

厚生労働省

平成24年度障害者総合福祉推進事業

精神医療相談窓口および精神科救急情報センターの
実施体制に関する調査

平成25年3月

埼玉県立精神保健福祉センター

【事業概要】

1 目的

精神科救急医療体制整備事業における精神医療相談事業および精神科救急情報センター（以下、併せて受診前相談事業とする）の実態を把握し、地域の実情に見合う実効的な受診前相談機能が実現できるよう一定の方針を示し、受診前相談に対応する相談員の質を保つための仕組み等を構築する。

2 方法

これまで精神科救急医療における受診前相談事業に関する研究を手がけてきた日本精神科救急学会医療政策委員会委員に、受診前相談への対応経験豊かな精神保健福祉士を加えた検討委員会を組織し、専門的知見や現状を踏まえた議論を行いつつ、以下に示すⅠからⅢについて調査研究を行い実効性のある成果物を作成する。

Ⅰ 各都道府県および指定都市の精神科救急医療体制整備事業主管課を対象に、受診前相談事業の実施体制および精神科救急医療体制整備事業の概要等に関するアンケート調査の実施。

Ⅱ Ⅰで判明した実情を踏まえつつ、受診前相談事業の実施体制に関するマニュアル試案を作成する。

Ⅲ 受診前相談事業に従事する相談員の研修プログラムおよび教材について検討する。また、研修プログラム及び教材のあり方を検証するため、精神科救急情報センターの相談員等を対象とした「精神科救急情報センタートリアージ平準化推進会議」を開催する。

3 結果

Ⅰ 受診前相談事業の実施体制等に関する調査

① 24時間精神医療相談窓口の設置状況は、設置済み29自治体、設置予定5自治体（平成24年度1自治体、平成25年度4自治体）、検討中4自治体、設置予定なしは10自治体であった。

② 精神科救急情報センターの設置状況は、設置済み40自治体、設置予定3自治体（平成24年度1自治体、平成25年度2自治体）、設置予定なしは5自治体であった。

③ 一般住民向けの相談電話回線を設置しているのは34自治体であったが、内1自治体は電話番号を非公開としていた。また6自治体については、一般住民向けの相談電話回線を設置していない。

④ トリアージの基準や対応手順が明文化されていたのは25自治体のみであり、15自治体では明文化されていなかった。相談員が精神科医のコンサルテーションを常時受けられるのは30自治体で、一部の時間帯のみ受けられるのが6自治体、全く受けることができない自治体も4あった。相談員の研修体制については、定期的に研修を実施している18自治体、不定期に実施している6自治体、未実施は16自治体であった。

⑤ 精神科救急情報センターが対応している事例範囲は、「365日24時間、外来レベルから措置入院までのすべての精神科救急事例に対応している」自治体はなく、「夜間については365日、休日については24時間、外来レベルの精神科救急医療相談から措置業務までのすべての精神科救急事例に対応している」は1自治体のみ。「365日24時間、措置入院以外の精神科救急医療事例に対応している」のは11自治体、「夜間については365日、休日については24時間、措置入院以外の精神科救急医療事例に対応している」のは12自治体であった。

⑥ 平成23年度における全精神科救急情報センターで対応した相談件数は86,493件であった。相談件数は9件～13,601件、人口万対相談件数は0.1件～34.6件（平均6.5件）と自治体間で大きな差があった。トリアージの結果「精神科救急事例」と判断された事例の割合についても0.6%～100%（平均22.0%）と大きな差があった。なお、対応結果を把握していない自治体が14あった。

⑦ トリアージの結果「精神科救急事例」と判断したものの、医療機関紹介できなかった事例は確認でき

ただけでも約 1,000 件に上っていた。

⑧一般科救急情報センターとの連携は 7 自治体にとどまっていた。

⑨事業実績のデータ管理がされている自治体は 33 あり、その内事業実績の一部をホームページ等情報公開している自治体数は 11 であったのに対し、情報公開を行っていない自治体は 22 に及んだ。一方データ管理がされていない自治体も 6 あった。

⑩精神科救急医療体制整備事業に関して、医療連携に係る研修会等運営事業を予算化していたのは 3 自治体のみであり、予算化していない 1 自治体を加え 4 自治体で当該研修会を開催していた。搬送体制について予算化しているのは 29 自治体、予算化していなかったのは 18 自治体であった。身体合併症救急医療確保事業について予算化していたのは 10 自治体であったが、実施していたのは予算化していない 1 自治体を加えた 9 自治体であった。身体合併症等後方搬送事業について予算化していたのはわずか 1 自治体であり、ミクロ救急体制確保事業については予算化し実施している自治体はなかった。

⑪精神科救急医療施設等の施設数の合計は 1,086 施設で、内訳は病院群輪番型 1,029 施設、常時対応型 27 施設、身体合併症対応施設 30 施設であった。1 自治体が輪番病院群を導入しておらず、常時対応型は 17 自治体のみ、身体合併症対応施設は 13 自治体のみが指定しているにすぎなかった。

Ⅱ 受診前相談事業の実施体制に関するマニュアルの作成

前述した「受診前相談事業の実施体制等に関する調査」結果を踏まえ、受診前相談事業の実施体制に関するマニュアル（試案）を作成した。

Ⅲ 受診前相談事業に従事する相談員の研修プログラムおよび教材の検討

①検討委員会において受診援助相談事業に従事する相談員を対象とした、初期研修プログラムおよび教材について検討を行った。

②研修プログラム及び教材のあり方を検証するため、精神科救急情報センターの相談員等を対象とした「精神科救急情報センタートリアージ平準化推進会議」を開催した。

4 考察

①各自治体による受診前相談事業の多様な運営形態と、その機能のばらつきが明らかとなったことから、当該事業の平準化を図る必要がある。

②受診前相談事業の平準化を図るためには、事業評価尺度の開発、統計項目の統一化、用語の定義化などが必要である。

③受診前相談事業に従事する相談員を対象とした、「受診前相談事業トリージ研修会（仮称）」の定期的な実施が必要である。

5 結論

受診前相談事業の目的は、精神症状の急性増悪に対する迅速な危機介入と、精神障害者の地域生活支援である。現行の精神科救急医療体制整備事業においては、受診前の相談事業として「精神医療相談事業」と「精神科救急情報センター」が併記されている。前者がカウンセリング機能を、後者が関係機関との調整機能を主に担うとされているが、両者の機能を厳密に区別できないことを考慮して、制度上も両者を統合し、都道府県に複数箇所設置できるよう、「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」を見直すことが検討されるべきである。

受診前相談機関を拡大する方策としては、精神科救急入院料算定医療機関の認可要件に受診前相談機能を加えることが考えられる。

受診前相談事業の質の平準化を図るには、標準的な実施体制に関する指針を示すことが必要であり、受診前相談事業に従事する相談員の質を担保するためには、研修認定制度の創設を検討すべきである。

【事業目的】

平成 22 年の精神保健福祉法の一部改正によって、都道府県に精神科救急医療体制整備の努力義務が法律上位置づけられ、平成 24 年 4 月 1 日から施行されている。現在地域差が大きく、業務内容が不均一である受診前相談事業について、地域の実情に見合う実効的な受診前相談機能を実現できるよう実態調査を行い、一定の方針を示し、対応に当たる相談員の質を保つための仕組み等を構築する。

これまで精神科救急医療における受診前相談事業に関する研究を手がけてきた日本精神科救急学会医療政策委員会委員と、受診前相談への対応経験豊かな精神保健福祉士を加えた検討委員会を組織し、専門的知見や現状を踏まえた議論を行いつつ、以下に示すⅠからⅢについて調査研究を行う。

【実施内容】

Ⅰ 都道府県および指定都市の精神科救急医療体制整備事業主管課を対象とし、受診前相談事業の実施体制および精神科救急医療体制整備事業の概要についてアンケート調査を実施する。調査内容は、精神科救急情報センターおよび24時間精神医療相談窓口の設置状況、精神科救急情報センターに関する運営体制、対応状況、さらに精神科救急医療体制整備事業の運営状況、加えて平成24年4月1日に施行された精神保健福祉法改正に伴う取り組みや、平成24年4月の診療報酬改定の影響についてとした。

Ⅱ 受診前相談事業の実施体制に関するアンケート調査で判明した実情を踏まえつつ、受診前相談事業の実施体制に関するマニュアル（試案）を作成する。

Ⅲ 受診援助相談事業に従事する相談員を対象とした、初期研修プログラム及び教材についての検討、研修プログラム及び教材のあり方を検証するため、精神科救急情報センターの相談員等を対象とした「精神科救急情報センタートリアージ平準化推進会議」を開催する。

【調査結果】

Ⅰ 受診前相談事業の実施体制等に関する調査

現行の精神科救急医療体制整備事業において、受診前の相談事業として「精神医療相談事業」と「精神科救急情報センター」が併記されている。前者がカウンセリング機能を、後者が関係機関との調整機能を主に担うとされているが、先行研究 1) が指摘するとおり、両者の機能分担や設置場所は都道府県によってまちまちであり、相談実績についても一部重複して報告されるなど、両者を区別する基準は統一されていないことから、受診前相談事業の実態を把握することは困難な状況にある。よって、本調査においては、精神科救急情報センターに軸足を置いた調査を行うこととした。

1 調査概要

（１）調査の目的

平成 24 年 10 月 1 日における都道府県および指定都市の受診前相談事業の実施体制、および精神科救急医療体制整備事業の概要を把握することを目的とする。なお、一部調査項目については平成 23 年度実績の回答を求めた。

（２）調査の対象

各都道府県及び各指定都市の精神科救急医療体制整備事業主管課

（３）調査期間

平成 24 年 9 月 18 日に依頼し、平成 24 年 10 月 10 日回答締め切りとした。

(4) 調査方法

「精神科救急情報センター運営状況等アンケート調査」(資料 1) を厚生労働省精神・障害保健課から各都道府県および指定都市の精神科救急医療体制整備事業主管課あてに電子メールで依頼し、埼玉県立精神保健福祉センター精神科救急情報担当へ電子メールによる回答を求めた。

2 調査結果 (表 1)

全都道府県および全指定都市から回答が得られた。都道府県に加え指定都市として唯一精神科救急情報センターを設置している札幌市の計 48 自治体の集計を行った (他の指定都市については、府県と共同運営などされていたことから集計から除いた。また、熊本県については、精神科救急情報センター開設が平成 24 年 9 月であるため、平成 23 年度の実績に関する設問については未回答となっている)。

(1) 24 時間精神医療相談窓口について

24 時間精神医療相談窓口の設置状況は、設置済み 29 自治体、設置予定 5 自治体 (平成 24 年度 1 自治体、平成 25 年度 4 自治体)、検討中 4 自治体、設置予定なしは 10 自治体であった。24 時間精神医療相談窓口を予算化していたのは 25 自治体であり、単独設置は 3 自治体、精神科救急情報センターが 24 時間精神医療相談窓口を担っているのは 18 自治体、保健所と精神科救急情報センターによって 24 時間の相談体制を確保しているのは 3 自治体、精神保健福祉センターと精神科救急情報センターによって 24 時間の相談体制を確保しているのは 1 自治体であった。予算化せずに 24 時間精神医療相談窓口を設置している 4 自治体においては、精神科救急情報センターが 24 時間精神医療相談窓口を担っているのが 2 自治体、保健所と精神科救急情報センターによって 24 時間の相談体制を確保しているのが 2 自治体であった。

(2) 精神科救急情報センターについて

精神科救急情報センターの設置状況は、設置済み 40 自治体、設置予定 3 自治体 (平成 24 年度 1 自治体、平成 25 年度 2 自治体)、設置予定なしは 5 自治体であった。

精神科救急情報センターの開設年度は、平成 6 年度 1 自治体、平成 8 年度 1 自治体、平成 10 年度 4 自治体、平成 12 年度 3 自治体、平成 13 年度 4 自治体、平成 14 年度 2 自治体、平成 15 年度 5 自治体、平成 16 年度 4 自治体、平成 17 年度 5 自治体、平成 18 年度 1 自治体、平成 19 年度 2 自治体、平成 21 年度 2 自治体、平成 22 年度 2 自治体、平成 23 年度 1 自治体、平成 24 年度 1 自治体であった。

精神科救急情報センターの設置機関は、自治体立病院 (独立行政法人含む) 11 自治体、大学病院 1 自治体、民間病院 4 自治体 (内 1 自治体は医療機関による輪番制)、精神保健福祉センターが 9 自治体、その他 (精神科病院協会、精神保健福祉協会、非営利法人等) が 11 自治体。これらの他に平日日中は精神保健福祉センターに設置し、夜間・休日は自治体立病院や民間病院等、時間帯により設置機関を変えている自治体が 4 あった。身体科救急医療情報センターに附置されている精神科救急情報センターはなかった。

精神科救急情報センターの運営方法は、自治体直営が 11 自治体、委託が 29 自治体であった。

都道府県と指定都市との精神科救急情報センターの共同運営について、事業全部を共同運営しているのが 10 自治体、事業の一部について共同運営しているが 3 自治体であった。

精神科救急情報センターの開設時間が、24 時間 365 日であったのは 19 自治体、その他 21 自治体であった。

一般住民向けの相談電話回線を設置しているのは 34 自治体であったが、内 1 自治体は電話番号を非公開としていた。また 6 自治体については、一般住民向けの相談電話回線を設置していない。トリオフ

オン（3者通話機能）を整備していたのは、2自治体のみであった。警察署や救急隊からの専用電話回線を、20自治体が設置していた。

精神科救急情報センターの職員体制は、常勤職員を配置していたのは15自治体にすぎなかった。相談員の職種は、精神保健福祉士が多く、看護師、心理職と続いていた。

トリアージの基準や対応手順が明文化されていたのは25自治体のみであり、15自治体では明文化されていなかった。

相談員が精神科医のコンサルテーションを常時受けられるのは30自治体で、一部の時間帯のみ受けられるのが6自治体、全く受けることができない自治体も4あった。

精神科救急情報センターが対応している事例範囲は、「365日24時間、外来レベルから措置入院までのすべての精神科救急事例に対応している」自治体はなく、「夜間については365日、休日については24時間、外来レベルの精神科救急医療相談から措置業務までのすべての精神科救急事例に対応している」は1自治体のみ。「365日24時間、措置入院以外の精神科救急医療事例に対応している」のは11自治体、「夜間については365日、休日については24時間、措置入院以外の精神科救急医療事例に対応している」のは12自治体であった。

平成23年度の相談件数でみると、9件～13,601件、人口万対相談件数は0.1件～34.6件（平均6.5件）と自治体間で大きな差があった。

平成23年度における全精神科救急情報センターで対応した相談件数は86,493件であった。相談者内訳は本人47,231件（54.6%）、家族20,361件（23.5%）、医療機関3,411件（3.9%）、警察3,968件（4.6%）、消防4,429件（5.1%）、保健所1,136件（1.3%）、その他5,957件（6.9%）であった。

トリアージの結果「精神科救急事例」と判断された事例の割合についても0.6%～100%（平均22.0%）と大きな差があった。なお、対応結果を把握していない自治体が14あった。

トリアージの結果「精神科救急事例」と判断したものの、医療機関紹介できなかった事例は確認できただけでも約1,000件に上った。医療機関紹介できなかった理由として、「当番の医療機関が満床」「医療費の支払いができない」「薬物や身体合併症の問題で受け入れ出来ない」「搬送手段がない」「医療機関の受け入れ時間を超過」などが挙げられていた。

精神科救急情報センターに通報受理機能を置いているのは6自治体。内3自治体は精神保健福祉法第24条（警察官通報）以外の申請通報にも対応している。1自治体は精神保健福祉法第34条（医療保護入院等のための移送）にも対応していた。

相談員の研修体制については、定期的に研修を実施している18自治体、不定期に実施している6自治体、未実施は16自治体であった。

一般科救急情報センターとの連携は7自治体にとどまっていた。

事業実績のデータ管理がされている自治体は33あり、その内事業実績の一部をホームページ等情報公開している自治体数は11であったのに対し、情報公開を行っていない自治体は22に及んだ。一方データ管理がされていない自治体も6あった。

（3）精神科救急医療体制整備事業に関すること

精神科救急連絡調整委員会の予算化は43自治体がしており、平成23年度37自治体が開催していた。他の精神科救急医療体制を検討する会議等を2自治体が開催していた。予算化していなかったのは4自治体であった。

医療連携に係る研修会等運営事業を予算化していたのは3自治体のみであり、予算化していない1自治体を加えた4自治体で当該研修会を開催しているにすぎなかった。

搬送体制について予算化しているのは 29 自治体、予算化していなかったのは 18 自治体であった。

精神科救急医療確保事業を予算化していたのは 42 自治体であった。

身体合併症救急医療確保事業について予算化していたのは 10 自治体であったが、実施していたのは、予算化していない 1 自治体を加えた 9 自治体であった。

身体合併症等後方搬送事業について予算化していたのは、わずか 1 自治体であった。

ミクロ救急体制確保事業については、予算化し実施している自治体はなかった。

二次医療圏数 346 圏に対し、精神科救急医療圏数は 144 圏設定されていた。

精神科救急医療施設等の施設数の合計は 1,086 施設で、内訳は病院群輪番型 1,029 施設、常時対応型 27 施設、身体合併症対応施設 30 施設であった。1 自治体が輪番病院群を導入しておらず、常時対応型は 17 自治体のみ、身体合併症対応施設は 13 自治体のみが指定しているにすぎなかった。

15 自治体で 458 診療所が精神科救急医療体制に協力していた。

消防法による「疾病者の搬送及び疾病者の受入れの実施に関する基準」に、精神科救急に関する項目があるのは 25 自治体であった。

(4) 精神保健福祉法一部改正等に関すること

精神科救急医療体制の確保に対する新たな取り組みについて、精神保健指定医の確保を 9 自治体が挙げその他は 5 自治体であった。新たな取り組みを行っていない自治体は 34 自治体であった。

診療報酬改正の影響があったのは 19 自治体で「診療所医師からの協力の申し出」であった。影響がなかったのは 29 自治体であった。

(5) 課題

精神科救急事例を減らすための取り組みとして、リーフレットの活用、ケースカンファレンス、アウトリーチなどの取り組みが挙げられた。

精神科救急情報センターの運営にあたっての課題として、輪番病院の受け入れ体制や機能などのシステムに係る問題、身体合併症の対応、移送、職員体制、トリアージ機能の充実等が挙げられた。

II 受診前相談事業の標準的な実施体制に関するマニュアルを作成

前述した「精神科救急情報センター運営状況等アンケート調査」の結果を踏まえ、各自治体が受診前相談事業を行うにあたっての実施体制に関するマニュアル（試案）を作成した。

受診前相談事業の実施体制に関するマニュアル（試案）

1 受診前相談事業の目的

(1) トリアージ(triage)

精神科救急医療の対象となる事例を的確に選別し、適切な医療機関を紹介する。

(2) 地域生活支援

精神障害者やその家族等からのクライシスコールを受け、問題への対応について助言することにより、相談者の不安を軽減させるとともに、緊急性を回避する。2)

(3) 受診前相談事業の役割

受診前相談事業の役割は、精神障害者の地域生活を支援することであり、単にその場の問題解決を支援することに止まらず、相談者の問題対処能力を高めるよう対応することが求められる。この対応こそが精神科救急事例を減らすことにつながる。3)

2 受診前相談事業の可能性

受診前相談事業を実施するにあたっては、次のような副次的可能性をも見据えた取り組みが求められる。

(1) 自殺対策への寄与

受診前相談には、希死念慮を訴える相談が散見される。これら事例の自殺切迫度を的確に評価し、自殺が切迫していると判断された事例に対し速やかに対応することで自殺対策に寄与する。4)(資料 2・3)

(2) 早期介入(精神病未治療期間(duration of untreated psychosis:DUP)短縮化)への寄与

精神科未受診事例が受診前相談事業にアクセスすることができれば、DUPを短縮化させる可能性があることが示唆されている。したがってDUP短縮化を推進するために、受診前相談事業へ容易にアクセスできるよう、受診前相談事業の認知度を高めるための取り組みを行う。5)

(3) 精神障害者のアドヒアランス(adherence)向上への寄与

急性増悪に備え、それを回避するということは、精神医療コンシューマー(consumer)にとって、アドヒアランス向上の延長線にある重要なことと考えられる。受診前相談事業は、精神科救急医療を必要とする精神障害者へのコーディネート機能のみならず、疾病の増悪を回避することや、疾病からの回復を促進するための支援をも意識した存在であることを目指す。6)7)8)9)

(4) 家族への疾病教育機能

受診前相談事業にアクセスした家族に対し適切な助言を行うとともに、疾病、支援サービスや支援制度に関する情報等を提供するなど、既存の精神保健福祉サービスでは不十分な家族支援を補完することができよう。

(5) 地域精神医療にインパクト(impact)を与える

受診前相談事業において把握されるマクロ救急事例に加え、ミクロ救急事例の把握にも努めることで、自治体内の地域精神医療の実態を明らかにするとともに、課題を見だし改善に取り組む。10)(資料 4)

(6) 地域精神保健医療福祉従事者へ危機介入に関する知見を還元するという教育的機能

受診前相談事業において蓄積された危機介入に関する知見を地域精神保健医療福祉従事者に還元することで、「急性増悪に備える」という援助視点を醸成する。

(7) 災害時精神医療体制の基幹的機能。

災害時に自治体内の精神科医療機関の被災状況を把握するとともに、緊急対応の可否について情報を集約し、緊急受診が必要な事例について受診調整を行い、併せて移送手段の確保にも努める。

3 受診前相談事業に従事する相談員

(1) 受診前相談事業に従事する相談員は、精神科救急事例への対応経験豊かな人材が望ましいことは言うまでもない。しかし、精神科臨床経験の乏しいスタッフで対応しなければならない場合には、バックアップ体制の整備は必須である。いずれにおいても、常時精神保健指定医等からのコンサルテーションが受けられる体制が必要である。

(2) 精神医療相談に対応する職員には、次のような知識等が求められる。

ア 精神科医療機関個々の特性や機能に関する情報。

イ 近隣都道府県の精神科救急医療体制および精神科医療機関に関する情報。

ウ 地域生活支援施設等の社会資源に関する知識。

エ 身体疾患や検査データ、医学用語に関する知識。

オ 社会保障制度に関する知識。

カ 法制度に関する知識。

キ 地理感覚。

4 リスクマネジメント

受診前相談事業におけるリスクマネジメントとして以下のことを推奨する。

- (1) 対応ガイドラインを整備する。
- (2) 相談電話のナンバーディスプレイ機能を活用する。
- (3) 相談電話の録音機能を活用する。
- (4) リスクマネジメントについて検討し、対応手順を予め定めておく。

5 広報

(1) 精神障害者やその家族が、必要な時に受診前相談事業にアクセスできるよう、市町村等の協力を得るなどして、相談電話の電話番号の広報に努めるべきである。

(2) 精神科救急事例を減らすため、精神障害者やその家族が急性増悪時に対処できるよう予め備えておくべきスキルを提案する広報媒体を作成し配布する。(資料 5・6)

6 業務統計

相談事例のデータベース化をすることで、対応に一貫性を持たせることができる。事業評価や説明責任(Accountability)を明らかにするためにも、業務統計作業は欠かすことができない。(資料 7)

7 情報公開

説明責任を明らかにするためは、業務実績をホームページ等で公開すべきである。

8 事業評価

(1) 対応の質を維持するためにも、内部評価(事例レビュー)および外部評価(精神科救急連絡調整委員会や他の精神科救急医療体制を検討する会議等)を定期的に行うべきである。

(2) 常時対応施設や輪番医療機関等の職員を対象とした事業報告会の開催を推奨する。

9 他機関との連携確立

(1) 事業担当者や相談員が変わっても、事業や支援哲学の継続性・連続性が担保されるよう配慮する必要がある。

(2) 身体科救急医療相談機関との相互理解を構築するよう努めるべく、意見交換等を定期的に行うことが望ましい。

Ⅲ 受診前相談事業に従事する相談員の研修プログラムおよび教材の検討

1 研修プログラムおよび教材の検討

検討委員会において、受診前相談事業に従事する相談員の研修プログラムおよび教材について検討を行った。研修プログラムについては演習形式が有効であると考えられたことから、東京都精神科救急医療情報センターの運営を受託している特定非営利活動法人メンタルケア協議会の相談員研修を検討素材とした。なお、当該研修教材における研修項目とその内容は次のようなものであった。

・相談者が相談する時の心境

不安・恐怖・辛さ・苦しさ・不安全感（整理がつかない、もやもや）・怒り・不満・

混乱・視野狭窄・絶望・自暴自棄

⇒相談して楽になりたい・助言が欲しい

傷つけられる・不本意なことを言われる恐れ・弱みを握られる・情報が漏れる恐れ

⇒相談するのが怖い

・相談を受けるにあたっての心構え

「対等」であること

無条件で受け入れる

「わからない」ことを大切にする

「できない」ことを自覚する

・相談技術

相手のことを尊重していることを示すために丁寧語で対応する。

相手との距離を必要以上に近づけない。

相手より少しゆっくりのテンポ、落ち着いたトーンで対応する。

相手の言葉に、こちらの言葉を被せない。

相槌は「うん、うん」を続けずに、「はい、ええ」を入れ、いろいろなニュアンスを乗せて伝える。

相談員を巻き込んで味方にしようとしてきたら、相談者の意図や心理を理解した上で、通常の対応の範囲でやさしい態度をとる。

・希死念慮を訴える事例への対応

「死にたい」という言葉だけで驚かず、落ち着いて対応する。

緊急度の判断をして、手に負えないと感じた場合は、早めに家族、警察、救急隊への連絡も考える。

衝動的に行動に移そうとしている場合は、その人をつなぎ止められる可能性のあるもの（家族、友人、ペット、仕事や今後の予定）の話をしてみる。

「死んではいけない」と言わない。

「死ぬ」「死なない」の綱引きに陥らないように注意する。

暗い気持ちに相談員が引きずられない。

一番大事なのは、本人の様子。感覚を研ぎ澄まし、感覚を疑い、感覚を信じる。

背景事情は、とても参考になるが、判断の全てではない。

本人の対応能力・周囲の支援力を視野に入れて対応を考える。

・地域の社会資源へつなげる

電話相談は、主たる相談先になり得ないので、しかるべき支援者につながることが大事である。

これまで利用している施設や関係のできている支援者を尊重し、安易に利用施設を移ったり、セカンドオピニオンを求めることを勧めない。

社会資源を紹介するにあたっては、たくさん教えればよいわけではない。

社会資源をたくさん教えれば良いわけではない。包括的な相談が必要な方には、マネジメント機能を持てるところに紹介する。

・相談者(困っている人)の“負”の特徴

自分の辛さや正当性を延々と訴える。

その訴えを全面的に認めてもらえないと激しく怒る、八つ当たりする。

どんな提案もダメと拒否。

相手を信頼できず、相談先を次々に変える。

全部他人任せにし、うまくいかないとその人のせいにする。

人を使って関係者を思いどおりにしようとする。

・精神症状や身体症状の聞き取りとアセスメント

現場から直接連絡をもらう。

家族とは、必ず直接話す。

可能であれば、本人に電話を代わってもらう。

救急隊、警察官、第三者からの意見を聞く。

治療歴があれば、医療機関から情報を取る。

・身体合併症事例への対応

精神科では対応が難しい身体疾患を見逃さない。

バイタルサインの確認。

持病、既往症、外傷の確認。

ここ数日の状況（感冒様症状の有無、食事や水分の摂取状況、アルコールの摂取状況、服薬状況、その他変わったことはなかったか確認する）。

一般科医療機関を受診していれば、検査結果と診断、処方を確認する。

・精神科救急医療体制の理解（各自治体で異なるため項目のみ）

・精神科医療機関への紹介手順（各自治体で異なるため項目のみ）

2 精神科救急情報センタートリージ平準化推進会議

研修プログラムおよび教材のあり方について検証するため、精神科救急情報センターの相談員等を対象とした「精神科救急情報センタートリージ平準化推進会議」を下記のとおり開催した。なお、参加者に対しては、埼玉県立精神保健福祉センター長および日本精神科救急学会理事長連名の修了証を授与した。

（１）日時および会場：平成２５年２月１５日（金） 午前９時３０分～午後４時４５分

TKP新橋ビジネスセンター

（２）参加者数：３６自治体 ５２名

（３）当日のプログラム

ア 報告 「精神科救急情報センター運営状況等アンケート調査結果」（前掲表１）

担当 埼玉県立精神保健福祉センター 河本次生

イ 講義 「精神科救急医療が目指すもの」（資料８）

担当 千葉県精神科医療センター 平田豊明

ウ 講義 「精神科救急情報センターに求められる機能等について」（資料９）

担当 埼玉県立精神保健福祉センター 塚本哲司

エ 演習 「精神科救急情報センターの対応の基本」（資料１０）

担当 特定非営利活動法人メンタルケア協議会 西村由紀

(4) 参加者アンケート結果の概要

ア プログラムに対する参加者の評価

a 報告 「精神科救急情報センター運営状況等アンケート調査結果」

大変参考になった 14 名 (26.9%)・参考になった 28 名 (53.8%)・ふつう 6 名 (11.5%)・あまり参考にならなかった 1 名 (1.9%)・参考にならなかった 1 名 (1.9%)・未回答 2 (3.8%)

b 講義 「精神科救急医療が目指すもの」

大変参考になった 20 名 (38.5%)・参考になった 27 名 (51.9%)・ふつう 3 名 (5.8%)・未回答 2 (3.8%)

c 講義 「精神科救急情報センターに求められる機能等について」

大変参考になった 16 名 (30.8%)・参考になった 30 名 (57.7%)・ふつう 4 名 (7.7%)・未回答 2 (3.8%)

d 演習 「精神科救急情報センターの対応の基本」(資料 8)

大変参考になった 26 名 (50%)・参考になった 21 名 (40.3%)・ふつう 4 名 (7.7%)・未回答 1 (1.9%)

イ 参加者のコメント

- ・全国の状況が分かって今後の相談員研修に役立てることができる点。
- ・アンケートの結果をもとに、グループワーク等で各都道府県の設置状況や内容の情報交換ができればうれしいです。
- ・グループワークだと他の地域の方とも話しやすくてよかった。講義も大変勉強になったので、今後も続けていただきたい。
- ・自分の都市だけで運営をしていると「このやり方でいいのか」と思うことが多々ある。事例を通してロールプレイを行うことで相談を受けて行く姿勢・視点も確認ができ、非常に参考になった。
- ・相談員としての心構え、対応方法が聞けてよかった。また、各県のトリアージの状況等を情報交換できてよかった。
- ・各都道府県で、情報センターを含めた精神科救急医療体制や医療機関、社会資源等が異なっていると思うが、そういった点を踏まえた各県の状況を知りたい。また、トリアージの平準化にあたっては、各都道府県の地域性や実情にも十分配慮して欲しいと感じた。
- ・合併症については継続して学び続ける必要があると感じています。
- ・今回の研修などを DVD にして、各県での研修会に活用できたらよいのではないかな。

【分析考察】

I 受診前相談事業の実施体制等に関する調査

- (1) 各自治体による受診前相談事業の多様な運営形態と、その機能のばらつきが明らかとなった。
- (2) トリアージの基準が明文化されていない自治体が 15 自治体もあり、対応の質を保つ面からも、リスクマネジメントの観点からも、『対応ガイドライン』等の整備が急がれる。
- (3) 平成 23 年度の相談件数でみると、9 件～13,601 件、人口万対相談件数で 0.1 件～34.6 件（平均 6.5 件）と自治体間で大きな差が生じていた。人口万対相談件数が多い自治体は、相談者内訳で本人の割合が高い傾向があることから、相談員の対応姿勢が影響しているかもしれない。
- (4) トリアージの結果「精神科救急事例」と判断された事例の割合についても 0.6%～100%（平均 22.0%）と各自治体間に大きな差が生じており、このことは自治体間で「精神科救急事例」の捉え方に大きな差があり、且つ精神科救急医療施設においても受け入れ基準に差があることを意味しているものと考えられた。
- (5) 事業運営においても、対応状況が集計されていない自治体や、事業実績を情報公開していない自

治体等が散見されたことから、事業運営に関する指針等が必要である。

（６）受診前相談事業の平準化を図るためには、事業評価尺度の開発、統計項目の統一化、用語の定義化などが必要である。

Ⅱ 受診前相談事業の実施体制に関するマニュアルの作成

作成した試案は、前述した「精神科救急情報センター運営状況等アンケート調査」の結果や、埼玉県精神科救急情報センターの取り組みを踏まえ、各自治体が受診前相談事業を行うにあたって「目指すべき」実施体制と考えている。しかし、各自治体の精神科医療状況や、受診前相談事業に従事する相談員の配置状況等が異なることから、受診前相談事業の「標準的な」実施体制について今後検討を重ねていく必要がある。

Ⅲ 受診前相談事業に従事する相談員の研修プログラムおよび教材の検討

前述した「精神科救急情報センター運営状況等アンケート調査」の結果、相談員の研修が行われていない自治体や、トリアージの基準が明文化されていない自治体が散見された。このような状況を改善するためにも、目指すべき相談員の質を定め、養成のためのシラバス、教材、評価基準の作成が求められる。また、受診前相談事業に従事している相談員のみならず、精神科救急入院料算定医療機関の職員や保健所職員までも対象とした、「受診前相談トリアージ研修会（仮称）」の定期的な開催が必要であると考えられた。

【結論】

受診前相談事業の目的は、精神症状の急性増悪に対する迅速な危機介入と、精神障害者の地域生活支援である。現行の精神科救急医療体制整備事業においては、受診前の相談事業として「精神医療相談事業」と「精神科救急情報センター」が併記されている。前者がカウンセリング機能を、後者が関係機関との調整機能を主に担うとされているが、両者の機能を厳密に区別できないことを考慮して、制度上も両者を統合し、都道府県に複数箇所設置できるよう、「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」を見直すことが検討されるべきである。11)

受診前相談機関を拡大する方策としては、精神科救急入院料算定医療機関の認可要件に受診前相談機能を加えることが考えられる。

地域差があることは必然でもある。受診前相談事業の平準化を図るにあたっては、地域特性による多様性も考慮し、精神障害者にとって有益性が保証される形での平準化が目指されるべきである。これらのことを踏まえた標準的な実施体制に関する指針を示す必要があろう。

さらに受診前相談事業に従事する相談員の質を担保するためには、研修認定制度の創設を検討すべきである。

なお、本事業によって受診前相談事業の地域差や業務内容の不均一さが鮮明になったことを受けて、日本精神科救急学会は次年度から受診前相談事業に従事する相談員等の教育研修に取り組むこととしている。

【検討委員会等の実施状況】

平成24年 7月 7日 第1回検討委員会（八重洲倶楽部）
平成24年 8月25日 第2回検討委員会（八重洲倶楽部）
平成24年10月26日 日本精神科救急学会医療政策委員会委員との意見交換（奈良県新公会堂）
平成24年12月 1日 第3回検討委員会（八重洲倶楽部）
平成25年 2月15日 第4回検討委員会（TKP新橋ビジネスセンター）

【成果物等の公表計画】

埼玉県立精神保健福祉センターホームページで公表する。

日本精神科救急学会ホームページで公表する。

各都道府県及び指定都市精神保健福祉主管課に事業報告書を送付する。

公益社団法人日本精神科病院協会各都道府県支部に事業報告書を送付する。

各都道府県精神神経科診療所協会に事業報告書を送付する。

精神科救急入院料算定医療機関に事業報告書を送付する。

第7回精神医療・均てん化研修(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所主催・2013年6月・東京)にて報告予定。

第21回日本精神科救急学会学術総会(2013年10月・東京)にて発表予定。

【参考文献等】

- 1)平田豊明他：平成22～24年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）「精神科救急医療からの医療政策に関する研究」報告書（総括研究「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」），2013
- 2)平田豊明：地域生活支援のための精神科救急医療とは，季刊 地域精神保健福祉情報 Review，10巻3号(通巻39号)；8-12，精神障害者社会復帰促進センター，2002
- 3)塚本哲司：精神科救急情報センターにおける地域生活支援の取り組み，第53回病院・地域精神医学会総会，東京，2010
- 4)深井美里，兼城佳弘，松本俊彦 他：精神科救急情報センターにおける自殺防止の取り組み，第18回日本精神科救急学会，大阪，2010
- 5)塚本哲司，関口隆一，竹林 宏 他：精神科救急医療体制の強化によるDUP短縮化の可能性，第14回日本精神保健・予防学会学術集会，東京，2010
- 6)大竹智英，濱谷 翼，井上英和 他：精神科救急情報センターにおける精神科救急事例を減らすための取り組み，第20回日本精神科救急学会，奈良，2012
- 7)埼玉県精神科救急医療システム運営会議監修，夜間・休日に具合が悪くなったときのために，埼玉県立精神保健福祉センター，2009
<http://www.pref.saitama.lg.jp/uploaded/attachment/8898.pdf>
- 8)埼玉県精神科救急医療システム運営会議監修，パニック発作が起きたときのために，埼玉県立精神保健福祉センター，2011
<http://www.pref.saitama.lg.jp/uploaded/attachment/478325.pdf>
- 9)塚本哲司：「精神科救急情報センター」精神科臨床サービス，10:65－67，2010
- 10)平田豊明：精神科救急医療の戦略，スタンダード精神科救急医療，1-16，メジカルフレンド社，1998

11)日本精神科救急学会：今後の精神科救急医療に向けた提言，2012

【事業責任者】

杉山 一（埼玉県立精神保健福祉センター／日本精神科救急学会理事）

【検討委員会委員】

白石弘巳（東洋大学ライフデザイン学部／日本精神科救急学会理事・医療政策委員会委員）

杉山直也（沼津中央病院／日本精神科救急学会副理事長）

佐藤雅美（東京武蔵野病院／日本精神科救急学会理事・医療政策委員会委員）

澤野文彦（沼津中央病院）

西村由紀（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）

【調査協力者】

平田豊明（千葉県精神科医療センター／日本精神科救急学会理事長）

川畑俊樹（京都府立洛南病院／日本精神科救急学会理事・医療政策委員会委員）

橋本都子（千葉県精神科医療センター）

鴻巣泰治（埼玉県立精神保健福祉センター／日本精神科救急学会評議員・医療政策委員会委員）

【事業担当者】

関口隆一（埼玉県立精神保健福祉センター／日本精神科救急学会評議員）

塚本哲司（埼玉県立精神保健福祉センター／日本精神科救急学会評議員・医療政策委員会委員）

河本次生（埼玉県立精神保健福祉センター）

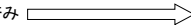
大竹智英（埼玉県立精神保健福祉センター）

井上英和（埼玉県立精神保健福祉センター）

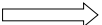
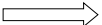
濱谷 翼（埼玉県立精神保健福祉センター）

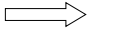
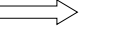
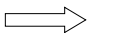
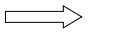
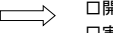
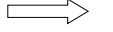
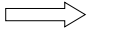
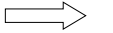
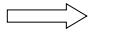
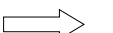
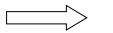
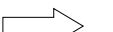
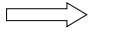
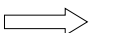
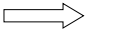
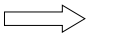
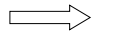
精神科救急情報センター運営状況等アンケート調査

記入者御所属:
記入者御名前:
電 話 番 号:
E-mail:

