

平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）

「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」
【報告書】

平成 29 年 3 月

公益社団法人 日本精神科病院協会

「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」

目 次

1. はじめに	1
2. 事業概要	2
事業名・事業目的・事業概要・事業実施結果・考察	
3. 事業目的	5
4. 対象と方法	5
（1）研究対象	
（2）研究方法	
（3）個人情報への取扱い	
5. 調査結果	7
（1）作業部会①－1「基準」	
（2）作業部会①－2「輪番」	
（3）作業部会②－1「報告様式」	
（4）作業部会②－2「拠点」	
（5）-1 作業部会②－3「措置」	
（5）-2 作業部会②－3「移送」	
6. 考察	18
7. 今後の見直しに向けた提言	23
8. おわりに	25
9. 参考資料	26
10. 検討委員会・作業部会	26
11. 成果物公表計画	27
12. 成果物	29
（1）精神科救急医療体制を整備するための手引き	
（2）評価と整備のための基準	
13. 資料	45
（1）調査票 1～6	
（2）集計結果	

1. はじめに

精神科救急医療は、地域で生活する精神医療ユーザーの皆様にとって、なくてはならないサービスです。近年の脱施設化推進により、ますますその必要度は増大していると言えるでしょう。

従来、私たち日本精神科病院協会の会員である現場の医療従事者たちは誠心誠意、良質を心がけて精神科医療サービスを提供してきました。その取り組みには多くの急性期医療の実践が含まれ、これらの経験が現在の精神科救急医療技術の基礎となったことは、病院協会としての自負でもあります。しかし一方で、この精神科救急医療という比較的新しい医療の領域は、試みとしての要素も大きく、地域によってはその実践内容の差異が大きいことがしばしば指摘され、更なる充実や標準化が求められています。このことはもちろん、民間病院のみではなく、精神科救急医療を担う行政機関、公立病院などにとっても共通の、共に取り組んでいくべき課題といえます。

そのような実状の中にあって、今回私たち日本精神科病院協会は、平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）「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」を受託する機会を頂きました。全国的に不均一といわれる精神科救急医療体制の実態をあらためて調査するとともに、病院協会の特性を活かして全国約 1,200 の会員病院に協力を求め、輪番病院を対象とした史上初めての大規模調査を実施して実態把握を試みました。

また、日本精神科救急学会との協働により、精神科救急医療体制整備事業の実態分析および事業報告のあり方見直し、精神科救急入院料病棟の医療プロセス調査を実施、加えて措置入院に関する意識調査と移送の一部実態についても調査を行っています。折しも相模原市において痛ましい事件が発生し、措置入院や移送の制度に関する考察は事件後の対応動向に委ねることとなりましたが、本事業によって明らかにされた実態調査の結果を基に、成果物として「精神科救急医療体制を整備するための手引き」および「評価および整備のための基準」を取りまとめ、本報告書において提案するとともに、事業活動の詳細内容をご報告いたします。

今後各地において、精神科救急医療体制が均霑化され、地域で生活されている精神科医療サービスのユーザーの皆様健康増進、ひいては同医療サービスに係る会員病院を含めた医療従事者の業務充実に寄与できれば幸いです。この場を借りまして、事業にご協力頂いた関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

平成 29 年 3 月 31 日

公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

2. 事業概要

事業名	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
事業目的	平成24年4月1日に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律が施行され、都道府県の救急医療体制整備の努力義務が規定された。法の施行に当たり開催された「精神科救急医療体制に関する検討会」の報告書では、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等について取りまとめた。その具体的な内容や、都道府県、精神科医療機関等の役割等についても指針を示し、各都道府県において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）を積極的に活用することを求めている。 ところが、各都道府県において精神科救急事業の整備が行われてきたとはいえ、その具体的取組内容は十分に共有できていないがたい。このため、精神科救急事業の実績評価および補助金の分配が適正になされているかについては議論の余地がある。また、精神科救急事業で拠点的な機能を期待される精神科救急入院料病棟の運用実態についても、必ずしも明確には把握されていない。精神科救急医療における措置入院制度や移送制度の運用実態にも著しい地域差がある。 こうした現状を踏まえ、本研究事業では、詳細な実態把握を行った上で課題と対策を抽出し、各都道府県において活用できるガイドライン「精神科救急医療体制を整備するための手引き」を作成することを事業の目的とした。
事業概要	有識者（専門学会である日本精神科救急学会の代表者）、医療関係者（精神科救急医療の担い手として日本精神科病院協会会員、身体救急を含め精神科医療に従事する総合病院精神医学会代表者）、患者家族（家族会代表者）、相談支援事業者（保健所長会代表者）の専門家等で構成される検討委員会を設置し、各都道府県で行われている精神科救急医療体制の整備状況や措置入院、医療保護入院に係る移送についての調査及び整備状況の妥当性について評価や助言を得ながら、精神科救急医療体制整備事業の今後の遂行や事業内容の検討に資する以下の事業を行った。 1) 【作業部会①－1「基準」】都道府県毎の精神科救急医療体制（身体合併症対応を含む）の整備状況の実態把握。調査結果をふまえ、今後地域の実情に応じた精神科救急医療体制を整備するためのガイドライン「精神科救急医療体制を整備するための手引き」の

	作成、および都道府県毎の精神科救急医療体制整備状況の実態把握と評価のための共通の尺度「評価および整備のための基準」の開発 2) 【作業部会①－2「輪番」】精神科救急医療を確保するための医療資源の大部分を担う全国の病院群輪番型病院の実態調査 3) 【作業部会②－1「報告様式」】都道府県から毎年国に報告される精神科救急事業の年報の分析、および報告様式の改訂案の提示 4) 【作業部会②－2「拠点」】精神科救急医療体制において地域の拠点的な役割を担う精神科救急入院料病棟の実態及び運用に関する例年調査 5) 【作業部会②－3「措置・移送」】精神科救急入院料認可施設を対象とした措置入院に関する意識調査、および救急搬送の実態調査
事業実施結果	全国の都道府県を対象とした調査により、各地における精神科救急医療体制の実態が明らかとなった。従来指摘された運用の不均一などが再確認されたと同時に、標準化に向けた現実的な水準や、およそその共通認識等が判明し、本事業の成果物である「精神科救急医療体制を整備するための手引き」の策定のために大いに参考となる所見が多数得られた。全国 600 超の病院群輪番型病院の調査により、地域差が大きいと言われる精神科救急医療についての全国の平均的な姿が示された。拠点的な機能については明確でなかった。 精神科救急事業の実績は、本事業の対象となる精神科救急ケースの定義や報告基準が不明確のため、同じ自治体でも年度によって数値の変動が大きいことが判明した。 拠点病院の機能を担うべき精神科救急入院料病棟についても、調査回答率が 7 割未満のため、施設基準は満たしているものの、運用実績に関するデータには年度による変動がある。措置入院制度については、現状への批判はある一方で、見直しには慎重な意見も多かった。回答施設における救急搬送の実態に関する前向き調査では、依然として家族と警察に依存する実態が判明した。
考 察	精神科救急医療体制は、種々の均霑化策が進展したとはいえ、依然整備の途上にある。さらなる標準化を進めるためには、精神科救急医療の要素を、実施要綱、圏域、運用時間帯、精神科救急医療体制連絡調整委員会、受診前相談、搬送体制、精神科救急医療の確保、身体合併症といった項目に整理し、それぞれにおいて認識や概念を共有していくことが合理的かつ有効であると考えられる。特に「圏域」の概念と圏域ごとの体制整備という方策については、今後の地域医療体制の構築の動向に連動するうえで重要と考えられた。 各医療機関は、精神科救急医療体制整備事業の仕組みや、事業に

おけるそれぞれの役割をより正確に理解する必要があり、こうした共通認識の向上が精神科救急医療体制や地域精神科医療体制の更なる発展と標準化につながる可能性が考えられる。

精神科救急医療体制整備事業の実績評価と補助金分配を公正なものとするために、まずは事業実績の報告基準を統一しなくてはならない。また、精神科救急入院料病棟が本事業の拠点的機能を担うためには、今回の調査項目程度の臨床指標を設定し、補助金の加算と引き換えに毎年報告を義務づけるシステムを構築する必要がある。

措置入院制度は、相模原事件を契機として、行政的関与の強化を軸に見直されることとなったが、医療へのアクセス手段や処遇判定の厳密性など、精神科救急医療の分野では措置入院には有用性があることを考慮し、現場の実務に支障をきたさないような運用が図られるべきである。移送制度については、入院を前提としない医療アクセスの方法論という文脈で、今後も国レベルでの議論を継続すべきである。

今回の研究事業による以上の成果を集約し、全国的に統一された共通認識を構築しつつ、現状の機能にも柔軟に対応できるよう、「精神科救急医療体制を整備するための手引き」（案）および「基準」を提案した。精神科救急医療の本来の目的である長期在院者の発生予防、地域包括ケア体制の推進を目指す上で有効な指針になるものと考えられる。

3. 事業目的

平成 24 年 4 月 1 日に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律が施行され、第 19 条の 11 に都道府県が救急医療体制を整備することが努力義務として規定された。法の施行に当たり開催された「精神科救急医療体制に関する検討会」の報告書（平成 24 年 3 月 30 日）は、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等を示し、その具体的な内容や、都道府県、精神科医療機関等の役割を明記した。そして、各都道府県において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）を積極的に活用することを求めている。

ところが、各都道府県において地域の実情に応じた体制整備が行われてはいるとはいえ、その具体的取組内容は十分に共有できているとはいえない。このため、精神科救急事業の実績が公正に評価され、それに応じて補助金が適正に分配されているかについては議論の余地がある。

また、精神科救急事業において拠点的な機能を期待される精神科救急入院料病棟の運用実態についても、必ずしも明確には把握されておらず、その機能には施設差がある。精神科救急医療の実務における措置入院制度や移送制度の運用実態にも著しい地域差がある。

こうした現状を踏まえ、本研究事業では、詳細な実態把握を行った上で課題と対策を抽出し、各都道府県において活用できるガイドライン「精神科救急医療体制を整備するための手引き」を作成することを事業の目的とした。

4. 対象と方法

(1) 研究対象

1) 【作業部会①－1「基準」】

精神科救急医療体制整備事業の実施主体である都道府県（N=47）および指定都市（N=20）の担当部局を調査対象とした。

2) 【作業部会①－2「輪番」】

精神科救急医療を確保するための医療資源のうち、入院受入れを行う医療機関は、精神科救急医療体制整備事業実施要綱上、常時の対応を行う「常時対応型」と地域の話し合いのうえ当番日を決めて対応を行う「病院群輪番型」がある。過去の調査では「病院群輪番型」が全国の入院受入の大きな部分を担っていることが類推されており、このうち、厳密な分離はないものの、常時対応型は拠点的あるいは基幹的な機能を有する公的病院がその役割を担い、病院群輪番型病院の多くは民間の医療機関が担う傾向にある。病院群輪番型病院の数は膨大であり、これまでの先行調査や政策研究では悉皆的な調査が行われた経緯が無い。今回、本事業を日本精神科病院協会が受託した利点を活かし、病院群輪番型病院の全数調査を初めて行った。対象は日本精神科病院協会都道府県支部（N=47）およびすべての会員病院（N=1,205）である。

3) 【作業部会②－1「報告様式」】

都道府県毎の精神科救急医療体制整備事業の運営実態を把握するための共通認識に基づいた報告書は、既存の様式が厚生労働省による精神科救急医療体制整備事業実施要綱に添付されており、これを対象とした。

4) 【作業部会②－2「拠点」】

全国の精神科救急入院料病棟を有する医療機関（N=135）を対象とした。

5) 【作業部会②－3「措置・移送」】

全国の精神科救急入院料病棟を有する医療機関（N=135）の管理者もしくは救急病棟の責任者を対象として、措置入院制度の現状と改革案に関する意見を問うた。また、平成 28 年 12 月より平成 29 年 2 月の期間に対象病院を受診したケースのうち、対象病院が救急受診とみなす先着の 10 症例（期間内に 10 例に届かない場合はそれ未満でも可）を対象として、救急搬送の実態を調査した。

(2) 研究方法

有識者（専門学会である日本精神科救急学会の代表者）、医療関係者（精神科救急医療の担い手として日本精神科病院協会会員、身体救急を含め精神科医療に従事する総合病院精神医学会代表者）、患者家族（家族会代表者）、相談支援事業者（保健所長会代表者）の専門家等で構成される検討委員会を設置し、各都道府県で行われている精神科救急医療体制の整備状況や措置入院、医療保護入院に係る移送についての調査及び整備状況の妥当性について評価や助言を得ながら、精神科救急医療体制整備事業の今後の執行や事業内容の検討に資する以下の事業を行った。

なお、事業の実施手順として、従来調査など既存の資料を基に検討委員会にて調査研究の方針を立案し、最終的な主成果物である「手引き」の「基本方針」を定めた。同時に研究対象に示した上記各作業部会の目的に応じて作業体制を定めた。その後、それぞれの作業部会ごとに調査や討議を行って、最終的にそれらの結果を持ち寄り、再度検討委員会を開催して意見集約の上、それぞれの成果物の内容を確定した。

1) 【作業部会①－1「基準」】

調査票 1「精神科救急医療体制に関するアンケート」を対象自治体に送付して調査を実施した。回答は専門業者に委託して集計のうえ分析し、本調査結果をふまえて、上記「基本方針」に基づき作業部会において「手引き」の原案を作成、また都道府県毎の精神科救急医療体制整備状況の実態把握と評価のための共通の尺度「評価および整備のための基準」の原案を開発し、最終的に検討委員会にて審議、修正の上成果物として確定させた。

2) 【作業部会①－2「輪番」】

日本精神科病院協会都道府県支部宛に**調査票 2**を送付し、都道府県内の医療資源の状況について情報提供を依頼した。さらに、都道府県支部を経由して対象病院（日精協会員病院 N=1,205）に**調査票 3**を配布し、日本精神科病院協会宛回答してもらい、協会内にて集計・分析を行って、作業部会①－1 で作成する成果物の参考資料とした。

3) 【作業部会②－1「報告様式」】

既存の様式による精神科救急医療の運営状況の結果は、例年の集計過程において、事業内容の解釈が全国の事業実施自治体間で不均一であったことに基づく課題が類推されたため、検討会にて審議を行った。なお、その時点で本報告様式は厚生労働省により改訂されたため、それ以上の改訂作業は実施しなかった。

本報告様式によって報告された平成 27 年度の精神科救急医療体制整備事業における実績（旧様式による）については、例年通り集計作業を行い、継続データとして成果物作成のための参考とした。

4) 【作業部会②－2「拠点」】

調査対象施設に調査票 4 を送付し、医療内容等についてストラクチャー、プロセス、アウトカムの視点から継続調査を実施した。

5) 【作業部会②－3「措置・移送」】

調査対象施設に調査票 5 を送付し、対象病院が診療責任者と認識する担当者を回答者として、措置入院に関する意識調査を行った。なお、意識調査とした理由は、事業を実施する過程で相模原障害者施設殺傷事件が発生し、措置入院に関する種々の調査が行われたため、関係者間で協議を行って類似の調査が重複しないように配慮したものである。また、同じく調査票 6 を送付し、回答施設が救急受診とみなす症例について、来院順に 10 例以内を選定し、来院経路や搬送手段等について調査を行った。

(3) 個人情報の取扱い

本事業にかかる調査及び研究活動は、日本精神科病院協会倫理審査委員会の承認を得て行われた。症例に関する調査は匿名化のうえ実施された。

5. 調査結果

(1) 【作業部会①－1「基準」】

1) 回答率

全調査項目を通じ、回答が得られなかった自治体は 47 都道府県のうち 12.8% であった。

2) 指定都市協調

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。

3) 自己評価

都道府県（N=47）において、自らの地域における精神科救急医療体制の自己評価を依頼したところ、標準的と考える都道府県が 70.2% であり、理想的あるいは標準を上回るとの回答、逆に下回るとの回答はどちらも 8.5% ずつであった。

都道府県（N=47）のうち、実施要綱の制定あり 80.9%、なし 4.3%、未回答 14.9%

であった。

4) 事業費

精神科救急医療体制整備事業では、かかる費用を国庫補助と都道府県が折半して実施される。国庫でみると一都道府県当たり 2,000～3,000 万円台を中心として、1,000 万円以下～5,000 万円超まで分布していた。都道府県費用についても同様の傾向はあったが、国庫と同一にはならなかった。都道府県で独自の事業費を計上していると回答したのは平成 27 年予算で 25 自治体、平成 28 年度申請予算で 26 自治体あり、これらの費用額はほぼ 1,000 万円以下ないし前後の低額であったが、5,000 万円を超える額を回答した自治体もあった。

5) 圏域

都道府県（N=47）のうち、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。

6) 運用時間帯

都道府県（N=47）のうち、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。

7) 連絡調整会議

都道府県（N=47）のうち、80.9%の自治体が連絡調整会議を開催し（未回答 14.9%）、その頻度は平均 1.82 回（年間）であった。

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＞市町村の順であった。議題では、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。

8) 受診前相談

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

の実施要綱に定められた内容通りの実態は観察されなかった。なお、都道府県(N=47)のうち、処理を行う自治体は10.8%のみ、75.7%は行わない、13.5%が無回答であった。情報センター(N=37)のうち、97.3%は全域カバーであり、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。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。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。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。医師への相談体制は情報センター(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。広報について、情報センター(N=38)で広報誌やHPでの公開を行っているのは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公開が92.3%で、3.8%が関係機関のみであった。

9)精神科救急医療確保事業

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、常時対応型施設38.3%、病院群輪番型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、入院想定がケース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病院群輪番型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。

全国(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、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(ミクロ救急)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、回答のあった自治体（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。病診連携活動の機会は、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) 身体合併症対応

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。

(2) 【作業部会①－2「輪番」】

1) 回答率

調査票を送付した日本精神科病院協会の全会員 1,205 病院のうち、回答が得られたのは 622 病院、回答率は 51.5%であった。

2) 体制における役割

最初に、各会員病院が都道府県の精神科救急医療体制の中で担う役割について自己申告としたところ、1 病院で 2 つの役割に回答されるケースが多く、また都道府県の認識とは異なる自己申告が多くみられ、自院の役割について正確に認識できていない実態が多々見られた。再度電話による確認を行い、常時対応型施設と病院群輪番型の両方と回答された場合は常時対応型、病院群輪番型とその他の重複回答が

あった場合は病院群輪番型として 3 類型に集約してその後の集計を行ったところ、最終的に常時対応型施設が 3.2% (N=21)、病院群輪番型が 79.1% (N=491)、体制への参加が無いなど、その他の回答は 17.7% (N=110) に集約された。なお、辞任できない事情は医療機関のみならず、担当行政に問い合わせしても判明しない実態があり、事業運営上の混乱が観察された。

3) 当番日

常時対応型と自己申告した 21 病院のうち、当番日について不定期と回答したのは 28.6%、定期は 38.1%、33.3% は回答が無かった。常時対応型とはその名の通り、定期的に常時対応する役割であるため、不定期と回答した時点で役割から逸脱しており、回答なしの多さを含めると、自院の役割を正確に認識していない可能性が再度示された。病院群輪番型病院 (N=491) のうち、当番日が定期的であるのは 64.0%、34.2% が不定期であった。当番日の日数/年は、常時対応型施設の最大値は毎日の 366 日 (調査対象の平成 27 年はうるう年であるため)、最小は 10 日、中央値は 53 日、平均は 109.3 日であった。一方病院群輪番型病院の最大値も 366 であり、毎日当番日である病院群輪番型病院の存在が確認された。最小値は年 1 日、中央値は 29 日、平均値は 42.7 日であり、1~2 週に 1 回の頻度で当番を引き受けている平均的な病院群輪番型病院の姿が描出された。

4) 受け入れ可能な医療内容

当番日には医療保護入院の対応が可能であると回答した常時対応型施設は 100% であり、常時対応型施設の救急病院としての機能性がしっかり確認された。同様に常時対応型施設では任意入院、外来対応とも 100% の病院が対応可能と回答した。ただし、緊急措置、措置入院については 93.3% が対応可能と回答され、100% に達せず、救急医療機関としてこれらのケースに対応できない事態が存在することが判明した。一方の病院群輪番型病院では、当番日に 93.4% が医療保護入院、92.2% が任意入院、外来の 90.0% が対応可能と回答し、100% に達しなかった。措置・緊急措置入院について、対応可能と回答した病院群輪番型病院は 67.4% であった。特定の設備や基準によって指定され、実施可能となる応急入院は、常時対応型施設の 86.7%、病院群輪番型の 41% が可能であり、他の入院形態に比べ対応可能な病院数が少なかった。

5) 対応数

平成 27 年度の当番日における対応数のうち、入院受入れは、常時対応型施設の場合、年間平均 31.7 件 (中央値 21)、1 当番日あたり平均 0.392 件 (中央値 0.321) であった。病院群輪番型では、同じく年間平均 15.8 件 (中央値 7)、1 当番日あたり平均 0.364 件 (中央値 0.250) であった。当番日日数が異なるため、年間総数は比較できないが、1 当番日あたりではわずかに常時対応型施設において多い可能性があるものの、どちらの類型においてもおおよそ 3 回の当番日に 1 人というペースの入院受入れが観察された。外来対応は常時対応型で 0.527 (中央値 0.472)、病院群輪番型 0.377 (中央値 0.167) であり、入院件数よりもわずかに多く、常時対応型施設でやや多めとなる特徴が再度観察された。当番日の入院で最も多いのは医療保

護入院で、次いで任意入院であった。常時対応型施設では、病院群輪番型と比較すると、より医療保護入院の割合が多かった。緊急措置・措置入院の対応数は、1 当番日あたり常時対応型施設で平均 0.074 件（中央値 0.022）、病院群輪番型で平均 0.097 件（中央値 0.009）と稀であった。

6) かかりつけの割合

入院受入れ医の場合、かかりつけ以外の対応である割合は、常時対応型施設で 68.8%、病院群輪番型で 73.5%であった。外来対応は同じく 32.0%、49.8%であり、かかりつけ患者の対応が半数以上を占めた。措置・緊急措置入院＞応急入院＞医療保護入院＞任意入院とソフトになるに従い、かかりつけ対応が増加する傾向が常時対応型、病院群輪番型ともにみられた。特に措置・緊急措置入院はほぼ 9 割前後がマクロ救急としての対応であった。

7) 後方支援の役割

後方支援医療機関に患者を後方移送しているのは常時対応型施設のうち 42.1%、病院群輪番型、その他でもそれぞれ 21.1%、14.6%で回答された。自らが後方支援病院として後方移送を受け入れているのは、常時対応型でもなく病院群輪番型でもないその他の病院の 68.3%、病院群輪番型の 40.3%であった。しかしながら、常時対応型施設の 57.9%もが同じように回答しており、精神科救急医療体制における機能分化が不明瞭であった。

8) 医師 16 対 1 加算

医師 16 対 1 加算を算定しているのは常時対応型施設の 31.6%、病院群輪番型の 22.8%、その他でも 7.8%に見られ、全病院のうちの 21.4%であった。

※なお、調査票 2 の集計（各都道府県における精神科に関連する病院一覧）については個別病院の情報を含むため非公表とした。

(3) 【作業部会②－1「報告様式」】

例年 10 月から 12 月にかけて、指定された様式に従って、各都道府県から精神科救急事業の実績が国に報告されてくる。2015（平成 27）年度分の実績報告を全国集計して、以下のような結果を得た。

1) 受診前相談

精神科救急情報センターへの相談件数は、2015 年度、69,409 件であった。これは前年度の 33,712 件の 2 倍に上る。相談者の内訳は、その他（精神科利用者本人とその家族が大半）が 68.4%を占め、以下、警察が 8.4%、救急隊が 4.9%、一般科医療機関が 2.4%、保健所が 2.2%。精神科医療機関が 0.5%、一般救急情報センター（メディカルコントロールセンターを含む）が 0.1%と続いた。

都道府県別の内訳を図 1 に示す。東京都が 13,298 件と前年の 1,836 件の 7.2 倍に増加して突出したほか、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、愛知県、京都府、兵庫県、奈良県、広島県、徳島県、愛媛県、沖縄県の 14 自治体で、前年より 50%以上増加した。逆に半数以下に減少したのは群馬県、三重県、岡山県、熊本県の 4 自治体であった。

精神医療相談事業での相談件数は 126,299 件と情報センターの 1.8 倍に上った。前年の 115,432 より 10,867 件、9.4%増加した。都道府県別の内訳を図 2 に示す。前年の 2 倍以上に増加したのは、栃木県、東京都、神奈川県、富山県、石川県、福井県、山梨県、岐阜県、愛知県、京都府、兵庫県、奈良県、岡山県、広島県、香川県、福岡県、佐賀県、長崎県、沖縄県の 19 自治体であった。福島県と大阪府では減少していた。

なお、2015 年度、救急情報センターと精神医療相談事業の相談件数が同数の自治体が 11（秋田県、山形県、福島県、茨城県、群馬県、千葉県、奈良県、和歌山県、徳島県、大分県、宮崎県）あった。

2) 受診および入院

精神科救急事業による受診件数は 46,431 件で、前年の 40,066 件より 6,365 件、15.9%増加した。入院件数も 21,043 件で、前年の 17,270 件より 3,773 件、21.8%増加した。都道府県別の内訳を図 3 に示す。長野県の受診件数は 3,300 件と前年の 793 件の 4.2 倍に増加して突出し、入院件数も前年の 261 件から 1,216 件へと 4.8 倍に増加した。このほか、山形県、群馬県、神奈川県、山梨県、石川県、新潟県、熊本県、鹿児島県の 8 自治体で受診件数が前年より 50%以上増加した。逆に、愛知県、佐賀県、大分県、沖縄県では前年より 50%以上報告件数が減少した。

受診件数に占める入院の比率は 45.3%で、前年の 43.1%より増加した。入院形態の内訳では、医療保護入院が過半数の 51.6%を占め、以下、任意入院が 22.7%、緊急措置入院が 13.8%、措置入院が 7.3%、応急入院が 3.3%であった。精神科三次救急（緊急措置入院、措置入院、応急入院）の比率は 24.4%で、前年（24.6%）とほぼ同じであった。

(4) 【作業部会②－2「拠点」】

1) 回答率

精神科救急入院料病棟の運用実態に関して、135 施設に調査票を送付し、92 施設（68.1%）より回答があった。その内容は、巻末の調査票 4 集計結果を参照されたい。

2) 母体病院の概要（平成 28 年 10 月）

回答 92 施設のうち、国公立および公的病院（赤十字など）が 35.9%、残りは民間病院（4 割は社会医療法人）であった。一般病床を有する施設が 21 ヶ所（22.8%）あった。精神科病棟は平均 5.6 棟、病床数は平均 284.4 床で 1 棟当たり 50.8 床であった。精神科救急入院料病棟（以下「救急病棟」と略記）1 を有する施設が 87 ヶ所、合併症型を有する施設が 4 ヶ所、無回答が 1 ヶ所であった。救急病棟が 1 棟の施設が 61 ヶ所、2 棟を有する施設が 22 ヶ所、3 棟を有する施設が 4 ヶ所で、3 割近くの施設が複数の救急病棟を有していた。合併症型は全て 1 施設 1 棟であった。1 病棟当たりの平均病床数は、救急病棟 1 が 47.7 床、合併症型が 46.5 床であった。

回答施設における年間の時間外診療件数は平均 368.2 件で、うち精神科救急事業の対象は 128.1 件（34.8%）であった。時間外診療のうち 139.2 件（37.8%）が入

院となっていた。精神科救急事業の対象の入院率は 49.6%、非対象では 31.5%と有意差があった。なお、精神科救急事業への参加日数は平均 189.3 日であった。

3) 精神科救急入院料病棟の陣容（平成 28 年 10 月）および精神科救急入院料病棟の運用実績（平成 27 年度）

92 施設から 114 棟の救急病棟（うち 4 棟が合併症型）について、平成 27 年度の運用実績に関する回答があった。

平均の病床数は 47.6 床、うち隔離室 8.8 床、個室 21.2 床、残り 17.6 床が多床室であった。平均 7.4 室に酸素・吸引設備が備えられていた。

1 病棟当たりの平均スタッフ配置数は、医師が 4.9 名（うち指定医 3.4 名）、看護師が 27.3 名、コメディカルが 3.5 名であった。

平成 27 年度は 1 病棟平均で 1 日当たり 39.7 人が在院していた（病床利用率 83.4%）。このうち精神科救急入院料を算定した患者は平均 32.4 人で算定患者率は 81.6%であった。

年間入棟件数は平均 311.8 件で、回答施設への初回入院が 160.2 件（51.4%）、精神科初回入院は 130.9 件（42.0%）であった。入院形態は、緊急措置入院が 3.4%、措置入院が 4.9%、応急入院が 4.4%、医療保護入院が 63.0%、任意入院が 23.6%、その他が 0.8%であった。主診断は F0 が 9.3%、F1 が 7.1%、F2 が 43.8%、F3 が 24.8%、F4 が 5.9%、F5 が 0.8%、F6 が 1.7%、F7 が 1.9%、F8 が 2.2%、F9 が 0.6%、その他が 1.7%であった。

年間退棟件数は平均 305.7 件で、自宅退院が 224.3 件（73.4%）、院内転棟が 58.8 件（19.2%）、転院が 24.3 件（7.9%）、うち精神科が 14.1 件、その他が 10.2 件であった。

電気けいれん療法を施行した患者数は 14.3 人（退棟件数の 4.7%）で、うち 86.5%が修正型であった。隔離患者数は 184.6 人（60.4%）で隔離日数は平均 16.0 日、身体拘束実施者数は 67.4 人（22.0%）で拘束日数は平均 10.8 日であった。

(5)-1【作業部会②-3「措置」】

1) 回答率

措置入院制度の現状と改革に関する 135 施設への調査依頼に対して、89 施設（65.9%）より回答があった。

2) 回答内容（詳細は巻末の調査票 5 集計結果を参照）

回答者の内訳は、病院管理者が 29 名（回答者 86 名の 33.7%）、精神科責任者が 18 名（20.9%）、精神科救急病棟の責任医師が 23 名（26.7%）、その他 16 名（18.6%）であった。

ア) 措置入院の受け入れについて

医療よりも司法で対応すべきと思われるケースの経験があるとの回答は 79 名（88.8%）に上った。措置入院相当であるにもかかわらず措置入院プロセスに乗らずに来院したケースの経験ありとの回答は 85 名（95.5%）に上った。

精神科救急病棟を維持するために措置入院件数の確保に苦心するかとの間に

対しては、「多いにある」と「時にある」を併せた回答が 45 名あり、「あまりない」「全くない」を併せた 44 名と拮抗した。

措置入院指定病院の施設基準については、「現状のままでよい」とする回答が 89.4%に上った。

通報から措置入院決定までのプロセスについて、問題点や制度改革の意見を聴いたところ、49 名から回答があった。内訳は調査票 5 に示した通り、措置入院プロセスにおける判断基準の曖昧さに関する意見がもっとも多く、ある程度の標準化や研修体制の必要性が指摘されていた。次いで、医療と司法の非対象（司法から医療への移管は容易だが、その逆は困難な現状）を指摘し、改革の必要性を訴える意見が続いた。

イ) 措置入院中の医療について

措置入院者の転院システムについては過半数が「ない」と回答し、71.6%の回答者が転院システムは必要と回答した。

主治医の選任やチーム医療、治療プログラム、院内外スタッフによるカンファレンスの面で措置入院者に特別の配慮をしているかを問うたところ、74%以上が「他の入院形態と区別していない」と回答したが、保健所など行政機関との協議を重視する姿勢が見られた。

アルコール、薬物依存症の治療プログラムの有無については、「特にない」との回答が過半数を占めた。SST の実施およびクリティカル・パス加算についても同様の傾向にあった。一方、心理教育と作業療法については実施の回答が大半を占め、急性期型の作業療法の新設については 95%以上が賛同した。

措置入院中の医療に対する制度改革を問うたところ、29 名から回答があった。内訳は調査票 5 に示した通り、保健所など外部機関との連携強化を図るべきという意見が最も多く、次いで診療報酬上の配慮を望む声が多かった。

ウ) 措置解除のプロセスについて

措置症状消退の判断については、カンファレンスの実施など、主治医の単独判断に任せていないとの回答が 7 割に上った。院内の複数の指定医による判断が一致しない場合に行政機関への会議開催を要請するという案については、条件付きを含めて過半数が賛同した。一方、行政による措置解除の判断に院外の指定医の意見を聴くという案に対しては、賛成が半数を下回った。

措置解除プロセスについて制度改革の意見を問うたところ、25 名から回答があった。内訳は調査票 5 に示した通り、外部機関の関与の強化を求める意見が最も多かったが、措置解除の厳密化による措置入院期間の延長を懸念する声もあった。

エ) 退院後の在宅ケア支援について

措置入院者への在宅ケア支援について特段の配慮をしているかとの問には 79%が「他の入院形態と区別していない」と回答した。重症患者早期集中支援加算については、7 割近くが認可取得の意思なしと回答した。

退院後の在宅ケアについては行政がもっと責任をもつべきとの意見には、条

件付きを含めて 87.6%が賛同した。個人情報の保護よりも情報共有を優先すべきとの意見に対しても 3 分の 2 が賛同したが、慎重な配慮を条件とする意見があった。

退院後の在宅ケア支援の制度改革につき意見を問うたところ、28 名から回答があった。内訳は調査票 5 に示した通り、行政との連携強化を望むものが最も多く、医療観察法に準じた強制通院制度に言及する意見もあったが、保健所へのスタッフ配置増を含め、措置入院に特化することなく在宅ケア支援を全般的に強化すべきという声も少なくなかった。

(5)-2【作業部会②-3「移送」】

1) 回答率

救急患者の診療実態に関する 135 施設への調査依頼に対して、90 施設（66.7%）より 804 例の救急患者に関する回答があった。

2) 回答内容（詳細は巻末の調査票 6 集計結果を参照）

患者の男女比はほぼ半々、30 代から 50 代を主体に幅広い年齢層があった。受診時間帯は、準夜帯（17 時～22 時）が 307 例（38.6%）と最も多く、次いで、診療時間内 196 例（24.6%）、深夜帯 183 例（23.0%）、休日日中 110 例（13.8%）となっていた。つまり、救急受診の 4 分の 3 以上が夜間休日で占められていた。

搬送手段は自家用車両が 288 例（36.3%）と最も多く、次いで、救急車 173 例（21.8%）、警察車両 151 例（19.0%）、行政機関の公用車 57 例（7.2%）などとなっていた。民間救急車の利用は 3 例にとどまったが、身体拘束を伴う高額な搬送（1 時間以内 30 万円）も含まれていた。

搬送に際しては、25 例が身体拘束、169 例が人力による行動制限を受けていた。搬送手段と行動制限の関係を図 4 に示した。警察車両、行政車両、救急車による搬送で行動制限が多くなることが分かる。

約 3 分の 2 の患者に親族が同伴したほか、約 4 分の 1 に警察官、約 14%に救急隊員、15%に行政職員が同伴していた。患者の 10.4%に自傷リスク、20.7%に他害リスクがあった。

搬送時間は 1 時間以内が 582 例（有回答の 79.4%）、1～2 時間が 142 例（19.4%）、2 時間超が 9 例（1.2%）で、平均 3 時間 36 分、最大 7 時間 20 分を要した。

自発的な受診（40.8%）と渋々同意の受診（17.7%）を併せた 58.5%に受診意志があったのに対して、受診に拒否的であった患者が 14.1%あった。

過半数の 422 例が精神科救急事業による受診、それ以外の救急受診が 362 例であった。診察形態は、緊急措置診察が 45 例（5.6%）、措置診察が 49 例（6.1%）で、残りの 707 例（88.3%）が通常診察であった。受診時間帯と診察形態の関係を 5 に示す。夜間休日に緊急措置および措置診察の比率が高くなる。

患者の治療歴では、診察病院を初めて受診する患者が 372 例（46.6%）と診察病院に通院中の患者が 339 例（42.5%）を上回っていた。精神科初診ケースも 99 例（12.4%）含まれていた。受診時間帯と治療関係の相関を図 6 に示す。深夜帯の受

診例では受診病院との治療関係を欠くケースが多い。

患者の主診断は、F2 圏が 321 例（39.9%）と最も多く、次いで、うつ病圏の F3 圏 102 例（12.7%）、双極性の F3 圏および F4 圏がそれぞれ 75 例（9.3%）、認知症の F0 圏 42 例（5.2%）、アルコール関連の F1 圏 38 例（4.7%）などとなっていた。

緊要な状態像としては、幻覚妄想状態が 238 例（29.6%）と最多で、以下、精神運動興奮 200 例（24.9%）、不安・焦燥状態 146 例（18.2%）、抑うつ状態 132 例（16.4%）、減裂状態 40 例（5.0%）、躁状態 29 例（3.6%）、意識混濁 26 例（3.2%）、昏迷状態 23 例（2.9%）、認知症状態 21 例（2.6%）などとなっていた。

