

令和元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)

精神科救急医療における質向上と医療提供体制の

最適化に資する研究

(19GC1011)

令和元年度 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)

令和2 (2020) 年3月

令和元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)

精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
(19GC1011)

令和元年度 総括・研究分担報告書

目次

1章 総括研究報告

精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
(研究代表者) 杉山直也 1

2章 研究分担報告

1. 精神科救急医療ニーズの多様化に向けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する
分担研究
(研究分担者) 杉山 直也 9

2. 精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進のサービスの質向上と医療提供
体制の最適化に資する研究
(研究分担者) 平田 豊明 31

3. 科学的進歩に対応した推奨治療法の見直しによる精神科救急医療の質向上に資する研
究に関する研究
(研究分担者) 八田 耕太郎 63

4. 精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適
化
(研究分担者) 橋本 聡 69

5. 精神科救急医療における自殺ハイリスク者対応の実態把握と標準化による医療の質向
上に資する研究
(研究分担者) 大塚 耕太郎 103

3章 研究成果の刊行に関する一覧 109

1 章 総括研究報告書

精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究

(19GC1011)

研究代表者：杉山直也（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

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（順天堂大学大学院医学研究科）、橋本聡（国立病院機構熊本医療センター）大塚耕太郎（岩手医科大学 神経精神科学講座）

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）、塚本哲司（埼玉県立精神医療センター）、花岡晋平（千葉県精神科医療センター）、藤田潔（桶狭間病院）、山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）、片山成仁（成仁病院）、石塚卓也（長谷川病院）、須藤康彦（土佐病院）、中村満（成増厚生病院）、長谷川花（沼津中央病院）、藤田潔（桶狭間病院 藤田こころケアセンター）、森川文淑（旭川圭泉会病院）、正木秀和（東京都立松沢病院）、今井淳司（東京都立松沢病院）、三澤史斉（山梨県立北病院）、渡邊治夫（さわ病院）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、尾崎茂（東京都保健医療公社豊島病院）、日野耕介（横浜市立大学附属市民総合医療センター）、井上幸代（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）、北元健（医療法人社団碧水会 長谷川病院）、河嶋讓（独立行政法人国立病院機構 災害医療センター）、兼久雅之（大分大学医学部附属病院）、五明佐也香（獨協医科大学埼玉医療センター）、三宅康史（帝京大学医学部附属病院）、河西千秋（札幌医科大学医学部神経精神医学講座）、小泉範高（岩手県精神保健福祉センター、岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座）、赤平美津子（岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座）

要旨

〔目的と背景〕精神科救急の任務は適時・適切な危機介入と手厚い医療提供により問題対処、健康回復促進、長期在院の抑止により地域ケアを推進することである。現在、精神科救急医療については種々の課題がある。地域包括ケアシステムの構築および精神科救急医療の適切な実践にとって、①実態モニタリングや評価等、医療の質を保つ仕組み、②地域差を解消する手段、地域体制としての均質化の継続的取り組み、③多様化するニーズに対し関係機関、特に一般救急医療との迅速かつ効率的な連携方策、④日々進化する医学知識を実践に活用するための普及方法、等が求められる。これらの背景を踏まえ、精神科救急医療の実践状況および同体制整備事業の運用実態とニーズの変化を把握し、課題の抽出・整理等を行って、包括的ガイドラインとして取りまとめるための最新知見を明確化することを目的とした。

〔方法〕それぞれの背景について、研究班を設置し、研究を実施した。背景④については薬物療法、自殺ハイリスク者対応のそれぞれに研究班を設けた。それぞれの班において、大規模調査や研究班会議の開催などを行った。

〔結果〕背景①では、大規模調査により新たに1,515例の症例集積が得られ、精神科救急医療症例の重症度評価方法を開発するとともに、現医療提供体制の妥当性を示した。背景②では、地域体制としての精神科救急医療の実態を精査するとともに、均質化のための「精神科救急医療に関する全国担当者向け研究報告及び意見交換会」を開催し、成果を得た。背景③では精神科救急医療と一般救急医療との連携課題について、全国の消防本部から搬送困難例の実態に関する596の有効回答（回答率81.4%）を得て解析を進め、搬送困難要因等に関する課題や調整のための所見を得たほか、病院前トリアージ&スクリーニングツールや地域連携パスの開発を目指した。背景④の薬物治療の研究では、解析に十分な1,019例の登録があり、現在も追跡中である。自殺ハイリスク者対応では、ガイドライン推奨内容の現場浸透の把握をめざし、基礎的情報収集と調査方法、実施体制を整備し、調査項目抽出を行った。

〔考察〕

各研究班において研究の進捗がみられ、各背景におけるニーズや課題の抽出に一定の成果を得て、医療提供体制については凡そ妥当が示されるなど、意義深い中間的な結論や課題抽出にまで至った研究班もあった。次年度に向け引き続き研究を遂行し、目的の達成を目指す。

A.研究の背景と目的

〔目的〕

多様化する精神科救急医療ニーズに対応するため、精神科救急医療体制整備事業の運用実態とニーズの変化を把握し、課題の抽出・整理等を行って、包括的ガイドラインとして取りまとめるための最新知見を明確化すること。

〔背景1〕（杉山班、平田班）

精神科救急の任務は適時・適切な危機介入と手厚い医療提供により問題対処、健康回復促進、長期在院の抑止により地域ケアを推進することである。

「地域包括ケアシステムの構築」において、急な病状悪化や心理社会的危機にも適時・適切な支援やケアを安定的に提供する精神科救急医療体制が欠かせない。その実態モ

ニタリングや評価等、医療の質を保つ仕組みが必要である。

〔背景2〕（平田班）

精神科救急入院料等が普及する中、医療資源の偏在、医療内容の地域差が課題である。自治体の整備事業は運用や解釈が多様で実績把握にも課題がある。包括的ガイドライン、学術、共通ツール、研修、連絡調整、協議や意見交換等、均質化の継続的取り組みが必須である。

〔背景3〕（橋本班）

「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」において、近年のニーズ変化は入り口部分を担う医療サービスへの影響が大きく、一刻を争う救急医療では専門対応を担う関係機関との迅速かつ効率的な連携が求められる。ニーズの把握および行政、精神科医療、一般救急医療（特に身体合併精神科救急

症例に関して)、精神保健福祉支援等の連携実態の把握と課題抽出が必要である。

〔背景 4〕(八田班、大塚班)

医学の進歩はめまぐるしく、救急場面では有効性・安全性の点から医学知識の常時アップデートが理想である。しかし最新知見は救急場面で最適とは限らず、同時に実効性が求められる。また、既存ガイドラインの浸透実態は把握が望ましい。薬物の選択や自殺ハイリスク対応について、具体的場면을想定した有用性確認と、包括的ガイドラインの見直しによる知見の普及が重要である。

特に薬物療法においては、抗精神病薬に新しい薬剤や剤形が加わる中、スウェーデンの国家的規模の実臨床データベースから抗精神病薬持効性注射剤(LAI)や抗精神病薬の併用の成績がクロザピン以外の抗精神病薬の単剤より優れたことが報告され、実臨床に基づく大規模データの重要性が認識されるようになった。そこで、再入院率を下げる効果の大きい第2世代LAIの導入のタイミングおよびそれを見越した新規の抗精神病薬の精神科救急医療の現場における使用法を検証することは有益である。

以上をふまえ、それぞれの背景について研究班を設置し、年度毎の具体的目標を以下に設定した。

〔2019年度〕

- ① 精神科救急病棟の運用実態、医療ニーズ変化等の把握と課題の整理
- ② 精神科救急医療における最新の科学的知

見の集積

- ③ 地域包括ケアシステムにおける、精神科医療、一般救急医療、行政等の連携体制に関する調査研究
- ④ 精神科救急体制整備事業の質向上についての提言取りまとめ
- ⑤ 精神科救急医療に関する既存ガイドラインの効果検証

〔2020年度〕

- ⑥ 精神科救急医療における臨床指標の検討、医療提供体制の最適化への具体的方法の提示
- ⑦ 地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言取りまとめ

B.研究方法

精神科救急医療ニーズの多様化に向けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究(杉山班)

2017-2018年度に行われた「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」において、非自発入院の医療判断プロセスの標準化や妥当性根拠として有用性が確認された指標を用いて、重症度を反映する評価方法を開発した。同時に、診療報酬制度における精神科救急入院料を算定する病棟に新たに入院した症例を調査し、開発された評価手法の妥当性を確認するとともに、医療提供された入院症例の全体像について客観評価した。

精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進によるサービスの質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究（平田班）

- ① 各都道府県から国に報告された 2018 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 精神科救急事業の運用実態に関して 67 の都道府県・政令指定都市の担当者に対するアンケート調査を実施した。
- ③ これらの結果を自治体担当者に説明し、意見交換する場を設けた。
- ④ 精神保健福祉資料により、最近の精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）の運用実態を分析した。

科学的進歩に対応した推奨治療法の見直しによる精神科救急医療の質向上に資する分担研究（八田班）

目的に対し、以下の臨床疑問を設定した。

- ① LAI の有無とタイミングによって再入院率に差があるか？
- ② LAI の導入は、外来移行後より入院中の方が円滑か？
- ③ 新規の抗精神病薬も含めてどれによる開始が低い再入院率につながるか？

7 ヶ月間に登録する約 1000 例の連続症例を 1 年間追跡して、再入院・治療失敗を指標とした治療成績について、主要な精神科救急医療機関である 12 病院で前向き観察研究デザインにて検証する。

精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究（橋本班）

- ① 過年度までに全国の消防局を対象として収集した搬送困難事例に関するデータについて、詳細追加解析を行った。
- ② 過年度研究にて試作した、簡易的に重症度と診断類型を判断する病院前トリアージ&スクリーニングツールについて、エキスパートオピニオン等により見直しを行い、実用性を検討した。
- ③ 院内連携における好事例調査の所見をふまえ、地域内連携に資する地域連携パスの素案を作成し、アンケート調査により評価した。

精神科救急医療における自殺ハイリスク者対応の実態把握と標準化による医療の質向上に資する研究（大塚班）

初年度の 2019 年度は精神科救急医療にとって自殺ハイリスク者への対応は主要課題の一つであり、精神科救急学会によるガイドラインの効果検証として全国の精神科救急医療施設を対象とし、推奨内容の現場浸透度を把握することをめざし、基礎的情報収集と調査方法、実施体制を整備した。

C.研究結果/進捗

精神科救急医療ニーズの多様化に向けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究（杉山班）

2 種類の評価法が開発された。5 つの基本要件を指標とするレーダーチャートは、その表示面積が医療導入時に発生する制限性を反映した。各因子の医療判断への影響度を考慮し

て開発されたスコアリングでは、非自発入院の必要性判断のカットオフポイントが示されるとともに、最終的な医療判断（転帰）毎にヒストグラムのパターンが異なり、いずれも重症度を反映した。新たな入院症例調査では76の医療機関（回答率47.5%）から1,515例のデータが収集され、前記手法を用いた解析の結果、同一条件では再現性が確認され、評価方法の妥当性が示された。入院ニーズの分類は救急医療におけるカテゴリにほぼ当てはまるものの、時間外ニーズとは別の集約が必要であった。精神科救急入院料病棟における現行のケア提供状況の全体像は、夜間・休日を救急受診した非自発入院症例とほぼ同等の重症度と考えられ、医療提供体制の相応性が示された。

精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進によるサービスの質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究（平田班）

① 2018年度の精神科救急事業では、全国に143の精神科救急医療圏が設定され、1,099施設（全精神科有床施設の68.1%）の精神科救急医療施設が指定されていた。ここに年間43,068件（人口100万に対して1日当たり0.93件）の受診があり、その45.2%に当たる19,483件（同0.42件）が入院となっていた。人口当たりの受診件数と入院率には強い負の相関があった。入院の75%が非自発入院、大都市圏を中心に三次救急が23.3%を占めていたが、入院形式には大きな地域差があった。衛生行政報告例によれば、近年増加してきた警察官通報が最近の2年度は続けて減少していた。また、措置入院の55%が精神科救急事業において

施行されていた。

- ② 自治体アンケート調査（回答率100%）では、精神科救急事業の運用時間帯（過半数が夜間・休日、通年・終日は約4割）や事業の対象患者（自院通院患者を対象外とするのは6分の1）、連絡調整会議等の開催頻度（8自治体で未開催）などが自治体によって異なっていた。受診前相談では、9割の自治体が救急情報センター（過半数は病院内に設置）を運営しているのに対し、精神医療相談事業の実施は75%であったが、その7割は情報センターと同一施設内に設置されるなど、両者の役割分担は不明確であった。
- ③ 2019年9月に31都府県の担当者を集めて、本研究の成果と今回のアンケート調査の結果を説明し、ワークショップ形式で意見交換を行った。各演目とも4.3点（5点満点）以上の高い評価を得た。
- ④ 2019年の630調査では、168の病院に246病棟（11,254床）の精神科救急病棟が認可され、9,705人（86.2%）が在院していた。精神科の全入院患者に比べると、非自発入院と隔離の比率が高く、高齢者比率が低かった。診断ではF0群の比率が低く、F3群とF8群が高いなど、病棟の特質を表していた。

科学的進歩に対応した推奨治療法の見直しによる精神科救急医療の質向上に資する分担研究（八田班）

1,019例を登録できた。平均47.5歳（SD14.8）、男性46%・女性54%、入院時入院形態は、措置7.6%、緊急措置2.0%、応急1.6%、医療保護68.1%、任意20.8%であつ

た。診断（DSM5、退院時および入院時暫定とも含む）は89.9%が統合失調症、依存物質併存は6.7%、発症からの年数は82.6%が3年以上、今回より前の入院回数は59.9%が2回以上、LAI治療歴は14.5%、CLZ治療歴は2.1%、入院時服薬状況は未治療13.4%、怠薬49.0%、服薬遵守36.3%、入院時CGI-Sは平均4.75（SD1.15）、入院時のPANSS-8は平均28.8点（SD10.5）であった。1剤目として選択された抗精神病薬は、リスペリドン23.0%、パリペリドン17.3%、オランザピン16.2%、アリピプラゾール11.6%、ブレクスピプラゾール11.5%、ブロナンセリン6.4%、クエチアピン3.6%、ハロペリドール3.0%、アセナピン1.0%といった順であった。2020年3月末日時点までにLAIを開始した症例は181例（17.8%、暫定）であった。

精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究（橋本班）

① 過年度までに全国の消防本部から596の有効回答（回答率81.4%）を得た。消防統計によって全国統一された質の高いデータであり、精神科傷病者や自損行為傷病者等、領域に焦点化して解析が可能であった。さらに、消防統計では精神科傷病者に含まれる単純酩酊等のアルコール問題を除外するよう求め、回答の74%で精神科疾患のみのデータを得た。受入れ照会回数4回以上と現場滞在時間30分以上の事案は、精神科傷病者の3.0%と15.6%、自損行為傷病者の6.6%と22.0%に認め、搬送困難となりやすい傾向にあった。アルコール問題を除外できない消防本部のデータ群ではこの傾向が

より顕著で、独立要因と考えられた。受入れに至らなかった理由の解析でも領域ごとの特徴が示された。精神科傷病者、自損行為傷病者の搬送困難事例のいずれにおいても7~8%の重症以上の病態が含まれていた。

- ② ツールのブラッシュアップにより修正を加え、実地検証の方策を検討したところ、病院前救護、総合病院内の救急医療部門ならびに精神科医療部門といった総合的な体制が必要であり、十分な調査協力体制の確保が困難と思われた。今後、医師間コミュニケーション等、小規模な現実的検証とする方向性を確認した。
- ③ 分担研究班内で「身体合併精神科症例の地域連携パス」の素案を作成し、全国で実施された6カ所のPEEC（Psychiatric Evaluation in Emergency Care）コース参加者・スタッフを対象にアンケート調査を実施し、264名の回答を得た（有効回答151名）。加療に応じる救急病院側では、医師と看護師が一致してバイタルサインや既往症情報を必要としたが、精神状態の情報については看護師からのニーズが高かった。加療後に患者を引き取る精神科病院側では、身体面に関する療養上の注意点や状態悪化時の対応法についてニーズが高く、加療を行った救急病院側とは認識が異なる可能性があった。

精神科救急医療における自殺ハイリスク者対応の実態把握と標準化による医療の質向上に資する研究（大塚班）

自殺未遂者ケアのガイドラインの調査項目は、ガイドライン等の項目としては、定義、

原則、情報収集、コミュニケーション、面接、自殺の道程、危険因子の評価、危険性の評価、治療計画、危険性を減らす、精神障害、家族への対応、紹介・連携、精神科的対応、心理社会的介入、情報提供、ポストベンション、スタッフケア、院内の体制があげられた。

D.考察

精神科救急医療ニーズの多様化に向けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究（杉山班）

国民に提供される医療ケアは、当該ニーズに過不足のない相応性が求められ、重症度や医療必要度を客観的に示す根拠が必要である。精神科領域ではこれを示す評価手段が存在しなかったが、今回の取り組みによって一定の方法論が開発され、同時に現行の医療体制の相応性が示されたことは意義深い。しかしながら、回答率の低さから、全体像を十分に示す結果とはいえ、判断には保留余地が残るほか、重症度や医療必要度の評価では必然的に主観や恣意性が含まれることから、制度化という点では大きな課題がある。次年度には追加的な解析を行い、医療機関ごとの評価などによって全体像の詳細把握に取り組んで、地域の医療提供体制の最適化への具体的方法、および地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言の取りまとめに活用していく予定である。

精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進によるサービスの質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究（平田班）

精神科救急事業の実績報告の基準に統一性を欠くことを指摘し、新たな報告様式（昨年度、当研究班が提案）への変更による是正に期待した。これまでの研究に基づいて、受診前相談の課題（機能の地域差、救急情報センターと精神医療相談事業の不分明など）、医療アクセスの不備（家族と警察への依存、規制のない民間救急搬送など）、救急医療施設の質的・量的不均一（施設基準の緩さ、精神科救急病棟の不均一な分布など）、身体合併症対応システムの未整備（並列モデルの伸び悩み、縦列モデルの局地性など）という4つの課題を指摘し、いくつかの打開策を提案した。

わが国の精神科救急事業の構造と運用実績には、事業開始から四半世紀を経てもなお、地域特性というには大きすぎるばらつきと改善すべき制度的課題がある。本事業およびわが国における精神科救急・急性期医療の質的向上を促進するためには、本事業を多角的に分析して自治体にフィードバックする作業が必要である。

科学的進歩に対応した推奨治療法の見直しによる精神科救急医療の質向上に資する分担研究（八田班）

本年度登録した患者を1年間追跡して集積データを解析し、精神科救急医療ガイドラインの薬物療法の部の改訂版の作成を目指す。

(4) 精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究（橋本班）

① 精神科傷病者と自損行為傷病者とは搬送困難の特徴が異なり、解決策が異なる可能

性を示す。アルコール問題への独立対策の必要性や、多くの重傷病態が含まれる実態も含め、今後の施策への反映が望ましい。今後は、地域の人口規模、医療資源の多寡等による搬送困難事例の発生数の地域差等に着目し引き続き検討を行う。

- ② 今後のツール検証は、医師間コミュニケーション等、小規模な検証が現実的と考えられた。
- ③ 精神科救急医療連携において、担当する役割や職種によっても必要な情報が異なり、有用な「身体合併精神科症例の地域連携パス」の作成に重要な所見が得られた。今後確定した地域連携パスの素案について実地検証を行い、さらなるブラッシュアップを図る予定である。

(5) 精神科救急医療における自殺ハイリスク者対応の実態把握と標準化による医療の質向上に資する研究（大塚班）

特に、医療機関を対象にしてどのような体制で実施しているか、ガイドラインに基づく体制はとれているのか、現実的に困難な点はあるのか、ということも確認する必要がある。一方、医療機関の体制として自殺予防を行う基礎的な準備体制の整備も考慮する必要がある。このため、架空な想定事例を元にしてどのように対応するかという項目も検討する必要があると考えられた。

E. 結論

各研究班の進捗が確認された。研究は途上であり、確定的な結論は最終年度に行う予定である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

分担報告書参照

2. 学会発表

分担報告書参照

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

特になし

2章 分担研究報告書

精神科救急医療ニーズの多様化に向けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究

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），奥村泰之（公益財団法人 東京都医学総合研究所 精神行動医学研究分野）

【要旨】精神疾患にも対応した地域包括ケアシステムの構築をふまえ、精神科急性期医療ニーズに対応する地域の医療提供体制の相応性を検証するため、多様化する精神科医療ニーズの重症度や医療必要度を評価する指標の開発を行い、実際の入院症例を対象に医療必要度を評価し、現行のケア提供状況の妥当性を検討した。

方法：2017-2018年度に行われた「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」において、非自発入院の医療判断プロセスの標準化や妥当性根拠として有用性が確認された指標を用いて、重症度を反映する評価方法を開発した。同時に、診療報酬制度における精神科救急入院料を算定する病棟に新たに入院した症例を調査し、開発された評価手法の妥当性を確認するとともに、医療提供された入院症例の全体像について客観評価した。

結果：2種類の評価法が開発された。5つの基本要件を指標とするレーダーチャートは、その表示面積が医療導入時に発生する制限性を反映した。各因子の医療判断への影響度を考慮して開発されたスコアリングでは、非自発入院の必要性判断のカットオフポイントが示されるとともに、最終的な医療判断（転帰）毎にヒストグラムのパターンが異なり、いずれも重症度を反映した。新たな入院症例調査では76の医療機関（回答率47.5%）から1515例のデータが収集され、前記手法を用いた解析の結果、同一条件では再現性が確認され、評価方法の妥当性が示された。入院ニーズの分類は救急医療におけるカテゴリにほぼ当てはまるものの、時間外ニーズとは別の集約が必要であった。精神科救急入院料病棟における現行のケア提供状況の全体像は、夜間・休日を救急受診した非自発入院症例とほぼ同等の重症度と考えられ、医療提供体制の相応性が示された。

考察：国民に提供される医療ケアは、当該ニーズに過不足のない相応性が求められ、重症度や医療必要度を客観的に示す根拠が必要である。精神科領域ではこれを示す評価手段が存在しなかったが、今回の取り組みによって一定の方法論が開発され、同時に現行の医療体制の相応性が示されたことは意義深い。しかしながら、回答率の低さから、全体像を十分に示す結果とはいえ、判断には保留余地が残るほか、重症度や医療必要度の評価では必然的に主観や恣意性が含まれることから、制度化という点では大きな課題がある。次年度には追加的な解析を行い、医療機関ごとの評価などによって全体像の詳細把握に取り組んで、地域の医療提供体制の最適化への具体的方法、および地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言の取りまとめに活用していく予定である。

A. 研究の背景と目的

国民の医療ニーズに提供される医療ケアは、診療科を問わず、当該ニーズに十分な対応となるよう、同時に限りある医療資源・医療提供体制が確保されるよう、過不足のない相応性が求められる。医療資源の投入量は一般に重症度に応じており、重症であるほど集中的なケア、すなわち人的資源や物的資源の投入が必要となる。この相応性を客観的に検証できるよう、重症度や医療・看護必要度および医療資源投入量の測定は標準化される必要があるが、医療ニーズは多様化しており、どのようなニーズにも適用できる重症度の判定は常に課題である。

一般の医療分野では、地域医療構想により治療期ごとの必要病床数が設定され、各地域の調整会議によって必要な医療提供体制が議論されている。また医療機関は、標準化された評価法に基づき、医療・看護必要度を測定し、届出病床機能ごとに提出する仕組みが定着している。

これに対し、精神科疾患では、明確な生物学的マーカーが存在しないことから、従来その重症度を客観的に評価することは困難とされてきた。また精神科の医療提供体制は、歴史的事情など種々の理由から一般的な医療とは一線を画す特殊な状況にある。どのような精神科ニーズにも適用できる重症度、あるいは医療・看護必要度の測定ツールは未開発で、医療提供体制の相応性根拠を示すことが困難な状況にある中、精神科の医療ニーズはますます多様化が著しく、課題が増大している。

そのほかにも、精神科においては、本人の治療同意を伴わない措置入院や医療保護入院等の非自発入院（精神保健福祉法）を選択せざるを得ない状況があり、その場合の当事者の権利の制限幅が一般的な医療に比べ大きくなることから、どのような状態にどのような治療を適用させるかの判断は、検証が可能な水準で標準化されなければならない。本研究班ではこうした実情を踏まえ、2017～2018年度に実施した厚

生労働科学研究において、非自発的入院等の医療判断のための指標を開発した¹⁾。

2019～2020年度に行われる本研究では、開発された重症度指標を用い、評価の精度をさらに高めるための追加解析を行ったうえ評価手法を考案した。そのうえで現行の一般的な精神医療サービスにおいて最高規格水準とされる精神科救急入院料を算定する病棟に新たに入院した患者群を対象として照合を行い、本指標が急性期治療の医療必要度の判断ツールになりえるのかについて再検証するとともに、実際に入院となったケースがどのような医療ニーズであるのかを評価し、医療提供体制の妥当性について検討した。

本分担研究を統括する「精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」の目的は、多様化する精神科救急医療ニーズに対応するため、精神科救急医療体制整備事業の運用実態とニーズの変化を把握し、課題の抽出・整理等を行って、包括的ガイドラインとして取りまとめるための最新知見を明確化することである。

「地域包括ケアシステムの構築」において、急な病状悪化や心理社会的危機にも適時・適切な支援やケアを安定的に提供する精神科救急医療体制は欠かせない。その実態モニタリングや評価等、医療の質を保つ仕組みが必要であり、研究年度ごとの具体的目標が以下のように設定されている。

〔2019年度〕

- ① 精神科救急病棟の運用実態、医療ニーズ変化等の把握と課題の整理
- ② 精神科救急医療における最新の科学的知見の集積
- ③ 地域包括ケアシステムにおける、精神科医療、一般救急医療、行政等の連携体制に関する調査研究
- ④ 精神科救急体制整備事業の質向上についての提言取りまとめ
- ⑤ 精神科救急医療に関する既存ガイドライン

の効果検証
〔2020 年度〕

- ⑥ 精神科救急医療における臨床指標の検討、医療提供体制の最適化への具体的方法の提示
- ⑦ 地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言取りまとめ

このうち本分担研究は、他の研究班とともに①、⑥を担当したうえ、研究終了時には⑦に必要な知見を提供することを目指す。

B. 研究方法

1. 2017 データの追加解析

1) 対象

2017-2018 年度に行われた「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」にて報告された 509 例（2017 データ）。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、調査期間中、時間外（夜間・休日）に救急受診した症例である。

2) 方法

上記研究では、有用な臨床指標として、

- ① 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）
- ② 病態の定性評価（状態像）（意識障害（せん妄、急性中毒、その他）、幻覚・妄想、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（説明記載）

- ③ 緊急に医療的介入を要する因子（以下、緊急医療介入因子）（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。）

の 3 カテゴリが確認された。これらの重症度指標を活用し、評価の精度をさらに高めるための方法を研究班内のエキスパートによって協議し、別記の追加解析を行って評価手段の信頼性や妥当性を検証した。

3) 尺度

上記研究では、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」をもとに、当該分担研究班内のエキスパート・コンセンサスによって修正等を加えて作成した調査個票（資料 1）が用いられた。

4) 期間（研究スケジュールなど）

2019 年度内

5) 手続き

特になし

6) 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）。

7) 統計解析／分析方法

2) に示した各指標について、それぞれの特徴（独立因子かどうか、単一選択肢かどうか：表 1）を考慮し、以下に示す 2 通りの評価手段を検討し、そのそれぞれについて 509 例の既存データを用いて信頼性妥当性を検証した。

表 1. 指標の特徴

	独立性	単一性
主診断名	独立	ほぼ単一
基本要件	非独立	重複該当
状態像	独立	ほぼ単一
緊急医療介入因子	ほぼ独立	重複該当

① レーダーチャート

転帰や医療判断の違いにより、それぞれの指標の該当率が異なり、重症度を反映する。このうち、基本要件は互いに影響しあう非独立因子で複数因子の該当も多いことから、基本要件を評価軸とした多軸評価を、レーダーチャートとして表示することが有用と考えられた。

② スコアリング

複数因子の該当を特徴とする指標カテゴリ（基本要件と緊急医療介入因子）において、各因子の該当することによる転帰や医療判断への影響の度合いはそれぞれの因子で異なる。この特徴を用いて、それぞれの因子について影響度を示す係数であるスコア（重み）を求め、それぞれの因子が該当する場合にスコアを乗じた数値をその因子の得点とし、各因子の得点を足し上げた合計得点を当該カテゴリにおける評価指標とするスコアリングの開発を行った。本年度は基本要件についてスコアリングを試みた。

509 例の既存データを訓練データ（254）と検証データ（255）に二分し、前者に対して従属変数を非自発入院、独立変数を 5 つの指標として、ロジスティック回帰分析によりモデルの回帰係数を推定し、回帰係数より各指標のスコア（重み）を作成した。

続いて算出されたスコアを検証データに投入し、指標の合計点からカットオフ値ごとに診断精度の指標を算出し、最終的に非自発入院の必要性を判断するカットオフ値を決定した。

2. 精神科救急入院料病棟に入院する患者の全体像に関する調査

1) 対象者

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 160 の医療機関のうち、協力が得られた医療機関の当該病棟に入院した連続症例（最大 20 例）。

2) 方法

1)に記載した対象医療機関に対し、3)に記載した調査票及び関連資料を送付し、設定した期間内に当該病棟に入院となった連続症例（最大 20 例）について調査を行った。

得られたデータ（2019 データ）は本研究によって新たに考案された方法を用いて評価し、本指標が急性期治療の医療必要度の判断ツールになりえるのかについて、ツールの妥当性を確認するとともに、実際に入院医療を提供された症例の重症度を全体像として客観評価し、医療提供体制の妥当性について検討した。

また、状態像については 2017-2018 年度研究で時間外受診が 16 のニーズに集約されることが判明したため、この整理が妥当であるかどうかを新たに収集された 2019 データで照合し、妥当性と普遍性を検討した。

3) 尺度

2017-2018 年度研究で用いた調査個票について、同研究結果から得られた見解を加

味し、さらなる修正を加えた新たな調査個票（資料2）を作成した。

調査の項目は、以下の通り。

- a. 基本情報（入院時間帯（平日日中／夜間・休日）、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（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）
 - c. 基本要件
 - d. 状態像
 - e. 緊急医療介入因子
- 4) 期間（研究スケジュールなど）
- 調査対象期間：2019年9月1日～10月30日
- 返送期限：2019年11月30日
- 5) 手続き
- 回収率向上目的にて、協力調査個票1枚につき、クオカード500円分の謝礼を対象医療機関に送付
- 6) 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（令和元年7月18日開催）にて承認を得た（同19日）。同倫理指針によれば、オプトアウトは不要だが、研究実施を伝える掲示を送付し、適宜の活用を促した。
- 7) 統計解析／分析方法
- ① 概況および既存データとの比較
- 今年度調査にて回収された結果全ケースを対象としてa～e各項目の該当群について、それぞれの占める割合を算出し、概況を確認した。

既存データとの比較については、以下の2種類のデータセットを作成し、

a. 基本情報記入欄から得られた入院時間帯と 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

【データセット C】

主に、入院時間帯を分ける要因の解析を実施（以下 C セット） C1: 平日日中入院群 質問紙の設問1において、症例が入院した時間帯を尋ねる問いがあり、「平日日中」時間帯に入院と回答した群 C2: 夜間・休日入院群 設問1において、「夜間休日」時間帯に入院と回答した群。

- ② レーダーチャート、スコアリングに関する検証

2017-2018 年度研究における調査結果をもとに作成・検証がなされた2つの評価指標（レーダーチャート、スコアリング）を用いて、2019 年度調査で回収された症例の評価を実施した。

両調査に共通条件となる時間外入院について評価を行い、再現性によって評価手法の検証を行った。

- ③ 医療提供体制の妥当性評価

妥当性が確認されたレーダーチャート、スコアリングを用い、新たに集積さ

れた入院症例の全体像を評価し、その重症度が現行の医療提供体制にとって過不足ないかどうかを検討した。

C. 研究結果/進捗

1. 2017 データの追加解析

当該研究における 509 例の転帰概要を図 1 に示す。治療形態の内訳は非自発入院 220/自発入院 52/入院外医療 237 であった。入院要否判断の内訳は要入院 281/入院不要 203 (要否不明 25) であった。

それぞれの転帰や医療判断ごとの各指標 (基本要件、状態像、緊急医療介入因子) は図 2 の通りであり、既に当該研究報告書で報告した。

このうち、基本要件を評価軸とした多軸評価は、レーダーチャートとして提示した場合、非自発入院/自発入院/入院外医療の順に、すべての要件 (評価軸) で該当割合が少なく、表示される 5 角形の面積がそのまま一目で医療導入時に発生する制限性を反映した (図 3)。

各因子の医療判断への影響度を考慮して開発されたスコアリングでは、基本 5 要件を因子とし、訓練データにてそれぞれの因子におけるスコア (重み) が決定され、検証データを投入してカットオフ値 (≥ 7) を得た (図 4)。本解析の結果は、非自発入院者の 86% が 7 点以上に該当 (感度)、非自発入院以外の 80% が 7 点未満に該当 (特異度)、7 点以上では 72% が非自発入院と判定される (陽性的中率)、7 点未満では 90% が非自発入院しな

いと判定される (陰性的中率) となる。すなわち、7 点以上であれば 72% の確率で非自発入院が必要であるかどうかを判断でき、7 点未満では 90% の確率で非自発入院不要を判断できる、ということが示唆された。

この係数を用いたスコアリングを全 509 例に投入し、ヒストグラムを作成したところ、3 点と全項目該当の満点 (13 点) がピークとなる二峰性を示した (図 5)。なお、5 点、11 点、12 点については、合計点がこれらの得点に計上される該当パターンが他の得点に比べ少ないため、滑らかな移行曲線を示さなかった。

最終的な医療判断 (転帰) 毎に比較を行ったところ、二峰性を示すのは最終転帰が非自発入院のケース群であり、ヒストグラムの特徴が重症度を反映した。 (図 6)

2. 精神科救急入院料病棟に入院する患者の全体像に関する調査

76 施設から 1,515 例のデータ送付が得られた (回答率 47.5%)。得られたデータのうち、入院時間帯や主診断、転帰情報といった主要情報が欠落している、または本研究の対象外であるケース計 22 例を除外した 1493 例を分析対象とした (2019 データ)。全体の概要を図 7~16 に示す。

2017-2018 年度研究の結果から、状態像は「その他」を含む 16 のニーズに集約されることが見込まれており、今回の調査では 16 のニーズを回答項目に加え調査を実施した。結果、「その他」を除く 15 のニーズに全体の 95% 以上のケースの状態像が該当した (図

12)。また、「その他」に該当する自由記述を参照したところ、15のニーズに分類できるケースも多数存在していた。これにより、精神科救急医療における状態像は、本研究班で提案するニーズカテゴリにほぼ集約されるという仮説を支持する結果であったが、救急医療以外、日中平時のニーズを含めて全体をカテゴライズするためには、別途表2のように集約することが妥当と考えられた。

今回得られたデータのうち、2017データと比較できる共通条件として、夜間・休日に入院となったケースを抽出して比較を行ったところ、レーダーチャートでは2017データ(N=272)に比べ、2019データ(N=380)のほうが各因子の該当割合が全体にやや高いものの、概ね類似した結果であり、再現性が確認された(図17)。スコアリングを用いて比較してみると、二峰性特徴やピークのスコアなどは概ね再現された(図18)。以上より、評価方法は一定の妥当性が示された。

なお、転帰ごと(データセットA)の各因子の該当状況についても、2017データ、2019データの比較を行い、データの再現性が確認された(データ非表示)。

2019データの全体像を2つの評価方法で評価したところ、レーダーチャートにおいて、各要因の該当割合は図19に示したとおりであり、医学的な重症性において該当率が2017データにおける非自発入院群、要入院群より少ないものの、その他の要因では同等ないし上回る該当を呈した。同入院外医療群や入院不要群はもとより、自発入院群に対しても明ら

かに各要因の該当は高く、休日夜間における要入院症例とほぼ同等であった。

スコアリングを用いたヒストグラムでは3点と13点(満点)にピークを示す二峰性特徴であり、要入院群の特徴に類似した。カットオフとなる7点を越えた症例は886例(59.3%)に上った。

以上より、今回調査対象となった救急入院料病棟への入院症例の全体像は相応の重症度を呈し、同病棟が有している高規格に相応であることが示された。

D. 考察

国民に提供される医療ケアは、当該ニーズに過不足のない相応性が求められ、重症度や医療必要度を客観的に示す根拠が必要である。精神科領域ではこれを示す評価手段が存在しなかったが、今回の取り組みによって一定の方法論が開発され、同時に現行の医療体制の相応性が示されたことは意義深い。

2017データの追加解析では、夜間・休日を緊急受診した509例の精神科救急患者群について、判明している転帰(医療判断)ごとの特徴を、各指標を手掛かりに追加解析したところ、非自発入院/自発入院/入院外医療の順、すなわち医療導入時に発生する制限性で示される重症度を反映する、2種類の評価手段が開発された。これらは臨床実感に見合うものであったが、元となる基準に採用された項目が日常臨床実感から抽出された因子であることが関連していると思われる。もっぱら文脈として表現され、数値化されにくいとされてきた精神科の重症度が客観評価できるよう

になったことは意義があるといえる。スコアリングにあたり、該当しにくい点数が発生したことや、各因子が診察医師の主観を含む可能性があることは課題といえる。

精神科救急入院料病棟に入院する患者の全体像に関する調査では、診療報酬制度における均一の医療提供体制における、比較的大規模な入院症例が収集された。

状態像の解析では救急医療ニーズにおける16カテゴリーの分類がほぼ妥当であることが確認されたが、救急以外を含めた入院全体ではやや異なるニーズが含まれ、表2に示す18カテゴリーが新たに提案された。

