

中央病院、新居浜病院（精神科なし）、宇和島市立病院が担当している。なお県立病院は計6病院で、うち2病院に精神科がある。県立中央病院は外来のみであるが、前述のように救命救急センターがあり自殺未遂ケース等への併診（リエゾン）は活発。県立今治病院には50床の閉鎖病棟を持った精神科があり、合併症に積極的に対応している。また、愛媛大学医学部付属病院でも合併症には対応している。

「精神科救急」の必要性については、特に松山市圏では民間病院、保健所、警察等から「触法ケース」「覚せい剤ケース」「県外からのケース」といった比較的「ハード」な症例への対応をめぐって認識されるようになってきた。家族から受診依頼されるような、よりソフトなケースに関しては、あまり問題とはされていないようである。当事者からは「精神科救急」に対するニーズは上がってこない。特に主治医を持つ（既に医療にかかっている）人たちからは、システムができることによるデメリットが心配されている。「措置」を含むようなシステムに対してはネガティブな反応がある。

ところで、警察は触法行為があっても過去に治療歴があればすぐに保健所に通報するという傾向がある。措置入院先の確保については保健所が困っているという現状がある。保健所での担当者はほとんどが事務方で精神保健専門家はいない。ようやく平成10年4月に精神保健福祉相談員の配置が始まったところである。救急隊は「精神疾患」は対象外という姿勢をもっている。但し、精神障害者に生じた身体合併救急は救急対象として搬送している。

精神科救急をシステム化するにあたって、「ハードなケース」に対応できるような公立病院がないことが、県が率先して進めづらいところである。前述のように県立中央病院（松山市）では精神科は外来のみ。

県立今治病院は病棟を持っているが機能は限られている。愛媛県の県立病院は全国でも珍しい運営体制をとっており、知事部局とは独立した公営企業として、一般会計からの繰入れを行わない全くの独立採算でやっている。そのために経営陣は採算がとれないような事業（＝県立病院の役割でもある）に対してはネガティブであり、本庁からの協力要請も受ける気はないようである。なお、国立病院である愛媛大学医学部付属病院の精神科からは、救急に協力できる余地はない、とすでに告げられているという。

一方、民間病院は全体としてよくまとまっている。主たる病院の院長は概ね行政に対して協力的でもある。常勤医には愛媛大学精神科出身者が増えてきて、同門としてのインフォーマルなつながりもよくできてきているという。医療姿勢に関しては病院間で格差がある。中には夜間、電話がつかないという病院もある。県としては、システムを作っていく場合にも、「主治医の役割・責任」を第一にして進めていきたい。南・中・東予での県民性の違いや病院の偏在といった実状があり、厚生省が提示してきたもの、そのままではシステム構築が難しい。南予ではシステムの必要性を疑問視する声も出てきている。話し合いの場を圏域ごとに設定しようとしているところ。県全域での対応が望ましいもの（触法ケース等）は、公立病院で対応できるようにもっていきたいのだが、病院の経営が行政から独立しているために困難である。

警察の姿勢と精神保健領域との意識の差が未だ大きいことも問題。県警本部は理解を示し始めているが現場には未だ浸透していないのが実状。警察関係者には救急システムに関する会議の枠組みに加わってもらい（半ば強制的に）話し合いの場を作って行くつもり。会議では事例検討を通じて理

解を深めるという方法を取りたいと考えており、現在、事例を集めているところ。また、警察関係者が精神疾患や精神障害者に対してどのような認識をもっているのかという調査もしつつ話し合いを持っていきたい。

榎本課長からの厚生省や当研究班への要望。

★ 方法（システム整備）に対して予算を降ろすのではなく、各自治体が考えた案に対して予算をつけてもらえると、各自治体の実状に合った効率的なシステムが作れるであろう。

★ 現状の社会資源を評価する方法論や検証法等、地域診断をする上での判断材料となるようなもので、システムが開始されて一定の期間が経過した後のチェックにも使えるようなツールが提供されると良い。システムのハウツーやマニュアル等は必要ない。精神科救急の専門家による研究班が作成すればなお良いのではないか。

★ 研究班による調査も実施に向けての促進材料になるが、さらに人材派遣のような形で国から専門家によるスタッフを自治体に派遣してシステム整備を促進するような形もあってよいのではないか。

### (3) 県立病院の立場

愛媛県には単科の県立精神科病院はなく、全科で332床の規模を持つ総合病院である県立今治病院の50床のみが県自前の精神科病床ということになる。ここはまた、愛媛大学医学部付属病院の精神科を除けば、県内で唯一の有床総合病院精神科ということにもなる。この地域に精神科医療を供給するだけでなく、全県をキャッチメントエリアとして精神科合併症患者に対応することが期待されている。

外来患者数は、レセプト数で900件/月、

新患は2～3人/日。若年者から高齢者まで幅広い年齢層の受診となっている。疾患別内訳は神経症圏が1/4、感情病圏が1/4で、老年痴呆を含む器質性精神疾患が3番目。精神分裂病圏の新患の割合はむしろ減少傾向にあるという。なお、摂食障害はこの3年間で急増している（平成8年明けから急に増えたという印象を持っているという）。

入院診療については男女混合の閉鎖病棟（隔離室2床）を3名の医師と16名の看護スタッフ（婦長を含む。看護師はうち1名のみ）で運営している。平均在院日数は4ヶ月弱であり、愛媛県平均の約1/4となっている。入院患者の疾患別内訳は精神分裂病が46%で、以下気分障害、器質性、人格障害、アルコール性精神障害と続く。前述のように、総合病院の有床精神科としての役割を強く意識して運営しているとのことであり、合併症患者の受け入れは積極的に行っている。平成9年の実績では入院患者の約1/4が他院から直接転院してきた合併症患者であり、院内他科に入院した後に精神科へ転棟したものを含めると、さらに多くの合併症患者を受け入れていることになる。合併症患者の原疾患は精神分裂病と器質性精神疾患がそれぞれ約40%であり、アルコール依存症がそれらに次ぐ。合併した疾患は、内科系疾患が52%、外科系疾患が28%で残りは多様であったという。患者の住所を見ると地元の東予からが76%、中予からが21%、南予からが3%であるという。このように、合併症患者については通常の医療圏を大きく越えての依頼があり、これに応えることが期待されていることになる。合併症患者は他精神科病院に入院中のものがほとんどである。

病棟は常に満床状態ではあるが、依頼された時点から一週間以内には受け入れており、緊急の場合は即日入院もあるという。

なお、精神科には専任のコメディカル・スタッフはおらず、入院の受け入れ交渉等、インテーク業務は医長が行っているという。

コンサルテーション・リエゾン診療も積極的に行っている。平成9年度には全新患553名中、177名（約30%）は院内他科からの依頼によるものであった。外来では気分障害、神経症圏が多かったが、入院例では器質性精神疾患が60%を占め、次いで気分障害が続く。器質性精神疾患の約80%がせん妄であったという。

