

令和2年10月2日	参考資料1
第2回 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ	

精神科救急医療体制を整備するための手引き

平成28年度障害者総合福祉推進事業
指定課題21「精神科救急体制の実態把握及び措置入院・
移送の地域差の要因分析に関する調査研究」より

「精神科救急医療体制を整備するための手引き」

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21 より

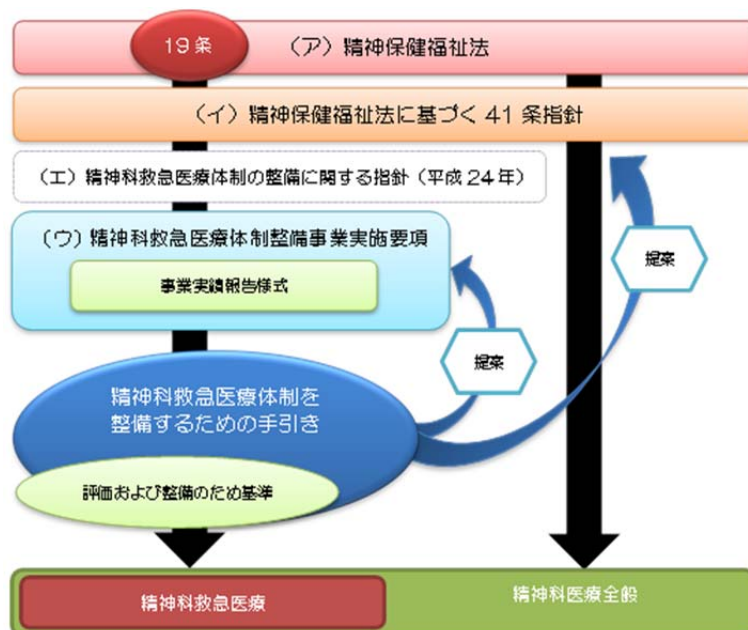
平成 29 年 3 月 16 日

0. 目的と役割

ここに示す「精神科救急医療体制を整備するための手引き」（以下「手引き」と略す）は、表記推進事業の主成果物であり、精神保健福祉法第 19 条に基づき、都道府県が整備努力を求められている精神科救急医療体制の整備事業に必要な事項を具体的に提示し、全国において均一な水準として事業展開（均霑化）されるための方向性や標準的在り方を提言するものである。この「手引き」は精神科救急医療について、平成 24 年に発表された「精神科救急医療体制整備事業に関する指針」、法第 41 条に定められた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（以下「法第 41 条指針」）、「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」および「交付要綱」などの現存公的文書が内包する種々の課題を補完し、より実効的かつ効率的な整備と評価の手順を示す役割を担うものである。本「手引き」は、表記推進事業において当該領域に深く関与する関係者ら（精神科病院協会、精神科救急学会、保健所長会、精神保健福祉士協会、総合病院精神医学会、家族会）が共同で合意した基本方針を基に作成しており、各都道府県での詳細調査を行って現状を確認、課題を明らかにしたうえ、それらが円滑化に向かうよう内容を整える手順とした。よって、本「手引き」における内容は、現状をふまえ最新の見識がアップデートされた、現時点における最適を推奨するものと理解されたい。その意味において、事業を実施する各自治体は、事業にかかるサービスの質の向上を高めるべく、本「手引き」における推奨を参照されたい。

なお、本「手引き」には、推奨事項を項目として抽出した「基準」を設けた。各自治体においては、項目ごとの評価を行って個々の課題を抽出するとともに、その課題の克服と推奨事項の達成を目指し、同時に各地で行われる連絡調整会議等において、整備の進捗状況を自己（他者）評価し、他県との比較などを行うなどして整備推進のための客観的資料として活用されたい。

また、表記推進事業におけるもうひとつの課題である「措置入院と移送制度の地域差の実態把握と要因分析」については、精神科救急医療に深く関連はするものの、広く精神医療全般にかかる事項であり、調査のうえ必要な事項や標準的なあり方を別途取りまとめる予定であったが、本年度途中で相模原市の障害者支援施設にて事件が発生し、その検証及び再発防止策検討チームにおいてガイドラインが策定される方向となったため、本事業においては調査報告までとした。



1. 実施要綱

精神科救急医療体制整備事業を実施する都道府県・政令指定都市にあつては、国の要綱等の公的文書ならびに本「手引き」の内容に整合するよう、自治体独自の事業の「実施要綱」を整備すべきである。(CODE 1) なお、政令指定都市の場合で、所属する都道府県と事業協調を行っている場合には、実施要綱を共有できる。

全国規模で行った調査によれば、都道府県(N=47)において、実施要綱の制定あり 80.9%、なし 4.3%、未回答 14.9%であった。全国 20 の政令指定都市のうち、所属都道府県との協調体制であると回答したのは 13 であった。

2. 基本的な考え方について

各自治体が定める「事業要綱」には、以下の基本的な考え方を明記することが望ましい。(CODE 2-1)

①精神科救急医療体制の整備については、自治体の取り組みとして、法 19 条に「体制の整備を図るよう努めるものとする。」と表現されており、行政責任において、これに努める必要がある。

(CODE 2-1-1)

