

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 10 日現在

機関番号：31201

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2012～2014

課題番号：24591729

研究課題名(和文)精神科救急における適正受診のための指標開発および連携体制構築による地域介入研究

研究課題名(英文)Development of Index for Appropriate Emergency Psychiatry Consultation and Local Intervention with Establishment of Collaborative System

研究代表者

遠藤 仁(Endo, Jin)

岩手医科大学・医学部・助教

研究者番号：90552737

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,700,000円

研究成果の概要(和文)：精神科救急システムのトリアージ基準は明確に設定されていない。本研究では精神科救急患者の受診適正度を指標化し、精神科救急医療の適正利用につなげる事を目的とした。平成26年10月17日から平成27年3月31日、岩手医科大学附属病院1次2次外来と岩手県高度救命救急センターを受診した精神科救急症例384件に対し、受診適正度について精神科救急担当医が0～10点で評価した。全背景因子中、自傷自殺企図の主訴が8.73点(71件、18.5%)と最も高く、アルコール関連の主訴が1.75点(4件、1.0%)と最も低い受診適正度であった。これらの結果は適正受診に向けた介入ポイントを明らかにしていると考えられた。

研究成果の概要(英文)：There is no clear triage criteria established for emergency psychiatry system. The objectives of this study were to establish an evaluation method for appropriateness of receiving consultation in emergency psychiatric patients and to provide them with proper treatments in emergency psychiatry. For 384 emergency psychiatric patients who had received consultations at the first and the second outpatient clinics of the Iwate Medical University Hospital and Iwate Prefectural Advanced Clinical Care and Emergency Center during the period between October 17, 2014 and March 31, 2015, emergency psychiatry specialists evaluated appropriateness of these consultations with a scale of 0-10. Out of all background factors, the commonest chief complaint was self-harm/suicide attempt at 8.73 points (71 cases), and the least common complaint was alcohol-related problems at 1.75 points (4 cases). It was considered that these results revealed the point of intervention to receive appropriate consultations.

研究分野：精神科救急

キーワード：適正受診 トリアージ

1. 研究開始当初の背景

精神障害者の地域ケアでは、自殺の危険や幻覚妄想状態を代表として、精神科的危機が生じた場合の精神科救急システムの活用が求められる。精神医療の充実化を目的とした早期介入や退院促進、自殺対策等の施策により、地域ケアにおける危機介入の役割を担う精神科救急に関する国民のニーズはより高まっていると考えられる。

そのような背景の中、精神科救急システムが各都道府県で構築されているが、医療機関や保健所等の精神科救急関連機関においては、どのような患者を精神科救急対応するかのトリアージは明確ではない。その結果、必ずしも救急対応を要しない患者の受診件数増大など、精神科救急の現場をめぐる問題が生じている。救急システムの破綻を未然に防ぐため、患者の精神科救急適正受診に関する指標を構築し、それをもとに適性受診プログラムを開発することは重要である。

しかし、これまで精神科救急において、受診患者の実態をもとにした受診適正度評価に関する指標は、十分に検討されていない。緊急性を加味した受診適正度に関して、精神科救急担当医とかかりつけ医の両者を包括的に組み込んだ研究は皆無である。

2. 研究の目的

本研究では、精神科救急医療に必須である適正受診の評価に関する指標に基づいて、医療機関が受診患者に対して適切な対応を行うことを目指している。精神科救急患者の受診適正度に関する実態調査を通して、医療機関・関連機関用の適正受診評価に関する指標開発を目的とした。

3. 研究の方法

調査期間は平成 26 年 10 月 17 日から平成 27 年 3 月 31 日までとし、対象施設は岩手医科大学附属病院 1 次 2 次外来 (以下「1 次 2

次」)と岩手県高度救命救急センター (以下「センター」)とする。

(1) 精神科救急医療施設における実態調査

対象施設において精神科救急症例に関して、精神科救急担当医が記載するケースカードおよび調査票から、背景因子 (性別、受診経路、新患再来、かかりつけの有無、飲酒の有無) と、主訴 (主訴内容、出現回数、出現時期) 診断、処置 (精神療法、向精神薬投与、向精神薬処方、身体的処置) 転帰 (帰宅、精神科病棟入院、救急センター入院) の情報を収集した。診断に関しては、国際疾病分類第 10 改訂版「精神および行動の障害」 (以下 ICD-10) ¹⁾ に基づき、F0 [症状性を含む器質性精神障害] F1 [精神作用物質作用による精神及び行動の障害] F2 [統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害] F3 [気分 (感情) 障害] F4 [神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害] F6 [成人の人格および行動の障害] G40 [てんかん] およびその他に分類した。さらに、アウトカムとして、「受診の適正度に関する評価 (以下、受診適正度)」を調査した。受診適正度は救急担当医より 0 ~ 10 点 (点数が高いほど適正な受診であることを意味する) で評価された。情報に関しては、雇用する地域連携員がデータ入力を実施した。

