

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2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3（2021）年3月

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 2 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 . . . . . 13

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 . . . . . 41

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

（研究分担者）八田 耕太郎 . . . . . 91

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  
化に資する研究

（研究分担者）橋本 聡 . . . . . 103

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 . . . . . 173

3 章 研究成果の刊行に関する一覧 . . . . . 185

## 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：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）、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（岩手医科大学医学部神経精神科学講座）

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）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、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）、橋本聡（国立病院機構熊本医療センター）、花岡晋平（千葉県精神科医療センター）、藤田潔（桶狭間病院 藤田こころケアセンター）、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）、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（高松赤十字病院）、北元健（医療法人社団碧水会 長谷川病院）、河寫讓（国立病院機構災害医療センター）、兼久雅之（大分県立病院 精神医療センター）、五明佐也香（獨協医科大学埼玉医療センター）、庄野昌弘（佐藤会弓削病院）、三宅康史（帝京大学医学部附属病院）、杉山直也（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

〔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（以下、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、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科救急医療政策の提言や、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、分担研究を設置し、研究を実施した。背景①（分担研究（1））では、全国の精神科救急入院料を算定する160医療機関を対象に、入院した連続症例について調査票による情報提出を求めた。背景②（分担研究（2））では、整備事業の例年調査とともに独立的な調査の実施、関連公的資料の参照、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」を開催した。背景③（分担研究（4））では、既に全国の消防本部から得た搬送困難例実態に関する有効回答の解析を進めた。また、既に開発した病院前トリアージ&スクリーニングツール（JEPS-Ex）の実地検証、医療連携連絡票に関するWEB調査による評価を行った。背景④についてはテーマごとに分担研究を設けた。薬物療法（分担研究（3））では、国内の主要12施設による多施設共同研究とし、入院した連続症例について追跡し、情報提出を求めた。自殺ハイリスク者対応（分担研究（5））では、エキスパート協議によりガイドライン項目の詳細分析を行い、全国の精神科救急入院料を算定する160医療機関を対象に、アンケート調査を実施した。必要に応じ、各分担研究実施施設において、国の定めるガイドラインに則り、倫理審査委員会による承認を受けた。

〔結果〕分担研究（1）では、調査による509例と1,502例のデータセットを解析し、非自発入院の予想モデルを検討した。また入院需要のセグメンテーションにて9クラスのモデルを提案した。分担研究（2）では、2019年度の整備事業を集計し、各自治体が精神科救急医療の実態を一覧的に把握できる客観資料を構築し、提案した。分担研究（3）では、1,011例の追跡から、現状の薬剤選択動向とともに、持効性抗精神病薬が治療失敗のリスク低減に有意に関連することを見出した。分担研究（4）では調査で得られた搬送困難実態に関する596の有効回答（回答率81.4%）について解析し、調整のための具体的提案を行った。JEPS-Exの実地検証では妥当性が確認され、一部を改訂した。医療連携連絡票については高い同意が得られた。分担研究（5）では、ガイドライン推奨内容の高い現場浸透（約80%）が判明したが、教育面では項目毎の違いがみられた。新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）に関連した自殺動向の特徴が明らかとなった。

〔考察〕現在、わが国では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が国策として推進されており、2020年度には「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」（以下、救急WG）が開催され、報告書が取りまとめられた。その中で「精神科救急医療体制の整備を図ることは、（中略）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つ」として明確に位置づけたと同時に、種々の課題が認識、整理された。本研究および過去の関連研究における調査結果や成果等は、同ワーキングの場において度々引用され、認識された課題の解決に向け、重要な知見を提供するものである。

分担研究（1）（背景①）における成果は、多様化する精神科救急医療ニーズを客観評価する一方策として、今後の医療提供体制へ適正化への一助となることが期待される。分担研究（2）

（背景②）の一部は過去長年に亘り積み重ねた整備事業の継続的実態調査であり、救急WGの議論で活用された。データ収集方式が改良・近代化され、さらに精度の高い実態評価が可能となったことから、救急WGで提言された整備事業における客観評価のための指標、基準の改訂作業に向け、今後有用な知見の提供が期待される。分担研究（3）（背景④）は、国民の健康情報を国家がデータベースとして管理する先進国における国際的な最新学術知見について、邦人データにて裏付ける結果を得ることとなり、大変意義深く、今後高い学術成果が期待される。治療の失敗を低減させる治療選択を推奨できることの国民健康への価値は大きく、データベースを有しない我が国で実証できたことにも価値があると考えられる。分担研究（4）（背景③）における過去の成果も救急WGで活用された。精神科救急医療体制における恒常的な深刻課題である身体合併症対策に向け、円滑化のための有用見識や方策を多々提案しており、今後の有用性が期待される。分担研究（5）（背景⑤）は、精神科救急医療で高頻度に遭遇する自殺未遂者ケアに関して、改定を重ね一定の成果をあげてきた現行の精神科救急医療ガイドライン（日本精神科救急学会）について、時期改定に向けた活用状況調査、課題の抽出を行ったと同時に、喫緊課題であるCOVID-19に関する関連動向の把握も成された。それぞれの分担研究が目的に合致する成果を得て、提言の一部は、既に研究代表者が構成員として参加した救急WGにおいて報告書に反映される形で成された。今後包括的ガイドラインの策定に向け関連学術団体において作業が展開される予定である。

## A. 研究の背景と目的

〔背景と目的〕（全体）

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、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科救急医療政策の提言や、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〕（杉山分担研究、平田分担研究）

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〕（平田分担研究）

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〕（橋本分担研究）

「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〕（八田分担研究、大塚分担研究）

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。

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ったことが報告され、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。

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は、精神科救急医療における最重要課題と位置付けられる。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。

〔目的1〕（杉山分担研究）

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討するため、多様化する精神科医療ニーズについて、既存の指標を用いて新たな評価手法の開発を行うこと。

〔目的2〕（平田分担研究）

精神科救急医療体制整備事業および精神科救急入院料を算定する病棟等、精神科における救急・急性期治療を行う病棟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。

〔目的3〕（橋本分担研究）

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。

〔目的4〕（八田分担研究）

救急入院する統合失調症スペクトラム患者にどのような治療が真のアウトカムとして良い結果をもたらすか検証すること。

〔目的5〕（大塚分担研究）

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。

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」において有用性が確認された指標を用いた。同研究（2017年調査）で収集した509例と、本研究（2019年調査）で得られた1502例をデータ源とした。2つの統合解析データセットを作成し、基本要件として測定した①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の5項目を用い、ロジスティック回帰分析および機械学習によって非自発入院の予測モデルを構築した。予測精度を高める目的で、2019年調査のデータセットを用い、項目を拡大して予測モデルを構築した。2019年調査のデータを基に、基本要件と⑥措置・応急入院、⑦中核傷病の7項目にて潜在クラス分析にて入院需要のセグメンテーションを行い、医療提供体制の相応性について検討した。本研究は倫理委員会の承認を得た。

### 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令和元年（2019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 報告様式では把握できない事項について、別途自治体を対象としたアンケートを実施した。

③ 精神保健福祉資料（以下「630調査」）や地方厚生局の公開資料から、精神科救急病棟の分布状況を調査した。

④ 以上の調査結果および昨年度に実施したアンケート調査の結果等を統合して、都道府県別の精神科救急事業一覧表を作成した。

⑤ 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。

#### 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）

大規模データは一般化に難点のあるランダム化比較試験の欠点を補うが、個別の患者の特徴を確認することはできないことから、データベースではなく、実臨床における相当規模のコホートを追跡した。

具体的な研究疑問を以下のように設定した。

①LAI、抗精神病薬併用、クロザピン、電気けいれん療法（ECT）の使用は再入院を含めた治療失敗のリスクを下げるか。

②LAIの導入は外来移行後より入院中の方が治療失敗のリスクを下げるか。

③どの抗精神病薬による治療開始が治療失敗のリスクを下げるか。

本研究は、主要な精神科救急医療機関12病院で実施した前向き観察研究デザインが多施設共同研究である。研究実施にあたり各病院の倫理委員会の承認を得た。2019年9月1日から2020年3月31日までの7ヵ月間に精神科救急入

院する連続症例を退院後1年間、あるいは退院できない症例は2021年3月31日まで追跡した。プライマリエンドポイントは、再入院、医療中断、死亡、および1年以上未退院で定義した治療失敗のリスクとした。セカンダリエンドポイントは、再入院、医療中断、および退院後の死亡で定義した治療失敗のリスクとした。解析にはCox比例ハザード多変量回帰分析を用いた。

#### 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）

令和2年度は3つの課題に取り組んだ。①過年度実施した全国消防本部対象の救急搬送困難事例に関するデータについて、精神科救急に関する連携円滑化の消防局提案の解析、各消防本部における精神科傷病者多数受入上位2施設の施設機能の解析を行った。②過年度研究によって完成していた、簡易的に精神科疾患の重症度と診断類型を判断するトリアージ&スクリーニングツール（Japan Emergency Psychiatry Scale-Expert opinion version、以下JEPS-Ex）について、全国5施設の救急告示病院において、救急医によるJEPS-Ex評価に対して精神科医による精神科判断を外的基準とする実地検証を行った。③過年度、主には総合病院に勤務する医療従事者の意見をもとに、身体合併症を抱えた精神科症例の病院間連携を標準化する医療連携連絡票を作成していたため、この連絡票の収載項目について、全国の精神科救急に従事する精神科医より同意度を確認するWEB調査を実施した。

#### 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）

2019年度は、基礎的情報収集と調査方法の確定、実施に向けた体制を整備するため、ワー

キンググループを設置し、ガイドラインの効果検証の評価に必要な情報を整理、調査の対象、実施方法を検討した。2020年度は、自殺未遂者ケアガイドラインにおける推奨内容の現場浸透度に関する実態把握のため、精神科入院料認可施設へのアンケート調査を実施し、自殺未遂者ケアについての知識、実践について回答を求めた。調査対象は精神科救急入院料認可施設160施設、調査方法は自己記入式質問調査とした。調査項目は施設属性、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、模擬症例への質問への回答等とした。

### 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つの統合解析データセットを用いた非自発入院の予測モデルで、内的妥当性データの陽性的中率80%、陰性的中率79%を得たが、外的妥当性では91%と40%であった。情報量を拡大した2019年データによる予測モデルが予測精度を向上させることはなかった。入院需要のセグメンテーションでは、解釈可能性から9クラスモデルが採用され、各項目の反応率から、①中核群、②相対的入院適応群、③社会的不利益突出群、④治療可能性突出群、⑤非定型入院適応群、⑥治療必要性突出群、⑦医学的重症性突出群、⑧急性の展開突出群、⑨公権力発動介入群と命名された。

#### 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 2019年度の本事業年報によれば、全国に144の精神科救急医療圏が設定され、1,200施設（うち有床施設1,108）の精神科救急医療施設が指定されていた。ここに年間39,334件（人口100万に対して1日当たり0.85件）の受診があり、その46.6%に当たる18,340件（同0.4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。大都市圏を中心に精神科三次救急（緊急措置・措置・応急入院）が24.5%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3年度は続けて減少していた。また、措置入院の53%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年の630調査によれば、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。2020年度は、地方厚生局の公開資料から、精神科救急病棟の分布状況と人口10万対病床数を都道府県単位および二次医療圏単位で表示できるマップをウェブサイトに取り上げた。

④ 以上のデータに基づいて、都道府県人口、精神科在院患者数などの基本情報、精神科救急事業および受診前相談事業の様態と2019年度実績など、多面的な情報を都道府県単位で一覧表に統合した。

⑤ 2019年9月（29都道府県）および2021年2月（44都道府県・政令市）、精神科救急事業担当者を対象に本研究の成果を説明し、ワークショップ形式で意見交換を行った。各演目とも高い評価を獲得し、今後の研究に参考となる意見が得られた。

### 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）

登録症例は1011例、平均47.5歳（SD14.8）、男性46.3%・女性53.7%、入院時入院形態は、措置7.4%、緊急措置1.9%、応急1.6%、医療保護68.2%、任意20.9%であった。診断（DSM-5）は89.8%が統合失調症、依存物質併存は6.9%、発症からの年数は83.3%が3年以上、今回より前の入院回数は60.2%が2回以上、LAI治療歴は14.5%、CLZ治療歴は2.3%、入院時服薬状況は未治療13.6%、怠薬49.9%、服薬遵守36.5%、入院時CGI-Sは平均4.76

（SD1.15）、入院時のPANSS-8は平均30.6点（SD8.2）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16.6%、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6.5%、クエチアピン3.7%、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。退院時（退院していない場合1年後）の抗精神病薬の併用例は42.7%、クロザピン治療開始例は2.5%、ECT実施は13.6%であった。セカンダリエンドポイントの結果も同様であった。LAIを開始した症例は237例（23.4%）、LAIを入院中に開始した症例は74.3%（176/237）、LAI開始は

入院から平均35.1日（SD50.3）、LAI開始後に中止した症例は7.6%（18/237）であった。治療失敗：588例（58.2%）が治療失敗の定義に該当し、内訳は再入院513例、医療中断17例、死亡11例、未退院47例であった。LAIの使用は治療失敗のリスク低減に有意に関連した（ハザード比[HR]、0.80；95%CI 0.65-0.98）。多剤併用はHR 0.85；95%CI 0.72-1.01でリスク低減の傾向が認められ、クロザピンはHR 0.75；95%CI 0.45-1.24で症例数が十分あれば最もリスク低減に関連することが予測された。ECTはHR 1.03；95%CI 0.81-1.30で有意な関連は認められなかった。LAIの入院中の導入は有意な関連が認められなかった（HR 0.92）。どの抗精神病薬による開始が治療失敗のリスクを下げるかについては、最も頻度の高いリスペリドンを参照値として比較したが、有意に優る薬剤も劣る薬剤も認められなかった。入院時の体重は退院時あるいは未退院の場合1年後に平均0.53kg（SD5.18）減少した。入院時に正常値であった血糖値が退院時あるいは未退院の場合1年後に境界域ないし異常値を呈した症例は0.58%、LDLコレステロールは10.6%、中性脂肪は11.6%、プロラクチンは13.7%、QTcが0.5秒以上になった症例は0.2%、錐体外路症状の新たな出現は10.5%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今回、精神科救急に関する初の全国データを検討することが出来た。傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定を通じて、精神科傷病者の受入れ照会回数は過去の類似報告と比して大きく改善していたが、現場滞在時間という点では課題が残るままだった。また、消防局回答の傾向から、精神科傷病者であっても一定程度身体不調を伴っている可能性があり、受け入れ施設において一定程度

身体面の評価や検査が出来る体制整備が必要と考えられた。さらに、救急隊が搬送する精神科傷病者を多数受け入れている施設の機能を検討した結果、一般病床と精神科病床を併設する施設、地域の救急告示病院に無床精神科が併設する施設、救命救急センターを有する施設、精神科救急認可施設などが、搬送受入れに貢献していることがわかった。

②新型コロナウイルス感染症蔓延のため調査計画に支障は出たが、限られた症例ではあるが貴重な知見が得られた。JEPS-Exを構成するメディカルクリアランスパート、簡易的精神症状評価パート、緊急度判定（緑・黄・橙・赤）については構成妥当性が確認された。簡易的精神症状評価より緑判定が下された場合、精神疾患の存在が疑われたとしても外来帰宅が予想される。また、緊急度判定が高くなればなるほど、精神科医の判断する重症度も高くなる傾向が確認された。検証作業を経てJEPS-Exのバージョンアップを行った（付録3-1、付録3-2、付録3-3）。

③全国の精神科救急に従事する精神科医を対象にWEB調査を実施して、連絡票の収載項目に関する同意度を確認した結果、構成する基本シート、依頼シート、報告シートのいずれも高い同意度を得た。過年度より進めてきた精査の結果、本連絡票に収載される項目が、身体合併精神科症例の医療連携を図るうえでの必要十分な情報だと理解された。臨床にて活用可能な形を模索し、今回は診療情報提供書の案を作成した（付録1、付録2）。

#### 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）

ワーキンググループの協議は新型コロナウイルスの影響によりメールや電話に限定された。調査項目は定義、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。最終的な協議の結果、方法に記載した調査項目を確定した。アンケートの回収率は30.6%であった。施設の属性として、回答は精神科救急医療体制整備事業における常時対応と病院輪番型で占められた。回答者は精神科医または看護師、ソーシャルワーカーの割合が高かった。診療で参考にしているものとして、精神科救急医療ガイドラインが約80%を占めた。スタッフ教育では、多くのガイドライン項目について、回答施設の半数以上が教育に採り入れていた。一方、自殺予防の1～3次予防という包括的視点や、遺族支援、プレホスピタルの教育を実践しているのは半数以下であった。対象施設の2割以上は精神科救急ガイドラインを参照していなかった。これらの傾向は自施設における未遂者ケアの取り組みにも反映されていた。新型コロナウイルス感染症と関連した自院の自殺企図症例の経験では、孤立や不安など心理的な状況、感染症への不安、他者との接触機会の減少、などの特徴が多く挙げられた。模擬症例への対応としては、いずれの質問も推奨される回答が多くを占めていた。ただし、自殺の危険性についての検討では、過小評価の割合が20%以上であった。ケアや支援については幅広い回答が得られ、それぞれの機関で標準的な未遂者ケアが実践されていた。

#### 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）

精神科救急医療における実際のニーズについて、大規模サンプルを収集し、医非自発入院に係る医療判断の客観的予測の可能性、医療提供体制の相応性の検討を行った。医療判断予測では高い陽性的中率が得られたが、陰性的中率の予測精度は十分でなく、一定の有用性が考えられるがその意義は限定的にとどまった。また、今回の指標を用いた評価方法は、時期や対象を超えた普遍性には限界があると考えられた。医療提供体制の相応性を検証するための入院需要のセグメンテーションでは、臨床実感に合致するクラス分類が可能で、地域医療計画や政策立案のツールとしては限界があったが、議論や検討のために参考となる興味深い情報を提供できる意義はあると考えられた。

得られた知見は今後、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や、精神科救急医療に関する包括的ガイドライン等に活用できる可能性がある。

#### **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）**

精神科救急医療の任務は、迅速な危機介入による在宅ケアの支援と重症化の防止、および良質な急性期医療の提供による長期在院の抑止であり、その責任守備範囲は広い。この任務を遂行するには個々の医療機関による自発的な救急診療（マイクロ救急）とそれを補完する精神科救急事業（マクロ救急）、および双方を牽引する精神科急性型病棟（精神科救急入院料もしくは精神科急性期治療病棟入院料を認可された病棟）を有する施設の普及が不可欠であるが、救急事業の運用実績と急性型病棟の分布には大きな地域差がある。また医

療アクセスや身体合併症対策にも多くの課題が残っている。

精神科急性型病棟群の増加は、わが国の精神科医療における緩やかな脱入院化に寄与してきたが、病棟分布の不均等のほか、難治性患者の長期在院や頻回入院、急性型病棟入院料の「算定外患者」に対する医療の質のギャップといった課題を抱えている。

精神科救急医療の課題克服と水準向上のためには、精神科救急事業の正確なモニタリング、受診前相談の機能強化、精神科救急医療施設の質的向上と分布の均等化が必要である。そのために、①2つの受診前相談事業の分割・統合と機能強化、②救急事業の報告データを夜間・休日に限定することの徹底、③精神科救急医療施設および措置入院指定病院の施設基準の引き上げ、④急性型病棟入院料の算定外患者を1年以内に退院させる「精神科地域包括ケア病棟」の新設、⑤精神科急性型病棟の分布の不均等を緩和する「精神科急性期ユニット」の新設、そして⑥精神科救急事業担当者を集めた全国研修会の継続的開催を提案した。

#### **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）**

LAIの使用は治療失敗のリスク低減に有意に関連し、20%のリスク低減を示唆した。多剤併用は有意水準には達しなかったが、症例数が十分あれば15%のリスク低減の可能性を窺わせる。クロザピンはHR 0.75で、症例数が十分あれば最もリスク低減に関連することが予測された。LAIの入院中の導入は治療失敗のリスク低減に有意な関連が認められなかった。どの抗精神病薬による治療開始が治療失敗のリスクを下げるかについては、最も使用頻度の高いリスペリドンを参照値として比較したが、有意に優る薬剤も劣る薬剤も認めら

れなかった。これらの成果は、現在ある日本精神科救急医療ガイドライン2015年版の薬物療法の改訂、すなわち2021年度版の内容に盛り込んで公開する予定である。

### 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現場滞在時間の短縮を達成するため、課題2で取り上げる JEPS-Ex などのツールが有効かも知れない。また、精神科傷病者の受入れに伴い、一定の頻度で身体疾患の評価や管理をしなければならない可能性が高いことについて、常時対応型施設では圏域内の救急告示病院と有機的な連携が図れるようなインセンティブ設定が望ましい。今後整備されるべきは、1. 救命救急センターを併設する有床精神総合病院、2. 地域救急医療を担う救急告示病院に併設する無床精神科、3. 精神科救急入院料認可施設などの3つで、地域の人口規模、すでにある医療資源などを考慮して整備が図られるべきであると考えられた。

②検証プロセスを容易にするため救急外来で検証を行ったため、JEPS-Ex の本来的使い手である病院前救護のスタッフでは検証できていないものの、救急医が使用するうえでは意義のあるツールといえる。今後は傷病者の搬送及び受入れの実施基準の第3号基準（観察基準）への活用などが考えられる。多数例での再検証を行うことが望ましい。

③連絡票の構成内容について妥当性は得られたため、今回は、広く臨床で用いられている診療情報提供書をグレードアップさせる形を提案した。救急医側にもインセンティブが伴う形での展開が望ましい。

### 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）

調査の結果、診療での参照頻度、スタッフ教育における活用の高さから、ガイドラインの役割の重要性が示唆された。模擬症例へのケアや支援内容の調査結果からも標準的な未遂者ケアの浸透がうかがわれる。一方、参照していない施設の存在や、スタッフ教育における包括性に課題があることが明らかとなった。さらに、精神科救急における自殺未遂者ケアでは、新型コロナウイルス感染症の関連要因を持つケースの診療機会が少なくないことが明らかとなった。今後のガイドライン改定ではこのような課題に対応していく必要があると考えられる。

#### 〔総括〕

わが国の精神科医療の在り方によっては、現在「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が国策として推進されている。地域に暮らす精神障害者が、急性増悪時等において適時適切に医療にアクセスできるよう、精神科救急医療体制を整備する必要があるが、当該事業等に多くの課題があることから、2020年度には「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」（以下、救急WG）が開催され、報告書が取りまとめられた。その中で「精神科救急医療体制の整備を図ることは、（中略）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つ」として明確に位置づけられたと同時に、種々の課題が認識、整理された。本研究および過去の関連研究における調査結果や成果等は、同ワーキングの場において度々引用され、認識された課題の解決に向け、重要な知見を提供するものである。

分担研究（1）における成果は、多様化する精神科救急医療ニーズを客観評価する一方策として、今後の医療提供体制へ適正化への一

助となることが期待される。研究(2)の一部は過去長年に亘り積み重ねた整備事業の継続的実態調査であり、救急WGの議論で活用された。データ収集方式が改良・近代化され、さらに精度の高い実態評価が可能となったことから、救急WGで提言された整備事業における客観評価のための指標、基準の改訂作業に向け、今後有用な知見の提供が期待される。研究(3)は、全国民の健康情報を国家がデータベースとして管理する先進国における国際的な最新学術知見について、邦人データにて裏付ける結果を得ることとなり、大変意義深く、今後高い学術成果が期待される。治療の失敗を低減させる治療選択を推奨できることの国民健康への価値は大きく、データベースを有しない我が国で実証できたことにも価値があると考えられる。研究(4)における過去の成果も救急WGで活用された。精神科救急医療体制における恒常的な深刻課題である身体合併症対策に向け、円滑化のための有用見識や方策を多々提案しており、今後の有用性が期待される。研究(5)は、精神科救急医療で高頻度に遭遇する自殺未遂者ケアに関して、2009年(初版)、2015年(第2版)と改定を重ね一定の成果をあげてきた現行の精神科救急医療ガイドライン(日本精神科救急学会)について、時期改定に向けた活用状況調査、課題の抽出を行ったと同時に、喫緊課題である新型コロナウイルス感染症に関する関連動向の把握も成された。

本研究の目的は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科救急医療政策の提言や、精神科救急医療に関する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り、以上のように、それぞれの分担研究が目的に合致する成果を得た。提言の一部は、既に研究代表者が構成員として参加した救急WGにおいて

報告書に反映される形で成されており、今後包括的ガイドラインの策定に向け関連学術団体において作業が展開される予定である。

## E. 結論

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科救急医療政策の提言や、精神科救急医療に関する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ため、多様化する精神科救急医療ニーズの客観的評価、精神科救急医療の包括的評価、医療・行政連携推進、科学的進歩に対応した推奨治療法の見直し、精神科救急と一般救急の医療連携体制強化、自殺ハイリスク者対応の実態把握と標準化、による精神科救急医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する各分担研究を実施し、目的に合致する成果を得た。提言の一部は、既に研究代表者が構成員として参加した救急WGにおいて報告書に反映される形で成されており、今後包括的ガイドラインの策定に向け、関連学術団体において作業が展開される予定である。

## 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（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），平田豊明（千葉県精神科医療センター），野田寿恵（あたま中央クリニック）

**【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討するため、多様化する精神科医療ニーズについて、既存の指標を用いて新たな評価手法の開発を行った。

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」において有用性が確認された指標を用いた。同研究（2017 年調査）で収集した 509 例と、本研究（2019 年調査）で得られた 1502 例をデータ源とした。2 つの統合解析データセットを作成し、基本要件として測定した①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の 5 項目を用い、ロジスティック回帰分析および機械学習によって非自発入院の予測モデルを構築した。予測精度を高める目的で、2019 年調査のデータセットを用い、項目を拡大して予測モデルを構築した。2019 年調査のデータを基に、基本要件と⑥措置・応急入院、⑦中核傷病の 7 項目にて潜在クラス分析にて入院需要のセグメンテーションを行い、医療提供体制の相応性について検討した。本研究は倫理委員会の承認を得た。

結果： 2 つの統合解析データセットを用いた非自発入院の予測モデルで、内的妥当性データの陽性的中率 80%、陰性的中率 79%を得たが、外的妥当性では 91%と 40%であった。情報量を拡大した 2019 年データによる予測モデルが予測精度を向上させることはなかった。入院需要のセグメンテーションでは、解釈可能性から 9 クラスモデルが採用され、各項目の反応率から、①中核群、②相対的入院適応群、③社会的不利益突出群、④治療可能性突出群、⑤非定型入院適応群、⑥治療必要性突出群、⑦医学的重症性突出群、⑧急性の展開突出群、⑨公権力発動介入群と命名された。

考察： 精神科救急医療における実際のニーズについて、大規模サンプルを収集し、非自発入院に係る医療判断の客観的予測の可能性、医療提供体制の相応性の検討を行った。医療判断予測では高い陽性的中率が得られたが、陰性的中率の予測精度は十分でなく、一定の有用性が考えられるがその意義は限定的にとどまった。また、今回の指標を用いた評価方法は、時期や対象を超えた普遍性には限界があると考えられた。医療提供体制の相応性を検証するための入院需要のセグメンテーションでは、臨床実感に合致するクラス分類が可能で、地域医療計画や政策立案のツールとしては限界があったが、議論や検討のために参考となる興味深い情報を提供できる意義はあると考えられた。

得られた知見は今後、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や、精神科救急医療に関する包括的ガイドライン等に活用できる可能性がある。

## A. 研究の背景と目的

国民の医療ニーズに対する医療ケアの提供体制は、診療科を問わず、当該ニーズに十分な対応となるよう整備されなければならない。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、過不足のない当該ニーズとの相応性が求められる。個々のケースにおけ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討できるよう、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。

一般病床と療養病床では、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も関連し、従来その重症度について、精度の高い客観的な評価が困難とされてきた。また精神科の医療提供体制に関する施策は、一般的な医療とは独立した状況にある。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、どのような状態に非自発入院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、非自発入院の医療判断のための指標を開発した<sup>1)</sup>。

2019～2020年度に行われる本研究では、開発された指標を用い、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. データ源

#### 1) 2017 年調査

2017-2018 年度「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」<sup>1)</sup>において報告した、郵送調査のデータを用いた。調査対象は、精神科救急入院料の届出病棟を有する 134 病院であった。2017 年 9 月 1 日から 9 月 30 日の間に、時間外（夜間・休日）に救急受診した 10 名について、資料 1 の調査票に回答するよう求めた。

#### 2) 2019 年調査

2019 年度「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」<sup>2)</sup>において報告した、郵送調査のデータを用いた。調査対象は、精神科救急入院料の届出病棟を有する 160 病院であった。2019 年 9 月 1 日から 10 月 31 日の間に、精神科救急入院料病棟に入院した 20 名について、資料 2 の調査票に回答するよう求めた。

### 2. 倫理的配慮

本研究の研究計画は、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）。

### 3. 非自発入院の予測モデルの構築

#### 1) 従属変数

転帰情報として「緊急措置入院・措置入院」「応急入院」「医療保護入院」と回答された場合に「非自発入院」と分類した。

#### 2) 主要な独立変数

基本要件として測定している、①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の 5 項目を主要な独立変数とした。

#### 3) 探索的な独立変数

年齢、性別、主診断、副診断、病態の定性評価（ろ過項目の場合は、下位項目を使用）、緊急に医療的介入を要する因子（ろ過項目の場合は、下位項目を使用）、の 57 変数を探索的な独立変数とした。

#### 4) 2017/2019 年調査の統合解析データセットの作成

転帰情報に回答がない症例、転帰情報が「その他」のみに該当し自発入院あるいは非自発入院の区別がつかない症例、基本要件の回答に不備がある症例を除いた。

2017 年調査の解析対象集団をランダムに、80%を訓練データ、20%を内的妥当性データの患者として、従属変数の分布が2つのデータセットで等しくなるように割り当てた。また、2019 年調査の解析対象集団を100%、外的妥当性データの患者として割り当てた。

#### 5) 2019 年調査の解析データセットの作成

転帰情報に回答がない症例、転帰情報が「その他」のみに該当し自発入院あるいは非自発入院の区別がつかない症例、基本要件、性別、年齢の回答に不備がある症例を除いた。

2019 年調査の解析対象集団をランダムに、80%を訓練データ、20%を内的妥当性データの患者として、従属変数の分布が2つのデータセットで等しくなるように割り当てた。

#### 6) 2017/2019 年調査の統合解析データセットにおける予測モデルの構築

主要な独立変数と従属変数の訓練データに対して、ロジスティック回帰分析、ランダムフォレスト、サポートベクターマシン、ニューラルネットワークにより推定した。機械学習のハイパーパラメータは、10 分割交差検証により、最適なモデルを探索した。訓練データから学習したモデルを用いて、内的妥当性

データに対してイベント発生（非自発入院）の予測を行った。

Area Under the Curve (AUC)、正答率、感度、特異度により全てのモデルの判別能を評価した。

内的妥当性データにおいて、予測値により患者を5群に分類して、実際のイベント発生（非自発入院）割合をプロットすることにより較正を評価した。外的妥当性データにおいて、予測値により患者を10群に分類して、実際のイベント発生（非自発入院）割合をプロットすることにより較正を評価した。

訓練データのロジスティック回帰分析の結果に基づいて、リスクスコアを作成した。内的妥当性データと外的妥当性データにおいて、リスクスコアの精度を、感度、特異度、陽性適中率、陰性適中率により評価した。

#### 7) 2019 年調査の解析データセットにおける予測モデルの構築

主要な独立変数、探索的な独立変数と従属変数の訓練データに対して、ロジスティック回帰分析、ランダムフォレスト、サポートベクターマシン、ニューラルネットワークにより推定した。機械学習のハイパーパラメータは、10 分割交差検証により、最適なモデルを探索した。訓練データから学習したモデルを用いて、内的妥当性データに対してイベント発生（非自発入院）の予測を行った。

Area Under the Curve (AUC)、正答率、感度、特異度により全てのモデルの判別能を評価した。

内的妥当性データにおいて、予測値により患者を5群に分類して、実際のイベント発生（非自発入院）割合をプロットすることにより較正を評価した。

#### 4. 入院需要のセグメンテーション

##### 1) 研究法

2019年調査のデータを基に、転帰情報あるいは基本要件の回答に不備のある症例、その他の入院形態を除外した症例を解析対象集団とした。

基本要件として測定している、①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の5項目を従属変数とした。さらに、⑥措置・応急入院と⑦中核傷病（主傷病がF1/F2/F3/F6）を従属変数とした。

##### 2) 潜在クラスの推定

潜在クラス分析により、従属変数の反応パターンをセグメンテーションを行った。基本要件5項目を用いたものを主解析とした。基本要件と措置・応急入院の6項目を用いたものを感度分析とした。さらに、基本要件、措置・応急入院と中核傷病の7項目を用いたものを感度分析とした。

クラス数は1-11とし、各変数セットについて推定した。推定に伴う最大の反復推定回数は20000回、モデルの推定回数は30回とした。モデルの選択は、Akaike Information Criterion (AIC) と Bayesian Information Criterion (BIC) により行った。選択されたモデルについて、クラスごとの構成率と従属変数の反応率を記述した。解釈可能性から、1

つのモデルを採用し、クラス別に主傷病、副傷病、自発入院の割合を求めた。

#### C. 研究結果

##### 1. 非自発入院の予測モデルの構築

##### 1) 2017/2019年調査の統合解析データセットにおける予測モデルの構築

408例の訓練データ、101例の内的妥当性データ、1502例の外的妥当性データを用いて、非自発入院の予測モデルを構築した（図1）。外的妥当性データは、訓練データと内的妥当性データと比較すると、60歳以上が多く、F4が少なく、該当する基本要件は多かった（表1）。

判別能の評価結果を表2に示す。AUCを確認すると、訓練データと検証データでは、大きな差がなかった。一方で、外的妥当性データのAUCは、訓練データと検証データと比較して、小さな値になっていた。4つのモデルと比較すると、ロジスティック回帰分析とニューラルネットワークのAUCが高かった。

較正の評価結果を図2に示す。内的妥当性データにおいては、ロジスティック回帰分析の予測値は実際のイベント発生率に近いことが明らかになった。一方で、外的妥当性データにおいては、実際のイベント発生率の方が予測値よりも高いことが示された。つまり、予測モデルは、イベント発生を過小評価することが示された。

訓練データのロジスティック回帰分析の結果を基に、回帰係数の2倍の値の整数値を重みとし、マイナスのリスクスコアを避けるため、切片の値-1.966を利用して、各変数の重

み付き合計値に 2 を加えた値を、リスクスコアとした（下表）。

変数	回帰係数	重み
医学的な重症性	2.177	4
社会的不利益	0.926	2
急性の展開	0.810	2
治療の必要性	0.594	1
治療の可能性	-0.432	-1

切片 = -1.966

リスクスコアの判別能を表 3 に示す。内的妥当性データでは、カットオフ値が 7 点以上のときに、Youden Index の観点より、最適なカットオフ値となった。カットオフ値が 7 点以上の場合、陽性適中率は 80%、陰性適中率は 79%であった。外的妥当性データにおいても、カットオフ値が 7 点以上のときに、Youden Index の観点より、最適なカットオフ値となった。ただし、カットオフ値が 7 点以上の場合、陽性適中率は 91%に達するが、陰性適中率は 40%に過ぎなかった。

## 2) 2019 年調査の解析データセットにおける予測モデルの構築

1085 例の訓練データ、270 例の内的妥当性データを用いて、非自発入院の予測モデルを構築した（図 3、表 4）。

判別能の評価結果を表 5 に示す。判別能として AUC を確認すると、訓練データと比較して、検証データの値が低くなっていた。内的妥当性データにおいて 4 つのモデルを比較すると、ニューラルネットワークの AUC と正答率が最も高かったが、モデル間で大きな差は認められなかった。特異度は、ロジスティック回帰分析とニューラルネットワークが相対的に最も高かったが、50%に過ぎなかった。

較正の評価結果を図 4 に示す。ニューラルネットワークは、イベント発生率を過小評価する傾向があることが示された。ロジスティック回帰分析は、予測モデルでイベント発生率が 25%程度と期待されるグループ（下位 2 位の群）で、実際のイベント発生率が 50%を超えることが示された。

## 2. 入院需要のセグメンテーション

潜在クラス分析の結果、AIC と BIC により、基本要件の 5 項目では 5 クラス（表 6）、基本要件と措置・応急入院の 6 項目では 7 クラス（表 7）、基本要件、措置・応急入院と中核傷病の 7 項目では 7 クラスあるいは 9 クラス（表 8）が支持された。解釈可能性から、基本要件、措置・応急入院と中核傷病の 7 項目による 9 クラスモデルを採用した。各々のクラスは、各項目の反応率から、①中核群、②相対的入院適応群、③社会的不利益突出群、④治療可能性突出群、⑤非定型入院適応群、⑥治療必要性突出群、⑦医学的重症性突出群、⑧急性の展開突出群、⑨公権力発動介入群と命名した（表 9）。クラス別の主傷病名、副傷病名と自発入院の割合を表 10 に示す。

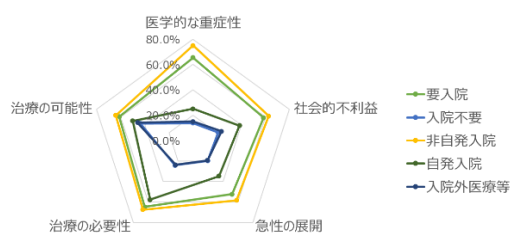
## D. 考察

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、医療提供体制の適正な整備のためには、個々のニーズの重症度や医療必要度を客観的に示す根拠が必要であるが、精神科領域ではこれを示す評価手段が存在しなかった。今回、通算 4 年を



かけ、本研究活動にて方法論の開発を試みたところ、一定の成果を得たことは意義深い。

2017年度調査では、夜間・休日を緊急受診した509例の精神科救急患者群において、基本要件として測定した①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の5項目への当てはまり率は、転帰である入院外医療・自発入院・非自発入院の順に大きくなる傾向があり、レーダーチャートを用いると、5要件で示される重症性が医療判断時に発生する制限性の違いと連動することが可視化された（下図）。



これらは臨床実感に見合うものであったことから、より精度の高い非自発入院の予測モデルを目指した。2017/2019年調査の統合解析データセットにおける予測モデルの構築を試みたところ、内的妥当性データではロジスティック回帰分析の予測値が、実際のイベント発生率に近くなったものの、外的妥当性データは過小評価となった。内的妥当性データは2017年調査、外的妥当性データは2019年調査として行われており、2017年調査の訓練データを用いて構築した予測モデルに2019年調査を外挿して評価検討することは困難であったことから、今回の指標を用いた評価方法の普遍性には限界があると考えられた。

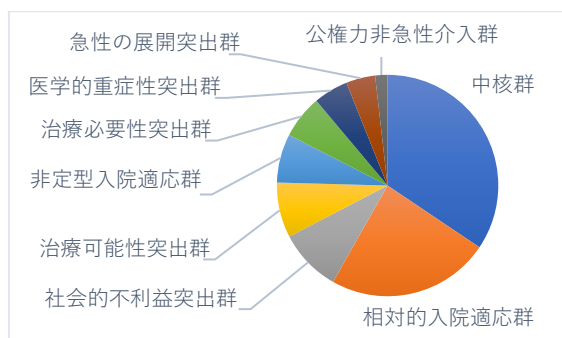
次に、訓練データのロジスティック回帰分析の結果をもとに、リスクスコアの作成を試みたところ、非自発入院を予測するカットオフ値が設定された。その精度について、外的妥当性データにおいて、91%という高い陽性的中率を示したが、陰性的中率が40%に過ぎず、有用性は限定的であった。内的妥当性データでは陽性/陰性的中率が共に約80%であり、前述の予測モデルと同様、調査時期や対象の違いが影響した可能性が否定できない。個々のケースにおいて、7点以上のスコアを記録した場合、非自発入院の代表格である医療保護入院の判定を90%まで予測できるが、6点以下であった場合の医療保護入院非該当（通院や任意入院）については予測できず、その他の要因や臨床的文脈が大きく関与する対象と考えられる。

2017/2019年調査の統合解析データセットにおける予測モデルの精度が不十分であったことから、主要な独立変数に加えて、探索的な独立変数を活用することで2019年調査の解析データセットにおける予測モデルの構築を試みた。しかしながら、精度が向上することはなかった。

以上の解析結果を踏まえ、従属変数である転帰への着目によらない発想として、潜在クラス分析による入院需要のセグメンテーションを試みた。解釈可能性から、基本要件、措置・応急入院と中核傷病の7項目による9クラスモデルが採用され、各々のクラスは、各項目の反応率の特徴から、①中核群、②相対的入院適応群、③社会的不利益突出群、④治療可能性突出群、⑤非定型入院適応群、⑥治療必要性突出群、⑦医学的重症性突出群、⑧

急性の展開突出群、⑨公権力発動介入群と命名することができた。

クラスの頻度は中核群が最も多く 34.4%、次点が相対的入院適応群 23.8%で、他の7クラスはいずれも 10%に満たなかった（下図）。



それぞれのクラス特徴について、臨床的文脈として整理し（表 11）、エキスパートオピニオンによりディスカッションしたところ、臨床的な実感を伴う妥当な分類として支持された。

今回の調査に協力した全国の精神科救急入院料の届出病棟を有する 76/160 病院について、それぞれの連続 20 症例のクラス構成は、サンプルサイズの限界からその施設を代表できるものではなく、医療機関の特徴について論じることは適切ではないと考えられた。

さらに、今回の解析は、調査に協力的な病院からの回答のみによって行われ、病院数としては全体の半数以下に過ぎなかった。非参加病院の実態が反映されないことによる限界は大きいと考えられ、適切な政策立案のためには、今後救急受診した患者について、データ提供を求める仕組みの構築等が求められる。そのさい一般科で行われているデータ提供可算等が参考になるかもしれない。

このクラス分類を活用し、ニーズと医療提供体制の相応性を客観的に示せるのかどうかについて、いずれも入院医療ニーズとして合理的な対象であり、多様性への対応を目標として掲げる現政策下に、医療提供体制の妥当性について基準等を示すことは困難と思われたが、クラスごとの重症度や頻度が異なり、議論や検討のために参考となる興味深い情報を提供できる意義はあると考えられた。

## E. 結論

精神科救急医療における実際のニーズについて、大規模サンプルを収集し、非自発入院に係る医療判断の客観的予測の可能性、医療提供体制の相応性の検証を行った。基本要件として測定した①医学的な重症性、②社会的不利益、③急性の展開、④治療の必要性、⑤治療の可能性、の5項目および措置・応急入院と中核傷病等を指標とした。医療判断予測では高い陽性的中率が得られたが、陰性的中率の予測精度は十分でなく、一定の有用性が考えられるがその意義は限定的にとどまった。また、今回の指標を用いた評価方法は、時期を超えた普遍性には限界があると考えられた。医療提供体制の相応性を検証するための入院需要のセグメンテーションでは、臨床実感に合致するクラス分類が可能で、地域医療計画や政策立案のツールとしては限界があったが、議論や検討のために参考となる興味深い情報を提供できる意義はあると考えられた。

得られた知見は今後、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や、精神科救急医療に関する

包括的ガイドライン等に活用できる可能性がある。  
ある。

けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する研究. 第 28 回日本精神科救急学会学術総会, 2020, 10, 9, 高知 (WEB 開催)

#### F. 健康危険情報

特になし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. なし

##### 2. 学会発表

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 杉山直也：医療資源とニーズの相応性について～科研成果等より. シンポジウム 2「精神科救急と高規格病棟～現状とあり方、その役割について～」第 28 回日本精神科救急学会学術総会, 2020, 10, 9, 高知 (WEB 開催)
- 4) 塩澤拓亮, 藤井千代, 阿部真貴子, 平田豊明, 兼行浩史, 野田寿恵, 奥村泰之, 杉山直也：精神科救急医療ニーズの多様化に向

#### 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), 分担研究報告書, 2019
2. 杉山直也, 兼行浩史, 藤井千代, 平田豊明, 野田寿恵, 奥村泰之：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. 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 (精神障害分野) 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), 分担研究報告書, 2020

表 1. 2017/2019 年調査の統合解析データセットの背景要因

背景要因	訓練データ (n = 408)	内的妥当性データ (n = 101)	外的妥当性データ (n = 1502)
年齢区分, n (%)			
0-19	23 (5.6)	5 (5.0)	84 (5.6)
20-39	141 (34.6)	32 (31.7)	386 (25.7)
40-59	163 (40.0)	42 (41.6)	513 (34.2)
60-79	54 (13.2)	18 (17.8)	352 (23.4)
≥80	25 (6.1)	4 (4.0)	127 (8.5)
欠測	2 (0.5)	0 (0.0)	40 (2.7)
性別, n (%)			
男性	173 (42.4)	35 (34.7)	653 (43.5)
女性	220 (53.9)	64 (63.4)	741 (49.3)
欠測	15 (3.7)	2 (2.0)	108 (7.2)
主傷病, n (%)			
F0	31 (7.6)	5 (5.0)	181 (12.1)
F1	26 (6.4)	4 (4.0)	87 (5.8)
F2	154 (37.7)	40 (39.6)	612 (40.7)
F3	83 (20.3)	24 (23.8)	343 (22.8)
F4	48 (11.8)	12 (11.9)	82 (5.5)
F5	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (0.9)
F6	14 (3.4)	2 (2.0)	30 (2.0)
F7	13 (3.2)	1 (1.0)	51 (3.4)
F8	11 (2.7)	1 (1.0)	63 (4.2)
F9	5 (1.2)	1 (1.0)	11 (0.7)
その他	10 (2.5)	7 (6.9)	11 (0.7)
副傷病, n (%)			
F0	3 (0.7)	0 (0.0)	35 (2.3)
F1	5 (1.2)	5 (5.0)	33 (2.2)
F2	9 (2.2)	4 (4.0)	46 (3.1)
F3	17 (4.2)	2 (2.0)	59 (3.9)
F4	13 (3.2)	1 (1.0)	40 (2.7)
F5	1 (0.2)	0 (0.0)	8 (0.5)
F6	7 (1.7)	1 (1.0)	19 (1.3)
F7	13 (3.2)	4 (4.0)	45 (3.0)
F8	9 (2.2)	2 (2.0)	37 (2.5)
F9	1 (0.2)	0 (0.0)	11 (0.7)
基本要件, n (%)			
医学的な重症性	170 (41.7)	45 (44.6)	900 (59.9)
社会的不利益	170 (41.7)	44 (43.6)	940 (62.6)
急性の展開	148 (36.3)	44 (43.6)	854 (56.9)
治療の必要性	187 (45.8)	47 (46.5)	1077 (71.7)
治療の可能性	217 (53.2)	59 (58.4)	1033 (68.8)
病態の定性評価, n (%)			
意識障害	23 (5.6)	5 (5.0)	67 (4.5)
幻覚・妄想	115 (28.2)	29 (28.7)	434 (28.9)
精神運動興奮状態	79 (19.4)	16 (15.8)	233 (15.5)
抑うつ状態	111 (27.2)	26 (25.7)	308 (20.5)
躁状態	12 (2.9)	9 (8.9)	83 (5.5)
解離状態	9 (2.2)	2 (2.0)	17 (1.1)
酩酊状態	12 (2.9)	4 (4.0)	25 (1.7)
その他	113 (27.7)	28 (27.7)	387 (25.8)
緊急に医療的介入を要する因子, n (%)			
自傷・他害・自律性の低下	266 (65.2)	67 (66.3)	1240 (82.6)
インフォーマルヘルプがない	69 (16.9)	20 (19.8)	336 (22.4)
プロフェッショナルヘルプがない	71 (17.4)	18 (17.8)	249 (16.6)
身体合併症	20 (4.9)	7 (6.9)	99 (6.6)

注) 病態の定性評価の項目は、調査間で等しくなるように、2019 年度に新設された選択肢は、その他の項目として整理した。ろ過項目については、下位項目に選択がある場合は、上位項目に選択があるとみなして整理した。

表 2. 2017/2019 年調査の統合解析データセットにおける判別能

モデル	AUC (95% CI)	正当率 (95% CI)	感度 (95% CI)	特異度 (95% CI)
訓練データ				
LR	0.858 (0.821, 0.894)	0.801 (0.759, 0.839)	0.744 (0.673, 0.807)	0.845 (0.792, 0.889)
RF	0.854 (0.816, 0.892)	0.806 (0.765, 0.844)	0.767 (0.698, 0.827)	0.836 (0.782, 0.881)
SVM	0.785 (0.738, 0.833)	0.794 (0.752, 0.832)	0.744 (0.673, 0.807)	0.832 (0.777, 0.878)
NN	0.857 (0.820, 0.894)	0.797 (0.754, 0.835)	0.761 (0.691, 0.822)	0.823 (0.768, 0.870)
内的妥当性データ				
LR	0.854 (0.779, 0.928)	0.792 (0.700, 0.866)	0.773 (0.622, 0.885)	0.807 (0.681, 0.900)
RF	0.836 (0.758, 0.915)	0.782 (0.689, 0.858)	0.773 (0.622, 0.885)	0.789 (0.661, 0.886)
SVM	0.779 (0.681, 0.876)	0.792 (0.700, 0.866)	0.773 (0.622, 0.885)	0.807 (0.681, 0.900)
NN	0.854 (0.779, 0.928)	0.782 (0.689, 0.858)	0.773 (0.622, 0.885)	0.789 (0.661, 0.886)
外的妥当性データ				
LR	0.757 (0.729, 0.785)	0.716 (0.692, 0.738)	0.707 (0.679, 0.733)	0.745 (0.697, 0.790)
RF	0.739 (0.711, 0.767)	0.708 (0.684, 0.731)	0.719 (0.692, 0.745)	0.672 (0.621, 0.721)
SVM	0.696 (0.665, 0.727)	0.710 (0.687, 0.733)	0.703 (0.676, 0.729)	0.734 (0.685, 0.779)
NN	0.753 (0.725, 0.781)	0.727 (0.704, 0.749)	0.762 (0.736, 0.786)	0.616 (0.564, 0.667)

AUC = area under the curve; CI = confidence interval; LR = logistic regression; NN = neural network; RF = random forest; SVM = support vector machine.

