

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）

**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**  
( H 2 9 - 精神 - 一般 - 0 0 2 )

**平成29年度 総括・研究分担報告書**

**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 )  
平成 30 ( 2018 ) 年 3 月

## 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

（ H 2 9 - 精神 - 一般 - 0 0 2 ）

### 平成29年度 総括・研究分担報告書

#### 目次

#### 1 章 総括研究報告

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 ・ ・ ・ ・ ・ 1 - 14

#### 2 章 研究分担報告

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

（研究分担者）杉山直也 ・ ・ ・ ・ ・ 15 - 105

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

（研究分担者）平田豊明 ・ ・ ・ ・ ・ 107 - 119

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

（研究分担者）八田耕太郎 ・ ・ ・ ・ ・ 121 - 125

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

（研究担当者）松本俊彦 ・ ・ ・ ・ ・ 127 - 143

5．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

（研究分担者）塚本哲司 ・ ・ ・ ・ ・ 145 - 171

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

（研究分担者）橋本 聡 ・ ・ ・ ・ ・ 173 - 205

3 章 研究成果の刊行に関する一覧 ・ ・ ・ ・ ・ 207 - 208

# 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。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、各分担任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任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究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.

## 2 章 分担研究報告書



## 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

研究分担者： 杉山直也（公益財団法人復康会 沼津中央病院）

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）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、野田寿恵（公益財団法人復康会 あたみ中央クリニック）

【要旨】精神科医療では、疾患特性によって当事者本人の現実的な判断力や検討力等が限定されることから、非自発入院を適応させなければならない場面が多い。この判断は、当事者の権利制限を伴う重大な決定であり、指定医資格による法を根拠とした手続きを経て、慎重かつ一定の妥当性をもって行われなければならない。他方実際の医療判断においては、臨床ニーズの多様性をふまえる必要がある。この両立について、危機介入を高頻度に扱う精神科救急医療の現場では、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が求められ、その判断の根拠や過程には一定の標準化が求められる。

方法：これまでに報告された精神科救急医療の過去の都道府県実績について再解析を行い、医療判断の経時的地域動向を検討するとともに、分析データを都道府県に供覧し、セルフレビューによって影響要因の探求を行うためのアンケート調査を実施した。また、医療判断の実態について、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とし、過去の厚生労働科学研究成果である「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、その判断過程、根拠および影響要因を明らかにするための横断面調査を実施した。加えて、大都市圏を中心に精神科初期救急医療システムに関する自治体への聞き取り調査を実施し、精神科診療所の精神科救急医療資源としての活用可能性等を検討した。

結果：自治体セルフレビューでは 36 自治体から回答があった。実績変動の主な理由は制度や資源の変更によるもので、今後「人口万対時間外入院数」等の指標が地域の医療体制や医療判断の傾向を間接的に反映する一指標になると考えられた。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。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 1.2%程度発生していた。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）に応じて群間比較を行った結果、重症度以外にも以前策定した診断基準における多くの項目が入院要否判断、非自発入院判断に影響していた。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）はすべて要入院判断に関連し、前 3 者は非自発入院の必要性と関連していた。A1：非自発入院の判断は重症度、精神運動興奮状態、解離状態、5 つの基本要件すべて、行動因子、行動因子のうち他害、B1：要入院の判断は重症度、精神運動興奮状態、

幻覚妄想状態、躁状態、解離状態、基本要件のうちの医学的な重要性、社会的不利益、急性の展開、医療関係性因子のうち中断例、A2：自発入院の判断は抑うつ状態、行動因子のうち自傷、サポート因子、B2：入院不要判断は医療関係性因子のうちかかりつけ医が対応できない、の因子がそれぞれ該当する場合に影響が考えられた。精神科救急医療における時間外受診の需要（ニーズ）は16の代表的状況に分類された。今後、非自発入院の医療判断における標準化のための有意義な調査結果と考えられる。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まとめ、課題や利点を考察した。

今年度の結果をふまえ、平成30年度にはエキスパートによる協議を実施し、非自発入院の判断のための標準化策を検討・提案するとともに、医療の質を反映する臨床項目について追加検討を行い、信頼性の高い臨床指標を開発するための基礎データを構築したうえ、ガイドラインに反映させるべき推奨事項を定める予定である。

#### A. 研究の背景と目的

精神科医療では、その治療対象となる疾患特性によって当事者本人の現実的な判断や検討等を行う機能が限定されることから、当該疾患の増悪等に伴う健康被害を拡大させぬよう、随伴する社会的不利益を被らぬよう、または合理的な疾患予防策や治療方策を提供して健康増進を実現できるよう、非自発入院を適応させなければならない場面が多々遭遇する。この際、当事者には一定程度の権利制限が必然的に発生することから、その判断は法を根拠とした行政処分や代諾等の手続き、指定医といった法内専門資格にもとづき、慎重かつ一定の妥当性をもって行われなければならない。

このうち、精神科救急医療では、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が求められる。

実際の臨床場面は実に多様で、ケースの個別事情等によって様々に複雑化していることが通例である。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）」では、危機状況への影響要因として 病状因子、行動因子、サポート因子、時間帯因子、

治療関係因子の5軸をあげており、精神科救急医療の対象範囲は、これらの因子の重なり

り合いによって特徴づけられる多元的なものと説明されている。すなわち、危機介入の必要性とは、種々の要因を症例ごとに個別勘案して統合的に検討されるものであり、医療判断における多くの部分は医療者にその際量が委ねられていることになる。

このように、精神科における医療判断は、一方では当事者の権利制限を伴う等の重大性から、明確な医学的根拠に基づいた一定の標準的診療過程を経つつも、他方では多様性への柔軟な対応を要するという複雑な両立が求められている。特に精神科的危機状況を多数扱い、迅速な判断が求められる精神科救急医療の現場においてこのような判断場面が多い。

本分担研究を統括する「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としてまとめ、提言することである。

報告者らは、これまでに前出の日本精神科救急学会編「精神科救急医療ガイドライン」を策定し、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、自殺未遂者対応等に関する集約的な標準化を試みてきた。

本分担研究では、精神科救急医療体制整備事業における非自発入院を中心とした時間外

受診の実態を再精査するとともに、実際診療の中で行われた個々の医療判断の根拠や過程について調査を行うことによって、影響要因等を明らかにし、より適切な標準的医療判断のあり方や手順を提示することを目的としている。また、精神科初期救急医療体制（必ずしも入院を要しないと考えられる軽症の時間外受診への対応体制）については、これまでに調査が行われた経緯が見当たらず、精神科診療所等の精神科救急医療における医療資源としての活用可能性等を明らかにする目的で予備的調査を実施した。

得られた知見は「精神科救急医療ガイドライン」の次期改定に反映させて推奨し、これら重大な臨床判断が妥当かつ合理的なものとして広く国内で運用されることを目指し、研究を実施するものである。

## B. 方法

### 1. 精神科救急医療体制整備事業実績の後方視調査

#### 1) 研究方法（調査方法）

事業実施要綱変遷一覧年表

2010（平成22）年度から2017（平成29）年度までの精神科救急医療体制整備事業実施要綱の内容を精査し、その記載内容の変遷を比較参照可能な一覧表形式にまとめた。実際の事業実績や動向を分析・解釈するための参考資料とした。

事業実績変遷の可視化

2004（平成16）年度～2015（平成27）年度の間、精神科救急医療体制整備事業によって報告された都道府県ごとの時間外診療実績について、「人口万対時間外受診件数」を横軸、「受診したうちの入院率」を縦軸とした散布図を年度ごとに整理し直し、一連の連続資料とした。また、単一自治体ごとの事業変遷が可視化できるよう、同じ指標を縦軸と横軸に、都道府県別の個別グラフを作成、整理し、後述のセルフレビューに活用した。

さらに、時間外入院は夜間休日にやむを得

ず入院を余儀なくされるケースに相当し、必ずしも全てが非自発入院ではないが、非自発入院の判断実態をある程度反映すると考えられるため、「人口万対時間外受診件数（横軸）×「受診したうちの入院率」によって得られる「人口万対時間外入院数」の年次変化および変動幅を算出し、このような危急な介入の臨床判断の経年動向について検討した。

自治体によるセルフレビュー調査

都道府県動向や年次動向に影響した要因を個別に探求するため、グラフによって可視化した事業実態の変遷（上記の資料）を都道府県の事業担当者へ送付し、セルフレビューによって遡るアンケート調査を実施した。

#### 2) 対象

2010（平成22）年～2017（平成29）年度の精神科救急医療体制整備事業実施要綱

2004（平成16）年～2015（平成27）年までの精神科救急医療体制整備事業実績報告（文献1～13）

47都道府県の事業担当者

#### 3) 尺度

なし

なし

別紙アンケート用紙（参考資料1）

#### 4) 期間（研究スケジュールなど）

平成29年度内

平成29年度内

調査期間：平成29年9月（調査票発送）～11月30日（返送期限）

#### 5) 手続き

特記事項なし

#### 6) 統計解析／分析方法

本年度は行わなかった。

#### 7) 倫理的配慮

文部科学省・厚生労働省発「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日一部改正)」を参照したうえ、対象は既に公表された資料であり、特段の手続きを行わなかった。

## 2. 個別症例における医療判断の横断面調査

### 1) 研究方法(調査方法)

実際の精神科救急医療の診療場面において、非自発入院等の医療方針がどのように決定されるのかについて、判断の根拠や過程を明らかにするため、実際の時間外受診ケースを対象として、過去の厚生労働科学研究(文献10)にて策定した「精神科における『急性かつ重症の患者』の診断基準」を用い、同基準への合致状況と転帰を横断面にて調査した。

### 2) 対象

下記の期間に、わが国の診療報酬制度において精神科救急入院料を算定する全国134の医療機関うち、協力が得られた医療機関を、時間外(夜間・休日)に救急受診した症例。各医療機関の先着10ケース以内。

### 3) 尺度

2014に策定した「精神科における『急性かつ重症の患者』の診断基準」について、分担研究班内のエキスパート・コンセンサスによってあらためて見直しを行い、本研究の目的に見合うよう、修正等を加えて新たに調査個票(参考資料2)を作成し、これを質問紙とした。

調査の項目は、以下の通り。

- 基本情報(年齢、性別、主診断(F分類)、副診断(あり/なし、ありの場合F分類))
- 転帰情報(非自発入院、自発入院、非入院、非入院については本来入院が必要であったか、不要であったかどうか)
- 基本要件(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)
- 状態像(意識障害(せん妄、急性中毒、その他)、幻覚・妄想状態、精神運動興奮状

態、抑うつ状態、躁状態、解離状態、酩酊状態(単純酩酊、複雑酩酊、連続飲酒、シンナー・大麻・医薬品などによる酩酊、その他)、その他(認知症状態、統合失調症残遺状態等))

### e. BPRS

f. 緊急に医療的介入を要する因子(行動因子(他害、自傷、自律不全)、サポート因子、治療関係性因子(初診、中断例、かかりつけ医が対応できない)、時間帯因子、身体合併症因子)

### 4) 期間(研究スケジュールなど)

調査対象期間:平成29年9月1日~30日  
返送期限:平成29年10月30日

### 5) 手続き

回収率向上目的にて、協力調査個票1枚につき、クオカード1000円分の謝礼を対象医療機関に送付

### 6) 統計解析/分析方法

#### データセットの設定

分析を行うにあたり、以下の2種類のデータセットを作成し、b.転帰情報記入欄から得られた実際の転帰ごとに、回収された症例を各群に分類した。

#### 【データセットA】

主に非自発入院と自発入院を分ける要因の解析を実施(以下Aセット)

#### A1: 非自発入院群

設問2において、「緊急措置入院」、「措置入院」、「応急入院」、「医療保護入院」のいずれかに該当した群

#### A2: 自発入院群

設問2において、「任意入院」に該当した群

#### A3: 非入院群

設問2において、「入院せず」に該当した群

#### 【データセットB】

主に、時間外の入院の要否を分ける要因の解析を実施(以下Bセット)



## B1：入院必要群

質問紙の設問2において、非入院のうち本来は入院が必要であったが何らかの理由により入院しなかったケースへの該当を尋ねる問いがあり、これに該当したケースと実際に入院したケースを併せた群

## B2：入院不要群

入院しなかったケースのうち、設問2において入院不要にチェックがあったもの

## B3：(非入院のうち)要否不明群

入院しなかったケースのうち、設問2において本来は入院必要にも入院不要にチェックがなく要否不明であった群。群間比較の対象には含めなかった。

### 群間比較

a、c、d、e項目において、A1・A2各群およびB1・B2各群の該当あり/なし割合について、 $\chi^2$ 二乗検定を用いて検定した。

f項目について、A1・A2・A3各群のBPRS総得点の平均を一元配置分散分析、B1・B2群間のBPRS総得点の平均をt検定を用いて検定した。多重比較検定としてはSheffe法を用いた。

## 7) 倫理的配慮

文部科学省・厚生労働省発「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日一部改正)」を遵守し、公益財団法人復康会倫理審査委員会(平成29年6月15日開催)にて承認を得た(同16日)。

## 3. 初期救急医療体制好事例調査

### 1) 研究方法(調査方法)

初期救急医療体制の実態について、大都市圏を中心に任意の自治体を選定し、精神科救急医療体制整備事業を担当する都道府県及び政令指定都市担当者への電話ヒアリングにより、予備調査として実施した。

### 2) 対象

精神科初期救急医療を実施運営する主に大

都市圏の自治体。実施が無いと回答した自治体は対象としなかった。

### 3) 尺度

特定の適した尺度はなく、以下の項目について聞き取りを行った。

実施圏域(精神科救急医療圏)、推計人口、診療所数、精神科救急医療体制整備事業の運用時間帯(365日24時間or夜間休日)、初期救急実施時間帯、初期救急実施場所(自院or特定施設)、体制スキーム(輪番型or常時型orその他)、体制スキーム(委託先等)、体制スキーム(参加診療所数と医師数)、予算措置状況(国庫補助金の活用)、受診までの流れ、実績、入院が必要な場合の流れ、実績について、連絡会議(連絡調整委員会)の開催状況、課題、強み、診療所医師の精神医療審査会参加状況、診療所医師の措置診察協力状況、診療所医師の夜間休日連絡先登録状況。

### 4) 期間(研究スケジュールなど)

平成29年度内(平成30年1月~3月)

### 5) 手続き

電話で調査趣旨について説明のうえ、可能な範囲で回答を得た。

### 6) 統計解析/分析方法

特定手法による分析は行わなかった。

### 7) 倫理的配慮

自治体としての機微情報の取り扱いについては対象自治体の判断を要請し、結果公表は可能な範囲とした。

## C. 結果/進捗

### 1. 後方視調査(通称10年分調査)

#### 1) 事業実施要綱変遷一覧年表

表1のようにまとめた。のセルフレビューの参照資料として活用した。

注目すべき転機(大きな動向)として以下を

抽出した。

平成 25 年度の変更

法改正（体制整備の努力義務化）に伴う追記がなされた

- 医療連携に係る研修会等運営事業が新設された（結局実施されずに平成 27 年に削除された）
- 精神科救急医療圏域の概念が初めて登場した。
- 一旦削除された常時型外来対応施設が復活した。
- 身体合併症救急医療確保事業整備促進のための緩和措置が加わった
- ミクロ救急体制確保事業が新設され、かかりつけ患者の時間外診療を事業に含め、診療責任の明確化と評価を行った。

平成 27 年度の変更

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能が拡大され、心身連携の推進、事業の周知・評価・検証が加わった。
- 身体合併症の病病連携円滑化における情報センターの活用強化が加筆された。
- ミクロ救急体制確保事業が削除された

平成 28 年度の変更

- 精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能が強化され、圏域毎の評価・検証・体制整備・相互理解の深化、研修事業が加筆された。
- 病院群輪番型、常時対応型の条件が緩和され、病床確保要件が削除、対応体制がオンコール可となった。
- 身体合併症の病病連携円滑化における情報センターの活用が削除され、連絡調整委員会で圏域ごとに整備促進される方向性となった
- 身体合併症救急医療確保事業に設定されていた具体的施設の設定や条件が削除され、連絡調整委員会で圏域ごとに整備促進される方向性となった。

平成 29 年度の変更

- 重症度ごとの対応体制整備の提案が加筆

された

2) 事業実績変動の可視化（図 1～25）

全国の各都道府県実態の散布図を年度ごとに整理し直した一連の連続データでは、「人口万対時間外入院数」（「人口万対時間外受診件数」（横軸）×「受診したうちの入院率」（縦軸））が一定となる双極線に近似する傾向が継続的に観察された。

都道府県ごとの年次変動は、自治体によって多様であり、特定年度に全国的に共通の変動等は観察されなかった。どのような理由によって変動したのかを客観的に判断することは困難であった。結果は のセルフレビューの主資料とした。

「人口万対時間外入院数」（「人口万対時間外受診件数」（横軸）×「受診したうちの入院率」（縦軸））の年次変化は漸次僅かに増加傾向にあり、その平均値はここ 12 年間で 1.0～2.0 の間であった。

3) 自治体によるセルフレビュー調査（図 26～72）

47 都道府県のうち、36 自治体からの回答を得た（76.6%）。うち、変動があったと回答したのは 23 都道府県で、その理由（1 件の複数回答あり）は、a.人口規模による影響（0）、b.国の要綱改訂の影響（3）、c.圏域内医療資源の増減による影響、（3）d.都道府県内での運用取り決めの変更による影響（9）（d1.事業メニューの開始や終了があった（6）、d2.圏域の変更があった（0）、d3.件数のカウントの仕方が変わった（1）、d4.担当者が代わって数字の解釈が変わった（0）、d5.その他（1）e.その他（1）f.わからない（11））であった。自由記載を含めると、変動理由は医療資源や人材の不足や充足などによる事業内容の縮小や拡大、補助状況等システムの変更による影響が主と考えられた。

極端で不自然な変動がある場合、件数カウントの仕方の変更などが考えやすいが、その

ように返答があったのは1自治体のみであった。変動を自認しつつも、わからないという自治体は11に上った。

## 2. 個別症例における医療判断の横断面調査

### 1) 結果の概要

対象134医療機関のうち67施設(50.0%)からの意思表示返答があり、54施設(41.0%)の協力表明があった。実際は、協力表明があった4病院からデータ送付が得られず、他方別の4病院からは意志表示がないままデータ送付があった。最終ケース数は516ケースに上った。このうち、転帰不明を除いた509例が解析に進んだ。

### 2) データセットの内訳(図73)

#### 【データセットA】

A1: 非自発入院群(N=220)

A2: 自発入院群(N=52)

A3: 非入院群(N=237)

#### 【データセットB】

B1: 入院必要群(N=281)

B2: 入院不要群(N=203)

B3: (非入院のうち) 要否不明群(N=25)

### 3) 本来入院が必要だが非入院となる状況について(表2)

本来入院が必要であったにも関わらず非入院となったケースは9例あり、うちインフォームド・コンセントが成立しなかった経緯が類推されるものは6例であった。1例は身体科が優先され他院に入院し、病床確保困難が1例発生していた(その後の最終的な結着等は不明)。

### 4) 非自発入院、時間外入院の要否に影響する要因(図74~135)

#### a. 基本情報

年齢(図74、75)について、各症例の年齢を10~90代の年代に分け分析を実施した。

Aセットでは、A2群がA1群より有意

( $p<0.05$ )に50代が多く、A1群がA2群より有意( $p<0.05$ )に80代が多かった。

Bセットでは、B1群がB2群より有意( $p<0.01$ )に80代が多かった。

性別(図76、77)について、AセットBセットとも、群間による性別の割合に有意差はなかった。

主診断(図78、79)についてAセットでは、群間による主診断の割合に有意差はなかった。

Bセットでは、B1群がB2群より有意( $p<0.05$ )にF0が多く、B2群がB1群より有意( $p<0.01$ )にF4が多かった。

副診断(図80~83)について、副診断がない症例も含めて分析を行った結果、AセットではA2群がA1群より有意( $p<0.05$ )にF5が多かったが、Bセットでは群間による副診断の割合の有意差はなかった。

副診断がない症例を除外し、副診断がある症例のみで分析を行った結果、AセットBセットとも、群間による副診断の割合の有意差はなかった。

### c. 基本要件(図84~97)

医学的な重症性は、AセットではA1群がA2群より有意( $p<0.01$ )に該当割合が高く、BセットではB1群がB2群より有意( $p<0.01$ )に該当割合が高かった。

社会的不利益は、AセットではA1群がA2群より有意( $p<0.01$ )に該当割合が高く、BセットではB1群がB2群より有意( $p<0.01$ )に該当割合が高かった。

急性の展開は、AセットではA1群がA2群より有意( $p<0.01$ )に該当割合が高く、BセットではB1群がB2群より有意( $p<0.01$ )に該当割合が高かった。

治療の必要性は、Aセットでは群間における該当割合の有意差はなかったが、BセットではB1群がB2群より有意( $p<0.01$ )に該当割合が高かった。

治療の可能性は、Aセットでは群間における該当割合の有意差はなかったが、Bセット

では B1 群が B2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高かった。

基本要件 5 要件の平均該当数は、A セットでは、A1 : 2.27 項目 (SD:1.71) A2 : 2.06 項目 (SD:1.53) A3 : 1.28 項目 (SD:1.05) であり、B セットでは、B1 : 3.02 項目 (SD:1.71) B2 : 1.21 項目 (SD:0.98) であった。

基本要件 5 要件すべてが該当する症例は、A セットでは、A1 : 85 件 (38.64%) A2 : 8 件 (15.38%) A3 : 3 件 (1.27%) であり、B セットでは、B1 : 94 件 (33.45%) B2 : 1 件 (0.49%) B3 : 1 件 (4.00%) であった。

#### d. 状態像 (図 98 ~ 111)

幻覚・妄想状態は、A セットでは群間における該当割合の有意差はなかったが、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高かった。

精神運動興奮状態は、A セットでは A1 群が A2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高く、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高かった。

抑うつ状態は、A セットでは A2 群が A1 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高く、B セットでは群間における該当割合の有意差はなかった。

躁状態は、A セットでは群間における該当割合の有意差はなかったが、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高かった。

解離状態は、A セットでは A1 群が A2 群より有意 ( $p<0.05$ ) に該当割合が高く、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ( $p<0.05$ ) に該当割合が高かった。

その他の状態像として、自由記載内容を分類したところ、「不安・焦燥」「副作用」「身体合併症」「認知症」「残遺」「行動異常」「不眠」「その他」に集約された。これに今回選択項目として設定した「意識障害」「幻覚・妄想」「精神運動興奮」「抑うつ」「躁」「解離」「酩酊」の状態像を併せ、さらに「昏迷・亜

昏迷」を加えた 16 の状況が精神科救急医療における時間外受診の需要 (ニーズ) として代表的な分類に相当すると考えられた (表 3)。

なお、その他の中でさらにその他に分類された事案の多くは具体的記述が無く受診理由不明であり、明確な受診要請として判明したのは「留置前診察」「病気がどうかの判定 (結果的に「病気でない」と記載あり)」「救急システムからの (何らかの) 要請」「薬剤紛失に対する処方」「亜昏迷状態」であった (表 3)。

意識障害 (表 4) は 28 例 (5.50%) に認められ、せん妄が 12 例 (意識障害のうち 42.86%) を占め、全てが非自発入院であった。急性中毒は 6 例であり、半数が入院、うち 1 例が非自発入院であった。

酩酊状態 (表 5) は 16 例 (3.14%) であり、アルコールによるものが 12 例を占めた。連続飲酒の 2 例は入院をせず、うち、1 例は本来入院が必要であった。単純酩酊 12 名のうち 6 例が入院しており (表 6) うち 5 例が非自発入院、入院例のほとんどが基本要件を複数満たし、社会的不利益への該当が高率 (4/6) 緊急に医療的介入を要す因子において行動因子の該当が高率 (5/6) であった。また、2 例はかかりつけ医がその時間に対応できないことによる治療関係性因子が該当していた。

#### e. 重症度 (図 112、113)

BPRS 総得点の平均を比較した結果、A セットでは A1 : 52.75 点 (SD:13.49) A2 : 42.76 点 (SD:12.74) A3 : 38.26 点 (SD:12.71) であり、A1 群が A2 群、A3 群両群に対し有意 ( $p<0.01$ ) に平均点が高かった。

B セットでは B1 : 50.10 点 (SD:14.04) B2 : 38.14 点 (SD:12.33) であり、B1 群が B2 群に対し有意 ( $p<0.01$ ) に平均点が高かった。

#### f. 緊急に介入を要す因子 (図 114 ~ 135)

緊急に医療的介入を要す因子のうち、行動因子は、A セットでは A1 群が A2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高く、B セットでは

B1 群が B2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高かった。

行動因子のうち他害は、A セットでは A1 群が A2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高く、B セットでは B1 群が B2 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高かった。

行動因子のうち自傷は、A セットでは他害とは逆の結果となり A2 群が A1 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高く、B セットでは群間における該当割合の有意差はなかった。

行動因子のうち自律不全は、A セットでは A1 と A2 群間における該当割合の有意差はなかった。B セットでは他害や自傷と異なり、B2 群が B1 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高かった。

緊急に医療的介入を要す因子のうち、サポート因子は、A セットでは A2 群が A1 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高く、B セットでは群間における該当割合の有意差はなかった。

緊急に医療的介入を要す因子のうち、医療関係性因子で、いずれのセットにおいても群間における該当割合の有意差はなかったが、下位項目では以下のような所見が得られた。

医療関係性因子のうち初診は、いずれのセットにおいても群間における該当割合の有意差はなかった。

医療関係性因子のうち中断例は、A セットでは A1 と A2 群間における該当割合の有意差はなかった。B セットでは B1 群が B2 群より有意 ( $p<0.05$ ) に該当割合が高かった。

医療関係性因子のうちかかりつけ医が対応できないは、A セットでは A1 と A2 群間における該当割合の有意差はなかった。B セットでは B2 群が B1 群より有意 ( $p<0.01$ ) に該当割合が高かった。

緊急に医療的介入を要す因子のうち、時間帯因子、身体合併症因子は、いずれのセットにおいても群間における該当割合の有意差はなかった。

### 3. 初期救急医療体制好事例調査 (表 7)

大都市圏の 5 自治体に精神科初期救急医療体制が確認された。

運用としては全てが国庫補助利用で、基幹型を実施しているのは大阪市のみ、その他は輪番型、協力団体は診療所協会、医師会、有志の診療所等であった。運用時間は平日の準夜帯～休日日中とまちまちで、深夜帯の実施はなかった。医療サービスの流れは全ての自治体で精神科救急情報センター・医療相談窓口からの要請で、確保事業 (病院群輪番型や常時対応型医療機関) によるカバーを体制の一部として認識している例もあった。体制スキーム、運用時間、受診の流れに関する具体的な内容は、自治体間で多様であった。

聞き取り調査を行ったすべての対象自治体で、連絡調整会議に診療所協会等、診療所の代表者の参加があった。措置診察への協力や年末年始、5 月連休時の対応も一定程度あり、診療所医師のこれら行政事業への貢献について実態が確認された。

#### D. 考察

精神科医療における非自発入院の医療判断では、一方で当事者の権利制限を伴う等の重大性から医学的根拠に基づいた一定の標準的診療過程が求められつつも、他方では多様性への柔軟な対応可能性をも残すという複雑な両立必要性が存在している。

危機状況を多数扱い、このような複雑な判断を迅速に行うことが求められる精神科救急医療では、その体制整備事業の運用に大きな地域差があると言われるが、直近の過去 12 年間の実績を再分析したところ、「人口万対時間外受診件数」を横軸とし、「受診したうちの入院率」を縦軸とした都道府県実績の散布図において、確かにこの 2 つの指標には地域差があり、地域における受診トリアージの多様性が観察された。すなわち、座標上の左上に位置する場合は人口に対し時間外受診のトリアージが高く、重症例のみが受診し、入院率

が高いことを示す。逆に右下の場合にはトリアージが緩く、時間外受診が手軽で、軽症者も増えるため入院率は高くないということになる。しかしながら一方で、散布図はどの年度であっても双曲線への近似を示した。これは、両者を掛け合わせて得られる「人口万対時間外入院数」、すなわち、このような危急な入院介入の実施は、全国において概ねある一定の範囲内にあることを示している。

「時間外入院」とは夜間診療のことではなく、「緊急やむを得ず入院する状況」に相当する「予定外」の入院を指す。したがって、結果的に自発（任意）入院となることも当然にあり、必ずしも全てが非自発入院ではないが、夜間休日にやむを得ず入院を余儀なくされるケースに相当し、非自発入院の判断実態をある程度反映する。以上を考え併せると、直近12年の都道府県事業実績から、時間外の非自発入院について、例外はありながらも、概ねある一定の範囲内で判断されている可能性が考えられた。なお、この規則性は、各地域で確保されている空床数によって上限があることも影響すると考えられた。

このような分析によって得られるもう一つの意義は、各都道府県の実績が座標上、双曲線上のどの位置にあるのかによって、事業の運営状況や特色がその自治体ごとに判明することであり、こうした情報は、各自治体が事業運営状況を自ら客観評価するのに有用と考えられる。

都道府県ごとの年次データ変動については種々の要因が考えられるため、どのような要因が影響したのかを第三者的にデータのみで判断することは困難である。上述したデータの活用意義をふまえ、今回初の試みとして各自治体にデータをフィードバックし、セルフレビューを実施した。その際に参照資料として、年代ごとの精神科救急医療体制整備事業実施要綱の変遷を一覧年表として提供したが、事業全体がどのような変遷を辿ったのかを再認識するのに役立ち、今後の事業の適切なあ

り方を検討するためにも有益と考えられる。

セルフレビューの結果、協力的な回答が多々得られたものの、単年度の試みであり、データ活用の意義までを明確に見出すことは困難であったが、行政医療については自治体担当者の人事異動等により連続性がしばしば課題とされ、これらの連続データを追跡することが将来的に各都道府県単位での検証に役立つ可能性は十分にあると考えられる。

「人口万対時間外入院数」は、年次漸増しており、時間外の危機介入が僅かずつ多くなっていることが示される。このような変化を、救急医療の機能的発展、すなわち本来の即応性が発揮されたと考えるのか、介入促進傾向であるのかは、どの水準が適切であるかの標準設定が困難であるため、数値だけで判定することはできない。

今回の再解析によって「人口万対時間外受診件数」と「受診したうちの入院率」、両者を掛け合わせて得られる「人口万対時間外入院数」といった主要指標の意義は十分に示された。今後の課題として、本データをさらに解析し、過去12年間としての「人口万対時間外入院数」の代表的な数値（中央値や平均値）を算出し、それを一定の基準に（標準偏差等で設定される）一定幅で双極性を描き、現況との比較によって、活動性をさらに詳細評価できる方策の確立等は有用性が考えられる。すなわち、「人口万対時間外入院数」が上方にシフト（グラフでは右上に偏移）した場合は、何らかの事情による時間外ニーズの増加等活発な救急医療実態の反映あるいは積極的な介入等の可能性が考えられる。逆に下方にシフト（グラフでは左下に偏移）した場合は、何らかの事情による時間外ニーズの減少等による穏やかな救急医療実態の反映あるいは慎重な介入等の可能性となる。いずれの場合も妥当かどうかについては他の要因を勘案したより詳細な評価が必要になるため、別の視点からの自治体ごとの独自解析が必要である。

他方、非自発入院率はその地域のトリアー

ジレベルを反映する指標としての可能性が考えられる。上述したように時間外入院には自発入院が含まれ、その程度は地域によって異なることが考えられる。影響要因として医療資源の充実度などが代表的であり、非自発入院率が高い場合は医療確保の不足や入院医療判断閾値の上昇、逆に低い場合は安易な時間外診療や入院医療判断閾値の低下等が考えられ、この妥当性についても一概に判断できないが、何らかの示唆を与える指標となり得る可能性がある。

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 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 (A1)、自発入院 (A2)、非入院 (A3)、要入院 (B1)、入院不要 (B2) 等の転帰に応じて各群に分類し、過去の厚生労働科学研究成果である「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、群間比較等の分析を行った。

その結果、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。

重症度を BPRS 総得点にて比較したところ、非自発入院、要入院の判断となった群は有意に重症であり、これらの医療判断に際し、臨床実感通り重症度が判断根拠の大きな一要因となることが示された。

5 つの基本要件 (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) のうちすべての要因が要入院判断に関連し、前 3 者は非自発入院の必要性と関連していた。基本要件の該当数は、入院が必要な群 (B1) は不要な群 (B2) に比べ多く、非自発入院となった群 (A1) は自発入院となった群 (A2) よりも多く、自発入院となった群では非入院 (A3) より多かった。基本要件が

全て該当するにも関わらず入院に至らなかったのは 1% 強であり、入院不要と判定されるケースは 1% 未満であった。

状態像では、精神運動興奮状態と解離状態は非自発入院、要入院判断の両方に影響があった。一方、幻覚妄想状態と躁状態は要入院判断に影響したが非自発入院判断の根拠としては有意でなかった。対照的に、抑うつ状態では自発入院の判断が有意に多かったが、入院要否への影響はなかった。

緊急に医療的介入を要する因子のうち、行動因子は、非自発入院、要入院の判断に影響していた。行動因子のうち他害では非自発入院、要入院と判断されることが多かったが、自傷では自発入院と判断される割合が高く、入院要否判断への影響はなかった。行動因子のうち危険回避や最低限の清潔保持困難等自己防衛機能および自律性の著しい低下を示す自律不全が該当する場合は、入院の非自発 / 自発を区別する要因とはならず、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該当割合が高く、非自発入院や入院判断をする要因ではなかった。医療関係性因子や時間帯因子、身体合併症因子はいずれも群間比較の有意差なく非自発入院や入院判断をする要因ではなかった。ただし、医療関係性因子のうち中断例では要入院判断が多く、かかりつけ医が対応できない場合は入院不要判断が多くなるという結果であった。

群間比較の考察をまとめると、

A1 : 非自発入院の判断 : 重症度、精神運動興奮状態、解離状態、5 つの基本要件すべて、行動因子、行動因子のうち他害

B1 : 要入院の判断 : 重症度、精神運動興奮状態、幻覚妄想状態、躁状態、解離状態、基本要件のうちの医学的な重要性、社会的不利益急性の展開、医療関係性因子のうち中断例

A2 : 自発入院の判断 : 抑うつ状態、行動因子のうち自傷、サポート因子

B2 : 入院不要の判断 : 医療関係性因子のうちかかりつけ医が対応できない

がそれぞれ該当する場合に影響が考えられた。

以上のように、過去の政策研究においてエキスパート・コンセンサスによって策定した「急性かつ重症」患者の診断基準項目の多くが、非自発入院や要入院の判断に影響し、各項目がそれぞれどのような判断に影響するのかについても明らかとなった。ただし、特に緊急に医療的介入を要する因子のうち行動因子以外の因子は、全体の受診ニーズに対する該当が多くなく、該当する場合にはどのように医療判断に影響するのかについては、さらに検討の余地があると考えられる。

個別のケースにおける医療判断は単に重症度のみならず、多因子が影響していることが示された。今後さらに分析や考察を深めて要因を整理し、医療判断の客観性と妥当性を向上できるよう、標準化のための根拠とできる可能性がある。

今回の調査では時間外の精神科受診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、16の代表ニーズに集約される提案が示された。標準化のための大きな所見となった可能性がある。

また、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、新たな発見となった。課題が抽出された形となり、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。

初期救急医療の体制について、悉皆調査ではないものの、初めての調査となり、主に大都市圏について代表的な実態を把握し、比較検討できる形までの成果となった。今回はあくまで予備調査であり、体制整備の実態を有す積極的な自治体から得られた情報であることから包括的な考察は難しい。

得られた調査結果から考察できることとしては、こうした体制の実施が全国的な展開とは言えないこと、その実施実態は多様なことが挙げられ、一部の特定の熱意ある診療所医

師の善意や自発的な献身性に支えられたものであることは特筆される。担い手の診療協力参加は高く評価されるが、反面地域の医療体制として安定的とは言えない。全域、全時間帯をカバーすることは難しく、限定的な対応に留まらざるを得ず、好事例であってもアクセスや即応性等に一定の課題を残す。

医療資源不足を課題とする地域は多く、入院応需の当番病院が軽症の初期救急にまで対応せざるを得ないといった非効率から、初期救急医療の機能分化は、診療所医師の活躍の場を拡げる機会としても切望される体制であるかもしれない。しかしながら、その整備を困難なものとする最大の要因はやはり医療資源、すなわち担い手の不足である。一般に精神科において診療所協会等による診療所の組織化は十分でなく、診療所の本来機能は決して救急医療に親和的でない。実際診療所の多くが救急医療に積極的でないことは既にコンセンサスで、診療報酬上のインセンティブがあっても診療所の救急医療への参加が促進されなかった経緯を考慮すれば、全国的な事業によって体制を規定しても、構造的な課題を自ずと内包することが予測される。他方、少ない例ではあるが、夜間診療などが実施されている地域も確認され、実際には多様性が存在し、行政事業による体制整備ばかりが方策ではないのかもしれない。

なお、「外来のみで十分対応が可能と思われるニーズ」をどう判断するのかは、容易ではなく、特に当事者がそれを自ら判断することはできない。今回の調査対象自治体はすべて24時間医療相談窓口や精神科救急情報センターといった受診前相談機能を経由する体制であり、「初期」を称していることと併せ2重のトリアージを経ての受診となる。実際に受診してみても要入院であった場合には、当番病院があらためて対応する手順で、こうした連携の流れは順当な機能分化の下に実施されていた。

初期救急を独立体制として機能分化させる



ことは、正確なトリアージを経るなど質の向上や効率性の向上にはつながるものの、一方で重症度によって対応機関、すなわち受診先が異なることはサービスとしては複雑であり当事者にとって親切とはいえない側面がある。

このように、初期救急医療は公的サービスとしての運営維持や運用に課題を残すが、全体の体制に連動的に組み込まれることで、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可能性として考えられる。

本研究の成果が精神科救急医療現場における臨床判断や判断過程の標準化に有効活用され、より均霑（てん）化がはかれることによって入院医療の適正化が全国規模で推進されるならば、入院長期化のさらなる防止や、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」の構築にも寄与が大きいと考えられる。

#### E. 健康危険情報

特記事項なし

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
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 特記事項なし

#### 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

## 参考資料 1

### アンケート

Q1：自治体名 ご担当者名

\_\_\_\_\_ 都・道・府・県 人口 \_\_\_\_\_ 万人（平成 29 年 4 月 1 日現在）  
部署名 \_\_\_\_\_  
ご担当者名 \_\_\_\_\_  
ご連絡先 \_\_\_\_\_  
メールアドレス \_\_\_\_\_

Q2：貴自治体の平成 16（2004）年～平成 27（2015）年の経時変化について、変動がありますか？  
ある Q3へ ない Q8に移動

Q3：変動した年度は？

Q4：変動がみられる場合、以下に示す何らかの要因がありましたか？（該当するものに○をしてください）

- a. 人口規模による影響    b. 国の要綱改訂の影響    c. 圏域内医療資源の増減による影響  
d. 都道府県内での運用取り決めの変更による影響
1. 事業メニューの開始や終了があった    2. 圏域の変更があった  
3. 件数のカウントの仕方が変わった    4. 担当者が代わって数字の解釈が変わった  
5. その他 \_\_\_\_\_  
e. その他 \_\_\_\_\_  
f. わからない

具体的な状況について記載してください。複数の変動がある場合にはここに解説してください。

Q5：24時間精神医療相談窓口について教えてください。

（1）24時間精神医療相談窓口の設置状況（該当するものに○をしてください）

- a. 設置済み    b. 未設置    c. 設置予定（平成 \_\_\_\_\_ 年度）

（2）24時間精神医療相談の実施状況（該当するものに○をしてください）

- a. 精神科救急情報センターと一体となって実施している  
b. 精神科救急情報センターと機能分離して実施している（設置機関）  
c. 保健所及び精神科救急情報センターを併せて実施している  
d. 委託している（委託先：\_\_\_\_\_）

（3）平成 28 年度の相談件数を教えてください。

総数 \_\_\_\_\_ 件

**Q6：精神科救急情報センターについて教えてください。**

- (1) 精神科救急情報センターの設置状況（該当するものに○をしてください）  
a. 設置済み      b. 未設置      c. 設置予定（平成      年度）
- (2) 精神科救急情報センターの設置機関を教えてください（該当するものに○をしてください）  
a. 自治体立病院      b. 大学病院      c. 民間病院      d. 精神保健福祉センター  
e. 身体科救急医療情報センターに併設  
f. その他 \_\_\_\_\_
- (3) 精神科救急情報センターの運営方法を教えてください（該当するものに○をしてください）  
a. 自治体直営      b. 委託（委託先 \_\_\_\_\_）
- (4) 平成 28 年度の相談件数等を教えてください。

総数                      件  
精神科救急事例と判断した件数（再掲） \_\_\_\_\_ 件  
医療機関紹介件数（再掲） \_\_\_\_\_ 件  
医療機関紹介できなかった件数（再掲） \_\_\_\_\_ 件

**Q7：貴自治体の精神科救急医療体制整備事業実施要綱上(運用上)の対象について教えてください。**

- (該当する に✓してください)。  
(物質関連障害を含む)すべての精神疾患を対象としている  
対象としていない疾患がある。  
どのような疾患を除外していますか \_\_\_\_\_

**Q8：貴自治体の精神科救急医療体制について、自由にご記載ください。**

自負していること

課題と思われること

自由意見

以上です。

ご協力有難うございました。

## 参考資料 2

施設ID：

No. 1

### 時間外受診患者 調査個票

1. 基本情報（該当項目に☑）

年齢： \_\_\_\_\_ 歳，性別： 男性・ 女性

主診断 F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 その他・  
不明  
副診断 F0 F1 F2 F3 F4 F5 F6 F7 F8 F9 副診断な  
し

2. 転帰情報（該当する入院形態等に☑）

- 緊急措置入院・措置入院
- 応急入院
- 医療保護入院
- 任意入院
- 入院せず（ 入院不要 本来は入院必要（非入院の理由） \_\_\_\_\_ ）

3. 基本要件（該当する場合☑）

- 医学的な重症性： 精神疾患によって現実検討（reality testing）が著しく損なわれている
- 社会的不利益： 社会生活上、自他に深刻な不利益をもたらす状況が生じている
- 急性の展開： 最近3ヶ月以内に、このような事態が出現もしくは悪化している
- 治療の必要性： 迅速な医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高い
- 治療の可能性： 医学的介入によって、このような病態の改善が期待される

4. 病態の定性評価（優先的に該当する状態像を 1つだけ 選び☑）

- 意識障害（ せん妄、 急性中毒 その他）
- 幻覚・妄想状態
- 精神運動興奮状態
- 抑うつ状態
- 躁状態
- 解離状態
- 酩酊状態（ 単純酩酊 複雑酩酊 連続飲酒 シンナー・大麻・医薬品などによる  
その他）
- その他（ 認知症状態、統合失調症残遺状態等）

簡単に具体的な状況をご記載ください

5. 病態の定量評価（別紙マニュアルを参照し、裏面の18項目を評価し合計点を記入してください）  
BPRS \_\_\_\_\_ 点

6. 緊急に医療的介入を要する因子（該当項目に☑）

- 以下のいずれかを認める

- 他害行為、器物破損行動、もしくは制止不能な他者への威圧的・攻撃的言動や迷惑行為
- 自殺企図、自傷行為、もしくは制御困難な自殺念慮
- 危険回避や最低限の清潔保持困難等、自己防衛機能および自律性の著しい低下を示す
- 個人的な見守りができる家族、同居者、友人などがいない
- 他の対応者がいない： 初診 中断例 かかりつけ医が対応できない（遠方、クリニック等）
- 平日診療時間内であれば入院せずに済んだ
- 入院判断に影響する身体合併症があった

BPRS 記入表

BPRS下位項目		チェック欄	評価目安	
1	心気症	現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。	1・2・3・4・5・6・7	1 症状なし
2	不安	現在又は未来に対する心配、恐れあるいは過剰なこだわり。患者自身の主観的体験についての言語的訴えのみに基づいて評価せよ。身体徴候や神経症的防衛機制から不安を推測してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	2 ごく軽度
3	情動的ひきこもり	面接者と面接状況に対する交流の減少。面接状況において患者が他者との感情的接触に障害があるという印象を与える程度のみを評価せよ。	1・2・3・4・5・6・7	3 軽度
4	概念の統合失調	思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度に基づいて評価せよ。思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	4 中等度
5	罪責感	過去の言動についての過剰なこだわり又は自責感。相応する感情を伴って語られる患者の主観的体験に基づいて評価せよ。抑うつ、不安あるいは神経症的防衛機制から罪責感を推測してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	5 やや重度
6	緊張	緊張、神経過敏、あるいは活動のレベルの高まりによる身体と運動機能における徴候。身体徴候や行動、態度のみに基づいて評価すべきであり、患者の訴える緊張についての主観的体験に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	6 重度
7	奇妙な態度	奇妙で不自然な行動と態度。健常人の中では目立つような種の精神病者の行動と態度の類型。動作の異常のみを評価せよ。単なる運動性亢進はこの項目では評価しない。	1・2・3・4・5・6・7	7 最重度
8	誇大性	過大な自己評価と並はずれた才能や力を持っているとの確信。自分自身についての、又は他者との関係における自己の立場についての患者の陳述のみに基づいて評価せよ。面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
9	抑うつ気分	意気消沈と悲哀。落胆の程度のみを評価せよ。いわゆる制止や身体的愁訴に基づいて抑うつが存在を推測して評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
10	敵意	面接状況ではないところで、他者に対する憎悪、侮辱軽蔑、好戦性あるいは尊大。他者の対する患者の感情や行動の言語的訴えのみに基づいて評価せよ。神経症的防衛機制、不安、あるいは身体的愁訴から敵意を推測してはならない。（面接現在又は以前に患者に対して他者からの悪意や差別があったという(妄想的あるいは非妄想的)確信。言語的訴えに基づいて、それが存在した時期に関わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。	1・2・3・4・5・6・7	
11	猜疑心	通常の外界の刺激に対応のない知覚。過去1週間以内に起こったと患者が訴える体験のみを評価せよ。それらの体験は健常人の思考や表象過程と明らかに区別できるである。	1・2・3・4・5・6・7	
12	幻覚による行動	緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。自己のエネルギー水準についての患者自身の自覚的印象に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
13	運動減退	面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徴候あるいは協調的態度の欠如、面接者と面接状況に対する患者の態度と反応のみに基づいて評価せよ。面接状況ではないところでの易怒性や非協調性の情報に基づいて評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
14	非協調性	普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容。ここでは不自然さの程度を評価し、思考過程の程度を評価してはならない。	1・2・3・4・5・6・7	
15	不自然な思考内容	感情的緊張度の低下。正常の感受性や興味・関心の明らかな欠如。	1・2・3・4・5・6・7	
16	情動の平板化	感情的緊張度の高揚。焦燥感あるいは反応性亢進。	1・2・3・4・5・6・7	
17	興奮	人、場所あるいは時についての適切な関連性の混乱又は欠如。	1・2・3・4・5・6・7	
18	失見当識			

表 1-1

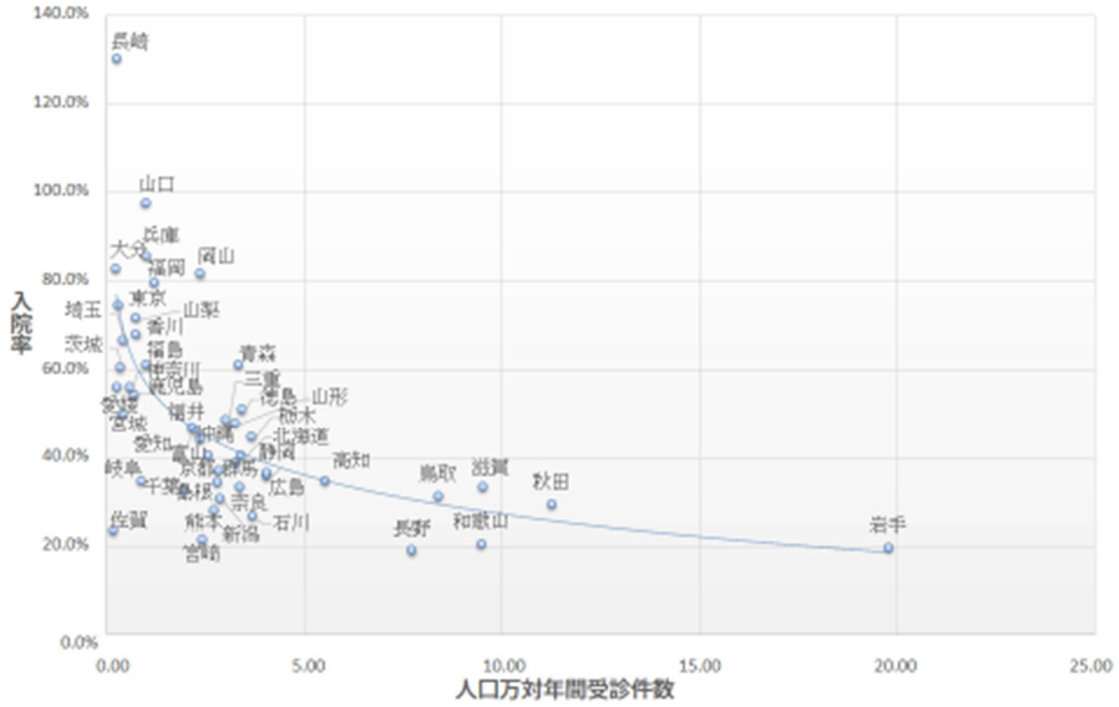
	H22	H23(変更)	H24(変更)	H25(変更)
1. 目的	精神科救急医療体制整備事業(以下「事業」という。)、は、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるように、都道府県又は指定都市(以下「都道府県等」という。))が、精神科救急医療体制を確保することを目的とする。 そのために、都道府県等は、精神科救急相談、精神科救急情報センター、搬送体制、精神科救急医療、身体合併症救急医療等を地域で確保できるように本事業を用いて整備を行うものとする。なお、当該事業に当たっては、精神科救急医療体制連絡調整委員会の意見を尊重し、地域の実情に十分配慮するものとする。			【追加】精神科救急医療体制を確保することを目的とする。精神科救急医療体制については、精神科救急及び精神障害者福祉に関する法律(昭和65年法律第123号)が一部改正され、精神科救急医療体制の確保に関する協力義務が規定されるとともに、都道府県に於ける精神科救急医療体制整備の努力義務が規定され、平成24年4月1日から施行されたことである。 【変更】そのための一助
2. 事業の実施主体	本事業の実施主体は、都道府県等とする。ただし、事業の内容に応じて、その一部を都道府県等が担当と認められる場合に委託できるものとする。なお、管内に指定都市のある都道府県においては、当該市と有機的連携をもって本事業の実施に努めるものとする。			法改正(体制整備の努力義務化)に伴う追加
3. 事業の内容	本事業は、一般の救急医療体制の中で実施することを原則とするが、精神科救急施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとする。また、医療計画における救急医療の確保に関する事項に係る連携体制として、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図るものとする。			
(1)精神科救急医療体制連絡調整委員会	精神科救急医療体制の円滑な運営を図るための精神科救急医療体制連絡調整委員会を設けること。この委員会は、都道府県、指定都市、医師会、精神科医師会、精神科救急医療推進委員会、消防機関等の関係者によって行われるものとする。 この委員会は、医療計画等に基づく救急医療計画における連携体制に関する連絡調整等の中で、精神科救急医療体制の確保に関する事項について、十分な連携及び調整を図ることとする。			研修会の新設 結局実施されずH27に削除
(2)精神科救急相談事業	都道府県等は、特に休日、夜間における精神障害者及び家族等からの相談に対応するため、地域の実情に合わせて、精神保健福祉センター、精神科救急情報センター、医療機関等に精神科救急相談窓口の機能を設けるものとする。 精神科救急相談窓口において、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。			【追加】(2)の医療連携に係る研修会等運営事業 精神科救急を有しながら、身体合併症を併発している患者(精神疾患及び身体合併症それぞれについて入院治療が必要な程度の患者。以下「身体合併症患者」という。))について、精神科救急機関と一般医療機関との間で、患者紹介、診療支援、転院等を行うため、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催や情報共有の取組、事後フォローアップの取組等の研修会等を実施し、身体科と精神科の連携を促進する。
ア 24時間精神科救急相談窓口	都道府県等は、特に休日、夜間における精神障害者及び家族等からの相談に対応するため、地域の実情に合わせて、精神保健福祉センター、精神科救急情報センター、医療機関等に精神科救急相談窓口の機能を設けるものとする。 精神科救急相談窓口において、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。			他のメニューに含めた変更か？ 実態(運用時間設定がある)に配慮している
イ 相談体制	相談窓口は、原則24時間365日体制をとることとし、休日、夜間は確保に対応できるものとする。 相談窓口は、相当程度の精神科診療機能を有する医師、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。ただし、医師を常勤配置することが困難な場合には、医師以外の相談窓口を専任する精神科救急相談窓口、迅速かつ適切な対応ができるような体制(精神科医のオンコール等による。)を整えるものとする。			
ウ 精神科救急相談窓口の周知	相談窓口は、管内の行政機関や医療機関等を通じて広報するものとし、内科、小児科等の休日・夜間診療案内等と併せて行うなど、精神障害者及び家族等が十分に活用できるよう効果的な周知に努めるものとする。			
(3)精神科救急情報センター	身体的疾患を併発している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連携調整機能等を、精神科救急情報センターとして立派な医師、精神保健福祉センター、保健所など精神科救急医療体制の中心となる機関等に常設し(ただし、時間帯により一部の当該機能は、適切に連携を有する機関等に委託することとする。)、するものとする。 なお、当該センターは、以下の機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。			【変更】常時整備→原則24時間365日対応できるよう整備
ア 搬送先医療機関の紹介、一般救急システムとの連携調整	一般の救急情報センターや救急医療機関、消防機関等からの要請に対し、精神科救急患者等の状態に応じて外来受診又は入院可能な医療機関を紹介する。			
イ 移送の実施のための連絡調整	精神科救急情報センターに関する法律(昭和25年法律第123号、以下「法」という。))に基づく迅速かつ円滑な実施について、保健所等を支援するために医療機関等との連絡調整を行う。			
ウ 精神科救急情報センターの周知	精神科救急情報センターの機能が適切に発揮されるよう、救急医療機関及び消防機関等への周知を行う。			
(4)搬送体制	法第34条に関する搬送体制の整備を図るとともに、消防機関又は精神科救急医療施設等の協力を得ながら、患者を速やかに搬送することが可能な体制を整備するものとする。			【変更】消防機関又は精神科救急医療施設等→消防機関、精神科救急医療施設等
(5)精神科救急医療確保事業	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等に対し医療の提供が体制(精神科救急指定医のオンコール等による。)を整えるものとし、入院を必要とする場合には入院させることができるよう体制を確保することとする。都道府県等は指定都市市長、地域の実情に応じて本事業が実施可能な精神科救急医療体制の確保に関する事項について、精神科救急医療推進委員会等を通じて、指定都市市長等と連携し、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。なお、当該センターは、以下の機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。			【変更】法第33条の4-33条の1 【変更】(5)に、「圏域」精神科救急医療圏(以下「圏域」という。))
ア 精神科救急医療施設	都道府県が指定した精神科救急医療圏(以下「圏域」という。))ごとに以下のような態様による精神科救急医療施設を確保すること等により、24時間365日、緊急な医療を必要とする精神障害者等に精神科救急医療を確保できる体制を整備することとする。			【変更】精神科救急医療圏(以下「圏域」という。))→圏域
ア) 病院併設型	各精神科救急医療圏で、複数病院の輪番制により医師・看護師を常時配置(診療所を併設した当該医療機関以外の医師が診療に一体的に協力することにより、24時間365日、緊急な医療を必要とする精神障害者等に対し医療の提供が体制(精神科救急指定医のオンコール等による。)を整えるものとし、入院を必要とする場合には入院させることができるよう体制を確保することとする。都道府県等は指定都市市長、地域の実情に応じて本事業が実施可能な精神科救急医療体制の確保に関する事項について、精神科救急医療推進委員会等を通じて、指定都市市長等と連携し、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。なお、当該センターは、以下の機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。			【変更】併設一併体制
(イ) 常時対応型	24時間365日、同一の医療機関において、重症の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置(診療所を併設した当該医療機関以外の医師が診療に一体的に協力することにより、24時間365日、緊急な医療を必要とする精神障害者等に対し医療の提供が体制(精神科救急指定医のオンコール等による。)を整えるものとし、入院を必要とする場合には入院させることができるよう体制を確保することとする。都道府県等は指定都市市長、地域の実情に応じて本事業が実施可能な精神科救急医療体制の確保に関する事項について、精神科救急医療推進委員会等を通じて、指定都市市長等と連携し、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。なお、当該センターは、以下の機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。			【変更】併設一併体制
イ) 外来対応施設	外来対応施設においては、外来診療によって初期精神科救急患者の医療対応が可能な体制を整えるものとする。診療所については、精神科を有する医療機関とその連携により体制確保を図るものとする。 また、精神科救急相談窓口と連携するとともに、精神科救急患者及び家族が十分に活用できるよう、管内の行政機関や医療機関を通じて広報するものとする。			【追加】(なお、)外来対応施設のうち、夜間、休日、全時間帯を同一の医療機関において、対応する体制を整えている場合は、「常時型外来対応施設」として指定するものとする。 また、「精神科救急」
(6)身体合併症救急医療確保事業	精神科救急を有しながら、身体合併症を併発している患者(精神疾患及び身体合併症それぞれについて入院治療が必要な程度の患者。以下「身体合併症患者」という。))に対し、医療機関間で連携した体制を整備すること、(少くとも)「圏域」1か所整備すること。			【変更】身体合併症を併発している患者(精神疾患及び身体合併症それぞれについて入院治療が必要な程度の患者。以下「身体合併症患者」という。)) 【変更】併設一併体制 【追加】(併設一併体制)を整備すること。また、本事業については、複数医療機関指定し、輪番制で対応することもできるものとする。
ア 身体合併症対応施設	救急医療センター又は、これに準ずる医療機関(適切な人員・設備等を備え、内科、整形外科等を含む救急医療の体制を有する都道府県が定める医療機関)である。また、救急医療センター又は、救急医療センターに併設した当該医療機関(以下「併設型」という。))に併設し、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。なお、当該センターは、以下の機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。			【追加】(なお、)併設型医療機関と併設して指定する医療機関で、当該併設型医療機関に併設して指定する医療機関について、精神科救急医療体制の確保に関する事項について、精神科救急医療推進委員会等を通じて、指定都市市長等と連携し、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。なお、当該センターは、以下の機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。
イ 地域搬送先対応施設	消防法(昭和23年法律第186号。以下「消防法」という。))による罹病者の搬送及び受入への実施に関する基準(以下「搬送実施基準」という。))に基づいて、身体合併症患者を搬送し得る病院を、地域搬送先対応施設として指定するものとする。(搬送実施基準に当該医療機関が身体合併症患者を搬送できず、当該施設は、原則として24時間365日、同一の医療機関において、重症の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置(診療所を併設した当該医療機関以外の医師が診療に一体的に協力することにより、24時間365日、緊急な医療を必要とする精神障害者等に対し医療の提供が体制(精神科救急指定医のオンコール等による。)を整えるものとし、入院を必要とする場合には入院させることができるよう体制を確保することとする。都道府県等は指定都市市長、地域の実情に応じて本事業が実施可能な精神科救急医療体制の確保に関する事項について、精神科救急医療推進委員会等を通じて、指定都市市長等と連携し、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。なお、当該センターは、以下の機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。)			【変更】併設一併体制
ウ 身体合併症等後方搬送事業	ア又はイの医療機関において、当該施設における精神科救急患者の初期治療の患者について、身体合併症等の併発症状を治療する医療機関への転院のための搬送の精神科救急医療推進委員会、看護師等を配置し、後方搬送のための搬送機能を強化する身体合併症等後方搬送調整事業を実施するものとする。			【変更】身体合併症等の併発症状を治療する一精神科救急又は身体合併症等の治療を行う
(7)支援体制の確保	本事業の円滑な運営を図るため、精神科救急医療を終了した者については転院させることができるよう、必要に応じ支援病院を指定するなどその確保に努めることとする。 なお、転院先となる医療機関において要する経費については、国庫補助の対象とならない。			【追加】(8)の研修会等運営事業 【変更】(ア)の併設型医療機関と併設して指定する医療機関で、当該併設型医療機関に併設して指定する医療機関について、精神科救急医療体制の確保に関する事項について、精神科救急医療推進委員会等を通じて、指定都市市長等と連携し、精神科救急医療体制の確保を図るものとする。また、1日以上の滞在が困難な精神科救急患者等の移送の実施体制を含め、十分な連携及び調整を図ることとする。なお、当該センターは、以下の機能を的確に実施するため、精神保健福祉士等の精神保健福祉士等に精通した人材を置くものとする。
4. 報告	都道府県等により指定された精神科救急医療施設等は、月単位で都道府県等に別添様式1により報告することとする。また、都道府県等は、報告内容に基づき各医療機関の稼働状況等について、別添様式2を用いて、精神科救急医療体制連絡調整委員会等を通じて、指定都市市長等に報告することとする。また、各都道府県等は、年度4月末までに、都道府県等における精神科救急医療体制の稼働率及び併用して状況を厚生労働省に報告することとする。			【変更】別添様式1→別添様式2及び3を用いて
5. 経費の負担	都道府県等が当該事業実施に必要とする経費については、厚生労働省が定める「精神科救急医療等国庫負担(補助)交付要綱」(以下「交付要綱」という。))に基づいて、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。 なお、管内に指定都市のある都道府県と当該市が共同で本事業を実施する場合は、道府県と指定都市における経費の負担を明確にし、交付要綱に基づいて事前に補助を受けるものとする。			【追加】東海、別添様式1～5
その他				

表 1-2

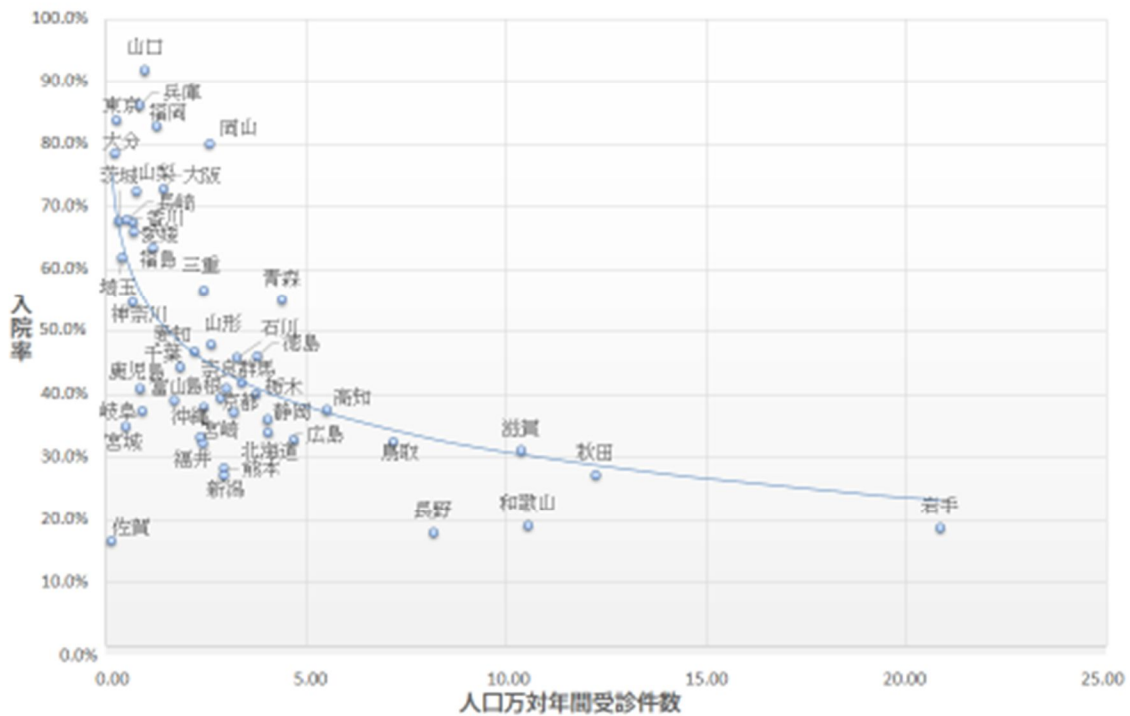
	H26(変更点)	H27(変更点)	H28(変更点)	H29(変更点)
1. 目的			【変更】精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)が一部改正され→精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号、以下「法」という。))の一部改正あり。 【変更】精神科救急医療体制連絡調整委員会→精神科救急医療体制連絡調整委員会等	
2. 事業の実施主体		調整委員会機能の拡大 ・心身連携推進 ・事業の周知・評価・検		
3. 事業の内容				
(1)精神科救急医療体制連絡調整委員会		【追加】「精神障害者等の移送の委託体制」や「身体科と精神科との連携体制の構築」を含む、十分な連携及び評価を要すること。 【追加】「調整を要すること」また、「適正な業務に関する周知及び事業の評価・検証を行い、精神科救急医療体制機能の整備を図ること。」	【変更】精神科救急医療体制連絡調整委員会→精神科救急医療体制連絡調整委員会等 【変更】「調整を要すること」また、「適正な業務に関する周知及び事業の評価・検証を行い、精神科救急医療体制機能の整備を図ること。」 【追加】「関係者間の相互理解を深めること。」また、「特定の医療機関に負担が集中しないよう」また、「例えば、夜間休日における精神科救急外来(初級救急外来)と精神科救急入院(第一・二次救急医療、第三次救急医療)を区分して受入体制を構築すること。地域の実情を踏まえて連携体制を検討すること。」	
2)精神科救急相談事業		【削除】(2) 医療連携に係る研修会等運営事業	連絡調整委員会機能の強化 ・圏域ごとの強化(評価・検証・体制整備・相互理解の深化) ・研修事業	重症度ごとの機能分化の提案 例:1次~2・3次
ア 24時間精神科救急相談窓口				
イ 相談体制				
ウ 精神科救急相談窓口の周知				
3)精神科救急情報センター				
ア 最近乳児医療機関の紹介、一般救急システムとの連絡調整				
イ 移送の実施のための連絡調整				【変更】精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号、以下「法」という。))に基づく→法に基づく
ウ 精神科救急情報センターの周知				
4)搬送体制				
5)精神科救急医療確保事業		病院軍用型等の条件緩和 ・1床確保を削除 ・対応体制の確保をオンライン可に		
ア 精神科救急医療施設				
ア) 病院群輪番型			【変更】各精神科救急医療圏域で、一高等域で 【変更】1人1病勢を整備した病院を病院群輪番型施設として指定を行うものとする。また、1床以上の空床を確保するとともに、診療応答の態勢を整えていること。 →1人1病勢を整備した病院や1時間以内医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を病院群輪番型施設として指定を行うものとする。また、診療応答の体制(入院が必要な患者の受入を含む)を整えていること。	常時対応型の条件緩和 ・2床確保を削除 ・対応体制の確保をオンライン可に
イ) 常時対応型		身体合併症の病棟連携 指円消化における情報センターの活用強化	【変更】1人1病勢を整備した病院は常時対応型施設として指定を行うものとする。 →1人1病勢を整備した病院や1時間以内医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を常時対応型施設として指定を行うものとする。 【変更】また、2床以上の空床を確保するとともに、診療応答の態勢を整えていることを要件とする。	
イ 外来対応施設				身体合併症の病棟連携円滑化 情報センターの活用強化→連絡調整会議の機能
6)身体合併症救急医療確保事業		【変更】医療機関を変更すること。一医療機関を変更ものとする。 【追加】「一輪番制に対応することもできるものとする。」当該施設における初期治療後の患者について、精神科救急又は身体合併症等の治療を行う医療機関への転院に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、後方搬送のための調整機能を強化する。	【削除】「一輪番制に対応することもできるものとする。」当該施設における初期治療後の患者について、精神科救急又は身体合併症等の治療を行う医療機関への転院に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、後方搬送のための調整機能を強化する。	
ア 身体合併症対応施設			【削除】ア 身体合併症対応施設	身体合併症に対応する施設の具体的な条件を廃止し、連携調整会議内で圏域ごとに対応資源を把握して円滑化や推進を図る考え方に変更
イ 地域搬送受入対応施設			【削除】イ 地域搬送受入対応施設	
ウ 身体合併症等後方搬送事業		【削除】ウ 身体合併症等後方搬送事業		
7)支援病院の確保		【削除】(8)マイクロ救急体制確保事業	【削除】(7)支援病院の確保	「マイクロ救急」という用語の廃止
4. 報告				【変更】別紙様式4及び5を用いて→別紙様式4~7を用いて
5. 経費の負担				
その他				【変更】別紙様式1~7



