

スで、精神病状態でありながら本人の受診能力が低く、家族機能も弱いために受診に結びつかない事例の受診援助に関して保健所等の支援を行う。

○精神科救急システム、情報センター機能に関する普及啓発、関係機関等への研修を企画・実施する。

(3) 保健所

○保健所で把握した、夜間・休日に情報センター機能での切迫した対応が予測されるケースについて連絡調整を行う。

○情報センター機能に相談があったケースで、精神病状態でありながら本人の受診能力が低く、家族機能も弱いために受診に結びつかないケースの相談と受診援助を担当する。

○救急入院事例で、地域社会への適応困難を伴うケースについて退院後の継続的な支援と指導を行う。

(4) いわゆる総合病院

○一般救急で精神医療が必要な患者、精神科救急で合併症の専門医療が必要な患者に対応する。この場合、一般科と精神科の密接な連携のもとに救急医療が行われるとともに、骨折等のリハビリテーション医療が必要な場合にも患者の不利益が生じないように、医療法運用のあり方も含めた連携の確立が求められている。また腎透析等、継続的な医療管理を要する疾患についても受療継続に不利益が生じないような環境整備が求められている。

○地域の状況に応じて精神科救急の中核を担う。

(5) 都道府県立病院（国立療養所等を含む）

○政策医療（精神科救急システムにおける一定の役割、民間病院では対応困難な患者の後送対応、覚醒剤精神病など薬物依存症の治療、人権上とくに配慮が必要な患者の治療）を担う。

○地域の状況に応じて精神科救急の中核を担う。

(6) 民間病院

○地域医療の一環として精神科救急に取り組む。

○精神科救急輪番病院で、担当日に当該病院で対応できないときは、情報センター機能に紹介するなど適切な指導と連絡を行う。

○地域の状況に応じて精神科救急の中核を担う。

(7) 精神神経科診療所

○精神神経科診療所医会等の組織を通して、休日急病診療所方式で精神科一次救急を担当する。

○情報センター機能に、精神神経科診療所に勤務する精神保健指定医や精神保健福祉士等が輪番制で協力する。

(8) 一般科の救急情報センターとの連携について

○基本的には多彩なニーズに対応でき、地域住民もアクセスしやすいので窓口の一本化が望ましい。しかし精神科救急自体の持つ問題として、精神科が単科でありながら症状等による病院選択の幅が大きいことがある。また現在の一般救急窓

口にすべての診療科の専門スタッフが配置されているわけではない。このため精神科だけに専門職員を配置することについては、他科から異議の出る可能性が高い。以上のことから、現状では一般科と精神科の情報センター機能の一体化には困難が多く、身体疾患と精神疾患の合併する患者について、救急対応等での連携を強化することが課題となる。

情報センター機能を、①精神保健福祉センター、②一般科の救急情報センターに夜間・休日診療所を開設した場合、③病院に併設した場合の精神科救急システム図を示した(図2, 3, 4)。

2) 情報センター機能の体制等

はじめに、ワーキンググループで出された情報センター機能の体制等に関する意見をまとめておく。

(意見1) 都道府県全域。医師と精神保健福祉士を置くことで、ある程度機能する。精神保健指定医を確保できればベスト。情報はリアルタイムに男女別空床、保護室の利用可能状況を把握する。

(意見2) 人口200万人に1カ所。精神保健福祉士を当直体制で常勤配置。

(意見3) 都道府県全域。精神科医師、精神保健福祉士、事務職(コンピューター操作者を含む)で5-6名のスタッフ。

(意見4) 合併症の治療や薬物依存症に対応できる病院等を含めた、精神科医療がおおむね完結できる圏域(現行では都道府県レベル)。「電話相談での振り分け機能を持った情報センター機能」「精神科医による診察および振り分け機能を持つ

た休日急病診療所的な機能」を合わせたもの。スタッフは、精神保健指定医と精神保健福祉士等。

(意見5) 地域の大きさは、人口にして50万人から数百万人まで、システム整備の段階に応じて構築が可能であるが、理想的には50万人以下。臨床経験のある精神保健福祉士(あるいは臨床心理士)と看護婦(保健婦)の組み合わせが望ましい。精神保健福祉センターおよび保健所職員を兼務させることが有効である。精神科医については常駐させることは困難であり、救急担当医療機関の医師に相談するのがよい。

(意見6) 都道府県全域。スタッフは24時間配置の相談員と医師で、一次医療機関として診察と後送病院の選定を行う。

以上のことから情報センター機能に必要なスタッフは、①夜間休日に常勤の精神保健福祉士等1名を配置できること、②情報センターで「判断と振り分け」に対応できるよう、少なくとも輪番制による夜間休日の精神保健指定医を確保すること、③診察に対応できる看護職員等の確保、④昼間に地域機関や後送を行った医療機関と連絡調整のできる体制の確保である。

施設設備に関しては、①救急診療の可能な診察室や診断可能な体制の確保、②空床情報等をリアルタイムに把握できる救急輪番制とリンクした情報ネットワークの整備等が必要である。また地域支援との連携のため、情報センター機能の運営に精神保健福祉センター、保健所の職員が参加することも重要である。

4) 精神科救急システムに関する普及啓発

精神科救急システムは普及段階にある。このため精神科救急システムに対する警察署、救急隊等の期待やイメージは多様であり、「精神科救急でできること、できないこと、また取り扱うべきでないこと」の区別について理解を共有していく必要がある。また精神科救急システムについての共通の理解を育てていくには関係機関（警察署、救急隊、一般診療機関等）、関係団体・地域組織（自助グループ等）との対話が重要である。

このほか精神科救急システムの運営に関して、ワーキンググループで検討された関係機関と理解の共有を図るべき事項は、①覚醒剤・有機溶剤乱用について司法優先を原則とすること、②精神病状態以外の酩酊と興奮状態は精神科救急の適応ではないという原則を明らかにすることであった。

また一般診療科への普及啓発として、一般科医師用のマニュアル作成、電話によるコンサルテーション等による一般科医師へのバックアップも重要である。

5) 社会復帰対策と精神科入院によらない危機介入

大都市における社会復帰の促進に関する意見、情報センター機能に相談があって、精神科入院以外の危機介入が適切な場合の対応に関する意見をまとめた。

(1) 社会復帰の促進

○大都市では「住まいの保証」が何より

重要である。

○退院者の地域生活を支えるため、病院等の精神科ソーシャルワーカー、福祉事務所ケースワーカー、保健所精神保健福祉相談員などが連携できる組織づくりを進める必要がある。

○大都市に急増している精神科診療所に、社会復帰施設やグループホームが併設できるような政策誘導が必要である。

○社会復帰施設整備補助の対象として、賃貸形式の施設も含めるよう検討が必要である。

(2) 精神科以外の危機介入

○情報センター機能が、自助グループや社会復帰施設による生活支援活動と連携することも必要である。

○精神病状態でない不適応状態については、緊急避難所、民間のシェルター等との連携が必要である。

6) その他

○情報センター機能に、「災害発生時の精神科救急医療対応」を付加する必要がある。

○いわゆる「総合病院の精神科」が合併症治療にもっと目を向けるよう、保険診療等の政策誘導が必要である。

7) マニュアル作成の必要性

情報センター機能における対応の基本について、ワーキンググループでの議論と班会議の意見交換をもとにフローチャートを示した（図5）。今後はこの考え方を具体化し、情報センターにおける救急対応の基本事項として普及を図る必要が

ある。

精神科救急システムに関しても、普及啓発の項で述べたように、関係機関等との理解の共有を図っていく必要がある。

また救急隊の求めることは、「患者への接し方」「患者の観察方法」「病院受診依頼時の必要伝達事項」「酷耐患者への対処方法」等の具体的な対処法である。

このため「精神科救急の利用に関するマニュアル」を作成し、地域に発生する精神保健上の問題のうち精神医療で何ができるかを整理して伝える必要がある。

またマニュアル作成と関連して、「アルコール・薬物ケースに関するガイドライン」の作成、依存症の治療とリハビリテーションに関する地域システム整備の推進が必要である。

D. 考察

大阪府における精神科救急入院患者の調査から得られた結論は次の通りである。

大都市では、①ホームレスでアルコール性精神障害を持つケース、②社会生活において不適応反応を頻繁に起こすケース等、精神科入院治療の一義的な対象ではないが、地域からは精神保健上の援助を求めるケースが多数存在し、一定のニードを形成している。また大和川病院問題の背景には、大都市市街部に精神病床がきわめて少ないうに精神医療へのアクセスに関する情報提供、診断を含む判断と振り分けを行う体制の弱体があった。

