

と呼ぶ。

退院群のうち、退院後1度も再入院しなかったケースは246例あった（これをⅠ群と呼ぶ）。退院後1回以上再入院したケースは127例あった（Ⅱ群と呼ぶ）。入院後1年間、1度も退院せず、入院先病院で入院を継続したケースは19例であった（Ⅲ群と呼ぶ）。なお、Ⅱ群、Ⅲ群が在棟した病棟は、精神科救急入院料病棟とは限らない。

入院後1年の時点での転帰調査に回答のあったケースは497例で、登録例に対する回答率は86.6%であった。このうち、転帰が判明しているケースは425例で、登録例の最終追跡率は74.0%であった。転帰の内訳は資料3の右端に下線付きの数値として書き込んだ。

以上の追跡調査の流れを図6に示した。

(3) 各群のプロフィール

図6のA群（3ヶ月以内に退院したケース422例）、B群（3ヶ月時点で退院できなかったケース87例）、Ⅰ群（1年以内に退院し再入院しなかったケース246例）、Ⅱ群（1年以内に退院したが再入院したケース127例）、Ⅲ群（1年間退院できなかったケース19例）の特徴を示すために、主な調査項目を選んで一覧表示したのが表3である。

D. 考察

1. 精神科救急事業の運用実態

(1) 受診前相談

近年、受診前相談件数、特に精神医療相談事業の件数が漸増してきたが、平成23

(2011)年以降は15万件近くで横ばいの状態となっている。ただし、精神科救急情報センター事業と精神医療相談事業の業務内

容を区分する基準は都道府県によって必ずしも一致していない。

そもそも精神医療相談事業とは、都道府県に1ヶ所しか設置が認められない精神科救急情報センターの機能を補うために、同センターとは別のブロックに設置されるべき追加の相談窓口である。したがって両者の機能に区別はない。本来は、小規模な情報センターが精神医療相談窓口なのである。

なお、情報センター事業については、平成27年度より、医療機関に設置される場合は運営補助金の対象としないことが決定された。情報センターが併設された病院への受診誘導を回避するためとされるが、これは実態を無視した施策である。

情報センター併設病院のモデルである千葉県精神科医療センターの実情によれば、自院も含めて、県内で救急ベッドを確保することに毎晩苦勞しており、救急ケースの自院誘導などは考えも及ばない。しかも、電話相談の緊急度や身体状況の評価、受け入れ病院への情報伝達などの面で、病院に当直する医師の果たす役割は大きい。情報センターが医療機関から分離することで失われる機能は、得られる利益（医療機関からの独立性？）を遙かに上回ることは確かである。

(2) 受診状況

図1~4が示すように、精神科救急事業の運用実績には地域差が大きい。電話相談の機能、救急病院の空床確保率やアクセスのしやすさ、マイクロ救急（個々の医療機関による自発的な救急診療）のアクティビティなど、様々な要因がある。

図7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、地域人口を加味して図3を再構成したものである。強い負の相関を示すことがわかる。

図7の右下には人口過疎地区を含む県が位置し、入院を要しない軽症ケースの受診頻度が大都市圏よりも高い。これをもって受診者側の自己都合による「コンビニ受診」が多いなどと解釈すべきではない。人口過疎地区では、それが可能なほど、救急病院へのアクセスはよくない。また、平素の在宅ケア支援体制も都市部に比べて不十分な地域が多い。このために夜間休日の救急受診が人口に比して多くなると解釈すべきである。

逆に図の左上には大都市圏が位置し、救急事業の利用者が入院を要する重症ケースに絞り込まれる傾向が見て取れる。地域社会の対人関係が希薄で精神疾患への対応が遅れがちなため、および、トリアージが厳しく容易に救急医療サービスを利用できないためと考えられる。図8に示すように、精神科三次救急も大都市圏に偏っている。

平成27年度、利用度の低い地域と軽症受診者の多い地域が少なからず存在することをもって、精神科救急事業に係る予算が減額された。しかし、利用度が低いのはニーズが低いだけでなく、空床確保やアクセスなど医療供給側の不備によって利用しづらいためである。軽症受診者が多いのは、前述の理由による。このことを国はよく認識すべきである。

2. 精神科救急病棟の運用実態

(1) 今回の追跡調査の検討

図6によれば、精神科救急入院料病棟に入院したケースのうち、3ヶ月後の残留率

は15.2%、1年後では3.3%となっている。これは、平成24年における精神科病院の全国平均(3ヶ月で41.9%、1年で12.4%)を大きく下回っている。しかも、入院時の入院形態(非自発入院が75%)からも推定されるように、入院時の病状は全国平均(非自発入院が41%)よりも重症である。すなわち、精神科救急入院料病棟は、重症患者の長期在院の抑止に貢献しているといえる。

しかし一方、1年以内に退院したケースに占める再入院(Ⅱ群)の比率は26.2%に上る。追跡期間を入院後1年でなく、退院後1年に広げれば、再入院率はもっと高くなるであろう。これは精神科救急入院料病棟と現代医学の限界であろう。

なお、1年間の追跡調査から脱落した182例(登録群574例からⅠ・Ⅱ・Ⅲ群の合計392例を差し引いたケース)の中には、様々な転帰を辿ったケースが混在すると推測されるが、実態は不明である。今回の追跡調査の限界である。

(2) サブグループの特質

表3は、転帰別のサブグループの特質を表している。

①登録群

登録群の主診断は、図9に示すように、F2群が49.7%を占め、次いでF3群29.1%、F1群、F4群、F0群などとなっている。副診断を付されたケースは117例(20.4%)で、F1群34例、F7群31例、F8群19例、F0群18例、F6群18例、F5群7例となっている。

入院時の入院形態は、図10に示すように、非自発入院が4分の3、三次救急が1割を占めている。

通算入院期間は、入院歴のない群が 183 例 (31.9%)、1 年未満が 217 例 (37.8%)、1 年以上が 160 例 (27.9%) であった。

入院時の処置では、隔離が 237 例 (41.3%)、身体拘束が 54 例 (9.4%)、点滴が 65 例 (11.3%)、注射が 54 例 (9.4%) であった。図 5 に比べると隔離・拘束の比率が低い、図 5 は入院経過中の 1 回でも隔離・拘束した患者数であることによる。

②A 群と B 群の比較

表 3 の中で有意差のある調査項目を中心に、3 ヶ月以内に退院した A 群と入院が 3 ヶ月を超えた B 群を比較すると、B 群は A 群に比して、入院時年齢が高く、罹病期間も長い。F2 群が多く、F3 群が少ない。経歴上の問題（触法行為など）のあるケースが多い。措置入院が多く、任意入院が少ない。入院時の隔離、入院中の大量投薬例が多い。追跡時の GAF スコアが低く、BPRS スコアは低高い。そして、総括研究班が定義した「重度かつ慢性」の基準案を満たすケースの比率が高い。

