

# 1章 総合研究報告



平成29～30年度 厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))  
総合研究報告書

## 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

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 地域・司法精神医療研究部 / 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）、山口創生（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

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 地域・司法精神医療研究部）、野田寿恵（あたみ中央クリニック）、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 精神医療政策研究部）、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）、岡田隆志（埼玉県春日部保健所）、波田野隼也（青森市保健所）、村上由布子（新潟県新発田保健所）、石田賢哉（青森県立大学）、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）、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 榊原病院）、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）、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）、兼久雅行（大分大学医学部附属病院）、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）、河島譲（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）、塩澤拓亮（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）、佐藤さやか（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

**【要旨】** 目的：地域包括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いて、危急な事態に即応できる精神科救急医療の確保および技術向上は必須であり、特に各自治体による精神科救急医療体制整備事業（以下「事業」）の構築・運営が重要課題となる。本研究の目的は、現在運用に大きな地域差がある事業実態と、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、標準化や技術向上を推進するための諸策を提言することで、これには、多様化する精神疾患の医療ニーズに対処し、適切なケアや支援を継続的かつ統合的に提供するために必要な専門知識の普及やスキル向上、体制の更なる整備、連携の工夫や促進等の方策が含ま

れる。本政策研究では精神科救急及び急性期医療における①医療判断やプロセスの標準化と質の向上（杉山分担班）、②実態と課題（平田分担班）③薬物療法標準化（八田分担班）④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）⑤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）、⑥一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、平成30年度から新たに⑦退院困難例の要因分析（山口分担班）を追加し、それぞれの課題に取り組んだ。

方法：①事業の経年実績、実際の判断場面の2側面から医療判断プロセスの実態を調査し、関連要因を分析し、標準化のための指標開発を行う。②直近事業実績の解析、事業報告様式の見直し、精神保健福祉資による医療実態や資源の把握を行う。③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。エキスパートコンセンサス調査を行う。④規制薬物使用の医療現場における司法的対応のあり方に関して専門家会議で意見交換を行い論点整理と意見集約を行う。薬物乱用・依存への介入のあり方については、精神科急性期病棟における薬物乱用・依存への簡易介入ツール開発し、実際の薬物使用障害患者への介入を行い、その効果を検証する。⑤自治体アンケートを通じ、既存の基準を用いた事業の体制や運用状況の評価し、トリアージにおける課題抽出、公的機関における精神保健福祉人材の充足状況把握、トリアージツールの開発、全国各自治体事業担当者のヒアリングの開催を行う。⑥並列型連携の好事例調査、全国MC協議会への調査を通じ連携における教育コース（PEEC）の有用性を探るとともに、エキスパーとオピニオンによる病院前トリアージの作成を行う。⑦過去の科研データを再解析し、退院困難要因、退院困難理由の違いによる特徴の抽出等を行った。

結果：①副次的所見として、専門医学的判断にもかかわらず、制度上の理由により入院できないケースが2.1%程度発生すること、精神科時間外受診ニーズは16の代表的状況に集約されることが確認された。医療判断の特徴の推移や動向を反映する有力な行政指標と個別指標を見出し、指標の意味づけがなされた。②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モニタリングの重要性を確認した。直近の事業実績を解析し、データ収集過程に課題の課題に対し、報告様式の改訂案を提示した。③1543名の解析により、58.5%の患者が2剤目までの抗精神病薬に反応良好、その後の併用でも89.8%が改善を示し、有害事象の有意な発生増加は観察されなかった。ECTが選択された場合も良好な改善があった。エキスパートコンセンサスにて、反応不良例への併用や持続性注射剤への現時点承認度を確認した。④司法対応について、「患者の違法薬物使用を知った際の対応ガイドライン案」を作成した。簡易介入ツールを開発し、薬物使用障害患者において、評価尺度上における臨床上的の好ましい変化を確認した。⑤基準を用いた事業評価により課題や整備状況が自治体ごと焦点的に明確化され、精神保健福祉人材の配置等に課題がみられた。的確なトリアージとなる共通シート（試案）を提案した。ヒアリングは有意義に開催された。⑥教育コース等を通じ好連携に必要な要因の抽出がなされ、MC調査では他領域に比べ搬送困難の課題が確認された。病院前救護者がメディカルクリアランス確保できるツールを作成した。⑦退院困難例は2クラスターに分類され、それぞれの特徴からあるべきケアを提案した。

考察：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、提言が集積された。指標の活用、モニタリングの定着、標準治療手法や判断の普及による医療の質向上、トリアージや退院が困難なケースへの対処方策の標準化が含まれる。最終的には学会等が取りまとめる指針の次期改定に資する成果を目指しており、その根拠が多々得られた。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ることにより、精神科医療全体としての「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と考えられる。

## A.研究目的

地域包括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いて、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精神科救急医療の確保および技術向上が欠かせない。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・運用することは、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。

本研究の目的は、現在運用に大きな地域差がある事業実態と、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、標準化や技術向上を推進するための諸策を提言すること、ならびに対象者の特性と提供されるケア状況を明らかにして医療提供体制における課題などを明らかにすることである。提言には、多様化する精神疾患の医療ニーズに対処し、適切なケアや支援を継続的かつ統合的に提供するために必要な専門知識の普及やスキル向上、体制の更なる整備、連携の工夫や促進等の方策等が含まれる。

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制して地域生活を中心としたケアを推進することである。

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。

さらには、精神医療の機能分化が進みつつあり、救急・急性期医療は医療体制としても診療報酬制度としても、学術面でも一定程度の領域確立を果たして来たが、精神医療全体のシステムとしては課題が多く、特に継続的、包括的、統合的なケアを、エビデンスに見合う形で効率的に提供するまでには至らず、救急・急性期医療を補完するケア提供体制が求められる。

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。なお、上述の必要性から、平成30年度より新たに研究班7)が追加された。

### 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ず、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。そのために医療判断の実態を調査し、医療判断について客観的指標を開発して妥当性を確保したり、判断の傾向を評価したりできる方策の開発を目指す。

### 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、2年をかけて

- ① 単剤で対処できる割合
  - ② クロザピンの適応があるが導入できない割合
  - ③ 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

- ① 司法的な対応のあり方
  - ② 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。

### 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、

- ① 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
- 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手段の開発