このように、今治病院精神科は愛媛県における精神科合併症医療に関して重要な役割を担っている。医長としては現状の体制では、合併症の他に、一般の精神科救急患者に対応することはきわめて困難であろうと考えているという。また、指定病床でもあり、既に措置入院中の患者に発生した合併症への対応は現在でも行っているという。しかしながら「精神科救急医療システムにおける県立病院としての役割」、すなわち触法あるいは治療困難な患者を積極的に引き受けるといった役割を新たに担って組み入れられることは、現状のスタッフと病棟構造のままでは不可能である。また、県立病院の経営健全化という側面からの厳しい課題もあり、不採算部門といわれる精神科に対して今以上に人員を配置することは困難な現状である。

#### (4) 民間病院の立場

（日精協愛媛県支部としての精神科救急システム構築への取り組みの経過）

愛媛県における精神科救急体制のあり方については、すでに平成6年8月に民間病院からの自発的な動きとして、日本精神病院協会愛媛県支部内に委員会を設置して検討をしていたという。東予、中予、南予の3地区からの2名ずつと植田院長を含めた7

名の委員が他の自治体での運営方法を参考にして、検討を重ねたものであった。この検討の中で、松山地区を中心にして保健所が関わるケースの中に触法、アルコール、覚せい剤、人格障害等の問題を抱えるものが多いことが指摘された。そこで、松山保健所の精神保健担当者にこのような問題に関する資料の提供を求めることも行った。このような症例は、一般の救急とは別な対応をとることを考慮するべきであるということになった。一方で、このような症例に対して必要となるであろう、隔離室の使用状況を知るために、県内の全病院で1-day survey も行ったという。結果は当日の隔離室使用率は平均で80%であった。1病院のみ12%の使用率であった他は、ほとんどの病院では92～3%の使用状況であったという。

委員会での議論や調査結果をもとにして、植田院長は「夜間・休日に輪番制で行う」、「一般救急例と24条通報例とは別枠で対応する」、「別枠とした措置入院対象者は、3地区に1箇所ずつ、スタッフが揃っている病院に依頼して対応する」といった基本骨格を持ったシステム私案を作成したという。この私案を作成した段階で、これを叩き台として、経費や搬送等の現実的な問題をも含めて議論していくためには民間病院だけではなく「公」を巻き込んだ場が必要であるということになり、日精協支部内での検討は一旦終了となった。支部としては「地精審」での議論を要望したが、これは具体化せずに最近まで時間が経過してしまったという。ようやく平成10年7月になり、公的機関が顔を揃えて議論する「場」（関係機関等連絡会議）が開催されたところである。

関係機関等連絡会議において議論された問題は、県庁でも同様に指摘されたことで

ある。警察が触法行為のあったケースを保護しても精神科病院への入院歴があることが判明すると、司法的な介入なく直接病院に送られてしまう慣例が問題とされた。これに対しては、愛媛県警の課長補佐からは「先ず事件として扱い、しかし精神病状態が著しく取り調べにならぬようであれば24時間以内に鑑定をして欲しい。」という意見が述べられたという。但し、現状を見る限りでは現場の警察スタッフにまではこの方針が伝わってはいないようであるという。

患者の搬送はどうするのか、誰が責任を持つのかということも議論になった。

関係機関等連絡会議での議論を踏まえて、日精協愛媛県支部は臨時総会を開催し、「精神科救急システム」に対しては以下のような方針で望むことにした。「県」の役割が大きいことが重ねて指摘された。単に金銭面での問題だけではない。県立病院(今治病院)の状況は広く知られており、触法・治療困難症例への対応が困難であることは理解できる。しかし、それでもなお県がどのような形でシステムに関われるのか？単に委託事業とするのであれば、事業の実施も進まぬであろう。可能な範囲で積極的に関わるべきであろう。ところで、精神科救急システムの運営に際しては、「情報センター」の設置が必要かつ最優先であるという意見が強い。これをどこに置くかということについて、精神病院協会では精神保健福祉センターに置くことを想定している。現状のセンターでは24時間動ける体制にないことは承知してはいるが、佐賀県のように県立病院のなかに精神保健福祉センターを設置するなどの工夫が必要であろう。

上記のような経緯をふまえて、植田院長個人が現在もっているシステム整備の見通しは以下のようなものである。議論を重ねてきて

システムを作る上での問題点が段々と明らかとなり、関係諸機関にも共有化されつつあることから、システム整備に向かって進んで行くであろう。いくつかの病院では、輪番制に参加するにあたっての体制不備があり、当初から全病院が参加することは困難である。できるところから始めていきたいと考えている。今後も関係者間での意見調整は必要であるが、★処遇困難なケースは全県で3病院程度のところで引き受けるようにする。★輪番制で、可能な限り全病院参加を図る。★既に受療中のケースはその主治医(病院)が対応することが基本。★特に松山市での警察保護ケースに関しては、24時間以内に指定医の診察(鑑定)が受けられるような体制を取る。等を基本としたシステムを考えているという。

また、厚生省への要望として以下のような意見を頂いた。精神科救急医療事業を始めるにあたって、輪番となる民間病院が施設整備を行いやすくなるような方策を考えて欲しい。同じ厚生省が進めている事業であるにも関わらず、「病院アメニティーの改善」と精神科救急のつながりは全くなく断絶している。これをリンクさせて考え、うまく運用する訳にはいかないものなのだろうか。

#### (4) 調査員の所感

精神科救急システムの必要性については、厚生省が事業化する以前から既に、日精協愛媛県支部の民間病院が検討しており、今回の調査では具体的に提供していただくまでには至らなかったものの、基本的な骨格案までも作成されていた。支部長である真光園の植田院長は日精協の常務理事でもあり、日頃の日精協での活動を通じて他の自治体の動きにも詳しい。県当局に先んじた動きを取っており、県に投げかけたボールを県がどのように返してくるかを待

っているようにも見える。県立今治病院精神科が救急システムにおいて「ハード」なケースに対応することが困難な状況であることも、県当局よりも民間病院の方がよく理解しているようにも感じられた。また、情報センターの重要性を強く指摘されており、この部分を県当局の役割として要望されていることは極めて妥当であると思われる。

警察や救急隊との関係は、愛媛県特有のものではなく普遍的なものであり、議論・検討の場を設けて保健・医療関係者との理解を深めようとされているところである。なお関係者の話を聞いていると、所謂「緊急」と「救急」の区別が未だ曖昧なまま議論されているようにも思われた。しかし、ソフトな救急ケースの処遇・対応について困っているという声が少ないことも確かなようで、「精神科救急＝ハードなケース」という図式での議論に傾くことも仕方ないのかもしれない。また、合併症患者に対しての対応資源が比較的良く整っていることも関係しているのかもしれない。

