

回答した医療機関 31(44.3%)がある一方で、「原則として引き受けない」とする医療機関も 9(12.9%)あった。

健康保険に未加入の外国人ケースに関しては 44(62.9%)の医療機関が「ケースバイケース」で対応すると回答し、9 医療機関(12.9%)では措置対応すると対応した。

外国人ケースに対する通訳委託に関しては 60(85.6%)の医療機関でシステム化がなされていないかった。

その他、外国人の入院治療についての意見を求めたところ、異文化ストレスが絡む生活習慣の相違、家族との連絡の困難性、精神保健福祉法遵守の問題などを指摘する意見が多かった。

(2) 覚せい剤乱用が疑わしい警察経由の救急ケース(表 24～表 26, 図 17)

「他の患者と同様に治療する」27(38.6%)に対し、「原則として引き受けない」10(14.3%)、「入院させるが対処困難な場合には他院転院」19(27.1%)など、覚せい剤疾患患者の入院治療に負担を感じる医療機関が少なくなかった。

更にこのような患者を引き受ける前に「警察に採尿を依頼することを原則とする」と回答した医療機関は 27(38.6%)で「依頼しない」23(32.9%)とほぼ同数であった。

また、平成 10 年度に救急入院に限らず入院した覚せい剤ケースの数は、「なし」が 25(35.7%)、3 人までの累積が 53(75.7%)に達した。一方、多いところでは 1 医療機関で 20 を越えるところが 4 あり、最高は 130 と飛び抜けて多くなっていた。現状では、精神科救急医療事業で覚せい剤の治療を担当する医療機関は一部に偏る傾向があることが示唆された。

自由記載では、人格障害など医療機関での対処が困難、暴力団が病院に面会に来たり院内で覚せい剤を勧めるなどの問題行動

をとる、依存の治療が困難、刑事処遇をめぐる警察との間のやりとり、治療費の問題など、さまざまな問題が指摘された。

(3) 身体合併症の救急ケースについて(表 27, 図 18)

医療機関の回答は「公式の取り決めがある」24(34.3%)、「非公式な取り決めがある」16(22.9%)、「取り決めはない」19(27.1%)であった。

自由記載には、「2次救急、3次救急の施設が比較的良いため、又短期間の入院であれば、それらの病院でも一応引き受けてくれるのでそれほど苦慮していない」という回答もあったが、苦慮した個々のケースをあげたものも多く、未だ十分に機能していない場合が少なくないことがうかがわれた。

5) 13 大都市とそれ以外の都市との比較(表 28～表 32)

これまで述べてきた医療機関の回答を、回答した医療機関の所在地別に 13 大都市(回答数 11)とそれ以外のところ(回答数 59)に分けてクロス集計した。

その結果、13 大都市では、電話相談窓口が「十分機能している」2(18.1%)、「現在の機能では不十分である」7(63.6%)であったが、その他の都市では「十分機能している」14(30.4%)、「現在の機能では不十分である」19(41.3%)であった。

また、夜間・休日に病院につれていけないという相談は、13 大都市で「しばしば」5(45.5%)、その他の都市で 14(23.7%)であった。

救急隊の評価については、13 大都市で「現状に不満がある」3(30%)、その他の都市で 10(16.9%)であった。また、警察の評価については、13 大都市で「現状に不満がある」6(54.5%)、その他の都市で 16

(27.1%)であった。

一方、指定病院の基準緩和についての意見は 13 大都市で「緩和するべき」5 (45.5%)、その他の都市で 25 (43.1%)とほぼ同様であった。

今回の調査は、サンプル数が少ないため断定は避けなければならないが、13 大都市ではその他の都市と比較して、電話相談窓口についても、搬送体制についても、よりニードが高い可能性があることが示唆される。

D. 考察

今回の調査で、平成 10 年度末までに事業を開始した都道府県の精神科救急医療システム整備事業の概況について明らかにすることができた。平成 11 年度に事業を開始する自治体も含めると、その数は 38 になり、全国的な視点から各都道府県の事業を比較検討することが可能になってきたと言える。

調査の結果、現時点ではこの事業は規模においても、運用方法においても大きな都道府県間格差があることが改めて示された。

その原因は、まず 1) 各自治体で人口に格差があること、2) 精神科医療の実状が地域によって異なること、に求められる。これらについては、これまでの研究でも指摘してきた通りであり、研究班では地域の実情に応じたシステムを立ち上げるように提言も行ってきたところである。

今回は、厚生省の要綱に関連する問題について整理しておきたい。

1. 要綱の対象となる精神障害者

第一は、要綱が一般的な精神科病床への一般的な入院確保に重点を置いたシステムとなっていることである。これは入院形態では、任意入院や医療保護入院に相当する患者を扱うことと対応する。その結果、緊

急措置入院や措置入院などをどう扱うか、入院に至らない相談を含めた体制をどう構築するか、まで要綱は言及していない。従って、都道府県では、要綱の中で措置入院や緊急措置入院を扱うところと、自治体単独の事業としてこれらに対応するところとがある。また、電話相談窓口の業務という点から見ると通報受理や一般の危機介入的相談を行うことを加えている自治体とそうでない自治体がある。その結果、相談件数がカウントされているところと、そうでないところがでている。

また、精神科救急の対象として対応せざるを得ない外国人、覚せい剤疾患患者、身体合併症を有する患者など特殊ケースの問題についても要綱では言及されていない。しかしながら、現実には事業を立ち上げると、こうした事例への対応にも直面せざるを得ず、対応に苦慮する場合があることが医療機関に対するアンケート調査の結果明らかである。

今回の調査では、医療機関の協力で平成 11 年 5 月に精神科救急入院した精神障害者の統計的資料が得られた。その結果、入院患者についての一定の傾向が把握されたが、別のアンケートで同じ事例に対しても医療機関毎に対応が異なる可能性が示唆された。当然、医療機関毎の独自の判断が尊重されるべきであるが、こうした精神科救急診察に対する考え方ははじめ、先に述べた問題点等を含む広範な事項について、それぞれの地域の実務担当者が意見交換をすることが必要となろう。現時点では、要綱に連絡調整委員会が設けられているが、これは年 1 回程度しか開催されず、個々の事例についての専門的な検討の場とはなっていないと考えられるからである。

2. 電話相談窓口(精神科救急情報センター)

電話相談窓口は精神科救急システムの入りに位置するもので、その機能はその後の診療プロセスを大きく規定する。理想的には、電話相談窓口は以下の機能を全てもつべきである。

- (a) 判定機能：精神科的緊急性を判定し、トリアージュできる。
- (b) 振り分け機能：前記の判定に基づいて、最適の受診先や搬送手段を指示できる。
- (c) 危機介入機能：目前の危機的状況を応急的に緩和する手だてが講じられる。
- (d) 情報提供機能：精神科関連の社会資源に通暁し、的確な情報を提供できる。
- (e) 法施行機能：29条（今後は34条も含まれるか？）関連の法施行事務を遂行できる。

しかし、医療機関に対するアンケート調査の結果、窓口の機能としての必要度を高いものから順に分類すると、

レベル1

「当番病院の連絡先などの定型的な情報提供を行う」

レベル2

「緊急度を判定し、それに応じて医療機関を紹介する」

「空床確認を行い、搬送手段など受診までの手順について助言する」

レベル3

「自らカウンセリングや相談まで行い危機介入する」

「措置・緊急措置入院に関わる情報を受理する」

の3段階が示唆された。医療機関によっては、必ずしもこれら全ての機能を直ちに必要と考えていないところもあることから、地域に応じた窓口のあり方が議論されるべきと考えられる。また、「窓口を助成の対象とするべきである」という意見が多いことに配慮し、窓口を予算化し、機能レベルに応じた助成を行うことが現実的と考え

