

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

研究分担者：橋本聡（国立病院機構熊本医療センター 精神科）

研究協力者：日野耕介（横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター）、兼久雅之（東京都立松沢病院）、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）、五明沙也加（獨協医科大学救急医療科）、河寫讓（国立病院機構災害医療センター）、北元健（埼玉医科大学病院急患センター）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）

要旨

精神障害者の地域移行は本邦の重要施策である一方、一般救急医療と精神科救急医療との連携体制には課題が多いことは以前より指摘されてきている。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あり、課題の明確化と対策立案が急がれるところである。法整備、自殺対策・災害対策を軸とした連携体制強化、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。この背景をもとに本研究班では以下3つの観点から研究に取り組んだ。まず、①救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状を確認すること、次に、②病院前救護における精神科トリアージの改善を図ること、最後、③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の手段を開発することなどを課題とした。

課題①については、さらに3つの視点に細分化した。

〔①-1〕 並列型対応施設（救命救急センター＋精神科医療部門）において有効な救急科－精神科連携を行っている施設について好事例研究を行い、それらの施設では地域行政からの公的な役割が付与されていて、地域内で合議の場を持つ努力、救急科・精神科双方からの歩み寄りが為されていることがわかった。これを踏まえ、平成30年度では救急医療従事者が必要と考える連携改善策について質問紙調査を行い、実務者はPEECコース参加などから対応力強化を図りたいと考えていると同時に、メディカルコントロール協議会へ精神科医が参加するなど救急科－精神科の連携円滑化を図るべきだと考えていることがわかった。

〔①-2〕 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も調査を行い、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。これを踏まえ、平成30年度は、複数の新規PEECコースの開催に際し、コースそのものの効果をGKSES（Gatekeeper Self-efficacy Scale）を用いて測定すると同時に、各コースコーディネーターへ聞き取りを行い、新規開催ならびに継続開催の要点を探った。その結果、PEECコースはゲートキーパーとしての自己効力感を明らかに改善していた。コーディネーターへの聞き取りからは、合議体を形成し、救急科－精神科が双方乗り入れた形での合議体形成を図り、新規開催までに複数の地元スタッフを育成しておくことが肝要だとわかった。

〔①-3〕 地域で生活する精神科患者が病状不安定となる時、救急隊がその初動にあたるこ

とは少なくないと考えられる。これまで搬送困難事例の背景因に精神科疾患、小児、産科、外傷、複数の診療科関与などが存在すると指摘されてきた。このため、平成 30 年度は、搬送困難事例から連携の課題を抽出し、教育コースの効果を検証するため、全国の地域メディカルコントロール協議会（N=252）ならびに消防本部（N=744）を対象とし、ウェブを通じたアンケート調査を実施した。WEB による全国一斉調査では、搬送選定基準の作成、精神科輪番制度の確立を通じて、搬送困難事例はないと回答する消防本部を一部認めたが、小児・産科・外傷などに比べて依然として立ち遅れている現状があることがわかった。PEEC コース定期開催地域における、PEEC コースの地域医療に与える影響については詳細解析を続ける予定である。

②について、エキスパートオピニオンによって病院前救護における精神科トリアージの改善を図る目的でトリアージ、スクリーニングのためのツールを作成するため、日本精神科救急学会、日本総合病院精神医学会、国立病院機構の協力を得て、意見収集を行った。全国から 100 名のエキスパートオピニオンを得ることが出来た。病院前救護者が、メディカルクリアランスをきちんと確保すると同時に、精神科緊急度に合わせて迅速に判断できるだろうツールを作成した。今後は実臨床での普及啓発に務めつつ、妥当性検討を行う必要がある。

③について、最終的には地域連携パスの作成を要すると考えるが、医療資源の多寡によって求められる水準も異なるため、全国における、救命救急センター・二次救急医療施設、精神科救急病棟を有する医療施設、MPU/CIU 対応が可能な総合病院精神科病院の偏在を調査するとともに、オランダ、米国などで実施されている CIU 調査用紙の邦訳に取りくんだ。医療資源の偏在を確認するための調査協力体制を確保し、CIU 調査用紙の分担翻訳により日本語版を作成した。今後はこれらの結果を用いつつ、地域の実情に合わせた地域連携パスの作成等が望ましいと考えられる。

A. 研究の背景と目的

精神障害者の地域移行は国の重要施策である一方、一般救急医療と精神科救急医療との連携体制には課題が多いことは従来指摘されてきたところで、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あり、課題の明確化と対策立案が急がれるところである。

救急医療における精神科救急は、業務が開始された当初から問題の山積する領域であったため、平成 21 年の消防法改正、精神保健福祉法第 41 条に基づく指針への「連携」の重要性明記、診療報酬における医療連携活動の評価、自殺対策・災害対策を軸とした連携の推進など、一般医療と精神科医療との連携体制強化が試みられて来た。

また、連携の質を改善する目的で、日本臨床救急医学会は教育研修コース（Psychiatric Evaluation in Emergency Care: PEEC コース）を開発し、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

奨事項を発表するなど、関係学会も取り組んできた。

これらの取り組みにもかかわらず、医療連携が全国的に十分円滑になったとはいえ、地域医療システムおよび個々の医療従事者における認識や技術の双方の向上が必要である。また、一般救急医療における精神科救急事案の全体像はいまだに不明瞭なうえ、適切に医療・社会資源の提供にまで至ったのかを確認できない。

このような背景をもとに、本研究班では、一般救急医療と精神科救急医療との連携円滑化に向け、①救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状を確認すること、②病院前救護における精神科トリアージの改善、③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の手段を開発することなど、以上 3 つの視点について取り組んだ。

①救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状を確認するため、一般救急医療

部門と精神科医療部門とが円滑な連携を行っていると考えられる施設（国立病院機構熊本医療センター、横浜市立大学附属市民総合医療センター、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、大分大学医学部附属病院、国立病院機構災害医療センター、埼玉医科大学病院）を対象に、人的・施設の・組織的側面について調査を行った結果、2つの側面が明らかになった。第一の側面として、連携好事例となる施設では、地域行政から各施設へ公的な役割を付与すること、体制整備への財源確保が行われていることがわかった。第二の側面として、地域を総合病院に見立てた際、救急病院と精神科病院との連携円滑化を図るための要点が明らかになった。ここでは、ア) 地域内で合議の場を持ち救急科と精神科とが意思疎通を図ること（顔の見える関係作り）、イ) 患者対応における救急科と精神科の双方からの歩み寄り、ウ) 後進を継続的に育成する取り組み等が含まれることがわかった。平成30年度では、地域で救急医療に従事する実務者を対象に、意思疎通・歩み寄りが重要であるという仮説に基づき、アンケート調査を実施することとした。

①について、好事例調査に併せて PEEC コース先行展開地域も研究した。一般救急医療と精神科救急医療との連携改善にはソフト面の改善が不可欠であるため、この調査から、PEEC コースを運営するためには救急科・精神科の医療従事者のみならず、救急隊員、ソーシャルワーカー、臨床心理士、保健行政職員、警察などの多職種が関わる必要性がわかった。また、予算確保、スタッフ育成の課題などもわかった。平成30年度では、鹿児島県、山口県、鳥取県、沖縄県、宮崎県などで新規開催支援を行い、特徴や課題を整理するとともに、PEEC コース自体の効果判定に取りくんだ。

①について、精神科救急事案は搬送困難事例となりやすいことは既に指摘の多いところであり、その背景を精査する目的で、全国消防本部ならびに地域メディカルコントロ

ール協議会に対して行うこととした。また、PEEC コース展開が地域の病院前救護体制に与える影響を確認することにも取り組んだ。

②病院前救護における精神科トリアージの改善を図るため、国内外の先行研究を元に研究班内で協議を行い試案作成した。研究班の見解として、メディカルクリアランス（身体面の異常の否定）の確保、簡易的な精神症状評価を行い主訴を特定すること、精神症状の内容から緊急対応群、準緊急対応群、非緊急対応群などの緊急度評価を行うことが求められると考えた。平成30年度は、この試案の妥当性検討を行うため、国立病院機構精神科勤務医、日本精神科救急学会会員、日本総合病院精神医学会会員を対象にエキスパートオピニオンの収集を実施し、ツールのブラッシュアップを図った。

③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の手段を開発することについて、地域連携パスの作成を念頭に、検討事項を整理することとした。このなかで、中間報告書である平成29年度報告においては、1-3. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状についてで考察した Medical Psychiatry Unit（以下 MPU）もしくは Complexity Intervention Units（以下 CIU）についても取り組むこととした。

