

調査が数を把握することを目的としたため、ケースごとの詳細なフローは把握できず、また救急救命センター全体の外来数・入院数は本調査の対象ではなかったため、1年次前のものを参考として使用した。このような限界はあるが、傾向を掴むには十分な資料をうるができたと考える。

図の背景として、同院では、日にち時間を問わずすべての救急患者はERを受診することになっている。ERには専従医師が勤務しており、そのトリアージにより、精神科医師がコールされる。精神科医師は毎日当直しており、ERからの要請で診察することになっている。入院は、夜間・休日の場合は全例救急病棟に入院する仕組みになっているが、例えば明らかに精神科の問題だけの場合は例外的に精神病棟に入院することもある。

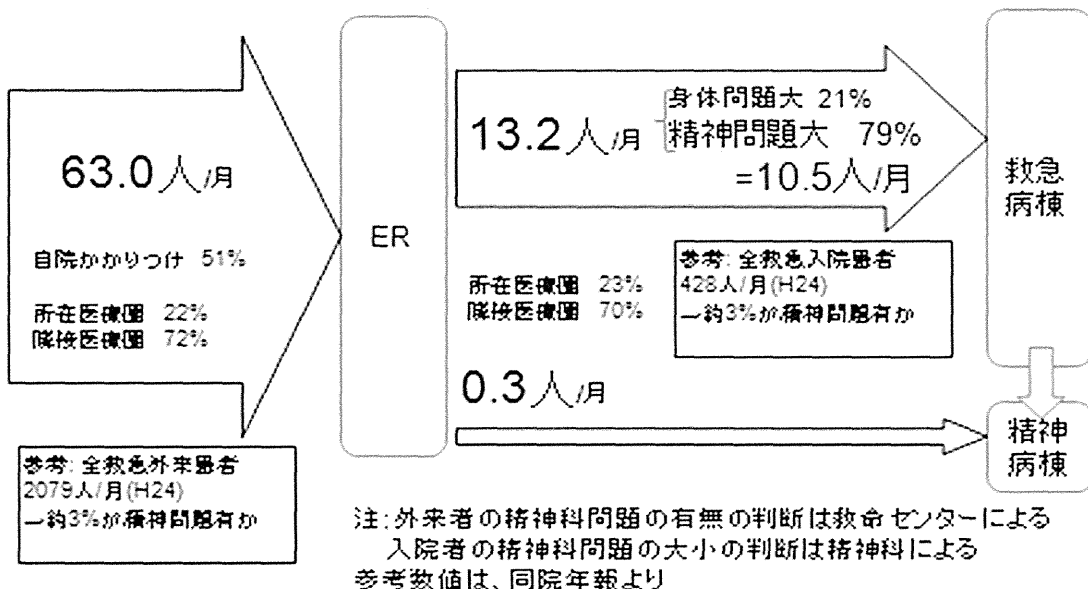
まず、救急病棟に入院した<身体・精神合併症>患者の約8割は、精神科の問題の方が大きいと判断されたことである。精神科のバックアップ体制のない、あるいは薄い病院においてはこれらの患者が地域の救急病棟で精神科の関与がない・薄い状態で医療を受けていることが推測される。この調査で近隣医療圏から9割を超える割合で受け入

れていることから、同院が県内中の合併症患者を受け入れているという訳ではなく、おそらく他の地域では精神科の関与がない・薄い状態で医療を受けていることが予測される。

次に救急病棟全体における<身体・精神合併症>の参考比率であるが、精神科の関与する救急症例は約3%と推察された。別の調査で日本医科大学救急病棟入院の12-14%は精神科的問題が関与する報告があるが、これは救急病棟のほぼ全例に精神科から出向いて評価を行ったものであること、地域の救急体制の相違等の要因が影響していると考えられる。また当該(日本医大)調査において、自殺未遂者の対応が年間120-140例となっていたが、本(藤田保健)調査でも精神科的問題が大きいと判断された救急病棟入院患者は月10人を超え、同等の医療資源を投入しているとも推察される。

また、この調査で分かったこととして、精神科が充実した救急病院という環境では、救急病棟に居ながら精神科的問題が大きい患者が約3%いるということである。しかし、この値は精神科の有無や遠近・協力体制の多寡・地域の体制等多くの条件により異なると考え、愛知県の他の救急病院について調査した。

図2 精神が充実した救急病院における  
<身体・精神合併症>  
・救急患者のフロー概要



## ・救急入院患者の診断等

<身体疾患>	人日	%
虚脱様態(急性中毒、アルコール様態、 電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等)	8.6	63.1
重篤な内分泌・代謝性疾患(インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診察を要する内分泌疾患、肝硬変に伴う高アンモニア血症)	1.0	7.4
手術及び重症・介護要引を要する骨折	0.8	5.7
慢性疾患、機械的障害	0.7	4.9
呼吸器系疾患(肺炎、肺塞栓症、肺気腫)	0.4	3.3
急性疾患(消化管出血、イレウス等)	0.3	2.5
心疾患(New York Heart Associationの分類 除分脈のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患、 モニター監視を必要とする不整脈)	0.1	0.8
重篤な栄養障害(Body Mass Index 13未満の 低栄養)	0.1	0.8
全身感染症(結核、慢性免疫不全症候群、梅毒 初期、二期、敗血症)	0.1	0.8
他	1.4	10.7
計	13.8	

