

# 1 章 総括研究報告書



## 精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究

### 総括研究報告書

- 研究代表者： 杉山直也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）（沼津中央病院）
- 研究分担者： 平田豊明（千葉県精神科医療センター），八田耕太郎（順天堂大学医学部附属練馬病院），松本俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部），塚本哲司（埼玉県立精神保健福祉センター），橋本 聡（国立病院機構 熊本医療センター）
- 研究協力者： 兼行浩史（山口県こころの医療センター），藤井千代（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部），野田寿恵（あたま中央クリニック），来住由樹（岡山県精神科医療センター），藤田 潔（桶狭間病院），山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部），花岡晋平（千葉県精神科医療センター），西村由紀（メンタルケア協議会），澤野文彦（沼津中央病院），織田洋一（西熊谷病院），門田雅宏（滋賀県健康福祉部障害福祉課），濱谷 翼（埼玉県狭山保健所），今井淳司（東京都立松沢病院），三澤史斉（山梨県立北病院），尾崎 茂（豊島病院），森川文淑（旭川圭泉会病院），藤田 潔（桶狭間病院），澤 温（さわ病院），須藤康彦（土佐病院），片山成仁（成仁病院），中村 満（成増厚生病院），石塚卓也（長谷川病院），長谷川 花（沼津中央病院），新垣 元（新垣病院），伊豫雅臣（千葉大学大学院医学研究院精神医学），大槻知也（埼玉県川口保健所），小関清之（医療法人社団斗南会秋野病院），柑本美和（東海大学法学部），近藤あゆみ（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所），椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター），紫藤昌彦（紫藤クリニック），樽井正義（国際医療福祉大学 成田看護部看護学科），常岡俊昭（昭和大学附属烏山病院（昭和大学医学部精神医学講座）），成瀬暢也（埼玉県立精神医療センター），橋本 望（岡山県精神科医療センター），船田大輔（国立精神・神経医療研究センター病院）増茂尚志（栃木県精神保健福祉センター），森野嘉朗（東京パーソナル法律事務所），武藤岳夫（肥前精神医療センター），村上 優（独立行政法人国立病院機構 神原病院），山縣正雄（埼玉県立精神医療センター），山本輝之（成城大学法学部），横地 環（法務総合研究所），和田 清（埼玉県立精神医療センター），日野耕介（横浜市立大学附属市民総合医療センター），井上幸代（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター），北元健（埼玉医科大学病院），河鳶 譲（国立病院機構 災害医療センター），兼久雅行（大分大学医学部附属病院）

【要旨】目的：各自治体における精神科救急医療体制整備事業（以下「事業」）の整備・構築は、包括的ケア体制の構築を目指す我が国の精神保健医療福祉政策における重要課題である。精神科救急及び急性期医療の任務は、迅速な危機介入と長期在院者の発生抑止による地域ケアの推進にあるが、逆に地域ケア推進のためには危急なニーズに即応できる包括的なサービス体制が欠かせない。本研究の目的は、現在運用に大きな地域差がある事業の実態と、医療機関間で多様性がある精神科救急及び急性期の医療内容を把握し、課題の抽出を行って標準化を推進するための諸策を指針等に取りまとめ、提言することである。また、近年多様化する精神疾患の医療ニーズに対しても、その応急的対応に必要な専門知識やスキルの向上、体制の更なる整備、連携の工夫や促進などの進化が求められる。

以上をふまえ、本政策研究では精神科救急及び急性期医療における 医療判断やプロセスの標準化と質の向上（杉山分担班） 体制に関する実態と課題（平田分担班） 薬物療法標準化（八田分担班） 薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携（松本分担班） 自治体および医療機関の連携等の地域体制の在り方（塚本分担班） 一般救急医療との連携の構築（橋本分担班）についての分担班を設置し、それぞれの課題に取り組んだ。

方法： 事業実績の経年変化分析、実際の判断場面における調査、自治体調査などによって医療判断プロセスの実態や影響要因を探る。 事業実績の解析、精神保健福祉資、レセプト情報・特定健診等情報データベース等による医療実態や資源把を行う。 精神科救急医療現場の多施設共同研究ネットワーク（JAST）における観察研究によって、急性期の2次的治療方策の詳細を3つの臨床疑問から解き明かす。 規制薬物使用の医療現場における司法的対応のあり方および薬物乱用・依存への介入のあり方に関して専門家会議で意見交換を行い、論点を整理する。 事業における地域体制や医療機関の連携等について、自治体アンケートを通じ既存の基準を用いて評価し、トリアージにおける課題を探る。 一般救急との並列型連携の好事例調査を通じ共通事項を抽出して地域連携に資する要因を探るとともに、搬送困難事例を調査し実態把握に努める。