I 基本事項	
1 都道府県(指定都市)名	
2 精神科救急情報センターの設置状況 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 設置済み ☐ 未設置  ☐ 設置予定あり(平成 年設置予定) ☐ 設置予定なし
3 24時間精神医療相談窓口の設置状況 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 設置済み  ☐ 予算化している  ☐ 精神科救急情報センターと一体となって実施している ☐ 予算化していない ☐ 精神科救急情報センターと機能を分離して実施している (設置機関:) ☐ 未設置  ☐ 設置予定あり(平成 年設置予定) ☐ 設置予定なし ☐ 保健所及び精神科救急情報センターを併せて実施している
(上記3について補足事項があればご記入ください)	
II 精神科救急情報センター	
1 開設年月	平成 年 月
2 設置機関 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 自治体立病院 ☐ 精神保健福祉センター ☐ 大学病院 ☐ 身体科救急医療情報センターに併設 ☐ 民間病院 ☐ その他()
3 運営方法 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 自治体直営 ☐ 委託(委託先:)
4 指定都市(都道府県)との共同運営 (該当する項目をチェックしてください)	☐ あり  ☐ 全部 ☐ 一部() ☐ なし
5 開設時間 (該当する項目をチェックしてください)	☐ 24時間365日開設 ☐ その他 平日 : ~ : 休日 : ~ :
6 電話回線の設置状況 (該当する項目をチェックしてください)	一般住民等回線 ☐ 設置  回線数: 回線 ☐ 電話番号公開 ☐ 電話番号非公開 ☐ トリオフォン契約 ☐ 未設置  公開方法: ☐ 自治体広報誌 ☐ 新聞 ☐ ホームページ ☐ リーフレット ☐ ポスター ☐ 車内広告 ☐ その他() その他の専用回線 ☐ 設置  回線数: 回線 対象機関: ☐ 警察 ☐ 消防 ☐ 医療機関 ☐ その他() ☐ 未設置
(上記6について補足事項があればご記入ください)	

7 職員体制 (該当する項目をチェックしてください) * 都道府県と指定都市が共同運営している場合には、それぞれの職員数を合算してください。 (上記7について補足事項があればご記入ください)	☐常勤職員 名 ☐兼務職員 名 兼務職員の勤務先: ☐自治体立精神科病院 ☐精神保健福祉センター ☐保健所 ☐その他(名 名 名 名 ☐非常勤(嘱託)職員 名 合計 名										
8 時間帯別職員配置状況 * 都道府県と指定都市が共同運営している場合には、それぞれの職員数を合算してください。 (上記8について補足事項があればご記入ください)	<table><tr><th>時間帯</th><th>配置職員数</th></tr><tr><td>平日日中</td><td>名</td></tr><tr><td>平日夜間</td><td>名</td></tr><tr><td>休日日中</td><td>名</td></tr><tr><td>休日夜間</td><td>名</td></tr></table>	時間帯	配置職員数	平日日中	名	平日夜間	名	休日日中	名	休日夜間	名
時間帯	配置職員数										
平日日中	名										
平日夜間	名										
休日日中	名										
休日夜間	名										
9 職員の職種 (該当する項目をチェックしてください) * 都道府県と指定都市が共同運営している場合には、それぞれの職員数を合算してください。	☐精神科医師 名(常勤換算) ☐看護師 名(常勤換算) ☐保健師 名(常勤換算) ☐作業療法士 名(常勤換算) ☐精神保健福祉士 名(常勤換算) ☐心理職 名(常勤換算) ☐福祉職 名(常勤換算) ☐事務職 名(常勤換算) ☐その他() 名(常勤換算)										
10 トリアージの基準や対応手順が明文化されている (該当する項目をチェックしてください)	☐明文化されている ☐明文化されていない										
11 精神科救急情報センター職員が必要に応じて、精神科医のコンサルテーションを受けられる (該当する項目をチェックしてください)	☐常時精神科医のコンサルテーションが受けられる ☐一部の時間帯(: ~ :)のみ精神科医のコンサルテーションが受けられる ☐受けられない										
12 精神科救急情報センターの対応事例 (該当する項目をチェックしてください)	☐365日24時間、外来レベルから措置入院までのすべての精神科救急医療事例に対応している ☐夜間については365日、休日については24時間、外来レベルから措置入院までのすべての精神科救急医療事例に対応している ☐365日24時間、措置入院以外の精神科救急医療事例に対応している ☐夜間については365日、休日については24時間、措置入院以外の精神科救急医療事例に対応している ☐その他()										

13 相談者内訳(平成23年度実績)										
		本人	家族	精神科 医療機関	医療 身体科 医療機関	警察	消防	保健所	その他	合計(A)
	相談件数	件	件	件	件	件	件	件	件	件
	構成比(／(A))	%	%	%	%	%	%	%	%	
14 トリアージ結果(平成23年度実績)										
			構成比							
	精神科救急事例と判断(B)		件	%						
	非精神科救急事例と判断		件	%						
15 精神科救急事例の対応結果 (平成23年度実績)										
		医療機関 紹介件数	受診結果: 入院 (再掲)	応急 受診結果: 医療保護入 院 (再掲)	受診結果: 任意入院 (再掲)	受診結果: 外来受診 (再掲)	電話対応の み(再掲)	受診せず (再掲)	医療機関紹 介できず	
		件	件	件	件	件	件	件	件	件
	精神科救急事例比(／(B))	%	%	%	%	%	%	%	%	%
16 通報業務の対応件数 (平成23年度実績) (該当する項目をチェックしてください)	☐ 精神科救急情報センターに通報受理機能はない									
	☐ 精神科救急情報センターに通報受理機能が委任されている (該当する項目と件数をご記入ください)									
			措置入院の ための移送に 関する事前調 査件数(再 掲)	診察不要件 数(再掲)	精神保健診 察実施件数 (再掲)	診察結果: 緊急措置入 院(再掲)	診察結果: 措置入院 (再掲)	診察結果: 措置不要 (再掲)		
	☐ 法第23条申請事例		件	件	件	件	件	件	件	
	☐ 法第24条通報事例		件	件	件	件	件	件	件	
	☐ 法第25条通報事例		件	件	件	件	件	件	件	
	☐ 法第25条の2通報事例		件	件	件	件	件	件	件	
	☐ 法第26条通報事例		件	件	件	件	件	件	件	
	☐ 法第26条の2通報事例		件	件	件	件	件	件	件	
	☐ 法第26条の3通報事例		件	件	件	件	件	件	件	
17 トリアージの結果、精神科救急事例と 判断されたが、医療機関紹介ができなっ かった事例があればご記入ください (平成23年度実績)										
18 担当職員の研修体制について (該当する項目をチェックしてください)	☐ 定期的に実施している  実施内容をご記入ください									
	☐ 不定期に実施している  実施内容をご記入ください									
	☐ 実施していない									

19 一般科救急情報センターとの連携について (該当する項目をチェックしてください)	☐ 連携している  連携内容をご記入ください ☐ 連携していない
20 事業実績管理と情報公開 (該当する項目をチェックしてください) (上記20について補足事項があればご記入ください)	☐事業実績が一元的にデータ管理されている  ☐すべての事業実績をホームページ等で情報公開している ☐事業実績が一元的にデータ管理されていない ☐一部の事業実績をホームページ等で情報公開している ☐事業実績をホームページ等で情報公開していない
21 精神科救急情報センターがカバーできない領域がある場合は、それを補完する施設の有無をご記入ください (該当する項目をチェックしてください)	☐管轄する自治体全域をカバーできている  ☐補完する施設がある (施設名： ☐管轄する自治体全域をカバーできていない ☐補完する施設はない
Ⅲ 精神科救急医療体制整備事業等について	
1 精神科救急医療体制連絡調整委員会について(平成23年度実績) (該当する項目をチェックしてください)	☐予算化している  ☐開催している 回/年 ☐予算化していない ☐実施していない  その他の精神科救急医療体制を検討する会議等  ☐開催している 回/年 ☐実施していない
2 医療連携に係る研修会等運営事業について (該当する項目をチェックしてください)	☐予算化している  ☐実施している  実施内容をご記入ください ☐予算化していない ☐実施していない
3 搬送体制について (該当する項目をチェックしてください)	☐予算化している  ☐実施している  実施内容をご記入ください ☐予算化していない ☐実施していない
4 精神科救急医療確保事業について (該当する項目をチェックしてください)	☐予算化している  ☐実施している  実施内容をご記入ください ☐予算化していない ☐実施していない
5 身体合併症救急医療確保事業について (該当する項目をチェックしてください)	☐予算化している  ☐実施している  実施内容をご記入ください ☐予算化していない ☐実施していない
6 身体合併症等後方搬送事業について (該当する項目をチェックしてください)	☐予算化している  ☐実施している  実施内容をご記入ください ☐予算化していない ☐実施していない
7 ミクロ救急体制確保事業について (該当する項目をチェックしてください)	☐予算化している  ☐実施している  実施内容をご記入ください ☐予算化していない ☐実施していない

8 二次医療圏数	圏域															
9 精神科救急医療圏域数	圏域															
10 精神科救急医療施設数	<table><tr><td colspan="4">精神科救急医療施設数</td></tr><tr><td>合 計</td><td>輪番病院 (再掲)</td><td>常時対応施設 (再掲)</td><td>身体合併症対応施設 (再掲)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				精神科救急医療施設数				合 計	輪番病院 (再掲)	常時対応施設 (再掲)	身体合併症対応施設 (再掲)				
精神科救急医療施設数																
合 計	輪番病院 (再掲)	常時対応施設 (再掲)	身体合併症対応施設 (再掲)													
11 精神科救急医療体制に協力している 診療所数	カ所															
12 消防法による「傷病者の搬送及び傷 病者の受入れの実施に関する基準」にお ける精神科救急に関する項目の有無 (該当する項目をチェックしてください)	☐ あり ☐ なし															
Ⅳ 精神保健福祉法一部改正(平成24年4月1日施行)等について																
1 精神科救急医療体制の確保に対する 新たな取り組みについて (該当する項目をチェックしてください)	☐ 精神保健指定医の確保  内容をご記入ください ☐ その他  内容をご記入ください ☐ 新たな取り組みは行っていない															
2 精神科救急医療体制における診療報 酬改訂(平成24年4月)の影響について (該当する項目をチェックしてください)	☐ 影響があった  内容をご記入ください ☐ 影響はない															
Ⅴ 課題																
1 貴自治体において、精神科救急事例を 減らすための取り組みを行っていたらお教 えください																
2 貴自治体において、精神科救急情報セ ンターの運営にあたっての課題についてお 教えてください																

* 貴自治体の精神科救急医療体制整備事業についての「実施要綱」、「事業概念図」、「トリアージマニュアル(ガイドライン)」、「相談員の研修に関する資料」等がありましたら、御恵
与くださいますようお願い申し上げます。

ご協力ありがとうございました。

自殺リスクアセスメントシート

2010. 3. 17

平成 年 月 日 ()

No.

リスク	低	中	高
1 精神疾患		☐ あり	☐ 統合失調症・うつ病・AL・薬物・摂食障害
2 身体疾患	☐ なし	☐ あり()	
3 自傷・自殺企図歴		☐ あり	☐ 致命的 ☐ 1ヶ月以内(企図頻回・自傷エスカレート)
4 自殺の手段	☐ 考えていない	☐ 考えている	☐ 致命的手段()
5 自殺の準備	☐ 準備していない		☐ 準備している(致命的手段・遺書等)
6 飲酒・薬物乱用			☐ 酩酊・過量服薬
7 他者を巻き込む可能性			☐ あり
8 家族・知人等	☐ 側にいる	☐ 側にいない	☐ 誰もいない・非協力
9 支援	☐ 求めている		☐ 求めていない・得られない
10 経済状況			☐ 困窮・借金・失業
11 家族・身近な人の死	☐ なし	☐ あり	☐ 自死遺族
自殺に関する発言			☐ 即実行する
12			
13 自殺意志の修正		☐ 可能	☐ 不可能
14	【自殺したい理由】		
15	【本人の様子】		
16	【精神科治療歴】 ☐ あり 病名() ☐ 退院1ヵ月以内 ☐ なし		
17	【備考】		
判断	☐ 切迫 個人情報提供承諾 ☐ あり ☐ なし	☐ 警察に通報する ☐ 救急要請する ☐ 家族に連絡する ☐ その他 () ☐ 対応できず	【判断理由・対応】
	☐ その他	☐ 警察をアナウンスする ☐ 消防をアナウンスする ☐ 医療機関を紹介する ☐ 関係機関を紹介する ☐ 関係機関をアナウンスする ☐ 医療機関を紹介できず ☐ その他 () ☐ 電話対応のみ	
【帰結】			

埼玉県精神科救急情報センター

自殺予告事例対応ガイドライン（SSIG※）

※SSIG : Saitama Suicide Intervention Guideline

I 切迫した自殺予告事例への対応について

精神科救急情報センター（以下、情報センターと略）の精神科救急電話においては、「これから死にます」等自殺を予告する事例が散見される。このような事例については、自殺予告事例の切迫度を的確に判断する必要があることから、『自殺リスクアセスメントシート』（以下、シート）を用いて見立てをし、切迫した自殺予告事例については、情報センターから警察等へ躊躇することなく通報すべきである。

なお、切迫した自殺予告事例については、自殺防止の観点から『精神科救急電話対応ガイドライン』の「短時間（概ね10分以内）に結論を出す」という留意事項にとらわれることなく対応すること。

II 自殺リスクアセスメントシートについて

① 使用目的

このシートは、警察等に通報する必要がある、自殺が切迫した事例を抽出するためのアセスメントツールである。

② 対象

「本人」からの相談事例で、かつ「希死念慮を訴える」事例すべてにシートを使用する。

③ リスク評価・判断

リスクの判断に迷った場合には、リスクの高い方を選択する。また、リスクが低いと判断されれば、アセスメントシートの質問項目をすべて確認する必要はない。

④ 保管

シートは記入後、『電話受付・連絡票』にホッチキス留めし保管する。

III 自殺リスクアセスメントシートの記入について

【1 精神疾患】

精神疾患の内、統合失調症、うつ病、薬物依存、アルコール依存、摂食障害については、自殺リスクが「高い」にチェックする。

それら以外の精神疾患の治療歴がある場合については「あり」にチェックする。

治療状況（病名、退院直後等）については、記入欄の【16 精神科治療歴】に記載する。

【2 身体疾患】

進行性疾患、難治性疾患、終末期の重篤な身体疾患の有無について確認し、病名が判明している場合は（ ）内に記載する。

癌や難病等の疾患は、人生の価値観の急激な変化を求められたり、将来の希望が持てなくなるなど、「人生を終わらせてしまいたい」という感情を引き起こすことがあり、自殺リ

スクを高める因子となる。

【3 自傷・自殺企図歴】

過去の自傷・自殺企図歴について聴取し、自殺企図手段が生命的危険性の高い場合（縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等）の場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

また、ここ1ヵ月間に頻回な自殺企図歴があった場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

さらに、ここ1ヵ月間に自傷行為がエスカレートしていった場合や、自傷行為によっても苦痛が軽減できにくくなっている場合は、自殺リスクが「高い」にチェックする。

過去の自傷や企図手段、その実行時期等については、【17 備考】に記載する。

【4 自殺の手段】

企図手段を考えているか否かについて聴取し、生命的危険性の高い企図手段（縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等）を考えている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックし、その手段を（ ）内に記載する。

【5 自殺の準備】

「縊首するためにロープ等を準備している」、「身辺整理や遺書をしたためている」等について確認する。自殺するための具体的かつ致死的な準備をしている、または遺書や身辺整理をしている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。詳細については【17 備考】に記載する。

【6 飲酒・薬物乱用】

本人がアルコール摂取による酩酊状態、もしくは向精神薬等の過量服薬をしていないか確認する。当てはまる場合は自殺リスクが「高い」にチェックをする。上記状態は衝動的な自己破壊行動のリスクが高くなる。

【7 他者を巻き込む可能性】

本人が無理心中を考えていたり、硫化水素・投身等、他者を巻き込む可能性の高い企図手段を計画している場合には、危険を回避するためにも通報等の対応を検討するべきである。

【8 家族・知人等】

本人の側に見守りが可能な家族・知人等がいるのか確認する。家族・知人等が側にいない場合や、側にいても非協力的な場合には自殺リスクが「高い」にチェックする。

【9 支援】

本人が支援を求めている場合や、支援を求めているにもかかわらず得られていない場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。本人に援助希求能力がない場合には自殺リスクをより高めるといった知見もあり、注意を要する。

【10 経済状況】

返済不能な借金（客観的には返済可能と考える借金の額でも、本人はそう捉えていない場合もある）や、失業等の理由により所持金がほとんど無いなど経済状況が困窮している場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

特にライフライン（ガス・電気・水道）の供給が止められている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

【11 家族・身近な人の死】

家族や身近な人に関する喪失体験の有無について確認し、本人が自死遺族の場合には自殺リスクが「高い」にチェックする。

【12 自殺に関する発言】

自殺に関する本人の発言をそのまま記入。

「今すぐ（数時間以内に）死にます」等、自殺を即実行しようとする発言があった場合は、記載の上「即実行する」にチェックをする。

また、「人生をやめたい」「死んで詫げる」「死ぬしかない」「自分は役に立たない」「自殺以外に選択肢はない」「今の問題を解決するには自殺しか考えられない」「とにかく楽になりたい」等の発言があった場合にも、自殺リスクが「高い」と考える。疎通がとれない（なげやり、一歩引いた感じ、面倒な感じ）場合も注意が必要である。

【13 自殺意志の修正】

電話対応によって本人の自殺意志の修正が不可能な場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。また、こちらの説得に対し、いとも簡単に「わかりました」等、表面的な修正にとどまる場合にも注意が必要であり、自殺リスクが「高い」にチェックする。

【14 自殺したい理由】

「あなたのつらさを知りたいので、自殺したい理由を教えてください」等、自殺したい理由を確認し記載する。

「リストラされた」「借金が返せない」「家族関係の悪化」といった現在の環境因の他、「自殺した家族の命日だから」「DVを受けている（いた）」「虐待を受けている（いた）」といった過去のエピソードについても注目すること。

【15 本人の様子】

本人の様子（淡々と話す、沈黙が長い、ため息が多い、泣いている、頑な、投げやり、悲観的、挑戦的、拒絶的等）について記載する。

※飲酒しているケースについて

自殺既遂者の3割、自殺未遂者の4割は飲酒した上で行為に及んでいるとの知見がある。たとえ飲酒していても、疎通が保てている場合には対象事例とみなし対応をすること。

【16 精神科治療歴】

精神科治療歴がある場合には治療状況について記載する。なお、退院から一ヵ月以内の場合には自殺リスクを高めるとの知見があるので確認すること。

【17 備考】

その他、特記事項を記入する。

【判断理由・対応】【帰結】

対応の判断に至った経緯・理由を記載する。

対応の転帰について記載する。

時系列に沿った対応記録などの詳細については、『電話受付連絡票』に記載すること。

記載例 1) 縊首による自殺企図歴あり。現在、梁にロープを吊し縊首を実行しようとしている。本人、淡々と話し自殺意志の修正は不可能。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→単身。本人の状況から、自殺の実行性も高いため、本人の個人情報を聴取し A 警察署へ通報した。

(帰結)

→本人宅へ A 警察臨場。警察官からの連絡があり輪番医療機関調整となる。受診した結果、医療保護入院となった。

記載例 2) 「死にたい」と泣きながら話す。しかし、具体的な準備等はなく、「誰も話す友達がなくて寂しい」等、相談先を求めている。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→本人の様子から、切迫度は低いと判断。本人の話を傾聴し、通院先への相談を促した。

(帰結)

→通院先への相談を促した。

記載例 3) 「今すぐ受診したい」と訴えるも緊急性が高いと判断できなかったことから、他の対応策を提案したところ、「病院を紹介しないなら、これから電車で飛び込んで自殺する」と訴える。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→精神科救急事例ではなく、相談担当者を操作しようとしての発言と判断。病院の紹介はできないことを伝え、必要があれば自ら 110 番通報するように促した。

(帰結)

→通院先への相談を促した。

IV 判断

【5 自殺の準備】が「準備している」

【12 自殺に関する発言】「今から死にます」等の自殺を即実行しようとする発言

【13 自殺意志の修正】が「不可能」

の 3 項目がいずれもリスクが高い場合、
もしくは、

【5 自殺の準備】が「準備している」

【6 飲酒・薬物乱用】が「酩酊・過量服薬」

の 2 項目がいずれもリスクが高い場合には「自殺が切迫している」と判断する。

※ただし上記 3 項目がいずれもリスクが高いとチェックされても、記載例 3 のように状況

を加味すること。また、通報の有無にかかわらず、判断理由をシートの【判断理由・対応】欄に記載すること。

切迫事例か否か、判断に迷った場合には、最悪の事態を想定して判断すること。
それでも判断に迷った場合には、精神科救急情報センター担当主査に助言を求めること。

V 自殺が切迫していると判断した事例への対応

自殺が切迫していると判断した事例については【8 家族・知人等】によって、自殺企図を制止できる可能性があるか否かによって情報センターの対応が異なる。

(1)「家族・知人等が誰もいない・非協力」等自殺企図を制止できない場合

自殺を防止するため警察等に通報し協力を求める。

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつながたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、担当者の率直な気持ちを伝える。
- ② 個人情報（氏名・住所・電話番号・家族の連絡先）を聴取する。
「あなたを助けたいので、お名前、住所、電話番号、家族の連絡先を教えてください。」と伝える。本人を警戒させる可能性があるため、一気に聞き出そうとせず、本人のペースに合わせて聴取する。
- ③ 「あなたを助けるために、情報センターから警察署（消防署）に連絡します」と伝える。
本人から承諾が得られない場合でも、躊躇せず通報すること。
- ④ 本人と対応している職員以外の者が、本人の住所地を管轄する警察署等に通報し（なお**生命的危険性の高い企図手段を実行している場合には救急隊の臨場を要請するため119番通報する**）、相談者の個人情報、自殺予告の内容、及び個人情報提供の承諾の有無を伝える。また、事前に把握していた情報（保健所からの事例情報や情報センターの過去の相談履歴等）を通報時に提供をする際は、情報の扱いについて配慮頂くよう付け加えること。
- ⑤ 警察官（救急隊）が到着するまで、出来る限り通話し続けるよう努力する。

県外からの入電について

埼玉県外から入電し、通報が必要と判断される事例については県民と同様の対応をとること。

本人の個人情報が聴取できなかった場合について

- 1) ナンバーディスプレイされた市外局番により本人の住所市町村名が判明した場合には、当該住所を管轄する警察署等に通報する。
- 2) 非通知や携帯電話からの入電の場合で、本人から個人情報が聴取できない場合には、警察署に通報したとしても事実上、対応は困難である。

(2)「家族・知人等」等によって自殺企図を制止できる可能性がある場合

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつながたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、担当者の率直な気持ちを伝える。
- ② 家族等が本人と同居しており在宅している場合には、「あなたを助けたいので、同居されているご家族（友人）に電話を代わってください。」と伝える。

- ③ 家族等が数分で本人宅に駆けつけられる場合には、「あなたを助けたいので、ご家族の連絡先を教えてください。情報センターからご家族に連絡させていただきます」と伝える。
- ④ 家族が到着するまで、出来る限り通話し続けるよう努力する。
- ⑤ 家族から本人への関わりを拒否された場合は、「家族は直ぐに到着できない」ことを伝え、警察署への連絡を提案し本人の承諾の有無にかかわらず通報する。

本人の交際相手や知人等への連絡について

「(家族以外の) 誰々にしか連絡して欲しくない」「誰々に連絡して欲しい」等、特定者への連絡を希望されることも考えられるが、原則、本人の交際相手や知人等扶養義務のない者へは、情報センターから連絡は行わない。このような場合、警察署への連絡を提案し本人の承諾の有無にかかわらず通報する。

Ⅵ 切迫していないと判断した事例への対応

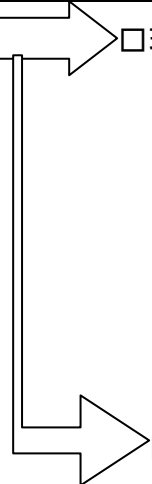
切迫していないと判断した事例については、従前どおり対応する。

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、電話対応者の気持ちを伝える。
- ② 可能な限り「自殺はしない」という約束を取り付けるよう努力し、当面の自殺企図を回避する。
- ③ 必要に応じて、医療機関や相談機関等をアナウンス若しくは紹介する。

通報を要するほどではないが、相談内容から、医療機関や相談機関につなげていく必要があると判断した事例については、情報センター職員から当該機関に申し送ることも検討すべきである（本人から情報提供の承諾を得られた場合）。

【監修 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター 副センター長 松本 俊彦先生】

輪番日以外精神科救急医療実施報告書

平成	年	月	日 ()	☐ 平日夜間	☐ 休日日中	☐ 休日夜間
医療機関名						
受診者	性別 :	男 ・ 女	年齢 :	歳	住所 :	市町村
依頼者	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 救急隊 ☐ 警察 ☐ 保健所 ☐ 精神科医療機関 ☐ 身体科医療機関 ☐ 精神科救急情報センター ☐ その他 ()					
精神科治療歴	☐ あり  ☐ 現在通院治療中 → ☐ 当院 ☐ 県内精神科病院 ☐ 県内精神科診療所 ☐ 県内のその他の医療機関 (総合病院精神科外来等) ☐ 県外精神科病院 ☐ 県外精神科診療所 ☐ 県外のその他の医療機関 (総合病院精神科外来等) ☐ 医療中断 (1ヶ月以上の医療中断) ☐ なし ☐ 不明					
身体合併症	☐ あり (傷病名 :) → ☐ 当院対応可 → ☐ 他院へ依頼 ☐ なし					
* 身体合併症がある場合、合併症に関する事前情報の有無 ☐ あり ☐ なし						
診察依頼時間 :	時	分	(24時間表記)			
来院時間 :	時	分	(同上)			
診察終了時間 :	時	分	(同上)			
診断名	☐ 器質性(症状性)精神障害 (F 0) ☐ 薬物性精神障害 (F 1) ☐ 統合失調症圏 (F 2) ☐ 気分障害圏 (F 3) ☐ 神経症性障害 (F 4) ☐ 摂食障害・非器質性睡眠障害・産褥期精神障害等 (F 5) ☐ 人格障害 (F 6) ☐ 精神発達遅滞 (F 7) ☐ 心理的発達の障害 (F 8) ☐ 小児期及び青年期の行動及び情緒障害 (F 9) ☐ てんかん (G 4 0) ☐ その他 ()					
診察結果	☐ 外来診療のみ ☐ 医療保護入院 ☐ 任意入院 ☐ 応急入院 ☐ その他 () ☐ 精神科救急情報センターへ					

* 休診日もしくは診療時間外に対応した精神科救急事例をご報告ください。

* 精神保健診察についてのご報告は不要です。

もし、夜間や休日に
具合が悪くなってしまったら…

- ☐ 定時薬を決められたとおり服用しましょう。
- 服用後、1～2 時間は様子を見ましょう。
- ☐ とんぷくやく頓服薬（※）を決められたとおり服薬しましょう。ただし決められた量以上に服薬しないこと！
- ☐ 自分に適した対処法を試みましょう。
 - ☐ 通院先に対応方法を相談しましょう。
- 通 院 先【 】
- 電話番号【 — — 】
- ☐ ご家族や周囲の人に、今の状態を伝えましょう。

待てるのであれば、平日の日中に
通院先に相談しましょう。

あなたの病状や経過を一番よく知っているのは、主治医です。

夜間・休日の緊急的な精神医療相談を以下の
窓口でも受け付けています。

相談内容に応じて、助言や医療機関の調整を行います（埼玉県在住の方が対象です）。

埼玉県精神科救急情報センター

048-723-8699

受付時間

平日（月～金） 17:00～翌 8:30

休日及び年末年始 8:30～翌 8:30

監修 埼玉県精神科救急医療システム運営会議

協力 社団法人 埼玉県精神保健福祉協会

夜間・休日に具合が悪くなった時のために



埼玉県のマスコット コバトン



彩の国
埼玉県

このリーフレットには、
精神疾患からの回復や
危機を乗り越えるための
ヒントが書かれています。

主治医やご家族とも、
日頃からご自身の病気や症状への
対処法などについて
よく話し合っておきましょう。

□自分の病気について知る。

→自分の病気の症状・特徴を知ることは、今後の
治療のためにも、病気と上手に付き合っていく
ためにも大変重要なことです。

□自分の「不調のサイン」を知る。

→「イライラしやすくなる」「眠れなくなる」等自
身の病状悪化のサインを見つけておきましょ
う。そのサインに気づいたら、できるだけ早く
主治医に相談しましょう。

□自分の処方薬を知る。

→精神疾患には、薬物療法が効果的です。
「どの薬」が「どのような症状」を改善するた
め処方されているのか、主治医や薬剤師に聞い
ておきましょう。薬の効果を正しく理解して服
用することが大切です。また薬に対する不安や
疑問も、あなたが伝えないと主治医もわかりま
せん。主治医にきちんと伝えて解決しましょう。

□自分に適した対処法を見つける。

→静かな音楽を聴く、温かい飲み物を飲む、頓服薬
(※)を服用する等、自分に適した対処法を持っ
ていると心強いものです。主治医と相談の上、自
分に適した対処法を見つけましょう。

※頓服薬とは：食後など決まった時間ではなく、発作時や症
状のひどい時などに必要に応じて服用する薬のことです。

☆上手な受診の仕方 ☆

「相談したいこと」「報告したいこと」等をあらかじめメモをしておけば、主治医に上手に伝えられます。

☆ ☆

□自分の病気の症状・特徴を記入してみてください。

-
-
-

□自分の「不調のサイン」を記入してみてください。

-
-
-
-

□処方されている薬の名前や量、効果を確認してみ
てください。

通院先又は薬局から、処方されている薬の名前
や量、効果等が書かれた説明書をもらっていま
せんか？

このリーフレットと一緒に保管しておく、
夜間・休日に具合が悪くなり相談することが
必要となった場合に役に立ちます。

□自分に適した対処法を記入してみましょう。

(例)

- ・眠れない → 温かい飲み物を飲み横になる。
-
-
-
-
-

※決められた量以上に服薬しないこと！

あせ
焦らず・落ち着きましょう！

服用後、1～2時間は様子をみましょう。

□通院先に対処方法を相談しましょう。

通院先 ()
電話番号 ()

☐ご家族や周囲の人にも、対処方法を伝えておきましょう。

夜間・休日の緊急的な精神医療相談を以下の窓口でも受け付けています。

相談内容に応じて、助言や医療機関の調整を行います（埼玉県在住の方が対象です）。

048-723-8699

受付時間

平日（月～金） 17:00～翌 8:30

休日及び年末年始 8:30～翌 8:30

監修 埼玉医科大学総合医療センター教授 堀川直史

協力 埼玉県精神科救急医療システム運営会議

パニック発作が起きた時のために



埼玉県のマスコット コバトン



彩の国

埼玉県

埼玉県精神科救急情報センター

社団法人 埼玉県精神保健福祉協会

このリーフレットには、
パニック発作が起きた時に
自分で落ち着きを取り戻す
ヒントが書かれています。

主治医やご家族とも、
日ごろからご自身の病気や
症状への対処法などについ
てよく話し合っておきま
しょう。

～パニック発作が出現したら～

発作が起きると、その恐怖から何とか逃れようと、
誰もが慌ててしまいがちです。

しかし、一般的には発作のピークは、5～15分
くらいで、しだいに不安は軽減し、自然に消えてい
きます。

発作自体で死んでしまうことはありません。
慌てずに、落ち着いて、対処するようにしましょう！

～対処のいろいろ～

○処方薬の服用（頓服の活用）

○呼吸を整える（呼吸法）

対処方法は人それぞれです。対処方法については、
自分にあった気持ちを落ち着かせる方法を、主治医
と相談して見つけていくことも大切です。

あなた自身の対処方法はどんな方法ですか？

～あなたの対処方法は～

自分に適した対処方法を記入してください。

例）リラックスしたイメージを思い浮かべる。

メンソールキャンディーをなめる。

～呼吸法を実践してみましょう～

まずは、座るか、何かにもたれかかりましょう。

①：息を止めて「5」数えましょう。

②：5つ数えたら、息を吐きながら静かに自分に向か
って「落ち着いている」と言いましょう。

③：6秒に1回（1分間に10回）鼻からゆっくりと
息を吸ったり吐いたりしましょう。

3秒で吸って、3秒で吐きます。

④：発作が落ち着くまで①～③を繰り返します

～日常生活で注意すること～

日ごろ、きちんと治療を続けていても、日常生活の
中でパニック障害の症状を悪化させてしまうことがあ
ります。

悪化の要因に気をつけ、望ましい日常生活を送るこ
とが治療効果を高め、回復への第一歩となります。

（悪化要因）

- ・ストレス
- ・二日酔い
- ・過労
- ・睡眠不足
- ・風邪（かぜ）
- ・カフェイン（コーヒー等）の摂りすぎ

（望ましい生活）

- ・規則正しい生活リズム
- ・規則正しい服薬
- ・適度な運動
- ・ストレスをためない
- ・お酒やコーヒーは控える

相談者	☐ 同居家族	フリガナ:	続柄:	紹介経路	
		氏名:	TEL:	☐ 警察	☐ 消防
☐ 本人	☐ 非同居家族	フリガナ:	続柄:	☐ 医療機関	
		氏名:	TEL:	☐ 精神科 ()	
	☐ 医療機関名称:			☐ 身体科 ()	
	→ ☐ 精神科	☐ 身体科	→ ☐ 医師 ()	☐ 保健所 ()	
			☐ 非医師(職種:)	☐ 市町村 ()	
	☐ 消防 ()	救急隊	担当者名:	☐ 広報 ()	
	☐ 警察 ()	警察署	担当者名:	☐ 関係機関 ()	
	☐ 保健所 ()	保健所	担当者名:	☐ その他 ()	
	☐ その他 ()	氏名:	TEL:	☐ 再利用	☐ 未確認・不明

本人氏名:	フリガナ:	性別: 男・女
☐ 未確認・不明		☐ 未確認・不明
生年月日:	年 月 日	年齢 歳
		☐ 未確認・不明
	職業:	未婚・既婚・離婚 年頃
☐ 現住所:	都道府県 郡市 区町村	☐ 外国人 (国籍)
☐ 保護地・現在地:		☐ 県域 ☐ さいたま市 ☐ 他都道府
TEL:	☐ なし ☐ 未確認・不明	☐ 不定 ☐ 未確認・不明
相談内容:	現在の状態:	
☐ 希死念慮 ☐ 未遂 ☐ 自死遺族		
☐ 緊急受診の必要性 (ある場合はチェック)		
今回の問題は、 頃から ☐ 急に ☐ 徐々に、始まった ☐ 不明		
このような問題は、 ☐ 今回が初めて ☐ 以前にもあった (頃) ☐ 度々あった (頃から) ☐ 不明		
今回の問題のきっかけは、 ☐ 特にない ☐ 思い当たる事がある () ☐ 不明		
精神科治療歴	☐ 現在通院中→服薬状況: ☐ 規則的 ☐ 不規則 ☐ 服薬中断 (年 月 頃から)	* ☐ 精神科病院
☐ あり	☐ 医療中断 (年 月 頃中断)	☐ 精神科診療所
☐ なし	医療機関名: 主治医名: 診断名: ☐ 未確認・不明	☐ その他
☐ 未確認・不明	*ICD-10: 所在地: 市区町村 TEL: 入院歴→ ☐ あり→最終退院: 年 月 日 医療機関名: ☐ なし ☐ 不明	
身体疾患	☐ あり→疾患名: → ☐ 精神科で対応可能	☐ 精神科で対応困難
	☐ なし ☐ 不明	
外傷	☐ あり→外傷の部位程度: → ☐ 精神科で対応可能	☐ 精神科で対応困難
	☐ なし ☐ 不明	
身体科医療機関名:	所在地: 市区町村 TEL: 診療科: 医師名:	
意識	☐ 清明 ☐ JCS I 覚醒 1.2.3 II 刺激→覚醒 10.20.30 III 刺激→覚醒しない 100.200.300	☐ 錯乱 ☐ 不明
睡眠障害	☐ あり (頃から)	☐ なし ☐ 不明
食事量の減少	☐ あり (頃から)	☐ なし ☐ 不明
薬物使用	☐ あり (種類:) 尿検査 ☐ 実施→ ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 未実施 ☐ 使用の可能性希薄 ☐ 不明	
飲酒	☐ 酩酊 ☐ 泥酔 (最終飲酒 時頃)	☐ なし ☐ 不明
身長: 約 cm	☐ 不明 体重: 約 kg ☐ 不明	
保護者(家族)氏名:	フリガナ: 続柄: ☐ 選任済 ☐ 未選任 ☐ 選任不要 ☐ 未確認・不明	家族歴
☐ なし		
☐ 不明	現住所: 都道府県 郡市 区町村	
・未確認	TEL(自宅): (携帯):	
健康保険	☐ 社保(共済) ☐ 国保 ☐ 生保 (福祉事務所 ☐ 受給中 ☐ 申請中) ☐ その他 () ☐ 未加入 ☐ 不明	
本人の精神科受診意志	☐ あり ☐ なし	

救急情報センター対応結果	☐ 電話相談のみ	医療機関紹介できず	備考
	☐ 通院先医療機関を紹介	☐ 輪番医療機関受入時間超過	
	☐ 輪番医療機関を紹介	☐ 輪番医療機関受入済み	
	☐ 輪番以外の医療機関を紹介	☐ 身体合併症事例	
	☐ 警察をアナウンス	☐ 処遇困難等(言語・触法・ADL)	
	☐ 消防をアナウンス	☐ 医療費支払い能力がない	
	☐ その他の機関を紹介	☐ 搬送できない	
	☐ その他の機関をアナウンス	☐ 保護者等が同伴できない	
	紹介先:	☐ その他 ()	
	☐ 切迫した自殺予告事例 (警察・救急・対応できず・その他)	情報提供の承諾 ☐ あり ☐ なし	
搬送方法	☐ 家族等の車 ☐ 警察車両 ☐ 救急車 ☐ タクシー ☐ その他 ()		
到着予定:	時 分頃 保護者(家族)の来院: ☐ 可能 ☐ 不可(理由:)		

※受入医療機関記入欄	医療機関名:	医師名:
☐ 来院	来院 時 分 終了 時 分	診断名: *ICD-10:
☐ 来院せず	診察結果 ☐ 外来受診のみ ☐ 応急入院 ☐ 医療保護入院 ☐ 任意入院 ☐ 電話対応のみ ☐ 情報センターへ	
	☐ 他院に診療依頼 依頼先医療機関名:	依頼理由:

※受入医療機関記入欄をご記入の上、精神科救急情報センター048-723-9902へFAXして下さい。

調整欄

[illegible]

