月時点評価に影響する度合いを軽減するためです)。

H25 年度 重度かつ慢性調査の配布・回収・集計 概略フロー

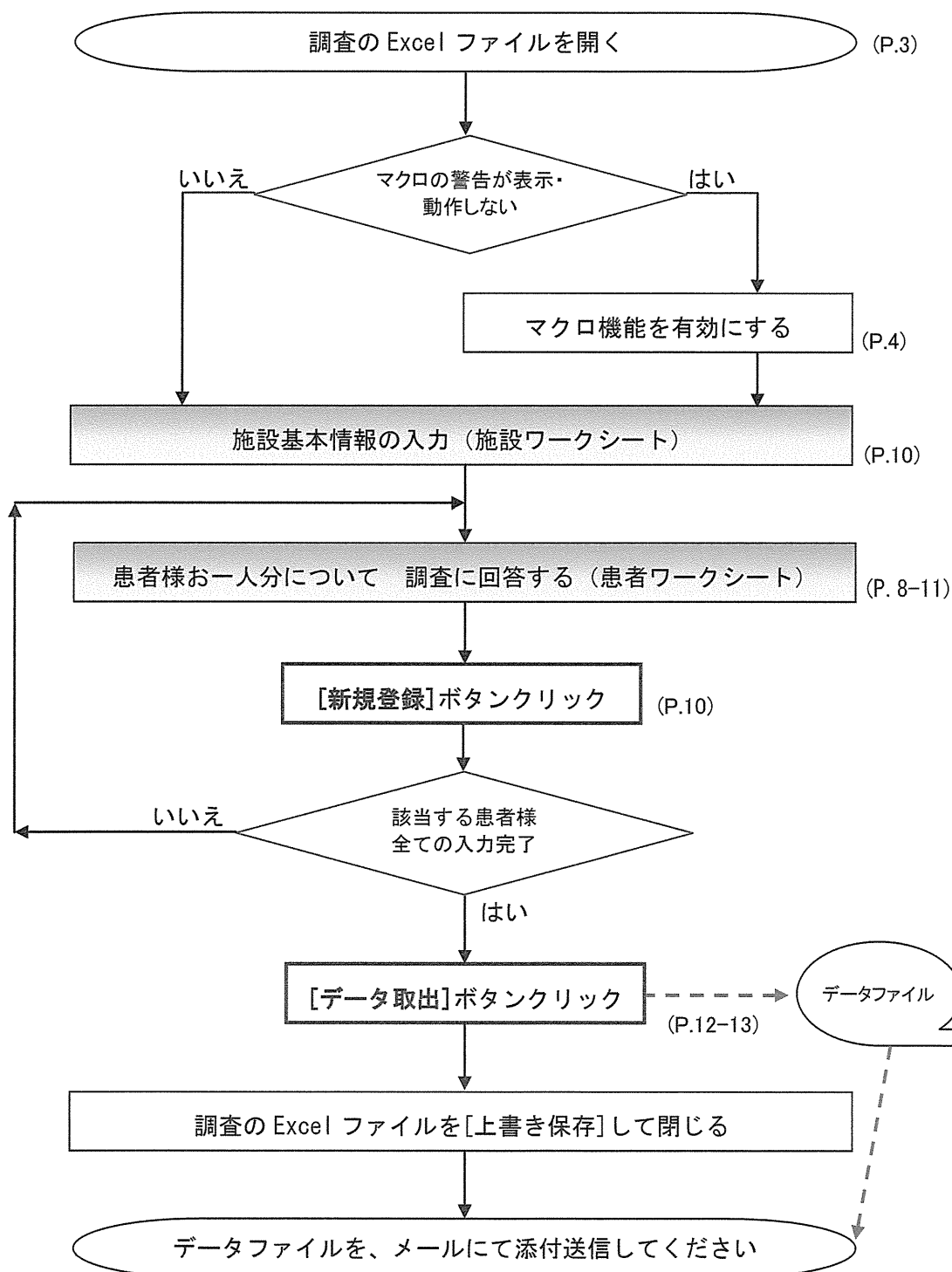


概略操作説明

調査に使用している Excel ファイルは、簡単な操作でご回答頂けます。主となる機能の**[新規登録]**ボタンや**[データ取出]**ボタンについても、クリックして頂ければ、適切なお案内を表示するようになっています。

調査にご回答頂く手順は、概ね下記の通りです。

各手順が不明な場合や、詳細な説明が必要な場合には、当ページ以降の詳細説明を参照してください。各手順の右側にある (P. xx) は詳細説明の参照ページを示しています。



研究分担報告

研究分担者：平田豊明

千葉県精神科医療センター

自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究

分担研究者 平田豊明（*1）

研究協力者

杉山直也（*2）、伊藤弘人（*3）、兼行浩史（*4）、川畑俊貴（*5）、来住由樹（*6）、鴻巣泰治（*7）、佐藤雅美（*8）、澤温（*9）、塚本哲司（*7）、中島豊爾（*6）、八田耕太郎（*10）