結果：進捗： 入院要否、非自発入院要否等の医療判断における種々の要因や課題が確認された。入院医療必要との専門医学的判断にもかかわらず、制度上の理由により導入できないケースが1.2%程度発生することが確認された。精神科時間外受診ニーズは16の代表的状況に集約された。地域指標としての「人口対時間外入院件数」の有用性が示された。初期救急医療体制について好事例をまとめた。 複数のデータソースを用いて事業実態や医療資源の把握に取り組み、確認手法における課題を確認するとともに新たな実態把握方策開発に着手した。 順調に症例集積中。 司法対応について一定の見解と課題が示され、精神科救急における簡易ツールを開発した。 事業における受診前相談の自治体間の不均一が観察されたほか、基準を用いた体制評価により事業の課題や整備状況が自治体ごとと焦点的に明確化された。 好事例調査から身体合併症や自殺対策等への積極的対応、自治体支援、上層部理解、多職種協働などが連携に重要な要因であったほか、搬送困難例の調査を開始した。

考察：研究年度途中であるが、各分担班の研究的取り組みにより、精神科救急および急性期医療における標準化や質向上に資する観察所見、提言が集積されており、最終的に包括的ガイドラインを改訂するための根拠が整いつつある。今後、体制の均霑（てん）化および診療現場での標準化がはかられ、入院医療の適正化や、入院長期化のさらなる防止が全国規模で推進されれば、全体システムとしての「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の完備にも寄与が大きい。

## A. 研究の背景と目的

本研究「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」の目的は、現在運用に大きな地域差がある精神科救急医療体制整備事業（地方自治体）の実態と、医療機関間で多様性がある精神科救急及び急性期の医療内容を把握し、課題の抽出を行って標準化を推進するための諸策を指針等として取りまとめ、提言することである。

精神科救急及び急性期医療の任務は、迅速な危機介入と手厚い急性期医療の提供によって、精神疾患に由来する不幸な事象を未然に防止し、健康回復の促進をはかるとともに、長期在院者の発生を抑止して地域生活を中心としたケアを推進することである。精神障害者が地域で安心した生活を営むためには、想定される種々の危急なニーズに即応できる包括的なサービス体制が欠かせない。なかでも精神科救急医療体制は主要な位置づけであり、これを自治体ごとに機能的に整備・構築することは、我が国の精神保健医療福祉政策における重要課題である。

1995年に国と都道府県による精神科救急医療体制整備事業が開始され、この事業が全国展開する中、各自治体での体制整備が進み、救急・急性期医療に特化した精神科救急入院料病棟および精神科急性期治療病棟が徐々に増加している。しかし、その運用実態と医療内容には依然大きな地域差・多様性がある。

また近年、精神疾患は多様化しており、応急的な対処がその役割である救急医療においても、従来の診療概念を超えて、それぞれの多様化したニーズに一定程度見合うよう、専門知識やスキルの向上、体制の更なる整備、連携の工夫や促進などによる進化が求められている。

以上をふまえ、本政策研究では以下の分担班を設置し、それぞれの課題に取り組んだ。研究期間は2年間であり、研究終了時点で精神科救急および急性期医療に関する包括的ガイドラインを改訂するための根拠を確立する

ことを目的とする。

### 1) 精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究（杉山分担班）

精神科救急医療では、緊急やむを得ない場合の時間外受診者を対象としており、当事者の病態は重症で自己決定における判断力が限定的であるため、非自発入院とせざるを得ない場面も多い。この際、当事者の権利制限を伴うことから、その適応判定は慎重でなければならない。一定の妥当性が求められる。

いっぽうで精神科救急医療における判断とは、時間外の脆弱な医療体制下に、危急な事態に対応しながら、限られた少ない情報から、種々の可能性を冷静に見越して、その時点における最良の判断を迅速かつ的確に行うという極めて困難な作業でもある。

このような医療判断プロセスがより適切となるための標準化を目的とする。

### 2) 精神科救急及び急性期医療に関する実態と課題に関する研究（平田分担班）

行政医療としての精神科救急医療は、厚生労働省が主導し、都道府県が実施する精神科救急医療体制整備事業としてその実施要綱に基づき均霑（てん）化されなければならないが、医療資源の地域偏在など、種々の事情のため地域間格差が長年指摘されている。また、本事業が取り扱う対応件数等、例年各自自治体から報告される事業実績は、その件数カウントに明らかな矛盾が観察される等、事業運用に関する解釈の不統一がみられ、正確な実態把握に支障が多い。

このような状況を是正し、医療資源や運用実態を二次医療圏など各圏域ごとに的確に把握する手法、精神科救急医療体制整備事業に関し、統一した共通認識とするための手法の開発を目指す。

### 3) 精神科救急及び急性期医療における薬物療法標準化に関する研究（八田分担班）

一般的に、統合失調症に対する薬物治療として、抗精神病薬の単剤治療とすることが理想であるが、単剤での早期治療反応が不十分な症例への第二の治療方略の選択根拠は不明瞭なことが多く、治療者の恣意性や治療環境が大きく影響している。

標準とされる多くのガイドラインは救急・急性期の現場を想定しておらず、その推奨内容がそうした現場でどれほど確かな根拠となるのかは不明確である。救急・急性期の現場では臨床試験実施の困難さから、確実性の高いエビデンスが圧倒的に不足している。

