

III 専門領域対応機能

現状評価

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	活性度が 高い	平均的	努力して るが困難	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計
万 対 高	1	3	2	6	5	4	3	12	5	5	1	11	8	10	2	20
万 対 中	1	2	2	5	1	6	2	9	1	1	2	4	1	0	3	4
万 対 低	1	0	5	6	6	11	9	26	0	4	1	5	5	7	8	20
占有率 高	4	2	2	8	7	5	1	13	3	14	3	20	3	2	3	8
計	7	7	11	25	19	26	15	60	9	24	7	40	17	19	16	52

現状評価 (%)

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	活性度が 高い	平均的	努力して るが困難	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計
万 対 高	16.7%	50.0%	33.3%	100.0%	41.7%	33.3%	25.0%	100.0%	45.5%	45.5%	9.1%	100.0%	40.0%	50.0%	10.0%	100.0%
万 対 中	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%	11.1%	66.7%	22.2%	100.0%	25.0%	25.0%	50.0%	100.0%	25.0%	0.0%	75.0%	100.0%
万 対 低	16.7%	0.0%	83.3%	100.0%	23.1%	42.3%	34.6%	100.0%	0.0%	80.0%	20.0%	100.0%	25.0%	35.0%	40.0%	100.0%
占有率 高	50.0%	25.0%	25.0%	100.0%	53.8%	38.5%	7.7%	100.0%	15.0%	70.0%	15.0%	100.0%	37.5%	25.0%	37.5%	100.0%
計	28.0%	28.0%	44.0%	100.0%	31.7%	43.3%	25.0%	100.0%	22.5%	60.0%	17.5%	100.0%	32.7%	36.5%	30.8%	100.0%

将来像・期待度

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	力を入れ たい	現在の職 能を維持 したい	縮小ある いは困難	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計
万 対 高	4	1	1	6	10	3	0	13	5	7	0	12	17	6	0	23
万 対 中	1	2	2	5	12	1	0	13	4	1	0	5	3	2	0	5
万 対 低	2	3	1	6	20	3	0	23	4	3	0	7	11	10	1	22
占有率 高	6	3	0	9	3	11	0	14	8	13	0	21	3	3	0	6
計	13	9	4	26	45	18	0	63	21	24	0	45	34	21	1	56

将来像・期待度 (%)

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	力を入れ たい	現在の職 能を維持 したい	縮小ある いは困難	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計
万 対 高	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%	76.9%	23.1%	0.0%	100.0%	41.7%	58.3%	0.0%	100.0%	73.9%	26.1%	0.0%	100.0%
万 対 中	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%	92.3%	7.7%	0.0%	100.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%	60.0%	40.0%	0.0%	100.0%
万 対 低	33.3%	50.0%	16.7%	100.0%	87.0%	13.0%	0.0%	100.0%	57.1%	42.9%	0.0%	100.0%	50.0%	45.5%	4.5%	100.0%
占有率 高	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%	21.4%	78.6%	0.0%	100.0%	38.1%	61.9%	0.0%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
計	50.0%	34.6%	15.4%	100.0%	71.4%	28.6%	0.0%	100.0%	46.7%	53.3%	0.0%	100.0%	60.7%	37.5%	1.8%	100.0%

IV 身体合併症治療機能

現状評価

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	活性度が 高い	平均的	努力して るが困難	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計
万 対 高	2	3	1	6	7	7	0	14	3	3	4	10	5	9	6	20
万 対 中	1	3	1	5	1	7	1	9	2	1	0	3	1	0	3	4
万 対 低	3	2	1	6	4	11	8	23	2	2	2	6	1	9	10	20
占有率 高	3	2	4	9	4	5	4	13	2	9	6	17	1	0	4	5
計	9	10	7	26	16	30	13	59	9	15	12	36	8	18	23	49

現状評価 (%)

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	活性度が 高い	平均的	努力して るが困難	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計
万 対 高	33.3%	50.0%	16.7%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	30.0%	30.0%	40.0%	100.0%	25.0%	45.0%	30.0%	100.0%
万 対 中	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%	11.1%	77.8%	11.1%	100.0%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%	25.0%	0.0%	75.0%	100.0%
万 対 低	50.0%	33.3%	16.7%	100.0%	17.4%	47.8%	34.8%	100.0%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%	5.0%	45.0%	50.0%	100.0%
占有率 高	33.3%	22.2%	44.4%	100.0%	30.8%	38.5%	30.8%	100.0%	11.8%	52.9%	35.3%	100.0%	20.0%	0.0%	80.0%	100.0%
計	34.6%	38.5%	26.9%	100.0%	27.1%	50.8%	22.0%	100.0%	25.0%	41.7%	33.3%	100.0%	16.3%	36.7%	46.9%	100.0%

将来像・期待度

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	力を入れ たい	現在の職 能を維持 したい	縮小ある いは困難	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計
万 対 高	3	2	1	6	5	8	0	13	5	7	0	12	19	4	1	24
万 対 中	1	3	1	5	11	2	0	13	3	2	0	5	4	1	0	5
万 対 低	1	5	0	6	19	4	0	23	5	3	0	8	23	3	0	26
占有率 高	3	3	3	9	5	9	0	14	9	12	0	21	3	3	0	6
計	8	13	5	26	40	23	0	63	22	24	0	46	49	11	1	61

将来像・期待度 (%)

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	力を入れ たい	現在の職 能を維持 したい	縮小ある いは困難	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ て欲しい	現状でよ い	縮小でよ い	計
万 対 高	50.0%	33.3%	16.7%	100.0%	38.5%	61.5%	0.0%	100.0%	41.7%	58.3%	0.0%	100.0%	79.2%	16.7%	4.2%	100.0%
万 対 中	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%	84.6%	15.4%	0.0%	100.0%	60.0%	40.0%	0.0%	100.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
万 対 低	16.7%	83.3%	0.0%	100.0%	82.6%	17.4%	0.0%	100.0%	62.5%	37.5%	0.0%	100.0%	88.5%	11.5%	0.0%	100.0%
占有率 高	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%	35.7%	64.3%	0.0%	100.0%	42.9%	57.1%	0.0%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%
計	30.8%	50.0%	19.2%	100.0%	63.5%	36.5%	0.0%	100.0%	47.8%	52.2%	0.0%	100.0%	80.3%	18.0%	1.6%	100.0%

V 研修教育機能

現状評価

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	活性度が 高い	平均的	努力して るが困難	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計
万 対 高	0	5	1	6	3	8	1	12	6	3	1	10	4	8	4	16
万 対 中	1	3	1	5	0	6	2	8	1	1	1	3	0	2	0	2
万 対 低	2	3	1	6	6	8	4	18	0	3	2	5	4	9	5	18
占有率高	3	6	0	9	5	6	2	13	1	3	2	6	4	9	5	18
計	6	17	3	26	14	28	9	51	8	20	7	35	11	21	9	41

現状評価 (%)

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	活性度が 高い	平均的	努力して るが困難	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計
万 対 高	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%	25.0%	66.7%	8.3%	100.0%	60.0%	30.0%	10.0%	100.0%	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%
万 対 中	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%	0.0%	75.0%	25.0%	100.0%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
万 対 低	33.3%	50.0%	16.7%	100.0%	33.3%	44.4%	22.2%	100.0%	0.0%	60.0%	40.0%	100.0%	22.2%	50.0%	27.8%	100.0%
占有率高	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%	38.5%	46.2%	15.4%	100.0%	0.0%	76.5%	17.6%	100.0%	60.0%	40.0%	0.0%	100.0%
計	23.1%	65.4%	11.5%	100.0%	27.5%	54.9%	17.6%	100.0%	22.9%	57.1%	20.0%	100.0%	26.8%	51.2%	22.0%	100.0%

将来像・期待度

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	力を入れ たい	現在の機 能を維持 したい	縮小ある いは困難	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計
万 対 高	2	4	0	6	5	5	0	13	4	7	0	11	12	11	0	23
万 対 中	1	4	1	6	5	4	0	9	4	1	0	5	3	2	0	5
万 対 低	3	3	0	6	9	5	1	15	4	2	0	6	11	8	0	19
占有率高	2	7	0	9	7	7	0	14	6	14	0	20	0	5	0	5
計	8	18	1	27	29	21	1	51	18	24	0	42	26	26	0	52

将来像・期待度 (%)

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	力を入れ たい	現在の機 能を維持 したい	縮小ある いは困難	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計
万 対 高	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%	61.5%	38.5%	0.0%	100.0%	36.4%	63.6%	0.0%	100.0%	52.2%	47.8%	0.0%	100.0%
万 対 中	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%	55.6%	44.4%	0.0%	100.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%	60.0%	40.0%	0.0%	100.0%
万 対 低	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	60.0%	33.3%	6.7%	100.0%	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%	57.9%	42.1%	0.0%	100.0%
占有率高	22.2%	77.8%	0.0%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%	30.0%	70.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
計	29.6%	66.7%	3.7%	100.0%	56.9%	41.2%	2.0%	100.0%	42.9%	57.1%	0.0%	100.0%	50.0%	50.0%	0.0%	100.0%

VI 地域精神保健活動

現状評価

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	活性度が 高い	平均的	努力して るが困難	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計
万 対 高	1	4	1	6	5	5	4	14	5	3	5	13	4	8	3	15
万 対 中	1	3	2	6	0	6	4	10	1	1	1	3	0	2	0	2
万 対 低	2	3	1	6	5	9	6	20	0	1	4	5	5	5	10	20
占有率高	4	3	2	9	8	3	1	12	7	4	4	15	3	1	1	5
計	8	13	6	27	18	23	15	56	13	9	14	36	12	16	14	42