*1 千葉県精神科医療センター、*2 沼津中央病院、*3 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、*4 山口県立こころの医療センター、*5 京都府立洛南病院、*6 岡山県精神科医療センター、*7 埼玉県立精神保健福祉センター、*8 東京武蔵野病院、*9 さわ病院、*10 順天堂大学医学部精神科

【研究要旨】

目的) わが国における精神科救急・急性期医療の実態を調査し、「重度かつ慢性」患者を産み出さないための施策を提言すること

方法) ①各都道府県から厚生労働省に報告された平成 24 年度の精神科救急医療体制整備事業（「精神科救急事業」と略記）の運用実績を分析した。②平成 25 年 9 月 1 日現在で本研究班が把握する精神科救急入院料認可病棟（「精神科救急病棟」と略記）をもつ医療施設 116 カ所および精神科急性期治療病棟入院料認可病棟（「精神科急性期病棟」と略記）をもつ医療施設 263 カ所を対象として、それらの病棟（双方を併せて「精神科急性型包括病棟」と呼称）の運用実態をアンケート調査した。③「重度かつ慢性」患者に関する調査・研究の出発点となる「重度かつ急性」患者の診断基準を試作した。

結果) ①平成 24 年度、精神科救急情報センターには約 3.8 万件、精神医療相談には約 11.1 万件の電話相談が寄せられた。精神科救急事業の利用者は、年間約 4.1 万件のうち約 1.7 万件が入院となっていた。入院患者の約 4 分の 1 は精神科三次救急ケースであったが、大都市圏を中心とした寡占的分布を示した。②81 カ所（69.8%）の精神科救急病棟認可施設から 92 病棟に関する回答、102 カ所（38.8%）の精神科急性期病棟認可施設から 102 病棟に関する回答があった。平成 24 年度は、精神科救急病棟には平均 47.8 床（急性期病棟は 52.7 以下同じ）の病床に年間 315 件（249.6）の入院があり、平均 51.2 日（61）で 72.7%（67.9）を自宅退院に結びつけていた。③「重度かつ急性」患者の診断基準を、i) 現実検討能力の喪失や社会的不利益などの基本要件、ii) 病態像、iii) 病状スコア（BPRS、GAF）、iv) 行動因子やサポート因子などの付帯条件という 4 軸で定性的・定量的に定義した。

考察) ①大都市圏では精神科救急事業の対象が重症患者にトリアージされるのに対して、地方では一次から三次までの救急診療が本事業に依拠する傾向にあった。本事業の機能を評価する指標として、受診前相談やアクセス支援、高規格病院の整備状況、身体救急との連携など 10 項目を提示した。②精神科急性型包括病棟はわが国の精神科平均在院日数を短縮し、長期在院を抑止することに貢献しているが、配置に地域差があるほか、医療内容に施設差がある。均霑化のためには全国共通データベースの構築を要する。③毎年 5 万人近く新たに発生する長期在院を防止するために、精神科急性型包括病棟の普及と水準向上を図り、近い将来、新規の非自発入院はこの病棟に限定すべきである。

結論) この近未来像の実現に向けて、地域医療計画と診療報酬上の支援策を講ずべきである。

A. 研究目的

平成 25 年 6 月の精神保健福祉法改正によって、保護者制度が廃止され、医療保護入院を含む精神科への入院は原則 1 年以内に限定されることとなった。そして、入院予定期間の告知や退院後生活環境相談員の配置、退院支援委員会の設置など、早期退院を促す施策が打ち出される一方で、1 年を超えても退院できない患者に対する処遇も検討されることとなった。

本研究全体の目的は、新規入院から 1 年を超えても医学的理由により退院できない「重度かつ慢性」患者の診断基準を定め、治療と処遇の現状を調査した上で、適正なケアを担保するための新たな制度の基準案を作成することである。

本分担研究班には、自治体病院協議会傘下の精神科医療施設における「重度かつ慢性」患者の実態調査を要請されたが、調査方法は病院の経営母体の種別によって変わるものではない。このため、「重度かつ慢性」患者の実態調査については、経営母体を問わない共通の調査手順に従って自治体病院のデータを提供することとし、本分担研究班としては、「重度かつ慢性」患者を産み出さないための急性期治療のあり方に調査研究活動を焦点化することとした。

すなわち、わが国における精神科救急および急性期医療の実態を調査し、長期在院者を産み出さないための施策を提言することが、本分担研究の目的である。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実績調査

都道府県から厚生労働省に提出された平成 24 年度の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)の実績年報を集計し分析した。

2. 精神科急性型包括病棟の運用実績調査

平成 25 年 4 月 1 日現在、診療報酬表に掲載された精神科急性型包括入院料には精神科救急入院料(1、2 および合併症型の 3 類型)と精神科急性期治療病棟入院料(1、2 の 2 類型)がある。ここでは、前者の認可病棟を「精神科救急病棟」、後者の認可病棟を「精神科急性期病棟」、両者を併せて「精神科急性型包括病棟」と呼ぶこととする。

平成 25 年 9 月 1 日現在、本研究班が把握する精神科救急病棟の認可施設は 116 カ所、精神科急性期病棟の認可施設は 263 カ所、両方の病棟をもつ施設が 25 カ所あった。これらの施設に対して、調査日現在もしくは 24 年度における精神科急性型包括病棟の運用体制や診療実績を問うアンケート調査(資料 1)を紙ベースで実施した。