精神科救急医療が目指すもの

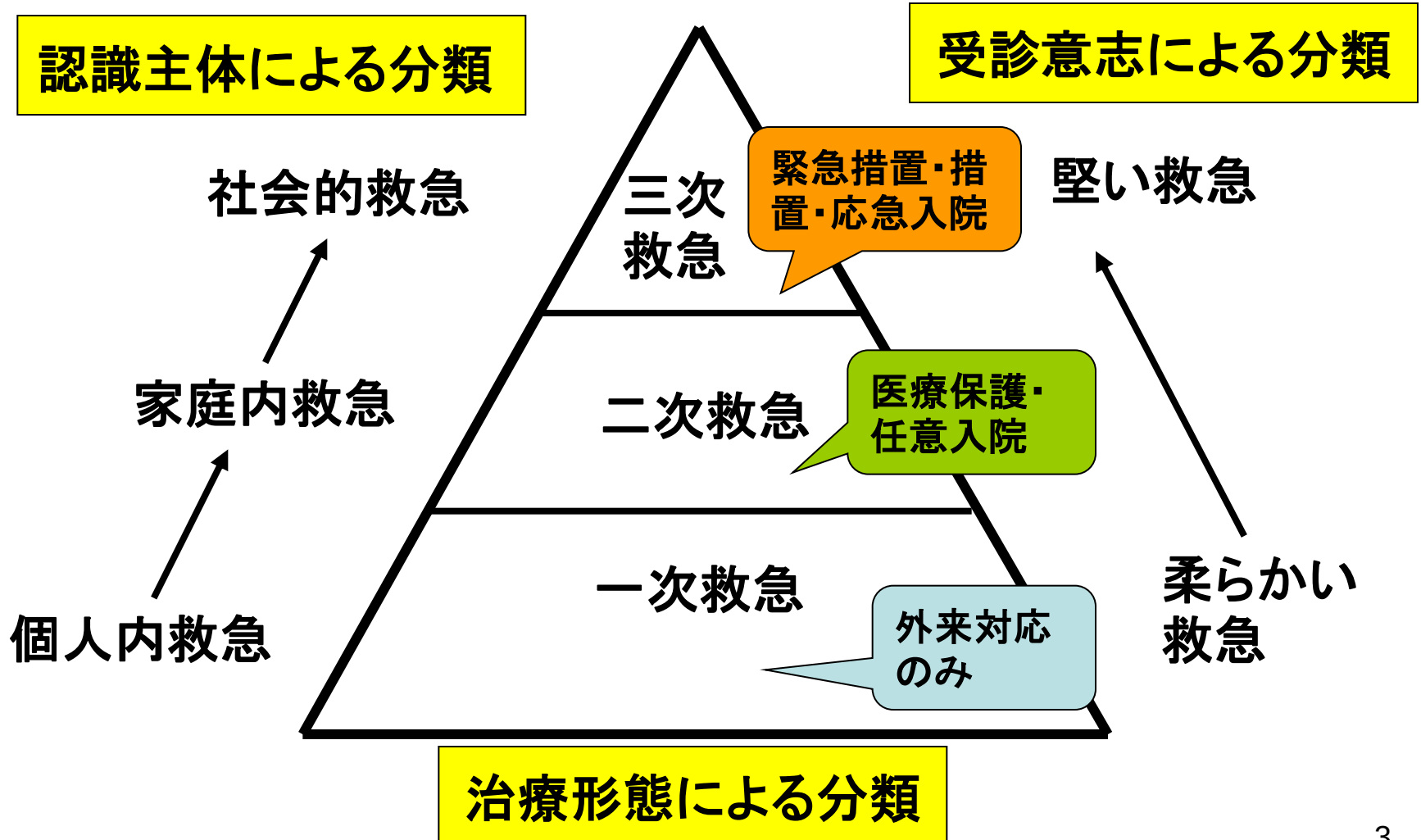
2013年2月15日

平田豊明(千葉県精神科医療センター)

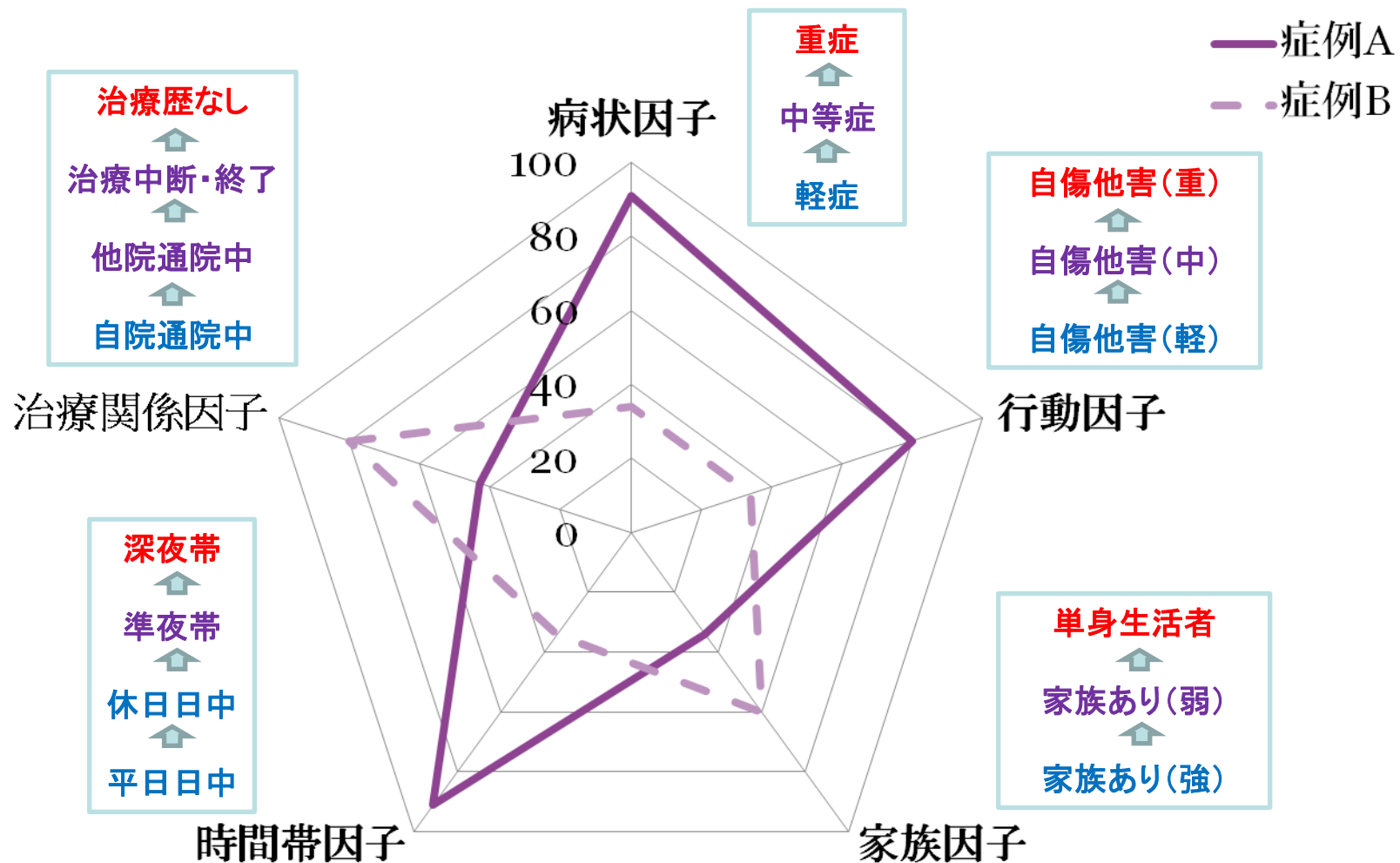
1. 精神科救急ケースとは？
2. 精神科救急医療システムの現状
3. 精神科救急事例への対応と治療
4. 精神科救急医療が目指すもの

1. 精神科救急ケースとは？

精神科救急事例の分類



精神科救急ケースの緊急度評価(例)



精神科救急事例のプロフィール

○中核群(精神病症状を呈する事例群)

- ・脳器質性精神病(F0)・中毒性精神病(F1)・統合失調症(F2)などの急性精神病状態、および重症の気分障害(F3)
- ・精神病理も行動病理も深い
- ・入院治療の絶対適応が多い

○辺縁群(精神病症状は伴わない事例群)

- ・不安障害(F4)のパニック状態、人格障害(F6)・知的障害(F7)
- ・発達障害(F8)などによる攻撃衝動の制御困難群
- ・精神病理 < 行動病理
- ・入院治療の適応は低い、対応には多大の労力を要する

精神科救急は夜間・休日に忙しい

1. 中核群には睡眠障害が必発のため

- ・急性精神病状態とは臨戦モードが解除できない状態
- ・認知症高齢者などのせん妄は夜間に起こりやすい
- ・うつ病の自殺企図は未明の時間帯が多い

2. 辺縁群には昼夜逆転が多いため

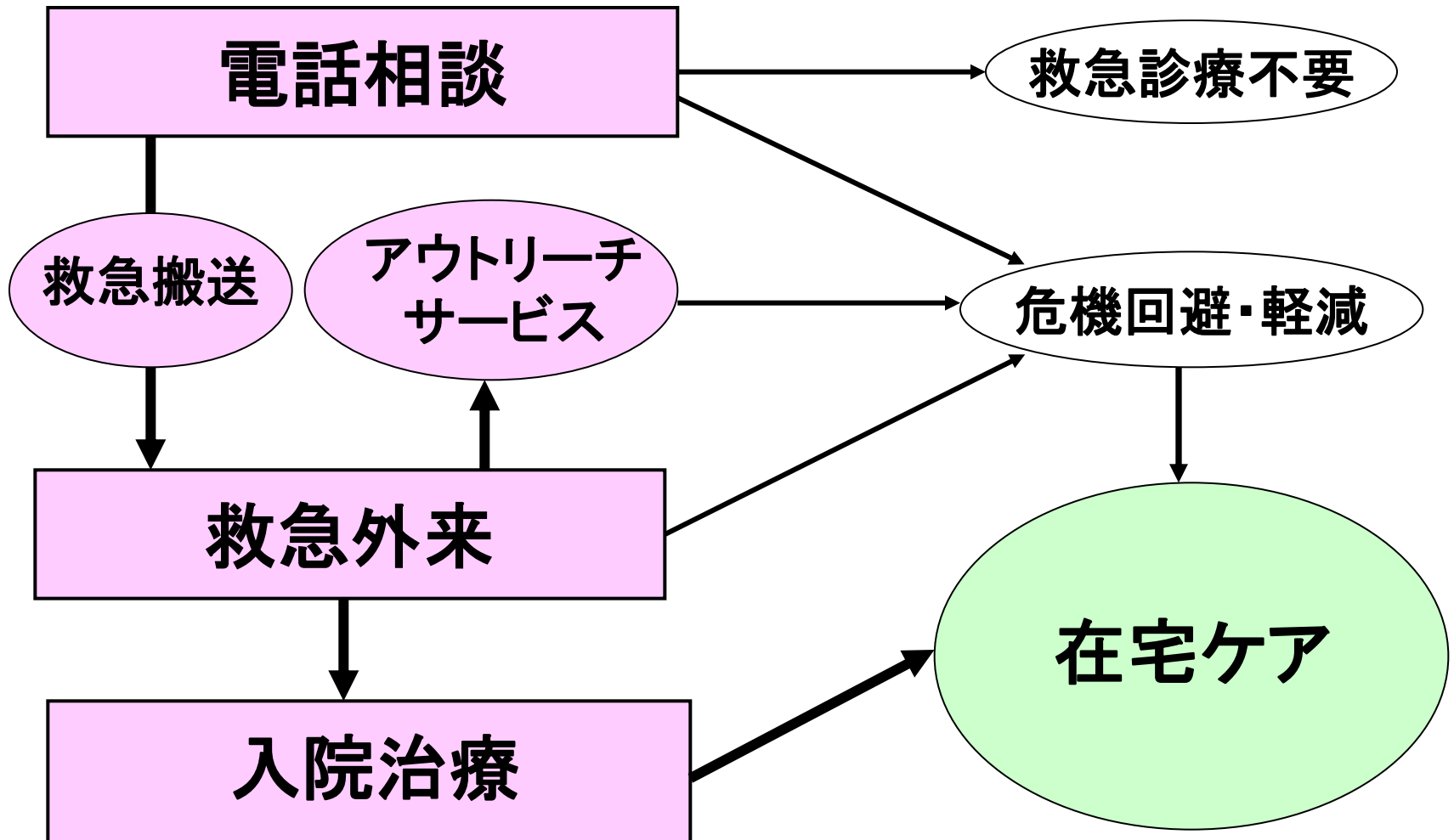
- ・社会的に孤立した引きこもりケースの多くは夜行性
- ・深夜に活性化するサイバー空間に親和性が高い

3. 夜間・休日は社会資源が休止するため

- ・平日は満開の個人クリニックも夜間は休業
- ・精神保健・福祉の相談窓口も夜間は閉まる
- ・精神科医療へのアクセスポイントは救急窓口に限定される

2. 精神科救急医療システム の現状

救急医療サービスの提供形態



精神科救急医療システムの構造

救急医療サービスを

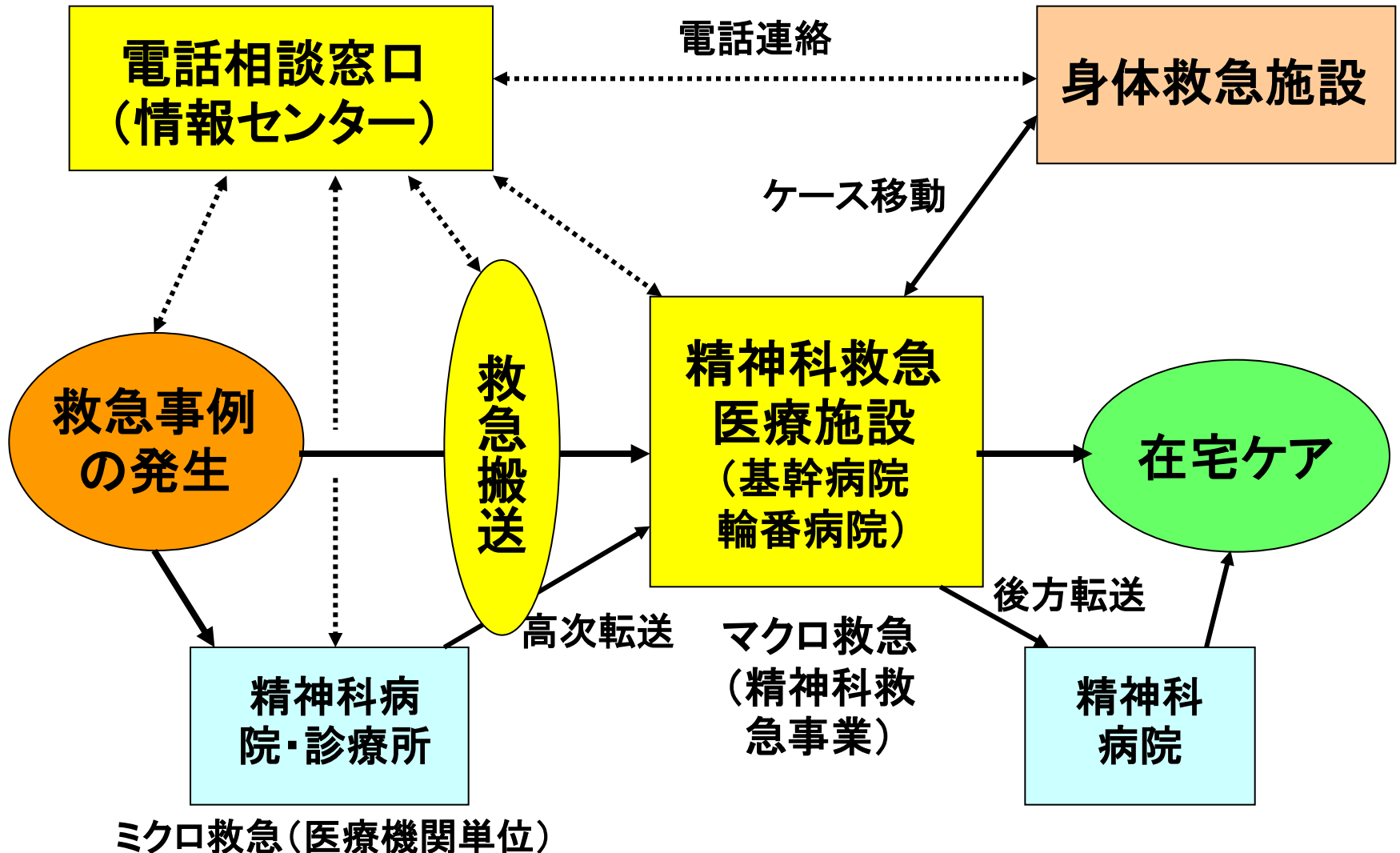
病院単位で提供するのが**ミクロ救急システム**

- ・かかりつけ病院での時間外診療が代表的
- ・在宅ケア維持のための危機介入が主たる任務
- ・アクセスしやすいが、診るかどうかは病院したい

広域単位で提供するのが**マクロ救急システム**
(＝精神科救急医療体制整備事業)

- ・複数の病院が救急診療を分担し、ミクロ救急を支援
- ・主に空床確保のために約40億円の公費が投入されている
- ・しかし、その機能には地域差が大きい

精神科救急医療の構成要素

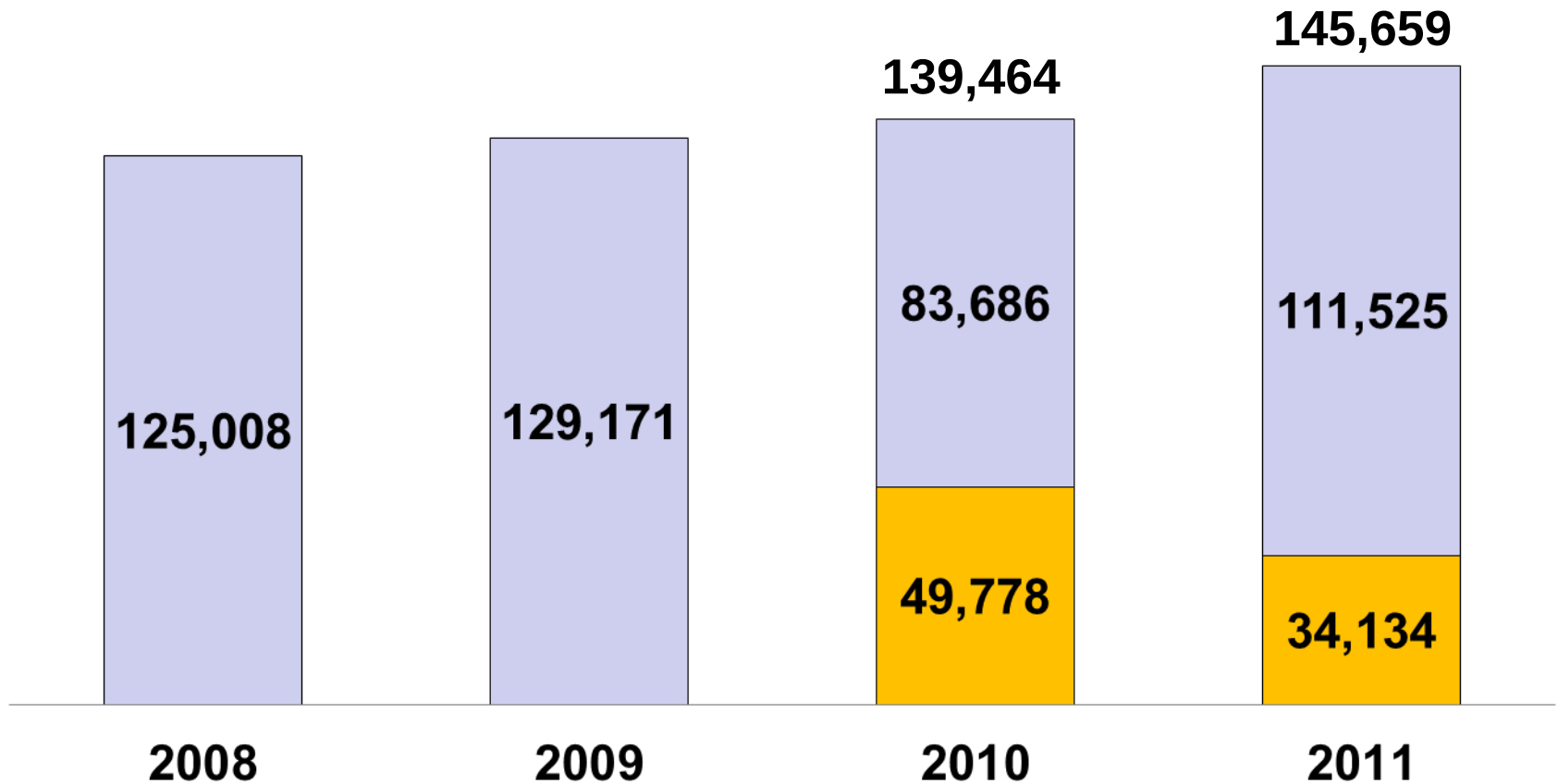


精神科救急医療体制整備事業

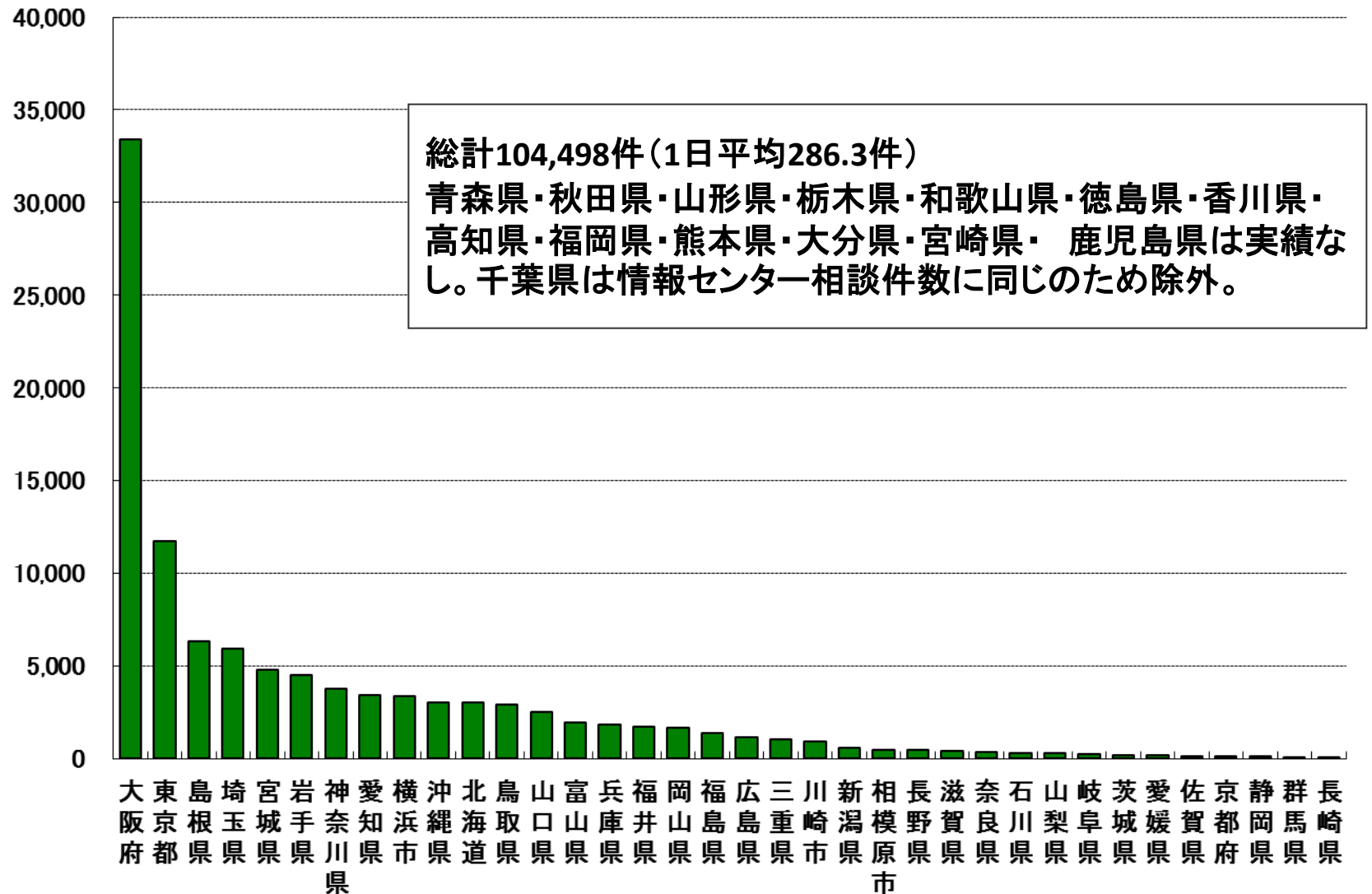
- ・平成7(1995)年に国と都道府県の運営費折半事業として出発
- ・都道府県をいくつかの**精神科救急医療圏**に分割(二次医療圏2つほどの広さ。政令市は独立だが道府県に委託が多い)
- ・各圏域に**精神科救急医療施設**を知事が指定し、毎夜空床確保
- ・**病院群輪番施設**と**常時対応施設**、**身体合併症対応施設**に分類し、地域の実情に応じて救急診療を分担
- ・精神科診療所も初期診療や情報提供、当直支援などで参加
- ・受診前相談事業として**精神科救急情報センター**と**精神医療相談事業**(国庫半額補助)
- ・都道府県が**精神科救急連絡調整委員会**を年1回以上開催
- ・平成24年度から都道府県に精神科救急医療整備の努力義務
- ・精神保健指定医にも協力義務、診療報酬にリンク

電話相談件数の推移

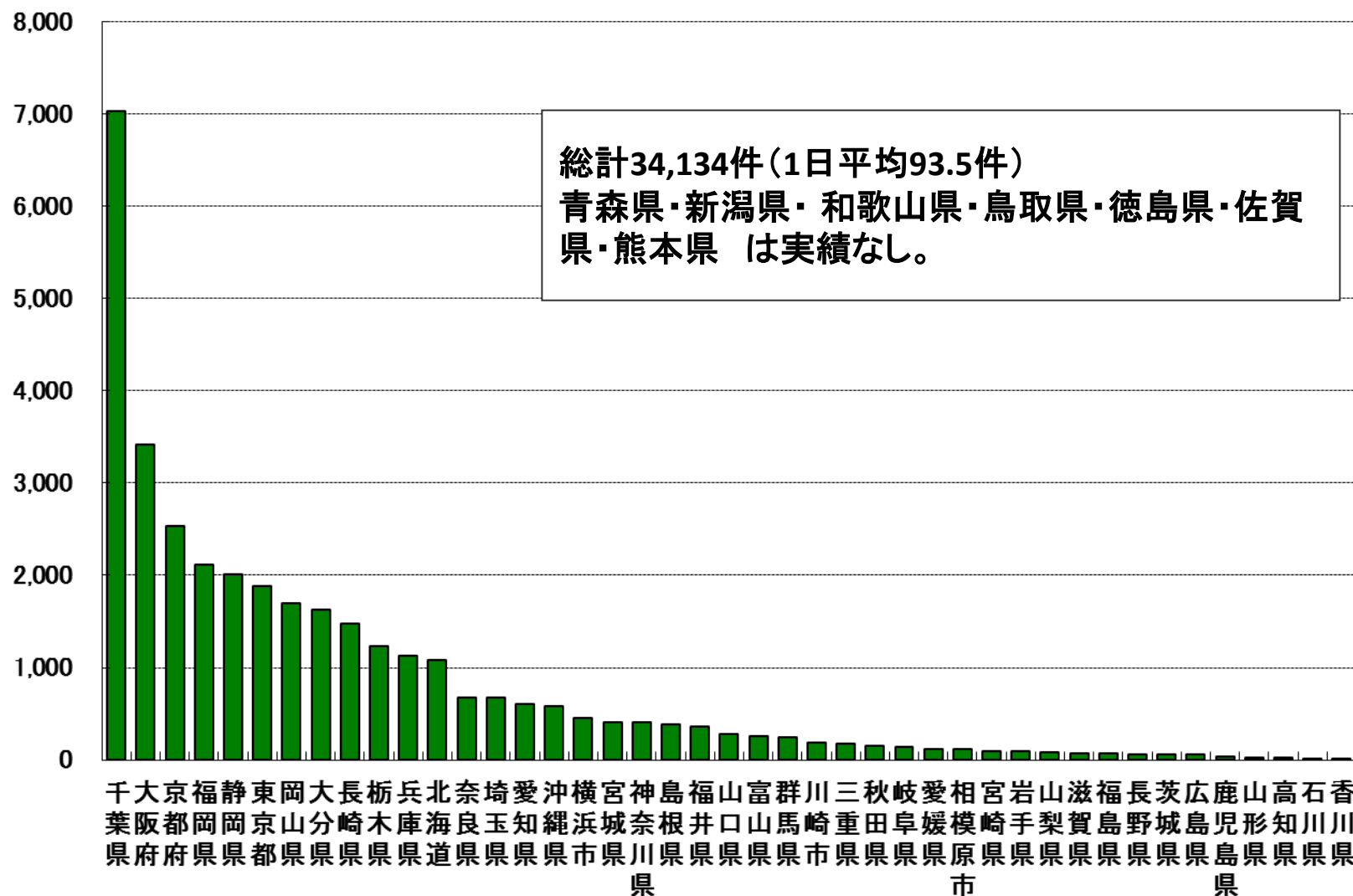
■ 情報センター ■ 精神医療相談



精神医療相談件数(2011年度)

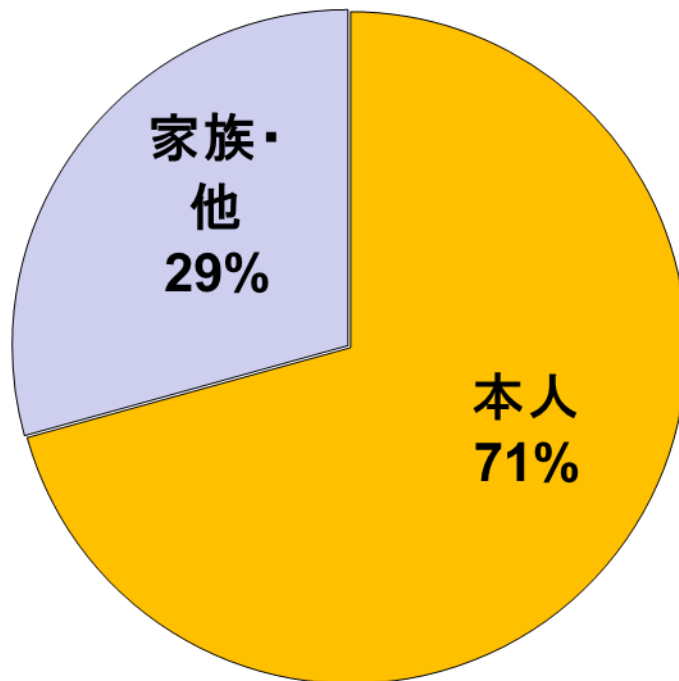


精神科救急情報センター 相談件数(2011年度)