要するに、B 群は、A 群に比べて重度かつ慢性の特質を色濃く有するが、その多くは F2 群の比率が高いことで説明されると思われる。

③ I・II・III 群の比較

表 3 の中で有意差のある調査項目を中心に、I・II・III 群の比較を比較すると、III 群は他群に比べて、入院時年齢が高く、罹病期間が長い。通算入院歴も長い。診断では F2 群が多く、F3 群が少ない (図 11)。経歴上の問題のあるケースが多い。措置入院が多く、任意入院が少ない (図 12)。入

院時の隔離、入院中の大量投薬ケースが多い。GAF・BPRS スコアに見る改善幅（登録時と追跡時の差）が他群に比して小さい。そして、「重度かつ慢性」の基準案を満たすケースは 14 例 (73.7%) あり、登録時と追跡時で変わらない。

④ III 群の特質

以上の結果からは、III 群が「重度かつ慢性」例を代表する患者群ということが示唆されるかに見える。

ところが、III 群 19 例を個別に検討すると、女性が男性の 2 倍を上回るほか、長期在院の理由が「病状等が重症または不安定のため」と主治医が評価したケースが 9 例（男性は 1 例）あった一方で、退院先の確保が困難など「病状以外の理由で長期在院となっている」、つまり社会的入院との評価が 8 例（男性 4 例）もあった。

すなわち、III 群は「重度かつ慢性」例を代表する群とは必ずしもいえない。今回の調査で追跡しきれなかった 182 例の中にも、重度慢性例が相当に散在しているものと考えられる。ただし、他院に長期在院しているとは限らない。在宅ケアに移行している可能性もある（I 群、II 群にも含まれているということである）。病状が重くても条件しだいで長期在院を免れるケースのあることは、臨床的にも観察されるからである。

3. 今後の精神科入院医療のあり方

入院 3 ヶ月以内を急性期、3 ヶ月～1 年以内を亜急性期、1 年以上を慢性期とする現在の枠組みを前提として、重度慢性例の長期在院防止と退院促進を語るならば、その基本方針は明らかである。

まず第1に、重症患者に対する急性期治療を拡充して、精神疾患（特に長期在院化しやすい統合失調症圏）の治療成績を上げることである。

第2に、入院後3ヶ月を超えてしまい、医療費給付が急減する重症例（本稿ではB群）に対して、精神科リハビリと地域移行支援を強化し、急性型包括入院料の給付期間延長や回復期リハビリ病棟の新設など、1年以内の退院を図るシステムを創ることである。

第3に、在院1年を超えてしまった重症例のうち、精神・行動障害が著しいケースに対して、クロザピンやmECT、心理社会的治療など、インテンシブな治療プログラムを提供できる専門病棟を拠点的に配置することである。

そして第4は、在院期間の長短にかかわらず、在院患者の地域移行と地域定着を促す地域社会の側のシステムを強化することである。

要するに、どの病期においても、病院の内側でも外側でも、治療的熱意を失わずに退院に向けてのチャレンジを持続できるシステムを構築することが肝要であろう。

E. 結論

今回の追跡調査では、精神科救急入院料病棟での治療開始によって、85%以上の重症患者を3ヶ月以内に退院させ、1年以上の残留率を4%以内に収めることができることが明らかとなった。しかし一方で、退院ケースの26%以上が1年以内に再入院していること、1年以上の長期在院者が必ずしも「重度かつ慢性」の代表群ではないこともわかった。

「重度かつ慢性」ケースの長期在院を防止するためには、病期によらず、退院への営為を持続できる医療システムの構築が必要であるが、慢性化しやすい精神病ケースを迅速に医療につなげ、手厚い急性期治療を提供する精神科救急医療システムの整備が最も効果的と思われる。そのために克服すべき制度的・技術的な課題は数多い。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表等

なし。

2. 学会発表等

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献]

- 1) 平田豊明、杉山直也、兼行浩史ほか：平成25年度厚生労働科学研究「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—第1報」報告書（総括研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制に関する研究」の分担研究）、2014年
- 2) 平田豊明、杉山直也、来住由樹ほか：平成26年度厚生労働科学研究「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—第2報」報告書（総括研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制に関する研究」の分担研究）、2015年

- 3) 厚生労働省、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料. 平成 24 年 6 月 30 日調査の概要. 2014 年
- 4) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン 2015 年版. へるす出版, 2015 年

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の運用概況、の2部からなります。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 3 ②都道府県立・地方独立行政法人 23 ③その他公立 5
④公的病院（赤十字、済生会、厚生連、社保、私立大学など）3
⑤民間（社会医療法人）19 ⑥民間（その他）35

(2) 全病床数 418.8 床（うち一般病床数 128.6 床）

(3) 精神科病棟の概要

(a)精神科稼働病床数 278.9 床

(b)精神科病棟数 5.1 棟

うち、精神科救急入院料病棟 1 1.2 棟（病床数 56 床）

精神科救急入院料病棟 2 0 棟（病床数 0 床）

精神科救急合併症入院料病棟 0.1 棟（病床数 4.6 床）

精神科急性期治療病棟 1（医師 16 対 1 加算）0.2 棟（病床数 10.5 床）

精神科急性期治療病棟 1（上記以外）0.1 棟（病床数 2.5 床）

精神科急性期治療病棟 2 0 棟（病床数 0 床）

2. 精神科医が診察した時間外診療の実績（平成 26 年度）についてご回答願います。

(4) 診療時間外の診療件数 393.2 件

うち、精神科救急医療体制整備事業の対象 128.1 件

(5) 上記のうち、入院件数 119.9 件

うち、精神科救急医療体制整備事業の対象 60.2 件

注) 精神科救急医療体制整備事業とは、国と都道府県が運営し、参加施設に診察料や空床確保料などの補助金が支給される精神科救急医療に関する公共事業のことです。

*調査票 A ご回答者 所属 _____ 氏名 _____

TEL _____ E-mail _____

B. 精神科救急入院料病棟の運用概況

精神科救急入院料認可病棟が複数ある場合は、お手数ながら、病棟ごとに本調査用紙をコピーしてご回答願います。H27.4～H28.3の実績をご記入願います。

病棟の名称 _____ <例>北2病棟

特定入院料の種別

①精神科救急入院料 1 100 ②精神科救急入院料 2 0 ③精神科救急・合併症入院料 8

精神科救急入院料の認可年月日：平成 _____ 年 _____ 月

(平成27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くと幸いです。)

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 46.9 床
- (2) 隔離室 8.1 室
- (3) 個室 20.8 室
- (4) 上記のうち、酸素・吸引装置が設置されている部屋 8.6 室

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（常勤換算）をご回答願います。

- (1) 医師 4.6 名（うち精神保健指定医 3.3 名）
- (2) 看護師 26.4 名
- (3) コメディカルスタッフ 4 名

3. 当該病棟の診療実績について、平成26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 14,890.1 人（精神科救急入院料の算定外患者も含む）
- (b)うち、精神科救急入院料を算定した延べ患者数 12,853.5 人