る。

電話対応にあたる職員には、相応の技術が要請されるため、システムが有効に機能するためには、専門職員（PSW など）が対応することが必要である。

また、電話相談窓口は広く地域住民に公開されるべきであり、将来的には夜間・休日に限らず24時間体制で運営されるようになることを目指すべきである。

電話相談窓口では、今後の事業展開を考えて帳票を作成し、相談者、日時、相談と対応の内容、転帰などを記録に残すべきであり、相談件数等基本的な項目について厚生省への統計報告を行うべきであると考え

3. 搬送体制

平成11年6月に精神保健福祉法が改正され、新たに患者の移送制度が規定された。この制度がどのように援用されるようになるか現時点ではまだ十分明らかではないが、医療機関にアンケートを行った平成11年8月の時点では、この制度を精神科救急に専ら使うことを躊躇する意見が多く、この制度の結果、精神科救急における搬送実態には大きな変化は期待できないという意見が少なからず認められた。

また、搬送体制については、これまで警察や消防、特に警察との連携上の問題がまだ十分に整理されていないという指摘もあったところであるので、新たな制度の下での協力関係について要綱でも何らかの対応をする余地があるかもしれない。

また、今回の調査で往診や民間搬送会社を使って搬送することについての医療機関の意見も明らかとなった。往診については、前向きに考えている医療機関が少なくないことから法34条との対比で今後十分に検討すべき問題を含んでいる。往診が可能となるためには、手続きの問題と報酬の問

題が克服されなければならない。また、民間搬送会社による搬送については、逆に人権擁護のための手続きを規定した上で利用可能としてよいとするか否かなどの検討が必要である。

搬送の問題については、要綱で統一した方法を規定するよりも、地域の実情に応じたさまざまな選択肢が可能となるような仕組みを提案することが必要と考える。この点については、平成 12 年度に搬送の実態についての調査を行って、更に検討を行いたいと考えている。

4. 応急入院指定病院

医療機関へのアンケート調査においても、法 34 条との関連で、応急入院指定病院の数を確保することが必要という意見が多数を占めた。その際、指定条件を緩和すべきかどうかについては両論あり、少なくとも大幅な緩和は好ましくないと考えるべきであろう。その条件として、人的体制については、看護基準を変更するより、精神保健指定医と看護婦の診療応需体制について、また、医療設備に関しては、酸素吸入装置、吸引装置、基礎的な血液検査装置より CT スキャンや脳波計に関する条件について、それぞれ緩和することが望ましいと考えられた。

応急入院指定病院は、応急入院や法 34 条に基づく移送者の受け入れ先という役割を担うわけであるが、今後地域の中核的な医療機関として質の高い精神医療を提供していくことが期待されていると考える。その点も視野に入れて、応急入院指定病院の事業展開について、平成 12 年度以降追跡調査を行う必要がある。

5. 大都市の精神科救急医療

精神科救急システムの整備拡充事業は、人口が多く病床不足が深刻化し、従来型の

医療供給システムが機能不全をきたしている大都市圏においては、焦眉の課題となっていると言われて久しい。この点については、研究班もこれまで調査研究を行ってきたところであるが、今回、医療機関へのアンケートの回答を医療機関の所在地別に 13 大都市とそれ以外のところに分けてクロス集計したところ、13 大都市では、電話相談窓口の機能が不十分であるという意見が多く、また、夜間・休日に病院につれていけないという相談も多く、更に救急隊や警察への不満がより多かった、という結果を得た。今回の調査は、サンプル数が少ないため断定は避けなければならないが、13 大都市ではその他の都市と比較して、電話相談窓口についても、搬送体制についても、よりニードが高い可能性があることが示唆される。

こうした結果からも、精神科救急医療事業は 13 大都市をはじめとする大都市では、緊急かつ特別の対応が必要とされていることが推定される。すなわち、大都市においては、精神科救急医療システムが相談から身体合併症を含む緊急例まで対応でき、十分なバックアップ機能を備えたシステムとして機能できることが課題となっている。このような目的のために、例えば、大都市においては、大学病院を含む総合病院、精神科クリニックなどとのネットワークを広げるだけでなく、医療機関ではないさまざまな施設（例えば、生活支援センター、依存症の民間相談機関や宿泊施設、婦人厚生施設など）までも視野に入れて対応を考える必要があるのではないだろうか？

しかし、現実には政令市と都道府県の間の役割分担や、政令市独自の事業の立ち上げが遅れているところもあるようである。政令市の精神科救急医療事業への取り組み状況については改めて調査を行うことが必要と考える。

E. 結語

平成 11 年度までに多くの都道府県で厚生省の助成を受けて精神科救急医療システムが立ち上がった。しかし、考察で述べたように、要綱の志向する精神科救急医療のあり方についての検討、新たに予算化される精神科救急情報センターや法 34 条による移送制度の運用、さらには大都市における精神科救急医省事業整備、などについて課題が残っており、平成 12 年度も引き続き調査研究を続けていきたいと考える。その際、関連領域の研究班と十分な連絡調整を図り、協力して行くことが必要であると考える。