また大和川病院の事例等から、救急入院を引き受ける医療機関において精神保健指定医の診察や適切な医療体制の確保が行われず、精神保健福祉法が遵守され

ていない状況が明らかとなった。このことから救急入院を引き受ける病院にも、精神保健指定医が診察できる体制、医療法を基本に救急外来に対応できる体制等、一定の基準が必要と考えられる。

このため大都市における精神医療問題の解決には、特に夜間・休日において「情報提供、診断を含む判断と振り分け」を行う機能（情報センター機能）の設置、移送および適切な診療体制を有する医療機関への連携が必須である。

また情報センター機能がその役割を適切に果たすためには、関係する機関等への精神科救急に関する普及啓発（情報センター機能における業務マニュアルの作成等）、公的機関と民間の役割分担を含めた後送医療体制の確保が重要である。

大都市における社会復帰の促進は、病院個別の努力ではきわめて困難である。このため、大都市環境において家族や地域社会の援助の乏しい長期入院患者の社会復帰促進を進めるには、社会復帰施設の賃貸方式の採用等、大都市環境にも適用できる現実的かつ具体的な政策が必要とされている。

分担研究班のもとに実務メンバーによるワーキンググループを設け、精神科救急における情報センター機能の具体的なあり方について検討を行った。その結果は次の通りである。

情報センター機能は、精神保健福祉法第47条第2項を根拠とするものである。大都市においては、精神科医療へのアクセスに関して、情報を提供し、責任を持って判断と振り分けを行う機能が強く求められており、この要請は特に夜間・休

日において大きい。また情報センター機能において行う「診断を含む判断と振り分け」には、身体・心理・社会的な総合判断が必要である。このため、精神保健福祉士、保健婦、看護婦などの専門職員に加えて、精神保健指定医の関与は必須である。

情報センター機能では「診断を含む判断と振り分け」を行う。判断と振り分けにおいては、地域の要請にも配慮して、「受診援助が必要な事例であるが、複雑な作業を伴う事例」「地域社会で精神的な問題を持つが、精神科入院治療には該当しないケースへの対応」についても助言することが求められている。

また情報センター機能における判断と振り分けにおいては、個人情報が入り込んで診察を要請される場合があり、予測困難な興奮や暴力に対処できるような要員と体制を確保する必要がある。

重症の身体合併症を持つ精神障害者の緊急避難的な医療、その後の一般科のリハビリテーション、腎透析等の長期管理を要する疾患等の医療確保に困難があると報告されているため、総合病院等で適切な医療が受けられるよう、医療法運用の見直しを含めた条件整備が必要と考えられる。

以上の研究結果はいずれも「大都市の精神科救急システムにおける情報センター機能の設置の必要性」「情報センター機能での対応マニュアル作成の必要性」「情報センター機能と連携する適正医療の確保」で一致している。

これらの結果をもとに、まず情報センター機能の体制、施設整備等についてプ

ランの提示を行った（図6）。

E. 結論

大都市においては住民からのアクセスに適切に対応するため、精神科救急システムにおける情報センター機能の設置、移送と適正な精神科救急医療の確保（重症合併症等の治療を含む）が必要である。

情報センター機能は、①少なくとも夜間・休日に精神科救急へのアクセスを可能にするシステムであること、②スタッフは「診断を含む判断と振り分け」に対応できる常勤精神保健福祉士、精神保健指定医、看護職員等の確保が必要である。また情報に関しては、空床情報等をリアルタイムに把握できる救急輪番制とリンクしたネットワークが、施設としては救急診療室等が必要である。

また精神科救急は新しく誕生したシステムであり、「精神科救急でできること、できないこと、また取り扱うべきでないこと」の区別について、「精神科救急の利用に関するマニュアル」を作成し、普及を図る必要がある。その基本となるフローチャートを示した。

情報センター機能経由後の精神医療については、適正に医療および精神保健福祉法の運用が行われるよう救急システムを充実整備する必要がある。

また一般科における合併症治療とリハビリテーション、長期腎透析等で精神障害者への医療に不利益が生じないよう環境整備が必要である。

これらの研究結果は、大都市における精神医療のあり方に関して、実践的な政策提案として活用できるものである。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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