表 3. リスクスコアの判別能

カットオフ値	感度	特異度	陽性適中率	陰性適中率
内的妥当性データ				
≥1	1.000	0.000	0.436	NA
≥2	0.977	0.211	0.489	0.923
≥3	0.977	0.491	0.597	0.966
≥4	0.932	0.544	0.612	0.912
≥5	0.773	0.789	0.739	0.818
≥6	0.773	0.789	0.739	0.818
≥7	0.705	0.860	0.795	0.790
≥8	0.614	0.877	0.794	0.746
≥9	0.523	0.930	0.852	0.716
≥10	0.500	0.930	0.846	0.707
外的妥当性データ				
≥1	1.000	0.000	0.762	NA
≥2	0.978	0.126	0.782	0.643
≥3	0.965	0.190	0.793	0.630
≥4	0.899	0.336	0.813	0.508
≥5	0.775	0.571	0.853	0.442
≥6	0.740	0.639	0.868	0.433
≥7	0.621	0.807	0.912	0.399
≥8	0.590	0.835	0.920	0.388
≥9	0.458	0.888	0.929	0.338
≥10	0.431	0.894	0.929	0.329
≥11	0.013	0.997	0.938	0.240

表 4. 2019 年調査の解析データセットの背景要因

背景要因	訓練データ (n = 1085)	内的妥当性データ (n = 270)
年齢区分, n (%)		
0-19	57 (5.3)	22 (8.1)
20-39	291 (26.8)	70 (25.9)
40-59	380 (35.0)	94 (34.8)
60-79	268 (24.7)	66 (24.4)
≥80	89 (8.2)	18 (6.7)
性別, n (%)		
男性	511 (47.1)	128 (47.4)
女性	574 (52.9)	142 (52.6)
主傷病, n (%)		
F0	0 (0.3)	0 (0.3)
F1	0 (0.2)	0 (0.2)
F2	444 (40.9)	119 (44.1)
F3	264 (24.3)	52 (19.3)
F4	55 (5.1)	18 (6.7)
F5	8 (0.7)	3 (1.1)
F6	21 (1.9)	5 (1.9)
F7	40 (3.7)	7 (2.6)
F8	34 (3.1)	19 (7.0)
F9	6 (0.6)	3 (1.1)
その他	9 (0.8)	1 (0.4)
副傷病, n (%)		
F0	25 (2.3)	8 (3.0)
F1	22 (2.0)	6 (2.2)
F2	29 (2.7)	9 (3.3)
F3	46 (4.2)	9 (3.3)
F4	31 (2.9)	7 (2.6)
F5	7 (0.6)	1 (0.4)
F6	14 (1.3)	2 (0.7)
F7	29 (2.7)	7 (2.6)
F8	29 (2.7)	7 (2.6)
F9	6 (0.6)	4 (1.5)
基本要件, n (%)		
医学的な重症性	655 (60.4)	154 (57.0)
社会的不利益	677 (62.4)	172 (63.7)
急性の展開	646 (59.5)	134 (49.6)
治療の必要性	796 (73.4)	183 (67.8)
治療の可能性	756 (69.7)	178 (65.9)
病態の定性評価, n (%)		
意識障害	47 (4.3)	14 (5.2)
せん妄	32 (2.9)	6 (2.2)
急性中毒	5 (0.5)	6 (2.2)
その他	10 (0.9)	2 (0.7)
幻覚・妄想	310 (28.6)	87 (32.2)
精神運動興奮状態	160 (14.7)	39 (14.4)

抑うつ状態	237 (21.8)	52 (19.3)
躁状態	65 (6.0)	9 (3.3)
解離状態	13 (1.2)	3 (1.1)
昏迷・亜昏迷状態	8 (0.7)	4 (1.5)
認知症状態	41 (3.8)	8 (3.0)
残遺状態	18 (1.7)	2 (0.7)
不安焦燥	81 (7.5)	20 (7.4)
行動異常	50 (4.6)	15 (5.6)
副作用	1 (0.1)	1 (0.4)
身体合併症	30 (2.8)	5 (1.9)
不眠	18 (1.7)	5 (1.9)
酩酊状態	21 (1.9)	0 (0.0)
単純酩酊	3 (0.3)	0 (0.0)
複雑酩酊	3 (0.3)	0 (0.0)
連続飲酒	11 (1.0)	0 (0.0)
他の薬物	3 (0.3)	0 (0.0)
その他	42 (3.9)	18 (6.7)
緊急に医療的介入を要する因子, n (%)		
自傷・他害・自律性の低下	889 (81.9)	226 (83.7)
他害行為	381 (35.1)	101 (37.4)
自殺企図	207 (19.1)	56 (20.7)
清潔保持困難	349 (32.2)	78 (28.9)
インフォーマルヘルプがない	237 (21.8)	63 (23.3)
プロフェッショナルヘルプがない	187 (17.2)	43 (15.9)
初診	61 (5.6)	15 (5.6)
中断例	25 (2.3)	5 (1.9)
かかりつけ医が対応できない	102 (9.4)	25 (9.3)
身体合併症	76 (7.0)	19 (7.0)

注) ろ過項目については、下位項目に選択がある場合は、上位項目に選択があるとみなして整理した。



表 5. 2019 年調査の解析データセットにおける判別能

モデル	AUC (95% CI)	正当率 (95% CI)	感度 (95% CI)	特異度 (95% CI)
訓練データ				
LR	0.871 (0.847, 0.896)	0.841 (0.817, 0.862)	0.932 (0.913, 0.948)	0.553 (0.491, 0.615)
RF	0.908 (0.887, 0.928)	0.771 (0.745, 0.796)	0.998 (0.991, 1.000)	0.061 (0.035, 0.097)
SVM	0.861 (0.834, 0.888)	0.836 (0.813, 0.858)	0.962 (0.947, 0.974)	0.439 (0.378, 0.501)
NN	0.937 (0.918, 0.956)	0.912 (0.894, 0.929)	0.968 (0.954, 0.979)	0.737 (0.679, 0.789)
内的妥当性データ				
LR	0.808 (0.747, 0.868)	0.804 (0.751, 0.849)	0.898 (0.848, 0.935)	0.508 (0.381, 0.634)
RF	0.810 (0.745, 0.875)	0.763 (0.708, 0.812)	1.000 (0.982, 1.000)	0.015 (0.000, 0.083)
SVM	0.803 (0.742, 0.863)	0.804 (0.751, 0.849)	0.937 (0.894, 0.966)	0.385 (0.267, 0.514)
NN	0.814 (0.752, 0.876)	0.811 (0.759, 0.856)	0.898 (0.848, 0.935)	0.538 (0.410, 0.663)

AUC = area under the curve; CI = confidence interval; LR = logistic regression; NN = neural network; RF = random forest; SVM = support vector machine.

表 6. 基本要件 5 項目に対する潜在クラス分析の  
情報量規準

クラス数	BIC	AIC
1	9,753.9	9,727.3
2	8,390.4	8,332.0
3	8,386.8	8,296.4
4	8,373.6	8,251.4
5	<b>8,372.8</b>	<b>8,218.7</b>
6	NA	NA

AIC = Akaike Information Criterion; BIC =  
Bayesian Information Criterion.

注) 6 クラス以上は自由度がマイナスとなるため  
推定できなかった。

表 7. 基本要件と措置・応急入院 6 項目に対する潜在クラス分析の情報量規準

クラス数	BIC	AIC
1	10862.5	10830.6
2	9491.1	9422.1
3	9488.9	9382.6
4	9484.0	9340.5
5	9486.3	9305.6
6	9479.3	9261.4
7	<b>9467.5</b>	<b>9212.4</b>
8	NA	NA

AIC = Akaike Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion.

注) 8 クラス以上は自由度がマイナスとなるため推定できなかった。

表 8. 基本要件、措置・応急入院と中核傷病 7  
項目に対する潜在クラス分析の情報量規準

クラス数	BIC	AIC
1	12668.6	12631.4
2	11270.6	11190.9
3	11265.8	11143.6
4	11253.7	11089.0
5	11262.7	11055.4
6	11253.2	11003.4
7	<b>11237.3</b>	10945.0
8	11274.5	10939.7
9	11310.5	<b>10933.1</b>
10	11355.2	10935.3
11	11404.5	10942.1

AIC = Akaike Information Criterion; BIC =  
Bayesian Information Criterion.

表 9. クラス別の反応率

クラス	人数 (構成率)	人数 (反応率)						
		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	措置・応急入院	中核傷病
中核群	517 (34.4)	513 (99.2)	517 (100.0)	517 (100.0)	517 (100.0)	517 (100.0)	98 (19.0)	405 (78.3)
相対的入院適応群	357 (23.8)	197 (55.2)	149 (41.7)	204 (57.1)	345 (96.6)	325 (91.0)	0 (0.0)	303 (84.9)
社会的不利益突出群	138 (9.2)	21 (15.2)	138 (100.0)	0 (0.0)	25 (18.1)	0 (0.0)	11 (8.0)	62 (44.9)
治療可能性突出群	121 (8.1)	24 (19.8)	26 (21.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	111 (91.7)	3 (2.5)	107 (88.4)
非定型入院適応群	107 (7.1)	38 (35.5)	84 (78.5)	64 (59.8)	68 (63.6)	61 (57.0)	17 (15.9)	0 (0.0)
治療必要性突出群	95 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	95 (100.0)	0 (0.0)	10 (10.5)	63 (66.3)
医学的重症性突出群	76 (5.1)	75 (98.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (11.8)	60 (78.9)
急性の展開突出群	64 (4.3)	9 (14.1)	8 (12.5)	64 (100.0)	0 (0.0)	3 (4.7)	5 (7.8)	45 (70.3)
公権力発動介入群	27 (1.8)	23 (85.2)	18 (66.7)	5 (18.5)	27 (100.0)	16 (59.3)	27 (100.0)	27 (100.0)

表 10. クラス別の主傷病名、副傷病名と自発入院の割合

	全体	中	相	社	可	非	必	重	急	公
主傷病, n (%)										
F0	181 (12.1)	58 (11.2)	28 (7.8)	23 (16.7)	3 (2.5)	38 (35.5)	18 (18.9)	7 (9.2)	6 (9.4)	0 (0.0)
F1	87 (5.8)	32 (6.2)	22 (6.2)	4 (2.9)	16 (13.2)	0 (0.0)	5 (5.3)	4 (5.3)	1 (1.6)	3 (11.1)
F2	612 (40.7)	263 (50.9)	154 (43.1)	30 (21.7)	47 (38.8)	0 (0.0)	34 (35.8)	36 (47.4)	29 (45.3)	19 (70.4)
F3	343 (22.8)	106 (20.5)	115 (32.2)	23 (16.7)	41 (33.9)	0 (0.0)	24 (25.3)	20 (26.3)	13 (20.3)	1 (3.7)
F4	82 (5.5)	14 (2.7)	13 (3.6)	10 (7.2)	5 (4.1)	28 (26.2)	4 (4.2)	5 (6.6)	3 (4.7)	0 (0.0)
F5	14 (0.9)	3 (0.6)	5 (1.4)	1 (0.7)	2 (1.7)	2 (1.9)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
F6	30 (2.0)	4 (0.8)	12 (3.4)	5 (3.6)	3 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.1)	4 (14.8)
F7	51 (3.4)	12 (2.3)	5 (1.4)	16 (11.6)	1 (0.8)	13 (12.2)	2 (2.1)	2 (2.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
F8	63 (4.2)	16 (3.1)	2 (0.6)	19 (13.8)	1 (0.8)	13 (12.2)	5 (5.3)	2 (2.6)	5 (7.8)	0 (0.0)
F9	11 (0.7)	4 (0.8)	0 (0.0)	3 (2.2)	0 (0.0)	3 (2.8)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
その他	11 (0.7)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (1.4)	1 (0.8)	6 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)	0 (0.0)
副傷病, n (%)										
F0	35 (2.3)	14 (2.7)	4 (1.1)	1 (0.7)	5 (4.1)	2 (1.9)	5 (5.3)	0 (0.0)	3 (4.7)	1 (3.7)
F1	33 (2.2)	8 (1.5)	11 (3.1)	1 (0.7)	4 (3.3)	3 (2.8)	2 (2.1)	1 (1.3)	2 (3.1)	1 (3.7)
F2	46 (3.1)	10 (1.9)	7 (2.0)	9 (6.5)	2 (1.7)	6 (5.6)	8 (8.4)	2 (2.6)	1 (1.6)	1 (3.7)
F3	59 (3.9)	17 (3.3)	15 (4.2)	5 (3.6)	8 (6.6)	8 (7.5)	2 (2.1)	1 (1.3)	3 (4.7)	0 (0.0)
F4	40 (2.7)	12 (2.3)	8 (2.2)	3 (2.2)	4 (3.3)	9 (8.4)	2 (2.1)	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
F5	8 (0.5)	3 (0.6)	5 (1.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
F6	19 (1.3)	5 (1.0)	5 (1.4)	3 (2.2)	2 (1.7)	2 (1.9)	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
F7	45 (3.0)	11 (2.1)	9 (2.5)	8 (5.8)	4 (3.3)	10 (9.3)	1 (1.1)	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
F8	37 (2.5)	10 (1.9)	8 (2.2)	7 (5.1)	2 (1.7)	4 (3.7)	1 (1.1)	4 (5.3)	0 (0.0)	1 (3.7)
F9	11 (0.7)	2 (0.4)	4 (1.1)	2 (1.4)	0 (0.0)	2 (1.9)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
入院形態, n (%)										
自発入院	357 (23.8)	37 (7.2)	121 (33.9)	36 (26.1)	73 (60.3)	28 (26.2)	30 (31.6)	13 (17.1)	19 (29.7)	0 (0.0)
非自発入院	1145 (76.2)	480 (92.8)	236 (66.1)	102 (73.9)	48 (39.7)	79 (73.8)	65 (68.4)	63 (82.9)	45 (70.3)	27 (100.0)

中 = 中核群; 相 = 相対的入院適応群; 社 = 社会的不利益突出群; 可 = 治療可能性突出群; 非 = 非定型入院適応群; 必 = 治療必要性突出群; 重 = 医学的重症性突出群; 急 = 急性の展開突出群; 公 = 公権力発動介入群.

表 11. クラスの臨床的解釈

クラス	名称	略称	構成率	解説
1	中核群	中	34.4%	5要件がほぼ全て該当する中核ニーズ。非自発入院水準が想定され、約2割が措置・応急、約8割が中核傷病に該当
2	相対的入院適応群	相	23.8%	5要件の該当はクラス1より低いが治療の必要性／可能性は高い。自発入院水準が想定され、措置・応急は非該当、約8割が中核傷病に該当
3	社会的不利益突出群	社	9.2%	5要件のうち、社会的不利益が突出して入院根拠となっているニーズ。措置・応急も含まれるが比較的軽～中等症で中核傷病は約半数
4	治療可能性突出群	可	8.1%	5要件のうち、治療可能性が突出して入院根拠となっているニーズ。治療可能であれば入院は妥当。軽症であり、措置・応急はほぼ非該当、中核傷病を多く含む
5	非定型入院適応群	非	7.1%	中核傷病に該当しないものの、5要件がある程度該当する周辺ニーズ。措置・応急の該当は比較的高い
6	治療必要性突出群	必	6.3%	5要件のうち、治療必要性が突出して入院根拠となっているニーズ。治療可能性もなく社会ニーズに近い。措置・応急も一定程度含まれ、中核傷病は約7割
7	医学的重症性突出群	重	5.1%	5要件のうち、医学的重症性が突出して入院根拠となっているニーズ。治療の必要性／可能性に乏しく、難治か。措置・応急も一定程度含まれ、中核傷病は約8割
8	急性の展開突出群	急	4.3%	5要件のうち、急性の展開が突出して入院根拠となっているニーズ。短期介入等に適応か。措置・応急は少なく、中核傷病は約7割
9	公権力非急性介入群	公	1.8%	措置・応急かつ中核傷病だが、急性の展開ではないニーズ。突発した救急ではないが慢性的に相当に困っていて、行政医療等でないと介入できない

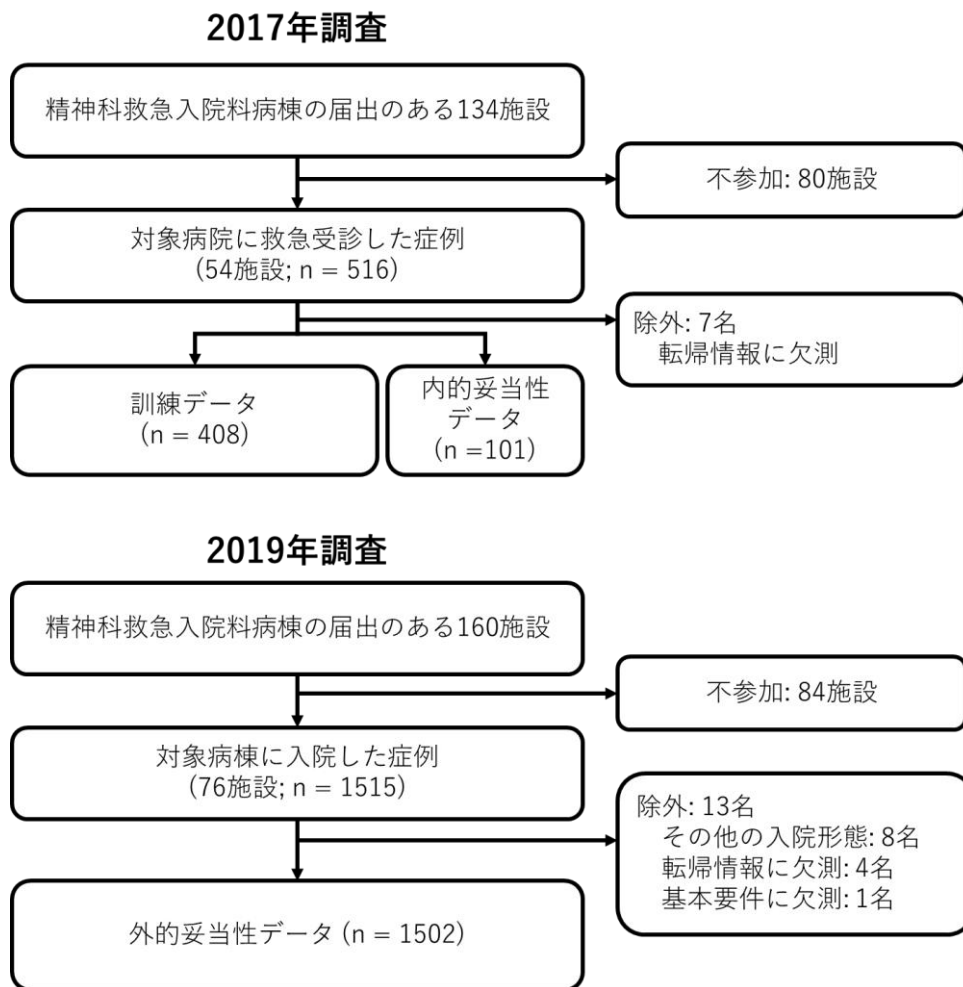


図 1. 2017/2019 年調査の統合解析データセットの流れ図



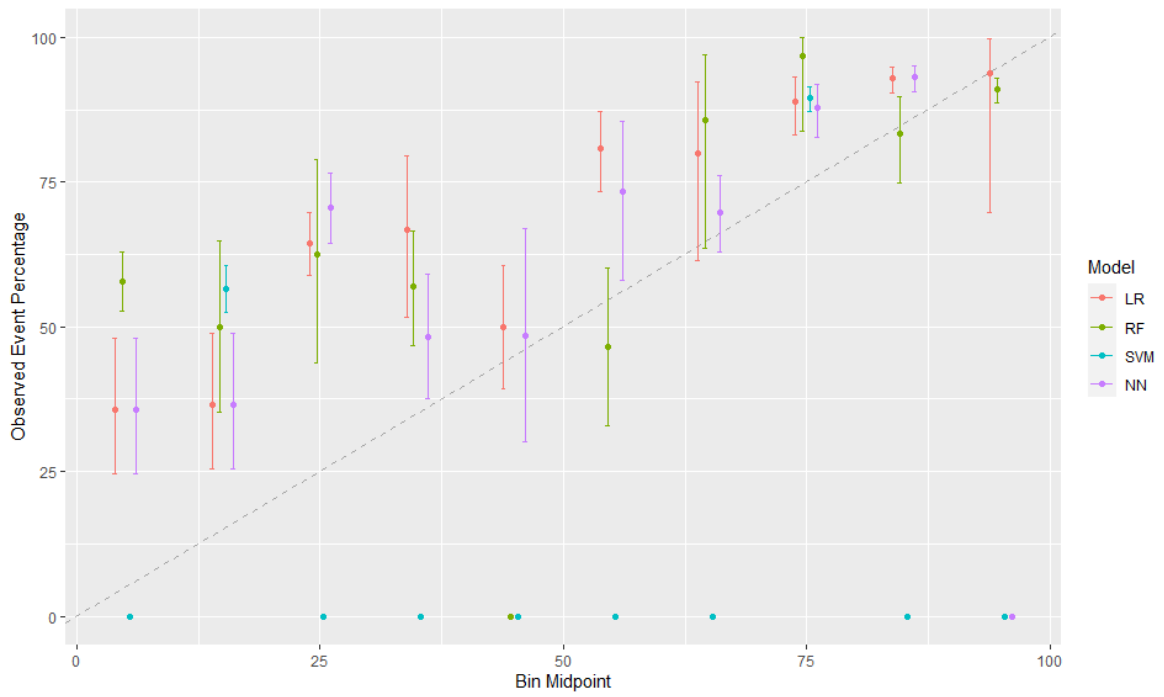
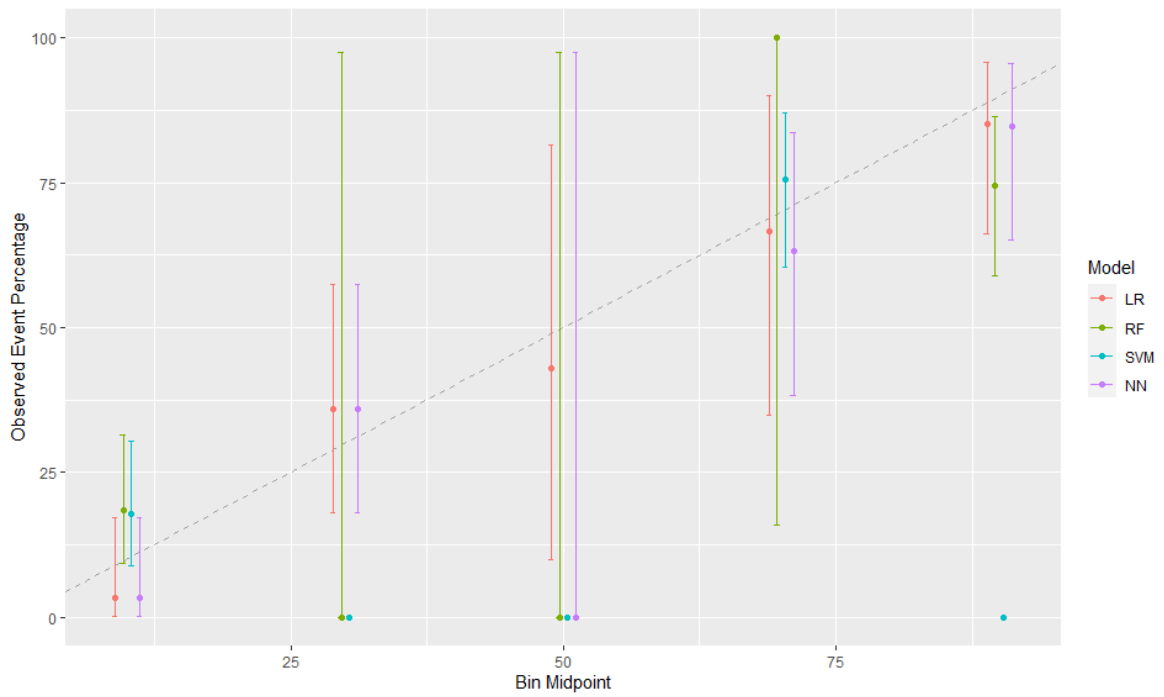


図 2. 2017/2019 年調査の統合解析データセットの較正（上図：内的妥当性データ，下図：外的妥当性データ）

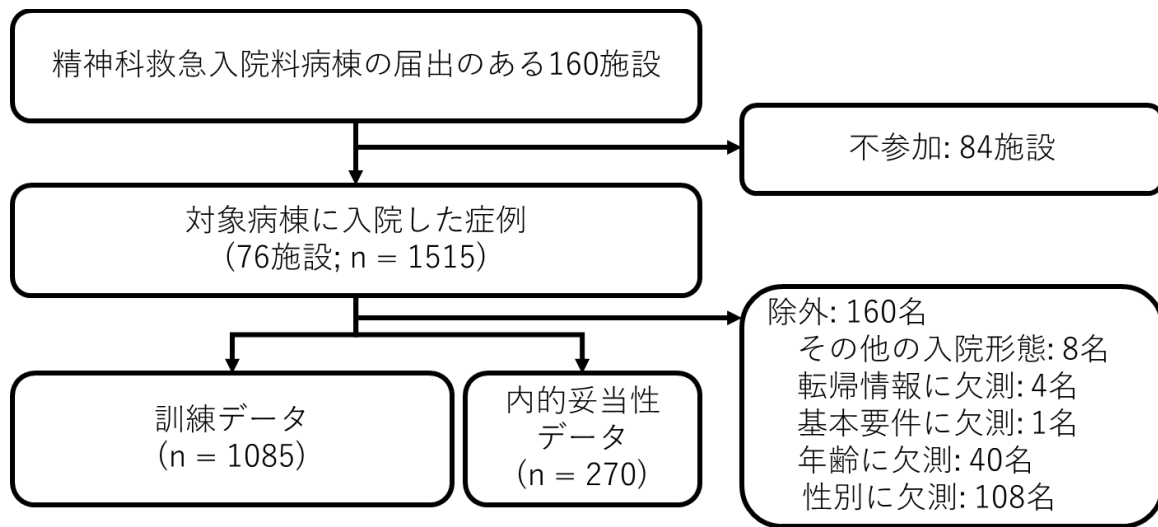


図 3. 2019 年調査の解析データセットの流れ図

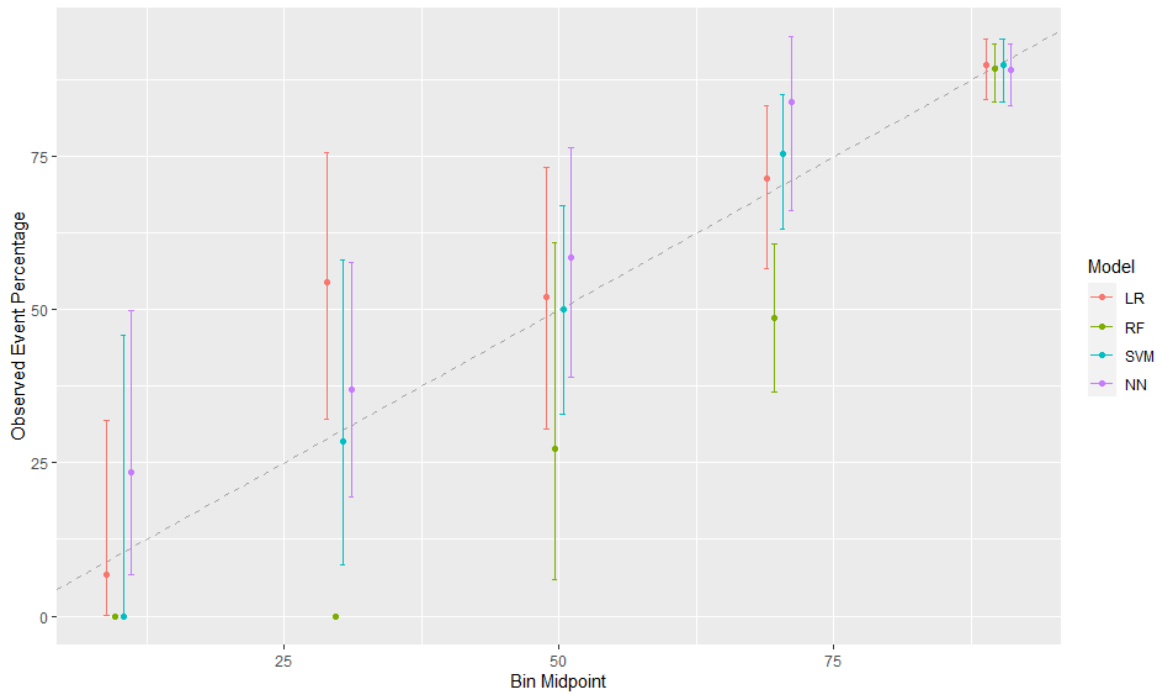


図 4. 2019 年調査の解析データセットの較正

## 時間外受診患者 調査個票

## 1. 基本情報 (該当項目に☑)

年齢: \_\_\_\_\_ 歳, 性別:  男性・ 女性主診断  F0  F1  F2  F3  F4  F5  F6  F7  F8  F9  その他・不明副診断  F0  F1  F2  F3  F4  F5  F6  F7  F8  F9  副診断なし

## 2. 転帰情報 (該当する入院形態等に☑)

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

## 3. 基本要件 (該当する場合☑)

 医学的な重症性: 精神疾患によって現実検討 (reality testing) が著しく損なわれている 社会的不利益: 社会生活上、自他に深刻な不利益をもたらす状況が生じている 急性の展開: 最近3ヶ月以内に、このような事態が出現もしくは悪化している 治療の必要性: 迅速な医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高い 治療の可能性: 医学的介入によって、このような病態の改善が期待される4. 病態の定性評価 (優先的に該当する状態像を 1つだけ 選び☑) 意識障害 (□せん妄、□急性中毒 □その他) 幻覚・妄想状態 精神運動興奮状態 抑うつ状態 躁状態 解離状態 酩酊状態 (□単純酩酊 □複雑酩酊 □連続飲酒 □シンナー・大麻・医薬品などによる □その他) その他 (認知症状態、統合失調症残遺状態等)

簡単に具体的な状況をご記載ください

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

BPRS \_\_\_\_\_ 点

## 6. 緊急に医療的介入を要する因子 (該当項目に☑)

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

BPRS 記入表

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

## 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

## 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（\*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）

\*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

### 【研究要旨】

**目的** 精神科救急医療体制整備事業（「精神科救急事業」と略記）および精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」）等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令和元年（2019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) 精神保健福祉資料（以下「630調査」）や地方厚生局の公開資料から、精神科救急病棟の分布状況を調査した。(3) 以上の調査結果および昨年度に実施したアンケート調査の結果等を統合して、都道府県別の精神科救急事業一覧表を作成した。(4) 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。

**結果** (1) 2019年度の精神科救急事業では、全国に144の精神科救急医療圏が設定され、1,200施設（うち有床施設1,108、無床施設92）の精神科救急医療施設が指定されていた。ここに年間39,334件（人口100万に対して1日当たり0.85件）の受診があり、その46.6%に当たる18,340件（同0.4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。大都市圏を中心に精神科三次救急（緊急措置・措置・応急入院）が24.5%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3年度は続けて減少していた。また、措置入院の53%が精神科救急事業において施行されていた。(2) 630調査の結果は2020年度版が公開されていないため、今年度は分析を見送り、地方厚生局の公開資料から、精神科救急病棟の分布状況と人口10万対病床数を都道府県単位および二次医療圏単位で表示できるマップを作成した。(3) 都道府県人口、精神科在院患者数などの基本情報、精神科救急事業および受診前相談事業の様態（2019年度アンケート調査の結果）と2019年度実績など、多角的な情報を都道府県単位で一覧表に統合した。(4) 2021年2月、44都道府県・政令市の精神科救急事業担当者48人を対象に、オンライン形式にて本研究の成果を説明し、ワークショップ形式で意見交換を行った。各演目とも3.1点（4点満点）以上の高い評価と今後の研究に参考となる意見を得た。

**考察** (1) 精神科救急医療の任務は迅速な危機介入による在宅ケアの支援助と重症化の防止、および良質な急性期医療の提供による長期在院の抑止であり、その責任守備範囲は広い。この任務を遂行するには個々の医療機関による自発的な救急診療（マイクロ救急）とそれを補完する精神科救急事業（マクロ救急）、および双方を牽引する精神科急性型病棟（精神科救急入院料もしくは精神科急性期治療病棟

入院料を認可された病棟)を有する施設の普及が不可欠であるが、救急事業の運用実績と急性型病棟の分布には大きな地域差がある。また医療アクセスや身体合併症対策にも依然として課題が残る。(2)精神科急性型病棟群の増加は、わが国の精神科医療における緩やかな脱入院化に寄与してきたが、病棟分布の不均等のほか、難治性患者の長期在院や頻回入院、急性型病棟入院料の「算定外患者」に対する医療の質のギャップといった課題を抱えている。(3)精神科救急医療の課題克服と水準向上のためには、精神科救急事業の正確なモニタリング、受診前相談の機能強化、精神科救急医療施設の質的向上と分布の均等化が必要である。そのために、①2つの受診前相談事業の分割・統合基準の明確化と機能強化、②救急事業の報告データを夜間・休日に限定することの徹底、③精神科救急医療施設および措置入院指定病院の施設基準の引き上げ、④急性型病棟入院料の算定外患者を1年以内に退院させる「精神科地域包括ケア病棟」の新設、⑤精神科急性型病棟の分布の不均等を緩和する「精神科急性期ユニット」の新設、そして⑥精神科救急事業担当者を集めた全国研修会の継続的開催を提案した。

**結論** 精神科救急医療は精神科領域にも適応される地域包括ケア構想の中でも重要な位置を占めているが、量的・質的に大きな地域差がある。これを解消し、水準向上を図るためには、本研究の提案事項が必要かつ有効と思われる。

## A. 研究の背景と目的

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(マイクロ救急)を補完するセーフティネット(マクロ救急)として、1995年に国庫事業化され、2002年には全国に普及した。

マイクロ救急およびマクロ救急双方のメインエンジンともいえる精神科救急入院料病棟(以下「精神科救急病棟」)認可施設、およびサブエンジンともいえる精神科急性期治療病棟(以下「精神科急性期病棟」)認可施設も、広く普及してきた。

しかし、各地の精神科医療の実情を反映して、救急事業の形態や機能には大きなばらつきがある。また、精神科救急および急性期病棟(併せて「精神科急性型病棟」)の分布にも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令和元年度(2019年度)の精神科救急事業年報を集計し、衛生行政報告例<sup>6)</sup>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. 精神科急性型病棟群の運用実態分析

精神保健福祉資料<sup>7)</sup>(以下「630調査」と略記)に基づいて精神科急性型病棟群の運用実態を分析し、地方厚生局の公開資料に基づいて精神科救急病棟の分布状況を分析した。

### 3. 精神科救急事業一覧表の作成

2019年度の精神科救急事業年報、昨年度の自治体アンケート調査結果など、これまでの研究によって収集した多角的な情報を都道府県単位で統合し、精神科救急事業一覧表を作成した。



#### 4. 精神科救急事業担当者会議の開催

令和3年(2021年)2月7日、全国の自治体における精神科救急事業の担当者を対象として、オンライン形式による研修会を開催し、これまでの本研究(総括研究を含む)の成果を解説するとともに、ワークショップ形式で精神科救急事業の運用等に関する意見交換を行った。

(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

令和元年度(2019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(同プロセス)を一覧表で示した。また、衛生行政報告例から措置入院の動向を調査した。以下、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

###### (ア) 精神科救急医療圏域

各都道府県の精神科救急医療圏は表1-1のように設定されており、概ね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。

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、実質的には3つの政令指定都市を加えた4圏域として運用されている。千葉県は、12圏域と表示されているが、4圏域の括り方で受診調整がなされている。このほかにも、柔軟な

運用がなされている自治体が多いと推測される。

###### (イ) 精神科救急医療施設

知事が指定する精神科救急医療施設は、全国で1,200施設、診療所を除くと1,108施設と報告されている。2019年の630調査によれば、全国の精神科有床施設数は1,577施設であるから、その70.3%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4つの類型では、表1-1に見るように、輪番型の施設が82.6%を占めている。なお、4つの類型のいくつかを兼ねる施設があるため、施設総数1,249は実数1,200よりも多くなっている。外来対応型、すなわち一次救急にのみ対応する輪番病院もある。あらゆる精神科救急ケースや入院形式に常時対応できる常時対応型施設は58カ所(4.6%)にとどまっており、半数近い22自治体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、22の大学病院と81の総合病院が精神科救急事業に参加しており、このうちの44施設が本事業における合併症型の精神科救急医療施設に指定されている。なお、年報の原表で「その他の病院」とされる施設は、精神科を主体とする病院のため、「精神科専門病院」と表記した。

###### (2) 受診前相談

精神科救急事業の実施要綱では、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。

なお、これらの受診前相談事業は、令和2年（2020年）度より、精神科救急事業から「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」へと組み込まれている。

#### （ア）精神科救急情報センター

精神科救急情報センター（以下「情報センター」と略記）が設置されている自治体は42と報告されているが、実績報告がない自治体もある。情報センターの2019年度における相談件数は70,952件で、このうち緊急性の指標となる受診先の紹介件数は22.8%に当たる16,180件であった。

情報センターへの相談件数は1日平均では194.4件、人口（2019年10月1日現在）100万人当たり1.54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33カ所と報告されているが、表1-2に見るように、実績が報告されているのは21自治体のみであった。17自治体では精神医療相談の窓口と情報センターの電話回線が同じであり、実質上は一体的な運用がなされていた。

2019年度、精神医療相談事業による相談件数は、89,605件、受診紹介は6,980件（7.8%）であった。相談件数の多い自治体順に並べると図2のようになる。

### （3）受診および入院の状況

#### （ア）受診件数

表1-2によれば、2019年度、精神科救急事業の利用件数（受診件数）は39,334件（1日平均107.8件、人口100万人当たり0.85件）であった。このうち、46.6%に当たる

18,340件（1日平均50.2件、人口100万人当たり0.4件）が入院となっていた。

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。

#### （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2,273件（入院件数の12.4%）、措置入院が1,555件（8.5%）、応急入院が663件（3.6%）、医療保護入院が9,929件（54.1%）、任意入院が3,649件（19.9%）、その他が271件（1.5%）であった。

緊急措置入院、措置入院、および応急入院を本報告書では精神科三次救急と称するが、その比率は24.5%、これに医療保護入院を加えた非自発入院の比率は78.6%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組み方によって、入院形式の配分比率もばらつくことが推測される。

精神科三次救急の自治体別配分率を図5に示した。緊急措置入院では上位10自治体で全入院件数の82.4%を占めるなど、寡占的であることがわかる。

#### （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6である。図3では受診件数や入院件数には関連性が見えないが、人口を加味して図6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6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ここに含まれる。

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、入院ケースでも任意入院の比率が高い傾向にある。また、鳥取県、長野県、青森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ことが推測される。

#### (4) 措置入院の動向

##### (ア) 申請・通報処理状況の推移

毎年の衛生行政報告例から申請・通報の内訳と措置決定件数を集計し、年次推移を図7に示した。2000年以降、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、警察官通報件数に著しい地域差のあることが指摘され、措置入院の運用に関するガイドラインが提示された影響と思われる。

##### (イ) 通報処理の地域差

表1-2によれば、2019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3,828件であるから、衛生行政報告例に見る年間の新規措置入院7,217件の53%が精神科救急事業において施行されていたことになる。ただし、図4、図5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、2019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8に表示した。25,420件の

申請・通報のうち58.3%に当たる14,820件が行政によって措置診察不要とされ、措置決定となるのは申請・通報の28.4%にすぎない。

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。通報等の処理状況を人口10万人あたりに換算すると図9のようになり、特に措置診察不要件数の地域差がさらに拡大する。すなわち、措置入院の運用にはローカル・ルールのあることが示唆されている。

## 2. 精神科急性型病棟群の運用実態分析

精神科急性型病棟については、630調査とNDB（レセプト情報/特定検診等情報データベース）に基づいて運用実態を分析してきたが、本報告書を作成した2021年4月20日現在、いずれも2020年度版が公表されていない。

このため、今年度の研究では、地方厚生局が公開している2019年度の精神科救急入院料認可施設の情報に基づいて、精神科救急病棟の分布図を作成した。

この分布図は、精神科救急入院料1・2および精神科救急合併症入院料を認可された病棟の位置と病床規模、それに圏域人口10万人に対する病床数を階層化し、二次医療圏および都道府県のレベルで表示したものである。

都道府県レベルの分布図を図10から図15までに示した。ピンクの円が精神科救急入院料1・2認可施設の所在地と病床規模、ブルーの円が精神科救急合併症入院料認可施設の所在地と病床規模、背景のグリーン系の色調が明るいほど人口に対する病床数が多いことを示している。

図10～15の作成に際して利用したデータは、北海道厚生局<sup>9)</sup>、東北厚生局<sup>10)</sup>、関東信

越厚生局<sup>11)</sup>、近畿厚生局<sup>12)</sup>、四国厚生支局<sup>13)</sup>、中国四国厚生局<sup>14)</sup>、九州厚生局<sup>15)</sup>が公開している「施設基準の届出状況」である。これを都道府県ごとに再集計し、さらに各施設の緯度経度データを Geocoding により取得した上で、使用許諾を要さない無料の GIS

(Geographic Information System) ソフトウェアである地理情報分析支援システム MANDARA10<sup>16)</sup>を用いて全国地図上に表示した。

なお、精神科救急入院料認可施設の所在地や病床数に関する地図は、日本精神科救急学会ホームページに掲載されている<sup>8)</sup>。

図 16 では、2019 年 630 調査から都道府県別の人口 1 万人に対する精神科救急病棟の病床数、図 17 では、同じく精神科救急および急性期病棟の病床数を示した。

### 3. 精神科救急事業一覧表の作成

2019 年 630 調査および 2019 年度に本研究班が実施した自治体向けアンケート調査、そして表 1-1 および表 1-2 に示した 2019 年度の精神科救急事業に関する都道府県年報のデータを一覧表に統合し、各自治体にフィードバックして修正を加えたのが、表 2-1 から表 2-10 までの表である。

最後の表 2-10 の最終列には、各行の合計値と平均値、行によっては最大値と最小値を示す自治体名、あるいは回答項目別の自治体数を集計した。

各自治体の精神科救急事業の特質を表すこうした一覧表の作成は、同事業の均霑化を目指すために欠かせない作業であるとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築する上で重要な情報を提供するであろう。

今後は、データを更新するだけでなく、項目(行)を増設することによって特質を緻密

化していくこともできる。情報量が増えて、この様式での一覧表示が困難となった場合には、1 シートに 1 自治体を割り当てるなどして、都道府県単位で精神科救急医療に関する総合的なマップを作成することもできる。

### 4. 精神科救急事業担当者会議の開催

令和 3 年(2021 年)2 月 7 日、オンライン形式での「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、44 の都道府県および政令指定都市から 48 名の参加があった。

プログラムは、①「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」の作業部会「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」の概要説明(厚生労働省)、②本研究が属する「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」の概要説明(研究代表者)、③本研究の概要説明(研究分担者)、④分担研究「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研究」の概要説明(研究分担者)がなされ、これらを受けて、⑤ワークショップ形式による意見交換会が行われた。

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 1 にまとめた。評価法は 0 点(最低評価)から 4 点(最高評価)までの 5 段階の主観的評価とし、最後に自由意見を求めた。資料 1 に示したように、各演目とも高い評価を受け、今後の参考となる建設的な意見が表明された。当日参加された自治体職員諸氏には、この報告書を借りて謝意を表したい。

## D. 考察

## 1. 精神科救急事業運用の動向

### (1) 精神科救急医療の任務と守備範囲

精神科救急医療の任務は、迅速で的確な危機介入と良質な急性期医療の提供である。これによって精神科利用者の地域生活を支援し、長期在院を抑止すること、そして精神障害に起因する重大事象（自殺や事件）を未然に防止することをめざしている。

したがって、精神科救急医療の守備範囲は、図 18 に示すように幅広い。受診前相談や医療アクセスなど、プレホスピタル（病院前）の領域に始まって、救急外来診療や急性期の入院治療などの病院内領域、身体科との連携など病院間領域、そして退院後の危機介入チームの編成など、病院後の領域まで、精神科救急医療の責任守備範囲は幅広く、救急に無縁の精神科臨床はないといってもよい。

### (2) 精神科救急医療の構造

医療の提供システムという観点からみると、精神科救急医療は、個別の医療機関による自発的な救急診療（マイクロ救急）と、それを補完する公共事業としての精神科救急事業（マクロ救急事業）から成り立つ構造をもつ。両者の役割分担は地域によって異なるであろうが、前者の実績を示す公式統計がないため、その詳細は不明である。

図 19 に千葉県<sup>1)</sup>の例を示す。2005 年 2 月の 1 か月間に千葉県下の精神科医療施設（診療所を含む）を時間外受診したケースの転帰を前向き調査した結果である。マクロ救急の公式統計の水面下に約 6 倍のマイクロ救急診療が隠れていたことが示されている。ただし、マイクロ救急は一次救急が主体、高次救急はマクロ救急が担うという役割分担の構造があった。

地域包括ケアの観点に立てば、身近な医療機関によるマイクロ救急診療が救急医療の基本

であるが、夜間・休日に安定的に救急医療を提供することには限界がある。特に救急ケースが多発しやすい大都市圏と医療機関が乏しい人口過疎地区の両極では、マクロ救急システムが社会的セーフティネットの役割を担うことを要請される。

図 6 の散布図がこの事情を反映している。例外はあるが、図 6 の左上には大都市圏が含まれており、入院を要する重症ケースに受診例がトリアージされていることがわかる。ただし、入院不要の一次救急ケースをマイクロ救急が吸収しているかどうかは不明である。

一方、図 6 の右下には過疎地区を含む自治体が位置しており、マイクロ救急を担う医療資源の乏しい現状を反映して、救急事業のトリアージが緩い傾向が見て取れる。入院を要しない軽症ケースが多いからといって、不要不急の安易な救急受診が多いと決めつけるのは一面的である。急変しやすい精神疾患に対しては、一次救急診療も重症化を防ぐための重要な任務であることは前述の通りである。

### (3) 精神科救急事業の展開

マクロ救急事業である精神科救急医療体制整備事業は、東京都や神奈川県など、先行する自治体単独での病床確保事業を追認する形で、半額を国庫から負担する公共事業として 1995 年度に立ち上がった。

国庫補助の条件は、精神科救急医療圏の設定、各圏域内での精神科救急医療施設の指定、輪番制もしくは基幹病院制での救急ベッドの確保、関係機関による連絡調整会議の開催など、比較的緩いものであった。その後、精神科救急情報センター、次いで精神医療相談事業という受診前相談事業が追加され、身体合併症対策も事業内容に加わっていった。

診療報酬の面では、1996 年に精神科急性期

治療病棟入院料が、精神病領域で初めて、急性型の包括入院料として診療報酬表に掲載された。すなわち、医療技術として公認された。これがグレードアップする形で2002年には精神科救急入院料が新設され、6年後には診療報酬が大幅に増額されるなど、慢性病棟が主体の精神科病院の中に急性期医療の領野が切り拓かれることとなった。

こうして2002年には、精神科救急事業が全国に普及し、図20に示すように、本事業による入院件数は漸増してきた。しかし、地域人口や医療資源の分布が不均等な現状を反映して、図1～図6に示したように、この事業の運用実態には大きな地域差が残されている。

なお、本事業の報告様式という手続き的な問題が、この地域差を見かけの上で増幅させてきた側面があったことを指摘しておかなくてはならない。図20では2015年から2018年にかけて受診や入院の件数が不自然に変動しているが、これは年度によって報告データが乱高下する自治体が含まれていたためである。本事業の報告様式が煩雑であったことが背景要因と思われたため、2019年度からは報告様式を簡素化し、自治体担当者の意見交換会などを通じてデータクリーニングにも努めた。2019年度以降は年報の信頼度が高まるものと思われる。

#### (4) 精神科救急事業の課題

##### (ア) 事業内容の地域差

精神科救急事業の最大の課題は地域差であろう。すなわち、同じ病状の救急ケースであっても、地域によって提供される医療の質が異なる実態が推測されることである。身体救急で同様の地域差があれば社会問題になるであろうが、精神科ではいまだに「地域の実情」として容認されている。

##### (イ) 身体合併症対応

その背景には、精神疾患と精神科病院が置かれてきた社会的隔離の歴史がある。この隔離構造、すなわち医療の中での精神科の孤立を反映しているのが、精神科救急医療における身体合併症対策の遅れであろう。人口の高齢化に伴って、精神科救急事業における身体合併症ケースの増加は避けられない課題であるが、歴史的事情のために制度的な整備が進まない。これが、精神科救急事業における第2の課題である。

##### (ウ) 医療アクセス

第3の課題は、治療同意が得られない患者の医療アクセスの困難さであろう。刑事鑑定や医療観察法対象ケースの病歴を検討すると、医療アクセスが困難であったために治療の開始が遅れ、重大事象に発展したケースが珍しくない。自殺既遂例ではさらに多いものと推測される。医療アクセスの問題を解決する手段として、2002年に移送制度が精神保健福祉法に新設されたが、手続きが煩雑なため医療保護入院ケースには広まらず、措置入院ケースに限定された運用となっている<sup>3)</sup>。

##### (エ) 入院医療の質

精神科救急医療の第4の課題は、精神科救急医療施設における医療水準のばらつきであろう。高規格の精神科救急病棟が普及してきたとはいえ、病床数では全国の精神科の4%未満、急性期病棟と併せても1割ほどにすぎない。表1-1に示したように、有床の精神科救急医療施設は1,000か所を超えるが、医師配置が入院患者48人に1人という病棟が大半を占めている。この現状も、身体救急医療の常識と大きくかけ離れている。

## 2. 精神科急性型病棟群の運用状況

### (1) 精神科急性型病棟群の普及と意義

精神科救急病棟および急性期治療病棟（併せて精神科急性型病棟）を認可された施設は、ミクロ救急とマクロ救急を駆動するエンジンとってよい。630 調査によれば、図 21 に示したように、2007 年以降、精神科急性型病棟の在院患者は漸増し、全体の在院患者数の減少に伴って、在院患者に占める比率も増加している。

とはいっても、2019 年度の急性型病棟の在院者比率は 9.0%にすぎない。しかし、急性型病棟の年間病床回転率が 7 回程度と全病棟平均の 1.4 回転を大きく上回るため、図 21 に示すように、急性型病棟の在院患者が増加するにしたがって、精神科全体の平均在院日数が減少してきた。平均在院日数の減少は必然的に在院患者数の減少と在宅ケアプログラムの強化を促す。したがって、急性型病棟群の増加が、わが国の精神科医療における「緩やかながらもケアの連続性を重視した脱入院化」を牽引してきたといっても過言ではない<sup>5)</sup>。

## （2）精神科救急病棟における医療の課題

一方、精神科急性型病棟には課題もある。ここでは精神科救急病棟に的を絞って課題を指摘する。

### （ア）難治性患者への治療の限界

図 22 は、2014 年 10 月に精神科救急病棟 60 か所に新規入院した認知症を除く患者 574 例（急性期登録群）を 1 年間追跡した調査の結果である<sup>2)</sup>。同じ時期に精神科救急病棟以外の 219 病棟で入院 3 か月に達した患者 802 例（亜急性期登録群）の予後と比較してある。

この調査によると、急性期登録群の患者は入院 3 か月までに 82.9%が退院して 17.1%が残留し、入院が 1 年を超えて残留した患者は 4.8%であった。630 調査によれば、同じ年の全精神科病棟平均では入院 3 か月までに退院

できなかった患者は 40.9%、1 年後の残留率は 11.6%であったから、精神科救急病棟での患者の退院は早く、長期在院患者の残留率は低いことがわかる。

しかし、急性期登録群であっても、入院が 3 か月を超えた患者（図 22 の B 群）の 1 年残留率は 21.8%で、亜急性期登録群の 1 年残留率 23.2%と有意差はない。また、入院後 1 年以内に救急病棟から退院した患者のうち 34%が入院から 1 年以内に再入院している。退院後 3 か月以内の早期再入院も 8.5%に上っていた。すなわち、精神科救急病棟といえども、長期在院や頻回入院の抑止には限界があることを示している。

頻回入院の最大の要因が服薬中断であることは広く知られている。これを抑止するには持効性注射剤が有効であるが、わが国では持効性注射剤の使用率が諸外国に比して低いとされている。その使用率を高め、在宅ケア支援プログラムの拡充を図れば、早期・頻回の再入院はもっと抑止できるであろう。

一方、長期在院の要因はもっと多面的であり、対策も複雑なものとなる。治療抵抗性の統合失調症に対してはクロザピン療法や修正型電気けいれん療法が長期在院の抑止に有効とされているが、これらの実施率も諸外国に比して低いとされる。長期在院要因には、このほか、知的障害や発達障害の併存、家族因子などが知られており、いずれも 3 か月以内という精神科救急病棟の制限時間内に解決することが困難な要因である。

### （イ）「算定外患者」への医療のギャップ

精神科救急病棟での在院が 3 か月を超えたり、退院後 3 か月以内に再入院となる患者は、精神科救急入院料の給付対象ではなくなり、このような「算定外患者」の多くでは、医療費給付が救急病棟の 3 分の 1 に下がる。

このため、急性型病棟以外の病棟での入院治療に移行することが多い。救急病棟しかない病院では転院となることもある。いずれにしても、スタッフ密度や入院環境の面で入院医療の質は大きくレベルダウンせざるをえない。

こうした「算定外患者」に対する医療の質のギャップが、精神科救急病棟の第2の課題となる。救急病棟であと1~2か月の治療が追加されれば退院できたケースが、転棟や転院のために入院期間の延長を余儀なくされることもありうる。

#### (ウ) 病棟分布の不均等

精神科救急病棟の第3の課題は、分布の不均等であろう。この病棟の認可要件により、特定の地域に認可施設が集中しないようになっているが、図10から図16に示したように、都道府県間のばらつきは大きい。その背景要因は、第1に精神保健指定医をはじめとする人的資源の地域的な不均一、第2に精神科救急・急性期医療に対する病院管理者の姿勢のばらつき、そして第3に同じく行政の姿勢のばらつきであろう。

2018年度の診療報酬改定によって、特定施設への精神科救急病棟の集中が制限されることとなった。これによってこの病棟の分布の不均一が緩和されればよいのだが、この高規格病棟の減少によって圏域内の精神科医療の水準が低下することも危惧される場所である。

### 3. 今後の精神科救急医療の進展に向けての提案

以上の考察を踏まえ、最後に、わが国の精神科救急医療の諸課題を解決するために、いくつかの提案を行いたい。

#### (1) 受診前相談事業の整理と機能強化

受診前相談には精神科救急情報センターと精神医療相談の2種類があり、前者が緊急性の判断と受診調整を行い、後者がそれ以外の幅広い相談を受け付ける窓口とされている。しかし、両者の機能を厳密に分けることは困難である。表2によれば、精神医療相談事業を実施している自治体は32か所あるが、そのうちの半数は情報センターと同じ回線で相談を受けている。

そもそも精神医療相談事業は、都道府県に1か所の情報センターでは捌けないほど相談件数が多い自治体（東京都、大阪府、神奈川県など）あるいは基幹的な救急病院が電話を直接受けた方が円滑に相談機能を遂行できる自治体（静岡県など）に設置される相談窓口で、情報センターの機能を補完するものである。

このような経緯が周知されないために、補助金の給付や実績報告のルールが曖昧になってきた。今後は、2つの受診前相談事業を同じ回線と同じ職員が行っている場合は、情報センターに統合し、電話回線や対応職員が異なり、情報センターと明確に役割分担をしている場合にのみ精神医療相談事業とするように提案したい。

その上で、情報センターには、救急ケースを把握する感度を上げ（関連機関への電話番号の周知や信頼の醸成）、助言と受診調整機能（明日まで待てるケースには待つための助言をし、待てないケースは確実に受診につなげることを）を強化するための研修制度を構築することも提案したい<sup>4)</sup>。

#### (2) 精神科救急事業運用時間の整理

精神保健福祉法19条の11は、都道府県に精神科救急事業の運用に努めることを義務づ



けているが、事業の運用時間帯を「夜間または休日」と規定している。一方、本事業の実施要綱では、受診前相談事業および常時対応型施設は「24時間365日」運用するよう要請している。この齟齬が、各地の事業運用や実績報告に混乱をもたらしている。