今回の最終報告書においては、本研究班が取りくんだ課題について、下記方法欄において個別的にとりあげる。

B.方法

1-1. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：救急医療従事者が必要と考える連携改善策

（課題）地域を総合病院に見立てた際、救急病院と精神科病院との連携円滑化を図るため、救急医療に従事する実務者が求める改善策を集約し、改善すべき点を明らかにする。

（調査方法）質問紙を配布し、回収を持って

同意とする。

(調査対象) 新規 PEEC コース開催支援に併せて実施し、受講者や見学者を対象とする。

(調査項目) 基本属性、救急対応数、救急活動中の精神科患者対応数、医療連携円滑度、搬送困難事例の要因、連携円滑化のための方策など。

(期間) 平成 30 年 9 月 15 日、10 月 12 日に実施して即日回収。

(倫理的配慮) 患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な聞き取り調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

(解析方法) 記述統計。

1-2. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：PEEC コースの効果と新規開催にあたっての課題集約

(課題) PEEC コースは受講者満足度の高いコースであることは複数回の学会報告がなされているが、外的妥当性のある尺度での検証が必要である。また、新規開催支援を行うことで、中間報告書の妥当性を検証し、課題を明らかにする。

(調査方法) 質問紙法。

(対象者) PEEC コースの受講者 (GKSES を使用)、ならびに PEEC コースコーディネーター (自由記述式の質問紙)。

(尺度) GKSES (ゲートキーパー自己効力感尺度) は、自殺問題の早期発見や早期介入のため、研修によってゲートキーパーとしての自己効力感が改善しているかどうかを確認するための尺度である。

(期間) 平成 30 年 8 月 26 日、9 月 15 日、10 月 12 日、平成 31 年 1 月 20 日、2 月 11 日

(倫理的配慮) 患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な質問紙調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

(解析方法) 記述統計

1-3. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査

(課題) 本邦の一般救急医療と精神科救急医療との連携における改善点を明らかにするため、本邦における病院前救護における搬送困難事例、特に精神科疾患が関与する問題の現状と課題を把握することが重要である。

(調査方法) ウェブを通じたアンケート調査

(調査対象) 全国の地域メディカルコントロール協議会 (N=252) ならびに消防本部 (N=744)。

(尺度 1) 地域メディカルコントロール協議会：救急科と精神科との協議の場の有無について。消防本部：精神科傷病者と自損行為傷病者の搬送人員、精神科傷病者と自損行為傷病者の受入施設とその受入実績、搬送困難事例の定義の有無、搬送困難事例に関連する要因、精神科傷病者と自損行為傷病者の搬送実態調査 (照会回数・現場滞在時間)、自損行為傷病者における不搬送事案の数と内訳など。

(補足調査) PEEC コース展開が地域の病院前救護に与える影響を測るため、展開地域とそれ以外を比較して、搬送困難事例数、背景要因他を検討する。このため、日本臨床救急医学会に協力依頼を出し、平成 25 年 7 月から同 30 年 10 月までの期間、全国の PEEC コースを受講した病院前救護者の匿名リストの提供を受け、検討すべき展開地域を特定する。

(期間) 平成 29 年度に作成したアンケート調査原票を用い、平成 30 年 4 月より調査回収を開始し、9 月末日までで〆切とした。回収終了後より解析。

(倫理的配慮) 患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な聞き取り調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

(解析方法) 記述統計

2. 病院前救護における精神科トリアージの

改善

(課題) 病院前救護において使用可能な、精神心理的問題をトリアージそしてスクリーニングできるツールは少なく、それらも少数のエキスパートオピニオンにて構成されている。

(調査方法) ウェブを通じたアンケート調査。
(対象者) 救急車搬送される精神科疾患患者への対応経験がある、後述のいずれかに該当する精神科医 (国立病院機構精神科勤務医師、日本精神科救急学会会員医師、日本総合病院精神医学会会員医師)。

(質問内容) メディカルクリアランス (身体面の異常の否定) の確保、簡易的な精神症状評価、緊急対応すべき精神科疾患・病態、ツールに含まれるべき疾患・病態での主訴や会話・外見などについて。

(期間) 平成 30 年度は、平成 29 年度に研究班が作成した尺度素案をもとに調査票を作成し、平成 30 年 10 月より調査を開始して、12 月末日までで〆切とした。回収終了後より、ウェブを中心に研究班で協議した。

(倫理的配慮) 患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な質問紙調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

(解析方法) 得られた質的情報をもとに KJ 法などを実施して整理し、トリアージ、スクリーニングのフローなども見直して、ツールの完成とする。

3. 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の手段の開発

(課題) 一般救急医療と精神科救急医療とが円滑に連携するためには、簡便に情報共有や情報伝達が出来るツールが必要である。また、救急車搬送を受けた身体合併症精神科疾患が、適切な身体科治療を受けた後、円滑に精神科治療を提供される環境を作るため、地域連携パスの作成などが考慮されるところではある。しかしながら、本邦でも医療資源の

偏在は大きな問題であり、精神科救急事案化した患者を適切な医療・社会資源につなげるための障壁となっていることから、救命救急センター・二次救急医療施設、精神科救急病棟を有する施設、MPU/CIU 対応可能な総合病院精神科などの偏在を把握し、それらがどの程度搬送困難事例化と関係しているかを確認する必要がある。なお、MPU/CIU とはメディカルケア対応力を高めた精神科病床のことを指す。

(調査方法) 全国における、1)救命救急センター・二次救急医療施設の偏在を調査、2)精神科救急病棟を有する医療施設の偏在を調査、3)MPU/CIU 対応が可能な総合病院精神科の偏在、この 3 つを調査し、1-3.にて実施した全国消防本部調査の結果との交絡を確認する。3)については、オランダ、米国などで実施されている CIU 調査用紙を入手できたため、日本語訳し、日本の臨床セッティングに即した調査用紙を作成する。

(期間) 平成 30 年度中に CIU 調査用紙の翻訳を完了し、上記 1)、2)に関するデータを確保する。

(倫理的配慮) 患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な聞き取り調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

(解析方法) 記述統計

C.結果/進捗

1-1. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：救急医療従事者が必要と考える連携改善策

平成 30 年 9 月 15 日 (鳥取市)、同年 10 月 12 日 (那覇市) に開催された PEEC コースに際し、受講者・見学者に質問紙を配布し、受講者 49 名、見学者 45 名から、受講者 35 名 (71.4%)、見学者 4 名 (8.9%)、立場不明 5 名の計 44 名から回答を得た (回収率 46.8%)。尚、新規開催コースでの調査を試みた理由として、通常、参加費を徴収して開催される PEEC コースでは見学不可であるところ、初

回に限り、受講者に告知の上で、広く知ってもらう目的から見学者受入れ可能としているため、多数からの調査回答を得る目的で協力依頼をかけた。また、学会併設コースでも、同様の理由から見学可能となっているため調査協力を依頼した。

回答者属性であるが、医師の4名が救急科所属、看護師の9名が救急医療部門所属と回答し、大半が一般救急医療に従事するものであった(表1)。回答者全体では、直近半年における救急車搬送患者の対応経験は平均して172.6名であったが、最小値0名、最大値900名と差は大きかった。また、対応経験のなかで精神科対応に限ると、全体では平均13.0名の現場対応経験となった。回答者の感じる、一般救急と精神科救急との地域内連携の円滑度を、1点をとても不良、7点をとても良好の7件法で尋ねたところ、全体では3.6点にて、医師は4.4点、看護師は3.2点、消防局員は3.1点という結果であった。

回答者らが考える搬送困難事例の背景因を表2に示す。搬送困難事例が発生しやすくなる要因として、病名・病態、次いで時間帯といった理由が大きいと考えられているようであった。病名・病態には、自損行為(N=20)、身体合併症(N=19)、複数の身体疾患既往(N=18)、単純酩酊(N=17)、幻覚妄想(N=17)といった細項目にチェックが付けられていた。

連携円滑化を図るため有効だと思われる対策として、PEECコースの開催(N=23)が最多で、メディカルコントロール(以下MC)協議会への精神科医の参加(N=18)、精神科協議会へのMC構成員の参加(N=11)が続き、精神科病院における内科医の充足(N=14)、身体科・精神科の相互往診制度(N=11)等も求められ、精神科輪番制度の強化(N=12)、有床総合病院精神科の増加(N=11)、精神科救急入院料病棟認可施設の増加(N=10)、精神科救急情報センターの強化(N=10)など、計124個の提案があった。

尚、一般救急医療と精神科救急医療との連

携円滑化において有効だと考えられる

PEECコースのコンテンツとして、7件法(1点がまったく不要、7点がとても有用)にて回答を求めたところ、過換気症例(平均値5.95)、自傷・自殺問題(平均6)、不穏症例(平均6.03)、違法薬物症例(平均5.97)の結果で、いずれも最頻値は7であった。