全体像の解析で、医療提供体制に見合う重症度が確認できたことは、ニーズと提供される医療ケアに過不足のない相応性を客観的に示せたものと考えられる。

しかしながら、回答率の低さから、全体像を十分に示す結果とはいえ、判断には保留余地が残るほか、重症度や医療必要度の評価では必然的に主観や恣意性が含まれることから、制度化に適した評価法という点では大きな課題がある。次年度には追加的な解析を行い、医療機関ごとの評価などによって全体像の詳細把握に取り組むことで、地域の医療提供体制の最適化への具体的方法、および地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言の取りまとめに活用していく予定である。

E. 結論

精神科救急医療ニーズにおける医療判断の妥当性根拠となる指標を用いて、重症度を反

映する評価方法を開発した。実際に提供されている医療体制との相応性が示されたことは意義深い。しかしながら、重症度や医療必要度の評価では必然的に主観や恣意性が含まれることから、制度化という点では大きな課題がある。

次年度には追加的な解析を行い、地域の医療提供体制の最適化への具体的方法、および地域包括ケアシステムに資する精神科救急医療政策の提言の取りまとめに活用していく予定である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. なし

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) 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. シンポジウム7「精神科救急・急性期医療と地域包括ケア～厚生労働科学研究の成果～」, 第115回日本精神神経学会学術総会, 2019, 6, 20, 新潟
- 3) 塩澤拓亮, 藤井千代, 平田豊明, 兼行浩史,

野田寿恵, 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. 第27回日本精神科救急学会学術総会, 2019.10.19, 仙台

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. なし

I. 文献

1. 杉山直也、兼行浩史、藤井千代、平田豊明、野田寿恵：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），2019
2. 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

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	1・2・3・4・5・6・7	1 症状なし
2	不安	1・2・3・4・5・6・7	2 ごく軽度
3	情動的ひきこもり	1・2・3・4・5・6・7	3 軽度
4	概念の統合失調	1・2・3・4・5・6・7	4 中等度
5	罪責感	1・2・3・4・5・6・7	5 やや重度
6	緊張	1・2・3・4・5・6・7	6 重度
7	奇妙な態度	1・2・3・4・5・6・7	7 最重度
8	誇大性	1・2・3・4・5・6・7	
9	抑うつ気分	1・2・3・4・5・6・7	
10	敵意	1・2・3・4・5・6・7	
11	猜疑心	1・2・3・4・5・6・7	
12	幻覚による行動	1・2・3・4・5・6・7	
13	運動減退	1・2・3・4・5・6・7	
14	非協調性	1・2・3・4・5・6・7	
15	不自然な思考内容	1・2・3・4・5・6・7	
16	情動の平板化	1・2・3・4・5・6・7	
17	興奮	1・2・3・4・5・6・7	
18	失見当識	1・2・3・4・5・6・7	

精神科救急入院料病棟 入院患者 調査個票

7. 基本情報 (該当項目に☑)

入院時間帯: 平日日中 夜間・休日年齢: _____ 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

8. 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 その他 ()

9. 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10. 病態の定性評価 (優先的に該当する状態像あるいはニーズを1つだけ選び☑) 意識障害 (せん妄、 急性中毒 その他) 幻覚・妄想 精神運動興奮状態 抑うつ状態 躁状態 解離状態 昏迷・亜昏迷状態 認知症状態 (BPSD を除く) 残遺状態 不安・焦燥 行動異常 副作用 身体合併症 不眠 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 (簡単に具体的な状況をご記載ください ())

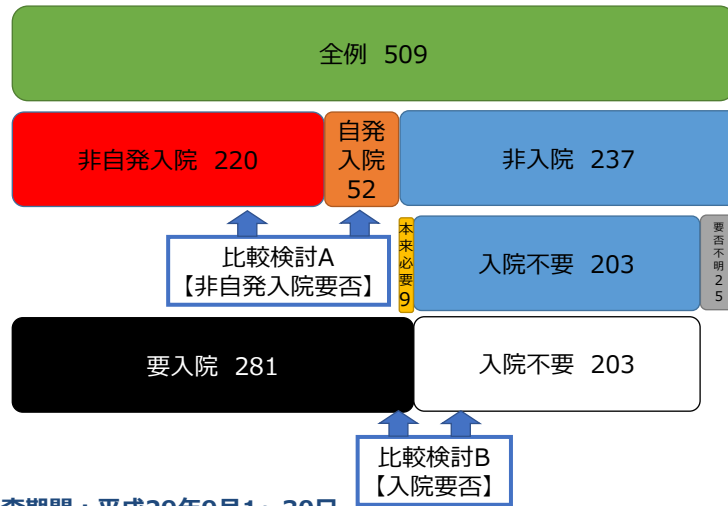
11. 緊急に医療的介入を要する因子 (該当項目に☑)

 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) 入院判断に影響する身体合併症があった

個別症例における医療判断の横断面調査の結果 対象転帰の概要

図1

対象：精神科救急入院料病棟を算定する全国134の医療機関のうち54病院（回答率40.3%）を時間外受診した509例



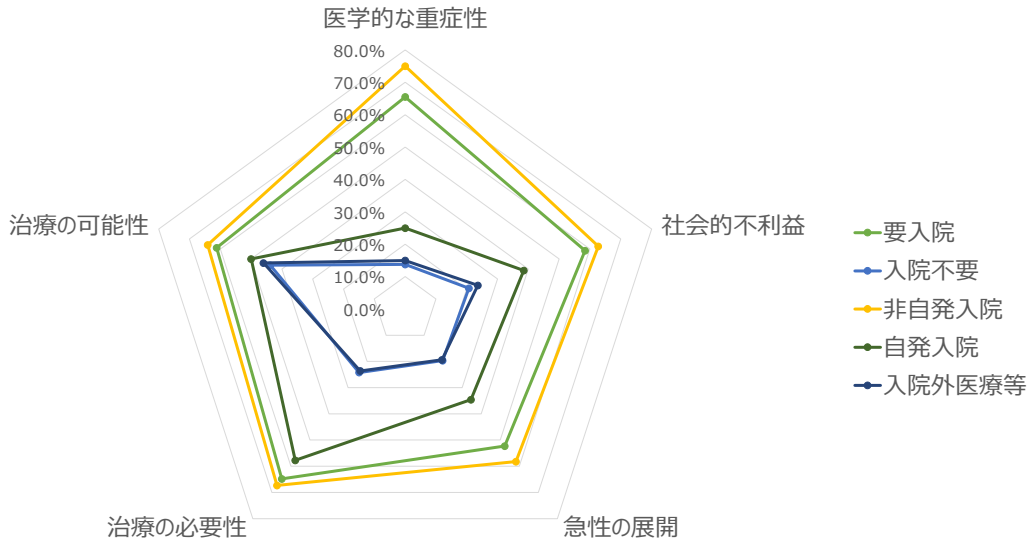
医療判断に影響する要因

図2

【基本要件】	医療判断毎の該当割合					各要因が該当する場合の医療判断				
	要入院	入院不要	非自発入院	自発入院	入院外医療等	要入院	入院不要	非自発入院	自発入院	入院外医療等
医学的な重症性	65.5%	13.8%	75.0%	25.0%	15.0%	88.8%	13.2%	76.7%	6.0%	17.3%
社会的不利益	58.4%	20.7%	62.7%	38.5%	23.6%	78.6%	21.4%	66.7%	9.3%	24.0%
急性の展開	92.9%	19.7%	98.2%	94.6%	19.4%	85.9%	34.1%	51.1%	9.4%	39.5%
治療の必要性	64.8%	24.2%	67.3%	57.7%	23.6%	79.6%	20.4%	64.5%	12.8%	22.7%
治療の可能性	61.2%	49.8%	64.1%	50.0%	46.0%	79.5%	20.5%	63.2%	9.4%	27.4%
【病態】	医療判断毎の該当割合					各要因が該当する場合の医療判断				
重症度 (BPRS 点数)						70.4%	29.6%	57.3%	10.7%	32.2%
定性評価										
意識障害						70.4%	29.6%	57.3%	10.7%	32.2%
幻覚・妄想状態	39.9%	19.2%	37.3%	28.8%	19.8%	72.1%	27.9%	56.9%	10.4%	32.7%
精神運動興奮状態	25.6%	10.3%	30.9%	5.8%	10.1%	77.4%	22.6%	71.6%	3.2%	25.2%
けいこ状態	25.6%	27.1%	20.0%	50.0%	28.3%	58.7%	43.3%	32.1%	19.0%	48.9%
躁状態	7.1%	0.5%	7.7%	5.8%	0.4%	85.2%	4.8%	81.0%	14.3%	4.7%
解離状態	1.1%	3.9%	0.5%	3.8%	3.4%	27.3%	72.7%	9.1%	18.2%	72.7%
躁鬱状態										
その他	18.5%	39.9%	18.2%	17.3%	38.8%	39.1%	60.9%	28.4%	6.4%	65.2%
【疾患に特徴的介入を要する因子】	医療判断毎の該当割合					各要因が該当する場合の医療判断				
被害						91.4%	8.6%	82.8%	6.0%	11.2%
行動因子										
自傷	29.0%	28.6%	25.6%	47.2%	32.6%	78.7%	21.3%	54.3%	17.2%	28.3%
自傷不全	28.6%	54.3%	28.6%	30.6%	47.7%	85.8%	34.2%	54.4%	9.7%	36.3%
サポート因子										
孤独	18.9%	15.8%	27.7%	34.6%	15.6%	82.4%	37.6%	38.2%	20.2%	41.6%
医療関係性因子										
中絶	36.8%	20.0%	40.5%	20.0%	21.4%	79.1%	26.9%	63.0%	3.7%	33.3%
かかりつけ医が対応できない	44.9%	77.1%	40.5%	80.0%	76.2%	44.9%	55.1%	32.1%	7.5%	60.4%
時間因子										
平日診療時間内であれば入院せずに済んだ	1.4%	2.5%	1.4%	1.9%	3.0%	44.4%	55.6%	27.3%	9.1%	63.6%
身体合併症因子										
入院判断に影響する身体合併症があった	6.4%	4.4%	5.0%	11.9%	4.2%	66.7%	33.3%	40.7%	22.2%	37.1%

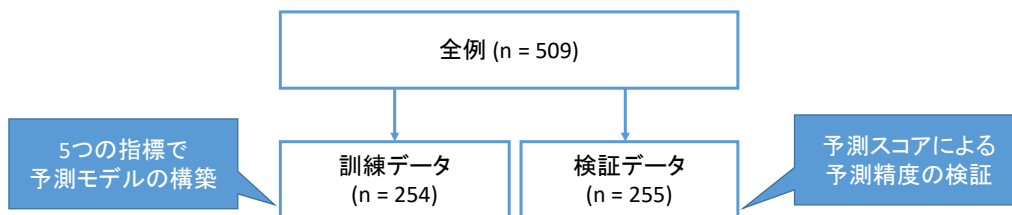
各医療判断における基本要件の該当状況

図3



救急受診者における非自発入院の予測スコア

図4



指標	オッズ比	回帰係数	スコア	カットオフ	感度	特異度	陽性適中率	陰性適中率
医学的な重症性	8.64	2.16	4	≥1	50%	100%	100%	17%
社会的不利益	2.51	0.92	3	≥2	57%	95%	97%	40%
急性の展開	3.30	1.19	3	≥3	60%	85%	90%	50%
治療の必要性	1.53	0.43	2	≥4	72%	84%	83%	74%
治療の可能性	0.43	-0.84	1	≥5	79%	81%	77%	84%
				≥6	80%	81%	77%	84%
				≥7	86%	80%	72%	90%
				≥8	84%	75%	63%	90%
				≥9	84%	72%	57%	91%
				≥10	84%	71%	55%	91%
				≥11	88%	67%	43%	95%
				≥12	88%	67%	43%	95%

注) 切片 = -1.96; AUC=0.84

図5

スコアリングを用いたヒストグラム（全体）

N=509

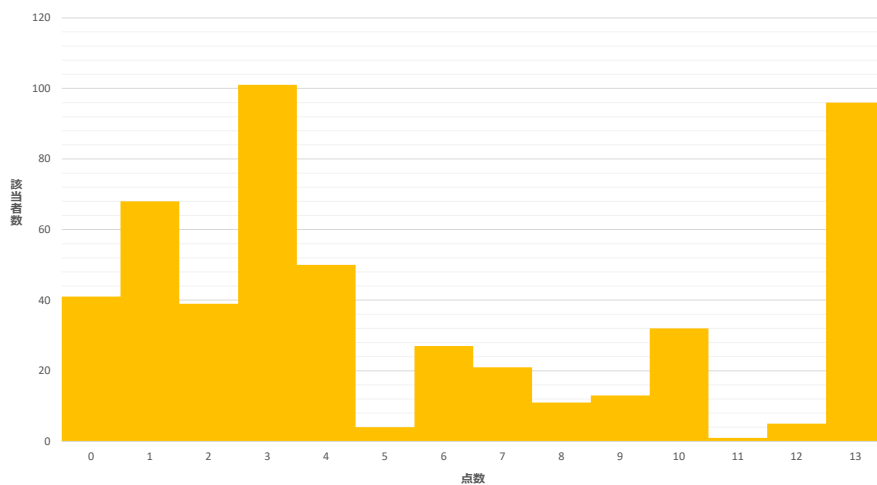
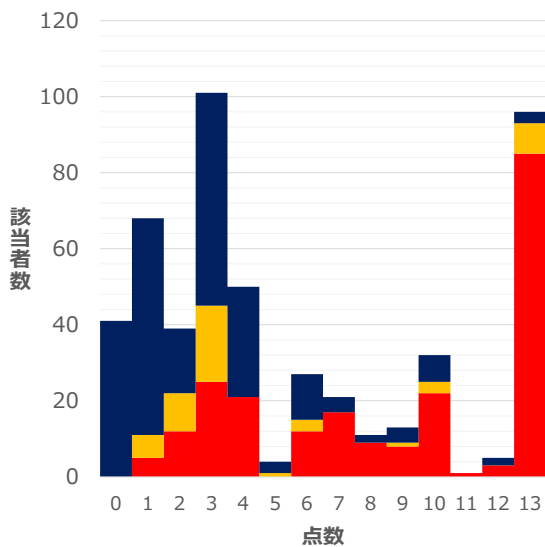


図6

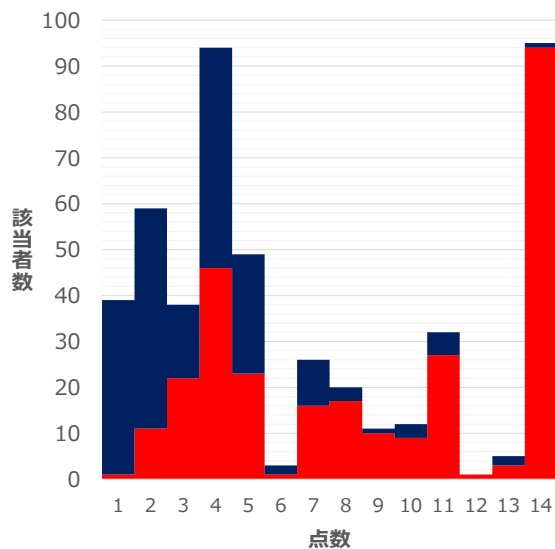
予測スコア

■非自発 ■自発 ■非入院



予測スコア

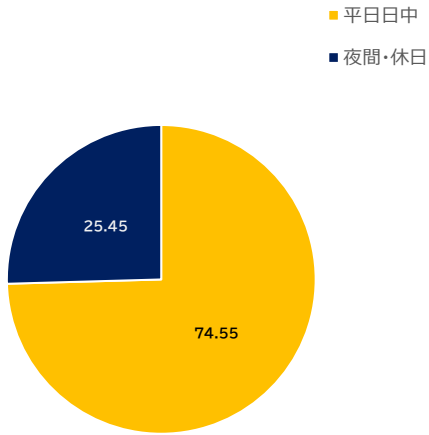
■要入院 ■入院不要



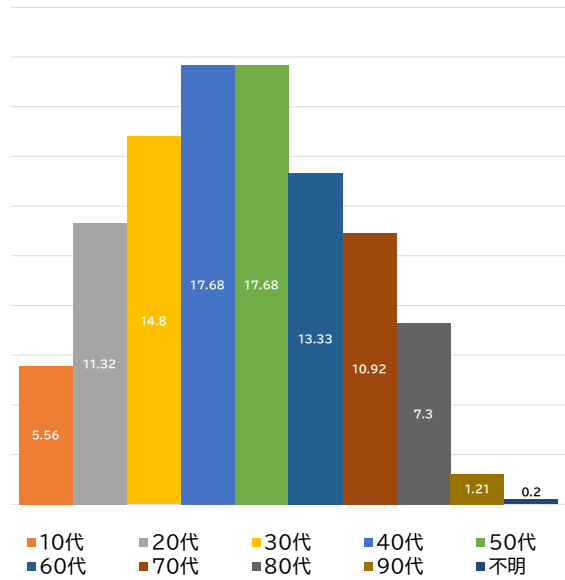
2019年度データ結果 基本情報

図7

【入院時間帯】



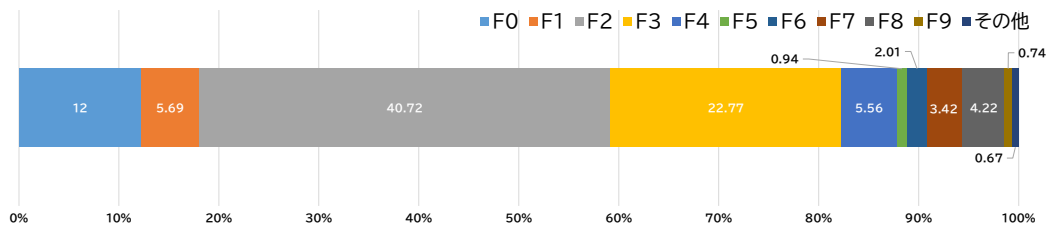
【年代】



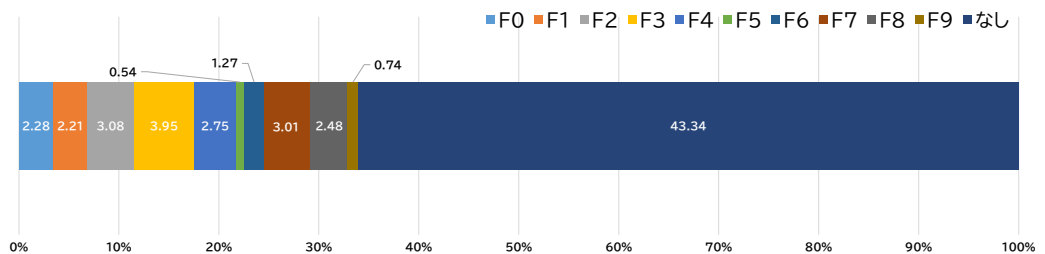
2019年度データ結果 基本情報

図8

【主診断】

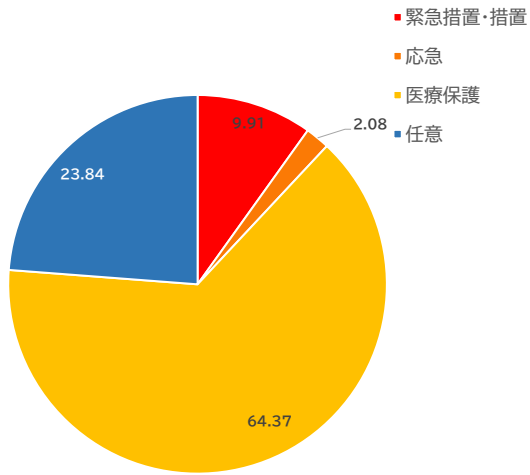


【副診断】



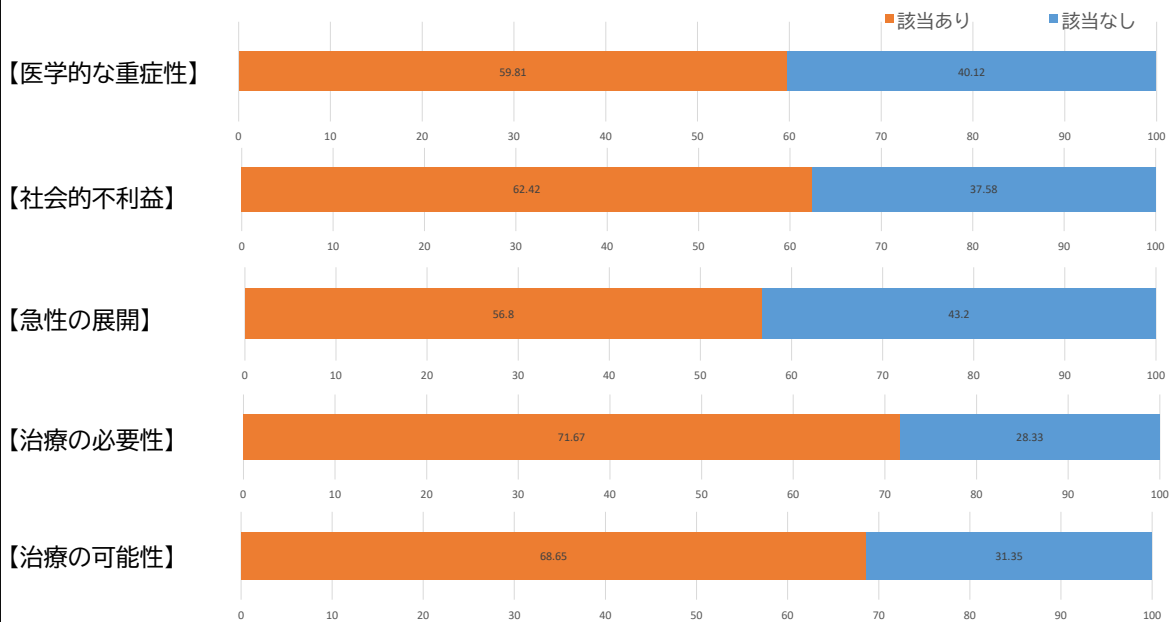
2019年度データ結果 転帰情報

図9



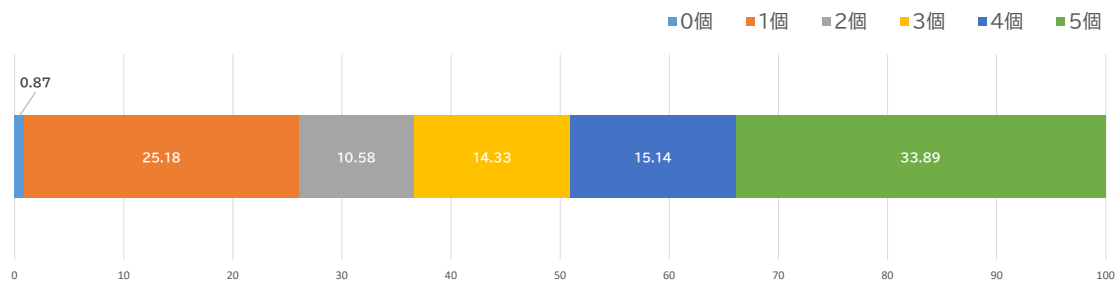
2019年度データ結果 基本要件

図10



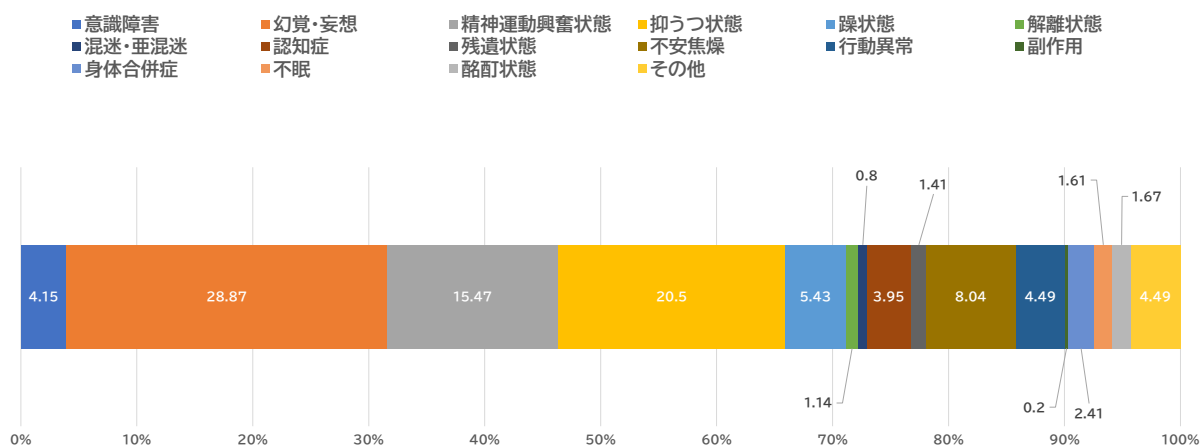
2019年度データ結果 基本要件該当数

図11



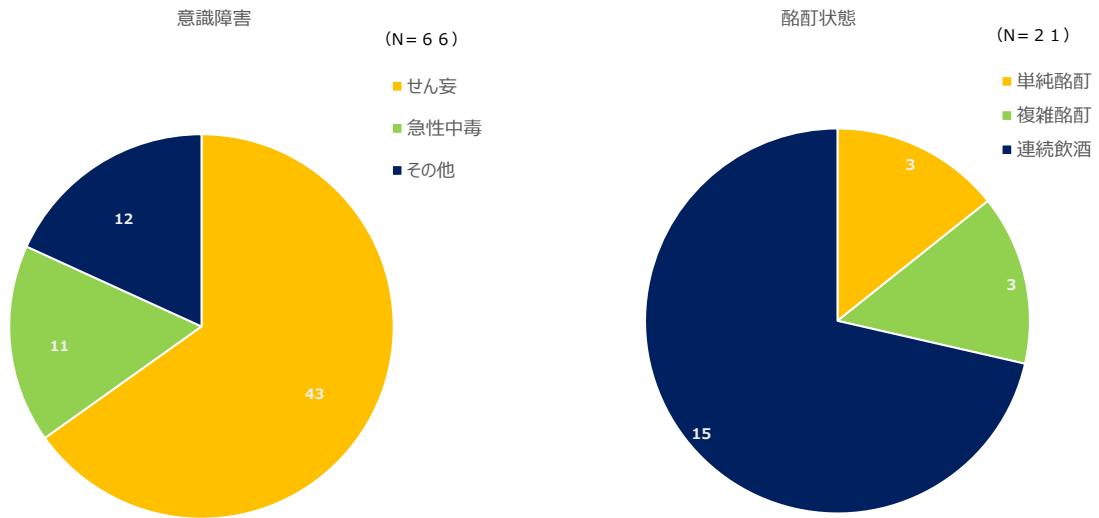
2019年度データ結果 状態像

図12



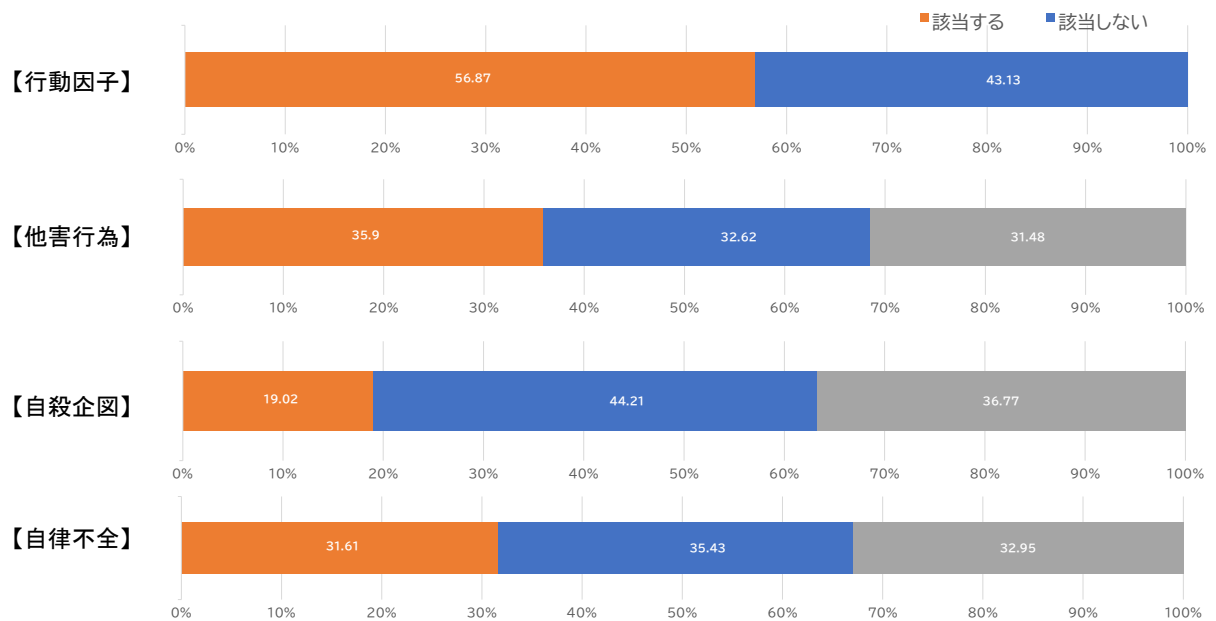
2019年度データ結果 状態像

図13



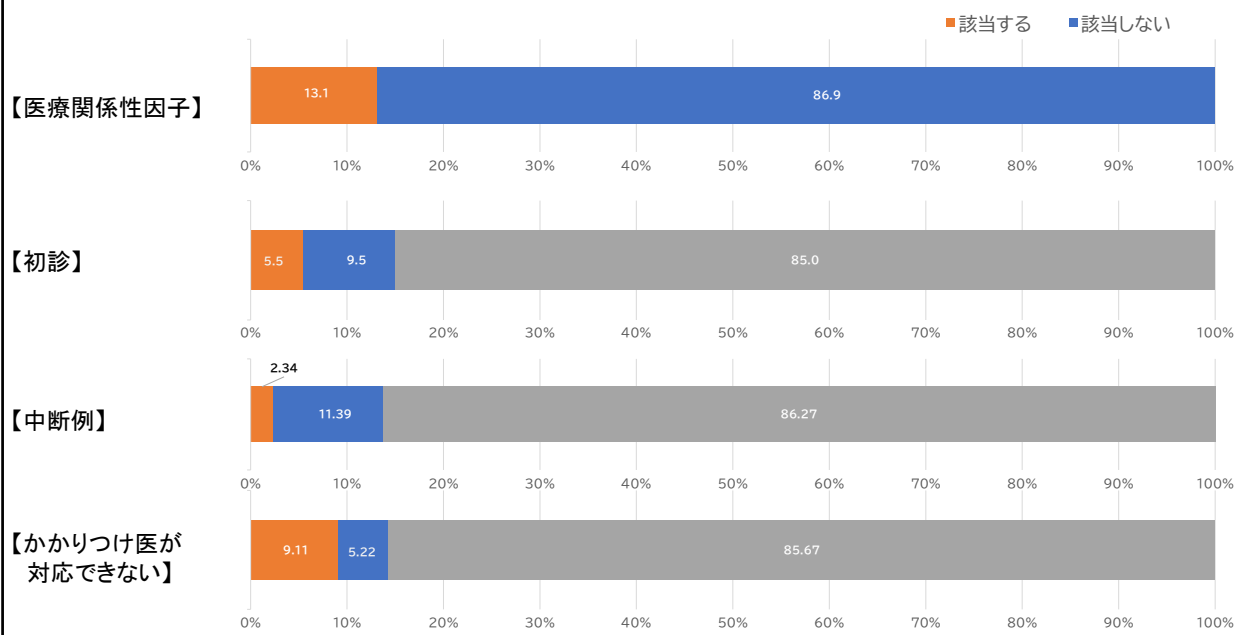
2019年度データ結果 緊急に医療的介入を要する因子

図14



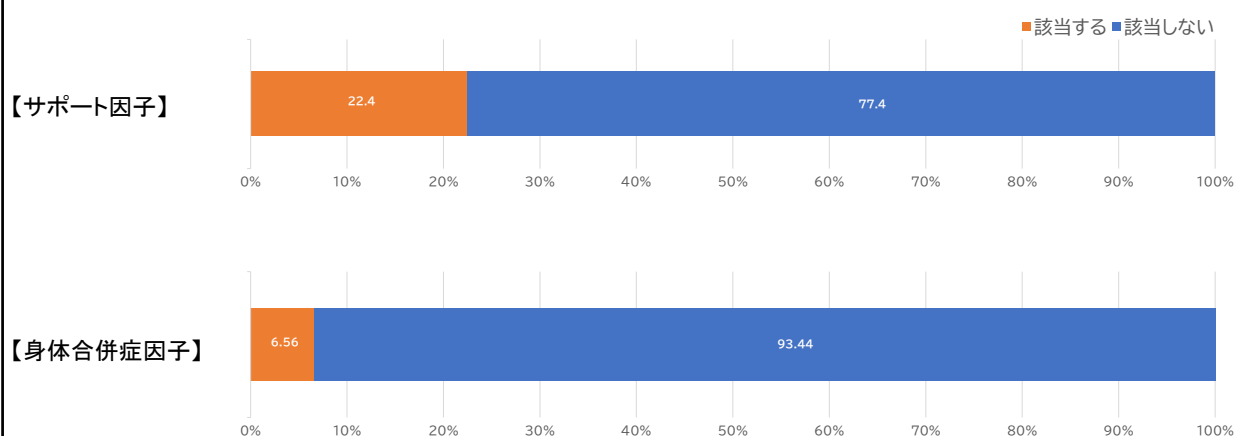
2019年度データ結果 緊急に医療的介入を要する因子

図15



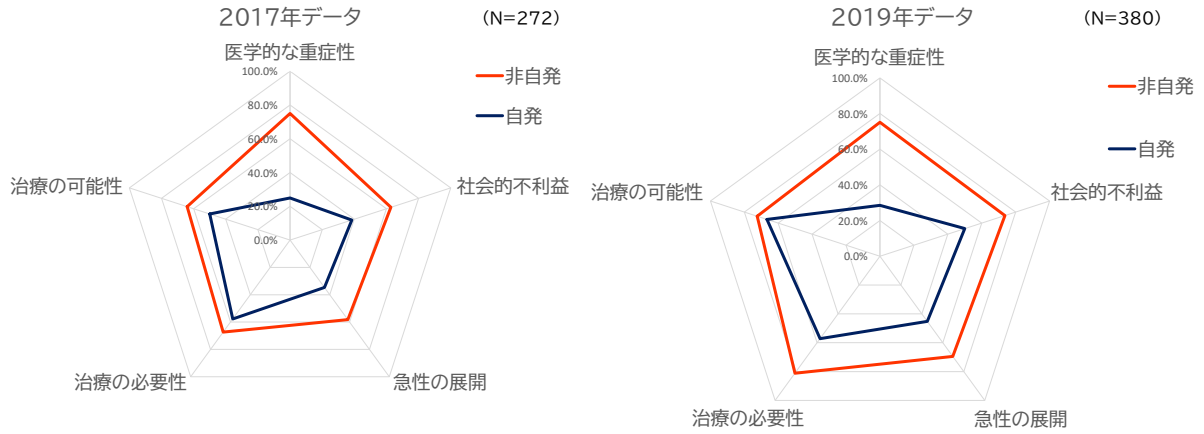
2019年度データ結果 緊急に医療的介入を要する因子

図16



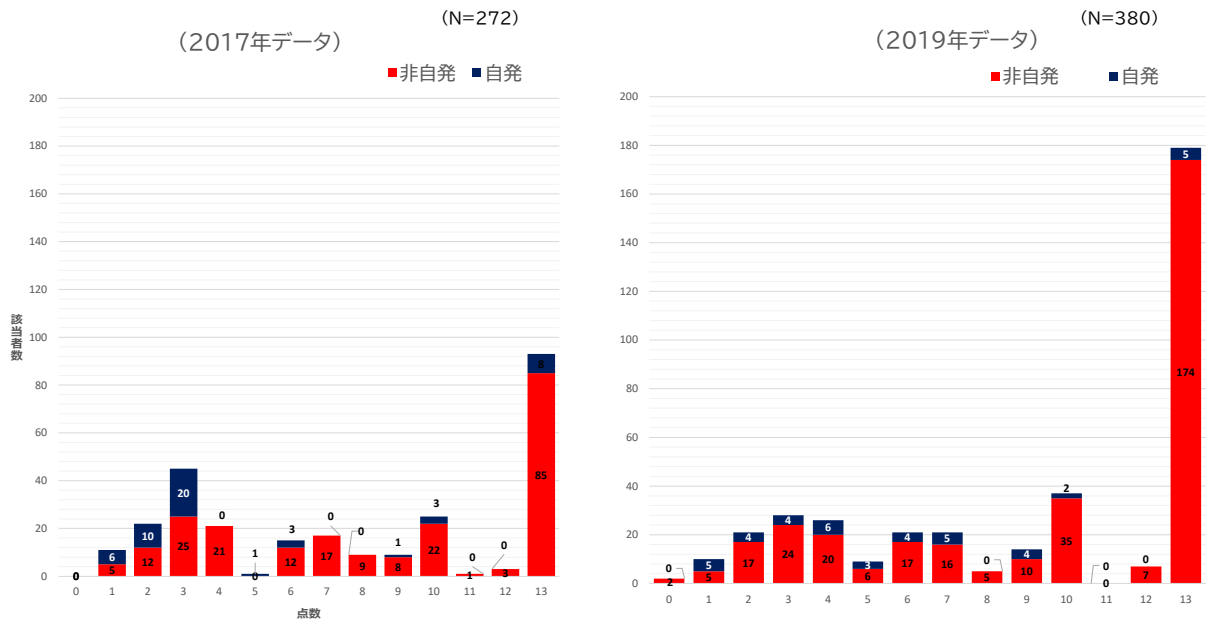
5要件該当割合

図17



予測データ

図18



2019年度データ結果 5要件該当割合およびスコアリング

図19

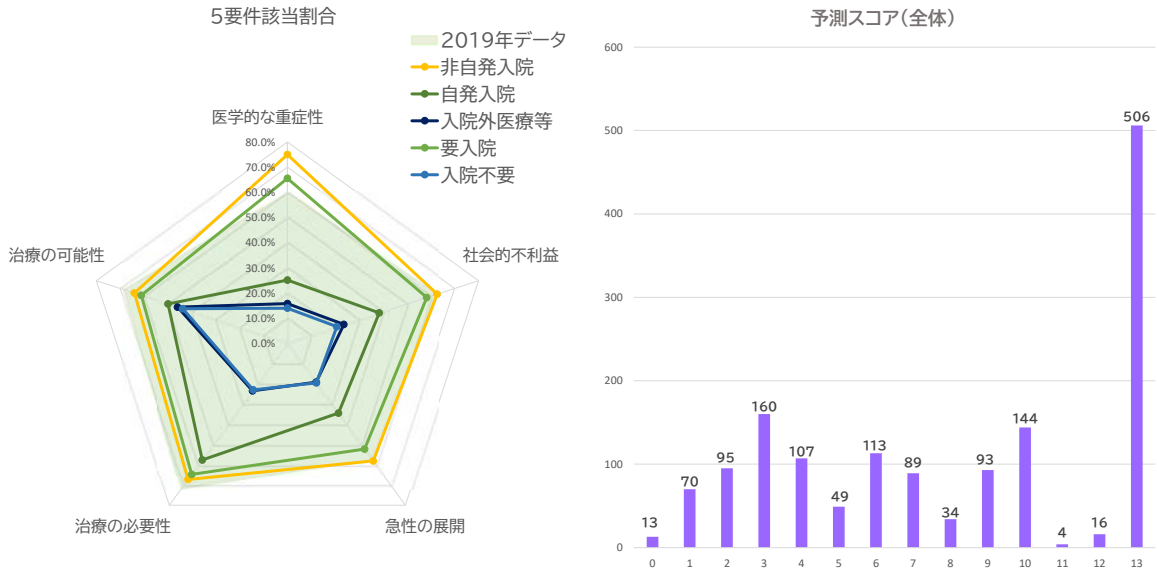


表2

入院ニーズ 18カテゴリ

意識障害（せん妄、急性中毒、その他）、	幻覚・妄想
精神運動興奮状態	抑うつ状態
躁状態	解離状態
昏迷・亜昏迷状態	認知症状態（BPSDを除く）
残遺状態	不安・焦燥
行動異常 （食行動、強迫症状、状態像を特定できない攻撃性・破壊行為、自殺・自傷）	副作用
不眠	身体合併症
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）	依存症状態
レスパイト、休息目的	その他