を目的とした。

- 7) 精神科救急及び急性期医療後の退院困難例の要因分析及び適切なケアのあり方に関する研究（山口分担班）

我が国の精神科医療が地域ケア中心への流れとなる中で、急性期の入院医療は約90日（3ヶ月）までが目安とされるに至ったが、中には3ヶ月を超える入院治療を必要とする者がある。これら退院困難例は本来が重症例であり、手厚いケアを受ける必要があると推測されるが、現状の診療報酬制度では低人員配置の医療体制に移行して継続医療を受けざるを得ない現実がある。しかしながら、彼らがどのような属性や病状を持っているか、あるいはどのようなケアを受けているかなどについては明らかになっていないことから、先ずこの点を明らかにし、包括的ケアシステムや機能分化の観点から、あるべき精神医療の提言を行う。

## B.研究方法

- 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年度中に、①これまでの精神科救急医療体制整備事業における実施要綱の変遷（改訂履歴）を一覧にまとめたうえ、②過去に報告された精神科救急医療体制整備事業実績について再集計を行い、医療判断の全国的な年次傾向を解析すると

もに、集約データを各都道府県に供覧してセルフレビューアンケートを実施したほか、③実際の医療判断について、精神科救急入院料を算定する医療機関を時間外（休日・夜間）に受診したケースを対象とし、先行研究成果である「精神科における『急性かつ重症の患者』の診断基準」を用いて、個別の判断過程や影響要因を明らかにする横断面調査を実施した。調査内容は、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。

平成30年度には、②③の集約データの追加解析を行い、エキスパートコンセンサスにより医療判断の傾向を反映する指標を開発するとともに、他の分担班が開催した全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」にて、指標に関する議論を行って、これを確定させた。

- 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）

①各都道府県から国に報告された平成28～29年度の精神科救急事業の年報や衛生行政報告例を集計・分析した。

②精神科救急事業の報告に統一基準を欠く現状を改善するために、報告様式の改定案を作成した。

③精神保健福祉資料（通称630調査）の結果等に基づいて、全国の精神科救急病棟の運用実績を調査・分析した。

④以上の調査結果および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、地域精神医療資源分析データベース（ReMHRAD）を更新するデータおよび持続的な更新の枠組みを提供した。

- 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）

①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、次

の研究疑問を検証することを目的に前向き観察研究デザインで本研究を企画した。

対象はJAST study group参加の11精神科救急医療機関に救急入院する精神病性障害の患者で、以下の3点について調査した。

1. 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）
2. 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
3. ECTを実施せざるをえない割合

主要観察項目は、退院あるいは3カ月経過時点での抗精神病薬の単剤割合、その他の観察項目はCGI-I、クロザピン開始の有無、ECT実施の有無、FBS&LDL-Chol&TG、錐体外路症状、sPRL、QTc等とした。

②精神科救急医療ガイドラインの改訂を目指したエキスパートコンセンサス調査を実施した。

- 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）

①司法対応のあり方では、様々な立場の法律の専門家（刑法学者、弁護士）を含めて、保健・医療・福祉領域の専門家が参加する分担研究会議、およびメール会議で意見交換を行った。

②薬物問題への介入のあり方では、29年度に作成した「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」（分担報告書参照）における「1）患者本人に対する医療②簡易再発防止プログラム」（簡易介入ツール）の開発と効果検証を行った。

対象は、2018年1月～2018年12月に国立精神・神経医療研究センター病院にて入院治療を受けた物質使用障害患者23名で、以下の2種類の尺度を用いて簡易介入ツールによる介入前後の得点変化によって評価した。

1. Beck Depression Inventory (BDI)

2. Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence (SOCRATES-8D)

（薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価するために開発された尺度）

- 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、〔平成29年度〕

- ①精神科救急医療体制整備事業等調査
- ②『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。〔平成30年度〕

③精神保健福祉業務専従職員の配置状況調査④精神科プレ・ホスピタルケアにおける受診調整困難事例調査

⑤精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）で使用しているトリアージ&スクリーニングシートの収集および共通シート（試案）の作成

⑥分担研究成果の報告、及び成果物（案）に対するヒアリングの開催を実施した。

- 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）

連携改善策を検討するため、平成29年度に①-0. 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施設での調査を実施した。平成29～30年にかけて、①-1. 救急医療従事者が必要と考える精神科医療との連携改善策について、①-2. 教育コース（PEEC）のそのものの効果についてGKSES（Gatekeeper Self-efficacy Scale）を用いて、コース開催時に、スタッフや受講者、見学者を対象とし、質問紙調査を実施した。平成29年～

30年に向け、①-3. 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。②病院前救護における精神科トリアージの改善のためのトリアージ、スクリーニングのためのツールについて平成29年度中に既存文献の精査を行い、平成30年度にエキスパートオピニオンを実施してツールの完成を目指した。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手段の開発を目指し、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の偏在状況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調査用紙を邦訳した。

7) 精神科救急及び急性期医療後の退院困難例の要因分析及び適切なケアのあり方に関する研究（山口分担班）

2014年から実施された、国内60の医療機関における精神科救急病棟の入院患者を対象とした多施設共同前向き研究のデータを用いて、「3ヵ月継続入院群」と「3ヵ月以内退院群」の比較を実施した。また、3ヵ月継続入院群については退院困難の理由を検証し、入院後12ヵ月経過時の入院継続の有無との関連を調べた。

#### 【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付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。研究4)の②につ

いては、分担研究者の所属する国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された。研究6)では分担研究者の所属する熊本医療センターの倫理委員会で承認を得た。研究7)については、データ収集を実施した過去の厚生労働科学研究が帝京平成大学倫理委員会の承認を得ており（承認番号25-073）、本研究において研究分担者が二次解析を担当するにあたり、同委員会からの追加承認を得て行った（承認番号26-008-1）。

#### C.研究結果

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。自治体セルフレビューでは36自治体から回答があり（回答率76.6%）、実績変動の主な理由は制度や資源の変更によるものであった。

平成30年には追加解析を行い、①人口万対時間外受診数、②入院率、その積によって得られる③人口万対時間外入院数、が指標として有力であった。指標①と②は各都道府県の時間外医療を特徴づけるトリアージ状況を反映し、指標③は非自発入院の判断傾向を反映した。指標③の年次変化は僅かに増加傾向にあり、中央値は2004～2015の12年間で1.01～1.74であった。ヒアリングを通じ、これら3指標が全て全国動向と比較できる形で表示される散布図及びその経時変化図は説得力を有すフィードバックとして確認された。