165 例（20.1%）に身体的問題があり、うち 65 例は、骨折や外傷、心不全など、軽度とはいえないレベルであった。

4 分の 1 以上の患者が救急処置室内で何らかの医学的処置を要した。最多は点滴確保で 72 例、以下、血中酸素飽和度測定 58 例、向精神薬内服 52 例、心電図モニター 45 例、向精神薬静注 38 例、身体拘束 35 例、向精神薬筋注 32 例、膀胱カテーテル留置 30 例などとなっていた。

救急診療の結果、497 例（62.0%）が診察病院に入院となった。入院形態は医療保護入院が最多で、以下、任意入院、措置入院、緊急措置入院、応急入院の順となっており、三次救急が 22.3%であった。診察病院の一般科に入院となった例が 20 例、他院転送が 6 例、警察移管が 9 例で、残りの 264 例（33.0%）が帰宅した。

来院から帰結までの所要時間は、1 時間以内が 458 例（62.1%）、1～2 時間が 197 例、2～3 時間が 53 例、3～4 時間が 13 例、4 時間超が 16 例となっており、平均 1 時間 16 分、最大は 26 時間を要した。

6. 考察

(1) 【作業部会①－1「基準」】

全国の自治体を対象とした精神科救急医療体制に関する調査は、2010年に障害者保健福祉推進事業において日本精神科救急学会がこれを行っており、その結果、当初から著しい全国的な不均一が観察されていた。この不均一は、例年精神科救急医療体制整備事業において各都道府県から報告される事業実績の集計を厚生労働科学研究において分析した結果においても示されていた。このように、精神科救急医療体制の整備は道半ばであるにもかかわらず、事業に対する補助額は減額傾向にある。これは上記の不均一が大きな要因であり、必要な医療体制の整備を急務として行うことが継続的に求められている。

これに対して、公的な動向としては、厚生労働省における「精神科救急医療体制に関する検討会」の開催（平成23年）、「精神科救急医療体制整備事業に関する指針」の発表（平成24年）、精神保健福祉法（第19条）の一部改正（平成24年）、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」、「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」の漸次改訂などの対策が行われてきた。

一方、医療現場を預かる医療関係者の活動としては、専門学会である日本精神科救急学会が各種の厚生労働科学研究の活動などを元に、ガイドラインの策定、研修会の開催、共通臨床指標の開発などによって均霑化のための活動を継続的に実施してきたほか、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟への医師16対1加算などに代表される診療報酬上のインセンティブ等により、各精神科医療機関における急性期医療の高規格化が徐々に進んでいる。

今回の調査結果では、多くの自治体は自らの精神科救急医療体制について標準を自覚し、他の自治体との相対的比較において体制上の課題を克服してきている可能性がある。実際のデータにおいても、回答があり、事業の実施がある自治体では一連の体制整備のための項目（実施要綱、圏域、運用時間帯、精神科救急医療体制連絡調整委員会、受診前相談、搬送体制、精神科救急医療の確保、身体合併症）においてある程度具体的な事業実施が確認できる回答が示されていた。ただし、6自治体については回答が無く、今回全国的にすべてが調査できたわけではなかった。また、全国20指定都市のうち都道府県との事業協調を明示したのは13であり、指定都市が完全に独立して事業を実施している実態は見られなかったため、今回の調査はN=47の都道府県として実施した。

課題の一つは、無回答自治体と同様、少数の自治体において、整備すべき必須項目が必ずしも完備されていないことである。例えば、連絡調整会議や受診前相談機能の実施は100%に達しなかった。その他、事業全体の運営について様々な解釈が依然観察された。例えば圏域については地域の医療機関の偏在などによって様々な態様があることは当然であるにせよ、幾つかは全県（都道府県）1区の巨大な医療圏域を採用していた。

救急事例のトリアージに重要な受診前相談は、ほぼ全県（都道府県）を対象とする体制が主流で、圏域ごとの具体的な助言ができる体制は僅かであった。精神科救急医療の確保はほぼカバーされていたが、拠点的な病院を置き、病院群が輪番体制などにより協力体制を構築するような、一般医療にみられるような機能分化は明確ではなかった。

調査の中で、かかりつけのある救急患者の対応や、事業実績における取り扱いについて、これまで統一が無いことがしばしば課題となっていたが、今回の調査において、当番日であれば事業内、当番日以外の対応は事業外とすることで一定の認識共有が確立する見込みが示され、この点も前進といえる。

身体合併症対策は、特に地域の病院間連携において、事業や行政が主導し明確に体制を整備していることは決して多くなく、医療機関同士の連携に依存している状況であり、両領域の連携には課題が多いことが推定された。

事業費については、都道府県ごとの総額は都市規模などに応じた確保すべき医療資源（空床や人材）によって左右される。このため、そのまま比較を行うことは適切ではないが、一定人口当たりの費用として算出すると、地域ごとの差異がみられた。おそらくは、より公平な方法により精神科救急医療体制整備事業が均霑化されるべきと考えられる。

以上をふまえて、本事業における主成果物である「精神科救急医療体制を整備するための手引き」（案）を策定した。先述の調査における主要項目を軸として、基本的な理念などを明示する形で以下のような項目立てを行った。

- 1) 目的と役割
- 2) 実施要綱
- 3) 基本的な考え方について
- 4) 構造と機能
- 5) 圏域
- 6) 運用時間帯
- 7) 精神科救急医療体制連絡調整委員会
- 8) 受診前相談
- 9) 搬送体制
- 10) 精神科救急医療の確保
- 11) 身体合併症

本「手引き」（案）は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、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。

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するものである。

(2)【作業部会①－2「輪番」】

精神科救急医療体制における救急医療確保の大部分を占める「病院群輪番型」病院の役割は大変重要であるが、その数は膨大であり、これまで全数調査を行った取り組みは例がない。本調査は、その点でまず意義が高いと言える。

回答率は 51.1%と必ずしも高くはないが、600 を超える病院のデータが集計され、その結果精神科救急医療とはどのような頻度で需要が発生し、どのような体制でどれほどの介入数があるのかについての全国の平均的な姿が示された。

課題として浮き彫りになったのは、拠点的な役割を担う「常時対応型」施設であるのか、「病院群輪番型」病院であるのか、明確にできないという事実である。実施要綱には明確な類型として示されているが、その概念の浸透は十分でなく、実態と合致しない可能性も考えられ、今後の全国的な体制整備のために見直しが必要であるかも知れない。

(3)【作業部会②－1「報告様式」】

1) 受診前相談

受診前相談兼スタッフの推移を図 7 に示す。2015 年度は、精神科救急情報センター、精神医療相談事業とも相談件数が大幅に増加したが、各自治体において受診前相談の窓口を整備した結果と思われる。ただし、前年度までカウントしていなかった電話相談（保健所や精神保健福祉センターなどでの一般電話相談）を精神科救急事業の中に移行させただけの自治体もあるのではないかと推測される。

また、救急情報センター事業と精神療医療事業の報告件数が同数の自治体が 11 に上るのは、窓口が同一カ所に設置され、同じ相談を 2 つの事業に計上しているためと推測される。補助金がどちらか一方にのみ支給されている場合は補助金給付上の問題はないが、二重に支給されている場合は適正給付とはいえない。

こうした混乱が生じるのは、両事業の設置趣旨が周知されておらず、実績報告や補助金給付の基準が曖昧のためと思われる。精神科救急情報センターは都道府県に 1 カ所と定められていることに対して、精神科救急医療圏ごとにきめ細かく対応するために新設されたのが精神医療相談事業である。そもそも、2 つの事業の機能（前者は緊急度の判定と救急施設の紹介、後者は一般医療相談）を厳密に区分けすることはできない。したがって、2 つの事業が同一地区、同一施設で実施されることは本来ありえないのである。運営要綱を見直して、適正な運用が図られるべきである。

2) 受診および入院

受診件数と入院件数の推移を図 8 に示す。2015 年度に受診と入院の件数が増加した理由も、報告基準の曖昧さに起因している可能性が高い。近年、精神科救急入院料病棟や医師加算付きの急性期治療病棟をはじめ、急性型の包括病棟が整備・増加してきたとはいえ、1 年間で救急患者の入院受け入れ能力が急上昇することは考えにくい。前年まで救急事業にカウントしていなかった受診や入院が、2015 年度にカウントされたことによる増加が含まれている可能性がある。

こうした混乱が生ずる最大の原因は、精神科救急事業の運用時間が自治体によって異なるためと思われる。精神科救急事業に係る国の運営要綱では、平成 10 年の改

定以来、本事業の運用時間が「24 時間 365 日」と謳われているのに対して、平成 24 年に改正された精神保健福祉法第 19 条の 11 では「夜間休日における精神科救急医療体制の整備を進める」と定められている。この齟齬が各自治体に混乱を生じさせていると考えられる。法の階層構造からすれば、上位法が優先ということになるが、24 時間体制が定着している自治体もあろう。他方、救急ベッドの確保が困難な大都市圏を要する自治体では、本事業を夜間休日に限定しなければ、事業の運用が困難となろう。

また、事業の対象患者に受診先にかかりつけの患者（いわゆるミクロ救急患者）を含める自治体と含めない自治体がある。これも報告件数の地域差につながる。ただし、運用時間や対象患者の定義などにおける地域差については、本事業が「地域の実情に応じて」実施されるべきであると謳われている以上、全国一律にすることは、事業の円滑な運営に支障をきたすこととなる。この点を十分に考慮すべきである。

こうした「地域の実情」の一端を表したのが、人口万対受診件数と入院率の相関を示した図 9 である。2 つの指標が強い負の相関を示すことがわかる。図の右下方面に位置するのは過疎地区を含む自治体で、一次救急（入院不要）の患者の受診率が高い。これは、精神科救急事業が安易に利用されているわけではなく、医療機関の分布も疎らのためミクロ救急が機能せず、救急事業に依存せざるをえない事情を反映しているのである。これに対して、大都市圏を含む自治体は左上に位置するが、ミクロ救急がある程度機能するため救急事業の対象を二次・三次救急に絞り込むことができるのである。

(4) 【作業部会②-2「拠点」】

調査 4 に回答した 92 施設 114 病棟の 2015 年度における主な指標を一覧図示したのが図 10 である。平均 47.6 床からなる精神科救急入院料病棟は個室率 62.8% で、医師 4.9 人（うち指定医 3.4 人）、看護師 27.3 人、PSW などのコメディカルスタッフが 3.5 人配置されていた。ここに年間 306.6 件の入院（うち、自院初回入院が 51.4%、精神科初回入院が 42.0%）があり、平均 48.9 日で 73.8% を自宅退院させていた。

個室率やスタッフ配置、時間外診療件数、新規患者比率、入院形態比率の規定、自宅退院率など、精神科救急入院料病棟の認可・運用基準に関わる数値はどの施設もクリアしているが、医療の内容に関する事項については、数値にかなりのばらつきがある。例えば、診断群については F2 圏の比率は図 11、F3 圏については図 12 に示すように広くばらつく。電気けいれん療法実施患者数を図 13、クロザピンの投与患者数を図 14 に示すが、これも大きくばらつく。図 15～18 に示すように、隔離・拘束の人数および平均日数にも施設差がある。

(5)-1 【作業部会②-3「措置」】

障害者への差別感情に基づくヘイトクライム（嫌悪犯罪）としての相模原事件は、医療の分野に収まらない社会的・歴史的な深刻さをはらんだ事件である。したがって、措

置入院制度の見直しをもってこのような事件の再発防止を語るべきではない。ただし、この事件が措置入院の制度的な問題点（措置入院決定プロセスにおける司法と医療との責任分担の曖昧さ、措置入院中の医療の不均質、措置解除基準の曖昧さ、退院後の在宅ケア支援の貧困など）を露呈させたことも事実である。

相模原事件を契機として措置入院制度の見直し作業が行われている。本研究では、それを先取りする形で、緊急措置入院および措置入院の診察や入院治療に参加することの多い精神科救急入院料病棟の現場責任者を対象として、措置入院制度のあり方に関する意見を問うた。

その結果、精神科救急の現場では、措置入院決定プロセスにおける判断基準の曖昧さ、および司法との非対称性に対するフラストレーションの蓄積していることが窺えた。このため、措置入院決定プロセスの平準化や行政の関与の強化、措置入院者の入院医療に当たるスタッフの増員とそれを実現するための診療報酬上の配慮、それに措置入院から司法的処遇に逆送できる制度の検討を望む意見が目立っていた。

ただし、行政的関与の強化を望む一方で、措置解除の厳密化による措置解除の遅延を懸念する声や、行政的関与の強化が対象患者の監視の強化にならないよう配慮を望む声もあった。また、精神科臨床現場の共通認識として、措置入院に限らず、退院後の在宅ケア支援のために保健所の機能を強化することが、相模原事件を契機とした措置入院制度見直しの最大の意義であることが確認された。

(5)-2【作業部会②-3「移送」】

2002 年度に開始された移送制度は、当初は医療保護入院・応急入院に係る移送（精神保健福祉法 34 条）が安全な医療アクセス手段として期待された。しかし、患者人権に配慮した慎重な運用が重視されたことなどから、その後はほとんど運用実績がなく、移送といえば、専ら措置入院関連の移送（精神保健福祉法 29 条の 2 の 2）を指すようになった。34 条移送は京都府などを中心に年間 100 件前後施行されているが、大半がいわゆる「措置流れ」（措置診察の結果、不要措置入院となった患者の搬送）である。

2015 年 1 月に立ち上がった「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（以下「あり方検討会」と略記）においても、移送が論点の一つとなり、精神科救急医療における移送制度の活用が検討されることとなっていた。しかし、相模原事件の勃発により、論点が措置入院の見直しへとシフトし、移送に関しては議論が先送りとなった。

今回の研究事業では、移送制度の見直し議論の前提として、精神科救急医療の現場から見た救急搬送の実態を調査した。研究結果に見るように、総合病院を中心に救急搬送の 2 割以上に救急車が利用されているとはいえ、搬送の主体は依然として親族であり、警察車両の利用も救急車に肩を並べている実態が明らかとなった。搬送距離が一般救急よりも長く、受診意思を欠く例もあるため、搬送時間も長時間を要すると推測される。また、身体拘束などを伴う民間救急車の利用も報告された。34 条の立法動機の一つが民間救急車の抑制であったことを考慮すると、憂慮すべき事態といわざるをえない。

7. 今後の見直しに向けた提言

(1) 【作業部会①－1「基準」】

全国の都道府県を対象とした調査により、各地における精神科救急医療体制の実態が明らかとなった。従来指摘された運用の不均一などが再確認されたと同時に、標準化に向けた現実的な水準や、およそその共通認識等が判明し、本事業の成果物である「精神科救急医療体制を整備するための手引き」の策定のために大いに参考となる所見が多数得られた。

さらなる標準化を進めるためには、精神科救急医療の要素を、実施要綱、圏域、運用時間帯、精神科救急医療体制連絡調整委員会、受診前相談、搬送体制、精神科救急医療の確保、身体合併症といった項目に整理し、それぞれにおいて認識や概念を共有していくことが合理的かつ有効であると考えられる。特に「圏域」の概念と圏域ごとの体制整備という方策については、今後の地域医療体制の構築の動向に連動するうえで重要と考えられた。

精神科救急医療体制は、種々の均霑化策が進展したとはいえ、依然整備の途上にある。全国的に統一された共有認識を構築し、現状機能にも柔軟に対応できるよう、今回提案した「精神科救急医療体制を整備するための手引き」（案）および「基準」を活用し、更なる整備を推進することを提案し、精神科救急医療本来の目的である長期在院者の発生予防、地域包括ケア体制の推進を目指す必要があると考えられた。

(2) 【作業部会①－2「輪番」】

全国 600 超の病院群輪番型病院の調査により、地域差が大きいと言われる精神科救急医療についての全国の平均的な姿が示された。拠点的な機能については明確でなかった。各医療機関は、精神科救急医療体制整備事業の仕組みや、事業におけるそれぞれの役割をより正確に理解する必要がある、こうした共通認識の向上が精神科救急医療体制や地域精神科医療体制の更なる発展と標準化につながる可能性が考えられる。

(3) 【作業部会②－1「報告様式」】

精神科救急医療体制整備事業の適正かつ有用な運用のためには、全国各地で行われている本事業の実績が正しく反映される報告様式を整えなくてはならない。まずは、精神科救急情報センターと精神医療相談の両事業が同一地区・同一施設で実施されることのないよう通知されるべきである。そして、両事業の実施主体と設置場所を報告書に明記し、相談受付時刻や相談内容に関する統一的な台帳のモデルを作成すべきである。

救急受診と入院実績の報告についても、平日日中と夜間休日、自院通院患者と初診患者を識別できる報告書の様式に改訂すべきである。

なお、情報センターの医療機関からの独立性を確実化するために、2015 年度より、情報センターを医療機関に併設した場合には運営補助金が支給されないことになったが、これは、当直医の助言や調整を必要とする情報センターの現状を無視した施策である。情報センターの業務を円滑に遂行するために、早急に復旧とすべきである。

(4) 【作業部会②－2「拠点」】

精神科救急入院料病棟は、精神科救急事業の中核的機能を担うとともに、新たな長期在院を産み出さない急性期医療の推進役であることを期待されている。すなわち、「重症患者を常時受け入れて早期退院をめざし、退院後はできるだけ在宅ケアで維持する」という機能である。したがって、今研究で明らかとなった医療内容における施設間格差を縮小する必要がある。そのためには、今後、共通の臨床指標をデータベース化して、施設間で比較し、相互批判や意見交換することを通じて、救急病棟に要請されている高次の機能を強化すべきである。

また、精神科救急入院料病棟の施設間格差や地域偏在は、医療水準の不均一などのほか、過剰な医療を生じる可能性についても問題意識を持つ必要がある。特に、精神科救急入院料病棟における診療報酬上の算定根拠には新規患者率や地域移行率といった種々の実績（アウトカム要件）が課せられていることから、本来臨床医学的であるべき医療判断が影響される可能性が否定できない。

急性期医療の充実のみならず、3 か月を超えて入院が必要であるものの、1 年以内に退院出来る患者群に対しても、2012 年に行われた「精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会」にて退院支援に重点を置く人員配置が提案されたことなどをふまえ、現在のような医療費給付の急減を緩和する措置を検討すべきと考えられる。

(5) 【作業部会②－3「措置」】

措置入院制度を軸として、2017 年度に精神保健福祉法が改正され、2018 年度から施行されることとなっている。目下、その準備作業が進行中であるが、精神科救急病棟は、措置入院の入口から出口までの全過程で重要な役割を果たす場である。特に入口部分で措置入院は、医療アクセスの手段として必要であり、診断と処遇判定の厳密性を担保する上で有用な制度でもある。このような措置入院の多義性を踏まえた上で、本研究が明らかにした精神科救急・急性期医療の現場の意見を尊重し、今後の措置入院制度の見直し作業が行われるよう期待したい。

(6) 【作業部会②－3「移送」】

2016 年度の「あり方検討会」では、入院を前提としない医療アクセス手段の文脈で移送制度が論じられるべきことが確認されたが、具体的な検討には踏み込んでいない。今後の移送は、医療や福祉サービスを対象者に届けるアウトリーチという枠組みで検討されるべきである。

すなわち、医療の対象かどうかを評価し、必要なら医療への導入を図ることを目的とした保健的アウトリーチ（あるいはプレホスピタル的アウトリーチ）と、入院医療から在宅医療へ移行した患者の支援を目的とした医療的アウトリーチ（あるいはポストホスピタル的アウトリーチ）に分けて制度的な検討を行うべきである。前者は保健所や精神保健福祉センターなどの行政機関が実施主体となり、後者は医療機関が主体となるが、相互の協力が重要である。また、自傷他害のリスクを伴うケースには警察の関与が欠かせない。

8. おわりに

平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）「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」の報告書を取りまとめました。約 1 年に亘り膨大な調査を行い、忙しい診療業務の合間を縫って会議を開き、集計・分析作業をしてようやく「手引き」と「基準」を示し、報告書の作成までにこぎつけました。事業に従事し、貴重な意見交換をいただいた検討会委員の皆様、そして事業事務局である日本精神科病院協会職員の方々の面々をまず労いたしたいと思います。

本事業は精神科救急医療をテーマとした事業であり、その体制整備の充実を主な目標としています。ご存知のように精神科救急医療体制整備事業は都道府県や政令指定都市といった自治体が主体となって実施される事業です。したがって、民間法人の集合体であるわれわれ病院協会が本事業を受託して調査し、さらにはあるべき姿を示して推奨項目を示していくことは、それ自体が若干複雑な状況であるともいえます。

しかしながら、回答者としてご協力いただいた調査対象である自治体の担当者の方々からは、ご多忙にもかかわらず、大変丁寧でその熱心さが伝わるような詳細のご回答を頂くことができ、その関心の高さを垣間見ることができました。また、全会員病院の皆様、調査の仲介役を担って頂いた都道府県支部の病院様、精神科救急学会のご担当者様、全国の精神科救急入院料病棟のご担当者様等、多大なるご協力の上に実現できた成果であり、ここにあらためて深く感謝申し上げる次第です。

本事業は単年度事業であり、現在も精神科救急医療体制の充実や整備にとって道半ばではありますが、本事業の成果が今後の精神科救急医療サービスの向上発展に、また今後の継続的取り組みに少しでもお役に立てることを祈念いたします。

最後にこのような貴重な経験、見識向上のための勉強の機会を提供いただいた厚生労働省に御礼申し上げます。

平成 29 年 3 月吉日 検討委員を代表して 日本精神科病院協会 杉山直也

9. 参考資料

- (1) 日本精神科救急学会（杉山直也，平田豊明，川畑俊貴，鴻巣泰治，佐藤雅美，白石弘己，八田耕太郎，澤温）；精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究．平成 21 年度障害者程度区分認定等事業補助金．障害者保健福祉推進事業．平成 21 年度事業報告書，2010
- (2) 日本精神科救急学会（平田豊明，杉山直也，八田耕太郎，佐藤雅美，大塚耕太郎他）；精神科救急医療ガイドライン 2015 年改訂版．へるす出版，2015
- (3) 西信雄；平成 25～27 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」報告書，2015

10. 検討委員会・作業部会

実施状況

第 1 回検討委員会

日 時：平成 28 年 8 月 25 日
会 場：日本精神科病院協会会議室
検討内容：

- ・採択条件、事業スケジュールの確認
- ・全体方針策定

第 2 回検討委員会

日 時：平成 29 年 3 月 16 日
会 場：日本精神科病院協会会議室
検討内容：

- ・報告書印刷前の最終確認

第 1 回作業部会

日 時：平成 28 年 10 月 8 日
会 場：翠光園ホテル 1F
「ガーデンホール」

- 検討内容：
- ・「精神科救急医療体制に関するアンケート（案）」質問項目について
 - ・「精神科救急医療体制を整備するための手引き」について

第 2 回作業部会

日 時：平成 29 年 1 月 26 日
会 場：日本精神科病院協会会議室
検討内容：

- ・「手引き」基本方針の確認
- ・アンケート集計結果の確認

検討委員会委員等名簿

検討委員会委員

千葉 潜（日本精神科病院協会常務理事：青南病院理事長・院長）
中島 公博（日本精神科病院協会理事：五稜会病院理事長）
杉山 直也（日本精神科病院協会政策委員会委員：沼津中央病院院長／
日本精神科救急学会副理事長）
片山 成仁（日本精神科病院協会政策委員会委員：成仁病院理事長・院長）
新垣 元（日本精神科病院協会政策委員会委員：新垣病院理事長）

平田 豊明（日本精神科救急学会理事長・千葉県精神科医療センター病院長）

佐野 正（福岡県粕屋保健所所長）

稲本 淳子（昭和大学横浜市北部病院メンタルケアセンター准教授）

烏山病院家族会「あかね会」代表者

研究協力 日本精神科救急学会医療政策委員会

11. 成果物公表計画

公益社団法人日本精神科病院協会のホームページ（<http://www.nisseikyo.or.jp/>）にて公表する。また、成果物は製本し、アンケート実施対象施設及び都道府県・政令指定都市の精神保健福祉担当課に1部配布する。

12. 成果物

(1)精神科救急医療体制を整備するための手引き

「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

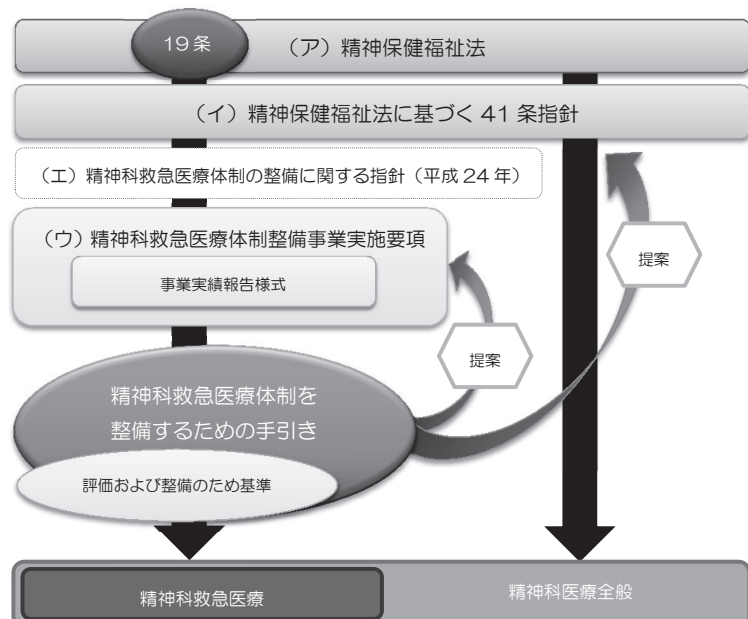
平成 29 年 3 月 16 日

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リ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の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（ミクロ救急）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 of 体制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（ミクロ救急）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。病診連携活動の機会には、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しやすい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）。

(2) 評価と整備のための基準

13. 資料

(1) 調査票 1～6

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

精神科救急医療体制に関するアンケート

このアンケートは、各自治体が実施する精神科救急医療体制整備事業に関する調査です。

精神保健福祉法第 19 条には、

「都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において（中略）地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。」

とあり、本調査は各都道府県ないし政令都市に、精神科救急医療体制の実態をご回答いただき、現状把握につとめ、今後のさらなる整備、ひいては国民や地域の精神保健福祉医療を通じた健康増進に寄与する目的で行うものです。

ご担当者様お 1 人での回答が困難な設問も多々あるかと思います。是非とも課内、部内、庁内で確認いただき、自治体全体として正確な回答をお願いいたします。

各自治体における精神科救急医療体制整備事業を政令都市と都道府県で協調して行っている場合は、一括回答で結構です。独立している場合はそれぞれ回答してください。

ご多忙中恐縮ですがどうぞ宜しくお願いいたします。

■代表的な回答者に関すること

1. 地方公共団体名 _____ 都・道・府・県・指定都市
2. ご所属 _____
3. ご職名 _____
4. お名前 _____
5. ご連絡先 電話： _____
Email： _____ @ _____
6. 政令市との協調等による一括回答の場合、協調自治体名と担当者名をご記入ください。

お問い合わせ

公益社団法人 日本精神科病院協会

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21 運営事務局

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309

担当 大竹、瀬尾、田中

メールでのお問い合わせ：n-seo@nisseikyo.or.jp

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

■総合的事項

1. 精神保健福祉法第 19 条にある

「体制の整備を図るよう努めるものとする。」

について、都道府県あるいは政令指定都市として、どの程度努力できていますか？

☐ 件数・内容ともに他の自治体に誇れる体制を構築している

☐ 他の自治体を上回る体制と考えられ、ほぼ問題はない

☐ 他の自治体と同等の体制と考えているが、課題がある

☐ 他の自治体を下回ると考えられ、課題が山積している

☐ 整備していないか、それに等しい

具体的な補足事項があればご記入ください？

2. 貴自治体における精神科救急医療体制整備事業のための年間拠出額を回答してください。（国庫 1/2 となっており、自治体分と別々にご回答ください。独自の事業があればさらに別に記入してください。）

	国庫補助額	自治体負担額	独自事業の額	合 計
平成 27 年度	円	円	円	円
平成 28 年度	円	円	円	円

補足：

3. 都道府県あるいは政令指定都市として「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」を定めていますか？

☐ はい ☐ いいえ

4. 精神科救急医療体制として複数圏域を定めていますか？

☐ はい ☐ いいえ（全県一区）

その圏域は一般医療における二次医療圏と同じですか？

☐ はい ☐ いいえ

例えば 2 次医療圏 3 つ程度を一つの精神科救急医療圏域に設定しているなどの場合、補足説明をお願いします。

補足：

精神科救急医療圏域について概況を記入してください。

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

圏域名	圏域内人口 (万人)	精神科救急医療体制に 参加している病院数 (うち救急入院料病棟 認可ある病院数)	消防法実施基準 における身体合 併症に対応でき る病院数
1.		()	
2.		()	
3.		()	
4.		()	
5.		()	
6.		()	
7.		()	
8.		()	

5. 運用時間帯は？

☐ 24 時間 365 日

☐ 休日・夜間

☐ その他 _____

6. 連絡調整会議を開催していますか？

☐ はい（年_____回） ☐ いいえ

その参加者は？

☐ 都道府県・指定都市

☐ 市町村等

☐ 医師会

☐ 精神科病院協会

☐ 精神科診療所協会

☐ その他病院団体

☐ 常時対応型病院

☐ 輪番病院

☐ 支援病院

☐ 一般医療機関

☐ 受診前相談対応者（情報センターや医療相談対応者）

☐ 消防機関あるいはメディカルコントロール関係者

☐ 警察

☐ 当事者

☐ その他 ()

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

その議題は？

毎回の議題 必要時のみの議題

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| ☐ | ☐ | 厚生労働省からの伝達事項 |
| ☐ | ☐ | 自治体の実施要項に関する事項 |
| ☐ | ☐ | 事業実績 |
| ☐ | ☐ | 移送に関する事項 |
| ☐ | ☐ | 身体科との連携に関する事項 |
| ☐ | ☐ | 個々の事例の対応適切性に関する事後検証 |
| ☐ | ☐ | その他_____ |

7. 国の定める精神科救急医療体制整備事業実施要項における以下のメニューのうち、貴都道府県（指定都市）による指定はありますか？

（あるものにチェック 複数可 複数施設指定の場合は数を記入）

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ☐ 精神医療相談窓口 | (箇所) |
| ☐ 精神科救急情報センター | (箇所) |
| ☐ 病院群輪番型 | (箇所) |
| ☐ 常時対応型 | (箇所) |
| ☐ 外来対応施設 | (箇所) |
| ☐ 支援病院 | (箇所) |

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

■ 受診前相談（精神科救急情報センター・医療相談窓口）

1. 精神科救急情報センターと医療相談窓口の両事業がある場合、機能的な差異はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合 どのような違いですか？

2. カバー圏域は？（複数可）

◆精神科救急情報センター

- ☐ 都道府県（政令市）全域
☐ 圏域ごと分担（具体的な状況について説明してください）

◆精神科医療相談窓口

- ☐ 都道府県（政令市）全域
☐ 圏域ごと分担（具体的な状況について説明してください）

3. 精神科救急情報センターや精神科医療相談窓口はどのような機関に設置されていますか？

◆精神科救急情報センター

- ☐ 精神保健福祉センターなど行政機関
☐ 県立病院など公的医療機関
☐ 精神科救急医療体制に参加している公的以外の病院
☐ その他 _____

◆精神科医療相談窓口

- ☐ 精神保健福祉センターなど行政機関
☐ 県立病院など公的医療機関
☐ 精神科救急医療体制に参加している公的以外の病院
☐ その他 _____

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

4. 精神科救急情報センターでの措置通報手続きについて

☐ 行わない

☐ 行う

→その場合の対応者やどこまでを情報センターとして行うのか等、具体的な流れを可能な範囲でお示してください。

措置通報（22～25 条）受理 _____

27 条の調査 _____

移送 _____

27 条診察の実施 _____

☐ その他 _____

5. 身体科医療機関との調整について

（当事者への受診勧告等の助言ではなく、身体科医療機関に直接連絡し、受け入れなどが決着するまで調整すること）

◆精神科救急情報センター

☐ 行わない

☐ 行う

◆精神科医療相談窓口

☐ 行わない

☐ 行う

6. 対応者の職種（複数可）

◆精神科救急情報センター

☐ 精神保健福祉士 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

☐ 心理士 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

☐ 看護師 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

☐ 教育を受けた無資格者 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

☐ その他 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

◆精神科医療相談窓口

☐ 精神保健福祉士 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

☐ 心理士 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

☐ 看護師 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

☐ 教育を受けた無資格者 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

☐ その他 (☐ 常勤 ☐ 非常勤)

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

7. 周知

◆精神科救急情報センター

☐ 広報誌や HP 等広く都道府県民まで周知（方法_____）

☐ 関係機関のみ

☐ その他_____

◆精神科医療相談窓口

☐ 広報誌や HP 等広く都道府県民まで周知（方法_____）

☐ 関係機関のみ

☐ その他_____

8. 医師の応援・助言体制

◆精神科救急情報センター

☐ あり どのような体制ですか_____

☐ なし

◆精神科医療相談窓口

☐ あり どのような体制ですか_____

☐ なし

9. 対応マニュアルの有無

◆精神科救急情報センター ☐ あり ☐ なし

◆精神科医療相談窓口 ☐ あり ☐ なし

10. 対応技術等についての就業前研修の義務化

◆精神科救急情報センター ☐ あり ☐ なし

◆精神科医療相談窓口 ☐ あり ☐ なし

11. 地域資源の知識の確保

研修の有無 ☐ あり ☐ なし

関連施設リストの整備 ☐ あり ☐ なし

12. メディカルコントロール（MC）体制との連携

☐ あり ☐ なし

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

■精神科救急医療の確保

1. 重症度による対応の区別をしていますか

☐はい ☐いいえ

重症度別の対応機関を記入してください（病院名（固定の場合）や体制内での役割）

（圏域ごとに異なる場合は他の用紙を用いて圏域ごとの状況を記入してください）

外来対応：（例：救急当番診療所）

任意入院：（例：救急当番病院）

医療保護：

応急入院：

緊急措置入院：（例：県立□□病院）

措置入院：

身体合併症：（例：〇〇医療センター）

2. 地域によってはアクセスしにくい、あるいは救急医療サービスを受けにくいといった事態が想定されますか？

☐はい ☐いいえ

はいの場合

そうした事例が無かったかどうかを検証する機会がありますか？

☐はい ☐いいえ

はいの場合

3. 以下のニーズのうち、精神科救急医療体制としての対応についてお答えください

- 1) 日中に発生したケース

☐ 時間帯に関係なく精神科救急医療体制の事例として対応する

☐ 精神科救急医療体制の事例とはせず、通常受診として対応する

☐ 場合によっては精神科救急医療体制の事例としての対応する

（具体的に 例：24 条通報の場合は精神科救急医療体制整備事業で対応する場合がある、救急車が搬送先に苦慮した場合は精神科救急医療体制を通じて受け入れ先を探すことがある等）

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

2) かかりつけ医がある場合

- ① 時間外について、かかりつけ医が原則対応するルールがあるかどうか
☐あり ☐なし
- ② かかりつけ医が診療所などで時間外対応できない場合の 1 次対応
☐診療所同士の協定等による対応
☐1 次当番を決めている
☐当番病院で対応する
- ③ かかりつけ医が対応した場合の救急事業実績上の取り扱い（当番日でない場合）
☐救急事業実績とする。
☐救急事業実績としない。
- ④ かかりつけ医がたまたま救急当番医であり、対応した場合の救急事業実績上の取り扱い
☐救急事業実績とする。
☐救急事業実績としない。

その他、例外的な状況があればご記入ください

3) これらのトリアージについては（複数可）

- ☐ 都道府県の事業実施要綱等、書面ルールで規定されている。
- ☐ 連絡調整会議で確認されている
- ☐ 病院同士の連携で決定してもらっている
- ☐ 各当番病院の裁量で決めている
- ☐ 情報センターや医療相談窓口など受診前相談で振り分けられている

4. 受入れ病院が満床となった場合などに、最終的にバックアップする体制がありますか

☐あり ☐なし

「あり」の場合 どのような医療機関ですか？_____

バックアップ病院が受ける場合の手順は？（複数可）

- ☐ 都道府県の事業実施要綱等、書面ルールで規定されている。
- ☐ 連絡調整会議で確認されている
- ☐ 取り決めはなく病院同士の連携で決定してもらっている
- ☐ 情報センターや医療相談窓口など受診前相談で振り分けられている