現状評価 (%)

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	活性度が 高い	平均的	努力して るが困難	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計	活性度高 い	平均的	低い	計
万 対 高	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%	35.7%	35.7%	28.6%	100.0%	38.5%	23.1%	38.5%	100.0%	26.7%	53.3%	20.0%	100.0%
万 対 中	16.7%	50.0%	33.3%	100.0%	0.0%	60.0%	40.0%	100.0%	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
万 対 低	33.3%	50.0%	16.7%	100.0%	25.0%	45.0%	30.0%	100.0%	0.0%	20.0%	80.0%	100.0%	25.0%	25.0%	50.0%	100.0%
占有率高	44.4%	33.3%	22.2%	100.0%	66.7%	25.0%	8.3%	100.0%	46.7%	26.7%	26.7%	100.0%	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
計	29.6%	48.1%	22.2%	100.0%	32.1%	41.9%	26.8%	100.0%	36.1%	25.0%	38.9%	100.0%	28.6%	38.1%	33.3%	100.0%

将来像・期待度

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	力を入れ たい	現在の機 能を維持 したい	縮小ある いは困難	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計
万 対 高	3	2	1	6	8	5	0	13	8	5	1	14	13	7	0	20
万 対 中	1	3	2	6	12	1	0	13	5	0	0	5	4	1	0	5
万 対 低	2	4	0	6	11	8	0	19	5	1	0	6	12	7	2	21
占有率高	2	7	0	9	5	9	0	14	11	6	1	18	1	4	0	5
計	8	16	3	27	36	23	0	59	29	12	2	43	30	19	2	51

将来像・期待度 (%)

抽出条件	自己評価				保健所				社会資源				民間病院			
	力を入れ たい	現在の機 能を維持 したい	縮小ある いは困難	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計	力を入れ たい	現状でよ い	縮小でよ い	計
万 対 高	50.0%	33.3%	16.7%	100.0%	61.5%	38.5%	0.0%	100.0%	57.1%	35.7%	7.1%	100.0%	65.0%	35.0%	0.0%	100.0%
万 対 中	16.7%	50.0%	33.3%	100.0%	92.3%	7.7%	0.0%	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	80.0%	20.0%	0.0%	100.0%
万 対 低	33.3%	66.7%	0.0%	100.0%	57.9%	42.1%	0.0%	100.0%	83.3%	0.0%	0.0%	100.0%	57.1%	33.3%	9.5%	100.0%
占有率高	22.2%	77.8%	0.0%	100.0%	35.7%	64.3%	0.0%	100.0%	61.1%	33.3%	5.6%	100.0%	20.0%	80.0%	0.0%	100.0%
計	29.6%	59.3%	11.1%	100.0%	61.0%	39.0%	0.0%	100.0%	67.4%	27.9%	4.7%	100.0%	58.8%	37.3%	#VALUE!	100.0%

資料 2—(10)

国公立病院に期待されているがそれに応えられない機能領域と

その理由(自由記載)

- | | | |
|----|---------------------------------------|--|
| 02 | 長崎県立大村病院
身体合併症医療
救急・急性期 | 専任内科医確保困難、医師増員の財政的裏付なし。不採算で強化困難。
人員増厳しい。経営健全化計画の中でどう位置づけられるかによる。 |
| 03 | 熊本県立こころの医療センター
地域精神保健活動
身体合併症医療 | 不採算部門で強化困難
施設整備ができていない。専任スタッフ確保困難。 |
| 05 | 沖縄県立精和病院
専門領域(児童思春期)
身体合併症医療 | 施設整備ができていない。不採算部門で強化困難。
施設整備ができていない。専任スタッフ確保困難。 |
| 06 | 国立療養所北陸病院
地域精神保健活動 | 設置者の理解が得られない。 |
| 07 | 三重県市立伊勢総合病院
救急・急性期
専門領域 | 施設の不備。医師等専門職確保困難
医師・看護婦など専門職確保困難。 |
| 07 | 三重県立小児医療センター
救急・急性期
身体合併症医療 | 児童・思春期を専門としているため。
同上 |
| 07 | 三重県立志摩病院
救急・急性期
地域・精神保健活動 | 施設の未整備。医師等専門職確保困難。組合等職員の理解不足。
施設の未整備。医師等専門職確保困難。組合等職員の理解不足。
不採算部門で強化困難 |
| 11 | 東京都立墨東病院
基本診療機能
専門領域 | 施設の未整備。医師等専門職確保困難。不採算部門で強化困難。
施設の未整備。医師等専門職確保困難。不採算部門で強化困難。 |
| 12 | 公立能登第二病院
専門領域
身体合併症医療 | 医師等専門職確保困難
本院と統合することになり、今後期待に応えられる。
設置者の理解に乏しく、理事の中には精神科不要論もある。 |
| 13 | 静岡県立こころの医療センター
身体合併症医療
地域精神保健活動 | 医師等専門職確保困難。施設の未整備。組合等職員の理解不足。
努力しているが拡大しない。お互いに乗り入れる方向に進みにくい。
個々がその運営に追われていて、組織化しにくい。 |
| 13 | 市立島田市民病院
救急急性期
専門領域対応 | 施設の未整備(20床で病棟は大変狭く、保護室もない)。
施設の未整備。 |
| 14 | 榛原総合病院
救急・急性期
専門領域 | 施設の未整備。医師等専門職確保困難。交通の便が悪い。
医師等専門職確保困難。交通の便が悪い。 |
| 15 | 国立相模原病院
救急・急性期

専門領域 | 施設の未整備。医師等専門職確保困難(PSW・看護師不在、常勤医少ない) 不採算部門で強化困難。他の病院と競合する。
同上 |
| 16 | 島根県立中央病院
専門領域

地域精神保健活動 | 当院の二次医療圏では比較的機能連携がうまくいっている。
医師等専門職確保困難(近くの県立単科で対応して貰っているが、当院では摂食障害・児童思春期に専門的に対応したい。ただし人手不足
医師等専門職確保困難(近くの他の医療機関が積極的。当院は外来が多くて対応困難) |
| 16 | 島根県立湖陵病院
身体合併症 | 県立総合と連携をとっている。 |
| 20 | 千葉県精神医療センター
身体合併症 | 施設の未整備。医師等専門職確保困難。 |
| 20 | 国立千葉病院
身体合併症
専門領域 | 施設の未整備。医師等専門職確保困難(まだまだ不十分と思っている)。
医師等専門職確保困難(摂食障害、身体表現性障害の医療に期待されているが、手が回らない)。 |

※ 左端の数字は抽出された精神科救急医療圏番号(追加資料「自由意見のまとめ」の凡例参照)

資料3-(1)-a 病床確保困難度一覧表

	施設数(a)	ほとんどない(b)	2~3件/年(c)	しばしば(d)	未記載
万対高	国公立病院	6	5 83.3%	1 16.7%	0 0.0%
	保健所	15	5 33.3%	5 33.3%	5 33.3%
	社会資源	17	15 88.2%	0 0.0%	1 5.9%
	民間病院	21	8 38.1%	10 47.6%	2 9.5%
	小計	59	33 55.9%	16 27.1%	8 13.6%
万対中	国公立病院	6	2 33.3%	2 33.3%	2 33.3%
	保健所	15	2 13.3%	7 46.7%	6 40.0%
	社会資源	10	10 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	民間病院	2	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%
	小計	33	14 42.4%	11 33.3%	8 24.2%
万対低	国公立病院	6	1 16.7%	3 50.0%	2 33.3%
	保健所	26	4 15.4%	5 19.2%	17 65.4%
	社会資源	10	5 50.0%	2 20.0%	2 20.0%
	民間病院	20	5 25.0%	6 30.0%	9 45.0%
	小計	62	15 24.2%	16 25.8%	30 48.4%
占有率高	国公立病院	10	7 70.0%	2 20.0%	1 10.0%
	保健所	9	5 55.6%	1 11.1%	3 33.3%
	社会資源	15	10 66.7%	1 6.7%	3 20.0%
	民間病院	4	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%
	小計	38	26 68.4%	4 10.5%	7 18.4%
施設毎累計	全国公立	28	15 53.6%	8 28.6%	5 17.9%
	全保健所	65	16 24.6%	18 27.7%	31 47.7%
	全社会資源	52	40 76.9%	3 5.8%	6 11.5%
	全民間病院	47	17 36.2%	18 38.3%	11 23.4%
全	192	88 45.8%	47 24.5%	53 27.6%	