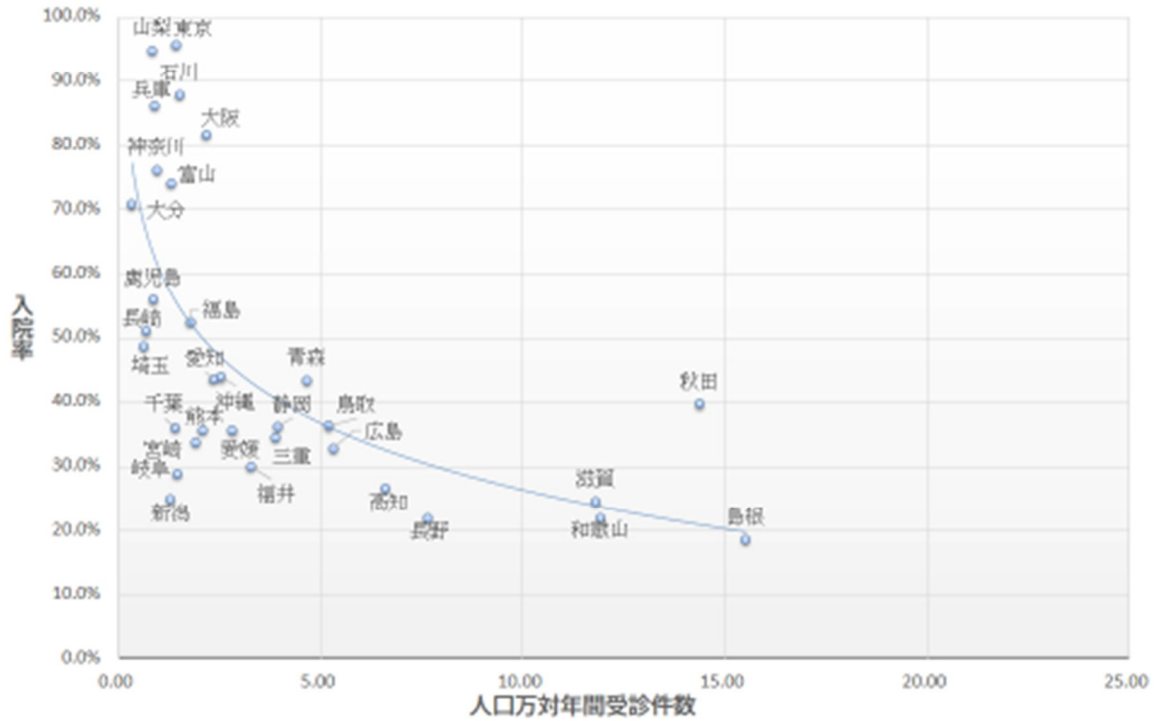
**図1 人口万対受診件数と入院率の相関  
2004年度**



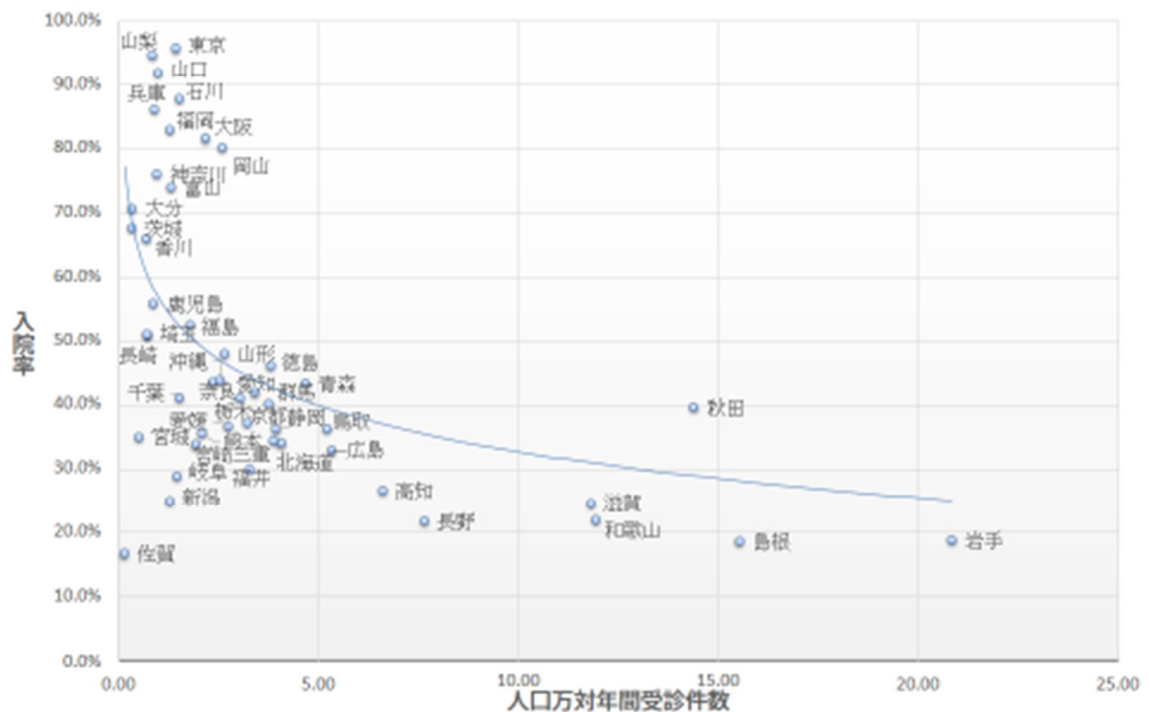
**図2 人口万対受診件数と入院率の相関  
2005年度**



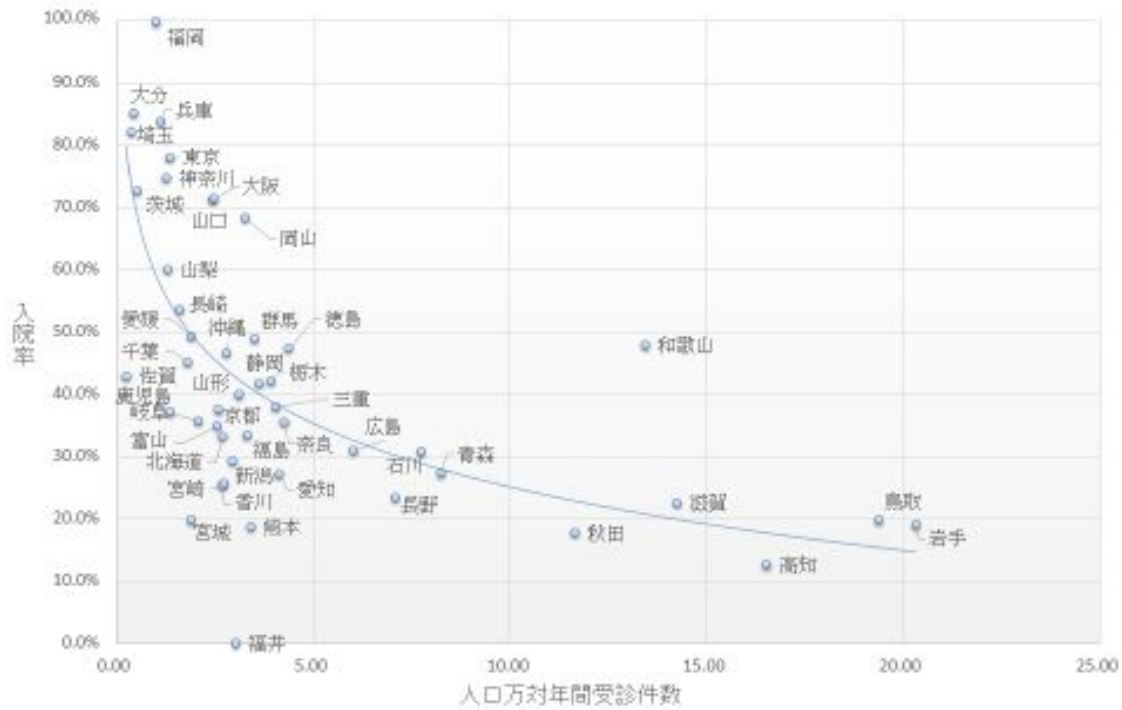
**図3 人口万対受診件数と入院率の相関  
2006年度**



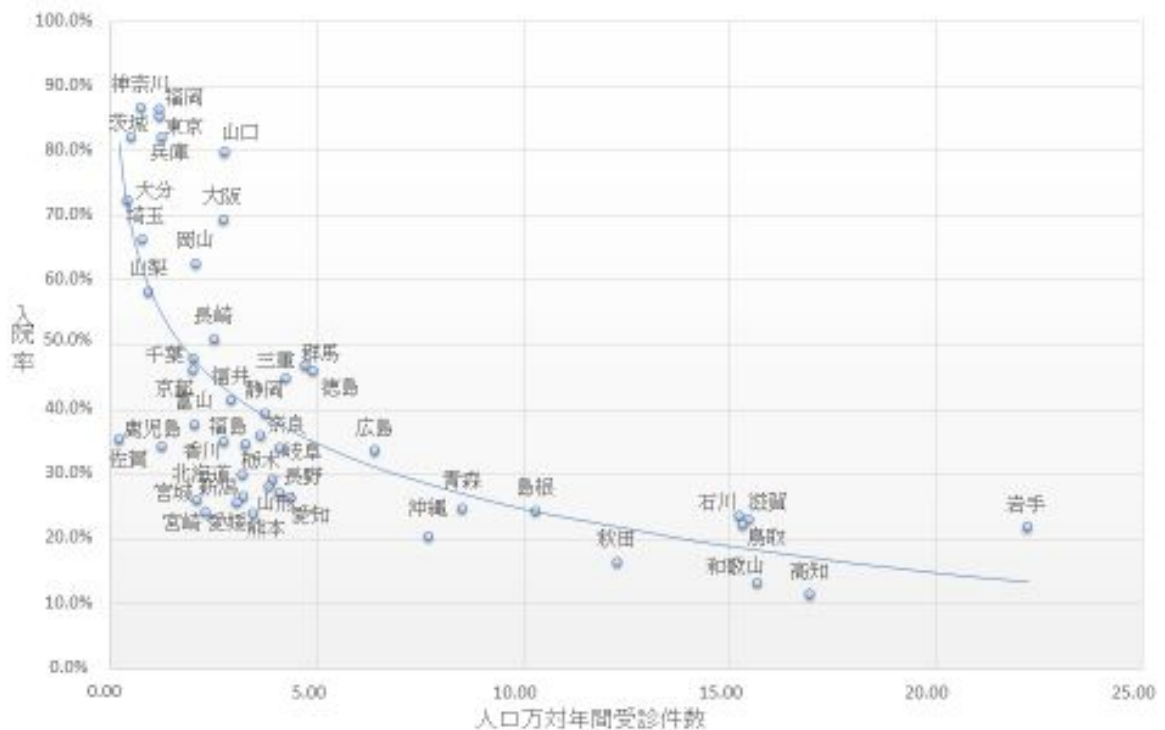
**図4 人口万対受診件数と入院率の相関  
2007年度**



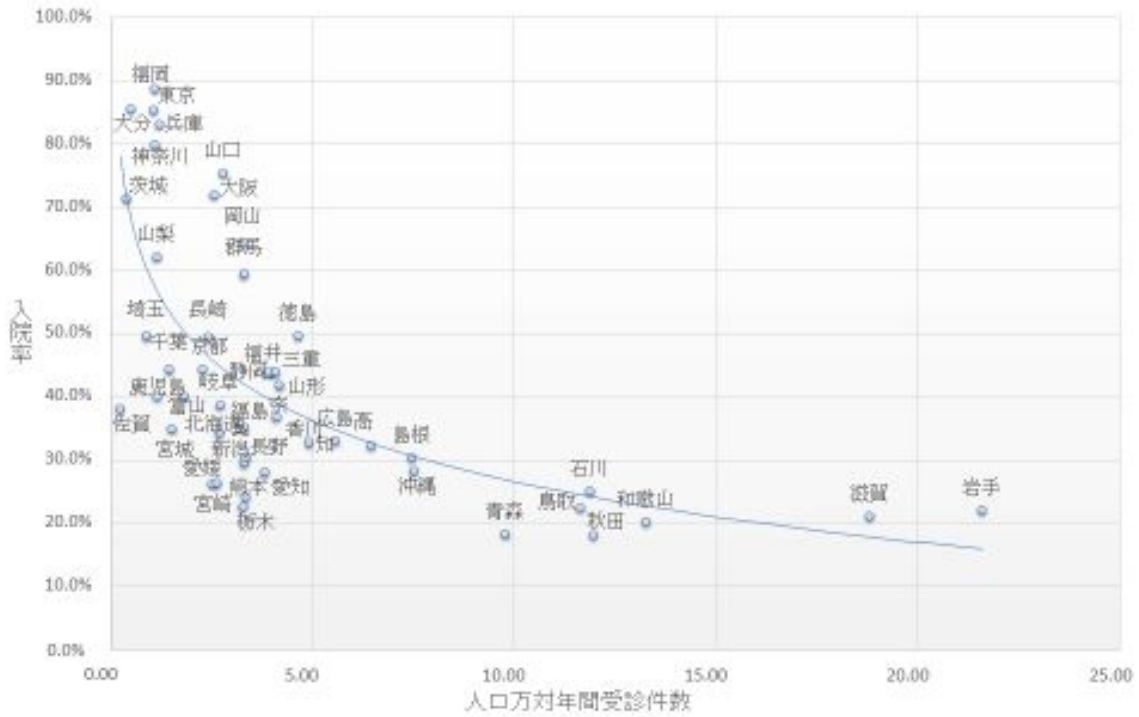
**図5 人口万対受診件数と入院率の相関  
2008年度**



**図6 人口万対受診件数と入院率の相関  
2009年度**



**図7 人口万対受診件数と入院率の相関  
2010年度**



**図8 人口万対受診件数と入院率の相関  
2011年度**

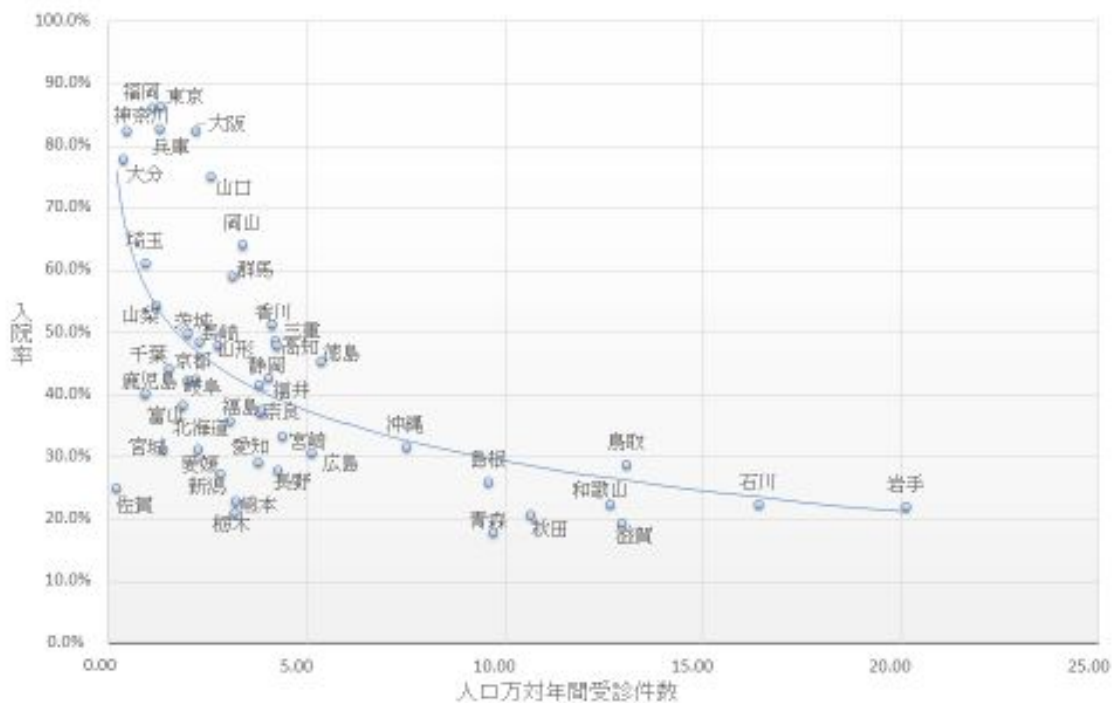


図9 人口万対受診件数と入院率の相関  
2012年度

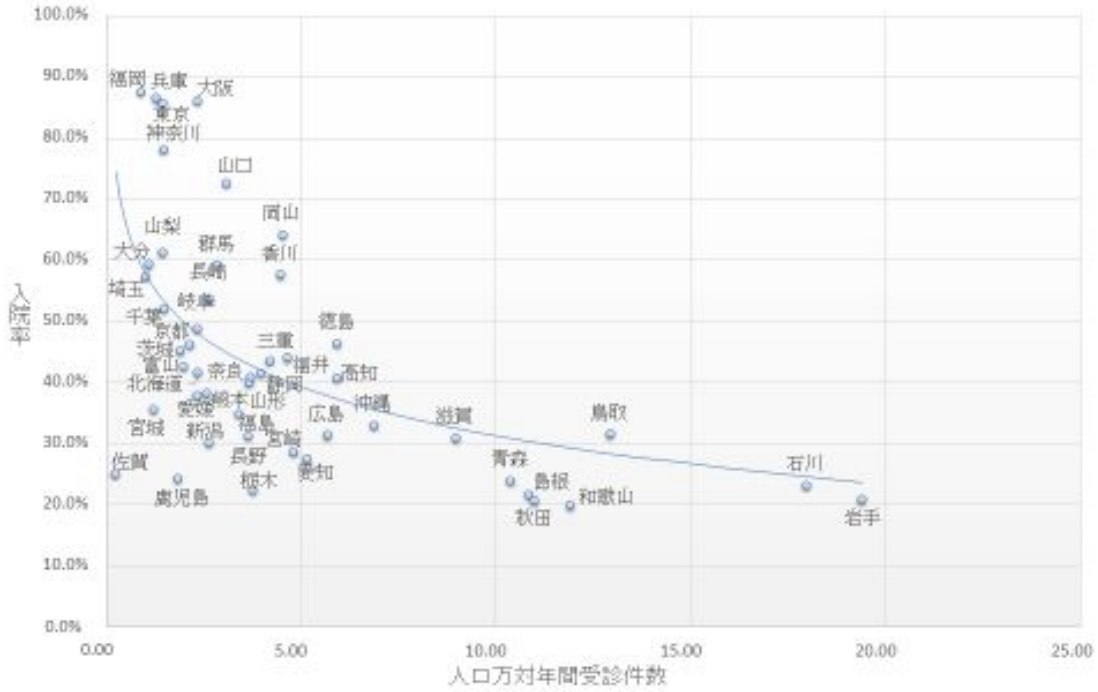
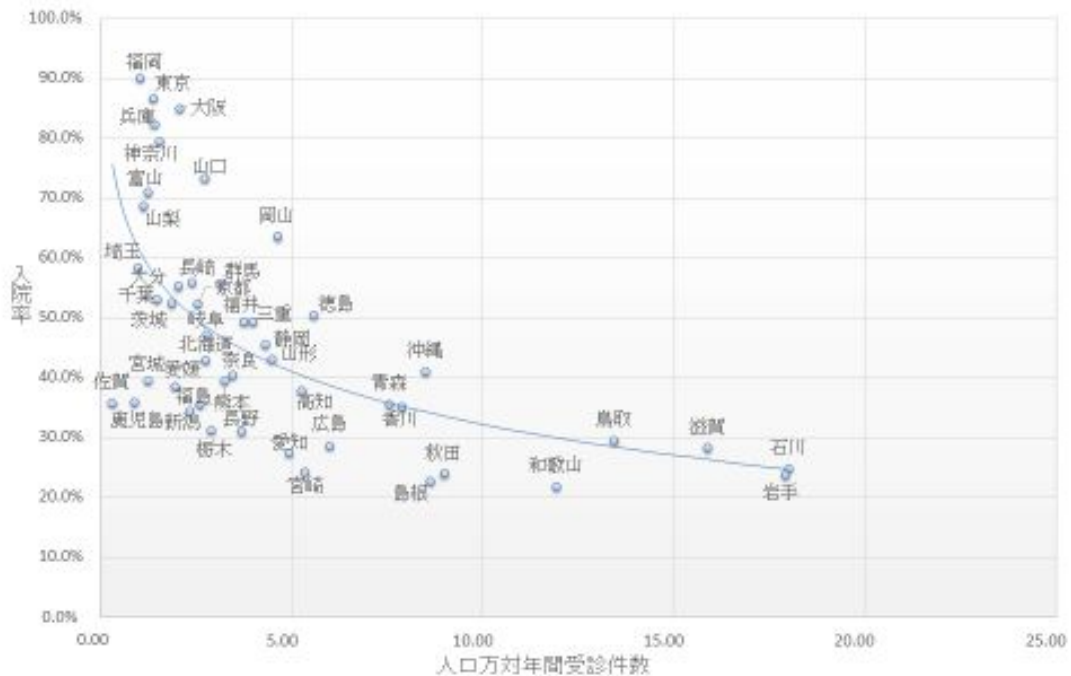
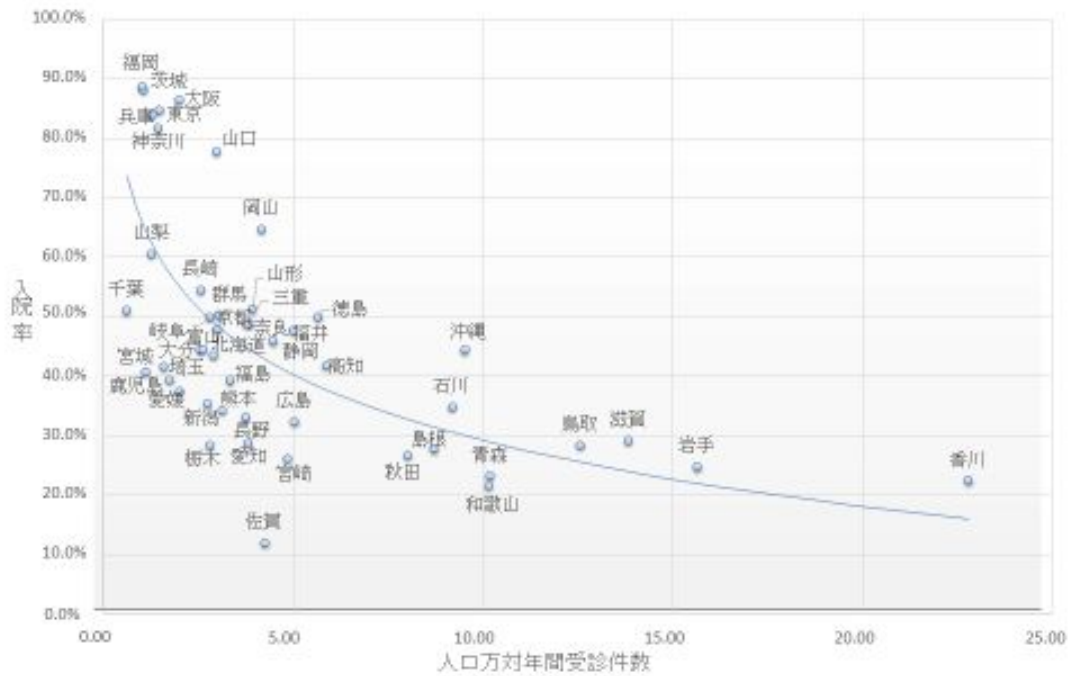


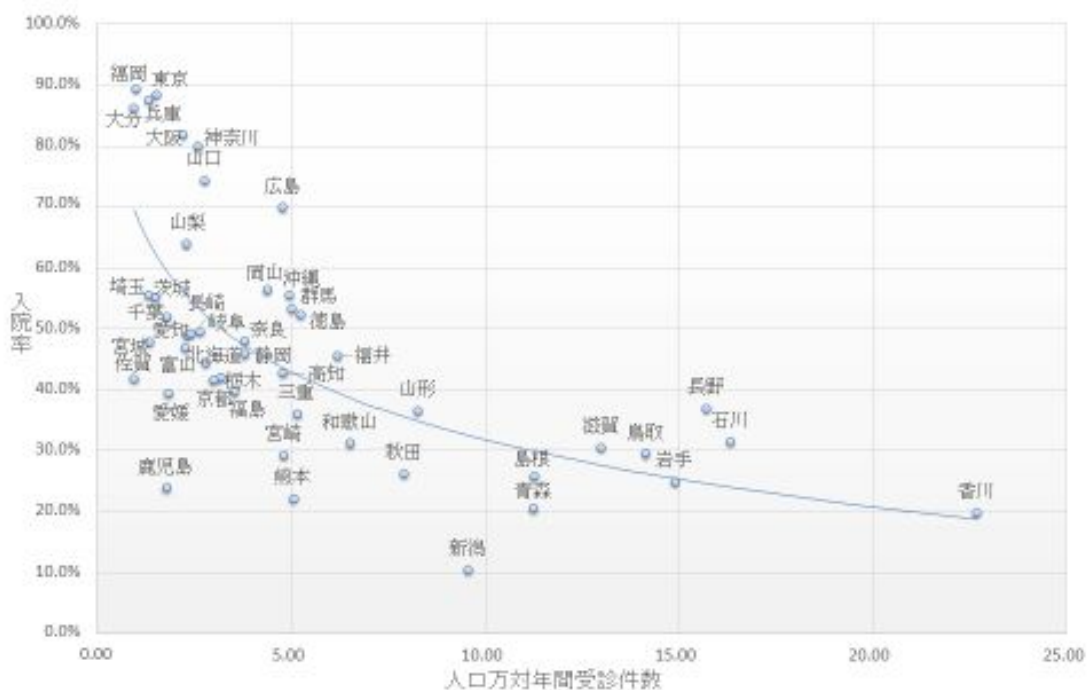
図10 人口万対受診件数と入院率の相関  
2013年度



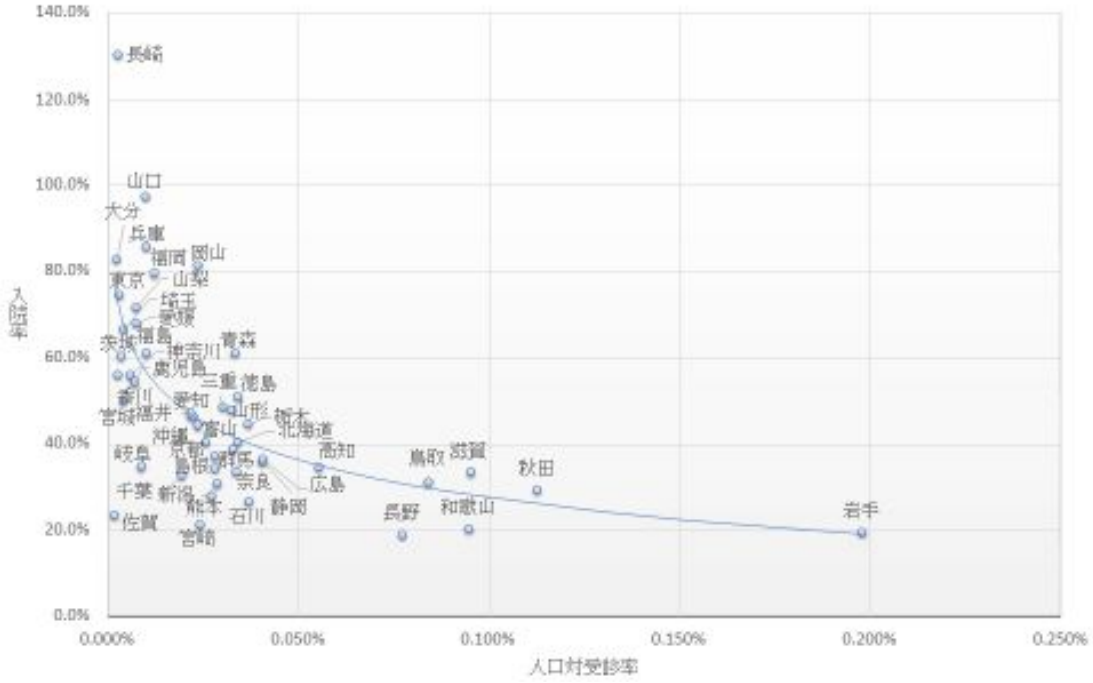
**図11 人口万対受診件数と入院率の相関  
2014年度**



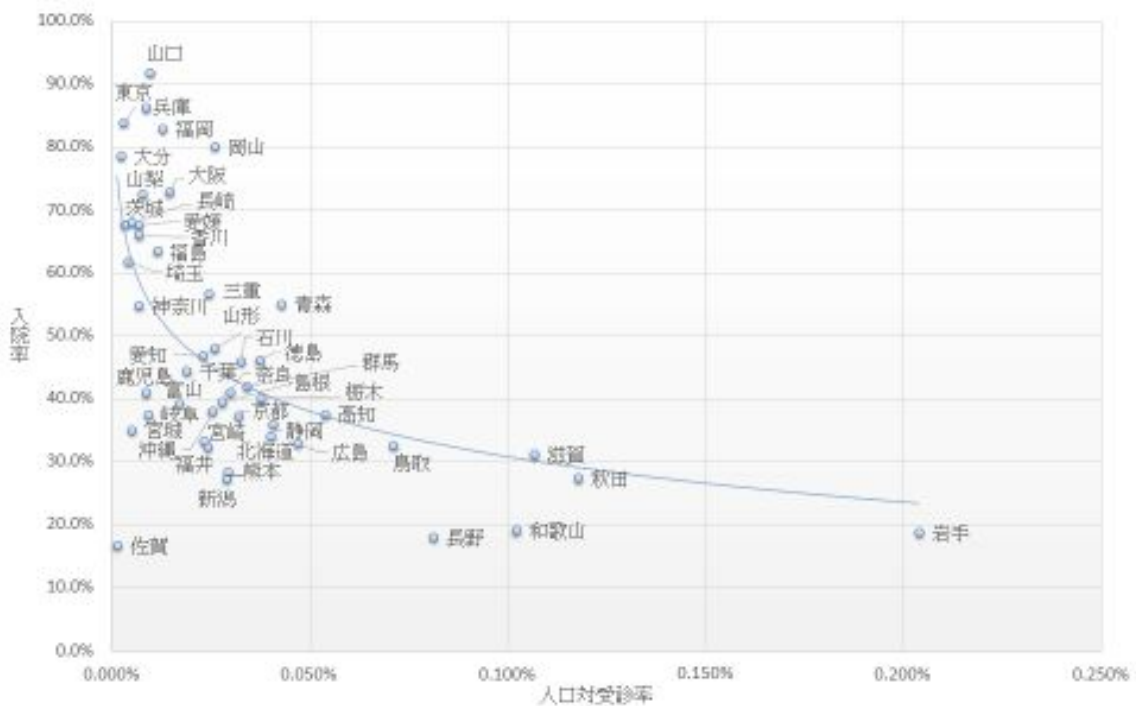
**図12 人口万対受診件数と入院率の相関  
2015年度**



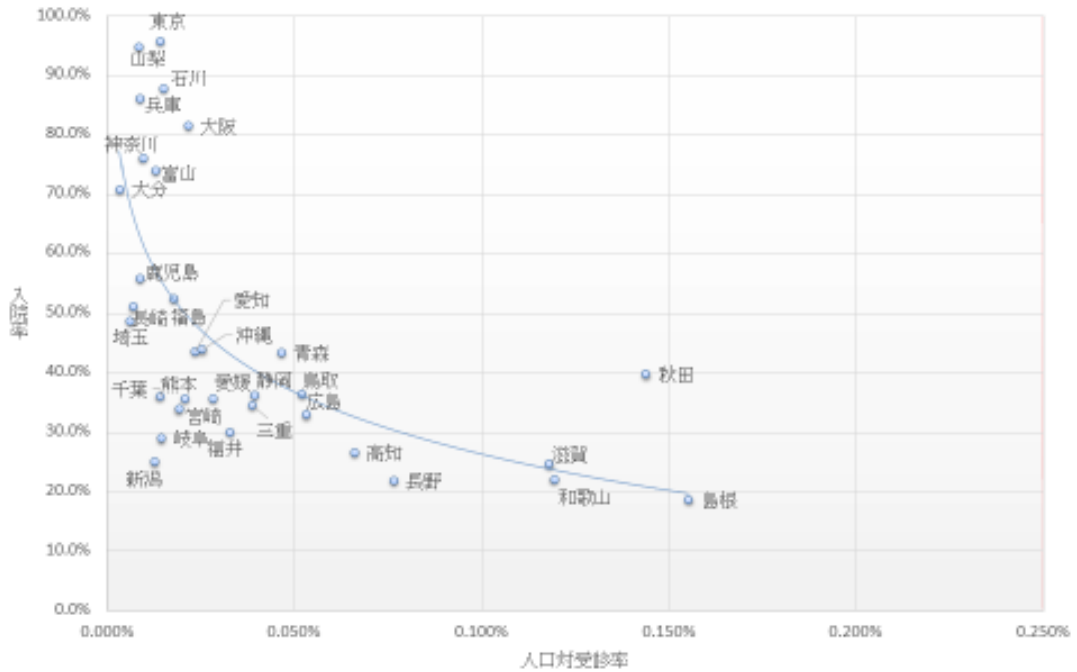
**図13 人口対受診率と入院率の相関  
2004年度**



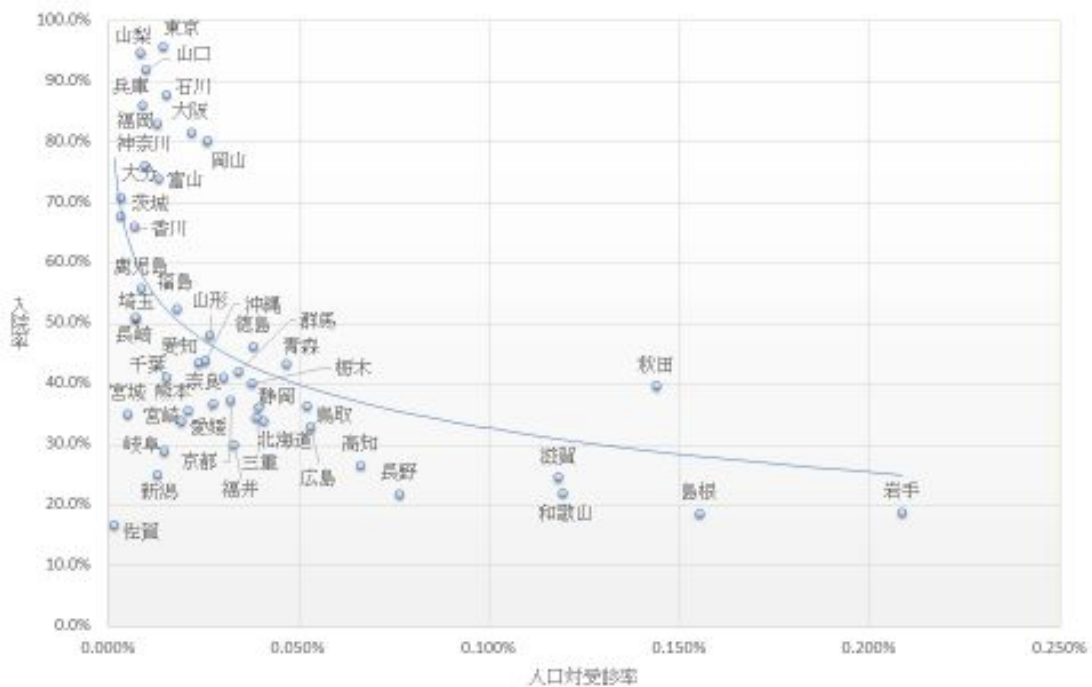
**図14 人口対受診率と入院率の相関  
2005年度**



**図15 人口対受診率と入院率の相関  
2006年度**

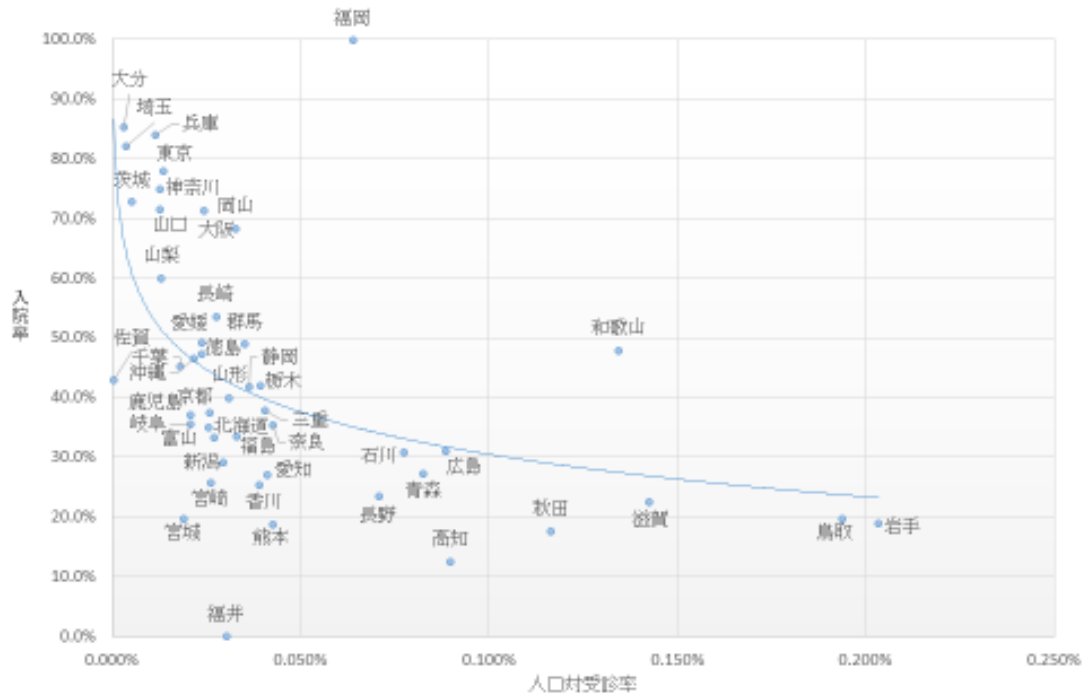


**図16 人口対受診率と入院率の相関  
2007年度**

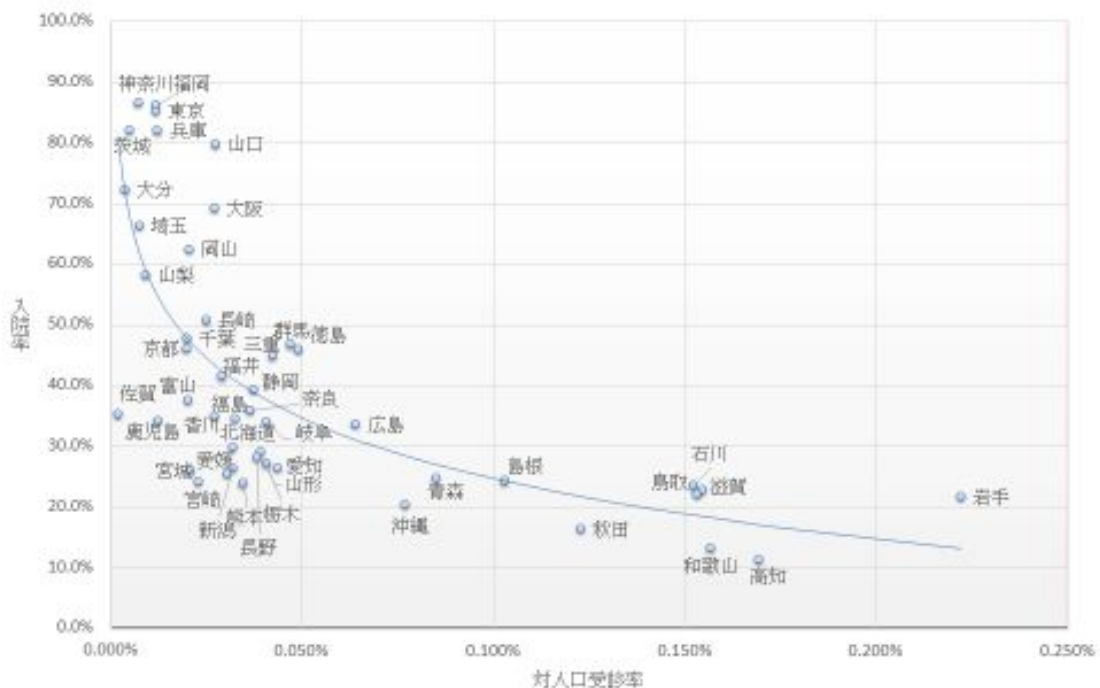




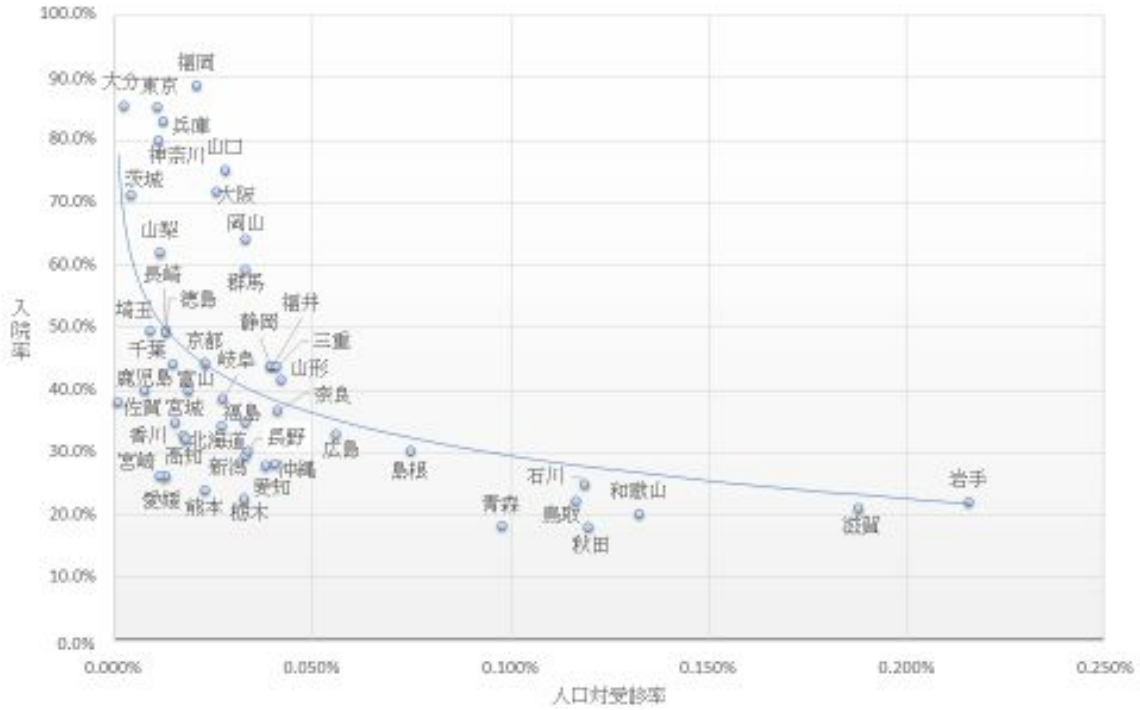
**図17 人口対受診率と入院率の相関  
2008年度**



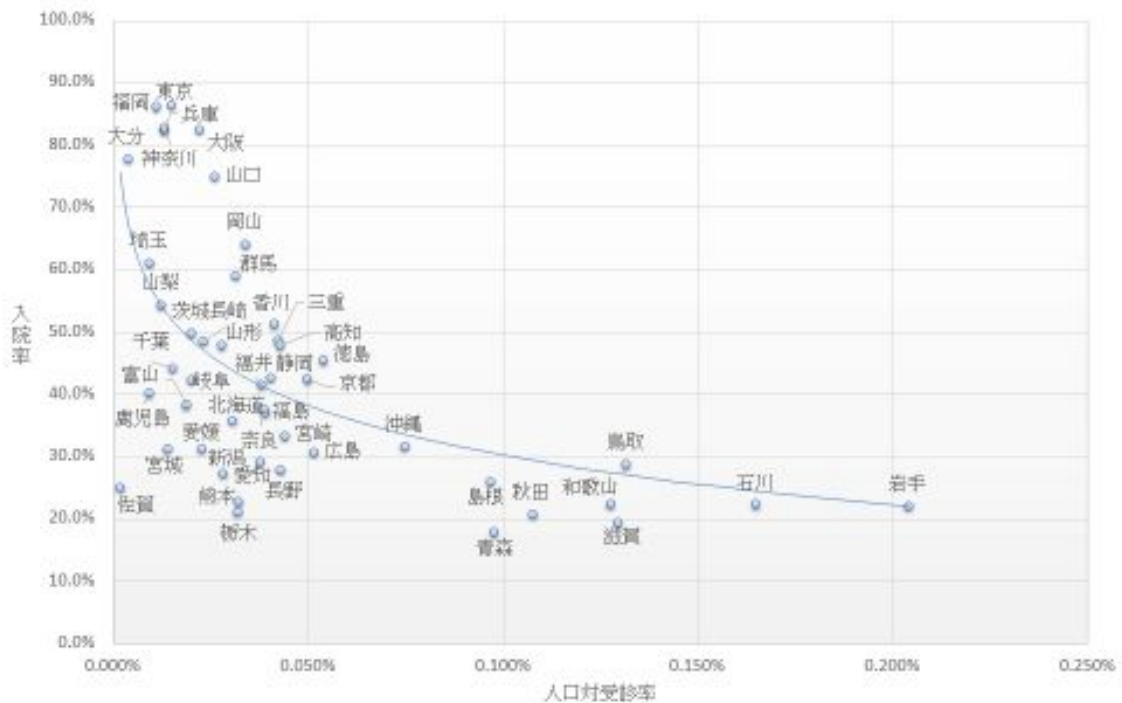
**図18 人口対受診率と入院率の相関  
2009年度**



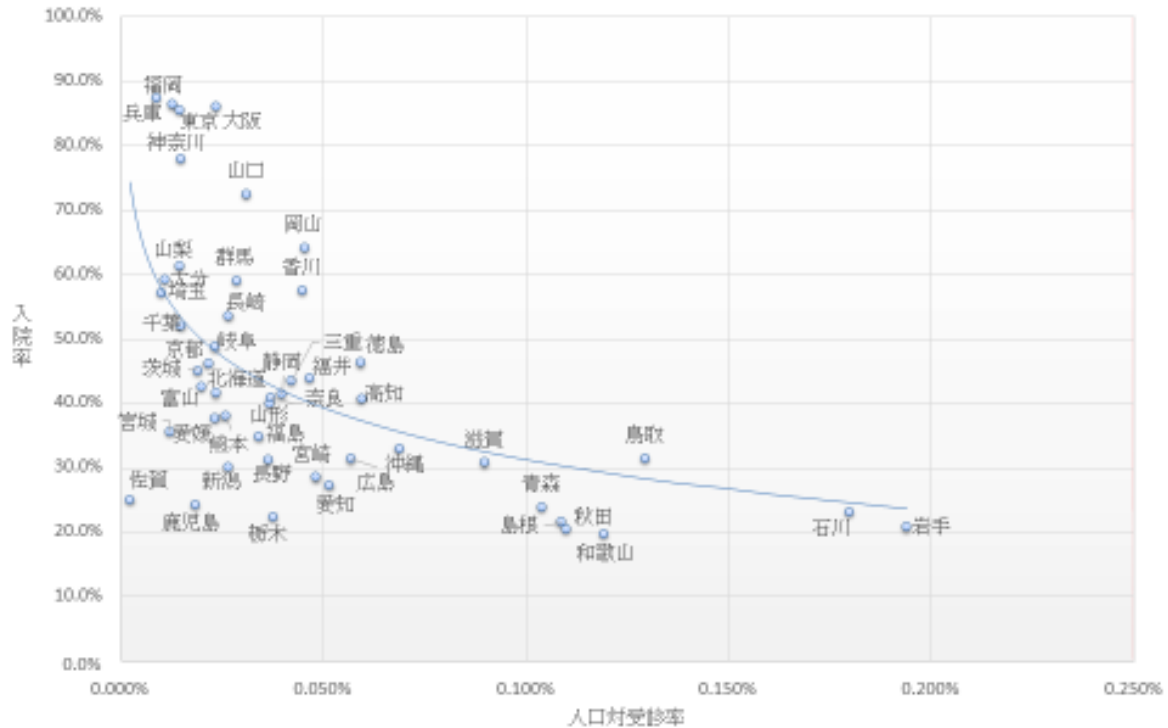
**図19 人口対受診率と入院率の相関  
2010年度**



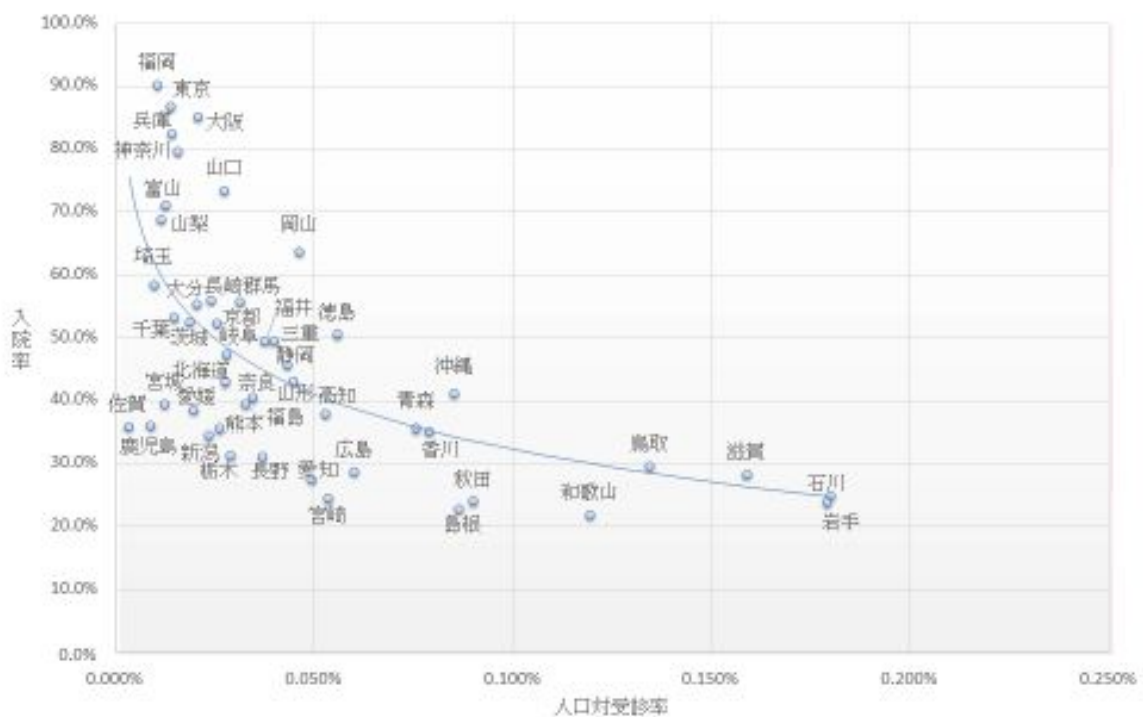
**図20 人口対受診率と入院率の相関  
2011年度**



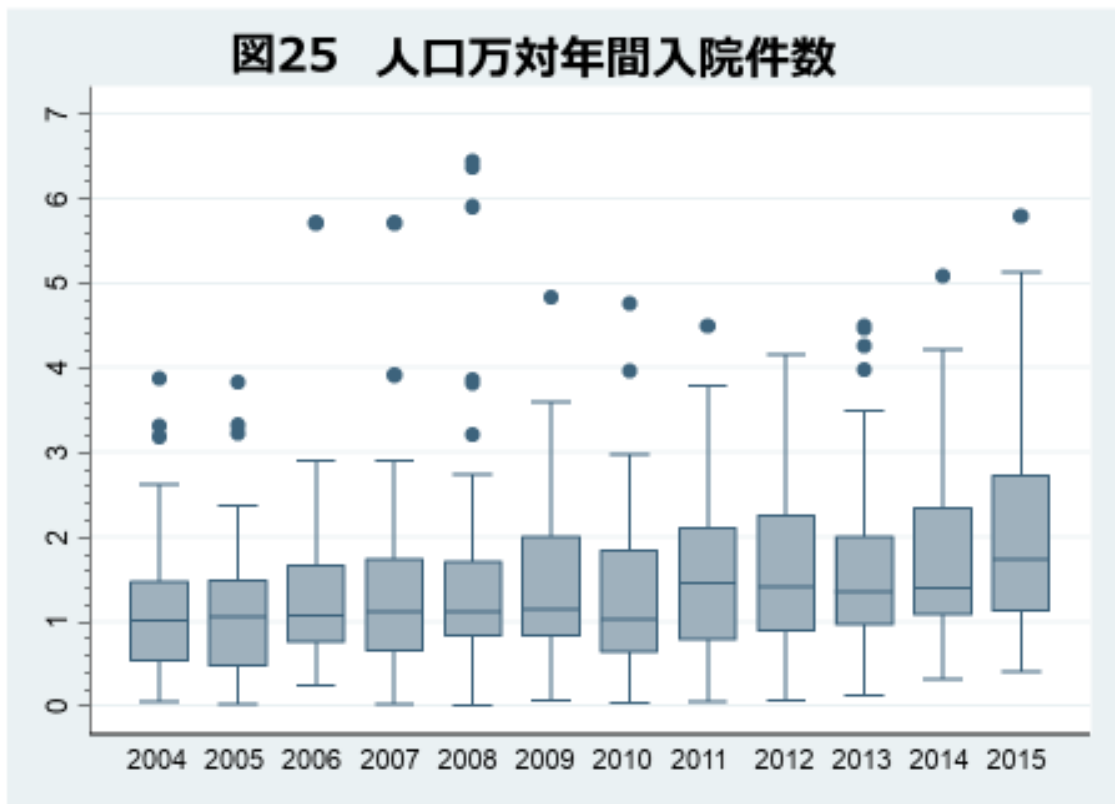
**図21 人口対受診率と入院率の相関  
2012年度**



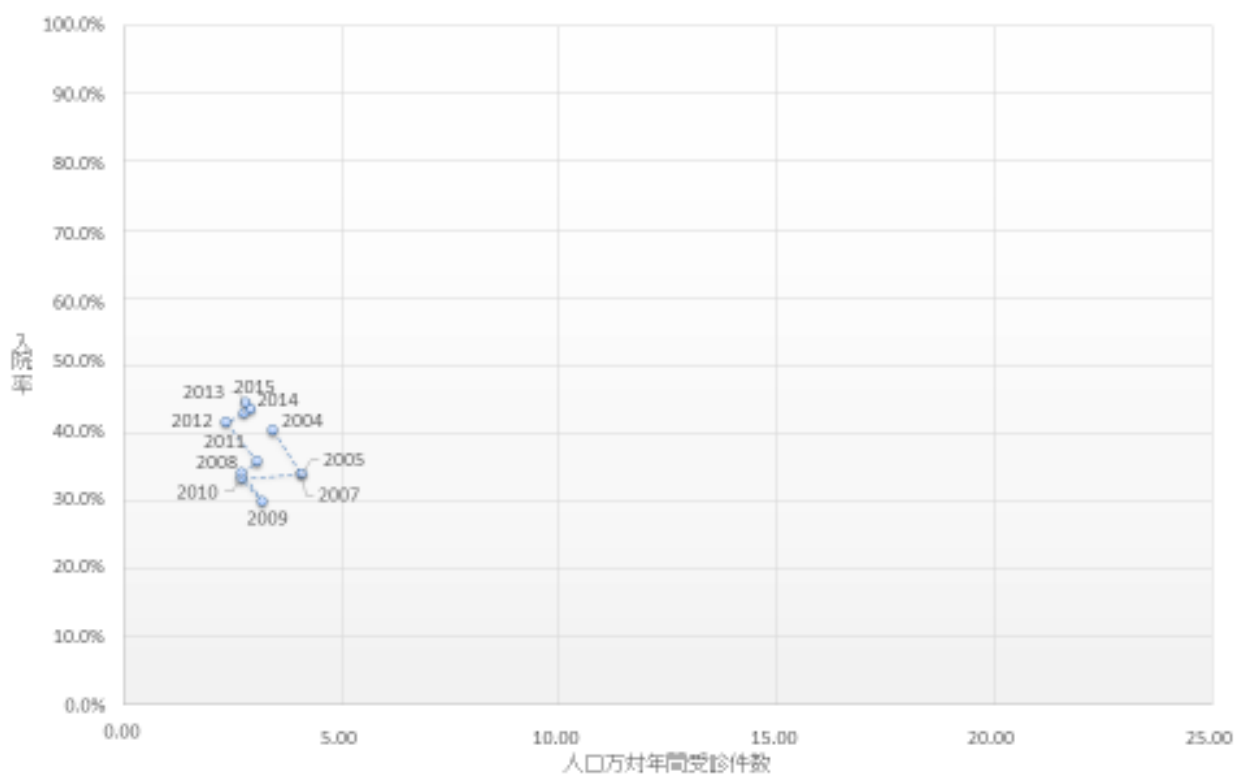
**図22 人口対受診率と入院率の相関  
2013年度**



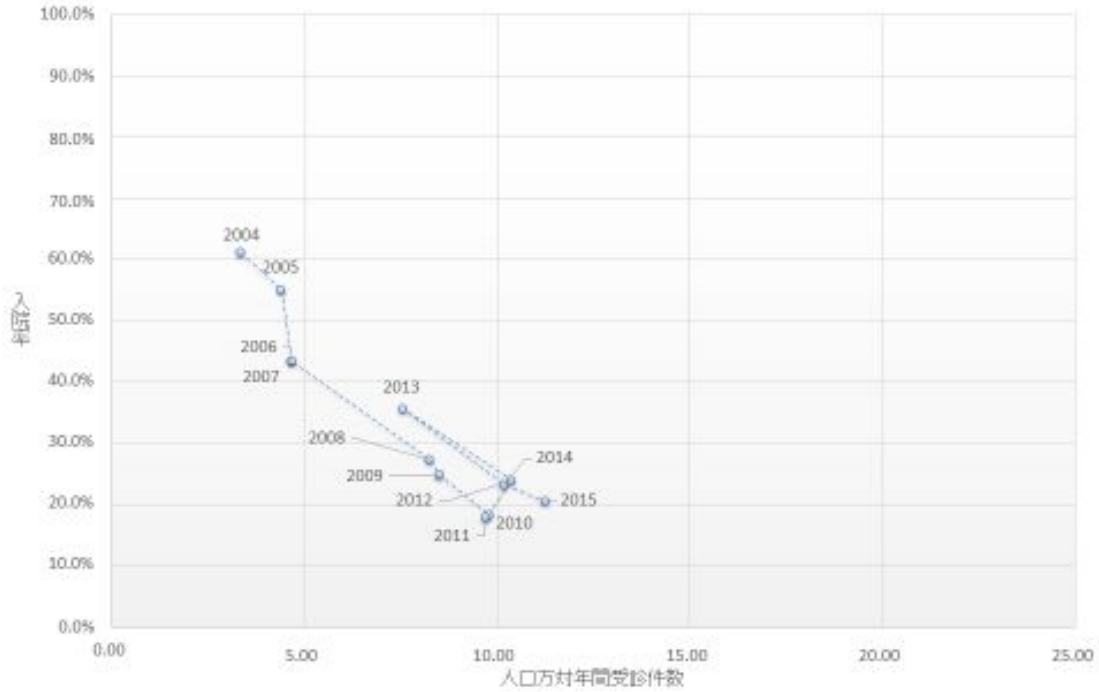




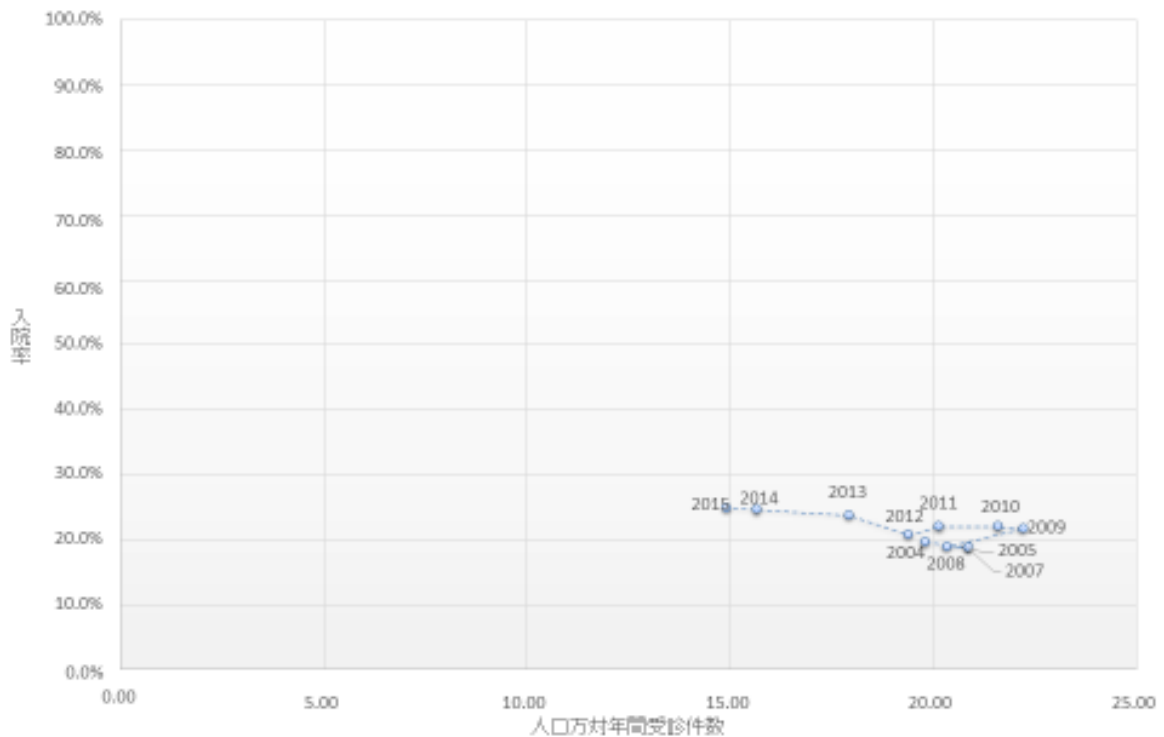
**図26 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(北海道)**



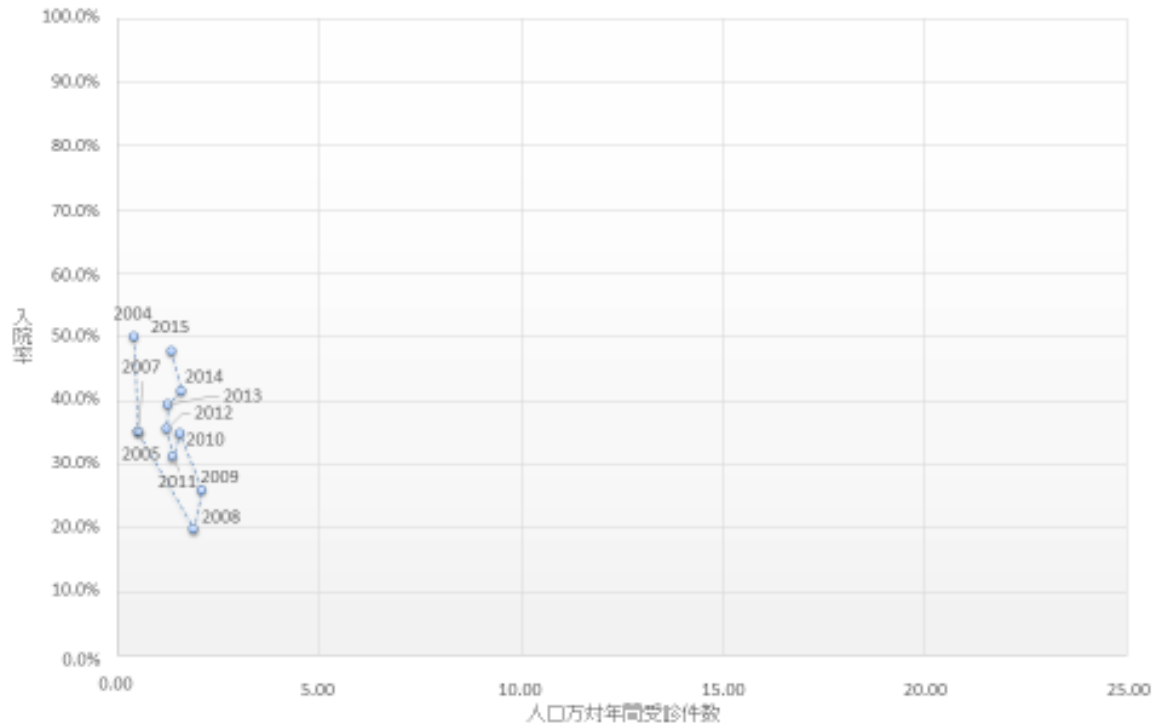
**図27 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(青森)**



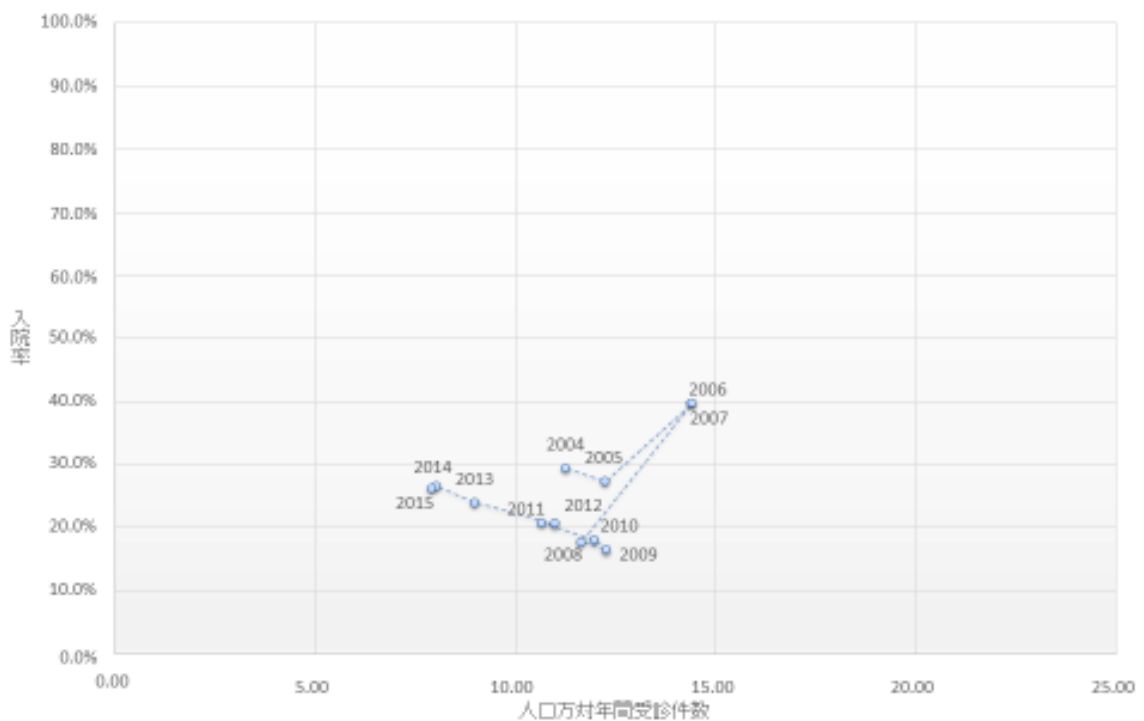
**図28 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(岩手)**



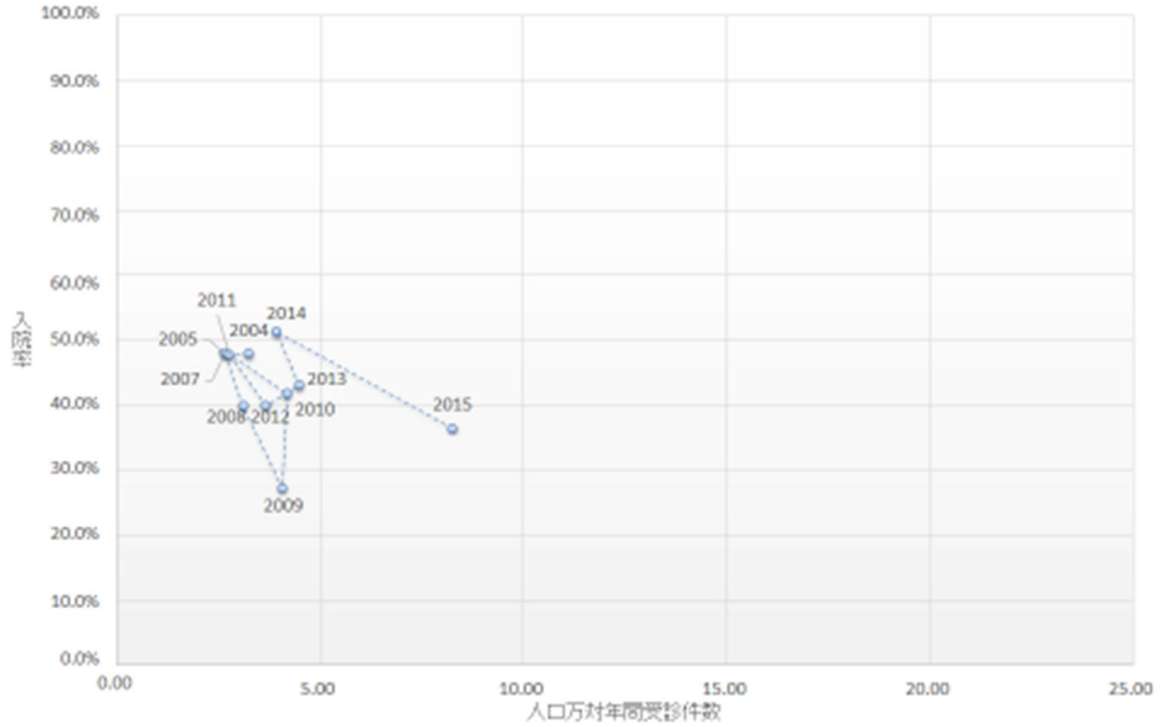
**図29 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(宮城)**



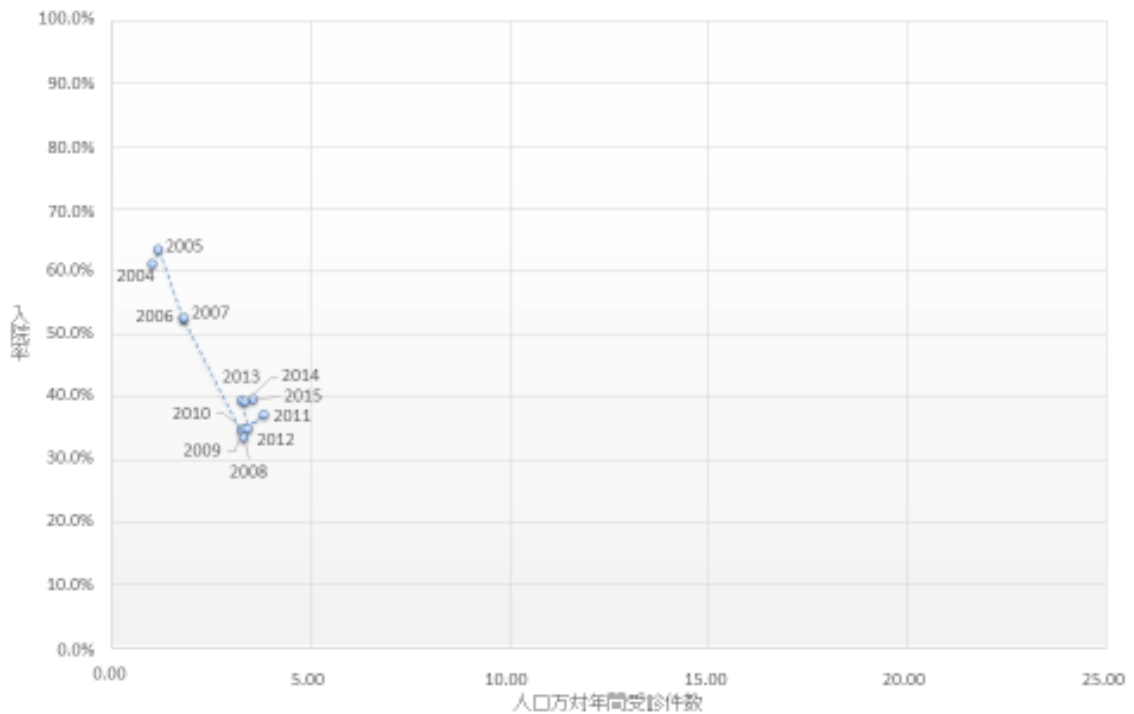
**図30 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(秋田)**



**図31 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(山形)**

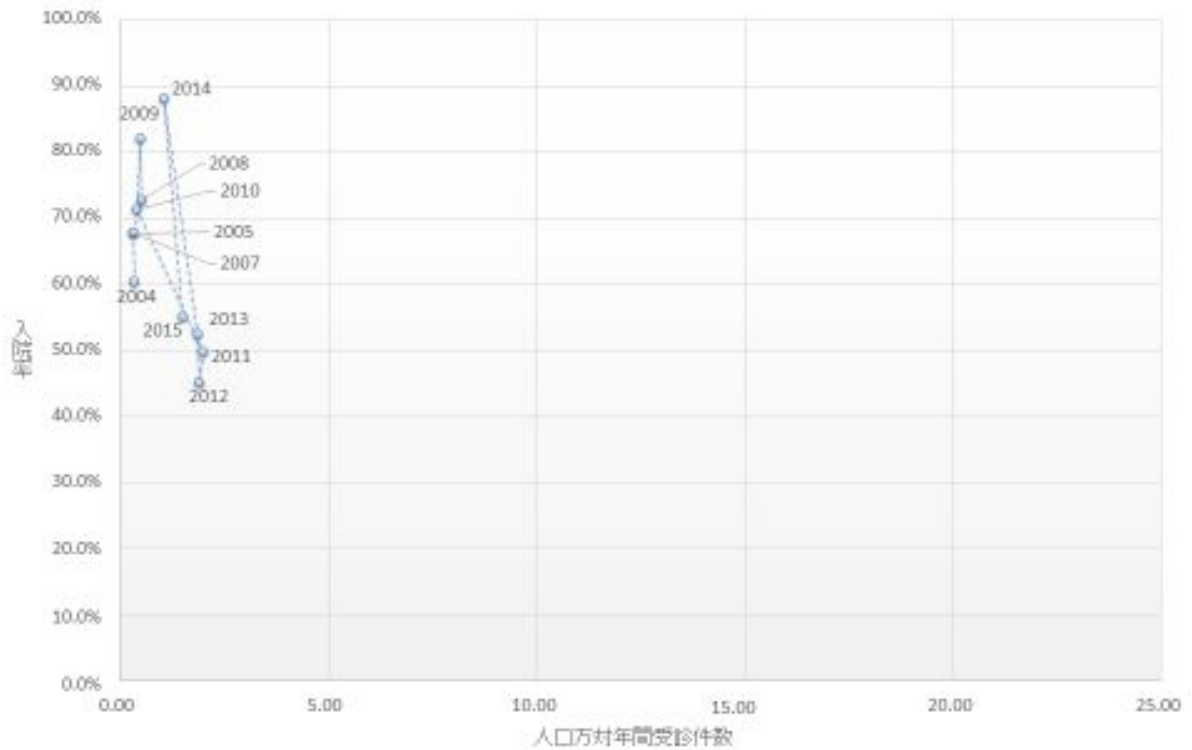


**図32 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(福島)**

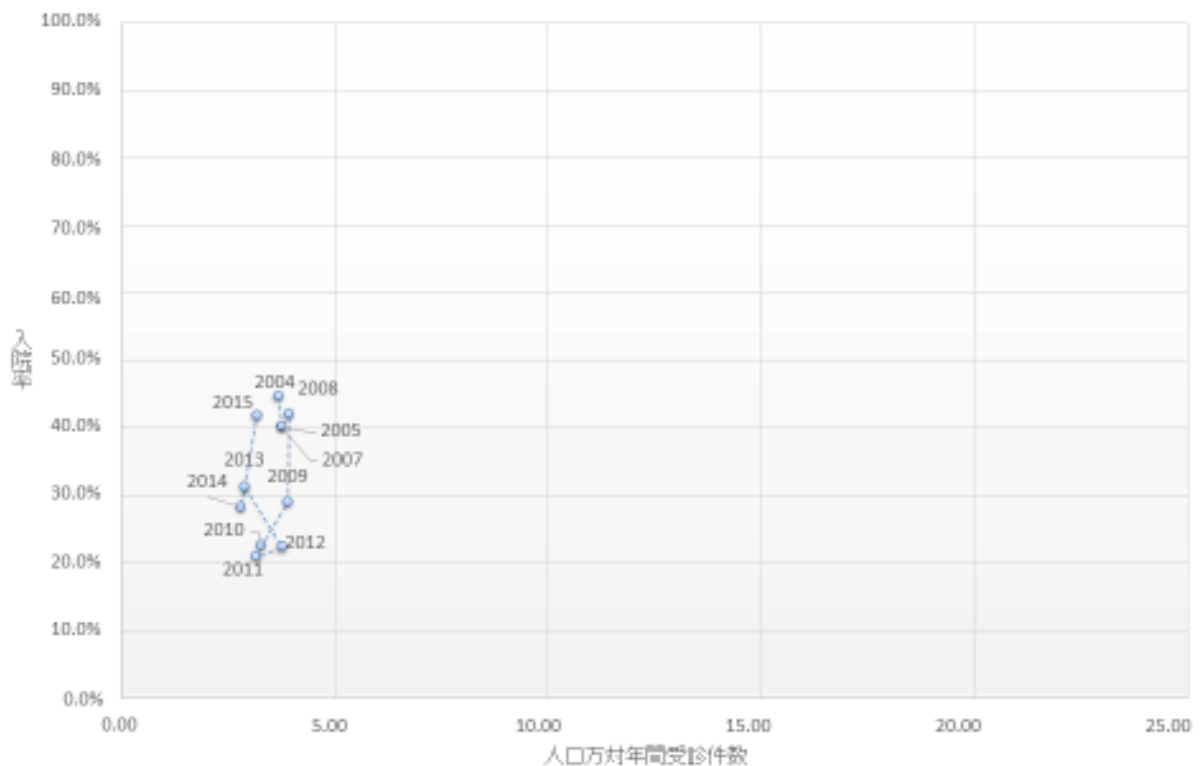




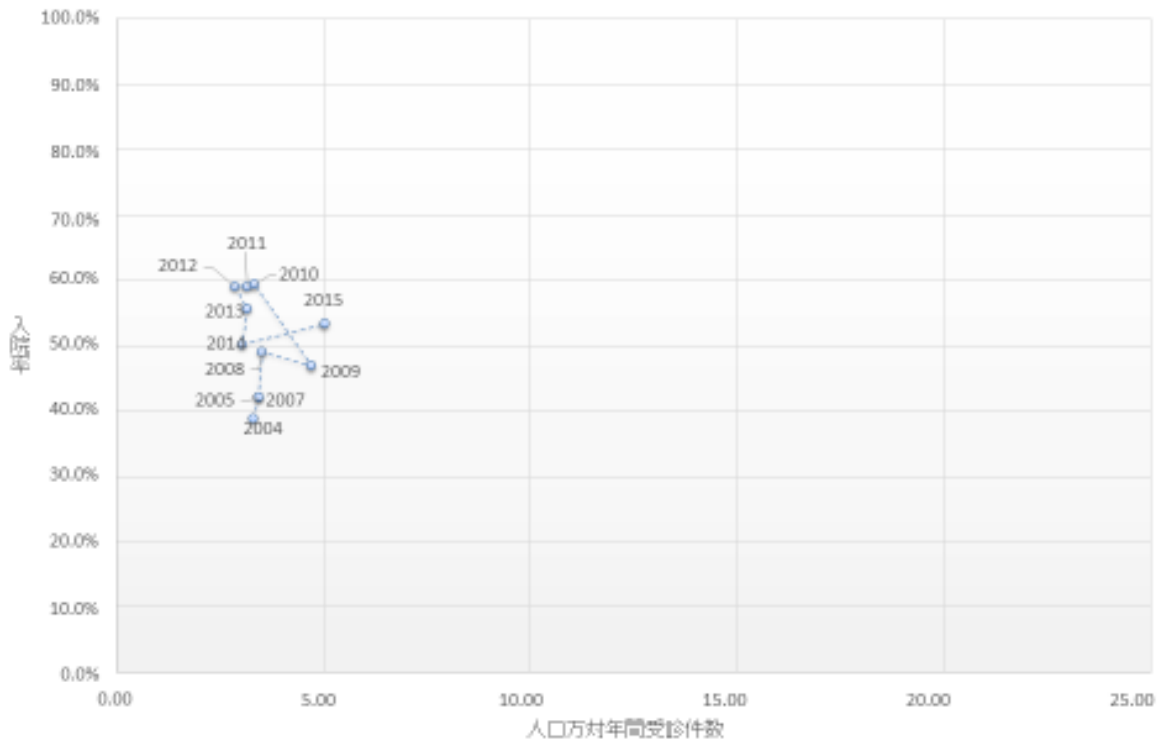
**図33 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(茨城)**



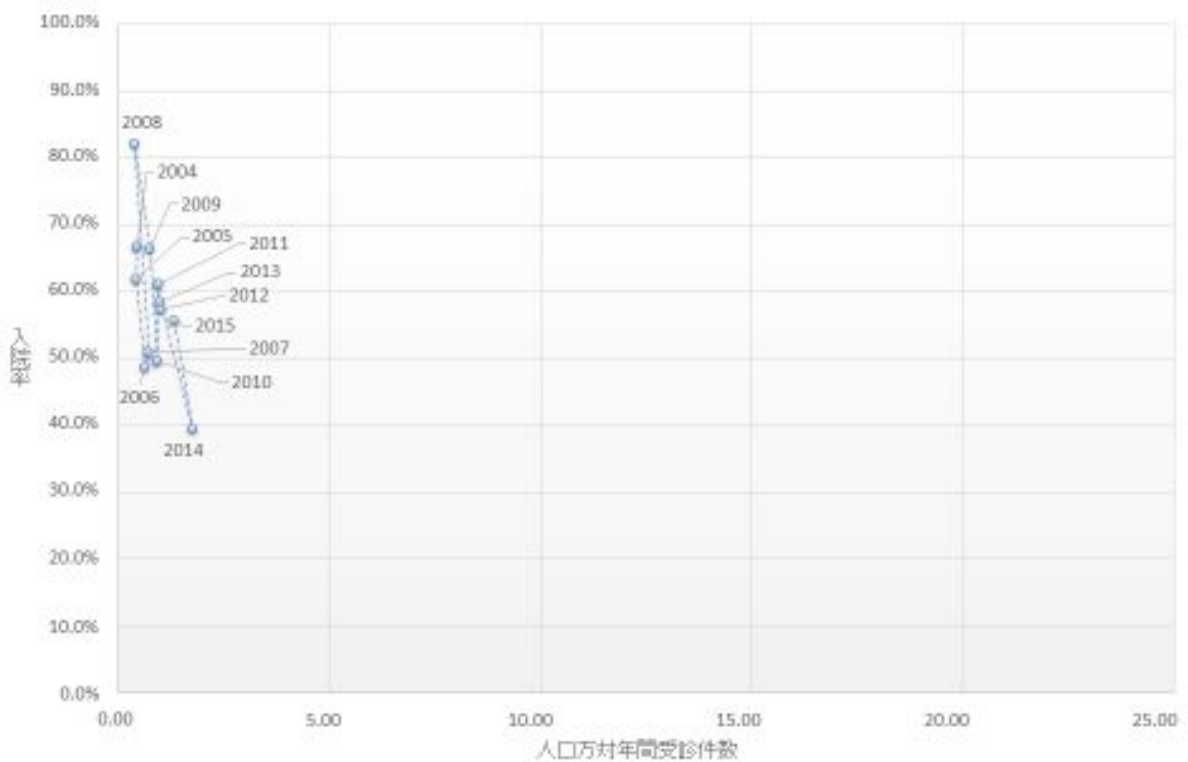
**図34 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(栃木)**