非自発入院の判断に関する横断面調査では、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54(40.3%)施設から回答が得られ、最終的に転帰不明例を除いた509例を解析した。副次的所見として、要入院との専門医学的判断にもかかわらず、制度上の理由（非同意）により導入できないケースが2.1%発生していた。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、その他の16の代表的状況に分類された。

転帰（A:非自発入院／自発入院／非入院、あるいはB:要入院／入院不要）毎の群間比較、上記基準項目の該当群における転帰の比較を行ったところ、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。

各要因が該当する場合の転帰を比較した追加解析（平成30年度）では、主診断がF4の場合に、要入院・非自発入院判断となる可能性のオッズ比が有意に低かった。基本5要件では、治療の可能性を除く4要因（医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性）が両判断にとって有意に高く、医学的重要性が最も影響が大きかった。状態像では、両判断において躁状態、精神運動興奮状態、意識障害、幻覚妄想状態、抑うつ状態の順に有意であった。緊急に医療介入を要する因子のうち、行動因子の該当が最も非自発入院判断の可能性が高く、続いて医療関係因子（初発、中断）が有意であった。サポート因子（家族、同居者等の有無）や身体合併症因子の該当は要入院判断の可能性が有意に高く、自発入院が選択される可能性を示唆した。行動因子のうち他害のおそれがある場合の非自発入院可能性は有意に高く、自傷のおそれや自律不全では有意に低かった。医療関係性因子のうち、初診の場合の要入院判断は70%超、そのほとんどが非自発入院であったが有意所見で

はなかった。中断例は全例が要入院しており、非自発入院判断可能性が有意であった。

初期救急医療体制については、5自治体において体制整備が確認され、それぞれの特徴を明らかにして好事例として課題や利点をまとめた。

## 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）

①平成28年度の精神科救急医療体制整備事業では、190,565件の受診前相談（人口100万当たり1日4.11件）、42,122件（同0.91件）の夜間・休日の救急受診があり、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。

同じく平成29年度は44,577件（同0.96件）の受診があり、42.4%に当たる18,884件（同0.41件）が入院となった。入院の74.0%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23.7%を占めた。なお、衛生行政報告例によれば、近年増加してきた警察官通報と措置入院が2017年度は減少に転じた。

②精神科救急事業に関する実績を正確に収集する新たな報告様式案を作成し、これに準じた様式が2019年度の報告から実装されることとなった。

③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、1病棟当たり平均47.1床に40.1人が在院していた。非自発入院は74.6%、18.6%が隔離、6.1%が身体拘束されていた。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。2018年6月30日現在、全国163施設の234病棟に精神科救急入院料が認可され、1病棟当たり平均46.6床に40.3人が在院していた。非自発入院は73.1%、隔離17.5%、身体拘束4.4%であった。主診断はF2が46.6%、F0が11.4%。65歳以上の在院患

者は30.1%、在院3ヶ月を超える患者が21.8%であった、

④平成29年度には、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する仕組みをReMHRADに提供し、平成30年度には新たな精神科救急事業の報告様式が加わったことにより、持続的更新システムが構築されることとなった。

### 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）

1543名が解析対象となり、このうち最初の抗精神病薬および無効で切り替えた2番目の抗精神病薬への反応良好な患者はそれぞれ660名（42.8%）および243名（15.7%）で、合計58.5%の患者が最初あるいは2番目の抗精神病薬に反応良好であった。反応不良者581名（37.7%）は、2番目の抗精神病薬に最初あるいは3番目の抗精神病薬が加えられた。この併用群のうち522名（89.8%）はCGI-Iが3以下（軽度改善～著明改善）であった。167名（10.8%）は入院から3ヵ月以内にECTを受け、そのうち160名（95.8%）がCGI-I 3以下を示した。体重増加した患者は42.4%、血糖、LDLコレステロール、中性脂肪は入院時に正常域であったにもかかわらずエンドポイントで上限を超えた患者がそれぞれ3.2%、7.5%、および13.1%であった。同様にプロラクチン値では6.2%であった。エンドポイントでQTc 500ms以上の延長が認められた患者はいなかった。新たに錐体外路症状が出現した患者は7.3%であった。抗精神病薬2剤併用となった患者の有害事象の割合は、全体と比較して有意差は認められなかった。

エキスパートコンセンサス調査では対象677名のうち216名（32%）から回答が得られた。

急性期治療を開始する際の最初の主剤選択としては、リスペリドンが最多で、アリピプラゾール、オランザピンがそれに次いだ。

最初の抗精神病薬への早期反応不良の場合、切替を選択するエキスパートが圧倒的に多かった。最初の2剤にいずれも反応不良の際に2剤併用を

暫時許容することについて、「同意・納得できる」が大多数であった（図2-13）。最初の2剤にいずれも反応不良の際に2剤併用でなくクロザピンへの切替を目指すことについても、「同意・納得できる」が多数であった（図2-14）。

急性期治療中に内服から持続性抗精神病薬注射への切替を基本とすることについて、2回目の入院では「同意・納得できる」が圧倒的であった。

### 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、①告発を義務づけた法令はなく、告発せずに治療につなげることは不法行為に当たらないこと、守秘義務の遵守を法定されている医療者は、告発よりも治療及び支援につなげることを本務とすべきであること、②守秘義務の遵守を法定されている医療者は、犯罪として告発することもが許容されている場合にあっては、患者の同意を前提とする慎重な対応が求められること、③告発義務のある公務員であっても、守秘義務を前提とした職務上の裁量が認められる場合があることが確認された。また、麻薬及び向精神薬取締法58条の2による「麻薬中毒者」の都道府県知事（都道府県薬務課）への届け出については、現実的課題が多く、人権や治療機会の確保の点から慎重さが求められること等が確認され、「患者の違法薬物使用を知った場合の対応ガイドライン」案を提案した。

「薬物乱用・依存への介入のあり方」については、平成29年度中に、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。平成30年には実際の症例で効果検証を行い、簡易介入ツールの介入後にはBDI得点は有意に低下した（ $p=0.028$ ）。一方、SOCRATES-8D総得点、および下位因子の「病識」と「迷い」には有意な変化は見られなかったが、下位因子の「実