例えば、精神科クリニックなど本事業の利用者からは、「救急ケースは夜間・休日にものみ発生するわけではないから、平日日中にも本事業を適用してほしい」という声がある一方で、救急医療施設からは、「平日日中に救急ベッドを埋めてしまえば、医療資源の乏しくなる夜間の救急に対応できなくなる」という反論がある。本事業の運用実績の報告様式は、すべてのデータを「夜間・休日」に限定するよう求めているが、本事業の運用時間を24時間365日としている自治体（表2によれば19県）の中には、平日日中を含めた実績報告をすることもありうるのが現状である。

本事業の実施要綱が、本事業の運用を「地域の実情に応じて」行うよう謳っている以上、事業の運用時間帯を全国一律とすることはできないであろう。しかし、本事業の全国統計は、同じ条件下で集計されなければ比較の厳密性と公平性を欠く。自治体内での実績報告には自治体独自の時間帯を採用してもよいが、国への報告は精神保健福祉法が規定する「夜間または休日」の実績に限定することを徹底するよう提案したい。

### (3) 精神科救急医療施設等の指定基準の見直し

精神科救急事業の第4の課題として指摘したように、精神科救急医療施設（表1-1によれば1,108病院）には、精神科救急入院料認可病院から医師配置48対1の病院に至るまで、ばらつきがある。本事業が立ち上がった

1995年当時は精神科急性期治療病棟も制度化されていなかったが、現在では500を超える病院が精神科急性型病棟を有している。

考察の冒頭で指摘したように、精神科救急医療は救急患者を受け入れるだけでなく、良質な医療を提供して長期在院や医療中断を防止することを任務としている。しかし、本事業の実施要綱で定められている精神科救急医療施設の中には、「1時間以内に医師・看護師がオンコール対応できる病院」も含まれている。

精神科急性型病棟の整備状況を考慮するならば、重症患者への良質な医療の提供を担保するために、精神科救急医療施設および措置入院指定病院の定義は見直されるべきである。具体的には、これらの知事指定医療機関は、「精神科救急入院料もしくは精神科急性期治療病棟入院料を認可された病院を原則とし、それが確保できない圏域では、スタッフの傾斜配置などによって急性期治療に配慮した病棟（精神療養病棟を除く）を有する病院で補完することもできる」という形に整備するよう提案したい。

また、現行の常時対応型施設の定義を明確化し、高機能の基幹的精神科医療施設を全都道府県に設置することも提案したい。

### (4) 急性型病棟入院料「算定外」患者の支援体制

急性型病棟入院料の算定外となる患者に対する医療のギャップを緩和するために、算定外患者を受け入れ、今回の入院から1年以内に在宅ケアへ移行することをめざす「精神科地域包括ケア病棟（仮称）」を新設するよう提案したい。

これによって、急性型病棟から他の病棟に移ることで生ずる医療の質的ギャップを緩和

し、1年を超える長期在院の防止を図ることが期待できる。

#### (5) 精神科急性期治療を担う小規模ユニットの新設

救急・急性期治療の質を病棟単位で確保することが困難な圏域に「精神科急性期ユニット（仮称）」を既存病棟内に付設する提案である。病床規模は15床程度で、全てが隔離も可能な個室とし、専従の精神保健指定医や看護師、精神保健福祉士を配置して3か月以内の自宅退院をめざす。これによって精神科急性期病棟群の分布の不均等を補うことが期待される。

#### (6) 精神科救急事業に関する自治体担当者研修会の継続

最後に、本研究事業の一環として開催してきた精神科救急事業に関する自治体担当者研修会を国の主宰で定期的に開催することを提案したい。図18でも示したように、精神科救急医療の守備範囲は広く、技術的にも日進月歩の領域である。これに合わせて、制度的な改変も数年単位で必要となる。

一方で、国と都道府県の精神科救急事業担当者は数年単位で交代する。この事業に対する行政の責任性を確保するためには、研究事業とは独立した担当者研修会が国の主宰で毎年開催される必要がある。

### E. 結論

精神科救急医療の任務は、迅速・的確な危機介入による在宅ケアの支援と重症化の防止であり、良質な急性期医療の提供による長期在院の抑止である。その責任守備範囲は広く、精神科領域における地域包括ケア構想の中でも重要な役割を負う。個々の医療機関に

よる自発的な救急診療（マイクロ救急）を補完するのが精神科救急医療体制整備事業（マクロ救急）であり、双方を牽引するのが精神科急性期病棟認可施設である。精神科救急事業の運用実態と精神科救急病棟の分布には大きな地域差があり、同じ病態であっても受けられる精神科救急医療の質にも差が生じている。こうした現状を克服するためには、精神科救急事業を正確にモニタリングして評価すること、受診前相談の感度と調整機能を強化すること、精神科救急医療施設の質を上げ、分布の均等化を図ることが求められる。それらを実現するために、常時対応型施設の基準の明確化や「精神科地域包括ケア病棟」「精神科急性期ユニット」の新設、そして、精神科救急事業に対する行政の責任体制を維持するための全国研修会の開催継続などを提案した。

### 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（2021年度中に発表予定）。

#### 2. 学会発表等

なし（2021年度中に発表予定）。

### H. 知的財産権の出願・登録状況

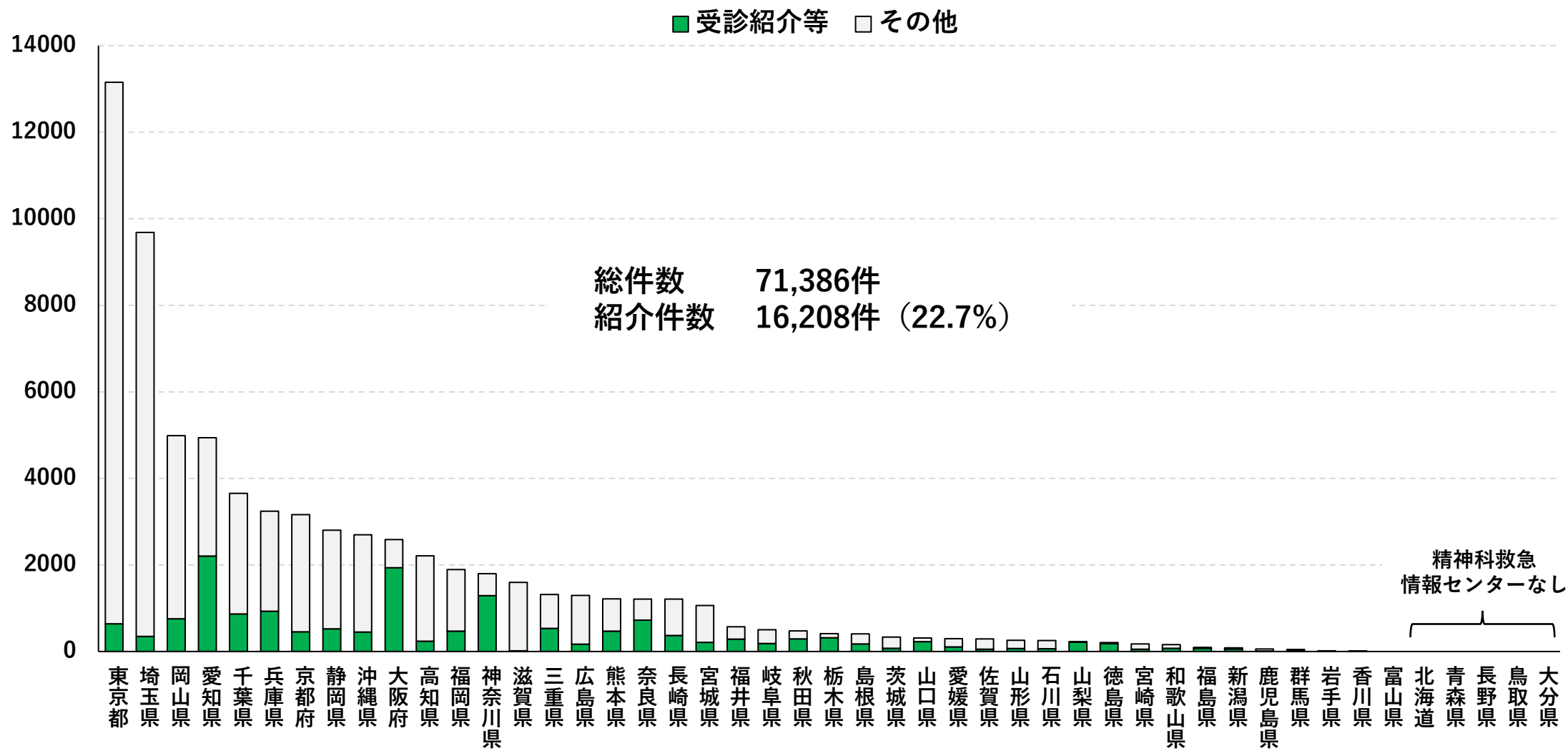
なし。

[参考文献]

- 1) 平田豊明:精神科救急・急性期医療のストラテジー. 熊精協会誌, No.143:3-28, 2010
- 2) 平田豊明、伊藤弘人、兼行浩史、来住由樹ほか:「自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究」. 平成27年度厚生

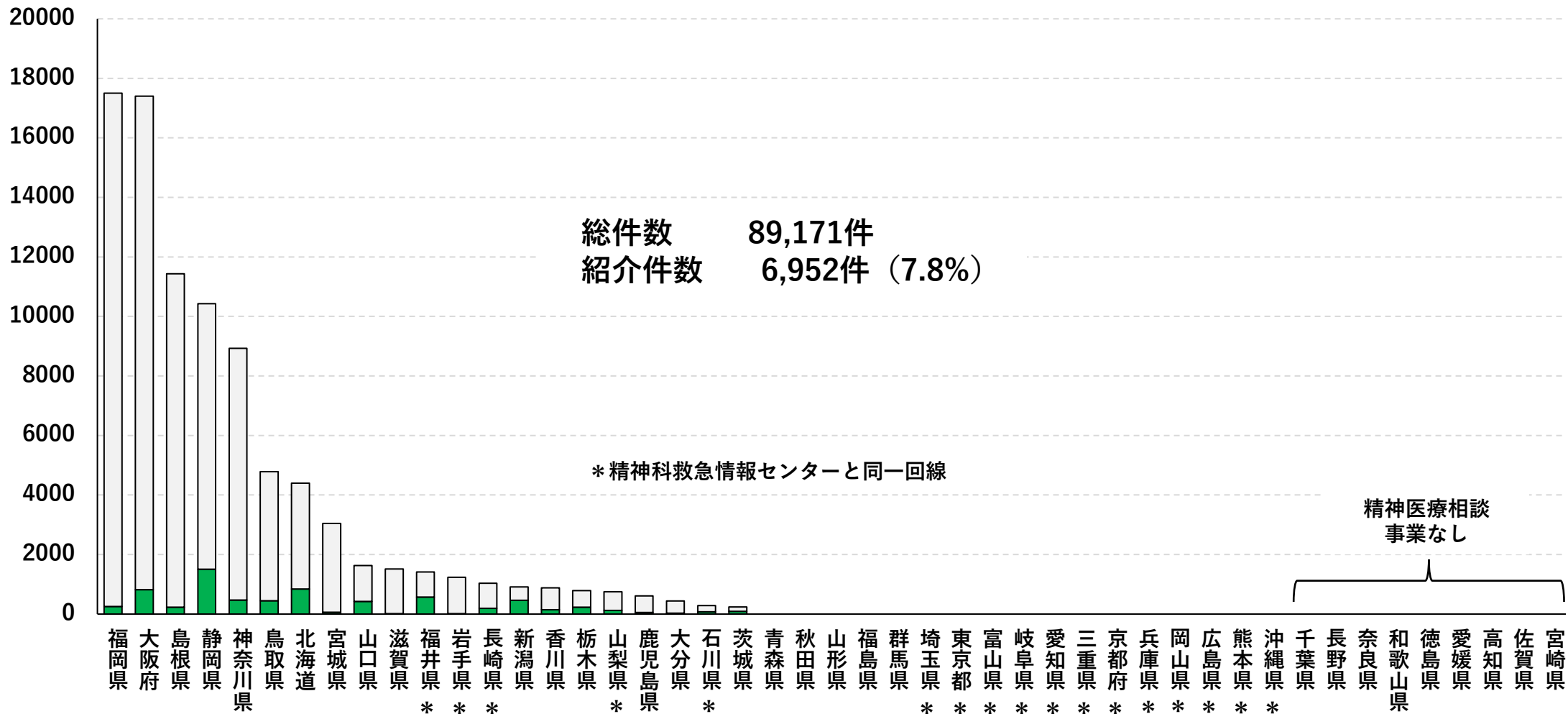
- 労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(研究代表者・安西信雄)報告書. 37-54, 2016
- 3) 平田豊明、来住由樹、兼行浩史、藤田潔、塚本哲司ほか:「精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進のサービスの質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」. 令和 2 年度 厚生労働科学研究「精神科救急医療における質向上と医療供給体制の最適化に資する研究」(研究代表者・杉山直也)報告書. 31-61, 2020
- 4) 日本精神科救急学会編:「精神科救急医療ガイドライン 2015 年度版」. 28-50, へるす出版, 2015
- 5) 杉山直也、平田豊明、八田耕太郎、松本俊彦、塚本哲司、橋本聡ほか:平成 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. 107-112, 2019
- 6) 衛生行政報告例: [https://www.estat.go.jp/estat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469&result\\_page=1](https://www.estat.go.jp/estat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469&result_page=1)
- 7) 精神保健福祉資料: <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/keyword.html>
- 8) 日本精神科救急学会ホームページ: <https://www.jaep.jp/sep1707.html>
- 9) 北海道厚生局ホームページ  
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/kijyun.html>
- 10) 東北厚生局ホームページ  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/documents/201805koushin.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/tohoku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/documents/201805koushin.html)
- 11) 関東信越厚生局ホームページ  
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/chousa/kijyun.html>
- 12) 近畿厚生局ホームページ  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/shitei\\_jokyo\\_00004.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei_jokyo_00004.html)
- 13) 四国厚生支局ホームページ  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/shikoku/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/shitei/index.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/shikoku/gyomu/gyomu/hoken_kikan/shitei/index.html)
- 14) 中国四国厚生局ホームページ  
<https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/chugokushikoku/chousaka/shisetsukijunjuri.html>
- 15) 九州厚生局ホームページ  
[https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken\\_kikan/todokede\\_jiko/koumoku\\_betsu.html](https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/todokede_jiko/koumoku_betsu.html)
- 16) 地理情報分析支援システム MANDA RA10  
<https://ktgis.net/mandara/>

# 図1 精神科救急情報センター一相談件数（2019年度）

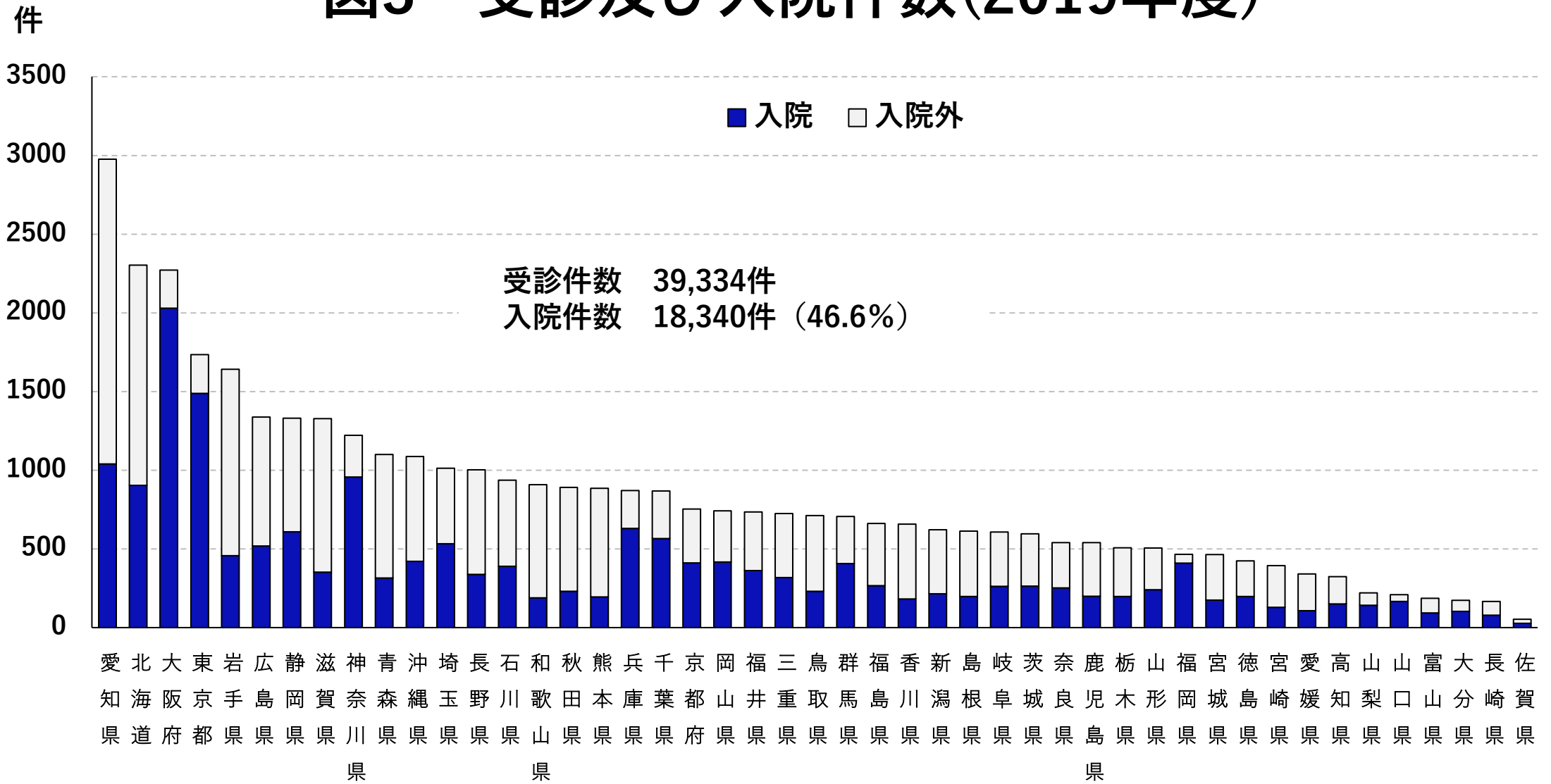


# 図2 精神医療相談件数(2019年度)

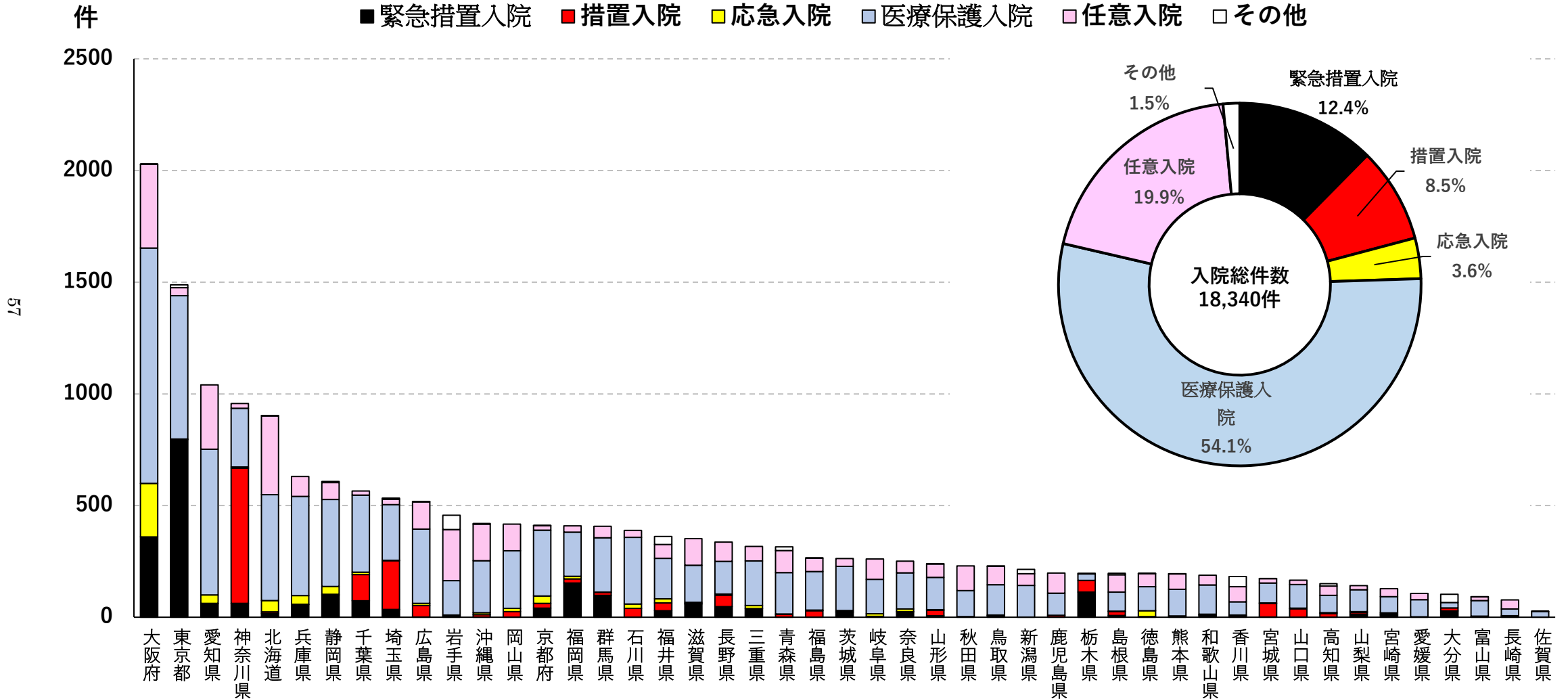
■ 紹介 □ その他



# 図3 受診及び入院件数(2019年度)

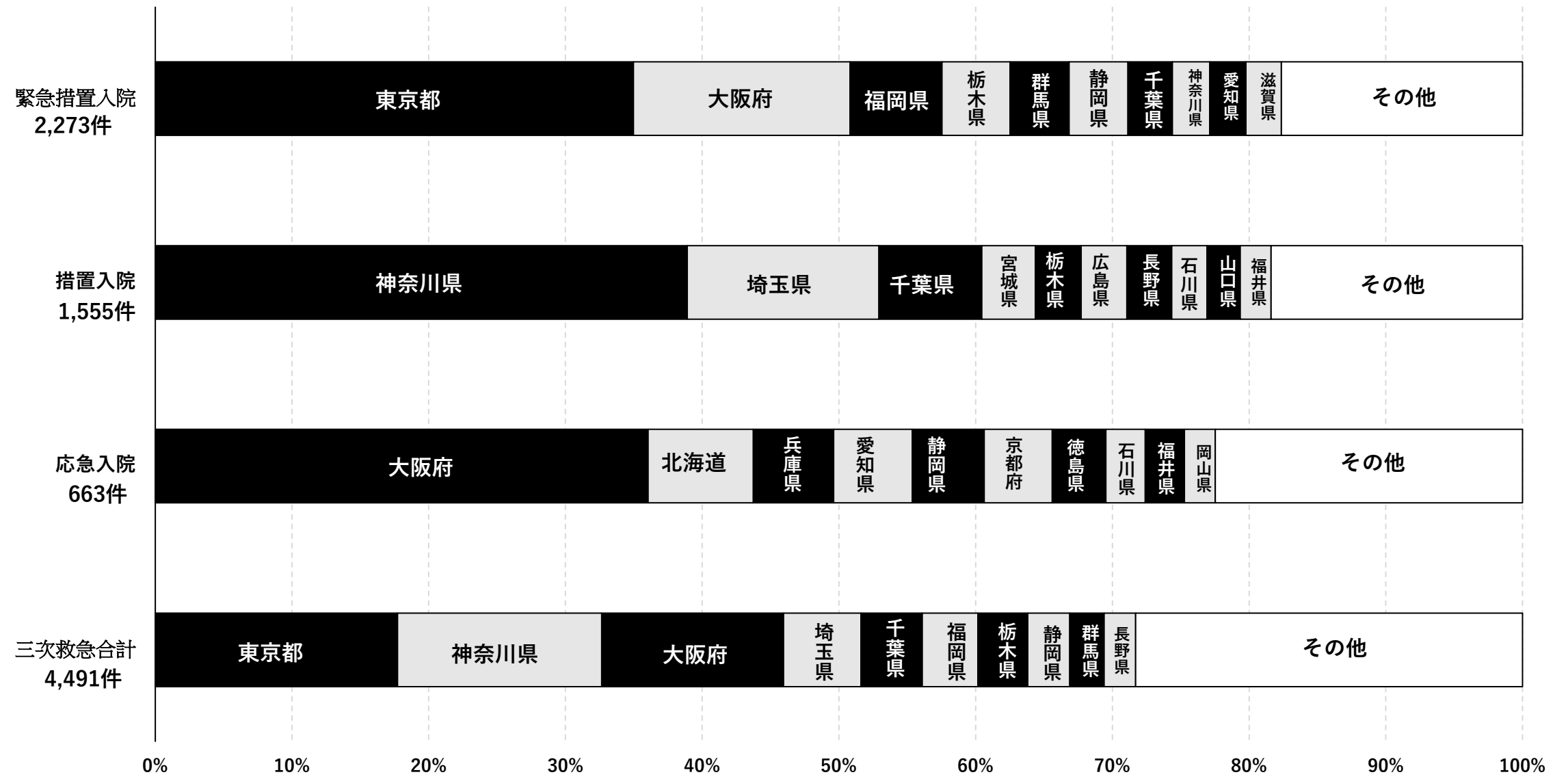


# 図4 入院形式別の入院件数（2019年度）



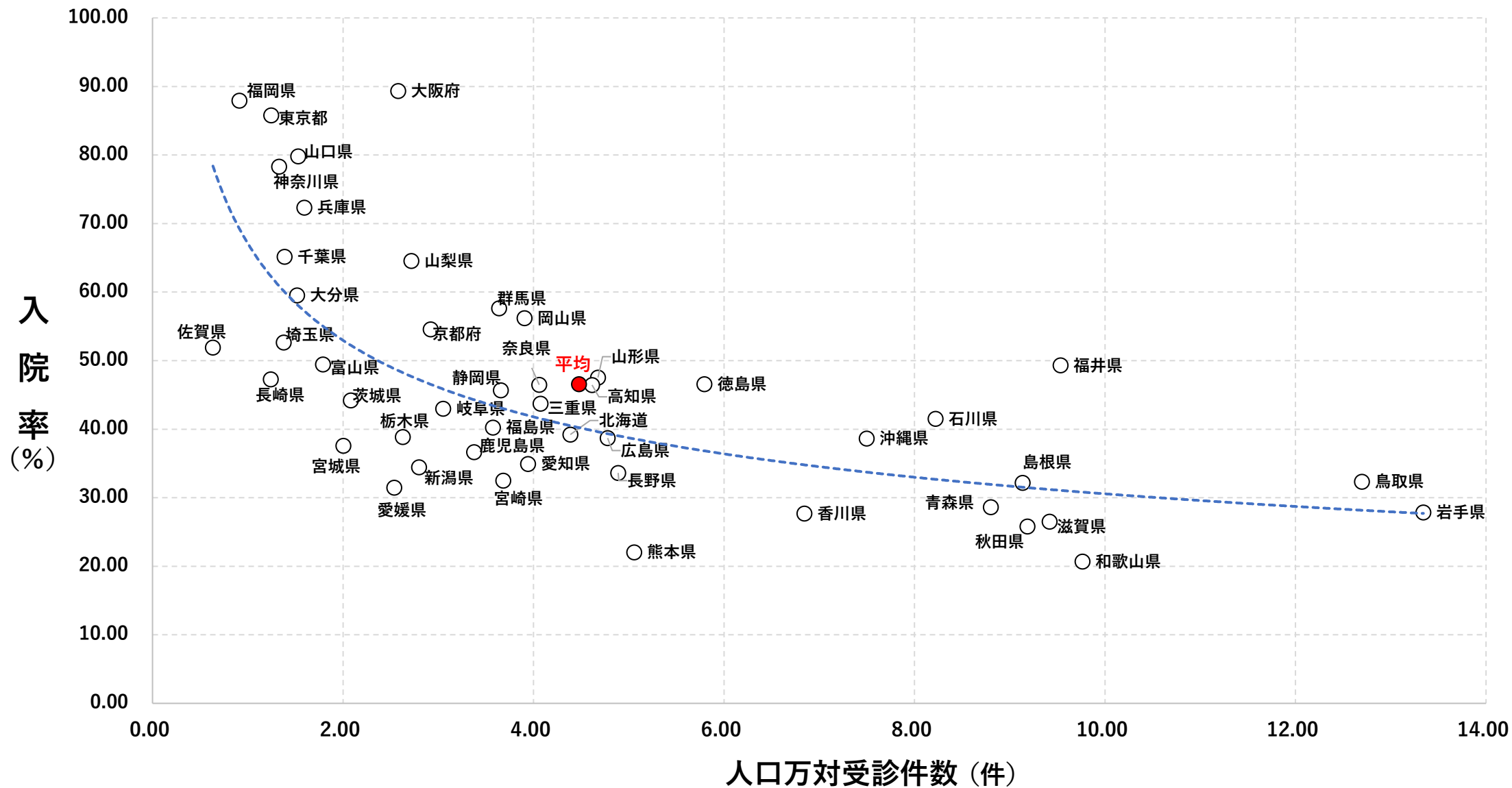
# 図5 三次救急の都道府県別比率 (2019年度)

58

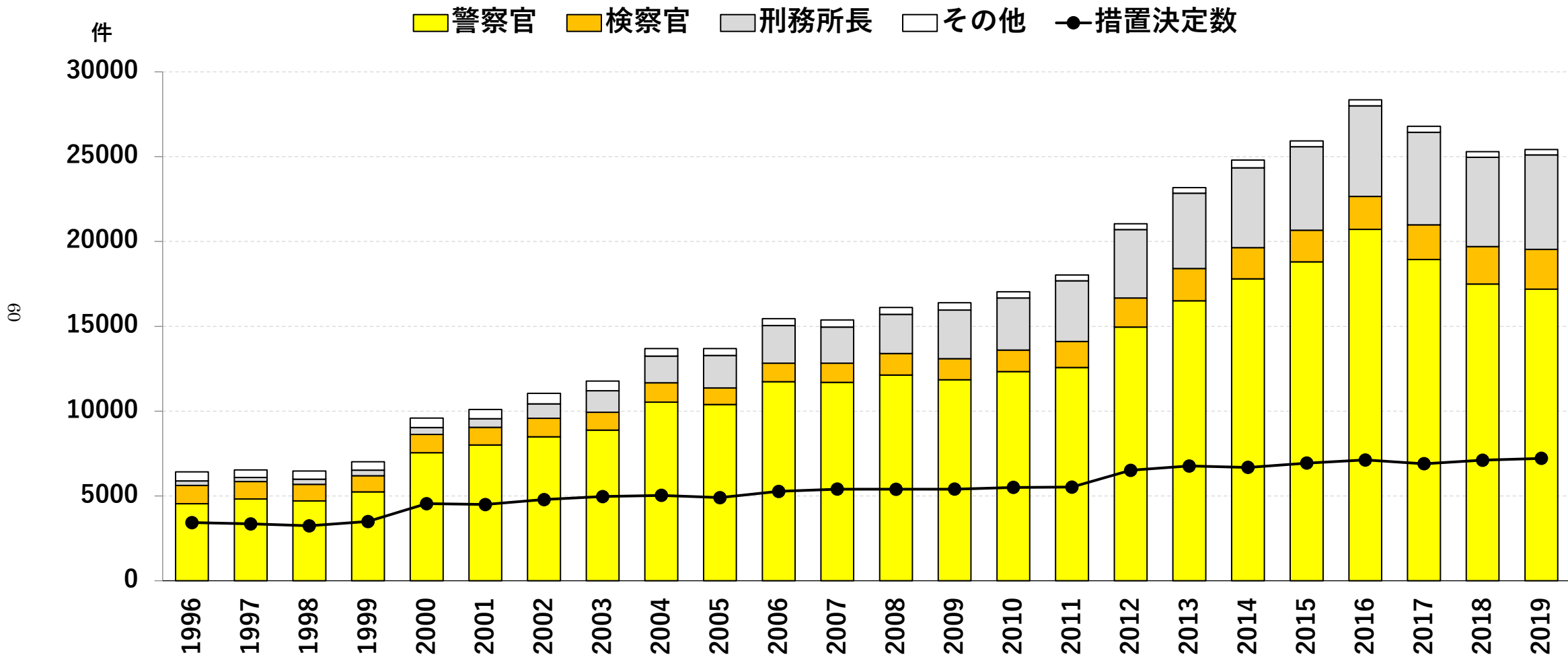




# 図6 人口万対受診件数と入院率の相関（2019年度）



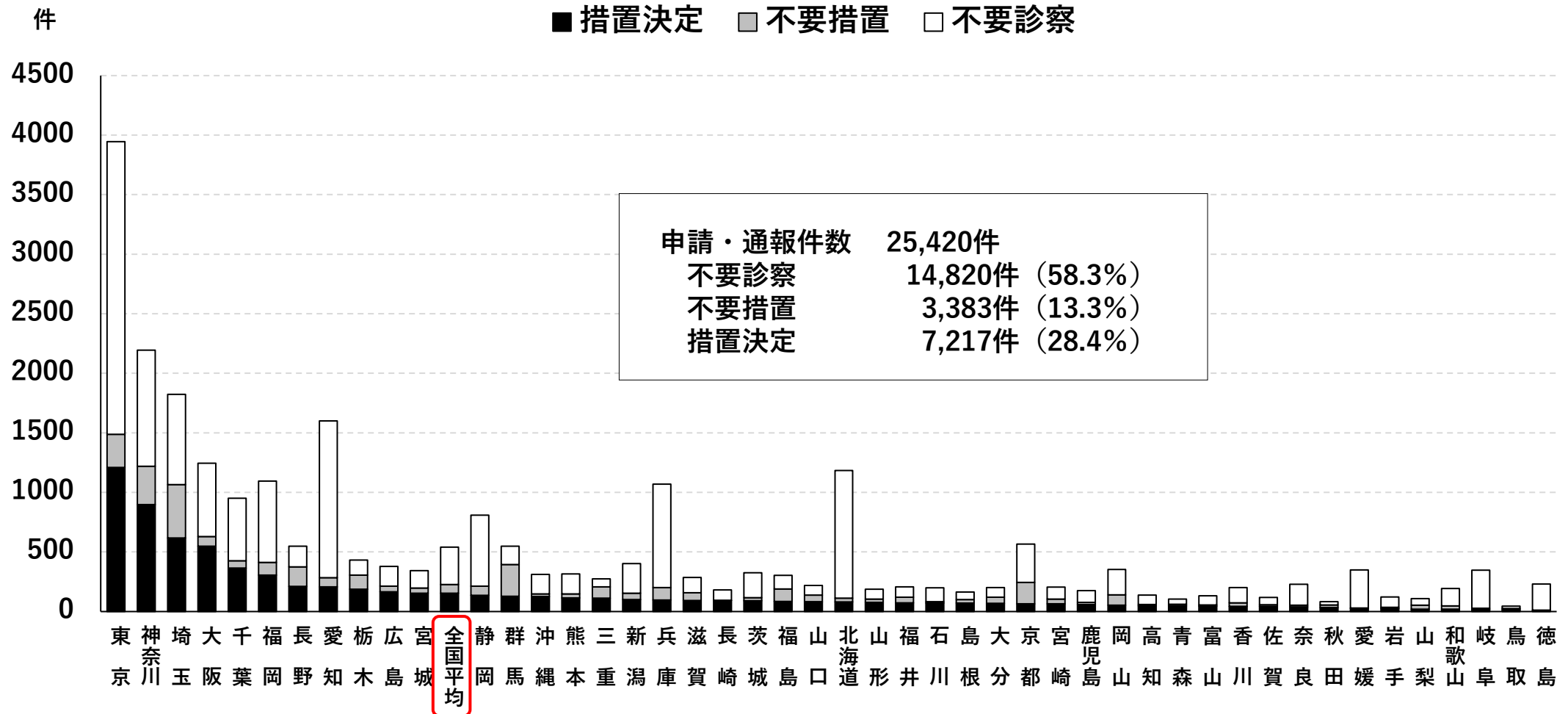
# 図7 申請・通報件数および措置決定数の推移



衛生行政報告例より作成

# 図8 申請・通報の処理状況（2019年度）

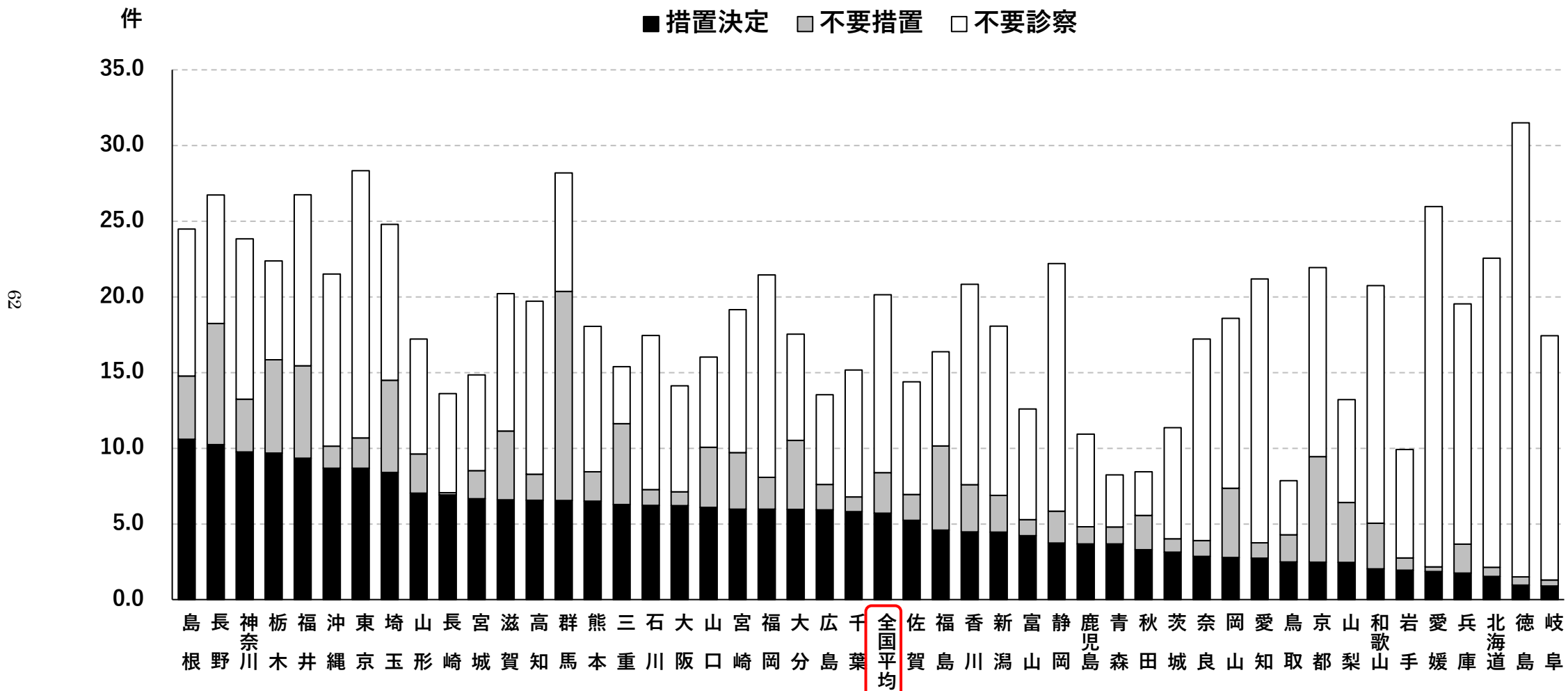
～措置決定数の多い都道府県順～



令和元年度衛生行政報告例より作成

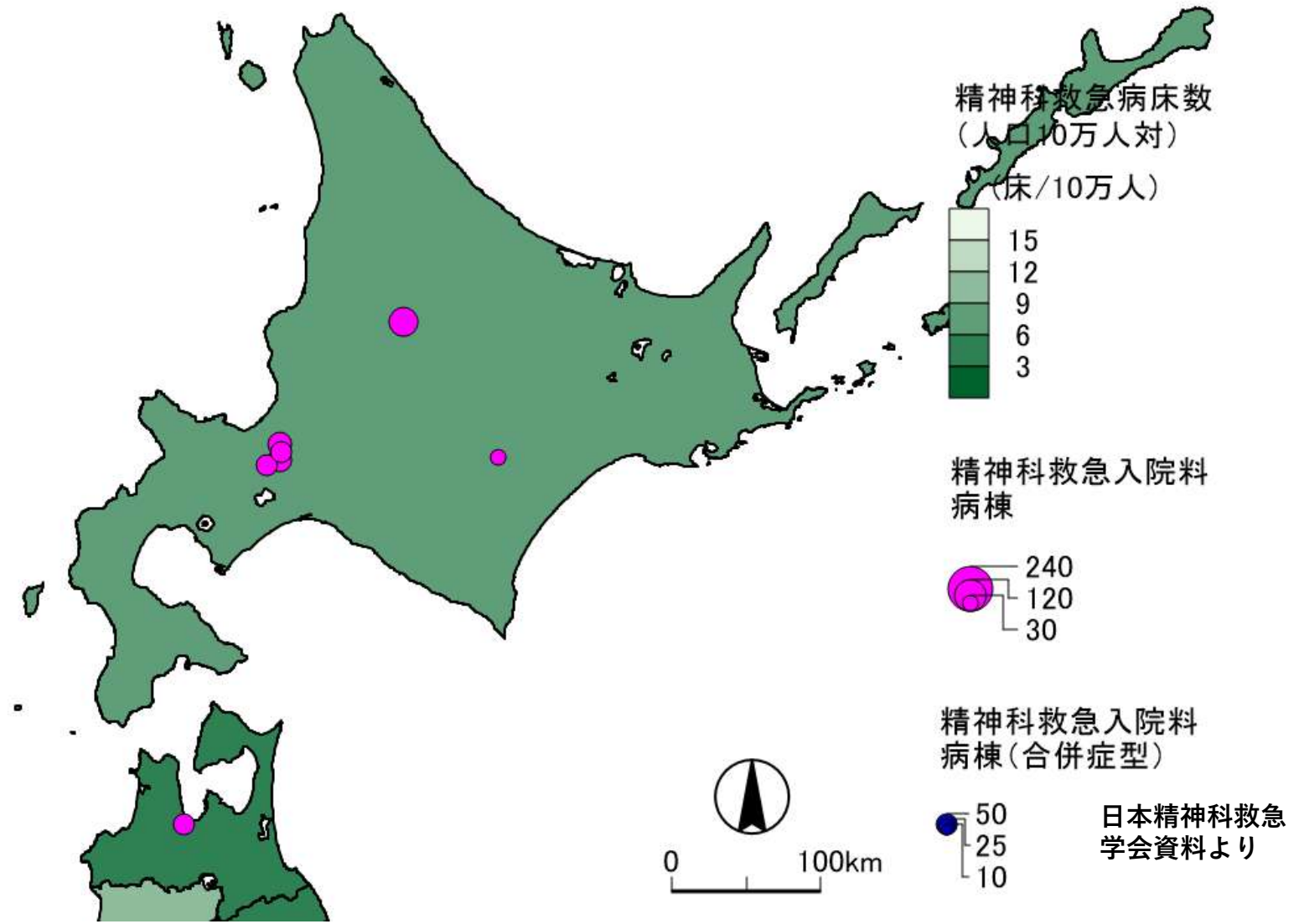
# 図9 人口10万対申請通報の処理状況(2019年度)