(2) かかりつけ医に対する実態調査

対象施設に精神科救急受診した患者の、かかりつけの主治医に対して、救急受診の適正度に関する調査票を郵送し、回答を事務局にて回収した。調査項目は、精神科救急外来受診時の患者自身の要因として、身体的重症度、精神医学的重症度、症状自体の緊急性、患者自身の理解度の 4 項目と、受診後の救急担当医の要因として、患者対応の適正度の 1 項目を調査した。救急担当医とかかりつけの主治医の評価する受診的適正度について相関を求めた。

4. 研究成果

(1) 調査期間内の精神科救急受診患者は384件であり、全体の受診適正度の平均値は5.74±3.17点であった。全患者において、調査項目毎、救急担当医が評価した受診適正度の平均値を算出した。

a. 背景の全体像

背景	項目	受診適正度	度数	割合(%)
性別	男性	5.58±3.09	117	30.5
	女性	6.10±3.32	267	69.5
受診経路	1次2次	4.86±3.01	256	66.7
	センター	7.55±2.68	128	33.3
新患・再来	新患	7.86±2.59	115	29.9
	再来	4.83±2.97	269	70.1
かかりつけ	あり	5.37±3.14	318	82.8
	なし	7.73±2.41	56	14.6
飲酒	あり	5.34±3.67	32	8.3
	なし	5.80±3.13	334	87.0
各背景の合計		5.74±3.17	384	100

再来患者や、かかりつけの有る患者において受診適正度が低かったことは、定期的な外来通院の中で救急外来受診の予防につながる余地があった可能性があるが、新患者やかかりつけのない場合には、症状の予測自体が困難で、救急対応を要したケースが多かったと考えられた。

b. 主訴に関する項目

主訴	受診適正度	度数	割合(%)
身体的愁訴	5.62±3.00	104	27.1
不安	3.60±2.21	88	22.9
自傷自殺企図	8.73±1.57	71	18.5
精神病症状	7.72±2.60	40	10.4
希死念慮	7.31±2.41	16	4.2
焦燥感	4.67±2.80	15	3.9
処方切れ	2.71±1.94	14	3.6
不眠	4.09±3.30	11	2.9
抑うつ気分	4.00±2.97	11	2.9
精神運動興奮	6.50±2.73	8	2.1
アルコール	1.75±0.96	4	1.0

自傷自殺企図や希死念慮の主訴は、入院など身体保護を要する可能性の高いとの判断で、全体的に高い受診適正度となったと考えられる。一方、処方切れは日中の外来受診で時間外受診を回避できる可能性があること、またアルコール依存症の相談や単純酩酊などアルコール関連の主訴は救急医療の対象外でもあることから、低い受診適正度となったと考えられた。

主訴の出現回数	受診適正度	度数	割合(%)
初回	7.40±2.89	101	26.3
2回目	9.00±1.76	19	4.9
3回目以上	4.84±2.94	256	66.7

主訴の出現が1～2回の時点では、患者自身の精神症状への理解度が低く、主訴への対応方法を十分に会得できていないことが多いと考えられる。日中の外来のみならず救急外来においても、その主訴への対応方法を相談する必要性があり、高い受診適正度につながったと思われる。3回目以上の場合は、知的障害や認知症、慢性期統合失調症などで、患者自身の理解力が低いケースが含まれ、救急外来への受診自体は低い適正度となった。患者の理解力に限界がある場合は、周囲の家族や社会資源を十分に活用し、救急外来受診以外の対応方法を検討しておく必要がある。

主訴の出現時期	受診適正度	度数	割合(%)
数時間前から	5.70±3.11	210	54.7
数日前から	5.66±3.29	102	26.6
数ヶ月前から	6.92±2.93	38	9.9
それ以上	4.11±2.57	28	7.3