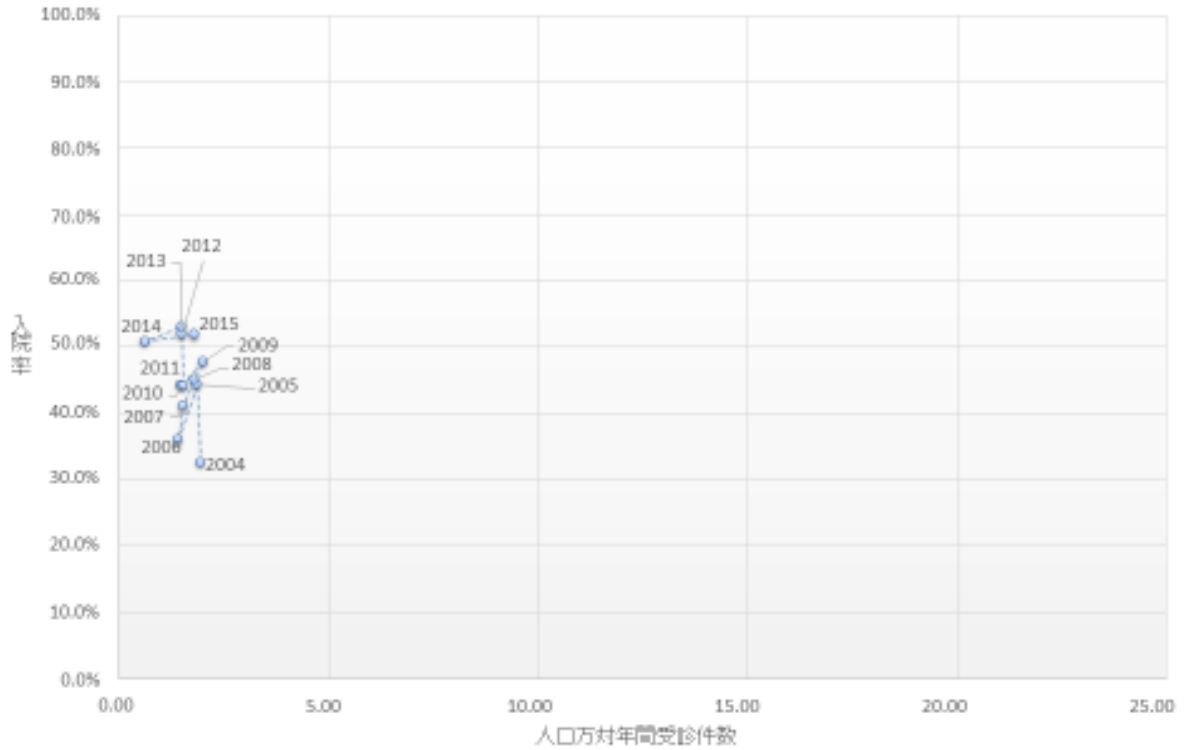
**図35 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(群馬)**



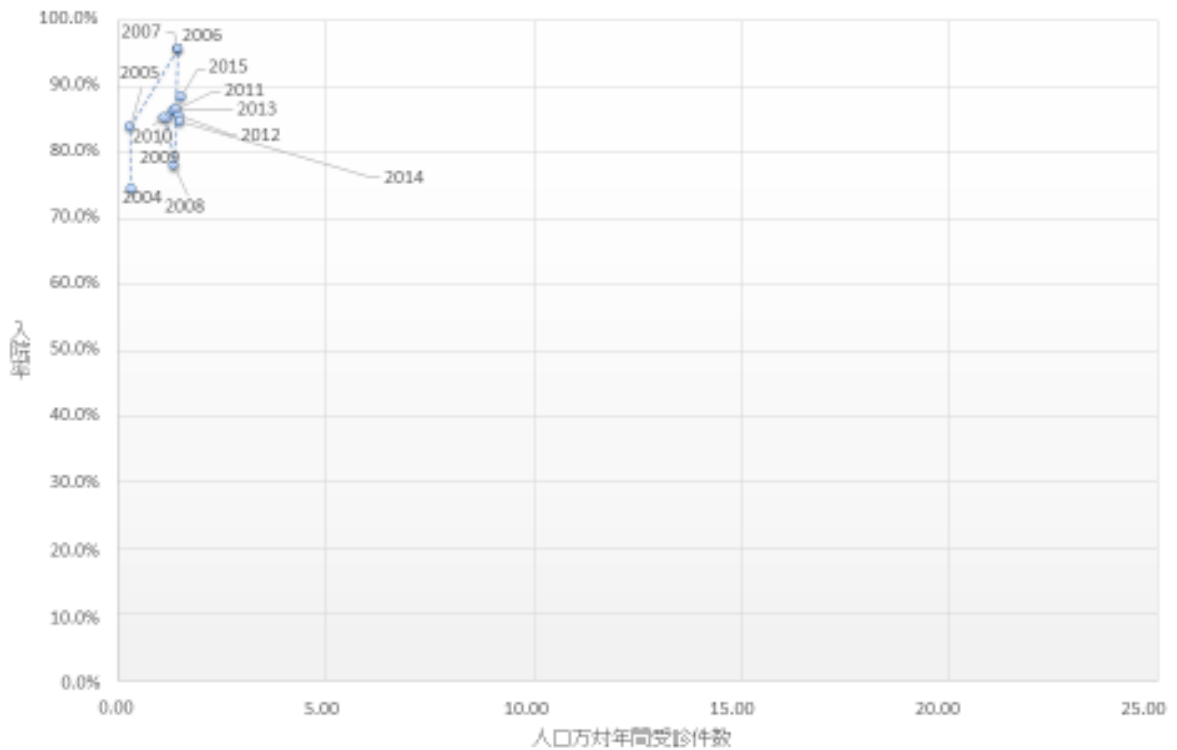
**図36 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(埼玉)**



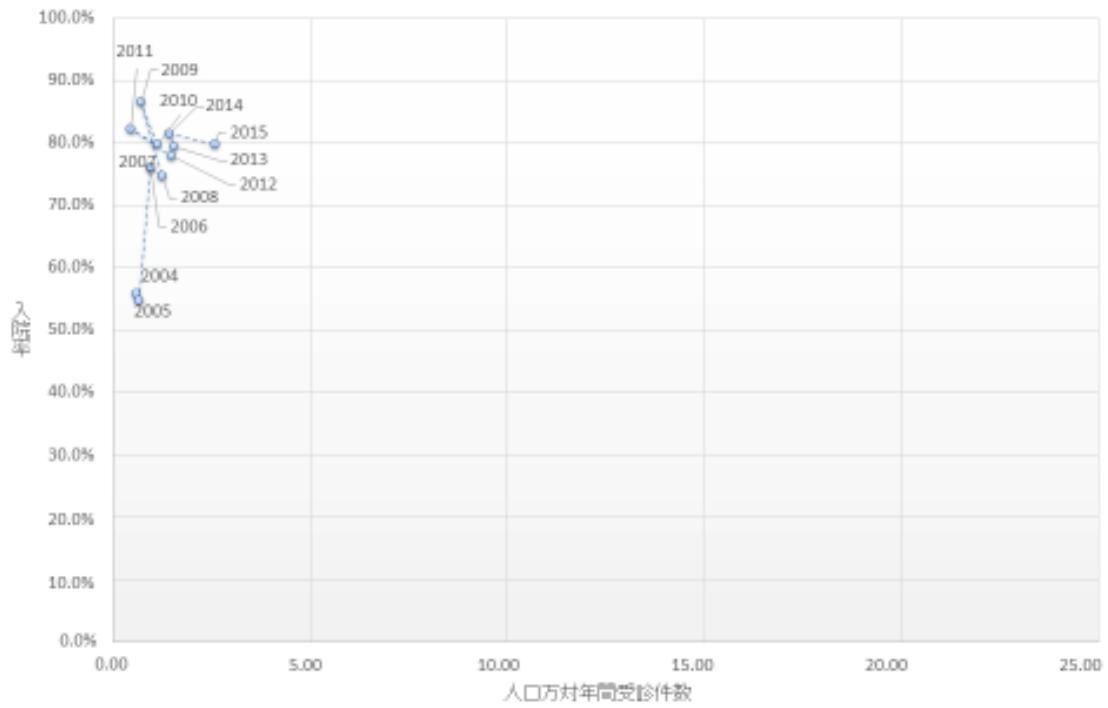
**図37 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(千葉)**



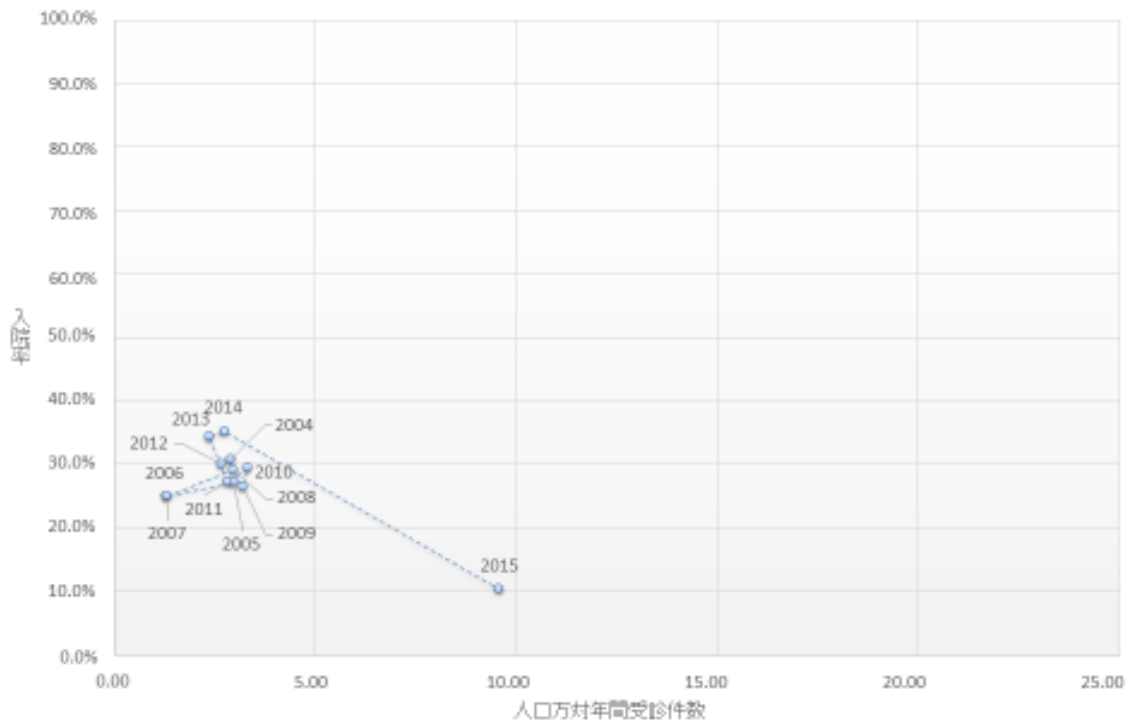
**図38 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(東京)**



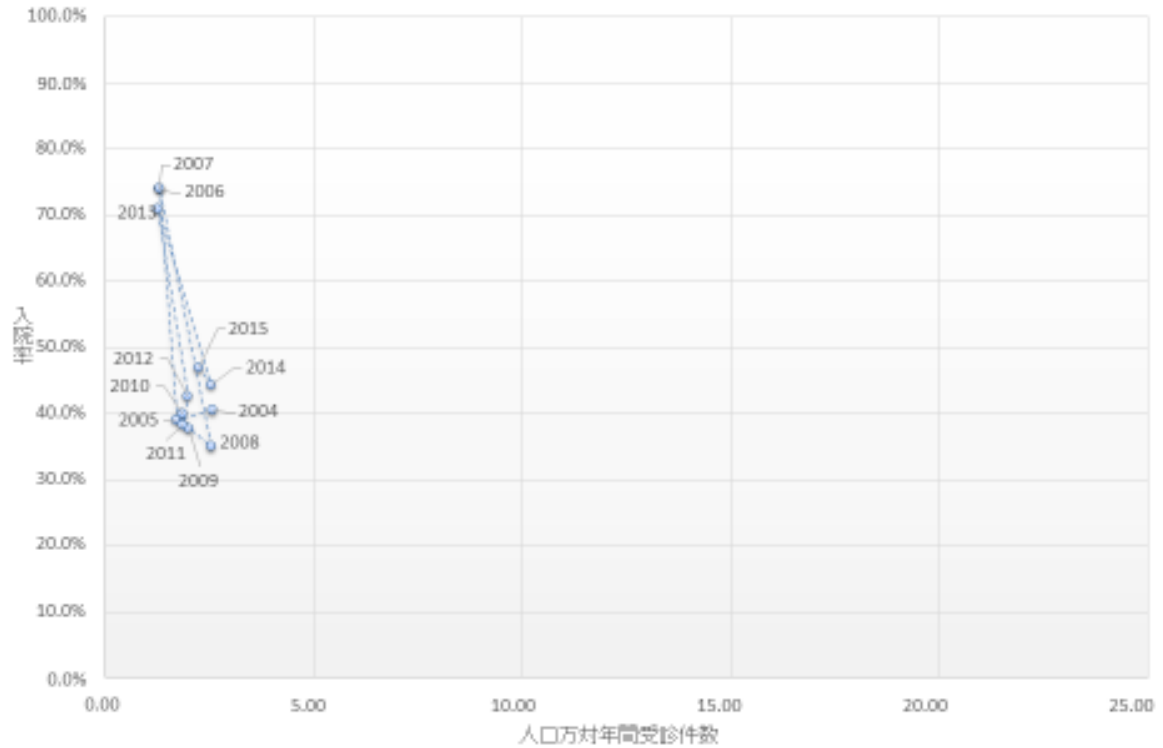
**図39 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（神奈川）**



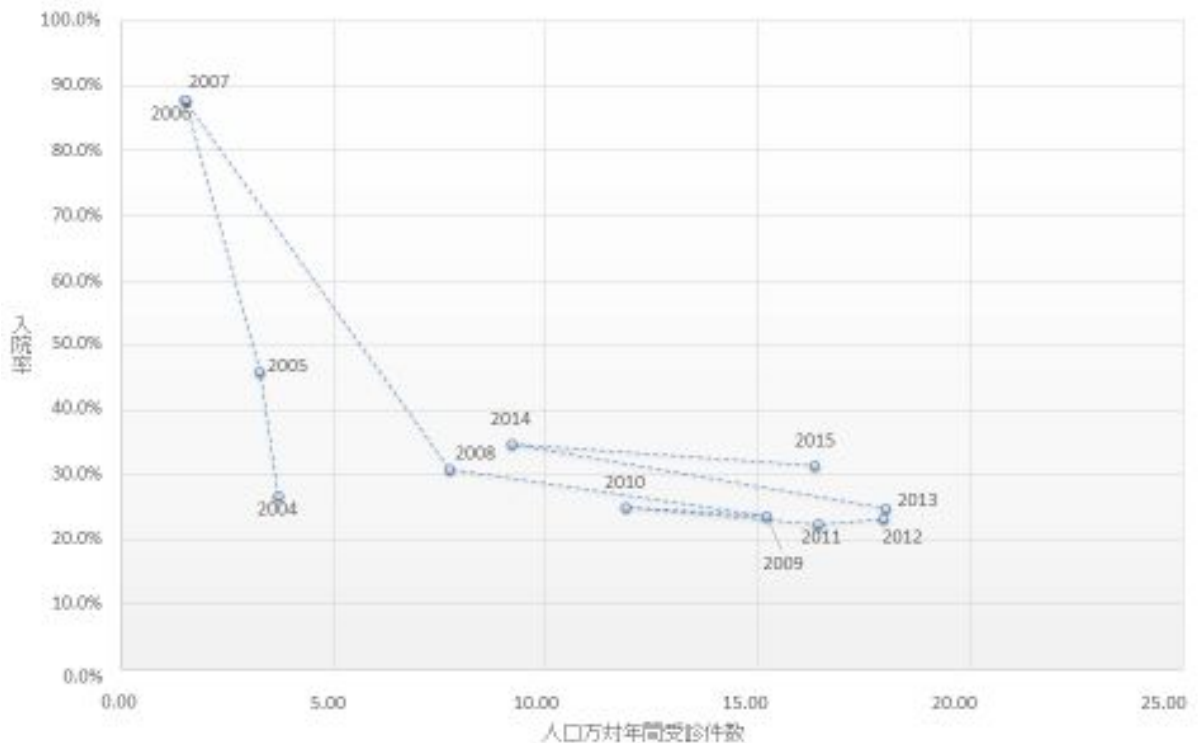
**図40 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（新潟）**



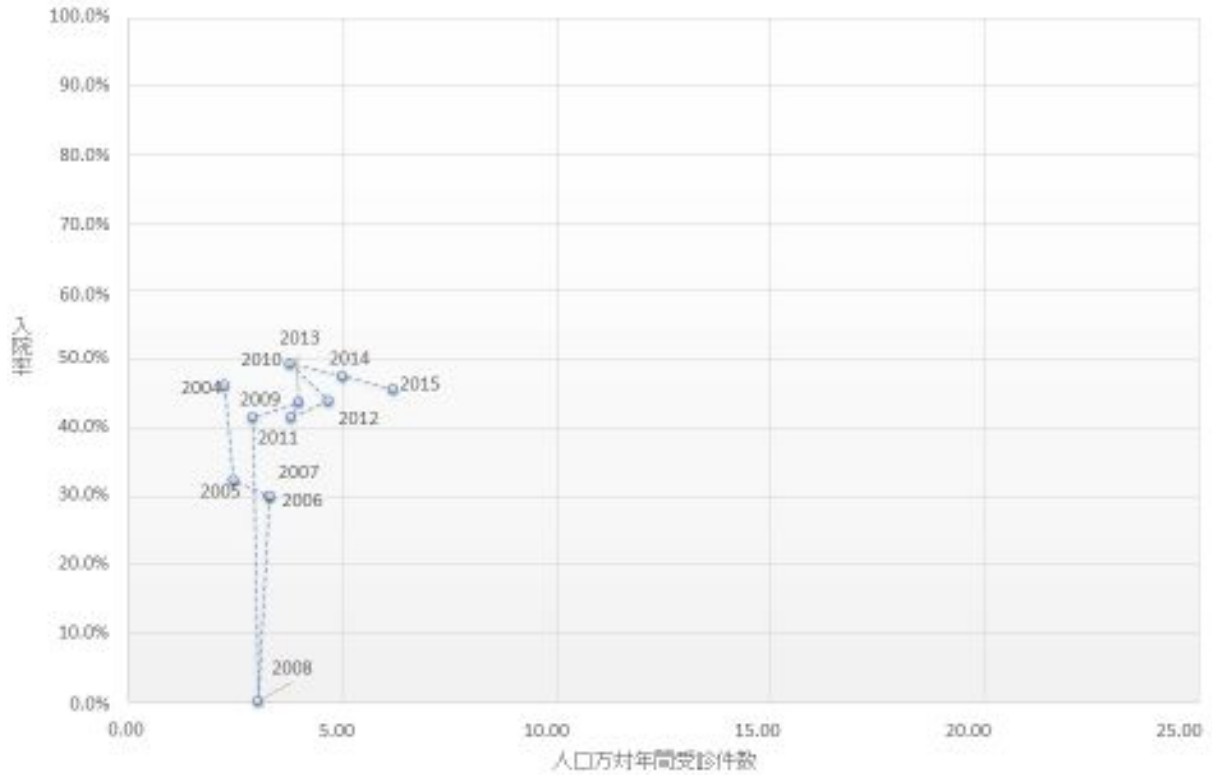
**図41 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(富山)**



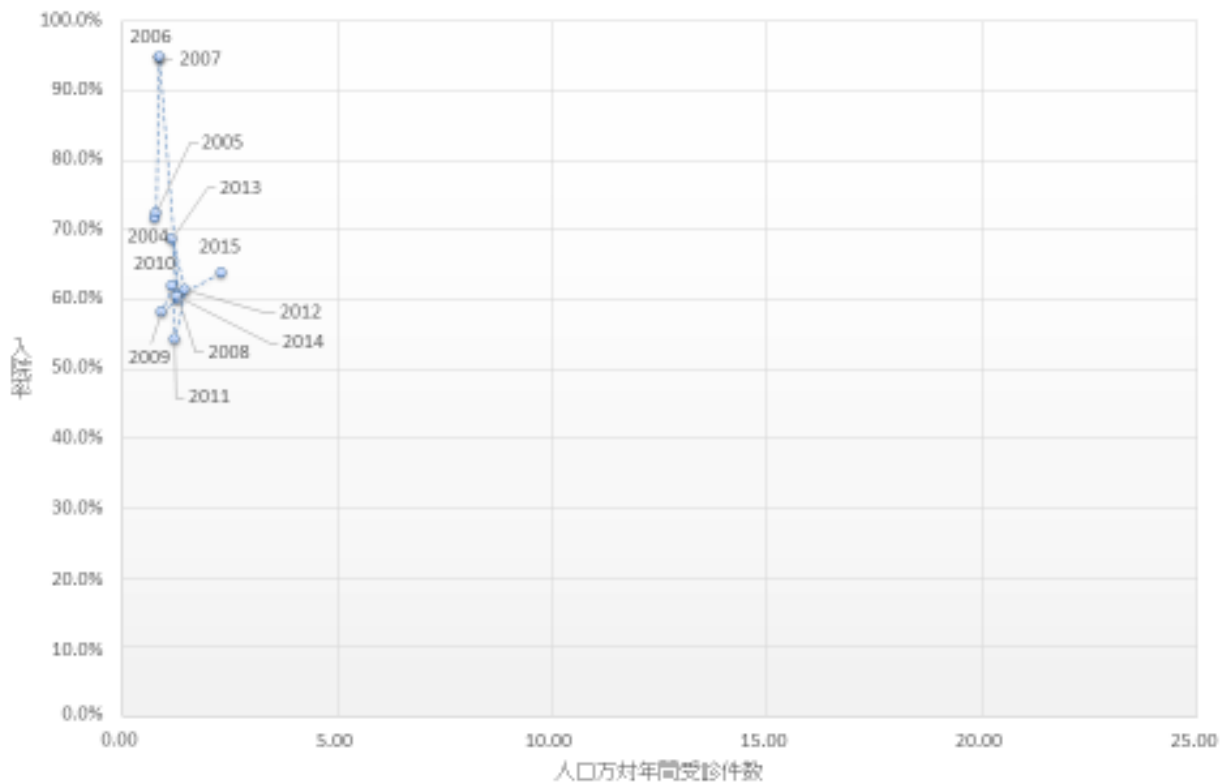
**図42 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(石川)**



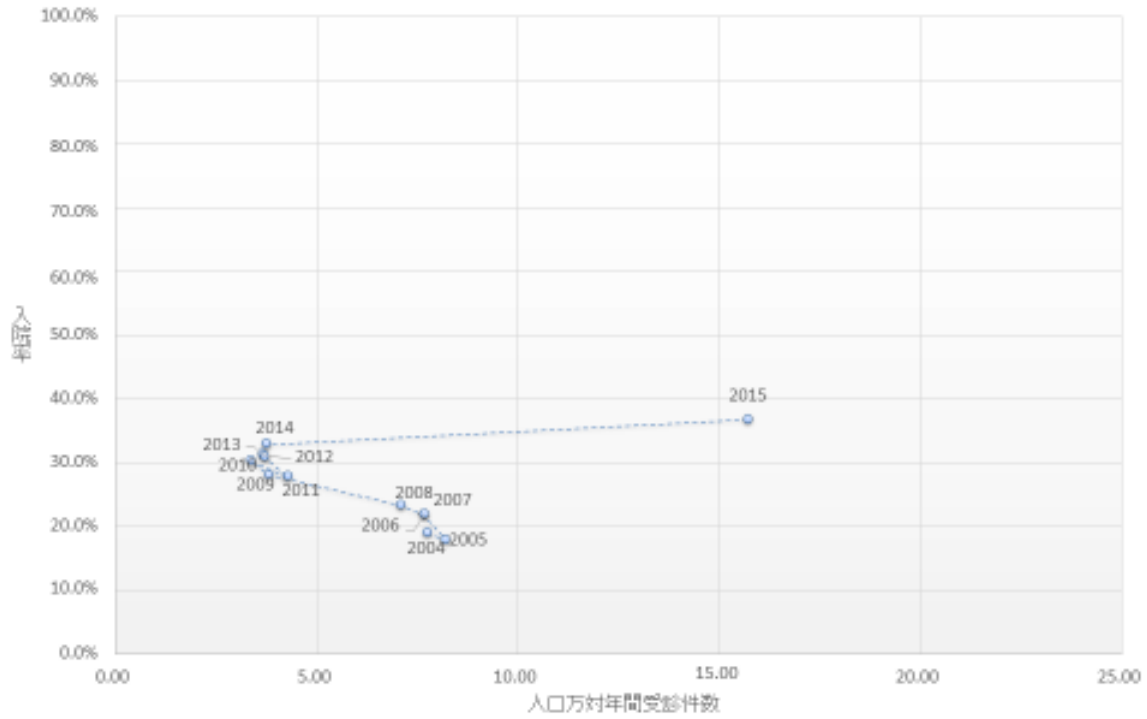
**図43 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（福井）**



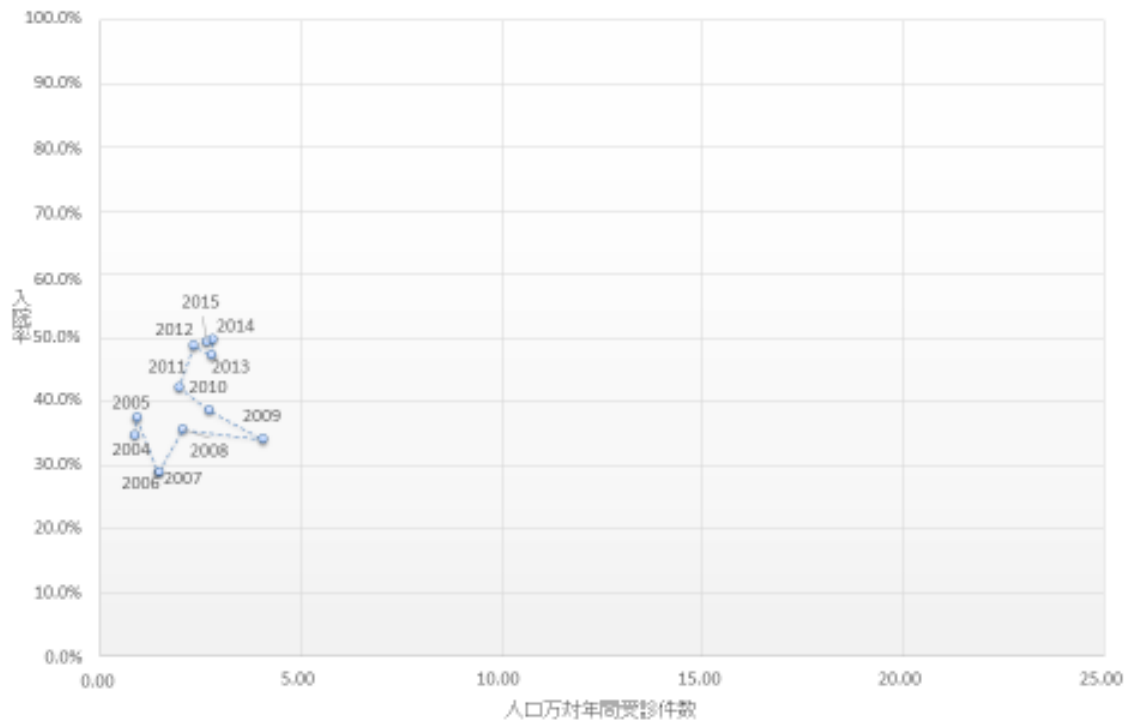
**図44 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（山梨）**



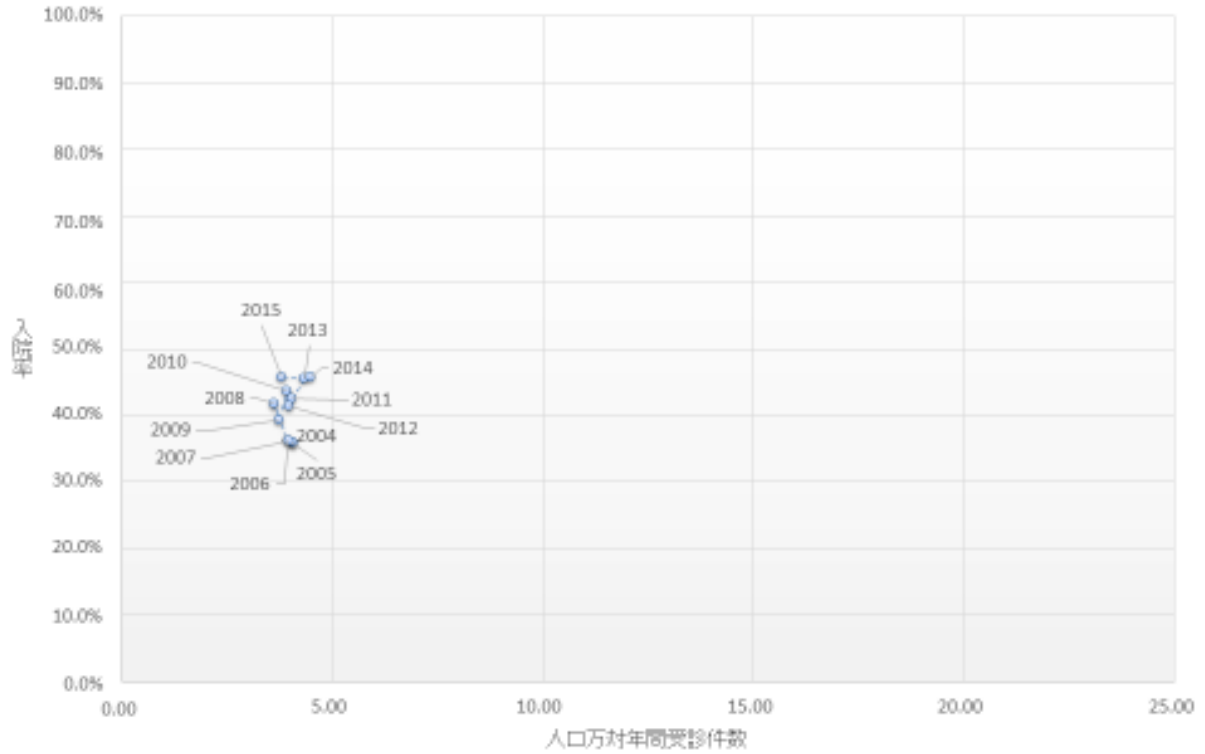
**図45 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(長野)**



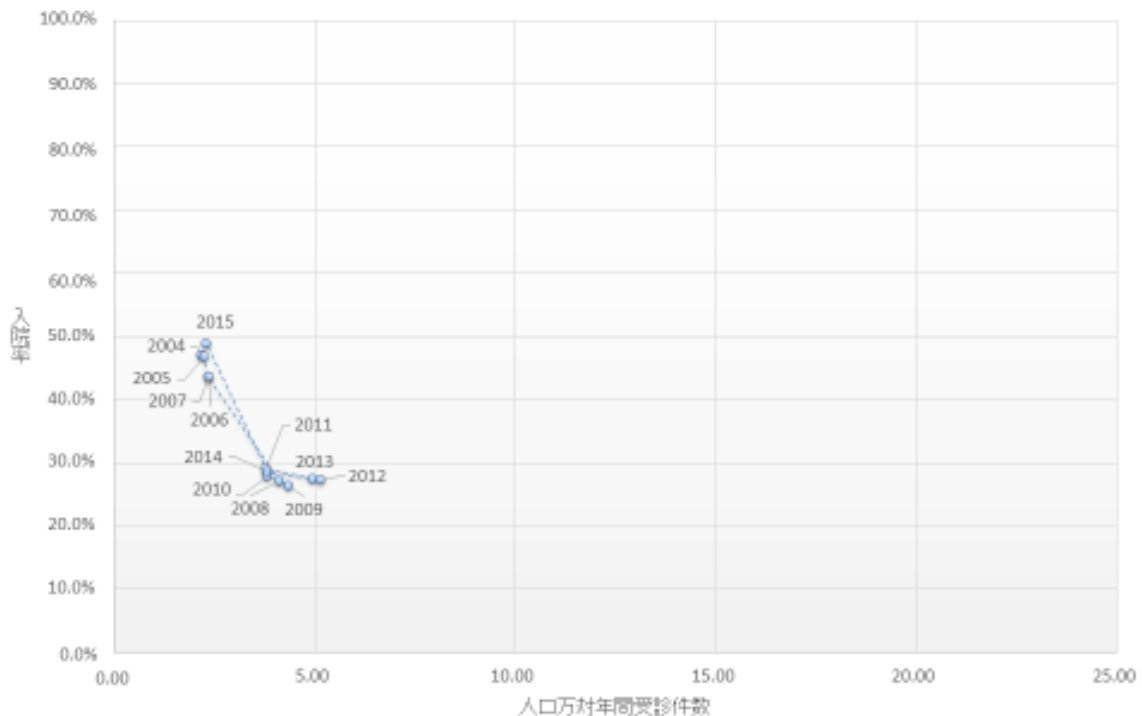
**図46 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(岐阜)**



**図47 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(静岡)**

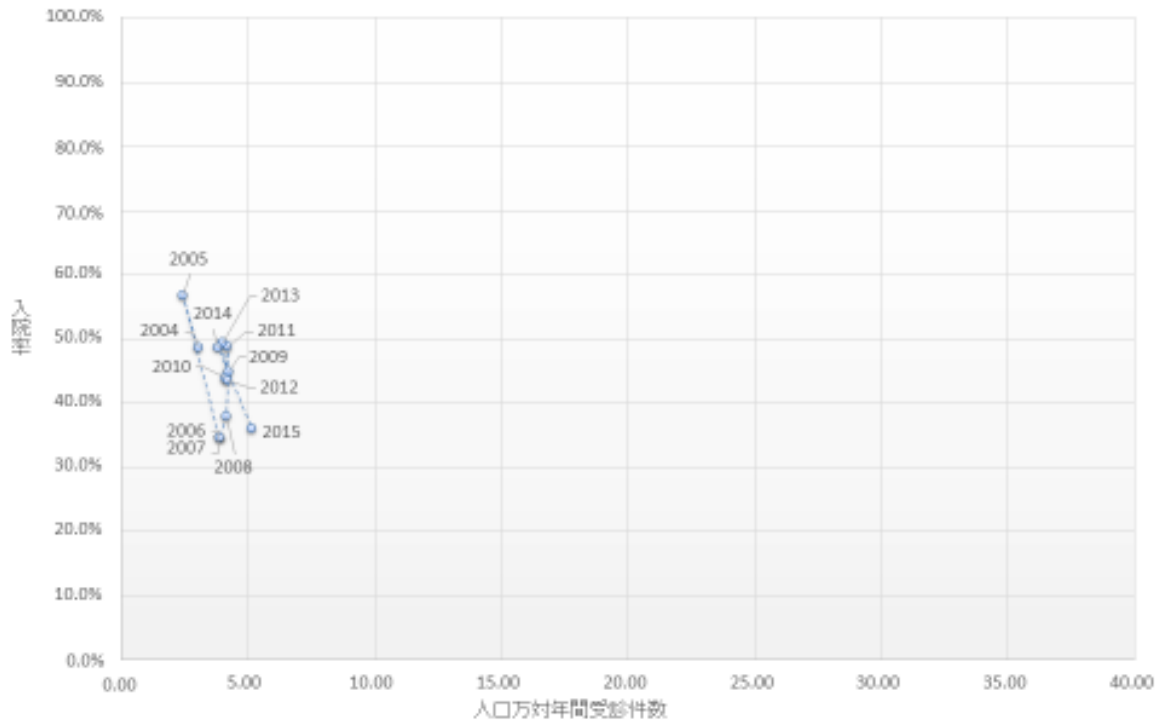


**図48 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(愛知)**

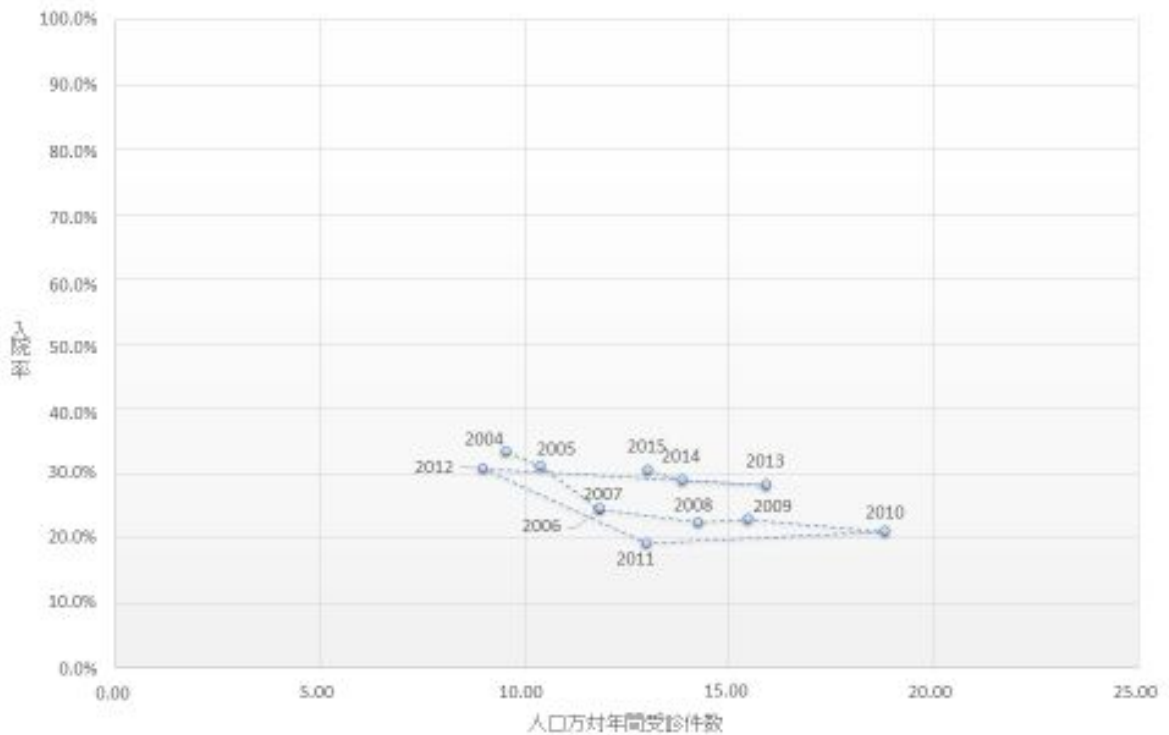




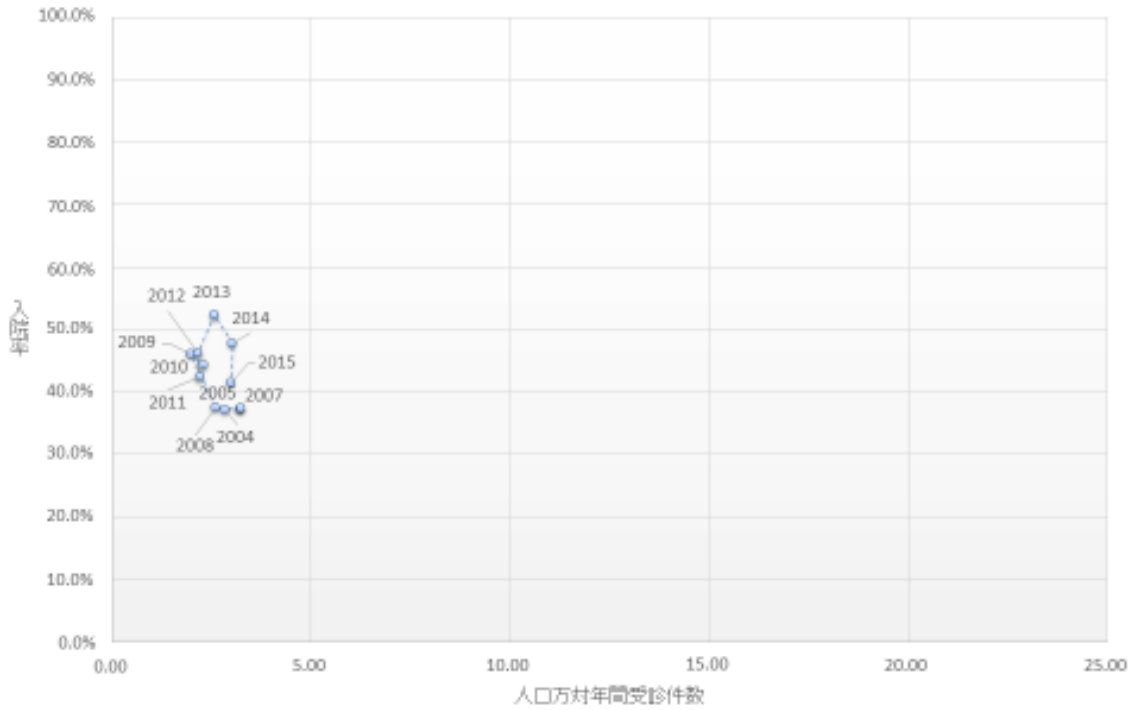
**図49 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(三重)**



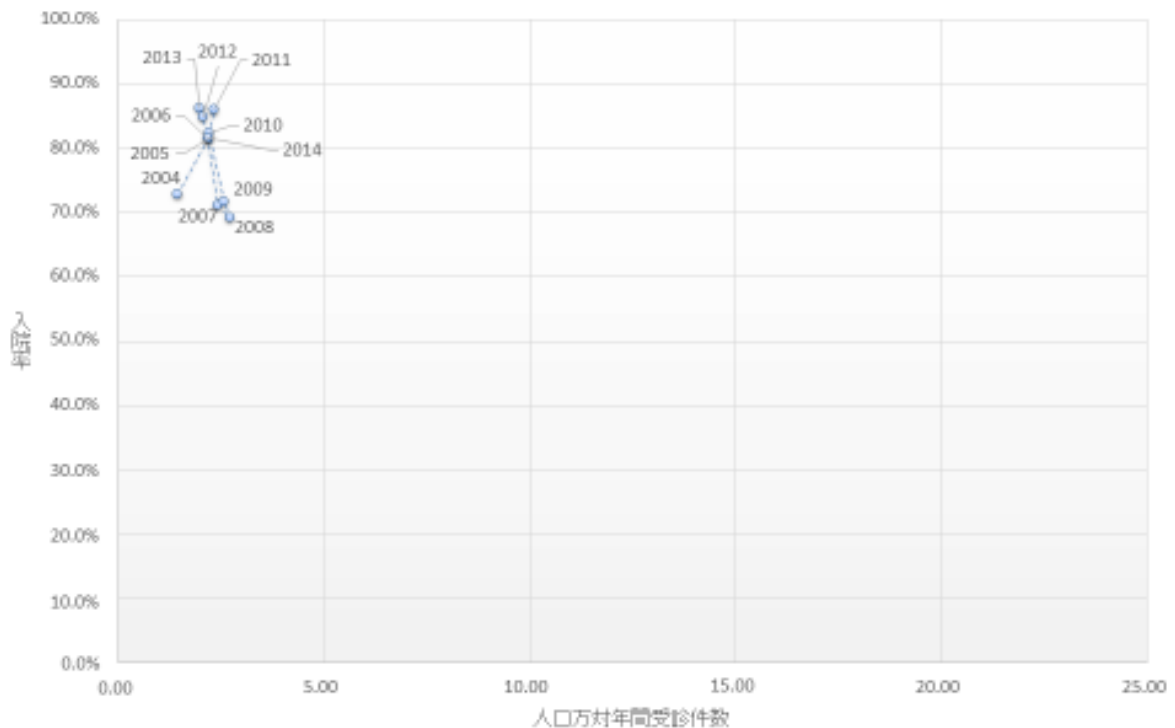
**図50 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(滋賀)**



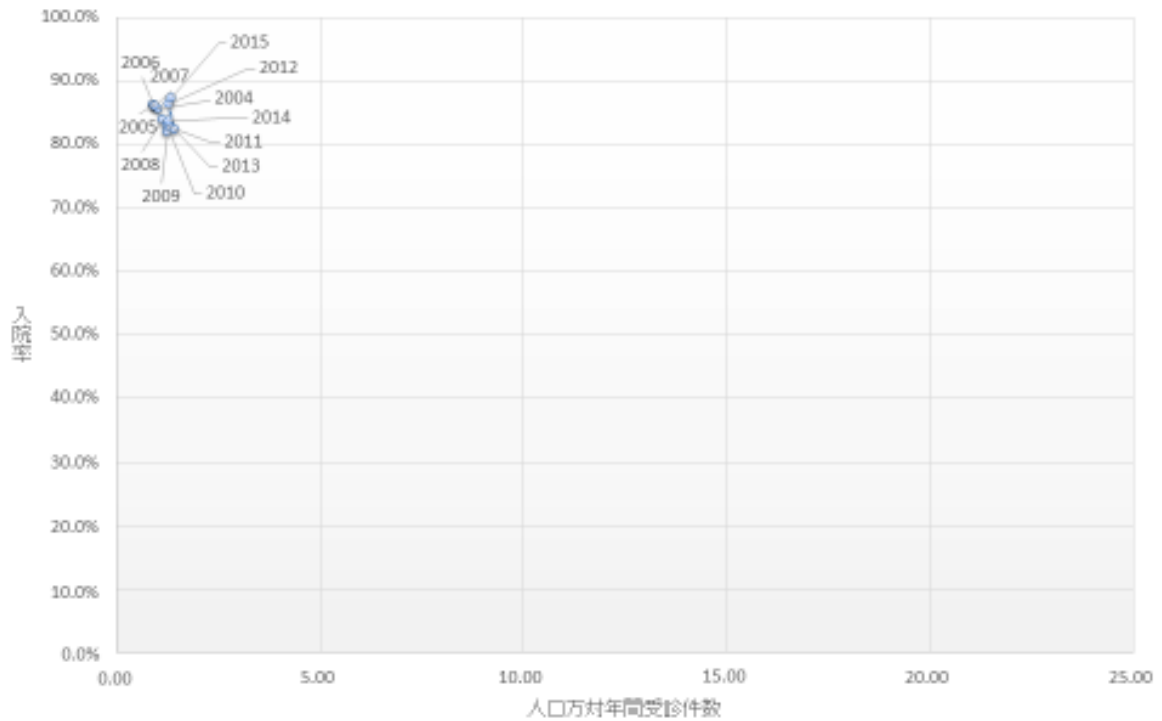
**図51 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(京都)**



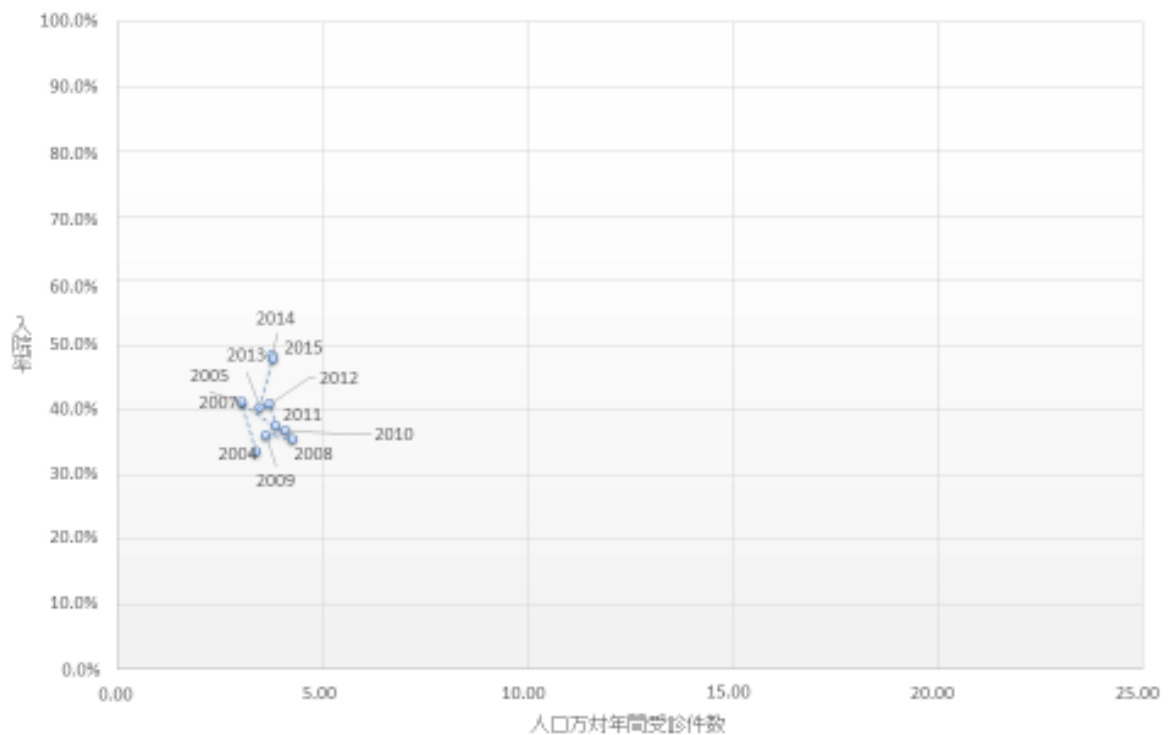
**図52 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(大阪)**



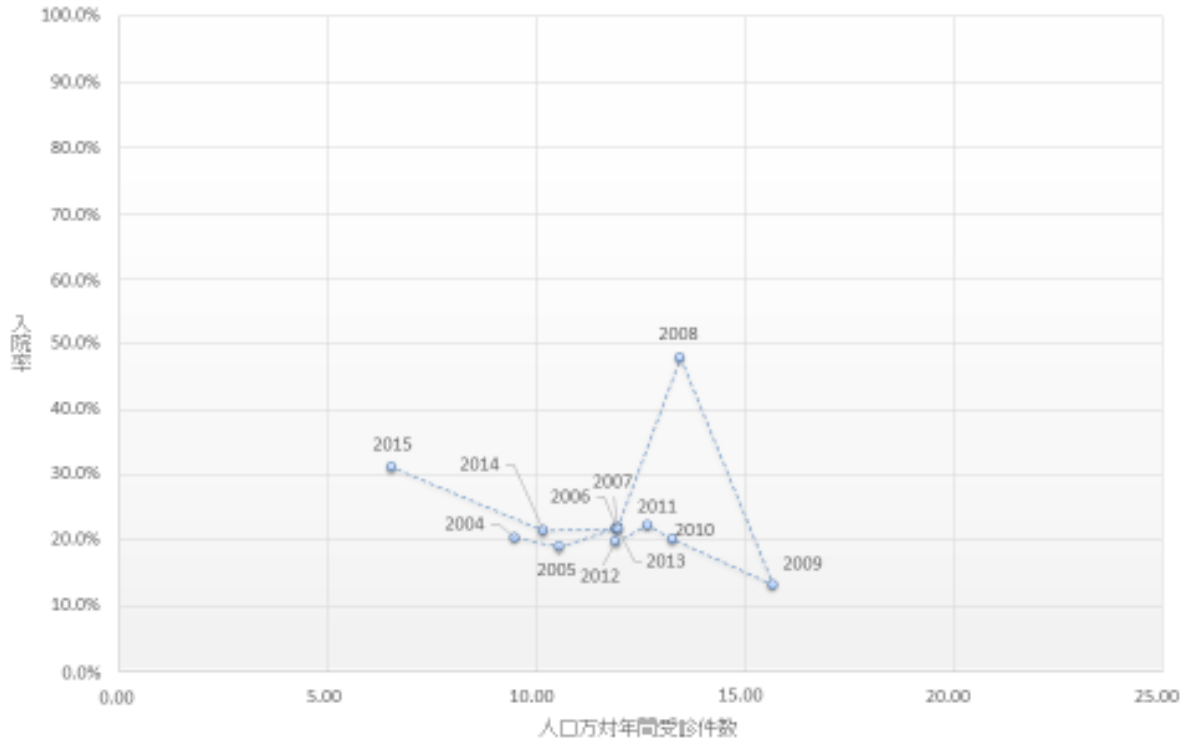
**図53 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(兵庫)**



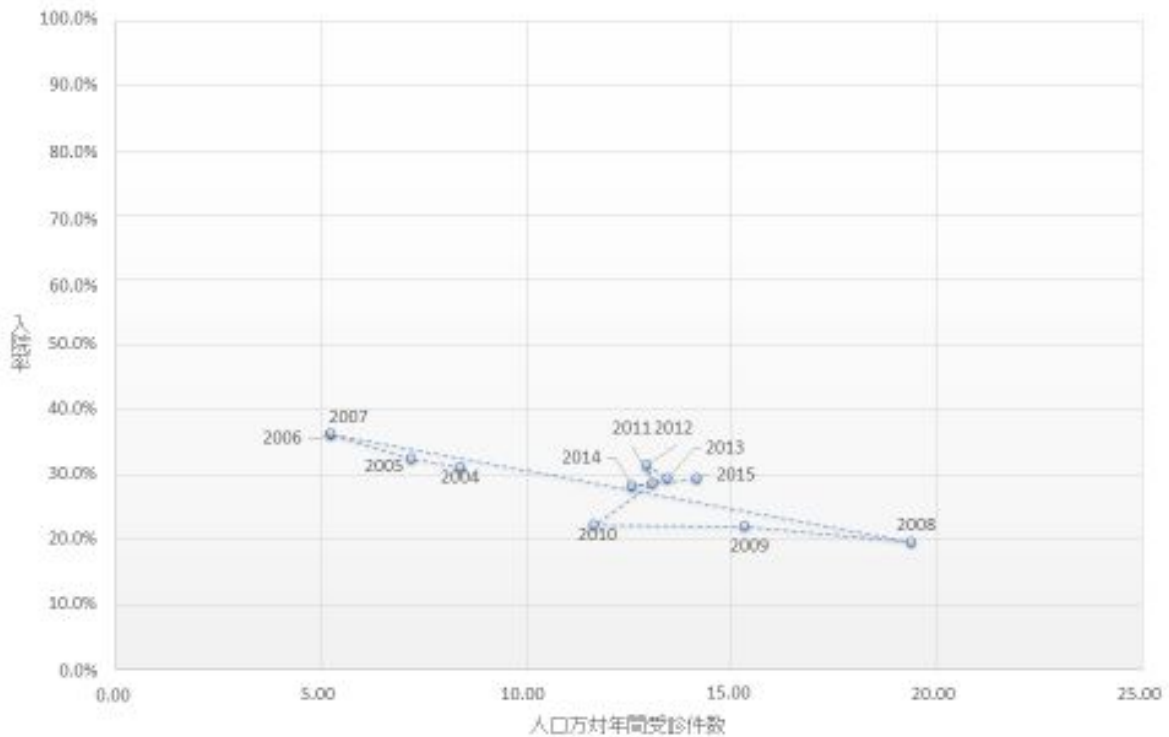
**図54 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(奈良)**



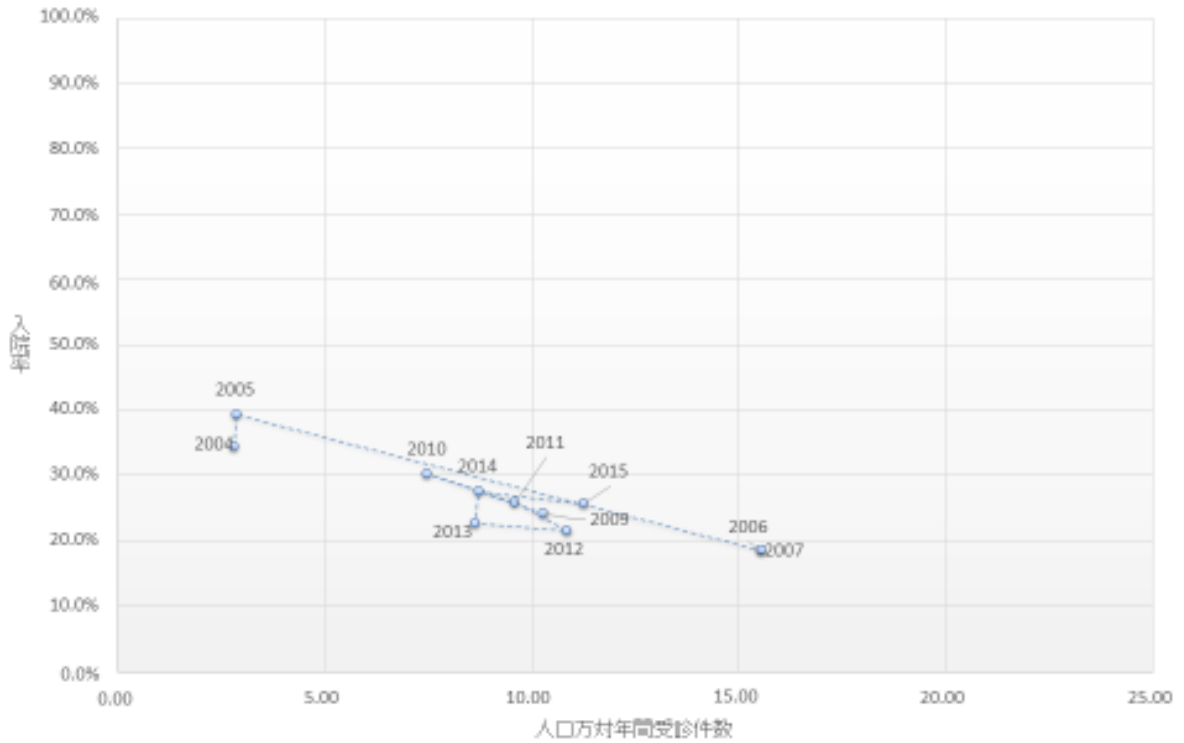
**図55 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(和歌山)**



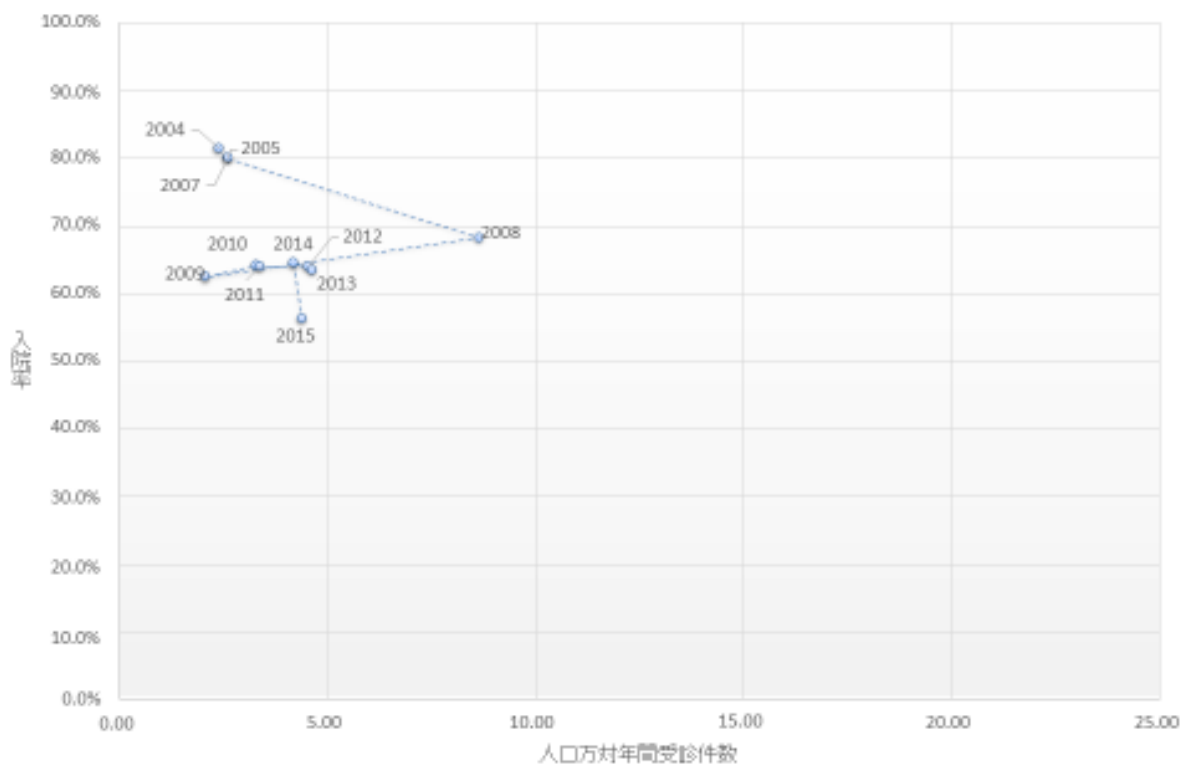
**図56 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(鳥取)**



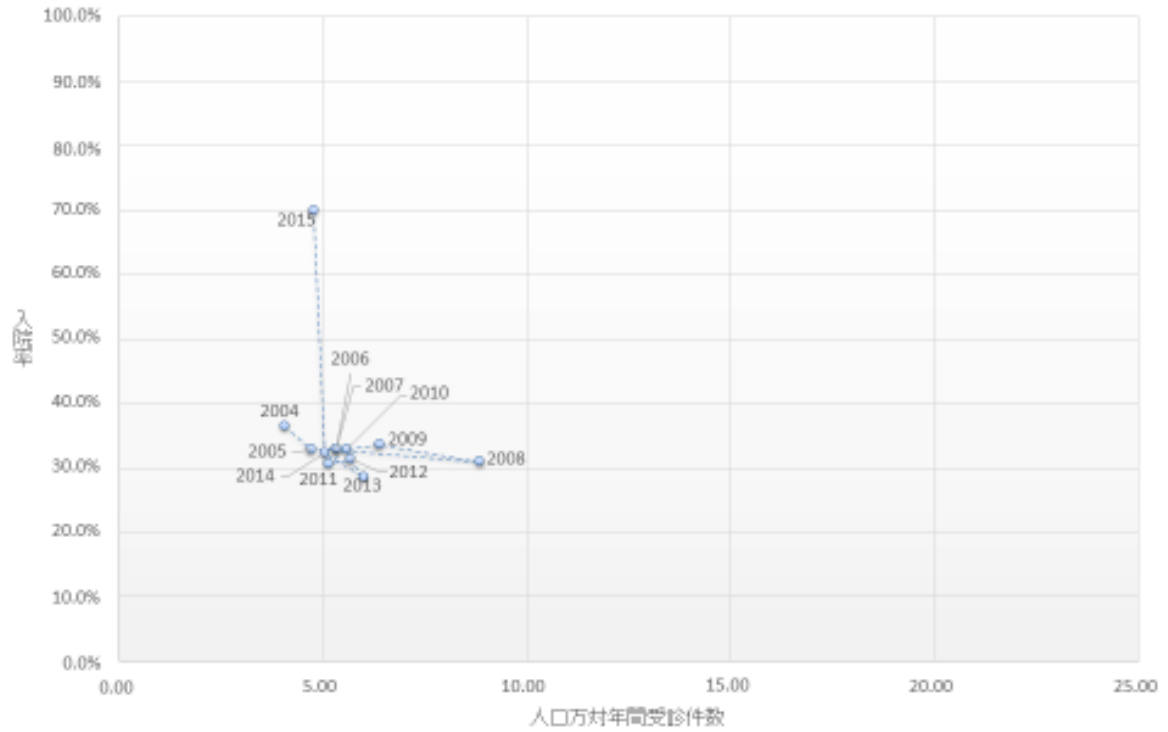
**図57 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（島根）**



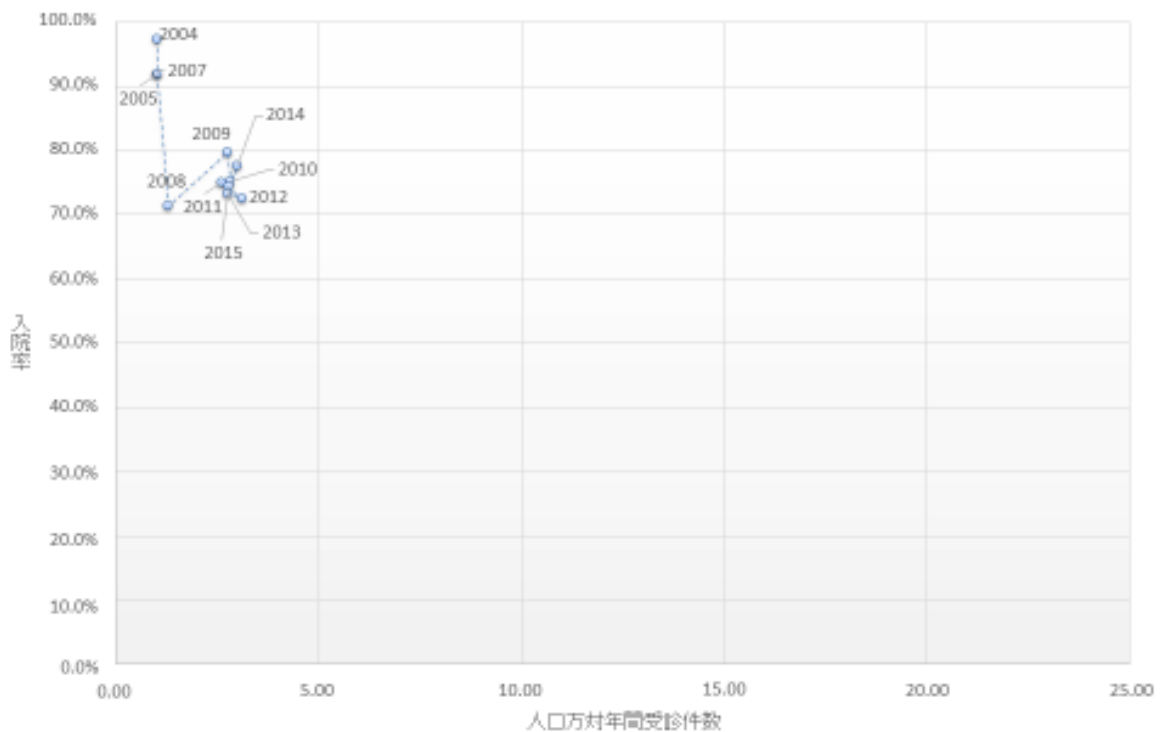
**図58 人口万対受診件数と入院率の相関と推移（岡山）**



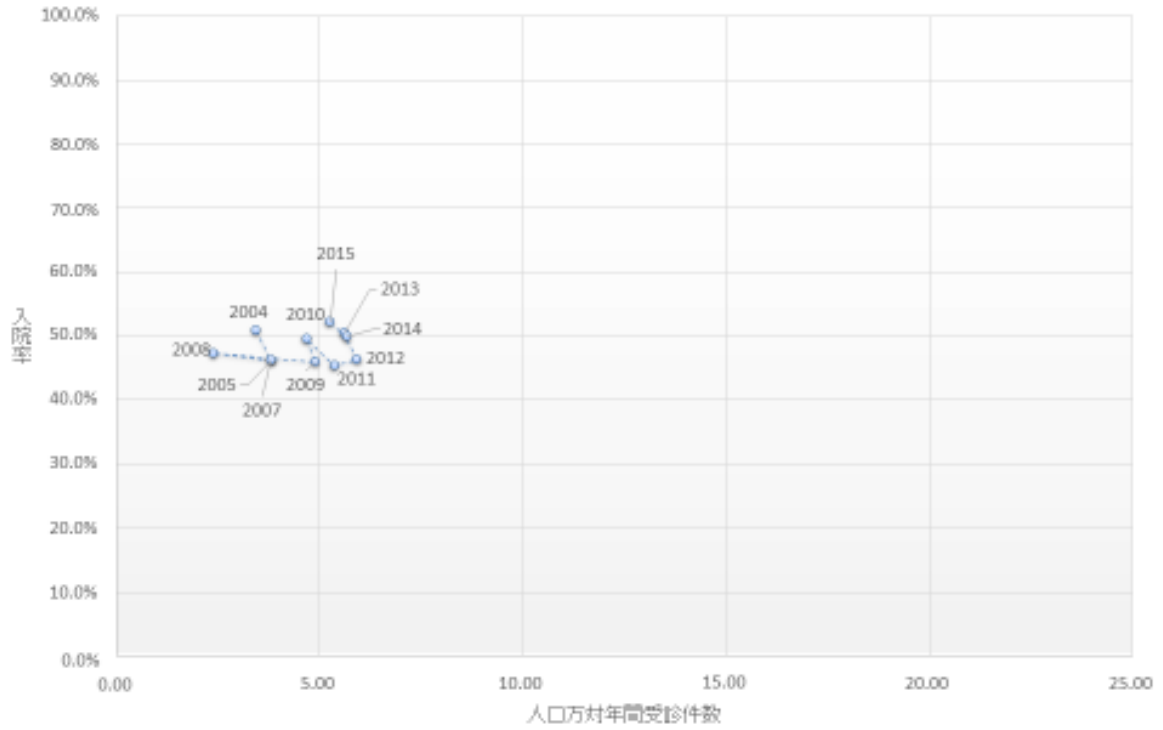
**図59 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(広島)**



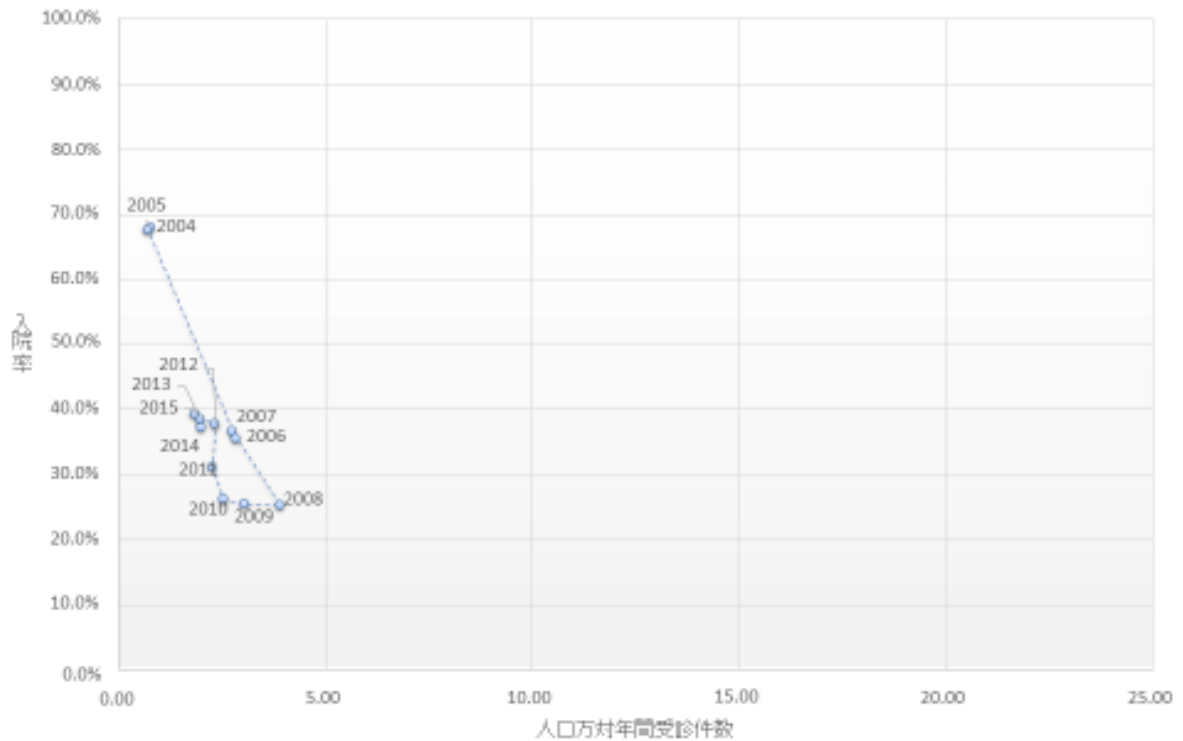
**図60 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(山口)**



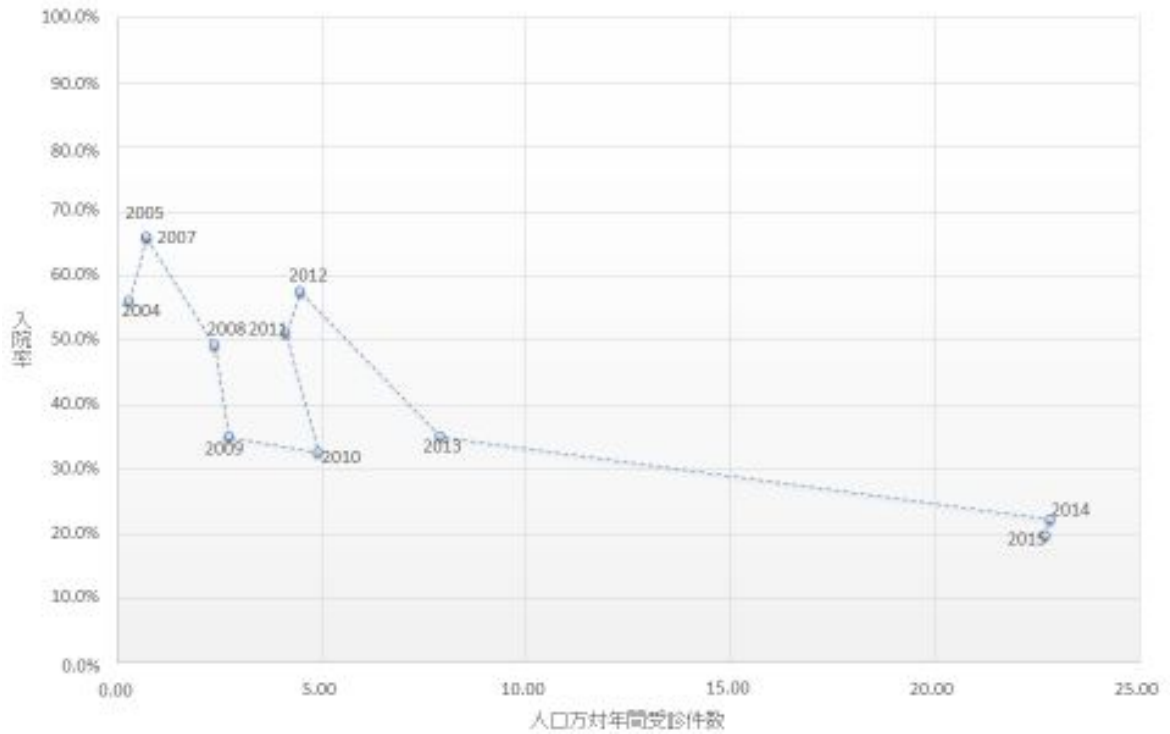
**図61 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(徳島)**



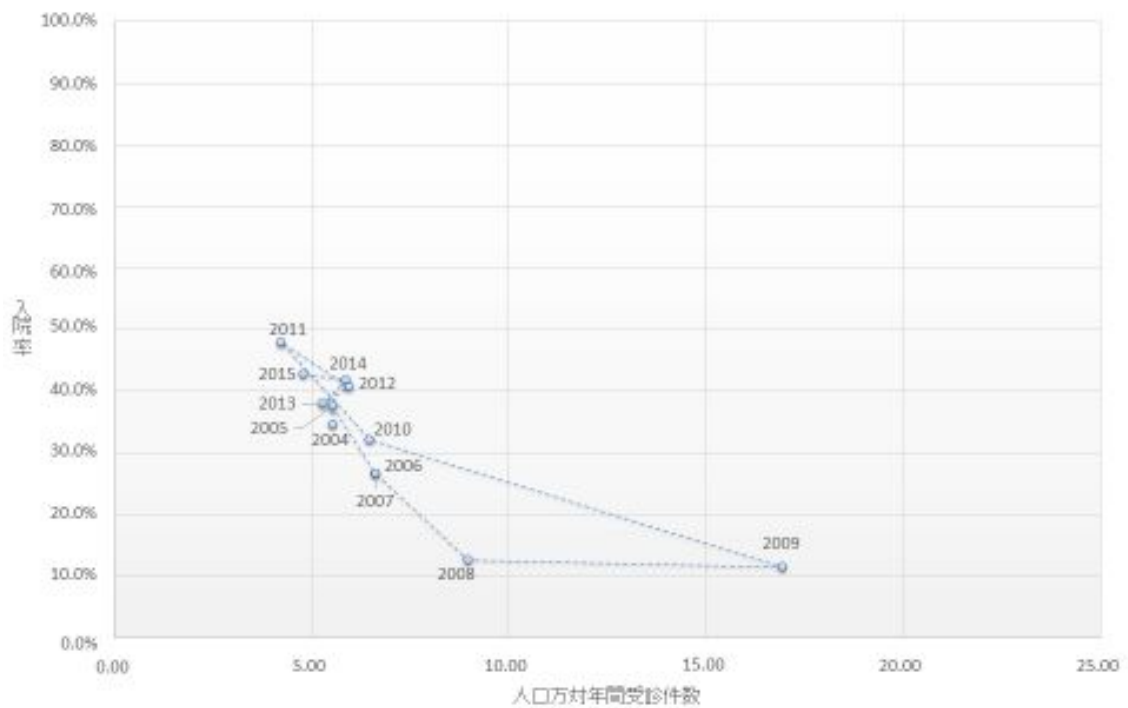
**図62 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(愛媛)**



