

- ・措置入院 ----- 24.2 件
(最大 197 件、最小 2 件、無回答 1)
 - ・応急入院 ----- 13.5 件
(最大 74 件、最小 0 件、無回答 1)
 - ・医療保護入院 ----- 254.6 件
(最大 889 件、最小 124 件、無回答 1)
 - ・任意入院 ----- 73.6 件
(最大 177 件、最小 0 件、無回答 1)
 - ・その他 ----- 2.0 件
(1 施設のみ回答)
- (c)入院（転入）時の処置
- ・隔離 ----- 297.4 件
(最大 726 件、最小 34 件、無回答 7)
平均日数 ----- 11.8 日
(最大 33.3 日、最小 1.9 日、無回答 9)
 - ・身体拘束 ----- 94.8 件
(最大 282 件、最小 1 件、無回答 7)
平均日数 ----- 5.1 日
(最大 17.0 日、最小 0.4 日、無回答 11)
- (d)主診断
- F0（脳器質群）
 - 認知症群 ----- 11.0 件
(最大 51 件、最小 0 件、無回答 3)
 - 認知症以外 ----- 10.7 件
最大 38 件、最小 0 件、無回答 6)
 - F1（中毒依存群） ----- 25.7 件
(最大 50 件、最小 9 件、無回答 2)
 - F2（精神病群） ----- 194.5 件
(最大 411 件、最小 33 件、無回答 2)
 - F3（感情病群） ----- 71.5 件
(最大 204 件、最小 21 件、無回答 2)
 - F4（神経症群） ----- 19.6 件
(最大 44 件、最小 3 件、無回答 3)
 - F5（摂食障害等） ----- 6.8 件
(最大 65 件、最小 0 件、無回答 3)
 - F6（人格障害群） ----- 8.0 件
(最大 20 件、最小 0 件、無回答 2)
 - その他 ----- 16.8 件
(最大 58 件、最小 4 件、無回答 2)
- ③年間退院件数 ----- 361.3 件
(最大 755 件、最小 182 件、無回答 2)
- (a)自宅退院件数：238.2 件
(最大 565 件、最小 129 件、無回答 2)
- (b)院内転棟件数 ----- 91.1 件
(最大 198 件、最小 0 件、無回答 5)
- ・うち閉鎖病棟 ----- 60.3 件
(最大 183 件、最小 0 件、無回答 5)
 - ・開放病棟 ----- 30.8 件
(最大 93 件、最小 0 件、無回答 6)
- (c)他院への転入院件数 32.0 件
(最大 112 件、最小 2 件、無回答 3)
- ・うち精神科 ----- 23.4 件
(最大 110 件、最小 1 件、無回答 4)
 - ・一般科 ----- 8.6 件
(最大 23 件、最小 1 件、無回答 4)
3. 精神科救急外来診療の実態
- 調査依頼をした 10 施設中 9 施設から 518 例の電話相談と 368 例の精神科初診患者について回答があった。以下に主な調査結果を示す。
- (1) 電話相談
- 2 週間の調査期間中に 9 施設にかかってきた初回の電話相談件数は 662 件、1 施設当たり 1 日平均 5.3 件であった（最大 14.1 件、最小 1.8 件）。その主な内訳を以下に示す。
- ①性別
- ・男 ----- 303 件
 - ・女 ----- 339 件
 - ・不明 ----- 17 件
- ②精神科治療歴
- ・治療歴なし ----- 176 件
 - ・他院通院中 ----- 308 件
 - ・当院中断 ----- 39 件
 - ・他院中断 ----- 33 件
 - ・その他 ----- 27 件

- ・不明 ----- 44 件
- ・無回答 ----- 25 件

③通話時間

通話時間の平均は17分17秒であった(最長135分、最短1分)。内訳を以下に示す。

- ・5分未満 ----- 30 件
- ・5分以上10分未満 ----- 131 件
- ・10分以上15分未満 ----- 128 件
- ・15分以上20分未満 ----- 66 件
- ・20分以上25分未満 ----- 62 件
- ・25分以上30分未満 ----- 29 件
- ・30分以上35分未満 ----- 33 件
- ・35分以上40分未満 ----- 15 件
- ・40分以上45分未満 ----- 5 件
- ・45分以上50分未満 ----- 4 件
- ・50分以上55分未満 ----- 4 件
- ・55分以上60分未満 ----- 2 件
- ・60分以上 ----- 12 件
- ・無回答 ----- 141 件

(2) 初診患者

調査期間中、9施設を外来初診した患者は368人、1施設平均40.9人であった(最大68人、最小23人)。内訳を以下に示す。

①診療開始の時間帯

- ・診療時間内 ----- 277 人
- ・準夜帯 ----- 33 人
- ・深夜帯 ----- 37 人
- ・休日日中 ----- 15 人
- ・無回答 ----- 6 人

②主診断(重複あり)

- ・F0 ----- 49 人
- ・F1 ----- 23 人
- ・F2 ----- 84 人
- ・F3 ----- 69 人
- ・F4 ----- 63 人
- ・F6 ----- 16 人
- ・F7 ----- 9 人
- ・F8 ----- 17 人
- ・F9 ----- 10 人

- ・G40(てんかん) ----- 2 人
- ・その他 ----- 9 人
- ・不明 ----- 4 人
- ・無回答 ----- 13 人

③経路機関(重複あり)

- ・警察 ----- 27 人
- ・消防 ----- 21 人
- ・保健所 ----- 11 人
- ・精神科病院 ----- 30 人
- ・精神科診療所 ----- 40 人
- ・身体科医療機関 ----- 76 人
- ・精神科救急情報センター ----- 25 人
- ・その他 ----- 121 人
- ・無回答 ----- 17 人