3. 「重度かつ急性」患者の診断基準の試作

在院 1 年超の「重度かつ慢性」患者といっても、入院当初は急性患者であったはずである。「重度かつ慢性」患者を産み出さないための条件を検討するためには、入院医療の入り口で「重度かつ急性」と診断される患者を定義しておく必要がある。本研究では、これまでの研究成果を踏まえ、研究協力員の討議により、「重度かつ急性」患者の診断基準を試作した。

なお、今回の調査において個人情報を取り扱うことはなかった。

C. 研究結果

1. 精神科救急事業の運用実績

(1) 受診前相談の状況

各都道府県の平成 24 年度における電話相談事業の実績を表 1 に示した。図 1 に精神医療相談、図 2 には精神科救急情報センターへの電話相談を、件数の多い都道府県順に並べてそれぞれ図示した。千葉県では、精神医療相談の電話相談件数と精神科救急情報センターの相談件数が同じであるが、これは同じ電話相談を別々に表示しただけである。このように、情報センター業務と精神医療相談業務との区分けの基準は都道府県によって異なる。

表 1 によれば、精神医療相談者のうち、電話相談は本人が 71.4% を占めるのに対して、来所相談では 47.1% にとどまり、家族などの相談が上回っていた。

図 3 は精神科救急情報センターへの電話相談者の内訳を図示したものである。緊急性が高いと思われる消防・警察からの電話が 28% ある半面、本人・家族が大半を占める「その他」が 54% あるなど、情報センターが精神医療相談の機能も相当に担っていることを示唆している。

(2) 受診の状況

表 2 に平成 24 年度の精神科救急事業実績を都道府県別に表示した。受診件数の多い順に並べ替えて、入院件数とともに図示したのが図 4 である。例年のように、東京都、大阪府、愛知県など大都市圏を擁する地域のほか、岩手県、石川県、滋賀県、北海道などの地域でも受診件数が多いことが示されている。

表 2 によれば、受診者のうち情報センタ

ーを経由したケースは 3 割以下にとどまっております。地域差も大きい。情報センターの機能にばらつきがあることを物語る。

また、受診者に占める自院通院者の比率にも地域差があり、同じ精神科救急事業といっても、その機能や運用状況はまちまちである実態を示唆している。

(3) 入院の状況

受診者の 42.5% に当たる 17,449 件が入院となっている。図 5 は、入院件数の多い順に都道府県を並べて表示したものであるが、東京都と大阪府という大都市圏が突出するほか、必ずしも人口に併行しない形で入院件数が分布している。

図 6 の左図に入院形式別の内訳を示した。緊急性が高いことが予想される緊急措置入院、措置入院、応急入院を精神科三次救急ケースと定義するが、26% が三次救急であった。図 6 の右図は、平成 21 年 6 月に全国の精神科病院に入院した患者の入院形式の内訳である。全国平均に比べると、精神科救急事業における非自発入院とりわけ三次救急の比率が高いこと、すなわち、緊急性の高い入院が多いことが窺える。

ただし、図 7 に示したように、三次救急には地域差が大きく、大都市圏の占める比重が大きい。しかも、緊急措置入院は東京都、措置入院は神奈川県、応急入院は大阪府と、日本の 3 大都市圏で三次救急の種別が異なっている。これらは、例えば、大阪府では応急入院となるケースが神奈川県では市長同意の医療保護入院となるなど、地域による入院制度の運用基準が異なる実情を反映している。

表 2 によれば、空床の確保予定数 96,253

床に対して、実際の確保数は 81,783 床であり（県の救急事業に相乗りしている政令市の空床確保数は除外した）、空床確保率は 85%に達していた。ただし、確保した空床に入院した件数は 11,871 件と、確保病床数の 14.5%、全入院件数 17,499 件の 67.8%にとどまっていた。

2. 精神科急性型包括病棟の運用実態

今回の調査依頼に対して、精神科救急病棟の認可施設 81 カ所（116 施設に対する回答率は 69.8%）、精神科急性期病棟認可施設 102 カ所（263 施設に対する回答率は 38.8%）から回答があった。このうち、10 施設が双方の入院料を重複取得している施設であった。また、精神科救急病棟が複数ある施設が 14 カ所あり、精神科救急病棟の回答数は全体で 92 であった。精神科急性期病棟を複数認可されている施設が 2 施設あった。

以下に、主な調査結果を示す。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）母体病院精神科の概要

まず、精神科救急病棟を認可された 81 施設および精神科急性期病棟のみを認可された 92 施設の母体病院に関するデータを示す。かっこ内が後者のデータである。

（ア）施設・設備

①設立主体

- ・国立系独立行政法人-----2(0)
- ・都道府県立・独立行政法人-----20(2)

- ・その他公立-----3(1)
- ・公的病院（赤十字、済生会、厚生連、社保、私立大学など）-----4(2)
- ・民間-----52(86)
- ②全病床-----394.6床(286.1)
- （うち一般病床数平均 128.1床(5.5)）

③精神科病棟（全体）の概要

- (a)精神科稼働病床数 256.5床(275.5)
- (b)看護単位数-----5単位(5)

