

# 1 章 総括研究報告書



## 精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究

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

研究分担者：杉山直也（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、橋本聡（国立病院機構熊本医療センター）

研究協力者：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）、来住由樹（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター）、兼行浩史（山口県立こころの医療センター）、藤田潔（藤田こころケアセンター 桶狭間病院）、塚本哲司（埼玉県立精神医療センター 療養援助部）、花岡晋平（千葉県精神科医療センター）、野田寿恵（公益財団法人復康会あたま中央クリニック）、日野耕介（公益財団法人復康会沼津中央病院）、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（独立行政法人国立病院機構 災害医療センター、DMAT 事務局）、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 救急医療科）、庄野昌博（佐藤会弓削病院）、三宅康史（帝京大学医学部附属病院 救急医学講座）

### 要旨

【目的】精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤の一つとして求められる精神科救急医療体制の整備について、令和2年度の「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」で課題となった、①精神科救急医療施設のうち常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点、②自治体ごとに体制が大きく異なる点や精神科救急医療圏域の概念と圏域ごとの体制整備の考え方が十分に定まっていない点、③身体合併症対応施設の整備が進んでいない点、に対する解決策となる検討を行うことが本研究の目的である。

【方法】各課題について分担研究を設置した。①について、常時対応型施設の機能が期待される全国の精神科救急入院料病棟を届出する医療機関（N=179）を対象に、22問からなるアンケート調査を行い、その結果分析および有識者協議により、精神科救急医療体制における各医療機関類型を都道府県が指定するための基準案を提案した。②について、例年調査および新たなアンケートを行い、都道府県毎の状況を示すマップを作製したうえ、専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力と有識者協議により「精神科救急医療体制の均てん化を図るうえで、各自治体の精神科救急医療体制整備事業を評価する基準」やガイドラインを策定した。また、国立研究所が主催する自治体担当者向けの研修会で講義を担当し、情報伝達・交換を行った。③

について、Complexity Interventions Units (CIU) 調査の質問紙票を基に、精神科身体合併症対応の病棟機能類型を用い、全国の精神科救急入院料認可施設（157 施設）ならびに有床精神総合病院（257 施設）を対象に質問紙調査を行った。

【結果】①調査の回答率は 54.7%で、調査結果を踏まえ、常時対応型施設の指定基準案を作成した。必須条件に 24 時間 365 日、受診前相談機能の併設、診療実績開示、満床時の対応確保、参考開示要件として身体合併症対応機能、退院に向けた取り組み、退院後支援の実施、時間外診療体制（指定医、専任看護師、PSW 当直）、コメディカルの病棟配置状況、専門的な診療機能、社会貢献機能を採用した。②令和 2 年度（2020 年度）公開統計の集計・分析およびアンケート調査を実施し、精神保健福祉資料からのデータを加え、都道府県単位の情報マップを作成した。そのうえで、専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力および有識者間の意見交換により既存の「手引き」や「基準」を改訂して、「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン 2022」および「達成度評価シート」を作成した。また、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が主催する研修会の協力も計画通り実施した。③精神科救急病院（以下、PEH）から 60 施設（回答率 38.2%）、有床精神総合病院（以下、GHP）から 113 施設の回答を得た（回答率 44.0%）。身体合併症患者の入院治療に特化した病床があるのは PEH6 施設、GHP29 施設で、CIU タイプ 4 を運営する PEH は 1 施設、GHP は 62 施設であった。CIU タイプ 2 に該当する PEH は 9 施設で好事例もあったが、CIU タイプ 4 と比較すると人的資源、夜間休日の検査・処置の提供体制などに弱さがあった。

【考察】①整備事業の実施要項に定義される精神科救急医療施設について、解釈や関連要因によって機能の多様性が生じているところ、結果的に、整備事業における実施要綱上の定義を逸脱することなく、より具体的で、各都道府県が関係者協議の中で医療施設の指定の適否を判断するために、必要かつ十分な内容を提供する指定基準案を設定できた。全体把握により機能水準を検討する作成手順、エキスパート・オピニオンの採用は妥当かつ必要であった。今後実用と同時並行的なブラッシュアップが必要と考えられる。②整備事業の中核的機能は、事例の鋭敏な感知（感受性）、重症例を良質の医療に確実につなげる責任性、医療の質といった要素に、基盤的機能は、包括性、客観性、透明性という要素に分節化できる。以上の観点に基づいて、指標を一覧表示するマップを作成し、ベンチマーク指標の活用によって客観評価を容易にする新たな「精神科救急医療体制整備事業の評価シート 2022」を作成した。この情報ツールを自治体内で共有し、研修会等で他の自治体との意見交換を行うことにより、事業の持続的な均てん化が担保されると考えられる。③CIU タイプごとに求められる施設体制および診療体制（検査・処置体制、設備、身体科医師の配置、十分な精神科および身体科看護技術を有する看護師の配置、診療実績、身体合併症割合等）を提案した。今後の医療計画では、CIU タイプを活用した体制整備の考え方が有用と考えられ、病院機能分化と病病連携の促進が図られる可能性があるが、その際、病床区分を超えた連携を行う場合には制度上の配慮等により診療の質を損ねないように、また、患者利益に資するような対応が望まれる。