F. 研究発表

守屋裕文(2000) 精神科救急医療システム：その実施状況と課題。自治体病院精神病院特別部会院長医長研修会, 前橋。

関口隆一, 守屋裕文他(1999)精神科救急医療システムに関する医療機関調査。第7回日本精神科救急学会, 春日。

白石弘巳(2000)精神科救急医療事業の実施状況と課題。精神科救急 Vol3, 88-89。

白石弘巳, 守屋裕文他(2000) 精神疾患患者の搬送に関する医療機関の意見：精神科救急医療に関するアンケート調査の結果より。社会精神医学会, 東京。

大西守、鈴木満他(2000)在日外国人をめぐる精神科救急事業。多文化間精神医学会, 盛岡。

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 特記事項なし

表1 精神科救急医療圏

北海道	地区NO	地区名	人口(千人)	面積(km ²)	人口密度	精神病院数		国立病院		併設精神科		精神病床数		国立病院		併設精神科		万対精神病床	三次救急病院数	うち本事業参画病院数
						精神病院数	国立病院	併設精神科	精神病床数	国立病院	併設精神科	万対精神病床								
	1	道南	525	6565	80	11	3	3	2167	362	255	41.3	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	道央(札幌・後志)	2473	7845	315	52	5	9	10024	706	715	40.5	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	道北	704	17924	39	15	5	8	1648	465	686	23.4	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	十勝	362	10828	33	5	2	1	871	520	70	24.1	1	1	1	1	1	1	1	1
	5	道央(胆振・日高)	527	8509	62	11	1	3	2710	180	440	51.4	0	0	0	0	0	0	0	0
	6	道央(空知)	394	6558	60	19	6	8	3044	463	641	77.3	0	0	0	0	0	0	0	0
	7	オホーツカ	338	10689	32	6	2	2	800	252	186	23.7	1	1	1	1	1	1	1	1
	8	釧路・根室	369	9537	39	7	1	2	832	102	225	22.5	1	1	1	1	1	1	1	1
岩手県	1	盛岡	593	6312	94	10	1	2	2477	80	158	41.7	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	岩手中部	304	3404	89	5	1	0	992	300	0	32.7	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	県南	378	3382	112	5	3	2	981	613	205	26.0	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	県北	139	2177	64	2	1	0	465	250	0	33.4	1	1	1	1	1	1	1	1
宮城県	1	全県域	2340	7285	321	31	4	4	5345	492	452	22.8	3	3	3	3	3	3	3	3
	1	全津	328	5343	61	6	1	1	1458	100	100	4.4	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	中通り	1234	5367	230	12	2	1	4579	292	50	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0
	3	浜通り	570	2969	192	21	0	0	2406	0	0	4.2	0	0	0	0	0	0	0	0
群馬県	1	全県	2025	6368	318	20	2	2	5575	412	88	27.5	3	3	3	3	3	3	3	3
	1	第1ブロック	4021	1199	3354	26	1	1	5970	120	18	14.8	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	第2ブロック	2841	2598	1094	27	1	2	6685	26	263	23.5	1	1	1	1	1	1	1	1
千葉県	1	西	2787	612	4554	19	1	1	5702	350	350	20.5	2	2	2	2	2	2	2	2
	2	東	1228	1836	669	13	3	3	2651	450	450	21.6	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	南	740	2068	358	9	0	2	1948	0	118	26.3	2	2	2	2	2	2	2	2
	4	中央	1147	640	1792	12	5	4	2176	890	166	19.0	1	1	1	1	1	1	1	1
東京都	1	第一ブロック	3703	702	5275	16	5	10	2016	143	307	5.4	5	5	5	5	5	5	5	5
	2	第二ブロック	4335	325	13341	32	9	17	6902	235	871	15.9	8	8	8	8	8	8	8	8
	3	第三ブロック	3837	1160	3308	71	8	12	17442	1141	774	45.5	8	8	8	8	8	8	8	8
神奈川県	1	神奈川県	8427	2413	3492	63	10	16	13662	1144	1041	16.2	7	7	7	7	7	7	7	7
	1	県北	335	2590	129	4	1	1	781	50	50	23.3	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	新潟・佐渡	999	2945	339	11	1	2	2930	64	231	29.3	1	1	1	1	1	1	1	1
	3	県央	486	1475	329	5	1	1	1684	464	193	34.7	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	魚沼	240	2679	90	4	1	1	622	130	130	25.9	0	0	0	0	0	0	0	0
富山県	5	上越	426	2894	147	7	1	1	1408	250	65	33.1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	東部	641	2769	232	19	6	6	2123	390	390	33.1	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	西部	486	1478	329	11	3	3	1356	306	306	27.9	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	南加賀	237	776	305	5	1	2	658	66	86	27.0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	石川中央	606	1237	490	12	3	3	2661	124	124	43.0	0	0	0	0	0	0	0	0
石川県	3	川北郡以北	338	2173	156	4	2	1	713	500	56	21.0	0	0	0	0	0	0	0	0

表1 精神科救急医療圏

地区NO	地区名	人口(千人)	面積(km)	人口密度	精神病院数	国公立病院	併設精神科	精神病床数	国公立病院	併設精神科	万対精神病床	三次救急病院数	うち本事業参加数
山梨県	1 全県	892	4465	200	11	2	1	2607	340	40	29.3	0	0
	1 東信	423	2477	171	6	1	1	1137	280	268	26.9	1	0
	2 南信	581	3993	146	9	2	2	1385	356	96	23.8	1	0
	3 中信	531	4541	117	8	1	2	1288	40	140	24.3	0	0
岐阜県	4 北信	677	2574	263	8	0	2	1888	0	253	27.9	1	1
	1 全県	2100	10595	198	20	3	6	4386	171	337	20.9	0	0
	1 東部	1236	2651	466	13	0	1	2960	0	46	0.0	1	0
	2 中部	1239	2664	465	9	1	2	1678	350	80	0.1	2	0
静岡県	3 西部	1287	2400	536	15	1	2	2729	37	164	0.1	1	0
	1 尾張A	2933	980	2993	25	2	0	6108	731	0	20.8	0	0
	2 尾張B	1877	645	2909	16	0	0	4137	0	0	22.0	0	0
愛知県	3 三河	2176	3526	617	15	0	0	3965	0	0	18.2	0	0
	1 北部	847	1274	665	8	0	0	2455	0	0	29.0	0	0
	2 中南部	1015	4499	226	11	6	3	2879	1048	190	28.4	1	0
滋賀県	1 湖北・湖東	327	1123	291	3			483			14.0	1	1
	2 東近江・湖南・甲賀	627	1338	469	3			945			15.0	0	0
	3 大津・湖西	357	885	403	2			617			17.0	1	0
	4 全県	1013	275	3677	7	1	1	2273	100	56	22.5	2	0
大阪府	2 三島	741	213	3471	9	0	2	2680	0	98	36.2	1	0
	3 北河内	1216	177	6856	8	1	1	2719	842	39	22.3	1	0
	4 中河内	875	129	6788	4	0	0	1968	0	0	22.4	1	0
	5 南河内	701	303	2313	7	1	2	1832	52	59	26.2	1	0
	6 堺市	796	137	5819	6	1	1	2842	48	48	35.5	0	0
	7 泉州	893	436	2047	18	0	0	6300	0	0	70.8	1	0
	8 大阪市	2594	221	11723	8	4	8	331	151	331	1.3	4	0
	1 神戸・阪神	2985	1196	2496	20	3	2	5957	565	70	19.9	0	0
兵庫県	2 播磨	1917	3595	533	13	0	0	4584	0	0	23.9	0	0
	3 但馬	328	2133	154	3	1	1	645	100	100	20.2	0	0
	4 丹波	130	871	149	1	0	0	266	0	0	20.5	0	0
	5 淡路	171	594	288	3	1	1	393	45	45	23.1	0	0
	1 紀北	773	1746	443	9	3	2	2114	590	140	27.3	0	0
和歌山県	2 紀南	305	2978	102	4	2	1	765	412	100	25.1	0	0
	1 松江	255	994	257	7	1	2	1045	50	120	40.9	0	0
	2 雲南	71	1164	61	2	1	1	150	50	50	21.0	0	0
	3 出雲	172	624	276	4	3	2	555	389	80	32.2	1	0
	4 大田	73	1355	54	1	0	0	168	0	0	22.8	0	0
島根県	5 浜田	93	848	110	2	0	0	470	0	0	50.0	0	0