**図63 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(香川)**

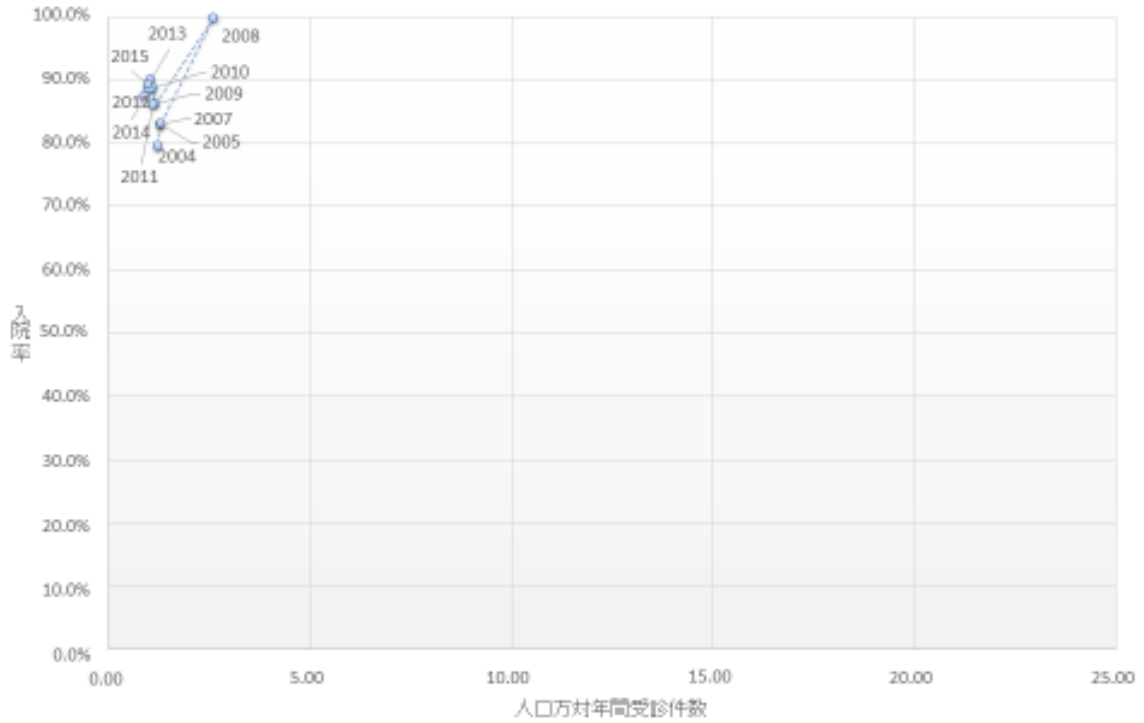


**図64 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(高知)**

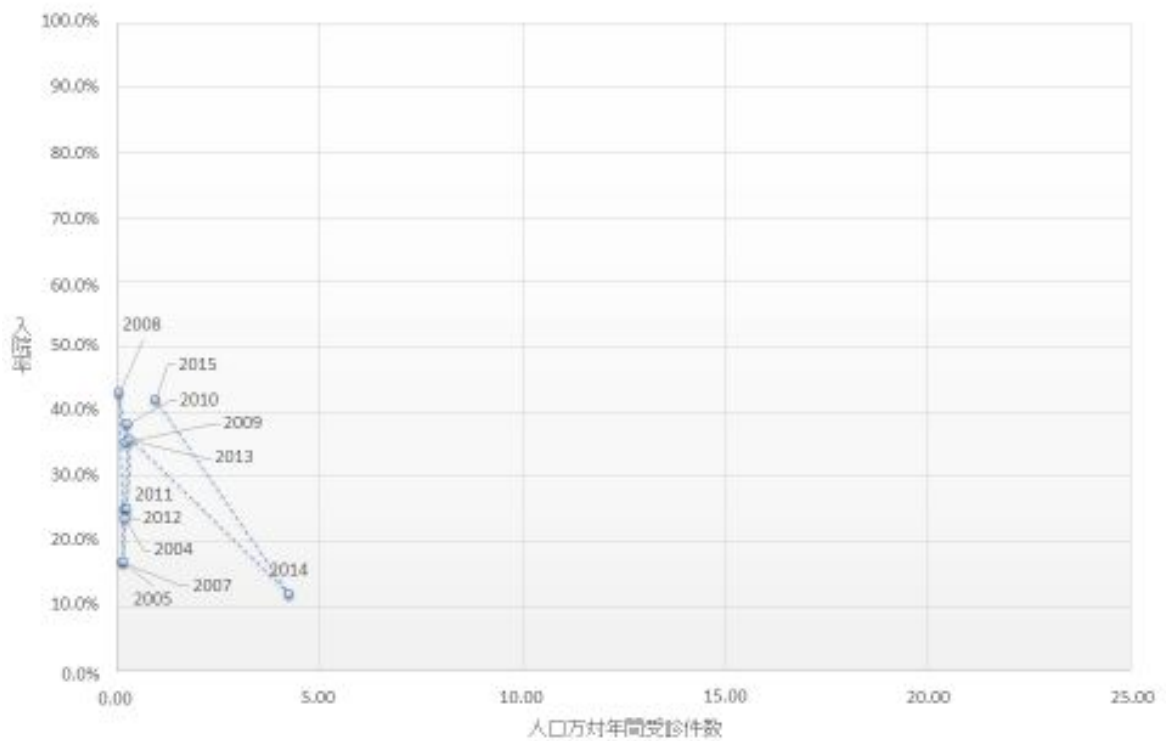




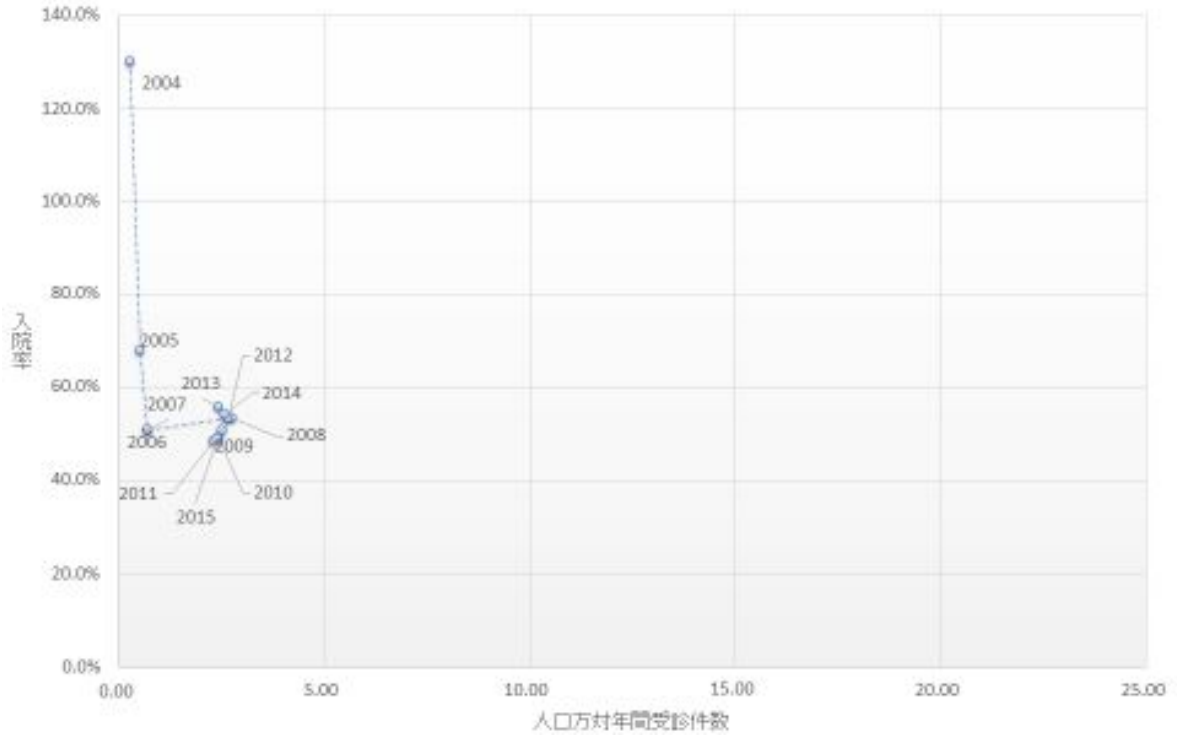
**図65 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(福岡)**



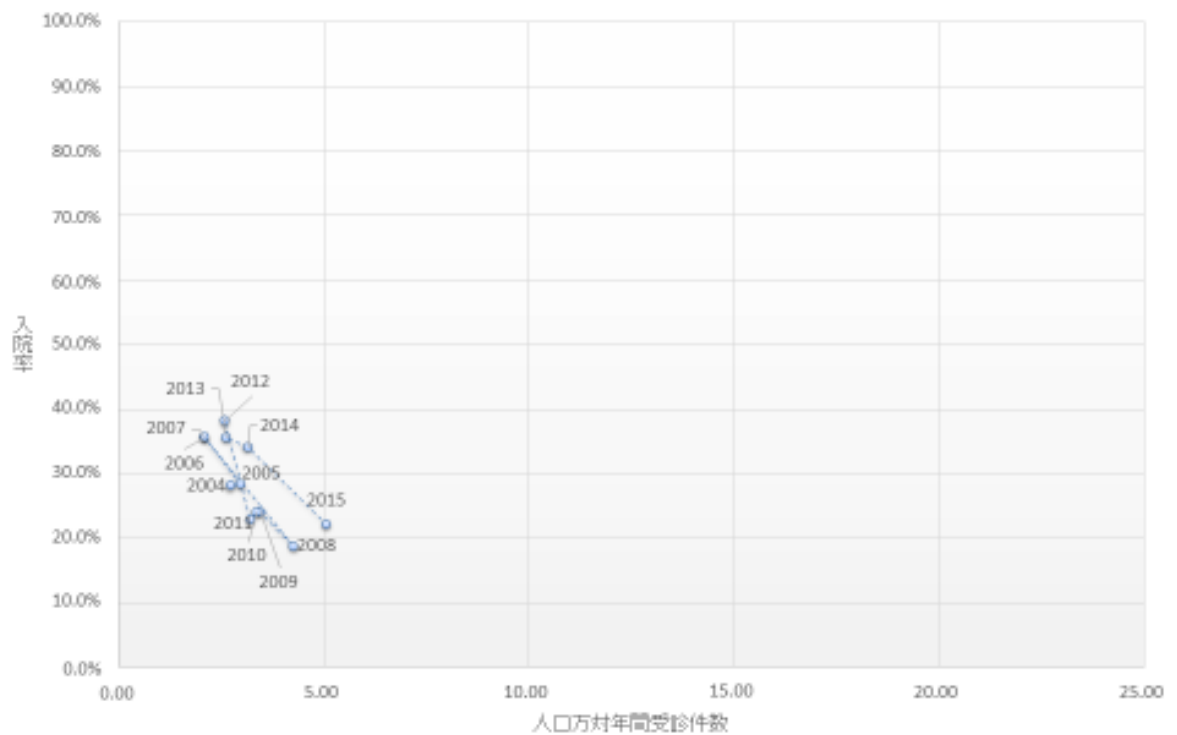
**図66 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(佐賀)**



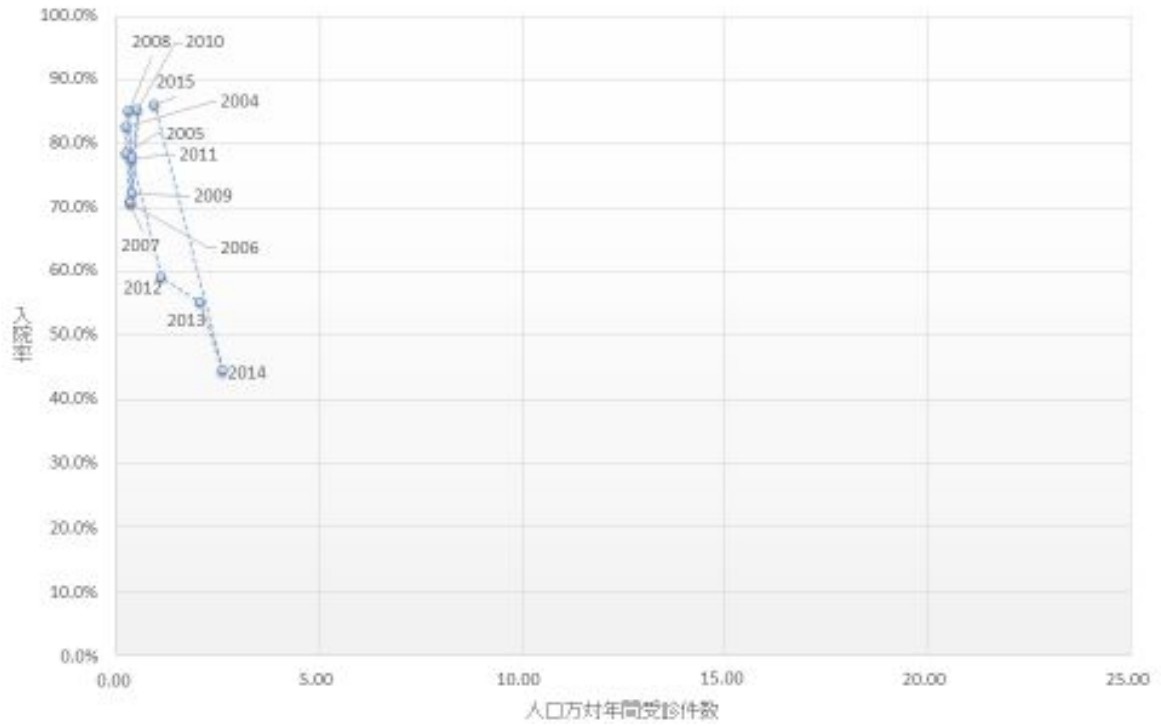
**図67 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(長崎)**



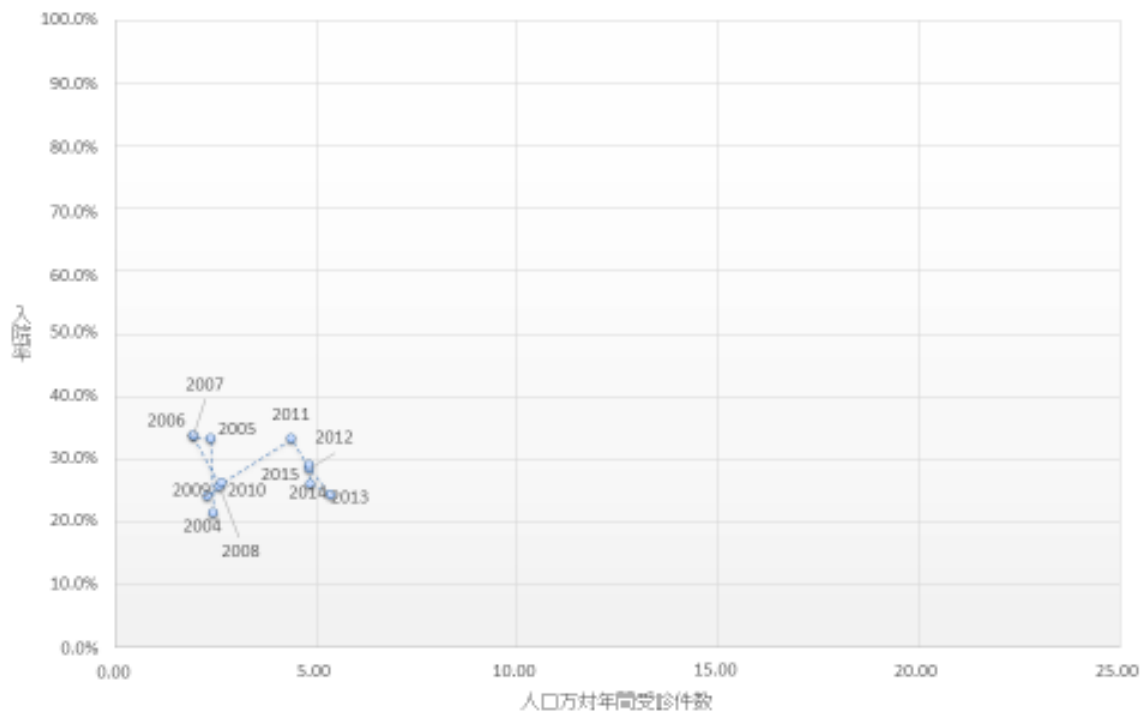
**図68 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(熊本)**



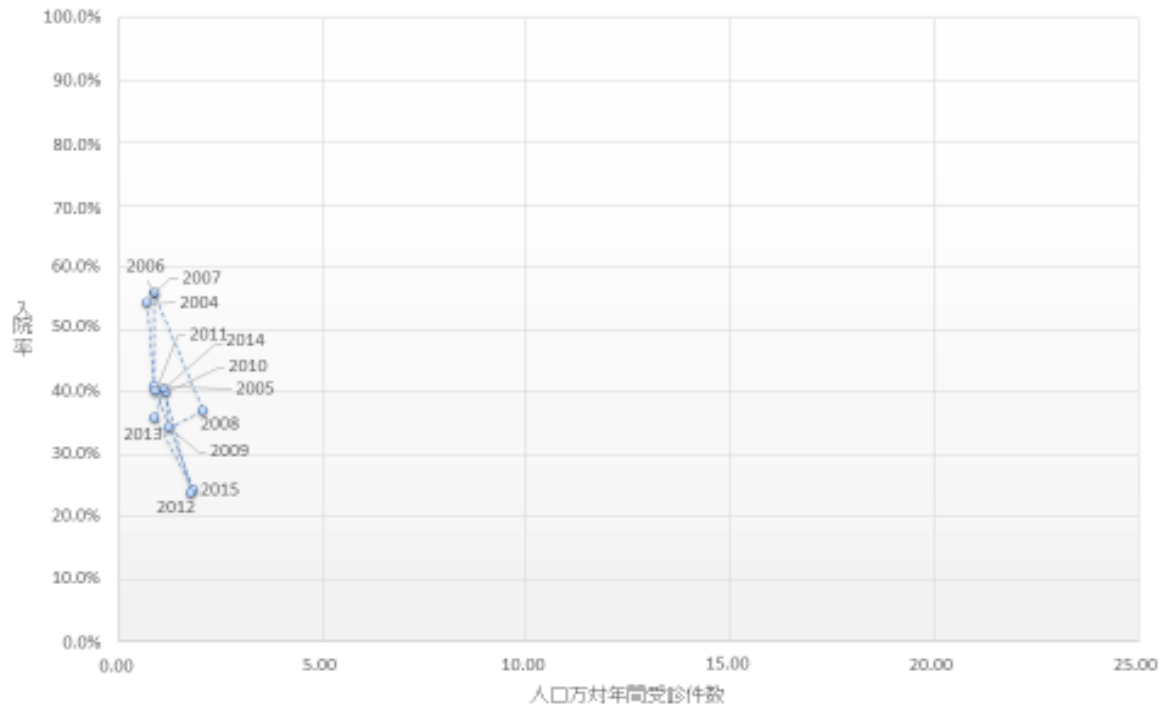
**図69 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(大分)**



**図70 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(宮崎)**



**図71 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(鹿児島)**



**図72 人口万対受診件数と入院率の相関と推移  
(沖縄)**

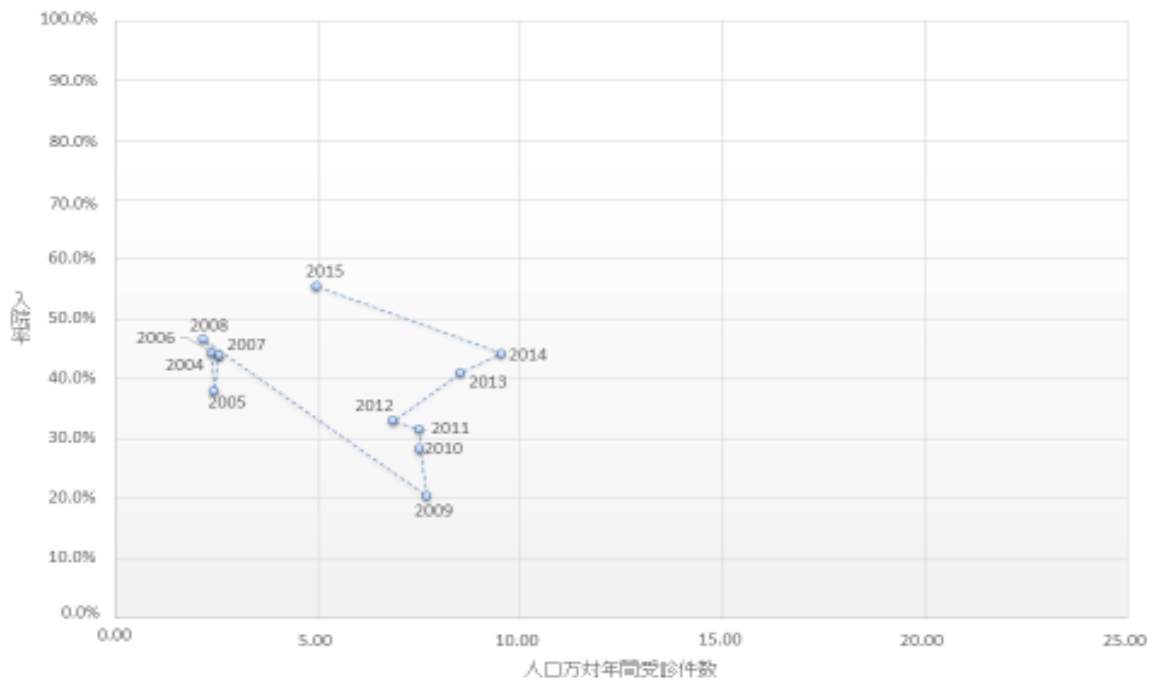


図73 「医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する調査」

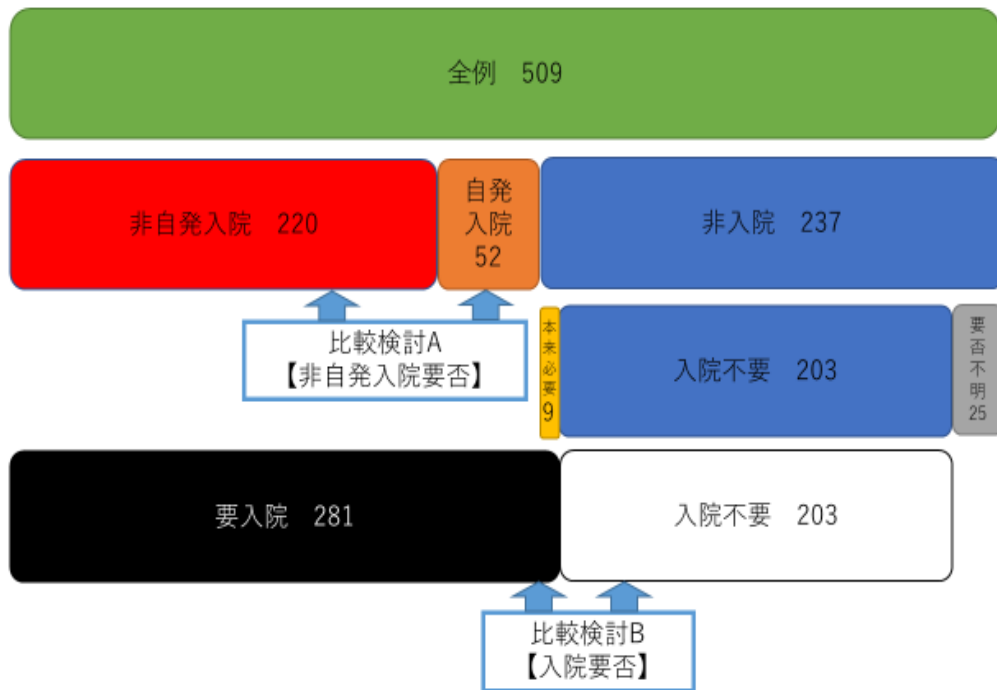


表 2

本来入院必要だが非入院となったケースの内容	
妄想幻覚状態	
精神運動興奮↑であるが、診察中に途中で打ち切り帰宅された。母親同伴。	(IC)
家族の同意得られず	(IC)
家族が関東	(IC)
家族・本人が拒否	(IC)
救急センターに入院	
家族の意向が不明	(IC)
ベッド調整できず	
不調の為、注射希望	(IC)

図74 年齢分布（Aセット）

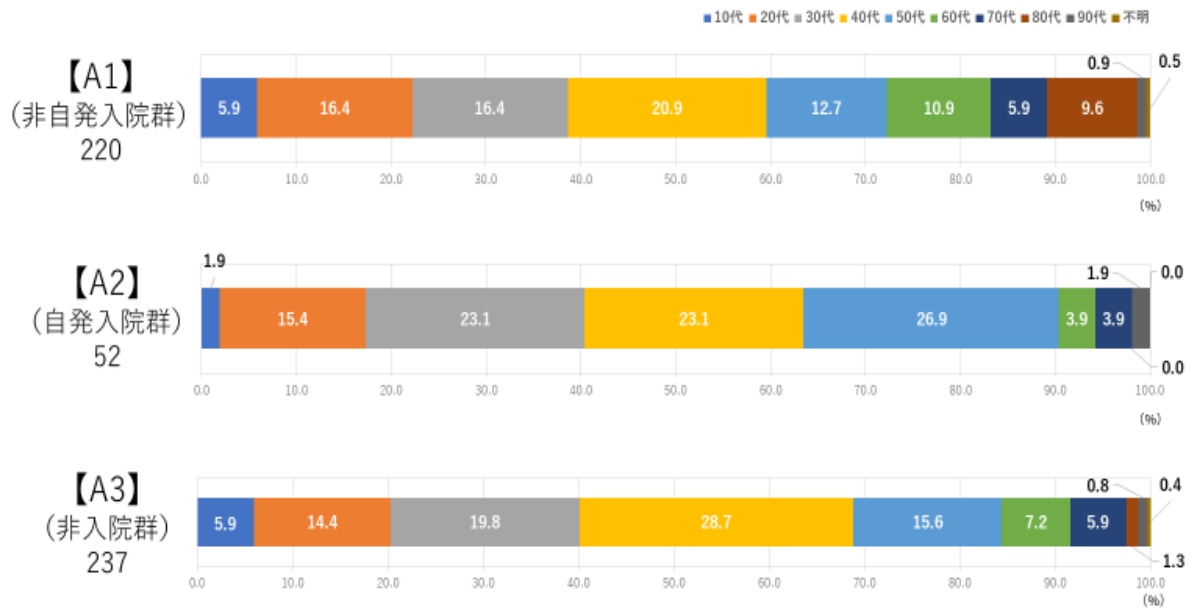


図75 年齢分布（Bセット）

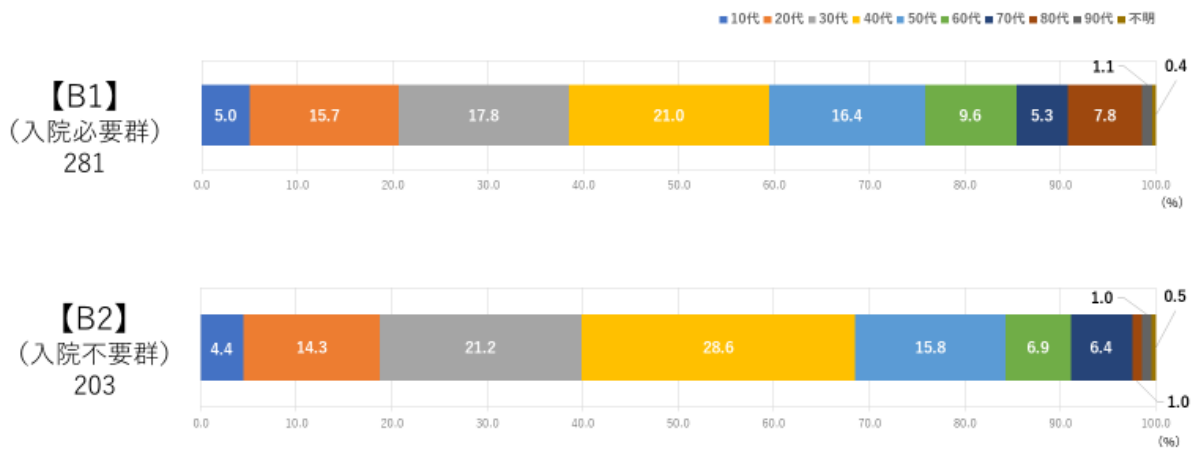


図76 性別（Aセット）



図77 性別（Bセット）



図78 主診断（Aセット）  
( $P^{**} < 0.01, 0.01 \leq P^* < 0.05$ )

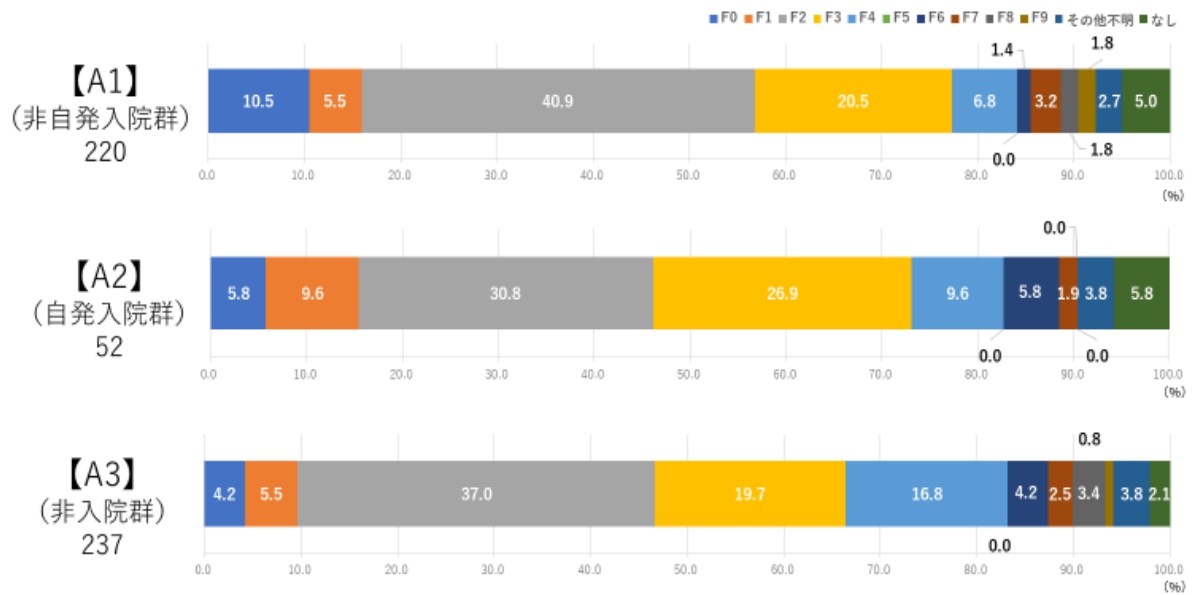


図79 主診断（Bセット）  
( $P^{**} < 0.01, 0.01 \leq P^* < 0.05$ )

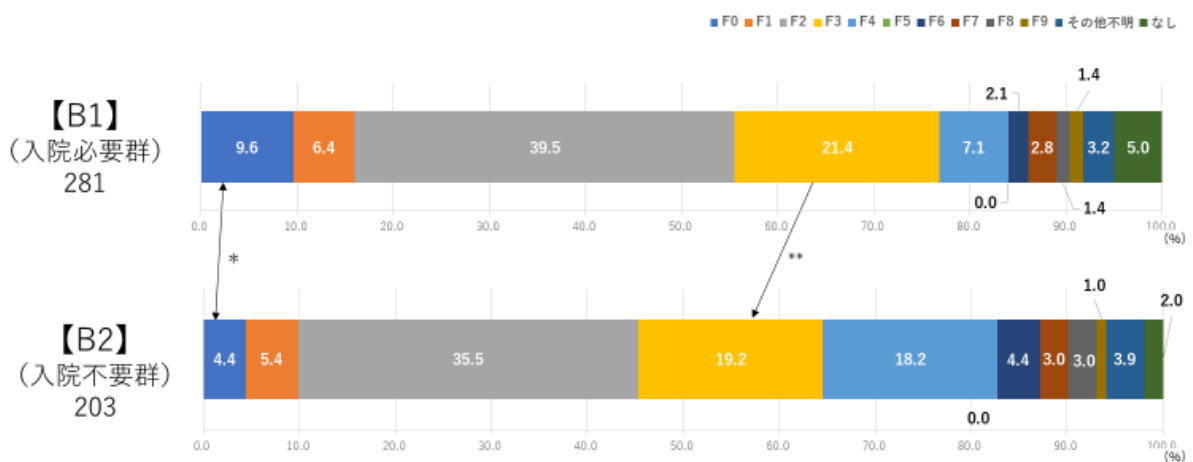




図80 副診断（Aセット）

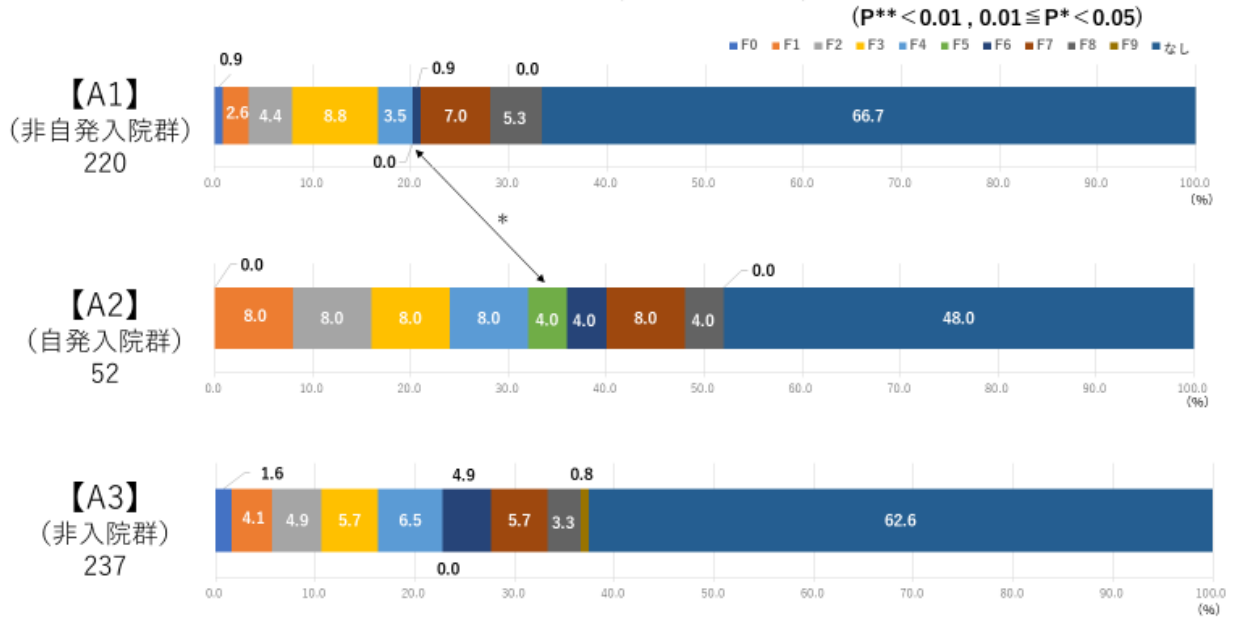


図81 副診断（Bセット）

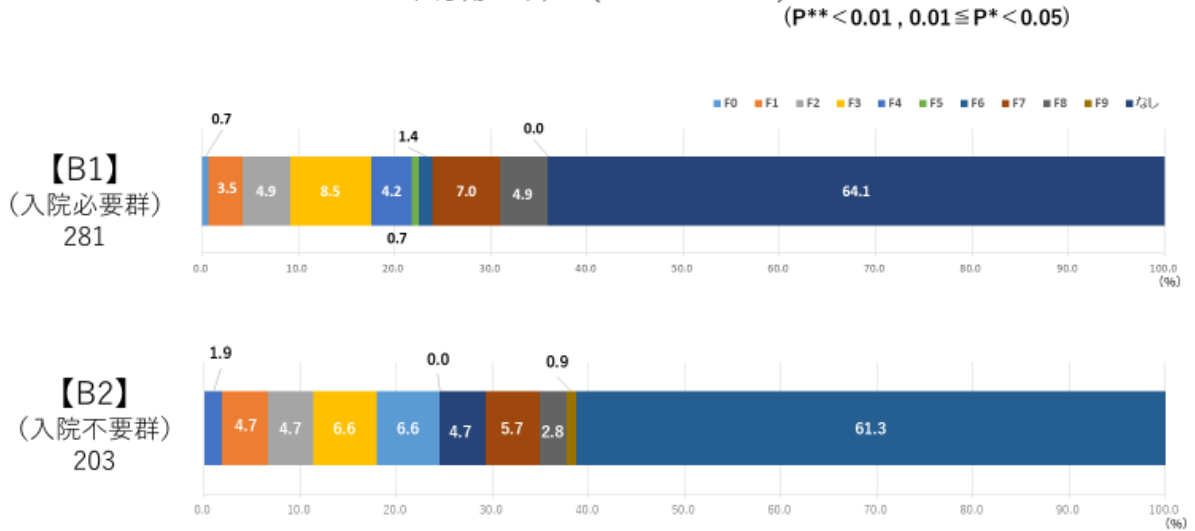


図82 副診断（Aセット「なし」抜き）

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

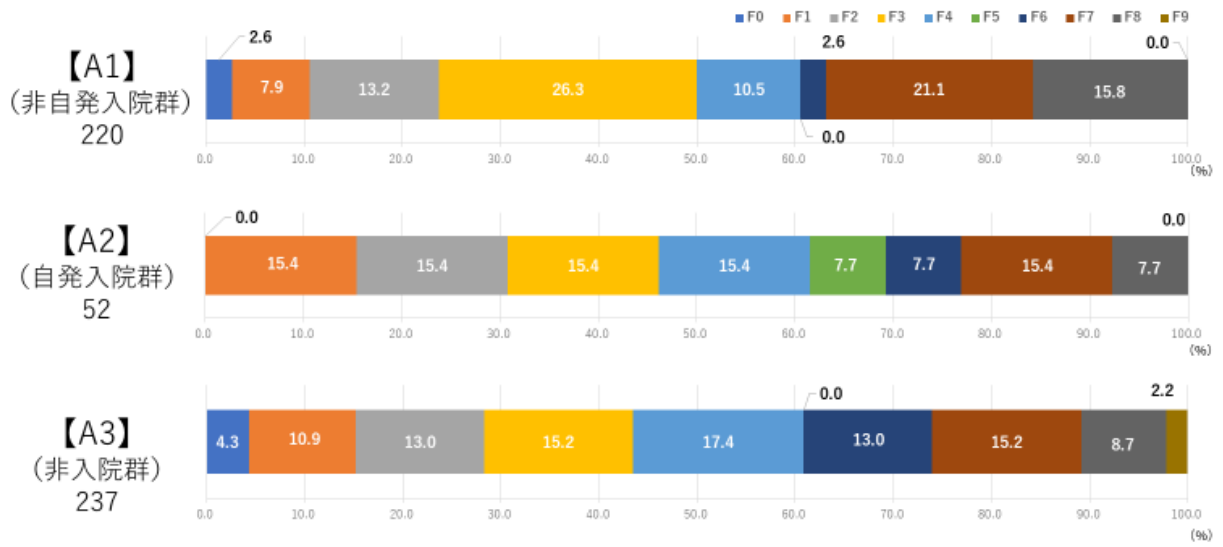


図83 副診断（Bセット「なし」抜き）

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

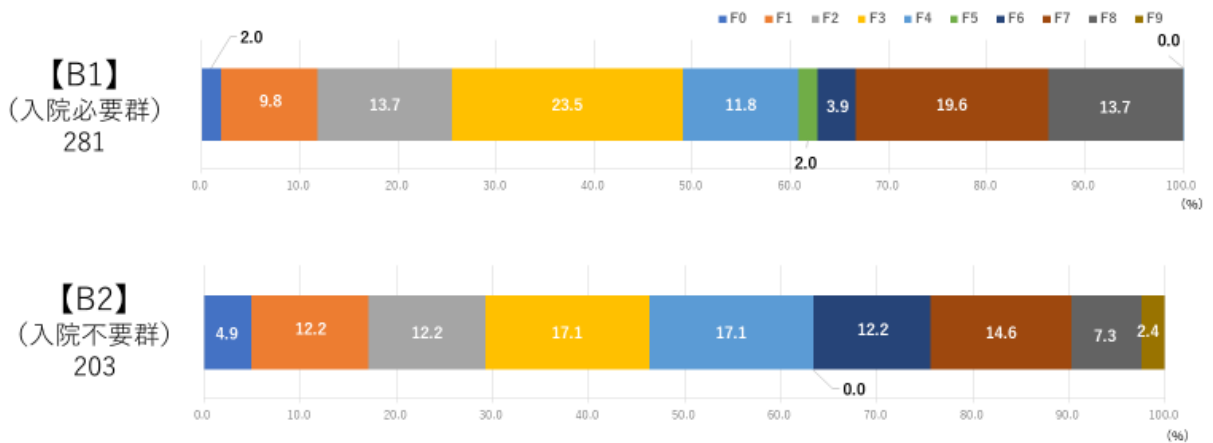


図84 基本要件（医学的な重症性） 【Aセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



図85 基本要件（医学的な重症性） 【Bセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

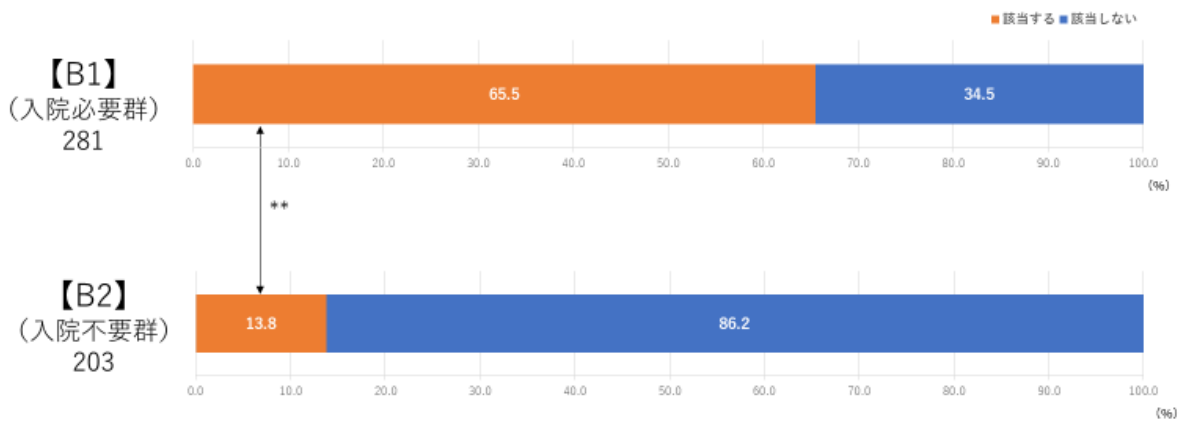


図86 基本要件（社会的不利益） 【Aセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

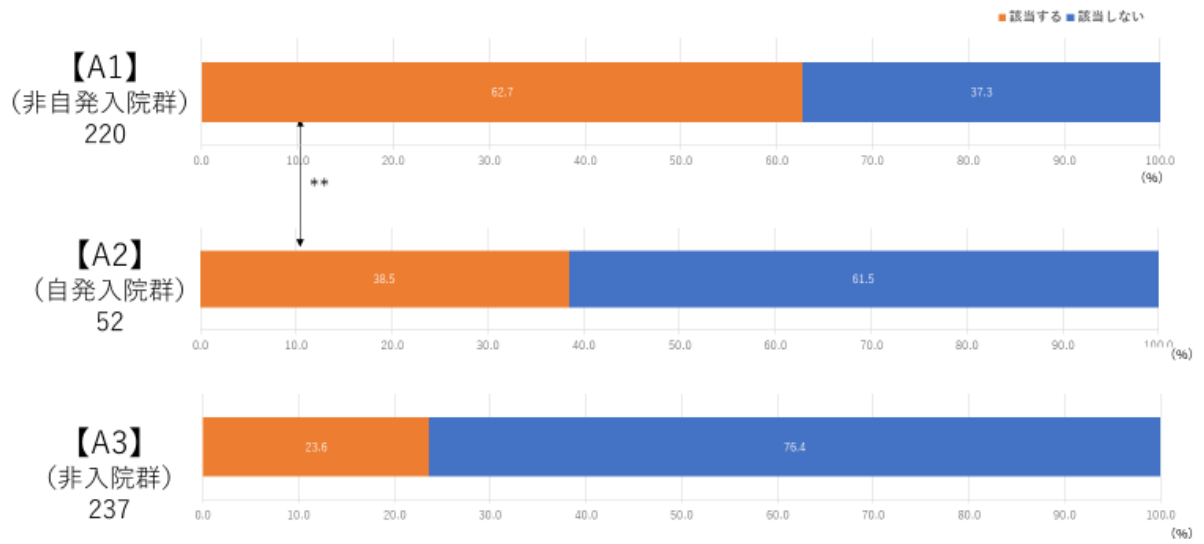
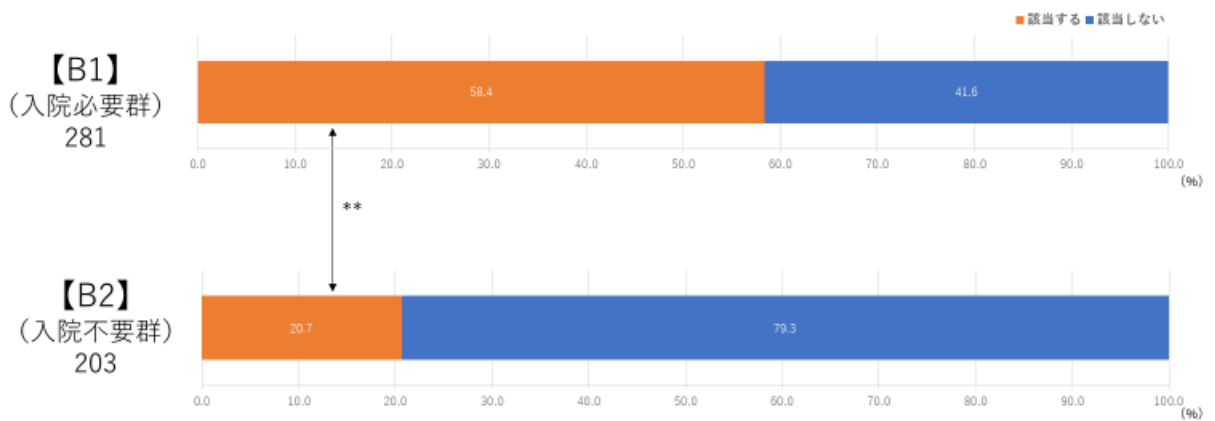


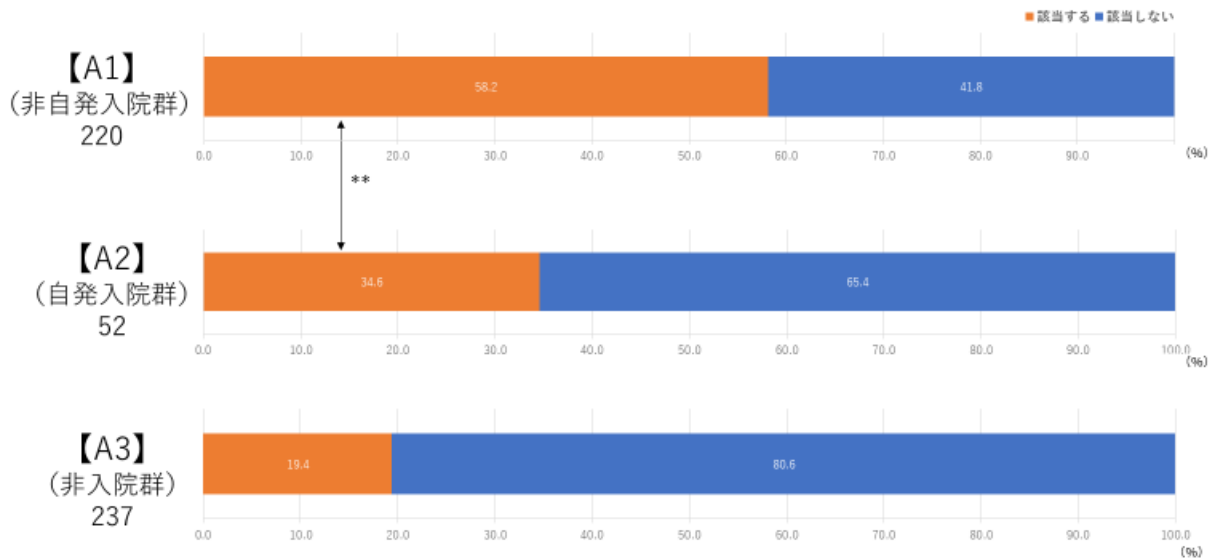
図87 基本要件（社会的不利益） 【Bセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



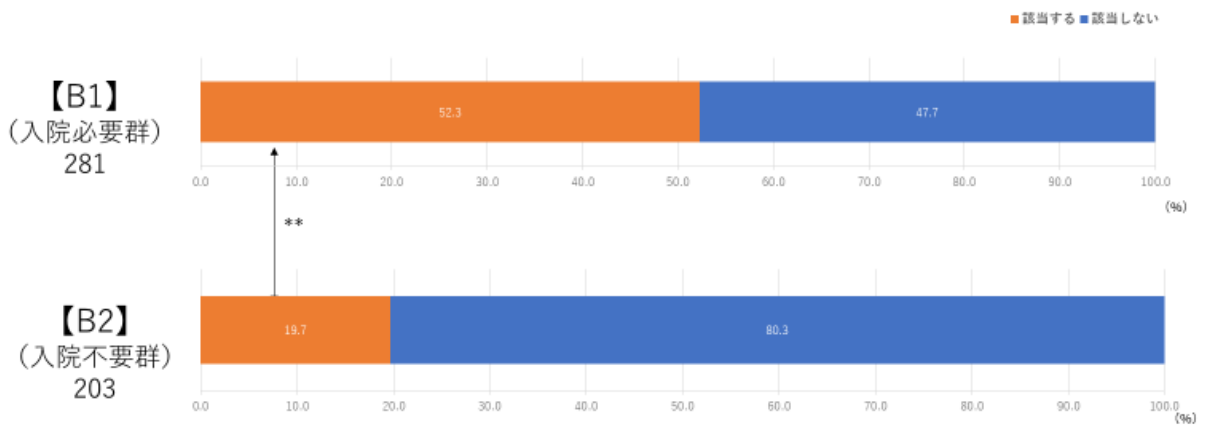
**図88** 基本要件（急性の展開） **【Aセット】**

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

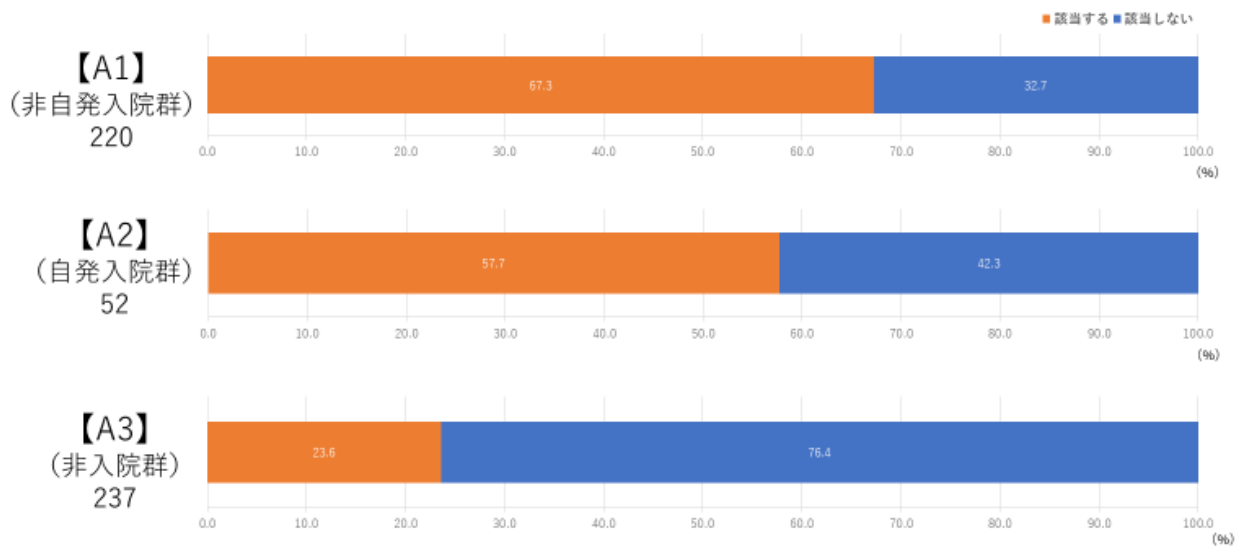


**図89** 基本要件（急性の展開） **【Bセット】**

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



**図90 基本要件（治療の必要性） 【Aセット】**  
 (P\*\* < 0.01, 0.01 ≤ P\* < 0.05)



**図91 基本要件（治療の必要性） 【Bセット】**  
 (P\*\* < 0.01, 0.01 ≤ P\* < 0.05)

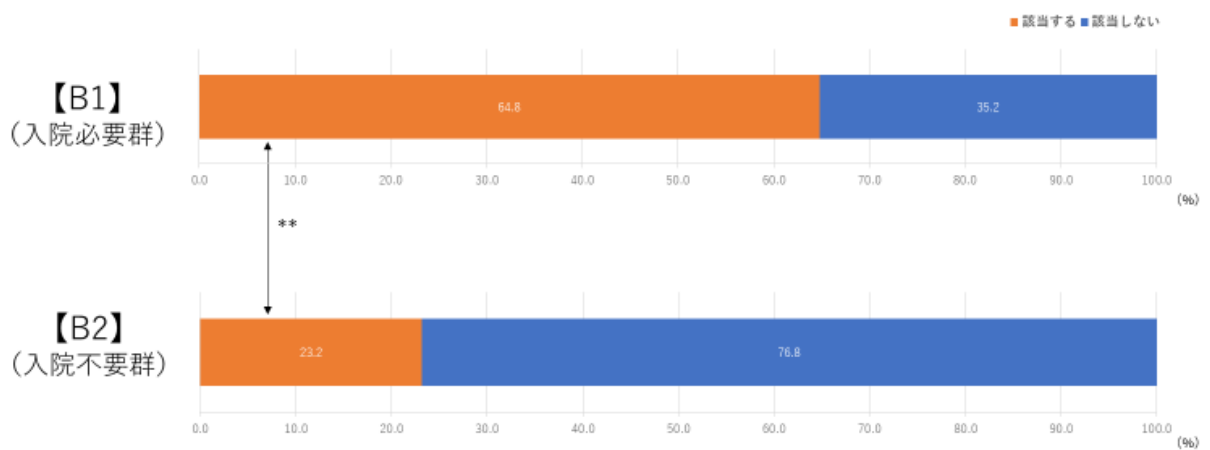


図92 基本要件（治療の可能性） 【Aセット】

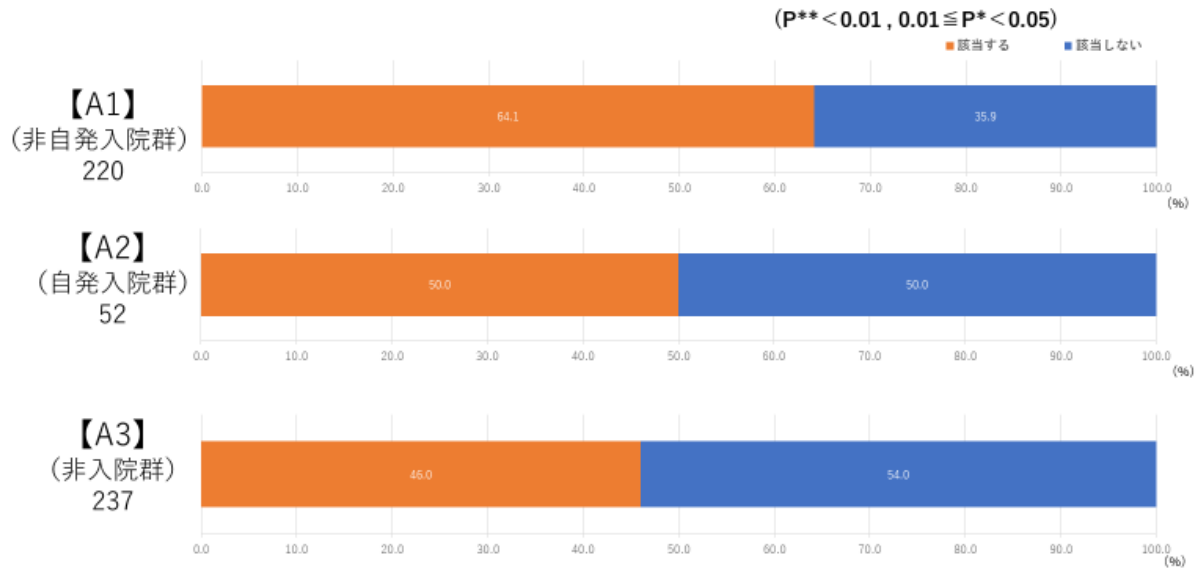


図93 基本要件（治療の可能性） 【Bセット】

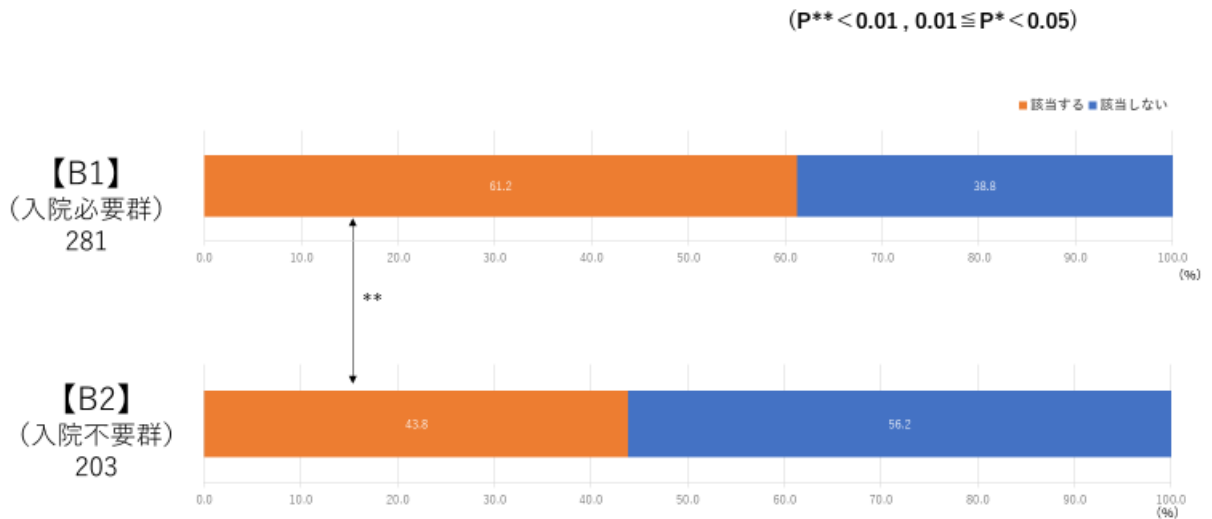


図94 基本要件（全要件該当） 【Aセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

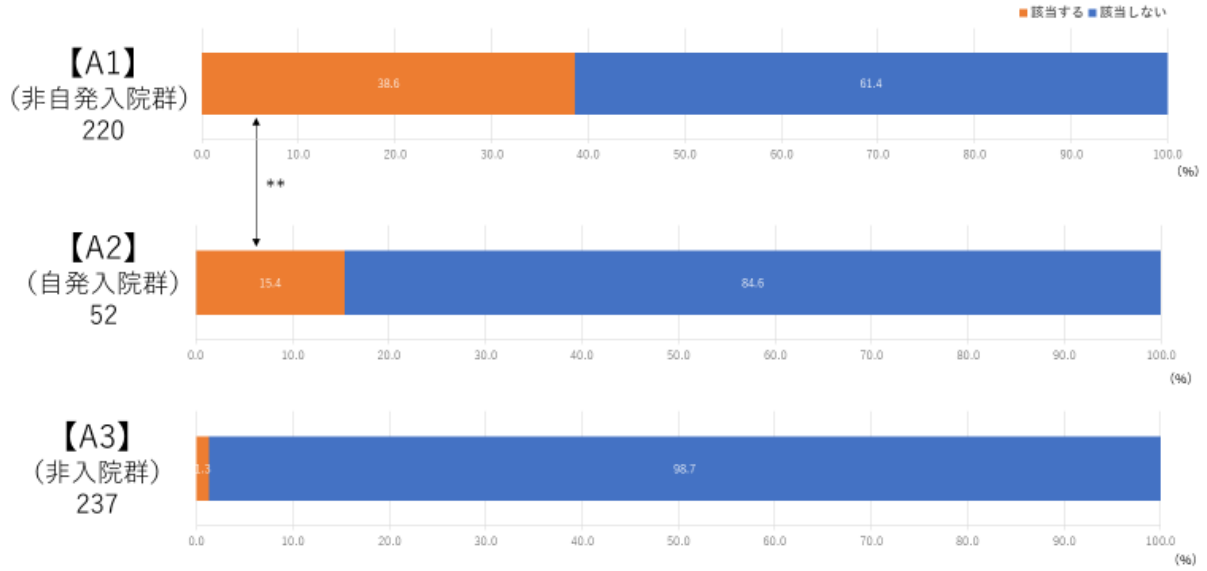


図95 基本要件（全要件該当者数） 【Bセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

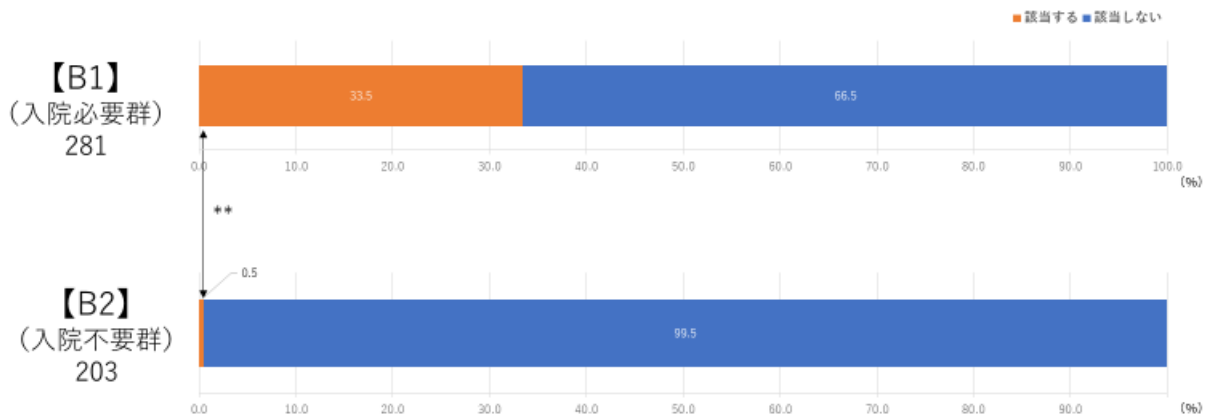




図96 基本要件該当数 【Aセット】

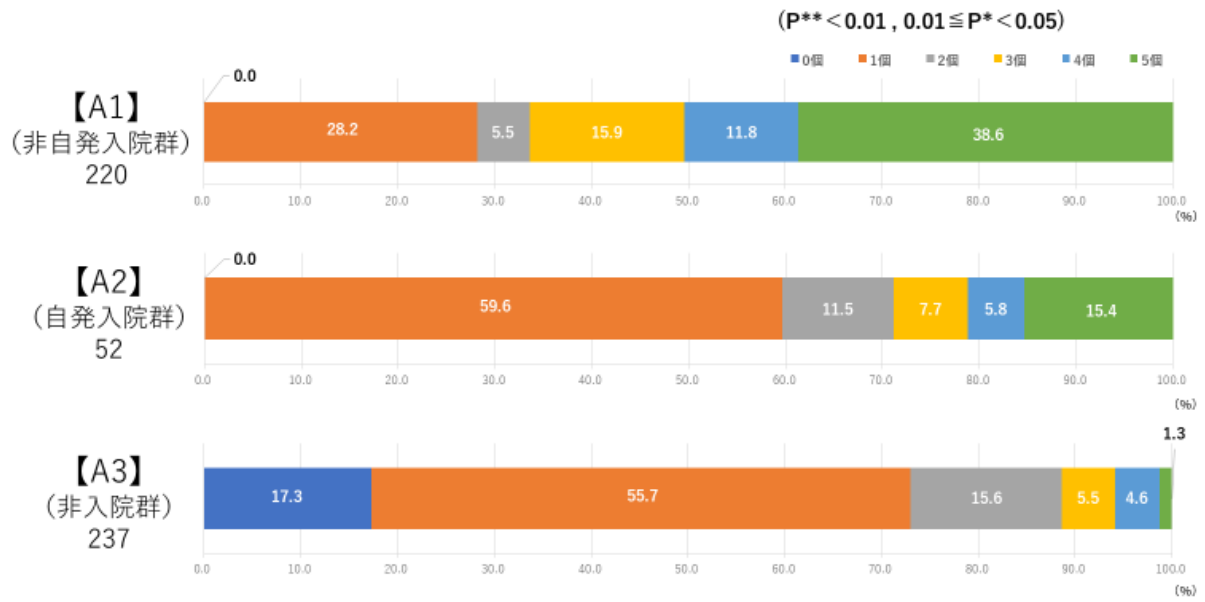


図97 基本要件該当数 【Bセット】

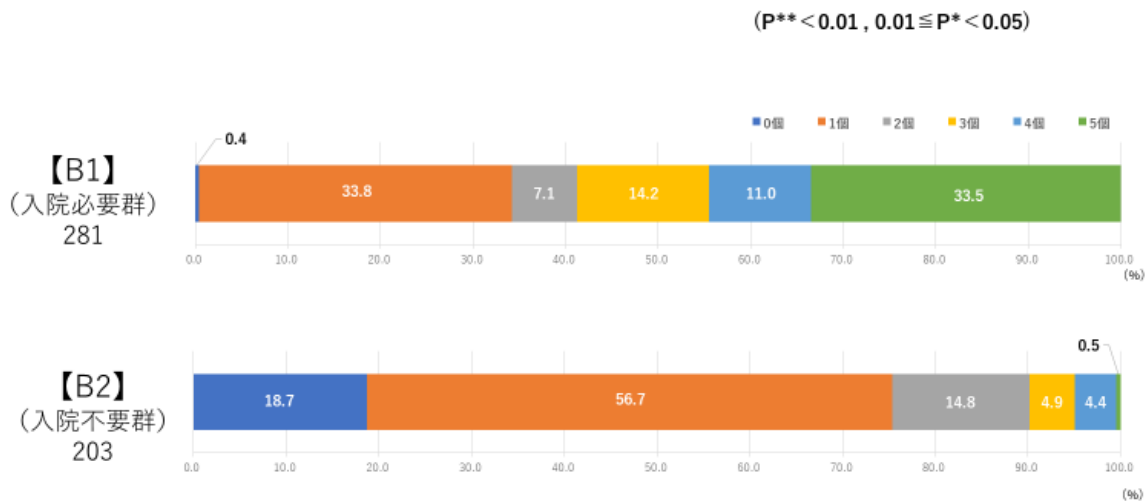


図98 状態像 【Aセット】

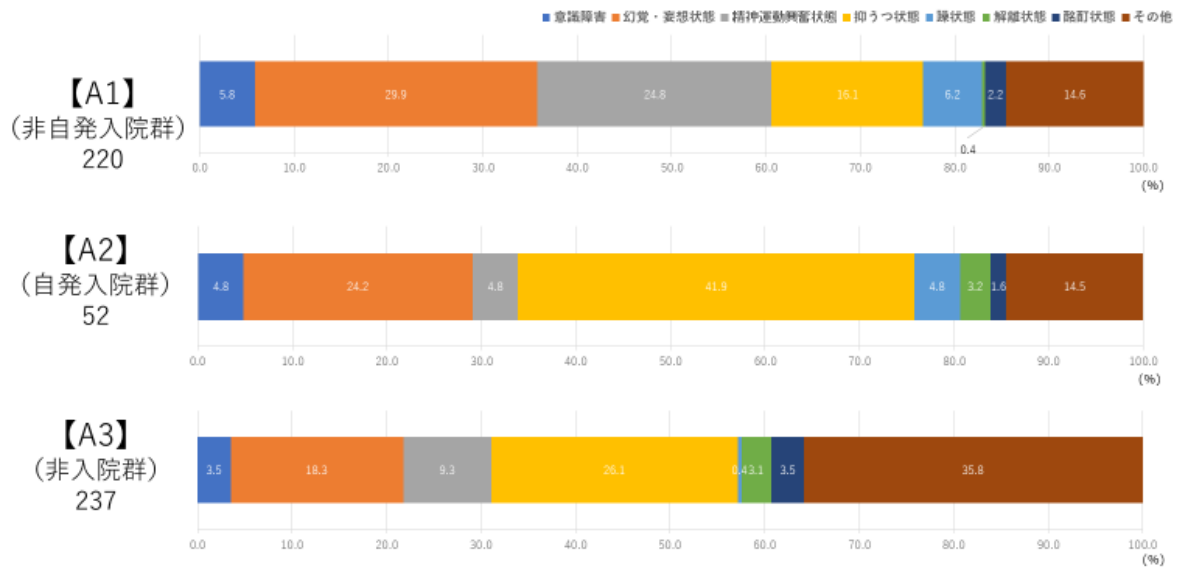
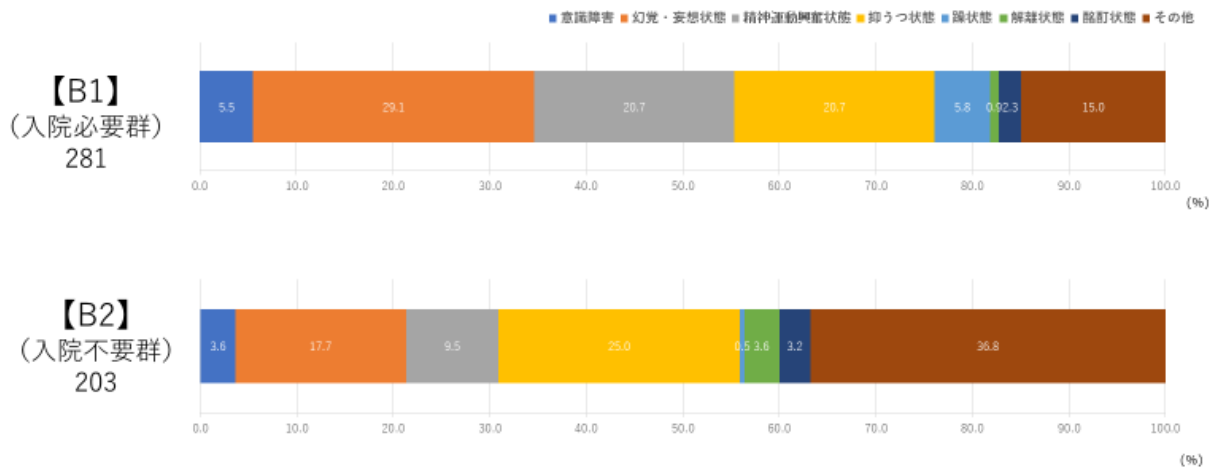