②精神科医療とは、その全体像が多様な個別ニーズに応えることを前提とした多様な地域サービスの集合体であり、そのため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という考えが基本となる。したがって、精神科救急医療の最も基本的な理念のひとつは、利用者や当事者の地域生活を前提に、精神科救急医療体制を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で万一危機状況に陥った場合に即応できる専門対応リソース（医療資源）として明確に位置づけることである。また、精神科救急医療体制には、救急医療の本質として空白地帯の許されないセーフティネットとしての役割が求められる。以上より、精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、地域全体を公平にカバーし、他のケアシステムやサービス、さらには医療外資源とも連動して、あらゆる危機状況に敏感なりソースでなければならない。(CODE 2-1-2)

③整備への努力の一環として、利用者が権利や尊厳を回復してくためには、社会の偏見や不理解を克服することが重要な基本的課題となり、これを目指さねばならない。(CODE 2-1-3)

3. 体制

1) 構造

現行の精神科救急医療体制整備事業実施要綱には、幾つかの基本となる構造的な事業メニューが規定されている。本事業が行政事業である以上、一定の基本構造化を行って均霑化に近づける必要があるのは当然である。しかし一方で、法 19 条に「地域の実情に応じた体制の整備」と表現されるように、機能性を確保するために地域の多様性を前提とした整備上の工夫が求められることもまた事実である。

これまでの実態調査等より、現行の実施要綱では、各事業メニューにおける運用上の解釈、ひいては用語の解釈に至るまで、多様なあり方が存在することが明らかとなっており、全国的な比較や調査において「不均一」な現状という評価を免れなかった。本「手引き」の作成にあたって行った調査においてもこの不均一が再確認されているが、各地から寄せられた意

見では、地域特有の事情など配慮すべき事項が含まれており、一定の機能性も確認されていることから、構造的な矯正の無理強いは現実的でなく、むしろ医療サービスの混乱を招く可能性も否定できない。よって、優先されるべきは要綱記載内容の全国的な共有認識を図ることにあり、各事業メニューの在り方や運用、解釈などについて標準化を図ることと考える（詳細は各項目において言及する）。これによって均霑化に近づけ、本社会一般に説得力を有す事業として、地域にとって有意義ない治療体制を構築するとともに、安定的な事業費の確保を図る必要がある。

2) 機能的標準化

構造要件のみでは標準化されない多様性への対応について、一つの解決は機能面における要件設定である。精神科救急医療は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中の一資源であるという基本理念に基づけば、以下のように集約される要件を達成すべきである。

(CODE 3-2)

- ① アクセス性：すべてのニーズについて圏域ごと、重症度ごとに対応できる体制を有し、許容される時間内にアクセス可能であること。(CODE 3-2-1)
- ② 地域包括性：地域の包括的な体制における一資源であることを医療計画や精神科救急医療体制整備事業実施要綱等で明確化すること (CODE 3-2-2)
- ③ ケアの継続性：一般医療、通院医療との連続性が確保できるよう、体制が周知徹底される仕組みを広報等で確認できること (CODE 3-2-3)

4. 圏域

諸外国の例を見ても、おそらく基本的構造の一つは圏域（キャッチメントエリア）である。精神科救急医療体制整備事業において、従来「圏域」の概念はあまり明確でなく、その態様も全国的に統一感が無かった。医療計画などにおける二次医療圏は、一般医療を中心とした医療体制構築に用いられるが、精神科では医療資源の偏在から実効的でなく、より広域な圏域を設定していることが多い。

最新の実施要綱では精神科救急医療体制連絡調整委員会（項目 6）において「都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するとともに、圏域毎において確保した精神科救急医療体制を総合的に評価すること」とあり、「精神科救急医療圏域」がやや明確化された。今後、地域医療構想が整備され精神医療圏や障害保健福祉圏域や老人福祉圏域の議論が成熟する中で、精神科救急医療の圏域も明確にできる可能性があるが、一方で現状における資源の偏在や対応の多様性等の事情などを十分に考慮する必要がある。

都道府県（N=47）を対象とした全国規模の調査によれば、精神科救急医療圏域を医療計画と同じ全県 1 区としているのは 14.9%であり、70.2%が複数圏域を設定していた。2 次医療圏のまま設定している自治体はわずか（12.8%）で、多くは隣接する 2 次医療圏 2~3 をまとめて 1 圏域とする回答が多くみられた。また、1 圏域内の人口規模は最小 2 万人~最大 914 万人の幅があり、平均 76.2 万人、中央値 44.0 万人であった。1 圏域内の精神科医療機関の数は、最小 0~最大 52.0 であり平均 6.7、中央値 4 であった。一方、圏域内に診療報酬における精神科救急入院料認可施設を有する圏域数は、なし 35、1 カ所 41、2~4 カ所 27、5 カ所以上 6、同じく合併症対応施設を有する圏域数は、なし 41、1 カ所 21、2~4 カ所 15、5 カ所以上 3 で

あった。

調査結果をふまえ、「精神科救急医療圏域」の設定について、本「手引き」では機能を重視した以下の理想的なあり方を提案し、各自治体が地域の実情を踏まえて将来的に、この考え方に沿うよう求めるにとどめることとする。「精神科救急医療圏域」は、各都道府県において設定されている2次医療圏をもとに、隣接する2～3圏域を1単位とするおおよその圏域設定が望ましく (CODE 4-1)、それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースが整備されるよう、一部のサービスを広域対応とするなど、圏域を越えた柔軟な運用も可能にするなどして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるような整備を行うことが望ましい。(CODE 4-2)