資料3-(1)-b 病床確保が困難な患者層の内訳

	c+d	c+d/a(%)	措置	療法	身体合併	児童	結核	要隔離	気経	休息	夜間	その他	未記載
万対高	国公立病院	1 16.7%	0	0	1	0	0	0				0	0
	保健所	10 66.7%	4	2	2	4	1	6				0	0
	社会資源	1 5.9%			0	0	0	0	0	2	2	0	0
	民間病院	12 57.1%	5	5	5	3	6	8				0	0
	小計	24 40.7%	9	7	8	7	7	14	0	2	2	0	0
万対中	国公立病院	4 66.7%	0	0	1	0	0	3				2	0
	保健所	13 86.7%	5	2	7	5	6	5				6	0
	社会資源	0 0.0%			0	0	0	0	0	0	0	0	0
	民間病院	2 100.0%	0	1	2	1	1	1				0	0
	小計	19 57.6%	5	3	10	6	7	9	0	0	0	8	0
万対低	国公立病院	5 83.3%	2	2	2	2	2	3				0	1
	保健所	22 84.6%	5	0	13	5	4	15				9	0
	社会資源	4 40.0%			1	0	0	0	3	2	3	1	0
	民間病院	15 75.0%	3	6	15	5	5	7				0	0
	小計	46 74.2%	10	8	31	12	11	25	3	2	3	10	0
占有率高	国公立病院	3 30.0%	0	0	1	0	0	3				0	0
	保健所	4 44.4%	2	0	2	0	3	2				1	0
	社会資源	4 26.7%			1	0	1	1	2	2	1	0	1
	民間病院	0 0.0%	0	0	0	0	0	0				0	0
	小計	11 28.9%	2	0	4	0	4	6	2	2	1	1	1
施設毎累計	全国公立	13 46.4%	2	2	5	2	2	9				2	1
	全保健所	49 75.4%	16	4	24	14	14	28				16	0
	全社会資源	9 17.3%			2	0	1	1	5	6	6	1	1
	全民間病院	29 61.7%	8	12	22	9	12	16				0	0
全	100	52.1%	26	18	53	25	29	54	5	6	6	19	2

・社会資源については「精神科救急医療圏」内での困難度ではなく、「身近に受診できる範囲」での困難度について設問し、回答を得た。
 また、病床確保が困難な患者層の設問では「措置」と「療法」を省き、「気経に利用できる」「休息入院できる」「夜間も対応してくれる」の項を加えた。

資料3-(2)-a

精神科救急医療圏外からの受け入れ状況一覧表

		施設数(a)	ほとんどない(b)		2~3件/年(c)		しばしば(d)		無記載	
万対高	国公立病院	6	0	0.0%	1	16.7%	5	83.3%	0	0.0%
万対中	国公立病院	6	1	16.7%	3	50.0%	2	33.3%	0	0.0%
万対低	国公立病院	6	1	16.7%	3	50.0%	2	33.3%	0	0.0%
占有率高	国公立病院	10	2	20.0%	4	40.0%	4	40.0%	0	0.0%
	全国公立	28	4	14.3%	11	39.3%	13	46.4%	0	0.0%

資料3-(2)-b

精神科救急医療圏外からの受け入れ患者層

		c+d	c+d/a	措置	触法	身体合併	児童	結核	要隔離	その他	無記載
万対高	国公立病院	6	100.0%	3	3	1	1	4	1	1	0
万対中	国公立病院	5	83.3%	1	1	2	1	0	3	0	0
万対低	国公立病院	5	83.3%	3	2	4	0	2	3	0	0
占有率高	国公立病院	8	80.0%	3	0	3	2	0	2	3	0
	全国公立	24	85.7%	10	6	10	4	6	9	4	0

資料3-(3)

国公立病院が存在しない地域の医療充足度

		国公立病院の存在しない地域数						困らない理由			
		施設数(a)	困る(b)	多少困る(c)	(b+c)/a	困らない(d)	d/a	1)	2)	3)	記述
人口万対高	保健所	6	0	5	83.3%	1	16.7%	0	1	3	0
	社会資源	5	1	1	40.0%	3	60.0%	2	0	4	0
人口万対中	保健所	3	1	1	66.7%	1	33.3%	0	0	1	0
	社会資源	2	0	0	0.0%	2	100.0%	1	0	1	1
人口万対低	保健所	10	4	3	70.0%	3	30.0%	0	2	2	2
	社会資源	1	0	1	100.0%	0	0.0%	/	/	/	/
占有率高	保健所	2	2	0	100.0%	0	0.0%	/	/	/	/
	社会資源	2	1	1	100.0%	0	0.0%	/	/	/	/
	全保健所	21	7	9	76.2%	5	23.8%	0	3	6	2
	全社会資源	10	2	3	50.0%	5	50.0%	3	0	5	1

資料3-(4)

国公立病床の配置に関する意見（選択肢による回答のみ）

地域特性	施設	回答施設数	国公立は不要	全病床の1～2割で十分	全病床の3～4割が必要	病床の大部分が国公立であるべき	どちらともいえない					
万対病床数の高い 救急医療圏群 (5)	国公立病院	5	0	0.0%	2	40.0%	2	40.0%				
	保健所	13	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%				
	社会資源	13	1	7.7%	2	15.4%	3	23.1%				
	民間病院	19	0	0.0%	18	94.7%	1	5.3%				
	小計	50	1	2.0%	23	46.0%	9	18.0%				
万対病床数の中位 の救急医療圏群 (5)	国公立病院	6	1	16.7%	1	16.7%	0	0.0%				
	保健所	11	0	0.0%	0	0.0%	7	63.6%				
	社会資源	9	0	0.0%	3	33.3%	1	11.1%				
	民間病院	2	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%				
	小計	28	1	3.6%	5	17.9%	9	32.1%				
万対病床数の低い 救急医療圏群 (4)	国公立病院	6	0	0.0%	2	33.3%	0	0.0%				
	保健所	22	0	0.0%	10	45.5%	5	22.7%				
	社会資源	9	0	0.0%	0	0.0%	4	44.4%				
	民間病院	17	1	5.9%	10	58.8%	3	17.6%				
	小計	54	1	1.9%	22	40.7%	12	22.2%				
国公立病床の占有 率が高い救急医療 圏群 (6)	国公立病院	9	0	0.0%	1	11.1%	3	33.3%				
	保健所	7	0	0.0%	0	0.0%	4	57.1%				
	社会資源	12	0	0.0%	3	25.0%	1	8.3%				
	民間病院	4	0	0.0%	2	50.0%	0	0.0%				
	小計	32	0	0.0%	6	18.8%	8	25.0%				
回答施設別累計	全国公立	26	1	3.8%	6	23.1%	3	11.5%	1	3.8%	15	57.7%
	全国保健所	53	0	0.0%	11	20.8%	21	39.6%	1	1.9%	20	37.7%
	全国社会資源	43	1	2.3%	8	18.6%	9	20.9%	4	9.3%	21	48.8%
	全国民間病院	42	1	2.4%	31	73.8%	5	11.9%	1	2.4%	4	9.5%
全		164	3	1.8%	56	34.1%	38	23.2%	7	4.3%	60	36.6%

※自由意見については追加資料；アンケート調査自由意見のまとめ 3. 国立・自治体立医療機関の配置に関する意見を参照のこと

追加資料 アンケート調査 自由意見のまとめ

凡 例	国自単： 国立・自治体立単科精神病院	国自単： 国立・自治体立単科精神病院
国自総： 国立・自治体立病院併設精神科	国自単： 国立・自治体立単科精神病院	民： 民間病院
保： 保健所	社： 各種社会資源	
01： 道央・空知(北海道)	02： 県央・県南(長崎県)	03： 南部(熊本県)
04： 佐賀東部(佐賀県)	05： 本島南(沖縄県)	06： 西部(富山県)
07： 中南部(三重県)	08： 南加賀(石川県)	09： 紀北(和歌山県)
10： 南河内(大阪府)	11： 第1プロック(東京都)	12： 河北部以北(石川県)
13： 中部(静岡県)	14： 第1プロック(埼玉県)	15： 第3プロック(神奈川県)
16： 出雲(島根県)	17： 県南(岩手県)	18： 十勝(北海道)
19： 紀南(和歌山県)	20： 中央(千葉県)	

1. 国立・自治体立医療機関の医療機能に関する意見

- (国自総01) 他患者は専門病棟でなければ無理なので期待に応えられない。身体合併症患者も寝たきりで長期になるために回転が良くなく期待に応えられない。ケースが大きい。
- (保01) (複数の市立・町立併設精神科に対して) いくつかは遠方のため事情が不明。このうちの二つの市立病院については地域の中核病院として、精神科三次医療と処遇困難事例に対応するように欲しい。
- (保01) 遠方なので事情がよくわからない。
- (保03) (県立単科に) 頼りにしている。ただ、病床にも限りがあり、活用する側と話しをする必要がある。
- (保05) (県立単科に対して) 児童思春期をやって欲しい。
- (保06) (国立あるいは自治体立が複数あるが、その多くについて) 遠方で分らない。
- (保06) 遠方なので事情がよくわからない。
- (保06) (併設精神科に対して) 保健所の研修・教育に長年関わって貰っている。医師が2名と少ない。
- (保07) (同上) 家族会、作業所など、地域に密接した活動を行って欲しい。
- (保07) (国立単科に) 広域であるために救急の場合など利用できない。地域との連携がはかられているのだろうか。PSWが配置されたようだが役割が見えない。この体制では活躍はできないだろう。
- (県立単科に) コメンカールもいて連携がしやすい。
- (県立専門に) 児童相談所と連携があるようだ。期待したい。保健所は児童は無理。
- (保07) (国立・自治体単科に) 遠方で事情不明。
- (保07) (保07) (国立あるいは自治体立が複数あるが、その多くについて) 遠方で分らない。
- (保07) (自治体専門に) 日常的な連携なく不明。
- (保07) (自治体立併設に) 日常的な連携がないので分らない。
- (保08) (市立病院に) 精神科リハビリテーションの充実と質的向上に努力して欲しい。
- (保09) (国立あるいは自治体立が複数あるが、その多くについて) 遠方で分らない。
- (保10) (国立併設に) リハビリテーション・ケアなど活発にやっていたのに中止され、まもなく病棟も閉鎖される。患者と家族の期待が強いのに、実態と離れている。精神科を充実させて欲しい。総合としての機能を生かして欲しい。PSWもお願いしたい。
- (保11) (自治体併設に) 全国的に救急で有名な病院だが、救急をやる医師がいなくて定員割れ。

