

処理) 10 自治体 (27.0%)、⑥事前調査 (措置診察のための事前調査) 5 自治体 (13.5%)、⑦医療保護入院の移送に関する事務処理 4 自治体 (10.8%) となっていた。

情報センターの整備形態と情報センター機能との関係を見ると、当然のことながら輪番制の情報センターは最も機能が少なく、独立した情報センターは最も機能が多かつた。

## 6) 精神科救急情報センターの電話番号の公開度

精神科医療機関が 97.3%、警察が 94.6%、消防が 91.9%、一般 (身体科) 医療機関が 64.9%、一般 (身体) 救急情報センターが 59.5%、一般市民が 51.4% であった。また、一般市民に対する情報センターの電話番号の公開・広報の方法 (複数回答) については、インターネットのホームページが最も多く 11 自治体、以下自治体広報誌 10、一般新聞・雑誌・ミニコミ誌等 8、行政機関でのポスター 6、電話帳 5、医療機関でのポスター 4 の順であった。

## II. 医療保護入院等のための移送制度 (以下移送制度) について

### 1) 移送制度の整備状況

回答のあった 46 都道府県、11 政令指定都市のうち、アンケート調査施行時点 (平成 13 年 10 月 31 日現在) で、移送制度の運用が開始されていたのは、29 都道府県、9 政令指定都市の計 38 自治体 (66.7%) にとどまっていた。このうち奈良県は調査時点では移送制度に関するシステムは稼働しておらず (平成 14 年度より稼働予定)、従来の地域精神保健福祉活動 (法 47 条) の延長として移送制度の適用がなされていた。

また、山口県では措置診察の結果措置入院は不要であるが入院が必要と判断された事例 (いわゆる「措置流れ」事例) に対してのみ移送制度が適用されており、移送制度そのものの運用は開始されていなかった。

調査時点で移送制度未実施の 17 県、2 政令指定都市のうち、千葉県、兵庫県は平成 13 年度内、岐阜県、栃木県は平成 14 年 4 月より、福岡県は平成 15 年 1 月より、それぞれ移送制度の運用が開始される予定との回答であったが、これ以外の 14 自治体 (24.6%) では運用開始時期は未定という回答であった。

移送制度未整備の理由としては、移送制度の対象者に関する判断基準が不明確なこと (4 自治体)、応急入院指定病院の確保が困難 (4 自治体)、指定医の確保が困難 (3 自治体)、搬送にかかわる人員や車両の確保が困難 (2 自治体)、精神病院協会や警察等関係諸機関との調整に時間を要している (2 自治体)、移送中の安全確保が不十分 (1 自治体)、措置入院のための移送制度の整備が先決 (1 自治体) などがあげられていた。

### 2) 移送制度の運用システムについて

調査時点で移送制度の運用が開始されていた 37 自治体 (前項の 38 自治体から「措置流れ」事例のみの対応となっている山口県をのぞく) と移送制度の施行予定が確定しており、移送制度のシステムがある程度確定している千葉県、福井県、岐阜県、兵庫県、福岡県の 5 自治体を含めた計 42 自治体の移送制度のシステム設計について、調査を行った。

#### ①相談から事前調査終了まで

移送制度の相談窓口、事前調査機関は保

健所（一部自治体では保健センター）とする自治体が約 8 割を占めており、保健所政令市・中核市に関してのみ都道府県主管課が相談窓口・事前調査を行っている自治体を含めればほぼすべての自治体で移送制度の相談、事前調査機能は保健所が担っていると考えられた。

相談受付時間に関しては、日中のみとする自治体が 85.7%とほとんどであり、夜間・休日にも相談受付可能な自治体は、岡山県、石川県（ただし搬送は日中のみの対応）、京都市（ただし夜間対応は不可）の 2 自治体のみであり、夜間・休日に対応可能な自治体は緊急連絡体制による対応を予定している自治体を含めても 6 自治体にとどまっていた。

移送制度の一般への広報に関しては各自治体とも極めて消極的で、制度導入時に行政機関主催・協賛の会議や催しで広報し、行政機関でポスター掲示やパンフレット配布したと答えた自治体がわずかに見られたのみであった。

通常精神保健相談（法第 47 条）から移送制度の相談への移行時点については、相談機関が事前調査の必要ありと判断した時点という回答が 42.9%、次いで移送制度の説明後相談者が利用意思を示した時点 23.8%、説明後利用希望を書面に記載した時点 14.3%の順であった。

事前調査の施行方法について、マニュアル・ガイドラインを作成または作成中の自治体は 24 自治体（57.1%）と過半数を占めていた。また事前調査にあたって本人への面接を原則として行う自治体は 28 自治体（66.7%）、本人の保護者・家族へ協力要請を原則として行う自治体は 35 自治体（83.3%）であり、事前調査は地域精神保

健福祉活動の一環として運用されている自治体が多かった。

事前調査段階での医師の意見の聴取については、主治医がいれば必ず連絡し意見を求める自治体が 83.3%でありケースによっては意見を求める自治体を含めればほぼすべての自治体で事務処理基準にそったシステム設計がなされていた。その他、保健所嘱託医に必ず連絡・相談が 19.0%、同じくケースによって 54.8%、精神保健福祉センター医師に必ず連絡・相談が 14.3%、同じくケースによって 35.7%となっており、多くの自治体では事前調査の段階から医師に意見を求めることを原則としたシステム設計がなされていた。保健所嘱託医や精神保健福祉センター医師は特に主治医を持たないケースに対してばかりでなく主治医のいるケースについてもセカンドオピニオンの役割を担っているものと考えられた。

措置入院に関する事前調査から 34 条事前調査への切り替えは想定していない自治体が 47.6%であり、保護者や扶養義務者が存在しないか連絡がつかない事例への対応についても原則としてそうした事例は対象外と考える自治体が 40.5%、保護者による移送同意を必ず書面でとるという自治体が 73.8%を占めており、全体に迅速性よりも手続きの厳正さを重視した慎重なシステム設計がなされていると考えられた。

## ②ケース検討会議

事務処理基準には規定されていないが、事前調査の結果を受けてケース検討会議を原則として開催すると回答した自治体は 22（52.4%）自治体であり、ケースによっては開催すると回答した自治体を含めれば 83.3%の自治体ではケース検討会議の開催

が予定されており、ここでも慎重なシステム設計がなされていることをうかがわせた。

ケース検討会議を開催すると回答した35自治体のケース検討会議の構成員は、保健所職員 80.0%、自治体の精神保健福祉所管課職員 37.1%、精神保健福祉センター職員 40.0%となっていた。また、ケース検討会議へ保健所嘱託医、精神保健福祉センター医師、本人の担当医の出席を必ず要請すると回答した自治体は、14.3%にすぎなかった。また、受け入れ予定応急入院指定病院職員への出席については、原則要請しないとする自治体が 57.1%と過半数を占めていた。