(2) 入棟件数 299.7 件（特定入院料の算定外患者も含む）

- (a)うち、当院への入院が初回の患者数 150.1 件
- (b)院内の他病棟からの転入患者数 20.7 件

(c)入棟時の入院形式

- ①緊急措置入院 8.7 件
- ②措置入院 18.9 件
- ③応急入院 9.6 件
- ④医療保護入院 294.1 件
- ⑤任意入院 72.5 件
- ⑥その他 2.1 件（医療観察法鑑定入院、鑑定留置など）

(d)主診断の内訳（「その他」の病名は、主治医等にご確認の上、なるべく ICD-10 大コードに分類して下さい。また、なるべく確定診断として下さい）

F0（脳器質群）	<u>28.3</u> 件	F5（摂食障害等）	<u>3</u> 件
F1（中毒依存群）	<u>21.1</u> 件	F6（人格障害群）	<u>4.8</u> 件
F2（精神病群）	<u>133.9</u> 件	F7（知的障害）	<u>5.6</u> 件
F3（感情病群）	<u>73.4</u> 件	F8（発達障害等）	<u>5.9</u> 件
F4（神経症群）	<u>17.9</u> 件	F9（児童疾患等）	<u>1.8</u> 件
その他（上記のいずれにも該当しない）	<u>4.2</u> 件		

(3) 退棟件数 294.7 件

転棟・転院を含みます。

(a) 自宅退院件数 214.6 件（福祉施設等への退院を含みます）

(b) 院内転棟件数 53.7 件

(c) 他院への転入院件数 21.7 件

① うち精神科 12.7 件 ② 一般科 8.5 件

(d) その他 4.7 件

4. 当該病棟入院患者に対する医学的処置（平成 26 年度）についてご回答願います。

(1) 電気けいれん療法

(a) 実施患者の実人数 22.8 人（実施回数ではなく、実施した患者数です。実施回数が 1 回でも 10 回でも 1 人です）

(b) うち修正型 19.8 人（同上。非修正型と混合した場合は修正型に算入して下さい）

(2) クロザピン投与患者数 2.7 人（実数。再入院の場合は別患者として数えて下さい）

(3) 隔離

(a) 実施患者実人数 211.3 人（実施件数ではなく、実施した患者数です。隔離日数が 1 日でも 7 日でも 1 人です）

(b) 平均隔離日数 16.4 日（隔離実施患者における隔離日数の平均です）

(4) 身体拘束

(a) 実施患者実人数 70.3 人（隔離と同じです）

(b) 平均拘束日数 11.8 日（拘束実施患者における拘束日数の平均です）

* 調査票 B ご回答者 所属 _____ 氏名 _____

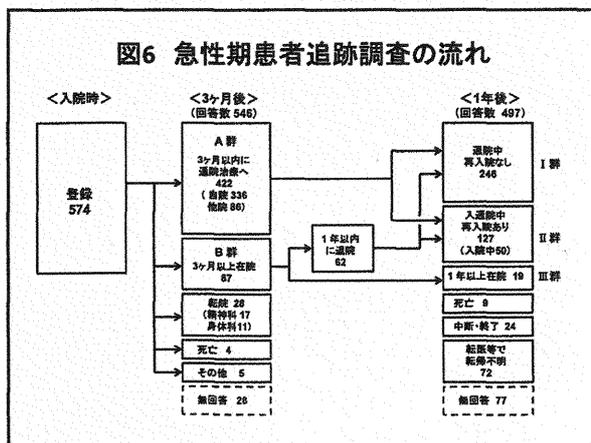
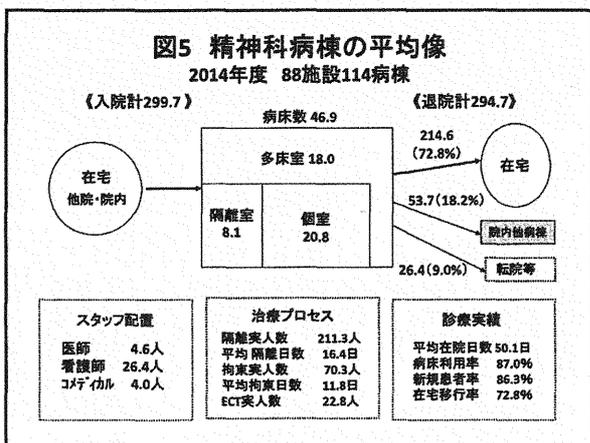
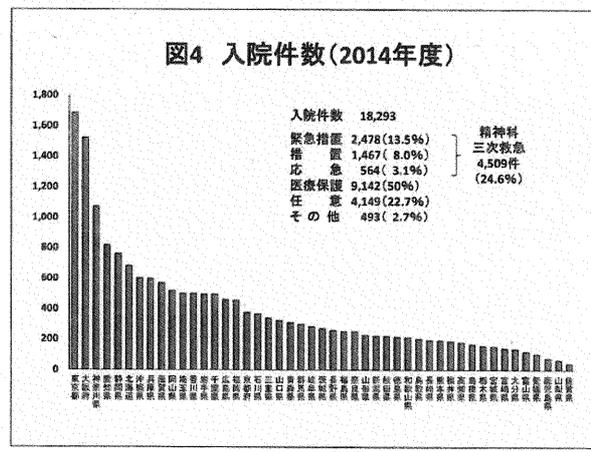
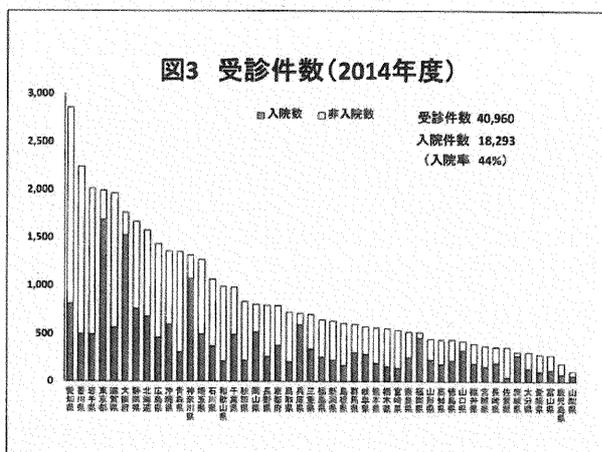
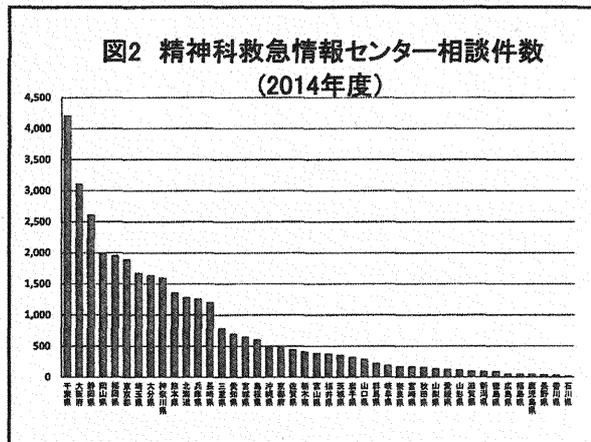
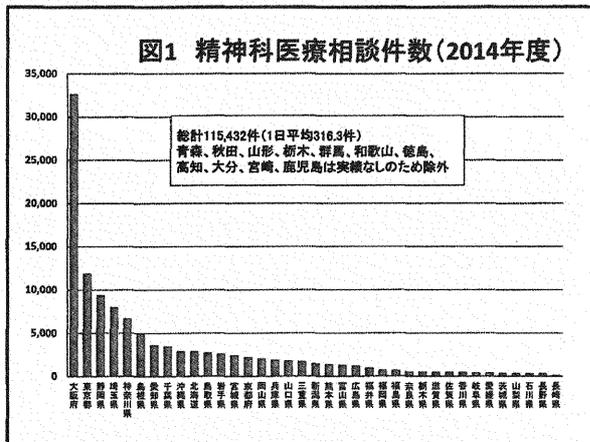
TEL _____ E-mail _____