④救急取り扱い区分

- ・マクロ救急システムに含める --- 75 人
- ・含めない ----- 260 人
- ・無回答 ----- 33 人

⑤帰結

- ・当院通院 ----- 171 人
- ・当院入院 ----- 100 人
- 緊急措置入院 ----- 5 人
- 措置入院 ----- 10 人
- 応急入院 ----- 7 人
- 医療保護入院 ----- 60 人
- 任意入院 ----- 14 人
- その他の入院 ----- 1 人
- ・他院新規紹介 ----- 11 人
- ・他院戻し ----- 41 人
- ・医療不要 ----- 16 人
- ・その他 ----- 25 人
- ・無回答 ----- 4 人

⑥通算診療時間

診療時間の平均は59分4秒であった(最長250分、最短10分)。内訳を以下に示す。

- ・30分未満 ----- 51 人
- ・30分以上60分未満 ----- 195 人
- ・60分以上90分未満 ----- 58 人
- ・90分以上120分未満 ----- 19 人
- ・120分以上 ----- 16 人

・無回答 ----- 29人

⑦直接対応に要した職員数

平均2.9人(最大10人、最小1人)、内訳は以下のものであった。

・1人 ----- 88人
・2人 ----- 84人
・3人 ----- 94人
・4人 ----- 46人
・5人 ----- 17人
・6人 ----- 9人
・7人 ----- 6人
・8人 ----- 2人
・9人 ----- 6人
・10人以上 ----- 4人
・無回答 ----- 12人

D. 考察

以上の調査結果を踏まえ、幾つかのテーマを抽出して考察を加える。

1. 精神科救急事業の運用実態

精神科救急事業による救急医療サービスの質を正しく評価するには、これを利用する側(受診者本人、家族、警察、消防、医療機関など)、サービスを提供する側(電話情報センター、精神科救急医療施設など)、そして、本事業をコーディネートする側(行政機関)の3者の評価を総合的に勘案する必要がある。今回の調査は、行政機関からの評価であり、本事業運用実態の一面を示すにすぎないことを予めお断りしておく。

(1) 精神科救急事業の概要

資料4に、2007年2月現在における本事業の概要を自治体別に示した。厚生労働省が、アンケートと聞き取り調査によって収集した情報を一覧表示したものである。この資料によれば、本事業は、名目上は、全都道府県に普及したことになっている。

しかし、例えば、定点で専門職が救急ケ

ースの相談受け付けとトリアージを行う精神科救急医療情報センター(電話相談窓口)は、多く見積もっても29か所しかない。電話受け付け時間帯にもばらつきがある。

資料4に基づいて、都道府県ごとの精神科救急医療圏域数や1圏域当たりの人口、精神科救急医療施設数などをピックアップし、本事業の中核を担う精神科急性期病棟群の認可施設数を加えて再構成したのが、表3である。

①精神科救急医療圏域

この表によれば、全国には合計154の精神科救急医療圏域がある。ひとつの圏域はおおよそ二次医療圏2つ分のサイズからなり、平均人口は83万人である。精神科救急医療施設は総数1,084、1圏域当たり約7か所が指定されている。輪番制を組めば、週1回の頻度で救急当番が回ってくることになる。また、精神科急性期治療病棟は全国に169カ所認可されているから、各精神科救急医療圏域に1か所以上は配置されていることになる。

しかし、これらの数値は平均値であって、自治体間のばらつきが著しい。例えば、1圏域当たりの人口は、11万人(島根県)から863万人(神奈川県)まで、大きな差がある(医療サービス提供の観点からは、圏域人口は小さいほどよいが、神奈川県は、2つの政令市が独自の圏域を形成するなど、単純な数値には表せない実情がある)。

②精神科救急医療施設

知事が指定する精神科救急医療施設数にも、4施設(岩手県、和歌山県、広島県)から73施設(北海道)まで、大きな幅がある。特定の基幹病院に救急機能が集中する自治体では寡占型となり、大規模な人口や広大な面積を擁する自治体、あるいは、有力な救急基幹病院が存立しがたい自治体で

は、輪番制優位の分散型となるようである。

診療報酬制度が規定する精神科急性期型病棟群の分布は、さらに不均一である。精神科救急病棟(いわゆるスーパー救急病棟)は、2007年10月末現在、全国に35施設しか認可されておらず、しかも、3施設を擁する自治体(千葉県、静岡県、大阪府)がある半面、未認可の自治体が21カ所と半数近くに及ぶ。精神科急性期治療病棟も、7自治体で未認可である。未認可の要因は複合的であるが、最大の要因は医療スタッフ、とりわけ精神保健指定医の確保が困難なことであろう。救急医療や急性期医療の現場における深刻な医師不足の問題が、精神科領域にも顕在化し、随所に影を落としているといえる。

(2) 救急診療件数のばらつき

本事業の陣容にみる地域差は、表1に示した診療実績にも現れている。この表では、都道府県としてのデータがまったくない6自治体をはじめとして、データが部分的に欠ける自治体が相当数ある。データ欠損の要因は後述するが、表1のままでは、本事業の実績を自治体間で比較するのも困難である。

これを代償するために、厚労省が把握した2004、2005年度のデータを加えて、3年度分の実績を一覧表示したのが表4である(2006年度分は表1の再掲)。そして、表1の欠損データを表4で補い、救急受診件数の多い順に、全自治体の事業実績を示したのが図1である。

図1によれば、入院件数では東京都と大阪府が群を抜くが、受診件数では、岩手県と北海道が突出しているほか、人口密集地域ではない自治体も上位に位置することがわかる。いずれにしても、受診件数、入院件数とも、著しい地域差がある。

①救急ケースの定義の違いによる地域差

こうした地域差の要因は、やはり複合的と推測される。まず第1に指摘すべきは、本事業の対象者の定義が自治体によって異なるという統計処理上の問題である。ある自治体(例えば静岡県)では、救急当番病院にかかりつけの通院患者が時間外に受診した場合にも本事業の利用者としてカウントするが、別の自治体(例えば千葉県)では、カウントしない。前者ではマクロ救急システムとしての本事業がミクロ救急を包含するのに対して、後者では統計上除外するのである。