### ③指定医の診察

指定医による診察・移送の実施にあたって派遣される自治体職員は保健所から派遣されると回答した自治体が 68.3%であり、相談機関、事前調査実施機関と同様に保健所が移送制度を担っている実態を反映していた。

受け入れ応急入院指定病院の確保や診察にあたる指定医の確保については特に取り決めがなくその都度確保するとした自治体がそれぞれ 52.4%、61.9%と過半数を占めていた。

受け入れ予定応急入院指定病院との事前協議については、ケース検討会議への病院関係者の出席を求める自治体が 7.1%、ケース検討会議への出席は求めないが原則として事前説明・協議を行う自治体は 52.4%、ケースによって事前説明・協議を行う自治体は 19.0%となっており、ほとんどの自治体では事前説明・協議が行われていた。受け入れ予定応急入院指定病院職員の診察への立会いは原則として行わない自治体が

61.9%であった。

指定医診察の補助者については、自治体職員だけで対応可能なので特に依頼する必要はないとする自治体が 40.5%であった。原則として診察前に診察関係者で打ち合わせを行うとする自治体は 61.9%であり、ケースによって行う自治体を含めると 83.3%の自治体では打合せが行われていた。警察官の診察への臨場要請については、取り決めの有無を別にして要請すれば臨場してくれると回答した自治体が 57.1%と過半数を占めていた。

指定医診察に関するマニュアル・ガイドラインについては作成予定のない自治体が 69.0%と多く、事前調査とは対照的な結果となっていた。また、診断名による対象者の限定は設けていない自治体が 59.5%、指定医の診断に関して益子班が示した判断基準を一部ないし全部採用している自治体は 45.2%にとどまっており、全体として指定医の診察に関しては診察する医師の裁量権を重視したシステム設計となっていた。

なお、診察実施に際し措置要件が発生した場合の対応については、法 27 条 2 項（都道府県知事の権限）による措置診察や警察に連絡し法 24 条による措置診察を行うなど何らかの形で措置診察への移行を想定している自治体が 66.7%と過半数を占めていた。これに対して措置診察の結果不要措置要入院と判定された事例の 34 条への切り替え（「措置流れ」事例）については、原則切り替えを想定している自治体は 11.9%にすぎず、切り替えを想定していない自治体が 38.1%と比較的慎重なシステム設計がなされていた。なお、保護者同意の再確認を必ず行う自治体は 42.9%に及んでおり、ここでも慎重なシステム設計がなされている

ことがうかがわれた。

#### ④搬送

移送手続き（告知や診察立会い、記録等）のために派遣される自治体職員や搬送車両の運転手を除いた搬送要員については、保健所職員が 60.0%、入院受け入れ予定病院民間病院の職員が 32.5%、入院受け入れ自治体立病院職員が 20.0%、自治体の精神保健福祉担当課職員が 25.0%となっていた。搬送時に注射等の医学的処置を行うことを想定していると回答した自治体は 47.6%、原則として医学的処置は行わないと回答した自治体は 50.0%と医学的処置については拮抗した回答となっていた。また、医学的処置を行わない理由としては、医薬品の確保・管理困難（50.0%）、搬送中の身体管理の危険性（40.0%）、同行する指定医の確保困難（25.0%）、身体拘束のみで搬送可能（20.0%）などをあげる自治体が多かった。

搬送車両については、既存の自治体車両（39.0%）が多く、ついでタクシー会社等と委託契約（22.0%）、受け入れ予定病院の車両（22.0%）とする回答が多かった。警察官の搬送同乗または同行については、取り決めの有無は別として、要請すれば同乗・同行可能という自治体が 47.6%であった。

#### ⑤移送入院後

本来入院届が精神医療審査会の書面審査の対象とされていない応急入院や扶養義務者同意の医療保護入院を含めたすべての搬送実施例について精神医療審査会に移送関係の書類を提出すると回答した自治体は指定医の作成する診察記録票、自治体職員の作成する移送記録票ともに 19.0%であった。

その一方で、診察記録票を提出していない自治体が 33.3%、移送記録票を提出していないとする自治体は 42.9%に及んでいた。確かに現行の移送制度は措置入院と同様に都道府県知事による行政処分であり、移送制度の適否に関して書面審査する機能が精神医療審査会に付与されていないわけではない。しかし、事務処理基準によれば、移送制度による入院については入院届の病名等の指定医が記載する項目については記載の省略が可能とされ、そのかわりに、事前調査票、診察記録票、移送記録票の添付が義務付けられている。したがって、少なくとも保護者同意による医療保護入院に関しては、原則として診察記録票、移送記録票は入院届に添付されて精神医療審査会に提出されるはずであると考えられる。こうした状況にもかかわらず、移送関係書類を精神医療審査会に提出しないと回答した自治体が 3~4 割にも及んだ原因としては、回答した自治体職員自身に診察記録票、移送記録票が入院届に添付されることを十分に認識していないための誤解に基づく回答があるためではないかと思われる。特に搬送の実績がない自治体、搬送の実績はあっても保護者同意による搬送の経験はない自治体についてはこうした誤解がかなりあったのではないかとも思われる。しかし、保護者同意による搬送実績があったにもかかわらず、診察記録票等を提出しないと回答した自治体も 6 つみられた。この結果は、平成 12 年度厚生科学研究班（守屋裕文他：精神科救急医療に関する研究、平成 12 年度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、2001）が提言しているような移送制度適用に関する事後的審査機能や苦情処理機能を現状の精神医療審査

会に期待することの困難さを示唆するものとも考えられよう。いずれにしても、この問題については今後より詳細な調査を行う必要があると思われる。

搬送者に関する入院後の保健所等職員による面接や退院にあたってのケースカンファレンスの開催については、原則として行うと回答した自治体はそれぞれ、11.9%、7.1%にとどまっており、入院後あるいは退院後の地域精神保健福祉活動を視野にいれたシステム設計がなされている自治体は未だ少なかった。

入院受け入れ病院から移送入院の妥当性について疑義表明が可能と回答した自治体が9.5%、事前打合せにより疑義が生じない、疑義があれば退院させるように指導していると回答した自治体がそれぞれ7.1%、9.5%であった。なお、指定医による診断が必要とされる入院後72時間以内に退院となった事例は2件であった。

#### ⑥経費・予算措置など

移送中に事故がおきた場合の労災補償について、指定医に対しては公務員と同等に補償されると回答した自治体は71.4%であったが、診察補助者については公務員と同等に補償される自治体は14.3%にすぎず、特に補償規定はないとする自治体が40.5%を占めていた。