1-2. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：PEECコースの効果と新規開催にあたっての課題集約

平成30年8月から、翌31年2月までの期間、計5回のPEECコース新規開催があった(10月の沖縄は学会併催という新規形態であったため今回集計に含めた)。合計104名がPEECコースを受講し、そのうち60名からGKSESの提出が得られ、欠損値のあるものを除いた有効回答は57名であった。受講者の年代としては30代が17名と最多で、40代・50代の13名ずつが続いた。男性が37名(66.1%)を占めた。回答者の職種構成としては看護師16名、医師15名、消防局14名が主だったところで、ソーシャルワーカー、保健師、心理師、医学生など7職種が参加していた。回答者の平均キャリア年数は16.6(±11.6)年だった。回答者のほぼ全員(54名)が自殺未遂者ケアの経験がある一方、自殺未遂者ケア研修の受講経験があるものは39.3%と半分に満たないところ、今回のPEEC受講を非常に役に立つと回答したものが41名(73.2%)であった。

GKSESの結果を図1・2として示す。救急医療に従事するものが、自殺問題を早期発見し早期介入につなげるため、研修によってゲートキーパーとしての自己効力感が改善することが期待されるどころ、全体平均において2.98点から4.54点へ大きく改善していた。また、自己効力感につながると考えられる知識・評価・相談にのるスキル、リソースの理解などでもまんべんなく改善が認められていた。

平成30年度、当分担班の研究代表が開催

支援を行ったなかで、コースコーディネーターからの聞き取りが実施できた5コースを表3に示す。主に西日本の5地域で、平成30年8月から翌31年2月までほぼ1月ごとに開催されていた。大学主導型が1カ所、連合型が2カ所、行政主導型が2カ所にて、国公立系の精神科スタッフ・救急科スタッフが運営に関与していたが、関与の度合いはバリエーションがあった。予算類型は大学主導型で自給自足型をとり、学会併催は組み入れ型、行政主導型は行政事業型となっていた。開催までにスタッフ育成に取り組んでいたコースで、その次のコース開催が円滑に決まりやすいようであった。

1-3. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査

※第二相データクリーニングを予定しているため、質問項目によって母数の不一致を認める。

調査事務局を設置し、全国の地域メディカルコントロール協議会（以下MC協議会）（N=252）ならびに消防本部（N=744）からの回答を収集し整理した。データクリーニングの第一相が終了し、MC協議会から95件（回収率37.7%）、消防本部から598件（同80.4%）の回答を得た。調査期間である平成29年中に、回答の得られた消防本部が救急搬送した人員は4,516,034名となり、平成30年版消防白書²⁾による同期間における全搬送人員5,738,664名の78.7%を占めていた。尚、転院を除いた搬送人員は、合計が4,104,544名、最小が79名、最大が654,730名であった。

精神科救急に関わる項目として、現場から直接搬送された精神科事案（消防統計による分類）は86,425名（2.11%）、同様の自損行為事案は28,639名（0.70%）であった。

病院前救護における“搬送困難事例”の共通認識を探る目的で、この定義の有無について回答を求めたところ、「ある」と回答した

消防本部は78施設（13.0%）であった。便宜上、研究班の判断にて、現場からの病院照会が4回以上かつ現場滞在時間30分以上を搬送困難事例としたところ、数値回答を得られたのは523施設であった。

精神科関連傷病者の搬送円滑化のための方策を検討するなか、55施設から、対策は必要ないという回答を得た。30施設から具体的な理由が返され、搬送受入基準が定められているため（N=7）、精神科輪番制度が機能しているため（N=7）、精神科救急情報センターが機能しているため（N=2）といった良好な体制整備要因、受入施設が限られているため（N=6）といった施設要因、そもそも事案がない（N=10）といった事案要因などが明らかになった。その一方、対策は必要であるとの立場を示す消防本部も多かった（N=510）。

複数選択にて、搬送困難事例が生ずるそもそもの要因を調べたところ、疾患要因（N=389）、病名要因（N=253）、年齢要因（N=184）、時間帯要因（N=258）などがあげられた。疾患要因であるが診療科としては、圧倒的に精神科傷病者が多く（N=346）、次いで小児（N=96）、産科・周産期（N=73）、外傷全般（整形外科・外科・脳神経外科）（N=67）と続いた。病名要因のなかでは、いわゆる酩酊状態である急性アルコール中毒（N=159）、複数身体既往症（N=129）と続き、その他として、60ほどの外傷全般、50ほどの精神科全般（統合失調症ほか）があげられていた。

PEEC展開地域とその他との比較を行うため、補足調査を行った。平成25年7月から同30年10月までの5年余りの期間にて、全国39都道府県から、440名の病院前救護者が受講していることがわかった（表4）。都道府県別では、神奈川県58名、沖縄県49名、熊本県47名、鹿児島県27名、東京都22名と続いていた。神奈川県は横浜PEECコース、東海大学PEECコースが開催され、沖縄県では沖縄PEECコース、熊本県では熊本PEECコースが開催されているため、この4コース

を主催する医療機関が位置する4つの地域MC協議会圏域を「PEEC開催圏域」とし、それ以外の地域との比較を行った。

結果を表5に示す。PEEC開催圏域は4カ所の地域MC協議会圏域、20カ所の消防本部を含んでいた。比較検討は、PEEC圏域を除く全域を対象にしたものと、PEEC圏域の搬送人員の平均・偏差を元に、搬送人員が15,903名を超える圏域を除いたもので行った。PEEC圏域はその他の圏域と比較し、全搬送人員の平均が高く、過疎地も含む一方都市を多く含むと考えられ、その他の圏域に含まれる多数の過疎地の影響にて、単純な比較がむずかしいだろうことがわかった。精神系傷病者、自損行為傷病者においても同じ傾向がみられた。搬送先選定の際の照会回数、現場滞在時間も同様の傾向がみえる。特に精神系傷病者において、PEEC主催施設への搬送の集中が示唆された。

2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

WEB調査の結果、103名から有効回答100通のエキスパートオピニオンを得ることが出来た。エキスパートたちは、メディカルクリアランスの一環として、明らかにバイタルサインや理学所見の有無を重視していた。また、指示動作を円滑にこなせるか、会話が円滑に成立するか、精神症状のために見守りを要するかなども重視していた。このため、ツールの開発にあたって、ツールを使用することでメディカルチェックが確実に遂行される必要があると考えられ、それを可能にするツールの構造を考えた。

次に、研究班のなかで協議を行い、エキスパートオピニオンをもとに、精神科緊急度判定のあり方を検討し、研究班のなかでは緊急度を4段階にわけて表記することとした

(赤・橙・黄・緑)。本邦ならびに諸外国でも緊急徴候として重視されている自傷・他害の問題に加え、自傷・他害につながりやすい

精神状態として“興奮”、“まとまらない言動”を「赤」とした。「橙」には、希死念慮、幻覚妄想、不安感、活気がない、認知機能低下疑いなどの状態像を配置した。簡易的な精神症状評価として会話成立、指示動作、見守りの要否を配置し、精神科疾患が疑われても、これらに問題がなければ緊急度判定は「緑」とした。赤・橙・緑でもない状態を「黄」とした。このほか、緊急徴候を設定した。これら緊急度評価が終了した後に診断類型をスクリーニングすることとした。

ツール使用のフローチャート(付録1)を作成すると同時に、ツール詳細版(付録2)も作成し、また、緊急度判定の定義も作成した(付録3)。一般救急医療に従事する者が、精神科救急事案の緊急度評価とスクリーニングを行う本ツールをJapan Emergency Psychiatry Scale – Based on Expert Opinions(以下JEPS-Ex)と呼称する。

3. 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の手段の開発

平成30年度研究として、オランダ、米国などで実施されているCIU調査用紙を入手し、研究班で分担翻訳し、調査票を完成させた(付録4)。調査実施には総合病院精神医学会の協力が不可欠であるため、同学会の有床精神科委員会と協議を行い、調査実施に内諾を得ると同時に、有床精神科病院の施設一覧の提供を受けた。

今年度研究の1-1ならびに1-3を通じて、患者を適切な医療・社会資源につなげるためには、精神科救急入院料病棟認可施設の偏在も考慮に入れる必要がある。このため、日本精神科救急学会の医療政策委員会と協議を行い、施設一覧の提供を受けた。

