

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30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 31 (2019) 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30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の関する政策研究

（研究代表者）杉山直也 1

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

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 65

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 105

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

（研究分担者）松本俊彦 131

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 147

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 175

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

(研究分担者) 山口 創生 207

3章 研究成果の刊行に関する一覧 229

1 章 総括研究報告書

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）

平成 30 年度 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

研究代表者：杉山直也（国立精神・神経医療研究センター / 沼津中央病院）

研究分担者：平田豊明（千葉県精神科医療センター）、八田耕太郎（順天堂大学医学部附属練馬病院）、松本俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部）、塚本哲司（埼玉県立精神保健福祉センター）、橋本聡（国立病院機構 熊本医療センター）山口創生（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

研究協力者：兼行浩史（山口県こころの医療センター）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）、野田寿恵（あたま中央クリニック）、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 精神医療政策研究部）、花岡晋平（千葉県精神科医療センター）、西村由紀（メンタルケア協議会）、澤野文彦（沼津中央病院）、織田洋一（西熊谷病院）、門田雅宏（滋賀県健康福祉部障害福祉課）、濱谷翼（埼玉県狭山保健所）、岡田隆志（埼玉県春日部保健所）、波田野隼也（青森市保健所）、村上由布子（新潟県新発田保健所）、石田賢哉（青森県立大学）、今井淳司（東京都立松沢病院）、三澤史斉（山梨県立北病院）、尾崎茂（豊島病院）、森川文淑（旭川圭泉会病院）、澤温（さわ病院）、須藤康彦（土佐病院）、片山成仁（成仁病院）、中村満（成増厚生病院）、石塚卓也（長谷川病院）、長谷川花（沼津中央病院）、新垣元（新垣病院）、伊豫雅臣（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、大槻知也（埼玉県川口保健所）、小関清之（医療法人社団斗南会秋野病院）、柑本美和（東海大学法学部）、近藤あゆみ（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）、椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、紫藤昌彦（紫藤クリニック）、樽井正義（国際医療福祉大学 成田看護部看護学科）、常岡俊昭（昭和大学附属烏山病院（昭和大学医学部精神医学講座））、成瀬暢也（埼玉県立精神医療センター）、橋本望（岡山県精神科医療センター）、船田大輔（国立精神・神経医療研究センター病院）、増茂尚志（栃木県精神保健福祉センター）、森野嘉朗（東京パーソナル法律事務所）、武藤岳夫（肥前精神医療センター）、村上優（独立行政法人国立病院機構 榊原病院）、山縣正雄（埼玉県立精神医療センター）、山本輝之（成城大学法学部）、和田清（埼玉県立精神医療センター）、日野耕介（横浜市立大学附属市民総合医療センター）、兼久雅行（大分大学医学部附属病院）、井上幸代（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）、五明沙也加（獨協医科大学救急医療科）、河寫讓（国立病院機構 災害医療センター）、北元健（埼玉医科大学病院）、塩澤拓亮（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）、佐藤さやか（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

【要旨】 目的：地域包括ケア体制の構築を目指す我が国の精神保健医療福祉政策において、危急な事態に即応できる精神科救急医療の確保および技術向上は必須であり、特に各自治体による精神科救急医療体制整備事業（以下「事業」）の構築・運営が重要課題となる。本研究の目的は、現在運用に大きな地域差がある事業実態と、医療機関間で多様性がある精神科救急及び急性期の医療内容を把握し、課題の抽出を行って、標準化や技術向上を推進するための諸策を提言することである。これには、多様化する精神疾患の医療ニーズに対処し、適切なケアや支援を継続的かつ統合的に提供

するために必要な専門知識の普及やスキル向上、体制の更なる整備、連携の工夫や促進等の方策が含まれる。本政策研究では精神科救急及び急性期医療における①医療判断やプロセスの標準化と質の向上（杉山分担班）、②実態と課題（平田分担班）③薬物療法標準化（八田分担班）④薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携（松本分担班）⑤自治体および医療機関の連携等の地域体制の在り方（塚本分担班）、⑥一般救急医療との連携の構築（橋本分担班）、⑦退院困難例の要因分析（山口分担班）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：①事業の経年実績、実際の判断場面の2側面から行った医療判断プロセスの実態や関連要因を追加分析し、標準化のための指標開発を行う。②直近事業実績の解析、事業報告様式の見直し、精神保健福祉資料による医療実態や資源の把握を行う。③精神科救急医療現場の多施設共同研究ネットワーク（JAST）における観察研究によって、急性期の2次的治療方策の詳細を3つの臨床疑問から解き明かす。エキスパートコンセンサス調査を行う。④規制薬物使用の医療現場における司法的対応のあり方に関して専門家会議で意見交換を行い論点整理する。救急医療現場で活用できる簡易ツールを開発する。⑤自治体アンケート等による公的機関における精神保健福祉人材の充足状況把握、受診前相談における調整困難例の特徴把握とトリアージツールの開発、全国各自治体事業担当者のヒアリングの開催を行う。⑥並列型連携の好事例調査、全国MC協議会への調査を通じ連携における教育コース（PEEC）の有用性を探るとともに、エキスパートオピニオンによる病院前トリアージの作成を行った。⑦過去の科研データを再解析し、退院困難要因、退院困難理由の違いによる特徴の抽出等を行った。

結果：①行政指標としての「人口万対時間外受診数」、「入院率」、「人口万対時間外入院数」、個別指標としての「基本5要件」、「重症度と状態像」、「緊急に医療介入を要する因子」はいずれも有力であり、医療判断の特徴の推移や動向、トレンドを反映する指標を見出すとともに、指標の意味づけがなされた。②直近の事業実績は例年通りであったが、データ収集過程に課題があり、報告様式の改訂案を提示した。③1543名が解析対象となった。58.5%の患者が最初あるいは2番目の抗精神病薬に反応良好で、併用群の89.8%がCGI-Iにおける「軽度改善～著明改善」を示し、有害事象の有意な発生増加は観察されなかった。10.8%は入院3ヵ月以内にECTを受け95.8%がCGI-I 3以下を示した。エキスパートコンセンサスにて、反応不良例への併用や持効性注射剤への現時点承認度を確認した。④司法対応について一定の見解と課題が示され、ガイドライン案を策定した。簡易ツールを開発し、23名の入院薬物使用障害患者にプログラムを提供し、評価尺度上における臨床上的好ましい変化を確認した。⑤精神保健福祉人材の配置に課題がみられた。「疾病性」「事例性」に着目し、身体合併症を除外できる的確なトリアージとなる共通シート（試案）を提案した。ヒアリングは有意義に開催された。⑥聞き取り調査ではPEECの有用性が確認された。MC調査では他領域に比べ搬送困難の課題が確認された。病院前救護者がメディカルクリアランス確保できる精神症状評価ツールを作成した。⑦退院困難例は2クラスターに分類され、それぞれの特徴からあるべきケアを提案した。

考察：各分担班の研究的取り組みにより、精神科救急および急性期医療における標準化や質向上に資する観察所見、提言が集積された。指標の活用、モニタリングの定着、標準治療手法や判断の普及による医療の質向上、トリアージや退院が困難なケースへの対処方策の標準化が含まれる。最終的には学会等が取りまとめる指針の次期改定に資する成果を目指しており、その根拠が多々得られた。今後、体制の均霑（てん）化および診療現場での標準化がはかられ、入院医療の適正化や、入院長期化のさらなる防止が全国規模で推進されることにより、精神科医療全体としての「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の完備にも寄与が大きいと考えられる。

A.研究目的

地域包括ケア体制の構築を目指す我が国の精神保健医療福祉政策において、精神障害者が地域で安心した生活を営むためには、想定される種々の危急なニーズに即応できる精神科救急医療の確保および技術向上が欠かせない。なかでも精神科救急医療体制は主要な位置づけであり、これを自治体ごとに機能的に整備・構築・運用することは、我が国の精神保健医療福祉政策における重要課題である。

本研究の目的は、現在運用に大きな地域差がある事業実態と、医療機関間で多様性がある精神科救急及び急性期の医療内容を把握し、課題の抽出を行って、標準化や技術向上を推進するための諸策を提言することで、これには、多様化する精神疾患の医療ニーズに対処し、適切なケアや支援を継続的かつ統合的に提供するために必要な専門知識の普及やスキル向上、体制の更なる整備、連携の工夫や促進等の方策が含まれる。

精神科救急及び急性期医療の任務は、迅速な危機介入と手厚い急性期医療の提供によって、精神疾患に由来する不幸な事象を未然に防止し、健康回復の促進をはかるとともに、長期在院者の発生を抑制して地域生活を中心としたケアを推進することである。

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

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

さらには、精神医療の機能分化が進みつつあり、救急・急性期医療は医療体制としても診療報酬制度としても、学術面でも一定程度の領域確立を果

たして来たが、精神医療全体のシステムとしては課題が多く、特に継続的、包括的、統合的なケアを、エビデンスに見合う形で効率的に提供するまでには至らず、救急・急性期医療を補完するケア提供体制が求められる。

以上をふまえ、本政策研究では以下の分担任を設置し、それぞれの課題に取り組んだ。

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（杉山分担任）

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

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

このような医療判断プロセスがより適切となるための標準化を目的とする。そのために医療判断の実態を調査し、医療判断について客観的指標を開発して妥当性を確保したり、判断の傾向を評価したりできる方策の開発を目指す。

2) 精神科救急及び急性期医療に関する実態と課題に関する研究（平田分担任）

行政医療としての精神科救急医療は、厚生労働省が主導し、都道府県が実施する精神科救急医療体制整備事業としてその実施要綱に基づき均霑

（てん）化されなければならないが、医療資源の地域偏在など、種々の事情のため地域間格差が長年指摘されている。また、本事業が取り扱う対応件数等、例年各自治体から報告される事業実績は、その件数カウントに明らかな矛盾が観察される等、事業運用に関する解釈の不統一がみられ、正確な実態把握に支障が多い。

このような状況を是正し、医療資源や運用実態

を二次医療圏など各圏域ごとに的確に把握する手法、精神科救急医療体制整備事業に関し、統一した共通認識とするための手法の開発を目指す。

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

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

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

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

- ① 単剤で対処できる割合
 - ② クロザピンの適応があるが導入できない割合
 - ③ ECTを実施せざるをえない割合
- に関してのエビデンスの確立を図る。

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

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

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

しかしながら、多様な精神疾患への対応が求められる現状にあっても、救急医療の現場ですべてを完結することは物理的に不可能であり、初期対応のための知識やスキルの向上、専門医療

や関係機関との連携手法の確立等によって機能分化の中で適切に対処することが現実的である。

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

- ① 司法的な対応のあり方
 - ② 薬物乱用・依存への介入のあり方
- の2つのテーマについて検討する。
- ### 5) 精神科救急及び急性期医療における自治体および医療機関の連携等の地域体制の在り方に関する研究（塚本分担班）

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

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

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

これらの現状と課題を踏まえ、

- ① 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状確認
- ② 病院前救護における精神科トリアージの

改善

- ③ 精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握手段の開発

を目的とした。

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

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

B.研究方法

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 年度中に、過去に報告された精神科救急医療体制整備事業実績について再集計を行い、医療判断の全国的な年次傾向を解析するとともに、集約データを各都道府県に供覧してセルフレビュー

アンケートを実施したほか、実際の医療判断について、精神科救急入院料を算定する医療機関を時間外（休日・夜間）に受診したケースを対象とし、先行研究成果である「精神科における『急性かつ重症の患者』の診断基準」を用いて、個別の判断過程や影響要因を明らかにする横断面調査を実施した。平成 30 年度には、これら集約データの追加解析を行い、医療判断の傾向を反映する指標を開発するとともに、他の分担班が開催した全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」にて、指標に関する議論を行って、これを確定させた。

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

①各都道府県から国に報告された平成 29 年度の精神科救急事業の年報や衛生行政報告例を集計・分析した。②精神科救急事業の報告に統一基準を欠く現状を改善するために、報告様式の改定案を作成した。③630 調査結果等に基づいて、全国精神科救急病棟の運用実績を調査・分析した。④以上の調査結果等に基づき、地域精神医療資源分析データベース（ReMHRAD）を更新するデータおよび持続的な更新の枠組みを提供した。

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

①分担研究者が 2007 年から運営する精神科救急医療現場の多施設共同研究ネットワーク

（Japan Acute-phase Schizophrenia Trial [JAST] study group）における観察研究とし、次の研究疑問を検証することを目的に前向き観察研究デザインで本研究を企画した。①精神病性障害の救急・急性期薬物療法上、抗精神病薬の単剤で対処できる割合（最初に選択した抗精神病薬が奏効あるいは早期治療反応不良で切替えた抗精神病薬が奏効）、②精神病性障害の救急・急性期において、クロザピンの適応があるが導入できない割合、③ECT 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。②精神科救急医療ガイドラインの改訂を目指したエキスパートコンセンサス調査を実施した。

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

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（①司法的な対応のあり方、②薬物乱用・依存への介入のあり方）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（塚本分担任）

目的を達成するために、以下の調査等を実施した。

①精神保健福祉業務専従職員の配置状況調査、②精神科プレ・ホスピタルケアにおける受診調整困難事例調査、③精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）で使用しているトリアージ&スクリーニングシートの収集および共通シート（試案）の作成、④分担研究成果の報告、及び成果物（案）に対するヒアリングの開催

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（橋本分担任）

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

①-3. 搬送困難事例から連携の課題を抽出し、教育コースの効果を検証するため、全国の地域メディカルコントロール協議会（N=252）ならびに消防本部（N=744）を対象とし、ウェブを通じたアンケート調査を実施した。②エキスパートオピニオンによって病院前救護における精神科トリアージの改善を図る目的でトリアージ、スクリーニングのためのツールを作成した。③全国における、救命救急センター・二次救急医療施設、精神科救

急病棟を有する医療施設、MPU/CIU対応が可能な総合病院精神科の偏在状況を調査するとともに、オランダ、米国などで実施されているCIU調査用紙を邦訳した。

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

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

【倫理面への配慮】

本研究の実施に当たっては、文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（平成29年2月28日改訂）を順守した。研究1）における横断面調査は、研究代表者が所属する公益財団法人復康会の倫理審査委員会における承認を得たうえ、調査実施各機関の必要に応じて当該機関の倫理審査委員会の承認を得て行った。研究3）における観察研究は、分担研究者の所属する順天堂大学医学部付属練馬病院の倫理審査委員会の承認を得たうえ、調査実施各機関の倫理審査委員会の承認も得て行った。研究6）では分担研究者の所属する熊本医療センターの倫理委員会で承認を得た。研究7）については、データ収集を実施した過去の厚生労働科学研究が帝京平成大学倫理委員会の承認を得ており（承認番号25-073）、本研究を追加実施するにあたり、同委員会からの追加承認を得て行った。

C.研究結果

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

精神科救急医療体制整備事業実績の再集計では、①人口万対時間外受診数、②入院率、その積によって得られる③人口万対時間外入院数、が指標と

して有力であった。指標①と②は各都道府県の時間外医療を特徴づけるトリアージ状況を反映し、指標③は非自発入院の判断傾向を反映した。指標③の年次変化は僅かに増加傾向にあり、中央値は2004～2015の12年間で1.01～1.74であった。ヒアリングを通じ、これら3指標が全て全国動向と比較できる形で表示される散布図及びその経時変化図は説得力を有すフィードバックとして確認された。精神科救急入院料を有する全国134医療機関のうち54(回答率40.3%)施設を時間外に受診した509例の解析では、主診断がF4の場合に、要入院・非自発入院判断となる可能性のオッズ比が有意に低かった。基本5要件では、治療の可能性を除く4要因(医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性)が両判断にとって有意に高く、医学的重要性が最も影響が大きかった。状態像では、両判断において躁状態、精神運動興奮状態、意識障害、幻覚妄想状態、抑うつ状態の順に有意であった。緊急に医療介入を要する因子のうち、行動因子の該当が最も非自発入院判断の可能性が高く、続いて医療関係因子(初発、中断)が有意であった。サポート因子(家族、同居者等の有無)や身体合併症因子の該当は要入院判断の可能性が有意に高く、自発入院が選択される可能性を示唆した。行動因子のうち他害のおそれがある場合の非自発入院可能性は有意に高く、自傷のおそれや自律不全では有意に低かった。医療関係性因子のうち、初診の場合の要入院判断は70%超、そのほとんどが非自発入院であったが有意所見ではなかった。中断例は全例が要入院しており、非自発入院判断可能性が有意であった。

2) 精神科救急及び急性期医療に関する実態と課題に関する研究(平田分担班)

①平成29年度の精神科救急事業では、44,577件(人口100万対1日0.96件)の受診があり、その42%に当たる17,708件(同0.41件)が入院となっていた。入院の74%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23.7%を占めていた。また、衛生行政報告例によれば、近年増加してきた警察官通報と措置入院が2017年度は減少に転じた。②精神科救急事業

に関する実績を正確に収集する新たな報告様式案を作成し、これに準じた様式が2019年度の報告から実装されることとなった。③2018年6月30日現在、全国163施設の234病棟に精神科救急入院料が認可され、1病棟当たり平均46.6床に40.3人が在院していた。73.1%が非自発入院で、17.5%が隔離、4.4%が身体拘束されていた。主診断はF2が46.6%、F0が11.4%。65歳以上の在院患者は30.1%、在院3ヶ月を超える患者が21.8%いた。④新たな精神科救急事業の報告様式が加わったことにより、ReMHRADの持続的更新システムが構築されることとなった。

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

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

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

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

最初の抗精神病薬への早期反応不良の場合、切

替を選択するエキスパートが圧倒的に多かった。最初の2剤にいずれも反応不良の際に2剤併用を暫時許容することについて、「同意・納得できる」が大多数であった(図2-13)。最初の2剤にいずれも反応不良の際に2剤併用でなくクロザピンへの切替を目指すことについても、「同意・納得できる」が多数であった(図2-14)。

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

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

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

「薬物乱用・依存への介入のあり方」については、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)

① 全国の469保健所のうち308カ所(回答率

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

② 精神科プレ・ホスピタルケアを担っている保健所及び精神科救急情報センターにおいて、平成29年度に行ったトリアージの結果、非自発的入院が必要と判断した事例で、受診調整が極めて困難であった事例について、保健所については241カ所(回答率51.4%)、精神救急情報センターについては26都道府県(回答率55.3%)から回答が得られ、それぞれ27,595件のうち336件(1.2%)、43,621件のうち1,225件(2.8%)の発生があった。理由に関する具体的記載が無く、受診調整困難となる因子を抽出できなかったが、基本要件における「事例性」に相当する「社会的不利益」が高い一方で、「疾病性」(「医学的な重症性」)や、「急性の展開」「治療の可能性」が低い事例が含まれていること等が一要因と考えられた。

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

④ 各都道府県に精神科救急医療体制整備事業担当者の参加を求めたところ、26都県の参加が得られた。参加者アンケートでは、「参考になった」との評価が得られ、成果物を精神科救急医療体制連絡調整委員会で資料として利用したいとの要望も

複数の自治体から寄せられた。特にグループに分かれ各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状、課題、独自の取り組みなどについての情報交換、及び成果物（案）について高い評価を得た。

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

〔①-1〕救急医療実務者に対する質問紙調査を行い、実務者はPEEC コース参加などから対応力強化を図りたいと考えていると同時に、メディカルコントロール協議会へ精神科医が参加するなど救急科－精神科の連携円滑化を図るべきだと考えていることがわかった。〔①-2〕PEEC コースはゲートキーパーとしての自己効力感を明らかに改善していた。コーディネーターへの聞き取りからは、合議体を形成し、救急科－精神科が双方乗り入れた形での合議体形成を図り、新規開催までに複数の地元スタッフを育成しておくことが肝要だとわかった。

〔①-3〕WEBによる全国一斉調査では、搬送選定基準の作成、精神科輪番制度の確立を通じて、搬送困難事例はないと回答する消防本部を一部認めしたが、小児・産科・外傷などに比べて依然として立ち遅れている現状があることがわかった。

②日本精神科救急学会、日本総合病院精神医学会、国立病院機構の協力を得て、全国から100名のエキスパートオピニオンを得ることが出来た。病院前救護者が、メディカルクリアランスをきちんと確保すると同時に、精神科緊急度に合わせて迅速に判断できるだろうツールを作成した。

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

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

3ヵ月以内退院群と比較し、3ヵ月継続入院群の患者の特徴は、入院時から症状等が重く、疾患の難治性が明確であった。また、ケア内容について

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

D.考察

精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究では、平成29年度の調査結果の追加解説を行い、医療判断について個別視点、巨視的視点の2側面から検討し、エキスパートや関係者による協議を経て、非自発入院判断の標準化、妥当性向上のための信頼性の高い臨床指標の開発を行った。行政指標としての「人口万対時間外受診数」、「入院率」、「人口万対時間外入院数」、個別指標としての「基本5要件」、「重症度と状態像」、「緊急に医療介入を要する因子」はいずれも有力であり、医療判断の特徴の推移や動向、トレンドを反映する指標を見出すとともに、指標の意味づけがなされた。今後の診療ガイドラインに反映させるべき推奨事項の基礎資料となる有意義な見識と考えられる。

精神科救急及び急性期医療に関する実態と課題に関する研究では、以下の点が考察された。

①人口万対受診件数と入院率には強い負の相関があり、一次救急患者を主体に受診件数が高い過疎地区、受診件数が低く入院率が高い大都市圏とともに、背景要因と課題が推定された。相模原事件後の制度改革議論によって警察官通報と措置入院は2017年度に減少したが、大都市圏では依然として警察官通報による措置入院が救急患者の重要な医療アクセス手段となっている。②精神科救急医療のミッション（重大事象防止、長期在院防止、在宅ケア支援）の重要性に鑑みて、そのモニタリングの方法論も進化する必要がある。③精神科救急病棟群は、わが国の精神科医療における「緩や

かな脱入院化」を牽引してきたが、重症患者の治療的限界や分布と機能の不均一性などの課題を抱えている。④今後の精神科救急医療のみならず地域医療計画や障害福祉計画の立案と進展にとってReMHRADは有用である。

精神科救急及び急性期医療における薬物療法標準化に関する研究に関して、急性期に最初の2剤に早期反応不良であったために2剤併用になった場合、意外にも有効で忍容性も比較的良好であった。クロザピンは最初の2剤に反応しない場合の唯一の確立された選択肢であるが、2剤併用は急性期において有効性でも安全性でも1つの選択肢と考えてよいかもしれない。2剤併用を許容するかどうかでクロザピンの必要性の数字は変わる。使用が少ない特効性抗精神病薬注射の使用が増えるかどうか影響するであろう。

精神科救急及び急性期医療における薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究において、薬物関連精神障害の「司法的対応のあり方」については、かねてより告発の必要性と守秘義務の相反事情に加え、公務員の場合の告発義務等の事情から現場での混乱が多く、何度も議論を重ねる必要があったが、論点が整理され、一定の共通見解のもと、ガイドライン案の策定にまで至ることができた。また、麻薬及び向精神薬取締法58条の2における課題が明確となった点も含め、現在の現場の混乱解消に一步近づいたと可能性がある。

「薬物乱用・依存への介入のあり方」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。

精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究では以下の点が考察された。

① 都道府県保健所で、常勤専従職員における「精神保健福祉士」の職種別構成割合、常勤専従職員のうち精神保健福祉相談員に任命されている者の職種別構成割合は、地域によって大きな違いが見

られたほか、常勤専従職員に対する精神保健福祉相談員の任命は、保健所よりも市町村においては進んでいないなどの実態があり、公的機関における相談業務の標準化についての課題要因と考えられた。

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

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

④ トリアージ&スクリーニングシートには、対象者の「疾病性」「事例性」を明確かつ簡潔に記載できるものと、項目チェックにより確認漏れを防げるものの2タイプがありそれぞれに長所/短所があった。そのため、共通シート（試案）の作成では両立を目指した。今後記載マニュアルを作成するなどしてガイドライン改訂に反映させ、標準化の一助となることが期待される。

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

精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究では、PEECコースにおける聞き取りなどから、連携強化のためのポイント、コース自体の体制強化に与える効果・有用性とともに参加者に与える効果・有効性等が確認された。しかしながら、これらの効果がMC活動におけるトリアージ状況などにおいて実質的に発揮されるのかどうかについては不確かであり、今後の確認が望まれる。救急隊が、地域で生活する精神科患者の病状不安定の初動にあたることは少なくないと考えられる。搬送困難事例の背景因として、これまで精神科疾患、小児、産科、外傷、複数の診療科関与などが存在することが指摘され

てきた。今回の調査結果から、搬送選定基準の作成、精神科輪番制度の確立を通じて搬送困難を克服したとする自治体が確認されたが、他方では小児・産科・外傷などに比べて依然として立ち遅れている現状も確認され、地域に応じた連携方策の策定が必要であると考えられる。

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

精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握の手段を開発について、医療資源の多寡等にもよることから、資源の把握体制確保を試み、協力体制の確立と特殊ユニットを評価する CIU 調査用紙の翻訳に留まった。今後は地域の実情に合わせた地域連携パスの作成等が望ましいと考えられる。

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

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

クラスター2については、残遺症状や障害が心理脆弱性を主としており、必要な心理社会的サポートを投入することが妥当な対応、すなわち地域生活に向けたケースマネジメントが直接的に有効となる可能性が考えられる。入院期間が12ヵ月を超えることは稀であった。ただし、特に自殺の問題については、早期退院との関連を示した報告もあり、この要因によって退院困難となっているならば複雑化等が考えられ、個別ケースの状況に応

じた対応が必要となるため、このグループに関して、集中的な治療や支援が必要ないというわけではない。

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

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. 結論

各分担班の研究的取り組みにより、精神科救急および急性期医療における標準化や質向上に資する観察所見、提言が集積された。指標の活用、モニタリングの定着、標準治療手法や判断の普及による医療の質向上、トリアージや退院が困難なケースへの対処方策の標準化が含まれる。最終的には学会等が取りまとめる指針の次期改定に資する成果を目指しており、その根拠が多々得られた。今

後、体制の均霑（てん）化および診療現場での標準化がはかられ、入院医療の適正化や、入院長期化のさらなる防止が全国規模で推進されることにより、精神科医療全体としての「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の完備にも寄与が大きいと考えられる。

F.健康危険情報

特になし

G.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. Kotaro Hatta, Hana Hasegawa, Atsushi Imai, Yasuhiko Sudo, Fumiyo Morikawa, Shigemasa Katayama, Haruo Watanabe, Takuya Ishizuka, Mitsuru Nakamura, Fuminari Misawa, Kiyoshi Fujita, Shigeru Ozaki, Kentaro Umeda, Hiroyuki Nakamura, Yutaka Sawa, Naoya Sugiyama, for the JAST study group: Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy and polytherapy in 1543 patients with acute-phase schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry* 40 (2019) 82–87
4. 松本俊彦:薬物依存をめぐる法整備. 臨床精

神医学 46(4): 437-442, 2017.

2.学会発表

1. 塩澤拓亮, 藤井千代, 野田寿恵, 杉山直也: 精神科救急医療体制整備事業の実態把握—後方視調査による経年同行の検討—. 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 2018.10.11, 沖縄
2. Hatta K, Sugiyama N, for the JAST study group. Response to antipsychotics and use of electroconvulsive therapy in acute-phase schizophrenia spectrum disorders. WFSBP Asia Pacific Regional Congress of Biological Psychiatry 2018, Kobe, September 7-9, 2018
3. 八田耕太郎: S4: 精神科救急における、長期予後を考慮した統合失調症薬物療法: 日本精神科救急学会における精神病症状への薬物療法ガイドライン. 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 那覇, 2018.10.11-12
4. 塚本哲司: 地域包括ケアを含む第 7 次医療計画と精神科救急—精神科プレ・ホスピタルケアから考える, 那覇市, 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 2018.10.11

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

特になし

I.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

- 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
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.
 22. 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
 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/detail?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 地域・司法精神医療研究部）、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合理性に基づいた一定の標準的診療過程が求められつつも、他方では社会的生活背景や治療環境など、ケースの多様性にも現実的配慮が必要となる。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される。実際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：平成29年度中に、過去に報告された精神科救急医療体制整備事業実績について再集計を行い、医療判断の全国的な年次傾向を解析するとともに、集約データを各都道府県に供覧してセルフレビューアンケートを実施したほか、実際の医療判断について、精神科救急入院料を算定する医療機関を時間外（休日・夜間）に受診したケースを対象とし、先行研究成果である「精神科における『急性かつ重症の患者』の診断基準」を用いて、個別の判断過程や影響要因を明らかにする横断面調査を実施した。平成30年度には、これら集約データの追加解析を行い、医療判断の傾向を反映する指標を開発するとともに、他の分担班が開催した全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」にて、指標に関する議論を行って、これを確定させた。

結果：精神科救急医療体制整備事業実績の再集計では、①人口万対時間外受診数、②入院率、その積によって得られる③人口万対時間外入院数、が指標として有力であった。指標①と②は各都道府県の時間外医療を特徴づけるトリアージ状況を反映し、指標③は非自発入院の判断傾向を反映した。指標③の年次変化は僅かに増加傾向にあり、中央値は2004～2015の12年間で1.01～1.74であった。ヒアリングを通じ、これら3指標が全て全国動向と比較できる形で表示される散布図及びその経時変化図は説得力を有すフィードバックとして確認された。精神科救急入院料を有する全国134医療機関のうち54（回答率40.3%）施設を時間外に受診した509例の解析では、主診断がF4の場合に、要入院・非自発入院判断となる可能性のオッズ比が有意に低かった。基本5要件では、治療の可能性を除く4要因（医学的な重症性、社会的不利益、急性の展開、治療の必要性）が両判断にとって有意に高く、医学的重要性が最も影響が大きかった。状態像では、両判断において躁状態、精神運動興奮状態、意識障害、幻覚妄想状態、抑うつ状態の順に有意であった。緊急に医療介入を要する因子のうち、行動因子の該当が最も非自発入院判断の可能性が高く、続いて医療関係因子（初発、中断）が有意であった。サポート因子（家族、同居者等の有無）や身体合併症因子の該当は要入院判断の可能性が有意に高く、自発入院が選択される可能性を示唆した。行動因子のうち他害のおそれがある場合の非自発入院可能性は有意に高く、自傷のおそれや自律不全では有意に低かった。医療関係性因子のう

ち、初診の場合の要入院判断は70%超、そのほとんどが非自発入院であったが有意所見ではなかった。中断例は全例が要入院しており、非自発入院判断可能性が有意であった。

考察：平成29年度の調査結果の追加解説を行い、医療判断について個別視点、巨視的視点の2側面から検討し、エキスパートや関係者による協議を経て、非自発入院判断の標準化、妥当性向上のための信頼性の高い臨床指標の開発を行った。行政指標としての「人口万対時間外受診数」、「入院率」、「人口万対時間外入院数」、個別指標としての「基本5要件」、「重症度と状態像」、「緊急に医療介入を要する因子」はいずれも有力であり、医療判断の特徴の推移や動向、トレンドを反映する指標を見出すとともに、指標の意味づけがなされた。今後の診療ガイドラインに反映させるべき推奨事項の基礎資料となる有意義な見識と考えられる。

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に多々遭遇する。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、その判断は当然ながら臨床医学的合理性を前提としつつ、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。

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)(文献1)では、危機状況への影響要因として①病状因子、②行動因子、③サポート因子、④時間帯因子、⑤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裁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、法を根拠とした手続きを経つつ、明確な科学的根拠に基づいた一定の標準的診療過程による臨床医学的合理性を前提に、多様性や社会的諸因子にも柔軟な対応を行う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、迅速性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く、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。

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ために有意義な指標を開発することを目的とした。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）

①事業実績変遷の再解析と可視化

平成 29 年度までに、精神科救急医療体制整備事業における実績報告に基づき、2004（平成 16）年度から 2015（平成 27）年度までの直近 12 年分について、都道府県ごとの時間外診療実績の可視化と再解析を行った。「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、同年度に実施したセルフレビュー調査の資料として活用した。

「人口万対時間外受診件数」（横軸）と「受診したうちの入院率」（縦軸）の積によって得られる「人口万対時間外入院数」は非自発入院の判断実態をある程度反映すると考えられ、この変数を基に危急な介入の臨床判断の経年動向について検討した。

②追加解析と指標開発

解析およびセルフレビューの結果から、エキスパート・コンセンサスによる議論を行い、指標となり得る「人口万対時間外受診件数」、「受診したうちの入院率」、「人口万対時間外入院数」について、その意義と有用性を

検討して再解析し、指標の開発を行った。

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「人口万対時間外入院数」については、年次変化および変動幅をあらためて算出し、それら数値を自治体における危急な介入の臨床判断の基準とする試みを行った。

③指標の有用性検討

他の分担班（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（分担研究者：塚本哲司））が開催した全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」にて、指標を提示し、意義や課題などに関する議論を行った。

2) 対象

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 2～14）

3) 尺度

なし

4) 期間（研究スケジュールなど）

平成 30 年度内

5) 手続き

特記事項なし

6) 統計解析／分析方法

②において、「人口万対時間外入院数」の直近データを暫定的な基準値とするため、あらためてその中央値や分散を算出し、③において散布図にその範囲をスーパーインポーズしてフィードバックする手法案を開発するため、5, 25, 50, 75, 95 パーセンタイルを求めた。

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）

平成 29 年度までに、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 11）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。

平成 30 年度は、基準における各項目（後述の a～f）を目的変数、転帰を説明変数として追加解析し、本基準の有用性や意義について、臨床指標開発の観点からエキスパート・コンセンサスによって議論し、総合的に検討した。

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 の医療機関のうち、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 年に策定した「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 1）を作成し、これを質問紙とした。

調査の項目は、以下の通り。

- a. 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））
- b. 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）
- c. 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）
- d. 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

追加解析および検討期間：平成 30 年度

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

① 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。

② 各項目が該当する場合の転帰の比較

平成 29 年度は、A1・A2 各群および B1・B2 各群における、a、c、d、f 項目の該当あり／なし割合について、 χ^2 二乗検定を用いた検定により群間比較を行った。

平成 30 年度は説明変数と目的変数を入れ替え、a、c、d、f 項目の該当群における、A1・A2+A3 群および B1・B2 群の転帰の差について、項目ごとにそれぞれの占める割合を算出するとともに、多重ロジスティック回帰分析を実施した。

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）。

C. 結果

1. 精神科救急医療体制整備事業実績の後方視調査

① 事業実績変遷の再解析と可視化

平成 29 年度までの解析で、「人口万対年間時間外受診件数」（横軸）と、「受診者の入院率」（縦軸）による全国の各都道府県実態の散布図は、その座標位置が、各都道府県の時間外医療を特徴づけるトリアージ状況を反映すると考えられた（文献番号 15）。

各年度の散布図において、「人口万対年間外入院数」（「人口万対年間外受診件数」（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が、その全国的な年次変化は僅かに増加傾向にあった。

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、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。変動理由を客観的に判断することは困難で、自治体のセルフレビューで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が、わからないとの回答も多かった。

② 追加解析と指標開発（図 1～49）

セルフレビュー調査やエキスパート・コンセンサスによる議論では、「人口万対時間外受診数」、「受診したうちの入院率」およびその積によって得られる「人口万対時間外入院数」は指標として有力であった。

「人口万対年間時間外入院数」の全国的な中央値は 2004～2015 の 12 年間で 1.01～1.74 であった（図 1）。この数値を基準として、その幅を散布図にスーパーインポーズすることにより、すべての 3 指標について、単一の散布図上に全国水準との比較が可能なスタイルで、各都道府県における事業特徴と非自発入院判断の動向を客観的かつ具体的に示すことが可能となった（図 2～48）。

これにより、散布図の座標位置が、各都道府県の精神科救急医療体制整備事業を客観的に特徴づけ、経年変化も可視化できることから、自治体への事業実績フィードバックの例として適切と考えられた。

以上の解析結果により、座標位置から推定される事業や地域における精神科救急医療実践の特徴を解説したマトリックス（図 49）を作成し、自治体へのフィードバック案に組み入れた。

③ 指標の有用性検討

②に示した 3 指標全てを同時に可視化した

散布図およびマトリックスのフィードバック案を、全都道府県の事業担当者が集まる「ヒアリング」にて提示したところ、自治体のセルフレビューにとって有用であり、説得力を有すフィードバックツールとして確認された。

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。最終ケース数は 516 例で、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 50)

【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) 時間外の入院、非自発入院の要否に影響する要因

a. 基本情報 (主診断) (図 51~52)

診断カテゴリーが F0 である症例群での要入院判断は 75.0%、非自発入院判断は 63.9%、入院したうち非自発入院率は 88.5%であった。

診断カテゴリーが F1 である症例群での要入院判断は 62.1%、非自発入院判断は 40.0%、入院したうち非自発入院率は 70.6%であった。

診断カテゴリーが F2 である症例群での要入院判断は 60.7%、非自発入院判断は 46.4%、入院したうち非自発入院率は 84.9%であった。

診断カテゴリーが F3 である症例群での要入院判断は 60.6%、非自発入院判断は 42.5%、入院したうち非自発入院率は 76.3%であっ

た。

診断カテゴリーが F4 である症例群での要入院判断は 35.1%、非自発入院判断は 25.0%、入院したうち非自発入院率は 75.0%であった。

診断カテゴリーが F6 である症例群での要入院判断は 40.0%、非自発入院判断は 18.8%、入院したうち非自発入院率は 50.0%であった。

診断カテゴリーが F7 である症例群での要入院判断は 57.1%、非自発入院判断は 50.0%、入院したうち非自発入院率は 87.5%であった。

各診断カテゴリーが該当する場合の転帰について、非自発入院 (A1) か否 (A2 および A3) か、要入院 (B1) か否 (B2) かの 2 変数によってロジスティック回帰分析を行い、主診断として F4 が該当する場合、要入院・非自発入院判断となる可能性のオッズ比が有意に低かった (表 1~2)。

c. 基本要件 (図 53~54)

医学的な重症性が該当する症例群での要入院判断は 86.8%、非自発入院判断は 76.7%、入院したうち非自発入院率は 92.7%であった。

社会的不利益が該当する症例群での要入院判断は 79.6%、非自発入院判断は 64.5%、入院したうち非自発入院率は 87.3%であった。

急性の展開が該当する症例群での要入院判断は 78.6%、非自発入院判断は 66.7%、入院したうち非自発入院率は 87.7%であった。

治療の必要性が該当する症例群での要入院判断は 79.5%、非自発入院判断は 63.2%、入院したうち非自発入院率は 83.1%であった。

治療の可能性が該当する症例群での要入院判断は 65.9%、非自発入院判断は 51.1%、入院したうち非自発入院率は 84.4%であった。

ロジスティック回帰分析による結果では、「治療の可能性」を除く 4 要因全てが両判断において有意に高いオッズ比を示し、その影響の程度は「医学的な重症性」(オッズ比 : 非

自発入院、要入院の順に 8.22 および 6.05) で最も顕著、続いて「社会的な不利益」(同 2.36 および 3.28)、「急性の展開」(同 2.31 および 2.21)「治療の必要性」(同 1.97 および 3.39)であった(表 3~4)。

d. 状態像(図 55~56)

意識障害である症例群での要入院判断は 70.4%、非自発入院判断は 57.1%、入院したうち非自発入院率は 84.2%であった。

幻覚・妄想状態である症例群での要入院判断は 72.1%、非自発入院判断は 56.9%、入院したうち非自発入院率は 84.5%であった。

精神運動興奮状態である症例群での要入院判断は 77.4%、非自発入院判断は 71.6%、入院したうち非自発入院率は 95.8%であった。

抑うつ状態である症例群での要入院判断は 56.7%、非自発入院判断は 32.1%、入院したうち非自発入院率は 62.9%であった。

躁状態である症例群での要入院判断は 95.2%、非自発入院判断は 81.0%、入院したうち非自発入院率は 85.0%であった。

解離状態である症例群での要入院判断は 27.3%、非自発入院判断は 9.1%、入院したうち非自発入院率は 33.3%であった。

状態像がその他に分類された症例群での要入院判断は 39.1%、非自発入院判断は 28.4%、入院したうち非自発入院率は 81.6%であった。

ロジスティック回帰分析による結果では、躁状態がどちらの判断でも最も高いオッズ比(非自発入院、要入院の順に 14.40 および 48.02)を示し、突出した影響であった。精神運動興奮状態がそれに続き(同 9.4 および 8.49)、意識障害(同 6.36 および 7.65)、幻覚妄想状態(同 5.43 および 7.22)、抑うつ状態(同 2.07 および 3.98)であった(表 5~6)。

f. 緊急に医療介入を要する因子(図 57~62)

行動因子が該当する症例群での要入院判断は 78.5%、非自発入院判断は 63.6%、入院したうち非自発入院率は 85.4%であった。

行動因子のうち他害のおそれが該当する症例群での要入院判断は 91.4%、非自発入院判断は 82.8%、入院したうち非自発入院率は 93.3%であった。

行動因子のうち自傷のおそれが該当する症例群での要入院判断は 78.7%、非自発入院判断は 54.5%、入院したうち非自発入院率は 76.1%であった。

行動因子のうち自律不全が該当する症例群での要入院判断は 65.8%、非自発入院判断は 54.0%、入院したうち非自発入院率は 84.7%であった。

サポート因子が該当する症例群での要入院判断は 62.4%、非自発入院判断は 38.2%、入院したうち非自発入院率は 65.4%であった。

医療関係性因子が該当する症例群での要入院判断は 58.3%、非自発入院判断は 47.2%、入院したうち非自発入院率は 89.4%であった。

医療関係性因子のうち初診が該当する症例群での要入院判断は 73.1%、非自発入院判断は 63.0%、入院したうち非自発入院率は 94.4%であった。

医療関係性因子のうち中断が該当する症例群での要入院判断は 100.0%、非自発入院判断は 100.0%、入院したうち非自発入院率は 100.0%であった。

医療関係性因子のうちかかりつけ医が対応できないが該当する症例群での要入院判断は 44.9%、非自発入院判断は 32.1%、入院したうち非自発入院率は 81.0%であった。

時間帯因子が該当する症例群での要入院判断は 44.4%、非自発入院判断は 27.3%、入院したうち非自発入院率は 75.0%であった。

身体合併症因子が該当する症例群での要入院判断は 66.7%、非自発入院判断は 40.7%、入院したうち非自発入院率は 64.7%であった。

ロジスティック回帰分析による結果では、非自発入院判断において行動因子(35.28)と医療関係性因子(1.91)が、要入院判断におい

て行動因子 (24.55)、サポート因子 (2.70)、合併症因子 (3.20) がそれぞれ有意に高いオッズ比を示し、両判断で行動因子が突出して高い影響であった。行動因子の中で、他害行為は両判断において有意に高いオッズ比 (非自発入院、要入院の順に 2.89 および 3.06) を示したが、自殺企図は非自発入院において (0.63)、自律不全は両判断において (0.53 および 0.37) 有意に負の影響を示した。医療関係性因子のうち、中断は非自発入院判断に高いオッズ比 (8.16) を示し、有意な影響が観察されたが、要入院判断では有意でなかった (5.72)。他方、かかりつけ医が対応できないは、両判断可能性において有意に低かった (非自発入院、要入院の順に 0.17 および 0.22) (表 7~8)。

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合理性に基づいた一定の標準的診療過程が求められつつも、他方では社会的背景や治療環境など、ケースの多様性にも現実的配慮が必要となる。

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。

同事業の直近の過去 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、地域間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し、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理解が可能である。

どちらの場合も優れた側面と課題があり、より適切な方向性については言及しがたく、

この 2 変数で示される座標位置は該当自治体における受診トリアージの特徴を示すものと解釈される。

より具体的に延べれば、座標位置が【左上】にある「厳しいトリアージ」の優れた点は、

○ 限られた医療資源の有効活用
であり、課題は

- 医療確保の不足
- 初期診療の不足

座標が【右下】にある「緩いトリアージ」の優れた点は、

○ 優れたアクセシビリティ

○ 良心的医療

であり、課題は

- 安易な時間外診療
- 過剰医療

と評価される。

他方、散布図はどの年度であっても双曲線への近似を継続的に示した。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」が概ね一定であることを示す。「時間外入院」は、必ずしも全てが非自発入院ではないが、夜間休日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ことが考えられる。各地で確保されている空床数の上限があるため、これが数値に影響するものの、非自発入院の判断は概ねある一定の範囲内である可能性が示された。

「人口万対時間外入院数」の年次推移は漸増である。時代とともにニーズの増加があるのか、整備状況が向上して医療サービス提供の利便性や活動性が上向きであるのかは不明であるが、概ね一定であるはずの非自発入院の判断にも、トレンドや影響要因があることが示唆される。

以上の観察所見から、平成 29 年度の考察では、上記 3 変数が有力な指標となり得ること、これらを可視化してフィードバックし、事業実績が座標上、双曲線上のどの位置にあるのかを認識することで、運営状況や特色を

各都道府県が自ら客観評価できることの有用性が考えられた。

平成30年度には「人口万対時間外入院数」の中央値や分散をあらためて解析し、この基準幅を近似双曲線の帯として示すことで、散布図上に全国水準との比較が可能なスタイルで、非自発入院判断の動向を客観的かつ具体的に示すことが可能となった。

すなわち、座標位置が【左下】にある場合は、

- ★ 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介入過少等の可能性

【右上】にある場合は

- ★ 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介入過多等の可能性

が示唆される。

このように、全国的な動向と比較できる形式で3変数を同時に可視化する様式(図2~48)が開発されたことから、上記考察に沿って、座標軸の位置によってどのような特徴や課題などが考えられるのかを整理したマトリックスが設定された(図49)。当然ながら、どのような実態が理想的という結論はできない。

これらの様式について、エキスパート・コンセンサスによる検討を重ね、他の分担班が開催した全都道府県の事業担当者が集まる

「ヒアリング」の場で検討することで、指標としての意義、フィードバック方法としての有用性を検証したところ、「人口万対時間外受診件数」、「受診したうちの入院率」、「人口万対時間外入院数」は各自治体の精神科救急医療体制整備事業や非自発入院における医療判断の実態をよく反映し、指標として有用であることが考えられた。

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(基本情報)、基本要件、状態像、重症度、緊急に医療的介入を要する因子との関連等を検討した。

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2.1%程度発生していたことが判明した。また、時間外の精神科受診ニーズは、主要状態像を含め16の代表ニーズ(表9)に集約されることが示された。なお、その他の状態像について、さらに「その他」に分類されたのは、具体的記述が無く受診理由不明、「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」であり、多様性が著しいため、その転帰判定を一括して論じることは臨床的意義を有さないと考えられた事案である。

これらの副次的な所見は、標準化のための大きな見識となった可能性があると同時に、制度上の課題が抽出され、今後の法律家や行政担当者を含めたさらなる総合的議論の必要性が示唆された。

群間比較では、BPRS総得点は非自発入院、要入院の判断となった群は有意に高得点であり、医療判断において重症度が大きな要因となることがまず示された。

各項目について、非自発入院の判断(A1)では、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、要入院の判断(B1)では、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、自発入院の判断(A2)では抑うつ状態、行動因子のうち自

傷、サポート因子、入院不要の判断（B2）では、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。

平成 30 年には、説明変数と目的変数を入れ替え、各項目が該当する場合の転帰を比較した。

その結果、時間外受診時の診断カテゴリーでは、F0 である症例群で最も要入院判断となる割合が高く、75.0%に上った。続いて F1、F2、F3、F7 であり、いずれのカテゴリーも 6 割ほどが要入院判断となった。非自発入院判断も同様傾向にあり、F0 が最も多かった。要入院判断がほぼ同水準の 4 カテゴリーのうち、非自発入院の比率は多い順に F7、F2、F3、F1 であった。要入院判断となりにくい F4 と F6 では、F6 のほうがより非自発入院判断が少なく（自発入院が選択されやすく）、非自発入院と自発入院が同率であった。

一方、これらの観察所見をロジスティック回帰分析によって検討したところ、有意差を示したのは F4 のみで、負の影響、すなわち F4 が該当する場合、非自発入院の適応外、入院不要と判断されやすいことが示された。

基本要件では、いずれの要件も該当した場合は高率に要入院（65.9～86.8%）、非自発入院（51.1～76.7%）判断となることが示されたが、ロジスティック回帰分析を行ったところ、そのオッズ比において有意な影響を示したのは「治療の可能性」以外の 4 要因であった。その影響の程度はいずれの判断においても、「医学的な重要性」が突出して高く、非自発入院では続いて社会的不利益≒急性の展開≒治療の必要性>治療の可能性の順、要入院判断では治療の必要性≒社会的不利益≒急性の展開>治療の可能性の順であった。

状態像では、躁状態が突出して要入院・非自発入院判断となりやすく、その著しさはロジスティック回帰分析においても再確認された。続いて両判断とも精神運動興奮、意識障害、幻覚・妄想、抑うつ状態の順であり、解

離では影響がなかった。抑うつや解離では、他の状態像に比べ、自発入院（A2）が選択されることが多くみられた。

緊急に医療的介入を要する因子では、行動因子が該当する場合に最も非自発入院判断が多く、医療関係性因子がそれに続き有意であった。一方、要入院判断でも、行動因子が該当する場合に最も多く、いずれの判断も行動因子の影響は突出していたが、身体合併症、サポート因子の順に有意で、両判断での所見が一部異なっていた。このことから、身体合併症、サポート因子では自発入院が選択される可能性が示唆される。行動因子うち、他害のおそれが該当する場合の要入院判断

（91.4%）、非自発入院判断（82.8%）は極めて高く、すべての因子の中でも顕著であった。続いて自傷のおそれ、自律不全の順に、該当する場合の要入院判断は高率であったが、自傷のおそれでは自発入院が選択されることが比較的多かった（全体で 10.8%のところ 17.2%）。ロジスティック回帰分析の結果では、他害のおそれの該当が両判断に強い影響を示すことが再確認されたが、その他 2 要因は影響がない、あるいはむしろその判断を回避する要因という結果であった。医療関係性因子は、初診・中断が含まれ、要入院判断、特に非自発入院判断に結びつきやすことが考えられた。特に中断例は、調査期間中の全例が非自発入院判断であった。逆にかかりつけ医が対応できないための救急受診では、入院判断（44.9%）、非自発入院判断（32.1%）となることは多くなく、ロジスティック回帰分析では両判断を回避する要因との結果であった。時間帯因子で非自発入院判断となるのは 27.3%で、平日日中であれば入院せずに済んだという場合、実際に入院となることはそれほど多くなく、影響は小さいと考えられた。

以上のように、診断カテゴリー、基本 5 要件、状態像、緊急に医療的介入を要する因子のいずれもが、結果としての要入院判断や非

自発入院判断において特徴的な観察所見を示しており、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、精神科救急医療場面における医療判断の過程がどのような臨床評価によって行われるのかを示唆する所見が多く得られた。

平成 29 年度の解析と併せ、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ほか、他の臨床場面での判断過程を同じ方法で明らかにすることにより、精神医療全体の臨床作業を客観評価できる可能性が考えられる。

E. 結論

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

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、より均霈（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。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

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

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 特記事項なし

I. 文献

1. 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン 2015 年版（平田豊明、杉山直也監修）。2015
2. 平田豊明：精神科急性病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究。厚生労働科学研究費補助金，障害保健福祉総合研究事業，精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究，平成 16 年度総括・分担研究報告書，2005
3. 平田豊明：精神科救急病棟の運用実態に関する研究。厚生労働科学研究費補助金，障害保健福祉総合研究事業，精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究，平成 17 年度総括・分担研究報告書，2006
4. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究。平成 19 年度厚生労働科学研究補助金，こころの健康科学研究事業，精神科救急医療、特に身体疾患や認知症患者合併症例の対応に関する研究，平成 19 年度総括・分担研究報告書，13-70，2007
5. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究。平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金。こころの健康科学研究事業。平成 19 年度分担研究報告書，2008
6. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今

後の展開に関する研究（第2報）平成20年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）、精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究、平成20年度分担研究報告書、2009

7. 平田豊明：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（第3報）平成21年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）、精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究、平成21年度分担研究報告書、2010

8. 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究。平成22年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）、新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究、分担研究報告書、2011

9. 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究。平成23年度厚生労働科学研究補助金。障害者対策総合研究事業。新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究、分担研究報告書、2012

10. 平田豊明：精神科救急医療からの医療政策に関する研究。平成24年度厚生労働科学研究補助金。障害者対策総合研究事業。新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究、分担研究報告書、2013

11. 平田豊明：自治体病院協議会傘下の精神科

病院における重症患者の調査研究。平成25年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）「精神障害者の重度判定及び治療体制等に関する研究」分担研究報告書、2014

12. 平田豊明：自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究。平成26年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）「精神障害者の重度判定及び治療体制等に関する研究」（研究代表者：安西信雄）、分担研究報告書、2015

13. 平田豊明：自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究。平成27年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）「精神障害者の重度判定及び治療体制等に関する研究」（研究代表者：安西信雄）、分担研究報告書、2016

14. 日本精神科病院協会：精神科救急医療体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究（平成28年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業））報告書、2017

15. 杉山直也：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。平成29年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）、精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究、分担研究報告書、2018

施設ID:

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ある種の精神病患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の、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	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	
12	幻覚による行動	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	
13	運動減退	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	
14	非協調性	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	
15	不自然な思考内容	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	
16	情動の平板化	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	
17	興奮	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	
18	失見当識	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	

図1 人口万対年間入院件数

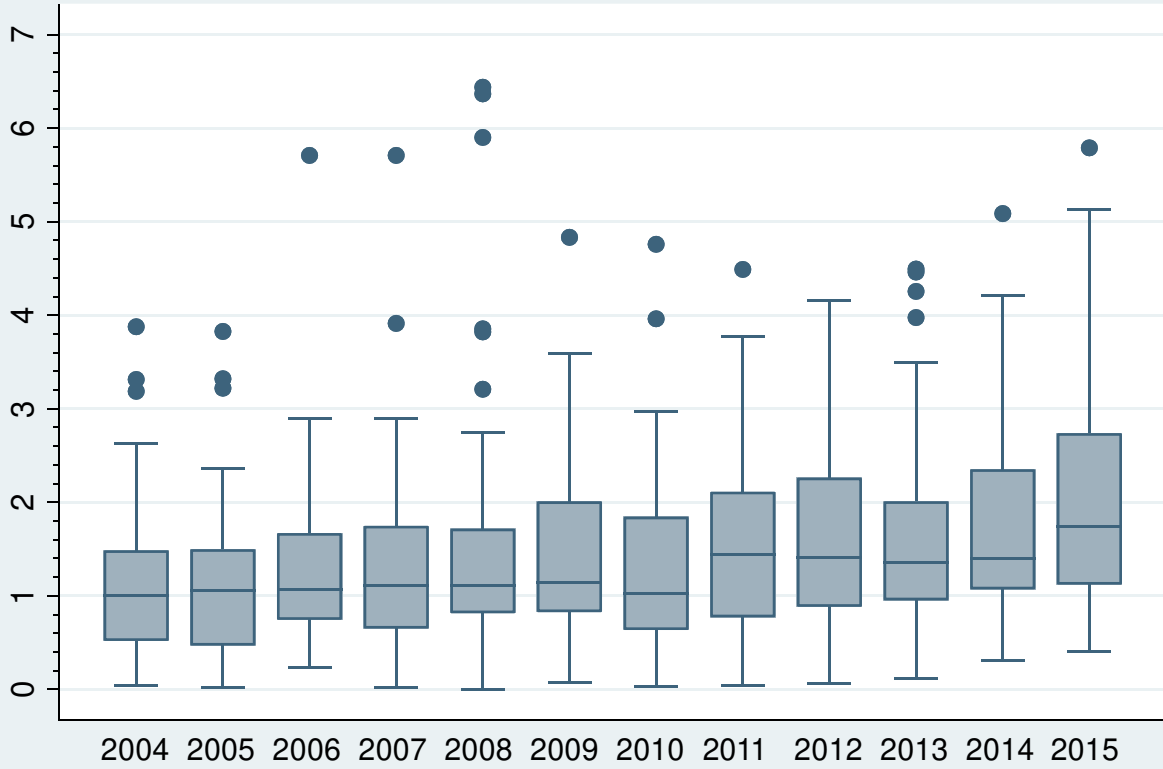
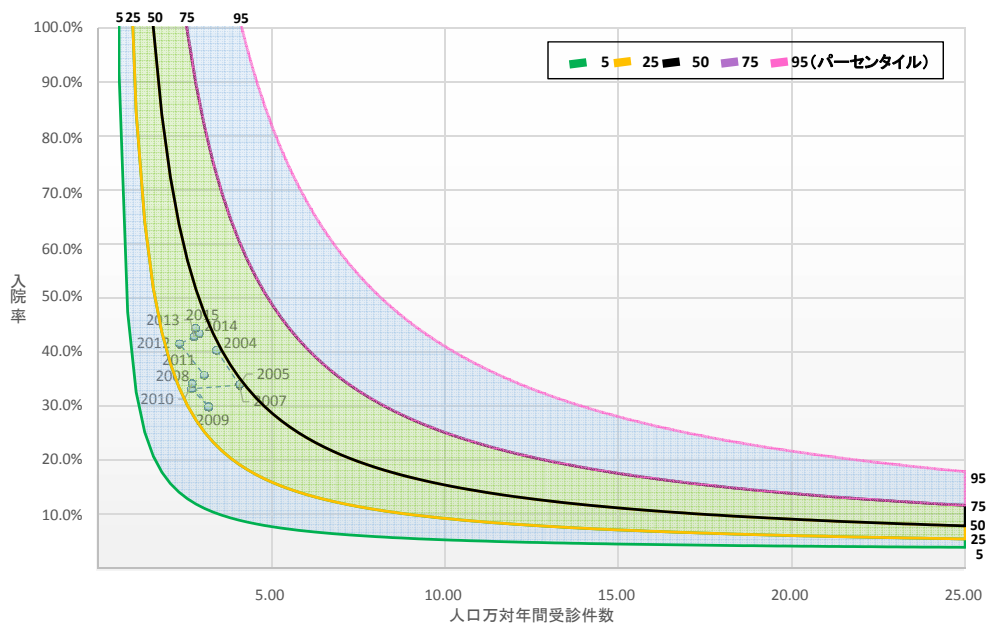
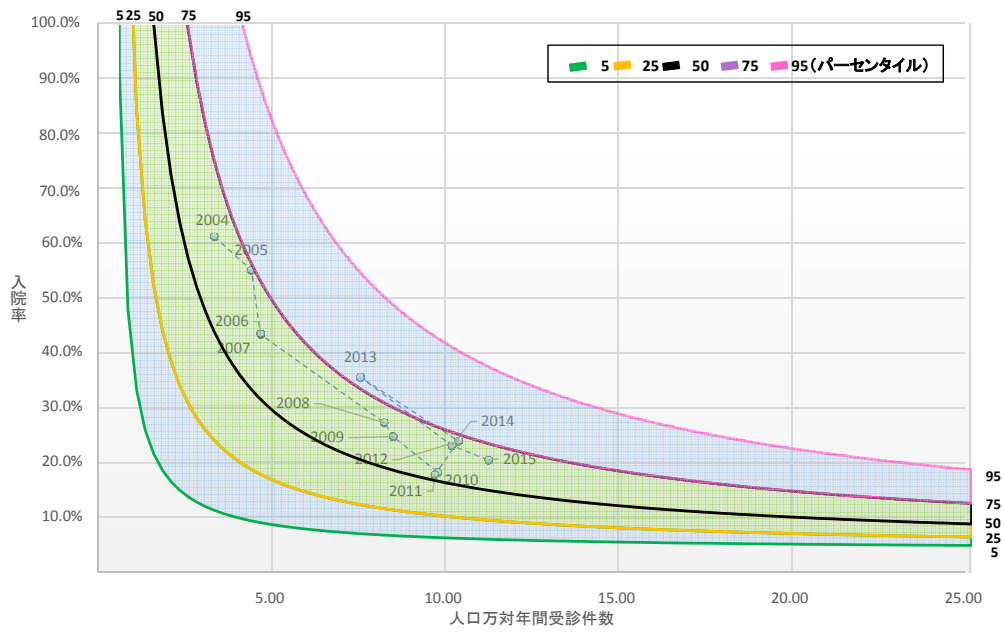


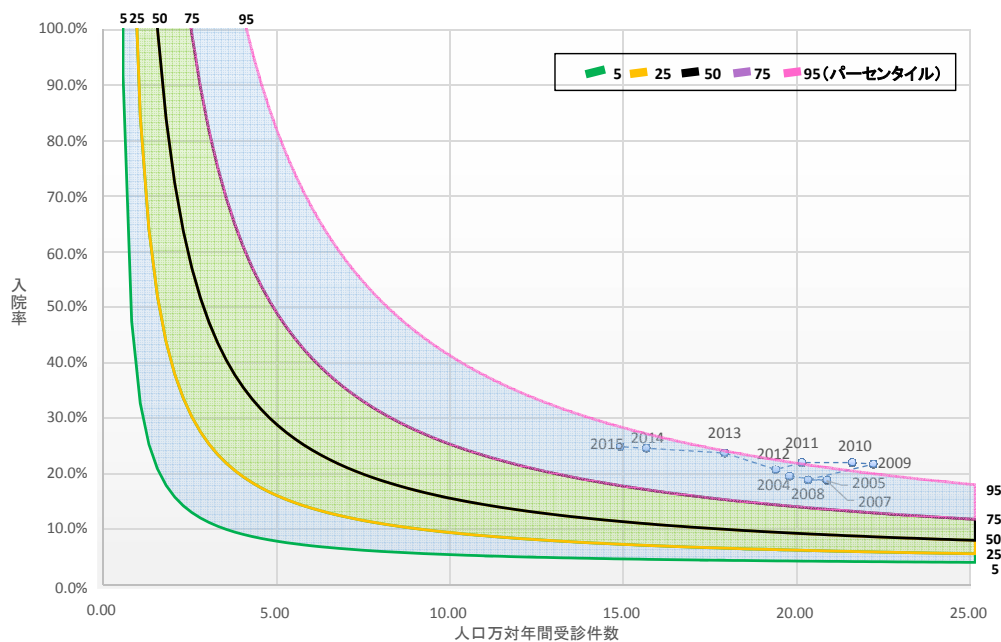
図2 人口万対受診件数と入院率の相関と推移 (北海道)



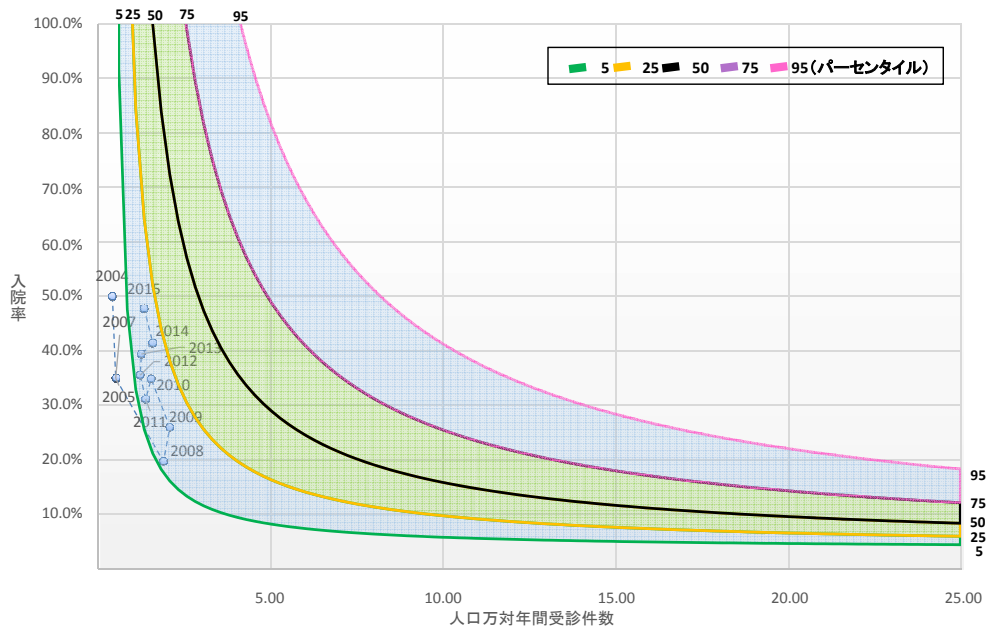
**図3 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(青森)**