愛媛県の精神科医療においては、愛媛大学付属病院精神科の役割は一見乏しいように思える。但し、合併症への対応や、何より大学医局をベースにした人的ネットワークは良く機能しているようである。実際に精神科救急医療事業が実施されるまでには、今しばらくの時間が必要であるかも知れない。多くの関係者は厚生省によるスケジュールにはとらわれず、関係者全体の合意を取りながら時間をかけてシステムをつくりあげていこうとしているように見受けられた。

## 2) 京都府

【報告者】 平田 豊明(千葉県精神科医療センター)

【調査日時】 平成 11 年 1 月 29 日

【調査場所と対象者】

① 京都府保健福祉部障害者保健福祉課精神保健係

須藤 忍 係 長

加納 誠 主任

② 京都府立洛南病院

岡江 昇 副院長

【報告】

(1) はじめに

京都府は、平成 10 年 12 月末現在においても、精神科救急医療システム整備事業(以下「厚生省モデル」)に着手しておらず、平成 11 年度からの事業開始も予定されていない自治体である。厚生省モデルの実施が遅れている要因を分析するために、小職は現地に赴いて、関係者からの聞き取り調査を実施した。以下にその結果を報告する。

(2) 京都府における精神医療の概要

京都府の人口は平成 10 年 12 月 1 日現在約 264 万人。このうち、過半数に当たる 146 万人が京都市に集中するほか、京都市以南の都市に人口の約 8 割が偏在している。これに見合うように、精神科医療機関の分布も南部に集中しており、22 病院中の 19 病院(うち 12 病院は京都市内)、病床数 6,791 床のうち約 88 %が京都市以南に分布している。第二次保健医療圏は 6 地区あるが、人口も医療機関も南部の 3 地区に偏在している(図 1 参照)。

22 の有床精神科医療施設のうち、国公立病院は 5 施設で、うち 3 施設が総合病院(2 病院は大学付属)、1 施設が単科精神病院、残り 1 施設は医療少年院である。民間の単科精神病院には、旧十全会系の 2 病院をはじめ、400 床以上の大規模病院が 5 病院ある。入院件数や外来患者数、職員充足

状況などにおいて、基幹的病院9病院のうち、7病院が京都市以南に位置している。

府立洛南病院は、京都市中心部から約20km南に位置する定床328床の単科精神病院である。

平成9年度の1日平均在院患者数は272人（病床利用率82.9%）、外来患者数は年間延べ29,645人（診察日1日当たり121人）で、年間558件の入院があり（時間外が約1割）、平均在院日数は178.8日となっている。また、京都府下で年間40件ほどに上る措置入院のうち、3割以上を引き受けている。最近の10年間で、外来患者数は2.3倍に増加し、平均在院日数は約半分に短縮するなど、診療のアクティビティは向上しているが、在院患者数が漸減しているため経営的には苦しく、コメディカルスタッフ（PSW2、OTR2でありCPは0）が十分でないなど、診察上の制約を受けているという。

### (3) 救急医療のニード

平成10年10月19日から同年11月15日までの4週間にわたって、京都府下の有床精神科医療施設を対象とした精神科時間外診察に関する実態調査が施行されている。これによれば、受診件数は160件で、うち通院中の患者が139件（86.9%）を占めたが、精神科初診ケースも19件あった。救急搬送ケースは8分の1の20件（消防13、警察7）であった。受診ケースのうち入院となったのは26件（任意15、医療保護11）で、入院率は16.3%であった。地域別では時間外受診患者の4分の3が京都市以南の病院を受診し、病院別では、先に示した基幹的病院（国公立4、民間5）に155件（96.9%）が集中していた。

これらのデータを民間データに変換すると、時間外受診件数は人口1万対年間7.9件、うち、一次救急ケース（外来対応のみ）

が6.6件、二次救急ケース（医療保護および任意入院）が1.3件と推計される。したがって、夜間休日の全時間帯をカバーする精神科救急システムが作動すれば、需要は十分にあるものと推測される。

### (4) 先行する事業

平成8年度に精神保健福祉法上の大都市特例が施行され、政令市が都道府県と同格になったことを契機として、京都市では、平成9年度から、厚生省モデルとは独立に、休日時間外における緊急鑑定事業を市の単独事業として実施している。この事業は、土・日・祭日の午前9時から午後3時までの時間帯に警察官通報があった精神科ケースに限定して、措置診察と入院治療を保障しようとするもので、京都市内の6病院と市外の3病院（府立洛南病院を含む）の計9病院がこの事業に参画している。時間帯や対象が限定されているため、この事業による入院件数は、措置と医療保護を併せても年間10件に満たないという。

本事業の実施時間帯には、2名の精神保健指定医と2床の入院病床がそれぞれ輪番制で確保され、この事業を担保している。そして、指定医には1名当たり約2万円、病床には1床当たり約4万円が給付されているが、これらの給付は、国庫扶助を受けた一般救急医療システムに準じ、その枠内でまかなわれている（年額は1,500万円ほど）。すなわち、厚生省モデルよりも手厚い給付となっており、病院サイドからみれば、厚生省モデルの適用は、経済的インセンティブが下がるだけでなく、自らを一般救急医療の枠外に阻害する結果を招いてしまうのである。

ただし、財政的逼迫のために、今後は一般救急医療全般への補助金が引き下げられる見通しとなっており、精神科救急医療事業についても、いずれは、市の単独事業と

しては終了せざるをえなくなるであろうとのことである。

#### (5) 厚生省モデルの準備状況

こうした状況にあつて、京都府としても厚生省モデルの採用を検討する必要性に迫られ、平成10年8月には地方精神福祉審議会に専門部会を設けている。この部会には、京都府と京都市の行政担当者をはじめ、2大学病院、府立病院、日精協、医師会らの医療関係者が含まれており、京都府全体の精神科救急医療システムが検討されてきた。これまでに4回の部会が開催され、昨年末には中間答申が提出されているが、内容的にはほとんど煮詰まっていないのが現状という。

すなわち、府下を京都市以南の都市部とそれ以外の郡部に二分し、病院の多い南部(圏域類型では第Ⅴ群)は輪番制、北部(同Ⅱ群)は基幹病院制とすることが概ね合意されているほかは、電話受付の窓口をどこにするか、事情実施時間をどうするか、対象患者を警察官通報に限定すべきかどうか、といった具体的内容についてはほとんど合意に達しておらず、今後の成り行きは、本年5月以降の部会に委ねられているという。

#### (6) 調査員の所感

##### (a) 厚生省モデルの整備が遅れている理由

京都府において厚生省モデルの整備が遅れている直接的な要因は、皮肉にも京都市が独自に実施している精神科救急医療事業の存在である。厚生省モデルは、精神科救急医療事業を一般救急医療の枠内で推進することを推奨しているが、京都市がこの原則を遵守したことにより、京都府全体としては、厚生省モデルの推進を阻害したという矛盾が生じている。大都市特例によって政令市が都道府県から制度上独立したこと