「精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進の サービスの質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」

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 埼玉県立精神医療センター、*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）の運用状況を分析して自治体の担当者にフィードバックし、精神科救急・急性期医療の質的向上および医療供給体制の最適化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 2018 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精神科救急事業の運用実態に関して 67 の都道府県・政令指定都市の担当者に対するアンケート調査を実施した。③これらの結果を自治体担当者に説明し、意見交換をする精神科救急事業担当者会議を開催した。④精神保健福祉資源に関する定例調査（「630 調査」と略記）の資料から、最近の精神科救急入院料病棟（「精神科救急病棟」と略記）の運用実態を分析した。

結果 ①2018 年度の精神科救急事業では、全国に 143 の精神科救急医療圏が設定され、1,099 施設（全精神科有床施設の 68.1%）の精神科救急医療施設が指定されていた。ここに年間 43,068 件（人口 100 万に対して 1 日当たり 0.94 件）の受診があり、その 45.2%に当たる 19,483 件（同 0.42 件）が入院となっていた。人口当たりの受診件数と入院率には強い負の相関があった。入院の 75%が非自発入院、大都市圏を中心に三次救急が 23.3%を占めていたが、入院形式には大きな地域差があった。衛生行政報告例によれば、近年増加してきた警察官通報が最近の 2 年度は続けて減少していた。また、措置入院の 55%が精神科救急事業において施行されていた。②自治体アンケート調査（回答率 100%）では、精神科救急事業の運用時間帯（過半数が夜間・休日、通年・終日は約 4 割）や事業の対象患者（自院通院患者を対象外とするのは 6 分の 1）、連絡調整会議等の開催頻度（8 自治体で未開催）などが自治体によって異なっていた。

受診前相談では、9 割の自治体が救急情報センター（過半数は病院内に設置）を運営しているのに対し、精神医療相談事業の実施は 75%であったが、その 7 割は情報センターと同一施設内に設置さ

れるなど、両者の役割分担は不明確であった。③2019年9月に31都府県の担当者を集めて、本研究の成果と今回のアンケート調査の結果を説明し、ワークショップ形式で意見交換を行った。各演目とも4.3点（5点満点）以上の高い評価を得た。④2019年の630調査では、168の病院に246病棟（11,254床）の精神科救急病棟が認可され、9,705人（86.2%）が在院していた。精神科の全入院患者に比べると、非自発入院と隔離の比率が高く、高齢者比率が低かった。診断ではF0群の比率が低く、F3群とF8群が高いなど、病棟の特質を表していた。

考察）精神科救急事業の実績報告の基準に統一性を欠くことを指摘し、新たな報告様式（昨年度、当研究班が提案）への変更による是正に期待した。これまでの研究に基づいて、受診前相談の課題（機能の地域差、救急情報センターと精神医療相談事業の不明瞭など）、医療アクセスの課題（家族と警察への依存、実態不明の民間救急搬送など）、救急医療施設の質的・量的不均一（施設基準の緩さによる機能のばらつき、精神科救急病棟の不均一な分布など）、身体合併症対応システムの未整備（並列モデルの伸び悩み、縦列モデルの局地性など）という4つの課題を指摘し、いくつかの打開策を提案した。

結論）わが国の精神科救急事業の構造と運用実績には、事業開始から四半世紀を経てもなお、地域特性というには大きすぎるばらつきと改善すべき制度的課題がある。本事業およびわが国における精神科救急・急性期医療の質的向上を促進するためには、本事業を多角的に分析して自治体にフィードバックする作業が必要である。

A. 研究の背景と目的

多様化する精神科救急事例への適切な対応と短期集中的な入院治療、それに再発防止を目指す精神科救急医療は、精神科領域における地域包括ケア体制の質を決定する重要な因子である。

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）は、個々の医療機関による自発的な救急診療を補完するセーフティネットとして、1995年に国庫事業化され、2002年には全国に普及した。しかし、各地の精神科医療の実情を反映して、事業の形態や機能には大きなばらつきがある。

本研究の目的は、精神科救急事業の均霑化を目指して、本事業に関する諸統計を多角的に分析し、運用実態を明らかにするとともに、本事業の適正な運用に資する方策を提言

することである。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実績調査

47都道府県から厚生労働省に提出された平成30年度（2018年度）の精神科救急事業年報を集計し、衛生行政報告例と精神保健福祉資源に関する定例調査（以下「630調査」と略記）の結果のうち措置入院に関連するデータを参照して、わが国の精神科救急医療の動向を分析した。

2. 精神科救急事業に関する自治体調査

精神科救急事業の概要および受診前相談事業の運用実態を明らかにするために、別添資料1および資料2に示した調査票を用いて、47都道府県および20政令指定都市の担当者

を対象としたアンケート調査を実施した。

3. 精神科救急事業担当者会議の開催

令和元年（2019年）9月5日、東京都内において精神科救急医療に関する全国担当者向け研究報告及び意見交換会を催し、前年度の本研究の成果および今回のアンケート調査の結果を報告するとともに、ワークショップ形式で精神科救急事業の運用に関する意見交換会を行った。

4. 精神科救急入院料病棟の運用実態調査

平成30年（2018年）および令和元年（2019年）の630調査の結果から、精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）の運用実態を分析した。

（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30（2018）年度の精神科救急事業に関する各都道府県からの年報を集計し、表1-1に精神科救急医療圏域および救急医療施設（本事業のストラクチャー）、表1-2に運用実績（本事業のアウトカム）を一覧表示した。また、衛生行政報告例や630調査の結果から、措置入院の動向を調査した。以下に主な事項について説明する。

（1）精神科救急医療圏域および精神科救急医療施設

国の精神科救急事業実施要綱は、都道府県

をいくつかの精神科救急医療圏域に分割し、各圏域に精神科救急医療施設を知事が指定するよう求めている。2018年度、各都道府県は、精神科医療施設の分布状況などを勘案して、精神科救急医療圏域と救急医療施設を表1-1のように定めていた。

（ア）精神科救急医療圏域

圏域の区分は自治体が独自に決めているが、平均すると2つの二次保健医療圏が1つの精神科救急医療圏を形成している。なお、神奈川県は全県で入院先を調整するため精神科救急医療圏域を1圏域と回答しているが、運用実績からは、3つの政令指定都市が一定の独立圏域を形成していると思われるため、4圏域と表示した。

表1-1からは、圏域ごとに独立して救急対応をしている自治体もあれば、県立病院などの基幹的な病院が県全域をカバーする自治体、それらの組み合わせで運営している自治体など、様々な形で精神科救急事業が運営されている現状が見て取れる。

（イ）精神科救急医療施設

精神科救急医療施設は、全国で1,194施設、診療所を除くと1,099施設と報告されている。2018年の630調査¹⁰⁾によれば、全国の精神科有床施設数は1,612施設であるから、その68.1%、すなわち3分の2以上が精神科救急医療施設として指定されていることになる。

精神科救急事業が定める3つの類型では、表1-1に見るように、輪番型の施設が86.1%を占めている。外来対応型、すなわち一次救急にのみ対応する病院もある。あらゆる精神科救急事例や入院形式に24時間365

日対応できる常時対応型施設は 58 施設 (4.9%) にとどまっております、22 自治体 (46.9%) ではこのタイプの施設が指定されていない。

表 1-1 の医療施設分類によれば、20 の大学病院と 62 の総合病院が精神科救急事業に参加している。このうち 12 施設は、診療報酬上の精神科救急合併症入院料を認可された病院である。医療施設分類の「その他」の病院の大半は精神科単科病院である。

(2) 受診前相談

精神科救急事業の運営要綱では、受診前相談事業として、24 時間 365 日稼働する精神科救急情報センターと精神医療相談事業の設置を求めている。前者は都道府県に 1 カ所の設置とされ、緊急性の高い電話相談ケースをトリアージして精神科救急医療施設への受診を調整する機能を担うとされている。後者は、それ以外の電話ないし来所相談に対応する窓口で、複数地点での設置が可能である。

(ア) 精神科救急情報センター

表 1-2 によれば、精神科救急情報センター (以下「情報センター」と略記) への相談件数は 65,861 件で、このうち 23.1% に当たる 15,241 件では受診先を紹介されていた。紹介比率が前年度は 40.1% であったから、今年度は大幅に減少したことになる。ただし、受診紹介の基準が自治体によって異なるため、受診紹介件数が緊急度を表す指標とは必ずしもいえない。

情報センターへの相談件数は 1 日平均では 180.4 件、人口 (平成 30 年 10 月 1 日現在) 100 万人当たり 1.43 件ということになる。情報センターへの相談件数の多い順に自治体

を並べ替え、受診紹介の件数とともに図 1 に示した。

(イ) 精神医療相談事業

精神医療相談事業を実施している自治体は 31 カ所 (66.0%) と報告されているが、政令指定都市を含む 67 自治体を対象とした後述のアンケート調査によれば、50 自治体 (74.6%) が精神医療相談事業を実施していると回答している。ただし、その 7 割の 35 自治体では、精神医療相談の窓口と情報センターの窓口が同じであった。

2018 年度、精神医療相談事業による相談件数は、130,008 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 1-2 に見るように、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。

その理由は、情報センターと精神医療相談事業の役割分担の曖昧さ、および従来様式の年報の煩雑さにあると思われる。次年度からは報告様式が大幅に簡素化されるため、集計の問題は減少すると期待される。これらの問題については、後の章で考察する。

(3) 受診および入院の状況

(ア) 受診件数

表 1-2 によれば、2018 年度、精神科救急事業の利用件数 (受診件数) は 43,068 件 (1 日平均 118 件、人口 100 万人当たり 0.93 件) であった。このうち、45.2% に当たる 19,483 件 (1 日平均 53.4 件、人口 100 万当たり 0.42 件) が入院となっていた。前年度は受診件数が 44,557 件、入院件数が 18,884

件（入院率 42.0%）であったから、受診件数は減少した一方で入院件数が増加していた。

ただし、6 自治体では前年より受診件数が 2 倍以上もしくは 2 分の 1 以下に大きく変動していた。すなわち、おそらく施設月報の段階からデータの報告基準や集計上の問題があるものと推測された。

受診件数の多い順に自治体を並べ替え、入院件数とともに図 3 に示した。必ずしも大都市圏で受診件数が多いとは限らないことがわかるが、前述のように年報の集計基準に地域差のあることを考慮しておく必要がある。

（イ）入院件数

入院形式では、表 1-2 に見るように、緊急措置入院が 2,283 件（11.7%）、措置入院が 1,551 件（8%）、応急入院が 710 件（3.6%）、医療保護入院が 10,052 件（50.6%）、任意入院が 4,215 件（21.6%）、その他が 672 件（3.4%）であった。その他の入院形式は、前年同様、兵庫県（全入院の約半数がその他の入院）、香川県などに偏在している。

精神科三次救急（緊急措置入院、措置入院、および応急入院）の比率は 23.3%、三次救急に医療保護入院を加えた非自発入院の比率は 74.9%であった。

入院件数の多い順に自治体を並べ替え、入院形式別に入院件数を示したのが図 4 である。入院形式の全国比率を示す円グラフも追加した。棒グラフに見るように、入院形式は自治体によってまちまちであった。緊急措置入院は東京都と大阪府に多く、措置入院は神奈川県と埼玉県に多いなど、自治体の精神科救急事業の運用実態によって、入院形式の配

分比率もばらつくことが推測される。

（ウ）人口当たり受診件数と入院率の相関

人口 1 万人に対する年間受診件数と入院率との関係を示したのが図 5 である。図 3 では受診件数や入院件数には規則性が見えないが、人口を加味して図 5 のように各自治体のデータをプロットすると、人口当たりの受診件数と入院率が強い負の相関を示すことが明らかとなる。

図 5 の左上に位置する自治体では、受診ケースが要入院の重症ケースにトリアージされる傾向にあり、山口県を除くと、三次救急の比率が高い。東京都、神奈川県、福岡県といった大都市圏の自治体が含まれる。本事業の対象を絞り込むなど、トリアージのあり方によるものと思われる。

一方、図の右下には人口過疎地区を含む自治体が位置しており、入院を要しない一次救急ケースが多いほか、福井県を除くと、入院ケースでも任意入院の比率が高い。また、鳥取県、長野県、青森県、滋賀県では精神科救急情報センターの実績報告がない。すなわち、トリアージの緩いアクセス体制となっている。

（４）措置入院の動向

毎年の衛生行政報告例¹⁾から申請・通報の内訳と措置決定件数を集計し、近年の推移を図 6 に示した。近年、警察官通報を中心に通報件数が急増し、新規の措置入院件数も増加傾向が続いてきたが、2017 年度以降は通報件数が減少に転じている。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る過程で、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。ただし、2018 年

度の措置決定件数は 6,941 件と前年度 (6,899 件) よりも増加している。

表 1-2 によれば、2018 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 3,834 件であるから、年間の全措置入院 6,941 件の 55% が本事業において施行されていたことになる。ただし、図 4 に見るように、措置入院が救急事業に占める比重には地域差が著しい。

衛生行政報告例に基づいて、2018 年度の都道府県別の申請・通報の処理状況を措置決定件数の多い順に図 7 に表示した。措置決定件数は大都市圏に多いが、通報を受理した後に行政の判断で措置診察不要とした件数には著しい地域差のあることが明らかである。

2. 精神科救急事業に関する自治体調査

47 都道府県および 20 の政令指定都市、合計 67 の自治体に対して、精神科救急事業の運用実態に関するアンケート調査を実施したところ、全ての自治体から回答を得た。別添資料 1 の調査票 A（精神科救急事業の概要に関する調査）および資料 2 の調査票 B（受診前相談に関する調査）の右端に各質問項目の集計数を記載した。また、それぞれの結果を図 A1～A11、図 B1～B12 に図示した。

これらの図に沿って、以下に主な調査結果を解説する。

（1）精神科救急事業の概要

図 A2 および図 A3 によれば、夜間休日の措置入院手続きを救急事業に組み込む自治体と分離している自治体とがほぼ拮抗した。通報の処理や指定医の確保など、措置入院手続きの条件や形によって、緊急措置入院を優先す

るか、当夜中の措置決定を優先するかに分かれることが推測された。

図 A4 によれば、救急事業の運用時間は精神保健福祉法第 19 条の 11 の規定に則って「夜間・休日」に限定する自治体が過半数を占めたが、国の精神科救急事業運営要綱に沿って「24 時間 365 日」とする自治体も 4 割に上っていた。

本事業の対象については、図 A5 に見るように、救急病院通院中の患者は除くとした自治体が 2 割ほどあるのに対して、特に規定は設けない自治体が多数派を占めた。

本事業運用の実務（実績集計や補助金分配）については、図 A6 および図 A7 に見るように、自治体が直接担当するという回答が 8 割近くを占めたが、精神科病院協会などの団体に委託している自治体も 2 割近くあった。

身体合併症への対応については、図 A8 に見るように、4 分の 3 に上る自治体が「何らかの取り決めを設けている」と回答している。しかし、総合病院等に付設されている精神科の実情を考慮すると、その内容には大きな地域差があるものと予測される。この点については、後の章で考察する。

図 A9 から図 A11 は、本事業に関する連絡調整や研修、実績報告の場が確保されているかどうかを示したものであるが、地域によって差があることを示している。

（2）受診前相談事業の運用実態

（ア）精神科救急情報センター

情報センターが設置された自治体は 60、未設置が 7 あった。図 B2 に見るように、設置場所は、医療機関内が約 6 割であった。なお、このような情報センターの運営には補助金が支給されていない。

図 B3 が示すように、情報センターの運営主体は自治体の直営が半数、残りの半数は他団体委託となっている。ただ、他団体には複数自治体（都道府県と政令市）の共同運営や県立病院が含まれているので、7割近くが自治体の運営ということになる。

相談窓口の担当者も、図 B4 では他団体への委託が7割となっているが、自治体職員の常勤と非常勤の混成や県立病院職員が半数近く含まれている。

情報センターの運用時間は、図 B5 に見るように、夜間・休日の限定と24時間365日が拮抗しており、図 A4 に示した本事業自体の運用時間に符合している。

医療機関に設置された情報センター（35ヶ所）の相談対象に自院通院患者を含まないと回答した自治体は1割に満たない。通院患者用の専用電話回線がある自治体に限られる回答と思われる。

（イ）精神医療相談事業

図 B7 に示したように、精神医療相談事業を運営している自治体は50あると回答があった。しかし、図 B8 および図 B10 に示したように、7割の35ヶ所では情報センターと同じ施設に設置されており、対応する職員も同じであるほか、半数以上は回線も情報センターと同一である。

表 1-2 では、情報センターの相談件数と精神医療相談事業の件数が同一の自治体がいつかあるが、同じ相談を2つの相談事業に重複して報告している可能性が高い。次年度からは、このような事態が生じないよう、報告様式を改めたので、その効果を確認したい。

図 B9 は、精神医療相談事業の7割が自治体が委託した他団体によって運用されている

ことを示しているが、複数自治体の共同運用や県立病院を含めると、官民半々となる。

精神医療相談事業の運用時間は、図 B11 のように、夜間・休日と24時間365日が拮抗しており、図 A4 に見る情報センターよりも運用の時間帯が幅広い。

図 B12 は、医療機関内に設置された相談窓口28ヶ所のうち、相談対象に自院通院患者を含まないと回答した自治体が1ヶ所にすぎないことを示している。

受診前相談体制については、後の章で考察する。

3. 精神科救急事業担当者会議の開催

令和元年（2019年）9月5日、東京都内において、「精神科救急医療に関する研究報告及び意見交換会」を企画し、全国の都道府県に参加を呼びかけたところ、周知期間が十分ではなかったにもかかわらず、6割以上に当たる31都府県から参加があった。

午前中は、平成29・30年度に実施された「精神科救急および急性期医療における質向上に関する政策研究」の概要が研究代表者から説明されたのち、「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」、「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」、「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」の順に分担研究者から分担研究の成果が説明された。

午後は、今回の精神科救急事業に関する自治体アンケート調査の結果が速報され、これを素材として参加者によるワークショップ形式による意見交換会が開催された。

これらの報告およびワークショップに対す

る参加者の評価を資料3にまとめた。評価法は0点（最低評価）から5点（最高評価）までの6段階の主観的評価とし、行政職19人と精神保健福祉士など専門職12人に分けて、各項目の平均点（5点満点）を示した。資料3に示したように、各項目とも4.3以上の高い評価を受けた。

4. 精神科救急病棟の運用実態

630調査によれば、令和元（2019）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168施設に246棟（11,254床）が認可され、9,705人（利用率86.2%）が在院していた。主なデータを前年のデータとともに示し、2019年分の全精神科医療施設のデータと比較したのが表2である。

表2によれば、前年に比較すると、精神科救急入院料が認可された施設は前年より5施設、病棟は12棟、病床数は338床、在院患者数は281人、それぞれ増加していた。

非自発入院患者比率は0.2ポイント上昇、隔離患者比率は0.1ポイント低下、身体拘束患者比率は0.4ポイント上昇していた。

診断群ではF2群が2.4ポイント低下したのに対してF0群が1.6ポイント上昇し、65歳以上の高齢患者比率も1.5ポイント上昇していた。在院3ヶ月超の患者比率が21.8%から8.4%へと13.4ポイントも減少しているが、その要因を的確に分析する情報が無い。

2019年のデータを精神科医療施設全体のデータと比較すると、精神科救急病棟における非自発入院患者比率の高さ、診断ではF0群とF2群の比率の低さ、F3群とF8群の比率の高さ、高齢者比率と長期在院患者比率の低さ、隔離患者比率の高さが目立っている。

精神科救急病棟における重症患者比率の高さや診断の多様性を反映しているものと思われる。

D. 考察

1. 精神科救急事業の報告様式の問題点

毎年の精神科救急事業年報から近年の本事業の実績（受診件数と入院件数）の推移を図8に示した。受診総件数はほぼ横ばい、入院件数は緩やかな増加傾向にある。

ただし、図8に見るように、2015年以降は増減の幅が大きくなり、同じ自治体でありながら年度によってデータが乱高下するところも生じている。研究結果の章でも指摘したように、2017年度と2018年度の実績を比較しても、受診件数では6自治体、入院件数では3自治体で2倍以上の落差がある。

同じ自治体の中で精神科救急事例の発生件数や入院件数が1年で大きく変動することは臨床的には不自然であるから、これまでに指摘してきたように、実績報告の判断基準が全国的に見て不統一であるためと推測される。

公金が投入される本事業において、こうした統計的信頼度の問題が生ずることは、補助金投入の公正さを損ねることにほかならない。2019年度からは新たな報告様式が適応されることとなったため、より実態を反映した数値が報告されるものと期待したい¹²⁾。

2. 精神科救急事業の諸課題

危急の事態にどう対応するかが問われる救急医療は、災害医療と並んで、平素の地域医療の実力や関係機関の連携によって、その質が規定される。言い換えれば、精神科救急事業の運用実態は、地域の精神科医療の実相を映し出す鏡ともいえる。

今回の調査から、わが国の精神科救急事業は、圏域の区分や救急医療施設の構成、受診前相談の体制、事業の運用時間帯や対象、関係機関の連携体制など、いくつかの側面で大きな地域差と多くの課題を抱えていることが明らかとなった。ここでは、これまでの研究から浮き彫りになっている精神科救急事業の課題をいくつか指摘しておきたい。

(1) 受診前相談の課題

精神科救急事業の中で受診前相談に求められる機能は、緊急度の評価と関連機関との調整である。最初の電話対応が、その後の経過や疾患の予後を変える場合もありうる。急を要しない様々なレベルの相談にも的確に対応しなければ、トラブルを生ずる。したがって、対応するスタッフには高い電話対応能力が求められる¹⁴⁾。しかし、全国研修の機会乏しく、受診前相談の機能は、専ら対応スタッフの個人的な資質に委ねられているのが現状と思われる。

また、今回の自治体アンケート調査でも明らかになったように、精神科救急情報センターと精神医療相談事業の役割分担は曖昧で、実績報告にも混乱がある。2020年度から、精神医療相談事業は精神科救急事業から外され、地域包括ケア関連事業に移管されることとなったが、同じ相談が両事業に重複カウントされないよう留意すべきである。

なお、病院内に設置された情報センターの運営に補助金を支給しないことには合理性が見いだせない。緊急性の評価や身体救急などへの受診調整には、しばしば当直医の助言が必要である。病院に情報センターが設置されると自院に患者を呼び寄せる可能性があるのが公平性を欠くなどという論法は、現場の実

態を知らない部外者の発想である。多くの情報センターでは、受け入れ先の確保に苦慮しているのが実情なのである。

(2) 医療アクセスの課題

受診を拒む患者をどう医療につなげるか、医療アクセスのあり方は、古くから精神科医療の大きな課題であり続けている。家族等から見た場合、利用可能なアクセス手段としては、利用頻度の高いものから順に、親族など個人の力、119番通報による救急隊の要請、110番通報による警察の要請、保健行政への相談、民間救急の利用がある。

消防法によれば、救急隊による搬送は、事故および事故に準ずる事由のため医療機関等に緊急に搬送する必要があるものを対象としている。つまり、法の建付けとしては、精神疾患は含まれないこととなるが、実際には明らかかな他害行為のない限り、精神疾患であっても、119番通報による搬送要請を救急隊が断ることはないとされてきた¹³⁾。しかし、救急搬送件数の急増する近年、精神科ケースは搬送困難に至りやすい状況が続いており、精神科救急医療施設からは救急隊による搬送を求める声も高まっている。ただし、救急隊には法的強制力がないので、搬送を拒否するケースでは、搬送を断念するか、警察への協力を依頼するか、いずれかを選択することとなる。

措置入院の動向(C-1-(4))でも触れたように、夜間休日においては、受診を拒否する精神科救急ケースの医療アクセスについては、その相当数を警察官通報を起点とする措置入院プロセスに依拠せざるをえないのが現状である⁶⁾。ただし、その代償として、精神科救急医は、司法精神医学的なグレーゾーン事例への対応を余儀なくされることがある。ま

た、警察の介在が患者にとってトラウマとなることもありうる。

措置入院のプロセス以外に保健行政が介在する医療アクセス手段としては、精神保健福祉法 47 条に基づく受診援助があるが、受診拒否ケースに対しては法的強制力をもたない。法的強制力のある方法としては、2002 年に新設された医療保護入院（ないし応急入院）のための移送制度（精神保健福祉法 34 条）がある。しかし、厳密な手続きを要するために夜間休日にこの制度を適用することは不可能に近く、行政責任による移送は措置入院関連のケースにはほぼ限局されている。

以上のように、夜間・休日における受診拒否ケースの精神科救急医療へのアクセスは、家族の自助努力と警察に多くを依存し、運用実態が不明の民間救急が制度の隙間を埋めているのが実情である。

精神科救急医療において医療アクセスの安全性と迅速性、それに適法性や尊厳性（トラウマの回避）の全てを満たすことは、難解な多元連立方程式を解くことに似ている。医療機関と行政機関が警察や消防との意見交換の場を確保し、精神科医療当事者の意見も尊重しながら、特定の地域と時代にとっての最適解を追求するほかはない。その作業がまた、精神科救急医療の質的向上につながる。とはいえ、移送制度の見直しやアウトリーチ活動の強化など、国レベルでの制度改革は欠かせない。

（3）救急医療施設の不均一

精神科救急事業において知事が指定する救急医療施設は、前述のように、全精神科有床施設の 68.1%に上っている。したがって、同じ精神科救急医療施設といっても、設備・環

境やスタッフ配置など、病棟規格に大きなばらつきがあることになる。身体救急病院が重症度に応じて階層化され、重症患者には高度医療が集中的に提供されるのに対して、輪番制を主体とする精神科救急病院群には、そのような構造がない。

わが国の精神科医療において集中的な高度医療を提供することを期待されているのが精神科救急入院料病棟であり、それに準ずる精神科急性期治療病棟である。2019 年の 630 調査によれば、前者は全国の 168 病院に 11,259 床（全精神科病床 308,236 床の 3.7%）、後者は 386 病棟（病床制限があるため認可施設数にはほぼ同じ）に 18,179 床（同 5.9%）、病床数では併せて 29,438 床（同 9.6%）である。

1996 年に精神科急性期治療病棟入院料、2002 年に精神科救急入院料が診療報酬上に新設されてから、これらの入院料を認可された施設は順調に増加してきたとはいえ、病床数では未だに全精神科病床の 1 割に満たないことになる。さらに、その分布には偏りがある。日本精神科救急学会のホームページ⁸⁾によれば、2020 年 3 月 1 日現在、精神科救急入院料認可施設は大都市圏を中心に特定の地域に偏在する傾向にあり、未認可県も 2 カ所ある。したがって、重症患者が高規格の病棟に入院できる確率にも地域差があることになる。

このように精神科救急医療施設群は、病棟規格の不均一と分布の不均一という質・量の双方にかかわる問題を抱えている。こうした問題を解決するには、個別病院の改革努力に加えて、地域医療計画の中で行政や医師養成校による支援も検討されなくてはならない。制度的には、例えば、病棟単位ではなく小規

模のユニット単位での高規格化を実現できる仕組みなども検討されるべきである。

なお、近年、精神科救急入院料病床を抑制する動きがあるが、この入院料を認可された病院は、救急医療のみならず在宅医療やリハビリの分野においても地域の基幹的な機能を果たしている病院が大半であるから、当該病床の削減は、その地域の精神科医療・福祉全般の水準低下を招くおそれがある。地域包括ケアシステムの整備という観点からも、そのような事態を招かないような施策が必要であろう。

ただし、当該病床抑制論の背景には、当該病院がその医療費給付に見合う機能（例えば救急機能）を果たしていないのではないか、当該入院料の算定外患者を切り捨てているのではないか、精神科救急病棟の増加が非自発入院や身体拘束の増加の一因となっているのではないか、といった批判があるものと思われる。

精神科救急病棟の増加が、わが国の精神科入院医療の水準向上と脱入院化の促進に寄与していることはデータが示すところであるが³⁾⁷⁾¹¹⁾、特定の事例や一面的データを取り上げて前記のような批判がなされることは、高規格・高給付の救急病棟を認可された病院の宿命でもある。それらの病院は、こうした批判に真摯に答える診療活動と情報開示を行う義務を負っていると考えるべきである。

(4) 身体合併症対応システムの未整備

身体合併症への対応システムは、精神科救急事業とは独立に運営されている自治体もあれば、本事業に組み込まれている自治体もある。いずれにせよ、身体合併症対応は、精神科医療における宿痾といってよい。その根源

は、精神科医療が身体科医療と出自や生育歴を異にしてきた歴史的背景にある。わが国の精神科医療は、半世紀前に大臣官房通知として発出された一連の文書（いわゆる医療法精神科特例）によって、一般医療から制度的に隔離されたままである。

一方で、精神科救急の領域では、一般人口に連動して患者の高齢化が進むにつれて、認知症とともに身体合併症ケースへの対応のニーズも高まっている。精神科救急合併症入院料の新設（2008年）が、そのニーズへの回答のひとつであり、一般病院における総合入院体制加算の強化（2014年）も精神科病棟設置の促進要因となっている。しかし、前者は未だ全国の12施設で認可されるにとどまっており、後者は認可のハードルがさらに高い。

一般病院に併設された精神科病棟が心身複合的な救急ケースに対応すること（並列モデル）に限界がある中で、身体救急の医療施設と精神科救急医療施設との連携（縦列モデル）の強化も追求されている²⁾。しかし、東京都⁶⁾や大阪府⁹⁾、愛知県、埼玉県¹⁵⁾、岡山県⁴⁾⁵⁾などに先駆的な試みがあるものの全国展開の条件整備には至っていない。今回の自治体アンケート調査では、4分の3に上る自治体が何らかの取り決めを設けていると回答しているが、個別事例への対応には医療機関が苦慮しているのが現実であろう。

困難な現状にあるとはいえ、こうした並列モデルと縦列モデルの拡充を通じて、精神科医療の一般医療からの制度的隔離という歴史の転換を目指すべきである。それが精神科救急医療の存在理由の1つと考えるべきであろう。

E. 結論

本研究においては、精神科救急医療体制整備事業年報、630 調査、衛生行政報告例などの統計データを分析し、67 自治体を対象として精神科救急事業に関するアンケート調査結果を実施した。また、これまでの研究成果を自治体関係者に説明し、相互に意見を交換する場を設けた。こうした研究活動の結果、わが国の精神科救急事業が、運用開始から四半世紀を経てもなお、地域特性というには大きすぎるばらつきと多くの課題を抱えていることが明らかとなった。本研究では、4つの制度的課題を指摘し、解決策を提案した。今後も、精神科救急事業の適正かつ有効な運用とわが国の精神科救急および急性期医療の質的な向上を図るために、このような研究活動を継続する必要があると思われる。

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. 論文発表等

なし（2020 年度中に発表予定）。

2. 学会発表等

なし（2020 年度中に発表予定）。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献]

- 1) 衛生行政報告例（e-Stat で検索）：
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tat=000001031469&result_page=1
- 2) 平田豊明、伊豫雅臣、杉山直也：今後の精

神科救急医療に向けた提言．精神科救急．16 巻，巻頭，2013

- 3) 平田豊明：精神科救急サービスの理念共有～精神科救急医療は何のためにあるのか．精神科救急．17 巻，11-15，2014
- 4) 来住由樹：地域医療構想で精神病院を活かそう～一般病院と精神病院の人材交流～地域医療構想を踏まえた精神科病院の挑戦．日本病院会雑．66 巻 1 号，35-46，2019
- 5) 来住 由樹：平成 30 年度診療報酬改定を分析する～平成 30 年度改定をふまえた救急医療戦略～岡山県精神科医療センターにおける取り組み．救急医．42 巻 12 号，1746-1751，2018
- 6) 熊谷直樹：東京都の精神科救急医療体制；現状・課題・改善の方向性．精神科救急．17 巻，85-89，2014
- 7) 松原三郎、川田和人：精神科救急病棟が入院医療を変革し病床削減の基礎を作る．精神科救急．20 巻，64-68，2017
- 8) 日本精神科救急学会ホームページ（精神科救急入院料施設一覧）：<https://www.jaep.jp/sep1707.html>
- 9) 澤温：大阪府における身体科救急と精神科救急の連携（大阪モデル）．精神科救急．17 巻，55-59，2014
- 10) 精神保健福祉資料：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/keyword.html>
- 11) 杉山直也：高規格病棟とは何か～エビデンスに基づく検証．精神科救急．20 巻，22-27，2017
- 12) 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 30 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．2019 年

- 13) 塚本哲司：精神科救急搬送とアウトリーチサービス. 平田豊明, 分島徹責任編集：専門医のための精神科臨床リュミエール 13 「精神科救急医療の現在」中山書店, 98-103, 2010
- 14) 塚本哲司：精神科医療への安全・迅速なアクセスを考える～埼玉県精神科救急情報センターの取り組みから. 精神科救急. 20巻, 11-15, 2017
- 15) 塚本哲司：地域における精神科と救急科の協働. 日本臨床救急医学会監修；救急医療における精神症状評価と初期対応 PEECガイドブック改定第2版. へるす出版. 258-261, 2018

A. 平成 30 年度（2018 年度）精神科救急医療体制整備事業の概要
 （_____都・道・府・県・市）結果：2019 年 10 月 19 日

お答え頂ける範囲で、以下の設問にご回答願います。

なお、政令市のうち、精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」と略記）が道府県に統合されている場合は、以下の設問の全てにお答え頂く必要はありません。精神保健福祉法 29 条による措置入院関連の業務など、政令市が独自に回答すべき項目があれば、その項目にのみお答え下さい。

- 本事業に係る国の運営要綱に準じた貴自治体独自の運営要綱が
- | | |
|-----------------------|----|
| 1. ある（最終改訂_____年 月 日） | 61 |
| 2. ない | 6 |
- 夜間・休日*における精神保健福祉法 29 条による措置通報の処理業務は
- | | |
|--------------------|----|
| 1. 本事業に含まれている | 28 |
| 2. 本事業とは独立に運用されている | 36 |
| 3. その他（_____） | 3 |
- *「夜間・休日」とは、原則として 17:00 から翌日 8:30 まで、および休日の 8:30 から 17:00 までとしますが、貴自治体の規定に委ねます。土曜日の扱いも自治体の規定によります。
- 夜間・休日における精神保健福祉法 29 条による措置通報の受理は
- | | |
|------------------|----|
| 1. 特定の窓口を集約されている | 27 |
| （設置場所 _____） | |
| 2. 保健所等に分散している | 37 |
| 3. その他（_____） | 3 |
- 本事業の運用時間は
- | | |
|-----------------|----|
| 1. 夜間および休日日中に限定 | 35 |
| 2. 24 時間 365 日 | 25 |
| 3. その他（_____） | 7 |
- 本事業の対象者は
- | | |
|-------------------------------------|----|
| 1. 受診した医療機関に通院中の患者*は除くという取り決めになっている | 11 |
| 2. そのような取り決めはなく、病院の判断に任せている | 31 |
| 3. その他（_____） | 23 |