【結論】「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて課題とされた諸点に対し、分担研究を設置して検討した。いずれも一定の解決的価値を示す成果が得られ、今後の医療政策に資すると考えられるが、今後も継続的な見直しが必要である。

## A. 研究の背景と目的

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が急がれる。精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤の一つとして、精神科救急医療体制を整備することは、誰もが必要な時に適切な精神医療を受けることができる体制を構築する観点から特に求められており、整備に必要な諸制度による手当を行う必要がある。

令和2年度に開催された「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、自治体ごとに体制が大きく異なる点や、精神科救急医療圏域の概念と圏域ごとの体制整備の考え方が十分に定まっていない点、精神科救急医療施設のうち常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点、身体合併症対応施設の整備が進んでいない点等が課題に挙げられた。また、精神科救急医療体制の均てん化を図るうえで、各自治体の精神科救急医療体制整備事業（以下、整備事業）を評価する基準が求められている。

本研究では、これらの課題をふまえ、以下の分担研究を設置し、それぞれ検討を行った。

分担研究1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化（杉山）

整備事業の精神科救急医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点への対応として、調査や有識者討議によってこれら医療機関類型の機能の明確化を図った。

分担研究2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成（平田）

整備事業の運用状況を分析して、同事業の評価基準を開発し、運用ガイドラインを作成すること。これを全国の自治体にフィードバックして、精神科救急医療の均てん化に資することを目的とした。

分担研究3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討（橋本）

身体合併症対応施設の整備が進んでいない点について、精神科身体合併症対応の病棟機能類型を用いて調査を行い、本邦における心身両面における治療提供体制の詳細現況を把握し、将来的な病院機能分化や、地域における病病連携を促進するための基礎資料とした。

## B. 研究方法

分担研究1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化（杉山）

全国の精神科救急入院料等を算定する医療機関（N=179）に対し、必要な倫理配慮手続きを経て、22問からなるアンケート調査を実施した。調査項目は、本領域の専門学術団体である日本精神科救急学会の有識者である研究協力者らによる討議によって設定した。得られた結果を再び討議し、常時対応型に求められる機能項目を検討することにより、都道府県による指定基準案を策定し、精神科救急医療施設における各類型の機能を明確化した。

分担研究2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成 (平田)

- 1) 都道府県から国に報告された令和2年度(2020年度)の整備事業の年報や精神保健福祉資料、衛生行政報告例等の公開統計を集計・分析した。
- 2) 都道府県および政令市を対象として、精神科救急事業および受診前相談事業の運用に関するアンケート調査を実施した。
- 3) 1)、2)の結果を統合して、精神科救急医療関連の情報を都道府県単位で統合した全国マップを作成した。
- 4) 専門学術団体(日本精神科救急学会)の協力と有識者協議により、平成28年度(2016年度)の厚生労働科学研究報告で示された「精神科救急医療体制の整備に係る手引き」および「評価および整備のための基準」を改定して、精神科救急医療体制の整備と運用のための新たなガイドラインおよび整備状況の達成度を評価するための評価シートを作成した。
- 5) 整備事業を担当する自治体担当者に対する研修会を開催して、本研究の成果をフィードバックし、各地の現状を意見交換するためのワークショップを開催した。
- 6) 研究結果を総合して、整備事業の新たな評価シートを作成した。

分担研究3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討 (橋本)