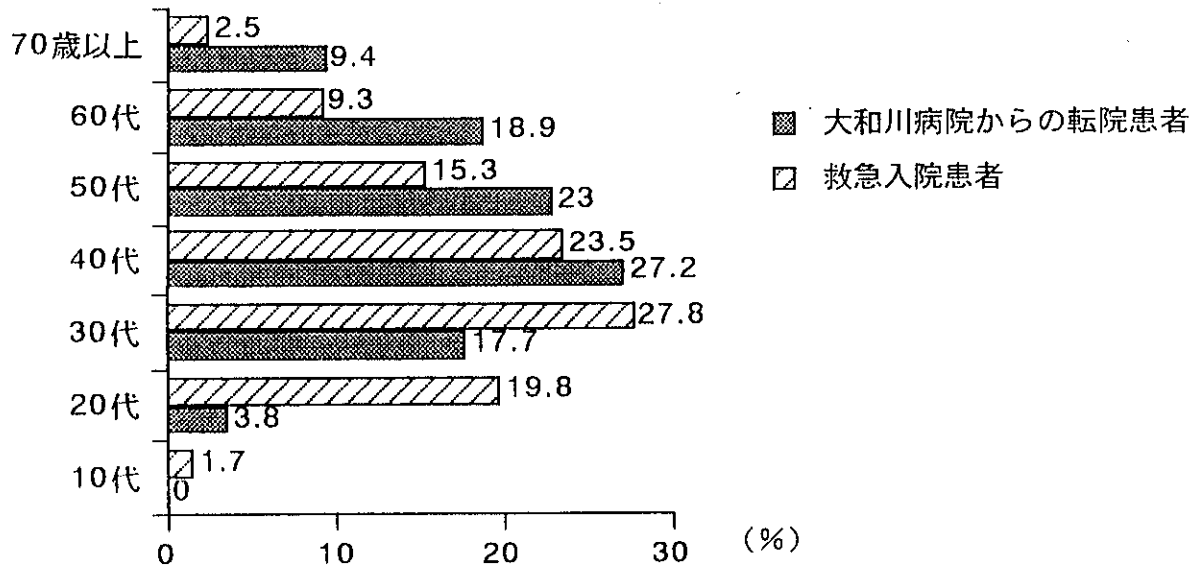


図1 年齢構成

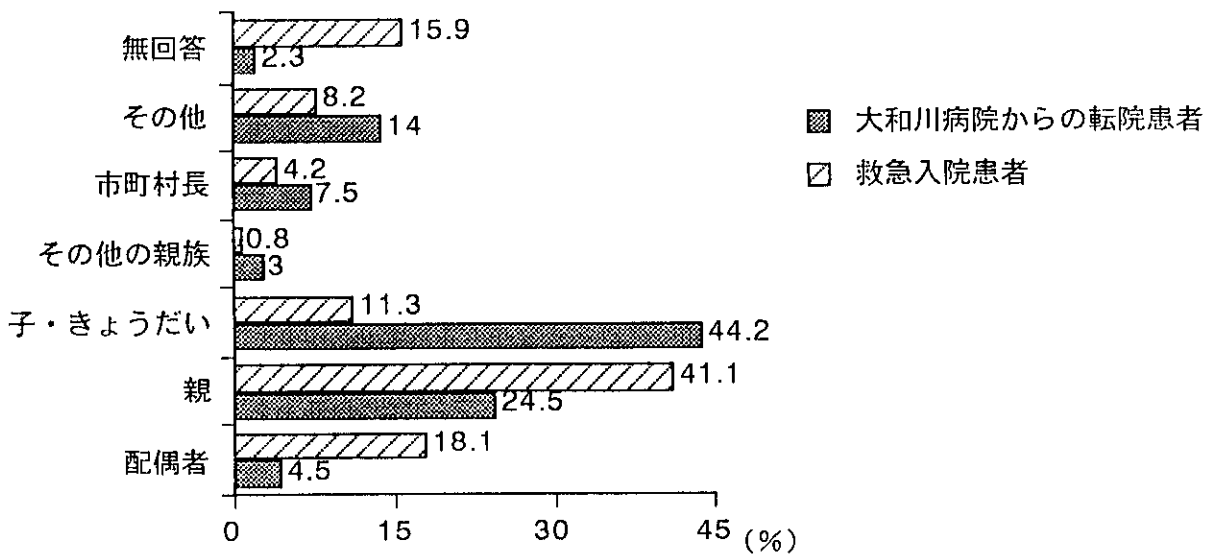


図2 患者の保護者

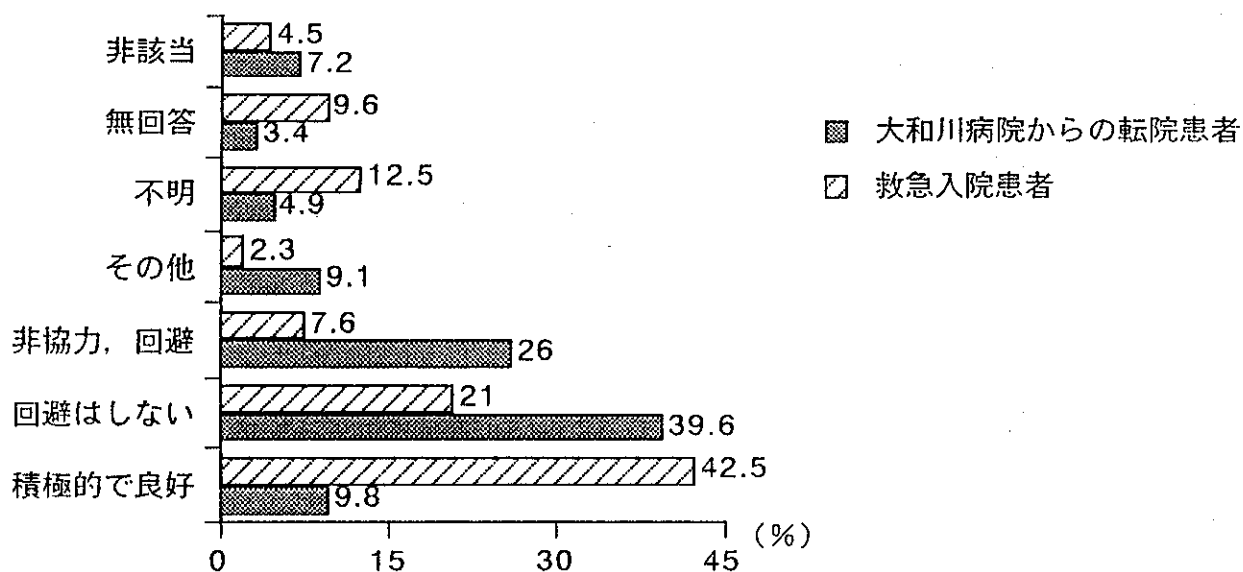


図3 保護者との関係性

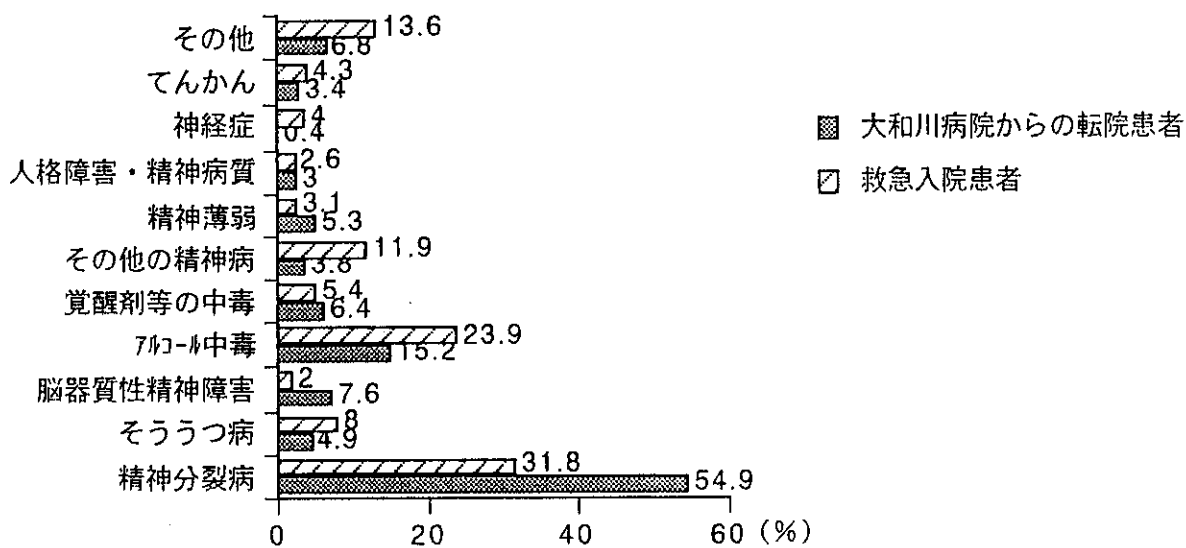


図4 診断名 (複数回答)