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

5. 精神科救急医療体制整備事業内で救急医療とクリニック等通院医療の連携確保ための何らかの活動（両法の代表者が一同に会して議論する機会など）がありますか？

☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、具体的には？

☐ 定期的な連携会議の開催 会議名称

☐ 連携事例の検証の実施 機会の名称

☐ その他

6. 精神科救急医療体制の周知はどのように行っていますか？

一般医療機関に対して：_____

精神科医療機関に対して：_____

利用者に対して：_____

7. 精神科救急医療体制について地域医療計画における記載は？

☐ あり ☐ なし

【調査票 1（作業部会①－1「基準」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

■身体合併症対策

1. 並列モデル整備

体制として精神科と一般科の両方を同一機関で診療できる合併症対応医療機関の確保

☐あり ☐なし

「あり」の場合

☐ 全県対応として _____ 施設指定している。

☐ 全ての圏域にそれぞれ立地し、指定されている。

☐ 一部の圏域に立地し、指定されている。

☐ その他 _____

2. 縦列モデルの強化

体制内に、一般科の病院と精神科の病院の地域内連携による合併症対応の仕組みを含みますか？

☐あり ☐なし

精神科救急医療体制の中で一般科と精神科の連携の機会がありますか？

☐ 全県としてあり 機会の名称 _____

☐ 全ての圏域であり 機会の名称 _____

☐ 一部の圏域であり 機会の名称 _____

地域の一般的な医療連携の機会に精神科担当者の参加はありますか？

☐あり ☐なし ☐わからない

「あり」の場合 その機会の名称 _____

PEEC コース（日本臨床救急医学会）の開催 ☐あり ☐なし ☐わからない

「あり」の場合 これまで _____ 回くらい開催した

その他の事例検証の機会 ☐あり ☐なし ☐わからない

「あり」の場合 その機会の名称 _____

3. 身体合併症対応について貴自治体での取り組みや体制について記載してください。

これで終わりです。ありがとうございました。

【調査票 2（作業部会①－2「輪番」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

精神科救急医療体制に関するアンケート

平素より大変お世話になります。

このたび、公益社団法人日本精神科病院協会では、平成 28 年度障害者総合福祉推進事業指定課題 21「精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究」を受託し、各自治体が実施する精神科救急医療体制整備事業に関する調査研究を行うこととなりました。

精神保健福祉法第 19 条には、「都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において（中略）地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。」とあり、本事業は、各種の調査・研究を通じて精神科救急医療体制の実態を把握し、その課題を検討して今後のさらなる整備、ひいては国民や地域の精神保健福祉医療を通じた健康増進に寄与する目的で行うものです。

このうち本アンケートは、主に輪番病院としてどのように時間外救急患者の受け入れを行っているかの状況について調査するもので、各支部、会員病院の皆様におかれましても、各地域でこの役割にご尽力されていることと存じます。

ご多忙中恐縮ですが、どうぞ宜しくお願いいたします。

調査について：手順

本調査は、2 部構成です。

I 部：支部でお答えいただく事項

II 部：各会員病院でお答えいただく事項

I 部の回答は支部長（ないし各都道府県協会長）にてご回答ください。

II 部の回答は、アンケート用紙を各会員病院に FAX 等にて配信し、回答を支部で取りまとめるか、あるいは日精協に直接ご返送ください。

お問い合わせ

公益社団法人 日本精神科病院協会

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21 運営事務局

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309

担当 大竹、瀬尾

メールでのお問い合わせ：n-seo@nisseikyo.or.jp

【調査票 2（作業部会①－2「輪番」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

I

■回答者（支部の担当者）に関すること

1. 支部名 _____ 都・道・府・県
2. 病院名 _____
3. ご職名 _____
4. お名前 _____
5. ご連絡先 電話： _____
Email： _____ @ _____
6. 政令市との協調等がある場合、協調自治体名をご記入ください。

1. 都道府県内の公的専門医療機関の有無

■国立（独立行政法人国立病院機構）の精神科病床（大学病院付属を除く）

☐ なし ☐ あり

病院名： _____

精神科救急医療体制における役割

☐ 参加なし

☐ 常時対応型

☐ 輪番

☐ その他： _____

同院への医療観察法病棟の設置

☐ なし ☐ あり

■自治体立の精神科病床（大学病院付属を除く）

☐ なし ☐ あり

病院名： _____

精神科救急医療体制における役割

☐ 参加なし

☐ 常時対応型

☐ 輪番

☐ その他 _____

同院への医療観察法病棟の設置

☐ なし ☐ あり

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

2. 都道府県内の大学付属病院精神科病床（分院含む）の有無

病院名：① _____ ☐閉鎖☐開放

② _____ ☐閉鎖☐開放

③ _____ ☐閉鎖☐開放

④ _____ ☐閉鎖☐開放

⑤ _____ ☐閉鎖☐開放

⑥ _____ ☐閉鎖☐開放

⑦ _____ ☐閉鎖☐開放

⑧ _____ ☐閉鎖☐開放

⑨ _____ ☐閉鎖☐開放

⑩ _____ ☐閉鎖☐開放

精神科救急医療体制における役割（（ ）内は番号を記入）

- 参加なし ()
- 常時対応型 ()
- 輪番 ()
- その他

病院名：①	☐ 閉鎖 ☐ 開放
②	☐ 閉鎖 ☐ 開放
③	☐ 閉鎖 ☐ 開放
④	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑤	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑥	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑦	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑧	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑨	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑩	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑪	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑫	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑬	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑭	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑮	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑯	☐ 閉鎖 ☐ 開放
⑰	☐ 閉鎖 ☐ 開放

【調査票 2（作業部会①－2「輪番」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

- ⑬ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ⑭ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ⑮ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ⑯ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ⑰ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ⑱ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ⑲ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ⑳ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ㉑ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ㉒ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ㉓ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ㉔ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ㉕ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ㉖ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ㉗ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放
- ㉘ _____ ☐ 閉鎖 ☐ 開放

書ききれない場合は余白・別紙をご利用ください

精神科救急医療体制における役割（（ ）内は番号を記入）

- 参加なし（ _____ ）
- 常時対応型（ _____ ）
- 輪番（ _____ ）
- 合併症対応（ _____ ）
- その他： _____

4. 圏域分けがある場合は、圏域をご回答ください

☐ なし ☐ あり

- 圏域名：① _____
- ② _____
- ③ _____
- ④ _____
- ⑤ _____
- ⑥ _____

5. 常時対応型病院がある場合、圏域ごとに回答してください

☐ なし ☐ あり

- 病院名：圏域① _____
- 圏域② _____
- 圏域③ _____
- 圏域④ _____
- 圏域⑤ _____
- 圏域⑥ _____

【調査票 2（作業部会①－2「輪番」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

6. 圏域ごとの当番病院をご記入ください

圏域名：① _____

病院名：①－1 _____

①－2 _____

①－3 _____

①－4 _____

①－5 _____

①－6 _____

①－7 _____

①－8 _____

①－9 _____

①－10 _____

圏域名：② _____

病院名：②－1 _____

②－2 _____

②－3 _____

②－4 _____

②－5 _____

②－6 _____

②－7 _____

②－8 _____

②－9 _____

②－10 _____

圏域名：③ _____

病院名：③－1 _____

③－2 _____

③－3 _____

③－4 _____

③－5 _____

③－6 _____

③－7 _____

③－8 _____

③－9 _____

③－10 _____

【調査票 2（作業部会①－2「輪番」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

圏域名：④_____

病院名：④－1 _____

④－2 _____

④－3 _____

④－4 _____

④－5 _____

④－6 _____

④－7 _____

④－8 _____

④－9 _____

④－10 _____

圏域名：⑤_____

病院名：⑤－1 _____

⑤－2 _____

⑤－3 _____

⑤－4 _____

⑤－5 _____

⑤－6 _____

⑤－7 _____

⑤－8 _____

⑤－9 _____

⑤－10 _____

圏域名：⑥_____

病院名：⑥－1 _____

⑥－2 _____

⑥－3 _____

⑥－4 _____

⑥－5 _____

⑥－6 _____

⑥－7 _____

⑥－8 _____

⑥－9 _____

⑥－10 _____

これで終わりです。ありがとうございました。

【調査票 3（作業部会①－2「輪番」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

Ⅱ

■回答者に関すること

1. 支部名 _____ 都・道・府・県
2. 病院名 _____
3. ご職名 _____
4. お名前 _____
5. ご連絡先 電話 : _____
Email : _____ @ _____

1. 病院が精神科救急医療体制の中で担当している役割をご回答ください
☐ 常時対応施設
☐ 輪番
☐ その他 _____
2. 当番日の日数をご回答ください
☐ 不定期：月に _____ 日程度
☐ 定期的： _____
平成 27 年度の当番日合計 平日夜間： _____ 土休日： _____
3. 夜間休日の当番として対応可能な（実際受け入れている）状況をご回答ください
（複数可）
☐ 緊急措置入院・措置入院
☐ 応急入院
☐ 医療保護入院
☐ 任意入院
☐ 外来対応
4. 平成 27 年度の当番日に受け入れた人数を、かかりつけ患者とそれ以外に分けてご回答ください

	かかりつけ以外の患者数	かかりつけ患者数
緊急措置入院・措置入院：	_____	_____
応急入院：	_____	_____
医療保護入院：	_____	_____
任意入院：	_____	_____
外来対応：	_____	_____

【調査票 3（作業部会①－2「輪番」）】

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 21

精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

5. 後方支援

後方支援医療機関に患者を送っている ☐ はい ☐ いいえ

後方支援病院として患者を受け入れている ☐ はい ☐ いいえ

6. 精神科救急入院料病棟（合併症含む）の有無

☐ あり ☐ なし

7. 急性期治療病棟 医師 16 : 1 加算

☐ あり ☐ なし

8. 応急指定

☐ はい ☐ いいえ

9. 自由意見欄

その他、精神科救急医療体制整備事業について、困っていること、改善してほしいこと等について自由にご記入ください

これで終わりです。ありがとうございました。

精神科救急入院料病棟の運用実態に関する調査

（施設名 _____ 回答日 平成 28 年 ____ 月 ____ 日）

調査票は、A. 病院全体の概況、B. 精神科救急入院料認可病棟の運用概況、の2部からなります。お答え可能な範囲で調査にご協力下さい。

A. 病院全体の概況

1. 病院概況について、回答日現在の現況や数値をご回答願います。

（1）設立主体

- ①国立系独立行政法人 ②都道府県立・地方独立行政法人 ③その他公立
④公的病院（赤十字、済生会、厚生連、社保、私立大学など）
⑤民間（社会医療法人） ⑥民間（その他）

（2）全病床数 _____ 床（うち一般病床数 _____ 床）

（3）精神科病棟の概要

(a)精神科稼働病床数 _____ 床

(b)精神科病棟数 _____ 棟

うち、精神科救急入院料病棟 1 _____ 棟（病床数 _____ 床）

精神科救急入院料病棟 2 _____ 棟（病床数 _____ 床）

精神科救急合併症入院料病棟 _____ 棟（病床数 _____ 床）

2. 精神科医が診察した時間外診療の実績（平成 27 年度）についてご回答願います。

（1）診療時間外の診療件数 _____ 件

うち、精神科救急医療体制整備事業*の対象 _____ 件

（2）上記のうち、入院件数 _____ 件

うち、精神科救急医療体制整備事業の対象 _____ 件

（3）昨年度の精神科救急医療体制整備事業への参加日数 _____ 日

*注）精神科救急医療体制整備事業とは、国と都道府県が運営し、参加施設に診察料や空床確保料などの補助金が支給される精神科救急医療に関する公共事業のことです。

*調査票 A ご回答者 所属 _____ 氏名 _____

TEL _____ E-mail _____

B. 精神科救急入院料病棟の運用概況

精神科救急入院料認可病棟が複数ある場合は、お手数ながら、病棟ごとに本調査用紙をコピーしてご回答願います。

特定入院料の種別

①精神科救急入院料 1 ②精神科救急入院料 2 ③精神科救急・合併症入院料

精神科救急入院料の認可年月日：平成_____年 _____月

（平成 28 年度以降の場合はご回答不要です。事務局へご連絡いただけると幸いです。）

1. 当該病棟の施設・設備について、回答日現在の状況や数値をご回答願います。

- （1）病床数 _____ 床
- （2）隔離室 _____ 室
- （3）個 室 _____ 室
- （4）上記のうち、酸素・吸引装置が設置されている部屋 _____ 室

2. 当該病棟の専任または専従職員配置について、回答日現在の状況や数値（常勤換算）をご回答願います。

- （1）医師 _____ 名（うち精神保健指定医 _____ 名）
- （2）看護師 _____ 名
- （3）コメディカルスタッフ _____ 名

3. 当該病棟の診療実績について、お分かりになる範囲で、平成 27 年度の数値をご回答願います。

（1）当該病棟の運用概況

- (a)年間延べ在棟患者数 _____ 人（精神科救急入院料の算定外患者も含む）
- (b)うち、精神科救急入院料を算定した延べ患者数 _____ 人

（2）入棟件数 _____ 件（精神科救急入院料の算定外患者も含む）

- (a)うち、当院への入院が初回の患者数 _____ 件
そのうち、精神科への入院が初回の患者数 _____ 件
- (b)院内の他病棟からの転入患者数 _____ 件
- (c)入棟時の入院形式
 - ①緊急措置入院 _____ 件
 - ②措置入院 _____ 件
 - ③応急入院 _____ 件
 - ④医療保護入院 _____ 件
 - ⑤任意入院 _____ 件
 - ⑥その他 _____ 件（医療観察法鑑定入院、鑑定留置など）

【調査票 4（作業部会②－2「拠点」）】

(d)主診断の内訳（「その他」の病名は、主治医等にご確認の上、なるべく ICD-10 大コードに分類して下さい。また、なるべく確定診断として下さい）

F0（脳器質群）	_____件	F5（摂食障害等）	_____件
F1（中毒依存群）	_____件	F6（人格障害群）	_____件
F2（精神病群）	_____件	F7（知的障害）	_____件
F3（感情病群）	_____件	F8（発達障害等）	_____件
F4（神経症群）	_____件	F9（児童疾患等）	_____件
その他（上記のいずれにも該当しない）		_____件	

(3) 退棟件数 _____件

転棟・転院を含みます。

(a) 自宅退院件数 _____件（福祉施設への退院を含みます）

(b) 院内転棟件数 _____件

(c) 他院への転院件数 _____件（医療観察法の入院医療機関を含みます）

① うち精神科 _____件 ② 一般科 _____件

(d) その他 _____件（警察、矯正施設などを含みます）

4. 平成 27 年度中に当該病棟に入棟した患者（前年度から継続して入院中の患者を除く）について、同年度内に実施された医学的処置に関する以下の設問にご回答願います。同年度内に再入院した患者は別患者として下さい。

(1) 電気けいれん療法

(a) 実施患者の実人数 _____人（実施回数ではなく、実施した患者数です。実施回数が 1 回でも 10 回でも 1 人です）

(b) うち修正型 _____人（同上。非修正型と混合した場合は修正型に算入して下さい）

(2) クロザピン投与患者数 _____人

(3) 隔離

(a) 実施患者実人数 _____人（実施件数ではなく、実施した患者数です。隔離日数が 1 日でも 7 日でも 1 人です）

(b) 平均隔離日数 _____日（隔離実施患者における隔離日数の平均です）

(4) 身体拘束

(a) 実施患者実人数 _____人（隔離と同じです）

(b) 平均拘束日数 _____日（拘束実施患者における拘束日数の平均です）

* 調査票 B ご回答者 所属 _____ 氏名 _____

TEL _____ E-mail _____

ご協力ありがとうございました！

措置入院に関する調査

貴院で受け入れた措置入院について、以下の設問にご回答下さい。ご回答者の職位を下記から選択して下さい。

- ①病院管理者 ②精神科責任者 ③精神科救急入院料病棟の責任医師
④その他 _____

1. 措置入院の受け入れについて

(1) 貴院への措置入院患者のうち、医療よりも司法で対応すべきと思われるケースを経験されたことがありますか。

- ①ある ②ない

(2) 措置入院相当であるにもかかわらず、措置入院プロセスに乗らずに来院したケースを経験されたことはありますか。

- ①ある ②ない

(3) 精神科救急入院料病棟を維持するために、措置入院件数の確保に苦心されることはありますか。

- ①多いにある ②時にある ③あまりない ④全くない

(4) 措置入院指定病院の施設基準について、どう思われますか。

- ①現状のままでよい

- ②現状よりも厳しくすべきである（具体的に _____
_____）

(5) 措置入院決定までのプロセスについて、問題点のご指摘や制度的改革のご提案があれば、お聞かせ下さい。

2. 措置入院中の医療について

(1) 貴自治体の精神科救急医療体制整備事業には、措置入院患者の転院システムがありますか。

- ①明文化されたシステムがある ②不文律はある ③ない

(2) 上記のような措置入院患者の転院システムは必要と思われますか。

- ①必要 ②不要 ③その他 _____

【調査票 5（作業部会②－3「措置」）】

（3）貴院では、措置入院患者の主治医に特別の配慮はありますか。

- ①他の入院形態と区別していない ②指定医＋研修医が原則など、手厚くしている
③その他 _____

（4）多職種チーム医療への特別の配慮をしていますか。

- ①他の入院形態と区別していない ②コメディカルを加えるなど、手厚くしている
③その他 _____

（5）措置入院者の治療プログラムに特別の配慮をしていますか。

- ①他の入院形態と区別していない
②特別に設定している（具体的に _____ ）

（6）措置入院者の院内カンファレンスに特別の配慮をしていますか。

- ①他の入院形態と区別していない
②特別に設定している（具体的に _____ ）

（7）措置入院者に関する院外機関とのカンファレンスに特別の配慮をしていますか。

- ①他の入院形態と区別していない
②特別に設定している（具体的に _____ ）

（8）貴院には、アルコール依存症の治療プログラムはありますか。

- ①専門病棟がある
②専門病棟はないが、プログラムと専門スタッフは備えている。
③特にプログラムはない

（9）アルコール以外の薬物依存症の治療プログラムはありますか。

- ①専門病棟がある
②専門病棟はないが、プログラムと専門スタッフは備えている。
③特にプログラムはない

（10）貴院の精神科救急入院料病棟では、統合失調症圏の患者に対する心理教育プログラムを実施していますか。

- ①実施している
②実施していない

（11）貴院の精神科救急入院料病棟では、気分障害圏の患者に対する心理教育プログラムを実施していますか。

- ①実施している
②実施していない

【調査票 5（作業部会②－3「措置」）】

（12）精神科救急入院料病棟の入院患者に対して、作業療法を実施していますか。

- ①算定できないが、ケースによって実施している
- ②実施していない

（13）精神科救急入院料病棟の入院患者に対する急性期型の作業療法（短時間の個別プログラム主体）を診療報酬上に新設すべきとお考えですか。

- ①新設すべきである
- ②特に必要ない

（14）精神科救急入院料病棟の入院患者に対して、SSTを実施していますか。

- ①実施している
- ②実施していない

（15）精神科救急入院料病棟の入院患者に対して、院内標準診療計画（クリニカルパス）加算を算定していますか。

- ①算定している
- ②算定していない

（16）措置入院患者の入院中に、原則として、保健所など関連機関との連絡会議を義務付ける必要はあると思いますか。

- ①原則として、全例に会議を義務付けるべきである
- ②ケースによっては会議を開催するよう義務付けるべきである
- ③特に義務付ける必要はない
- ④その他 _____

（17）措置入院中の医療について、制度的な改革のご提案があれば、お聞かせ下さい。

3. 措置解除のプロセスについて

（1）貴院では、措置症状消退の判断について、特段の配慮をしていますか。

- ①特にない（主治医ないし指定医の判断に委ねている）
- ②ケースによっては、院内スタッフによるカンファレンスを開催して判断している
- ③原則として全例、院内スタッフによるカンファレンスを開催して判断している
- ④その他 _____

【調査票 5（作業部会②－3「措置」）】

（2）措置症状消退の判断を厳密化するために、院内の複数の指定医が判定し、一致しない場合は措置入院を命じた行政機関に関係者会議を要請できるよう制度化すべきという意見に対して、どう思われますか。

①賛成

②条件付きで賛成（条件_____）

③反対（理由 _____）

④どちらともいえない

（3）措置解除の判断を厳密化するために、措置症状消退届を受けた行政機関が届け出病院以外の精神保健指定医の意見を聴くことができるよう制度化すべきという意見に対して、どう思われますか。

①賛成

②条件付きで賛成（条件_____）

③反対（理由 _____）

④どちらともいえない

（4）措置解除のプロセスについて、制度的な改革のご提案があれば、お聞かせ下さい。

4. 退院後の在宅ケア支援について

（1）貴院では、措置入院患者（入院中に他の入院形態に移行した患者を含む）の在宅ケア支援について、特段の配慮をしていますか。

①他の入院形態と区別していない

②特段の配慮をしている

（具体的に _____）

（2）貴院では重症患者早期集中支援管理料（ACT加算）を算定していますか。

①算定している

②認可取得を検討中

③認可取得を考えていない

（3）措置入院を命じた自治体は、退院後の在宅ケアのコーディネートにもっと責任をもつべきであるという意見に対して、どう思われますか。

①賛成

②条件付きで賛成（条件_____）

③反対（理由 _____）

④どちらともいえない

【調査票 5（作業部会②－3「措置」）】

（４）措置解除後に保健所管轄外の地区（都道府県は同じ）に退院するケースについて、退院地を管轄する保健所等に患者の情報を伝達していますか。

- ①原則として伝達している
- ②ケースによって伝達している
- ③原則として伝達していない
- ④その他 _____

（５）措置解除後に別の都道府県に退院するケースについて、退院地を管轄する保健所等に患者の情報を伝達していますか。

- ①原則として伝達している
- ②ケースによって伝達している
- ③原則として伝達していない
- ④その他 _____

（６）措置入院者の退院後の在宅ケアについて、関係諸機関が個人情報の保護よりも情報共有を優先すべきであるという意見に対して、どう思われますか。

- ①賛成
- ②条件付きで賛成（条件_____）
- ③反対（理由 _____）
- ④どちらともいえない

（７）措置入院者の退院後の在宅ケア支援について、制度的な改革のご提案があれば、お聞かせ下さい。

ご協力ありがとうございました！

【調査票6（作業部会②－3「移送」）】

※大変お手数ではございますが、本調査用紙は必要部数をコピーの上ご記入ください。

精神科における救急搬送の実態に関する調査

平成28年 月 日 No.

平成28年12月1日から同年12月31日までの1ヶ月間に貴院に救急受診したケースについて、下記の設問にお答え下さい。ここでいう救急受診とは、貴院が救急と認定した受診の全てです。調査期間内の複数受診（同日再診も含む）は、別ケースとして新たにご記入願います。

1. 性別（男・女）
2. 年齢 ①10代 ②20代 ③30代 ④40代 ⑤50代 ⑥60代 ⑦70代 ⑧80代以上
3. 受診時間帯（準夜帯と深夜帯は平日・休日を問いません）
①当院診療時間内 ②当院休診日の日中（8時半～17時）
③準夜帯（17時～22時） ④深夜帯（22時～8時半）
4. 搬送手段（最終段階の）
①自家用車両 ②通常タクシー ③救急車 ④警察車両 ⑤保健所等行政機関の公用車
⑥福祉施設の車両 ⑦他の医療機関の車両 ⑧福祉タクシー ⑨当院車両（訪問診療）
⑩民間救急車（費用_____円）⑪その他_____
5. 搬送起点（最終段階の）
①居住地 ②警察署 ③精神科医療施設 ④一般科医療施設 ⑤その他_____
6. 搬送時間（上記起点からの）
①1時間以内 ②1～2時間 ③2時間超（_____時間_____分） ④不明
7. 搬送前24時間以内の自傷行為
①なし ②生命リスクの高い自傷行為 ③生命リスクの高くない自傷行為
8. 搬送前24時間以内の他害行為
①なし ②身体損傷を伴う他害行為 ③身体損傷を伴わない他害行為
9. 搬送時の同伴者（①以外は重複可。搬送車両に同乗していなくても可）
①なし ②親族 ③救急隊 ④警察官 ⑤行政職員 ⑥当院職員（職種_____）
⑦他院職員（職種_____） ⑧民間救急業者 ⑨その他_____
10. 搬送時の行動制限
①なし ②人力のみ ③拘束具の使用 ④その他_____ ⑤不明
11. 受診時の受診意志
①明確 ②しぶしぶ ③拒否的 ④動揺 ⑤意志表示なし ⑥その他_____

【調査票6（作業部会②－3「移送」）】

1 2. 精神科救急医療体制整備事業の対象ケースかどうか

- ①対象ケース ②それ以外

1 3. 診察形態

- ①緊急措置診察 ②措置診察 ③それ以外の診察

1 4. 精神科治療歴

- ①当院通院中（3ヶ月以内に当院受診歴あり）
②当院通院中断ないし終了（3ヶ月超以前に当院受診歴あり）
③当院初診（精神科未受診例） ④当院初診（他院受診歴あり） ⑤治療歴不明

1 5. 主診断

- ①F0（認知症） ②F0（認知症以外） ③F1（アルコール関連） ④F1（アルコール以外）
⑤F2 ⑥F3（双極性ないし躁病） ⑦F3（うつ病圏） ⑧F4 ⑨F6 ⑩F7 ⑪F8
⑫その他_____

1 6. 緊要な病態像

- ①幻覚妄想 ②精神運動興奮 ③昏迷 ④滅裂 ⑤せん妄 ⑥意識混濁（JCS_____）
⑦抑うつ ⑧躁 ⑨不安焦燥 ⑩解離 ⑪認知症 ⑫その他_____

1 7. 身体的問題

- ①なし ②あり・軽度（_____） ③あり・中等度以上（_____）

1 8. 診察室での処置（①以外は重複可）

- ①なし ②点滴確保 ③身体拘束 ④血中酸素飽和濃度測定 ⑤心電図モニター
⑥膀胱カテーテル留置 ⑦向精神薬静注 ⑧向精神薬筋注 ⑨向精神薬内服
⑩その他_____

1 9. 当日の帰宅先

- ①自宅（同居者あり） ②自宅（単身） ③親族等の自宅 ④福祉施設 ⑤医療施設
⑥警察署 ⑦その他の帰宅先（_____） ⑧帰宅先なし ⑨不明

2 0. 今回の診察の帰結

- ①当院精神科に入院（緊急措置・措置・応急・医療保護・任意・その他_____）
②当院一般科に入院
③現在の居住地に帰宅
④居住地以外の親族等に委託
⑤他院精神科に転送
⑥他院一般科に転送
⑦警察に移管
⑧その他_____

2 1. 来院から帰結までに要した時間 _____ 時間 _____ 分

(2) 集計結果

図1 精神科救急情報センター相談件数
(2015年度)

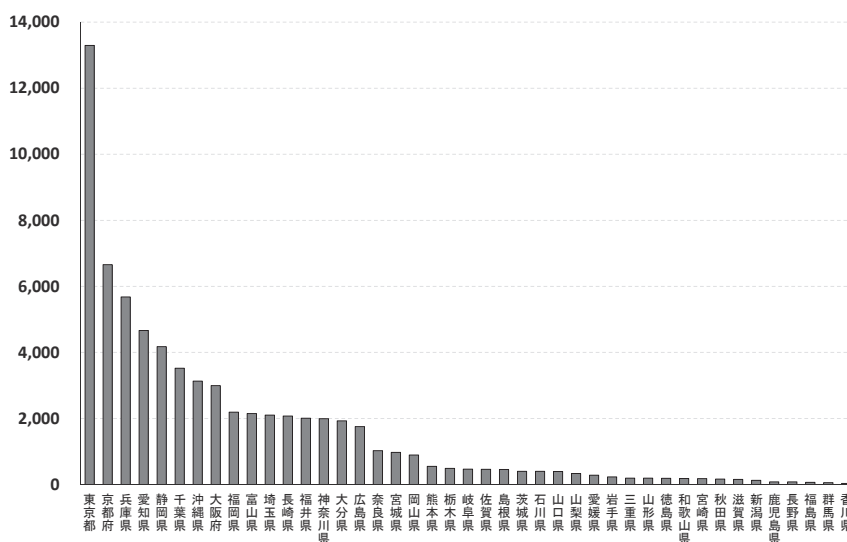
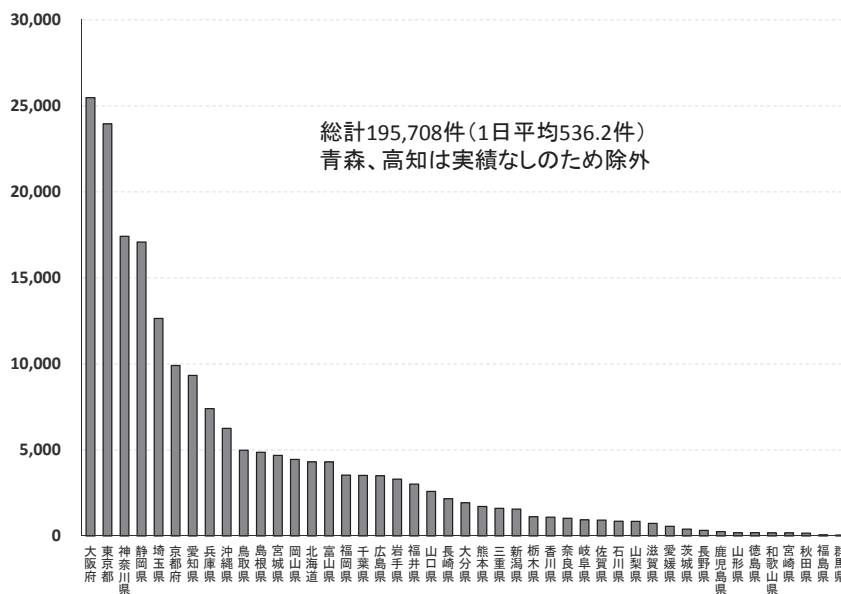


図2 精神科医療相談件数(2015年度)



【平成27年度精神科救急医療体制整備事業実績等(作業部会②-1「報告様式」)】

図3 受診件数(2015年度)

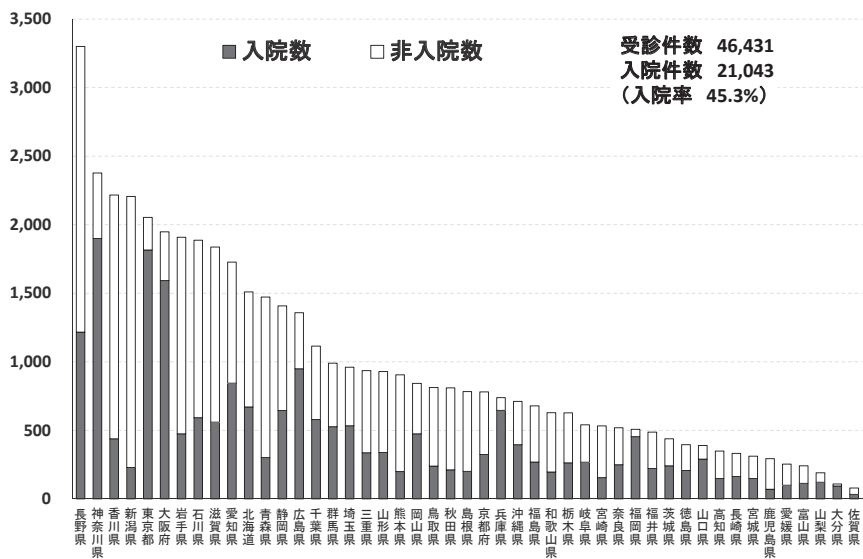
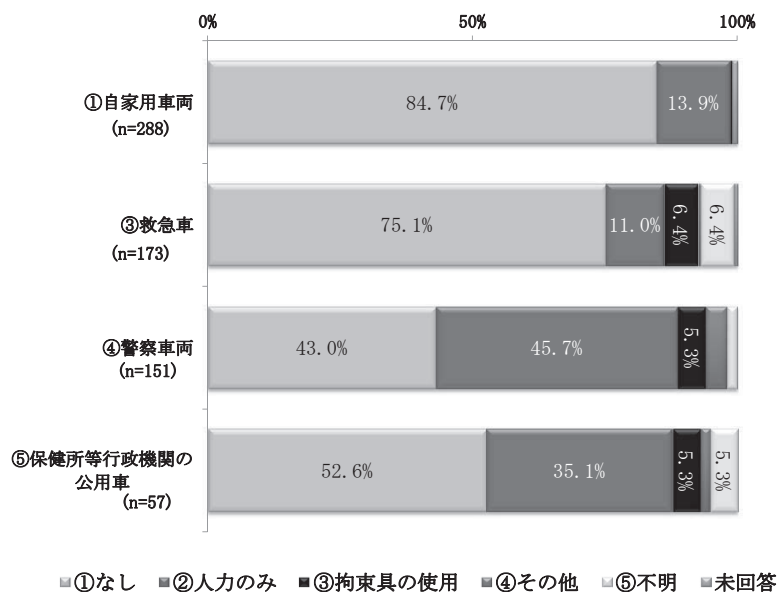
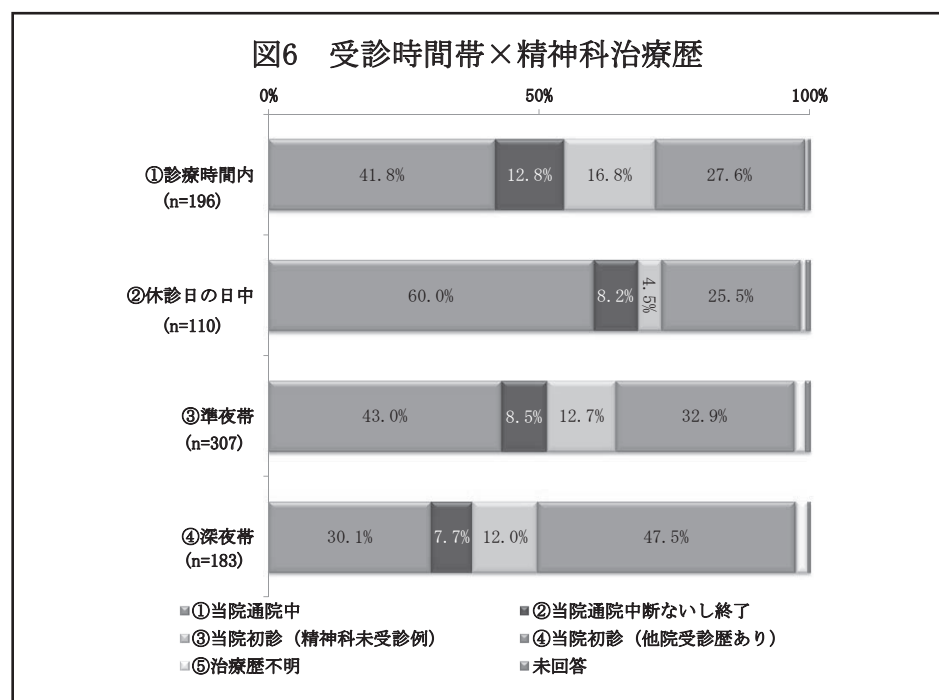
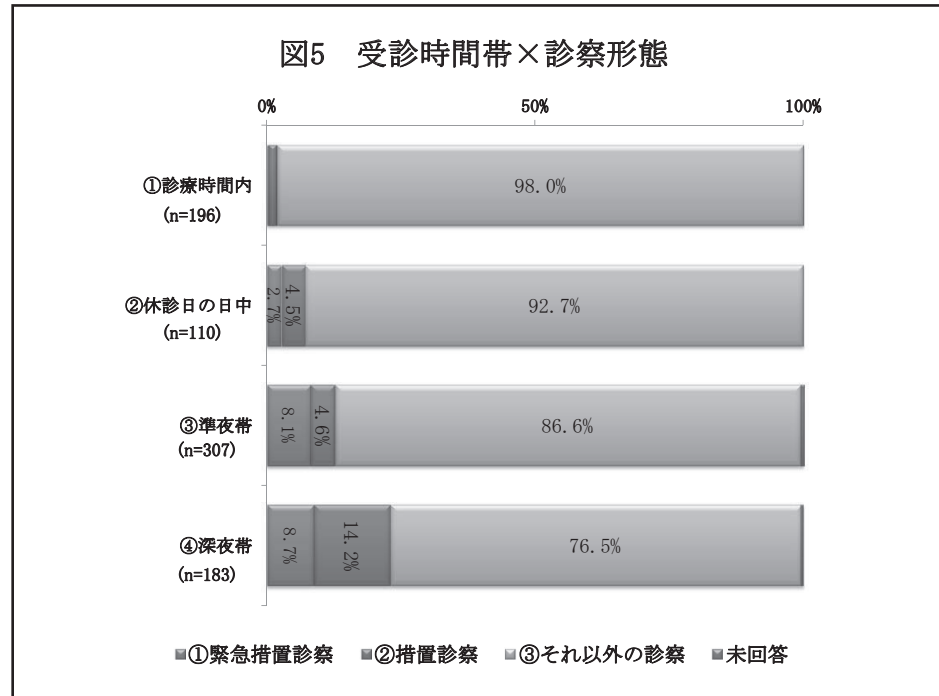
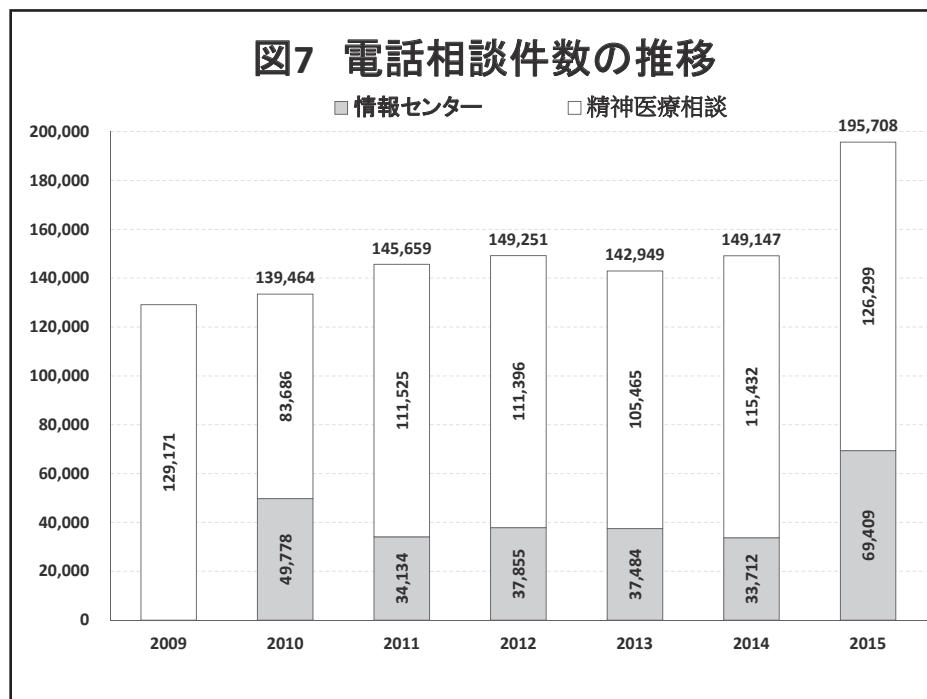
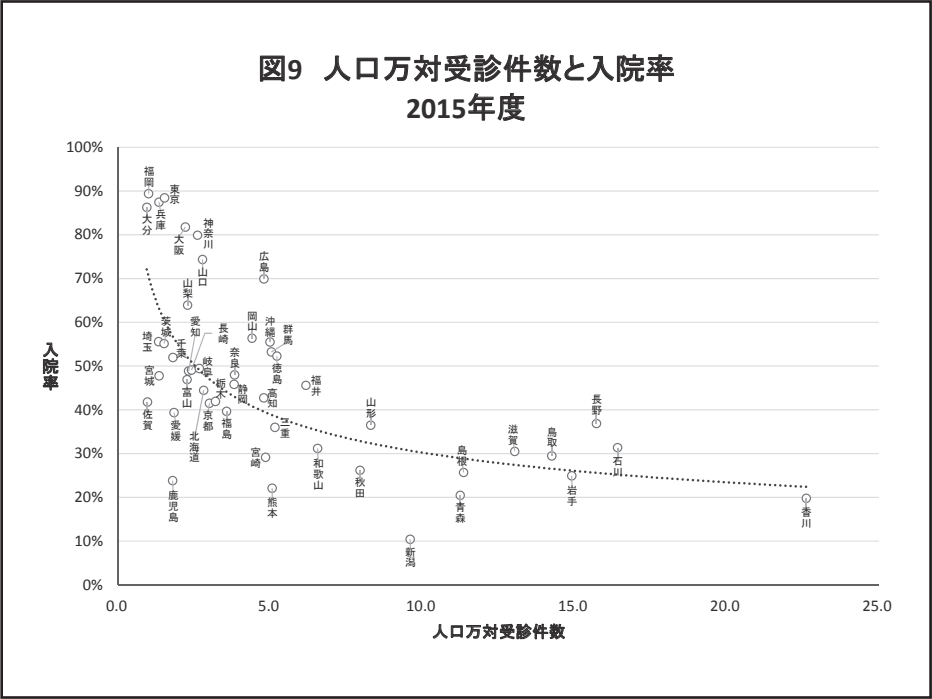