ご協力ありがとうございました！

資料2 (1) 生活障害評価 (入院時点・3ヶ月在院時点・3ヶ月以内退院時点・入院後1年後転帰評価共通)
現在の生活障害について、項目ごとに該当する評価を1つ選択してください。

項目	評価	内容
1.食事	1	介助なしに半量以上を摂取できる。
	2	介助なしに摂取できるが、摂取量は半量未満。
	3	部分介助により、半量程度は摂取する。
	4	全面介助により、半量程度は摂取する。
	5	拒食もしくは配膳拒否 (経管栄養、栄養点滴を含む)。
2.生活リズム	1	睡眠覚醒リズムに問題はない。
	2	入眠障害ないし中途覚醒があるが、夜間の合計睡眠時間は8時間以上。
	3	入眠障害ないし中途覚醒があり、夜間の合計睡眠時間が6時間以上8時間未満。
	4	入眠障害ないし中途覚醒があり、夜間の合計睡眠時間が6時間未満。
	5	睡眠覚醒リズムが解体し、夜間にまとまった睡眠がとれない。
3.保清	1	介助なしに排泄、洗面、歯磨き、更衣、入浴ができる。
	2	介助なしに排泄、洗面、歯磨きはできるが、更衣、入浴には部分介助が必要。
	3	介助なしに排泄はできるが、洗面、歯磨き、更衣、入浴には部分介助を要す。
	4	排泄、洗面、歯磨き、更衣のいずれにおいても部分介助を要す。
	5	排泄、洗面、歯磨き、更衣、入浴に全面介助を要す (身体拘束下での床上排泄、床上清拭を含む)。
4.金銭管理	1	日用品や間食類の買い物が自力で適切にできる。
	2	日用品や間食類の買い物に助言を要す。
	3	買い物に計画性がなく、職員の介入を要す。
	4	買い物に計画性がなく、代行を要す。
	5	買い物に関する意思表示が困難のため代行を要す。
5.服薬管理	1	経口薬をスムーズに服用する。
	2	服薬を渋るが、短時間 (15分未満) の説得により服用。
	3	服薬を渋り、長時間 (15分以上) の説得により服用。
	4	拒薬のため、非経口投薬を試みて、ようやく服用に応ず。
	5	頑なに拒薬するため、非経口投薬が必要。
6.対人関係	1	複数の入院患者や職員と雑談ができる。
	2	対人緊張が強く、引きこもりがち。
	3	対人緊張や脱抑制のため、職員の介入がなければ対人交流が困難。
	4	意思表示に乏しいか、まとまりを欠くため、対人交流は職員に限定される。
	5	意味のある対話や対人交流が成り立たない。
7.社会的適応を妨げる行動	1	病棟の共用空間内での不適応行動は特にない。
	2	時に衝動の制御が不十分となり、職員の介入を要す。
	3	衝動の制御が不十分のため、病棟の共用空間内で過ごすことは困難。
	4	衝動行為の突出リスクが高いため、隔離を要す。
	5	自他への攻撃衝動が制御困難のため、身体拘束を要す。

1. 退院の有無：		
□ 1 度も退院せず当院に継続入院中		<u>19</u>
□ 1 度退院した（退院日 年 月 日 注：今回入院後最初の退院）		<u>478</u>
2. 現在の治療形態：		
□ 通院中（□ 当院 □ 他院）		<u>299</u>
□ 精神科に再入院中（□ 当院 □ 他院）		<u>50</u>
□ すでに死亡（死亡日 年 月 日）		<u>9</u>
□ すでに治療終了（終了日 年 月 日）		<u>4</u>
□ すでに治療中断（中断日 年 月 日）		<u>17</u>
□ 転院・転医等のため転帰不明（転医日 年 月 日）		<u>91</u>
□ その他（ ）		<u>8</u>
3. 精神科への再入院：		
□ 退院後は精神科への再入院なし		<u>246</u>
□ 退院後、3 ヶ月以降に精神科への再入院あり		<u>86</u>
□ 退院後、3 ヶ月以内に精神科への再入院あり		<u>41</u>
□ 退院・転院後の精神科再入院の有無不明		<u>99</u>
□ その他（ ）		<u>6</u>