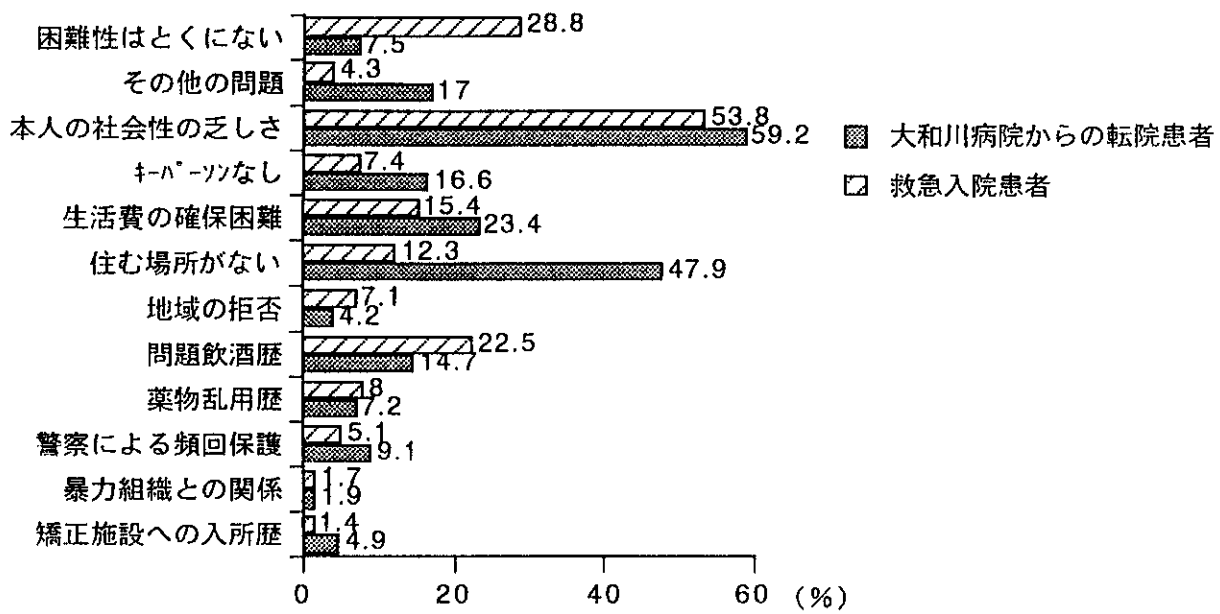


図5 患者の社会的処遇困難性（複数回答）

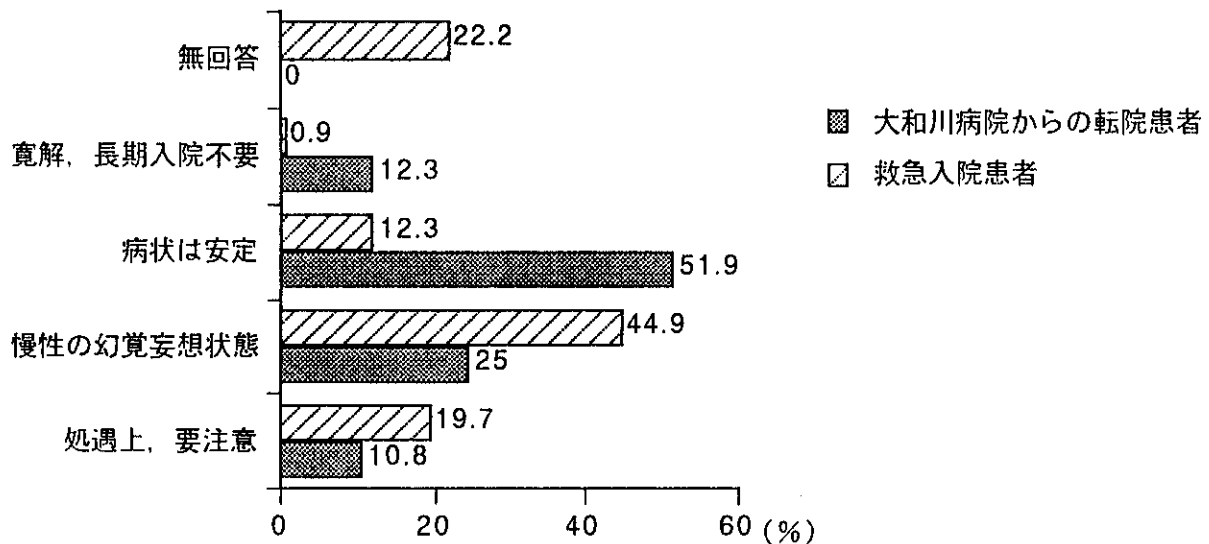


図6 転院した際の症状

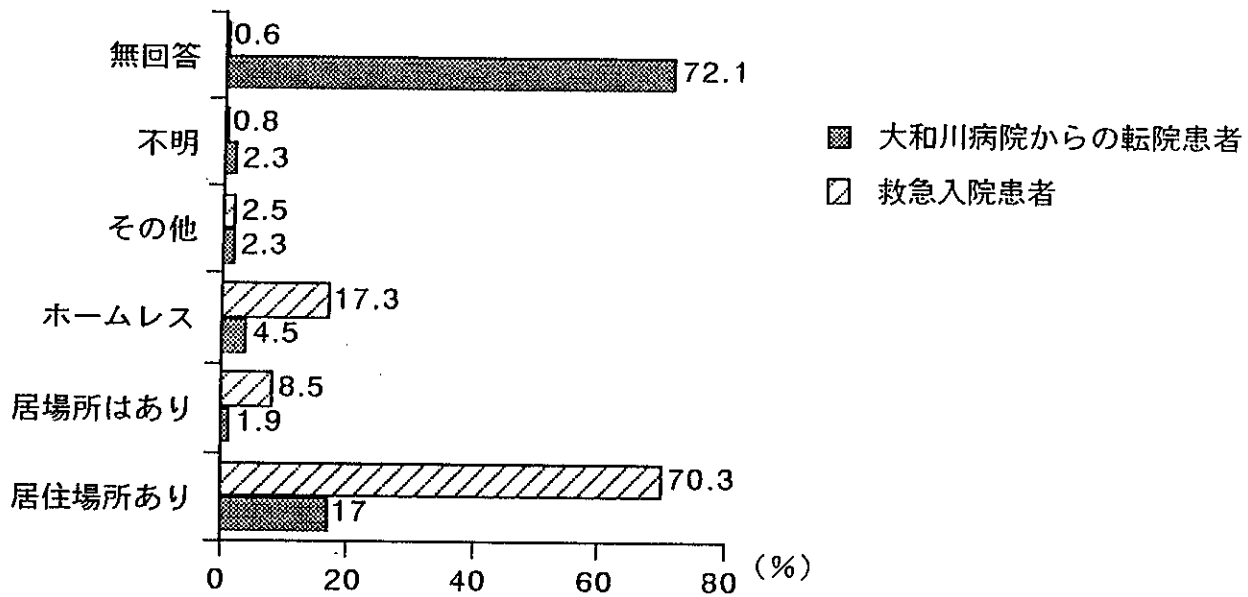


図7 入院時の居住場所

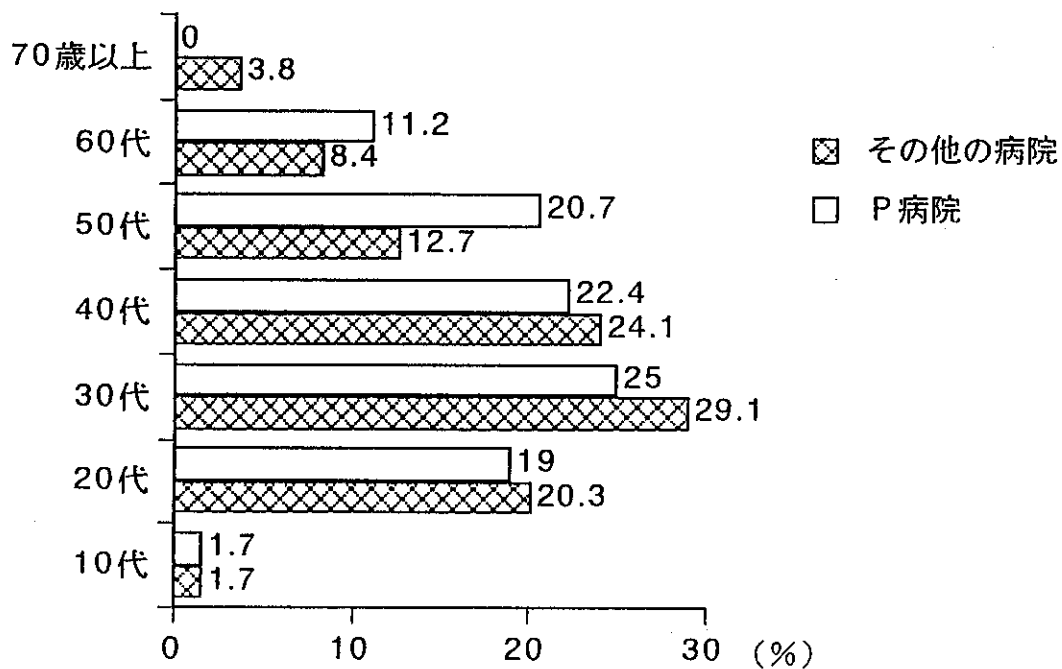