図4 搬送手段×搬送時の行動制限









【調査票1集計結果(作業部会①-1「基準」)】

「精神科救急医療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」
精神科救急医療体制に関するアンケート
(調査対象:47都道府県・20政令指定都市)

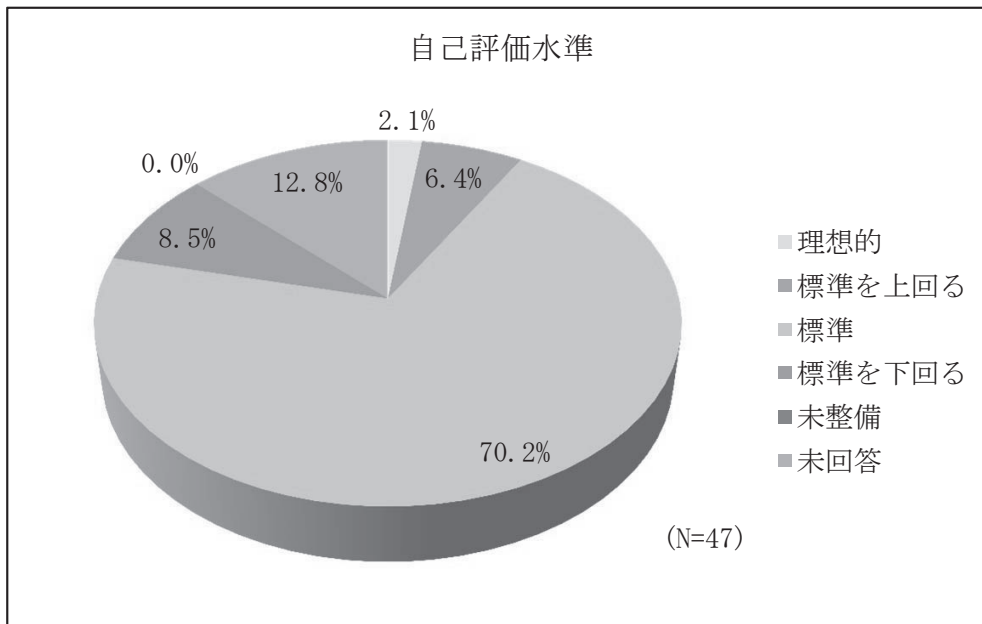
	郵送数	回答数	回答率
都道府県	47	41	87.2%
政令指定都市	20	16	80.0%

■総合的事項

1.精神保健福祉法第19条にある「体制の整備を図るよう努めるものとする。」について、都道府県あるいは政令指定都市として、どの程度努力できていますか？

(N=47)

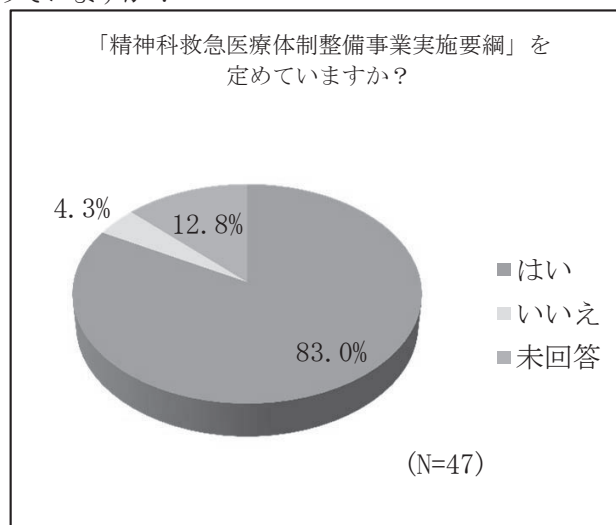
	回答数	構成比
件数・内容ともに他の自治体に誇れる体制を構築している	1	2.1%
他の自治体を上回る体制と考えられ、ほぼ問題はない	3	6.4%
他の自治体と同等の体制と考えているが、課題がある	33	70.2%
他の自治体を下回ると考えられ、課題が山積している	4	8.5%
整備していないか、それに等しい	0	0.0%
未回答	6	12.8%



【調査票1集計結果(作業部会①-1「基準」)】

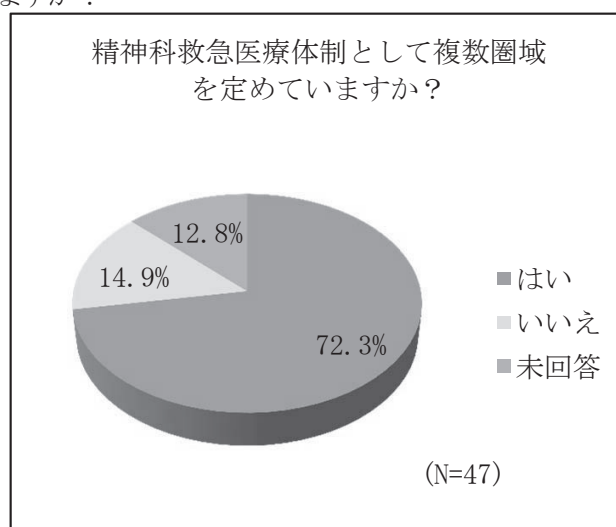
3.「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」を定めていますか？

(N=47)	回答数	構成比
はい	39	83.0%
いいえ	2	4.3%
未回答	6	12.8%



4.精神科救急医療体制として複数圏域を定めていますか？

(N=47)	回答数	構成比
はい	34	72.3%
いいえ	7	14.9%
未回答	6	12.8%



都道府県別の圏域数一覧

自治体名	圏域数
北海道	8
青森県	6
岩手県	4
秋田県	5
山形県	3
福島県	4
茨城県	2
埼玉県	2
千葉県	9
東京都	0
神奈川県	1
新潟県	5
富山県	1
石川県	3

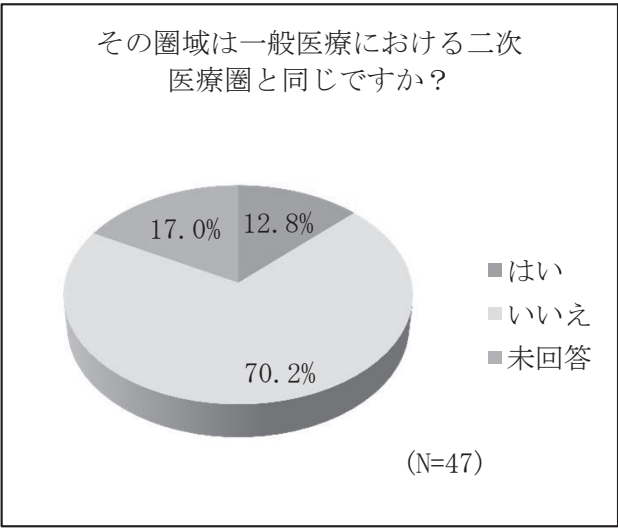
自治体名	圏域数
福井県	2
山梨県	1
長野県	4
静岡県	6
愛知県	3
三重県	2
滋賀県	3
京都府	2
大阪府	12
兵庫県	5
奈良県	1
和歌山県	3
鳥取県	3
島根県	7

自治体名	圏域数
岡山県	2
広島県	3
山口県	3
徳島県	3
愛媛県	1
福岡県	4
佐賀県	1
長崎県	8
熊本県	2
大分県	1
宮崎県	3
鹿児島県	4
沖縄県	4
合計	146

【調査票1集計結果(作業部会①-1「基準」)】

その圏域は一般医療における二次医療圏と同じですか？

(N=47)	回答数	構成比
はい	6	12.8%
いいえ	33	70.2%
未回答	8	17.0%



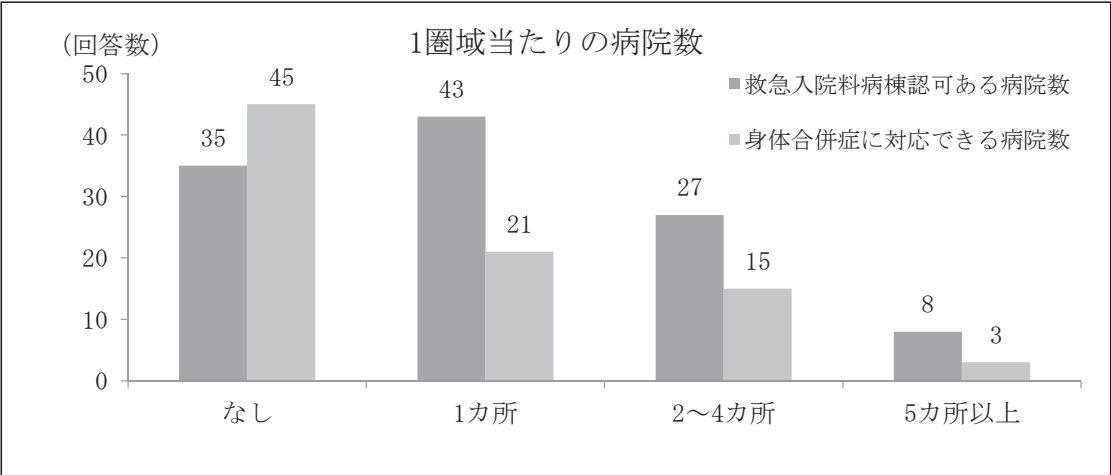
精神科救急医療体制の圏域が一般医療における二次医療圏と同じと回答した都道府県
青森県、千葉県、鳥取県、島根県、愛媛県、長崎県

精神科救急医療圏域についての概況

	圏域内人口 (万人) (n=135)	精神科救急医療体制に 参加している病院数 (n=142)	救急入院料病棟認可 ある病院数 (n=113)	身体合併症に対応 できる病院数 (n=84)
最小	2	0	0	0
中央値	44	4	1	0
最大	914	52	10	9
平均値	76.2	6.7	1.5	1.0
標準偏差	106.8	7.2	2.0	1.6

1圏域当たりの病院数

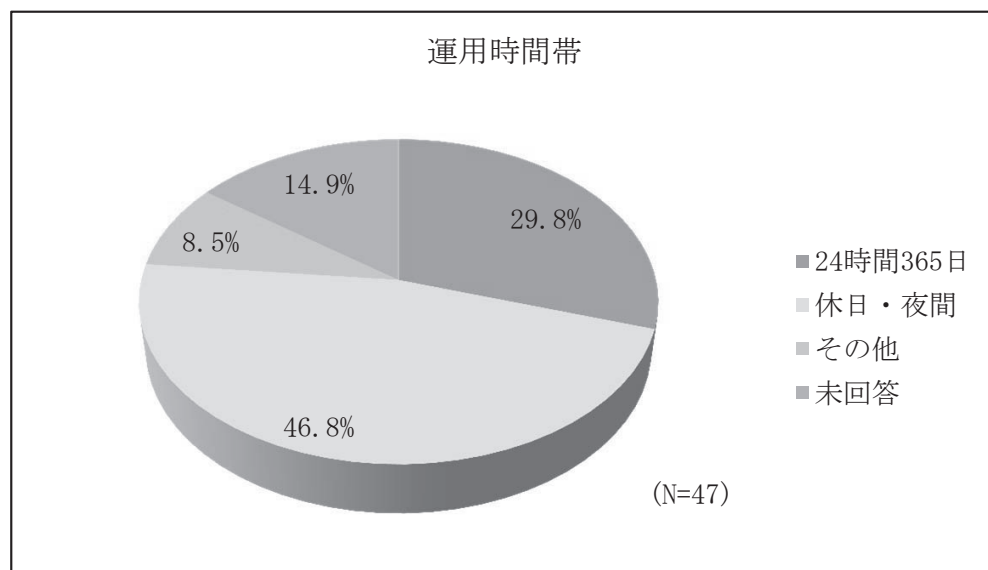
	救急入院料病棟認可 ある病院数 (n=113)	身体合併症に対応 できる病院数 (n=84)
なし	35	45
1カ所	43	21
2～4カ所	27	15
5カ所以上	8	3



【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

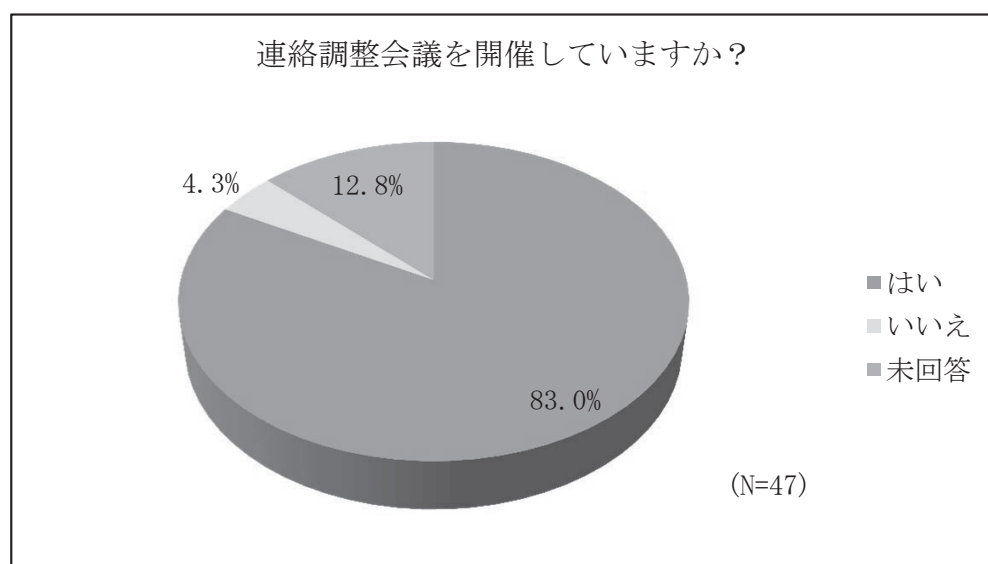
5.運用時間帯は？

(N=47)	回答数	構成比
24時間365日	14	29.8%
休日・夜間	22	46.8%
その他	4	8.5%
未回答	7	14.9%



6.連絡調整会議を開催していますか？

(N=47)	回答数	構成比
はい	39	83.0%
いいえ	2	4.3%
未回答	6	12.8%



連絡調整会議の開催回数

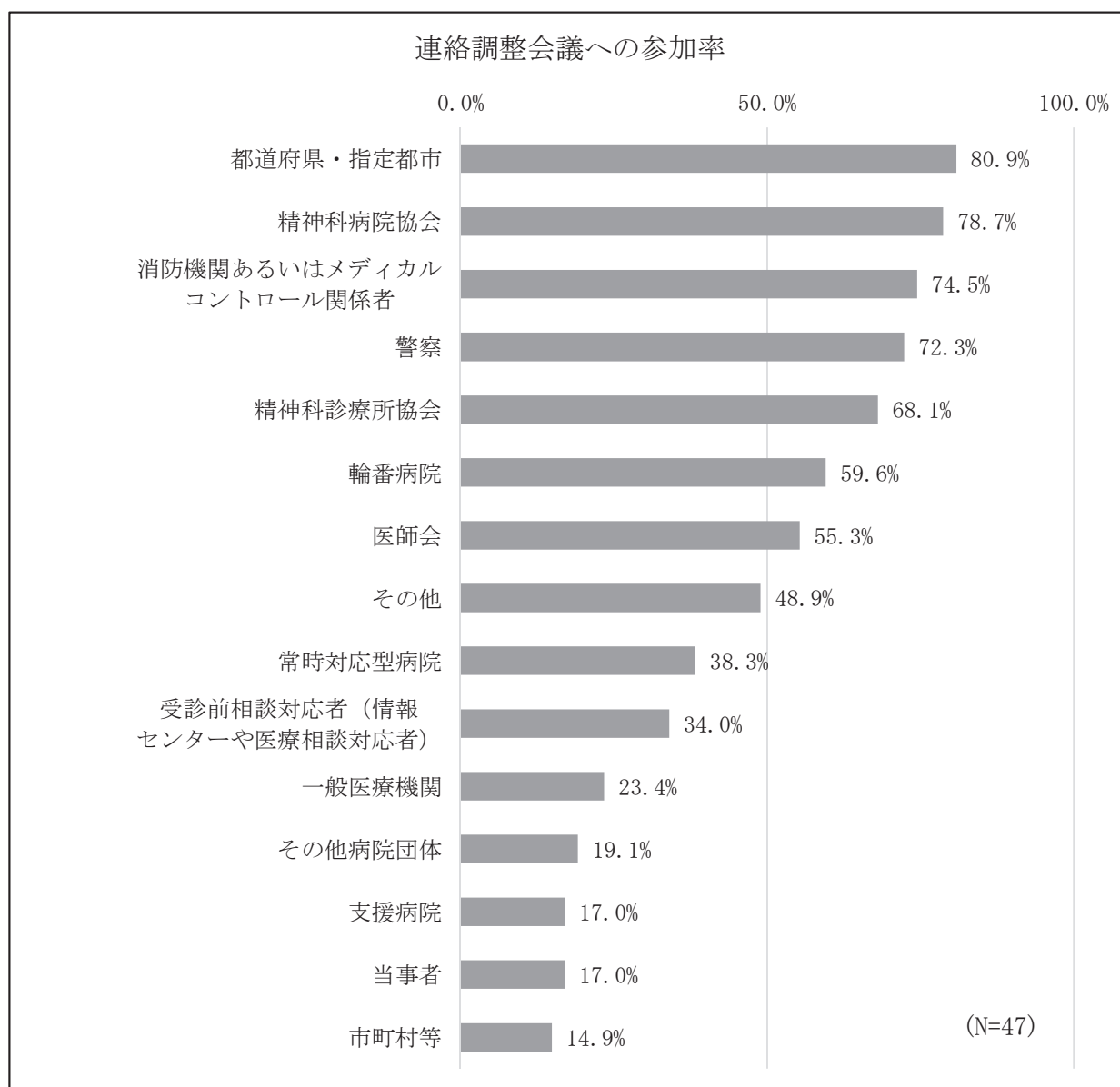
(n=38)	開催回数(年間)
最小	1
最大	8
平均値	1.86

【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

連絡調整会議の参加者は？

(N=47)

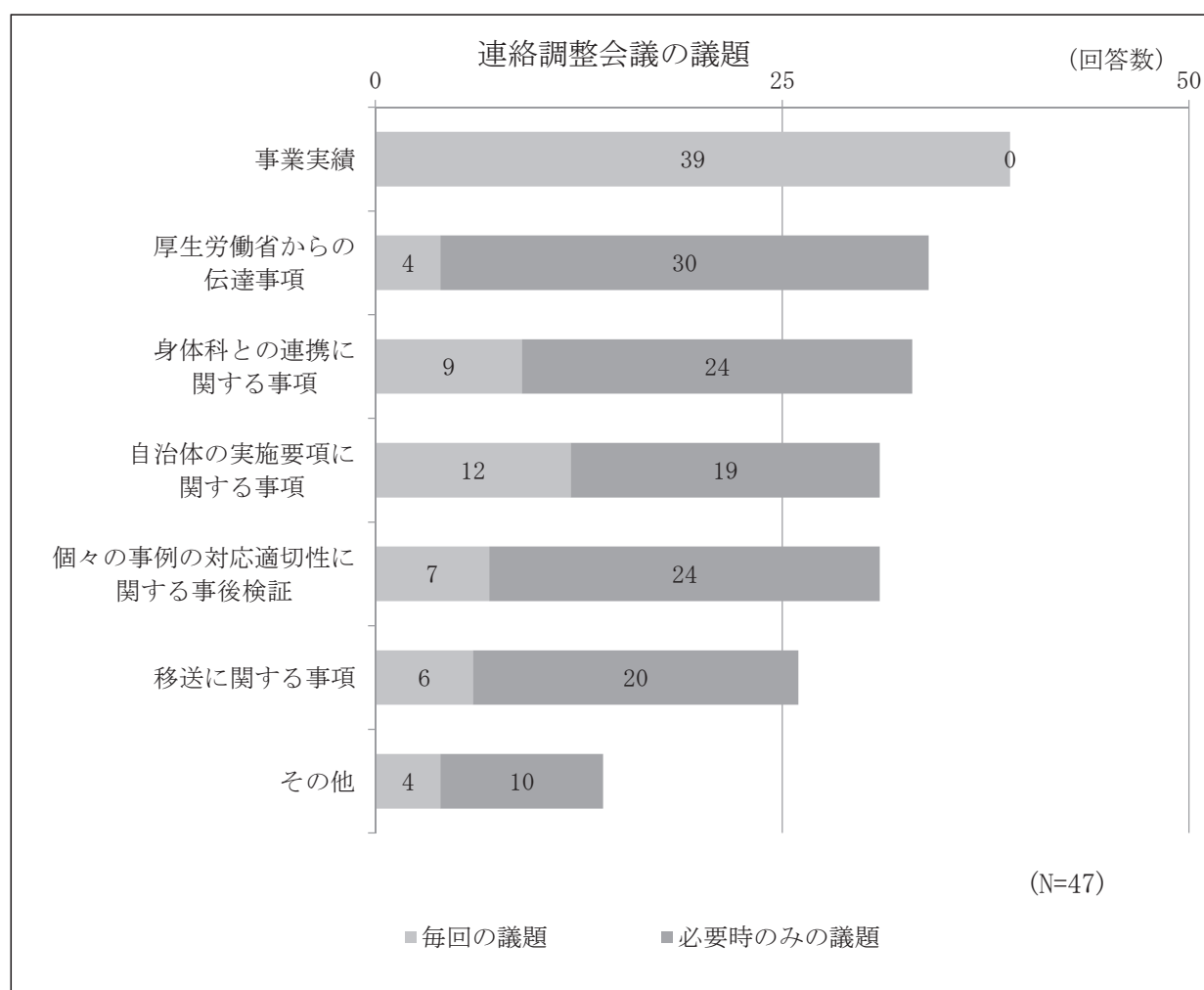
	回答数	構成比
都道府県・指定都市	38	80.9%
市町村等	7	14.9%
医師会	26	55.3%
精神科病院協会	37	78.7%
精神科診療所協会	32	68.1%
その他病院団体	9	19.1%
常時対応型病院	18	38.3%
輪番病院	28	59.6%
支援病院	8	17.0%
一般医療機関	11	23.4%
受診前相談対応者(情報センターや医療相談対応者)	16	34.0%
消防機関あるいはメディカルコントロール関係者	35	74.5%
警察	34	72.3%
当事者	8	17.0%
その他	23	48.9%



【調査票1集計結果(作業部会①-1「基準」)】

連絡調整会議の議題は？

	毎回の議題	必要時のみの議題	合計	構成比
(N=47)				
厚生労働省からの伝達事項	4	30	34	72.3%
自治体の実施要項に関する事項	12	19	31	66.0%
事業実績	39	0	39	83.0%
移送に関する事項	6	20	26	55.3%
身体科との連携に関する事項	9	24	33	70.2%
個々の事例の対応適切性に関する事後検証	7	24	31	66.0%
その他	4	10	14	29.8%



連絡調整会議の議題「その他」の回答内容

- ・他県の事例など
- ・かかりつけ医との連携及び差別化について
- ・圏域外入院者に対する対応について
- ・DPAT（災害派遣精神医療チーム）の体制整備等
- ・精神科救急の運営に係る諸課題に関する事項
- ・情報提供等
- ・精神科救急情報センターについて
- ・各圏域における現状と課題等
- ・精神科救急医療システム等の再構築

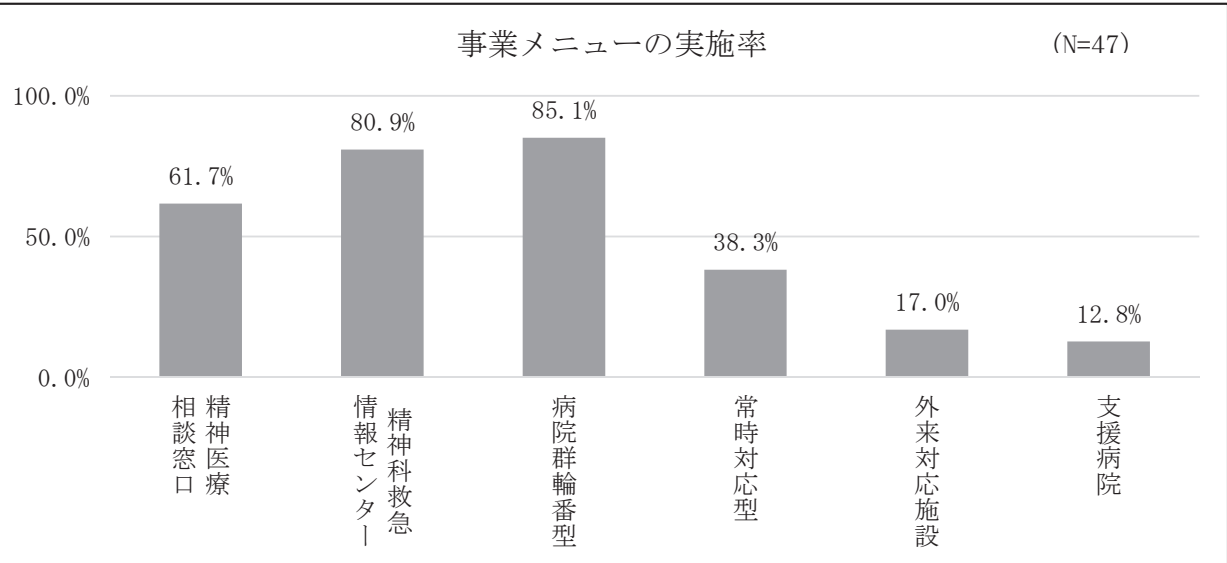
【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

7. 国の定める精神科救急医療体制整備事業実施要項における以下のメニューのうち、貴都道府県（指定都市）による指定はありますか？

(N=47)	指定あり		指定箇所数	
	回答数	構成比	平均値	中央値
精神医療相談窓口(*)	29	61.7%	1.5	1
精神科救急情報センター	38	80.9%	1.1	1
病院群輪番型	40	85.1%	22.1	16.5
常時対応型	18	38.3%	2.1	1
外来対応施設	8	17.0%	19.4	13.5
支援病院	6	12.8%	4.5	3.5

*精神医療相談窓口の指定についての具体的な状況

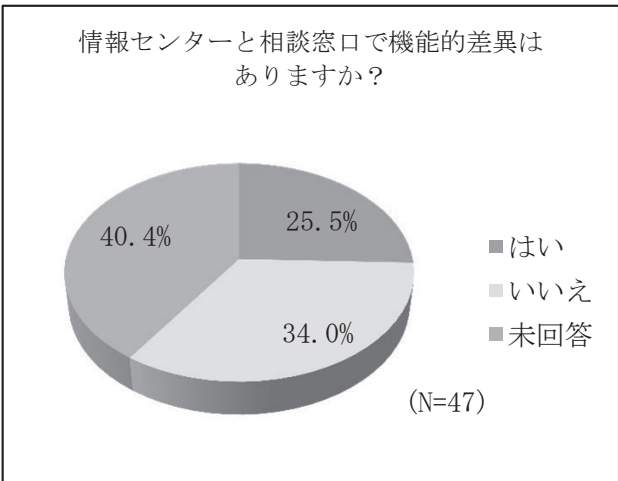
東京都	都内を3ブロックに分けて3つの精神保健福祉センターがそれぞれ担当している。
静岡県	県内を4地域に分け各地域にある主要な輪番病院（当県では「基幹病院」と呼ぶ）4医療機関にて対応。
鳥取県	3圏域中2圏域（各圏域1病院）で国要綱上の精神科医療相談窓口を実施している。また、国の要綱に沿ったものではないが、各病院が相談対応を実施している。
島根県	医療機関（県立こころの医療センター）は県内全域（夜間、休日）を、各保健所は所轄する圏域（昼間）を分担している。
熊本県	病院群輪番型とは異なる44病院の当番制で対応（窓口の電話番号としては1つ）。
鹿児島県	電話番号は1つだが、鹿児島県精神科病院協会の協力のもと42病院の当番制で実施している。



■ 受診前相談（精神科救急情報センター・医療相談窓口）

1. 精神科救急情報センターと医療相談窓口の両事業がある場合、機能的な差異はありますか？

(N=47)	回答数	構成比
はい	12	25.5%
いいえ	16	34.0%
未回答	19	40.4%



【調査票1集計結果(作業部会①-1「基準」)】

2. 精神科救急情報センターと医療相談窓口のカバー圏域 (複数回答可)

◆精神科救急情報センター

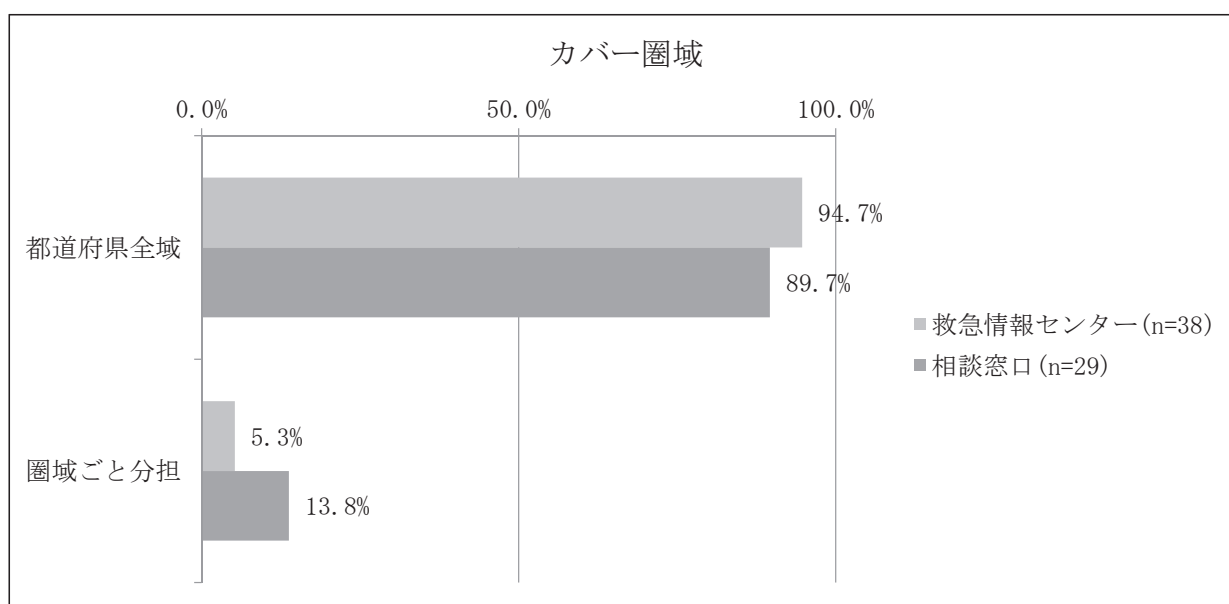
(n=38)

	回答数	構成比
都道府県全域	36	94.7%
圏域ごと分担	2	5.3%

◆精神科医療相談窓口

(n=29)

	回答数	構成比
都道府県全域	26	89.7%
圏域ごと分担	4	13.8%



3. 精神科救急情報センターや精神科医療相談窓口はどのような機関に設置されていますか？

◆精神科救急情報センター

(n=38)

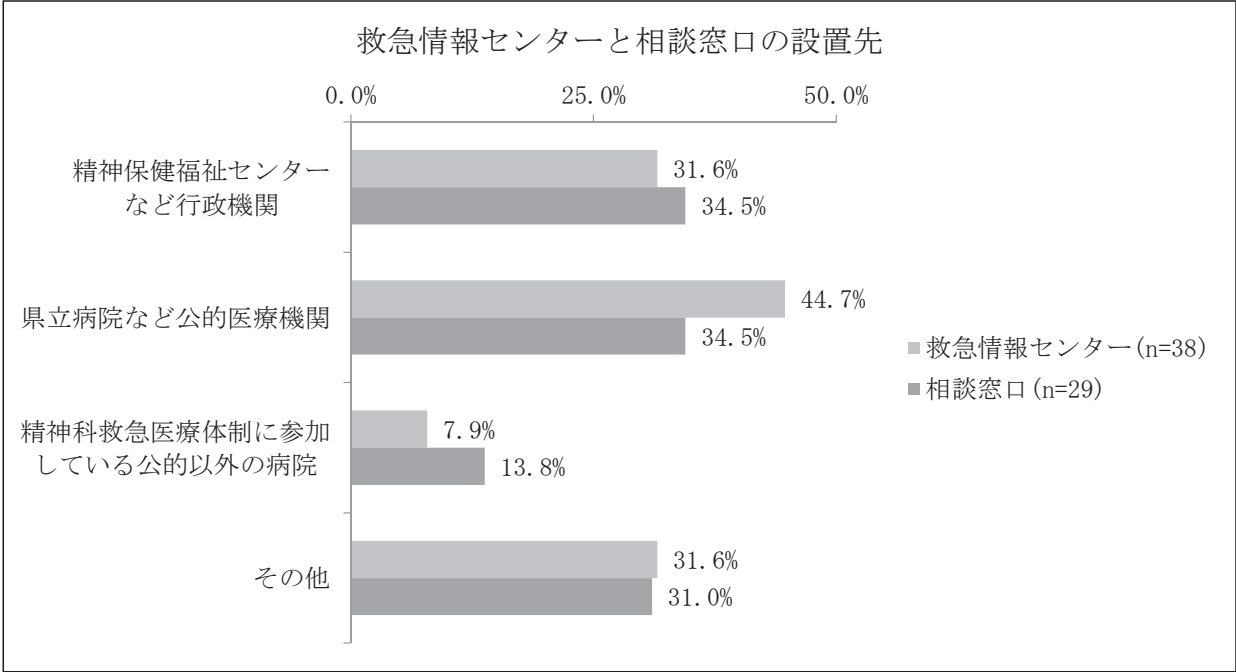
	回答数	構成比
精神保健福祉センターなど行政機関	12	31.6%
県立病院など公的医療機関	17	44.7%
精神科救急医療体制に参加している公的以外の病院	3	7.9%
その他	12	31.6%