主訴自体は数ヶ月前から出現しているものの、患者にとってはその症状が精神科医療の対象になるか否かが明確ではなく、対応方法がわからないまま経過し、救急受診に至ったという背景が推測される。近年、精神科医療の普及啓発が進んでいるとされる一方で、具体的な受診適応となる精神症状が、明確化されていない結果と考えられる。

c. ICD 診断

ICD 診断	受診適正度	度数	割合(%)
F0	8.14±2.38	14	3.6
F1	5.20±3.26	15	3.9
F2	5.56±3.16	131	34.1
F3	7.16±2.90	88	22.9
F4	4.97±2.62	67	17.4
F6	2.58±2.52	19	4.9
F7	5.46±2.86	24	6.3

F0 では 10 件が身体的愁訴を主訴とし、その内容もけいれん発作や消化管出血など慎重な全身管理を要するものが多かったこと、また F3 では 34 件が自傷自殺企図を占めていたことが、高い受診適正度につながったと考えられる。F6 では緊急性の乏しいと判断される受診が多く同一患者の頻回受診も見られ、同疾患患者への疾病教育の困難さが示された。

d. 処置に関する項目

受診後処置は、精神療法、向精神薬投与(救急外来のその場で投与する場合)、向精神薬処方(救急外来受診後、自宅等で頓服用として処方する場合)、身体的処置(採血、レントゲン等の身体精査や向精神薬以外の点滴等)の 4 項目について、それぞれ施行ありかなしかで評価した。

精神療法	受診適正度	度数	割合(%)
あり	5.76±3.26	185	48.2
なし	5.72±3.09	199	51.8
向精神薬投与	受診適正度	度数	割合(%)
あり	4.86±2.74	125	32.6
なし	6.17±3.28	259	67.4
向精神薬処方	受診適正度	度数	割合(%)
あり	4.59±2.52	68	17.7
なし	5.99±3.25	316	82.3
身体的処置	受診適正度	度数	割合(%)
あり	7.64±2.69	157	40.9
なし	4.43±2.79	227	59.1

精神科救急医療においても、身体的処置を要するケース、特に自傷自殺企図症例では受診適正度は高い。しかしその他の処置が施さ

れた場合は受診適正度が高くならなかった。救急外来で向精神薬の点滴も処方もなされなかったケースは 207 件存在し、うち半数以上の 104 件が入院対応を要した(精神科病棟入院 77 件、センター病棟入院 27 件)。これは、次に示す転帰の全体像における入院よりも高い比率であった。入院対応を要する程の重症な患者が、処置を施されずそのまま入院したと考えられる。その一方、点滴や処方のみで帰宅できる場合、改めてそれらの処置を時間外で行う必要性についても、十分に検討しなければならない。

e. 転帰

転帰	受診適正度	度数	割合(%)
帰宅	4.39±2.70	263	68.5
精神科入院	8.52±1.99	85	22.1
センター入院	9.14±1.38	28	7.3

最多の帰宅の転帰をたどった 263 件のうち、86 件が不安、76 件が身体的愁訴の主訴であり、この 2 つで 6 割以上を占めていた。不安から身体的愁訴を訴えるケースも存在する。休日夜間の病院が機能していない時間帯は、それ自体が精神疾患を抱える患者にとって不安出現の要因となり得る。その上で不安に対する対処方法を、日中の外来にて患者共に十分に相談しておくことが重要と考えられる。また精神科病棟入院 85 件のうち、入院形態毎の内訳は下記の通りとなった。

入院形態	受診適正度	度数	割合(%)
任意	7.86±2.25	42	49.4
医療保護	9.12±1.47	41	48.2
応急	10.00	1	1.2
緊急措置	10.00	1	1.2

救急現場における調査であるため一般的な基準より医療保護入院の占める比率が高かった。医療保護入院の受診適正度自体は先に述べたセンター入院とほぼ同程度の点数であった。患者の人権配慮という側面では任意入院の方が望ましいとされる一方、医療保護入院を要する患者は、より緊急性が高いゆ

えに同入院形態が選択されるという流れを象徴する結果となった。

(2) 調査期間内の精神科救急受診患者 384 件中、かかりつけの有る 318 件のうち、153 件から調査票の回答を得た。

調査票の回答を得た患者の、救急対応した担当医による受診適正度評価の平均値は 4.18 ± 2.63 点であった。しかしこの評価は、患者が救急外来を受診した直後 1 週間以内の一般外来の再来時に、かかりつけ主治医が評価した記録でもあるため、ほとんどが帰宅の転帰をとっていた背景がある (帰宅 : 150 件、精神科病棟入院 : 3 件)。