も、こうした矛盾の背景因子となっている。

このほか、実施実態にも示されたように、従来から基幹的病院群が時間外診療をきちんと行っているために、新たな救急システムに対する病院側のニーズが切実でないことも、厚生省モデルの適応が遅れる要因として挙げられよう。しかし、岡江氏も指摘するように、アクセスの容易な精神科救急医療システムが構築されれば、確実にユーザーの利益につながる。

##### (b) 厚生省モデルへの注文

厚生省モデルと一般救急医療システムとの不整合、政令市と都道府県との連携の不備という問題は、京都における特異的問題とは思われない。

精神科の救急医療は一般科より楽であり、従ってコストも安くてよい、などと考えるのは、現実を知らない人の誤解である。この意味で、厚生省モデルの経済給付水準は、一般救急医療のそれに比して不当に低すぎる。

また、都道府県単位で眺めたとき、人口や医療資源の偏在がない自治体というのは、むしろ例外的である。政令市と都道府県との連携の不備は、こうした偏在を象徴している。厚生省モデルの精神科救急医療システムも、自治体内部のアンバランスを前提として再編成されるべきである。

休日日中の警察官通報に限定した救急医療システムという京都の現状に代表されるように、我が国の精神科救急医療システムの多くは、行政と医療供給サイドの都合を優先したものとなっている。精神科に限らず、救急医療システムは本来、患者や家族といったユーザーサイドの便益を優先して構築されるべきものである。この趣旨に沿って、厚生省モデルも、電話相談窓口の設置に補助金を給付するなど、ユーザーがアクセスしやすいシステムへと改変されるべ

きである。

## 2. 精神科救急医療事業を行っている都道府県における実施状況調査

パイロットスタディについては、大阪を除く5都県からの回答を得た。また、残りの27道県に発送した実績調査については22県からの回答が得られた。

### 1) 精神科救急医療事業の実績(表4参照)

平成9年度および10年度の精神科救急医療の実績について、相談件数、受診件数、入院件数、入院時の入院形態、後方病院への転送件数等をまとめた。

平成10年度までに実施した33都道府県のうち、岡山、徳島、長崎は集計期間(上半期)に事業が開始にいたっておらず集計から除外した。また、北海道、福島、山梨、岐阜、愛知、富山、大阪については統計資料が得られなかった。これらを除いた23都県について表5に表示した。

まず、平成10年度上半期の実績について。相談件数が多かったのは神奈川県(1074件)、和歌山(1009件)、高知(809件)などであった。逆に、少なかったのは、東京(2件)、埼玉(10件)、岩手(16件)などであった。最多の神奈川県と最少の東京の比は実に500倍以上であった。また、群馬県と長野県では相談件数が把握されていなかった。

受診件数が多かったのは、和歌山(336件)、岩手(310件)、千葉(305件)などであった。

逆に少なかったのは、佐賀(8件)、埼玉(20件)、鹿児島(22件)などであった。最多の和歌山と最少の佐賀の比は40倍以上であった。

入院件数が多かったのは、東京(765件)、福岡(151件)、広島(147件)などであった。逆に少なかったのは、佐賀(6件)、埼玉(15件)、宮城(23件)などであった。最多の東京と最少の佐賀の比は120倍を越えた。

相談、受診、入院の件数に関する自治体ごとの大きな格差は、地域のニーズの相違



を直接反映するというより、精神科救急医療システムの機能水準の相違を反映する可能性が示唆された。

また、入院形態については、医療保護入院と任意入院のみであった自治体(岩手、宮城、神奈川、新潟、佐賀、宮崎、熊本、鹿児島)、これに緊急措置入院が加わった自治体(群馬、東京、静岡、高知、福岡)、措置入院が加わった自治体(滋賀)、応急入院が加わった自治体(石川、沖縄)、緊急措置入院と措置入院が加わった自治体(長野、三重)、緊急措置入院と応急入院が加わった自治体(広島)、緊急措置入院、措置入院、応急入院が加わった自治体(和歌山、兵庫)などに分類された。

これらは、システムにより入院可能な入院形態を反映しているとは限らないが、少なくとも、医療保護入院と任意入院だけでなく、応急入院や緊急措置入院、あるいは措置入院まで含めて精神科救急医療事業の枠内でまかなえるシステムがあることは明らかである。ちなみに、埼玉や神奈川では応急入院や措置入院、緊急措置入院は別の事業で対応しているので表4には計上されていない。

後方病院への転送については、東京(597件)が群を抜いて多く、多くの自治体では0ないし数件に留まっていた。

平成9年度と同10年度の実績を比較できた自治体は13自治体と多くはなかったが、入院件数について見ると、増加傾向にある自治体(静岡、新潟など)、ほぼ横這いの自治体(神奈川、滋賀、高知、鹿児島)、減少傾向にある自治体(長野、兵庫)の3群に大別できる傾向がうかがわれた。

静岡、新潟などは、入院件数のほか、相談受診件数も増加していた。事業が順調に浸透してきていることを物語るのかもしれない。ほぼ横這いと考えられる自治体では、ある程度精神科救急医療事業が定常状態に

達してきた可能性があるが、何らかの障害があるために需要に完全に応じきず頭打ちになっている可能性も検討する必要がある。これに対して、長野、兵庫では相談件数や入院件数は横這い程度であるのに対し、入院件数のみが低下している。この意味付けはもう少し経過を見て行うべきであろう。

ちなみに、相談数、受診数、入院数を独自に計上している自治体と、最終の対応のみを記載している自治体があるようであった。例えば、相談数、受診数、入院数の順に件数が減っていく神奈川のような例では前者の可能性があり、入院者数が相談数や受診数より遙かに多い東京のような例では後者の可能性がある。今後の調査では、これらの定義を明確にする必要がある。

## 2) 平成10年度に稼働中の精神科医療圏

資料が得られたのは33都道府県中29都道府県であった。残る北海道、福島、山梨、富山の4自治体については、今後資料を得たい。また、22自治体については、精神科医療圏域ごとの精神科救急受診件数と、入院件数を合わせて記載した。

なお、表中総合病院数が表示されているが、総合病院は医療法上の区分としてはなくなっただけで、正しくは旧総合病院というべきである。

圏域数は、大阪(8)、長崎(6)、新潟(5)などが多かった。少なかったのは、宮城、群馬、長野、岐阜などで全県1圏域であった。昨年報告では、群馬は2圏域、神奈川は3圏域としたが、本年の回答では1圏域の自治体に分類した。さらに、岩手、徳島、高知は一部の圏域で事業を実施していると回答した。

昨年報告では、医療圏域についてクラスター分析を行い6類型を取り出した。本年は、医療圏域の修正や新たに事業を開始

した自治体が加わったので、改めてクラスター分析を行う予定である。昨年と比較して、長崎や沖縄など離島を抱える小規模、かつ精神科医療資源が豊かでない圏域が登場しているので、類型は多少変更される可能性がある。

本年度の研究で初めて、医療圏ごとの利用件数を得た。東京の3医療圏が入院数が群を抜いて多く、逆に、佐賀・唐津伊万里、宮崎・県南など半年の入院件数が0ないし1という圏域もあった。