*「通院中の患者」とは、受診日前 3 カ月以内に受診施設での治療歴がある患者。

- 本事業に関する実績の集計は
- | | |
|---------------------------|----|
| 1. 主に貴自治体の担当部署が行っている | 52 |
| 2. 主に団体に委託している（団体名 _____） | 11 |
| 3. その他（_____） | 4 |
- 本事業に関する補助金の分配は
- | | |
|---------------------------|----|
| 1. 主に貴自治体の担当部署が行っている | 50 |
| 2. 主に団体に委託している（団体名 _____） | 13 |
| 3. その他（_____） | 4 |
- 身体合併症対策については
- | | |
|-------------------------------|----|
| 1. 運営要綱上に取り決めが明記されている | 36 |
| 2. 運営要綱上に明記されていないが、一定の取り決めがある | 10 |
| 3. 特に取り決めはない | 17 |
| 4. その他（_____） | 4 |
- 本事業に係る連絡調整や研修のための会議*の開催数（平成 30 年度）
- | | | |
|------------------|-------|-----|
| 1. 連絡調整会議 _____回 | 1 回以上 | 0 回 |
| 2. その他 _____回 | 1 回以上 | |
| （会合名 _____） | | |
- *国の運営要綱が規定する連絡調整委員会のほか、貴自治体が独自に開催する研修会などを含みます。
- 本事業の実績は
- | | |
|-----------------------------|----|
| 1. 定期的集計し、貴自治体内の関係機関に報告している | 58 |
| 2. 報告しない年もある | 5 |

B. 平成 30 年度（2018 年度）精神科救急医療に関する受診前相談事業の概要
 （_____都・道・府・県・市）結果：2019 年 10 月 19 日

お答え頂ける範囲で、以下の設問にご回答願います。

なお、政令市のうち、精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」と略記）が道府県に統合されている場合は、以下の設問の全てにお答え頂く必要はありません。独自の相談事業を行っている場合にのみ、該当する設問にお答え下さい。

<精神科救急情報センターについて>

○精神科救急情報センターが本事業の一環として

- | | |
|-------------|----|
| 1. 設置されている | 60 |
| 2. 設置されていない | 7 |

○前問で「設置されている」と回答した場合は、以下を回答願います。

- | | | |
|---------|-------------------|----|
| 1. 設置場所 | ①医療機関内（具体的に_____） | 33 |
| | ②医療機関外（具体的に_____） | 25 |
| | ③両方 | 2 |
| 2. 運用主体 | ①貴自治体 | 28 |
| | ②他団体（具体的に_____） | 31 |
| 3. 対応職員 | ①貴自治体職員（常勤） | 9 |
| | ②貴自治体職員（非常勤） | 7 |
| | ③その他（具体的に_____） | 43 |
| 4. 運用時間 | ①夜間・休日*のみ | 29 |
| | ②24 時間 365 日 | 23 |
| | ③その他（具体的に_____） | 8 |

*「夜間・休日」とは、原則として 17:00 から翌日 8:30 まで、および休日の 8:30 から 17:00 までとしますが、貴自治体の規定に委ねます。土曜日の扱いも自治体の規定によります。

*設置場所が曜日や時間帯によって異なる場合は、別紙に上記項目 1～4 を追加記載して下さい。

○前問 1 で「医療機関内」に設置されていると回答した場合は、以下を回答願います。

- | | |
|--------------------------------------|----|
| 1. 設置された医療機関に通院中の患者*による相談は事業実績に含まれない | 2 |
| 2. 設置された医療機関に通院中の患者による相談も事業実績に含まれる | 28 |
| 3. その他（_____） | 4 |

*「通院中の患者」とは、受診日前 3 カ月以内に受診施設での治療歴がある患者。

<精神医療相談窓口について>

○精神医療相談窓口が本事業の一環として

- | | |
|-------------|----|
| 1. 設置されている | 50 |
| 2. 設置されていない | 17 |

○前問で「設置されている」と回答した場合は、以下を回答願います。

- | | |
|---------------------------------|----|
| 1. 精神医療相談窓口の設置場所 | |
| ①精神科救急情報センターに同じ（電話回線も同じ） | 23 |
| ②精神科救急情報センターに同じ（電話回線は異なる） | 11 |
| ③精神科救急情報センターと異なる
（具体的に_____） | 16 |
| 2. 運用主体 | |
| ①貴自治体 | 15 |
| ②他団体（具体的に_____） | 35 |
| 3. 対応職員 | |
| ①精神科救急情報センターに同じ | 34 |
| ②精神科救急情報センターと異なる
（具体的に_____） | 15 |
| 4. 運用時間 | |
| ①夜間・休日のみ | 21 |
| ②平日日中のみ | 0 |
| ③24 時間 365 日 | 22 |
| ④その他（具体的に_____） | 7 |

*「夜間・休日」とは、原則として 17:00 から翌日 8:30 まで、および休日の 8:30 から 17:00 までとしますが、貴自治体の規定に委ねます。土曜日の扱いも自治体の規定によります。

*設置場所が曜日や時間帯によって異なる場合は、別紙に上記項目 1～4 を追加記載して下さい。

○精神医療相談窓口が医療機関内に設置されている場合は、以下を回答願います。

- | | |
|---------------------------------------|----|
| 1. 窓口が設置された医療機関に通院中の患者による相談は事業実績に含ない | 1 |
| 2. 窓口が設置された医療機関に通院中の患者による相談も事業実績に含まれる | 27 |
| 3. その他（_____） | |

平成31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
 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
 精神科救急全国自治体担当者会議
 参加者アンケート結果

1. 職種内訳

行政職：	19名
医師：	1名
保健師：	3名
精神保健福祉士：	6名
心理技術者：	2名
計：	31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：4.4 （再掲）行政職：4.3
 専門職：4.5

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」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：4.4 （再掲）行政職：4.3
 専門職：4.5

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」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：4.3 （再掲）行政職：4.2
 専門職：4.4

5. 「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」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：4.4 （再掲）行政職：4.3
 専門職：4.5

6. 「分担研究 精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進のサービスの質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」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：4.3 （再掲）行政職：4.3
 専門職：4.3

7. 「意見交換会」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：4.8 （再掲）行政職：4.7
 専門職：4.8

表1-1 精神科救急医療圏域数および精神科救急医療施設数（2018年度）

都道府県	人口(万)	精神科救急医療圏域数	精神科救急医療施設数	精神科救急医療施設等の分類			医療施設分類			
				常時対応型	輪番型	外来対応施設	大学病院	総合病院	その他	診療所
北海道	529	8	63		63			10	53	
青森県	126	6	22		22			5	17	
岩手県	124	4	15	3	12		1		14	
宮城県	232	1	31		26	5	2	1	23	5
秋田県	98	5	14	1	13			2	12	
山形県	109	2	11		11				11	
福島県	186	4	25		25			2	23	
茨城県	288	2	28	2	26				28	
栃木県	195	3	19	1	8	10			19	
群馬県	195	1	15	1	14				15	
埼玉県	733	4	78	2	36	40	1	1	36	40
千葉県	626	4	43	12	31			4	39	
東京都	1,382	4	84	3	38	43		3	38	43
神奈川県	918	4	58	6	45	7	3	3	45	7
新潟県	225	2	26		26			1	25	
富山県	105	1	25		25		1	5	19	
石川県	114	2	15		15		2	1	12	
福井県	77	1	9		9			2	7	
山梨県	82	1	10	1	9				10	
長野県	206	3	20	3	17			2	18	
岐阜県	200	2	14		14			1	13	
静岡県	366	6	10	4	6			2	8	
愛知県	754	1	42		42			1	41	
三重県	179	2	12		12				12	
滋賀県	141	3	11	2	9		1	2	8	
京都府	259	3	17	1	16		2	1	14	
大阪府	881	8	38		38			1	37	
兵庫県	548	5	39	1	38		2	2	35	
奈良県	134	1	9	1	8		1		8	
和歌山県	94	2	6	1	5				6	
鳥取県	56	3	7		7		1		6	
島根県	68	7	12	4	8			3	9	
岡山県	199	2	13	2	11				13	
広島県	282	2	5	1	4				5	
山口県	137	3	30	1	26	3	1		29	
徳島県	74	3	15	1	14			1	14	
香川県	96	2	12		12			1	11	
愛媛県	135	1	7		7				7	
高知県	71	1	7		7				7	
福岡県	511	4	77		77		1		76	
佐賀県	82	1	18	1	17				18	
長崎県	134	6	35	1	34			2	33	
熊本県	176	1	44		44				44	
大分県	114	1	20		20				20	
宮崎県	108	3	21	2	19		1	1	19	
鹿児島県	161	4	42		42				42	
沖縄県	145	4	20		20			2	18	
合計	12,644	143	1,194	58	1,028	108	20	62	1,017	95

表1-2 精神科救急事業の運用実績（2018年度）

都道府県	人口(万)	受診前相談事業			受診件数	入院件数	入院形式					
		情報センター		精神医療 相談			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
		総数	受診紹介									
北海道	529				3,498	1,166	13	9	55	616	472	1
青森県	126				1,409	297	1	6	1	171	114	4
岩手県	124	352	90	2,182	1,756	429		1	5	161	262	
宮城県	232	760	476	1,862	275	133	1	51	0	66	15	0
秋田県	98	196	90		708	204	0	8	0	105	91	0
山形県	109	154	16		587	283	1	19	8	170	85	0
福島県	186	46	36		601	234	0	26	9	143	58	0
茨城県	288	409	83	408	383	237	31	15	2	171	18	0
栃木県	195	457	344	620	566	241	137	60	2	33	8	1
群馬県	195	39	37		1,202	493	107	15	7	272	92	0
埼玉県	733	2,117	265	10,236	992	491	26	239	1	217	8	0
千葉県	626	3,482	874		1,104	662	79	105	10	441	27	0
東京都	1,382	12,104	622	9,637	1,822	1,598	902	0	12	648	36	0
神奈川県	918	1,253	1,002	15,757	1,400	1,133	104	646	11	353	20	0
新潟県	225	101	78	1,369	661	255	0	0	0	178	49	28
富山県	105	3,738	378	3,738	208	103	1	8	4	53	16	21
石川県	114	263	54	305	774	351	0	28	23	267	33	0
福井県	77	1,034	518	1,708	708	318	16	22	24	174	61	21
山梨県	82	746	309	605	169	112	21	1	2	77	11	0
長野県	206				2,559	697	68	72	14	275	266	2
岐阜県	200	576	232	467	724	342	2	2	14	208	116	0
静岡県	366	1,871	232	10,063	1,338	649	70	2	24	433	100	20
愛知県	754	4,613	2,059	4,613	1,794	946	34	3	37	620	250	2
三重県	179	916	916	1,561	1,071	364	29	1	12	226	96	0
滋賀県	141				1,321	359	61	1	14	158	125	0
京都府	259	6,125	238	2,999	716	373	37	16	36	246	38	0
大阪府	881	2,274	1,441	15,682	2,774	1,691	269	0	185	926	311	0
兵庫県	548	7,293		3,154	1,760	1,181	22	2	47	472	130	508
奈良県	134	1,352	740		575	240	30	0	8	147	55	0
和歌山県	94	131	68		659	170	5	4	1	104	56	0
鳥取県	56			5,648	682	214	1	8	4	106	92	3
島根県	68	456	94	8,578	611	190	6	20	4	94	63	4
岡山県	199	554	0	5,073	710	432	0	14	32	249	137	0
広島県	282	1,244	119	1,244	1,077	434	2	60	12	241	118	1
山口県	137	325	244	1,625	174	139		25	0	83	25	1
徳島県	74	130	101		853	412	0	0	28	195	189	0
香川県	96	19	15	1,103	578	175	0	3	2	70	58	42
愛媛県	135	270	105		291	104	0	1	3	70	30	0
高知県	71	640	81		299	154	0	9	7	103	35	0
福岡県	511	4,045	1,491	14,975	473	424	156	9	12	207	39	0
佐賀県	82	257	35	257	50	13	0	0	0	11	2	0
長崎県	134	1,289	242	55	138	65	0	3	2	19	43	0
熊本県	176	980	980	1,309	842	189	0	0	2	119	62	6
大分県	114	408			71	58	34	7	0	15	2	0
宮崎県	108	181	62		553	136	14	8	9	64	41	0
鹿児島県	161	71	11	585	462	171	0	5	0	83	80	3
沖縄県	145	2,590	463	2,590	1,090	421	3	17	25	192	180	4
合計	12,644	65,861	15,241	130,008	43,068	19,483	2,283	1,551	710	10,052	4,215	672

表2 精神科救急入院料病棟に関するデータ

		2018年（救急病棟）		2019年（救急病棟）		2019年（全体）	
認可施設数		163		168		1,577	
認可病棟数		234		246		6,060	
病床数		10,916		11,254		315,068	
在院患者数		9,424(人)	%	9,705(人)	%	272,096(人)	%
入院形態	措置入院	527	5.6	598	6.2	1,585	0.6
	医療保護入院	6,302	66.9	6,450	66.5	127,429	46.8
	任意入院	2,533	26.9	2,596	26.7	141,818	52.1
	その他	62	0.7	60	0.6	860	0.3
主診断	F0	1,074	11.4	1,261	13.0	70,255	25.8
	F1	456	4.8	467	4.8	11,306	4.2
	F2	4,391	46.6	4,286	44.2	143,583	52.8
	F3	2,340	24.8	2,392	24.6	26,113	9.6
	F4	432	4.6	464	4.8	5,225	1.9
	F5	64	0.7	93	1.0	731	0.3
	F6	66	0.7	84	0.9	1,018	0.4
	F7	163	1.7	202	2.1	5,824	2.1
	F8	233	2.5	247	2.5	2,086	0.8
	F9	48	0.5	63	0.6	865	0.3
	てんかん	35	0.4	44	0.5	2,041	0.8
	その他	106	1.1	85	0.9	2,948	1.1
不明	16	0.2	17	0.2	101	0.0	
65歳以上の患者数		2,834	30.1	3,066	31.6	164,346	60.4
在院3ヶ月超在院患者数		2,058	21.8	818	8.4	213,051	78.3
隔離患者数		1,647	17.5	1,686	17.4	12,789	4.7
身体拘束患者数		418	4.4	467	4.8	10,884	4.0

図1 精神救急情報センター相談件数(2018年度)

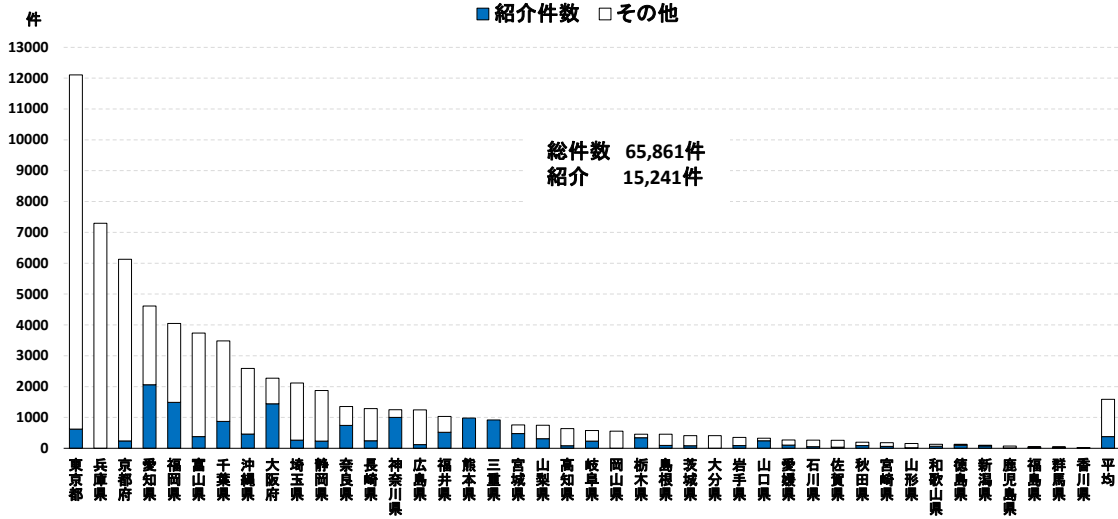


図2 精神医療相談件数(2018年度)

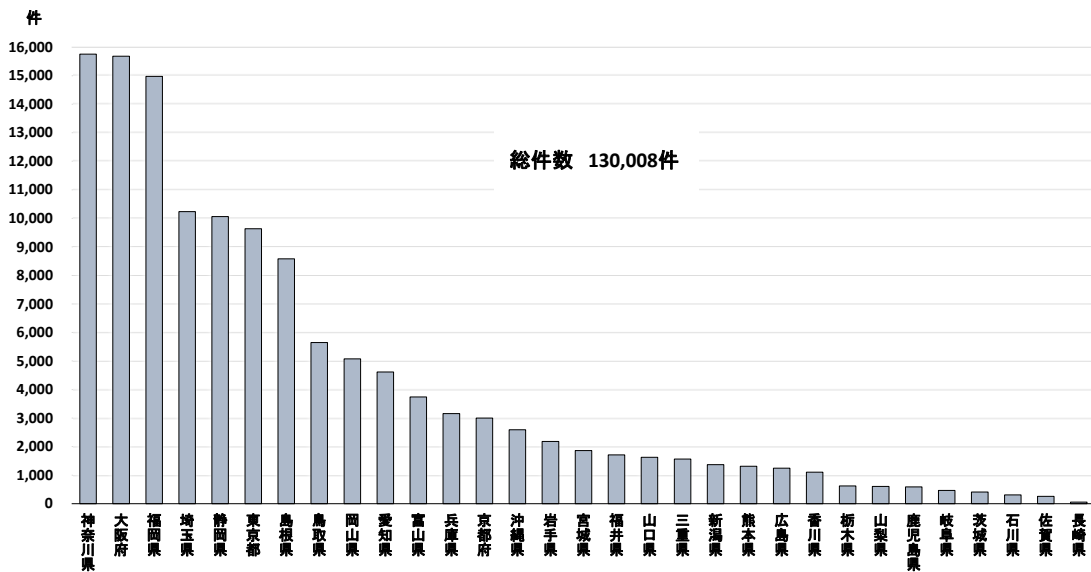


図3 受診および入院件数(2018年度)

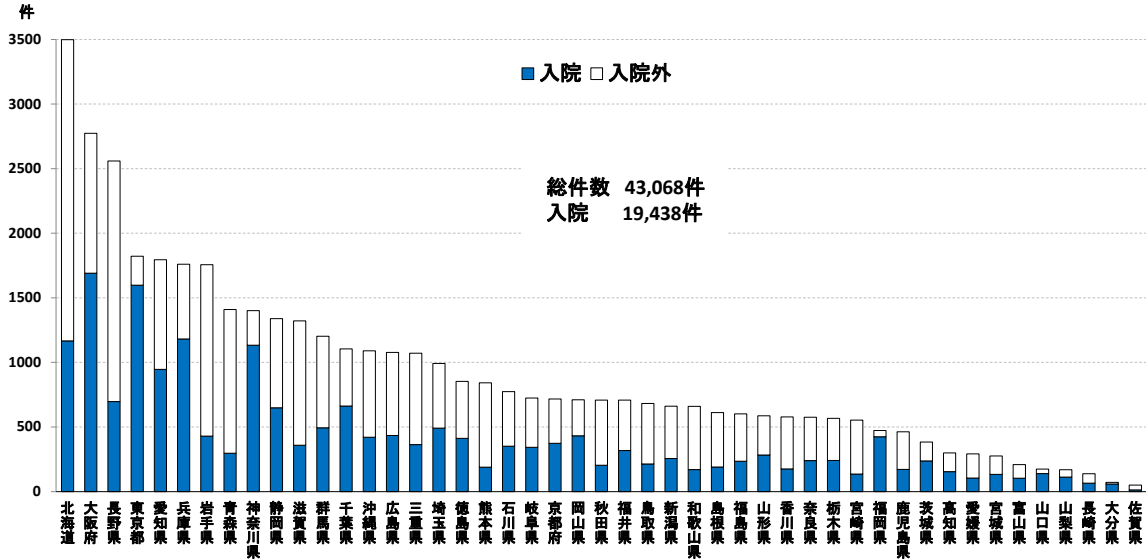


図4 入院形式別の入院件数(2018年度)

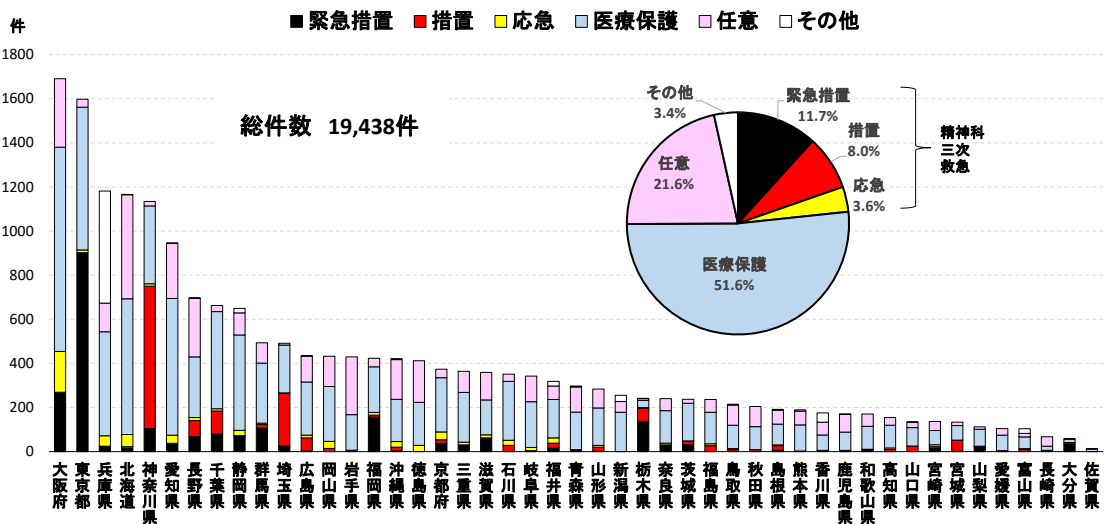


図5 人口万対受診件数と入院率の相関(2018年度)

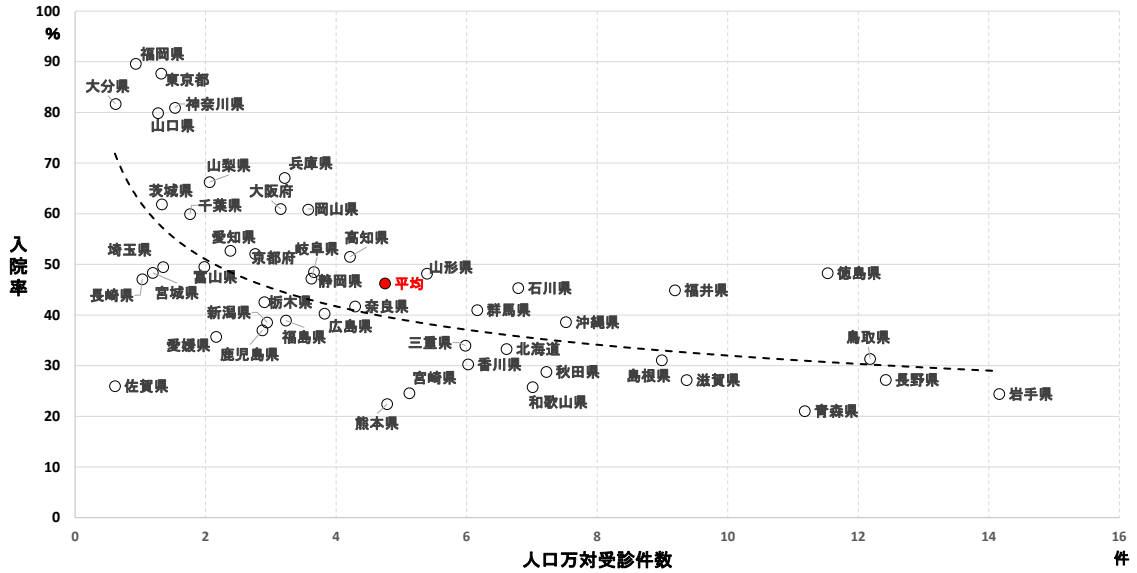
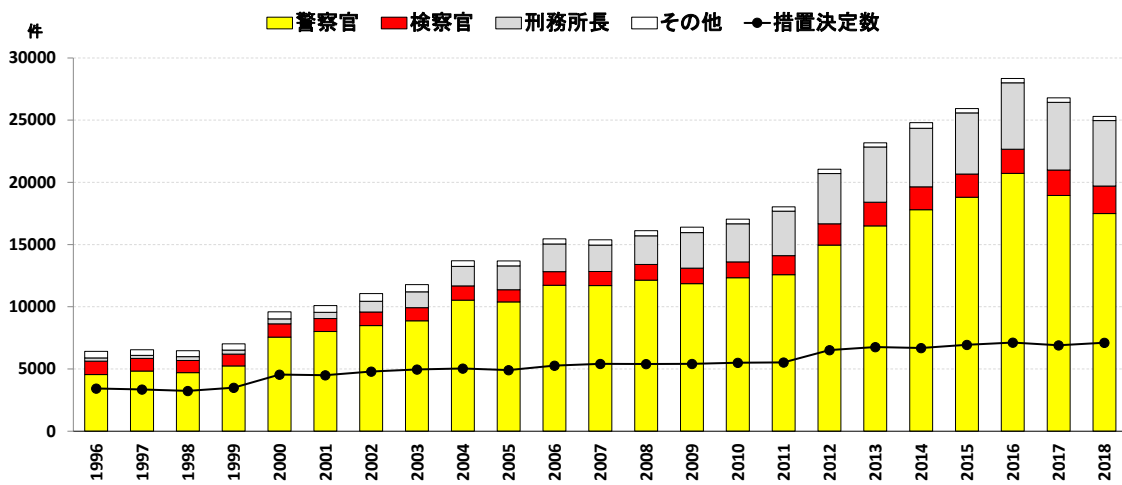
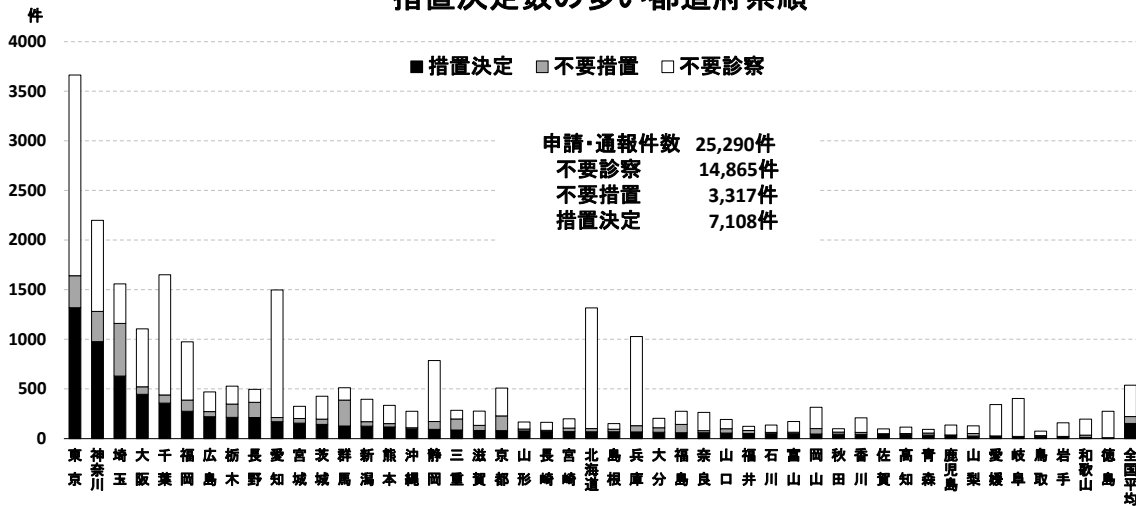


図6 申請・通報件数および措置決定数・決定率の推移



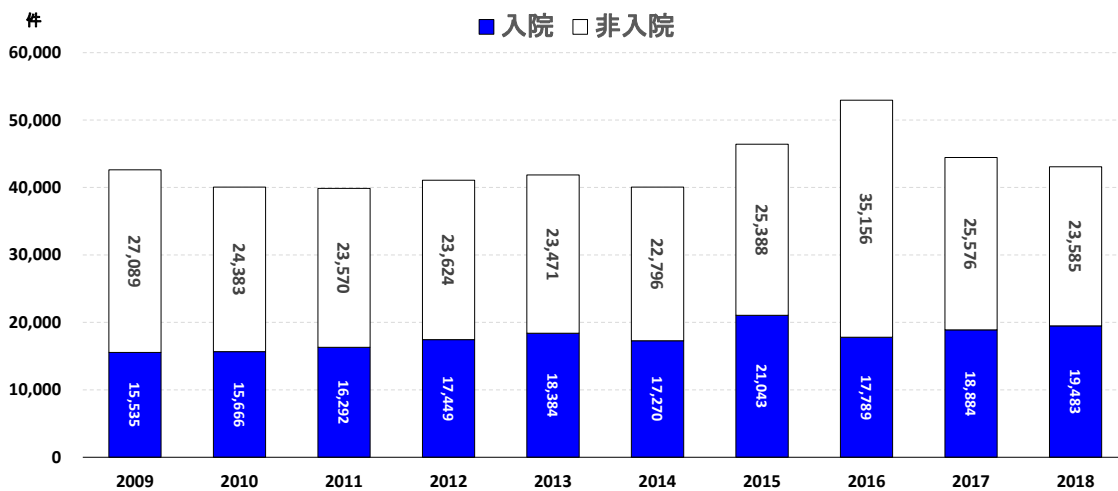
衛生行政報告例より作成

図7 申請・通報の処理状況(2018年度)
 ～措置決定数の多い都道府県順～

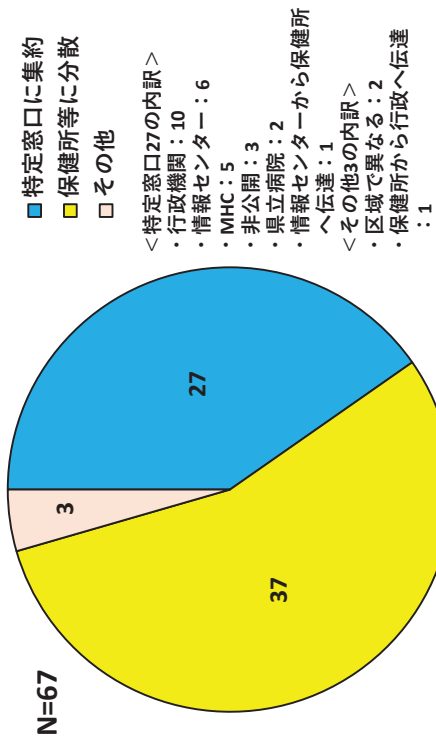


平成30年度衛生行政報告例より作成

図8 精神科救急事業運用実績の推移

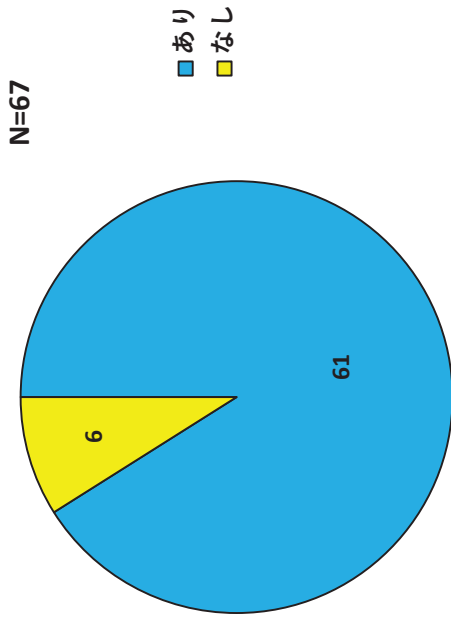


図A3 精神科救急事業調査2019
(通報受理窓口)



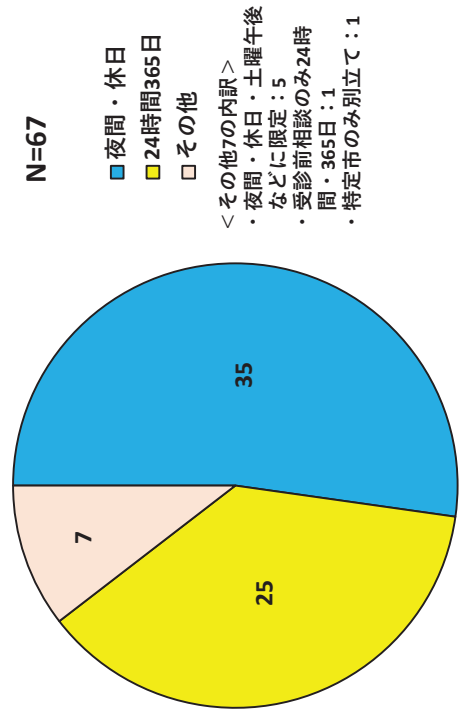
3

図A1 精神科救急事業調査2019
(運営要綱の有無)



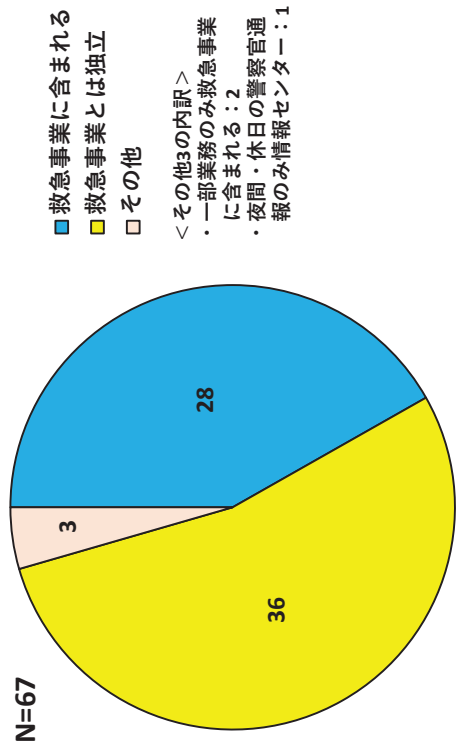
1

図A4 精神科救急事業調査2019
(運用時間)



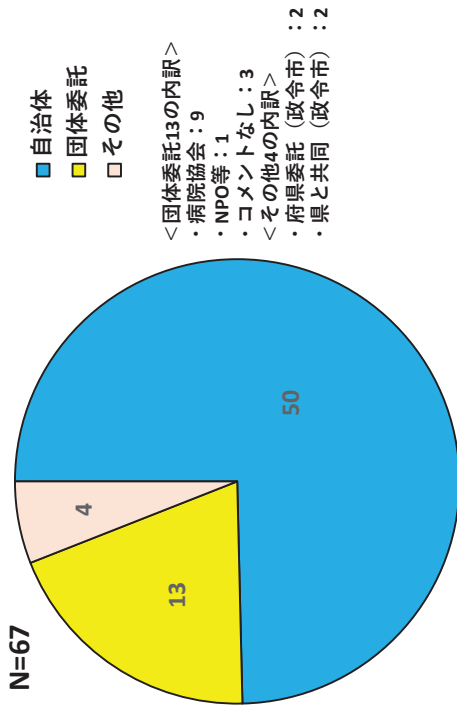
4

図A2 精神科救急事業調査2019
(通報処理業務)



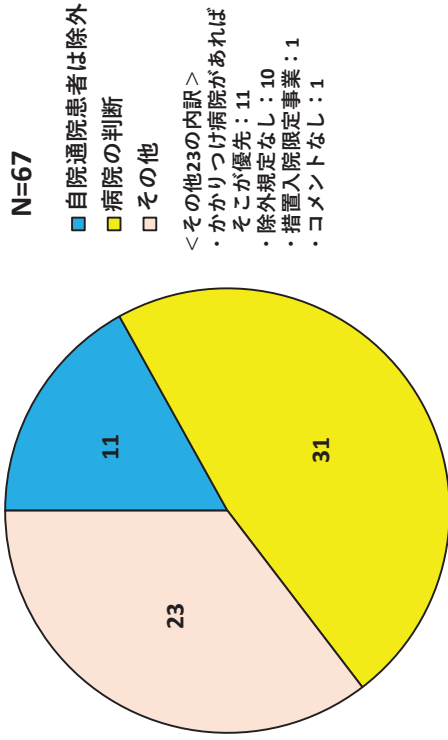
2

図A7 精神科救急事業調査2019
(補助金の分配)



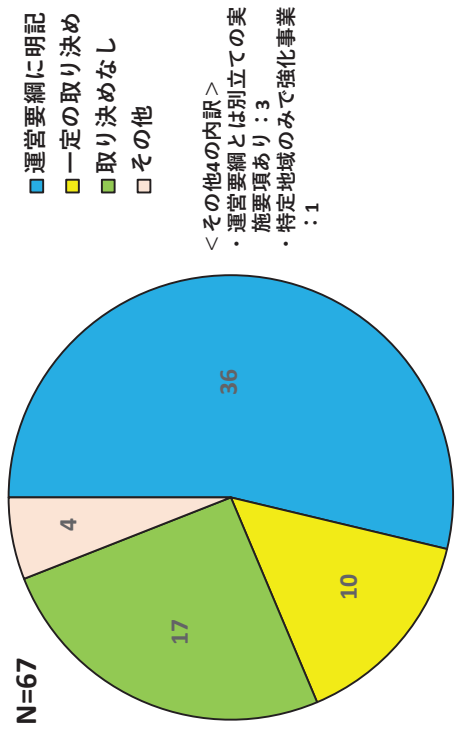
7

図A5 精神科救急事業調査2019
(救急事業の対象者)



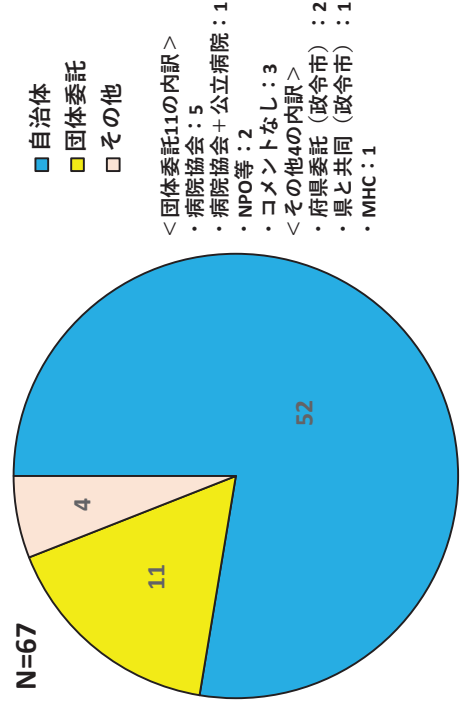
5

図A8 精神科救急事業調査2019
(身体合併症対策)