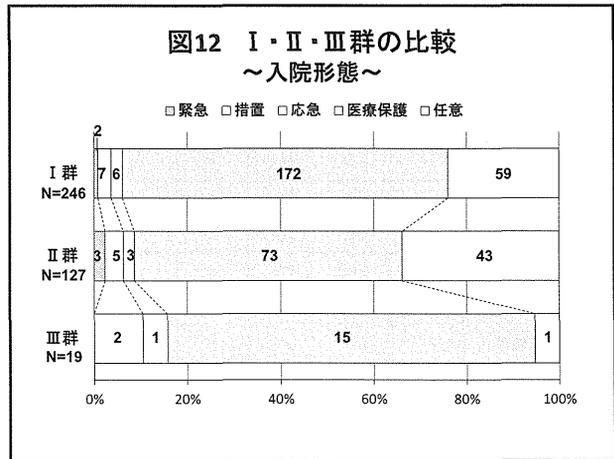
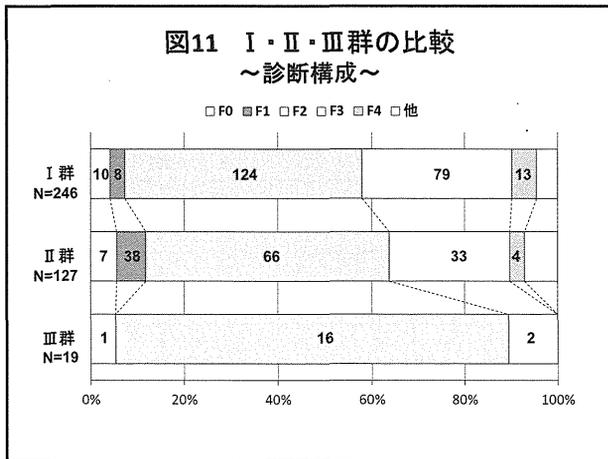
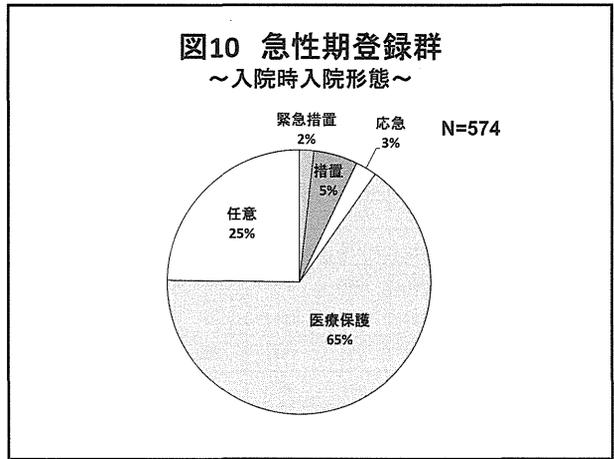
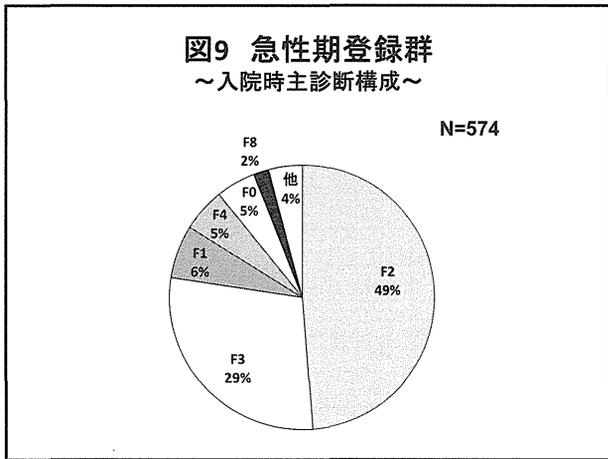
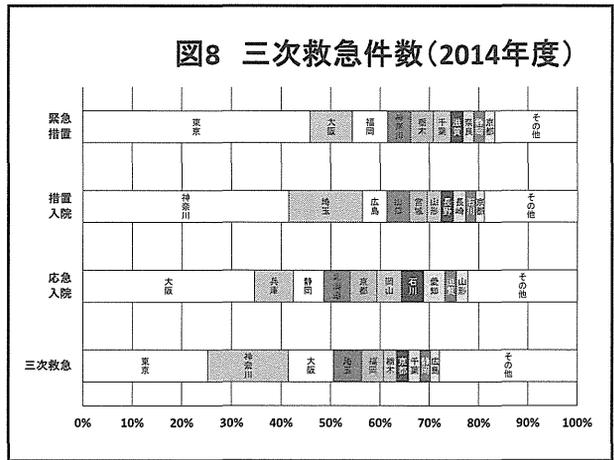
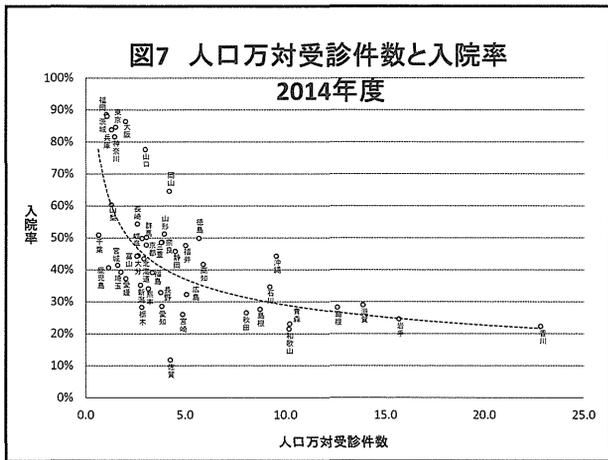


表1

精神医療相談及び精神科救急情報センター事業年報(26年度)

月	精神医療相談							精神科救急情報センターへの相談等							
	電話相談件数			来所相談件数			救急受診 動員件数	合計	救急隊	一般救急の情 報センター	医療機関 (精神科)	医療機関 (精神科以外)	警察	保健所	その他
	合計	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他									
北海道	2,868	1,814	1,054	0	0	0	729	1,283	448	0	79	155	211	37	353
青森県															
岩手県	2,582	2,371	211	0	0	0	2	315	16	0	41	17	31	36	174
宮城県	2,394	2,227	167	0	0	0	47	647	139	0	25	19	15	179	270
秋田県								155	0	0	3	3	0	1	148
山形県								110	0	0	0	0	4	0	106
福島県	681	166	515	200	31	169	44	46	0	0	2	1	0	0	43
茨城県	352	43	309	0	0	0	122	352	56	0	11	10	35	0	240
栃木県	500	215	285	0	0	0	40	408	83	0	27	26	27	232	13
群馬県								220	2	0	29	8	13	35	133
埼玉県	7,960	5,825	2,135	0	0	0	307	1,668	295	0	66	85	1,101	121	0
千葉県	3,440	1,440	1,982	0	0	0	0	4,205	709	0	0	0	1,291	0	2,205
東京都	11,840	7,624	4,216	0	0	0	624	1,886	0	417	195	272	701	0	301
神奈川県	6,670	3,540	3,130	0	0	0	606	1,598	0	0	0	0	1,253	2	343
新潟県	1,432	13	14	633	0	0	1	90	67	0	10	3	1	2	7
富山県	1,285	909	376	0	0	0	273	377	65	0	120	59	51	42	40
石川県	323	221	102	0	0	0	35	13	2	0	0	0	2	3	6
福井県	937	707	230	0	0	0	218	369	24	0	26	31	147	49	92
山梨県	341	186	155	0	0	0	47	132	24	3	3	23	25	25	29
長野県	320	203	117	0	0	0	34	37	5	0	22	0	1	0	9
岐阜県	376	229	147	0	0	0	8	190	8	0	1	4	3	0	174
静岡県	9,331	6,843	2,488	0	0	0	850	2,605	71	0	56	96	20	89	2,273
愛知県	3,606	2,357	1,249	0	0	0	1,221	692	8	0	118	215	34	6	311
三重県	1,705	1,102	603	0	0	0	143	781	1	0	8	4	3	0	765
滋賀県	454	318	136	0	0	0	17	92	7	0	17	7	49	3	9
京都府	2,205	1,559	646	0	0	0	261	475	39	0	119	0	266	9	42
大阪府	32,624	28,062	4,562	0	0	0	1,081	3,105	850	0	0	0	1,057	0	1,198
兵庫県	1,867	768	1,099	0	0	0	164	1,255	87	0	0	0	826	0	342
奈良県	503	351	152	0	0	0	438	166	11	9	16	0	7	0	123
和歌山県															
鳥取県	2,734	2,274	460	39	28	11	216								
島根県	4,932	4,456	476	339	267	72	247	603	22	0	51	52	152	74	252
岡山県	1,987	1,177	810	0	0	0	185	1,987	38	0	19	33	28	3	1,866
広島県	1,180	841	339	0	0	0	83	47	6	0	10	15	3	0	13
山口県	1,772	1,338	434	0	0	0	30	286	78	31	16	3	27	78	53
徳島県								86	57	0	3	5	9	4	8
香川県	427	352	75	3	2	1	58	26	10	1	4	0	2	1	8
愛媛県	358	136	222	0	0	0	155	121	8	15	12	4	47	11	24
高知県															
福岡県	710	519	191	0	0	0	50	1,950	115	0	165	0	144	299	1,227
佐賀県	439	114	325	0	0	0	148	439	39	0	21	34	24	0	321
長崎県	64	29	35	33	24	9	15	1,199	7	0	8	22	8	4	1,150
熊本県	1,358	1,042	316	0	0	0	335	1,358	3	0	0	13	3	0	1,339
大分県								1,633	3	0	0	7	1	0	1,622
宮崎県								163	24	1	2	6	2	8	120
鹿児島県								43	3	0	1	2	16	1	20
沖縄県	2,875	1,604	1,271	0	0	0	456	499	42	0	182	119	77	19	60
合計	115,432	82,975	31,034	1,247	352	262	9,290	33,712	3,472	477	1,488	1,353	7,717	1,373	17,832