5. 運用時間帯

本来、行政医療は運用時間について各文書の統一を図ることが必要であるが、精神科救急の運用時間帯について、現行法令等では、

法第19条：「夜間または休日」

41条指針：「二十四時間三百六十五日」

実施要綱：「24時間365日」

としており、一貫していない。

本「手引き」では、運用時間帯について、時間的空白が生じないようにすべきである (CODE 5)、を唯一の推奨とし、「夜間または休日」や「24時間365日」のどちらかであるかについては評価対象としない。

都道府県 (N=47) を対象とした全国調査の結果では、24時間365日としている自治体31.9%、休日・夜間51.1%、その他10.6%、未回答6.4%であり、その他と回答したうちの多くは22時までなどの時間限定であった。

なお、12月30、31、1月2、3日は祝日ではないという理由で休日に含めない考え方があるが、一般的に医療機関は休診体制であるため、休日扱いとして公式に実施要綱で統一すべきことを提言する。

6. 精神科救急医療体制連絡調整委員会

連絡調整委員会は、全県（都道府県）レベルで関係者が体制やルール、実態の認識共有を行い、合議によって問題を解決するための場として事業の運営に欠かせない。都道府県の全域として年1回以上開催するべきである (CODE 6-1)。また、圏域毎の検討部会を開催すべきである (CODE 6-2)。

最新の実施要綱によれば、連絡調整委員会とは、医療計画等に基づき、精神科救急医療圏域を設定し、圏域毎の精神科救急医療体制について合併症対応を含め事業の評価・検証を行い、圏域毎の実態に応じた体制機能の整備を図るとともに、関係者間の相互理解を深めることとされ、圏域毎の取り組みが強調されている。

特に、身体合併症患者に関しては、圏域毎の検討部会を開催し、地域資源を把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うとともに、研修事業を実施して関係機関（警察、消防、一般救急等）の実務者等に対する運用上のルールの周知徹底、個別事例の検討やグループワーク等を通じた関係者間の相互理解を深めるなど、圏域毎の機能的な体制整備について連絡調整委員会が役割を担うことの重要性が強調されている。身体合併症体制については、項目 10 にてあらためて推奨を行う。

都道府県（N=47）を対象とした調査では 80.9%の自治体が開催し（未回答 14.9%）、その頻度は平均 1.82 回（年間）であった。

従来国の実施要綱では、連絡調整委員会において、どのようなメンバーがどのような議題を取り扱うのかについての例示が不明確であったが、平成 28 年の要綱改訂において一定の明確な例示がなされた。本「手引き」では、以下の参加者、議題を標準として推奨する。

1) 「連絡調整委員」

出席すべき参加者 (CODE 6-3)

①実施主体（都道府県または政令指定都市） (CODE 6-3-1)

②確保事業担当者（基幹的な病院、輪番病院あるいはその代表者（精神科病院協会など） (CODE 6-3-2)

③消防機関あるいはメディカルコントロール関係者 (CODE 6-3-3)

④警察 (CODE 6-3-4)

⑤診療所代表者（精神科診療所協会、医師会など） (CODE 6-3-5)

⑥受診前相談担当者 (CODE 6-3-6)

⑦合併症医療担当医療機関の代表者 (CODE 6-3-7)

出席を考慮する参加者

⑧当事者 (CODE 6-3-8)、⑨市町村 (CODE 6-3-9)、⑩福祉担当者 (CODE 6-3-9)、⑪学識者 (CODE 6-3-10) など

2) 「議題」

審議すべき議題 (CODE 6-4)

①事業実績 (CODE 6-4-1)

②身体科との連携に関する事項 (CODE 6-4-2)

③自治体の実施要綱に関する事項 (CODE 6-4-3)

④厚生労働省からの伝達事項 (CODE 6-4-4)

⑤個々の事例の対応適切性に関する事後検証 (CODE 6-4-5)

⑥移送に関する事項 (CODE 6-4-6)

⑦警察及び消防との連携に関する事項 (CODE 6-4-7)

審議を考慮する議題

⑧体制における課題となる事項、⑨関連情報（災害医療体制など）

都道府県（N=47）を対象とした実態調査では、参加メンバーとして都道府県・政令指定都市（事業主体自治体）>精神科病院協会>消防やMC>警察>診療所協会>輪番病院>医師会>>常時対応型施設>受診前

相談対応者＞一般医療機関＞その他病院団体＝支援病院＝当事者＞市町村の順、議題として事業実績＞身体科との連携＞本省伝達事項＞自治体実施要綱＞事後検証＞移送、毎回の議題としては事業実績＞自治体実施要綱＞身体科との連携＞移送＞事後検証＞本省伝達事項、の順であった。

7. 受診前相談

受診前相談は救急医療の入り口となる極めて重要なトリアージシステムで、対象は軽微な日常的な相談から人命にかかわる深刻な危機状況までを含み、なおかつ膨大なニーズが潜在するため、この部分に注力して体制を機能的に整えておくことは限りある医療資源を有効に活用し、全体システムを機能的に保つことに直結している。