どちらの方法に理があるかは一概に断定できない。サービス提供側から見れば、初診患者であっても再来患者であっても、救急診療に投ずるエネルギーに差があるとは限らないから、マクロ救急がミクロ救急を包含することになんらの不合理もない。

一方、同じ再来患者の救急診療に対して、当番病院には公費から補助金が給付され、そうでない病院には給付されないという不公平を指摘することもできる。この指摘に対しては、できるだけ多くの病院が輪番病院に加われば、この不公平は緩和されるから、マクロ救急への参加を促すという観点からはメリットがあるという反論もありうる。いずれにせよ、統計処理上は、本事業の利用者を当番病院の初診患者と再来患者とに分けて集計すべきであろう。

②トリアージの基準の違いによる地域差

図1に見る受診件数の地域差の第2の要因は、救急受診に際してのトリアージの基準に地域差の存在することであろう。かつての東京都では、本事業の先駆でもある都の単独事業の時代から、事業の対象者を警察経由のケースに絞り込んだため、措置入院をはじめとする要入院の重症ケースに利用者が限定されてきた(現在では、警察

を經由しない救急ケースを受け入れるシステムも併存しているが、図1には反映されていない)。

一方、岩手県や北海道など、受診件数の多い自治体においては、電話相談の段階で緊急度や重症度を判別して、受診にトリアージュをかけるシステムを欠いているか、もしくはトリアージュの基準が緩い。このため、東京都、大阪府、神奈川県などの大都市圏に比べると、受診者に占める入院の比率は低い。

③精神科救急事業の種類

こうした現状を強調したのが、図2である。この図は、横軸に人口1万人に対する年間受診件数を取り、縦軸に入院率をとって、各自治体をプロットしたものである。図のように、強い負の相関、すなわち、受診頻度が高いほど入院率が低いことが示されている。これまでの説明に沿って解説すれば、図2の右下に位置する自治体は、受診のトリアージュが緩いか、もしくはマイクロ救急が本事業に含まれている自治体、左上に位置する自治体は、逆に、トリアージュが厳しいか、もしくは統計上マイクロ救急を本事業から除外する自治体である。

利用者側からすれば、アクセスの容易なトリアージュの緩いシステムが有利であり、予防医学的にも二次予防の効果があるが、半面、サービス提供側からすれば、電話相談にトリアージュ機能のないシステムでは、一部のシステム乱用者(目的外利用あるいは自己都合による利用)のために消耗を強いられる可能性もある。わが国の現状では、利用者が不便を強いられることのほうが圧倒的に多いとは思われるものの、精神科に限らず、現場スタッフの疲弊を回避しなければ、わが国の救急医療は維持できないことも確かである。

(3) 措置入院件数の偏り

表1のうち、措置入院および緊急措置入院(総計2,369件)の都道府県別の配分比率を図示したのが図3である。政令市のデータは所属の府県に包含した。

これによると、東京都と神奈川県でほぼ半数のシェアを占めているほか、上位10の自治体で全体の8割近くを占めていることがわかる。この中には、大都市圏ではない自治体も含まれるため、人口の規模だけが措置入院の件数を規定する因子ではないことを示している。

①緊急措置入院件数の偏りの要因

人口以外の規定因子として考えられるのは、当該自治体の精神科救急事業における特徴、すなわち、アクセス手段としての緊急措置入院制度の活用であろう。件数において突出する東京都では、伝統的に警察官通報による緊急措置診察がマクロ救急システムへの主たるアクセス手段である。神奈川県と大阪府では、措置診察による受診ルートとそれ以外の受診ルートが別立ての運用システムとなっており、警察経由のケースには措置診察のための法施行手順が別途規定されている。図3に明記したこのほかの自治体でも、精神科救急医療システムへのアクセス手段の一つとして、緊急措置入院制度を活用していると思われる。

②精神科救急事業における緊急措置入院制度の意義

緊急措置入院制度の利点は、迅速に医療を開始できることのほかに、72時間の時限付きの入院措置であること、3人の精神保健指定医による厳密な評価が期待できること、診察医の身体的・心理的・法的安全が確保されていること、それに、本人・家族の費用負担がないこと(家計状況によっては後払いがありうるが)、などである。特に、

混乱しがちな救急医療の現場では、医療費が公費負担であることが大きな利点である。不法滞在の外国人ケースや無保険ケースでは、生活保護の対象を除けば、措置入院制度を活用すること以外に本人負担の医療費を徴収する手段がない。

措置入院制度は、強い行動制限を伴う行政処分のひとつでもあるから、安易な適用は慎まなくてはならないが、迅速な医療の確保の手段として活用することも可能な制度なのである。措置入院制度の運用に関して、制度上および人道上、問題とすべきは、医療の入り口における措置入院件数の偏在よりもむしろ、長期措置入院患者数の偏在であろう。

(4) 移送制度の運用実態

2002年度に運用が開始された移送制度（精神保健福祉法29条の2の2、および34条による）は、精神科救急事業へのアクセス手段として積極的に活用すべきであると国から通知されている。しかし、表2によれば、自治体によるばらつきが大きく、また、29条の2の2、すなわち、警察官通報から措置診察を開始するまでに要する移送が約8割を占めている。

①移送制度の設立趣旨と運用実態との齟齬

移送制度は本来、34条を中心に検討された制度である。医療が必要かつ有効であるにもかかわらず、本人がこれを拒否して引きこもるようなケースを想定し、精神保健指定医が本人宅に赴いて診察のうえ医療保護入院とすることに主眼を置いている。入院治療から在宅ケアへという時代の流れに逆行する制度であるとの反対論も根強く、白熱の議論が展開されたのち、見切り発車のような形で、移送制度は制定された。