図99 状態像 【Bセット】



**図100** 状態像（幻覚・妄想状態） **【Aセット】**  
 (P\*\* < 0.01, 0.01 ≤ P\* < 0.05)



**図101** 状態像（幻覚・妄想状態） **【Bセット】**  
 (P\*\* < 0.01, 0.01 ≤ P\* < 0.05)

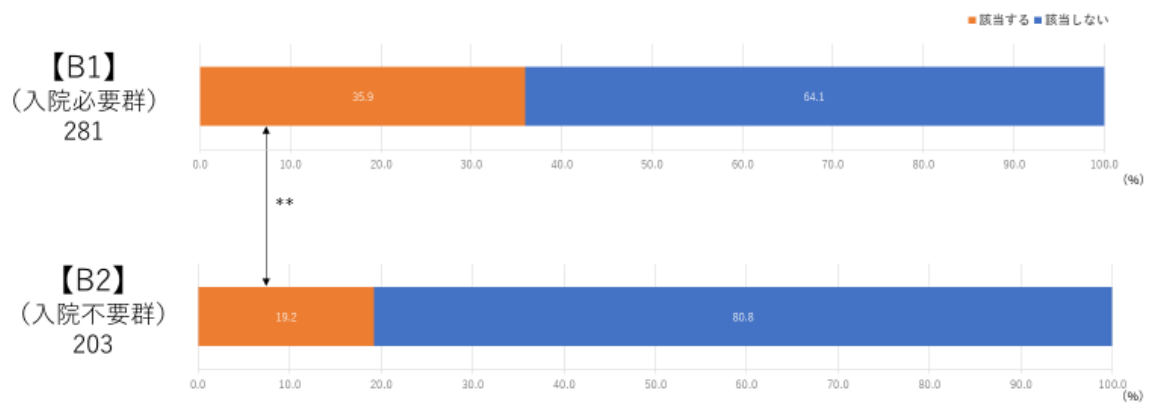


図102 状態像（精神運動興奮状態） 【Aセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



図103 状態像（精神運動興奮状態） 【Bセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

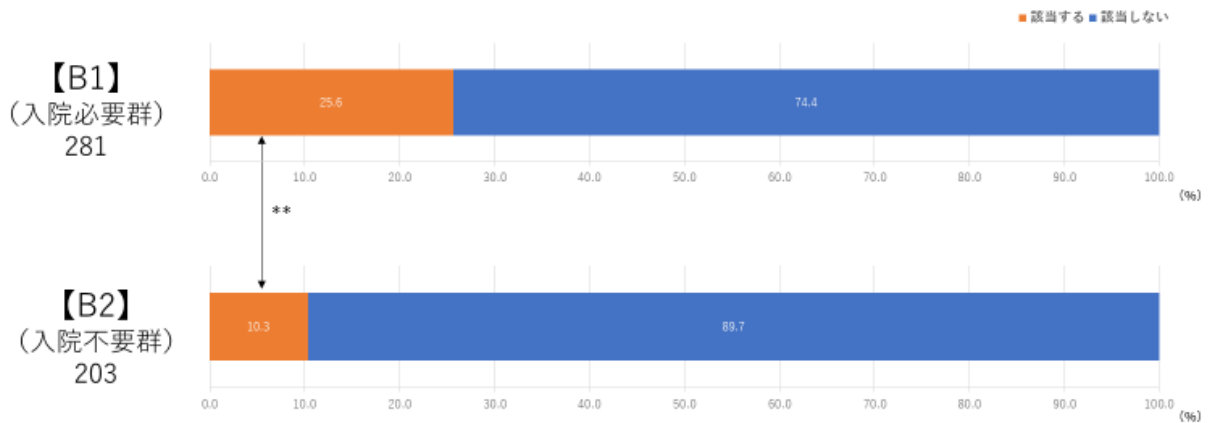


図104 状態像（抑うつ状態） 【Aセット】

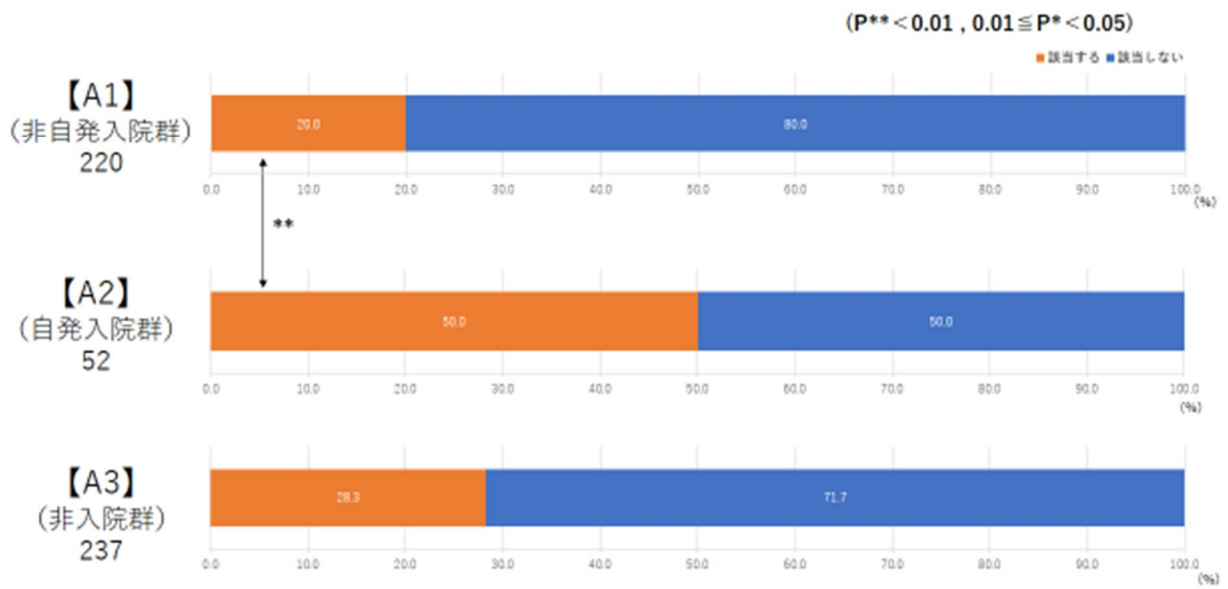


図105 状態像（抑うつ状態） 【Bセット】

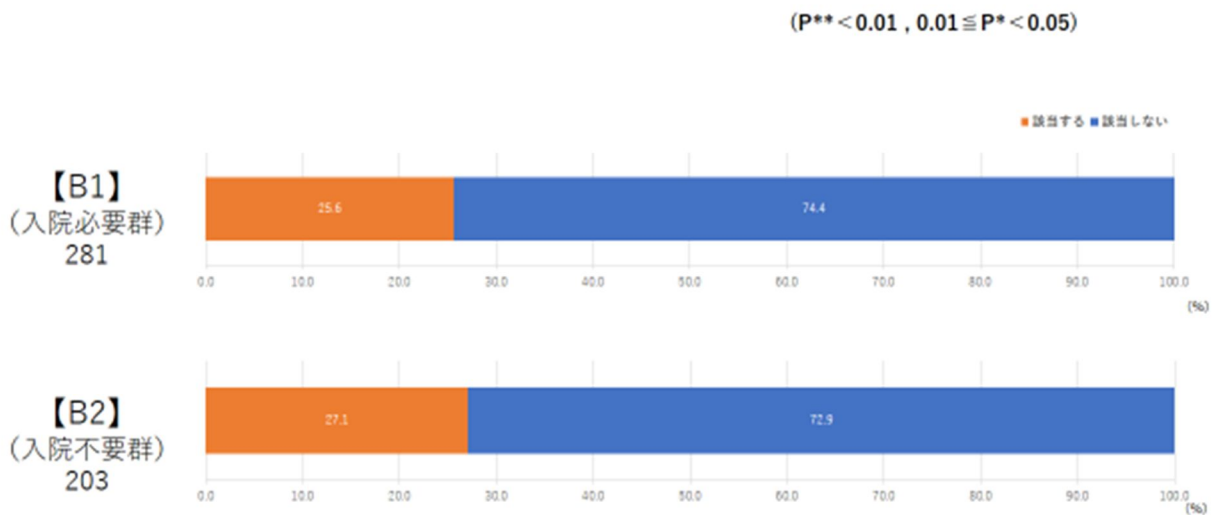


図106 状態像（躁状態） 【Aセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



図107 状態像（躁状態） 【Bセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

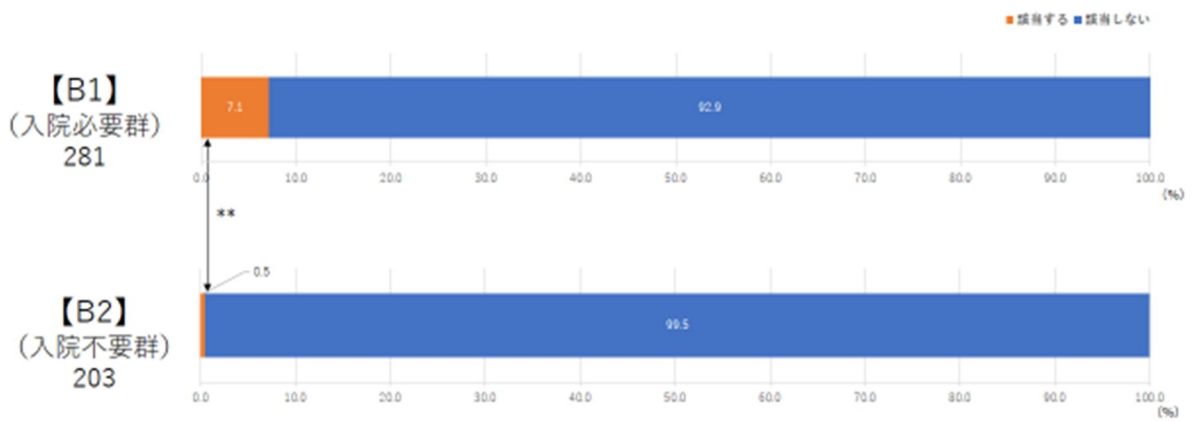


図108

状態像（解離状態）

【Aセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



図109

状態像（解離状態）

【Bセット】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

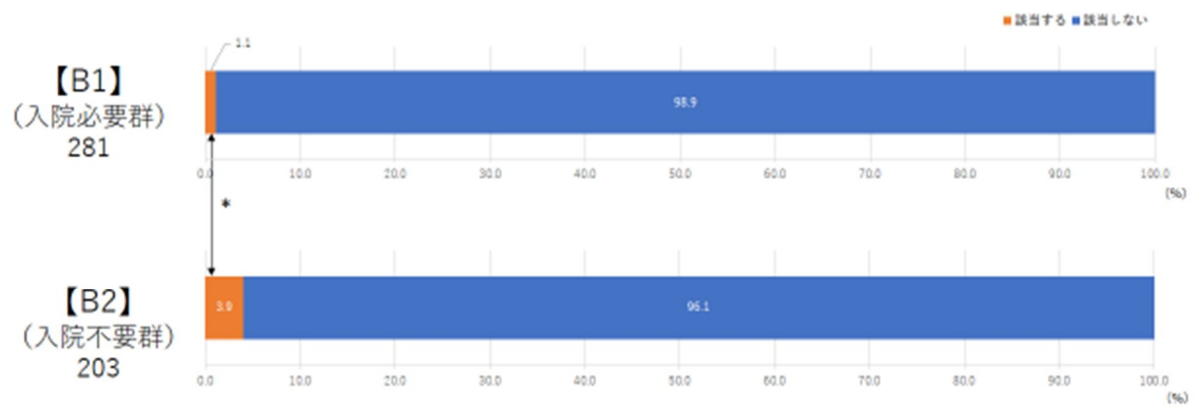


図110 状態像（その他） 【Aセット】

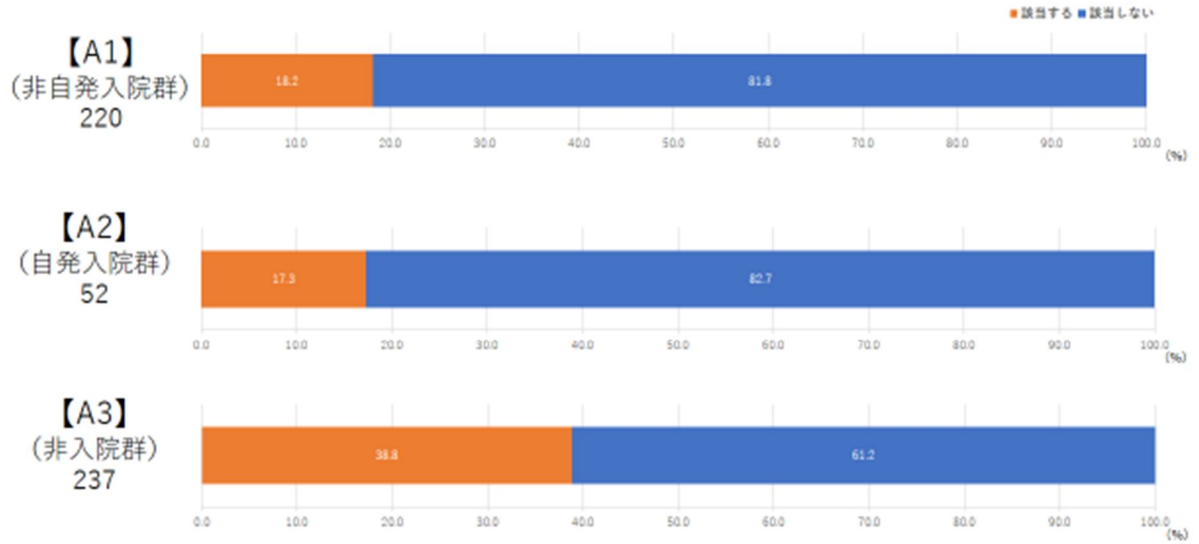
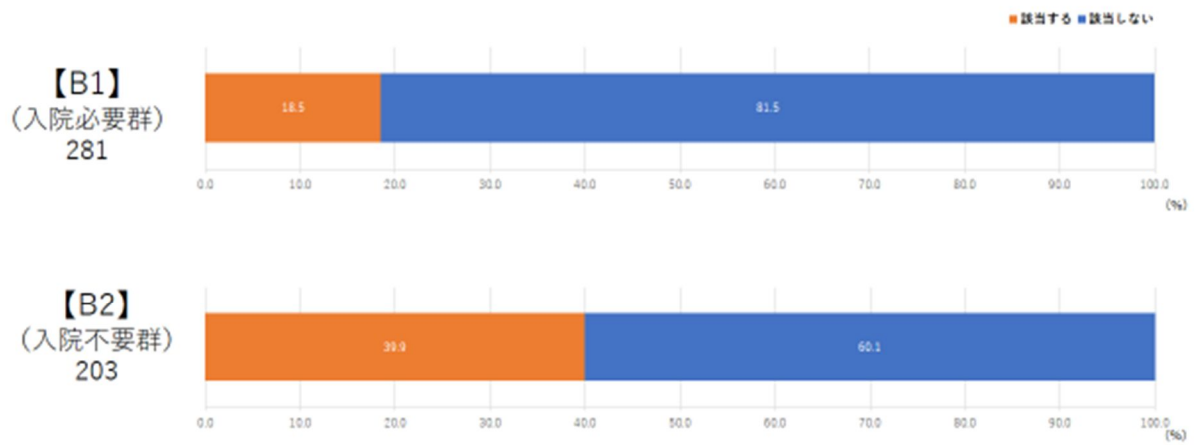


図111 状態像（その他） 【Bセット】





**表3 精神科救急医療における時間外受診の需要（ニーズ）として代表的な16の状況**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 意識障害</li> <li>• 幻覚・妄想</li> <li>• 精神運動興奮</li> <li>• 抑うつ</li> <li>• 躁</li> <li>• 解離</li> <li>• 酩酊</li> <li>• 昏迷・亜昏迷</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 不安・焦燥</li> <li>• 副作用</li> <li>• 身体合併症</li> <li>• 認知症</li> <li>• 残遺</li> <li>• 行動異常</li> <li>• 不眠</li> <li>• その他</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• その他の中でさらにその他に分類された事案の多くは具体的記述が無く受診理由不明</li> <li>• 明確な受診要請としては             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 留置前診察</li> <li>• 病気かどうかの判定（結果的に「病気でない」と記載あり）</li> <li>• 救急システムからの（何らかの）要請</li> <li>• 薬剤紛失に対する処方</li> </ul> </li> </ul> |
|---|---|--|

**表4 意識障害【Aセット】**

	非自発入院(A1)	自発入院(A2)	非入院(A3)	Total
せん妄	12	0	0	12
急性中毒	1	2	3	6
その他	3	1	6	10
Total	16	3	9	28

表5 酩酊状態【Aセット】

	非自発入院(A1)	自発入院(A2)	非入院(A3)	Total
単純酩酊	5	1	6	12
複雑酩酊	0	0	0	0
連続飲酒	0	0	2	2
シンナー・大麻	1	0	0	1
その他	0	0	1	1
Total	6	1	9	16

表6 単純酩酊で入院となったケース

年齢	性別	主診断 (F)	副診断 (F)	転帰	医学的 重症性	社会的 不利益	急性 展開	治療 必要性	治療 可能性	酩酊以 外の状 態像	EPRES 総得点	行動 因子	他害 行為	自殺 企図	自律 不全	サポー ト 因子	治療 関係性 因子	初診	中断	かかりつけ 医 対応不可	時間帯 因子	身体 合併症
45	女性	7	不明	応急	0	0	0	0	1	なし	33	1	0	0	1	0	0				0	0
65	不明	その他・不明	なし	医療保護	0	1	0	0	0	抑うつ	45	1	1	0	0	0	0				0	0
32	男性	1	不明	任意	0	1	0	0	0	なし	35	1	0	0	1	0	0				0	0
58	男性	0	不明	医療保護	0	1	0	1	1	抑うつ	24	1	1	1	0	0	0				0	0
44	女性	1	4	医療保護	1	0	1	0	0	抑うつ	31	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
34	男性	その他・不明	不明	医療保護	0	1	1	0	1	幻覚妄想	33	0				0	1	0	0	1	0	0
46.3	50.0%				16.7%	66.7%	33.3%	16.7%	50.0%		33.5	83.3%	40.0%	40.0%	40.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%

図112 重症度因子：BPRS総得点【Aセット】

【A1】

平均値：52.7  
中央値：52  
最小値：20  
最大値：85



【A2】

平均値：42.8  
中央値：39  
最小値：22  
最大値：78



【A3】

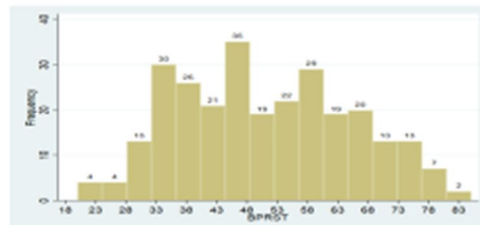
平均値：38.3  
中央値：36  
最小値：18  
最大値：85



図113 重症度因子：BPRS総得点【Bセット】

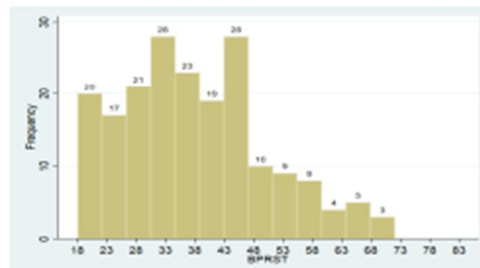
【B1】

平均値：51.0  
中央値：50  
最小値：20  
最大値：85



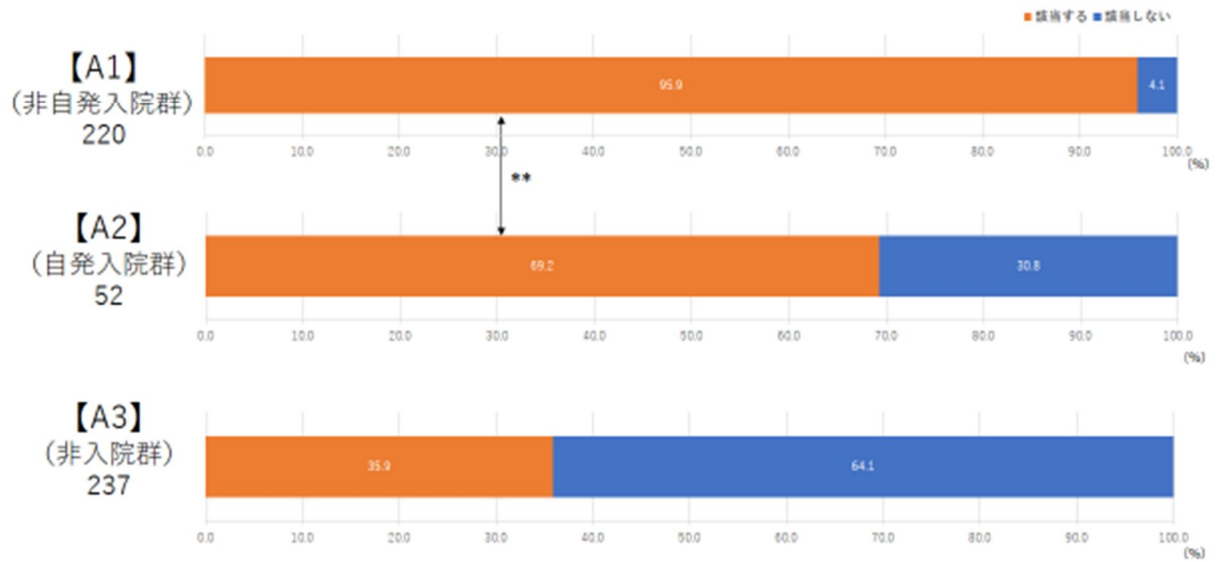
【B2】

平均値：38.1  
中央値：36  
最小値：18  
最大値：72



**図114** 行動因子 【Aセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



**図115** 行動因子 【Bセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

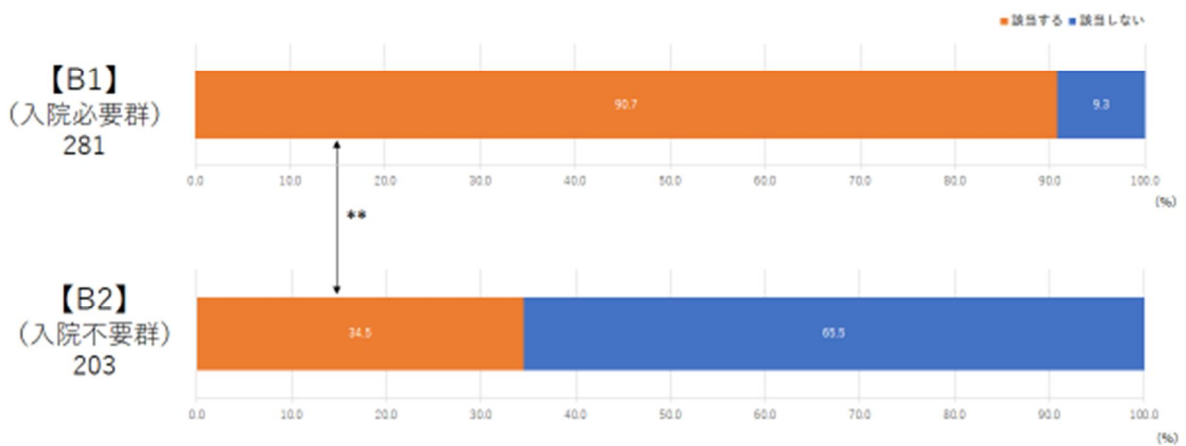


図116 行動因子下位分類：他害のおそれ 【Aセット転帰別】

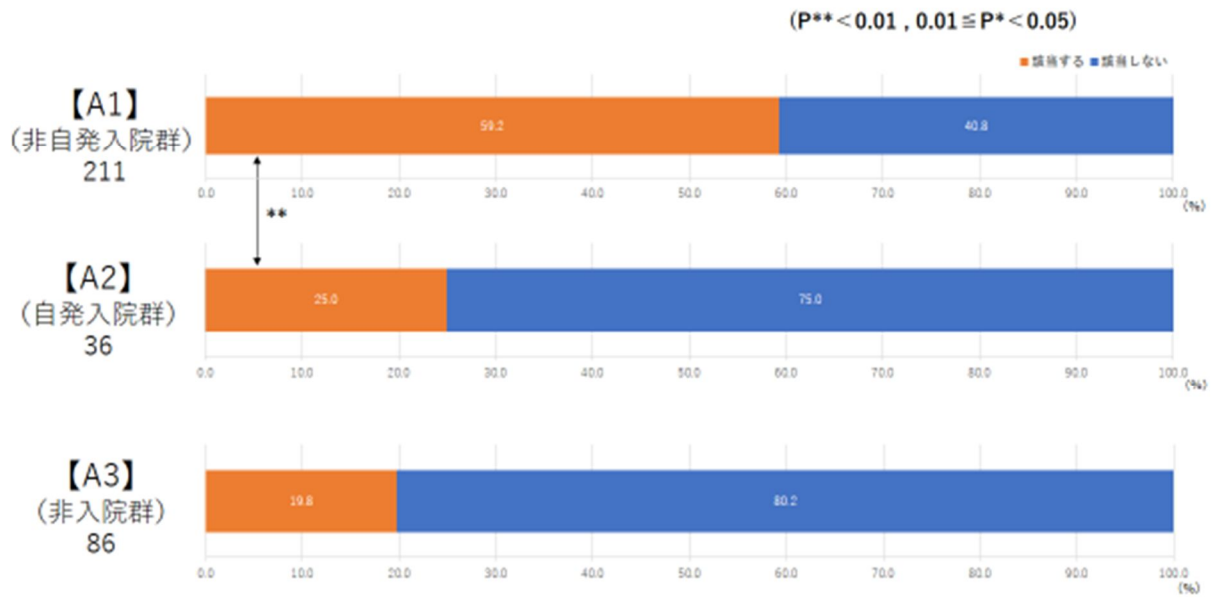


図117 行動因子下位分類：他害のおそれ 【Bセット転帰別】

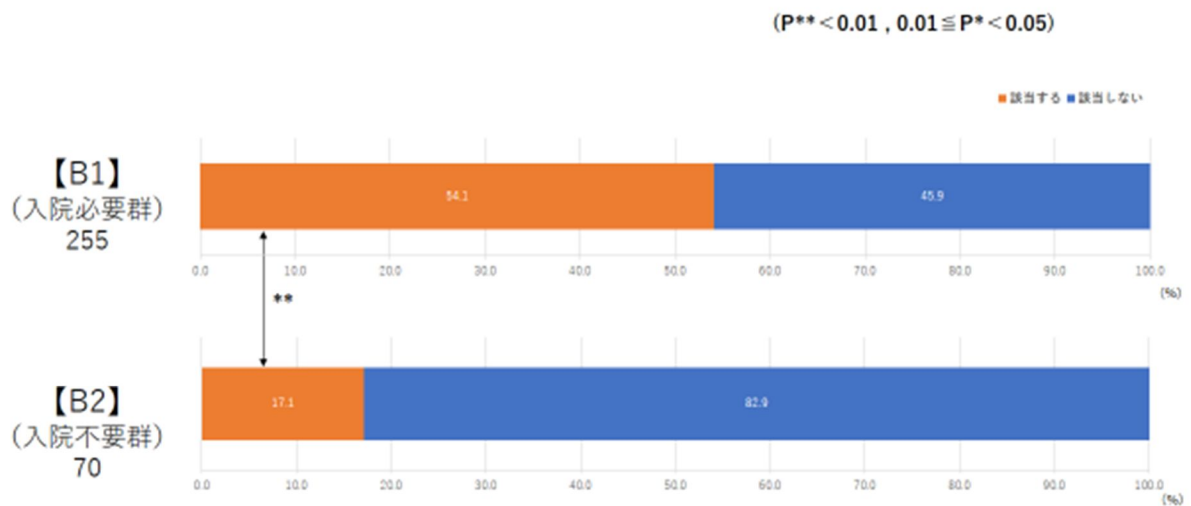


図118 行動因子下位分類：自傷のおそれ 【Aセット転帰別】

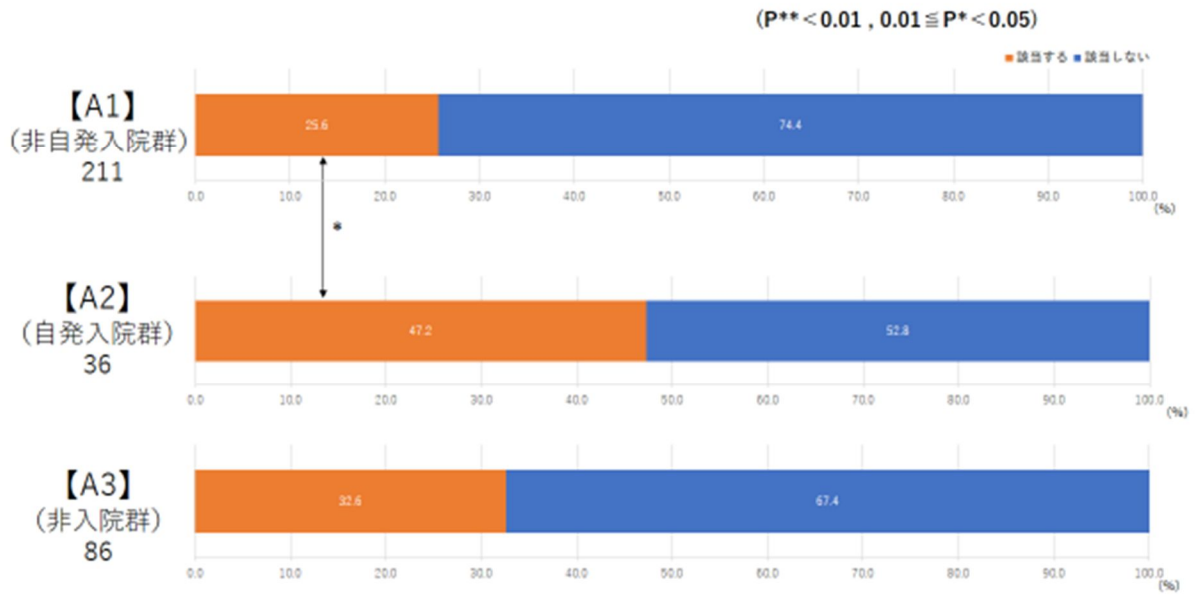


図119 行動因子下位分類：自傷のおそれ 【Bセット転帰別】

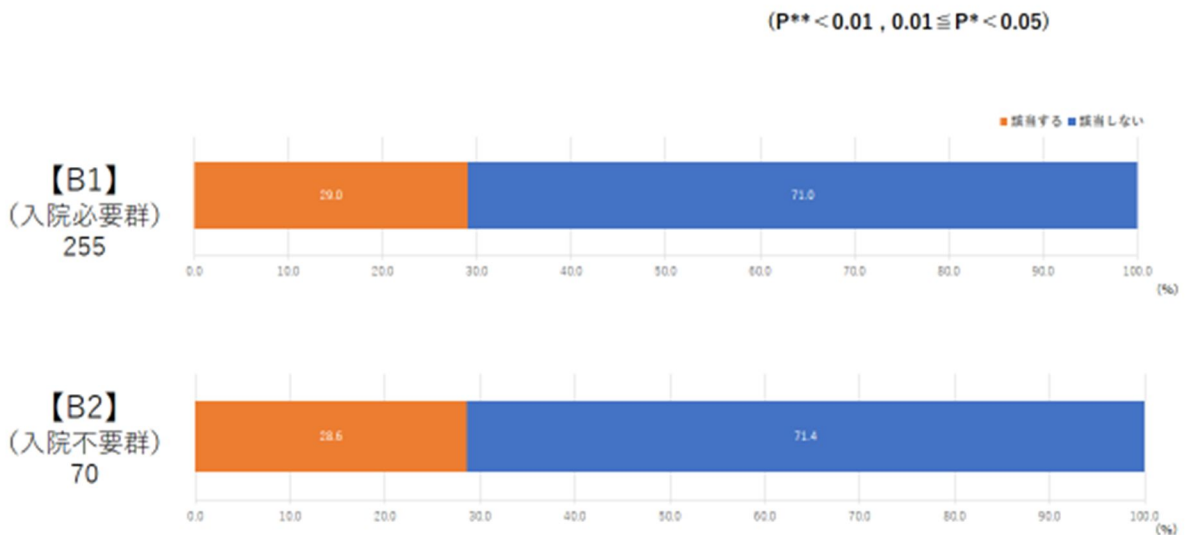


図120 行動因子下位分類：自律不全 【Aセット転帰別】

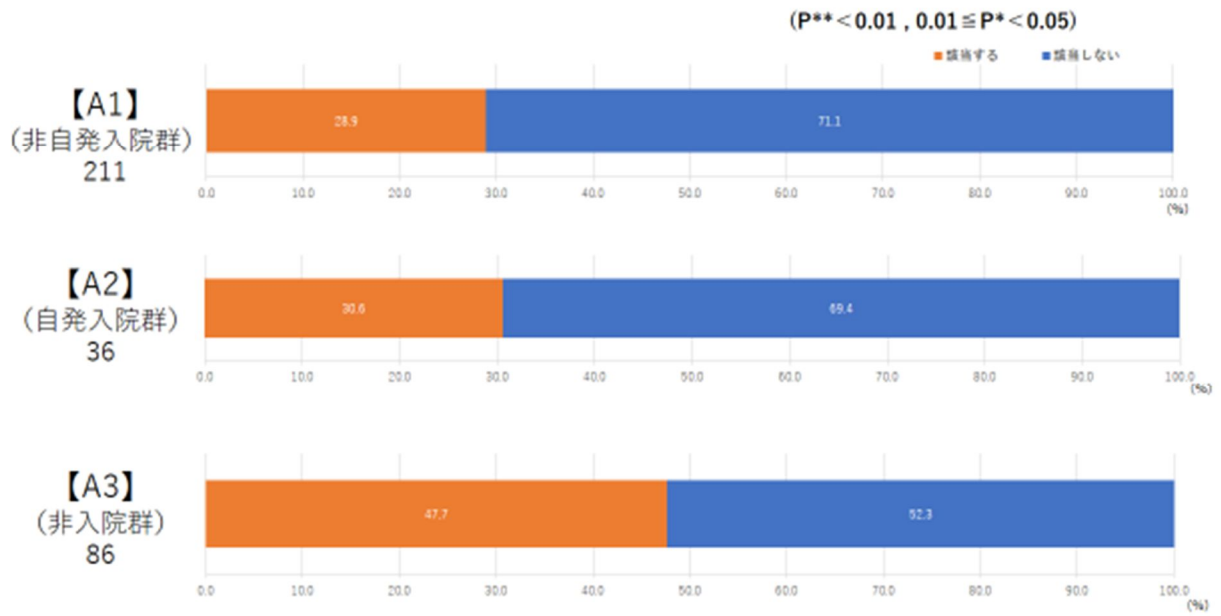


図121 行動因子下位分類：自律不全 【Bセット転帰別】

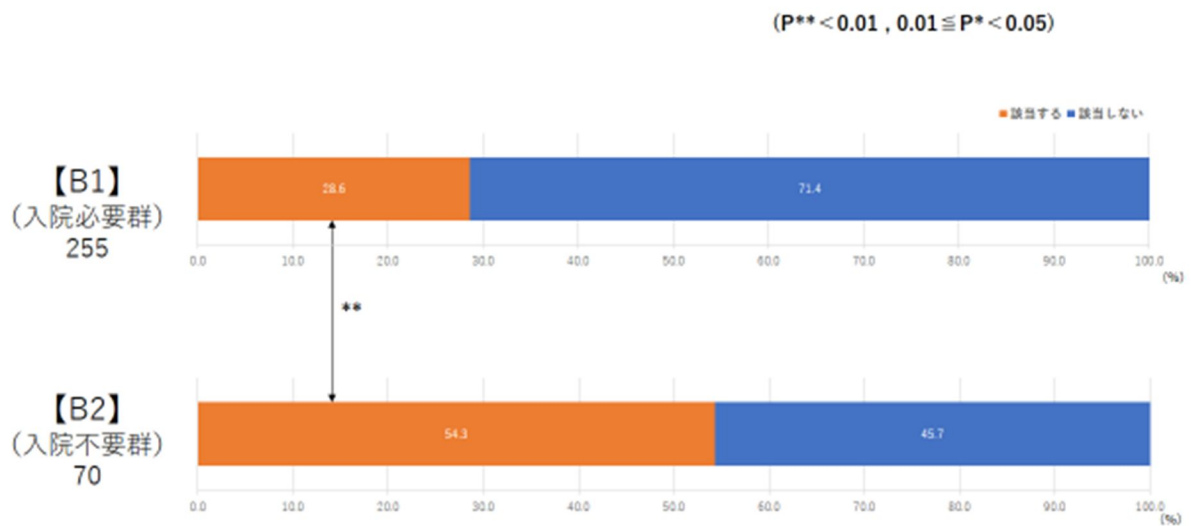


図122 サポート因子 【Aセット転帰別】

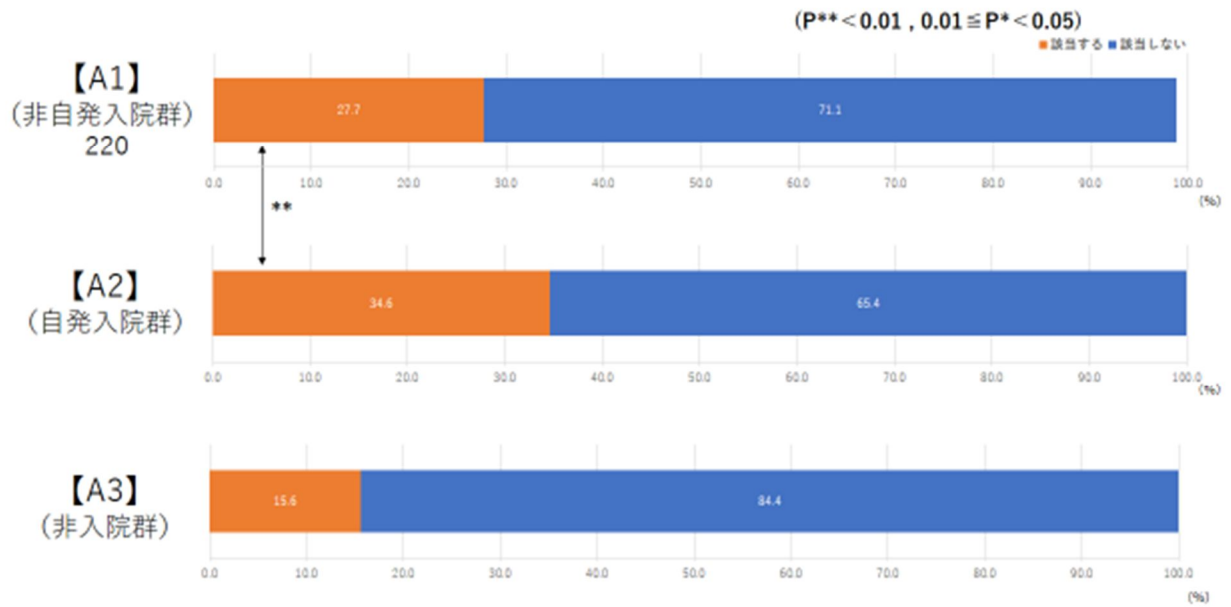


図123 サポート因子 【Bセット転帰別】

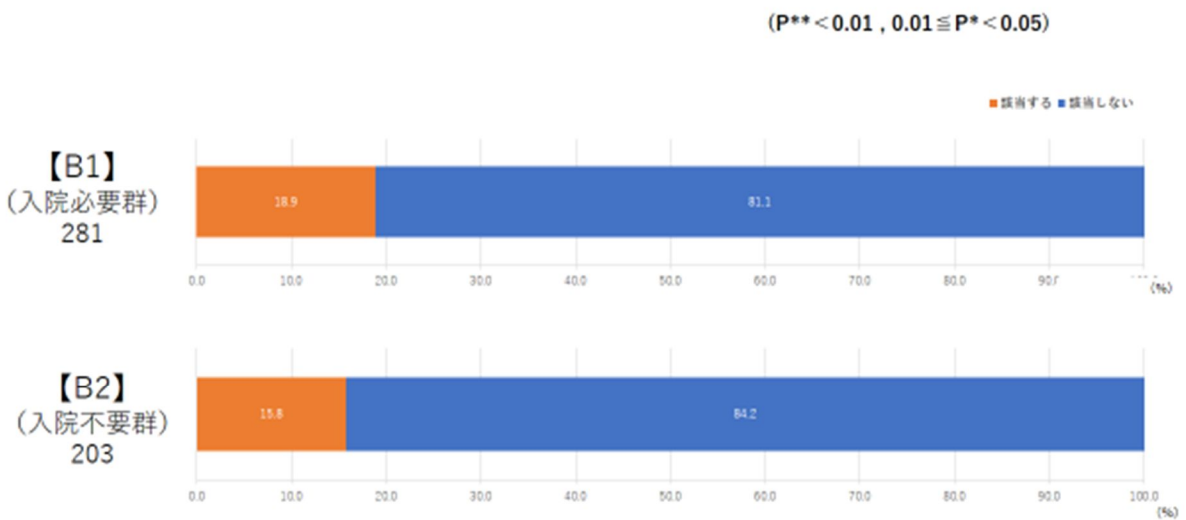




図124 医療関係性因子 【Aセット転帰別】



図125 医療関係性因子 【Bセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

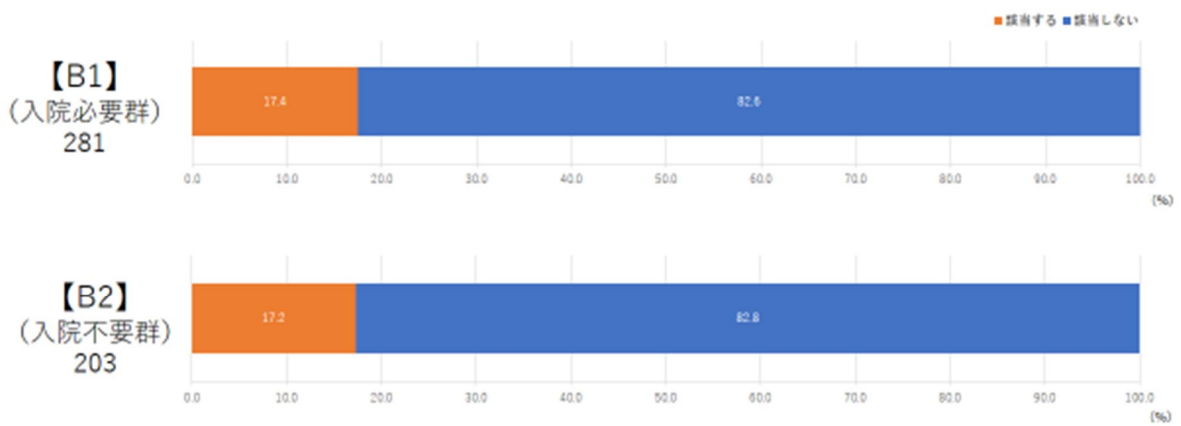


図126 医療関係性因子下位項目：初診 【Aセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



図127 医療関係性因子下位項目：初診 【Bセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

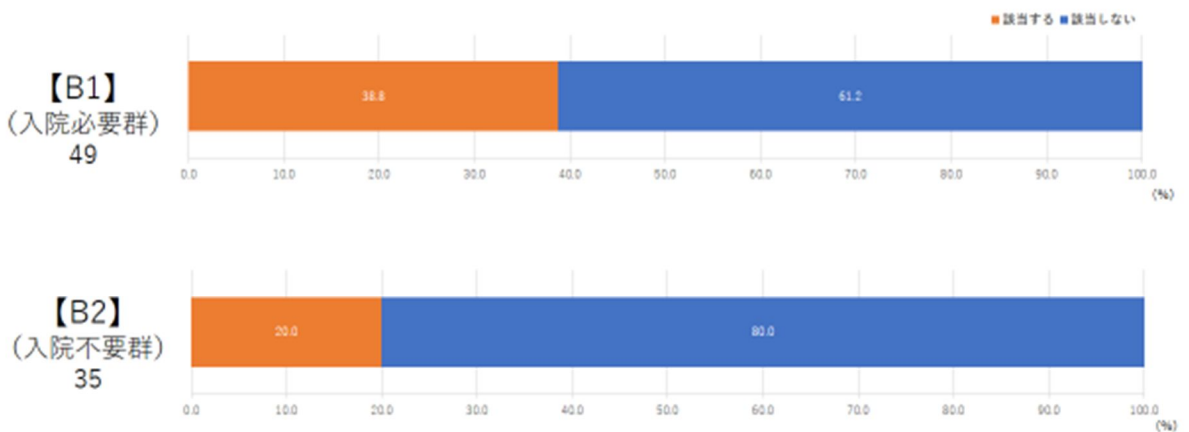


図128 医療関係性因子下位項目：中断例 【Aセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

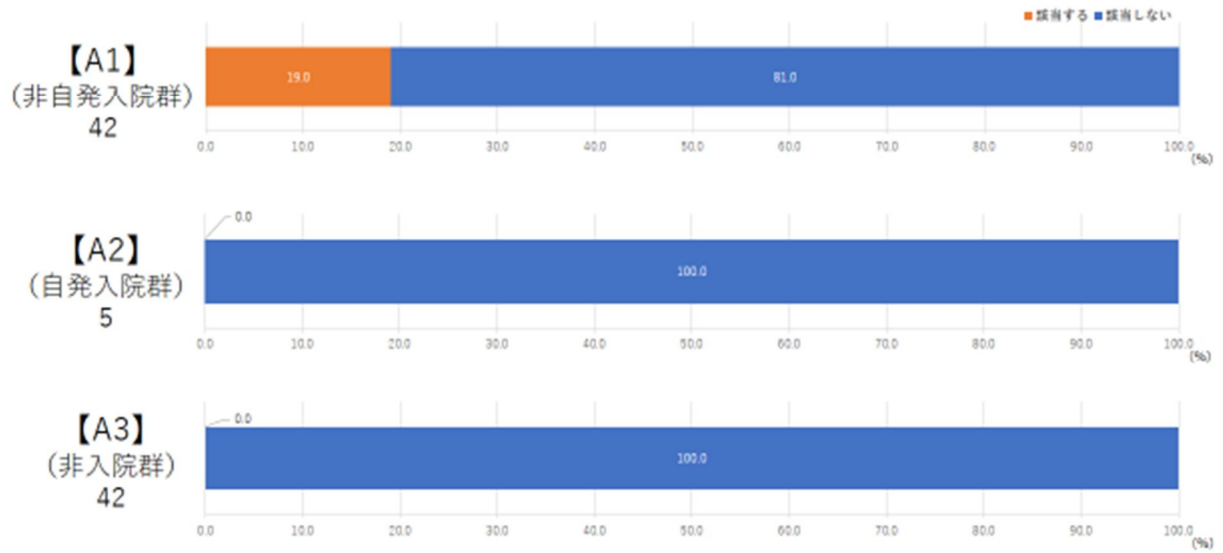
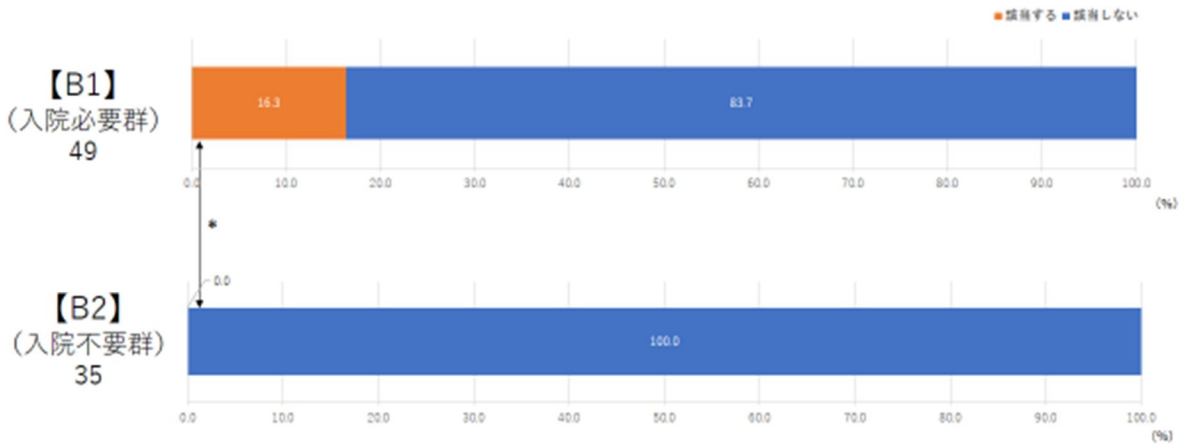


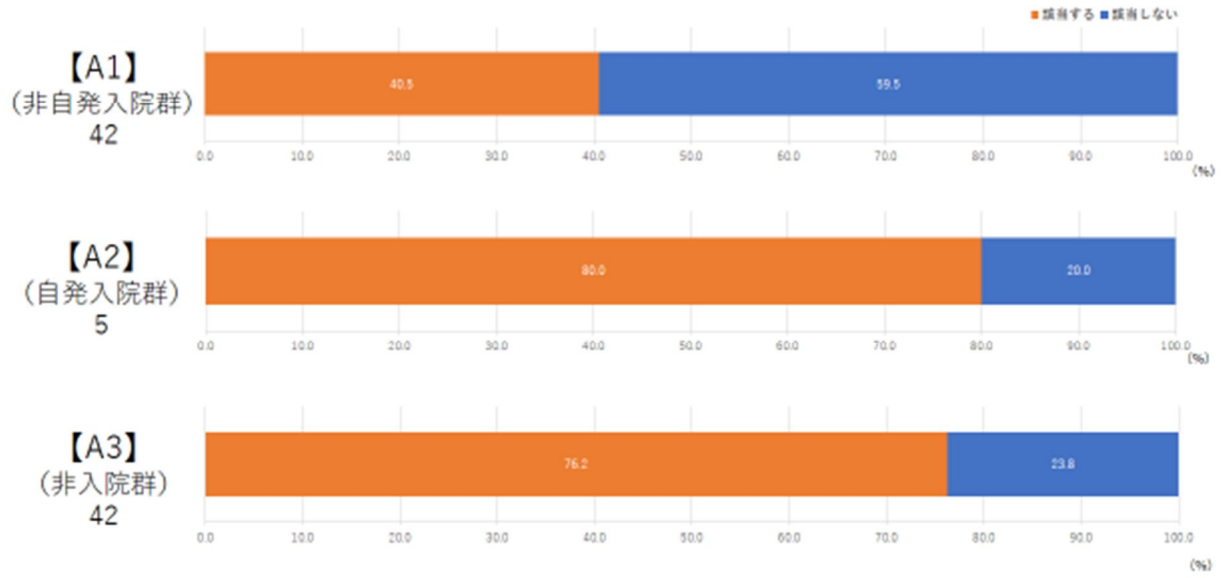
図129 医療関係性因子下位項目：中断例 【Bセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



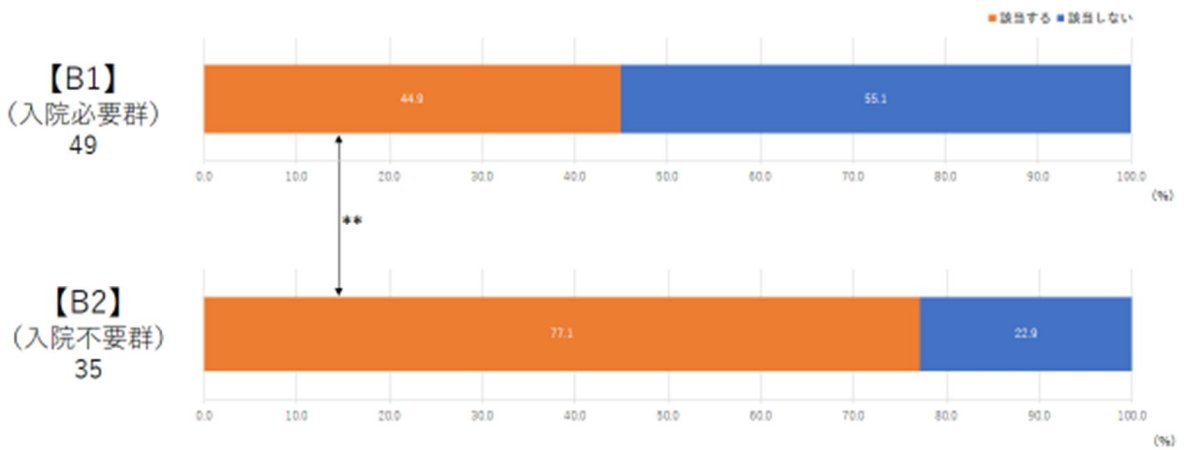
**図130** 医療関係性因子下位項目：かかりつけ医が対応できない  
【Aセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



**図131** 医療関係性因子下位項目：かかりつけ医が対応できない  
【Bセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



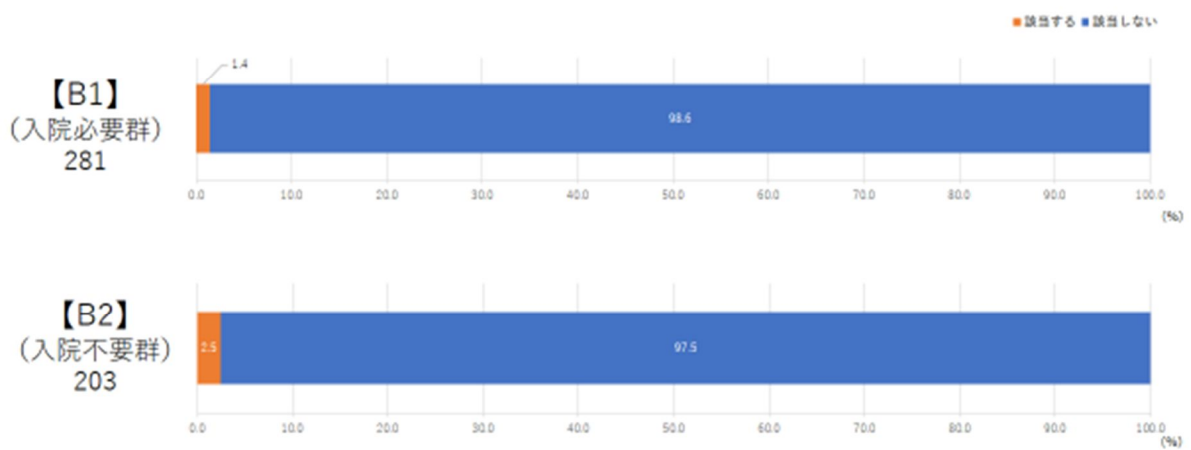
**図132** 時間帯因子 【Aセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



**図133** 時間帯因子 【Bセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



**図134** 身体合併症因子 【Aセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )



**図135** 身体合併症因子 【Bセット転帰別】

( $P^{**} < 0.01$ ,  $0.01 \leq P^* < 0.05$ )

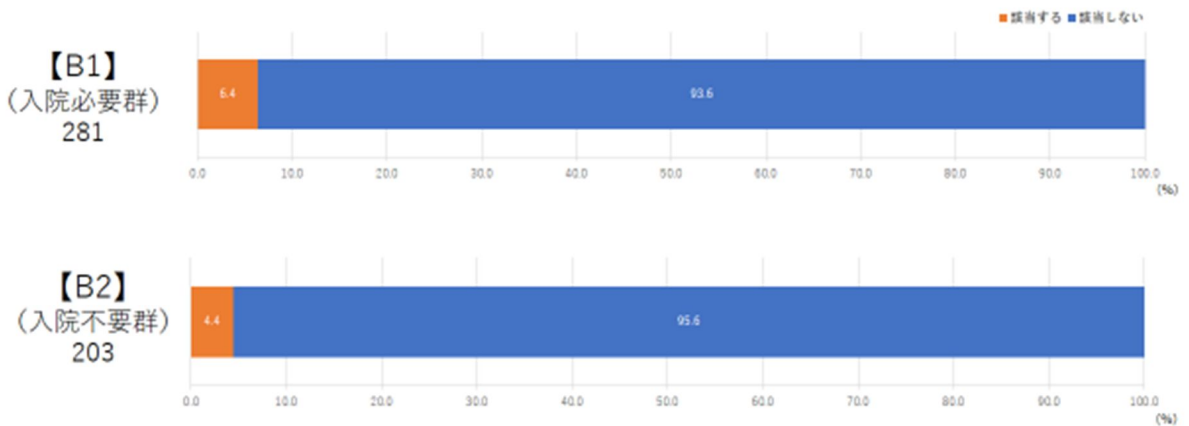


表 7

自治体名	大阪府	東京都	宮城県	埼玉県	神奈川県
実施地域(精神科救急医療圏)	大阪市 堺市 それ以外の府全域の3圏域	23条通線については4ブロック制 その他は全都下1圏域	1圏域	2圏域	4県市協調 全県1圏域
推計人口	2713157(2017年10月1日)	13742906(2017年10月1日)	2321860(2017年12月1日)	7307579(2017年10月1日)	9161139(2017年10月1日)
圏域内病床数	大阪市内240床でそのうち単科は50床	22375床	6151床(2017年9月30日)	不明	不明
診療所数	標準数として290程	診療所数の把握は困難	不明	不明	不明
精神科救急医療体制整備事業の運用時間等(365日24時間or夜間休日)	夜間・休日	夜間17時～22時・東立精神医療センター 土曜9時～17時・1床×1病院 休日9時～17時・1床×2病院	夜間17時～22時・東立精神医療センター 土曜9時～17時・1床×1病院 休日9時～17時・1床×2病院	夜間17時～22時 1床×2病院 休日9時～17時 2床×2病院	夜間・休日
初期救急実施時間帯	平日夜間:20時～23時30分 休日:10時～16時	平日土曜:15時～22時 休日:9時～17時	上記精神科救急医療体制整備事業の運用時間 帯で実施	平日17時～22時	県:日初と年末年始(計72日) 横浜:土13時～17時・日祝9時～17時 川崎:平日17時～20時・火曜日または金曜日 相模原:5月連休以外の日祝9時～17時
初期救急実施場所(自院or特定施設)	大阪市精神保健福祉センター内に固定 大阪市精神科一時救急診療所	1診療所 & 2病院の3カ所体制 2病院は2カ輪番を兼ねる 当番診療所を案内して受診	上記当番病院のほか県で指定した5診療所	当番となつている各診療所(1カ所/県)	県:それぞれの当番診療所 横浜:特定施設 川崎:それぞれの当番診療所 相模原:特定施設
体制スキーム 輪番型or常時型orその他	常時型	輪番型	その他(症例ごとに依頼)	輪番型	輪番型
体制スキーム 委託先等	診療所協会 当番医師は診療所協会が調整している 1人につき年2回(5日以内)当てるらしい	都の診療所協会 協会が調整して1年分の当番表を作成している 手上げにより約50診療所が参加している	宮城県医師会委託	診療所協会委託	県:5カ所の診療所が任意参加 調整団体なし 横浜:拠点型 横浜市総合保健医療財団へ委託(指定管理) 川崎:輪番型 民間クリニックによる輪番 相模原市:拠点型 医師会に委託
体制スキーム 参加診療所数と連絡数	常時型 全府市協調の精神科救急医療相談窓口で のトリアージを経る 多い時は220件/年 次弾に降りつつありH28は133依頼案件のうち66 例が受診	常時型 全府市協調の精神科救急医療相談窓口で のトリアージを経る 多い時は220件/年 次弾に降りつつありH28は133依頼案件のうち66 例が受診	県で5診療所を指定 情報センターから都度の依頼で応需可能な機関	約40カ所	県:5カ所の診療所が任意参加 調整団体なし 横浜:拠点型 横浜市総合保健医療財団へ委託(指定管理) 川崎:輪番型 民間クリニックによる輪番 相模原市:拠点型 医師会に委託
予算措置状況(国庫補助金の活用)	国庫補助あり「常時型外来対応施設」	国庫補助あり「常時型外来対応施設」	国庫補助あり「外来対応施設」	国庫補助あり「外来対応施設」	国庫補助あり「外来対応施設」
受診までの流れ 実施について	全府市協調の精神科救急医療相談窓口で のトリアージを経る 多い時は220件/年 次弾に降りつつありH28は133依頼案件のうち66 例が受診	全府市協調の精神科救急医療相談窓口で のトリアージを経る 多い時は220件/年 次弾に降りつつありH28は133依頼案件のうち66 例が受診	精神科救急情報センター経由で案内する 依頼	精神科救急情報センター経由で案内する 依頼	医療情報窓口(24時間精神科医療相談窓口)が 案内する 平成28年度 案内件数133 受診114 平成28年度リフト入院件数:291 [医療係置(6.4+任意2.7)]
入院が必要な場合の流れ	府の精神科救急情報センターに依頼して空床を 調整してもらって身体科が必要などときには119通 報	府の精神科救急情報センターに依頼して空床を 調整してもらって身体科が必要などときには119通 報	各医療機関の調整	精神科救急情報センターと相談の上、病床調整	医療情報窓口(24時間精神科医療相談窓口)に して病床調整
連絡会議(連絡調整委員会)の開催状況	府で開催 診療所の代表が参加している	都下での開催は1回/年 診療所協会代表者が出席	1回/年 診療所協会代表者の参加あり	1回/年 診療所協会代表者が出席	1回/年 診療所協会代表者が参加している
課題	診療所協会委員でないクリニックの方が多い 診療所協会委員は電話を登録しているが、つながら ないこともある 予備録も大きく維持できるか不透明 件数も減りつつある一方で関係者から低活動の 指摘がある	特に問題化していることはない 一般科や救急隊の対応では、一般的な連携課 題がある。	全県一区なのでアクセスに課題がある 一般救急等域からはクリニック通院者の対応に ついて意見が出ることがある	全県一区なのでアクセスに課題がある 一般救急等域からはクリニック通院者の対応に ついて意見が出ることがある	かかりつけ医との連携の強化 全県一区なのでアクセスに課題がある
強み	夜遅くまで診療している診療所がある 合併対応を主題とする連絡協議の場がある	件数が多い中、トリアージは正確 不明	不明	大きな混乱はない 協力あり	大きな混乱はない 協力あり
診療所医師の研修会参加状況	参加している	不明	不明	不明	不明
診療所医師の推進診療能力状況	診療所協会から対応可能研修の提出がある が、短い時間の時間であり、なかなか実働にな らない	かなり多くの先生が時間内の措置診療に協力し ていると思う (医療機関ごとではない個人登録なので診療所 かどうかわからない)	当番表なし	一部あり	5月連休・年末年始の当番に入っている 普段は当番表が無いので随時依頼しており協力 実態はあると思う(精度不明)
診療所医師の夜間休日連携先要請状況	協会委員であれば登録されている	ある どれほどの診療室が登録されているかは 不明	診療所によってはあり	一部あり	なし

## 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

研究分担者： 平田豊明（千葉県精神科医療センター）

研究協力者： 兼行浩史（山口県立こころの医療センター）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）、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）、花岡晋平（千葉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）

### 【研究要旨】

**目的）** わが国における精神科救急・急性期医療の実態を調査して、精神科救急医療体制整備事業の適切な運用および精神科救急医療資源の適正配備と水準向上に資する政策を提言すること。

**方法）** 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（「精神科救急事業」と略記）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（「630 調査」と略記）およびレセプト情報・特定健診等情報データベース（「NDB」と略記）に基づいて、全国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て、地方厚生局資料や病院報告、国勢調査等に基づいて、二次医療圏単位で精神科救急医療資源に関するデータを表示する全国マップを作成した。

**結果）** 平成 28 年度の精神科救急事業では、受診前相談が 190,565 件（人口 100 万当たり 1 日 4.11 件）あった。夜間・休日の救急受診は 42,122 件（同 0.91 件）、その 42.0% 当たる 17,708 件（同 0.38 件）が入院となっていた。入院の 77.3% が非自発入院、大都市圏を中心に三次救急（緊急措置、措置、応急入院）が 24.7% を占めていた。630 調査によれば、平成 29 年 6 月 30 日現在、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。74.6% が非自発入院で、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 ヶ月を超える患者が 6.1% いた。NDB によれば、平成 26 年度、1 病棟当たりの年間入院者数は 279.3 人であった。二次医療圏、精神科救急医療圏、それに都道府県単位で、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。

**考察）** 衛生行政報告例による年間の措置入院決定数の過半数が夜間・休日の精神科救急事業においてなされるなど、本事業が大都市圏では重症患者の入院治療に貢献しているほか、人口過疎地区を抱える地方圏では在宅ケアを支援する必須事業であることが明らかとなった。近年、本事業の報告件数が大きく変動する自治体があるため、報告様式の見直しや記載マニュアルの作成を提案した。精神科急性型包括病棟の普及に伴って、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%減少するなど、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た。

**結論**)今年度に立ち上げた救急・急性期病棟群のモニタリング体制、精神科救急医療資源の全国マッピング体制を活用すれば、今後わが国の精神科救急・急性期医療の水準向上を図ることが期待できる。

## A．研究目的

本研究の目的は、わが国における精神科救急・急性期医療の実態を多角的に調査・分析し、精神科救急医療体制整備事業の適切な運用および精神科救急医療資源の適正配備と水準向上に資する政策を提言することである。

## B．研究方法

### 1．精神科救急事業の運用実績調査

各都道府県から厚生労働省に提出された平成 28 年度（2016 年度）の精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」と略記）の年報を集計し分析した。

### 2．精神科救急入院料病棟の運用実績調査

精神保健医療福祉に関する平成 29 年の 6 月 30 日調査（以下「630 調査」と略記）およびレセプト情報・特定健診等情報データベース（以下「NDB」と略記）から得られる情報のうち、精神科救急入院料病棟に関するものを抽出した。

### 3．精神科救急資源の全国地図作成

総務省統計局による国勢調査と病院報告、厚生労働省地方厚生局による保険医療機関の指定一覧、630 調査資料、それに 1 で用いた精神科救急事業年報などに基づいて、精神科救急医療に関連する諸指標を二次医療圏単位から都道府県単位で集計し、Web サイト上の地図に表示する方法を開発した。

（倫理面への配慮）

なお、今回の調査において取り扱った個人情報情報は匿名化され、厳重に管理された上、調

査終了後に廃棄される予定。研究代表者の所属施設において倫理審査委員会が開催され、承認された。また、本研究に関して特定団体・企業等との利益相反はない。

## C．研究結果

### 1．精神科救急事業の運用実績

平成 28 年度における精神科救急事業（夜間・休日に限定）に関する主な指標を表 1 に一覧表示した。

#### （1）受診前相談

平成 28 年度の精神科救急医療情報センター（表 1 では「情報センター」と略記。以下同じ）への相談件数は 63,000 件で、このうち受診先を紹介したのは 4 分の 1 であった。相談件数は 1 日平均 172.6 件、人口（平成 28 年 10 月 1 日現在。全国で 126,933 千人）100 万人当たり 1.36 件ということになる。情報センターへの相談件数の多い順に自治体を並べ替え、件数とともに図 1 に示した。

精神医療相談事業の件数は、123,565 件と情報センター相談件数の 2 倍強あったが、表 1 に見るように、無回答のほか、情報センターと同数の自治体や情報センターの相談件数に包含される自治体、集計表に矛盾のある自治体（内訳の合計が総数と大きく異なるなど）が少なくなかった。

#### （2）受診状況

平成 28 年度、精神科救急事業の利用件数は 42,122 件（1 日平均 115.4 件、人口 100 万人当たり 0.91 件）であった。このうち、42.0%に当たる 17,708 件（1 日平均 48.5

件、人口 100 万当たり 0.38 件) が入院となっていた。

入院形態では、緊急措置入院が 2,302 件 (13.0%)、措置入院が 1,449 件 (8.2%)、応急入院が 629 件 (3.6%)、医療保護入院が 9,308 件 (52.6%)、任意入院が 3,794 件 (21.4%)、その他が 222 件 (1.3%) であった。精神科三次救急 (緊急措置入院、措置入院、応急入院となった件数) の比率は 24.7%、三次救急に医療保護入院を加えた非自発入院の比率は 77.3% であった。

表 1 中の受診件数の多い順に自治体を並べ替え、入院件数および非入院件数のデータとともに図 2 に示した。年報では受診件数と入院件数のうち、受診した病院の通院患者数を識別するよう指定されているが、表に見るように、無回答のほか、受診総数に同じもの (受診者の全員が受診先病院の通院患者という意味になる) 年度途中からの集計数などが少なくなかった。

入院件数の多い順に自治体を並べ替え、件数とともに示したのが図 3 である。図中には入院形式の比率を示す円グラフも挿入した。

## 2 . 精神科救急病棟の運用実態

630 調査によれば、平成 29 年 6 月 30 日現在、精神科救急入院料病棟 (合併症入院料病棟を含む) は全国 140 施設に 214 病棟あった。このうち 17 棟が開放病棟であった。病床数は総計 10,040 床、1 病棟当たり 47.4 床で、保護室と施錠個室は計 19.7 室 (うち、トイレ付き 13.6 室、モニターカメラ付き 8.5 室) が設置されていた。

在院患者数は総計 8,744 人、1 病棟当たり 40.1 人で、病床利用率は 84.6% であった。入院形態では、措置入院が 537 人 (6.1%)、医療保護入院が 5,927 人 (67.8%)、任意入院が 2,224 人 (25.4%)、隔離患者数は 1,623 人 (18.6%) で 1 病棟当たり 7.6 人、身体拘束患者数は 530 人 (6.1%) で 1 病棟当たり 2.5 人であった。

主診断では統合失調症をはじめとする F2 群が 4,208 人 (48.1%)、認知症をはじめとする F0 群が 939 人 (10.7%)、65 歳以上の患者が 2,456 人 (28.1%) であった。因みに全入院患者 284,172 人に占める 65 歳以上の比率は 58.0% であった。

在院期間では、1 ヶ月未満が 4,182 人 (47.8%)、1 ヶ月以上 ~ 3 ヶ月未満が 4,031 人 (49.2%)、3 ヶ月 ~ 1 年が 429 人 (4.9%)、1 年以上が 102 人 (1.2%) であった。すなわち、在院 3 ヶ月を超える患者が 6.1% あった。また、現住所地在が病院と同じ市区町村にある患者は 2,839 人 (32.5%) であった。

NDB によれば、2014 年度 (平成 26 年度) に精神科救急入院料を認可された 124 施設の当該病棟への新規入院件数は 34,636 件 (1 施設当たり 279.3 人) であった。今後は、入院患者の入院期間構成や転院患者数、90 日以内の再入院者数などの項目を追加する予定である。

## 3 . 精神科救急医療資源の分布

研究方法の項で示したデータソースに基づいて、インターネット上に、精神科救急医療資源の分布を都道府県単位、精神科救急医療圏単位、そして二次医療圏単位で表示できるサイトを構築した (ReMHRAD : Regional Mental Health Resources Analyzing Database ; 地域精神医療資源分析データベース)。URL は以下である。

[https://community-databox-dev.accelight.jp/view\\_emc\\_medical\\_datahttps://community-databox-dev.accelight.jp/view\\_emc\\_medical\\_data](https://community-databox-dev.accelight.jp/view_emc_medical_datahttps://community-databox-dev.accelight.jp/view_emc_medical_data)

ここで用いた主な指標は、二次医療圏単位では、人口、在院患者数、精神科救急入院料および精神科急性期治療病棟入院料認可施設数、医師数および精神保健指定医数、精神科救急医療圏単位では、精神科救急事業による受診件数、入院件数、入院形式など、表 1 に

示した項目である。人口 10 万当たりの数値も直ちに表示できる。

一例として、精神科急性型包括病棟（精神科救急入院料病棟および精神科急性期治療病棟）の認可施設数（2012 年 4 月現在）を都道府県地図と千葉県地図（二次医療圏に分割）に表示したものを資料として提示した。今後は随時、項目を追加し、最新データに更新することが可能である。

## D．考察

### 1．精神科救急事業の意義

表 1 の入院形態を 630 調査による全国統計（平成 26 年 6 月の新規入院 31,669 件が最新データ）と比較したのが図 4 である。救急事業においては、三次救急をはじめとする非自発入院の比率が有意に高いことがわかる。

平成 28 年度の衛生行政報告例によれば、この年度の措置入院決定数は 7,122 件、表 1 によれば、精神科救急事業による緊急措置入院と措置入院を併せた件数は 3,751 件であるから、この年度の措置入院決定数の 52.7% が救急事業で行われていたことになる。

措置入院をはじめとする非自発入院は入院患者の重症度の指標となりうるから、以上のデータは、重症患者の入院治療に関しては、精神科救急事業が大きな役割を占めていることを示唆している。

ただし、図 5 に示したように、精神科三次救急ケースは、大都市圏に集中している。夜間・休日における措置入院のほぼ全数が警察官通報を起点としていることを考慮するならば、大都市圏での精神科救急医療へのアクセスに関しては、警察官通報による措置入院（緊急措置入院を含む）が大きな比重を占めているということができよう。

図 6 は、人口万対受診件数と入院率の 2 軸が作る座標平面上に各都道府県をプロットした散布図で、受診件数が多いほど入院率が低い負の相関が明かである。また、大都市圏が

多く含まれる左上の群では入院を要する重症ケースに受診患者がトリアージされ、過疎地区を含む右下の自治体では入院を要しない軽症患者も救急事業を利用していることが示されている。

以上のように、わが国において、精神科救急事業は、大都市圏では重症患者の入院治療へのアクセスを支援し、人口減少が進む地方圏域では精神科利用者の在宅ケア支援に寄与しているといえよう。

### 2．本事業の実績報告様式への提案

精神科救急事業による受診総数は、図 7 に見るように、近年は 4 万件ほどで横ばい、入院件数は三次救急を中心に微増傾向にある。しかし、ここ 3 年ほどは、年度による変動が目立つ。図 8 に示した受診前相談件数の推移では、この傾向がさらに顕著である。年報の報告値が年度によって 2～4 倍もの変動を示す自治体もあり、事業実績の報告基準が自治体や報告者によって異なることを物語っている。

表 1 で示したように、今年度においても、精神医療相談事業と受診施設に通院中の患者による本事業の利用状況に、報告基準のばらつきに基づくと思われるデータの欠損や記録の矛盾が目立つ。こうしたばらつきを是正しなければ、実績報告の意味が薄れるだけでなく、年間 40 億円ほどの公金が投入される本事業運用の公正さが問われることともなる。

今後は、精神科救急医療情報センターと精神医療相談事業の違いを再確認し、報告事項を整理するなど、報告様式を全般に見直す必要がある。具体的には、受診前相談事業の運用台帳、および本事業利用者の受診台帳を規格化し、記録の意味を理解した上で月ごとにデータを積み上げて行くための作業マニュアルを作成して配布することを提案したい。

### 3. 精神科急性期治療の水準向上のために

わが国において、精神科救急・急性期医療をリードしてきたのは、全国に展開する精神科急性型包括病棟（精神科救急入院料病棟および急性期治療病棟）である。特に精神科救急入院料病棟には、「重症患者を常時受け入れ、手厚い医療によって早期退院を図り、退院後は在宅ケアを支える」という機能が期待され、それに沿う形で診療報酬上の認可基準が設定されてきた。

これまでの研究から、病床規模では7%ほどを占めるにすぎない精神科急性型包括病棟群が、年間7回転という高い病床回転によって、重症患者を中心に、わが国の年間入院件数の4割近くをカバーしていることが判明している。

図9に精神科救急入院料認可施設数の推移、図10には平均在院日数の推移を示したが、精神科急性型包括病棟が保険診療に掲載された1996年から2016年までの20年間で、わが国の精神科病院の平均在院日数は441日から270日と61.2%短縮し、在院患者数は338,714人から288,890人へと約5万人（14.7%）減少したことがわかる。

すなわち、精神科急性型病棟の普及が、わが国の精神科医療における臨床的・経営的な長期在院依存体質を短期入院・在宅ケア中心へと徐々にシフトさせてきたこと、言い換えれば日本型の脱入院化を牽引してきたことが数値に表れているといつてよい。

ところで、これまで本研究班は、精神科救急入院料認可施設に対して、毎年、当該病棟の運用状況に関するアンケート調査を実施してきたが、回答率は7割前後にとどまってきた。それでは現状を把握していることにはならないため、今年度は630調査とNDBを活用して悉皆的なデータの収集を試みた。

また、こうした病棟単位のミクロな調査・分析と並行して、今回は、地域単位の精神科救急医療資源の整備状況をモニターする体制も試作した。今後は、これを地域医療計画の

策定に活用し、わが国における精神科医療の全般的な水準向上を図るべきであろう。本研究が、これらの動向を加速する契機となることを願うものである。

### E. 結論

精神科救急医療体制整備事業の運用状況を分析し、その適正な運用のために都道府県による報告様式を見直すことを提案した。また、わが国の精神科救急・急性期医療をリードする急性型包括病棟の運用実態を630調査とNDBから悉皆的にモニタリングする体制、および精神科救急医療の資源を全国レベルで把握する体制の構築に着手した。こうしたミクロ、マクロ双方のモニタリング体制によって、わが国における精神科救急・急性期医療の透明化と水準向上が持続的に図れるものと期待される。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表等

なし

#### 2. 学会発表等

なし

### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### [参考文献]

- 1) 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
- 2) 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

## 精神科急性型入院料認可施設数マッピング

### 1. 都道府県別



### 2. 精神科救急医療圏別(千葉県)



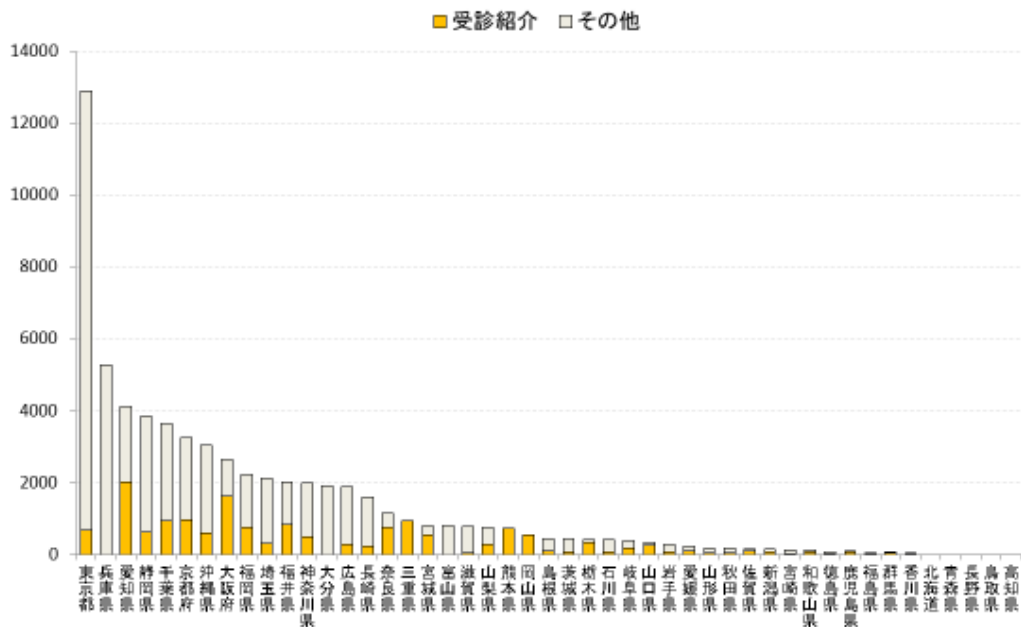
精神科救急医療圏	値
東葛西部圏	6
千葉市	4
君津圏	2
市原圏	1
印旛圏	1
香取海浜圏	1
山武長生東関圏	1
東葛北部圏	1