また、一般救急医療と精神科救急医療との連携を図るうえで、ゲートウェイとしての救急告示病院、特に三次救命救急センターの存在は大きい。このため、総務省消防庁救急企

画室と協議してメディカルコントロール協議会・消防本部ならびに中核救急医療機関の一覧の提供を受けた。

D. 考察

1-1. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：救急医療従事者が必要と考える連携改善策

回答者の比率として消防局職員、救急看護師の割合が高くなっているが、これは PEEC コースの受講者割合を反映したものと考えられる。一般救急医療における精神科患者の対応については多寡があるようだが、PEEC コースに参加するもしくは見学するなど、一定程度、精神科救急対応に関心や問題意識があるだろう一群と考えられた。その中で、地域内医療連携について、病院前救護者、救急看護師はどちらかといえば円滑ではないと考えていて、救急医療に従事するとはいえ医師においては不良とも良好ともいえないと考えている可能性があり、これはより直接的に患者対応を行う機会が多いかどうかに関係している可能性があり、医師のニーズは他のコメディカルスタッフのニーズとは異なっている可能性がある。回答者数も限られているため、追試による確認を要する。

搬送困難事例の背景因として、過去の報告のように身体合併症、酩酊の振分け問題などがここでも認められた。幻覚妄想といった純粋な精神科救急事案が搬送困難事例となるのは、時間帯として夜間休日での発生などが影響している可能性があり、全国的な問題がここにも現れていると考えられた。その対策として、PEEC コースによる一般救急医療従事者のスキルアップがまずあげられ、次いで MC 協議会への精神科医の参加や、その逆となる動きが重視されていて、医療者自身の対応力改善とともに、それを活かすための連携方法模索が意識されているようだった。これは非常に現実的な方法であり、医療政策による後押しが重要と考えられた。それと同時に、有床総合病院精神科や精神科スーパー救急

病棟の増加は、ニーズはあっても簡単には実行出来ないものでもあり、強力な医療政策上の後押しを行うと同時に、上記コミュニケーションを図りつつの精神科救急情報センターの実効力アップを図る必要があると考える。

PEEC コース内のいずれのコンテンツも有用と受け止められていた。

1-2. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：PEEC コースの効果と新規開催にあたっての課題集約

これまで、PEEC コースの受講者満足度調査や、単独コースにおける GKSES を用いた効果判定の報告はいくつかあった。今回、複数の、初回コースで、多職種に対して効果判定を実施できたことは大きい。満足度調査そのものは外的妥当性の検討がなされていないものであり、単独コースからの報告については定期開催することでスタッフの熟練度もあがっているとも考えられ、妥当性検討された尺度を用いた、初回コースでの確認は重要であった。主には西日本を中心としているが、地理的にも離れた複数の開催地で、受講者を対象に GKSES を実施した結果、4 時間の研修コースを通じてゲートキーパーとしての自己効力感を改善できることがわかった。精神科救急医療体制の重要な一側面として、身体合併精神科救急事案の対応があり、その中で自殺問題は公衆衛生上の重大事でもあることから、一般救急医療従事者が満足感を持って、適切な初期評価方法を身につけることは非常に重要である。

PEEC コースでは、自殺問題のみならず、過換気症例、不穏症例、違法薬物症例などを学習するが、必ず、どの症例でも社会資源へのつながりをディスカッションすることから、自殺問題に関する基本的な知識や、危険性評価のみならず、相談にのるスキルや必要なリソースを紹介する力についても自己効力感が改善していることがわかった。

PEEC コースの新規開催において、平成 29

年度の中間報告でまとめた開催分類、各科関与、予算類型などを用いることで整理が容易となった。いずれのコースにおいても、運営首脳がコース開催へのニーズをどれだけ理解しているかが要点ではある印象であった。今回、事業組み入れ型はいずれも学会併催パターンとなり、救急地方会においては一般救急医療従事者への大きなアピールとなり、精神科系全国学会においては精神科医を始めとする精神科医療従事者への大きなアピールとなっており、ひとつのモデルケースと考えられた。行政事業型のコースのなかで、下関市の取り組みは、PEEC コースを開催するための予算化が図られており、医療資源の偏在と、その問題を医療協力にて乗り越える他ない地域事情を反映していると考えられた。行政が主導し、そこに地域の救急医療スタッフ、精神科医療スタッフが相乗りする形も重要なモデルケースと考えられた。延岡でのコースは、県の予算措置を受け、医師会が軸になる形をとっており、地域の救急基幹病院や大学病院が関与する理想的な姿であるが、今後の予算編成次第で動向が不透明な部分もある。鹿児島コースは、下関、延岡なども実施はしていた、開催前のスタッフ育成を精神・救急・病院前と幅広い職種で実施し、新規開催と共に第2回開催予定を決定することが出来た点などから、大学主導型の理想形といえるが、これは同時に市中救急病院などからの強いバックアップがあつてのことであり、それを可能にした合議体形成などに学ぶところも多い。これらから、開催前の事前準備、それに伴っての救急・精神双方からの共同作業、役割分担、役割明確化などが重要で、特に合議体形成は有効な手立てと考えられた。

1-3. 救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状について：本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査

今回調査で得られたデータは、回答率、搬送人員割合などから、本邦の病院前救護活動

の全体を反映するデータと理解できる。今回、消防本部全体の1割弱程度ではあるが、精神科関連傷病者の搬送円滑化に特化した対策は必要ないと回答していた。特定の医療機関に搬送する他ない、事案そのものが発生していないという回答も多かったが、実効的な搬送選定基準、精神科輪番制度、精神科救急情報センターの存在等もあがっており、本邦でこれまで整備が進められてきた精神科救急医療体制整備事業の効果と考えられる。地域で生活する精神科患者がひとたびクライシスを迎えるとき、広く知られたヘルプラインは119番か110番かであり、今回のような病院前救護における質的調査は体制整備の実効性を図るうえで有効と考えられる。また、有効な体制整備が出来ていると思われる地域の精査、好事例としての活用も考えられる。

搬送困難事例の生ずる背景については先行文献に示されるように、精神科疾患だけでなく、小児・産婦人科・外傷・複数診療科などがその原因としてあげられた。その一方、自由記載にもあつたが、小児・産婦人科救急などは搬送選定基準の整備などから困難感が減少してきていると思われ、今回調査ではかなりの数の消防本部が精神科をあげるなか、小児科、産科・周産期の数は少なくなっており、精神科救急医療体制整備のてこ入れが必要と考えられる。必要となる対策については詳細解析を続ける予定である。

PEEC開催による地域救急医療への影響を測るために解析を行った。PEEC開催地域は、比較的都市型で、精神科系傷病者や自損行為傷病者の救急搬送が比較的多く、そのため受入れ医療機関選定の際の照会回数が多くなりがちで、現場滞在時間も延長しがちである可能性が示された。このため、開催圏域の病院前救護者はスキルアップニーズを感じて受講が促進される可能性がある。また、救急搬送される精神科系傷病者や自損行為傷病者を主催施設は多く受け入れている実際もあり、多職種連携を通じての現状打破を図っている可能性がみえてきた。円滑な救急

医療連携を行うためには、二次・三次救急医療施設における対応力強化を施策のなかに盛り込むこと、精神科医療側が一般救急医療からの紹介を受けた際には診療報酬加算を設けること等、制度の整備が必要と考えられた。PEEC コースの地域医療に与える影響を検討するためには、人口規模など、地域傾向をそろえて詳細解析を続ける予定である。

2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

精神科救急そのものの定義は未だ定まらないところあるが、日本精神科救急学会ホームページには、精神科疾患のために患者本人もしくは他人への不利益が差し迫った状態という案が示されている。今回、病院前救護者においても使用可能な、精神心理的な問題について、緊急度を評価し、疾患類型をスクリーニング出来るツールを開発した。

精神科救急事案の明確な定義が存在せず、また、消防局の作成する消防統計は精神心理的な問題を把握する目的では作成されていないことから、今後、JEPS-Ex が活用されることで、病院前救護におけるより正確な精神科疾患患者の動態や困難を把握することにつながると期待する。従来、医療職とコメディカルスタッフとの間であっても、精神科救急事案の状態像を共有し伝達することは困難であったが、JEPS-Ex を活用することで、地域生活を支援する保健師他の行政職員とも患者緊急度の共有が容易になると考えられる。

今後は臨床活用を行い、妥当性検討を行うと同時に、地域連携パスへの組み込みなどから患者へ提供される医療の質の均てん化を図る取り組みも考えられる。今後の検討課題とする。

3. 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の手段の開発

適切な医療・社会資源につなげるためには、

各地域における医療資源の偏在を知り、その特性に合わせて対策をとる必要があることから、有床総合病院精神科、精神科救急入院料病棟認可施設、救命救急センターの施設一覧を入手した。これらの一覧を電子化し、地域メディカルコントロール協議会圏域毎の医療リソースマッピングを行う。この結果は、本年度研究の1-3の結果とかけ合わせることで、精神科患者が救急医療化しやすい地域の特徴、また、救急医療化したとしても問題なく医療資源が提供される地域の特徴を明らかにすることが出来る。平成30年度において、医療資源の把握態勢確保を試み、調査協力体制の確立を得た。

また、本年度はCIU調査用紙の翻訳までに留まった。

今後は、これらの知見をもとに、地域の実情に合わせた地域連携パスの作成等が望ましいと考えられる。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1) 橋本聡：病院前救護における精神科救急症例の評価と対応について～視聴覚教材の開発～、高松市、第27回全国救急隊員シンポジウム、2019.1.24

H. 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

なし

文献

1) 森田展彰, 太刀川弘和, 新井哲明ほか: 自殺予防におけるゲートキーパー自己効力感尺度 (Gatekeeper self-efficacy scale, GKSES) の開発. 臨床精神医学 44:287-299,

2015.