<精神疾患>	人日	%
F3 気分感情障害	4.3	32.0
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	3.7	27.0
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び不安性障害	2.8	20.5
F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1.0	7.4
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0.7	4.9
F8 心理的発達障害	0.4	3.3
F7 知的障害(精神遅滞)	0.2	1.8
F6 成人の人格及び行動の障害	0.2	1.8
F0 症状性を有する器質性精神障害	0.2	1.8
F9 小児・児童期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	0.0	0.0
計	13.8	

### (2)愛知県モデル病院群の救急医療における<身体 の精神合併>の実態調査

対象となった病院は表1の通りである。E-e病院ペアはアンケート後の参加であったため、A-aからD-dペアにおける救急受診・入院に占める精神科関連と判断された患者割合、精神病院入院患者に占める一般病院(ペア病院からの紹介とは限らない)からの紹介患者の割合を、表2に示した。病院により、精神合併症と判断される基準が一定でないこと、精神合併症患者が搬送されやすい・されにくい、等の条件が異なるが、救急病棟入院患者のおおむね3%が<身体精神合併症>であると救急病院はとらえているようである。これは図1で示した調査と矛盾しない。一方精神病院は、救急部門からの紹介での入院は1.5%となっており、実数では救急病棟で抱える合併症患者の15%

程度しか受け入れていないことになる。<身体精神合併>の患者を救急病院で処置がすんだ後、精神科病院で入院が必要な状態になくなったとも考えられるが、外来受診を含めた紹介の連携の必要があるだろう。

次に、救急病院・精神病院での連携構築への問題について、双方から<身体精神合併>の問題点について自由記述で聞いた。その結果を図3に示す。救急病院側では、主に患者の症状や疾患ではなく行動・言動面の問題点を挙げ、それが精神疾患かどうかで精神病院側との意識のズレがあることが伺えた。精神病院側は、身体処置や検査の体制についての不安や不可能な点についての記述が多かった。救急側では入院を必要としない状態ととらえるものの、精神側にとっては設備や体制を整える必要のある身体状態であるととらえているようだ。

# 表1 愛知県モデル病院群の概要

病院	病床数	救命救急センター	救急専従医師数	救急車搬送数/月	精神科有無	精神科医師数(うち常勤)	病院	精神病床数	内科	病院間距離(km)
A	662	○	10	572	外来	2(2)	a	673	内科病院併設	4.8
B	250		0	不明	なし	0	b	233	入院患者往診	0.8
C	513	○	6	580	外来	3(2)	c	176	無	14.1
D	621	○	7	803	外来	1(1)	d	248	入院患者往診	0.9
E	812	○	7	764	11ゾウ外来	0	e	482	病棟有	2.0
藤田	1505	○	19	635	外来・入院	19(9)	藤田	51	病棟有	0

## 表2 モデル病院ペアにおける<身体<精神合併症>患者の動向

一般病院件数(1か月)	うち精神/救急外来受診件数	うち精神/救急科棟入院件数	うち精神/一般科棟入院件数	精神科病院 【1か月に換算】	救急部門から送られた件数/入院件数	一般病院から送られた件数/入院件数
A病院	39/3,442	4/252	0/269	a病院	0/29	4.6/29
B病院	0/697	—	0/92	b病院	0/23	3/23
C病院	54/3,528	8/95	20/392	c病院	1.3/29	3/29
D病院	10/3,119	1/149	1/441	d病院	0.6/43	1.6/43
計	103/10,786	13/496	21/1,102	計	1.9/124	12.2/124
平均%(range)	0.75 (0-1.53)	3.6 (0.7-8.4)	1.8 (0-5.1)	平均%(range)	1.5 (0-4.5)	10.7 (3.7-16) ⑤

## 図3 連携の問題点

- 一般病院の困っていることは?
  - 精神薬でないものがあるN
  - 鎮静をかけるべきか困るN
  - 自殺を図られたD
  - 不穏時などに使える薬がわからないD
  - 病歴聴取が難しいので対応に困るD
  - いきなりの予期せぬ行動化があったD
  - 拒薬されるN
  - ODリピーターが多いN
  - 家族も精神科受診者などの問題があることが多いD
  - すぐに精神科医に連絡が取れないので困るD
  - 送りたいのに、本人・家族が精神科を拒否するN
  - 飲酒者は精神科で受けてもらえないがどうしたらよいかN
  - 精神科の指示で危険な人を単独帰宅させるためらいN
  - 身体疾患が少しでもあると、「精神科だから」と精神病院に断られるM
- 精神病院が受け入れをためらう要因は?
  - 検査できないN
  - 薬がないものがあるN
  - 透析、妊娠は不可能D
  - バルーン、ルートへの対応はできないN
  - インスリンの扱いN
  - 点滴・酸素の管理が不慣れN
  - 身体治療にそのものに対する不安D
  - かかりつけ、精神患者、というだけで精神科的評価が不十分なのに紹介されるD
  - 脳炎など精神症状を呈する身体疾患の鑑別が不十分N
  - 医療保護入院等、家族同意が必須なのに、家族無で紹介されるP
  - 身体疾患の方向性を教示されないD
  - 身体治療に対しての家族の要求水準が高いD
  - 身体処置に対する情報提供が足りないM
  - 他の身体疾患リスクの評価の情報がないN
  - 夜間の救急搬送を狙ってくるN
  - 紹介されるタイミングが早いと思うD
  - 精神病院に入院することの事前了解が不十分D