～措置決定数の多い都道府県順～

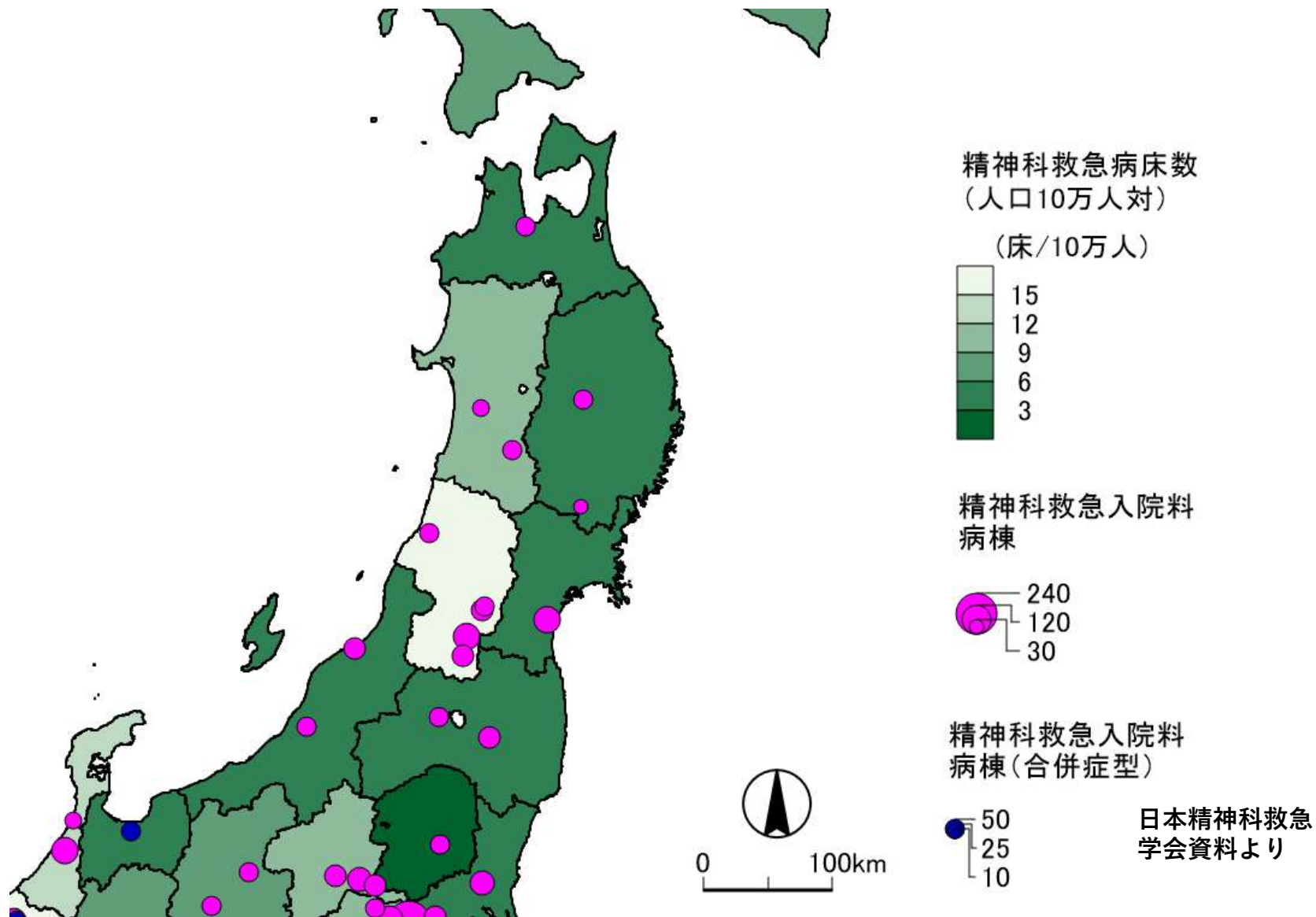


令和元年度衛生行政報告例より作成

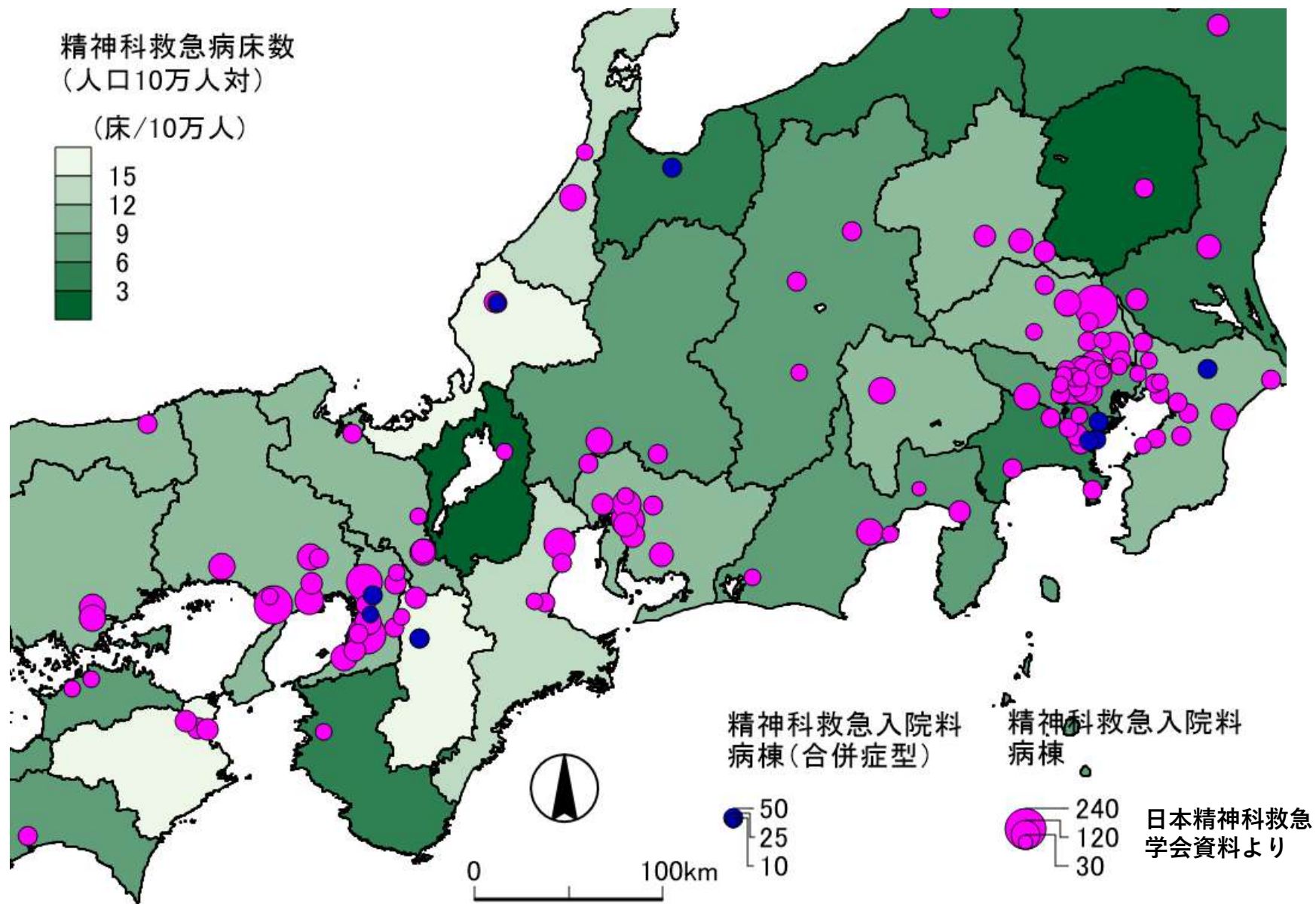
# 図10 精神科救急入院料病棟の分布と人口比（北海道）



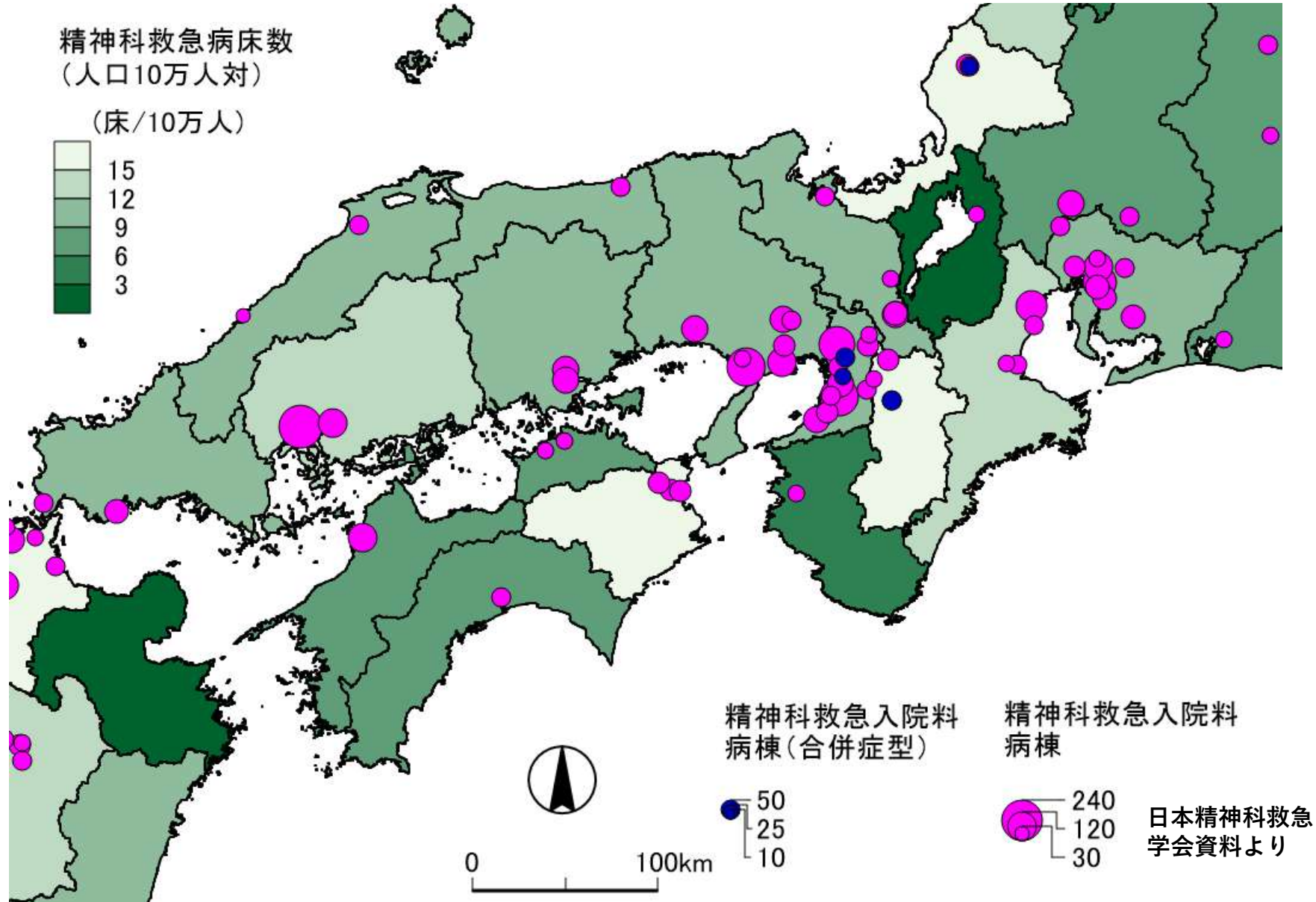
# 図11 精神科救急入院料病棟の分布と人口比（東北）



# 図12 精神科救急入院料病棟の分布と人口比（関東・東海）

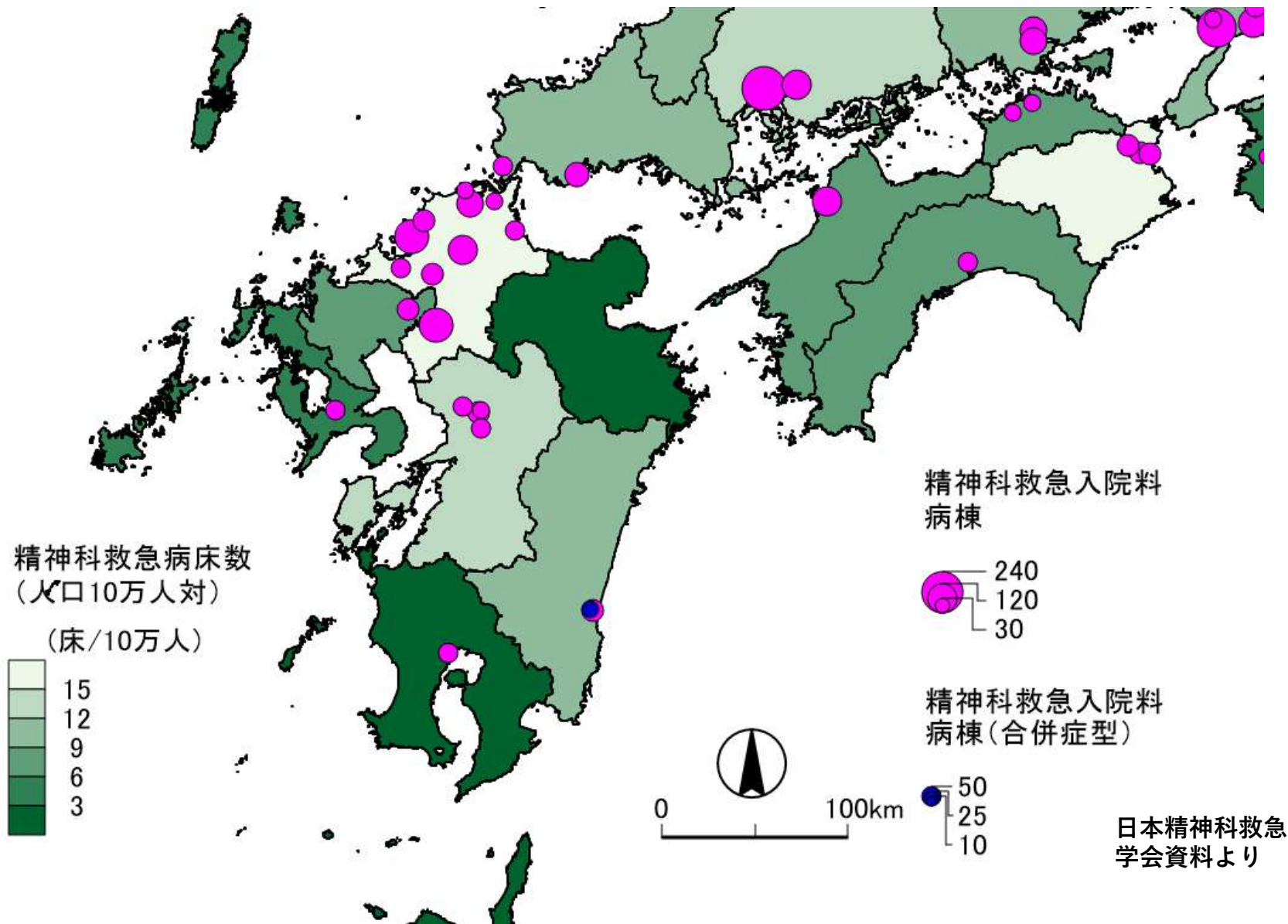


# 図13 精神科救急入院料病棟の分布と人口比（近畿・中四国）

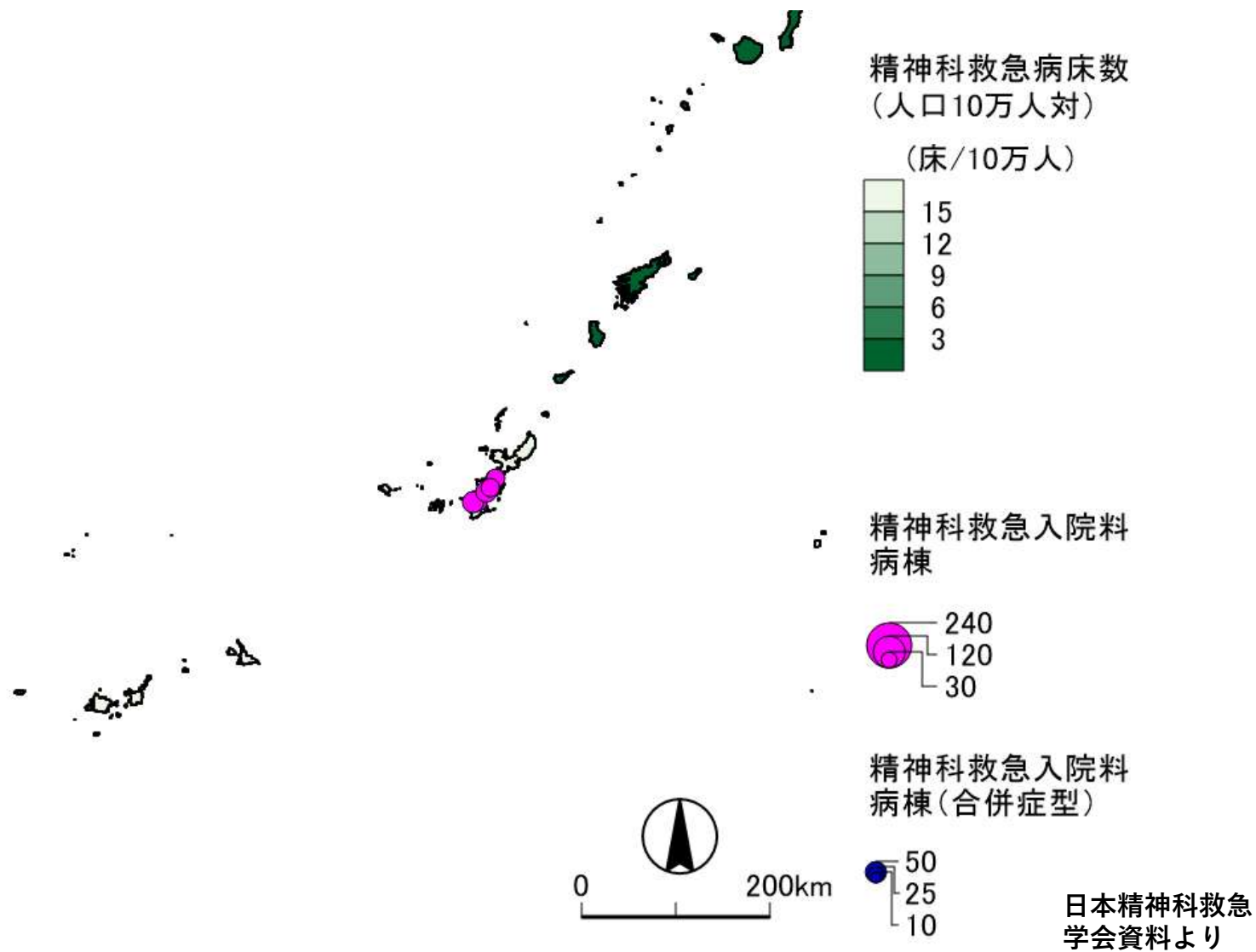




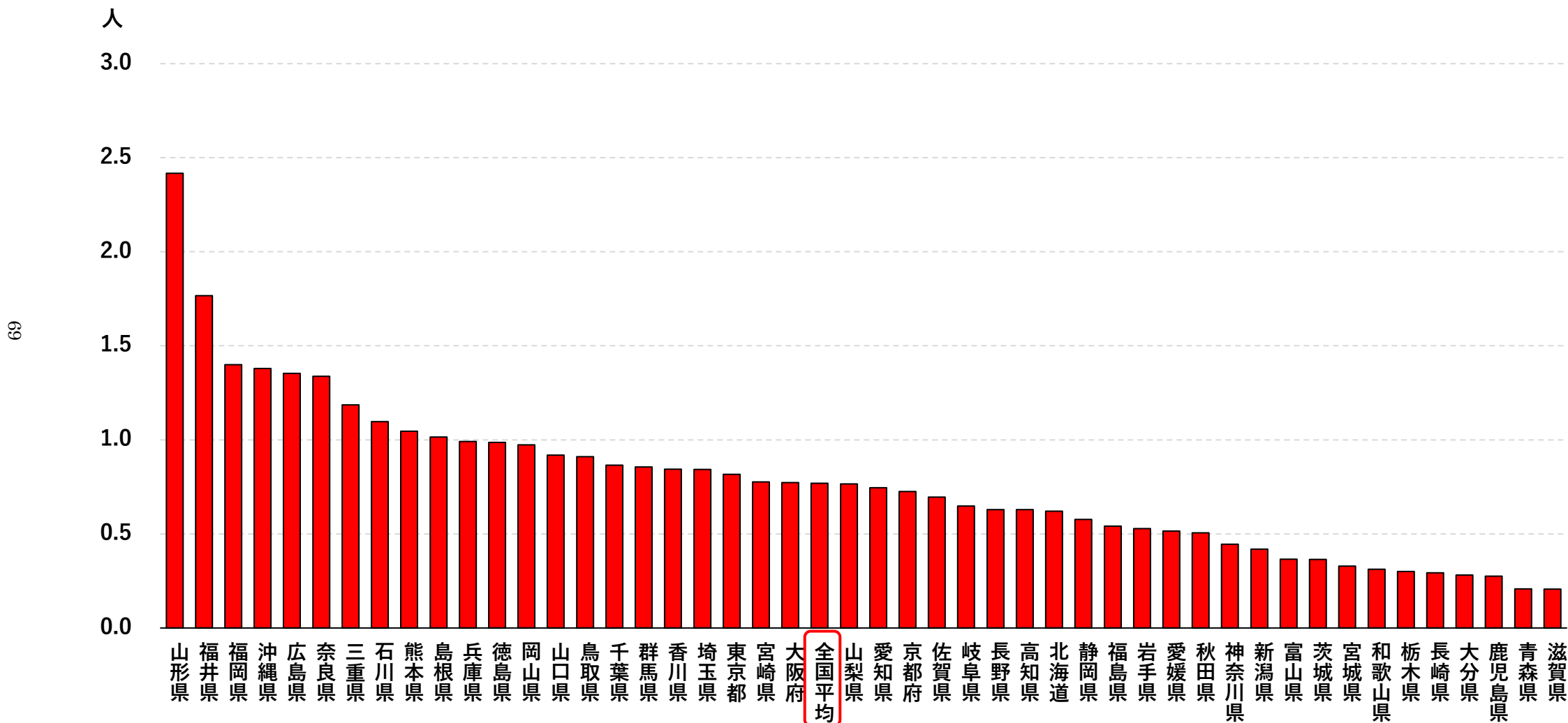
# 図14 精神科救急入院料病棟の分布と人口比（九州）



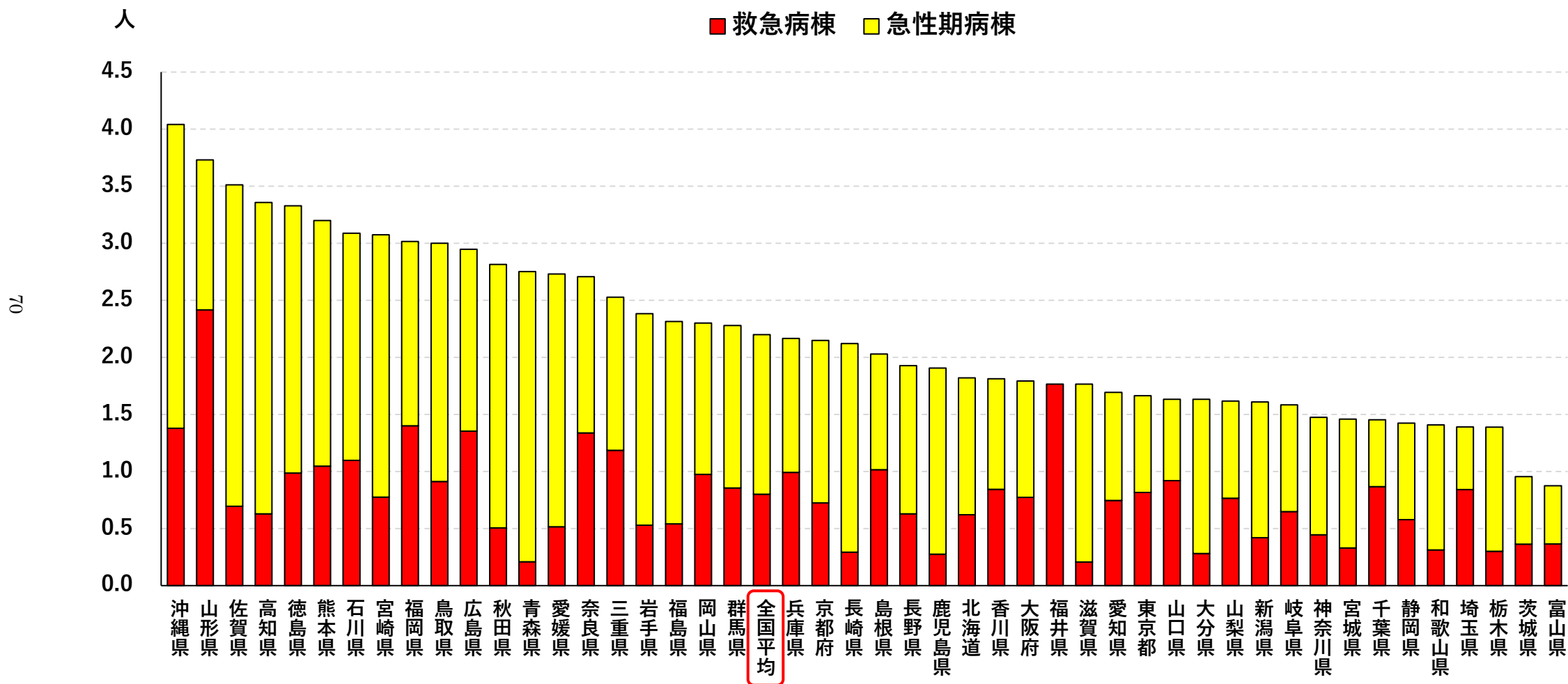
# 図15 精神科救急入院料病棟の分布と人口比（沖縄）



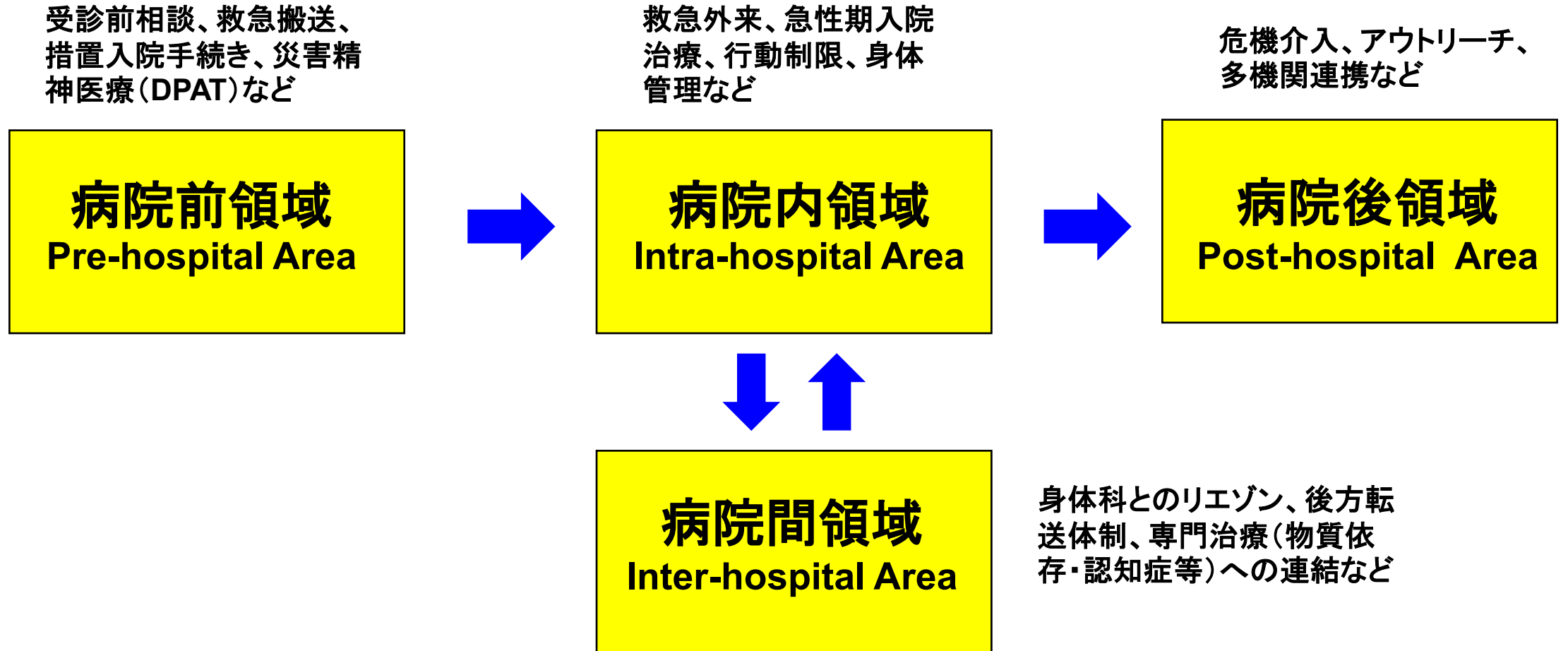
# 图16 人口万对救急病棟在院患者数 (2019年6月末)



# 图17 人口万对急性型病棟在院患者数 (2019年6月末)

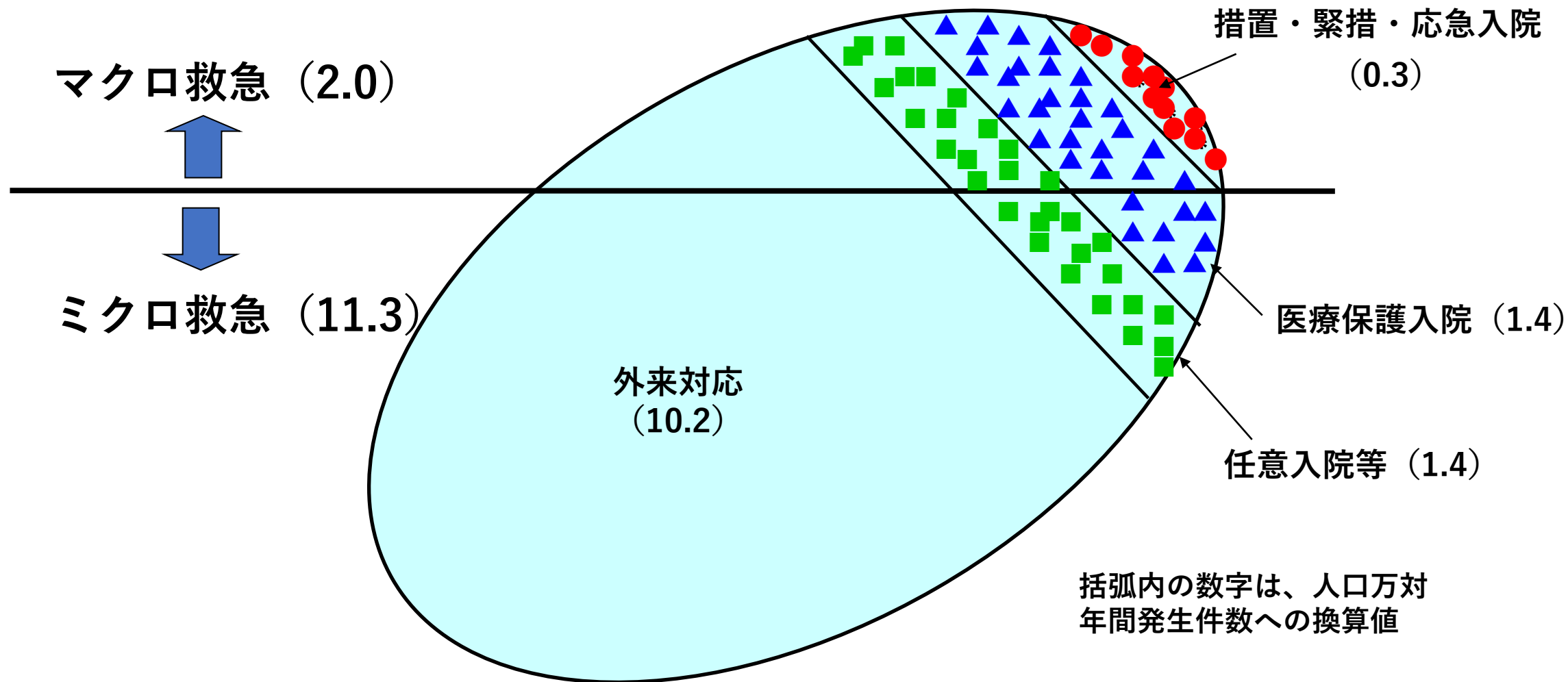


# 図18 精神科救急医療の守備範囲



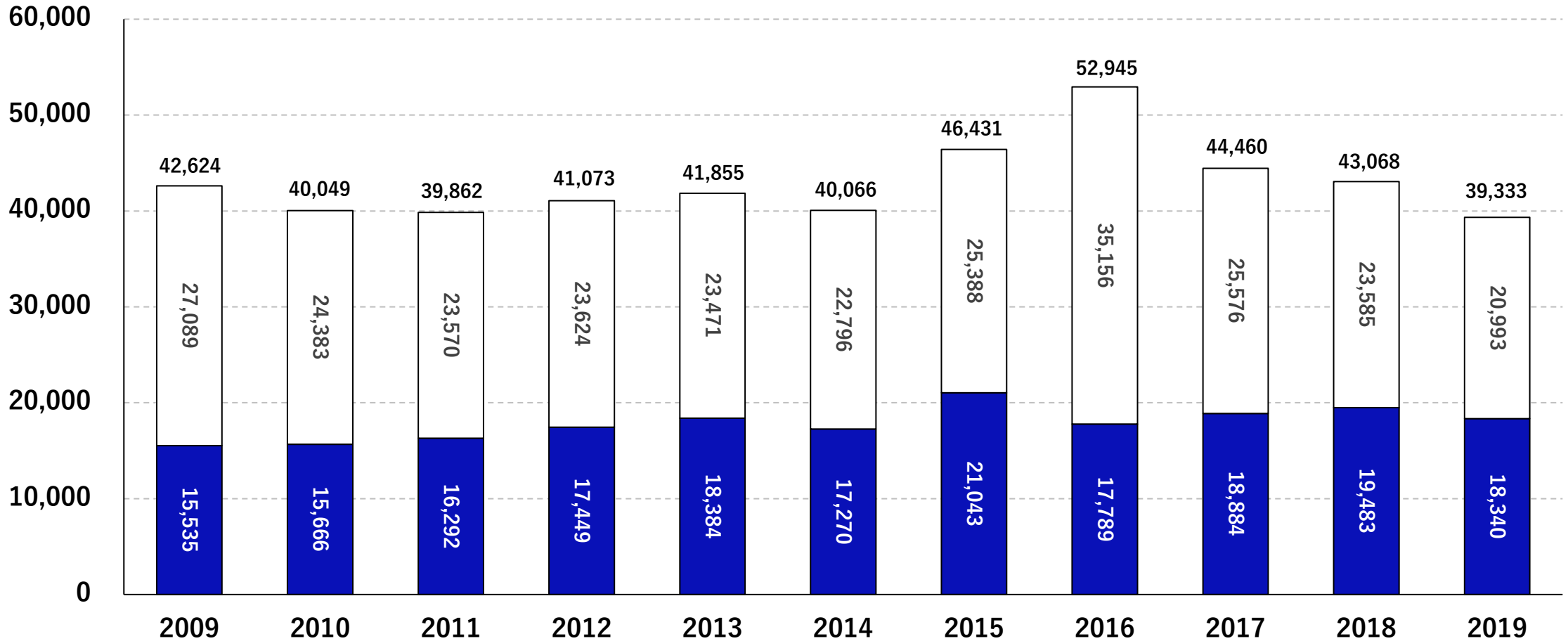
# 図19 ミクロ救急とマクロ救急の役割分担

～千葉県精神科時間外調査（2005年2月）から～



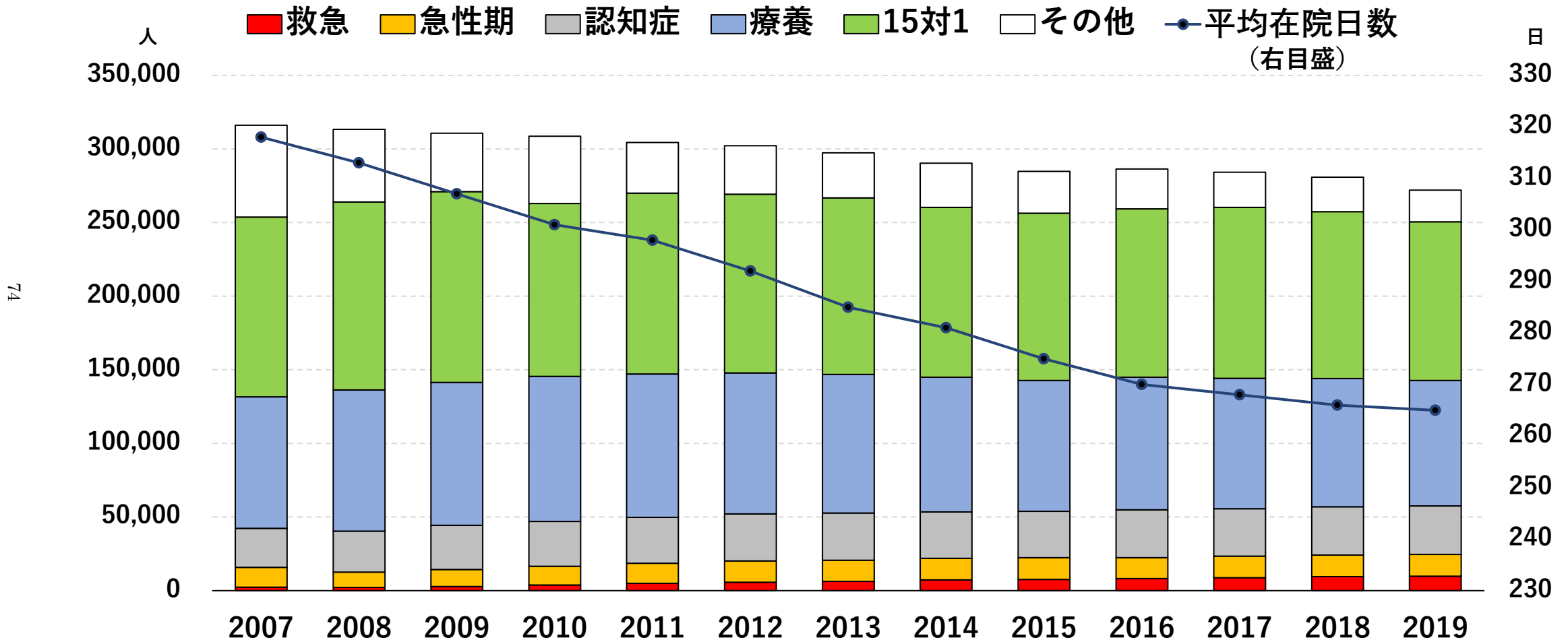
# 図20 精神科救急事業運用実績の推移

■入院 □非入院



# 図21 病棟入院料別在院患者数・平均在院日数の推移

～630調査・病院報告から～





# 図22 急性期及び亜急性期患者の追跡調査

～2015年度厚労科研「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制に関する研究」より～

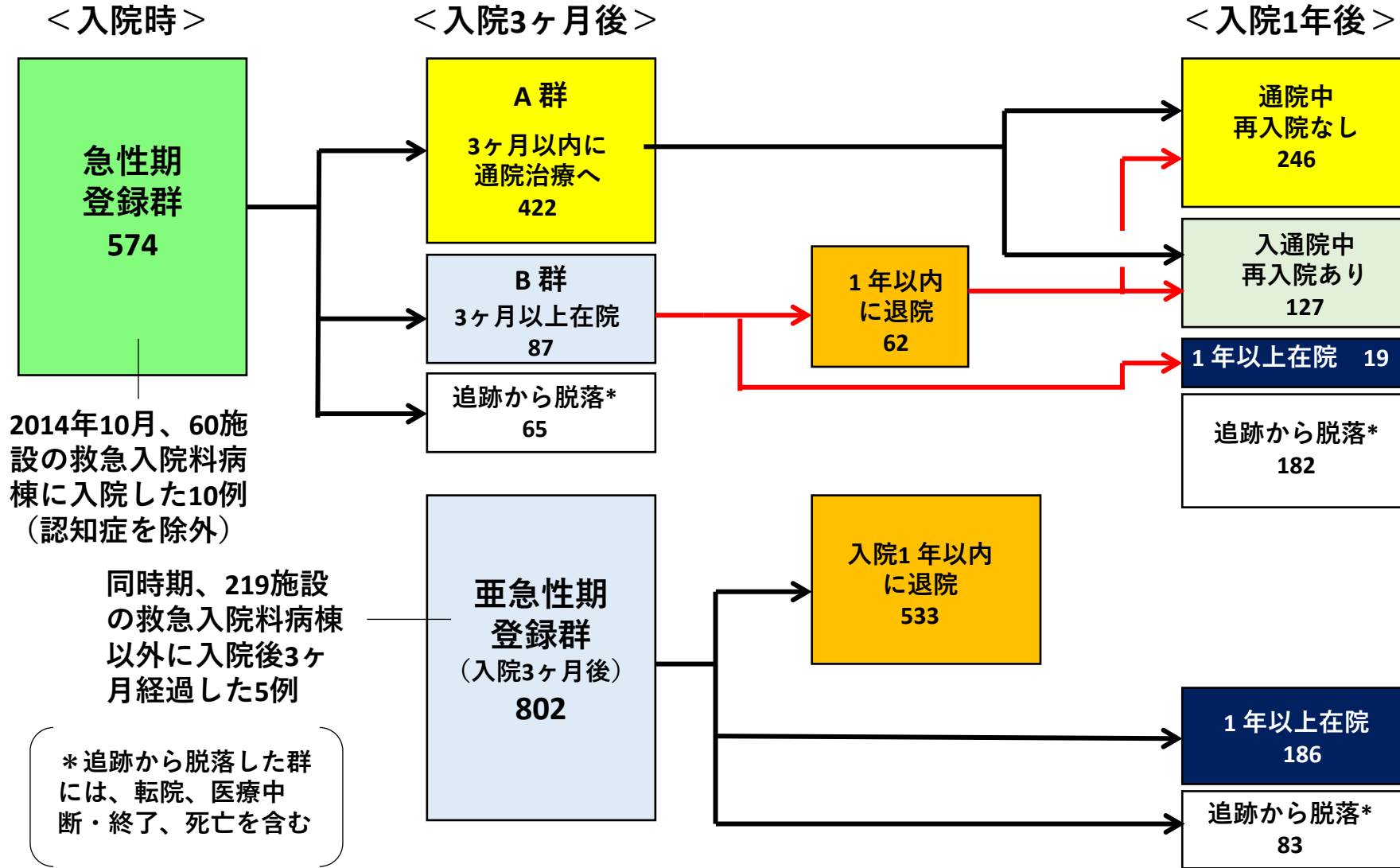


表1-1

## 精神科救急医療体制整備事業運用実績（2019年度）

都道府県	人口(万)	精神科 救急医療 圏域数	医療施設分類				精神科救急医療施設分類			
			大学病院	総合病院	精神科 専門病院	診療所	常時対応 型	輪番型	合併症型	外来対応 型
北海道	525	8		19	56			63	23	
青森県	125	6		4	18			22		
岩手県	123	4	1		17		3	15	1	
宮城県	231	1	2	1	23	5		26		5
秋田県	97	5		2	12		1	13	2	
山形県	108	2		1	11			12		
福島県	185	4		1	24			25		
茨城県	286	2			28		1	27		
栃木県	193	1	2	3	19		1	18	5	19
群馬県	194	1			15		1	14		
埼玉県	735	2	2		34	40	2	34		40
千葉県	626	12		4	29		13	28		
東京都	1,392	4		4	39	41	5	38	1	41
神奈川県	920	1	3	6	44	6	6	46		7
新潟県	222	2		2	23			25		
富山県	104	1	1	5	18			24		
石川県	114	1	1	2	12		2	13		
福井県	77	1		2	6			8		
山梨県	81	1		1	9		1	10		
長野県	205	3		3	16		1	18		
岐阜県	199	2			14			14		
静岡県	364	6		1	9		4	6		
愛知県	755	1		1	41			42		
三重県	178	2			12			12		
滋賀県	141	3		2	8			10		
京都府	258	2	2	1	12		1	13	1	
大阪府	881	8			38			38		
兵庫県	547	5	2	4	35		1	35	2	3
奈良県	133	1	1		8		1	8	1	
和歌山県	93	3			6		1	5		
鳥取県	56	3	1		6		1	6		
島根県	67	7		3	9		4	8		
岡山県	189	2			12		1	11		
広島県	280	2			5		1	5		
山口県	136	3	1		26		1	25	1	
徳島県	73	3		1	14			14	1	
香川県	96	2		1	13			14	1	
愛媛県	134	1			7			7		
高知県	70	1		1	7			8		
福岡県	510	4	1	1	75			77		
佐賀県	82	1			18		1	17		
長崎県	133	6			35		1	34		
熊本県	175	2			43			43		
大分県	114	1	1		20			20	1	
宮崎県	107	3		1	19			19	1	
鹿児島県	160	4	1	1	42		3	42	2	
沖縄県	145	4		3	18			20	1	
合計	12,619	144	22	81	1,005	92	58	1,032	44	115

表1-2

## 精神科救急医療体制整備事業運用実績（2019年度）

都道府県	受診前相談				受診件数 (入院を含む)	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	総数	受診紹介								
北海道			4,392	837	2,303	903	18	6	51	474	353	1
青森県					1,100	315	0	14	1	185	99	16
岩手県	19	1	1,232	10	1,641	457	2	4	4	154	229	64
宮城県	1,066	213	3,044	55	463	174	1	61	2	89	20	1
秋田県	475	292			891	230	0	3	0	116	111	0
山形県	262	69			505	240	7	24	3	145	60	1
福島県	97	73			662	266	0	29	3	173	60	1
茨城県	333	73	236	88	595	263	21	5	4	198	35	0
栃木県	412	316	785	225	507	197	113	52	0	29	3	0
群馬県	48	28			706	407	98	14	1	243	51	0
埼玉県	9,683	349			1,012	533	35	218	2	249	25	4
千葉県	3,653	868			867	565	74	117	11	345	18	0
東京都	13,156	641			1,734	1,488	795	0	3	642	36	12
神奈川県	1,797	1,292	8,924	464	1,222	957	62	605	6	263	21	0
新潟県	87	61	906	462	621	214	0	0	0	143	52	19
富山県					186	92	0	3	2	70	16	1
石川県	254	64	286	75	937	389	0	40	19	299	31	0
福井県	570	286	1,411	570	734	362	29	35	19	181	62	36
山梨県	230	220	743	116	220	142	14	8	3	98	19	0
長野県					1,002	337	48	51	5	146	87	0
岐阜県	504	188			607	261	4	0	12	154	91	0
静岡県	2,803	524	10,423	1,504	1,331	608	98	5	35	390	75	5
愛知県	4,939	2,205			2,977	1,040	60	2	38	652	288	0
三重県	1,320	534			725	317	39	0	14	199	65	0
滋賀県	1,600	14	1,515	9	1,328	352	59	2	6	166	119	0
京都府	3,162	456			753	411	41	21	33	295	20	1
大阪府	2,587	1,934	17,400	817	2,271	2,029	360	0	239	1,054	375	1
兵庫県	3,242	933			871	630	56	2	39	444	89	0
奈良県	1,214	723			540	251	24	1	12	162	52	0
和歌山県	159	77			908	188	7	5	2	131	43	0
鳥取県			4,784	447	711	230	2	6	2	136	82	2
島根県	406	177	11,434	226	612	197	8	18	1	86	77	7
岡山県	4,987	758			742	417	0	25	15	258	119	0
広島県	1,299	172			1,338	518	1	52	9	333	122	1
山口県	311	227	1,628	418	208	166	0	38	3	106	19	0
徳島県	209	183			423	197	2	1	26	108	58	2
香川県	11	4	881	140	657	182	0	7	3	59	68	45
愛媛県	296	105			340	107	1	1	0	77	28	0
高知県	2,213	240			323	150	0	17	4	77	42	10
福岡県	1,894	474	17,505	252	465	409	153	19	11	198	28	0
佐賀県	289	52			52	27	0	0	0	26	1	0
長崎県	1,214	369	1,032	187	165	78	3	4	0	30	41	0
熊本県	1,218	471			885	195	0	0	6	119	69	1
大分県			434	28	173	103	28	14	0	24	0	37
宮崎県	175	56			394	128	10	5	5	72	36	0
鹿児島県	61	9	610	50	540	198	0	9	0	99	90	0
沖縄県	2,697	449			1,087	420	0	12	9	232	164	3
合計	70,952	16,180	89,605	6,980	39,334	18,340	2,273	1,555	663	9,929	3,649	271

表2-1

## 精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県		
2019年10月人口（万人）		525	125	123	231	97		
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	15,750	3,673	3,353	4,603	3,365		
	人口万対在院者数	30.0	29.4	27.3	19.9	34.7		
	精神科救急病棟在院者数	326	26	65	76	49		
	同比率(%)	2.1	0.7	1.9	1.7	1.5		
	精神科急性期治療病棟在院者数	630	318	228	261	224		
	同比率(%)	4.0	8.7	6.8	5.7	6.7		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	8	6	4	1	5	
		一圏域平均人口	0.5	1.4	1.7	5.7	1.3	
	事業の概要(*2)	運営要綱の有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	
		通報受理窓口(夜間休日)	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	
		事業の運用時間	夜間・休日	夜間・休日	24時間365日	夜間・休日	夜間・休日	
		事業の対象者	かかりつけ優先*	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる	かかりつけ優先*	病院の判断に委ねる	
		事業実績の集計	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		補助金の分配	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		身体合併症対策	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	取り決めなし	運営要綱上に明記	
		連絡調整会議開催数	8	7	5	0	7	
		その他の会議開催数	2	0	0	0	0	
	実績報告	?	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり		
	医療施設(*1)	総施設数	75	22	18	31	14	
		救急医療施設	常時対応型			3		1
			輪番型	63	22	15	26	13
			合併症対応型	23		1		2
		医療施設	外来対応型				5	
	大学病院				1	2		
	総合病院		19	4		1	2	
運用実績(*1)	受診総件数	人口万対受診件数	2,303	1,100	1,641	463	891	
		入院総件数	4.4	8.8	13.3	2.0	9.2	
	入院件数	入院総件数	903	315	457	174	230	
		入院率(%)	39.2	28.6	27.8	37.6	25.8	
	入院形態	緊急措置入院	18	0	1	1	0	
		措置入院	6	14	61	61	3	
		応急入院	51	1	2	2	0	
		三次救急率(%)	8.3	4.8	14.0	36.8	1.3	
		医療保護入院	474	185	116	89	116	
		非自発入院率(%)	60.8	63.5	39.4	87.9	51.7	
任意入院		353	99	111	20	111		
その他	1	16	0	1	0			
受診前相談事業	精神科救急情報センター	情報センターの有無	なし	なし	あり	あり	あり	
		概要(*2)	設置場所			医療機関内	医療機関内	医療機関内
			運用主体			特定団体	県	県
			対応職員			特定団体委託職員	医療機関職員	県非常勤職員
			運用時間			24時間365日	夜間・休日	夜間・休日
	実績(*1)	相談件数			19	1,066	475	
		紹介件数			1	213	292	
		紹介率(%)			5.3	20.0	61.5	
	精神医療相談事業	精神医療相談窓口の有無	あり(札幌市のみ)	なし	あり	あり	なし	
		概要(*2)	設置場所	医療機関外		情報センターと同一回線	情報センター内の別回線	
運用主体			特定団体		情報センターと同一	情報センターと同一		
対応職員			上記団体登録相談員		情報センターと同一	情報センターと同一		
運用時間			?		情報センターと同一	情報センターと同一		
実績(*1)	相談件数	4,392		1,232	3,044			
	紹介件数	837		10	55			
	紹介率(%)	19.1		0.8	1.8			
備考		・輪番型と合併症型に重複 ・輪番以外に協力病院17あり *かかりつけ病院がある場合はそこへの受診が優先		・常時対応型と合併症型重複 ・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。		*かかりつけ病院がある場合はそこへの受診が優先 ・輪番型と合併症型に重複		

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）

表2-2

精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県		
2019年10月人口（万人）		108	185	286	193	194		
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	3,068	4,636	5,708	3,919	4,549		
	人口万対在院者数	28.4	25.1	20.0	20.3	23.4		
	精神科救急病棟在院者数	261	100	104	58	166		
	同比率(%)	8.5	2.2	1.8	1.5	3.6		
	精神科急性期治療病棟在院者数	142	328	169	210	276		
	同比率(%)	4.6	7.1	3.0	5.4	6.1		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	2	4	2	1	1	
		一圏域平均人口	54.0	46.3	143.0	193.0	194.0	
	事業の概要	運営要綱の有無	あり	あり	あり	なし	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業に含まれる	本事業とは独立	本事業に含まれる	
		通報受理窓口(夜間休日)	保健所等に分散	保健所等に分散	特定窓口を集約	特定窓口を集約	特定窓口を集約	
		事業の運用時間	夜間・休日	24時間365日	24時間365日	夜間・休日	24時間365日	
		事業の対象者	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる		自院通院患者は除く	
		事業実績の集計	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		補助金の分配	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		身体合併症対策	取り決めなし	取り決めなし	一定の取り決めあり	一定の取り決めあり	取り決めなし	
		2)	連絡調整会議開催数	1	1	1	1	3
			その他の会議開催数	1	0	1	2	5
	実績報告		定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	
	医療施設	総施設数	12	25	28	24	15	
		救急医療型	常時対応型			1	1	1
			輪番型	12	25	27	18	14
			合併症対応型				5	
		医療施設	外来対応型				19	
			大学病院				2	
			総合病院	1	1		3	
精神科専門病院 診療所	11		24	28	19	15		
運用実績	受診総件数	505	662	595	507	706		
	人口万対受診件数	4.7	3.6	2.1	2.6	3.6		
	入院件数	入院総件数	240	266	263	197	407	
		入院率(%)	47.5	40.2	44.2	38.9	57.6	
	入院形態	緊急措置入院	7	0	21	113	98	
		措置入院	24	29	5	52	14	
		応急入院	3	3	4	0	1	
		三次救急率(%)	14.2	12.0	11.4	83.8	27.8	
		医療保護入院	173	173	198	29	243	
		非自発入院率(%)	86.3	77.1	86.7	98.5	87.5	
任意入院		60	60	35	3	51		
その他	1		0	0	0			
受診前相談事業	精神科救急情報センター	情報センターの有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		概要(*2)	設置場所	医療機関内	医療機関内	医療機関内	医療機関内	医療機関外
			運用主体	特定団体	県	県	県	県
			対応職員	特定団体構成員	医療機関職員	県・特定団体委託職員	医療機関職員	県常勤・非常勤職員
			運用時間	夜間・休日	夜間・休日	曜日によって異なる	夜間・休日	24時間365日
	実績(*1)	相談件数	262	97	333	412	48	
		紹介件数	69	73	73	316	28	
		紹介率(%)	26.3	75.3	21.9	76.7	58.3	
		精神医療相談窓口の有無	なし	なし	あり	あり	なし	
			概要(*2)	設置場所			医療機関外	情報センター内の別回線
運用主体					特定団体	県		
対応職員				特定団体職員	情報センターと別職員			
運用時間				土日・祝日の終日	夜間・休日			
実績(*1)	相談件数			236	785			
	紹介件数			88	225			
	紹介率(%)			37.3	28.7			
備考					・輪番型と外来対応型に重複			

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）

表2-3

精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県		
2019年10月人口（万人）		735	626	1,392	920	222		
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	10,974	10,135	19,129	11,755	5,318		
	人口万対在院患者数	14.9	16.2	13.7	12.8	24.0		
	精神科救急病棟在院患者数	619	542	1,137	409	93		
	同比率(%)	5.6	5.3	5.9	3.5	1.7		
	精神科急性期治療病棟在院患者数	403	368	1,179	947	264		
	同比率(%)	3.7	3.6	6.2	8.1	5.0		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	2	12	4	1	2	
		一圏域平均人口	367.5	52.2	348.0	920.0	111.0	
	事業の概要(*2)	運営要綱の有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業に含まれる	本事業に含まれる	本事業に含まれる	本事業に含まれる	本事業とは独立	
		通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口に集約	特定窓口(区市別)に集約	特定窓口(区市別)に集約	特定窓口(区市別)に集約	保健所等に分散	
		事業の運用時間	24時間365日	夜間・休日	夜間・休日	24時間365日	夜間・休日	
		事業の対象者	かかりつけ優先*	通院患者除外(市は病院判断)	取り決めなし	病院の判断に委ねる	自院通院患者は除く	
		事業実績の集計	自治体	自治体	特定団体	自治体	自治体	
		補助金の分配	自治体	自治体	特定団体	自治体	自治体	
		身体合併症対策	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	取り決めなし	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	
		連絡調整会議開催数	1	1	1	1	1	
		その他の会議開催数	3	1	1	14(横浜市)	0	
	実績報告	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり		
	医療施設(*1)	総施設数	76	33	84	59	25	
		救急医療施設	常時対応型	2	13	5	6	
			輪番型	34	28	38	46	25
			合併症対応型	0		1		
			外来対応型	40		41	7	
	医療施設	大学病院	2			3		
		総合病院		4	4	6	2	
精神科専門病院		34	29	39	44	23		
診療所		40		41	6			
運用実績(*1)	受診総件数	1,012	867	1,734	1,222	621		
	人口万対受診件数	1.4	1.4	1.2	1.3	2.8		
	入院件数	入院総件数	533	565	1,488	957	214	
		入院率(%)	52.7	65.2	85.8	78.3	34.5	
	入院形態	緊急措置入院	35	74	795	62	0	
		措置入院	218	117	0	605	0	
		応急入院	2	11	3	6	0	
		三次救急率(%)	47.8	35.8	53.6	70.3	0.0	
		医療保護入院	249	345	642	263	143	
		非自発入院率(%)	94.6	96.8	96.8	97.8	66.8	
任意入院		25	18	36	21	52		
その他	4	0	12	0	19			
情報センター	情報センターの有無	あり	あり	あり	あり	あり		
	概要(*2)	設置場所	医療機関外	医療機関内	医療機関外	医療機関外	医療機関内	
		運用主体	県・市の共同運用	県	特定団体	県・市の共同運用	県	
		対応職員	自治体職員	医療機関職員	特定団体職員	自治体職員	医療機関職員	
		運用時間	夜間・休日	24時間365日	夜間・休日	夜間・休日(横浜は24時間)	夜間・休日	
		相談件数	9,683	3,653	13,156	1,797	87	
	実績(*1)	紹介件数	349	868	641	1,292	61	
		紹介率(%)	3.6	23.8	4.9	71.9		
		精神医療相談窓口の有無	あり	なし	あり	あり	あり	
	精神医療相談事業	概要(*2)	設置場所	情報センター・保健所		情報センターと同一回線	情報センターと別施設	情報センター内の別回線
運用主体			情報センター・保健所		情報センターと同一	県・市によって異なる	県	
対応職員			情報センター職員・保健所職員		情報センターと同一	県・市によって異なる	医療機関常勤職員	
運用時間			24時間365日		情報センターと同一	夜間・休日	24時間365日	
実績(*1)		相談件数	9,683			8,924	906	
		紹介件数	349			464	462	
紹介率(%)				5.2				
備考	・精神医療相談事業における相談件数及び照会件数は、情報センターにおける対応件数のみ。 *かかりつけ病院がある場合		・常時対応型と合併症重複 ・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同一回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。		・受診前相談は県市で別 ・救急医療施設は全県共通			

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）

表2-4

## 精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県		
2019年10月人口（万人）		104	114	77	81	205		
在 院 患 者 数	精神科在院患者数(2019.6.30)	2,816	3,217	1,934	1,819	3,971		
	人口万対在院者数	27.1	28.2	25.1	22.5	19.4		
	精神科救急病棟在院者数	38	125	136	62	129		
	同比率(%)	1.3	3.9	7.0	3.4	3.2		
	精神科急性期治療病棟在院者数	53	227	0	69	266		
	同比率(%)	1.9	7.1	0.0	3.8	6.7		
精 神 科 救 急 医 療 体 制 整 備 事 業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	1	1	1	1	3	
		一圏域平均人口	104.0	114.0	77.0	81.0	68.3	
	事 業 の 概 要 （ * 2 ）	運営要綱の有無	なし	あり	あり	あり	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業に含まれる	本事業に含まれる	本事業とは独立	
		通報受理窓口(夜間休日)	保健所等に分散	保健所等に分散	特定窓口を集約	保健所等に分散	保健所等に分散	
		事業の運用時間	24時間365日	夜間・休日	夜間・休日	24時間365日	24時間365日	
		事業の対象者	かかりつけ優先*	かかりつけ優先*	自院通院患者は除く	違法薬物使用を除外	病院の判断に委ねる	
		事業実績の集計	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		補助金の分配	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		身体合併症対策	一定の取り決めあり	運営要綱上に明記	一定の取り決めあり	取り決めなし	取り決めなし	
		連絡調整会議開催数	1	1	1	1	0	
		その他の会議開催数	0	1	0	0	0	
	実績報告	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり		
	医 療 施 設 精 神 科 救 急 類 型 （ * 1 ）	総施設数	24	15	8	10	19	
		救急施設 類 型	常時対応型		2		1	1
			輪番型	24	13	8	10	18
			合併症対応型					
		医療施設 類 型	外来対応型					
			大学病院	1	1			
			総合病院	5	2	2	1	3
精神科専門病院	18		12	6	9	16		
診療所								
運 用 実 績 （ * 1 ）	受診総件数	186	937	734	220	1,002		
	人口万対受診件数	1.8	8.2	9.5	2.7	4.9		
	入院 件 数	入院総件数	92	389	362	142	337	
		入院率(%)	49.5	41.5	49.3	64.5	33.6	
	入 院 形 態	緊急措置入院	0	0	29	14	48	
		措置入院	3	40	35	8	51	
		応急入院	2	19	19	3	5	
		三次救急率(%)	5.4	15.2	22.9	17.6	30.9	
		医療保護入院	70	299	181	98	146	
		非自発入院率(%)	81.5	92.0	72.9	86.6	74.2	
任意入院		16	31	62	119	87		
その他	1	0	36	0	0			
受 診 前 相 談 事 業	精 神 科 救 急 信 息 セ ン タ ー	情報センターの有無	あり	あり	あり	あり	なし	
		概 要 （*2）	設置場所	医療機関外	医療機関内と外	医療機関外	医療機関内	
			運用主体	平日は県・夜休は業者	県	県	特定団体	
			対応職員	同上	県委託職員	県非常勤職員	特定団体職員	
			運用時間	24時間365日	24時間(院外機関は平日)	24時間365日	24時間365日	
		実 績 （*1）	相談件数		254	570	230	
	紹介件数			64	286	220		
	紹介率(%)			25.2	50.2	95.7		
	精 神 医 療 相 談 事 業	精神医療相談窓口の有無	あり	あり	あり	あり	なし	
		概 要 （*2）	設置場所	情報センターと同一回線	情報センターと同一回線	情報センターと同一回線	情報センターと同一回線	
運用主体			情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一		
対応職員			情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一		
運用時間			情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一		
実 績 （*1）		相談件数		286	1,411	743		
	紹介件数		75	570	116			
紹介率(%)			40.4	15.6				
備考		・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。 * かかりつけ病院がある場合はそこへの受診が優先	・受診前相談窓口は、平日と夜間とで異なる。情報センターが精神医療相談事業かは、相談の内容によって分類。 * かかりつけ病院がある場合はそこへの受診が優先	・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。	・常時対応型と輪番型に重複 ・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。			