また、身体拘束器具の携帯は考えていないとする自治体が57.5%、搬送要員に対する抑制帯の使用方法の講習は特に行っていないとする自治体が73.0%に及んでいた。

#### 3) 移送制度の運用実績

移送制度の運用が開始されている29都道府県、9政令指定都市のうち、調査時点

までに移送制度による搬送実績があった自治体は、20都道府県、7政令指定都市の計27自治体(47.4%)にとどまっていた。

移送制度運用開始から平成13年10月31日までの期間の全国における移送制度による搬送実績は159件(都道府県90件、指定都市69件)であった。搬送実績については地域差が極めて大きく、中でも和歌山県が28件、京都市が56件と突出していた。これに対して、他の自治体における搬送実績はいずれも10件以下であった。また、相談及び事前調査に関しては一定の実績があるにもかかわらず、指定医診察や搬送に至る事例が少ない自治体が散見された。

夜間・休日帯に対応可能な自治体が少ないこともあって、夜間・休日帯の搬送実績は14件(全搬送件数の8.8%)にすぎず、そのうち13件がいわゆる「措置流れ」事例であった。なお日中も含め「措置流れ」事例の搬送件数は全国で54件にのぼり全搬送件数の34.0%を占めていた。また、平成12年度と平成13年度の実績を比較すると、平成12年度の全搬送件数68件のうち「措置流れ」事例は18件であったのに対して、平成13年度の全搬送件数91件のうち「措置流れ」事例は36件となっており、平成13年度の搬送実績の増加は事実上「措置流れ」事例の増加によるものと考えられた。

搬送実施例の指定医診察における診断名についてみると、精神分裂病圏が76.6%と圧倒的に多く、ついで気分障害が8.9%、物質関連障害が6.3%となっていた。

相談開始から指定医診察までの期間について回答の得られた搬送実施例109例のうち、42.2%(46例)の事例は相談開始後24時間以内に指定医診察が行われていた。平成12年度と平成13年度とで比較すると、

平成 12 年度は 24 時間以内の事例が 55.9% と過半数を占めていたのに対して、平成 13 年度は、24 時間以内の事例と 1 週間～1 ヶ月以内の事例がそれぞれ 26.0% を占めており、2 峰性の分布を示していた。搬送実績の多い自治体のシステム運用の方向性による影響が結果に大きく影響していると考えられるが、同時に平成 13 年度にはいって移送制度の運用が救急事例への対応から受診困難事例への時間をかけた対応へとシフトしている可能性をも示唆していると思われる。

## 2. 移送制度に関する京都市への聞き取り調査

京都市においては、平成 12 年 11 月より制度運用が開始され、平成 13 年 10 月末までに移送の相談 99 件、事前調査 99 件、指定医診察 57 件、搬送 56 件（うち措置流れ 32 件）と全国でもとび抜けた実績をあげている。

運用実態の聞き取りから、人口 140 万人に対して 11 の保健所という体制が維持されているため、訪問活動をはじめとして比較的きめ細かな地域精神保健福祉活動及び事前調査が可能であること、事前調査において患者主治医や保健所嘱託医による訪問・往診などの積極的な協力が得られていること、同市内にある強制入院可能な主だった病院 8 ヶ所が応急入院指定病院となっているため、治療の一貫性に配慮した病院選択がある程度可能であることなど、関係者と行政の強い協力が基盤となって円滑な運用が担保されていることから実績が伸びているものと考えられた。また、措置診察から 34 条への切り替え手順を円滑化する工夫がされ、いわゆる「措置流れ」事例の

医療結び付けについて移送制度を積極的に活用していた。

「措置流れ」以外の事例について調査したところ、比較的女性が多く、年齢は 40、50 代が多かった。単身者と同居者があるものがほぼ半々で、男性の同居者がいる場合もその男性が高齢者または精神疾患を有しているものが多かった。事例化に至った問題行動としては多い順から、近隣迷惑行動、健康・安全の保持困難、家庭内暴力、長期にわたる閉居・拒絶等であり、状態像としては幻覚妄想状態や精神運動興奮状態が多く、診断名は精神分裂病が圧倒的に多かった。治療状況としては、治療中断が最も多く、通院中（怠薬含む）、未治療の順であった。制度適応の判断については、平成 11 年度厚生科学研究「精神障害者の受診の促進に関する研究」による「34 条における指定医の診察の対象の考え方」を採用していた。指定医の判断については、同研究の判断基準試案を採用していなかったが、実際の判定はほぼ同試案に合致したものになっていると考えられた。

## D. 考察

### 1. 精神科救急医療システムについて

精神科救急医療事業は平成 7 年に国が予算化し、都道府県を単位として平成 14 年を目途として全国的に整備を進めてきたものである。また、東京都や大阪府など大都市をかかえる一部都府県においては国による事業化に先立って独自の精神科救急医療システムが運用されてきた経緯がある。精神科救急医療システムの運用方法は自治体ごとにより異なっており、例えば東京都のように緊急措置診察を中核とした精神科救急医療システムを構築している自治体もあ

れば、神奈川県のように措置診察とその他の診察を緊急、救急と区別している自治体、さらには、宮城県のように措置診察は精神科救急医療システムとは全くの別枠で運用されている自治体もある。また、精神科救急医療システムの実績の把握方法も自治体により異なっているようであり、相談、診療実績、入院数などの定義が自治体によって若干異なっている可能性を否定することはできない。さらに、継続的に受診している患者に対して一般の精神科医療機関が積極的に精神科救急医療を提供しているような地域では、自治体の精神科救急医療システムのニーズは下がり、よりハードな事例に限定されることとなろう。今回の研究は、都道府県の精神保健福祉担当課を対象とした回顧的方法によるアンケート調査によって行われており、こうした側面をすべて考慮して検討することは事実上不可能であり、こうした方法論的な限界のゆえに、その結果の解釈には慎重でなければならない。

しかし、本研究の結果、精神科救急医療システムのあり方と運用実績、あるいは精神科救急情報センター（ないしは精神科救急受付窓口）のあり方と運用実績との関係には一定の傾向が指摘できることも事実であり、少なくとも現状における行政的精神科救急医療システムの実態を反映していることは確実であろう。