行」に関しては上昇する傾向（ $p=0.058$ ）が見られた。

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）

平成29年の調査では、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な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。

平成30年度の調査結果では、

- ① 全国の469保健所のうち308カ所（回答率65.7%）、1,747市町村のうち816カ所（同46.7%）市町村から回答を得た。保健所では都道府県、指定都市別に、市町村では障害福祉担当課、保健センター別に分析し、常勤専従職員配置、常勤専従職員職種別構成割合、常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員（精神保健福祉法第48条）に任命されている者の比率に不均一がみられた。
- ② 精神科プレ・ホスピタルケアを担っている保健

所及び精神科救急情報センターにおいて、平成29年度に行ったトリアージの結果、非自発的入院が必要と判断した事例で、受診調整が極めて困難であった事例について、保健所については241カ所（回答率51.4%）、精神科救急情報センターについては26都道府県（回答率55.3%）から回答が得られ、それぞれ27,595件のうち336件（1.2%）、43,621件のうち1,225件（2.8%）の発生があった。理由に関する具体的記載が無く、受診調整困難となる因子を抽出できなかったが、基本要件における「事例性」に相当する「社会的不利益」が高い一方で、「疾病性」（「医学的な重症性」）や、「急性の展開」「治療の可能性」が低い事例が含まれていること等が一要因と考えられた。

③ 各自治体の精神医療相談窓口で使用されているトリアージ&スクリーニングシートについて分析したところ、対象者の情報を記述することを主体としているタイプと、詳細な項目をチェックできるようにしたタイプに二分された。共通シート（試案）については、相談業務を担う相談員の経験や技量に大きな差があることをふまえ、寄せられた相談事例の「疾病性」と「事例性」を吟味し、的確にトリアージすると共に、身体合併症にも留意する必要性から【基本シート】に基づき情報を収集して精神科救急事例への該当について吟味し、その可能性があれば、【医療機関紹介判断用シート】に基づき情報を収集しトリアージする二段階構造とした。

④ 各都道府県に精神科救急医療体制整備事業担当者の参加を求めたところ、26都県の参加が得られた。参加者アンケートでは、「参考になった」との評価が得られ、成果物を精神科救急医療体制連絡調整委員会で資料として利用したいとの要望も複数の自治体から寄せられた。特にグループに分かれ各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状、課題、独自の取り組みなどについての情報交換、及び成果物（案）について高い評価を得た。

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）

〔①-0〕平成29年度に行った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。

〔①-1〕救急医療実務者に対する質問紙調査を行い、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〕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〕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したが、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。

②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、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。

③三次救命救急センター、精神科救急入院料病棟認可施設、精神科有床総合病院の偏在を確認するための協力体制を確保し、オランダ、米国などで実施されているCIU調査用紙の分担翻訳により日本語版を作成した。

7) 精神科救急及び急性期医療後の退院困難例の要因分析及び適切なケアのあり方に関する研究（山口分担班）

3ヵ月以内退院群と比較し、3ヵ月継続入院群の

患者の特徴は、入院時から症状等が重く、疾患の難治性が明確であった。また、ケア内容についての両群の差はほぼ観察されなかった。さらに、各機関でクロザピンやm-ECT、認知行動療法などエビデンスのある実践は、その実施自体が少なかった。退院困難の理由は、単純に「症状」や「症状以外」の理由で類別することは困難であった。また、クラスター分析によって「3ヵ月継続入院群」を、重い症状や行動障害、治療関係の構築に困難を抱えるグループ（クラスター1）と不安や自殺などの課題を抱えるグループ（クラスター2）に分類し、分析を実施した。

#### D. 考察

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では、医療判断について個別視点、巨視的視点の2側面から検討し、エキスパートや関係者による協議を経て、非自発入院判断の標準化、妥当性向上のための信頼性の高い臨床指標の開発を行った。行政指標としての「人口万対時間外受診数」、「入院率」、「人口万対時間外入院数」、個別指標としての「基本5要件」、「重症度と状態像」、「緊急に医療介入を要する因子」はいずれも有力であり、医療判断の特徴の推移や動向、トレンドを反映する指標を見出すとともに、指標の意味づけがなされた。今後の診療ガイドラインに反映させるべき推奨事項の基礎資料となる有意義な見識と考えられる。

平成29年には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た。一部の熱意ある診療所医師により支えられ、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った。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。

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では、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。①研究期間を通し都道府県から報告される精神科救急医療体制整備事業の年報を2年分の集計し、②平成30年には統計的信頼度を上げるために報告様式の改定を提案した。また、③精神保健医療資源の基本調査（630調査）についてもの直近2年分の最新データ等から、精神科救急入院科病棟の運用実態に係る指標を抽出して集計し、④ReMHRAD（地域精神医療資源分析データベース）の構築に貢献するとともに更新の仕組みも整えた。各視点において、以下のように考察され、多面的モニタリングの重要性が確認された。

①人口万対受診件数と入院率には強い負の相関があり、一次救急患者を主体に受診件数が高い過疎地区、受診件数が低く入院率が高い大都市圏ともに、背景要因と課題が推定された。相模原事件後の制度改革議論によって警察官通報と措置入院は2017年度に減少したが、大都市圏では依然として警察官通報による措置入院が救急患者の重要な医療アクセス手段となっている。②精神科救急医療のミッション（重大事象防止、長期在院防止、在宅ケア支援）の重要性に鑑みて、そのモニタリングの方法論も進化する必要がある。③精神科救急病棟群は、わが国の精神科医療における「緩やかな脱入院化」を牽引してきたが、重症患者の治療の限界や分布と機能の不均一性などの課題を抱えている。④今後の精神科救急医療のみならず地域医療計画や障害福祉計画の立案と進展にとってReMHRADは有用である。

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。

調査の結果、急性期に最初の2剤に早期反応不良であったために2剤併用になった場合、意外にも有効で忍容性も比較的良好であった。クロザピンは最初の2剤に反応しない場合の唯一の確立された選択肢であるが、2剤併用は急性期において有効性でも安全性でも1つの選択肢と考えてよいかもしれない。2剤併用を許容するかどうかでクロザピンの必要性の数字は変わる。使用が少ない持続性抗精神病薬注射の使用が増えるかどうかも影響するであろう。