# 写真 推進会議 平成25年5月17日



## 表3 愛知県モデル病院群の連携体制

ペア	救急側窓口	精神側窓口	担当患者	受付時間	バス使用	特記
A-a	精神科医師	PSW、副院長	救命センターで院内精神科コンサルトした患者	平日日中	○	
B-b	全医師	PSW、外来看護長→初診医	救急を冠院した患者	平日3時まで	○	電子カルテ内フォーマット救急隊への周知
C-c	救急科医師	PSW、外来看護長→初診医	救急を冠院した患者	平日午前	○	生活保護自治体担当者を紹介時に明示
D-d	救急医 →MSW	PSW→	救急すべて	平日日中、隔週土曜日中	○	アルコール酩酊は除外規定作成
E-e	全医師	PSW	救急すべて	平日日中	○	マニュアル整備
(参考) 藤田	全医師、看護	PSW、当番医師	救急入院すべて	全日24時間	×	統計台帳

### (3) 愛知県モデル病院群の救急医療における<身体 の精神合併>のための連携体制の構築

このような前提のもと、A-a から E-e 病院ペアに、クリティカルパスを用いた連携体制の構築をすることとした。

写真のように、平成25年5月に全病院が参集し、各病院が連携体制の構築について合意をした。その後、(資料2)に示したクリティカルパス案に基づいてペアごとでの具体的な連携体制について、各病院の事情をふまえて話し合いを行い、表3に示したような連携体制の合意をした。救急病院側は、担当者を固定したところ、担当者は不定だがマニュアルやフォームを整備したところに分かれ、精神側では外来部門・地域連携部門のPSW や看護長を担当者に配したところが多かった。平成25年9月より、合意した連携体制に則り、「救急部門に搬送された患者が精神科関連の合併症を有する場合、ペアとなる精神科病院に紹介受診いただく」パスの運用を始めた。このパスの運用は平成26年2月時点で、表3のように運用されており、今後も連携症例の運用を通じた、連携のあり方についてデータを集積していく。

#### D.&E. 考察と結論

本稿では、精神医療における身体合併症の概観を示した上で、身体疾患医療現場における精神科合併症、とりわけ救急場面における連携に着目し

て、愛知県行政の枠組みの協力を得て、調査を行った。本調査による概算では、救急救命センター等に入院する患者の約3%が精神科的問題のある<身体  
の精神合併>患者であると推計され、それは、規模が同じような病院では大差なく分布している。精神医療への連携の問題点として、救急側は患者の目立った言動行動面を挙げ、医療安全側面での問題を挙げたのに対し、精神側では設備・体制面の不安が多く、対立する概念ではなく各々に異なるアプローチが必要であることが伺えた。そのような前提のもと、愛知県で5ペアのモデルを選定し、連携について話し合うとともに連携パスを作成した。今後、パスの運用を蓄積し、身体合併症の<身体  
の精神合併>に対する連携のあり方を考察していきたい。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

身体合併症に関する地域連携の取り組み

日本精神神経学会総会プログラム・抄録集

(109)S.260, 2013

知的財産権の出願・登録状況

なし

資料 1

精神・身体合併症患者に係る救急病院と精神科病院の連携についての現状調査  
(対象:救急病院)

病 院 名	
調査票にご回答いただいた方の職種	医 師   病棟看護師   外来看護師   地域連携部門   その他 (        )

○貴院の状況について

直近1か月についてお伺いします。

実数が正確に把握できない場合は、「約」をつけて概数を記入してください。

	直近1か月の件数 ( 月 日～ 月 日)	うち精神疾患が関連すると考えられるもの
救急外来受診件数	件	件
救急外来から一般病棟への入院件数	件	件
救急外来から救急病棟への入院件数	件	件

精神疾患が関連する患者の困難な点、懸念される点、実際に困ったことなどがあれば自由に記入してください。

精神・身体合併症患者に係る救急病院と精神科病院の連携についての現状調査  
 (対象：精神科病院)

病 院 名	
調査票にご回答いただいた方の職種	医 師   病棟看護師   外来看護師   地域連携部門   その他 (       )

○貴院の状況について

直近3か月についてお伺いします。

実数が正確に把握できない場合は、「約」をつけて概数を記入してください。

	直近3か月の件数：(a) ( 月 日～ 月 日)	(a)のうち一般病院から 送られた件数：(b)	(b)のうち救急部門から 送られた件数
入院してきた患者	件	件	件

身体合併症が関連する患者の困難な点、懸念される点、実際に困ったことなどがあれば自由に記入してください。

さらに、特に救急部門から送られた件で、特筆することがあれば記載してください。



平成 25 年 7 月

〇〇〇X 病院

〇〇〇 病院

平成 25 年度愛知県

精神・身体合併症連携推進事業関係各位

平成 25 年度厚生労働科学研究  
「精神疾患の医療計画と効果的な  
医療連携体制構築の推進に関する研究」  
研究分担者  
山之内 芳雄

このたびは、平成 25 年度愛知県 精神・身体合併症連携推進事業にご協力いただきありがとうございます。

先般平成 25 年 6 月 12 日に、貴院双方の関係者と当方で行いました連携の具体的なあり方に関する会議に基づき、連携の手順書案と、その際使用しますクリティカルパス案を作成いたしました。