以下、いくつかの点について、主に精神科医療へのアクセスという観点から簡単に考察することとする。

#### 1) 精神科救急医療システムの運用実績

精神科救急医療のニーズがどの程度あるかについての全国規模の調査は未だ行われていない。どのような事例を精神科救急事

例と考えるかについても統一された見解はない。地域の一般精神科医療の供給状況によっても精神科救急医療のニーズは大きく影響されよう。また、精神科救急医療システムの整備状況は地域によって大きく異なっており、精神科救急医療システムのあり方によっても運用実績は大きく影響されると思われる。特に、運用時間、精神科救急医療システムの周知・広報の方法、情報センターの有無と情報センターにおけるトリアージュのあり方などの要因によって精神科救急医療システムへのアクセスの難易が異なり、それに応じて運用実績は大きく異なったものとなる。また、救急医療一般にシステムの整備が進みアクセスが容易になることが逆にニーズを生み出すことも当然であろう。しかし、一般に精神障害の有病率や発症率が地域によって大きく異なることはあまりないと考えられる。また、仙波らによれば、非自発的入院が必要とされる精神科救急事例の通常診療時間外発生件数は、地域の精神科医療の状況や精神科救急医療システムのあり方の相違にもかかわらず、ほぼ一定の数値を示すとされる（仙波恒雄他：平成4年度厚生科学研究精神科救急医療システムに関する研究報告書）。彼らの推計によれば、通常診療時間外の精神科救急事例の人口万対年間発生件数は、外来受診のみで対応可能な一次救急事例は4.8件、自発的入院が必要な2次救急事例は1.0件、非自発的入院が必要な3次救急は0.8件とされる。

行政救急がこれまで通常診療時間外に発生する入院が必要な事例への対応を中心に構築されてきた経緯や非自発的入院を必要とする事例の発生件数は地域や精神科救急医療システムのあり方にかかわらず一定で

あるということを考えれば、各都道府県の人口万対入院件数は、その都道府県の精神科救急システムが精神科救急医療のニーズを満たしているか否かの指標としてみることができよう。仙波らの研究が行われたのは1990年であり、その後の精神科救急医療システム整備の進捗とそれに伴う精神科救急医療のニーズの増加を考慮すれば、現在の通常診療時間外精神科救急医療のニーズは仙波らの推計を大きく下回ることはないものと考えられる。これらの前提に立って本調査の結果をみると、通常診療時間外に精神科救急医療システムが運用されており、なおかつ人口万対入院件数が0.8以上の都道府県では、非自発的入院に関するニーズがほぼ満たされていると推測される。また、人口万対入院件数が1.5件以上で、人口万対相談件数が15.0件以上、診療実績が5.0件以上の和歌山、高知、島根、岩手の各県は、入院を要しない1次救急事例についてもある程度ニーズを満たしていると推測することができる。これらの県の診療実績中に入院の占める比率（入院率）、診療実績や入院数中に措置入院の占める比率（措置入院率）が比較的小さいことも、これらの県の精神科救急医療システムがいわゆる「柔らかい」精神科救急にも対応していることを示唆するものである。平田らによれば、人口に対する相談件数や診療実績と入院率との間には強い負の相関があることが示されている（平田豊明他：「わが国における精神科救急医療事業の現状—自治体および医療機関に対するアンケート調査の結果から—」精神科救急4:83-91, 2001）。

## 2) 運用時間

厚生労働省の要綱に記載される24時間

対応可能なシステムを有しているのは42都道府県中5都県（山形、滋賀、広島、東京、栃木）に過ぎない。これらの都県の人口万対相談件数は1.86~4.36件、診療実績は0.89~2.88件と必ずしも多くはない。人口万対入院件数についても0.8件以下の県が2つあり、これらの自治体においては24時間対応可能な精神科救急医療システムであることが、必ずしも精神科救急医療のニーズを満たすことにはつながってはいないのではないかと推測される。ちなみに、一次救急事例についてもある程度のニーズを満たしていると推測される和歌山、高知、島根、岩手の各県のうち、高知県以外の精神科救急医療システムの運用時間は、いずれも平日夜間と休日全日（ただし島根県は休日日中のみ）という一般の精神科医療機関による対応が困難な時間のみとなっている。

欧米諸国の多くでは救急以外の一般医療は原則予約制であり、精神科専門医療へのアクセスも一般家庭医からの紹介によって初めて可能となる。こうした医療へのアクセスの容易でない国では、精神科に限らず救急は一般の患者がフリーアクセスを許される唯一の医療機関である。これに対してわが国では、医療へのフリーアクセスが保障されており、通常診療時間帯においては精神科専門医療へもほぼフリーアクセスが保障されているといえる。こうしたわが国の特性を考えれば、精神科救急医療システムの24時間化の必要性・緊急性は欧米諸国と比較すれば少ないといえるのではなからうか。むしろ本調査の結果からは、医療へのフリーアクセスが保障され、また主治医ともすぐ連絡がとれるような通常診療時間帯はともかく、こうしたアクセスの保障

されていない通常診療時間帯以外の時間に、自発的受診意思を持つ精神障害者がいつでも精神保健専門家に相談することができ、必要に応じて診療が受けられるようなシステム（いわゆる「ソフト救急」システム）を整備・拡充するような方向で精神科救急医療システムを整備していくことの方が重要といえよう。

### 3) 精神科救急情報センターの機能と設置形態

日本精神科救急学会医療政策委員会の提言では、精神科救急情報センター（電話相談窓口）のもつべき機能としては、①判定機能：精神科的緊急性を判定し、トリアージできる。②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。③危機介入機能：現在の危機的状況を応急的に緩和する手だてが講じられる。④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。⑤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。の5項目をあげている。

また、平成12年3月31日付けで改正された厚生労働省による「精神科救急医療システム整備事業実施要綱」によれば、精神科救急情報センターとは、「精神障害者又は保護者等からの相談窓口や精神保健福祉法に基づく移送を適正かつ円滑に実施するための精神保健指定医、応急入院指定病院等との連絡調整機能等を果たす機関」とされている。

今回の調査結果から各都道府県の情報センターの有する機能をみると、①電話相談（電話で可能な簡単な相談・危機介入を行う）28自治体（75.7%）、②情報提供（空

床状況や受診可能医療機関について情報提供）20自治体（54.1%）、③医療機関紹介（入院先や受診医療機関を手配）20自治体（54.1%）、④搬送手段紹介（医療機関までの搬送手段を手配）3自治体（8.1%）、⑤通報処理（24条通報等の処理）10自治体（27.0%）、⑥事前調査（措置診察のための事前調査）5自治体（13.5%）、⑦医療保護入院等のための移送に関する事務処理4自治体（10.8%）となっていた。

これらの情報センター機能のうち、医療へのアクセスという観点から一般の自発的受診意思をもつ精神障害者にとって有用と思われるのは、①電話相談、②情報提供、③医療機関紹介と考えられる。過半数の情報センターがこうした機能を有していることは評価できるが、その一方で情報センターの最も基本的な機能と思われる電話相談機能を備えていないものが全体の1/4を占めているという現状には問題があると思われる。

なお、平成14年4月1日より厚生労働省により「精神科救急情報センターにおける24時間精神医療相談事業」が開始されたことはこうした問題を解決していくための積極的な施策として評価できよう。

### 4) 精神科救急情報センターについての広報・周知

精神科救急情報センターがその機能を十分に果たすためには、情報センターへの連絡方法が広報・周知されていなければならない。情報センターの電話番号がどの程度関係諸機関や一般市民に公開されているかをみると、当然のことながら消防、警察、精神科医療機関に対してはほとんどの自治体が電話番号を公開していた（ごく少数と