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度）

\*2 本研究班アンケート調査（2019年）

表2-5

精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	滋賀県		
2019年10月人口（万人）		199	364	755	178	141		
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	3,270	5,404	11,069	4,089	2,094		
	人口万対在院者数	16.4	14.8	14.7	23.0	14.9		
	精神科救急病棟在院者数	129	210	563	211	29		
	同比率(%)	3.9	3.9	5.1	5.2	1.4		
	精神科急性期治療病棟在院者数	186	308	715	239	220		
	同比率(%)	5.7	5.7	6.5	5.8	10.5		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	2	6	1	2	3	
		一圏域平均人口	99.5	60.7	755.0	89.0	47.0	
	事業の概要	運営要綱の有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは独立	本事業に含まれる	本事業とは独立	本事業に含まれる	本事業に含まれる	
		通報受理窓口(夜間休日)	保健所等に分散	県内保健所等4か所	保健所等に分散	保健所等に分散	特定窓口を集約	
		事業の運用時間	夜間・休日	夜休（浜松市は24時間）	夜間・休日	夜間・休日	夜間・休日	
		事業の対象者	病院の判断に委ねる	かかりつけ優先*	自院通院患者は除く	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる	
		事業実績の集計	特定団体	自治体	特定団体	自治体	県立機関	
		補助金の分配	特定団体	特定団体	特定団体	特定団体	自治体	
		身体合併症対策	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	取り決めなし	一定の取り決めあり	運営要綱上に明記	
		連絡調整会議開催数	0	2	1	1	1	
		その他の会議開催数	0	0	4	0	4	
	実績報告	報告しない年あり	定期集計・報告あり	報告しない年あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり		
	医療施設	総施設数	14	10	42	12	10	
		救急医療型施設	常時対応型		4			
			輪番型	14	6	42	12	10
			合併症対応型					
		救急医療型施設	外来対応型					
	大学病院							
	総合病院			1	1		2	
精神科専門病院	14	9	41	12	8			
診療所								
運用実績	受診総件数	607	1,331	2,977	725	1,328		
	人口万対受診件数	3.1	3.7	3.9	4.1	9.4		
	入院件数	入院総件数	261	608	1,040	317	352	
		入院率(%)	43.0	45.7	34.9	43.7	26.5	
	入院形態	緊急措置入院	4	98	60	39	59	
		措置入院	0	5	2	0	2	
		応急入院	12	35	38	14	6	
		三次救急率(%)	6.1	22.7	9.6	16.7	19.0	
		医療保護入院	154	390	652	199	166	
		非自発入院率(%)	65.1	86.8	72.3	79.5	66.2	
		任意入院	91	75	288	65	119	
その他		0	5	0	0	0		
情報センター	情報センターの有無	あり	あり	あり	あり	あり		
	概要(*2)	設置場所	輪番病院内	医療機関内	医療機関外	民間2病院輪番	医療機関外	
		運用主体	特定団体	県内保健所3か所	特定団体	特定団体	県	
		対応職員	輪番病院職員	県委託職員	特定団体職員	民間病院職員	県常勤・非常勤職員	
		運用時間	24時間365日	夜間・休日	24時間365日	24時間365日	24時間365日	
	実績(*1)	相談件数	504	2,803	4,939	1,320	1,600	
		紹介件数	188	524	2,205	534	14	
		紹介率(%)	37.3	18.7	44.6	40.5	0.9	
	精神医療相談事業	精神医療相談窓口の有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		概要(*2)	設置場所	情報センターと同一回線	常時対応4病院	情報センターと同一回線	情報センターと同一回線	情報センター内の別回線
運用主体			情報センターと同一	特定団体	情報センターと同一	情報センターと同一	県	
対応職員			情報センターと同一	病院職員	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターとは別職員	
運用時間			情報センターと同一	夜間・休日	夜間・休日	情報センターと同一	特定時間帯	
実績(*1)		相談件数		10,423			1,515	
	紹介件数		1,504			9		
紹介率(%)		14.4			0.6			
備考		・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。	*かかりつけ病院がある場合はそこへの受診が優先	・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。	・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。			

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）



表2-6

精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県		
2019年10月人口（万人）		258	881	547	133	93		
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	4,772	14,048	9,873	2,465	1,532		
	人口万対在院者数	18.5	15.9	18.0	18.5	16.5		
	精神科救急病棟在院者数	187	681	542	178	29		
	同比率(%)	3.9	4.8	5.5	7.2	1.9		
	精神科急性期治療病棟在院者数	367	899	643	182	102		
	同比率(%)	7.7	6.4	6.5	7.4	6.7		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	2	8	5	1	3	
		一圏域平均人口	129.0	110.1	109.4	133.0	31.0	
	事業の概要(*2)	運営要綱の有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業に含まれる	本事業に含まれる	本事業に含まれる	本事業に含まれる	本事業に含まれる	
		通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口に集約	特定窓口に集約	特定窓口に集約(県市別)	特定窓口に集約	保健所等に分散	
		事業の運用時間	夜間・休日	夜間・休日	24時間365日	夜間・休日	24時間365日	
		事業の対象者	病院の判断に委ねる	自院通院患者は除く	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる	当番病院受診者	
		事業実績の集計	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		補助金の分配	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		身体合併症対策	一部地域で心身救急連携	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	
		連絡調整会議開催数	2	3	1	1	1	
		その他の会議開催数	0	3	2	0	0	
	実績報告	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	報告しない年あり	定期集計・報告あり		
	医療施設(*1)	総施設数	18	38	41	9	6	
		救急施設	常時対応型	2		1	1	1
			輪番型	16	38	35	8	5
			合併症対応型	1		2	1	
外来対応型					3			
医療施設		大学病院	2		2	1		
	総合病院	1		4				
救急医療施設	精神科専門病院	15	38	35	8	6		
	診療所							
運用実績(*1)	受診総件数	753	2,271	871	540	908		
	人口万対受診件数	2.9	2.6	1.6	4.1	9.8		
	入院件数	入院総件数	411	2,029	630	251	188	
		入院率(%)	54.6	89.3	72.3	46.5	20.7	
	入院形態	緊急措置入院	41	360	56	24	7	
		措置入院	21	0	2	1	5	
		応急入院	33	239	39	12	2	
		三次救急率(%)	23.1	29.5	15.4	14.7	7.4	
		医療保護入院	295	1,054	444	162	131	
		非自発入院率(%)	94.9	81.5	85.9	79.3	77.1	
任意入院		20	375	89	52	43		
その他	1	1	0	0	0			
受診前相談事業	精神科救急情報センター	情報センターの有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		概要(*2)	設置場所	医療機関外	医療機関外	医療機関外	医療機関内	医療機関内
			運用主体	特定団体	府市の共同運用	特定団体	県立医療機関	県立医療機関
			対応職員	特定団体委託職員	自治体委託職員	特定団体委託職員	県立医療機関職員	県立医療機関職員
			運用時間	夜間・休日	夜間・休日	24時間365日	24時間365日	夜間・休日
		実績(*1)	相談件数	3,162	2,587	3,242	1,214	159
	紹介件数		456	1,934	933	723	77	
	精神医療相談事業	相	紹介率(%)	14.4	74.8	28.8	59.6	48.4
			精神医療相談窓口の有無	あり	あり	あり	なし	なし
			概要(*2)	設置場所	情報センターと同一回線	情報センターと異なる	情報センターと同一回線	
運用主体				情報センターと同一	府市の共同運用	情報センターと同一		
対応職員	情報センターと同一	自治体委託職員		情報センターと同一				
実績(*1)	運用時間	情報センターと同一	夜間・休日	情報センターと同一				
	相談件数		17,400					
		紹介件数		817				
		紹介率(%)		4.7				
備考		・輪番型と合併症型に重複 ・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。		・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。		・常時対応型と合併症型に重複		

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）

表2-7

## 精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県		
2019年10月人口（万人）		56	67	189	280	136		
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	1,433	1,938	4,260	7,711	5,196		
	人口万対在院者数	25.6	28.9	22.5	27.5	38.2		
	精神科救急病棟在院者数	51	68	185	379	125		
	同比率(%)	3.6	3.5	4.3	4.9	2.4		
	精神科急性期治療病棟在院者数	117	68	252	446	97		
	同比率(%)	8.2	3.5	5.9	5.8	1.9		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	3	7	2	2	3	
		一圏域平均人口	18.7	9.6	94.5	140.0	45.3	
	事業の概要(*2)	運営要綱の有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業に含まれる	本事業とは独立	
		通報受理窓口(夜間休日)	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散(市は1か所)	保健所等に分散(市は1か所)	保健所等に分散	
		事業の運用時間	24時間365日	24時間365日	夜間・休日	24時間365日	24時間365日	
		事業の対象者	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる	情報センター経由の入院患者	
		事業実績の集計	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		補助金の分配	自治体	自治体	特定団体	自治体	自治体	
		身体合併症対策	運営要綱上に明記	取り決めなし	取り決めなし	運営要綱上に明記	一定の取り決めあり	
		連絡調整会議開催数	1	12	1	1	1	
		その他の会議開催数	0	0	0	0	2	
		実績報告	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	
		医療施設(*1)	総施設数	7	12	12	5	27
	救急施設		常時対応型	1	4	1	1	1
			輪番型	6	8	11	5	25
			合併症対応型					1
	救急医療施設		外来対応型					
			大学病院	1				1
			総合病院		3			
精神科専門病院		6	9	12	5	26		
	診療所							
運用実績(*1)	受診総件数	711	612	742	1,338	208		
	人口万対受診件数	12.7	9.1	3.9	4.8	1.5		
	入院件数	入院総件数	230	197	417	518	166	
		入院率(%)	32.3	32.2	56.2	38.7	79.8	
	入院形態	緊急措置入院	2	8	0	1	0	
		措置入院	6	18	25	52	38	
		応急入院	2	1	15	9	3	
		三次救急率(%)	4.3	13.7	9.6	12.0	24.7	
		医療保護入院	136	86	258	333	106	
		非自発入院率(%)	63.5	57.4	71.5	76.3	88.6	
		任意入院	82	77	119	122	19	
その他		2	7	0	1	0		
受診前相談事業	精神科救急情報センター	情報センターの有無	なし	あり	あり	あり	あり	
		概要(*2)	設置場所		医療機関内・外	医療機関内	医療機関内	医療機関内
			運用主体		県	医療機関内	県	県
			対応職員		県常勤職員	医療機関職員	医療機関職員	医療機関職員
			運用時間		24時間365日	夜間・休日	24時間365日	24時間365日
		実績(*1)	相談件数		406	4,987	1,229	311
	紹介件数			177	758	172	227	
	精神医療相談事業	概要(*2)	精神医療相談窓口の有無	あり	あり	あり	あり	あり
			設置場所	民間病院	情報センター内の別回線	情報センターと同一回線	情報センターと同一回線	情報センター内の別回線
			運用主体	民間病院	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一
対応職員			民間病院職員	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一	
実績(*1)	運用時間	24時間365日	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一	情報センターと同一		
	相談件数	4,784	11,434			1,628		
	紹介件数	447	226			418		
	紹介率(%)	9.3	2.0			25.7		
備考			・精神科救急医療体制のない2圏域については、県立病院が常時対応	・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。	・常時対応型と輪番型に重複 ・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。			

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）

表2-8

精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県		
2019年10月人口（万人）		73	96	134	70	510		
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	3,079	2,921	3,646	2,808	16,730		
	人口万対在院者数	42.2	30.4	27.2	40.1	32.8		
	精神科救急病棟在院者数	72	81	69	44	714		
	同比率(%)	2.3	2.8	1.9	1.6	4.3		
	精神科急性期治療病棟在院者数	171	93	297	191	824		
	同比率(%)	5.6	3.2	8.1	6.8	4.9		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	3	2	1	1	4	
		一圏域平均人口	24.3	48.0	134.0	70.0	127.5	
	事業の概要(*2)	運営要綱の有無	あり	あり	なし	あり	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業に含まれる	
		通報受理窓口(夜間休日)	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	
		事業の運用時間	夜間・休日	24時間365日	夜間・休日	24時間365日	夜間・休日	
		事業の対象者	病院の判断に委ねる	自院通院患者は除く	自院通院患者は除く	情報センター経由患者	病院の判断に委ねる	
		事業実績の集計	自治体	特定団体	自治体	自治体	自治体	
		補助金の分配	自治体	自治体	自治体	自治体	自治体	
		身体合併症対策	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	取り決めなし	取り決めなし	
		連絡調整会議開催数	1	1	2	2	5	
		その他の会議開催数	0	0	0	0	0	
	実績報告	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり		
	医療施設(*1)	総施設数	15	14	7	8	77	
		救急医療施設	常時対応型					
			輪番型	14	14	7	8	77
			合併症対応型	1	1			
		医療施設	外来対応型					
			大学病院					1
	総合病院		1	1		1	1	
運用実績(*1)	受診総件数	受診総件数	423	657	340	323	465	
		人口万対受診件数	5.8	6.8	2.5	4.6	0.9	
	入院件数	入院総件数	197	182	107	150	409	
		入院率(%)	46.6	27.7	31.5	46.4	88.0	
	入院形態	緊急措置入院	2	0	1	0	153	
		措置入院	1	7	1	17	19	
		応急入院	26	3	0	4	11	
		三次救急率(%)	14.7	5.5	1.9	14.0	44.7	
		医療保護入院	108	59	77	77	198	
		非自発入院率(%)	69.5	37.9	73.8	65.3	93.2	
任意入院		58	68	28	42	28		
その他	2	45	0	10	0			
受診前相談事業	情報センター	情報センターの有無	あり	あり	あり	あり	あり	
		設置場所	医療機関内	医療機関内	医療機関外	医療機関外	医療機関外	
		運用主体	県	県	県	県	特定団体	
		対応職員	医療機関職員	医療機関職員	自治体職員・嘱託職員	民間業者	特定団体	
		運用時間	夜間・休日	24時間365日	夜間・休日	夜間・休日	夜間・休日	
	実績(*1)	相談件数	209	11	296	2,213	1,894	
		紹介件数	183	4	105	240	474	
		紹介率(%)	87.6	36.4	35.5	10.8	25.0	
		精神医療相談	精神医療相談窓口の有無	なし	あり	なし	なし	あり
			設置場所		民間病院輪番			医療機関内・外
運用主体			特定団体			特定団体		
対応職員			病院職員			特定団体		
運用時間			24時間365日			24時間365日		
実績(*1)	相談件数		881			17,505		
	紹介件数		140			252		
	紹介率(%)		15.9			1.4		
備考			・輪番型と合併症型に重複			・精神医療相談窓口は北九州市にもあり		

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）

表2-9

## 精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県		
2019年10月人口（万人）		82	133	175	114	107		
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	3,714	6,504	7,722	4,711	4,766		
	人口万対在院者数	45.3	48.9	44.1	41.3	44.5		
	精神科救急病棟在院者数	57	39	183	32	83		
	同比率(%)	1.5	0.6	2.4	0.7	1.7		
	精神科急性期治療病棟在院者数	231	243	377	154	246		
	同比率(%)	6.2	3.7	4.9	3.3	5.2		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	1	6	2	1	3	
		一圏域平均人口	82.0	22.2	87.5	114.0	35.7	
	事業の概要	運営要綱の有無	あり	あり	あり	なし	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立	
		通報受理窓口(夜間休日)	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散	
		事業の運用時間	24時間365日	夜間・休日	夜間・休日	夜間・休日	24時間365日	
		事業の対象者	かかりつけ優先*	病院の判断に委ねる	病院の判断に委ねる	措置入院主体	病院の判断に委ねる	
		事業実績の集計	自治体	特定団体	特定団体	自治体	自治体	
		補助金の分配	自治体	特定団体	自治体	自治体	特定団体	
		身体合併症対策	取り決めなし	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記	別事業(大学委託)	運営要綱上に明記	
		連絡調整会議開催数	1	1	1	9	2	
		その他の会議開催数	0	0	0	0	0	
	実績報告	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり		
	医療施設	総施設数	18	35	43	21	20	
		救急医療型療	常時対応型	1	1			
			輪番型	17	34	43	20	19
			合併症対応型				1	1
		救急医療型施設	外来対応型					
			大学病院				1	
	総合病院						1	
精神科専門病院	18	35	43	20	19			
診療所								
運用実績	受診総件数	52	165	885	173	394		
	人口万対受診件数	0.6	1.2	5.1	1.5	3.7		
	入院件数	入院総件数	27	78	195	103	128	
		入院率(%)	51.9	47.3	22.0	59.5	32.5	
	入院形態	緊急措置入院	0	3	0	28	10	
		措置入院	0	4	0	14	5	
		応急入院	0	0	6	0	5	
		三次救急率(%)	0.0	9.0	3.1	40.8	15.6	
		医療保護入院	26	30	119	24	72	
		非自発入院率(%)	96.3	47.4	64.1	64.1	71.9	
任意入院		1	41	69	0	36		
その他	0	0	1	37	0			
情報センター	情報センターの有無	あり	あり	あり	なし	あり		
	概要(*2)	設置場所	医療機関内	医療機関内	輪番病院内		輪番病院	
		運用主体	県	県	県		特定団体	
		対応職員	医療機関職員	医療機関職員	医療機関職員		医療機関職員	
		運用時間	24時間365日	24時間365日	夜間・休日		夜間・休日	
	実績(*1)	相談件数	289	1,214	1,218		175	
		紹介件数	52	369	471		56	
		紹介率(%)	18.0	30.4	38.7		32.0	
	精神医療相談事業	精神医療相談窓口の有無	なし	あり	あり	あり	なし	
		概要(*2)	設置場所		情報センターと同一回線	情報センターと同一回線	医療機関外	
運用主体				情報センターと同一	情報センターと同一	民間業者		
対応職員				情報センターと同一	情報センターと同一	民間業者委託職員		
運用時間				情報センターと同一	情報センターと同一	夜間・休日		
実績(*1)		相談件数		1,032		434		
	紹介件数		187		28			
紹介率(%)		18.1		6.5				
備考		* かかりつけ病院がある場合はそこへの受診が優先	* 精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。	* 精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。				

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）

表2-10

## 精神科救急医療体制整備事業一覧（2019年度）

都道府県		鹿児島県	沖縄県	合計/平均	最大～最小あるいは項目別自治体数		
2019年10月人口（万人）		160	145	12,620			
在院患者数	精神科在院患者数(2019.6.30)	8,435	4,736	272,618	19,129(東京)～1,433(島根)		
	人口万対在院者数	52.7	32.7	21.6	52.7(鹿児島)～12.8(神奈川)		
	精神科救急病棟在院者数	44	200	9,705	1,137(埼玉)～26(青森)		
	同比率(%)	0.5	4.2	3.6	8.5(山形)～0.6(長崎)		
	精神科急性期治療病棟在院者数	261	386	14,877	1,179(東京)～0(福井)		
	同比率(%)	3.1	8.2	5.5	10.5(滋賀)～0.0(福井)		
精神科救急医療体制整備事業	精神科救急医療圏(*1)	圏域数	4	4	144	12(千葉)～1(神奈川、愛知ほか12)	
		一圏域平均人口	40.0	36.3	0.0	920万(神奈川)～9.6万(島根)	
	事業の概要	運営要綱の有無	あり	あり	あり43、なし4		
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは独立	本事業とは独立	本事業とは独立29、本事業に含まれる18		
		通報受理窓口(夜間休日)	保健所等に分散	保健所等に分散	保健所等に分散33、特定窓口に集約13、その他1		
		事業の運用時間	夜間・休日	夜間・休日	夜間・休日28、24時間365日19		
		事業の対象者	病院の判断に委ねる	自院通院患者は除く	病院の判断に委ねる24、自院通院患者は除く9、かかりつけ優先7、その他6、無回答1		
		事業実績の集計	自治体	特定団体	自治体40、特定団体7		
		補助金の分配	特定団体	自治体	自治体38、特定団体9		
		身体合併症対策	一定の取り決めあり	運営要綱上に明記	運営要綱上に明記25、取り決めなし13、一定の取り決めあり9		
		連絡調整会議開催数	1	1	0回3、1回30、2回以上14		
		その他の会議開催数	0	4	0回31、1回5、2回以上11		
	実績報告	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり	定期集計・報告あり43、報告しない年あり3、無回答1			
	精神科救急医療施設(*1)	総施設数	44	21	1,200	84(埼玉)～5(広島)	
		救急医療型	常時対応型	3		58	13(千葉)～0(大阪、福岡ほか20)
			輪番型	42	20	1,032	63(北海道)～5(和歌山、広島)
			合併症対応型	2	1	44	22(北海道)～0(神奈川、大阪ほか32)
			外来対応型			115	41(東京)、37(埼玉)、19(栃木)ほか6自治体
大学病院			1		22	3(神奈川)、2(宮城・栃木・埼玉・兵庫)ほか16自治体	
医療施設型		総合病院	1	3	81	19(北海道)、6(神奈川)、5(富山)ほか30自治体	
		精神科専門病院	42	18	1,005	56(北海道)～5(広島)	
		診療所			92	41(東京)、37(埼玉)、6(神奈川)、5(宮城)	
		受診総件数	540	1,087	39,334	2,977(愛知)～52(佐賀)	
	人口万対受診件数	3.4	7.5	3.1	13.3(岩手)～0.6(佐賀)		
運用実績(*1)	入院件数	入院総件数	198	420	18,340	2,029(大阪)～27(佐賀)	
		入院率(%)	36.7	38.6	46.6	89.3(大阪)～20.7(和歌山)	
	入院形態	緊急措置入院	0	0	2,273	795(東京)～0(岡山、沖縄ほか14)	
		措置入院	9	12	1,555	605(神奈川)～0(東京、大阪ほか7)	
		応急入院	0	9	663	239(大阪)～0(栃木、新潟ほか8)	
		三次救急率(%)	4.5	5.0	24.5	83.8(栃木)～0.0(新潟、佐賀)	
		医療保護入院	99	232	9,919	1,054(大阪)～24(大分)	
		非自発入院率(%)	54.5	60.2	78.6	98.5(栃木)～37.9(香川)	
		任意入院	90	164	3,631	375(大阪)～0(大分)	
		その他	0	3	271	45(香川)、37(大分)、36(福井)ほか20自治体	
情報センター	情報センターの有無	あり	あり	あり43、なし4			
	概要(*2)	設置場所	医療機関内	医療機関外	医療機関内23、医療機関外18、その他3(輪番3)		
		運用主体	県	特定団体	自治体27、特定団体12、その他4		
		対応職員	医療機関職員	特定団体委託職員	医療機関職員19、自治体職員13、特定団体職員10、その他2		
		運用時間	夜間・休日	夜間・休日	夜間・休日23、24時間365日20、その他2		
	実績(*1)	相談件数	61	2,697	71,386	13,156(東京)～11(香川)	
		紹介件数	9	449	16,208	2,205(愛知)～1(岩手)	
		紹介率(%)	14.8	16.6	22.7	95.7(山梨)～0.9(滋賀)	
	精神医療相談事業	精神医療相談窓口の有無	あり	あり	あり31、なし15、政令市のみあり1		
		概要(*2)	設置場所	輪番病院	情報センターと同一回線	情報センターと同一回線17、情報センター内の別回線6、情報センターと別施設10	
運用主体			特定団体	情報センターと同一	特定団体15、自治体14、その他5		
対応職員			病院職員	情報センターと同一	医療機関職員13、特定団体委託職員10、自治体職員等6、その他5		
運用時間			夜間・休日	情報センターと同一	夜間・休日12、24時間365日17、その他3		
実績(*1)		相談件数	610		89,171	17,505(福岡)～236(茨城)	
		紹介件数	50		6,952	1,504(静岡)～9(滋賀)	
	紹介率(%)	8.2		7.8	40.4(福井)～0.6(滋賀)		
備考	・常時対応型と輪番型に重複		・精神科救急情報センターと精神医療相談事業は同じ回線で受け入れ、相談内容や緊急性に応じて対応している。				

\*1 精神科救急医療体制整備事業年報（2019年度） \*2 本研究班アンケート調査（2019年）

資料 1

令和2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供給体制の最適化に資する研究」  
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  
参加者アンケート結果

参加者数:48名 回答者数:41名(回答率:85.4%)

問1 参加者の採用職種

行政職:20名(48.8%) 医師:1名(2.4%) 保健師:5名(12.2%) 精神保健福祉士:12名(29.3%) 社会福祉士:1名(2.4%) その他:2名(4.9%)

問2 「精神科救急医療体制に係るワーキンググループについて」は参考になりましたか？

4(とても参考になった):15名(36.3%)

3(ある程度参考になった):25名(61.0%)

2(どちらともいえない):1名(2.4%)

1(あまり参考にならなかった):0名

0(参考にならなかった):0名

平均評価:3.3

問3 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研究」については参考になりましたか？

4:16名(39.0%)

3:24名(58.5%)

2:1名(2.4%)

1:0名

0:0名

平均評価:3.4

問4 分担研究「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研究」については参考になりましたか？

4:14名(34.1%)

3:25名(61.0%)

2:2名(4.9%)

1:0名

0:0名

平均評価:3.3

問5 意見交換会は有意義でしたか？

4(とても有意義であった):12名(29.3%)

3(ある程度有意義であった):23名(56.1%)

2(どちらともいえない):6名(14.6%)

1(あまり有意義ではなかった):0名

0(有意義ではなかった):0名

平均評価:3.1

問6 精神科救急医療体制整備事業の運用実績に関する資料の事前配布を今後も希望されますか？ 希望する:41名(100%) 希望しない:0名

## 資料 1

問7 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について、ご要望等がありましたらお書きください。

- 他の県の状況を聞いて、地域の実情は大きく差があると実感しました。その地域格差および取組状況をどう評価していくのか、注視したいと思います。
- 人口規模や病院の輪番制の状況等が似ている自治体同士での情報交換の時間を設けていただきたい。
- 意見交換会の時間が30分ほどと短く感じたので、もう少し長く確保していただければと思います。
- 意見交換会の際に、色々な窓口の人のグループであったので、メリット(近県のグループ良い)、デメリット(業務が異なるので、業務の困っている点の話をして、その回答が得られ難い)があった。盛りだくさんな会であったので、この設定時間はしょうがないと思うが、もう少し長くてもよかった。
- 精神科救急医療に対する国の動向などの情報を今後ご提供いただきたいです。話のスピードが早いと資料を読むのについていけない時があるので、適切なスピードでお願いします。
- オンライン参加は今後も継続していただきたいです。当日画面共有されたパワーポイントのデータを事前にいただけるとありがたいです。
- 報告及び意見交換につきましては、他都道県の状況や全国的な傾向を確認することができるため、予算要求上、体制を構築していく上で参考になった。
- 大変参考になりました。
- 都市により、相談件数に対する診察率や措置率などにばらつきがあり、厚労省のガイドラインが示されたにもかかわらず、これだけばらつきがある原因を知りたい。行政の診察要不要の判断、指定医の措置入院の要不要の判断が都市によりかなり異なっていると思われる。同じ法律・同じガイドラインを用いているのに、果たしてそれぞれの都市ではどのような基準を用いているかなどが意見交換できればと思う。
- 今後も措置入院の運用実態等について情報を頂ければ幸いです。
- 各研究報告等について、先生方のスライド資料を事前にいただけるとよかったかなと思いました。
- 関心のあるテーマごとのグループ交換をすると深まるかと思いました。10項目もあると、一人ずつ説明して時間が終わってしまいました。
- 資料については、できれば事前配布をお願いしたい。また、意見交換会の論点についても事前に論点を集約し配布いただきたい。ワーキンググループ内で共有した上で意見交換できるようお願いしたい。
- 意見交換会のグループ分けは地域ごとで分けるよりも、質問内容を予め提示するか参加者から収集したうえで、内容ごとに分けた方が意見交換を行いやすかったのではないかと感じた。
- 会議の際には手元に資料をダウンロードできるようにしてほしい。
- できれば、平日に実施していただきたいです。
- 意見交換会については、時間に応じてテーマを絞った方がよいと思いました。
- 意見交換会では、時間が足りなかった印象です。皆さん色々な苦悩を抱えていると思うので、じっくり話し合ってみたい。

## 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。大規模データは一般化に難点のあるランダム化比較試験の欠点を補うが、個別の患者の特徴を確認することはできない。そこで、データベースでなく実臨床における相当規模のコホートを追跡し、救急入院する統合失調症スペクトラム患者にどのような治療が真のアウトカムとして良い結果をもたらすか検証することが本課題である。具体的な研究疑問は次の通りである：LAI、抗精神病薬併用、クロザピン、電気けいれん療法（ECT）の使用は再入院を含めた治療失敗のリスクを下げるか？LAIの導入は外来移行後より入院中の方が治療失敗のリスクを下げるか？どの抗精神病薬による治療開始が治療失敗のリスクを下げるか？

【方法】本研究は、主要な精神科救急医療機関 12 病院で実施した前向き観察研究デザインの多施設共同研究である。研究実施にあたり各病院の倫理委員会の承認を得た。2019年9月1日から2020年3月31日までの7ヵ月間に精神科救急入院する連続症例を退院後1年間、あるいは退院できない症例は2021年3月31日まで追跡した。プライマリエンドポイントは、再入院、医療中断、死亡、および1年以上未退院で定義した治療失敗のリスクとした。セカンダリエンドポイントは、再入院、医療中断、および退院後の死亡で定義した治療失敗のリスクとした。解析にはCox比例ハザード多変量回帰分析を用いた。

【結果】登録症例は1011例、平均47.5歳（SD14.8）、男性46.3%・女性53.7%、入院時入院形態は、措置7.4%、緊急措置1.9%、応急1.6%、医療保護68.2%、任意20.9%であった。診断（DSM-5）は89.8%が統合失調症、依存物質併存は6.9%、発症からの年数は83.3%が3年以上、今回より前の入院回数は60.2%が2回以上、LAI治療歴は14.5%、CLZ治療歴は2.3%、入院時服薬状況は未治療13.6%、怠薬49.9%、服薬遵守36.5%、入院時CGI-Sは平均



4.76 (SD1.15)、入院時の PANSS-8 は平均 30.6 点 (SD8.2) 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 16.6%、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 6.5%、クエチアピン 3.7%、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。退院時（退院していない場合 1 年後）の抗精神病薬の併用例は 42.7%、クロザピン治療開始例は 2.5%、ECT 実施は 13.6%であった。セカンダリエンドポイントの結果も同様であった。LAI を開始した症例は 237 例 (23.4%)、LAI を入院中に開始した症例は 74.3% (176/237)、LAI 開始は入院から平均 35.1 日 (SD50.3)、LAI 開始後に中止した症例は 7.6% (18/237) であった。治療失敗：588 例 (58.2%) が治療失敗の定義に該当し、内訳は再入院 513 例、医療中断 17 例、死亡 11 例、未退院 47 例であった。LAI の使用は治療失敗のリスク低減に有意に関連した（ハザード比 [HR], 0.80; 95%CI 0.65-0.98）。多剤併用は HR 0.85; 95%CI 0.72-1.01) でリスク低減の傾向が認められ、クロザピンは HR 0.75; 95%CI 0.45-1.24) で症例数が十分あれば最もリスク低減に関連することが予測された。ECT は HR 1.03; 95%CI 0.81-1.30 で有意な関連は認められなかった。LAI の入院中の導入は有意な関連が認められなかった(HR 0.92)。どの抗精神病薬による開始が治療失敗のリスクを下げるかについては、最も頻度の高いリスペリドンを参照値として比較したが、有意に優る薬剤も劣る薬剤も認められなかった。入院時の体重は退院時あるいは未退院の場合 1 年後に平均 0.53kg (SD5.18) 減少した。入院時に正常値であった血糖値が退院時あるいは未退院の場合 1 年後に境界域ないし異常値を呈した症例は 0.58%、LDL コレステロールは 10.6%、中性脂肪は 11.6%、プロラクチンは 13.7%、QTc が 0.5 秒以上になった症例は 0.2%、錐体外路症状の新たな出現は 10.5%であった。

【結論】 LAI の使用は治療失敗のリスク低減に有意に関連し、20%のリスク低減を示唆した。多剤併用は有意水準には達しなかったが、症例数が十分あれば 15%のリスク低減の可能性を窺わせる。クロザピンは HR 0.75 で、症例数が十分あれば最もリスク低減に関連することが予測された。LAI の入院中の導入は治療失敗のリスク低減に有意な関連が認められなかった。どの抗精神病薬による治療開始が治療失敗のリスクを下げるかについては、最も使用頻度の高いリスペリドンを参照値として比較したが、有意に優る薬剤も劣る薬剤も認められなかった。これらの成果は、現在ある日本精神科救急医療ガイドライン 2015 年版の薬物療法の改訂、すなわち 2021 年度版の内容に盛り込んで公開する予定である。

## 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、エビデンスといえばランダム化比較試験一辺倒の時

代が長く続いたが、2017 年、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ったことが報告され、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<sup>1</sup>。大規模データは一般化に難点のあるランダム化比較試験の欠点を補うが、個別の患

者の特徴を確認することはできない。そこで、データベースでなく実臨床における相当規模のコホートを追跡し、救急入院する統合失調症スペクトラム患者にどのような治療が真のアウトカムとして良い結果をもたらすか検証することが本課題である。

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<sup>2</sup>、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。本研究もこの JAST study group で実施した。

具体的な研究疑問は次の通りである：LAI、抗精神病薬併用、クロザピン、電気けいれん療法（ECT）の使用は再入院を含めた治療失敗のリスクを下げるか？LAI の導入は外来移行後より入院中の方が治療失敗のリスクを下げるか？どの抗精神病薬による治療開始が治療失敗のリスクを下げるか？

## B.研究方法

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

主要な精神科救急医療機関 12 病院に 7 ヶ月間に救急入院する連続症例を登録し、退院後 1

年間、あるいは退院できない症例は 2021 年 3 月 31 日まで追跡した。プライマリエンドポイントは、再入院、医療中断、死亡、および 1 年以上未退院で定義した治療失敗のリスクとした。

### (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登録した。

### (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した。

#### 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、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と内容、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と内容、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ヵ月間の怠薬の有無、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例以上を目標とした。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ヵ月で1543例を登録できた。本研究の症例登録期間は7ヵ月であるため、1000例が達成可能と見込まれた。

(9) 統計解析方法

プライマリエンドポイントは、再入院、医療中断、死亡、および1年以上未退院で定義した治療失敗のリスクで、持効性抗精神病薬注射の使用、抗精神病薬併用、クロザピンの使用、ECTの実施などを共変量としてCOX比例ハザードモデルを用いて解析した。セカンダリエンドポイントは、再入院、医療中断、および退院後の死亡で定義した治療失敗のリスクとして同様に解析した。

(10) 倫理的配慮

研究の全体計画は順天堂大学医学部附属練馬病院倫理委員会に諮って承認を得、さらに各病院の倫理委員会の承認を得た。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、研究について拒否機会を設けた情報公開を行った。本研究に係わるすべての研究者は、「ヘルシンキ宣言」およ

び「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。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

7ヵ月間の登録期間に1011例を登録した。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 46.3%・女性 53.7%

入院時入院形態：措置 7.4%、緊急措置 1.9%、応急 1.6%、医療保護 68.2%、任意 20.9%

診断 (DSM-5)：統合失調症 89.8%、統合失調症様障害 0.4%、短期精神病性障害 2.8%、統合失調感情障害双極型 2.7%、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：併存 6.9% (アルコール 2.5%、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 2.8%)、無し 93.1%、不明 0.1%

発症からの年数：1年未満 12.0%、1年以上3年未満 4.7%、3年以上 83.3%

今回より前の入院回数：0回 25.3%、1回 14.3%、2回以上 60.2%、不明 0.1%

入院前のLAI治療の有無：有り 14.5%、無し 85.5%

入院前のクロザピン治療の有無：有り 2.3%、無し 97.7%

入院時服薬状況：未治療 13.6%、怠薬 49.9%、服薬遵守 36.5%

入院時 CGI-S：平均 4.76 (SD1.15)

入院時の PANSS-8：平均 30.6 点 (SD8.2)

1剤目として選択された抗精神病薬：リスペリドン 23.0%、パリペリドン 17.3%、オランザピン 16.6%、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 6.5%、クエチアピン 3.7%、ハロペリドール 3.0%、アセナピン 1.0%、その他 5.5%

入院日数：平均 94.8 (SD111.2)

退院時 (退院していない場合1年後) の CGI-I：平均 2.07 (SD0.91)

退院時 (退院していない場合1年後) の PANSS-8：平均 18.6 (SD6.8)

退院時 (退院していない場合1年後) の抗精神病薬：リスペリドン 15.6%、パリペリドン 20.5%、オランザピン 17.3%、アリピプラゾール 11.2%、ブレクスピプラゾール 10.6%、プロナンセリン 6.5%、クエチアピン 4.6%、ハロペリドール 3.0%、アセナピン 1.7%、クロザピン 1.5%、ペロスピロン 1.2%、その他 6.5%

退院時 (退院していない場合1年後) の抗精神病薬の併用：有り 42.7% (432例)、無し 57.3%

退院時（退院していない場合 1 年後）のクロザピン治療：有り 2.5%（25 例）、無し 97.5%

退院時（退院していない場合 1 年後）までの ECT 実施：有り 13.6%（138 例）、無し 86.4%

LAI 開始：有り 23.4%（237 例：パリペリドン 14.3%、アリピプラゾール 5.5%、ハロペリドール 1.7%、リスペリドン 1.6%、フルフェナジン 0.3%）、無し 76.6%

LAI 開始のタイミング：入院中 74.3%（176/237）

LAI 開始は入院から何日目か：平均 35.1（SD50.3）

LAI 開始後、中止した症例：7.6%（18/237）

その理由：有害事象 6 例、患者の希望 6 例、効果不十分 3 例、不詳 3 例

LAI 中止は、開始後何日目か：平均 87.3（SD72.4）

退院後の観測月数：平均 5.7 ヶ月（SD5.4）

総観測月数：平均 8.9 ヶ月（SD6.2）

治療失敗：58.2%（588 例：再入院 513 例、医療中断 17 例、死亡 11 例[入院中死亡 2 例]、未退院 47 例）

図 1 に示したとおり、LAI の使用はプライマリエンドポイントとして定義した治療失敗のリスク低減に有意に関連した（ハザード比 [HR], 0.80; 95%CI 0.65-0.98）。多剤併用は HR 0.85; 95%CI 0.72-1.01 でリスク低減の傾向が認められ、クロザピンは HR 0.75; 95%CI 0.45-1.24 で症例数が十分あれば最もリスク低減に関連することが予測された。ECT は HR

1.03; 95%CI 0.81-1.30 で有意な関連は認められなかった。

LAI の入院中の導入は有意な関連が認められなかった (HR 0.92)。

どの抗精神病薬による開始が治療失敗のリスクを下げるかについては、最も頻度の高いリスペリドンを参照値として比較したが、有意に優る薬剤も劣る薬剤も認められなかった（図 2）。

LAI の使用はセカンダリエンドポイントとして定義した治療失敗のリスク低減にも有意に関連した（ハザード比 [HR], 0.79; 95%CI 0.64-0.99）。多剤併用は HR 0.88; 95%CI 0.74-1.05、クロザピンは HR 0.72; 95%CI 0.37-1.40 で症例数が十分あればリスク低減に関連することが予測された。ECT は HR 1.07; 95%CI 0.84-1.37 で有意な関連は認められなかった。

入院時の体重は退院時あるいは未退院の場合 1 年後に平均 0.53kg（SD5.18）減少した。入院時に正常値であった血糖値が退院時あるいは未退院の場合 1 年後に境界域ないし異常値を呈した症例は 0.58%（27/469）、LDL コレステロールは 10.6%（62/583）、中性脂肪は 11.6%（74/637）、プロラクチンは 13.7%（50/366）、QTc が 0.5 秒以上になった症例は 0.2%（1/522）、錐体外路症状の新たな出現は 10.5%（94/895）であった。

#### 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<sup>3</sup>。ただし、1 剤目に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 16.6%へ）。また、持効性抗精神病薬注射剤については、前回の前向き研究では入院から 3 ヶ月以内に開始した症例は 0.02%と極めて少なかったが、今回は平均総観測月数 8.9 ヶ月で 23.4%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ったという大規模実臨床データベース解析の影響<sup>1</sup>と保険診療上の取り扱いの変化（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）」が加わったこと）が背景に考えられる。

LAI の使用はプライマリエンドポイントである再入院、医療中断、死亡、および 1 年以上未退院で定義した治療失敗のリスク低減に有意に関連し（HR 0.80）、20%のリスク低減を示唆した。多剤併用は HR 0.85 で有意水準には達しなかったが、症例数が十分あれば 15%のリスク低減の可能性を窺わせる。クロザピ

ンは HR 0.75 で、症例数が十分あれば最もリスク低減に関連することが予測された。

LAI を導入する患者の典型は、経口薬で症状が良くなって退院できる、もしくは退院できている状態であり、一方、入院継続する患者は、社会的な背景によるものもあるが、基本的に経口薬で症状が良くない患者である。つまり、入院継続する患者には LAI が導入されにくいいため、LAI が治療失敗のリスクを減らすのではなく、治療失敗になる群にはそもそも LAI が導入されにくいという解釈がありうる。そこでセカンダリエンドポイントとして、未退院および入院中の死亡を除いた治療失敗の定義を設定し、同様に解析したが、結果は前述したとおりプライマリエンドポイントの解析と同様であった。

これらの結果は、スウェーデンの国家規模のデータベース解析の結果と矛盾しない<sup>1</sup>。顔の見える 1000 人規模のコホートの追跡結果と顔の见えない国家規模のコホートのそれによる実臨床エビデンスの相補的關係を示すことができた点でも興味深い。患者ボランティアによる RCT より全数追跡の大規模なリアルワールドデータの方が実臨床を反映することは自明であるが、最新のメタ解析では、RCT でさえ経口薬に対する LAI の優位性が明らかになっている<sup>4</sup>。したがって、今後の救急急性期治療は、中長期的な展望の基に LAI への切替を念頭においた薬剤選択が主軸の一つになっていくと思われる。

ECT は治療失敗のリスク低減に関連が認められなかった。ECT は重症例に実施されること、その効果が長期間持続しない症例があることなどが要因として考えられる。

LAI の入院中の導入は治療失敗のリスク低減に有意な関連が認められなかった(HR 0.92)。LAI の導入は外来移行後より入院中の方が治療失敗のリスクを下げるかという研究疑問には、必ずしもそうでないという回答になる。

どの抗精神病薬による治療開始が治療失敗のリスクを下げるかについては、最も使用頻度の高いリスペリドンを参照値として比較したが、有意に優る薬剤も劣る薬剤も認められなかった。

有害事象については、平均観測月数 8.9 ヶ月で体重は 0.53kg むしろ減少していた点、血糖値の境界域ないし異常値への移行が 0.58%にとどまった点、QTc が 0.5 秒以上になった症例は 1 例のみであったことは朗報のように感じられる。一方、LDL コレステロール、中性脂肪、プロラクチンの境界域あるいは異常値への移行、錐体外路症状の新たな出現が 1 割強に達したことは、改めて注意深い副作用モニタリングの必要性を示唆している。

本研究の限界は、追跡期間が最長 1 年 7 ヶ月であり前述のスウェーデンの国家規模データベースより短いことである。しかし、1000 例規模のコホートの個別性がわかる点では国家規模データベースに優っている。一般化しにくいランダム化比較試験と比べて統合失調症に関する精神科救急・急性期の実臨床をそのまま反映する点は長所である。

## E. 結論

LAI の使用は治療失敗のリスク低減に有意に関連し、20%のリスク低減を示唆した。多剤併用は有意水準には達しなかったが、症例数が十分あれば 15%のリスク低減の可能性を窺

わせる。クロザピンは HR 0.75 で、症例数が十分あれば最もリスク低減に関連することが予測された。LAI の入院中の導入は治療失敗のリスク低減に有意な関連が認められなかった。どの抗精神病薬による治療開始が治療失敗のリスクを下げるかについては、最も使用頻度の高いリスペリドンを参照値として比較したが、有意に優る薬剤も劣る薬剤も認められなかった。これらの成果は、現在ある日本精神科救急医療ガイドライン 2015 年版の薬物療法<sup>5</sup>の改訂、すなわち 2021 年度版の内容に盛り込んで公開する予定である。

## 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：薬物療法・心理社会的療法からのアプローチ—薬物療法. 精神科救急 23: 24-25, 2020

### 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. Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy and polytherapy in 1543 patients with acute-

phase schizophrenia. CINP 2021 Virtual World Congress, Feb. 26-28, 2021

2) Kotaro Hatta, Shigemasa Katayama, Takuya Ishizuka, Yasuhiko Sudo, Mitsuru Nakamura, Hana Hasegawa, Atsushi Imai, Fumiyo Morikawa, Tatsuhiko Shimada, Fuminari Misawa, Shigeru Ozaki, Kiyoshi Fujita, Haruo Watanabe, Hiroyuki Nakamura, Naoya Sugiyama; for the JAST study. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Psychiatric Emergency Cohort of 1011 Patients With Schizophrenia. WCP 2021 (予定)

3) 八田 耕太郎 (コーディネータ, 座長, シンポジスト): シンポジウム 54 再考: 統合失調症急性期治療—リアルワールドエビデンスと RCT との対比. 統合失調症急性期治療におけるリアルワールドエビデンスと RCT との対比. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, WEB 開催, 2020.9.28-30

4) 八田 耕太郎: シンポジウム 37 急性精神病の診断と治療の現状と今後の課題. 急性精神病状態を診分ける—非定型精神病と統合失調症, 広汎性発達障害と統合失調症. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, WEB 開催, 2020.9.28-30

5) 八田耕太郎, 片山成仁, 石塚卓也, 須藤康彦, 中村満, 長谷川花, 藤田潔, 森川文淑, 今井淳司, 三澤史斉, 渡邊治夫, 島田達洋, 尾崎茂, 杉山直也. 救急入院した統合失調症 1012 例における抗精神病薬のリアルワールドでの有効性: 1 年間の前向き追跡研究. 第 43 回日本生物学的精神医学会・第 51 回日本神経精神薬理学会合同大会 (予定)

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. Kishimoto T, Hagi K, Kurokawa S et al. Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis of



randomised, cohort, and pre-post studies.  
Lancet Psychiatry 2021;8: 387-404.