* 北海道は精神相談窓口や情報センター設置は札幌市のみとなり、札幌市のみの実績。

* 政令市のデータは所在する道府県に含まれる。

表2

(訂正)

精神科救急医療体制整備事業年報(26年度)

月	受診依頼 件数	受診件数		受診者のうち入院した者								空床確保状況				空床確保料請求対象日数				
		合計	うち精神科 救急情報セ ンター経由	うち自院通 院中の患 者	入院形式								空床確 保予定 日数 (当番日 数合計)	空床を確 保すべき 予定数 (延べ)	実際に確 保した数 (延べ)	確保した 空床に入 院した数 (延べ)	精神科救急 医療施設分		身体寄附 施設分	
					入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他	1床分 (1床以上確保 した日数)					2床分 (1床以上確保 した日数)	1床分 (1床以上確保 した日数)	2床分 (1床以上確保 した日数)	
北海道	1,539	1,571	586	0	683	18	4	30	408	222	1	3,285	3,285	3,234	578	2,656	0	0	0	
青森県	1,347	1,347	0	958	311	0	9	1	163	135	3	2,190	2,190	2,190	311	1,879	0	0	0	
岩手県	10,106	2,011	28	1,485	495	1	4	7	179	263	41	1,872	2,602	2,602	9	1,863	0	0	365	
宮城県	472	369	176	114	153	0	52	0	82	19	0	558	558	558	153	343	31	0	0	
秋田県	1,005	833	4	485	221	0	4	0	108	109	0	1,457	1,822	1,808	119	1,025	332	0	0	
山形県	473	445	0	249	228	12	40	13	124	39	0	1,093	1,093	1,093	0	1,093	0	0	0	
福島県	1,610	646	6	277	253	0	25	3	151	74	0	1,460	1,460	1,460	218	1,242	0	0	0	
茨城県	492	309	158	151	272	51	23	3	162	33	0	942	1,672	1,862	256	511	365	365	0	
栃木県	557	555	351	195	157	111	0	6	36	4	0	627	941	943	154	315	237	0	0	
群馬県	707	600	158	161	301	49	9	5	185	53	0	365	1,085	1,095	280	339	238	0	0	
埼玉県	1,269	1,269	1,269	37	499	36	216	2	227	17	1	1,702	2,674	2,674	499	730	972	0	0	
千葉県	1,072	982	982	0	494	155	40	8	265	26	0	730	730	580	194	178	104	0	0	
東京都	1,998	1,989	1,989	0	1,683	1,103	0	9	536	35	0	2,109	6,936	6,937	1,683	359	1,553	0	0	
神奈川県	1,402	1,312	888	0	1,071	113	599	6	323	30	0	365	8,137	4,011	499	0	365	0	0	
新潟県	2,038	633	41	236	223	0	0	0	172	36	15	1,385	1,385	1,385	223	1,162	0	0	0	
富山県	273	273	271	2	121	1	5	3	86	22	4	971	1,525	1,474	101	1,373	0	0	0	
石川県	1,160	1,064	5	838	369	2	30	25	265	47	0	914	914	907	0	907	0	0	0	
福井県	466	395	156	145	188	13	21	1	98	41	14	521	521	521	20	501	0	0	0	
山梨県	106	106	106	0	64	14	5	0	34	11	0	365	1,057	1,057	62	290	351	0	0	
長野県	643	783	48	557	261	24	36	7	119	75	0	1,334	1,702.5	2,393	243	880.5	365	0	0	
岐阜県	473	574	43	261	286	4	1	6	167	108	0	927	927	927	251	676	0	0	0	
静岡県	1,660	1,660	6	607	780	52	5	34	537	129	3	2,555	2,555	3,315	760	2,190	0	365	0	
愛知県	31	2,848	506	385	815	37	0	24	490	263	1	1,460	2,190	1,516	562	750	102	0	0	
三重県	699	699	1	82	340	36	3	8	180	113	0	730	730	730	0	730	0	0	0	
滋賀県	2,047	1,961	50	1,545	569	60	3	13	302	191	0	365	1,460	1,228	76	1,228	0	0	0	
京都府	1,070	789	450	337	377	51	25	30	209	62	0	478	1,545	1,545	73	505	499	365	0	
大阪府	1,978	1,782	1,558	0	1,522	206	0	193	829	294	0	365	6,078	6,052	1,522	365	0	0	0	
兵庫県	711	711	672	39	596	25	4	44	417	106	0	365	1,944	1,944	596	0	365	0	0	
奈良県	521	521	62	84	253	53	1	8	143	48	0	365	1,095	1,095	155	209	364	0	0	
和歌山県	987	987	653	212	6	5	6	132	63	0	679	1,358	1,340	212	0	670	0	0	0	
鳥取県	722	722	537	204	0	7	2	104	91	0	1,095	1,095	1,095	180	915	0	0	0	0	
島根県	176	608	75	533	168	7	14	0	82	57	8	2,067	2,067	2,235	168	2,067	0	0	0	
岡山県	893	804	70	351	519	8	24	28	246	213	0	364	1,456	1,456	103	625	728	0	0	
広島県	311	1,430	19	716	462	3	71	7	280	121	0	1,095	1,095	1,776	465	749	255	0	0	
山口県	420	420	219	0	326	0	67	2	200	57	0	1,460	1,460	1,460	167	1,293	0	0	0	
徳島県	46	433	8	70	216	4	0	2	87	105	18	1,147	1,147	1,147	148	634	0	365	0	
香川県	379	2,238	1	1,092	499	1	12	2	77	220	187	1,235	1,600	1,532	54	748	0	0	365	
愛媛県	287	279	83	198	104	0	3	1	62	38	0	365	365	349	10	339	0	0	0	
高知県	1,203	434	110	181	3	21	4	102	43	8	365	365	365	0	365	0	0	0	0	
福岡県	542	516	516	27	457	172	20	3	201	61	0	365	1,956	1,956	393	0	365	0	0	
佐賀県	86	355	355	0	42	0	0	0	38	4	0	365	437	435	42	393	0	0	0	
長崎県	357	357	7	157	194	5	36	0	71	81	1	797	1,162	1,162	0	432	365	0	0	
熊本県	899	563	36	193	192	1	0	6	98	87	0	607	607	607	174	433	0	0	0	
大分県	306	306	0	0	136	33	5	0	13	1	84	730	1,602	1,469	133	0	365	0	365	
宮崎県	295	541	40	204	141	7	7	6	61	60	0	659	1,024	1,024	141	215	0	52	308	
鹿児島県	187	187	4	79	76	0	1	0	34	41	0	288	288	287	0	287	0	0	0	
沖縄県	456	1,354	453	600	599	1	10	6	277	201	104	1,935	1,935	1,935	422	1,306	0	207	0	
合計	46,477	41,561	12,456	14,750	18,293	2,478	1,467	564	9,142	4,149	493	47,473	81,843	78,766	12,408	35,101	8,991	1,719	1,403	