今後に関してですが、

・まず内容に関してご確認いただき、諾否・加筆・修正等を双方の病院間でやり取りいただきたくお願い申し上げます。

・運用しやすいよう、加筆・体裁の変更等ご自由をお願いいたします。

・手順書は病院関係者が知っており、パスは直接の現場関係者が使うことを想定しています。

・たとえば、受付時間、電話番号、FAX 番号、営業日等の記載が加わるとより良いと思います。

・小職の調整が必要でしたら、お申し付けください。

・運用に関して、各院内での実情に合わせたご準備をお願いいたします。

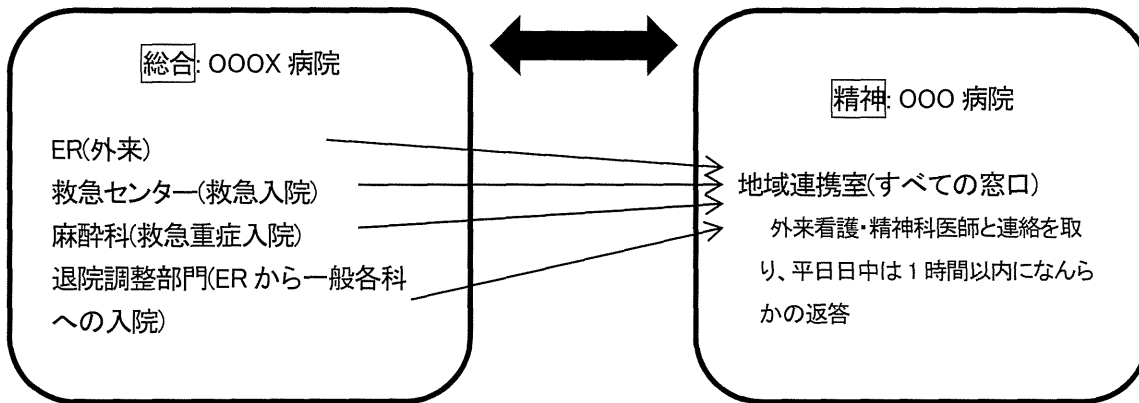
・たとえば、パスのコピー、保管ファイルの準備、電子カルテへのパスの埋め込み 等

・双方病院間で合意をいただき、運用準備が整いましたら、小職と愛知県担当(渡辺様)にお知らせください。別途県事業の覚書の締結をお願いいたたく存じます。

なお、誠に勝手ですが事業のスケジュールから、ここまでの作業を 8 月 10 日までに行っていただきますよう、お願い申し上げます。

平成 25 年度愛知県 精神・身体合併症連携推進事業における  
連携手順書（案）

(対象病院・関係部署・連絡方法)



(本事業の対象患者)

以下のすべての要件を満たす患者

- ・総合の救急外来を経た入院/ 外来患者
- ・何らかの身体疾患(疑いを含む)を持ち、診断・治療を行った
- ・何らかの精神症状があり、精神科対応が必要だと総合側が判断した

(連携の手順)

- ① 総合の各該当部署は、精神側に連絡。診療情報提供書と事業パスを FAX にて情報提供する
  - ・外来希望/ 入院希望/ 緊急性について明らかにする
  - ・本人・家族に精神科の受診について告知する
  - ・鑑別診断等、以下の身体的検査が行われていることを確認する  
血液検査・ 頭部 CT
  - ・入院希望の場合、本人・直系家族の入院の意思を聴取する
  - ・入院希望の場合、精神の入院基準を満たしていることを確認する 別表 1
  - ・身体処置等について、精神で出来るかどうか確認する 別表 2
  - ・再受入の基準を症例ごとに明示する
  - ・断酒意思が少しでもあるアルコール患者を早急に外来受診させる場合は特に明示する
- ② 精神側は①について確認し、疑義を含め受入可否と予約日時を総合側に伝える パスを返送
  - ・(P) 精神側から患者・家族への受入説明等のため出張することもある
- ③ 総合はパスで疑義を回答し、受入可の場合は予約日時に患者を精神に行かせる/ 搬送する
- ④ 精神側は、受け入れ結果についてパスで報告する
- ⑤ 受入後
  - ・精神側は受入後に、状態変化や処置方法・検査結果の読み方等疑義があればパスで問い合わせる
  - ・総合側は、上記質問に遅滞なく対応するよう努める
  - ・①で定めた再搬送が必要な状態になれば、連絡を取り再搬送の連絡をする

- これら手順を遅滞なく確実にを行うために、病院書式の診療情報提供書に加えて、事業用のパスを添付してやりとりする 別紙(案)

#### (連携の記録)

- ・事業としての連携実績の記録は、双方の診療情報提供書と、事業用パス(FAX 等でやり取りした複写記録も含む)である
- ・記録は精神側がファイリングして保管する 保管年限等取り扱いは精神の定めによる

#### (研究班の記録の扱い)

- ・本研究班は連携の記録を閲覧し、サイトビジット・連携会議等で意見を述べるができる
- ・本研究班は、連携の記録を複写し(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部に3年間保管することができる。経過後は責任を持って破棄する。
- ・保管した記録の情報は本研究のみに用いることとし、患者個人が特定される情報が外部に公表されることはないこととする
- ・その他、総合・精神 双方の倫理審査委員会等の定めに従う