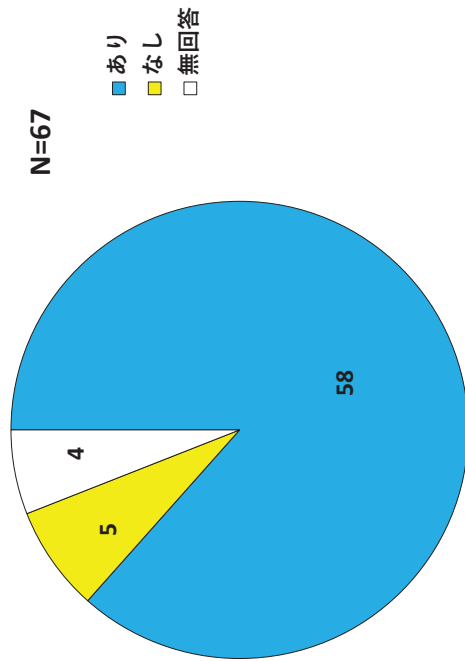
8

図A6 精神科救急事業調査2019
(事業実績の集計)



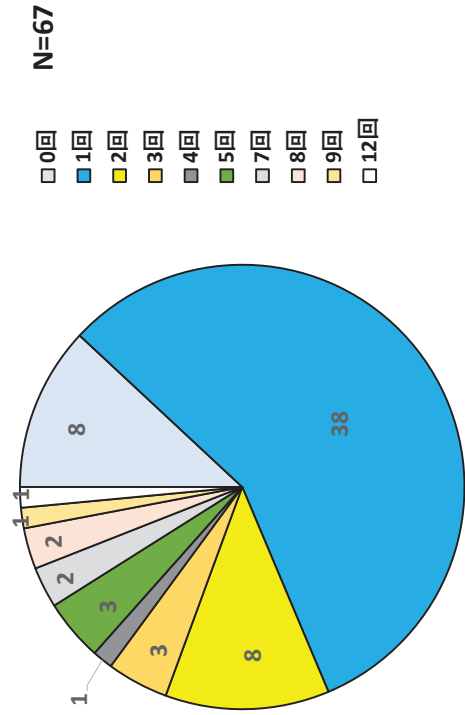
6

図A11 精神科救急事業調査2019
(実績報告)



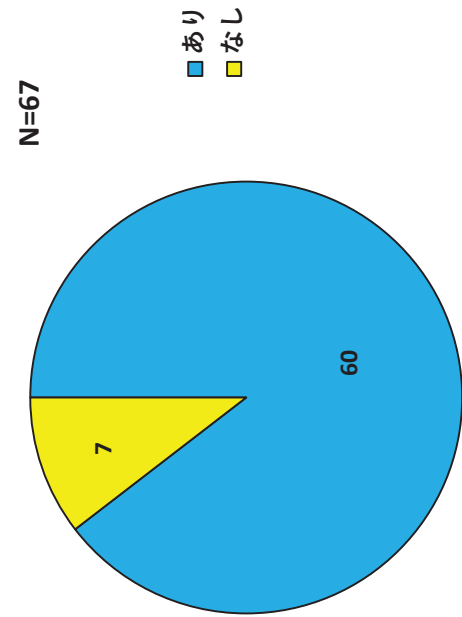
11

図A9 精神科救急事業調査2019
(連絡調整会議の開催数)



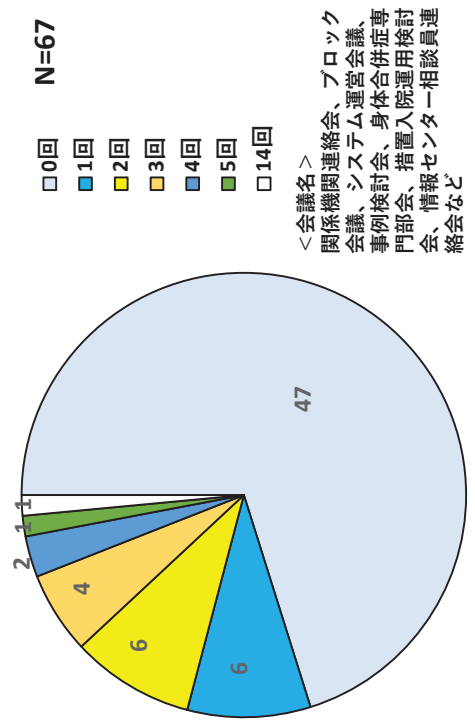
9

図B1 受診前相談センター設置の有無
(情報センター設置の有無)



12

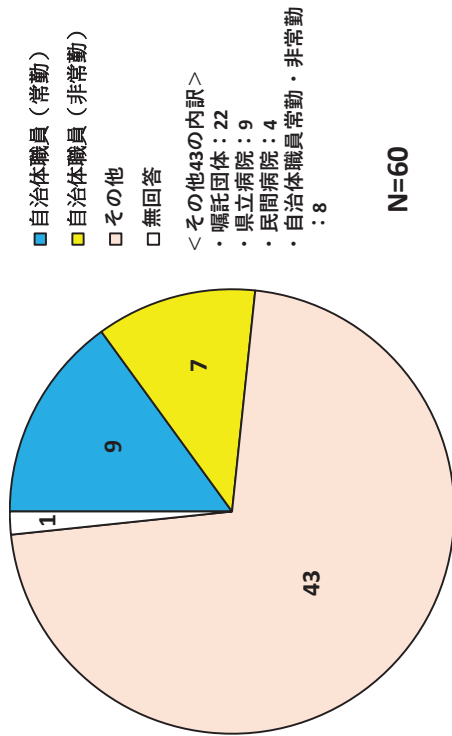
図A10 精神科救急事業調査2019
(その他の会議の開催数)



<会議名>
関係機関連絡会、ブロック
会議、システム運営会議、
事例検討会、身体合併症専
門部会、措置入院運用検討
会、情報センター相談員連
絡会など

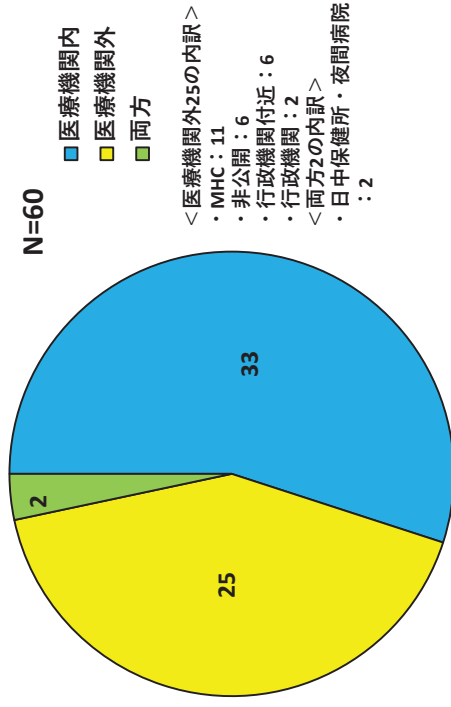
10

図B4 受診前相談事業調査2019
(情報センターの対応職員)



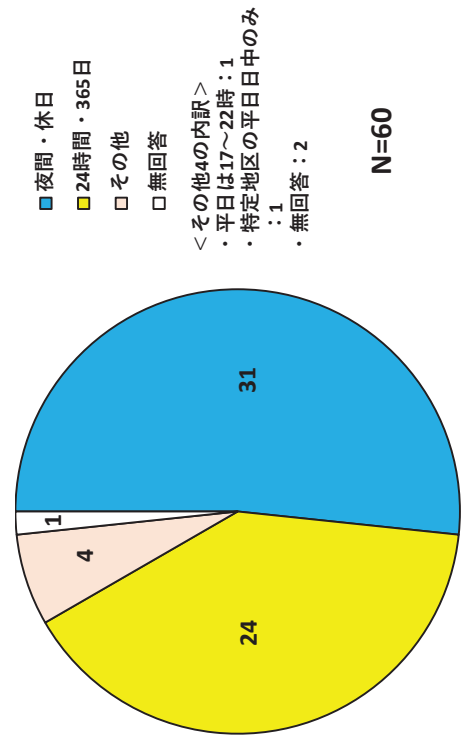
15

図B2 受診前相談事業調査2019
(情報センターの設置場所)



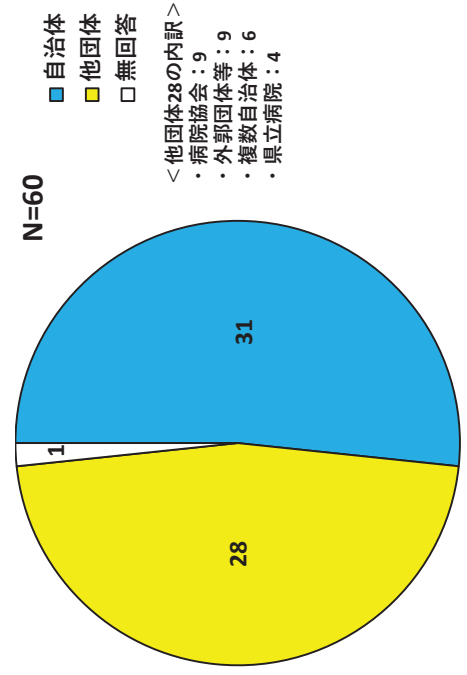
13

図B5 受診前相談事業調査2019
(情報センターの運用時間)



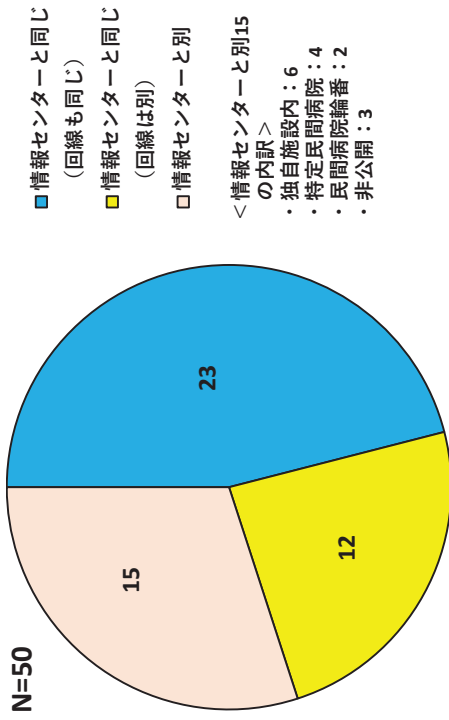
16

図B3 受診前相談事業調査2019
(情報センターの運用主体)



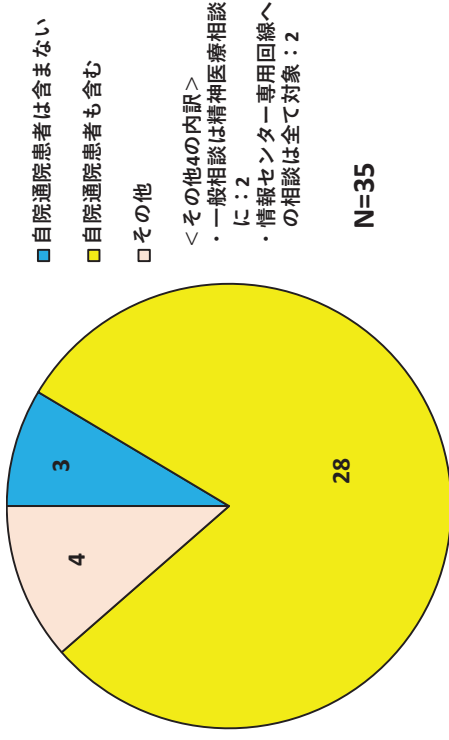
14

図B8 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の設置場所)



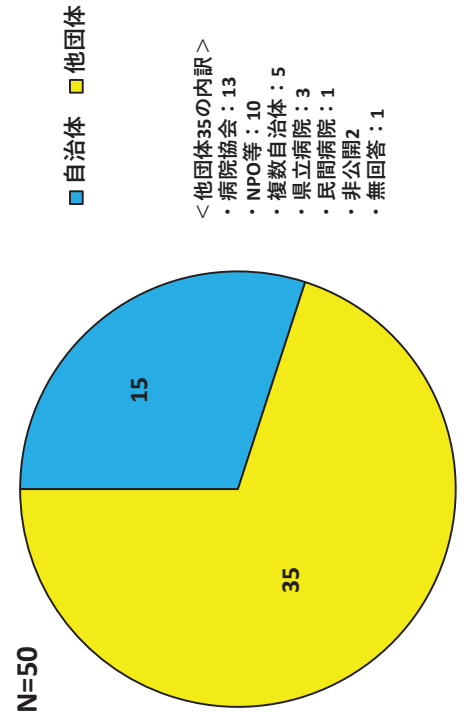
19

図B6 受診前相談事業調査2019
(医療機関内に設置された情報センターの対象)



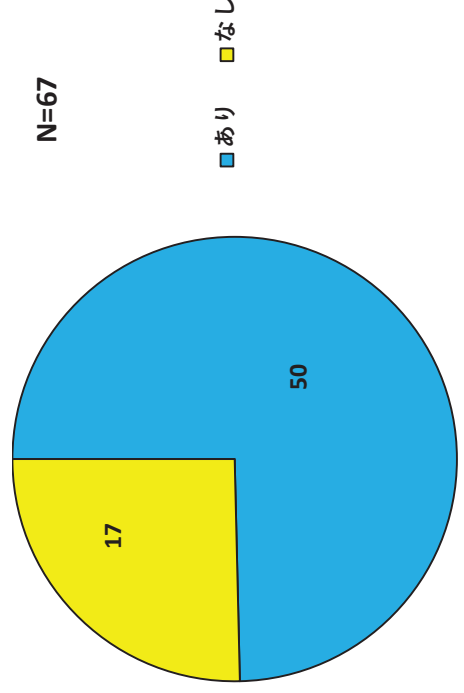
17

図B9 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の運用主体)



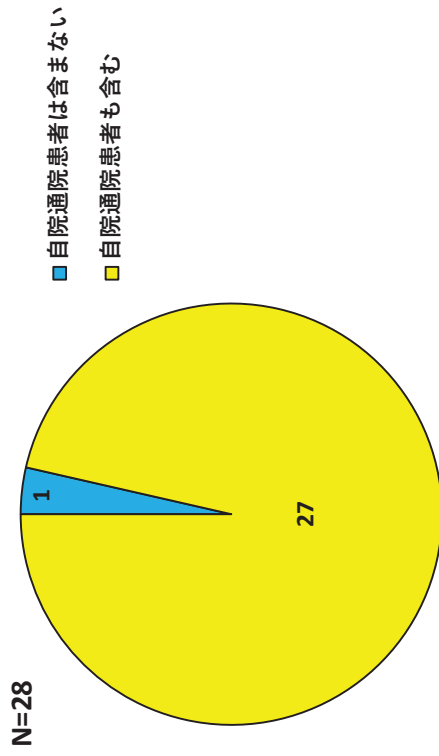
20

図B7 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の運用実績)



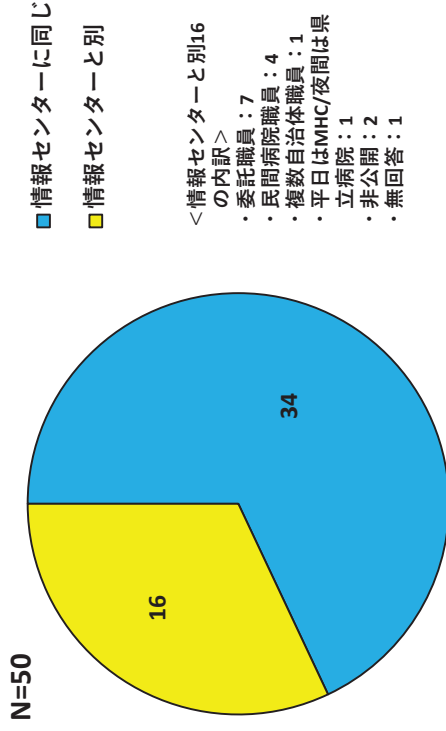
18

図B12 受診前相談事業調査2019
(医療機関内の精神医療相談の対象)



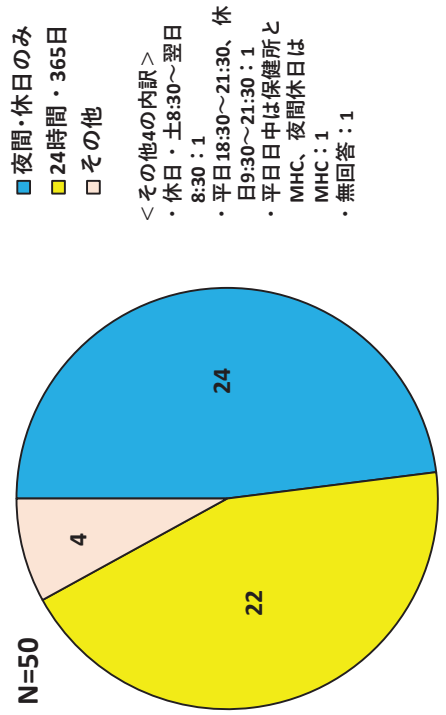
23

図B10 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の対応職員)



21

図B11 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の運用時間)



22

科学的進歩に対応した推奨治療法の見直しによる精神科救急医療の 質向上に資する研究

研究分担者：八田耕太郎（順天堂大学大学院医学研究科）

研究協力者：片山成仁（成仁病院），石塚卓也（長谷川病院），須藤康彦（土佐病院），中村満（成増厚生病院），長谷川花（沼津中央病院），藤田潔（桶狭間病院 藤田こころケアセンター），森川文淑（旭川圭泉会病院），正木秀和（東京都立松沢病院），今井淳司（東京都立松沢病院），三澤史斉（山梨県立北病院），渡邊治夫（さわ病院），島田達洋（栃木県立岡本台病院），尾崎茂（東京都保健医療公社豊島病院）

要旨

【背景と目的】抗精神病薬に新しい薬剤や剤形が加わる中、スウェーデンの国家的規模の実臨床データベースから抗精神病薬持続性注射剤（LAI）や抗精神病薬の併用の成績がクロザピン以外の抗精神病薬の単剤より優れたことが報告され、実臨床に基づく大規模データの重要性が認識されるようになった。そこで、再入院率を下げる効果の大きい第2世代 LAI の導入のタイミングおよびそれを見越した新規の抗精神病薬の精神科救急医療の現場における使用法を検証することを目的として本研究を実施した。具体的な研究疑問は次の通りである：LAI の有無とタイミングによって再入院率に差があるか？LAI の導入は、外来移行後より入院中の方が円滑か？新規の抗精神病薬も含めてどれによる開始が低い再入院率につながるか？

【方法】7 ヶ月間に登録する約 1000 例の連続症例を 1 年間追跡して、再入院・治療失敗を指標とした治療成績について、主要な精神科救急医療機関である 12 病院で前向き観察研究デザインにて検証する。

【結果】1019 例を登録できた。平均 47.5 歳（SD14.8）、男性 46%・女性 54%、入院時入院形態は、措置 7.6%、緊急措置 2.0%、応急 1.6%、医療保護 68.1%、任意 20.8%であった。診断（DSM5，退院時および入院時暫定とも含む）は 89.9%が統合失調症、依存物質併存は 6.7%、発症からの年数は 82.6%が 3 年以上、今回より前の入院回数は 59.9%が 2 回以上、LAI 治療歴は 14.5%、CLZ 治療歴は 2.1%、入院時服薬状況は未治療 13.4%、怠薬 49.0%、服薬遵守 36.3%、入院時 CGI-S は平均 4.75（SD1.15）、入院時の PANSS-8 は平均 28.8 点（SD10.5）であった。1 剤目として選択された抗精神病薬は、リスペリドン 23.0%、パリペリドン 17.3%、オランザピン 16.2%、アリピプラゾール 11.6%、ブレクスピプラゾール 11.5%、プロナンセリン 6.4%、クエチアピン 3.6%、ハロペリドール 3.0%、アセナピン 1.0%といった順であった。2020 年 3 月末日時点までに LAI を開始した症例は 181 例（17.8%、暫定）であった。

【結論】本年度登録した患者を 1 年間追跡して集積データを解析し、精神科救急医療ガイドラインの薬物療法の部の改訂版の作成を目指す。

A.研究の背景と目的

精神科救急医療の質向上には、その医療技術の向上と標準化が不可欠である。したがって、精神科救急医療の包括的ガイドラインにおける薬物療法の重要性は高い。最近、抗精神病薬に新しい薬剤や剤形が次々に加わり、精神科救急医療における薬物療法は数年前と比べて確実に変化している。しかも、エビデンスといえはランダム化比較試験一辺倒の時代が長く続いたが、2017年にスウェーデンの国家的規模の実臨床データベースによる再入院や治療失敗を主要評価項目とした研究で、抗精神病薬持効性注射剤や抗精神病薬の併用の成績がクロザピン以外の抗精神病薬の単剤より優れたことが報告され、実臨床に基づく大規模データの重要性が認識されるようになった¹⁾。

ところが、評価の高まっている持効性抗精神病薬注射剤を導入する前に一定期間経口薬で忍容性を確かめるよう添付文書に記されているが、この「一定期間」はどれくらいなのか国際的にも検証されていない。したがって、それを明らかにすることは極めて意義深い。また、新たに市場に投入された抗精神病薬の精神科救急医療の現場における使用法について、持効性抗精神病薬注射剤の導入を見越した検討が必要である。

われわれは以前からランダム化比較試験と実臨床との乖離の本質的な問題を指摘し²⁾、両者の良い点を掬い取ってガイドラインに反映できるように、精神科救急医療現場の多施設共同研究グループ JAST study group を組織してランダム化比較試験と前向きコホート研究の両者を2007年から実施してきた。本研究でもこの JAST study group で、再入院率を下げる効果の大きい第2世代抗精神病薬持効性注射剤の導

入のタイミングおよびそれを見越した新規の抗精神病薬の精神科救急医療の現場における使用法を検証することを目的としている。具体的な研究疑問は次の通りである：

- 抗精神病薬持効性注射剤の有無とタイミングによって再入院率に差があるか？
- 抗精神病薬持効性注射剤の導入は、外来移行後より入院中の方が円滑か？
- 新規の抗精神病薬も含めてどれによる開始が低い再入院率につながるか？

B.研究方法

(1) 研究実施期間：2019年9月1日～2021年3月31日（登録締切日：2020年3月31日）

(2) 研究の種類・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・前向き観察研究

(3) 試験のアウトライン

7ヵ月間に登録する約1000例の連続症例を1年間追跡して、再入院・治療失敗を指標とした治療成績について、主要な精神科救急医療機関である11病院および当院で前向き観察研究デザインにて検証する。侵襲も介入もない日常診療の記録を集計して検討する内容である。

(4) 症例登録の方法

登録期間中に選択基準を満たし除外基準に該当しない患者をオプトアウトにて登録する。

(5) 対象者

本研究に参加する施設に 2019 年 9 月 1 日～2020 年 3 月 31 日までの間に救急入院する患者を対象とする。

1) 選択基準

下記の全ての基準を満たす。

① 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

上記 (1) 研究対象者のうち、(2) 選択基準をすべて満たし、かつ (3) 除外基準のいずれにも該当しない場合を適格とする。

3) 中止基準

① 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があった場合

② 本研究全体が中止された場合

(6) 研究対象者の研究参加予定期間

登録した研究対象者を 1 年間追跡する。

(7) 観察および検査項目

以下の項目について、観察および検査を実施し、そのデータを本研究に利用する。これらはすべ

て日常診療で実施される項目であり、その頻度も日常診療と同等である。

1) 患者基本情報：年齢、性別、入院時入院形態、診断名、依存物質使用の有無、初発か否か、入院回数、入院前のクロザピン治療の有無、入院前の LAI 治療の有無

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、退院時 (退院していない場合 1 年後) の抗精神病薬併用の有無、クロザピン治療の有無、ECT 実施の有無、持効性抗精神病薬注射剤治療の有無、持効性抗精神病薬注射剤開始は入院から何日目か、持効性抗精神病薬注射剤開始は入院中か退院後か、持効性抗精神病薬注射剤を開始しなかった症例についてその理由は患者の拒否か

7) 入院時の臨床全般印象度・疾病重症度 (CGI-S)、退院時 (退院していない場合 1 年後) の臨床全般印象度・疾病改善度 (CGI-I)

8) 陽性症状陰性症状評価尺度 8 項目 (PANSS-8)：入院時および退院時 (退院していない場合 1 年後)

9) 入院期間、再入院の有無、退院から再入院までの期間、再入院前 1 ヶ月間の怠薬の有無、追跡期間中の医療中断・死亡

(8) 目標症例数とその設定根拠

1000 例以上を目標とする。その設定根拠は次の通りである。同じ病院群で行った 2017 年から 2018 年のオプトアウトによる観察研究では、患者登録期間 9 ヶ月で 1543 例を登録できた。本研究の登録期間は 7 ヶ月であるため、1000 例が達成可能と見込まれる。

(9) 統計解析方法

主要評価項目は再入院、治療失敗（再入院・医療中断・自殺・死亡）で、持効性抗精神病薬注射を用いる患者とそうでない患者などいくつかの治療法を COX 比例ハザードモデルを用いて解析する。

(10) 倫理的配慮

研究のための介入はない日常臨床の範囲であるためオプトアウトにて実施しているが、研究について拒否機会を設けた情報公開を行っている。本研究に係わるすべての研究者は、「ヘルシンキ宣言」および「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施する。得られた情報は各参加施設の個人情報管理者等によって、個人情報とは関係ない研究用 ID を付して管理し、研究対象者の秘密保護に十分配慮している。

C. 研究結果/進捗

7 ヶ月間の登録期間に 1019 例を登録でき、順調な進捗状況にある。登録症例の入院時のデモグラフィおよび臨床的特徴は次のとおりである。

年齢：平均 47.5 歳 (SD14.8)

性別：男性 46%、女性 54%

入院時入院形態：措置 7.6%、緊急措置 2.0%、応急 1.6%、医療保護 68.1%、任意 20.8%

診断 (DSM5, 退院時および入院時暫定とも含む): 統合失調症 89.9%、統合失調症様障害 0.4%、短期精神病性障害 2.7%、統合失調感情障害双極型 2.6%、同抑うつ型 0.8%、統合失調症型パーソナリティ障害 0.1%、妄想性障害 2.5%

依存物質：アルコール 2.4%、覚醒剤 0.5%、向精神薬 0.3%、麻薬 0.2%、大麻 0.2%、危険ドラッグ 0.2%、有機溶剤 0.1%、市販薬 0.1%、その他 2.7%、無し 92.4%、不明 0.9%

発症からの年数：1 年未満 11.9%、1 年以上 3 年未満 4.6%、3 年以上 82.6%、不明 0.9%

今回より前の入院回数: 0 回 24.9%、1 回 14.2%、2 回以上 59.9%、不明 1.0%

入院前の抗精神病薬持効性注射剤治療の有無：有り 14.5%、無し 84.6%、不明 0.9%

入院前の CLZ 治療の有無：有り 2.1%、無し 97.1%、不明 0.9%

入院時服薬状況：未治療 13.4%、怠薬 49.0%、服薬遵守 36.3%、不明 1.3%

入院時 CGI-S：平均 4.75 (SD1.15)

入院時の PANSS-8 計：平均 28.8 (SD10.5)

抗精神病薬 1 剤目：リスペリドン 23.0%、パリエリドン 17.3%、オランザピン 16.2%、アリピプラゾール 11.6%、ブレクスピプラゾール 11.5%、ブロナンセリン 6.4%、クエチアピン 3.6%、ハロペリドール 3.0%、アセナピン 1.0%、レボメプロマジン 1.0%、他 5.5%

2020 年 3 月末日時点までに抗精神病薬持効性注射剤を開始した症例は 181 例 (17.8%、暫定)

であった。このうち 174 例 (17.1%) は入院から 3 ヶ月以内に開始されていた。経過観察中に開始する症例があるため、抗精神病薬持効性注射剤の開始症例はさらに増加する見込みである。

D. 考察

登録症例のデモグラフィと臨床的特徴は、2017 年 9 月から 1 年間ほぼ同じ精神科救急医療機関で救急入院する患者を対象に実施した JAST Study Group の観察研究と一致する³。ただし、1 剤目を選択した抗精神病薬の種類別頻度はやや変化を見せている。リスペリドンの首位は変わらないがその頻度が減り (30.0%から 23.0%へ)、代わりにパリペリドンが伸びて第 2 位になっている (8.4%から 17.3%へ)。一方、第 2 位だったアリピプラゾールが減り (18.7%から 11.6%へ)、ブレクスピプラゾールが増えている (圏外から 11.5%へ)。オランザピンは前回同様に第 3 位で大きな変化はない (18.1%から 16.2%へ)。また、持効性抗精神病薬注射剤を入院から 3 ヶ月以内に開始症例について、前回 0.02%と極めて少なかったが、今回は 2020 年 3 月時点で既に 17.1%に達している。2 年前の結果からこれほど変化したことは、タイミング的に、抗精神病薬持効性注射剤が再入院や治療失敗を指標にしたアウトカムにおいてクロザピン以外の抗精神病薬単剤内服に優れたという大規模実臨床データベース解析の影響と考えられる¹。

本研究によって、第 2 世代抗精神病薬持効性注射剤の導入のタイミングおよびそれを見越した新規の抗精神病薬の精神科救急・急性期医療の現場における使用法が明らかになれば、それ

を根拠に治療側も患者側も入院時の抗精神病薬を選択することができ、さらに、入院中から安心して抗精神病薬持効性注射剤に移行することができる。これは、再入院率を下げるという明確なアウトカムにつながる。この成果は、現在ある日本精神科救急医療ガイドライン 2015 年版の薬物療法 3 の改訂、すなわち 2021 年度版として公開する予定である。

また、令和 2 年度診療報酬改定で、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬として「持続性抗精神病注射薬剤 (投与開始日から 60 日以内に投与された場合に限る)」が加わったが、本研究において例えば救急入院中に持続性抗精神病注射薬剤に切り替えると 1 年以内の再入院率が低いといった結果が出れば、さらにこの流れを加速することになるであろう。

E. 結論

本年度登録した患者を 1 年間追跡して集積データを解析し、精神科救急医療ガイドラインの薬物療法の部の改訂版の作成を目指す。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 八田耕太郎: 日本精神科救急学会における精神症状への薬物療法ガイドライン. 精神科救急 22: 36-37, 2019

2. 学会発表

- 1) Kotaro Hatta, Hana Hasegawa, Atsushi Imai, Yasuhiko Sudo, Fumiyoshi 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. 6th Congress of Asian College of Neuropsychopharmacology (AsCNP), Fukuoka, Oct. 11-13, 2019
- 2) 八田耕太郎：シンポジウム 3, 薬物療法・心理社会的療法からのアプローチ：薬物療法. 第 27 回日本精神科救急学会学術総会, 仙台, 2019.10.18-19

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

文献

1. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M et al. Real-world effectiveness of

antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. JAMA Psychiatry. 2017;74(7):686-693.

2. Hatta K. Practical pharmacotherapy for acute schizophrenia patients. Psychiatry Clin Neurosci 2015;69(11):674-685.

3. Hatta K, Hasegawa H, Imai A et al. Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy and polytherapy in 1543 patients with acute-phase schizophrenia. Asian J Psychiatry 2019;40:82-87.

4. 八田耕太郎, 中村満, 須藤康彦, 三澤史斉：第 4 章 薬物療法. 精神科救急ガイドライン 2015 年版, 日本精神科救急学会編, へるす出版, 東京, 89-134, 2015

精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による

医療の質向上と医療提供体制の最適化

研究分担者：橋本 聡（国立病院機構熊本医療センター）

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）、井上幸代（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）、北元健（医療法人社団碧水会 長谷川病院）、河嶋譲（独立行政法人国立病院機構 災害医療センター）、兼久雅之（大分大学医学部附属病院）、五明佐也香（獨協医科大学埼玉医療センター）、来住由樹（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター）、三宅康史（帝京大学医学部附属病院）

要旨

目的） 精神科救急医療と一般救急医療との連携、特に身体合併精神科救急症例における連携の課題について調査を実施し、連携の円滑化による改善、医療の質向上ならびに医療提供体制の最適化に資する提言を行うこと。

方法） ①過年度までに全国の消防局を対象として収集した搬送困難事例に関するデータについて、詳細追加解析を行った。②過年度研究にて試作した、簡易的に重症度と診断類型を判断する病院前トリアージ&スクリーニングツールについて、エキスパートオピニオン等により見直しを行い、実用性を検討した。③院内連携における好事例調査の所見をふまえ、地域内連携に資する地域連携パスの素案を作成し、アンケート調査により評価した。

結果/進捗） ①過年度までに全国の消防本部から 596 の有効回答（回答率 81.4%）を得た。消防統計によって全国統一された質の高いデータであり、精神科傷病者や自損行為傷病者等、領域に焦点化して解析が可能であった。さらに、消防統計では精神科傷病者に含まれる単純酩酊等のアルコール問題を除外するよう求め、回答の 74%で精神科疾患のみのデータを得た。受入れ照会回数 4 回以上と現場滞在時間 30 分以上の事案は、精神科傷病者の 3.0%と 15.6%、自損行為傷病者の 6.6%と 22.0%に認め、搬送困難となりやすい傾向にあった。アルコール問題を除外できない消防本部のデータ群ではこの傾向がより顕著で、アルコール問題は独立要因と考えられた。受入れに至らなかった理由の解析でも領域ごとの特徴が示された。精神科傷病者、自損行為傷病者の搬送困難事例のいずれにおいても 7~8%の重症以上の病態が含まれていた。②ツールのブラッシュアップにより修正を加え、実地検証の方策を検討したところ、病院前救護、総合病院内の救急医療部門ならびに精神科医療部門といった総合的な体制が必要であり、十分な調査協力体制の確保が困難と思われた。今後、医師間コミュニケーション等、小規模な現実的検証とする方向性を確認した。③分担研究班内で「身体合併精神科症例の地域連携パス」

の素案を作成し、全国で実施された6カ所のPEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care) コース参加者を対象にアンケート調査を実施し、246名の回答を得た(有効回答151名)。加療に応じる救急病院側では、医師と看護師が一致してバイタルサインや既往症情報が必要としたが、精神状態の情報については看護師からのニーズが高かった。加療後に患者を引き取る精神科病院側では、身体面に関する療養上の注意点や状態悪化時の対応法について必要性が高く、加療を行った救急病院側とは認識が異なる可能性があった。

考察) ①精神科傷病者と自損行為傷病者とでは搬送困難の特徴が異なり、解決策が異なる可能性を示す。アルコール問題への独立対策の必要性や、多くの重症病態が含まれる実態も含め、今後の施策への反映が望ましい。今後は、地域の人口規模、医療資源の多寡等による搬送困難事例の発生数の地域差等に着目し引き続き検討を行う。②今後のツール検証は、医師間コミュニケーション等、小規模な検証が現実的と考えられた。③精神科救急医療連携において、担当する役割や職種によっても必要な情報が異なり、有用な「身体合併精神科症例の地域連携パス」の作成に重要な所見が得られた。今後確定した地域連携パスの素案について実地検証を行い、さらなるブラッシュアップを図る予定である。

A.研究の背景と目的

精神障害者の地域移行は国の重要施策であり、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」を目指す上で、近年のニーズ変化は入り口部分を担う医療サービスへの影響が大きく、一刻を争う救急医療では専門対応を担う関係機関との迅速かつ効率的な連携が求められるようになってきている。ニーズの把握および行政、精神科医療、一般救急医療、精神保健福祉支援等の連携実態の把握と課題抽出が必要である。

平成 29・30 年度の厚生労働省科学研究において、我々は、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=732）を対象としたアンケート調査を実施し、その粗集計を通じて、依然として地域内における救急医療－精神科医療の連携には大きな問題が残る一方で、精神科傷病者による搬送困難事例がないと回答する消防本部がごく少数であるが存在することを確認した¹⁾。本調査は、従来得られなかった、同一基準による、全国調査であり、精神科傷病者がどのような形で搬送困難事例に関係しているのかを知る貴重なものである。このため、今回、課題 1 として、本データセットのデータクリーニング（第二相）ならびに集計作業を継続することとした。

冒頭にあげた諸領域間での連携の中で、精神科救急と一般救急との医療連携を強化することによって、身体合併精神科症例の受ける利益は相当程度大きくなると考えられる。また、この体制整備は急務でもある。その実現のためには、救急と精神科の医療従事者同士が簡易・簡便にコミュニケーション出来る必要があり、このため、我々は精神科救急症例

のトリアージならびにスクリーニングを可能にするスケールを作成した¹⁾。全国 100 名に上る精神科救急医から得たエキスパートオピニオンをまとめ、Japan Emergency Psychiatry Scale - Expert opinion version（以下、JEPS-Ex）とした。今回、課題 2 として、JEPS-Ex の見直しを行うため、臨床活用する研究を考えた。

我々は、平成 29・30 年度調査において、有床精神科総合病院の中で有効な救急科－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、いくつかの特徴を抽出しているが、精神科・救急科双方の歩み寄りとコミュニケーションがソフトパワーとして大きい印象と感じた。また、好事例研究に併せて実務者アンケート調査も実施したところ、自損行為・身体合併症・複数の身体疾患既往を持つ患者が搬送困難に至りやすいことも改めて確認された。これらから、課題 3 として、身体合併精神科症例に関する、精神科・救急科の情報伝達を容易にする地域連携パスの素案作成に取り組むこととした。