*北海道は精神相談窓口や情報センター設置は札幌市のみとなり、札幌市のみの実績。

*政令市のデータは所在する道府県に含まれる。

表 3

急性期各群の特性

項目		群種別	急性期群					
		登録群	A群	B群	I群	II群	III群	
総数		574人	422	87	246	127	19	
性別	男	264人	178	44	115	56	6	
	女	310人	244	43	131	71	13	
入院時年齢		46.7歳	45.8	50.5	46.4	44.0	52.6	
罹病期間		14.2年	13.0	19.2	13.6	15.9	22.8	
診断	F2	49.7%	45.3	73.6	50.4	52.0	84.2	
	F3	29.1%	32.0	16.1	32.1	26.0	10.5	
初回入院		33.4%	32.2	32.2	33.3	20.5	21.1	
入院歴1年超		27.9%	26.8	34.5	25.6	40.9	63.2	
経歴上の問題		7.8%	5.5	14.9	4.9	11.0	26.3	
入院時 入院形態	措置	5.4%	3.8	11.5	2.8	3.9	10.5	
	任意	24.7%	28.0	12.6	24.0	33.9	5.3	
隔離室使用		41.3%	44.5	66.7	43.5	52.8	78.9	
CP換算600mg超		—	12.6	25.3	14.6	18.9	21.1	
GAF	登録時	33.2	34.0	29.8	35.6	32.9	32.1	
	追跡時	—	59.1	43.3	58.4	53.8	37.0	
BPRS	登録時	49.4	48.5	53.7	47.9	51.1	56.8	
	追跡時	—	33.1	41.7	33.2	38.4	51.1	
行動 障害	1~9	登録時	16.7	16.7	15.7	15.1	16.8	15.1
		追跡時	—	12.6	11.9	11.7	13.4	11.7
	10~27	登録時	34.2	33.8	35.0	36.6	34.5	36.6
		追跡時	—	26.4	28.5	35.1	29.2	35.1
生活 障害	登録時	17.0	16.4	18.9	16.1	16.8	21.3	
	追跡時	—	11.5	13.8	11.1	13.1	16.8	
重症 比率	登録時	65.9%	64.9	72.4	57.7	70.1	73.7	
	追跡時	—	14.9	34.5	13.0	29.1	73.7	

分担研究報告

分担研究者 吉邨善孝

済生会横浜市東部病院

平成 27 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）
「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」
分担研究報告書

研究分担者 吉邨 善孝（済生会横浜市東部病院）

研究要旨：

一般病院精神病棟は、精神科病院から身体症状の治療目的で入院患者の転院受け入れ、薬物療法が奏功しない精神疾患患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法の実施などを実施している。一般病院精神病棟が精神科病院での入院期間短縮のためにどのような役割を担うことが望ましいのか明確にするのは重要である。精神科病院から一般病院精神病棟に転院となった精神疾患患者は「重度かつ慢性」暫定基準に該当する重症例であることが示唆される。身体疾患の改善により日常生活レベルが向上し、入院期間の短縮につながることも期待できる。精神疾患患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法などの治療的介入も有用性も示唆されている。治療の効率化、入院期間の短縮のためには、精神科病院と一般病院精神病棟との間で連携を密にし、情報を共有化し、均一化、標準化された医療を実践することが望まれる。

A. 研究目的

平成 24 年 6 月の厚生労働省 精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会（以下「検討会」と略す）において、精神科入院医療の今後の方向性として、「精神科の入院患者は、「重度かつ慢性」を除き、1 年で退院させ、入院外治療へ移行させる仕組みを検討する」との方針がまとめられた。ここで「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化していくこととされ、精神科病院における長期入院患者の実態を把握することを目的とした実態調査を行い、「重度かつ慢性」の基準作成に活用することとなった。本研究は上記の調査研究の役割を担うため、平成 25 年度から発足した厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神障害者の重症判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者：安西信雄）の研究活動の一環として実施するものである。

一般病院精神病棟は、「内科を含む複数の身体科を有して、二次救急・三次救急を受けており、精神科病床が全病床の半数以下であるような病院における精神病棟」と定義される。医療機関の重要な役割として、精神科病院から身体症状の治療目的で長期入院患者の転院受け入れを行うことがあげられる。そこで、本研究は平成 26 年度に引き続き、①転院となった身体合併症を有する患者が重度かつ慢性の基準をどの程度満たすのか、②どのような介入がその後の退院に結びつけることができるのかに関する予備的データをを得ることを目的として実施された。

B. 研究方法

< 1 > 研究対象者・実施場所・研究期間、研究対象機関、研究組織

(1) 研究対象者

平成 26 年 10 月～平成 27 年 12 月に身体合併症を有し精神科病院より一般病院精神病棟に入院した患者

(2) 研究期間

倫理委員会承認から 3 年間

(3) 調査期間

平成 26 年 10 月～平成 27 年 12 月

(4) 研究対象機関

日本総合病院精神医学会加盟病院 約 250 施設（精神病床を有する）において協力が得られる医療機関

現在、実施医療機関は未定

(5) 研究組織

平成 25 年度から発足した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重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者：安西信雄）の研究活動の一環として実施する。事務担当者を数名おこなうが、本研究の臨床研究責任者は、吉邨善孝（済生会横浜市東部病院精神科部長）とし、情報管理、統計解析などの業務は一括して担うこととする。