1自治体内における圏域格差について見ると、東京ではほぼ同様の実績の圏域からなっていたが、石川、兵庫、広島では圏域間の実績格差がかなり大きかった。また、和歌山では2圏域のうち、受診者が紀北64件、紀南272件に対し、入院者は紀北49件、紀南19件と捻れが見られた。何らかの人為的な条件が作用した結果である可能性がある。

精神科医療圏域や医療実績についてのさらに詳細な分析は、今後の課題としたい。

### 3) 精神科救急医療事業の要綱等比較(表6参照)

詳細に検討すると、各自治体間で異同が認められる。医療供給体制については別に触れたので、ここではその他の要素に着目しておきたい。

電話相談窓口については、「特になし(設置されていない)」と回答するところから、設置されていると回答しても、その設置場所や時間、対応するスタッフ、機能は自治体により様々であった。しかも公的な広報誌等に公開されていると回答したのは5都県の中では千葉県のみであった。

また、連絡調整委員会のメンバーにも異同が認められた。少ないところは、東京や埼玉など精神科医療機関と行政機関のみであるが、岩手ではこれに加えて、警察(県

警本部)、消防、県医師会、精神病院協会、県保健所会、県家族会連合会が名を連ねていた。

空床確保料については定額(4,790円)のほか、指定医待機料などの名目での支出があるところもあった。転院受入料の支払いの有無など様々であった。

地域に応じた精神科救急医療システムを作るという意味では、相違自体は問題ではないと考えられるが、自治体間の異同を確認するに留まらず、精神科救急医療システムとしての完成度、利用状況から見た機能水準などの視点でシステムを類型化することを考えていきたい。

### 4) 精神科救急医療事業の評価、問題点

平成10年度までに精神科救急医療事業を開始した33都道府県のうち、上述した6都府県、調査時点で事業を開始していなかった岡山、徳島、長崎の3県と、現時点までに回答を得られなかった4府県を除く20県のアンケート調査の回答をまとめた。

その結果、質問1「精神科救急医療事業は十分需要に応じているか」には、16自治体(80%)が「まあそう思う」と回答した。自治体の精神保健福祉担当者は、一般的には、精神科救急医療事業に対してある程度の実績を上げていると評価しているといえよう。しかし、「あまりそう思えない」「全然そう思えない」と回答した自治体が各1あった。

次に、質問2で「本人や家族」、「消防」、「警察」、「精神科医療機関」、「一般県民」がシステムについてどのような意見であるかに関して推測してもらったところ、「あまり不満なし」を「やや不満あり」「かなり不満あり」の和が上回ったのは、「本人や家族」「消防」「精神科医療機関」の3者であった。これは、全国的に見ると、事業の受益者である本人や家族、供給主体である医療機関、

そして搬送を担う消防という重要な関係者が、まだいずれも十分に事業に満足してはいないという自治体職員の認識を示したものである。すなわち、換言すれば、まだ改善すべき課題があると考える自治体が過半数以上を占めるということである。

質問3において、問題を例示してその有無を確認したところ「はい」が「いいえ」と「どちらとも言えない」の和と同数ないし上回ったのは、「助成金が少なすぎる」「予算確保が困難である」「身体合併症の対応をする医療機関が確保できないことがある」「搬送システムが整備できない」「県内での事業実施状況に地域格差がある」の5項目であった。

これらが質問2の関係者の不満の直接の内容であるかどうかは別として、一般的に改善すべき点として、これらの5項目を念頭に置くことは許されよう。

さらに質問4と質問5において、各自治体において最も問題になっている点、および厚生省「精神科救急医療システム整備事業」ないし精神科救急医療一般についての回答を整理して表示した。

### 3. 医療機関に対するアンケート調査結果

143 の調査対象病院のうち、回答があったのは91病院で、回答率は63.6%であった。回答病院数の地域別内訳は、北海道・東北15、関東19、中部・東海12、近畿16、中国・四国13、九州・沖縄16となっていた。巻末の表に、全23項目についての調査結果をそれぞれに示した。以下、これらの結果に簡単な考察を加える。

#### 1) 精神科救急医療ネットワーク構想に関する意見

##### a) 精神科救急医療ネットワークの必要性とその理由

精神科救急医療ネットワークの必要性については、「必要性がある」と回答した病院が81(89.0%)に上り、少なくとも活動的な民間病院の大多数は、ここで定義したような包括的な救急医療ネットワークの整備を望んでいることが示された。

このようなネットワークが必要と回答した81病院に回答理由を複数選択で問うたところ、「身体合併症に対応できる病院を探すことが困難」と答えた病院が最も多く(53病院)、次いで「救急隊が精神障害者を保護した時、医療機関探しに手間取る」(38病院)、「メンタルヘルス一般や診療機関探しに関する相談ニーズが高い」(35病院)、「措置入院・緊急措置入院の受け入れ病院の確保が困難」(同)と続き、厚生省モデルがカバーしていない「身体合併症対策」や「メンタルヘルス一般への相談機能」に対するニーズが高いことが明らかとなった。

##### b) 精神科救急医療ネットワークの構成要素

また、精神科救急医療ネットワークの構築に際して必要な要素を複数選択で問うた設問でも、「身体合併症受け入れ可能病棟」

が最も多く(76 病院)、次いで「夜間・休日の相談窓口」(65 病院)、「救急外来診療施設」(57 病院)と続き、やはり、入院病床の確保に重点を置く厚生省モデルでは満たされない二ードのあることが示された。

なお、これらの構成要素に優先順位をつけてもらったところ、第1位に位置付けた病院が最も多かった項目は「24 時間受付の相談窓口」、次いで「夜間・休日の相談窓口」となっており、精神科救急医療に関する情報センターの設置が最も重要視されていた。

#### c) 精神科救急医療情報センター

このような相談窓口の機能を複数選択で問うたところ、「医療機関・保健所・行政からの相談」を全て受け付けるべしとする回答が最も多く(83 病院)、次いで「精神科医療機関の病床情報、調整機能」を求める意見が多かった(68 病院)が、「一般市民からの相談全て」を受け付けるべしとする意見、すなわち、相談窓口機能を限定すべきでないとする意見も多かった(61 病院)。

また、電話相談業務の受け付け時間帯については、「夜間・休日」が最多(46 病院)で、「24 時間」がこれに続き(40 病院)、「平日の日中」と回答した病院は3ヶ所にすぎなかった。

電話相談業務へのPSWの配置については、「可能な限り常駐すべき」(40 病院)、「常駐が絶対必要」(26 病院)とする意見が、「必ずしも常駐する必要はない」(15 病院)とする意見を大きく上回った。

#### d) 救急受け入れ病棟の機能

精神科救急医療ネットワークにおける救急受け入れ病棟の機能について問うた設問では、「緊急措置入院、応急入院の受け入れ」にも応じられる精神科三次救急機能を求める意見が最も多かった(70 病院)が、