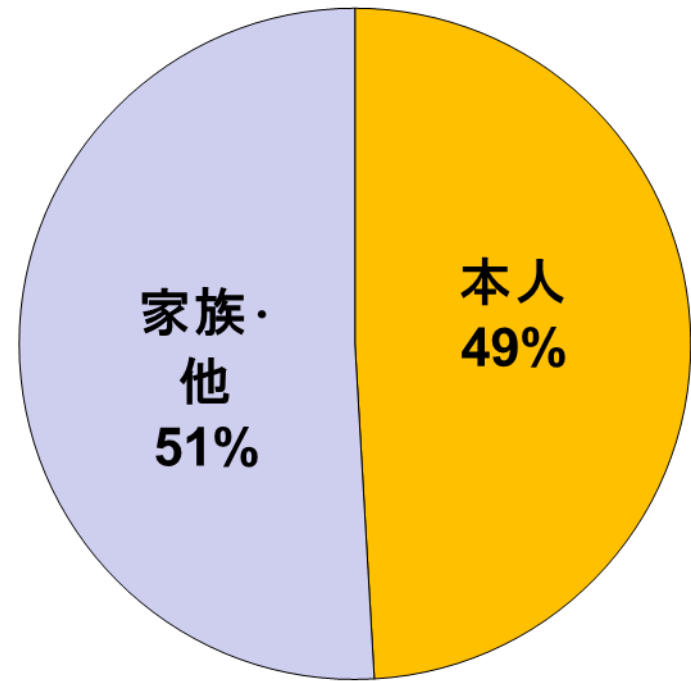


精神医療相談内訳

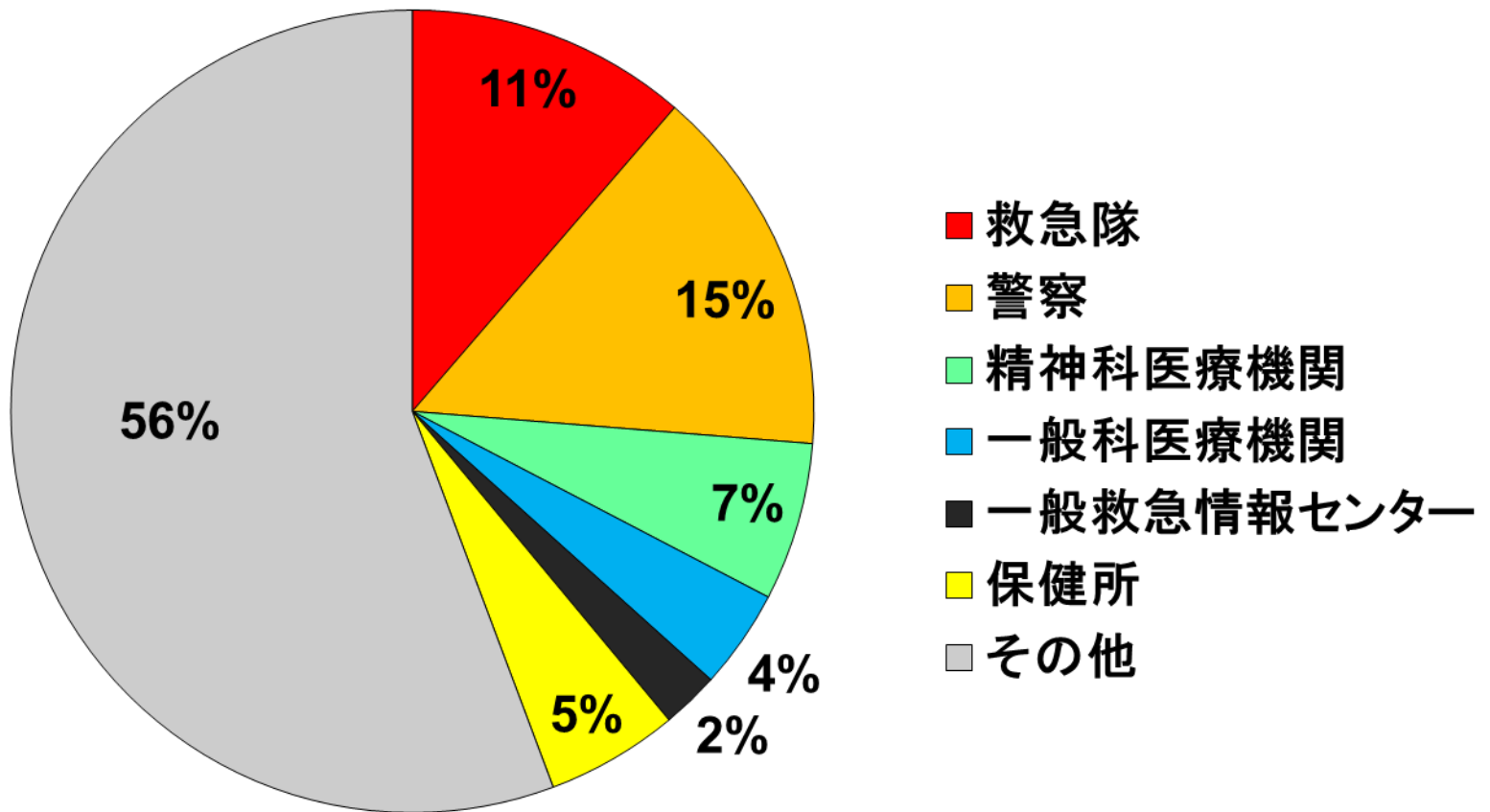
電話相談
N=111,525



来所相談
N=1,261

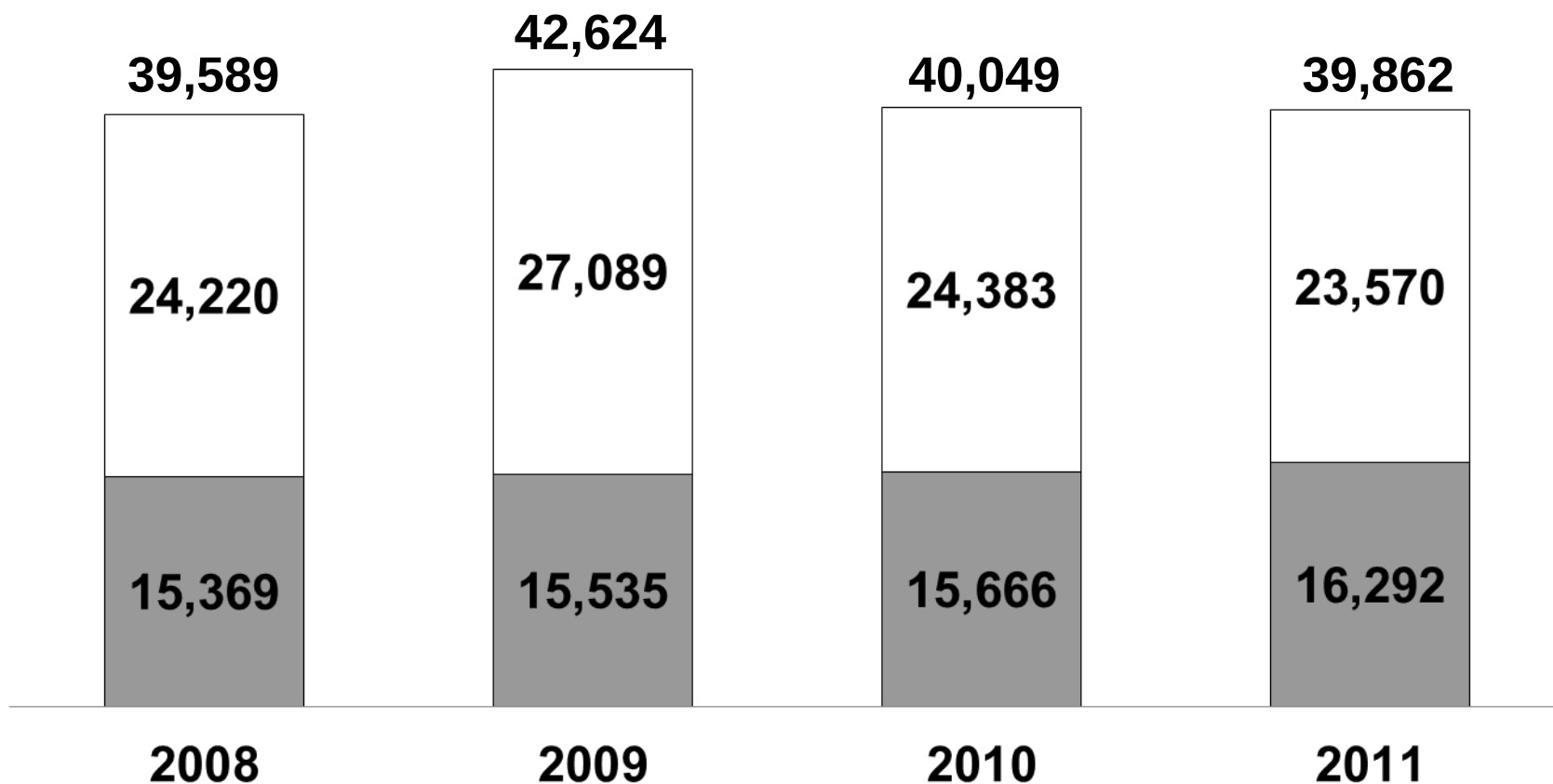


精神科救急情報センター 相談者内訳



受診件数と入院件数の推移

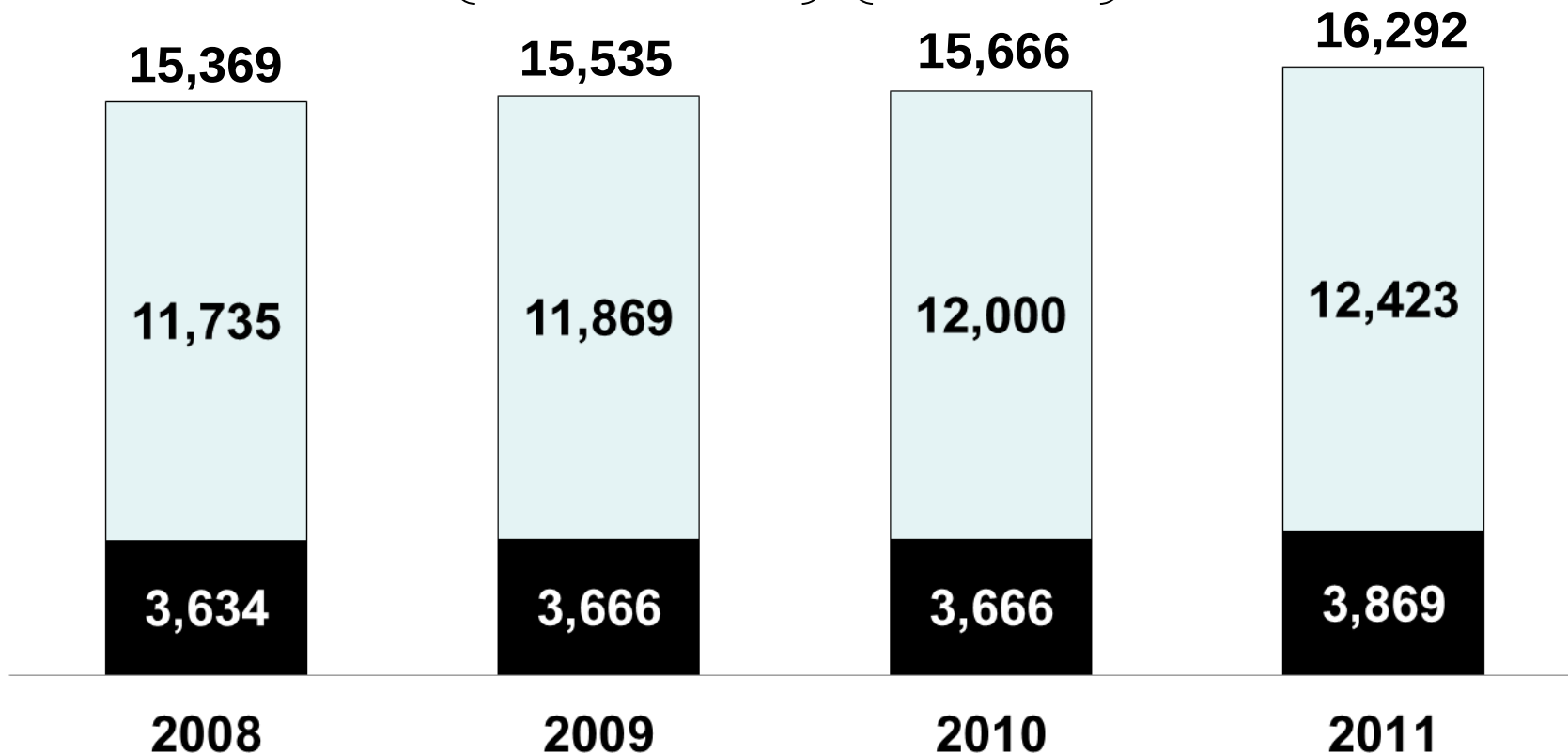
■ 入院 □ 非入院



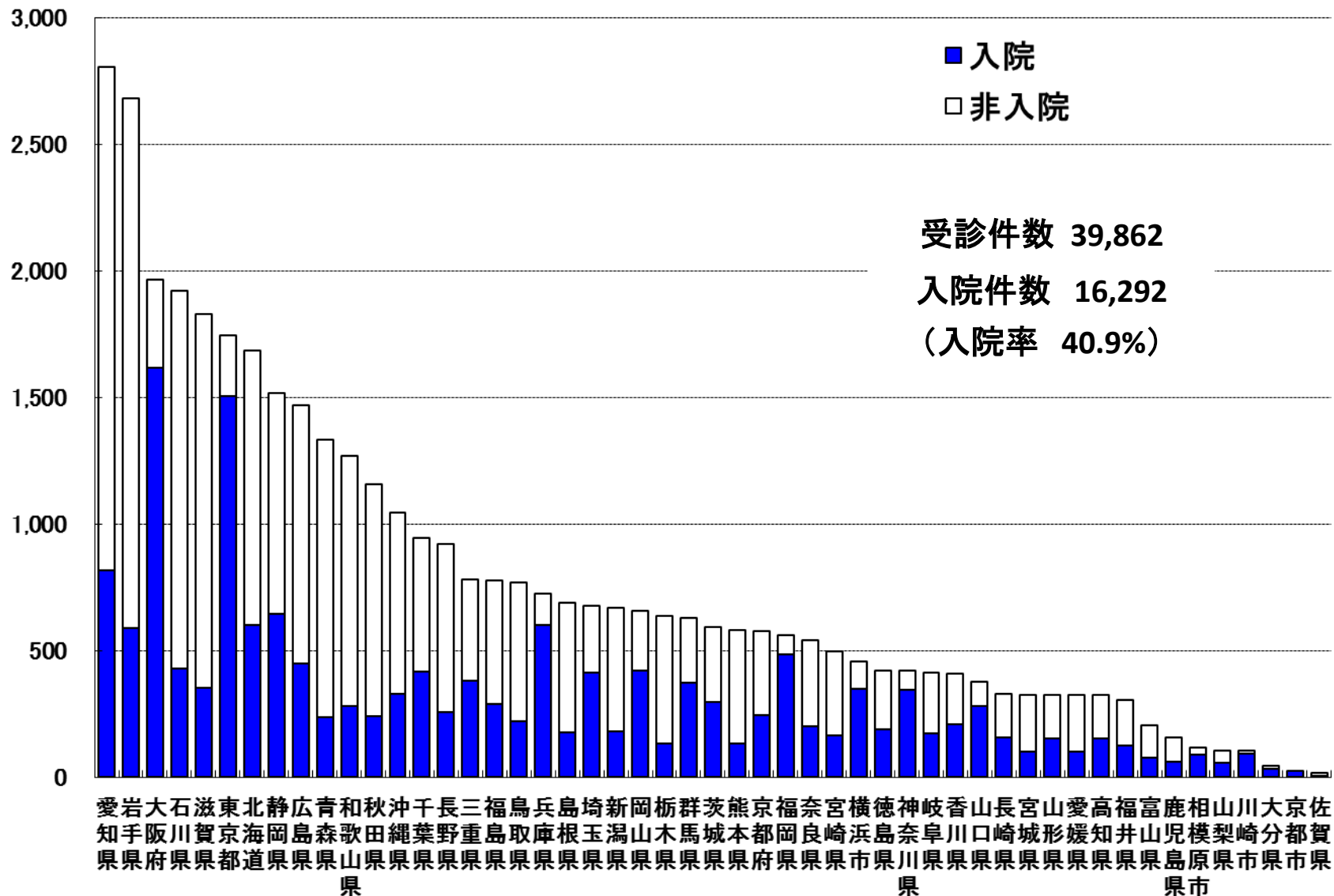
入院内訳の推移

■ 三次救急
（緊急措置・措置
・応急入院）

□ 二次救急
（医療保護・
任意入院）

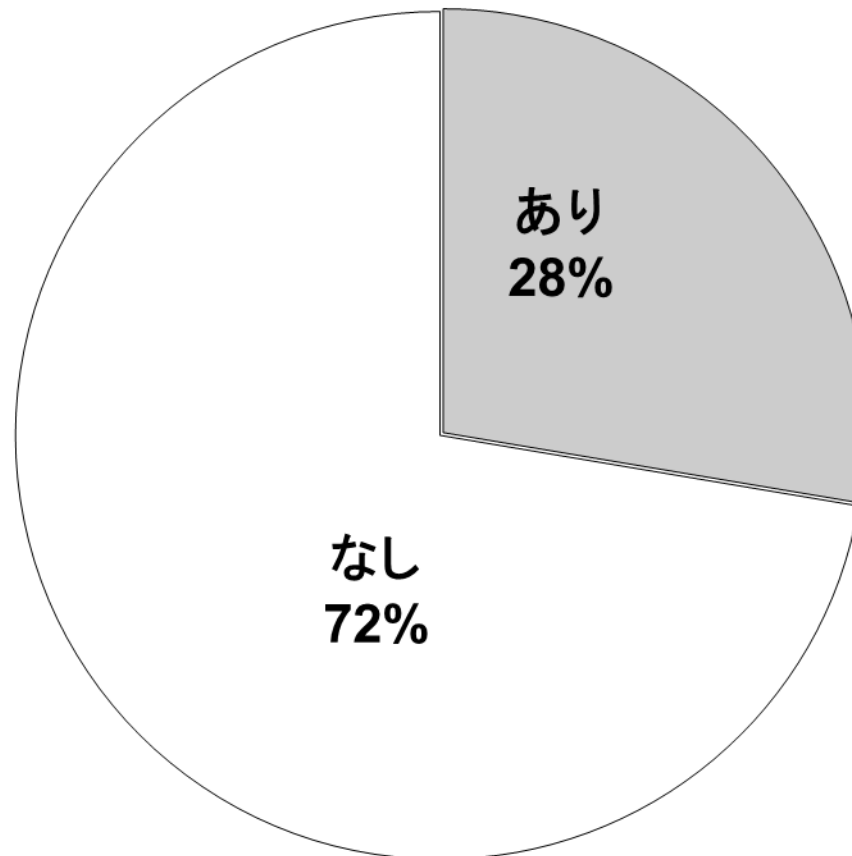


受診件数(2011年度)

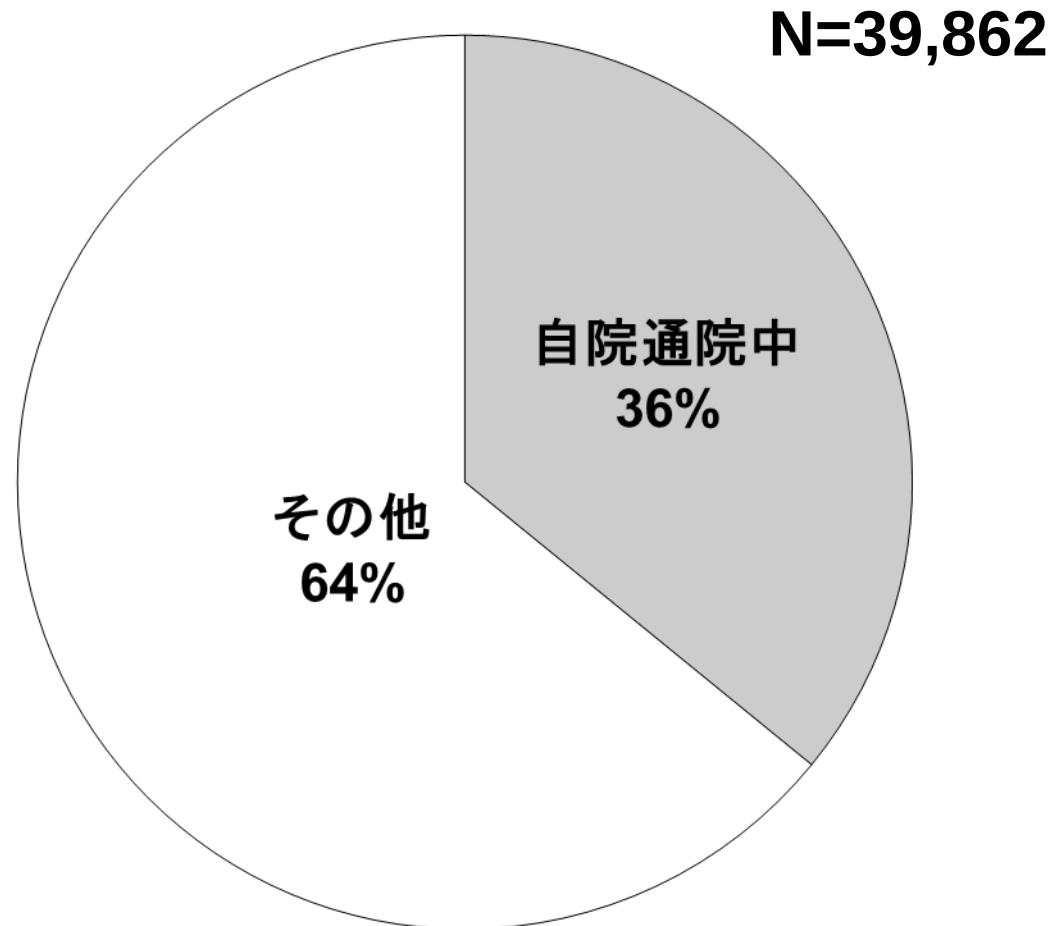


受診者に占める情報センター経由 ケース

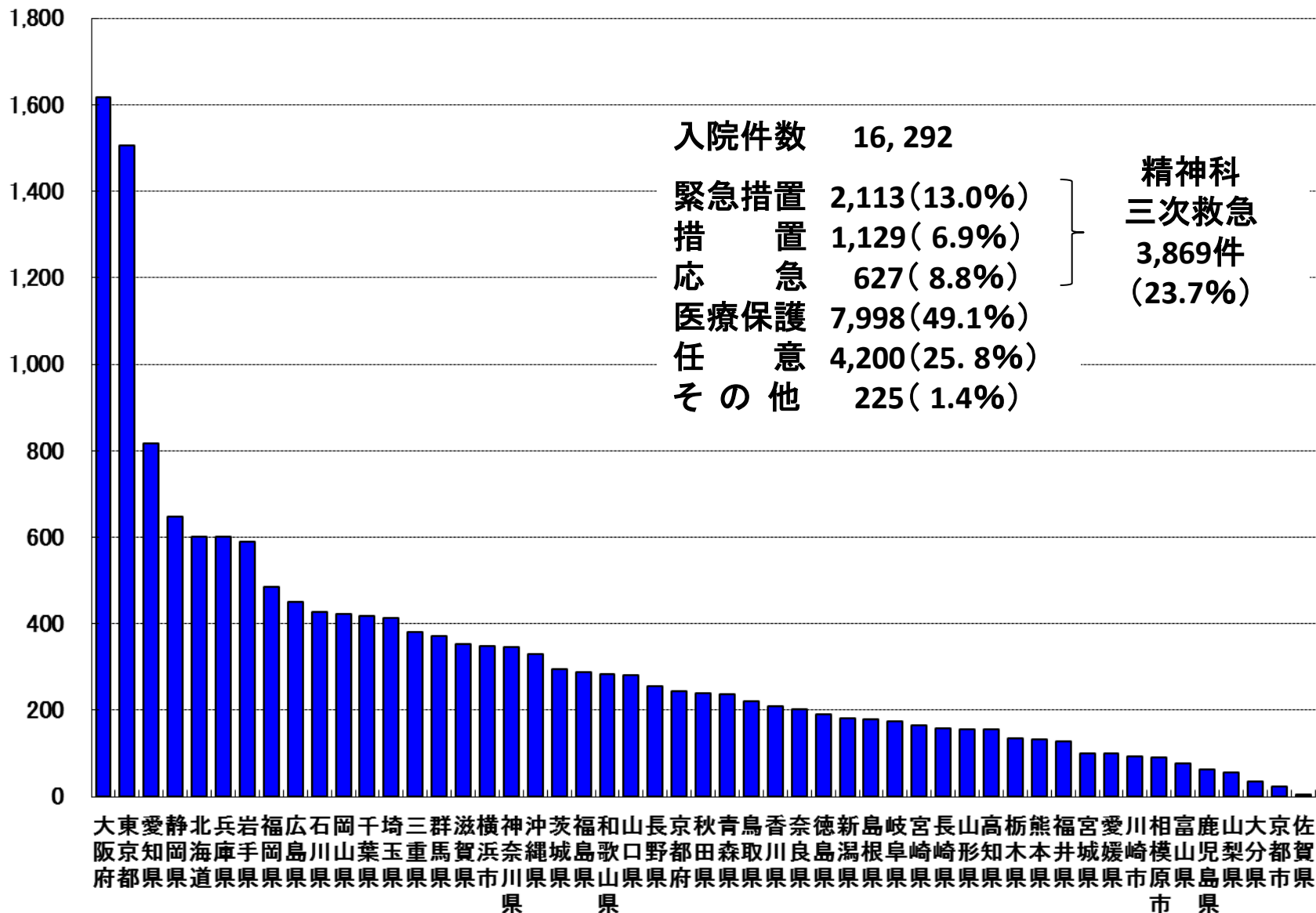
N=39,862



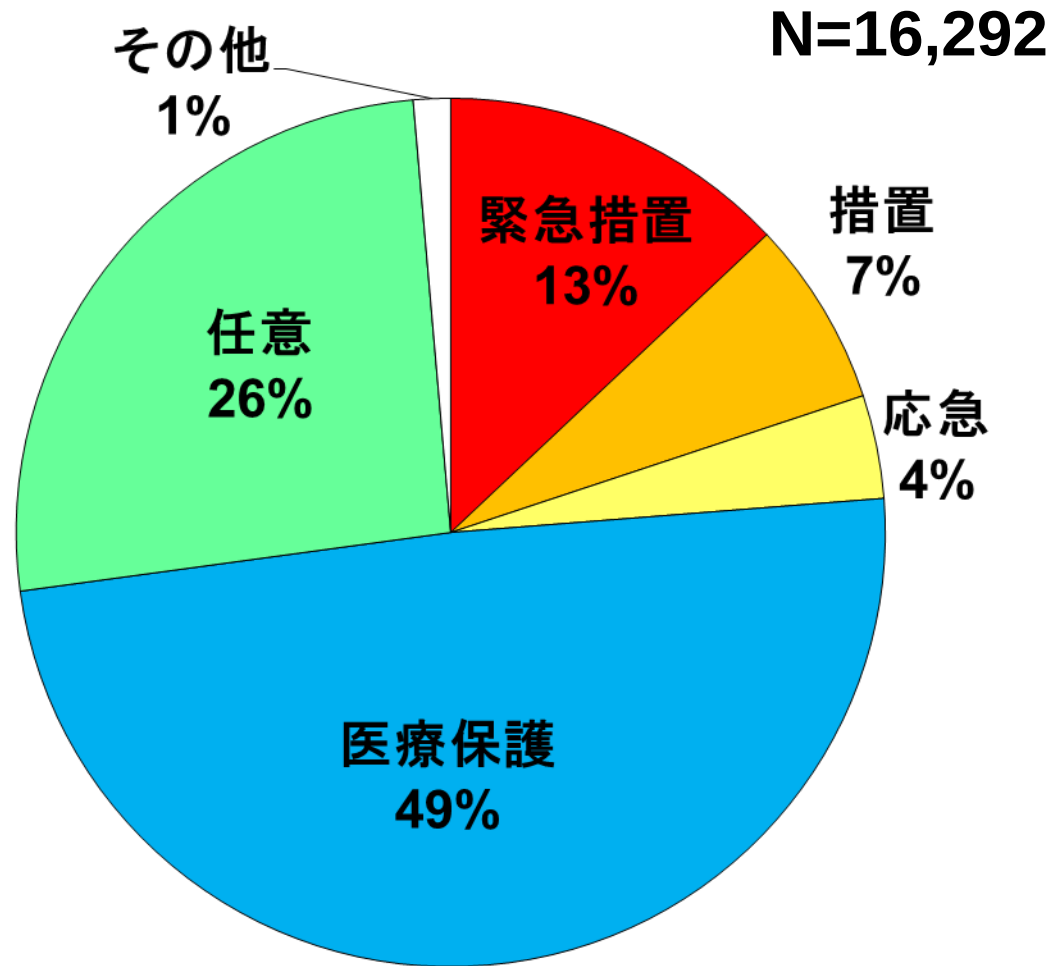
受診者に占める自院通院ケース



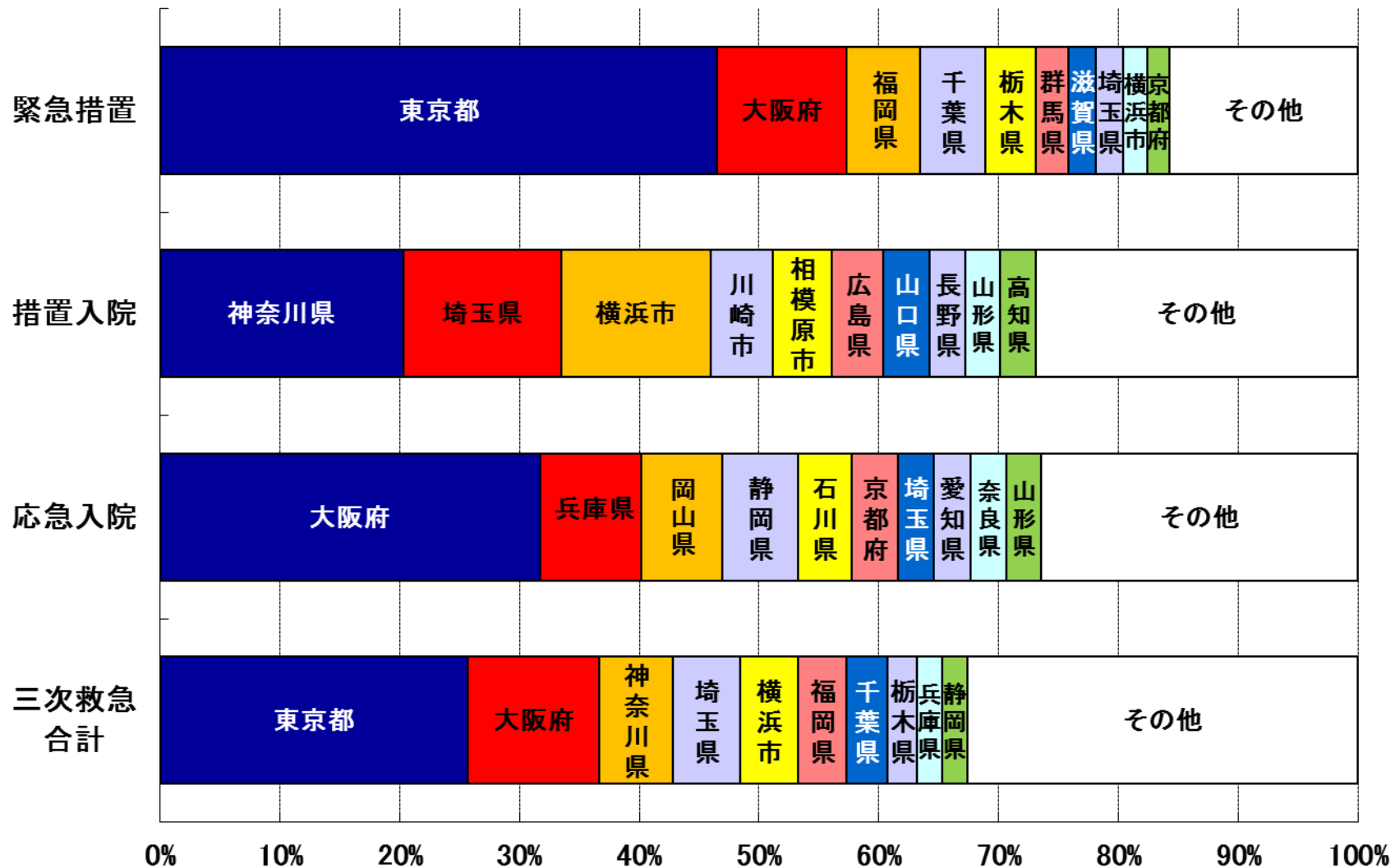
入院件数(2011年度)



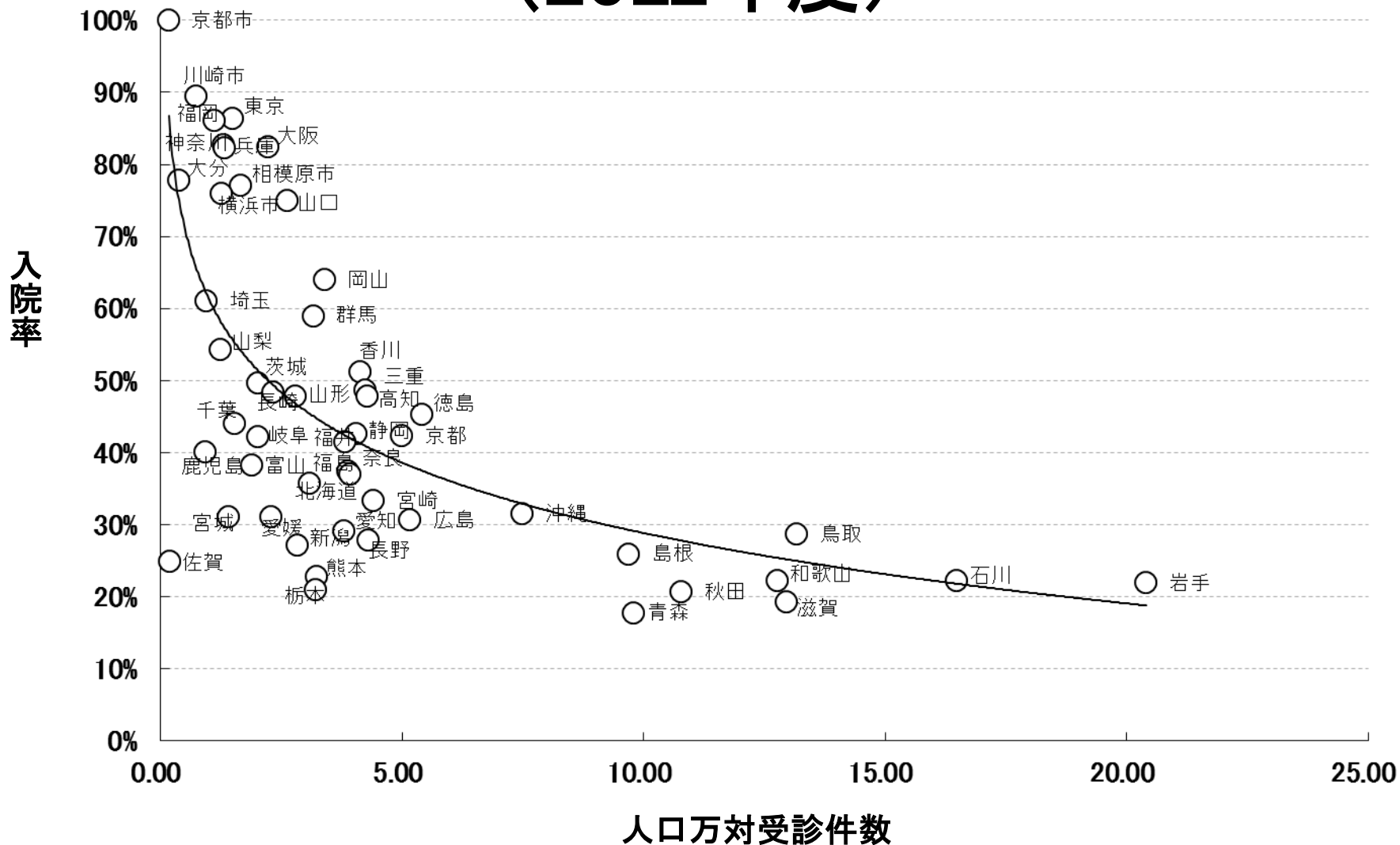
入院形式内訳



三次救急件数(2011年度)



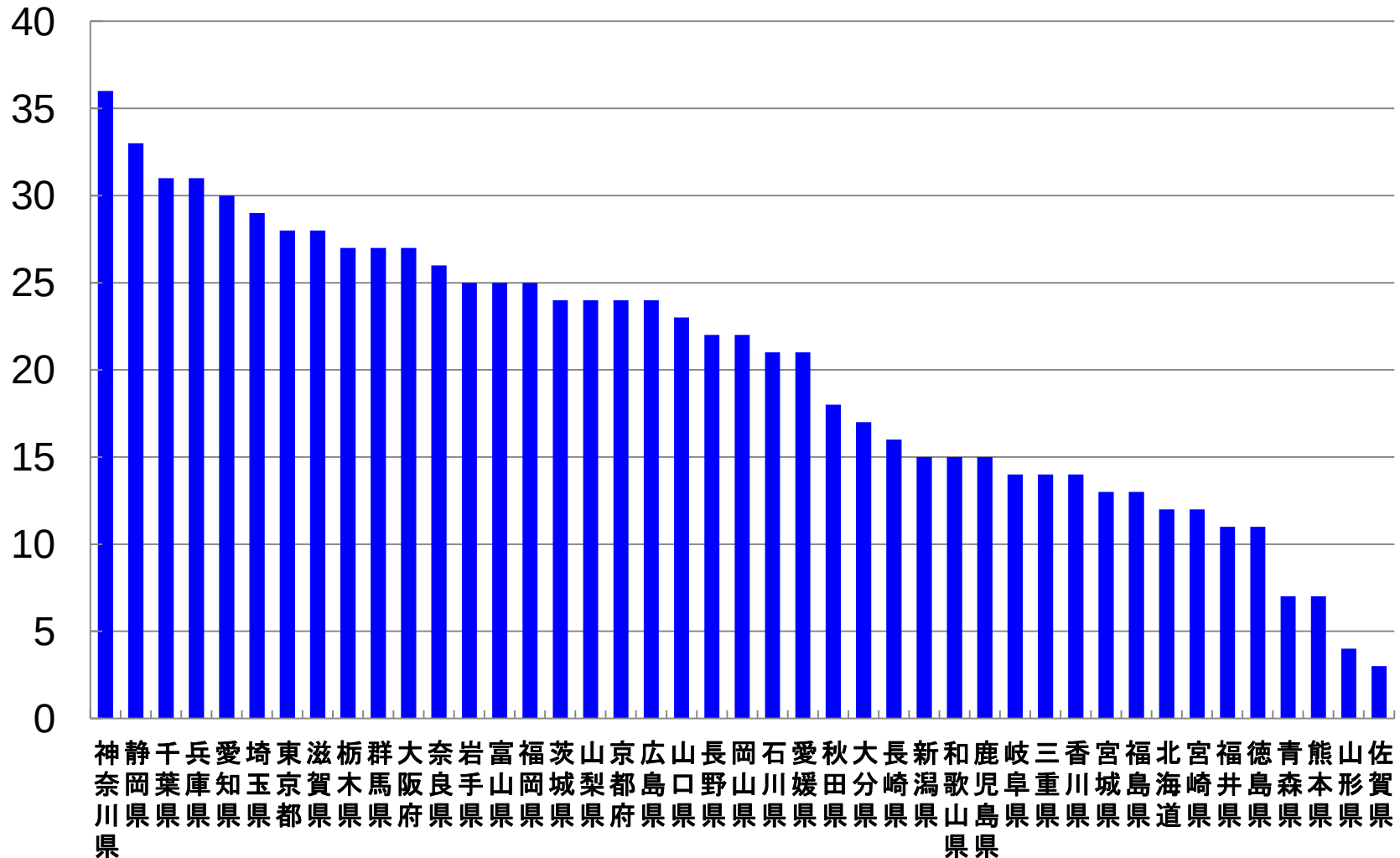
人口万対受診件数と入院率 (2011年度)



精神科救急事業の機能評価尺度

I 基本事項	事業の対応体制
	24時間相談窓口の整備状況
	事業実績のデータ化と情報公開
II 精神科救急医療体制連絡調整委員会	設置状況
	開催状況
	その他の検討会議等設置状況
	その他の検討会議等開催状況
	事業実績報告状況
III 精神科救急情報センター	設置状況
	運用時間
	一般住民等回線設置状況
	他専用回線設置状況
	職員体制
	トリアージ基準や対応手順の明文化
	精神科医のコンサルテーションの可否
IV 精神科救急医療施設	医療機関へ紹介できなかったケースの有無
	精神科救急医療体制の地域カバー状況
	常時対応施設の状況
	精神科救急入院料算定施設の状況
	精神科救急・合併症入院料算定施設等の状況
V 搬送体制	法29条の2の2に基づく移送実施体制
	法34条に基づく移送実施体制
VI 支援病院	支援病院の確保状況
VII その他	精神保健診察のための精神指定医の確保状況
	緊急措置入院事例の再診察のシステム化の有無
	出張診療(移動救急)事業の整備

自治体別神科救急事業の機能評価スコア



千葉県精神科救急医療システム(1)

- ◆ 4つのブロック
(24の輪番病院が外来と任意入院に対応)
- ◆ 8つの基幹病院
- ◆ 真ん中に千葉県精神科医療センター



千葉県の精神科救急医療システム(2)

◆ 4つのブロック

◆ 8つの基幹病院(精神科救急入院料病棟認可施設)が非自発入院を担当

- ★ 総合病院
- ★ 一般病床併設
- ★ 精神科病院



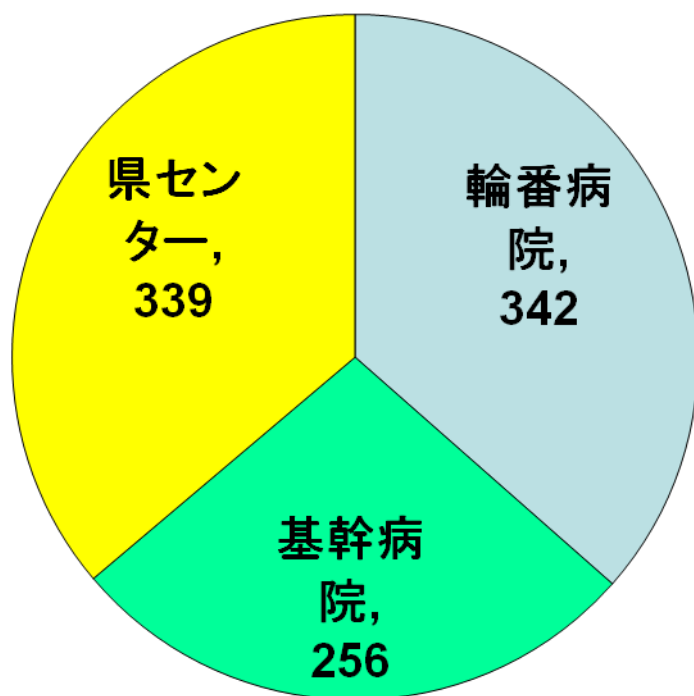
千葉県の精神科救急医療システム(3)

- ◆ 4つのブロック
- ◆ 8つの基幹病院が
非自発入院
- ◆ 真ん中に千葉県精神科医療センター
(情報センター設置・常時対応施設)

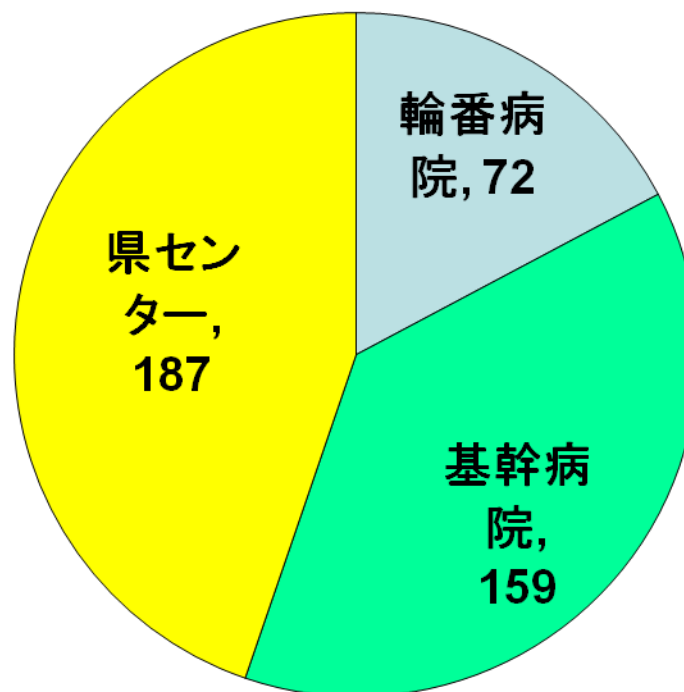


千葉県精神科救急事業実績 2011年度

受診件数
N=937

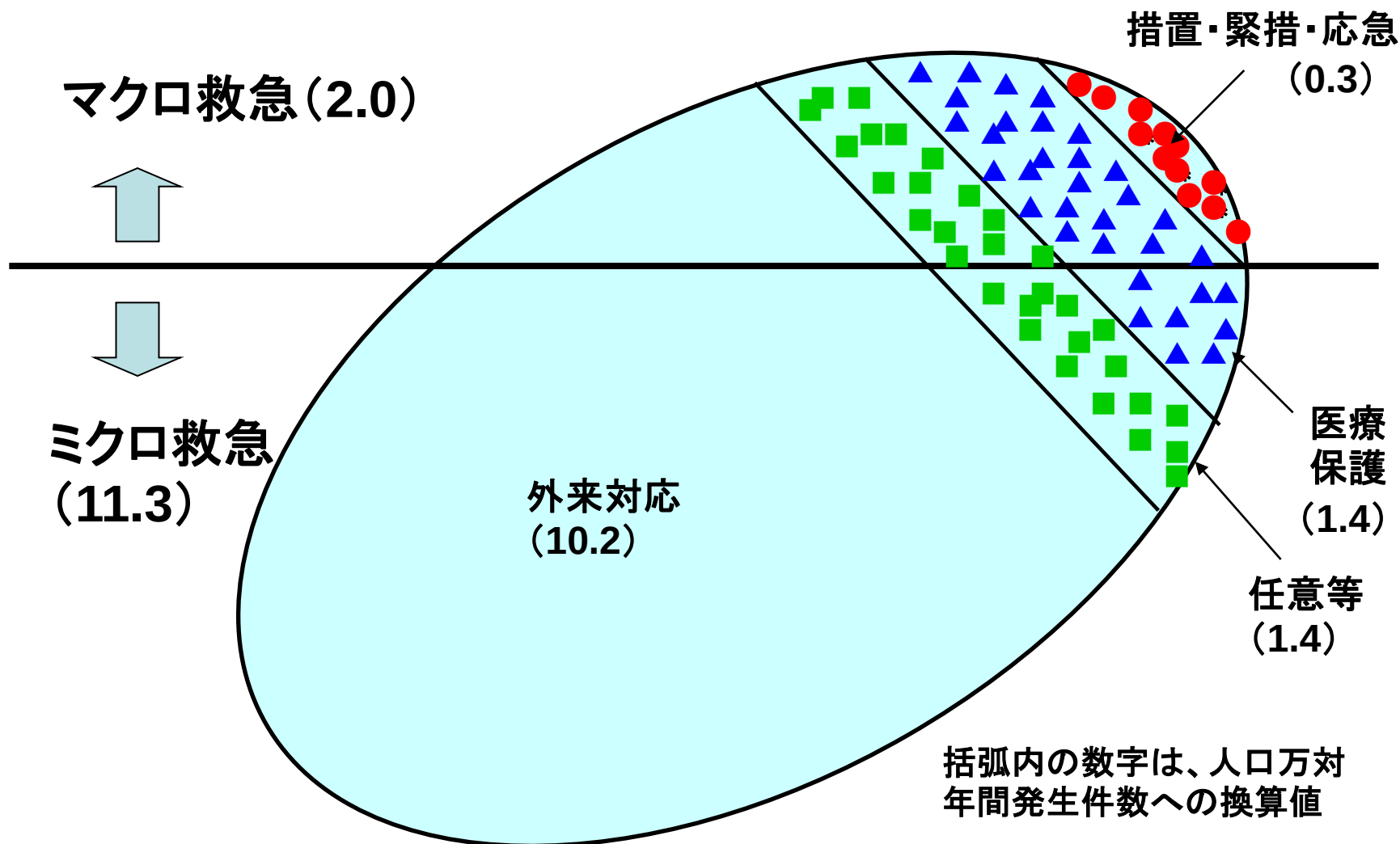


入院件数
N=418



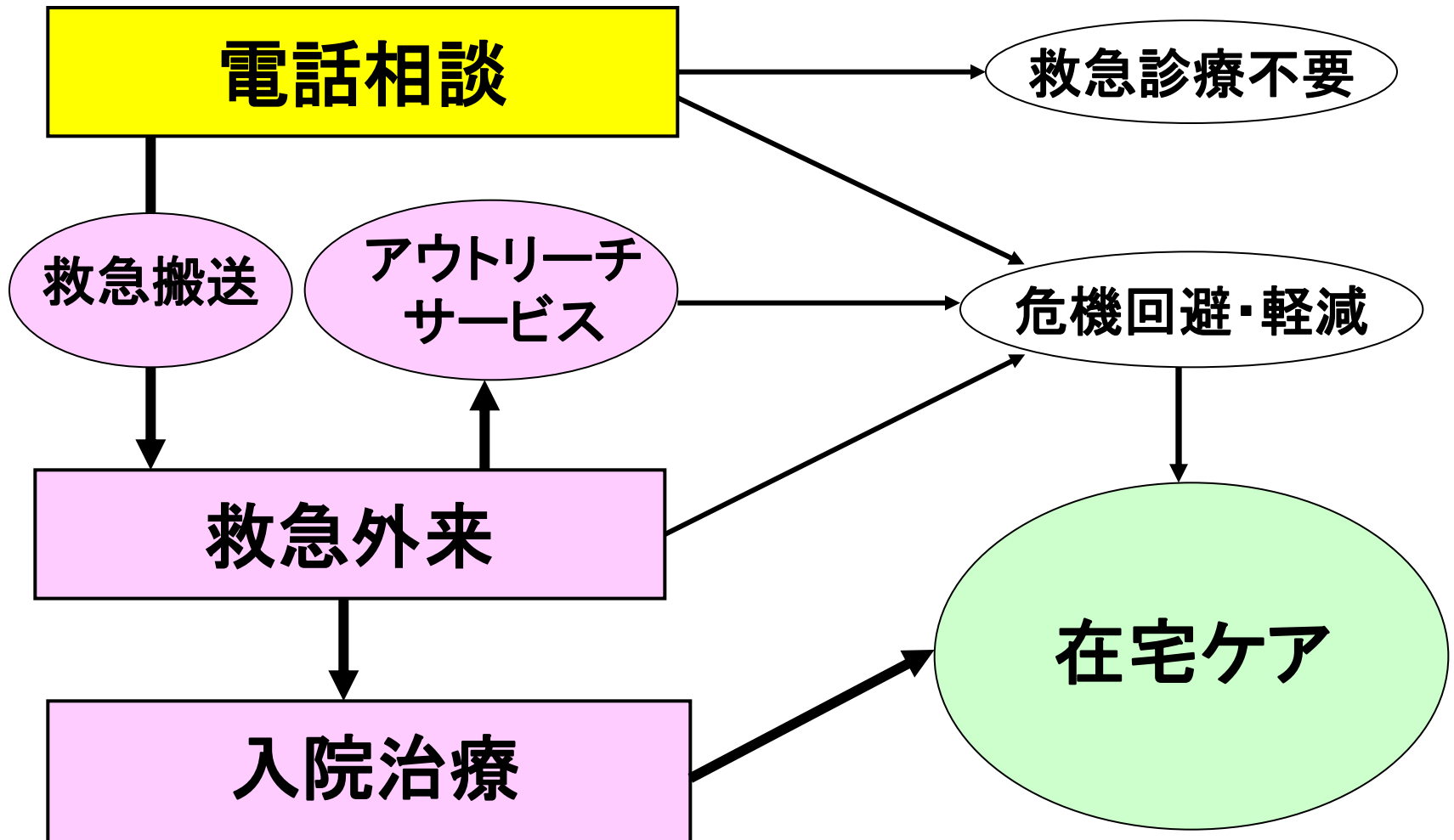
ミクロ救急とマクロ救急の役割分担

～千葉県精神科時間外調査(2005年2月)から～



3. 精神科救急事例への 対応と治療

救急医療サービスの提供形態



電話相談の機能

1. 見たて(＝情報収集・緊急性評価)