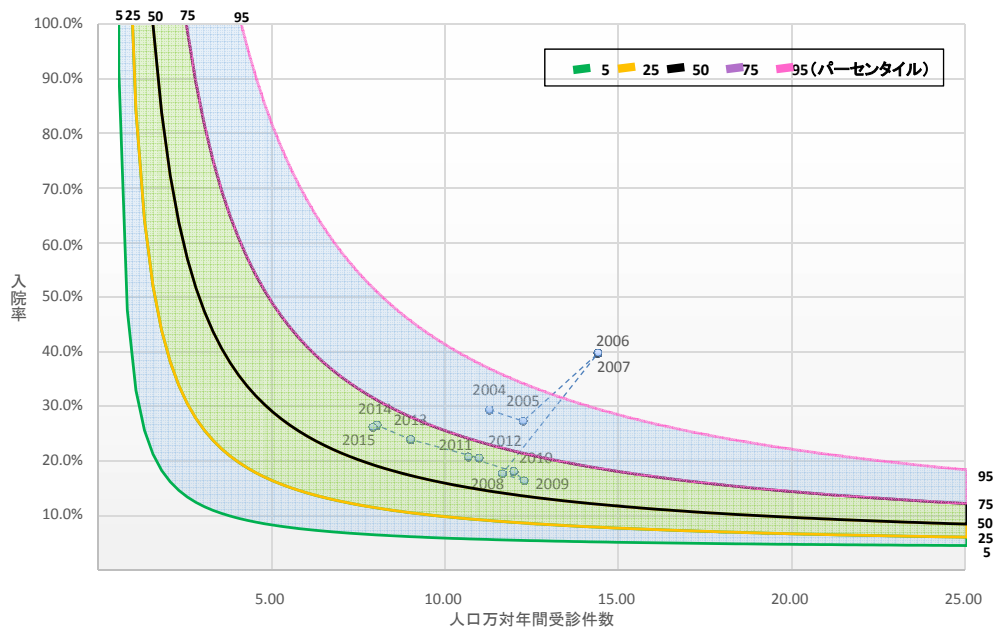
**図4 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岩手)**



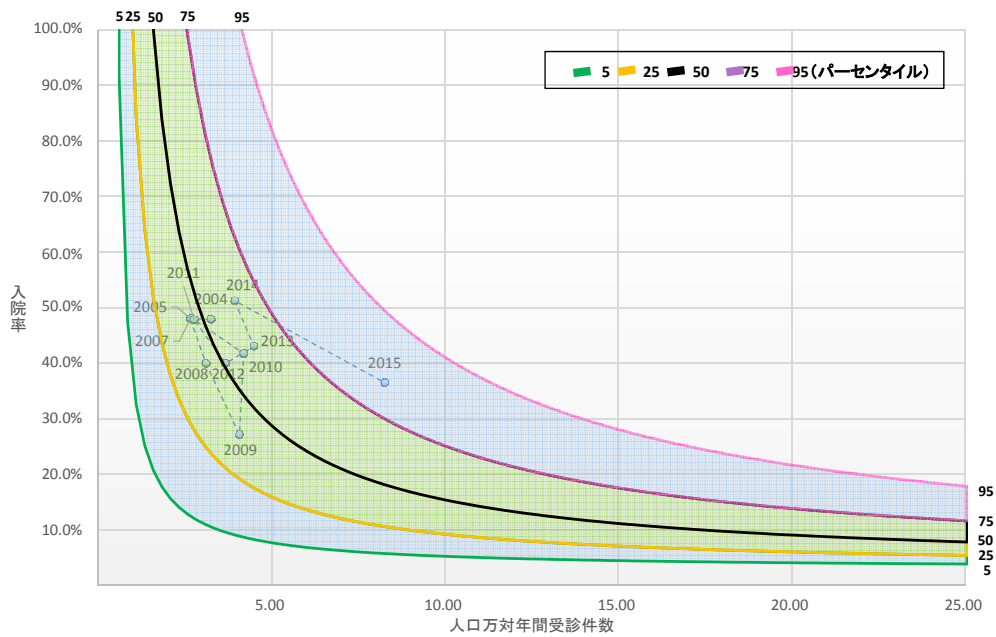
**図5 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(宮城)**



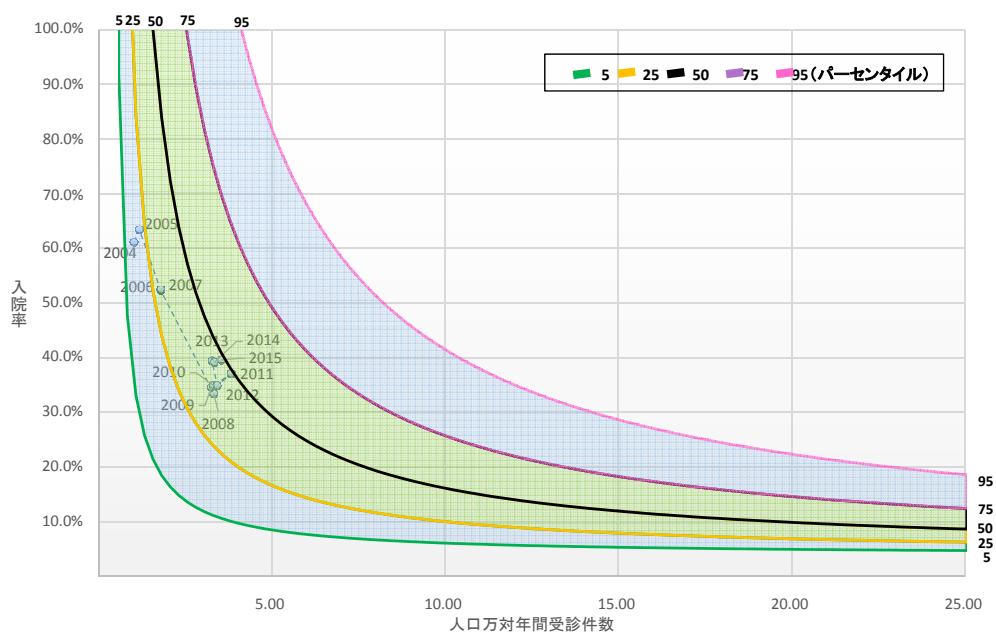
**図6 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(秋田)**



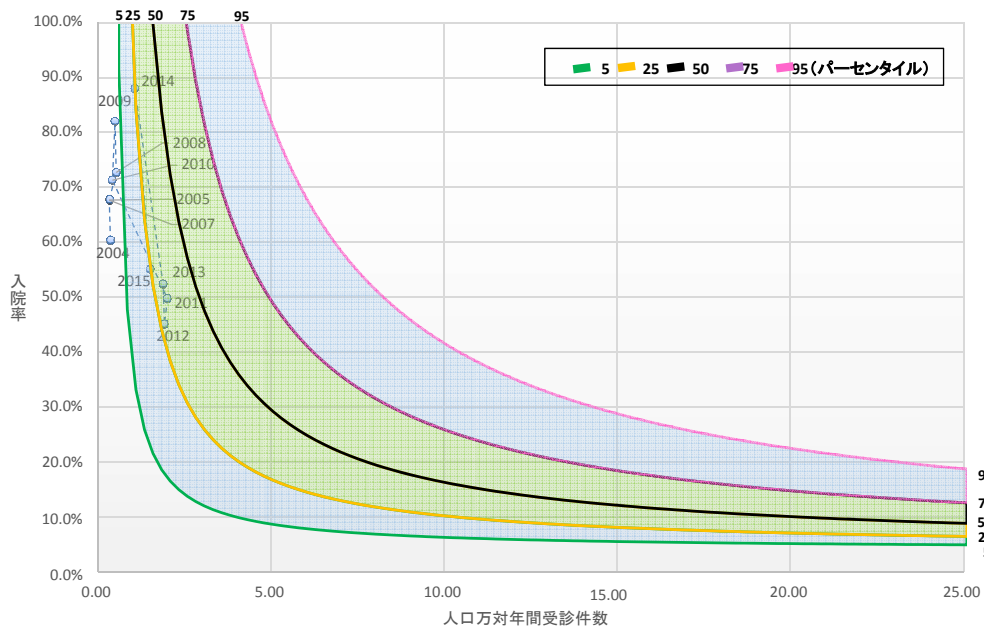
**図7 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(山形)**



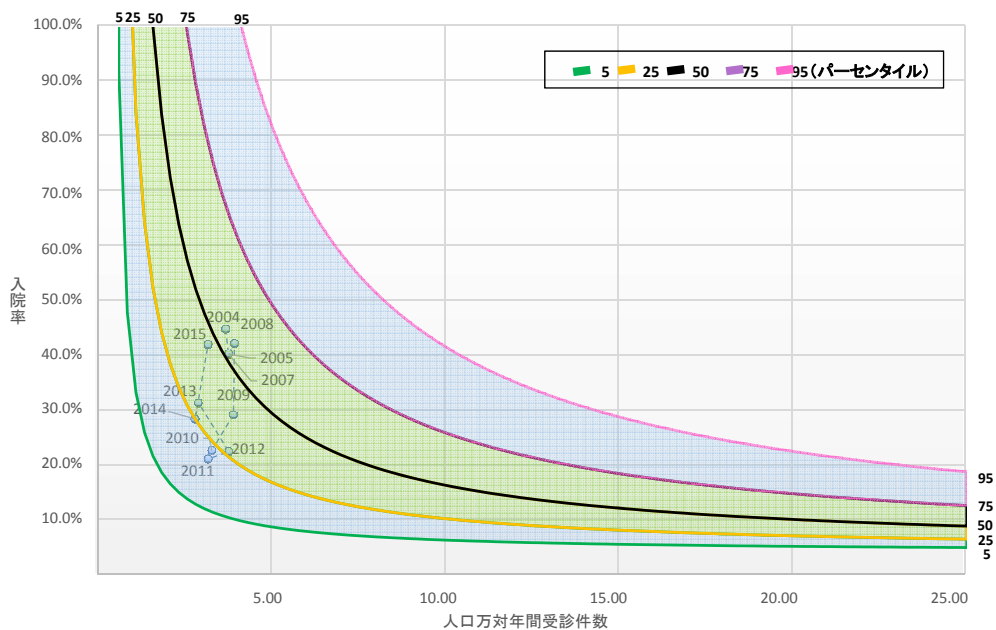
**図8 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(福島)**



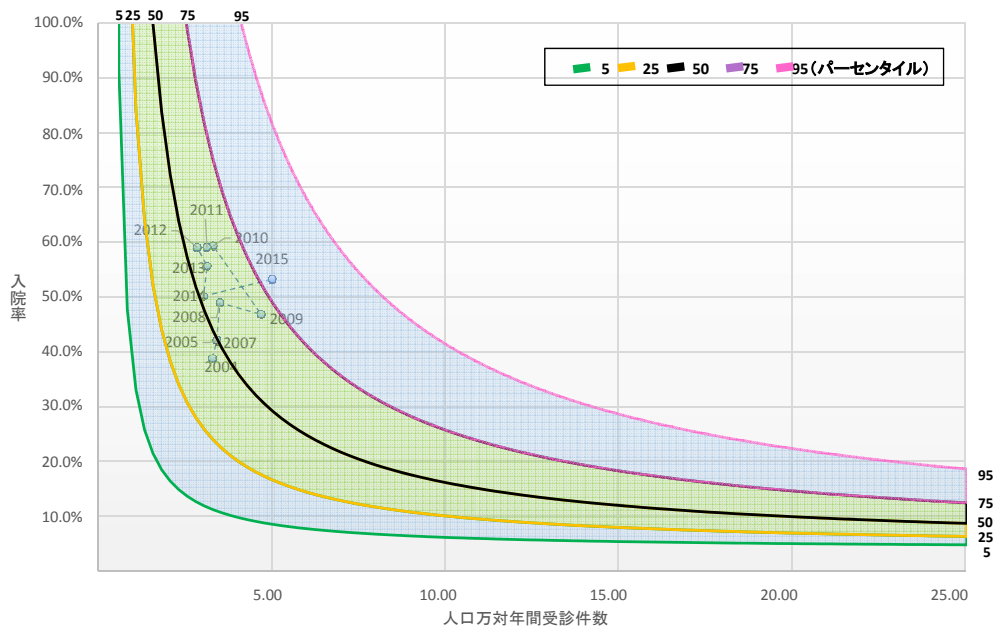
**図9 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(茨城)**



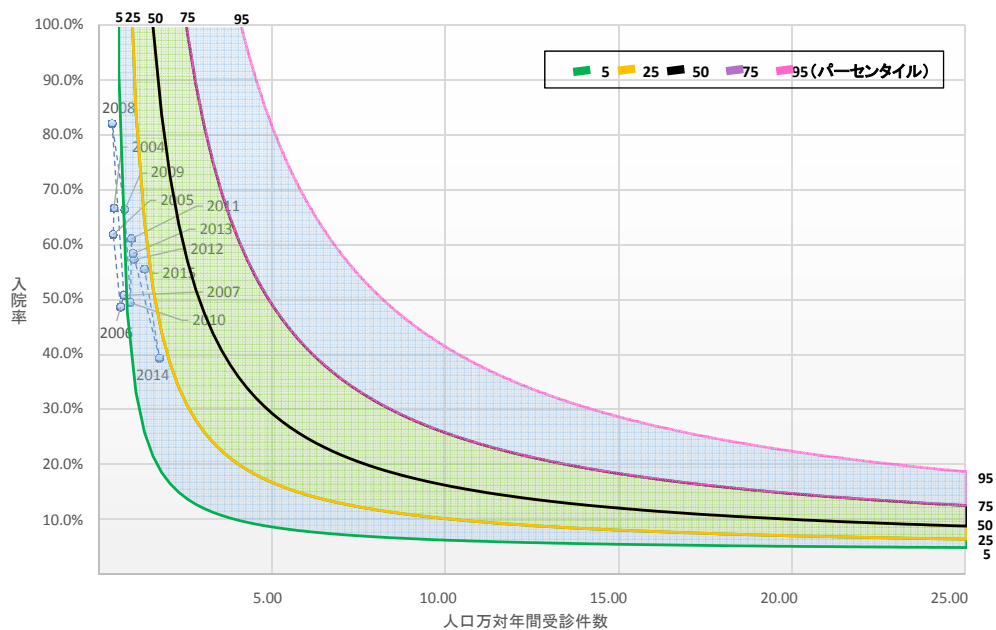
**図10 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(栃木)**



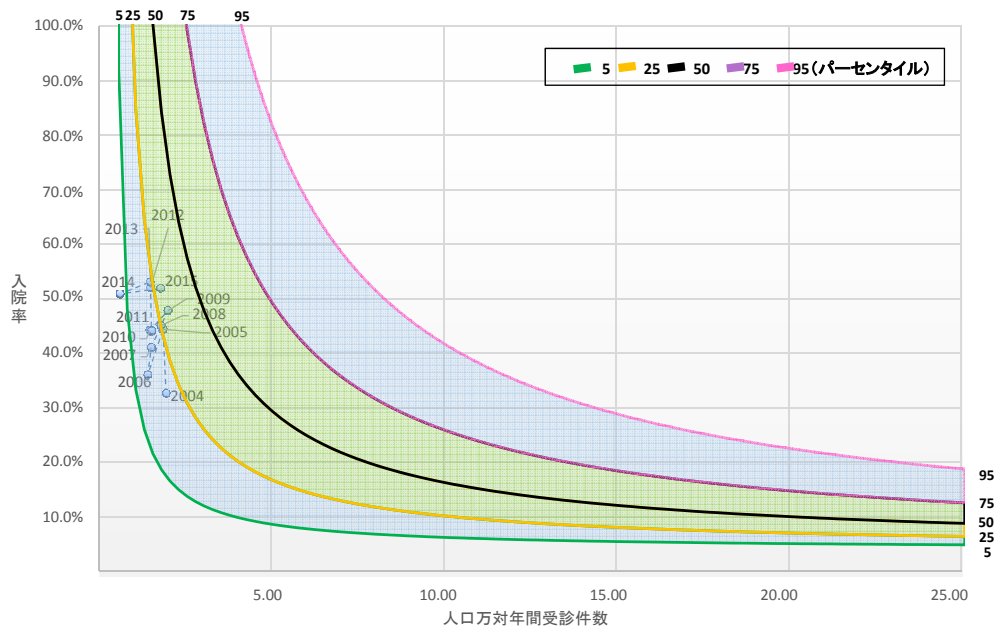
**図11 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(群馬)**



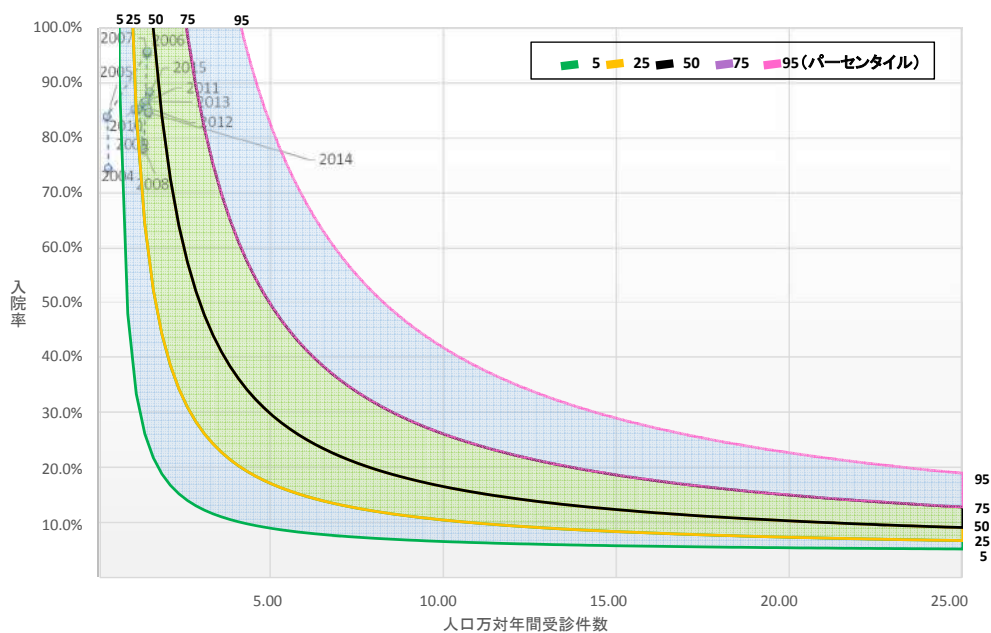
**図12 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(埼玉)**



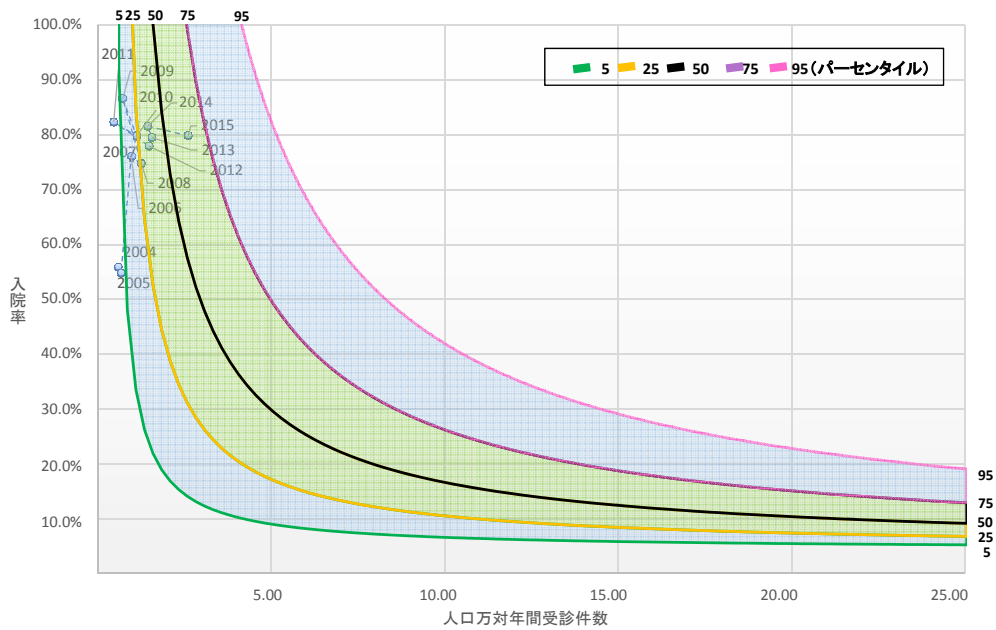
**図13 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(千葉)**



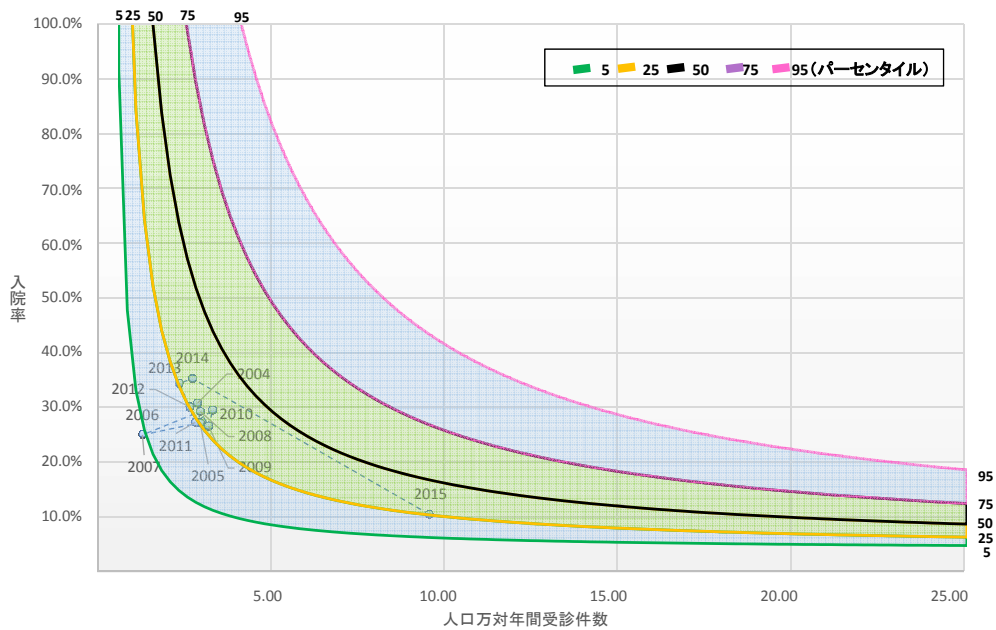
**図14 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(東京)**



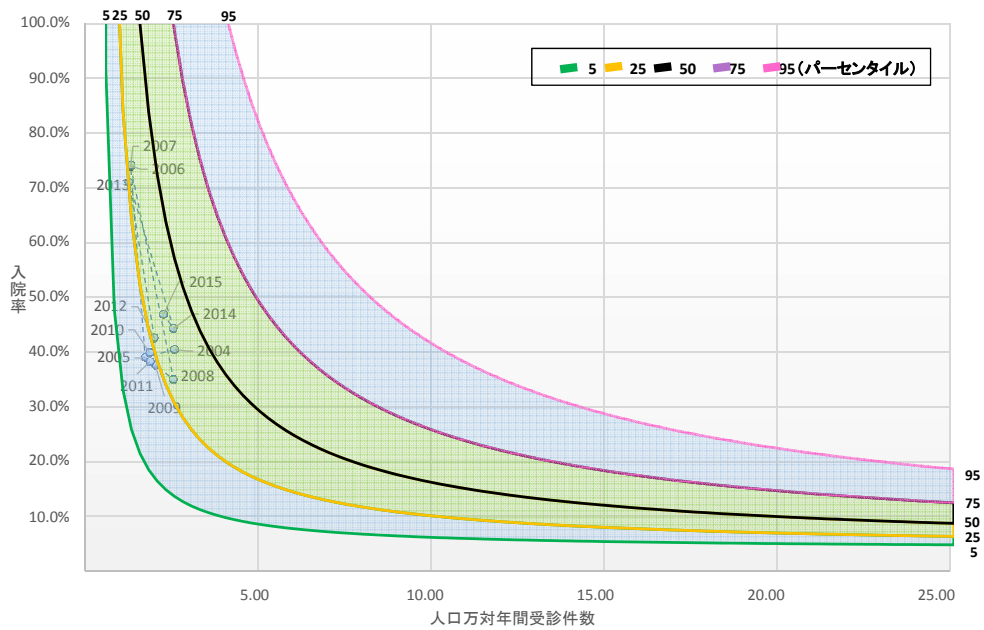
**図15 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(神奈川)**



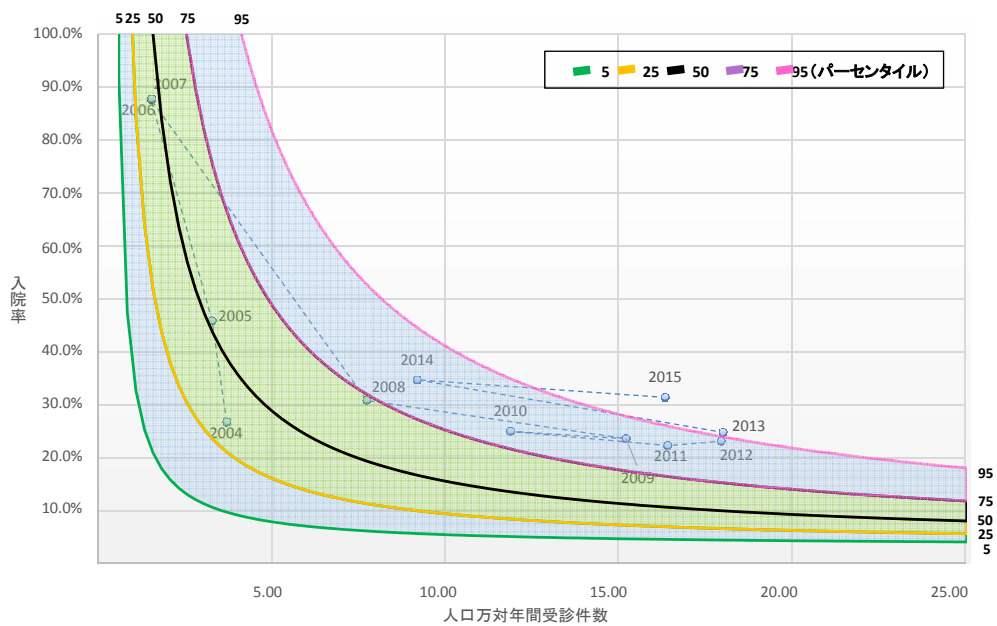
**図16 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(新潟)**



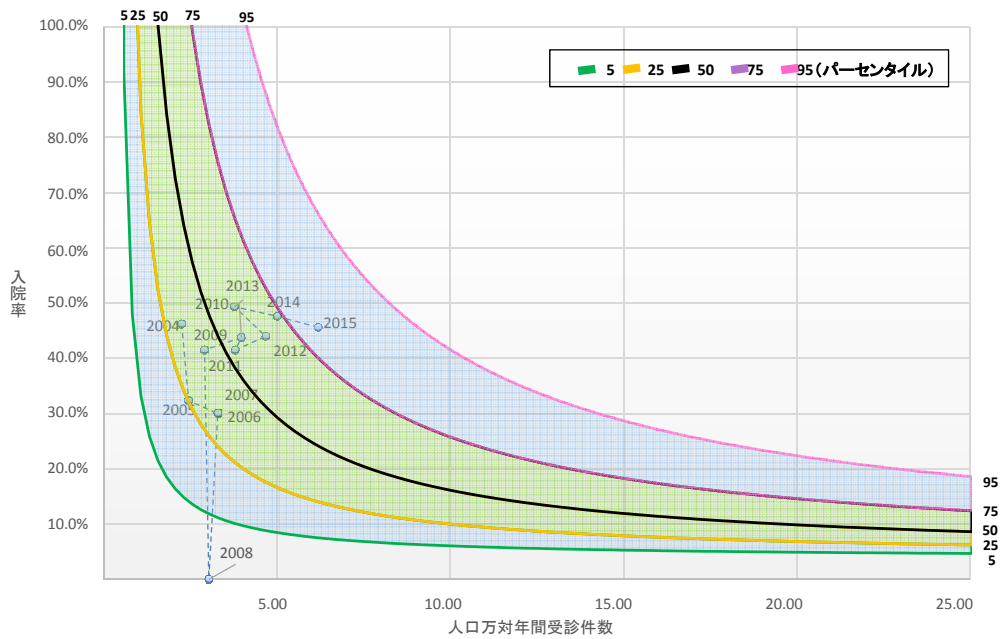
**図17 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(富山)**



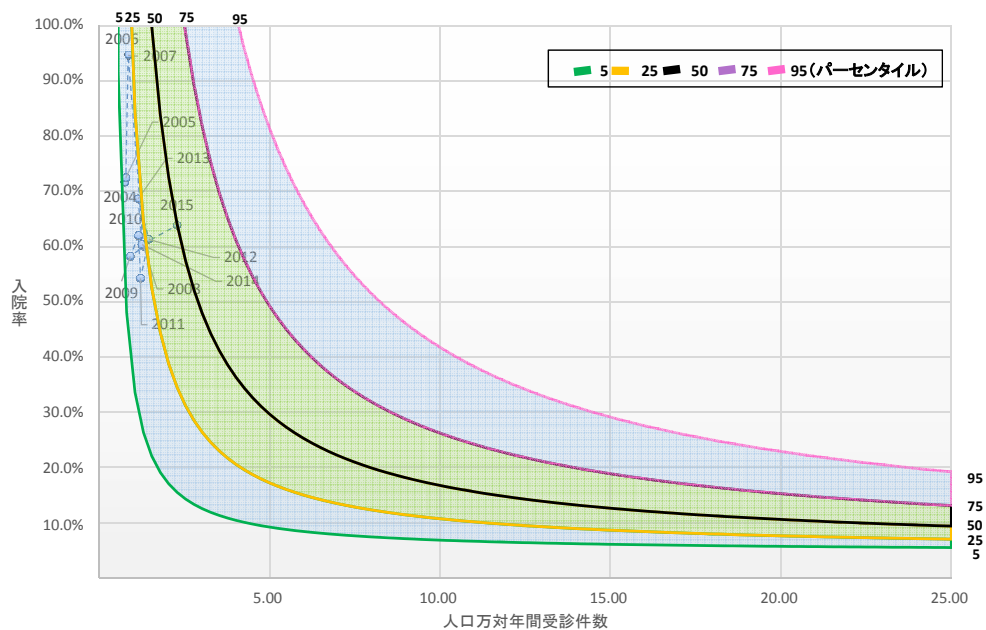
**図18 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(石川)**



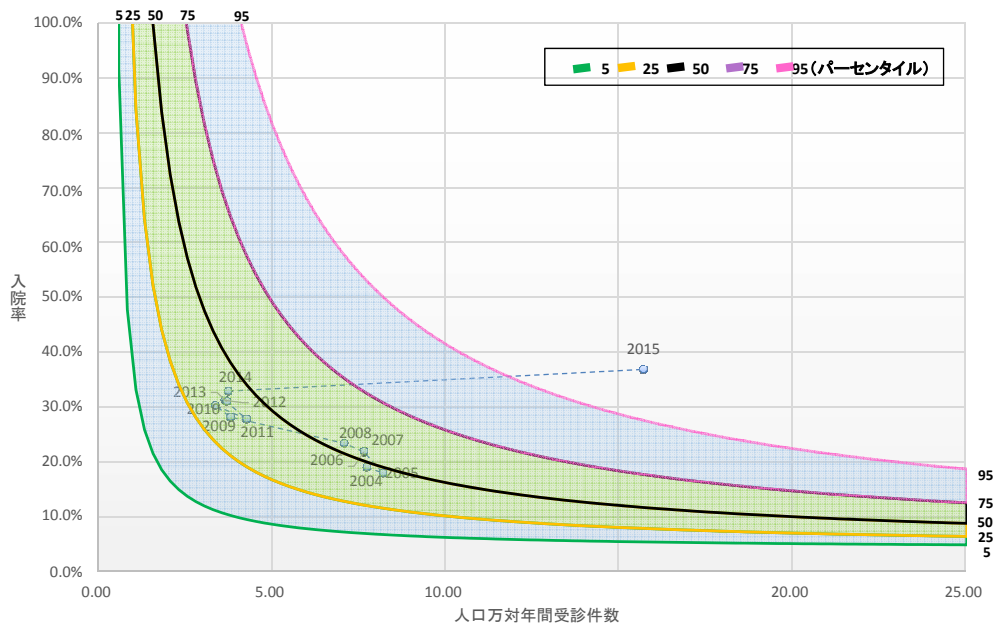
**図19 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(福井)**



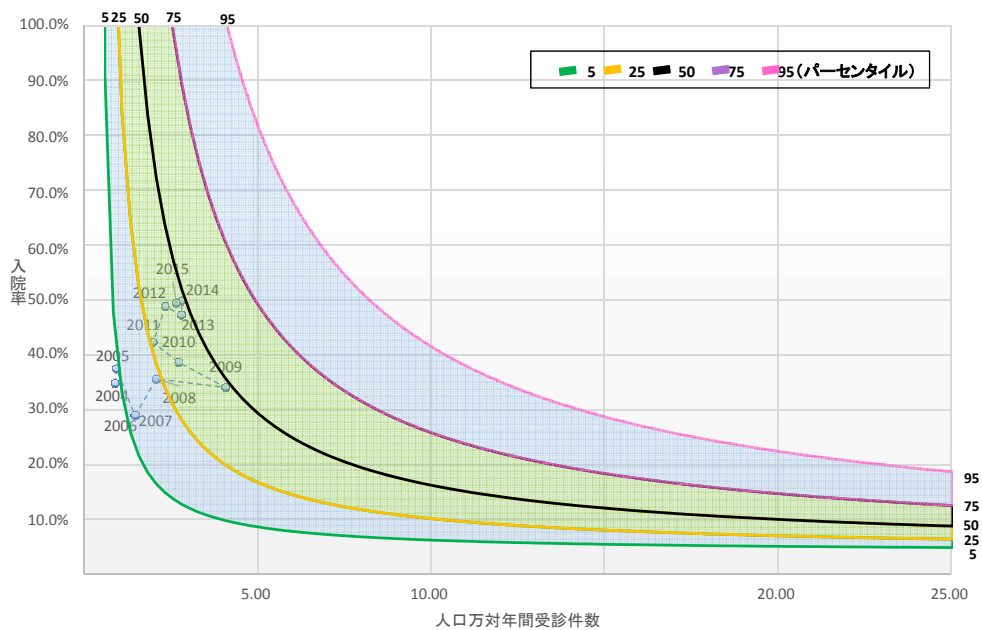
**図20 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(山梨)**



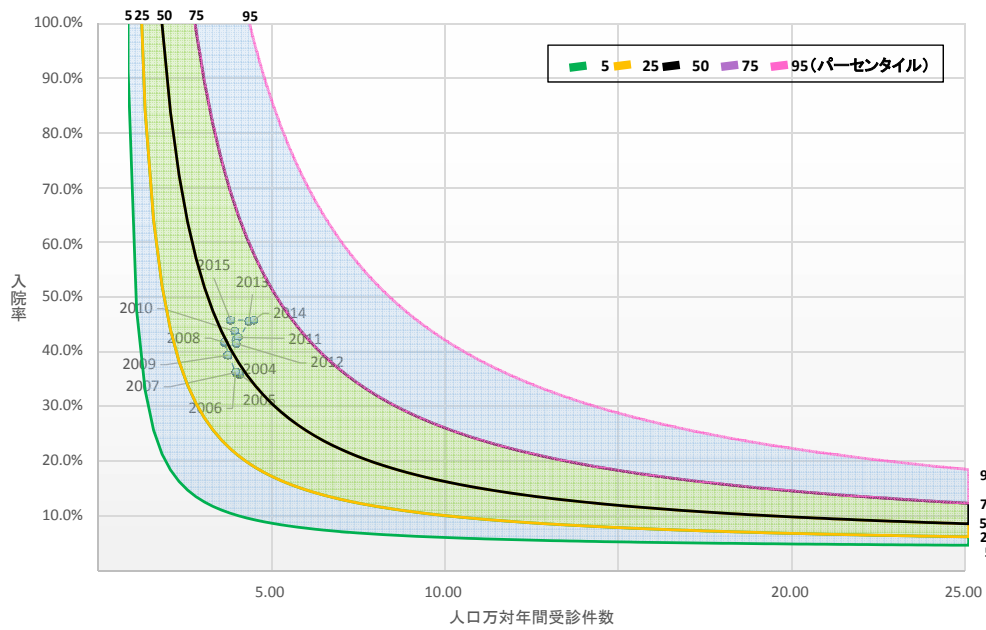
**図21 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(長野)**



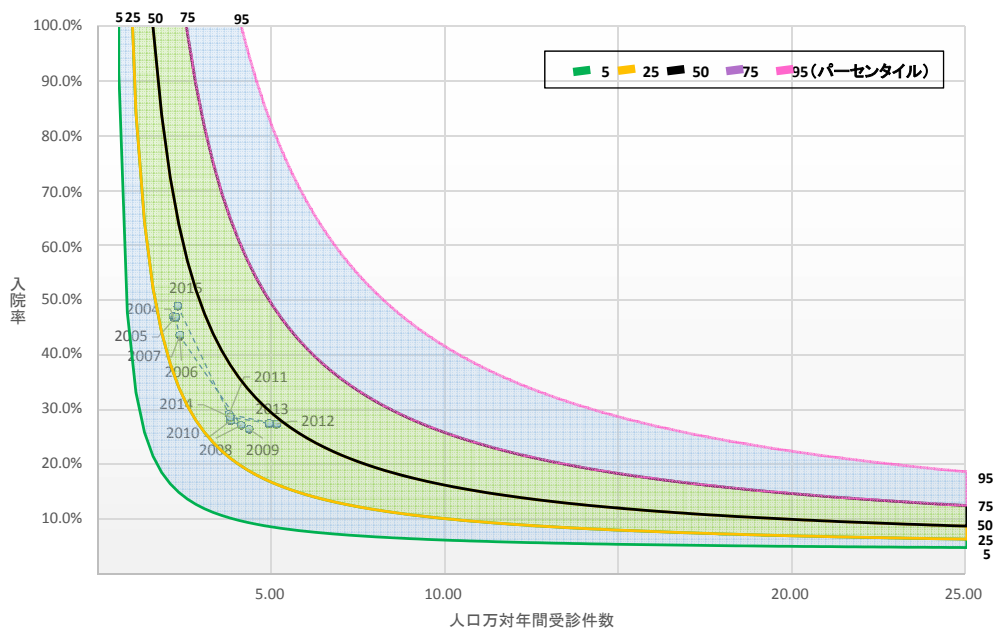
**図22 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岐阜)**



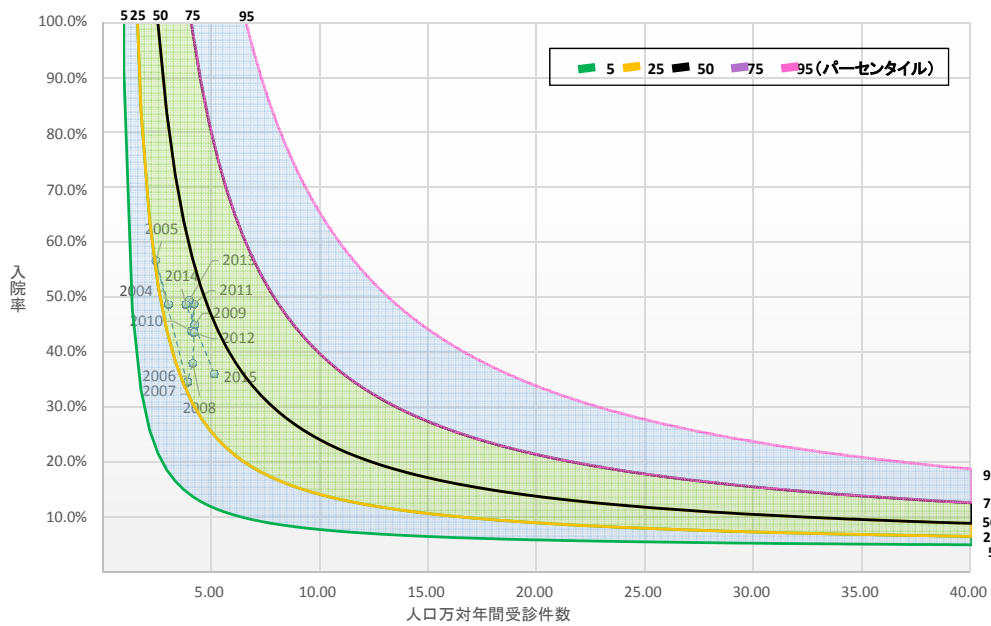
**図23 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(静岡)**



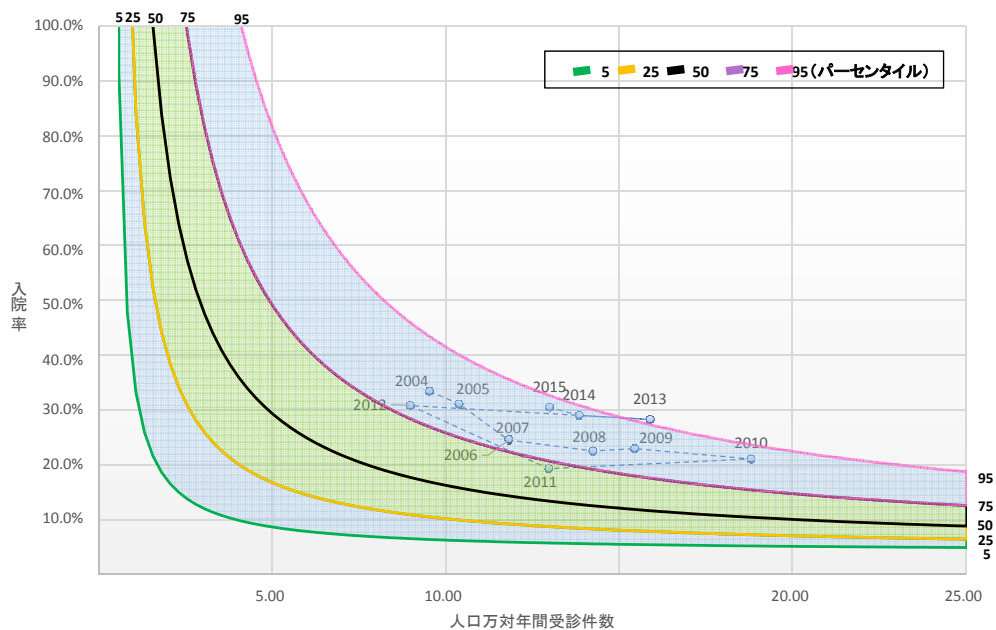
**図24 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(愛知)**



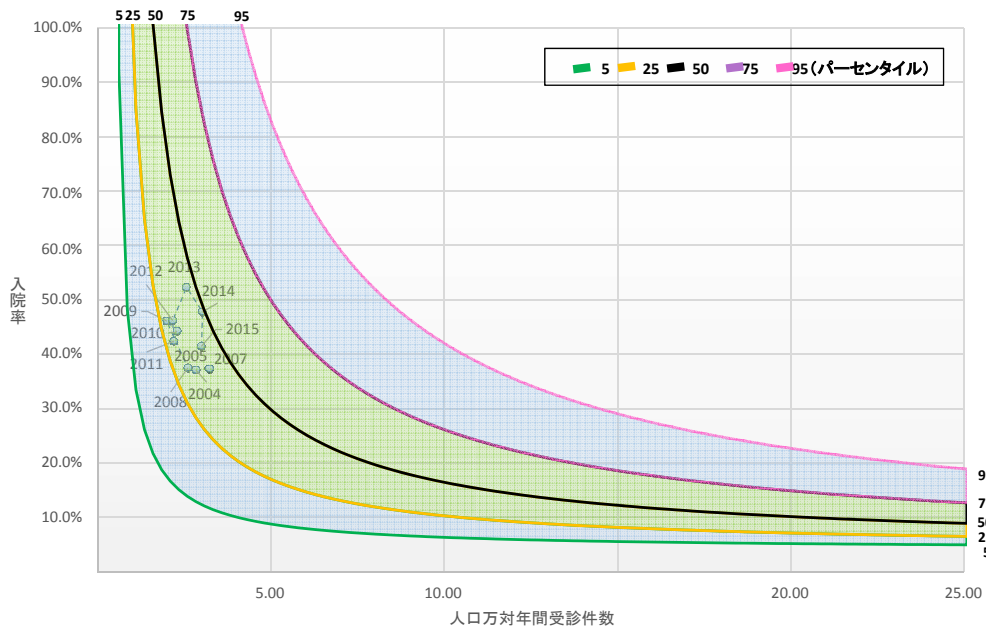
**図25 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(三重)**



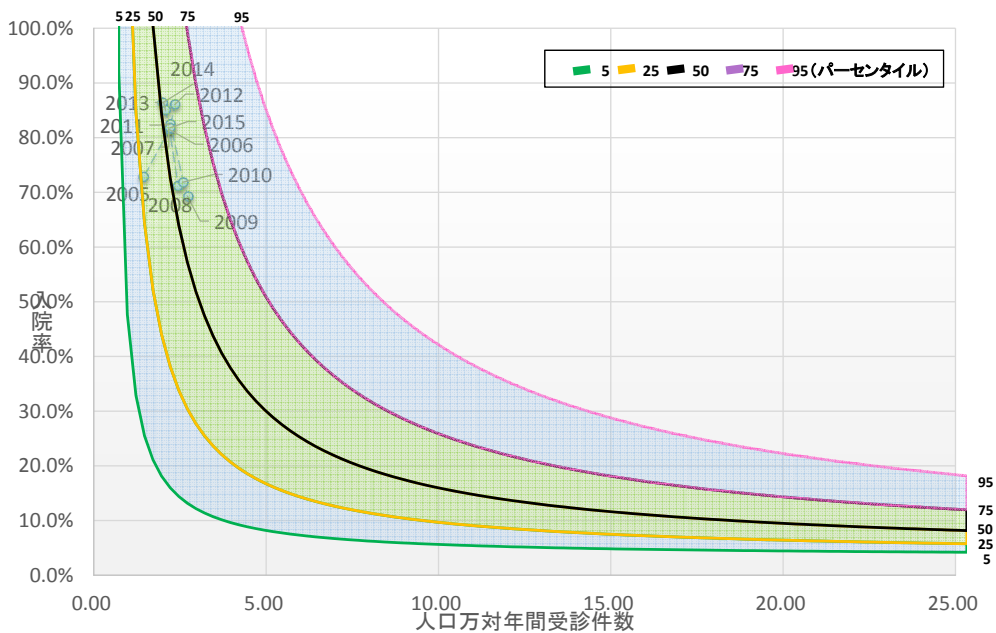
**図26 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(滋賀)**



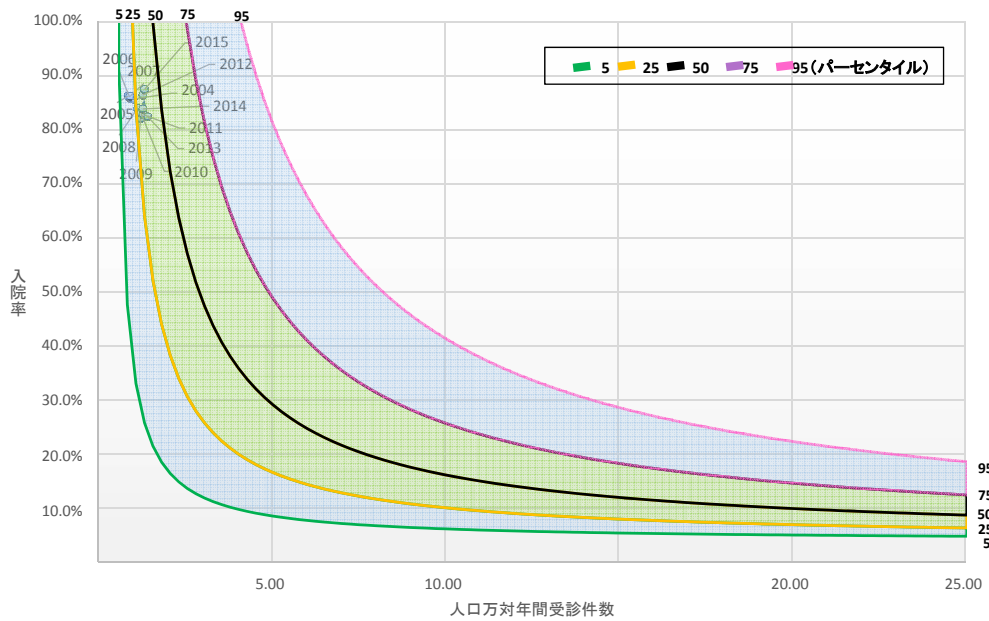
**図27 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(京都)**



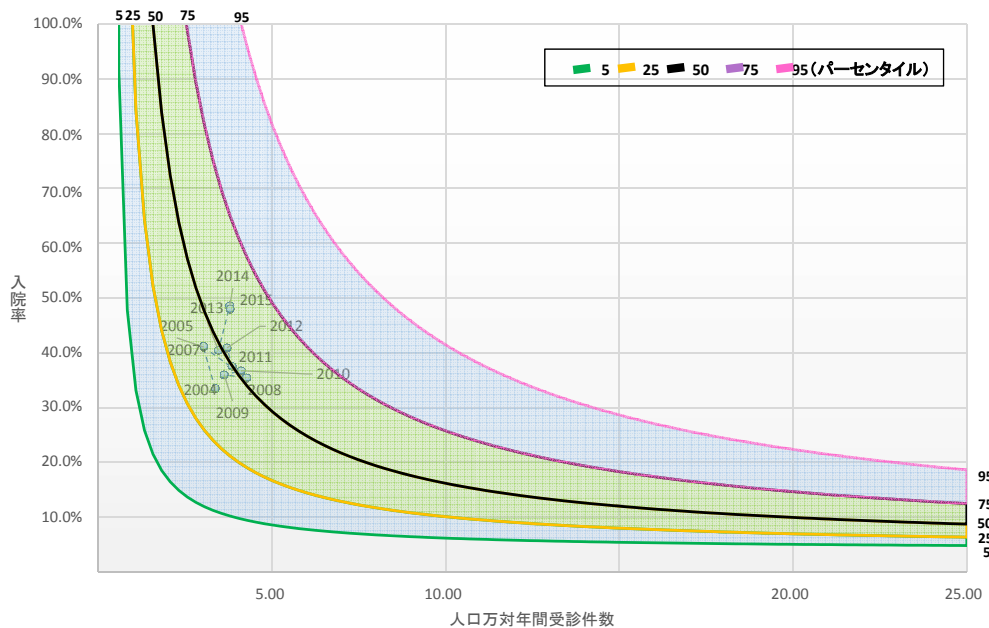
**図28 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(大阪)**



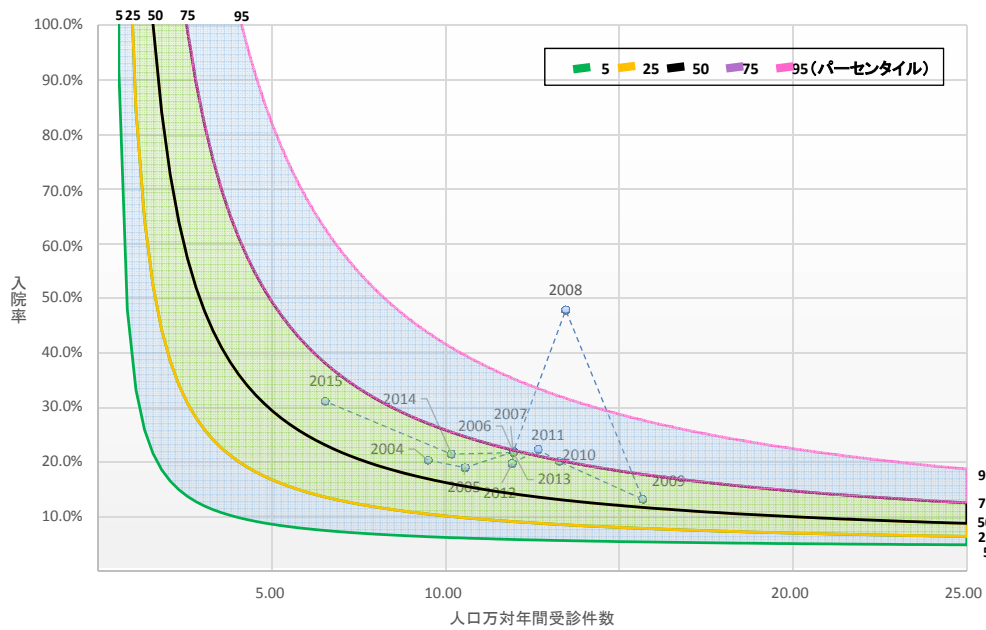
**図29 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(兵庫)**



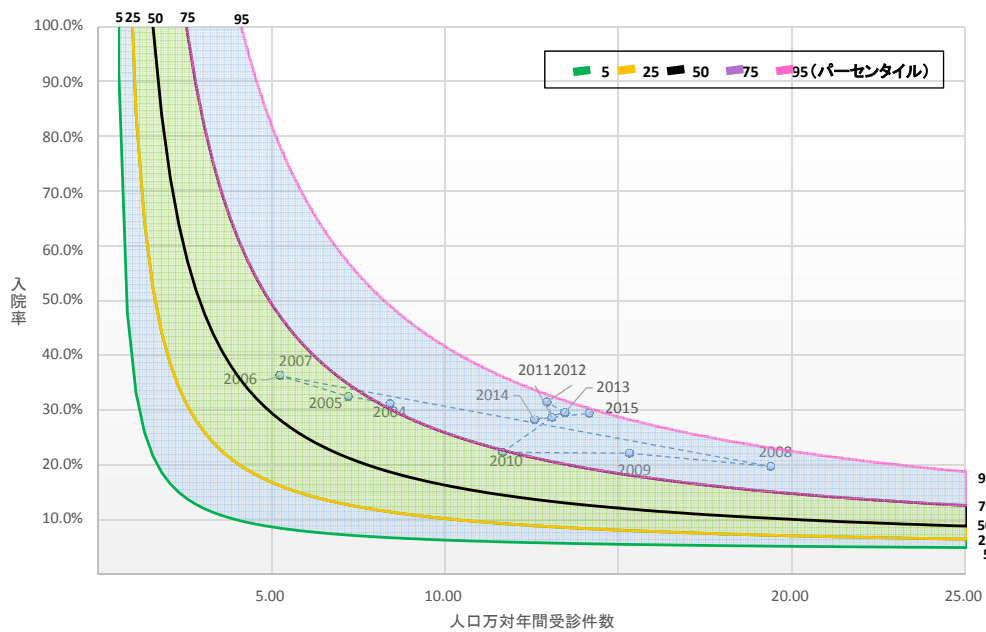
**図30 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(奈良)**



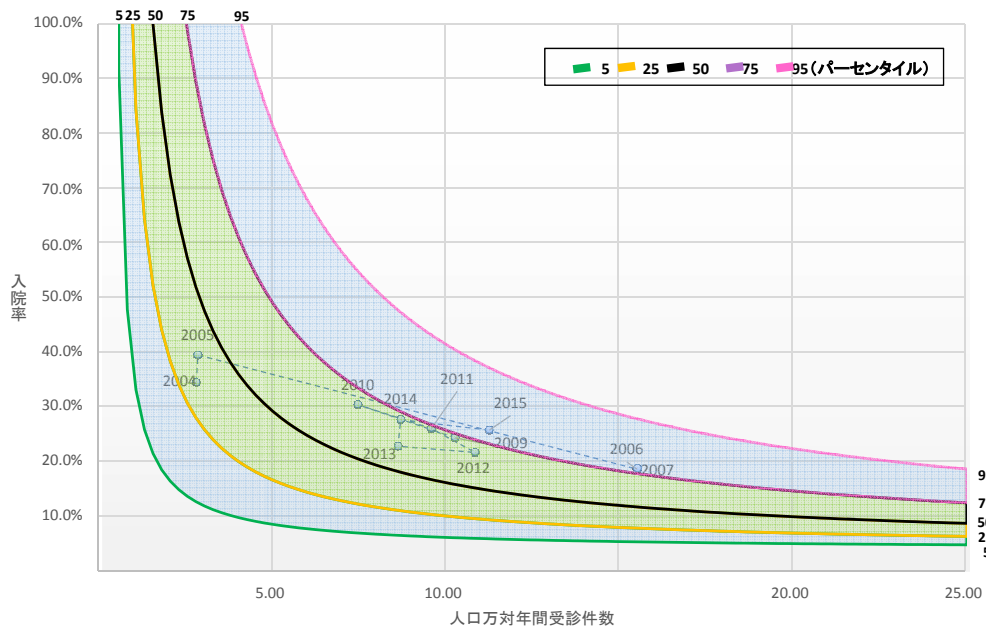
**図31 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(和歌山)**



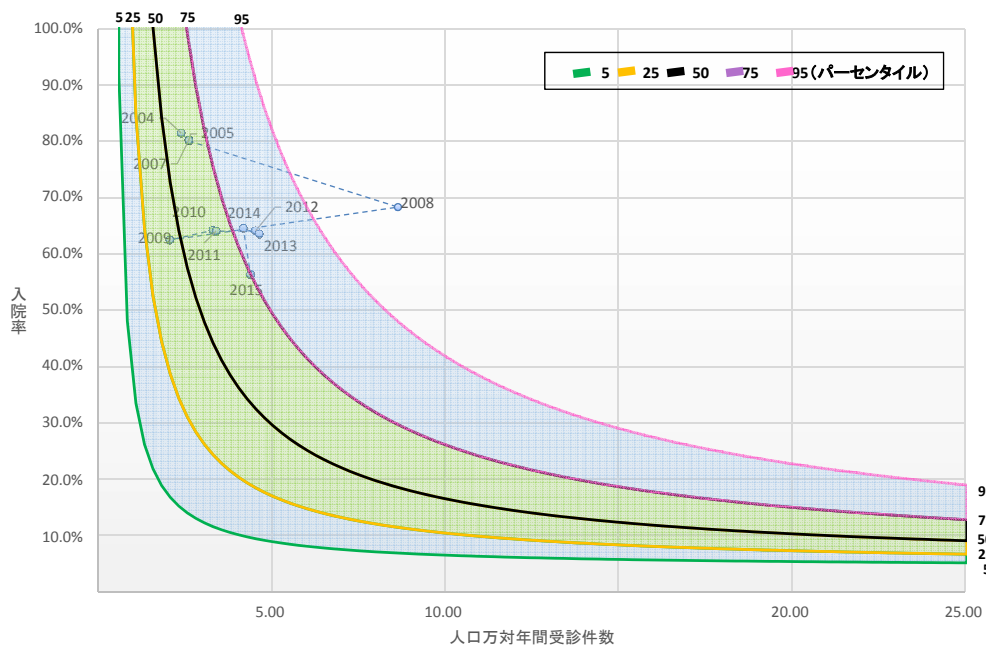
**図32 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(鳥取)**



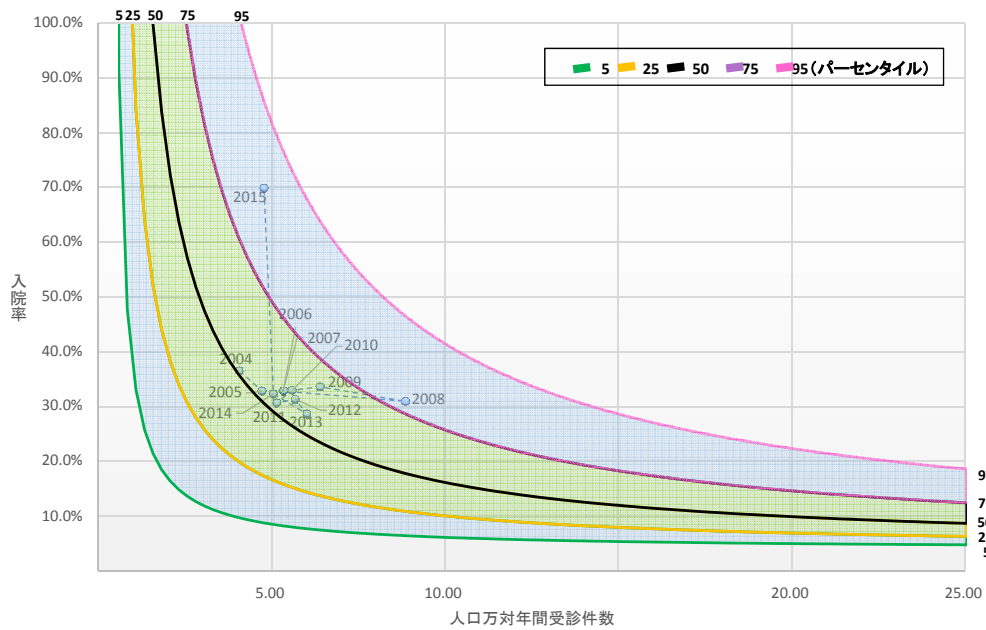
**図33 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(島根)**



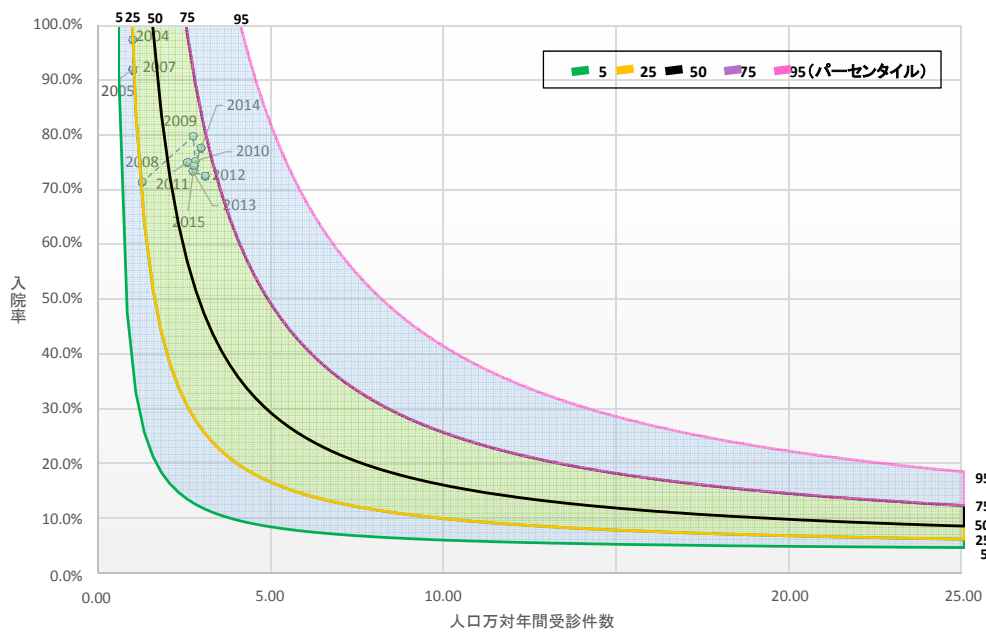
**図34 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(岡山)**



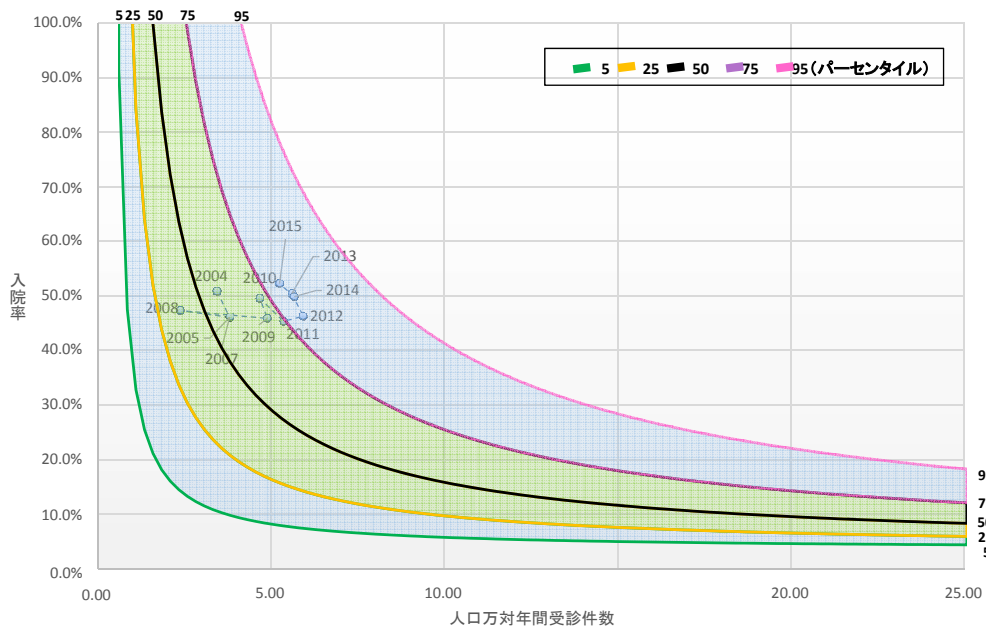
**図35 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(広島)**