「医療保護入院、任意入院」に応じられる二次救急機能を重視する意見も、これに接近していた(68 病院)。

#### e) 精神科三次救急病院

次に、三次救急病院のあり方に関する調査結果を示す。まず、このような病院の必要性については、78 病院(85.7 %)が、これを必要と認めていた。

その設立形態を複数回答で問うたところ、都道府県立病院が最多(81 病院)で、以下、国立精神病院(54 病院)、政令指定都市立の精神病院(42 病院)など、パブリックセクターが三次救急医療を担うべきとする意見が圧倒的多数であったが、半面、公的補助のもとで民間病院が担うべきとする意見も少なからずあった(39 病院)。

三次救急病院に対する経済給付に関しては、設立・運営ともに公的補助が妥当とする意見が大多数(67 病院)を占めたが、保険診療の枠内でペイできるようにすべきとの意見もあった(10 病院)。

#### 2) 厚生省モデルに関する意見

厚生省モデルの骨子は、①都道府県が主体となって精神科救急医療事業を運営し、②円滑な運営を図るための連絡調整委員会をつくること、③自治体を数ブロックの圏域に分割し、④各圏域内で、自治体立病院が中心となって(あるいは病院群輪番制で)、⑤夜間・休日の精神科救急医療二ードに必ずしも必要に応じて後方転送システムをつくること、というものであり、これらの条件を満たす事業(以下「本事業」)に運営費の半額を国庫補助することとしている。

今回の調査では、調査対象とした民間病院に本事業に対する評価を問うた。

#### a) 本事業の運営主体

まず、本事業の運営主体については、自治体ないし自治体立病院とする意見が大多数(77 病院)を占めた。中心となる特定基幹病院についても、自治体立病院が妥当とする意見が大半(70 病院)であったが、「圏域によっては病院群輪番制ないしは特定基幹病院との併用制が妥当」とする意見も多数(68 病院)を占めた(複数回答)。

#### b) 連絡調整委員会

連絡調整委員会の構成メンバーについては、医療機関、警察、消防、行政などを主体とする厚生省モデルで可とする意見が過半数(59 病院)を占めたが、リハビリ、福祉、教育関係者などに広げるべきであるとする意見も少なからず(27 病院)あった。

#### c) ブロック分割

ブロック分割の方法では、医療供給事情と交通などの地勢的事情に応じて3～5圏域に分割すべきという意見が大半であったが、このような圏域が全県レベルで設定されなくとも、助成対象事業として認定すべきであるとする意見が同様に多数(61 病院)を占めた。

#### d) 実施時間帯

本事業の実施時間帯については、「休日又は夜間」と規定する運営要綱に対して、「休日および夜間」の全時間帯をカバーすべきとする意見が過半数(54 病院)に上った。

#### e) 救急搬送

本事業の運営要綱は、救急搬送について「消防機関又は精神科救急医療施設の搬送車輛等」と曖昧に規定している。今回の調査でも、これでよいとする意見が大半(62 病院)を占めたが、警察車輛などを加えるべきとする意見も少なからず(19 病院)あ

った。

#### f) 後方病院

後方病院の確保については、運営要綱でよいとする意見が大半(68 病院)であった半面、実際には後方病院の確保が困難とする意見も少なくなかった(12 病院)。

#### g) 国庫補助

本事業に対する国庫補助の規模については、現状を妥当とする意見は少数(10 病院)で、大半(67 病院)が増額を主張していた。

#### h) 本事業の問題点

本事業の問題点を複数選択で問うたところ、最も問題とされたのは、やはり、「助成金が少なすぎる」(61 病院)というものであったが、次いで、「重症患者への対応が困難」(54 病院)、「身体合併症ケースへの対応システムが不備」(47 病院)、「指定医の確保が困難」(31 病院)、「救急医療情報センターの整備が困難」(30 病院)などが続いた。

#### i) 本事業への参加意志

最後に、本事業への参加意志を問うたところ、「特定基幹病院として参加したい」(18 病院)、「輪番病院として積極的に参加したい」(34 病院)、とした積極派が過半数(52 病院)を占めたほか、「消極的ながらも輪番病院として参加したい」とする意見も少なからず(24 病院)あった。要するに、今回の調査では、76 病院(83.5%)に、本事業への参加意志が認められた。

#### 3) 結論

臨床の第一線でアクティブに活動していると目される民間精神病院143を任意抽出して、厚生省モデルの精神科救急医療事業と、その改訂版ともいえるべき包括的な精神

科救急医療ネットワーク構想についての意見をアンケート調査したところ、91 病院(63.6%)から回答を得た。

ネットワーク構想については、大多数の病院がその必要性を認めたが、特に、厚生省モデルにはない身体合併症対策と情報センター機能の充実を望む声が多かった。三次救急機能については、パブリックセクターがこれを担うべきとする意見が大多数を占めた半面、公的助成のもとで民間セクターが担ってもよいとする意見も少なからずあった。

厚生省モデルに関しては、大多数の病院が、この事業への参加意志を表明する一方で、不採算事業の代表である救急医療に対する助成金が少なすぎるという批判が強かった。このほか、重症患者への対応が可能な基幹的な三次救急機能が欠けていることや、民間病院における精神保健指定医の不足を指摘する意見が多かった。身体合併症対策と情報センター機能の不備を指摘する意見は、前記の精神科救急医療ネットワーク構想に関する意見を裏付けていた。

#### D. 考察

##### 1. 精神科救急医療事業未実施の府県の準備状況と問題点

平成 10 年度末までに 33 都道府県において、精神科救急医療事業が実施されるに至っている。平成 8 年度末が 11、平成 9 年度末が 19 であったから、実施自治体数はかなり多くなったということがいえる。

平成 10 年度末までに精神科救急医療事業実施にいたらなかった 14 府県でも、それぞれ実施に向けて準備が進められていた。今回、自治体の準備状況を 3 群に大別した。第 1 群は、平成 11 年度実施に向けて最終段階にあると考えられる県(青森、福井、島根)、第 2 群は、平成 11 年度ないし平成 12 年度に実施を目指している県(秋田、栃木、山口、大分)、第 3 群は、具体的な開始予定年次が提示されなかった府県(山形、茨城、奈良、京都、鳥取、香川、愛媛)である。

今回、実施に際しての問題点を府県別に調査し、特に第 3 群に属する自治体のうち、京都と愛媛から詳細な聞き取り調査を行うことができた。

その結果、実施に向けての問題点を、1) 国レベルで考えるべき問題、2) それぞれの自治体に個別的な問題、の二つの視点から整理した。

国レベルで考えるべき問題として挙げられるものは、1) 搬送等に関する法整備、2) 補助金額や精神科救急情報センター等用途に関する基準の見直し、などである。しかし、他の自治体が同様の条件下で事業化に至っていることを考えると、これらが事業化に至らない決定的な要因とは言い難い。むしろ、こららは現在事業を実施中の自治体も含めて共通する要望である。従って、これらの問題については、現在稼働中の精神科救急医療システムの課題の項で改めて検討する。