#### (連携を実施するうえでの問題等の発生と対応)

- ・双方での解決を図ったうえで、パス等に記録する
- ・技術的な問題点について、研究班に意見を求めることができる
- ・問題点等は、研究の観点からは今後の連携のあり方を考えるうえでの資料となるため詳細に記録願いたい

#### (別表1)

本事業での 〇〇〇 病院の入院基準

- 1 死にたくて、それを止められる環境にない
- 2 興奮・多弁が著しい
- 3 妄想に基づいたなどの行動化・感情反応により、行方不明・ケンカなどの問題行動あり
- 4 無動無言(に近い状態)で、ADL に問題あり

- A 自宅などでの対応・生活が困難と予測される
- B 数回の頓用対応、数日の薬物対応では治まりそうにない
- C 本人・家族の希望
- D 退院させると早期の再発の恐れが高い

1,2,3,4 のいずれか 1 つ以上

かつ A~D のいずれか 1 つ以上

(別表 2)

〇〇〇 病院での検査・処置について

- ・CT,MRI, レントゲンはできない
- ・一般採血は結果がわかるのに数時間以上かかる
- ・薬物血中濃度は数日後でないとわからない
- ・心電図・脳波は平日・隔週土曜日の日中はできる
- ・微量点滴管理はできない
- ・牽引・理学療法はできない 外来可能な状態であり荷重指示等を詳細にいただければ対応可能
- ・機械を用いたドレナージはできない
- ・感染症では、(別表 3)にある薬品での投薬指示がほしい
- ・褥瘡対応では、時期・処置内容等の指示がほしい

(別表 3) 〇〇〇 病院採用薬品一覧

(別紙)

## 平成 25 年度愛知県 精神・身体合併症連携推進事業パス

OOOX 病院 ←→ OOO 病院

患者  様 年月日

現在 OOOX 病院  ER  救急セ病棟 他

### ① OOO 病院に紹介連絡するときのチェックリスト

通常の診療情報提供書を作成ください。以下、それ以外にほしい情報です。

- ・  外来希望 /  入院希望  当日中 /  数日中 /  いつでもよい
- ・  断酒意思が少しでもあるアルコール患者さんで、早急に外来受診させたい
- ・  精神科の受診 / 入院について  本人同意した  本人拒否した
- ・  直系家族同意した  直系家族拒否した
- ・  採血・CT の結果がある

(精神の状態について) 該当にすべて○を

- ・ 1 死にたくて、それを止められる環境にない
- ・ 2 興奮・多弁が著しい
- ・ 3 妄想に基づいたなどの行動化・感情反応により、行方不明・ケンカなどの問題行動あり
- ・ 4 無動無言(に近い状態)で、ADL に問題あり
- ・ 5 その他

(入院を希望する場合の理由) 該当にすべて○を

- ・ A 自宅などでの対応・生活が困難と予測される
- ・ B 数回の頓用対応、数日の薬物対応では治まりそうにない
- ・ C 本人・家族の希望
- ・ D 退院させると早期の再発の恐れが高い

(紹介後にやってほしい検査・処置等)

- ・  微量点滴管理・牽引・理学療法・機械を用いたドレナージは必要ない  
(身体管理上、再受入の必要がある場合の基準)

患者

② 〇〇〇 病院からの回答

・  すぐに/  に、  来受診 /  入院搬送 ください

・  にて、お断りいたします

・ 以下の質問の回答をください  
(条件・質問・追加情報の求めなどがあれば記入)

③ 患者移動時 〇〇〇 豊田からの連絡事項

(② に対する回答、追加で伝えたい情報等あれば記入)

④ 〇〇〇 病院受診後の回答 診療情報提供書(回答書)に相当

年月日

外来受診しました  今後フォローいたします  入院しました

受入時の GAF

(質問・お願いがあれば記入)

患者

様

⑤ 〇〇〇 病院受診後のやり取りの記録

一回のやり取りに一枚使用 電話での問合せの記録もしてください

年月日

〇〇〇X → 〇〇〇  
 質問  お願い

〇〇〇  〇〇〇X

回答

## 精神科医療の主たる現状指標の分析と都道府県医療計画の精神医療に 関する記載内容の解析および評価について

### 研究代表者

河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野

### 研究分担者

松原 六郎 公益財団法人 松原病院

### 研究協力者

菅河 真紀子	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
熊澤 大輔	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
仁賀 健夫	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
富塚 太郎	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
玄 運官	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
菊池 雅和	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
陳 健	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
小暮 孝道	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
村田 正夫	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
表 久志	東京医科歯科大学大学院	政策科学分野
丸山 智久	東京医科歯科大学大学院	先端医療開発学生命情報分野

### 研究要旨

2013年4月から始まった新たな医療計画には「精神医療」が盛り込まれている。まだ、始まって日が浅いことから、都道府県の医療計画の精神分野の記述内容の検証が行われていない。果たして精神医療の記載内容に基づいて地域精神医療の推進に寄与するかどうかは定かではない。記載内容に優劣があれば、地域精神医療の展開にも影響を及ぼすのは必至である。また、精神医療の地域格差の存在とその解決も重要な課題である。医療計画は本来、住民主体の計画である。しかし、住民自身が居住している地域の精神医療の実態を正確に理解することはむずかしい。そこで、GIS（Geographic Information System；地図情報システム）を用いて、都道府県の精神医療の主たる指標の可視化を行った。これを用いて住民に容易に正確に情報伝達できる手法の開発を試みた。さらに、精神医療は精神保健福祉法などの法の根拠により行われている。措置入院などの入院形態と要件が、この法律に規定されている。そこで、措置入院などの法に基づいた入院形態に都道府県格差があるか否かを検証した。