精神障害者の身体合併症対応について、過去、Medical Psychiatry Units (以下、MPU)なる概念のもと、身体合併症対応の精神病床

を作り、精神科医師が精神・身体両面の治療を同時に行うというアプローチも実践された。近年は精神科身体合併症治療病棟を作り、そこに精神科医師・身体科医師が共に常駐する形式をとり、常時高いレベルの診療を提供する治療環境を最善とする考え方にシフトされて来ていて、Complexity Interventions Units (以下、CIU) と称されている。CIUは、常時心身両面について高いレベルの診療を提供する体制(タイプ4)から、本邦では一般病床で実践されているような診療体制(タイプ3)、精神病床における軽度〜中等度の身体合併症対応(タイプ1・2)など幅がある。

本分担研究ではJansen LAWらが国際協力して取り組む調査の質問紙票を基に精神科身体合併症対応の病棟機能類型を用い、日本精神科救急学会、日本総合病院精神医学会の協力を得て、全国の精神科救急入院料認可施設(157施設)ならびに有床精神総合病院(257施設)を対象に、2021年8月から10月にかけてオンラインを中心とした質問紙調査を行った。

### C. 研究結果/進捗

分担研究1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化 (杉山)

会議等を計6回開催した。都道府県関係者に向けた研修会で講義を担当した。調査の回答率は54.7%で、民間法人立66%、公立等34%、精神科病床数平均294.8床、総合病院約15%、精神病床のうち救急入院料は2病棟/医療機関までが一般的であった。96%が整備事業における指定を受け、病院群輪番型

52%、常時対応型 38%で、不整合回答が含まれた。診療要請に対する基本姿勢は、63%が 24 時間365日、11%が当番日以外も応需と回答した。常時対応型のうちバックアップを行う施設は 60%であった。受診前相談（精神科救急情報センター、24 時間医療相談窓口）は 55%が指定なし、指定医常駐 27%、オンコール68%、専任看護師 50%で、精神保健福祉士（PSW）当直は 13%であった。2020 年度の時間外、休日または深夜における入院件数平均は 156.1 件で診療報酬要件（40 件または 0.5 件／圏域人口万）を大きく上回り、主たる来院経路は医療機関で異なるが最多は本人・家族等、当事者による直接来院で（40%）、情報センター経由は低調であった（16%）。身体合併症の対応範囲は初期水準が最多（71%）、2 次（7%）・3 次水準（11%）で総合病院の割合に近似し、応需不可が 9%あった。対応体制は、院内併診は 14%、単科常勤 37%、単科非常勤 33%、院外対診 11%、精神科医対応 20%であった。転院協定は 40%にあり、転院後往診は 10%で実施されていた。満床時の対応は、近隣を探す 21%、協定によるバックアップ 11%、外来のみ対応 22%、断る 22%、公的機関調整 12%であった。退院に向けた取り組みはいずれも高い水準で機能を有し、退院後支援会議の平均開催数は年間 9.4 件、連動する診療報酬の平均算定数は 5.0 件であった。受入病棟のコメディカル職員の配置は作業療法士 57%、薬剤師 26%、公認心理師 36%、医師事務作業補助者 21%、夜間看護 16:1 配置 27%であり、職種によるばらつきが見られた。現時点での常時対応型（N=30）と病院群輪番型（N=52）の比較で、常時対応型の設立母体は公立優位で、受診前相談の併設が高かった。診療姿勢は常時対応型の 87%が 24 時間

365 日応需を基本とし、病院群輪番型でも積極的な姿勢が相当数みられた。受入実績に群間差はなく、常時対応型施設は身体合併症 2・3 次水準の受け入れ可が多かったが、初期水準回答は同率であった。退院後支援活動は常時対応型でより活発、受入病棟のコメディカル職員の配置、診療機能、社会貢献では常時対応型施設でのやや優位がみられた。

調査結果を踏まえ、常時対応型施設の指定基準案を作成した。1) 必須条件には①24 時間 365 日、②受診前相談機能、③診療実績開示、④満床時の対応確保、2) 参考開示要件として①身体合併症対応機能、②退院に向けた取り組み、③退院後支援の実施、④時間外診療体制（指定医、専任看護師、PSW 当直）、⑤コメディカルの病棟配置状況、⑥専門的な診療機能、⑦社会貢献機能を採用した。

分担研究 2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成（平田）

1) 都道府県による年報を集計し、2020 年度の整備事業では、全国に 149 の精神科救急医療圏が設定され、1,105 施設（うち有床施設 1,024、無床施設 81）の精神科救急医療施設が指定されていた。ここに年間 33,203 件（人口 100 万に対して 1 日当たり 0.72 件）の受診があり、その 49.5%に当たる 16,442 件（同 0.36 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 25.7%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は 2016 年度をピークに減少した。