図8 年齢構成

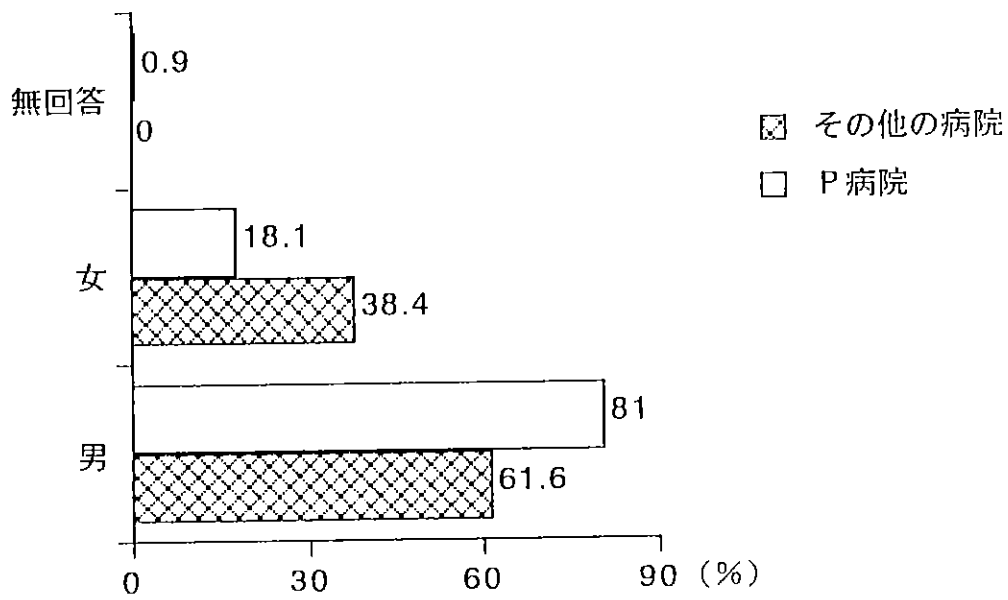


図9 性別

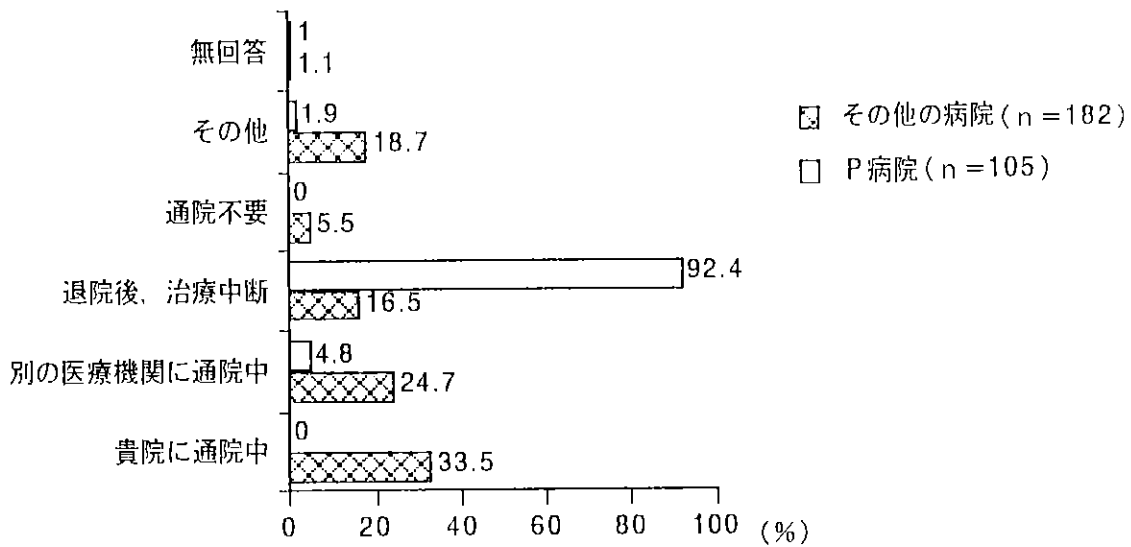


図10 退院した患者のその後の受療状況

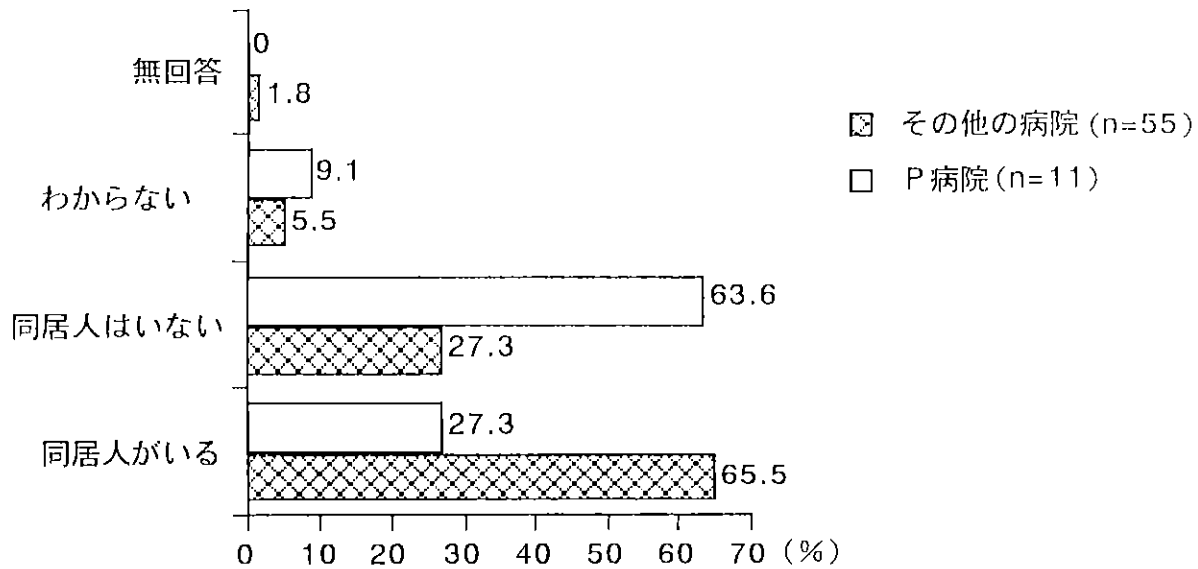


図11 患者が退院した場合、患者と同居する人がいるか
(nは、調査時に継続して入院中の患者)