ところが、法制定の直前、ほとんど議論もないまま追加挿入された29条の2の2

の条項が、制度開始後は主流となってしまった。全国の警察本部は、精神障害者の搬送は、以後この制度を専らとし、24条通報を発動したら警察の役割は終了、あとは行政の責任であるとの姿勢を一斉に打ち出した。警察官職務執行法が廃絶されたとはいわないまでも、29条の2の2が優先で、警職法は補完的存在と位置づけたのである。

そして、移送制度の施行直後には、警察官通報が急増したが、家族や近隣住民らによる110番通報によってケースの存在を確認はするものの、身柄は保護せず、24条通報のみを保健所に発する、いわゆる「発見通報」が増加の要因であった。このため、措置診察不要ケースもまた急増した。保健所側が、警察保護を要しないケースの措置要件を疑問視したか、あるいは、措置診察の要否を判定する事前調査ができなかったためであろう。

いずれにせよ、移送制度が施行された時点で、行政側には、24時間の移送を可能にする体制は整っていなかった。このため、搬送の責任分担をめぐる、行政側と警察側が対立するなど、混乱する場面もあった。

②精神科救急事業における移送制度の限界と活用

移送制度の施行開始から5年を経て、群馬県や埼玉県、神奈川県などにおいては、移送に必要な人員を確保し、積極的に活用するようになってきている。しかし、全国的には未だ例外的少数である。特に、夜間・休日の搬送については、苦慮している自治体が少なからずある。また、鎮静処置や有形力による行動制限ができない行政職員のみによる移送業務には、平日日中であっても、自ずと限界がある。

一方、34条による移送制度は、場合によっては鎮静処置や行動制限（徒手拘束）が可能であるが、家族らによる相談の受け付

けから移送の実施までに、実質的に数日から数週間を要するため、救急ケースへの適応には難がある。表2には、移送に要した最大時間が自治体別に示され、2日がかりの移送も記されているが、移送に関する相談の受理から移送終了までの時間は、これを数倍上回るものと推測される。

以上のように、移送制度の運用体制は未整備ではあるが、29条の2の2に引きずられる形で、人員確保と施行体制が整えられつつあるように見える。今後、保健所などに移送のための人員が十分に配置され、訓練されれば、移送業務のみにとどまらず、危機介入的なアウトリーチサービスや地域ケアにも活用される可能性がある。そのような形で精神科救急事業にかかわる行政スタッフを確保することが、移送制度のもっとも生産的な活用法であろう。

(5) 精神科救急事業の評価法

1995年に立ち上がった精神科救急事業は、都道府県をいくつかの精神科救急医療圏域に分割し、圏域ごとに精神科救急医療施設を確保することを条件とした補助金の支給制度によって成り立っている。2007年度は、国と自治体から各々約12億円、合計約24億円の公金が本事業運営のために支出されている。人口100万人当たり約2000万円ということになる。

①本事業運用実績のモニタリングの現状

この補助金の運用を含め、ほとんどの自治体において、本事業の運営は、日本精神科病院協会の都道府県支部に一括委託されている。1病院当たりの空床確保料をはじめ、補助金の使途と金額は厳密に規定されているが、これまで指摘してきたように、本事業を監督する立場にある各自治体の精神保健所管課は、必ずしも本事業の運用実績を把握してはいない。年間どれだけのケ

ースが本事業を利用し、どれだけが入院に至ったか、入院形式の内訳はどうであったかなど、本事業の運用状況を評価する上で必要不可欠な基本データすら蓄積されていない自治体が、少なからず存在する。

こうした現状は、公金が適正に活用されているのかをモニタリングするうえで問題となるばかりでなく、本事業運用の地域差を固定化する要因ともなりうる。ここでは、本事業の運用実績が厳密にモニタリングされている静岡県のシステムを紹介しておく。

②静岡県の精神科救急事業

静岡県の精神科救急事業は、3つの精神科救急医療圏域に各1か所の基幹病院（いずれも精神科救急入院料病棟を有する）が指定され、圏域内の時間外診療を毎日担当している。このほかに7か所の精神科病院が基幹病院を補完する形で輪番制の救急診療体制を敷いている。県立病院内に設置された精神科救急情報センターでは、非常勤のケースワーカーが24時間体制で全県からの電話相談を受け付け、合計10か所の精神科救急医療施設との橋渡しをしている。県立病院は、輪番病院として本事業に参加するほか、どの病院でも受け入れが困難となった場合に最終的にバックアップすることとなっている。

この布陣のもと、年間約1,500件の救急診療を実施し、2006年度は542件の入院を受け入れた。県の精神保健福祉室では、資料5に示したような月報を各精神科救急医療施設から毎月提出してもらい、電話相談から始まって入院に至るまでの救急診療の内容を把握し、毎年3~4回開催される連絡調整委員会において詳細に報告している。個人情報以外の診療データが詳細に報告されるため、各施設は責任をもって救急診療に当たっている。このため、救急当番病院が、空床を確保できないなどの自己都合で

救急診療を断ることはまずない。

輪番病院の参加が多い自治体では、資料5に示したような詳細な月報を提出してもらうことは困難かもしれない。また、静岡県のように、精神科救急医療施設に診療の責任性を期待するのは無理かもしれない。しかし、少なくとも、本事業による診療件数と入院形式別の入院件数くらいは把握できるようなシステムを構築すべきである。

2. 精神科救急病棟の運用実態

(1) 精神科救急病棟の分布状況

本研究班の把握するところによれば、精神科救急病棟(いわゆるスーパー救急病棟)は、2007年10月末現在、図4に示した全国35か所の病院で認可されている。このうち、15病院が民間病院で、国立系は2病院、自治体立系が18病院となっている。総合病院精神科が3病院(国立国府台病院、聖隷三方原病院、奈良県立医科大学病院)、一般病床を有する病院が4病院(袖ヶ浦さつき台病院、東京武蔵野病院、東京都立松沢病院、国立肥前精神医療センター)あり、残りは単科精神科病院である。