一方、それぞれの自治体に個別的な問題としては、1) 精神科救急医療の供給体制の問題と 2) 事業費確保の問題、が主なものである。

精神科救急医療の供給体制の問題は、圏域設定や輪番の組み方、指定医の確保、さらには公立病院と民間病院との役割などに関する問題で、医療機関と県あるいは医療機関相互間の調整の問題であるともいえる。

昨年、複数の自治体から出されていた指定病院だけでは輪番が組めないという問題は、平成 10 年度から非指定病院も輪番に加わることができるように厚生省の要綱が改正された結果、問題点として指摘されなくなった。

また、青森や鳥取など未実施の自治体の中に、第二次医療圏の大きさの精神科救急医療圏を設定し、事業化の最終段階に入っている県があることが明らかとなった。平成 10 年度に事業を開始した自治体の中にも、長崎や沖縄など離島を有する県では圏域数が他より多くなる傾向が見られている。これらの県では、圏域内に精神科医療機関が 1 か所というところがあり、病院固定制が採用されている。昨年、当研究班では、精神科救急医療圏として 6 類型を提唱したが、鳥取や青森の一部で見られる「人口分散地域・小圏域」という類型を新たに加える必要があるかもしれない。いずれにせよ、これらの圏域でのこれまでの調整過程や今後の事業内容は注目に値すると思われる。

一方、事業費確保の問題は、行政の問題である。昨今の経済状況を反映して、事業をすでに実施した自治体でも予算確保が容易ではないという回答が増えており、必ずしも一部の自治体に限られた問題とはいえない状況となっている。

事業化に際しての個別的な問題点を解決

する上で必要とされる情報について尋ねたところ、1) 他県における予算状況、2) 身体合併症の対応等についての先進事例、およびシステム導入前後の措置患者の発生状況の比較、3) 措置入院の場合の行政側の体制、4) 公立病院の人事、財政の対応、5) 患者の搬送体制等についての情報提供の希望があった。

こうした問題に関する情報交換は、事業化を促進する上で非常に有意義であると考えられる。平成 11 年 9 月に福岡で行われる精神科救急学会では、精神科救急に関する都道府県協議会が設けられるとのことである。当研究班でも調査研究の成果を、これまで以上に関係者にフィードバックしていくことを心がけるようにしたい。

## 2. 精神科救急医療事業を実施中の都道府県の課題

平成 10 年度までに精神科救急医療事業を開始した都道府県に対して実施状況を調査したところ、多くの自治体では、事業が開始されたことで精神科救急の需要にまずまず応じられるようになった、との認識を示した。しかし、実際の事業実績を見ると、都道府県間で大きな格差が認められ、最多と最少の自治体の格差は、受診件数で約 40 倍、入院件数で約 120 倍に及んでいた。これらは、圏域内の精神科救急医療の需要の差に由来するだけでなく、事業の認知度や使いやすさなどの運用上の問題が反映した結果である可能性も否定できない。

こうした点について明らかにするためには、事業の受益者である本人や家族、供給主体である医療機関、そして搬送を担う消防という重要な関係者による評価が必要であるが、現実には方法論の面で容易ではない。今回は、都道府県の精神保健福祉担当者これから関係者による評価を推測してもらうという間接的な形を取らざるを得なか

った。しかし、そのような不正確さを念頭に置いて、半数以上の自治体の精神保健福祉担当者が、これら関係者が、まだいずれも十分に事業に満足してはいないという認識を示したことは十分意味があると考ええる。

それでは、具体的な問題は何かということになるが、調査において問題として挙げられたものは、「助成金が少なすぎる」「予算確保が困難である」「身体合併症の対応をする医療機関が確保できないことがある」「搬送システムが整備できない」「県内での事業実施状況に地域格差がある」の5項目であった。

このうち搬送システムに関しては、つとに問題とされていたところであったが、精神保健福祉法改正に当たり、以下の条文が盛り込まれることが検討されている。

1. (法第34条1項及び2項) 都道府県知事は、その指定する指定医による診察の結果、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者であって、その精神障害のために本人の同意に基づいた入院が行われる状態にないと判断された者につき、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくとも、医療保護入院をさせるため、都道府県知事が応急入院をさせるために指定した病院(以下「応急入院指定病院」という)に移送することができるものとする。

2. (法第34条3項) 都道府県知事は、1の要件に該当するものにつき、急速を要する場合には、保護者の同意を得ることができない場合であっても応急入院させるため、応急入院指定病院に移送することができるものとする。

これらは、精神科救急医療における搬送において従来指摘されてきた法整備の問題

の解決に向けて一步進めたものであることは事実であるが、これで現場の不安や不満が解消するか否かは、まだ未知数である。当研究班の調査の過程でも、夜間・休日の場合に指定医が本人を診察することができるのか、数少ない応急指定病院に搬送するのは搬送者の負担が重くなるのではないか、などの意見が聞かれた。この問題に関しては、厚生科学研究「精神障害者の受診の促進に関する研究」(分担研究者・益子茂都立松沢病院部長)が検討しているところであり、現場が混乱しないような具体的な指針が提案されることを期待したい。当研究班としては、法改正論議の行方や益子班の報告を見た上で、さらに精神科救急関係者の意向につき調査を行うこととしたい。

この他の問題について、昨年と同様の調査に対する都道府県の回答と比較してみると、「輪番を組めるだけの指定病院の確保が困難」「病院が事業参加に消極的」「看護体制が十分ではない」「後方病院の協力体制が不十分である」などはいずれも減少傾向、「当番病院において、空床確保が困難なことがある」が増加、「指定医の確保が困難である」「休日と夜間で同じように事業を実施することが困難」「公的病院の協力が不十分」などは不変であると考えられた。これにより、それぞれの自治体において、事業が開始後も、変わらず継続している問題があることが示された。

特に、精神科救急情報センターの問題はしばしば言及される場所である。この点について、今回「電話相談窓口」について調査したところ、「特に相談窓口はない」と回答する自治体から詳細な機能を記載する自治体まで様々であった。従って、相談件数も、統計資料がない自治体、ごく少数件しかない自治体、半年で1,000件を越える自治体、など様々に報告された。相談件数が多い自治体では、窓口が一次救急の役割を



担っていることが推測される。これは受益者の利益に沿うものであると同時に、少ない空床を有効に利用するためのトリアージュという意味からも、あるいは逆に精神科救急医療事業が一般に認知され、利用率を向上するという意味からも好ましいことである。事業に基づく入院が予想より少ないと考えられる一部の自治体では、窓口がなかなか公開されていない可能性がある。

こうしたことから、精神科救急情報センターの運営に補助金を出してほしいという都道府県の要望は早急に検討されるべきであると考えられる。情報センター機能も、地域における精神科救急の需要と関連するものであるから、地域に応じていくつかの機能類型の中から選択できるようにすることが望ましい。この問題については、厚生科学研究「大都市における精神医療のあり方に関する研究」(分担研究者・吉川武彦国立精神・神経センター精神保健研究所)が詳細に検討しているところである。当研究班でも、今後の精神科救急医療事業の展開を図る上で、吉川班の情報センターモデルの提示を待って、改めて都道府県の意向を調査確認することを考慮したい。