- 医学教育に問題があるのか、時代のせいなのか。ケアケア・ナイトケアの保険点数の高さに引かれるのか。このような一極集中の問題を解決すべき。
- (保11) (同上) 救急で孤軍奮闘しているが、研修や地域活動にも関与して欲しい。
- (保11) (同上) 精神保健福祉センターとの役割分担、専門外来の設置(痴呆・思春期)、緊急時のシヨート対応は治療機能を持つ病院に必要、都市における患者移送は高齢家族には問題。救急・急性期に対応できる体制を充実して欲しい。
- (保11) (自治体立併設に) 日常的な連携がないので分らない。
- (保12) (自治体総合に対して) 救急では同じ医療圏であるが、二次医療圏ではことなる保健所管内になる。救急活性度は高いが、管内からは利用しにくい。研修教育・地域連携でも利用しにくい。この管内では民間の方がグループホームなど地域活動が積極的。
- (県立単科に対して) 遠方で利用しにくい。対応困難ケースを受け入れてくれない。
- (保12) (県立単科に) 県内唯一の県立なので諸機能の充実は当然だが、研修・教育機能の拡充が望まれる。
- (保13) (同上) 隔離室がないので、中程度の患者のみの受け入れ。
- (保15) (国立併設に) 遠方で不明。
- (保15) (国立併設に) PSWが医事課において機能していない。医師がその代替をしている。32条事務もきちんとできていない。身体合併症患者を他院から受け入れることがあるが、隔離できる病棟もない。
- (保16) (県立総合に) 卒後研修(スーパーローターの指定病院として) 精神科診療の理解を深めるような研修プログラムを策定して欲しい。
- (保16) (県立単科に) 県全体の機能と圏域の一病院としての機能が求められている。圏域外からも措置を受け入れている。今後のあり方も含め改善整備を検討中。
- (保20) (国立併設に) 遠方で不明。
- (保20) (国立併設に) 遠方で不明。
- (保20) (国立単科に) 薬物・思春期分野での活躍に期待。
- (保20) (県立単科に) 救急医療に期待。
- (保20) (県立単科に) 救急に専念し、地域活動は精神保健福祉センターに任せるべき。
- (保20) (市立併設に) 児童を中心に担当しているが、成人も対象にして欲しい。
- (保20) (市立併設に) 児童に期待。
- (社01) (作業所に) 通所している患者が多いが、病院との連携がとれていない。精神保健に関する情報提供・指導もして欲しい。
- (社02) (県立単科に対して) 救急を速やかに受け入れて欲しい。
- (社02) (県立単科に対して) 通所している患者の状態についての情報交換の機会がない。なかなか医師と連絡できない、そのきっかけがつかめない。
- (社03) (県立単科に対して) 医療レベルも高く患者から信頼されている。スタッフも多く医師のネットワークもよい。
- (社04) (国立あるいは自治体立が複数あるが、その多くについて) 遠方で分らない。
- (社05) (同上) 社会的入院患者がいるなら民間社会復帰施設を積極的に利用して欲しい。
- (社05) (同上) 地域精神保健活動は、近くの総合精神保健センターが担えばよい。一般精神科外来は民間に任せればよい。
- (社05) (同上) 家族会の勉強会などで協力を得ているが、共同作業所の協力医の派遣を。作業所支援に取り組みで欲しい。
- (社06) (同上) 地元での連携がない。治療中心で福祉まで手が回らないのか。相談に行くこともない。ケアケアがないが不思議。(別の併設精神科について) 専門職がおり、ケアケアも実施、連携もよい。
- (社06) (国立あるいは自治体立が複数あるが、その多くについて) 遠方で分らない。
- (社06) (国立・自治体単科に) 遠方で事情不明。

- (社06) (国立併設に)遠方で不明。
- (社07) (国立あるいは自治体立が複数あるが、その多くについて)遠方で分らない。
- (社08) (同上)地域に公立病院が一カ所しかないので比較できない。
- (社08) (同上)自殺念慮が強い患者を退院させてしまうのはなぜか。退院前日に関係者で話し合った直後に自殺した。未遂がこれまでもあったのに、病状がよくなれば退院させなければならぬのか。
- (社09) (国立あるいは自治体立が複数あるが、その多くについて)遠方で分らない。
- (社10) (国立併設に)遠方で不明。
- (社11) (国立併設併設に)日常的な連携がないので分らない。
- (社13) (国立併設併設に)通院患者と時間をかけて対話して欲しい。休日・夜間の救急患者への対応が不十分。
- (社14) (国立併設併設に)他院の紹介がないと行けないということで、夜間など相談にも行けず困っている。精神保健の管轄が市町村になると研修・教育、地域活動が縮小されるのでないかと心配。
- (社15) (国立併設に)遠方で不明。
- (民01) 二つの市立病院に透析、結核、癌、血液疾患の患者を引き受けて貰って助かっている。ただし、町立総合については医療圏がかさならす全く分らない。
- (民01) (国立あるいは自治体立が複数あるが、その多くについて)遠方で分らない。
- (民01) (圏内の複数の市立・町立併設に対して)交流なく情報がない。
- (民02) (国立併設に対して)外来、社会復帰機能、療養精神機能を減らし、救急・急性期・専門領域・身体合併症患者に力を入れて欲しい。
- (民02) (国立総合に対して)身体合併症患者で高く評価、専門職の研修・教育にも力を入れて欲しい。基本診療は負担になるだろうから縮小してもよい。
- (民02) (国立併設に対して)民間病院と大差なく、期待を裏切っている。救急・急性期を充実し、療法・処遇困難を扱わないのであれば存在意義がない。その他は期待しないし、期待もできない。
- (民02) (国立総合に対して)身体合併症患者を積極的に受けてもらい助かっている。
- (民02) (国立併設に対して)結核を、そして救急を積極的に受け付けて欲しい。
- (民03) (国立併設に対して)民間で対応困難患者を引き受けずに押しつける。
- (民03) (国立・自治体単科に)遠方で事情不明。
- (民03) (国立・自治体単科に)レベルを保持していると評価、ただし介護保険認定審査医を派遣してくれないのは納得できない。そういう類の協力が無いのは県立の故か、病院の方針か。
- (民13) (自治体立併設に)日常的な連携がないので分らない。
- (民13) (同上)身体合併症患者の評価、機能について、単科であるので考慮して欲しい。
- (民13) (保19) (市立併設に)身体合併症患者を年に1〜2回依頼するが、受け入れてくれない。日常的な連携がないせいであろう。
- (民14) (国立併設に)歴史が浅いこともあるのか、ほとんど期待されていない印象。警察・保健所からの依頼も少ないようだ。何をしている病院なのか、われわれには見えない。単科なので身体合併症患者を依頼するにも不適當。紹介するときは結局民間医木に依頼する。
- (民15) (国立併設に)遠方にあり、精神科があるかどうかもわからない。救急のグループにも入っていない。
- (民20) (国立併設に)遠方で不明。

2. 精神科救急医療圏内の医療供給状況についての意見および国立・自治体立医療機関不在の保健所管内の医療充足度に関する意見

- (国自単06) 応急入院患者を圏外に依頼。
- (国自単16) 対応の難しい患者は医療圏を超えて受け入れられている。
- (国自単18) リハビリテーションを目的とした患者を圏外から受け入れられている。
- (国自総07) 境界例の入院に困難。
- (保01) 国公立がなくなると、指定病院や救急を辞退する病院もあり、措置などの受け入れに不安を感じる。
- (保01) 精神科救急が行なげなくても、遠隔地支援病院がすべて機能できるか不安。
- (保01) 覚醒剤等の薬物依存患者の受け入れ先がない。
- (保02) (保03) 人格障害の患者、病棟の秩序を乱す患者の受け入れが困難
- (保03) 治療方針が病院によって違う。空床がないと患者を断られることがある。
- (保03) 専門領域、身体合併症患者に対応できる病院が少ない。
- (保03) 民間病院が2か所あるが、措置鑑定などのための精神保健指定医の確保が困難なことがある。
- (保07) 二次医療圏に民間病院があるが、保健所管内に精神科医療機関がなく通院に不便。
- (保07) (保09) 夜間救急の際の指定医療保、空床確保が困難
- (保09) 境界例の入院に困難
- (保10) 覚醒剤等の薬物依存患者の受け入れ先がない。
- (保11) 受け入れ病院を探すのに困難なケースが年に30件ほどある。保健相談で関わってもらっている医師にお願いしている。それでも問題患者とされるケースが年に数件受け入れ先がなく困ることがある。このような救急の一極集中の問題を解決すべき。
- (保11) 病院が少ない。入退院を繰り返す問題行動のある患者
- (保11) 救急医療や措置の対応でないが、強制入院の対象となる患者
- (保12) 国立・自治体立医療機関がなく困っている。嘱託医が多く基本診療機能がしっかりといていない、措置受け入れが困難、アルコール患者の対応困難、生活支援の社会資源が少ない。
- (保13) 年に5〜6件受け入れ先がなく困る。
- (保14) (二次医療圏に)国公立がなく専門領域機能が少ない。
- (保14) (二次医療圏に)国公立がなく夜間救急、身体合併症患者で困っている。
- (保14) 覚醒剤等の薬物依存患者の受け入れ先がない。
- (保15) 隔離室や個室を必要としない救急患者
- (保15) 覚醒剤等の薬物依存患者の受け入れ先がない。
- (保15) (二次医療圏に)国公立がなく専門領域機能が少ない。
- (保17) (国公立がなく)自己規制困難な患者、身体合併症患者、訪問診療を必要とする患者の医療。地域精神保健活動に熱心な病院がない。官公庁への書類には積極的だが、地域活動に取り組む病院がなく社会資源がそでない。
- (社02) 社会復帰というところで、病院で持て余すような患者を送ってくる民間病院が多い。地域で生活することをお患者にもっと指導して社会復帰施設に送るなら分かるが「先生に言われたから」と自己決定なしで送られて来るケースが多い。
- (社04) 医療の事情についてはわからない。
- (社11) 夜間救急患者の受け入れ
- (社13) 休日・夜間の初診の救急患者の受け入れ体制がない。
- (民04) 重症摂食障害患者が困る。
- (民05) 自分の病院が満床の時、受け入れ先がなく困ることがある。