母体病院の設立主体と一般病床併設状況を、精神科救急病棟と急性期病棟とに分けて図示したのが図 8 である。図に見るように、精神科救急病棟では、急性期病棟に比べて、国公立病院および一般病床併設病院の比率が高い。これは、精神科急性期病棟の施設基準が精神科単科病院主体の民間病院に有利であることによるとと思われる。

（イ）当直体制

(a)精神科医師

- ①精神保健指定医もしくは特定医師が毎晩当直勤務している-----54(47)
- ②精神保健指定医がオンコール体制で宅直-----25(26)
- ③精神保健指定医がオンコールでない日もある-----2(18)

(b)看護師

- ①管理当直体制がある-----55(38)
- ②夜勤は病棟勤務者のみ-----24(50)
- ③その他-----2(3)

(c)コメディカルスタッフ（精神保健福祉士等）

- ①毎晩当直勤務している-----14(8)
- ②当直体制はない-----51(69)
- ③その他-----16(14)

(ウ) 都道府県の精神科救急医療事業への参加状況（平成 24 年度）について（救急病棟回答施設 80）

- ①基幹的病院として参加している
-----34(2)
- ②輪番病院として参加している
-----44(86)
- ③その他の形で参加している。
-----2(2)
- ④参加していない。-----0(1)

(2) 精神科救急病棟・急性期病棟の運用状況（平成 24 年度）

(ア) 特定入院料の種別

- ①精神科救急入院料 1 -----84
- ②精神科救急入院料 2 -----1
- ③精神科救急・合併症入院料-----7
- ④精神科急性期治療病棟入院料 1
----- (100)
- ⑤精神科急性期治療病棟入院料 2
----- (2)

次に、精神科救急病棟 92 および急性期病棟 102 の施設概要や稼働状況に関するデータを示す。カッコ内が精神科急性期病棟のデータである。

(イ) 施設・設備

(a) 病室

- ①病床数-----47.8 床(52.7)
- ②隔離室-----8.4 室(4.4)
- ③個室-----19.1 室(8.9)

(b) 設備

- ①心肺モニター-----73(72)
- ②AED 等の除細動装置 -----82(92)
- ③輸液加温装置-----13(9)

④褥瘡防止マット-----81(85)

⑤下腿マッサージ器-----32(14)

図 9 に、これらの医療機器の設置状況を精神科救急病棟と急性期病棟とに分けて図示した。

(ウ) 職員配置

- ①医師-----4.7 名(2.3)
(うち精神保健指定医-----3.1 名(1.9))
- ②看護師-----25.3 名(19.2)
- ③コメディカルスタッフ---3.9 名(2.8)

(エ) 診療実績

(a) 当該病棟の運用概況

- ①年間延べ在棟患者数（特定入院料の算定外患者も含む）15,007.1 人(14,981)
- ②新規患者率-----82.4%(74.3)
(措置入院を除く延べ在院患者数に占める新規患者の比率)
- ③在宅移行率-----72.7%(67.9)
(3ヶ月以内に自宅退院した患者の比率)

(b) 年間入棟件数-----315 件(249.6) (特定入院料の算定外患者も含む)

- ①院内他病棟からの転入---20.3 件(18.5)
- ②当該病棟入棟時の入院形式
 - ・緊急措置入院 -----8.6 件(0.7)
 - ・措置入院-----15.9 件(4.1)
 - ・応急入院-----15.8 件(1.1)
 - ・医療保護入院 -----191.7 件(91.1)
 - ・任意入院 -----78 件(151.9)
 - ・その他-----2.3 件(0.3)
- ③主診断の内訳
 - ・F0（脳器質群）-----30.1 件(28)
 - ・F1（中毒依存群）-----23.9 件(29.3)
 - ・F2（精神病群）-----145.1 件(101)

- ・ F3 (感情病群) -----66.8 件(60)
- ・ F4 (神経症群) -----17.7 件(14.1)
- ・ F5 (摂食障害等) -----2.7 件(2.4)
- ・ F6 (人格障害群) -----5.7 件(3.6)
- ・ F7 (知的障害) -----4.7 件(3.1)
- ・ その他 -----11.7 件(6.3)

以上のデータのうち、年間入棟件数の分布を精神科救急病棟と急性期病棟とに分けて表示したのが図 10、入棟時の入院形式のうち三次救急ケース比率の分布を表示したのが図 11、主診断のうち F2 群の比率の分布を表示したのが図 12 である。

(c)年間退棟件数-----310 件(249)
(転棟・転院を含む)

- ①うち自宅退院-----223.4 件(177.2)
(福祉施設等への退院を含む)
- ②うち院内転棟-----59.7 件(58.9)
- ③他院への転入院-----26.9 件(12.9)
 - ・うち精神科-----15.8 件(3.7)
 - ・一般科-----11.1 件(9.2)

以上のデータから平均在棟日数を計算し(年間延べ在棟患者数を年間入退棟件数の平均値で除した数値)、精神科救急病棟と急性期病棟とに分けて、その分布を表示したのが図 13 である。また、院内転棟率の分布を図 14 に、精神科への転院率の分布を図 15 に示した。