こうした臨床疑問について、これまでに取り組んできた救急・急性期を本務とする多施設共同研究体制を活用し、

単剤で対処できる割合

クロザピンの適応があるが導入できない割合

ECTを実施せざるをえない割合

に関してのエビデンスの確立を図る。

#### 4) 精神科救急及び急性期医療における薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究（松本分担班）

精神科救急医療における薬物関連障害患者への対応については、急性中毒の治療に終始せざるを得ず、基底にある依存症への本来的な治療がなされないまま事例化が繰り返される状況がしばしば認められる。

相模原障害者施設殺傷事件の被疑者が、事件前に薬物関連障害として精神科救急医療サービスを経由した経緯があることから、本領域についての関心が高まり、対応のあり方や旧来の法整備の課題などがあらためて浮き彫りとなっている。

しかしながら、多様な精神疾患への対応が求められる現状にあっても、救急医療の現場でそのすべてを完結することは物理的に不可能であり、初期対応のための知識やスキルの向上、専門医療や関係機関との連携手法の確立等によって機能分化の中で適切に対処す

ることが現実的である。

これらの課題について、それぞれの側面から実効的な対策を講じる必要があり、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応として

司法的な対応のあり方

薬物乱用・依存への介入のあり方

の2つのテーマについて検討することを目的とした。

#### 5) 精神科救急及び急性期医療における自治体および医療機関の連携等の地域体制の在り方に関する研究（塚本分担班）

休日・夜間に受診前相談を担っている精神医療相談事業および精神科救急情報センターは、先行研究においてその機能や実績に大きな違いがあることが明らかとなっている。平成28年度障害者総合福祉推進事業「精神科救急体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究」ではこれら受診前相談における役割と技能要件の明確化を基準として示し、日本精神科救急学会はガイドラインの中で受診前トリアージにおける推奨事項を発表、研修会を開催しているが、引き続き標準化を進める諸策を提言し、継続的に地域状況のモニタリングと個々の従事者の認識や技術の向上が必要である。

#### 6) 精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究（橋本分担班）

一般救急医療と精神科救急医療との連携体制に課題が多いことは従来指摘されており、特に身体合併症を有する精神科疾患においてこの問題は顕著で、課題の明確化と対策立案が急がれるところである。消防法改訂などの法整備、自殺対策・災害対策等の政策を軸とした連携体制強化、学術団体による教育研修コースの開発などの取り組みがある一方で、医療連携の均霑（てん）化・円滑化は十分といえず、地域医療システムや個々の医療従事

者の技量の改善も重要である。

これらの現状と課題を踏まえ、

救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状確認

病院前救護における精神科トリアージの改善

精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握手段の開発

を目的とした。

## B. 方法

個々の課題ごとに分担研究班を設置し、それぞれの領域における第一人者を分担研究者として任命した。対象、研究方法(調査方法)、使用する評価尺度、研究期間およびスケジュールなど、必要な諸手続き、統計解析/分析の方法等の詳細については、各分担研究報告書を参照されたい。

各分担班の研究成果は最終的に集約され、精神科救急及び急性期医療に関する包括的ガイドラインとして、日本精神科救急学会「精神科救急医療ガイドライン」の改訂作業にその内容を反映させる予定である。

### 1) 精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究(杉山)

平成 29 年度は、過去の精神科救急医療体制整備事業の実施要綱の変遷と、同事業の実績に関する自治体ごとの経年変化をまとめ、得られた結果をもとに自治体に対する調査をピアレビューの形で行って、医療判断に影響する因子を地域性や医療体制の観点から探った。

続いて、個別の新規発生事例における個々の医療判断について、精神科救急入院料病棟を有する医療機関を休日・夜間に受診したケースを対象に調査を実施した。調査内容は、先行研究にて策定した診断基準を元に、国内の領域エキスパートを招集し、十分な検討を行って決定した。

また、大都市圏を中心に精神科初期救急医

療体制の実態について自治体に聞き取り調査を行い、診療所の活用可能性等を検討した。

これらの調査結果をもとに、平成 30 年度中に非自発入院の判断のための標準化策を検討・提案し、ガイドラインに反映させるべき推奨事項を定める。

### 2) 精神科救急及び急性期医療に関する実態と課題に関する研究(平田分担班)

各都道府県から厚生労働省に報告された平成 28 年度の精神科救急医療体制整備事業の年報を集計し、事業の運用実績を分析した。精神保健福祉資料およびレセプト情報・特定健診等情報データベースに基づいて、全国の精神科救急入院料病棟の運用実績を調査・分析した。これらのデータに加え、地方厚生局資料や病院報告、国勢調査等に基づいて、二次医療圏等各医療圏単位で精神科救急医療資源に関する情報を表示する全国マップを作成した。

### 3) 精神科救急及び急性期医療における薬物療法標準化に関する研究(八田分担班)

分担研究者が 2007 年から運営する精神科救急医療現場の多施設共同研究ネットワーク(Japan Acute-phase Schizophrenia Trial [JAST] study group)における観察研究とし、

