

に検討を進めるべきである。

今後の課題として、多くの地域と同様に、訪問診療については、地域におけるニーズを満たせていない。

また、今後地域のケアをしていく中で、福祉領域との連携が必要不可欠である。現状では、嘱託医としての関与は行っているが、さらに個々の施設職員との情報交換を必要と感じている機関が多い。これは福祉機関サイドからも同様の見解がある。医療機関同士、福祉・保健機関同士も互いの事情が伝わりにくいことも現実問題であり（職員の異動の多さも要因）、それぞれが、ネットワークを構成していく意義も大きい。

2) 福祉機関について

神奈川3圏域における福祉施策には格差が歴然とあり、同じ県精連圏域の市町村でもはっきりと差がでており、その解消が一つの課題であろう。また障害者自立支援法施行以来、福祉は大きなうねりの中にある。新体制への移行の対応の段階にきており、少ない人員と運営費で日々をきりもりしている事業所が、その対応に追われている。障害者自立支援法の新体制は日中活動、居場所、働く場所、就労援助、相談援助など広範囲をカバーしていた事業所の機能が分化される傾向であり、だからこそ福祉機関同士の関係を強化しなければならない。医療機関従事者も、切実な問題として、障害者の地域生活に関して進んで協力していくことが必要であろう。また、福祉が担っている、就労援助事業、相談事業も連携しつつ、医療の側も協力して取り組まなければならない。

厚生労働省研究班によると精神疾患患者が55万人孤立しているとの推計が示された。就労・就学、デイケア、社会福祉施設へもつながらず、社会的に孤立している精神病患者が推計で55万人もいるという。一般病院精神科の閉鎖、病床削減が進行し、診療所が漸増し、一見社会的入院が減少しているかのように見えるが、その後の社会参加や地域生活の支援

は全く進まず、その深刻さはさらに深まっている。医療・保健・福祉領域の連携が地域精神医療の展開において急務である。

今回設立したNPOではこうした包括的地域生活支援のための医療、福祉にわたる事業の展開をしていく事が課題である。

研究2

NPO（地域精神医療ネットワーク）の活動について

地域における医療圏の設定には、既定の基準があるわけではなく、特定の圏域をベースに、有効で、実践的な圏域を想定していくことになる。そのためには、机上の空論であってはならず、モデル地域がない以上、自らが実践して、それを示し、意義や課題を明らかにする必要があった。本年度は、NPOを立ち上げ、情報交換や研究会（講演会）を企画しながら、プランを共有できるように働きかけてきた。志を共にして、責任性と自覚をもち、実践できる活動にしていくことをさらに進めたい。今後の課題は、医療、福祉機関従事者が、自ら動くことで機能する連携の構築である。

以上、本年度は、NPOの設立と同時に、想定した医療圏内の福祉、医療従事者アンケートとそれをもとにした。

H21年度

平成19年、20年度の研究成果と平成21年度の研修・講演活動、ネットワークの実践により得られた意見、経験をもとに考察する。

1. 精神科における医療圏の設定と機能分担及びネットワークの構築

1) 精神科における医療圏の設定と機能分担
精神科医療資源は偏在化しており、相談、受診体制は対象領域により大きく異なり、地域差も著しい。精神科医療圏を設定し、その圏域に必要な医療資源を整備すること、さらに有効なネットワークを機能させることは、精神科医療提供体制を構築する上で、極めて重要な課題である。図33にその概要をまと

めた。利用者サイドからわかりやすく、迅速に対応できる情報提供、受診、相談システムを目指すことが肝要である。そのためには、モデル的になる医療圏を提示し、将来には医療計画の中で地域毎に検討されるべきである。

一般医療における医療圏の考え方を精神科医療にあてはめると、どのような構造になるか、今回の研究により、地域において必要な機能と現状の施設、人員配置をもとにイメージした。

精神科医療圏の各次元を一般医療における社会保障国民会議資料を改変して、精神科においても日常生活圏、1次医療圏、2次医療圏、3次医療圏ととらえて、その必要な医療内容（対象疾患、領域、機能）をまとめた。（図34）精神科設定医療圏（2次医療圏に該当、以下設定医療圏と記す）における各機関の機能の専門性を重視した資源の設置、充実、役割分担を明確にしつつ、不足している領域に関しては、他医療圏との精神科医自身が派遣されるような仕組み（兼業を可能とする）が必要である。同時に、医療圏の設定においては、機能分化するためにも、1次医療圏を中心とした一般医療、介護（プライマリケア）との円滑な連携が必要であり、精神科医療側に今セルテーション・リエゾンの軟く割が期待される。