図 10 から 15 は、精神科急性型包括病棟における治療対象や診療内容、運用実態に施設差のあることを示唆している。

(d)医学的処置

- ①電気けいれん療法
 - ・実施患者の実人数-----19.2 人(9.5)
 - ・うち修正型-----14.8 人(4.3)

②隔離

- ・実施患者実人数 -----184 人(78)
- ・平均隔離日数-----15.4 日(29.6)

③身体拘束

- ・実施患者実人数-----82.3 人(33.2)
- ・平均拘束日数-----12.4 日(13.2)

これらのデータを含め、精神科急性型包括病棟の運用実績の平均像を一覧表示したのが図 16 である。

3. 「重度かつ急性」患者の診断基準

本研究班は、平成 24 年度の研究報告書において、精神科救急病棟への最優先の入院対象となる急性患者の病態を 2 軸で定義した。今年度は、「重度かつ慢性」患者の調査をする上で出発点となる患者像を描くために、病状評価尺度(BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale, 簡易精神症状評価尺度)および(GAF: The Global Assessment of Functioning, 機能の全体的評定)を用いて重症度を定量化し、さらに行動因子や支援因子などの付帯条件を加味して、資料 2 に示したような「重度かつ急性」患者の診断基準を作成した。

D. 考察

1. 精神科救急事業の運用実態

(1) 近年の動向

精神科救急事業に関するこれまでの研究結果を統合して、近年における受診前相談件数の推移を図 17 に示した。2010 年(平成 22 年)以降は、情報センターと精神医療相談事業の件数が別立てで集計されるようになったが、前述のように、両者の区分け基準は不統一である。いずれにせよ、受診前相談の総件数は漸増している。

図 18 には、精神科救急事業における受診件数と入院件数の年次推移を示した。受診件数は横ばいであるが、入院件数は漸増している。図 19 には、入院件数の推移を二次救急（医療保護入院、任意入院）と三次救急（緊急措置入院、措置入院、応急入院）に分けて示した。二次、三次救急とも年々増加の傾向にある。

これらのデータは、精神科救急事業における受診前相談へのニーズが年々高まっていること、および重症ケースの利用が増加していることを示している。しかし、受診前相談事業の普及率は不十分かつ不均質であり、相談窓口の担当者への研修体制も不備な現状にある。

（2）精神科救急事業の地域差

精神科救急事業の利用者が重症化する傾向にあるとはいえ、表 2 や図 4、5、7 は、本事業の運用状況もしくは機能に大きな地域差があることを示している。地域人口に対する利用状況を加味すると、その実態がわかりやすくなる。

図 20 は、地域人口 1 万に対する年間の受診件数を横軸に、入院率を縦軸にして、図 4 のデータを再構成したものである。図 20 に見るように、両軸のデータは近似曲線が双曲線（両軸の値の積が一定）になる負の相関を示している。すなわち、両軸の値の積である人口 1 万対年間入院件数が一定の幅に収まっている。この幅（人口 1 万人に対して年間 1~2 件の入院）は、わが国における夜間休日の精神科救急ベッドの確保能力を表わしており、あまり地域差がないということになる。

ただし、本事業の機能には大きな地域差

がある。図 20 の右下に位置するグループは、地域人口に対する利用件数が高く入院率が低い、すなわち、軽症患者も含めて本事業の利用頻度が高いという特徴があり、岩手県や秋田県など人口過疎地区を含む県が主体となっている。これらの地域では、精神科医療施設の分布が疎のため、一次から三次までの救急診療を本事業に依拠せざるをえないものと考えられる。利用者・家族にとっては、軽症段階から診察に応じてもらえる利点がある半面、遠隔受診を余儀なくされるケースも生ずる。

一方、図 20 の左上に位置するグループは、入院を要する重症ケースに受診が絞り込まれる特徴があり、東京都、大阪府、神奈川県など、大都市を擁する都府県からなる。入院を要しない一次救急ケースがマイクロ救急（本事業外で行われる医療機関単位の自発的な救急診療）によって対処されているかどうかについては、データに乏しい。千葉県の調査では、本事業の 6 倍に近いマイクロ救急診療が、一次救急を中心に行われているとのデータがあるが、マイクロ救急が十分に機能しない地域では、危機介入が遅れるケースも生ずる。

いずれにせよ、医療施設の分布や医師の配置状況などに応じて、精神科救急事業の運用に地域差が生ずるのはやむをえない面がある。しかし、身体救急と同様、少なくとも重症の救急ケースについては、時間帯や地域を問わず、一定水準以上の医療が常に提供できる体制が整備されなくてはならない。本研究のように、その整備状況をモニターする仕組みも欠かせない。

（3）精神科救急事業の機能評価

精神科救急事業に対しては、国と都道府県を併せると毎年約 40 億円の運営補助金が給付され、医療施設や都道府県には、表 1 および 2 に示した項目からなる実績報告の提出が要請されている。

これらの項目が本事業の機能を評価する指標となっているが、臨床的観点から見ると、精神科救急医療システムが機能するためには、入口から出口まで、図 21 に示したような構成要素が必要である。これに沿って、精神科救急事業の評価指標を設定しようとするならば、以下の 10 項目を列挙することができる。