精神病性障害の救急・急性期薬物療法上、抗精神病薬の単剤で対処できる割合(最初に選択した抗精神病薬が奏効あるいは早期治療反応不良で切替えた抗精神病薬が奏効)、精神病性障害の救急・急性期において、クロザピンの適応があるが導入できない割合、ECT を実施せざるをえない割合を検証する。

選択基準、観察項目、解析方法等の詳細については分担研究法則所を参照されたい。

平成 29 年度中に観察を開始し、平成 30 年 8 月までのデータを蓄積、その後解析して根拠を確立し、推奨事項を検討する。

### 4) 精神科救急及び急性期医療における薬物

## 乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究（松本分担班）

平成 29 年度は、精神科急性期医療の専門家、薬物乱用・依存治療の専門家、法律の専門家、地域精神保健福祉行政関係者などの幅広い有識者を研究協力者として募り、2 つのテーマ（司法的な対応のあり方、薬物乱用・依存への介入のあり方）に関して意見交換を行い、論点を整理した。

## 5) 精神科救急及び急性期医療における自治体および医療機関の連携等の地域体制の在り方に関する研究（塚本分担班）

各都道府県における精神科救急医療体制整備事業の運用実態、及び課題を把握するため精神科救急医療体制整備事業等調査『精神科救急医療体制を整備するための手引き』における「評価および整備のための基準」調査を実施し分析を行った。

## 6) 精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究（橋本分担班）

- 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状確認について、以下の観点から研究を行った。
- ア 並列型医療連携の好事例研究として、救命救急センターと精神科を有し、救急科と精神科との円滑な連携、患者への医療提供を実現できていると考えられる 6 施設を過去の報告例等から選択し、特徴を調査した。
  - イ 救急医療従事者に対する精神科救急の教育研修コースである Psychiatric Evaluation in Emergency Care : PEEC コースを複数年にわたり、定期的で開催している地域について、連携の特徴などの調査を行った。
  - ウ 地域で生活する精神科患者の救急隊要事案に着目し、搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査を行う目的で、全国の消防機関を対象に調査を開始した。救急

活動に影響する救急と精神科医療資源の地域偏在について調査を予定した。

病院前救護における精神科トリアージの改善について、先行文献を精査し、エキスパートオピニオンによって、病院前救護スタッフが用いる精神科救急トリアージ・スクリーニング尺度のプロトタイプを作成した。妥当性検討を目的に次年度以降の調査を予定している。

精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握手段の開発について、の結果が得られた時点で把握すべき項目や調査対象などを検討し、調査を実施して実態把握、方策の策定を行う予定。

### 【倫理面への配慮】

本研究の実施に当たっては、文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成 29 年 2 月 28 日改訂）を順守した。研究 1）における横断面調査は、研究代表者が所属する公益財団法人復康会の倫理審査委員会における承認を得たうえ、調査実施各機関の必要に応じて当該機関の倫理審査委員会の承認を得て行った。研究 3）における観察研究は、分担研究者の所属する順天堂大学医学部附属練馬病院の倫理審査委員会の承認を得たうえ、調査実施各機関の倫理審査委員会の承認も得て行った。

## C. 結果 / 進捗

### 1) 精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究（杉山）

精神科救急医療体制整備事業の実施要綱変遷、および自治体ごとの実績に関する経年変化を新たに整理してまとめた。まとめた結果を資料として各自治体に送付し、ピアレビューの形で調査を実施したところ、36 自治体から回答があった（回答率 76.6%）。変化があったと回答した自治体は 23 で、その理由について



ては不明が最も多かった。次に多かったのが事業運用の取り決めの変更による変化で、国の要綱改訂、医療資源の増減も少数見られた。自由記載を含めると、変動理由は医療資源や人材の過不足、補助状況など仕組みの変更による影響が主と考えられた。

非自発入院の判断に関する調査では、精神科救急入院料病棟を運営する全国 134 の医療機関のうち 55 (41.0%) 機関から 509 例の時間外受診ケースの医療判断実態に関する回答を得た。対象を非自発入院、自発入院、非入院等の転帰に応じて分類し、患者背景、基本要件、状態像、重症度、緊急に医療的介入を要する因子について、群間比較を行った。

その結果、まず現行制度下では、入院医療必要との専門医学的判断にもかかわらず、制度上の理由により導入できないケースが 1.2%程度発生していたことが確認された。

基本 5 要件 (医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性、治療の可能性) のうちすべてが入院要否判断に関連し、前 3 者は非自発入院の判断と関連していた。重症度は、入院要否判断、非自発入院の両判断に影響した。緊急に医療的介入を要する因子のうち行動因子、さらに行動因子のうち他害も両判断に関連したが、行動因子のうち自傷ではむしろ自発入院が多く、入院要否判断への影響はなかった。行動因子のうち自律不全では自発 / 非自発の判断において差が見られず、入院不要と判断されることの方が多かった。サポート因子は自発入院の割合が高く、医療関係性因子のうち中断例は要入院判断、かかりつけ医が対応できない場合は入院不要判断が多かった。