また、精神科救急情報センターを併設し、24時間体制で全ての精神科救急ケースに対応できるなどの条件を備えた精神科救急医療センターを認可された病院が7か所ある(栃木県立岡本台病院、群馬県立精神医療センター、千葉県精神科医療センター、神奈川県立精神医療センター芹香病院、奈良県立医大病院、せのがわ病院、長崎県立精神医療センター)。現在は、電話情報センターが各都道府県に1か所しか認可されない関係で、精神科救急医療センターも1か所に限定されているが、救急応需体制や診療実績に応じて複数認可が可能になることを検討すべきであろう。

一方で、精神科救急病棟の未認可自治体を減らす方策も立てられなくてはならない。

地方都市でクリアすることが困難ないくつかの認可要件(時間外診療件数が年間200件以上など)を緩和することが、まず検討されるべきである。

(2) 精神科救急病棟の診療統計の推移

精神科救急病棟の運用状況については、2003年度分から毎年調査を施行し、データを集積している。以下に、主なデータを紹介する。

①精神科救急病棟23施設の平均像

まず、2006年度における精神科救急病棟23施設の平均像を図5に示す。病床数は平均51.8床で、うち、隔離室が9.6床、個室が18.6床、隔離室と個室を併せた個室率は54.4%と基準の50%を上回っている。

この病棟に医師6.5人(うち精神保健指定医3.0人)、看護師28.6人、精神保健福祉士3.3人を配置して、年間388.1人の入院患者を平均47.9日で治療し、65.9%を自宅に退院させている。

治療プログラムのうち、SSTを施行している施設が7か所(30.4%)、作業療法が16施設(69.6%)、心理教育が14施設(60.9%)となっている。電気けいれん療法については後述する。

②主な診療指標の推移

診療内容の指標となるいくつかのデータの推移を表5に示した。

定床数は2003年度の40.6床から11.2床へと増加し、病床利用率も上昇している。

入院件数は年によって変動するが、2006年度は過去最多となっている。一方、三次救急患者(緊急措置、措置、応急入院患者の合計)の比率は年々低下している。これは、三次救急患者の少ない地方都市に精神科救急病棟が普及しつつあるためであり、東京都や神奈川県などの大都市圏で精神科

救急病棟が増加すれば、増加に転ずるものと予測される。

退院患者に占める自宅退院率は年々増加し2006年度は65.9%に達している。これに対して、院内の他病棟への転棟率と他院への転入院率は減少している。ただし、一般科への転科入院の比率は減少していない。また、平均在棟日数は延長傾向にある。

③病室の構成

表6に病室構成や設備の推移を示した。隔離室が個室に置き換わり、パイピング設備が向上していることがわかる。

④検査体制

各種検査が24時間可能と回答した施設数を表7に示した。2006年度は、いずれの検査も過去最高の水準に強化されているが、単科精神科病院では、夜間・休日の検査体制になお不安のある現状が示されている。

⑤医療機器の配備

表8に各種医療機器の配備状況の推移を示した。AEDやエアーマットは全施設に普及しているが、心肺モニター装置を備えていない精神科救急病棟が未だに存在することは予想外であった。検査体制と併せて、単科精神科病院における精神科救急病棟では、依然として身体管理能力に不安を抱えている現状が示されている。

電気けいれん療法の項で指摘するように、修正型電気けいれん療法の施行比率が低下していることと併行して、人工呼吸器とパルス型電気刺激装置の設置率が低下している。

⑥職員配置

職員配置状況の推移を表9に示した。医師と看護師は増加傾向にあるが、定床数と在院患者数の増加にともなって、精神科救

急病棟の認可条件は満たしてはいるものの、職員の配置密度は低下傾向にある。これが、平均在棟日数の延長につながっている可能性がある。

⑦電気けいれん療法の実施状況

表10に電気けいれん療法(ECT)実施状況の推移を示した。増加傾向にあったECT施行患者の実数と比率、およびECT施行件数が、2006年度は減少に転じた。修正型ECTの件数も半減し、全ECTに占める修正型ECTの比率も10ポイント近く低下した。

その要因として考えられるのは、患者の軽症化、薬物療法の洗練、そして、麻酔医確保の困難性であるが、最後の要因以外は推測の域を出ない。

以上を総合すると、精神科救急病棟群は、認可施設数の増加とともにソフト化の傾向にある。三次救急患者比率の減少、平均在棟日数の延長、ECT実施件数・比率の減少などが、この傾向を物語る。おそらく、初期の精神科救急病棟群が大都市部におけるマクロ救急システムの基幹的病院を主体に構成されていたのに対して、年とともに、地方都市と民間病院へと拡張してきたためであろう。

他方、自宅退院率は増加し、医療の継続性が向上している。精神科救急病棟は、精神科救急事業の水準向上を目指して設置されただけではなく、わが国の精神科病院におけるアメニティと治療成績の向上、それに、地域ケアの進展を目指している。わが国の精神科医療全体の底上げを図るためには、たとえソフト化するとしても、今後さらに精神科救急病棟認可施設数の増加が図られるべきである。

3. 精神科救急外来診療の実態

精神科救急診療の実態を把握する目的で、全国9か所の精神科医療施設において2週間の前向き調査が実施された。ここでは、初診ケースの診療時間に着目して、救急診療と通常診療を比較する。

図6は、精神科救急事業の対象となった受診ケースの診療時間構成を通常診療のそれと比較したものである。各群の母数が9ページの救急取り扱い区分と一致しないのは、診療時間の回答漏れがあったためである。この図によると、60分以上の長時間を要したケースの比率は、一般診療では22.8%であるのに対して、救急診療の場合は47.0%と2倍を上回っている。