本研究から、医療計画の精神保健に関する記述については、各都道府県に内容の違いがあり、精神医療の各分野をとっても十分な記載があるところと、そうでない形だけの医療計画になっているところと

の差異が確認された。

地域の精神医療の各種指標を GIS を用いて行うことは、住民に精神医療に関する情報をわかりやすく転移するうえで有効な手段であることが確認された。また、法に基づく入院形態については、都道府県間の差異は認められなかった。

## A. 目的

平成 25 年 4 月から運用されている都道府県医療計画の精神疾患対策に係るところの理念、現状分析と言及された問題点、目標、施策体系相互の整合性を分析し、都道府県ごとの医療計画の問題点を同定する。地域精神医療に関する情報をわかり易く住民に転移する仕組みを検討する。法に基づく入院形態の都道府県格差の有無を検証して、法の公平な解釈や執行を行う。これらを通じて地域の精神医療の質の向上を図り運用上の問題点を解決する仕組みを構築するのが目的である。

## B. 方法

### (1)精神医療指標の住民へのわかり易い可視化の方法の開発

代表的な精神医療の指標である「うつ病患者数」「デイケア延べ人数」「一日の精神病院外来患者数」「一般病棟の精神科病床利用率」「精神病院在院患者延べ人数」「精神科医師数」「精神科救急施設数」「精神科救急施設数」「精神科病床数」について、GIS を用いて解析し、それを地図情報とした。なお、解析と作図に用いたソフトは、Arc.View9.1、LogiSTAR 拠点分析 (PASCO 社) である。

### (2)措置入院等の法に基づくに入院の都道府県格差について

患者調査、国勢調査、衛生行政報告例などの政府の公表資料を用いた。

### (3)都道府県の医療計画の死精神医療分野の記述内容の分析

平成 25 年 4 月から実施されている医療計画の精神医療部分に関しては、地域精神医療の実態を把握するために、国の指針では必須指標、推奨指標、その他の指標が定められている。ただしこれらの指標は、必ずしも医療計画本文には用いられていないことがある。そこで、本研究では都道府県の医療計画でこれらの指標が内容に盛り込まれているかどうかを調べた。なお、指標は、S (Structure ; 構造)、P (Process ; 過程)、O (Outcome ; 結果) に関するもので下記に示すとおりである。構造に関わる指標は S、以下、過程が P、結果が O である。

必須指標は◎、任意指標は○、その他は“なし”との記号を付与した。

#### S : ストラクチャー指標

(予防・アクセス)

【指標 S-1】○かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数 (事業報告)

【指標 S-2】GP 連携会議 (内科等身体疾患を担当する科と精神科の連携会議) の開催地域数、紹介システム構築地区数

【指標 S-3】地域連携クリティカルパス導入率

(治療・回復・社会復帰)

【指標 S-4】◎精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数 (医療施設調査)

【指標 S-5】◎精神科病院の従事者数 (病院報告)

【指標 S-6】往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数 (医療施設調査)



【指標 S-7】◎精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）

（精神科救急）

【指標 S-8】◎精神科救急医療施設数（事業報告）

【指標 S-9】◎精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）

【指標 S-10】◎精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料届出施設数（診療報酬施設基準）

【指標 S-11】◎精神科救急医療体制を有する病院・診療所数（医療施設調査）

（精神・身体合併症）

【指標 S-12】◎精神科救急・合併症対応施設数（事業報告）

【指標 S-13】◎救命救急センターで「精神科」を有する施設数（医療施設調査）

【指標 S-14】◎入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数（医療施設調査）

【指標 S-15】◎精神病床を有する一般病院数（医療施設調査）

（専門医療）

【指標 S-16】◎児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数（診療報酬施設基準）

【指標 S-17】◎小児入院医療管理料5届出医療機関数（診療報酬施設基準）

【指標 S-18】◎重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関数（診療報酬施設基準）

【指標 S-19】○医療観察法指定通院医療機関数（指定通院医療機関の指定）

## P：プロセス指標

（患者数の把握）

【指標 P-1】総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、疾病小分類別、入院形態別）（患者調査、精神保健福祉資料）

【指標 P-2】年齢調整受療率（精神疾患）（患者調査）

（予防・アクセス）

【指標 P-3】◎保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員（地域保健・健康増進事業報告）

【指標 P-4】◎精神保健福祉センターにおける相談等の活動（衛生行政報告例）

【指標 P-5】◎保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導実人員・延人員（地域保健・健康増進事業報告）

【指標 P-6】◎精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員・延人員（衛生行政報告例）

（治療・回復・社会復帰）

【指標 P-7】◎精神科地域移行実施加算（診療報酬施設基準）

【指標 P-8】○非定型抗精神病薬加算1（2種類以下）（NDB）

【指標 P-9】向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数（3剤以上処方率）

【指標 P-10】抗精神病薬の単剤率

【指標 P-11】○精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数（精神保健福祉資料）

【指標 P-12】◎精神障害者手帳交付数（衛生行政報告例）

【指標 P-13】○精神科デイ・ケア等の利用者数（精神保健福祉資料）

【指標 P-14】○精神科訪問看護の利用者数（精神保健福祉資料）

(精神科救急)