現在の実施要綱には、この受診前相談機能として精神科救急情報センターと精神医療相談窓口の2種のメニューがあり、前者は多機関調整 後者は当事者対応といった機能的棲み分けがある。

都道府県（N=47）を対象とした調査によれば、受診前相談機能を整備している自治体は、情報センターで80.9%、医療相談で61.7%に留まっている。両メニューに機能的差異がありとした自治体は25.5%あり、その多くが相談窓口はユーザー対応、情報センターは機関調整と回答していた。しかしながら、機能的差異なしとの回答が31.9%、未回答が42.6%にみられ、具体的意見においても時間帯による差異、重症度による区別（3次は情報センターなど）といった回答がみられ、必ずしも国の実施要綱が想定したとおりの実態は観察されなかった。

実際、危機状況にあるユーザーに両者を区別する余裕はなく、ニーズがきれいに2分されるわけではない。こうしたことから、受診前相談の体制においては、両メニューを実効的に整備し、トリアージの効率性や正確性とともな利便性を高めることが必要である。具体的には高次の多機関調整役を担う情報センターを全県1カ所、相談窓口を圏域ごとに置くことが理想であるが、地域性や人口規模が各地で異なるため、実際には地域の実情に応じた態様とならざるを得ない。

トリアージの効率性・正確性としては、持ち込まれたニーズの内容や緊急性を効率的かつ正確に判断・受理できる医療的知識や判断力が求められ、特に23条など通報案件への円滑な手続きは定式の手順として整備される必要がある。また軽微な案件を傾聴・共感などのスキルによって鎮め、それ以上重症化させないためのスキル等も必要であり、一定の技術研修やマニュアル整備、医師によるバックアップシステムなどが有用となる。また、利便性については、当該地域の社会リソースについての知識が豊富で、固有名詞を含め具体的な助言ができることが有用で、本来は精神科救急医療圏内にアクセスし、圏域内で完結することが理想的である。

以上を原則としつつ、今回の実態調査をふまえて、本「手引き」では以下の点をカバーできるよう推奨する。

1) 夜間・休日の23条通報処理について手順を明確にすべきである。(CODE 7-1)

(都道府県(N=47)を対象とした調査では、処理を行う自治体は10.8%のみ、75.7%は行わない、13.5%が無回答)

- 2) 救急医療は地域内完結を原則としており、受診前相談機能は利用者が利用しやすいような配慮によって、医療圏ごとの具体的対応が可能な実効的なサービスとして整備すべき(CODE 7-2-1)である(有益な情報提供や助言ができないような、圏域を超えた相談等が発生しないための配慮などを評価)。広域調整についてはあらかじめ連絡調整会議で取り決め、圏域同士の話し合いとする。
- (調査では、情報センター(N=37)は97.3%が全域カバー、圏域ごとカバーは2.7%、相談窓口(N=27)では全域が88.9%、圏域ごとは11.1%であった。)
- 3) 受診前相談機能は原則医療機関(当番病院ないし基幹病院)への設置が望ましく(CODE 7-3-1)、精神保健センターや独立した事業所に設置する場合は、これら医療機関との確実な連携体制を整えるべきである(CODE 7-3-2)。
- (調査では、情報センター(N=37)の設置先は行政機関29.7%、公的医療機関45.9%、他の医療機関8.1%、相談窓口(N=26)の設置先は行政機関34.6%、公的医療機関34.6%、他の医療機関15.4%であり、その他の設置先は、独立した事業所、企業・法人・病院協会などへの委託などであった。)
- 4) 職種は精神保健福祉士、看護師、心理士などの専門職であることが望ましい。(CODE 7-4)
- (調査では、情報センター(N=37)、相談窓口(N=26)のどちらにおいても、約80~90%でPSWが登用されており、看護師は75%程。相談窓口ではCPの活用が多くなる傾向があった(情報センター18.9%に対し相談窓口37.0%)。教育を受けた無資格者は10.8%(情報センター)14.8%(相談窓口)であった。)
- 5) 技能・知識要件を明確化し、事前研修を行うべきである。(CODE 7-5)
- 求められる技能は
- ① 傾聴(CODE 7-5-1)
 - ② 助言(CODE 7-5-2)
 - ③ 自殺・破壊行動リスクへの電話対応(CODE 7-5-3)
 - ④ 医療機関等地域内資源の案内(CODE 7-5-4)
 - ⑤ 受診要否判断 受診勧告(CODE 7-5-5)
 - ⑥ 多機関調整(CODE 7-5-6)
 - ⑦ 移送チーム(CODE 7-5-7)
 - ⑧ 通報対応(CODE 7-5-8)
- 求められる知識は
- ① 地域資源の知識
- とするべきである(CODE 7-6)。(法制や制度などについては、資格取得時のもので可)
- (調査では、身体科医療機関との調整について、情報センター(N=36)の27.8%、相談窓口(N=26)の7.7%が行うと回答し、殆どは行っていない実態が判明した。対応マニュアル整備について、情報センターの86.5%、相談窓口の80.8%で整備済み。就業前研修について「あり」は情報センターの43.2%、相談窓口の50%にとどまる。地域資源知識の確保は、情報センターで「あり」40.4%、「なし」40.4%、未回答19.1%、相談窓口「あり」59.6%、「なし」19.1%、未回答21.3%であった。)
- 6) 医師の応援体制を整えるべきである(CODE 7-7)(医療機関設置であれば問わない)。
- (調査では、情報センター(N=37)、相談窓口(N=26)のどちらも9割弱が体制を確保していた。)
- 7) 受診前相談のアクセス先について原則広報等で周知するべきである(CODE 7-8)
- (調査では、情報センター(N=38)で広報誌やHP公開は68.4%、26.3%は関係機関のみであった。)