医療機関への精神科救急に関するアンケート調査の結果、83.5%の医療機関が厚生省の要綱に基づく精神科救急医療事業に参加する意志を表明した。と同時に、医療機関は、措置入院や身体合併症への対応も含めた包括的な「精神科救急医療ネットワーク」を確立していきたいとする希望が強かった。従って、今後は、現行の事業を拡大、発展、総合化する視点をもって、現行事業を再検討していくことが必要になるかもしれない。こうした点からすると、現行では同じ名のもとに、相異なる事業が行われていることがあるので混乱が生じかねない。例えば、厚生省の救急医療事業では医療保護入院までを扱い、措置入院や応急入院は

別の事業で扱っている自治体がある一方で、厚生省の要綱に基づく事業がすべての入院形態に対応している自治体もある。従って、事業実績の対照比較などには十分注意を要する。

入院件数だけでなく、相談件数、受診件数についても定義が自治体間で異なる場合があるようである。如何に地域の特性に応じたシステムを指向するといえども、相互評価のための指標を明らかにしていく必要性を感じる。平成11年度には、全国規模の実態調査を計画しており、この際こうした点にも注意を払いたい。

## E. 結論

1. 精神科救急医療事業未実施の14府県について準備状況と問題点を調査した。その結果、事業開始年度が示されなかったのは7府県であった。これらの府県については、それぞれ個別の問題を解決する上で、他の都道府県との交流や情報交換が有意義であると考えた。

2. また、平成10年末までに精神科救急医療事業を開始した33都道府県について実施状況と課題を調査した。都道府県の精神保健福祉担当者の多くは、精神科救急医療事業は「まあ需要に応じている」と回答したが、実績を検討すると、まだ十分に需要に応じていないと考えられる自治体もあった。また、過半数の都道府県において精神保健福祉担当者は、本人や家族、精神科医療機関、消防が十分に精神科救急医療事業に満足していないと回答した。課題のうち、搬送体制の整備や精神科救急情報センターを補助金の対象とすることについて、関係者の関心が高かった。

3. 医療機関に対するアンケート調査では、厚生省の要綱に参加意志を表明した医療機関は83.5%に達したが、概して厚生省モデルよりも包括的な「精神科救急医療ネットワーク」を指向する意見が多数を占めた。これらの結果を踏まえて、今後とも、関係者の意見を調査し、地域の実情に応じた精神科救急医療事業のあり方を模索することが必要と考えた。

## 謝辞

稿を終えるに当たり、ご多忙の折、煩雑なアンケート調査や聞き取り調査に快くご協力を賜りました医療機関の皆様、都道府県精神保健福祉担当課の職員の皆様に厚く御礼申し上げます。

## F. 研究発表

### 1. 学会発表

- 1) 第10回日本総合病院精神医学会総会(金沢, 1997年11月)「都道府県単位の精神科救急医療システムの実態：厚生省女性事業実施自治体へのアンケート調査」
- 2) 第94回日本精神神経学会総会(沖縄, 1998年5月)「精神科救急医療事業についての自治体の意見：47都道府県に対するアンケート調査」

### 2. 論文発表

- 1) 都道府県単位の精神科救急医療システム：その構成要素と機能評価の視点から(精神科救急医学会誌に掲載予定)

## G. 知的所有権の取得状況

### 1. 特許取得 なし

### 2. 実用新案登録 なし

### 3. その他 特記することなし

表1 精神科救急医療システムの整備準備状況

青森	精神保健福祉審議会等。H11年10月より実施を予定。
秋田	H10.10 連絡調整委員会。県案に了解得られず。輪番制にて再検討。 H11年3月1日 連絡調整。輪番制について検討。精神科救急情報センターの取り扱いが懸案。
山形	H10年1月～7月精神科救急医療システム打合会。精神病院協会が具体的な案を作製し県に提示することになっている。
栃木	H9年度末に県立岡本台病院を基幹病院とする検討結果をまとめた。 H12年度当初の実施を目標。H11年度は拡大検討委員会(含消防、警察)を組織するとともに、基幹病院としての必要な整備を行う予定。
茨城	H10年9月より国の要綱に対応したシステム整備の検討を開始。 H11年8月を目途に方針を策定したく、検討委員会の協議を行っている。
福井	県精神病院協会の内諾を得て予算要求中。審議会に報告済み。 H11年度中に実施予定。
奈良	H9年3月に奈良県精神科救急医療システム検討委員会の報告書が知事宛に提出された。患者家族会の要望および27条事前調査等について検討中。 実施時期は未定。
京都	平成10年8月地方精神保健福祉審議会に専門部会設置。平成11年1月中旬報告。平成12年度は中間報告を踏まえ、さらに検討予定。
鳥取	県財政が逼迫しており、予算確保が困難。専門委員会の立ち上げを計画 中。
島根	H10年に入り、精神科救急医療システム整備検討小委員会(3回)、地方精神保健福祉審議会(2回)にて検討。H11年4月実施に向けて準備中。 調整委員会のメンバーを現在選考中。
山口	検討委員会小委員会を2回開催。圏域設定はまだ固まっていない。 小委員会で集中的に議論し、H11年度の実施に向けて努力したい。
香川	平成8年度に実施した医療機関等についてのアンケート調査で引き続き事務局で検討する。H11年度、予算確保できなかった。
愛媛	これまで、基本的な整備方向について関係機関との話し合いを行ってきたが、今後は華道に向け具体的な検討を行う。
大分	平成6年度から日曜・祝日等における緊急措置入院患者を対象とした「大分県精神障害者緊急医療システム」を実施しており、システムの拡充を図るということで委託先の大分県精神病院協会と個別に協議を行ってきた。

表2-1 精神科救急医療システムの概要

1) 精神科救急医療実施体制

試案段階含む。空欄はH11年2月末日検討中であることを示す。

府県名	ブロック数	医療機関	参加医療機関数	実施日時
青森	6	輪番制等	20/26	夜間および休日
秋田	検討中	(輪番制)	未決定	未決定
山形	現在検討されている試案はない			
栃木	1	基幹病院	29/29	夜間および休日
茨城	未検討	輪番制	国公立+指定病院	
福井	2	輪番制	10/10	休日(9~17)
奈良	1	輪番制	9/10	夜間および休日
京都	現在検討されている試案はない			
鳥取	実施要綱案は現在未検討			
島根	7	輪番ないし固定 県立病院を基幹 病院とする	指定病院等 11/18	夜間および休日
山口	現在検討されている試案はない			
香川	現在検討されている試案はない			
愛媛	検討中のため回答できない			
大分	平日夜間は1 休日昼間は2	輪番制	指定病院(23)	夜間および休日