5. 八田耕太郎, 中村満, 須藤康彦, 三澤史  
斎: 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

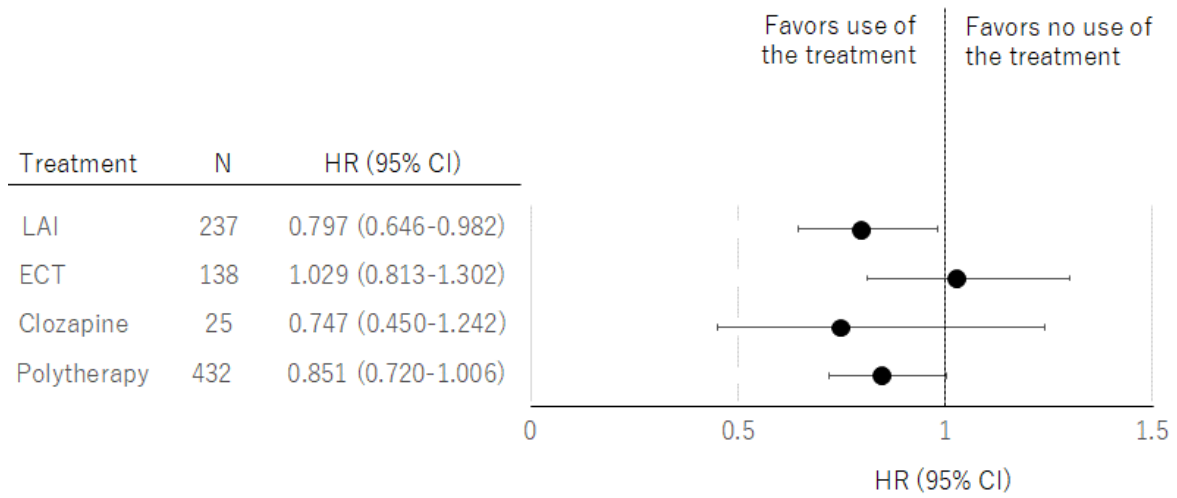


図1. 精神科救急入院コホートの治療失敗に関する各種治療法のハザード比

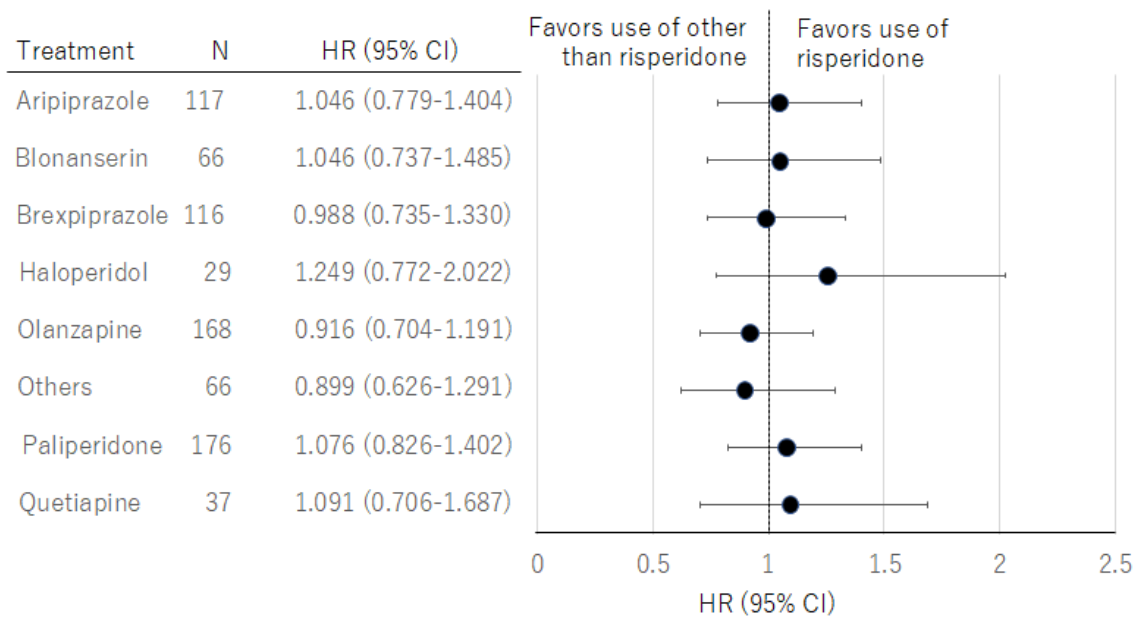


図2. 最初に選択した抗精神病薬に関するリスペリドン参照値とした治療失敗のハザード比

## 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研究

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（高松赤十字病院）、北元健（医療法人社団碧水会 長谷川病院）、河島譲（国立病院機構災害医療センター）、兼久雅之（大分県立病院精神医療センター）、五明佐也香（獨協医科大学埼玉医療センター）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）、庄野昌弘（佐藤会弓削病院）、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) 令和2年度は3つの課題に取り組んだ。まず、①全国消防本部対象の搬送困難事例調査の解析について、過年度(平成29-30年度)の厚生労働科学研究として実施した全国データを、令和元年度にデータクリーニングを実施して基礎データの集計を終わらせていたため、令和2年度では、精神科救急に関する連携円滑化の消防局提案の解析、各消防本部における精神科傷病者多数受入上位2施設の施設機能の解析を行った。次に、②簡易的に精神科疾患の緊急度と診断類型を判断するトリアージ&スクリーニングツール(Japan Emergency Psychiatry Scale – Expert opinion version、以下 JEPS-Ex)の開発検証について、過年度、平成29年度の厚生労働科学研究として分担班内での素案作成を行い、平成30年度にエキスパートオピニオンによる内容検証を終え、令和元年度は実施検証に向け分担班内でツール構成の検証を終わらせていたため、令和2年度では全国5施設の救急告示病院において、救急医による JEPS-Ex 評価に対して精神科医による精神科判断を外的基準とする実地検証を行った。最後、③身体合併精神科症例の医療連携連絡票の開発検証について、過年度(令和元年度)、分担班内で地域連携パス案を作成し、また、全国で開催される成人教育コンテンツである PEEC(Psychiatric Evaluation in Emergency Care の略)コースの参加者を対象に救急病院勤務の医療従事者よりパス構成項目への検証を受けていたため、令和2年度では、地域連携循環型クリティカルパスのバリエーションとして医療連携連絡票を作成し、この連絡票の収載項目について、全国の精神科救急に従事する精神科医より同意度を確認する WEB 調査を実施した。

結果) ①今回、精神科救急に関する初の全国データを検討することが出来た。傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定を通じて、精神科傷病者の受入れ照会回数は過去の類似報告と比して大きく改善していたが、現場滞在時間という点では課題が残るままだった。また、消防局回答の傾向から、精神科傷病者であっても一定程度身体不調を伴っている可能性があり、受け入れ施設において一定程度身体面の評価や検査が出来る体制整備が必要と考えられた。さらに、救急隊が搬送する精

精神科傷病者を多数受け入れている施設の機能を検討した結果、一般病床と精神科病床を併設する施設、地域の救急告示病院に無床精神科が併設する施設、救命救急センターを有する施設、精神科救急認可施設などが、搬送受入れに貢献していることがわかった。

②新型コロナウイルス感染症蔓延のため調査計画に支障は出たが、限られた症例ではあるが貴重な知見が得られた。JEPS-Ex を構成するメディカルクリアランスパート、簡易的精神症状評価パート、緊急度判定(緑・黄・橙・赤)については構成妥当性が確認された。簡易的精神症状評価より緑判定が下された場合、精神疾患の存在が疑われたとしても外来帰宅が予想される。また、緊急度判定が高くなればなるほど、精神科医の判断する重症度も高くなる傾向が確認された。検証作業を経て JEPS-Ex のバージョンアップを行った(付録 3-1、付録 3-2、付録 3-3)。

③全国の精神科救急に従事する精神科医を対象に WEB 調査を実施して、連絡票の記載項目に関する同意度を確認した結果、構成する基本シート、依頼シート、報告シートのいずれも高い同意度を得た。過年度より進めてきた精査の結果、本連絡票に記載される項目が、身体合併精神科症例の医療連携を図るうえでの必要十分な情報だと理解された。臨床にて活用可能な形を模索し、今回は診療情報提供書の案を作成した(付録 1、付録 2)。

考察) ①現場滞在時間の短縮を達成するため、課題 2 で取り上げる JEPS-Ex などのツールが有効かも知れない。また、精神科傷病者の受入れに伴い、一定の頻度で身体疾患の評価や管理をしなければならない可能性が高いことについて、常時対応型施設では圏域内の救急告示病院と有機的な連携が図れるようなインセンティブ設定が望ましい。今後整備されるべきは、1. 救命救急センターを併設する有床精神総合病院、2. 地域救急医療を担う救急告示病院に併設する無床精神科、3. 精神科救急入院料認可施設などの 3 つで、地域の人口規模、すでにある医療資源などを考慮して整備が図られるべきであると考えられた。

②検証プロセスを容易にするため救急外来で検証を行ったため、JEPS-Ex の本来的使い手である病院前救護のスタッフでは検証できていないものの、救急医が使用するうえでは意義のあるツールといえる。今後は傷病者の搬送及び受入れの実施基準の第 3 号基準(観察基準)への活用などが考えられる。多数例での再検証を行うことが望ましい。

③連絡票の構成内容について妥当性は得られたため、今回は、広く臨床で用いられている診療情報提供書をグレードアップさせる形を提案した。救急医側にもインセンティブが伴う形での展開が望ましい。

## 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、精神科疾患を抱えたものが安定的な生活を営むためには、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」が必要である。この柱の一つには精神科患者が身体合併症を抱えた際(以下、身体合併精神科症例)の対応があげられ、特に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

来ている。このためには身体合併精神科症例の対応について、精神科救急医療を含む関係機関が共通認識を持ち、共通言語を用いて情報伝達を行うことが不可欠である。

私たちは過年度の厚生労働省科学研究(以下、厚労科研)において、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に努めてきた。今年度は以下 3 つの課題に取り組んだ。

課題の第一として、平成 29・30 年度の厚労科研において、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ているため、「本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)」を行うこととした。すでに過年度調査は本邦でこれまで類を見ない精神科救急に関する全国大規模調査であり、単純酩酊といったアルコール問題が「精神科傷病者」に含まれることで実態が不明瞭になっている可能性、精神科傷病者・自損行為傷病者における受け入れ拒否理由として処置困難が最大であること、受入照会回数の増加や現場滞在時間の延長は地域差が大きいこと、そして、MC 協議会の視点からは地域における救急科と精神科との協議・相互連携の強化が望ましいと考えられていることなどが明らかになっている。その一方、精神科傷病者ならびに自損行為傷病者を受け入れた各消防圏域の上位 2 施設に関する施設機能の特徴を明らかになっておらず、地域の救急医療に資する精神科施設機能は何かを解析する必要がある。また、アンケートに回答した消防本部より、精神科傷病者の搬送困難事例化を改善するための意見(自由記載)を得ているため、これらは地域における精神科-救急科連携の課題を多数含んでいるため解析が必要である。

課題の第二として、精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証作業を行うこととした。今回研究に関する諸領域間の情報伝達を行う際、従来、共通言語・共通認識を簡便にやり取りできるツールは存在しておらず、本課題は非常に重要である。

課題の第三として、身体合併精神科症例の医療連携連絡票(以下、連絡票)について、精神科救急医からのエキスパートを対象にアンケート調査を

実施し、連絡票の構成内容についての同意度を検証することとした。過年度ではクリティカルパスを用いた情報伝達の標準化を考えていたところ、精神疾患患者が糖代謝異常・消化器異常などの合併症を抱えることは珍しくなく、高齢化に伴って合併症頻度も増え、また、身体合併症治療に際して常に同じ救急病院と連携するとは限らない現実から、循環型パスのバリエーションとして手帳もしくは連絡票形式でのフォーマット作成を考えていた。実務者の負担感を確認しつつ、実臨床で利用可能な体裁を提案することを考えた。

## B.研究方法

課題 1. 本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)

(方法)令和元年度の科学研究として、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、平成 29 年調査)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ている(第二相データクリーニング)。

第二相データクリーニングの結果をもとに、精神科傷病者の搬送実態を整理した。具体的には、精神科傷病者の現場出場時の病院受け入れ先照会回数、現場滞在時間について、公的資料を用いて急病、産科、小児科などとの比較を行った。

次に、平成 29 年調査の基本シート質問 2 より、搬送困難事例化に関係する疾患要因・病名要因などを確認した。

また、同シートの医療連携円滑化に関する質問から、消防局の見解としてどのような対策が必要かを整理した。この医療連携円滑化に関する質問には自由記載欄が設けられており、この記載を短い文章として切り分け、KJ法を用いて内容分析を行った。

令和元年度調査の際に医療連携強化が「不要」と回答した消防本部が若干ながら存在し、それらの消防本部に対しては追加でメールもしくは電話にてヒアリングを行い、平成29年調査の質問票と対比できる形で情報収集を行い解析した。

本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査については、精神科傷病者の受入れ施設について、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。この際、一般診療機能（Pコード）として精神科標ぼう、精神科病床、一般病床を設定し、また、高規格診療機能（Fコード）として地域中核的救急医療施設、救命救急センター、精神科救急認可施設、有床精神科総合病院を設定し、それぞれ「有り=1」、「なし=0」とコーディングした（図1）。PコードとFコードとで表現される施設機能類型に対して、リストアップされた施設数と受入れ傷病者数を検討した。

尚、本データシートは全国の消防本部において統一規格で実施されている救急業務記録を基にしているため、救急業務記録の実施手順について概略を図2として示す。あくまで救急業務記録とは救急隊が判断し、各症例について1つ主要な病態を登録するものである。

（対象者）全国消防本部ならびに地域MC協議会

（期間）令和2年4月より令和3年1月まで。

（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）主に記述統計。

## 課題2. 精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証

（方法）平成30年度杉山班・橋本分担班研究の成果物であるJapan Emergency Psychiatry Scale—Expert opinion version（以下、JEPS-Ex）は令和元年度、分担班以外のエキスパート（精神科医）へインタビューを行い、図3のように様式が定まったため、JEPS-Ex ver.1.2.4.を用いて検証作業を行った。

検証可能性を考慮して、精神科医療部門と救急医療部門を有する救急告示病院の救急外来で患者登録を行うこととした。本調査には国立病院機構熊本医療センター、横浜市立大学附属市民総合医療センター、大分県立病院精神医療センター、獨協医科大学埼玉医療センター、広島市民病院の5施設が参加した。

一次評価は救急医が、臨床上精神科へのコンサルテーションが必要だと認めた症例についてJEPS-Exを用いて評価を行い、二次評価は精神科医が行うこととした。評価は二重盲検とした。救急医の一次評価では精神科診断類型のスクリーニング、精神科的緊急度の2種類を評価した。二次評価は2名の精神科医が同席で診察を行うか、1名が診察を行い1名が後程診療録を確認することで臨床判断の統一を図った。臨床診断はdsm-5にて行い、一次評価（緊急度）の妥当性検討は外

来転帰(入院～帰宅)にて行った。また、精神科救急ケースの緊急度評価も確認した<sup>X1</sup>。付録 A1 に調査項目を示す。

(対象者)精神科医療部門と救急医療部門を有する救急告示病院の救急外来を受診した患者で、初療にあたった救急医が精神科コンサルテーションを必要と考え、患者にその旨説明し同意を得られた症例。

(尺度)救急医による一次評価は JEPS-Ex を用いた。精神科医による臨床評価は dsm-5 を用い、非自発的入院～外来帰宅などの外来転帰を確認した。なお、身体状況によっては精神症状が活発であっても救命救急センターなどの一般病床にて入院管理を受ける可能性があるため、この場合は、精神症状・理解力・判断力を総合して精神科病棟であれば適用されるだろう入院形態も同定することとした。

(期間)令和 2 年 11 月 9 日より同月 22 日。

(手続き)国立病院機構熊本医療センター倫理委員会にて審査受理された。

(倫理的配慮)研究協力医療機関においても倫理審査を受け、その後オプトアウトを通じて周知を図り拒否する権利を担保する。すでに救急医が精神科コンサルテーションを必要と認め、患者、必要時は家族にも精神科診察の必要性が説明され同意を示した症例に実施するため、患者の不利益にはつながらない。また、一般的な臨床行為に基づいて収集される情報を基にされるため、患者負担は生じない。また、侵襲的な処置には当たらない。

(解析)  $\kappa$  係数を求めることで妥当性検討を行う。

### 課題 3. 身体合併精神科症例の医療連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証

(方法)令和元年度の厚労科研において、身体合併精神科症例の治療経験の多い、主に総合病院で勤務する医療従事者から意見を求め、合併症診療の医療連携における必要項目を確認し、連絡票の素案を作成した(令和元年度報告書付録)。今回、連絡票の素案を提示し、その構成項目について精神科救急認可施設に勤務する精神科医がどの程度同意できるか、1～10 までのリッカートスケールで回答を求めた。

連絡票は基本情報シート(以下、基本シート)、加療依頼申し送りシート(以下、依頼シート)、加療報告申し送りシート(以下、報告シート)の 3 つで構成され、基本シートと依頼シートとを精神科施設側が使用し、報告シートは救急告示病院側が使用する体裁となっている。

連絡票を使用する準備が整わなかったため、実際には双方向的なやり取りは出来なかったことから、直近の経験症例のなかで、身体合併症のために救急告示病院へ転院し、治療後に再入院した症例をもとに、連絡票を用いたとしたらかかっていたら準備時間の回答も得た。報告シートについては実際の返書を参照して記載内容の過不足を確認し回答を得た。

参照する症例は、急性期病棟(それに準ずる病棟)、ならびに、身体合併症を有する患者の多い病棟 1 つずつから、調査時点で身体合併症治療後の再入院が終わっている直近の症例を選択することとした。

調査はオンラインでもって実施した。

調査内容については付録 A2 を参照のこと。

(対象者)精神科救急認可施設に勤務する精神科医。

(尺度)分担班が作成した連絡票検証シート。

(期間)令和3年3月1日～同月21日まで。

(手続き)国立病院機構熊本医療センター倫理委員会にて審査受理された。

(倫理的配慮)患者対象の調査ではなく、患者の個人情報収集しないため、患者の権利を侵害するおそれはない。また、臨床業務している医師に回答を求めると調査による侵襲は軽微であると考えられる。

(解析)記述統計。

### C.研究結果/進捗

#### 課題 1. 本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)

平成29年調査では、全国599の消防本部より、総搬送人員として400万人を超えるデータが寄せられ、これは公的統計で報告された総搬送人員の70.8%を占めていた。この中で、精神科傷病者は約83,000人、自損行為傷病者は約27,000人だった(図4)。

総務省消防庁は平成20年度のデータとして精神科傷病者の搬送状況を報告しているが、全搬送では照会回数4回以上が9%程度であるところ、精神科傷病者では14%程度と多くなっていて、現場滞在時間でも現場滞在30分以上となる傷病者が全搬送で12%程度のところ、精神科傷病者では19%近くと多くなっていた(図5)。今回解析の結果から、平成29年時点で、精神科傷病者において4回以上の照会回数を要する事案は3%程

度と大きく改善していることがわかった(図6)。これは、内科的な問題である急病傷病者が2.5%で、産科傷病者の3%強と比してもほぼ差がない状態になっていることがわかった。その一方、現場滞在時間を検討すると、現場滞在30分以上の事案は精神科傷病者において16%程度認められ、産科傷病者の約8%、小児科傷病者の約6%と比して大幅に現場滞在時間が長くなりやすい傾向が認められた(図6)。精神科傷病者に注目すると平成20年度より若干改善している可能性はあるが、依然として現場滞在時間は長くなっていることが示された。

各消防本部の見解として、搬送困難事例化しやすい疾患要因、病名要因やキーワードなどを解析すると、疾患要因としては圧倒的に精神科傷病者が搬送困難事例化しやすいことがわかった(図7)。また、病名要因やキーワードとしては、急性アルコール中毒、複数疾患・複数既往症、外因、内因の順で問題があげられ、他に特殊な事情なども示された(図8)。疾患要因(図7)のその他には急病が精神科傷病者に次いで多くなっており、自由記載欄なども考慮すると併存症があることが不利になっている可能性が考えられた。

各消防本部の見解として、精神科疾患を背景とする傷病者の搬送を円滑化するためにどのような対策が必要か求めたところ、メディカルケアに対応できる精神科医療機関の充実がニーズとして大きいことがわかった(図9)。具体的には、ニーズの一番は「精神科病院に内科医が充足すること」であり、次いで、「地域メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加すること」ではあったが、3番には「総合病院精神科の増設」が続いていた。ニーズの2番手グループには「精神科救急病院の増設」、「精神科救急の合議に救急医が定期参加」、そして、「救急医・精神科医の相互的な往診



体制」があげられた。輪番制度への期待は特に低くなっていた。

搬送円滑化のための対策として自由記載欄に記されたものを解析したところ、搬送円滑化の妨げになる要因として、受け入れの「拒否」が中心にあり、その改善のためにはいくつかの要素があることがわかった(図 10)。例えば、輪番制度については医療圏ごとに設置されておらず充実していないため、遠方に搬送せざるを得ない、24 時間受入れが為されないため要請の際には必ず受け入れる、受け入れ拒否する場合にはペナルティが与えられるべきだなどの見解があった。各精神科病院についてはかかりつけ患者対応については一定の評価が為されていると同時に、かかりつけ以外の事案への対処、患者との対話や家族のケアをもっと実践して欲しいといったニーズがあった。加えて、輪番担当病院や単科精神科病院と二次救急病院との連携強化、二次救急病院を軸とした保健所・消防他、多機関連携の強化を希望する声も多かった。精神科救急情報センターについては形骸化していて、機能不全状態にあると感じられており、簡便に利用できること、利用時間が延長されること、最後まで責任を持って受け入れ先を確保すること等が求められていた。身体合併精神科症例の処遇については、病院前救護の現場では身体的に軽症であっても、自殺未遂、中毒、酩酊などの事案に対して受け入れ先が少なくなるため、改善が必要であると考えられていた。また、当該事例では、特に夜間休日に搬送困難化しやすい現実が確認された。

医療連携強化が不要と回答した消防本部の追加調査の結果、それらの消防本部では「精神科救急医療体制」が機能している、次いで、「事例が希少である」、「断らない救急病院」が受け入れてくれるからなどの理由が挙げられ、実態は様々であるこ

とがわかった(図 11)。理想的な消防圏域と考えられる「医療連携体制」が構築されていると回答した消防本部(n=4)では、そのうち 2 か所で「精神科救急の合議に身体救急医が定期参加」していることがわかった。また、「精神科救急医療体制」が機能していると回答した消防本部では、精神科輪番制度が機能していると評価される傾向にあった。

基本シートから回答を寄せた各消防本部における人口規模もわかるため、医療連携強化が不要とする消防本部を類型ごとに解析したところ、縦軸を対数表示にすると図 12 の通りとなった。精神科救急医療体制が機能していると回答する消防本部の平均人口は 16 万 5 千人。比較的人口規模の大きい医療圏域でその恩恵に預かれるのかもしれない。しかし、その中でも人口 2 万人規模であっても機能している消防圏域があった。事例希少と回答する消防本部の人口平均は 5 万人で、最小 7 千人、最大 11 万人だった。断らない救急のお陰とする消防本部の人口平均は 3 万人で、最小 2.5 千人、最大 7 万人だった。人口規模が小さくて精神科救急が問題に上がらない圏域もあれば、断らない救急病院があるから何とかなっているという消防本部もあり、これらは人口規模が小さく、相対的にリソースも乏しい消防圏域の特徴かもしれない。なお、医療連携体制があるとしたのは、平均人口 8.7 万人で、最小 3.5 万人、最大 24 万人であり、比較的中規模までの消防圏域で構築しやすいのかもしれないと考えられた。

各消防本部の圏域で、精神科傷病者受入れ数が多い上位 2 施設ずつを回答依頼したところ、全体で 959 施設がリスト化された(図 13)。この 959 施設は 31,059 件の受入れを行っていて、これは平成 29 年調査の総搬送数の 37.3%を占めていた(最大 326, 最小 1)。施設名称をもとに厚生局公開資料を利用し、図 1 に示した施設機能(一般

診療機能・高規格診療機能)で整理すると、施設機能類型としては23パターンが認められた。そのなかで、施設数の多い順番に、地域救急を支える一般病院、無床精神科を有する地域のあまり大きくない救急病院、精神科のない地域中核的救急病院、単科精神科病院、無床精神科を有する地域中核的救急病院となっていた。

次に、上記リスト中の各施設の搬送受入れ数を算出し、施設機能類型ごとに搬送受入れ数の平均を求めた。施設機能類型ごとに特徴的な傾向が認められたので個別に記述する。

まず、P111で表現される、一般病床と精神科病床を有する施設が傷病者受入れに重要であることがわかった(図14)。次に、P101で表現される、地域の救急病院に、無床精神科が併設することも救急搬送受入れに有効であることもわかった(図15)。これらの施設は、以前は、有床精神総合病院であった可能性がある。P001で表現される施設のなかで、精神科機能を有さない施設であっても、救命救急センターを有することは傷病者受入れに大きくプラスに働いていることもわかった(図16)。最後、精神科救急認可病院(P110+F0010)について、身体的な問題を抱えた傷病者の受入れには不利なところはあるものの、精神科機能のない地域の救急病院(P001+F0000)と同程度の傷病者受入れを行っていることがわかった(図17)。これは一般精神科病院の2.5倍ほどであった。精神科救急認可病床は救急受入れ促進的に作用していることもわかった。

精神科傷病者受入れ上位2施設一覧の検討を通じて、施設機能類型ごとに特徴があることがわかった。このため、同種施設全体との比較を行った(図18)。我々が実施した平成29年度調査では、129施設の有床精神総合病院がリストアップされていたが、その当時、全国には240弱の有床精

神総合病院があったとされ、50%以上の施設が地域救急医療に参画していることがわかった。これについては、同施設内に存在する身体救急医療部門の活発さに精神科部門が影響されている可能性はある。また、施設数ベースで考えたとき、精神科救急入院料病院は一般精神科病院の2.7倍、地域救急医療に参画していることもわかった。有床精神総合病院に運ばれる精神科傷病者と、メディカル的な問題の対応に弱いところのある精神科救急入院料病院へ運ばれる精神科傷病者とは質的に異なる可能性が考えられ、この二つの高規格病棟は、それぞれが地域医療計画の中で充填されるべきかもしれない。この点についてはさらなる調査が必要と考えられた。

公的資料もしくは専門学会提供の資料を用いて、精神科高規格病棟(精神科救急認可施設や有床精神総合病院)の施設数推移を確認した(図19)。平成21年は総務省消防庁が救急領域のなかで、精神科疾患が関係すると搬送困難事例になりやすいという調査結果を示した年であるが、それと同時に、救命救急センターの充実段階評価や、搬送受入れ実施基準の策定が始まる直前でもあった。平成21年と平成29年とを比較すると、施設数を減らしながらも、有床精神総合病院はメディカル面にも問題を抱えた地域精神科救急ニーズに応えられてきたと考えられる。また、精神科救急入院料病院は倍近くに施設数を伸ばしており、結果、一般精神科病院から高規格病棟への転化が進み、この機能拡充を通じて、地域精神科救急ニーズに据えていると考えられた。

課題2. 精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証

2週間の調査期間中、5つの調査施設において所定の調査時間帯に救急医療部門を受診した総数は718名で、その内、ヘリ搬送を含む公的救急車による搬送数は325名にて、調査エントリーは26名の結果であった。全体の8%が、救急外来において精神科診察に至っていた。

尚、一次評価と二次評価をともに救急外来で実施できる勤務帯で調査施行することとしたため、施設によって平日日勤帯のみ、一部夜間休日を含むなどの差異はあるが、ベースラインデータは調査可能な時間帯に限っている。

表1にエントリー症例の背景を示す。平均年齢は59.1歳で、女性が65.4%を占めていた。来院手段の第一は救急車で、エントリー症例は救急搬送された症例の4.9%を占めた。46.2%が紹介元ありで、身体的な疾患分類としては整形外科、呼吸器系、中毒が上位にあがり、精神科疾患の分類としては神経認知障害群、精神病性障害群、抑うつ障害群が上位を占めていた。

表2に一次評価時の全身状態・意識レベルなどをまとめた。一次評価に合わせて循環動態(いわゆるバイタルサイン)、見当識、見当識の参考所見として飲酒状態・連続引算、理学所見、フィジカルな問題に関する補足事項などの確認を求めたところ、見当識の参考所見を除けば回答率はほぼ100%で、この回答状況からは臨床で重視される一般的な項目にて構成されていると推測された。これらの項目について特記あるかどうか逸脱率を検討すると、循環動態においても7.7%~34.6%の逸脱が認められ、最も多く逸脱が認められたのは見当識における日付や場所、連続引算などであった。調査の場が総合病院の救急外来であった。

表2では二次評価時点における意識レベルの結果もまとめている。Japan Coma Scale(以下、

JCS)やGlasgow Coma Scale(以下、GCS)による評価は80%程度で実施されていた。JCSでは清明の判断が4名、軽度意識障害が11名と多く、中等度意識障害が3名、重度意識障害が2名の結果であった。GCSの平均点は13.7点にて、GCSにおける意識障害は軽度が14名、中等度が6名、重度が1名の結果であった。

一次評価における、救急医のJEPS-Ex評価のなかで第一印象パートについて表3にまとめた。第一印象として精神科疾患ありとチェックされたものは16名だったが、今回調査は精神科介入を要すると判断されたケースがエントリーされているため、体裁として、評価を行ったかどうかが明確にわかるシート形式が望ましいと考えられた。尚、過去の精神科治療歴の確認や、過去の同様エピソードの有無などは80%程度の確認率であるが、過去の同様エピソードの有無は不詳が40%を占めていて、初発か再発かは現在症と同じように重視されるべきで、JEPS-Ex使用の手引きがあるべきなのかもしれない。

表4に救急医のJEPS-Ex評価におけるスクリーニングパートについてまとめた。本パートは、非常に簡便にスクリーニングを行えることで、診察やケアの質を高めること、情報共有のやりやすさを改善することを狙って設けている。今回、ケース数が26と少ないため概観を示す。外観ではdep1が最多となり、会話ではdep2が最多となっていた。今回調査では神経認知障害群が最多であったが、紹介元ありが半数を占めたため、季節に合わない服装がチェックゼロとなった可能性があった。外観と会話のチェックがそろい、何らかの疾患群が疑われるに至ったのは3例だけだった。検証を通じて、dep1、asd1における「それなりに」とか「比較的」という表現はクリアカットではなく、選択肢中の表現としては不適であり修正が必要と考えられた。

表 5 に救急医の JEPS-Ex 評価における簡易的精神症状評価パートについてまとめた。本パートには会話成立、指示動作、精神症状による見守りの要否の 3 つが含まれるが、それぞれ問題なしとなったのは 53.8%、61.5%、7.7%の割合だった。見守りの要否が不要となるケースは一次評価において緑判定となっていた。結果の再現性があるかの確認は必要であるが、精神症状のために見守りを要するかどうかを簡易的に評価する際のポイントになる可能性がある。

表 6 に、一次評価における救急医の簡易的精神症状評価と緊急度判断と関係をまとめた。これは、簡易的評価にえる問題なし/不要を 1 点に、部分的を 2 点に、困難/常時を 3 点として換算し総得点を算出している。簡易的評価において総得点 3 点は JEPS-Ex 評価の定義通り緑判定にて、2 名が該当した。黄判定は 10 名、橙判定は 7 名、赤判定は 7 名の結果だった。黄判定は 4 点～6 点に 90%が集中していたが、総得点 4 点に橙判定 4 名、赤判定 3 名が含まれていた。簡易的評価から導き出される総得点を定量的に用いるより、問題があるのかなのか、定性的に用いることが望ましいと考えられた。

外来転帰として、一般入院が 15 名と最多で、以下、入院なし(n=6)、医療保護入院(n=4)と続いた。救命救急センターを中心とした一般入院であるが、精神症状が活発なものは多く、医療保護入院相当が 5 症例、任意入院相当が 6 症例、精神科維持療法のみでよいものは 4 例に留まった。尚、入院なしの群には、紹介元で措置入院中にて、調査施設の救急外来で身体疾患鑑別を受けた後、身体的には特記なく紹介元で措置入院継続となった 1 名が含まれていたため、外来帰宅となったのは 5 名であった(表 7)。

救急医の緊急度判定と精神科医による外来転帰判断との関係を表 8 に示した。尚、外来帰宅においては、入院による身体治療不要と判断された群にて、救急外来での検査後、紹介元で措置入院継続となった症例を除いた 5 例について検討している。結果として、一次評価において緑判定とされたものはいずれも外来帰宅となっていた。精神科疾患があり精神科コンサルテーションを検討しても、会話成立、指示動作、精神症状による見守りなどが問題なかったり、不要だったりするケースについては緊急度が低いと判断できるかもしれない。今回、調査登録された症例数が少ないため今後の再検証が望ましい。

表 8 において、一般病棟入院の医保相当、さらに精神科病棟における非自発入院を合計し「重症」として、一次評価の緊急度との関係を検討した(表 9)。黄判定においても 3 割程度は重症該当のケースを認めたが、橙判定(40%超)、赤判定(6割弱)と、緊急度判断が上がるにつれ重症度も高くなっていった。JEPS-Ex による緊急度判断には一定の妥当性があると考えられた。

今回の検証を通じ、一次評価において赤判定となっても全例が重症とはならないこともわかった。追加の解析として、救急医の下した緊急度判断(赤)と精神科医による重症度判断との関係を検討した(表 10)。ここでは、JEPS-Ex の赤判定における、自傷・他害・興奮・まとまらない言動の 4 つの大項目を救急医がチェックした合計数と、精神科医による外来転帰判断(重症/中等症以下)とで検討した。その結果、大項目を 2 つ以上認める場合、精神医学的に明らかに重症を示す可能性があった。個別的な症例を確認すると、自殺企図で救急搬送されたが、援助希求があり、比較的疎通も取れて治療関係の構築が可能である場合など、中等症以下の処遇となりやすいようだった。自殺

問題は緊急度も高く複雑な群から、慎重に観察を行いながらも待機的に対応できる会話反応のよい群まで精神病理性が幅広いと考えられ、自殺企図は基本的に緊急事態ではあるものの、重症度がすべて高いとはいえず、赤判定への決断経路を再設定する工夫も必要かもしれない。

入院先病棟別で疾患分類を検討した(表 11)。症例数が少ないという制限はあるが、身体面では、呼吸器系疾患が精神科病棟にも入院しやすいようだった。これらは誤嚥性肺炎、肺腫瘍、気管支喘息などの診断だった。また、精神科疾患に着目した場合、精神科病棟と一般病棟では疾患分布に大きなちがいは認めない印象であった。

精神科医が判断した外来転帰は、外来帰宅、一般病棟入院、精神科病棟への非自発入院に分かれたが、それぞれの入院判断における「急性かつ重症の基本要件」の出現率を確認した(表 12)。任意入院相当以上であれば治療の必要性が高くなり、医療保護入院相当や非自発入院の場合は治療可能性・医学的な重症性が高くなる可能性が示された。一般病棟入院の医療保護入院相当の患者は、精神科病棟に非自発入院する患者と同程度の精神心理的重症度を有していると考えられた。

表 13 に、救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の項目数との関係を示す。一次評価において緑判定となる症例では基本要件項目数は 0 となり、緑判定にはやはり一定の妥当性があると考えられた。また、基本要件項目数が 3 以上となる群では橙判定ならびに赤判定の比率が高くなっており、一次評価における緊急度判定についても一定の妥当性があると考えられた。

表 14 に、救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の各項目との関係を示す。今回の

検証対象のなかでは「社会的不利益」のために急性かつ重症と判断された症例はほとんどいなかったことがわかった。また、「急性の展開」であるかどうかは黄～赤判定でほとんど変わらず、赤判定において「医学的な重症性」、「治療の必要性」、「治療の可能性」が高くなっていた。

精神科医の入院判断における「緊急に医療的介入を要する因子」についても確認した(表 15)。当然ながら、入院症例では医療要因、身体合併症要因が非常に高かった。総合病院を受診する患者においては、他害行為を伴うものは比較的少なく、自殺問題、精神症状による自律性低下が問題となる症例が多いこともわかった。

### 課題 3. 身体合併精神科症例の医療連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証

図 20 に精神一身体合併症治療地域連携連絡票の作成ならびに検証の過程を整理する。この連絡票の概念として、単科精神科病院入院中の患者が、身体合併症のために、他の救急病院へ転院し入院治療を受ける際、精神科病院からの「依頼」と、救急病院からの「報告」の内容を標準化することで、身体合併症治療の質を高めると同時に安全で継続的な医療を確保しようとするものである。2019 年度までの連絡票案では、基本情報シート、加療依頼シート、加療報告シートの 3 点で構成されていた。今回、2020 年度の検証作業では、2021 年 2 月～3 月の期間、精神科救急認可施設に勤務する精神科医を対象として調査を実施し、連絡票記載項目についての同意度を確認することで妥当性検証を行った。今回、WEB 調査を実施した結果、54 名分の有効回答を得た。

連絡票の基本情報シートの記載項目を表 16 に示す。患者の氏名、生年月日、住所、緊急連絡

先、依存症、既存症(手術歴含む)、アレルギー歴、身長、体重、介護保険、かかりつけ医情報、ケアマネジャー情報などについて、すでに臨床で使用している診療情報提供書または看護サマリーにて代用可能な記載項目であるか、それぞれの記載項目に対する同意度の回答も得た。同意度は10(大変強く同意する)から1(まったく同意しない)のリッカートスケールにて回答を求めた。そうしたところ、代用できない項目は「特になし」と回答した医師が25%ほどいた一方で、緊急連絡先、身長や体重は30%程度が代用できず、50%以上が介護保険、身体疾患のかかりつけ医情報、ケアマネジャー情報は代用できないと回答していた。ただし、連絡票基本シートの記載項目についていずれも高い同意度を得ていて、最も点数の低いかかりつけ医情報、ケアマネジャー情報も7点台であり、臨床上必要な事項ばかりであると理解された。

今回の検証作業を通じ、回答者から基本シートへの追加が提案された事項もあった(表17)。一般医療情報、支援・生活情報、精神科医療情報の3つに分かれていた。

次に、加療依頼シートの各項目に対する同意度を確認した(表20)。加療依頼シートには精神科臨床診断名、身体現症、依頼目的、日常生活機能、食事形態、バイタルサイン、検査情報、薬剤情報、精神状態、頓服指示、紹介先精神科への情報提供の有無、飲酒歴、喫煙歴などが用意されていた。本シートについても記載項目について高い同意度が得られ、飲酒歴、喫煙歴の情報ももっとも点数は低かったが7点台と高い点数であった。これらの項目も臨床上必要な事項ばかりであると理解された。

尚、今回の検証を通じて、依頼シートへの追加が提案された事項を表21にまとめた。

ここまでが身体合併症の治療を依頼する精神科病院側が用意する情報となる。これらのシートを記載するのに要するであろう時間を調べたところ、基本シートで17.4分、依頼シートで18.2分という結果だった(表18)。診療情報提供書等を作成した後、本連絡票を用いて記載漏れのある事項を確認し、本連絡票に追記するやり方での所要時間であり、診療情報提供書の様式を改善することで所要時間は短縮できると考えられた。

本連絡票は地域内での医療連携の円滑化を意図して作成されているが、常備することが可能であれば災害時の大きな備えとなる。2011年東日本大震災や、2016年熊本地震など、広域災害が発生した際、病院避難という事態も必要となったが、この時避難先で患者情報の確保が大変重要となった。このことから、本連絡票を大規模災害対策として常備することの可能性を確認した(表19)。回答した精神科医の60~70%が常備は可能としていた。修正があれば可能もしくは困難であると回答した医師の自由記載からは、電子カルテシステムでは一括して情報掃き出しが出来ないこと、保管体制や責任の所在、日々変動する項目についてのメンテナンスがハードルになるだろうことがわかった。逆に患者情報自体をクラウドに保存し、別な施設からも患者情報にアクセスする方法が現実的ではないかという提案もあった。

加療報告シート記載項目に関する調査も実施した(表22)。今回、救急病院に勤務する救急医への直接調査は困難であったため、調査協力施設に身体加療が再入院となった症例について、再入院時に用意された救急病院側からの診療情報提供書をもとに連絡票記載項目の記載率と同意度を確認した。記載項目への同意度は非常に高く、いずれも臨床上必要な事項と認識されているようだったが、救急医からの返書への記載率はばらつき

が大きかった。身体的臨床診断名、実施治療内容はほぼ確実に記載がある一方、続発症や経過観察上の留意点、合併症検査状況などの記載は少なくなっていた。精神科病院側が必要と考える、状態悪化時の対応や他科受診に関する情報などの記載は50%を切っていた。

#### D. 考察

##### 課題1. 本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)

今回、当分担当で実施した平成29年搬送困難事例調査の第三相解析は、総務省消防庁が実施した平成20年度報告以来の、病院前救護における精神科疾患が関連する事案の大規模実態調査である。総務省消防庁の平成20年度報告は東京消防庁のデータに依拠していたが、今回の第三相解析は全国データに基づいており、より結果を汎化しやすいと考えられる。結果については、平成20年度報告が主たる問題・従たる問題のいずれにも精神科疾患を含んでいたところ、平成29年調査は主たる問題が精神科疾患と判断されたものである点は考慮が必要である。

搬送困難化しやすい精神科傷病者について、平成20年度報告(図5)と比して搬送状況は改善にあるが課題も残る状況であることが明らかになった。4回以上の受入照会回数を要したケースは精神科傷病者であっても3%程度と大きく改善していた(図6)。しかしながら、この改善は精神科のみならず、急病や産科などでも大きく改善している。このため、この変化は単純に精神科医療体制の改善ではなく、傷病者の搬送及び受入れをより適切かつ円滑に行うため、「消防法の一部を改正する法律(平成21年法律第34号)」が平成21年5月1日に公布(同年10月30日に施行)され、これに基

づいて「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(以下、搬送受入基準)」が各地で策定された恩恵が大きいと考えられる。特に搬送受入基準の第6号(受入医療機関確保基準)によって、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合、照会回数 $x$ 回以上、現場滞在時間 $y$ 分以上等に基づいて受入医療機関を確保するようになっている。

現在でも残る課題として現場滞在時間30分以上の事案がいまだに多いことがあげられる。平成20年度報告当時より数%は改善している可能性はあるものの、依然として現場滞在時間は長いと考えられる。図7・図8から受ける印象として、精神科疾患+アルコール使用、精神科疾患+身体併存症などが依然として問題になっているのかも知れない。分担当の令和元年度報告にて精神科傷病者が受入れに至らなかった理由の最多は手術中患者対応中(27.1%)で、次いで処置困難(24.7%)であった。照会回数が減少して現場滞在時間は微減に留まるため、照会における伝達での時間消費、傷病者の評価や対応自体で時間を要している可能性などが考えられた。課題2で取り上げるJEPS-Exなど、簡便に評価して情報伝達できるツールの整備が望まれる。

第三相解析では各消防本部の見解として、精神科傷病者における搬送円滑化の改善策を求めている(図9)。消防本部からの改善案としては、①医療連携という大きな枠組みの構築、そして、②個別施設での対応力改善が求められているが、これは救急現場活動の困りごとを直接反映していると想定できる。図10に示されるように、救急隊員としては、精神疾患が背景にあったとしても基本的に身体問題の解決を優先して考えていることがわかる。この場合、搬送困難となりやすいのは、一定程度以上の身体重症度があっても救急告示病院が受入を断る場合と、身体愁訴はあるが救急隊判断で

身体軽症となった事案を精神科病院が断るパターンが考えられる。この解決のため、①MC 協議会に精神科医療側が継続的に参加する、もしくは精神科救急の合議の場に救急医が継続的に参加すること。他には、②精神科病院－救急病院間での定期的な医師往来等に地域支援体制加算の要件に含めるなどのインセンティブ形成は理にかなっていると考えられる。

図 11 に示されるようにごく一部の消防圏域では輪番制度が評価されているものの、全国的には輪番制度への強い期待もある一方、厳しい目も向けられていることがわかった。そのようななか、図 10 からは精神科救急医療体制整備事業における常時対応型施設の目指すべき形がみえてくる。もちろん、二次医療圏域ごとに有床精神総合病院が 1 つずつ配置され、他科との連携による身体医学的なニーズの高いケースの対応を行い、それと同時に同じ圏域内で常時対応型施設が警察・行政・消防他と連携を強化した医療提供を行うやり方がある。それと同時に、有床精神総合病院の増設には医療経済的な負担は大きく、人口 20～30 万人程度までの地方型二次医療圏域では常時対応型施設を整備し、圏域内の救急告示病院と有機的な連携を図ることが現実的である。例えば、先述した精神科医療－救急医療との継続的な合議体制の構築、圏域内での精神科病院と救急告示病院との医師往来体制の確立、常時対応型施設に身体軽症までに対応できる検査設備を常備し実働すること等にインセンティブを付ける後押しも必要であろう。この際、インセンティブを受ける病院においてはかかりつけ外の患者受入れ数、救急搬送不応需率などによるモニタリングならびに施設基準更新の取り組みが望ましい。

消防圏域における精神科傷病者受入れ数上位 2 施設の施設機能を検討することで本邦の現状が

図 1 にわかりやすく示された。施設数としては、地域救急を支える一般病院、つまり大規模ではないが、その圏域ではいわゆる断らない医療を提供することで頼りにされているような施設が最も多かった。地域医療はアクティビティの高い救急告示病院が柱の一つとなって支えていることがよく見て取れるものであった。

ただし、施設数ベースでの検討は施設母数に大きく左右されるため、各施設の搬送受入数を検討した(図 14・図 15・図 16・図 17)。この検討から非常に重要な知見が得られた。つまり、施設機能類型ごとの平均搬送受入数からは、一般病床と精神科病床の双方を有することは精神科傷病者の積極的な受入れに促進的に働いていることがわかった。すでに医療法における総合病院の定義(内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科を含む)は廃止されて久しいが、この知見における一般病床は必ずしもかつての総合病院の定義には当てはまらない病院群であった。おそらく精神科病院をベースに、整形外科や神経内科といった数は多くない診療科で構成され、救急医療にも取り組む施設なども見受けられた。このことから、今後、有床精神総合病院を増設する際、大規模病院を計画するのではなく、地域の救急医療にしっかりと参画している救急告示病院を対象に、病床数の少ない有床精神科を併設するやり方も一考かもしれない。

施設機能類型の検討の中から、図 15 に示されるように、地域の救急病院に無床精神科が併設することも傷病者受入れに促進的に働いていることもわかった。この点を考慮すると、地域の救急医療に参画する救急告示病院に、救急医療他の一般科にリエゾン精神医療を提供できる無床精神科にインセンティブを設けることを第一段階として、身体軽症～中等症ならびに精神中等症以上の傷病者



受入れ実績に応じて、有床精神科へ格上げする取り組みも有効かも知れない。この際、他の課題に話は飛ぶが、課題 3. JEPS-Ex 検証の内容から、一般病床にも一定程度重症状態の精神科患者が滞在することになるだろうと予測されるため、一般病棟スタッフに対しての精神科初期評価&対応の研修機会の確保、危険手当の追加などが必要になると考えられる。この際、精神科傷病者の救急応需率、精神科病床における身体合併精神科症例が一定数以上必要であるなど、施設維持要件に含める方法もある。ただし、人口規模の大きい都市型二次医療圏域と異なり、人口 20~30 万人程度までの地方型二次医療圏域では、必然的に一般精神科救急の受け皿にもならざるを得ず、施設維持要件としての身体合併精神科症例の入院比率はより小さくする必要があると考えられる。

今回解析を通じて、精神科救急入院料認可病棟は有床精神総合病院のアクティビティを上げると同時に、単科精神科病院においても同様の傾向があると考えられた。施設数ベースでは精神科救急入院料認可病床を有さない一般単科精神科病院が多くなっていたが、平均搬送受入数で確認すると精神科救急入院料認可施設は一般単科精神科病院の約 2.5 倍の患者受入れを行っていた。これは地域救急を支える一般病院に近い値であり、検査設備他、身体的な問題への対処では不利なところもあるなか検討していると評価されると考えた。これと同時に、常時対応型施設を担う医療機関では身体軽症、場合によっては身体中等症の患者までもが搬入されてくる可能性は高いので、先述のように最低限の検査設備が確保できるような診療報酬上、制度上の配慮が必要と考えられた。

施設機能類型の検討の一環として図 18 のように、日本精神科救急学会医療政策委員会、日本総合病院精神医学会有床委員会より提供頂いた

資料、全国メディカルコントロール協議会発行の資料、厚生局公開資料などから、救命救急センター、有床精神総合病院、精神科救急入院料病院、一般精神科病院の母数に対するリスト化された施設群の比率を算出したが、有床精神総合病院は半数以上が地域救急医療に参画していた。おそらくこれはほとんどの施設で併設されている救急医療部門の活発さに影響されている可能性が高いと考えられる。精神科救急入院料病院は一般精神科病院の 2.7 倍地域の救急医療に参画していたが、単科精神科病院が対応できることには限界もあると考えられるため、病院内・地域内、いずれの形式であっても救急医療部門との協働が円滑化するような施策が必要と考えられる。

最後に、平成 21 年から平成 29 年での施設数推移を確認しておく。身体的な治療やケアのニーズを有する患者の受け皿として有床精神総合病院は重要であるが、緩徐に施設数の減少を見ており、これは診療単価の低さが影響していると考えられる。地域救急医療ニーズに応えている施設が存続可能になるよう対策が必要である。また、精神科救急入院料病院は数が倍増しているが、これに伴いより多くの一般精神科病院が減少しているため、地域によっては病院機能分化が進み始めているところもあると考えられる。適切な施設維持要件を定め、それをモニタリングすることで地域救急医療に参画しているが存続し、より一層の病院機能分化が進むように施策を打つことが必要と考えられる。今後整備されるべきは、①救命救急センターを併設する有床精神総合病院、②地域救急医療を担う救急告示病院に併設する無床精神科、③精神科救急入院料認可施設などの 3 つで、地域の人口規模、すでにある医療資源などを考慮して整備が図られるべきである。

## 課題 2. 精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証

本来、課題 2 は目標症例数を 100 としていたが、新型コロナウイルス感染症蔓延期において現代的な調査となり、目標の 25% 程度の症例数となった。調査期間中、救急外来受診者全体の 8% 程度が精神科診察を要したこととなる。症例の約半分が紹介のある患者であり、救急搬送以外に病院車/施設車で来院も比較的多かったと考えられる。

JEPS-Ex は冒頭、メディカルクリアランス(身体的な病気の鑑別除外)に関するパートを置いている。O'Donovan D らのレターが米国におけるこの問題を概説しているが<sup>X3</sup>、米国でも本邦同様、救急医療部門を訪れたり、救急搬送を受ける精神科患者の身体チェックをどこまで行うかで論議が続いている。過去、米国では救急外来を利用する精神科患者に、時に重篤な身体合併症が指摘された報告などもあり、精神科医療部門から各種検査の完遂を求められることが増えていたが、精神心理的な主訴である場合は検査異常の指摘が稀であること、精神科介入までの時間が延長してしまうことなどが問題視されるようになって来ている。このため、米国精神科救急医学会の推奨では<sup>X4</sup>、精神心理的な主訴が中心の患者では、患者背景を考慮して、バイタルサイン、病歴聴取、身体診察、精神状態の評価を行い、必要性を考慮して検査を行うものの、精神科医療側の求めに応じて検査を行うこともあるとしている。今回検証した JEPS-Ex では、メディカルアンダートリアージ(身体医学的な問題の見落とし)が起こらないことを狙いつつ、救急医療部門で働く医療スタッフに過度な負担を強いないツール構成を考えた。分担班が令和元年度に実施した調査にて、臨床上重要であると考えられた項目が記載されている。

結果として、飲酒状況、連続引算を除き、救急医による実施はほぼ 100% の回答状況で、これらの項目で構成されたメディカルクリアランスパートの臨床的妥当性は高いと考えられた。

精神科医による二次評価時、JCS で 5 名、GCS で 7 名が中等度以上の意識障害と判断されていた。今後多数例で検証する際は、意識レベルの状態によって一次・二次評価に差異が認められるのか確認を行う必要がある。

スクリーニングパートは症例数の問題から概要を示すだけにとどめた。結果にでも示したが選択肢中の表現にはあいまいさがあるため、修正が必要と考えられた。

簡易的精神症状パートはごく簡単に精神心理的状态を表現するために導入した。ここで問題がない場合、JEPS-Ex では緑判定となり、それ以降、身体的問題に注力することとなる。会話成立、しい動作、見守り要否を含めている。今回の検証を通じて、精神心理的に不安定であっても、会話や指示動作は問題ないと判断されることが多いことが分かった。逆に、簡易的に判断する場合、「精神症状による見守りの要否」が中核的な観察点になるのかもしれない。

尚、検証前、簡易的評価による総得点は、点数が上がるにつれて緊急度も高くなるように、定量的な判断に利用できるのではないかと想定していた。結果として、総得点が 7 点以上となれば一次評価における橙判定・赤判定になりやすい傾向はあったが、総得点 4 点に橙判定 4 名、赤判定 3 名が含まれており、定量的な使用は支持されなかった。

JEPS-Ex の緊急度定義より、総得点 3 点は緑判定と決定される。しかし、表 8 の結果では緑判定は 2 例とも外来帰宅の転帰をたどっていた。こ

の結果を考慮すると、緑判定となれば外来帰宅程度の精神症状と想定が出来るかも知れない。表 8 からは、緑・黄・橙・赤の 4 つの緊急度設定には一定の妥当性があるとも考えられた。また、表 13 に示された、救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の項目数との関係も、基本要件項目数が 3 以上となる群では橙判定ならびに赤判定の比率が高くなっていった。救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の各項目との関係では、赤判定において「医学的な重症性」、「治療の必要性」、「治療の可能性」などの出現率が高くなっていった。これらの結果から、JEPS-Ex にはやはり一定の妥当性があると想定された。今後、多数例での再検証が望まれる。

緊急度判定について、今回、赤判定群の外来転帰は外来帰宅から非自発入院まで広い範囲にまたがっていた。赤判定には 4 つの大項目を含むが、大項目を 2 つ以上満たす場合は明らかに精神科的重症となるようで、これはひとつの知見とえられた。ただ、赤判定が幅広い外来転帰判断につながったのは自殺問題の影響と考えられ、自殺企図は基本的に緊急事態であるものの、重症度がすべて高いとは言えず、自殺企図の緊急度判定については決断経路を再設計する工夫が必要と考えられた。

外来転帰を検討していくと、表 11 からは、身体疾患の分布は入院病棟での差異は小さい印象であった。また、表 12 からは、一般入院であっても医保相当と判断された患者の「急性かつ重症の基本要件」の各項目出現率は、精神科病棟へ非自発入院する患者のそれとほぼ同じであった。身体合併症のある精神科患者が精神科病棟に入院する一方、時に活発な精神症状を呈するケースが一般入院することも分かった。

この結果から、一般病棟での精神科患者への初期評価や初期対応のスキル研修が必要と考えられ、また、このような症例を多数受け入れる病棟においては危険手当の拡充などが必要と考えられた。

今回の検証作業を受けてバージョンアップした JEPS-Ex ver.2.0 を付録 3-1、付録 3-2、付録 3-3 として用意した。

### 課題 3. 身体合併精神科症例の医療連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証

分担班のなかで、医療連携連絡票のブラッシュアップを行うなか、3 つのテーマがあった。①双方向的に精神科・救急科の情報伝達を標準化すること、②連携情報の蓄積、③新規相談時もしくは非常時における蓄積情報の活用の 3 つである。

JEPS-Ex のメディカルクリアランスパートの部分でも述べたが、精神科-救急科の情報伝達において、互いに過大な要望には応えられないが、相互の信頼感を改善させ、患者の治療・ケアの質向上を目指す必要がある。

今年度、精神科臨床に携わるエキスパートを対象とした WEB 調査を通じて、分担班が作成した基本シート、依頼シート、報告シートの収載項目にはとても高い同意度が得られ、臨床的にも妥当な内容であることが確認できた。利用しやすい体裁を考えると、臨床で活用されている診療情報提供書や看護サマリーの他、新たな書式を指定することは煩雑であり、利用率の低下を招くと考えられた。このことから、現実的な対策として、紹介状の書式案を作成することとした。例えば、本書式を用いて診療情報提供書をやり取りした際に加算を付けることも一考である。基本シート、依頼シート合わ

せて 40 分弱ほどの処方時間とわかっているため、400 点ほどが妥当かも知れない。

当分担班が提案する、医療連携に必要十分と考えられる項目を網羅した診療情報提供書の案を付録 1(加療依頼用)、付録 2(加療報告用)として用意した。

本連絡票は平時の医療連携円滑化のためのツールであるが、大規模災害時など、本連絡票を準備しておくことでいざという時に患者の情報持ち出しが可能になることも意図していた。これについては、精神科病院においても電子カルテの整備が進む昨今、紙カルテでは容易な緊急時の持ち出しが容易ではないことも明らかになった。電子カルテシステムでは入力データの紐づけがなければ、随時、連絡票に収載項目を集約することは困難で、印刷準備した際の保管場所・管理責任者の設置などが必要となりそうであった。

## E. 結論

### 課題 1. 本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)

今回、精神科救急に関する初の全国データを検討することが出来た。傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定を通じて、精神科傷病者の受入れ照会回数は過去の類似報告と比して大きく改善していたが、現場滞在時間という点では課題が残るままだった。課題 2 で取り上げる JEPS-Ex などのツールが有効かも知れない。

消防局回答の傾向から、精神科傷病者であっても一定程度身体不調を伴っている可能性があり、受け入れ施設において一定程度身体面の評価や検査が出来る体制整備が必要と考えられ、常時対応型施設では圏域内の救急告示病院と有機

的な連携が図れるようなインセンティブ設定が望ましい。

救急隊が搬送する精神科傷病者を多数受け入れている施設の機能を検討した結果、今後整備されるべきは、①救命救急センターを併設する有床精神総合病院、②地域救急医療を担う救急告示病院に併設する無床精神科、③精神科救急入院料認可施設などの 3 つで、地域の人口規模、すでにある医療資源などを考慮して整備が図られるべきである。

### 課題 2. 精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証

新型コロナ感染症蔓延のため調査計画に支障は出たが、限られた症例で、多数例解析が望ましいものの貴重な知見が得られた。JEPS-Ex を構成するメディカルクリアランスパート、簡易的精神症状評価パート、緊急度判定(緑・黄・橙・赤)については構成妥当性が確認された。簡易的精神症状評価より緑判定が下された場合、精神疾患の存在が疑われたとしても外来帰宅が予想される。また、緊急度判定が高くなればなるほど、精神科医の判断する重症度も高くなる傾向が確認された。検証作業を経て JEPS-Ex のバージョンアップを行った(付録 3-1、付録 3-2、付録 3-3)。今後は多数例での再検証を行うことが望ましい。

### 課題 3. 身体合併精神科症例の医療連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証

全国の精神科救急に従事する精神科医を対象に WEB 調査を実施して、連絡票の収載項目に関する同意度を確認した結果、構成する基本シート、依頼シート、報告シートのいずれも高い同意度

を得た。過年度より進めてきた精査の結果、本連絡票に記載される項目が、身体合併精神科症例の医療連携を図るうえでの必要十分な情報だと理解された。臨床にて活用可能な形を模索し、今回は診療情報提供書の案を作成した(付録 1、付録 2)。

#### F.健康危険情報

なし

#### G.研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1. 橋本聡, 日野耕介, 杉山直也:全国消防本部対象の搬送困難事例調査から見える精神・一般救急医療連携の最適解とは. 第 116 回日本精神神経学会, WEB, 2020.9.28-30
2. 橋本聡, 日野耕介, 杉山直也:精神科高規格病棟は地域救急医療の円滑化に寄与するか?. 第 33 回日本総合病院精神医学会, WEB, 2020.11.20

#### 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)

X1) 精神科救急医療ガイドライン 2015 年版. p.4-6 へるす出版.