2) 総務省消防庁: 平成 30 年版消防白書,
<https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/h30/> (平成 31 年 4 月 29 日閲覧)

<表>

【表1】一般救急医療と精神科救急医療との連携に関する救急医従事者対象アンケート（基礎的データ）

	全体	医師	看護師	消防局	保健師	心理師	ほか	
回答数	44名	9名	14名	15名	1名	3名	2名	
受講数		35	6	13	11	1	2	0
見学		4	1	1	2	—	0	0
不明		5	2	0	2	—	1	0
職業従事年数	13.0年	11.1年	13.6年	14.7年	37年	1.7年	10年	
従事:最小		0年	0年	2年	2年		1年	0年
従事:最大		40年	40年	36年	36年		2年	20年
救急活動従事	41名(N=43)	9名(N=9)	12名(N=13)	15名(N=15)	0名(N=1)	0名(N=3)	1名(N=2)	
直近半年での救急患者対応数	平均172.6名	247.2名	121.1名	250.1名	0名	0名	0名	
最小		0名	0名	0名	2名			
最大		900名	900名	700名	900名			
上記のうち、精神科対応数	13.0名	32名	4.6名	16.1名	0名	0名	0名	
最小		0名	0名	0名	0名			
最大		100名	100名	20名	80名			

※回答項目に一部欠損を認める回答者もいたため、項目によっては母数が回答数と一致しない箇所がある

【表2】一般救急医療と精神科救急医療との連携に関する救急医従事者対象アンケート（背景要因）

一般救急・精神科救急との連携において、搬送困難事例が発生しやすくなる要因 複数回答可							
	全体 (N=43)	医師 (N=8)	看護師 (N=14)	消防局 (N=15)	保健師 (N=1)	心理師 (N=3)	ほか (N=2)
病名・病態要因	37	7	12	14	1	2	1
時間帯要因	34	7	11	10	1	3	1
年齢要因	18	3	7	6	0	2	0
問題は起きていない	4	1	2	1			

【表3】PEEC コースの新規開催における課題集約

	鹿児島市	鳥取市	那覇市	下関市	延岡市
開催日	H30年8月	H30年9月	H30年10月	H31年1月	H31年2月
主催	鹿児島大学病院精神科	鳥取PEEC実行委員会	日本精神科救急学会	下関市	延岡市医師会
開催分類	大学主導	連合型	連合型	行政主導	行政主導
コーディネーター	精神科医師	臨床心理士	精神科医師	精神保健福祉	一般事務

ター				士	
精神科関与	大学病院・ 県精神保健福 祉センター	有志	県立病院・ 国立病院	県精神保健福 祉センター	大学病院
救急科関与	市立病院	有志	有志	国立病院	県立病院・ 大学病院
受講料	8,000 円	8,000 円	無料 (4,000 円)	無料	無料
公募	あり	あり	(一部あり)	なし	なし
予算	医局費	救急地方会予 算	学会予算	公的事業	県事業費
予算類型	自給自足型	組み入れ型	組み入れ型	行政事業型	行政事業型
スタッフ育成	事前準備あり (精神・救 急・病院前)	事前準備あり (精神)	事前準備あり (精神・救急)	事前準備あり (行政)	事前準備あり (精神・救 急・病院前)
その後	第 2 回実施	未定	次年度開催	未定	未定
課題	小	大	中	中	中

【表 4】 病院前救護者の PEEC コース受講分布

北海道	5 名
東北地方	20 名
関東地方	147 名
中部地方	39 名
近畿地方	22 名
中国地方	19 名
四国地方	2 名
九州・沖縄地方	186 名

【表 5】 PEEC 開催圏域とその他の圏域との比較

	PEEC 圏域	その他 ^{※1}	その他 ^{※2}
全搬送人員	337,227 名	4,178,807 名	2,267,265 名
N (平均)	(14,662 名)	(7,280.2 名)	(4,253 名)
精神系傷病者	5,048 名 (219.5 名)	78,868 名 (137.2 名)	37,889 名 (71.0 名)
自損行為傷病者	1,997 名 (86.8 名)	25,403 名 (44.2 名)	13,555 名 (25.4 名)
照会回数・現場滞在時 間			
4 回以上かつ 30 分以	2,734 名	43,708	27,992 名

上	(136.7名) N=20	(86.9名) N=503	(59.8名) N=468
4回以上	3,926名 (196.3名) N=20	62,826名 (123.9名) N=507	38,079名 (80.5名) N=473
30分以上	26,950名 (1283.3名) N=20	198,617名 (389.4名) N=510	116,126名 (244.0名) N=473
精神系傷病者受入 ^{※3}	425/1,197	33/12,965	33/9,319
自損行為傷病者受入 [※]	164/2072	22/29,734	32/22,994
3			
医療連携円滑化の対 策の必要性	23/23 (100%)	514/568 (90.5%)	483/524 (92.2%)