表 1 精神科救急医療圏

地区NO	地区名	人口(千人)	面積(km ²)	人口密度	精神病院数	国公立病院	併設精神科	精神病床数	国公立病院	併設精神科	万対精神病床	三次救急病院数	うち本専 業 参 画 病 院 数
6	益田	75	1377	54	1	0	0	222	0	0	29.4	0	0
7	隠岐	25	346	72	1	1	1	44	44	44	17.1	0	0
1	県南東部圏域	886	1772	500	13	2	2	3447	304	88	39.2	0	0
2	県南西部・北部圏域	1065	5339	199	13	0	0	2544	0	0	23.9	0	0
1	東部	957	4259	225	13	0	0	3135	0	0	33.0	0	0
2	西部	1923	4214	456	31	4	4	5921	470	470	30.0	2	0
1	東部I・II保健医療圏	553	1015	545	13	3	2	3121	308	145	56.0	2	1
1	中央保健医療圏	569	3008	189	18	1	8	3149	14	1129	56.2	2	0
1	北九州	1358	1158	1173	26	1	26	5758	100	5758	42.4	0	0
2	福岡	2267	1532	1480	43	3	42	8388	173	7999	37.0	0	0
3	筑豊	478	984	486	14	0	13	3701	0	3501	77.4	0	0
4	筑後	876	1294	677	23	0	23	4380	0	4380	50.0	0	0
1	佐賀東部	455	855	532	10	2	1	2224	599	26	48.9	2	2
2	唐津伊万里	227	844	269	5	0	0	1046	0	0	46.1	0	0
3	多久杵藤	203	740	274	4	0	0	1228	0	0	60.5	0	0
1	長崎・西彼	578	697	829	13	1	1	4124	50	50	71.3	1	1
2	佐世保・北松	357	797	448	8	0	0	1480	0	0	41.5	0	0
3	県央・県南	430	1068	403	15	2	4	2748	361	281	63.9	1	1
4	五島	85	686	124	1	1	1	60	60	60	7.1	0	0
5	杵岐	34	138	246	2	1	2	101	70	101	29.7	0	0
6	対馬	42	708	59	1	1	1	50	50	50	11.9	0	0
1	北部	757	2596	292	19	2	1	4052	200	50	54.0	0	0
2	南部	1107	4806	230	27	2	2	4992	250	178	45.0	1	0
1	県北ノロツ	264	3184	83	7	0	0	1767	0	0	66.9	1	0
2	県央ノロツ	536	2024	265	11	3	2	1967	442	51	36.7	2	0
3	県西ノロツ	287	1695	169	6	0	0	1860	0	0	64.8	0	0
4	県南ノロツ	89	831	107	2	0	0	674	0	0	75.7	0	0
1	鹿児島	547	322	1701	13	0	13	2889	0	2889	53.0	0	0
2	南薩	284	1400	203	10	0	10	2016	0	2016	70.0	0	0
3	北薩	264	1840	144	6	1	5	1397	340	1057	52.0	0	0
4	大隅・始良	500	3137	159	9	0	9	1672	0	1672	33.0	0	0
1	本島北圏域	534	1030	519	10	1	1	2340	350	108	43.8	1	0
2	本島南圏域	661	419	1578	12	2	0	3164	346	0	47.8	1	0
3	宮古圏域	55	23	2438	1	1	1	100	100	100	17.9	0	0
4	八重山圏域	47	592	79	1	1	1	50	50	50	10.4	0	0

表2 電話相談窓口

都道府県	電話相談窓口の設置場所	公開範囲	対応スタッフ	機能	機能評価
北海道	日によって異なる 教急担当病院に常設	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	3, 4	今のところ現状で十分である
岩手県	日によって異なる 常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 3, 4	要改善 本県の専用ダイヤル機能をもった窓口が必要であるとの意見がでている
宮城県	常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 3 (各輪番病院)	要改善 現行システムにおける機能としては窓口を公開することができれば一定の範囲がでるものと考え
福島県	常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	5	現状で十分である
群馬県	日によって異なる	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1	現状で十分である
埼玉県	常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 3, 4	要改善 窓口の一般広報と対応窓口の強化
千葉県	基幹的な教急担当病院に常設	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 3, 4	現状で十分である
東京都	他機関に常設	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 2	要改善 専門スタッフによる相談、ダイヤル機能の付加等
神奈川県	他機関に常設	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 2, 3, 4	要改善 24時間対応
神奈川県	他機関に常設	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1	現状で十分である
新潟県	他機関に常設	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 6 (輪番病院としての対応)	要改善 精神保健福祉センターは当番病院の紹介を行うのみのため、個別相談は当番病院の対応となる。生活全般の相談は対応しきれないことがある
富山県	その他	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	5	現状で十分である
石川県	常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 2, 3, 4	現状で十分である
山梨県	他機関に常設	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	5	現状で十分である
長野県	常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	5	現状で十分である
岐阜県	常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	5	現状で十分である
静岡県	教急担当病院に常設	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 2, 3, 4	現状で十分である
愛知県	常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	5	要改善 何らかの形で設置できるような検討が必要
三重県	その他	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 3, 4	現状で十分である
滋賀県	常設電話相談窓口はない	公開範囲限定して開示	精神科専門スタッフ	1, 2, 3, 4	要改善 情報センター的な窓口の一元化を図る

表2 電話相談窓口

大阪府	基幹的な救急担当病院に常設	大阪府立中宮病院(通称は本行担当課)	病院等機関固定して開示			その他	精神保健に関し知識を有する非常勤職員	1 救急当番病院の紹介 2 診療の判断は本庁職員	要改善 運用時間について
兵庫県	他機関に常設	兵庫県医師会館内の救急情報センター内に併設	病院等機関固定して開示			精神科専門スタッフ	社会福祉学または心理学を専攻する大学院生または臨床心理技術者	1. 2. 3. 4.	要改善 現在のシステム上、十分な救急相談に対応できない。
和歌山県	救急担当病院に常設	県立五稜病院・社会保険紀南総合新庄別館	電話相談窓口はあるが公開していない			精神科専門スタッフ	医師及び看護婦・士	3. 4	現状で十分である
鳥根県	救急担当病院に常設	鳥根県立湖陵病院	その他		通常開始時点で新聞等で公開、午後17時以降は予約	精神科専門スタッフ	当直医師、看護婦、士長	1	要改善 窓口の公開方法
岡山県	他機関に常設	岡山県休日夜間相談センター	公的な広報紙等に公開			精神科専門スタッフ	医師、保健婦、看護婦(士)PSW	1. 3. 4	要改善 相談窓口時間延長
広島県	救急担当病院に常設	瀬野川病院、三原病院、小泉病院、福山友愛病院	公的な広報紙等に公開			精神科専門スタッフ	医師	3. 4	現状で十分である
徳島県	日によって異なる	救急対応の障害病院	公的な広報紙等に公開			精神科専門スタッフ	医師、看護婦・士、PSW等	1. 3. 5	現状で十分である
高知県	他機関に常設	高知県救急医療情報センター	当番病院について新聞に掲載し、広報している			精神科専門スタッフ	2 高知県救急医療情報センター	1	現状で十分である
福岡県							元精神科NS、現PSW の精神保健福祉士	1. 2. 3. 4	24時間の対応・判断基準に差異がある。
佐賀県	他機関に常設	精神保健福祉センター	公的な広報紙等に公開			精神科専門スタッフ	医師、保健婦、看護婦(士)PSW	1. 3. 4	現状で十分である。ただし、需要を見ながらまずは休日等の夜間実施を検討したい。
長崎県	常設電話相談窓口はない		常設電話相談窓口はない					5	0
熊本県	常設電話相談窓口はない		常設電話相談窓口はない					5	0
宮崎県	その他	7061のこの当番病院(各7061病院)が当番日の運用時間帯に電話相談を受け付ける	当番病院について新聞に掲載し、広報している				5各当番病院の職員(医師、看護婦(士)等)	3. 4	現状で十分である
鹿児島県	常設電話相談窓口はない		常設電話相談窓口はない					5	現状で十分である
沖縄県	他機関に常設	総合精神保健福祉センター	公的な広報紙等に公開			精神科専門スタッフ	看護婦、カウンセラー、保健婦、心理技師等	1. 3. 4	現状で十分である

- *機能
- (1) 適当な病院や機関を紹介する
 - (2) 措置・緊急措置入院に関わる通報を受理する
 - (3) 緊急度を判定し、次の手だてを助言する
 - (4) 危機介入的な相談業務を行う
 - (5) 常設の電話相談窓口は特にない
 - (6) その他