はいえ消防・警察に対して電話番号が非公開となっている情報センターがあることに、むしろ驚かされる)。

これに対して、一般の医療機関や身体救急のための情報センターへの電話番号の公開は6割程度、一般市民への電話番号の公開は約半数という結果であった。特に一般市民に対して電話番号が非公開とされている情報センターが過半数を占めていることは、前述の電話相談機能のない情報センターが1/4を占めているという事実と並んで、自発的受診意思をもつ精神障害者の医療アクセス確保の面からは問題が多い。「精神科救急情報センターにおける24時間精神医療相談事業」の普及によりこうした状態が改善されることが望まれよう。

なお、情報センターの電話番号の公開度と精神科救急の運用実績との関係を偏相関分析により精神科救急医療システムの運用時間を統制して分析したところ、一般医療機関への情報センターの電話番号公開と人口万対診療実績件数(0.4110、 $p=0.051$ )、人口万対入院件数(0.4828、 $p=0.020$ )との間に弱い正の相関を、人口万対非措置入院件数(-0.4439、 $p=0.034$ )との間に弱い負の相関を認めた。本調査の方法論的な限界その他もあり、この結果の解釈については慎重に検討する必要があるが、一般医療機関への情報公開が診療実績や入院件数と正の相関をもつというこの結果は、多くの精神障害者が自らの精神疾患を病初期には身体疾患として認識することが多いという事実とも符合しており、今後の精神科救急医療システムの整備においても考慮されてしかるべきではなかろうか。

## II. 医療保護入院等のための移送制度について

医療保護入院のための移送制度は、平成11年の精神保健福祉法改正により新設された制度である。今回この新しい制度の自治体での運用実態を調査したが、その検討に際しては制度成立の背景や経緯を振り返って見る必要がある。

24条通報や措置入院の対象までは至っていないが、周囲から見て入院治療が必要な状態になっているにもかかわらず、本人がそれを理解できないため自発受診が困難で、さらに状態の悪化が危惧されるような精神障害者を早く医療に結び付けるために、これまでどんな方策がとられてきたのだろうか。従来から精神保健福祉法には、保護者について本人に治療を受けさせる義務規定が設けられており、医療機関に連れて行く行為もこれに含まれると解釈されてきた。しかし、社会情勢の変化、即ち都市化によるコミュニティの崩壊、核家族化、少子高齢化等の急速な進展により、少なからず家族は弱体化し孤立している。以前のように往診入院してくれる病院は極めて少なくなり、保健所に相談しても強制的に連れて行く実力行使の権限も体制もないと言われ、警察官による保護の要件にも当てはまらないなかで、困り果てた家族が依頼するのが警備会社等による搬送である。主に首都圏でいわば「すきま産業」的に発生し実績を伸ばした、家族と業者間の契約による高額な搬送である。そこには専門家の判定もなく、当然やり方によっては不当な人身拘束にもつながりかねず、法的にもまた人権擁護の観点からも問題がある。このことについての平成9年7月の朝日新聞報道が、まさに当制度創設の直接的発端となったとい

える。同年に組織された厚生科学研究「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）研究班が平成 10 年 2 月に全国の都市部の保健所を対象に行ったアンケート調査では、管内で業者搬送の事実を把握しているとの回答が約 3 分の 1 にのぼった。その後、国の精神保健福祉法改正のための検討委員会等でこのデータも参考にして検討が行われたが、その過程では今後の精神保健施策のなかでの最重要課題の一つである精神科救急医療システム整備と強く関連づけられ、救急医療へのアクセス手段としての位置づけでの議論が中心であった。しかし、そもそも発端となった業者搬送では、家族による病院の確保や家族業者間の契約等の時間的余裕が必要で、自ずとその対象はいわゆる救急事例というより受診困難事例というべきものなのであった。さらに、改正された法 34 条の条文中の「直ちに」の文言解釈や救急イコール 24 時間 365 日即時対応というイメージが一人歩きし、関係者の間に人権確保や乱用防止の観点から不安と困惑が広がった。

結局、平成 12 年 3 月に国により通知された「精神障害者の移送に関する事務処理基準」において本制度の基本的考え方として「緊急に入院を必要とする状態にあるにも拘わらず、精神障害のために患者自身が入院の必要性が理解できず、家族や主治医の説得の努力を尽くしても本人が病院に行くことを同意しないような場合に限り、本人に必要な医療を確保するため、都道府県知事が、公的な責任において適切な医療機関に移送するものである。したがって、この移送制度の対象とならない者に本制度が適用されることのないよう、事前調査その他の移送のための手順を適切に行うことが重

要である。」とされ、受診困難事例を対象に代替手段採用の困難性を要件としたいわば最終手段的位置づけであることが、ようやく明確化されたのである。

医療保護入院等のための移送制度の要件である「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こと」とは「入院以外の方法では本人の医療及び保護を図ることが困難」（代替手段採用の困難性）であり、しかもその入院は「直ちに」（緊急性）に行なわれる必要があるということの意味している。したがって、各自治体が移送制度の運用システムを立ち上げる過程においては、代替手段採用の困難性と緊急性という本来的に両立することの困難な要件のバランスをどのようにとっていくかは重要な課題であり、また、移送制度が真に精神障害者の医療へのアクセスを確保するための制度として運用されるか否かの分岐点ともなるといえよう。

以下、代替手段採用の困難性と緊急性という 2 つの要件のバランスに留意しつつ、現状における医療保護入院等のための移送制度の整備状況、運用実績について考察することとする。

#### 1) 移送制度の整備状況

回答の得られた 46 都道府県・11 政令指定都市のうち、調査時点で移送制度が整備されている自治体は 66.7%であった。移送制度に関する相談受付についても 24 時間対応可能としている自治体は 2 自治体にすぎず、ほとんどの自治体では相談受付は日中通常勤務時間帯に限られていた。

また、移送制度未整備の理由として、応急入院指定病院の確保や診察する指定医の確保とならんで、移送制度の判断基準が不

明確であることを理由とする自治体が多かった。これは移送制度の成立過程における制度趣旨等に関する議論の混乱の影響や措置入院にみられるような指定医の判定に関する判断基準が示されなかったことによる影響があるものと思われる。