課題 3 に際し、パスの形式、目的について整理した。クリティカルパスとは 1990 年代、日本の医療機関において部分的に導入され始めたもので、診療の標準化、根拠に基づく医療の実施、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されるものである。地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）とは、急性期治療から回復期治療そして地域生活へのパスウェイが、医療連携体制に基づいて地域完結的に実現されるものとなる。連携パスには、大きく分けて、①一方向性連携パス、②循環型連携パスが存在する。通常、連携パスの内

容としては、診療に関わる施設ごとの診療内容と治療経過、最終ゴールを診療計画として明示することになる。循環型連携パスのバリエーションとして、糖尿病連携手帳といった、アウトカムを設定しない、患者が管理の主体となる方法も存在する²⁾。

精神科領域のパスとして、認知症患者³⁾、うつ病患者⁴⁾、急性期統合失調症患者の治療⁵⁾、慢性期統合失調症患者の地域移行⁶⁾などをテーマに、一方向性連携パスのバリエーションが作成され、時間軸に沿った、エビデンスに基づいた治療・看護・ケア・サービスの提供が試みられている。認知症においてはオレンジ手帳といった循環型連携パスのバリエーションもある⁷⁾。今回、分担班で検討対象とする身体合併精神科症例も、一方向性連携パスとしてパス素案が提案されている⁸⁾。

身体合併精神科症例の対応において、精神科疾患患者が糖代謝異常・消化器異常などの合併症を複数抱えることも珍しくないこと、高齢化に伴って合併症頻度も増えること等から、連携の結果が蓄積され、結果の一覧性も高いことは重要と考えられる。また、精神科医療施設から加療を依頼する先は常に同じ一般救急病院になるとは限らないため、煩雑とされないものの、必要情報を十分押さえた内容が望まれる。形式としては循環型のバリエーションとして、簡便さを保つために手帳もしくは連絡票形式をとることが考えられた。実務者の必要性と、実務者の負担感を考慮した構成にすべきとも考えられた。

B.研究方法

課題 1. 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）

（方法）平成 29 年度厚生労働科学研究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：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（以下、杉山班・橋本分担班研究）の付録 3 について、全国の地域 MC 協議会ならびに消防本部へ実施回収した内容につき、表記の統一、回答パターンの疑義確認と修正を行った（第二相データクリーニング）。

分担班による平成 29-30 年度研究は粗集計であったが、今回データクリーニングの結果、基本集計として、傷病者搬送の状況、医療機関に受入れ照会を行った回数ごとの件数、現場滞在時間区分ごとの件数、受入れに至らなかった理由ごとの件数、照会回数 11 回以上の事案における受入れに至らなかった理由ごとの件数、照会回数 11 回以上の事案における傷病程度別搬送状況、照会回数 11 回以上の事案における覚知時刻別の分布、都道府県別受入れ状況、医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数、現場滞在時間区分ごとの件数、照会するも受入れに至らなかった理由とその件数、照会回数 11 回以上の事案における紹介するも受入れに至らなかった理由とその件数などの検討を行うこととした。尚、図表は、精神科傷病者、自損行為傷病者のそれぞれで上記を集計している。

救急搬送受入れに関する施設機能の検討も考えた。精神科系傷病者・自損行為傷病者の受入れ施設については、精神科救急入院料認可施設（日本精神科救急学会提供）、有床精神科総合病院（日本総合病院精神医学会提

供)、救命救急センター・構成中核的医療機関(総務省消防庁提供 MC 協議会冊子)ならびに精神科標ぼう・精神科病床・一般病床(地方厚生局ホームページ)の情報を連結した。

地域 MC 協議会に対して、その協議のなかで、精神科関係者の参加があるか、精神科救急医療体制の協議の場へ MC 協議会からの参加があるか、相互の参加があるか、また、どちらもないかを確認したので集計した。

(期間) 令和 1 年 6 月より令和 2 年 3 月。

(倫理的配慮) 平成 29 年度の杉山班・橋本分担班研究にて審査済み。

(解析) 記述統計。

課題 2. 病院前救護における精神科トリアージの見直し

(方法) 平成 30 年度杉山班・橋本分担班研究の成果物である JEPS-Ex について、課題 3 と並行して適宜見直しを実施した、分担班以外のエキスパートへのインタビューをもとに見直しを図った(第一相)。次いで、見直しの第二相として、調査期間中、実際の臨床症例に対して、①救急搬送業務にあたる救急救命士が JEPS-Ex で評価を行う、②研究協力施設の ER を受診した全ての症例に精神科スクリーニングを行う、③協力施設の精神科医は ER より依頼を受けるか②のスクリーニングで陽性となった患者の診察を行うこととした。①②③の結果は互いにブラインドで収集され、②の結果から健常対照群を、③の結果から精神科疾患群を抽出し、それらの結果と①の結果との一致率を検討することとした。また、

JEPS-Ex による緊急度判定の妥当性検討としては、JEPS-Ex の緊急度と、③の結果としての、外来転帰もしくは精神科医の臨床判断との一致率を検討することとした。

(対象者) 救急車搬送をうける方(精神科疾患あり・なしの両群)

(介入方法) 救急救命士による一般的な救護活動を行いながらの観察評価(患者への影響なし)。ER における任意のアンケート調査(軽微な影響あり)。スクリーニング陽性者については任意の精神科診察(15 分ほどの所要時間にて軽度の影響あり)。ならびに、臨床上必要な診察の結果の利用(患者への影響なし)。

(尺度) 救急救命士は、JEPS-Ex を用い、対応する傷病者について、精神科緊急度と簡易的な診断類型を評価する。協力施設の ER では、Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) のスクリーニング項目(気分障害・躁状態・統合失調症・B 群パーソナリティ障害・自閉症スペクトラム障害・認知症)を用い、ER 利用者中の精神科疾患有病者の選択もしくは健常対象者の選択を行う。精神科医は、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision(疾病及び関連保健問題の国際統計分類第 10 版)を用い、臨床評価を求められた症例もしくは精神科疾患有病者として選択されたものを診察し、臨床診断を行う。

緊急度判定の妥当性検討の方法のため、ER における外来転帰(帰宅・任意入院・非自発入院)、ER 診察時点における精神科医の臨床判断(安定・軽度不安定・不安定・重度不安

定)による順序尺度で評価する。なお、臨床判断については次のように設定した。安定＝“精神科疾患を有するが従来の介入を維持することで地域生活が営める”、軽度不安定＝“精神科疾患を有し、精神心理的な不安定性を示すが、保護因子の新規調整により地域生活が営める”、不安定＝“精神科疾患を有し、精神心理的な不安定性を示し、保護因子の新規調整を持ってしても地域生活の維持が不確実で入院を要する”、重度不安定＝“精神科疾患を有し、精神心理的に不安定であるため、地域生活の維持が明らかに困難である”。

(期間) 令和1年5月より研究協力施設のリクルートを開始。令和1年10月より臨床研究開始。令和2年2月より解析開始。

(倫理的配慮) 研究協力医療機関でのオプトアウトと、スクリーニングツール使用時ならびにスクリーニングツール陽性者の精神科診察の際の説明と同意。20歳未満の方、知的障害者の対象からの除外。研究協力施設を確保後、分担代表者の所属施設にて倫理審査を受ける。

(統計解析) 方法欄に記載した、①JEPS-Exを用いた救急救命士の判断(緊急度・類型判断)と、②SCIDを用いたスクリーニング(類型判断)、③精神科医師による判断(緊急度・類型判断)との一致率を、カッパ係数を用いて確認する。

課題3. 身体合併精神科症例の地域連携パス素案作成のためのアンケート調査

(方法) 身体合併精神科症例を対応する際、精神科・救急科間の情報伝達を容易にする必

要があり、この目的のため地域連携パスの素案を作成することとした。分担班のなかで協議し、パスの使用目的、パスの形態、パスに含まれるべき項目、構成項目に関する実務者からの意見収集の方法などを整理した。

この結果、精神科病院に通院中もしくは入院中の精神科患者が身体合併症に罹患した際、精神科・救急科が双方向的に必要な最低限のことを漏らさずに情報交換を行うことで、救急病院における身体治療の質を上げ、精神科病院に帰院した後も安全に身体合併症に対して経過観察ができるようになることがパスの目的であるとの考えに至った。パスの形態としては、紙ベースでの運用とし、従来利用されている医師紹介状・看護サマリー・検査結果・画像データなどに付記する連絡票として位置づけられるものとした。

地域連携パスの素案を作成する際、上記構成項目に対する実務者からの意見収集が必須と考えられた。分担班で協議し、効率的に調査を実施するため、また、意見の地域的な偏りを防ぐため、Psychiatric Evaluation in Emergency Care(以下、PEEC)コースの開催に合わせてアンケートを実施することとした。

(対象者) 全国で実施されるPEECコースの受講者ならびにコーススタッフ。結果欄に職種属性などを詳記する。

(介入方法) 質問紙法。

(調査票) 分担班で協議し、新たに調査票を作成した。パスに含まれる項目として、A1 バイタルサイン、A2 血液検査データ、A3 画像検査データ、A4 身体既往症の情報、A5 身体既往症の処方内容、A6 簡便な精神的な状態記

述、A7 せん妄既往の有無、A8 過去精神状態がわなかった時期の状態記述、A9 精神科の処方内容、A10 精神科頓服の指示内容、A11 紹介先に精神科があればそちらへの情報提供、B1 診断結果に関する情報、B2 実施した治療に関する情報、B3 続発症の有無、B4 治療・ケアに関する注意事項、B5 状態悪化時の対応や指示、B6 治療施設側に精神科があればそちらからの申し送り、B7 せん妄出現の有無、B8 その他の逸脱言動の有無、B9 簡便な精神状態記述とした。尚、付録 1 として実際に利用したアンケートを収載するが、A1～A11 は精神科施設から救急病院への加療依頼に関する項目、B1～B9 は救急病院から精神科施設への加療報告に関する項目となる。

この際、上記 A 項目、B 項目のそれぞれについて、送り出し側施設は容易に情報提供できそうか、受け手側施設はどのくらいその情報を必要としているかを確認することで、必要性の差異をみることにした。形式にとられない意見を得るため、C 自由記載の項目も設定することとした。

(期間) 令和 1 年 5 月から 9 月にかけて、パスの使用目的、パスの形態等を協議し、アンケート素案を作成する。同年 10 月から 12 月にかけて実務者アンケートの実施。令和 2 年 1 月から集計作業を開始し、併せてパス素案の作成を実施する。

(倫理的配慮) 患者を対象とせず、医療従事者を対象としていて、任意的なアンケート調査について、分担代表者の所属施設において倫理審査を受け通過している。

(統計解析) 記述統計。

C.研究結果/進捗

課題 1. 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)

令和 1 年度をもって第二相データクリーニングが完成した。地域 MC 協議会に関するデータは令和 2 年 2 月下旬までに完成し、消防本部に関するデータは同年 3 月中旬までに完成した。基本集計については 3 月中旬までに完成した。

表 1 に傷病者搬送の状況を示す。全国から 596 か所に上る消防本部が回答を寄せ、平成 29 年 4 月時点での消防本部数は 732 本部であるため⁹⁾、回答率は 81.4%となった。尚、回答消防本部が対応した総搬送人員は 446 万 7,613 人であり、総務省消防庁の平成 30 年度救急救助の現況から⁹⁾、平成 29 年中の総搬送人員が 573 万 8,664 人とわかっているため、搬送人員ベースでは 77.9%をカバーしていることもわかり、全国を代表するデータと考えられた。尚、総搬送人員にしめる精神科傷病者と自損行為傷病者の比率は総務省消防庁の報告と差異はなかった。

これまで、消防統計に基づいた精神科傷病者の検討において、単純酩酊などのアルコール中毒も精神科コードとして処理されることから、精神科疾患の実態を知る目的においてその精度に問題があった。今回調査では、上記のようなアルコール問題を精神科コードから除外して消防統計システムに登録している消防本部については、アルコール問題を除外した値で精神科傷病者関係の調査項目に回答することを求めた。今回、搬送人員ベースで 50.9%の消防本部がアルコール問題を除外して回答しており、この結果も図表に示す。

表 2-1、表 2-2 に医療機関に受入れ照会を行った回数ごとの件数を示す。精神科傷病者の 80%程度は照会回数 1 回で受け入れ先が決定していたが、4 回以上の照会を要した事案は 4.0%に認めた。表 2-1、表 2-2 に示される値から、アルコール問題も精神科コードに登録する消防本部（アル含有本部）の該当項目を計算すると、4 回以上の照会回数を要した事案は 4.9%〔(3,149-1,174) ÷ (78,972-38,698) × 100〕に上昇し、アルコール除外可能消防本部（以下、アル除外本部）は 3.0%に留まっていた。自損行為傷病者の 72%は照会回数 1 回で受け入れ先が決定していたが、4 回以上の照会を要した事案は 6.6%に上った。

表 3-1、表 3-2 に現場滞在時間区分ごとの件数を示す。精神科傷病者の 43.6%は現場滞在 15 分未満であったが、現場滞在 30 分以上となる事案が 18.0%に上った。後者について、アル除外本部では 15.6%、アル含有本部においては 20.4%に上っていた〔(14,168-5,994) ÷ (78,513-38,518) × 100〕。尚、自損行為傷病者において、アル含有本部における現場滞在時間 30 分以上事案は 32.6%、アル除外本部の同事案は 22.0%であった。

表 4-1-1、表 4-1-2 に受入れに至らなかった理由ごとの件数を示す。精神科傷病者では、20%前後で、処置困難、手術中患者対応中、専門外が理由として多かった。自損行為傷病者では、群を抜いて処置困難が理由として多く、手術中患者対応中、専門外が続いていた。表 4-2-1、表 4-2-2 は、照会回数 11 回以上の事案における受入れに至らなかった理由ごとの件数を示すが、精神科傷病者では理由不明を除けば、処置困難が理由の最大で、手術中患者対応中、ベッド満床、専門外が 10%

前後で並ぶ。自損行為傷病者では処置困難の理由がさらに増え、専門外とする理由も増えていた。

図 1-1-a に精神科傷病者の照会回数 11 回以上の事案における覚知時刻別の分布（全体）を示す。図 1-1-b にはアル除外本部における同様分布を示す。18~20 時にピークを認めるが、14~16 時の日勤帯にも重症を含んだ一群を認めた。

図 1-1-c に自損行為傷病者の照会回数 11 回以上の事案における覚知時刻別の分布（全体）を示す。図 1-1-d はアル除外本部における同様分布を示す。精神科傷病者と異なり、日勤帯は少なく、夕方以降、深夜から未明にかけての増加が目立つ。

表 5-1、表 5-2 に照会回数 11 回以上の事案における傷病程度別搬送状況を示す。精神科傷病者は、アル除外本部に着目すると、多数照会患者の 1 割に重症以上の傷病程度のもが含まれていることがわかった。また、自損行為傷病者は全体データに目を向けると、3~8%の事案が重症以上に分類されていた。

表 6 に各都道府県における搬送人員に占める精神科傷病者・自損行為傷病者の比率を示す。まず、平成 29 年版消防白書の公表値と比較して¹⁰⁾、今回調査の結果は総搬送人員全体の 78.0%を占め、長野県、静岡県、高知県などの外れ値はあるが全体的に高い回答率を得ていることが分かった。アル除外本部のデータでは、精神科傷病者の総搬送人員に占める割合は 0.8%（山梨県）~4.3%（東京都）まで幅があった。自損行為傷病者は全体データ（e/a）では、0.4%（福井県）~1.1%（群馬県）の結果であった。

表 7-1、表 7-2 に医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数を示す。精神科傷病者における 4 回以上の照会を要した事案比率は、福井県・沖縄県の 0.5%から宮城県の 9.1%と幅があった。自損行為傷病者におけるそれは高知県 0.0%、沖縄県 0.2%、岩手県 0.4%などの低率から、奈良県 16.2%、香川県 16.0%などまでより幅が大きかった。地域差が大きいと特に自損行為傷病者搬送選定でその傾向が強いといえる。

表 8-1、表 8-2 に現場滞在時間区分ごとの件数を示す。精神科傷病者における現場滞在 30 分以上の構成比は、秋田県 4.2%、長崎県 4.2%から埼玉県 37.0%と大きな差を認めた。自損行為傷病者においては、秋田県 3.6%から埼玉県 44.7%と、同様に大きな地域差を認めた。

表 9-1、表 9-2 に紹介するも受入れに至らなかった理由とその件数を示す。

表 10-1、表 10-2 に 11 回以上紹介するも受入れに至らなかった理由とその件数を示す。

表 11 のように、全国 MC 協議会の回答は 226 協議会より得られた (90.0%)。その中で、救急科・精神科の相互的な協議参加を確認したところ、199 協議会から回答が得られ、精神科救急医療体制の協議の場に MC 協議会が参加している協議会が 21 か所、MC 協議会に精神科関係者の参加がある協議会が 9 か所、相互参加が 2 か所で、実に 83.9%に上る協議会はいずれもないと回答していた。

全国消防本部を対象としたアンケート調査の結果、各消防圏域における、精神科傷病者ならびに自損行為傷病者を受け入れた上位 2 施設のリストが得られた (959 施設)。この

リストに掲載される施設機能を検討するにあたり、本来計画では高機能 (精神科救急入院料認可施設・有床精神科総合病院・救命救急センター・構成中核的医療機関) のみを検討対象としていたが、高機能施設が 423 施設とリスト計上の 44.1%に留まることから、残り 536 施設の施設機能も検討すべきと考えられた。一般機能 (精神科標ぼう・精神科病床・一般病床) の関与も検討すべきと考えられた。このため、全国 8 カ所の地方厚生局ホームページより保健医療機関一覧を得て、それらを加工し、リストに追加した。令和 2 年 3 月までの進捗はここまでとなる。

課題 2. 病院前救護における精神科トリアージの見直し

課題 3 に伴う調査ならびに分担班員の講演活動の際、救急科・精神科領域のエキスパートに対し、JEPS-Ex を提示して、基本的に自由記述的に意見を求めた。緊急度評価がパート A~G ならびに X の、計 8 パートに分かれていたが、アルファベット表記は救急科領域の緊急度評価では Airway (A)、Breathing (B)、Circulation (C) など、特定の評価内容と結びついて理解されやすいため、単純に数字表記へ修正した。また、JEPS-Ex に含まれる、精神科疾患のスクリーニングについては偏見助長しないような注意が必要かもしれないとなった。これらの結果から JEPS-Ex ver1.1 を作成した (付録)。

課題 3. 身体合併精神科症例の地域連携パス素案作成のためのアンケート調査

令和元年10月から12月にかけて開催されたPEECコースのうち、6コースにおいてアンケート調査が実施された。開催場所は開催順に秋田県、岡山県、熊本県、長崎県、東京都、神奈川県であった。受講者、PEECスタッフのうち、246名から回答を得た(図2-1・図2-2)。14種の施設種別があったが、総合病院精神科(n=63)、総合病院救急科(n=55)、単科精神科病院(n=35)、一般救急病院(n=32)などが多かった。職種としては、医師(n=84)、看護師(n=95)、ソーシャルワーカー(n=10)、心理士(n=14)、保健師(n=2)、救命士(n=29)、他(n=10)、不明(n=5)の内訳であった。臨床領域別に区別すると、一般救急領域(n=130)、精神科領域(n=113)、他(n=3)という結果であった。実際に使用した調査票については【付録1】として別添した。

今回集計は病院勤務の医療従事者を対象とし、また、職種を精神科医師としながら、臨床的には救急医療に従事と回答するなど、一般的な臨床従事者からは外れる立場のものは除外することとした。また、一般科医師には救急科、総合内科、研修医などが含まれており、これらを医師救急として統合した。この結果、151名の回答を基に集計を行った(表12-1・表12-2)。

加療依頼を受ける側の医師救急・看護救急における情報の必要性はほぼ一致していた(バイタルサイン・各種検査結果・併存症・処方内容など)。一般救急側の回答傾向が類似するなか、紹介される患者の精神状態、せん妄の既往、過去どの程度精神状態が悪かったか、精神症状に対する頓服指示などの情報は、医師より看護師において必要性が高く、

特にどのような精神状態で来院するかを重視していることがわかった。これらは入院中のケアに直接関連するためと考えられた。

紹介元となる精神科救急側において、医師・看護師間で、情報提供が容易であると概ね意見が一致したのはバイタルサイン・血液検査・既往症情報・精神科処方・頓服指示などであった。一般救急側の必要性に照らすと画像検査データ・身体既往症の処方内容などが十分円滑に情報提供されていない可能性が考えられた。

精神科救急側が一般救急側に求める一般救急側が行った加療報告について、医師・看護師間で、必要度が高いと評価の一致する項目は診断結果、実施治療、治療・ケアに関する注意事項などと限られていた。また、ソーシャルワーカーや臨床心理士なども含めると各職種が必要と評価する項目にはばらつきが認められ、これは転院調整時や受け入れ後の援助など、各職種が力を発揮するタイミングが異なるためと考えられた。その一方、加療依頼する精神科救急側が必要と考える項目で、加療実施した一般救急側が情報提供は容易だと回答したものは、実施した治療内容、続発症の有無程度であった。救急病院における加療中に患者の精神状態が悪化したかどうかについては、一般救急側がある程度情報提供は容易とするも、精神科救急側の必要性は高くなかった。

これらの結果から、本邦では電子カルテ化が進んでいることにより、緊急の転院調整であっても一定程度の情報提供の容易さは生まれていると考えられる一方、職種によって必要情報の必要性は異なり、紹介側と被紹介側、一般救急側と精神科救急側の双方におい

て送り手・受け手が必要とする情報が漏れなく伝達されているとは考えにくいと判断された。分担班のなかで協議を重ね、必要項目を整理するとともに、連絡票形式のパス素案を作成した。この中で、医師紹介状・看護サマリーに記載された内容については二重記載をせずに済む形式をとることが決定された。

地域連携パス（連絡票）の素案は付録として別添する。

D. 考察

課題 1. 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）

本邦における、同一基準を基にした初めての、精神科傷病者の搬送困難事例の実態調査となる。消防本部数ベースでは 81.4%、総搬送人員ベースでは 77.9%と、比較的大都市圏からの回答が少なかった可能性はあるが、全国を代表するデータと考えられた。これまで、消防統計による精神科傷病者の数には、単純酩酊といったアルコール問題も含まれてきたため、精神科救急医療体制で対応すべき事案の正確な実態がつかめずにいたところであり、アルコール問題を除外した大規模データを得たことも前例がない。今回調査の結果、アル除外本部における精神科傷病者は全搬送人員の 1.86%で、アル含有本部での比率は 2.13%であった。平成 30 年版救急救助の現況によれば、救急搬送人員 5,736,086 人中、精神科傷病者が 122,046 人含まれ、比率としては 2.13%にて、今回調査のアル含有本部の結果と一致する。これらから、平成 29 年において、純粋な精神科傷病者は従来統計の 12.7%ほど低値であった可能性が考えられた。

アルコール問題が救急搬送に与える影響も推測可能となった。表 2-1、表 3-1 から、精神科傷病者の受入れ照会回数や現場滞在時間がわかる。表は全体ならびにアル除外本部での集計が示されるため、アルコールも含めて集計する消防本部の傾向も計算できる。その結果、アル除外本部では受入れ照会 4 回以上が 3.0%になるところ、アル含有本部では同項目が 4.9%まで上昇していた。現場滞在時間についても、30 分以上現場滞在時間が、アル除外本部では 15.6%であるところ、アル含有本部では 20.4%に上昇していた。これらから、単純酩酊を含むアルコール問題は精神科疾患とは異なる搬送困難事例要因かもしれないため、今後の本領域における検討では注意を要すると考えられる。

ただし、自損行為傷病者についても、アル除外本部に比してアル含有本部の消防統計では、受入れ照会回数 4 回以上が 6.2%より 7.2%へ上昇し、現場滞在時間 30 分以上が 20.6%より 24.1%へ上昇する。消防統計では救急出場が実施された際、その主たる理由一つを登録する仕組みとなっており、酩酊状態で自損行為を企図して救急要請したとしても自損行為のみで登録される。本来、自損行為傷病者の統計にはアルコール問題は関連せず、アル除外本部の結果とアル含有本部の結果とは一致するはずであり、今回結果は想定と異なっていた。今後この背景が明らかにされるべきである。

また、アルコール問題の除外を依頼する際、単純酩酊などの非精神科疾患の除外を求めたが、アルコール関連障害者の酩酊、複雑酩酊なども同時に除外されている可能性もあるため解釈には注意を要する点もある。

搬送困難事例化しやすい理由について、受入れに至らなかった理由とその件数から検討した（表 4-1-1・表 4-1-2・表 4-2-1・表 4-2-2・表 5-1・表 5-2）。平成 29 年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果（以下、搬送実態調査 29）と比較したとき、精神科傷病者は処置困難、手術中患者対応中、専門外の比率が他より高く、これら 3 つは同じ程度であり、小児傷病者と似通ったプロフィールであった。これは、小児領域独特の、コミュニケーション、診察、評価、手技のむずかしさなどに通ずる問題が反映されていると考えられた。その一方、自損行為傷病者は処置困難が突出し、手術中患者対応中、専門外が続くパターンを示しており、産科・周産期傷病者のプロフィールに類似していた。これは希死念慮やその背景因の取り扱いに関する困難感、生命予後に直結するリスクの高い病態などが、産科・周産期傷病者に通ずる問題を反映していると考えられた。いずれも精神科領域の問題ではあるが、精神科傷病者と自損行為傷病者とは搬送困難事例を解決するアプローチが異なる可能性が示された。また、照会回数 11 回以上の事案における傷病程度別搬送状況を確認すると、精神科傷病者と自損行為傷病者の 7～8%程度が重症以上に分類されており、これは小児傷病者や産科・周産期傷病者では認められない現象で、救命救急センター搬送傷病者に類似する高さを示した。搬送実態調査 29 における重症以上の定義は 3 週間以上の入院加療を要するもの又は死亡となるが、このような状態にある患者が迅速に医療アクセスできないことは問題であり、改善策の模索が必要と考えられた。

精神科傷病者は搬送困難事例化しやすいといわれてきたが、表 7-1 からは、受入れ照会

が 1 回の事案は 77.0%で、4 回以上照会の比率は 4.0%であった。その一方、6 回以上照会となったケースが 0%の都道府県が 7 つあった（岩手県・秋田県・福井県・鳥取県・島根県・高知県・沖縄県）。東京消防庁には東京ルール（照会 5 回以上・選定 20 分以上）があるが、これら 7 県では 6 回以上照会の件数が少なくなっているように見え、人口規模の問題かもしれないが照会件数が 4 回となった時点でなんらかのルールが定められている可能性もある。

表 7-2 から、自損行為傷病者については、受入れ照会 1 回で搬送先が決定する事案は 72.2%となっていて、照会回数 4 回以上は 6.6%と、精神科傷病者より受け入れ先が決まりにくい印象を抱く。その一方で、照会回数 6 回以上がゼロである都道府県が 14 にのぼっている。

精神科傷病者・自損行為傷病者ともに照会回数 6 回以上がゼロの都道府県は岩手県、福井県、鳥取県、島根県、高知県、沖縄県の 6 つであった。この中で、高知県、福井県については回答率が低いいため、実態を反映していない可能性があった。残る 4 県について、平成 29 年 1 月時点の人口、H27 年国勢調査による人口密度、平成 29 年医療施設動態調査による医療機関数、人口 10 万対医療機関数を確認すると、岩手県（1,255,000 人、83.8 人/km²、93 施設、7.4 施設/10 万人対）、鳥取県（565,000 人、163.5 人/km²、44 施設、7.8 施設/10 万人対）、島根県（685,000 人、103.5 人/km²、51 施設、7.4 施設/10 万人対）、沖縄県（1,443,000 人、628.4 人/km²、93 施設、6.4 施設/10 万人対）の結果であった。沖縄県は人口中位ながら人口密度は全国 9 位に付け

ていて、人口 10 万対医療機関数は他の 3 県と同規模であった。沖縄県については、人口が分散する 3 県と比して、効率よく医療機関にアクセスできる可能性がある。また、分担班協議のなかで、多数照会事案を防ぐ取り組みや、独自の医療文化が存在する可能性も指摘された。独自ルールを代表として、先に東京ルールをあげたが、東京都は人口 10 万対医療機関数が 4.7 となっており、ルールを活用できる人口対適正施設数があるかも知れず、この点も今後の検討課題と考えられた。

表 8-1 から、精神科傷病者の現場滞在時間は、15 分未満が 43.6%で、30 分以上が 18.0%に上っていた。これらは産科救急・小児救急と比しても長い現場滞在時間になりやすいようであった。表 8-2 から、自損行為傷病者の現場滞在時間がわかるが、現場滞在時間延長傾向はより強まることがわかった。

地域の人口規模、医療資源の多寡によって搬送困難事例の発生数には地域差があると思われ、また、病院機能によっても患者搬送受入れには差異が生ずると考えられる。令和元年度は解析を行う中、データ追加などを行いながら精査を続けたため、検討を続け、令和 2 年度に報告を行いたい。

また、平成 29・30 年度の分担班研究の中、第一相調査を通じて、全国的には搬送困難事例化しやすい精神科傷病者であっても、ごく一部の消防本部においては地域内で問題とならずに済む圏域が認められていた。電話もしくはメールを通じた追加調査を行い、好事例消防本部の特徴を明らかにしたい。消防庁が、精神疾患関係の搬送困難事例に対して効果的に取り組むことを狙い、平成 28 年 12 月、「精神科救急における消防機関と関係他

機関の連携について」（平成 28 年 12 月 26 日付消防救第 189 号消防庁救急企画室長通知）を発出しているため、通知発出直後の時期における現状把握も可能となる。

第一相調査を通じ、救急隊が単科精神科病院に求める改善案として、身体疾患の対応力アップが含まれていた。今後は精神科病棟におけるメディカルケア対応力の精査を図る必要があるのかもしれない。

第一相・第二相調査を通じ、そもそも搬送困難事例の全国的な定義が存在しないこともわかった。一般的に現場滞在時間 30 分以上、もしくは、受入れ照会回数 4 回以上などで定義されることも多いが、外傷や地形等、救助要因でも容易に影響が出る。精神科傷病者に関しては、主たる分類だけでなく、従たる問題としての精神科疾患の把握も行わなければその実態を検証することもむずかしいと考えられた。

課題 2. 病院前救護における精神科トリアージの見直し

令和元年度の聞き取りを通じ、トリアージ & スクリーニングツールの目的・構造そのものへの意義を受けることはなかった。ツールとしての体裁はほぼ整ったと考えられた。

JEPS-Ex は、地域連携パスへの活用も考えられるため、効果検証の実施が望ましかったものの、実施計画は、救急救命士や救急隊員など病院前救護従事者の JEPS-Ex 使用、救急医療部門における患者調査、そして、精神科医師による診察など、多方面からの協力確保が必要であり非常に難易度が高かった。複数施設からの症例エントリーが望ましく、全国

の複数施設に協力打診を行ったが、搬入される患者重症度が高すぎる、ER 受診者数が非常に多いため評価者を別途雇用する必要がある、消防局からの協力確保に困難があるなどが障壁となった。

令和 2 年度は、病院内における、救急科医師と精神科医師とのコミュニケーションツールとしての有効性を確認するやり方など、検証方法を工夫する予定である。この中では、検証開始前に観察期間を設け、救急医療部門から精神科医療部門へのコンサルテーションパターンとして、精神科疾患の併存があれば自動的に相談なのか、精神心理的な症状に問題があるから相談なのかなどを明らかにする必要もあるだろう。

課題 3. 身体合併精神科症例の地域連携パス素案作成のためのアンケート調査

今回、実務者アンケートを通じて地域連携パス（連絡票）の素案を作成した。実務者の求めるものに即してパスが構成されており、連絡票形式にして、紹介状・看護サマリーに記載のある項目については詳記不要とすることも可能である。連絡票の利用者は、連絡票を一通り確認することで、必要な情報が用意されているかの確認も出来る形になっている。

連絡票の体裁として、基本シート、加療依頼シート、加療報告シートの 3 種類に分け、基本シートは平時から準備しておくことを推奨することとした。精神科疾患患者は、高齢化や、身体的な併存症の問題から、繰り返し医療連携を図るケースも決して珍しくない。このため、3 種類のシートを経時的に保管する

ことで、患者の身体的な問題に関するサマリーファイルが出来るため、緊急時の情報伝達がより効率的になる可能性がある。

この他、このパスは多職種が必要とする項目に対応していること、必要最小限の情報を収載し、穴埋め方式で記載することが出来ること等から、災害時などにも有効活用が可能と考えられる。

令和 2 年度では実地検証を通して、地域連携推進策の模索を図りたい。この中では、パスの有用性、紹介状と組み合わせることでの利点・欠点、追加すべき項目、削除すべき項目他を検証することとなる。

E. 結論

課題 1. 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）

消防統計という信頼性の高い基準を用い、全国一斉に実施された、全国を代表すると考えられるデータを得た。救急搬送される精神科傷病者や自損行為傷病者を取り扱った例のない全国データである。また、従来、精神科傷病者の集計には単純酩酊といったアルコール使用者のデータが混在し、正確な実態が分からなかったところ、今回調査ではその問題をクリア出来たことも大きい。

平成 29 年時点で、精神科関連問題は搬送困難事例化しやすい状態が続いていることが明らかになったものの、精神科傷病者と自損行為傷病者とでは必要とされる解決策が異なる可能性も示された。また、搬送困難事例化したケースのなかに 7~8%ほどの重症傷病者を含むこともわかり、まずは重症ケースが円滑

に医療アクセス出来るシステム作りが急務と考えられた。

搬送困難事例化を防ぐためには、搬送受け入れ基準の再整備や、救急応需体制の見直しが必要かもしれない。その中で、都道府県単位で検討すると、人口規模の少ない都道府県では医療資源の拡散が問題となり、人口規模の大きな都道府県においては相対的に医療資源が不足することで搬送困難事例化している可能性が考えられた。

課題 2. 病院前救護における精神科トリアージの見直し

課題 1 の結果も踏まえると、精神科傷病者に対して一般的な診察や評価が実施しづらいことも搬送困難事例化する要因である可能性がある。非精神科スタッフと精神科スタッフ間での共通認識を持ち、簡便に情報伝達できるプラットフォームの確立を急ぐ必要がある。

課題 3. 身体合併精神科症例の地域連携パス素案作成のためのアンケート調査

実務者アンケートを通じて地域連携パス（連絡票）の素案が確定した。平時においては、身体合併症精神科救急事案について、一般救急と精神科救急との連携円滑化を図る有用なツールになり得ると考えられる。また、災害時においては、緊急情報共有シートとしての活用も考えられた。

特になし

G.研究発表

1. 論文発表

1) 橋本聡, 山下建昭, 高橋毅: 病院前救護における精神科救急症例の評価と対応. 救急救命 42, 15-17, 2019.

2. 学会発表

1) 橋本聡: 日本臨床救急医学会: JSEM「自殺企図者のケアに関する検討委員会」の活動と救急医療連携について. 第 115 回日本精神神経学会, 2019.6.20

2) 橋本聡: 多職種連携で解決する精神科救急. 第 10 回鹿児島臨床救急研究会, 2019.8.17

3) 橋本聡: PEEC で深める一般救急-精神科救急連携の工夫. 第 42 回佐賀救急医学会, 2019.9.21

4) 橋本聡, 日野耕介, 杉山直也他: 病院前救護における精神科救急トリアージ&スクリーニング尺度の開発. 第 27 回日本精神科救急学会学術総会, 2019.10.18

5) 兼久雅之, 橋本聡, 杉山直也他: 精神科身体合併症病床 (CIU/MPU) に関する全国調査に向けて. 第 27 回日本精神科救急学会学術総会, 2019.10.18

6) 日野耕介, 橋本聡, 杉山直也他: PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care) コース受講によるゲートキーパー自己効力感の改善効果. 第 27 回日本精神科救急学会学術総会, 2019.10.18

F.健康危険情報

- 7) 日野耕介, 橋本聡, 杉山直也他: PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care) コースを開催するために ―コース先行展開地域に関する調査報告―. 第27回日本精神科救急学会学術総会, 2019.10.18
- 8) 橋本聡, 日野耕介, 杉山直也他: 病院前救護における搬送困難事例の精神科救急的側面の検討(第1報). 第27回日本精神科救急学会学術総会, 2019.10.19
- 9) 井上幸代, 橋本聡, 杉山直也他: 身体合併症診療における並列型医療連携モデルの好事例調査報告. 第27回日本精神科救急学会学術総会, 2019.10.19
- 10) 橋本聡: 精神科救急と一般救急との連携について ～精神的問題を持つ患者への個人・チーム・地域におけるアプローチ～. 山口県庁主催精神科救急医療体制整備研修会, 2020.2.10

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.引用文献

論文, 総説(雑誌)

- 1) 橋本聡, 日野耕介, 兼久雅之, 井上幸代, 五明佐也香, 河寫讓, 北元健, 来住由樹. 平成30年度厚生労働科学研究「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」報告書(分担). 2019年
- 2) 日本糖尿病協会 HP: 糖尿病連携手帳.
https://www.nittokyo.or.jp/modules/patient/index.php?content_id=29 (令和2年4月30日閲覧)
- 3) 杉山博通, 数井裕光, 武田雅俊ほか: 認知症地域連携パス. 老年精神医学 23: 314-322, 2012.
- 4) 大石智, 宮岡等: うつ状態の地域連携クリティカルパス. 日社精医誌 22: 116-122, 2013.
- 5) 藤田潔: 統合失調症治療におけるクリニカルパスの有用性. 脳 21: 67-71, 2016.
- 6) 北岡美紀, 高橋まり子, 平田嗣博: 精神療養病棟における退院支援および地域連携クリニカルパス使用報告. 日本クリニカルパス学会誌 17: 283-287, 2015.
- 7) 田口真源: 地域連携と地域連携パス～日本精神科病院協会における地域連携の取り組み～. 老年精神医学 25: 129-133, 2014.
- 8) 吉邨善孝: 身体合併症を有する精神疾患患者の地域連携クリティカルパス. 日社精医誌 22: 170-177, 2013
- 9) 総務省消防庁 HP: 刊行物: 救急救助の現況. 平成29年版・30年版.
<https://www.fdma.go.jp/publication/#rescue> (令和2年4月30日閲覧)
- 1) 橋本聡, 日野耕介, 兼久雅之, 井上幸代, 五明佐也香, 河寫讓, 北元健, 来住由樹. 平成30年度厚生労働科学研究「精神科救急及び急性期医療における一般救急医

10) 総務省消防庁 HP : 刊行物 : 消防白書 : 平成 29 年版消防白書.