表3 救急担当病院と転院についての取り決め

都道府県	救急担当病院	実施病院	転院の取り決め	内容	転院病院等
北海道	輪番制		なし		
岩手県	各地区ごとに1病院	盛岡：岩手医大附属病院(岩手中部：国立南花巻病院、県南：県立南光病院、県北：県立北陽病院については予定) 全県域において、輪番制により2病院を当番制として確保している	運営要綱に明記 なし	協力病院は、システムを通じて入院した患者のうち、救急治療を終了した患者について、救急医療施設と調整の上、受入を行うものとする…要領第6の1	B地区ごとに後方病院が複数あり、受入可能なところに転院する。 (精神科救急医療施設と協力病院との調整)
宮城県	輪番制		運営要綱に明記	初期治療終了後は他の病院に転院させることができ、合併症を有する患者については必要に応じてより適切な医療を供給できる他の医療機関への転院を検討するものとする 5空床確保のために転院させるものとする	特定病院ではない 各病院間で協議
福島県	輪番制		運営要綱に明記		
群馬県		警察が関与した件は基幹病院その他は輪番病院	運営要綱に明記	中毒性精神病 身体合併症等は後日転院	
埼玉県	輪番制		運営要綱に明記		1-2精神保健総合センター埼玉医科 大学附属病院
千葉県	輪番制	基幹病院として、千葉県精神科医療センター、国保旭中央病院	なし		1日ごとの輪番制なので、翌日には当番日でなくなるため、転院させる必要がない
東京都	全都で3病院	都立豊東病院、都立松沢病院、都立府中病院	運営要綱に明記	原則として翌日に後方協力病院に転院する。但し、身体合併症者については状態の安定するまで残留する場合もある。また、土曜日入院者は月曜日に転院することになる。 転院可能な状態(転院を理解し、移送のための車に乗車できる状態)となったとの主治医の判断により転院を行う。現状の転院までの平均入院期間は2週間である。	地区ごとに複数病院による輪番制
神奈川県	輪番制	基幹病院として拜番病院、北里大学東病院	運営要綱に明記		地区ごとに複数病院による輪番制 患者が治療歴を有する病院
新潟県	輪番制		非公式にある	時間的な取り決めは特になし	
富山県	輪番制		運営要綱に明記	「事業の円滑な運営を図るため必要があると認めるときに」転院を行う事としているが、具体的な期限はさだめていない。	初期治療後の受け入れ病院 病院と本県で協議して決定する
石川県	指定十輪番	県立高松病院	運営要綱に明記	初期治療が終了した後に転院	精神科救急病院が受入先精神病院と調整を図る
山梨県	輪番制	輪番制	運営要綱に明記	72時間以内は転院	
長野県	全県で2病院	県立駒ヶ根病院、長野赤十字病院	運営要綱に明記	入院者の症状が安定したと認められる場合。	
岐阜県	輪番制		なし		
静岡県	各地区ごとに1病院	沼津中央病院、清水駿府病院、聖隷三方原病院	運営要綱に明記	基幹病院の治癒的判断による。	地区ごとに複数病院による輪番制
愛知県	輪番制		なし		
三重県	輪番制		非公式にある		取り決めはないが国・県立病院が受け入れる。

表3 救急担当病院と転院についての取り決め

都道府県	救急担当病院	実施病院	転院の取り決め	内容	転院病院等
滋賀県	指定十輪番	県立精神保健総合センター	運営要綱に明記	原則として症状が安定するまでまたは10日間程度とする	当番病院外の精神科救急医療施設
大阪府	經由機関や入院形式により異なる	救急病院については、府下34病院の輪番制により一日7床を確保、緊急受入病院は4病院を指定(さわ病院・中宮病院・久米田病院・大阪市立総合医療センター)	運営要綱に明記	緊急病院への緊急措置入院患者の受入が円滑に行えるよう、必要に応じて行う。又、合併症患者については、必要に応じて行う。	緊急病院からの受入は、複数病院が輪番制で受け入れる。合併症患者の受入は、精神科病床を有する総合病院のうちから11病院を指定しており、そこが受け入れる。
兵庫県	輪番制		なし		
和歌山県	各地区ごとに1病院	県立五枝病院	非公式にある		地区ごとに複数病院による輪番制
鳥取県	各地区ごとに1病院	公立雲南、石東、西川、松ヶ丘の各病院	なし		
岡山県	輪番制		なし		
広島県	各地区ごとに1病院	瀬野川病院、三原病院	なし		
徳島県	輪番制		なし		具体的な取り決め方法はないが、県下全域の精神病院が協力
高知県	1地区で数病院	近森病院第二分院	運営要綱に明記	救急医療を終了した者	県下全域の精神病院が協力
福岡県	輪番制		運営要綱に明記	救急医療を終了した者	県下全域の精神病院が協力
佐賀県	輪番制		非公式にある	かかりつけの病院があり、患者等が希望すれば転院させることを申しあわせている。	当該患者の居住地で継続された医療が望ましいとの観点から、当初入院病院と同一ブロック内にある病院が役割のような場合には、受け入れられる。参考)当県の場合、居住地と受入地域(入院先HIP所在地)は各ブロック平均91.05%と高率である。患者のかかりつけ病院
長崎県	輪番制	地区ごとに病院の輪番制(1地区1病院)で救急担当となっている。	なし		
熊本県	輪番制		運営要綱に明記	急性期を脱したとき	地域の病院が原則。地域の転院が困難な場合は、(社)熊本県精神病院協会の推薦を受けた「精神科後方協力病院」
宮崎県	輪番制		なし		
鹿児島県	輪番制		なし		
沖縄県	輪番制		運営要綱に明記	身体合併症の症状で急を要し、一般病院での治療を優先する場合は受入協力病院と連携して適切な対応を図る。	救急告示病院、国立療養所琉球病院、県立清和病院

表4 身体合併症への対応

都道府県	合併症取り決め	具体的	集計期間								
			件数	月数	開始	終了					
北海道	運営要綱に明記	合併症受入協力病院を指定	3	12	10	10	1	11	3	31	
岩手県	運営要綱に明記	協力病院は、システムを通じて入院した患者のうち、救急治療を終了した患者について、救急医療施設と調整の上、受入を行うものとする。	60	12	10	10	4	1	11	3	31
宮城県	現在検討中										
福島県	運営要綱に明記	必要に応じ、より適切な医療を供給できる他の医療機関への転院を検討し、県立病院及び精神科を有する総合病院は、合併症を有する精神障害者を可能な範囲で受け入れる。									
群馬県	運営要綱に明記		0	12	10	10	4	1	11	3	31
埼玉県	運営要綱に明記	身体合併症あるいはその疑いがあり速やかに身体的検査、治療が必要な患者が対象	8	12	10	10	4	1	11	3	31
千葉県	現在検討中										
東京都	現在検討中である										
神奈川県	明記されていないが機能はある	精神科以外に外科や内科等を併設した病院に診察及び治療を依頼している。	4	12	10	10	4	1	11	3	31
新潟県	運営要綱に明記	身体合併症疾患があるために当番病院での治療が困難な者については、原則として、各ブロックごとに受け入れ先を検討し、協力を求める、各ブロック内で対応が困難な場合は新潟大学医学部附属病院が受け入れについて協力するものとする。									
富山県	運営要綱に明記	身体合併症や症状の程度などの事由により、当日の当番病院では対応が著しく困難な患者について、基幹病院(県立中央病院・国立療養所北陸病院)が受入	1	9	10	10	7	13	11	3	31
石川県	運営要綱に明記	身体合併症治療病院を指定し、基幹病院又は当番病院で治療困難な場合要請する									
山梨県	明記されていないが機能はある	精神科併設の総合病院で受け入れる	0	11	10	10	4	20	11	3	31
長野県	明記されていないが機能はある	①県立駒ヶ根病院は、市内の第三次救急病院と連携し対応。②長野赤十字病院は、第三次救急病院に指定された病院	0								
岐阜県	特に検討されていない		0	12	10	10	4	1	11	3	31
静岡県	特に検討されていない	連絡調整委員会の中では、問題が挙がっている。	7	12	10	10	4	1	11	3	31
愛知県	不明										
三重県	特に検討されていない		不明								