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。

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において、薬物関連精神障害の「司法的な対応のあり方」については、かねてより告発の必要性和守秘義務の相反事情に加え、公務員の場合の告発義務等の事情から現場での混乱が多く、何度も議論を重ねる必要があったが、論点が整理され、一定の共通見解のもと、ガイドライン案の策定にまで至ることができた。また、麻薬及び向精神薬取締法58条の2における課題が明確となった点も含め、現在の現場の混乱解消に一步近づいたと可能性がある。

薬物乱用・依存に対する介入のあり方に関する検討では、「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」の内容を踏まえ、29年度までに開発した「簡易再発防止プログラム」（簡易ツール）を用いた介入により、介入前後での臨床上好ましい変化を確認した。サンプルサイズにより顕著な変化を確認することはできなかったが、今後は、よりサンプル数を増やし、かつ対照群を置いた上で、退院後の依存症専門治療継続性を指標とした検討を行っていく必要がある

る。

これらの成果は、精神科救急医療に従事する者の薬物乱用・依存患者に対する苦手意識や陰性感情の低減に資すると思われる。

精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究では、平成29年度に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」を用いた自己評価を実施した。未整備の項目が焦点化され課題として抽出され、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發揮した。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。

平成30年度に行った研究では以下の点が考察される。

① 都道府県保健所で、常勤専従職員における「精神保健福祉士」の職種別構成割合、常勤専従職員のうち精神保健福祉相談員に任命されている者の職種別構成割合は、地域によって大きな違いが見られたほか、常勤専従職員に対する精神保健福祉相談員の任命は、保健所よりも市町村においては進んでいないなどの実態があり、公的機関における相談業務の標準化にとっての課題要因と考えられた。

② 措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを法定することが盛り込まれていた精神保健福祉法改案が廃案となったが、ガイドラインが発出され、精神保健福祉士は徐々に増員傾向にある。

③ 調整困難例は1~3%程度発生し、低頻度ゆえその特徴は明らかでないが、疾病性と比較して事例性が高いこと要因となる可能性が示唆されたことから、今後特徴を特定し、発生を極力最小化する具体的方策の開発が求められる。

④ トリアージ&スクリーニングシートには、対象者の「疾病性」「事例性」を明確かつ簡潔に記載で

きるものと、項目チェックにより確認漏れを防げるものの2タイプがありそれぞれに長所/短所があった。そのため、共通シート（試案）の作成では両立を目指した。今後記載マニュアルを作成するなどしてガイドライン改訂に反映させ、標準化の一助となることが期待される。

⑤ ヒアリングの開催は貴重な機会となり、参加者からの高評価は、精神科救急医療体制整備事業を担当する自治体職員が事業の課題や、独自の取り組みなどについて情報交換できる場を求めている根拠となり、継続開催が必要であると考えられた。

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では、平成29年度に一般救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状を、並列型医療連携の好事例として医療機関内関係、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、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。

研究期間を通じ、PEEC コースにおける聞き取りなどから、連携強化のためのポイント、コース自体の体制強化に与える効果・有用性とともに参加者に与える効果・有効性等が確認された。しかしながら、これらの効果がMC活動におけるトリアージ状況などにおいて実質的に発揮されるのかどうかについては不確かであり、今後の確認が望まれる。救急隊が、地域で生活する精神科患者の病状不安定の初動にあたることは少なくないと考えられる。搬送困難事例の背景因として、これま

で精神科疾患、小児、産科、外傷、複数の診療科関与などが存在することが指摘されてきた。今回の調査結果から、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を克服したとする自治体が確認されたが、他方では小児・産科・外傷などに比べて依然として立ち遅れている現状も確認され、地域に応じた連携方策の策定が必要であると考えられる。

病院前救護における精神科トリアージのツールはエキスパートオピニオンによって一定の質保証を得られたものの、実臨床での妥当性検討を行う必要がある。

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の手段を開発について、医療資源の多寡等にもよることから、資源の把握体制確保を試み、強力体制の確立と特殊ユニットを評価する CIU 調査用紙の翻訳に留まった。今後は地域の実情に合わせた地域連携パスの作成が望ましいと考えられる。

精神科救急及び急性期医療後の退院困難例の要因分析及び適切なケアのあり方に関する研究において、退院困難例はその退院困難となる理由により重い症状や行動障害、治療関係の構築に困難を抱えるグループ（クラスター1）と不安や自殺などの課題を抱えるグループ（クラスター2）に分類された。

クラスター1については、医療中断の可能性や、陰性症状や障害までを含めた重症度が高く、標準治療では地域生活レベルまでの回復がすぎには困難と判断されたグループともいえるかもしれない。実際、このグループは12ヵ月時点での入院継続率も有意に高かった。これらのグループには、エビデンスに基づく追加的治療を軸に、ケースマネジメントを含めた総合的な支援が必要と考えられる。

クラスター2については、残遺症状や障害が心理脆弱性を主としており、必要な心理社会的サポートを投入することが適切な対応、すなわち地域生活に向けたケースマネジメントが直接的に有効となる可能性が考えられる。入院期間が12ヵ月を超えることは稀であった。ただし、特に自殺の間

題については、早期退院との関連を示した報告もあり、この要因によって退院困難となっているならば複雑化等が考えられ、個別ケースの状況に応じた対応が必要となるため、このグループに関して、集中的な治療や支援が必要ないというわけではない。

現状の医療体制における機能分化では、急性期治療に難渋し、再入院や長期化するケースに対して、上記に提案したようなアプローチを実践できる機会が限られることから、本来的な医療を提供できる体制の見直しが求められる。

## E. 結論

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ついて、信頼性の高い臨床指標が開発された。今後の継続的な活用により、医療判断動向の確認や自治体における事業評価への有用性が期待される。

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では、モニタリングの意義を再確認した。今後も、わが国の精神保健医療の水準向上に資するために、精神科救急医療の諸相を多面的かつ継続的にモニタリングする必要があると思われる。

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に関して、質の高い貴重なエビデンスが得られた。今後、精神科救急医療を現場で実践するうえで、診療技術の向上に資する見識と考えられる。

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において、司法的な対応のあり方、および薬物乱用・依存への介入のあり方を検討し、ガイドライン案の作成、および簡易介入プログラムの開発を行った。本研究成果は、精神科救急医療に従事する者の薬物乱用・依存患者に対する苦手意識や陰性感情の低減に資すると思われる。