相談窓口（N=26）では広報誌やHP公開は92.3%で、3.8%が関係機関のみであった）

8. 搬送体制

精神保健福祉法における「移送」については、精神科救急での適用場面は多いものの、救急医療に特化した仕組みではないため、精神医療全体の中で位置づけられるべきである。

以下の2経路について、それぞれ法に基づき各地での運用ルールを設定すべきである。

(CODE 8-1)

① 法29条の2の2 (CODE 8-1-1)

② 法34条 (CODE 8-1-2)

実際には、これらの「移送」制度を利用する場合は必ずしも多くない。いずれの経路、手段においても、当事者の人権に配慮した適切な搬送が実施されなければならない。

救急医療機関を対象とした調査の結果、民間業者を利用する移送などはまれであることが判明した。しかしながら、深刻な課題を有する移送のケースが存在することは明らかで、疾病（領域）特徴や偏見等により適時の受診行動に結びつきにくい受診動機上の傾向があり、時に拒絶、奨励・勧告する周囲との衝突が想定されるため、円滑な医療導入のためには、人権に配慮した適切で安全な移送制度の構築とともに受診促進対策の強化が必要と考えられる。

9. 精神科救急医療の確保

精神科救急医療の確保、すなわち受入れ医療機関の体制整備は、本事業における根幹部分である。サービスの欠落が無いよう網羅的に整備するには、一般的な救急医療の概念に従い、重症度ごとの受け入れについて段階的に確保されるような仕組みを概念的に構築することが有用で、利用者や一般社会への説得力を有し、透明性確保にもつながる。しかし一方で、現実的には重症度によらず対応し、ワンストップできる体制は利用者負担を大きく軽減できるほか、限られた医療資源の効率的活用にも通じる。本「手引き」において、重症度については救急医療における1次～3次になぞらえ、同時に現実実施要綱から概念的な逸脱が生じぬよう、便宜上Ⅰ：外来受診、Ⅱ：入院、Ⅲ：措置・応急入院の段階を設ける（現実実施要綱では入院病床の確保を想定して「精神科救急医療施設」、入院外対応想定して「外来対応施設」を設定している）。対応の順は低次→高次という順次高次が本来であり、機能的にも合理であるが、上述のように実態としてはⅠ～Ⅱ、Ⅱ～Ⅲ、あるいはⅠ～Ⅲを兼ねて対応している実例が少なくないため、その場合には実施要綱上の「精神科救急医療施設」と「外来対応施設」の両方を兼ねていることになる。

都道府県（N=47）を対象とした調査では、重症度別に対応体制を分けているのは36.2%、分けていない46.8%、未回答17.0%であった。また、メニューの実施状況として、常時対応施設38.3%、病院群輪番83.0%、外来対応はわずか17.0%、支援病院12.8%であった。実態として、入院想定の場合が結果的に入院にならない場合もあり、外来対応を入院受入れの輪番等が行うケースも多くあることが予測され、概念的には重症度別に対応体制を取り決めるとともに、実際にはワンストップ対応が行われている可能性が考えられる。

本「手引き」では「精神科救急医療施設」の類型を「基幹型」・「病院群輪番型」・「外来型」とし、以下のような機能分化を提言する。

- ① 基幹型：必ずしも常時の対応とはしないが、地域の拠点的役割を担い、連絡調整委員会には地域を代表して参加する医療機関。受け入れ機関として高次のケースを主に受け入れたたり、多くの当番日を担当したり、連絡調整委員会においてあらかじめ取り決めて最終受入れや広域受け入れ、あるいは受診前相談を担うなど、地域医療体制のコーディネーター役を担う。原則圏域に1カ所の整備が望ましく、国公立病院又は医師16対1の体制を有する高規格のユニットを備える医療機関が望ましい（広域対応とする場合は時間・距離的にアクセス可能を確認し、連絡調整会議で承認すること）。（CODE 9-1）
- ② 病院群輪番型：当番日に入院受入れを担当する。連絡調整委員会での取り決めにより、病床確保を必須とし、場合によっては当番日の受診前相談窓口を兼ねる。他の類型と併せた体制により、当番日や時間帯に空白がないようにすべきである。（CODE 9-2）
- ③ 外来型：入院外医療ニーズの事例に主に対応する。必要に応じて高次の医療機関を紹介する。他の類型と併せた体制により、当番日や時間帯に空白がないようにすべきである。（CODE 9-3）
- ④ その他：以下の機能を有す医療機関を指定できる。
 - (ア) 最終バックアップ病院：満床などにより受け入れ困難が生じた際にバックアップを行う医療機関を指定し、補完機能を明確化すべきである。（CODE 9-4）
 - (イ) 支援病院：後方転送のための支援病院を設けることができる。（CODE 9-5）