X2) 総務省消防庁. 平成 20 年度救急業務高度化推進検討会報告書, 平成 21 年 3 月. [https://www.fdma.go.jp/singi\\_kento/kento/items/kyuukyugyoumukoudoka\\_houkoku.pdf](https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kyuukyugyoumukoudoka_houkoku.pdf) (2021 年 4 月 30 日閲覧)

X3) O'Donovan D, Quane T, McCauley M. Is 'medical clearance' for acute general adult psychiatric presentations always necessary? *Ir J Psychol Med.* 2020 Apr 23;1-2. doi: 10.1017/ipm.2020.17. Epub ahead of print. PMID: 32321615.

X4) Wilson MP, Nordstrom K, Anderson EL, Ng AT, Zun LS, Peltzer-Jones JM, Allen MH. American Association for Emergency Psychiatry Task Force on Medical Clearance of Adult Psychiatric Patients. Part II: Controversies over Medical Assessment, and Consensus Recommendations. *West J Emerg Med.* 2017 Jun;18(4):640-646. doi: 10.5811/westjem.2017.3.32259. Epub 2017 May 1. PMID: 28611885; PMCID: PMC5468070.

○図

【図 1】平成 29 年搬送困難事例調査にて調査した施設機能について

## 「本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査」

### ● 精神科傷病者搬送状況（多数受け入れ施設上位施設の回答）

#### □ 一般診療機能

- ・ 精神科標ぼう
- ・ 精神科病床
- ・ 一般病床

#### □ 高規格診療機能

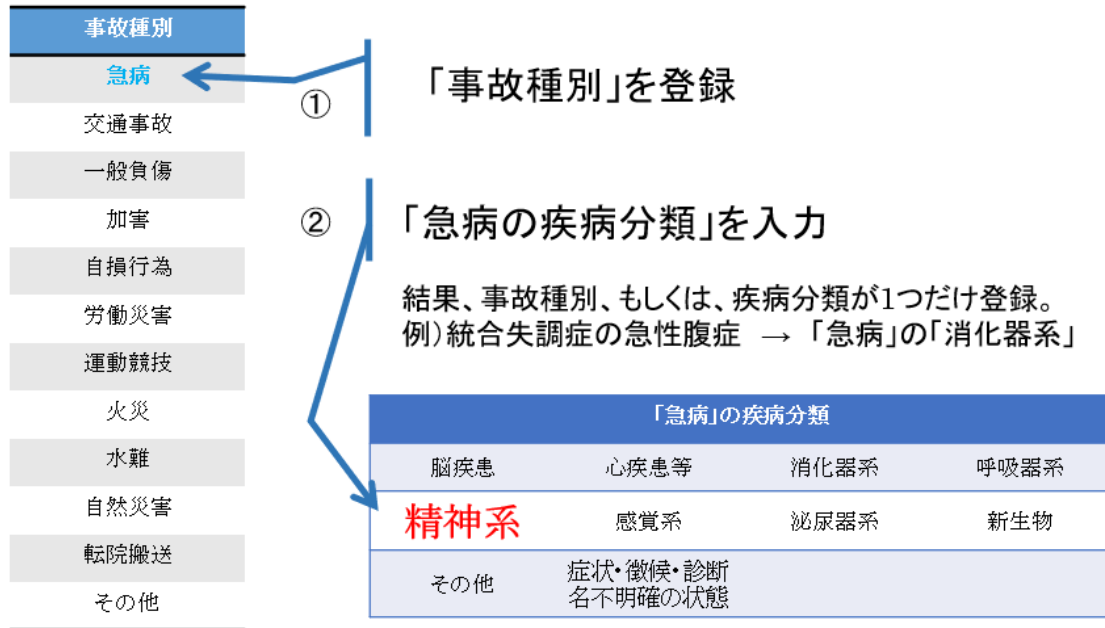
- ・ 地域中核的救急医療施設
- ・ 救命救急センター
- ・ 精神科救急認可施設
- ・ 有床精神総合病院

参考： 地方厚生局コード内容別医療機関一覧表  
平成29年版メディカルコントロール協議会冊子  
平成29年(2017)医療施設(静態・動態)調査・病院報告(厚生労働省)  
全国精神科救急認可施設一覧(日本精神科救急学会)  
有床総合病院精神科一覧(日本総合病院精神医学会)

【図 2】 救急業務記録の記録手順について

救急業務記録とは、救急業務を実施した際に残されるもので、すべての消防本部で統一  
 的な記録が実施され、1回の出場につき実施記録が1つ残る。登録情報は救急隊員の判  
 断による。既往症情報の登録は必須でない。

分担班による全国調査を実施した時点(平成29年4月1日)にて、全国1,690市町村  
 (98.3%)において、732消防本部により救急業務が実施されていた。







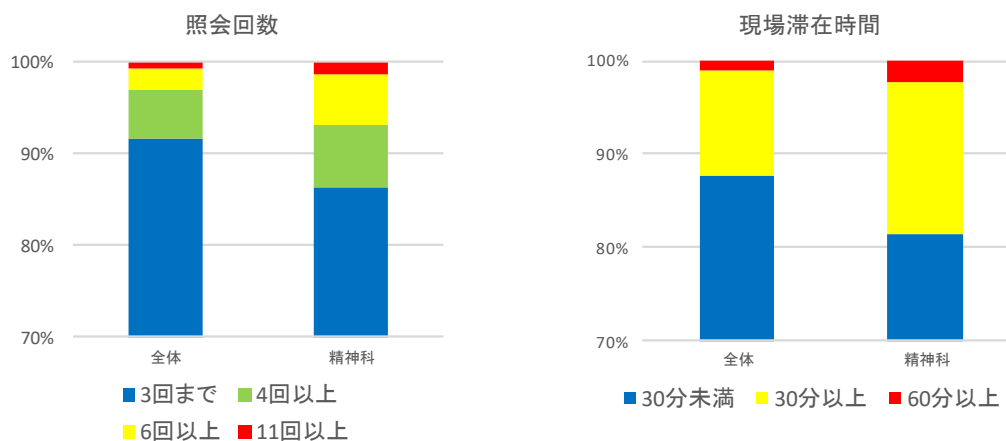
【図 4】平成 29 年搬送困難実態調査における各種搬送人員

## 各種搬送人員の内訳について

搬送困難実態把握調査	分類	N
回答消防本部 (n=599) ※平成29年中	総搬送人員	4,061,218
	精神科傷病者	83,199
	自損行為傷病者	27,030
公的統計	総搬送人員	5,736,086
	うち事故種別「急病」	3,686,438
	うち疾病分類「精神系」	122,046
(参考)	産科・周産期傷病者	39,764
(参考)	小児傷病者	406,082

- ・ 総務省消防庁：平成30年版 救急救助の現況。
- ・ 総務省消防庁：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。

【図 5】 総務省消防庁による搬送困難事例調査の結果(平成 20 年度報告書より)<sup>x2)</sup>

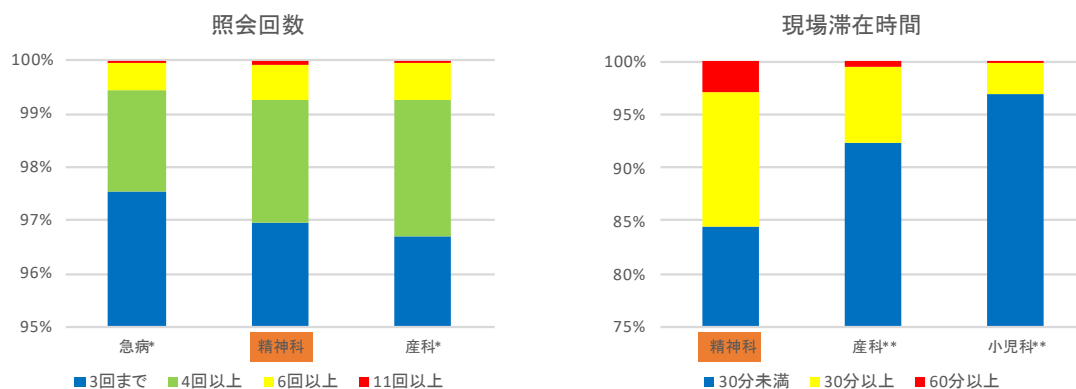


傷病者背景がある事案においては、受入照会回数、現場滞在時間ともに全体平均を上回っており、選定困難事案となりやすいと考えられた。特に、「精神疾患」、「急性アルコール中毒」、「結核」、「過去に問題のある傷病者」、「全く未受診の妊婦」において、選定が困難な傾向だった。

総務省消防庁: 救急業務高度化推進検討会. 平成20年度報告書, 2009

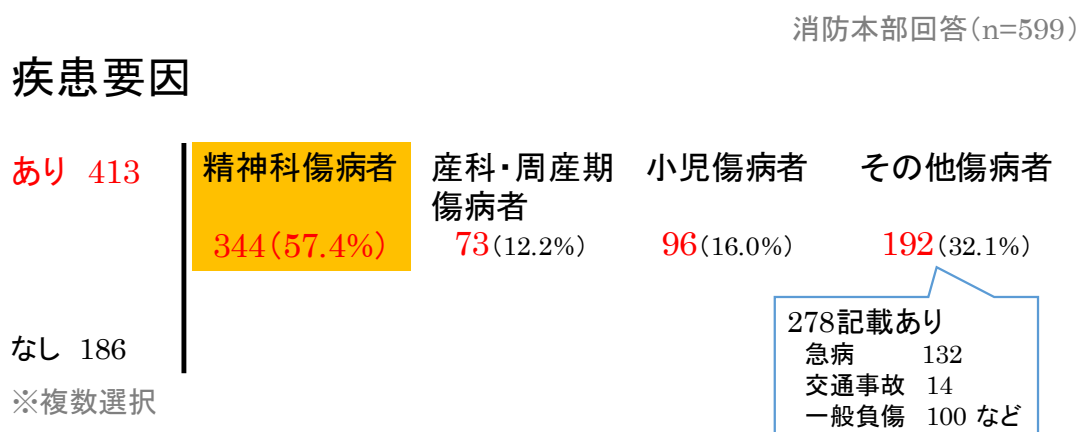
※ オリジナルの発表データは何らかの傷病者背景を持つものとして検討され、背景の一つとして精神疾患が含まれていたが、本図ではオリジナルデータを基に精神疾患の照会回数、現場滞在時間を算出してまとめている。

【図 6】平成 29 年搬送困難事例調査における精神科傷病者現場活動の現状



- \* 総務省消防庁: 救急救助の現況. 平成30年版, 2018
  - \*\* 総務省消防庁: 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. 2018
  - ■ 厚労科研橋本分担班: 平成29年中の全国搬送困難事例実態調査
- ※ 分担班調査は、精神科傷病者から急性アルコール中毒を除外したデータ に基づくため、公的統計とは一致しない

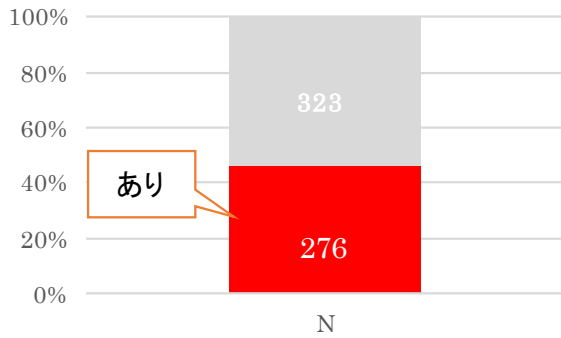
【図 7】平成 29 年搬送困難事例調査における「搬送困難事例」事案の内訳



照会回数4回以上、もしくは、現場滞在時間 30分以上になる事案は精神科傷病者にて認めやすい

※ 回答を寄せた各消防本部としての見解をもとにしている。

【図 8】「搬送困難事例」に関する病名やキーワード



急性アルコール中毒 (n=161), 複数疾患・既往症 (n=137), 外因 (n=67), 内因 (n=51), の順となるが, 特殊な事情もある (n=48)

消防本部回答 (n=599)

大分類	小分類	N
救急	救急	6
救急	救助	18
救急	重篤	3
内因	脳疾	20
内因	内科	15
内因	消化	6
内因	呼吸	7
内因	循環	3
外因	整形	35
外因	外傷	23
外因	交通	4
外因	外科	3
外因	脳外	2
産婦人	産婦	1
小児科	小児	4
感覚系	特殊	11
精神科	急性アルコール中毒	161
精神科	精神	28
精神科	自損	14
課題	課題	48
課題	複数	137
課題	不定	2
課題	ほか	2
課題	資源	1
課題	処置	1
高齢者	高齢	9
分類不可	不能	11

4

3

1

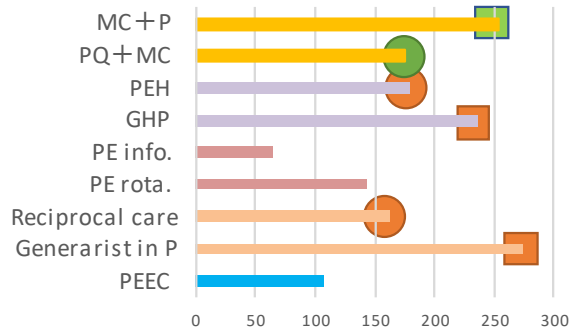
!!

2

【図9】 消防局の考える搬送円滑化のための対策案(複数選択可)

## 精神科疾患を背景とする傷病者の搬送を円滑化するため どのような対策が必要か(消防局見解)

消防本部(n=544)



- ※ MC+P: メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加
- ※ PQ+MC: 精神科救急の合議に身体救急医が定期参加
- ※ PEH: 精神科救急病院の増設
- ※ GHP: 総合病院精神科の増設
- ※ PE info.: 精神科救急情報センターの強化
- ※ PE rotat.: 精神科輪番制度の強化
- ※ Reciprocal care: 救急医・精神科医の相互的な往診体制
- ※ Generarist in P: 精神科病院における内科医の充足
- ※ PEEC: Psychiatric Evaluation in Emergency Careコースの開催

消防局の視点として、

- メディカルケア対応力改善
- 高いレベルでの一般・精神医療交流

が求められ、さらに

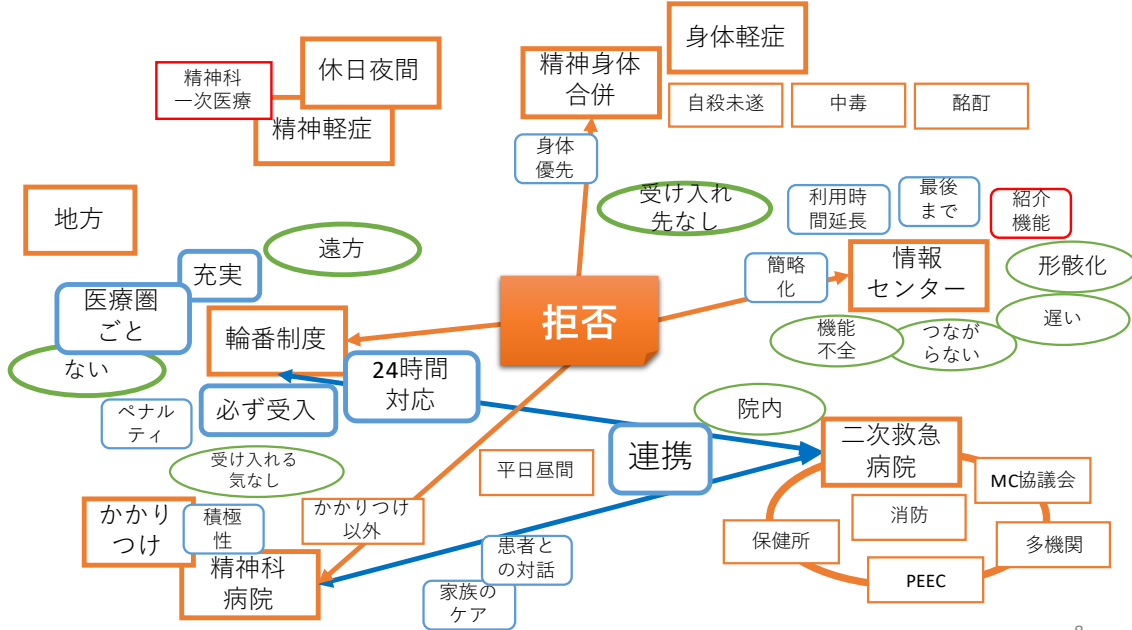
- 精神科救急病院の拡充
- 相互的な往診体制強化が必要

と考えられていた。

【図 10】 消防局の考える搬送円滑化のための対策案(自由記載欄より)

## 精神科疾患を背景とする傷病者の搬送を円滑化するため どのような対策が必要か(消防局見解)

□: 実存するもの    □: 消防局からの提案    ○: 消防局からの評価    自由記載より：消防本部 (n=544)



【図 11】 対策不要と回答した消防本部に存在する医療資源について

## 医療連携強化が「不要」とする消防本部に存在するリソースとは？

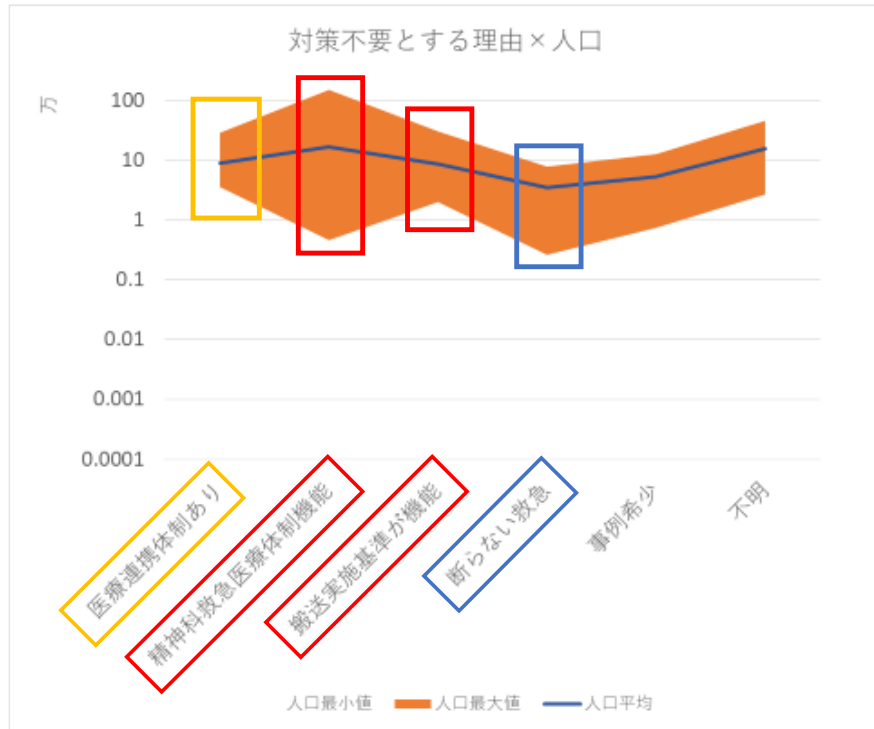
	N	MC+P	PQ+MC	PEH	GHP	PE info.	PE rota.	Reciprocal care	Generarist in P	PEEC
医療連携体制	4	0	2	0	1	1	2	0	0	0
精神科救急医療体制	18	0	0	1	3	3	12	1	3	0
搬送基準が機能	7	1	0	0	0	1	4	0	1	0
断らない救急	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事例希少	10	0	0	0	0	0	2	0	0	0

- ※ MC+P: メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加
- ※ PQ+MC: 精神科救急の合議に身体救急医が定期参加
- ※ PEH: 精神科救急病院の存在    ※ GHP: 総合病院精神科の存在
- ※ PE info.: 精神科救急情報センターの存在
- ※ PE rotat.: 精神科輪番制度の存在    ※ Reciprocal care: 救急医・精神科医の相互的な交流
- ※ Generarist in P: 精神科病院における内科医の充足
- ※ PEEC: Psychiatric Evaluation in Emergency Careコースの開催



【図 12】 対策不要と回答した消防本部の圏域人口について

## 医療連携強化が「不要」とする消防本部の 人口規模について



【図 13】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と該当する施設数

## 施設機能類型と施設数

医療機関類型	F0000	F0001	F0010	F0011	F0100	F0101	F1000	F1001	F1010	F1011	F1100	F1101	F1111	Total
P000	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
P100	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
P110	90 ④	0	33	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	124
P001	281 ①	0	0	0	1	0	113 ③	0	0	0	13	0	0	408
P101	136 ②	0	0	0	2	0	78 ⑤	0	0	0	51	0	0	267
P111	8	39	1	4	0	4	1	31	0	1	0	41	9	139
Total	536	39	34	4	3	4	193	31	0	1	64	41	9	959

全体で、959施設によって31,059件の受入れ(今回報告の37.3%)を行っていた(max 326, min 1)。施設機能類型としては23パターンが認められた。

※ 機能類型ごとの施設数順では、①地域救急を支える一般病院、②無床精神を有する地域の救急病院、③地域中核的救急病院、④単科精神科病院、⑤無床精神を有する地域中核的救急病院の結果となった。

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0

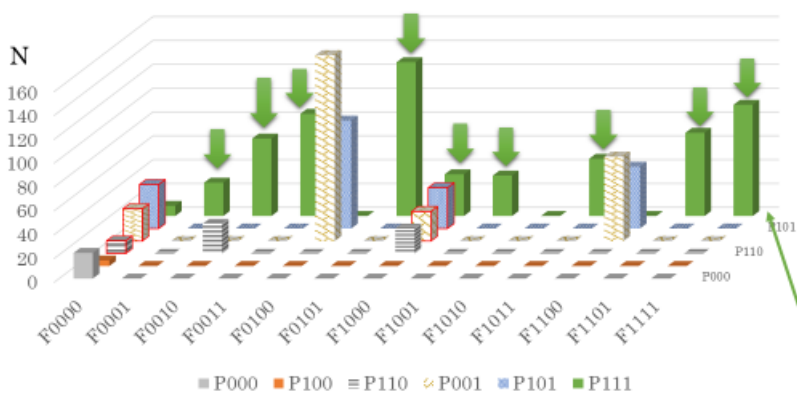
構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院

P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0

精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 14】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と精神科傷病者受入れ数(パターン P111)

### 施設機能類型と受入れ数(平均)

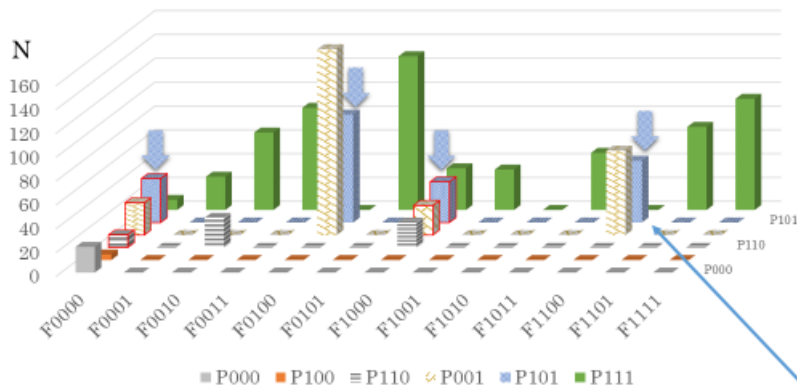


傷病者受入れに際し、一般病床と精神科病床が併存することが重要

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0  
 構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院  
 P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0  
 精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 15】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と精神科傷病者受入れ数(パターン P101)

### 施設機能類型と受入れ数(平均)

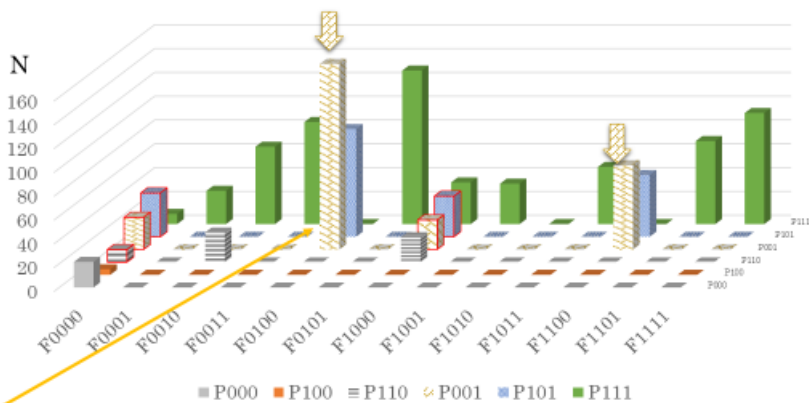


地域の救急病院に、無床精神科が併設することも受入れ促進的に作用

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0  
 構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院  
 P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0  
 精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 16】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と精神科傷病者受入れ数(パターン P001)

### 施設機能類型と受入れ数(平均)

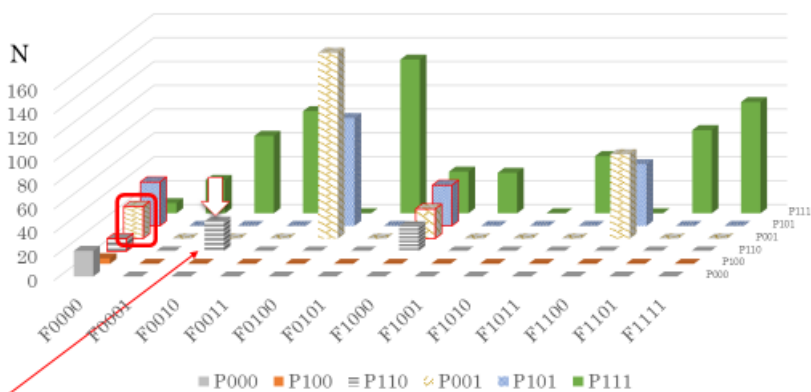


精神科機能がなくとも、救命救急センターを有することは、傷病者受入れへ大きくプラスへ働く

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0  
 構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院  
 P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0  
 精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 17】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と精神科傷病者受入れ数(パターン P110)

### 施設機能類型と受入れ数(平均)



精神科救急認可病床は救急受入れ促進的に作用しており、メディカル対応力がよわい中、精神科機能のない地域の救急病院と同程度に受入れ能力を示していた

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0

構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院

P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0

精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 18】平成 29 年搬送困難事例調査の結果と同種施設全体との比較

### 平成29年調査の結果と同種施設全体との比較

	H29年調査	全体 (2017年)	比率 (%)
救命救急センター	121	284	42.6
有床精神総合病院	129 (4) ※1	237 (9) ※2	54.4
精神科救急入院料病院※3	34	130	26.2
一般精神科病院	90	929※4	9.69

※1：（）は、有床総合病院精神科における精神科救急入院料合併症型の施設数

※2：2016年データ

※3：主たる診療科が精神科である施設

※4：一般精神科病院より精神科救急入院料病院を除外している

- ① 有床精神総合病院はその半数以上が地域救急医療に参画している
- ② 精神科救急入院料病院は一般精神科病院の2.7倍、地域救急医療に参画している

【図 19】施設類型ごとの施設数推移(平成 21 年対平成 29 年)

## 施設数推移 (平成21年 vs 平成29年)

	平成21年	平成29年
救命救急センター	214	284
有床精神総合病院	264 (5)	237 (9) ※1
精神科救急入院料病院 ※2	66	130
一般精神科病院	1017	929

※1：2016年データ

※2：主たる診療科が精神科である施設

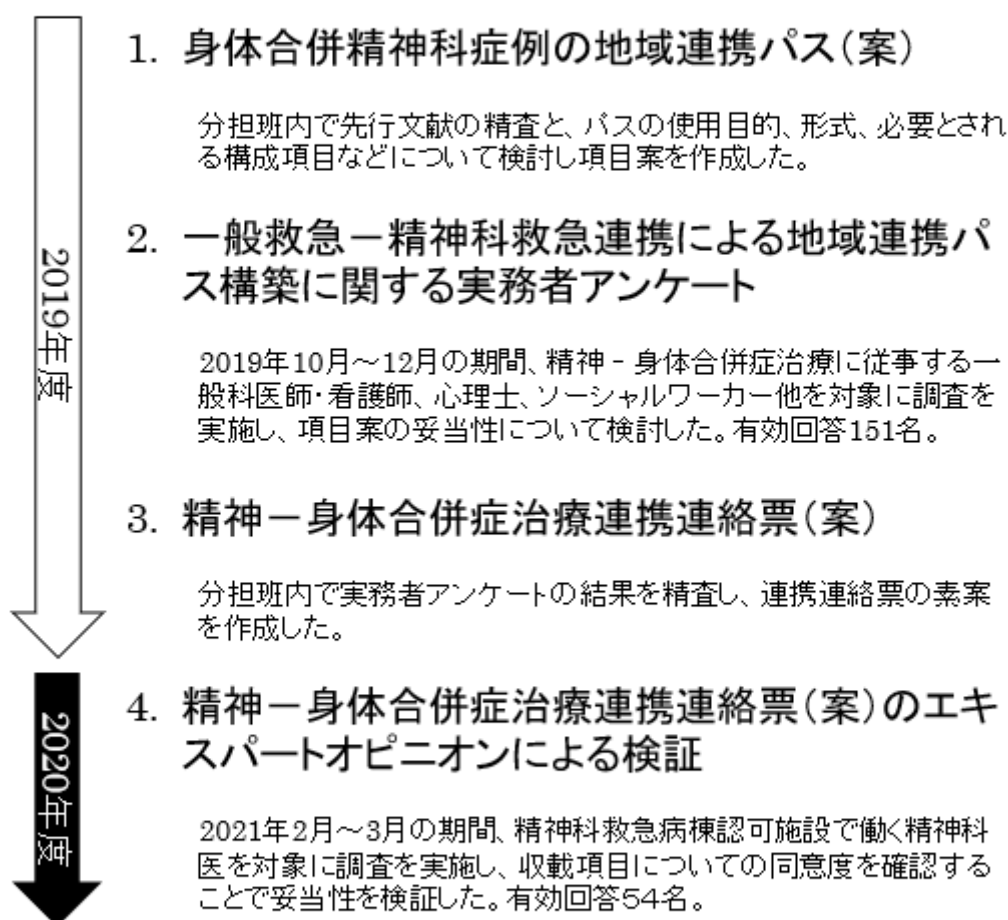
- ① 施設数を減らしながらも、有床精神総合病院はメディカル面にも問題を抱えた地域精神科救急ニーズに応えていると考えられる
- ② 一般精神科病院から精神科救急入院料病院への機能拡充を図ることで、精神科救急入院料病院は地域精神科救急ニーズに応えていると考えられる



【図 20】 精神－身体合併症治療地域連携連絡票の作成について

## 精神－身体合併症治療地域連携連絡票の作成について

概念：単科精神科病院入院中の患者が、身体合併症のために、他の救急病院へ転院し入院治療を受ける際、精神科病院から救急病院への「依頼」と、救急病院から精神科病院への「報告」の内容を標準化することで、身体合併症治療の質を高めると同時に安全で継続的なケアを確保しようとするもの。基本シート、依頼シート、報告シートの3点で構成される。



○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(精神障害分野)、(総括)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:〈分担〉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関する研究。

○表

【表 1】精神科救急トリアージ&スクリーニングツール検証における基本データ

(n=26)

年齢	平均59.1y (SD±19.8)		
		N	(%)
性別	女性	17	65.4
来院手段	救急車	16	
	病院車	4	
	独歩	4	
	へり	1	
	不明	1	
紹介元	あり	12	
	なし	12	
	不明	2	
疾患分類 (身体)	整形外科	8	
	呼吸器系	5	
	中毒	4	
	脳神経系	3	
	腎・泌尿器科系	3	
	消化器系	2	
	特定不能	1	
		総数	主たる診断
疾患分類 (精神)	神経認知障害群	12	9
	精神病性障害群	6	6
	抑うつ障害群	4	3
	神経発達障害群	4	1
	心的外傷およびストレス因関連障害群	3	2
	不安障害群	3	2
	物質関連障害および嗜癖性障害群	2	2
	解離性障害群	1	1
	性別違和	1	0
	パーソナリティ障害群	1	0

※疾患分類 (精神) についてはdsm-5によるもので、総数は、主たる診断・従たる診断を合わせたもの

【表 2】評価時の全身状態・意識レベルなど

(n=26)

		項目	評価数	回答率	特記あり	逸脱率				
一次評価	循環動態	体温	26	100	7	26.9				
		血圧	26	100	2	7.7				
		脈拍	26	100	9	34.6				
		呼吸数	26	100	3	11.5				
		酸素化	26	100	6	23.1				
見当識	名前	26	100	6	23.1					
	年齢	26	100	10	38.5					
	日付	26	100	16	61.5					
	場所	26	100	15	57.7					
参考	飲酒	19	73.1	1	5.3					
	連続引算	13	50	8	61.5					
理学所見	瞳孔	26	100	3	11.5					
	動作	26	100	4	15.4					
	その他	26	100	5	19.2					
補足	身体既往症	26	100	10	38.5					
	発症様式	24	92.3			数時間	数日	週単位		
					7	6	11			
二次評価	意識レベル	JCS	20	76.9	clear	I	II	III		
					4	11	3	2		
		GCS総得点	21	80.8	ave	SD				
				13.7	1.5					
		GCS重症度	21	80.8	mild	medium	severe			
					14	6	1			

※ JCS: Japan Coma Scale. Iは1-1~1-3, IIは2-10~2-30, IIIは3-100~3-300を示す。

※ GCS: Glasgow Coma Scale. MildはGCS14~15, mediumはGCS9~13, severeはGCS3~8を示す。

【表 3】救急医の JEPS-Ex 評価(第一印象パート)について

	第一印象 (精神科疾患 あり)		過去の精神科 治療歴あり		過去の同様エ ピソードあり	
評価数	16		21		20	
回答率	61.5		80.8		76.9	
内訳	n	%	n	%	n	%
あり	16	100	13	61.9	6	30
なし			7	33.3	6	30
不詳			1	4.8	8	40

(n=26)

【表 4】救急医の JEPS-Ex 評価(スクリーニングパート)について

	コード	定義	n
外観	psy1	奇妙な印象を与える乱れた身なりや化粧	1
	dep1	それなりに整っているがくたびれた感じの身なり	10
	pd1	派手な身なりや過度な装飾品	0
	asd1	比較的清潔で整った装い	3
	dem1	季節に合わない服装	0
会話	psy2	過度な従順さ／にやにやした独り言	1
	dep2	会話内容には一貫している部分がある	8
	pd2	訴えがドラマチックで派手	2
	asd2	こだわりが強い会話／痼癪がみられる	2
	dem2	見当外れな会話	4
判定	PSY	精神病性障害圏の疑い	0
	DEP	抑うつ障害圏の疑い	3
	PD	パーソナリティ障害圏の疑い	0
	ASD	自閉症スペクトラム圏の疑い	0
	DEM	認知症圏の疑い	0

(n=26)

※ psy/PSY：精神病性障害群， dep/DEP:抑うつ障害群， pd/PD：パーソナリティ障害群， asd/ASD：自閉症スペクトラム障害群， dem/DEM：認知障害群。  
 ※ 例えばpsy1とpsy2のチェックがそろった場合にPSY疑いと判定する。

【表 5】救急医の JEPS-Ex 評価(簡易的精神症状評価パート)について

	会話成立	指示動作	見守りの 要否	
問題なし	14	16	不要	2
部分的	9	6	部分的	17
困難	3	4	常時	7

(n=26)

※ 会話成立・指示動作・見守りの要否について，問題なし／不要，部分的，困難／常時のいずれかを択一式で評価。

【表 6】救急医の簡易的精神症状評価と緊急度判断との関係

簡易的評価 総得点	n	緑判定	黄判定	橙判定	赤判定
3	2	2	0	0	0
4	11	0	4	4	3
5	3	0	2	1	0
6	4	0	3	0	1
7	2	0	0	1	1
8	1	0	0	0	1
9	3	0	1	1	1
計	26	2	10	7	7

(n=26)

※ 問題なし／不要を 1 点，部分的を 2 点，困難／常時を 3 点として総得点を算出。

【表 7】精神科救急トリアージ&スクリーニングツール検証における外来転帰内訳

緊急措置／ 措置入院	応急入院	医療保護 入院	任意入院	一般入院	入院なし	
0	1	4	0	15	6	
		医療保護 入院相当	任意入院 相当	精神科維持 療法のみ	本来 要入院	入院不要
		5	6	4	1	5

※一般入院については、身体合併症治療のため精神症状が活発であっても救命救急センター他へ入院することがあるため、症例の精神症状の程度でもって、精神科病棟であれば医療保護入院・任意入院など、どのような入院形態に相当するかを判断している

※入院なしについて、調査施設での入院治療は不要であったが、措置入院中の紹介来院にて外来検査後紹介元で継続入院となった症例を「本来要入院」とし、外来対応となった症例を「入院不要」としている。

【表 8】 救急医の緊急度判定と精神科医による外来転帰判断との関係

	外来帰宅	一般病棟入院			精神科病棟 非自発入院
		維持療法	任意相当	医保相当	
緑判定	2	0	0	0	0
黄判定	2	1	3	2	1
橙判定	0	2	2	1	2
赤判定	1	1	1	2	2

(n=25)

※ 外来帰宅については入院による身体治療不要と判断された群にて、救急外来での検査後、紹介元で措置入院継続となった症例を除いた5例について検討している。

※ 維持療法とは、身体的には要入院であるが、精神的には従来の治療薬を継続するだけでよい群を意味する。

※ 「任意」とは任意入院、「医保」とは医療保護入院を意味する。

【表 9】 救急医の緊急度判定と精神科医による重症度判断との関係

	緑判定	黄判定	橙判定	赤判定
重症比率(%)	0	33.3	42.9	57.1

※ 精神科医による外来転帰判断のうち、外来帰宅、一般入院維持療法、一般入院任意相当を軽症とし、一般入院医保相当、非自発入院を重症として比率を計算した。



【表 10】 救急医の緊急度判定(赤)と精神科医による重症度判断との関係

	重症	中等症以下	計
大項目 合計2以上	2	0	2
大項目 合計1	2	3	5
計	4	3	7

※ JEPS-Exの赤判定における、自傷・他害・興奮・まともでない言動の4つの大項目を救急医がチェックした合計数と、精神科医による外来転帰判断（重症・中等症以下）とで検討。

※ 重症とは非自発入院・医保相当、中等症以下とは任意相当、一般入院維持療法、外来帰宅を意味する。

【表 11】病棟別の疾患分類(身体と精神)

疾患分類 (身体)	全体	精神	一般	外来
整形外科	8	1	5	2
呼吸器系	5	3	2	0
中毒	4	0	3	1
脳神経系	3	0	2	1
腎・泌尿器科系	3	1	2	0
消化器系	2	0	1	1
特定不能	1	0	0	1

疾患分類 (精神) ※主たる診断	全体	精神	一般	外来
神経認知障害群	9	3	6	0
精神病性障害群	6	2	2	2
抑うつ障害群	3	0	2	1
神経発達障害群	1	0	1	0
心的外傷およびストレス因関連障害群	2	0	2	0
不安障害群	2	0	1	1
物質関連障害および嗜癖性障害群	2	0	1	1
解離性障害群	1	0	0	1

【表 12】各入院判断における「急性かつ重症の基本要件」の出現率

	外来帰宅 (n=5)	一般病棟入院			精神科病棟 非自発入院 (n=5)
		維持療法 (n=4)	任意相当 (n=6)	医保相当 (n=5)	
医学的な重症性	0	25.0	33.3	100	100
社会的不利益	0	0	0	0	0
急性の展開	60.0	25.0	66.7	60.0	40.0
治療の必要性	20.0	0	83.3	80.0	100
治療の可能性	60.0	0	50.0	80.0	80.0

単位：%

※ 各症例ごとに、該当する「急性かつ重症の基本要件」を複数選択式に確認し、各要件の外来転帰判断ごとの選択数を、各外来転帰判断の母数で除して比率を求めている。

※外来帰宅については入院による身体治療不要と判断された群にて、救急外来での検査後、紹介元で措置入院継続となった症例を除いた5例について検討した。

※維持療法とは、身体的には要入院であるが、精神的には従来の治療薬を継続するだけでよい群を意味する。

※「任意」とは任意入院、「医保」とは医療保護入院を意味する。

【表 13】救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の項目数との関係

緊急度	基本要件項目数						計
	0	1	2	3	4	5	
緑判定	2	0	0	0	0	0	2
黄判定	0	1	7	0	1	1	10
橙判定	2	1	0	1	3	0	7
赤判定	0	1	1	3	2	0	7
計	4	3	8	4	6	1	26

【表 14】 救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の各項目との関係

		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
	n	あり	あり	あり	あり	あり
緑判定	2	0	0	0	0	0
黄判定	10	50	10	60	60	60
橙判定	7	57.1	0	57.1	57.1	57.1
赤判定	7	71.4	0	57.1	85.7	71.4

(%)

【表 15】各入院判断における「緊急に医療的介入を要する因子」の出現率

	外来帰宅	一般病棟入院			精神科病棟
	(n=5)	維持療法 (n=4)	任意相当 (n=6)	医保相当 (n=5)	非自発入院 (n=5)
○他害・自傷・自律性低下など	20.0	0	83.3	80.0	100
他害関連	0	0	16.7	0	20.0
自殺問題	20.0	0	66.7	40.0	20.0
自律性低下	0	0	0.0	40.0	60.0
○関係者要因	0	25.0	16.7	0	40.0
○医療要因	60.0	100	100	80.0	100
初診	40.0	25.0	16.7	40.0	40.0
中断例	0	0	0	0	0
かかりつけ医対応困難	20.0	75.0	83.3	40.0	60.0
○時間外要因	0	0	0	0	0
○身体合併症要因	0	100	100	100	80.0

単位：%

※ 各症例ごとに、該当する「緊急に医療的介入を要する因子」を複数選択式に確認し、各要因の外来転帰判断ごとの選択数を、各外来転帰判断の母数で除して比率を求めている。

※ 外来帰宅については入院による身体治療不要と判断された群にて、救急外来での検査後、紹介元で措置入院継続となった症例を除いた5例について検討している。

※ 維持療法とは、身体的には要入院であるが、精神的には従来の治療薬を継続するだけでよい群を意味する。

※ 「任意」とは任意入院、「医保」とは医療保護入院を意味する。

【表 16】基本情報シートの収載項目に関する検討

項目	N	(%)	項目の同意度			
			(ave)	(SD)	(MAX)	(min)
特になし	14	25.9				
(ア) 氏名	0	0.0	9.7	0.5	10	1
(イ) 生年月日	0	0.0	9.7	0.5	10	1
(ウ) 住所	5	9.3	8.9	1.8	10	1
(エ) 緊急連絡先	15	27.8	9.5	0.9	10	1
(オ) 併存症	3	5.6	9.5	0.9	10	1
(カ) 既存症(手術歴含む)	2	3.7	9.2	1.2	10	1
(キ) アレルギー歴	6	11.1	9.3	1.1	10	1
(ク) 身長	15	27.8	8.0	2.0	10	1
(ケ) 体重	17	31.5	8.1	2.0	10	1
(コ) 介護保険	28	51.9	8.0	1.8	10	1
(サ) かかりつけ医情報	33	61.1	7.7	2.0	10	1
(シ) ケアマネジャー情報	37	68.5	7.2	2.0	10	1

※ 連絡票基本シートの各項目で、代用できない項目は多い順にカラースケール(緑)にて、同意度は同意度の高い順にカラースケール(赤)にて表示している。

【表 17】 基本シートへの追加が提案された事項

基本シート追加事項案	
○一般医療情報	
	疾患名
	服薬内容
	薬剤副作用歴
	禁忌薬品
	感染症リスク(ウイルス性肝炎、HIV、COVID-19濃厚接触等)
○支援・生活情報	
	独居有無
	キーパーソン
	緊急連絡先ならびに優先順位
	ペット有無
○精神科医療情報	
	入院形態 及び 同意者があれば同意者及び関係性
	自傷他害リスクについて
	自立支援医療、障害者手帳、障害者年金など

【表 18】 シート記載に要する時間

記載所要時間				
	ave	SD	MAX	min
基本シート	17.4	9.6	60	3
依頼シート	18.2	9.0	60	3

単位:分



【表 19】本シートを大規模災害対策として常備することについて

	可能	修正があれば 可能	困難
基本シート	39	5	10
依頼シート	35	6	13

【表 20】加療依頼シートの各項目に対する同意度

質問項目	項目の同意度			
	(ave)	(SD)	(MAX)	(min)
(ア)精神科臨床診断名	9.5	0.8	10	1
(イ)身体現症	9.4	0.9	10	1
(ウ)依頼目的	9.6	0.7	10	1
(エ)日常生活機能	8.5	1.5	10	1
(オ)食事形態	8.4	1.6	10	1
(カ)バイタルサイン	9.1	1.2	10	1
(キ)検査情報	9.3	1.0	10	1
(ク)薬剤情報	9.6	0.7	10	1
(ケ)精神状態	9.5	0.8	10	1
(コ)頓服指示	8.5	1.6	10	1
(サ)紹介先精神科への情報提供の有無	8.7	1.7	10	1
(シ)飲酒歴	7.7	2.1	10	1
(ス)喫煙歴	7.4	2.2	10	1

【表 21】 依頼シートへの追加が提案された事項

依頼シート追加事項案
簡潔な精神科病歴など
薬剤情報
通常時の食事摂取状況(例 1/3量)
最終排便日 平素の排便コントロールの状況

【表 22】 加療報告シート収載項目に関する記載率と同意度

項目	記載率	項目の同意度			
		(ave)	(SD)	(MAX)	(min)
(ア) 身体的臨床診断名	94.4	9.9	0.3	10	4
(イ) 実施治療内容	98.1	9.8	0.4	10	4
(ウ) 続発症	68.5	9.4	1.0	10	4
(エ) 経過観察上の留意点	64.8	9.6	0.7	10	4
(オ) 状態悪化時の対応	38.9	9.4	0.8	10	4
(カ) 合併症検査状況	62.3	9.3	1.0	10	4
(キ) 他科受診に関する情報	48.1	9.0	1.3	10	1
(ク) 経過中の精神状態	64.8	8.8	1.3	10	1
(ケ) 身体治療施設精神科からの情報提供の有無	59.3	8.9	1.3	10	1
(コ) 精神科救急トリアージ&スクリーニング尺度の内容	13.0	7.0	2.4	10	1

身体合併症再発時の受け入れ可能の可否など

【表 23】精神科傷病者・自損行為傷病者、現場滞在時間区分ごとの件数

現場滞在時間区分ごとの件数		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	件数	34,251	30,094	9,069	2,793		2,065	241	78,513
	割合	43.6%	38.3%	11.6%	3.6%	2.6%	0.3%	100.0%	18.0%	6.5%	2.9%
自損行為傷病者	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%

※ 精神科傷病者とは救急隊判断によって主たる病態が精神科疾患であると判断されたもの

※ 自損行為傷病者とは搬送理由が意図的な自傷行為であるものであるが、救急隊判断によって状態に応じて急病、外傷、重篤事案他に分類されることもあるため、全ての意図的事象を含むものではない



【付録 A2】 精神－身体合併症治療地域連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証(調査項目)

調査協力医療機関名:

回答医師名:

① 基本情報シートについて

1. 貴施設で利用している診療情報提供書や看護サマリーで代用可能ですか？
  - (ア) 完全に代用できる
  - (イ) 部分的に代用できる
  - (ウ) まったく代用できない
2. 貴施設で利用している診療情報提供書や看護サマリーで代用できない項目を教えてください
  - (ア) 氏名
  - (イ) 生年月日
  - (ウ) 住所
  - (エ) 緊急連絡先
  - (オ) 併存症
  - (カ) 既存症(手術歴含む)
  - (キ) アレルギー歴
  - (ク) 身長
  - (ケ) 体重
  - (コ) 介護保険
  - (サ) かかりつけ医情報
  - (シ) ケアマネジャー情報
3. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、基本情報シートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を 10、完全に同意できない場合を 1 としてお答えください
  - (ア) 氏名 ( )点
  - (イ) 生年月日 ( )点
  - (ウ) 住所 ( )点
  - (エ) 緊急連絡先 ( )点
  - (オ) 併存症 ( )点
  - (カ) 既存症(手術歴含む) ( )点
  - (キ) アレルギー歴 ( )点
  - (ク) 身長 ( )点
  - (ケ) 体重 ( )点
  - (コ) 介護保険 ( )点
  - (サ) かかりつけ医情報 ( )点

- (シ) ケアマネジャー情報 ( )点  
(ス) 他に必要な情報について ( 自由記載 )

4. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、基本情報シートを用いて事後的にチェックと記入を行ったとして、それに要するであろう時間を教えてください。分単位でお願いいたします。

(ア) ( )分

5. 大規模災害が発生したときに備え、本シートを常に用意しておくことは可能でしょうか？

(ア) 可能である

(イ) 修正があれば可能である (具体的に )

(ウ) 現実的ではない (理由: )

② 基本情報シートについて

1. 貴施設で利用している診療情報提供書や看護サマリーで代用可能ですか？

(ア) 完全に代用できる

(イ) 部分的に代用できる

(ウ) まったく代用できない

2. 貴施設で利用している診療情報提供書や看護サマリーで代用できない項目を教えてください

(ア) 氏名

(イ) 生年月日

(ウ) 住所

(エ) 緊急連絡先

(オ) 併存症

(カ) 既存症(手術歴含む)

(キ) アレルギー歴

(ク) 身長

(ケ) 体重

(コ) 介護保険

(サ) かかりつけ医情報

(シ) ケアマネジャー情報

3. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、基本情報シートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を 10、完全に同意できない場合を 1 としてお答えください

(ア) 氏名 ( )点

(イ) 生年月日 ( )点

(ウ) 住所 ( )点

- (エ) 緊急連絡先 ( )点
- (オ) 併存症 ( )点
- (カ) 既存症(手術歴含む) ( )点
- (キ) アレルギー歴 ( )点
- (ク) 身長 ( )点
- (ケ) 体重 ( )点
- (コ) 介護保険 ( )点
- (サ) かかりつけ医情報 ( )点
- (シ) ケアマネジャー情報 ( )点
- (ス) 他に必要な情報について (自由記載)

4. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、基本情報シートを用いて事後的にチェックと記入を行ったとして、それに要するであろう時間を教えてください。分単位でお願いいたします。

(ア) ( )分

5. 大規模災害が発生したときに備え、本シートを常に用意しておくことは可能でしょうか？

(ア) 可能である

(イ) 修正があれば可能である (具体的に )

(ウ) 現実的ではない (理由: )

### ③ 加療依頼申し送りシートについて

1. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、加療依頼申し送りシートを用いて事後的にチェックと記入を行ったとして、それに要するであろう時間を教えてください。分単位でお願いいたします。

(ア) ( )分

2. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、加療依頼申し送りシートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を10、完全に同意できない場合を1としてお答えください

(ア) 精神科臨床診断名 ( )点

(イ) 身体現症 ( )点

(ウ) 依頼目的 ( )点

(エ) 日常生活機能 ( )点

(オ) 食事形態 ( )点

(カ) バイタルサイン ( )点

(キ) 検査情報 ( )点

(ク) 薬剤情報 ( )点

(ケ) 精神状態 ( )点

- (コ) 頓服指示 ( )点  
 (サ) 紹介先精神科への情報提供の有無 ( )点  
 ※紹介先精神科とは、身体加療のために紹介した病院の精神科を意味します  
 (シ) 飲酒歴 ( )点  
 (ス) 喫煙歴 ( )点  
 (セ) 他に必要な情報について (自由記載)

3. 大規模災害が発生したときに備え、本シートを常に用意しておくことは可能でしょうか？  
 (ア) 可能である  
 (イ) 修正があれば可能である (具体的に )  
 (ウ) 現実的ではない (理由: )

④ 加療依頼申し送りシートについて

1. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、加療依頼申し送りシートを用いて事後的にチェックと記入を行ったとして、それに要するだろう時間を教えてください。分単位でお願いいたします。  
 (ア) ( )分
2. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、加療依頼申し送りシートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を10、完全に同意できない場合を1としてお答えください  
 (ア) 精神科臨床診断名 ( )点  
 (イ) 身体現症 ( )点  
 (ウ) 依頼目的 ( )点  
 (エ) 日常生活機能 ( )点  
 (オ) 食事形態 ( )点  
 (カ) バイタルサイン ( )点  
 (キ) 検査情報 ( )点  
 (ク) 薬剤情報 ( )点  
 (ケ) 精神状態 ( )点  
 (コ) 頓服指示 ( )点  
 (サ) 紹介先精神科への情報提供の有無 ( )点  
 ※紹介先精神科とは、身体加療のために紹介した病院の精神科を意味します  
 (シ) 飲酒歴 ( )点  
 (ス) 喫煙歴 ( )点  
 (セ) 他に必要な情報について (自由記載)
3. 大規模災害が発生したときに備え、本シートを常に用意しておくことは可能でしょうか？  
 (ア) 可能である



(イ) 修正があれば可能である	(具体的に )
(ウ) 現実的ではない	(理由: )