## 2) 移送制度のシステム設計に関して一慎重運用か迅速運用か

調査時点ですでに移送制度のシステム運用の細目がある程度確定していた自治体は42自治体であった。これらの自治体におけるシステム運用の細目をみると、事前調査の結果を受けてケース検討会議を開催することを原則としているところが半数に上ったことは、代替手段採用の困難性の確認作業を経たうえでの最終手段としての移送制度という認識がある程度浸透している証左と考えられた。これ以外にも、事前調査における本人面接、主治医のいる場合その意見を求めること、受け入れ予定病院との事前協議、診察前の診察関係者の打合せなど、ケース検討会議同様事務処理基準において必ずしも必須とされていない、あるいは触れられていない手続きについても原則として行うとした自治体が過半数以上にのぼっていることは、代替手段採用の困難性に十分な配慮を行った丁寧なシステム設計がなされていることを示している。また、保護者による移送同意を書面での、指定医診察前後での保護者同意の再確認を原則行うとする自治体も多く、保護者の同意の確認については特に慎重な姿勢が明確であった。こうした慎重な運用姿勢を最も端的に現しているのは、市町村長同意による入院や応急入院のための移送を可能とする法の規定があるにも拘わらず、保護者や扶養義務者

が存在しないか連絡がつかない事例は原則対象外とした自治体が4割にも上ったことである。

34条の運用姿勢に関しては、慎重運用を優先すべきか、迅速運用を優先すべきかで、各自治体の担当部局は揺れている印象がある。「医療が必要かつ有効にもかかわらず医療へのアクセスができない事例を迅速に医療につなげる」ことを目指した34条の立法趣旨からすれば、事前調査からケース検討会議までは慎重運用の姿勢を優先し、検討会議によって34条の適応事例であることが確認されたならば迅速運用を優先する（ケース検討会議後1～2週間以内の移送判定実施）というのが妥当な流れではないかと考えられる。

## 3) 移送制度の運用実績

移送制度の搬送実績は、制度の整備状況以上に地域差が極めて大きかった。移送制度が導入された平成12年4月以降の全搬送件数の52.8%が和歌山県と京都市で占められており、移送制度による搬送実績のあった自治体は全体の47.4%にとどまっており、搬送実績のある自治体の多くは移送実績が10件以下であった。

運用実績に関して注目すべき点は、措置診察において1人の指定医により不要措置かつ要入院と判断された場合に、保護者の同意のもとに34条を根拠にして病院に移送するという、いわゆる「措置流れ」事例に対する34条の移送制度への切り替え適用である。今回の調査によれば、すでにシステム整備が行われている自治体の半数以上は、こうした措置流れ事例の34条への切り替えを原則ないしケースによって行うと回答している。実際、平成12年度と平成

13年度の実績を比較すると、平成13年度の実績増加分は、地域精神保健福祉活動における最終手段としての移送よりも、こうした「措置流れ」事例の移送実績の増加によるものであり、特に夜間・休日帯の搬送実績はほとんどが「措置流れ」事例であり、本制度の救急的活用バリエーションといってもよいかもしれない。

こうした措置流れ事例の34条への切り替えは勿論法解釈上も許されており、手続きの上で関係者の負担を軽減する工夫をするなどして、その流れを促進する方向でのシステム整備は、ある程度自治体独自の判断で可能であろう。そこには、措置入院を拡大適用するなどの無理をすることなしに、より制限の少ない形態での入院のもとでいち早く必要な医療を確保することができるという利点がある。しかしその一方で、事前調査1つとっても通報等に基づく措置診察のためのものと移送制度におけるそれは自ずと違うはずであり、地域精神保健福祉活動を尽くした上での最終手段という移送制度の趣旨との整合性について、検討を加える必要があると思われる。

#### 4) 京都市の運用実態について

今回研究班で聞き取り調査を行った京都市では、行政と関係機関の熱意による良好な協力関係のもと、事前調査段階における医師の判断の担保や入院の際の治療の一貫性などに配慮したいわばモデル的ともいえる運用がされており、事例についても適応を満たしていると考えられた。なお事例研究については、今後他の自治体の事例も幅広く収集し検討することで、平成11年度益子班による指定医の判断基準試案の妥当性を検証し、それに基づいて当試案を改訂し

ていく作業が必要と考えられる。

さて、ほぼ適正に運用されている人口140万の京都市の搬送実績(運用開始後約1年で措置流れを除いても24件)に比較して、例えば、従来から民間業者による搬送の利用が多い人口1200万の東京都での実績が、運用開始後5ヶ月の時点で2件ということはどう解釈すればよいのだろうか。このことは、実績の少なさが、最終手段としての移送という認識が徹底され安易な利用がされていない現れであるとか、あるいは、地域の精神保健・医療資源の活動状況等の条件が良く、他に選択肢が豊富にある自治体であることを示唆しているとはばかりは言えないことを示している。もし、自治体やその現場が、最終手段としての位置づけを意識するあまり、過度に慎重で頑な制度設計や運用によって手続きに余りにも時間を要するなど、利用者の立場からみて非現実的な事態に陥っているようなことがあるとすれば、せっかくの制度が活かされないことになってしまう。また、京都市のように応急入院指定病院が豊富にあるところは稀であり、応急入院指定でない病院での治療歴を有する患者について医療の一貫性が保ちにくいなど、医療的な面での使いにくさから敬遠されていることも推定される。

いずれにしても、改正法施行から1年半を経た調査時点で、約3割の自治体で未だに制度整備がなされておらず、さらに運用実績のある自治体に至っては5割以下という現状は、制度自体の必要性が問われかねない由々しき問題である。今後は、運用実績の少ない自治体への聞き取りを行うなどして、本制度の運用を阻害している要因の分析も必要と考えられた。

## E. 結語

精神障害者の医療へのアクセスに関し、精神科救急医療システムと移送制度という2つの側面から全国での整備状況や運用実態について各自治体に対するアンケート調査を行った。

平成13年10月31日の調査時点において、精神科救急医療システムは43都道府県で整備されていたが、情報センターないし窓口が整備されていたのは37都道府県にとどまっていた。そのうち1/4の情報センターは電話相談機能すら持たず、電話番号が一般市民にまで広報・周知されていた自治体は半数に過ぎなかった。地域の精神障害者やその援助者を含む一般市民にとってアクセスしやすい身近な救急という観点からは現状は不十分と言わざるを得ず、今後さらなる充実を図る必要性が明らかとなった。

一方、平成12年施行の改正精神保健福祉法で新設された医療保護入院等のための移送制度については、調査時点で制度の運用が開始されていたのは38自治体で、さらに搬送実績のあるのは27自治体にとどまっており、中でも和歌山県と京都市の2自治体の実績が突出していた。すでに制度整備が行われている自治体では、代替手段採用の困難性を重視した丁寧で慎重なシステム設計や運用を行っているところが多かった。その一方で、平成13年度にはいっていわゆる「措置流れ」事例の移送が増加しており、夜間・休日帯の搬送実績は殆どがこの「措置流れ」事例であった。こうした運用の制度趣旨との整合性については今後検討を要すると思われた。

移送実績の多い京都市への聞き取り調査では、規模的な好条件はあるにしろ、同市における関係機関と行政の一体的な協力による制度運用のあり方は、大いに他の自治体の参考になりうると考えられた。