以上の類型に基づき、それぞれの医療機関を医療圏ごとに割り当て、全体の体制として空白地帯、空白時間が生じないよう（CODE 9-2 と 9-3 にて評価）、またあらゆる重症度（措置応急・要入院・要受診・電話対応の4カテゴリ）に応じた合理的な対応体制として整備するべきである（CODE 9）。そのさい、かかりつけ先のある患者の対応ルール、日中発生した事例の対応に関する精神科救急医療体制における取り扱い上のルールなどを明確にし、アクセス困難な状況が無いかどうかの検討の場、対応について事後検証する機会として連絡調整会議等を活用するほか、地域の病診連携の機会にて確認することが望ましい。また、受け入れ病院の医療機能については、医療計画に明記すべきである。

なお、本「手引き」では、これらのケースについて、全国的な解釈の統一が図れるよう、現場のコンセンサスに基づき、以下のように定義する。

- 日中発生ケースが緊急的に当番病院を受診した場合、救急事業実績に含めない。
- かかりつけのあるケースの救急実績上の取り扱い（マイクロ救急）について、対応病院が当番日でない場合は、救急事業実績に含めず、対応病院が当番日に当たっている場合は、救急事業実績に含める。

全国調査（特記がない場合 N=47）において、アクセス困難の想定は、あり 74.5%、なし 8.5%、未回答 17.0%と回答された。検証の機会については、あり 44.7%、なし 36.2%、未回答 19.1%であった。日中発生ケースの取り扱いは、救急事例として対応 12.8%、通常受診として対応 57.4%、場合によって救急事例として対応 19.1%、未回答 10.6%であり、主に夜間休日想定の方針と考える自治体が多かった。かかりつけのあるケースについては、かかりつけ優先ルール、あり 57.4%、なし 27.7%、未回答 14.9%であり、多くの場合診療責任をルール化していた。かかりつけのあるケースの実際の対応は、1次当番 2.1%、当番病院対応 80.9%、

未回答 17.0%であり、当番病院が対応せざるを得ないことがほとんどで、課題が残る。かかりつけのあるケースの救急実績上の取り扱い（マイクロ救急）については、対応病院が当番日でない場合、救急実績に含める 14.9%、含めない 70.2%、未回答 14.9%であり、一方対応病院が当番日に当たっている場合は、救急事例に含める 74.5%、含めない 10.6%、未回答 14.9%と回答され、当番日の場合には実績とする考え方が優勢であった。かかりつけのあるケースの対応に関するルールの取り決め手順について、回答があった自治体（N=39）のうち、51.3%が要綱に明記、35.9%が連絡調整会議で確認、64.1%が受診前相で談振り分けしていると回答した。バックアップ体制について、ありと回答したのは 63.8%、なし 21.3%、未回答 14.9%であった。バックアップの手順について、回答があった自治体（N=30）のうち、46.7%が要綱に明記、26.7%が連絡調整会議で確認、20.0%が病院同士の連携で対応、50.0%が受診前相談振り分けと回答した。病連連携活動の機会は、あり 51.1%、なし 31.9%、未回答 17.0%であり、ありと回答したうちの多くが定期的な連携会議を行っていた。医療機関体制について、医療計画への記載をしているのは 80.0%、なし 4.3%、未回答 14.9%であった。

10. 身体合併症

身体合併症対応については、従来深刻な課題を抱える。精神疾患と身体疾患の重複は複雑病態であり、十分に対応するためには双方の専門知識が必要になるほか、治療協力性における困難などによる実際の対応場面での労力の必要性などを含め、対応の難易度は明らかに高い。対応可能医療機関が稀有であり、総合病院精神科が万能というわけでもないため、病院前救護領域として、総務省消防庁の調査によれば、救急隊の活動において、精神疾患を背景に持つ傷病者では搬送先選定に困難を来たしやすことが判明しており、その後精神科救急医療体制整備事業を実施する自治体を対象とした類似の調査等においても、同様の困難性が繰り返し示されている。こうした各ケア段階、領域を超えた困難性は、医療従事者の間では説明の要らない共通認識となっている。これに対して、学会レベルでは両領域の学識者が協力連携して対応を学ぶ教育プログラムが開発される等、種々の取り組みが行われつつある。平成 24 年に発表された「精神科救急医療体制整備事業に関する指針」では、身体と精神の両面に同時に対応できる医療機関による対応体制の推進と同時に、そうした総合的な医療機関の網羅的な整備が現実には困難であることから、より現実的な対応を実現すべく、地域の複数の医療機関がそれぞれの専門性を補完し合って相互連携によって総合的な診療を行う地域連携モデルが提唱され、これを参考にそれぞれの地域の実情に応じた連携体制の確保が推奨された。法第 41 条に定められた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」においても、同様の主旨で連携体制の確保が記載されている。一方「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」では身体合併症救急医療確保事業がメニュー化されていたものの、本事業の実態は僅少という課題があった。元々本課題は主に精神科領域関係者で構成される事業の枠組だけでは解決できないものであり、精神科救急医療としての整備体制を設定するとともに、産科救急、小児救急と同様、救急医療の一特定領域としての位置づけを確立することも必要となろう。