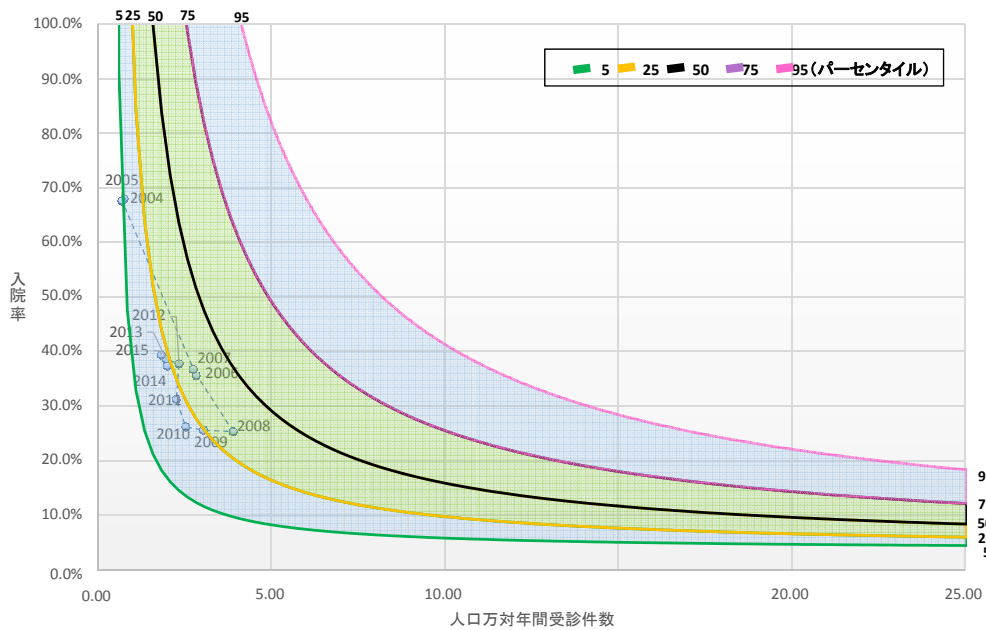
**図36 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(山口)**



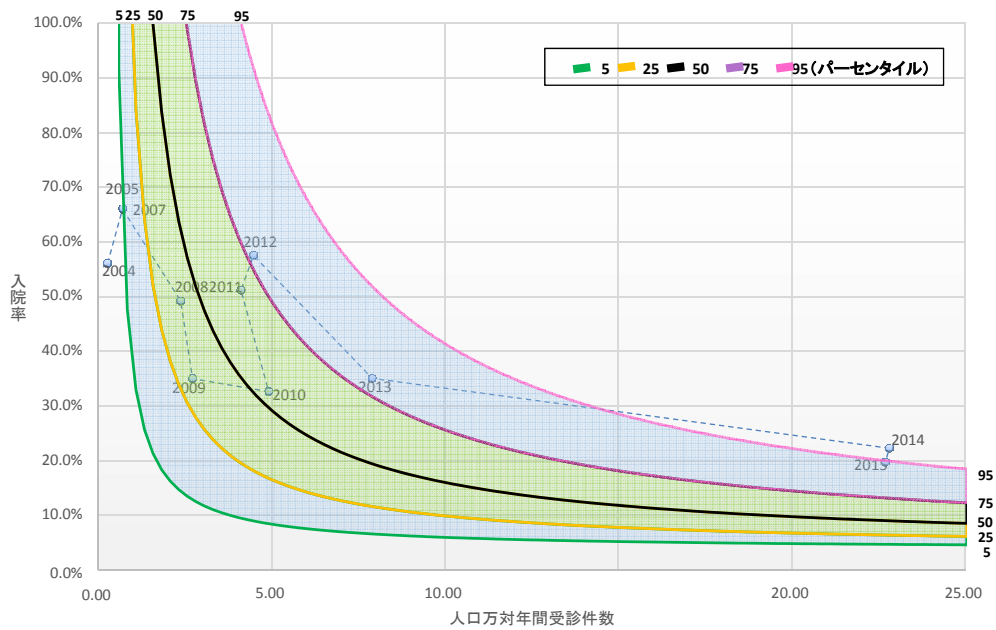
**図37 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(徳島)**



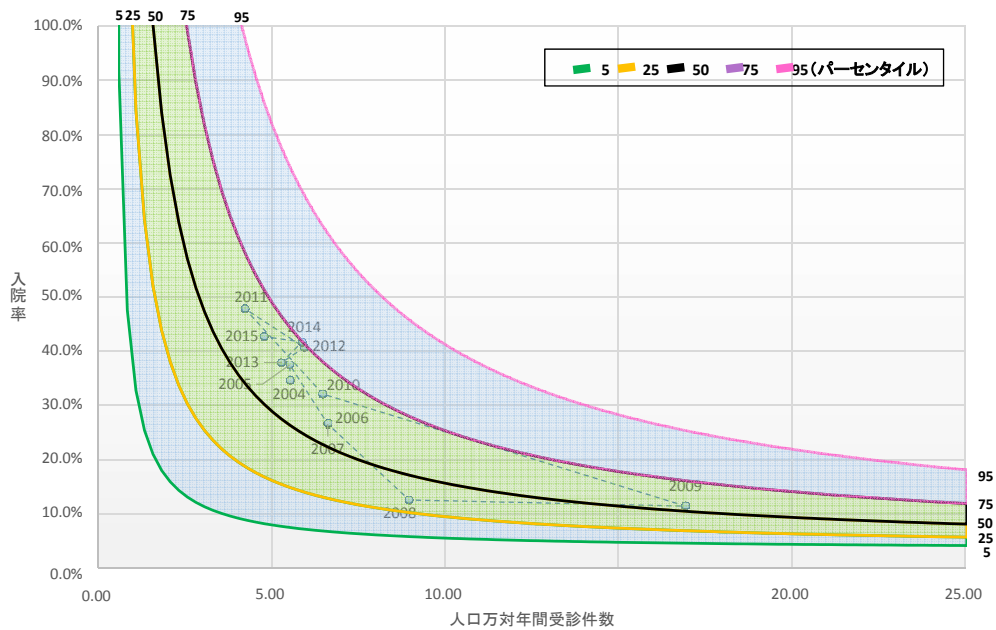
**図38 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(愛媛)**



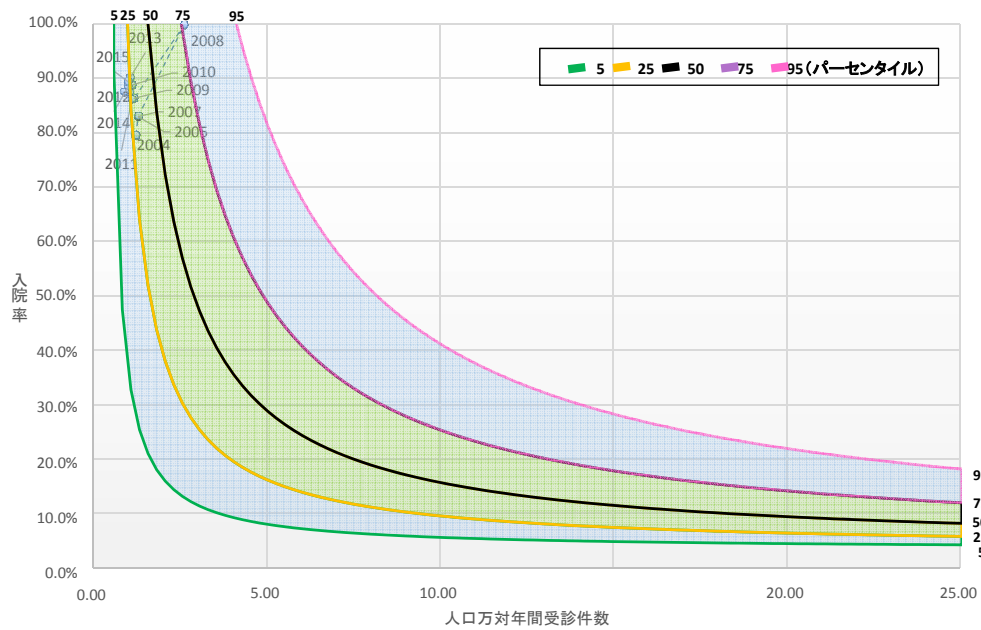
**図39 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(香川)**



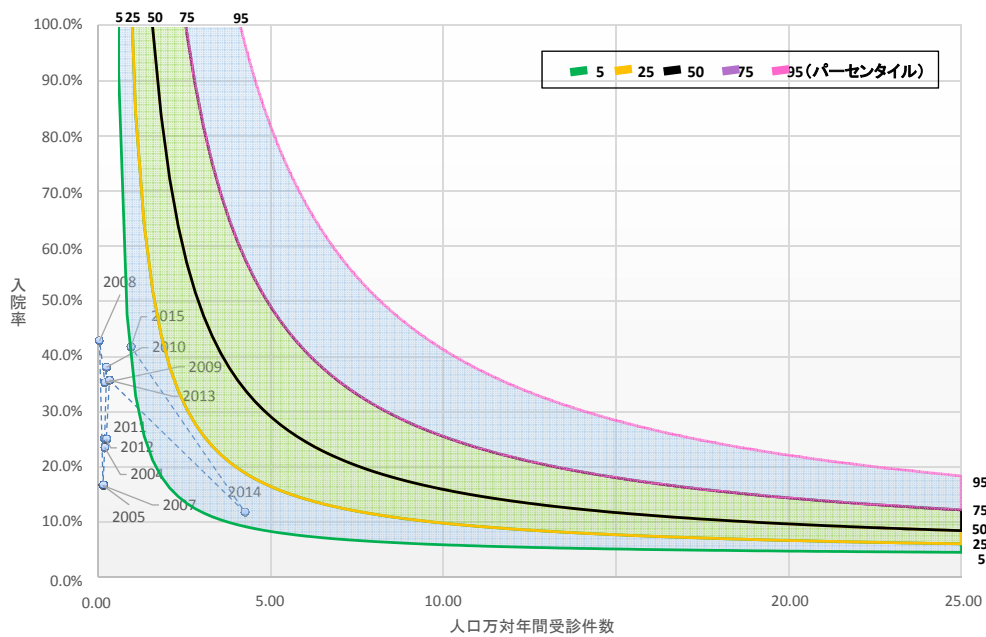
**図40 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(高知)**



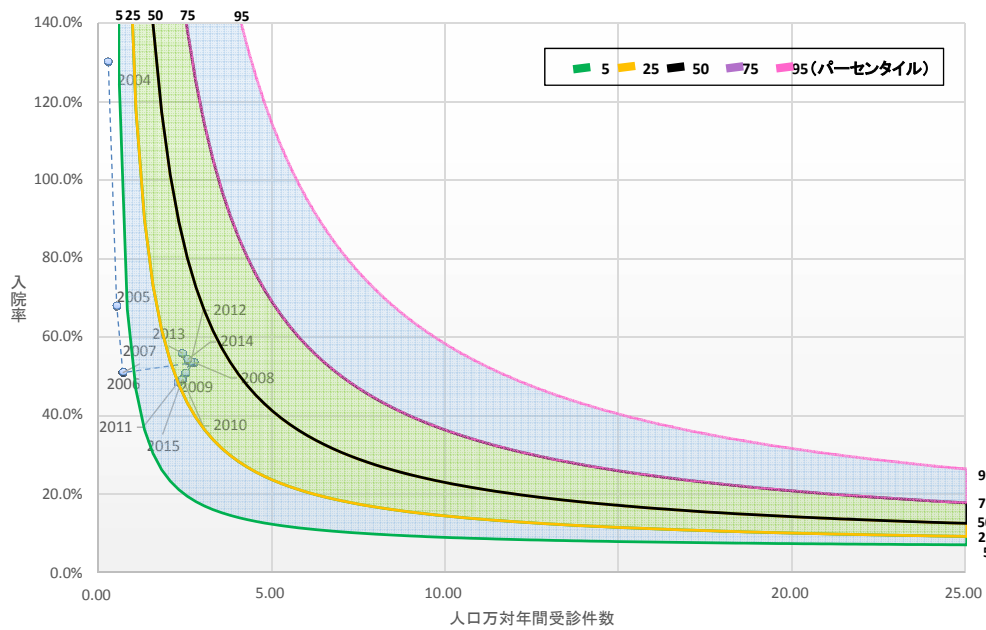
**図41 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(福岡)**



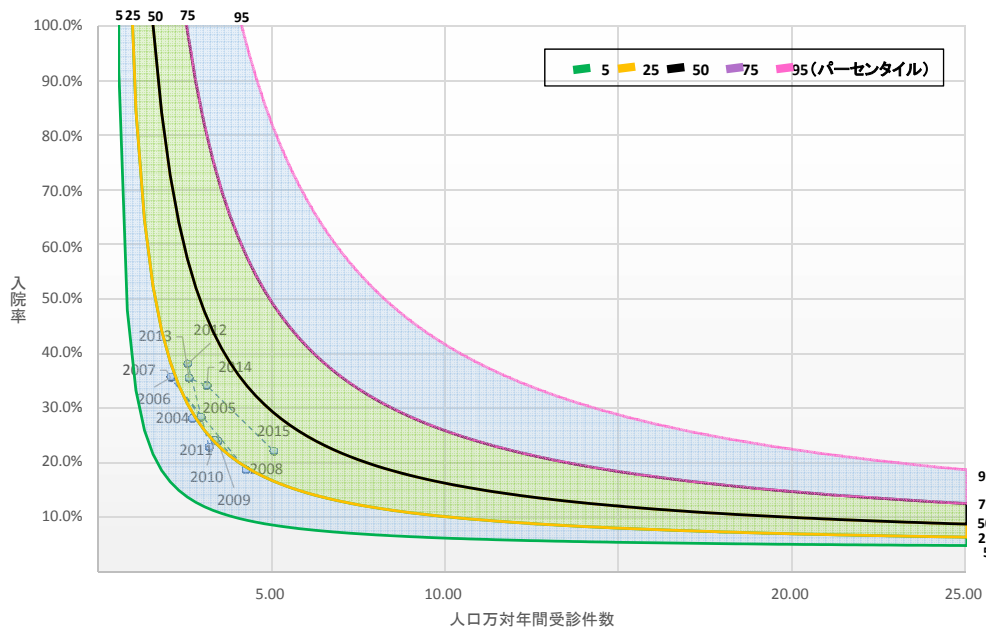
**図42 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(佐賀)**



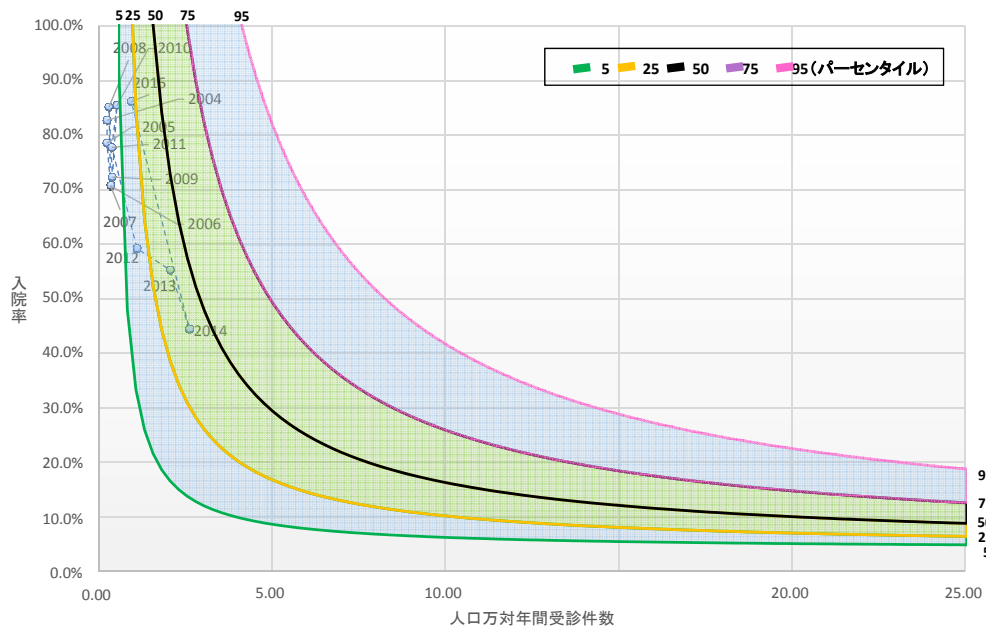
**図43 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(長崎)**



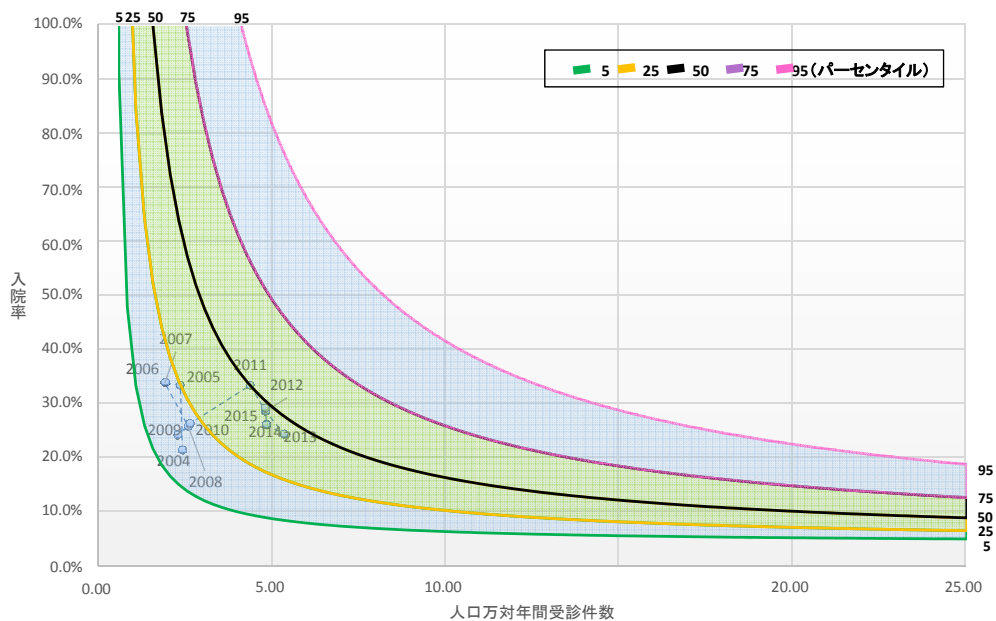
**図44 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(熊本)**



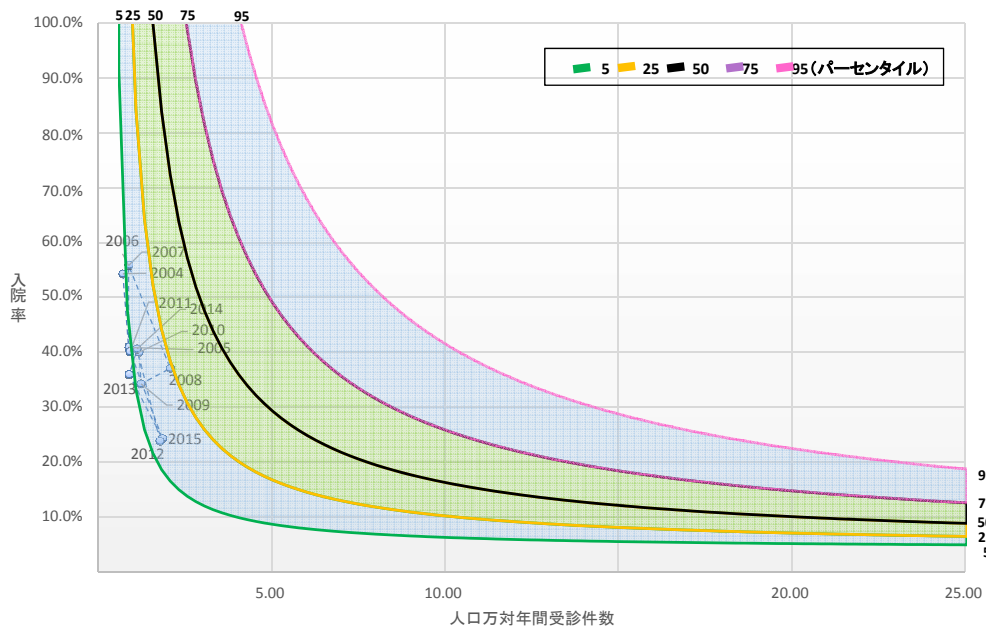
**図45 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(大分)**



**図46 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(宮崎)**



**図47 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(鹿児島)**



**図48 人口万対受診件数と入院率の相関と推移
(沖縄)**

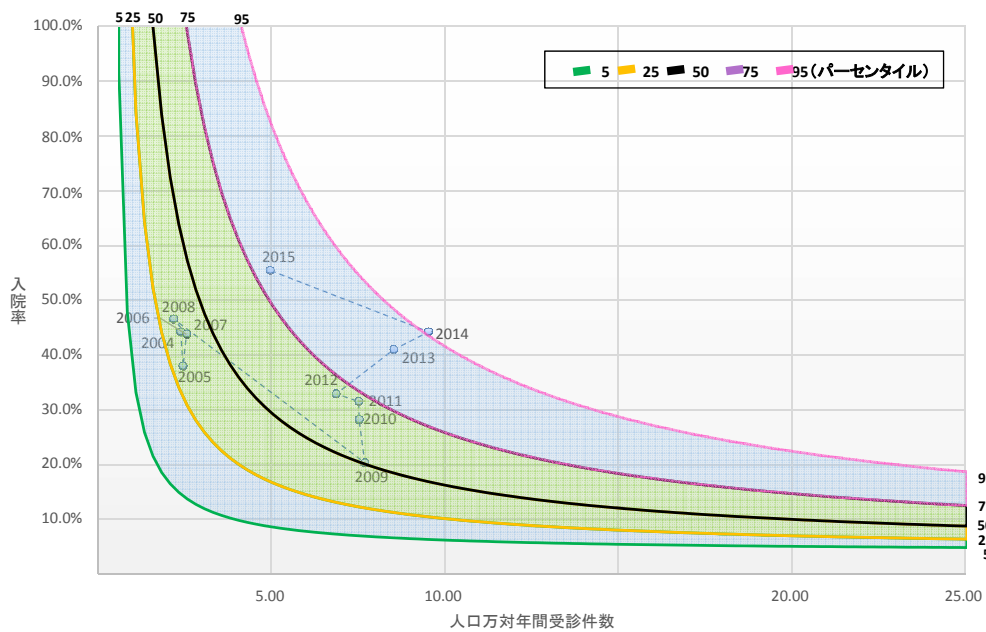


図49 マトリックスによる解釈

限られた医療資源の有効活用 医療確保の不足 初期診療の不足	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介入過多等の可能性
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介入過少等の可能性	優れたアクセシビリティ 良心的医療 安易な時間外診療 過剰医療

図50 「医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する調査」

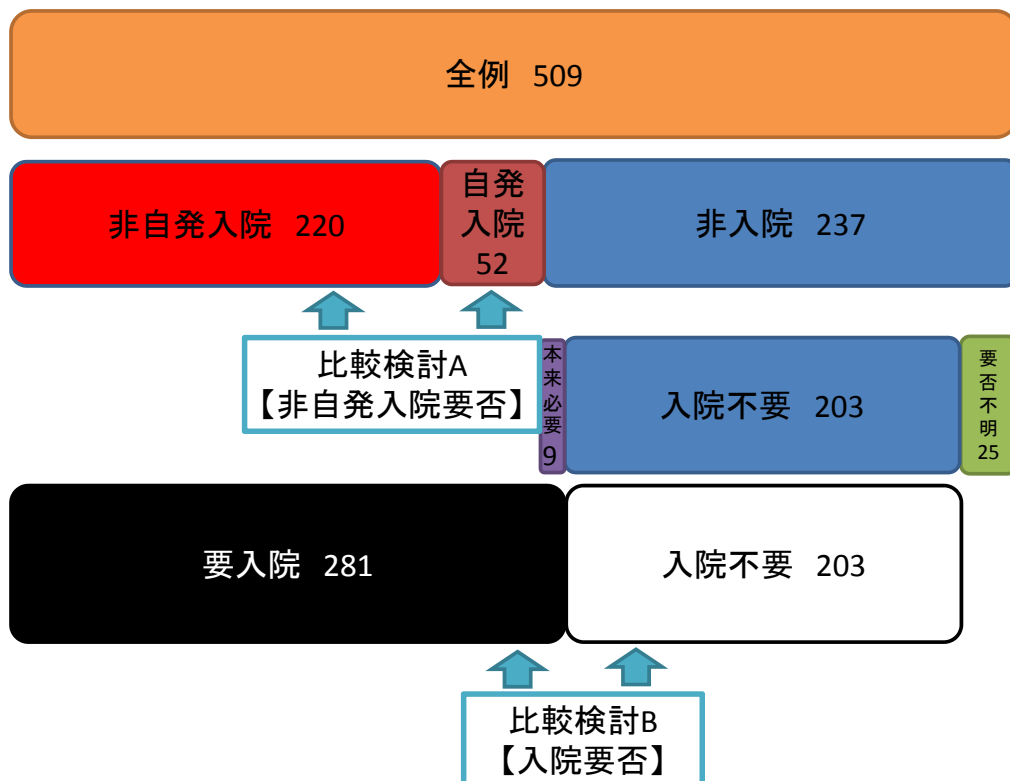


図51 主診断(Aセット)

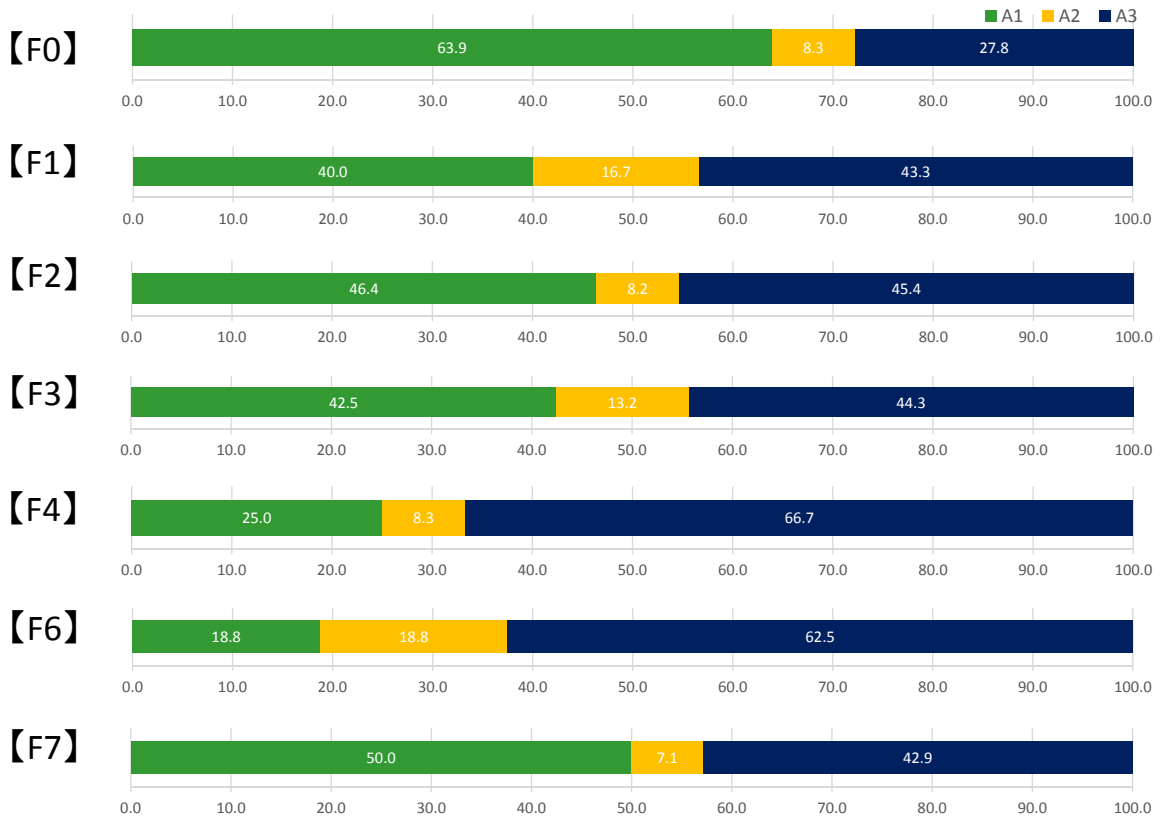


図52 主診断(Bセット)

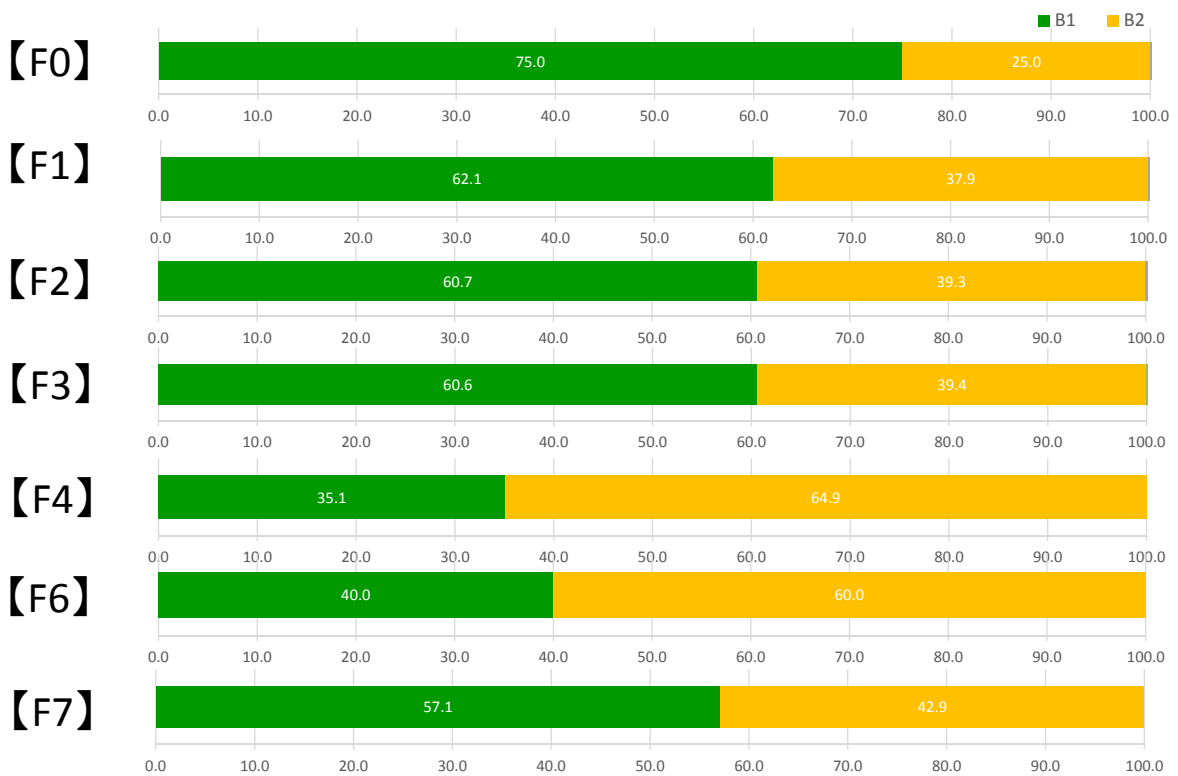


図53 基本要件【Aセット因子別】

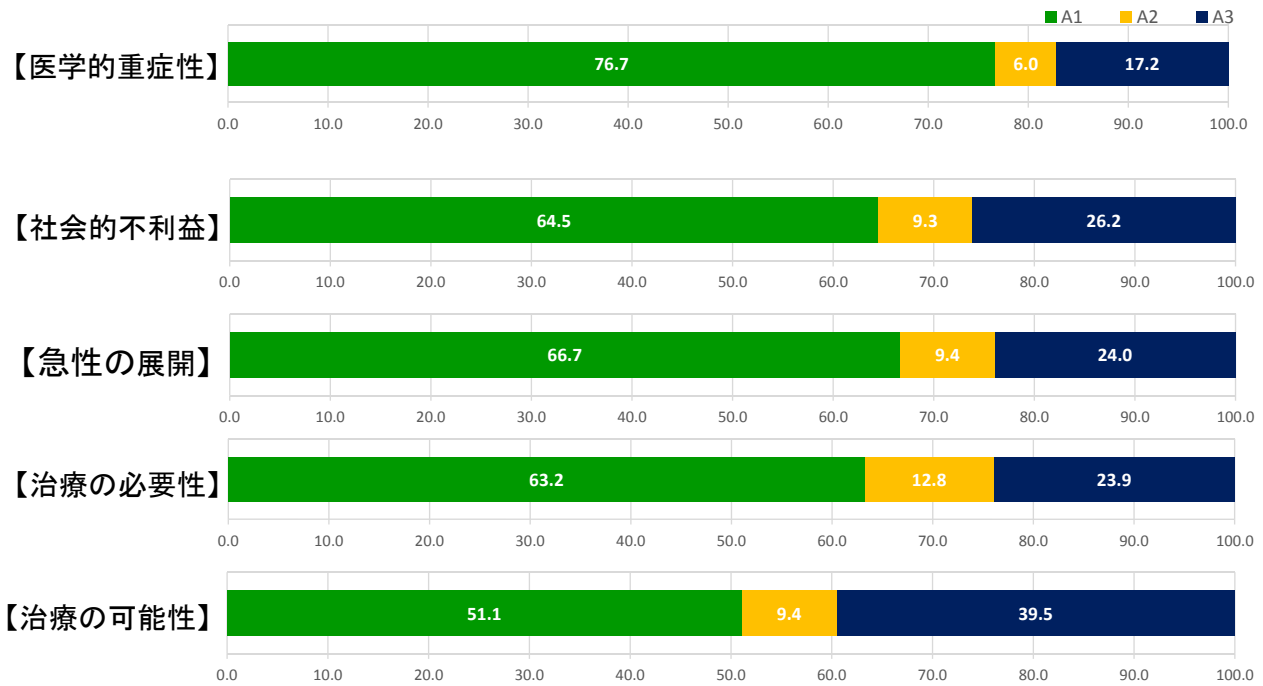


図54 基本要件【Bセット因子別】

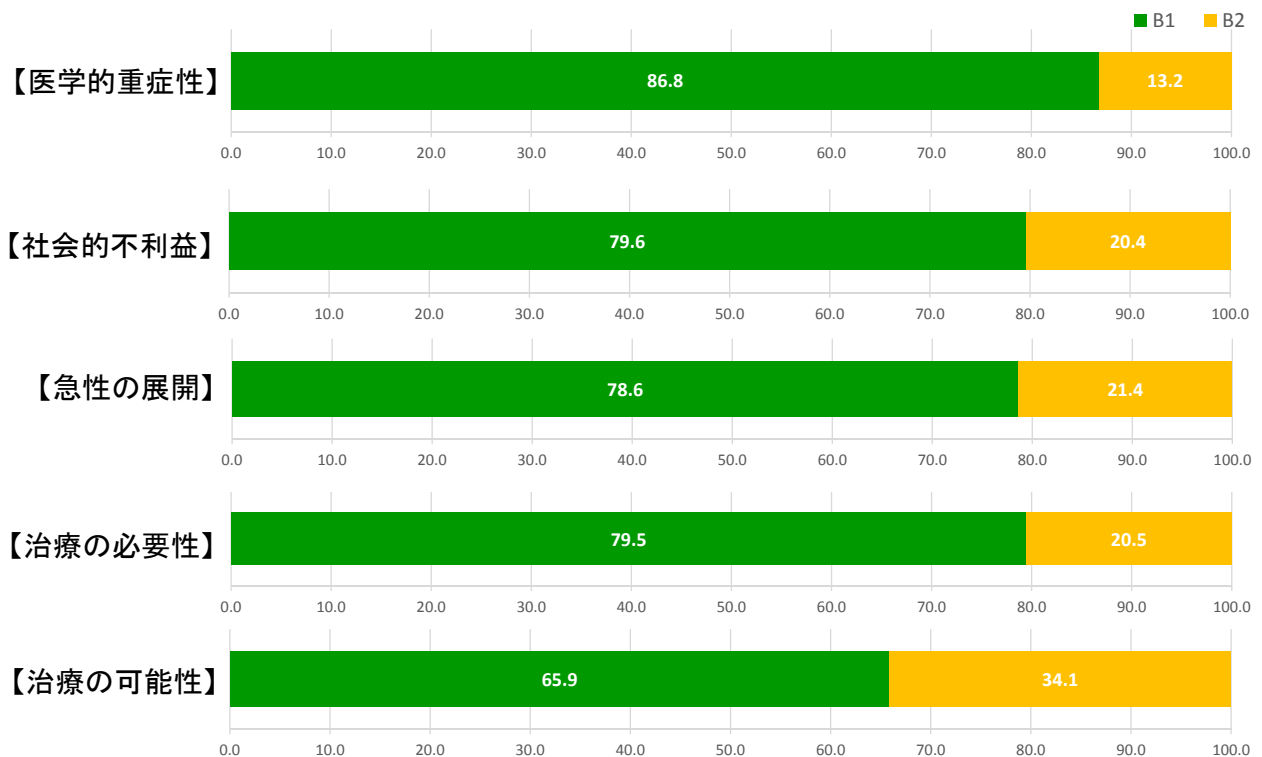


図55 状態像【Aセット因子別】



図56 状態像【Bセット因子別】



図57 緊急に医療介入を要する因子【Aセット因子別】

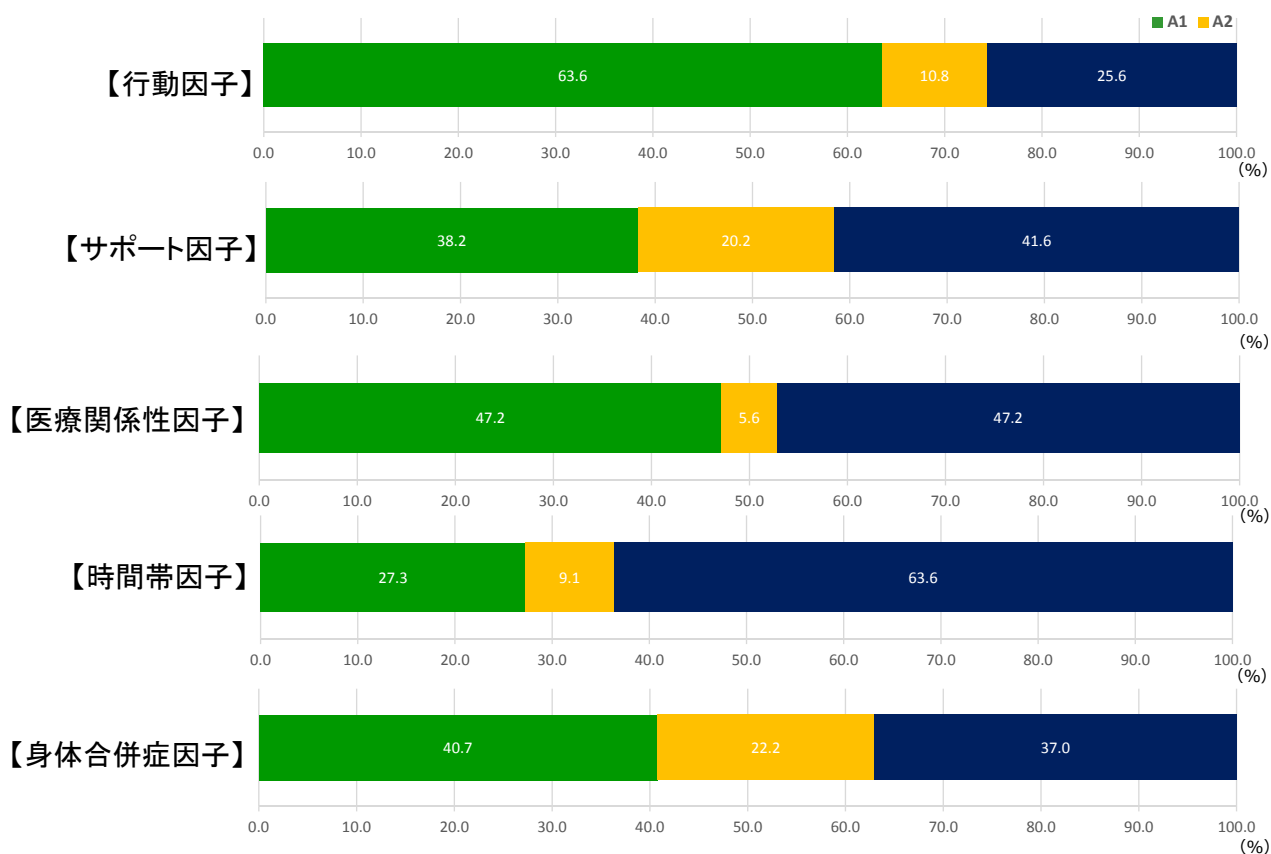


図58 緊急に医療介入を要する因子【Bセット因子別】

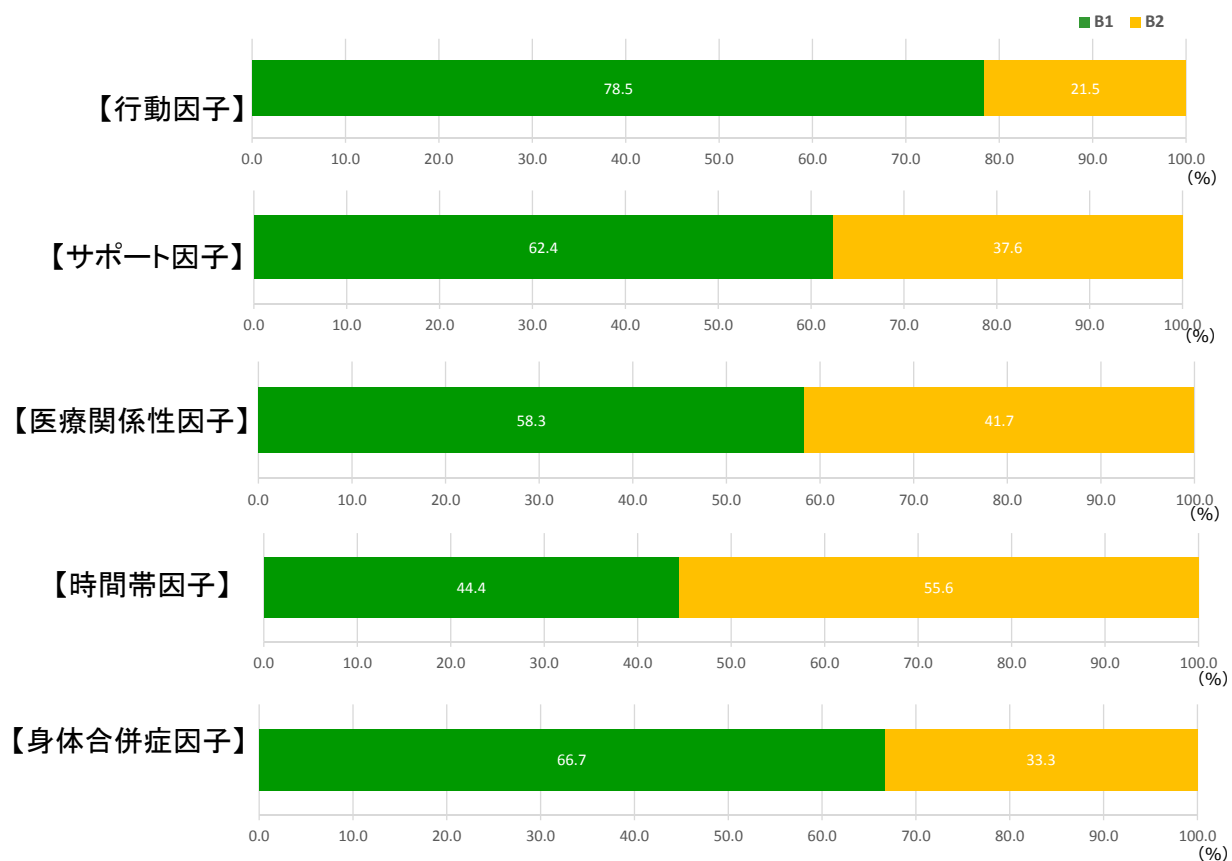


図59 行動因子:下位分類【Aセット因子別】

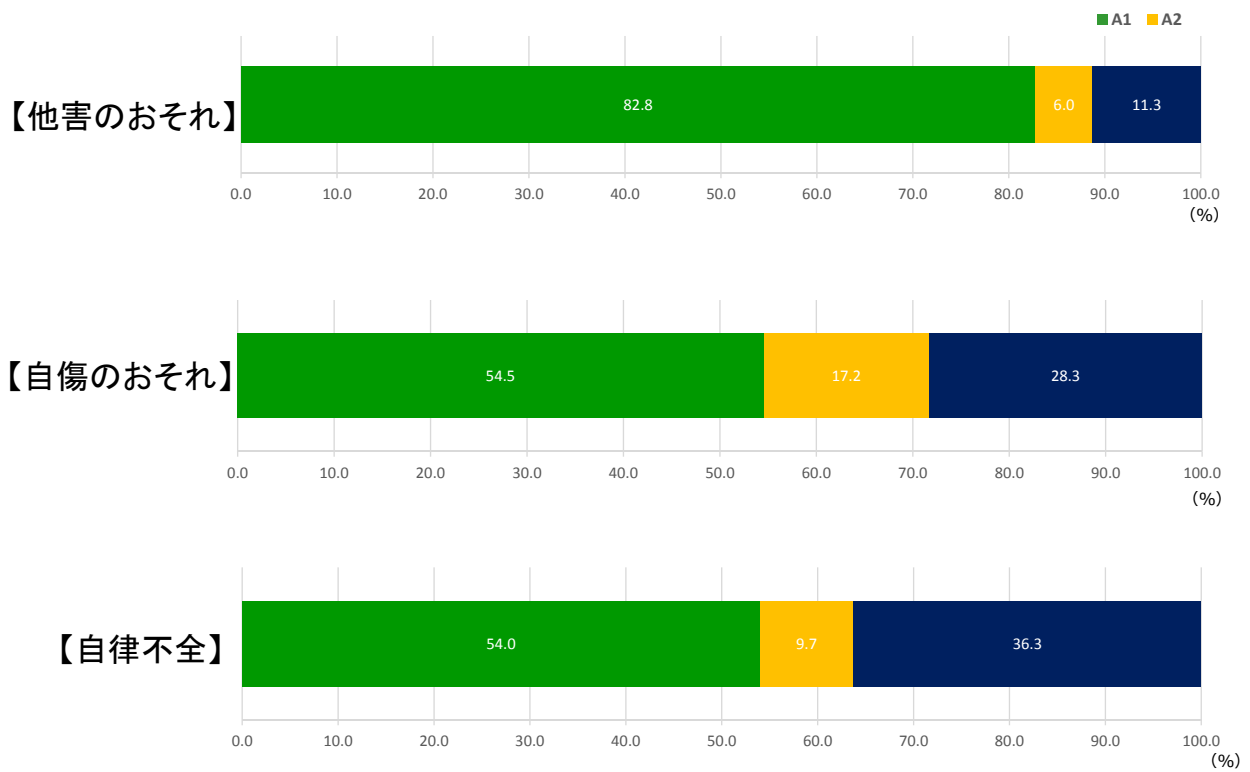


図60 行動因子:下位分類【Bセット因子別】

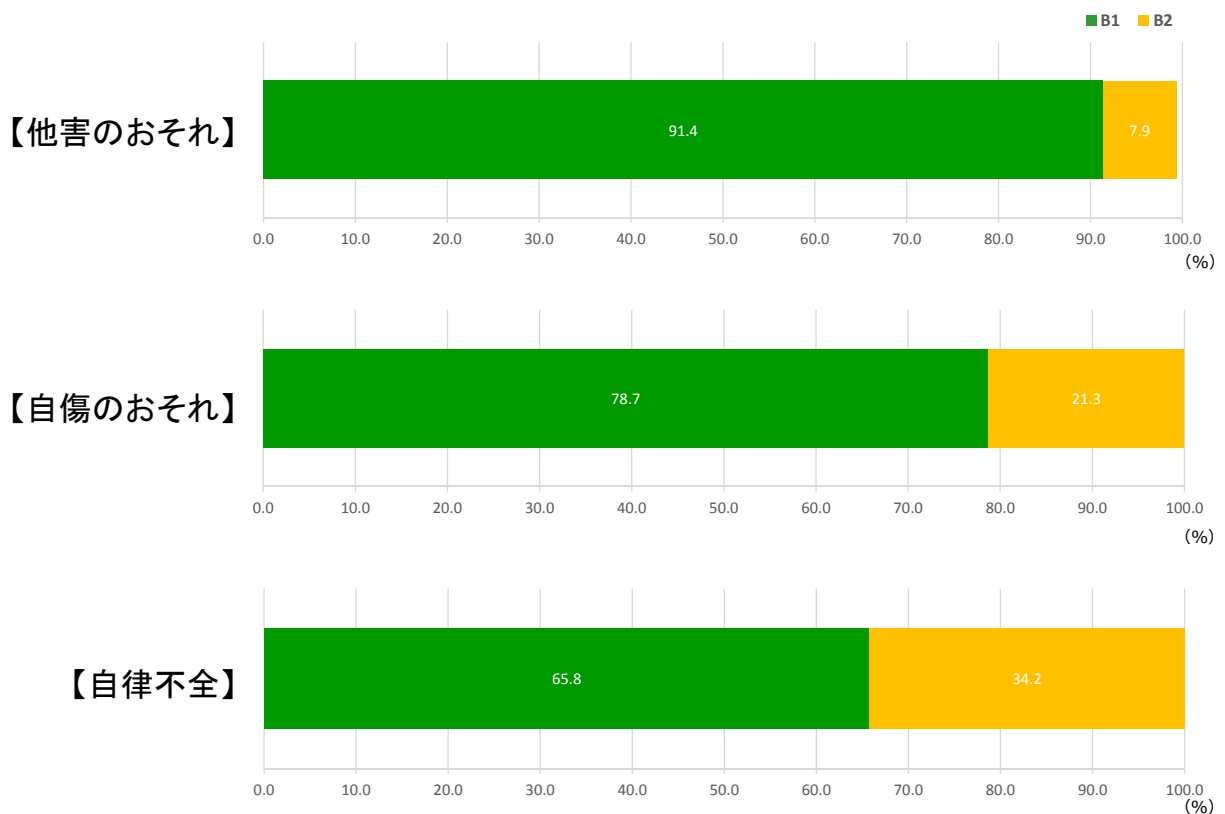


図61 医療関係性因子:下位分類【Aセット因子別】

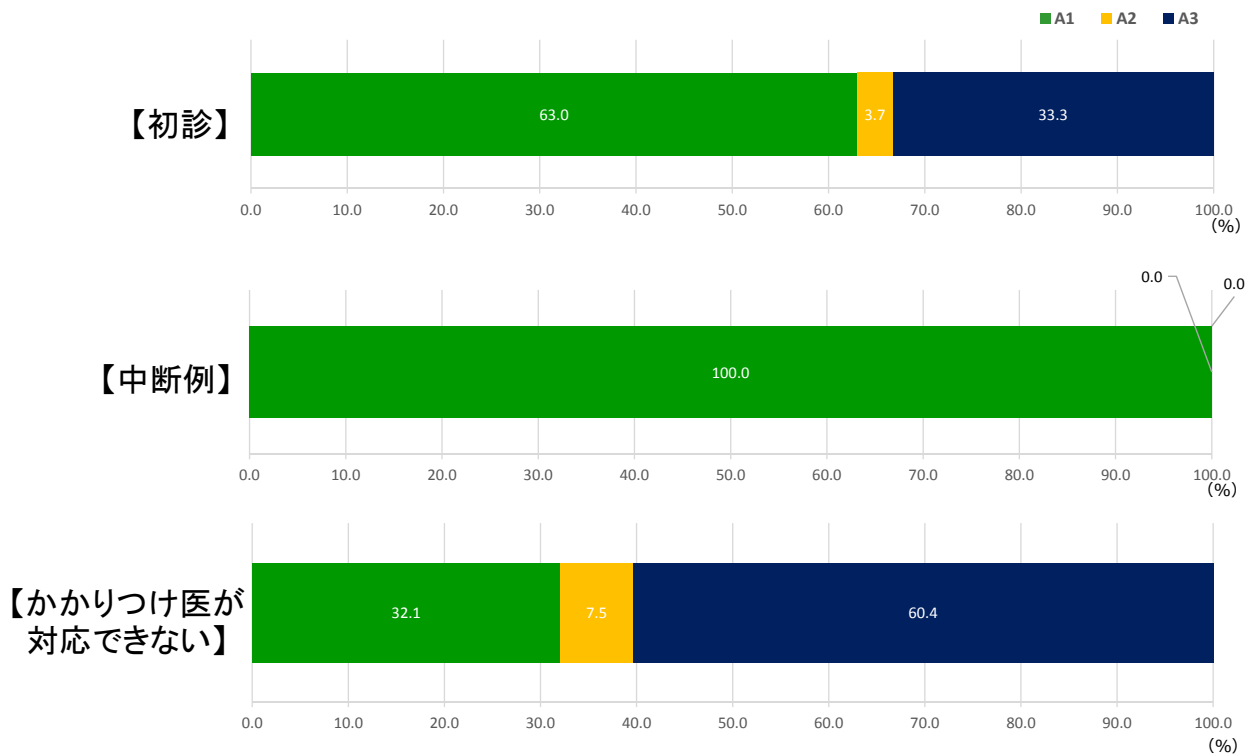


図62 医療関係性因子:下位分類【Bセット因子別】



表 1 A1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(主診断)

A1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
主診断_F0	2.10	0.9285943	1.68	0.093	0.883119 4.996016
主診断_F1	0.79	0.3660811	-0.51	0.613	0.3197036 1.959496
主診断_F2	1.03	0.3179403	0.09	0.930	0.5601919 1.884326
主診断_F3	0.90	0.3022294	-0.31	0.759	0.4678647 1.739564
主診断_F4	0.40	0.1593535	-2.3	0.021*	0.1802871 0.8716055
主診断_F6	0.27	0.1908611	-1.86	0.063	0.0699428 1.073217
主診断_F7	1.19	0.7130844	0.29	0.775	0.3658339 3.852925

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表 2 B1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(主診断)

B1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
主診断_F0	1.94	0.932411	1.38	0.167	0.758021 4.97668
主診断_F1	1.06	0.506727	0.12	0.904	0.414892 2.705224
主診断_F2	1.00	0.323748	-0.01	0.995	0.528548 1.884843
主診断_F3	1.00	0.348967	-0.01	0.995	0.502792 1.980377
主診断_F4	0.35	0.138457	-2.65	0.008**	0.161169 0.759955
主診断_F6	0.43	0.259002	-1.4	0.161	0.133142 1.399208
主診断_F7	0.86	0.527899	-0.24	0.810	0.260367 2.862

(P**<0.01 , 0.01≤P*<0.05)

表 3 A1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(基本要件)

A1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
q3_医学的な重症性	8.22	2.005573	8.63	0.000**	5.093961 13.25887
q3_社会的不利益	2.36	0.569635	3.57	0.000**	1.474089 3.79096
q3_急性の展開	2.31	0.591954	3.27	0.001**	1.399839 3.81887
q3_治療の必要性	1.97	0.523587	2.56	0.011*	1.171709 3.318054
q3_治療の可能性	0.62	0.166716	-1.78	0.075	0.365387 1.049648

(P** < 0.01, 0.01 ≤ P* < 0.05)

表 4 B1, or Not での多重ロジスティック回帰(基本要件)

B1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
q3_医学的な重症性	6.05	1.574266	6.92	0.000**	3.634337 10.07623
q3_社会的不利益	3.28	0.824024	4.72	0.000**	2.000103 5.362739
q3_急性の展開	2.21	0.590691	2.96	0.003*	1.307121 3.730144
q3_治療の必要性	3.39	0.863409	4.79	0.000**	2.05694 5.583847
q3_治療の可能性	0.71	0.1773	-1.38	0.167	0.432403 1.155735

(P** < 0.01, 0.01 ≤ P* < 0.05)

表 5 A1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(状態像)

A1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
q4_意識障害	6.36	3.024434	3.89	0.000**	2.507657 16.15319
q4_幻覚妄想状態	5.43	1.771647	5.19	0.000**	2.866625 10.29404
q4_精神運動興奮状態	9.4	3.40639	6.22	0.000**	4.651057 19.14605
q4_抑うつ状態	2.07	0.704926	2.13	0.033*	1.058479 4.032365
q4_躁状態	14.40	9.134933	4.2	0.000**	4.151319 49.92995
q4_解離状態	0.21	0.232459	-1.41	0.157	0.024758 1.817257
q4_その他	0.86	0.238889	-0.54	0.587	0.498945 1.482322

(P** < 0.01, 0.01 ≤ P* < 0.05)

表 6 B1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(状態像)

B1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
q4_意識障害	7.65	3.901274	3.99	0.000**	2.812329 20.78495
q4_幻覚妄想状態	7.22	2.482389	5.75	0.000**	3.677428 14.1623
q4_精神運動興奮状態	8.49	3.275894	5.55	0.000**	3.988356 18.08805
q4_抑うつ状態	3.98	1.391069	3.95	0.000**	2.004988 7.894802
q4_躁状態	48.02	51.36897	3.62	0.000**	5.898835 390.8585
q4_解離状態	0.52	0.394661	-0.87	0.387	0.115031 2.311252
q4_その他	0.87	0.251249	-0.49	0.621	0.490698 1.529478

(P** < 0.01, 0.01 ≤ P* < 0.05)

表 7 A1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(緊急医療介入要因)

A1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
行動因子	35.28	12.95517	9.7	0.000**	17.17854 72.46072
サポート因子	1.08	0.3348682	0.25	0.802	0.5889765 1.983794
医療関係性因子	1.91	0.6010638	2.07	0.039*	1.034562 3.542244
時間帯因子	0.63	0.5483239	-0.53	0.595	0.1141222 3.471214
合併症因子	1.15	0.5813257	0.27	0.787	0.4247993 3.097218
他害行為	2.89	0.522287	5.88	0.000**	2.029514 4.119874
自殺企図	0.63	0.103361	-2.82	0.005**	0.455956 0.86816
自律不全	0.53	0.092063	-3.66	0.000**	0.375814 0.743741
初診	0.70	0.380641	-0.66	0.512	0.24126 2.032124
中断例	8.16	7.71499	2.22	0.026*	1.281276 52.02976
かかりつけ医が対応できない	0.17	0.092514	-3.28	0.001**	0.060278 0.493517

(P**<0.01, 0.01≤P*<0.05)

表 8 B1, or Not での多重ロジスティック回帰分析(緊急医療介入要因)

B1	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
行動因子	24.55	6.896343	11.39	0.000**	14.15255 42.57278
サポート因子	2.70	0.925831	2.89	0.004**	1.378006 5.286823
医療関係性因子	1.41	0.462688	1.04	0.297	0.739897 2.681518
時間帯因子	0.62	0.580256	-0.51	0.609	0.09879 3.884496
合併症因子	3.20	1.797024	2.07	0.039*	1.062096 9.620689
他害行為	3.06	0.7168	4.76	0.000**	1.928948 4.838833
自殺企図	0.85	0.168963	-0.84	0.4	0.571319 1.250713
自律不全	0.37	0.075559	-4.87	0.000**	0.251946 0.555922
初診	0.80	0.444167	-0.4	0.688	0.26965 2.375045
中断例	5.72	5.394272	1.85	0.065	0.899724 36.33219
かかりつけ医が対応できない	0.22	0.116584	-2.84	0.005**	0.075165 0.62209

(P**<0.01, 0.01≤P*<0.05)

表 9 精神科救急受診の基本 16 ニーズ

1. 意識障害	9. 不安・焦燥
2. 幻覚・妄想	10. 副作用
3. 精神運動興奮	11. 身体合併症
4. 抑うつ	12. 認知症
5. 躁	13. 残遺
6. 解離	14. 行動異常
7. 酩酊	15. 不眠
8. 昏迷・亜昏迷	16 その他

平成 30 年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」

分担研究

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

分担研究者 平田豊明 (*1)

研究協力者 兼行浩史 (*2)、来住由樹 (*3)、塚本哲司 (*4)、橋本聡 (*5)、花岡晋平 (*1)、藤田潔 (*6)、
山之内芳雄 (*7)

*1 千葉県精神科医療センター、*2 山口県立こころの医療センター、*3 岡山県精神科医療センター、*4
埼玉県立精神保健福祉センター、*5 国立病院機構熊本医療センター、*6 桶狭間病院、*7 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 精神科救急医療体制整備事業（「精神科救急事業」と略記）および精神科救急入院料病棟（「精神科救急病棟」と略記）の運用状況を分析し、精神科救急・急性期医療の質的向上に資する政策を提言すること。

方法 ①各都道府県から国に報告された平成 29 年度の精神科救急事業の年報を集計・分析した。②精神科救急事業の報告基準に統一性を欠く現状を改善するために、報告様式の改定案を作成した。③精神保健福祉資料（「630 調査結果」と略記）等に基づいて、全国の精神科救急病棟の運用実績を調査・分析した。④以上の調査結果に基づいて、地域精神医療資源分析データベース（ReMHRAD）を更新するためのデータを提供した。

結果 ①平成 29 年度の精神科救急事業では、受診前相談が 187,593 件（人口 100 万当たり 1 日 4.2 件）あった。救急受診は 44,577 件（同 0.96 件）、その 42%に当たる 17,708 件（同 0.41 件）が入院となっていた。入院の 74%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 23.7%を占めていた。②医療機関や行政担当者の負担を軽減し、正確な実績報告を集計するために、精神科救急事業に関する新たな報告様式案を作成し、概ねこれに準じた様式が 2019 年度から実装されることとなった。③630 調査結果によれば、平成 30 年 6 月 30 日現在、全国 163 施設の 234 病棟に精神科救急入院料が認可され、1 病棟当たり平均 46.6 床に 40.3 人が在院していた。73.1%が非自発入院で、17.5%が隔離、4.4%が身体拘束されていた。主診断は F2 が 46.6%、F0 が 11.4%。65 歳以上の在院患者は 30.1%、在院 3 ヶ月を超える患者が 21.8%いた。

考察 ①人口万対受診件数と入院率には強い負の相関があり、過疎地区を抱える県では一次救急患者を主体に人口対受診件数が高く、大都市圏では人口対受診件数が低く入院率が高いが、それぞれに背景要因がある。②近年増加の一途を辿ってきた警察官通報と措置入院件数が、相模原事件後による措置入院制度見直しによって 2017 年度は減少したが、大都市圏では依然として警察官通報による措置入院が救急患者の医療アクセス手段として欠かせない。③精神科救急病棟群は、わが国の精神科医療における「緩やかな脱入院化」を牽引してきたが、重症患者の治療的限界や機能の施設間格差、分布の不均一などの課題を抱えている。

結論 わが国の精神保健医療の水準向上のためには、精神科救急・急性期医療の実態を継続的にモニタリングすることが不可欠である。

A. 研究の背景と目的

わが国の精神科救急医療は、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）を車体とし、精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）をメインエンジンとして走る車に喩えることができる。こうした構造をもつわが国の精神科救急医療の展開は、必然的に入院の短期化と病棟のダウンサイズを促してきた。

本研究は、2004年以來、わが国の精神科救急事業と精神科救急病棟の運用実績をモニターし、制度的改善を提案してきたが、この間の制度的な手直しが積み重なるにつれて、近年では、都道府県による精神科救急事業報告に混乱が生じている。また、精神科救急病棟群の増加に伴って、運用上の課題が浮き彫りになっている。

こうした現状を踏まえ、今年度は、精神科救急事業と精神科救急病棟の運用実態の分析に加えて、精神科救急事業の報告様式の改定案作成を研究の柱とした。

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29年度（2017年度）の精神科救急事業の年報（従来様式による）を集計し分析した。

2. 精神科救急事業報告様式の改定案作成

従来様式による実績報告の分析を通してデータ解釈のばらつきが生ずる要因を抽出し、新たな報告様式と記載マニュアル案を提示した。

3. 精神科救急病棟の運用実態調査

精神保健医療福祉に関する平成30年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、精神科救急病棟に関する指標を抽出して集計した。

4. 地域精神医療医療資源マップの更新

精神科医療関連の社会資源および在院患者の内訳を数種類の圏域単位で集計し、Webサイト上の地図に表示する ReMHRAD（Regional Mental Health Resources Analyzing Database：地域精神医療資源分析データベース）を更新するためのデータを提供した。