3. 国立・自治体立医療機関の配置に関する意見

- (国自単13) 本来は、d)大部分を国公立が、一部を民間が担うのが望ましいが、現実には困難。
- (国自単16) 特殊な領域は公的病院が担うが、基本診療も担うべき。
- (国自単18) 国立が担う役割は厚生省の方針で決まっている。
- (国自総01) 精神科の病床は減らせると思うが、民間は経営の問題があるので療養型や老人医療に特化しなければならぬか。国立・自治体単科は経営努力が足りないのでは再編成が必要がある。重症措置をみるとか。
- (国自総11) すべての医療機関に責任担当地域(診療義務圏)を設定し、応分の負担を図るべき。
- (国自総13) 公的病院の機能として、合併症、急性期、処遇困難など強調され過ぎている。
- (国自総15) 施設・マンパワーが揃わないと、国公立に求められている機能にたえられない。
- (国自総16) 国立・自治体立医療機関が採算部門を担う。
- (保01) 管内自治体立病院は赤字で精神病床削減、人員削減が図られている。高齢者や身体合併症患者の対応にも迫られている。このような中で民間病院よりも体制は脆弱である。6機能すべてを求めるのは困難。国立・道立病院のない地域における自治体立病院の役割について民間圏内で保健福祉も含めて検討されるべきでないか。
- (保03) 民間と公立の中間位が適当。
- (保08) 大部分は民間で対応可能。税法・薬物依存・身体合併症患者は国立・自治体立医療機関が責任を持つ。現状維持でよい。
- (保03) 国公立がなくとも圏域内で対応して貰っており、必要時には必要病院を紹介してもらっている。
- (保05) 総合病院にマンパワーを
- (保07) 二次医療圏に国立・自治体立医療機関あるメリットはなんだろうか。
- (保07) 民間では施設設法の動きには対応できない。民間病院のように病院の中ですべてを完結してしまわないような社会復帰活動に期待。
- (保07) 国立・自治体立医療機関には特殊な領域を担ってほしいが、割合については不明。
- (保09) 中毒性精神障害、身体合併症患者、処遇困難患者のために必要。二次医療圏に一定割合が必要
- (保09) 地域に不足している特殊な領域の医療を満たすべき
- (保09) 中毒性精神障害、身体合併症患者、処遇困難患者のために必要。二次医療圏に一定割合が必要
- (保09) 地域に不足している特殊な領域の医療を満たすべき
- (保10) 税法・薬物・外国人などの治療には国立・自治体立医療機関が必須、しかし、特殊な領域のみというのは不適切。国立・自治体立医療機関で治療を受けたいと希望するひとは多数いる。地域のニーズにたえるべき。
- (保11) 救急は都が整備している。国立で救急をやっているところがあるのでしようか。敷居が高いので国には期待することはない。
- (保11) 公立でも民間でも可、とにかく病床が不足。
- (保11) 現状ではc)の非自発的入院はすべて国公立で、その他の入院を民間でという選択をせざるを得ない。
- (保11) 民間病院に対応困難な医療をするためにも、二次医療圏に一つは必要。
- (保12) 現存する医療機関の役割を勘案した上で役割分担しながら配置。
- (保12) 少子化、過疎という当二次医療圏の特性から、民間には期待できない。国立・自治体立医療機関の配置が必要、それを核とした地域保健活動の展開がよい。
- (保13) 通常は管内と静岡市内の民間病院の協力で急性期患者の対応をして貰っているが、国立がないので指定医不在、個室確保に苦勞する。

- (保14) 民間大学病院も含め4民間病院があるので、国立・自治体立医療機関がなくとも困っていない。この地域の特殊事情かもしれない。
- (保14) 行政処分である措置入院患者については現在の法律では国立・自治体立医療機関が負うべき。透析など身体合併症患者も国公立で対応すべき。
- (保14) 民間でも公立でもよいから、互いに協力して、常時、医療に対応できるようにしてほしい。(公立の数は多ければ多いほどよいと思う)。
- (保15) 処遇困難ケースは国公立で。身体合併症患者を受け入れられる有床それも閉鎖病棟をもった救急対応併設精神科が必要。国公立が合理化、削減、統合されるなかで国立・自治体立医療機関の機能強化に期待できるのだろうか。
- (保15) 国公立には基本診療より専門領域や救急に重点を。医療中断者への対応について保健所に回されるが、医療機関の機能と責任に公的病院から方法論として示してもらうことも必要。
- (保16) 地域性があっても一概に言えないが、救急・専門領域を担える数は欲しい。
- (保16) 県では7二次医療圏にそれぞれ精神科救急医療圏を設定、公立病院のみの圏域もあれば、民間病院一つの圏域がある。県立単科を中心にしてどの圏域にもバックアップできる体制を作ることが重要。日精協が主張しているように税法は県立で診るべきだとは思わないが、疾病、状態像での役割分担が必要。しかし、社会参加を目指しての医療であり、生活圏内で入院し、社会参加していくことが重要。その際、どうしても対応できない場合には病院間連携で対応すべき。
- (保17) 児童・思春期の精神科治療、カウンセリング機能を有する医療機関がない。国公立にその役割を果たして欲しい。結核・感染症も重要。
- (保19) c)であるが、とりあえずは二次医療圏に公立病院を配置することが望ましい。
- (保20) (保20) 国立・自治体立医療機関が採算部門を担う。
- (社01) (上記と同じ医療圏)この地域は公立・私立とも充実して恵まれている。
- (社03) 中毒性精神障害、身体合併症患者、処遇困難患者のために必要。二次医療圏に一定割合が必要
- (社07) 市内に民間精神病院があるが、患者処遇が極めて悪いと聞いている。民間は営利を目的としているから当然そうなるのだと思います。民間が増えることは期待しない、国立・自治体立医療機関に期待する。
- (社08) 自治体・民間が互いに孤立しないで、特性を生かして連携して欲しい。ユーザーにとって利用しやすい病院になって欲しい。地域支援もして欲しい。
- (社10) 作業所を利用する人は重度障害がいらないから、民間で対応してもらっている。身体合併症患者も一般科で対応して貰っている。在宅でどこにもつながりのない人の家族は困っているかもしれない。
- (社11) 民間病院に対応困難な医療をするためにも、二次医療圏に一つは必要。
- (社12) 作業所の近くに併設精神科が欲しい。併せて福祉ホームの設置も。
- (社15) 救急のことを考えると、c)の非自発的入院を国立・自治体で、それ以外の入院を民間病院でという配置になるか。
- (社17) 国公立と民間は互いに共同体として連携を重にした医療体系を。
- (社18) 患者にとって信頼できる病院が選択できることが重要。身体合併症患者のことを考えると総合病院精神科の存在も重要。
- (民01) 地域によって差があるので一般論ではたえられない。この地域の市立病院が処遇困難患者の対応をしてもらえればありがたい。その他はなるべく公私を問わず診ていくべきでしょう。
- (民02) 民間病院の病床が極端に多いところがある。国立・自治体立医療機関の配置が地域によって差がある。

- (民02) 身体合併症患者と触法だけでをやればよい。療養型病床は止めて病床削減すべき。税金を使って民間と同じことをやっているような病院には国民は期待しない。非営利・不採算部門を担うべき
- (民03) 触法患者がしばしばみられるので、自治体病院の配置が必要。
- (民03) 触法の対応のために必要だが、10%もいらぬ。
- (民04) 身体合併症患者のための総合病院精神科が必要
- (民14) 理想としては、専門性の高い医療は国立・自治体立医療機関で対応して貰いたい。現状では機能だけを期待しても大きな変化は起こらない可能性が大。まずは地域から信頼される病院へと少しでも変化することが重要。
- (民15) 地域に密着した医療機関が望ましい。
- (民15) 医療圏の特性に応じて必要割合が決まる。一定ということにはならない。民間との機能連携を考慮して必要病床数を算定すべき。その機能評価は独立法人の中で調査するのがよいと考えられる。