精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研

究で、精神科プレ・ホスピタルケアや相談業務の平準化に向けた種々の所見が得られた。研究成果を活用した自治体・医療連携の推進が期待される。

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では、教育コースの活用や、連携にとって支障となりやすい病院前救護におけるトリアージの正確性を高めるためのメディカルクリアランスを重視したツール作成等により、良好な連携に必要な要因の抽出を行った。今後研究成果を活用した各地での連携推進への活用が期待される。

精神科救急及び急性期医療後の退院困難例の要因分析及び適切なケアのあり方に関する研究では、救急・急性期治療後の退院困難例の特徴を分析し、現状の医療提供体制における課題が示唆され、本来的な医療を提供できる機能分化の提案を行った。

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）の次期改定への反映を予定している。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している。また、今回の追加研究では急性期後の医療提供体制についても課題も確認されたことから、更なる機能分化を推進し、包括的で継続的、統合的なケア体制について、政策提言としての意義も含まれる。

以上の成果により、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および機能分化は、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、医学研究の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。

## 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* 2018; 8(6): 173–183.
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* 2018; 38: 117–123.
3. Hatta K, Hasegawa H, Imai A, Sudo Y, Morikawa F, Katayama S, Watanabe H, Ishizuka T, Nakamura M, Misawa F, Fujita K, Ozaki S, Umeda K, Nakamura H, Sawa Y, Sugiyama N, for the JAST study group. Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy and polytherapy in 1543 patients with acute-phase schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry* 2019; 40: 82–87.
4. 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

1. 塩澤拓亮, 藤井千代, 野田寿恵, 杉山直也: 精神科救急医療体制整備事業の実態把握—後方視調査による経年同行の検討—. 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 2018.10.11,

沖縄

2. Hatta K, Sugiyama N, for the JAST study group. Response to antipsychotics and use of electroconvulsive therapy in acute-phase schizophrenia spectrum disorders. WFSBP Asia Pacific Regional Congress of Biological Psychiatry 2018, Kobe, September 7-9, 2018
3. 八田耕太郎：S4：精神科救急における、長期予後を考慮した統合失調症薬物療法：日本精神科救急学会における精神病症状への薬物療法ガイドライン。第26回日本精神科救急学会学術総会，那覇，2018.10.11-12
4. 塚本哲司：地域包括ケアを含む第7次医療計画と精神科救急～精神科プレ・ホスピタルケアから考える，那覇市，第26回日本精神科救急学会学術総会，2018.10.11

#### G. 知的所有権の取得状況

##### 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. 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(平田豊明、杉山直也監修)。2015
2. 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
3. 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

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
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。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
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
7. 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
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
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
10. 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
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
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
  13. 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
  14. 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
  15. 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
  16. 平田豊明：措置入院制度の歴史と現状。精神科臨床サービス。17；281-287，2017
  17. 平田豊明：精神科救急入院料の認可要件改定で精神科救急はどう変わるか？。精神科治療学。34；217-277，2019
  18. [https://community-databox-ev.accelight.jp/view\\_emc\\_medical\\_data](https://community-databox-ev.accelight.jp/view_emc_medical_data)
  19. 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.
  20. 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
  21. 八田耕太郎，中村満，須藤康彦，三澤史斉：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
  22. Agid, O., Arenovich, T., Sajeev, G., Zipursky, R.B., Kapur, S., Foussias, G., Remington, G., 2011. An algorithm-based approach to first-episode schizophrenia: response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *J. Clin. Psychiatry*. 72(11)1439-1444.
  23. Agid, O., Schulze, L., Arenovich, T., Sajeev, G., McDonald, K., Foussias, G., Fervaha, G., Remington, G., 2013. Antipsychotic response in first-episode schizophrenia: efficacy of high doses and switching. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 23(9)1017-1022.
  24. Bachmann, C.J., Aagaard, L., Bernardo, M., Brandt, L., Cartabia, M., Clavenna, A., Coma Fusté, A., Furu, K., Garuoliené, K., Hoffmann, F., Hollingworth, S., Huybrechts, K.F., Kalverdijk, L.J., Kawakami, K., Kieler, H., Kinoshita, T., López, S.C., Machado-Alba, J.E., Machado-Duque, M.E., Mahesri, M., Nishtala, P.S., Piovani, D., Reutfors, J., Saastamoinen, L.K., Sato, I., Schuiling-Veninga, C.C.M., Shyu, Y.C., Siskind, D., Skurtveit, S., Verdoux, H., Wang, L.J., Zara Yahni, C., Zoëga, H., Taylor, D., 2017. International trends in clozapine use: a study in 17 countries. *Acta Psychiatr. Scand*. 136, 37-51.
  25. Boter, H., Peuskens, J., Libiger, J., Fleischhacker, W.W., Davidson, M., Galderisi, S., Kahn, R.S.; EUFEST Study Group, 2009. Effectiveness of antipsychotics in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder on response and remission: an open randomized clinical trial (EUFEST). *Schizophr. Res*. 115(2-3)97-103.