なお、精神科救急医療における時間外受診の需要 (ニーズ) は、意識障害、幻覚・妄想、精神運動興奮、抑うつ、躁、解離、酩酊、昏迷・亜昏迷不安・焦燥、副作用、身体合併症、認知症、残遺症状、行動異常、不眠、その他という代表的な 16 の状況に集約された。

初期救急医療体制の調査では、5 自治体で

体制整備が確認され、それぞれの特徴を明らかにした。基幹型は唯一、他は輪番型であった。診療所協会など診療所代表者は、地域の体制整備事業の連絡調整会議に必ず関与していたが、実際の診療貢献は熱意ある有志による体制で実施されていた。

## 2) 精神科救急及び急性期医療に関する実態と課題に関する研究 (平田分担班)

平成 28 年度の精神科救急医療体制整備事業は、受診前相談 190,565 件 (人口 100 万当たり 1 日 4.11 件)、夜間・休日の救急受診は 42,122 件 (同 0.91 件)、その 42.0% に当たる 17,708 件 (同 0.38 件) が入院となった。入院の 77.3% が非自発入院、緊急措置、措置、応急入院の 3 形態は大都市圏を中心に全体の 24.7% を占めた。精神保健福祉資料 (平成 29 年 6 月 30 日現在) では、全国 140 施設の 214 病棟に精神科救急入院料が認可され、平均すると 1 病棟当たりの病床数 47.1 床に 40.1 人が在院する計算結果となった。非自発入院 74.6%、隔離 18.6%、身体拘束 6.1% であった。主診断は F2 が 48.1%、F0 が 10.7%。65 歳以上の在院患者は 28.1%、在院 3 ヶ月を超えて残留する患者は 6.1% であった。レセプト情報・特定健診等情報データベースでは、平成 26 年度の 1 病棟当たりの年間入院者数は 279.3 人であった。方法に記載した情報をもとに、二次医療圏、精神科救急医療圏、都道府県単位で、精神科救急入院料認可施設など、精神科救急医療資源に関する情報を表示し、随時更新できるサイト、地域精神医療資源分析データベース (ReMHRAD) をインターネット上に構築した。

## 3) 精神科救急及び急性期医療における薬物療法標準化に関する研究 (八田分担班)

上記観察研究の全体計画が平成 29 年 6 月に順大練馬病院倫理委員会で承認され、11 の各病院の倫理審査を経て 9 月からデータ収集を開始した。

6 ヶ月経過時点(平成 30 年 2 月末日)での集積症例数は 1,134 であり、既に目標数を超えて順調に進捗している。平成 30 年 8 月末日に最終登録症例の経過観察を終了し、解析作業を行い、文献レビューした成果と比較検討し、ガイドライン訂版に向けた準備を行う。

#### 4) 精神科救急及び急性期医療における薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究(松本分担班)

有識者を募った合議体において、「司法的な対応のあり方」に関しては、職務上正当な理由があれば、医療者はたとえ公務員の立場にあったとしてもつねに犯罪告発を義務付けられているわけではないことが確認された。また、麻薬及び向精神薬取締法 58 条の 2 における麻薬中毒者届出制度には、今日の精神科医療の実情にそぐわない面があり、運用実態の把握や制度の見直しが必要であると考えられた。一方、「薬物乱用・依存への介入のあり方」については、精神科救急病棟における限られた入院期間で、簡易介入ツールを用いたかわりや、家族に対する情報提供と退院後支援に向けたケースマネジメントが必要であることが確認され、その認識にもとづいて、独自に簡易介入ツール、ならびに家族への情報提供資料の開発を行った。

#### 5) 精神科救急及び急性期医療における自治体および医療機関の連携等の地域体制の在り方に関する研究(塚本分担班)

37 自治体から回答を得た。各自治体における精神科救急医療体制整備事業における受診前相談の実態は、人口万対相談件数で 24 時間精神医療相談窓口(0.6 件~110.5 件)、精神科救急情報センター(0.3 件~33.8 件)と自治体間で大きな差が生じていた。

受診前相談については、精神科救急情報センターおよび精神科医療相談窓口の役割について、「利用者が利用しやすいような配慮によって体制を整えるとともに、医療圏ごとの具

体的対応が可能な実効的サービスとして設置すること(有益な情報提供や助言ができないような、圏域を越えた相談等が発生しないための配慮などの評価)。なお、必要な広域調整については、あらかじめ連絡調整会議で取り決めること(必須水準)について、該当 17 自治体(45.9%)に留まり、部分該当 16 自治体(43.2%)、非該当 4 自治体(10.8%)、また「地域の具体的な資源に関する知識、必要要件として業務手順を定めること(必須水準)は、部分該当 10 自治体(27.0%)、非該当 7 自治体(18.9%)であった。さらに「連絡調整委員会において個々の事例の対応適切性に関する事後検証(必須水準)について、部分該当 13 自治体(35.1%)、非該当 15 自治体(40.5%)と実施実態は僅かで、受診前相談体制を整備するにあたっての課題として浮き彫りになった。