◆精神科医療相談窓口

(n=29)

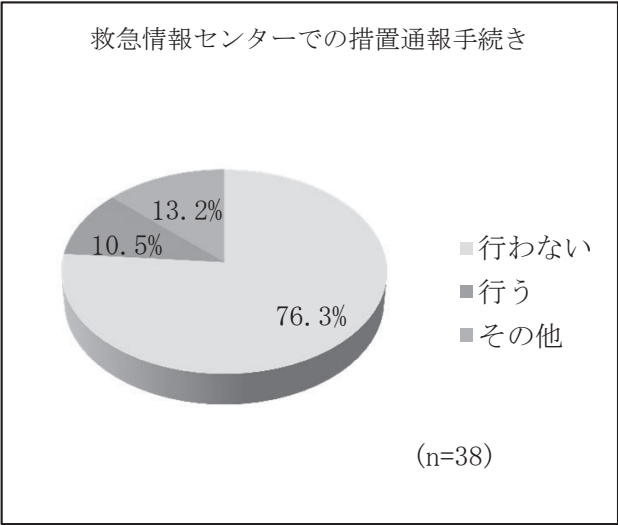
	回答数	構成比
精神保健福祉センターなど行政機関	10	34.5%
県立病院など公的医療機関	10	34.5%
精神科救急医療体制に参加している公的以外の病院	4	13.8%
その他	9	31.0%

【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】



4. 精神科救急情報センターでの措置通報手続きについて

(n=38)	回答数	構成比
行わない	29	76.3%
行う	4	10.5%
その他	5	13.2%



→行う場合の具体的な流れ

自治体名	措置通報（22～25条）受理	27条の調査	移送	27条診察の実施
埼玉県	法第23条のみ受理	平日夜間、土日祝の法第23条のみ調査を実施	平日夜間、土日祝の法第23条のみ調査を実施	平日夜間、土日祝の法第23条のみ調査を実施
神奈川県	夜間・深夜・休日のみ4県市協調体制の精神科救急情報センターで警察官通報を受理。	県（神奈川県健精神保健福祉センター）職員で対応。	県（神奈川県健精神保健福祉センター）職員で対応。	県（神奈川県健精神保健福祉センター）職員で対応。
滋賀県	平日夜間・休日に対応	平日夜間・休日に対応	平日夜間・休日に対応	平日夜間・休日に対応
兵庫県	状況聴取（夜間・休日）	行政職員	行政職員	行政職員

【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

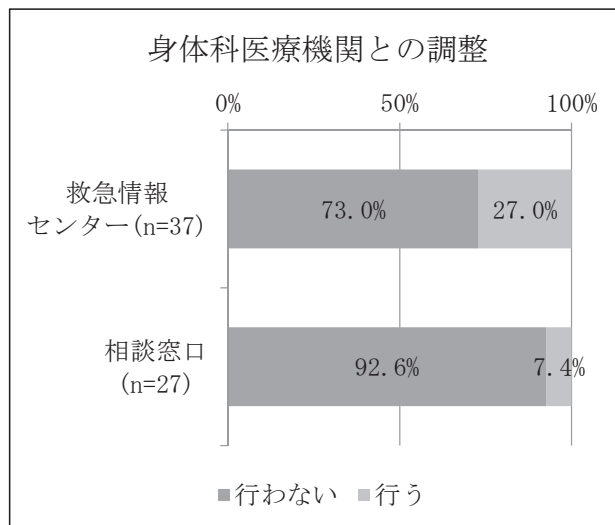
5. 身体科医療機関との調整について

◆精神科救急情報センター

(n=37)	回答数	構成比
行わない	27	73.0%
行う	10	27.0%

◆精神科医療相談窓口

(n=27)	回答数	構成比
行わない	25	92.6%
行う	2	7.4%



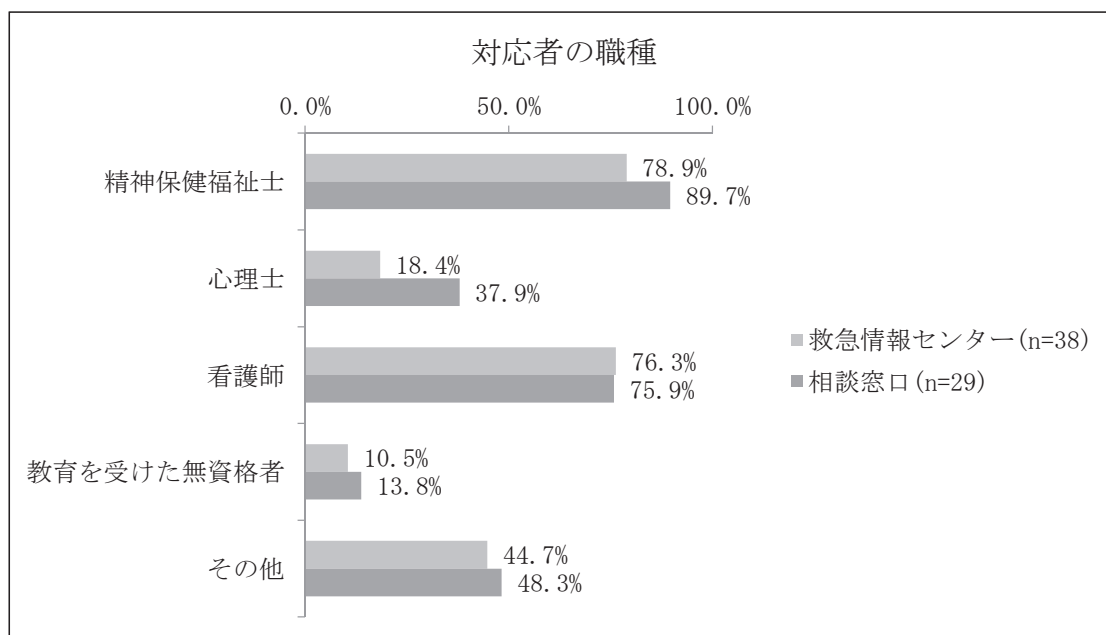
6. 対応者の職種

◆精神科救急情報センター

(n=38)	回答数	構成比	常勤	非常勤	常勤＋非常勤
精神保健福祉士	30	78.9%	11	11	6
心理士	7	18.4%	0	6	1
看護師	29	76.3%	12	15	0
教育を受けた無資格者	4	10.5%	0	3	0
その他	17	44.7%	5	8	4

◆精神科医療相談窓口

(n=29)	回答数	構成比	常勤	非常勤	常勤＋非常勤
精神保健福祉士	26	89.7%	10	8	5
心理士	11	37.9%	4	6	1
看護師	22	75.9%	10	11	0
教育を受けた無資格者	4	13.8%	0	3	0
その他	14	48.3%	5	6	3



【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

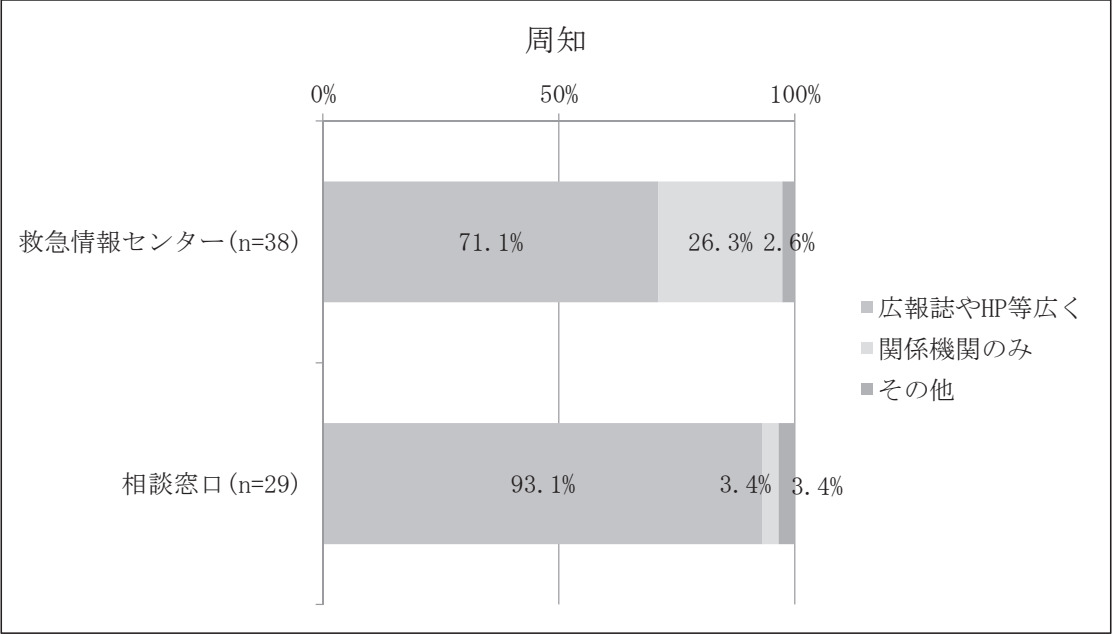
7. 周知

◆精神科救急情報センター

(n=38)	回答数	構成比
広報誌やHP等広く	27	71.1%
関係機関のみ	10	26.3%
その他	1	2.6%

◆精神科医療相談窓口

(n=29)	回答数	構成比
広報誌やHP等広く	27	93.1%
関係機関のみ	1	3.4%
その他	1	3.4%



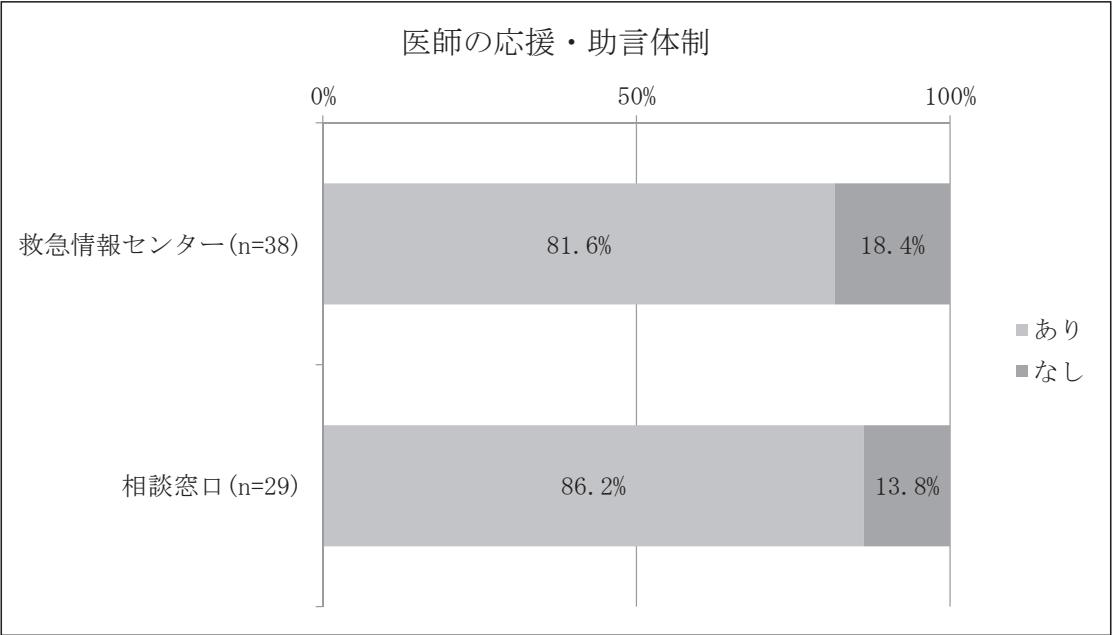
8. 医師の応援・助言体制

◆精神科救急情報センター

(n=38)	回答数	構成比
あり	31	81.6%
なし	7	18.4%

◆精神科医療相談窓口

(n=29)	回答数	構成比
あり	25	86.2%
なし	4	13.8%



【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

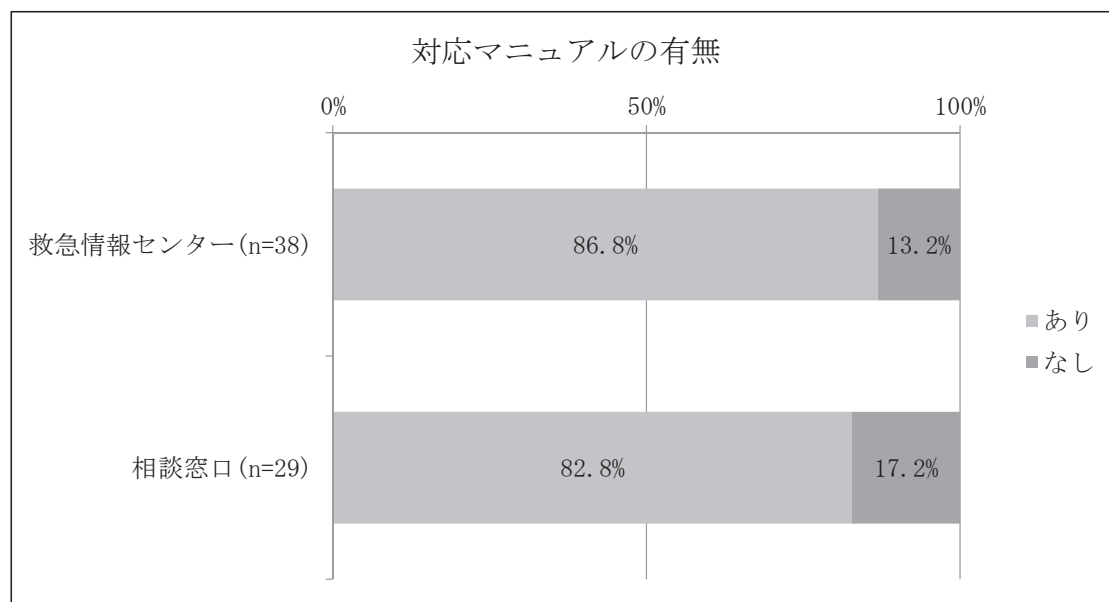
9. 対応マニュアルの有無

◆精神科救急情報センター

(n=38)	回答数	構成比
あり	33	86.8%
なし	5	13.2%

◆精神科医療相談窓口

(n=29)	回答数	構成比
あり	24	82.8%
なし	5	17.2%



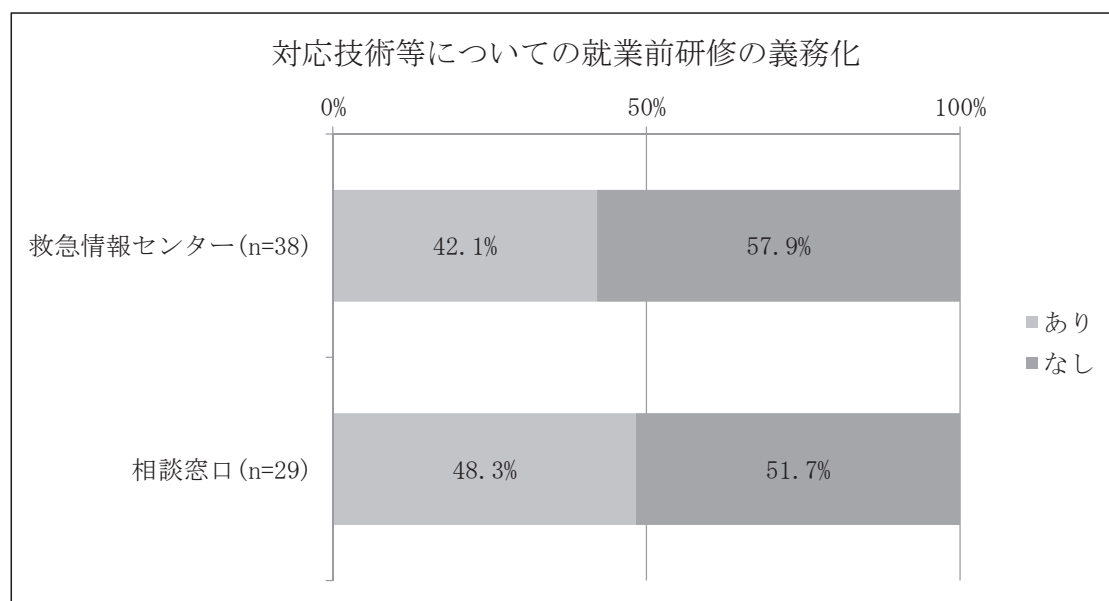
10. 対応技術等についての就業前研修の義務化

◆精神科救急情報センター

(n=38)	回答数	構成比
あり	16	42.1%
なし	22	57.9%

◆精神科医療相談窓口

(n=29)	回答数	構成比
あり	14	48.3%
なし	15	51.7%



【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

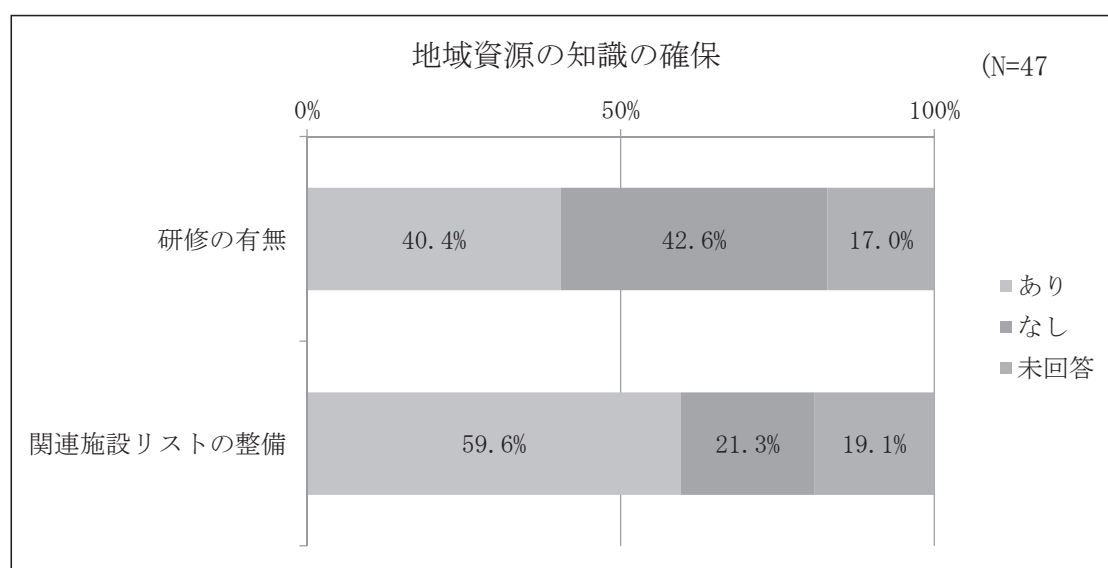
11. 地域資源の知識の確保

研修の有無

(N=47)	回答数	構成比
あり	19	40.4%
なし	20	42.6%
未回答	8	17.0%

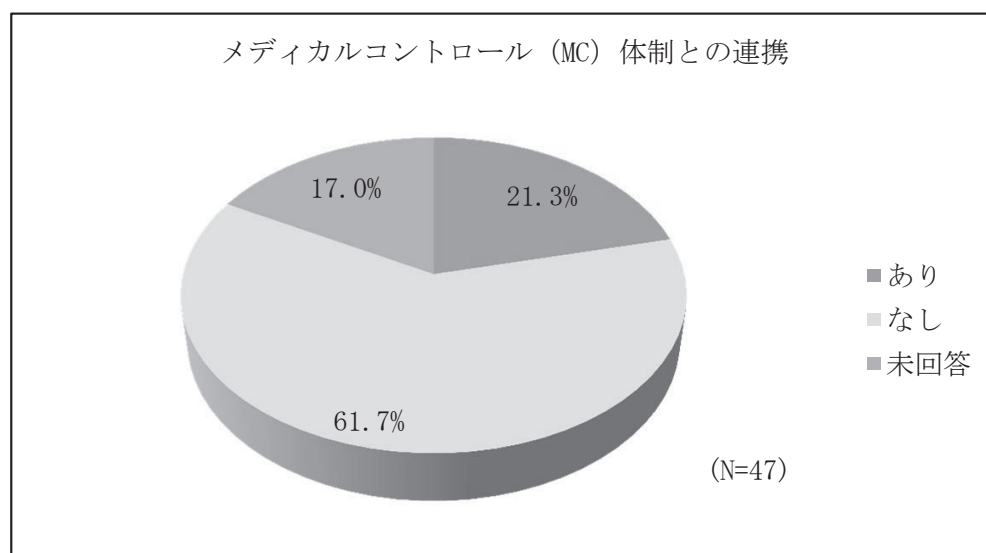
関連施設リストの整備

(N=47)	回答数	構成比
あり	28	59.6%
なし	10	21.3%
未回答	9	19.1%



12. メディカルコントロール（MC）体制との連携

(N=47)	回答数	構成比
あり	10	21.3%
なし	29	61.7%
未回答	8	17.0%

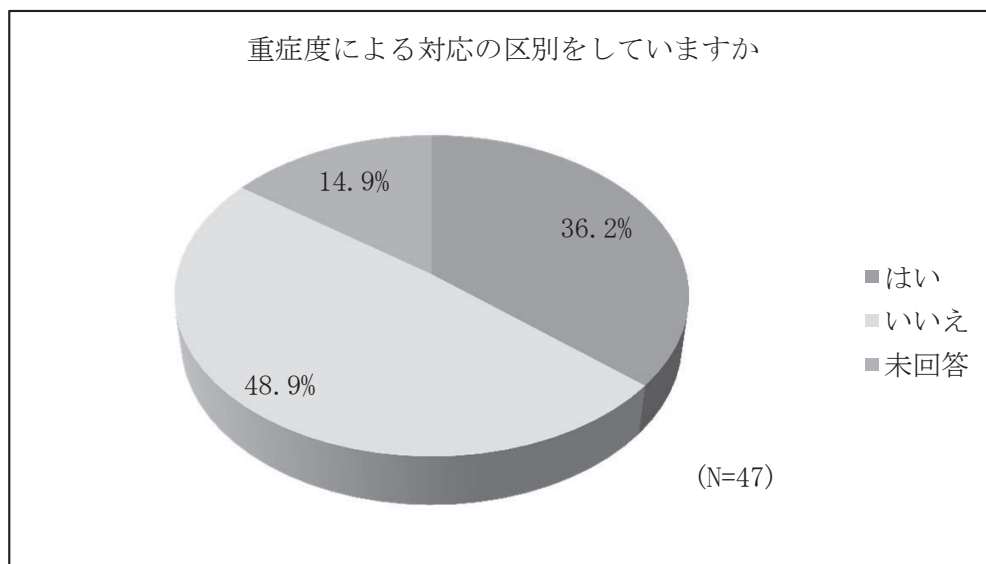


【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

■精神科救急医療の確保

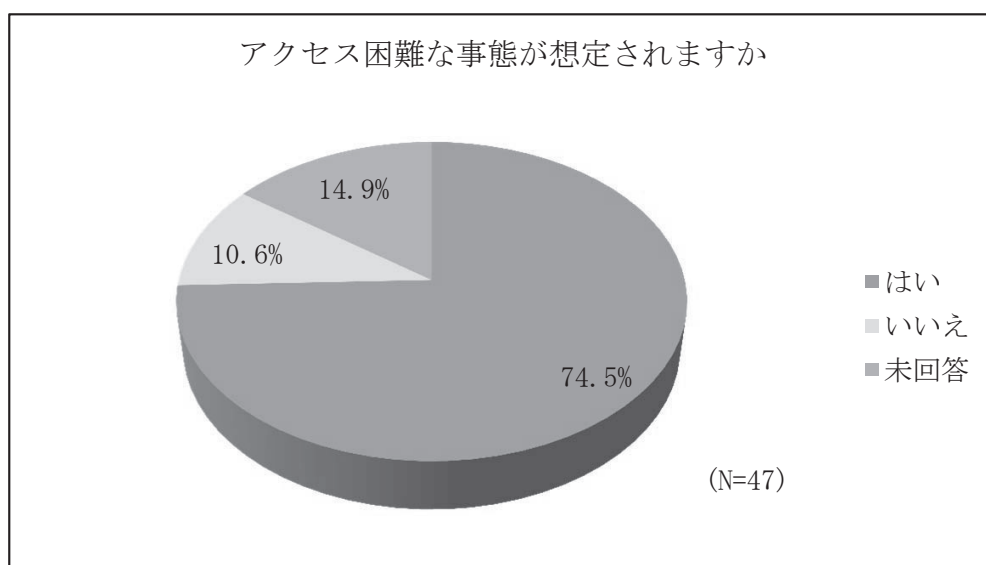
1. 重症度による対応の区別をしていますか

(N=47)	回答数	構成比
はい	17	36.2%
いいえ	23	48.9%
未回答	7	14.9%



2. 地域によってはアクセスしにくい、あるいは救急医療サービスを受けにくいといった事態が想定されますか？

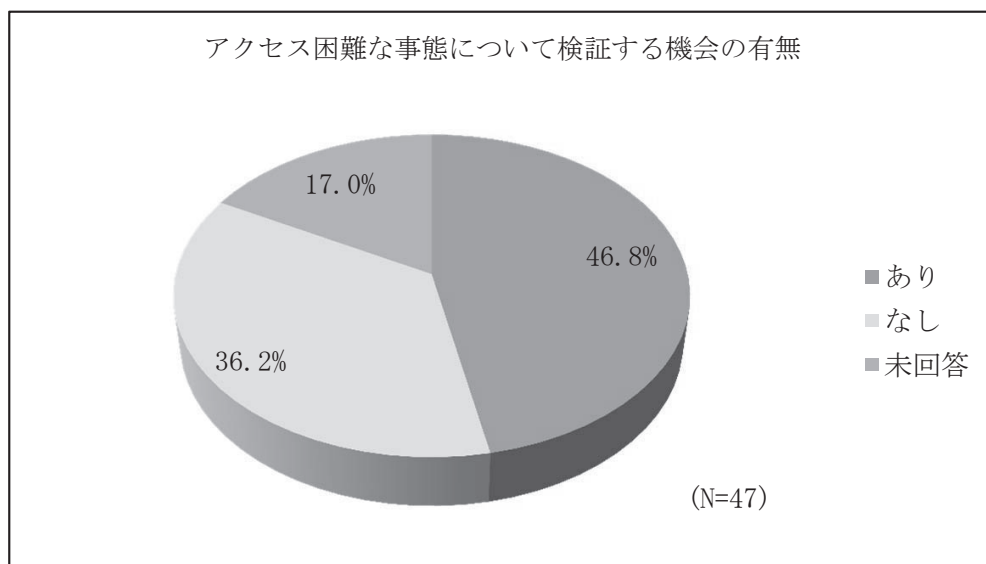
(N=47)	回答数	構成比
はい	35	74.5%
いいえ	5	10.6%
未回答	7	14.9%



【調査票1集計結果(作業部会①-1「基準」)】

そうした事例が無かったかどうかを検証する機会がありますか？

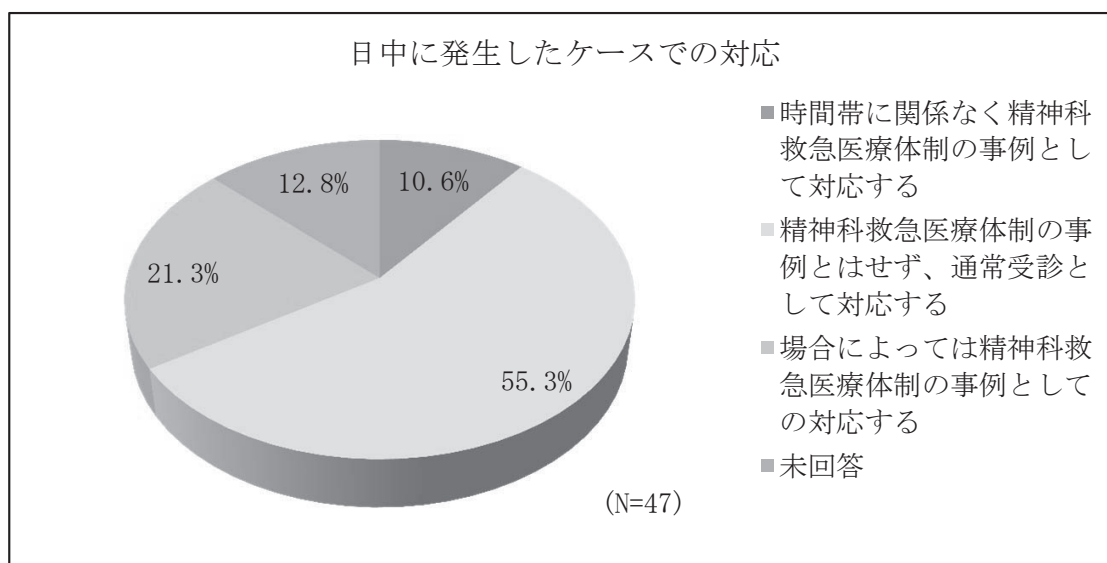
(N=47)	回答数	構成比
あり	22	46.8%
なし	17	36.2%
未回答	8	17.0%



3. 以下のニーズのうち、精神科救急医療体制としての対応について

1) 日中に発生したケース

(N=47)	回答数	構成比
時間帯に関係なく精神科救急医療体制の事例として対応する	5	10.6%
精神科救急医療体制の事例とはせず、通常受診として対応する	26	55.3%
場合によっては精神科救急医療体制の事例としての対応する	10	21.3%
未回答	6	12.8%

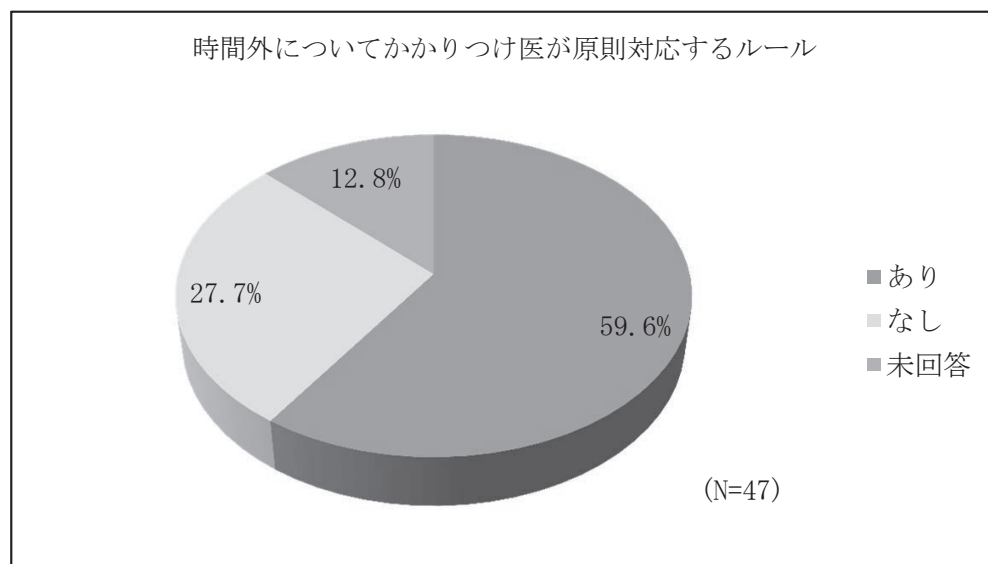


【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

2) かかりつけ医がある場合

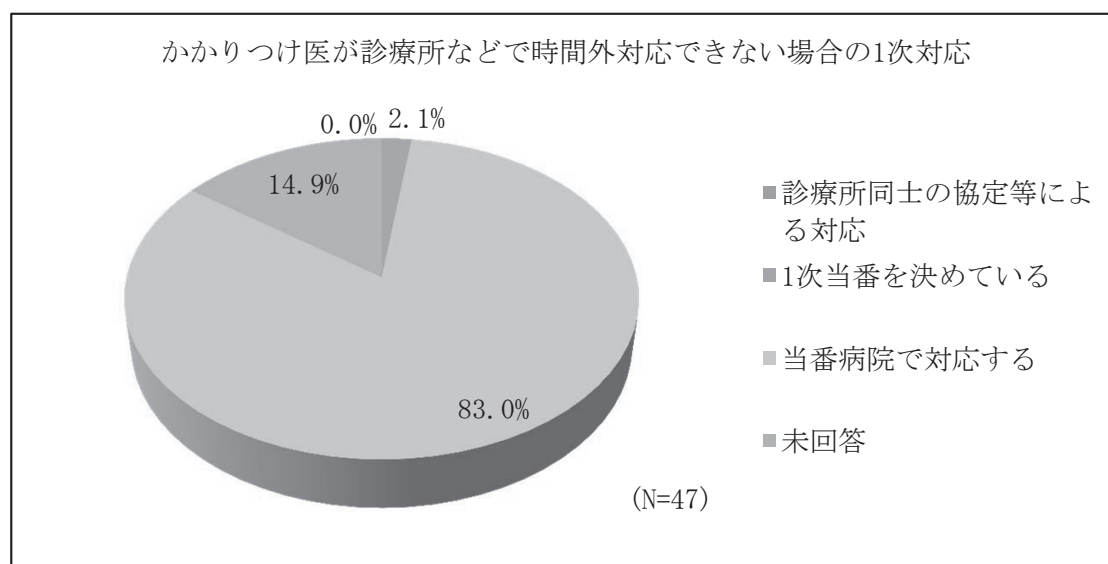
①時間外についてかかりつけ医が原則対応するルールがあるか

(N=47)	回答数	構成比
あり	28	59.6%
なし	13	27.7%
未回答	6	12.8%



②かかりつけ医が診療所などで時間外対応できない場合の1次対応

(N=47)	回答数	構成比
診療所同士の協定等による対応	0	0.0%
1次当番を決めている	1	2.1%
当番病院で対応する	39	83.0%
未回答	7	14.9%



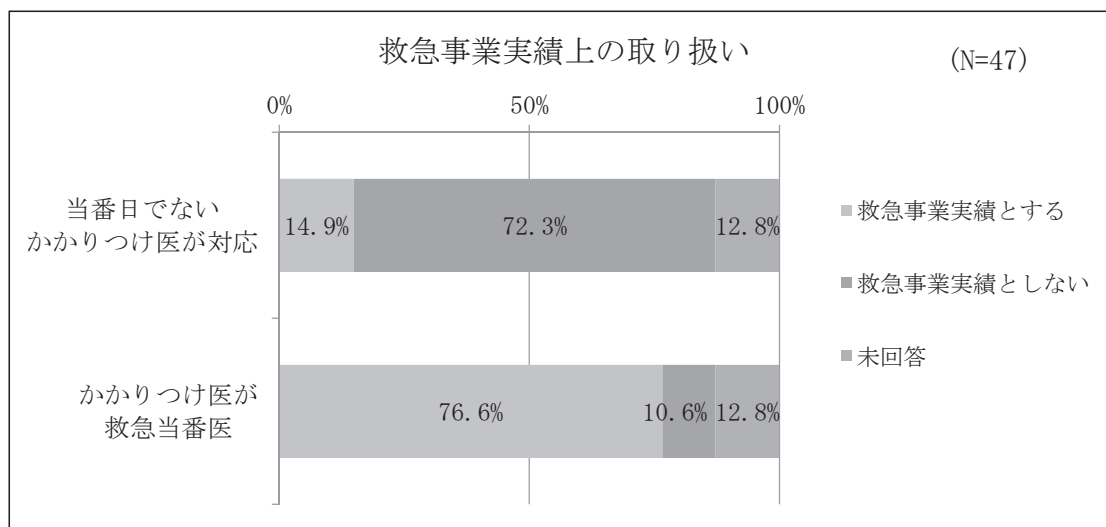
【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