26. Bruijnzeel, D.M., Tandon, R., 2018. Antipsychotic Polypharmacy: State of the Science and Guidelines for Practice. It's difficult to stop once you start. *Asian J. Psychiatr.* 33, A1-A2.
27. Buckley, P.F., Correll, C.U., 2008. Strategies for dosing and switching antipsychotics for optimal clinical management. *J. Clin. Psychiatry.* 69(Suppl 1)4-17.
28. CLOZARIL<sup>®</sup>. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2010/019758s062lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/019758s062lbl.pdf). Accessed on December 28, 2018.
29. Constantine, R.J., Andel, R., McPherson, M., Tandon, R., 2015. The risks and benefits of switching patients with schizophrenia or schizoaffective disorder from two to one antipsychotic medication: a randomized controlled trial. *Schizophr. Res.* 166, 194-200.
30. Constantine, R.J., Andel, R., McPherson, M., Tandon, R., 2018. Is the risk of antipsychotic polypharmacy discontinuation dependent on the agents used? *Psychiatry Res.* 263, 238-244.
31. Crespo-Facorro, B., Pérez-Iglesias, R., Ramirez-Bonilla, M., Martínez-García, O., Llorca, J., Luis, Vázquez-Barquero, J., 2006. A practical clinical trial comparing haloperidol, risperidone, and olanzapine for the acute treatment of first-episode nonaffective psychosis. *J. Clin. Psychiatry.* 67(10)1511-1521.
32. De Berardis, D., Rapini, G., Olivieri, L., Di Nicola, D., Tomasetti, C., Valchera, A., Fornaro, M., Di Fabio, F., Perna, G., Di Nicola, M., Serafini, G., Carano, A., Pompili, M., Vellante, F., Orsolini, L., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., 2018. Safety of antipsychotics for the treatment of schizophrenia: a focus on the adverse effects of clozapine. *Ther. Adv. Drug Saf.* 9(5)237-256.
33. Derks, E.M., Fleischhacker, W.W., Boter, H., Peuskens, J., Kahn, R.S.; EUFEST Study Group, 2010. Antipsychotic drug treatment in first-episode psychosis: should patients be switched to a different antipsychotic drug after 2, 4, or 6 weeks of nonresponse? *J. Clin. Psychopharmacol.* 30(2)176-180.
34. Emsley, R., Oosthuizen, P.P., Kidd, M., Koen, L., Niehaus, D.J., Turner, H.J., 2006a. Remission in first-episode psychosis: predictor variables and symptom improvement patterns. *J. Clin. Psychiatry.* 67(11)1707-1712.
35. Emsley, R., Rabinowitz, J., Medori, R., 2006b. Time course for antipsychotic treatment response in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 163(4)743-745.
36. Grande, I., Pons, A., Baeza, I., Torras, Á., Bernardo, M., 2011. QTc prolongation: is clozapine safe? Study of 82 cases before and after clozapine treatment. *Hum. Psychopharmacol.* 26(6)397-403.
37. 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., 2018. A prospective naturalistic multicenter study on choice of parenteral medication in psychiatric emergency settings in Japan. *Neuropsychopharmacol. Rep.* 38, 117-123.
38. Hatta, K., Otachi, T., Fujita, K., Morikawa, F., Ito, S., Tomiyama, H., Abe, T., Sudo, Y., Takebayashi, H., Yamashita, T., Katayama,

- S., Nakase, R., Shirai, Y., Usui, C., Nakamura, H., Ito, H., Hirata, T., Sawa, Y.; JAST Study Group, 2014. Antipsychotic switching versus augmentation among early non-responders to risperidone or olanzapine in acute-phase schizophrenia. *Schizophr. Res.* 158(1-3)213-222.
39. Hatta, K., Takahashi, T., Nakamura, H., Yamashiro, H., Endo, H., Fujii, S., Fukami, G., Masui, K., Asukai, N., Yonezawa, Y., 1998. Abnormal physiological conditions in acute schizophrenic patients on emergency admission: dehydration, hypokalemia, leukocytosis and elevated serum muscle enzymes. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 248(4)180-188.
40. Inada, T., 1996. Evaluation and diagnosis of drug-induced extrapyramidal symptoms: commentary on the DIEPSS and guide to its usage. Seiwa Shoten Publishers, Tokyo.
41. Kane, J.M., Correll, C.U., Goff, D.C., Kirkpatrick, B., Marder, S.R., Vester-Blokland, E., Sun, W., Carson, W.H., Pikalov, A., Assunção-Talbot, S., 2009. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, 16-week study of adjunctive aripiprazole for schizophrenia or schizoaffective disorder inadequately treated with quetiapine or risperidone monotherapy. *J. Clin. Psychiatry.* 70(10)1348-1357.
42. Kato, Y., Umetsu, R., Abe, J., Ueda, N., Nakayama, Y., Kinoshita, Y., Nakamura, M., 2015. Hyperglycemic adverse events following antipsychotic drug administration in spontaneous adverse event reports. *J. Pharm. Health Care Sci.* 1:15. doi: 10.1186/s40780-015-0015-6. eCollection 2015.
43. Lieberman, J., Jody, D., Geisler, S., Vital-Herne, J., Alvir, J.M., Walsleben, J., Woerner, M.G., 1989. Treatment outcome of first episode schizophrenia. *Psychopharmacol. Bull.* 25(1)92-96.
44. Lung, S.L.M., Lee, H.M.E., Chen, Y.H.E., Chan, K.W.S., Chang, W.C., Hui, L.M.C., 2018. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy in Hong Kong. *Asian J. Psychiatr.* 33, 113-120.
45. McEvoy, J.P., Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Davis, S.M., Meltzer, H.Y., Rosenheck, R.A., Swartz, M.S., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, C.E., Severe, J., Hsiao, J.K.; CATIE Investigators, 2006. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am. J. Psychiatry.* 163(4)600-610.
46. Melkersson, K., 2005. Differences in prolactin elevation and related symptoms of atypical antipsychotics in schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiatry.* 66(6)761-767.
47. Merlo, M.C., Hofer, H., Gekle, W., Berger, G., Ventura, J., Panhuber, I., Latour, G., Marder, S.R., 2002. Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first-episode, acutely psychotic patients: treatment efficacy and effects on fine motor functioning. *J. Clin. Psychiatry.* 63(10)885-891.
48. Perkins, D., Lieberman, J., Gu, H., Tohen, M., McEvoy, J., Green, A., Zipursky, R., Strakowski, S., Sharma, T., Kahn, R., Gur, R., Tollefson, G.; HGDH Research Group, 2004. Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *Br. J. Psychiatry.* 185(7)18-24.