4. その他

- (国自単03) 調査は地域性が重要、他病院からの依頼患者数、在院期間、措置患者の質、触法患者数、夜間外来、専門外来、結核治療機関なども把握する必要がある。
- (国目単20) 自治体病院の機能評価にとまらず、平均を下回る病院に対するプランを出していただきたい。
- (社02) 病院で持て余すような患者を社会復帰施設に送る個人病院が多い。厚生省が社会復帰に力を入れるにしてもどんな患者も施設に入れるというはおかしいと思う。病院がどのようなとらえ方をしているのか分からない時がある。地域で生活することがどんなことか患者にもっと指導して社会復帰施設に入れるなら分かるが、あいまいな形で入所されることがあり、自己決定でなく「先生が行きなさいと言われたから来た」というケースが多い。
- (民14) 病床の回転率・在院期間短縮のために早期の措置から医療保護への変更、他院への転送があり、これらのデータだけでは病院機能の判断はできない可能性あり(自己診断プログラムへの批判)。

F. 大都市における精神医療のあり方に関する研究

1部：大都市における精神医療のあり方に関する研究

吉川 武彦 （国立精神・神経センター精神保健研究所 所長）

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

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）
研究協力者 浦田重治郎（国立精神・神経センター国府台病院）
籠本 孝雄（大阪府保健衛生部健康増進課精神保健室）
河崎 茂（日本精神病院協会）
計見 一雄（千葉県精神科医療センター）
齋藤 昌治（井之頭病院）
白石 弘巳（東京都精神医学総合研究所）
助川 征雄（神奈川県衛生部保健予防課）
関山 守洋（榎坂病院）
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
立花 光雄（大阪府立中宮病院）
野津 真（東京都立中部総合精神保健福祉センター）
三宅 由子（東京都精神医学総合研究所）
山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター）

研究要旨：大都市において住民からアクセスしやすい良質な精神科医療を、夜間・休日を含めて確保することは重要な政策課題である。本研究では精神科救急情報センター運営のあり方を中心に、大都市における精神科医療の政策課題について、聞き取りと質問紙による調査を行った。その結果、精神科救急情報センターの運営について、①精神科救急で対象とする患者、②救急相談に重要な情報、③開設時間帯と役割、④34条に該当する事例、薬物乱用の疑われる事例、酩酊者、精神障害ではあるが精神科入院治療の対象とはなりがたい事例への対応、⑤精神科救急に関する広報と業務マニュアルの整備について、基本的な考え方を整理することができた。また今後の大都市における精神医療のあり方に関する研究課題として、①精神科診療所の精神科救急システムへの参加、②警察業務に必要な精神科医療等に関する情報についての調査、③精神科3次救急の整備に関する調査、④精神科救急利用者への調査が必要とわかった。

A. 研究目的

大都市において住民からアクセスしやすい良質な精神科医療を、夜間・休日を含めて確保することは重要な政策課題である。本研究では、大都市特例が平成8年に始まり、また国が精神科救急情報センターを都道府県・政令指定都市に整備する方向にあることを受けて、大都市における精神科救

急情報センター運営のあり方を中心とした精神科医療における課題について聞き取りと質問紙による調査を行うこととした。なお本研究における大都市は政令指定都市及び特別区とした。

B. 研究方法

精神科救急医療は、医療単独でなく、受

診者本人、家族、警察、救急隊、保健所等、地域のなかのさまざまな機関とひとによって担われている。特に大都市という複雑な環境を背景とした精神科救急情報センターの運営においては、これらの機関とひとつもつ特性を把握し、適切な連携を図ることはきわめて重要である。本研究では大都市を大都市特例の対象となる政令指定都市及び特別区ととらえ、その精神科医療の概況について整理した。次に本研究班のこれまでの研究成果をもとに、精神保健福祉行政の主管課、精神保健福祉センター、消防本部、精神障害者家族会等に聞き取り調査を行った。さらに聞き取り調査結果をもとに、精神科救急に対応している医療機関、保健所等を対象に、精神科救急に関する質問紙調査を行い、精神科救急情報センター運営のあり方等、大都市において夜間休日においても良質な精神科医療を確保する方法を検討した。

C. 研究結果

1. 政令指定都市の概況

表1に政令指定都市の精神科医療施設の状況を示した。人口万対精神病床数は、札幌市北九州市の40以上から大阪市の1.3まできわめて大きな差が存在する。政令指定都市の精神科等の診療所数は合計932カ所（1診療所当たりの人口は約3万人）である。これらの診療所の多くは、精神科、神経科または診療内科を標榜する診療所であって、必ずしも実際の精神科診療を反映するものではないが、近年、精神科等の診療所が急速に増加していることに違いはない。

2. 聞き取り調査結果

聞き取り調査は、「どのような患者が精神科救急の対象か、また救急システムはどうあるべきか」「精神科救急相談における

情報確認」「薬物乱用等への対応」「34条のとらえ方と対応」「搬送問題、救急情報の開示」などの項目をもとに行った。また精神科医療の確保を図るうえで重要な課題となっている事項について聞き取りを行った。対象となった機関は、A県精神保健総合センター、B県精神保健福祉センター、C府精神障害者家族会連合会、C市消防局、D県精神保健福祉主管課、D県精神保健福祉センター、D県E保健所、D県D市精神保健福祉主管課で、はじめに救急医療または救急医療相談に対応しているA県精神保健総合センター、B県精神保健福祉センターを対象に予備的な聞き取りを行い、質問項目の検討を行ったうえで、C府精神障害者家族会連合会以下の機関に聞き取り調査を行った。以下に聞き取りによって得られた情報を整理して示す。

1) 精神科救急のとらえ方

(1) どのような患者が精神科救急の対象か、また救急システムはどうあるべきか

「精神疾患の急激な発症」「精神疾患の悪化」「主治医がいても休日などで対応できない場合」「精神症状があっても通常の診察まで待てない場合」「暴力、触法行為などで保護され精神障害が疑われる場合」などを精神科救急の対象とする考え方が多かった。また単なる酩酊者や精神症状のないアルコール依存症者は精神科診察の対象とならないという考え方も示された。またC府精神障害者家族会連合会から、大都市においては平日夜間や日祭日に精神科医療へのアクセスがきわめて困難になるという意見や、搬送と組み合わせた救急システムが必要という意見があった。C府消防局からは精神科に1次救急が必要という意見が示された。これらの結果から、①精神科救急の対象をどのように捉えるか、②精神科救急の開設時間帯、③精神科救急で行う判断

と処遇の範囲等について、質問紙調査による確認が必要と思われた。

(2) 精神科救急相談においてどのような情報を確認するか

B県精神保健福祉センターやD県における聞き取りから、①救急相談の日時、②本人の性別、年齢、職業、③相談者の氏名、本人との関係、④相談時の状況、⑤本人の睡眠、食事（栄養摂取）、着衣・清潔の保持の状態、⑥今すぐの受診の希望か、⑦精神科の治療歴・入院歴、診断名、主治医、⑧合併症（身体科と精神科のいずれの対応が優先するか）、⑨家族や同居者、身元確認の有無、⑩受診する場合の方法（交通手段）、⑪家族の来院は可能か、⑫自殺企図（何を・どれだけ・いつ・けがの程度等）などが精神科救急相談における確認事項とわかった。保健所、救急、警察等の機関において精神障害と思われる事例に出会った場合にどのような情報を把握しているか、また合併症のある患者への対応をどうしているか等について、質問紙調査による確認が必要と思われた。

(3) 薬物乱用等への対応

平成10年度研究において、複数の都道府県・政令指定都市から、薬物乱用等で精神科に入院治療となった場合も捜査の継続を行うよう、警察に申し入れをしているという報告が得られている。またD県の精神科救急では、薬物依存症患者は、精神科救急で対応した後、専門拠点病院に後送するシステムをとっているという情報があった。これらの情報から、薬物乱用等への精神科医療における対応について、関係機関の合意がどのように存在するか、質問紙調査による確認が必要と思われた。

また人格障害等で社会的不適応が著しい者への精神科医療における対応については、

当研究班において「精神科入院治療の有効性が担保されなければ精神科入院治療の対象とは考え難い」という見解が示されているが、これについても関係機関等との間で見解を共有できるか、質問紙による確認が必要と思われた。

(4) 34条のとらえ方と対応

D県においては、「34条の対象となる者は、家族等が患者本人に対し入院等の説得を尽くしても本人の理解が得られない場合に限り、緊急避難的に行うものである」という認識をもとに、予算要求等の対応を進めているという報告があった。どのような場合を緊急避難的と考えるかについては、「睡眠、栄養、清潔の保持、電気・水道・ガスの確保等、基本的な生活の維持にも困難が生じてきている」「社会生活上必要な状況認知や判断に著しい障害があり、適切な行動がとれない状態が持続・増悪している」「これらの背景に幻覚あるいは妄想あるいは明白に病的と思われる行動（はげしい興奮や多動、重い持続する社会的引きこもり等）が反復・持続しており、精神障害の存在が強く疑われる」等、本人の精神・身体的健康と社会生活への適応面から総合的に判断すべきであるという「精神障害者の受診の促進に関する研究」研究班（分担研究者 益子茂）の認識があったが、これについては、D県の聞き取りを行った機関等とも、考え方を共有できるものと考えられた。しかし、このような対象者の医療への導入が、実際にどのような協力体制のもとに可能であるかについては、事例等をもとにした質問紙による確認が必要と思われた。