【指標 P-15】◎精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数、入院件数（事業報告）

【指標 P-16】◎精神科救急情報センターへの相談件数（事業報告）

【指標 P-17】◎年間措置患者・医療保護入院患者数（人口10万あたり）（衛生行政報告）

【指標 P-18】○保護室の隔離、身体拘束の実施患者数（精神保健福祉資料）

(精神・身体合併症)

【指標 P-19】○副傷病に精神疾患を有する患者の割合（患者調査：個票）

【指標 P-20】○精神科身体合併症管理加算（NDB）医療機関数

(専門医療)

【指標 P-21】○在宅通院精神療法の20歳未満加算（NDB）

## 0：アウトカム指標

(予防・アクセス)

【指標 0-1】◎こころの状態（国民生活基礎調査）

(治療・回復・社会復帰) (精神科救急) (精神・身体合併症) (専門医療)

【指標 0-2】◎退院患者平均在院日数（患者調査）

【指標 0-3】○1年未満及び1年以上入院者の平均退院率（精神保健福祉資料）

【指標 0-4】○在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数（精神保健福祉資料）

【指標 0-5】○3ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）

(予防・アクセス) (治療・回復・社会復帰) (精神科救急) (精神・身体合併症) (専門医療)

【指標 0-6】◎人口10万対自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率）

## C. 結果

### (1)精神医療指標の住民へのわかり易い可視化の方法の開発

精神医療施設は、西日本に多く分布している。それに応じて、利用患者も西日本に多い。デイケアについては、利用の都道府県格差が大きい（[図1～図9](#)）。これらの地図情報は、住民に正確にわかり易く情報を伝達する上で有効な手段である。