都道府県（N=47）を対象とした調査では、並列モデル整備について、あり 48.9%、なし 36.2%、未回答 14.9%と回答された。ありと回答された並列モデルの指定状況（N=23）について、全県対応は 72.0%、圏域ごと対応 4.0%、一部圏域のみ 4.0%、その他 20%であった。一方の縦列モデル整備は、あり 23.4%、な

し 59.6%、未回答 17.0%であり、並列モデルに比べ著しく低調であった。一般医療と精神科の連携機会について回答があったのは僅かに 15 自治体であり、うち全県としてありは 11 自治体、すべての圏域であり 4、一部圏域であり 3 であった。一般医療領域で行われる連携機会への精神科関係者の参加については、51.1%が「わからない」と回答し、あり 17.0%、なし 6.4%、未回答 25.5%であり、両領域の分断構造を表した。日本臨床救急医学会が開発した（一般）救急医療における精神症状評価と初期診療を学ぶ研修である PEEC コースの開催は、51.1%が「わからない」、あり 2.1%、なし 19.1%、未回答 27.7%であり、普及が不十分であった。その他事例検証機会についての回答は、あり 17%、なし 21.3%、わからない 29.8%、未回答 31.9%であり、問題意識はあるものの、実際の連携については課題がみられた。

既に述べたように、精神科救急医療体制整備事業では、最新の実施要綱において、連絡調整委員会の中で、圏域毎に、身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会を持つこととされた。検討部会では、精神科救急医療に関する地域資源を把握するとともに、精神科病院協会及び都道府県等内における身体合併症患者に関する地域資源を把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うこと、とされている。さらに、精神科救急医療体制研修事業として、関係機関（警察、消防、一般救急等）の実務者等に対して、本委員会等で検討し取り決めた精神科救急医療体制の運用上のルールの周知徹底を図ること。また、個別事例の検討やグループワーク等を通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解を深めること、ともある。

圏域に責任を持つ体制構築の考え方は有用であり、精神疾患を有する患者の身体合併症への対応は、精神科のみならずそれぞれの医療機関が必ず抱える課題として、地域全体で取り組むことが重要である。実施要綱に追記された連絡調整委員会や検討部会の役割を活用し、圏域毎の体制構築を中心的な考え方としつつ、より高次の複合課題に対応可能となるよう、以下の類型に応じて整備する。

- 1) 全域対応合併症医療体制：都道府県内における全域に 1 カ所以上の精神科併設一般医療機関の明確化とその運用ルールを整備することが望ましい (CODE 10-1)
都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認、検証を行うこと。
- 2) 圏域対応精神科身体合併症医療体制：圏域ごとの、精神科と一般科の複数の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制の明確化とその運用ルールを整備するべきである (CODE 10-2)。

都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認を、圏域毎の検討部会にて事業の確認、検証を行うほか、研修などによって相互理解に努める。また、一般医療領域において各二次医療圏で開催されている協議会等の機会に精神科代表者が積極的に参加するなど、連携の充実に努めることが望ましい (CODE 10-3)。