かかりつけの主治医の評価は、身体的重症度、精神医学的重症度、症状自体の緊急性、患者自身の理解度の、患者自身の要因 4 項目について、それぞれの項目毎と、4 項目の平均について評価した。更に救急医による受診適正度の評価と、かかりつけ主治医による評価との Pearson の相関係数を求めた。結果は下記の通りである。

調査項目	かかりつけ主治医の評価	相関係数
精神科救急外来受診時の患者側の要因		
身体的重症度	1.76 ± 2.25	0.211 ($p < 0.05$)
精神医学的重症度	4.26 ± 2.51	0.284 ($p < 0.05$)
症状自体の緊急性	3.59 ± 2.58	0.358 ($p < 0.05$)
患者自身の理解度	3.82 ± 2.64	0.219 ($p < 0.05$)
4 項目の平均	3.37 ± 1.90	0.354 ($p < 0.05$)
救急担当医側の要因		
患者対応の適正度	6.51 ± 3.10	0.080 ($p = 0.32$)

患者側の要因 4 項目の平均において、救急担当医の受診適正度評価と正の相関があり、特に症状自体の緊急性が、4 項目の中で高い相関を示した。精神科救急の現場で担当した医師と、実際のその患者の日中のかかりつけ医との評価が、緊急性という視点では近似し

ていたという一方で、これはあくまで帰宅の転帰をとった患者が多くを占めていた背景もあり、入院の転帰をとった患者が含まれた場合、相関係数に変化が生じる可能性も否定できない。相関があったとしても、それはあくまで低い重症度の中での相関である。患者自身の理解度も 3 点台と低い傾向にあったため、帰宅の転帰をとった患者が、いかに救急外来を利用する前に、不安などについて自身でコーピングできるよう、理解を促すかが重要となる。

(3) 本研究において、救急外来受診時の受診適正度評価が複数の救急担当医により施行され、その背景や主訴毎の平均を示すことで、それぞれの因子毎に差があることが客観的に示された。これらの結果は適正受診に向けた介入ポイントを明らかにしていると考えられる。

一例として、受診後の転帰から考慮すると、帰宅の転帰をとった患者群の平均値は 4.39 点であるため、その点数以下の主訴 (不安 : 3.60、不眠 : 4.09、抑うつ気分 : 4.00、処方切れ : 2.71、アルコール : 1.75) の場合は帰宅となる可能性がより高いと判断される。これに加え、主訴の出現時期や背景因子など他の要因を総合することで、複数に渡るパターンの主訴や患者背景の組み合わせから、患者の救急外来受診後の対応や転帰を予測することが期待される。しかしこれは、あくまで点数による予測手法の一つであり、精神科の実臨床の中では例外事例も多々存在することを考慮し、救急現場における患者自身の苦しみに直接耳を傾ける努力を怠ってはならないことは、言うまでもない。

今後さらに、自傷自殺を中心に各主訴毎の背景因子について詳細に解析すること、相関係数の評価に入院の転帰をとった患者を含め検討すること、救急受診に至った症状の出現に際し予測される因子があったかなどについて、さらに情報を集積しつつ、適性受診

プログラムの構築につなげていきたい。

<引用文献>

- 1) 世界保健機関：ICD-10 精神及び行動の障害 - 臨床記述と診断ガイドライン - 新訂版，医学書院，東京，2005。

5．主な発表論文等（研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線）

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計0件)

〔図書〕 (計0件)

〔産業財産権〕

○出願状況(計0件)

○取得状況(計0件)

〔その他〕

ホームページ等

6．研究組織

(1)研究代表者

遠藤仁 (ENDO, Jin)

岩手医科大学・医学部・助教

研究者番号：90552737

(2)研究分担者

酒井明夫 (SAKAI, Akio)

岩手医科大学・医学部・教授

研究者番号：30146063

大塚耕太郎 (OTSUKA, Kotaro)

岩手医科大学・医学部・講師

研究者番号：337156

(3)連携研究者

遠藤重厚 (ENDO, Shigeatsu)

岩手医科大学・医学部・教授

研究者番号：3016394

伴亨 (BAN, Tohru)

岩手医科大学・医学部・非常勤講師

研究者番号：90198953

上田均 (UEDA, Hitoshi)

岩手医科大学・医学部・非常勤講師

研究者番号：10244930