表4 身体合併症への対応

滋賀県	運営要綱に明記	合併身体疾患により精神病院での治療が困難な救急患者については、原則として他科診療を優先させるものとする(運用基準)			
大阪府	運営要綱に明記	合併症により精神病院では対応が困難な患者は、合併症受入協力病院へ転院させる。	170	12	10 4 1 ~ 11 3 31
兵庫県	運営要綱に明記	当番病院では対応困難な身体合併症患者の受け入れを、各当番病院が2~4病院確保し、後日転院させる。	不明	12	10 4 1 ~ 11 3 31
和歌山県	明記されていないが機能はある	大学病院での対応を行う	不明		
島根県	明記されていないが機能はある	総合病院精神科への転院となるものと思われる。			
岡山県	現在検討中	救急医療システム整備時に検討はしたが、現在中断している。			
広島県	特に検討されていない				
徳島県	明記されていないが機能はある	輪番に加わっていない総合的病院(精神科併設)が毎日交互に合併症対応にあたっている。	1	4	10 11 24 ~ 11 3 31
高知県	特に検討されていない				
福岡県	明記されていないが機能はある	窓口である情報センターが一報を受けた際、"身体疾患があれば身体救急のルートに乗せる"よう助言・指導を行うようセンター受付マニュアルに明記。			
佐賀県	明記されていないが機能はある	医大及び県病院の救急対応を申しあわせている。	0	12	10 4 1 ~ 11 3 31
長崎県	運営要綱に明記	応急入院指定病院である長崎大学付属病院、国立長崎中央病院が協力するものとなっている。	0		
熊本県	運営要綱に明記	合併症後方病院で対応する。熊本大学医学部附属病院、国立熊本病院の2病院			
宮崎県	運営要綱に明記	「合併症を有する場合は、一次的にはウロク内の専門医の協力を得る等、一般の救急医療システムとの連携を図る」としているが、具体的にシステムとして確立しているわけではない。	不明		
鹿児島県	特に検討されていない				
沖縄県	運営要綱に明記	①身体合併症の受入協力病院と連携する。②受入協力病院は救急告示病院、県立病院、連携している病院等③一般病院で治療している患者が精神科治療を優先する場合にかかりつけ病院、当番病院と連携			

表5 連絡調整委員会

都道府県	精神科医療機関	行政機関	警察	消防	その他	計	開催数 (H10年度)
北海道	9	11	1	1	医師会2	24	1
岩手県	4	3	1	1	県医師会1, 日精協岩手県支部2, 県保健所長会1, 岩家連1	14	2
宮城県	9	8	1	1		20	2
福島県	7	2	1	1	家族会、県医師会、県政新病院協会、県神経精神科診療所協会各1名	15	1
群馬県	20	5	1	0	県医師会1、大学1	28	1
埼玉県	3	4				7	1
千葉県	10	7	1	1		20	1
東京都	53	11	16	0	東京都保健医療公社1、東京都医師会2	13	0
神奈川県	17	7	2	0		26	4
新潟県	10	2	1	1	県医師会1	15	1
富山県	10	4	1	3		18	3
石川県	9	2	1	1		13	2
山梨県	6	4	1	1	1家族会	13	2
長野県	3	6	1	1	県医師会 1	12	1
岐阜県					家族会代表1, 医師会1	18	0
静岡県	8	6	1	1			3
愛知県					県医師会、県病院協会 2	14	0
三重県	5	5	1	1			0
滋賀県	7	5	1	1			1
大阪府	15	2	1	1	1公的精神病院代表 学歴経歴者(大学病院の精神科教授)2, 県医師会、理事1	20	1
兵庫県	6	4	1	1		15	1
和歌山県	4	11	1	1		18	1
鳥根県	現在調整中						
岡山県	2	4	1	1	(社)岡山県医師会1	9	1
広島県	4	3	1	1	医師会、病院協会、精神障害者家族会、大学、精神神経科診療所協会、各1人	14	1
徳島県	7	4	1	1		13	1
高知県	6	0	1	1	県医師会1救急医療情報センター1	12	1
福岡県	6	4	1	1	県医師会1, 日精協県支部1	14	1
佐賀県	3	3	1	1	法務局1、県立病院(一般)1、県救急医療財団1、県医師会1	12	1
長崎県	6	3	1	1	県医師会、精神科診療所協会 2 大学病院(2)、国立病院(1)、県立大村病院(1)、4	17	0
熊本県	6	5	1	1	医師会1・赤十字病院1、家族会1	16	2
宮崎県	0	7	1	1	県精神病院協会2、県精神神経科診療所協会1、県医師会1、国立医科大学1	14	1
鹿児島県	8	3	1	1		13	1
沖縄県	5	3	1	1	医師会1, 救急告示病院(一般)1, 精神障害者家族会代表1, ソーシャル・カー、看護技術会代表2	15	1

表6 精神科救急医療取扱件数

都道府県	電話番号	件数		入院形態							転送件数	集計期間								
		受診件数	入院件数	緊急措置 未集計	措置	応急	医療保護	任意	その他	月数(約)		開始			終了					
												不明	8	4	6	121	87	94	0	不明
北海道	229	527	92										3	12	10	10	1	11	3	31
岩手県	47	647	62	0	0	0	11	11	23	28			60	12	10	4	1	11	3	31
宮城県	104	158	49	0	0	0	27	16	16	6				12	10	4	1	11	3	31
福島県	統計無し	118	49	0	0	0	23	26	0	統計無し				9	10	7	1	11	3	31
群馬県		529	220	21	0	1	122	76	0	0				12	10	4	1	11	3	31
埼玉県	13												8	12	10	4	1	11	3	31
千葉県	1,130	529	273	15	17	12	200	20	20	0			0	12	10	4	1	11	3	31
東京都	1,998	1,796	1,485	527	0	11	945	2	2	0			統計無し	12	10	4	1	11	3	31
神奈川県	2,216	383	308	116	8	8	133	43	0	0			4	12	10	4	1	11	3	31
新潟県	147	378	122	0	0	0	58	63	1	1			不明	12	10	4	1	11	3	31
富山県	298	111	49	0	0	1	28	19	0	0			1	9	10	7	13	11	3	31
石川県		189	77	0	0	2	56	19	0	0				12	10	4	1	11	3	31
山梨県	196	90	37	6	0	0	24	7	0	0			0	12	10	4	20	11	3	31
長野県		498	72	1	4	0	10	57	72	0			0	12	10	4	1	11	3	31
岐阜県		99	59	1	0	0	17	41	0	0			0	12	10	4	1	11	3	31
静岡県	807	1,065	281	5	0	0	145	124	7	7			7	12	10	4	1	11	3	31
愛知県	138	1,127	461	不明									不明	12	10	4	1	11	3	31
三重県	150	265	122	0	4	0	39	79	0	0			不明	12	10	4	1	11	3	31
滋賀県		93	81		58		20	3	3					12	10	4	1	11	3	31
大阪府			1,680	不明		-	-	-	-	-			170	12	10	4	1	11	3	31
兵庫県	1,107	310(入院 231, 外来79)	231	10	0	6	121	94	0	0				12	10	4	1	11	3	31
和歌山県	2,230	905	148	3	8	4	46	87	0	0			不明	12	10	4	1	11	3	31
鳥取県																				
岡山県	2,681	90	24	0	0	0	11	13	0	0				5	10	10	1	11	3	31
広島県	288	521	280	不明										12	10	4	1	11	3	31
徳島県	8	25	11	0	0	0	5	6	0	0			1	4	10	11	24	11	3	31
高知県	1,452	444	129	1	0	0	50	78	0	0				12	10	4	1	11	3	31
福岡県	645	412	322	不明	28	0	176	118	不明	不明			不明	12	10	4	1	11	3	31
佐賀県	105	12	7	0	0	0	4	3	0	0			0	12	10	4	1	11	3	31
長崎県	14	12	6	0	0	0	2	4	0	0			0	3	11	4	1	11	6	30
熊本県	58	259	86	0	0	2	38	46	0	0			不明	12	10	4	1	11	3	31
宮崎県	66	127	53	0	0	0	24	29	0	0			不明	12	10	4	1	11	3	31
鹿児島県	41	93	49	1	0	0	26	20	2	2				12	10	4	1	11	3	31
沖縄県	708	102	56	0	0	5	27	21	3	3				12	10	6	1	11	3	31