（倫理面への配慮）

今回の研究では、個人情報に触れる機会はなかった。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29（2017）年度における精神科救急事業に関する主な指標を表1に一覧表示した。今回の研究では、ReMHRAD作成の基礎データとなる精神科救急医療資源、すなわち630調査での分類に基づく医療施設の4分類（大学病院、総合病院、その他の病院、診療所）、および精神科救急事業における医療施設の4分類（常時対応施設、輪番型施設、合併症型施設、外来対応施設）の施設数を都道府県単位で集計し、追加掲載した。

(1) 受診前相談

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66,741件で、このうち4割に当たる26,788件では緊急性が認められ、受診先を紹介されていた。相談の総件数は1日平均182.9件、人口（平成29年10月1日現在）100万人当たり1.44件ということになる。前年度は1日平均172.6件、人口100万対1.36件であったから、いずれも増加している。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、相談件数とともに図1に示した。

精神医療相談事業の件数は、120,852件と情報センター相談件数の2倍近くに上った。相談件数の多い自治体順に並べると図2のようになる。ただし、表1に見るように、前年同様、無回答のほか、情報センターと相談件数が同数の自治体や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。集計項目の解釈が不統一であったため、もしくは項目の設定に無理があったためと考えられる。

(2) 受診および入院の状況

精神科救急事業の利用件数（受診件数）は44,557件（1日平均122.1件、人口100万人当たり0.96件）であった。このうち、42.4%に当たる18,884件（1日平均51.7件、人口100万当たり0.41件）が入院となっていた。前年度は受診件数が42,122件、入院件数が17,708件（入院率42.0%）であったから、いずれも増加していた。

入院形式では、緊急措置入院が2,352件

（12.5%）、措置入院が1,440件

（7.6%）、応急入院が675件（3.6%）、医療保護入院が9,513件（50.4%）、任意入院が4,032 3,794件（21.4%）、その他が872件（4.6%）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）の比率は23.7%、三次救急に医療保護入院を加えた非自発入院の比率は74.0%であった。前年度に比べていずれの入院形式でも件数が増えているが、とりわけ「その他の入院」が4倍に増加しているのが目立つ。特定の自治体で突出しているためであるが、「その他」の内容は不明である。入院形式の比率は、「その他の入院」が増加しているほかは、前年から大きな変化はなかった。

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とともに図3に示した。年報では受診件数の内数である入院件数が受診件数を上回ると報告してきた自治体があったが、受診件数を非入院件数と解釈したものと推定されるため、報告された受診件数と入院件数の合計を真の受診件数として修正した。

また、受診件数と入院件数のうち、受診した病院に通院中の患者数（表1中の「うち通院中」の数）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、受診総数と同じもの（受診者の全員が自院の通院患者という意味になる）が少なくなかった。受診前相談と同様、集計項目の解釈の誤解、ないしは項目設定の無理によるものと思われた。

表1において入院件数の多い順に自治体を並べ替え、入院件数とともに示したのが図4である。また、入院形式別の患者比率

を示す円グラフを図5に示した。

図6は、三次救急の入院形式ごとに都道府県別の比率を示したものであるが、いずれの入院形式も、大都市圏を中心に上位10自治体で全体の7割以上を占めるといふ寡占状況にある。他方で、表1に見るように、緊急措置入院については16自治体、応急入院については10自治体で実績がない。

2. 新たな報告様式の検討

(1) 従来様式による年報の問題点

資料1(6種類の表から成る)に従来の報告様式の一部を示した。以下に、それぞれの内容と問題点を示す。

(ア) 施設月報(資料1-1および1-2)

資料1-1は精神科救急医療施設が記入する月報で、各月のカレンダーに従って、精神科救急事業(以下「本事業」と略記)による救急受診の件数(夜間と休日日中を区別)と入院件数(同前)を入院形式別に記入していくことを求めている。さらに、資料1-2のように、自院通院中の事例を抽出して別掲で集計することを求めている。

この資料1-1および1-2が、これ以降の様式の基礎データを提供する基本表である。この段階で記入規則の解釈を誤ると、その後の中間集計および最終的に提出する年報(資料1-3の圏域別年報)まで、全てのデータが指定された内容とは異なるデータとなってしまう。

例えば、現場の救急病院が、これらの施設月報で、「受診件数」を非入院件数、「うち通院中の患者」を他院も含めた精神科通院患者などと誤解して報告すると、年報の段階までこの誤解が受け継がれてしまう。

また、施設月報がカレンダー形式になっているため、同日に複数件の救急受診があった場合には、1日単位で中間集計してから施設月報に記入する必要があるが、計算や転帰ミスも生じやすい。

(イ) 圏域別年報(資料1-3)

資料1-3は、精神科救急医療圏ごとの年報で、事業実績(月別データ)のほか、上段部分で圏域情報の記載が求められている。その左半分では圏域人口や面積、精神病院数と病床数のほか、6月末時点での3ヶ月以内および1年以内の退院患者率、1年以上の残留患者率を圏域単位で報告するよう要請しているが、精神科救急医療の指標として意味があるとは思えないデータも含まれる。右半分には精神科救急医療施設の類型別に施設名と対応頻度の記載を求めているが、合併症型施設の欄が欠落している。

(ウ) 受診前相談年報(資料1-4および1-5)

資料1-4は受診前相談事業のうちの精神医療相談事業の年報、資料1-5は精神科救急情報センターの年報であるが、同じ受診前相談であるにもかかわらず、報告する項目が異なっている。そもそも2つの相談事業の役割分担に混乱があるのだが、これについては後述する。

受診前相談事業年報は、日々の相談記録から相談者の内訳や帰結別に仕分けして月報を集計し、これを年報にまとめることを要請しているが、一晩に数十件の相談がある自治体では、現場に大きな負担をかけることとなるであろうし、集計ミスも生じやすい。資料1-4にある「緊急性はなく医療機関への自らの受診をすすめた件数」や

「本来窓口で受けるべき相談ではなかった件数」など、報告者の主観的な判断が含まれる項目もある。

(エ) 連絡調整委員会年報（資料 1-6）

資料 1-6 では、本事業に係る連絡調整委員会などでの議論を集約し、PDCA サイクルを想定した設問（精神科救急医療体制に関する現状評価、課題、課題解決の取り組み、その評価）に応えるよう求めているが、自由記載のため集計や分析の対象とするのは困難である。

(オ) 統計的信頼度の低下

以上のような問題点があるために、近年、都道府県から国に報告される年報には、統計上の矛盾（受診件数を上回る入院件数、受診総数と通院中の患者数の同一値、入院形式別の件数と総数の不一致など）や年度による数値の乱高下（受診件数が前年度の 4 倍近くに増加したとの報告など）が散見されるようになった。また、過半数の自治体で空欄ないし実績なしという項目もあった（受診前相談年報で目立った）。表 1 においても、一部の項目で空欄や疑問のある数値が見受けられる。

本事業の報告様式については、本研究班が 2004 年度に提案した様式が原型となっている。当初は項目も限定されたシンプルなものであったが、精神医療相談窓口や外来対応型施設の新設など、本事業が手直しされるにつれて報告様式も増改築されてきた。その結果、前述のような問題を生み出すこととなったのである。

(2) 新たな様式の提案

従来様式の問題点を克服するために、新たな報告様式と記載マニュアルを提案し

た。改定の基本方針は、国が最低限把握すべき情報に報告項目を絞り込むこと、および解釈に地域差が生じないよう項目の定義を明解にすることの二点である。

当研究班が提示したモデルに基づいて、国が自治体に要請した報告様式を資料 2（8 種類の表から成る）、それらの記載マニュアルを資料 3（3 種類の文書から成る）に示した。2019 年度の実績報告から、資料 2 に示した様式が用いられる予定である。主な改定内容は以下の通りである。

(ア) 様式 1（資料 2-1）

様式 1 は、従来様式（資料 1-1）と同様、精神科救急医療施設が記録する月報で、これ以降の全ての様式の基礎データとなる。

まず、従来様式の 1 行 1 日のカレンダー形式から、1 行 1 事例の積み上げ形式に変更した。これによって 1 日複数例の受診があっても 1 日単位で集計する手間が不要になった。

次に、資料 1-2 のように、自院通院中の事例を識別して別掲する必要がなくなった。これによって全体のシート数がほぼ半減した。国レベルで自院通院中の事例を識別する必要がないとされたためである。これを識別したい自治体があれば、様式 1 の「受診日」の隣の列に「自院通院中」という列を挿入し、該当例の場合はこの欄に 1 を記入するよう医療施設に要請すればよい。記載も集計もそれほどの負担増とはならない。

今回の改定では、1 行（1 件）当たりの報告項目が大幅に減り、入院形式別件数を夜間と休日日中とに分けて記載しなくてす

むようにした。入院形式の内訳を夜間と休日日中とで別に把握したい場自治体があれば、様式1に検索機能を活用して分別集計すればよい。

以上の改定により、様式1の記載に要する医療施設の負担と誤記のリスクを大幅に軽減した。記載に関する留意事項は、様式1の下段にも注釈してあるが、資料3-1の記載マニュアル（医療機関用）に分かりやすく記述されている。

(イ) 様式2~4（資料2-2、2-3、2-4）

様式2（資料2-2）は様式1を精神科救急医療圏域に集計した圏域別月報、様式3（資料2-3）は様式2を都道府県単位で統合した全圏域月報、様式4（資料2-4）は様式2の圏域別月報を1年分集計した圏域別年報である。いずれも医療施設からの月報を集計する担当者が記載する。項目は様式1（施設月報）と全て共通であり、そのデータを圏域別、月別に積み重ねていけば、最終報告である圏域別年報（資料2-4）は自動的に作成されるはずである。

記載に関する留意事項は、様式2~4の下段にも注釈してあるが、資料3-2の記載マニュアル（都道府県・指定都市用）に分かりやすく記述されている。

様式1~3は都道府県レベルでの報告資料として活用してもらい、様式4（圏域別年報）のみを国に提出してもらう。

(ウ) 様式5、6（資料2-5および2-6）

様式5は精神医療相談事業の年報、様式6は精神科救急情報センターの年報で、従来様式（資料1-4および1-5）を改定したものである。両者を比較すれば、改定内容が一目瞭然である。

すなわち、従来様式が求めていた相談者

や帰結の内訳をほぼ全廃し、月間の相談総件数、および緊急性の目安となる医療機関ないし情報センターを紹介した件数の2項目のみに報告事項を絞り込んだ。

他方で、様式5および6の2行目に相談窓口の「設置場所」の記入を要請した。その意味は、資料3-3の記載マニュアル（精神医療相談窓口・精神科救急情報センター用）に記述したように、相談実績の重複報告（同じ相談を2つの窓口に同数報告すること）を避けるためである。

記載マニュアルの2でも示したように、本来、精神医療相談窓口は、都道府県に1カ所しか設置されない精神科救急情報センター（補助金事業）の機能を補完するために新設された受診前相談事業である。情報センターが緊急性の高い電話相談事例のトリアージと救急医療施設への受診援助を担い、精神医療相談窓口はそれ以外の相談（電話および来所）を広く受け付けるとされているが、2つの窓口の機能を厳密に分けることは現実的に困難である。また、夜間休日の来所相談はほとんどの自治体で実績がない。

このような理由により、受診前相談窓口の実績は、電話回線ないし対応スタッフが2つの窓口で独立している場合にのみ、別々に集計・報告してもらうこととなった。

(エ) 様式7（資料2-7）

様式7は、従来様式の圏域別年報（資料1-3）で求められていた精神科救急医療圏域の情報を改変して独立の様式としたものである。項目的には、従来様式のうち、630調査や国勢調査等で把握できる情報や精神科救急医療とは関連の薄い情報を割愛した。

代わりに、圏域内の精神科救急医療施設

を列挙し、所在地、630 調査上の施設類型（大学病院、総合病院、その他の病院、診療所の 4 種類）、設置主体（公的病院、指定病院、非指定病院の 3 種類）、それに精神科救急事業における施設類型（常時対応型、輪番型、合併症対応型、外来対応型の 4 種類）を識別してもらうこととなった。資料 2-8 には、このうち設置主体の定義が一覧表示してある。

この様式 7 の圏域情報は、ReMHRAD（地域精神医療資源分析データベース）の更新に必要なデータを提供し、地域医療計画や障害福祉計画を立案するに際しての基礎資料となる。

3. 精神科救急病棟の運用実態

630 調査によれば、平成 30（2918）年 6 月 30 日現在、精神科救急入院料病棟（合併症病棟を含む）は 163 施設に 234 棟が認可されていた。主なデータを前年のデータとともに示したのが表 2 である。

前年に比較すると、精神科救急入院料可施設は前年より 12 施設（7.2%）増加、病棟は 20 棟（9.3%）、病床数は 876 床（8.7%）、在院患者数は 596 人（6.8%）増加し、病床利用率は 1.9 ポイント上昇していた。

対して、非自発入院患者比率は 1.3 ポイント低下していた。これに連動してか、隔離患者比率は 1.1 ポイント、身体拘束患者比率も 1.7 ポイント低下していた。

診断群では F2 群が 1.5 ポイント低下したのに対して F0 群が 0.7 ポイント上昇し、65 歳以上の高齢患者比率も 2 ポイント上昇していた。在院 3 ヶ月超の患者比率が 15.7 ポイントと大幅に増加している

が、その要因を分析するデータがない。

本報告書作成の時点では、平成 30 年の 630 調査の全容および最近の NDB データが入手できなかった。2019 年度（令和元年度）中にこれらを追加し、総務省データなどを追加した上で、最新版の ReMHRAD がウェブサイト上に公開されるはずである。

D. 考察

1. 精神科救急事業の動向

（1）受診件数・入院件数の年次推移

毎年の精神科救急事業年報から近年の本事業の実績の推移を図 7 に示した。受診総件数は 39,862 件（2010 年度）から 46,431 件（2015 年度）の間であって、ほぼ横ばい、入院件数は受診総数の 36.4%（2009 年度）から 45.3%（2015 年度）までの間であって、緩やかな増加傾向にある。ただし、2014 年以降は増減の幅が大きくなっている。

その理由は、C 1 および C 2 で指摘したように、本事業の運用と報告様式が手直しを経るにつれて報告基準にローカルルールが生じているためと思われる。受診前相談については、この傾向がさらに強い。このため、今年度の研究では、報告様式の改定を提案し、2019 年度のデータから資料 2、3 で示したような新たな様式が、記載マニュアルに沿って適応されることとなった。

2017 年度と 2018 年度の運用実績は従来様式での報告のため、統計的信頼度に問題があることを前提にして、表 1 のデータに考察を加える。

（2）人口対受診件数と入院率の関係

図 3 で示した受診件数と入院件数には一

見何の相関も見えないが、人口に対する受診件数と入院率を両軸として各自治体をプロットすると、図8に示すように強い負の相関のあることがわかる（近似線は最小二乗法による）。すなわち、人口万対受診件数が多いほど入院率が低い。

図8の右下には過疎地区を抱える自治体が多く位置し、左上には大都市圏を要する自治体が多い。これは精神科救急事業の機能に地域差のあることを示唆している。その内容を明確に示すデータはないが、右下の群では、精神科医療施設数や医師数が大都市圏に比べて乏しいため、入院を要しない患者群の救急診療も本事業に依存せざるをえない実情が推測される⁴⁾⁵⁾。

したがって、これらの自治体で入院を要しない軽症患者が相対的に多いからといって、救急事業の乱用傾向があるなどとネガティブな評価を下すのは一面的である。自殺者が多発する自治体を含むことにも留意すべきである。

一方、大都市圏を抱える左上の自治体群では、本事業の対象が入院を要する重症患者にトリアージされることが見て取れる。個別医療機関による自発的な救急診療（マイクロ救急）が機能していれば問題はないが、大都市圏を中心に近年急増した精神科診療所の大半には夜間休日の救急診療は期待できない。入院病床を有する精神科医療施設でも、マイクロ救急の機能はまちまちであり、本事業が立ち上がると、しばしば自院通院中の救急患者までもこの事業に委託すること、すなわちマイクロ救急機能が弱体化する現状が指摘されてきた（本事業における入院件数が漸増していることにも、その一端が現れている）。

したがって、図6にも示されているように、大都市圏では精神科三次救急ケースの入院が本事業の第一義的な任務であり、入院を要しない救急患者は次の平日日中まで待たされるている可能性が高い。救急医療機関の側から見れば、このようなトリアージが働かなければスタッフが疲弊することが予測されるものの、重症化を未然に防止する危機介入機能が犠牲となる可能性があることも指摘しておく必要がある⁴⁾⁵⁾。

（3）措置入院・緊急措置入院の動向

毎年の衛生行政報告例から申請・通報の内訳と措置決定件数の年次推移を集計し、図9に示した。近年、警察官通報を中心に通報件数が増加し、新規の措置入院件数も増加傾向が続いていたが、2017年度は警察官通報と措置決定件数がともに減少に転じている。2016年の相模原事件を契機として措置入院制度が見直され、警察官通報件数の著しい地域差が指摘された影響と思われる。2017年度の措置決定件数は6,899件（前年度は7,122件）と報告されている。

表1によれば、同じ年度の精神科救急事業における緊急措置入院（その後、措置入院となるケースが大半）と措置入院の件数は3,792件であるから、平日日中も含めた全措置入院の55%が本事業において執行されていたことになる。しかも大都市圏に集中している。

夜間休日の措置入院の起点は警察官通報にほぼ限られるから、わが国の大都市圏における精神科救急医療は、警察官通報を起点とする措置入院制度に大きく依存していることが示唆される。その最大の理由は、

行政による移送体制が整備されつつあるとはいえ、夜間休日における救急ケースの医療アクセスに警察の協力が欠かせないことであろう²⁾。

2. 精神科救急事業と実績報告の意義

(1) 精神科救急医療のミッション

精神科救急医療の任務は、第1に精神疾患に起因する重大事象（自殺や重大な他害事案）を未然に防止することであり、第2に重症患者に相応の医療を提供して慢性化・長期入院化を防止すること、そして第3に適切な危機介入によって在宅ケアを支援することと集約される。

このうち、精神科救急事業は主に第1をミッションとし、精神科急性型病棟群が第2の任務、個々の医療機関によるマイクロ救急の実践が第3の任務を負うが、マイクロ救急の脆弱な地域では、本事業が第3の危機介入機能を担い、それが第1の任務遂行につながる。しかし、これまでの研究によれば、いずれの機能に関しても、わが国の精神科救急医療の質には著しい地域差や施設差がある⁴⁾⁵⁾。

(2) モニタリングの必要性

救急医療の機能に著しい地域差があることは、身体救急の領域ならば社会問題となるであろう。精神科領域で問題視されないのは、精神科医療の歴史に根ざすスティグマ性に由来しており、一朝一夕に改変することはできまい。しかし、わが国が文明国や先進国を自認するのであれば、精神障害者の権利擁護や在宅医療支援と並んで、精神科救急医療の均霑化を目指さなくてはならない。

そのためには、精神科救急事業と精神科救急入院料病棟の実情をできるだけ正確にモニタリングすることが大前提である。精神科救急事業の実績報告とは、そのような意義を有する。今回の様式改定は、モニタリングの信頼度を高めることとなろう。ただし、医療や行政の実務の負担にならないよう留意しつつ、時代の変化に即して方法を洗練して行くべきである。

3. 精神科救急病棟群の課題

(1) 精神科救急病棟のミッション

わが国の精神科救急医療を牽引する精神科救急入院料病棟は、「救急患者を常時受け入れ」（入り口機能）、「重症患者に手厚い医療を提供して早期退院を目指し」（本体機能）、「在宅ケアを支える」（出口機能）ことを求められている。つまり、救急病棟と名がついてはいるものの、入り口の救急機能だけでなく、急性期治療という本体機能と在宅医療へのリンケージや退院患者の危機介入という出口機能をも担っている。

これらの幅広い機能は、診療報酬上の認可要件に書き込まれている。すなわち、精神科救急事業への主体的参画の義務づけや、2018年度の診療報酬改定で追加された時間外受診患者の経由機関（精神科救急情報センターや行政機関、警察、消防など）が救急機能の指標とされるほか、非自発入院患者や三次救急患者の受け入れ比率が重症患者受け入れの指標、個室割合やスタッフ密度が手厚い医療の指標、3ヶ月以内の自宅退院率が早期退院の指標、そして、3ヶ月以上の在宅期間が出口機能の指標となっている。

(2) 精神科救急病棟の展開とインパクト
2002年の診療報酬改定で、精神科急性期治療病棟入院料がグレードアップされて精神科救急入院料が新設されて以来、精神科救急入院料認可施設は増加し、図10に示すように、ほぼ全国に展開した。

認可施設数だけでなく精神科救急病棟を複数もつ施設も増加して、ベッド数も増えた。C3で述べたように、2018年6月末現在、全国で163施設が234の精神科救急入院料を認可され、病床数は総計10,916床に及んでいる。

とはいえ、精神病床331,700床(厚生労働省医療施設調査2017年10月1日)に占める救急病棟の割合は3.3%にすぎない。しかし、年間約7回転するから、年間約7万件が精神科救急病棟群に入院することになる。これは精神科医療施設への年間推計入院件数39万件の18%を占める。精神科急性期治療病棟を含めた精神科急性型包括病棟群への入院は年間約16万件、精神科全体の41%に達すると推計されている⁵⁾。

精神科急性型病棟群におけるこうした高い病床回転率は、わが国の精神科における平均在院日数の短縮と在院患者数の減少を促す。精神科急性期治療病棟入院料が診療報酬上に新設された1996年から20年の間に、わが国の精神科平均在院日数は441日から270日へ61%に短縮し、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。また、退院した病院への通院継続率は7割を超える³⁾。

すなわち、精神科救急病棟をはじめとする精神科急性型包括病棟群は、病床数のシェアは8%ほどにすぎないが、わが国の精

神科医療における「緩やかで安全な脱入院化」を牽引してきたといえる。それはまた、18世紀ヨーロッパで「非理性」や「反道徳」を社会的に隔離する収容施設として誕生した精神病院(アジール、アサイラム)を治療施設に転換しようとする社会運動の象徴でもあった。

(3) 精神科救急病棟の限界と課題

しかし一方で、精神科救急病棟群の限界や課題も指摘されている。

第1は、重症患者の長期在院や頻回入院を防ぎきれていないという臨床的な限界である。2015年に全国の精神科救急病棟60カ所(およびそれ以外の病棟219カ所)に新規入院した患者を対象とした追跡調査によれば、精神科救急病棟に入院した患者の82.9%が3ヶ月以内に、95.2%が1年以内に退院しているが、4.8%が1年を超えて残留した。また、1年以内に退院した患者の8.5%が退院後3ヶ月以内に、26.2%が1年以内に再入院していた。

1年超の長期在院率は全国平均(2015年は推計11.6%)に比べれば低いが、在院3ヶ月を超えた患者群に限れば、1年超の残留率は21.8%で、精神科救急病棟以外で在院3ヶ月を超えた患者群の1年超残留率23.2%と比べて有意差はなかった¹⁾。すなわち、全国平均から見れば緩和されているとはいえ、精神科救急病棟入院患者における新たな長期在院と頻回再入院の課題は、いわば他の病棟群へのツケ回しという形で残されているといつてよい。

第2の課題は、精神科救急医療の社会的ミッションよりも病院の経営的ミッションを優先させたと思われるような病院群の出

現であろう。複数の精神科救急病棟を有する病院（5病棟を有する病院も複数ある）が増加するにつれて、重症患者の急性期治療の場とは言いがたい救急病棟や精神科救急事業に責任をもたないと目されるような病院が現れるようになった。そのような事例が例外的少数ではあったとしても、高規格・高給付病棟である精神科救急病棟に厳しい評価の目が向けられるのは宿命である。このような評価を背景として、2018年の診療報酬改定では、精神科救急病棟の少数精鋭化を促す見直しがなされることになったと理解すべきであろう³⁾。

第3の課題は、図10にも見られる精神科救急病棟の不均等分布である。ReMHRADからは、この状況がさらに小さな圏域単位で読み取れる。どこで救急患者が発生しても受けられる医療の質に格差はないというのが救急医療の原則であるが、精神科領域では立ち後れている。病棟規格だけで医療の質を評価することはできないにしても、例えば48人の入院患者に医師が1人の病棟と患者16人に医師1人の病棟では、治療成績に差が出るのは当然である。

前回の診療報酬改定では、複数病棟の運営には厳しい条件が課された反面、精神科救急病棟の空白地区への普及条件が若干緩和された。しかし、医師（特に精神保健指定医）や看護師の絶対数が欠乏している地域では、精神科救急病棟の運用基準を病棟単位で維持することは困難である。病床群単位での精神科救急ユニットの新設が検討されるべきである。

E. 結論

都道府県から報告される精神科救急医療

体制整備事業の年報を集計し、統計的信頼度を上げるために報告様式の改定を提案した。また、精神保健医療資源の基本調査（630調査）の最新データ等から、精神科救急入院料病棟の運用実態に係る指標を抽出して集計し、ReMHRAD（地域精神医療資源分析データベース）を更新した。

以上の集計・分析によって、精神科救急事業の動向を考察し、本事業およびそのモニタリングの意義を再確認した。また、精神科救急病棟群の全国分布状況を示し、わが国の精神科医療に対する精神科急性型包括病棟群の意義と課題を提示した。

今後とも、わが国の精神保健医療の水準向上に資するために、精神科救急医療の諸相を継続的にモニタリングする必要があると思われる。

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、村上優ほか：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) 平田豊明：措置入院制度の歴史と現状.
精神科臨床サービス. 17 ; 281-287, 2017
- 3) 平田豊明：精神科救急入院料の認可要件
改定で精神科救急はどう変わるか？. 精
神科治療学. 34 ; 217-277, 2019
- 4) 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
- 5) 杉山直也、平田豊明、八田耕太郎、松本
俊彦、塚本哲司、橋本聡ほか：平成 29 年
度厚生労働科学研究「精神科救急および
急性期医療の質向上に関する研究」報告
書. 2018 年

表1 精神科救急事業一覧表
(2017年度)

都道府県	受診前相談事業			受診件数(入院を含む)		入院件数		入院形式						医療施設分類				精神科救急医療施設分類			
	情報センター		精神医療 相談	総数	うち通院中	総数	うち通院中	緊急措置 入院	措置入院	応急入院	医療保護 入院	任意入院	その他	大学病院	総合病院	その他病院	診療所	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型
	総数	受診紹介																			
北海道		4320		1589		720		9	5	37	419	247	3		11	52			63	1	
青森県				1385	1385	281	158	1	6	0	166	108	0		5	17			22		
岩手県	271	50	2506	1851	1433	440	273			8	163	269		1		14		3	12	1	
宮城県	719	491	2030	271	91	133	40	0	53	0	62	18	0	1	1	25	5		27		5
秋田県				662	331	188	77	0	7	0	109	72	0		2	12		1	13		
山形県	206	19	0	425	223	241	114	4	19	11	154	53	0			11			11		
福島県	24	18		570	244	232	69	0	21	4	135	72	0		2	22			24		
茨城県	465	136		333	241	185	97	49	21	1	101	13	0			27		1	26		
栃木県	507	405	615	652	187	246	38	134	55	0	47	10	0			18		1	7		10
群馬県	59	59	0	835	349	440	142	86	12	3	252	87	0			15		1	14		
埼玉県	1999	276	7065	936	68	504	40	36	219	2	237	9	1	1	1	36	40	2	36		40
千葉県	3565	1106		1223	245	712	83	107	104	4	451	46	0		4	30		12	31	3	
東京都	12365	625	20017	1763		1506		891	0	2	576	37	0		3	37	46	4	36		46
神奈川県	1579	1280	14599	1158	1158	1012	87	145	538	8	297	24	0	3	5	43	5	6	45	3	5
新潟県	117	50	1448	3451		236		0	0	0	159	61	16		1	25			26		
富山県	3421	312	4029	155	155	67	32	0	0	0	51	16	0	1	5	19			25	1	
石川県	347	57	347	1651	1313	555	357	0	33	14	367	125	16	2	2	13		2	16		
福井県	884	524	1173	662	396	285	128	22	23	16	147	56	21		2	8			10	1	
山梨県	733	304	581	154	154	106	0	22	1	2	75	6	0			10		1	9		
長野県				2785		670		58	66	13	264	264	5		2	16		1	17		
岐阜県	393	168	321	612		308		11	0	11	193	93	0		1	13			14		
静岡県	1498	538	11522	1426	446	709	210	78	5	32	459	126	9		1	9		4	6	1	
愛知県	3947	1859	3947	1777	236	918	117	35	0	35	530	317	1		1	41			41		
三重県	858	858	1085	1087	147	327	53	40	3	4	206	73	1			12			12		
滋賀県	1227	26		1578	856	322	186	51	1	52	137	81	0	1	2	8		2	9		
京都府	7246	241	3314	758	446	328	111	37	17	29	209	36	0	2	1	12		1	14		
大阪府	2508	1680	15189	2375	20	1707	19	243	0	220	937	307	0		1	36			37	1	
兵庫県	6826		2952	1914		1367		25	2	47	446	144	703	2	2	32		1	35		
奈良県	1096	600		523	523	241	30	43	1	12	143	42	0	1		8		1	8	1	
和歌山県	166	35		629	629	166	67	5	5	2	100	54	0			6		1	5		
鳥取県		7119		812	623	246	169	3	11	3	120	109	0	1		6			7		
島根県	464	64		632	417	194	106	3	24	3	85	77	2		3	9		4	8		
岡山県	522	522	4105	761	761	474	238	6	15	28	272	153	0			12		1	11		
広島県	1394	154	1394	1045	377	416	178	0	55	10	249	102	0			5		1	4		
山口県	266	191	1496	151		127			17	0	89	21		1		30		1	30		
徳島県	109	84		398	113	221	25	1	1	15	83	94	27		1	14			14	1	
香川県	19	15	663	696	696	199	43	0	5	5	63	60	66		1	11		1	11	1	
愛媛県	283	101		188	113	93	35	0	2	0	66	24	1			7			7		
高知県				306	83	112	29	0	13	6	71	22	0			7			7		
福岡県	2094	784	14724	518	26	459	23	169	11	17	224	38	0	1		76			77		
佐賀県	284	47	192	421	421	131	69		11	3	80	37				15		1	15		
長崎県	1509	205		148	79	82	28	0	32	0	35	15	0		2	32		1	34		
熊本県	844	844	1447	878	245	186	30	0	0	1	121	64	0		1	43			43	1	
大分県	566			46	16	39	14	27	3	0	8	1	0			20			20		
宮崎県	188	44		492	186	138	40	9	4	4	64	57	0	1	1	19			19	2	
鹿児島県	95	66	769	462	129	169	31	0	1	1	71	96	0			40			40		
沖縄県	3322	511	3322	1316	415	446	114	2	18	10	220	196	0		2	18			20		
合計	64985	26788	120852	44460	15976	18884	3700	2352	1440	675	9513	4032	872	19	66	991	96	55	1018	18	106

表2 精神科救急入院料病棟の運用に関する主な指標

項目		2018年	2017年
認可施設数		163	152
病棟数		234	214
病床数		10916	10040
平均病床数		46.6	47.1
平均在院患者数		40.3	40.1
入院形式比率	任意入院	26.9%	集計せず
	医療保護入院	66.9%	集計せず
	応急入院	0.2%	集計せず
	鑑定入院	0.4%	集計せず
	緊急措置入院	0.1%	集計せず
	措置入院	5.5%	集計せず
	非自発入院患者の比率	73.1%	74.6%
隔離患者比率		17.5%	18.6%
身体拘束患者比率		4.4%	6.1%
主診断比率	F0群	11.4%	10.7%
	F1群	4.8%	集計せず
	F2群	46.6%	48.1%
	F3群	24.8%	集計せず
	F4群	4.6%	集計せず
	F5群	0.7%	集計せず
	F6群	0.7%	集計せず
	F7群	1.7%	集計せず
	F8群	2.5%	集計せず
	F9群	0.5%	集計せず
	てんかん	0.4%	集計せず
	その他	1.1%	集計せず
不明	0.2%	集計せず	
65歳以上の在院患者比率		30.1%	28.1%
在院3ヶ月超の在院患者比率		21.8%	6.1%

図1 精神科救急情報センター相談件数
(2017年度)

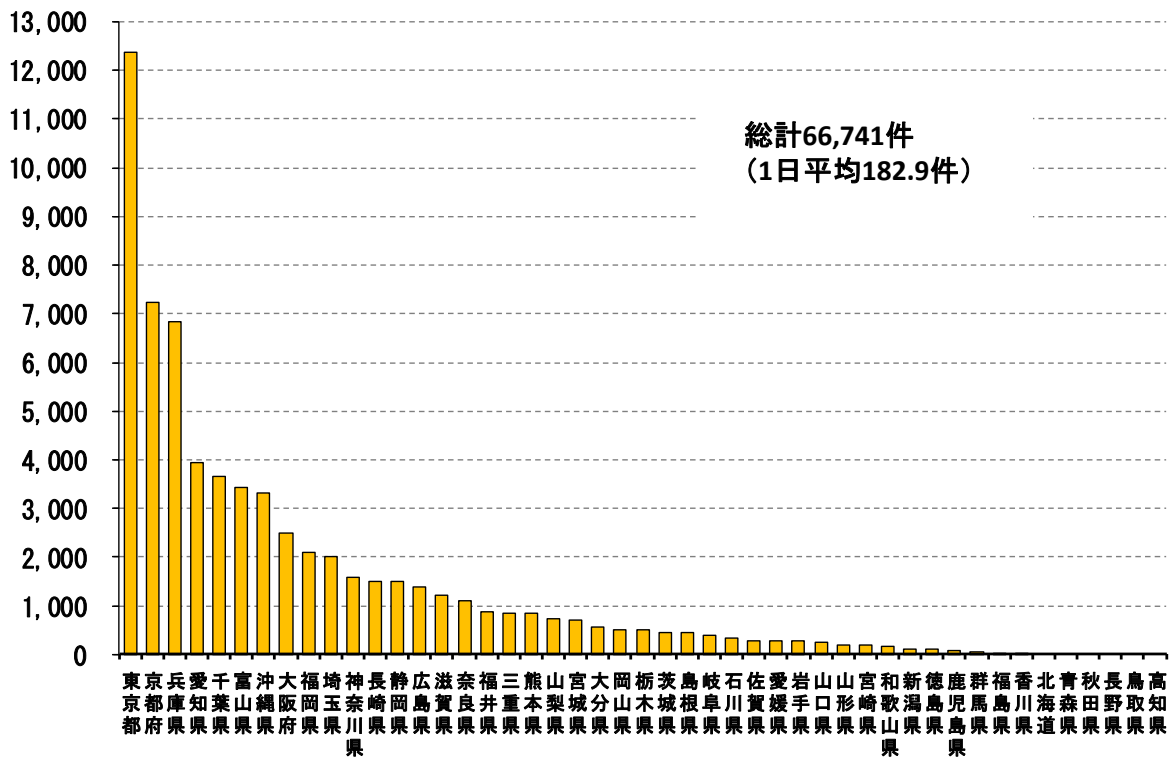


図2 精神医療相談件数(2017年度)

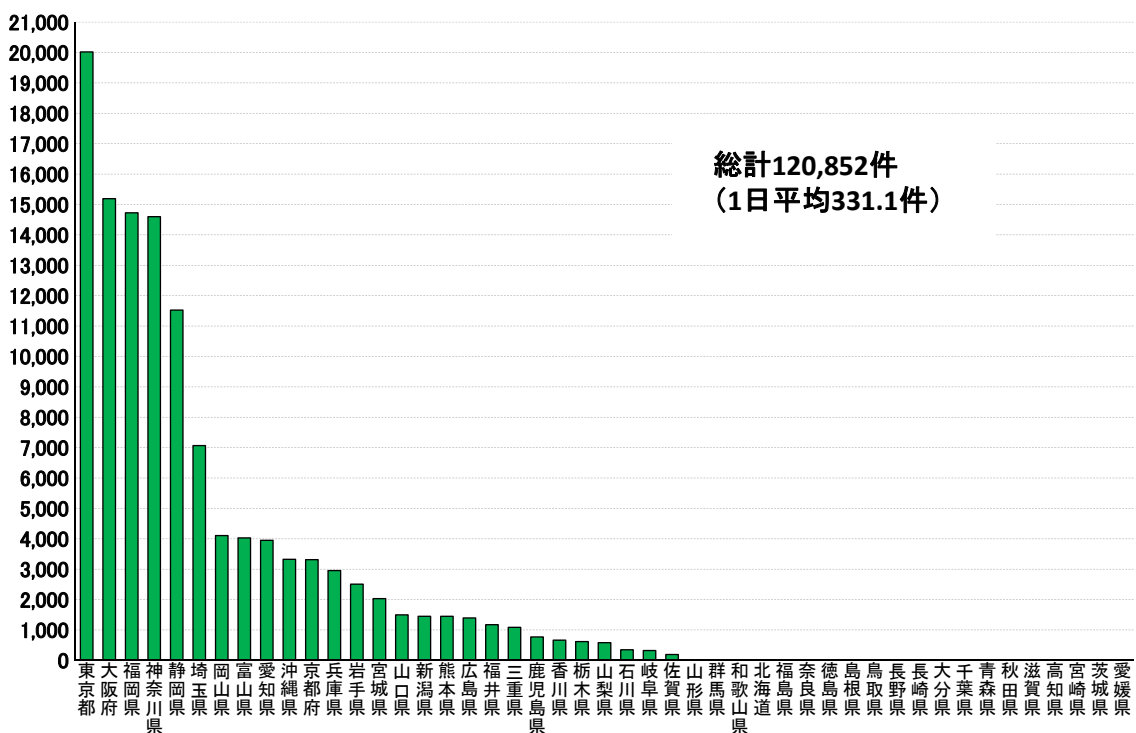


図3 受診件数(2017年度)

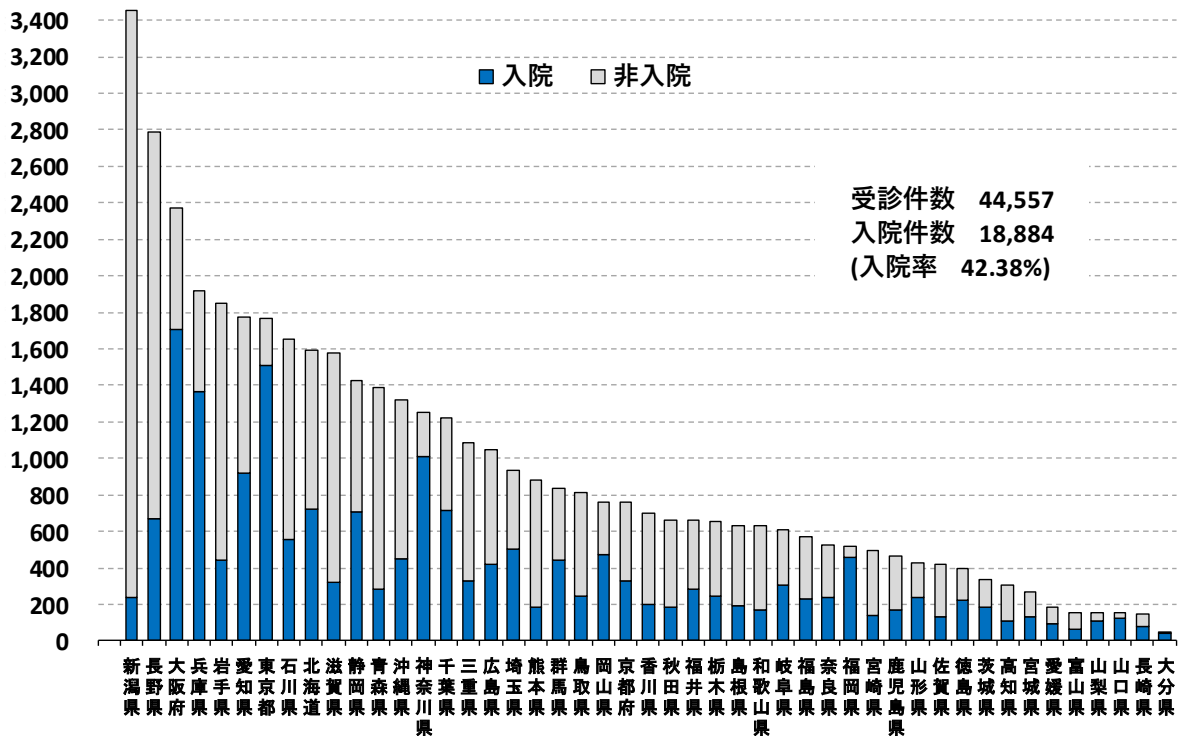


図4 入院件数(2017年度)

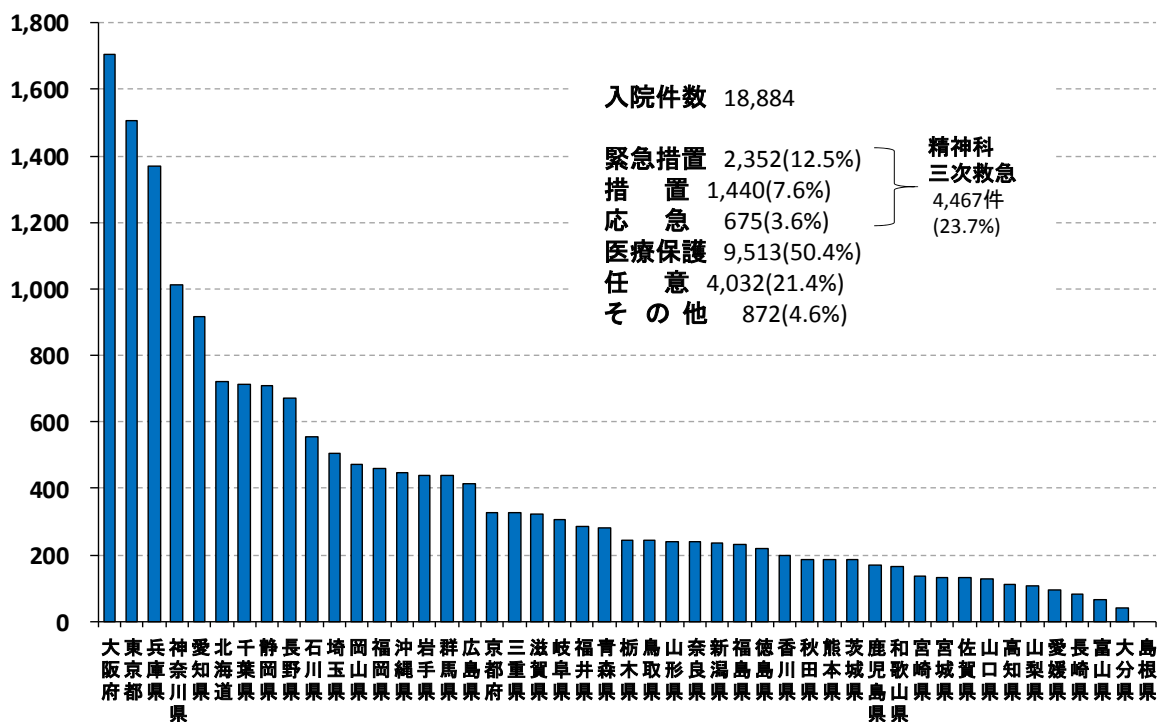


図5 入院形式内訳(2017年度)

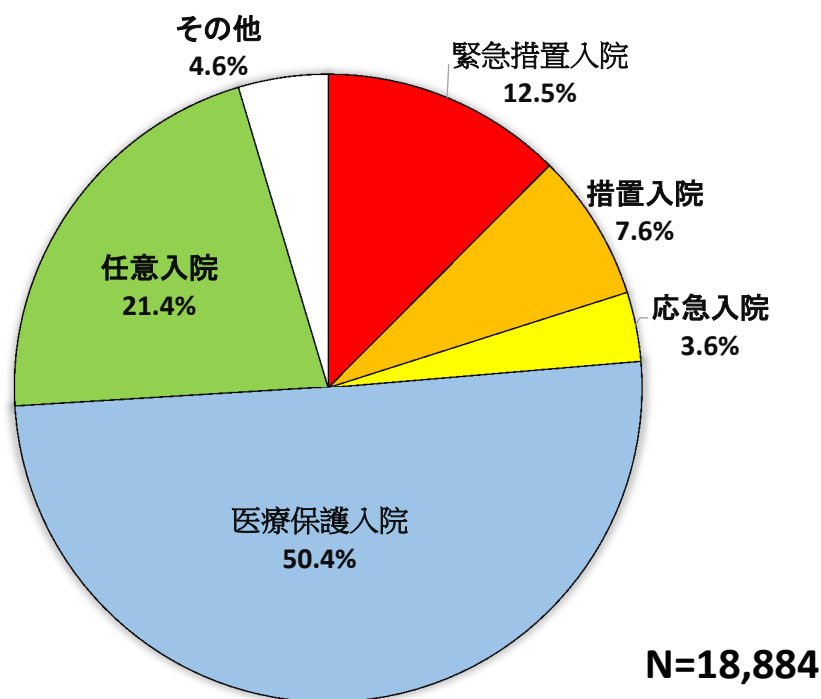


図6 三次救急の都道府県別比率 (2017年度)

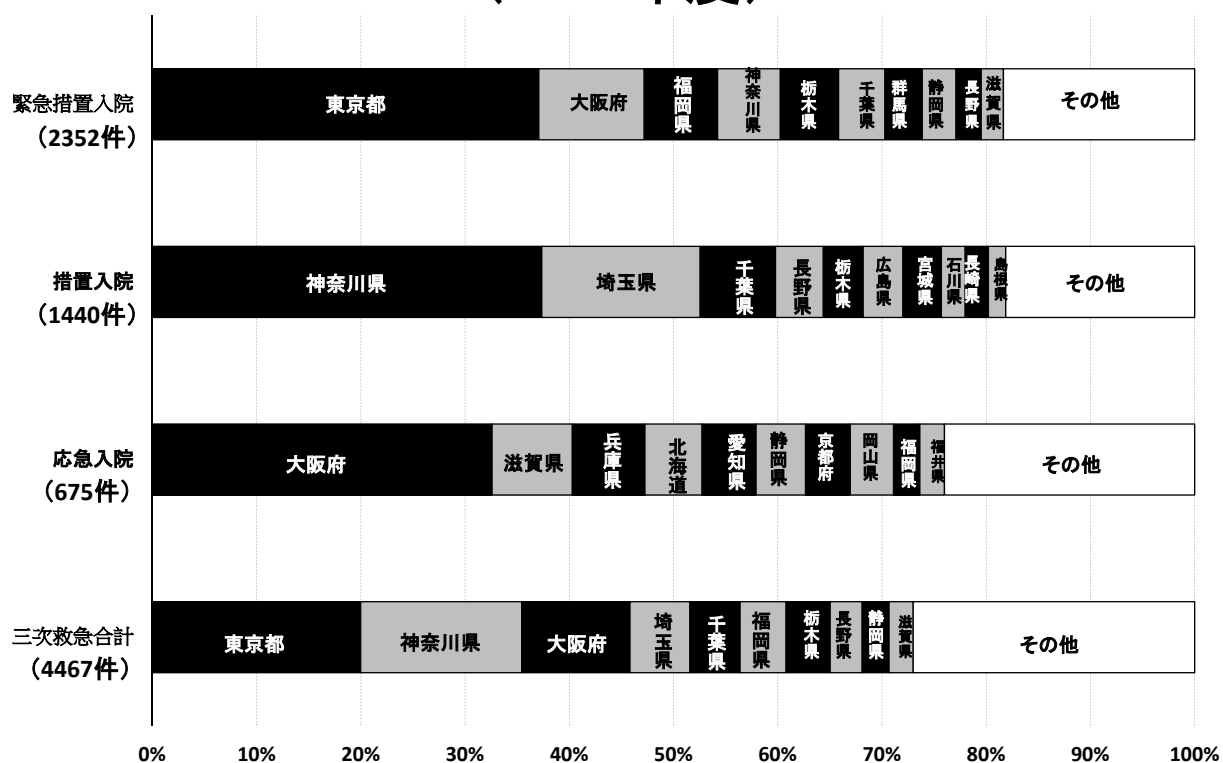


図7 精神科救急事業の実績推移

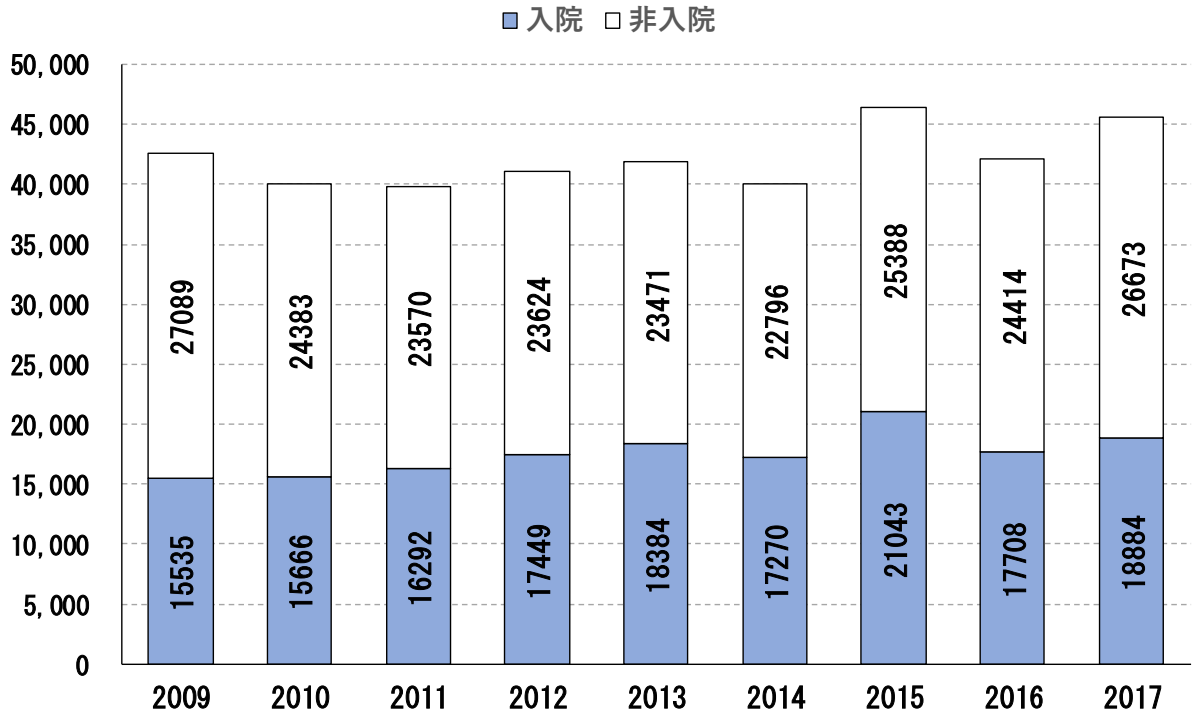


図8 人口万対受診件数と入院率(2017年度)

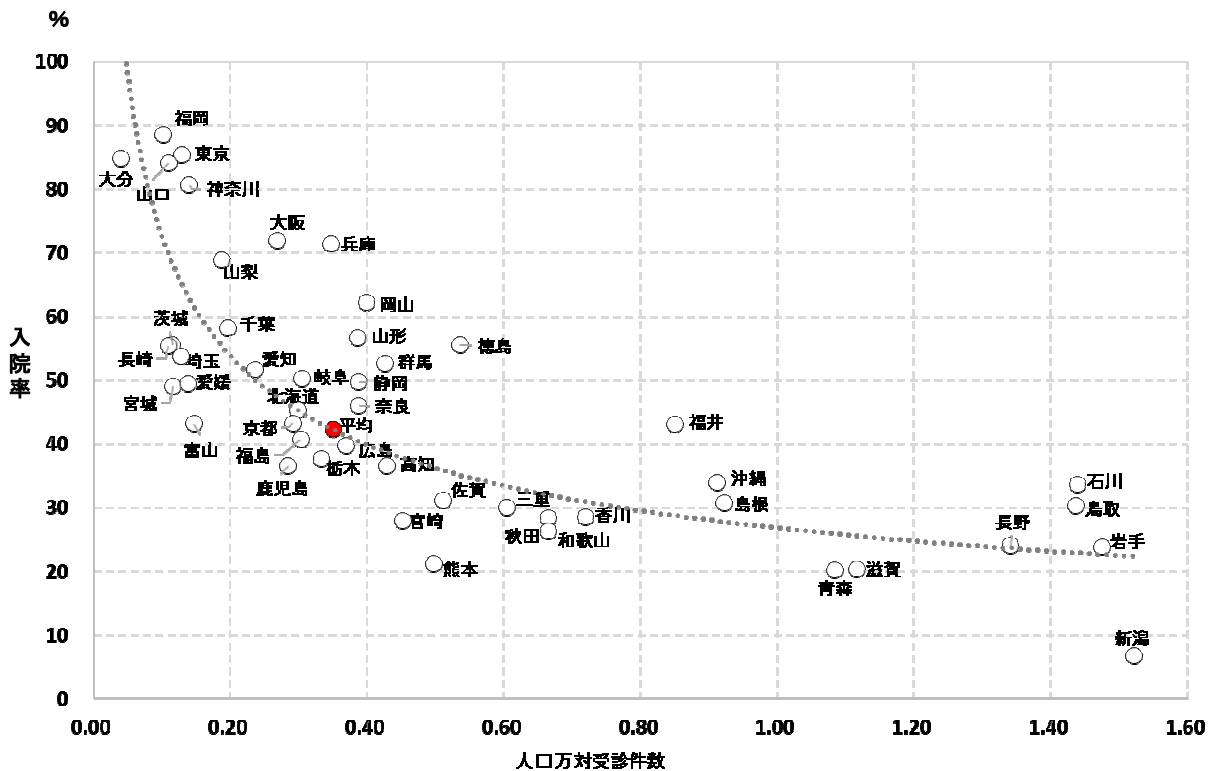


図9 通報件数および措置決定数・決定率の推移
(衛生行政報告例より)

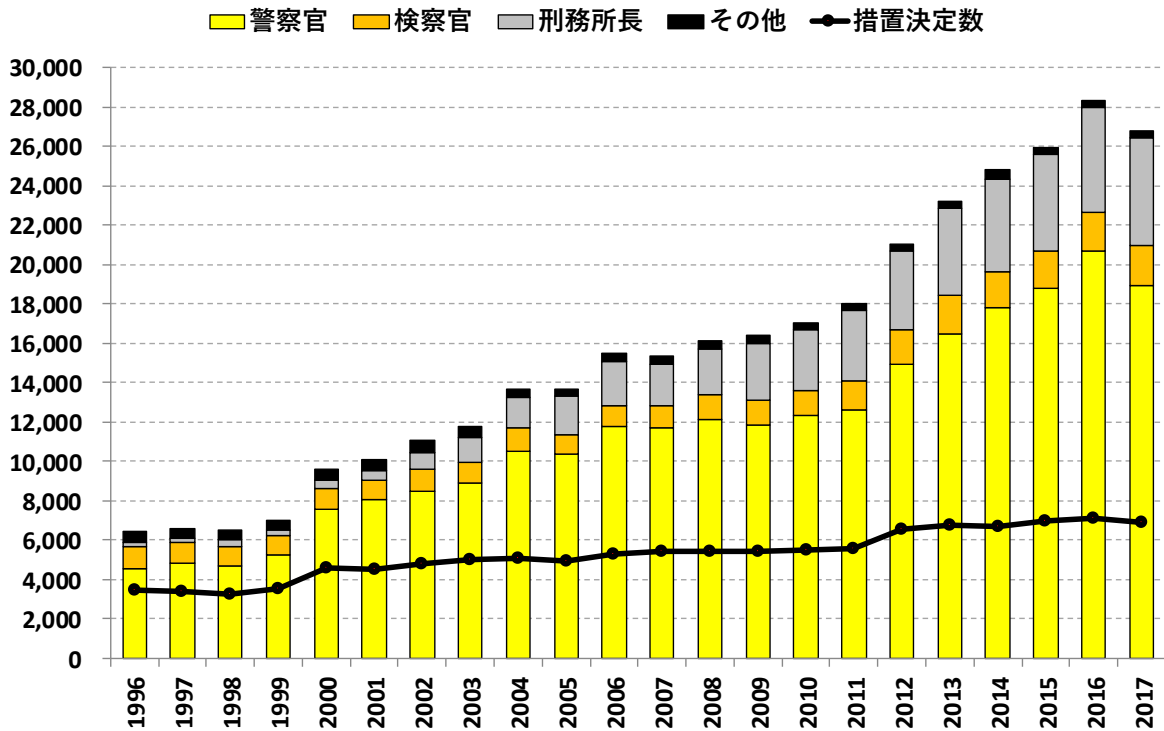
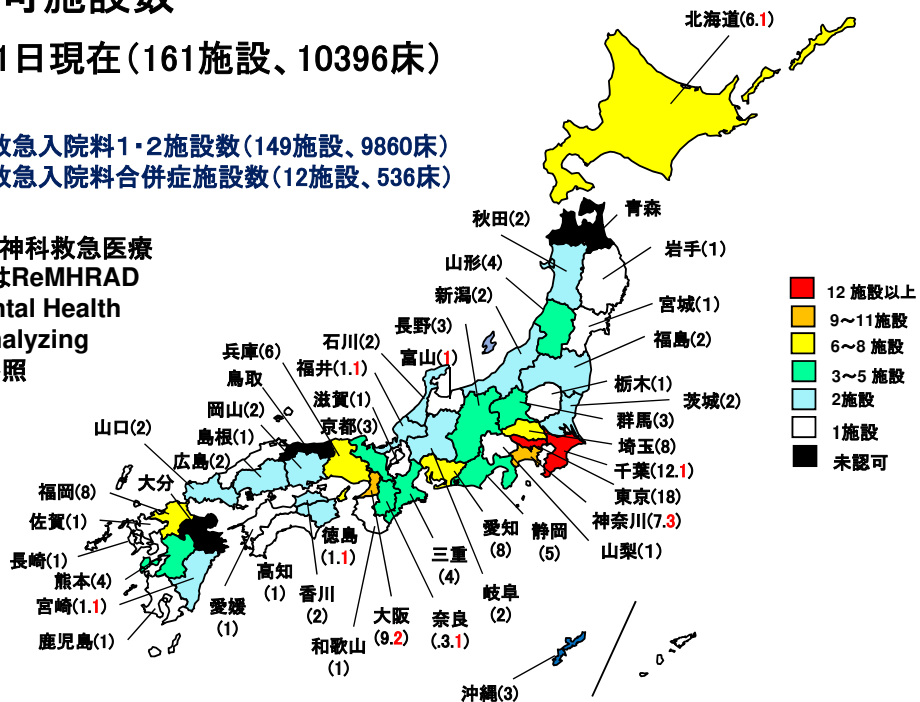


図10 都道府県別精神科救急入院料
認可施設数

2018年6月1日現在(161施設、10396床)

黒番号: 精神科救急入院料1・2施設数(149施設、9860床)
赤番号: 精神科救急入院料合併症施設数(12施設、536床)

二次医療圏・精神科救急医療
圏単位の分布はReMHRAD
(Regional Mental Health
Resources Analyzing
Database)を参照



日本精神科救急学会ホームページより

圏域 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		外来対応施設 (対応頻度を記載す ること)	
精神病床数			
当該年度の6月30日時点における 入院後3ヶ月時点の退院率			
当該年度の6月30日時点における 入院後1年時点の退院率			
当該年度の6月30日時点における 1年以上の在院患者数及びその割合			

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)	入院形式							入院形式								
					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		
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。

月	精神医療相談（夜間・休日の昼間のみの件数を記載すること）																			
	相談受付件数				緊急性はなく医療機関へ自らの受診をすすめた件数				精神科救急情報センターにつないだ件数				相談のみの件数				本来窓口で受けるべき相談内容でなかった件数			
	電話		来所		電話		来所		電話		来所		電話		来所		電話		来所	
	合計	本人	家族・その他	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他	本人	家族・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																				

* 精神医療相談窓口への電話及び来所相談件数、相談等に対応した内容別に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	
	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	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。

精神科救急医療体制の現状 （各圏域の設定の考え方、連絡 会議の開催頻度、参加機関も含 めて記載すること）	
精神科救急医療体制に 関する課題	
課題に係る当該年度での 対応状況	
対応状況等に対する評価	

- * 各都道府県・指定都市における精神科救急医療体制整備事業の現状を記入して下さい。
- * 各都道府県・指定都市における精神科救急医療体制整備事業に係る課題を記入して下さい。
- * 課題に対する対応状況を記入して下さい。
- * 連絡調整委員会において、課題に対する対応の評価を行い、評価結果を記入して下さい。
- * 年報として厚生労働省精神・障害保健課へ提出願います。

精神科救急医療体制整備事業・施設月報（ 年 月）

施設名		当番日数		（ 日）						
事例数	受診日	受診時間帯		帰 結						
		休日 日中	夜間	非 入院	入 院					
					緊急 措置入院	措置 入院	応急 入院	医療 保護入院	任意 入院	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									
計										

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

* 精神科救急医療体制整備事業の対象患者のみについて、**1事例1行で該当項目に半角数字の1**を入れて下さい。

* 「受診日」には、精神科救急医療体制整備事業による**救急受診があった日**にのみ、**その日付を記入**して下さい。同日に複数受診があれば、同じ日付が重複します。最終行には**月間の総受診件数**を記入して下さい。

* 「受診時間帯」のうち、「休日日中」は**休日の8:30から16:59までの間**、「夜間」は**平日・休日を問わず17:00から翌日8:29までの間に診療を開始**した事例です。どちらかに1を入れ、月の合計数を最終行に記入して下さい。

* 「帰結」は該当する欄に**1つだけ1**を入れて下さい。月の合計数を最終行に記入して下さい。

* 当該月の受診が30件を超える場合は、本シートをコピーして記録を追加して下さい。

* 当該月の記録が完結したら、**翌月第2週末までを目途に、行政担当者に送付**して下さい。

精神科救急医療体制整備事業・圏域別年報（圏域名）（年度）

月	受診者数		受診時間帯		帰 結						
	月間総数	休日 日中	夜間	非入院	入 院						
					緊急 措置入院	措置 入院	応急 入院	医療 保護入院	任意 入院	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											
計											

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

* 様式2圏域別月報の合計値を毎月累計していく表です。

* この表が完成しましたら、圏域数分を厚生労働省精神・障害保健課に送付願います。

精神医療相談事業年報（自治体名 _____ ）（ _____ 年度）
 設置場所（ _____ ）

月	相談件数	精神科救急情報センター もしくは医療機関を 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		

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

* 夜間（17:00～8:29）および休日の日中（8:30～16:59）に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

* 同一事例につき複数回の相談があった場合は、その都度1回と数えて下さい。

* この表が完成しましたら、厚生労働省精神・障害保健課に送付願います。

精神科救急情報センター事業年報（自治体名 _____）（ _____ 年度）
 設置場所（ _____ ）

月	相談受付件数	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		

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

* 夜間（17:00～8:29）および休日の日中（8:30～16:59）に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

* 同一事例につき複数回の相談があった場合は、その都度1回と数えて下さい。

* この表が完成しましたら、厚生労働省精神・障害保健課に送付願います。

精神科救急医療圏域情報 圏域名() (年度)

圏域内の市区町村							
施設名	施設が所在する市区町村名	病院区分	設置主体	精神科救急事業における施設類型			
				常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型
施設数計()							

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

*この表は、圏域数分をコピーして、各圏域について記載して下さい。

*病院区分には、各施設が「A:大学付属病院(※1)、B:大学付属病院以外の総合病院(※2)、C:それ以外の病院、D:診療所」のどれに当たるかを記載してください。

(※1)国立大学法人を含む (※2)内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(医師16:1、看護職員3:1、薬剤師70:1)

*設置主体には、各施設が「①:公的病院(開設者(※3)が国、公的医療機関、社会保険関係団体)、②:①以外の指定病院(※4)、③:①以外の非指定病院」のどれに当たるかを記載してください。

(※3)開設者における分類区分の詳細については参考資料をご参照ください。(※4)精神保健福祉法第19条の8に基づく指定を受けた精神科病院を指します。

*施設類型は精神科救急医療体制整備事業の類型です。該当する欄に○を記入し、○の合計数を最終行に記入して下さい。重複する自治体もあります。

*圏域内の施設数が10を超える場合は行を増設するか、本シートをコピーして施設を追加して下さい。

*この表が完成したら、全圏域分を厚生労働省精神・障害保健課に送付願います。

開設者における分類区分

※「病院報告」における分類を参考に作成。

国	厚生労働省 独立行政法人国立病院機構 国立大学法人 独立行政法人労働者健康福祉機構 国立高度専門医療研究センター 独立行政法人地域医療機能推進機構	①公的病院
公的医療機関	都道府県 市町村 地方独立行政法人 日赤 済生会 北海道社会事業協会 厚生連 国民健康保険団体連合会	
社会保険関係団体	健康保険組合及びその連合会 共済組合及びその連合会 国民健康保険組合 公益法人	
医療法人	医療法人 私立学校法人 社会福祉法人 医療生協 会社 その他法人	①以外 ↓ 精神保健福祉法第19条の8に基づき ②: 指定病院 ③: 非指定病院 を選択
個人	個人	