表1 精神科救急事業の概要

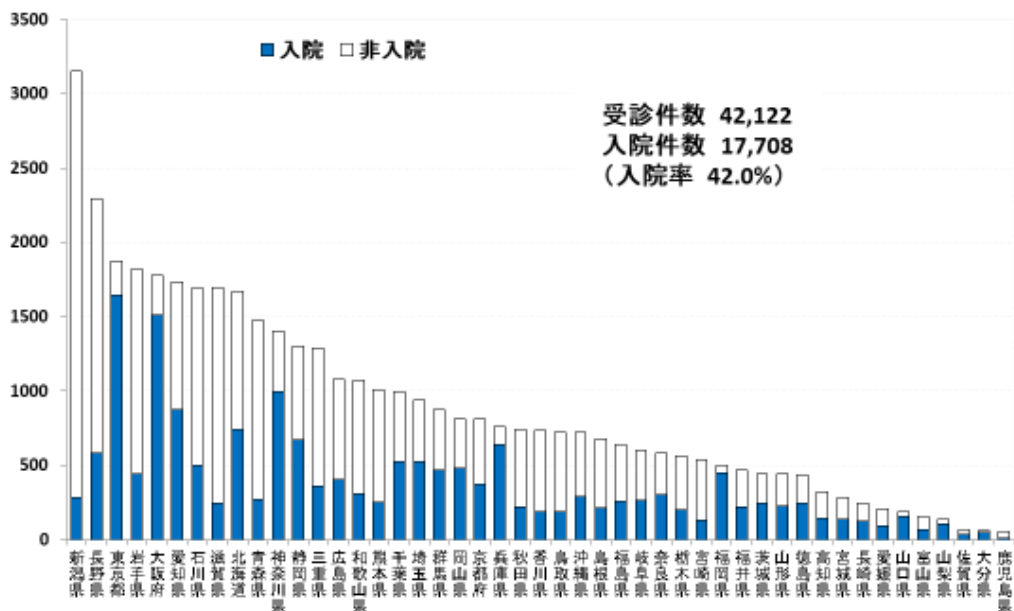
都道府県	受診前相談事業			受診件数		入院件数		入院形態内訳					
	情報センター	うち受診紹介	精神医療相談	うち通院中		うち通院中		緊措	措置	応急	医保	任意	その他
北海道			4168	1672	0	741	0	12	3	39	433	252	2
青森県				1478	1393	274	151	0	4	4	161	101	3
岩手県	275	70	3153	1822	1370	443	234	0	4	3	204	232	0
宮城県	812	541	2618	286	68	138	23	0	55	0	72	11	0
秋田県	165	51		743	401	219	82	0	5	0	113	101	0
山形県	185	39		443	217	226	92	10	7	5	156	48	0
福島県	37	23		639	306	260	85	0	40	7	129	84	0
茨城県	433	81		444	267	246	110	43	27	1	157	18	0
栃木県	424	333	664	565		201		103	54	0	33	11	0
群馬県	36	33		874	374	470	138	94	24	4	256	92	0
埼玉県	2126	295	8823	940	58	527	38	32	242	3	243	7	0
千葉県	3650	936		997	8	528	4	87	116	9	288	26	2
東京都	12893	672	20410	1874	0	1647	0	985	0	6	633	23	0
神奈川県	1981	484	15580	1403	442	997	4	145	487	14	322	29	0
新潟県	136	74	1197	3153		285		0	0	0	213	54	18
富山県	794		2555	160	160	71	27	0	0	0	61	10	0
石川県	399	58	631	1699	1371	503	314	3	35	21	339	95	10
福井県	2006	838	1006	471	153	222	57	11	28	6	124	52	1
山梨県	747	278	639	139	139	106	1	23	6	0	71	6	0
長野県				2296		584		52	62	21	241	201	7
岐阜県	388	163	343	602		267		3	2	5	164	93	0
静岡県	3863	629	13227	1299	464	674	219	78	2	21	465	106	2
愛知県	4124	2002	4124	1736	208	874	117	21	0	38	525	289	1
三重県	941	941	1186	1287	190	359	54	39	0	24	215	81	0
滋賀県	778	41	778	1697		243		32	2	11	131	64	0
京都府	3242	954	?	809		373		65	15	26	221	46	0
大阪府	2636	1626	17679	1780	16	1513	10	170	0	208	856	277	2
兵庫県	5272		1630	763		639		26	4	49	388	98	74
奈良県	1150	760		580	580	305	43	27	1	11	202	64	0
和歌山県	129	66		1072	670	309	83	14	8	4	183	100	0
鳥取県			8152	726	165	186	51	2	3	3	90	88	0
島根県	446	95	6036	679	155	215	44	4	18	1	99	87	6
岡山県	534	534	3517	813	813	482	216	5	21	34	256	166	0
広島県	1887	293	1887	1082	277	406	69	9	64	6	205	122	0
山口県	325	244	1751	190		155		0	22	1	104	28	0
徳島県	82	15		436	103	244	43	1	0	15	97	105	26
香川県	17	15	1094	738	738	186	36	0	10	0	53	75	48
愛媛県	239	85	239	209	209	95	38	0	1	0	62	32	0
高知県				321	72	142	35	0	17	3	74	48	0
福岡県	2236	743		503	22	451	19	164	13	12	213	49	0
佐賀県	142	91	?	69		36	17	0	0	0	28	8	0
長崎県	1595	217	65	249		127		4	26	4	32	41	20
熊本県	728	728	1033	1008	319	254	42	0	0	5	153	96	0
大分県	1911	1		59	16	49	14	30	7	0	12	0	0
宮崎県	134	29		537	537	134	64	6	8	3	64	53	0
鹿児島県	74	64	352	56	27	13	5	0	0	0	4	9	0
沖縄県	3028	604	3028	724	724	289	0	2	6	2	163	116	0
合計	63000	15746	127565	42122		17708		2302	1449	629	9308	3794	222

情報センターと同じ  
又は包含される
受診総数と同じ  
? 集計に矛盾
年度途中から集計

# 図1 精神科救急医療情報センター実績 2016年度

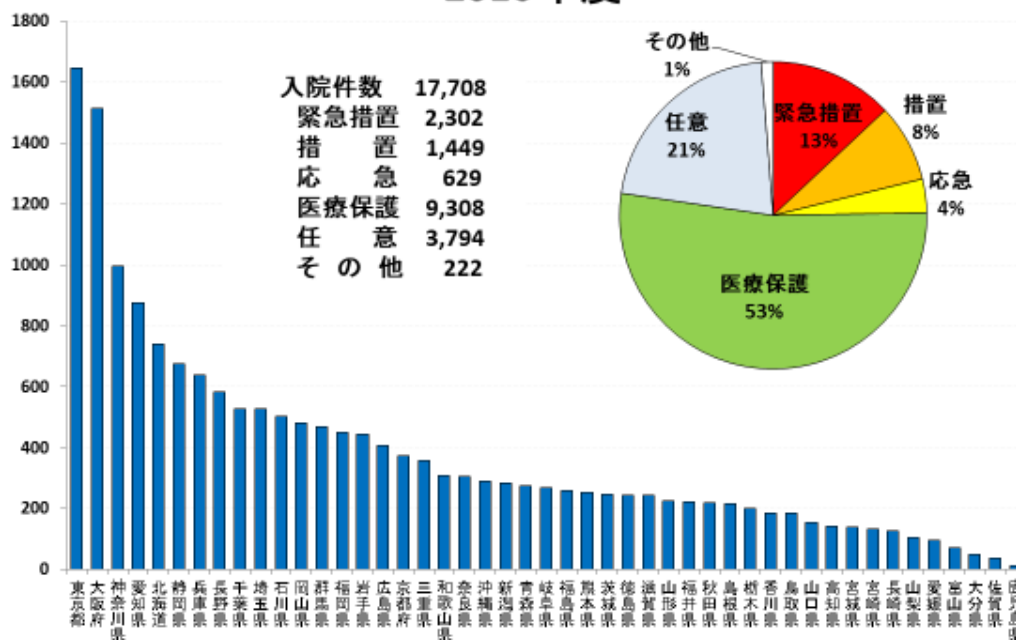


# 図2 都道府県別救急事業実績 2016年度

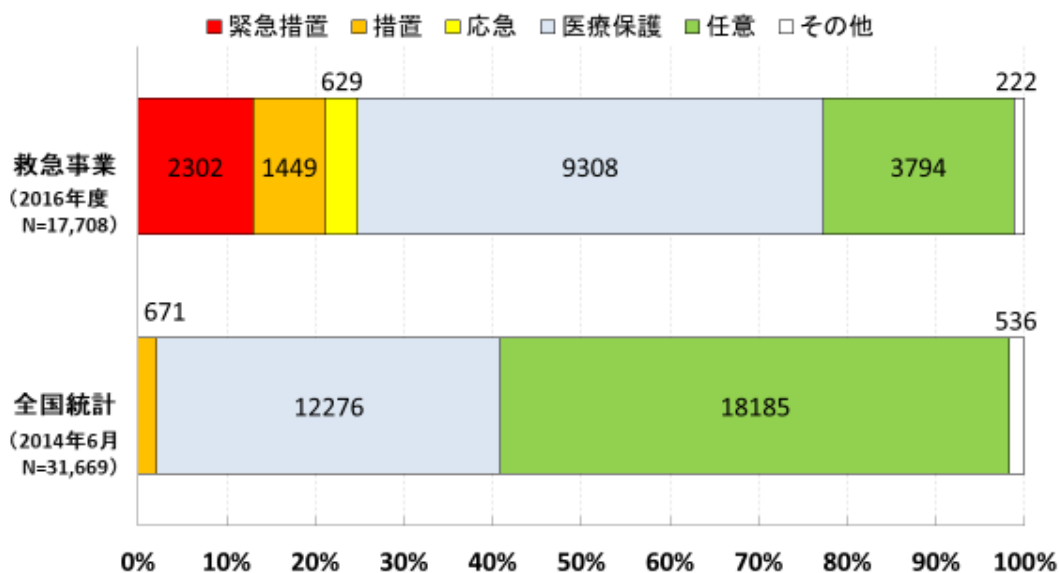




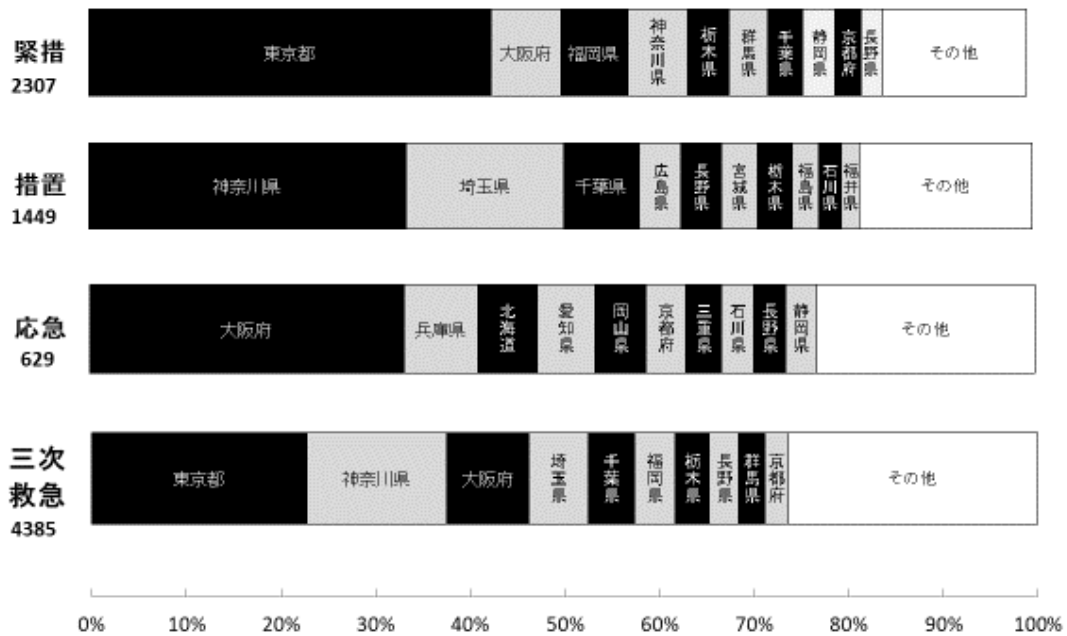
### 図3 都道府県別救急事業入院実績 2016年度



### 図4 入院形態の比較



### 図5 精神科三次救急の都道府県比率 2016年度



### 図6 人口万対受診数と入院率 2016年度

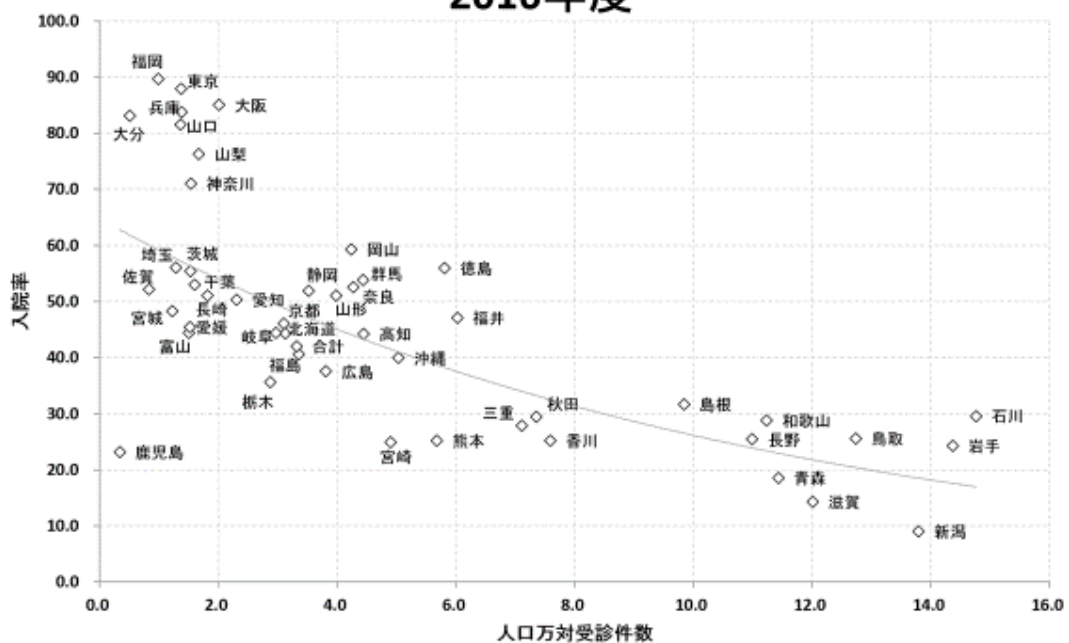


図7 救急事業実績の推移

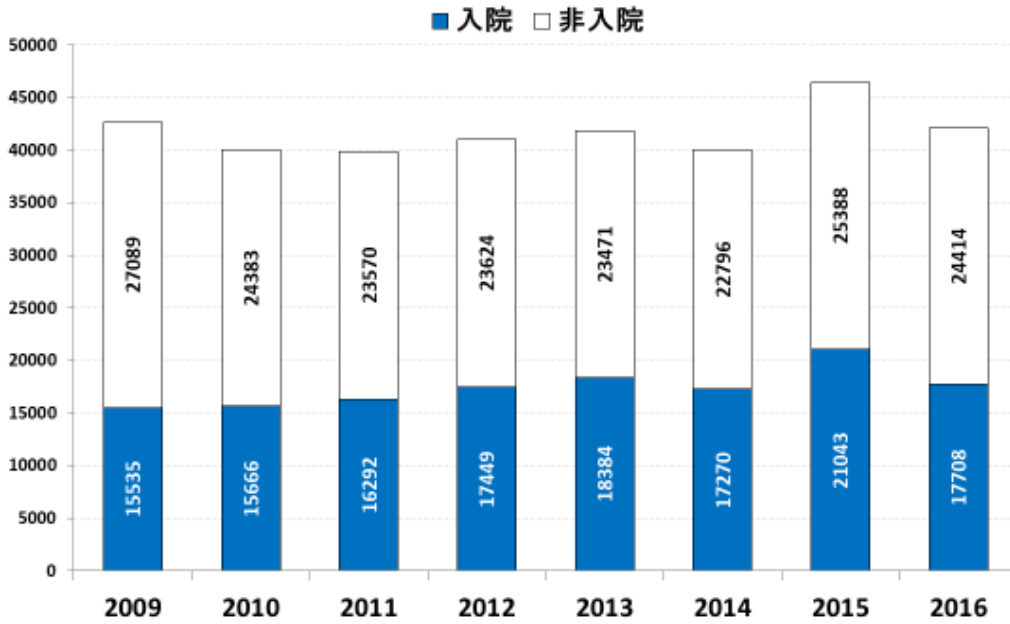


図8 受診前相談件数の推移

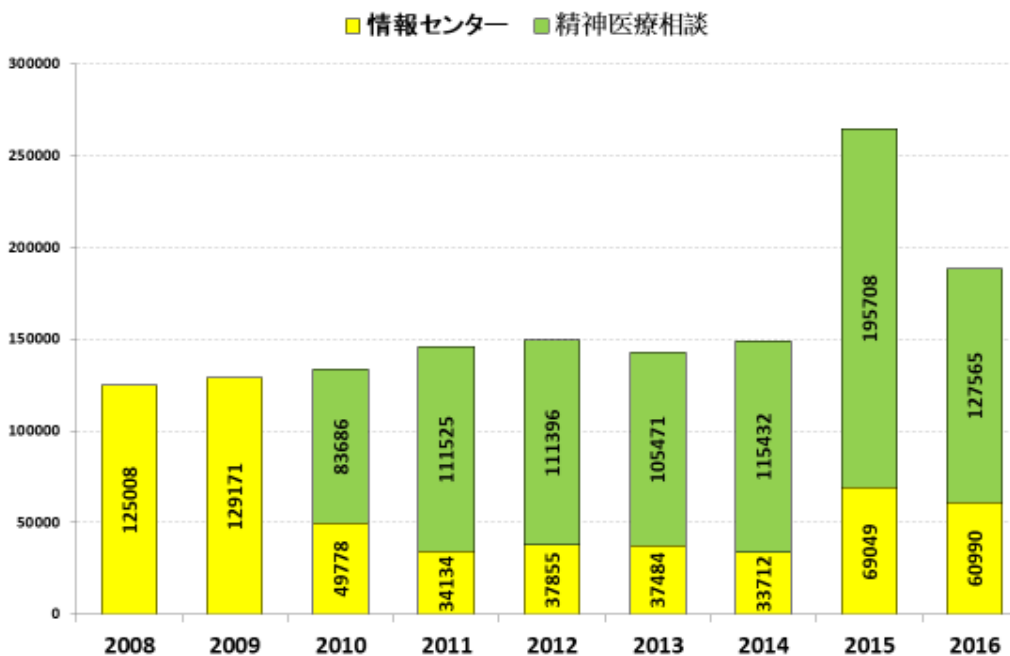
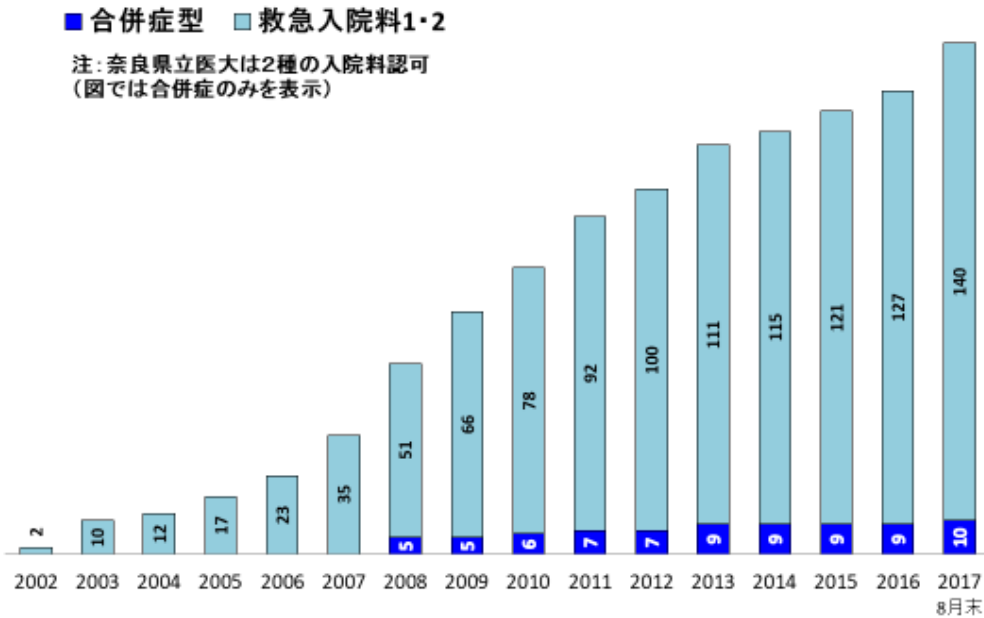


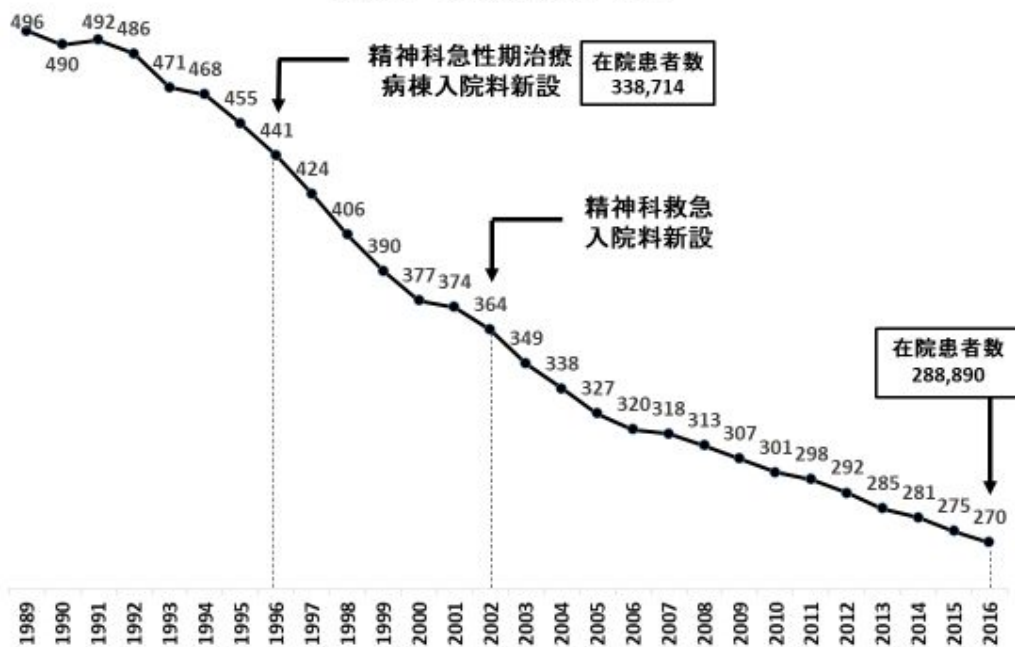
図9 精神科救急入院料病棟認可施設数の推移



9

図10 わが国の精神科平均在院日数の推移

～厚労省「病院報告」より～



10

## 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

研究分担者： 八田耕太郎（順天堂大学）

研究協力者： 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）

### 要旨

抗精神病薬の単剤治療が理想であるが、救急・急性期の現場で実際に併用に陥らずに切替えて対応できるのがどの程度かは明らかでない。そこで、次の研究疑問を検証することを目的に本研究を企画した。 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。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、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。初年度成果として、開始から 6 ヶ月経過した 2 月末日時点の集積症例数 1,134 で、目標の 1,000 例を既に超えて順調に進捗している。

### A．研究の背景と目的

一般的に統合失調症に対する薬物療法として、抗精神病薬の 2 剤併用は避けるべきとされている。国際的な NICE ガイドライン<sup>1</sup>でも、日本神経精神薬理学会のガイドライン<sup>2</sup>でも、主に非救急・非急性期の試験を基に同様の推奨をしている。しかし救急・急性期においては、二重盲検ランダム化比較試験を実施することの現場的困難さから、エビデンスに乏しい。実際、救急・急性期における抗精神病薬の 2 剤併用は珍しくなく、一般的なガイドラインの推奨との乖離は明白である。それにもかかわらず、救急・急性期の現場にお

ける抗精神病薬の 2 剤併用の実態は明らかでない。そこで、精神科救急・急性期医療の現場で、次の研究疑問を検証する。

- ・精神病性障害の救急・急性期において、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 を実施する割合

初年度は上記研究を後述の通り多施設共同で開始した。1 年かけて集積する結果の解析と最終成果物である精神科救急医療ガイドラ

イン薬物療法改訂版を作成する。

## B. 方法

### (1) 研究方法の概要

登録期間 9 か月間で 1000 例以上の連続症例の治療実態を JAST study group に加わっている主要な精神科救急医療機関である 11 病院で横断研究デザインにて調査する。侵襲も介入もない日常診療の記録を集計して検討する内容である。

### (2) 研究のデザイン

順天堂大学医学部附属練馬病院主管・多施設共同・横断研究

### (3) 研究対象者の選定方針

#### 1) 選択基準

下記の全ての基準を満たす。

平成 29 年 9 月 1 日から 30 年 5 月 31 日の間に救急入院する患者のうち、米国精神医学会診断基準 (DSM-5) の統合失調症、統合失調感情障害、統合失調症様障害、短期精神病性障害、妄想性障害、あるいは統合失調型パーソナリティ障害に該当する患者

公開文書 (オプトアウト) 対応でデータ使用に同意しない申し出のない患者

年齢制限なし

性別制限なし

入院

#### 2) 除外基準

選択基準 で示した診断以外の患者

### (4) 予定する研究対象者数

全体で 1000 人以上

### (5) 対象者数の設定根拠

本研究は日常診療下の観察研究であり、研究期間内での実施可能数として設定した。

### (6) 評価の項目及び方法

#### 1) 主要評価項目 / 主要エンドポイント / 主要アウトカム

・ 3 か月未満の退院時あるいは 3 か月経過時点で投与されている抗精神病薬の単剤割合

#### 2) 副次的評価項目 / 副次エンドポイント / 副次アウトカム

・ 3 か月未満の退院時あるいは 3 か月経過時点で、クロザピンの適応があるが導入できない割合

・ 3 か月以内の入院中に ECT を実施した割合

### (7) 統計解析方法

主要観察項目は記述統計、その他の観察項目は最終の単剤群と併用群との間で  $\chi^2$  乗検定、t 検定、年齢に差があれば共分散分析を用いて解析する。

評価のタイミングが 3 か月未満の退院時あるいは 3 か月経過時点という精神科救急入院の現実に即していることから、オプトアウト対応でデータ使用に同意しない申し出のない限り中止・脱落例は発生しない。欠測値も、主要評価項目、副次的評価項目ともに割合であるため発生しない。

### (8) 観察および検査項目 (用いる試料・情報) とその実施方法

以下の項目について、観察および検査を実施し、そのデータを本研究に利用する。これらはすべて日常診療で実施される項目であり、その頻度も日常診療と同等である。

1) 患者基本情報: 年齢、性別、入院時入院形態、診断名、依存物質使用の有無、入院中の喫煙の有無、罹病期間、服薬歴、入院時服薬状況

2) 血液検査: 空腹時血糖、LDL コレステロール (LDL-Chol)、中性脂肪 (TG)、血中プロラクチン (PRL)

3) 体重 kg

4) 心電図: QTc 間隔

5) 錐体外路症状の有無

6) 治療内容、使用薬剤等：抗精神病薬 1 剤目、抗精神病薬 2 剤目、抗精神病薬 3 剤目、入院時の抗精神病薬併用の有無、退院時/3 ヶ月での抗精神病薬併用の有無、入院時の上限量超の有無、退院時/3 ヶ月での上限量超の有無、ECT 実施の有無

7) 入院時の臨床全般印象度-疾病重症度 (CGI-S) 退院時/3 ヶ月での臨床全般印象度-疾病改善度 (CGI-I)

### (9) 他機関への試料・情報の提供

共同研究機関で得られた情報は匿名化して各共同研究者が管理する。その情報は集計・解析を行う研究責任者に送られる。その情報は研究責任者が管理する。

### (10) インフォームド・コンセントを受け る手続き

#### 1) 手続き方法

研究について拒否機会を設けた情報公開を行う。

#### 2) 同意取得の具体的方法

情報公開文書の掲示によるオプトアウト

#### 3) 個人情報等の取扱いと匿名化の方法

##### ・個人情報の取扱い

本研究に係わるすべての研究者は、「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施する。

研究実施に係る試料・情報を取扱う際は、研究独自の番号を付して管理し、研究対象者の秘密保護に十分配慮する。試料・情報を研究事務局等の関連機関に送付する場合はこの番号を使用し、研究対象者の氏名、生年月日などの情報が院外に漏れないよう十分配慮する。また、研究の結果を公表する際は、氏名、生年月日などの研究対象者を特定できる情報を含まないようにする。研究の目的以外に、研究で得られた研究対象者の試料・情報を使用しない。

##### ・匿名化の方法

情報を取得した時点において、氏名、生年月日などの直ちに個人を特定出来る情報を削除、する。

4) 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益、これらの総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策

##### ・研究対象者に生じる負担

侵襲も介入もない日常診療の記録を集計して検討する内容であるため、該当しない。

##### ・予測されるリスク

侵襲も介入もない日常診療の記録を集計して検討する内容であるため、該当しない。

##### ・予測される利益

本研究は日常診療による観察研究であり、研究対象者に直接の利益は生じない。

・総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策

本研究は日常診療による観察研究であり、検査項目や頻度も日常診療と同等のため、特段の対策は講じない。

#### 5) 試料・情報等の保管及び廃棄の方法

##### ・本研究で得られた試料・情報

本研究で収集した試料・情報は、研究の中止または研究終了後 5 年が経過した日までの間施錠可能な場所（研究責任者および各分担研究者の施錠可能な引き出し）で保存し、その後は個人情報に十分注意して廃棄する。保管する資料・情報からは氏名、生年月日などの直ちに個人を特定できる情報を削除し保管する。

保管が必要な理由：研究終了後も論文作成やデータ確認を行う事が想定されるため。

具体的な廃棄の方法：その後は、個人情報に十分注意して、情報はコンピュータから専用ソフトを用いて完全抹消し、紙媒体(資料)はシュレッダーにて裁断し廃棄する。

##### ・研究に用いられる情報に係る資料

研究責任者は、研究等の実施に係わる重要な文書（申請書類の控え、病院長・研究科長からの通知文書、各種申請書・報告書の控え、データ修正履歴など研究に用いられる情報の

裏付けとなる資料または記録等)を、研究の中止または研究終了後5年が経過した日までの間施錠可能な場所で保存し、その後は個人情報に十分注意して廃棄する。

#### (11) 研究機関の長への報告内容及び方法

研究責任者は以下について文書により研究機関の長に報告する。なお、については、年1回の報告を行い、以降の項目は、適宜報告するものとする。

研究の進捗状況

研究の倫理的妥当性若しくは科学的合理性を損なう事実若しくは情報又は損なうおそれのある情報であって研究の継続に影響を与えると考えられるものを得た場合

研究の実施の適正性若しくは研究結果の信頼を損なう事実若しくは情報又は損なうおそれのある情報を得た場合

研究が終了(停止・中止)した場合

研究に関連する情報の漏えい等、研究対象者等の人権を尊重する観点又は研究の実施上の観点から重大な懸念が生じた場合

#### (12) 研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

本研究は、公的な資金(厚生労働省科学研究費補助金の障害者政策総合研究事業(精神障害分野)「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(H29-精神-一般-002)」で賄われ、特定の企業からの資金は一切用いない。

また、本研究の研究者は、「順天堂大学医学系研究利益相反マネジメント規程」および「人を対象とする医学系研究に係る利益相反に関する標準業務手順書」に則り、順天堂医院医学系研究利益相反マネジメント委員会に必要事項を申告し、その審査を受けるものとする。

#### (13) 研究に関する情報公開の方法

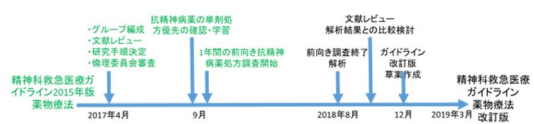
介入研究ではないため登録していない。

#### (14) 研究結果の発表・公開

研究結果・成果は厚生労働省科学研究費補助金の報告書、論文発表・学会発表・日本精神科救急学会ホームページ掲載を予定している。

#### (15) 研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応方法

院内掲示する公開文書(オプトアウト)に、問い合わせ先として、研究責任者あるいは各共同研究者の所属・職名・氏名・病院代表電話番号を明記する。



### C. 結果 / 進捗

6カ月経過時点(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、ガイドライン薬物療法改訂版の草案作成を12月末を目標に行う。日本精神科救急学会等に諮り、調整の上、平成31年3月末を目標に改訂版を公表する。

### D. 考察

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研究により、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をせざるを得ない割合を明らかにできる。この成果は、現在ある



日本精神科救急医療ガイドライン 2015 年版の薬物療法<sup>3</sup>の改訂版として公開する予定である。

同時に、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、厚生労働行政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。

#### E. 健康危険情報

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)

##### 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

なし

#### 文献

1. 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.
2. 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
3. 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

## 「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」

研究分担者 松本俊彦

国立研究開発法人 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 部長

### 要旨

【研究目的】本分担研究班の目的は、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応を、1) 司法的な対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への介入のあり方、という2つのテーマを検討し、対応の指針案を開発することである。

【研究方法】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研究協力者を募り、この2つのテーマに関して意見交換を行い、論点を整理した。

【結果と考察】「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。

### 研究協力者（五十音順）

新垣 元 医療法人卯の会 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

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

花岡晋平 千葉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

## A. 研究目的

平成 28 年 7 月に発生した相模原障害者施設殺傷事件は、措置入院のみならず、精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方に関して大きな問題を提起するものであった。というのも、犯行 5 ヶ月前に加害者が措置入院となった際、簡易検査において尿中から大麻成分が検出され、後になって事件が発生し、加害者が逮捕された直後にも、尿中から大麻成分が検出されたからである。そのような経緯から、精神科救急医療における薬物問題への介入をめぐって 2 つの批判がなされた。1 つは、「なぜ措置入院先の医療機関は、患者の大麻使用のことを告発しなかったのか」、あるいは、「大麻にも使用罪はないものの、麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)に基づく麻薬中毒者として届出の対象となるのではないか」というものであった。そしてもう 1 つは、「なぜ措置入院中に薬物問題に対する積極的な治療的介入がなされなかったのか」という批判である。

これら 2 つの批判は、精神科救急医療や薬物依存症専門治療に従事する者にとって大きな課題を突きつけている。前者の批判についていえば、薬物依存症治療の根幹にかかわる問題であり、薬物依存症に対して理解のある医療者ほど、守秘義務を優先して患者の違法薬物使用を告発しない傾向にある。そうすることで患者に対するアセスメント精度、ならびに治療アクセスや治療継続性の向上が期待できる。何よりも薬物依存症に関する学術的な知見(Emmelkamp & Vedel, 2006)は、薬物依存症は再発と寛解をくりかえす慢性疾患であり、治療経過中の再発は最初から織り込み済みの現象であることを示している。事実、国際的な治療ガイドライン(National Institute on Drug Abuse, 2018)でも、患者の違法薬物使用は司法的対応をせずに治療的に活用することを推奨している。

しかし、このことは必ずしもわが国の精神科医療関係者のすべてに受け入れられているわけではなく、違法薬物乱用患者の告発や届出のあり方に関しては、同じ精神科医のあいだでも見解に微妙な相違がある。まして相模原障害者施設殺傷事件のような惨事が発生した場合、告発しなかったことで医療者側が批判されるリスクもある。

また、後者の批判についていえば、精神科救急医療そのものが内包するジレンマと密接に関連している。精神科救急医療の中心となる非自発的入院においては、人権擁護の観点から患者に提供される治療は必要最小限度にとどめ、人権が制限される期間をできるかぎり短くすることが推奨されてきた経緯がある。そしてそのことが、精神科救急医療においては、治療はもっぱら薬物誘発性精神病症状に限定し、その基底にある薬物乱用・依存に介入しない理由とされてきた。しかし、ひとたび大惨事が発生すると、人権擁護よりも薬物乱用・依存に介入しなかったことが批判の対象となる可能性がある。

おそらく今日精神科救急医療に求められているのは、患者への人権侵害を最小に抑えつつ、限られた入院期間で薬物乱用・依存に対して介入する方策である。それには、患者の違法薬物使用を治療的に扱うことに関して法的な根拠を明らかにするとともに、精神科救急病棟入院中に実施可能な介入の内容を明らかにし、簡易な介入ツールを開発することが必要である。

そこで、本分担研究では、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応指針案を開発することを最終的な目的とし、今年度については、1) 司法的対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への治療のあり方という 2 つのテーマを検討し、これらの問題に対する論点を整理することを目指した。

## B. 研究方法

本研究では、主としてエキスパートおよび関連団体の合意形成を目標とした。そのため、研究協力者として、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に加え、精神科病院協会と精神科診療所協会からも研究協力者を募り、意見交換を行い、論点を整理するという方法を採用し、必要に応じて調査実施や治療方法の開発といった各論的な主題を深める計画とした。その際、「精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方」、および、「精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方」という2つのパートに分けて検討し、最終的にそれらを総合して、精神科救急医療における患者の薬物問題への対応指針案にまとめていくこととした。

以下に、各パートの研究方法について述べる。

### 1. 精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方

このパートでは、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。分担研究会議は平成29年4月16日および7月9日の2回開催した。

意見交換に際しては、論点を大きく以下の2つに絞って議論することとした。1つは、「精神科救急医療の場で患者の違法薬物使用を知った場合の対応」である。その際の医療者としてとるべき行動の法的根拠を明らかにするとともに、その医療者が公務員（精神保健指定医もその業務に従事する際には非常勤の嘱託公務員という位置づけとなる）である場合の対応について検討した。もう1つは、麻向法58条の2麻薬中毒者の届出に関して議論した。会議終了後には議事録案をメール上で共有し、その議事録を踏まえた論点整理を行った。

### 2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

このパートでは、主に精神科急性期医療の専門家、薬物乱用・依存治療の専門家を中心に、精神科救急病棟において薬物乱用・依存に介入することの是非、ならびに、介入するとすればどのような方法が求められ、必要とされるツールはどのようなものなのかについて意見交換を行った（平成29年4月19日分担班会議）。

その上で、すでに精神科救急病棟で薬物乱用・依存への介入を実践する医療機関の担当医師よりヒアリングを行い、精神科救急医療における薬物乱用・依存に介入する際の仮題を抽出した。さらに、精神科救急病棟で使用できる簡易介入ツールと家族への情報提供に資する啓発資料の開発を行った。

（倫理的配慮）本研究は、様々な領域の専門家による討議を通じての合意形成、ならびに論点整理をするものであり、現時点では患者の情報を収集はしていない。よって、倫理審査などの手続きは踏んでいない。

## C. 研究結果

### 1. 精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方

第1回会議（平成29年4月16日）では、「精神科救急医療の場で患者の違法薬物使用を知った場合の対応」と「麻向法58条の2麻薬中毒者の届出」に関して意見交換をし、対応の根拠となる法令および判例を確認した。その後、議事録とメール上の協議を踏まえて、論点を整理した。第2回（平成29年7月9日）では、第1回会議で整理された論点をさらに検討し、メール上の協議を経て、現時点における最終的に論点整理を行った。

以下にその結果を示す。

## 1) 医療者が患者の違法薬物使用を知った場合の対応

### 医療者の守秘義務について

刑事訴訟法 239 条 1 項は、広く一般人は犯罪を告発できることを定めている。そのことを前提としたうえで、会議では、医療者に、患者の規制薬物(麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬及び向精神薬、大麻取締法に規定する大麻、あへん法に規定するあへん及びけしがら、並びに覚せい剤取締法に規定する覚せい剤をいう)使用を「警察に」通報することを義務づけた法令はないことが確認された。そして、刑法 134 条 1 項によって、医師等の医療職に就く者が「正当な理由がないのに、その業務上知り得た秘密を漏らしたときは、6 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金に処する」と規定されている(秘密漏示罪)ことも共有された。

こうした事実を踏まえれば、治療を希望する薬物依存症患者の規制薬物使用を告発することは、「正当な理由なき秘密漏示に当たるのではないか」という見解もありえる。そのことの傍証となるのは、米国国立薬物乱用研究所が数多くのエビデンスにもとづいて提唱した、薬物依存症治療に関する国際的なガイドライン(National Institute on Drug Abuse, 2018)である。そのガイドラインによれば、患者の規制薬物使用が判明した場合には、司法的な対応ではなく、あくまでも治療的に活用すべきであるという。

しかし同時に、患者の規制薬物の使用を告発したからといって、その医療者がただちに秘密漏示罪に問われるわけではない。秘密漏示罪に関する刑法 134 条 1 項は、「正当な理由がないのに」秘密を漏示した場合に限られるとしており、このことは、正当な理由がある場合には秘密を漏示することが許容されることを想定している。

事実、研究協力者の柑本美和がまとめた巻末の資料 1 によれば、判例「最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 巻 6 号 600 頁」は、医師が患者の尿検体から検出された覚せい剤反応の情報を警察に伝えたのには「正当な理由がある」として違法性が否定されているものの、「通報しなければならぬ」とはしていない。要するに、同判例は医療者によ

る犯罪告発を奨励するものでも、また、守秘義務遵守を奨励するものでもなく、あくまでもあの状況下での「告発は守秘義務違反にはあたらない」という裁判所の判断を示したものでしかなく、患者の規制薬物使用の告発に関する医師の裁量を許容するものと考えられる。

なお、会議では、平成 17 年の最高裁判例に関して、検査検体の所有者は患者自身であり、その検体の結果を犯罪行為の告発のために用いるのは、目的外使用にあたるのではないかと、という意見があった。その意見によれば、検査検体を犯罪の告発に用いる場合には、本来は、患者の検査結果の使用目的を説明し、同意を得たうえで再度採尿し直すべきであるとのことであった。

### 当該医療者が公務員である場合

患者の違法薬物使用を知った医療者が公務員である場合、刑事訴訟法(以下、刑訴法) 239 条 2 項に定められた「公務員の犯罪告発義務」との関係は無視することはできない。この刑訴法 239 条 2 項は、一般的には、当該公務員に犯罪を告発する法律上の義務を課したものであると理解されており、これに違反した場合には、たとえば、国家公務員法 82 条 2 号の「二 職務上の義務に違反し、又は職務を怠つた場合」に該当し、これに対しては「懲戒処分として、免職、停職、減給又は戒告の処分をすることができる」とされている。非自発的入院や行動制限の判断をする精神保健指定医もまた、その職務においては、非常勤の嘱託公務員の立場にあることから、この問題は精神科救急医療では避けて通れないテーマである。

会議において確認されたのは、同じ公務員でも職務内容によっては、職務上正当と考えられる程度の裁量は認められると解釈されている(河上・古田・原田・中山・渡辺・河村 編: 大コンメンタール刑事訴訟法第 2 版第 4 巻, 2012.)ということであった。すなわち、行政機関としても、その機関の目的に応じて、「告発を行うことによりその行政機関にもたらされる不利益」と、「告発を行わず犯罪が訴追されないために生じる不利益」とを比較して、「告発を行うことによってその行政機関にもたらされる

不利益」の方が大きい場合には、告発しなくても刑法 239 条 2 項の義務違反には当たらない、と理解されているのである（安富潔，刑事訴訟法，2009）。

こうした見解にしたがえば、公的機関（例：公的医療機関、保健所、精神保健福祉センター）であっても、患者が治療の継続を強く希望しており、逮捕等により治療が一時中断されることによる不利益の方が大きいと判断される場合には、医療者は守秘義務の趣旨を踏まえ、患者の秘密を守ることは可能であると考えられる。

会議では、この告発に関する裁量権については別の学説からも導き出されることも指摘された（詳細は巻末の資料 1 参照）。それは、刑法 103 条と 144 条との均衡上から告発義務はない、とする見解である。刑法 103 条は、「公務員又は公務員であつた者が保管し、又は所持する物について、本人又は当該公務所から職務上の秘密に関するものであることを申し立てたときは、当該監督官庁の承諾がなければ、押収をすることはできない」と定め、144 条は、「公務員又は公務員であつた者が知り得た事実について、本人又は当該公務所から職務上の秘密に関するものであることを申し立てたときは、当該監督官庁の承諾がなければ証人としてこれを尋問することはできない」と定めている。

このことは、刑法は公務員に対して、一方で犯罪の告発を義務づけながら、同時にその一方で、職務上知り得た秘密に関しては捜査協力を拒む権限も担保していることを意味する。このような事情から、刑法 239 条 2 項に定められた「公務員の犯罪告発義務」に関しては、刑法 103 条および 144 条との均衡を考慮し、それが犯罪に関するものであっても原則として告発義務はない、と解することができるという（藤永・河上・中山 編：大コンメンタール刑事訴訟法第 1 版第 3 巻，2004）。この解釈は、医療などを本務とする公務員にも適用しうると考えられた。

#### 犯罪の告発を検討すべき状況

会議では、犯罪の告発を検討すべき状況についても議論がなされた。ここまで述べてきたように、

公務員であっても、所属機関の目的などに応じて犯罪告発に関する裁量が許容されている。

しかし会議では、次の 2 つの状況では守秘義務の解除を検討すべきではないかという意見があった。1 つは、患者の薬物使用がただちに他者の権利を深刻に侵害する結果を引き起こすという高い蓋然性、切迫した危険性があると判断された場合である。もう 1 つは、犯罪を告発し犯人の処罰を求めることについて公益上の強い要請があると判断した場合である。具体的な例をあげれば、他患者への違法薬物の譲渡や販売、使用の勧誘、あるいは、医療者への暴力や威嚇など、治療環境を破壊する行為が見られる場合である。そのような場合には、犯罪告発行為は、刑法 134 条 1 項違反（秘密漏示罪）にはあたらないと解されるということであった。

なお、会議においては、「守秘義務の解除を検討すべき」という表現よりも、「守秘義務の解除が許容される」という表現の方が適切ではないか、という意見が出た。また、精神科医がこうした危険性をどこまで正確に査定できるのかは疑問であり、これを守秘義務解除の要件とするべきではないのではないか、という意見もあった。この点については、刑法によって医療者に課せられた守秘義務の重さをどう捉えるべきかによっても意見が分かれ、さらには、しかるべき状況において守秘義務を解除しなかった場合の医療者の責任とも関連する問題である。引き続き検討を要するであろう。

#### 2) 麻向法 58 条の 2 麻薬中毒者の届出について 麻薬中毒者届出制度と麻薬中毒の定義

会議では、麻薬中毒者届出制度についての確認がなされた。そのなかで、麻向法 58 条 2 項には、「医師の診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときには、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならない」と定められていること、そして、ここでいう医師とは、公務員であるか否か、精神保健指定医であるか否かは問わず、この届出義務を定めており、これを怠った場合には罰則規定があ

ること、さらには、この麻薬中毒者における「麻薬」には、ヘロイン、モルヒネ、コカイン、LSD、MDMA などの麻向法が定める麻薬に加え、あへんや大麻など、他の法令による規制薬物も含まれるが、覚せい剤は含まれていないことが確認された。

会議のなかでは、「麻薬中毒」という用語は現在の医学用語にはない言葉であり、あくまでも行政用語であることから、定義が曖昧ではないか、という指摘もあった。そこで、麻薬中毒者の定義に言及した行政文書を調べたところ、その定義は、昭和 41 年厚生省薬務局長通達のなかで説明がなされていることが判明した。それによれば、「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない」ということであった。この定義にある「精神的身体的依存」という表現は、「精神依存または / および身体依存」を意味し、WHO の精神障害診断分類 ICD-10 における「依存症候群」と近似した概念である可能性が高いことが確認された。

#### 麻薬中毒者届出制度の問題点

前項で述べた麻薬中毒の定義にもとづけば、たとえば、わずか 1 回、麻薬に指摘される幻覚薬を使用して急性中毒による精神病状態を呈したとしても、それだけで麻薬中毒者と診断することはできない。しかしその一方で、麻薬に該当する薬剤の使用様態が ICD-10 依存症候群に該当する患者であれば、すべからく自動的に届出をすることの是非について悩ましいところである。

会議では、まさにこの後者の論点が問題となった。麻薬中毒の定義を厳密に適用した場合、大麻依存症患者もこれに該当するため、麻薬中毒者の届出件数は相当数にのぼると推定される。しかし実際には、昭和 63 年以降の届出件数は、最多年で 19 件(平成 15, 17, 18 年)、最少年で 2 件(平成 24 年)と非常に少ない(麻向法による措置入院については、平成 20 年以降、毎年 0 名が続いて

いる)。国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が隔年で実施している、「全国の精神科医療施設における薬物関連障害実態調査」のデータでは、大麻依存症をはじめとする、麻薬中毒に該当する患者は相当数存在し、その数値は麻薬中毒者の届出件数よりも圧倒的に多い。この事実は、本制度が定義通りに厳密な適用がされているわけではない可能性が高いことを示している。

そうした背景には、医療者のあいだにおける麻向法の周知度の低さに加えて、本制度自体がはらむ問題が影響していると考えられた。その問題点は、大別すると以下の 2 つに整理された。

- (a) 医療アクセスや治療関係構築への弊害: 本制度は、その性質上、司法警察員の関与が避けがたく、したがって、薬物の再使用時に逮捕される危惧が皆無とはいえない。このことから、薬物依存症患者の医療アクセスや治療関係構築に悪影響をおよぼす可能性がある。また、本制度による監督期間は、保護観察などの刑事処分による処遇期間と比べても長期であり、患者にとってはある種の不利益処分である。患者の権利擁護という観点からも慎重な判断と運用が必要である。
- (b) 「精神保健福祉法」中心の精神科医療との齟齬: わが国で中心的な乱用薬物である覚せい剤は、本制度の対象ではなく、覚せい剤関連精神障害は「精神保健福祉法」の枠組みで対応されている(措置入院に関しては、「自傷・他害のおそれ」に依拠する)。また、本制度の対象として当初想定されていたヘロイン依存症患者は、その後、国内で激減し、現在問題となっている「麻薬」の多くは、ヘロインとは薬理作用が異なる幻覚薬が主であり、覚せい剤関連障害と同様、精神病症状によって事例化することが多く、「自傷・他害のおそれ」に依拠した「精神保健福祉法」の措置入院で対応されている。

以上の問題点は、薬物問題に対する社会や専門家の考え方や乱用薬物の種類が、本制度が策定された当時とは大きく変化していることに関係していると考えられた。本制度が始まるにいたった歴史的経緯の詳細については、研究協力者の和田清がまとめた巻末の資料2を参照されたい。

会議の間では、薬物依存症治療の専門家からは、薬物依存症治療に精通していない医師はこの制度を知らないために届出をせず、一方、薬物依存症治療を専門とする医師は、患者との治療関係を維持する意図から届出に消極的となっている現状が指摘された。

本制度は、麻薬中毒者としての措置入院の要否判断、環境浄化(患者に薬物入手先の情報を提供させ、売人等を摘発する)、ならびに、退院後の定期的な監督(アフターケア)制度など、薬物依存症者に対して、刑事司法的な対応よりも医療的な対応に主眼を置いて、1960年代初めに制定されたものであり、当時としては先進的な見識に基づく制度であった。しかし、今日の精神科医療の水準や、薬物関連障害患者の実態に照らすと、時代遅れという印象は否めない、という意見が多数であった。

現状における麻向法58条2項届出のあり方

以上に述べてきたように、本制度は、届出後の監督期間の長さ、あるいは、司法警察員の関与の可能性など、患者の人権面で、精神保健福祉的な支援システムとしては問題があり、今後、見直しが求められるところである。

そこで、現状における運用の暫定的なあり方として、どのような方法がありえるのかを考える必要がある。会議において提案された運用方法は次のようなものであった。それは、「麻薬中毒者の診断は、被診断者に行政処分を課すという重大な決定に至ることも踏まえ、薬物依存症を専門とする精神科医師による慎重な検討(患者の病態や治療経過、薬物使用によって引き起こされると予想される事態など)を経たうえで診断される必要がある。したがって、プライマリケアや一般救急医療に従事する医師が、限られた情報に基づく短時間の診察で麻薬

中毒者と診断することは避けるべきである」というものである。

ただし、このことは、精神科救急医療において、薬物依存症に対する初期治療的介入を妨げるものではない。

## 2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

本分担研究班におけるこのパートでは、精神科救急医療および薬物依存症治療を専門とする精神科医療関係者を中心に2回の会議が開催され、精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方が議論された。

会議当初より参加全員が一致していた見解は、薬物使用による精神症状で精神科救急医療にアクセスした機会は、薬物依存症からの回復過程において重要なターニングポイントとなり得ること、そして、たとえ非自発的かつ短期間の入院治療であっても、患者に併存する薬物乱用・依存に介入することには臨床上重要な意義がある、ということであった。会議では、このことを前提として、精神科救急病棟における具体的な介入の内容について議論が行われた。

以下に、会議において確認された、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を列挙する。

### 1) 患者本人に対する医療

#### 精神医学的評価

- (a) 依存症の重症度の評価: 客観的な評価の指標として、自記式の薬物乱用・依存重症度評価尺度である日本語版 DAST-20 (Drug Abuse Screening Test)を用いるとよい。また、薬物乱用・依存患者の薬物再使用リスクを高める要因の一つとして、様々な程度の飲酒が無視できないことから、アルコール問題に関しても評価すべきである。
- (b) 併存精神障害の評価: 物質乱用・依存の臨床では、双極性障害や統合失調症の併存は他害行動のリスクが著しく高まることか



ら、併存精神障害を看過せず、正確な精神医学的評価にもとづいた治療計画を策定することが重要である。

#### 簡易再発防止プログラムの実施

精神科救急病棟での限られた入院期間においては、SMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)などの系統的な依存症治療プログラムを実施することは現実的ではないが、それでも、薬物乱用・依存に関する心理教育や治療動機の掘り起こし、回復のための社会資源に関する情報提供、ならびに、個別もしくは少人数グループによる簡易な再乱用防止プログラムを実施することは可能である。

そのような介入に活用できるツールとしては、SMARPPなどを参考にして埼玉県立精神医療センターで開発された、薬物乱用・依存に対する短期介入ツール、「LIFE-mini」がある。これは、1回15分程度のセッション、全5回から構成される個人心理教育プログラムである。この、LIFE-miniないしはそれに類する教材を用いた簡易介入については、すでに埼玉県立精神医療センター、千葉県精神科医療センター、昭和大学附属烏山病院、国立精神・神経医療研究センター病院などで実践例がある。

#### 退院後の関係機関との調整

退院後には、原則として依存症治療体制(専門医がいる、あるいは、専門プログラムがある)のある医療機関を通院先として選定し、退院後に治療が途切れないように、関係者・患者本人との顔合わせや外出・外泊を活用した退院前訪問指導、さらには保健所の通院支援の体制を整える。

また、依存症治療体制のない精神科医療機関に通院する場合には、すでに再発防止プログラムを実施している精神保健福祉センター、あるいは、薬物乱用・依存からの回復支援のための民間リハビリ施設につないだり、地域の自助グループを活用したりするなどの方策もよい。さらに、どうしてもこうした非医療的な社会資源が見つからない場合には、可能なかぎり急性治療を引き受けた精神科救急医療機関で外来フォローをし、担当医との治療

関係を継続することが望ましい。たとえ薬物依存症に特化した治療プログラムがなくとも、外来通院を継続しているだけで、薬物使用のリスクや、薬物使用による様々なネガティブな結果を低減する効果はある。

#### 2) 家族に対する介入・支援

患者自身が頑なに薬物乱用・依存に対する介入を拒む場合もまれではない。しかしそれでも、患者の家族に対する介入は可能である。なにしろ依存症には、「本人が困るより先に周囲が困る」病気という性質があり、治療は家族の相談からはじまるのがつねである。さらにいえば、本人の治療意欲はたえず浮動していて、あてにならない。せっかく専門外来につながっても、すぐに治療を中断してしまうが、それに比べると家族の治療意欲ははるかに高い水準で安定している。その意味では、家族に対する支援を継続することは、患者本人の治療継続性を高める可能性がある。また、患者自身が治療の必要性をまったく認めていない場合でも、家族に心理教育を提供し、家族をしかるべき相談機関に確実につなげることは、患者の薬物使用が引き起こす害を低減し、患者の治療動機を掘り起こし、治療アクセスを高める意義がある。

まず必要なのは、依存症者家族に対する情報提供である。その際、活用できる啓発資料として、厚生労働省監視・指導麻薬対策課作成のパンフレット『ご家族の薬物問題にお困りの方へ』などがある。次いで必要なのは、家族を孤立から救い出すことである。他のために必要なのは、家族を精神保健福祉センターなどの家族の支援資源につなげることである。精神保健福祉センターでは、依存症家族教室や依存症家族相談を実施するとともに、依存症者家族の自助グループや家族会といった社会資源に関する情報が集約されている。家族がこうした支援を受けずに地域で孤立したまましていると、本人の問題行動に対して不適切な尻ぬぐいをしてしまうことで、問題が深刻化してしまうこともある。家族は本人に対する影響力が最も強い社会資源の一つであり、心理教育を提供することで、家族の本人に対するかかわり方を変えるのは、

本人の治療上重要である、という認識を医療者が共有していることが大切である。

### 3) 地域の関係機関との調整

薬物乱用・依存患者は治療中断が起きやすく、ことに入院治療から退院し、地域移行に際して治療中断が生じやすい。こうした事態を避けるために、入院中に、退院後に再発防止プログラムを利用する精神保健福祉センターや民間リハビリ施設の職員と顔合わせをしたり、入院中に試験的なプログラム参加をしたりすることが望ましい。

なお、薬物乱用・依存の治療には、本人の主體的な治療意欲は欠かせないことから、本人のニーズとの慎重なすりあわせを行い、双方が合意できる妥協点を探り、実現可能性の高い退院後支援計画の策定に努める必要がある。

本パートでは、上述した認識を踏まえ、精神科救急病棟における短期間の入院治療中にも実施しやすい、簡易な本人向けの介入プログラム、および家族向けのパンフレットを開発した。

## D. 考察

平成 28 年 6 月に「刑の一部執行猶予制度」(以下、一部執行猶予制度)が施行され、この制度の対象となる者の多くが薬物事犯者であることが想定されている。このことは、わが国の薬物事犯者の司法的処遇が刑務所などの施設内から少しずつ社会内に力点がシフトしつつあることを意味する。

すでに一部執行猶予制度施行に先立つ平成 27 年 11 月には、法務省保護局・矯正局ならびに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が連名で、「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」が公表されている。そのなかでは、基本方針として、「規制薬物等の乱用は、犯罪行為であると同時に、しばしば薬物依存の一症状でもあるため、関係機関は、薬物依存者が薬物依存という精神症状に苦しむ一人の地域生活者であるということを改めて認識し、刑事処分の

対象となったことに伴う偏見や先入観を排して支援対象者の薬物依存からの回復と社会復帰を支援する」こと、さらには、「関係機関は、薬物依存者に対する支援を刑事施設や保護観察所又は医療機関いずれかの単一の機関に委ねるのではなく、相互に連携し、それぞれが有する責任、機能又は役割に応じた支援を切れ目なく実施するよう努める」ことが謳われている。

この文言には、慢性疾患としての薬物依存症を抱える者に対して、地域の保健・医療・福祉の諸分野は必要な支援サービスを提供することの必要性、そしてそのような枠組みのなかで、精神科救急医療機関は薬物依存症者の地域支援における、いわば「エンドライン」の役割が求められていると理解することができる。

平成 29 年度における本分担研究班では、精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方を主に 2 つのテーマに関して検討した。1 つは、患者の違法薬物使用を知った場合の司法的対応のあり方であり、もう 1 つは、精神科救急医療における薬物乱用・依存に対する介入のあり方である。

前者のテーマに関する検討では、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。その際、医療関係者のなかには、巻末資料 3 に示した最高裁判例「最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 巻 6 号 600 頁」が公務員の犯罪告発義務の根拠判例と誤解する者がいるが、本分担研究班の検討では、当該裁判での争点は、あくまでも医師による犯罪告発が守秘義務違反(刑法 134 条 秘密漏洩罪)にあたるかどうかに関心が置かれており、被告医師が公務員であったことは少なくとも決定文のなかでは言及されていないことを確認した。このことは、患者の規制薬物使用の告発に関する医師の裁量を許容するものと考えられる。

また、本分担班会議における議論では、麻向法 58 条の 2 における麻薬中毒者届出制度が、今日の精神科医療の実情にそぐわないものとなっており、薬物依存症者の医療アクセスを低減し、患者に

に対する過剰な人権侵害が生じる危険性を内包していることが確認された。

しかしその一方で、麻薬中毒者に対するアフターケアのなかには、「環境浄化」のような従来の精神保健福祉的支援のスキームではなし得ない回復促進な要素が含まれていることも忘れてはならない。その意味では、今後、本制度の運用実態を把握した上で制度を見直し、場合によっては、現在のわが国における精神科医療、ならびに薬物依存症治療にあったものへと修正する必要があるだろう。

ところで、もう 1 つのテーマである「精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方」については、本分担班会議において、精神科救急医療における薬物乱用・依存に対する介入の意義は誰もが認めるところであった。しかし、それでも介入が消極的になるのは主としてスタッフの陰性感情によるところが大きく、そのことが、入院時アセスメントや退院後支援のためのマネージメントが不十分となってしまうことの要因となっているのではないかと、という指摘もあった。同時に、「何をやってよいかわからない」という思いが医療者の陰性感情を高めている可能性も指摘され、千葉県精神科医療センターや昭和大学烏山病院における簡易介入ツールを用いたかかわりなどの成功例も紹介された。なお、こうした意見を受けて、本分担研究班では、医療者の陰性感情解消に資する薬物乱用・依存患者本人向けの簡易介入ツール、ならびに家族に対する情報提供資料の開発も行った。次年度以降は、これらのツールを用いた介入の効果に関する効果検証を実施する予定である。

最後に研究分担者個人として述べておきたいことがある。研究分担者は、相模原事件の容疑者が抱いていた偏った信念を大麻の薬理作用や後遺症で説明することは困難であると考えており、また、措置入院時に容疑者の大麻再使用を抑止できていれば必ず大惨事を防げたとも考えていない。しかしそれでも、あの事件を機に、これまで精神科医療がこれまで薬物乱用・依存に対してとってきた消極的な——ときには忌避的な——態度が変化したと

したならば、それは、わが国の精神科医療にとって大きな前進になると考えている。

その際、精神科救急医療の場で患者の違法薬物使用に対する司法的対応が強化されてしまう事態は避けなければならないとも考えている。すでに述べたように、一部執行猶予制度施行により、わが国の後れ馳せながら、施設内処遇から地域内処遇へと大きく舵を切り始めている。そのような状況下で、精神科救急医療が「捜査機関の分室」に墮してしまうことなく、あくまでも薬物乱用・依存者の地域支援におけるエンドラインという本来の目的に沿って機能することを心より願う次第である。

## E. 結論

本分担研究班では、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応を、1) 司法的な対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への介入のあり方という 2 つのテーマから検討し、指針案を開発することが目的である。研究班初年度である平成 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研究協力者を募り、意見交換を行い、論点を整理した。

その結果、前者のテーマに関しては、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。しかし他方で、麻向法 58 条の 2 における麻薬中毒者届出制度については、今日の精神科医療の実情にそぐわない面があり、今後、制度を見直しが必要であると考えられた。

また、後者のテーマに関しては、限られた入院期間で実施可能な簡易介入ツールを用いたかかわり、ならびに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た。さらに本分担研究班では、このような認識にもとづき、分担研究班として独自に簡易介入ツール、ならびに家族に対する情報提供資料の開発を行った。

## F . 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: Voice Bridges Project - 薬物依存症地域支援のための「おせっかい」な電話による「声」の架け橋プロジェクト - . 精神科治療学, 32(11): 1445-1451, 2017.
- 2) 松本俊彦: 司法機関から地域の支援資源にどうつなげるべきか. 臨床心理学 17 (6): 814-817, 2017.
- 3) 谷淵由布子, 松本俊彦, 船田大輔, 川副泰成, 榊原聡, 成瀬暢也, 池田俊一郎, 角南隆史, 武藤岳夫, 長徹二: わが国の依存症専門医療機関における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52 (5): 141-155, 2017.
- 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.
- 5) 松本俊彦: 物質使用障害・トラウマティック・ストレス 15(1): 49-57, 2017.
- 6) 松本俊彦: 多剤処方規制と背景. 臨床精神薬理 20(9): 975-982, 2017.
- 7) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害・中毒・離脱. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群(第2版)-物質関連障害および嗜癮性障害群からてんかんまで-, 85-89, 2017.
- 8) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害の対応と治療. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群(第2版)-物質関連障害および嗜癮性障害群からてんかんまで-, 90-94, 2017.
- 9) 松本俊彦: ケミカルコーピングとオピオイド鎮痛薬. Locomotive Pain Frontier 6(2): 46-47, 2017.
- 10) 松本俊彦: 薬物依存症に対する最近のアプローチ. 精神科治療学 32(11): 1403-1404, 2017.
- 11) 松本俊彦: 専門医でなくてもできる薬物依

存症治療-アディクションの対義語としてのコネクション-. 精神科治療学 32(11): 1405-1412, 2017.

- 12) 谷淵由布子, 松本俊彦: 規制強化は「危険ドラッグ」関連障害患者をどう変えたか. 精神科治療学 32(11) : 1483-1491, 2017.
- 13) 松本俊彦: 特集 ささまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか. 精神神経学雑誌 119(12) : 911-917, 2017.

### 2. 学会発表

- 1) 松本俊彦: [シンポジウム 2] 精神科救急 - 措置入院制度運用の現状と今後の取り組みをめぐって. 公益社団法人日本精神神経科診療所協会主催第 23 回学術研究会東京大会, 東京, 2017.6.17.
- 2) 松本俊彦: [シンポジウム 35] 異常酩酊を考える 薬物依存臨床における異常酩酊. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.23.
- 3) 松本俊彦: [シンポジウム 64] さまざまな精神障害の「病識」をどのようにちりょうするか 物質依存症: 否認の病の「病識」を治療に生かす. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.24.
- 4) 松本俊彦: 教育講演 5 人はなぜ依存症になるのか. 日本ペインクリニック学会第 51 回大会, 岐阜, 2017.7.21.
- 5) 松本俊彦: 大ラウンドテーブルディスカッション 身体経験の成り立ち. 臨床実践の現象学会第 3 回大会, 東京, 2017.8.6.
- 6) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: [シンポジウム 8] 保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridges Project. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 7) 松本俊彦: [シンポジウム 9] 薬物依存症の全国拠点としての活動. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総

- 会, 神奈川, 2017.9.9.
- 8) 松本俊彦: [シンポジウム] 治療法学からの日本への提言. 第 2 回犯罪学会合同大会・公開シンポジウム, 東京, 2017.9.1.
  - 9) 松本俊彦: [教育講演] 薬物依存の現状と治療. 第 1 回日本精神薬学会総会・学術集会, 東京, 2017.9.24.
  - 10) 松本俊彦: [教育講演 7] 人はなぜ依存症になるのか? ~子どもの薬物乱用. 第 58 回日本児童青年精神医学会総会, 奈良, 2017.10.6.
  - 11) 松本俊彦: [プレナリーレクチャー] 薬物依存症は孤立の病-安心して「やめられない」といえる社会を目指して. 第 31 回日本エイズ学会学術集会・総会, 東京, 2017.11.24.
  - 12) Takano A, Miyamoto Y, Matsumoto T, Kawakami N : Satisfaction and Usability of a Web-Based Relapse Prevention Program for Japanese Drug Users . the 21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference , Korea , 2018.1.11-12.

## G. 健康危険情報

なし

## 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

## 引用文献

- ・ 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.
- ・ 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>
- ・ 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.
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 安富潔(2009)刑事訴訟法. pp79, 三省堂, 東京.