(1) 身体的評価

身体状況の把握、症状精神病のrule out

(2) 司法的評価

違法性薬物乱用、触法行為の取り扱い

(3) 精神科的評価

精神科的重症度・緊急度の評価

2. 仕分け(＝最適選択肢の指示と調整)

(1) 見たてに基づいた指示(自院受診指示、当番病院紹介、身体救急紹介、119／110番連絡指示など)

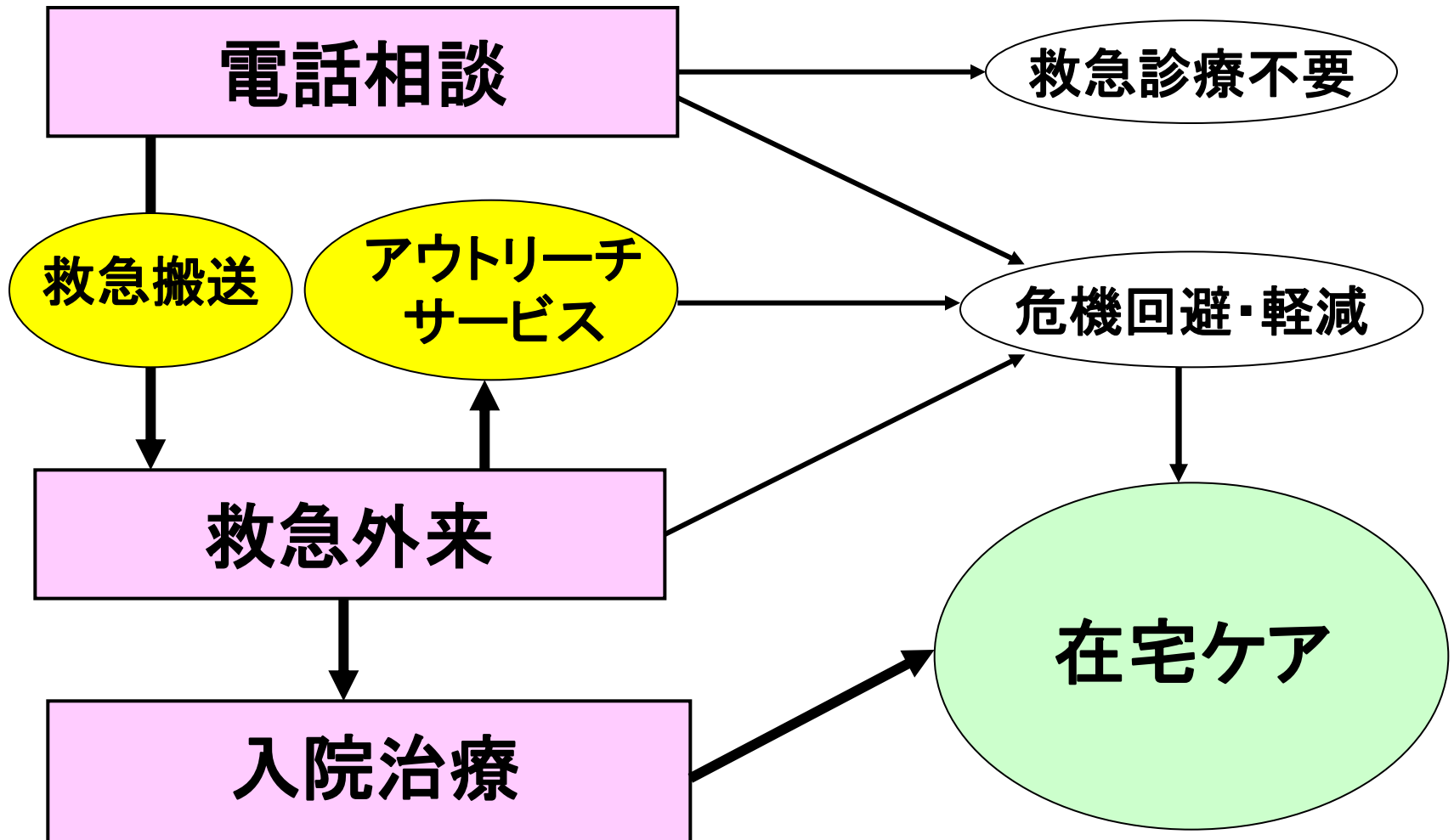
(2) 紹介機関などとの連絡調整

3. 手当て(＝危機介入)

(1) 情報提供(翌日利用可能な社会資源の情報など)

(2) 危機介入的対応

救急医療サービスの提供形態



精神科事例の救急搬送方法

1. 親族による搬送
2. 救急隊による搬送 ←———— 消防法
3. 警察官による搬送 ←———— 警察官職務執行法
 - (1) 3条 ---- 自傷他害のおそれあり(保護の義務)
 - (2) 5条 ---- 行政・家族などの臨場要請(制止の権限)
4. 行政による搬送 ←———— 精神保健福祉法
 - (1) 移送制度
 - ① 34条 ② 29条の2の2
 - (2) 地域精神保健活動の受診援助
5. 医療機関による搬送(アウトリーチ・サービス)
 - (1) 往診の延長
 - (2) 訪問看護の延長

}

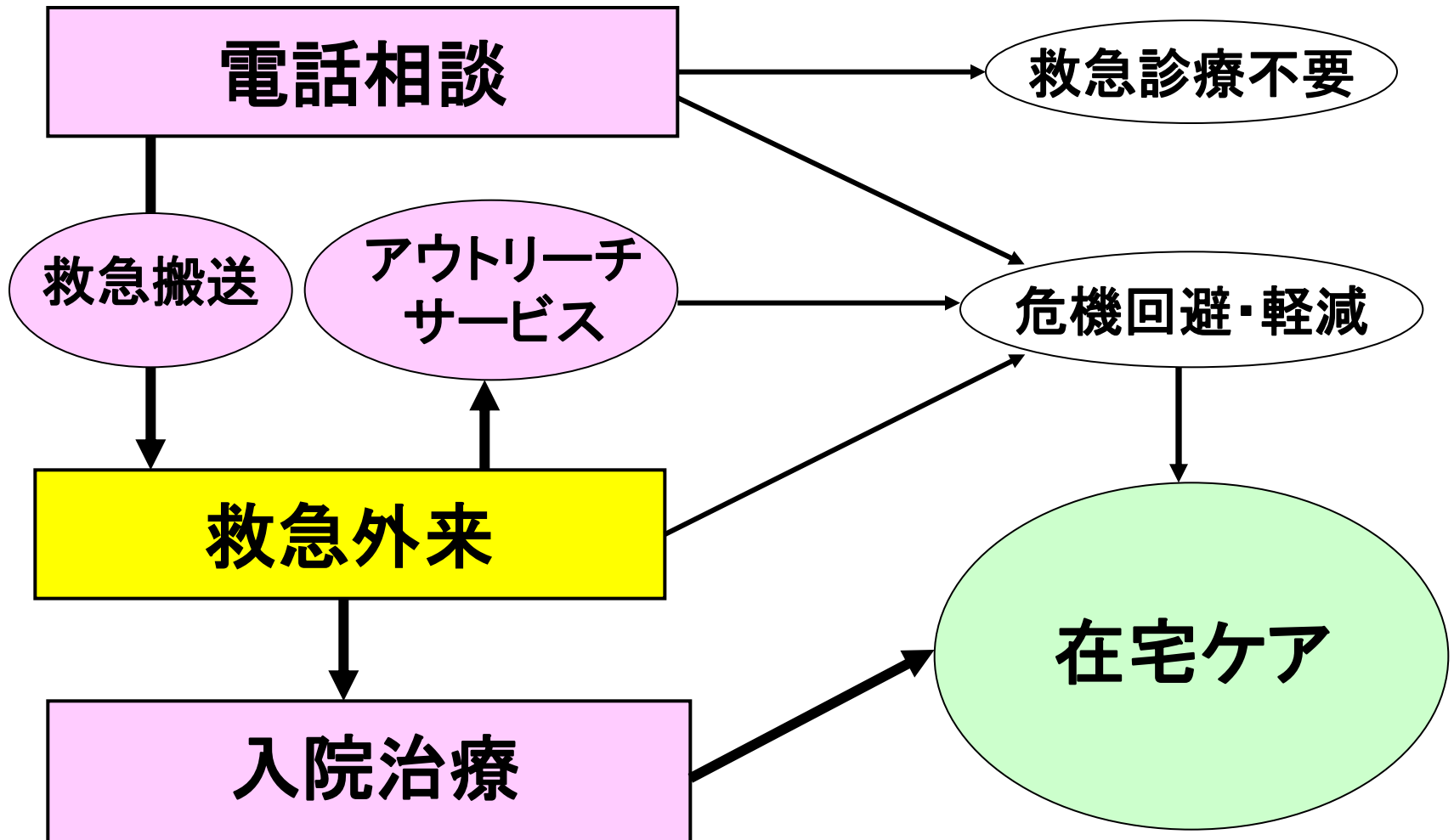
←

{

医療法

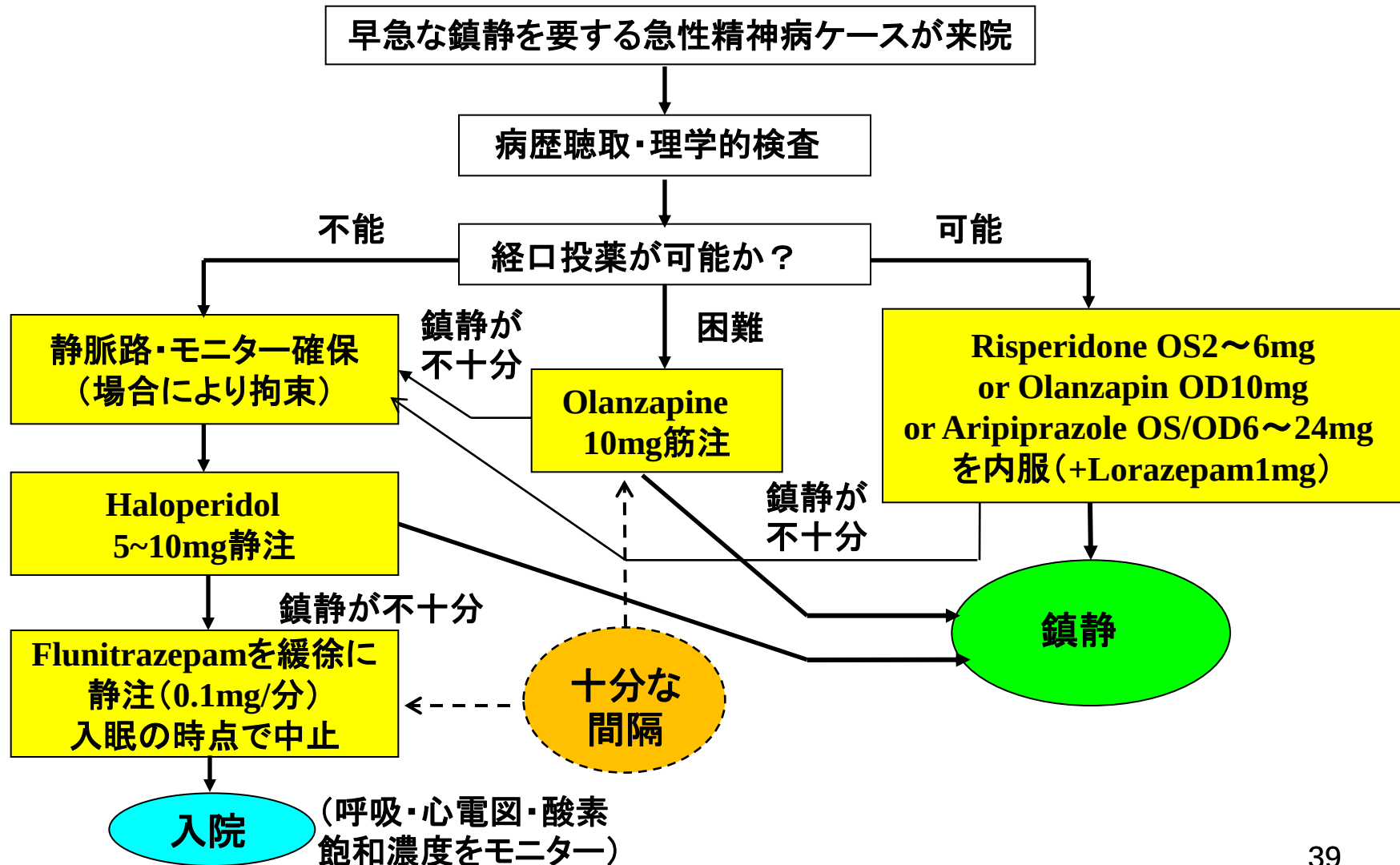
精神保健福祉法
6. 民間業者による搬送

救急医療サービスの提供形態

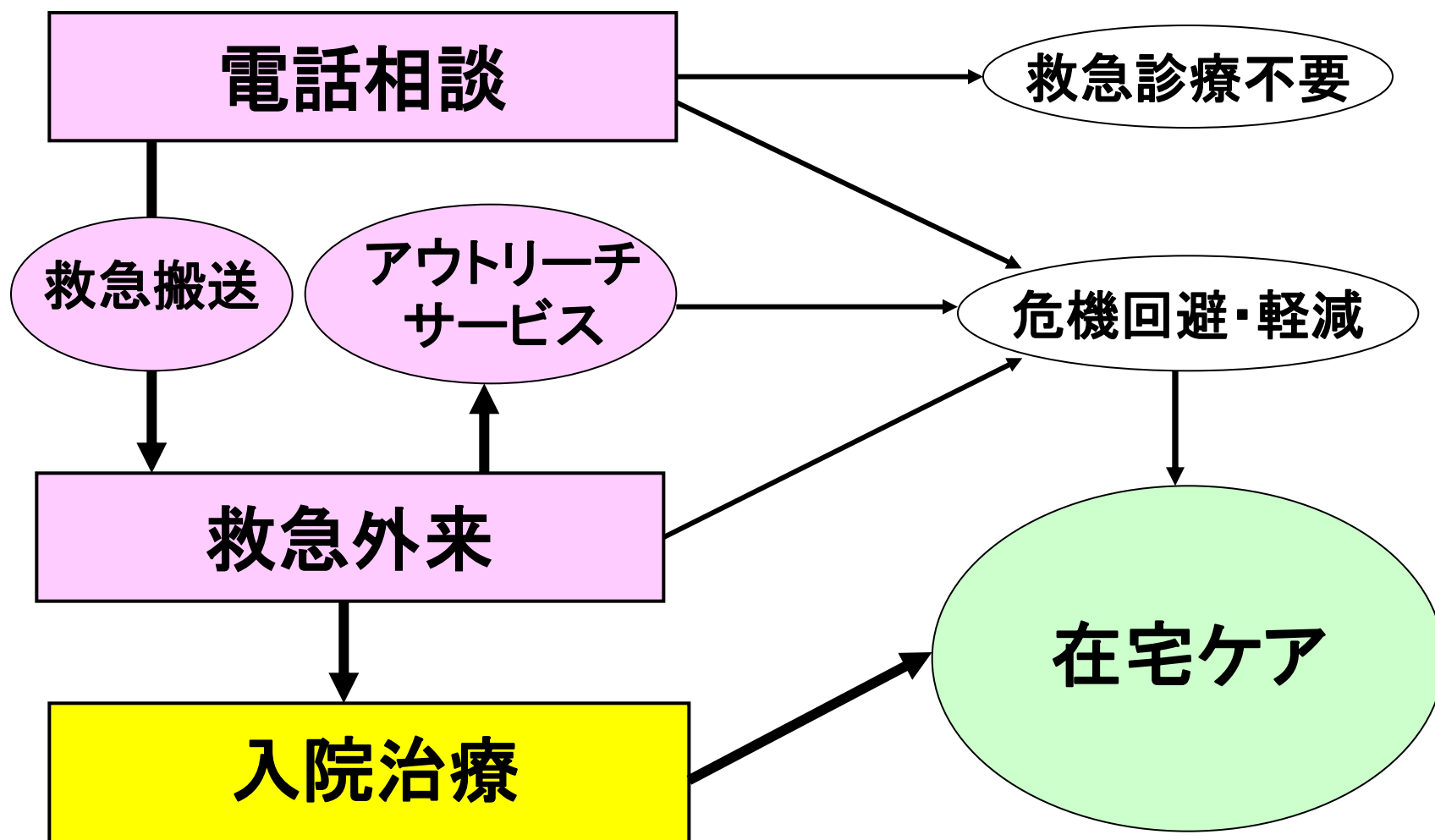


鎮静ガイドライン

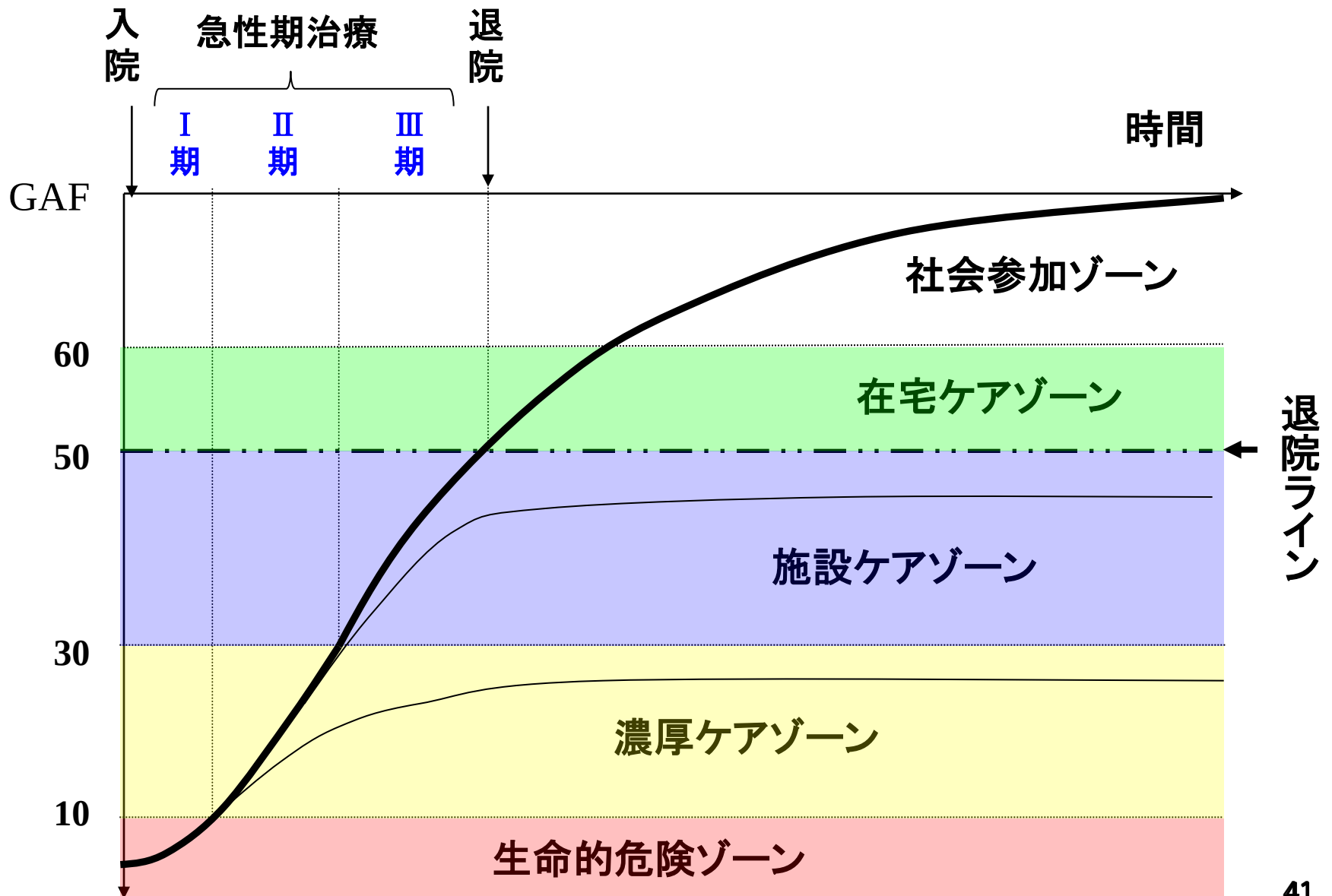
(千葉県精神科医療センター2013年改定)



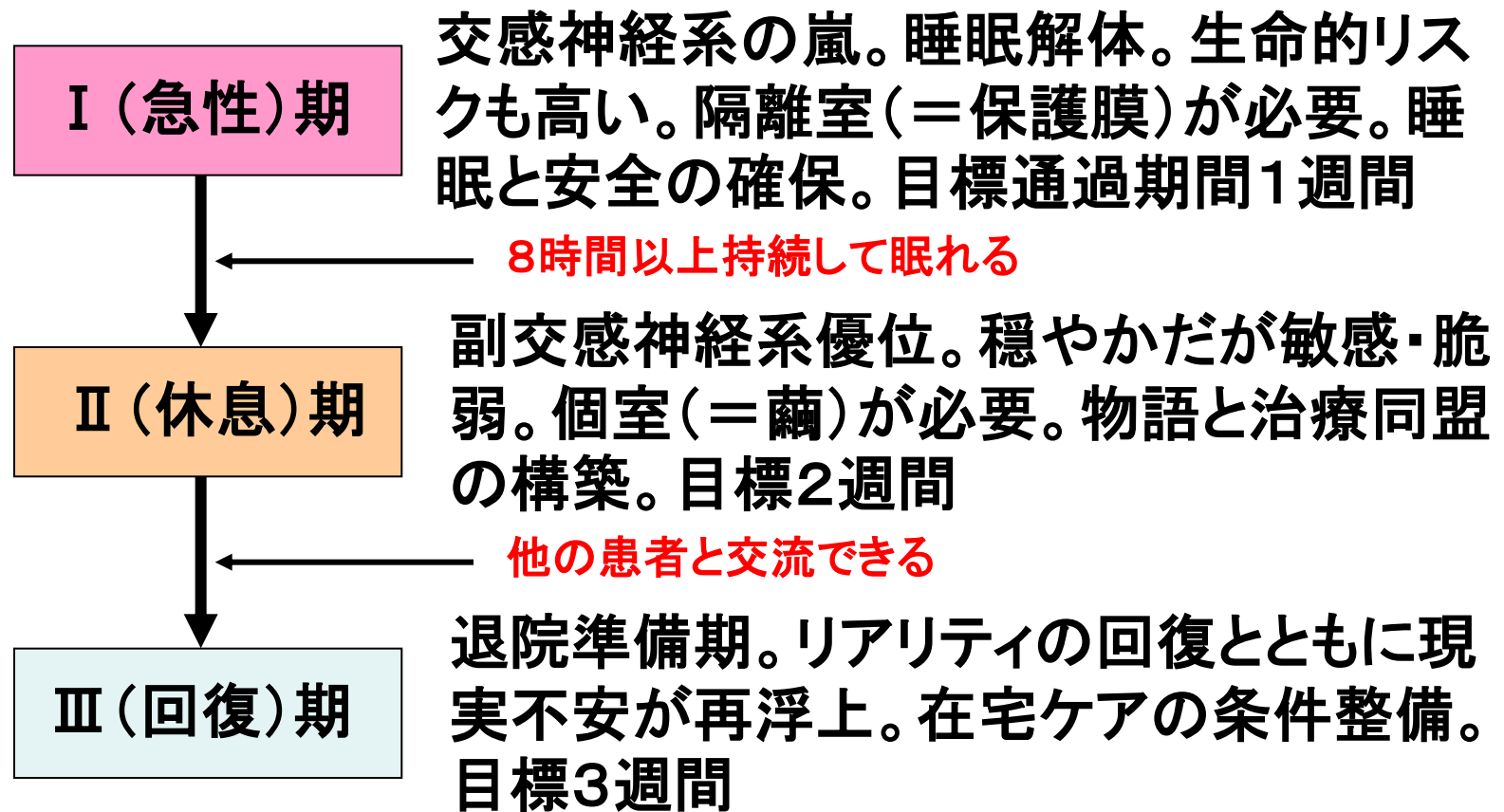
救急医療サービスの提供形態



急性精神病状態からの回復曲線



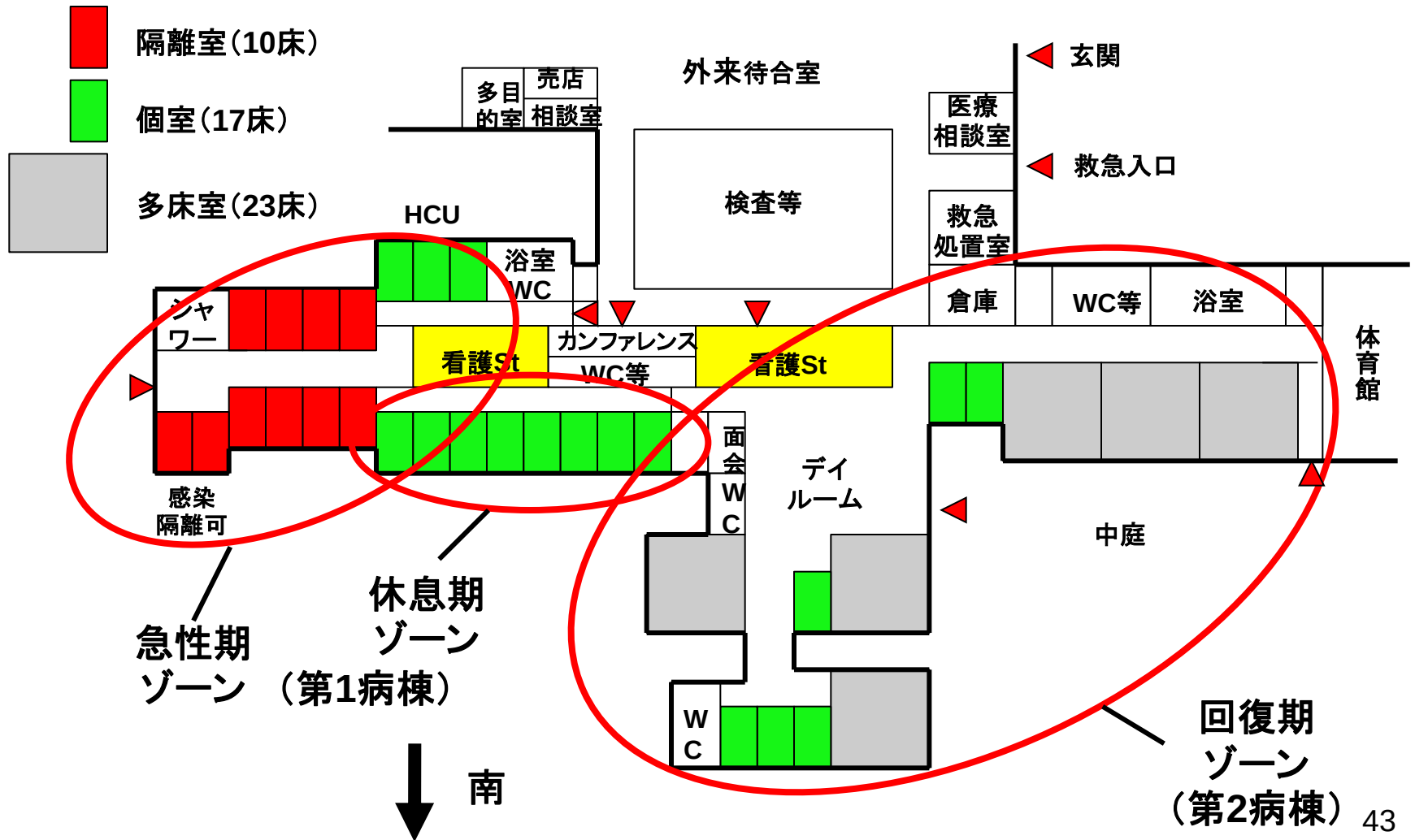
精神科急性期入院治療のステージ



病棟平面図

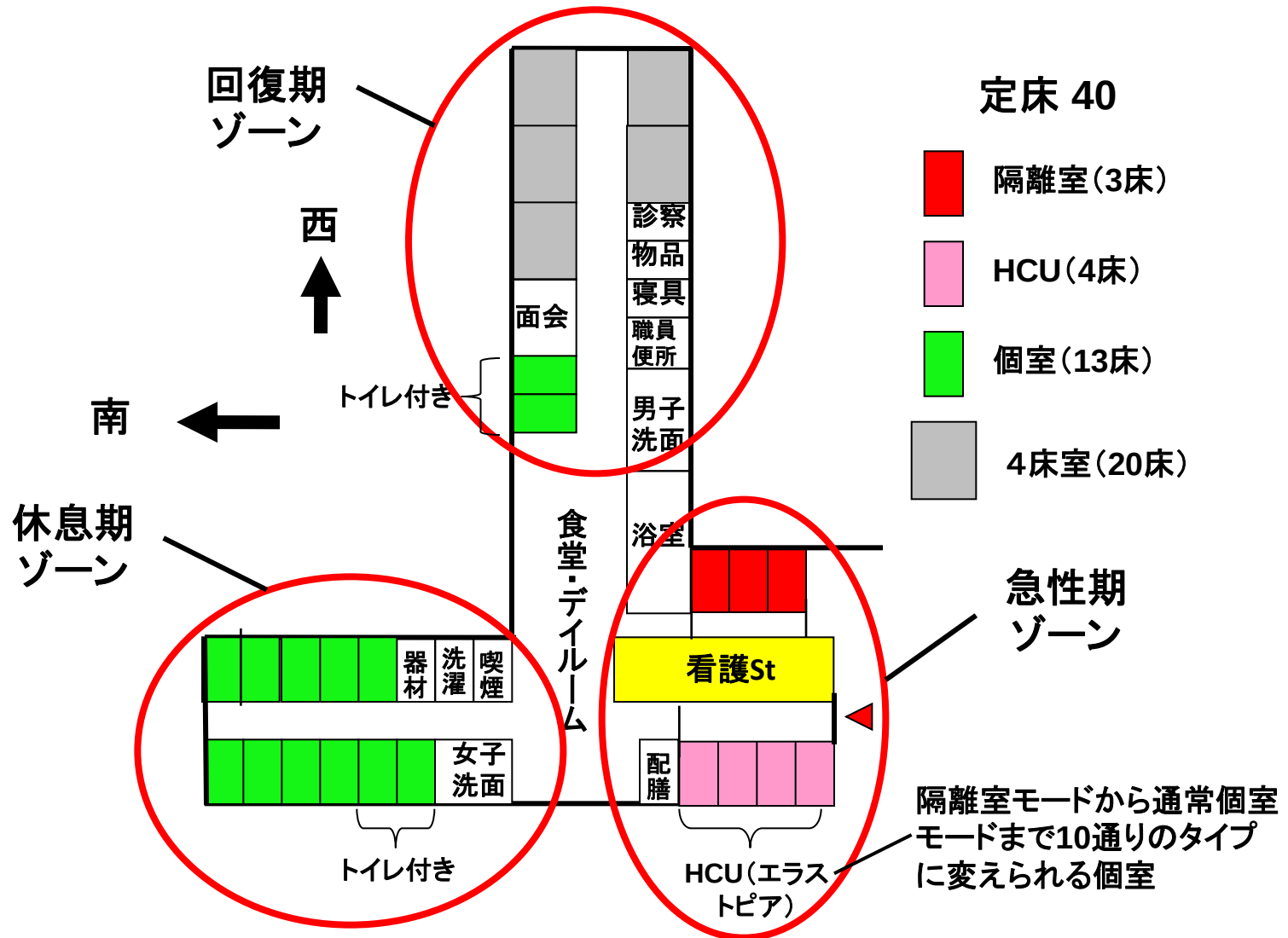
～千葉県精神科医療センター(1985年建築・1998年改装)～

定床 50

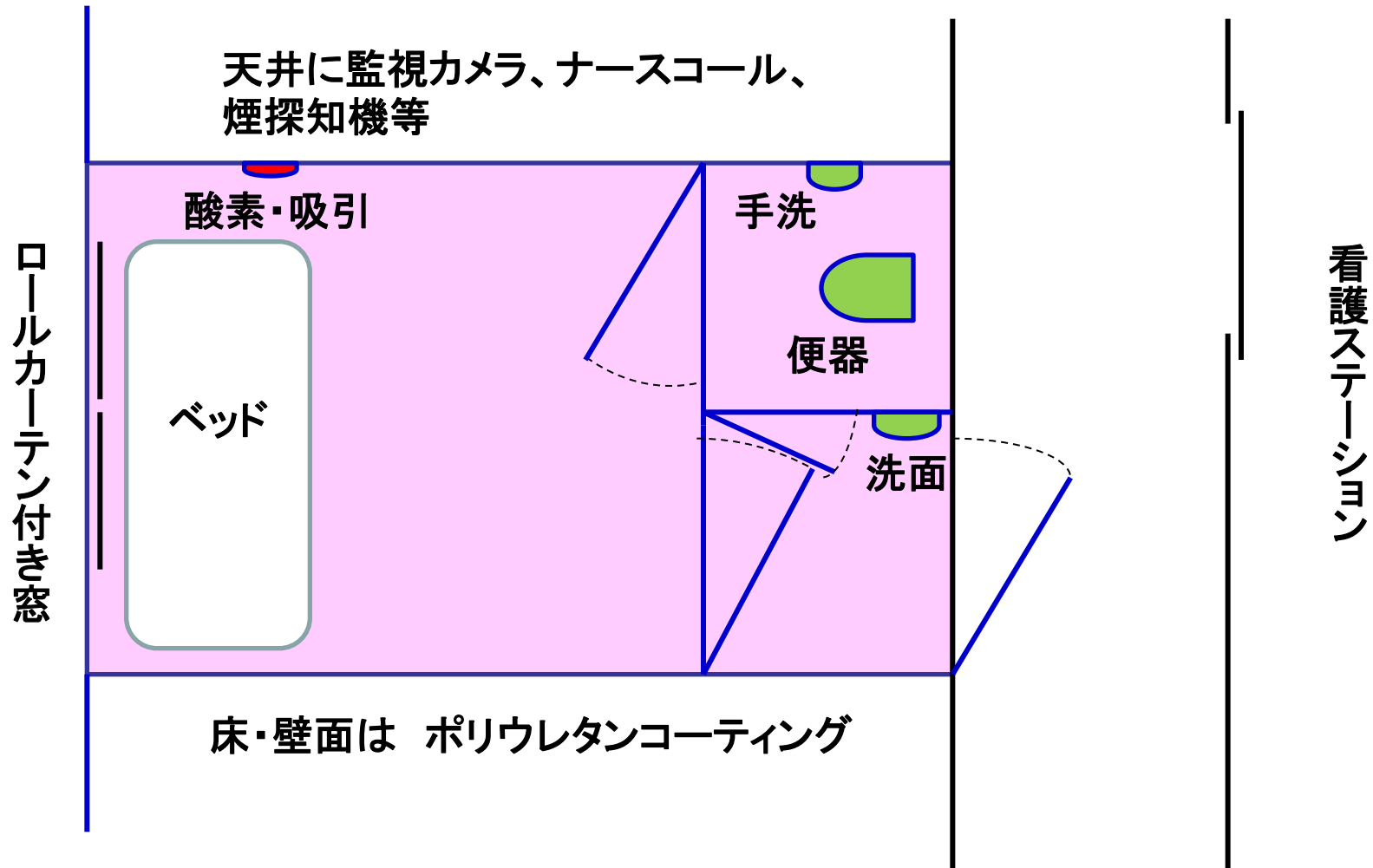


精神科救急入院料病棟平面図

～静岡県立こころの医療センター南2病棟(1992年建築・2008年改装)～



ハイケアユニット平面図



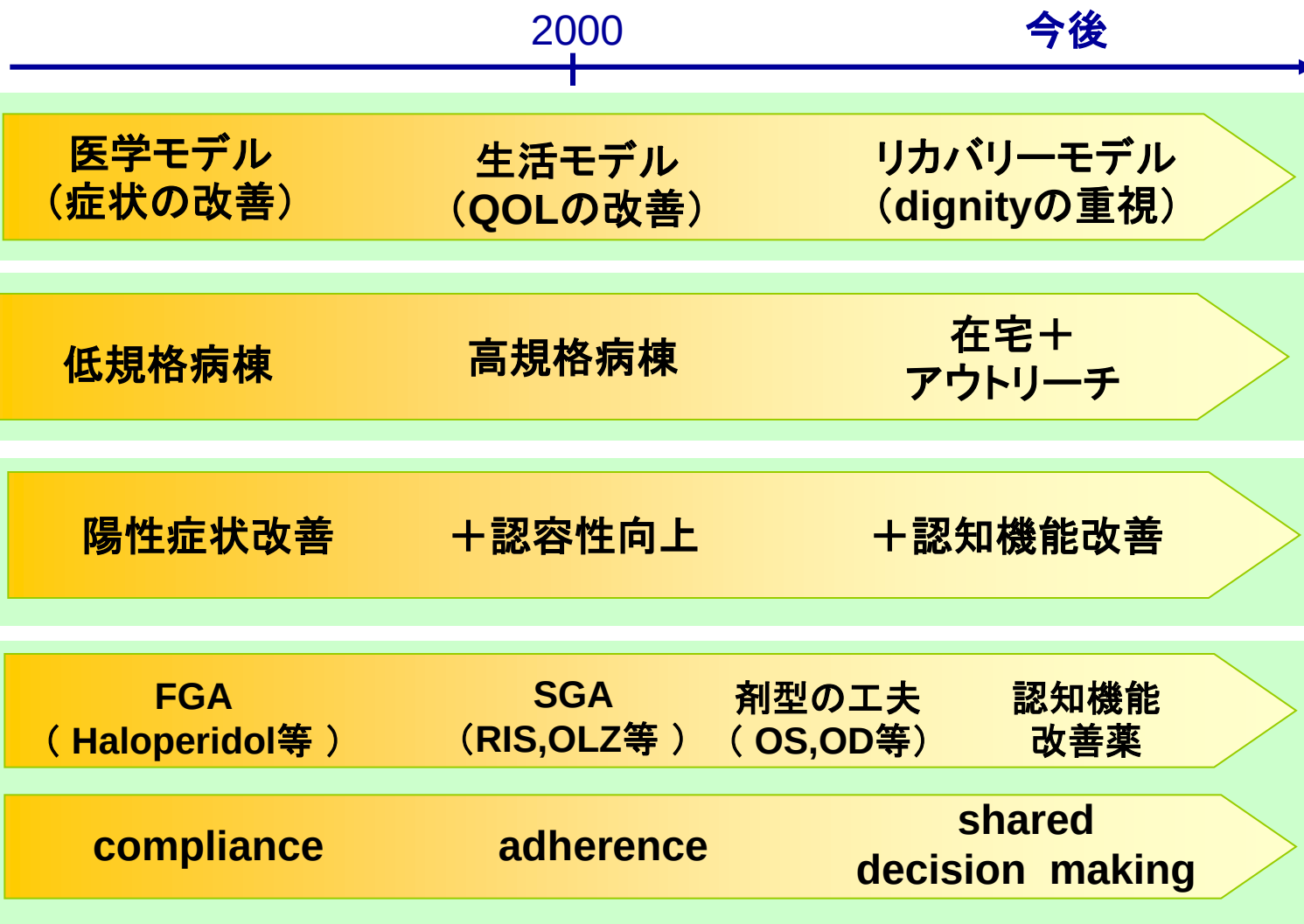


ハイケアユニット(静岡県立こころの医療センター)