**精神科救急医療体制整備事業
報告様式の記載マニュアル 2019 年度版
【医療機関の事務担当者の方へ】**

精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」）の報告については、本事業実施要綱の4に基づき、国が指定している統一の別紙様式1を用いて作成・報告する必要があります。今般、報告様式を見直し簡素化を図るとともに、報告様式の記載マニュアルを作成いたしましたので、報告の作成に当たりご活用下さい。

1. 記録様式

夜間もしくは休日に貴院を救急受診した本事業の対象に関するデータを、1事例につき1行、「精神科救急医療体制整備事業・施設月報」（様式1）に記録して下さい。記録するデータは、受診日、受診時間帯、帰結の3項目のみで、個人情報を含れません。この記録が他の全記録の基礎となる最も重要なデータとなります。

2. 記録要領

- (1) まず、様式1の最上段「当該年月」と2行目の「施設名」及び「当番日数」（該当月の当番日数の総計）を記入して下さい。
- (2) 本事業の対象となる救急受診があった場合は、「受診日」をまず記入して下さい。
- (3) 「受診時間帯」とは、診療を開始した時間帯で、「夜間」もしくは「休日日中」のいずれか一方です。どちらか1つの欄に半角数字で1を記入して下さい。
ここでいう「夜間」とは、平日・休日を問わず17:00から翌日の08:29まで、「休日日中」とは、土曜・日曜・祭日の08:30から16:59までと定義します。
- (4) 診察の結果、入院にならなかった場合は「帰結」欄のうち「非入院」を選択、入院となった場合は入院形式の中から、該当欄に1を記入して下さい。
- (5) 同日に複数の救急受診があった場合は、同じ日付で複数行にデータを記録して下さい。
- (6) 同日中に同じ患者が再受診した場合は、別事例として扱ってください。
- (7) 1ヶ月分の記録が完了したら、最終行のうち、受診日の列には受診者の総数を、それ以外の列には各列の合計値を記入して下さい。

3. 月報の提出

1ヶ月分の記録が完成したら、翌月の第2週末までに電子メールにて、都道府県もしくは指定都市の精神科救急医療体制整備事業担当者あてに送信して下さい。

4. データの管理と活用

この施設月報を基礎データとして、本事業の実績報告が精神科救急医療圏域単位および自治体単位で集計され、1年分の記録を集計した年報が厚生労働省に集約されます。

これを分析した厚生労働科学研究報告書が公表されることがありますが、個々の医療機関名など特定の医療機関に係る情報が公表されることはありません。

**精神科救急医療体制整備事業
報告様式の記載マニュアル 2019 年度版
【都道府県・指定都市担当者の方へ】**

精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」）の報告については、本事業実施要綱の4に基づき、国が指定している統一様式を用いて作成・報告する必要があります。今般、報告様式を見直し簡素化を図るとともに、報告様式の記載マニュアルを作成いたしましたので、報告の作成に当たりご活用下さい。

「精神科救急医療体制整備事業報告様式の記載マニュアル 2019 年度版」は、精神科救急医療体制整備事業に係る実績報告の実務担当者に向けた以下の3部から成ります。

【都道府県・指定都市担当者用】（本マニュアル）

【医療機関用】

【精神医療相談窓口・精神科救急情報センター用】

1. 報告様式の全容

（1）「精神科救急医療体制整備事業・施設月報」（様式1）

本事業において都道府県知事又は指定都市市長が指定する精神科救急医療施設（以下「病院」と略記）が、本事業の対象となった救急診療のうち、指定された項目（診療日、受診時間帯、帰結の3項目）について1事例1行に情報を記録していく表です。1か月分のデータがまとまったところで、病院から行政担当者に報告してもらいます。この施設月報が、以降のすべての記録の基本情報になります。

（2）「精神科救急医療体制整備事業・圏域別月報」（様式2）

行政担当者が、毎月、病院から報告される施設月報のデータを精神科救急医療圏域（以下「圏域」と略記）別に集計する月報です。

（3）「精神科救急医療体制整備事業・全圏域月報」（様式3）

様式2の圏域別月報を集計した全圏域（全県）月報です。

（4）「精神科救急医療体制整備事業・圏域別月報」（様式4）

様式2の各月の実績合計値を順次記録して行く圏域別の年報です。毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼びます。完成版を翌年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出して下さい。

（5）「精神医療相談事業年報」（様式5）

本事業に係る精神医療相談事業の実績件数を月別に集計した年報です。毎日の相談記録に基づいて、夜間および休日日中に受けた相談の月間件数、そのうち精神科救急情報センターもしくは医療機関を紹介した相談の月間件数を毎月記録していくものです。

毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼びます。完成版を2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出して下さい。

（6）「精神科救急情報センター事業年報」（様式6）

本事業に係る精神科救急情報センター事業の実績件数を月別に集計した年報です。毎日の相談記録に基づいて、夜間および休日日中に受けた相談の月間件数、そのうち医療機関を紹介した相談の月間件数を毎月記録して行くものです。

毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼び

ます。完成版を2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出して下さい。

(7) 「精神科救急医療圏域情報」(様式7)

貴自治体が定める精神科救急医療圏に関する情報を記載するものです。当該圏域に含まれる市区町村名、病院区分、設置主体および精神科救急医療施設名と本事業における施設類型(常時対応型、輪番型、合併症型、外来対応型)を記載して2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出して下さい。

※ 本様式7につきましては2020年1月目途で暫定版を任意での提出依頼を求める可能性ありますので、ご留意ください。

2. 各報告様式の流れ

(1) 関係機関への様式の配布と記載の説明

関係各機関に該当する報告様式と記載マニュアルを配布して下さい。すなわち、

- ・様式1と医療施設向けマニュアルは、各医療機関へ、
- ・精神医療相談事業を実施している場合は、様式5と受診前相談向けマニュアルを当該事業の窓口機関へ、
- ・精神科救急情報センター事業を実施している場合は、様式6と受診前相談向けマニュアルを当該事業の窓口機関へ、それぞれ配布して下さい。

(2) 報告様式への記録と月報の集計

2019年4月より、各病院には様式1を、受診前相談窓口には様式5、6を、順次記録してもらいます。

様式1については、1ヶ月分のデータが揃ったところで、翌月の第2週末頃を目途に、行政担当者へ提出してもらいます。受け取った行政担当者は、各病院からの様式1を集計して、様式2(圏域別月報)および様式3(全圏域月報)を作成します。様式2の合計値を様式4に順次転記して、圏域別の年報(累計版)を作成します。

様式5、6については、当該事業の窓口機関が毎月記録し、最新の累計版を翌月の第2週末頃を目途に、行政担当者へ提出してもらいます。

(3) 年報の集計と厚生労働省への報告

ここまでの手順が遂行されれば、2020年度の初め頃には、2019年度的全データが書き込まれた 様式4(圏域別年報)、様式5および6の完成版 が作成されます。さらに2019年度当初における精神科救急医療圏域情報を 様式7 に記載して下さい。様式4と7は圏域の数だけシートがありますが、様式5および6は各1シートです。行政担当者は、これらのシート(様式4~7)を 2020年4月末までに、厚生労働省精神・障害保健課へ電子メールにて提出 して下さい。

厚生労働省に報告されない様式1は空床確保料等の支払いのための資料として、様式2および3は貴自治体内での本事業の実績報告資料等としてご活用下さい。

3. 様式2、3、4、7の記載要領

(1) 「精神科救急医療体制整備事業・圏域別月報」(様式2)の作成

- ・様式2は圏域の数だけコピーして下さい。
- ・各圏域に含まれる医療施設(病院)名を左端の列に記入して下さい。
- ・各圏域内の病院から毎月第2週末頃に報告される様式1の完成版(1か月分のデー

タ)のうち、各列の合計値を、様式2の中の各病院の行に転記して下さい。

- ・転記する項目は、様式1の項目と全く同じです。
- ・様式1の提出が大きく遅れる病院があれば、督促して下さい。また、帰結別の合計数と受診時間帯別の合計数が月間の受診者総数と一致しない場合は、病院に問い合わせして下さい。
- ・報告の対象となるのは、貴自治体が定める本事業の対象事例のうち、夜間および休日日中に診療を開始した事例に限ります。本報告では、夜間とは、平日・休日を問わず17:00から翌日の08:29まで、休日日中とは、土曜・日曜・祭日の08:30から16:59までと定義します。この点を常にご確認願います。

(2)「精神科救急医療体制整備事業・全圏域月報」(様式3)の作成

- ・様式3は、様式2の圏域別月報を単純に連結した全圏域の実績月報です。

(3)「精神科救急医療体制整備事業・圏域別月報」(様式4)の作成

- ・様式2の月報が完成したら、その都度、最終行の合計値を同じ圏域内の様式4の当該月の欄に転記して下さい。月を経るたびに記載済みの行数が増えていきます。

(4)「精神科救急医療圏域情報」(様式7)

- ・まず、2019年度4月1日現在、当該圏域内に含まれる市町村名を記載して下さい。
- ・次に圏域内の精神科救急医療施設名を列記し、各施設が所在する市区町村名を記載して下さい。市区町村名以外のデータは不要です。
- ・次に、病院区分に、各施設が「A:大学附属病院(※1)、B:大学附属病院以外の総合病院(※2)、C:それ以外の病院、D:診療所」のどれに当たるかを記載してください。

(※1) 国立大学法人を含む

(※2) 内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(医師16:1、看護職員3:1、薬剤師70:1)

- ・次に、設置主体に、各施設が「①:公的病院(開設者が国、公的医療機関、社会保険関係団体)(※3)、②:①以外の指定病院(※4)、③:①以外の非指定病院」のどれに当たるかを記載してください。

(※3) 開設者における分類区分の詳細については、様式7の参考資料をご参照ください。

(※4) 精神保健福祉法第19条の8に基づく指定を受けた精神科病院を指します。

- ・さらに、各病院の本事業における類型を「常時対応型」「輪番型」「合併症型」「外来対応型」の中から選択して、当該欄に○を記入して下さい。同一施設が複数の類型に指定されている場合もあります。

**精神科救急医療体制整備事業
実績報告様式の記載マニュアル 2019 年度版
【精神医療相談窓口・精神科救急情報センター担当者の方へ】**

精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」）の報告については、本事業実施要綱の4に基づき、国が指定している統一様式を用いて作成・報告する必要があります。 今般、報告様式を見直し簡素化を図るとともに、報告様式の記載マニュアルを作成いたしましたので、報告の作成に当たりご活用下さい。

1. 報告様式

精神医療相談事業および精神科救急情報センター事業の担当者から報告して頂くのは、事業実績に関する以下の年報です。

（1）「精神医療相談事業年報」（様式5）

本事業に係る精神医療相談事業の実績件数を月別に集計した年報です。毎日の相談事業を記録する台帳などから、夜間および休日日中に受けた相談の月間件数、そのうち、緊急度が高いと判断されたため、精神科救急情報センターにつなげるか、もしくは医療機関（精神科救急医療施設以外も含む）を速やかに受診するよう助言した事例の月間件数を毎月記録していくものです。ここでいう夜間とは、平日・休日を問わず 17:00 から翌日の 08:29 まで、休日日中とは土曜・日曜・祭日の 08:30 から 16:59 までと定義します。 平日日中の相談は報告の対象になりません ので、ご注意下さい。

毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼びます。最新の累計版を、毎月第2週末頃を目途として、電子メールにて、行政担当者に報告して下さい。 完成版は2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出されます。

（2）「精神科救急情報センター事業年報」（様式6）

本事業に係る精神科救急情報センター事業の実績件数を月別に集計した年報です。毎日の相談記録から、夜間および休日日中に受けた相談の月間件数、そのうち、緊急度が高いと判断されたため医療機関（精神科救急医療施設以外も含む）を速やかに受診するよう助言した事例の月間件数を毎月記録していくものです。ここでいう夜間とは、平日・休日を問わず 17:00 から翌日の 08:29 まで、休日日中とは土曜・日曜・祭日の 08:30 から 16:59 までと定義します。 平日日中の相談は報告の対象になりません ので、ご注意下さい。

毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼びます。最新の累計版を、毎月第2週末頃を目途として、電子メールにて、行政担当者に報告して下さい。 完成版は2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出されます。

2. 精神医療相談事業と精神科救急情報センターの役割分担について

- 精神医療相談窓口と精神科救急情報センターは、原則として別の場所もしくは別の回線が設定され、それぞれ専任の職員が対応する事業です。同一のスタッフが相談対応する場合は、様式5か6のいずれか1つの様式を用いて報告し、重複を回避して下さい。
- 現状において、精神医療相談窓口と精神科救急情報センターが別の場所に設置されているか、もしくは別の回線が設定され、それぞれ専任の職員が対応している自治体については、別の事業として、それぞれに実績報告をして下さい。
- 平日の日中に精神保健福祉センターや保健所等で行われている電話相談や来所相談は、危機的状態を未然に防止する機能はありますが、夜間・休日も定例的に行われていない限りは、本事業の報告対象とはなりませんので、ご注意願います。

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

【目的】

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前向き観察研究デザインで本研究を企画した。①精神病性障害の救急・急性期薬物療法上、抗精神病薬の単剤で対処できる割合（最初に選択した抗精神病薬が奏効あるいは早期治療反応不良で切替えた抗精神病薬が奏効）②精神病性障害の救急・急性期において、クロザピンの適応があるが導入できない割合③ECTを実施せざるをえない割合。

【方法】

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。

【結果】

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

【考察】

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

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¹でも、日本神経精神薬理学会のガイドライン²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の困難さから、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（最初を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

さらに、精神科救急医療ガイドライン薬物療法の改訂に資するために、上記研究の結果が精神科救急医療の現場の医師に受け入れられるかの検証を目的とした。

B.方法

I. 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

(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した。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。

① 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

② 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

③ 年齢制限なし

④ 性別制限なし

⑤ 入院

2) 除外基準

① 選択基準①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カ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カ月経過時点で、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、その他の観察項目の群間比較には、 χ^2 二乗検定、t検定を用いた。

評価のタイミングが3か月未満の退院時あるいは3カ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した。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した。その情報は集計・解析を行う研究責任者に送られた。その情報は研究責任者が管理した。

(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った。

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」を遵守して実施した。

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した。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した。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した。研究の目的以外に、研究で得られた研究対象者の試料・情報を使用しなかった。

・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した。

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かった。

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した。

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、①については、年1回の報告を行い、②以降の項目は、適宜報告するものとする。

①研究の進捗状況

②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らるものを得た場合

③研究の実施の適正性若しくは研究結果の信頼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を得た場合

④研究が終了(停止・中止)した場合

⑤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、その審査を受けた。

(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・病院代表電話番号等を明記した。

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

(1) 調査方法

調査票を郵送し、記入後回収して解析した。

(2) 対象者

日本精神科救急学会 医師会員

(3) 調査内容

精神科救急・急性期の薬物療法に関する

18 項目の質問票（資料 1）

（4）期間

平成 31 年 1 月 19 日～2 月 2 日

（5）手続き

調査内容について日本精神科救急学会理事会にて承認を得た。

（6）倫理的配慮

対象は患者ではないため該当しない。なお、調査票は無記名とした。

（7）統計解析／分析方法

記述統計

C. 結果／進捗

I. 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

（1）患者のデモグラフィおよび臨床の特徴

1597 名の患者が対象となったが、このうち 54 名（3.4%）はデータ使用を拒否する申し出があったため、1543 名を解析対象とした。解析対象群とオプトアウト群との間に、平均年齢（47.1 歳 [標準偏差 SD 14.8] vs. 47.0 歳 [16.5], $t=0.05$, $P=0.96$ ）、性別比（男性 43.2% vs. 46.3%, 相対リスク RR = 1.00, $P=0.68$ ）ともに有意差は認められなかった。

非自発入院が 80.1%、統合失調症が 87.6% と大半であった。逆に、物質依存の併存は 7.1%、初回エピソードは 12.3% と少数派であった。意外なことに、服薬遵守にもかかわらず再燃した患者が 41.5% に上った。

最初に処方された抗精神病薬として最多はリスペリドン（30.0%）で、アリピプラゾール（18.7%）、オランザピン（18.1%）、パリペリドン（8.4%）がそれに続いた。クロザピンは 1.2% のみで、23.6% は他の抗精神病薬であった。

（2）主要評価項目

最初の抗精神病薬および無効で切り替えた 2 番目の抗精神病薬への反応良好な患者はそれぞれ 660 名（42.8%）および 243 名（15.7%）であった。したがって、合計 58.5%

の患者が最初のあるいは 2 番目の抗精神病薬に反応良好であったことになる（図 1）。反応不良者のうち 59 名は 3 番目の抗精神病薬に切り替えられ、そのうち 56 名（3.6%）が反応良好であった。

一方、他の反応不良者 581 名（37.7%）は、2 番目の抗精神病薬に最初のあるいは 3 番目の抗精神病薬が加えられた。この併用群のうち 522 名（89.8%）は CGI-I が 3 以下（軽度改善～著明改善）であった（図 1）。頻度の高かった併用パターンとその反応率は、以下の通りであった：リスパリドン+オランザピン, 89.1% ($n/N=49/55$); オランザピン+クエチアピン, 93.3% (28/30); リスペリドン+ゾテピン, 92.3% (24/26); リスペリドン+クエチアピン, 95.8% (23/24); リスペリドン+アリピプラゾール, 93.8% (15/16); オランザピン+アリピプラゾール, 92.9% (13/14); オランザピン+パリペリドン, 91.7% (11/12); オランザピン+ハロペリドール, 90.9% (10/11)。これらの反応率の間に有意差は認められなかった。

12 名（0.8%）は退院時あるいは入院から 3 ヶ月時点で添付文書の上限量超えの投与量であったが、そのうち 7 名（58.3%）が CGI-I 3 以下であった。10 名は最初の抗精神病薬の増量であった。

167 名（10.8%）は入院から 3 ヶ月以内に ECT を受け、そのうち 160 名（95.8%）が CGI-I 3 以下を示した。

初回エピソードの 190 名のうち、最初のあるいは 2 番目の抗精神病薬への反応良好者は 160 名（84.2%）であった。

33 名が退院時あるいは入院から 3 ヶ月以内に持効性抗精神病薬注射剤を受けた。内訳は、パリペリドン, 24 名; アリピプラゾール, 8 名; ハロペリドール, 1 名であった。このうち 20 名（83.3%）が CGI-I 3 以下で、残りの 4 名は CGI-I 4 であった。

（3）有害事象

体重は、平均値では入院時よりエンドポイ

ントの方が低かったが、増加した患者は42.4%に上った。血糖、LDL コレステロール、中性脂肪は、入院時に正常域であったのにエンドポイントで上限を超えた患者がそれぞれ 3.2%, 7.5%, および 13.1%であった。同様にプロラクチン値では 6.2%であった。エンドポイントで QTc 500 ms 以上の延長が認められた患者はいなかった。新たに錐体外路症状が出現した患者は 7.3%であった。抗精神病薬 2 剤併用となった患者の有害事象の割合は、全体と比較して有意差は認められなかった。

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

対象 677 名のうち 216 名 (32%) から回答が得られた。精神科臨床歴の平均は 22 年 (SD12) で、最も時間を費やしているのは入院業務、外来業務の順で、製薬会社勤務の対象はいなかった。

内服による静穏化、筋注 (内服拒否) による静穏化、静注 (内服拒否) による鎮静、緊張病性昏迷に対する初期対応は、図 2-1 から図 2-9 に示した通りである。

急性期治療を開始する際の最初の主剤選択としては、リスペリドンが最多で、アリピプラゾール、オランザピンがそれに次いだ (図 2-10)。

最初の抗精神病薬への早期反応不良の場合、切替を選択するエキスパートが圧倒的に多かった (図 2-14)。最初の 2 剤にいずれも反応不良の際に 2 剤併用を暫時許容することについて、「同意・納得できる」が大多数であった (図 2-13)。最初の 2 剤にいずれも反応不良の際に 2 剤併用でなくクロザピンへの切替を目指すことについても、「同意・納得できる」が多数であった (図 2-14)。

急性期治療中に内服から持効性抗精神病薬注射への切替えを基本とすることについて、1 回目の入院中では、「どちらともいえない」から同意できる側にやや寄った結果であ

った (図 2-15)。2 回目の入院では「同意・納得できる」が圧倒的であった (図 2-16)。

D. 考察

本研究では、精神科救急入院する統合失調症スペクトラムの患者の 58.5%が最初あるいは 2 番目の抗精神病薬に良好な反応を示した。この数字は、初回エピソードの統合失調症患者について報告した 78.6%より低かったが (Agid et al., 2013)、本研究でも初回エピソードに限れば 84.2%が良好な反応を示しており、先行研究と矛盾しない。持効性抗精神病薬注射は日本では急性期治療においてそれほど普及していないため、本研究の結果に及ぼす影響は小さかった。

2 番目の抗精神病薬に対しても反応不良のため 2 剤併用になった患者は 37.7%で、入院患者と外来患者を合わせた香港の報告 (26.0%) より高かった (Lung et al., 2018)。本研究の対象はすべて精神科救急入院を要した患者であったことから、症状や精神病理が香港の報告より重症であったと思われる。しかし、日本のクロザピン普及は極めて厳格な血液監視プログラムのために低く (Bachmann et al., 2017)、このため併用率が高くなっているとも考えられる。

注目すべきは、この抗精神病薬の 2 剤併用の反応率が、クロザピンへの反応率 40% (Siskind et al., 2017) よりはるかに高い 89.8%であったことである。これまで多剤併用を支持するエビデンスは極めて少なかった。ある多施設共同二重盲検プラセボ対照試験では、リスペリドンあるいはクエチアピンにアリピプラゾールを上乗せすることは、症状改善には関連しなかったが全般的に安全で忍容性は高かったと報告されている (Kane et al., 2009)。われわれの既報の RCT では、オランザピンへの早期反応不良群にリスペリドンを併用するとリスペリドンに切り替えるよりわずかだが有利であった一方、リスペリドンへの早期反応不良群にオランザピンを併

用するとオランザピンに切り替えるよりわず
かだが不利であった (Hatta et al., 2014)。
Constantine et al. (2015)らは、抗精神病薬
の併用患者の1年間の試験において、単剤に
切り替えた群が併用のままの群よりあらゆる
理由による治療中止率が高かったことを報告
している(42% vs. 13%; $p < 0.01$)。これは、
多剤併用をいったん始めるとその中止が困難
であることを示唆している (Bruijnzeel and
Tandon, 2018)。しかし本研究では、最初の
2剤への早期反応が不良なことを確認した上
で併用を開始している。この結果は、急性期
において2剤併用を要する患者がいることを
示唆している。最近報告されたスウェーデン
の国家規模データベースに基づく前向き観察
研究では、2006年に統合失調症であった16-
64歳の全患者を2013年まで追跡した結果、
再入院を指標としても治療失敗を指標とし
ても、クロザピン、持効性抗精神病薬注射、お
よび多剤併用が良好な結果の上位を占めた
(Tiihonen et al., 2017)。実臨床ではRCTと
対照的に、2剤併用がクロザピンに劣らず有
効であることを示唆している。

クロザピンによる体重増加は5-35% (De
Berardis et al., 2018)であるのに対して、本
研究の2剤併用群では36.5%であった。クロ
ザピン. The incidence of clozapine-related
に関連する高血糖は14.3% (Kato et al.,
2015)であるのに対して、本研究の2剤併用
群では3.1%であった。クロザピンに関連し
た高脂血症は12.9% (Stroup et al., 2016)で
あるのに対して、本研究の2剤併用群では高
LDL コレステロール血症および中性脂肪高
値は3.6%および12.7%であった。ある先行
研究ではクロザピン投与の28例いずれも高
プロラクチン血症は呈しなかったが
(Melkersson, 2005)、本研究の2剤併用群で
は10.0%が呈した。ある先行研究では82名
の18週間にわたるクロザピン治療の前後で
QTc 延長は認められなかったことが報告され
ているが (Grande et al., 2011)、本研究の2

剤併用群では450 ms以上のQTc 延長および
500 ms以上のQTc 延長はそれぞれ0.6%お
よび0%であった。抗精神病薬の2剤併用は
高血糖の出現に関してはクロザピンより有利
であり、高プロラクチン血症については不利
であった。クロザピンの無顆粒球症 (1.3%)
(Clozaril®, package insert)や間質性腎炎、
心筋炎・心膜炎、腸閉塞・麻痺性イレウス
(0.9%) (Stroup et al., 2016)といった重篤な
副作用を考慮すると、急性期においては2剤
併用の方が安全といえるかもしれない。

しかし長期的な視点からは、Constantine
らは (2018)、2剤併用からクロザピン以外の
単剤に切り替えた群において症状増悪はあつ
たが副作用の減少という点では効果があつた
ことを報告している。また、併用からクロザ
ピンや持効性抗精神病薬注射の単剤に切替え
た群では、併用継続群に比べて症状も副作用
も差がなかったことを報告している。後ろ向
きデザインではあるが、Suzuki らは
(2019)、慢性期において持効性抗精神病薬注
射の単剤群は抗精神病薬の持効性注射と内服
との併用に比べてあらゆる理由による中止ま
での時間が有意に長かったことを報告してい
る。これも慢性期に至る前に単剤化すること
の重要性を示唆している。

結論として、急性期に最初の2剤に早期反
応不良であったために2剤併用になった場
合、意外にも有効で忍容性も比較的良好であ
った。クロザピンは最初の2剤に反応しない
場合の唯一の確立された選択肢であるが、2
剤併用は急性期において有効性でも安全性で
も1つの選択肢と考えてよいかもしれない。
最初の2剤に反応不良な場合、経験豊富な精
神科医に2剤併用を選択する裁量はあるであ
らう。

本研究の長所は、データ使用拒否の3.4%
を除く全数を解析できていることで、ごく一
部の患者しか対象にできないRCTとは対照
的である(Tiihonen et al., 2017)。これが過去の
RCTに比べて2剤併用に好ましいアウト

カムとなった理由と考えられる。本研究の短所は、効果の評価に CGI-I しか使っていないことである。このため過去の詳細な評価がなされているクロザピンの RCT の結果と本研究の結果とを比較することが困難になっている。2 つ目の短所は、長期的な有効性と安全性に関しては何もいえないことである。3 つ目は、不穏時などの即効性の抗精神病薬注射の記録がないことである。しかし、ほぼ同じ臨床環境で、不穏時の即効性の抗精神病薬注射を受けた患者は 4.6% であったことを報告している (Hatta et al, 2018)。このようにわずかな割合であるため、不穏時などの即効性の抗精神病薬注射は本研究結果にほとんど影響していないと考えられる。同様に、抗精神病薬以外の向精神薬の情報は記録していない。しかし、似たような臨床環境におけるわれわれの過去の RCT において、最初の抗精神病薬に反応しない患者におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬、抗けいれん薬、抗コリン薬の投与率は 82.4%、58.8%、37.3%であった (Hatta et al, 2014)。本研究でもこれらの併用を避ける努力はなされている。2 番目の抗精神病薬に切り替えるタイミングは 2 週間を目途にしたが現場の状況を優先し、厳密ではない。

この研究結果を基に行ったエキスパートコンセンサス調査では、最初の 2 剤にいずれも反応不良の際に 2 剤併用を暫時許容することについて、高い水準で同意が得られた。同時に、そのような患者にクロザピンを導入することにも高い水準で同意が得られた。また、持効性抗精神病薬注射は 2 回目の入院時に積極的に導入することについて高い水準で同意が得られた。なお、緊張病性昏迷に対する第 1 選択として、5 年前と比べてベンゾジアゼピン系が第 1 位となった点では好ましいが、望ましくないとされているハロペリドールが依然高い順位にあることには若干の懸念が残る。ガイドライン改訂に際して留意すべき点の 1 つになる。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Hatta K, Sugiyama N, Ito H. Switching and augmentation strategies for antipsychotic medications in acute-phase schizophrenia: latest evidence and place in therapy. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 2018; 8(6): 173–183.

2) Hatta K, Katayama S, Morikawa F, Imai A, Fujita K, Fujita A, Ishizuka T, Abe T, Sudo Y, Hashimoto K, Usui C, Nakamura H, Yamanouchi Y, Hirata T, for the JAST study group. A prospective naturalistic multicenter study on choice of parenteral medication in psychiatric emergency settings in Japan. *Neuropsychopharmacology Reports* 2018; 38: 117–123.

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

2. 学会発表

1) Hatta K, Sugiyama N, for the JAST study group. Response to antipsychotics and use of electroconvulsive therapy in acute-phase schizophrenia spectrum disorders. *WFSBP Asia Pacific Regional Congress of Biological Psychiatry* 2018, Kobe, September 7-9, 2018

2) 八田耕太郎：S4：精神科救急における、

長期予後を考慮した統合失調症薬物療法：日本精神科救急学会における精神病症状への薬物療法ガイドライン. 第26回日本精神科救急学会学術総会, 那覇, 2018.10.11-12

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

Agid, O., Arenovich, T., Sajejev, G., Zipursky, R.B., Kapur, S., Foussias, G., Remington, G., 2011. An algorithm-based approach to first-episode schizophrenia: response rates over 3 prospective antipsychotic trials with a retrospective data analysis. *J. Clin. Psychiatry.* 72(11)1439-1444.

Agid, O., Schulze, L., Arenovich, T., Sajejev, G., McDonald, K., Foussias, G., Fervaha, G., Remington, G., 2013. Antipsychotic response in first-episode schizophrenia: efficacy of high doses and switching. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 23(9)1017-1022.

Bachmann, C.J., Aagaard, L., Bernardo, M., Brandt, L., Cartabia, M., Clavenna, A., Coma Fusté, A., Furu, K., Garuoliené, K., Hoffmann, F., Hollingworth, S., Huybrechts, K.F., Kalverdijk, L.J., Kawakami, K., Kieler, H., Kinoshita, T., López, S.C., Machado-Alba, J.E., Machado-Duque, M.E., Mahesri, M., Nishtala, P.S., Piovani, D., Reutfors, J., Saastamoinen, L.K., Sato, I., Schuiling-Veninga, C.C.M., Shyu, Y.C., Siskind, D., Skurtveit, S., Verdoux, H., Wang, L.J., Zara Yahni, C.,

Zoëga, H., Taylor, D., 2017. International trends in clozapine use: a study in 17 countries. *Acta Psychiatr. Scand.* 136, 37-51.

Boter, H., Peuskens, J., Libiger, J., Fleischhacker, W.W., Davidson, M., Galderisi, S., Kahn, R.S.; EUFEST Study Group, 2009. Effectiveness of antipsychotics in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder on response and remission: an open randomized clinical trial (EUFEST). *Schizophr. Res.* 115(2-3)97-103.

Bruijnzeel, D.M., Tandon, R., 2018. Antipsychotic Polypharmacy: State of the Science and Guidelines for Practice. It's difficult to stop once you start. *Asian J. Psychiatr.* 33, A1-A2.

Buckley, P.F., Correll, C.U., 2008. Strategies for dosing and switching antipsychotics for optimal clinical management. *J. Clin. Psychiatry.* 69(Suppl 1)4-17.

CLOZARIL®.

https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/019758s062lbl.pdf.

Accessed on December 28, 2018.

Constantine, R.J., Ansel, R., McPherson, M., Tandon, R., 2015. The risks and benefits of switching patients with schizophrenia or schizoaffective disorder from two to one antipsychotic medication: a randomized controlled trial. *Schizophr. Res.* 166, 194-200.

Constantine, R.J., Ansel, R., McPherson,

- M., Tandon, R., 2018. Is the risk of antipsychotic polypharmacy discontinuation dependent on the agents used? *Psychiatry Res.* 263, 238-244.
- Crespo-Facorro, B., Pérez-Iglesias, R., Ramirez-Bonilla, M., Martínez-García, O., Llorca, J., Luis, Vázquez-Barquero, J., 2006. A practical clinical trial comparing haloperidol, risperidone, and olanzapine for the acute treatment of first-episode nonaffective psychosis. *J. Clin. Psychiatry.* 67(10)1511-1521.
- De Berardis, D., Rapini, G., Olivieri, L., Di Nicola, D., Tomasetti, C., Valchera, A., Fornaro, M., Di Fabio, F., Perna, G., Di Nicola, M., Serafini, G., Carano, A., Pompili, M., Vellante, F., Orsolini, L., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., 2018. Safety of antipsychotics for the treatment of schizophrenia: a focus on the adverse effects of clozapine. *Ther. Adv. Drug Saf.* 9(5)237-256.
- Derks, E.M., Fleischhacker, W.W., Boter, H., Peuskens, J., Kahn, R.S.; EUFEST Study Group, 2010. Antipsychotic drug treatment in first-episode psychosis: should patients be switched to a different antipsychotic drug after 2, 4, or 6 weeks of nonresponse? *J. Clin. Psychopharmacol.* 30(2)176-180.
- Emsley, R., Oosthuizen, P.P., Kidd, M., Koen, L., Niehaus, D.J., Turner, H.J., 2006a. Remission in first-episode psychosis: predictor variables and symptom improvement patterns. *J. Clin. Psychiatry.* 67(11)1707-1712.
- Emsley, R., Rabinowitz, J., Medori, R., 2006b. Time course for antipsychotic treatment response in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 163(4)743-745.
- Grande, I., Pons, A., Baeza, I., Torras, Á., Bernardo, M., 2011. QTc prolongation: is clozapine safe? Study of 82 cases before and after clozapine treatment. *Hum. Psychopharmacol.* 26(6)397-403.
- Hatta, K., Katayama, S., Morikawa, F., Imai, A., Fujita, K., Fujita, A., Ishizuka, T., Abe, T., Sudo, Y., Hashimoto, K., Usui, C., Nakamura, H., Yamanouchi, Y., Hirata, T., for the JAST study group., 2018. A prospective naturalistic multicenter study on choice of parenteral medication in psychiatric emergency settings in Japan. *Neuropsychopharmacol. Rep.* 38, 117–123.
- Hatta, K., Otachi, T., Fujita, K., Morikawa, F., Ito, S., Tomiyama, H., Abe, T., Sudo, Y., Takebayashi, H., Yamashita, T., Katayama, S., Nakase, R., Shirai, Y., Usui, C., Nakamura, H., Ito, H., Hirata, T., Sawa, Y.; JAST Study Group, 2014. Antipsychotic switching versus augmentation among early non-responders to risperidone or olanzapine in acute-phase schizophrenia. *Schizophr. Res.* 158(1-3)213-222.
- Hatta, K., Takahashi, T., Nakamura, H., Yamashiro, H., Endo, H., Fujii, S., Fukami, G., Masui, K., Asukai, N., Yonezawa, Y., 1998. Abnormal physiological conditions in acute schizophrenic patients on emergency admission: dehydration, hypokalemia, leukocytosis and elevated serum muscle enzymes. *Eur. Arch. Psychiatry Clin.*

- Neurosci. 248(4)180-188.
- Inada, T., 1996. Evaluation and diagnosis of drug-induced extrapyramidal symptoms: commentary on the DIEPSS and guide to its usage. Seiwa Shoten Publishers, Tokyo.
- Kane, J.M., Correll, C.U., Goff, D.C., Kirkpatrick, B., Marder, S.R., Vester-Blokland, E., Sun, W., Carson, W.H., Pikalov, A., Assunção-Talbott, S., 2009. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, 16-week study of adjunctive aripiprazole for schizophrenia or schizoaffective disorder inadequately treated with quetiapine or risperidone monotherapy. *J. Clin. Psychiatry*. 70(10)1348-1357.
- Kato, Y., Umetsu, R., Abe, J., Ueda, N., Nakayama, Y., Kinoshita, Y., Nakamura, M., 2015. Hyperglycemic adverse events following antipsychotic drug administration in spontaneous adverse event reports. *J. Pharm. Health Care Sci.* 1:15. doi: 10.1186/s40780-015-0015-6. eCollection 2015.
- Kuipers, E., Yesufu-Udechuku, A., Taylor, C., Kendall, T., 2014. Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 348:g1173.
- Lieberman, J., Jody, D., Geisler, S., Vital-Herne, J., Alvir, J.M., Walsleben, J., Woerner, M.G., 1989. Treatment outcome of first episode schizophrenia. *Psychopharmacol. Bull.* 25(1)92-96.
- Lung, S.L.M., Lee, H.M.E., Chen, Y.H.E., Chan, K.W.S., Chang, W.C., Hui, L.M.C., 2018. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy in Hong Kong. *Asian J. Psychiatr.* 33, 113-120.
- McEvoy, J.P., Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Davis, S.M., Meltzer, H.Y., Rosenheck, R.A., Swartz, M.S., Perkins, D.O., Keefe, R.S., Davis, C.E., Severe, J., Hsiao, J.K.; CATIE Investigators, 2006. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am. J. Psychiatry*. 163(4)600-610.
- Melkersson, K., 2005. Differences in prolactin elevation and related symptoms of atypical antipsychotics in schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiatry*. 66(6)761-767.
- Merlo, M.C., Hofer, H., Gekle, W., Berger, G., Ventura, J., Panhuber, I., Latour, G., Marder, S.R., 2002. Risperidone, 2 mg/day vs. 4 mg/day, in first-episode, acutely psychotic patients: treatment efficacy and effects on fine motor functioning. *J. Clin. Psychiatry*. 63(10)885-891.
- Perkins, D., Lieberman, J., Gu, H., Tohen, M., McEvoy, J., Green, A., Zipursky, R., Strakowski, S., Sharma, T., Kahn, R., Gur, R., Tollefson, G.; HGDH Research Group, 2004. Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *Br. J. Psychiatry*. 185(7)18-24.
- Remington, G., Addington, D., Honer, W., Ismail, Z., Raedler, T., Teehan, M., 2017.

Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. *Can. J. Psychiatry.* 62(9)604-616.

Samara, M.T., Leucht, C., Leeflang, M.M., Angheliescu, I.G., Chung, Y.C., Crespo-Facorro, B., Elkis, H., Hatta, K., Giegling, I., Kane, J.M., Kayo, M., Lambert, M., Lin, C.H., Möller, H.J., Pelayo-Terán, J.M., Riedel, M., Rujescu, D., Schimmelmann, B.G., Serretti, A., Correll, C.U., Leucht, S., 2015. Early improvement as a predictor of later response to antipsychotics in schizophrenia: a diagnostic test review. *Am. J. Psychiatry.* 172(7)617-629.

Schennach-Wolff, R., Obermeier, M., Seemüller, F., Jäger, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L.G., Gaebel, W., Klosterkötter, J., Heuser, I., Maier, W., Lemke, M.R., Rütger, E., Klingberg, S., Gastpar, M., Engel, R.R., Möller, H.J., Riedel, M., 2010a. Does clinical judgment of baseline severity and changes in psychopathology depend on the patient population? Results of a CGI and PANSS linking analysis in a naturalistic study. *J. Clin. Psychopharmacol.* 30(6)726-731.

Schennach-Wolff, R., Seemüller, F.H., Mayr, A., Maier, W., Klingberg, S., Heuser, I., Klosterkötter, J., Gastpar, M., Häfner, H., Sauer, H., Schneider, F., Gaebel, W., Jäger, M., Möller, H.J., Riedel, M., 2010b. An early improvement threshold to predict response and remission in first-episode schizophrenia. *Br. J. Psychiatry.* 196(6)460-466.

Siskind, D., Siskind, V., Kisely, S., 2017.

Clozapine response rates among people with treatment-resistant schizophrenia: data from a systematic review and meta-analysis. *Can. J. Psychiatry.* 62(11)772-777.

Stauffer, V.L., Case, M., Kinon, B.J., Conley, R., Ascher-Svanum, H., Kollack-Walker, S., Kane, J., McEvoy, J., Lieberman, J., 2011. Early response to antipsychotic therapy as a clinical marker of subsequent response in the treatment of patients with first-episode psychosis. *Psychiatry Res.* 187(1-2)42-48.

Stroup, T.S., Gerhard, T., Crystal, S., Huang, C., Olfson, M., 2016. Comparative effectiveness of clozapine and standard antipsychotic treatment in adults with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 173(2)166-173.

Suzuki, H., Hibino, H., Inoue, Y., Takaya, A., 2019. Comparisons of the effects of long-acting injectable monotherapy and combination therapy of long-acting injectable treatment with oral antipsychotics on treatment retention in patients with chronic schizophrenia. *Asian J. Psychiatr.* 39, 112-113.

Takahashi, H., Kamata, M., Yoshida, K., Ishigooka, J., Higuchi, H., 2006a. Switching to olanzapine after unsuccessful treatment with risperidone during the first episode of schizophrenia: an open-label trial. *J. Clin. Psychiatry.* 67(10)1577-1582.

Takahashi, H., Yoshida, K., Ishigooka, J., Higuchi, H., 2006b. Switching to risperidone after unsuccessful treatment of olanzapine in the first-episode

schizophrenia: an open trial. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 30(6)1067-1072.

Taylor, D., Paton, C., Kapur, S., 2015. Schizophrenia, in: Taylor, D., Paton, C., Kapur, S. (Eds.), *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 12th ed. John Wiley & Sons, West Sussex, pp.15-188.

Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jenedius, E., Enkusson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A., Taipale, H., 2017. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry.* 74(7)686-693

資料1. 精神科救急医療ガイドライン改訂のための質問票

Q1: 精神科臨床歴は何年でしょうか。

【 年】

Q2: 平均的な1週間で、先生が最も時間を費やしているのは、

【 】 1 病棟 2 外来 3 管理業務 4 教育・研究 5 製薬会社勤務 6 その他 ()

以下の状況での薬剤・治療方略について、1つだけ選んで数字でお答えください。
高齢でない成人で、明らかな身体合併症はない場合を想定してください。

内服による静穏化

Q3: 精神病性の焦燥・興奮

【 】 1. リスペリドン 2. パリペリドン 3. オランザピン 4. クエチアピン 5. アセナピン
6. ハロペリドール 7. レボメプロマジン 8. クロルプロマジン 9. ロラゼパムなど BZ
系 10. その他 ()

Q4: 非精神病性の焦燥・興奮

【 】 1. ロラゼパムなど BZ 系 2. リスペリドン 3. パリペリドン 4. オランザピン 5. ク
エチアピン 6. アセナピン 7. ハロペリドール 8. レボメプロマジン 9. クロルプロ
マジン 10. その他 ()

筋注（内服拒否）による静穏化

Q5: 精神病性の焦燥・興奮

【 】 1. オランザピン 2. ハロペリドール 3. ハロペリドール+ビペリデン 4. ハロペリド
ール+プロメサジン 5. レボメプロマジン 6. ジアゼパム 7. ミダゾラム 8. その他
()

Q6: 非精神病性の焦燥・興奮

【 】 1. オランザピン 2. ハロペリドール 3. ハロペリドール+ビペリデン 4. ハロペリド
ール+プロメサジン 5. レボメプロマジン 6. ジアゼパム 7. ミダゾラム 8. その他
()

静注（内服拒否）による鎮静

Q7: 精神病性の焦燥・興奮

【 】 1. ハロペリドール 2. フルニトラゼパム 3. ジアゼパム 4. ミダゾラム 5. チオペン
タール 6. その他 ()

Q8：非精神病性の焦燥・興奮

- 【 】 1. ハロペリドール 2. フルニトラゼパム 3. ジアゼパム 4. ミダゾラム 5. チオペンタール 6. その他 ()

Q9：頭部 CT または MRI 撮像のための 20 分間の鎮静

- 【 】 1. ハロペリドール 2. フルニトラゼパム 3. ジアゼパム 4. ミダゾラム 5. チオペンタール 6. その他 ()

緊張病性昏迷に対する初期対応

Q10：第一選択（内服に応じない状況で）

- 【 】 1. ベンゾジアゼピン系の経鼻胃管投与 2. ベンゾジアゼピン系の筋注 3. ベンゾジアゼピン系の静注（点滴を含む） 4. 抗精神病薬の経鼻胃管投与 5. ハロペリドールの筋注 6. オランザピンの筋注 7. ハロペリドールの静注（点滴を含む） 8. ECT 9. その他 ()

Q11：第二選択（内服に応じない状況で）

- 【 】 1. ベンゾジアゼピン系の経鼻胃管投与 2. ベンゾジアゼピン系の筋注 3. ベンゾジアゼピン系の静注（点滴を含む） 4. 抗精神病薬の経鼻胃管投与 5. ハロペリドールの筋注 6. オランザピンの筋注 7. ハロペリドールの静注（点滴を含む） 8. ECT 9. その他 ()

精神病性障害急性期に対する薬剤・治療方略

Q12：第一選択（急性期治療を開始する際の最初の主剤選択）

- 【 】 1. リスペリドン 2. パリペリドン 3. オランザピン 4. アセナピン 5. アリピプラゾール 6. ブレクスピプラゾール 7. ブロナンセリン 8. ハロペリドール 9. その他 ()

Q13：次善の選択（第一選択の薬を使えない、あるいは好ましくない場合など）

- 【 】 1. リスペリドン 2. パリペリドン 3. オランザピン 4. アセナピン 5. アリピプラゾール 6. ブレクスピプラゾール 7. ブロナンセリン 8. ハロペリドール 9. その他 ()

Q14：最初の抗精神病薬への早期反応不良の場合

- 【 】 1. 他の抗精神病薬への切替え 2. 他の抗精神病薬の併用（切替のための一過性の併用は含まない） 3. 最初の抗精神病薬の上限量超え 4. ECT 5. その他 ()

図 1. 精神科救急の実臨床における抗精神病薬の反応率

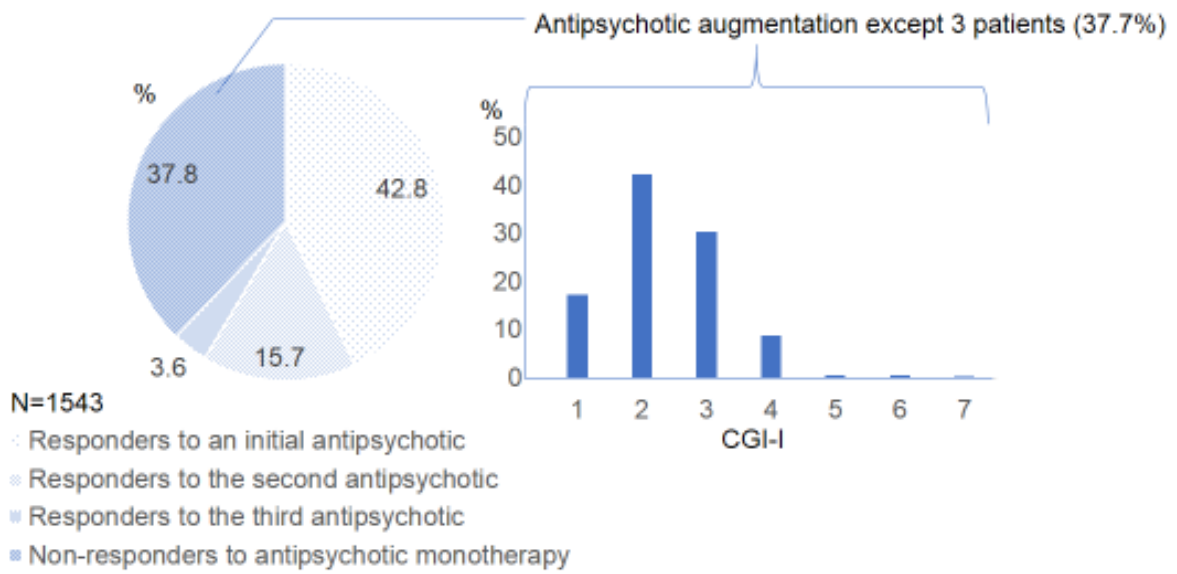
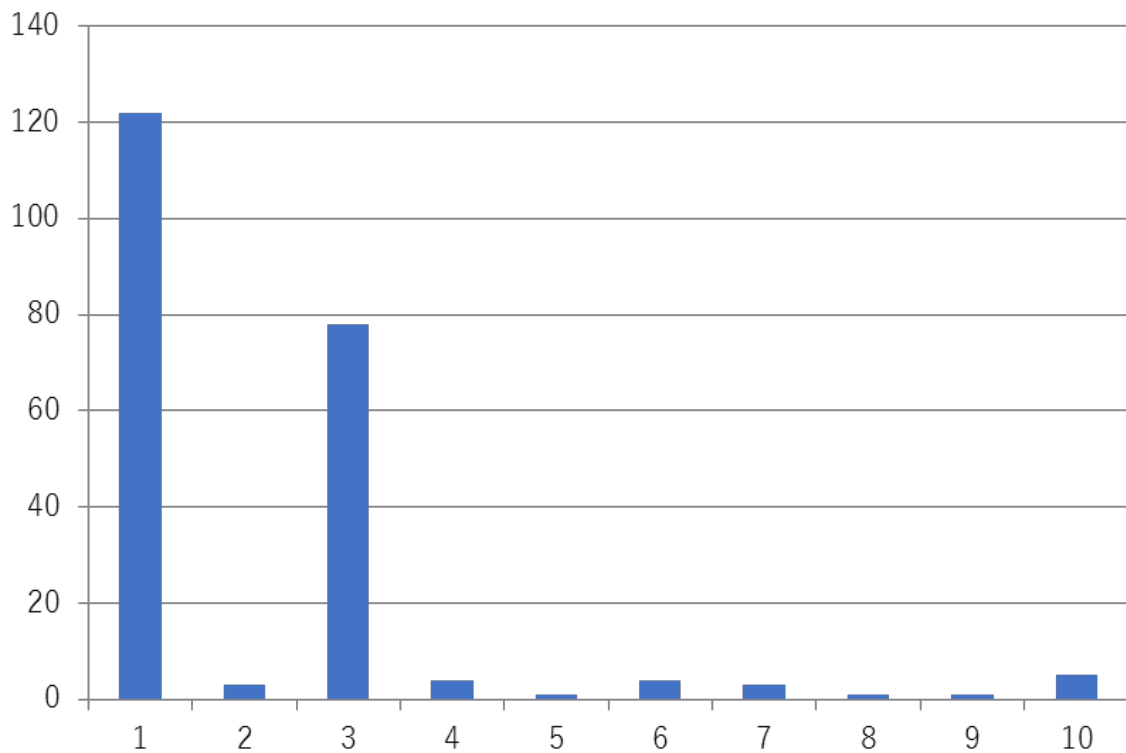
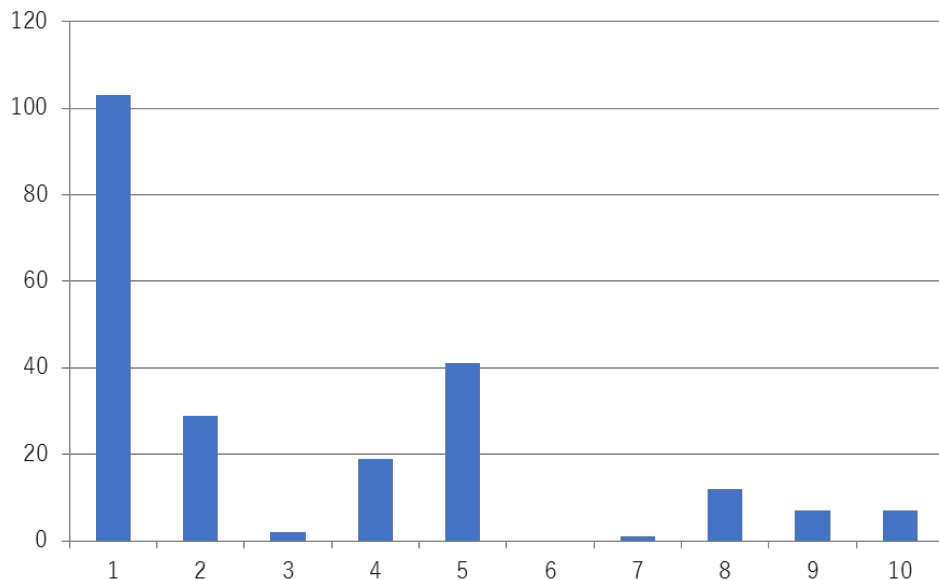


図 2-1. 【内服による静穏化】 Q3：精神病性の焦燥・興奮



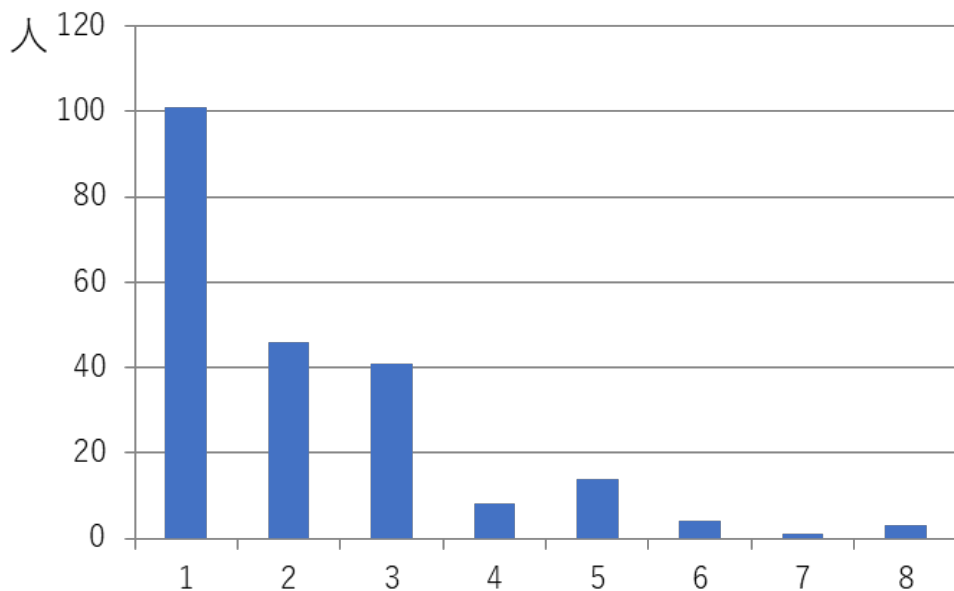
1. リスペリドン 2. パリペリドン 3. オランザピン 4. クエチアピン 5. アセナピン
 6. ハロペリドール 7. レボメプロマジン 8. クロルプロマジン 9. ロラゼパムなど BZ 系
 10. その他

図 2-2. 【内服による静穏化】 Q4：非精神病性の焦燥・興奮



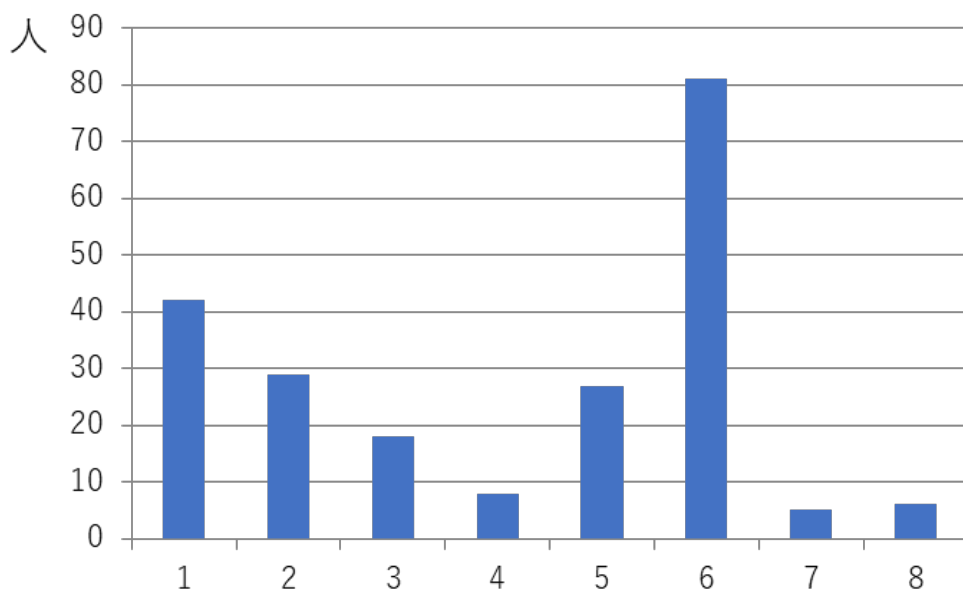
1.ロラゼパムなど BZ 系 2.リスペリドン 3.パリペリドン 4.オランザピン 5.クエチアピン
6.アセナピン 7.ハロペリドール 8.レボメプロマジン 9.クロルプロマジン 10.その他

図 2-3. 【筋注（内服拒否）による静穏化】 Q5：精神病性の焦燥・興奮



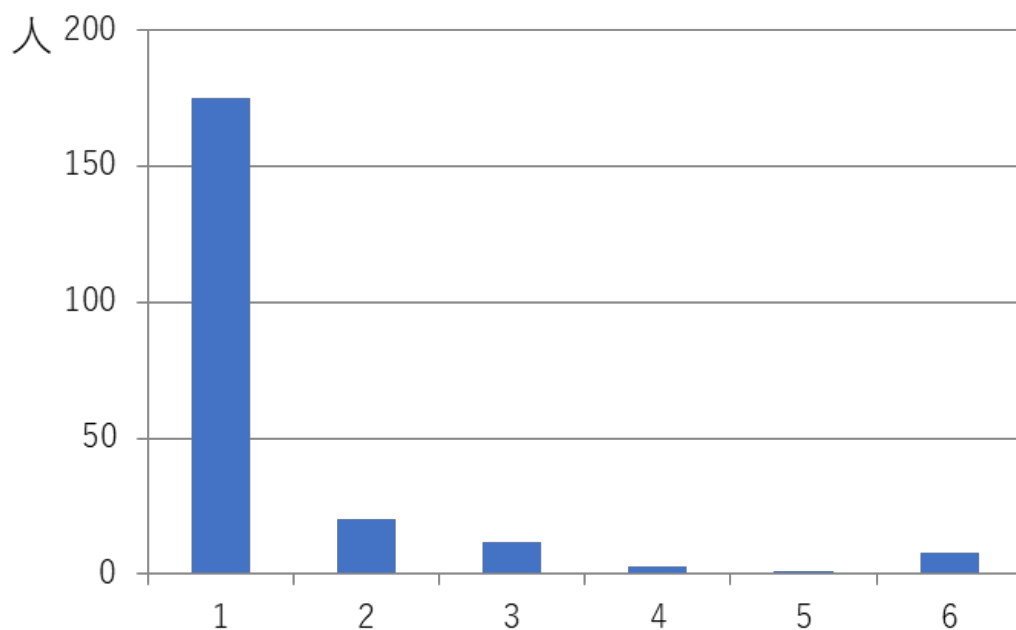
1.オランザピン 2.ハロペリドール 3.ハロペリドール+ビペリデン 4.ハロペリドール+プロメサジン
5.レボメプロマジン 6.ジアゼパム 7.ミダゾラム 8.その他

図 2-4. 【筋注（内服拒否）による静穏化】 Q6：非精神病性の焦燥・興奮



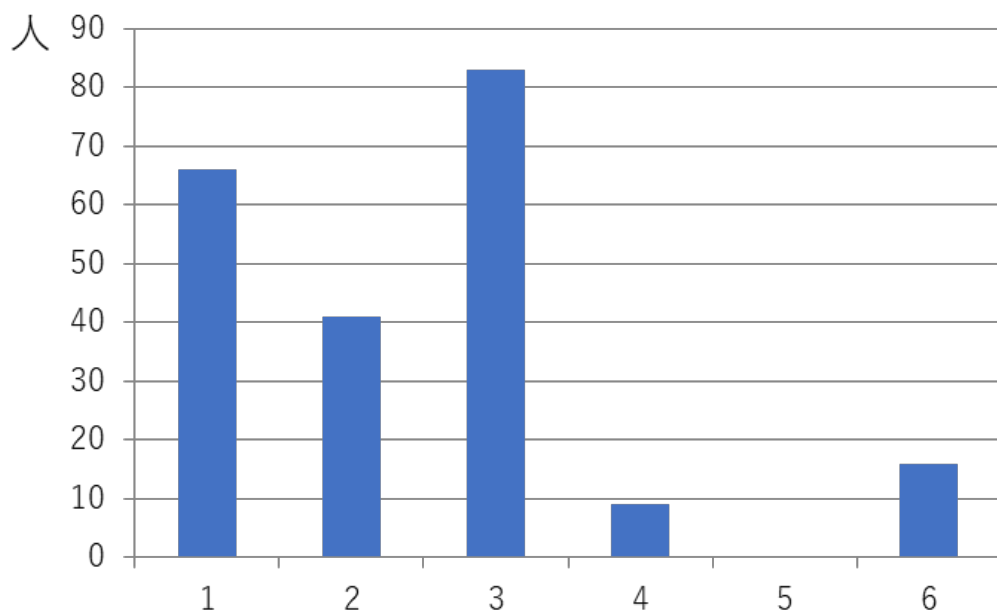
1.オランザピン 2.ハロペリドール 3.ハロペリドール+ビペリデン 4.ハロペリドール+プロメサジン
5.レボメプロマジン 6.ジアゼパム 7.ミダゾラム 8.その他

図 2-5. 【静注（内服拒否）による鎮静】 Q7 精神病性の焦燥・興奮



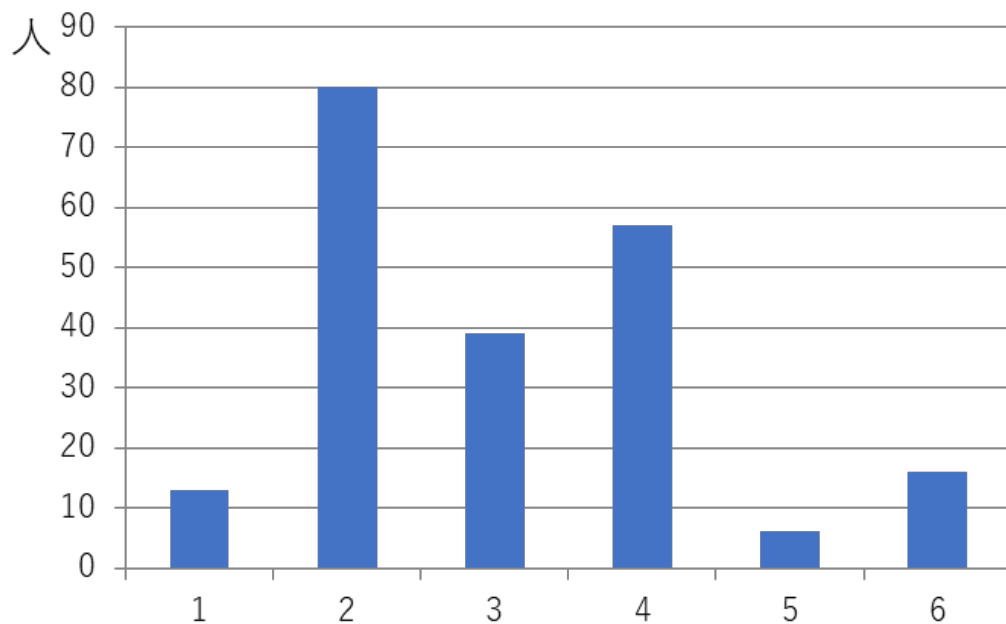
1.ハロペリドール 2.フルニトラゼパム 3.ジアゼパム 4.ミダゾラム 5.チオペンタール 6.その他

図 2-6. 【静注（内服拒否）による鎮静】 Q8 非精神病性の焦燥・興奮



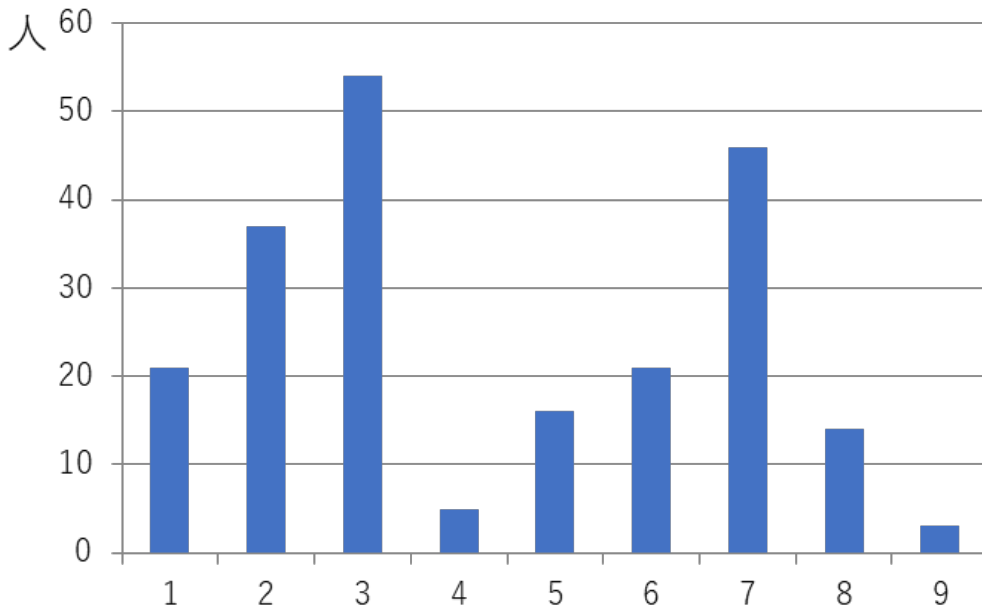
1.ハロペリドール 2.フルニトラゼパム 3.ジアゼパム 4.ミダゾラム 5.チオペンタール 6.その他