## 資料 1

### 判例紹介「最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 卷 6 号 600 頁」

#### 事案の概要

被告人は、同棲相手の男性と口論となり、ナイフにより右腰背部に刺創を負い、病院で応急措置を受けたものの、出血が多く、救急車で国立病院 A 医療センターに搬送された際、担当医師が、上記刺創が腎臓に達していると必ず血尿が出ることから、被告人に対し採尿の必要性について説得を続けたが拒まれた。しかし、最終的に止血のために被告人に麻酔をかけて縫合手術を実施することとし、その際に採尿管を入れることを被告人に告げたところ被告人は、拒絶することなく、麻酔の注射を受けた。採取した尿から血尿は出ていなかったものの、同医師は、被告人の興奮状態などから、薬物による影響の可能性を考え、簡易な薬物検査を実施したところ、アンフェタミンの陽性反応が出た。同医師は、その後来院した被告人の両親に対し、被告人の尿から覚せい剤反応があったことを告げ、国家公務員として警察に報告しなければならないと説明したところ、被告人の両親も最終的にこれを了解した様子であったため、その旨を警察署の警察官に通報した。警察官は、差押許可状の発付を得て、これに基づいて同医師が採取した被告人の尿を差し押さえた。

被告人は、治療行為の違法性、医師の守秘義務違反を根拠に、警察官が医師のこのような行為を利用して被告人の尿を押収したことは重大な違法であり、被告人の尿に関する鑑定書等の証拠能力はないとして違法収集証拠排除の主張を行った。

第 1 審(東京地判平成 16 年 7 月 8 日)、原判決(東京高判平成 16 年 12 月 22 日)は、被告人からの尿の採取及び薬物検査の必要性等を考慮した上で、その適法性を認め、担当医師の通報行為は守秘義務に違反する違法なものではなく、被告人の尿の入手過程に違法はないとして、被告人の尿の鑑定書等の証拠能力を肯定した。これに対して、被告人が上告した。

#### 判旨

上告棄却。

「上記の事実関係の下では、同医師は、救急患者に対する治療の目的で、被告人から尿を採取し、採取した尿について薬物検査を行ったものであって、医療上の必要があったと認められるから、たとえ同医師がこれにつき被告人から承諾を得ていたと認められないとしても、同医師のした上記行為は、医療行為として違法であるとはいえない。

また、医師が、必要な治療又は検査の過程で採取した患者の尿から違法な薬物の成分を検出した場合に、これを捜査機関に通報することは、正当行為として許容されるものであって、医師の守秘義務に違反しないといふべきである。

以上によると、警察官が被告人の尿を入手した過程に違法はないことが明らかであるから、同医師のした上記各行為が違法であることを前提に被告人の尿に関する鑑定書等の証拠能力を否定する所論は、前提を欠き、これらの証拠能力を肯定した原判断は正当として是認することができる」

## 解説

本件では、医師が、尿から覚せい剤成分が検出されたことを警察に通報したことが医師の守秘義務違反となれば、その違法な行為が被告人の尿に関する鑑定書の証拠能力の判断にどのような影響を及ぼすかという形で、医師による患者の犯罪情報の通報と守秘義務の関係が問題となったものである。したがって、医師による秘密漏示罪の違法性阻却について、真正面から判断を下したものではない。しかしながら、もし、医師が患者の犯罪情報を通報し、134条1項の秘密漏示罪の成否が問題となった場合には、本決定の趣旨を敷衍し、「正当な理由」があったとして、秘密漏示罪の違法性が阻却されうるとの理解は可能だと思われる。

刑法134条1項は、医師等について、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処すると規定する。また、国家公務員法100条1項も、「職員は、職務上知ることのできた秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後といえども同様とする。」と規定し、その違反には、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金が科されうる(100条1項、109条12号、地方公務員についても同様の守秘義務が定められている。地方公務員法34条、60条2号)。

そして、被告人の尿から覚せい剤成分が検出されたという犯罪情報は、患者の「秘密」に該当しうるため、それを捜査機関である警察に通報した行為は、医師(そして公務員)の守秘義務に反する違法な行為と言えなくもない。ただ、本件の医師は、国立病院(当時)であるA医療センターに勤務する公務員であり、刑事訴訟法239条2項が、「官吏又は公吏は、その職務を行うことにより犯罪があると思料するときは、告発をしなければならない。」として公務員の犯罪告発義務を定めているため、その犯罪告発義務を負っていることにより本件医師の守秘義務が免除されるのか否かが問題となったのである。

第1審、第2審判決は、医師が公務員であり、刑事訴訟法239条2項の犯罪告発義務があるという点を重視して、守秘義務違反はないとの判断を行ったようであった。

しかし、まず、「公務員」である医師に犯罪告発義務が存在するかが問題とされなければならない。公務員は、刑事訴訟法103条により、「公務員又は公務員であつた者が保管し、又は所持する物について、本人又は当該公務所から職務上の秘密に関するものであることを申し立てたときは、当該監督官庁の承諾がなければ、押収をすることはできない……」とされ、さらに、刑事訴訟法144条により、「公務員又は公務員であつた者が知り得た事実について、本人又は当該公務所から職務上の秘密に関するものであることを申し立てたときは、当該監督官庁の承諾がなければ証人としてこれを尋問することはできない……」とされているからである。すなわち、公務員は、職務上の秘密に関するものについては、押収、証言を拒むことが出来るのである。だとするならば、業務上、知り得た秘密が、犯罪に関するものであった場合のみ、告発義務がある(=秘密を守らなくてもいい)と考えることは、刑事訴訟法103条および144条との均衡を失すると言わざるを得ないであろう。そのため、学説は、公務員が職務上知り得た秘密については、告発義務はないと解しているのである(藤永・河上・中山編『大コンメンタール刑事訴訟法第3巻』744頁(今崎幸彦)(有斐閣,2004))。したがって、公務員として告発義務を負っていることを根拠に、公務員である医師の守秘義務が解除されるということはなく、医師一般につき、犯罪情報を捜査機関に通報することが、守秘義務違反に当たるのか否かを検討しなければならないのである。

犯罪情報という患者の秘密を漏示する行為があったとしても、その漏示について「正当な理由」があれば、秘密漏示罪の違法性は阻却されることになる。では、本件のように、患者の犯罪情報を捜査機関に通報した場合、「正当な理由」が存在したと言えるのだろうか？

この点について、本決定は、「……医師が、必要な治療又は検査の過程で採取した患者の尿から違法な薬物の成分を検出した場合に、これを捜査機関に通報することは、正当行為として許容される……」と述べるのみで、具体的に、正当な理由の判断枠組みを示しているわけではない。しかしながら、これまで判例は、行為の目的・手段・方法等に加えて、被侵害利益の有無、内容やその程度を具体的に考慮し、問題となる行為の正当性を判断してきており、おそらく、本決定も、そのような判断枠組みを用いて、具体的に事実を評価し、秘密漏示行為への「正当な理由」を肯定したものと考えることができるだろう(柑本美和「精神医療の実行における守秘義務と情報共有 - 「僕はパパを殺すことに決めた」事件を題材に」町野・岩瀬他編『刑法・刑事政策と福祉 - 岩井宜子先生古稀祝賀論文集』179 頁, 尚学社,2011)。すなわち、対象となる犯罪が薬物犯罪という重大なものであること、その犯罪情報は、医師が必要な治療又は検査の過程で採取した尿から検出されたものであること、それらを前提とした上で、犯罪を告発ないし通報することによって適正に刑事司法作用を発動させることの利益と、秘密の主体が受けるプライバシーの利益の侵害という不利益とを比較衡量した結果、警察への通報について「正当な理由」を肯定したものと理解することができるのである。

なお、本決定は、「……医師が、必要な治療又は検査の過程で採取した患者の尿から違法な薬物の成分を検出した場合に、これを捜査機関に通報することは、正当行為として許容される……」と述べている。これは、「治療の目的による必要な診療の過程で、患者が違法薬物を使用していることを知った場合において、医師による警察官への通報を許容したもの」であり(山田耕司「治療の目的で救急患者から尿を採取して薬物検査をした医師の通報を受けて警察官が押収した上記尿につきその入手過程に違法はないとされた事例」法曹時報 58 巻 10 号 270 頁)、医師に通報を義務付けているわけではないし、また、これ以外の場合に、医師による無制限の警察への通報について「正当な理由」があるとしているものではない点には注意が必要である。

(柑本美和 東海大学)



## 資料 2

### 「麻薬」と「麻薬及び向精神薬取締法」と「覚せい剤」

#### ～ その歴史的背景について ～

今日、何の疑問もなく使われている「麻薬」という言葉の起源は意外と新しい。「麻薬」は「Narcotic drugs」に対する和語であるが、その誕生は 1930 年の「麻薬取締規則」(内務省令第 17 号)である。

「ジュネーブの第二阿片会議条約の批准、実施となり……(中略)……根本的に取締まるべき、新しい規則を初めて作ることとなり、1929 年(昭和四年)の夏頃から……(中略)……連日課長室で新省令案を研究した。……(中略)……そして、そもそも第一にこれらの薬品の総称から議題とし、当時外務省公文で唱われていた「危険薬品」「麻醉薬」「阿片類似薬品」等といろいろの名称が出た末……(中略)……新しい文句で麻薬ということに落ち着いたが、公布されてからも「麻薬」とは何だ、「アサグスリ」とは奇々怪々などと業界紙などで大いに取り上げられ、さわがれたものである。……(中略)……私は、1930 年(昭和五年)に麻薬という文字を定めたときに、麻薬ではなくて魔薬とすればなおよかったのではないかと考えている」<sup>1)</sup>

したがって、「麻薬」という言葉は、「行政用語」として 1930 年に作られた造語であり、その後、「止めよう思っても容易には止められない」という対象物質の特性が周知されるなかで、今日の日常用語としての「麻薬」として定着していったと思われる。

「麻薬取締規則」の後、1953 年(昭和 28 年)に「麻薬取締法」が制定された。対象薬物は、アヘンアルカロイド系麻薬、コカアルカロイド系麻薬、合成麻薬、カンナビノール含有物である。その後、いくたびかの法改正の末、1990 年(平成 2 年)に「麻薬取締法」は「麻薬及び向精神薬取締法」となって今日に至っている。

結局、「麻薬」とは、「麻薬及び向精神薬取締法」第二条第一項で指定された薬物の総称である。

国際的には、1912 年(明治 45 年)に、初の薬物統制に関する条約「万国阿片条約」(International Opium Convention)が調印され、アヘン、モルヒネ、コカイン、それらの誘導体が統制対象となった。その後、統制対象として大麻製剤が追加された。第二次世界大戦後、「万国阿片条約」は 1961 年(昭和 36 年)の「麻薬に関する単一条約」(Single Convention on Narcotic Drugs)に引き継がれ、国際的に「麻薬」とは、この「麻薬に関する単一条約」で指定されたものを指す。対象薬物は アヘン系麻薬、コカ系麻薬、大麻系麻薬である。

「麻薬取締法」が絶大な効果を発揮した時代がある。その象徴が、昭和 30 年代(ヘロイン横行期)に起きた「横浜日の出町異変」と称される事態である。

横浜で麻薬中毒者達が「路上をふらふらと歩き出したり、路上にごろごろと寝ころがりだした」「麻薬横浜で集団禁断症状、路上ウロウロ三百人、あいつぐ取締り”ヤク”ついに底をつく」「目に余る麻薬患者、厚生省、措置入院を通達」などといったタイトルが 1962 年(昭和 37 年)7 月初旬の新聞紙上を一斉に賑わした。「相次ぐ取締りの強化と、長雨による不正麻薬の分包作業の困難等によって、全国的に 7 月初めから極端にヘロインの出廻りが悪化してきて……(中略)……阪神地域の麻薬中毒者間に、不穏な形勢を生じているから、警戒を要すとのことであった。同様な現象が、阪神地区とともに、麻薬基地といわれている京浜地区にも起こるのではないかと同地区の麻薬中毒者の動きを注目させていたところ、二日ほど遅れて、7 月 5 日にかけて、横浜においてもヘロインが品薄のために、麻薬中毒者が京浜急行の日の出町駅前のガード下に集集しはじめたのであった」「後でわかったことであるが、路上をふらふらと歩き出したり、路上にごろごろと寝ころがりだしたのは、ヘロインの入手困難から、睡眠薬を飲みだしたから」<sup>2)</sup>であったが、取締りの成果を象徴する出来事であった。

これが契機となり、1962年(昭和37年)、政府は麻薬対策を強力に推進するため、麻薬対策閣僚会議とその下部機構として、総理府に麻薬対策推進本部を設置した。さらに、1963年には、「麻薬取締法」の大改正が行われ、それまで、「精神衛生法」を準用していた麻薬中毒者の入院について、麻薬取締法独自の診断及び入院措置、麻薬中毒者相談員制度、麻薬中毒者専門医療施設の設置が定められた。しかし、麻薬中毒者専門医療施設9施設が整備された頃には、わが国の麻薬乱用問題は事実上既に終息していた。

その後、わが国の麻薬不正中毒者数は、1972年(昭和47年)の沖縄本土復帰に伴う一時的な増加を挟んで減少を続け、「麻薬及び向精神薬取締法」に基づく措置入院者数は1990年～2015年で11人に過ぎず、2010年～2015年での麻薬不正中毒者数は毎年1人～6人となっている。

わが国の「麻薬」依存者対策に貢献してきた「麻薬及び向精神薬取締法」は、時代状況変化のなかで、麻薬中毒者の県知事への届出義務制度を中心に、その内容の見直しを迫られている感がある。

一方、「覚せい剤」とは、「覚せい剤取締法」(昭和26年法律第252号)第二条で指定された薬物の総称であり、「麻薬」と同様に行政用語である。当時、国際的に「覚せい剤」を規制する国際条約はなく、わが国は独自に「覚せい剤」を規制する必要があった。結果的に、「覚せい剤」に対応する外国語はない。「覚せい剤」を含む「向精神薬」を規制する国際条約の成立は、昭和46年(1971年)の「向精神薬に関する条約」(Convention on Psychotropic Substances)からであり、この条約の日本での効力発生は平成2年(1990年)からである。

それでは、当時、どうして「覚せい剤」を「麻薬取締法」によって規制しなかったのか？

「実は覚せい剤の問題が起りまして以来、私どもといたしましては、覚せい剤の取り締まりをまったく麻薬と同様に取り締まる。すなわちこれを麻薬の一部と見るというような方法も考えたのでございますけれども、大体麻薬というのは世界的に決まっておりますので、その意味におきまして、覚せい剤を麻薬の中に入れますことができませんので、別個の取締りの法案が考えられた次第でございます」(慶松一郎政府委員 当時の厚生事務官 薬務局長による国会答弁)<sup>3)</sup>

薬理的、医学的に、同じ依存性薬物でありながらも、行政的対応となると、なかなか難しいものである。

(和田 清 埼玉県立精神医療センター)

## 文献

- 1) 久万楽也 著、監修 厚生省薬務局麻薬課：麻薬・保健栄養新報社・東京、pp.43-44. 1976.
- 2) 同書：pp.57-59,
- 3) 第010回国会 厚生委員会 第30号 昭和二十六年五月二十七日(日曜日)午後二時二十九分開議



## 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

研究分担者： 塚本哲司（埼玉県立精神保健福祉センター）（全国精神保健福祉相談員会）

研究協力者： 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（滋賀県健康医療福祉部障害福祉課），濱谷 翼（埼玉県狭山保健所）（全国精神保健福祉相談員会）

### 【研究要旨】

**目的** 精神科救急医療における受診前相談（プレ・ホスピタルケア）は平準ではないことから、標準化を進める諸策を提言すること。

**方法** 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。

**結果** 37自治体から回答が得られたが、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として、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（水準：～べき）について、該当17自治体（45.9%）、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【推奨】必要要件として業務手順を定めること（～べき）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（水準：～べき）について、部分該当13自治体（35.1%）、非該当15自治体（40.5%）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。

**考察** 精神科救急医療体制整備事業実施要綱（障発0418第6号 平成29年4月18日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）で各自治体に提出を求めている各報告様式の課題として、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指摘できよう。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、報告様式を見直すべきである。

**結果** 精神科救急医療体制整備事業をアウトカム評価できる仕組みづくりと、受診前相談体制の更なる質の向上が必要である。

## A. 研究の背景と目的

精神科救急の始点のほとんどは電話相談であり、その対応によってその後の経過や結果、予後にも影響するため、状況把握、情報伝達、傾聴・助言等の技術は極めて重要であるものの、夜間休日において受診前相談(プレ・ホスピタルケア)を主に担っている精神科救急情報センターは、先行研究<sup>1)</sup>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た。このことは、精神科救急医療を必要とする精神障害者に不利益をもたらし、精神科救急医療体制における自治体と精神科救急医療施設との連携構築を阻む要因にもなりかねない。この状況を改善すべく日本精神科救急学会では「受診前相談研修」を開催するとともに、『精神科救急医療ガイドライン 2015年版』(日本精神科救急学会監修)において「受診前相談」を章立てするなどの取り組みを行っているが、依然精神科救急情報センターをはじめとする受診前相談(プレ・ホスピタルケア)は平準ではなく、標準化を進める諸策を全国規模で推進する必要があり、この目的のために本研究を実施するものである。

## B. 方法

### 研究方法(調査方法)

自治体の精神科救急医療体制整備事業担当者、精神科救急情報センター担当者、保健所職員、精神科救急入院料算定医療機関の精神保健福祉士に研究協力者で研究班を構成し、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の以下の調査を実施した。

アンケート 精神科救急医療体制整備事業等調査

アンケート 『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

### 対象者

各都道府県の精神科救急医療体制整備事業担当者に回答を依頼した。

(倫理的配慮)

本研究で入手した情報には、個人情報が含まれていない。

## C. 結果/進捗

アンケート 精神科救急医療体制整備事業実態等調査

37 自治体から回答が得られた(回答率78.7%)。各自治体からの回答については表1のとおりである。各設問の結果は以下のとおりであった。

Q2~Q4 各都道府県精神科救急医療体制整備事業における夜間休日における人口万対受診件数と入院率の相関における平成16(2004)年~平成28(2015)年の間の経時的変化についての設問(経時変化の有無、変動した年度、変動がみられた場合の要因)に対する回答については、表1のとおりであった。

Q5 24時間精神医療相談窓口について教えてください。

(1) 24時間精神医療相談窓口の設置状況

設置済み 22自治体(59.5%)、未設置 10自治体(27.0%)、設置予定(平成30年度) 2自治体(5.4%)、欠損値 3自治体(8.1%)

(2) 24時間精神医療相談の実施状況(n=22)

精神科救急情報センターと一体となって実施している 9自治体(40.9%)、精神科救急情報センター機能分離して実施している 1自治体(4.5%)、保健所及び精神科救急情報センターを併せて実施している 1自治体(4.5%)、委託 4自治体(18.1%)(委託先内訳、日本精神科病院協会県支部、民間カウンセリング団体、民間病院、株式会社) 精神科救急情報センターの委託先と同機関に委託 7自治体(31.8%)であった。

(3) 平成28年度の相談件数を教えてください。

24時間精神医療相談窓口の相談件数について 14自治体から回答が得られ、合計 58,344

件で人口万対 6.3 件であった。

Q6 精神科救急情報センターについて教えてください。

(1) 精神科救急情報センターの設置状況

設置済み 30 自治体(81.1%)、未設置 4 自治体(10.8%)、設置予定 0 自治体、欠損値 3 自治体(8.1%)

(2) 精神科救急情報センターの設置機関を教えてください (n=30)

自治体立病院(地方独立行政法人を含め集計した) 13 自治体(43.3%)、大学病院 1 自治体(3.3%)、民間病院 1 自治体(3.3%)、精神保健福祉センター 7 自治体(23.3%)、身体科救急医療情報センターに併設 0 自治体、民間病院 + 精神保健福祉センター 1 自治体(3.3%)、NPO 法人 1 自治体(3.3%)、精神保健福祉センター + 民間委託 1 自治体(3.3%)、自治体立病院 + NPO 法人 1 自治体(3.3%)、県精神科病院協会 2 自治体(6.7%)、非公開 1 自治体(3.3%)であった。

(3) 精神科救急情報センターの運営方法を教えてください (n=30)

自治体直営 12 自治体(40%)、委託 18 自治体(60%)であった。

(4) 平成 28 年度の相談件数等を教えてください。

精神科救急情報センターの相談件数について 27 自治体から回答が得られ、合計 37,316 件、人口万対 4.0 件であった。回答が得られた自治体の精神科救急情報センターにおいて、医療機関を紹介したのは 10,534 件であったが、回答が得られた自治体の精神科救急情報センターにおいて、トリアージの結果「精神科救急事例」と判断するも、医療機関を紹介することができなかった事例が 562 件確認された。医療機関紹介率は 100%が 11 自治体、90%台が 2 自治体、80%台が 3 自治体、50%台が 1 自治体、30%台 1 自治体であった。

Q7 貴自治体の精神科救急医療体制整備実施要綱上(運用上)の対象について教えてください。

(物質関連障害を含む)すべての精神疾患を対象としているが 34 自治体で「対象としていない疾患がある」と回答した自治体はなかった(欠損値 3 自治体)。

Q8 貴自治体の精神科救急医療体制について

#### 自負していること

都道府県	貴自治体の精神科救急医療体制について自負していること
岩手県	・本県は、平成 26 年 12 月末現在の精神科医師数(人口 10 万対)が全国を大きく下回り、精神保健指定医師数についても不足している。県内の精神科病院は 21 病院で、2 次保健医療圏域に 1 病院しかない圏域も複数ある。このように医療資源が乏しい状況の中、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、消防・警察機関、救急医療機関等の参画を得て、平成 21 年 6 月からの輪番病院の運営開始、平成 23 年 4 月からの精神科救急情報センター運営の 24 時間化や身体合併症対応施設の指定など、本県の精神科救急医療体制を構築してきたことは大きな成果であったと自負している。
秋田県	・身体合併症を有する精神疾患患者について「受入医療機関確保のための基準と対応」を作成・運用を開始している 関係機関への周知にも力を入れている。秋田県精神科救急搬送及び受入れ対応事例集の中に盛り込んでいる(詳細は秋田県障害福祉課ウェブサイト参照)。

山形県	・県全体として精神科救急医療システム事業による空床確保を県全体で2～3床確保しているほか、精神科スーパー救急病棟が4病院あるため、受入体制は充実。
茨城県	・日中、保健所と警察との連携・協力体制がよい。
千葉県	・精神科救急情報センターを自治体立病院に付設し、自治体直営で行っている。精神保健福祉士・精神科医が常時設置され、24時間精神医療相談を受ける体制にあること、また、精神科救急情報センターにおいて上記の体制があるため、高度な医療的判断、的確なトリアージが行われていること。
神奈川県	・県内精神科救急医療施設の不足や偏在をカバーするため、県内3政令市と全県一区体制を敷き、常時対応可能な基幹型医療施設や地域の病院群輪番型医療施設を組み合わせ運用することにより、県内全域でサービスの偏りが生じないようにしている点。
新潟県	・休日は5ブロック、夜間は2ブロックの輪番制による救急体制を構築していること。
富山県	・精神科救急医療体制の中に、精神科を持つ総合病院が複数存在しており、身体合併症への対応には有利と言える。
山梨県	・各精神科病院の理解・協力により、概ね円滑に精神科救急医療体制をとることができている。
静岡県	・全国と比べて体制の歴史があり、進んでいる。
滋賀県	・精神科救急情報センターが平日・夜間の精神科救急業務を担うため、保健所職員の業務負担が軽減されている。
大阪府	・平成3年に夜間・休日の精神科救急システムを立ち上げ、以後大阪市・堺市が加わり3者で共同して運営。・平成27年8月から「夜間・休日合併症支援システム」を立ち上げ、二次救急医療機関や救命救急センターにおいて精神科合併症患者を治療する際に精神科医師による電話コンサル（相談）を受けるとともに、身体的な治療を終えた患者がスムーズに精神的な治療を受けることができる体制を作り運用。
奈良県	・県下で公立の医大病院が、夜間休日での第3次救急（23条通報等）に、一極的に対応が可能となっていること。
和歌山県	・紀北圏域においては、5ヶ所の民間病院の協力を得て、件数も増加しており、着実に定着してきている。
鳥取県	・各圏域で連絡調整会議を開催し、医療機関、消防、警察、医師会、市町村職員が出席する中、圏域の課題解決や情報共有、連携を図れている。
島根県	・圏域によっては完結できない箇所もあるが、他圏域でカバーする体制が整備されている。 ・医療資源が乏しい圏域においても(入院機関が1ヶ所)、24時間365日受診、入院の受け入れをしている。
広島県	・全県をになう精神科医療センターと西部、東部地域に分かれて輪番型の精神科医療施設が協力しながら、効率良く運営されている。

徳島県	・民間医療機関、自治体病院、大学病院、消防、警察、行政が県レベル・地域レベルで緊密な連携を図ることにより精神科救急医療体制の維持に努めている。
佐賀県	・当県の精神科救急医療体制については、24時間365日常時対応型で運営更に精神科病棟で委託することで常時医師との連携を行い、患者のトリアージが可能。
沖縄県	・離島地域も含め、4つの圏域に分け、それぞれの圏域毎に24時間体制のシステムを構築している。

#### 課題と思われること

都道府県	貴自治体の精神科救急医療体制について課題と思われること
岩手県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県北圏域に常時対応型施設がないこと 平成25年度から、県北圏域の常時対応施設に勤務する精神科医師が減少し、年間を通して救急体制を組むことが困難となった。現在も、精神科医師の人数は減少したまま変わらず、年間を通して救急体制を組むことは困難な状況が続いている。</li> <li>・精神科救急医療施設身体合併対応施設が少ないこと 精神科救急医療体制整備事業実施要綱では、身体合併対応施設については、少なくとも2つの圏域に1か所整備するよう努めなければならないとされている。本県の精神科救急医療圏は4圏域あるが、指定しているのは1施設のみである。</li> <li>・精神科救急医療体制整備事業に対する国庫補助金が減少していること 平成27年度の国庫補助金交付要綱改正により、精神医療相談事業の平日分は国庫補助対象外とされた。また、平成26年度までは定額であった補助基準額が「（～円以内で）厚生労働大臣が認めた額」と改められ、交付決定の際に査定されることにより、交付額が申請額を大幅に下回り、当該事業の執行に著しい支障が出る状況が続いている。</li> <li>・患者への適性受診の働きかけ 精神科救急医療体制における常時対応施設では受診件数が多く、特にも入院を要しない方の受診割合が高い状況であり、患者への適性受診の働きかけが課題の一つとなっている。</li> </ul>
宮城県	・当県は未だ精神科救急医療体制の24時間化が果たされていないため早急に体制整備を進める必要がある。
秋田県	・対応事例集の更なる周知。
山形県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科救急医療システムに総合病院の参画がないため、身体合併の患者についてケースバイケースになる。</li> <li>・精神科救急情報センターの認知度が低く、十分に活用されていない。</li> </ul>
茨城県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科一般救急医療体制の24時間365日化。</li> <li>・精神科救急外来等の整備。</li> <li>・精神医療相談の24時間365日化。</li> <li>・身体合併症救急医療体制の充実・強化。</li> <li>・精神科救急に対応できる人材の育成。</li> </ul>
栃木県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院群輪番体制の更なる充実</li> <li>・身体合併症患者への対応</li> </ul>



千葉県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関を病院群輪番型、常時対応型、精神科救急医療センターとしてそれぞれ配置し、診療応需体制を三層構造としているが、空床確保が必ずできているとは限らず、時に遠方の医療機関に受診・入院となる場合がある。今後も空床確保率を上げる取り組みや、元々の精神科救急医療圏に対象者を戻す仕組みが求められている。</li> <li>・身体合併症患者に対しては、平成28年度に身体合併症対応協力病院運営要領を制定し、県内で5つの身体合併症協力病院（以下、協力病院）の登録を行ったが、精神科病棟を有する総合病院のみの登録のため、一般病棟での身体合併症の治療が可能な総合病院の登録が望まれる。</li> </ul>
神奈川県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の病院群輪番型医療施設への円滑な後方移送による常時対応可能な基幹型医療施設における空床の確保。</li> <li>・全県一区体制の運用による精神科救急医療施設へのアクセス。</li> <li>・地域における身体合併症対応施設の整備や一般救急医療機関との連携。</li> </ul>
新潟県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全て輪番制により救急体制を構築しており、常時対応型の病院がないため、当番病院が患者の受入ができなかったり、事故等により当番病院が欠けてしまうと、救急体制の維持が困難になること。</li> <li>・精神保健指定医の不足により、毎年、救急当番体制を組むことが困難な状況。</li> </ul>
富山県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本県の精神科救急医療体制は、平成27年10月の見直しにより、従前の東西2圏域での体制を全県1圏域として運営しており、当番病院が遠隔地となることがある。</li> <li>・精神科救急情報センターについて、国の補助単価が削減される中、現行の体制を維持し、運営していく必要がある。</li> </ul>
福井県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体合併症のある精神疾患患者の受入れ体制について（三次救急については精神科病床を有する総合病院での受入れがスムーズであるが、二次救急からソフト救急の受入れに時間を要している）。</li> </ul>
山梨県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体合併症患者への受入について、現在医療提供体制について検討しているところであるが、限られた医療資源の中で体制整備を調整することが困難。</li> </ul>
長野県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体合併症への対応</li> <li>・診療所との連携</li> <li>・相談窓口・情報センターの24時間化。</li> </ul>
静岡県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科救急情報センターのあり方を検討していく必要がある。</li> <li>・身体合併の対応できる医療機関が県西部の1機関のみの委託となっている。</li> <li>・国庫補助金の補助額が大幅に減額され、事業の実施が厳しい状況。</li> </ul>
愛知県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休日・夜間における緊急措置診察等実施のための移送体制が未整備であること。</li> </ul>
三重県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般救急との連携。</li> <li>・中南勢ブロックは、中勢～南勢～東紀州と範囲が広く、精神科病院も少ないため、受診までに時間がかかる地域があること。</li> </ul>
滋賀県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神医療相談窓口が24時間体制になっていない。</li> <li>・ソフト救急、病診連携、病院連携体制が十分確立していない。</li> </ul>
大阪府	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「夜間・休日合併症支援システム」の身体科病院（二次・三次救急医療機関）における認知度向上と、身体・精神ともに重篤な場合の受入れ先の確保。</li> </ul>

奈良県	国庫補助の単価減になると、委託料が変更となること。
和歌山県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県内3圏域に分けて救急体制をとっているが、紀南圏域において医師確保ができず、夜間休日の救急がストップしているため、医師確保を含めた体制整備が課題である。</li> <li>・また、身体合併症のある精神障害者の救急搬送時、精神科および身体科において、どちらが先に優先するかという線引きが曖昧であること。</li> </ul>
鳥取県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当番病院に過度な負担がかからないようにするため、現在の体制を継続して維持していきたい。</li> </ul>
島根県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急受診（夜間、休日昼間）に至らないための予防的な支援体制の構築により、最終的には当事業による受診件数を減少させること、及び入院率を低下させること。</li> </ul>
岡山県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患と身体疾患を合併した救急患者に適切に対応するため、一般病院と精神科病院との連携をより一層強化する必要がある。</li> <li>・自殺未遂など重篤な身体合併症患者に対応する救急隊員など医師以外の関係者も、精神疾患についての理解を深める必要がある。</li> </ul>
広島県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化に伴い、精神疾患と身体疾患の合併症がある患者が増加する事が見込まれており、精神科救急医療施設と、一般救急医療機関との連携等、身体合併症患者の医療体制の確保について検討する必要がある。</li> <li>・自殺未遂者に対する身体ケアとともに再企図防止のための2次、3次救急との連携等診療体制の充実を図る必要がある。</li> </ul>
山口県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般救急との連携・医療圏における精神科ソフト救急の整備。</li> </ul>
徳島県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科救急医療体制については、自治体のみではなく、民間の精神科救急医療機関の協力を得ながら体制を構築しているが、継続的に運営していくために、精神科救急医療体制整備事業補助金の安定的な確保が必要である。特に精神科救急情報センター事業は、精神科救急医療体制上、重要であり、補助金の安定的な確保が必要である。</li> </ul>
愛媛県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間が限定されていること（平日17:00～22:00 休日9:00～17:00）。</li> <li>・地域が限定されていること 東予、中予、南予のうち中予圏域でのみ実施している。</li> <li>・精神科病院のみによる輪番対応であること 身体合併症患者への対応が困難である。</li> </ul>
福岡県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ソフト救急の体制が整備できていない。</li> </ul>
佐賀県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年々、国の補助金が減額されており県の負担が増加しており、今後、財政的に運営が困難になる可能性がある。</li> </ul>
熊本県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予算の確保。</li> <li>・措置入院の際の診察医、受入病院の確保（原則措置入院は対象外）。</li> <li>・精神科救急情報センターの体制確保。</li> </ul>
大分県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報センターが未設置であること。</li> <li>・24時間365日対応可能な基幹病院が未設置であること。</li> <li>・措置入院に関する輪番体制のみで、医療保護入院については夜間・休日の受</li> </ul>

	入先がないこと。
宮崎県	・一般救急医療機関と精神科救急医療システムとの連携が充分でない。
沖縄県	・身体科の救急告示病院との連携を深める必要がある。

自由意見

都道府県	貴自治体の精神科救急医療体制について自由意見
和歌山県	・精神疾患に対する偏見がまだまだ根強くあると思われ、一般科において診てもらえないという事例もある。
佐賀県	・国が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するのであれば消防庁の119番等を利用した県の負担が少ない制度構築が必要と考える。

アンケート 『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

『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」は、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）「精神科救急医療の実態把握及び措置入院・移送の地域格差の要因分析に関する調査研究」<sup>2)</sup>の主成果物である。『手引き』における内容は、日本精神科病院協会、日本精神科救急学会、全国保健所長会、日本精神保健福祉士協会、総合病院精神医学会、家族会が合意した基本方針に基づき作成されており、また各都道府県に対する調査結果に基づき、現状を踏まえた最新の見識がアップデートされた、現時点における最適を推奨するものであろう。その意味において、精神科救急医療体制整備事業を実施する都道府県（指定都市）は、当該事業に係るサービスの質を向上させるべく、『手引き』における推奨を参照すべきである。『手引き』には、推奨事項を項目として抽出した「基準」が設けられている。都道府県（指定都市）においては、各項目について評価を行い個々の課題を抽出するとともに、その課題の克服と推奨事項の達成を目指し、連絡調整会議等において整備状況を評価するなどの活用が望まれる。結果について表2に示す。

37自治体から回答が得られた（回答率78.7%）。

1【大項目】実施要綱【推奨】実施自治体として実施要項を整備している（水準：～べき）について、該当36自治体（97.3%）、部分該当0自治体、非該当1自治体（2.7%）であった。

2【大項目】基本的考え方について【推奨】精神科救急医療とは地域包括ケア体制における即応の一医療資源であること（水準：望ましい）について、該当6自治体（16.2%）、部分該当6自治体（16.2%）、非該当25自治体（67.6%）【推奨】精神保健福祉法第19条の11に基づき、自治体として整備に努めること（水準：望ましい）について、該当13自治体（35.1%）、部分該当3自治体（8.1%）、非該当21自治体（56.8%）【推奨】整備への努力の一環として、精神障害に対する社会の偏見や不理解の克服を目指すこと（水準：望ましい）については、該当2自治体（5.4%）、部分該当4自治体（10.8%）、非該当31自治体（83.8%）であった。

3【大項目】体制【中項目】構造・機能的標準化【小項目】アクセシビリティ【推奨】すべてのニーズについて圏域ごと、重症度ごとに対応できる体制を有し、許容される時間内にアクセス可能である（水準：～べき）は、該当14自治体（37.8%）、部分該当22自治体（59.5%）、非該当1自治体（2.7%）【小項目】ケアの継続性【推奨】一般医療、通院医療との連続性が確保できるよう、体制が周知徹底される仕組みを広報等で確認できる（水準：～べき）は、該当15自治体（40.5%）、部分該当11自治体

(29.7%)、非該当 10 自治体(27.0%)、欠損値 1 自治体(2.7%)であった。

4【大項目】圏域【推奨】二次医療圏ごと、あるいは隣接する 2～3 圏域を 1 単位とする精神科医療圏域を設定している(水準:望ましい)について、該当 22 自治体(59.5%)、部分該当 5 自治体(13.5%)、非該当 10 自治体(27.0%)【推奨】それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースを整備している。または、圏域を越えた柔軟な運用によって機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるよう整備を行っている(水準:望ましい)は、該当 23 自治体(62.2%)、部分該当 10 自治体(27.0%)、非該当 4 自治体(10.8%)であった。

5【大項目】運用時間帯【推奨】空白時間帯がない(水準:～べき)は、該当 16 自治体(43.2%)、部分該当 17 自治体(45.9%)、非該当 4 自治体(10.8%)で、【推奨】24 時間 365 日(非評価項目)が 16 自治体【推奨】夜間休日(非評価項目)が 17 自治体であった。

6【大項目】連絡調整委員会【推奨】都道府県の全域として年 1 回以上連絡調整委員会を実施している(水準:～べき)は、該当 32 自治体(86.5%)、部分該当 2 自治体(5.4%)、非該当 3 自治体(8.1%)【推奨】圏域ごとに検討部会を実施している(水準:～べき)が、該当 12 自治体(32.4%)、部分該当 7 自治体(18.9%)、非該当 18 自治体(48.6%)、【中項目】連絡調整委員【小項目】必須委員【推奨】実施主体(水準:～べき)は該当 35 自治体(94.6%)、部分該当 0 自治体、非該当 1 自治体(2.7%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、【推奨】確保事業担当者(水準:～べき)は、該当 31 自治体(83.8%)、部分該当 2 自治体(5.4%)、非該当 3 自治体(8.1%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、【推奨】消防あるいは MC 関係者(水準:～べき)は、該当 33 自治体(89.2%)、部分該当 0 自治体、非該当 3 自治

体(8.1%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、【推奨】警察関係者(水準:～べき)は、該当 33 自治体(89.2%)、部分該当 0 自治体、非該当 3 自治体(8.1%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、【推奨】診療所代表者(水準:～べき)は、該当 33 自治体(89.2%)、部分該当 0 自治体、非該当 3 自治体(8.1%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、【推奨】受診前相談担当者(水準:～べき)は、該当 25 自治体(67.6%)、部分該当 1 自治体(2.7%)、非該当 10 自治体(27.0%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、

【推奨】合併症医療担当医療機関(水準:～べき)は、該当 27 自治体(73.0%)、部分該当 1 自治体(2.7%)、非該当 8 自治体(21.6%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、【小項目】参考委員【推奨】当事者(非評価項目)について、該当 9 自治体(24.3%)、部分該当 1 自治体(2.7%)、非該当 24 自治体(64.9%)、欠損値 3 自治体(8.1%)、

【推奨】市町村(非評価項目)は、該当 11 自治体(29.7%)、部分該当 3 自治体(8.1%)、非該当 21 自治体(56.8%)、欠損値 2 自治体(5.4%)、

【推奨】福祉領域関係者(非評価項目)は、該当 9 自治体(24.3%)、部分該当 2 自治体(5.4%)、非該当 23 自治体(62.2%)、欠損値 2 自治体(5.4%)、【推奨】学識者(非評価項目)は、該当 14 自治体(37.8%)、部分該当 1 自治体(2.7%)、非該当 20 自治体(54.1%)、欠損値 2 自治体(5.4%)、【中項目】議題【小項目】標準議題【推奨】事業実績(身体科との連携に関する事項・実施要項に関する事項・厚生労働省からの伝達事項・移送に関する事項・警察及び消防との連携に関する事項)(水準:～べき、一括評価)は、該当 21 自治体(56.8%)、部分該当 14 自治体(37.8%)、非該当 1 自治体(2.7%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、【小項目】個別検証【推奨】個々の事例の対応適切性に関する事後検証(水準:～べき)については、該当 8 自治体(21.6%)、部分該当 13 自治体(35.1%)、非該当 15 自治体(40.5%)、欠損値 1 自治体(2.7%)であった。

7【大項目】受診前相談【中項目】通報処理

【推奨】夜間・休日の23条通報処理について救急医療体制整備事業との関係性の明確化を図ること(水準:~べき)は、該当23自治体(62.2%)、部分該当5自治体(13.5%)、非該当8自治体(21.6%)、欠損値1自治体(2.7%)【中項目】圏域内完結【推奨】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(水準:~べき)は、該当17自治体(45.9%)、部分該当16自治体(43.2%)、非該当4自治体(10.8%)、【中項目】設置母体【推奨】医療機関設置(水準:望ましい)は、該当20自治体(54.1%)、部分該当5自治体(13.5%)、非該当12自治体(32.4%)、【推奨】当番病院と密な連絡調整がはかれる体制とすること(水準:~べき)は、該当28自治体(75.7%)、部分該当4自治体(10.8%)、非該当4自治体(10.8%)、欠損値1自治体(2.7%)、【中項目】職種【推奨】職種は精神保健福祉士、看護師、心理士などの専門職であること(水準:望ましい)は、該当34自治体(91.9%)、部分該当1自治体(2.7%)、非該当2自治体(5.4%)、【中項目】技能要件の明確化【小項目】傾聴【推奨】必要要件として業務手順に定めること(水準:~べき)は、該当25自治体(67.6%)、部分該当5自治体(13.5%)、非該当7自治体(18.9%)【小項目】助言【推奨】必要要件として業務手順に定めること(水準:~べき)は、該当28自治体(75.7%)、部分該当4自治体(10.8%)、非該当5自治体(13.5%)、【小項目】自殺・破壊行動リスクへの電話対応【推奨】必要要件として業務手順を定めること(水準:~べき)は、該当25自治体(67.6%)、部分該当5自治体(13.5%)、非該当7自治体(18.9%)、【小項目】医療機関等地域内資源の案内【推奨】必要要

件として業務手順を定めること(水準:~べき)は、該当29自治体(78.3%)、部分該当3自治体(8.1%)、非該当5自治体(13.5%)、【小項目】受診要否判断・受診勧奨【推奨】必要要件として業務手順を定めること(水準:~べき)は、該当29自治体(78.3%)、部分該当3自治体(8.1%)、非該当5自治体(13.5%)、【小項目】多機関調整【推奨】必要要件として業務手順を定めること(水準:~べき)は、該当22自治体(59.5%)、部分該当6自治体(16.2%)、非該当9自治体(24.3%)、【小項目】移送を含むアクセスに関する助言【推奨】必要要件として業務手順を定めること(水準:~べき)は、該当16自治体(43.2%)、部分該当12自治体(32.4%)、非該当9自治体(24.3%)、【小項目】通報対応【推奨】必要要件として業務手順を定めること(水準:~べき)は、該当19自治体(51.4%)、部分該当15自治体(40.5%)、非該当3自治体(8.1%)、【中項目】知識要件の明確化【小項目】地域の具体的な資源に関する知識【推奨】必要要件として業務手順を定めること(~べき)は、該当20自治体(54.1%)、部分該当10自治体(27.0%)、非該当7自治体(18.9%)、【中項目】医師の応援体制【推奨】医師の応援体制を置くこと(当番病院の指定医など)(水準:~べき)は、該当26自治体(70.3%)、部分該当7自治体(18.9%)、非該当4自治体(10.8%)、【中項目】アクセス【小項目】広報【推奨】相談者がアクセスしやすいよう相談電話番号などをHP、自治体広報などによって周知する(水準:~べき)は、該当25自治体(67.6%)、部分該当7自治体(18.9%)、非該当5自治体(13.5%)であった。

8【大項目】搬送体制【中項目】搬送に関する運用のルール化【小項目】法29条の2の2(水準:~べき)は、該当20自治体(54.1%)、部分該当5自治体(13.5%)、非該当11自治体(29.7%)、欠損値1自治体(2.7%)、【小項目】法34条(水準:~べき)は、該当21自治体(56.8%)、部分該当5自治体(13.5%)、非該当10自治体

(27.0%)、欠損値 1 自治体(2.7%)であった。

9【大項目】医療確保【推奨】あらゆる重症度に応じた合理的な対応体制であり空白時間が発生しない(措置応急・要入院・要受診・電話対応の4カテゴリ)(水準：～べき)は、該当 25 自治体(67.6%)、部分該当 11 自治体(29.75%)、非該当 15 自治体(40.5%)、【中項目】類型ごとの機能確保【小項目】基幹型【推奨】原則に圏域 1 力所(広域対応とする場合は時間・距離的にアクセス可能を確認し、国公立病院又は医師 16 対 1 の体制を有する高規格のユニットを備える医療機関(水準：望ましい)は、該当 13 自治体(35.1%)、部分該当 7 自治体(18.9%)、非該当 17 自治体(45.9%)、【小項目】病院群輪番型【推奨】当番日や時間帯に空白がない(水準：～べき)は、該当 24 自治体(64.9%)、部分該当 10 自治体(27.0%)、非該当 3 自治体(8.1%)、【小項目】外来型【推奨】当番日や時間帯に空白がない(水準：～べき)は、該当 9 自治体(24.3%)、部分該当 6 自治体(16.2%)、非該当 21 自治体(56.8%)、欠損値 1 自治体(2.7%)、【小項目】その他【推奨】バックアップ機能(水準：～べき)は、該当 15 自治体(40.5%)、部分該当 9 自治体(24.3%)、非該当 13 自治体(35.5%)、【推奨】支援病院(非評価項目)は、該当 16 自治体(43.2%)、部分該当 7 自治体(18.9%)、非該当 14 自治体(37.8%)であった。

10【大項目】身体合併症【中項目】全域対応合併症医療体制【推奨】全域に 1 力所以上の精神科併設一般医療機関の指定とその運用ルール 都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認、検証を行う(水準：望ましい)は、該当 13 自治体(35.1%)、部分該当 10 自治体(27.0%)、非該当 14 自治体(37.8%)、【中項目】圏域対応精神科合併症医療体制【推奨】各圏域の精神科と一般科の複数の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制の指定とその運用ルール都道府県全体の連絡調整会議

において事業内容の確認、圏域ごとの検証部会にて事業の確認、検証研修などによって相互理解に努める(水準：～べき)は、該当 3 自治体(8.1%)、部分該当 8 自治体(21.6%)、非該当 26 自治体(70.3%)、【中項目】一般医療領域における協議会などの活用による連携推進【推奨】一般医療領域において各 2 次医療圏で開催されている協議会等の機会に精神科代表が積極的に参加するなど、連携の充実に努める(水準：望ましい)は、該当 5 自治体(13.5%)、部分該当 15 自治体(40.5%)、非該当 17 自治体(45.9%)であった。

#### D. 考察

精神科救急医療体制整備事業実施要綱は 24 時間精神医療相談窓口について「都道府県等は、特に休日、夜間における精神障害者及び家族等からの相談に対応するため、地域の実情に合わせて、精神保健福祉センター、精神科救急情報センター、医療機関等に精神医療相談窓口の機能を設けるものとする。精神医療相談窓口においては、精神障害者の疾病の重篤化を軽減する観点から、精神障害者等の症状の緩和が図れるよう適切に対応するとともに、必要に応じて医療機関への紹介や受診指導を行うものとする。なお、当該窓口の整備に当たっては、既に整備されている相談窓口等の連携により、地域において 24 時間の相談体制が確保されることを妨げるものではない。相談窓口は、原則 24 時間 365 日体制をとることとし、休日、夜間は確実に対応できるものとする。」一方、精神科救急情報センターについて同要綱は「身体疾患を合併している者も含め、緊急的な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能等を「精神科救急情報センター」として精神保健福祉センター、医療機関など精神科救急医療体制の中核となる機関等に 24 時間 365 日対応できるよう整備(ただし、時間帯により固定の担当機関を置き、適切に情報を引き継ぐ体制を整備するこ

とも可とする。)するものとする。」としている。24時間精神相談窓口と精神科救急情報センターの機能が重複していることから、都道府県においては多様な運用がなされることとなった。24時間精神医療相談窓口の相談件数と精神科救急情報センターの相談件数が同数であると回答した自治体も複数あり、当該自治体担当者に確認したところ、厚生労働省へも同様に報告しており、容認されているとのことであった。

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として、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。さらに精神科救急医療体制整備事業実施要綱で「精神科救急情報センターは、(略)精神科の臨床経験を有する看護職員、精神保健福祉士、その他当該地域の精神保健福祉対策に精通した者を置くものとする。」とされているが、運営を他自治体の特定営利活動法人や株式会社に委託する自治体も散見され、この点についても今後検証が必要であろう。

精神科救急医療体制整備事業実施要綱で各自治体に提出を求めている各報告様式(付録参照)の課題として、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指摘できよう。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。別紙様式1 1・1-2精神科救急医療体制整備事業施設月報(1-2は受診した医療施設に通院加療中であったケースに限定して集計)及び別紙様式2 1・2-2精神科救急医療体制整備事業圏域月報(2-2は受診した病院に通院加療中であったケースに限定して集計)は、医療施設への「受診依頼件数」を求めておらず、受診依頼に対しての応需実態を把握することができない。これ

らを圏域別に集計した別紙様式3 1・3-2精神科救急医療体制整備事業全県域月報、4-1・4 2精神科救急医療体制整備事業年報についても同様である。別紙6精神科救急情報センター事業年報は、寄せられた相談についてトリアージした結果、精神科救急事例なのか否かがどのように判断されたのか、また精神科救急事例と判断した事例について医療機関紹介できたのか否かについての報告を求めている。都道府県においてもこれらの様式に回答するための項目しか集計しておらず、都道府県精神科救急医療体制整備事業のアウトカム評価ができない自治体も散見され、このことが本調査の回答率を低くしていると考えられた。精神科救急医療体制整備事業のアウトカム評価ができるよう、報告様式の見直しが求められる。

『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」は、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)「精神科救急医療の実態把握及び措置入院・移送の地域格差の要因分析に関する調査研究」<sup>2)</sup>の主成果物である。『手引き』における内容は、日本精神科病院協会、日本精神科救急学会、全国保健所長会、日本精神保健福祉士協会、総合病院精神医学会、家族会が合意した基本方針に基づき作成されており、また各都道府県に対する調査結果に基づき、現状を踏まえた最新の見識がアップデートされた、現時点における最適を推奨するものであろう。その意味において、精神科救急医療体制整備事業を実施する都道府県(指定都市)は、当該事業に係るサービスの質を向上させるべく、『手引き』における推奨を参照すべきである。『手引き』には、推奨事項を項目として抽出した「基準」が設けられている。都道府県(指定都市)においては、各項目について評価を行い個々の課題を抽出するとともに、その課題の克服と推奨事項の達成を目指し、連絡調整会議等において整備状況の評価するなどの活用が望まれる。

【大項目】基本的考え方について【推奨】精神科救急医療とは地域包括ケア体制における即応的一医療資源であること(水準:望ましい)について、非該当と 25 自治体(67.6%)が回答しており、地域包括ケア体制構築において、医療と福祉の連携が課題であると、この結果からもいえるのではないだろうか。また【推奨】精神保健福祉法第 19 条の 11 に基づき、自治体として整備に努めること(水準:望ましい)について非該当と 21 自治体(56.8%)、【推奨】整備への努力の一環として、精神障害に対する社会の偏見や不理解の克服を目指すことについて非該当と 31 自治体(83.8%)が回答しており、都道府県が精神科救急医療体制整備事業を推進するにあたっては、この点についても着目することが求められよう。

【大項目】体制【中項目】構造・機能的標準化【小項目】アクセス性【推奨】すべてのニーズについて圏域ごと、重症度ごとに対応できる体制を有し、許容される時間内にアクセス可能である(水準:~べき)について部分該当と 22 自治体(59.5%)、【小項目】ケアの継続性【推奨】一般医療、通院医療との連続性が確保できるよう、体制が周知徹底される仕組みを広報等で確認できる(水準:~べき)について、部分該当 11 自治体(29.7%)、非該当 10 自治体(27.0%)、【大項目】圏域【推奨】それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースを整備している。または、圏域を越えた柔軟な運用によって機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるよう整備を行っている(水準:望ましい)について部分該当 10 自治体(27.0%)、非該当 4 自治体(10.8%)、【大項目】運用時間帯【推奨】空白時間帯がない(水準:~べき)について部分該当と 17 自治体(45.9%)との回答であったことから、都道府県における精神科救急医療体制整備事業の整備が道半ばであることを表した結果であった。

【大項目】連絡調整委員会については、【推奨】圏域ごとに検討部会を実施している(水準:

~べき)について部分該当 7 自治体(18.9%)、非該当 18 自治体(48.6%)との結果から、ミクロ精神科救急医療体制の整備が課題であるといえるかもしれない。【中項目】連絡調整委員会【小項目】必須委員の内、他に比べ【推奨】受診前相談担当者(水準:~べき)について非該当が 10 自治体(27.0%)、【推奨】合併症医療担当医療機関(水準:~べき)非該当と 8 自治体(21.6%)が回答しており、当該自治体については委員構成について検討を求めたい。【小項目】参考委員【推奨】当事者(非評価項目)について非該当が 24 自治体(64.9%)であったものの、該当と 9 自治体(24.3%)が回答している。精神科救急医療体制の整備目的が精神障害者の地域生活支援であることを鑑みれば、都道府県が精神科救急医療体制を整備していくにあたっては、当事者の意見を反映させる仕組みも今後取り入れていく必要がある。

【中項目】議題【小項目】標準議題【推奨】事業実績(身体科との連携に関する事項・実施要綱に関する事項・厚生労働省からの伝達事項・移送に関する事項・警察及び消防との連携に関する事項)(水準:~べき、一括評価)について、部分該当と 14 自治体(37.8%)が回答しており、改善すべき点である。【小項目】個別検証【推奨】個々の事例の対応適切性に関する事後検証(水準:~べき)について、部分該当 13 自治体(35.1%)、非該当 15 自治体(40.5%)との回答で、個別事例の対応適切性の事後検証なくして、制度改善と連携構築は行えないとすれば憂慮すべき結果である。

【大項目】受診前相談【中項目】圏域内完結【推奨】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)ないし、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(水



準：～べき)について、部分該当が 16 自治体 (43.2%)、非該当が 4 自治体(10.8%)と十分なものではなかった。【中項目】技能要件の明確化については、整備が進んでいると言えよう。

【大項目】搬送体制【中項目】搬送に関する運用のルール化【小項目】法 29 条の 2 の 2 (水準：～べき)について非該当が 11 自治体 (29.7%)、【小項目】法 34 条 (水準：～べき)でも非該当 10 自治体(27.0%)で、精神科救急医療体制における搬送体制の整備が課題となっていることが伺えた。

【大項目】身体合併症対応【中項目】全域対応合併症医療体制【推奨】全域に 1 力以上の精神科移設一般医療機関の指定とその運用ルール 都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認、検証を行う(水準：望ましい)部分該当 10 自治体(27.0%)、非該当 14 自治体(37.8%)、【中項目】圏域対応精神科合併症医療体制【推奨】各圏域の精神科と一般科の複数の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制の指定とその運用ルール 都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認、圏域ごとの検証部会にて事業の確認、検証研修などによって相互理解に努める(水準：～べき)該当は 3 自治体(8.1%)にすぎず、部分該当 8 自治体(21.6%)、非該当 26 自治体 (70.3%)、さらに【中項目】一般医療領域における協議会などの活用による連携推進【推奨】

一般医療領域において各二次医療圏で開催されている協議会等の機会に精神科代表が積極的に参加するなど、連携の充実に努める(水準：望ましい)についても部分該当 15 自治体 (40.5%)、非該当 17 自治体(45.9%)と十分なものではなかった。

#### E. 結論

精神救急医療体制整備事業をアウトカム評価できる仕組みづくりと、受診前相談体制の更なる質の向上が必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### 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) 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

2) 公益社団法人日本精神科病院協会.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)「精神科救急医療の実態把握及び措置入院・移送の地域格差の要因分析に関する調査研究」報告書,2017

表1 アンケート 精神科救急医療体制整備事業等調査

表2 アンケート 『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

付録

アンケート 精神科救急医療体制整備事業等調査

Q1：自治体名 ご担当者名

\_\_\_\_\_ 都・道・府・県 人口 \_\_\_\_\_ 万人(平成29年4月1日現在)

部署名 \_\_\_\_\_

ご担当者名 \_\_\_\_\_

ご連絡先 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

Q2：貴自治体の平成16(2004)年～平成27(2015)年の経時変化について、変動がありますか？

ある Q3へ ない Q5に移動

Q3：変動した年度は？

\_\_\_\_\_

Q4：変動がみられる場合、以下に示す何らかの要因がありましたか？(該当するものをしてください)

- a. 人口規模による影響 b. 国の要綱改訂の影響 c. 圏域内医療資源の増減による影響
- d. 都道府県内の運用取り決めの変更による影響
- 1. 事業メニューの開始や終了があった 2. 圏域の変更があった
- 3. 件数のカウントの仕方が変わった 4. 担当者が代わって数字の解釈が変わった
- 5. その他 \_\_\_\_\_
- e. その他 \_\_\_\_\_
- f. わからない

具体的な状況について記載してください。複数に変動がある場合にはここに解説してください。

**Q5：24時間精神医療相談窓口について教えてください。**

(1) 24時間精神医療相談窓口の設置状況(該当するものに○をしてください)

- a. 設置済み b. 未設置 c. 設置予定(平成 年度)

(2) 24時間精神医療相談の実施状況(該当するものに○をしてください)

- a. 精神科救急情報センターと一体となって実施している  
b. 精神科救急情報センターと機能分離して実施している(設置機関)  
c. 保健所及び精神科救急情報センターを併せて実施している  
d. 委託している

(委託先: \_\_\_\_\_)

(3) 平成28年度の相談件数を教えてください。

総数 \_\_\_\_\_ 件

**Q6：精神科救急情報センターについて教えてください。**

(1) 精神科救急情報センターの設置状況(該当するものに○をしてください)

- a. 設置済み b. 未設置 c. 設置予定(平成 年度)

(2) 精神科救急情報センターの設置機関を教えてください(該当するものに○をしてください)

- a. 自治体立病院 b. 大学病院 c. 民間病院 d. 精神保健福祉センター  
e. 身体科救急医療情報センターに併設  
f. その他 \_\_\_\_\_

(3) 精神科救急情報センターの運営方法を教えてください(該当するものに○をしてください)

- a. 自治体直営 b. 委託

(委託先 \_\_\_\_\_)

(4) 平成28年度の相談件数等を教えてください。

総数 \_\_\_\_\_ 件

精神科救急事例と判断した件数(再掲) \_\_\_\_\_ 件

医療機関紹介件数(再掲) \_\_\_\_\_ 件

医療機関紹介できなかった件数(再掲) \_\_\_\_\_ 件

**Q7：貴自治体の精神科救急医療体制整備事業実施要綱上(運用上)の対象について教えてください。**

(該当するに✓してください)。

(物質関連障害を含む)すべての精神疾患を対象としている

対象としていない疾患がある。

どのような疾患を除外していますか \_\_\_\_\_

**Q8：貴自治体の精神科救急医療体制について、自由にご記載ください。**

自負していること

課題と思われること

自由意見

以上です。

御協力有難うございました。

別紙様式 1 1 精神科救急医療体制整備事業施設月報

別紙様式 1 - 2 精神科救急医療体制整備事業施設月報

別紙様式 2 1 精神科救急医療体制整備事業圏域月報

別紙様式 2 - 2 精神科救急医療体制整備事業圏域月報

別紙様式 3 1 精神科救急医療体制整備事業全県域月報

別紙様式 3 - 2 精神科救急医療体制整備事業全県域月報

別紙様式 4 - 1 精神科救急医療体制整備事業年報

別紙様式 4 2 精神科救急医療体制整備事業年報

別紙様式 6 精神科救急情報センター事業年報



表2 アンケート「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」

大項目	中項目	小項目	推奨	水準	該当	部分該当	非該当	欠損値	備考
1	実施要綱		実施自治体として実施要綱を整備している		36	0	1	0	
2	基本的な考え方について		以下の項目について、自治体要綱上に基本的な考え方の明記がある。 精神科救急医療とは地域包括ケア体制における即応型の一医療資源であること 精神保健福祉法第19条の11に基づき、自治体として整備に努めること 整備への努力の一環として、精神障害に対する社会の偏見や不理解の克服を目指すこと		6	6	25	0	
					13	3	21	0	
					2	4	31	0	
3	体制								
		構造							
		機能的標準化							
		アクセシビリティ	すべてのニーズについて圏域ごと、重症度ごとに対応できる体制を有し、許容される時間内にアクセス可能である		14	22	1	0	
		ケアの継続性	一般医療、通院医療との連続性が確保できるよう、体制が周知徹底される仕組みを広報等で確認できる		15	11	10	1	
4	圏域								
			2次医療圏ごと、あるいは隣接する2-3圏域を1単位とするおおよその精神科医療圏域を設定している。		22	5	10	0	
			それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースを整備している。または圏域を超えた柔軟な運用によって機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるよう整備を行っている		23	10	4	0	
5	運用時間帯		空白時間帯がない(以下のどちらかを記入) 24時間365日 夜間休日		16	17	4	0	
					16				非評価項目
					17				
6	連絡調整委員会		都道府県の全域として年1回以上連絡調整委員会を実施している		32	2	3	0	
			圏域ごとに検討部会を実施している		12	7	18	0	
		連絡調整委員	以下の参加がある(全領域別分について評価する)						
		必須委員	実施主体 確保事業担当者 消防あるいは消防関係者 警察関係者 診療所代表者 受診前相談担当者 合併症医療担当医療機関		35	0	1	1	
					31	2	3	1	
					33	0	3	1	
					33	0	3	1	
					33	0	3	1	
					25	1	10	1	
					27	1	8	1	
		参考委員	当事者 市町村 福祉関係者 学識者など		9	1	24	3	非評価項目
					11	3	21	2	非評価項目
					9	2	23	3	非評価項目
					14	1	20	2	非評価項目
		議題	以下の議事を審議している(全領域別分について評価する) 事業実績 身体科との連携に関する事項 実施要綱に関する事項 厚生労働省からの伝達事項 移送に関する事項 警察及び消防との連携に関する事項		21	14	1	1	一括評価
		標準議題							
		個別検証	個々の事例の対応適切性に関する事後検証		8	13	15	1	
7	受診前相談								
		通報処理	夜間・休日の23条通報処理について救急医療体制整備事業との関係性の明確化を図ること		23	5	8	1	
		圏域内完結	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な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、圏域を超えた相談等が発生しないための配慮などを評価)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。		17	16	4	0	
		設置母体	医療機関設置		20	5	12	0	
			当番病院と密な連絡調整がはかれる体制とすること		28	4	4	1	
		職種	職種は精神保健福祉士、看護師、心理士などの専門職であること		34	1	2	0	
		技能要件の明確化	職種 助言 自殺・破壊行動リスクへの電話対応 医療機関等地域内資源の案内 必要要件として業務手順に定めること		25	5	7	0	
					28	4	5	0	
					25	5	7	0	
					29	3	5	0	
					29	3	5	0	
					22	6	9	0	
					16	12	9	0	
					19	15	3	0	
					20	10	7	0	
		知識要件の明確化	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に定めること		20	10	7	0	
		医師の応援体制	医師の応援体制を重く(当番病院の指定医など)		26	7	4	0	
		アクセス	相談者がアクセスしやすいよう相談電話番号などをHP、自治体広報などによって周知する		25	7	5	0	
8	搬送体制								
		搬送に関する運用のルール化							
			法29条の2の2 法34条		20	5	11	1	
					21	5	10	1	
9	医療確保								
		類型ごとの機能確保	基幹型 原則に圏域1カ所(広域対応とする場合は時間・距離的にアクセス可能を確認し、連絡調整会議で承認する)。 国公立病院又は医師16対1の体制を有する高規格のユニットを備える医療機関		25	11	15	0	
			病院群輪番型 当番日や時間帯に空白がない		24	10	3	0	全体体制で評価
			外來型 当番日や時間帯に空白がない		9	6	21	1	全体体制で評価
			その他 バックアップ機能		15	9	13	0	
			支援病院		16	7	14	0	非評価項目
10	身体合併症対応								
		全域対応合併症医療体制	全域に1カ所以上の精神科併設一般医療機関の指定とその運用ルール 都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認、検証を行う		13	10	14	0	
		圏域対応精神科身体合併症医療体制	各圏域ごとの精神科と一般の複数の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制の指定とその運用ルール 都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認、検証会議毎の検証部会にて事業の確認、検証研修などによって相互理解に努めること		3	8	26	0	
		一般医療領域における協議会などの活用による連携推進	一般医療領域において自二次医療圏で開かれている協議会等の機会に精神科代表が積極的に参加するなど、連携の充実に努める		5	15	17	0	

基幹型の定義: 常時対応でなくともよいが、国公立病院又は医師16対1の体制を有する高規格のユニットを備える医療機関であり、圏域の基幹的役割を果たす医療機関  
病院群輪番型は基幹型が、外來型は基幹型や病院群輪番型が同時に兼ねてかまわない

~べき  
望ましい



(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業施設月報 ( 年 月 )

医療施設名 ( )

様式 1 - 1 で集計されたケースのうち、既に同院で通院加療中であったケースに限定して集計して下さい。

救急当番日 (該当する日に 記載してください。)	受診件数				受診者のうち入院した者(通院中の患者のみ)															
	合計 (夜間・休日の 昼間に 限る)	うち 夜間	うち 休日の 昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に 限る)	(入院形式)							(入院形式)								
					うち 夜間 入院 件数	うち 緊急 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他	うち 休日の 昼間 入院 件数	うち 緊急 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他				
1日																				
2日																				
3日																				
4日																				
5日																				
6日																				
7日																				
8日																				
9日																				
10日																				
11日																				
12日																				
13日																				
14日																				
15日																				
16日																				
17日																				
18日																				
19日																				
20日																				
21日																				
22日																				
23日																				
24日																				
25日																				
26日																				
27日																				
28日																				
29日																				
30日																				
31日																				
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

\* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

\* 当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、該当欄に件数を記入して下さい。

\* 外来対応施設については、受診件数のみ記載してください。

\* 毎月( ex.第2週末 )までに、前月分のデータをFAX( )、もしくはファイルを添付した電子メール( )にて、( 都道府県等の担当課 )へ提出願います。



(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業圏域別月報 (平成 年 月)

圏域(地区)名		受診者のうち入院した者(通院中の患者が否かを問わず)																
病院名	当番日数 (当番日の合計)	受診件数			入院形式													
		合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間 入院 件数	入院形式					うち 休日の 昼間 入院 件数	入院形式					
						うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他
< 輪番型 >																		
1																		
2																		
	小計																	
< 常時対応型 >																		
3																		
4																		
	小計																	
< 身体合併症対応 >																		
5																		
	小計																	
< 輪番+身体合併症 >																		
6																		
	小計																	
< 常時+身体合併症 >																		
7																		
	小計																	
合 計																		

- \* 別紙様式1-1の施設月報(圏域内の精神科救急医療施設からの月報)を集計した圏域別の月報です。
- \* 精神科救急医療圏域の圏域数分をコピー(もしくはエクセル上でワークシートをコピーして増設)のうえ、1圏域1シートで記入してください。
- \* 常時救急を受け入れる常時対応施設の場合、当番日数(他の病院との重複もあります。)は当月の全日数を記入して下さい。  
(当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、当番日数、受診件数等にも含める。)
- \* 施設の類型ごと(精神科救急医療施設(輪番型、常時対応型)、外来対応施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設等)に分けて記入してください。同一病院において、複数の類型を指定している場合は、その類型により記載してください。(例:精神科救急医療施設の輪番型であり、身体合併症対応施設でもある場合「輪番+身体合併症」等。)
- \* 圏域内の精神科救急医療施設数が10を超える場合は、本紙をコピー(もしくはエクセル上に行を追加)して記入願います。
- \* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業圏域別月報 (平成 年 月)

様式 2 - 1 で集計されたケースのうち、既に同院で通院加療中であったケースに限定して集計して下さい。

圏域(地区)名		受診者のうち入院した者(通院中の患者のみ)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
病院名	当番日数(当番日の合計)	受診件数		合計(夜間・休日の昼間に限る)	入院形式							入院形式																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		合計(夜間・休日の昼間に限る)	うち夜間		うち休日の昼間	うち夜間入院件数	うち緊急措置	うち措置入院	うち応急入院	うち医療保護	うち任意入院	うちその他	うち休日の昼間入院件数	うち緊急措置	うち措置入院	うち応急入院	うち医療保護	うち任意入院	うちその他																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
< 輪番型 >																				1																				2																					小計																			< 常時対応型 >																				3																				4																					小計																			< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																		
1																				2																					小計																			< 常時対応型 >																				3																				4																					小計																			< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																						
2																					小計																			< 常時対応型 >																				3																				4																					小計																			< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																										
	小計																			< 常時対応型 >																				3																				4																					小計																			< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																														
< 常時対応型 >																				3																				4																					小計																			< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																		
3																				4																					小計																			< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																						
4																					小計																			< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																										
	小計																			< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																																														
< 身体合併症対応 >																				5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																																																																		
5																					小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																																																																																						
	小計																			< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																																																																																																										
< 輪番+身体合併症 >																				6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																																																																																																																														
6																					小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																																																																																																																																																		
	小計																			< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																																																																																																																																																																						
< 常時+身体合併症 >																				7																					小計																				合計																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
7																					小計																				合計																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	小計																				合計																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	合計																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

\* 別紙様式 1 - 2 の施設月報(圏域内の精神科救急医療施設からの月報)を集計した圏域別の月報です。

\* 精神科救急医療圏域の圏域数分をコピー(もしくはエクセル上でワークシートをコピーして増設)のうえ、1圏域1シートで記入してください。

\* 常時救急を受け入れる常時対応施設の場合、当番日数(他の病院との重複もあります。)は当月の全日数を記入して下さい。

(当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、当番日数、受診件数等に含める。)

\* 施設の類型ごと(精神科救急医療施設(輪番型、常時対応型)、外来対応施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設等)に分けて記入してください。同一病院において、複数の類型を指定している場合は、その類型により記載してください。(例:精神科救急医療施設の輪番型であり、身体合併症対応施設でもある場合「輪番+身体合併症」等。)

\* 圏域内の精神科救急医療施設数が10を超える場合は、本紙をコピー(もしくはエクセル上に行を追加)して記入願います。

\* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

## (都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業全国域月報 (平成 年 月)

圏域名	受診件数			受診者のうち入院した者(通院中の患者が否かを問わず)																			
	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の 昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間 入院 件数	入院形式						うち 休日の 昼間 入院 件数	入院形式										
						うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他					
< 輪番型 >																							
小計																							
< 常時対応型 >																							
小計																							
< 身体合併対応 >																							
小計																							
合計																							

\* 別紙様式 2 - 1 の圏域別月報を集計した都道府県等全域の月報です。

\* 圏域数が10を超える場合は、本紙をコピー(ないしエクセル上)を行を追加して記入願います。

\* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

## (都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業全国域月報 (平成 年 月)

様式 3 - 1 で集計されたケースのうち、既に同院で通院加療中であったケースに限定して集計して下さい。

圏域名	受診件数			受診者のうち入院した者(通院中の患者のみ)																			
	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の 昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間 入院 件数	入院形式						うち 休日の 昼間 入院 件数	入院形式										
						うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他					
< 輪番型 >																							
小計																							
< 常時対応型 >																							
小計																							
< 身体合併対応 >																							
小計																							
合計																							

\* 別紙様式 2 - 2 の圏域別月報を集計した都道府県等全域の月報です。

\* 圏域数が10を超える場合は、本紙をコピー(ないしエクセル上)を行を追加して記入願います。

\* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業年報(平成 年度)

【圏域の概要】

人口		常時対応型病院名	
市町村名		輪番型病院名 (輪番の頻度を記載すること)	
面積			
精神科病院数			
精神病床数		外来対応施設 (対応頻度を記載すること)	
前年度(8月30日時点)における 入院後2ヶ月以内の退院率			
前年度(8月30日時点)における 入院後1年以内の退院率			
前年度(8月30日時点)における 1年以上の長期療養者及びその割合			

月	受診件数			受診者のうち入院した者(通院中の患者か否かを問わず)																				
	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の 昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間 入院 件数	入院形式						うち 休日の 昼間 入院 件数	入院形式											
						うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他						
4月																								
5月																								
6月																								
7月																								
8月																								
9月																								
10月																								
11月																								
12月																								
1月																								
2月																								
3月																								
合計																								

\*別紙様式 3 - 1 の月報の「圏域毎」の合計値を記入する年報です。厚生労働省精神・障害保健課へ提出願います。

\*夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業年報 (平成 年度)

【圏域の概要】

人口		常時対応型病院名	埼玉県立精神医療センター
市町村名		輪番型病院名 (輪番の頻度を記載すること)	
面積			
精神科病院数			
精神病床数		外来対応施設 (対応頻度を記載すること)	
前年度(前)の5月30日時点における 入院数3ヶ月前時点の通院数			
前年度(前)の5月30日時点における 入院数1年前時点の通院数			
前年度(前)の5月30日時点における 1以上の在院通院数及びその割合			

月	受診件数			受診者のうち入院した者(通院中の患者のみ)																			
	合計 (夜間・休日の 昼間に限 る)	うち 夜間	うち 休日の 昼間	合計 (夜間・休日 の昼間に限 る)	うち 夜間 入院 件数	入院形式						うち 休日の 昼間 入院 件数	入院形式										
						うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他					
4月																							
5月																							
6月																							
7月																							
8月																							
9月																							
10月																							
11月																							
12月																							
1月																							
2月																							
3月																							
合 計																							

\* 別紙様式 3 - 2 の月報の「圏域毎」の合計値を記入する年報です。厚生労働省精神・障害保健課へ提出願います。

\* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

( 都道府県等 ) 精神科救急情報センター事業年報 ( 平成 年度 )

月	精神科救急情報センター（夜間・休日の昼間のみの件数を記載すること）											
	精神医療相談窓口からつながれたもの	救急隊からの医療機関紹介要請	一般救急の情報センターからの医療機関紹介要請	医療機関（精神科）から医療機関（精神科以外）紹介要請	医療機関（精神科以外）から医療機関（精神科）紹介要請	警察から医療機関紹介要請	保健所から医療機関紹介要請	精神障害者本人からの問い合わせ	家族等からの問い合わせ	その他	精神保健福祉法に基づく移送先調整の依頼	
	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	移送先の医療機関を紹介した件数
4月												
5月												
6月												
7月												
8月												
9月												
10月												
11月												
12月												
1月												
2月												
3月												
合計												

\* 精神科救急情報センターへの要請等の件数及びその要請に対応した件数を記入して下さい。

\* 同一ケースの複数回の相談は、毎回1件と数えて下さい。（その都度対応した内容別に件数を記入して下さい。）

\* 毎月（ ex. 第2週末 ）までに、前月までのデータを累積的にFAX( )、もしくはファイルを添付した電子メール( )にて、( 都道府県等の担当課 )へ提出願います。（ex.8月分の報告であれば、4～7月分のデータも記入し報告する。）

\* 年報として厚生労働省精神・障害保健課へ提出願います。

\* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

## 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： 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）、兼久雅之（大分  
大学医学部附属病院）、河島 謙（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）、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）（五十音順）

### 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従来より指摘されてきており、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。本研究班では、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、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の手段を開発することなどを課題として取り組んでいる。課題1については、3つの観点から研究を行った。第一に、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、並列型医療連携好事例研究の対象として選択した。それぞれの施設では、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て、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るとわかった。第二に、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。第三に、地域で生活する精神科患者の精神症状が不安定になる際、救急隊が活動要請？をされることが多いと考えられ、その際、搬送困難事例となることが往々にしてあるところから、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を行うこととし、調査用紙を完成させ、全国調査を開始した。最終年度となる平成30年度には、救急医療・精神科医療の医療資源の地域偏在も考慮して解析を行うことが望ましいと考えられ、これらも同時に調査を実施することとした。課題2について、先行文献を精査して、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。エキスパートオピニオンによ

る妥当性検討を行うため全国調査を実施する予定である。課題 3 について、課題 2 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。

## 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ず、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。

これらから、本研究班では、平成 29 年度と翌 30 年度の 2 ヶ年にわたり、一般救急医療と精神科救急医療との連携円滑化に向け、

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、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の手段を開発することなどの改善点明確化に取り組む。

今回の中間報告書においては、本分担研究班が取りくむ課題について、下記方法欄において個別に取りあげる。

## B. 方法

### 1-1. 救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状について：並列型医療連携好事例における要因

（課題）一般救急医療部門と精神科医療部門を両方有する総合病院は多数存在するが、両部門の連携が有効かつ円滑に実施されている施設は少ないといわれる。並列型医療連携モデルを継続的に実施する施設を調査することで、各施設に共通する、連携に重要な要因を探る。

（調査方法）両部門の連携好事例は学会等で紹介がなされており、その内容をあらためて集約、分析する。

（対象施設）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。

（尺度）当分担班で作成した、医療連携に必要な人的・施設の・組織的側面について聞き取りを行った。

（期間）平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日までの 1 年間

（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科的ケアの現状について：PEEC コース先行展開地域研究

(課題) PEEC コースの開催には、一般救急医療従事者(救急医・救急看護師・消防局員ほか)と精神科医療従事者とが協力関係を維持することが必須となるものの、従来、共同作業の枠組み作り自体が困難であった。

PEEC コースを定期的で開催している先行地域を調査することで、開催ノウハウや継続開催のための要点をまとめる。

(調査方法) 日本臨床救急医学会ホームページに掲載される開催告知情報から、複数年にまたがりコースを継続している開催主体を選び、開催事務局(コースコーディネーター)へ連絡をとり、電子メールを通じ、必要に応じて対面で情報収集を行い、要点を整理する。

(調査項目) 開始時期、運営費用、関係機関との連携体制(消防局・救急医療病院・精神科病院・大学病院救急科および精神科・行政・スタッフ育成方法・維持運営上の課題ほか。

(対象施設) 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

(期間) 平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日までの 1 年間

(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

## 1-3. 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

(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) 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。

(期間) 平成 29 年度はアンケート調査原票の作成、平成 30 年 4 月より調査回収の開始(〆切は 9 月末日) 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数少なく、標準化もなされていない。

(調査方法) 国内外で発表されたトリアージツールとスクリーニングツールを収集し、分担研究班にて精査し、病院前救護にて使用することを前提とした素案を作成する。また、素案に準じた評価項目につき、全国的なエキスパートオピニオン収集を行い、素案の妥当性を検討し、プロトタイプを完成する。

(対象者) 精神科医師

(期間) 平成 29 年度上半期で先行研究を収集し、下半期で尺度素案を作成し、エキスバ

ートオピニオンの収集用の調査票を作成する。平成 30 年度上半期にてエキスパートオピニオンを収集し、下半期で解析しプロトタイプを作成する。

(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)平成 29 年度は文献精査と分担研究班による整理。エキスパートオピニオンに現れる“患者の主訴”と素案で選択された“患者の主訴”との整合性を確認する。プロトタイプのスクリーニングモジュールで使用される外見・整容、会話様式、発生状況について、収集されたエキスパートオピニオンを KJ 法によって整理しプロトタイプとする。

### 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を開発

(課題)精神科救急事案の明確な定義が存在しないこと。消防局の搬送報告書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。精神科救急医療体制が把握可能な病院前の精神科救急事案データと、消防局が把握可能な全国データとは互換性がないこと等から、地域生活を送る精神科疾患患者のクライシスの全体像はまったく不明である。消防局は全国に存在し、一律的にデータを収集可能な組織で、本邦の現状からは一般市民に一番身近な医療資源であるため、病院前救護における精神科疾患の実態を把握することは重要である。

(調査方法)全国消防本部から協力施設を募り、一定の対象期間、従前どおりの病院前救護活動を実施するとともに、現場対応を行った事案について、上記 2 で作成した精神科トリアージ&スクリーニングツールにて評価を行い、個人特定不可能なとしたうえで、活動転帰、搬送施設、現場滞在時間、照会回数などと解析する。

(尺度)上記 2 の精神科トリアージ&スクリーニングツールを使用する。

(期間)精神科トリアージ&スクリーニングツールが完成した後、調査協力消防本部の募集と選定に 2 カ月、調査周知に 1 カ月、調査期間を 1 カ月、データ回収とデータクリーニングに 3 カ月、解析に 2 カ月を予定する。

(手続き)分担研究代表者所属である国立病院機構熊本医療センターの倫理委員会で審査を受ける。総省消防庁救急企画室への協力依頼を経て、消防庁内で公募を実施する。

(倫理的配慮)分担研究代表者所属の HP にてオプトアウトを行う。病院前救護の現場活動は通常通り実施し、救護活動終了後速やかにツールにて評価することで、患者への直接的な影響を避ける。ツールの項目は観察項目によって構成されるため、ツールを使用するにあたって患者が通常以外の処置や介入を受けることはない。データの収集は個人を識別できない形で行われ、多数データとして処理されるため個人が特定されることはない。

(分析方法)記述統計を主に用い、スクリーニング陽性群/陰性群の間では平均値の差の検定を実施する。

## 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：並列型医療連携好事例における要因

主にはメールを通じてのディスカッションを行い、平成 30 年 1 月 20 日に分担研究者・協力者が一堂に会して論点整理・追加を行った。その後、メールを通じてディスカッションを続け、成果物とした(付録 1)。

今回調査では 6 つの施設を取りあげたが、救命救急センターと精神科(1 施設のみ無床)を有する総合病院であり、それぞれの立地する地域から求められる対象は「精神科身体合併症」であり、身体合併症のために搬送先がなかなか見つからない搬送困難事例の引受先ともなっていた。このような背景から身

体合併症対応施設の役割を担い（無床施設を除く）、すべての施設が自殺対策に深くかかわっていた。

施設内、地域内、広域の視点で連携の類型を調査したところ、5施設では院内は並列モデル（救急 - 精神同時介入）を実施し、埼玉医科大学のみ並列＆縦列モデル（関連施設との）を取っていた。地域内では主に精神科病院、施設によっては2次救急病院との縦列モデルを実施し、いったん調査対象施設がハブとして患者を受け、身体疾患を改善した後の亜急性期～慢性期を他院に任せる役割分担が出来上がっていた。熊本では独自の協議会を立ち上げ、救急病院群と精神科病院群との交流促進を図ろうとしていた。横浜ではリハビリテーション病院へ非常勤精神科医を派遣する形で受け入れ態勢の促進を図っていた。すべての施設は広域での取り組みはとくになかった。

調査対象施設における現在の取り組みがいかに始まったかであるが、施設機能を背景に身体合併症対応を都道府県より求められた2施設、以前より身体合併症対応を行ってきた経緯があり県・市との協働作業が多い施設、病院生き残りをかけての救急参入から多数対応するようになった施設などあるが、いずれも近年は自殺対策・合併症対応が公的な役割となっていることが特徴であり、事業助成という枠組みは大きいと考えられた。活動に従事するにあたって、救急科と精神科の上層部が協働作業に理解が大きいことがまず重要で、それと共に実務を担う精神科医側から救急医療への歩み寄りも重要な要素と分かった。大学病院では救命救急センターに精神科医を常駐させる取り組みが典型で、市中病院では救急医療サイドからの求めに即応することの他、自ら出向いて症例を取る姿もあった。

救急医療に関する事項として、調査対象は救命救急センターもしくは高度救命救急センターであり、災害医療にも関与する施設であ

った。救急医の数には多寡が認められるが、いずれも救急診療実績は高いものがあった。PEECコースの主催団体も4つあり、それぞれ、医師・看護師合わせて9～13名がPEEC受講終了していた。救急側から精神科への相談連携も活発に行われている一方、精神科病棟での身体合併症対応には施設ごとの差が大きく、人工呼吸器管理、酸素・吸引処置、人工透析なども積極対応しているのは熊本、沖縄だったが、この2施設では身体合併症管理は身体各科が継続的に主治医として対応する体制が確保されていた。

各施設の取り組みがどのように構成されているかを確認したところ、県もしくは市からの補助金・基金が供出されているところがほとんどであり、公的な役割形成と共に、院内での体制整備・人員確保に利用できる財源の確保が肝要と考えられた。それぞれの取り組みの利点を総合すると、上記のような役割、財源確保を受けて、施設上層部が地域にとって必要な機能と理解し、ハード面・ソフト面を充実させる必要があると考えられた。また、地域内での、施設を超えた「顔の見える関係」作りも重要になるようであった。

取り組みにおける今後の課題として、人材育成の問題が共通しているようであった。調査対象の実務者におけるキーパーソンは、いずれも救急医療従事経験があり、中には救急科専門医を有する者もいた。一般的に、精神科治療のスピードより、救急医療の治療・調整のスピードはかなり速く、そのすき間を縫うようにしながら精神科医療としても要点を押さえて、患者介入と多職種連携を実施する必要がある。また、有床精神科があったとしても、比較的入院期間は短めで、いわゆる時間をかけたじっくりとした精神科治療とは異なってくることも多い。短い期間だからこそ、やりがいを得られる部分もあるが、これらをキャリアパスのなかにどう入れ込むかが課題としてあがった。地域システムの問題として、集約的に対応することから、他の救急

医療施設の対応力低下や、二次救急病院群と精神科病院群との連携改善なども課題としてあがった。

## 1-2. 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：PEEC コース先行展開地域研究

主にはメールを通じてのディスカッションを行い、平成 30 年 1 月 20 日に分担研究者・協力者が一堂に会して論点整理・追加を行った。その後、メールを通じてディスカッションを続け、成果物とした（付録 2）。

精神科医療を専門としない、救急医療に携わる医療スタッフを対象とし、精神科スタッフ不在の状況で、患者・医療者双方にとって安全な、精神科患者の初期評価方法・初期対応方法を学ぶ目的で PEEC コースは開発された。平成 25 年 7 月から開始されている PEEC コースは、受講者からの受講料を中心に、経済的に独立して各地域で開催することが想定されている。

分担班の作業のなかから、大きく 3 つの要点が浮かび上がってきた。その第一は運営組織作りで、第 2 に予算確保、最後にスタッフ育成とわかった。また、地域医療を考える際の今後の課題も見えてきた。

まず、運営組織作りであるが、救急医療部門で精神科患者の初期評価と初期対応を行う中、精神心理的な側面だけでなく、社会的・福祉的な側面の問題も判明することが多く、平時から多職種が問題解決に協力しやすい体制を作ることが重要で、この課題を克服するような体制作りが必要と考えられた。これには各地域の医療・保健行政・消防・警察他といったリソースのバランスに応じて、連合型、大学主導型、行政主導型といった 3 類型が想定された。連合型は、地域で中核的な救急病院が軸となり、その地域の救急病院群、精神科病院群と協働するやり方で、総合病院精神科が主軸となることが多いとわかった。平素の臨床活動を通じてのつながりを基盤に

置いたところが特徴で、救急病院群と精神科病院群が対等な立場で参加する任意的な合議体を作る工夫などもみられた。これには熊本や沖縄の取り組みが該当した。大学主導型は、その医療圏で中核となる大学病院の医局が軸となるもので、精神科医局が主催、救急科医局が共催となるパターンが多かった。精神科・救急科ともに救急医療への対応を重視している施設において成立するパターンで、これには大分や横浜の取り組みが該当した。先行地域以外でも宮崎大学などがこの形式をとっている。この形式にはバリエーションが認められ、福岡では福岡大学と九州大学が相互協力形式で開催を行うといった工夫、長崎では県の自殺対策事業を長崎大学が受ける形で運営する工夫などがあつた。現在、PEEC コースの立ち上げが計画されている鹿児島では、鹿児島大学精神科医局が主催となるが、保健行政、多数の救急病院群、精神科病院協会、警察、心理士会、PSW 協会ほかも参加する合議体を形成するなど、先行地域の知見を活かした運営が認められた。行政主導型は、保健行政が主導して連絡協議会もしくはそれに準じた組織を立ち上げ、保健福祉行政、消防、警察などに医療も含めた組織作りを行い、地域で中核的な救急病院・精神科病院にチェアマンを委ねることで、継続的な運営を企画するものである。現在、PEEC コースの立ち上げ検討中である山口県某市などが該当する。