(5) 搬送問題、救急情報の開示

C府消防局からは、①救急搬送は原則として本人の希望によって行うものであるこ

と、②保護のために行うものではないこと、③救急としては搬送先が確保できないのが一番困ること、④救急隊員から見たとき精神障害の重症度が判断しにくいこと、⑤救急搬送全体にしめる精神科の割合は少ないが転送率は高いこと、⑥この背景に満床あるいは保護室が使えない等、受け入れ体制の問題があること、⑦精神障害者の搬送は通常の救急搬送より時間がかかること（全体の平均で44分、精神科の平均は98分、最長7時間）等の指摘があった。またC府精神障害者家族会連合会からは、①精神科救急に関して地域への情報開示が乏しいこと、②家族の要望で搬送が可能な体制が必要という意見があった。このため関係機関の搬送への協力可能性や、救急情報の開示のあり方について、質問紙調査による確認が必要と思われた。

（6）精神科医療の確保において重要な事項

（1）から（5）は準備した調査項目への回答であったが、これら以外でも大都市における精神科医療の確保について重要な情報が得られたので箇条書きにまとめた。

a. A県精神保健総合センターから、精神科救急情報センターをまずは都道府県設置として運営状況を見て委託を図るべきであるという意見があった。一方、D県においては医師会が委託を受けて、一般救急と精神科救急情報センターの両方を一元的に運営しており、一般科と精神科の相談窓口の連携は比較的スムーズであるという報告があった。大都市における精神科救急システムの整備においては、各都道府県・政令指定都市の状況にあわせて多様な選択を可能にすることが必要と思われた。

b. C府精神障害者家族会からは、「精神科診療所に受診している患者の場合、休日などに病状が悪化し、通常の診察まで待て

ないときにたいへん困った」という報告があった。またD県においては、県単位の診療所医会が充足したことから、精神科診療所の精神科救急への協力が得られるよう働きかけたいと考えている旨の報告があった。

「救急医療で必要なときに精神科診療所の診療情報が入手できるようにすること」

「精神科1次救急に精神科診療所の協力を得ること」は、精神病床が少なく精神科診療所が急速に増加している大都市において重要な課題と考えられた。

c. 救急受診の場合、本人や家族の希望する医療機関と異なる病院に入院することがあり得る。この場合、数日の救急入院の後、地域性や本人の希望を考慮して転院できるシステムが望ましいというC府精神障害者家族会連合会の意見があった。これについては本研究班の10年度研究報告においても、精神科救急における相互後送として述べられている。C府市消防局によると、C府では公立病院と民間病院の間に相互後送が実現されつつあるとのことであった。

d. C市消防局によると、救急隊は3人1組で行動しており、3人のなかのリーダーが精神科救急のシステムを理解することで現場の活動が取り組みやすくなるという報告があった。救急隊に精神科救急システムの理解を図ることや、精神科救急マニュアルの普及をすすめるうえで貴重な情報と考えられた。

e. C市消防局から、救急隊の役割は応急措置などを的確に施し、速やかに適切な医療の場に搬送することであって、第一選択は主治医への搬送、それが困難な場合に精神科救急情報センターを利用することになるとの報告があった。精神科救急情報センターの役割は、精神科救急システム全体をコントロールするものではなく、空床や保護室の状況等の情報を持ったうえで、関係機関の必要に応じて利用される仕組みが

馴染みやすいと思われた。

f. B県の救急システムでは、薬物・アルコールによる精神障害は、受け入れシステムが整わないため対象となっていないが、実際には薬物・アルコールによる幻覚妄想状態等、救急診療を依頼することもあり、これらを含んだシステムが必要という意見であった。

g. B県においては、救急相談窓口の利用は現在治療中の者が多くを占めている。そのような状況であることを、主治医および医療機関にフィードバックすることが課題であるとの報告があった。また、D県においては、救急システムの調整のために、県単体に連絡調整会議を置き、ブロック単位では具体的な事例検討を行っているという。救急のシステムを点検し成長させる仕組みを検討するうえで重要な情報と思われた。

h. 大学病院、公立病院の精神科救における役割、特に合併症治療、3次救急対応、医師の派遣については、C府、D県の聞き取りから期待が述べられた。

3. 質問紙調査結果

聞き取り調査で得られた情報をもとに質問紙調査を実施した。質問紙調査の項目については「2. 聞き取り調査結果」の(1)から(5)をもとに作成した。質問紙調査への協力は、調査票の郵送によって依頼した。

質問紙調査への協力を依頼した機関は、精神保健福祉主管課（政令指定都市と政令指定都市を含む都道府県）23ヶ所、政令指定都市の消防局 13ヶ所、政令指定都市の所在する都道府県の警察本部 11ヶ所、精神保健福祉センター（政令指定都市と政令指定都市を含む都道府県）18ヶ所、精神障害者家族会（政令指定都市と政令指定都市を含む都道府県の連合会）15ヶ所、精神障害者の権利擁護団体5ヶ所、政令指

定都市の保健所 131ヶ所、政令指定都市等の精神科救急医療システム整備事業の参加病院等（札幌市、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府）123ヶ所、断酒会連合会 12ヶ所の計 351ヶ所であった。

1) 回収率

表2に示す通り、大都市の各関係機関に合計 351 通の質問紙を送付し、13 都道府県および 12 政令指定都市にわたる 198 カ所から回答を得た。回収率は全体で 56.4% であった。障害者の権利擁護団体からの回答は1通しかなかったものの、精神保健福祉行政主管課、精神保健福祉センター、警察本部生活安全課からは7割以上、精神障害者家族会、消防局救急からも6割以上の回答が得られた。数としては大多数を占める参加病院と保健所からの回収率はやや低く、5割前後であった。

2) 質問紙調査の結果

(1) 「精神科救急」の対象となる者について

どのようなケースを救急の対象とするかについては、機関の違いによってかなりばらつきがみられた。機関別の集計結果を、表3～表14に示した。

a. 精神科救急医療システム整備事業の参加病院からの回答

精神科救急医療システム整備事業の参加病院（以下参加病院と略す）では、図1に示す通り、「急激な発症：質問2-(1)」、「疾患の悪化：質問2-(2)」、「主治医に連絡がとれない：質問2-(3)」、「精神科受診が必要：質問2-(7)」という項目に関しては、「該当しない」という判断は皆無であった。しかし、「間違いなく該当」という回答の割合は項目によって大きく異なる。急激な発症の場合は9割、疾患の悪化では約8割が間違いなくあるいはだいたい該当すると

答えているが、主治医に連絡がとれないという場合は「個々の事例による」という回答が多く、精神科受診が必要という項目では「だいたい該当」という回答が多い。「通常の診察まで待てない：質問2-(4)」、「暴力などで警察に保護：質問2-(5)」、「自傷他害の恐れ：質問2-(6)」の項目においては、該当しないという回答が少数みられるが、この7項目については「個々の事例による」までを含めれば9割以上が精神科救急の対象と認められている。

「酩酊のため診察困難：質問2-(8)」、「酩酊者で受診希望：質問2-(9)」については個々の事例によるという回答が多く、間違いなく該当という答えはなかった。該当しないという答えも2割以上みられた。「合併症が重症：質問2-(10)」については半数近くが該当しないと答える一方、事例によるという回答も4割程度みられた。「過去の精神科受診時と似た状況：質問2-(11)」、「家族に暴力：質問2-(12)」では事例によるという回答が大多数を占めた。

b. 保健所からの回答

保健所からの回答では、図2に示す通り、「間違いなく該当」との判断は「自傷他害の恐れ」が最も多く、これと「急激な発症」の2項目に関しては「該当しない」との回答はなかった。症状の悪化など主に医療面からの必要性がある5項目（質問2-(1)~(4)、(7)）については、「間違いなく該当」という回答は参加病院より少ない。「自傷他害の恐れ」、「暴力などで警察に保護」、「合併症が重症」については「間違いなく該当」という回答が参加病院より多かった。ただし、「合併症が重症」については、該当しないという回答も3割あった。

「酩酊のため診察困難」、「酩酊者で受診希望」の項目では「該当しない」という回答が2割以上あり、「事例による」という

回答が多かった。「過去の精神科受診時と似た状況」、「家族に暴力」の項目については、「事例による」という回答が大多数であった。

c. その他の機関からの回答

精神障害者家族会（以下家族会と略す）からの回答では、全体に「間違いなく」対象と判断する割合が多い項目が他の機関より多い（図3）。また、精神保健福祉センターからの回答では、「該当しない」という回答の割合が他の機関より多く、それに対応して「間違いなく該当」と判断する割合も、「急激な発症」、「疾患の悪化」、「自傷他害の恐れ」で2割を超えるにすぎない（図4）。警察本部生活安全課（以下警察本部と略す）からの回答では、全体に無回答が多いが、「暴力等で保護」「自傷他害」については回答が得られ、6割以上が「間違いなく」あるいは「だいたい」該当すると答えている。消防局救急からの回答では、「合併症が重症」の場合、もっとも該当すると判断される割合が高かった。

(2) 「精神科救急」の通報があった場合に確認する情報項目について

精神科救急の通報あるいは相談があった場合、どのような情報項目を確認するかについて、保健所と参加病院の間の差はそれほど大きくはなかった。機関別の集計結果は、表15~表36に示した。

a. 保健所からの回答

保健所からの回答では、どの項目でも「必ず確認」との回答が多く、「確認しない」という回答はほとんどない。特に、「日時：質問3-(1)」、「性年齢：質問3-(2)」、「住所：質問3-(3)」、「相談者氏名：質問3-(4)」、「本人との関係：質問3-(5)」、「精神症状：質問3-(8)」、「治療歴：質問3-