図7は、時間外診療と通常診療とで診療時間を比較したものであるが、やはり、前者が後者を上回っている。

こうした実態を踏まえて、精神科救急事業における時間外初診の診療料が増額されるべきであると本研究班は考える。

E. 結論

わが国における精神科救急医療の現状を、マクロ救急システム（精神科救急事業）とそれを担う精神科救急病棟群の運用実態という側面から分析した。

精神科救急医療は、かつて政策医療の代表格であった。不採算だが不可欠の分野として、公的補助金によってはじめて成り立つものとされてきた。しかし、診療報酬上に精神科救急入院料が新設され、精神科における救急医療と急性期医療が治療技術として社会的に認知されるにつれて、技術料としての診療報酬ベースで精神科救急医療が成り立つ時代となっている。

一般科に比べれば、精神科の救急医療や急性期医療の診療報酬は未だ低水準であるから、マクロ救急システムの維持のためには、当面、補助金の給付が必要であるが、

いずれは診療報酬だけで運用できる時代が到来するであろう。本研究は、そのような時代を到来させるための研究である。

また、精神科救急医療システムとは、救急患者を特定の救急病院に迅速に収容することで足れりとするシステムではない。重症の救急患者を迅速に医療のルートに乗せ、患者の安全と尊厳を尊重しつつ手早く治療して社会に戻し、在宅ケアの維持を支援するためのシステムである。医療の入り口から出口まで一貫性のあるケア・システムを論ずる領域なのである。そのような文脈で精神科救急医療システムが論ぜられるならば、世界に誇れるわが国独自の脱入院化を達成することが可能となろう。

急務の政策課題としては、精神科救急病棟群の全国展開を促す条件を整備すること、身体合併症対策を強化するために総合病院精神科が精神科救急事業に参画できる医療経済的条件を実現すること、急増する精神科診療所が精神科救急事業に参加できる条件を整備すること、などが挙げられる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

[参考文献]

- 1) 平田豊明他:平成16年度厚生労働科学研究「精神科急性病棟の現状と今後の機能および配置等に関する研究」報告書(総括研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」). 2005
- 2) 平田豊明:精神科急性病棟群の運用実態と機能分化—平成16年度厚生労働科学研究速報. 精神科救急 8:78-86, 2005
- 3) 平田豊明, 市江亮一:精神科救急病棟における治療内容の検討—鎮静法、薬物療

- 法、電気けいれん療法の現状. 臨床精神薬理 9:1343-1353, 2005
- 4) 平田豊明他:平成 17 年度厚生労働科学研究「精神科救急病棟の運用実態に関する研究」報告書(総括研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」). 2006
- 5) 平田豊明:精神科救急医療システムの全国状況. 精神科救急 9:45-50, 2006
- 6) 平田豊明他:平成 18 年度厚生労働科学研究「精神科救急病棟の運用実態および身体合併症治療に関する研究」報告書(総括研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」). 2007
- 7) 平田豊明:「スーパー救急病棟」の運用実態ー精神科マクロ救急および地域ケアシステムにおける役割. 精神科救急 10:70-76, 200

表 1

	電話相談 件数	外来受診 件数	入院件数		
			緊措・措 置	その他	
北海道			599		
札幌市	8,008		210	3	207
青森県	106	671	291	0	291
岩手県					
宮城県					
仙台市			0	0	0
秋田県	578	1,649	654	0	654
山形県					
福島県		374	196		
茨城県					
栃木県	941		269	109	160
群馬県					
埼玉県	5,562	442	215	44	171
さいたま市	1,235	66	43	12	31
千葉県	12,915	858	309	87	222
千葉市	*	*	*	*	*
東京都	13,232	1,800	1,722	772	950
神奈川県	5,216	847	644	371	273
横浜市					
川崎市					
新潟県	227	313	78	0	78
新潟市	241	168			
富山県	1,186	146	108	3	105
石川県	3	179	157	0	157
福井県	440	270	81	81	0
山梨県	338	75	71	8	63
長野県		1,682	367	64	303
岐阜県	342	308	89	0	89
静岡県	1,222	1,497	542	34	508
静岡市					
浜松市	*	*	*	*	*

愛知県	2,748	1,712	744		
名古屋市			1	1	0
三重県	695	726	250	21	229
滋賀県		1,631	400	116	284
京都府					
京都市	1,824	173	123	21	102
大阪府	27,346	1,922	1,567	125	1,442
大阪市	1,797	270	734	132	602
堺市	*	*	157	42	115
兵庫県	2,986	503	433	22	411
神戸市	*	578	578	20	558
奈良県	204		182	12	170
和歌山県	9,250	1,237	271	19	252
鳥取県	654	317	115	8	107
島根県	7,540	1,153	214	0	214
岡山県	2,536		251	9	242
広島県	1,082	1,532	503	66	437
広島市	1,087	874	178	40	138
山口県	169		134	20	114
徳島県			119	0	119
愛媛県	474	287	102	6	96
香川県					
高知県	1,271	527	140	2	138
福岡県	3,115		516	69	447
福岡市	2,604	626	*	*	*
北九州市					
佐賀県					
長崎県	1,054	104	53	0	53
熊本県	141	385	137	0	137
大分県	985	41	29	29	0
宮崎県	150	222	75	1	74
鹿児島県	112	154	86	0	86
沖縄県	2,398	347	152	0	152
計	124,014	26,666	14,889	2,369	10,981

表 2

	最長時間 (分)	総件数			29条2 の2			34条		
		入院数	時間外		入院数	時間外		入院数	時間外	
北海道		10	10	0	5	5	0	5	5	0
札幌市										
青森県										
岩手県										
宮城県	1560	44	44	23	42	42	23	2	2	0
仙台市		5	5	0	0	0	0	5	5	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県										
福島県	113	67	67	32	40	40	22	27	27	10
茨城県										
栃木県										
群馬県										
埼玉県	420	376	282	127	376	282	127	0	0	0
さいたま市	110	48	47	11	48	47	11	0	0	0
千葉県										
千葉市										
東京都		2	2	2	0	0	0	2	2	2
神奈川県	1283	346	296	221	0	0	0	346	296	221
横浜市										
川崎市										
新潟県	210	100	79		100	79		0	0	0
新潟市	120	22	21	7	22	21	7	0	0	0
富山県	60	18	18	14	18	18	14	0	0	0
石川県	120	33	33	16	33	33	16	0	0	0
福井県										
山梨県	70	37	35	19	36	34	19	1	1	0
長野県	120	22	22	6	13	13	6	9	9	0
岐阜県	2	2	2	0	1	1	0	1	1	0
静岡県	90	37	28	14	37	28	14	0	0	0