第 2 に予算確保の課題があげられた。PEEC コースは高価な教育資材は不要で、検討用スライドを供覧するためのパソコン、プロジェクター、スクリーンの他、参加者発言を記載するためのホワイトボード、症例検用動画を映写する音響設備程度が必須の準備物となる。PEEC コースは、コースファシリテーター（精神科医）、コースアシスタント（救命士・看護師・心理士・SW など）がグループディスカッションをリードし、検討のなかで参加者のこれまでの臨床経験を整理し

て、参加者が標準化された評価や対応を習得できるように図る。このため、PEEC コースの要点を理解した、多職種をコーススタッフとして確保することがコースの質を維持する点で肝要となる。PEEC コースの予算はかなりの部分が人件費に充当されるため、関東圏など既に一定数のスタッフがいて、宿泊不要で交通費のみで対応できる場合は必要経費が小さくなり、地方では必要経費が大きくなる傾向が認められる。自給自足型は横浜の取り組みが該当する。病院事業への組み入れ型は熊本の取り組みが該当し、主催施設の教育研修事業として実施し、参加者はオープン参加の形式としていた。行政による事業型が比較的多く、沖縄では県の自殺対策事業費・合併症医療対策費からの支援を受けており、大分では県からの自殺対策事業委託を受けていた。他の多数開催地域として、神奈川県（東海大学）も県からの事業委託にてコースを開催しているが、こちらは県内居住者に限る取り決めがあった。この他、単年事業費での工夫型も認められ、福岡の取り組みが該当したが自給自足型への転換を図っており、宮崎は自給自足型で開始したが行政による事業型への転換も協議している。

第3にスタッフ育成の課題が上げられた。いずれの先行地域も、すでに開催経験のあるコースからスタッフを招聘しコースを立ち上げ、地元スタッフの受講からタスク参加を経てファシリテーターやアシスタントを育成する流れは共通していた。スタッフの育成は、救急医療と精神科医療、この双方に関心のあるスタッフの自発性に委ねられているところが大きいと、参加職種・開催地域を拡げることで間口を広くして対応することはまず取り組まれているところであった。また、病院・病院協会・消防・警察などの組織的な教育体制に組み込むなどの工夫も考えられ、熊本市消防局における救命士再教育プログラムへの採用という事例もあった。

地域医療を考える際の今後の課題も検討し

た。救急領域における精神科疾患の評価と対応に関する教育がほとんどなかったこれまでの踏まえと PEEC コースの意義は大きいと考えられた。これは同時に精神科救急対応の教育文化がほとんど広まっていないため、医療・消防・警察・保健行政が共通して使えるフォーマットがないことを示している。関係する職域が継続的に PEEC コースのエッセンスを学び、ブラッシュアップし、交流して実際の患者対応に役立てる必要がある。このため、精神科病院群、二次救急病院群からの参加を増やすとともに、心理士会、PSW 協会、警察、消防局への周知を図る必要があると考えられた。また、平時より「顔の見える関係」を構築する意義も大きく、災害訓練でのつながり強化や、多職種参加の事例検討会などの定例化なども重要と考えられる。

### 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

主にはメールを通じてのディスカッションを行い、平成 30 年 1 月 20 日に分担研究者・協力者が一堂に会して論点整理・追加を行った。その後、メールを通じてディスカッションを続け、成果物とした。分担研究班の調査では、困難事例が生まれる背景を調べる基礎調査（付録 3）精神科傷病者に関する調査（付録 4）自損行為傷病者に関する調査（付録 5）この 3 つを実施することとした。以下、検討のなかで必要と考えられた調査項目について説明する。

基礎調査（付録 3）では、調査実施に際して回答項目の疑義照会などが必要となるため、消防本部名または地域 MC 協議会名を求め、担当者、その所属、電話番号、電子メールアドレスを求めた。各消防本部に求めるデータは平成 29 年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日までの、平成 29 年中データを求めた。なお、下記説明におけるデータもこの対象期間におけるものとする。また、調査の様式や用

語の定義などは、総務省消防庁が毎年実施する救命救急センター救急搬送受入実態調査に倣うこととした。各消防本部の救急搬送実績を知るため、平成 29 年中の総救急搬送人員、そのうちの転院搬送数を求め、救急現場活動の総数を求めた。精神科傷病者の全国実態を知る目的で、事故種別「急病」における傷病者で、「疾病分類」にて「精神科系」に分類される傷病者、そこから単純酩酊・アルコール中毒を除外した搬送人員を求めた。自損行為傷病者の全国実態を知る目的で、事故種別「自損行為」に分類される搬送人員を求めた。「搬送困難事例」に関する基礎調査として、各消防本部における「搬送困難事例」の定義が存在するかどうかを求めた（あり・なしの二択）。定義がある場合、その具体的な内容を求め、定義改訂のспанについても尋ね、対象期間中の実数も求めた。定義がない場合、これまでの総務省消防庁発表資料などを参考に、照会回数 4 回以上、現場滞在時間 30 分以上などの定義を満たす事案の数を求めた。搬送困難事例が生ずる要因として、疾患要因（精神科・産科周産期ほか）、病名要因（急性アルコール中毒ほか）、年齢要因（65 歳以上ほか）、時間帯要因（夜間休日ほか）などについて、各消防本部の統計資料に基づいての回答を求めた。精神科救急に関する基礎調査として、消防統計は精神科疾患の現状把握を目的としたものではなく、救急隊員が、現場活動で精神心理的な症状を認識したとしても、救急要請となった原因そのもの（急病・交通外傷ほか）しか統計資料として残されないため、「既往症情報」として精神科疾患の計上を行っているかどうかを確認した。各消防本部における精神科傷病者の搬送状況も確認し、対象期間中、最も多く受け入れを行った上位 2 施設について、施設名と受入数を求めた。自損行為傷病者の搬送状況についても同様の確認を行った。医療連携円滑に関する意見も求め、各消防本部として、精神科患者の搬送を円滑化するため、どのよう

な対策が必要なのか、もしくは必要ないのかを確認した。PEEC コースの開催状況も確認した。課題 1-3.を踏まえ、地域 MC 協議会に対して、救急科と精神科との意見交換の取り組みについて回答を求めた。

精神科傷病者調査（付録 4）では、救命救急センター救急搬送受入実態調査に倣って、医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（人単位）、現場滞在時間区分ごとの件数（人単位）、紹介するも受入れに至らなかった理由毎の件数（延べ件数）、受入れ回数が 11 回以上であった事案における受入に至らなかった理由等、受入照会回数 11 回以上で最大の事案に関する事案詳細などを求めた。今回調査では、これらに加えて、通常の消防統計では単純酩酊・アルコール中毒といった事案も精神科事案として計上される問題があるため、回答データにつき、「アルコール中毒」の除外が可能かどうかを尋ね、可能である場合は除外したところで一連の質問を回答するように求めた。消防統計は回答時期によって確定値、速報値と異なる可能性があるため、実際の数はほぼ変わらないとされるが、正確な分析を行うためにこの区別についても尋ねた。精神科傷病者における頻回要請者の実態を知るため、対象期間中、1 年間で 5 回以上の公的救急車現場出場を要した人数についても尋ねた。

自損行為傷病者調査（付録 5）では、救命救急センター救急搬送受入実態調査に倣って、医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（人単位）、現場滞在時間区分ごとの件数（人単位）、紹介するも受入れに至らなかった理由毎の件数（延べ件数）、受入れ回数が 11 回以上であった事案における受入に至らなかった理由等、受入照会回数 11 回以上で最大の事案に関する事案詳細などを求めた。今回調査では、これらに加えて、自死遺族対応の現状把握を行うため、自損行為で現場出場したが不搬送となった事案につき、死亡、緊急性なし他、現場引き上げ理由の件

数を求めた。消防統計は回答時期によって確定値、速報値と異なる可能性があるため、実際の数はほぼ変わらないとされるが、正確な分析を行うためにこの区別についても尋ねた。自損行為傷病者における頻回要請者の実態を知るため、対象期間中、1年間で5回以上の公的救急車現場出場を要した人数についても尋ねた。

## 2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

本分担研究班によって国内外の先行文献について収集し検討した。病院前救護の領域における研究は少なく、救急医療部門における精神心理状態の評価尺度も検討の対象とした。国外文献はPubmed、国内文献は医中誌を用いて検索し、その他にエキスパートよりの推奨文献も収集した。合計7本の先行文献について内容を精査した。ERのトリアージナースが使用する前提にて作成されたStatewide Mental Health Triage Scale (豪州ビクトリア州政府健康局)<sup>1)</sup>、Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (以下CTAS, Beveridge, R. et al.)<sup>2)</sup>のメンタルヘルスパート、UK Mental Health Triage Scale (Sands, N. et al.)<sup>3)</sup>、ならびに、CTASの日本語訳となるJapan Triage Acuity Scale (以下JTAS)のメンタルヘルスパート<sup>4)</sup>、この4つが緊急度評価目的に作成され、実地検証もなされていた。本邦では伊藤ら(2013年)<sup>5)</sup>、杉山ら(2011年)<sup>6)</sup>が病院前救護での使用を想定して、緊急度評価尺度を作成し、十分なN数とはいえないが妥当性検討を行っていた。橋本ら(2006年)<sup>7)</sup>は病院前救護での使用を前提に、精神科疾患のスクリーニング尺度を作成し、数は多くないが信頼性・妥当性検討が為されていた(N=73)。

MHTS、CTASでは緊急度の最も高い病像として自殺問題ならびに攻撃行動が取り上げられていて、精神科専門用語を排した記載と

なっていた。本邦の精神保健福祉法では、「自傷他害のおそれがあるとき」、最も強制性の強い入院形態(都道府県知事命令)である措置入院が適用されていて、MHTS、CTASの最重症概念と概ね同じであると理解された。このため本分担研究班で作成する尺度においても、最重症もしくは緊急度の高い病態として自殺問題、攻撃行動もしくは他害が含まれるべきと考えられた。CTASならびにその日本語訳であるJTASにおいて、準緊急から非緊急の緊急度クライテリアにおいて抑うつ状態、不安状態、幻覚/妄想状態、不眠、暴力、社会的問題、患者の福祉への懸念、小児の破壊的行動などが記載されていた。本邦の、病院前救護を対象とした2つの尺度では精神科診断、状態像が混在しつつもバイタルサインを用いた緊急度評価も試みられていて、全身状態に応じて一般救急病院もしくは単科精神科病院のいずれかに救急搬送先を選定するという理念が通底していると考えられた。病院前救護医療従事者に対する精神科教育は全国的にもほぼ皆無であり、この2つの尺度には精神科専門用語が含まれているところに課題があった。本邦で開発されたスクリーニング尺度は、観察項目だけで構成され、精神科専門用語を排した日常語にて形成されているところに特徴があるが、緊急度を判定するものではなく、統合失調症、うつ病(抑うつ状態、B群パーソナリティ障害)の何れかを弁別するものであった。

先行研究から、病院前救護において使用する精神心理評価尺度にはメディカルクリアランス(身体面の異常の否定)の確保が含まれるべきと考えられた。分担研究班では、身体面の安全確保が図られた後、簡易的な精神症状評価を行い、主訴を特定することが望ましいと考えた。簡易的な精神症状評価とは、オーダー(指示動作)の円滑さ、コミュニケーションの成立程度、精神症状を理由とした見守りの要否などである。また、精神症状にはそ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が可能であり、緊急対応群には自殺問題ならびに他害行為（攻撃行動）が含まれるべきで、準緊急以下には自損、不穏興奮、暴力的／殺人的行動、幻覚妄想、不安焦燥、抑うつ、不眠、奇妙な行動、社会福祉的問題、小児の破壊的行動等が考えられた。その一方、準緊急以下の症状（主訴）においても、例えば不安にも身の置き所のない不安から自制内の不安までグラデュエーションが存在するため、新たな尺度では比較的緊急性が高い状態像なのかどうかを特定するステップが必要と考えられた。救急対応を要する事案がどういった精神科診断になるのか、スクリーニングすることは、十分に簡便なものであれば、主訴、緊急度との組み合わせから、病院前救護活動にとっても有益であろうと考えられた。精神科疾患の診断（身体疾患で例えば肺小細胞癌）もしくは、診断類型（同様に例えば肺疾患）程度の情報に留めるかどうかは検討が必要と考えられた。

先行研究から、本分担研究班が考えるプロトタイプ緊急度評価尺度として、メディカルクリアランス（バイタルサインに問題なし）簡易的精神症状評価、主訴を軸とした緊急度評価（自殺問題、他害行為／攻撃行動を緊急対応群に設定）を設定し、スクリーニング用評価尺度として、精神科診断を設定し、これら4つを構成要素とした（付録6）。

以上、分担研究班で意見集約を図りプロトタイプを作成したが、いずれの項目についても全国からのエキスパートオピニオンによって妥当性を検討しなければならない。また、トリアージとスクリーニングの妥当性・信頼性についても検討しなければならない。このため、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行うこととした。この中には、メディカルクリアランスの要否、簡易的精神症状評価につ

いて、救急医療場面で遭遇しうる精神科疾患について、また、彼らがよく示す主訴、発生状況、会話内容、外観などについてが含まれる。これらの結果が分担研究班案と整合性のとれるものかを確認する（付録7）。

### 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

上記2の結果である精神科トリアージ&スクリーニングツールが未完であるため、倫理審査を実施することが出来ない。このため進捗が得られない。

## 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：並列型医療連携好事例における要因

今回調査の目的はふたつあった。ひとつは、調査対象と同様に救命救急センターと有床精神科を有する施設でありながら、その機能を最大限引き出すことが出来ていない施設も多い。このため、好事例調査を通じて、連携改善の要点を明らかにすることがあった。結果からは、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を行うことが解決策のひとつと考えられた。この際、救急科と精神科の上層部が、互いの協働作業と歩み寄りが必要なことであると認識し、それぞれの組織が責任をもって関わることを再確認することも含まれるかも知れない。この責任には、救急医療部門における精神心理的問題への精神科側の即応と、身体合併症管理における身体科主治医の継続的な治療参加が含まれると考えられた。

二つ目は、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ことが重要になって来るため、並列モデルの中から、地域内直列モデル（医療連携）に示唆的な部分を知ることにあつた。今回の知見から、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）、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、後進を継続的に育成する取り組み等が含まれると考えられた。課題 1-3. 搬送困難事例の実態調査ではこの 3 点を踏まえた調査項目が含まれるべきと考えられた。

総務省消防庁救急企画室の協力を得て、平成 30 年 3 月 29 日、地域 MC 協議会ならびに全国消防本部宛に調査協力依頼が発出された（付録 8）。同年 9 月末日を調査〆切として調査票を回収し集計・解析を行う。

### 1-2. 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：PEEC コース先行展開地域研究

日本救急医学会事務局に確認したところ、平成 25 年 7 月よりコース展開が始まった PEEC コースは、平成 30 年 3 月時点までに全国で 86 回を開催し、計 1,565 人が受講している。この結果は精神科救急教育ニーズの高さを反映していると考えられる。今回調査を通じて、関東圏で開催される横浜コースだけでなく、九州（熊本）のコースにおいても東北・北陸からの参加者を得ていることがわかり、上記ニーズは全国的なものと理解される。しかしながら、順調にコースが開催されている一方、開催地には偏りが大きいのも事実であり、開催を開始すること、開催を維持することには要点があると考えられた。

今回調査から 3 つの要点が明らかになった。その第一は運営組織作りで、第 2 に予算確保、最後にスタッフ育成が上げられた。

どのような教育研修コースにおいてもその運営はチームでなされるものであるが、PEEC コースで強調されるのは、医療場面における初期評価と初期対応、それに続く医療資源・社会資源へのつなぎであり、その反映から、運営組織には救急科・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

の多職種が関わることが望ましいと考えられた。これらすべての職種が網羅的に参加することは簡単ではないが、コースの質を維持するためにも、関係者のすそ野を広げる努力、日ごろから関係を作る努力が重要である。このため PEEC コースを新規開催しやすい地域とそうでない地域があると考えられた。定期開催地域は新規開催地域から、コース立ち上げに関する事前相談を受ける流れがあることもわかり、東日本は横浜コース、西日本は熊本コースが支援する体制がとられ、それぞれが複数の立ち上げを実際に支援しており、救急科・精神科の相互交流が活発かどうか、その他の職域との交流も活発かを検討しながら開催を実現していた。運営組織としては連合型、大学主導型、行政主導型などが考えられ、地域事情にあてはまるやり方を進めることが重要と考えられた。

予算確保も大きな問題とわかった。PEEC コース自体は複雑な資料を使用しないが、1 グループ 7~8 名程度の受講者に対して、ファシリテーターが 1~1.5 名、アシスタントが 1.5~2 名必要となり、また、ディレクター（救急医）も 1 名確保する必要がある。特にアシスタントは多職種での構成が望ましいようで、まずは、受講者が参加しやすいコースの時間設定があり、それに合わせて宿泊なしで参加可能なコーススタッフを確保できる地域は相対的に人件費を抑制できるため、自給自足型としての運営が可能と考えられた。基本的に、先行地域からスタッフを招きながら地元スタッフを育成するパターンであるため、病院事業への組み入れ型、行政による事業型などの工夫が必要で、病院組織、行政組織からの理解を得ることが重要と考えられた。特に行政による事業型では自殺対策事業、精神科救急医療事業の枠組みで対応されることが多いようであった。

スタッフ育成についてはすでに触れたところであるが、各地域の MC 協議会、医師会、精神科病院協会、消防局、看護協会、心理士

会、PSW 協会、警察などが組織として教育研修の意義を認めることが重要と考えられた。また、PEEC コースの運営は、地域における救急医療と精神科医療、医療と行政、医療と消防、医療と警察などの、縦割りで分断されがちな協力関係を改善することにも寄与し、顔の見える関係構築の一助となる可能性も考えられた。

次年度ではこれらの知見をもとに、新規開催地区に対して、合議体形成、予算問題の整理、スタッフ育成システムなど、多角的に支援を行い、このことを知見として報告したい。

### 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

精神科救急事案は病院前救護が始まった当初より問題の多い領域であった。少し古くなるが、総務省消防庁が平成 20 年度報告書として示すところでは、傷病者背景ごとの搬送困難例数は精神疾患、急性アルコール中毒が群を抜いて多く、この傾向は今も大きくは変わっていないと想定される。搬送困難事例における精神科救急的側面の精査検討について、これまでは単一の救急病院や消防本部を中心とした調査報告が中心であった。その中で、平田らは精神科救急医療体制の検証を行う中、全国消防本部に対して調査を実施し、一般救急事案と比較しての困難感、それに関する要因について検証している<sup>8)</sup>。平田らによれば、精神科疾患関連の救急搬送件数は人口 1 万人に対して月間 10.7 件であったため、今回調査の結果から、消防統計を単純に用いることで、病院前救護の精神科疾患の実数がどれほど把握できるのか知ることが出来る。また、同じ報告にて、精神科関連の救急事案は搬送先選定に苦労すること、患者本人の受診拒否が多いことも分かっているため、現場滞在時間、不搬送理由件数などの検討から、困難例対応の結果が結局は搬送につなが

っているのか、それとも拒否引き上げとして終わっているのか等を知ることが出来る。例えば、現場引き上げ事案が一定数ある場合、引き上げ後の福祉行政との連携強化などの対策が必要になると考えられる。

搬送困難事例は患者への対応自体がむずかしいこともある一方、実質的には受け入れ施設がないか、あっても受け入れてもらえないときに事例化するという事実もある。今回調査に関連する医療資源の地域偏在も検討しなければならない。総務省消防庁救急企画室提供の、平成 29 年度メディカルコントロール協議会冊子には、救命救急センター（高度救命救急センター）、地域中核救急医療施設の一覧があるため、マッピングを行いながら解析を行いたい。精神科救急入院料認可施設については千葉県精神科医療センター平田が継続的な実態調査を続けており、現時点では 2017 年 8 月時点の全 150 施設の存在が確認出来ているため、これも同様にマッピングを行いながら解析を行いたい。身体合併精神科疾患の対応において、有床精神科総合病院の果たす役割は大きく、加えて、それらの施設のメディカルケア対応力の精査も必要と考えられる。有床精神科総合病院の施設一覧は国立国際医療研究センター国府台病院早川が継続的な実態調査を続けており、現時点では 2017 年 3 月時点での全 251 施設の存在が確認出来ているため、これも同様にマッピングを行いながら解析を行いたい。有床精神科総合病院の精神科病棟におけるメディカルケア対応力については、かつては Medical Psychiatry Unit（以下 MPU）<sup>9)</sup>、近年は Complexity Intervention Units（以下 CIU）として概念化され、諸外国では精神科病棟のメディカルケア機能を定量化しようとする試みもある。今回、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形で有床精神科を対象とした質的調査も実施したい。

今回調査で懸念されるところは、救命救急センター救急搬送受入実態調査に追加して求めた「アルコール中毒」の除外である。今回調査では単純酩酊や急性アルコール中毒を除外することを求めたが、上記実態調査では検討されない項目であり、用語の定義で誤解を招き、アルコール依存症、アルコール離脱状態などの本来集計対象となる病態も含めて除外される可能性もある。

## 2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

数は少ないが、国内外の先行研究を精査することで、文化的背景にちがいがあっても、病院前救護の臨床場面において全国一律で使用可能なトリアージ・スクリーニング尺度のプロトタイプを作成することが出来た。精神科救急に限らず、医療の基本は、適切な評価、適切な対応を行い、適切な患者を、適切な医療資源へつなげ、適切な治療を実施することにある。従来、緊急性がないからという紋切り型対応にて、病院前救護を含む救急医療部門において精神科患者の問題が放置されたり、適切な医療資源・社会資源へのつながりが不十分だったことは否めない。トリアージ・スクリーニング尺度が開発されることで医療環境が大きく変わるきっかけとなり得る。これには医療制度の抜本改革も必要であるため一朝一夕には進まないところではあるが、まずは、エキスパートオピニオンを収集することで尺度としての妥当性を検討する必要がある。また、臨床場面での使用を通して尺度そのものの信頼性・妥当性を検討する必要がある、これには多くの施設からの協力が必要となる見込みである。

## 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を開発

上記2の作業が完結する必要がある。尺度が完成した際には、救急医療を利用する精神

科患者が適切に医療資源・社会資源を利用できているのか、利用できていないとしたらどのような点に課題があるのか他、各地域の実情に即した分析が可能となる。

## E. 健康危険情報

特になし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- 1) 橋本聡, 荒木龍起, 太田一成, 佐々木夏恵, 濱田拓也, 牧瀬わか奈, 東岡宏明, 三宅康史, 高橋毅: Prehospital PEEC Skill Training コース~病院前救護における自殺企図者ケアのスキルアップ研修~. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.
- 2) 山田光彦, 川島義高, 安東友子, 橋本聡, 濱野学, 大塚耕太郎: 救急医療機関を起点とした有効な自殺未遂者ケアを施策化する: 「救急患者精神科継続支援料」の概要と普及. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.
- 3) 荒木龍起, 西岡和男, 米野絵美, 山田周, 橋本聡: 災害現場における家族対応を考える~二つの救助事例現場を経験して救急隊が果たす役割とは~. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.28.
- 4) 佐々木夏恵, 濱田拓也, 牧瀬わか奈, 荒木龍起, 橋本聡: 病院前精神科救急コース: PPST コース紹介1. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.
- 5) 牧瀬わか奈, 濱田拓也, 佐々木夏恵, 荒木龍起, 橋本聡: 病院前精神科救急コース: PPST コース紹介2. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.

- 6) 荒木龍起，濱田拓也，牧瀬わか奈，佐々木夏恵，橋本聡：病院前精神科救急コース：PPST コース紹介 3．東京，第 20 回日本臨床救急医学会総会・学術集会，2017.5.27．
- 7) 濱田拓也，橋本聡，荒木龍起，佐々木夏恵，牧瀬わか奈：地域完結型の円滑な精神科救急システム構築を目指す取り組み．東京，第 20 回日本臨床救急医学会総会・学術集会，2017.5.27．
- 8) 橋本聡，宇野克明，後藤純一，増田一樹，山下建昭，渡辺健次郎：熊本医療センターにおける継続支援活動の取り組み．熊本，第 96 回熊本精神神経学会，2017.7.22．
- 9) 牧瀬わか奈，佐々木夏恵，濱田拓也，本武敏弘，浦田裕美，荒木龍起，橋本聡：精神科救急を学ぶ PEEC コース．佐賀，第 40 回佐賀救急医学会，2017.9.2．
- 10) 橋本聡，寺町真由美，工藤裕子，池田佳奈，大村和花子，米野絵美，坂本香代，濱野学，金子唯，山下建昭，渡辺健次郎，高橋毅：自殺対策実務者研修におけるシミュレーション研修の有効性．茨木，第 41 回日本自殺予防学会，2017.9.23．
- 11) 橋本聡，江良正，狩野亘平，山田周，北田真己，櫻井聖大，金子唯，木村文彦，原田正公，高橋毅：平成 28 年熊本地震が自傷・自殺の発生に与えた影響．大阪，第 45 回日本救急医学会，2017.10.24-10.26．
- 12) 荒木龍起，濱田拓也，牧瀬わか奈，佐々木夏恵，本武敏弘，浦田裕美，橋本聡：ロールプレイを中心とした精神科対応スキルを習得するコースの開発～PPST コースの紹介～：千葉，第 26 回全国救急隊員シンポジウム，2017.11.21．
- 13) 橋本聡，宇野克明，後藤純一，増田一樹，山下建昭，渡辺健次郎：当院における救急患者精神科継続支援料活動について．熊本，第 97 回熊本精神神経学会，2018.2.24．

#### 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 なし

## 文献

- 1) The Victorian Government Department of Health: Statewide mental health triage scale, Guidelines. Stream Solutions, Level 3, 157 Spring Street, Melbourne, Victoria 3000 May 2010
- 2) Beveridge, R. et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines. Can J Emerg Med. 1(3suppl), 1999, S2-28.
- 3) Sands, N., Elsom, S. & Colgate, R. UK Mental Health Triage Scale Guidelines, UK Mental Health Triage Scale Project, Wales, 2015.
- 4) 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．
- 5) 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．
- 6) 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．
- 7) 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．
- 8) 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．
- 9) Kishi, Y. Kathol, RG.: Integrating Medical and Psychiatric Treatment in an Inpatient Medical Setting, The Type IV Program. Psychosomatics, 40:345-355, 1999.



<p><b>連携コンセプト</b></p>	<p>並列モデル、インテグレーションモデル(他の救急病院・精神科病院での連携促進)。</p>	<p>並列モデル、救急科と精神科の臨床、研究、教育、地域貢献における多面的な連携。</p>	<p>並列縦列複合モデル。</p>	<p>並列モデル。</p>	<p>・並列(本院ER)・縦列モデル(本院-国際医療センター救急)。</p>	<p>並列縦列複合モデル。</p>
<p><b>仕組み</b></p>	<p>身体合併症対応施設としては熊本県との契約、事業費がおりるため夜間休日における対象患者のリストアップと毎月報告がある。</p> <p>熊本県立精神科病院における身体合併症のバックアップ病棟としての位置づけで、近隣救急病院での対応困難事例をすべて受け入れる。常時断らない方針であるため、身体的問題は落ち着いた後にも円滑に紹介元が受け付けている。</p> <p>自殺企図・自傷事例については、初療にある救急スタッフが初期評価を行い、基本的には精神科コンサルトを行うこととなり、精神科介入の初療は精神科医が行い、必要時他のコメディカルスタッフで対応する。</p> <p>厚労省が実施していた自殺未遂者再入院防止事業に参加し、その後は救急患者継続支援加算を算定している。</p> <p>地域連携室が他の病院・施設をあいさつ回りし、顔の見え関係づくりを図っている。</p>	<p>臨床・・・いわゆる並列モデルの形でも、身体合併症患者に対応している。なかでも、救急救急センターに精神科を常駐させていることがひとつの特徴。</p> <p>研究・・・救急救急センターに搬送される、自殺未遂者をはじめとする精神疾患併発症例に関する研究を行っている。特に、自殺未遂者の再入院予防研究については、横浜市健康福祉局の委託事業としての位置づけとして展開しており、事業費で精神科医療従事者を雇用し、救急センターで活動を行っている。</p> <p>教育・・・横浜市大PPEECコースを両院が協働して開催している。また、希望に応じて精神科医が救急医療、救急医が精神科医療を学ぶための人事交流も行ってきた実績がある。</p> <p>地域貢献・・・横浜市「精神疾患を合併する身体疾患医療体制」における特定症対応医療機関の役割を果たす。また、横浜市救急相談センター(7119)の立ち上げ、あひろびプロジェクトにも精神科医が関与することにより、プレホスピタル領域における精神-身体合併症例に対する医療体制の構築に関与した。</p>	<p>当院内においては救急科(あるいは担当身体科)と精神科が並立(並列モデル)より、身体疾患が精神科病院に对应可能なレベルに回復次第、地域の精神科病院に基本的にかつてつ病院内に転院(縦列モデル)する。5床の病床を効率的にコントロールするため精神的な治療については当院では完了せず、精神科は身体疾患治療のための線の下力持ちを確保する。</p>	<p>大分県と大分大学との契約 1. 当院救急センターに搬送される患者の緊急の診察や入院に備え医師、心理士を確保する。 2. 患者受け入れのため、3床(2017年現在は1床)以上の病床確保を行う。 3. 初期治療後の入院患者について後方搬送先となる精神科病院や一般病棟への連絡調整を行う。 4. 各月の診療搬送状況を翌月までに順に報告する。</p>	<p>地域の身体合併症対応施設を含めた精神科病院へ精神科医とPSWが直接挨拶回りし、顔の見え関係作り、当院救急センターに搬送される精神疾患併発症例(特に自殺企図)においては、搬送され次第もしくは身体的状況の安定化が図れた後、精神科が併診し、精神科転院の必要性、緊急性を判断する。</p> <p>二次救急で搬送される精神疾患併発症例(特に自殺企図症例)については、精神看護専門看護師が可能な限り外来にて精神的ケアメントを行いし、必要性に応じて精神科診察を実施、精神科転院について検討する。</p> <p>精神科転院の必要性があるかと判断された場合、速やかに救急医、PSWへ情報提供、調整開始とする。</p>	<p>主にPSWが全体の調整を行う。通常の病院業務運営体制により、診療科医が連携し、両診療科に属するスタッフが担当。</p>
<p><b>調整、進捗管理担当機関と担当者</b></p>	<p>基本的診療科同士の連携で、医師を中心とした連携となるが、転院調整はオーダー後からMSW/PSWが入る。</p> <p>大きな問題には診療科部長が関与する。</p>	<p>診療科同士の連携であり、両診療科に属するすべてのスタッフが担当する立場にある。</p> <p>全体の調整役は、両診療科部長および、救急救急センターに常駐する精神科医が担うことが多い。</p>	<p>通常の病院業務運営体制による。(沖縄県精神科救急医療体制における身体合併症対応施設としての役割分担)。</p> <p>全体の調整役は特に決まっていない。入院依頼に関しては救急部門が窓口になり、救急部門で引き受けた患者者について、精神科側が拒否することはない。後方転院に関しては院内の地域連携室が調整役になっている。</p>			
<p><b>調整、進捗管理担当機関と担当者</b></p>						
<p><b>取組の構成</b></p>	<p>身体合併症対応施設として熊本県より委託。</p>	<p>横浜市健康福祉局が自殺未遂者再発防止事業を横浜市大精神医学教室に委託している。</p> <p>横浜市健康福祉局「精神疾患を合併する身体疾患医療体制」の事業を開始し、2つの横浜市立大学の附属病院に参画を要請をした。</p>	<p>沖縄県精神科救急医療体制の事業主体。</p>	<p>大分県医療計画の中の精神科身体合併症救急医療体制事業の主体。</p>		<p>なし。</p>
<p><b>行政の立ち位置</b></p>						
<p><b>合意形成の手法</b></p>	<p>県との調整は下の欄参照。</p> <p>問題が生ずる場合は、実務者同士の調整を経て、院内診療科部長同士で合意形成を図る。</p> <p>複数の科にまたがる問題では、救急医療部門に関することが多いので、救急科医長が軸となつて調整を行う。</p>	<p>両救急の主任教授間での合意、院内診療科部長間での合意、上記を基本とし、詳細は実務者同士で相談のうえ、連携を行う。</p>	<p>通常の病院業務運営における他医療機関との交渉や、精神科救急医療体制における精神科救急医療責任者等連絡会等の会議体を通じて周知する。</p>	<p>大分大学医学部経営管理課と大分県との話し合い(詳細不明)。</p>		<p>院内診療科間で合意、通常の病院業務運営における他医療機関との交渉。</p>
<p><b>取組のプロセス</b></p>	<p>救急救急センターと精神科病棟を有する唯一の施設であり、精神科病院協会(熊本大学同門会)、熊本県の調整がある。身体合併症を含んだソート数との住み分けが可能となった。構本が当院救急部に在籍し、救急医として勤務した経緯から、救急部よりの理解を得られやすかった。</p>	<p>元来より、コンサルテーションという形で連携が存在していたところ、両救急間での合意形成により種々の取組みが開始となった。連携を必ずしも話し合いの場はもたれなかったが、定期的なシステムを討議するための会議などには参加している。</p> <p>認知症と連携する「精神疾患を合併する身体疾患医療体制」への対応を身体として動員した経緯から、救急部よりの理解を得られやすかった。</p>	<p>病床5床以上という資源的な制約等を考慮しつつ、身体合併症対応施設としての果たすべき役割を整理、工夫した。</p> <p>精神科は身体合併症の入院施設として(精神的問題のみでの入院や外来は行わない)、</p> <p>適応のある患者には積極的m ECTを行っている。</p> <p>身体的な問題が解決したら、次の医療機関(主に精神科病院)に転院する。</p>	<p>大分大学医学部経営管理課と大分県との話し合い(詳細不明)。</p>	<p>・H19年に、大学病院本院から(車で5分ほどの距離にある)国際医療センターが独立、本院は二次型の救急ERとなり、3次救急は国際で担うことになった。それに伴い、国際で身体合併症患者の診察不足を発生させないために、両診療科間で話し合い、24時間体制の住診を行う方針となった。現在、年間の症例数も増加している。国際から本院精神科へ身体合併症に転院している。</p> <p>・H27年7月に本院ERに、臨床医が着任した。H29年4月より当方が同院ERに着任、6月より精神科とERを兼任担当するようになり、よりERと精神科の連携が円滑に運ぶようになった。</p>	<p>「仕組み」欄を参照。</p>
<p><b>連携ツール</b></p>	<p>特になし。</p>	<p>特記事項はなし。</p>	<p>なし。</p>	<p>なし。</p>	<p>なし。</p>	<p>なし。</p>
<p><b>補助金・基金と額</b></p>	<p>熊本県からの体制整備として400万円。</p>	<p>横浜市健康福祉局からの委託研究費、横浜市健康福祉局からの体制整備費、神奈川県精神科救急医療体制における委託受け入れ病床確保のための補助金。</p>	<p>なし。(通常の県立病院事業予算および精神科救急医療体制整備事業(空床確保料等)による)。</p>	<p>2012年開始当初2500万円/年、2017年現在、1200万円/年、大分県精神科身体合併症救急医療体制整備事業委託。</p>	<p>なしたし搬送困難患者の搬送受領(精神科救急医療体制整備事業)について県からの補助金が出ている)。</p>	<p>なし。</p>
<p><b>取組の利点</b></p>	<p>連携のよい総合病院であるため、患者の問題に即応しやすい体制がある。また、精神科病棟での身体合併症管理が、地域の精神科病院に比べてICU的な位置づけができると共に、問題に応じて各科が主治医として関わる体制はICUの参考モデルになるのではないか。</p> <p>熊本県は複数の大学医局が関与しているため、本来的にはコミュニケーションがとりやすい地域であり、他の救急病院・精神科病院の連携促進を支援しやすい。</p>	<p>多面的な連携を実現することにより、都市型の並列モデルより身体合併症医療の提供が可能である。また、当院精神科病棟ではフィジカルケアを重点的に実施していない、それを補う形で、当院救急救急センターから横浜市健康福祉局の精神科病院への転院対応を重視しているため、地域内での並列モデル形成が可能かもしれない。大学病院という背景を活かして、救急医療をサブセンターとする精神科医師の育成についても行いやすい。</p>	<p>少ない病床数であっても効率的な運用が可能である。地域の様々な救急救急センターに救急程度の精神身体合併症病棟(MPU)を併設するひとつの参考モデルとなるのではない。</p>	<p>24時間精神科医が常駐。大学病院であり、多くの科が集まっている。救急救急センターが常駐しており、連携がとれやすい。</p>	<p>・(本院)精神科は24時間常駐。ERは平日・土曜日中は常駐。 ・(国際)国際の救命救急センターでの精神科対応を迅速に行うことにより、精神科対応が必要となる身体合併症患者は本院精神科に転院転院する。</p>	<p>近隣地域での縦列モデルの構築、(近隣の施設とは連携がない)。</p> <p>身体的に安定化が図れ転院可能な場合でも、精神科転院が必要な場合があり、両院内でのベッド調整が困難となる。</p> <p>継続的、効率的に行っているためのルールが確立していない。</p>
<p><b>取組のアウトカム</b></p>	<p>精神科病棟への入院患者806人、うち新規540人、平均在院日数21.0日。</p>	<p>本施設で身体-精神合併症対応を経験した救急医および精神科医が、横浜市内の医療機関で指導的な立場で働くことにより、地域全体の合併症対応(並列モデル、縦列モデルともに)の向上を目指す。</p>	<p>年間平均入院患者数:130人、うち急症118人、平均在院日数:12.7日、(いずれも2011-15年度平均)。</p> <p>院内の身体合併症患者が、必要な医療を適切に受けられること。</p> <p>院内においては、精神科、救急科(集中治療科)だけでなく、すべての診療科が、ストレスなく、最大のパフォーマンスを出せること。</p>	<p>年間平均対応人数:150人、うち入院:70人、平均在院日数:7日。</p>	<p>・ERより精神科にコンサルトした35名のうち14名が精神科に入院し、精神科間連携患者はERのみで精神科診療(評価)を行い、外来帰宅または入院後退院させたものは46名であった(2017/4/1-12/31)。</p> <p>・国際救命救急センターから本院精神科へ転院したものは11名であった(2016年度)。</p>	<p>精神科転院となった症例についての件数や在院日数、連携施設の救急。</p>
<p><b>取組における課題 後続取り組みへの助言</b></p>	<p>連携外備と、整形外科的なりハビリテーションを要する症例では、急性期以降の身心同時治療施設がほげはない。</p> <p>精神科救急対応に特化した救急病院と認識され、患者が集約すると同時に、その他の救急病院では実際には対応可能な症例であっても「精神科から」となると拒否するといった、思考停止、問題発生している。</p> <p>二次救急病院と精神科病院との連携はまだこれから。</p> <p>救急医療と精神科医療の双方をよく知る人物がキーにならざるを得ず、まだシステム化されているとはいえず、後任が継ぐかどうかも不透明。</p>	<p>あくまで都市型の、設備も人員も整った大規模病院での連携モデルであるため、特筆事例である。</p> <p>救命センターに精神科医を常駐しているという取組については、後述の精神科医よりのこの先も引き継いでいけるかという部分不透明。</p> <p>横浜市「精神疾患を合併する身体疾患医療体制」の対応に関しては、問題点も少なからずあり、今後の課題がある。</p>	<p>この取り組みは実態上の運用ルールとして他医療機関の協力を得ているが、沖縄県精神科救急医療体制において協力が期待されているわけではない。(そのため実際には患者の受け入れ、転院をめぐっての問題がまっすぐいわけではない)今後とも継続的かつ効率的に運用していくための制度的なルール化が必要である。</p>	<p>現在、中心となっている医師2名の間で、中心となっていない医師2名との間で、教育、関与が不十分(この2名が異動した場合システムが成り立たない可能性がある)。</p> <p>高度救急救急センターであり、身体的併発症の患者は受け入れが困難である。また当初重症であっても、身体的に改善した場合、精神的に重症であっても退院・転院の調整が必要となる。</p> <p>身体疾患の軽症・中等症の中で精神科病院への転院先探しを行う必要がある。</p>	<p>・精神科病床は78床と比較的余裕があるが、精神科医のマンパワーが不足しており、コンサルト後の診察・入院が迅速に行われないことがある。</p> <p>・身体合併症は精神科主体で、内科が併診している。そのためにER期診で身体合併症の患者を身体合併症センターに搬送する必要がある。また当初重症であっても、身体的に改善した場合、精神的に重症であっても退院・転院の調整が必要となる。</p> <p>身体疾患の軽症・中等症の中で精神科病院への転院先探しを行う必要がある。</p>	<p>身体合併症対応施設に限られている(近隣の施設とは連携がない)。</p> <p>身体的に安定化が図れ転院可能な場合でも、精神科転院が必要な場合があり、両院内でのベッド調整が困難となる。</p> <p>継続的、効率的に行っているためのルールが確立していない。</p>
<p><b>定期的評価の指標</b></p>	<p>特に設定していない。</p>	<p>特に設定していない。</p>	<p>特に設定していない。</p>	<p>特に設定していない。</p>	<p>特に設定していない。</p>	<p>特に設定していない。</p>

PEECコース先行展開地域研究					
	熊本県熊本市	神奈川県横浜市	沖縄県島尻郡	大分県大分市	
PEECコースに関する事項	PEECコースの開始状況	熊本PEECコース 2013年11月より開始し第17回まで実施済み(2017/11時点)。	横浜市大PEECコース 2015年2月より開始し、第12回まで開催済み(2017/12時点)、2015年度	沖縄PEECコース 2015年度より開始し第6回まで実施済み(2017/12時点)	大分PEECコース 2015年1月より開始し第5回まで実施済み(2017年12月時点)
	主催者、名義後援など	主催：国立病院機構熊本医療センター 名義後援：なし	主催：横浜市立大学 救急医学教室、精神医学教室 後援：横浜市医療局	主催者：沖縄県(当院は共催および事業受託者) 名義後援：なし	主催：大分大学医学部附属病院精神科
	経済的支援(後援)	2014年度までは熊本県・市からの予算支援を受けていた。2015年度から熊本医療センター研修センターの研修事業として開催し、受講料徴収。	2015年度(第5回コース)までは、神奈川県「軽症患者の救急車利用の抑制等、二次、三次救急医療体制確保のための研究」の研究費を利用して。神奈川県救急医療従事者の精神症状対応スキル向上を目的として開催。2016年度以降は、横浜市立大学の研修事業として開催し、受講者から受講料を徴収し、スタッフの旅費や謝金に充当している	沖縄県自衛隊強化事業の一環として当院が事業を受託して開催している。(第2回および第3回を除く。当回については国立病院機構琉球病院と当院による共同開催)	予算の一部は身体合併症事業の経費として支出。
	消防局との連携体制	当院 消防局救急課との連携	医療局 消防局という形で開催の周知を行っている。	組織的な連携はなし。(所属員がコースアシスタントとして参加)	正式なものはない。いわゆる口コミ、SNSでの情報共有のみ。
	地元救急医療病院群との連携	PEECコースの開催周知、症例検討会の周知など、一部の施設からはメディカルの継続参加あり。	主催者 地元救急医療病院群という形で開催の周知を行っている。一部の受講者は、その後スタッフに昇格	組織的な連携はなし。(所属員が司会、コースアシスタントとして参加)	正式なものはない。いわゆる口コミ、SNSでの情報共有のみ。
	地元精神科病院群との連携	地元の精神科病院協会の会長を相談役として、協会事務局を通じて	明確な形で連携は行っていないが、地元精神科病院群の医療スタッフがコースを受講し、その後スタッフに昇格する場合がある	組織的な連携はなし。(所属員がファシリテーター、コースアシスタントとして参加)	正式なものはない。いわゆる口コミ、SNSでの情報共有のみ。
	地元大学病院救急科との連携	精神科橋本を事務局とする「熊本救急医療自衛 自殺問題対策協議会」を立ち上げ、会長・副会長に大学病院教授の就任をお願いし、運営に理解を得るようにしている。コース周知は大学医局宛に、当院以外からの救急科スタッフ参加は少ない。熊本赤十字、済生会熊本、熊本市民の救急科部長が総合司会として関与。	横浜市立大学が開催主体となっている。神奈川県には、その他昭和大学(横浜市)・聖マリアンナ医科大学(横浜市)・北里大学(相模原市)、東海大学(伊勢原市)があり、それぞれにコースの周知を行っている。各大学の救急医療従事者がコースを受講している。横浜市立大学以外の救急科からのスタッフ参加はほぼなし。講義および総合司会は、コースを受講した横浜市立大学救急医学教室の教員が担当(現状では2名が交互に担当。さらに担当者を増やす予定)	組織的な連携はなし。(所属員がコースアシスタントとして参加)	当院
	地元大学病院精神科との連携	「熊本救急医療自衛・自殺問題対策協議会」の委員として関与頂き、運営に理解を得るようにしている。周知は大学医局宛、医局員のスタッフ参加はほぼなし。	横浜市立大学が開催主体となっている。神奈川県には、その他昭和大学(横浜市)・聖マリアンナ医科大学(横浜市)・北里大学(相模原市)、東海大学(伊勢原市)があり、各大学の教員などがコーススタッフとして参加している。教室員：コースコーディネーター1名およびアシスタントの臨床心理士1名は毎回参加。年複数回参加の教室員が4名、スポット参加が3名	組織的な連携はなし。(所属員がファシリテーターとして参加)	当院
	都道府県・市の行政との連携	立ち上げ初年度・次年度までは熊本市からの後援を得ていた。	2015年度までは、神奈川県の研究事業として開催していた。また横浜市医療局の後援を得ていた。	(沖縄県の事業)	予算の支出としての関わりのみ、PEECコースとしての連携はなし
	地域におけるその他の連携	熊本県臨床心理士会にコース周知をはかっている。	なし	組織的な連携ではないが、災害等に備えたDPAT訓練やPFA研修を運営するスタッフがPEECのコアスタッフと一部重なっており、相互に参照することで平時から災害時までを見据えた連携を目指している。	なし
スタッフの育成方法	立ち上げ当初は先行開催地よりファシリテーター、アシスタントを招聘し主催の医療スタッフ育成を図った。基本的には受講後、3回程度程度の参加を経てアシスタントに昇格する。地元の他の施設職員よりは、九州圏内の新規立ち上げを考える地域からスタッフを受け入れてスタッフ育成するパターンが多い。熊本市消防局の協力が得られていることは特徴。警察は参加者なし。	立ち上げ当初は、先行してコースの定期開催を開始していた東海大学よりスタッフを招き、開催主体の医療スタッフの育成を優先させた。自大学におけるスタッフが充実してきたのちに、関東地域および静岡県内のスタッフ候補を受け入れ、コースに参加してもらうことによって育成を行っている。	PEECマニュアルによる自己学習と担当役割のローテーションによる実地でのスキルアップ。	身体合併症事業に従事している医師・心理士を中心に、コース受講した方が新たにスタッフとなる。	
コース継続に際しての主催施設/団体の持つ強み	地域において、精神科関係の救急搬送困難例を一手に受けている状況があり、他の救急病院もコースに理解を示してくれやすい。看護部の協力から、精神科病棟、救命救急センターの看護師が常に協力してくれる。上記協議会を通じて行政、消防からの理解を得やすく、スタッフ参加も多い。当院研修センターの事業に組み込まれている	横浜市立大学 救急医学教室と精神医学教室が継続して主催する。実臨床や研究面で、普段から連携関係にある。同じ大学内の教室同士が連携することも強みであり、横浜市の後援を受けていることも受講者の確保に役立っていると考えらえる。	沖縄県の事業であることから県内の関係機関に幅広く周知が可能であり、またコースへの信頼性も得られやすい。	PEECで扱うような症例を実際の臨床現場で対応している。	
PEECコース維持運営にあたっての課題	大学精神科医局を始めとして、ファシリテーターのすそ野を広げることがある。総合司会の確保。収支バランス上、地元ファシリテーターを増やせば赤字が減らない。研修センター行事であるので謝礼・交通費は規定額がある。	ファシリテーターの継続的な確保 収支のバランスの適正化(スタッフに支払える謝金が少額となっている)	沖縄県の事業であることから重点政策に対する単年度予算での運営となり、必ずしも継続的に開催していくための予算としては安定していない。複数あるいは代替となる運営基盤が必要である。	受講生の募集方法の乏しさ(現状、口コミとSNS)。	
地域医療を考える際の今後の課題	精神科病院、二次救急病院の参加を拡大し、双方がつながりを持つ場にしたい。地元の心理士会、PSW協会との連携、警察の参加を得たい。	消防局の参加がまだ不十分 精神科病院からのコーススタッフ参加が増えること、さらに良いと考えられる	予算的に県外から招聘できるスタッフに限りがあるため、地元のスタッフを多く育成する必要がある。 離島・僻地での開催の要望がある。(離島・僻地では、精神科医が不在の状況で精神科的問題の対応に苦慮しているため) 受講後のアンケートでは、沖縄に多いアルコール関連障害の症例を扱ってほしいという要望が多い。 平時にPEECで「顔の見える関係」を構築しておくことで、災害時においても行政、消防、DMAT・救急、(いずれ)警察等とのスムーズに連携できるようにしておく。	精神科病院、救急病院との連携の強化(連携病院コースなど、実際のつなぎを意識したコース開催)	



厚生労働科学研究事業補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)  
 「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」  
 「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」

国立病院機構熊本医療センター 橋本聡  
 mail: stcder@kumamed.jp  
 代表電話: 096-353-6501(内線5816)  
 所属住所: 860-0008  
 熊本市中央区二の丸1-5  
 救命救急・集中治療部 / 精神科

消防本部は問1～7に御回答ください。  
 地域MC協議会は問8に御回答ください。

基礎データ

消防本部名またはMC協議会名			
平成29年中 総救急搬送人員	うち 転院 搬送		転院 搬送を 除いた数
平成29年中の精神科系 傷病者搬送人員	うち 転院 搬送		0
平成29年中の自損行為 傷病者搬送人員	うち 転院 搬送		同上 0
貴消防本部管轄人口 (平成29年1月1日現在)			

担当者	
所属	
電話	
e-mail	

精神科系傷病者とは「疾病分類」にて「精神科系」に分類される傷病者  
 自損行為傷病者とは「事故種別」にて「自損行為」に分類される傷病者

「搬送困難事例」に関する基礎調査

1. 搬送困難事例の定義について

1-1. 貴消防本部においては「搬送困難事例」の定義はございますか？(択一式)

- はい       いいえ

上記1-1でハイとお答えの場合は以下1-2, 1-3, 1-4をお答えください。  
 イイエの場合は1-5へお進みください。

[1-1ハイに関する問]

1-2. 貴MC協議会での「搬送困難事例」の定義を教えてください(択一 & 実数入力)

- 現場滞在 ( )分以上 かつ 照会回数 ( )回以上  
 現場滞在 ( )分以上 もしくは 照会回数 ( )回以上  
 その他 ( )

1-3. 「搬送困難事例」の定義の改訂スパンを教えてください(択一 & 実数入力)

- ( )年ごと  
 不定期(規定はない)  
 その他 ( )

1-4. 基礎的データや搬送困難事例などの数値について(実数入力)

平成29年1月1日から同12月31日の期間、貴MC圏域における搬送困難事例数を教えてください

搬送困難事例数 [ ] 件

備考

[1-1イイエに関する問]

1-5. 貴消防本部において下記条件の事案数を教えてください(実数入力)

照会回数 4 回以上 かつ 現場滞在時間 30 分以上の事案 [ ] 件

照会回数 4 回以上の事案 [ ] 件

現場滞在時間 30 分以上の事案 [ ] 件

その他「搬送困難事例」の定義についてのご意見(自由記載)

2. 搬送困難事例が生ずる要因について(重複可)

全ての消防本部へお尋ねします。

「搬送困難事例」もしくは上記 1-5. に該当する事案の内訳はいずれですか？

疾患要因(下記を特定してください)

精神科傷病者

産科・周産期傷病者

小児傷病者

その他 [ ]

病名要因(下記を特定してください)

急性アルコール中毒

複数の身体既往あり

その他 [ ]

年齢要因(下記を特定してください)

65歳以上

その他 [ ]

時間帯要因(下記を特定してください)

夜間休日

その他 [ ]

統計をとっていない

自由記載

### 「精神科救急」に関する基礎調査

#### 3. 貴消防本部での「傷病者情報」の統計情報について(択一式)

全ての消防本部へお尋ねします。

救急統計において、傷病者の「既往症」は統計をとっていますか？

例) 交通外傷にて搬送された**統合失調症**、急性腹症で搬送された**パニック障害**など、  
下線部の情報です

統計をとっている

統計はとっていない

その他 (  )

#### 4. 貴圏域における自損行為傷病者の搬送状況について

全ての消防本部へお尋ねします。

平成29年中(1月1日～12月31日)、貴圏域にて発生した自損行為傷病者(事故種別)について、傷病者受入の多かった施設上位2施設について教えてください(施設名・実数入力)

施設名: (  ) 受入数: (  )

施設名: (  ) 受入数: (  )

#### 5. 貴圏域における精神科傷病者の搬送状況について

全ての消防本部へお尋ねします。

平成29年中(1月1日～12月31日)、貴圏域にて発生した精神科傷病者(疾病分類)について、傷病者受入の多かった施設上位2施設について教えてください(施設名・実数入力)

施設名: (  ) 受入数: (  )

施設名: (  ) 受入数: (  )

### 「医療連携円滑化」に関する基礎調査

#### 6. 精神科関連傷病者の搬送円滑化のための方策について(択一 & 自由記述)

全ての消防本部へお尋ねします。

精神科疾患を背景とする傷病者の搬送を円滑化するためになんらかの方策が必要とお考えですか？また、それはどのようなものを希望されますか？

特に必要はない

必要だと思う

どのような方策が必要とお考えですか(複数選択可)

- MC協議会への精神科関係者の定期参加
- 精神科救急の協議の場へMC協議会メンバーが定期参加
- 精神科救急入院料病棟認可施設(精神科スーパー救急病院)の増加
- 有床精神科総合病院の増加
- 精神科救急情報センターの強化(「その他」に提案をお願いします)
- 精神科輪番制度の強化(「その他」に提案をお願いします)
- 救急病院と精神科病院とでの相互的な医師の往診制度
- 精神科病院における内科医(身体科医)の充足
- PEECコースの開催
- その他

7. PEECコースの開催について(択一&実数入力)

全ての消防本部へお尋ねします。

これまでに貴消防本部の担当圏域において、救急医療従事者や消防職員を対象とした研修、日本臨床救急医学会が開発したPEECコース(Psychiatric Evaluation in Emergency Care救急医療における精神症状評価と初期診療)の開催がありましたか？

- あった 全〔  〕回
- なかった
- わからない

8. MC協議会と精神科の関与について(択一式)

全ての**地域MC協議会**へお尋ねします。

貴協議会において、精神科医療に従事する委員やオブザーバーの参加はありますか？ また、精神科救急医療体制の協議の場に地域MC協議会の立場で担当者などが参加することがありますか？

- MC協議会に精神科関係者の参加がある
- 精神科救急の協議にMC協議会の参加がある
- 相互に参加している
- どちらもない

このシートのデータ登録はここまでです。ありがとうございます。

消防本部におかれましては、後2枚「**精神科傷病者**」、「**自損行為傷病者**」がございますので、そちらもどうかよろしくお願いたします。

付録 4

厚生労働科学研究事業補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)  
 『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』  
 「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」

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)  
 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  
 分担研究者 橋本 聡

(精神科系傷病者用調査)

「疾病分類」にて「精神科系」に分類される傷病者を選択ください

対象は平成29年中(1月1日～12月31日)の傷病者となります

尚、その際、可能であれば、「傷病分類」における「アルコール中毒」を除外するようお願いいたします

用語の定義は、毎年実施の、「**救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査**」に倣います

必ず、下記のいずれかにチェックをお願いいたします(択一式)

- 下記データは「精神科系」の傷病者から「アルコール中毒」を除外したものである
- 下記データは情報登録様式の問題から上記除外を実施していない

本調査への回答数値について、下記のいずれかにチェックをお願いいたします(択一式)

- 下記データは**確定値**に基づく
- 下記データは**速報値**に基づく

平成29年中の精神科系傷病者搬送人員   名 (タブ1のU21:W22から転記ください)

1. 対象期間中、**1年間で5回以上**、公的救急車の現場出場を要した事案の数(実数入力)  
 (人単位で入力してください)  
 (頻回利用者の定義が下線部と異なる場合**補足に追記**をお願いします)

情報抽出が困難であった 理由 {   }

{   } 人 補足 貴消防本部における頻回利用者の定義  
 {   }ヶ月で {   }回以上の {   }がある

2. 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数 (人単位で入力してください)

<input type="checkbox"/> 情報抽出が困難であった	{ <span style="background-color: lightblue; border: 1px solid black; padding: 2px;"> </span> }														
回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	小計			
重症以上												0			
中等症												0			
軽症・他												0			
件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
回数	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21以上	小計	総計	拒否回数	4回以上	11回以上
重症以上											0	0	0	0	0
中等症											0	0	0	0	0
軽症・他											0	0	0	0	0
件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- のセルのみ記入のこと
- のセルは、数値が一致します
- 11回以上は、事案番号に反映させてください

3. 現場滞在時間区分ごとの件数 ( 人単位で入力してください)									
<input type="checkbox"/> 情報抽出が困難であった [ <input type="text"/> ]									
時間区分	15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	計
重症以上									0
中等症									0
軽症・他									0
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4. 照会するも受入れに至らなかった理由ごとの件数(延べ件数)									
( 人単位で入力してください)									
<input type="checkbox"/> 情報抽出が困難であった <input type="text"/>									
理由	手術中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他		計
重症以上									0
中等症									0
軽症 他									0
計	0	0	0	0	0	0	0		0

5. 受入れ照会回数が11回以上であった事案における受入に至らなかった理由等																				
<input type="checkbox"/> 情報抽出が困難であった 理由 [ <input type="text"/> ]																				
事案番号	受入れ照会回数	現場滞在時間(分)	受入れに至らなかった理由ごとの件数						傷病種別等											
			手術中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	年齢	性別	傷病種別	発生場所	時間帯	傷病程度	受入医療機関区分				
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
50																				

足りない場合は「行挿入」にて追加をお願いいたします。

6. 5のうち照会回数が最大の事案										
<input type="checkbox"/> 情報抽出が困難であった [ <input type="text"/> ]										
照会回数が最大の事案	1. 事案番号	2. 受入れ照会回数	3. 現場滞在時間(分)	4. 発生日	5. 覚知時刻	6. かかりつけ医の有無	7. 既往症	8. 診断名		
									9. 事案概要及び傷病者の状況	
									10. その他	

このシートのデータ登録はここまでですが続きがございます。  
後1枚「自損行為傷病者」がございますので、そちらもどうかよろしくご願ひいたします。

厚生労働科学研究事業補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)  
『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』

「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」

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)

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  
分担研究者 橋本 聡

(自損行為傷病者用調査)

※「事故種別」にて「自損行為」に分類される傷病者を選択ください

対象は平成29年中(1月1日～12月31日)の傷病者となります

用語の定義は、毎年実施の、「**救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査**」に載ります

本調査への回答数値について、下記のいずれかにチェックをお願いいたします(択一式)

下記データは確定値に基づ

下記データは速報値に基づ

平成29年中の自損行為傷病者搬送人員  名 ← (タブ1のU24:W25から転記ください)

1. 対象期間中、1年間で5回以上、公的救急車の現場出場を要した事案の数(実数入力)  
(※人単位で入力してください)  
(※頻回利用者の定義が下線部と異なる場合補足に追記をお願いします)

情報抽出が困難であった 理由 [  ]

[  ] 人 ※補足※ 貴消防本部における頻回利用者の定義  
[  ]ヶ月で [  ]回以上の [  ]がある

2. 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数 (※人単位で入力してください)

情報抽出が困難であった [  ]

回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	小計
重症以上												0
中等症												0
軽症・他												0
件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

のセルのみ記入のこと

のセルは、数値が一致します

11回以上は、事案番号に反映させてください

回数	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21以上	小計	総計	拒否回数	4回以上	11回以上
重症以上											0	0	0	0	0
中等症											0	0	0	0	0
軽症・他											0	0	0	0	0
件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3. 現場滞在時間区分ごとの件数 (※人単位で入力してください)

情報抽出が困難であった [  ]

時間区分	15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	計
重症以上									0
中等症									0
軽症・他									0
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4. 照会するも受入れに至らなかった理由ごとの件数(延べ件数)  
(※人単位で入力してください)

情報抽出が困難であった [  ]

理由	手術中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	計
重症以上								0
中等症								0
軽症・他								0
計	0	0	0	0	0	0	0	0

5. 受入れ照会回数が11回以上であった事案における受入に至らなかった理由等																
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった 理由( <input type="text"/> )																
事案番号	受入れ照会回数	現場滞在時間(分)	受入れに至らなかった理由ごとの件数						傷病種別等							
			手荷中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診 <small>(かかりつけ医)</small>	理由不明その他	年齢	性別	傷病種別	発生場所	時間帯	傷病程度	受入医療機関区分
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
50																

※足りない場合は「行挿入」にて追加をお願いいたします。

6. 5のうち照会回数が最大の事案								
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった ( <input type="text"/> )								
照会回数が最大の事案	1. 事案番号	2. 受入れ照会回数	3. 現場滞在時間(分)	4. 発生日	5. 発知時刻	6. かかりつけ医の有無	7. 既往症	8. 診断名
	9. 事案概要及び傷病者の状況					10. その他		

7. 自損行為で出場したが不搬送【現場引き上げ】となった理由ごとの件数									
(1事案中の延べ件数ではなく事案単位で入力してください)									
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった 理由 <input type="text"/>									
理由	緊急性なし	傷病者なし	患者拒否	酷重	死亡	現場処置	誤報・いたすら	その他	計
重症以上									0
中等症									0
軽症他									0
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

のセルは、数値が一致します。

ご協力ありがとうございました。この結果は厚労省科学研究班の報告書を通じて皆様にご利用頂けます。  
 ご協力頂いた消防本部さまで報告ご希望の場合、研究事務局橋本までメールにてお問い合わせください。  
 電子媒体にて報告書を送らせていただきますのでご活用くださいますようお願いいたします。



## プレホスピタル精神科救急スクリーニング・トリアージスケール（案）

【表 1】プレホスピタル精神科救急スクリーニング・トリアージスケールを使用する前に確認しておくべきこと（メディカルクリアランス）

内容	説明
バイタルサイン	血圧計による血圧測定、サチュレーションモニターによる酸素化測定、心電図モニターによる脈拍数・呼吸数などの確認（必要時呼吸数は実測すること）
オリエンテーション（見当識）	患者自身が、自身の名前、年齢、生年月日、日付、場所などを清明に回答できることを確認する。 必要に応じて連続引き算を検討する。
理学所見	主訴の有無に関わらず、対光反射の異常、四肢の脱力・しびれ、知覚・動作の左右差の有無、頭痛の有無、胸部症状の有無、腹部症状の有無がないかを確認して、プレホスピタルレコードに記載する。

注 1：本スケールにおける該当主訴がある場合は、直列型 / 並列型医療連携を検討する。

注 2：単純酩酊では、精神科疾患の既往に関わらず、medical clearance の確保が優先すること。

【表 2】簡易的精神症状評価について

内容	判定基準	説明
オーダー（指示動作）	指示が入る：十分 / まったくは いない / 部分的	簡便な指示従命の程度。指示十分は GCS の M6 に相当。
コミュニケーション （会話成立）	会話にて合意が作れる：問題なし / まったくできない / 部分的	交換条件を出して来る、精神症状などで慎重に対応せねばならないケースは部分的
見守りの要否 精神症状のために	不要 / 常時必要 / 部分的	“不要”の場合、身体的問題に関する通常観察やモニタリングをするだけでよく、特別の注意を払う必要がない。

【表 3】プレホスピタル精神科救急スクリーニング・トリアージスケールにおける主訴一覧

主訴	specifier	説明
自損	A) 切迫度：あり / なし / 不明 B) 危険物：あり / なし / 未確認	自傷行為、自殺未遂などが含まれ、希死念慮の有無の確認は必須である。

不穏興奮	危険物：あり／なし／未確認	観察上、明らかに落ち着かなさが認められる場合。 対外的な示威行為は「暴力的／殺人的行動」で評価すること
暴力的／殺人的行動	危険物：あり／なし／未確認	他人に向けられた攻撃などで、ことばの上での威嚇や脅しなども含まれる。
幻覚妄想	危険物：あり／なし／未確認	幻覚は患者以外には確認できない幻聴(声)や幻視を含み、妄想は客観的な裏付けなしに確信している信念である。
不安焦燥	なし	患者自身が不安とか落ち着かなさで表現する状態。
抑うつ	なし	救急場面では、患者自身の言明より、会話応答のスローさなどで周囲が気付くことが多い。
不眠	なし	患者自身もしくはキーパーソンなどからの、眠れないという訴え。
奇妙な行動	なし	患者自身が理由を言明することの少ない、風変わりな言動で、言明できる場合は幻覚妄想が背景にあるとわかるかも知れない。
社会福祉的問題	患者に危険な状況：あり／なし／未確認	セルフケアの不足、支援欠如などから、基本的な生活の維持すら破たんしている状態。 患者にとって特に危険な状況・人物があるかを、specifier によってはっきりさせること。
小児の破壊的行動	なし	文字通り

【表 4】救急医療場面で遭遇しやすい精神科疾患のリスト案

統合失調症：急性期	統合失調症：慢性期（生活破たんケース）
うつ病：抑うつ状態	うつ病：激越状態
双極性障害：躁状態	双極性障害：抑うつ状態
不安障害圏（パニック発作・不安発作を含む）	パーソナリティ障害（B群）
自閉症スペクトラム障害（高機能）	昏迷状態
心気症・身体化障害	知的障害
認知症（中等症以上）	その他

## 精神科救急スクリーニングツール：エキスパートオピニオン収集（案）

Emergency psychiatry screening tool を作成するため、エキスパートオピニオンを収集する。

エキスパートとは、国立病院機構の有床精神科勤務医、JAEP（一般社団法人日本精神科救急学会）会員、JSGHP（日本総合病院精神医学会：有床精神科）会員を指す。オピニオン回答率はそれぞれの会員施設の 30%以上を目標とする。

エキスパートに対して、ウェブアンケートを実施し、下記の項目の回答を収集する。1 から 5 までをセットとして 1 セット以上の回答を依頼する。1000 程度の回答数を目標とする。

### 1. 病態

救急隊が関わる可能性のある、精神科救急状態にある病態で、適切な医療を受けられるようスクリーニングされるべきもの上位 5 つ。

例) 統合失調症急性期、統合失調症再発、統合失調症慢性期、うつ状態、不安焦燥を呈するうつ病、B 群パーソナリティ障害、パニック発作、重度認知症など。回答者が必要と考える病態については追加可能。

### 2. 主訴

回答者があげた病態について、各個、患者が訴えやすい主訴について記述。一般的な日常用語にて。

### 3. 発生状況

回答者があげた病態について、その病態に特徴的と思われる発生状況を、一般的な日常用語にて記載。

### 4. 会話内容

回答者があげた病態について、その病態に特徴的と思われる話し方・会話様式を、一般的な日常用語で記述。

### 5. 見た目

回答者があげた病態について、その病態に特徴的と思われる見た目・外観・整容などを、一般的な日常用語にて記述。

## 【アンケートフォーム】

病院前救護医療従事者が簡便に利用できる、精神科疾患の精神心理状態についてのトリアージツール（緊急度評価）スクリーニングツール（病態弁別）を作成することで、一般救急医療と精神科救急医療との連携円滑化を図り、そのことで患者がうける医療的利益を最大化することを考えています。このツールは、救急救命士や標準課程を修了した救急隊員が使用することを念頭に考えおり、ツールを用いて伝達する相手は回答をお願いする先生方（精神科医）を想定しています。

各質問について、先生方のお立場からご回答をお願いいたします。

病院前救護者からの患者受入相談を受ける際、病名といった既往症情報の他、下記項目は受入可否判断の際にどのくらい重視しますか？

### 1. バイタルサイン：

1.1. 意識レベル，体温，血圧，脈拍，酸素化を含むバイタルサインに異常がないことを重視しますか？

1.1.1. 7件法 全く重視しないから強く重視するまで

### 2. 見当識（オリエンテーション）：

2.1. 患者自身が、自分の名前、年齢、生年月日、日付、場所などを清明に回答できることを重視しますか？ 必要に応じて連続引き算の実施を検討してもらいます。

2.1.1. 7件法

### 3. 理学所見：

3.1. 主訴の有無に関わらず、対光反射の異常、四肢の脱力・しびれ、知覚・動作の左右差の有無、頭痛の有無、胸部症状の有無、腹部症状の有無がないかを確認して伝達し、プレホスピタルレコードに記載することを重視しますか？

3.1.1. 7件法 全く重視しないから強く重視するまで

### 4. ほか

4.1. ご提案があれば記載をお願いします。この際、ご提案の項目を伝達するため、どのくらいの時間を要すると考えるかもご記載ください。

4.1.1. 上記提案は、上記時間を要するわけですが、緊急伝達にどの程度有用でしょうか。 7件法

参考までに、平成27年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で8.6分、病院収容所要時間（現場滞在時間＋搬送時間）は全国平均39.4分となります。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/12/281220\\_houdou\\_2.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/12/281220_houdou_2.pdf)

メディカルクリアランス（器質因の除外）が確保された、精神心理的な問題のあるケースを想定してください。先生方が、病院前救護者（限られた精神科教育しか受けていない医療従事者）とホットラインでコミュニケーションを図る際、簡易的に精神症状を評価することに下記項目はどのくらい有用でしょうか。

### 5. オーダー（指示動作）：

5.1. “指示が入る”を「十分」「部分的」「まったく入らない」で評価する。簡便な指示従命の程度を図るが、指示十分はGCSのM6に相当する。

5.1.1. 7件法 非常に有用から全く有用でないまで

6. コミュニケーション（会話成立）:

6.1. “会話にて合意が作れる”を「問題なし」「部分的」「まったくできない」で評価する。会話は成立するが、交換条件を出してくる、精神症状などで慎重に対応せねばならないケースは部分的を選択する。

6.1.1. 7件法 非常に有用から全く有用でないまで

7. 見守りの要否 精神症状のために

7.1. “見守りの要否”を「不要」「部分的」「常時必要」で評価する。“不要”の場合、身体的問題に関する通常観察やモニタリングをするだけでよく、特別の注意を払う必要がない。

7.1.1. 7件法 非常に有用から全く有用でないまで

8. ほか

8.1. ご提案があれば記載をお願いします。この際、ご提案の項目を伝達するため、どのくらいの時間を要すると考えるかもご記載ください。

8.1.1. 上記提案は、上記時間を要するわけですが、緊急伝達にどの程度有用でしょうか。 7件法  
参考までに、平成27年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で8.6分、病院収容所要時間（現場滞在時間＋搬送時間）は全国平均39.4分となります。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/12/281220\\_houdou\\_2.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/12/281220_houdou_2.pdf)

病院前救護で遭遇しやすい、もしくは、救急要請された際にスクリーニングされるべき精神科疾患のリストを作成いたしました。複数選択可能ですので、必要と思われる疾患・病態をすべてチェックをお願いします。また、追加すべき疾患・病態があれば追記をお願いします。

9. 統合失調症：急性期、統合失調症：慢性期（生活破たんケース）、うつ病：抑うつ状態、うつ病：激越状態、双極性障害：躁状態、双極性障害：抑うつ状態、不安障害圏、パーソナリティ障害（B群）、自閉症スペクトラム障害（高機能）、昏迷状態、知的障害、認知症（中等症以上）、その他

上記問9において、病院前救護医療従事者がトリアージ&スクリーニングすべき精神科疾患をいくつか考えて頂きました。それぞれの疾患について、下記検討項目（主訴、発生状況、会話内容、見た目）を、病院前救護者の立場に立って、それぞれお答えください。ただし、精神科医学的用語を排し、一般的な日常用語にてご回答お願いいたします。

疾患・病態をチョイスし、それぞれに下記

10. 主訴

10.1. 患者が訴えやすい“主訴”について記述してください。ただし、一般的な日常用語でもって記述をお願いいたします。不安やイライラ、幻が見えるなど。

11. 発生状況

11.1. 患者の病態に特徴的と思われる発生状況を記述してください。ただし、一般的な日常用語でもって記述をお願いいたします。人目を惹く状況、理解しがたい状況など。

## 12. 会話内容

12.1. 患者の病態に特徴的と思われる会話内容・会話様式を記述してください。ただし、一般的な日常用語でもって記述をお願いいたします。主張が強い会話、抑揚のない会話、不適當な言葉遣いなど。

## 13. 外観（見た目）

13.1. 患者の病態に特徴的と思われる見た目・外観・整容などを記述してください。ただし、一般的な日常用語でもって記述をお願いいたします。装飾品が多い、生気に乏しい、脂ぎった顔など。

以上

付録 8

平成 30 年 3 月 29 日

総務省消防庁  
救急企画室長 様

日本精神科救急学会  
理事長 平田豊明  
副理事長 杉山 直也

**アンケート「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」についてご協力をお願い**

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は救急搬送業務および学会活動に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本学会は厚生労働科学研究事業における「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(H29-精神-一般-002)」班より協力要請を受け、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ことに取り組んでおります。この検討過程で、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の重要性が指摘されております。

つきましては、分担研究班「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」(分担研究者 国立病院機構熊本医療センター精神科医長 橋本聡)より、地域 MC 協議会ならびに全国消防本部に対し別紙の通りアンケート「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」を実施いたしたく存じます。

本研究班の主旨をご理解いただき、貴室のご協力をお願い申し上げます。次第です。

謹白

### **3 章 研究成果の刊行に関する一覧**





## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本俊彦	「危険ドラッグフィーバー」から考えるハームリダクション-規制強化は個人とコミュニティに何をもたらしたか-	松本俊彦, 古藤吾郎, 上岡陽江	ハームリダクションとは何か 薬物問題に対する, あるひとつの社会的選択	中外医学社	東京	2017	4-30
松本俊彦	第4章 救急医療に必要な法制度 第2節 薬物関連障害患者をめぐる司法的問題とその対応. 救急患者支援 地域につながるソーシャルワーク	救急認定ソーシャルワーカー認定機構	救急認定ソーシャルワーカー標準テキスト	へるす出版	東京	2017	74-79
松本俊彦	人はなぜ依存症になるのか. 依存と嗜癖-現状とこれからの展開 1人はなぜ依存症になるのか.	原田誠一	外来精神科診療シリーズ 精神医療からみたわが国の特徴と問題点	中山出版	東京	2017	196-203

### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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)			
Hatta K, Katayama S, Morikawa F, Imai A, Fujita K, Fujita A, Ishizuka T, Abe T, Sudo Y, Hashimoto K, Usui C, Nakamura H, Yamamouchi 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)			

熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦	Voice Bridges Project - 薬物依存症地域支援のための「おせっかい」な電話による「声」の架け橋プロジェクト -	精神科治療学	32(11)	1445-1451	2017
松本俊彦	司法機関から地域の支援資源にどうつなげるべきか	臨床心理学	17(6)	814-817	2017
谷淵由布子, 松本俊彦, 船田大輔, 川副泰成, 榊原聡, 成瀬暢也, 池田俊一郎, 角南隆史, 武藤岳夫, 長徹二	わが国の依存症専門医療機関における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究	日本アルコール・薬物医学会雑誌	52(5)	141-155	2017
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
松本俊彦	物質使用障害	トラウマティック・ストレス	15(1)	49-57	2017
松本俊彦	多剤処方規制と背景	臨床精神薬理	20(9)	975-982	2017
松本俊彦	鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害・中毒・離脱	新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群(第2版)-物質関連障害および嗜癮性障害群からてんかんまで -		85-89	2017
松本俊彦	鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害の対応と治療	新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群(第2版)-物質関連障害および嗜癮性障害群からてんかんまで -		90-94	2017
松本俊彦	ケミカルコーピングとオピオイド鎮痛薬	Locomotive Pain Frontier	6(2)	46-47	2017
松本俊彦	薬物依存症に対する最近のアプローチ	精神科治療学	32(11)	1403-1404	2017
松本俊彦	専門医でなくてもできる薬物依存症治療-アディクションの対義語としてのコネクション-	精神科治療学	32(11)	1405-1412	2017
谷淵由布子, 松本俊彦	規制強化は「危険ドラッグ」関連障害患者をどう変えたか	精神科治療学	32(11)	1483-1491	2017
松本俊彦	特集 ささまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか	精神神経学雑誌	119(12)	911-917	2017