⑤ 加療報告申し送りシートについて

1. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、事後的に返信内容を確認し、加療報告申し送りシートの各項目が情報提供書やサマリーに記載があるかをご確認ください

(ア) 身体的臨床診断名 ( あり・なし )

(イ) 実施治療内容 ( あり・なし )

(ウ) 続発症 ( あり・なし )

(エ) 経過観察上の留意点 ( あり・なし )

(オ) 状態悪化時の対応 ( あり・なし )

(カ) 合併症検査状況 ( あり・なし )

(キ) 他科受診に関する情報 ( あり・なし )

(ク) 経過中の精神状態 ( あり・なし )

(ケ) 身体治療施設精神科からの情報提供の有無 ( あり・なし )

(コ) 精神科救急トリアージ&スクリーニング尺度の内容 ( あり・なし )

2. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、加療報告申し送りシートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を10、完全に同意できない場合を1としてお答えください

(ア) 身体的臨床診断名 ( )点

(イ) 実施治療内容 ( )点

(ウ) 続発症 ( )点

(エ) 経過観察上の留意点 ( )点

(オ) 状態悪化時の対応 ( )点

(カ) 合併症検査状況 ( )点

(キ) 他科受診に関する情報 ( )点

(ク) 経過中の精神状態 ( )点

(ケ) 身体治療施設精神科からの情報提供の有無 ( )点

(コ) 精神科救急トリアージ&スクリーニング尺度の内容 ( )点

(サ) 他に必要な情報について ( 自由記載 )

【付録 1】標準化された身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療依頼)

(記載年月日)

(紹介先郵便番号・住所)

(紹介先施設名)

●● 先生 御侍史

(紹介元施設名・郵便番号・住所)

(紹介元代表電話・FAX 番号)

(紹介元医師名)

### 診療情報提供書

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。下記につきましてご報告・ご紹介申し上げます。

(患者氏名)	(性別)	(紹介元患者識別番号)
(生年月日・年齢)		
(患者郵便番号・住所)		
(緊急連絡先 1 番の氏名・電話番号・住所・続柄)		
(緊急連絡先 2 番の氏名・電話番号・住所・続柄)		
傷病名		
併存症 糖尿病[1 型/2 型]・脂質異常症・高血圧症・肝疾患・腎疾患[シャント 有・無]・心疾患・ 脳血管障害[麻痺 有・無]・他[ ]		
感染症 [無/有: ]		
結核既往 [無/有: ]		
既往症[含、手術歴]		
アレルギー [無/有: ]		
※該当部分に○をつけること		
紹介目的・症状経過等		
(依頼目的)		
(症状経過)		
(身体現症)		
(バイタルサイン)		
(検査情報の有無や詳細)		
<input type="checkbox"/> 紹介先精神科への情報提供(※紹介先に精神科があり別途情報提供した場合にチェック)		
<添付書類> <input type="checkbox"/> 画像情報 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 治療計画 <input type="checkbox"/> その他[ ]		
現在の処方		
(頓服指示も含む)		
その他の重要事項(※看護サマリー他の文書に記載があれば□にチェックをしてください)		
<input type="checkbox"/> 身長[日付]		

- 体重[日付]
- 介護保険   ○未申請   ○要支援   ○要介護 1・2・3・4・5
- かかりつけ医情報 1[施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号]
- かかりつけ医情報 2[施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号]
- かかりつけ医情報 3[施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号]
- ケアマネジャー[施設名・担当者名・施設住所・電話番号]
- 日常生活機能[ 担送・護送・独歩 ]
- 現在の入院形態[ 任意・医療保護・措置・観察法 ]
- 現在の精神状態[ 安定・不安定< 隔離・拘束 >]
- せん妄既往[ 有・無・不詳 ]
- 過去における暴力行為[ 有・無・不詳 ]   有の場合直近 1 か月での暴力行為[ 有・無・不詳 ]
- 過去における自損行為[ 有・無・不詳 ]   有の場合直近 1 か月での自損行為[ 有・無・不詳 ]
- 問題行動[ 多飲水(水中毒)・異食・盗食・拒食・徘徊 ]
- 飲酒歴[ 非飲酒・機会飲酒・有<種類:           , 量:           >]
- 喫煙歴[ 非喫煙・禁煙・喫煙   <   年,   本/日 > ]

【付録 2】標準化された身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療報告)

(記載年月日)

(報告先郵便番号・住所)

(報告先施設名)

●● 先生 御侍史

(報告元施設名・郵便番号・住所)

(報告元代表電話・FAX 番号)

(報告元医師名)

診療情報提供書

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。下記につきましてご報告・ご紹介申し上げます。

(患者氏名)	(性別)	(報告元患者識別番号)
(生年月日・年齢)		
傷病名 (入院の原因となった身体的臨床診断) (入院中の続発症)		
報告目的・症状経過等  (実施治療内容) (入院中に生じた続発症の治療内容) (経過観察上の留意点) (状態悪化時の対応や再度の受入れについて)		
<添付書類> <input type="checkbox"/> 画像情報 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 治療計画 <input type="checkbox"/> その他[ ]		
<検査所見> <input type="checkbox"/> 心電図 異常(無/有: ) QTc msec <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン 心拡大(無/有) 異常陰影(無/有) <input type="checkbox"/> CT 検査(部位: ) 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> CT 検査(部位: ) 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> 尿検査 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> (		
※今回加療中に実施した最新の検査に基づいて記載すること		
現在の処方 (頓服指示も含む)		
その他の重要事項(※該当部分に <input type="checkbox"/> にチェックをしてください)		

入院中の他科受診なし

入院中の他科受診あり

○ 加療内容はこの診療情報提供書に記載あり

○ 別途、当該科より診療情報提供書あり

経過中の精神状態 特記なし 悪化あり

Japan Emergency Psychiatry Scale – Ex (赤・橙・黄)

見守りの要否 (問題なし・部分的・困難)

報告元施設に精神科があれば精神科からの報告書 あり なし

【付録 3-1】バージョンアップされた Japan Emergency Psychiatry Scale – Expert opinion version (JEPS-Ex 2.0) <全体>

Japan Emergency Psychiatry Scale (Expert opinion version) 2.0																					
順序	内容																				
1.	<p><b>メタデータクリアランスシート</b> ※下部に特記あればチェックを入れた詳細記入すること</p> <p><b>氏名</b> <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 性別 (左右差・偏視)</p> <p><input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脈拍 <input type="checkbox"/> 呼吸数 <input type="checkbox"/> 酸素化率</p> <p><input type="checkbox"/> 瞳孔 <input type="checkbox"/> 四肢動作 (左右差・他)</p> <p><input type="checkbox"/> 重要な補足情報</p> <p><input type="checkbox"/> 今回エピソードの発症様式</p> <p><input type="checkbox"/> 突然(数時間)</p> <p><input type="checkbox"/> 急性(数日)</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性(週単位)</p> <p><input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 有/無</p> <p><input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 有/無</p> <p><input type="checkbox"/> 既往症(例) 低体重/重い瘦削</p> <p><input type="checkbox"/> 身体既往症</p>																				
2.	<p><b>第一印象/ベクトル:精神科疾患の存在を疑うか</b></p> <p><input type="checkbox"/> 疑う <input type="checkbox"/> 疑わない(終了)</p> <p>※「疑う」場合、患者の主訴を患者のことは「」で特定し、以下も確認</p> <p>※重要な補足情報:精神科治療歴 ありなし-不詳</p> <p>※重要な補足情報:過去の同様エピソード ありなし-不詳</p>																				
3.	<p><b>スクリーニングパート</b></p> <p>※外観・会話でひとつずつチェックし、どちらもチェックの付く診断類型を特定せよ</p> <p>※外観・会話のチェック項目が特定の診断類型に一致しない場合、「診断類型特定不能」とし、チェックされた項目を記録せよ</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与えらるる乱れた身なりや化粧</td> <td><input type="checkbox"/> 整理しているがくたびれた感の身なり</td> <td><input type="checkbox"/> 派手な身なりや過度な装飾品</td> <td><input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った装い</td> <td><input type="checkbox"/> 季節に合わない服装</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 過度な敬儀さ/だやこやしに拘り言</td> <td><input type="checkbox"/> 会話内容は一貫している</td> <td><input type="checkbox"/> 訴えがバラバラで矛盾がある</td> <td><input type="checkbox"/> こだわりが強い会話/偏見がみられる</td> <td><input type="checkbox"/> 見当はずれな会話</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神病的譫妄の疑い</td> <td><input type="checkbox"/> 気分障害の疑い</td> <td><input type="checkbox"/> パーソナリティ障害の疑い</td> <td><input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラムの疑い</td> <td><input type="checkbox"/> 認知症の疑い</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与えらるる乱れた身なりや化粧	<input type="checkbox"/> 整理しているがくたびれた感の身なり	<input type="checkbox"/> 派手な身なりや過度な装飾品	<input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った装い	<input type="checkbox"/> 季節に合わない服装	<input type="checkbox"/> 過度な敬儀さ/だやこやしに拘り言	<input type="checkbox"/> 会話内容は一貫している	<input type="checkbox"/> 訴えがバラバラで矛盾がある	<input type="checkbox"/> こだわりが強い会話/偏見がみられる	<input type="checkbox"/> 見当はずれな会話	<input type="checkbox"/> 精神病的譫妄の疑い	<input type="checkbox"/> 気分障害の疑い	<input type="checkbox"/> パーソナリティ障害の疑い	<input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラムの疑い	<input type="checkbox"/> 認知症の疑い					
<input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与えらるる乱れた身なりや化粧	<input type="checkbox"/> 整理しているがくたびれた感の身なり	<input type="checkbox"/> 派手な身なりや過度な装飾品	<input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った装い	<input type="checkbox"/> 季節に合わない服装																	
<input type="checkbox"/> 過度な敬儀さ/だやこやしに拘り言	<input type="checkbox"/> 会話内容は一貫している	<input type="checkbox"/> 訴えがバラバラで矛盾がある	<input type="checkbox"/> こだわりが強い会話/偏見がみられる	<input type="checkbox"/> 見当はずれな会話																	
<input type="checkbox"/> 精神病的譫妄の疑い	<input type="checkbox"/> 気分障害の疑い	<input type="checkbox"/> パーソナリティ障害の疑い	<input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラムの疑い	<input type="checkbox"/> 認知症の疑い																	
4.	<p><b>簡易的精神症状評価シート</b></p> <p>※部分的・困難/常時がひとつでもあれば、簡易的には問題ありとせよ</p> <table border="1"> <tr> <td><b>会話成立</b></td> <td><b>指示動作</b></td> <td><b>見守りの要否</b></td> <td><b>重要な補足情報</b></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 問題なし  <input type="checkbox"/> 部分的  <input type="checkbox"/> 困難                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 問題なし  <input type="checkbox"/> 部分的  <input type="checkbox"/> 困難                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 不要  <input type="checkbox"/> 部分的  <input type="checkbox"/> 常時                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 家族の付添いを要する                 </td> </tr> </table> <p>※精神症状に起因する</p>	<b>会話成立</b>	<b>指示動作</b>	<b>見守りの要否</b>	<b>重要な補足情報</b>	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 常時	<input type="checkbox"/> 家族の付添いを要する												
<b>会話成立</b>	<b>指示動作</b>	<b>見守りの要否</b>	<b>重要な補足情報</b>																		
<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 部分的 <input type="checkbox"/> 常時	<input type="checkbox"/> 家族の付添いを要する																		
5.	<p><b>緊急度判定: 緑</b></p> <p>上記において、すべて問題なしの場合、緊急度判定: 緑と特定せよ</p> <p>そうでない場合、順序6以降に進むこと</p>																				
6.	<p><b>緊急度判定: 赤の評価</b> ※自傷・他害・興奮・まどまどない言動に該当すれば、緊急度を特定せよ</p> <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> <b>自傷</b>                      自殺企図の計画性・希死念慮の特異性・企図や念慮の経時的悪化がある                 </td> <td> <input type="checkbox"/> <b>他害</b>                      明らかに被害者がない行動を示す患者が、以下を示す                 </td> <td> <input type="checkbox"/> <b>興奮</b>                      幻覚や妄想                 </td> <td> <input type="checkbox"/> <b>まどまどない言動</b>                      名前や日付を回答できず以下を示す                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> イライラ、落ち着かない、拒否的                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 話を聞かない  <input type="checkbox"/> 暴力を振るう、物にあたる                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 言語的・身体的に威嚇                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 質問に答えない  <input type="checkbox"/> 質問に答えても、質問の意味がわからない                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想  <input type="checkbox"/> 危険物所持                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 他害予告・危険物所持                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <b>自傷</b> 自殺企図の計画性・希死念慮の特異性・企図や念慮の経時的悪化がある	<input type="checkbox"/> <b>他害</b> 明らかに被害者がない行動を示す患者が、以下を示す	<input type="checkbox"/> <b>興奮</b> 幻覚や妄想	<input type="checkbox"/> <b>まどまどない言動</b> 名前や日付を回答できず以下を示す	<input type="checkbox"/> イライラ、落ち着かない、拒否的	<input type="checkbox"/> 話を聞かない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう、物にあたる	<input type="checkbox"/> 言語的・身体的に威嚇	<input type="checkbox"/> 質問に答えない <input type="checkbox"/> 質問に答えても、質問の意味がわからない	<input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 他害予告・危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮				
<input type="checkbox"/> <b>自傷</b> 自殺企図の計画性・希死念慮の特異性・企図や念慮の経時的悪化がある	<input type="checkbox"/> <b>他害</b> 明らかに被害者がない行動を示す患者が、以下を示す	<input type="checkbox"/> <b>興奮</b> 幻覚や妄想	<input type="checkbox"/> <b>まどまどない言動</b> 名前や日付を回答できず以下を示す																		
<input type="checkbox"/> イライラ、落ち着かない、拒否的	<input type="checkbox"/> 話を聞かない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう、物にあたる	<input type="checkbox"/> 言語的・身体的に威嚇	<input type="checkbox"/> 質問に答えない <input type="checkbox"/> 質問に答えても、質問の意味がわからない																		
<input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 他害予告・危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持																		
<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮																		
7.	<p><b>緊急度判定: 橙の評価</b> (緊急度判定: 赤・橙として緑に該当しない「精神科疾患疑い症例」)</p> <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> <b>希死念慮</b>                      直近の自傷行為あり                 </td> <td> <input type="checkbox"/> <b>幻覚妄想</b>                      被害的な言動                 </td> <td> <input type="checkbox"/> <b>不安感</b>                      しゃべっていることがむずかしい                 </td> <td> <input type="checkbox"/> <b>活気がない</b>                      悲観的で自分を責める言動                 </td> <td> <input type="checkbox"/> <b>認知機能低下</b>                      迷子                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 月単位で持続している                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 生活破たん状態                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 攻撃的言動                 </td> <td> <input type="checkbox"/> レズボスが運く、短く、声が小さい                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 保護できる人物がいな                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持                 </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <b>希死念慮</b> 直近の自傷行為あり	<input type="checkbox"/> <b>幻覚妄想</b> 被害的な言動	<input type="checkbox"/> <b>不安感</b> しゃべっていることがむずかしい	<input type="checkbox"/> <b>活気がない</b> 悲観的で自分を責める言動	<input type="checkbox"/> <b>認知機能低下</b> 迷子	<input type="checkbox"/> 月単位で持続している	<input type="checkbox"/> 生活破たん状態	<input type="checkbox"/> 攻撃的言動	<input type="checkbox"/> レズボスが運く、短く、声が小さい	<input type="checkbox"/> 保護できる人物がいな	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮
<input type="checkbox"/> <b>希死念慮</b> 直近の自傷行為あり	<input type="checkbox"/> <b>幻覚妄想</b> 被害的な言動	<input type="checkbox"/> <b>不安感</b> しゃべっていることがむずかしい	<input type="checkbox"/> <b>活気がない</b> 悲観的で自分を責める言動	<input type="checkbox"/> <b>認知機能低下</b> 迷子																	
<input type="checkbox"/> 月単位で持続している	<input type="checkbox"/> 生活破たん状態	<input type="checkbox"/> 攻撃的言動	<input type="checkbox"/> レズボスが運く、短く、声が小さい	<input type="checkbox"/> 保護できる人物がいな																	
<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 危険物所持																	
<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮																	
8.	<p><b>緊急度判定: 黄の評価</b> (緊急度判定: 赤・橙として緑に該当しない「精神科疾患疑い症例」)</p> <p>※重要事項: 危険物所持があれば、緊急度判定: 橙として対応せよ</p> <p>※調査事項として、下記を特定せよ</p> <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 家族情報                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 睡眠や食事                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 精神科診察情報                 </td> <td> <input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源                 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 家族情報	<input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か	<input type="checkbox"/> 睡眠や食事	<input type="checkbox"/> 精神科診察情報	<input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源															
<input type="checkbox"/> 家族情報	<input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か	<input type="checkbox"/> 睡眠や食事	<input type="checkbox"/> 精神科診察情報	<input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源																	

「2020(令和2)年度厚生労働科学研究補助金(障害者政策総合研究事業)「精神科救急医療における質向上と医療供給体制の最適化」に資する研究」成果物  
 分担研究「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」に資する研究」成果物  
 問合せ: 国立病院機構熊本医療センター 精神科救急医療センター 橋本聡 代表 098-353-6501



【付録 3-3】バージョンアップされた Japan Emergency Psychiatry Scale—Expert opinion version (JEPS-Ex 2.0) <2/2 頁>

順序	内容				
6.	<input type="checkbox"/> <b>緊急度判定:赤の評価</b> ※自傷・他害・興奮・まとまらない言動に該当すれば、 <b>緊急徴候</b> を特定せよ				
	<input type="checkbox"/> <b>自傷</b> <input type="checkbox"/> 自殺企図の計画性・希死念慮の持続性・企図や念慮の経時的悪化がある <input type="checkbox"/> イライラ、落ち着かなさ、拒否的 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>他害</b> 明らかに落ち着かない行動を示す患者が、以下を示す <input type="checkbox"/> 話を聞かない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう、物にあたる <input type="checkbox"/> 言語的・身体的に威嚇 <input type="checkbox"/> <b>他害予告・危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>興奮</b> <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 言語的静穏化が無効 <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>まとまらない言動</b> 名前や日付を回答できる患者が、以下を示す <input type="checkbox"/> テンション高く話し続けて制止できない <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい <input type="checkbox"/> 他人には聞こえない声・他人には感知できない理由に怯える <input type="checkbox"/> つながりのない応答が繰り返される <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	
7.	<input type="checkbox"/> <b>緊急度判定:橙の評価</b> ※希死念慮・幻覚妄想・不安感・活気がない・認知機能低下疑いに該当すれば、 <b>緊急徴候</b> を特定せよ				
	<input type="checkbox"/> <b>希死念慮</b> <input type="checkbox"/> 直近の自傷行為あり <input type="checkbox"/> 月単位で持続している <input type="checkbox"/> 酩酊状態 <input type="checkbox"/> 保護できる人物がない <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>幻覚妄想</b> <input type="checkbox"/> 被害的な言動 <input type="checkbox"/> 生活破たん状態 <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>不安感</b> <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい <input type="checkbox"/> 攻撃的言動 <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>活気がない</b> <input type="checkbox"/> 悲観的で自分を責める言動 <input type="checkbox"/> レスポンスが遅く、短く、声が小さい <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>認知機能低下疑</b> <input type="checkbox"/> 迷子 <input type="checkbox"/> 保護できる人物がない <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>
8.	<input type="checkbox"/> <b>緊急度判定:黄の評価</b> (緊急度判定:赤・橙そして緑に該当しない精神科疾患疑い症例)				
	※重要事項:危険物所持があれば、緊急度判定:橙として対応せよ ※調査事項として、下記を特定せよ <input type="checkbox"/> 家族情報 <input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か <input type="checkbox"/> 睡眠や食事 <input type="checkbox"/> 精神科診療情報 <input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源				



## 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（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

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。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した。

2019年度は推奨内容の現場浸透度を把握するため、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することを目的とした。方法は、新型コロナウイルス関連問題からメールや電話でのやりとりに限定したがワーキンググループを設置した。また、ガイドラインの効果検証の評価にあたって必要な情報を整理し、調査の対象、実施方法を検討した。結果として、自殺未遂者ケアのガイドラインの調査項目は定義、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。今後、ガイドラインに関する知識、学習状況、診療に関する意識、実践状況、架空な想定事例をもとにした施設の対応状況などを検討する必要があると考えられた。

2020年度は、自殺未遂者ケアガイドラインに関する実態把握へのアンケート調査研究として、精神科入院料認可施設へのアンケート調査により、自殺未遂者ケアについての知識、実践について明らかにすることを目的とした。調査対象は精神科救急入院料認可施設160施設とし、調査方法としては自己記入式質問調査であった。調査項目としては施設属性、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、模擬症例への質問への回答等である。結果として、回収率は30.6%であり、回答施設の属性では精神科救急整備事業では常時対応と病院輪番型で占められた。回答者は精神科医または看護師、ソーシャルワーカーが回答する割合が高かった。診療で参考になっているものとしては、精神科救急医療ガイドラインを参考になっているものが約80%を占めており、ガイドラインの役割の重要性が示唆された。スタッフ教育ではガイドラインの項目についてそれぞれ参加施設の半数以上の割合を占めていた。一方、自殺予防の1-3次予防という包括的視点や、遺族支援、プレホスピタルの教育については半数以下であった。

これらの傾向は自院での未遂者ケアの取り組みでとても当てはまる・わりに当てはまるの割合についても反映されていると考えられた。新型コロナウイルス感染症と関連した自院の自殺企図症例の経験（複数回答）では、孤立や不安など心理的な状況、感染症への不安、他者との接触機会の減少、などが挙げられた。模擬症例への施設対応の概要としては、いずれの質問でも推奨される回答が多く割合を占めていた。ただし、自殺の危険性についての検討では、自殺の危険性が低いと回答する割合も2割以上あった。また、ケアや支援については幅広い回答が得られ、それぞれの機関での通常の未遂者ケアの状況が反映されていると考えられた。以上の点から、自殺未遂者ケアに対応する精神科救急入院料認可施設においても、教育や臨床の参照にされていることが多いことが明らかとなった。一方、対象施設の2割以上は精神科救急ガイドラインは参照しておらず、スタッフ教育についても包括的な教育に課題があることが明らかとなった。そして、精神科救急における自殺未遂者ケアにおいては、新型コロナウイルス感染症の関連要因を持つケースを診療することも少なくないことが明らかとなった。

#### 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。そして、令和2年度は、自殺未遂者ケアガイドラインに関する実態把握へのアンケート調査研究として、精神科救急対応施設へのアンケート調査により、自殺未遂者ケアについての知識、実践について明らかにすることを目的とした。

#### 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、倫理委員会の申請には該当しなかった。

令和2年度は、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、基礎的情報収集を行うことを検討した。調査にあたっては国内の精神科救急医療機関である精神科救急入院料認可施設160施設を対象と見込んだ。

施設への調査方法としては、自己記入式質問調査により現場の声を集約できるような配布方法とした。

調査項目としては施設属性、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である。

調査期間は倫理委員会承認後～1ヶ月とした。

倫理的配慮として、本研究は患者の個人情報等を収集しない無記名の自己記入式質問調査であり、本研究についての情報を記載した説明文書を封筒に入れて研究対象者に配布し、返送をもって同意とみなした。なお、本研究は岩手医科大学医学部倫理委員会の承認を得ている。

## C. 研究結果/進捗

1. 2019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（WHO<sup>1</sup>、APA<sup>2</sup>、Harvard<sup>3</sup>、Hillard and Zitek<sup>4</sup>）での項目と我が国におけるガイドライン（①救急医療<sup>5</sup>および②精神科救急医療<sup>6</sup>）、ACTION-Jの知見に基づくガイドブック<sup>7</sup>、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<sup>8</sup>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）。

(図 1)

	APA	Harvard	Hillardら	WHO	①救急医療	①精神科救急
定義	○		○		○	○
原則	○				○	○
情報収集					○	○
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				○	○	○
精神的対応	○			○	○	○
心理社会的介入	○				○	○
情報提供					○	○
ポストベンション						○

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](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ペンディウム. 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/shougaihoken/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/shougaihoken/jisatsu/dl/11.pdf>)
7. (日本自殺予防学会監修) 救急医療から地域へ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.

2. 2020年度は、自殺未遂者ケアガイドラインに関する実態把握へのアンケート調査研究の結果を示す。

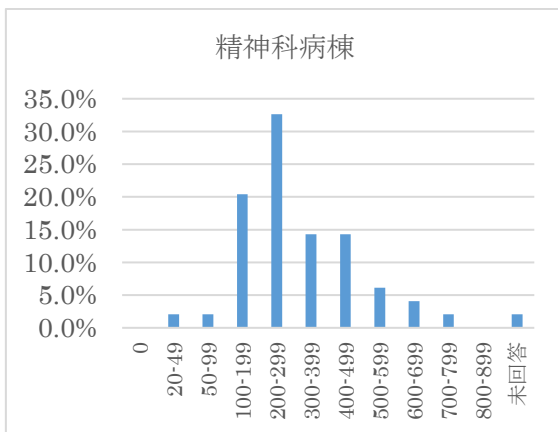
医療機関の調査項目としては、さらに職員への教育、病院としての自殺リスク検知後の対応状況なども考慮に入れる必要があると考えられた。

配布は精神科入院料認可施設 160 施設であり、49 施設より回答が得られた（回収率 30.6%）。

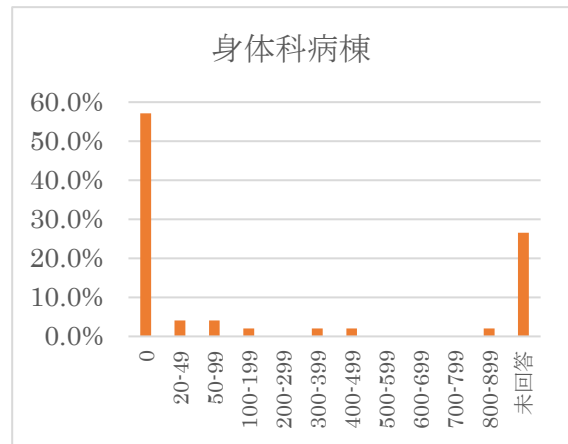
(1) 施設の状況について

ア. 病棟数について

(図 2)

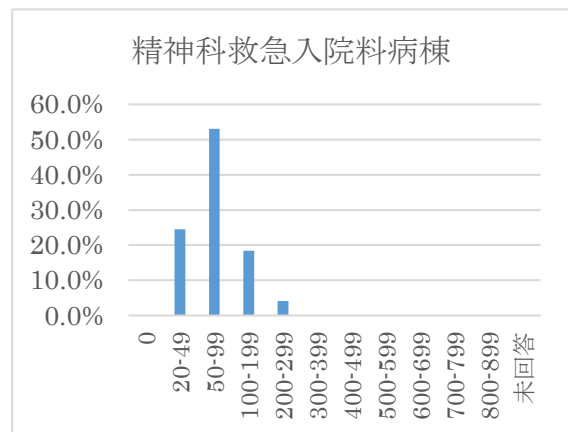


(図 3)

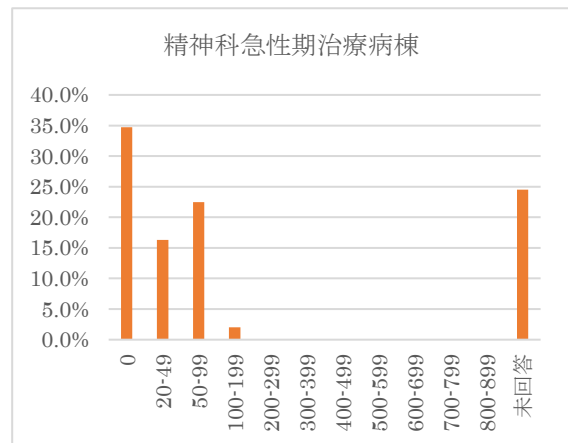


イ. 精神科救急入院科病棟数

(図 4)

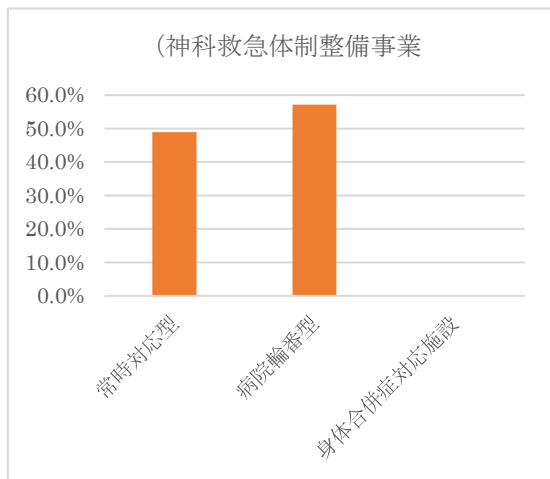


(図 5)



ウ. 精神科救急体制整備事業への協力

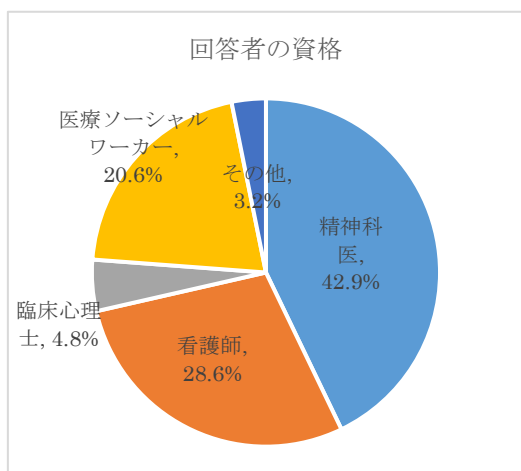
(図 6)



回答者の状況

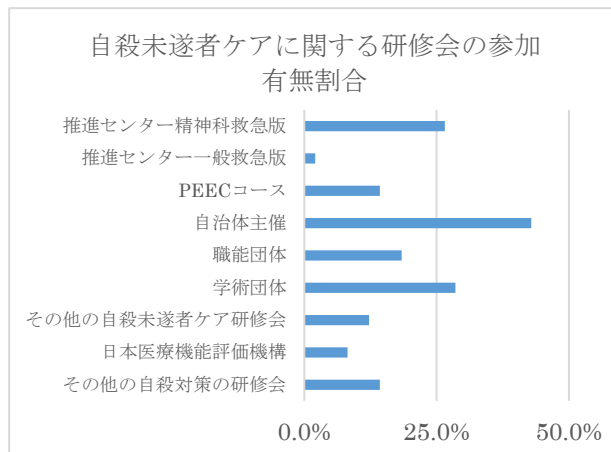
ア. 資格

(図 7)



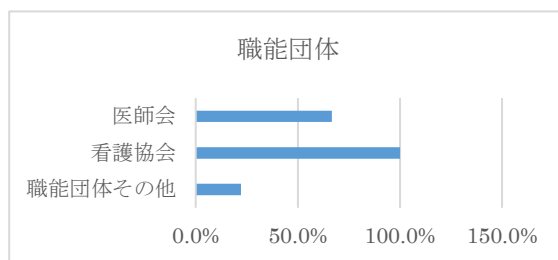
自殺未遂者ケアに関する研修参加の有無

(図 8)



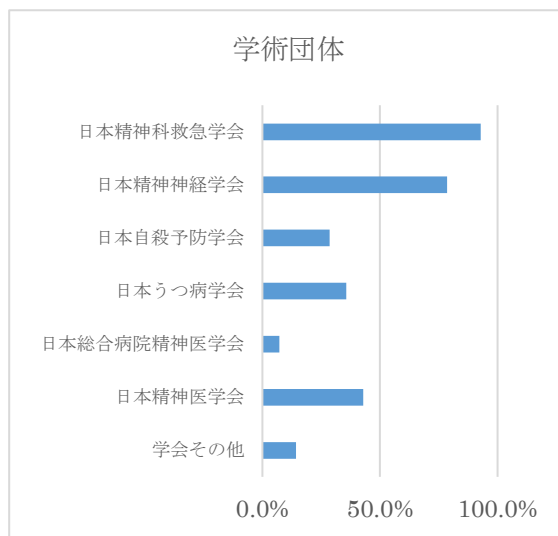
(職能団体の詳細)

(図 9)



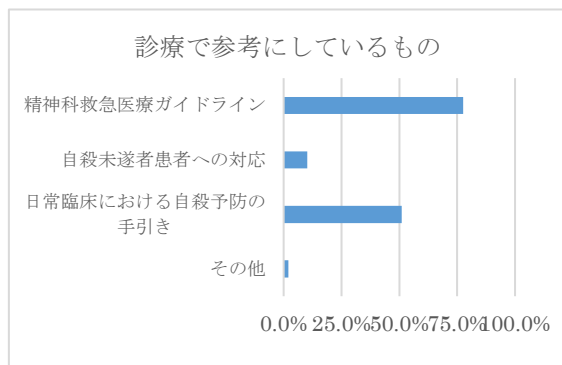
(学術団体の詳細)

(図 10)



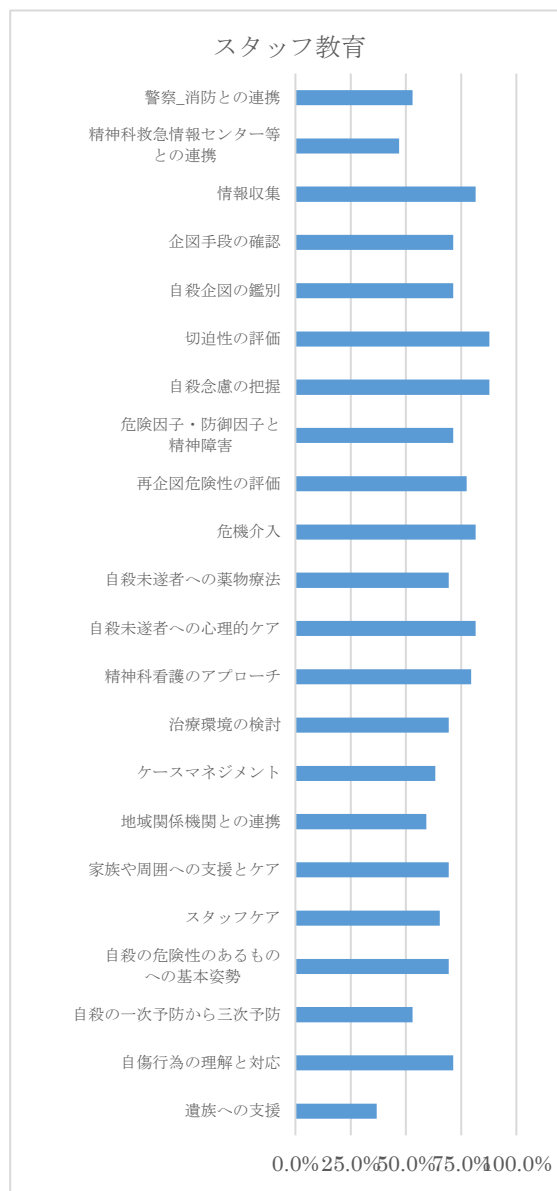
貴院での診療で参考になっているもの

(図 1 1)

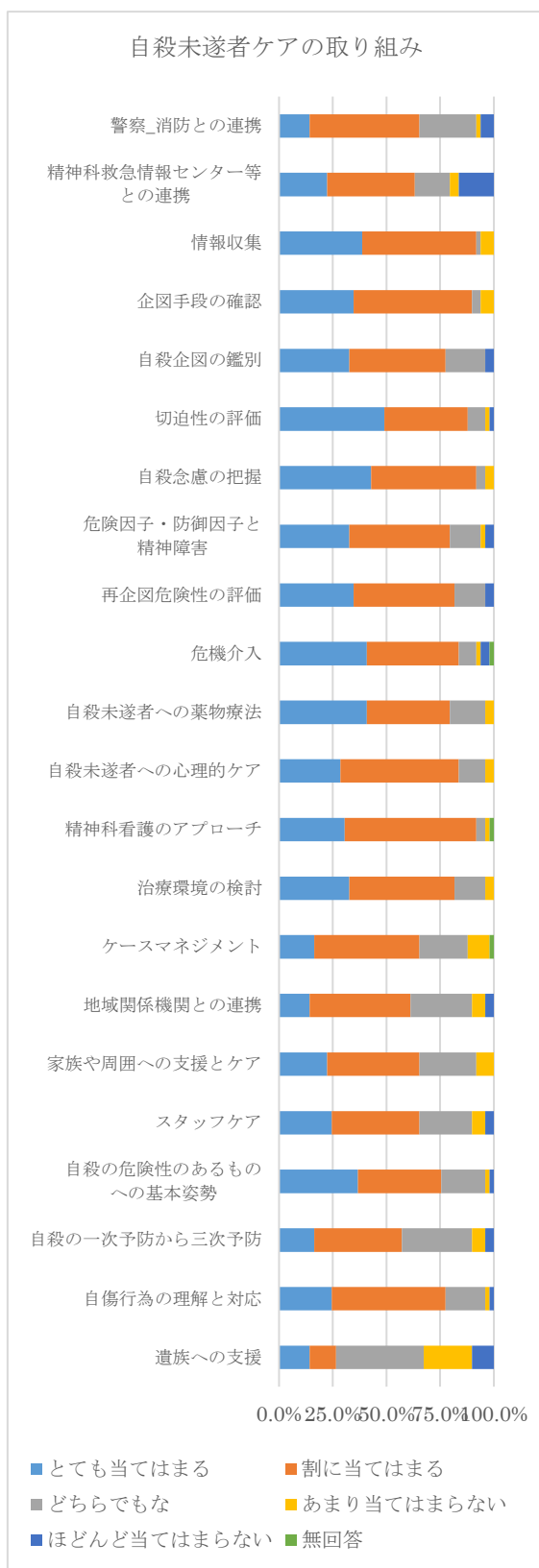


スタッフ教育について

(図 1 2)

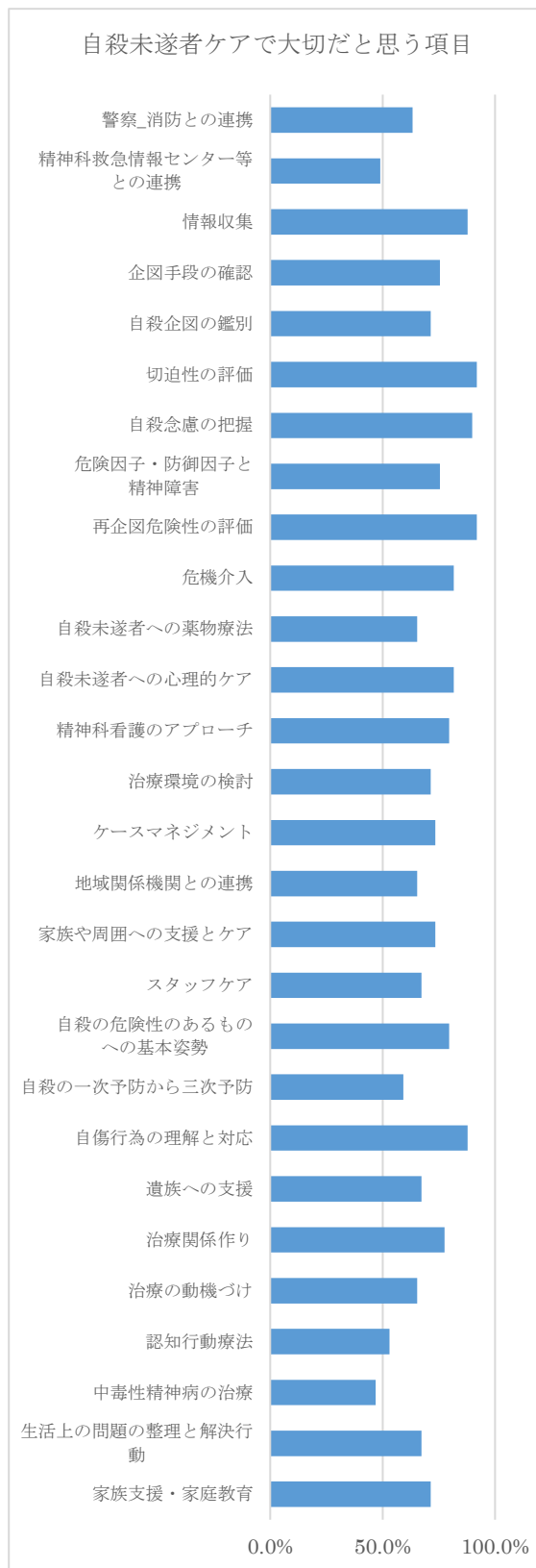


(図 1 3) 未遂者ケアの取り組みについて



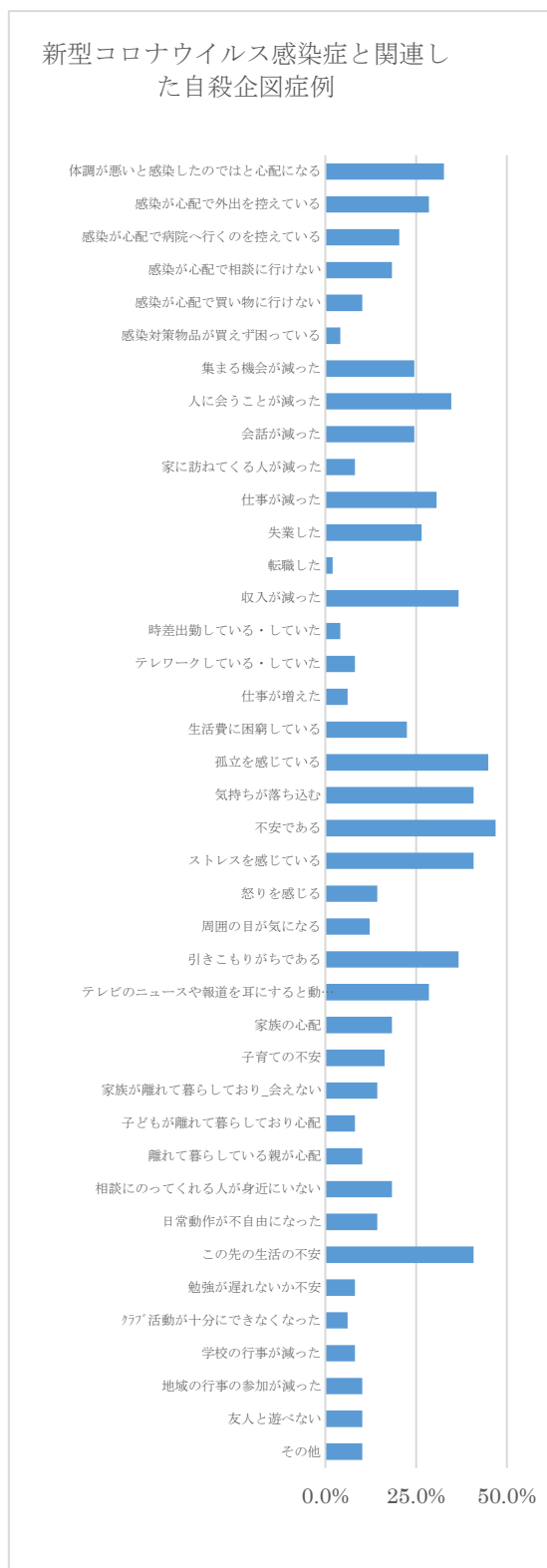
自殺未遂者ケアで大切だと思う項目

(図 1 4)





## 新型コロナウイルス感染症と関連した自殺 症例（図15）



## D. 考察

1) 2019年度は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。

2) 自殺未遂者ケアガイドラインに関する実態把握へのアンケート調査研究では、回収率は30.6%であり、高い回収率とはいえなかった。回答施設の属性では精神科救急整備事業では常時対応と病院輪番型で占められた。回答者は精神科医または看護師、ソーシャルワーカーが回答する割合が高かった。

自殺未遂者ケアに関する教育状況は、国・自治体の研修、その他精神科救急学会や日本精神神経学会などの学術団体の研修などが挙げられた。特に、診療で参考にしてしているものとしては、精神科救急医療ガイドラインを参考にしてしているものが約80%を占めており、ガイドラインの役割の重要性が示唆された。スタッフ教育としてはガイドラインの項目についてそれぞれ参加施設の半数以上の割合を占めていた。一方、自殺予防の1-3次予防という包括的視点や、遺族支援、プレホスピタルの教育については半数以下であった。これらの傾向は自院での未遂者ケアの取り組みでも当てはまる・わりに当てはまるの割合についても反映されていると考えられた。自殺未遂者ケアで大切な項目としてはいずれの質問

の割合も高かったが、中毒性精神病の治療や精神科救急情報センターなどプレホスピタルの項目は若干割合が低かった。

新型コロナウイルス感染症と関連した自院の自殺企図症例の経験（複数回答）では、孤立や不安など心理的な状況、感染症への不安、他者との接触機会の減少、などが挙げられた。

模擬症例についての回答についての概要としては、いずれの質問でも推奨される回答が多く割合を占めていた。ただし、自殺の危険性についての検討では、自殺の危険性が低いと回答する割合も2割以上あった。また、ケアや支援については幅広い回答が得られ、おそらくそれぞれの機関での通常の未遂者ケアの状況が反映されていると考えられた。

以上の点から、本研究対象である自殺未遂者ケアに対応する精神科救急入院料認可施設においても、教育や臨床の参照にされていることが多いことが明らかとなった。一方、2割以上は精神科救急ガイドラインは参照されておらず、スタッフ教育についても包括的な教育に課題があることが明らかとなった。

## E. 結論

2019年度は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。2020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った。本調査により、精神科救急ガイドラインが活用されている実情や、教育状況、実践的状況が把握された。ガイドラインの普及による効果が挙げられてる可能性が示唆された。一方、ガイドラインの改訂にあたっては

実践状況の課題などを取り入れていく必要も考えられた。また、精神科救急における自殺未遂者ケアにおいては、新型コロナウイルス感染症の関連要因を持つケースを診療することも少なくないことが明らかとなった。今後これらの知見を踏まえて、自殺未遂者ケアガイドラインや研修に役立てていく視点が重要と考えられた。

## F. 健康危険情報

特になし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Yoshitaka Kawashima, Naohiro Yonemoto, Chiaki Kawanishi, Kotaro Otsuka, Masaru Mimura, Yasushi Otaka, Kazuya Okamura, Toshihiko Kinoshita, Osamu Shirakawa, Reiji Yoshimura, Nobuaki Eto, Satoshi Hashimoto, Hirokazu Tachikawa, Taku Furuno, Tatsuya Sugimoto, Katsumi Ikeshita, Masatoshi Inagaki, Mitsuhiko Yamada : A two-day assertive case management educational program for medical personnel to prevent suicide attempts: a multicenter pre-post observational study. *Psychiatry and clinical neurosciences* 2020.
- 2) Hiroaki Kubo, Hiromi Urata, Motohiro Sakai, Shunsuke Nonaka, Kazuhiko Saito, Masaru Tateno, Keiji Kobara, Naoki Hashimoto, Daisuke Fujisawa, Yuriko Suzuki, Kotaro Otsuka, Hiroho Kamimae, Yuya Muto, Takashi Usami, Yoko Honda, Junji Kishimoto,

- Toshihide Kuroki, Shigenobu Kanba, Takahiro A. Kato : Development of 5-day hikikomori intervention program for family members: A single-arm pilot trial. *Heliyon* 6(1) e03011 2020.
- 3) Keisuke Inoue, Kotaro Otsuka, Hideki Onishi, Yoshinori Cho, Masaki Shiraishi, Kenji Narita, Chiaki Kawanishi : Multi-institutional survey of suicide death among inpatients with schizophrenia in comparison with depression. *Asian Journal of Psychiatry* 48 101908 - 101908 2019.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 大塚 耕太郎, 三條 克己, 福本 健太郎, 三田 俊成, 松下 祐, 柿坂 佳奈恵, 馬渡 晃弘, 阿部 崇臣, 山岡 春花, 土方 真吾, 伊藤 ひとみ, 赤平 美津子 : 【COVID-19に伴うメンタルヘルスの諸問題】コロナ蔓延とうつ・自殺. *臨床精神医学* 49(9) 1545 - 1549 2020.
- 8) 杉山 直也, 河西 千秋, 大塚 耕太郎 : 救急医療と自殺予防 精神科救急における自殺予防活動 日本精神科救急学会の理念と取り組み. *自殺予防と危機介入* 40(2) 30 - 35 2020.
- 9) 大塚 耕太郎, 赤平 美津子, 三條 克己 : 【コロナ禍とメンタルヘルス コロナうつを中心に】コロナ下のメンタルヘルスと支援者支援. *地域保健* 52(1) 36 - 39 2021.
- 10) 杉山 直也, 平田 豊明, 塚本 哲司, 佐藤 雅美, 八田 耕太郎, 大塚 耕太郎 : 【精神科診療のエビデンス-国内外の重要ガイドライン解説】(第15章)その他 精神科救急 精神科救急医療ガイドライン 2015年版. *精神医学* 62(5) 758 - 763 2020.
- 11) 小泉 範高, 大向 幸男, 阿部 瑞穂, 藤井 真理子, 滝本 成美, 大塚 耕太郎 : 【研究の観点からみた症例報告】自殺対策研究からみた症例報告 多職種によるケースカンファレンスの重要性. *精神科* 37(2) 158 - 161 2020.
2. 学会発表
- 特になし
- 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

### 3章 研究成果の刊行に関する一覧表



研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yoshitaka Kawashima, Naohiro Yonemoto, Chiaki Kawanishi, Kotaro Otsuka, Masaru Mimura, Yasushi Otaka, Kazuya Okamura, Toshihiko Kinoshita, Osamu Shirakawa, Reiji Yoshimura, Nobuaki Eto, Satoshi Hashimoto, Hirokazu Tachikawa, Taku Furuno, Tatsuya Sugimoto, Katsumi Ikeshita, Masatoshi Inagaki, Mitsuhiko Yamada	A two-day assertive case management educational program for medical personnel to prevent suicide attempts: a multicenter pre-post observational study.	Psychiatry and clinical neurosciences			2020
Hiroaki Kubo, Hiromi Urata, Motohiro Sakai, Shunsuke Nonaka, Kazuhiko Saito, Masaru Tateno, Keiji Kobara, Naoki Hashimoto, Daisuke Fujisawa, Yuriko Suzuki, Kotaro Otsuka, Hiroho Kamimae, Yuya Muto, Takashi Usami, Yoko Honda, Junji Kishimoto, Toshihide Kuroki, Shigenobu Kanba, Takahiro A. Kato	Development of 5-day hikikomori intervention program for family members.	A single-arm pilot trial	Heliyon 6(1)	e03011	2020
Keisuke Inoue, Kotaro Otsuka, Hideki Onishi, Yoshinori Cho, Masaki Shiraishi, Kenji Narita, Chiaki Kawanishi	Multi-institutional survey of suicide death among inpatients with schizophrenia in comparison with depression.	Asian Journal of Psychiatry	48	101908 - 101908	2019

大塚耕太郎, 赤平美津子, 三條克巳	【コロナ禍とメンタルヘルス コロナうつを中心に】 コロナ下のメンタルヘルスと支援者支援	地域保健	52(1)	36 - 39	2021
大塚耕太郎, 三條克巳, 福本健太郎, 三田俊成, 松下祐, 柿坂佳奈恵, 馬渡晃弘, 阿部崇臣, 山岡春花, 土方真吾, 伊藤ひとみ, 赤平美津子	【COVID-19に伴うメンタルヘルスの諸問題】 コロナ蔓延とうつ・自殺	臨床精神医学	49(9)	1545 - 1549	2020
杉山直也, 河西千秋, 大塚耕太郎	救急医療と自殺予防 精神科救急における自殺予防活動 日本精神科救急学会の理念と取り組み	自殺予防と危機介入	40(2)	30 - 35	2020
杉山直也, 平田豊明, 塚本哲司, 佐藤雅美, 八田耕太郎, 大塚耕太郎	【精神科診療のエビデンス-国内外の重要ガイドライン解説】 (第15章)その他 精神科救急 精神科救急医療ガイドライン 2015年版	精神医学	62(5)	758 - 763	2020
小泉範高, 大向幸男, 阿部瑞穂, 藤井真理子, 滝本成美, 大塚耕太郎	【研究の観点からみた症例報告】 自殺対策研究からみた症例報告 多職種によるケースカンファレンスの重要性	精神科	37(2)	158 - 161	2020
八田耕太郎	薬物療法・心理社会的療法からのアプローチ-薬物療法	精神科救急	23	24-25	2020

令和 3 年 3 月 31 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)—

国立研究開発法人 精神保健科学研究所  
機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋

次の職員の令和2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) 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) ・該当する口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3年5月11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2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) 千葉県精神科医療センター 名誉病院長  
(氏名・フリガナ) 平田 豊明 ヒラタ トヨアキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

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。

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 新井 一

次の職員の令和2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倫理委員会	<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 type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 申告する経済的利益関係がないため)
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□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。

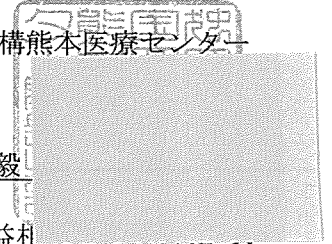
令和 3 年 4 月 12 日

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 国立病院機構熊本医療センター

所属研究機関長 職名 院長

氏名 高橋 毅



次の職員の令和2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対等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 3 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 2 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) 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□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。