静岡市	30	1	1	0	1	1	0	0	0	0
浜松市	120	13	13	2	13	13	2	0	0	0
愛知県		9	9	3	9	9	3	0	0	0
名古屋市		3	3	0	3	3	0	0	0	0
三重県	270	90	90	35	90	90	35	0	0	0
滋賀県										
京都府										
京都市										
大阪府	90	108	108	0	108	108	0	0	0	0
大阪市										
堺市	40	22	22	0	22	22	0	0	0	0
兵庫県										
神戸市	70									
奈良県	232	12	12	0	0	0	0	12	12	0
和歌山県	360	13	10	5	0	0	0	13	10	5
鳥取県	60	27	27	7	25	25	7	2	2	0
島根県	90	71	66	32	70	65	32	1	1	0
岡山県		7	7	5	0	0	0	7	7	5
広島県	90	120	120	62	120	120	62	0	0	0
広島市	60	94	94	37	94	94	37	0	0	0
山口県		82		45	60		37	22		8
徳島県		15	15	0	15	15	0	0	0	0
愛媛県	120	8	8	4	5	5	4	3	3	0
香川県										
高知県	75	25	25	10	25	25	10	0	0	0
福岡県	120	84	79	52	84	79	52	0	0	0
福岡市		124	88	74	124	88	74	0	0	0
北九州市	300	26		16	26		16	0	0	0
佐賀県										
長崎県	120	48	47	20	48	47	20	0	0	0
熊本県	60	7	7	0	0	0	0	7	7	0
大分県										
宮崎県										

鹿児島県	300	28	26		26	24		2	2	
沖縄県	170	118	111	19	118	111	19	0	0	0
計		2324	1979	920	1857	1587	669	467	392	251

表3

都道府県	人口(A) 千人	平成17年 精神科 救急医療 圏域数 (B)	1医療圏 域あたり 人口(A /B)	2次医療 圏数(平 成16年 度病院報 告)	1つの2次 医療圏域 あたり人 口(A/ C)	精神科救急 医療施設数 (2005年度)	精神科 救急入院料 認可施設数 (2007年10月)	精神科 急性期 治療病棟 認可施設数 (2006年8月)
北海道	5,670	8	71	21	27	73	1	6
青森県	1,469	6	24	6	24	19	0	1
岩手県	1,407	4	35	9	16	4	0	0
宮城県	2,371	1	237	10	24	29	1	3
秋田県	1,176	5	24	8	15	18	0	2
山形県	1,235	2	62	4	31	6	1	3
福島県	2,120	4	53	7	30	35	0	4
茨城県	2,990	3	100	9	33	28	0	1
栃木県	2,010	1	201	5	40	26	1	2
群馬県	2,032	1	203	10	20	13	1	2
埼玉県	7,001	2	350	9	78	40	1	7
千葉県	5,994	4	150	9	67	30	3	9
東京都	12,219	4	305	13	94	70	2	11
神奈川県	8,625	1	863	11	78	40	1	5
新潟県	2,465	5	49	13	19	27	0	3
富山県	1,119	2	56	4	28	28	0	0
石川県	1,180	3	39	4	30	15	1	3
福井県	828	2	41	4	21	10	1	1
山梨県	889	1	89	8	11	10	1	1
長野県	2,217	3	74	10	22	12	0	3
岐阜県	2,111	1	211	5	42	14	0	1
静岡県	3,786	3	126	9	42	9	3	5
愛知県	7,123	3	237	11	65	38	0	11
三重県	1,861	2	93	4	47	13	2	1
滋賀県	1,359	3	45	7	19	10	0	2
京都府	2,642	2	132	6	44	11	1	4
大阪府	8,815	7	126	8	110	35	3	15
兵庫県	5,578	5	112	10	56	37	1	5
奈良県	1,438	1	144	5	29	8	1	3
和歌山県	1,061	3	35	7	15	4	0	0
鳥取県	612	3	20	3	20	5	0	0
島根県	757	7	11	7	11	12	0	1
岡山県	1,953	2	98	5	39	11	1	2
広島県	2,878	2	144	7	41	4	1	2
山口県	1,518	4	38	9	17	26	0	1
徳島県	820	3	27	6	14	12	0	0
香川県	1,021	2	51	5	20	13	0	0
愛媛県	1,486	1	149	6	25	7	1	4
高知県	810	1	81	4	20	7	1	3
福岡県	5,043	4	126	13	39	77	2	16
佐賀県	874	3	29	5	17	17	1	0
長崎県	1,507	6	25	9	17	38	1	4
熊本県	1,858	11	17	11	17	39	0	7
大分県	1,219	2	61	10	12	22	0	1
宮崎県	1,167	3	39	7	17	20	0	2
鹿児島県	1,779	4	44	12	15	43	0	1
沖縄県	1,339	4	33	5	27	19	1	11
計・平均	127,435	154	83	370	34	1,084	35	169