「精神科救急医療体制を整備するための手引き」における「評価および整備のための基準」

大項目	中項目	小項目	推奨	水準	達成	準備中	未達成	CODE	備考
1	実施要綱		実施自治体として実施要綱を整備している	◎	□	□	□	1	
2	基本的な考え方について		以下の項目について、自治体要綱上に基本的な考え方の明記がある。					2	
			精神科救急医療とは地域包括ケア体制における即応型の一医療資源であること	○	□	□	□	2-1	
			精神保健福祉法第19条に基づき、自治体として整備に努めること	○	□	□	□	2-1-1	
			整備への努力の一環として、精神障害に対する社会の偏見や不理解の克服を目指すこと	○	□	□	□	2-1-2	
				○	□	□	□	2-1-3	
3	体制							3	
	構造							3-1	
	機能的標準化							3-2	
		アクセス性	すべてのニーズについて圏域ごと、重症度ごとに対応できる体制を有し、許容される時間内にアクセス可能である	◎	□	□	□	3-2-1	
		地域包括性	地域包括ケア体制の一資源であることを地域医療計画や精神科救急医療体制整備事業実施要綱等で明確化している	◎				3-2-2	1-1-1にて評価
		ケアの継続性	一般医療、通院医療との連続性が確保できるよう、体制が周知徹底される仕組みを広報等で確認できる	◎	□	□	□	3-2-3	
4	圏域							4	
			2次医療圏ごと、あるいは隣接する2～3圏域を1単位とするおおよその精神科医療圏域を設定している。	○	□	□	□	4-1	非評価項目
			それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースを整備されるよう、一部のサービスを広域対応とするなど、圏域を超えた柔軟な運用も可能にするなどして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるような整備を行っている	○	□	□	□	4-2	
5	運用時間帯		空白時間帯がない(以下のどちらかを記入)	◎	□	□	□	5	
			24時間365日					5-1	非評価項目
			夜間休日					5-2	
6	連絡調整委員会		都道府県の全域として年1回以上連絡調整委員会を実施している	◎	□	□	□	6-1	
			圏域毎に検討部会を実施している	◎	□	□	□	6-2	
		連絡調整委員	以下の参加がある(全域開催分について評価する)					6-3	
		必須委員	実施主体	◎	□	□	□	6-3-1	
			確保保持担当者	◎	□	□	□	6-3-2	
			消防あるいはMO関係者	◎	□	□	□	6-3-3	
			警察関係者	◎	□	□	□	6-3-4	
			診療所代表者	◎	□	□	□	6-3-5	
			受診前相談担当者	◎	□	□	□	6-3-6	
			合併症医療担当医療機関	◎	□	□	□	6-3-7	
		参考委員	当事者					6-3-8	非評価項目
			市町村					6-3-9	非評価項目
			福祉領域関係者					6-3-10	非評価項目
			学識者など					6-3-11	非評価項目
		議題	以下の議題を審議している(全域開催分について評価する)					6-4	
			事業実績					6-4-1	
		標準議題	身体科との連携に関する事項					6-4-2	一括評価
			実施要綱に関する事項	◎	□	□	□	6-4-3	
			厚生労働省からの伝達事項					6-4-4	
			移送に関する事項					6-4-6	
			警察及び消防との連携に関する事項					6-4-7	
		個別検証	個々の事例の対応適切性に関する事後検証	◎	□	□	□	6-4-5	
7	受診前相談							7	
	通報処理		夜間・休日の23条通報処理について救急医療体制整備事業との関係性の明確化を図ること	◎	□	□	□	7-1	
	圏域内完結		精神科救急情報センターおよび精神科医療相談窓口の役割について、利用者が利用しやすいような配慮によって体制を整えるとともに、医療圏ごとの具体的な対応が可能な実効的なサービスとして設置すること。(有益な情報提供や助言ができないような、圏域を超えた相談等が発生しないための配慮などを評価)なお、必要な広域調整については、あらかじめ連絡調整会議で取り決めること。	◎	□	□	□	7-2	
	設置母体		医療機関設置	○	□	□	□	7-3-1	
			当番病院と密な連絡調整がはかれる体制とすること	◎	□	□	□	7-3-2	
	職種		4) 職種は精神保健福祉士、看護師、心理士などの専門職であること	◎	□	□	□	7-4	
	技能要件の明確化	傾聴		◎	□	□	□	7-6-1	
		助言		◎	□	□	□	7-6-2	
		自殺・破壊行動リスクへの電話対応		◎	□	□	□	7-6-3	
		医療機関等地域内資源の案内	必要要件として業務手順に定めること	◎	□	□	□	7-6-4	
		受診要否判断 受診勧告		◎	□	□	□	7-6-5	
		多機関調整		◎	□	□	□	7-6-6	
		移送を含むアクセスに関する助言		◎	□	□	□	7-6-7	
		通報対応		◎	□	□	□	7-6-8	
	知識要件の明確化	地域の具体的な資源に関する知識	必要要件として業務手順に定めること	◎	□	□	□	7-7-1	
	医師の応援体制		医師の応援体制を置くこと(当番病院の指定医など)	◎	□	□	□	7-5	
	アクセス	広報	相談者がアクセスしやすいよう相談電話番号などをHP、自治体広報などによって周知する	◎	□	□	□	7-8	
8	搬送体制							8	
	搬送に関する運用のルール化							8-1	
		法29条の2の2		◎	□	□	□	8-1-1	
		法34条		◎	□	□	□	8-1-2	
9	医療確保		あらゆる重症度に応じた合理的な対応体制であり空白が発生しない(措置応急・要入院・要受診・電話対応の4カテゴリ)	◎	□	□	□	9	
	類型ごとの機能確保	基幹型★	原則に圏域1カ所(広域対応とする場合は時間・距離的にアクセス可能を確認し、連絡調整会議で承認する)。圏域公立病院又は医師16対1の体制を有する高規格のユニットを備える医療機関	○	□	□	□	9-1	
		病院群輪番型☆	当番日や時間帯に空白がない	◎	□	□	□	9-2	全体体制で評価
		外来型☆	当番日や時間帯に空白がない	◎	□	□	□	9-3	全体体制で評価
		その他	バックアップ機能	◎	□	□	□	9-4	
			支援病院		□	□	□	9-5	非評価項目
10	身体合併症対応							10	
	全域対応合併症医療体制		全域に1カ所以上の精神科併設一般医療機関の指定とその運用ルール 都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認、検証を行う	○	□	□	□	10-1	
	圏域対応精神科身体合併症医療体制		各圏域ごとの精神科と一般科の複数の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制の指定とその運用ルール 都道府県全体の連絡調整会議において事業内容の確認 圏域毎の検討部会にて事業の確認、検証 研修などによって相互理解に努めること	◎	□	□	□	10-2	
	一般医療領域における協議会などの活用による連携推進		一般医療領域において各二次医療圏で開催されている協議会等の機会に精神科代表者が積極的に参加するなど、連携の充実に努める	○	□	□	□	10-3	

★基幹型の定義: 常時対応でなくともよいが、国公立病院又は医師16対1の体制を有する高規格のユニットを備える医療機関であり、圏域の基幹的役割を果たす医療機関 ◎ ~べき

☆病院群輪番型は基幹型が、外来型は基幹型や病院群輪番型が同時に兼ねてまわらない ○ 望ましい