図1 うつ病患者数（対人口100万人、2011年）

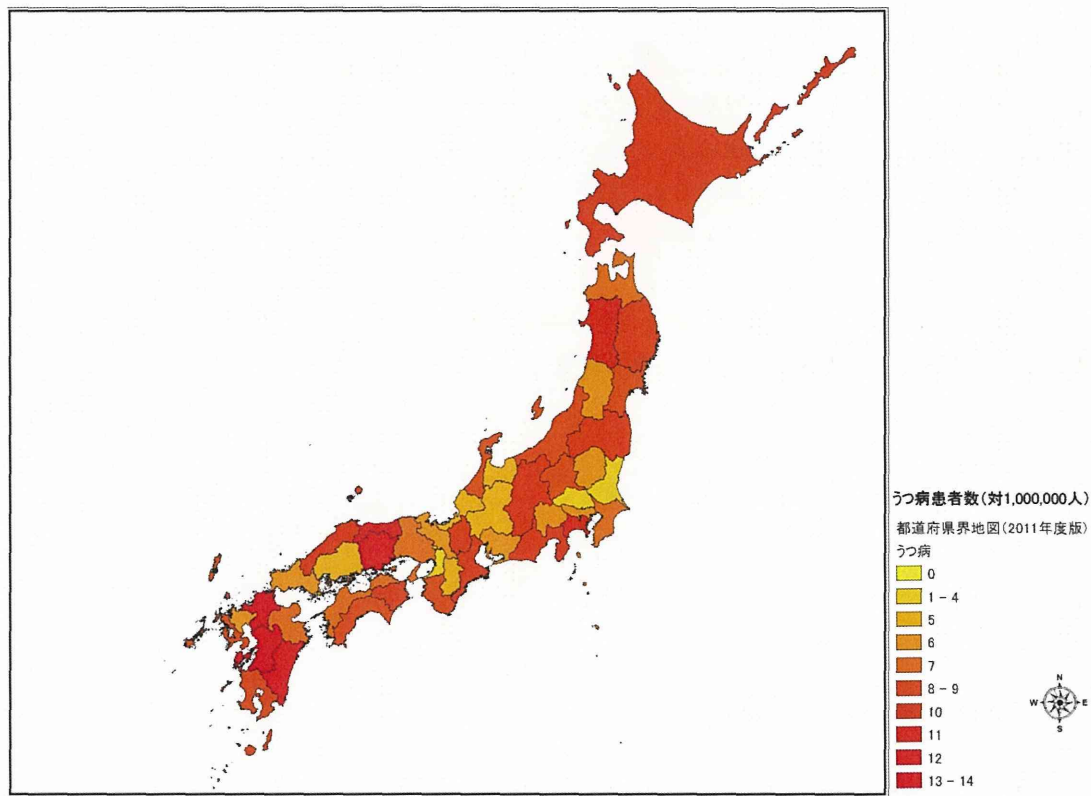


図2 デイケア延べ人数（対人口10万人、2011年）

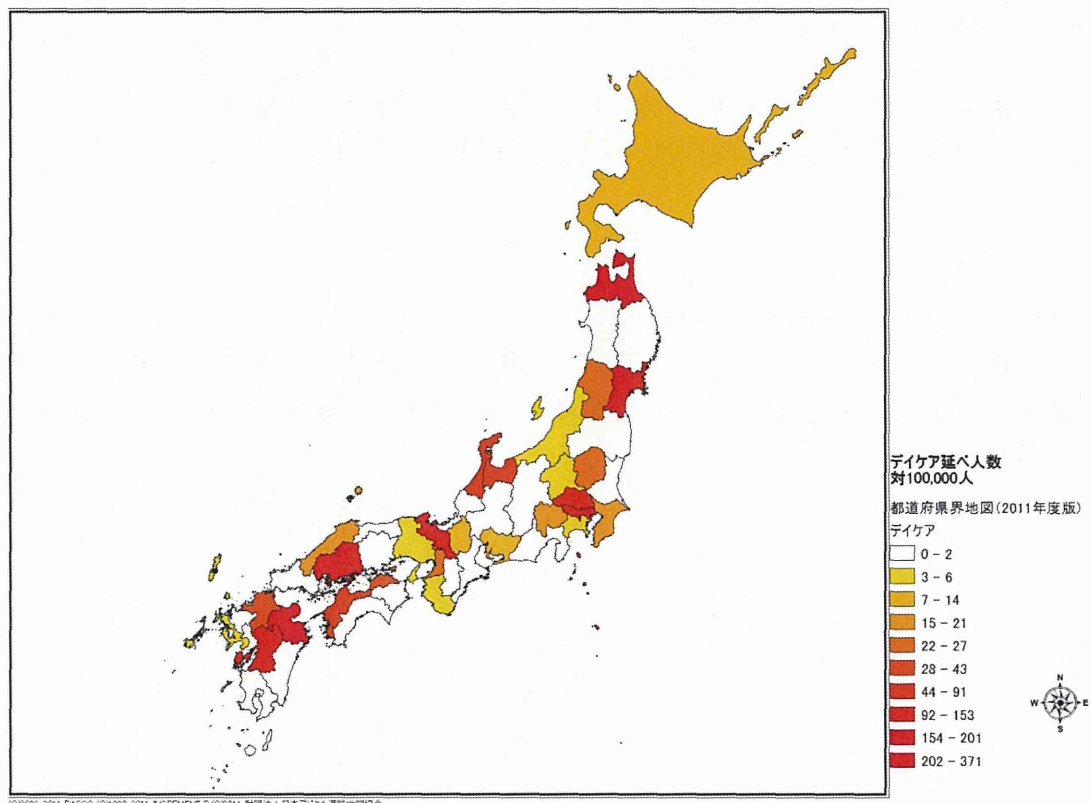


図3 一日の精神病院外来患者数（対人口100万人、2011年）

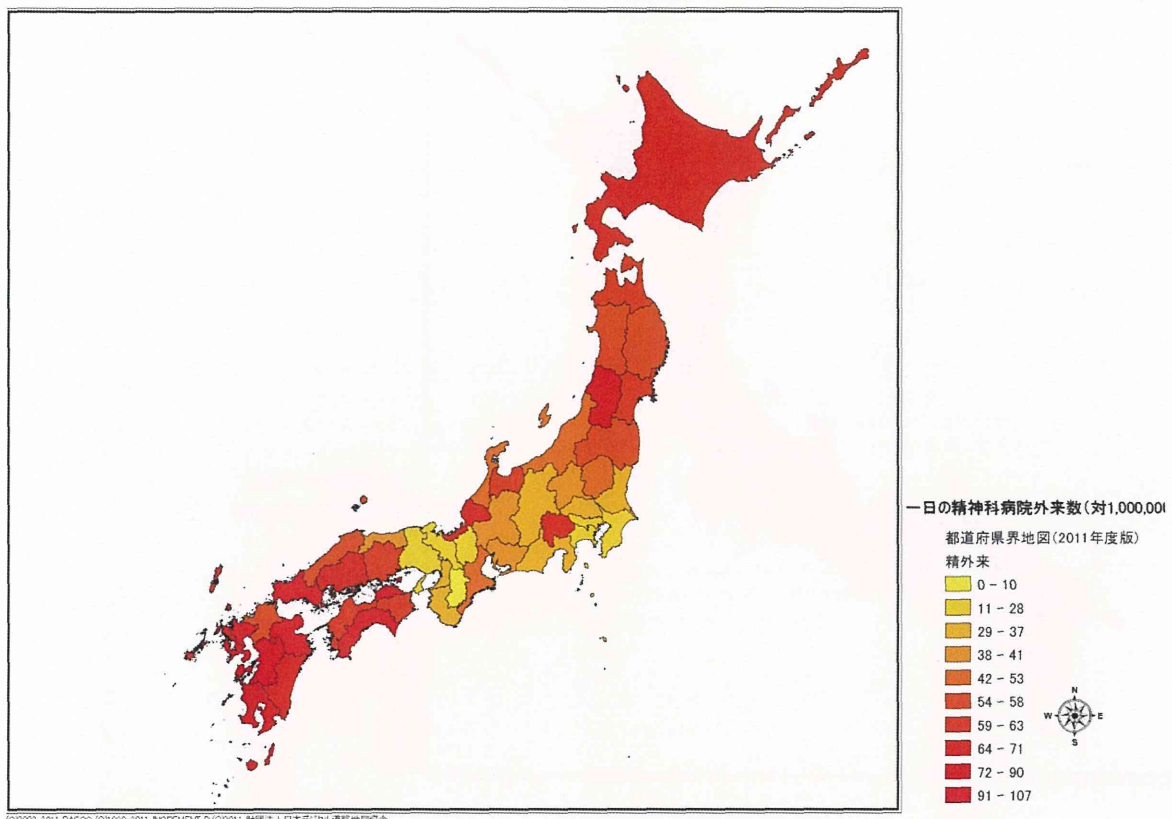


図4 一般病院の精神科病床利用率（2011年）