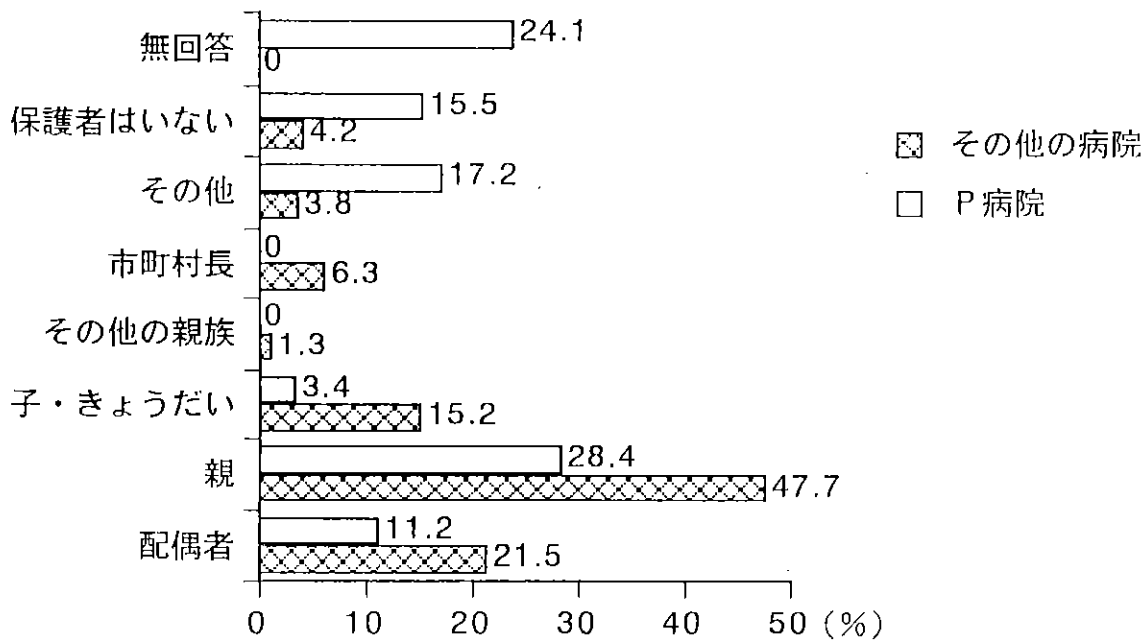


図12 患者の保護者

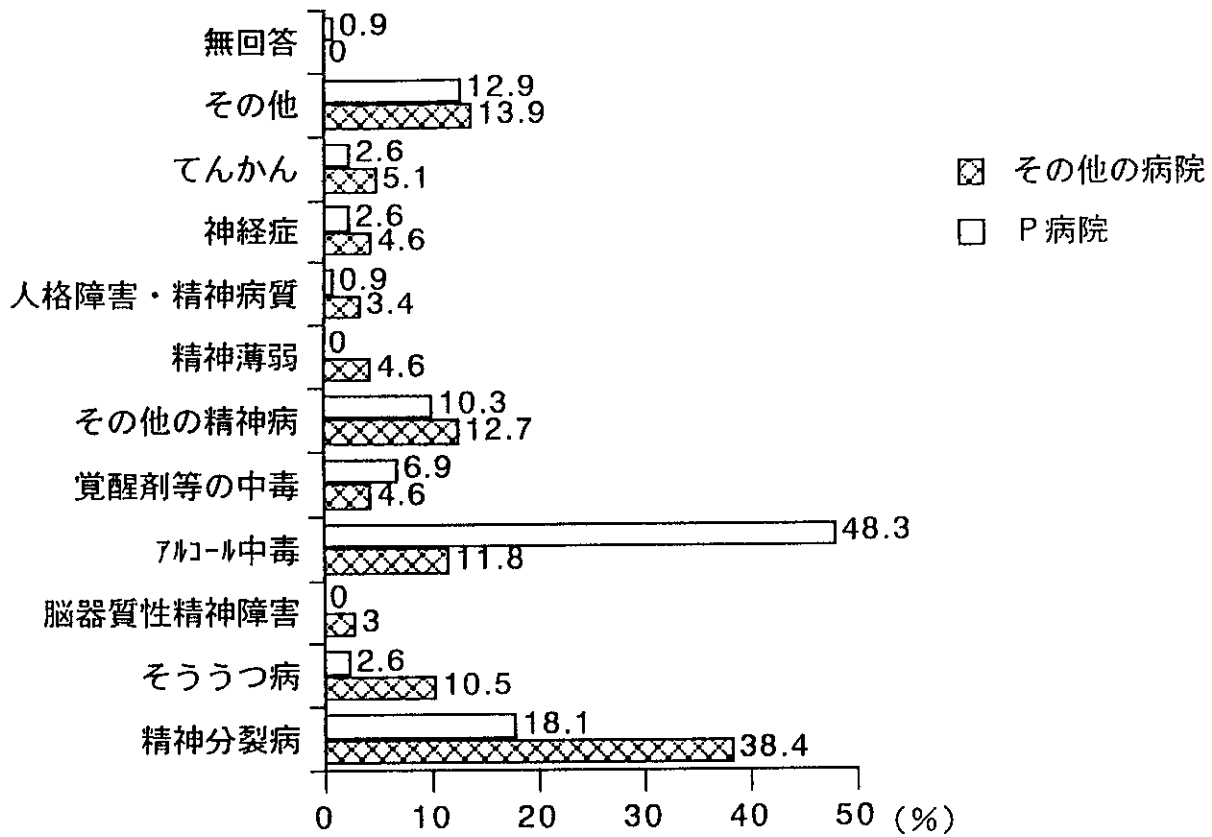


図13 診断名（複数回答）

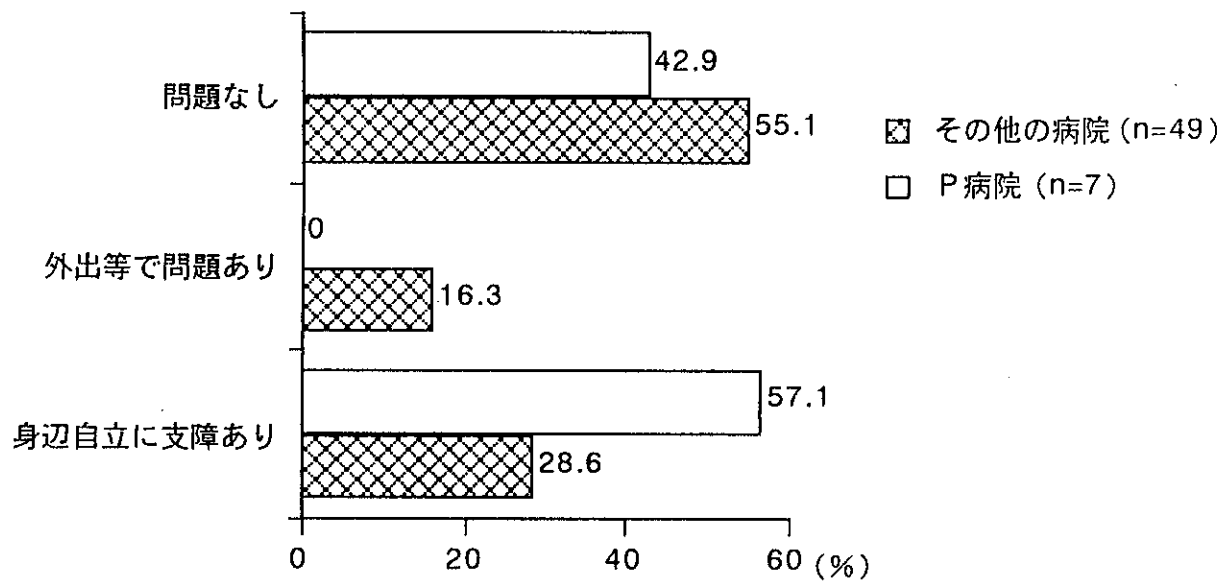


図14 身体疾患の合併症による生活障害の程度
(nは「合併症あり」と回答のあった患者)

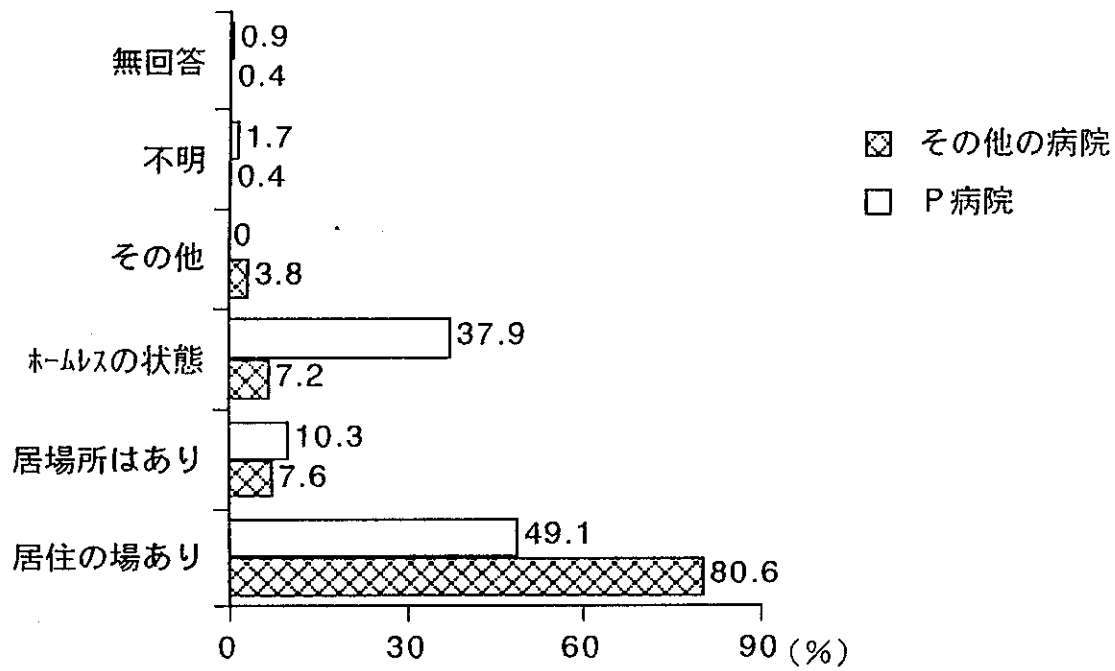
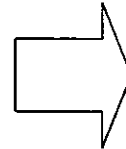


図15 入院時の居住場所

図1. 大都市における情報センター機能について

情報センター機能の必要性

- 家族、地域住民、救急隊、警察、一般医療からのアクセス困難の指摘あり（特に夜間・休日）
個人情報乏しいなかで精神科医療にアクセス
- 多様かつ複雑な事例が多数存在し、一定のニーズを形成
- 大和川事件の背景に「判断と振り分け機能」の弱体の指摘
- 既存の精神科救急が重症対応に限定されている
- 移送との連携が求められている
- 合併症治療等における一般科との連携改善が必要
- 限られた資源を有効に活かすシステムが必要



情報センター機能のあり方

- 地域住民からアクセスしやすく、責任をもって判断と振り分けを行う機能が必要
（身体・心理・社会面の総合的な判断を行うため、精神保健福祉士等の専門職に加えて精神保健指定医が必要）
- さまざまな機関の、応分の負担によるシステムづくりが必要（後送体制の確立を含む）
- 重症合併症治療の一本化
- 情報機能の整備