また、措置入院の50.5%が精神科救急事業において執行されていた。

- 2) アンケート調査には61自治体(44都道府県、17政令市)から回答があった。一部の受診前相談事業を除くと政令市の事業は都道府県と一体的に運用されていたため、調査結果は44の都道府県別に集計し、主な結果を可視化した(分担研究報告書参照)。
- 3) 1)、2)の研究結果に国の他公表データを加え、都道府県単位で精神科救急医療施設の分布図および精神科救急医療に関連する指標を一覧表示して全国比較が容易な情報マップ「全国精神科救急医療マップ2020」(暫定版)を作成した。
- 4) 専門学術団体(日本精神科救急学会)の協力と有識者協議により、2016年度の「精神科救急医療体制の整備に係る手引き」および「評価および整備のための基準」を改訂して、「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン2022」および「達成度評価シート」を作成した。
- 5) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の主催により、2022年2月5日、全国の都道府県および政令市の本事業担当者を対象とした研修会がオンライン形式で開催され、29都道府県と9政令市から46人の参加があった。この研修会では、上述の研究結果を解説したのち、資料4のガイドラインに沿ってワークショップ形式で各地の現状報告や意見交換が行われた。80%の参加者から研修内容に満足との回答があった。また、研修会

の終了後には達成度評価シートの自己評価結果が寄せられた。

6) 4)に記載

分担研究3)身体合併症対応の強化に資する具体策の検討(橋本)

精神科救急病院(Psychiatric Emergency Hospital; PEH)から60施設(回答率38.2%)、有床精神総合病院(General Hospital Psychiatry; GHP)から113施設の回答を得た(回答率44.0%)。PEHのうち精神科身体合併症患者の入院治療に対応(以後、CIU臨床)しているのは42施設(回答施設の70%)で、そのうち身体合併症患者の入院治療に特化した病床があると回答した施設は6施設であった(回答施設の10%)。GHPのうちCIU臨床を行うのは104施設(回答施設の92.0%)で、特化した病床を有すると回答したのは29施設であった(回答施設の25.7%)。精神科身体合併症に対応する病棟は医療政策の誘導に沿って徐々に増えていると理解できた。回答内容について記述統計を主に、カテゴリデータは潜在クラス分析を、連続データはクラスタ分析を行い、CIU臨床を行う病院の全国分布を求めた。また、その中で身体合併症対応に特化した病床がPEHにもGHPにも存在することが判明した。クラスタ分析の結果から、PEHの中でCIUタイプ4を運営するのは1施設、GHPでは62施設あったが、両者はほぼ相同の施設体制であった。PEHでありながらCIUタイプ4に該当する施設は、身体科医師の雇用も多く、身体管理の設備面にも多くの投資をしている施設であった。PEHの中でCIUタイプ2に該当する施設は9施設、CIUタイプ1に該当する施設は2施設あると考えられた。PEHのCIUタイプ2に該当する施設の中

で好事例と考えられる施設もあり、そこでは病棟ごとに身体合併症対応ゾーンを設置するなどの設備投資がみられた。それでも、PEHのCIUタイプ4と比較すると、PEHのCIUタイプ2では医師・看護師などの人的資源、夜間休日の検査・処置の提供体制などに弱さがあった。GHPでは、CIUタイプ2と判断される施設は5施設あった。

#### D. 考察

分担研究1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化 (杉山)

整備事業の実施要項に定義される精神科救急医療施設について、解釈や関連要因によって機能の多様性が生じているところ、今般診療報酬制度が見直されるに伴い、各医療施設類型の機能を明確化し、整備事業との連動によって地域医療体制を均てん化することは、精神科医療の良質化といったより大きな医療政策に通じる。精神科救急医療施設の機能の明確化では絶対的な外的基準は存在せず、合理的で有機的な制度の連動が求められることから、全体像を把握して機能水準の設定を検討する手順は妥当な唯一手段であった。また、トリアージ精度や診療カバー等、臨床的要因が大きく影響する点から、エキスパート・オピニオンを採用したことも必要であったと考える。結果的に、整備事業における実施要項上の定義を逸脱することなく、より具体的で、各都道府県が関係者協議の中で医療施設の指定の適否を判断するために、必要かつ十分な内容を提供する指定基準案を設定できた。今後本基準案について実用と同時並行的なブラッシュアップが必要と考えられる。

分担研究2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成 (平田)

整備事業は、精神科救急事例を鋭敏に感知して、重症例を良質の医療が提供できる病院に確実につなげるといった中核的な機能を、公共事業としての包括性や透明性を客観評価ができる基盤的機能が支える構造をもっている。