#### 6) 精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究(橋本分担班)

救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状確認

##### ア 並列型医療連携の好事例研究(6 施設)

では、それぞれの施設で地域における身体合併精神科症例の治療に取り組む実績を積み重ね、自殺対策などにも積極的に関与することで、地域内の役割を担っていることに加え、県・市からの助成・基金など財政面での支援があること、救急科・精神科上層部が協働作業を重視していることが重要な背景であった。

イ PEEC コース定期開催地域における連携の特徴としては、医療(救急科・精神科)だけでなく、保健行政、消防等の多職種が運営維持に関わるような枠組み作りが重要であり、予算確保、人材育成がポイントであることがわかった。

ウ 搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査、および救急と精神科医療資源の地域偏在に関する調査では、質問紙を作成し、前者について調査を開始した。

次年度には後者の実施を予定している。

病院前救護における精神科トリアージの改善では、先行文献を精査し、エキスパートオピニオンによって、病院前救護スタッフが用いる精神科救急トリアージ・スクリーニング尺度のプロトタイプを作成した。妥当性検討を目的に次年度以降の調査を予定している。

精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握手段の開発は、の結果を用いて全国調査を行う必要があるため、現時点では進捗が得られていない状態である。

#### D. 考察

平成 29 年度末において、各分担班の研究的取り組みの多くが途上にあるものの、相応の有用結果が得られた。

精神科救急医療における医療判断は、国や自治体による事業の整備状況で変動する可能性があるものの、非自発入院を中心とした時間外入院はある一定幅で実施されていた。「人口万対時間外受診件数」「時間外受診者の入院率」「人口万対入院件数」等の指標は、地域の医療判断の傾向を間接的に示す可能性があり、今後同指標を用いたモニタリング等が有効であるかもしれない。

また個別のケースにおける医療判断は重症度のみならず、多因子が影響しており、これらの因子を明確化することにより、医療判断の客観性と妥当性を向上できる可能性がある。ニーズがどのように集約されるのかについても根拠が得られ、今後、さらに考察を深めて、医療判断に一定の妥当性を実現できるよう、要因を整理し、標準化のための指針に反映させたい。

さらに、今回の調査では医療判断が制度上の制約によって実際の医療導入に反映されない事態の発生及びその頻度が確認され、課題提起の形となった。この点についても、今後法律家や行政担当者を含めたさらなる総合的議論が必要と考えられる。

比較的軽症例を扱う初期救急医療体制が初めて調査され、一部の熱意ある診療所医師により支えられていた。取り組みは評価されるものの構造的な不安定性を有し、事業の定着には種々の課題がある一方、体制として行うことで、地域としてのトリアージスキルの精度向上、正確なトリアージの実施、限られた医療資源の有効活用、さらには地域の医療連携における促進的作用等の有用性も考えられた。

今回、全国規模の種々のデータソースから精神科救急医療体制整備事業の年度実績を多面的に観察することができた。ただし、精神科救急医療体制整備事業報告における対応件数カウントの解釈が不統一であるといった課題は依然観察された。衛生行政報告例による年間の措置入院決定数を参照すると、その過半数は夜間・休日の精神科救急事業においてなされており、特に大都市圏では精神科救急医療体制整備事業が重症患者の入院治療に貢献していることがわかる。

精神科救急医療資源の把握については、各種の情報ソースを活用し、全国マップを作製に着手した。精神科救急入院料を算定する医療機関は確実に普及し、それに並行するように、この 20 年間で精神科の平均在院日数が約 6 割に短縮し、在院患者数も約 15% 減少していることから、日本型の脱入院化が着実に進行しているものと評価され、精神科救急医療の推進がそれに一役買っている可能性が考えられた。

医療資源や運用実態を二次医療圏などの圏域ごとに的確に把握する手法を確立するため、今後は精神科救急医療体制整備事業に関し、統一した共通認識とするための手法の開発を目指す必要がある。

精神科薬物療法に関して、一般的な統合失調症に対する薬物療法のガイドラインでは抗精神病薬の 2 剤併用は避けるべきとされているが、精神科救急・急性期の真の現場で行われる本分担研究により結果が得られたならば、

実際の臨床において抗精神病薬の単剤で治療できる割合と、逆に2剤の併用をせざるを得ない割合、本来治療抵抗性であるためクロザピンを導入すべき割合、ECTをせざるをえない割合など、一般的なガイドラインや臨床試験では言及されない臨床の真実が明らかとなる。

この成果は、患者およびその家族と医療側との薬物療法に関する相互理解に直接的に寄与できる。すなわち、理想と現場の乖離を量的・質的に検証することにより、我が国の医療制度において、あるいは医療安全上、細やかな管理の実現をもたらすことが期待される。