(12)、「診断：質問3-(13)」、「主治医：質問3-(14)」、「本人の受診希望：質問3-(17)」および「相談者の受診希望：質問3-(18)」については100%、必ずあるいはだいたい確認すると答えていた。「本人の現在場所：質問3-(6)」、「保護者：質問3-(15)」、「同居家族：質問3-(19)」、「交通手段：質問3-(20)」、「保護者の来院可能性：質問3-(21)」についてもほとんど確認するとの回答であった。「本人の状況：質問3-(7)」、「自殺企図：質問3-(9)」、「意識障害：質問3-(10)」、「薬物中毒：質問3-(11)」、「合併症：質問3-(16)」、「行動予測：質問3-(22)」については、「場合による」という回答が1~2割みられた(図5)。

b. 参加病院からの回答

参加病院でも保健所と同じく、どの項目でも「必ず確認」という回答が多い。しかし保健所に比較すれば「必ず確認」の割合は少なく、「だいたい確認」が多い。また、「場合による」という回答も、保健所よりは多い。保健所でほとんどなかった「必要ない」という回答も少数ながらみられた(図6)。

(3) 精神科救急情報センターに必要な判断と処遇について

精神科救急情報センターにおける判断と処遇の機能として、どんなものが必要かについては、機関による多少の差がみられた。機関別の集計結果は、表37~表46に示した。

a. 保健所からの回答

保健所では、どの項目についても必要性が高いと判断されている。特に、「必ず受診紹介：質問4-3-(9)」や「必ず入院紹介：質問4-3-(10)」については、「絶対に必要」との回答が7割以上を占め、「必

要性が高い」と合わせると、ともに100%となる。また、「精神障害の判断：質問4-3-(1)」、「医療対象の判断：質問4-3-(2)」、「外来診療の判断：質問4-3-(3)」、「医師の判断・紹介：質問4-3-(6)」の4項目についても、4割ないし半数以上が「絶対に必要」と回答し、「必要性が高い」と合わせると100%となる(不明1件を除く)。「入院治療の判断：質問4-3-(4)」、「重症度の判断：質問4-3-(5)」についてもほぼ同様である。しかし、「直接外来診療：質問4-3-(7)」、「直接入院治療：質問4-3-(8)」については、「絶対に必要」との回答は4割以下となり、「余り必要ない」あるいは「特に必要ない」との回答が1割ないし3割認められた(図7)。

b. 参加病院からの回答

参加病院では、「絶対に必要」という判断は保健所より少ないが、「必要性が高い」を加えれば、どの項目も高い必要性を示していた。直接の外来診療あるいは入院治療については、保健所よりも「余り必要ない」あるいは「特に必要ない」との回答が多かった(図8)。

c. その他の機関からの回答

精神保健福祉センターからの回答でも、「精神障害の判断」、「医療対象の判断」、「必ず受診紹介」、「必ず入院紹介」については、100%「絶対に必要」あるいは「必要性が高い」と判断されていた。しかし、「直接外来診療」および「直接入院治療」については、「余り必要ない」ないし「特に必要ない」という判断がほかの機関より多かった(図9)。精神保健行政の主管課(以下行政主管課と略す)からの回答では、直接の入院治療については、「絶対に必要」という判断をしたものがなく、7割以

上が「余り必要ない」ないし「特に必要ない」という答えであった。直接の外来診療については、「絶対に必要」という判断が2件ある一方で、「余り必要ない」あるいは「特に必要ない」という回答も半数以上認められた。受診紹介については、他の所属と同程度であった(図10)。

家族会からの回答では、他機関からの回答では低い、直接の外来診療、入院治療についての必要度が高かった(図11)。

(4) 本人の拒否がある生活困難事例および明白に病的と思われる行動を示す事例への対応

本人の拒否がある生活困難事例および社会不適応適応が著しく障害を受けている事例に対して、どんな対応が可能かについては、機関によるばらつきが大きかった。機関別の集計結果は、表47～表51および表52～表56に示した。

a. 保健所からの回答

保健所からの回答では、どちらの事例でも、「保健所調査の立会い：質問5-1」-(1)と質問5-2」-(1)、「訪問診察の立会い：質問5-1」-(2)と質問5-2」-(2)および「受診の説得：質問5-1」-(3)と：質問5-2」-(3)に関しては、「常時可能」あるいは「おおむね可能」の割合が他の機関の回答より高く、生活困難例では6割以上、異常行動例でも5割を占めた。「可能でない」という回答はわずかであり、「事例によって可能」を含めるとほとんどが対応の検討対象となる。それに比較して、「医師派遣：質問5-1」-(4)と：質問5-2」-(4)は「可能でない」という回答が4割程度、「搬送手段提供：質問5-1」-(5)と質問5-2」-(5)については8割弱が「可能でない」と回答している(図12)。

b. 参加病院からの回答

参加病院からの回答では、どの項目も「事例によって可能」という回答が多い。どちらの事例も「可能でない」という回答は1割から3割程度で比較的少なく、保健所に見られるような、「立会い」、「受診の説得」と「搬送手段提供」における「可能」である割合の大きな違いはない。しかし項目間で比較すれば「搬送手段提供」が「可能でない」という割合がどちらの事例でも高い(図13)。

c. 他の機関からの回答

精神保健福祉センターからの回答では、「常時可能」というものは皆無であった。特に、「搬送手段提供」に関しては、どちらの事例でもほぼ全部が「可能でない」としている。その他の項目に関しては、「事例によって可能」の割合が高く、「おおむね可能」という回答は少ない(図14)。

消防局救急では、「搬送手段提供」に関してどちらの事例についても「事例によって可能」という回答が比較的多く、「受診の説得」にも3割程度の事例による可能性を残すほかは、「可能でない」という回答が多くを占めた(図15)。警察本部からはほとんど回答が得られなかった(図16)。

家族会からは、生活困難例の立会いに関して、「常時可能」という回答も少数みられたが、全体に「可能」という回答は少なく、どちらの事例についても「立会い」と「受診の説得」については「事例によって可能」、「医師派遣」と「搬送手段提供」については「可能でない」という回答が多くを占めた(図17)。

(5) 具体的事例1～6についての介入と救急の必要性について

具体的な6例の事例に対して、主に保健

所と参加病院における介入および救急の必要性について検討した。機関別の集計結果は、表57から表68に示した。

保健所、参加病院とも、すべての事例で、救急の必要性のほうが、介入の必要性より高いと判断するものの割合が高い。保健所、参加病院ともに事例4（発病して20年位を経過したと思われる50歳の女性。父親は一流企業に勤めていたエリートで幹部用社宅に暮らしていたが、10年前に死亡。父親の死後も母親とふたりで同じ社宅に暮らしてきた。母親も精神障害が疑われており、家のなかにはゴミの山である。猫を十数匹飼っており、近所から苦情が出ている。父親が存命中は、父親が妻と子の面倒を見てきたと思われる。訪問者をまったく受け付けない。会社からは社宅の明け渡しを求められている）が、最も介入、救急の必要性が高いと評価されている。他の事例については、保健所においても参加病院においても、介入および救急の必要性は低い、あるいは余り高くないとされる割合が多い（図18および図19）。

（6）薬物乱用および酩酊者の処遇について

a. 覚せい剤などの違法薬物乱用が強く疑われる場合の対処

表69に、参加病院における薬物乱用が強く疑われる場合の対処についての意見の分布を示した。

「幻覚妄想などの精神症状が明らかなきは、精神科に入院治療が必要である」という意見、および「精神科に入院した後も、違法性薬物使用についての捜査は継続して行われるべきである（退院時に逮捕することもある）」という考えに関しては、「完全に同意」ないし「だいたい同意」という意見がそれぞれ88%と92%と大勢を占めた。逆におよび「精神科に入院した後は、違法

性薬物使用についての捜査継続は不要である」という考えに関しては、「あまり同意できない」ないし「まったく同意できない」という意見が89%を占めた。「幻覚妄想などが明らかには存在しなくても、薬物依存症であれば、精神科入院治療が必要である」という考えに関しては、「完全に同意」と「だいたい同意」を合わせて39%、「あまり同意できない」と「まったく同意できない」を合わせて61%と、意見が分かれた。

b. 酩酊状態にある者の精神科救急での対応

表70に、参加病院における酩酊状態にある者の精神科救急での対応についての意見の分布を示した。

「酩酊状態での精神科診察は困難であり、酔いが醒めてから診察を行うことが適切である（酩酊者は精神科救急の対象ではない）」という考えについては、88%が「完全に同意」または「だいたい同意」とできると回答している。しかし、「酩酊状態であっても、警察署員、救急隊が不穏さなどから精神障害を疑えば、精神科で外来診察を行うことが適切である。」に対しては、「完全に同意」と「だいたい同意」を合わせて54%に対し、「あまり同意できない」と「まったく同意できない」を合わせて46%と意見が分かれている。同様に「酩酊状態であっても、警察署員、救急隊が不穏さなどから精神症状を疑えば、救急情報センターで相談を行ったうえで、必要があれば外来診察につながる」と適切である。」に対しては、やや同意に傾く意見が多いものの、「完全に同意」と「だいたい同意」を合わせて72%、「あまり同意できない」と「まったく同意できない」を合わせて28%と、同意できないという意見もかなりある。「精神症状が疑われても、低体温、意識の