表 4

	2004年度			2005年度			2006年度		
	電話相談	外来受診	入院件数	電話相談	外来受診	入院件数	電話相談	外来受診	入院件数
北海道	4,161	1,940	783	5,991	2,291	778			599
札幌市							8,008		210
青森県	109	494	302	127	634	349	106	671	291
岩手県		2,803	549		2,889	542			
宮城県	6,867	98	49	6,326	120	42			
仙台市									0
秋田県	236	1,341	394	319	1,403	383	578	1,649	654
山形県	2,364	405	194	2,431	323	155			
福島県		216	132		246	156		374	196
茨城県	176	106	64	219	96	65			
栃木県	856	739	330	951	760	305	941		269
群馬県	290	668	259	266	691	290			
埼玉県	4,348	300	200	4,538	291	180	5,562	442	215
さいたま市							1,235	66	43
千葉県	2,284	1,154	377	2,521	1,128	501	12,915	858	309
千葉市							*	*	*
東京都	11,325	381	284	12,068	360	302	13,232	1,800	1,722
神奈川県	5,634	506	283	6,901	593	325	5,216	847	644
横浜市									
川崎市									
新潟県		715	220		718	195	227	313	78
新潟市							241	168	
富山県	1,174	289	117	1,165	192	75	1,186	146	108
石川県		438	117		386	177	3	179	157
福井県	440	186	86	698	201	65	440	270	81
山梨県	223	67	48	296	69	50	338	75	71
長野県		1,715	326		1,803	324		1,682	367
岐阜県	268	187	65	216	195	73	342	308	89
静岡県	913	1,533	550	868	1,534	552	1,222	1,497	542
静岡市									
浜松市							*	*	*
愛知県	983	1,536	721	934	1,623	760	2,748	1,712	744
名古屋市									1
三重県	655	564	274	1,065	457	259	695	726	250
滋賀県		1,281	428		1,434	446		1,631	400
京都府	2,042	749	278	2,306	851	317			
京都市							1,824	173	123
大阪府				2,539	1,282	934	27,346	1,922	1,567
大阪市							1,797	270	734
堺市							*	*	157
兵庫県	2,618	565	484	2,811	487	420	2,986	503	433
神戸市							*	578	578
奈良県	290	487	163	274	431	177	204		182
和歌山県		1,015	207		1,093	208	9,250	1,237	271
鳥取県		516	161		437	142	654	317	115
島根県	3,907	215	74	4,909	213	84	7,540	1,153	214
岡山県	12,352	465	379	12,472	508	407	2,536		251
広島県	1,508	1,172	428	1,325	1,357	446	1,082	1,532	503
広島市							1,087	874	178
山口県	171	153	149	170	148	136	169		134
徳島県		283	144		308	142			119
愛媛県	218	78	53	167	71	48	474	287	102
香川県	42	41	23	83	103	68			
高知県		451	156		440	165	1,271	527	140
福岡県	2,542	615	489	2,524	651	540	3,115		516
福岡市							2,604	626	*
北九州市									
佐賀県		17	4		12	2			
長崎県	1,104	43	56	1,189	78	53	1,054	104	53
熊本県		506	142		547	155	141	385	137
大分県		29	24	345	28	22	985	41	29
宮崎県		285	61		273	91	150	222	75
鹿児島県	40	127	69	118	154	63	112	154	86
沖縄県	2,197	314	139	1,990	334	127	2,398	347	152
計	72,337	27,788	10,835	81,122	30,243	12,096	124,014	26,666	14,889

表5 主な診療指標の推移

(* 三次救急患者とは緊急措置・措置・応急入院患者を示す)

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度
回答施設数(調査依頼数)	12(14)	14(17)	23(25)	23(28)
定床数(床)	40.6	46.9	46.3	51.8
平均在棟患者数(人)	34.3	38.3	38.4	45.3
年間病床利用率(%)	84.5	81.7	82.9	87.5
年間入院件数(件)	352.1	386.3	360.0	388.1
新規患者比率(%)	75.7	83.5	78.8	76.2
三次救急患者比率(%)*	25.5	21.5	16.8	15.4
年間退院件数(件)	331.0	385.3	345.7	361.3
在宅移行率(%)	53.0	59.1	62.9	65.9
院内転棟率(%)	33.7	30.0	28.2	25.2
他院転院率(%)	13.4	11.0	9.8	8.9
うち一般科(%)	2.9	2.2	2.4	2.4
平均在棟日数(日)	36.6	36.2	40.3	46.2

表6 病室

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度	
回答施設数	11	14	23	23	
定床数(床)	40.6	46.9	46.3	51.8	
隔離室	ベッド数(床)	10.2	10.9	7.5	9.6
	床面積(m ²)	13.0	11.3	12.4	12.4
	パイピング(室)	1.3	2.3	2.3	2.5
	ステンレス便器(室)	7.8	6.4	4.6	5.2
個室	ベッド数(床)	11.8	17.1	17.7	18.6
	床面積(m ²)	12.9	11.8	11.6	11.8
	パイピング(室)	3.4	2.6	4.0	5.8
	エラストピア(室)	—	1.6	0.9	1.1
多床室	ベッド数(床)	18.6	18.8	19.5	23.5
	1床当床面積(m ²)	—	7.3	10.8	7.0
	パイピング(室)	—	0.3	1.6	2.0

表7 24時間可能な検査

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度
回答施設数	12	14	22	23
血液検査(%)	8 (66.7)	6 (42.9)	10 (45.5)	18 (78.3)
生化学検査(%)	8 (66.7)	6 (42.9)	10 (45.5)	17 (73.9)
X線単純撮影(%)	6 (50.0)	2 (14.3)	6 (27.3)	13 (56.5)
CT検査(%)	6 (50.0)	3 (21.4)	6 (27.3)	14 (60.9)

表8 医療機器の配備率(単位は%)

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度
心肺モニター	50.0	92.9	90.9	81.8
心肺蘇生装置	41.7	71.4	81.8	100.0
人工呼吸器	33.3	57.1	45.5	36.4
パルス型電気刺激装置	66.7	57.1	68.2	36.4
エアーマット	83.3	100.0	100.0	100.0
下腿マッサージ器	33.3	35.7	36.4	50.0
輸液加温装置	25.0	35.7	31.8	31.8