薬物関連精神障害の対応については、有識者を募った合議体において、「司法的対応のあり方」について議論し、職務上正当な理由があれば、医療者はたとえ公務員の立場にあったとしてもつねに犯罪告発を義務付けられているわけではないことが確認された。各法律が異なった立法根拠を持ち、それぞれの判例が個別背景を反映しているため、法的解釈幅が広く、現場での混乱もしばしばあったことから、一定の見解が示されたことは一つの前進と言える。これにより精神科救急医療スタッフの薬物関連障害患者に対する忌避的感情が緩和され、司法的対応に際しての判断の混乱防止が期待できる。ただし、最適な対応とはやはり個別に吟味されるものであり、医療的対応にせよ告発や司法対応にせよ、今回の議論がすべての症例に対して一律の方向性を推奨する根拠になるものではない。一方、医療者は薬物依存症に関する医学的知見が、依存症患者の違法薬物使用を治療的に活用することを推奨することは知識として有しておくべきである。

また、麻薬及び向精神薬取締法58条の2における麻薬中毒者届出制度に見直しが必要であると認識されたことは、現在の現場の混乱解消の一步となり得るかも知れない。

「薬物乱用・依存への介入のあり方」については、次年度以降簡易介入ツールの検証結

果が期待される。薬物関連障害患者に対して医療の早い段階での積極的介入が可能となれば、地域における薬物依存症患者の回復促進につながる可能性がある。

精神科救急医療体制整備事業を実施する自治体の体制としては、先行研究で策定した「体制整備のための手引き」における「評価および整備のための基準」を用いた自己評価によって、未整備の項目が焦点化され課題として抽出される。各自治体は自身が解消すべき課題として認識し、対策も焦点化できるという点で当評価法が一定の意義を発揮したといえる。一方、結果を鑑みると、受診前相談体制を中心に地域体制の更なる質の向上が求められるものと考えられる。継続的に同じ評価方式を用いて評価していくことで、整備の進捗等が可視化できる可能性がある。

なお、事業実施要綱において、各自治体に提出を求めている各報告様式は、受診者数や受診者のうち入院した者の数は把握することができるものの、事業アウトカムすなわち受診依頼に対する応需実態を評価できない点が課題として指摘できる。また、受診依頼に対し応需しなかった理由の適否についても検証ができるものにもなっていないことから、報告様式についても見直すべき余地があると思われる。

一般救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状を、並列型医療連携の好事例として医療機関内連携、PEEC 継続的開催地における地域連携の二つの視点で確認したところ、平時の関係者間の意思疎通はもとより、身体合併精神科症例対応、自殺対策といった共通認識すべき臨床課題、地域課題を軸に、継続的な実践的取り組みによって信頼を構築することが重要かつ、方策の一要素であることがあらためて確認された。また、医療（救急科・精神科）だけでなく、県や市の保健行政、消防等の多職種が関わるような枠組み作りが重要であり、その認識を組織の上層部が理解、把握したうえ、財政面での支援（獲得）

や人材育成に積極的であることが要因として確認された。今後、全国の他の地域において、並列型のみならず地域内の縦列型連携の推進にとっても参考になる所見と考えられる。

搬送困難事例における実態や病院前救護における精神科トリアージの改善など、連携推進に必要な課題への取り組みは現在途上にあるが、今後これらの方策の充実を図り、精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握手段の開発につなげ、全人的な地域医療体制の構築に資する知見を見出したい。

2019年(2018年度末)に予定されている本研究の最終成果は、報告者らが以前に作成した、日本精神科救急学会編「精神科救急医療ガイドライン」(2015年版)の次期改定(2020年発刊予定)への反映を目指す。本ガイドラインは、精神科救急及び急性期医療に関する地域体制整備、受診前相談、医療判断、ケアプロセス、薬物療法、自殺未遂者対応、について集約的な標準化を推奨する内容であり、今回の分担班での成果を各項目でアップデートするほか、規制薬物関連精神障害等や、一般救急部門との連携についても項目追加などを行ってより包括的となることを目指す。

これにより、現場の診療の標準化がはかられ、入院医療の適正化や、入院長期化のさらなる防止が全国規模で推進される効果が期待できる。入院急性期医療の標準化は、全体システムとしての「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の完備にも寄与が大きい。

また、精神科救急医療の地域体制、医療内容について、医学研究的として学術的に取り組むことにより、医療実践がより確実な科学的根拠に基づく医療として標準化され、その治療成果やサービスの向上は国民である利用者の疾病克服や健康増進に直接の効果をもたらすことが期待される。

## E. 健康危険情報

特になし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Hatta K, Sugiyama N, Ito H. Switching and augmentation strategies for antipsychotic medications in acute-phase schizophrenia: latest evidence and place in therapy. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* (in press)
- 2) Hatta K, Katayama S, Morikawa F, Imai A, Fujita K, Fujita A, Ishizuka T, Abe T, Sudo Y, Hashimoto K, Usui C, Nakamura H, Yamanouchi Y, Hirata T, for the JAST study group. A prospective naturalistic multicenter study on choice of parenteral medication in psychiatric emergency settings in Japan. *Neuropsychopharmacology Reports* (in press)
- 3) 松本俊彦：薬物依存をめぐる法整備．臨床精神医学 46(4): 437-442, 2017．