図2. 情報センター機能と各機関の役割（精神保健福祉センターへの機能附置）

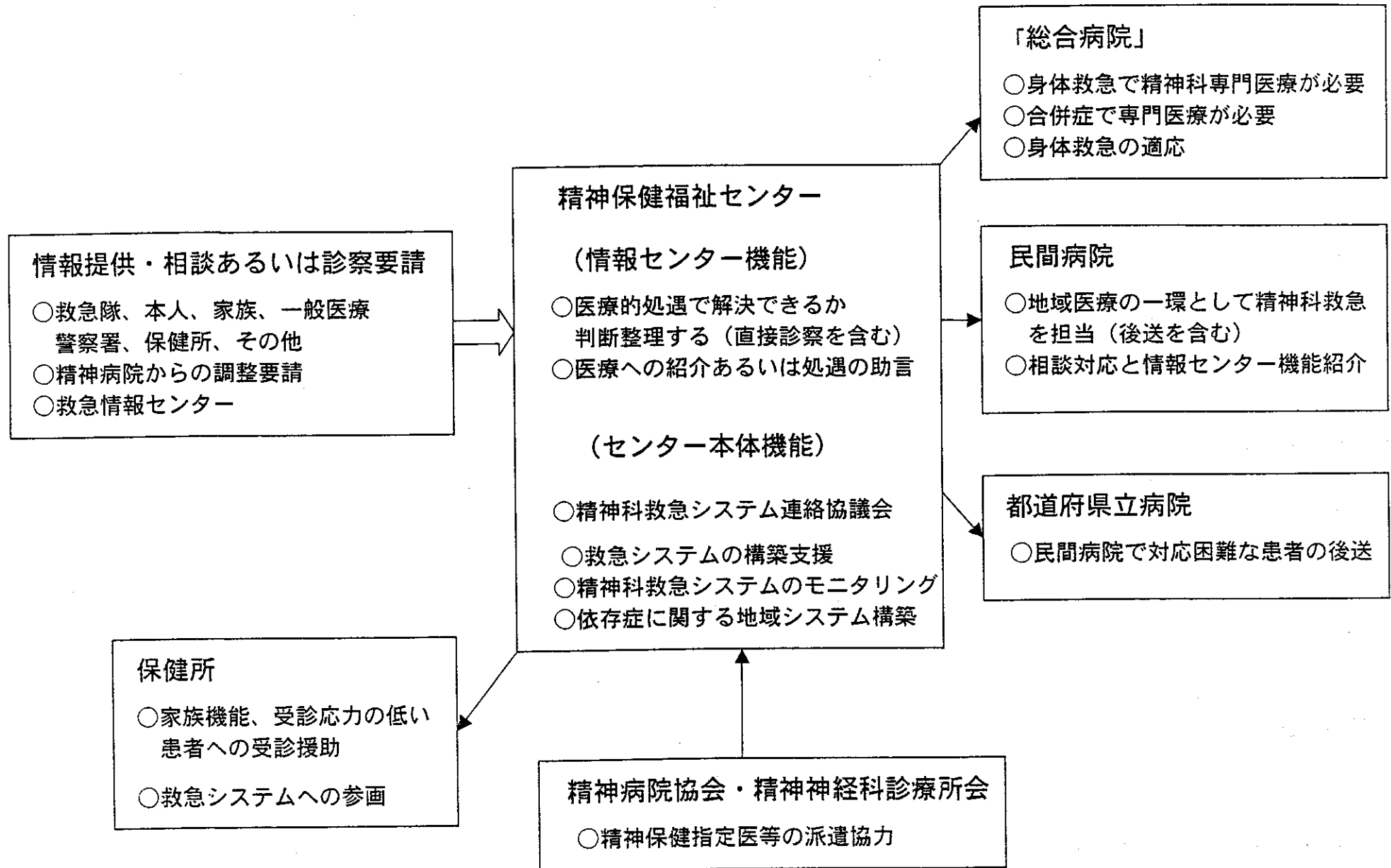


図3. 情報センター機能と各機関の役割（救急情報センターに夜間・休日診療所として機能附置）

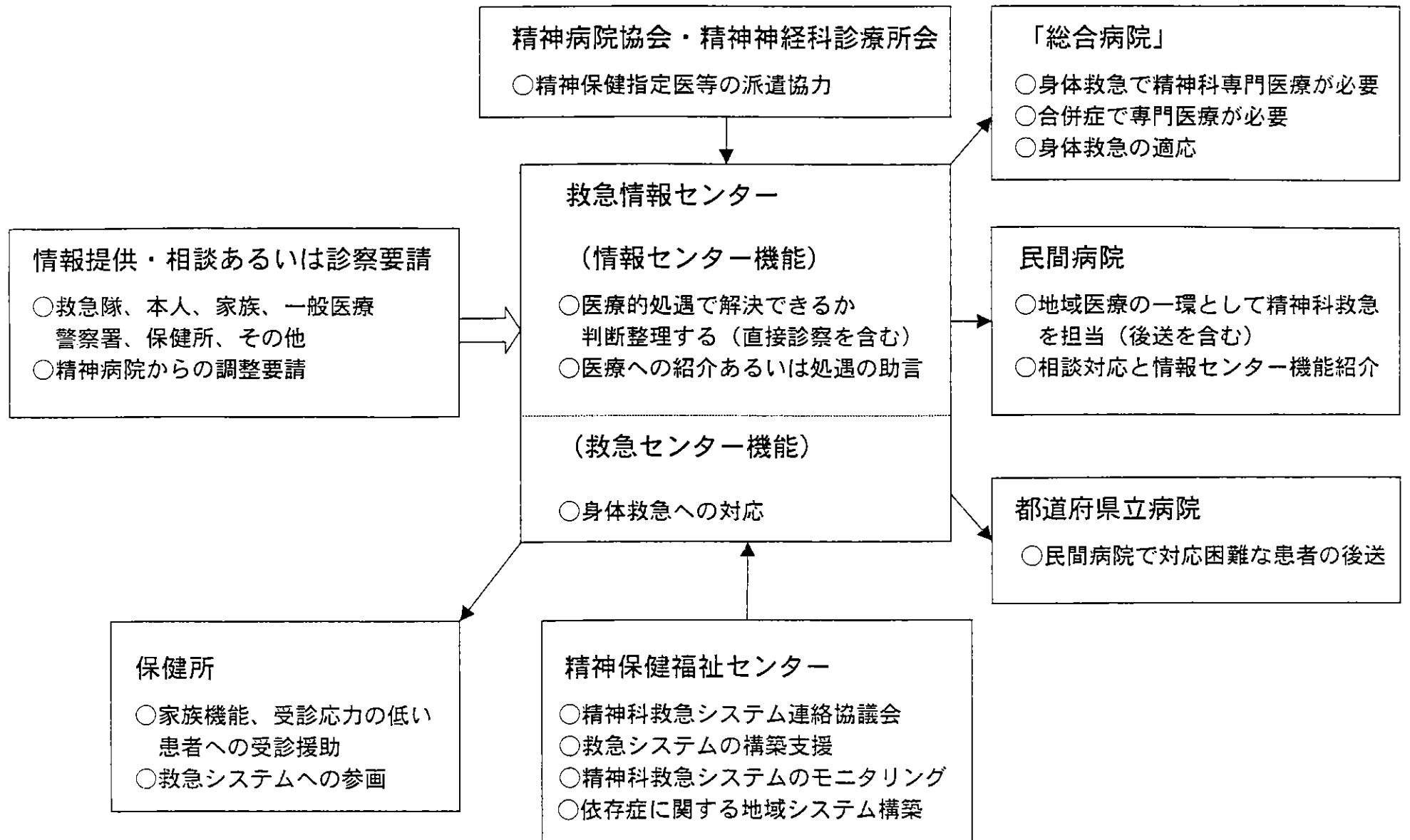


図4. 情報センター機能と各機関の役割（病院併設型）

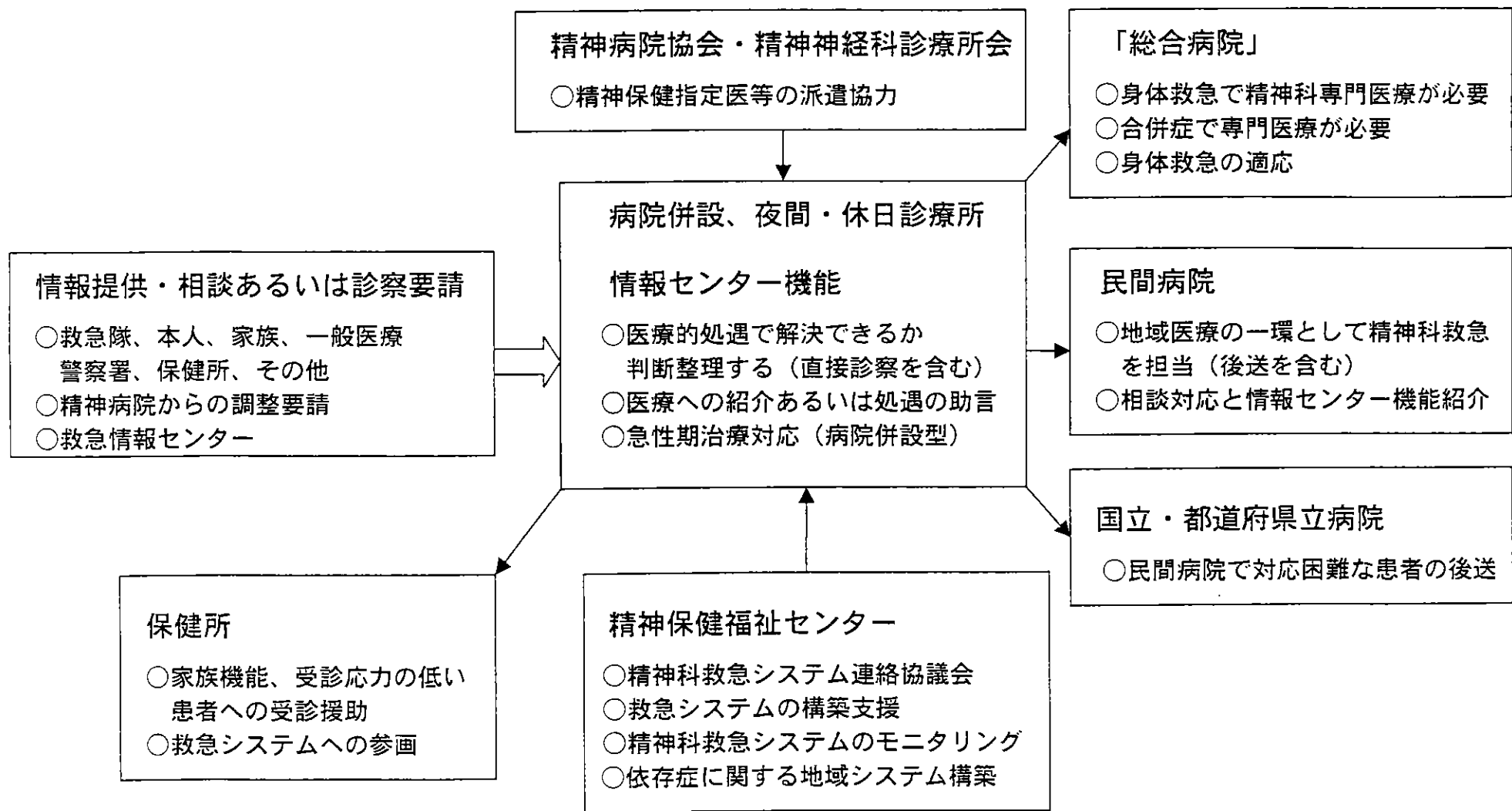
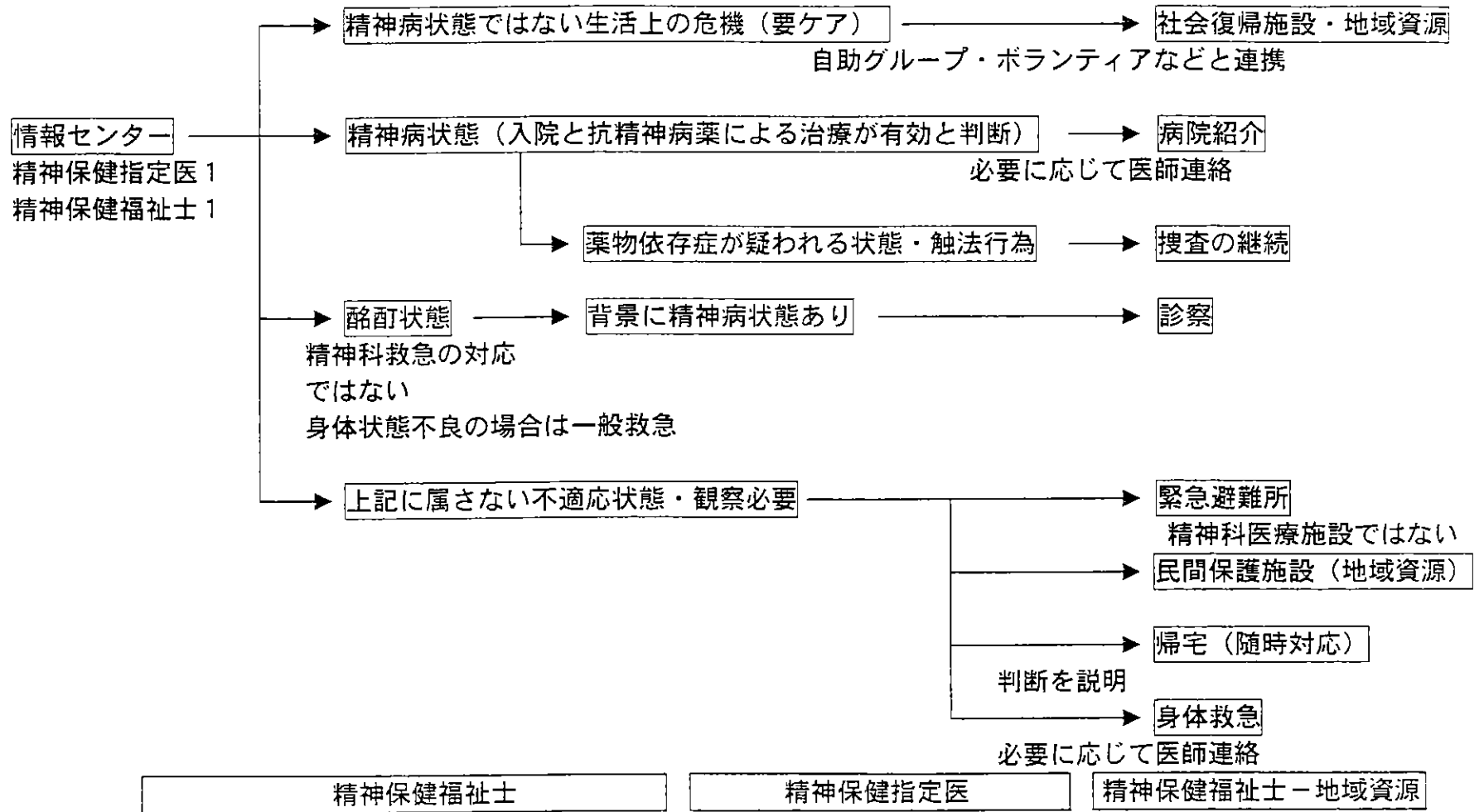


図5. 情報センター機能における判断（診断を含む）と振り分けのフローチャート



注1) 精神病状態には、中毒性によるものを含む。

注2) 上記についてはマニュアルを作成して、運用の考え方の普及を図る必要がある。

図6. 情報センター機能の類型

	I型（最小限の必要機能型）	II型（I型＋初期治療開始）	III型（初期治療完結型）
	治療としては入り口部分のみ行う	症状評価、初期治療、以後の治療設計までを行う	初期治療完結型精神科救急病院
運営時間	夜間・休日のみ	同左	全日（24時間）
電話番号の開示先	救急隊、警察、一般救急の 夜間休日救急診療所 2次、3次救急医療機関 精神病院、精神科診療所	同左	一般市民にも開示