ハイケアユニット(静岡県立こころの医療センター)

統合失調症薬物療法の変遷



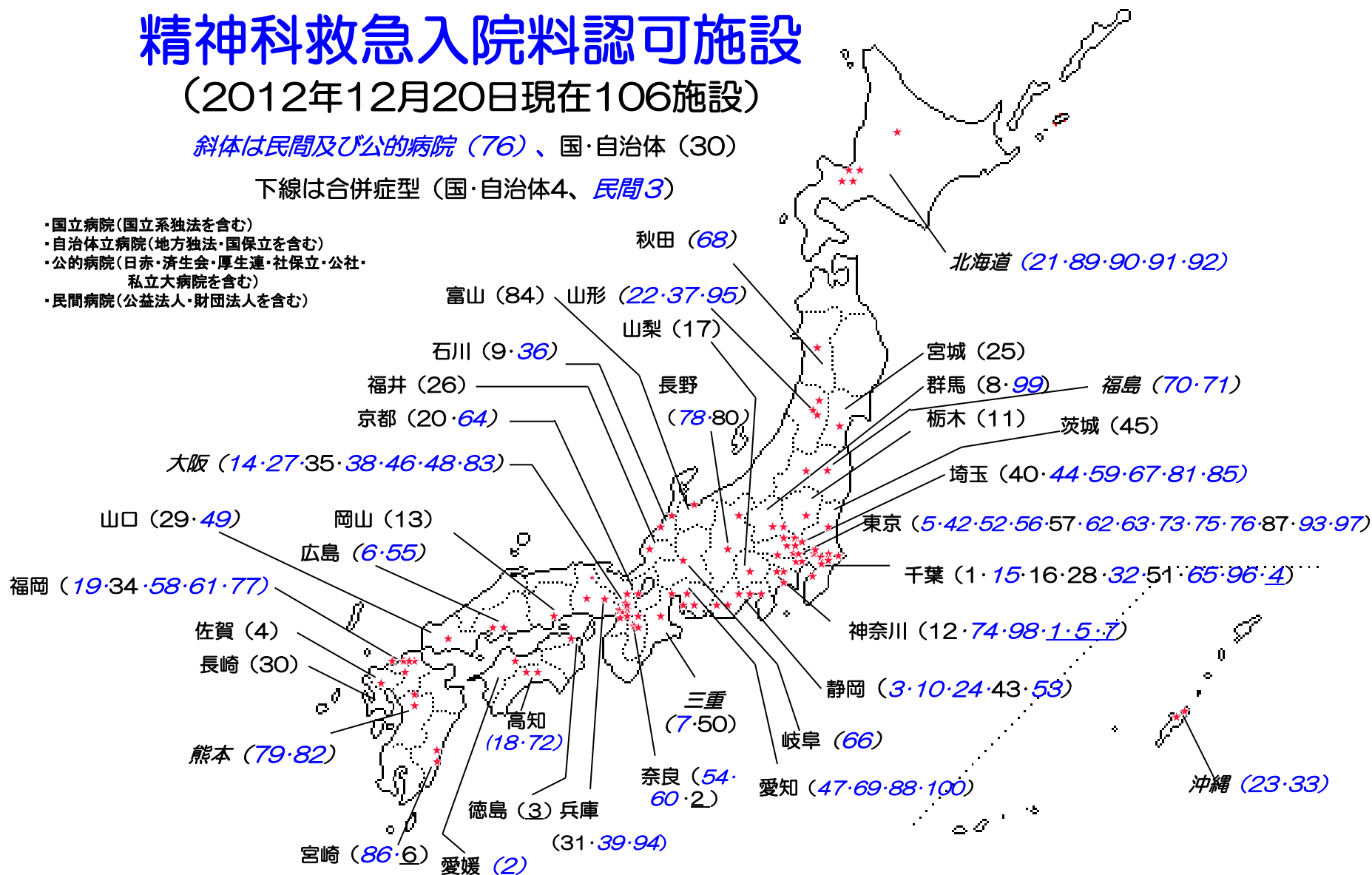
精神科救急入院料認可施設

(2012年12月20日現在106施設)

斜体は民間及び公的病院 (76)、国・自治体 (30)

下線は合併症型 (国・自治体4、*民間3*)

- ・国立病院 (国立系独法を含む)
- ・自治体立病院 (地方独法・国保立を含む)
- ・公的病院 (日赤・済生会・厚生連・社保立・公社・私立大病院を含む)
- ・民間病院 (公益法人・財団法人を含む)

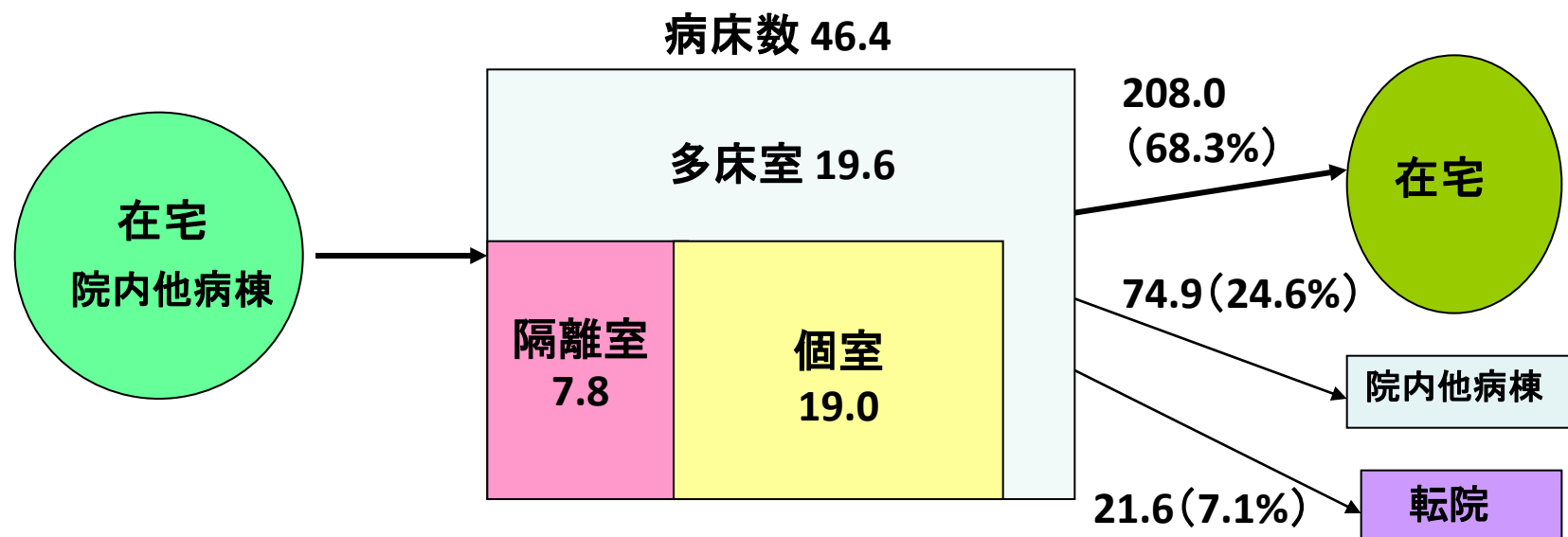


精神科救急病棟の平均像(66施設)

—2011年度—

《入院計308.8》

《退院計304.5》



専任スタッフ

医師 4.1人
看護師 25.8人
コメディカル 4.8人

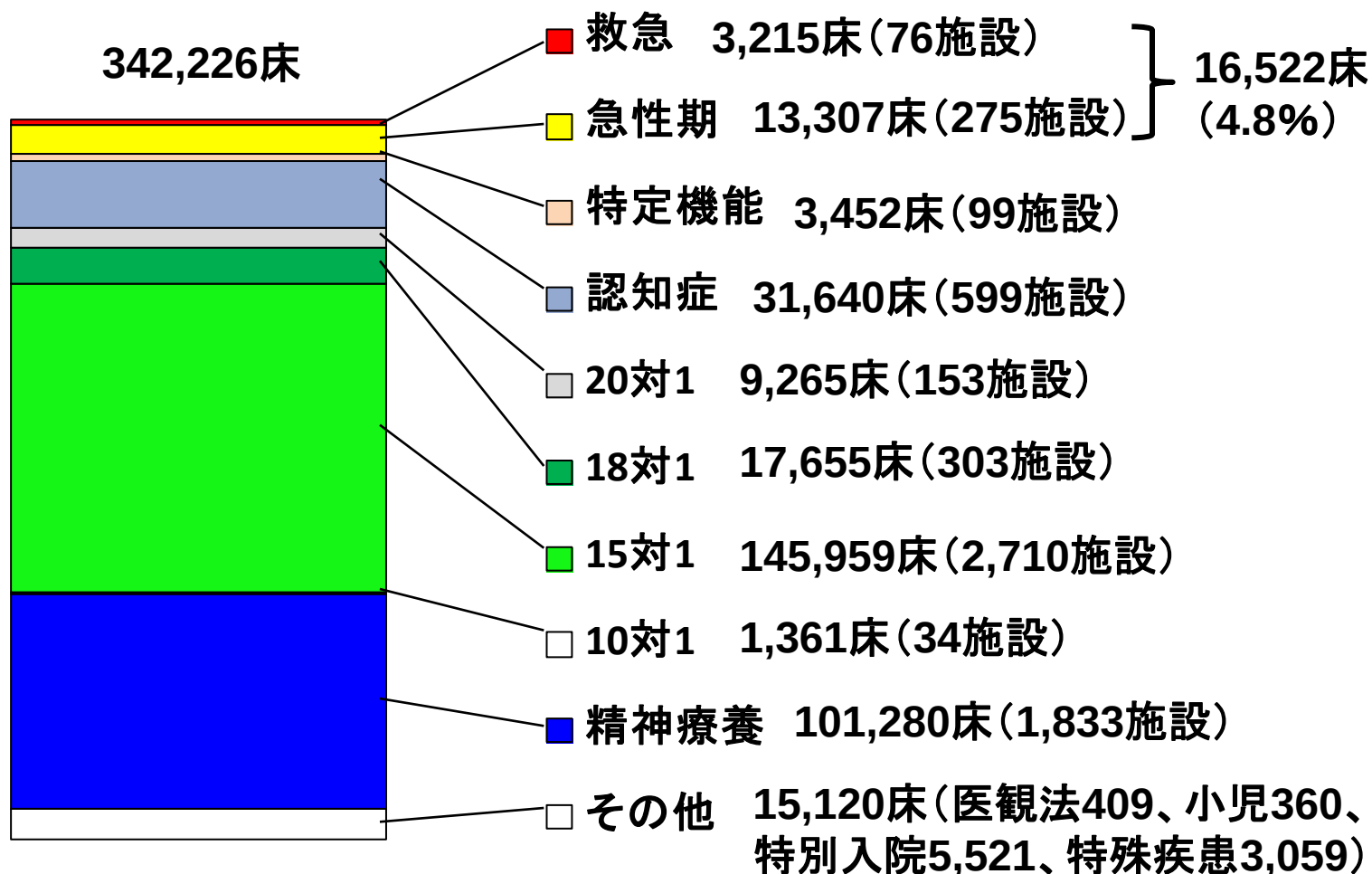
治療プロセス

入院精神療法 1982.6件
精神科作業療法 2822.6件
SST 55.1件
ECT 100.4件

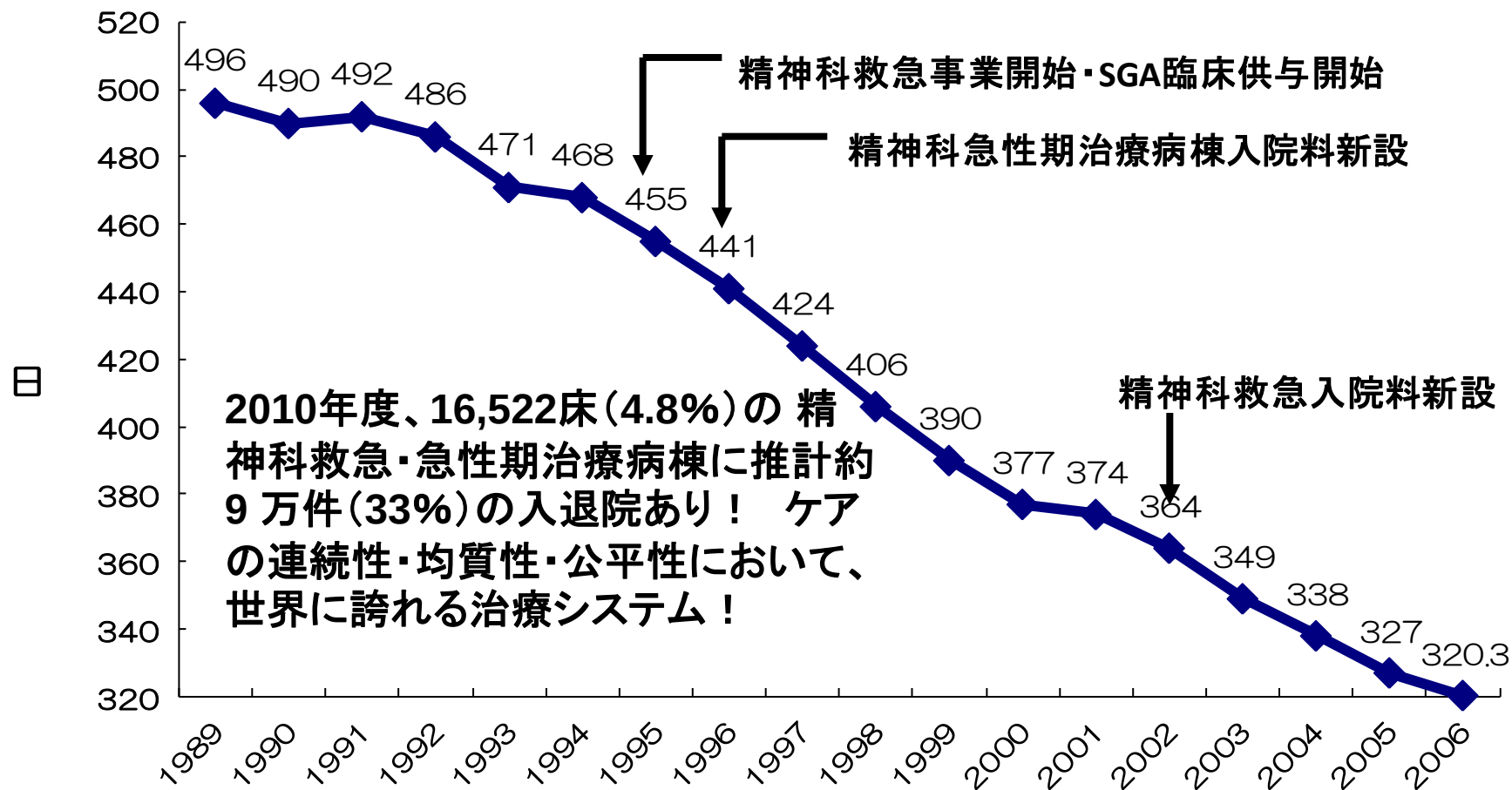
診療実績

平均在院日数 48.6日
病床利用率 88.1%
新規患者率 81.5%
在宅移行率 68.3%

精神病床の内訳(2010年6月末)



わが国の精神科平均在院日数の推移



資料：病院報告

救急ケース(1)

～急性精神病～

21歳 男性 大学生

性格は控え目で目立たないが、親しい友人は何人かいる。就活が不調で焦っていた。1か月前、郷里の恋人に別れ話をされた頃から不眠がち。ここ2～3日は食事もほとんど摂らず、アパートに引きこもる。本日、深夜1時頃、「世界的な大発見をしたが、誰かに横取りされようとしている。常に見張られている。命の危険を感じる」と友人にメールあり。案じた友人が家族に連絡し、救急受診。

診察した医師に対して、「あんたは組織の人間。信用できない」と敵意を向ける。治療と休息を勧めるが、強引に退室しようとする。制止した職員に殴りかかるなどしたため、鎮静ののち隔離室に医療保護入院となった。

薬物療法により速やかに病状改善し、45日で軽快退院。

救急ケース(2)

～激越性うつ病～

63歳 女性 老舗の洋品店経営

老舗の洋品店の一人娘として生育。婿養子を取り、3人の娘を育てながら店を切り盛りしてきた。10年前に夫が病死し、三女と二人暮らし。最近、大型店の進出などのため、店が所在する商店街は廃れ始め、経営的にも苦しくなる。周囲からは、店の売却を勧められたが、「80年続いた店を潰せない」と孤軍奮闘。しだいに不眠・不食に傾く。

数日前より、「もう終わり。どうにもならない。土地も財産もなくした。税務署からは脱税の疑いをかけられている」と事実と反する言動あり。本日未明、縊首自殺を図り、家族に止められるが、大声で興奮するため救急受診。自殺企図の切迫を認めたため医療保護入院となった。

薬物療法への反応鈍いため電気けいれん療法(mECT)を施行し、50日後に軽快退院。

救急ケース(3)

～アルコール振戦せん妄～

52歳 男性 会社役員

若い頃からの大酒家(ウイスキーのボトルが3日で空く)。仕事に支障を来すことはなく、会社の重役にまで上り詰めたが、1年ほど前から、妻に不倫疑惑を抱くようになる(事実はない)。周囲の勧めで精神科を受診。アルコール依存症と酒客嫉妬妄想を指摘され、断酒を勧められる。

何度かの挫折ののち断酒したところ、2日めより、不眠が出現。3日めに「小さな黒い無視が飛び回っている」「物陰で誰かが見張っている」と訴え始め、家中を探索して回る行動が出現し、救急受診した。発汗、振戦、幻視を認めたため、入院治療を勧めたところ「俺を抹殺しようとするのか」と興奮。身体拘束ののち入院とした。

心肺モニターのもとで補液とビタミンB群、ハロペリドールを投与したところ、1週間で回復。断酒プログラムをもつ専門病院に転院。

救急ケース(4)

～認知症のBPSD(Behavioral Psychiatric Symptoms with Dementia)～

83歳 男性 元高校教師

長年、高校の教師を務め、定年退職後も、教育関連機関に在職した。真面目一本槍で、やや融通の利かない性格。子どもたちは独立し、妻と二人暮らし。

約2年前より物忘れが目立ち始め、財布などを紛失することが多くなる。同時に、「誰かに盗まれた」「妻が浮気している」と被害的言動が出現し、妻に手を挙げることもあった。

本日深夜2時ころ、「泥棒が侵入している」と110番通報。駆けつけた警察官を「にせ者」と決めつけ、木刀を振り回すため、警察に保護され、救急受診に至った。認知症に伴うせん妄および精神病症状(BPSD)と診断され、精査も兼ねて医療保護入院とした。

薬物療法により、せん妄は改善したが、認知機能低下は改善せず、介護度も高いため、特別養護老人ホームへの入所を勧められひとまず認知症専門病棟を有する病院に転院した。

救急ケース(5)

～境界性パーソナリティ障害～

33歳 女性 無職

一人っ子。祖母に溺愛されて生育。中学2年頃、クラス内のいじめ(無視)を契機に登校渋りが出現。高校進学するも、1年の1学期で中退。以降は、アルバイトを転々とするが、長続きせず、しだいに自宅に閉居し、「こんな人間になったのは両親のせい」と両親に攻撃的となる。携帯電話で友人から批判的なことを言われるとリストカットすることが多くなり、17歳頃、精神科クリニック受診。しかし、過量服薬(OD)を反復し、二次救急のリピーターに。

何度目かのODののち、内科の依頼で両親とともに救急受診。「自分の病気は性格なので治らないと言われた」と投げやりな態度であったが、気分障害の要素を指摘し、通院治療を勧めると同意あり。気分安定剤を中心とした処方に変更。認知行動療法(CBT)的なアプローチも取り入れて、治療を継続。しだいに情動安定し、家事手伝いのほか短期間のアルバイトも可能となる。

救急ケース(6)

～アスペルガー障害～

26歳 男性 無職

子どもの頃から協調性のなさとかだわりの強さ(同じ玩具を多数ほしがると)を指摘されていたが、学業成績は良好。地元の進学校でもトップクラスの成績を修め、有名私大に進学。しかし、他人への思いやりに欠けるため、孤立しがち。大学院修了後、一流企業に就職するも、同僚や上司と衝突することが多く、2年で退社し、自宅閉居しがちとなる。

「自分の才能が認められないのは世の中が下らないせいだ」としだいに世間への恨みを募らせ、家族に対しても暴力的となるため、警察介入で救急受診。アスペルガー障害による適応障害を疑い、精査も兼ねて医療保護入院とした。

入院後、WAIS-RにてPDD(広汎性発達障害)の所見を確認。これらの結果を本人にフィードバックし、心理教育的にアプローチ。2か月で退院後は、通院しながら、社会参加を模索している。

4. 精神科救急医療が 目指すもの

精神科救急医療の3大任務

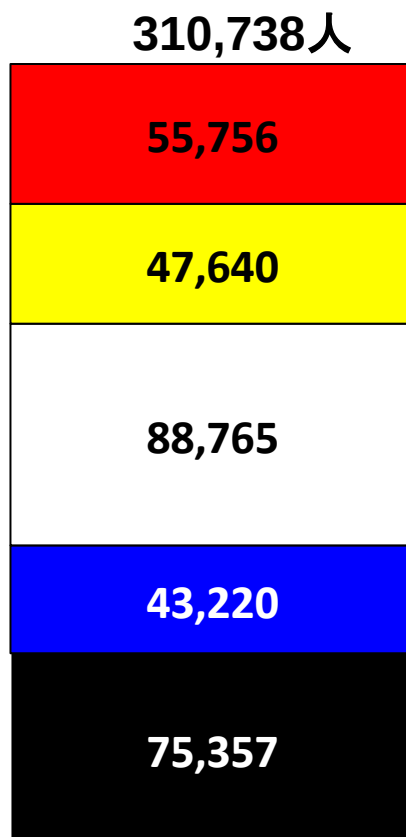
1. 精神疾患に起因する重大事象（自殺や重大事件）を未然に防止すること
2. 地域で生活する精神科利用者の急性再燃に迅速に対応し在宅ケアを支援すること
3. 重症の救急患者に手厚い医療を提供し、慢性化と長期在院を防止すること

参考) 医療観察法

1. 刑法39条により、精神障害のために判断能力を失った者(心神喪失者)や判断能力に著しい低下を来していた者(心神耗弱者)は、犯罪を犯しても罪を減免される。
2. 罪を減免された精神障害者は、重大事件(殺人、傷害、放火、性犯罪など)の場合は医療観察法、軽微な事件の場合は措置入院(精神保健福祉法による強制入院)の対象となる。
3. 医療観察法は触法精神障害者の再発防止と社会復帰促進を目的とした特別な専門医療を提供する。
4. 入院専門病棟は、28の国公立病院に707床あり(平成24年末)、高規格な医療と高額な医療費が保証されている。
5. 通院専門医療施設は417カ所あるが、高規格・高医療費とはいえない。

在院患者の現状と今後の方針

在院期間別在院患者数 (平成21
年6月末)



3ヶ月未満

3ヶ月～1年

1年～5年

5年～10年

10年以上

国の今後の方針

急性期治療
での精神科
特例廃止

入院は原則
1年以内
PSW配置等
で退院促進

重度かつ慢性
患者への配慮

退院促進
福祉施設移行

近未来
予測

急性型病棟
の高規格化

入院病棟の
限定(?)

厳密な定義
と診療報酬
上の加算

精神科救急医療が目指すもの

1. 医療技術の進化

- 精神科救急病棟は技術革新の工房
- 「精神科」から「高次脳機能内科（脳内科）」へ

2. アクセシビリティの向上

- 幅広い相談体制
- アウトリーチサービスの拡充（移動救急室、ACT）

3. 在宅ケアベースの治療システム確立

- 治療はクリニックとアウトリーチが主体
- 病棟がサテライト化（オープンシステム・高規格）
- 福祉サービスの進化

精神科救急情報センターに 求められる機能等について

埼玉県立精神保健福祉センター
精神科救急情報担当
塚本哲司

精神科救急医療相談の目的

- ・トリアージ(triage)

精神科救急医療の対象となる事例を的確に選別し、適切な医療機関を紹介する。

- ・地域生活支援

本人や家族等からのクライシスコールを受け、問題への対応について助言することにより、相談者の不安を軽減させるととともに、緊急性を回避する。

精神科救急医療相談における 地域生活支援

精神科救急医療相談の役割は、精神障害者の地域生活を支援することであり、単にその場の問題解決を支援することに止まらず、相談者の問題対処能力を高めるような対応することが求められる。

この対応こそが、精神科救急事例を減らすことにつながる。

精神科救急医療相談の可能性

- ・自殺対策への寄与。
- ・早期介入(精神病未治療期間(DUP)短縮化)への寄与。
- ・精神障害者のアドヒアランス(adherence)向上に寄与。
- ・家族への疾病教育機能。
- ・地域精神医療に対しインパクトを与える。
- ・地域精神保健福祉従事者へ危機介入に関する 知見を還元するとともに、教育的機能を併せ持つ。
- ・災害時精神医療体制の基幹的機能。

精神科救急医療相談に対応する 相談員について（１）

精神科救急事例への対応経験豊かな人材が望まれる。

しかし、精神科臨床経験の少ないスタッフで運営しなければならない場合には、バックアップ体制の整備は必須である。

いずれにおいても、常時精神保健指定医等からコンサルテーションが受けられる体制が必要である。

精神科救急医療相談に対応する 相談員について(2)

- ・精神科医療機関のみならず、個々の医療機関の特性や機能に関する知識がある。
- ・近隣都道府県の精神科医療機関に関する情報を持っている。
- ・検査データや、医学用語に関する知識がある。
- ・社会保障制度に関する知識がある。
- ・法制度に関する知識がある。
- ・地域生活支援施設等の社会資源に関する知識がある。
- ・地理感覚を持ち合わせている。

精神科救急医療相談における リスクマネージメントについて

相談電話はナンバーディスプレイ機能を活用すべきである（一貫性のある対応をするためにも）。

相談電話は録音機能があるものにすべきである（職員研修にも活用できる）。

リスクマネージメントについて検討し、対応手順等を予め定めておく。

情報公開

説明責任 (Accountability) を明らかにするためにも、
業務実績をホームページ等で情報公開すべきである。

情報公開を行うためには、日々の業務統計作業を
しっかり行う必要がある。

事業評価

対応の質を維持するためにも、定期的に事業評価を行う必要がある。

内部評価（業務検討）は、毎月行うべきである。

外部評価は、4半期に1度程度の頻度で行うことが望ましい。

輪番医療機関職員等を対象とした、事業説明会の開催を推奨する。

他機関との連携確立のための 配慮

連携という言葉は、Magic Wordである。
行政が連続性を維持することは困難である。



担当者が変わっても、事業や支援哲学の継続性、連続性が担保されるよう配慮する必要がある。

平準化のために必要な取り組み

- 用語の標準化。
- 業務統計項目の標準化。
- 標準的な対応マニュアルの作成。
- 目指すべき相談員の質を定め、養成のためのシラバス・教材・評価基準の作成。

ご静聴ありがとうございました。

精神科救急医療情報センターの対応 の基本

特定非営利活動法人メンタルケア協議会
西村由紀

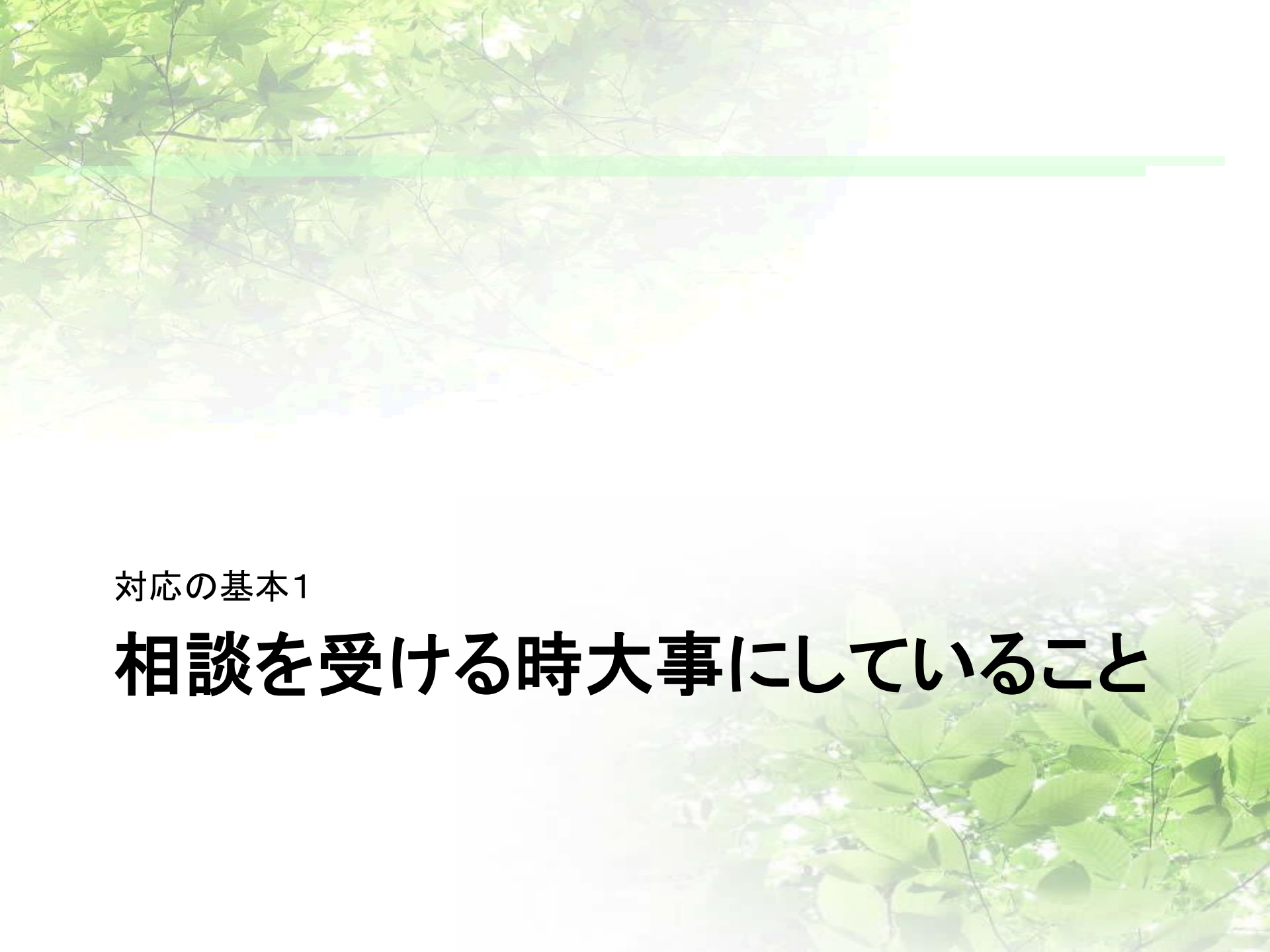
午後のプログラム

1. 相談を受ける基本姿勢とトリアージの基本
2. 希死念慮のある相談の受け方
3. 他機関との連携

ロールプレイ “死にたい”

4. 精神症状・身体症状の聞き取り&アセスメント
5. 精神科外来・入院へのつなぎ

グループロールプレイ “家庭内暴力”



対応の基本1

相談を受ける時大事にしていること

相談するときの心境

1. 不安・恐怖・辛さ・苦しさ
2. 不安全感（整理がつかない、もやもや）
3. 怒り・不満
4. 混乱・視野狭窄・絶望・自暴自棄

➡ 相談して楽になりたい、助言がほしい

5. 傷つけられる、不本意なことを言われる恐れ
6. 弱みを握られる、情報が漏れる恐れ

➡ 相談するのが怖い



心構え1 「対等」であること

- ◎ 相談者と相談員は対等な立場であることを常に意識する → 相談の技術6
- ◎ 「聴いてあげている」のではなく、「聴かせてもらっている」と考えるくらいでちょうど良いかも
- ◎ 相談者を上から目線で見たり、教え諭した気持ちは抑える
- ◎ もしそのような気持が現れたら、自分自身のアセスメントをする → 相談の技術5
- ◎ ただし、卑屈になることはなく、あくまで対等



心構え2 無条件で受け入れる

- ◎ 相談者のありのままの姿をそのまま受容する
- ◎ 相談者を善悪や、常識や、自分の価値観で判断してはいけない
- ◎ 常識を振りかざしたり、あるべき論を述べない
- ◎ ただし、悪事を行なうことを許すわけではない
(相談者の身の安全、社会からの放逐を心配する立場から、慎重に懸念を伝える)
- ◎ もし自分の中に、相談者を受け容れられない感情が湧いてきたら、しっかりとその感情に向き合い、制御する(時にはそのような感情が湧くことを伝えることもあるが、慎重に)

心構え3「わからない」ことを大切にする

- ② 少し話を聞いただけで、相談者の本当の姿や、深い悩みがわかるわけがない
- ② 自分の想像できる範囲で、勝手な理解をしてしまわない
- ② わからないことは、素直に聞いてよい
- ② 早わかりして、わかった気になってしまうのが一番怖い
- ② わかろうと努力することが大事
- ② 相手に関心を持っていること、わかろうとしていることを相手に伝える

心構え4 「できない」ことを自覚する

- ② その相談窓口によって、できることは限られている

例) 医療につなぐ、話を聞く、一時的な助言

- ② “悩みの全面的な解決”、“びっくりするほど役立つ助言”、“相手の間違いや行動を直してあげること”、などできないことを自覚する
- ② 相手の辛さに寄り添って、ちょっと楽になるためのお手伝いをするために、誠心誠意努力する



相談の技術1

◎ タメ口をきかない

- 相手を尊重していることを示すために丁寧語で
- 相手との距離を必要以上に近づけない
 - 甘えを引き出したり、退行させないように

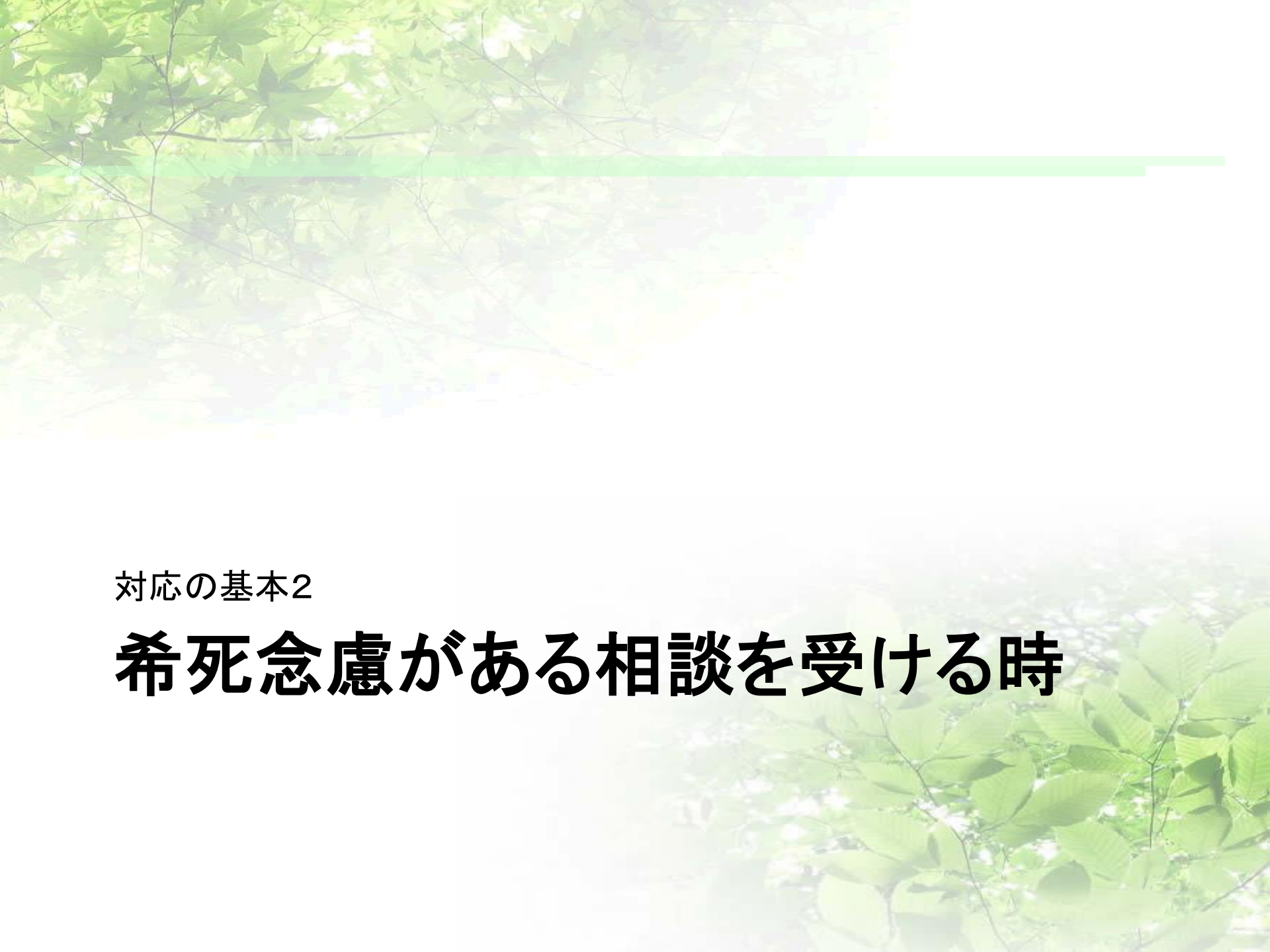
◎ 好感をもてるトーンや相槌

- 相手より少しゆっくりのテンポ、落ち着いたトーンで
 - 相手の言葉にこちらの言葉を被せない
 - 「うん、うん」を続けずに、「はい、ええ」を入れる
 - 相槌にいろいろなニュアンスを乗せて伝える
- 「聞いてますよ」をオーバー気味に表現する