- (ア) 精神科救急情報センターなどの相談受付窓口が機能しているか
- (イ) 医療アクセス支援（救急搬送、アウトリーチ）が整備されているか
- (ウ) ミクロ救急が機能しているか
- (エ)（緊急）措置診察の手続きが常時可能か
- (オ) 救急ケースを必ず受け入れる医療施設を確保できるか
- (カ) 重症ケースを治療する高規格の精神科医療施設があるか
- (キ) 身体合併症に対応するシステムがあるか（水平リンク機能）
- (ク) 救急から在宅まで、ケアの連続性が保てるか（垂直リンク機能）
- (ケ) 物質依存、児童・思春期、認知症ケースなどに対する専門プログラムにつなげられるか（水平リンク機能）
- (コ) 関係者間の連絡調整の場が確保されているか

以上のような評価をするに際しては、何

を具体的な指標とするか、誰が評価者となるかが問題となる。本研究班では、行政担当者による自己評価表を作成し、都道府県ごとのスコアリングを試みたことがある。今後も評価法を再検討して試行したいと考えている。

2. 精神科急性型包括病棟の運用実態

(1) 精神科急性型包括病棟の展開

精神科急性型包括入院料が診療報酬上に初めて掲載されたのは、精神科救急事業が開始された翌年の 1996 年（平成 8 年）で、千葉県精神科医療センターをモデルとした精神科急性期治療病棟入院料が新設された。そして、認可要件と給付額がこれよりもグレードアップする形で、2002 年（平成 14 年）、精神科救急入院料が新設された。

以来、図 22 に示したように、2006 年（平成 18 年）に合併症型の救急入院料が新設され、2008 年（平成 20 年）には給付額が大幅に増額されて、2014 年（平成 26 年）1 月末現在、精神科救急病棟は 118 施設にまで増加した（図 23）。精神科救急病棟を複数認可された施設は 22 カ所に上り、4 病棟を有する民間病院もある。

しかし、図 23 に示すように、精神科救急病棟の未認可地区が 8 県あるなど、その分布は不均一で、わが国における精神科救急医療サービスの地域差の一因を形成している。ただ、精神科急性期病棟の空白県はなく、平成 26 年度の診療報酬改訂でも、急性期病棟のグレードアップが促進される可能性がある。医療法が指定する重点疾患に精神疾患が加わり、予防や治療、リハビリテーションが地域医療計画に盛り込まれることと相まって、今後、この地域差が是正さ

れることを期待したい。

(2) 精神科急性型包括病棟の機能評価

2014年(平成26年)1月末現在118カ所6,903床に達した精神科救急病棟ではあるが、その機能は認可施設の増加とともに変化し、施設間格差も生じている。

図24に、精神科救急病棟の機能を示す主な指標の年次推移を図示した。図に見るように、三次救急の比率が下がり、平均在棟日数が延長する半面で、在宅移行率が上がり、転棟・転院率が下がっている。すなわち、緊急性の高い精神科三次救急ケース優先で、病床回転を重視する大都市型の救急病棟から、在宅ケアへの連続性を重視した地域医療型の救急病棟へと機能がソフト化する傾向が窺える。この傾向は、救急病棟の全国への普及に伴う必然であり、わが国の精神科急性期医療の全体的な水準向上を示す現象と評価してよいであろう。

また、図25は入院患者の主診断比率の変化を示したものであるが、F2群(精神病性障害)の比率が減少して、F0群(認知症を含む身体因性障害)やF3群(気分障害)の比率が漸増傾向にある。これは、統合失調症の治療の進歩や認知症の増加など、社会的な変化を精神科救急病棟が敏感に反映することを示唆している。

問題は、精神科救急病棟における医療内容のばらつきである。「重症の急性患者を常時受け入れ、手早く治して社会に戻す」のが精神科救急病棟の本来の任務である。この任務を遂行するために、施設や人員などに関する認可条件と対象患者や入院期間、転帰などに関する運用条件が設定されている。しかし、精神疾患の治療法が標準化し

にくいためもあって、治療内容に関する条件は設定しにくい。このために医療サービスの水準がばらつく可能性が生ずる。図13に見る平均在棟日数のばらつきは、その一端を表しているといえよう。

このばらつきを小さくし、精神科救急病棟の機能を均質化するためには、さしあたって以下のような条件設定と手続きが必要であろう。

- (ア) 患者の重症度、治療プロセス、アウトカムを表す臨床指標を作成する
- (イ) これらの指標を組み込んだ個別の治療内容に関する全国共通データベース(患者票)を匿名化して作成する
- (ウ) 施設・設備、人員配置、治療内容を組み合わせた精神科救急病棟および母体病院の機能に関する全国共通データベース(施設票)を作成する
- (エ) 以上のデータベースへの記載と定期的な提出、情報公開と全国比較を医療費給付の条件とする

これらの手続きのうち、(ア)～(ウ)は、eCODDシステムで部分的に実現しているが、電子カルテへの組み込みや診療報酬へのリンクが遅れているためもあって、採用施設が限定されている。