<https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/h29/46817.html> (令和 2 年 4 月 30 日閲覧)

著書

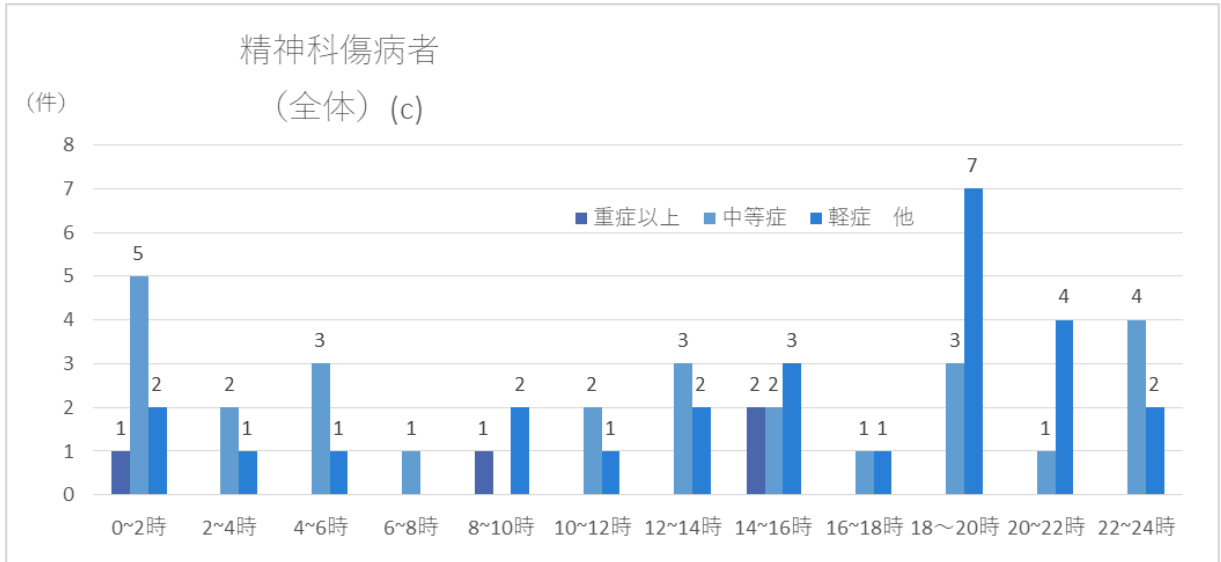
なし

学会, 研究会

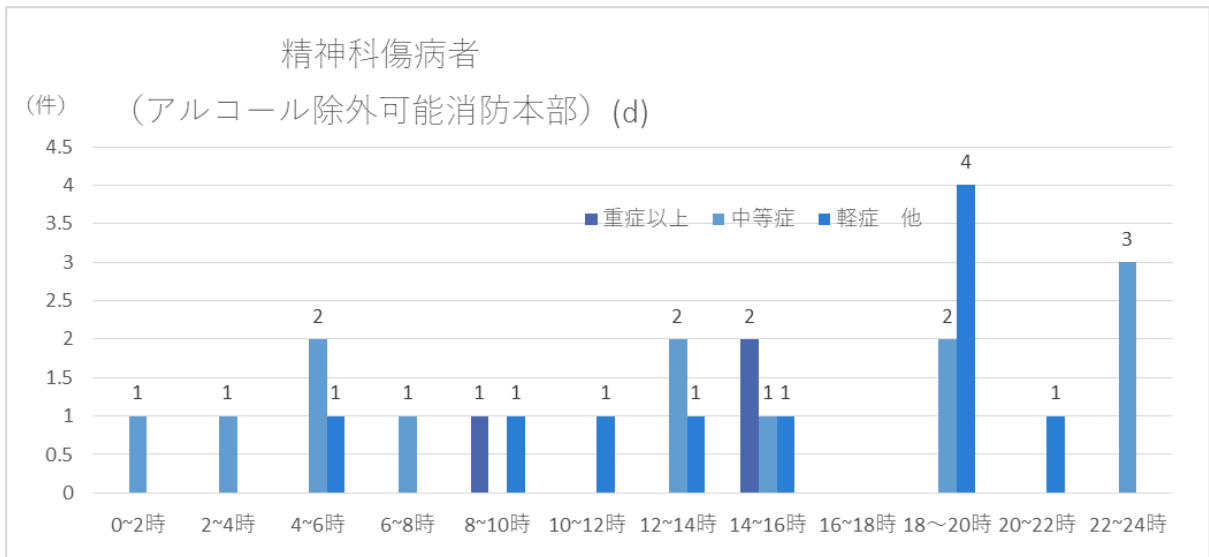
なし

J.図表

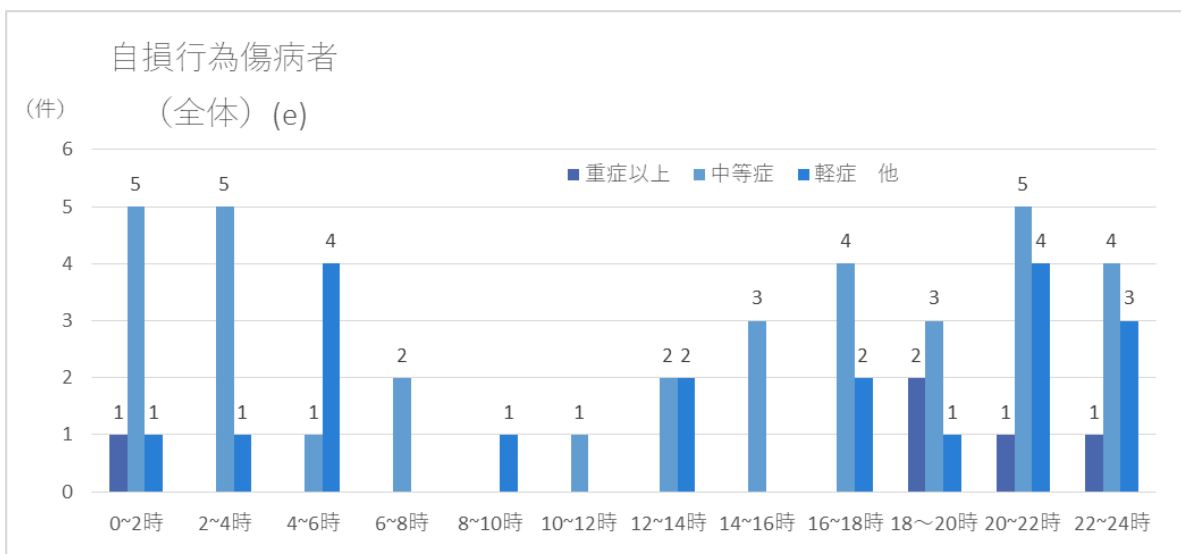
【図 1-1-a】 照会回数 11 回以上の事案における覚知時刻別の分布（精神科傷病者）



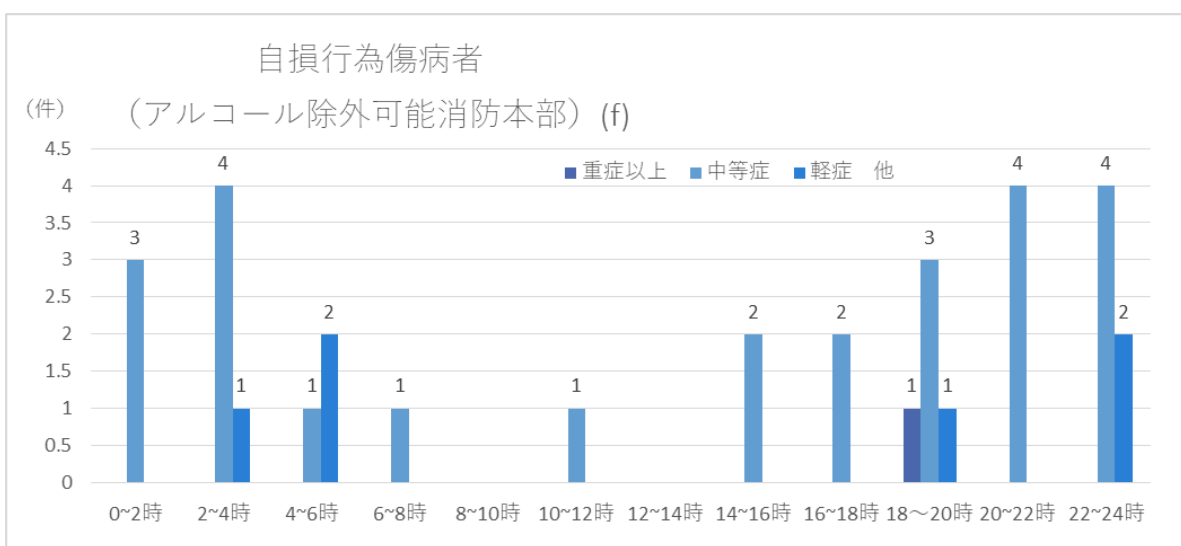
【図 1-1-b】 照会回数 11 回以上の事案における覚知時刻別の分布（精神科傷病者）



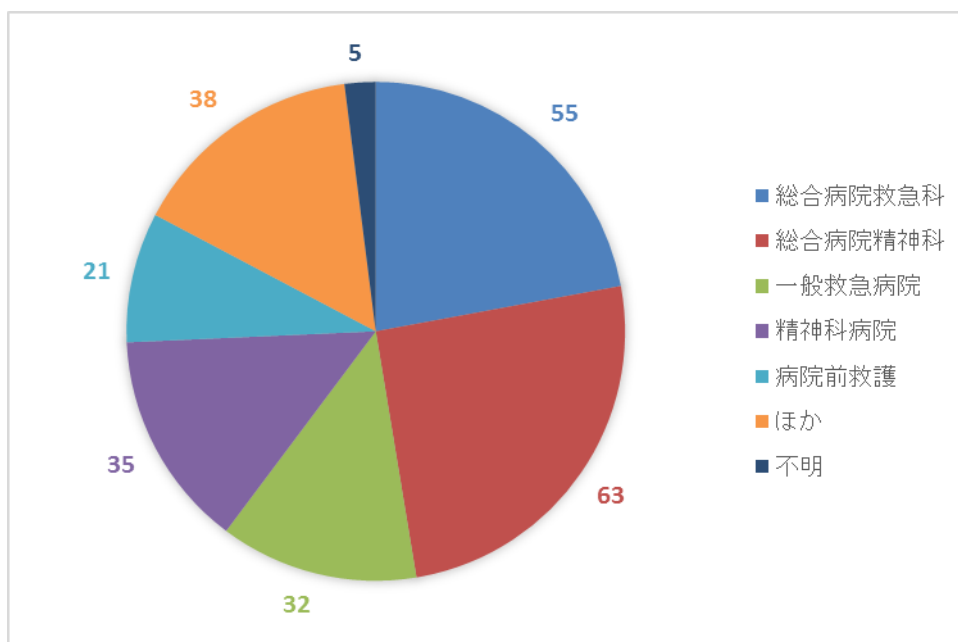
【図 1-2-c】 照会回数 11 回以上の事案における覚知時刻別の分布（自損行為傷病者）



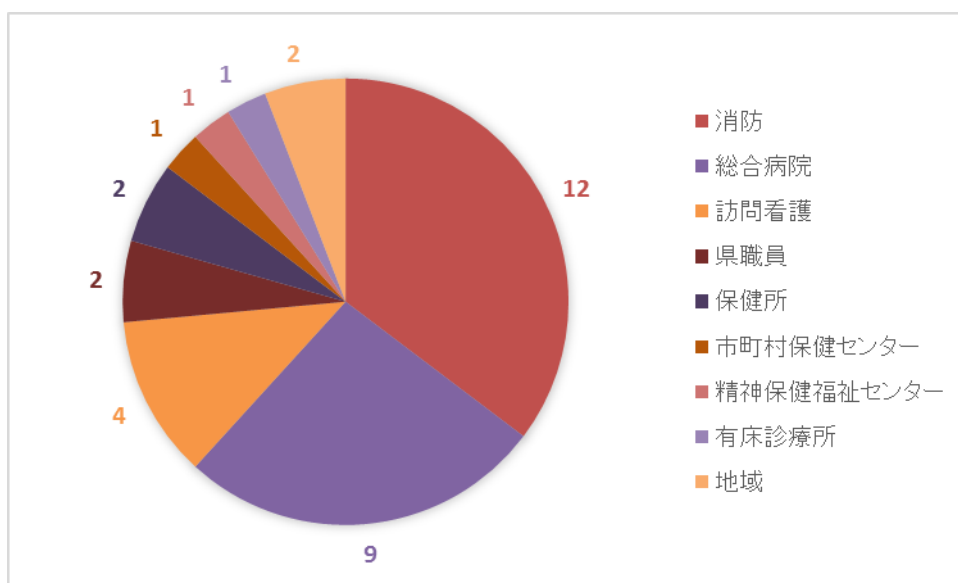
【図 1-1-d】 照会回数 11 回以上の事案における覚知時刻別の分布（自損行為傷病者）



【図 2-1】 アンケート回答者の所属施設種別（全体）



【図 2-2】 アンケート回答者の所属施設種別（ほかと回答したものの詳細）



【表 1】 傷病者搬送の状況

	搬送人員(x)	総搬送人員に 対する割合	転院搬送人員 (y)	転院搬送割合 (y/x)	分析対象搬送 人員(x-y)
総搬送人員 (全体) (a)	4,467,613		406,395	9.1%	4,061,218
総搬送人員 (アルコール除外可能消防本部) (b)	2,524,593		249,226	9.9%	2,275,367
精神科傷病者 (全体) (c)	84,460	1.9% ((c/a) × 100)	1261	1.5% ((y/x) × 100)	83,199
精神科傷病者 (アルコール除外可能消防本部) (d)	42,978	1.7% ((d/b) × 100)	625	1.5% ((y/x) × 100)	42,353
自損行為傷病者 (e)	27,047	0.6% ((e/a) × 100)	17	0.1% ((y/x) × 100)	27,030
自損行為傷病者 (アルコール除外可能消防本部) (f)	15,705	0.6% ((f/b) × 100)	17	0.1% ((y/x) × 100)	15,688

※) 分析対象全体596件、うちアルコール除外可能消防本部442件

転院搬送人員が不正回答であったものについては、対応する搬送人員も集計から除外した(精神科傷病者(全体)1件、自損行為傷病者(全体)2件)

* 参考	n	%
アルコール除外	442	73.8%
アルコール除外していない	154	25.7%
不正回答	3	0.5%
合計	599	100.0%
分析対象	596	99.5%

【表 2-1】 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数 (精神科傷病者)

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会 回数
精神科傷病者 (全体) ※1)(c)	件数	61,590	14,233	2,393	696	60	78,972	3,149	756	60	21回以上
	割合	78.0%	18.0%	3.0%	0.9%	0.1%	100.0%	4.0%	1.0%	0.1%	
精神科傷病者 (アルコール除外可能消防本部) ※2)(d)	件数	31,525	5,999	885	261	28	38,698	1,174	289	28	18回
	割合	81.5%	15.5%	2.3%	0.7%	0.1%	100.0%	3.0%	0.7%	0.1%	

※1) 回答消防本部596件のうち、125件で、“表1 (c) のx-y”との不一致があった

※2) 回答消防本部442件のうち、106件で、“表1 (d) のx-y”との不一致があった

【表 2-2】 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数 (自損行為傷病者)

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回~	計	4回以上	6回以上	11回以上	最大照会 回数
自損行為傷病者 (全体) ※1)(e)	件数	19,128	5,591	1,215	484	59	26,477	1,758	543	59	21回以上
	割合	72.2%	21.1%	4.6%	1.8%	0.2%	100.0%	6.6%	2.1%	0.2%	
自損行為傷病者 (アルコール除外可能消防本部) ※2)(f)	件数	11,319	3,118	661	268	32	15,398	961	300	32	20回
	割合	73.5%	20.2%	4.3%	1.7%	0.2%	100.0%	6.2%	1.9%	0.2%	

※1) 回答消防本部596件のうち、34件で、“表1 (e) のx-y”との不一致があった

※2) 回答消防本部442件のうち、21件で、“表1 (f) のx-y”との不一致があった

【表 3-1】 現場滞在時間区分ごとの件数 (精神科傷病者)

		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 120分未 満	120分以 上	計	30分以上	45分以上	60分以上
精神科傷病者 (全体) ※1)(c)	件数	34,251	30,094	9,069	2,793	2,065	241	78,513	14,168	5,099	2,306
	割合	43.6%	38.3%	11.6%	3.6%	2.6%	0.3%	100.0%	18.0%	6.5%	2.9%
精神科傷病者 (アルコール除外可能消防本部) ※2)(d)	件数	16,393	16,131	3,624	1,238	1,005	127	38,518	5,994	2,370	1,132
	割合	42.6%	41.9%	9.4%	3.2%	2.6%	0.3%	100.0%	15.6%	6.2%	2.9%

※1) 回答消防本部596件のうち、129件で、“表1 (c) のx-y”との不一致があった

※2) 回答消防本部442件のうち、108件で、“表1 (d) のx-y”との不一致があった

【表 3-2】現場滞在時間区分ごとの件数（自損行為傷病者）

		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 120分未 満	120分以 上	計	30分以上	45分以上	60分以上
		件数	割合	件数	割合	件数	割合		件数	割合	件数
自損行為傷病者（全体）※1)(e)	件数	8,620	12,009	3,629	1,258	867	79	26,462	5,833	2,204	946
	割合	32.6%	45.4%	13.7%	4.8%	3.3%	0.3%	100.0%	22.0%	8.3%	3.6%
自損行為傷病者 （アルコール除外可能消防本部）※2)(f)	件数	5,639	6,642	1,913	713	506	53	15,466	3,185	1,272	559
	割合	36.5%	42.9%	12.4%	4.6%	3.3%	0.3%	100.0%	20.6%	8.2%	3.6%

※1) 回答消防本部596件のうち、60件で、“表1 (e) のx-y”との不一致があった

※2) 回答消防本部442件のうち、38件で、“表1 (f) のx-y”との不一致があった

【表 4-1-1】受入れに至らなかった理由ごとの件数（精神科傷病者）

		手術中患 者対応中	ベッド満 床	処置困難	専門外	医師不在	初診（か かりつけ 医なし）	理由不明 その他	計
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	
精神科傷病者（全体）(c)	件数	7,836	2,233	7,152	3,543	864	410	6,903	28,941
	割合	27.1%	7.7%	24.7%	12.2%	3.0%	1.4%	23.9%	100.0%
精神科傷病者 （アルコール除外可能消防本部）	件数	2,085	783	2,643	2,055	587	222	2,811	11,186
	割合	18.6%	7.0%	23.6%	18.4%	5.2%	2.0%	25.1%	

【表 4-1-2】受入れに至らなかった理由ごとの件数（自損行為傷病者）

		手術中患 者対応中	ベッド満 床	処置困難	専門外	医師不在	初診（か かりつけ 医なし）	理由不明 その他	計
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	
自損行為傷病者（全体）(e)	件数	2,708	1,008	5,501	1,861	243	113	2,670	14,104
	割合	19.2%	7.1%	39.0%	13.2%	1.7%	0.8%	18.9%	100.0%
自損行為傷病者 （アルコール除外可能消防本部）	件数	1,440	581	2,750	1,316	165	93	1,453	7,798
	割合	18.5%	7.5%	35.3%	16.9%	2.1%	1.2%	18.6%	100.0%

【表 4-2-1】照会回数 11 回以上の事案における受入れに至らなかった理由ごとの件数（精神科傷病者）

		手術中患 者対応中	ベッド満 床	処置困難	専門外	医師不在	初診（か かりつけ 医なし）	理由不明 その他	計
		件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	
精神科傷病者（全体）(c)	件数	85	62	249	75	36	21	180	708
	割合	12.0%	8.8%	35.2%	10.6%	5.1%	3.0%	25.4%	100.0%
精神科傷病者 （アルコール除外可能消防本部）	件数	31	34	82	35	19	10	89	300
	割合	10.3%	11.3%	27.3%	11.7%	6.3%	3.3%	29.7%	100.0%

【表 4-2-2】 照会回数 11 回以上の事案における受入れに至らなかった理由ごとの件数（自損行為傷病者）

		手術中患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診（かかりつけ医なし）	理由不明その他	計
自損行為傷病者（全体）（e）	件数	109	43	329	120	17	1	103	722
	割合	15.1%	6.0%	45.6%	16.6%	2.4%	0.1%	14.3%	100.0%
自損行為傷病者 （アルコール除外可能消防本部）	件数	73	26	148	87	10	1	46	391
	割合	18.7%	6.6%	37.9%	22.3%	2.6%	0.3%	11.8%	100.0%

【表 5-1】 照会回数 11 回以上の事案における傷病程度別搬送状況（精神科傷病者）

		重症以上	中等症	軽症 他	計
精神科傷病者（全体）（c）	件数	4	27	26	57
	割合	7.0%	47.4%	45.6%	100.0%
精神科傷病者 （アルコール除外可能消防本部）	件数	3	13	10	26
	割合	11.5%	50.0%	38.5%	100.0%

【表 5-2】 照会回数 11 回以上の事案における傷病程度別搬送状況（自損行為傷病者）

		重症以上	中等症	軽症 他	計
自損行為傷病者（全体）（e）	件数	5	35	19	59
	割合	8.5%	59.3%	32.2%	100.0%
自損行為傷病者 （アルコール除外可能消防本部）	件数	1	25	6	32
	割合	3.1%	78.1%	18.8%	100.0%

【表6】各都道府県別受入れ状況

	都道府県	総搬送人員				精神科系搬送人員				自損行為搬送人員				
		消防白書：転院搬送除外(x)	本調査(y=a+b)	本調査回答率(y/x)	総搬送人員：本調査アルコール含む(a)	総搬送人員：本調査アルコール除外(b)	本調査アルコール含む(c)	本調査アルコール除外(d)	精神科系搬送割合：本調査アルコール含む(c/a)	精神科系搬送割合：本調査アルコール除外(d/b)	本調査アルコール含む(e)	本調査アルコール除外(f)	自損行為搬送割合：本調査アルコール含む(e/a)	自損行為搬送割合：本調査アルコール除外(f/b)
1	北海道	199,232	90,225	45.3%	27,764	62,461	926	1,587	3.3%	2.5%	253	490	0.9%	0.8%
2	青森県	38,547	38,771	100.6%	5,438	33,333	155	909	2.9%	2.7%	30	274	0.6%	0.8%
3	岩手県	41,931	38,925	92.8%	8,454	30,471	170	678	2.0%	2.2%	64	222	0.8%	0.7%
4	宮城県	83,145	73,125	87.9%	65,317	7,808	723	71	1.1%	0.9%	490	48	0.8%	0.6%
5	秋田県	35,309	28,534	80.8%	3,576	24,958	47	784	1.3%	3.1%	19	177	0.5%	0.7%
6	山形県	37,124	36,412	98.1%	17,356	19,056	422	327	2.4%	1.7%	91	101	0.5%	0.5%
7	福島県	68,960	44,446	64.5%	1,237	43,209	25	1,066	2.0%	2.5%	7	307	0.6%	0.7%
8	茨城県	107,951	88,040	81.6%	10,453	77,587	90	1,070	0.9%	1.4%	78	549	0.7%	0.7%
9	栃木県	64,484	64,475	100.0%	23,874	40,601	543	755	2.3%	1.9%	212	379	0.9%	0.9%
10	群馬県	75,851	43,967	58.0%	11,593	32,374	307	453	2.6%	1.4%	122	239	1.1%	0.7%
11	埼玉県	279,751	203,320	72.7%	28,438	174,882	686	2,831	2.4%	1.6%	241	1,338	0.8%	0.8%
12	千葉県	257,611	172,542	67.0%	38,589	133,953	527	2,369	1.4%	1.8%	258	976	0.7%	0.7%
13	東京都	658,782	658,800	100.0%	658,312	488	17,563	21	2.7%	4.3%	3,651	3	0.6%	0.6%
14	神奈川県	390,207	368,387	94.4%	230,362	138,025	4,227	1,950	1.8%	1.4%	1,375	973	0.6%	0.7%
15	新潟県	82,621	71,695	86.8%	7,151	64,544	161	890	2.3%	1.4%	48	573	0.7%	0.9%
16	富山県	36,111	36,103	100.0%	21,001	15,102	230	182	1.1%	1.2%	134	98	0.6%	0.6%
17	石川県	37,232	28,759	77.2%	0	28,759	0	728	-	2.5%	0	195	-	0.7%
18	福井県	24,700	13,636	55.2%	8,526	5,110	141	47	1.7%	0.9%	34	28	0.4%	0.5%
19	山梨県	35,230	25,437	72.2%	15,363	10,074	438	85	2.9%	0.8%	94	68	0.6%	0.7%
20	長野県	81,924	0	0.0%	0	0	0	0	-	-	0	0	-	-
21	岐阜県	76,164	71,576	94.0%	16,098	55,478	193	608	1.2%	1.1%	112	354	0.7%	0.6%
22	静岡県	134,956	42,590	31.6%	14,344	28,246	322	322	2.2%	1.1%	103	198	0.7%	0.7%
23	愛知県	292,272	149,553	51.2%	47,782	101,771	815	1,673	1.7%	1.6%	196	652	0.4%	0.6%
24	三重県	79,296	67,090	84.6%	2,872	64,218	62	1,172	2.2%	1.8%	8	339	0.3%	0.5%
25	滋賀県	55,768	56,193	100.8%	17,523	38,670	326	807	1.9%	2.1%	97	232	0.6%	0.6%
26	京都府	121,347	115,920	95.5%	91,340	24,580	3,901	417	4.3%	1.7%	689	83	0.8%	0.3%
27	大阪府	470,598	264,539	56.2%	105,636	158,903	1,804	3,211	1.7%	2.0%	744	965	0.7%	0.6%
28	兵庫県	231,653	232,479	100.4%	37,206	195,273	597	4,008	1.6%	2.1%	245	1,326	0.7%	0.7%
29	奈良県	59,646	55,749	93.5%	15,691	40,058	487	843	3.1%	2.1%	115	292	0.7%	0.7%
30	和歌山県	44,451	40,251	90.6%	1,773	38,478	14	683	0.8%	1.8%	12	237	0.7%	0.6%
31	鳥取県	22,552	18,836	83.5%	9,053	9,783	312	239	3.4%	2.4%	65	52	0.7%	0.5%
32	島根県	26,009	25,979	99.9%	0	25,979	0	746	-	2.9%	0	166	-	0.6%
33	岡山県	74,049	68,668	92.7%	5,948	62,720	211	1,379	3.5%	2.2%	34	426	0.6%	0.7%
34	広島県	101,978	88,868	87.1%	52,133	36,735	1,076	878	2.1%	2.4%	346	232	0.7%	0.6%
35	山口県	52,350	44,253	84.5%	6,518	37,735	0	457	0.0%	1.2%	0	217	0.0%	0.6%
36	徳島県	28,310	26,283	92.8%	16,695	9,588	483	220	2.9%	2.3%	105	49	0.6%	0.5%
37	香川県	37,779	32,981	87.3%	26,348	6,633	498	145	1.9%	2.2%	150	37	0.6%	0.6%
38	愛媛県	55,980	55,971	100.0%	30,495	25,476	271	368	0.9%	1.4%	230	169	0.8%	0.7%
39	高知県	33,825	12,721	37.6%	2,759	9,962	28	128	1.0%	1.3%	11	53	0.4%	0.5%
40	福岡県	210,364	156,251	74.3%	66,463	89,788	1,146	2,032	1.7%	2.3%	616	593	0.9%	0.7%
41	佐賀県	28,107	23,629	84.1%	0	23,629	0	450	-	1.9%	0	161	-	0.7%
42	長崎県	51,391	32,603	63.4%	743	31,860	31	754	4.2%	2.4%	6	226	0.8%	0.7%
43	熊本県	72,454	64,832	89.5%	10,841	53,991	312	952	2.9%	1.8%	98	344	0.9%	0.6%
44	大分県	42,280	35,321	83.5%	3,272	32,049	104	894	3.2%	2.8%	15	194	0.5%	0.6%
45	宮崎県	34,663	30,870	89.1%	0	30,870	0	747	-	2.4%	0	263	-	0.9%
46	鹿児島県	64,134	55,151	86.0%	9,463	45,688	205	628	2.2%	1.4%	67	367	0.7%	0.8%
47	沖縄県	65,821	66,462	101.0%	12,051	54,411	267	789	2.2%	1.5%	77	423	0.6%	0.8%
	合計	5,204,900	4,061,218	78.0%	1,785,851	2,275,367	40,846	42,353	2.3%	1.9%	11,342	15,688	0.6%	0.7%

【表 7-1】医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（精神科傷病者）

都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21~	計	4回以上	構成比	6回以上	11回以上	最大照会回数
1 北海道	2,041	244	77	18	17	3	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,407	45	1.9%	10	1	11
2 青森県	850	100	22	6	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	983	11	1.1%	3	0	7
3 岩手県	631	79	21	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	741	10	1.3%	0	0	5
4 宮城県	530	128	61	34	15	6	7	6	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	791	72	9.1%	23	2	16
5 秋田県	714	26	11	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	758	7	0.9%	0	0	4
6 山形県	499	96	40	5	4	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	648	13	2.0%	4	0	8
7 福島県	702	123	49	18	14	5	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	924	40	4.3%	8	1	14
8 茨城県	853	160	67	48	17	10	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,160	80	6.9%	15	0	10
9 栃木県	936	194	67	39	16	14	6	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,276	79	6.2%	24	2	11
10 群馬県	360	80	29	7	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	463	14	2.9%	2	0	6
11 埼玉県	2,354	465	180	88	45	19	9	5	8	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3,182	183	5.8%	50	5	19
12 千葉県	1,869	325	134	61	26	12	5	10	7	7	3	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0	2,465	137	5.6%	50	9	19
13 東京都	12,686	2,892	1,099	485	238	130	21	12	6	3	4	4	3	1	0	1	1	0	0	0	0	17,579	902	5.1%	179	17	21~
14 神奈川県	4,910	590	196	85	48	25	7	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,869	173	2.9%	40	6	9
15 新潟県	865	112	35	21	9	2	3	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1,051	38	3.6%	8	1	15
16 富山県	362	35	9	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	412	6	1.5%	1	0	7
17 石川県	623	60	16	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	707	8	1.1%	1	0	6
18 福井県	174	11	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	190	1	0.5%	0	0	4
19 山梨県	438	45	20	9	5	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	523	20	3.8%	6	0	9
20 長野県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 岐阜県	712	66	12	8	2	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	805	15	1.9%	5	1	11
22 静岡県	467	74	38	8	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	597	18	3.0%	2	0	6
23 愛知県	2,018	180	51	14	9	4	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,279	30	1.3%	7	0	10
24 三重県	769	110	42	22	9	3	2	1	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	962	41	4.3%	10	3	12
25 滋賀県	529	37	6	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	574	2	0.3%	1	0	8
26 京都府	3,028	748	272	145	55	31	13	10	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,306	258	6.0%	58	1	12
27 大阪府	3,158	677	241	73	40	31	15	7	6	5	2	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	4,259	183	4.3%	70	6	21~
28 兵庫県	3,773	600	195	74	26	19	8	1	4	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,705	137	2.9%	37	2	11
29 奈良県	980	203	83	34	10	8	4	5	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,330	64	4.8%	20	0	10
30 和歌山県	529	96	30	14	11	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	685	30	4.4%	5	0	7
31 鳥取県	437	80	23	8	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	551	11	2.0%	0	0	5
32 島根県	537	30	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	579	1	0.2%	0	0	4
33 岡山県	1,231	186	76	33	12	4	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,546	53	3.4%	8	0	10
34 広島県	1,414	259	112	53	34	5	3	4	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,888	103	5.5%	16	2	11
35 山口県	399	60	32	13	10	9	2	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	530	39	7.4%	16	1	11
36 徳島県	527	87	40	22	7	6	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	695	41	5.9%	12	0	8
37 香川県	449	102	44	25	13	5	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	643	48	7.5%	10	0	10
38 愛媛県	576	44	9	5	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	641	12	1.9%	2	0	9
39 高知県	166	19	6	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	195	4	2.1%	0	0	5
40 福岡県	2,674	292	75	23	13	6	6	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3,093	52	1.7%	16	1	15
41 佐賀県	323	52	17	9	3	2	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	414	22	5.3%	10	1	18
42 長崎県	565	92	31	12	3	3	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	712	24	3.4%	9	1	11
43 熊本県	967	182	82	25	8	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1,269	38	3.0%	5	1	14
44 大分県	820	120	29	13	3	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	988	19	1.9%	3	0	10
45 宮崎県	529	113	69	20	11	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	747	36	4.8%	5	1	11
46 鹿児島県	671	99	29	12	7	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	823	24	2.9%	5	1	11
47 沖縄県	946	43	13	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,007	5	0.5%	0	0	5
合計	61,590	10,428	3,805	1,623	770	374	145	89	49	39	25	13	4	5	3	5	1	2	0	0	2	78,972	3,149	4.0%	756	60	

【表 7-2】医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（自損行為傷病者）

都道府県	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21~	計	4回以上	構成比	6回以上	11回以上	最大照会回数
1 北海道	584	95	33	7	5	0	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	730	18	2.5%	6	0	10
2 青森県	254	34	10	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	304	6	2.0%	0	0	5
3 岩手県	231	33	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	271	1	0.4%	0	0	5
4 宮城県	357	95	49	18	8	3	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	538	37	6.9%	11	0	8
5 秋田県	183	9	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	194	2	1.0%	1	0	7
6 山形県	142	13	9	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	172	8	4.7%	1	0	6
7 福島県	224	42	27	4	6	7	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	316	23	7.3%	13	0	9
8 茨城県	336	110	69	40	18	13	3	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	595	80	13.4%	22	0	9
9 栃木県	400	108	46	19	10	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	591	37	6.3%	8	0	8
10 群馬県	182	44	17	9	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	261	18	6.9%	1	0	6
11 埼玉県	1,020	256	126	62	36	26	15	7	6	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1,561	159	10.2%	61	5	15
12 千葉県	711	191	98	44	28	9	8	6	3	3	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1,106	106	9.6%	34	5	18
13 東京都	2,375	662	287	137	107	58	23	9	7	4	5	3	1	1	2	0	0	0	0	0	0	3,651	367	9.8%	113	12	15
14 神奈川県	1,872	276	104	41	29	11	4	3	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,348	96	4.1%	26	4	12
15 新潟県	437	93	42	25	8	5	5	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	621	49	7.9%	14	2	20
16 富山県	201	25	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	232	4	1.7%	0	0	4
17 石川県	161	22	3	6	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	195	9	4.6%	0	0	5
18 福井県	49	6	4	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62	3	4.8%	0	0	5
19 山梨県	120	15	8	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	151	8	5.3%	0	0	5
20 長野県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 岐阜県	370	50	8	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	434	6	1.4%	0	0	5
22 静岡県	228	32	22	6	8	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	301	19	6.3%	5	2	17
23 愛知県	805	85	20	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	914	4	0.4%	1	0	8
24 三重県	257	31	12	5	8	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	316	16	5.1%	3	0	10
25 滋賀県	284	28	13	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	328	3	0.9%	0	0	5
26 京都府	558	126	45	27	6	7	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	772	43	5.6%	10	0	9
27 大阪府	940	276	115	64	39	27	16	11	6	6	4	6	1	0	2	0	1	0	1	0	1	1,516	185	12.2%	82	16	21~
28 兵庫県	1,098	274	92	46	23	17	10	1	4	2	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1,571	107	6.8%	38	4	16
29 奈良県	241	50	30	15	10	0	3	3	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	407	66	16.2%	21	1	15
30 和歌山県	178	40	9	9	8	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	249	22	8.8%	5	1	14
31 鳥取県	99	12	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	117	2	1.7%	0	0	4
32 島根県	150	13	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	167	1	0.6%	0	0	5
33 岡山県	329	84	24	13	6	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	460	23	5.0%	4	0	8
34 広島県	381	101	56	22	9	5	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	578	40	6.9%	9	3	12
35 山口県	192	45	16	6	4	2	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	270	17	6.3%	7	1	15
36 徳島県	114	15	11	6	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	151	11	7.3%	1	0	6
37 香川県	95	42	20	15	2	2	3	4	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	187	30	16.0%	13	3	15
38 愛媛県	333	36	23	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	399	7	1.8%	2	0	7
39 高知県	49	12	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64	0	0.0%	0	0	3
40 福岡県	900	172	75	28	12	8	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,202	55	4.6%	15	0	10
41 佐賀県	122	24	10	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	160	4	2.5%	1	0	6
42 長崎県	137	29	19	7	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	196	11	5.6%	3	0	7
43 熊本県	332	80	13	12	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	441	16	3.6%	1	0	6
44 大分県	155	27	17	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	206	7	3.4%	0	0	5
45 宮崎県	169	46	23	11	6	4	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	263	25	9.5%	8	0	10
46 鹿児島県	318	67	33	9	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	434	16	3.7%	1	0	7
47 沖縄県	455	18	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	475	1	0.2%	0	0	4
合計	19,128	3,944	1,647	764	451	233	114	69	38	30	21	14	4	3	9	1	2	2	1	1	1	26,477	1,788	6.6%	543	59	