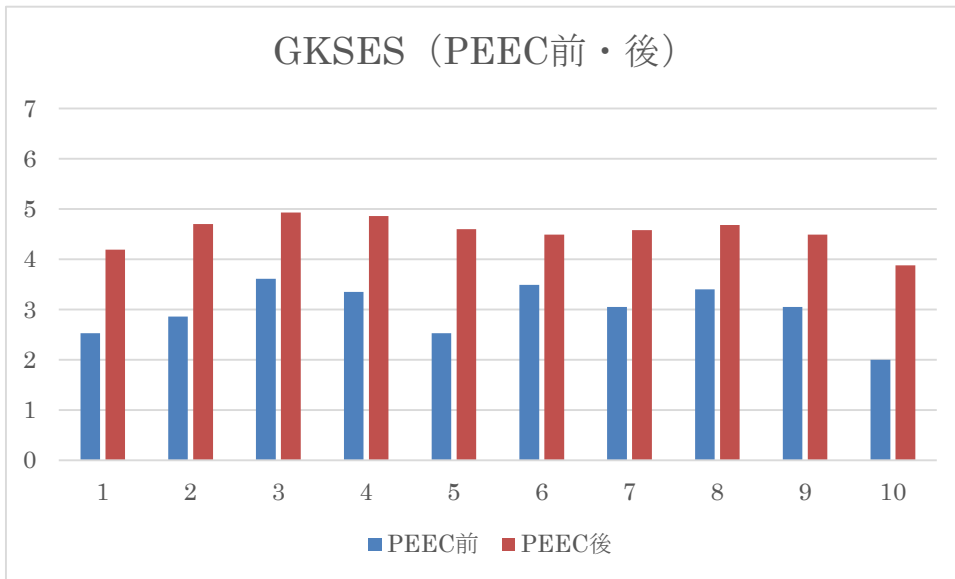
※1：PEEC 圏域を除くすべての消防本部が含まれる

※2：PEEC 圏域の全搬送人員の平均・偏差に合わせて調整

※3：分子は PEEC 主催施設での受入数にて、分母は受入数上位 2 施設の合算値

<図>

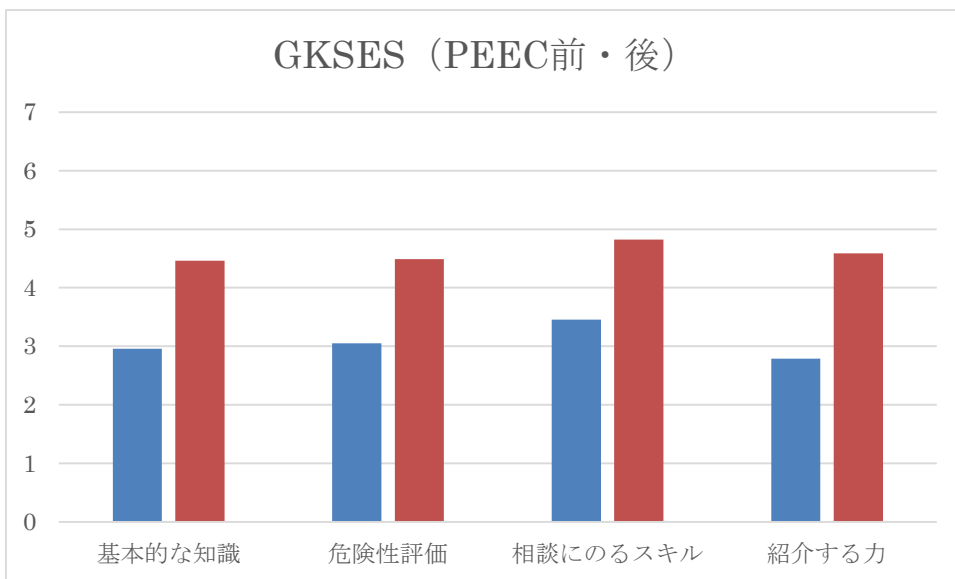
【図1】 PEEC コース受講によるゲートキーパー自己効力感の変化（全体）



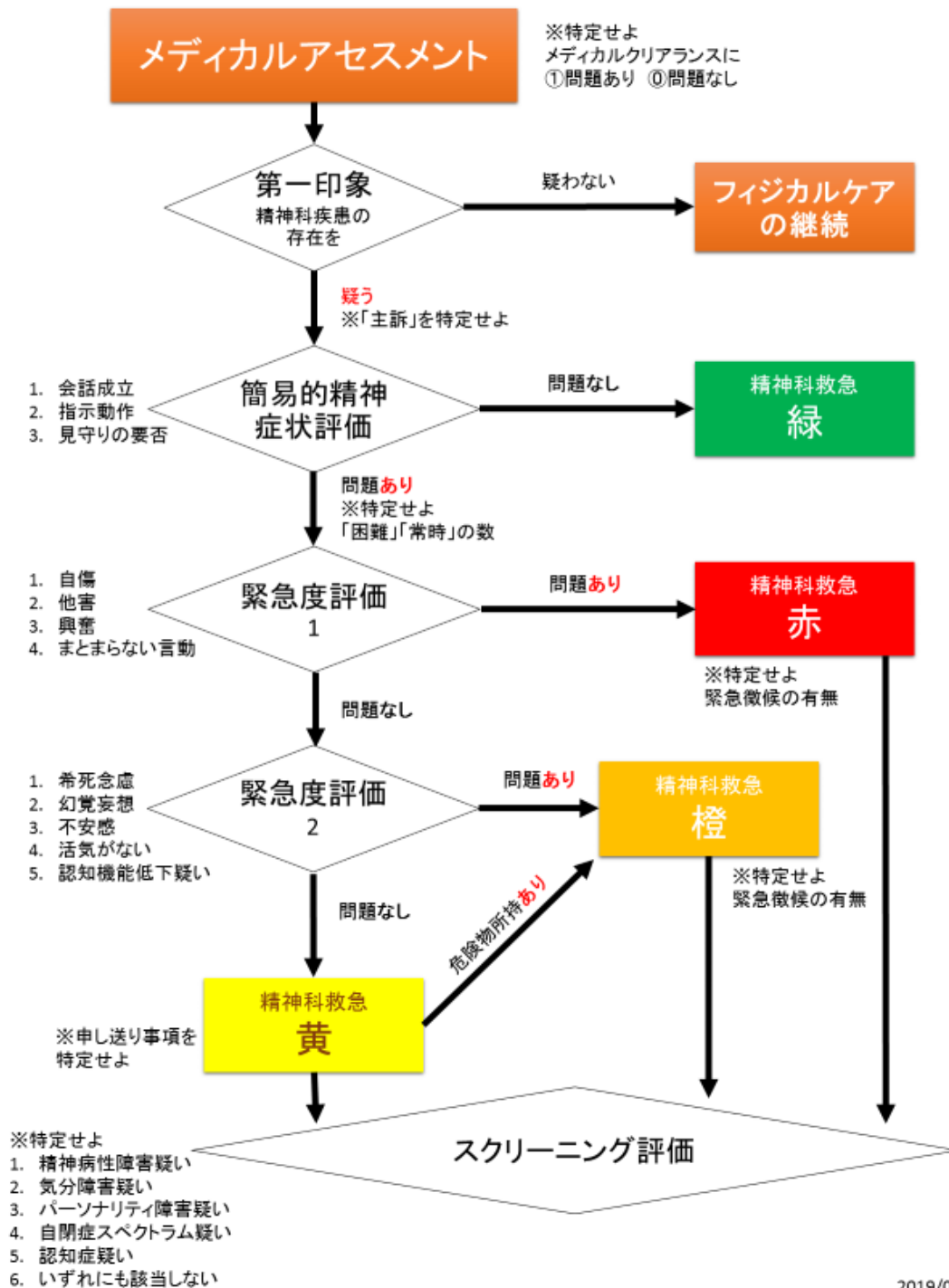
※PEEC : Psychiatric Evaluation in Emergency Care の略

※GKSES : Gatekeeper Self-efficacy Scale の略

【図2】 PEEC コース受講によるゲートキーパー自己効力感の変化（4 コンポーネント）



JEPS-Ex (Japan Emergency Psychiatry Scale – Based on Expert Opinions)



【付録2】 JEPS-Ex の詳細版

A	メディカルクリアランスパート ※下線部に特記あれば必ず伝達すること			
	バイタルサイン <input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脈拍 <input type="checkbox"/> 呼吸数 <input type="checkbox"/> 酸素化	見当識 <input type="checkbox"/> 名前 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 日付 <input type="checkbox"/> 場所 ※アルコール使用 ※連続引き算	理学所見 <input type="checkbox"/> 瞳孔（左右差・偏視） <input type="checkbox"/> 動作（左右差） <input type="checkbox"/> その他 ※低体重／るい瘦 疑い	重要な補足情報 <input type="checkbox"/> 発症様式 突然（数時間）－急性（数日）－慢性（週単位） <input type="checkbox"/> 身体既往症
B	第一印象：精神科疾患の存在を疑うか ※「疑う」場合、患者の主訴を患者のことで特定し伝達せよ ※重要な補足情報：精神科治療歴 あり－なし ※重要な補足情報：過去の同様エピソード あり－なし			
C	簡易的精神症状評価パート ※部分的・困難／常時がひとつでもあれば、簡易的には「問題あり」とせよ			
	会話成立 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 困難	指示動作 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 困難	見守りの要否 ※精神症状による <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 常時	重要な補足情報 <input type="checkbox"/> 家族の付き添い
D	上記Cにて、すべて「問題なし」の場合、緊急度判定：緑と特定			
E	緊急度判定：赤の評価 ※下記の項目で該当あれば、緊急徴候を特定せよ			
	自傷 <input type="checkbox"/> 自殺企図の計画性・希死念慮の持続性・企図や念慮の経時的悪化がある <input type="checkbox"/> イライラ、落ち着かなさ、拒否的 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 危険物所持	他害 明らかに 落ち着かない行動を示す患者が <input type="checkbox"/> 話を聞かない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう、物にあたる <input type="checkbox"/> 言語的・身体的に威嚇 <input type="checkbox"/> 他害予告・ <u>危険物所持</u>	興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 言語的静穏化が無効 <input type="checkbox"/> <u>危険物所持</u>	まとまらない言動 名前や日付を回答できるものが <input type="checkbox"/> テンション高く話し続けて制止できない <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい <input type="checkbox"/> 他人には聞こえない声・他人には感知できない理由におびえる <input type="checkbox"/> つながりのない応答が繰り返される <input type="checkbox"/> <u>危険物所持</u>
F	緊急度判定：橙の評価			

※下記の項目で該当あれば、緊急徴候を特定せよ					
希死念慮	幻覚妄想	不安感	活気がない	認知機能低下疑い	
<input type="checkbox"/> 直近の自傷行為あり <input type="checkbox"/> 月単位で持続している <input type="checkbox"/> 酩酊状態 <input type="checkbox"/> 保護できる人物がいない <input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 被害的な言動 <input type="checkbox"/> 生活破たん状態 <input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい <input type="checkbox"/> 攻撃的言動 <input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 悲観的で自分を責める言動 <input type="checkbox"/> レスポンスが遅く、短く、声が小さい <input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 迷子 <input type="checkbox"/> 保護できる人物がいない <input type="checkbox"/> 危険物所持	
G	緊急度判定：黄の評価 （緊急度判定：赤・橙そして緑に該当しない精神科疾患疑い症例） ※重要事項： <u>危険物所持</u> があれば、緊急度判定：橙として対応せよ ※申し送り事項として、下記を特定せよ				
	<input type="checkbox"/> 家族情報	<input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か	<input type="checkbox"/> 睡眠や食事	<input type="checkbox"/> 精神科診療情報 <input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源	
X	スクリーニングパート ※下記のいずれの群でチェックが付くかを特定せよ ※下記のいずれの群にも該当しない場合は「該当群なし」と伝達せよ				
	精神病性障害圏の疑い	気分障害圏の疑い	パーソナリティ障害圏の疑い	自閉症スペクトラム圏の疑い	認知症圏の疑い
見た目	<input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与える乱れた身なりや化粧	<input type="checkbox"/> それなりに整っているがくたびれた感じの身なり	<input type="checkbox"/> 派手なみなりや過度な装飾品	<input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った装い	<input type="checkbox"/> 季節に合わない服装
会話	<input type="checkbox"/> 過度な従順さ／にやにやした独り言	<input type="checkbox"/> 会話内容には一貫している部分がある	<input type="checkbox"/> 訴えがドラマチックで派手	<input type="checkbox"/> こだわりが強い会話／痾癩がみられる	<input type="checkbox"/> 見当はずれな会話