また、患者の重症度については、今回の研究で提案した「重度かつ急性」患者の診断基準がモデルとなる。現在の精神科救急入院料の認可要件では、患者の重症度を表す指標として入院形式が採用されているが、入院形式は臨床的重症度を必ずしも反映していない。本研究が提示した診断基準は、臨床的な厳密性を追求した基準である。診

療報酬上の基準に限らず、新規の非自発入院の入院基準としても検討されるべきである。

(3) 精神科急性型包括病棟の普及効果

図 26 は、精神科救急病棟のモデルとなった千葉県精神科医療センターの 2011 年度（平成 23 年度）における入院患者残留曲線を全国平均と比較したものである。同センターの病棟部門は、精神科救急入院料病棟 50 床のみである。この年度の平均在院日数は 42.1 日（年間病床回転率 8.7）であった。

図のように、全国平均では、入院患者のうち 3 ヶ月以内に退院する患者は 58.1%、1 年を超える患者が 12.4%いるのに対して、同センターに入院した患者は 3 ヶ月以内に 93%が退院し、在院期間が 1 年を超える患者はいない。ただし、この年度は 26%の患者が他の精神科病院に転院している。遠隔地ケースや他院通院患者のショートリリーフ的入院があるためである。こうした転院例が転院先の病院で全国平均と同じ残留曲線を描くと仮定すると、図の波線のように補正される。これによると、1 年超の残留率は 3.6%となる。

今回の調査で回答のあった 92 の精神科救急病棟と 102 の急性期病棟の平均在棟日数は、図 16 に見るように、2011 年度の千葉県精神科医療センターの在院期間より 2～3 割長い。それでも、全国平均に比べれば、患者の残留曲線は下方に大きくシフトする。すなわち、精神科急性型包括病棟の普及は、わが国における精神科における平均在院日数を短縮し、新規入院患者の長期在院化を抑止する効果があると考えられる。そのインパクトの大きさはどれくらい

であろうか。

図 27 は、2011 年（平成 23 年）6 月末におけるわが国の精神科病床の区分を示したものである。精神科救急病棟と急性期病棟を併せた急性型包括病棟の病床数は 21,822 床、全精神科病床に占めるシェアは 6.5%にすぎない。しかし、今回の調査では、この病床が年間に約 6.5 回転するから、年間の入院件数は 14 万件以上、わが国の精神科の年間入院件数約 40 万件の 35%をカバーしていることになる。すなわち、精神科急性型包括病棟のベッド数のシェアは 6.5%にすぎないが、入院件数と病床回転、したがって平均在院日数に及ぼすインパクトは 35%にもなるということである。

わが国の精神科の平均在院日数は、図 28 に示したように、1990 年代半ば以降、年々短縮している。その要因は、脱入院化を志向する国の政策やそれに連動した診療報酬改訂、薬物療法など治療法の進歩、病院リーダーや医療スタッフの意識変化など、多因子複合的であろうが、急性型包括病棟の制度化と普及が一役買っていることは確かであろう。精神科急性期治療病棟入院料の新設、救急入院料の新設と増額を機に平均在院日数の短縮速度が加速されていることがわかる。

3. 今後の精神科救急・急性期医療

国は、今後、精神科に新たに入院してくる患者は原則として 1 年以内に退院とし、1 年以上の長期在院患者の退院促進を強化することを入院医療政策の基本方針に据えた。これによって、わが国独自の脱入院化を推進しようとしている。

在院患者の現状に目を転ずると、図 29 に

示したように、わが国の精神科に在院する患者の65.6%、約3分の2は、すでに在院1年を超えた長期在院者で占められている。そして、図26に示したように、1年間に精神科に新たに入院する患者およそ40万人の12.4%、約5万人が1年を経ても退院できない。現状を維持するだけでは、在院患者数も長期在院者比率も、現状からの大きな変化を期待できないであろう。

一方、これまでに示したように、高規格の精神科急性型包括病棟における短期集中的な治療は、明らかに長期在院を抑制する効果がある。日常臨床が教えるように、すでに長期化してしまった患者の退院に要する労力は、長期在院を未然に防止する労力の数倍に及び、その効果は限定的である。急性期とは従来の均衡が崩れた不安定期であると同時に、投じた労力に対する効果の高い変革期でもある。

図29には、左の棒グラフの現状に対して、中央に今後の国の基本方針を示し、右側には近未来の予測を描いた。長期在院を防止するためには、急性期医療の規格を今よりもさらに高め、新規の非自発入院は高規格の急性型包括病棟に限定すべきである。また、在宅ケアとの連続性を担保するために、こうした高規格病棟を二次医療圏に1カ所以上配置することを地域医療計画に明記するとともに、診療報酬においても、この近未来像の実現を支援すべきである。

E. 結論

わが国における精神科救急・急性期医療の現状を把握するために、精神科救急事業とそれを牽引する精神科急性型包括病棟の運用状況を全国調査し、均霑化を図るため

の機能評価法や重症急性患者の診断基準を提案した。そして、「重度かつ慢性」患者の新たな発生を未然に防止するために、高規格の急性期治療システムが必要かつ有効であることを示し、急性型包括病棟の普及を地域医療計画に組み込み、その水準向上を診療報酬面でも支援すべきことを提言した。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表等

(1) 平田豊明：精神科救急—千葉県の精神科救急医療システムの実際. Medicament News. 2140号, 6-7, ライフサイエンス社

2. 学会発表等

(1) 平田豊明：精神科救急医療の理念共有—精神科救急医療は何のためにあるのか？ 第21回日本精神科救急学会学術総会理事長講演, 平成25年10月5日, 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献]

- 1) 平田豊明ほか：平成21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患者合併症例の対応に関する研究」）. 2010
- 2) 平田豊明、杉山直也ほか：平成22年度厚生労働科学研究「精神科救急医療からの医療政策に関する研究（第1報）」報告書

(総括研究「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」).