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

特になし

## 文献

1. 平田豊明：精神科急性病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究．厚生労働科学研究費補助金，障害保健福祉総合研究事業，精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究，平成16年度総括・分担研究報告書，2005

2. 平田豊明：精神科救急病棟の運用実態に関する研究．厚生労働科学研究費補助金，障害保健福祉総合研究事業，精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究，平成 17 年度総括・分担研究報告書，2006
3. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究．平成 19 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，平成 19 年度総括・分担研究報告書，13-70，2007
4. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究．平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金．こころの健康科学研究事業．平成 19 年度分担研究報告書，2008
5. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（第 2 報）平成 20 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，平成 20 年度分担研究報告書，2009
6. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（第 3 報）平成 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，平成 21 年度分担研究報告書，2010
7. 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究．平成 22 年度厚生労働科学研究補助金（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在り方に関する研究，分担研究報告書，2011
8. 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究．平成 23 年度厚生労働科学研究補助金．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在り方に関する研究，分担研究報告書，2012
9. 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究．平成 24 年度厚生労働科学研究補助金．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在り方に関する研究，分担研究報告書，2013
10. 平田豊明：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．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，2014
11. 平田豊明：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．平成 26 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（研究代表者：安西信雄），分担研究報告書，2015
12. 平田豊明：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．平成 27 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（研究代表者：安西信雄），分担研究報告書，2016
13. 日本精神科病院協会：精神科救急医療体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究（平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業））報告書，2017
14. 安西信雄、杉山直也、平田豊明ほか：平成 25～27 年度厚生労働科学研究「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」総合研究報告書．2016 年
15. 日本精神科病院協会編（杉山直也、平田豊明、塚本哲司ほか執筆）：平成 28 年度厚生労働科学研究「精神科救急体制の実

- 態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究」報告書．2017年
16. Kuipers E, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Kendall T. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014;348:g1173.
  17. 日本神経精神薬理学会編. 統合失調症薬物治療ガイドライン. 医学書院. 東京. 2016
  18. 八田耕太郎, 中村満, 須藤康彦, 三澤史育: 第4章 薬物療法. 精神科救急ガイドライン 2015年版, 日本精神科救急学会編, へるす出版, 東京, 89-134, 2015
  19. Emmelkamp, P.M.G., Vedel, E. (2006) Research basis of treatment. In “Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner’s guide to theory, methods, and practice (Emmelkamp & Vedel)”, Routledge, New York, pp.85-118.
  20. 法務省保護局・矯正局・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部(2015)薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン. 2018年4月22日最終確認  
<http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>
  21. 河上和雄・古田佑紀・原田國男・中山善房・渡辺咲子・河村 博 編(2012)大コメンタール刑事訴訟法 第2版 第4巻 第189条~第246条. pp769~770, 青林書院, 東京.
  22. National Institute on Drug Abuse (2018) Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition).  
[https://www.drugabuse.gov/publications/principles-effective-treatment](https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment) 最終確認 2018年4月23日
  23. 最高裁判所判決: 最決平成17年7月19日刑集59巻6号600頁(2005)  
[http://www.courts.go.jp/app/hanrei\\_jp/detail2?id=50093](http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=50093) 最終確認 2018年4月23日
  24. 安富潔(2009)刑事訴訟法. pp79, 三省堂, 東京.
  25. 埼玉県立精神保健福祉センター.平成24年厚生労働科学研究補助金(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
  26. The Victorian Government Department of Health: Statewide mental health triage scale, Guidelines. Stream Solutions, Level 3, 157 Spring Street, Melbourne, Victoria 3000 May 2010
  27. Beveridge, R. et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med*. 1(3suppl), 1999, S2-28.
  28. Sands, N., Elsom, S. & Colgate, R. UK Mental Health Triage Scale Guidelines, UK Mental Health Triage Scale Project, Wales, 2015.
  29. 監修 日本救急医学会・日本救急看護学会・日本小児救急医学会・日本臨床救急医学会: 緊急度判定支援システム JTAS2017ガイドブック. へるす出版, 東京, 2017.
  30. 伊藤重彦: 精神科患者の救急搬送に関する研究, 総務省消防庁 平成24年度消防防災科学技術研究推進制度 総括・分担研究報告書, 2013年2月.
  31. 杉山直也: 小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための具体的方策に関する

- 研究，平成 22 年度 厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業），2011 年 9 月。
32. 橋本聡，渡辺健次郎，高橋毅：救急業務で簡便に使用できる精神科疾患スクリーニング尺度の作成，平成 17 年度 救急振興財団調査研究助成事業報告書，2006 年。
33. 平田豊明ほか：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（第 2 報），平成 20 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）分担研究報告書，2009 年 3 月。
34. Kishi, Y. Kathol, RG.: Integrating Medical and Psychiatric Treatment in an Inpatient Medical Setting, The Type IV Program. *Psychosomatics*, 40:345-355, 1999.