図 2-7. Q9 頭部 CT または MRI 撮像のための 20 分間の鎮静



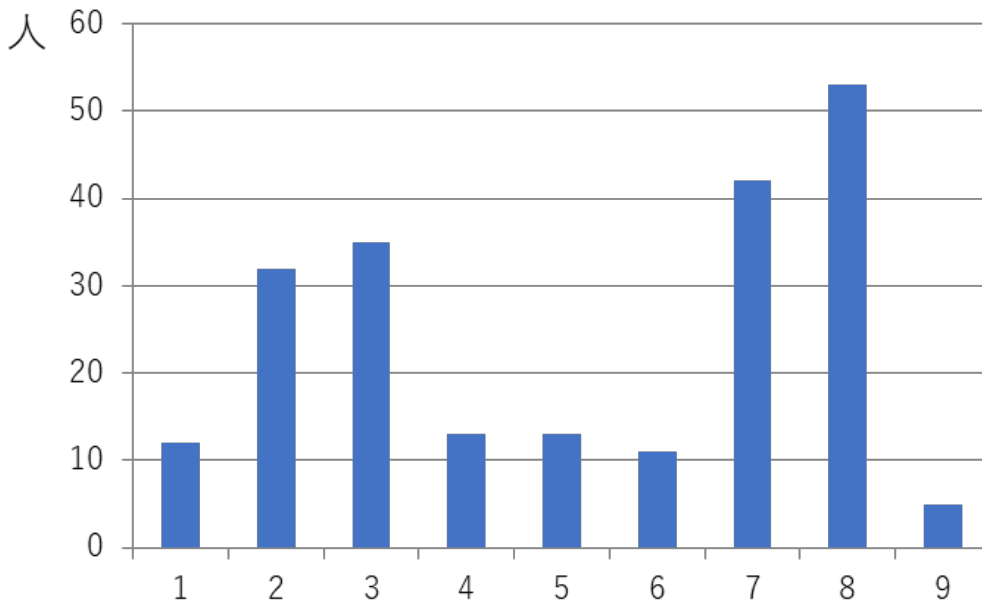
1.ハロペリドール 2.フルニトラゼパム 3.ジアゼパム 4.ミダゾラム 5.チオペンタール 6.その他

図 2-8. Q10 第一選択 (内服に応じない状況で)



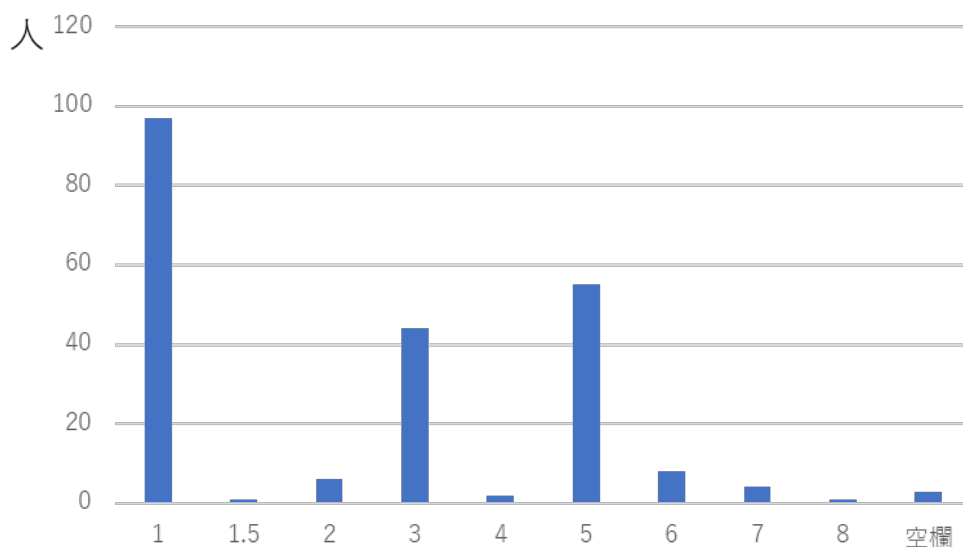
1.ベンゾジアゼピン系の経鼻胃管投与 2.ベンゾジアゼピン系の筋注 3.ベンゾジアゼピン系の静注 (点滴を含む) 4.抗精神病薬の経鼻胃管投与 5.ハロペリドールの筋注 6.オランザピンの筋注 7.ハロペリドールの静注 (点滴を含む) 8.ECT 9.その他

図 2-9. Q11 第二選択 (内服に応じない状況で)



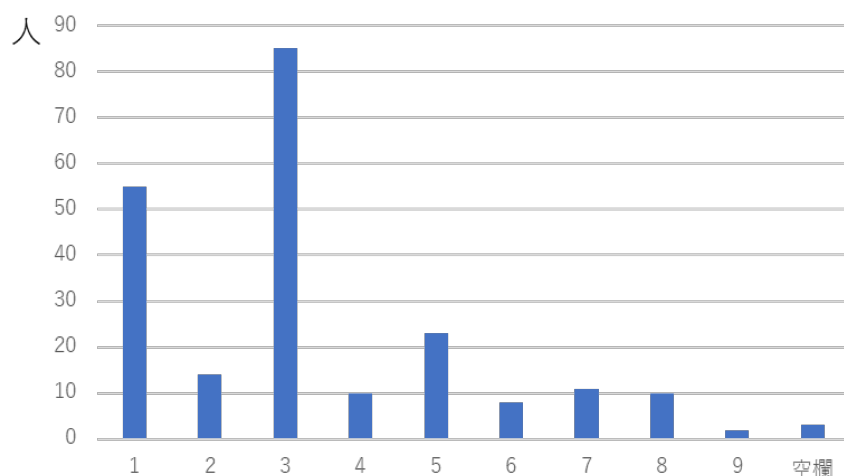
1.ベンゾジアゼピン系の経鼻胃管投与 2.ベンゾジアゼピン系の筋注 3.ベンゾジアゼピン系の静注 (点滴を含む) 4.抗精神病薬の経鼻胃管投与 5.ハロペリドールの筋注 6.オランザピンの筋注 7.ハロペリドールの静注 (点滴を含む) 8.ECT 9.その他

図 2-10. 【精神病性障害急性期に対する薬剤・治療方略】 Q12 第一選択（急性期治療を開始する際の最初の主剤選択）



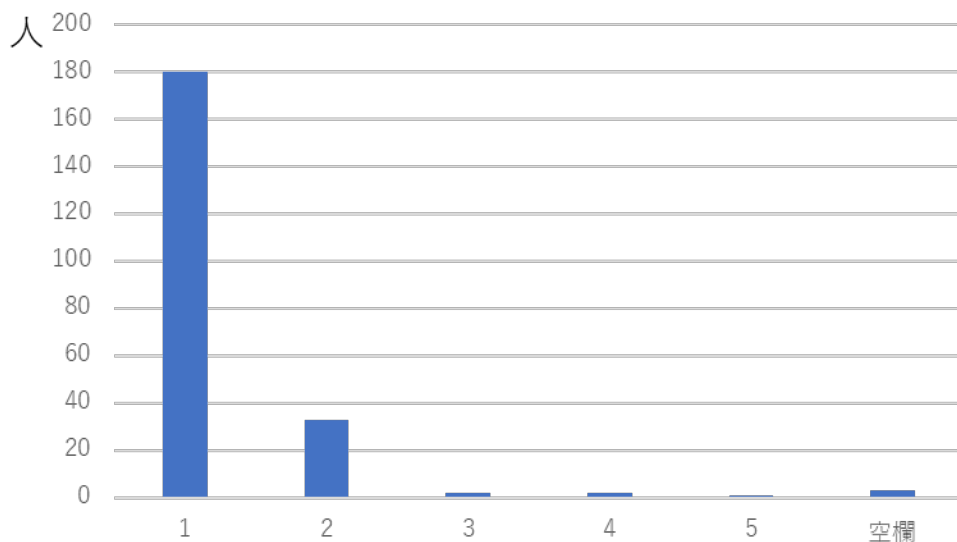
1.リスペリドン 2.パリペリドン 3.オランザピン 4.アセナピン 5.アリピプラゾール 6.ブレクスピ
プラゾール 7.ブロナンセリン 8.ハロペリドール 9.その他

図 2-11. 【精神病性障害急性期に対する薬剤・治療方略】 Q13 次善の選択（第一選択の薬を使えない、あるいは好ましくない場合など）



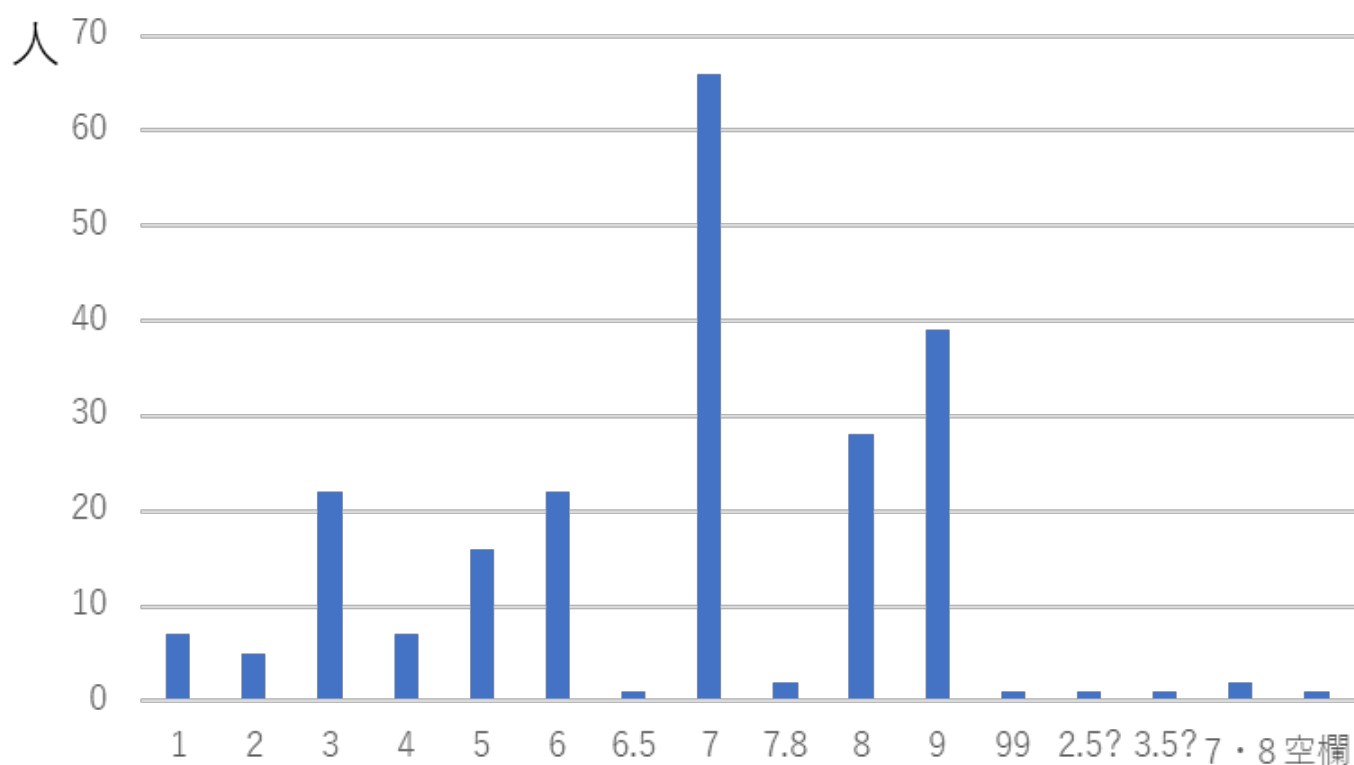
1.リスペリドン 2.パリペリドン 3.オランザピン 4.アセナピン 5.アリピプラゾール 6.ブレクスピ
プラゾール 7.ブロナンセリン 8.ハロペリドール 9.その他

図 2-12. Q14 最初の抗精神病薬への早期反応不良の場合



1.他の抗精神病薬への切替え 2.他の抗精神病薬の併用（切替のための一過性の併用は含まない） 3.最初の抗精神病薬の上限量超え 4.ECT 5.その他

図 2-13. Q15 1 剤目および切替えた 2 剤目の抗精神病薬に反応不良のため 2 剤併用した場合の反応が入院 3 ヶ月時点で軽度改善以上 89.8%であったという本学会の観察研究結果を踏まえて、最初の 2 剤にいずれも反応不良の際に 2 剤併用を暫時許容することについて、いずれの水準で同意できるでしょうか？

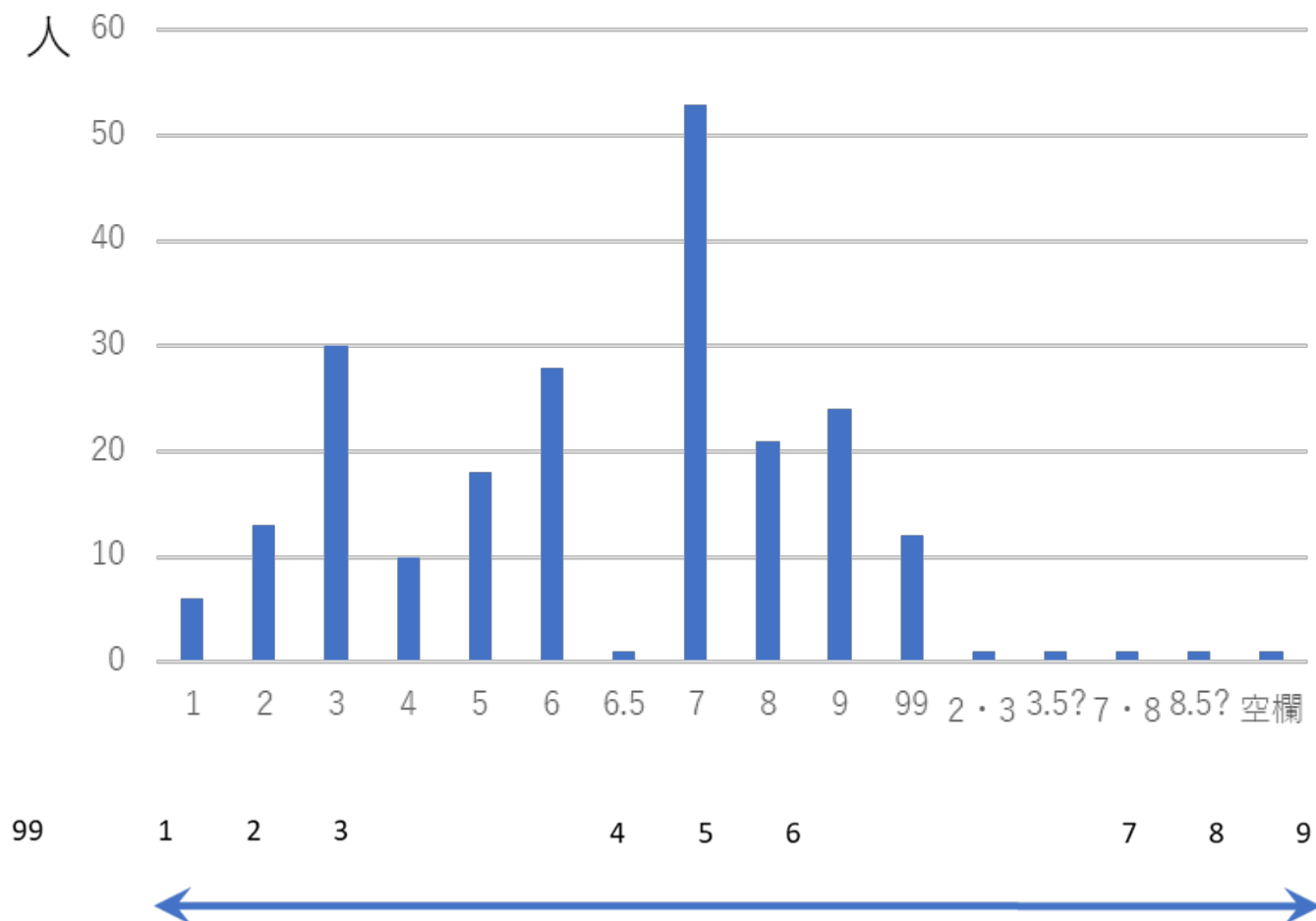


99 1 2 3 4 5 6 7 8 9



99=経験ないので不明
 9=非常に同意・納得
 7-8=かなり同意・納得できる
 4-6=どちらともいえない
 2-3=あまり同意・納得できない
 1=全く同意・納得できない

図 2-14. Q16 (Q15 の続き)最初の 2 剤にいずれも反応不良の際に 2 剤併用でなくクロザピンへの切替を目指すことについて、いずれの水準で同意できるでしょうか？



99=経験ないので不明
 9=非常に同意・納得
 7-8=かなり同意・納得できる
 4-6=どちらともいえない
 2-3=あまり同意・納得できない
 1=全く同意・納得できない

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

「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: H29-精神—一般-002)

研究分担報告書

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)

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、対応指針を開発することである。

【研究方法】1) 司法的な対応のあり方については、昨年度に引き続き平成 30 年度も、精神科急性期医療の専門家、薬物依存症治療の専門家、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との意見交換を行い、論点の整理と意見集約を行った。2) 薬物乱用・依存への介入のあり方については、精神科急性期病棟における薬物乱用・依存への簡易介入ツールを用いて実際の薬物使用障害患者への介入を行い、その効果を検証した。

【結果と考察】今年度、「患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項」を作成し、簡易介入ツールを用いて、23 名の入院薬物使用障害患者にプログラムを提供し、評価尺度上における臨床上の好ましい変化を確認した。以上より、本分担研究班では、司法的問題や薬物乱用・依存への介入指針、ならびに、本人および家族向けのツールを開発し、精神科急性期医療に資する成果が得られたと考えられる。

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

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

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

花岡晋平 千葉県精神科医療センター

平田豊明 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

武藤岳夫 肥前精神医療センター

村上 優 独立行政法人国立病院機構 榊原病院

山縣正雄 埼玉県立精神医療センター

山本輝之 成城大学法学部

和田 清 埼玉県立精神医療センター

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る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麻薬中毒者の診断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。

特に、後者の批判に関していえば、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知った医療者が治療上の対応に際しての留意すべき法的事項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、昨年度からの議論を引きついで、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た。そのうえで、これらの問題に対する論点を整理し、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応ガイドライン案を作成するとともに、昨年度開発した精神科急性期医療における薬物乱用・依存への簡易介入ツールを実際に用い、効果検証を行った。

以下に、その結果を報告する。

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ガイドライン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。昨年度は2回の会議(平成29年4月16日、7月9日)を開催したが、今年度は平成30年7月22日に1回のみ会議を開催した。

会議では、昨年度と同様、2つの論点に絞って意見交換をした。1つは、「守秘義務と犯罪告発義務(医療者が患者の違法薬物使用を知った場合の対応)」に関する問題であり、もう1つは、「麻向法58条の2麻薬中毒者の届出に係る診断(麻薬中毒者の定義と診断のポイント)」に関する問題であった。

2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

研究2では、昨年度に作成した「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」(全文は巻末資料1)における「1)患者本人に対する医療 ②簡易再発防止プログラム」の開発と効果検証を行った。

I. 患者本人に対する医療
1. 精神医学的評価: (a) 依存症の重症度の評価、(b) 併存精神障害の評価:
2. 簡易再発防止プログラムの実施
3. 退院後の関係機関との調整
II. 家族に対する介入・支援
III. 地域の関係機関との調整

1) 介入の内容

介入に用いたのは、国立精神・神経医療研究センターにて開発した、精神科救急病棟における薬物乱用・依存に対する簡易介入プログラム「FARPP (First Aid Relapse Prevention Program)」である。このプログラムは、すでに同院外来にて実施されてきた SMARPP-24(全24セッション)をベースにして開発された、全4セッションの簡易版 SMARPP である(巻末資料3)。このプログラムは、1ヶ月程度の入院期間中に週1回、多職種によりグループ療法、ないしは個人療法として実施することを想定して開発されたものである。今回の研究では、2~5名程度の比較的少人数のグループ療法として提供された。

2) 対象

対象は、2018年1月~2018年12月に国立精神・神経医療研究センター病院にて入院治療を受けた物質使用障害患者23名(平均年齢[標準偏差]37.6[11.0]歳; 男性14名、女性9名)である。この23名の主乱用物質は覚せい剤が最多で9名(39.1%)、次いでアルコール4名(17.4%)、市販薬3名(13.0%)、睡眠薬・抗不安薬2名(8.7%)、大麻1名(4.3%)、多剤1名(4.3%)、その他2名(8.7%)という内訳であった。また、23名中18名(78.3%)に他の精神障害の併存が認められ、その内訳としては、統合失調症が最も多く6名(26.1%)、次いで解離性障害5名(21.7%)、うつ病性障害4名(17.4%)、双極性障害2名(8.7%)、自閉症スペクトラム障害1名(4.3%)という順であった。

3) 評価方法と評価項目

介入の効果については、対照群を置かない、介入前後における尺度得点の変化によって評価した。評価に用いた尺度は、以下の2種類である。

①Beck Depression Inventory (BDI): この尺度は、汎用されているうつ状態を評価するための自記式質問票であるが(Beck et al, 1996)、今回の研究では、患者の全般的な精神状態の変化を見るための指標として採用した。

②Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence (SOCRATES-8D): この尺度は、Miller と Tonigan (1996)によって、薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価するために開発された、19項目からなる自記式評価尺度である。原語版では、各質問は「病識 recognition」、「迷

い ambivalence)、「実行 taking-step」という 3 つの因子構造を持つことが確認されている。「病識」が高得点の場合には、「自分には薬物に関連した問題があり、このまま薬物を続けていけば様々な弊害を生じるので、自分を変えていく必要がある」と認識していることを示し、「迷い」が高得点の場合には、「自分は薬物使用をコントロールできていない、周囲に迷惑をかけている、依存症かもしれないと考えている」ことを、そして「実行」が高得点の場合には、「自分の問題を解決するために何らかの行動を起こし始めている、あるいは、誰かに援助を求めようと考えている」ことを示すとされている。事実、SOCRATES 総得点は治療準備性の高まりと正の相関関係を示し (Mitchell et al, 2007)、動機付けの乏しい薬物乱用者に対する短期介入の場合には、高得点の者ほど治療継続率が高いという報告がある (Mitchell et al, 2006)。

4) 統計学的解析

得られた結果は、BDI 総得点、SOCRATES-8D 総得点および病識、迷い、実行の各因子得点について、対応のある 2 地点間の t 検定で比較を行い、両側検定で 5% 未満の水準を有意とした。

(倫理的配慮) 1 の研究は、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。また、2 の研究については、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された。

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

昨年度より議論してきた論点について、改めて議論を重ねた。

1) 守秘義務と犯罪告発義務 (医療者が患者の違法薬物使用を知った場合の対応)

昨年度までの議論では、以下のことが確認された。

「医療者に患者の違法薬物の使用を警察に通報することを義務づけた法令は存在しない。ときに公務員の犯罪告発義務 (刑訴法 239 条 2 項) の根拠判例として、最高裁判例 (最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 卷 6 号 600 頁) が公務員の犯罪告発義務が持ち出されることがあるが、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) にあたるか否かにあり、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。以上より、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つたとしても、患者の違法薬物の使用に関する告発を裁量することが許容されている」

今年度は、特に、犯罪を告発しないことが許容される「職務上正当な理由」に関する議論を行った。その結果、「告発しないことが治療上よい転帰をもたらす」という科学的根拠があることが必要という意見が出た。しかし、国内では「違法薬物使用を告発しない」という介入の効果を検証した研究は存在せず、また、違法薬物の使用罪が存在しない海外の多くの国では、そのような検証そのものがありえず、現状では治療理念や人権問題として「刑罰よりも治療」、あるいは「非犯罪化して健康問題として捉えよ」という主張がなされており、明確な科学的根拠とはいえない点が課題であった。ガイドラインでは、あくまでも薬物問題の捉え方に関する国際的な動向を付記することどめざるを得なかった。

2) 麻向法 58 条の 2 に係る麻薬中毒者の診断について

昨年度までの議論では、以下のことが確認された。

「麻薬中毒者の届出制度は、今日の精神科医療の実情にそぐわない面があり、薬物依存症者の医療アクセスを低減し、患者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。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要素が含まれている。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つたものへと修正する必要がある」

そして、このように課題の多い麻薬中毒者の届出制度であり、ことに麻向法による措置入院は 2002 年以降、国

内では一例も生じていないことも確認された。そこで、現状では、麻薬中毒者の届出の前提となる麻薬中毒の診断については、暫定的に以下のようなことに留意すべきということで意見が一致した。

「麻薬中毒者の診断は、被診断者に行政処分を課するという重大な決定に至ることも踏まえ、ICD-10 などの操作的診断基準にしたがって自動的に診断するのではなく、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べきである。少なくとも、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」

3) 患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項

上述したような議論にもとづいて、巻末資料 2 に付した「患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項」を作成した。以下にはその骨子のみ記しておく。

- I. 本留意事項の目的
- II. 関係法令の規定及びその他留意すべき事項
 - 1. 【告発義務】わが国には、患者の違法薬物の使用を警察等に通報することを医療者に義務づけた法令は存在しない。
 - 2. 【守秘義務】医療者が患者の違法薬物使用を告発したとしても、ただちに秘密漏示罪（守秘義務違反）に問われるわけではない。
 - 3. 【公務員としての義務】公務員には犯罪告発義務があるが、守秘義務を前提とした職務上の裁量が認められる場合がある。
 - 4. 他者の権利の侵害のおそれや公益上の要請についても考慮する必要がある。
- III. 麻薬中毒者の診断に関する対応
 - 1. 届出先（都道府県知事）とその後の手続き
 - 2. 麻薬中毒は依存症とほぼ同義
 - 3. 麻薬中毒者届出制度の問題
 - 4. 診断の前に薬物依存症に詳しい医師や行政機関に相談する

IV. 通報か否かの判断にあたって知っておくべき知識

今日、欧州中心にハームリダクションや非犯罪化は薬物関連問題の低減に効果的な、科学的根拠のある公衆衛生政策と見なされており、国連も各国に対して、「薬物問題を非犯罪化（違法ではあるが、刑罰は与えない政策）し、健康問題として支援の対象とせよ」という勧告を行っている。こうした潮流の影響を受けて、わが国の薬物依存症を専門とする医師のあいだでも、「薬物依存症は再発と寛解を繰り返す慢性疾患であり、薬物依存症の治療と回復のプロセスの観点からは、再発は途中で生じうる事象である」という認識に基づいた治療実践が広がりつつある。なお、告発の有無にかかわらず、患者本人及び家族への社会資源に関する情報提供は必須である。

2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

表 1 に、介入前後の BDI 得点、ならびに、SOCRATES-8D 総得点と各下位因子得点を比較した結果を示す。

表から明らかのように、介入後には BDI 得点は有意に低下した ($p=0.028$)。一方、SOCRATES-8D 総得点、および下位因子の「病識」と「迷い」には有意な変化は見られなかったが、下位因子の「実行」に関しては上昇する傾向 ($p=0.058$) が見られた。

表 1: FARPP による介入前後の尺度得点変化

	介入前	介入後	t	p 値
BDI 得点	27.30	21.52	2.356	0.028
SOCRATES-8D 総得点	71.26	72.52	0.563	0.579
病識	27.91	27.43	0.407	0.688
迷い	14.74	14.39	0.477	0.638
実行	28.57	30.87	2.004	0.058

FARPP: First Aid Relapse Prevention Program

BDI: Beck Depression Inventory

SOCRATES-8D: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence

D. 考察

2016 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、同年 12 月には再犯防止推進法が成立した。同法では、国と自治体に「再犯防止推

進計画」を策定するよう求めており、2017年12月には、国として初めて同計画が策定された。

また、一部執行猶予制度施行に先立つ2015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」が公表されており、そのなかでは、「違法薬物等の乱用は、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」という基本指針が謳われている。

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いえるであろう。

このような情勢のなかで、本分担研究班では、昨年度および今年度の2年間にわたって、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。

以下に、各テーマについて考察を行いたい。

1. 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

前者のテーマに関する検討では、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く、職務上正当な理由があれば裁量することが可能であることが確認された。しかし、裁量

ができるということは、その判断は個々の医療者に委ねられており、明確に方向付けることには限界があった。

今年度、班会議では、犯罪を告発しないことの「職務上正当な理由」として、「告発しないことが治療上よい転帰をもたらす」という科学的根拠を提示すれば、個々の医療者はそれにもとづいて判断ができるのではないかと、という意見が出た。確かに一理ある意見ではあるが、現実には、国内では「違法薬物使用を告発しない」という介入の効果を検証した研究は存在しない。また、海外の先進諸国では、公衆衛生政策として非犯罪化の有効性に関する科学的根拠は数多く存在する一方で、海外の先進諸国では医療機関において患者の違法薬物使用を告発すること自体がなく、したがって、個別の治療場面で告発しないこととの治療的意義を正当化する科学的根拠は見つけることができなかった。このため、「患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項」には、国際的な動向に関して付記することとめた。

一方、麻向法による麻薬中毒者の届出については、すでに昨年度に議論された2つの問題点——今日の精神科医療の実情にそぐわない制度であること、そして、患者に対する過剰な人権侵害が生じる危険を内包していること——が今年度も確認された。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は認めつつも、当面は慎重な運用を心がけるように周知するとともに、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と考えられた。

なお、研究分担者が経年的に実施している「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」の2018年度調査(松本ら, 2019)では、全国約1600の有床精神科医療機関で2018年9~10月に外来もしくは入院で治療を受けた全薬物関連精神疾患症例2609例中、6例(0.038%)が麻薬中毒者としての届出がなされていたことが判明している。しかし、主乱用薬物の種類、および薬物関連障害の診断から、操作的に麻薬中毒の診断基準に該当する者は69例存在しており、実際にはその8.7%しか届け出られていないと推測された。このことは、実際の臨床現場では制度自体が精神科医に十分に知ら

れていないか、あるいは、知っていたとしても相当に消極的な運用がなされている可能性があるといえるであろう。

2. 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

後者のテーマに関する検討では、「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」の内容を踏まえ、すでに昨年度までに完成していた「簡易再発防止プログラム」を用いた介入を行い、評価尺度上の変化を検討した。対照群を置かない、サンプルサイズの小さな介入であったために、顕著な変化を確認することはできなかったが、BDIを指標とする全体的な精神状態の改善、ならびに、SOCRATES-8Dにおける「実行」因子の上昇傾向を確認することができた。今後は、よりサンプル数を増やし、かつ対照群を置いた上で、退院後の依存症専門治療継続性を指標とした検討を行っていく必要がある。

いずれにしても、本分担研究班では、精神科急性期医療のなかでの介入ガイドライン案を作成し、かつ、それを使用することができる本人に対する介入ツール、および家族に配付する啓発資材(巻末資料 4)を開発した。これらは、医療者の薬物関連障害患者に対する陰性感情を解消に資すると自負している。

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 2 年間の研究を行い、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との意見交換を経て、「患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項」、ならびに「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」を作成した。また、精神科急性期病棟における限られた時間と人的資源のなかでも実施可能な、本人向けの簡易介入プログラム、および家族向け啓発資材を開発した。以上の本分担研究班の成果は、精神科救急医療に従事

する者の薬物乱用・依存患者に対する苦手意識や陰性感情の低減に資すると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hamamura T, Suganuma S, Takano A, Matsumoto T, Shimoyama H: The Efficacy of a Web-Based Screening and Brief Intervention for Reducing Alcohol Consumption Among Japanese Problem Drinkers: Protocol for a Single-Blind Randomized Controlled Trial. *JMIR Res. Protoc.* 2018;7(5):e10650 doi:10.2196/10650
- 2) Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, Shimane T: The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2018 Oct 19. doi: 10.1002/npr2.12035.
- 3) Hiroko Kotajima-Murakami¹, Ayumi Takano , Yasukazu Ogai, Shotaro Tsukamoto, Maki Murakami, Daisuke Funada, Yuko Tanibuchi, Hisateru Tachimori, Kazushi Maruo , Tsuyoshi Sasaki , Toshihiko Matsumoto, Kazutaka Ikeda : Study of effects of ifenprodil in patients with methamphetamine dependence: Protocol for an exploratory, randomized, double-blind, placebo-controlled trial . *Neuropsychopharmacology Reports.* 2019 January 20. doi:10.1002/npr2.12050.
- 4) Daisuke Funada , Toshihiko Matsumoto , Yuko Tanibuchi, Yasunari Kawasoe, Satoru Sakakibara , Nobuya Naruse, Shunichiro Ikeda, Takashi Sunami, Takeo Muto , Tetsuji Cho : Changes of clinical symptoms in patients with new psychoactive substance (NPS)-related disorders from fiscal year 2012 to 2014: A study in hospitals specializing in the treatment of addiction . *Neuropsychopharmacology Reports.* 2019;1–11.doi: 10.1002/npr2.12053.
- 5) 引土絵美, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦: 治療共同体エンカウンター・グループの

- 効果とその要因について. 日本アルコール薬物医学会雑誌 53(2) : 83-94, 2018.
- 6) 花岡晋平, 平田豊明, 谷渕由布子, 宋龍平, 合川勇三, 山崎信幸, 撰尚之, 加賀谷有行, 津久江亮太郎, 門脇亜理紗, 今井航平, 佐々木浩二, 松本俊彦: わが国の精神科救急医療施設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 53(5) : 212-225, 2018.
 - 7) 松本俊彦: 嗜癖性障害. 最新精神医学 23(2) : 121-129, 2018.
 - 8) 松本俊彦: 薬物依存症と対人関係. 精神科治療学 33(4) : 435-440, 2018.
 - 9) 松本俊彦: 向精神薬乱用・依存を防ぐために精神科医と薬剤師にできること. 日本精神薬学会誌 1(2) : 12-15, 2018.
 - 10) 松本俊彦: 最近の危険ドラッグ関連障害患者における臨床的特徴の変化: 全国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態調査: 2012年と2014年の比較. 精神神経学雑誌 120(5): 361-368, 2018.
 - 11) 松本俊彦: ワークブックを使った認知行動療法的アプローチはどのようなものか教えてください. モダンフィジシャン 38(8) : 844-846, 2018.
 - 12) 松本俊彦: 物質使用障害とトラウマ. 臨床精神医学 47(7) : 799-804, 2018.
 - 13) 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 松本陽一郎, 石田恵美, 松本俊彦: 薬物事犯の精神科的治療. 精神科治療学 33(8) : 959-964, 2018.
 - 14) 松本俊彦: 睡眠薬は是か非か—Pros and Cons: Consの立場から—睡眠薬は精神科薬物療法における「悪貨」である. 精神医学 60(9) : 1019-1023, 2018.
 - 15) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか—子どもの薬物乱用—. 児童青年精神医学とその近接領域 59(3) : 278-282, 2018.
 - 16) 松本俊彦: 「やりたい」「やってしまった」「やめられない」—薬物依存症の心理—. こころの科学 202 特別企画 : 40-46, 2018.
 - 17) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援の課題—保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridge Project. 日本アルコール関連問題学会雑誌 20(1) : 39-41, 2018.
 - 18) 松本俊彦: 特集 I 依存と嗜癖-その現状と課題- 人はなぜ依存症になるのか. 精神科 33(6) : 463-468, 2018.
 - 19) 松本俊彦: なぜオピオイド鎮痛薬依存症に陥るのか—臨床の立場から—. ペインクリニック 39(12) : 1570-1578, 2018.
 - 20) 高野歩, 郡健太, 熊倉陽介, 佐瀬満雄, 松本俊彦: ハームリダクションの理念と実践. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 151-170, 2018.
- ## 2. 学会発表
1. Yuko Tanibuchi, Toshihiko Matsumoto, Daisuke Funada, Yasunari Kawasoe, Satoshi Sakakibara, Nobuya Naruse, Shunichiro Ikeda, Takashi Sunami, Takeo Muto, Tetsuji Cho: A study on factors of better treatment outcome for patients with new psychoactive-substances-related disorders in specialized clinics or wards for drug dependence in Japan. The College on Problems of Drug dependence 80th Annual Scientific Meeting, San Diego, 2018.6.9-14.
 2. 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 【シンポジウム 33】保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人を地域で支える Voice Bridges Project. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
 3. 谷渕由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ関連障害患者の急増と終息とその後. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
 4. 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 近藤恒夫, 松本俊彦: 【シンポジウム 33】民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究(第二報). 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
 5. 宇佐美貴士, 神前洋帆, 徳永弥生, 本田洋子, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域視点 (Voice Bridges Project) の福岡市での実践報告. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.

6. 花岡晋平, 廣瀬祐紀, 松本俊彦, 平田豊明:精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況(第一報). 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.
 7. 神前洋帆, 武藤由也, 徳永弥生, 本田洋子, 宇佐美貴士, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦:福岡市における保護観察対象の薬物依存者の地域支援 (Voice Bridges Project). 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
 8. 田中紀子, 松本俊彦, 森田展彰, 木村智和:病的ギャンブラーとギャンブル愛好家とを峻別するものは何か. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
 9. 引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦, 嶋根卓也:回復支援施設における TC エンカウンター・グループの適用に関する研究. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
 10. Ayumi Takano, Yousuke Kumakura, Eriko Ban, Takashi Usami, Toshihiko Matsumoto : Cohort study and development of community-based support for drug users on probation in Japan, Voice Bridges Project. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
 11. Ayumi Takano, Sachiko Ono, Hayato Yamana, Hiroki Matsui, Toshihiko Matsumoto, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami : Risk factors for long-term prescription of benzodiazepine: cohort study using a large health insurance claim database in Japan. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
 12. Ayumi Takano, Mitsuo Sase, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami : Smartphone-based self-monitoring application for drug users: co-production with targeted users. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
 13. 廣瀬祐紀, 花岡晋平, 井上翔, 深見悟郎, 平田豊明, 松本俊彦:精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況(第二報). 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 沖縄, 2018.10.11.
 14. 松本俊彦:【特別講演】刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援～Voice Bridges Project～. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.9.
 15. 松本俊彦:【特別講演】ランチョン・レクチャー I 人はなぜ依存症になるのか. 日本精神病理学会第 41 回大会「往還する精神病理学－原点回帰と越境とー」, 兵庫, 2018.10.5.
 16. 松本俊彦:【教育講演】アディクション問題の理解と援助. 第 32 回東京精神科病院協会学会, 東京, 2018.10.23.
 17. 松本俊彦:【特別講演】薬物依存症からの回復のために必要なこと. 第 65 回日本矯正医学会総会, 東京, 2018.10.25.
 18. 松本俊彦:【ワークショップ】自傷行為の理解と援助. 日本認知・行動療法学会第 44 回大会, 東京, 2018.10.28.
 19. 松本俊彦:【特別講演】アディクション問題の理解と援助. 第 35 回愛媛県精神神経学会, 愛媛, 2018.12.1.
 20. 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, 松本俊彦:薬物使用経験のある HIV 陽性者における亜硝酸エステル使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会, 大阪, 2018.12.4.
 21. 松本俊彦:【特別講演1】人はなぜ依存症になるのか～患者と同僚、そして自らを薬物依存症から守るために～. 第 25 回日本静脈麻酔学会, 栃木, 2018.12.8.
- G. 健康危険情報**
なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)**
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし

3. その他

なし

I. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

引用文献

Beck, A.T., Steer, R.A., and Brown, G.K. (1996) Manual for the Beck Depression Inventory-2. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1996.

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.

松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔, 村上真紀, 谷渕由布子(2019)全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成30年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究(研究代表者 嶋根卓也)総括・分担研究報告書: 75-141.

Mitchell, D. and Angelone, D.J. (2006) Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. *Mil Med* 171: 900-904.

Mitchell, D., Angelone, D.J. and Cox, S.M. (2007) An exploration of readiness to change processes in a clinical

sample of military service members. *J Addict Dis* 26: 53-60.

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/detail2?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.

精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案

I. 患者本人に対する医療

1. 精神医学的評価

- 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。
- 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。

2. 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。

3. 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。

II. 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。せつ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。

III. 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、本人の主体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。

患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項

I. 本留意事項の目的

一般的な感覚において、善良な市民のひとりとして他者の犯罪行為を知った場合、その通報は良識であり、自然な感覚である。また、公務員の場合には、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が義務づけられている(後述)。しかしながら、通常、使用が規制されている薬物(以下、「違法薬物」という。)を患者が使用していることを医療者の立場として知った場合には、警察等に通報するべきか否か、通報によって本務である診療との両立が困難となることへの葛藤、通報が職務上知り得た秘密の守秘義務違反にあたるのではないかという不安等に直面する。

本留意事項はこのような課題に対し、臨床現場における個別具体的な判断の一助とするために、現行法令の規定等、医療者が留意すべき事項をとりまとめたものである。

II. 関係法令の規定及びその他留意すべき事項

1. 【告発義務】わが国には、患者の違法薬物の使用を警察等に通報することを医療者に義務づけた法令は存在しない

わが国には、患者の違法薬物の使用を警察等に通報することを医療者に義務づけた法令は存在しない。したがって、患者が規制薬物を使用していることを医療者(公務員の場合には後述する。)が知ったとしても、通報しなかったことによる法令義務違反は発生しない。

2. 【守秘義務】医療者が患者の違法薬物使用を告発したとしても、ただちに秘密漏示罪(守秘義務違反)に問われるわけではない

刑法 134 条 1 項では、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」と規定している(秘密漏示罪)。しかしながら、医療者が患者の違法薬物使用を告発したとしても、ただちに秘密漏示罪に問われるわけではないことが実際の判例で示されている。最高裁判例(最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 卷 6 号 600 頁)¹では、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ことには、「正当な理由がある」としてその違法性を否定している。

なお、1. で述べたように、患者の違法薬物の使用を警察等に通報することを医療者に義務づけた法令は存在せず、前記の判例はあくまでも「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ある点に注意すべきである。

3. 【公務員としての義務】公務員には犯罪告発義務があるが、守秘義務を前提とした職務上の裁量が認められる場合がある

公務員(あるいは、みなし公務員)には、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」により、犯罪を告発する法律上の義務が課されており、これに違反した場合には懲戒事由になるとされている。

しかしながら、この犯罪告発義務はすべての公務員、すべての状況に対して無条件に課せられるものではない。公務員といえども、職務上正当と考えられる程度の裁量は認められており、その本務内容によっては守秘義務を優先できると考えられている^{2,3}。例をあげるならば、捜査機関職員が改悛の情を期待して告発を裁量することは許されないが、医療職の者が患者の違法薬物使用について治療上の見地から告発をしないことは、職務上正当な行為と見なすことができる。

4. 他者の権利の侵害のおそれや公益上の要請についても考慮する必要がある

前述の法令上の規定に加えて、違法薬物使用者が他者の権利を深刻に侵害する危険性が切迫しているか否か、あるいは、犯罪を告発し処罰を求めることについて公益上の強い要請がある場合に該当するか否か、という点についても、十分に考慮する必要がある。

具体的には、他者への切迫した暴力の危険、ならびに、他者への違法薬物の譲渡や販売、使用の勧誘などの状況にあるかどうかをそれにあたと考えられる。

Ⅲ. 麻薬中毒者の診断に関する対応

1. 届出先(都道府県知事)とその後の手続き

麻向法 58 条の 2 は、「医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢、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(中略)の都道府県知事に届け出なければならない」と定めている。

この制度は、薬物依存症者に対する医療的な対応を促進することを目的として、1960 年代初めに制定されたものである。麻薬中毒者として届出られた後は、当該患者は、麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)による措置入院の要否判断、環境浄化(患者から提供された薬物入手先情報にもとづき、薬物入手ルート摘発を行う)、ならびに退院後の監督の対象となる。

なお、ここでいう麻薬中毒とは、後述する昭和 41 年厚生省薬務局長通知で説明されており、「麻薬、大麻またはあへんの慢性中毒をいうのであって、それらの急性中毒を意味しない」とされている(従って、覚せい剤の慢性中毒は含まれていない)。

2. 麻薬中毒者は依存症とほぼ同義

昭和 41 年厚生省薬務局長通達では、麻薬中毒は、「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」と定義されている。

麻薬中毒者とは医学的概念ではなく、あくまでも行政的な概念であるが、この通達の説明にもとづけば、それは、WHO の精神障害診断分類 ICD-10 における「依存症(候群)」とほぼ同義の概念と考えてよいであろう。しかし、麻薬に該当する薬物に関して、操作的に「依存症」に該当する病態であれば、ただちに麻薬中毒者として診断をすべきかといえ、次に述べる理由からそれについては慎重に検討する必要がある。

3. 麻薬中毒者届出制度の問題

今日的な視点で見ると、麻薬中毒者届出制度はこれまで長らく見直しや改正が成されてこなかったがゆえに、その実際の運用を想定した場合、きわめて非現実的な内容に変質している。事実、2002 年以降、わが国では麻向法による措置入院となった事例は存在しない。背景として、本制度が麻薬中毒として当初想定したのは、きわめて強力な身体依存を持つヘロインの依存症であったことが関連する。一方現在わが国で問題となっているのは覚せい剤依存症患者であり、覚せい剤は本制度の対象となっていない。

大きな問題の1つに、この制度があるために、麻薬等の影響で治療が必要な患者が医療機関につながりにくくなるということがある。本制度に基づき麻薬中毒者と診断され、届け出された場合、麻向法の規定に基づき様々な措置の対象となる可能性があるが、このような措置のおそれを回避しようと、本来、治療が必要な患者が医療機関を避けようとしてしまうことである。また、この制度による監督期間の問題がある。同制度における監督期間は、保護観察などの刑事処分と比べてもきわめて長期に及び、現代の価値基準に照らした場合、患者の人権擁護という点でも重大な問題を残したまま手つかずの状態にある。不適切な麻薬中毒の診断がなされたならば、麻薬問題を抱える者の医療アクセスは著しく抑制され、回復の好機を逸し、国民の健康増進の観点から逆行する結果を招きかねない。

また、現在、精神科医療現場で問題となっている麻薬の多くは、覚せい剤と同様、幻覚・妄想などの精神病症状によって事例化している。このため、麻薬関連精神障害による措置入院は、「自傷・他害のおそれ」を要件とする精神保健福祉法によって対応されている。

4. 診断の前に薬物依存症に詳しい医師に相談する

監督期間の長さなど、患者の人権擁護にかかわる諸問題および法令の現代における存在意義を勘案すると、麻薬中毒者の診断には慎重を期する必要がある、限られた情報にもとづく短時間の診察でなされるべきではない。

麻向法に基づく麻薬中毒の診断を行う際には、まずは、薬物依存症に詳しい精神科医師に相談する、スーパーヴィジョンを受けることが望ましい。そのうえで、これまでの治療経過などを総合して判断する必要がある。いずれにしても、プライマリケアや一般救急医療の現場で即断するのは控えるべきである。

IV. 通報か否かの判断にあたって知っておくべき知識

最近10年のうちに薬物問題に対する国際的な動向は大きく変化し、WHOをはじめとするいくつかの国連機関は、各国に対して、「薬物問題を非犯罪化(違法ではあるが、刑罰は与えない政策)し、健康問題として支援の対象とせよ」という勧告を行っているのである。こうした動きを後押ししたのが、長年厳罰主義をとってきたアメリカにおける「薬物戦争」の失敗を指摘した報告⁴であり、同時に、オランダ、スイス、ポルトガル、カナダ、台湾などの各国におけるハームリダクション政策の成功である。なかでもポルトガルの場合、違法薬物の自己使用や少量所持の非犯罪化、薬物乱用者の雇用促進などの政策によって、薬物依存症者の治療アクセスを高め、新規HIV感染者や薬物過量摂取による死亡者を減少させ、さらには、国民の違法薬物生涯経験率低減にも成功している⁵。このような公衆衛生施策の成功は、薬物依存症者に対して社会内に居場所を提供することが薬物問題の解決を促す可能性を湿しているだけでなく、薬物問題への対策を効果的なものにするためには、人権侵害とスティグマを強める規制強化よりも、依存症者への理解と支援を浸透させる環境づくりがより合理的である可能性を示唆する。

医療者が犯罪として告発すべきかどうかについては、薬物依存症の治療に与える影響の観点も留意すべきことを示唆する知見がある。依存症治療に関する学術的知見も、再発を繰り返しながらでも治療を継続していれば最終的に断薬を達成する可能性が高く、たとえ断薬に不成功であったとしても、物質使用量は減少し、物質使用に関連する医学的・心理的障害や社会経済的損失の抑制されることを明らかにしている⁵。こうした知見を踏まえ、現在、わが国においても、「薬物依存症は再発と寛解を繰り返す慢性疾患であり、薬物依存症の治療と回復のプロセスの観点からは、再発は途中で生じうる事象である」という認識にもとづいた治療実践が広まりつつある。

ともあれ、患者の違法薬物の使用を警察等に通報するか否かにかかわらず、医療者としての本務は忘れてはならない。それは、社会資源に関する情報提供である。もちろん、患者が治療を要する依存症に罹患していることを認めず、専門治療へのアクセスはおろか、単なる情報提供さえ受けつけないことは十分にありえるだろう。その場合には、家族に対して精神保健福祉センターなどの依存症家族相談窓口に関する情報提供をすべきである。

なぜなら、依存症には「本人が困るより先に家族が困る」という特徴があり、治療はしばしば家族の相談から始まるからである。

文献

1. 最高裁判決：最決平成17年7月19日刑集59巻6号600頁
http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=50093 (最終確認: 2019年4月30日)
2. 河上和雄・古田佑紀・原田國男・中山善房・渡辺咲子・河村 博 編: 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, 2012.
3. 安富潔: 刑事訴訟法. pp79, 三省堂, 東京, 2009.
4. International Drug Policy Consortium: The ‘Vienna consensus’ stifles progress on UN drug policy: Statement by the International Drug Policy Consortium. http://filesserver.idpc.net/library/Public-IDPC-statement_FINAL.pdf (最終確認: 2019年4月30日)
5. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, et al.: Public health and international drug policy. *Lancet* 2; 387(10026): 1427-1480, 2016.
6. Emmelkamp, P.M.G., Vedel, E.: 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, 2006.

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）

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）、岡田隆志（埼玉県春日部保健所）、波田野隼也（青森市保健所）、村上由布子（新潟県新発田保健所）、石田賢哉（青森県立大学）

【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）の標準化を進めるとともに、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を高めるための諸策を提言すること。

方法 上記目的を達成するために、以下の調査等を実施した。

- ① 精神保健福祉業務専従職員の配置状況調査
- ② 精神科プレ・ホスピタルケアにおける受診調整困難事例調査
- ③ 精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）で使用しているトリアージ&スクリーニングシートの収集および共通シート（試案）の作成
- ④ 分担研究成果の報告、及び成果物（案）に対するヒアリングの開催

結果

- ① 全 469 保健所のうち 308 ヲ所（回答率 65.7%）、1,747 市町村のうち 816 ヲ所（同 46.7%）について回答を得た。常勤精神保健福祉業務専従職員の配置は、都道府県保健所 92.8%、指定都市保健所 100%、政令市 86.4%、市町村障害福祉担当課 29.1%、同保健センター20.9%であった。職種は一貫せず、精神保健福祉相談員（精神保健福祉法第 48 条）に任命されている者の比率は 3.4～28.6%であった。

措置入院者の退院後支援計画の企画・立案および支援に必要となる精神保健福祉士の人員について 310 保健所から回答が得られ（回答率 66.1%）、平成 29 年度に常勤 66 人、非常勤 9 人、平成 30 年度に同じく 86 人、5 人の増員であった。

- ② 平成 29 年度に行ったトリアージの結果、非自発的入院が必要と判断し、受診調整が極めて困難であった事例について、保健所 241 ヲ所（回答率 51.4%）、精神救急情報センター26 都道府県（回答率 55.3%）から回答が得られ、それぞれ 1.2%、2.8%の発生があった。その具体的理由について回答が得られず、受診調整困難となる因子を抽出できなかった。

- ③ 収集したトリアージ&スクリーニングシートについて分析したところ、対象者の情報記述を主体とするタイプと、項目をチェックする 2 タイプに分類された。共通シート（試案）では、相談員の経験や技量の差をふまえ、相談事例の「疾病性」と「事例性」を吟味し、身体合併症にも留意する必要性から、【基本シート】によって精神科救急事例への該当について吟味し、該当であれば【医療機関紹介判断用シート】に基づき情

報を収集しトリアージする二段階構造とした。

- ④ 各都道府県に精神科救急医療体制整備事業担当者の参加を求めたところ、26都県の参加が得られた。参加者アンケートでは有意義との評価が得られ、特にグループに分かれて行った事業の現状、課題、独自の取り組みについての情報交換、研究成果物(案)について高い評価を得た。

考察)

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

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

- ② 調整困難例は1~3%程度発生し、低頻度ゆえその特徴は明らかでないが、疾病性と比較して事例性が高い可能性が示唆され、今後特徴を特定し、発生を極力最小化する具体的方策の開発が求められる。
- ③ トリアージ&スクリーニングシートには、対象者の「疾病性」「事例性」を明確かつ簡潔に記載できるものと、項目チェックにより確認漏れを防げるものの2タイプがありそれぞれに長所/短所があった。そのため、共通シート(試案)の作成では両立を目指した。今後記載マニュアルを作成するなどしてガイドライン改訂に反映させ、標準化の一助となることが期待される。
- ④ ヒアリングの開催は貴重な機会となり、参加者からの高評価は、精神科救急医療体制整備事業を担当する自治体職員が、事業の課題や独自の取り組みなどについて情報交換できる場を求めている根拠となり、継続開催が必要であると考えられた。

結論) 精神科プレ・ホスピタルケアや相談業務の平準化に向けた種々の所見が得られた。本研究結果を踏まえ、『精神科救急医療ガイドライン』の改訂に反映させることなどにより、自治体・医療連携の推進が期待される。

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¹²⁾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る、この目的のために本研究を実施するものである。

B.方法

1. 精神保健福祉業務専従職員の配置状況調査

(1) 研究方法（調査方法）

精神科プレ・ホスピタルケアを担っている保健所及び市町村の精神保健福祉業務担当の専従職員（本調査における専従職員の定義については、先行研究³⁾と同じく精神保健福祉業務のエフォート率が75%以上の者とした）の配置状況を把握することを目的とした。

本調査を実施するにあたっては全国精神保健福祉相談員会の協力を得た。

(2) 対象

全保健所469カ所（平成30年4月現在）を対象とした。内訳は都道府県設置の保健所（以下、「都道府県保健所」と略す）が360カ所、指定都市設置の保健所（以下、「指定都市保健所」と略す）が26カ所、中核市・政令市・特別区設置の保健所（以下、「政令市保健所」と略す）が83カ所である。なお、支所及び分室は対象に含めなかった。

(3) 調査内容

- 1) 回答者の基本属性と、保健所管内の市区町村数と人口
- 2) 保健所における精神保健福祉業務の専従職員（エフォート率75%）と、精神保健福祉法第48条に規定される精神保健福祉相談員それぞれの職種別、雇用形態別職員数
- 3) 措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入するため、保健所及び精神保健福祉センターにおいて退院後支援計画の企画・立案や計画に基づく支援の調整等に必要となる精神保健福祉士の配置に要する経費について、平成29年度から地方財政措置が講じられた。このことに伴い、精神保健福祉士の増員状況及びその雇用形態について調査した。なお、地方交付税不交付団体においても、精神保健福祉法改正により措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入するため、精神保健福祉士の増員の有無について調査を実施した。

4) 管轄の市区町村ごとの人口と、各市区町村における障害者福祉担当課・保健センターそれぞれの精神保健福祉業務専従職員（エフォート率75%）、精神保健福祉法第48条に規定される精神保健福祉相談員それぞれの職種別、雇用形態別職員数。

5) 調査票については参考資料①参照のこと。

(4) 研究スケジュール

調査期間は平成30年8月1日～8月31日とし、期日までに回答がなかった保健所には改めて協力を依頼し、平成30年12月から平成31年1月までに再度回答を求めた。

(5) 手続き

調査方法は郵送による質問紙調査とした。対象とした全保健所に調査協力依頼状、調査票、返送用封筒を送付し回答を求めた。

(6) 統計解析／分析方法

調査結果を単純集計し、設置自治体種別、管内人口規模別、職種別構成割合によって分析を行った。

(7) 倫理的配慮

本調査で入手した情報には個人情報が含まれていない為、特段の手続きは行わなかった。

2. 精神科プレ・ホスピタルケアにおける受診調整困難事例調査

(1) 研究方法（調査方法）

精神科プレ・ホスピタルケアを担っている保健所及び精神科救急情報センターにおいて、トリアージの結果、非自発的入院が必要と受診前判断した事例で、受診調整が極めて困難であった（受診調整ができなかった）事例の実態を把握する。

(2) 対象

全保健所469カ所（平成30年4月現在）、及び精神科救急情報センターを所管している都道府県精神科救急医療体制整備事業担当課を対象とした。

(3) 調査項目

- 1) 平成29年度中の保健所における精神科救急医療に関する受診前相談件数、その内受

診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）事例数。

2) 平成 29 年度中の精神科救急情報センターにおける精神科救急医療に関する受診前相談件数、その内受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）事例数。

3) 平成 29 年度中に保健所及び精神科救急情報センターでトリアージをし、非自発的入院治療が必要と受診前判定した事例のうち、精神科救急医療体制（精神科救急医療資源や身体合併症医療体制の不足等の事情等）の理由によってではなく、受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）1 事例（外国人事例を除く）の抽出を依頼した。

「非自発的入院治療が必要と判断した理由」に関する調査項目については、先行研究⁴⁾で用いられたものと同じにすることで、精神科救急入院料算定医療機関における非自発的入院等の医療方針と比較検討できるようにした。調査票の質問項目は以下のとおりである。

4) 調査票については参考資料①参照のこと。

①受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）事例の有無

②該当事例への対応時間帯

③該当事例の性別

④該当事例の年齢

⑤当該事例の職業

⑥当該事例の婚姻歴

⑦当該事例の生活形態

⑧当該事例の収入状況

⑨当該事例の精神科治療歴

⑩当該事例の主診断（WHO 国際疾病分類：ICD-10）

⑪当該事例の副診断（WHO 国際疾病分類：ICD-10）

⑫非自発的入院治療が必要と判断した理由

I. 基本要件

- a. 医学的な重症性
- b. 社会的不利益
- c. 急性の展開
- d. 治療の必要性
- e. 治療の可能性

II. 病態の定性評価

- a. 意識障害（せん妄、急性中毒、その他）
- b. 幻覚・妄想状態
- c. 精神運動興奮状態
- d. 抑うつ状態
- e. 躁状態
- f. 解離状態
- g. 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）
- h. その他（認知症状態、統合失調症残遺状態等）
- i. a~h の具体的な状況

III. 緊急に医療的介入を要する因子

- a. 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
- b. 自殺企図、自傷行為、もしくは制御困難な自殺念慮
- c. 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
- d. 個人的な見守りができる家族、同居者、友人などがいない
- e. 他の対応者がいない（未受診、中断例、かかりつけ医が対応できない（遠方、クリニック等））
- f. 平日診療時間内であれば入院せずに済んだ
- g. 入院判断に影響する身体合併症があった

IV. 対応結果

- a. 緊急措置入院／措置入院
- b. 応急入院
- c. 医療保護入院
- d. 任意入院
- e. 入院せず（入院不要、本来は入院必要、不明）
- f. 受診調整できず
- g. 非入院（入院不要）の理由
- h. 非入院（本来は入院必要）の理由
- i. 受診調整できずの理由

(4) 期間（研究スケジュール）

調査期間は、平成 30 年 8 月 1 日～8 月 31 日とした。

(5) 手続き

調査方法は郵送による質問紙調査とした。対象とした全保健所及び都道府県精神科救急医療体制整備事業担当課に調査協力依頼状、調査票、返送用封筒を送付し回答を求めた。

(6) 統計解析／分析方法

調査結果を単純集計するとともに、先行研究⁴⁾との比較検討を行った。

(7) 倫理的配慮

本研究は文部科学省・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』を踏まえて実施するとともに、本研究は平成30年3月1日付けで埼玉県立精神保健福祉センター倫理委員会の承認を受けた。

3. 精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）で使用しているトリアージ&スクリーニングシートの収集

(1) 研究方法（調査方法）

精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート（試案）作成の資料とするため、都道府県の精神科救急医療体制整備事業担当者に、精神医療相談窓口（精神科救急情報センターまたは精神医療相談窓口）で使用している『トリアージ&スクリーニングシート』の提供を依頼した。

(2) 対象

都道府県精神科救急医療体制整備事業担当課。

(3) 尺度

なし。

(4) 期間（研究スケジュール）

平成31年1月10日～31日を期間とした。

(5) 手続き

都道府県精神科救急医療体制整備事業担当課長あてに文書にて協力依頼を行った。

(6) 統計解析／分析方法

収集した『トリアージ&スクリーニングシート』について、精神科プレ・ホスピタルケアのエキスパートである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職員により構成された研究班にて検討

を行った。

(7) 倫理的配慮

特段の手続きは行わなかった。

4. 精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート（試案）の作成

(1) 研究方法（調査方法）

保健所及び精神医療相談窓口（精神科救急情報センターまたは精神医療相談窓口）から医療機関へ精神科救急医療を必要とする者の情報を的確に伝達するため、『精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート（試案）』を作成した。

(2) 対象

なし。

(3) 尺度

なし。

(4) 期間（研究スケジュール）

平成30年4月～平成31年3月。

(5) 手続き

精神科プレ・ホスピタルケアのエキスパートである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職員（いずれも精神保健福祉士）により検討を行った。

また精神科プレ・ホスピタルケアに造詣が深い精神保健指定医からコンサルテーションを受けた。

(6) 統計解析／分析方法

なし。

(7) 倫理的配慮

特段の手続きは行わなかった。

5. 分担研究成果の報告、及び成果物（案）に対するヒアリング

(1) 研究方法（調査方法）

精神科救急医療体制整備事業の質の向上に向け、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の分担研究である「精神科救急及び急性期医療サービスに

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）」、「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）」、及び「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）」の研究成果について報告するとともに、研究成果物（案）に対するヒアリングを行った。

なお、当日の運営にあたっては、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、及び埼玉県立精神保健福祉センターの協力を得た。

（2）対象

都道府県の精神科救急医療体制整備事業担当者。

（3）尺度

なし。

（4）期間（研究スケジュール）

平成 31 年 1 月 17 日（木）10：30～16：30 に TKP 品川カンファレンスセンターにて開催した。

（5）手続き

平成 30 年 12 月に各都道府県精神科救急医療体制整備事業担当課長宛に、開催について文書で通知・参加の依頼を行った。

（6）統計解析／分析方法

なし。

（7）倫理的配慮

特段の手続きは行わなかった。

C.結果／進捗

1. 精神保健福祉業務専従職員の配置状況調査

（1）結果の概要

全保健所 469 ヲ所のうち、308 ヲ所から回答が得られた（回答率 65.7%）。回答の内訳は、都道府県保健所が 236 ヲ所（県型保健所の 65.6%）、指定都市保健所 13 ヲ所（指定都市保健所の 50%）、政令市保健所 59 ヲ所（政令市保健所の 71.1%）で、全回答例を解析対象とした。

（2）精神保健福祉業務専従職員の配置状況

1) 都道府県保健所における精神保健福祉業務専従職員の配置状況

①常勤専従職員は 219 保健所(92.8%)に配置されていた。

②常勤専従職員数は合計 763 人で、職種別構成割合は「医師」12 人(1.6%)、「保健師・看護師」493 人(64.6%)、「精神保健福祉士」104 人(13.6%)、「社会福祉士」25 人(3.3%)、「心理技術者」2 人(0.3%)、「その他専門職」39 人(5.1%)、「事務職」88 名(11.5%)であった。