2011年

- 3) 平田豊明、杉山直也ほか：平成23年度厚生労働科学研究「精神科救急医療からの医療政策に関する研究(第2報)」報告書(総括研究「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」).

2012年

- 4) 平田豊明、杉山直也ほか：平成24年度厚生労働科学研究「精神科救急医療からの医療政策に関する研究(第3報)」報告書(総括研究「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」).

2013年

- 5) 国立精神・神経医療研究センター：eCODO—行動制限等最適化データベース—.

<https://www.ecodo.ncnp.go.jp/ncnp/>

(2014年3月末現在)

- 6) 埼玉県立精神保健福祉センター：平成24年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神医療相談窓口および精神科救急情報センターの実施体制に関する調査」報告書. 2013

資料 1

精神科救急医療に関するアンケート調査票

(施設名 _____ 回答日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日)

調査票は、A. 病院全体の概況、B. 精神科救急入院料認可病棟もしくは精神科急性期治療病棟入院料認可病棟の運用概況、の2部からなります。当該病棟が複数ある場合は、各病棟について、個別にご回答願います。お答え可能な範囲で調査にご協力下さい。

A. 病院全体の概況

1. 病院概況について、回答日現在の現況や数値をご回答願います。

(1) 設立主体

- ①国立系独立行政法人 ②都道府県立・独立行政法人 ③その他公立
④公的病院（赤十字、済生会、厚生連、社保、私立大学など） ⑤民間

(2) 全病床数 _____ 床（うち一般病床数 _____ 床）

(3) 精神科病棟（全体）の概要

- (a)精神科稼働病床数 _____ 床
(b)看護単位数 _____ 単位

(4) 当直体制

(a)精神科医師

- ①精神保健指定医もしくは特定医師が毎晩当直勤務している
②精神保健指定医がオンコール体制で宅直
③精神保健指定医がオンコールでない日もある

(b)看護師

- ①管理当直体制がある
②夜勤は病棟勤務者のみ
③その他（ _____ ）

(c)コメディカルスタッフ（精神保健福祉士等）

- ①毎晩当直勤務している
②当直体制はない
③その他（ _____ ）

2. 都道府県の精神科救急医療事業への参加状況（平成 24 年度）についてご回答願います。

- ①基幹的病院として参加している
②輪番病院として参加している
③その他の形で参加している。
④参加していない。

資料 1

B. 精神科救急入院料病棟もしくは急性期治療病棟の運用概況

特定入院料の種別

- ①精神科救急入院料 1 ②精神科救急入院料 2 ③精神科救急・合併症入院料
④精神科急性期治療病棟入院料 1 ⑤精神科急性期治療病棟入院料 2

注) 上記病棟が複数ある場合は、病棟ごとに調査用紙をコピーしてご回答願います。

認可年月日：平成_____年 _____月

(平成 24 年度以降の場合はご回答不要です。事務局へご連絡いただけると幸いです。)

1. 当該病棟の施設・設備について、回答日現在の状況や数値をご回答願います。

- (1) 病床数 _____ 床
(2) 隔離室 _____ 室
(3) 個室 _____ 室
(4) 当該病棟入院患者に利用可能な医療設備を選択して下さい(複数回答可)。
①心肺モニター ②AED 等の除細動装置 ③輸液加温装置 ④褥瘡防止マット ⑤下腿マッサー器

2. 当該病棟の専任または専従職員配置について、回答日現在の状況や数値をご回答願います。

- (1) 医師 _____ 名 (うち精神保健指定医 _____ 名)
(2) 看護師 _____ 名
(3) コメディカルスタッフ _____ 名

3. 当該病棟の診療実績について、平成 24 年度の数値をご回答願います。

(1) 当該病棟の運用概況

- (a)年間延べ在棟患者数 _____ 人 (特定入院料の算定外患者も含む)
(b)新規患者率 _____ % (措置入院を除く延べ在院患者数に占める新規患者*の比率)
*注) 新規患者とは当該病棟入棟前の 3 ヶ月以内に精神科への入院歴がない患者
(c)在宅移行率 _____ % (3 ヶ月以内に自宅退院した患者の比率)

(2) 入院件数 _____ 件 (特定入院料の算定外患者も含む)

(a)院内他病棟からの転入 _____ 件

(b)当該病棟入棟時の入院形式

- ①緊急措置入院 _____ 件
②措置入院 _____ 件
③応急入院 _____ 件
④医療保護入院 _____ 件
⑤任意入院 _____ 件
⑥その他 _____ 件