今後さらに、事例の収集・検討による制度適用対象の判断基準の確定や、運用実績の伸びない自治体への聞き取り調査等を通じて運用阻害因子の検討も必要と思われた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

五十嵐禎人、益子茂、白石弘巳、澤温、竹島正、平田豊明、山下俊幸：医療保護入院等のための移送制度の運用状況. 第22回日本社会精神医学会. 千葉、2002

## 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

## 謝辞

稿を終えるにあたり、ご多忙の折、大部で煩雑なアンケート調査にご協力下さいました都道府県・政令指定都市精神保健福祉主管課の職員の皆様に厚く御礼申し上げます。また、聞き取り調査に快くご協力を賜りました京都市保健福祉局保健衛生推進室地域医療課の職員の皆様、京都市ならびに和歌山県の医療関係者の皆様に深く感謝いたします

# I. 精神科救急医療システム

表 I—1. 精神科救急医療システム都道府県別実績（平成 12 年度）

自治体名					入院率(%)		措置入院率(%)		運用時間
	相談	診療実績	入院	措置入院	(入院/診療実績)	(措置/入院)	(措置/診療実績)		
北海道	3.69	3.44	1.00	-	28.96	-	-	平日夜間+休日日中	
青森県	0.19	2.98	1.76	0.01	59.09	0.38	0.23	全日日中のみ	
岩手県	16.93	6.37	2.22	0.03	34.92	1.27	0.44	平日夜間+休日全日	
宮城県	1.00	0.62	0.22	-	35.86	-	-	休日全日のみ	
秋田県	6.04	5.10	1.48	-	29.08	-	-	平日夜間+休日全日 <sup>1)</sup>	
山形県	3.83	0.89	0.50	0.03	56.76	6.35	3.60	全日	
福島県	1.79	1.37	0.50	0.02	36.18	4.72	1.71	平日夜間+休日全日	
茨城県	0.45	0.27	0.22	0.10	81.48	45.45	37.04	休日日中のみ	
栃木県	3.37	2.88	1.87	1.35	65.05	72.34	47.06	全日	
群馬県	3.04	3.04	1.35	0.14	44.39	10.26	4.55	平日夜間+休日全日	
埼玉県	0.05	0.03	0.01	0.00	37.50	0.00	0.00	休日日中のみ	
千葉県	3.05	1.11	0.51	0.07	46.32	14.24	6.60	平日夜間+休日全日	
東京都	1.86	1.85	1.60	0.62	86.33	38.72	33.42	全日 <sup>2)</sup>	
神奈川県	3.28	0.76	0.62	0.27	81.48	42.97	35.01	全日夜間一部+休日日中 <sup>3)</sup>	
新潟県	2.37	1.84	0.53	0.00	28.91	0.00	0.00	休日日中のみ	
富山県	4.62	1.70	0.91	0.01	53.40	0.98	0.52	平日夜間+休日全日	
石川県	0.92	0.92	0.64	0.00	69.72	0.00	0.00	平日夜間+休日全日	
福井県	0.34	0.59	0.11	0.00	18.37	0.00	0.00	休日日中のみ	
山梨県	-	-	-	-	-	-	-	-	
長野県	6.14	-	0.63	0.05	-	8.57	-	平日夜間+休日全日	
岐阜県	0.00	0.66	0.36	0.02	55.40	6.49	3.60	平日夜間+休日全日	
静岡県	4.09	3.07	1.04	0.03	33.77	3.32	1.12	平日夜間+休日全日	
愛知県	2.20	1.60	0.85	0.00	53.09	0.00	0.00	平日夜間+休日全日	
三重県	3.73	2.50	0.97	0.00	38.63	0.00	0.00	平日夜間+休日全日	
滋賀県	-	-	0.73	0.51	-	70.10	-	全日	
京都府	-	-	-	-	-	-	-	H12未実施	
大阪府	0.19	0.11	0.10	0.09	90.91	83.33	75.76	平日夜間+休日全日	
兵庫県	3.13	0.75	0.60	0.03	79.71	4.91	3.91	全日夜間のみ	
奈良県	2.87	1.59	0.71	0.01	44.78	0.97	0.43	平日夜間+休日全日 <sup>4)</sup>	
和歌山県	51.85	9.28	1.65	0.19	17.82	11.24	2.00	平日夜間+休日全日	
鳥取県	-	-	-	-	-	-	-	未実施	
島根県	27.25	5.64	2.05	0.05	36.34	2.55	0.93	平日夜間+休日日中	
岡山県	-	-	1.39	0.01	-	0.37	-	平日夜間+休日全日	
広島県	4.36	2.72	1.17	-	42.98	-	-	全日	
山口県	0.45	0.45	0.41	0.05	92.75	12.50	11.59	平日夜間のみ	
徳島県	1.25	1.07	0.72	0.01	67.42	1.67	1.12	全日夜間一部+休日日中	
香川県	-	-	-	-	-	-	-	未実施	
愛媛県	-	-	-	-	-	-	-	未実施	
高知県	27.89	8.39	2.01	0.06	23.94	3.07	0.73	全日日中+全日夜間一部	
福岡県	3.84	1.71	0.91	0.09	53.47	9.67	5.17	平日夜間+休日全日	
佐賀県	1.56	0.11	0.05	0.00	40.00	0.00	0.00	休日日中のみ	
長崎県	0.71	0.46	0.20	-	42.25	-	-	休日日中のみ	
熊本県	2.17	1.58	0.54	0.00	34.24	0.00	0.00	平日夜間+休日全日	
大分県	0.15	0.15	0.14	0.02	94.44	11.76	11.11	平日夜間+休日日中	
宮崎県	2.11	1.51	0.45	0.01	29.78	1.89	0.56	休日全日のみ	
鹿児島県	1.54	1.13	0.24	0.01	21.18	2.33	0.49	休日日中のみ	
沖縄県	14.38	1.71	0.95	0.02	55.61	2.42	1.35	平日夜間+休日全日	
京都市	9.79	-	0.68	0.43	-	63.64	-	全日日中のみ	