表7 都道府県担当課による自由意見

都道府県	問題点
A	国庫補助金の増額、診察報酬の増(救急に係る部分)
B	1 別紙のとおり(北海道、東北6県精神保健福祉担当部長全権)における厚生省重要事項) 2 精神障害者の移送において、常に警察との間で見解の相違が生じており、円滑な対応が出来ない状況にあることから、自衛他省の患者だけでなく、不穏な行動な患者に対しても、警察の協力が得られるよう厚生省と警察庁において調整を行ってほしい。
C	1 夜間における診療体制の整備、2 後方支援システムの構築、3 身体合併症患者の受入体制の整備、4 一般救急との連携・統合、以上のような点が課題と考えており、国庫補助金の拡充と基準単価の大幅な引き上げ、あるいは救急車による移送などの法整備について検討していただくなど、地域の実情に合ったシステムが構築できるようなパッケージをお願いしたい。
D	精神科救急医療システム整備においては、救急病院の整備を行う中で、合併症対策、依存症対策、司法精神障害者対策、相談窓口、搬送問題、運営費補助など解決しなければならない問題が目前に提出され、どこから整備すべきか困惑する事象となる。そのような場合に指針となるのは、一般救急医療システムである。精神科救急医療システムも最終的には一般救急医療システムに統合されるものと考えるが、そこに至るまでには、今しばらくの時間が必要であろう。それには、高い技術と知識、そして精神障害者の入籍に配慮した医師や看護職、精神保健福祉士などで構成された医療機関、及び社会復帰施設がそろっていないれば成り立たないと言えよう。ともしれば、医療機関への依頼に追われる毎日の繰り返しであり、目前の事象に振り回されることが多い、その様なときに、精神科救急医療のあるべき姿について指針としてのイメージをきちんともちつつ日々の業務にあたるべき大きな動機となる。一般救急医療システムを連携をまずとることが可能な機能としては、情報提供やリフ・アップなどの相談窓口ではなからうか。精神科救急医療システムにばかり目を向けた整備事業に限らず、一般救急医療システムとの架け橋となる施策展開を図る必要性を感じている。
E	事業実施に当たり、患者搬送の利便性向上のため、消防庁(救急隊)の全面的なパッケージ体制を取りつづける必要がある。このため、精神科の患者の救急搬送についての消防法上の解釈等について厚生省と消防庁との間で協議を行い、全国において統一した取り扱いは行われる必要がある。
F	本県は、県下を37市に分けた基幹病院制(単科の精神病院が2病院精神科病床を有する病院が1病院の計3病院)で行っています。身体合併症を有する患者が本事業を利用するケースがあり、単科の精神病院での救急対応に苦慮している。
G	情報センターの整備や移送制度の創設が必要とされる中で、国庫補助の手厚い助成が必要。応急入院指定病院の基準の緩和、見直しを行い、指定病院の指定をしやすくしてほしい。
H	本府精神科救急医療システムにおける重要検討課題としては、1. 精神科救急システムの整備救急当番病院における当番日の空床情報をリアルタイムに提供できないこと(救急患者の受け入れに時間を要する一因となっている。府救急情報の核となる救急医療情報システムとの連携が十分行われていない)、2. 救急案内窓口の機能強化(救急案内窓口の職員が専門知識を有していないため、各問い合わせに対して的確に対応できていない)、3. 非常勤であり、緊急措置診療の受給決定を直接行えずに迅速な対応ができていない)、4. 大都市における救急医療システムを担っているにも関わらず、市内に精神科病床を有する医療機関が極めて少なく、又精神科救急病院が全くないため、市内の救急患者に迅速な対応ができていない)、5. 特別な配慮を要する精神科患者の受け入れ体制の整備、精神科身体合併症患者の受け入れ協力病院に空床が確保されていないため、これらの患者の円滑な受け入れができていない現状がある。の5点がある。これらについては、現在「精神科救急医療運営委員会」において具体的な改善策の検討を行っており、とりわけ各課題における公民の役割分担と連携が重要であると考えている。よって国立病院をはじめ国立の医療機関においても精神科救急に積極的に参画し、民間精神科病院では対応困難患者や、身体合併症患者の受け入れにおいて中核を担ってほしい。
I	救急システム運営上、重要な役割を担う電話相談窓口を制度化してほしい、現行の国庫の基準単価を大幅に増額してほしい、現行の病院群輪番制による救急システムのみでは、不十分であり初期救急医療施設、第3次救急医療施設の整備が今後必要である。
J	現行の補助金額では24時間体制の確保は困難。
K	本年4月より休日の昼間(9時~17時)だけの対応しかできていないが、今後検討すべき点として以下のようなことが考えられる。①搬送の問題..原則として保護者となつてはいるが、それができないケースへの対応。②事故補償の問題..搬送中の事故に対しての保障をどうするのか。
L	夜間においては、全県下を一つの病院で対応しているが、利用状況や病院の受入体制の整備状況等を見ながら、今後地区ごとに一つの病院で対応できるよう改善してほしい。
N	当県のシステムにおける課題として、平日夜間の対応、情報センター窓口の設置がある。