精神科救急医療情報センターの対応

1. 身体症状の可能性 → 身体救急優先
2. 自傷他害の恐れ → 警察を呼ぶことを勧める
3. 精神症状で入院が必要 → 二次救急
4. 精神症状で外来受診が必要
→ 初期救急または開いている医療機関案内
5. 身体も精神も入院が必要 → 身体合併症

6. 医療に繋がなくても凌げる場合が少なくない。
かかりつけが対応できる時間まで凌げるよう
に、電話で傾聴や助言することも重要な役割



対応の基本2

希死念慮がある相談を受ける時

希死念慮への対応の基本

- ② 「死にたい」という言葉だけで驚かず、落ち着いて対応する。(相談者が望んでいれば、驚く)
- ② 緊急度の判断をして、手に負えないと感じた場合は、早めに家族、警察、救急車への連絡も考える。
- ② 衝動的に行動に移そうとしている場合は、その人をつなぎとめられる可能性のあるものの話をしてみる(家族、友人、ペット、仕事や今後の予定など)。
- ② しかし、依存性を引き出さないように気をつける。
- ② → 「この電話に繋がらないときは死ぬ」となるかも

希死念慮への対応の基本②

❖ 「死んではいけない」と言わない

❖ 「死にたい」と思っている自分を否定されたと感じる

❖ 死にたい気持ちを話せなくなってしまう

❖ 但し、じっくりと話を聞いてある程度関係ができた後に「私はあなたに死んでほしくないと考えています」という気持ちを伝えることは有効な場合も

★ 電話相談では、できることに限界がある。
個人情報を受けなければ助けられない命もある。

希死念慮への対応の基本③

❖ 「死ぬ」「死なない」の綱引きに陥らない

- その点だけに話が終始しても、出口は見えない
- 相談者の死ななければならない理由を引き出すだけ
- 日常生活や、これまでの経歴など、話を広げて本人の視野を広げられる点を探してみる

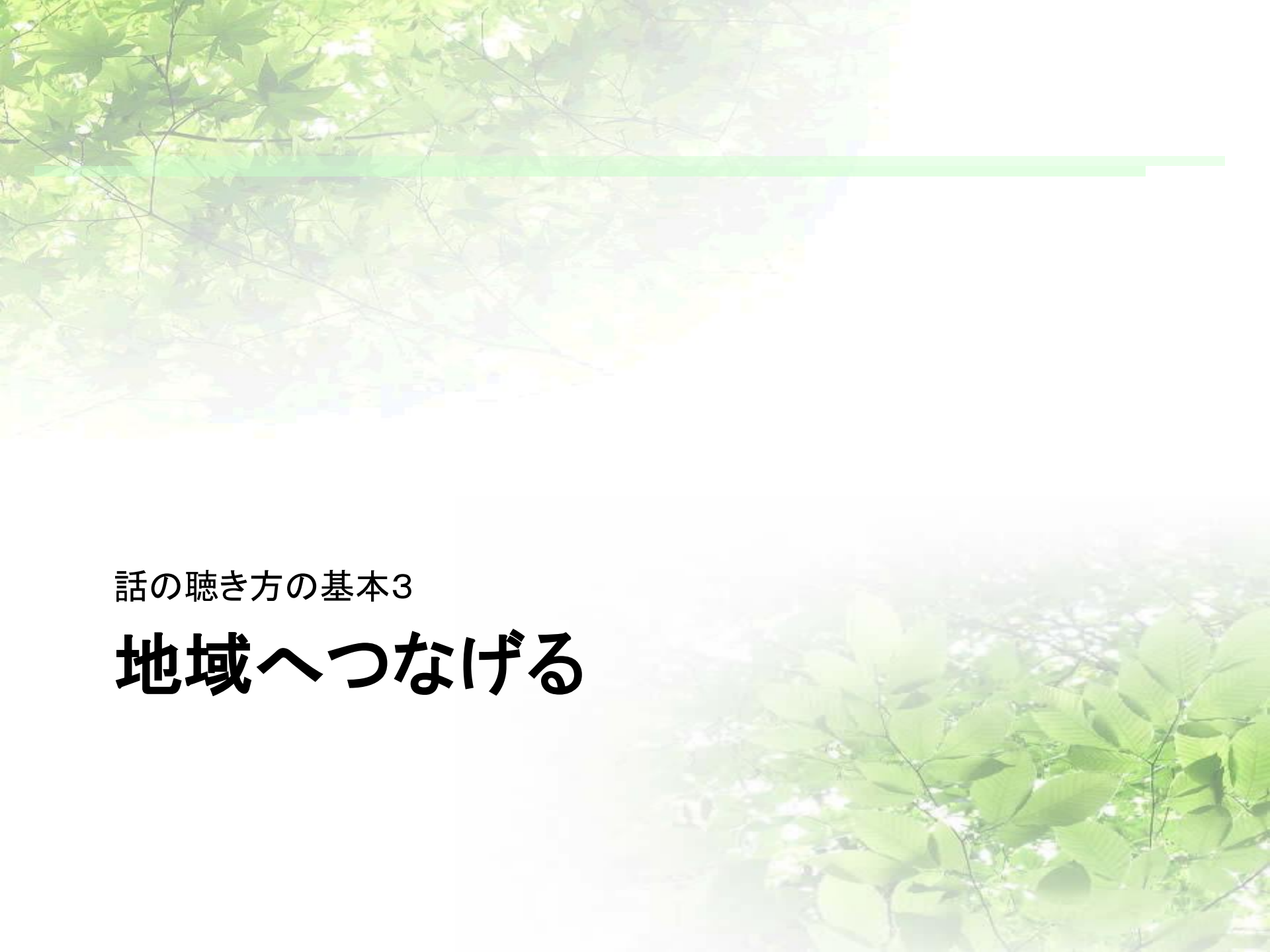
❖ 暗い気持ちに相談員が引きずられない

- 共感と、一緒に落ち込むのは違う
- 相談員も視野狭窄し、出口が見えなくなる
- その人や境遇の救われる面を見つけて、別の視点を相談者に提案できる心の余裕を持つ

希死念慮の緊急性判断

「自殺アセスメントシート」をもとに情報収集し、判断する

1. 一番大事なのは、本人の様子
(感覚を研ぎ澄まし、感覚を疑い、感覚を信じる)
2. 背景事情は、とても参考になるが、判断の全てではない
3. 本人の対応能力・周囲の支援力を視野に入れて対応を考える(同じ希死念慮の程度でも、対応策の答えは異なる)



話の聴き方の基本3

地域へつなげる



+REFER 社会資源につなげる

- ☀ 電話相談(や一個人)で抱えない
 - 電話相談(や個人)は、主たる相談先にはなりえない
 - しかるべき支援者につながることが大事
- ☀ 身近な支援者、現在利用している社会資源を優先する
 - これまで利用している施設や関係のできている支援者を尊重し、安易に施設を移ったりセカンドオピニオンを求めることを勧めない
 - 関係が密な人に悪口を言ってしまうことがあるということを念頭におく(依存と攻撃は裏腹)

支援者(施設)との関係を強化するように助言



社会資源紹介の注意

※ たくさん教えればよいわけではない

- お金の相談は○、施設利用は×、手続きは△等、たくさん相談先を教えると相談者が混乱すること
- 包括的な相談が必要な方には、マネジメント機能を持てるところへ紹介

※ 確実につなぐ(仲介)ことが必要なことも

→ 次のようなとき

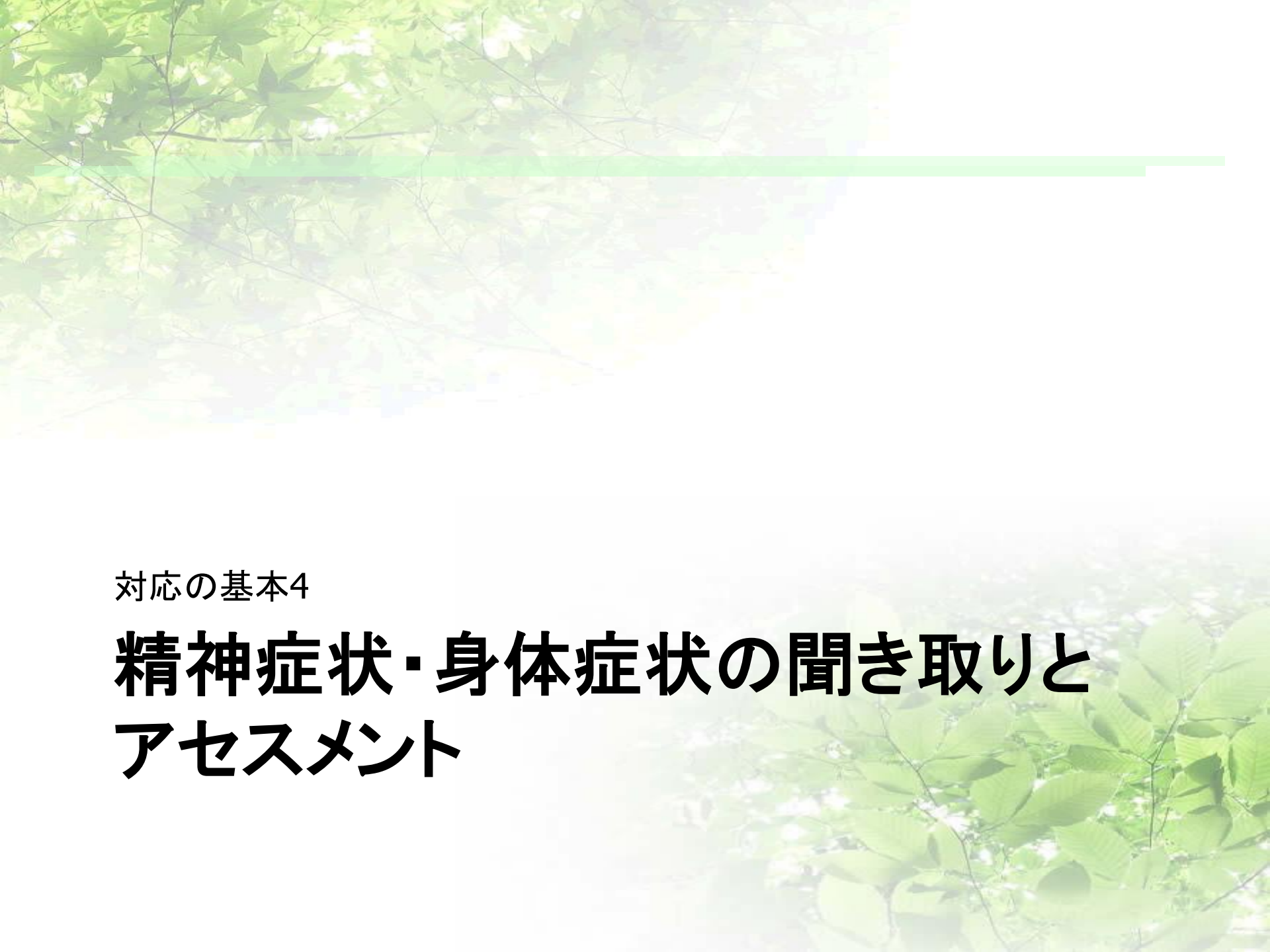
- 相談者の相談する気力が落ちている
- 初めての相談では問題がうまく伝えられない可能性
- 緊急性が高く、すぐに確実に繋がなければ危ない

自傷他害の緊急時以外は、本人の了解を得る



他機関へ仲介するときの注意

- ◎ 相談者の代わりに、家族や知人などへ連絡を取ることはしない（自傷他害の緊急時で、それ以外に方法が無い場合を除く）
- ◎ 相談者と関係者（家族、友人、担当保健師・ワーカー、主治医等）の関係仲裁はしない
- ◎ 相談する力がある人（特に依存傾向のあるか人）には、相談を代行しない



対応の基本4

精神症状・身体症状の聞き取りと アセスメント

精神科救急医療情報センターの対応

1. 身体症状の可能性 → 身体救急優先
2. 自傷他害の恐れ → 警察 呼ぶことを勧める
3. 精神症状 → 入院か → 救急

4. 精神症状 → わかりにくいことは、
一人で判断しない！

→ 初.

機関案内

5. 精神症状 → 医療的な判断は医師
に相談する！
6. 本日も →

合併症

- 早めの診察を勧める、適切な相談機関紹介
- 明日までのしのぎ方を助言

トリアージ医師に相談したいこと

1) 身体疾患の見極めやレベルの判断

身体疾患をお持ちの方の対応が精神科で可能かどうか
検査結果の読み方や診断、今すぐに必要な対応は何か
身体救急がよいのか、身体合併症がよいのか

2) 精神症状レベルの判断

現在の精神症状がすぐに入院が必要であるかどうか
今後、症状が収まるのか、悪化する可能性があるのか
医療保護入院が望ましいのか、
措置入院でなければ対応難しいか
外来で帰れるか、入院になる可能性があるか

3) 精神症状や副作用への対処方法

緊急受診が必要ではないレベルの精神症状や副作用への対処方法(頓服指示、応急処置など、明日までのしのぎ方)

緊急の受診が必要であるが、搬送手段や保護者、医療費の問題などで精神科救急システムが使えない場合、どのような対応方法があるか

4) 相談員では対応できない時の相談

医師など医療機関職員からの相談で、医療上の情報交換が必要な場合

警察や救急隊、施設職員やご家族など、関連法規やシステムについてご理解頂けない場合

医療的判断における相談員の役割

相談員の役割は、

- 情報を集める
- 変だな？おかしいな？を見つける
- 医師に的確に伝える
- 医師の指示の下で関係者の調整を図る

医師の判断を仰いで従う

情報の取り方の大原則

- 現場から直接連絡をもらう
- 家族とは、必ず直接話す（これまでの様子の聞き取り、医療保護入院や隔離拘束は直接説明する）
- 可能であれば、本人に電話を代わってもらう（代われない場合は、その理由を聞く）
- 救急隊、警察、第3者からの意見も聞く
- 医療機関が関わっていれば、必ず診察した医師から直接情報をもらう（診察していない場合は、していない理由を聞く）

※迅速に対応することで、関係機関の信頼を得る

1. 自傷他害の内容と程度

- どのような方法を取って(ろうとして)いるか
- 具体的な行動化が既にあったのか
- 周囲の者が止められる程度なのか

2. 精神症状に関すること

- 現在の精神症状はどのようなものなのか
(興奮や暴力だけでなく)
- 精神科既往歴、以前の症状を具体的に
- 現在の自傷他害が、精神症状によるものと言えるのかどうか

3. 身体症状に関すること

- バイタルサインを確認（意識レベル、呼吸数、脈拍、血圧、酸素飽和度、体温）
- 怪我やすぐに治療をしなければならないような疾患があるかどうか（自傷による怪我であっても、程度によって身体優先にする）
- 精神科入院に耐えられないような持病や、受けている処置などがないかどうか

身体救急優先の基準

「身体優先」扱いとするのは次の3つの場合

- ① 外傷、過量服薬など、一般科で直ちに処置しなくてはならない身体症状がある場合
- ② 糖尿病、肝炎、癌などの身体疾患があり、その程度が一般科での入院治療を要するほどの場合
- ③ 身体疾患からくる症状なのか、精神疾患の症状なのか判断が難しい場合

★疑わしい場合は身体救急受診を勧める

★判断に迷う場合はトリアージ医師相談

アセスメントに必要な情報収集

精神科では対応の難しい身体疾患を見逃さない

1. バイタルサインの確認
2. 持病、既往症、外傷の確認
3. ここ数日の状況を確認（風邪気味？、食事や水分摂取、アルコール摂取、身体・精神の両方の服薬状況、その他変わったことは？）
4. 一般科医療機関受診していれば、受けた検査と診断の結果、処置内容を確認

疾患の診断や判断をしてはいけませんが、
言われたことを理解するために「共通言語」を
知っておきたい

バイタルサイン 検査

1. 意識レベル
2. 脈拍 (plus)
3. 血圧 (BP) 上下
4. 呼吸数 (R)
5. 体温
6. SPO2 (血中酸素飽和度)

＜その他よくでてくる検査項目＞

1. 赤血球数、ヘモグロビン濃度 (Hb)
2. GOT、GPT、 γ GTP、BUN、クレアチニン、CPK

意識混濁の程度

Japan Come Scale

覚醒(目を覚ますこと)の程度を9段階で表し、
数値が大きいほど意識障害が重いことを示している

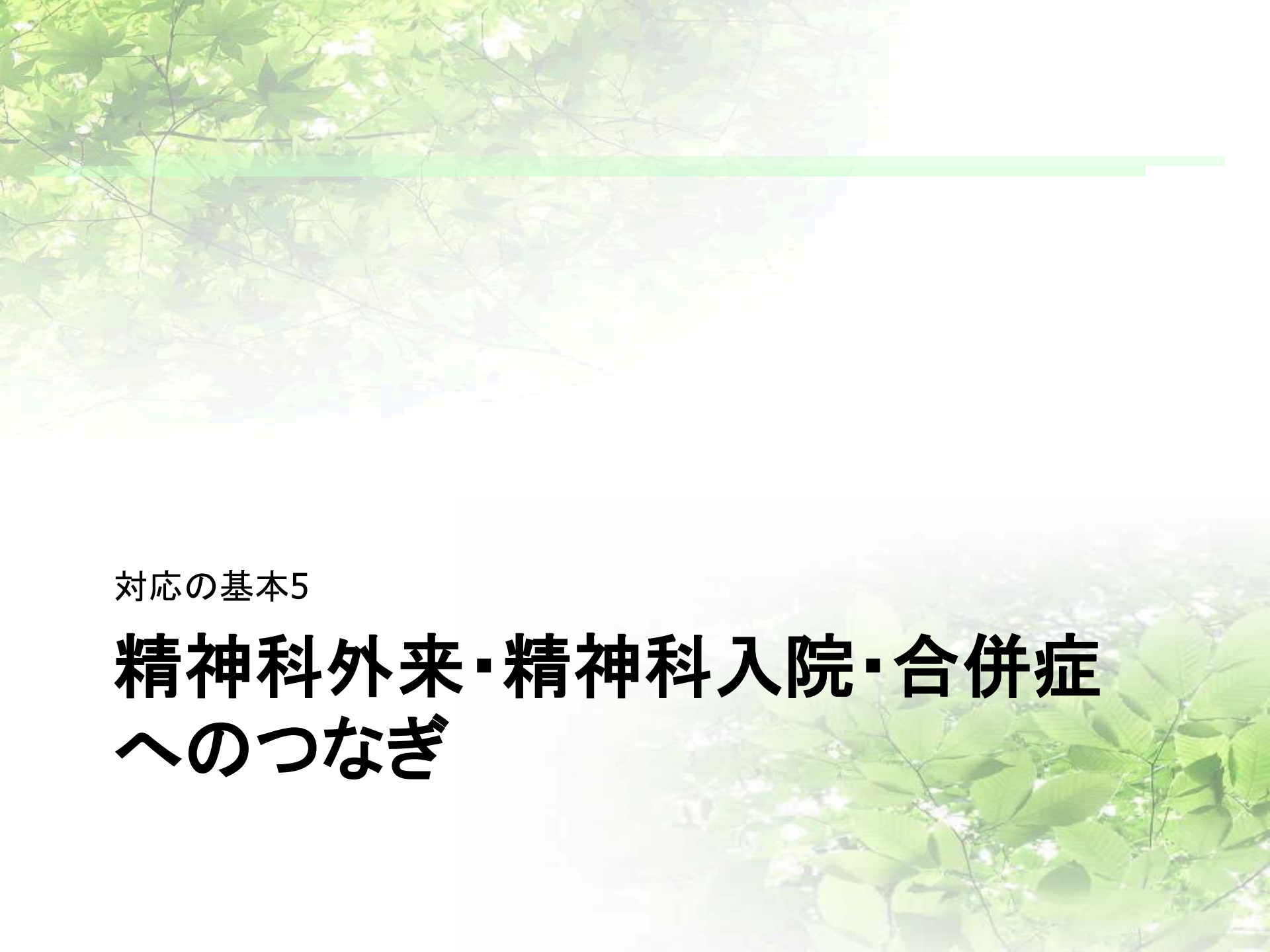
I. 刺激しないで覚醒している状態	ほぼ意識清明だが、今ひとつはっきりしない	1
	見当識(時・場所・人の認識)に障害がある	2
	自分の名前や生年月日が言えない	3
II. 刺激すると覚醒する状態(刺激をやめると眠り込む)	普通の呼びかけで目を開ける。「右手を握れ」などの指示に応じ、言葉も話せるが間違いが多い	10
	大声で呼ぶ、体を揺するなど目を開ける	20
	痛み刺激をしながら呼ぶとかろうじて目を開ける。「手を握れ」など簡単な指示に応じる	30
III. 刺激をしても覚醒しない状態	痛み刺激に対し払いのけるような動作をする	100
	痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる	200
	痛み刺激に反応しない	300

4. アルコール・薬物の可能性

- アルコールや薬物使用による酩酊状態でないことを確認（措置診察も飲酒中、薬物酩酊中では実施できない）
- 酩酊でなくても、これらの使用中ではないかを確認
- 普段の飲酒状況、これまでの薬物使用歴を確認（最近、合法ハーブが増えている）

5. 受け入れルールの確認

- 情報センター経由の受診の可能性があれば、受け入れ要件（保護者・医療費・搬送手段など）の情報を取る
- 上記の情報についても、警察からだけでなく家族からも聞く
- 情報センター経由の受診の要件を確認し、要件を満たしているかによって、24条通報をするかどうか微妙に判断が変わってくる（人道的措置？）



対応の基本5

精神科外来・精神科入院・合併症 へのつなぎ

精神科初期救急へのつなぎ

外来受診が必要か、外来受診で済む症状か

- ・直接本人に電話口で、症状と受診意志の確認
 - 飛び込み受診可能な症状で、初期当番が遠ければ、近くで夜間外来を行っている所を案内
 - 飛び込み受診では対応難しい症状がある場合や当番医療機関が近ければ、初期救急検討
(意志、交通手段、医療費、薬物AI等を確認)

初期救急利用の条件を満たしているか

- ★判断に迷う場合は**トライアージ医師相談**
- ★入院の可能性がある場合は**病院の初期救急**

精神科二次救急へのつなぎ

かかりつけ入院可能になるまで待てないのか

- ・精神症状の緊急度の判断（原則は医療保護入院）
（症状悪化のきっかけ、時期、以前の経過等）
- ・家族対応能力、協力者の確認

二次救急利用の条件を満たしているか

→ 都道府県によって決まっているルールに則り、利用者と受け入れ医療機関の両方への配慮を怠らない

★判断に迷う場合は**トリアージ**医師相談

精神身体合併症へのつながり

精神・身体合併症によるたらい回しを防ぐ

1) 精神症状多少あるが、身体治療優先望ましい

→

救急医療

救急医療

→

地域の医療資源や、その時の対応状況によって基準は大きく変動する精神障害者や精神症状を呈している者が、それだけで身体科医療をうけられない不利益をどう回避するかが判断の大きな基準

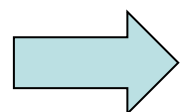
救急医療

3) 精神症状も身体症状も加療が必要

→ トリアージ医師に相談の上、身体合併検討

相談者（困っている人）の“負”の特徴

1. 自分の辛さや正当性を延々と訴える
2. その訴えを全面的に認めてもらえないと激しく怒る、八つ当たりする
3. どんな提案もダメと拒否（花一匁状態）
4. 相手を信頼できず、相談先を次々に変える
5. 全部他人任せにし、うまくいかないといとその人のせいにする
6. 人を使って、関係者を思い通りにしようとする



総じて「自己本位、自己愛的態度」



相談の技術

- ◎ 相談員を巻き込んで味方にしようとしてきたら
 - － ほかの相談窓口や関係者の悪口を言う
 - 気づかずに巻き込まれていませんか？ 他の相談窓口や関係者を信頼してあげてください。
 - － 「あなたは他の人と違って私にやさしくしてくれるわよね」という優しさのおねだり
 - 相談者の意図や心理を理解したうえで、通常の対応の範囲でやさしい態度をとる（やりすぎたり特別待遇はしない）

現場の相談員と、相談窓口の苦情を受ける
担当者の信頼関係が大事

表1

精神科救急情報センター運営状況等アンケート調査

基本事項														
1 都道府県名		2 情報センター設置状況			3 24時間精神医療相談窓口設置状況									
		設置済み	未設置		設置済み								未設置	
			設置予定	予定なし	予算化あり				予算化なし				設置予定	予定なし
					情報センターと一体	情報センターと分離	保健所と情報センター	精神保健福祉センターと情報センター	情報センターと一体	情報センターと機能分離	保健所と情報センター			
1	北海道 (札幌市)	○		○					○				○	
2	青森県			○									○	
3	岩手県	○			○									
4	宮城県(仙台市)	○										H25		
5	秋田県	○											○	
6	山形県	○											○	
7	福島県	○									○			
8	茨城県	○										H25		
9	栃木県	○										H24		
10	群馬県	○											○	
11	埼玉県(さいたま市)	○					○							
12	千葉県(千葉市)	○			○									
13	東京都	○						○						
14	神奈川県(川崎市・横浜市・相模原市)	○				○								
15	新潟県(新潟市)			○									○	
16	富山県	○			○									
17	石川県	○			○									
18	福井県	○			○									
19	山梨県	○										検討中		
20	長野県	○			○									
21	岐阜県	○			○									
22	静岡県(静岡市・浜松市)	○			○									
23	愛知県(名古屋市)	○			○									
24	三重県	○			○									
25	滋賀県	○					○							
26	京都府(京都市)	○					○							
27	大阪府(大阪市・堺市)	○				○								
28	奈良県	○							○					
29	和歌山県			○									○	
30	兵庫県(神戸市)	○			○									
31	岡山県(岡山市)	○			○									
32	広島県(広島市)	○			○									
33	鳥取県			○		○								
34	島根県	○			○									
35	山口県	○			○									
36	徳島県		H24										○	
37	香川県	○										H25		
38	愛媛県	○										検討中		
39	高知県		H25									H25		
40	福岡県(福岡市・北九州市)	○									○			
41	佐賀県		H25									検討中		
42	長崎県	○			○									
43	熊本県(熊本市)	○			○									
44	大分県	○											○	
45	宮崎県	○											○	
46	鹿児島県	○										検討中		
47	沖縄県	○			○									
		40	3	5	18	3	3	1	2	0	2	9	10	

都道府県名		Ⅱ 精神科救急情報センター													
		1開設 年月日	2設置機関						3運営方法		4指定都市(都道府県) 共同運営			5開設時間	
			自治体 立病院 (独法 含む)	大学病 院	民間病 院	精神保 健福祉 セン ター	身体科 救急情 報セン ター	その他	自治体 直営	その他	あり		なし	24時間 365日	その他
											全部	一部			
1	北海道														
	(札幌市)	H16.6						○		○			○		○
2	青森県														
3	岩手県	H19.9						○		○			○	○	
4	宮城県(仙台市)	H15.6	○							○			○		○
5	秋田県	H17.10	○						○				○		○
6	山形県	H24.2	○							○			○		○
7	福島県	H22.8			○					○			○		○
8	茨城県	H19.4				○			○				○		○
9	栃木県	H12. 4	○						○				○		○
10	群馬県	H13.4				○			○				○	○	
11	埼玉県(さいたま市)	H15.11				○			○		○				○
12	千葉県(千葉市)	H10.4	○						○		○			○	
13	東京都	H12.9						○		○			○		○
14	神奈川県(川崎市・横浜市・ 相模原市)	H8.4				○			○			○		○	
15	新潟県(新潟市)														
16	富山県	H17.10			○					○			○	○	
17	石川県	H20.9	平日日中は精神保健福祉センター・夜間休日は 自治体立病院						○				○	○	
18	福井県	H22.6	日中は精神保健福祉センター・夜間は民間病院						○	○				○	
19	山梨県	H10.4				○			○				○		○
20	長野県	H20.9	○							○			○	○	
21	岐阜県	H15.4			○					○			○	○	
22	静岡県(静岡市・浜松市)	H14.4	○							○	○			○	
23	愛知県(名古屋市)	H15.6						○		○	○			○	
24	三重県	H17.4						○		○			○	○	
25	滋賀県	H21.4				○			○				○	○	
26	京都府(京都市)	H13.4				○				○		○			○
27	大阪府(大阪市・堺市)	H17.4						○		○	○				○
28	奈良県	H13.7		○						○			○	○	
29	和歌山県														
30	兵庫県(神戸市)	H6.9						○		○	○			○	
31	岡山県(岡山市)	H18.4	○							○	○				○
32	広島県(広島市)	H15.4						○		○	○			○	
33	鳥取県														
34	島根県	H14.4	平日日中は保健所・夜間休日は自治体立病院							○			○	○	
35	山口県	H12.7	○							○			○		○
36	徳島県														
37	香川県	H16.4	○							○			○		○
38	愛媛県	H14.1				○			○				○		○
39	高知県														
40	福岡県(福岡市・北九州市)	H10.4						○		○	○				○
41	佐賀県														
42	長崎県	H16.4						○		○			○	○	
43	熊本県(熊本市)	H24.9						○		○	○				○
44	大分県	H17.10				○				○			○		○
45	宮崎県	H22.1			○					○			○		○
46	鹿児島県	H16.6	○							○			○		○
47	沖縄県	H10.6	平日日中は精神保健福祉センター・夜間休日は 精神保健福祉協会							○			○	○	
			11	1	4	9	0	11	12	29	10	2	27	19	21

都道府県名		6電話回線の設置状況						7職員体制				8時間帯別職員配置							
		一般住民等回線				その他の専用回線		常勤職員	兼務職員	非常勤	合計	平日日中	平日夜間	休日日中	休日夜間				
		設置			未設置	設置	未設置												
		公開	非公開	トリオフォン															
1	北海道	未設置																	
	(札幌市)	○				○		0	0	33	33	0	1～2	1～2	1～2				
2	青森県	未設置																	
3	岩手県	○					○	4	3	2	9	1	1	1	1				
4	宮城県(仙台市)	○				○		0	4	0	4	0	1	1	1				
5	秋田県	○					○	0	0	3	3	1	1	1	1				
6	山形県	○				○		0	19	0	19	0	1	1	1				
7	福島県	○				○		0	9	0	9	1	1	1	1				
8	茨城県		○			○		0	9	5	14	0	2	3	1				
9	栃木県				○	○		0	1	0	1	0	1	1	1				
10	群馬県				○	○		31	117	7	155	5	6	6	6				
11	埼玉県(さいたま市)	○		○		○		5	65	3	73	1～2	3	5	3				
12	千葉県(千葉市)	○				○		9	2	0	11	3～5	3～5	3～5	3～5				
13	東京都	○		○		○		12	0	43	55	6	2	3	2				
14	神奈川県(川崎市・横浜市・相模原市)	○				○		11	15	12	38	0	2	2.5	2				
15	新潟県(新潟市)	未設置																	
16	富山県	○					○	0	1～2	0	1～2	当番病院対応							
17	石川県	○					○	0	22	7	29	1	2	2	2				
18	福井県	○					○	0	0	4	4	1	2	2	2				
19	山梨県	○				○		7	0	3	10	0	1	0	1				
20	長野県	○					○	0	1	9	10	1	1	1	1				
21	岐阜県	○					○	0	36	0	36	1	1	1	1				
22	静岡県(静岡市・浜松市)	○					○	0	7	5	12	1	1	1	1				
23	愛知県(名古屋市)	○					○	輪番病院制のため未把握				3	3	3	3				
24	三重県	○					○	0	1	0	1	1	1	1	1				
25	滋賀県	○				○		7	82	26	115	7	5～6	3	3				
26	京都府(京都市)	○					○	0	0	2	2	0	2	2	2				
27	大阪府(大阪市・堺市)				○	○		1	非常勤輪番制			0	2	2	2				
28	奈良県	○					○	0	2	0	2	2	2	2	2				
29	和歌山県	未設置																	
30	兵庫県(神戸市)	○				○		1	0	20	20+α	1	2	2	2				
31	岡山県(岡山市)	○					○	0	多数	2	2+α	0	2	2	2				
32	広島県(広島市)	○					○	1	37	0	38	3	1	3	1				
33	鳥取県	未設置																	
34	島根県	○					○	0	9	0	9	7	2	2	2				
35	山口県	○				○		6	3	0	9	1	1	1	1				
36	徳島県	未設置																	
37	香川県				○	○		1	0	0	1	0	1	0	1				
38	愛媛県	○					○	1	0	1	2	0	2	2	0				
39	高知県	未設置																	
40	福岡県(福岡市・北九州市)	○				○		0	0	8	8	0	1	1	1				
41	佐賀県	未設置																	
42	長崎県	○					○	0	13	4	17	1	1	1	1				
43	熊本県(熊本市)	○					○	当番病院対応				当番病院対応							
44	大分県	○					○	0	2	0	2	0	2	2	2				
45	宮崎県				○	○		当番病院対応				0	0	当番病院					
46	鹿児島県				○	○		0	1	0	1	0	0	0	1				
47	沖縄県	○					○	6	0	8	14	1	1	1	1				
		33	1	2	6	20	20												

都道府県名		9職員の職種										10トリアージの基準等の明文化		11精神科医のコンサルテーション		
		精神科医師	看護師	保健師	作業療法士	精神保健福祉士	心理職	福祉職	事務職	その他	備考	明文化されている	明文化されていない	常時受けられる	一部の時間帯のみ受けられる	受けられない
1	北海道 (札幌市)		7			23			3	実数	○			○		
2	青森県															
3	岩手県		0.3	0.1		4.2							○	○		
4	宮城県・(仙台市)			1		3					実数	○		○		
5	秋田県								3		実数		○			○
6	山形県		複数										○	○		
7	福島県												○	○		
8	茨城県		1						3.5			○				○
9	栃木県		1										○	○		
10	群馬県	4	4.2	11			3.4		14				○	○		
11	埼玉県(さいたま市)			8	3	56	6				実数	○		○		
12	千葉県(千葉市)	15				11					実数		○	○		
13	東京都	3	5.47	0.33		5.04	1.04		8			○		○		
14	神奈川県(川崎市・横浜 市・相模原市)		0.2			0.7	0.7	3.6		0.6		○		○		
15	新潟県(新潟市)															
16	富山県												○		○	
17	石川県	1	1			1				1		○		○		
18	福井県		2				2				実数	○		○		
19	山梨県			1		2	2	1		4	実数	○		○		
20	長野県	1	5			2				2	実数	○		○		
21	岐阜県	1				1							○			○
22	静岡県		2.64			7		0.88		0.88			○	○		
23	愛知県(名古屋市)	(1)				2					実数	○		○		
24	三重県					1					実数	○		○		
25	滋賀県			2		3			2		実数	○		○		
26	京都府(京都市)		15			4					実数	○		○		
27	大阪府(大阪市・堺市)											○			○	
28	奈良県	1				1					実数	○		○		
29	和歌山県															
30	兵庫県(神戸市)					複数	複数	複数	複数			○			○	
31	岡山県(岡山市)	(1)	0.2		0.2	0.2	0.2		0.2			○		○		
32	広島県(広島市)					4						○		○		
33	鳥取県															
34	島根県	0.1	0.5			0.5			1				○			○
35	山口県	1	6			2					実数		○	○		
36	徳島県															
37	香川県		1								実数		○	○		
38	愛媛県	0.143	0.714	0.714			0.143		0.286			○		○		
39	高知県															
40	福岡県(福岡市・北九 州市)		8.98			26.11	3.89					○			○	
41	佐賀県															
42	長崎県	1	1	1	3	7	3			1	実数	○		○		
43	熊本県(熊本市)											○		○		
44	大分県		1	1		1					実数		○		○	
45	宮崎県		当番病院			当番病院							○	○		
46	鹿児島県	1									実数	○		○		
47	沖縄県		8	2	1		2			1	実数	○		○		
												25	15	30	6	4