【表 8-1】現場滞在時間区分ごとの件数（精神科傷病者）

	都道府県	15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上 120分未満	120分以上 150分未満	150分以上	合計	30分以上	構成比	45分以上	60分以上
1	北海道	1,123	1,041	170	52	22	4	2	6	2,420	256	10.6%	86	34
2	青森県	514	396	53	15	5	0	0	0	983	73	7.4%	20	5
3	岩手県	243	387	74	22	12	3	0	0	741	111	15.0%	37	15
4	宮城県	178	362	151	51	33	10	4	2	791	251	31.7%	100	49
5	秋田県	579	147	17	11	2	2	0	0	758	32	4.2%	15	4
6	山形県	254	292	74	18	9	1	0	0	648	102	15.7%	28	10
7	福島県	252	363	81	35	17	0	2	0	750	135	18.0%	54	19
8	茨城県	231	616	192	62	41	15	2	1	1,160	313	27.0%	121	59
9	栃木県	353	678	171	43	25	4	2	0	1,276	245	19.2%	74	31
10	群馬県	218	193	45	14	10	3	0	0	483	72	14.9%	27	13
11	埼玉県	410	1,594	696	264	157	44	12	5	3,182	1,178	37.0%	482	218
12	千葉県	490	1,209	434	156	109	40	12	15	2,465	766	31.1%	332	176
13	東京都	10,597	2,939	2,777	747	363	103	33	20	17,579	4,043	23.0%	1,266	519
14	神奈川県	1,258	3,405	847	225	104	24	3	3	5,869	1,206	20.5%	359	134
15	新潟県	377	472	112	47	27	11	1	4	1,051	202	19.2%	90	43
16	富山県	277	98	24	7	4	0	2	0	412	37	9.0%	13	6
17	石川県	433	217	41	10	6	0	0	0	707	57	8.1%	16	6
18	福井県	131	46	8	3	2	0	0	0	190	13	6.8%	5	2
19	山梨県	53	28	2	1	1	0	0	0	85	4	4.7%	2	1
20	長野県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
21	岐阜県	479	232	60	21	12	0	0	1	805	94	11.7%	34	13
22	静岡県	298	242	40	13	4	0	0	0	597	57	9.5%	17	4
23	愛知県	1,213	776	144	55	45	16	8	3	2,260	271	12.0%	127	72
24	三重県	507	362	56	18	11	4	2	2	962	93	9.7%	37	19
25	滋賀県	478	238	53	18	11	2	1	0	801	85	10.6%	32	14
26	京都府	1,456	2,390	346	65	35	9	4	1	4,306	460	10.7%	114	49
27	大阪府	1,264	2,020	494	165	164	103	30	19	4,259	975	22.9%	481	316
28	兵庫県	1,582	2,422	481	120	77	15	5	3	4,705	701	14.9%	220	100
29	奈良県	325	683	189	72	39	16	5	1	1,330	322	24.2%	133	61
30	和歌山県	355	261	38	18	7	4	2	0	685	69	10.1%	31	13
31	鳥取県	349	169	19	9	4	0	1	0	551	33	6.0%	14	5
32	島根県	406	155	11	4	3	0	0	0	579	18	3.1%	7	3
33	岡山県	688	663	136	28	22	7	1	1	1,546	195	12.6%	59	31
34	広島県	548	907	259	95	56	16	5	2	1,888	433	22.9%	174	79
35	山口県	195	224	63	28	14	5	1	0	530	111	20.9%	48	20
36	徳島県	358	271	45	14	7	0	0	0	695	66	9.5%	21	7
37	香川県	317	258	38	17	10	1	2	0	643	68	10.6%	30	13
38	愛媛県	394	201	36	5	5	0	0	0	641	46	7.2%	10	5
39	高知県	110	68	14	1	2	0	0	0	195	17	8.7%	3	2
40	福岡県	1,899	921	157	65	35	10	6	0	3,093	273	8.8%	116	51
41	佐賀県	171	172	42	17	7	3	2	0	414	71	17.1%	29	12
42	長崎県	583	99	18	7	3	2	0	0	712	30	4.2%	12	5
43	熊本県	565	541	110	36	14	3	0	0	1,269	163	12.8%	53	17
44	大分県	583	341	42	15	5	2	0	0	988	64	6.5%	22	7
45	宮崎県	272	356	84	18	15	2	0	0	747	119	15.9%	35	17
46	鹿児島県	335	330	73	68	14	2	0	1	823	158	19.2%	85	17
47	沖縄県	550	309	52	18	6	3	1	0	939	80	8.5%	28	10
	合計	34,251	30,094	9,069	2,793	1,576	489	151	90	78,513	14,168	18.0%	5,099	2,306

【表 8-2】現場滞在時間区分ごとの件数（自損行為傷病者）

	都道府県	15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上 120分未満	120分以上 150分未満	150分以上	合計	30分以上	構成比	45分以上	60分以上
1	北海道	292	332	63	27	11	2	3	0	730	106	14.5%	43	16
2	青森県	161	119	20	4	0	0	0	0	304	24	7.9%	4	0
3	岩手県	84	145	28	8	5	0	1	0	271	42	15.5%	14	6
4	宮城県	126	244	114	30	17	5	2	0	538	168	31.2%	54	24
5	秋田県	139	50	4	1	1	0	1	0	196	7	3.6%	3	2
6	山形県	95	58	13	5	1	0	0	0	172	19	11.0%	6	1
7	福島県	110	135	44	14	9	2	2	0	316	71	22.5%	27	13
8	茨城県	158	261	92	43	31	9	0	1	595	176	29.6%	84	41
9	栃木県	188	277	78	33	11	3	0	1	591	126	21.3%	48	15
10	群馬県	114	106	27	8	6	0	0	0	261	41	15.7%	14	6
11	埼玉県	228	636	375	167	116	31	5	3	1,561	697	44.7%	322	155
12	千葉県	215	452	250	113	50	18	4	4	1,106	439	39.7%	189	76
13	東京都	634	2,046	610	228	105	18	4	6	3,651	971	26.6%	361	133
14	神奈川県	523	1,229	394	130	61	18	4	2	2,361	609	25.8%	215	85
15	新潟県	195	297	76	25	21	5	1	1	621	129	20.8%	53	28
16	富山県	166	54	8	2	2	0	0	0	232	12	5.2%	4	2
17	石川県	109	69	9	4	4	0	0	0	195	17	8.7%	8	4
18	福井県	31	22	7	2	0	0	0	0	62	9	14.5%	2	0
19	山梨県	27	34	3	2	2	0	0	0	68	7	10.3%	4	2
20	長野県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
21	岐阜県	268	141	15	2	6	0	1	1	434	25	5.8%	10	8
22	静岡県	132	113	37	10	7	2	0	0	301	56	18.6%	19	9
23	愛知県	542	302	37	13	11	6	2	1	914	70	7.7%	33	20
24	三重県	182	123	25	11	5	1	0	0	347	42	12.1%	17	6
25	滋賀県	144	150	22	8	4	0	0	0	328	34	10.4%	12	4
26	京都府	212	427	108	16	8	1	0	0	772	133	17.2%	25	9
27	大阪府	384	692	257	90	66	17	7	3	1,516	440	29.0%	183	93
28	兵庫県	410	774	271	67	32	13	4	0	1,571	387	24.6%	116	49
29	奈良県	50	192	100	34	22	7	1	1	407	165	40.5%	65	31
30	和歌山県	109	108	23	5	4	0	0	0	249	32	12.9%	9	4
31	鳥取県	57	52	7	1	0	0	0	0	117	8	6.8%	1	0
32	島根県	98	60	8	1	0	0	0	0	167	9	5.4%	1	0
33	岡山県	158	219	56	16	9	2	0	0	460	83	18.0%	27	11
34	広島県	141	273	103	30	21	5	3	2	578	164	28.4%	61	31
35	山口県	87	132	28	13	6	3	0	1	270	51	18.9%	23	10
36	徳島県	74	57	17	2	1	0	0	0	151	20	13.2%	3	1
37	香川県	71	81	24	5	5	0	1	0	187	35	18.7%	11	6
38	愛媛県	220	150	23	5	0	1	0	0	399	29	7.3%	6	1
39	高知県	31	27	2	3	1	0	0	0	64	6	9.4%	4	1
40	福岡県	639	443	66	31	17	4	1	1	1,202	120	10.0%	54	23
41	佐賀県	70	67	13	7	1	0	2	0	160	23	14.4%	10	3
42	長崎県	136	47	10	2	1	0	0	0	196	13	6.6%	3	1
43	熊本県	191	194	42	8	4	1	1	0	441	56	12.7%	14	6
44	大分県	84	95	17	5	2	0	0	0	203	24	11.8%	7	2
45	宮崎県	108	118	29	4	1	2	1	0	263	37	14.1%	8	4
46	鹿児島県	179	191	47	14	2	1	0	0	434	64	14.7%	17	3
47	沖縄県	248	215	27	9	1	0	0	0	500	37	7.4%	10	1
	合計	8,620	12,009	3,629	1,258	690	177	51	28	26,462	5,833	22.0%	2,204	946

【表 9-1】 照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（全事案）（精神科傷病者）

	都道府県	手術中 患者対応 中	ベッド満 床	処置困難	専門外	医師不在	初診（か かりつけ 医なし）	理由不明 その他	合計
1	北海道	25	23	84	88	47	6	195	468
2	青森県	27	6	50	34	9	0	59	185
3	岩手県	22	2	21	21	9	1	28	104
4	宮城県	75	19	96	51	26	8	191	466
5	秋田県	5	4	16	8	4	1	30	68
6	山形県	27	13	82	41	6	13	32	214
7	福島県	13	14	74	57	19	2	98	277
8	茨城県	96	58	84	150	34	23	158	603
9	栃木県	199	42	173	109	16	3	107	649
10	群馬県	23	6	15	22	5	0	17	88
11	埼玉県	419	129	313	336	34	36	326	1,593
12	千葉県	129	97	224	191	66	25	326	1,058
13	東京都	2,627	662	2,108	486	25	103	2,592	8,603
14	神奈川県	476	146	523	210	32	0	236	1,623
15	新潟県	19	15	41	47	15	84	145	366
16	富山県	2	2	24	4	8	0	35	75
17	石川県	25	15	27	21	8	0	17	113
18	福井県	4	1	8	4	3	0	2	22
19	山梨県	3	1	2	10	2	3	8	29
20	長野県	0	0	0	0	0	0	0	0
21	岐阜県	12	15	42	28	8	7	41	153
22	静岡県	20	1	42	36	8	5	63	175
23	愛知県	18	19	119	46	32	1	142	377
24	三重県	7	9	49	29	7	0	73	174
25	滋賀県	14	7	10	10	0	1	17	59
26	京都府	1,428	230	408	150	7	2	58	2,283
27	大阪府	584	158	555	217	31	8	310	1,863
28	兵庫県	561	114	259	325	19	4	162	1,444
29	奈良県	144	33	131	105	23	19	180	635
30	和歌山県	78	8	35	73	14	2	60	270
31	鳥取県	34	8	6	22	5	1	15	91
32	島根県	6	2	17	6	2	1	8	42
33	岡山県	85	37	197	76	20	17	97	529
34	広島県	193	67	348	73	26	3	176	886
35	山口県	42	15	75	41	16	7	33	229
36	徳島県	35	23	85	70	19	1	95	328
37	香川県	75	44	92	72	21	0	76	380
38	愛媛県	9	5	19	15	13	0	49	110
39	高知県	4	4	15	12	5	1	3	44
40	福岡県	90	66	159	73	37	0	240	665
41	佐賀県	4	7	12	9	8	2	11	53
42	長崎県	33	20	125	6	37	0	42	263
43	熊本県	49	36	195	39	52	10	96	477
44	大分県	26	11	83	29	17	0	77	243
45	宮崎県	58	16	66	63	41	8	115	367
46	鹿児島県	10	19	35	28	25	0	48	165
47	沖縄県	1	4	8	0	3	2	14	32
	合計	7,836	2,233	7,152	3,543	864	410	6,903	28,941

【表 9-2】 照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（全事案）（自損行為傷病者）

	都道府県	手術中 患者対応 中	ベッド満 床	処置困難	専門外	医師不在	初診（か かりつけ 医なし）	理由不明 その他	合計
1	北海道	19	11	71	27	13	2	55	198
2	青森県	9	3	33	10	3	0	16	74
3	岩手県	6	1	7	6	0	1	5	26
4	宮城県	94	19	86	39	7	1	88	334
5	秋田県	3	0	4	3	0	2	7	19
6	山形県	11	1	21	9	3	2	10	57
7	福島県	28	8	74	19	5	0	15	149
8	茨城県	98	37	137	147	9	0	138	566
9	栃木県	58	26	121	57	5	0	74	341
10	群馬県	11	3	19	23	2	0	7	65
11	埼玉県	259	100	450	196	8	5	211	1,229
12	千葉県	92	68	242	155	21	1	184	763
13	東京都	513	145	1,337	158	6	10	565	2,734
14	神奈川県	142	61	412	127	11	0	114	867
15	新潟県	30	34	67	49	3	73	131	387
16	富山県	0	2	18	4	2	0	15	41
17	石川県	12	5	18	13	0	0	7	55
18	福井県	7	1	10	5	2	0	0	25
19	山梨県	16	0	3	9	0	0	4	32
20	長野県	0	0	0	0	0	0	0	0
21	岐阜県	4	6	30	24	3	1	17	85
22	静岡県	8	8	40	7	4	1	55	123
23	愛知県	6	9	65	23	5	0	28	136
24	三重県	6	3	31	14	4	0	21	79
25	滋賀県	10	6	22	7	0	0	20	65
26	京都府	139	41	151	35	2	0	8	376
27	大阪府	334	112	544	139	13	2	170	1,314
28	兵庫県	269	76	290	163	12	0	92	902
29	奈良県	110	21	137	85	3	6	83	445
30	和歌山県	46	6	33	36	9	1	20	151
31	鳥取県	2	1	5	1	0	0	2	11
32	島根県	0	1	16	1	0	0	2	20
33	岡山県	20	17	119	26	0	1	28	211
34	広島県	52	22	197	25	7	0	75	378
35	山口県	26	4	68	26	11	0	32	167
36	徳島県	13	4	26	15	5	0	13	76
37	香川県	27	27	113	35	2	0	30	234
38	愛媛県	5	5	38	5	6	0	49	108
39	高知県	1	5	5	0	1	0	4	16
40	福岡県	109	64	167	45	26	0	139	550
41	佐賀県	0	2	9	3	2	0	11	27
42	長崎県	29	7	41	6	6	0	19	108
43	熊本県	18	8	79	10	4	2	25	146
44	大分県	11	4	44	15	2	0	7	83
45	宮崎県	42	11	49	26	11	0	47	186
46	鹿児島県	12	8	44	33	4	0	25	126
47	沖縄県	1	5	8	0	1	2	2	19
	合計	2,708	1,008	5,501	1,861	243	113	2,670	14,104

【表 10-1】 照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（照会回数 11 回以上の事案）（精神科傷病者）

	都道府県	手術中 患者対応 中	ベッド満 床	処置困難	専門外	医師不在	初診（か かりつけ 医なし）	理由不明 その他	合計
1	北海道	0	0	0	5	0	0	5	10
2	青森県	0	0	0	0	0	0	0	0
3	岩手県	0	0	0	0	0	0	0	0
4	宮城県	6	3	11	1	0	0	9	30
5	秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0
6	山形県	0	0	0	0	0	0	0	0
7	福島県	0	1	0	0	6	0	6	13
8	茨城県	0	0	0	0	0	0	0	0
9	栃木県	3	1	5	4	1	0	6	20
10	群馬県	0	0	0	0	0	0	0	0
11	埼玉県	7	4	9	10	1	0	22	53
12	千葉県	14	23	17	8	8	7	16	93
13	東京都	13	18	83	30	1	10	65	220
14	神奈川県	0	0	0	0	0	0	0	0
15	新潟県	0	0	0	0	0	0	14	14
16	富山県	0	0	0	0	0	0	0	0
17	石川県	0	0	0	0	0	0	0	0
18	福井県	0	0	0	0	0	0	0	0
19	山梨県	0	0	0	0	0	0	0	0
20	長野県	0	0	0	0	0	0	0	0
21	岐阜県	0	0	8	2	0	0	0	10
22	静岡県	0	0	0	0	0	0	0	0
23	愛知県	0	0	0	0	0	0	0	0
24	三重県	0	0	14	1	1	0	5	21
25	滋賀県	0	0	0	0	0	0	0	0
26	京都府	9	1	1	0	0	0	0	11
27	大阪府	24	3	54	2	2	1	3	89
28	兵庫県	2	1	10	4	0	0	3	20
29	奈良県	0	0	0	0	0	0	0	0
30	和歌山県	0	0	0	0	0	0	0	0
31	鳥取県	0	0	0	0	0	0	0	0
32	島根県	0	0	0	0	0	0	0	0
33	岡山県	0	0	0	0	0	0	0	0
34	広島県	4	0	15	0	0	0	1	20
35	山口県	1	2	0	5	0	0	2	10
36	徳島県	0	0	0	0	0	0	0	0
37	香川県	0	0	0	0	0	0	0	0
38	愛媛県	0	0	0	0	0	0	0	0
39	高知県	0	0	0	0	0	0	0	0
40	福岡県	0	2	1	0	0	0	11	14
41	佐賀県	1	2	7	2	1	3	1	17
42	長崎県	0	0	0	0	10	0	0	10
43	熊本県	0	0	13	0	0	0	0	13
44	大分県	0	0	0	0	0	0	0	0
45	宮崎県	0	0	0	0	0	0	10	10
46	鹿児島県	1	1	1	1	5	0	1	10
47	沖縄県	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	85	62	249	75	36	21	180	708

【表 10-2】 照会するも受入れに至らなかった理由とその件数（照会回数 11 回以上の事案）（自損行為傷病者）

	都道府県	手術中 患者対応 中	ベッド満 床	処置困難	専門外	医師不在	初診（か かりつけ 医なし）	理由不明 その他	合計
1	北海道	0	0	0	0	0	0	0	0
2	青森県	0	0	0	0	0	0	0	0
3	岩手県	0	0	0	0	0	0	0	0
4	宮城県	0	0	0	0	0	0	0	0
5	秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0
6	山形県	0	0	0	0	0	0	0	0
7	福島県	0	0	0	0	0	0	0	0
8	茨城県	0	0	0	0	0	0	0	0
9	栃木県	0	0	0	0	0	0	0	0
10	群馬県	0	0	0	0	0	0	0	0
11	埼玉県	10	8	29	5	0	0	5	57
12	千葉県	10	5	27	14	2	0	10	68
13	東京都	15	8	65	9	1	0	38	136
14	神奈川県	4	1	24	12	0	0	0	41
15	新潟県	2	0	6	19	0	0	6	33
16	富山県	0	0	0	0	0	0	0	0
17	石川県	0	0	0	0	0	0	0	0
18	福井県	0	0	0	0	0	0	0	0
19	山梨県	0	0	0	0	0	0	0	0
20	長野県	0	0	0	0	0	0	0	0
21	岐阜県	0	0	0	0	0	0	0	0
22	静岡県	0	3	7	7	3	0	6	26
23	愛知県	0	0	0	0	0	0	0	0
24	三重県	0	0	0	0	0	0	0	0
25	滋賀県	0	0	0	0	0	0	0	0
26	京都府	0	0	0	0	0	0	0	0
27	大阪府	45	13	108	19	2	0	20	207
28	兵庫県	15	0	13	16	1	0	2	47
29	奈良県	2	0	6	4	0	0	2	14
30	和歌山県	1	2	0	6	1	1	2	13
31	鳥取県	0	0	0	0	0	0	0	0
32	島根県	0	0	0	0	0	0	0	0
33	岡山県	0	0	0	0	0	0	0	0
34	広島県	4	0	26	0	0	0	1	31
35	山口県	0	1	2	1	5	0	5	14
36	徳島県	0	0	0	0	0	0	0	0
37	香川県	1	2	16	8	2	0	6	35
38	愛媛県	0	0	0	0	0	0	0	0
39	高知県	0	0	0	0	0	0	0	0
40	福岡県	0	0	0	0	0	0	0	0
41	佐賀県	0	0	0	0	0	0	0	0
42	長崎県	0	0	0	0	0	0	0	0
43	熊本県	0	0	0	0	0	0	0	0
44	大分県	0	0	0	0	0	0	0	0
45	宮崎県	0	0	0	0	0	0	0	0
46	鹿児島県	0	0	0	0	0	0	0	0
47	沖縄県	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計	109	43	329	120	17	1	103	722

【表 11】全国地域メディカルコントロール協議会回答率一覧

回答率チェック	回答N	協議会実数	回答%
北海道	6	6	100.0
青森県	3	3	100.0
岩手県	11	11	100.0
宮城県	8	9	88.9
秋田県	7	8	87.5
山形県	5	5	100.0
福島県	4	4	100.0
茨城県	7	8	87.5
栃木県	5	5	100.0
群馬県	9	11	81.8
埼玉県	6	6	100.0
千葉県	9	10	90.0
東京都	1	1	100.0
神奈川県	5	5	100.0
新潟県	5	5	100.0
富山県	4	4	100.0
石川県	1	1	100.0
福井県	4	4	100.0
山梨県	1	1	100.0
長野県	0	10	0.0
岐阜県	5	5	100.0
静岡県	7	8	87.5
愛知県	6	7	85.7
三重県	9	9	100.0
滋賀県	7	7	100.0
京都府	6	6	100.0
大阪府	7	8	87.5
兵庫県	5	5	100.0
奈良県	1	1	100.0
和歌山県	3	3	100.0
鳥取県	2	3	66.7
島根県	4	4	100.0
岡山県	3	3	100.0
広島県	7	7	100.0
山口県	5	5	100.0
徳島県	1	1	100.0
香川県	1	1	100.0
愛媛県	3	3	100.0
高知県	1	1	100.0
福岡県	4	4	100.0
佐賀県	4	5	80.0
長崎県	6	7	85.7
熊本県	10	12	83.3
大分県	1	1	100.0
宮崎県	6	7	85.7
鹿児島県	6	6	100.0
沖縄県	5	5	100.0
総計	226	251	90.0

【表 12-1】医療連携実務者アンケート（身体合併症加療依頼時）

臨床 フィールド	職種× フィールド	N	%	バイタル	血液検査	画像検査	既往症	処方a	精神状態	せん妄 既往	過去最悪	処方b	頓服指示	精神情報
精神医療	医師精神	44	17.9	95.1	95.1	85.4	97.6	85.4	85.4	53.7	51.2	97.6	87.8	73.2
精神医療	看護精神	40	16.3	88.6	88.6	73.5	94.1	71.4	77.1	60.0	62.9	91.4	94.1	67.6
精神医療	SW精神	6	2.4	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	83.3	16.7	16.7	66.7	66.7	66.7
精神医療	CP精神	9	3.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	87.5	87.5	100.0	100.0	75.0
救急医療	医師救急	16	6.5	96.8	96.8	96.8	96.8	96.8	77.4	61.3	61.3	96.8	80.6	67.7
救急医療	看護救急	33	13.4	96.0	96.0	92.0	96.0	93.9	90.0	71.4	72.0	96.0	88.0	77.1
救急医療	SW救急	2	0.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	50.0	25.0	100.0	25.0	25.0
救急医療	CP救急	1	0.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	66.7	66.7	100.0	100.0	66.7

【略語】「バイタル」=バイタルサイン、「血液検査」=血液検査などのラボデータ、「画像検査」=CT・レントゲンなどの画像検査データ、「既往症」=身体既往症の情報、「処方a」=身体既往症の処方内容、「精神状態」=簡便な精神的な状態記述、「せん妄既往」=せん妄既往の有無、「過去最悪」=過去、精神状態がわるかった時期の状態記述、「処方b」=精神科の処方内容、「頓服指示」=精神科頓服の指示内容、「精神情報」=紹介先施設に精神科があればそちらへの情報提供

※カラスケールは回答率の高さを示し、赤スケールは各職種が提供は「容易である」と回答した比率、緑スケールは各職種が提供は「必要である」と回答した比率を示す。

【表 12-2】医療連携実務者アンケート（身体合併症加療報告時）

臨床 フィールド	職種× フィールド	N	%	診断結果	実施治療	続発症	注意事項	悪化時	精神申送	せん妄b	逸脱言動	精神状態 b
精神医療	医師精神	44	17.9	92.7	85.4	82.9	87.5	73.2	51.2	34.1	43.9	26.8
精神医療	看護精神	40	16.3	91.2	94.1	69.7	85.3	76.5	73.5	58.8	64.7	52.9
精神医療	SW精神	6	2.4	83.3	83.3	33.3	66.7	83.3	66.7	66.7	66.7	33.3
精神医療	CP精神	9	3.7	87.5	75.0	87.5	62.5	50.0	62.5	87.5	87.5	75.0
救急医療	医師救急	16	6.5	80.0	100.0	100.0	77.4	58.1	53.3	64.5	54.8	51.6
救急医療	看護救急	33	13.4	56.0	96.0	96.0	74.0	54.0	44.0	77.6	64.0	72.0
救急医療	SW救急	2	0.8	50.0	100.0	100.0	75.0	75.0	100.0	100.0	100.0	75.0
救急医療	CP救急	1	0.4	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	33.3	33.3	0.0	33.3

【略語】「診断結果」=加療施設での診断結果に関する情報、「実施治療」=加療施設において実施された治療に関する情報、「続発症」=続発症の有無、「注意事項」=今後の治療・ケアに関する注意事項、「悪化時」=今後の状態悪化時の対応や指示、「精神申送」=加療施設に精神科があればそちらからの治療申し送り、「せん妄b」=せん妄出現の有無、「逸脱言動」=その他の逸脱言動の有無、「精神状態b」=転院時における簡便な精神的な状態記述

※カラスケールは回答率の高さを示し、赤スケールは各職種が提供は「容易である」と回答した比率、緑スケールは各職種が提供は「必要である」と回答した比率を示す。

精神科救急医療における自殺ハイリスク者対応の実態把握と 標準化による医療の質向上に資する研究

研究分担者：大塚耕太郎（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）

研究協力者：杉山直也（公益財団法人復康会沼津中央病院）、河西千秋（札幌医科大学医学部神経精神医学講座）、小泉範高（岩手県精神保健福祉センター、岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座）、赤平美津子（岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座）

要旨

初年度の2019年度は精神科救急医療にとって自殺ハイリスク者への対応は主要課題の一つであり、精神科救急学会によるガイドラインの効果検証として全国の精神科救急医療施設を対象とし、推奨内容の現場浸透度を把握することをめざし、基礎的情報収集と調査方法、実施体制を整備した。自殺未遂者ケアのガイドラインの調査項目は、ガイドライン等の項目としては、定義、原則、情報収集、コミュニケーション、面接、自殺の道程、危険因子の評価、危険性の評価、治療計画、危険性を減らす、精神障害、家族への対応、紹介・連携、精神科的対応、心理社会的介入、情報提供、ポストベンション、スタッフケア、院内の体制があげられた。特に、医療機関を対象にしてどのような体制で実施しているか、ガイドラインに基づく体制はとれているのか、現実的に困難な点はあるのか、ということも確認する必要がある。一方、医療機関の体制として自殺予防を行う基礎的な準備体制の整備も考慮する必要がある。このため、架空な想定事例を元にしてどのように対応するかという項目も検討する必要があると考えられた。

A. 研究の背景と目的

本研究では、精神科救急医療における自殺ハイリスク者対応の実態把握と標準化による医療の質向上を最重要課題と位置付けている。特に、精神科救急医療にとって自殺ハイリスク者への対応は主要課題の一つであり、その専門性の高さや医学的重大性ゆえに国全体の自殺対策動向のみならず、これまでの精神科救急の知見に基づき独立して確立されてきた面も少なくない。精神科領域の自殺予防対策の既存ガイドラインは精神科救急学会によるものがほぼ唯一で、これまでに1回改訂

作業が行われ、現在でもガイドラインの普及が行われてきている。本研究は、ガイドラインの効果検証として、全国の精神科救急医療施設を対象に、推奨内容の現場浸透度や理解度などを把握することを目的とする。

B. 研究方法

初年度の2019年度は精神科救急医療にとって自殺ハイリスク者への対応は主要課題の一つであり、精神科救急学会によるガイドラインの効果検証として全国の精神科救急医療施設を対象とし、推奨内容の現場浸透度を把握

することをめざし、基礎的情報収集と調査方法の確定、実施のための体制を整備した。

具体的にはガイドライン執筆者や専門家らによりワーキンググループを設置した。そして、ガイドラインの効果検証のための評価にあたって必要な情報を整理した。そして、調査票作成、対象者、実施方法を検討し、最終的に調査の方法論を確定し、ガイドラインの効果検証にあたっては国内の精神科救急医療の従事者や関係者、関係機関を対象とする予定である。現時点では、精神科救急入院料認可施設 140 施設程を見込んでいる。調査項目としては従事者の基本属性や職業属性、施設属性、ガイドラインに関する知識、学習状況、診療に関する意識、ガイドライン項目の実践状況、現場での臨床課題やガイドラインに関するニーズ等を検討している。今年度は、新型コロナウイルス関連の問題もあるため、ワーキンググループでの検討については、関係者等のメールや電話でのやりとりに限定した。以上から個人情報等については利用せず、今年度は倫理委員会の申請には該当しなかった。

C. 研究結果/進捗

今年度はWGを構成する研究者であるガイドライン執筆者と研究全体のアウトラインを再度確認した。そして、実態把握の手順として以下が項目として検討された；①ガイドラインに関する調査：全国の精神科救急実施医療機関および従事者を対象にしたガイドラインに関する知識、学習状況、診療に関する意識、ガイドライン項目の実践状況、現場での臨床課題やガイドラインに関するニーズに関する調査実施。配布対象として精神科救急関連の入院料認可施設 140 施設程を見込む。

以上の検討内容を踏まえ、ガイドラインの構造を検証し、評価項目の検討を行った。これまでの自殺関連行動へのケアのエビデンスとして、自傷行為者への救急医療でカード配布、大量服薬者への電話、家族への心理教育、自殺念慮のあるものへの受診勧奨や問題解決アプローチ、自殺企図者への精神分析、認知行動療法などが介入効果として報告されている。先行的に自殺のハイリスク者対応で提唱されている指針やガイドライン（WHO¹、APA²、Harvard³、Hillard and Zitek⁴）での項目と我が国におけるガイドライン（①救急医療⁵および②精神科救急医療⁶）、ACTION-Jの知見に基づくガイドブック⁷、日本医療機能評価機構における院内自殺予防とスタッフケアの手引き⁸を参照した。

ガイドライン等の項目としては、定義、原則、情報収集、コミュニケーション、面接、自殺の道程、危険因子の評価、危険性の評価、治療計画、危険性を減らす、精神障害、家族への対応、紹介・連携、精神科的対応、心理社会的介入、情報提供、ポストベンション、スタッフケア、院内の体制があげられる（図1）。

我が国のガイドラインや手引きについては、臨床での現場対応の流れをふまえ、包括的な自殺未遂者ケアの戦略を提唱している。また、救急医療と精神科救急医療（精神科救急医療ガイドライン（3）（自殺未遂者対応））の両ガイドラインでは共役性をもたせ、相互補完的な内容としてあった。例えば、自殺念慮の確認のフローでも両者はほぼ同様の内容としてあった。

[関連資料 1-8]

1. Preventing Suicide: A Resource for General Physician. WHO, Geneva, 2000 (http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf)
2. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, et al: Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with suicidal Behaviors. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders compendium (井上新平責任訳: 自殺行動の評価と精神医学的ケア. (アメリカ精神医学会編) 米国精神医学会治療ガイドラインコンベンディウム. 医学書院、東京、769-942, 2006)
3. Guidelines for Identifications, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality: Risk management foundation of Harvard Medical Institutions. (Jacobs DG, ed) Guide to The Harvard Medical School Suicide Assessment and Intervention. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass. 579-591, 1999
4. Hillard R, Gebler B, and Zitek B: Emergency Psychiatry. The McGraw-Hill Companies, Inc. 2004 Medical Publishing Division, New York, 2004
5. 有賀徹, 宅康史, 大塚耕太郎, 岸泰宏, 坂本由美子, 守村洋, 柳澤八重子, 山田朋樹, 伊藤弘人, 河西千秋. (資料) 自殺未遂者への対応: 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引. 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターにおける手引. 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターにおける手引: 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターにおける手引. 日本臨床救急医学会, 2009 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoiken/jisatsu/dl/07.pdf>)

6. 大塚耕太郎, 河西千秋, 杉山直也. (澤温, 平田豊明, 酒井明夫監修) 精神科救急医療ガイドライン (3) (自殺未遂者対応). 日本精神科救急学会. 2009.

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoiken/jisatsu/dl/11.pdf>)

7. (日本自殺予防学会監修) 救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス HOPEガイドブック (国立研究開発法人日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業 (精神障害分野)「精神疾患に起因した自殺の予防法に関する研究」研究班編集). ヘルス出版, 2018

8. (河西千秋, 大塚耕太郎, 加藤大慈, 橋本廻生監修) 医療安全推進ジャーナル別冊 病院内の自殺対策のすすめ方. 東京:財団法人日本医療評価機構 院内患者安全推進協議会;2011.

医療機関の調査項目としては、さらに職員への教育、病院としての自殺リスク検知後の対応状況なども考慮に入れる必要があると考えられた。

D. 考察

自殺未遂者ケアのガイドラインの調査項目は、医療機関を対象にどのような体制で実施しているか、ガイドラインに基づく体制はとれているのか、現実的に困難な点はあるのか、ということも確認する必要がある。一方、医療機関の体制として自殺予防を行う基礎的な準備体制の整備も考慮する必要がある。このため、架空な想定事例を元にしたどのように対応するかという調査も検討する必

要があると考えられた。次年度に全国の精神科救急実施医療機関および従事者を対象にしたガイドラインの普及と効果検証を目的として、調査票作成、配布・回収をおこない、基礎統計資料を作成し、課題を抽出することを旨とする。

そして、調査結果の基礎資料を基に、ワーキンググループで結果の検証を行い、次年度以降の推奨事項の見直しや、普及法、ガイドライン改訂の方向性に関する検討を行い、次年度以降のガイドラインの検証を踏まえた医療の質向上を目指す。

E. 結論

自殺未遂者ケアにおける実践項目、教育項目などについて先行的取り組み事例をもとに検証し、調査項目の参照とした。次年度にはこれらを踏まえて、精神科医療機関における取り組みの調査および検証を行う予定である。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 大塚 耕太郎, 小泉 範高, 赤平 美津子, 齋藤 多佳子, 松下 祐, 山岡 春花, 馬渡 晃弘, 三條 克己. 災害と自殺・その予防. 自殺予防と危機介入 39(2) 3 - 8 2019

- 2) 大塚耕太郎. 【ポジティブ精神医学 II】産後うつ病の地域での予防活動. 日本精神科病院協会雑誌 38(9) 844 - 848 2019

- 3) 大塚 耕太郎, 小泉 範高, 赤平 美津子, 松下 祐, 山岡 春花, 伊藤 ひとみ. 【高齢者の自殺・自死とその辺縁問題】対策への模索 高齢者の自殺・自死予防. 老年精神医学雑誌 30(5) 527 - 531 2019

2. 学会発表

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

図1. 各ガイドライン等の項目

	APA	Harvard	Hillardら	WHO	①救急医療	①精神科救急	ACTION-J	医療機能評価機構
定義	○		○		○	○	○	○
原則	○				○	○	○	○
情報収集					○	○	○	○
コミュニケーション					○	○	○	○
面接			○	○	○	○	○	○
自殺の同定		○			○	○	○	○
危険因子の評価		○	○		○	○	○	○
危険性の評価	○		○	○	○	○	○	○
治療計画		○			○	○	○	○
危険性を減らす		○			○	○	○	○
精神障害		○		○	○	○	○	○
家族への対応					○	○	○	○
紹介・連携				○	○	○	○	○
精神科的対応	○			○	○	○	○	○
心理社会的介入	○				○	○	○	○
情報提供					○	○	○	○
ポストベンション						○	○	○
スタッフケア							○	○
院内の体制							○	○

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

発表者指名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
八田耕太郎	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.	精神科救急	22	36-37	2019
橋本聡, 山下建昭, 高橋毅	病院前救護における精神科救 急症例の評価と対応.	救急救命	42	15-17	2019
大塚 耕太郎, 小泉 範 高, 赤平 美津子, 斎 藤 多佳子, 松下 祐, 山岡 春花, 馬渡 晃 弘, 三條 克己	災害と自殺・その予防.	自殺予防と危 機介入	39(2)	3-8	2019
大塚耕太郎	【ポジティブ精神医学Ⅱ】産 後うつ病の地域での予防活動.	日本精神科病 院協会雑誌	38(9)	844 - 848	2019
大塚 耕太郎, 小泉 範 高, 赤平 美津子, 松 下 祐, 山岡 春花, 伊 藤 ひとみ	【高齢者の自殺・自死とその 辺縁問題】対策への模索 高齢 者の自殺・自死予防.	老年精神医学 雑誌	30(5)	527- 531	2019

令和 2 年 3 月 25 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)—

国立研究
機関名 国立精神・

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和元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
2. 研究課題名 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	公益財団法人復康会	<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「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□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。

令和2年5月19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

次の職員の令和元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
- 研究課題名 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
- 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) 未審査の場合は、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□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。

令和2年4月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂
所属研究機関長 職名 学長
氏名 新井 一

次の職員の令和元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
2. 研究課題名 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
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「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□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。

令和 2 年 5 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 国立病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 高橋 隼

次の職員の令和元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
2. 研究課題名 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神科 副部長
(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□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。

令和 2 年 5 月 7 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 岩手医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 祖父江 憲治

次の職員の令和元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対峙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
2. 研究課題名 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 大塚 耕太郎 (オオツカ 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 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) 未審査の場合は、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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 経済的な利益関係が無いため)
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。