49. Remington, G., Addington, D., Honer, W., Ismail, Z., Raedler, T., Teehan, M., 2017. Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. *Can. J. Psychiatry.* 62(9)604-616.
50. Samara, M.T., Leucht, C., Leeflang, M.M., Angheliescu, I.G., Chung, Y.C., Crespo-Facorro, B., Elkis, H., Hatta, K., Giegling, I., Kane, J.M., Kayo, M., Lambert, M., Lin, C.H., Möller, H.J., Pelayo-Terán, J.M., Riedel, M., Rujescu, D., Schimmelmann, B.G., Serretti, A., Correll, C.U., Leucht, S., 2015. Early improvement as a predictor of later response to antipsychotics in schizophrenia: a diagnostic test review. *Am. J. Psychiatry.* 172(7)617-629.
51. Schennach-Wolff, R., Obermeier, M., Seemüller, F., Jäger, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L.G., Gaebel, W., Klosterkötter, J., Heuser, I., Maier, W., Lemke, M.R., Rütger, E., Klingberg, S., Gastpar, M., Engel, R.R., Möller, H.J., Riedel, M., 2010a. Does clinical judgment of baseline severity and changes in psychopathology depend on the patient population? Results of a CGI and PANSS linking analysis in a naturalistic study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 30(6)726-731.
52. Schennach-Wolff, R., Seemüller, F.H., Mayr, A., Maier, W., Klingberg, S., Heuser, I., Klosterkötter, J., Gastpar, M., Häfner, H., Sauer, H., Schneider, F., Gaebel, W., Jäger, M., Möller, H.J., Riedel, M., 2010b. An early improvement threshold to predict response and remission in first-episode schizophrenia. *Br. J. Psychiatry.* 196(6)460-466.
53. Siskind, D., Siskind, V., Kisely, S., 2017. Clozapine response rates among people with treatment-resistant schizophrenia: data from a systematic review and meta-analysis. *Can. J. Psychiatry.* 62(11)772-777.
54. Stauffer, V.L., Case, M., Kinon, B.J., Conley, R., Ascher-Svanum, H., Kollack-Walker, S., Kane, J., McEvoy, J., Lieberman, J., 2011. Early response to antipsychotic therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of patients with first-episode psychosis. *Psychiatry Res.* 187(1-2)42-48.
55. Stroup, T.S., Gerhard, T., Crystal, S., Huang, C., Olfson, M., 2016. Comparative effectiveness of clozapine and standard antipsychotic treatment in adults with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 173(2)166-173.
56. Suzuki, H., Hibino, H., Inoue, Y., Takaya, A., 2019. Comparisons of the effects of long-acting injectable monotherapy and combination therapy of long-acting injectable treatment with oral antipsychotics on treatment retention in patients with chronic schizophrenia. *Asian J. Psychiatr.* 39, 112-113.
57. Takahashi, H., Kamata, M., Yoshida, K., Ishigooka, J., Higuchi, H., 2006a. Switching to olanzapine after unsuccessful treatment with risperidone during the first episode of schizophrenia: an open-label trial. *J. Clin. Psychiatry.* 67(10)1577-1582.
58. Takahashi, H., Yoshida, K., Ishigooka, J., Higuchi, H., 2006b. Switching to risperidone after unsuccessful treatment of olanzapine in the first-episode schizophrenia: an open trial. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 30(6)1067-1072.

59. Taylor, D., Paton, C., Kapur, S., 2015. Schizophrenia, in: Taylor, D., Paton, C., Kapur, S. (Eds.), *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 12th ed. John Wiley & Sons, West Sussex, pp.15-188.
60. Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enksson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A., Taipale, H., 2017. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 74(7)686-693.
61. Beck, A.T., Steer, R.A., and Brown, G.K. (1996) *Manual for the Beck Depression Inventory-2*. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1996.
62. 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.
63. 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>
64. 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) *大コン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.
65. 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔, 村上真紀, 谷渕由布子 (2019) 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成30年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究（研究代表者 嶋根卓也）総括・分担研究報告書：75-141.
66. Mitchell, D. and Angelone, D.J. (2006) Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. *Mil Med* 171: 900-904.
67. Mitchell, D., Angelone, D.J. and Cox, S.M. (2007) An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. *J Addict Dis* 26: 53-60.
68. National Institute on Drug Abuse (2018) *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition)*. <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
69. 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/detail?id=50093](http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail?id=50093) 最終確認 2018年4月23日
70. 安富潔 (2009) *刑事訴訟法*. pp79, 三省堂, 東京.
71. 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
72. 全国精神保健福祉センター長会,全国精神保健福祉相談員会:2003(平成15)年全国精神保健福祉専任従事者調査報告書,2003
73. The Victorian Government Department of Health: *Statewide mental health triage scale, Guidelines*. Stream Solutions, Level 3, 157 Spring Street, Melbourne, Victoria

- 3000 May 2010 <https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/h30/>（平成 31 年 4 月 29 日閲覧）
74. Beveridge, R. et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines. *Can J Emerg Med.* 1(3suppl), 1999, S2-28.
75. Sands, N., Elsom, S. & Colgate, R. UK Mental Health Triage Scale Guidelines, UK Mental Health Triage Scale Project, Wales, 2015.
76. 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.
77. 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。
78. 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。
79. 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。
80. 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。
81. Kishi, Y. Kathol, RG.: Integrating Medical and Psychiatric Treatment in an Inpatient Medical Setting, The Type IV Program. *Psychosomatics*, 40:345-355, 1999.
82. 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.
83. 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）
84. 樋口輝彦：精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて。精神神経学雑誌 113:490-495, 2011.
85. Okumura Y, Sugiyama N, Noda T, et al: Psychiatric admissions and length of stay during fiscal years 2014 and 2015 in Japan: a retrospective cohort study using a nationwide claims database. *J Epidemiol* 2018. doi: doi: 10.2188/jea.JE20180096. [Epub ahead of print]
86. 安西信雄：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：平成 27 年度 総括・分担研究報告書。帝京平成大学大学院，2016.
87. APA: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4th Edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
88. Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull* 24:97-99, 1988.
89. 厚生労働省：障害者総合支援法における障害支援区分：医師意見書記載の手引き。厚生労働省，2014.
90. 佐藤さやか，池淵恵美，穴見公隆，他：精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み。日本社会精神医学会雑誌 16:229-240, 2008.
91. Meltzer HY: Treatment-resistant schizophrenia: the role of clozapine. *Current Medical Research and Opinion* 14:1-20, 1997.
92. Faden J: Treatment-resistant schizophrenia: a brief overview of treatment options. *Journal of Clinical Psychiatry* 80, 2019.

93. Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: A study protocol for a multicenter prospective longitudinal study (the ePOP-J study). 2019 (In preparation).
94. 杉山直也, 野田寿恵, 澤野文彦: 精神科新規入院者における入院長期化のリスク要因～精神科救急入院患者レジストリを用いた分析～. 精神医学 58 (3), 235-244, 2016
95. 杉山直也, 野田寿恵, 澤温, 立森久照, 山之内芳雄: 精神科救急入院料病棟における入院長期化のリスク要因 (第2報) 共通レジストリを用いた複数施設の分析から. 精神医学 59(4), 369-377, 2017