図-1 入院患者の年齢

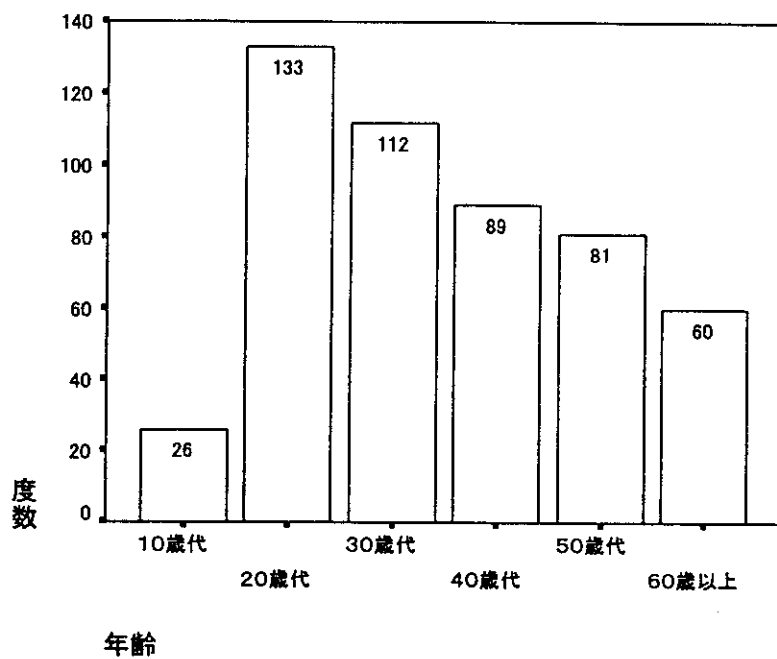


図-2 精神科受診歴

精神科受診歴

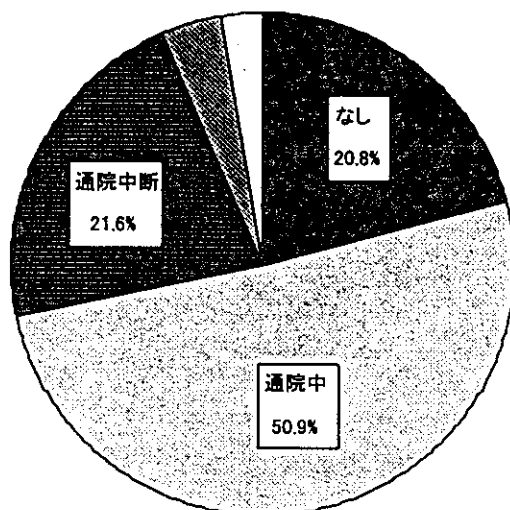


図-3 利用日

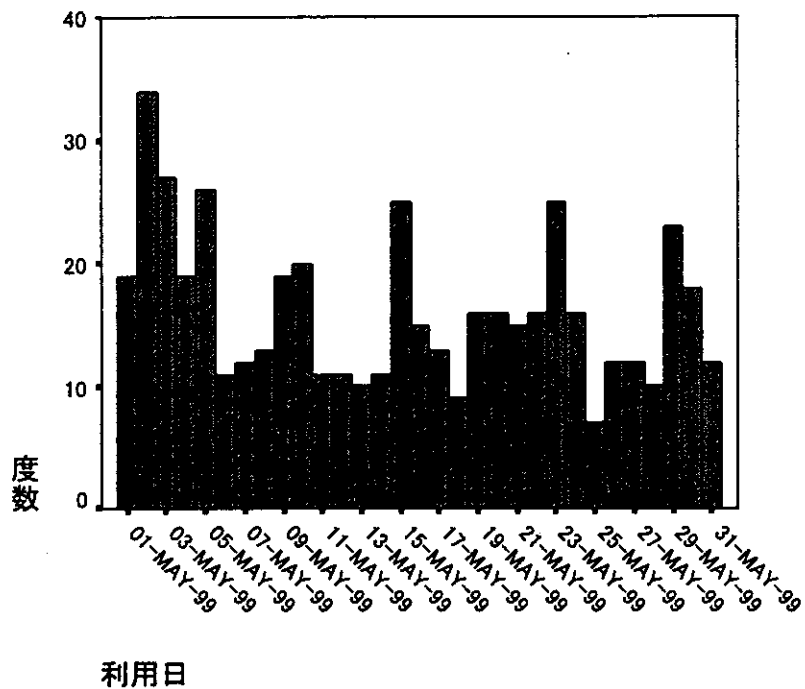


図-4 主たる診断名

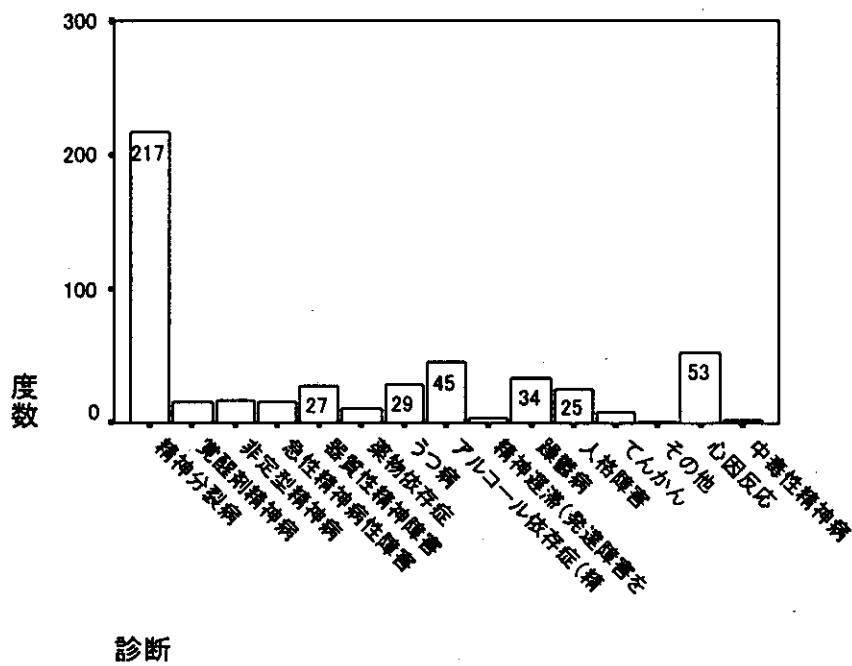


図-5 精神運動症状

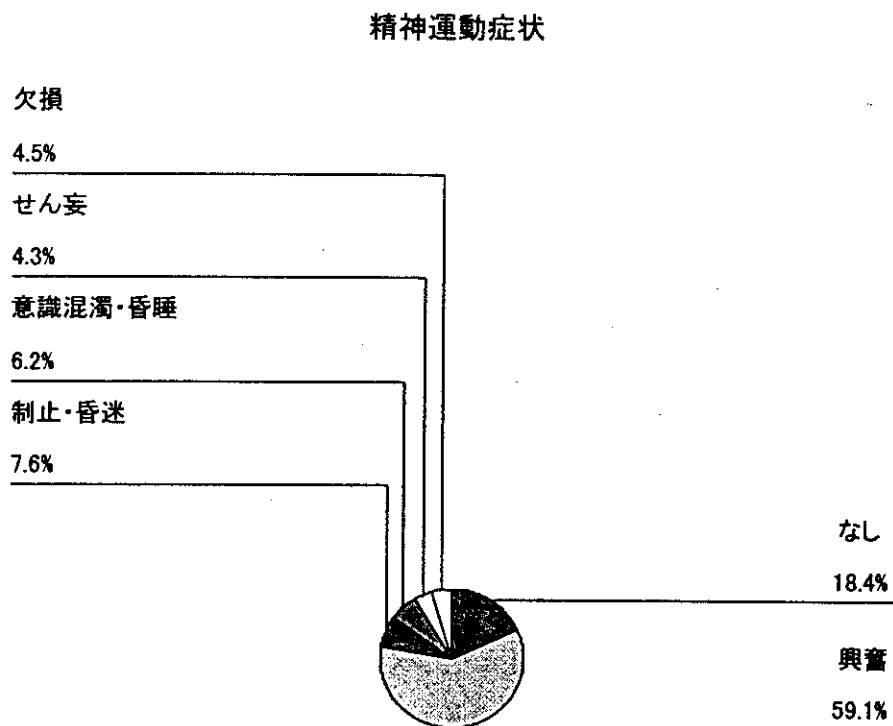


表-8 主な体験症状

体験症状

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 なし	22	4.4	4.5	4.5
幻覚・妄想	258	51.1	53.0	57.5
躁	28	5.5	5.7	63.2
抑うつ	55	10.9	11.3	74.5
不安・焦燥・心気のみ	66	13.1	13.6	88.1
けいれん	9	1.8	1.8	89.9
錐体外路症状	2	.4	.4	90.3
身体症状	17	3.4	3.5	93.8
その他	21	4.2	4.3	98.2
不明	9	1.8	1.8	100.0
合計	487	96.4	100.0	
欠損値 システム欠損値	18	3.6		
合計	18	3.6		
合計	505	100.0		