1)一部地域は平日夜間+休日日中、2)実績は平日夜間+休日分のみ、3)緊急診察は平日日中+休日夜間一部、4)H12.5~H13.3の実績

表 I - 2. 精神科救急情報センター整備状況

自治体名	設置形態	補助金	対応時間
北海道	輪番制	なし	夜間・休日全日
青森県	輪番制	あり	24時間対応可能
岩手県	固定(病院)	あり	夜間・休日全日
宮城県	準備中	-	-
秋田県	輪番制	なし	夜間・休日の一部
山形県	固定(病院)	なし	24時間対応可能
福島県	準備中	-	-
茨城県	固定(病院外)	あり	日中のみ
栃木県	固定(病院)	あり	夜間・休日全日
群馬県	固定(病院外)	あり	夜間・休日の一部
埼玉県	輪番制	なし	日中のみ
千葉県	固定(病院)	あり	24時間対応可能
東京都	固定(病院外)	なし	24時間対応可能
神奈川県	固定(病院外)	あり	夜間・休日の一部
新潟県	固定(病院外)	あり	24時間対応可能
富山県	輪番制	あり	夜間・休日全日
石川県	固定(病院外)	なし	日中のみ
福井県	輪番制	なし	日中のみ
長野県	輪番制	あり	
岐阜県	固定(病院外)	なし	日中のみ
静岡県	固定(病院)	なし	夜間・休日全日
愛知県	検討中	-	-
三重県	固定(病院)	なし	夜間・休日全日
滋賀県	準備中	-	-
京都府	固定(病院)	あり	24時間対応可能
大阪府	固定(病院外)	なし	夜間・休日の一部
兵庫県	固定(病院外)	あり	夜間・休日全日
奈良県	固定(病院外)	あり	夜間・休日全日
和歌山県	固定(病院)	あり	夜間・休日全日
島根県	固定(病院)	あり	夜間・休日全日
岡山県		-	-
広島県	固定(病院外)	あり	24時間対応可能
山口県	固定(病院)	あり	全日夜間
徳島県	窓口なし	-	-
高知県	固定(病院)	なし	24時間対応可能
福岡県	固定(病院外)	あり	夜間・休日全日
佐賀県	固定(病院外)	なし	休日日中のみ
長崎県	固定(病院外)	なし	休日日中のみ
熊本県	輪番制	あり	夜間・休日全日
大分県	固定(病院外)	なし	平日日中(夜間休日はオンコール)
宮崎県	輪番制	なし	24時間対応可能
鹿児島県	輪番制	なし	日中のみ
沖縄県	固定(病院外)	あり	夜間・休日全日
京都市	固定(病院外)	あり	24時間対応可能

表 I - 3. 情報センター電話窓口公開先（センター未整備を除く）

電話公開先(複数回答)			n=37
公開先	件数	%	
消防	34	91.9	
警察	35	94.6	
一般救急	22	59.5	
一般医療機関	24	64.9	
精神科医療機関	36	97.3	
一般人	19	51.4	

表 I - 4. 情報センター電話公開先と設置形態

公開先とセンター設置形態				n=37
公開先	輪番制(%)	固定病院外(%)	固定病院(%)	
消防	8(21.6)	15(40.5)	11(29.7)	
警察	8(21.6)	16(43.2)	11(29.7)	
一般救急	7(18.9)	9(24.3)	6(16.2)	
一般医療機関	7(18.9)	8(21.6)	9(24.3)	
精神科医療機関	10(27.0)	15(40.5)	11(29.7)	
一般人	5(13.5)	9(24.3)	5(13.5)	

表 I - 5. 一般人への情報センター電話番号公開方法

公開方法(複数回答)			n=19
公開方法	件数	%	
電話帳	5	26.3	
自治体発行の広報誌	9	47.4	
インターネットのホームページ	10	52.6	
一般の新聞・雑誌・ミニコミ誌	6	31.6	
行政機関でのポスター等の掲示	6	31.6	
行政機関主催・協賛の会議や催しにおける広報	2	10.5	
医療機関でのポスター等の掲示	4	21.1	
その他	4	21.1	

表 I - 6. 情報センター相談職員数

自治体名	平日日中		準夜		深夜		休日日中	
	専門	非専門	専門	非専門	専門	非専門	専門	非専門
北海道								
青森県	0	1	0	1	0	1	0	1
岩手県	8	0	8	0	8	0	8	0
秋田県								
山形県	0	0	4	0	4	0	4	0
茨城県	0	0	0	0	0	0	0	3
栃木県	0	0	1	0	1	0	1	0
群馬県	2	0	1	0	1	0	1	0
埼玉県								
千葉県	0	0	2	0	1	0	1	0
東京都	6	0	0	3	0	2	0	3
神奈川県	0	0	2	0	0	0	2~3	0
新潟県	6	0	1	0	1	0	1	0
富山県								
石川県								
福井県	0	0	0	0	0	0	1	0
長野県								
岐阜県								
静岡県								
三重県	0	0	2	0	2	0	2	0
京都府	0	1	0	1	0	1	0	1
大阪府			1	0	1	0	1	0
兵庫県			1	0	1	0	1	0
奈良県			1		1		1	
和歌山県			2		2		2	
島根県			1		1		1	
広島県	1		1		1		1	
山口県					2			
高知県								
福岡県					1		1	
佐賀県	—	—					2	
長崎県								
熊本県								
大分県	1	1	1	1	1	1	1	1
宮崎県								
鹿児島県								
沖縄県			1		1		1	

表 I - 7. 情報センターにおける相談対応

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	すべて常勤者のみで対応	5	13.5	15.2	15.2
	原則常勤者対応、時間帯により兼務・非常勤が対応	4	10.8	12.1	27.3
	すべて兼務・非常勤対応	18	48.6	54.5	81.8
	その他	6	16.2	18.2	100.0
	合計	33	89.2	100.0	
欠損値	システム欠損値	4	10.8		
合計		37	100.0		

表 I - 8. 一次対応職員では十分な判断・対応ができないときの医師への相談

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	情報センター専任医師に相談	6	16.2	18.8	18.8
	併設病院医師に相談	6	16.2	18.8	37.5
	オンコール待機医師に相談	7	18.9	21.9	59.4
	医師への相談は想定していない	4	10.8	12.5	71.9
	その他	9	24.3	28.1	100.0
	合計	32	86.5	100.0	
欠損値	システム欠損値	5	13.5		
合計		37	100.0		

表 I - 9 - 1. 情報センター機能（複数回答）

情報センター機能（複数回答） n = 37

機能	件数	%
電話相談	28	75.7
情報提供	20	54.1
医療機関紹介	20	54.1
搬送手段紹介	3	8.1
通報処理	10	27.0
事前調査	5	13.5
医療保護入院移送事務処理	4	10.8
その他	2	5.4

表 I - 9 - 2. 情報センター機能と設置形態

情報センター機能（複数回答）とセンター設置形態 n = 37

機能	センター設置形態		
	輪番制(%)	固定病院外(%)	固定病院(%)
電話相談	7(25.0)	12(42.9)	9(32.1)
情報提供	2(10.0)	12(60.0)	6(30.0)
医療機関紹介	3(15.0)	11(55.0)	6(30.0)
搬送手段紹介	0	2(66.7)	1(33.3)
通報処理	1(10.0)	6(60.0)	3(30.0)
事前調査	1(10.0)	3(60.0)	1(25.0)
医療保護入院移送事務処理	1(10.0)	2(50.0)	1(20.0)
その他	0	2(100.0)	0