③常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は 205 人で、常勤専従職員の 26.9%であった。職種別構成率は「医師」3 人(1.5%)、「保健師・看護師」60 人(29.3%)、「精神保健福祉士」87 人(42.4%)、「社会福祉士」21 人(10.2%)、「心理技術者」1 人(0.5%)、「その他専門職」33 人(16.1%)であった。

④非常勤専従職員は 33 保健所(14.0%)に配置されていた。

⑤非常勤専従職員数は合計 101 人で、職種別構成割合は「医師」62 人(61.4%)、「保健師・看護師」17 人(16.8%)、「精神保健福祉士」9 人(8.9%)、「社会福祉士」2 人(2.0%)、「心理技術者」4 人(4.0%)、「その他専門職」1 人(1.0%)、「事務職」6 人(5.9%)であった。

⑥非常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員の任命されている者は 18 人で非常勤専従職員の 17.8%で、職種別構成割合は「医師」13 人(72.2%)、「保健師・看護師」2 人(11.1%)、「精神保健福祉士」1 人(5.6%)、「社会福祉士」0 人(0.0%)、「心理技術者」1 人(5.6%)、「その他専門職」1 人(5.6%)であった。

2) 指定都市保健所における精神保健福祉業務専従職員の配置状況

①常勤専従職員は 13 保健所(100.0%)すべてに配置されていた。

②常勤専従職員数は 254 人で、職種別構成割合は「医師」2 人(0.8%)、「保健師・看護師」97 人(38.2%)、「精神保健福祉士」65 人(25.6%)、「社会福祉士」17 人(6.7%)、「心理技術者」9 人(3.5%)、「その他専門職」9 人(3.5%)、「事務職」57 人(22.4%)であった。

③常勤専従職員のうち精神保健福祉相談員の任命されている者は 70 人で、常勤専従職員の

27.6%であった。職種別構成割合は「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」32人(45.7%)、「精神保健福祉士」29人(41.4%)、「社会福祉士」6人(8.6%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」3人(4.3%)であった。

④非常勤専従職員は7保健所(53.8%)に配置されていた。

⑤非常勤専従職員数は66人で、職種別構成割合は「医師」39人(59.1%)、「保健師・看護師」7人(10.6%)、「精神保健福祉士」8人(12.1%)、「社会福祉士」0人(0.0%)、「心理技術者」1人(1.5%)、「その他専門職」0人(0.0%)、「事務職」11人(16.7%)であった。

⑥非常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は13人で、非常勤専従職の19.7%であった。職種別構成割合は「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」7人(53.8%)、「精神保健福祉士」6名(46.2%)、「社会福祉士」0人(0.0%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」0人(0.0%)であった。

3) 政令市保健所における精神保健福祉業務専従職員の配置状況

①常勤専従職員は51保健所(86.4%)に配置されていた。

②常勤専従職員数は418人で、職種別構成割合は「医師」5人(1.2%)、「保健師・看護師」259人(62.0%)、「精神保健福祉士」72人(17.2%)、「社会福祉士」5人(1.2%)、「心理技術者」6人(1.4%)、「その他専門職」5人(1.2%)、「事務職」66人(15.8%)であった。

③常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は91人で常勤専従職員の21.8%で、職種別構成割合は「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」44人(48.4%)、「精神保健福祉士」44人(48.4%)、「社会福祉士」2人(2.2%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」1人(1.1%)であった。

④非常勤は32保健所(54.2%)に専従職員が配置されていた。

⑤非常勤専従職員は110人で、職種別構成割合は「医師」15人(13.6%)、「保健師・看護師」39人(35.5%)、「精神保健福祉士」30人(27.3%)、

「社会福祉士」1人(0.9%)、「心理技術者」5人(4.5%)、「その他専門職」4人(3.6%)、「事務職」16人(14.5%)であった。

⑥非常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は19人で非常勤専従職員の17.3%で、職種別構成割合は「医師」6人(31.5%)、「保健師・看護師」5人(26.3%)、「精神保健福祉士」7人(36.8%)、「社会福祉士」1人(5.3%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」0人(0.0%)、「事務職」0人(0.0%)であった。

4) 都道府県保健所の管内人口規模別職員配置状況

①都道府県保健所の管内人口を「1万人以上5万人未満」(34保健所)、「5万人以上10万人未満」(61保健所)、「10万人以上30万人未満」(103保健所)、「30万人以上」(38保健所)でクラス分けした。

②常勤専従職員は、「管内人口1万人以上5万人未満」の29保健所(85.3%)、「管内人口5万人以上10万人未満」の58保健所(95.1%)、「管内人口10万人以上30万人未満」95保健所(92.2%)、「管内人口30万人以上」の36保健所(94.7%)で配置されていた。

③常勤専従職員の職種別構成割合は、「管内人口1万人以上5万人未満(n=71)」では「医師」1人(1.4%)、「保健師・看護師」44人(62.0%)、「精神保健福祉士」5人(7.0%)、「社会福祉士」3人(4.2%)、「心理技術者」1人(1.4%)、「その他専門職」3人(4.2%)、「事務職」14人(19.7%)、「管内人口5万人以上10万人未満(n=137)」では「医師」3人(2.2%)、「保健師・看護師」89人(65.0%)、「精神保健福祉士」12人(8.8%)、「社会福祉士」5人(3.6%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」8人(5.8%)、「事務職」20人(14.6%)、「管内人口10万人以上30万人未満(n=351)」では「医師」8人(2.3%)、「保健師・看護師」232人(66.1%)、「精神保健福祉士」48人(13.7%)、「社会福祉士」11人(3.1%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」13人(3.7%)、「事務職」39人(11.1%)、「管内人口30万人以上(n=204)」では「医師」0人(0.0%)、

「保健師・看護師」128人(62.7%)、「精神保健福祉士」39人(19.1%)、「社会福祉士」6人(2.9%)、「心理技術者」1人(0.5%)、「その他専門職」15人(7.4%)、「事務職」15人(7.4%)であった。

④常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者の職種別構成割合は、「管内人口1万人以上5万人未満(n=23)」では「医師」1人(4.3%)、「保健師・看護師」12人(52.2%)、「精神保健福祉士」6人(26.1%)、「社会福祉士」3人(13.0%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」1人(4.3%)、「管内人口5万人以上10万人未満(n=46)」では「医師」1人(2.2%)、「保健師・看護師」20人(43.5%)、「精神保健福祉士」11人(23.9%)、「社会福祉士」5人(10.9%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」9人(19.6%)、「管内人口10万人以上30万人未満(n=75)」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」17人(22.7%)、「精神保健福祉士」36人(48.0%)、「社会福祉士」9人(12.0%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」13人(17.3%)、「管内人口30万人以上(n=74)」では「医師」2人(2.7%)、「保健師・看護師」13人(17.6%)、「精神保健福祉士」34人(45.9%)、「社会福祉士」4人(5.4%)、「心理技術者」4人(5.4%)、「その他専門職」17人(23.0%)であった。

5) 都道府県保健所の地域別職員配置状況

①都道府県保健所を地域別に「北海道・東北」(38保健所)、「関東」(34保健所)、「中部」(43保健所)、「近畿」(41保健所)、「中国」(16保健所)、「四国」(15保健所)、「九州・沖縄」(49保健所)でクラス分けした。

②常勤専従職員は、「北海道・東北」34保健所(89.5%)、「関東」31保健所(91.2%)、「中部」41保健所(95.3%)、「近畿」39保健所(95.1%)、「中国」15保健所(93.8%)、「四国」15保健所(100.0%)、「九州・沖縄」44保健所(89.8%)に配置されていた。

③常勤専従職員における「保健師・看護師」の職種別構成割合は、「北海道・東北」70.9%、「関東」62.8%、「中部」48.9%、「近畿」54.5%、「中国」81.3%、「四国」69.8%、「九州・沖縄」

77.1%であった。

④常勤専従職員における「精神保健福祉士」の職種別構成割合は、「北海道・東北」0.0%、「関東」29.9%、「中部」14.6%、「近畿」29.8%、「中国」2.1%、「四国」9.5%、「九州・沖縄」0.0%であった。

⑤常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者の職種別構成割合は、「北海道・東北」では「保健師・看護師」が100.0%であった。「関東」では「医師」0.0%、「保健師・看護師」35.7%、「精神保健福祉士」は59.5%、「社会福祉士」0.0%、「心理技術者」0.0%、「その他専門職」4.8%であった。「中部」では「医師」0.0%、「保健師・看護師」15.8%、「精神保健福祉士」21.1%、「社会福祉士」24.6%、「心理技術者」7.0%、「その他専門職」31.6%であった。「近畿」では「医師」3.3%、「保健師・看護師」18.0%、「精神保健福祉士」49.2%、「社会福祉士」8.2%、「心理技術者」0.0%、「その他専門職」21.3%であった。「中国」では「医師」8.0%、「保健師・看護師」76.0%、「精神保健福祉士」0.0%、「社会福祉士」0.0%、「心理技術者」0.0%、「その他専門職」16.0%であった。

⑥「四国」では「医師」0.0%、「保健師・看護師」0.0%、「精神保健福祉士」63.6%、「社会福祉士」18.2%、「心理技術者」0.0%、「その他専門職」18.2%であった。「九州・沖縄」では「医師」0.0%、「保健師・看護師」85.7%、「精神保健福祉士」0.0%、「社会福祉士」0.0%、「心理技術者」0.0%、「その他専門職」14.3%であった。

6) 市町村における精神保健福祉業務専従職員の配置状況

①本調査で把握できた市町村数は全1,747市町村の45.9%にあたる802市町村であった。

②市町村障害福祉担当課では、233市町村(29.1%)に常勤専従職員が配置されており、非常勤専従職員は91市町村(11.3%)に配置されていた。

③市町村障害福祉担当課における常勤専従職員数は1,605人で、その職種別構成割合は「医師」1人(0.1%)、「保健師・看護師」382人(23.8%)、「精神保健福祉士」122人(7.6%)、「社会福祉

士」115人(7.2%)、「心理技術者」3人(0.2%)、「その他専門職」64人(4.0%)、「事務職」918人(57.2%)であった。

④市町村障害福祉担当課における常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は55人(3.4%)で、職種別構成割合は「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」14人(25.5%)、「精神保健福祉士」36人(65.5%)、「社会福祉士」1人(0.2%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」4人(7.3%)であった。

⑤市町村障害福祉担当課における非常勤専従職員数は310人で、職種別構成割合は「医師」2人(0.6%)、「保健師・看護師」43人(13.9%)、「精神保健福祉士」49人(15.8%)、「社会福祉士」11人(3.5%)、「心理技術者」1人(0.3%)、「その他専門職」61人(19.7%)、「事務職」143人(46.1%)であった。

⑥市町村障害福祉担当課における非常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は21人(6.8%)で、職種別構成割合は「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」8人(38.1%)、「精神保健福祉士」8人(38.1%)、「社会福祉士」1人(4.8%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」4人(19.0%)であった。

⑦市町村保健センターにおける常勤専従職員は168市町村(20.9%)に配置されており、非常勤専従職員は41市町村(5.1%)に配置されていた。

⑧市町村保健センターにおける常勤専従職員数は1,471人で、職種別構成割合は「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」1,176人(79.9%)、「精神保健福祉士」47人(3.2%)、「社会福祉士」4人(0.3%)、「心理技術者」10人(0.7%)、「その他専門職」78人(5.3%)、「事務職」156人(10.6%)であった。

⑨市町村保健センターにおける常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は60人(4.1%)で、職種別構成割合は「保健師・看護師」34人(56.7%)、「精神保健福祉士」26人(43.3%)であった。

⑩市町村保健センターにおける非常勤専従職員数は227人で、職種別構成割合は「医師」

1人(0.4%)、「保健師・看護師」126人(55.5%)、「精神保健福祉士」17人(7.5%)、「社会福祉士」2人(0.9%)、「心理技術者」3人(1.3%)、「その他専門職」45人(19.8%)、「事務職」33人(14.5%)であった。

⑪市町村保健センターにおける非常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は16人(7.0%)で、職種別構成割合は「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」7人(43.8%)、「精神保健福祉士」7人(43.8%)、「社会福祉士」0人(0.0%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」2人(12.5%)であった。

7) 市町村の管内人口規模別職員配置状況

①市町村の人口を「1万人未満」(221市町村)、「1万人以上5万人未満」(336市町村)、「5万人以上10万人未満」(130市町村)、「10万人以上30万人未満」(96市町村)、「30万人以上」(33市町村)でクラス分けした。

②市町村障害福祉担当課にて常勤専従職員を配置していたのは、「1万人未満」61市町村(27.6%)、「1万人以上5万人未満」142市町村(42.3%)、「5万人以上10万人未満」81市町村(62.3%)、「10万人以上30万人未満」75市町村(78.1%)、「30万人以上」23市町村(69.7%)であった。

③市町村障害福祉担当課における常勤専従職員の職種別構成割合は、「医師」1人(0.1%)、「保健師・看護師」382人(23.8%)、「精神保健福祉士」122人(7.6%)、「社会福祉士」115人(7.2%)、「心理技術者」3人(0.2%)、「その他専門職」64人(4.0%)、「事務職」918人(57.2%)であった。

④市町村障害福祉担当課における常勤専従職員の職種別構成割合を管内人口規模別でみると、「1万人未満」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」47人(34.1%)、「精神保健福祉士」1人(0.7%)、「社会福祉士」5人(3.6%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」4人(2.9%)、「事務職」81人(58.7%)、「1万人以上5万人未満」では「医師」1人(0.2%)、「保健師・看護師」126人(26.2%)、「精神保健福祉士」25人(5.2%)、「社会福祉士」29人(6.0%)、「心

理技術者」1人(0.2%)、「その他専門職」15人(3.1%)、「事務職」284人(59.0%)、「5万人以上10万人未満」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」66人(19.4%)、「精神保健福祉士」17人(5.0%)、「社会福祉士」43人(12.6%)、「心理技術者」1人(0.3%)、「その他専門職」10人(2.9%)、「事務職」204人(59.8%)、「10万人以上30万人未満」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」95人(23.3%)、「精神保健福祉士」51人(12.5%)、「社会福祉士」34人(8.4%)、「心理技術者」1人(0.2%)、「その他専門職」16人(3.9%)、「事務職」210人(51.6%)、「30万人以上」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」48人(20.2%)、「精神保健福祉士」28人(11.8%)、「社会福祉士」4人(1.7%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」19人(8.0%)、「事務職」139人(58.4%)であった。

⑤市町村保健センターにて常勤専従職員を配置していたのは、「1万人未満」24市町村(10.9%)、「1万人以上5万人未満」65市町村(19.3%)、「5万人以上10万人未満」38市町村(29.2%)、「10万人以上30万人未満」27市町村(28.1%)、「30万人以上」14市町村(42.4%)であった。

⑥市町村保健センターにおける常勤専従職員の職種別構成割合は、「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」1,176人(79.9%)、「精神保健福祉士」47人(3.2%)、「社会福祉士」4人(0.3%)、「心理技術者」10人(0.7%)、「その他専門職」78人(5.3%)、「事務職」156人(10.6%)であった。

⑦市町村保健センターにおける常勤専従職員の職種構成割合を管内人口規模別でみると、「1万人未満」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」60人(83.3%)、「精神保健福祉士」1人(1.4%)、「社会福祉士」1人(1.4%)、「心理技術者」0人(0.0%)、「その他専門職」5人(6.9%)、「事務職」5人(6.9%)、「1万人以上5万人未満」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」260人(83.3%)、「精神保健福祉士」4人(1.3%)、「社会福祉士」3人(1.0%)、「心理技術者」2人(0.6%)、「その他専門職」16人(5.1%)、「事務職」

27人(8.7%)、「5万人以上10万人未満」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」275人(77.7%)、「精神保健福祉士」5人(1.4%)、「社会福祉士」0人(0.0%)、「心理技術者」2人(0.6%)、「その他専門職」31人(8.8%)、「事務職」41人(11.6%)、「10万人以上30万人未満」では、「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」224人(78.6%)、「精神保健福祉士」6人(2.1%)、「社会福祉士」0人(0.0%)、「心理技術者」2人(0.7%)、「その他専門職」13人(4.6%)、「事務職」40人(14.0%)、「30万人以上」では「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」357人(79.7%)、「精神保健福祉士」31人(6.9%)、「社会福祉士」0人(0.0%)、「心理技術者」4人(0.9%)、「その他専門職」13人(2.9%)、「事務職」43人(9.6%)であった。

2. 精神保健福祉士の増員の有無

措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入するため、保健所及び精神保健福祉センターにおいて退院後支援計画の企画・立案や計画に基づく支援の調整等に必要となる精神保健福祉士の配置に要する経費について、平成29年度から地方財政措置が講じられた。このことに伴い、精神保健福祉士の増員状況及びその雇用形態について調査した。なお、地方交付税不交付団体においても、精神保健福祉法改正により措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入するため、精神保健福祉士の増員の有無について回答を求めた。

(1) 結果の概要

1) 全保健所469カ所の内、310保健所から回答が得られた(回答率66.1%)。

2) 平成29年度以降に精神保健福祉士が増員された保健所は18保健所(5.8%)であった。

3) 平成29年度以降に精神保健福祉士が増員された18保健所の保健所類型内訳は、都道府県保健所5保健所、指定都市保健所5保健所、中核市保健所7保健所、区保健所1保健所であった。

4) 増員数は、平成29年度に常勤職員として66人、非常勤職員として9人、平成30年度に

常勤職員として 86 人、非常勤職員として 5 人であった。

3. 精神科プレ・ホスピタルケアにおける受診調

整困難事例調査

(1) 結果の概要

精神科プレ・ホスピタルケアを担っている保健所及び精神科救急情報センターにおいて、トリアージの結果、非自発的入院が必要と受診前判断した事例で、受診調整が極めて困難であった（受診調整ができなかった）事例の実態を把握するために、全保健所及び精神科救急情報センターを所管する都道府県精神科救急医療体制整備事業担当課あてに調査協力を依頼した。保健所については 241 保健所から回答が得られ（回答率 51.4%）、精神科救急情報センターについては 26 都道府県から回答が得られた（回答率 55.3%）。

1) 平成 29 年度中に保健所における精神科救急医療に関する受診前相談件数は 27,595 件で、その内受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）事例数は 336 件で、受診前相談件数の 1.2%であった。

2) 平成 29 年度中に精神科救急情報センターにおける精神科救急医療に関する受診前相談件数は 43,621 件で、その内受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）事例数は 1,225 件で、受診前相談件数の 2.8%であった。

3) 平成 29 年度中に保健所及び精神科救急情報センターでトリアージをし、非自発的入院治療が必要と受診前判定した事例のうち、精神科救急医療体制（精神科救急医療資源や身体合併症医療体制の不足等の事情等）の理由によってではなく、受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）1 事例（外国人事例を除く）の抽出を依頼した。

①受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）事例の有無

保健所(n=241) / 精神科救急情報センター(n=26)

該当事例あり : 79(32.8%) / 5(19.2%)

該当事例なし : 151(62.7%) / 19(73.1%)

欠損値 : 11(4.6%) / 2(7.7%)

②該当事例への対応時間帯

保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)

平日日中 : 61(77.2%) / 1(20%)

休日日中 : 3(3.8%) / 1(20%)

夜間 : 14(17.7%) / 3(60%)

欠損値 : 1(1.3%) / 0(0%)

③該当事例の性別

保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)

男性 : 42(53.2%) / 2(40%)

女性 : 36(45.6%) / 3(60%)

欠損値 : 1(1.3%) / 0(0%)

④該当事例の年齢

保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)

19 歳以下 : 4(5.1%) / 1(20%)

20 歳代 : 6(7.6%) / 1(20%)

30 歳代 : 9(11.4%) / 0(0%)

40 歳代 : 19(24.1%) / 1(20%)

50 歳代 : 20(25.3%) / 0(0%)

60 歳代 : 14(17.7%) / 0(0%)

70 歳代 : 4(0.1%) / 1(20%)

80 歳以上 : 1(1.3%) / 0(0%)

不明 : 0(0.0%) / 1(20%)

欠損値 : 2(2.5%) / 0(0%)

⑤当該事例の職業

保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)

生徒学生 : 2(2.5%) / 1(20%)

正規労働者 : 2(2.5%) / 0(0%)

非正規労働者 : 3(3.8%) / 0(0%)

自営 : 2(2.5%) / 0(0%)

無職 : 68(86.1%) / 2(40%)

不明 : 1(1.3%) / 2(40%)

欠損値 : 1(1.3%) / 0(0%)

⑥当該事例の婚姻歴

保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)

未婚 : 48(60.8%) / 3(60%)

既婚 : 12(15.2%) / 1(20%)

離婚 : 12(15.2%) / 0(0%)

死別 : 2(2.5%) / 0(0%)

不明 : 4(5.1%) / 1(20%)

欠損値：1(1.3%) / 0(0%)

⑦当該事例の生活形態
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 家族同居：47(59.5%) / 2(40%)
 単身生活：31(39.2%) / 2(40%)
 不明：0(0%) / 1(20%)
 欠損値：1(1.3%) / 0(0%)

⑧当該事例の収入状況
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 給与所得：5(6.3%) / 0(0%)
 家族からの援助：29(36.7%) / 2(40%)
 社会保障制度（生活保護・障害年金等）：
 27(34.2%) / 1(20%)
 不明：14(17.7%) / 2(40%)
 欠損値：4(5.1%) / 0(0%)

⑨当該事例の精神科治療歴
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 未受診：18(22.8%) / 1(20%)
 通院中：24(30.4%) / 1(20%)
 医療中断（最終受診から3ヵ月以上経過）：
 36(45.6%) / 1(20%)
 不明：0(0%) / 2(40%)
 欠損値：1(1.3%) / 0(0%)

⑩当該事例の主診断（WHO 国際疾病分類：ICD-10）
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 F0：2(2.5%) / 1(20%)
 F1：3(3.8%) / 0(0%)
 F2：46(58.2%) / 0(0%)
 F3：4(5.1%) / 1(20%)
 F4：1(1.3%) / 0(0%)
 F5：0(0%) / 0(0%)
 F6：4(5.1%) / 1(20%)
 F7：0(0%) / 0(0%)
 F8：3(3.8%) / 0(0%)
 F9：1(1.3%) / 0(0%)
 G4：0(0%) / 0(0%)
 その他/不明：11(13.9%) / 2(40%)
 欠損値：4(5.1%) / 0(0%)

⑪当該事例の副診断（WHO 国際疾病分類：ICD-10）複数回答
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)

F0：1(1.3%) / 0(0%)
 F1：1(1.3%) / 0(0%)
 F2：1(1.3%) / 0(0%)
 F3：0(0%) / 0(0%)
 F4：2(2.5%) / 0(0%)
 F5：0(0%) / 0(0%)
 F6：1(1.3%) / 0(0%)
 F7：4(5.1%) / 0(0%)
 F8：5(6.3%) / 0(0%)
 F9：1(1.3%) / 0(0%)
 G4：0(0%) / 0(0%)
 なし：31(39.2%) / 3(60%)
 欠損値：32(40.5%) / 2(40%)

⑫非自発的入院治療が必要と判断した理由

I.基本要件（複数回答）

a.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
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 41(51.9%) / 3(60%)

b.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
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 65(82.3%) / 2(40%)

c.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
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 33(41.8%) / 2(40%)

d.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
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 49(62.0%) / 3(60%)

e.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
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)
 42(53.2%) / 1(20%)

II.病態の定性評価（優先的に該当する状態像を1つだけ選択）
 保健所(n=79) / 精神科救急情報センター(n=5)

a.意識障害（せん妄）：1(1.3%) / 0(0%)
 （急性中毒）：0(0%) / 0(0%)
 （その他）：2(2.5%) / 0(0%)

b.幻覚・妄想状態：38(48.1%) / 0(0%)

c.精神運動興奮状態：22(27.8%)／3(60%)

d.抑うつ状態：2(2.5%)／1(20%)

e.躁状態：2(2.5%)／0(0%)

f.解離状態：4(5.1%)／0(0%)

g.酩酊状態（単純酩酊）：1(1.3%)／0(0%)
 （複雑酩酊）：1(1.3%)／0(0%)
 （連続飲酒）：2(2.5%)／0(0%)
 （シンナー・大麻・医薬品などによる）：0(0%)／0(0%)
 （その他）：0(0%)／0(0%)

h.その他（認知症状態、統合失調症残遺状態等）：2(2.5%)／1(20%)

欠損値：2(2.5%)／0(0%)

i.記載された具体的な状況

i).幻覚・妄想状態

- ・徘徊を繰り返し意味不明な言動がある。家族が受診拒否していた。
- ・近隣からの嫌がらせを受けるという妄想がとれず転居を繰り返し本人家族ともに疲弊。

ii).精神運動興奮状態

- ・易刺激性認めるも自製の範囲内と思われた。
- ・被害妄想が活発であり、大声を出す「殺してやる」等の発言あり興奮状態、他害のおそれが高い状態。
- ・母への執拗な電話（朝だけでも60回）、暴言、暴力、室内の破壊等。
- ・月1回ペースで気が荒れる（壁を叩く、暴言を吐く）。
- ・大声で暴言を言い続ける。近所の家を徘徊する。家の中の物を壊す。

iii).連続飲酒

- ・常に飲酒しており「やめたくてもやめられない」という訴えがあった。不眠。
- ・近隣トラブル等あり。
- ・飲酒による暴言、暴力、器物損壊。

iv).その他（認知症状態、統合失調症残遺状態等）

- ・興奮、自傷行為（未遂）、器物損壊行為。

III.緊急に医療的介入を要する因子（複数回答）

a.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
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 57(72.2%)／4(80%)

b.自殺企図、自傷行為、もしくは制御困難な自殺念慮
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 13(16.4%)／1(20%)

c.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
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 22(27.8%)／1(20%)

d.個人的な見守りができる家族、同居者、友人などがいない
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 34(43.0%)／2(40%)

e.他の対応者がいない（未受診）
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 10(12.7%)／0(0%)

f.他の対応者がいない（中断例）
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 19(24.1%)／0(0%)

g.他の対応者がいない（かかりつけ医が対応できない（遠方、クリニック等））
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 9(11.4%)／1(20%)

h.平日診療時間内であれば入院せずに済んだ
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 0(0.0%)／0(0%)

i.入院判断に影響する身体合併症があった
 保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)
 4(5.1%)／0(0%)

IV.対応結果

保健所(n=79)／精神科救急情報センター(n=5)

a.緊急措置入院・措置入院：17(21.5%)／1(20%)

b.応急入院：0(0%)／0(0%)

c.医療保護入院：19(24.1%)／0(0%)

d.任意入院：4(5.1%)／0(0%)

e.入院せず

（入院不要）：4(5.1%)／1(20%)
 （本来は入院必要）：8(10.1%)／1(20%)
 （不明）：2(2.5%)／1(20%)

f.受診調整できず：25(31.6%)／1(20%)

g.非入院（入院不要）の理由：

- ・人格障害の対応。入院させても治療にならないと言われた。

・パーソナリティ障害に対して薬物中心の入院治療は効果が得られないと判断されたため。

・子どもを児童相談所へ一時保護。本人と子を離す。

・精神症状による問題（幻聴や妄想）がないため精神科での入院治療が必要と判断しない（診察医に確認）。

・年齢も若く、強制的に治療につなげるのは侵襲性が高くクリニック等で受診できるように動機づけした方がよい

h.非入院（本来は入院必要）の理由：

・拒否。

・総合病院は本人の受診意思なく対応不可。

単科精神科は身体疾患があり受入不可。

・満床のため。

・家族が入院治療を拒否。

・医療機関を受診したが、一カ所目の医療機関では任意入院でなければ入院させられない、二カ所目の医療機関は一カ所目の医療機関との不和にて積極的な治療をされず、三カ所目の医療機関で身体疾患が認められ当該医療機関で対応できず退院となる。数日後に症状悪化のため措置入院となった。

・移送手段の調整依頼をするも、その家族と連絡が取れなくなってしまった。

i.調整できずの理由：

・記載なし

4. 精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）で使用しているトリアージ&スクリーニングシートの収集

29 自治体から精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）で使用されているトリアージ&スクリーニングシートの提供を受け、これらを分析したところ、対象者の情報を記述することを主体としているトリアージ&スクリーニングシートと、詳細な項目をチェックできるようにしたトリアージ&スクリーニングシートに二分されていた。

5. 『精神科救急医療相談トリアージ&スクリー

ニングシート試案』の作成

(1) 作成にあたっての留意点

精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）や保健所においては、寄せられた相談事例の「疾病性」と「事例性」を吟味し、的確にトリアージすると共に、身体合併症にも留意することが求められる。しかし精神医療相談窓口を担う相談員の経験や技量に大きな差がある精神医療相談窓口もあることから、このことを補うツールでなければならない。

(2) 構造

『精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート（試案）』は【基本シート】と【医療機関紹介判断用シート】の二段構造とした。実際の相談場面においては【基本シート】に基づき情報を収集し、精神科救急事例の可能性について吟味する。この段階で明らかに精神科救急事例でなければ、問題への対処方法等を助言するなどし対応を終了する。精神科救急事例の可能性があれば、【医療機関紹介判断用シート】に基づき情報を収集し、トリアージしていく。

『精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート（試案）』については、参考資料②【基本シート】③【医療機関紹介判断用シート】を参照のこと。

1) 【基本シート】の項目

①相談受理年月日

②対応時間（調整時間を含む）

③紹介経路

④相談者

⑤本人氏名、性別、生年月日、年齢、住所（保護地、現在地）

⑥本人が外国人の場合には国籍、滞在資格の有無、言語、日本語の可否

⑦家族状況、婚姻の状況

⑧相談内容

⑨精神科治療歴の有無、通院服薬状況、直近通院先医療機関名、診断名、主治医名、処方、入院歴、直近入院医療機関、直近入院期間、入院時の入院形態、入院同意者

2) 【医療機関紹介判断用シート】の項目

- ①意識状態
- ②精神症状（現在の症状（疑いも含む）、コミュニケーション、指示動作、経過、薬剤性錐体外路症状等の副作用、本人の苦痛・不安感）
- ③自殺企図等（自殺企図、希死念慮、衝動性、自傷行為）
- ④事例性（家庭内のみか否か、他害行為、危険行為、特記事項）
- ⑤生命維持行動（直近3日以内の食事量、水分摂取、睡眠、排泄）
- ⑥家族等のサポート（関係性を考慮して評価）
- ⑦現時点での医療・福祉・介護サービスの継続性の保証
- ⑧違法薬物使用・飲酒状況
- ⑨バイタルサイン（体温、血圧、脈拍、SpO2）
- ⑩身体所見（身長、体重、四肢の脱力、知覚・動作の左右差、しびれ、顕著なるいぼ、頭痛の訴え、胸部症状の訴え、腹部症状の訴え、その他）
- ⑪身体疾患の有無（処置・処方、単科精神科医療機関での対応可否）
- ⑫外傷の有無（処置・処方、単科精神科医療機関での対応可否）
- ⑬妊娠の有無
- ⑭既往症
- ⑮本人の受診意思の有無、
- ⑯受診同伴者の有無
- ⑰健康保険の加入状況等
- ⑱安全に搬送できるか（搬送方法、精神科医療機関到着予定時間）
- ⑲通院先医療機関の意見等
- ⑳相談担当者の判断
- ㉑相談担当者の対応

6. 分担研究成果の報告、及び成果物（案）に対するヒアリング

(1) 参加者

各都道府県に精神科救急医療体制整備事業担当者の参加を求めたところ、26都県27名

の参加が得られた。

(2) 内容

- 1) 精神科救急医療体制整備事業の現状と課題、及び政策研究の概要（杉山研究代表者）
- 2) 分担研究「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」（杉山研究分担者）

①分担研究概要

②研究成果物について

- 3) 分担研究「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」について（塚本研究分担者）

①分担研究概要について

②調査、研究成果物について

- 4) 分担研究「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」について（平田研究分担者）

①分担研究概要

②研究成果物について

- 5) 参加者ヒアリングとディスカッション参加者を6グループ分けし、各グループに研究協力者がファシリテーターとして加わった。

①自己紹介

②各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状、課題、独自の取り組みなどについての情報交換

③成果物（案）についてのヒアリング

④各グループからの成果物（案）に対するコメント

(3) 参加者アンケート結果

1) 職種内訳

行政職16名、医師1名、保健師3名、精神保健福祉士3名、心理技術者2名、社会福祉士1名、未記入1名

- 2) 「精神科救急医療体制整備事業の現状と課題、及び政策研究の概要」は参考になりましたか？（とても参考になった:5～参考にならなかった:0）

平均4.09 (再掲) 行政職 : 4.09

専門職 : 4.33

- 3) 分担研究「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」については参考になりましたか？(とても参考になった:5~参考にならなかった:0)

平均4.02 (再掲) 行政職 : 3.91

専門職 : 4.33

- 4) 分担研究「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」については参考になりましたか？(とても参考になった:5~参考にならなかった:0)

平均3.94 (再掲) 行政職 : 3.78

専門職 : 4.33

- 5) 分担研究「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」については参考になりましたか？(とても参考になった:5~参考にならなかった:0)

平均4.11 (再掲) 行政職 : 3.94

専門職 : 4.44

- 6) ヒアリング及びディスカッションは有意義でしたか？(とても有意義だった:5~有意義でなかった:0)

平均 4.64 (再掲) 行政職 : 4.56

専門職 : 4.75

D.考察

1. 精神保健福祉業務専従職員の配置状況調査

(1) 都道府県保健所における精神保健福祉業務専従職員の配置状況

都道府県保健所における常勤専従職員は219保健所(92.8%)に配置されていた。常勤専従職員の職種別構成割合「保健師・看護」64.6%が最も多く、次に「精神保健福祉士」13.6%であった。精神保健福祉相談員に任命されている者は、常勤専従職員の28.6%であり、職種別構成割合は「保健師・看護師」34.4%と「精神保健福祉士」33.9%とほぼ同じであった。

(2) 指定都市保健所における精神保健福祉業務専従職員の配置状況

常勤専従職員は13保健所すべてに配置されていた。常勤専従職員の職種別構成割合は「保健師・看護師」38.2%、「精神保健福祉士」25.6%であり、都道府県保健所より「精神保健福祉士」の割合が高値であった。常勤専従職員のうち精神保健福祉相談員に任命されている者は、常勤専従職員の27.6%で、職種別構成割合は「保健師・看護師」45.7%、「精神保健福祉士」41.4%であった。

(3) 政令市保健所における精神保健福祉業務専従職員の配置状況

常勤専従職員は51保健所(86.4%)に配置されていた。常勤専従職員の職種別構成割合は「保健師・看護師」62.0%、「精神保健福祉士」17.2%で都道府県保健所と似た配置状況であった。常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は常勤専従職員の21.8%で、職種別構成割合は「保健師・看護師」48.4%、「精神保健福祉士」48.4%で、この点も都道府県保健所と似た配置状況であった。

(4) 都道府県保健所の管内人口規模別職員配置状況

都道府県保健所の管内人口を「1万人以上5万人未満」(34保健所)、「5万人以上10万人未満」(61保健所)、「10万人以上30万人未満」(103保健所)、「30万人以上」(38保健所)でクラス分けした。常勤専従職員は、「管内人口1万人以上5万人未満」の29保健所(85.3%)、「管内人口5万人以上10万人未満」の58保健所(95.1%)、「管内人口10万人以上30万人未満」95保健所(92.2%)、「管内人口30万人以上」の36保健所(94.7%)で配置されていた。常勤専従職員の職種別構成割合は、「管内人口1万人以上5万人未満(n=71)」では、「保健師・看護師」62.0%、「精神保健福祉士」7.0%で、「管内人口5万人以上10万人未満(n=137)」では「保健師・看護師」65.0%、「精神保健福祉士」8.8%、「管内人口10万人以上30万人未満(n=351)」では2.3%、「保健師・看護師」66.1%、「精神保健福祉士」13.7%、「管内人口30万人以上(n=204)」では「保健師・看護師」62.7%、「精神保健福祉

士」19.1%と、管内人口が増大するに伴い「精神保健福祉士」が配属される傾向がうかがえた。

常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者の職種別構成割合は、「管内人口1万人以上5万人未満(n=23)」では、「保健師・看護師」52.2%、「精神保健福祉士」26.1%、「管内人口5万人以上10万人未満(n=46)」では、「保健師・看護師」43.5%、「精神保健福祉士」23.9%、「管内人口10万人以上30万人未満(n=75)」では、「保健師・看護師」22.7%、「精神保健福祉士」48.0%、「管内人口30万人以上(n=74)」では「保健師・看護師」17.6%、「精神保健福祉士」45.9%で、「管内人口10万人以上30万人未満」で「保健師・看護師」と「精神保健福祉士」の構成割合が逆転していた。

(5) 都道府県保健所の地域別職員配置状況

都道府県保健所を地域別に「北海道・東北」(38保健所)、「関東」(34保健所)、「中部」(43保健所)、「近畿」(41保健所)、「中国」(16保健所)、「四国」(15保健所)、「九州・沖縄」(49保健所)でクラス分けした。常勤専従職員は、「北海道・東北」34保健所(89.5%)、「関東」31保健所(91.2%)、「中部」41保健所(95.3%)、「近畿」39保健所(95.1%)、「中国」15保健所(93.8%)、「四国」15保健所(100.0%)、「九州・沖縄」44保健所(89.8%)に配置されていた。常勤専従職員における「保健師・看護師」の職種別構成割合は、「北海道・東北」70.9%、「関東」62.8%、「中部」48.9%、「近畿」54.5%、「中国」81.3%、「四国」69.8%、「九州・沖縄」77.1%であった。常勤専従職員における「精神保健福祉士」の職種別構成割合は、「北海道・東北」0.0%、「関東」29.9%、「中部」14.6%、「近畿」29.8%、「中国」2.1%、「四国」9.5%、「九州・沖縄」0.0%であった。常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者の職種別構成割合は、「北海道・東北」では「保健師・看護師」が100.0%であった。「関東」では「保健師・看護師」35.7%、「精神保健福祉士」59.5%、「中部」では「保健師・看護師」15.8%、「精神保健福祉士」21.1%、「近畿」では「保健師・看護師」18.0%、「精神保健福祉士」49.2%、「中国」では、「保健師・看

護師」76.0%、「精神保健福祉士」0.0%、「四国」では、「保健師・看護師」0.0%、「精神保健福祉士」63.6%、「九州・沖縄」では「保健師・看護師」85.7%、「精神保健福祉士」0.0%と、クラスによって大きな違いが見られた。

(6) 市町村における精神保健福祉業務専従職員の配置状況本調査で把握できた市町村数は全1,747市町村の46.7%にあたる816市町村であった。

市町村障害福祉担当課では、233市町村(29.1%)に常勤専従職員が配置されており、非常勤専従職員は91市町村(11.3%)に配置されていた。市町村障害福祉担当課における常勤専従職員数は1,605人で、その職種別構成割合は「医師」1人(0.1%)、「保健師・看護師」382人(23.8%)、「精神保健福祉士」122人(7.6%)、「社会福祉士」115人(7.2%)、「心理技術者」3人(0.2%)、「その他専門職」64人(4.0%)、「事務職」918人(57.2%)であった。市町村障害福祉担当課における常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は3.4%で、職種別構成割合は「保健師・看護師」25.5%、「精神保健福祉士」65.5%であった。

市町村保健センターにおける常勤専従職員は168市町村(20.9%)に配置されており、非常勤専従職員は41市町村(5.1%)に配置されていた。市町村保健センターにおける常勤専従職員数は1,471人で、職種別構成割合は「医師」0人(0.0%)、「保健師・看護師」1,176人(79.9%)、「精神保健福祉士」47人(3.2%)、「社会福祉士」4人(0.3%)、「心理技術者」10人(0.7%)、「その他専門職」78人(5.3%)、「事務職」156人(10.6%)であった。市町村保健センターにおける常勤専従職員のうち、精神保健福祉相談員に任命されている者は4.1%で、職種別構成割合は「保健師・看護師」56.7%、「精神保健福祉士」43.3%であった。市町村障害福祉担当課及び保健センターにおいては、専従職員に対する精神保健福祉相談員の任命が進んでいない。

(7) 市町村の管内人口規模別職員配置状況

市町村の人口を「1万人未満」(221市町村)、「1万人以上5万人未満」(336市町村)、「5万

人以上 10 万人未満」(130 市町村)、「10 万人以上 30 万人未満」(96 市町村)、「30 万人以上」(33 市町村) でクラス分けした。市町村障害福祉担当課にて常勤専従職員を配置していたのは、「1 万人未満」61 市町村(27.6%)、「1 万人以上 5 万人未満」142 市町村(42.3%)、「5 万人以上 10 万人未満」81 市町村(62.3%)、「10 万人以上 30 万人未満」75 市町村(78.1%)、「30 万人以上」23 市町村(69.7%)であった。市町村障害福祉担当課における常勤専従職員の職種別構成割合は、専門職である「保健師・看護師」23.8%、「精神保健福祉士」7.6%、「社会福祉士」7.2%、「事務職」57.2%と、この傾向はいずれの人口クラスでも同様であった。市町村保健センターにて常勤専従職員を配置していたのは、「1 万人未満」24 市町村(10.9%)、「1 万人以上 5 万人未満」65 市町村(19.3%)、「5 万人以上 10 万人未満」38 市町村(29.2%)、「10 万人以上 30 万人未満」27 市町村(28.1%)、「30 万人以上」14 市町村(42.4%)であった。市町村保健センターにおける常勤専従職員の職種別構成割合は、「保健師・看護師」79.9%と高く、次に「事務職」10.6%で、この傾向はどの人口クラスでも同様で、その他の専門職の配置は進んでいない。

2. 精神保健福祉士の増員の有無

措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入するため、保健所及び精神保健福祉センターにおいて退院後支援計画の企画・立案や計画に基づく支援の調整等に必要となる精神保健福祉士の配置に要する経費について、平成 29 年度から地方財政措置が講じられた。このことに伴い、精神保健福祉士の増員状況及びその雇用形態について調査した。

全保健所 469 ヲ所のうち、310 保健所から回答が得られた(回答率 66.1%) その内 18 保健所(5.8%)で精神保健福祉士が増員されていた。18 保健所の類型内訳は、都道府県保健所 5 保健所、指定都市保健所 5 保健所、中核市保健所 7 保健所、区保健所 1 保健所であった。増員数は、平成 29 年度に常勤職員 66 人、非常勤職員 9 人、平成 30 年度に常勤職員 86 人、非常勤職員 5 人

であった。

措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを法定することが盛り込まれていた精神保健福祉法改正案が廃案となったものの、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン(平成 30 年 3 月 27 日障発 0327 第 16 号)」が発出され、精神保健福祉士は徐々に増員傾向にあった。

3. 精神科プレ・ホスピタルケアにおける受診調整困難事例調査

精神科プレ・ホスピタルケアを担っている保健所及び精神科救急情報センターにおいて、トリアージの結果、非自発的入院が必要と受診前判断した事例で、受診調整が極めて困難であった(受診調整ができなかった)事例の実態を把握するために、全保健所及び精神科救急情報センターを所管する都道府県精神科救急医療体制整備事業担当課あてに調査協力を依頼した。保健所については 241 保健所から回答が得られ

(回答率 51.4%)、精神科救急情報センターについては 26 都道府県から回答が得られた(回答率 55.3%)。平成 29 年度中に保健所における精神科救急医療に関する受診前相談件数は 27,595 件で、その内受診調整が極めて困難であった(受診調整できなかった)事例数は 336 件で、受診前相談件数の 1.2%であった。平成 29 年度中に精神科救急情報センターにおける精神科救急医療に関する受診前相談件数は 43,621 件で、その内受診調整が極めて困難であった(受診調整できなかった)事例数は 1,225 件で、受診前相談件数の 2.8%であった。平成 29 年度中に保健所及び精神科救急情報センターでトリアージを行い、非自発的入院治療が必要と受診前判定した事例のうち、精神科救急医療体制(精神科救急医療資源や身体合併症医療体制の不足等の事情)の理由によってではなく、受診調整が極めて困難であった(受診調整できなかった)1 事例(外国人事例を除く)の抽出を依頼した。受診調整が極めて困難であった(受診調整できなかった)事例の有無について、保健所(n=241)では「該当事例あり」79(32.8%)、

「該当事例なし」151(62.7%)、「欠損値」1(0.4%)、精神科救急情報センター(n=26)では「該当事例あり」5(19.2%)、「該当事例なし」19(73.1%)、「欠損値」2(7.7%)であった。精神科救急情報センターは、当該事例数が少なかったことから、以下保健所の当該事例について考察する。

保健所における当該事例の精神科治療歴は、「未受診」18(22.8%)、「通院中」24(30.4%)、「治療中断（最終受診から3ヵ月以上経過）」36(45.6%)であった。当該事例の主診断（WHO国際疾病分類:ICD-10）は、「F0」2(2.5%)、「F1」3(3.8%)、「F2」46(58.2%)、「F3」4(5.1%)、「F4」1(1.3%)、「F5」0(0.0%)、「F6」4(5.1%)、「F7」0(0.0%)、「F8」3(3.8%)、「F9」1(1.3%)、「G4」0(0.0%)、「その他/不明」11(13.9%)、「欠損値」4(5.1%)であった。当該事例の副診断（WHO国際疾病分類:ICD-10複数回答）は「F0」1(1.3%)、「F1」1(1.3%)、「F2」1(1.3%)、「F3」0(0.0%)、「F4」2(2.5%)、「F5」0(0.0%)、「F6」1(1.3%)、「F7」4(5.1%)、「F8」5(6.3%)、「F9」1(1.3%)、「G4」0(0.0%)、「なし」31(39.2%)、「欠損値」32(40.5%)であった。

非自発的入院治療が必要と判断した理由「I.基本要件（複数回答）」「a.医学的な重症性」41(51.9%)、「b.社会的不利益」65(82.3%)、「c.急性の展開」33(41.8%)、「d.治療の必要性」49(62.0%)、「e.治療の可能性」42(53.2%)であった。非自発的入院治療が必要と判断した理由「II.病態の定性評価（優先的に該当する状態像を1つだけ選択）」「a.意識障害」（せん妄）1(1.3%)（急性中毒）0(0.0%)（その他）2(2.5%)、「b.幻覚・妄想状態」38(48.1%)、「c.精神運動興奮状態」22(27.8%)、「d.抑うつ状態」2(2.5%)、「e.躁状態」2(2.5%)、「f.解離状態」4(5.1%)、「g.酩酊状態」（単純酩酊）1(1.3%)（複雑酩酊）1(1.3%)（連続飲酒）2(2.5%)（シンナー・大麻・医薬品などによる）0(0.0%)（その他）0(0.0%)、「h.その他」（認知症状態、統合失調症残遺状態等）2(2.5%)、「欠損値」2(2.5%)であった。「III.緊急に医療的介入を要する因子（複数回答）」「a.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」

57(72.2%)、「b.自殺企図、自傷行為、もしくは制御困難な自殺念慮」13(16.4%)、「c.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」22(27.8%)、「d.個人的な見守りができる家族、同居者、友人などがいない」34(43.0%)、「e.他の対応者がいない（未受診）」10(12.7%)、「f.他の対応者がいない（中断例）」19(24.1%)、「g.他の対応者がいない（かかりつけ医が対応できない（遠方、クリニック等）」9(11.4%)、「h.平日診療時間内であれば入院せずに済んだ」0(0.0%)、「i.入院判断に影響する身体合併症があった」4(5.1%)であった。

「IV.当該事例の対応結果」「a.緊急措置入院・措置入院」17(21.5%)、「b.応急入院」0(0.0%)、「c.医療保護入院」19(24.1%)、「d.任意入院」4(5.1%)、「e.入院せず（入院不要）」4(5.1%)（本来は入院必要）8(10.1%)、「f.受診調整できず」25(31.6%)であった。

本調査においては、「非入院（本来は入院必要）の理由」や「調整できずの理由」についての具体的な記載がほとんど無く、受診調整を極めて困難にさせた（受診調整できなかった）因子を抽出することは困難であった。しかし、非自発的入院治療が必要と判断した理由 A.基本要件（複数回答）から、該当事例が「事例性（社会的な不利益：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）」が高い一方で、「疾病性（医学的な重症性）」は高くなく、また「急性の展開」でもなく、さらに「治療の可能性」も低い事例が含まれているものと考えられた。

4. 精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）で使用しているトリアージ&スクリーニングシートの収集

各自治体の精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）で使用されているトリアージ&スクリーニングシートについて分析したところ、対象者の情報を記述することを主体としているトリアージ&スクリーニングシートと、詳細な項目をチェックできるようにしたトリアージ&スクリーニングシート

トに二分されていた。

対象者の情報を記述することを主体としているトリアージ&スクリーニングシートでは、相談担当者に対象者の「疾病性」「事例性」を明確かつ簡潔に記載する能力が求められる。

一方、詳細な項目をチェックできるようにしたトリアージ&スクリーニングシートは、確認漏れを防ぐことができるものの、視認性及び記述欄が狭くなることから対象者の「疾病性」や「事例性」をリアルに医療機関に伝えることが難しいという面もあろう。

5. 『精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート試案』の作成

作成にあたっては、精神医療相談窓口（精神科救急情報センター・精神医療相談窓口）や保健所において、寄せられた相談事例の「疾病性」と「事例性」を吟味し、的確にトリアージすると共に、身体合併症にも留意することが出来、かつ精神医療相談窓口を担う相談員の経験や技量に左右されることを補うツールを目指した。

今後『精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート試案』の記載マニュアルを作成し、これを『精神科救急医療ガイドライン』の改訂に

反映させるとともに、精神科プレ・ホスピタルケア担当者の養成テキストとして構成することを考えている。

6. 分担研究成果の報告、及び成果物（案）に対するヒアリング

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

た。このことは精神科救急医療体制整備事業を担当する自治体職員が、精神科救急医療体制整備事業の課題や、独自の取り組みなどについて情報交換できる場を求めていると考えられた。

E. 結論

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。

3. その他

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

文献

1. 埼玉県立精神保健福祉センター:平成 24 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. 分担研究者塚本哲司: 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.平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業（精神障害分野）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報告書,2018

3. 全国精神保健福祉センター長会,全国精神保健福祉相談員会:2003(平成 15)年全国精神保健福祉専任従事者調査報告,2003

4.分担研究者杉山直也: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,平成 29 年度厚

生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究
事業(精神障害分野)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報告書,2018

施設名 _____
 担当者名 _____
 電話番号 _____
 E-mail _____

I 地域精神保健福祉業務に携わっている職員の配置状況等について、以下の設問に回答してください（保健所のみ回答してください）。

問1 貴保健所の平成30年4月1日現在の管内市町村数及び管内人口を回答してください。

管内市町村数 市 町 村
 管内人口 _____ 千人（千人未満切り上げ）

問2 貴保健所で精神保健福祉業務を担当（エフォート率75%以上）している職員数を、採用職種別及び常勤・非常勤別に回答してください。また、精神保健福祉相談員の任命数を再掲してください。

職種	医師 歯科医師	保健師 看護師	精神保健 福祉士	社会福祉士	心理技術者	その他 専門職	事務職
常勤職員数 (非常勤職員数)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)
精神保健福祉相談員 任命数 常勤職員 (非常勤職員)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	

問3 措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入するため、保健所及び精神保健福祉センターにおいて退院後支援計画の企画・立案や計画に基づく支援の調整等に必要なとなる精神保健福祉士の配置に要する経費について、平成29年度から地方財政措置が講じられていますが、貴保健所に精神保健福祉士は増員されましたか。a・bいずれかに○をし、増員されている場合には雇用形態及び人数をご記入ください（地方交付税不交付団体においても、精神保健福祉法改正により措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援の仕組みを導入するため、精神保健福祉士の増員の有無についてご回答ください）。

a. 増員された 平成29年度 常勤 名 非常勤 名
 平成30年度 常勤 名 非常勤 名
 b. 増員されていない

問4 貴保健所の管轄市町村の人口、及び精神保健福祉業務を担当（エフォート率75%以上）している職員数を課所別、採用職種別及び常勤・非常勤別に回答してください。

市町村名：
 人口（平成30年4月1日現在）： _____ 千人（千人未満切り上げ）

【障害者福祉担当課】

職種	医師 歯科医師	保健師 看護師	精神保健 福祉士	社会福祉士	心理技術者	その他 専門職	事務職
常勤職員数 (非常勤職員数)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)
精神保健福祉相談員 任命数 常勤職員 (非常勤職員)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	

【保健センター】

職種	(歯科) 医師	保健師 看護師	精神保健 福祉士	社会福祉士	心理技術者	その他 専門職	事務職
常勤職員数 (非常勤職員数)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)
精神保健福祉相談員 任命数 常勤職員 (非常勤職員)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	名 (名)	

Ⅱ 平成 29 年度中に貴機関で受け付けた精神科救急医療に関する受診前相談件数、及びその内受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）件数を回答してください。

精神科救急医療に関する受診前相談件数 _____ 件

受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）事例数 _____ 件

Ⅲ 平成 29 年度中に貴機関でトリアージをし、非自発的入院治療が必要と受診前判定した事例のうち、精神科救急医療体制（精神科救急医療資源や身体合併症医療体制の不足等の事情等）の理由によってではなく、受診調整が極めて困難であった（受診調整できなかった）1 事例（外国人事例を除く）を抽出し、以下の質問に回答してください（該当するものに○または☑をしてください）。

問 1 該当事例の有無

該当事例あり

該当事例なし→終了です

問 2 対応時間帯：a 平日日中・b 休日日中・c 夜間

問 3 性別：a 男性・b 女性

問 4 年齢：a19 歳以下・b20 歳代・c30 歳代・d40 歳代・e50 歳代・f60 歳代・g70 歳代・h80 歳以上・i 不明

問 5 職業：a 生徒学生・b 正規労働者・c 非正規労働者・d 自営 e 無職・f 不明

問6 婚姻歴：a 未婚・b 既婚・c 離婚・d 死別・e 不明

問7 生活形態：a 家族同居・b 単身生活・c 不明

問8 収入状況：a 給与所得・b 家族からの援助・c 社会保障制度（生活保護・障害年金等）・
d 不明

問9 精神科治療歴：a 未受診・b 通院中・c 医療中断（最終受診から3ヵ月以上経過）
・d 不明

問10 主診断（ICD-10）：F0・F1・F2・F3・F4・F5・F6・F7・F8・F9・G4
・その他/不明

問11 副診断（ICD-10）：F0・F1・F2・F3・F4・F5・F6・F7・F8・F9・G4・なし

問12 非自発的入院治療が必要と判断した理由

1)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

2)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

3)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： 未受診 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

問 13 対応結果（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） _____
- 受診調整できず
（調整できずの理由） _____

精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート試案【基本シート】

2019.3.31ver

令和 年 月 日() 時 分～ 時 分(24時間表記) No. 担当者名 対応時間 10分未満 30分未満 30分以上 60分以上 (調整時間含む) 入力

紹介経路 ()警察署 ()消防署・救急隊 医療機関() ()保健所 ()市町村
 インターネット 広報物 関係機関() その他() 再利用 不明 未確認

相談者 本人 同居家族(続柄: 氏名: 電話:) 非同居家族(続柄: 氏名: 電話:)
 精神科医療機関(施設名: 職種: 氏名: 電話:)
 身体科医療機関(施設名: 科 職種: 氏名: 電話:)
 ()救急隊(氏名: 電話:) ()警察署(氏名: 電話:)
 その他(氏名: 電話:)

本人氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
<input type="checkbox"/> 未確認		<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 不明
生年月日	年 月 日 年齢 歳	<input type="checkbox"/> 外国人(国籍:)	滞在資格 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明	(言語:)	日本語 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
住所	都道府県 郡市	区町村	
<input type="checkbox"/> 保護地	<input type="checkbox"/> 現在地 都道府県 郡市	区町村	

相談内容	家族状況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 離婚
		<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> 不明

精神治療歴 あり なし 未確認 不明
 現在通院中(服薬状況: 規則的 不規則 中断(平成 年 月頃から) 不明
 医療中断(平成 年 月頃から)
 直近通院先医療機関名 主診断: 主治医名
 処方 副診断:
 入院歴 あり なし 直近入院医療機関名 直近入院期間:平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日
 未確認 不明 入院時の入院形態: 入院同意者:

助言・傾聴・情報提供(情報提供の承諾あり なし) 他機関紹介

対応内容:

精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート試案【医療機関紹介判断用】

参考資料③

フリガナ
本人氏名: 性別: 男・女

意識状態 □意識のくもり・意識水準の変動 □JCS: I 覚醒1・2・3/II 刺激により覚醒10・20・30/III 覚醒しない100・200・300 □清明

精神症状	現在の症状(疑い含む) *複数可	□幻覚 □妄想 □興奮 □躁状態 □うつ状態 □不安 □焦燥 □パニック発作 □物質関連障害 □衝動制御不良 認知症の行動・心理症状 □その他()			□
	コミュニケーション	□まったくとれない	□不良(交換条件を出してくる・慎重な対応が必要を含む)		□良好
	指示動作	□まったく従えない	□不十分ながら従える		□良好
	経過	□急性発症(発現から約 日) □高齢者 □直近の感冒様エピソード		□急性増悪(1ヵ月以内)	□遷延
	薬剤性離体外路症状等の副作用	□あり()			□遷延 □なし
自殺企図等	本人の苦痛・不安感	□強い	□我慢できる	□気にならない	□なし
	自殺企図	□あり	□計画・準備している	□過去にあり	□なし
	希死念慮	□致死的手段	□企図の頻発化	□手段の危険度の高まり	
	衝動性	□修正不能・自制困難	□修正可能・自制可能		□なし
事例性 □家庭内のみ □家庭外においても	衝動性	□高い(不明)	□不良()		□なし
	自傷行為	□あり()	□過去にあり()		□なし
	他害行為	□刑罰法令抵触・他害のおそれ有り	□迷惑行為()		□なし
生命維持行動(直近3日の状況)	危険行為	□致死的行為		□危険物の所持()	□なし
	特記事項	()			□なし
	食事量	□まったく食べない	□食事量の減少()		□問題なし
	水分摂取	□まったく摂取しない	□水分摂取量の減少	□大量摂取	□問題なし
家族等のサポート(関係性を考慮すること)	睡眠	□まったく眠れない		□睡眠障害あり()	□問題なし
	排泄	□失禁	□便秘	□下痢	□問題なし
現時点での医療・福祉・介護サービスの継続性の保障	□期待できない(家族からの口虐待 □DV) □家族はいない(疎遠・関係不良)			□確認できず	□期待できる
違法薬物使用・飲酒の状況	□違法薬物()使用(疑い) □連続飲酒 □酩酊			□違法薬物使用歴あり	□なし

違法薬物使用・飲酒の状況 □違法薬物()使用(疑い) □連続飲酒 □酩酊 □違法薬物使用歴あり □なし

バイタルサイン	□体温(°C)	□血圧(/)	□脈拍(回/分)	□SpO2(%)
身体所見等 身長: cm 体重 kg	□四肢の脱力	□知覚・動作の左右差	□しびれ	□顕著な痩
	□頭痛の訴え	□胸部症状の訴え()	□腹部症状の訴え()	□その他()
身体疾患 □あり() □なし	処置・処方: □不要 □単純継続 □要追加()			
	□単科精神科医療機関で対応困難	□単科精神科医療機関で対応可		□身体科確認済み
外傷 □あり() □なし	処置・処方()			
	□単科精神科医療機関で対応困難	□単科精神科医療機関で対応可		□身体科確認済み
妊娠 □あり(妊娠 第 週 出産予定日: 令和 年 月 日 医療機関名:)	□なし □不明			
既往症	□あり()			□なし

本人の受診意思 □あり □なし 受診同伴者 □あり(続柄) □なし 健康保険等 □加入 □受診時保険証を持参できる □生活保護 □無保険 □不明
安全に搬送できるか □可能 □困難 搬送方法 □自家用車 □警察車両 □救急車 □タクシー □その他() 到着予定 時 分頃

通院先医療機関の意見等 対応者: () □連絡取れず

相談担当者の判断	□精神科救急事例	□精神科救急身体合併症事例 □並列モデル □縦列モデル	□切迫した自殺予告事例	□非精神科救急事例	□要身体科受診 □司法対応
相談担当者の対応	□助言・傾聴・情報提供	□医療機関紹介 □他機関紹介	□110通報・119番通報を勧める	□医療機関紹介できず(理由:)	
	対応内容:			173 情報提供の承諾□あり □なし	

補足情報

受入医療機関からの受診報告
□来院 来院時間: 時 分 終了時間: 時 分(24時間表記)
□来院せず
結果 □外来受診のみ □任意入院 □医療保護入院 □応急入院 □電話対応のみ
□他医療機関に診療を依頼(依頼先医療機関:)
依頼理由()
診断名: ICD-10:
医師名:

精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に 関する研究

研究分担者：橋本聡（国立病院機構熊本医療センター 精神科）

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

要旨

精神障害者の地域移行は本邦の重要施策である一方、一般救急医療と精神科救急医療との連携体制には課題が多いことは以前より指摘されてきている。特に、身体合併症を有する精神科疾患においてこの問題は顕著であり、課題の明確化と対策立案が急がれるところである。法整備、自殺対策・災害対策を軸とした連携体制強化、教育研修コースの開発などの取り組みがある一方で、医療連携の均てん化・円滑化は十分といえず、地域医療システムや個々の医療従事者の技量の改善も重要である。この背景をもとに本研究班では以下3つの観点から研究に取り組んだ。まず、①救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状を確認すること、次に、②病院前救護における精神科トリアージの改善を図ること、最後、③精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握の手段を開発することなどを課題とした。

課題①については、さらに3つの視点に細分化した。

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

〔①-2〕 救急医療従事者に対する精神科救急の教育研修コースである Psychiatric Evaluation in Emergency Care : PEEC コースを複数年にわたり、定期的で開催している地域についても調査を行い、医療（救急科・精神科）だけでなく、保健行政、消防等の多職種が運営維持に関わるような枠組み作りが重要であり、予算確保、人材育成がポイントであることがわかった。これを踏まえ、平成30年度は、複数の新規PEECコースの開催に際し、コースそのものの効果をGKSES（Gatekeeper Self-efficacy Scale）を用いて測定すると同時に、各コースコーディネーターへ聞き取りを行い、新規開催ならびに継続開催の要点を探った。その結果、PEECコースはゲートキーパーとしての自己効力感を明らかに改善していた。コーディネーターへの聞き取りからは、合議体を形成し、救急科－精神科が双方乗り入れた形での合議体形成を図り、新規開催までに複数の地元スタッフを育成しておくことが肝要だとわかった。

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

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

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

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

A. 研究の背景と目的

精神障害者の地域移行は国の重要施策である一方、一般救急医療と精神科救急医療との連携体制には課題が多いことは従来指摘されてきたところで、特に身体合併症を有する精神科疾患においてこの問題は顕著であり、課題の明確化と対策立案が急がれるところである。

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

また、連携の質を改善する目的で、日本臨床救急医学会は教育研修コース（Psychiatric Evaluation in Emergency Care: PEEC コース）を開発し、日本精神科救急学会はガイドラインの中で受診前トリアージにおける推

奨事項を発表するなど、関係学会も取り組んできた。

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

このような背景をもとに、本研究班では、一般救急医療と精神科救急医療との連携円滑化に向け、①救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状を確認すること、②病院前救護における精神科トリアージの改善、③精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握の手段を開発することなど、以上 3 つの視点について取り組んだ。

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

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

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

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

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

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

③精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握の手段を開発することについて、地域連携パスの作成を念頭に、検討事項を整理することとした。このなかで、中間報告書である平成29年度報告においては、1-3. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状についてで考察した Medical Psychiatry Unit（以下 MPU）もしくは Complexity Intervention Units（以下 CIU）についても取り組むこととした。

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

B.方法

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

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

（調査方法）質問紙を配布し、回収を持って

同意とする。

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

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

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

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

(解析方法) 記述統計。

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

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

(調査方法) 質問紙法。

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

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

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

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

(解析方法) 記述統計

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

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

(調査方法) ウェブを通じたアンケート調査

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

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

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

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

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

(解析方法) 記述統計

2. 病院前救護における精神科トリアージの

改善

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(解析方法) 記述統計

C. 結果/進捗

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

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

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

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

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

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

尚、一般救急医療と精神科救急医療との連

携円滑化において有効だと考えられる

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

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

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

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

平成30年度、当分担班の研究代表が開催

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. 考察

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

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

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

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

PEEC コース内のいずれのコンテンツも有用と受け止められていた。

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

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

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

PEEC コースの新規開催において、平成 29

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

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

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

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

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

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

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

2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

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

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

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

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

適切な医療・社会資源につなげるためには、

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

また、本年度はCIU調査用紙の翻訳までに留まった。

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

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

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

2015.