< 2 > 研究方法

(1) 多施設共同調査

(2) 当該病院における患者リストを作成する。このリストには、ID、診断、性別、入院時年齢、入院日数、入院時評価を記載する。認知症が主病名である患者は対象から除く。

(3) 評価方法

対象につき、下記の評価を実施する。

- 1) 診断、性別、入院時年齢、入院日数、入院事由治療内容（薬物調整の有無、変更内容）
- 2) 簡易精神症状評価尺度（BPRS、Overall 版）（「重度かつ慢性」前向き調査で使用）
- 3) 行動障害（問題尺度）（「重度かつ慢性」前向き調査で使用）
- 4) 障害者自立支援法医師意見書の「生活障害評価」および「能力障害」の基準に基づいて評価。ただし「生活障害評価」の項目 7 は除く。（「重度かつ慢性」前向き調査で使用）
- 5) 身体合併症（精神疾患に続発して生じたもの）：①水中毒、②繰り返すイレウス、③繰り返す肺炎
- 6) その他の身体合併症

(4) データの回収および単純集計

当該病院において、データ保護管理者を決める。データ保護管理者は、上記の入院患者リストを作成し、当該病院における調査・評価を指揮し、データ管理の責任を負う。提出する際のデータは連結可能匿名化の元となる参照リストを作成し、鍵のかかる保管庫に管理する。

(5) 統計解析の実施

該当患者で「重度かつ慢性」の判定を満たす割合を明らかにする。各評価の分布を明らかにする。

(6) 公表方法

研究成果の公表は、厚生労働科学研究報告において行う。その際は、個人情報保護し、個人を特定できないように、統計学的な処理に基づいて報告する。

< 3 > 本研究で対象者が行うこと及び対象者への人権配慮

本研究で収集するデータは、診療に基づき調査票に記入されたものである。調査票は対象者の情報が連結可能匿名化された上で、研究代表者の元で集計される。回収データは、個人や個々の施設が特定されない形で分析される。回収データは、施錠できるキャビネット保管し、情報管理者の元で適切に管理される。これらを閲覧、使用できる者は原則として研究代表者のみである。ただし、研究代表者が特別に許可を与えた場合はこの限りではない。すべての研究が完了した後に、調査票はシュレッダーで裁断・破棄し、回収データは破壊、破棄する。

対象者には、本研究の主旨を口頭で説明し、同意を得る。その際に診療録にその内容を記載する。尚、介入を行わない調査なので、個人の安全性を損なうことや不利益を及ぼす可能性はない。

C. 研究結果

平成 26 年 10 月 1 日より平成 27 年 12 月 31 日までの期間に対象症例となった患者は 34 例（女性 14 例、男性 20 例、平均年齢 55.9(SD=12.4) 歳）であった。入院形態は、措置入院 2 例、医療保護入院 30 例、任意入院 2 例であった。精神科病院に入院し、転院までの期間が 1 年を超える症例は 8 例であった。転院患者の一般病院での入院期間は平均 43.0(SD=47.1) 日であった。精神科診断名は、統合失調症が 29 例、うつ病が 2 例、アルツハイマー型認知症が 2 例、症状性精神病が 1 例であった。転院事由は、身体合併症への治療目的が 27 例、修正型電気けいれん療法目的が 7 例であった。合併する身体疾患は整形外科疾患が 6 例、横紋筋融解症、イレウス、腎不全、肺炎、不明熱がそれぞれ 2 例、虫垂炎、敗血症、肺血栓塞栓症、狭心症、蜂窩織炎、高 Na 血症、頸部外傷、けいれん発作、甲状腺機能亢進症、歯根嚢胞、低栄養がそれぞれ 1 例ずつであった。

本研究班会議により作成された「重度かつ慢性」の暫定基準（案）において、対象症例

中 25 例 (77.2%) において重症基準に合致 (BPRS 総点 45 点以上 28 例、6 点以上の項目 22 例、行動障害 15 例、生活障害 22 例) していた。

29 例は調査終了時に転院していた。転院した 29 例のうち、退院の可能性があると判断されたのは 2 例、退院が困難と判断されたのは 27 例 (病状等が重症または不安定である : 19 例、家庭内調整がうまくいかない : 8 例) であった。

4 例は退院していた。退院症例は修正型電気けいれん療法が行われた 3 例と腎不全に伴う症状性精神障害で入院していた 1 例であった。

D. 考察

一般病院精神科棟が精神科病院との連携を考えた場合、精神疾患患者の身体合併症への対応、通常の薬物療法が奏功しない患者へのクロザピンの導入、修正型電気けいれん療法の実施などがあげられる。しかしながら、その実態が詳細に検討はされていない。精神科病院に入院し、重度かつ慢性状態に移行する可能性のある精神疾患患者にどのような係わりが一般病院精神科棟として望ましく、精神疾患患者の入院期間を短縮することができるのか、精神科病院との連携をどの時期にどのような内容で行うことが効果的であるのか検討することは重要である。

「重度かつ慢性」の暫定基準 (案) において、対象症例の約 8 割が暫定基準を満たしていた。また、精神科病院に入院し、転院までの期間が 1 年を超える症例は全体の 2 割を超えていた。一般病院精神科棟で受け入れている身体合併症を伴う精神疾患患者、修正型電気けいれん療法の導入が必要な精神疾患患者の重症度は重度と推察される。一般病院一般病棟での対応が困難であり、一般病院精神科棟での受け入れが望ましい身体合併症を伴う精神疾患患者がいるのは現実であり、そのような患者に身体的および精神的治療介入を行うことは今後さらに検討する必要がある。最終的に退院が可能な状態にまで至っていないが、少なくとも身体疾患の改善に伴い、精神症状の若干の改善が認められ日常生活レベルの向上に至ることは期待できる。

「重度かつ慢性」の暫定基準 (案) においてとりあげられている身体疾患 (①水中毒、②腸閉塞 (イレウス)、③反復性肺炎に該当しない) を合併した患者は、本研究において 4 例 (14.8%) であり、実際の臨床現場で一般病院が対応している身体疾患では頻度は少なかった。どのような疾患を身体疾患に取り上げるべきかであるのかは再度検討する必要があると考えられる。

本研究では、薬物療法が奏功しない精神疾患患者に修正型電気けいれん療法を実施することにより、退院が可能となった症例は 3 例 (42.8%) であった。通常の薬物療法が奏功しない患者へのクロザピンの導入は今回の対象症例には含まれなかったが、治療抵抗性統合失調症の治療薬が安全に使用できるのは治療環境が整った医療機関であり、一般病院精神科棟はその中心となる。一般病院精神科棟がさまざまな治療的介入をすることにより、