③かかりつけ医が対応した場合の救急事業実績上の取り扱い（当番日でない場合）

(N=47)	回答数	構成比
救急事業実績とする	7	14.9%
救急事業実績としない	34	72.3%
未回答	6	12.8%

④かかりつけ医がたまたま救急当番医であり、対応した場合の救急事業実績上の取り扱い

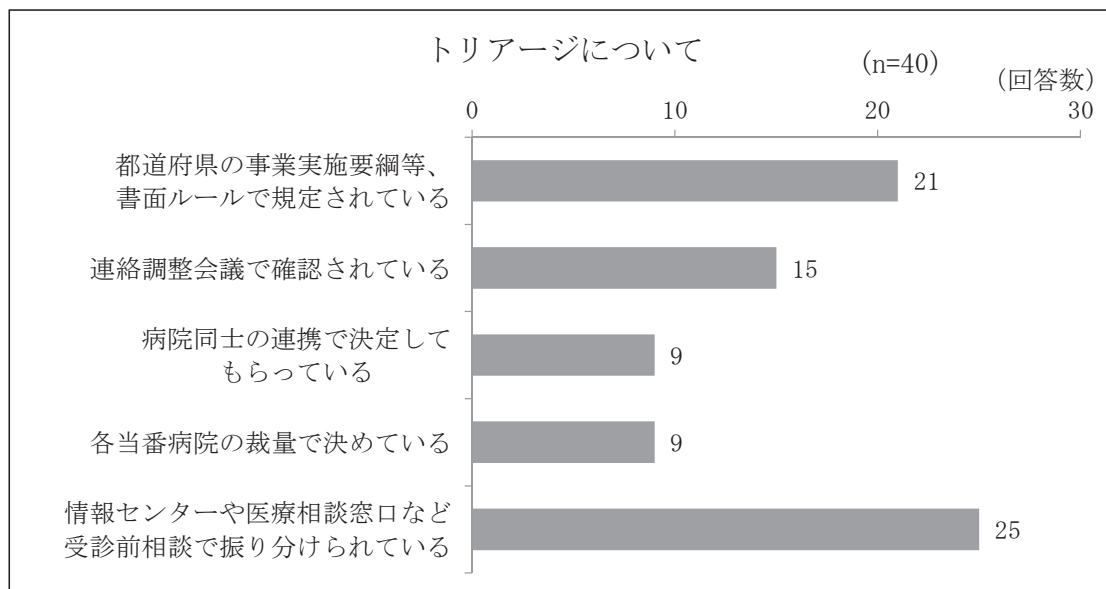
(N=47)	回答数	構成比
救急事業実績とする	36	76.6%
救急事業実績としない	5	10.6%
未回答	6	12.8%



3) これらのトリアージについては

(n=40)

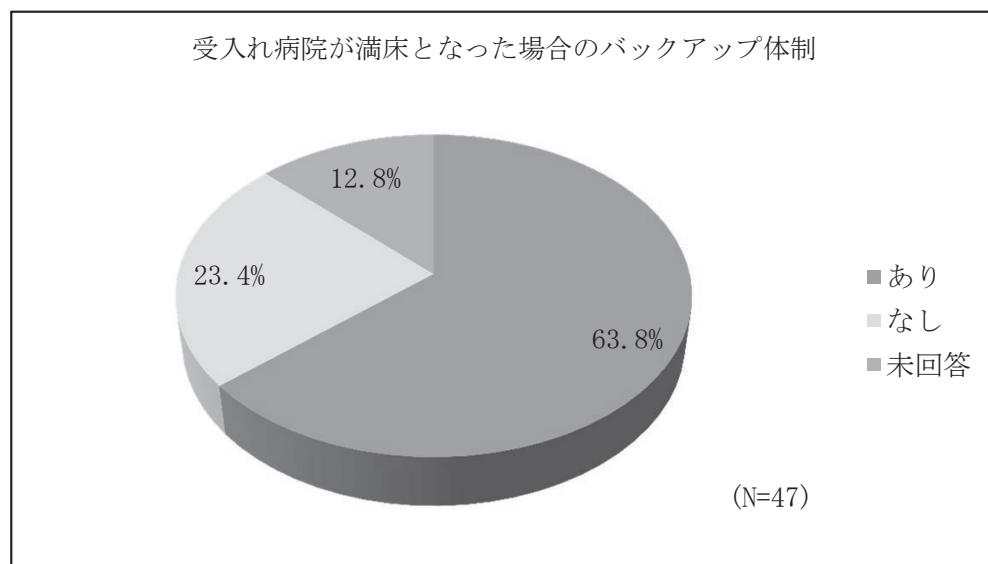
	回答数	構成比
都道府県の事業実施要綱等、書面ルールで規定されている	21	52.5%
連絡調整会議で確認されている	15	37.5%
病院同士の連携で決定してもらっている	9	22.5%
各当番病院の裁量で決めている	9	22.5%
情報センターや医療相談窓口など受診前相談で振り分けられている	25	62.5%



【調査票1集計結果(作業部会①-1「基準」)】

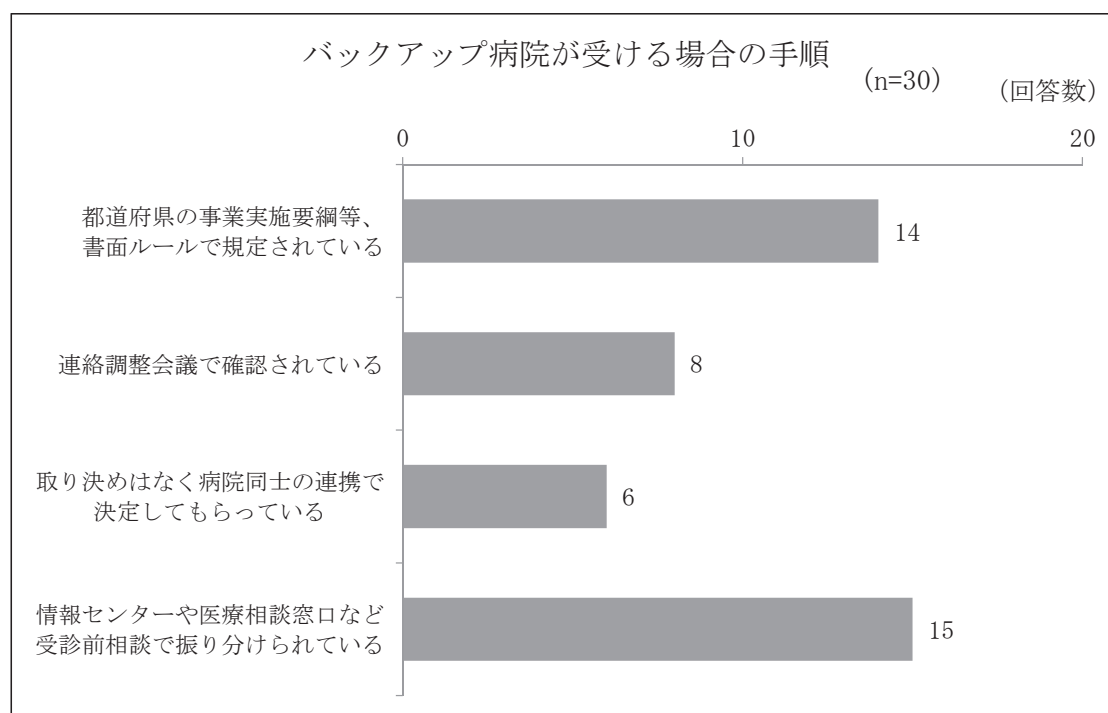
4. 受入れ病院が満床となった場合のバックアップ体制がありますか

(N=47)	回答数	構成比
あり	30	63.8%
なし	11	23.4%
未回答	6	12.8%



バックアップ病院が受ける場合の手順は？

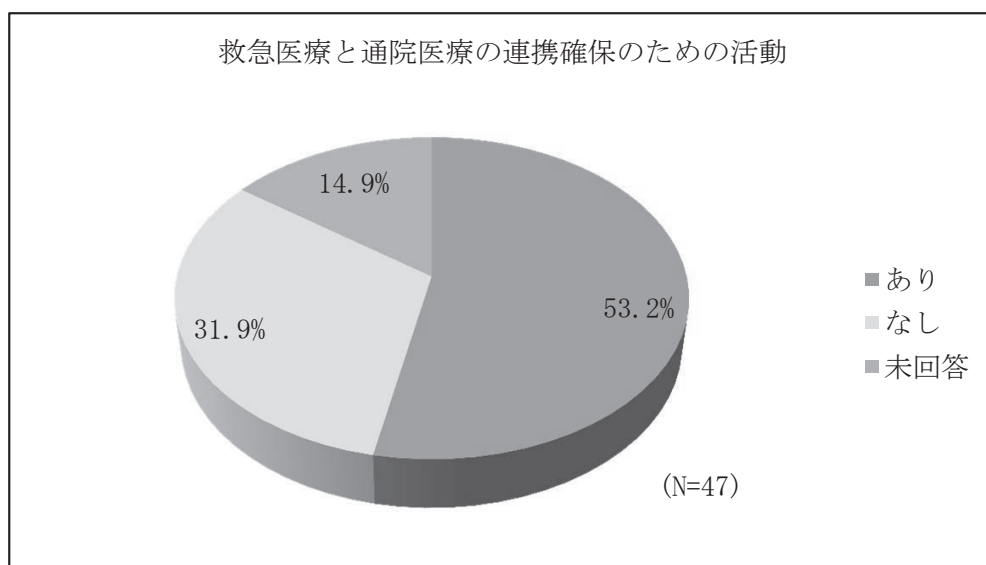
(n=30)	回答数	構成比
都道府県の事業実施要綱等、書面ルールで規定されている	14	46.7%
連絡調整会議で確認されている	8	26.7%
取り決めはなく病院同士の連携で決定してもらっている	6	20.0%
情報センターや医療相談窓口など受診前相談で振り分けられている	15	50.0%



【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

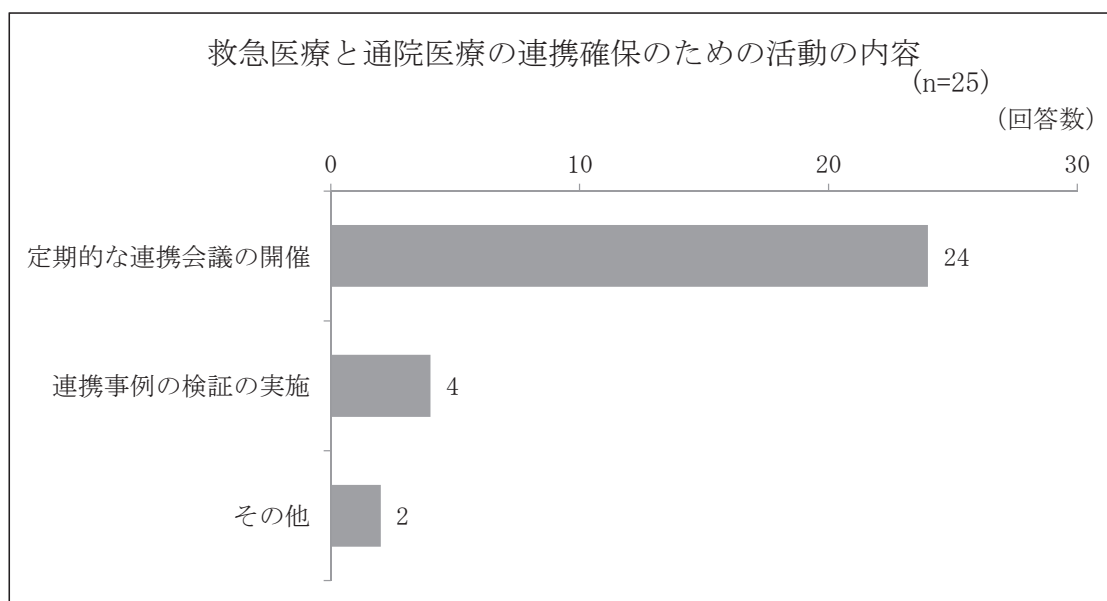
5. 精神科救急医療体制整備事業内で救急医療とクリニック等通院医療の連携確保のための何らかの活動（両方の代表者が一同に会して議論する機会など）がありますか？

(N=47)	回答数	構成比
あり	25	53.2%
なし	15	31.9%
未回答	7	14.9%



「あり」の場合、具体的には？

(n=25)	回答数	構成比
定期的な連携会議の開催	24	96.0%
連携事例の検証の実施	4	16.0%
その他	2	8.0%



【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

6. 精神科救急医療体制の周知はどのように行っていますか？

一般医療機関に対して

希望のあった医療機関に当番表を送付／特にしていない／精神科救急医療関係者研修会等により周知／広報誌やホームページ／精神科救急情報センターに問合せがあった場合に案内／説明会の実施／連絡調整会議／社会資源名簿／医師会に文書で周知している／新聞広告

精神科医療機関に対して

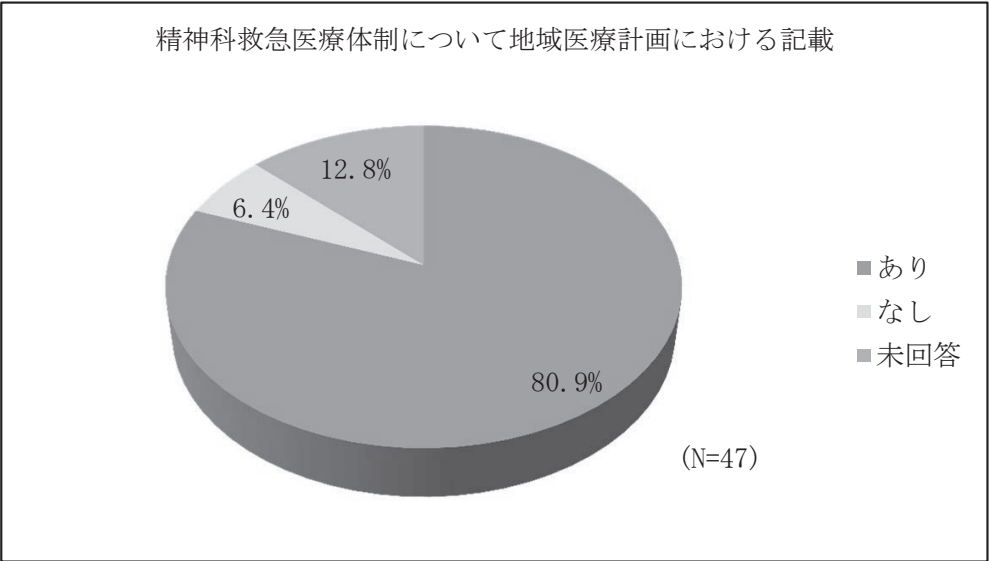
保健所から通知／当番表を送付／要綱改正時など必要に応じ県から通知／特にしていない／関係者研修会等／広報誌やホームページ／関係機関との連絡会議／精神科病院協会や診療所協会を通じて／協会や輪番以外の医療機関は一般医療機関と同様の対応／精神科救急情報センターの周知で対応している／説明会の実施／精神科救急医療センターマニュアルの配布

利用者に対して

精神科救急情報センターで情報提供／特にしていない／広報誌やホームページ／チラシやリーフレット等／精神科医療機関へのチラシの配布／一般医療機関と同様の対応／輪番は公表していないため周知も行っていない／社会資源名簿により周知／救急／警察には直接情報提供を行っている／市町村に対し、広報誌等で相談窓口の記事を掲載してもらうよう協力依頼している／新聞広告

7. 精神科救急医療体制について地域医療計画における記載は？

(N=47)	回答数	構成比
あり	38	80.9%
なし	3	6.4%
未回答	6	12.8%



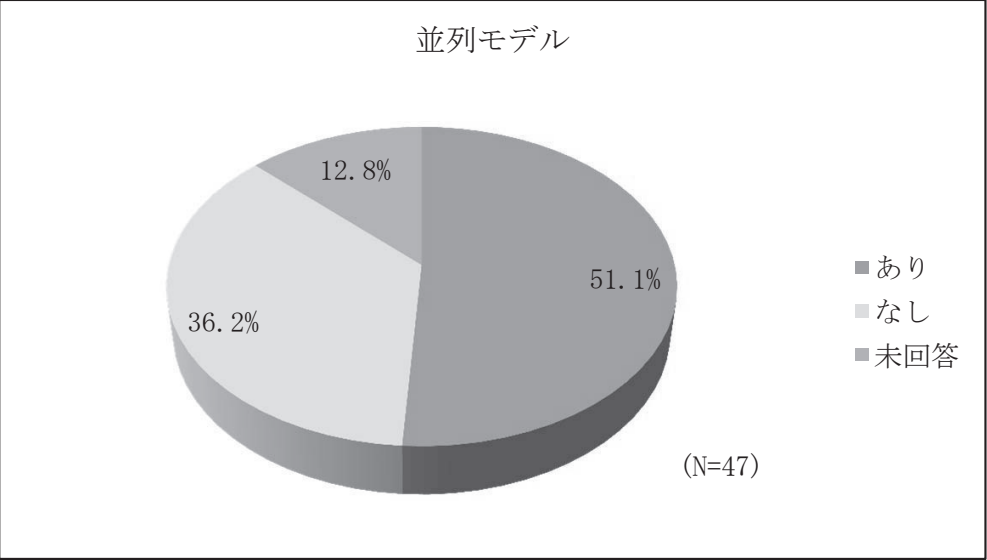
【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

■身体合併症対策

1. 並列モデル整備

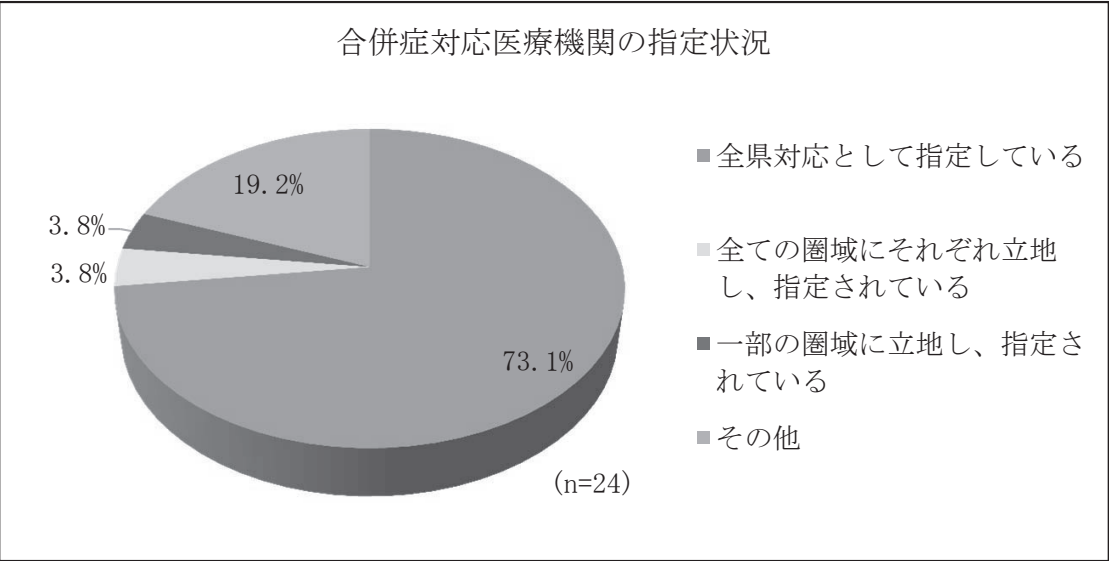
体制として精神科と一般科の両方を同一機関で診療できる合併症対応医療機関の確保
(N=47)

	回答数	構成比
あり	24	51.1%
なし	17	36.2%
未回答	6	12.8%



並列モデル「あり」の場合の指定状況
(n=24)

	回答数	構成比
全県対応として指定している	19	73.1%
全ての圏域にそれぞれ立地し、指定されている	1	3.8%
一部の圏域に立地し、指定されている	1	3.8%
その他	5	19.2%



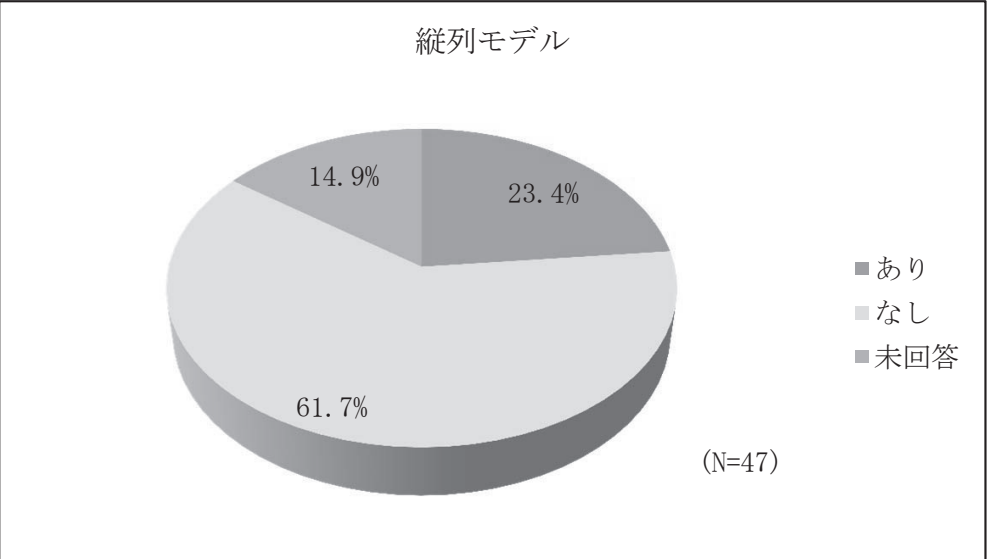
「全県対応として指定している」場合の施設数
(n=19)

最小	1
最大	6
平均値	2.3

【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

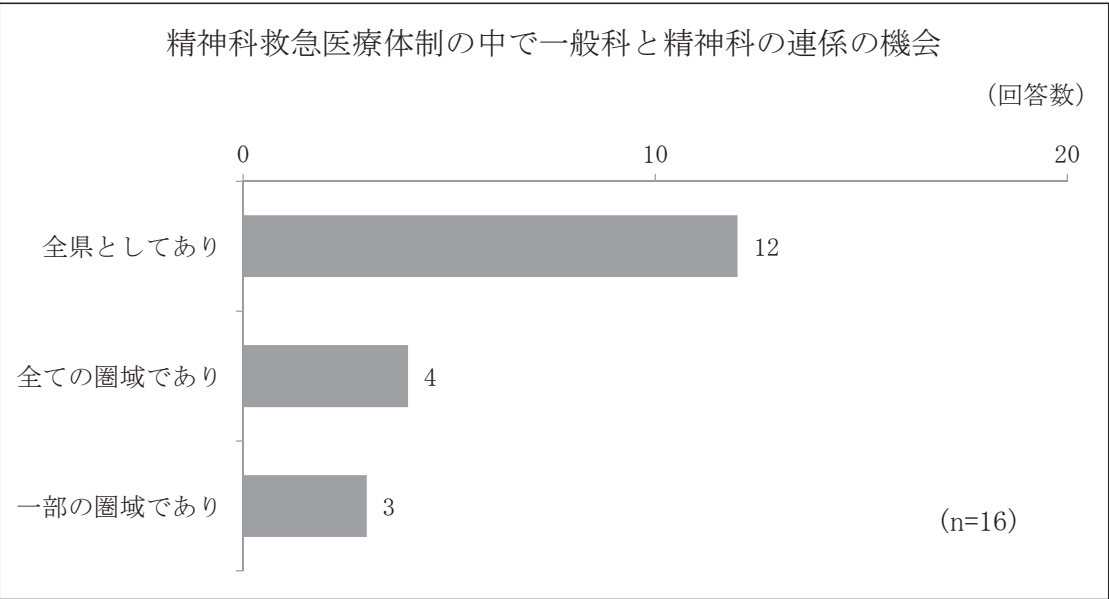
2. 縦列モデルの強化
体制内に、一般科の病院と精神科の病院の地域内連携による合併症対応の仕組みを含みますか？

(N=47)	回答数	構成比
あり	11	23.4%
なし	29	61.7%
未回答	7	14.9%



精神科救急医療体制の中で一般科と精神科の連系の機会がありますか？

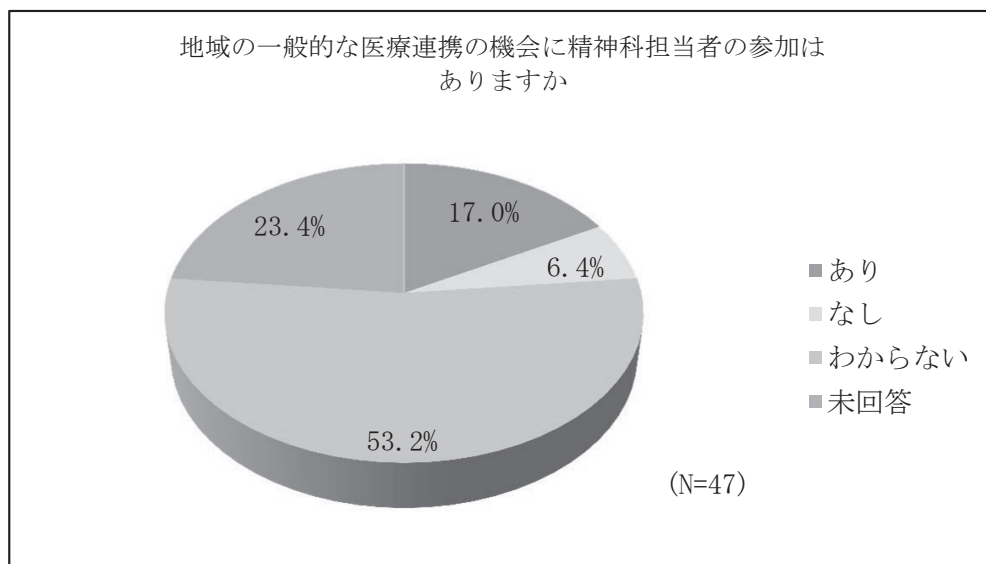
(n=16)	回答数	構成比
全県としてあり	12	75.0%
全ての圏域であり	4	25.0%
一部の圏域であり	3	18.8%



【調査票1集計結果(作業部会①-1「基準」)】

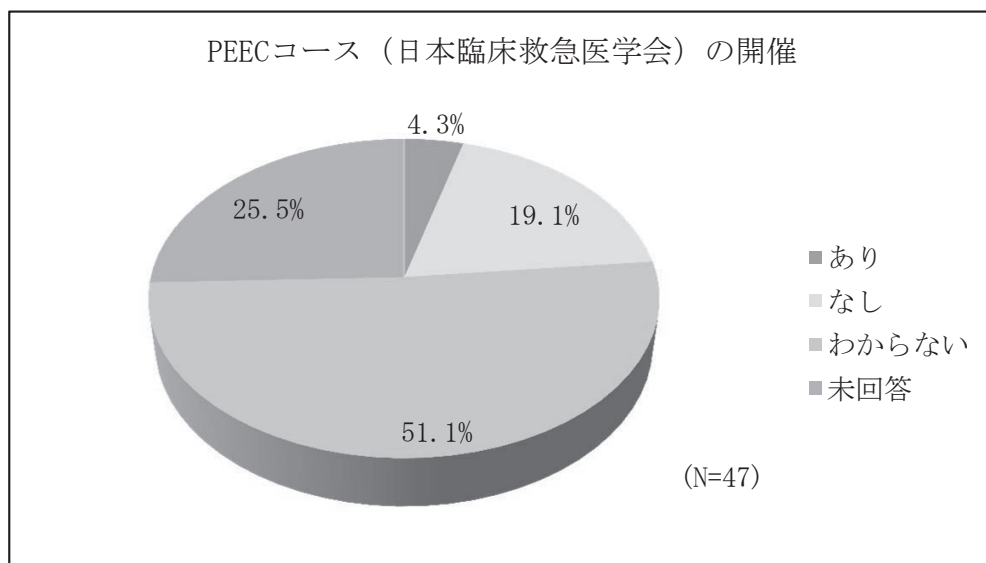
地域の一般的な医療連携の機会に精神科担当者の参加はありますか？

(N=47)	回答数	構成比
あり	8	17.0%
なし	3	6.4%
わからない	25	53.2%
未回答	11	23.4%



PEECコース（日本臨床救急医学会）の開催

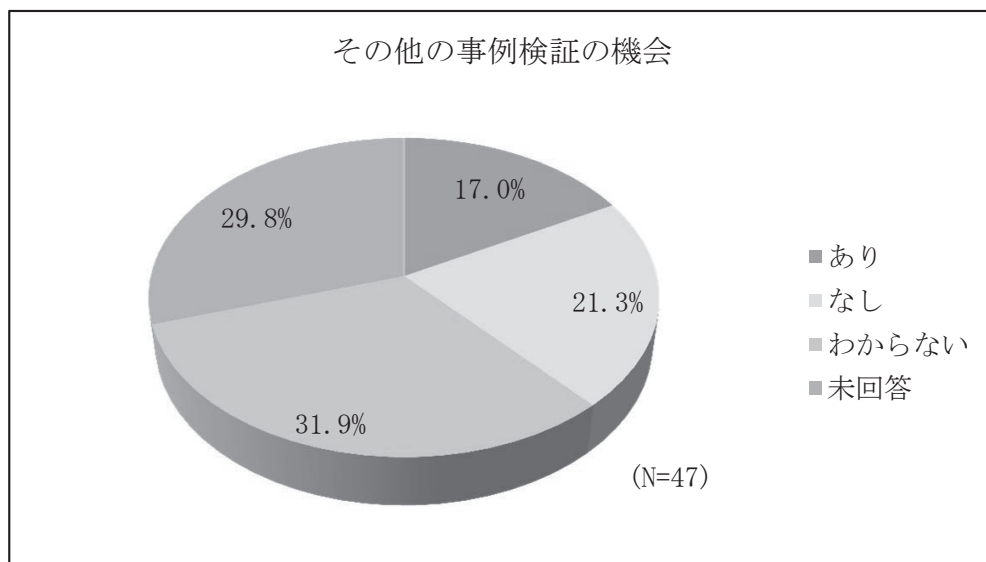
(N=47)	回答数	構成比
あり	2	4.3%
なし	9	19.1%
わからない	24	51.1%
未回答	12	25.5%



【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

その他の事例検証の機会

(N=47)	回答数	構成比
あり	8	17.0%
なし	10	21.3%
わからない	15	31.9%
未回答	14	29.8%



3. 身体合併症対応について貴自治体での取り組みや体制について

自治体名	内容
岩手県	全県で、身体合併症対応施設1か所を指定。各圏域の委員会で、必要に応じ、身体合併症への対応が話し合われている。
秋田県	秋田県精神科救急搬送及び受入れ対応事例集により身体合併症を有する精神疾患患者の受入医療機関確保のための対応と基準を定めている
山形県	事例検討会で毎回議題にあがるが、身体治療優先かどうかの見解の相違あり
茨城県	精神科患者身体合併症医療事業
埼玉県	現状の精神科救急医療体制の中では、身体合併症の方に対応できる医療機関は限定されるため、埼玉県精神科救急医療システム運営会議の中で課題を整理し、理解を深めている。
千葉県	身体疾患合併症対応協力病院運営要領を定め、身体合併症の救急患者に対応する身体合併症協力病院として登録を行う。登録情報は救急情報センターが把握し、受診・受け入れ調整の際に活用する。
東京都	I型合併症事業：都立等5病院が輪番制で夜間休日に地域で生活する精神疾患を持つ患者が身体疾患を併発した場合に対応。地域精神科身体合併症救急連携事業：都内を5ブロックに分けて各ブロック内の民間精神科機関病院（基幹病院）を中心に、主に身体科指定二次救急医療機関に搬送された身体治療後の精神疾患を持つ患者の受入れを担当。
神奈川県	精神科病院入院患者の身体合併症の対応として精神科救急身体合併症転院事業を実施している。（県・政令市協調）
富山県	本件では、精神科救急当番病院では対応困難な対象者について、全県域を対象として、富山県立中央病院が診察や入院の受け入れを行っている。
福井県	精神科単科病院、精神科を有する総合病院での身体合併症患者の受け入れ基準が明確ではなく、また、一般科の病院との連携も十分とはいえない状況であることから、今後、関係機関における協議を行う予定。

【調査票1集計結果(作業部会①－1「基準」)】

自治体名	内容
山梨県	今後、身体合併に特化した検討の場設置予定。
愛知県	「精神身体合併症連携推進事業」を実施し、救命救急センターを持つ医療機関と精神科病院がペアを組み、連携パスを用いて患者紹介を行い、スムーズな連携体制づくりに取り組んでいる（平成25年9月事業開始）。
三重県	課題が多く対応に苦慮している。今後、精神科救急医療システム検討部会で協議していく予定。
京都府	【精神科救急医療連携強化事業】夜間休日において以下の内容を各病院に委託。○一般科救急8病院において、精神疾患患者に対応できる看護師を配置する等の受入体制を整備。輪番で身体合併症の救急患者を受入。○精神科2病院において、一般救急病院からの相談や転院に対応できるよう、精神科医を配置。
大阪府	地域医療総合確保基金を活用して、精神科コンサル医・身体科サポート医の配置、医師・看護師への研修、機器整備事業を実施
兵庫県	全県対応の施設の拡充
奈良県	現在、奈良県立医科大学附属病院精神医療センターにおいて重篤な身体合併症を有する患者に対応しているところ。平成30年開設予定の新奈良県総合医療センターにおいても、身体合併症を有した患者の受入体制を構築する予定。
鳥取県	身体合併症の対応については、病院において他科からの協力を得たり、一般救急医療システムにより連携を図ることとしている。
広島県	精神科病床を有し、合併症発症患者に対し対応できる病院を3病院支援病院として指定している。
徳島県	身体合併症救急医療確保事業を県立中央病院で実施し、かかりつけ医と連携し、身体合併症事例に対応する体制としている。
愛媛県	今後検討していく予定
佐賀県	佐賀県医療センター好生館主催の「重要支援者連絡会議」により関係づくりを構築している
長崎県	平成27年度に「平日夜間精神科救急モデル事業」を半年間開催した。しかし、月・木の週2日の17～22時の時間帯で、4病院の輪番で、かつ、一般救急で処置後の搬送を実績対象としたため、結果として実績が無かった。
熊本県	県の第6次保健医療計画において課題のひとつとして位置付け、身体合併症救急医療の常時対応型病院として国立熊本医療センターを指定し対応しているが、今後、身体合併症救急患者の益々の増加が見込まれること、また郡部において精神科を有する救急告院がないことから、更なる対策を進める必要があると考える。
大分県	大分大学医学部で実施しているが一般病床であるため精神症状が上回った際の対応に苦慮している。
沖縄県	全県で1医療機関（県立病院）を身体合併症対応施設としている。

【調査票3集計結果(作業部会①ー2「輪番」)】

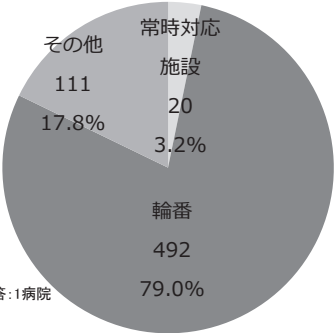
平成28年度障害者総合福祉推進事業 指定課題21
精神科救急医療体制の実態把握および措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究

集計結果

回答病院数 623病院/1205病院中(回答率:51.7%)

1. 病院が精神科救急医療体制の中で担当している役割

	病院数	割合
常時対応施設	20	3.2%
輪番	492	79.0%
その他	111	17.8%
計	623	100.0%

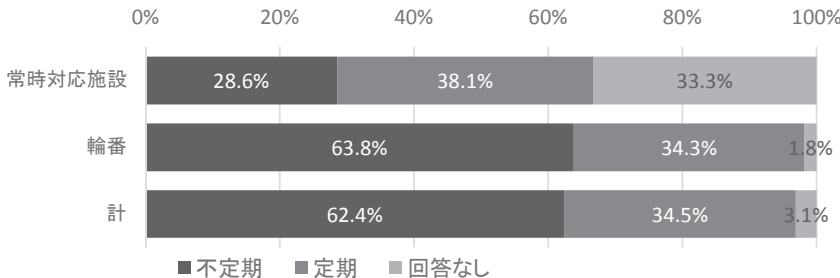


2. 平成27年度の当番日の日数をご回答ください

	不定期	定期	回答なし	計
常時対応施設	6	8	7	21
輪番	314	169	9	492
計	320	177	16	513

※不定期・定期両方に回答:1病院

2. 当番日の定期・不定期



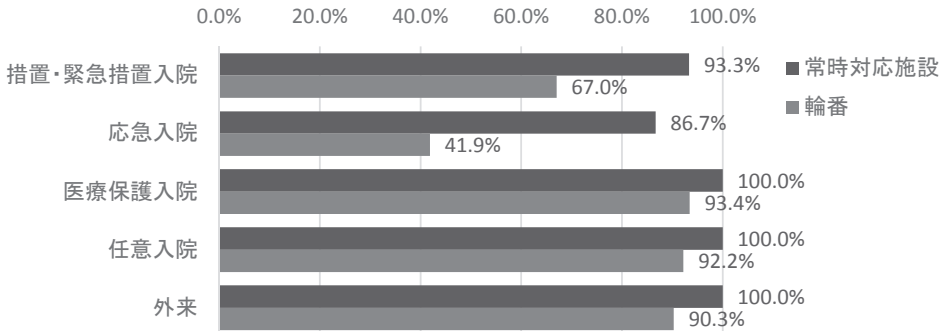
	常時対応施設			輪番		
	夜間当番日	休日当番日	当番日数計	夜間当番日	休日当番日	当番日数計
病院数	15			473		
最大値	294	122	366	261	123	366
中央値	31	22	53	15	11	29
最小値	0	0	10	0	0	1
平均値	68.80	40.47	109.27	27.35	15.18	42.54
標準偏差	93.82	39.51	122.88	33.91	18.08	47.53