【付録3】精神科緊急度判定の定義

カテゴリー	対応	備考
緊急度判定：緑	非緊急相当 外来対応となるが、一般救急での対応後、後日での精神科受診も検討可能	
緊急度判定：赤	緊急相当 精神科病院での強制入院となる可能性が高い	緊急徴候ありと認識する場合、警察・保健所との迅速な連携を検討する 患者・関係者・医療従事者他の安全確保に努める
緊急度判定：橙	準緊急相当 精神科病院での入院となる可能性があり、場合によっては強制入院もあり得る	緊急徴候ありと認識する場合、カテゴリー1と同等に対応し、患者・関係者・医療従事者他の安全確保に努める
緊急度判定：黄	非緊急相当 外来対応となるが、入院対応を要する可能性もあるため、精神保健福祉のスタッフによる評価を受けることが望ましい	主訴・メディカルクリアランス・医療資源の実際に合わせて対応を検討する

※一般救急医療と精神科救急医療の医療資源は地域偏在が大きいため、それぞれの地域事情に合わせて搬送受入までの対応フローを検討すること

【付録 4】 精神科身体合併症病床に関する調査用紙

はじめに（用語の定義について）

本調査では、精神疾患・身体疾患いずれとも治療を要する状態を「(精神科) 身体合併症」と定義します。

例えば、「躁状態で治療が必要で、さらに抗生剤の静脈投与が必要な蜂窩織炎にもなっている」、「活動性の消化管出血を伴う幻覚妄想状態の患者」、「血液透析を行っている四肢麻痺患者のせん妄」などが該当します。そして、これら身体合併症患者の入院治療に特化した病床を「CIU (complexity Interention units、精神科身体合併症病床)」と定義しています。

また、内科・外科・救命センター・集中治療といった身体的な全身管理を行う科を「身体科」と定義しています。

A. 身体合併症患者への対応について（スクリーニング調査）

1) 貴院には、常勤、またはコンサルト可能な非常勤精神科医が勤務していますか？

- a. はい
- b. いいえ

2) 貴院は身体合併症患者の入院治療に対応していますか？

*上記ほど重度でなくても、ある程度対応されていれば a.はいと回答ください。

- a. はい
- b. いいえ

3) 貴院には、身体合併症患者の入院治療に特化した病床（CIU）がありますか？

*精神疾患のみ、身体疾患のみではなく、純粹に身体合併症患者のためだけの病床です。

- a. はい
- b. いいえ

4) (3が a.はいの方のみ) その入院病床（CIU）は精神保健福祉法適応の精神科病床ですか？

- a. はい
- b. いいえ（救命センターや内科・外科病棟で対応）

5) 身体科・精神科の医師は、入院患者に対して、夜間休日にも診療（診察・治療）を行っていますか？

- a.行っている（身体科、精神科いずれの医師も夜間休日常駐し、診療をしている）
- b.身体科医師は夜間休日にも診療し、精神科はオンコール体制をとっている。
- c.精神科医師は夜間休日にも診療し、身体科はオンコール体制をとっている。
- d.身体科医師は夜間休日にも診療し、精神科は平日日中に診療を行う。
- e.精神科医師は夜間休日にも診療し、身体科は平日日中に診療を行う。
- f.行っていない（上記に該当しないものを含む）

1～4がすべて「はい」で、かつ、5が「a.b.cのいずれか」の場合、B以降の質問を回答ください。

上記以外（1～4に1つでも「いいえ」があるか、5がd.e.f）の場合、6）のみ回答いただき、終了です。

6) 身体合併症患者に対応できない場合、どのように対応していますか？複数回答可

- a. 転院させる（入院しない）
- b. 身体的な治療のみを行い、終了後、退院（または精神科に転院）させる
- c. 精神的な治療のみを行い、終了後、退院（または身体科に転院）させる
- d. 身体科病棟に入院させて、精神科へコンサルトする
- e. 精神科病棟に入院させて、身体科にコンサルトする
- g. 身体科病棟に入院させて、精神科医へ電話相談する（相談窓口や他院の精神科医）
- h. 精神科病棟へ入院させて、身体科が主治医となり、精神科医も担当となるが、病床は身体合併症患者だけが利用するわけではない
- i. その他（ ）

B. 病院について

以下の設問は、CIUを含め貴院全体のことをお尋ねます。

1) 貴院はどのタイプの病院ですか？

- a. 大学病院
- b. 公的総合病院
- c. 民間総合病院
- d. 精神科単科病院

2) 病床数は、以下のいずれに該当しますか？

- a. 100床以下
- b. 101-200床
- c. 201-500床
- d. 501-900床
- e. 901床以上

3) 貴院には、以下の設備を備えていますか？（複数回答可）

- a. 救急外来
- b. 集中治療室（術後ICU含む）
- c. 手術室
- d. いずれもなし

4) 貴院では、医師が精神科身体合併症への複合的な対応を学ぶための、研修プログラムはありますか？（定期的にそれぞれの分野の講習会や勉強会がある場合）

- a. 精神医学と内科学
- b. 精神医学と家庭医学
- c. 精神医学と神経学
- d. 精神医学や小児精神医学と小児科学

e. その他 _____

C. CIU について

以下の設問は、身体合併症患者の入院病床（CIU）についてお尋ねます。

1) CIU は他の病棟と同じ建物内にありますか？

a. はい

b. 敷地は同じだが、建物は別棟（渡り廊下などでつながっているものも含む）

c. 病院は同じだが、敷地は異なったところにある

2) CIU は、内科系・外科系病棟のすぐ近くにありますか？

a. はい

b. いいえ

3) 病棟は以下のどれですか？

a. 閉鎖病棟

b. 開放病棟

c. 少なくとも1人の入院患者が閉鎖処遇を必要とする場合閉鎖可能だが、ほぼ開放
（閉鎖されている時間の割合： _____ %）

4) CIU が開設された日付を教えてください。

西暦（ ）年（ ）月（ ）日

5) CIU の病床数を教えてください。

（ ）床

6) 隔離室の数を教えてください。

（ ）床

7) 一般個室の数を教えてください（隔離室を除く）

（ ）床

8) 多床室の数を教えてください（例：4床×3部屋なら12床）

（ ）床

9) 病棟に備えてある精神科的な安全に係る機能を選択してください。(複数回答可)

- a. 入院時における危険物品の確認
- b. 病室のビデオ監視 (1室以上)
- c. 破壊行為に耐えうる強固なドア
- d. 粉砕防止されている窓
- e. 加重がかかるとはずれるカーテンロッド
- f. 鋭利な医療器具を使用しないこと
- g. 水道を止める機能

10) 病棟に備えてある医療の安全に係る機能を選択してください(複数回答可)

- a. 全病室に医療ガス用の配管と吸引器がある
- b. 一部の病室に医療ガス用の配管と吸引器がある
- c. 汚物処理室
- d. 投薬準備室
- e. 患者が触れられないようにできる鋭利な物を入れる容器
- f. 救急蘇生カート

11) トイレと浴室はどのように提供されていますか? 次のいずれかを選択してください。

- a. 全ての部屋にトイレとシャワーがある
- b. ほとんどの部屋にトイレとシャワーがある
- c. 病棟に男女別のトイレとシャワーがある

12) CIUには次のうちどれがありますか?(複数回答可)

- a. 運動やグループ活動が可能なエリア
- b. 患者用洗濯施設
- c. 食堂
- d. 家族やグループで面会できるエリア
- e. 身体的な診察室
- f. 物品庫
- g. 隔離室