整備事業の中核的機能は、受診前相談の感受性、重症例を確実に医療につなぐ責任性、良質な医療を提供できる医療の質といった要素に分節して評価できる。基盤的機能は、多機関連携の水準を示す包括性、事業の客観評価を可能にする客観性、事業内容を公表して検証できる透明性という要素に分節化できる。

以上の観点に基づいて、評価シートに全国マップに掲載された指標のいくつかをベンチマーク指標として追加し、本事業の客観評価を容易にする新たな「精神科救急医療体制整備事業の評価シート2022」を作成した。この評価シートや全国精神科救急医療マップを自治体内で共有し、国が主催する研修会で他の自治体との意見交換を行うことによって、本事業の持続的な均てん化が担保されることが考えられる。

分担研究3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討 (橋本)

質問紙調査にて「CIUタイプ」の分類を行い、各タイプについて実在施設の実態を照合することにより、それぞれのCIUタイプの施設体制および診療体制の設定が可能と考えら

れ、これを提案することとした。CIU タイプ 4 に求められる施設体制として、夜間休日を含めた検査・処置体制、内科・外科他の身体科医師の常勤雇用、3年以上の実務経験相当の精神科看護・身体科看護技術を有する看護師が CIU 病棟勤務の 50%以上等を確保する。また、診療体制として、精神疾患診療体制加算 1・2の算定実績が毎月一定数以上あり、精神病床の稼働に占める身体合併症の割合 25%以上等であることが考えられた。また、CIU タイプ 2 に求められる施設体制として、平日日中の検査体制、酸素投与設備、内科・外科他の身体科医師の常勤雇用もしくは救急告示病院との連携体制、3年以上の実務経験相当の精神科看護・身体科看護技術を有する看護師が CIU 病棟勤務の 25%以上等を確保する。診療体制として、CIU タイプ 4 からの転院受入れが毎月一定数以上あり、精神病床の稼働に占める身体合併症の割合 10%以上等であることが考えられた。

## E. 結論

分担研究 1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化 (杉山)

既存の精神科救急医療施設の現況を悉皆的に調査し、54.7%の回答率 (98 医療機関) を得て、エキスパート・オピニオンによる討議の結果、今後の都道府県における指定のために関係者協議の中で参考となる基準案を提案した。「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて指摘された諸課題に対し一定の解決的価値を示すもので、今後の医療政策に資する成果と考えられる。

分担研究 2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成 (平田)

精神科救急医療体制を地域包括ケアシステムに位置づけ、均てん化するためのツールとして、「全国精神科救急医療マップ 2020」、「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン 2022」および「精神科救急医療体制整備事業の評価シート 2022」の 3 点を作成した。これらを活用して各自治体が本事業を自己評価して関係者で共有し、全国研修会で自治体相互の意見交換が継続されるならば、本事業は着実に均てん化されて行くと思われる。今後、全国マップは毎年アップデートされ、ガイドラインと評価シートも制度的手直しを契機に改定されて行くべきである。

分担研究 3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討 (橋本)

精神科身体合併症診療の実際について調査を行い、本邦の精神科身体合併症対応に資する病棟機能のモデルが描出された。今後の医療計画では、CIU タイプを活用した体制整備の考え方が有用と考えられ、これを通じ病院機能分化と病病連携の促進が図られる可能性がある。例えば心身ともに急性期である場合、まずは CIU タイプ 4 で対応し、必要に応じて CIU タイプ 2 を有する精神科病院への転院が検討されるべきかもしれない。その際、CIU 病床を活用した連携を行う場合には制度上の配慮等により診療の質を損ねないよう、また、患者利益に資するような対応が望まれる。

## F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表等

1) 杉山直也：2022（令和4）年の診療報酬改定に向けた精神科救急医療の動向．精神科治療学精神科治療学 37（2）号，213-218，2022

2) 杉山直也：総論．精神科救急医療ガイドライン 2022年版（杉山直也，藤田潔編），日本精神科救急学会（監修），2022

3) 平田豊明：タイトル．精神科救急，25，印刷中

2. 学会発表等

1) 平田豊明．我が国の精神科救急医療システムの現状と課題（1）．第29回日本精神科救急学会学術総会，2021年10月24日、郡山

2) 平田豊明．我が国の精神科救急医療システムの現状と課題（2）．第29回日本精神科救急学会学術総会，2021年10月24日、郡山

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

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