3. 夜間休日の当番として対応可能な(実際受け入れている)状況をご回答ください(複数可)

●対応可能病院数 ※当番日数記載ありの病院を抽出

	措置・緊急措置入院		応急入院		医療保護入院		任意入院		外来	
	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合	病院数	割合
常時対応施設	14	93.3%	13	86.7%	15	100.0%	15	100.0%	15	100.0%
輪番	317	67.0%	198	41.9%	442	93.4%	436	92.2%	427	90.3%
計	331	67.8%	211	43.2%	457	93.6%	451	92.4%	442	90.6%

3. 入院形態別 対応可能病院数割合



【調査票3集計結果(作業部会①ー2「輪番」)】

4. 平成27年度の当番日に受け入れた人数

●対応可能病院の受け入れ患者数 ※当番日数記載ありの病院を抽出

※当番日数記載ありの病院を抽出

[常時対応施設] 措置・緊急措置入院 受け入れ患者数				
病院数	14			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	17	4	17	0.283
中央値	2.0	0.0	2.5	0.022
最小値	0	0	0	0.000
平均値	4.5	0.7	5.2	0.074
標準偏差	6.20	1.20	6.27	0.10

[常時対応施設] 応急入院 受け入れ患者数				
病院数	13			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	24	4	28	0.103
中央値	0.0	0.0	0.0	0.000
最小値	0	0	0	0.000
平均値	2.7	0.5	3.2	0.024
標準偏差	6.55	1.13	7.61	0.04

[常時対応施設] 医療保護入院 受け入れ患者数				
病院数	15			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	42	25	58	0.787
中央値	7.0	3.0	13.0	0.173
最小値	0	0	1	0.038
平均値	13.1	7.2	20.3	0.255
標準偏差	13.76	8.68	18.82	0.22

[常時対応施設] 任意入院 受け入れ患者数				
病院数	15			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	14	8	22	0.361
中央値	0.0	0.0	1.0	0.005
最小値	0	0	0	0.000
平均値	2.1	1.5	3.7	0.046
標準偏差	4.29	2.39	6.14	0.10

[常時対応施設] 入院全体 受け入れ患者数				
病院数	15			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	74	29	91	1.492
中央値	16.0	4.0	21.0	0.321
最小値	0	0	1	0.071
平均値	21.7	9.9	31.7	0.392
標準偏差	22.82	11.09	29.00	0.36

[常時対応施設] 外来 受け入れ患者数				
病院数	15			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	94	384	406	1.869
中央値	8.0	5.0	13.0	0.472
最小値	0	0	0	0.000
平均値	19.8	42.1	61.9	0.527
標準偏差	28.96	99.92	110.36	0.56

[輪番] 措置・緊急措置入院 受け入れ患者数				
病院数	317			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	52	9	54	1.382
中央値	0.0	0.0	1.0	0.009
最小値	0	0	0	0.000
平均値	2.6	0.3	2.9	0.064
標準偏差	6.45	1.07	6.87	0.15

[輪番] 応急入院 受け入れ患者数				
病院数	198			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	49	7	49	0.206
中央値	0.0	0.0	0.0	0.000
最小値	0	0	0	0.000
平均値	1.1	0.2	1.3	0.016
標準偏差	5.02	0.82	5.28	0.03

[輪番] 医療保護入院 受け入れ患者数				
病院数	442			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	289	138	289	1.939
中央値	3.0	0.0	4.0	0.138
最小値	0	0	0	0.000
平均値	6.9	2.1	9.0	0.187
標準偏差	18.24	8.16	22.07	0.20

[輪番] 任意入院 受け入れ患者数				
病院数	436			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	89	61	116	3.000
中央値	1.0	0.0	2.0	0.056
最小値	0	0	0	0.000
平均値	2.7	1.9	4.6	0.110
標準偏差	6.68	5.53	10.20	0.21

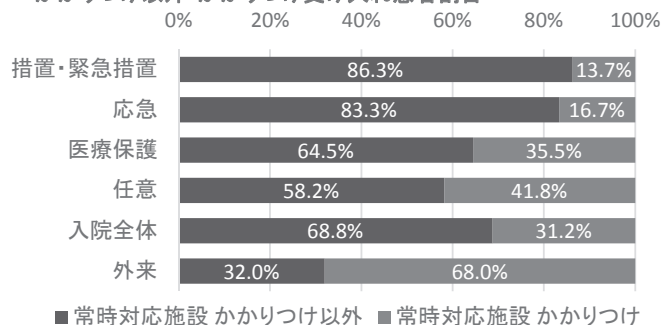
[輪番] 入院全体 受け入れ患者数				
病院数	453			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	456	208	456	4.000
中央値	5.0	1.0	7.0	0.250
最小値	0	0	0	0.000
平均値	11.6	4.2	15.9	0.345
標準偏差	28.79	13.41	36.00	0.40

[輪番] 外来 受け入れ患者数				
病院数	427			
	1病院あたり			1当番日あたり
	かかりつけ以外	かかりつけ	計	計
最大値	401	647	670	4.467
中央値	3.0	0.0	4.0	0.172
最小値	0	0	0	0.000
平均値	8.7	8.6	17.3	0.350
標準偏差	24.19	39.22	50.59	0.51

【調査票3集計結果(作業部会①ー2「輪番」)】

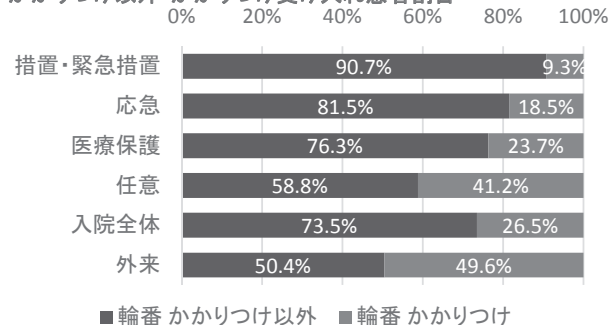
4. 常時対応施設

かかりつけ以外・かかりつけ受け入れ患者割合



4. 輪番

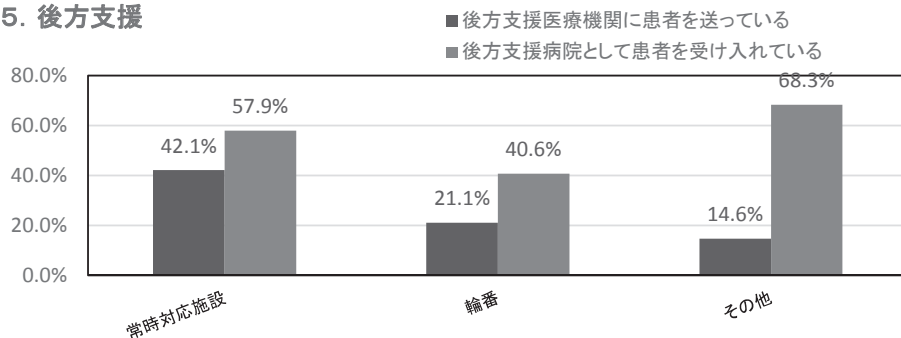
かかりつけ以外・かかりつけ受け入れ患者割合



5. 後方支援 ※はい・いいえ何れかに回答のあった病院抽出

	後方支援医療機関に患者を送っている			後方支援病院として患者を受け入れている		
	回答病院数	病院数	割合	回答病院数	病院数	割合
常時対応施設	19	8	42.1%	19	11	57.9%
輪番	475	100	21.1%	470	193	40.6%
その他	41	6	14.6%	52	28	68.3%
計	535	114	21.3%	541	232	43.4%

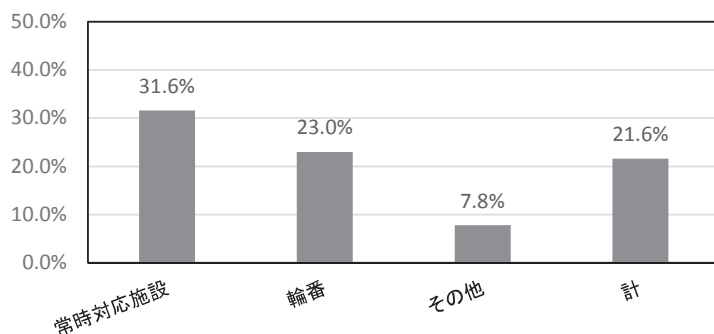
5. 後方支援



6. 精神科急性期医師配置加算(医師16対1) ※あり・なし何れかに回答のあった病院抽出

	回答病院数	病院数	割合
常時対応施設	19	6	31.6%
輪番	487	112	23.0%
その他	64	5	7.8%
計	570	123	21.6%

6. 医師配置加算



【調査票3集計結果(作業部会①-2「輪番」)】

問9. 自由意見欄に寄せられたご意見

その他、精神科救急医療体制整備事業について、困っていること、改善してほしいこと等について自由にご記入ください

不備などシステムに関する不満等

- 運用のばらつき
- 情報不十分 情報遅延
- 「家族等」同意の問題 深刻！！責任問題
- 身元確認の困難
- 警察の事前受け入れ打診→受け入れ討議→決定→センターの調査 という流れで時間がかかる
- システムの不整備
- 救急システムと措置入院受け入れシステムが別働隊で、時に重複することがある
- 警察の理解の問題
- 夜間休日365日でも輪番扱い
- 委託費が減額になった(内容詳細不明)。当番日が減らされて困っている。

トリアージ関係

- 精神科既往のみを理由に短絡的な受け入れ要請を経験する(病院前の評価不十分)
- 福岡は自傷他害のみのシステムで、それ以外への対応が不十分(科研でも指摘され、一般救急の領域ではよく話題になります)
- システム利用による身体科からの転院依頼で、再受け入れが確保されないケースがあった。

当事者への配慮不十分

- 当番病院が居住地から遠いことがある 患者の居住地に配慮せよとの意見 複数
- ペットの対応
- 他地域からの受け入れで退院支援協力が欲しい

ルール・モラル違反 診療拒否 診療報酬都合

- かかりつけの問題(同様意見とにかく多数あり)
 - クリニック問題(同様意見多数あり)
 - 合併症転院が断られる
 - 輪番病院が満床を理由に断ることがある
 - 「3ヶ月ルールにより、輪番当番日でない日でも当院に受診歴のある患者については受診又は入院受け入れが必要となるため、夜間体制に苦慮している。」意という意見。
- 他にも「他院を退院後3か月未満のケースは病床管理上苦慮」との意見あり

困難ケース

- 頻回措置入院者
- 民間では困難なケースがある(無保険者、家族の協力拒否、医療費不払い、外国人、触法例)マニュアルがほしい…困るのは公立でも同じか？
- 県立病院が、処遇困難や身体合併症を受け入れない 合併症の件の対応が不十分 等複数
- 大都市圏の独居高齢者で家族が非協力(頻度が高い困難パターン)
- 児童ケースへの対応

人員・設備の不足

- mECT条件の現実的困難 特に麻酔医
- 人がおらず、受け入れできない
- 医師不足 特に指定医(同様意見多数)
- 医師不足の病院が救急をやらない
- 医師勤務実態が整合できない。休日働いても通常診療業務があるため平日に振替代休できない

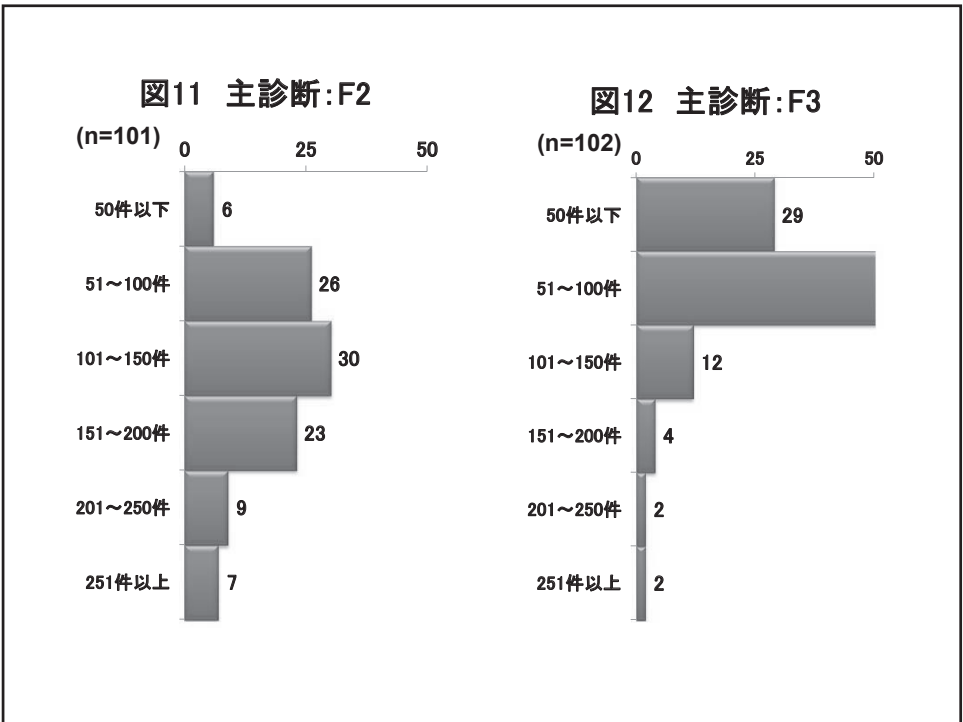
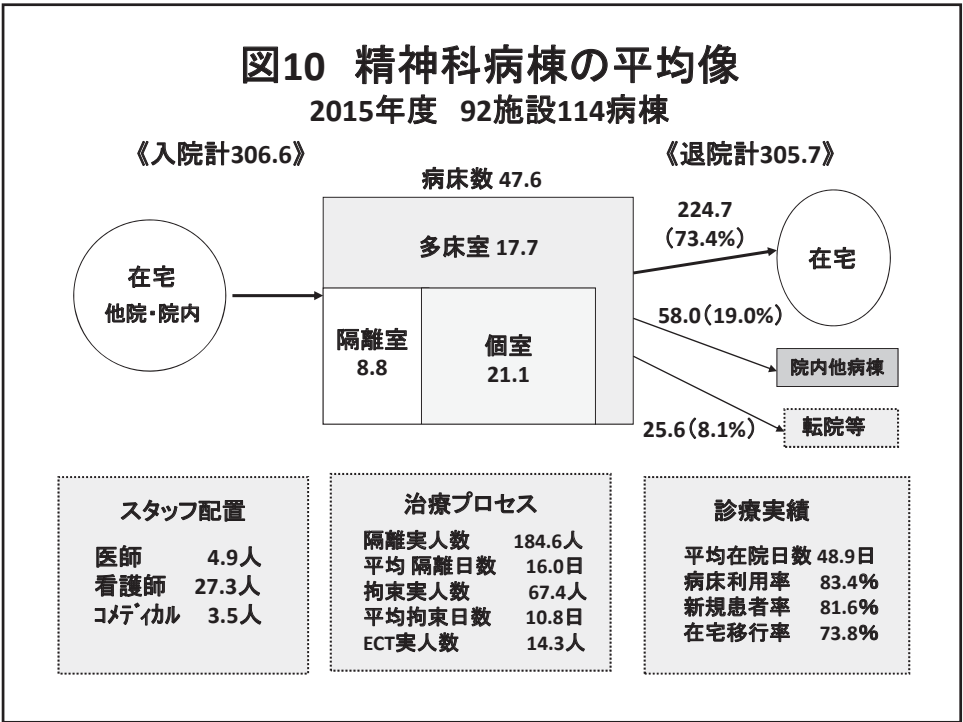
診療報酬・補助額などインセンティブに関すること

- 措置不要となった場合の経費 現行は医師手当のみ→初診料などはどこにも請求できないのが
- 質の向上など要求水準が上がるのに、医療費は上がらないのは矛盾ではないか
- 診療報酬上の評価不十分
- ケースミックスの要望

その他

- 単純に、「現場の負担感が大きい」という感想
- 当院は認知症専門病棟だから大変という意見
- 過疎地ではケース発生が無く、あったとしても対応できているのでシステムは要らない
- 日精協はアンケート結果をフィードバックせよ

【調査票4集計結果(作業部会②－2「拠点」)】



【調査票4集計結果(作業部会②－2「拠点」)】

図13 電気けいれん療法

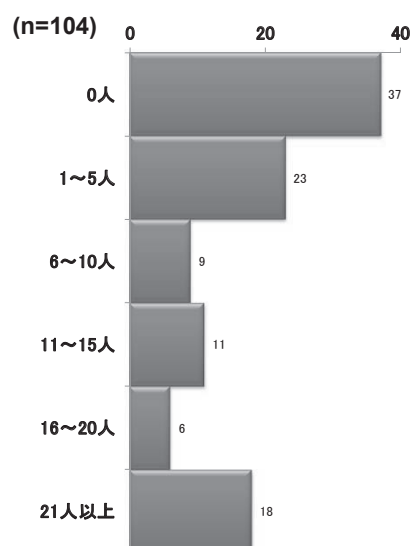


図14 クロザピン投与

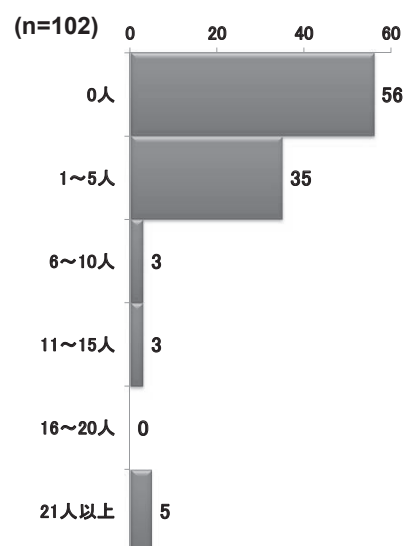


図15 隔離

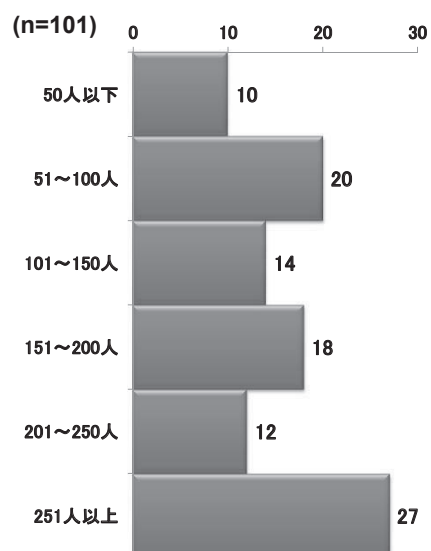
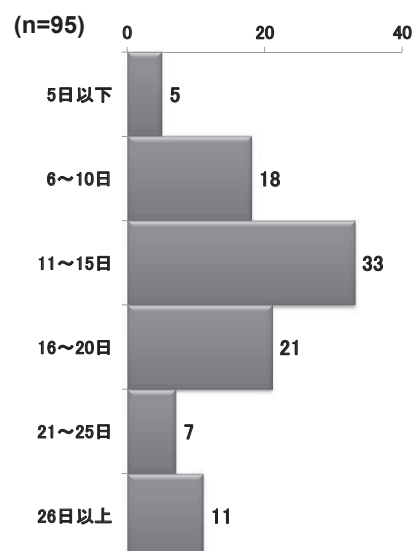
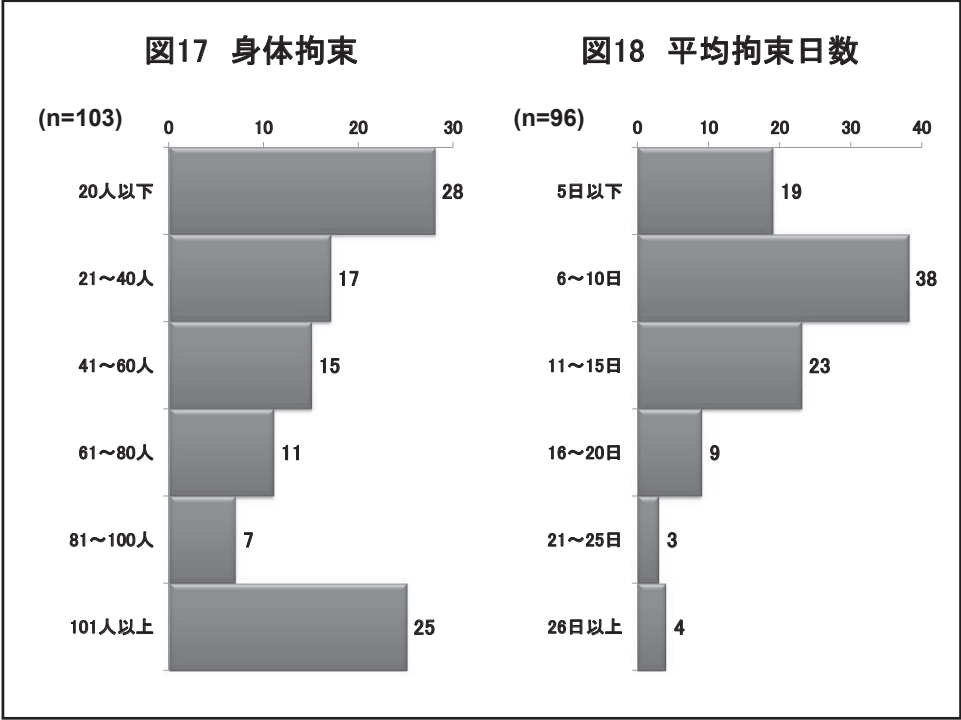


図16 平均隔離日数



【調査票4集計結果(作業部会②－2「拠点」)】



精神科救急医療に関するアンケート調査結果

<回答数：92施設／135施設、回答率：68.1%>

A. 病院全体の概況

1. 病院概況について

(1) 設立主体 (n=92)

①国立系独立行政法人	4
②都道府県立・地方独立行政法人	23
③その他公立	3
④公的病院（赤十字、済生会、厚生連、社保、私立大学など）	3
⑤民間（社会医療法人）	22
⑥民間（その他）	33
無回答	4

(2) 全病床数 平均 395.0 床（うち一般病床数 平均 121.5 床）

(3) 精神科病棟の概要（平均）

(a)精神科稼働病床数 284.4 床

(b)精神科病棟数 5.6 棟

うち、精神科救急入院料病棟 1 87 棟（病床数 47.7 床）

精神科救急入院料病棟 2 0 棟（病床数 0 床）

精神科救急合併症入院料病棟 4 棟（病床数 46.5 床）

無回答 1 件

2. 精神科医が診察した時間外診療の実績（平成27年度）について（平均）

(1) 診療時間外の診療件数 368.2 件

うち、精神科救急医療体制整備事業*の対象 128.1 件

(2) 上記のうち、入院件数 139.2 件

うち、精神科救急医療体制整備事業の対象 63.5 件

(3) 昨年度の精神科救急医療体制整備事業への参加日数 189.3 日

*注）精神科救急医療体制整備事業とは、国と都道府県が運営し、参加施設に診察料や空床確保料などの補助金が支給される精神科救急医療に関する公共事業のことです。

B. 精神科救急入院料病棟の運用概況

特定入院料の種別

①精神科救急入院料 1	99
②精神科救急入院料 2	0
③精神科救急・合併症入院料	11
無回答	4

1. 当該病棟の施設・設備について（平均）

- (1) 病床数 47.6 床
 (2) 隔離室 8.8 室
 (3) 個室 21.1 室
 (4) 上記のうち、酸素・吸引装置が設置されている部屋 7.4 室

2. 当該病棟の専任または専従職員配置について（平均）

- (1) 医師 4.9 名（うち精神保健指定医 3.4 名）
 (2) 看護師 27.3 名
 (3) コメディカルスタッフ 3.5 名

3. 当該病棟の診療実績について（平均）

(1) 当該病棟の運用概況

- (a)年間延べ在棟患者数 14,488.2 人（精神科救急入院料の算定外患者も含む）
 (b)うち、精神科救急入院料を算定した延べ患者数 11,809.8 人

(2) 入棟件数 311.0 件（精神科救急入院料の算定外患者も含む）

- (a)うち、当院への入院が初回の患者数 160.2 件
 そのうち、精神科への入院が初回の患者数 130.9 件

- (b)院内の他病棟からの転入患者数 18.6 件

(c)入棟時の入院形式

- | | |
|------------------------|--------------------|
| ①緊急措置入院 <u>10.3</u> 件 | ⑥その他 <u>2.4</u> 件 |
| ②措置入院 <u>15.0</u> 件 | (医療観察法鑑定入院、鑑定留置など) |
| ③応急入院 <u>13.5</u> 件 | |
| ④医療保護入院 <u>193.1</u> 件 | |
| ⑤任意入院 <u>72.3</u> 件 | |

- (d)主診断の内訳（「その他」の病名は、主治医等にご確認の上、なるべく ICD-10 大コードに分類して下さい。また、なるべく確定診断として下さい）

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| F0（脳器質群） <u>29.5</u> 件 | F5（摂食障害等） <u>2.6</u> 件 |
| F1（中毒依存群） <u>22.4</u> 件 | F6（人格障害群） <u>5.3</u> 件 |
| F2（精神病群） <u>138.3</u> 件 | F7（知的障害） <u>6.1</u> 件 |

【調査票 4 集計結果（作業部会②－ 2 「拠点」）】

F3（感情病群）	<u>78.4</u> 件	F8（発達障害等）	<u>7.0</u> 件
F4（神経症群）	<u>18.8</u> 件	F9（児童疾患等）	<u>2.0</u> 件
その他（上記のいずれにも該当しない）	<u>5.4</u> 件		

（3）退棟件数 305.7 件

転棟・転院を含む。

(a) 自宅退院件数 224.3 件（福祉施設への退院を含む）

(b) 院内転棟件数 58.8 件

(c) 他院への転院件数 24.3 件（医療観察法の入院医療機関を含む）

① うち精神科 14.1 件 ② 一般科 9.5 件

(d) その他 3.3 件（警察、矯正施設などを含む）

4. 平成 27 年度中に当該病棟に入棟した患者について、同年度内に実施された医学的処置に関し
て（平均）

（1）電気けいれん療法

(a) 実施患者の実人数 14.3 人

(b) うち修正型 12.8 人

（2）クロザピン投与患者数 3.0 人

（3）隔離

(a) 実施患者実人数 184.6 人

(b) 平均隔離日数 16.0 日

（4）身体拘束

(a) 実施患者実人数 67.4 人

(b) 平均拘束日数 10.8 日

措置入院に関する調査結果

＜回答数：89 施設／135 施設、回答率：65.9%＞

回答者の職位

①病院管理者	29
②精神科責任者	18
③精神科救急入院料病棟の責任医師	23
④その他	16
無回答	3

1. 措置入院の受け入れについて

（1）措置入院患者のうち、医療よりも司法で対応すべきと思われるケースの経験

①ある	79
②ない	10

（2）措置入院相当であるにもかかわらず、措置入院プロセスに乗らずに来院したケースの経験

①ある	85
②ない	4

（3）精神科救急入院料病棟を維持するために、措置入院件数の確保に苦心することがあるか

①多いにある	13
②時にある	32
③あまりない	23
④全くない	21

（4）措置入院指定病院の施設基準について

①現状のままでよい	76
②現状よりも厳しくすべきである	9

「②現状よりも厳しくすべきである」について寄せられた意見

- ・医師定数は 16 対 1（2 件）。
- ・救急入院料、急性期入院料の施設基準程度の条件があっても良い。
- ・各職種が関わる体制にできる基準にしてそのための診療報酬の手当をして頂きたい。精神科救急入院料や急性期入院料の算定病棟を含めたマンパワーの比較的充実したところでの対応が望ましい。
- ・PSW、CP の配置等。
- ・長期入院中心であるなどきちんとした医師配置ができていない病院ははずすべき

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

である。

- ・地域ケア等の要件を指定するべきと思います。
- ・診療報酬で差をつけたらどうでしょうか。数にあくせくしなくて良い。

（５）措置入院決定までのプロセスについて、問題点のご指摘や制度的改革の提案
＜通報、措置診察、措置入院の要否判断基準の曖昧さに関する意見＞

- ・通報の基準が行政間（保健所・健康福祉事務所・警察）によって差が大きい。自治体によっても異なり、受け入れ病院が困ることがある。
- ・23 条通報の際に、措置診察依頼があるまでのプロセスが外部からは分かりにくい。医療機関として、司法で対応するケースでは？と感ずることが度々ある。医療と司法をどのように区別しているのかが不明瞭な印象である。精神障害が疑われる自傷他害の恐れが高い対象者を警察が保護した場合であっても（恐らく警察の現場判断で）措置通報にはせず、警察から医療機関を受診及び入院依頼（医療保護入院等）があることがある。23 条通報するかどうかについても、どのような判断基準で対応されているのか不明瞭である。
- ・23 条通報の判断時に、医療観察法で対応すべきか精神保健福祉法で対応すべきか、引き続き警察対応とすべきかが十分検討されないまま、23 条通報となっているケースが見受けられる。ある程度の目安は示されているものの、現場の判断の平準化が図られるような方策が必要。「自傷他害の恐れ」の判断の差が大きい。措置診察における要否判断の適正化を図るための方策が引き続き必要。当地の場合、通報対応が 24 時間化されていないため、夜間に自傷他害の恐れのある方が長時間にわたり医療につながらない現状となっている。措置入院は精神科救急の機能を担ってもおり、あくまで緊急の対応である事も考慮する必要がある。
- ・警察と保健所の担当職員の教育をしっかりとしてほしい。制度の流れを十分理解していない人がいる。業務量をふやしたくないのか、措置通報をなるべく避けようとする動きを警察に感ずることあり。
- ・23 条通報レベルが不明瞭である。その線引きは困難を伴うが、精神疾患、通院歴の有無、自傷他害の行為の実行があればまずプロセスにのせるべき。判定医 2 名のグレーゾーン判断→措置入院鑑定ガイドライン作成。
- ・警察が介入した例でありながら、警察が保健所に通報せず当院に受診させようとし、当院の指摘でようやく保健所に通報となり、夜間でもあり診察に到るまで時間を要したことがある。
- ・措置申請があっても県（当県では健康課担当）の方で措置に該当しないと判断して措置診察に至らないケースが少なからずある。そのようなケースの基準が明確でなく透明性も乏しい。措置鑑定も個々の質がばらばらである。クローズドな形で措置入院となったケースの検討会が行われると鑑定の質が上がると思われる。
- ・措置診察にのせるかどうかの判断をする者に、精神保健福祉法に明るくない人間（警察官や看護師の定年退職後の仕事として従事しているもの）がいること。
- ・当県の場合、警察介入事例でも、医療保護入院となるケースが多く、措置入院との境界があいまいとなっている。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

- ・措置入院決定の基準の統一が必要だと思います。どの都道府県に住んでいるかによって、措置入院になるか、ならないかがかわるということは平等ではないと思います。
- ・「自傷他害のおそれ」の基準がはっきりしない。例えば明らかに傷害をふるって保健所が入っても家族が入院を希望すれば措置にならないなど。また、夜間、休日にも保健所が緊急措置を避けようとするため、入院が夜間になる（連絡が午前中なのに）のはスタッフの人数などの点で問題である。
- ・行政の通報の判断が不明確です。本来は措置要件なのに、受診援助となると差し戻しが大変困難です。逆に 23 条になったものの、責任能力があり司法の元へ帰したい時も多く多くの県は警察と連携ができておらず、そのまま放免になります。この 2 点は改変を求めたいです。
- ・当県は措置入院件数の非常に少ない県となっているようです。行政による判断基準などが明確化できると良いと考えています。
- ・他府県のケースで、23 条通報の際に診察不要と回答され（人格障害圏の診断）、その 1 ヶ月後に殺人未遂を起こしたケースがありました。診察不要が可能であるとするなら、明確な基準が必要だと思います。安易に通報を出さないよう、ケースに応じて警察・検察とディスカッションする。
- ・措置診療の可否決定を保健所職員が行っている。疑わしきは措置診療を受けさせるべきではないか。
- ・精神障害者というフィルターのみで、措置入院に該当するかどうかの判断を行政がすべきでないと考えます。
- ・自治体によって適応やプロセスが大きく異なるのは問題だと思います。東京は緊急措置がケタ違いに多いと聞きます。当県では行政がしっかり評価してから措置診療をされていると聞きます。
- ・他害行為をした人に精神科通院歴があった場合、まず受診につれてこられることが多いが、措置にするのか、医療保護にするのか司法の判断がみえにくいケースがある。
- ・措置診療が患者の状況を十分考慮せず行われることが少なくない。
- ・措置要件を満たしていないが、措置となるため虚偽の報告で 23 条にあがるものもある。
- ・医療観察、措置、医保入院について、制度上重なる部分がある。ケースによっては入院形態、行政の対応がまちまちで統一した対応、判断ができるように。
- ・現行法では、措置入院の要件がより厳しく定められており、夜間・休日であっても措置診療を行うことが求められている。実際、当県ではそのように運用されている。しかし、夜間休日には十分な情報がえられないこともあり、結果として適切でない判断がなされやすくなる。夜間休日は救急/仮の処分のみで行い、情報を十分に集めてから正しい判断に基づく処分を決めるべきと思う。
- ・要措置の判断が診察医、自治体によって差があり過ぎるため、より明確な基準、運用ガイドラインの提示及びそれに基づく研修が望まれる。研修は県を越えたものとする事でそれまでの自治体独自の運用を再検討するきっかけとなると良

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

い。研修は指定医、医療関係者のみならず、行政、警察、救急を入れることが大事である。国の基準を作った後、自治体ごとの医療計画の中に措置制度の運用を盛り込むと良いのではないだろうか。精神保健福祉法上の精神障害者の定義があまりにも広すぎているのも問題であろう。

- ・ 自傷他害の判断が医師によってバラつく。地域差の問題。
- ・ 指定医による判断の基準にバラつきがあるように思われる。不要措置になっても警察、行政が対応しないと困るケースもある。
- ・ 診察医による措置要否判断にバラつきがある。同レベルで一定の基準を明示し、自治体レベルで研修会等を開催して標準化を図るべきである。
- ・ 要措置と非措置、医療保護になるケースの病状での判断基準があいまいで、恣意的な気がしております。特に人格障害の場合において。
- ・ 措置該当の基準がバラつく。身体合併症のスクリーニングが不十分。
- ・ 自傷他害の要件の標準化や治療可能性等の診断基準を明確にする必要がある。

<医療と司法の非対称性>

- ・ 精神保健に丸投げにならないシステムが必要。措置→司法へもどせるシステム。
- ・ 司法の関与を検討すべき。
- ・ 司法への戻しルートが必要。
- ・ いったん警察が通報を行った後、措置診療対象外または不要措置となった場合、再度司法手続きに戻すことは、理論上は可能かつ必要である。しかし現実にはそのルートはほぼない。
- ・ 措置不要となった際に、再度司法（警察）の判断を仰ぐルート・システムがない。
- ・ 過去に精神科入院歴や措置入院歴がある、というだけで、司法が責任能力を判断することなく措置通報を行い、本来、司法で対応すべき患者であっても、保安処置的に医療が対応せざるを得ないケースがある。他害行為を行い、逮捕された後、たとえ措置入院となったとしても、必要に応じて再度、司法の枠組みの中で責任能力等を判断していくなどの道筋があれば医療側も措置入院を受け入れやすくなるのではないか。
- ・ 現状、23 条通報が多く、司法プロセスを適切に経ないまま医療案件となる事例があると感ずることがあります。24 条通報を多くするか不要措置、かつ医療事例でない案件を再度司法プロセスにのせる円滑な制度のあり方も必要かと感ずることがあります。
- ・ 医療観察法の対象者とするか、措置入院（措置診察）とするのか、判断が曖昧。

<多機関連携>

- ・ 医療保護以上に入院中の関わり方—多職種協働チーム、地域支援者とのカンファレンスガイドラインあった方がよい。退院者の行政機関の関与について明確化した方がよい。司法関係が紛れ込むので、DV／ストーカーのように退院者も警察の監視が必要なケースがある（一旦精神医療に入ると警察／司法は丸投げの感がある）。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

- ・警察―行政―医療の間の判断の基準に違いが出るのは当然のこと。定期的にコミュニケーションを行なえる場を地域ごとに設定することが必要ではないか。
- ・司法との協議の場が必要。何が何でも精神科治療にのせようとする（当院でそのようにお伝えして引きとっても、他院に入院していたというケースもある）。来院時（司法同伴）に措置該当を認めても、そこから司法→行政手続となることはない（警察官通報してほしくても、病院に到着していると通報しない）。措置入院の措置診療に行政医師が入るべき（行政処分を見なし公務員の当該病院医師にのみ任せるべきではない。責任の所在を明確に）。