D. 精神科身体合併症患者の診療体制について

1) CIUは、どの診療部門が管理責任を負っていますか? 複数回答可

- a. 内科
- b. 精神科
- c. 家庭医学科 (総合診療科を含む)

d.救急部・救命センター

e.その他_____

2) CIU の所属長（部長・センター長など）は誰が務めていますか？複数回答可

a.内科医または家庭医

b.精神科医

c.救急医

e.その他_____

3) CIU への入院は誰が決定しますか？

a. 入院担当看護師

b. 身体科医師

c. 精神科医師

d.身体科医師と精神科医師の協議

e.専攻医（3-5年目の医師）

f. その他：_____

4) CIU では、どの医師が治療に携わりますか？（カンファレンスなどで話し合う場合も含みます）

複数選択可

a.病棟主治医

b.病棟担当医

c.病棟身体科医師

d. 入院を決定した身体科医師

e.入院を決定した精神科医師

f.その他（ ）

5) 身体科医師は精神科医師と同様に病床専属のスタッフですか？

（コンサルト型や非常勤の場合はいいえになります）

a. はい

b. いいえ

6) 身体・精神科の問題への対応は以下のどれにあてはまりますか？

a. 精神科的、身体的な問題は、いずれも精査・加療行う。

b. 精神科の問題は常に精査・加療行う。身体的な問題は必要に応じて精査・加療行う。

c. 身体的な問題は常に精査・加療行う。精神科の問題は必要に応じて精査・加療行う。

7) 身体合併症患者の診療は、どのように担当されていますか？複数回答可

a. 精神科と身体科の両方のトレーニングを受けた医師が診療

b. 精神科医と身体科医が同時に平行して診療

c. 精神科医が毎日身体科にコンサルトする

d. 身体科医が毎日精神科にコンサルトする

- e. 精神科医が必要時に身体科にコンサルトする
- f. 身体科医が必要時に精神科にコンサルトする
- g. その他: _____

8) 以下の分野のうち、身体科と精神科の連携が行われていますか？（複数回答可）

- a. 診断
- b. 治療
- c. 看護
- d. 上記いずれも連携していない

9) どのくらいの病棟主治医が、身体合併症患者の治療経験がありますか？

- a. 全員にかなりの経験がある
- b. 多くがかなりの経験がある
- c. 少数だけが経験がある
- d. ほとんど経験がない

10) どのくらいの割合の看護師が、精神科の教育を受けていますか？

（概ね3年以上の精神科勤務がある方の割合とお考えください）

- a. 0%
- b. 1% - 25%
- c. 25% - 50%
- d. 50% - 75%
- e. 75% - 100%
- f. 100%

11) どのくらいの割合の看護師が、身体科の教育を受けていますか？

（概ね3年以上の身体科の勤務がある方の割合とお考えください）

- a. 0%
- b. 1% - 25%
- c. 25% - 50%
- d. 50% - 75%
- e. 75% - 100%
- f. 100%

12) どのくらいの割合の看護師が、精神科と身体医学的な教育の両方を受けていますか？

- a. 0%
- b. 1% - 25%
- c. 25% - 50%
- d. 50% - 75%
- e. 75% - 100%
- f. 100%

1 3) 精神科と身体科を専門とする看護師は、すべてのシフトで勤務していますか？

a. はい

b. いいえ (例：精神科を専門とする看護師がいない時がある)

1 4) 身体合併症患者への看護は以下のいずれに当てはまりますか？

a. 精神科看護師が精神的ケアを行い、身体的な看護師が身体的なケアを行う

b. 看護師は精神・身体いずれの分野にも精通していて、両方を担当する。

c. a.b 両方の組み合わせ

1 5) 各勤務帯において、看護師一人で何名の患者さんを担当しますか？

a. 日勤帯: _____名

b. 準夜帯: _____名

c. 夜間帯: _____名

1 6) 病棟で治療を担当するのはどの職種ですか？複数回答可

a. レクリエーション療法士

b. ソーシャルワーカー

c. 作業療法士

d. 理学療法士

e. 栄養士

f. 言語療法士

g. 心理士

h. 上記誰もいない

1 7) どの年齢層の患者さんを病棟で治療されますか？ (複数回答可)

a. 0-7 才

b. 7-18 才

c. 19-64 才

d. 65 才以上

1 8) 非自発的 (強制的) 入院患者は病棟にいますか？

a. はい

b. いいえ

1 9) CIU 以外の精神科一般病棟がある場合、その病棟はどのようなタイプですか？

a. 小児病棟

b. 成人病棟

c. 高齢者病棟

d. 専門病棟 ; 病床数: _____

e. 該当なし (他の一般病棟はありません)

20) 病棟において以下は可能ですか？（複数回答可）

- a. スーパービジョン
- b. 保護室、隔離室
- c. 感染症部屋、陰圧室
- d. 水中毒患者に対しての水制限
- e. 面会制限
- f. 身体拘束
- g. 昇圧剤等の緊急薬物の使用
- h. 身体科及び精神科医両者ともに共有可能なカルテ
- i. いずれもできない（していない）

21) CIU にコンサルト可能な専門医はいますか？（複数回答可）

- a. 麻酔科
- b. 循環器内科
- c. 腹部外科
- d. 皮膚科
- e. 老年科
- f. 産科
- g. 婦人科
- h. 血液内科
- i. 集中治療科
- j. 耳鼻咽喉科
- k. 呼吸器科
- l. 消化器内科
- m. 脳神経外科
- n. 神経内科
- o. 腫瘍内科
- p. 眼科
- q. 整形外科
- r. 形成外科
- s. 胸部外科
- t. 心臓血管外科
- u. 泌尿器科
- v. 救急医
- w. 上記のどれもいない

22) CIU に専属の専門医はいますか？（複数回答可）

- a. 麻酔科
- b. 循環器内科
- c. 腹部外科
- d. 皮膚科
- e. 老年科

- f.産科
- g. 婦人科
- h. 血液内科
- i. 集中治療科
- j. 耳鼻咽喉科
- k. 呼吸器科
- l. 消化器内科
- m. 脳神経外科
- n. 神経内科
- o. 腫瘍内科
- p. 眼科
- q. 整形外科
- r. 形成外科
- s. 胸部外科
- t. 心臓血管外科
- u. 泌尿器科
- v.救急医
- w. 上記のどれもいない

2 3) 病棟の患者に対して、平日日中にできる検査を選択してください。(病棟内でできる必要はありません)。(複数回答可)

- a.採血検査
- b.12誘導心電図
- c.X線検査
- d.CT検査
- e.MRI検査
- f.髄液検査
- g.脳波検査

2 4) 過去1年間において、夜間休日に行った検査を選択してください。(オンコールを含む。複数回答可)

- a.採血検査
- b.12誘導心電図
- c.X線検査
- d.CT検査
- e.MRI検査
- f.髄液検査
- g.脳波検査
- f.いずれも行っていない。

2 5) 病棟の患者には、どの経路で薬剤投与が可能ですか？(複数回答可)

- a. 経口

- b. 皮下
- c. 筋肉内
- d. 静脈内（抗生物質および化学療法を含む）

26) 病棟内では、以下の創傷の処置・治療は行えますか？（複数回答可）

- a. 褥瘡
- b. 熱傷
- c. 術後創部
- d. 上記全て不可

27) 病棟内では、以下のものを提供できますか？

- a. 酸素などの医療用ガス
- b. 胃管などの吸引
- c. （末梢）静脈ライン
- d. 中心静脈ライン
- e. 膀胱留置カテーテル
- f. 経鼻胃管
- g. 経静脈栄養
- h. 血液または腹膜透析
- i. 化学療法薬の投与
- j. 血液製剤（輸血）
- k. 隔離
- l. 上記全て不可

28) 病棟では、一般の身体科病棟で行われているものと同等な医療（診断と治療）を提供することができますか？

- a. はい
- b. いいえ

29) 病棟では、一般の精神科病棟で行われているものと同等な精神科医療（診断と治療）を提供することができますか？

- a. はい
- b. いいえ

30) 病棟では以下のうち、どの精神科治療を行うことができますか？（複数回答可）

- a. 個人精神療法
- b. 集団精神療法
- c. 薬物乱用・依存の治療
- d. 心理検査
- e. 上記全て不可

3 1) 病棟では以下のうち、提供可能な精神科治療はどれですか？（複数回答可）

- a. 薬物療法
- b. アミタール（アモバルビタール）インタビュー
- c. 電気痙攣療法
- d. 迷走神経刺激
- e. 磁気療法
- f. 作業療法
- g. 運動療法
- h. 理学療法
- i. 手術
- j. ICU と同程度の集中治療
- k. いずれも行えない

3 2) 以下のような患者に対して、医療を提供することはできますか？（複数回答可）

- a. 現実検討能力の障害
- b. 認知機能および（または）遂行機能障害
- c. 徘徊
- d. 不適応行動
- e. 暴力行為
- f. 自殺念慮または自殺企図
- g. 殺意または殺人行為
- h. 寝たきりや ADL 全介助の患者
- i. 死期が近い患者さんに対する支持療法など、ホスピスに相当する医療
- j. いずれも不可