都道府県名		12対応事例					13相談者内訳										人口万 対(相談 件数)
		365日 24時間、措置 含む	夜間、 休日 24時間、措置 含む	365 日、 24時間、措置 以外	夜間、休日 24時間、措置 以外	その他	本人	家族	精神科医 療機関	身体科医 療機関	警察	消防	保健所	その他	合計		
1	北海道県	未設置															
	(札幌市)				○		1903(46.4%)	1118(27.2%)	61(1.5%)	109(2.7%)	149(3.6%)	384(9.4%)	26(0.6%)	351(8.5%)	4101	21.2	
2	青森県	未設置															
3	岩手県			○			4261(92.1%)	205(4.4%)	6(0.1%)	22(0.5%)	18(0.4%)	8(0.2%)	38(0.8%)	66(1.5%)	4624	34.6	
4	宮城県(仙台市)					○	4232(81.6%)	506(9.8%)	37(0.7%)	0	47(0.9%)	157(2.9%)	97(1.9%)	113(2.2%)	5184	22.4	
5	秋田県					○	82(53.6%)	52(34%)	0	0	1(0.7%)	0	1(0.7%)	17(11.1%)	153	1.4	
6	山形県					○	15(68.18%)	4(18.18%)	0	0	0	1(4.55%)	0	2(9.09%)	22	0.2	
7	福島県					○	42(62.7%)	24(35.8%)	0	0	0	1(1.5%)	0	0	67	0.3	
8	茨城県					○	26(13%)	138(68%)	2(1%)	4(2%)	7(4%)	15(7%)	0	10(5%)	202	0.7	
9	栃木県					○	308(21.0%)	428(29.1%)	75(5.1%)	0	257(17.5%)	82(5.6%)	239(16.2%)	81(5.5%)	1470	5.8	
10	群馬県					○	精神科救急医療相談に対応していない										
11	埼玉県(さいたま市)		○				3796(57.3%)	1865(28.2%)	169(2.6%)		86(1.3%)	398(6.0%)	24(0.4%)	286(4.3%)	6624	9.3	
12	千葉県(千葉市)			○			1000(30.3%)	924(28.0%)	105(3.2%)	97(2.9%)	399(12.1%)	476(14.4%)	138(4.2%)	158(4.8%)	3297	5.4	
13	東京都					○	7344(54%)	3849(28.3%)	141(1%)	258(1.9%)	483(3.6%)	749(5.5%)	31(0.2%)	746(5.5%)	13601	10.7	
14	神奈川県(川崎市・横浜市・ 相模原市)					○	4452(52.2%)	3035(35.6%)	69(0.8%)	138(1.6%)	115(1.4%)	130(1.5%)	16(0.2%)	570(6.7%)	8525	9.6	
15	新潟県(新潟市)	未設置															
16	富山県				○		1534(68.7%)	441(19.8%)	53(2.4%)	31(1.4%)	45(2.0%)	89(4.0%)	29(1.3%)	10(0.4%)	2232	20.4	
17	石川県			○			182(56.9%)	128(40%)	1(0.3%)	0	1(0.3%)	4(1.3%)	0	4(1.3%)	320	2.8	
18	福井県			○			1480(72.1%)	192(9.4%)	66(3.2%)	34(1.7%)	150(7.3%)	30(1.5%)	29(1.4%)	72(3.5%)	2053	25.5	
19	山梨県					○	178(49%)	104(28.7%)	1(0.1%)	13(3.8%)	15(4.1%)	14(3.9%)	21(5.8%)	17(4.7%)	363	4.2	
20	長野県			○			274(53.8%)	156(30.6%)	22(4.3%)	0	3(0.6%)	10(2%)	0	44(8.6%)	509	2.4	
21	岐阜県				○		146(36.8%)	116(29.2%)	6(1.5%)	2(0.5%)	4(1.0%)	9(2.2%)	0	114(28.7%)	397	1.9	
22	静岡県(静岡市・浜松市)			○			926(46%)	601(29.9%)	35(1.7%)	42(2.1%)	15(0.7%)	54(2.7%)	20(1%)	319(15.9%)	2012	5.3	
23	愛知県(名古屋市)			○			2319(57.3%)	1120(27.7%)	75(1.9%)	175(4.3%)	32(0.8%)	18(0.4%)	0	310(7.8%)	4049	5.7	
24	三重県					○	886(73.2%)	144(12%)	1(0.1%)	5(0.4%)	1(0.1%)	0	0	172(14.2%)	1209	6.6	
25	滋賀県					○	311(63.5%)	84(17.1%)	17(3.5%)	13(2.7%)	37(7.6%)	9(1.8%)	2(0.4%)	17(3.5%)	490	3.5	
26	京都府(京都市)				○		1512(57.1%)	665(25.1%)	97(3.7%)	不明	227(8.6%)	39(1.5%)	8(0.3%)	102(3.8%)	2650	10.4	
27	大阪府(大阪市・堺市)				○		0	0	304(8.9%)	0	800(23.4%)	1200(35.1%)	0	1111(32.5%)	3415	3.9	
28	奈良県				○		223(34%)	150(23%)	21(3%)	6(1%)	13(2%)	22(3%)	0	216(33%)	651	4.6	
29	和歌山県	未設置															
30	兵庫県(神戸市)				○		711(24%)	1131(38%)	0	0	644(22%)	143(5%)	0	340(11%)	2969	5.3	
31	岡山県(岡山市)				○		1064(62.9%)	325(19.2%)	212(12.5%)	76(4.5%)	15(0.9%)	0	0	0	1692	8.7	
32	広島県(広島市)			○			752(63.6%)	377(31.9%)	13(1.1%)	8(0.7%)	15(1.3%)	5(0.4%)	0	13(1.1%)	1183	4.1	
33	鳥取県	未設置															
34	島根県			○			O(相談窓口 6042)	O(相談窓口 549)	81(21.3%)	34(8.9%)	94(24.7%)	18(4.7%)	25(6.6%)	129(33.9%)	381	5.3	
35	山口県					○	1978(71.2%)	517(18.6%)	27(1%)	27(1%)	50(1.8%)	83(3%)	52(1.9%)	45(1.6%)	2779	19.1	
36	徳島県	未設置															
37	香川県					○	5(55.6%)	2(22.2%)	0	0	0	2(22.2%)	0	0	9	0.1	
38	愛媛県					○	50(17.5%)	114(40%)	12(4.2%)	6(2.1%)	44(15.4%)	21(7.3%)	10(3.5%)	29(10.1%)	286	2.0	
39	高知県	未設置															
40	福岡県(福岡市・北九州市)					○	400(18.9%)	794(37.6%)	209(9.9%)	精神科医療 機関の中に 含む。	112(5.3%)	175(8.3%)	257(12.2%)	165(7.8%)	2112	4.2	
41	佐賀県	未設置															
42	長崎県			○			1047(71.7%)	257(17.4%)	9(0.7%)	21(1.4%)	11(0.7%)	13(0.9%)	3(0.2%)	112(7.6%)	1473	10.2	
43	熊本県(熊本市)				○		(平成23年度未設置)										
44	大分県					○	1476(90.8%)	107(6.6%)	0	5(0.3%)	10(0.6%)	3(0.2%)	0	24(1.5%)	1625	13.5	
45	宮崎県					○	66(68.1%)	17(17.5%)	0	0	4(4.1%)	6(6.2%)	0	4(4.1%)	97	0.8	
46	鹿児島県					○	0	0	1(3.2%)	0	7(22.6%)	1(3.2%)	3(9.7%)	1961(3%)	31	0.2	
47	沖縄県			○			2250(62.1%)	671(18.5%)	244(6.7%)	113(3.1%)	60(1.7%)	53(1.5%)	65(1.8%)	169(4.7%)	3625	25.6	
		0	1	11	12	17	47231 (54.6%)	20361 (23.5%)	3411 (3.9%)		3968 (4.6%)	4429 (5.1%)	1136 (1.3%)	5957 (6.9%)	86493	6.5	

都道府県名		14トリージ結果		15救急事例の対応結果								備考
		精神科救急事例と判断	非精神科救急事例と判断	医療機関紹介件数	(再掲)応急入院	(再掲)医療保護入院	(再掲)任意入院	(再掲)外来受診	(再掲)電話対応のみ・その他	(再掲)受診せず	(再掲)医療機関紹介できず	
1	北海道	未設置										結果不明 17事例あり
	(札幌市)	558(13.6%)	3543(86.4%)	558(100%)	1(0.2%)	128(22.9%)	36(6.5%)	279(50.0%)	20(3.6%)	77(13.8%)	0	
2	青森県	未設置										
3	岩手県	93(2%)	4531(98%)	93(100%)	未集計						0	
4	宮城県(仙台市)	172(3.3%)	5012(96.7%)	172(100%)	未集計						0	
5	秋田県	0	153(100%)	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	山形県	1(4.5%)	21(95.5%)	1(100%)	未集計						0	
7	福島県	20(29.9%)	47(70.1%)	8(40%)	0	0	3(15%)	1(5%)	3(15%)	1(5%)	12(60%)	
8	茨城県	58(28.7%)	144(71.3%)	58(100%)	0	36件(62%)	13件(22%)	9件(16%)	0	0	0	
9	栃木県	881(76.3%)	273(23.7%)	未集計								
10	群馬県	精神科救急医療相談に対応していない										
11	埼玉県(さいたま市)	339(5.1%)	6285(94.9%)	301(88.8%)	15(5.0%)	152(50.5%)	13(4.3%)	89(29.6%)	8(2.7%)	24(8.0%)	38(11.2%)	
12	千葉県(千葉市)	986(29.9%)	2311(70.1%)	986(100%)	16(6.3%)	259(26.3%)	24(2.4%)	431(43.7%)	169(措置含)	87(8.8)	0	
13	東京都	1510(11.1%)	12091(88.9%)	860(57.0%)	1(0.1%)	318(40.0%)	44(5.1%)	109(12.7%)	325(37.8%)	63(7.3%)	650(43.%)	
14	神奈川県(川崎市・横浜市・相模原市)	642(7.5%)	7883(92.5%)	454(70.7%)	0	241(37.5%)	25(3.9%)	160(24.9%)	0	28(4.4%)	188(29.3%)	
15	新潟県(新潟市)	未設置										
16	富山県	204(9.1%)	2028(90.9%)	204(100%)	4(2.0%)	53(26.0%)	18(8.8%)	126(61.8%)	3(措置含)	0	0	
17	石川県	24(7.5%)	296(92.5%)	未集計								
18	福井県	384(18.7%)	1669(81.3%)	未集計								
19	山梨県	86(23.7%)	277(76.3%)	86(100%)	1(1.7%)	27(31.4%)	9(10.5%)	40(46.5%)	0	9(10.5%)	0	
20	長野県	66(13%)	443(87%)	45	未集計							
21	岐阜県	17(4.3%)	380(95.7%)	未集計								
22	静岡県(静岡市・浜松市)	365(18.1%)	1647(81.9%)	未集計								
23	愛知県(名古屋市)	1948(48.1%)	2101(51.9%)	1948(100%)	未集計	62	40	209	559(措置含)	1078	不明	
24	三重県	124(10.3%)	1085(89.7%)	未集計								
25	滋賀県	37(7.6%)	453(92.4%)	35(94.5%)	0	6(17.1%)	1(2.9%)	2(5.7%)	25(71.4%)	1(2.9%)	2(5.4%)	
26	京都府(京都市)	254(9.6%)	2396(90.4%)	254(100%)	12(4.7%)	107(42.1%)	3(1.1%)	109(42.9%)	0	23(9.1%)	0	
27	大阪府(大阪市・堺市)	不明	不明	2259(不明)	197	811	369	438	258	186	不明	
28	奈良県	527(81%)	124(19%)	424(80%)	未集計						103(20%)	
29	和歌山県	未設置										
30	兵庫県(神戸市)	726(24%)	2243(76%)	726(100%)	53(7.3%)	402(55.4%)	117(16.1%)	125(17.2%)	29(措置含)	0	0	
31	岡山県(岡山市)	140(8.3%)	1330(78.6%) 判定不能: 222(13.1%)	140(100%)	4(2.9%)	30(21.4%)	6(4.3%)	49(35.0%)	34(24.3%)	17(12.1%)	0	
32	広島県(広島市)	244(20.6%)	939(79.4%)	244(100%)	24(9.8%)	0	6(2.5%)	214(87.7%)	0	0	0	
33	鳥取県	未設置										
34	島根県	未集計										
35	山口県	377(13.6%)	2402(86.4%)	377(100%)	4(1.1%)	175(46.4%)	60(15.9%)	94(24.9%)	43(措置含)	1(0.3%)	0	
36	徳島県	未設置										
37	香川県	9(100%)	0	未集計								
38	愛媛県	134(46.9%)	152(53.2%)	134(100%)	1(0.8%)	55(41.0%)	14(10.5%)	34(25.4%)	18(13.4%)	12(9.0%)	0	
39	高知県	未設置										
40	福岡県(福岡市・北九州市)	579(27.4%)	1533(72.6%)	579(不明)	10(1.7%)	250(43.2%)	78(13.0%)	73(12.6%)	不明	15(26.1%)	不明	
41	佐賀県	未設置										
42	長崎県	15(0.1%)	1458(99.9%)	15(100%)	0	6(40.0%)	3(20.0%)	5(33.3%)	0	1(6.7%)	0	
43	熊本県(熊本市)	(平成23年度未設置)										
44	大分県	10(0.6%)	1615(99.4%)	8(80%)	0	0	0	0	8(80%)	0	2(20%)	
45	宮崎県	14(14.4%)	83(85.6%)	未集計							0	
46	鹿児島県	19(61.3%)	12(38.7%)	19(100%)	0	13	3	0	3(措置含)	0	0	
47	沖縄県	408(11.3%)	3204(88.7%)	408(100%)	0	112(27.5%)	51(12.5%)	216(52.9%)	0	29(7.1%)	0	
		11971 (14.6%)	70164 (85.4%)	11396							995	

都道府県名		16通報業務の対応件数								
		通報受理機能委任あり	通報受理機能はない	通報受理機能が委任されている						
				24条等通報事例	(再掲)事前調査	(再掲)診察不要	(再掲)精神保健診察の実施	(再掲)緊急措置入院	(再掲)措置入院	(再掲)措置不要
1	北海道			未設置						
	(札幌市)		○							
2	青森県			未設置						
3	岩手県		○							
4	宮城県(仙台市)		○							
5	秋田県		○							
6	山形県		○							
7	福島県		○							
8	茨城県	○		74	74	6	68	46	47	21
9	栃木県		○							
10	群馬県	○		24条:263 25条:38 26条:67 26条の2:1	24条:263 25条:38 26条:67 26条の2:1	24条:29 25条:10 26条:63	24条:234 25条:28 26条:4 26条の2:1	24条:60	24条:83 25条:21 26条:1 26条の2:1	24条:151 25条:7 26条:3
11	埼玉県(さいたま市)	○		243	235	10	213	46	106	61
12	千葉県(千葉市)		○							
13	東京都		○							
14	神奈川県(川崎市・横浜市・相模原市)		○							
15	新潟県(新潟市)			未設置						
16	富山県		○							
17	石川県		○							
18	福井県	○		23条:7 24条:47 25条:7 26条:1	23条:7 24条:47 25条:7 26条:1	23条:1 24条:18 25条:6	23条:6 24条:29 25条:1 26条:1	24条:4	23条:6 24条:16 25条:1	24条:13 26条:1
19	山梨県		○							
20	長野県		○							
21	岐阜県		○							
22	静岡県(静岡市・浜松市)		○							
23	愛知県(名古屋市)		○							
24	三重県		○							
25	滋賀県	○		23条:8 24条:85 25条:11 26条:34 (34条:1)	23条:8 24条:85 25条:2 26条:2	23条:2 24条:20 25条:9 26条:32	23条:6 24条:65 25条:2 26条:2	23条:3 24条:44	23条:1 25条:1	23条:2 24条:21 25条:1 26条:2
26	京都府(京都市)		○							
27	大阪府(大阪市・堺市)		○							
28	奈良県		○							
29	和歌山県			未設置						
30	兵庫県(神戸市)		○							
31	岡山県(岡山市)		○							
32	広島県(広島市)		○							
33	鳥取県			未設置						
34	島根県		○							
35	山口		○							
36	徳島			未設置						
37	香川		○							
38	愛媛	○		36	36	32	5	0	4	1
39	高知			未設置						
40	福岡県・(福岡市・北九州市)		○							
41	佐賀			未設置						
42	長崎		○							
43	熊本県・(熊本市)			(平成23年度未設置)						
44	大分		○							
45	宮崎		○							
46	鹿児島		○							
47	沖縄		○							
		6	33							

都道府県名		17紹介できなかった事例
1	北海道	未設置
	(札幌市)	精神科救急事例と判断されたが、「同伴者がいないため受診できない」や「当番病院のベッドが満床のため受け入れられない」「医療費の支払い能力がないため受け入れ困難」などの理由により医療機関につなげられなかった事例が数件見受けられた。
2	青森県	未設置
3	岩手県	該当事例なし
4	宮城県(仙台市)	該当事例なし
5	秋田県	該当事例なし
6	山形県	該当事例なし
7	福島県	受け入れ病院調整後、相談者と電話が繋がらないなど。
8	茨城県	該当事例なし
9	栃木県	【判定】受診歴のある病院238件→【転帰】受診歴のある病院55件 上記の通り、受診歴のある病院への受診と判定しても、実際の受診は少数にとどまっている。
10	群馬県	精神科救急医療相談に対応していない。
11	埼玉県(さいたま市)	医療費支払い能力がない・搬送できない・輪番病院受け入れ済み・受け入れ時間超過・処遇困難事例・保護者同伴不可能・身体合併症
12	千葉県(千葉市)	該当事例なし
13	東京都	うつで昏迷で寝たきり状態、アパート管理人が発見。家族おらず生保受けているが、区長同意経験無し。区役所も福祉担当者も連絡つかず、保護者不在で受け入れられず。精神疾患による興奮状態だが自傷他害はなし。家族が車に乗せようとしても頑と聞かず、病院へ搬送できずあきらめた。 1年前にガンの手術を受けて治療継続中、うつ症状悪化。身体管理の問題があり、受け入れ可能な病院見つけられず。
14	神奈川県(川崎市・横浜市・相模原市)	・ベッド(保護室)がない。 ・搬送手段がなくて連れて行けない。 ・医療機関到着時間が目安の時間に間に合いそうになく時間切れとなった。 ・当番医療機関の所在地が遠くて相談者が諦めた。 ・身体合併や薬物使用疑いにより、病院が対応できないと判断した。
15	新潟県(新潟市)	未設置
16	富山県	該当事例なし
17	石川県	不明
18	福井県	不明
19	山梨県	該当事例なし
20	長野県	不明
21	岐阜県	不明
22	静岡県(静岡市・浜松市)	不明
23	愛知県(名古屋市)	不明
24	三重県	不明
25	滋賀県	当番病院等に調整するも、受入不能。
26	京都府(京都市)	該当事例なし
27	大阪府(大阪市・堺市)	確保している医療機関の病床以上に、入院・相談者(入院調整中)からの紹介要請があり、休日昼間に発生した場合は夜間に。平日夜間の場合は翌日に持ち越した事例がある。年数回。
28	奈良県	朝方などは、翌日対応等
29	和歌山県	未設置
30	兵庫県(神戸市)	該当事例なし
31	岡山県(岡山市)	該当事例なし
32	広島県(広島市)	該当事例なし
33	鳥取県	未設置
34	島根県	不明
35	山口県	該当事例なし
36	徳島県	未設置
37	香川県	不明
38	愛媛県	該当事例なし
39	高知県	未設置
40	福岡県(福岡市・北九州市)	紹介するも遠方を理由に断れた事例あり
41	佐賀県	未設置
42	長崎県	該当事例なし
43	熊本県(熊本市)	(平成23年度未設置)
44	大分県	警察からの相談、最寄りの保健所への相談を勧めたケース:1件。家族・知人からの相談、家族により一晩見守りを行い、翌日かかりつけ医への受診を勧めたケース:1件。
45	宮崎県	該当事例なし
46	鹿児島県	不明
47	沖縄県	該当事例なし

都道府県名		18担当職員の研修体制			19一般科救急情報センターとの連携		20事業実績管理と情報公開				21補完施設の有無			
		定期的に実施している	不定期に実施している	実施していない	連携している	連携していない	データ管理されている			データ管理されていない	管轄する自治体全域をカバーできている	管轄する自治体全域をカバーできない	補完する施設がある	補完する施設はない
							ホームページ等で情報公開している	一部ホームページ等で情報公開している	ホームページ等で情報公開していない					
1	北海道	未設置												
	(札幌市)		○			○			○			○		
2	青森県	未設置												
3	岩手県	○	○			○			○			○		
4	宮城県(仙台市)			○		○			○			○		
5	秋田県			○		○			○			○		
6	山形県	○				○			○			○		
7	福島県			○		○				○		○		
8	茨城県			○		○				○		○		
9	栃木県			○		○		○				○		
10	群馬県	○				○		○				○		
11	埼玉県(さいたま市)	○				○		○				○		
12	千葉県(千葉市)			○		○			○			○		
13	東京都	○				○		○				○		
14	神奈川県(川崎市・横浜市・相模原市)	○				○		○				○		
15	新潟県(新潟市)	未設置												
16	富山県	○				○			○			○		
17	石川県			○		○			○			○		
18	福井県	○				○			○			○		
19	山梨県	○			○			○				○		
20	長野県	○				○		○				○		
21	岐阜県			○		○			○			○		
22	静岡県(静岡県・浜松市)	○				○			○			○		
23	愛知県(名古屋市)			○		○			○			○		
24	三重県			○		○		○				○		
25	滋賀県	○				○				○		○		
26	京都府(京都市)	○				○			○			○		
27	大阪府(大阪市・堺市)		○			○			○			○		
28	奈良県			○		○			○			○		
29	和歌山県	未設置												
30	兵庫県(神戸市)	○				○			○			○		
31	岡山県(岡山市)		○		○				○			○		
32	広島県(広島市)		○		○			○				○		
33	鳥取県	未設置												
34	島根県			○		○			○			○		
35	山口県	○				○			○			○		
36	徳島県	未設置												
37	香川県			○		○			○			○		
38	愛媛県			○	○				○				○	
39	高知県	未設置												
40	福岡県(福岡市・北九州市)	○			○					○		○		
41	佐賀県	未設置												
42	長崎県		○			○		○				○		
43	熊本県(熊本市)	(平成23年度未設置)				○	(平成23年度未設置)					○		
44	大分県	○				○				○		○		
45	宮崎県			○	○					○		○		
46	鹿児島県			○		○			○			○		
47	沖縄県	○			○			○				○		
		18	6	16	7	33	0	11	22	6	39	1	0	

都道府県名		Ⅲ精神科救急医療体制整備事業																		
		1精神科救急医療体制連絡調整委員会							2医療連携に係る研修会等運営事業について				3搬送体制				4精神科救急医療確保事業			
		予算化している	予算化していない	開催している	開催していない	その他開催している	その他は開催していない	予算化している	予算化していない	実施している	実施していない	予算化している	予算化していない	実施している	実施していない	予算化している	予算化していない	実施している	実施していない	
1	北海道 (札幌市)	○		○					○				○			○		○		
		(実地主体:北海道)																		
2	青森県	○		○					○		○	○		○		○		○		
3	岩手県	○			○		○		○		○	○			○	○		○		
4	宮城県(仙台市)	○			○		○		○		○		○		○	○		○		
5	秋田県	○		○					○		○	○			○	○		○		
6	山形県	○		○					○		○	○		○		○		○		
7	福島県	○		○					○		○	○		○		○		○		
8	茨城県	○			○	○			○		○	○		○			○		○	
9	栃木県	○		○					○		○		○		○	○			○	
10	群馬県	○		○					○		○	○		○		○		○		
11	埼玉県(さいたま市)	○			○	○			○	○		○		○		○		○		
12	千葉県(千葉市)	○		○					○		○	○		○		○		○		
13	東京都	○		○				○		○		○		○		○		○		
14	神奈川県(川崎市・横浜市・相模原市)	○		○					○		○	○			○	○		○		
15	新潟県(新潟市)	○		○					○		○		○		○	○		○		
16	富山県	○		○					○		○	○		○		○		○		
17	石川県	○			○		○		○		○		○		○	○		○		
18	福井県	○		○					○		○	○			○	○		○		
19	山梨県	○		○					○		○	○		○		○		○		
20	長野県	○		○					○		○		○		○	○		○		
21	岐阜県	○			○		○		○		○		○		○		○		○	
22	静岡県(静岡市・浜松市)	○		○					○		○	○		○		○		○		
23	愛知県(名古屋市)	○		○					○		○	○		○		○		○		
24	三重県		○		○		○		○		○		○		○	○		○		
25	滋賀県	○		○					○		○	○		○		○		○		
26	京都府(京都市)	○		○					○		○	市実施	○	市実施	○	○		○		
27	大阪府(大阪市・堺市)	○		○					○		○	○		○		○		○		
28	奈良県		○		○		○		○		○		○	○			○		○	
29	和歌山県	○		○					○		○	○		○		○		○		
30	兵庫県(神戸市)	○		○					○		○	○		○		○		○		
31	岡山県(岡山市)	○		○					○		○		○		○		○		○	
32	広島県(広島市)	○		○					○		○	○		○		○		○		
33	鳥取県	○		○					○		○	○		○		○		○		
34	島根県	○		○					○		○		○		○		○		○	
35	山口県	○		○					○		○		○		○	○		○		
36	徳島県	○		○					○		○		○		○	○		○		
37	香川県	○		○					○		○		○		○	○		○		
38	愛媛県		○		○		○		○		○	○		○		○		○		
39	高知県	○		○				○		○			○		○	○		○		
40	福岡県(福岡市・北九州市)	○		○					○		○	○		○		○		○		
41	佐賀県		○		○		○		○		○		○		○	○		○		
42	長崎県	○		○					○		○	○		○		○		○		
43	熊本県(熊本市)	○		○					○		○	○		○		○		○		
44	大分県	○		○					○		○	○		○		○		○		
45	宮崎県	○		○					○		○	○		○		○		○		
46	鹿児島県	○		○			○	○		○			○		○	○		○		
47	沖縄県	○		○					○		○	○		○		○		○		
		43	4	37	10	2	9	3	44	4	42	29	18	26	20	42	5	41	6	

都道府県名		5身体合併症救急医療確保事業				6身体合併症等後方搬送事業				7ミクロ救急体制確保事業				8二次医療件数	9精神科救急医療圏数	10精神科救急医療施設数					11協力診療所数	12消防法による搬送基準	
		予算化している	予算化していない	実施している	実施していない	予算化している	予算化していない	実施している	実施していない	予算化している	予算化していない	実施している	実施していない			合計	輪番病院(再掲)	常時対応施設(再掲)	身体合併症対応施設(再掲)	あり		なし	
1	北海道		○		○		○				○		○	21	8	67	67	0	0	0		○	
	(札幌市)	(実施主体:北海道)																			44		○
2	青森県		○		○		○		○		○		○	6	6	22	22	0	0	0		○	
3	岩手県	○		○		○		○		○		○	9	4	14	9	4	1	8		○		
4	宮城県(仙台市)		○		○		○		○		○		○	7	1	25	25	0	0	0		○	
5	秋田県		○	○			○		○		○		○	8	5	19	13	1	5	0	○		
6	山形県		○				○		○		○		○	4	3	7	7	0	0	0	○		
7	福島県		○		○		○		○		○		○	7	4	25	25	0	0	0	○		
8	茨城県		○		○		○		○		○		○	9	1	28	27	1	0	0	○		
9	栃木県	○			○		○		○		○		○	6	1	1	0	1	0	0		○	
10	群馬県		○		○		○		○		○		○	10	1	14	13	1	0	0		○	
11	埼玉県(さいたま市)		○		○		○		○		○		○	10	2	40	38	2	0	42	○		
12	千葉県(千葉市)	○			○		○		○		○		○	9	4	47	42	1	4	0	○		
13	東京都	○		○			○		○		○		○	12	4	40	37	2	1	29		○	
14	神奈川県(川崎市・横浜市・相模原市)		○		○		○		○		○		○	11	1	48	43	5	0	12		○	
15	新潟県(新潟市)		○		○		○		○		○		○	7	2	26	26	0	0	0	○		
16	富山県		○		○		○		○		○		○	4	2	28	28	0	0	17	○		
17	石川県		○		○		○		○		○		○	4	3	16	16	0	0	11	○		
18	福井県		○		○		○		○		○		○	4	2	10	10	0	0	0	○		
19	山梨県		○		○		○		○		○		○	4	1	9	9	0	0	0		○	
20	長野県		○		○		○		○		○		○	10	3	17	16	1	0	0	○		
21	岐阜県		○		○		○		○		○		○	5	2	15	15	0	0	0	○		
22	静岡県(静岡市・浜松市)	○		○			○		○		○		○	8	4	11	10	0	1	36	○		
23	愛知県(名古屋市)	○		○			○		○		○		○	12	3	43	42	0	1	0		○	
24	三重県		○		○		○		○		○		○	4	2	13	13	0	0	0		○	
25	滋賀県		○		○		○		○		○		○	7	3	9	9	0	0	21		○	
26	京都府(京都市)		○		○		○		○		○		○	6	2	13	11	2	0	0		○	
27	大阪府(大阪市・堺市)		○		○		○		○		○		○	8	4	38	27	0	11	77	○		
28	奈良県		○		○		○		○		○		○	5	1	10	8	1	1	0		○	
29	和歌山県		○		○		○		○		○		○	8	3	7	6	1	0	0		○	
30	兵庫県(神戸市)		○		○		○		○		○		○	10	5	36	35	1	0	0	○		
31	岡山県(岡山市)		○		○		○		○		○		○	5	2	12	12	0	0	0		○	
32	広島県(広島市)		○		○		○		○		○		○	7	7	8	6	1	1	72	○		
33	鳥取県		○		○		○		○		○		○	3	3	8	8	0	0	0	○		
34	島根県		○		○		○		○		○		○	7	7	12	12	0	0	0	○		
35	山口県		○		○		○		○		○		○	8	3	27	27	0	0	0	○		
36	徳島県	○		○			○		○		○		○	6	3	13	12	0	1	不明	○		
37	香川県	○		○			○		○		○		○	1	2	15	13	1	1	17	○		
38	愛媛県		○		○		○		○		○		○	6	1	7	7	0	0	15		○	
39	高知県		○		○		○		○		○		○	4	4	8	8	0	0	0	○		
40	福岡県(福岡市・北九州市)		○		○		○		○		○		○	13	4	78	78	0	0	27	○		
41	佐賀県		○		○		○		○		○		○	5	3	16	16	0	0	0		○	
42	長崎県		○		○		○		○		○		○	8	6	35	34	1	0	0	○		
43	熊本県(熊本市)		○		○		○		○		○		○	11	2	43	43	0	0	0	○		
44	大分県	○		○		○		○		○		○	○	6	1	23	22	0	1	30		○	
45	宮崎県	○		○			○		○		○		○	7	1	21	20	0	1	0		○	
46	鹿児島県		○		○		○		○		○		○	9	4	42	42	0	0	0		○	
47	沖縄県		○		○		○		○		○		○	5	4	20	20	0	0	0		○	
		10	37	9	46	1	46	1	46	0	47	0	47	346	144	1086	1029	27	30	458	25	23	

都道府県名		Ⅳ精神保健福祉法一部改正				
		1精神科救急医療体制の確保の新たな取り組み			2精神科救急医療体制における診療報酬改正の影響	
		指定医の確保	その他	新たな取り組みは行っていない	影響があった	影響はない
1	北海道			○		○
	(札幌市)	○			○	
2	青森県			○		○
3	岩手県			○		○
4	宮城県(仙台市)			○		○
5	秋田県			○		○
6	山形県			○		○
7	福島県			○		○
8	茨城県		○			○
9	栃木県			○		○
10	群馬県			○	○	
11	埼玉県(さいたま市)			○	○	
12	千葉県(千葉市)	○			○	
13	東京	○			○	
14	神奈川県(川崎市・横浜 市・相模原市)			○	○	
15	新潟県(新潟市)			○		○
16	富山県	○				○
17	石川県	○			○	
18	福井県		○		○	
19	山梨県			○		○
20	長野県			○		○
21	岐阜県			○	○	
22	静岡県(静岡市・浜松市)			○	○	
23	愛知県(名古屋市)			○		○
24	三重県			○		○
25	滋賀県			○	○	
26	京都府	○				○
	(京都市)			○		○
27	大阪府(大阪市・堺市)			○	○	
28	奈良県			○		○
29	和歌山県			○		○
30	兵庫県(神戸市)		○		○	
31	岡山県(岡山市)			○		○
32	広島県(広島市)	○				○
33	鳥取県			○		○
34	島根県			○		○
35	山口県			○		○
36	徳島県	○			○	
37	香川県			○	○	
38	愛媛県			○	○	
39	高知県			○		○
40	福岡県(福岡市・北九州市)			○	○	
41	佐賀県		○		○	
42	長崎県			○	○	
43	熊本県(熊本市)			○		○
44	大分県		○			○
45	宮崎県			○		○
46	鹿児島県			○		○
47	沖縄県	○				○
		9	5	34	19	29

都道府県名		Ⅴ課題	
		1救急事例を減らす取り組み	2運営への課題
1	北海道	特になし	特になし
	(札幌市)	行っていない	主な課題については以下のとおり・満床等の診療体制を理由とした、当番病院の受け入れ入り特になし・かかりつけ病院への相談優先原則の不徹底・不急頻回相談者やシステム外の要求を強引に求める相談者への対応・当番病院と警察、救急隊、その他医療機関との間で板挟み状態となる場合がある。
2	青森県	特になし	特になし
3	岩手県	本県では、精神科救急情報センターを経由せずに救急受診をするケースが相当あり、精神科救急情報センターの普及啓発を行い、救急受診をする前には必ず精神科救急情報センターに連絡するよう体制を構築し、精神科救急情報センターで1次救急程度の場合は、救急受診ではなく通常の昼の時間帯での受診へとつなげる必要がある。そのため、現在精神科救急情報センターの案内リーフレットとかかりつけ医受診優先の案内文を救急受診時に医療機関から配布してもらうようにしている。	本県の精神科救急情報センターの関係機関、関係医療機関の調整機能は不十分であり、今後は県・中核市の保健所、警察、消防、精神科医療施設との連携を強化し、精神科救急患者にスムーズに医療が提供されるよう体制を構築する必要がある。
4	宮城県(仙台市)	東日本大震災に伴い、PTSD等により起因する救急患者の増加が懸念されることから、アウトリーチ事業(震災対応型)の実施や「みやぎ心のケアセンター」の設立等を行い、精神症状の重篤化防止に取り組んでいる。	救急ではない電話が多く寄せられるが、トリアージに際しては相手の話を聞かないと判断できないところもあり相談電話対応をせざるを得ない場合が多々ある。相談窓口機能を強化することにより情報センターのトリアージ機能の充実を図ることを現在検討している。
5	秋田県	特になし	特になし
6	山形県	特になし	今後、対応事例の検討を行い運営の充実を図っていく必要がある。
7	福島県	特になし	本県の精神科救急情報センターについては、平成22年8月開設時に福島県精神科病院協会に委託し、事業を開始したが、当初より当事業は県の直営(精神保健福祉センターや県立病院)で実施すべきとの意見が協会よりあり、平成23年度末までに県の方向性を決めるということで開始した。しかし、県の直営で行うことは難しく、平成23年度末までに方向性が決まらなかったために、福島県精神科病院協会に委託するのが困難になった。そこで、平成24年度は1民間病院に直接委託することで事業を実施している。今後、どのように対応していくべきか苦慮している。
8	茨城県	特になし	特になし
9	栃木県	特になし	・医療相談体制は敷いていないのだが、相談件数が増えている。・6か月以内に治療歴がある場合は、当該医療機関への受診を優先しているが、少数にとまっている。・事実上、常時対応施設(県立岡本台病院)11カ所に対応しているため、負担が大きくなっている。
10	群馬県	通報事例や精神障害が疑われ問題行為を行ったり、治療を中断している事例に対して保健福祉事務所等の地域精神保健活動とともにこころの健康センター職員(医師、保健師)が訪問や相談、処遇検討会議によるアウトリーチ活動を行っている。	群馬県精神科救急情報センターは交替勤務で不規則勤務であり、重複通報の際は自宅から職員を呼び出し対応しており、職員への心身両面での負担が大きい。更に通報件数の増加への対応が課題である。精神医療相談について未整備。
11	埼玉県(さいたま市)	「夜間・休日に具合が悪くなった時のために」「パニック発作が起きたときのために」などのリーフレットを作成し、自己対処能力向上の一助とする。救急隊に精神科医療情報誌(こころの健康ガイド)を配布し、救急要請のあった事例への活用を依頼、平日日中の相談・受診を促していただく。	職員は1名ずつによる交代勤務のため、警察官通報が同時に複数あがった際、迅速・安全な対応に困難を生じることがある。移送体制の確保(現状では、警察の協力により、職員1名で対応している状況)。
12	千葉県(千葉市)	特になし	特になし
13	東京都	アウトリーチ、早期発見	特になし
14	神奈川県(川崎市・横浜市の相模原市)	特になし	特になし
15	新潟県(新潟市)	特になし	特になし
16	富山県	特になし	・輪番制のため医療機関により病院の施設機能が異なるため、対応に差異が見られる。・年に1回程度研修会を開催しているが、担当者も日替りのため院内研修をお願いしているところである。
17	石川県	特になし	特になし
18	福井県	各医療機関では、措置入院の患者等、今後治療中断により、救急事例となるおそれの高い患者について、退院前に地域の関係者との支援カンファレンスを開き、再発予防に努めている。	かかりつけ医優先や、身体科疾患を合併している場合など、受け入れ病院の調整に時間を要することがある。休日の指定医を探すことが困難で、時間を要する。
19	山梨県	減らすためということではないが、救急事例の的確な対応が出来るためにも、窓口職員の研修会や職員フォロー(対応に困ったら、担当職員と連絡を取れる体制を取っている)に力を入れている。	①かかりつけ医(特に診療所)との連携・診療所のケースは夜間に主治医と連絡が取れないことが多く、情報センターを経由し当番病院へ繋ぐことがあるが、その際に当番医とかかりつけ医とで医療情報のやりとりができないケースが多い。②精神科救急医療事業のシステムの徹底ができていない。③当直医に非常勤医師を雇っている病院も増えており、山梨県の精神科救急体制の周知が当直医に十分にされていないことがある。(かかりつけルールが徹底できていないことや情報センターに当事者の調整まで求められる。)④当番病院制度のデメリット・本人等が近医に連絡するが「本日の当番ではないから」と断るケースもある。(救急の制度ができる前は近医が診られるときは診ていた)⑤身体救急との連絡・一般救急センター等から主訴が身体疾患(高熱など)であるにも関わらず、精神科受診歴があると精神科救急情報センターへ回ってくるケースがある。・救急医療機関から自殺未遂者などで身体処置は終了したが、希死念慮がおさまらないので精神科に繋ぎたいというケースがある。⑥電話相談員の精神的負担が増加・相談件数の増加や対応困難な事例の相談により電話相談員の精神的負担が増加。(電話相談の立場から相談員の匿名性の確保や精神的負担の軽減が必要)⑦リポーターが増加している・精神科救急情報センターとわかっていてもストレス相談をするケースが増えている。(ストレスダイヤルがつながらないから、ちょっと聞きたいがあって電話するなど)
20	長野県	特になし	休日夜間の相談時に、診療所等の主治医から情報を得ることが困難な場合が多い、リポーター的に相談電話をかけてくる方がおり、相談時間の目安を設けているもののが長くなり、対応に苦慮している。
21	岐阜県	特になし	特になし
22	静岡県	特になし	1精神科救急情報センターに精神医療相談事業も含めて委託しており、現状、当事者・家族からの相談がほとんどで関係機関との調整機能やトリアージ機能が充分発揮されていない。情報センターが受ける医療相談の件数よりも、他医療機関が受ける電話相談件数の方が多い。また、把握できる範囲での利用者の居住地には偏りがあり、県内のどこからでも均等に利用されるような周知等が課題である。
	静岡市	特になし	精神科救急情報センターに精神医療相談事業も含めて痛めているが、現状、当事者・家族からの相談がほとんどで関係機関との調整機能やトリアージ機能が十分発揮されていない。当市にとっても、情報センター委託先は距離的にも医療圏域も異なっており、医療機関情報・状況が十分でないために、具体的な相談・対応ができていない。そのため、医療圏域毎で医療相談事業の展開ができないが、県、静岡市と協議中。
23	愛知県(名古屋市の三重県)	特になし	特になし
24	三重県	特になし	・今後、一般科救急との連携及び身体疾患合併患者等への対応が必要である。
25	滋賀県	特になし	・一般からの相談窓口の24時間化・自傷等による救急事例の取り扱い・職員体制の見直し
26	京都府(京都市)	特になし	特になし
27	大阪府(大阪市の堺市)	特になし	・身体合併症の対応
28	奈良県	特になし	・緊急措置診察窓口との連携
29	和歌山県	特になし	・予算・財源の問題等
30	兵庫県(神戸市)	特になし	特になし
31	岡山県(岡山市)	特になし	・24時間化の周知の必要→夜間帯の件数は、24時間化後も少ない。
32	広島県(広島市)	特になし	・関係機関との連携をより一層充実させ、引き続き24時間365日体制で運営していく。
33	鳥取県	当県においても対応に苦慮しており、他自治体の取組事例について、ご教示いただきたい。	特になし
34	島根県	特になし	特になし
35	山口県	特になし	特になし
36	徳島県	特になし	特になし
37	香川県	特になし	・公立病院の精神科医師が不足しており、事業の運営自体が難しい状況にある。
38	愛媛県	特になし	・24時間体制整備・県下全域での対応
39	高知県	特になし	特になし
40	福岡県(福岡市の北九州市)	特になし	・消防隊からの相談の中で、緊急性がない場合には当番病院を紹介することができないが、その場合消防隊がどこかの医療機関につくためにかなりの時間を要することがあり、情報センターの職員に苦情を言われることが多い。夜間休日に外来診療をできる医療機関の確保やミクロ救急を行う診療所等の確保が必要であると考え、多機関との調整が必要なため、すぐに運用することが難しい状況である。
41	佐賀県	特になし	特になし
42	長崎県	国の施行事業である「精神障害者アウトリーチ推進事業」を実施している。	・平日・土曜日の夜間における精神科救急医療体制の整備が課題である。
43	熊本県(熊本市)	特になし	特になし
44	大分県	特になし	開設時間を24時間対応とすること。
45	宮崎県	特になし	・利用する警察、消防へ周知徹底し利用促進を図る必要がある。・情報センターを担当する当番病院によって情報収集や連携について差が生じており、平準化を諮る必要がある。
46	鹿児島県	特になし	特になし
47	沖縄県	特になし	・人員の安定的な確保