スタッフ	精神保健指定医（オンコール1名） 精神保健福祉士（当直1名・常勤） （看護婦・士2名）	精神保健指定医＋非指定医（常駐） 精神保健福祉士（当直1名・常勤） 看護婦・士（3名）	精神保健指定医＋非指定医（常勤医） 精神保健福祉士（当直1名・常勤） 看護婦・士（淳夜・深夜に3名）
施設設備	救急診療室 待機室（移送までの数時間に対処）	救急診療室 個室病室4－6室 最長1週間の入院期間 X線、CT、MR、生化学検査等が すぐに利用可能	救急診療室 精神科急性期治療病棟 最長6週間の入院期間 X線、CT、MR、生化学検査等が すぐに利用可能
身体ケア	総合病院、救命救急センターなど に全面的に依頼	軽度－中等度の合併症は診療可能 重症は紹介	同左
例	○医療機能を持たない精神保健福祉 センターに設置 ○夜間・休日診療所	○都立墨東病院はII、IIIの合併型 ○いわゆる総合病院に設置した場合	○千葉県精神科医療センター
利用者数の推定	夜間・休日の開設で、人口万対で年間、20件以上の電話相談、10件の診察（6－7件の外来診療、3－4件の入院）事例が情報センター機能を経由すると推定される。この数値は、全日開設とした場合、広報等によって住民への周知が進んだ場合に増加しうる。		