<その他>

- ・措置非該当となった場合の処遇選択肢が少ない。精神科治療ではなく社会的入院の意味合いが強いケースがある。
- ・業務に支障がでないような制度改革を。
- ・仮退院制度がないと他科受診の際に困る。
- ・情報が不十分で、措置診察直近の病状のみで判断せざるを得ないことがある。
- ・診療報酬と措置入院件数を関連させるべきではないと考える。犯罪予防のために措置入院が利用されることについての制度の整理が必要。パーソナリティ障害の他害などは、措置の要件から外すなどの法の整備が必要。
- ・当地では在宅鑑定が行われないことになっている。救急措置入院が一部の国公立病院にのみ入る仕組みになっている。
- ・県と政令都市の連携をスムーズにするために一本化することが必要。
- ・自傷行為により救急搬送される事案が増えているが、消防や医療機関から通報する方法としては法第 22 条があるも、実際には使われていない（使えない）のではないか。
- ・強制入院は措置入院に一本化した上で、入院は指定医 1 名で判断し、その後に本部の指定医 2 名の診察で入院継続を要するという形にしてみるとか？

2. 措置入院中の医療について

（1）自治体の精神科救急医療体制整備事業に措置入院患者の転院システムがあるか

①明文化されたシステムがある	25
②不文律はある	16
③ない	48

（2）上記のような措置入院患者の転院システムは必要か

①必要	63
②不要	15
③その他	10

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

「③その他」について寄せられた意見

- ・転院システムはあったと思いますが実際はほとんどないと思います。
- ・疾患によっては検討して良い。
- ・状況次第による。
- ・患者の状態とその病院の対応能力、地域移行のしやすさなどを勘案すれば、あった方が良くように思われるが、画一的なシステムは弊害の方が大きいように思われる（対応困難例が集中する等）。
- ・相談できる状況があればよい（①に近い）。
- ・当県は必要ないが大都市では必要なだろう。

（３）措置入院患者の主治医に特別の配慮があるか

①他の入院形態と区別していない	66
②指定医＋研修医が原則など、手厚くしている	17
③その他	6

「③その他」について寄せられた意見

- ・司法的に、また措置入院決定過程に問題があったケースや退院の決定や退院後の処遇に特別の配慮を要するケースは経験の多い医師を主治医にしている。
- ・ケースカンファレンスをこまめに行う。
- ・院長、指導医など、複数の医師で対応。
- ・全医師が回診している。
- ・輪番で決めている。

（４）多職種チーム医療への特別の配慮があるか

①他の入院形態と区別していない	71
②コメディカルを加えるなど、手厚くしている	16
③その他	2

（５）措置入院者の治療プログラムに特別の配慮があるか

①他の入院形態と区別していない	77
②特別に設定している	12

「②特別に設定している」について寄せられた意見

- ・途中で関係者が集まりケア会議を実施している。
- ・診療部カンファレンスを行いその総意として進める。
- ・病棟内での OT、病棟外検査の同伴を複数にするなど。
- ・事故防止（隔離等）に特別に配慮している。
- ・棟外出棟条件など。
- ・措置入院ミーティングの実施。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

- ・特有のパス設定をし、患者、医療者とも守っている。
- ・病歴など多職種で共有（治療方針も）。
- ・退院後 3 か月は再入院しないような治療を組み立てるように努めている。

（6）措置入院者の院内カンファレンスに特別の配慮があるか

①他の入院形態と区別していない	68
②特別に設定している	19
無回答	2

「②特別に設定している」について寄せられた意見

- ・多職種参加に加え保健所も参加する。
- ・他の入院形態と区別して「措置入院患者検討会」としてカンファレンスをしている。また、措置解除についてもスタッフ全員で検討して意見がまとまって初めて解除となる。
- ・できる限り頻繁に行う。
- ・医局会での検討。
- ・院長など病院管理者チームで措置回診を行い主治医チームへフィードバックしている。
- ・経過と措置症状の関連・有無について重点的に行っている。
- ・解除や治療方針についての検討を全医局員で行っている。
- ・定期的に必ず多職種カンファレンスを実施。
- ・毎日の全体ミーティングでの措置患者の討論。
- ・定期的にカンファレンスをしている。
- ・複数の医師及びコメディカルが参加しているカンファレンスで症例検討している。
- ・毎日の申し送り。
- ・消退届を提出する際に必ず医局会での承認を要することとしている。
- ・週 1 回医局員全員参加。

（7）措置入院者に関する院外機関とのカンファレンスに特別の配慮があるか

①他の入院形態と区別していない	67
②特別に設定している	22

「②特別に設定している」について寄せられた意見

- ・連絡会議。
- ・多職種参加に加え保健所も参加する。
- ・入院時・退院時・その他必要に応じて設定。
- ・県主体で地域支援会議が開催されている。
- ・保健所との連携を意識している。
- ・健康福祉事務所等当該入院者を管轄得する担当者の参加。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

- ・退院時に関係機関とで会議を行っている。
- ・退院時に、再発予防の観点から、特に配慮している。
- ・必ず保健所など地域支援のスタッフを呼びケア会議を最低 1 回は行います。
- ・入院早期からケア会議を行っている。
- ・保健所の面接あり。
- ・ケースによっては行政や地域支援者とのケア会議を開催している。
- ・保健所との連携が必要な場合がある。
- ・全例ではないが保健所等のカンファレンスを必要があれば行っている。
- ・保健師等との情報交換は必ずしている。
- ・保健所等の出席をお願いしている。
- ・自治体のシステムに組入れる予定。
- ・警察にも加わってもらうなど参加する関係機関をやや広くしている。
- ・地域保健所等を関係機関の参加。
- ・帰住地保健所を中心とした継続支援チームとのカンファを設定しつつある。

（ 8 ） 貴院には、アルコール依存症の治療プログラムがあるか

①専門病棟がある	15
②専門病棟はないが、プログラムと専門スタッフは備えている	26
③特にプログラムはない	48

（ 9 ） アルコール以外の薬物依存症の治療プログラムがあるか

①専門病棟がある	7
②専門病棟はないが、プログラムと専門スタッフは備えている	14
③特にプログラムはない	48

（ 1 0 ） 貴院の精神科救急入院料病棟では、統合失調症圏の患者に対する心理教育プログラムを実施していますか。

①実施している	75
②実施していない	14

（ 1 1 ） 貴院の精神科救急入院料病棟では、気分障害圏の患者に対する心理教育プログラムを実施しているか

①実施している	51
②実施していない	38

（ 1 2 ） 精神科救急入院料病棟の入院患者に対して、作業療法を実施しているか

①ケースによって実施している	76
----------------	----

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3 「措置」）】

②実施していない	4
無回答	9

（１３）精神科救急入院料病棟の入院患者に対する急性期型の作業療法（短時間の個別プログラム主体）を診療報酬上に新設すべきと考えるか

①新設すべきである	81
②特に必要ない	4
無回答	4

（１４）精神科救急入院料病棟の入院患者に対して、ＳＳＴを実施しているか

①実施している	32
②実施していない	55
無回答	2

（１５）精神科救急入院料病棟の入院患者に対して、院内標準診療計画（クリニカルパス）加算を算定しているか

①算定している	30
②算定していない	57
無回答	2

（１６）措置入院患者の入院中に、原則として、保健所など関連機関との連絡会議を義務付ける必要はあると考えるか

①原則として、全例に会議を義務付けるべきである	32
②ケースによっては会議を開催するよう義務付けるべきである	49
③特に義務付ける必要はない	5
④その他	3

「④その他」について寄せられた意見

- ・会議を行わなくても連絡をとりあい情報が共有される必要あり。
- ・一定の基準の中で、病院側が必要と認める場合については、連絡会議を義務付ける。

（１７）措置入院中の医療について、制度的な改革の提案に関して

＜施設基準や治療プログラムの向上＞

- ・現在の指定病院の認可基準では措置入院全盛時代の名残りで緩すぎる。医師・看護・コメディカルの密度を高く設定した上で各種の治療プログラムを標準化すべきである。
- ・措置入院を受ける精神科救急入院料を届出する場合の施設基準として、薬物依存

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

症の認知行動療法プログラムの研修を修了した精神科医師及び看護師等の配置を義務づける。入院中の薬物依存症を含めた認知行動療法の算定を可能とする。

＜診療報酬上の配慮＞

- ・多職種が関わる体制にするため、診療報酬に反映させたものにして欲しい。なお、精神科入院医療全体を底上げしてもらいたい。
- ・連絡会議の開催等、必要な医療行為には診療報酬をつける。精神科救急病棟など手厚い医療を実践している病棟での受け入れを優先させる。
- ・診療報酬上の配慮が必要と感じている。
- ・措置入院者は、精神科救急入院科病棟の3ヶ月以内自宅退院割合の施設基準からは除外されているが、3ヶ月超は算定対象外となる。特に保健所との調整会議等が新設されるとその分入院の長期化が必至なので措置に限っては救急算定期間の延長を求めたい。
- ・少なくとも、医療保護入院のように、入院時から退院後生活環境相談員に類するような職種を専任しておくことが重要。人的配置に関しては、それにふさわしい診療報酬上の配慮も必要。
- ・解除の基準等、ある程度ガイドラインがあった方が良い。措置入院に関しては救急入院料を6か月程度までとれるようにしても良いのではないかと。3か月位とれると無理に解除しようとするケースが出ている可能性がある。解除までの準備としてカンファレンス等を義務付けるだけで当然準備する為に入院時間も延びるはずなので、最近4か月は救急入院料を算定できるようにして欲しい。
- ・意欲や能力のある医療機関に集めるようにし、点数配分も改めるべき。

＜措置解除基準の検討＞

- ・治療反応性や退院（社会復帰）阻害要因の基準を明確化し、対応について検討できる制度が必要。
- ・措置症状消退時、措置解除を行う際、家族が遠方で全く非協力の場合、医保（市区町村長同意にもならない）でなく、任意入院となってしまうケースがある。本人が早期に退院を希望されると、十分な準備体制が整わぬまま、退院してしまうことがあり、問題である。
- ・措置の解除を判断する人が、このままでよいのか。司法ルートへの戻しや医療につなぎつつける仕組みが必要。
- ・精神疾患の治療の他、社会的問題が重大であり、公的機関のより大きな介入が必要と考える。例えば、措置解除の判定を一人の医師に託すことは制度的欠陥と考える。
- ・措置解除を行う医師が退院後のことを考慮していないことが少なくない。

＜外部機関と連携や関与の強化＞

- ・自治体や行政間に共通な措置入院対応の教育と制度周知の徹底。措置入院者の事例紹介等研修を専門職以外にも実施。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

- ・連絡会議の義務付けと地域支援プランの作成は必ず行うようにして頂きたい。
- ・措置要件が曖昧（保安処分も可能な曖昧さ）。全国統一の基準が必要。措置申請してもかなりの数が却下されている（行政事務職の判断）。「措置流れ」の発生する原因。退院後の行政の関与を明確にする。相模原事件のような一部の措置は（退院後に）司法／警察の関与が必要である。
- ・保健所やアウトリーチサービスを要件として整備する必要がある。強制治療に関する法律の制定が望まれる。
- ・司法、行政、医療の密な連携が望まれる。
- ・保護者にかわる地域における支援者・機関があるとよい。また「調整官」「保護観察」といった強制力を有した支援のワク組みが必要な場合もあるので、必要に応じてある程度強制力を持つ機関と協働した治療が行えると良い。
- ・触法に係るケースについてはもっと司法の参加、警察・検察・裁判所の関与、例えば定期的な話し合いなどが設けられてもいいのではないか。
- ・措置入院か否かによって医療のありようが変わることがあってはならない。精神科医療の底上げにつながるような制度改革が必要。知的障害、発達障害、パーソナリティ障害など精神科治療によっては解決できず環境調整が主な支援となる場合、地域における支援の充実が必要である。
- ・継続支援チームの設定。
- ・定期的な外部評価者の診察があれば良いと思っています。

<外出・外泊制限の緩和>

- ・措置入院者については保健所が主導で責任をもって対応してもらいたい（保健所が受け身な印象がある）。また関係機関との連絡会議の必要があるが、それらの調整も保健所主体で行う必要があると感じている。様々な事情により、措置解除と同時に退院されていくケースが現場にはある（退院を目指せるケースは他の入院形態に変更する必要があることは重々承知しているが）。そのような場合に退院支援等に基づいて外出の許可等を制度的に認められないか。
- ・措置入院中に外出・外泊ができないのは治療の効果判定ができず難しい。
- ・仮退院制度がないと他科受診の際に困る。

<その他>

- ・他病院での出来事であるが、措置入院中に結核に罹患していることが判明。その際搬送はどうするのか。収容可（措置入院可）の病院であっても結核の治療病棟がないとか、内科に結核の治療できる医師が居ない場合どうするのか。
- ・医療観察法医療と制度的な連携を考えてほしい。医療観察入院からの退院は、ケースによっていったん措置入院につなげることが法的に可能なシステムとするのは良いと思う。

3. 措置解除のプロセスについて

- （1）措置症状消退の判断について、特段の配慮をしているか。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

①特になし（主治医ないし指定医の判断に委ねている）	26
②ケースによっては、院内カンファレンスを開催して判断している	28
③原則として全例、院内カンファレンスを開催して判断している	25
④その他	9
無回答	1

「④その他」について寄せられた意見

- ・複数の指定医の意見をきく。
- ・2名の指定医で判断している。
- ・医局会での検討。
- ・病院管理者の判断及び主治医の判断。
- ・③に加えて院長にも常にコンサルト。
- ・症例により、複数の医師で判断している。
- ・「重大な犯罪に当たる行為をした入院患者の措置解除及び退院に関する判定会議」を設置し、主治医等措置解除の判断に悩む場合には院長を含めた判定会議を開催し、病院としての判断を行う場を設けている。
- ・担当医、担当指定医の判断に院長診察～判断を加えて解除を決定している。

（2）措置症状消退の判断を厳密化するために、院内の複数の指定医が判定し、一致しない場合は措置入院を命じた行政機関に関係者会議を要請できるよう制度化すべきという意見に対して、どう考えるか。

①賛成	35
②条件付きで賛成	12
③反対	15
④どちらともいえない	27

「②条件付きで賛成」について寄せられた意見

- ・措置症状消退の判断に苦しむ症例は制度化すべき。
- ・事務要件はあまり複雑にしないでほしい（今でも書類が多すぎる）。ケースごとに主治医（指定医）の判断。迷った場合等は救急の指定医で。
- ・すでに2名の指定医で判断しているが、行政機関との関係はケースによる。
- ・院内の指定医の場合、意見の不一致は考えにくいと思われるため。
- ・特に家族機能が破綻しているケースや圏域をまたぐケース、司法に委ねたいケースはお願いしたい。
- ・指定医の確保が困難である為、業務の整理が要する。
- ・院内の複数の指定医の意見が一致しても要請できる方が望ましい。
- ・関係者会議の構成、権限についての検討が必要。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

- ・院内だけでなく院外の指定医を含めて判定必要では。

「③反対」について寄せられた意見

- ・小規模病院なら、院内の複数の指定医の判断が一致しないことは滅多にない。
- ・院内で一致しないケースは、あまりない。
- ・主に治療を担当している指定医が判断できることでしょう。
- ・措置症状消褪の判断は、主治医である指定医がやる以外ない。
- ・措置入院であっても一般の精神医療の延長なので。
- ・実態として措置入院は救急の一システムであり、上記にすると退院が遅れる。
- ・患者さんの人権への影響が大きいと思われるため。
- ・保安的ニュアンスが強すぎる。
- ・院内医師ではあまり意味がない。
- ・常に行政機関が介入すべき。
- ・全例、外部の指定医（公的機関）が行うべき。
- ・1人の指定医が判定し、判断に迷う場合に会議を要請できるではいかがか。

（3）措置解除の判断を厳密化するために、措置症状消褪届を受けた行政機関が届け出病院以外の精神保健指定医の意見を聴くことができるよう制度化すべきという意見に対して、どう考えるか

①賛成	27
②条件付きで賛成	13
③反対	17
④どちらともいえない	32

「②条件付きで賛成」について寄せられた意見

- ・その指定医が必要に応じて実地審査できること。
- ・指定医の数・質が担保されていること。
- ・任意で聴く分にはいいのでは。
- ・1回の診療のみでは得られる情報に限界があるため、カンファレンスとする。
- ・措置症状消褪の判断に苦しむ症例は制度化すべき。
- ・重大事犯など特殊なケースに限るべき。
- ・明確なガイドライン、判断基準があればそのような制度も良いが、現行では判断のばらつきが大きく、なれ合いや価値観の相違（精神障害者を地域でみることに對して推進派かリスクを負わないか等）で絶対に機能しないだろう。

「③反対」について寄せられた意見

- ・とてもそんな人員はいない。現実的でない。
- ・現実的に対応が困難と思われる。
- ・非現実的であり、実際には運用できないでしょう。
- ・主治医が退院の判断をしているにも関わらずその後数日間（？）患者を束縛する

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

- ことになる。また主治医は自身の信念に反して治療を継続せざるを得なくなる。
- ・ 届け出病院以外の医師が届け出病院より適確な判断を下せるとは思えない。
 - ・ 届け出病院の医師が、患者を熟知していると思われるから。
 - ・ 治療経過を見ていないと判断が困難。
 - ・ 入院治療のプロセスを直接みていない医師がいきなり判断を下すのは酷とされます。
 - ・ 正確な判断は困難と考えるため。
 - ・ 主治医以外の指定医が判断した場合、慎重になりすぎたり、主治医に遠慮するなどバイアスが入る恐れがある。
 - ・ 当該指定医の主観や臨床経験に左右されるため、適切な判断がなされない可能性がある。
 - ・ 措置入院であっても一般の精神医療の延長なので。
 - ・ 患者さんの人権への影響が大きいと思われるため。
 - ・ 行政よりも司法の関与が必要と考える。

（４）措置解除のプロセスについて、制度的な改革の提案に関して

<複数の医師の判断>

- ・ 当院のように、せめて 2 名以上の指定医が判断するという制度は必要と考えている。
- ・ 措置入院を決断する際と同時に精神保護指定医 2 名以上の判断で解除を決定する等の制度変更があってもよいと思うが将来の自傷他害のおそれを 100% 予想することが困難である。退院後の支援について検討することが重要である。
- ・ 院外の指定医の判断が必要では。

<外部機関の関与の強化>

- ・ できれば主治医、他のスタッフ、行政、外部精神保健指定医とで協議のうえ措置解除するような場があれば良いと思います。
- ・ 措置解除の際は、原則担当保健所は本人と面接を行い、必要に応じて主治医と面談を行う。
- ・ 解除まで治療計画についてもう少し自治体が責任をもつべきと考える（措置入院は県知事の命令であるので）。
- ・ 単に症状だけでなく、当該措置入院者が社会復帰した場合に想定される不利益や、治療に対する自覚など、全体的な判断を行政側にお願いしたい。病棟では安定しているように見えるが。退院後に想定される行動を十分に検証すべき。
- ・ 措置症状が消退していても、措置入院前に行った患者の他害行為について再犯のリスクがあるため、なかなか措置解除の判断ができない事例がある。この場合にかいて、消退届の医師意見に、「再犯リスクあり」「今後、他害行為があった場合は措置入院ではなく司法による対応が望ましい」等の意見を添えた場合、司法による関わりが強化されるような制度があれば措置解除が行ないやすくなる。
- ・ 国や県などの公的機関の介入、協力が必要である。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3 「措置」）】

- ・既に述べたことに加え、対象者本人への公的機関から直接の説明が望ましい。
- ・行政や司法機関が主体的に関わる形で、解除の判断をして頂きたい。
- ・入口と出口について、行政が一貫してかわるべき。当該病院は治療は行なうが、行政処分の代執行・代管理を行なっている認識は低い（ない）のが通常。
- ・措置解除前後に処遇の難しい患者には、ケア会議（医観法にならって）を行うことが有効と考えています。それに参加する地域スタッフへの経済的補償があることが望ましい。
- ・当県では、「医者が解除と言えば解除」という雰囲気強い。解除日より前に消退届を受けとってもらえないことも多い。まず現制度に基づいた行政の関与を徹底してほしい。

<退院後の生活支援が優先>

- ・解除プロセスよりは、その後のフォローアップが重要でしょう。
- ・フォローアップシステムを実効あるプログラム構成でつくる。

<措置解除遅延の懸念>

- ・あまりに厳密化すると措置解除が遅延するので慎重を要するケースを選択する基準を設けるべきである。
- ・プロセスの複雑化により措置解除までの期間が長くないような配慮が望ましい。
- ・地域サポートが困難なケースに対しては制度を作成して欲しいです。それ以外のケースは逆に解除しにくくなるのは問題だと思います。
- ・措置が救急の代替となっている現状（特に東京）では、措置解除しにくくなることは不適切。相模原の検討チームの報告書は全くのまちがい。

<その他>

- ・ある程度の措置解除基準が必要である。措置診察した医師へのフィードバックがあってもよいのではないかな。
- ・解除のプロセスだけではなく決定のプロセスから見直すべきと考える。
- ・そもそも自傷他害のおそれについて研修が行われていない。
- ・消退届を提出して迅速に措置解除できるが、本当に措置権者が専門的判断をしているのか疑問に思う。
- ・ケースによっては措置→医療観察法へ移行すべき場合もあるように思われる。措置を厳しくせず、観察法のしきいを低くしてはどうか。

4. 退院後の在宅ケア支援について

（１）貴院では、措置入院患者（入院中に他の入院形態に移行した患者を含む）の在宅ケア支援について、特段の配慮をしているか

①他の入院形態と区別していない	70
②特段の配慮をしている	19

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

「②特段の配慮をしている」について寄せられた意見

- ・訪問看護の導入などで支援体制を手厚くしている。
- ・退院後当院に通院する場合は可能な限り訪問看護を導入している。
- ・訪問看護、施設の体験利用等。
- ・基本的には当院の訪問看護、及び保健所の訪問を定期的に行うよう配慮している。
- ・訪問看護や心理社会的リハビリテーションにつなぐことに努め、導入できない場合でも保健所などの訪問は最低でもつなぎます。
- ・退院前に地域のサポート機関（保健所等）と連携し、退院に向けて協議（カンファレンス実施）。
- ・保健所の介入を要請している。
- ・保健所と連絡を密に取っている。
- ・保健所担当者に情報提供したり、意見を聞いている。
- ・行政職員の継続的な関わりを求める。
- ・行政の訪問も必ず依頼している。
- ・行政、警察と連絡をとり、情報授受を行っている（同意を得て）。
- ・ケースによっては行政の介入を行っている。
- ・外来治療継続させる体制について。
- ・再燃を予防できる体制作り。
- ・再入院とならないよう配慮している。

（2）貴院では重症患者早期集中支援管理料（ACT加算）を算定しているか

①算定している	9
②認可取得を検討中	18
③認可取得を考えていない	60
無回答	2

（3）措置入院を命じた自治体は、退院後の在宅ケアのコーディネートにもっと責任をもつべきであるという意見に対して、どう考えるか。

①賛成	66
②条件付きで賛成	12
③反対	1
④どちらともいえない	10

「②条件付きで賛成」について寄せられた意見

- ・十分な経験を併せ持つ人材が十分に確保できるのであれば。
- ・原則賛成ですが、自治体のマンパワー不足を解消しないと難しいでしょう。
- ・責任だけ強化せず、実効性のある仕組みも併せて導入する必要がある。
- ・システム作り（警察や民生委員なども入れての）が大切。
- ・家族のいない患者または家族の支援機能の弱い患者にはもっと関わってもらいた

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3 「措置」）】

い。

- ・措置入院ケースは中断しやすい傾向があり治療継続に対し、音頭をとっていただけると病院側も助かります。
- ・法的な担保が必要（人権の配慮等）。
- ・サポートはよいが監視になってしまうのなら反対。

「③反対」について寄せられた意見

- ・自治体によって予算も人員も違うのは不平等。国が支援するのであればいいですが。

（４）措置解除後に保健所管轄外の地区（都道府県は同じ）に退院するケースについて、退院地を管轄する保健所等に患者の情報を伝達しているか。

①原則として伝達している	26
②ケースによって伝達している	38
③原則として伝達していない	22
④その他	3

（５）措置解除後に別の都道府県に退院するケースについて、退院地を管轄する保健所等に患者の情報を伝達しているか。

①原則として伝達している	19
②ケースによって伝達している	40
③原則として伝達していない	28
④その他	4

「④その他」について寄せられた意見

- ・そのようなケースは稀である。
- ・そのようなケースがなかった。

（６）措置入院者の退院後の在宅ケアについて、関係諸機関が個人情報の保護よりも情報共有を優先すべきであるという意見に対して、どう考えるか。

①賛成	32
②条件付きで賛成	27
③反対	4
④どちらともいえない	26

「②条件付きで賛成」について寄せられた意見

- ・一律に対応するのではなく、ケースバイケースで。
- ・ケースによる。
- ・特別なケースに関してはそうすべき。

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

- ・当該入院者の重症度、危険度による。
- ・他害の既往等、ケースによっては情報共有を優先させたい事例はある。
- ・他害行為の種類などにより、個々に判断するしかないのではないかな？
- ・本人が了承しており、建設的なサポートが得られるだろう場合。
- ・措置入院の退院時に、患者に同意を取った上で情報共有すべき。
- ・本人の同意が得られた支援機関のみ。
- ・当該入院者と関係者の不利益を十分に考慮。
- ・risk よりも benefit が上回ると判断されれば。
- ・最終的に本人の利益になるなら可と思われます。
- ・本人の権利擁護と福利増進に寄与することが前提。
- ・患者にとって利益となる支援を導入する。
- ・地域での健康管理が優先される場合は必要と思われます。
- ・情報共有だけでは支援につながらない。
- ・在宅ケアを行う機関は個人情報の保護について充分配慮しつつ…という条文を付けるべき。
- ・プライバシーの配慮は必要。対象者の生活を守る視点でのシステム作りを期待したい。
- ・誤解も含む個人情報保護の行き過ぎからは是正すべき。
- ・個人情報保護とのバランスは必要。
- ・適度なバランスが必要。

「③反対」について寄せられた意見

- ・措置入院が解除になった時点で、一般の患者と同じ権利を有しているので、個人情報保護されない法的根拠がない。
- ・個人情報の保護と情報共有が両立できないという考えがおかしいのでは？
- ・警察が、全例、退院時は連絡するように要請があったが、地域での生活に協力をするというよりも社会防衛的な意味合いが強かったので断った。地域での生活を良いものとする前提が強調できれば良いが、実際は難しいと思われる。
- ・法的な整備が優先。

（7）措置入院者の退院後の在宅ケア支援について、制度的な改革の提案に関して

＜行政機関の関与強化＞

- ・困難かもしれませんが、行政側がアウトリーチで一定期間な訪問活動を行い、支援のモニタリングを行う機会を設定してもらいたい。通報から入院までは行政側の判断で強制力も強いのに、入院後や退院は民間病院任せになっているのが現状。そこを行政側も介入し、これまで以上の関わりを持っていただきたい。
- ・公的機関の介入は必要と考える。
- ・保健所の訪問を義務付けては？
- ・生活保護のように、行政による定期訪問があっても良いのではないかな。
- ・病状以前に、生活が破綻しているケースが多く、一医療機関では全く支援は不十

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3「措置」）】

分。自治体のサポートが不可欠。

- ・保健所が支援に介入するような制度。
- ・消退届を作成した医師の意見で退院後の通院医療を明記した場合、帰住先の保健所より、患者の通院勧奨が定期的に行われれば、継続的治療の確保ができる。

<医療と行政の連携>

- ・行政（保健所など）と病院スタッフ（Ns や PSW、必要時は医師）が組んだアウトリーチシステムを構築して欲しい。措置入院ケースは中断が多く、病院のみでも行政のみでも対応困難になります。是非、診療報酬も行政への補助が入るようにして欲しいです。実は他害（特に近隣への迷惑行為）は長期入院のリスク因子であり、中壮年層の退院場所が乏しいです。ケアホーム（Ns や PSW が交代勤務で 24 時間対応、医師は往診）制度を新たに考えていただけると、将来の地域移行にも役立つかと思います。
- ・保健師だけの対応では、マンパワー不足になるので、入院中から病院 PSW と協力し、地域の事業所も巻き込んで支援していくことが大切。その方の年齢、家族の状況、地域の状況などに応じた支援体制を考えていくケアマネージ力が問われると考える。
- ・再他害行為防止のための監視にならないように配慮しながら、地域で支えるスタッフの増加とそれにみあうだけの診療報酬が必要。
- ・ケースにより、退院後ケアを入院中から支援する視点で、関係地域・諸機関の連携したシステム作りを行なっていく。国がモデルをつくり、各地域がそれに必要なものを追加してのシステム作りができる体制が必要だと思います。
 - ・地域での生活をより良いものとするための関係諸機関の連携は大切である。関係諸機関が共有できるような勉強会を設け、その時の具体的な事例を作っておいたりすると良いと考える。理念のない在宅ケア支援は不要な医療化、不要な入院治療を増やすだけだと考える。
- ・退院後のケアについて、病院と保健所がもっと連絡を密に取り合うようなルールがあってもいいと思います。

<支援体制の補強>

- ・治療中断者へのアウトリーチを含めた制度的な対応は是非必要であるが、選択肢であり、措置入院全例への義務では現状の医療福祉体制ではマンパワー不足であり、措置入院の入り口が柔軟な状況においては、人権的な問題も生じると思われる。
- ・理想は理想としても、現実的に関係者の負担を高めるだけでは、制度そのものが無意味になるのではと危惧する。
- ・保健所における地域精神保健活動が強化されるより人員配置を十分に手当すべきである。

<医療観察法モデル>

【調査票 5 集計結果（作業部会②－3 「措置」）】

- ・医療観察法という社会復帰調整官のような人材を制度的に整備する必要がある（誰が責任をもち、社会復帰をコーディネートしていくのか、明確にする）。
- ・医療観察法同等に関係機関との定期的なケア会議が行えるようにしていただきたい。
- ・行政職員の定期的な面接と訪問（医療観察法に準じる）。
- ・行政機関どうして患者の情報を伝達する義務があると考えている。人権団体の反発もあると思うが、ケースによっては、長期の強制通院命令（イギリスやオーストラリアの CT0、アメリカのほとんどの州にある AOT、台湾の CCT など）の制度が、怠業による再燃およびそれに伴う事故防止のためにも必要となるだろう。
- ・ある程度の年限については状態チェック機能があれば良いのではないかと思います。

<在宅ケア支援の強化策>

- ・措置入院に限らず、訪問看護、ACT 等在宅ケア支援全体の拡充のための施策が望ましい。
- ・精神障害者全体の在宅支援ケアを底上げしてもらいたい。医療観察法による入院だけを充実させてもいかなものかと思われるが、措置入院のケアを手厚くすることは言うまでもない。精神障害全体に対する制度が貧弱過ぎる。
- ・措置入院後の退院者に限らず、在宅ケアはきわめて不十分。他の入院形態の退院者、入院歴のない人も含めて利用できるケアシステムがよい。措置のみに特化する必要はない。
- ・通院する病院や訪問看護ステーションが医療的支援がスムーズに行える制度が必要。

<その他>

- ・措置入院だけを特別視せず制度整備を考えるべき。
- ・医療観察法が開始された時に、目標として今後の精神医療の水準を押し上げることがあったかと思いますが、10 年近く経った今、医療観察法制度の成果は一般医療に普及されていないように思います。まずは措置入院者からだけでも手厚い医療が受けられるような改革を望みます。
- ・在宅ケアの義務づけをするなら、措置入院時の自傷・他害行為の質や程度によって、義務の程度に段階づけをするべきかもしれない。例えば、生命の危険のない（生きるための）自傷は外すなど。
- ・退院後に必要性があれば一旦警察に戻す。犯罪に繋がる恐れがないか調査できるルートを行政主導で体制化して欲しい。

救急受診ケース調査結果

<回答数：90 施設／135 施設、回答率：66.7%、報告症例：804 例>

1. 性別

男	399
女	396
無回答	9

2. 年齢

①10 代	45
②20 代	111
③30 代	143
④40 代	166
⑤50 代	147
⑥60 代	105
⑦70 代	43
⑧80 代以上	40
無回答	4

3. 受診時間帯（準夜帯と深夜帯は平日・休日を問わず）

①当院診療時間内	196
②当院休診日の日中（8 時半～17 時）	110
③準夜帯（17 時～22 時）	307
④深夜帯（22 時～8 時半）	183

4. 搬送手段（最終段階の）

①自家用車両	288
②通常タクシー	29
③救急車	173
④警察車両	151
⑤保健所等行政機関の公用車	57
⑥福祉施設の車両	27
⑦他の医療機関の車両	6
⑧福祉タクシー	4
⑨当院車両（訪問診療）	4
⑩民間救急車	3（費用 30 万円）
⑪その他	51
無回答	11

5. 搬送起点（最終段階の）

【調査票 6 集計結果（作業部会②－ 3 「移送」）】

①居住地	489
②警察署	141
③精神科医療施設	45
④一般科医療施設	57
⑤その他	65
無回答	7

6. 搬送時間（上記起点からの）

①1 時間以内	582
②1～2 時間	142
③2 時間超	9（最高 7 : 20）
④不明	65
無回答	6

平均 3 時間 36 分、最大 7 時間 20 分

7. 搬送前 24 時間以内の自傷行為

①なし	655
②生命リスクの高い自傷行為	69
③生命リスクの高くない自傷行為	7
無回答	10

8. 搬送前 24 時間以内の他害行為

①なし	632
②身体損傷を伴う他害行為	31
③身体損傷を伴わない他害行為	134
無回答	7

9. 搬送時の同伴者（①以外は重複可。搬送車両に同乗していなくても可）

①なし	89
②親族	522
③救急隊	112
④警察官	198
⑤行政職員	122
⑥当院職員	12
⑦他院職員	23
⑧民間救急業者	9
⑨その他	71
無回答	6

10. 搬送時の行動制限

①なし	569
-----	-----

【調査票 6 集計結果（作業部会②－ 3 「移送」）】

②人力のみ	169
③拘束具の使用	25
④その他	10
⑤不明	26
無回答	5

1 1. 受診時の受診意志

①明確	328
②しぶしぶ	142
③拒否的	113
④動揺	59
⑤意思表示なし	138
⑥その他	23
無回答	1

1 2. 精神科救急医療体制整備事業の対象ケースかどうか

①対象ケース	422
②それ以外	362
無回答	19

1 3. 診察形態

①緊急措置診察	45
②措置診察	49
③それ以外の診察	707
無回答	3

1 4. 精神科治療歴

①当院通院中（3 ヶ月以内に当院受診歴あり）	339
②当院通院中断ないし終了（3 ヶ月超以前に当院受診歴あり）	75
③当院初診（精神科未受診例）	99
④当院初診（他院受診歴あり）	273
⑤治療歴不明	12
無回答	6

1 5. 主診断

①F0（認知症）	42
②F0（認知症以外）	21
③F1（アルコール関連）	38
④F1（アルコール以外）	19
⑤F2	321

【調査票 6 集計結果（作業部会②－ 3 「移送」）】

⑥F3（双極性ないし躁病）	75
⑦F3（うつ病圏）	102
⑧F4	75
⑨F6	24
⑩F7	32
⑪F8	31
⑫その他（F5<2> G40<2>を含む）	34
無回答	0

1 6．緊要な病態像

①幻覚妄想	238
②精神運動興奮	200
③昏迷	23
④減裂	40
⑤せん妄	17
⑥意識混濁	26 (JCS : I <7> II <7> III <2> 不明<10>)
⑦抑うつ	132
⑧躁	29
⑨不安焦燥	146
⑩解離	16
⑪認知症	21
⑫その他	96 (EPS<4> けいれん<3> 自傷<2>を含む)
無回答	0

1 7．身体的問題

①なし	626
②あり・軽度	100
③あり・中等度以上	65 (骨折・外傷、心不全、狭心症、悪性腫瘍、低血糖など)

1 8．診察室での処置（①以外は重複可）

①なし	597
②点滴確保	72
③身体拘束	35
④血中酸素飽和濃度測定	58
⑤心電図モニター	45
⑥膀胱カテーテル留置	30
⑦向精神薬静注	38

【調査票 6 集計結果（作業部会②－ 3 「移送」）】

⑧向精神薬筋注	32
⑨向精神薬内服	52
⑩その他	36
無回答	5

19. 当日の帰宅先

①自宅（同居者あり）	352
②自宅（単身）	79
③親族等の自宅	8
④福祉施設	28
⑤医療施設	209
⑥警察署	11
⑦その他の帰宅先	14
⑧帰宅先なし	10
⑨不明	8
無回答	128

20. 今回の診察の帰結

①当院精神科に入院	497 (緊急措置<34>・措置<55>・応急<22> >・医療保護<312>・任意<66>・その他 <3>・不明<5>)
②当院一般科に入院	20
③現在の居住地に帰宅	257
④居住地以外の親族等に委託	7
⑤他院精神科に転送	4
⑥他院一般科に転送	2
⑦警察に移管	9
⑧その他	5
無回答	3

21. 来院から帰結までに要した時間

1 時間以内	458
1～2 時間	197
2～3 時間	53
3～4 時間	13
4 時間超	16

平均 1 時間 16 分、最長 26 時間

平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）

「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」

【報告書】

発行日：平成 29 年 3 月

発 行：公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

電話 03（5232）3311 FAX 03（5232）3309

<http://www.nisseikyo.or.jp/>