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

<表>

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

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

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

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

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

【表3】PEEC コースの新規開催における課題集約

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

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

【表 4】 病院前救護者の PEEC コース受講分布

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

【表 5】 PEEC 開催圏域とその他の圏域との比較

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

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

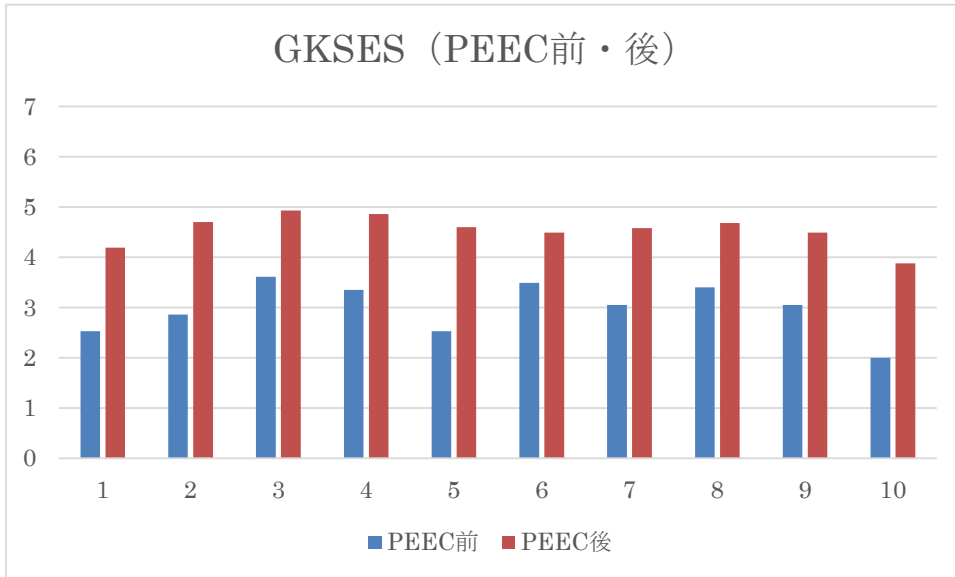
※1：PEEC 圏域を除くすべての消防本部が含まれる

※2：PEEC 圏域の全搬送人員の平均・偏差に合わせて調整

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

<図>

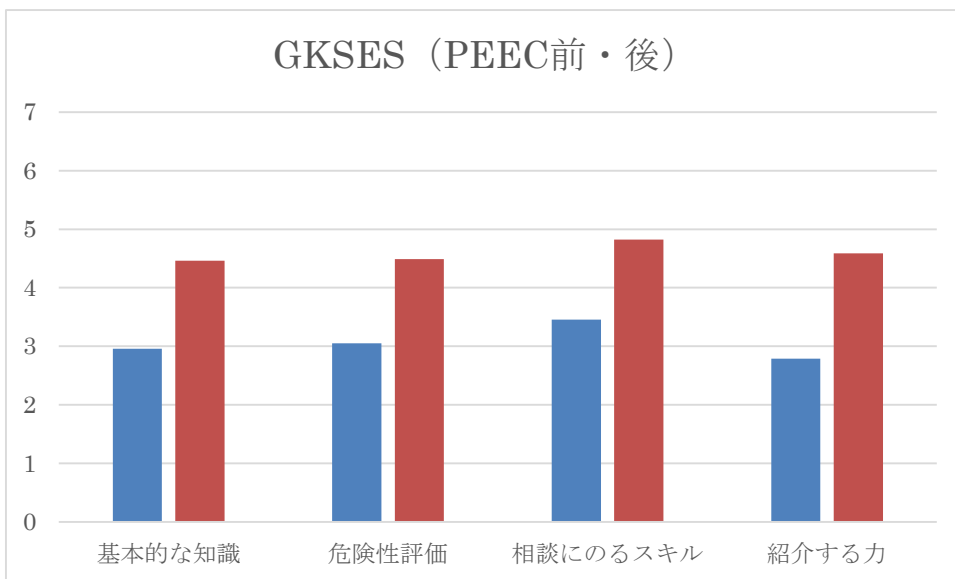
【図1】 PEEC コース受講によるゲートキーパー自己効力感の変化（全体）



※PEEC : Psychiatric Evaluation in Emergency Care の略

※GKSES : Gatekeeper Self-efficacy Scale の略

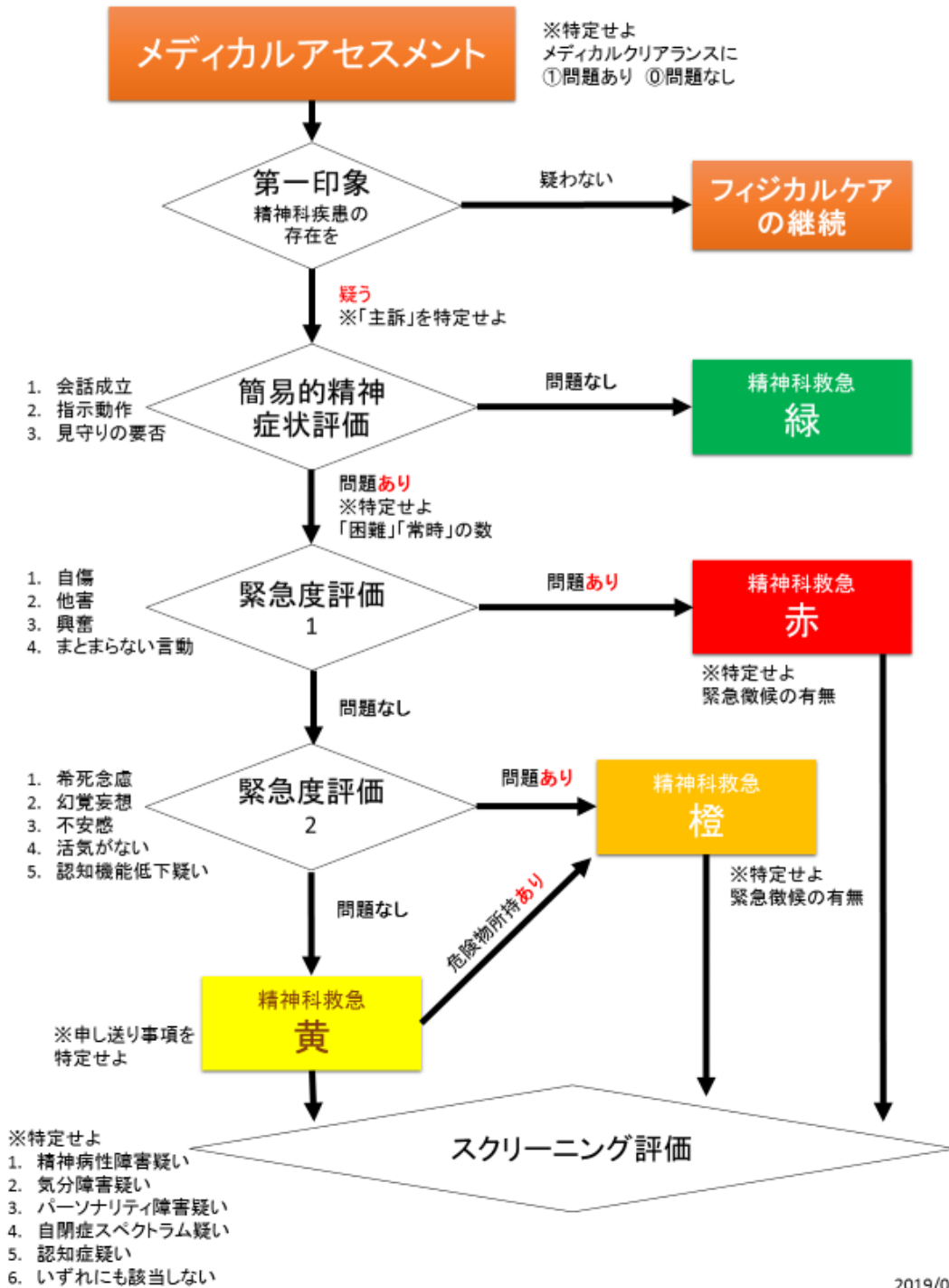
【図2】 PEEC コース受講によるゲートキーパー自己効力感の変化（4 コンポーネント）



<付録>

【付録1】 JEPS-Ex のフローチャート

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



2019/04/30

【付録2】 JEPS-Ex の詳細版

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

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

【付録3】精神科緊急度判定の定義

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

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

【付録4】精神科身体合併症病床に関する調査用紙

はじめに（用語の定義について）

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

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

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

A. 身体合併症患者への対応について（スクリーニング調査）

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

- a. はい
- b. いいえ

2) 貴院は身体合併症患者の入院治療に対応していますか？

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

- a. はい
- b. いいえ

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

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

- a. はい
- b. いいえ

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

- a. はい
- b. いいえ（救命センターや内科・外科病棟で対応）

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

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

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

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

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

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

B. 病院について

以下の設問は、CIUを含め貴院全体のことをお尋ねます。

1) 貴院はどのタイプの病院ですか？

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

2) 病床数は、以下のいずれに該当しますか？

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

3) 貴院には、以下の設備を備えていますか？（複数回答可）

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

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

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

e. その他 _____

C. CIU について

以下の設問は、身体合併症患者の入院病床（CIU）についてお尋ねます。

1) CIU は他の病棟と同じ建物内にありますか？

a. はい

b. 敷地は同じだが、建物は別棟（渡り廊下などでつながっているものも含む）

c. 病院は同じだが、敷地は異なったところにある

2) CIU は、内科系・外科系病棟のすぐ近くにありますか？

a. はい

b. いいえ

3) 病棟は以下のどれですか？

a. 閉鎖病棟

b. 開放病棟

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

4) CIU が開設された日付を教えてください。

西暦（ ）年（ ）月（ ）日

5) CIU の病床数を教えてください。

（ ）床

6) 隔離室の数を教えてください。

（ ）床

7) 一般個室の数を教えてください（隔離室を除く）

（ ）床

8) 多床室の数を教えてください（例：4床×3部屋なら12床）

（ ）床

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

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

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

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

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

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

12) CIUには次のうちどれがありますか? (複数回答可)

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

D. 精神科身体合併症患者の診療体制について

1) CIUは、どの診療部門が管理責任を負っていますか? 複数回答可

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

d.救急部・救命センター

e.その他_____

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

a.内科医または家庭医

b.精神科医

c.救急医

e.その他_____

3) CIU への入院は誰が決定しますか？

a. 入院担当看護師

b. 身体科医師

c. 精神科医師

d.身体科医師と精神科医師の協議

e.専攻医（3-5年目の医師）

f. その他：_____

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

複数選択可

a.病棟主治医

b.病棟担当医

c.病棟身体科医師

d. 入院を決定した身体科医師

e.入院を決定した精神科医師

f.その他（ ）

5) 身体科医師は精神科医師と同様に病床専属のスタッフですか？

（コンサルト型や非常勤の場合はいいえになります）

a. はい

b. いいえ

6) 身体・精神的問題への対応は以下のどれにあてはまりますか？

a. 精神的、身体的な問題は、いずれも精査・加療行う。

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

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

7) 身体合併症患者の診療は、どのように担当されていますか？複数回答可

a. 精神科と身体科の両方のトレーニングを受けた医師が診療

b. 精神科医と身体科医が同時に平行して診療

c. 精神科医が毎日身体科にコンサルトする

d. 身体科医が毎日精神科にコンサルトする

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

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

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

9) どのくらいの病棟主治医が、身体合併症患者の治療経験がありますか？

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

10) どのくらいの割合の看護師が、精神科の教育を受けていますか？

（概ね3年以上の精神科勤務がある方の割合とお考えください）

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

11) どのくらいの割合の看護師が、身体科の教育を受けていますか？

（概ね3年以上の身体科の勤務がある方の割合とお考えください）

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

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

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

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

a. はい

b. いいえ (例：精神科を専門とする看護師がいない時がある)

1 4) 身体合併症患者への看護は以下のいずれに当てはまりますか？

a. 精神科看護師が精神的ケアを行い、身体的な看護師が身体的なケアを行う

b. 看護師は精神・身体いずれの分野にも精通していて、両方を担当する。

c. a.b 両方の組み合わせ

1 5) 各勤務帯において、看護師一人で何名の患者さんを担当しますか？

a. 日勤帯： _____ 名

b. 準夜帯： _____ 名

c. 夜間帯： _____ 名

1 6) 病棟で治療を担当するのはどの職種ですか？複数回答可

a. レクリエーション療法士

b. ソーシャルワーカー

c. 作業療法士

d. 理学療法士

e. 栄養士

f. 言語療法士

g. 心理士

h. 上記誰もいない

1 7) どの年齢層の患者さんを病棟で治療されますか？ (複数回答可)

a. 0-7 才

b. 7-18 才

c. 19-64 才

d. 65 才以上

1 8) 非自発的 (強制的) 入院患者は病棟にいますか？

a. はい

b. いいえ

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

a. 小児病棟

b. 成人病棟

c. 高齢者病棟

d. 専門病棟 ; 病床数 : _____

e. 該当なし (他の一般病棟はありません)

20) 病棟において以下は可能ですか？（複数回答可）

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

21) CIU にコンサルト可能な専門医はいますか？（複数回答可）

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

22) CIU に専属の専門医はいますか？（複数回答可）

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

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

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

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

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

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

2 5) 病棟の患者には、どの経路で薬剤投与が可能ですか？(複数回答可)

- a. 経口

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

26) 病棟内では、以下の創傷の処置・治療は行えますか？（複数回答可）

- a. 褥瘡
- b. 熱傷
- c. 術後創部
- d. 上記全て不可

27) 病棟内では、以下のものを提供できますか？

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

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

- a. はい
- b. いいえ

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

- a. はい
- b. いいえ

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

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

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

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

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

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

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

研究分担者：山口創生（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）
研究協力者：安西信雄（帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科），塩澤拓亮（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部），佐藤さやか（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部），藤井千代（国立精神・神経科研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

要旨

【目的】我が国の精神科医療が地域ケアの流れとなる中で、精神科入院治療に関する政策も徐々に変化してきた。特に現在の診療報酬制度下の精神科救急病棟では、入院日から 90 日を迎える直前に退院者が増える実態が報告されているが、入院患者の中には 3 ヶ月を超える入院治療を必要とする者もいる。しかしながら、彼らがどのような属性や病状を持っているか、あるいはどのようなケアを受けているかなどについては明らかになっていない。【方法】本研究は、2014 年から実施された、国内 60 の医療機関における精神科救急病棟の入院患者を対象とした多施設共同前向き研究のデータを用いて、「3 ヶ月継続入院群」と「3 ヶ月以内退院群」の比較を実施した。また、3 ヶ月継続入院群については退院困難の理由を検証し、入院後 12 ヶ月経過時の入院継続の有無との関連を調べた。

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

【考察】クラスター1のグループは 12 ヶ月経過時も入院を継続している患者が多く、集中的かつ効果的（あるいは根拠に基づく）治療をベースとして、ケースマネジメントを付与するなど、総合的なアプローチが必要であると示唆された。今後このようなケアを提供できる医療体制の見直しが求められる。

A. 研究の背景と目的

我が国の精神科医療は長らく入院治療中心であったが、2010 年代からは転換期を迎え、国レベルで精神科医療の地域ケア化の方針を明確に打ち出してきた¹⁾。実際、2014 年から 2015 年のデータによると、入院患者の約 85%が 1 年以内に退院しており、また 65%は 3 ヶ月以内に退院している²⁾。特に、我が国の

精神科救急治療や急性期治療では、入院から最初の 3 ヶ月に診療報酬を高く設定していることから、入院日から 90 日を迎える直前に退院者が増えるという実態が生じているとも指摘されている²⁾。他方、急性期の入院患者の中には、3 ヶ月を超える入院治療を必要とする者もいるが、彼らがどのような属性や状態にあるかなどは明らかにされていない。

3 ヶ月以内に退院できる者と入院を継続している者には、入院中に提供された治療が異なっている可能性も考えられるが、これらの臨床的かつ探索的な問いに対して、これまでに包括的かつ実証的な検証はなされていない。そこで、本分担任は、2014年度から安西を研究代表者とする厚生労働科学研究班で実施された精神科救急病棟の入院患者を対象とした、多施設共同前向き研究のデータ（以下、安西班データ）を用いて³⁾、下記の目的（objectives）を設けて、探索的な分析を実施した。

1. 3 ヶ月以内に退院した患者と退院していなかった患者の入院時の属性や病状等を比較すること
2. 3 ヶ月以内に退院した患者の退院時の状態と退院していなかった患者の入院後3か月経過時の状態を比較すること
3. 3 ヶ月以内に退院した患者と退院していなかった患者の入院中の治療内容を比較すること
4. 3 ヶ月以内に退院していなかった患者における退院困難の理由を検証すること
5. 3 ヶ月以内に退院することが困難であった理由の違いによる属性や病状等を比較すること
6. 3 ヶ月以内に退院することが困難であった理由の違いが、入院後12ヵ月以内の退院の有無を予測できるかを検証すること

B.方法

1. 基本デザイン

本研究は、国内60の精神科医療機関における精神科救急病棟の新規入院患者を対象とした多施設共同の前向き縦断研究であった。対象者には、入院時（T1）、3 ヶ月以内の退院時（T2-1）あるいは入院後3ヵ月経過時（T2-2）、入院後12ヵ月経過時（T3）の3点で評価を実施した。なお、本研究は安西班データを用いた分析であり、研究方法の詳細

は以前の報告書に記されている³⁾。そこで、本稿では簡易な記述にとどめる。

2. 対象者

本研究の参加者は、各機関における精神科救急病棟に、2014年10月1日以降に新規に入院した患者であった。除外基準は下記4つを設けた（①主診断が認知症の患者、②今回の入院日から遡る1ヵ月間に精神科病院に入院したことがある患者、③以前に精神科に入院していたが、身体疾患治療のために他院（精神科以外）に入院し、身体疾患治療が終わったため精神科入院を依頼された患者、④入院時に転院先や転院時期が決まっている患者）

3. 評価項目

各時点での評価項目について、下記に列挙する。

1) 入院時調査（T1）

- 基本属性：診断、性別、入院時年齢、入院日など
- 状態評定：評価時点の入院形態、機能（global assessment of functioning: GAF）⁴⁾、症状評価（Brief Psychiatry Rating Scale: BPRS）⁵⁾、行動評価（問題行動評価表）、生活障害評価⁶⁾、2軸評価（能力障害・精神症状）⁶⁾、身体評価、隔離・拘束の実施など
- 医療プロセス：病歴・治療歴（過去の病歴・治療歴等、地域サービスの利用）

2) 3 ヶ月以内の退院時あるいは入院後3ヵ月経過時調査（T2-1, T2-2）

- 基本事項：退院の有無（その月日等）、主診断名など
- 状態評定：評価時点の入院形態、機能（GAF）、症状評価（BPRS）、行動評価（問題行動評価表）、生活障害評価、2軸評価（能力障害・精神症状）、身体評価、隔離・拘束の実施、

対象者が評価時点までに退院出来なかった理由の評価（主に医師が評価者）、退院困難要因の評価（退院困難度尺度）⁷⁾など

- 入院中の医療プロセス評価：薬物療法、高度な治療（m-ECT、クロザピン）、心理社会的支援などの実施の有無

3) 入院後 12 ヶ月経過時調査 (T3)

- 12 ヶ月後の転帰：退院の有無、現在の治療形態、精神科への再入院。

4. 手続きと倫理的配慮

各病院においてデータ保護管理者を決め、データ保護管理者は入院患者リストを作成し、当該病院における調査・評価を指揮し、データ管理の責任を負うこととした。データ保護管理者は、データ提出にあたっては、連結可能匿名化のもととなる参照リストを作成し、匿名化されたデータを提出した。各種データの収集は、各機関の担当者がカルテ等の診療記録に記載された内容を転記することで実施した。本研究は、診療録に記載されている既存資料から調査票への記入を求める調査であった。本調査研究は帝京平成大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 25-073）。さらに、研究分担者が二次解析を担当するにあたり、追加承認の手続きを実施し、同委員会から承認を得た（承認番号 26-008-1）。

5. 統計解析

本研究は、3 ヶ月と 1 日以上入院した患者を「3 ヶ月継続入院群」とし、3 ヶ月以内に退院した患者を「3 ヶ月以内退院群」としてグループ分けした。上述した目的(objectives)に応じて、入院時調査 (T1) と 3 ヶ月以内の退院時 (T2-1) あるいは入院後 3 ヶ月経過時 (T2-2) の調査内容を、2 群間で比較した。各比較には、 χ^2 検定、t 検定、Fisher の正確検定などを適宜用いた。

3 ヶ月継続入院群における退院困難理由の

検証については、まず医師がカルテに記載した内容から、退院困難理由を「症状」と「症状以外」の 2 群に分け、入院時調査 (T1) と入院後 3 ヶ月経過時調査 (T2-2) の内容を比較した。その他、 χ^2 検定、t 検定、Fisher の正確検定、入院時の値を調整した一般化線形混合モデルなどを適宜用いた。さらに、退院困難尺度を用いて、各下位尺度の z 得点の平均値を用いたクラスター分析を実施し、退院困難理由をグループ化した。さらに、退院困難理由における「症状」群と「症状以外」群で 12 ヶ月以内の退院を予測できるかについて、 χ^2 検定を実施した。また、クラスター分析によって「3 ヶ月以内で退院していなかった患者継続入院群」を、重い症状や行動障害、治療関係の構築に困難を抱えるグループ（クラスター1）と不安や自殺などの課題を抱えるグループ（クラスター2）に分類し、同様の分析を実施した。

統計的有意水準は 5% ($p < 0.05$) とした。本研究は探索的な分析であるため、統計検定を繰り返すが、多重検定の調整をせず、各分析で算出された有意確立の値を報告した。全ての分析には Stata version.15 あるいは SPSS version.25.0 を用いた。

C. 結果

データセット上に 578 名の患者登録と入院時調査 (T1) のデータを確認した (図 1)。そのうち、3 ヶ月以内の退院時あるいは入院後 3 ヶ月経過時の調査データが存在していたのは 553 名であった (3 ヶ月継続入院群 : $n = 89$ 、3 ヶ月以内退院群 : $n = 464$)。3 ヶ月継続入院群のうち、12 ヶ月後の調査データが存在していたのは 81 名であった。下記、分析結果について、各研究目的別に記す。

1. 3 ヶ月以内に退院した患者と退院していなかった患者の入院時の属性や病状等を比較すること

表 1 は 3 ヶ月継続入院群と 3 ヶ月以内退院群における入院時の状態等の比較を示して

いる。3 ヶ月継続入院群は、年齢が有意に高く ($t = 2.536, p = 0.012$)、統合失調症の診断を持つ者が有意に多かった ($X^2 = 29.004, p = 0.002$)。また、入院時の状態として、経歴上の問題 ($t = 7.431, p = 0.006$)、GAF ($t = 2.433, p = 0.015$)、BPRS ($t = 2.850, p = 0.005$)、生活障害評価 ($t = 2.784, p = 0.006$)、能力障害評価 ($t = 3.156, p = 0.002$)、精神障害評価 ($t = 2.331, p = 0.020$) で両群に差があり、3 ヶ月継続入院群が入院の時点で機能が低く、症状が重い傾向にあった。また、服薬について、3 ヶ月継続入院群では、アドヒランスの不良や処方がない者の割合が大きかった ($X^2 = 23.318, p < 0.001$)。さらに、3 ヶ月継続入院群では、医療保護入院および措置入院の割合が大きく ($X^2 = 15.877, p = 0.003$)、入院時に隔離の対象となった者が多かった ($X^2 = 14.920, p < 0.001$)。

2 3 ヶ月以内に退院した患者の退院時の状態と退院していなかった患者の入院後 3 ヶ月経過時の状態を比較すること

3 ヶ月継続入院群は、3 ヶ月以内退院群の退院時 (T2-1, T2-2) と比較し、統合失調症の診断を持つ者が多く ($X^2 = 26.359, p < 0.001$)、医療保護入院および措置入院の割合が大きかった ($X^2 = 14.852, p = 0.002$) (表 2)。また、T2-1 あるいは T2-2 の症状・機能等の尺度得点から入院時の得点を引いた得点の変化量について、入院時の得点を調整した場合には、GAF ($B = 14.087, p < 0.001$)、BPRS ($B = -6.299, p < 0.001$)、生活障害評価 ($B = -1.504, p = 0.005$)、能力障害評価 ($B = -0.484, p < 0.001$)、精神障害評価 ($B = -0.683, p < 0.001$) において、両群に有意な差があり、3 ヶ月以内退院群は、各尺度の得点が改善しやすい傾向にあった。

3. 3 ヶ月以内に退院した患者と退院していなかった患者の入院中の治療内容を比較すること

3 ヶ月継続入院群と 3 ヶ月以内退院群にお

ける入院中のケア内容を比較すると (表 3)、3 ヶ月継続入院群では隔離を経験した者が有意に多く ($X^2 = 14.962, p < 0.001$)、CP (Chlorpromazine) 換算値の値が高かった ($t = 9.864, p = 0.002$)。また、院内の連携調整会議の実施割合については、3 ヶ月継続入院群で有意に大きかった ($X^2 = 4.657, p = 0.031$)。その他のクロザピンや m-ECT、心理社会的治療については実施自体が非常に少なかったが、作業療法など一部の心理社会的治療については両群とも約半数の患者に対して実施されていた。

4. 3 ヶ月以内に退院していなかった患者における退院困難の理由を検証すること

3 ヶ月継続入院群について、主に医師が評価した退院困難の理由は、(重い) 症状によるもの ($n = 52$) と症状以外のもの ($n = 37$) に分類された。症状以外の理由について、家庭内調整の問題や受け入れ先の (調整) 困難が主たる理由であった (表 4)。また、退院困難尺度については、「病識とコンプライアンス」および「自閉的行動」が比較的高い得点となっていた。

5. 3 ヶ月以内に退院することが困難であった理由の違いによる属性や病状等を比較すること

表 5-7 は、3 ヶ月継続入院群における入院時 (T1)、入院後 3 ヶ月経過時 (T2-2) の状態等について、あるいは入院中のケア (T2-2) について、主に医師が評価した退院困難理由別 (「症状」と「症状以外」) に比較した結果を示している。ごく一部の変数を除き (入院後 3 ヶ月経過時の GAF, CP 換算値、集団心理療法)、全ての項目で有意な差はなかった。

6. 3 ヶ月以内に退院することが困難であった理由の違いが、12 ヶ月以内の退院の有無を予測できるかを検証すること

入院後 3 ヶ月経過時点での退院困難理由について、「症状」と「症状以外」に分けたグ

ループ化は、12 ヶ月後の入院継続の有無に有意な関連を示さなかった(表 8)。そこで、退院困難尺度を用いたクラスター分析を行ったところ、「病識とコンプライアンス」「日常生活動作 (Activities of Daily Living: ADL)」「問題行動」「自閉的行動」の得点が高いグループ(クラスター1)と「不安」「自殺」が高いグループ(クラスター2)に分類された(図 2)。クラスター2と比較し、クラスター1は入院後 12 ヶ月経過時にも入院継続している者が有意に多かった(Fisher's exact $p = 0.013$) (表 9)。

D. 考察

本研究は、精神科救急病棟の新規入院患者を対象とした前向き縦断調査であった。本分担任は、入院後 3 ヶ月以内に退院した患者と退院していなかった患者の属性や症状、ケア内容を比較した。さらに、3 ヶ月以内に退院していなかった患者データに関しては、退院困難な理由を検証した。

3 ヶ月継続入院群と 3 ヶ月以内退院群における入院時 (T1) および退院時/3 ヶ月時点 (T2-1, T2-2) の状態を比較したところ、3 ヶ月継続入院群では、統合失調症の疾患を持つ患者が多く、入院時の症状が重く、機能が低い、あるいは障害程度が重いなどの状態が観察された。これらの知見は、3 ヶ月継続入院群において隔離や医療保護入院、措置入院の入院形態が多いことにも関連していると推測される。退院時の状態について、3 ヶ月継続入院群と比較し、3 ヶ月以内退院群の症状や機能などの改善幅は有意に大きかった。

両群の状態像に差があった反面、ケア内容には概ね差がなかった。3 ヶ月継続入院群では隔離を経験した者が多く、CP 換算値の値が高く、そして院内の連携調整会議を開いた割合が大きかったが、これらは単純に入院 3 ヶ月継続入院群に重い症状を抱える者が多かったことが関連していると思われる。また、統合失調症患者には難治性の者が 30%の割

合で存在するとされているが⁸⁾、通常の薬物治療に反応がない場合は、クロザピンや m-ECT、認知行動療法などがエビデンスのある実践として推奨されている⁹⁾。しかしながら、これらのエビデンスに基づく実践は、各医療機関でほとんど実施されておらず、比較自体が難しい状況であった。クロザピンや m-EC は治療を提供するための施設整備に負担がかかることなどから、実施できない病院も多かったものと推察される。作業療法など、比較的容易に実施可能で診療報酬の裏付けがある実践については、両群の半数以上に提供されていたが、支援内容は不明である。これらの実践の効果を検討するためには支援内容を含めたさらに詳細な検討が必要である。

退院困難理由については、2 つの知見が得られた。主に医師が評価した退院困難理由(「症状」と「症状以外」)については、入院時 (T1)、入院後 3 ヶ月経過時の状態やそれまでのケア (T2-2) で、理由による差は認められなかった。また、この分類は、入院 12 ヶ月時の入院継続の有無とも関連していなかった。この結果は、退院困難の理由を「症状」か「症状以外」かによって単純に分類することが難しいこと、および退院の可能性についてのアセスメントを 1 職種で行うことの限界を示しているかもしれない。

退院困難尺度を用いたクラスター分析では、より患者特性が鮮明になった。クラスター分析は、患者を「重い残遺症状や行動障害、治療関係の構築に困難を抱えるグループ」(クラスター1)と「不安や自殺などの課題を抱えるグループ」(クラスター2)に分類した。クラスター1については、医療中断の可能性や、陰性症状や障害までを含めた重症度が高く、標準治療では地域生活レベルまでの回復がすぎには困難と判断されたグループともいえるかもしれない。実際、このグループは 12 ヶ月時点での入院継続率も有意に高かった。これらのグループには、エビデンス

に基づく追加的治療を軸に、ケースマネジメントを含めた総合的な支援が必要と考えられる。

クラスター2については、残遺症状や障害が心理脆弱性を主としており、必要な心理社会的サポートを投入することが妥当な対応、すなわち地域生活に向けたケースマネジメントが直接的に有効となる可能性が考えられる。入院期間が12ヵ月を超えることは稀であった。ただし、特に自殺の問題については、早期退院との関連を示した報告もあり^{11, 12)}、この要因によって退院困難となっているならば複雑化等が考えられ、個別ケースの状況に応じた対応が必要となるため、このグループに関して、集中的な治療や支援が必要ないというわけではない。

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

本研究はいくつかの限界を抱える。第1に、3ヵ月継続入院群と3ヵ月以内退院群の比較時期の差があげられる。3ヵ月以内退院群については退院時(T2-1)の情報であるが必ずしも3ヵ月経過時点ではないが、3ヵ月継続入院群については、入院後3ヵ月経過時(T2-2)の情報であった。第2に、GAFやBPRS、退院困難尺度などの評価者は各機関に一任されており、各評価者がトレーニングを受けていたかなどは不明であり、評価者の質は保証されていない。第3に、全ての変数は各病院の診療記録に頼っていることから、患者自身が行う自記式尺度ではない。よって、入院理由や退院理由、あるいは入院サービスの満足度などについて、患者側からの評価はできなかった。最後に、本分担任は、探索的な分析を目的としたことから、多くの変数について、繰り返し検定を実施した。そして、その結果について多重比較の調整をしていない。よって、本報告内で記された比較群間の有意

な差($p < 0.05$)の一部は、第1種過誤(α エラー)の可能性があり、偶然による差である可能性も否定できない。

本研究は、上述したように多くの限界を抱える一方で、大きな長所もある。具体的には、本研究は国内60の精神科医療機関が参加した多施設共同研究であり、縦断デザインで対象者の予後を観察した調査である。近年の日本の精神科医療領域では、大規模な前向き縦断研究がないことから¹⁰⁾、本研究の知見は非常に貴重なものといえる。

E.健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載

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

なし

文献

- 1) 樋口輝彦: 精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて. 精神神経学雑誌 113:490-495, 2011.
- 2) Okumura Y, Sugiyama N, Noda T, et al: Psychiatric admissions and length of stay during fiscal years 2014 and 2015 in Japan: a retrospective cohort study using a nationwide claims database. J Epidemiol 2018. doi: doi: 10.2188/jea.JE20180096. [Epub ahead of print]
- 3) 安西信雄: 精神障害者の重症度判定及び

- 重症患者の治療体制等に関する研究：平成 27 年度 総括・分担研究報告書. 帝京平成大学大学院, 2016.
- 4) APA: Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 4th Edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
 - 5) Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull* 24:97-99, 1988.
 - 6) 厚生労働省：障害者総合支援法における障害支援区分：医師意見書記載の手引き. 厚生労働省, 2014.
 - 7) 佐藤さやか, 池淵恵美, 穴見公隆, 他：精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み. *日本社会精神医学会雑誌* 16:229-240, 2008.
 - 8) Meltzer HY: Treatment-resistant schizophrenia: the role of clozapine. *Current Medical Research and Opinion* 14:1-20, 1997.
 - 9) Faden J: Treatment-resistant schizophrenia: a brief overview of treatment options. *Journal of Clinical Psychiatry* 80, 2019.
 - 10) Yamaguchi S, Ojio Y, Koike J: Associations between readmission and patient-reported measures in acute psychiatric inpatients: A study protocol for a multicenter prospective longitudinal study (the ePOP-J study). 2019 (In preparation).
 - 11) 杉山直也, 野田寿恵, 澤野文彦：精神科新規入院者における入院長期化のリスク要因～精神科救急入院患者レジストリを用いた分析～. *精神医学* 58 (3), 235-244, 2016
 - 12) 杉山直也, 野田寿恵, 澤温, 立森久照, 山之内芳雄：精神科救急入院料病棟における入院長期化のリスク要因（第 2 報）共通レジストリを用いた複数施設の分析から. *精神医学* 59(4), 369-377, 2017

図 1 参加者登録と追跡調査のフロー

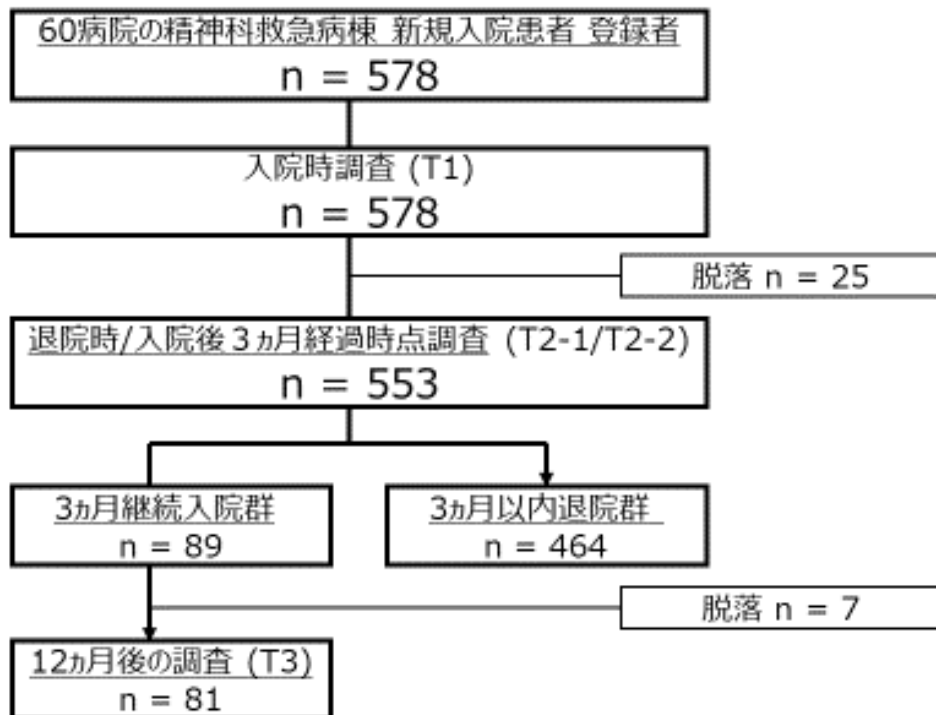


表 1 3ヵ月継続入院群と3ヵ月以内退院群における入院時（T1）の状態等の比較

		3ヵ月継続入院群 n = 89		3ヵ月以内退院群 n = 464		X ² (t)	p
		n	%	n	%		
属性							
性別	男性	46	51.7	205	44.2	1.697	0.193
	女性	43	48.3	259	55.8		
年齢	平均値, SD	51.0	15.7	46.2	16.4	2.536	0.012
診断	F0 気質	4	4.5	23	5.0	29.004	0.002
	F1 薬物	3	3.4	31	6.7		
	F2 統合失調症	65	73.0	207	44.6		
	F3 躁・双極性	7	7.9	62	13.4		
	F3 その他の気分障害	7	7.9	85	18.3		
	F4 神経症	1	1.1	27	5.8		
	F5 生理・身体	0	0.0	3	0.7		
	F6 人格	0	0.0	7	1.5		
	F7 知的	2	2.3	5	1.1		
	F8 発達	0	0.0	10	2.2		
	F9 小児精神	0	0.0	2	0.4		
	G40 てんかん	0	0.0	2	0.4		
初発年齢	平均値, SD	32.0	18.4	32.8	17.2	0.404	0.686
治開年齢	平均値, SD	33.7	18.2	34.4	17.0	0.367	0.714
通算入院回数	不明	1	1.1	2	0.4	1.260	0.868
	なし	29	32.6	150	32.3		
	1回	13	14.6	62	13.4		
	2回	13	14.6	59	12.7		
	3回以上	33	37.1	191	41.2		
通算入院期間	不明	1	1.1	3	0.7	4.082	0.253
	なし	31	34.8	149	32.1		
	1年未満	26	29.2	185	39.9		
	1年以上	31	34.8	127	27.4		
前回入院からの期間	不明	2	2.3	3	0.7	4.109	0.391
	初回	34	38.2	164	35.3		
	1ヶ月以上～3ヵ月未満	5	5.6	22	4.7		
	3ヵ月以上～1年未満	16	18.0	117	25.2		
	1年以上	32	36.0	158	34.1		
精神障害保健福祉手帳	所持	28	31.5	117	25.2	1.506	0.220
自立支援医療費	利用	41	46.1	218	47.0	0.025	0.874
状態							

経歴上の問題	あり	13	14.6	29	6.3	7.431	0.006
GAF	平均値, SD	29.9	14.2	34.0	15.0	2.433	0.015
BPRS	平均値, SD	53.8	15.6	48.4	16.6	2.850	0.005
問題行動評価 A	平均値, SD	15.7	6.2	16.7	6.8	1.245	0.214
問題行動評価 B	平均値, SD	35.2	11.2	33.8	11.3	1.070	0.285
生活障害評価	平均値, SD	18.9	7.1	16.6	7.2	2.784	0.006
能力障害評価	平均値, SD	3.5	1.0	3.1	1.0	3.156	0.002
精神障害評価	平均値, SD	4.1	1.3	3.8	1.3	2.331	0.020
身体障害評価	障害あり	12.0	13.5	48.0	10.3	0.760	0.383
入院前の服薬	規則的	29	32.6	207	44.6	23.318	<0.001
	不規則	12	13.5	114	24.6		
	中断	17	19.1	60	12.9		
	不明	6	6.7	30	6.5		
	処方なし	25	28.1	53	11.4		
入院時のケア状況							
入院種別	任意入院	11	12.4	129	27.8	15.877	0.003
	医療保護入院	64	71.9	297	64.0		
	措置入院	10	11.2	18	3.9		
	緊急措置入院	2	2.3	8	1.7		
	応急入院	2	2.3	12	2.6		
入院部屋	隔離室	48	53.9	184.0	39.7	6.7071	0.082
	個室	23	25.8	157.0	33.8		
	一般室	17	19.1	120.0	25.9		
	その他	1	1.1	3.0	0.7		
隔離	あり	55	61.8	184.0	39.7	14.920	<0.001
拘束	あり	9	10.1	45.0	9.7	0.015	0.904
点滴	あり	10	11.2	55.0	11.9	0.028	0.868
注射	あり	11	12.4	43.0	9.3	0.810	0.368
入院前サービス利用状況							
精神科デイケア	あり	11	12.4	73.0	15.7	5.818	0.055
訪問看護	あり	9	10.1	51.0	11.0	0.060	0.807
障害福祉サービス	あり	16	18.0	81.0	17.5	0.014	0.906
行政（保健所/生保）	あり	17	19.1	55.0	11.9	3.464	0.063

表 2 3 ヶ月継続入院群と 3 ヶ月以内退院群における
3 ヶ月以内の退院時あるいは入院後 3 ヶ月経過時調査 (T2-1, T2-2) の状態等の比較

		3 ヶ月継続入院群		3 ヶ月以内退院群		X ² (t,B)	p
		n = 89		n = 464			
		n	%	n	%		
属性							
診断	F0 気質	5	5.6	22	4.8	26.359	<0.001
	F1 薬物	3	3.4	33	7.1		
	F2 統合失調症	61	68.5	199	43.0		
	F3 躁・双極性	7	7.9	64	13.8		
	F3 その他の気分障害	8	9.0	81	17.5		
	F4 神経症	2	2.3	32	6.9		
	F5 生理・身体	0	0.0	4	0.9		
	F6 人格	0	0.0	8	1.7		
	F7 知的	3	3.4	7	1.5		
	F8 発達	0	0.0	10	2.2		
	F9 小児精神	0	0.0	3	0.7		
	G40 てんかん	0	0.0	2	0.4		
状態							
経歴上の問題	あり	3	3.4	4	0.9	3.761	0.052
GAF	平均値, SD	42.9	16.7	58.1	16.1	8.117	<0.001
- 変化量		13.0	17.2	24.0	19.5	4.949	<0.001
- 変化量_入院時調整						14.087	<0.001
BPRS	平均値, SD	42.3	16.0	33.8	13.0	5.451	<0.001
- 変化量		-11.6	14.4	-14.7	15.3	1.770	0.077
- 変化量_入院時調整						-6.299	<0.001
問題行動評価 A	平均値, SD	12.0	3.6	12.7	4.5	1.288	0.198
- 変化量		-3.7	5.2	-4.0	5.4	0.504	0.615
- 変化量_入院時調整						0.274	0.501
問題行動評価 B	平均値, SD	28.9	10.4	26.8	8.0	2.101	0.036
- 変化量		-6.3	10.4	-7.0	9.9	0.560	0.576
- 変化量_入院時調整						-1.506	0.071
生活障害評価	平均値, SD	14.0	5.7	11.8	5.0	3.759	<0.001
- 変化量		-4.9	6.6	-4.8	6.8	0.108	0.914
- 変化量_入院時調整						-1.504	0.005
能力障害評価	平均値, SD	3.0	1.0	2.3	0.9	5.838	<0.001
- 変化量		-0.5	1.0	-0.8	1.0	2.249	0.025
- 変化量_入院時調整						-0.484	<0.001
精神障害評価	平均値, SD	3.4	1.1	2.6	1.1	6.207	<0.001
- 変化量		-0.7	1.3	-1.1	1.4	2.677	0.008

- 変化量_入院時調整						-0.683	<0.001
身体障害評価	障害あり	7.0	7.9	33	7.1	0.063	0.802
調査時のケア状況							
入院種別	任意入院	19	21.4	196	42.2	14.852	0.002
	医療保護入院	63	70.8	250	53.9		
	措置入院	6	6.7	16	3.5		
	その他	1	1.1	2	0.4		
	応急入院	2	2.3	12	2.6		

表 3 3 ヶ月継続入院群と 3 ヶ月以内退院群における入院中のケア (T2-1, T2-2) の比較

		3 ヶ月継続入院 群		3 ヶ月以内退院 群		X ² (t)	p
		n = 89		n = 464			
		n	%	n	%		
隔離	あり	60	67.4	209	45.0	14.962	<0.001
/期間	1 週間以内	12		92			
	1 ヶ月未満	27		100			
	3 ヶ月以上	21		17			
拘束	あり	15	16.9	66	14.2	0.413	0.520
/期間	1 週間以内	8		48			
	1 ヶ月未満	5		16			
	3 ヶ月以上	2		2			
薬物治療	前処方なし	25	28.1	88	19.0	3.824	0.051
/詳細	新規投与	25		86			
	薬物療法なし	0		2			
	前処方あり	64	71.9	376	81.0		
/詳細(複数回答可)	継続	30	46.9	215	57.2		
	主剤増量	22		150			
	主剤減量	7		36			
	主剤増減なし	1		29			
	剤数削減	12	18.8	57	15.2		
	1 剤	6		28			
	2 剤	3		16			
	3 剤以上	3		13			
	主剤切り替え	32	50.0	132	35.1		
	1 剤	16		103			
	2 剤	11		19			
	3 剤以上	5		10			
	追加投与_併用	8	12.5	42	11.2		
	1 剤	4		28			
	2 剤	4		13			
	3 剤以上	0		1			
	追加投与_増強	21	32.8	76	20.2		
	1 剤	16		60			
	2 剤	5		16			
	内服確認	7	10.9	22	5.9		
	デブ剤導入	5	7.8	8	2.1		

	指針と再検討	3	4.7	6	1.6		
	その他	1	1.6	35	9.3		
CP 換算値	600 以上	22	24.7	56	12.1	9.864	0.002
/詳細(複数回答可)	非定型トライアル	20	90.9	54	96.4		
	1 回	9		39			
	2 回以上	11		15			
	定型トライアル	5	22.7	8	14.3		
	1 回	3		5			
	2 回以上	2		3			
クロザピン	実施 (継続中)	1	1.1	4	0.9	0.057	0.811
	未実施	88	98.9	460	99.1		
/理由(複数回答可)	それ以外の治療	68	77.3	356	77.4		
	適応外	21	23.9	104	22.6		
	施設上の理由	9	10.2	57	12.4		
	不同意	1	1.1	2	0.4		
	その他	1	1.1	2	0.4		
ECT	実施	3	3.4	18	3.9	0.053	0.818
	未実施	86	96.6	446	96.1		
/理由(複数回答可)	それ以外の治療	68	79.1	383	85.9		
	適応外	12	14.0	72	16.1		
	施設上の理由	9	10.5	52	11.7		
	不同意	3	3.5	5	1.1		
	その他	1	1.2	0	0.0		
個別心理療法	実施	57	64.0	334	72.0	2.272	0.132
認知行動療法	実施	1	1.1	1	0.2	1.709	0.191
行動療法	実施	5	5.6	9	1.9	4.095	0.043
作業療法	実施	43	48.3	269	58.0	2.834	0.092
集団心理療法	実施	5	5.6	40	8.6	0.901	0.343
心理教育	実施	17	19.1	75	16.2	0.465	0.495
構造的 SST	実施	0	0.0	10	2.2	1.953	0.162
SST	実施	1	1.1	9	1.9	0.280	0.597
退院前訪問指導	実施	7	7.9	47	10.1	0.435	0.510
服薬管理指導	実施	17	19.1	108	23.3	0.744	0.388
院内連携調整会議	実施	31	34.8	111	23.9	4.657	0.031
ケア会議外部機関も含む	実施	13	14.6	58	12.5	0.296	0.586
障害福祉サービス導入	実施	7	7.9	37	8.0	0.001	0.972
介護福祉サービス導入	実施	4	4.5	10	2.2	1.656	0.198

表 4 3 ヶ月継続入院群における退院困難の理由 (T2-2)

		3 ヶ月継続入院群	
		n = 89	
		n	%
退院不可の理由 /詳細	病状	52	58.4
	病状以外	37	41.6
	家庭内調整困難	14	
	近親者のトラウマ・関係修復不可	4	
	家族の疾病への理解が乏しい	2	
	家族の対応能力が乏しい為	8	
	受け入れ先困難	14	
	施設の絶対数の不足	5	
	受け入れ先施設の対応力不足	4	
	貸主・入居者からの拒否・拒絶・反発・理解不足	3	
	その他	2	
	生活費の困難	1	
	地域からの拒否	4	
その他	4		
1 年以内の退院見通し	可能あり	80	89.9
	困難	9	10.1
困難予想の理由 /詳細	病状	4	44.4
	病状以外	5	55.6
	家庭内調整困難	2	
	近親者のトラウマ・関係修復不可	1	
	家族の対応能力が乏しい為	1	
	受け入れ先困難	3	
	施設の絶対数の不足	3	
退院困難度尺度_合計	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.6	0.3
s1 病識とコンプライアンス	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.9	0.6
s2 不安	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.5	0.6
s3ADL	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.6	0.6
s4 問題行動	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.5	0.5
s5 自閉的行動	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.9	0.6
s6 身体合併症	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.3	0.7
s7 自殺	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.2	0.4
s8 家族サポ	(合計点数/項目数)の平均値, SD	0.5	0.5

表 5 3 ヶ月継続入院群における退院困難理由の違いによる入院時の状態等の比較

属性		理由「症状」 n = 52		理由「症状以外」 n = 37		X ² (t)	p
		n	%	n	%		
性別	男性	25	48.1	21	56.8	1.656	0.198
	女性	27	51.9	16	43.2		
年齢	平均値, SD	50.0	15.0	52.4	16.7	0.697	0.488
診断	F0 気質	2	3.9	2	5.4	5.699	0.458
	F1 薬物	1	1.9	2	5.4		
	F2 統合失調症	41	78.9	24	64.9		
	F3 躁・双極性	3	5.8	4	10.8		
	F3 その他の気分障害	4	7.7	3	8.1		
	F4 神経症	1	1.9	0	0.0		
	F5 生理・身体	0	0.0	0	0.0		
	F6 人格	0	0.0	0	0.0		
	F7 知的	0	0.0	2	5.4		
	F8 発達	0	0.0	0	0.0		
	F9 小児精神	0	0.0	0	0.0		
	G40 てんかん	0	0.0	0	0.0		
初発年齢	平均値, SD	31.3	16.7	33.1	20.9	0.459	0.648
治開年齢	平均値, SD	33.1	17.0	34.5	20.0	0.338	0.737
通算入院回数	不明	0	0.0	1	2.7	6.942	0.139
	なし	20	38.5	9	24.3		
	1回	8	15.4	5	13.5		
	2回	4	7.7	9	24.3		
	3回以上	20	38.5	13	35.1		
通算入院期間	不明	0	0.0	1	2.7	3.275	0.351
	なし	21	40.4	10	27.0		
	1年未満	13	25.0	13	35.1		
	1年以上	18	34.6	13	35.1		
前回入院からの期間	不明	1	1.9	1	2.7	1.498	0.827
	初回	20	38.5	14	37.8		
	1ヶ月以上～3ヵ月未 満	4	7.7	1	2.7		
	3ヵ月以上～1年未 満	10	19.2	6	16.2		
	1年以上	17	32.7	15	40.5		
精神障害保健福祉手帳	所持	18	34.6	10	27.0	0.577	0.447
自立支援医療費	利用	24	46.2	17	46.0	0.000	0.985

状態							
経歴上の問題	あり	5	9.6	8	21.6	2.498	0.114
GAF	平均値, SD	27.6	12.5	33.0	16.0	1.779	0.079
BPRS	平均値, SD	55.8	14.1	51.1	17.4	1.385	0.170
問題行動評価 A	平均値, SD	15.1	6.0	16.6	6.5	1.084	0.282
問題行動評価 B	平均値, SD	35.7	11.1	34.5	11.5	0.510	0.612
生活障害評価	平均値, SD	19.5	7.3	18.0	6.7	0.998	0.321
能力障害評価	平均値, SD	3.5	1.0	3.4	1.1	0.602	0.549
精神障害評価	平均値, SD	4.3	1.3	3.9	1.3	1.346	0.182
身体障害評価	障害あり	9.0	17.3	3.0	8.1	1.568	0.210
入院前の服薬	規則的	17	32.7	12	32.4	2.322	0.677
	不規則	7	13.5	5	13.5		
	中断	12	23.1	5	13.5		
	不明	4	7.7	2	5.4		
	処方なし	12	23.1	13	35.1		
入院時のケア状況							
入院種別	任意入院	6	11.5	5	13.5	2.020	0.732
	医療保護入院	40	76.9	24	64.9		
	措置入院	4	7.7	6	16.2		
	緊急措置入院	1	1.9	1	2.7		
	応急入院	1	7.7	1	16.2		
入院部屋	隔離室	26	50.0	22	59.5	1.403	0.705
	個室	14	26.9	9	24.3		
	一般室	11	21.2	6	16.2		
	その他	1	1.9	0	0.0		
隔離	あり	29	55.8	26	70.3	1.926	0.165
拘束	あり	5	9.6	4	10.8	0.034	0.854
点滴	あり	5	9.6	5	13.5	0.329	0.566
注射	あり	8	15.4	3	8.1	1.057	0.304
入院前サービス利用状況							
精神科デイケア	あり	9	17.3	2	5.4	4.095	0.129
訪問看護	あり	6	11.5	3	8.1	0.280	0.597
障害福祉サービス	あり	7	13.5	9	24.3	1.730	0.188
行政（保健所/生保）	あり	10	19.2	7	18.9	0.001	0.971

表 6 3 カ月継続入院群における退院困難理由の違いによる
入院後 3 カ月経過時調査 (T2-2) の状態等の比較

		理由「症状」 n = 52		理由「症状以外」 n = 37		X ² (t,B)	p
		n	%	n	%		
属性							
診断	F0 気質	3	5.8	2	5.4	6.573	0.362
	F1 薬物	1	1.9	2	5.4		
	F2 統合失調症	39	75.0	22	59.5		
	F3 躁・双極性	3	5.8	4	10.8		
	F3 その他の気分障害	5	9.6	3	8.1		
	F4 神経症	1	1.9	1	2.7		
	F5 生理・身体	0	0.0	0	0.0		
	F6 人格	0	0.0	0	0.0		
	F7 知的	0	0.0	3	8.1		
	F8 発達	0	0.0	0	0.0		
	F9 小児精神	0	0.0	0	0.0		
G40 てんかん	0	0.0	0	0.0			
状態							
経歴上の問題	あり	1	1.9	2	5.4	0.805	0.370
GAF	平均値, SD	39.9	16.3	47.0	16.5	2.003	0.048
- 変化量		12.3	19.4	14.0	13.8	0.450	0.654
- 変化量_入院時調整						4.787	0.155
BPRS	平均値, SD	45.0	16.5	38.5	14.7	1.915	0.059
- 変化量		-10.8	15.1	-12.6	13.5	0.597	0.552
- 変化量_入院時調整						3.810	0.178
問題行動評価 A	平均値, SD	11.8	3.3	12.2	4.0	0.516	0.607
- 変化量		-3.3	5.2	-4.3	5.2	0.943	0.348
- 変化量_入院時調整						0.063	0.923
問題行動評価 B	平均値, SD	28.7	10.5	29.1	10.4	0.197	0.844
- 変化量		-7.0	10.7	-5.3	10.1	0.747	0.457
- 変化量_入院時調整						1.062	0.577
生活障害評価	平均値, SD	14.3	6.2	13.6	5.0	0.569	0.571
- 変化量		-5.2	6.9	-4.4	6.1	0.572	0.569
- 変化量_入院時調整						0.106	0.923
能力障害評価	平均値, SD	3.1	1.1	2.9	0.9	1.041	0.301
- 変化量		-0.4	1.0	-0.5	0.9	0.476	0.635
- 変化量_入院時調整						0.155	0.399

精神障害評価	平均値, SD	3.6	1.1	3.2	1.1	1.646	0.103
- 変化量		-0.7	1.3	-0.7	1.4	0.036	0.971
- 変化量_入院時調整						0.263	0.232
身体障害評価	障害あり	6.0	11.5	1	2.7	2.329	0.127
入院時のケア状況							
入院種別	任意入院	9	17.3	10	27.0	3.987	0.263
	医療保護入院	38	73.1	25	67.6		
	措置入院	5	9.6	1	2.7		
	その他	0	0.0	0	0.0		
	応急入院	0	0.0	1	2.7		

表 7 3 ヶ月継続入院群における退院困難理由の違いによる入院中のケア (T2-2) の比較

		理由「症状」		理由「症状以外」		X ² (t)	p
		n = 52		n = 37			
		n	%	n	%		
隔離	あり	35	67.3	25	67.6	0.001	0.979
/期間	1 週間以内	6		6			
	1 ヶ月未満	14		13			
	3 ヶ月以上	15		6			
拘束	あり	10	19.2	5	13.5	0.504	0.478
/期間	1 週間以内	7		1			
	1 ヶ月未満	3		2			
	3 ヶ月以上	0		2			
薬物治療	前処方なし	13	25.0	12	32.4	0.591	0.442
/詳細	新規投与	13		12			
	薬物療法なし	0		0			
	前処方あり	39	75.0	25	67.6		
/詳細(複数回答可)	継続	14	35.9	16	64.0		
	主剤増量	12		10			
	主剤減量	2		5			
	主剤増減なし	0		1			
	剤数削減	8	20.5	4	16.0		
	1 剤	4		2			
	2 剤	2		1			
	3 剤以上	2		1			
	主剤切り替え	22	56.4	10	40.0		
	1 剤	11		5			
	2 剤	7		4			
	3 剤以上	4		1			
	追加投与_併用	7	18.0	1	4.0		
	1 剤	3		1			
	2 剤	4		0			
	3 剤以上	0		0			
	追加投与_増強	12	30.8	9	36.0		
	1 剤	8		8			
	2 剤	4		1			
	内服確認	6	15.4	1	4.0		
	デボ剤導入	5	12.8	0	0.0		
	指針と再検討	2	5.1	1	4.0		

	その他	0	0.0	1	4.0		
CP 換算値	600 以上	17	32.7	5	13.5	4.273	0.039
/詳細(複数回答可)	非定型トライアル	16	94.1	4	80.0		
	1 回	8		1			
	2 回以上	8		3			
	定型トライアル	3	17.7	2	40.0		
	1 回	2		1			
	2 回以上	1		1			
クロザピン	実施(継続中)	1	1.9	0	0.0	0.720	0.396
	未実施	51	98.1	37	100.0		
/理由(複数回答可)	それ以外の治療	40	78.4	28	75.7		
	適応外	11	21.6	10	27.0		
	施設上の理由	6	11.8	3	8.1		
	不同意	1	2.0	0	0.0		
	その他	1	2.0	0	0.0		
ECT	実施	3	5.8	0	0.0	2.209	0.137
	未実施	49	94.2	37	100.0		
/理由(複数回答可)	それ以外の治療	39	79.6	29	78.4		
	適応外	6	12.2	6	16.2		
	施設上の理由	6	12.2	3	8.1		
	不同意	2	4.1	1	2.7		
	その他	1	2.0	0	0.0		
個別心理療法	実施	36	69.2	21	56.8	1.461	0.227
認知行動療法	実施	0	0.0	1	2.7	1.421	0.233
行動療法	実施	2	3.9	3	8.1	0.741	0.389
作業療法	実施	25	48.1	18	48.7	0.003	0.958
集団心理療法	実施	0	0.0	5	13.5	7.445	0.006
心理教育	実施	8	15.4	9	24.3	1.118	0.290
構造的 SST	実施	0	0.0	0	0.0	-	-
SST	実施	0	0.0	1	2.7	1.421	0.233
退院前訪問指導	実施	2	3.9	5	13.5	2.788	0.095
服薬管理指導	実施	8	15.4	9	24.3	1.118	0.290
院内連携調整会議	実施	21	40.4	10	27.0	1.699	0.192
ケア会議外部機関も含む	実施	5	9.6	8	21.6	2.498	0.114
障害福祉サービス導入	実施	4	7.7	3	8.1	0.005	0.943
介護福祉サービス導入	実施	2	3.9	2	5.4	0.122	0.726

表 8 退院困難理由「症状」「症状以外」と1年後の退院の有無との比較

	理由「症状」 n = 48		理由「症状以外」 n = 33		X ²	p
	n	%	n	%		
1年後入院継続	9	18.8	8	24.2	0.356	0.551
1年後までに退院	39	81.25	25	75.76		

図 2 クラスタ分析による退院困難理由の分類

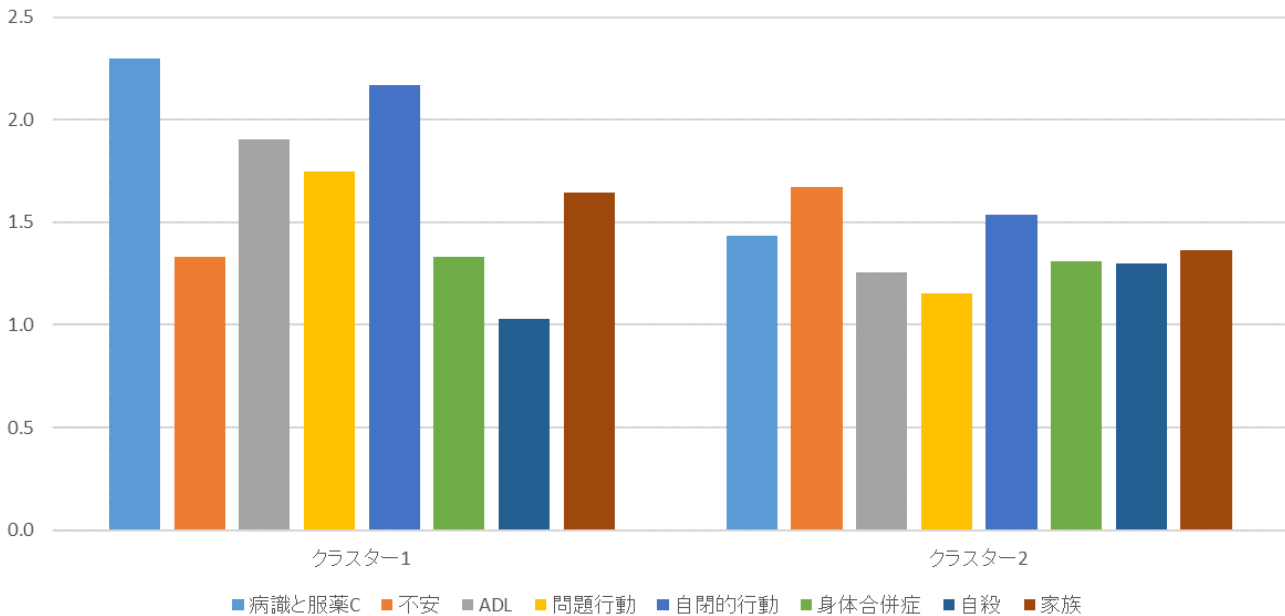


表 9 クラスタ分析による退院困難理由の分類と1年後退院の有無との比較

	理由「症状」 n = 48		理由「症状以外」 n = 33		Fisher's exact p
	n	%	n	%	
1年後入院継続	14	31.8	3	8.1	0.013
1年後までに退院	30	68.18	34	91.89	

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

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

平成 31 年 3 月 29 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立研究
国立精神

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 ・ 客員研究員
(氏名・フリガナ) 杉山 直也 ・ スギヤマ ナオヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし、一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・ 該当する口をチェックを入れること。

・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和元年6月9日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 千葉県精神科医療センター

所属研究機関長 職名 病院長

氏名 深見 悟郎

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 千葉県精神科医療センター 名誉病院長
(氏名・フリガナ) 平田 豊明 ヒラタ トヨアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし、一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

6. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。

・分限研究者の所属する機関の長も作成すること。

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 新井 一

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医学研究科・教授
(氏名・フリガナ) 八田 耕太郎 (ハッタ コウタロウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	順天堂大学医学部附属練馬病院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項) _____

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「薬学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 3 月 28 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
所属研究機関長 職名 理事長
氏名 水澤 英洋

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)
- 研究課題名 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
- 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 薬物依存研究部 部長
(氏名・フリガナ) 松本 俊彦 (マツモト トシヒコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・ 該当する口をチェックを入れること。

・ 分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年3月29日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 埼玉県立精神保健福祉センター
所属研究機関長 職名 センター
氏名 関口 隆

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健福祉部・主幹
(氏名・フリガナ) 塚本 哲司・ツカモト テツジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/>	埼玉県立精神保健福祉センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 発止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: これまで必要となる研究が行なわれなかったため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

2019年04月15日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

独立行政法人国立病院機構

機関名 熊本医療
所属研究機関長 職名 院長
氏名 高橋

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神科 医長
(氏名・フリガナ) 橋本 聡・ハシモト サトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立病院機構熊本医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委任先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 3 月 29 日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立研究開発
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋

次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)
2. 研究課題名 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
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部・精神保健サービス評価研究室長
(氏名・フリガナ) 山口創生 ・ ヤマヅチソウセイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし、一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口をチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。