2) ネットワーク構築

設定医療圏内を機能させるのはネットワークの構築が不可欠である。そのネットワーク構築方法について述べる。

第1段階として、中心となる組織（行政区が複数あればNPOないし、既存の団体の連携）を立ち上げること。第2段階として対象となる疾患、領域を想定し中核的な施設、人材（医療従事者、関係施設）を選抜すること。第3段階として普及、啓発活動を行ない、その場で意見交換を行ない、有効に機能させるために、さらに人材、関係機関を補充すること。第4段階は主要施設、人材の凝集性をたかめるような意見交換の機会（地域から講師

を人選した勉強会、研究会)を作り、ネットワークを機能させるための活動方針を確認する。第5段階として関係する機関、人材に、疾患、領域毎に運営を依頼していく。

各機関の機能と検討し、早期受診、相談を可能にする仕組みと特殊な検査、治療（入院）を想定した、より広い圏域（3次医療圏）の専門機関との連携、サポート体制の構築を目指す。

2. 医療圏における個々の対象疾患、対象領域のネットワークについて

地域におけるネットワークの構築は、精神科医療の特殊性を踏まえて検討する必要がある。医療圏を設定することで、その医療圏内の医療、福祉資源を把握し、既存の施設、人材が有効なネットワークが構築できる分野と明らかに不足している領域が明らかになる。その上に、各領域における活動をどのように実践するか、不足している資源をどこが担うのかを議論ことになる。昨年度の講演会の踏まえ、本研究では、訪問支援と保健、児童・思春期福祉機関の連携という3つのテーマを中心に考察を行う。

1) 訪問支援に関わるネットワーク

訪問支援活動を行っている精神科医療機関は非常に少ない。診療報酬上も不採算であり、精神科医療政策上の課題である。現状としては、地域の保健所や生活支援センターの相談・訪問活動と連携をとりながら、ケースを選別して行うことが効率的ではあるものの、ニーズに充分対応しているとはいえない。精神科医療における訪問活動は、資源の少なから日常生活圏ではなく、1次医療圏毎に行うことが望ましい。同時に、日常生活圏における訪問看護ステーション、訪問介護に関わるリエゾン・コンサルテーションを積極的に行うことで、地域のニーズに伝えていくべきである。また、ACTのような重症者を対象とする場合は、2次医療圏レベルで機能し、1次医療圏の訪問支援活動と連携していくことが望ましい。

2) 地域精神医療保健福祉連携の会（通称金沢サロンの会）

「お互いを知る」という目的のもとに行われる、形式張らない気軽な交流の場は、多機関同士の連携体制の強化につながった。経験年数の少ない、孤立しがちなスタッフが、サロン風の会に参加することで、支援、助言し合える機会をもつことが重要である。アンケート調査では、精神疾患・薬物療法などの勉強会、事例検討会、地域の企画を考える会などの勉強会の要望も上がったが、今後も様々なテーマにおいて共に知恵を出し合い、交流を深め、実践の場で、医療機関（デイケア、訪問支援）、福祉機関（作業所、生活支援センター、訪問支援）が機能分担化を図ることができるように連携体制を構築することが必要である。

3) 児童・思春期ネットワーク

児童・思春期に関しては、中央拠点病院は全国的にも非常に少ない。神奈川県においては、県立こども医療センターが中央拠点病院であるが、各圏域とネットワークを構築することは困難であり、現実的ではない。児童・思春期においては、医療圏の中に中核病院（地域拠点病院）を定め、その拠点を中心に医療、教育、福祉、保健機関、警察、発達障害支援センター、民生委員など多岐にわたるネットワーク活動を行う必要がある。特に、拠点病院が入院、専門外来を担い、さらに、一次医療圏の中に、児童・思春期におけるプライマリケアを担当する医療機関があり、地域における教育（学校、教育研究所、スクールカウンセラー等）、福祉機関（児童相談所、養護施設等）と連携する必要がある。この際、連携に関わる診療報酬上の評価がされるよう望んでいる。

3. 地域のプライマリケア医との連携（リエゾン・コンサルテーション）

医療圏内で連携する医療機関においては、

紹介状書式など形式にとらわれないこと、精神科医療機関側に、精神保健福祉士あるいは看護師を受付に配置することで、電話等で直接情報交換、依頼をすることが有効であると考ええる。

つまり、近隣の医療機関との地域連携においては、同じ病院内の相談室機能に近い役割を精神科診療所が果たせることが、緊急性の把握、受診先の選択、家族支援等において非常に有意義である。

4. 今後の課題

1) 一般病院におけるリエゾン・コンサルテーション活動

一般病院におけるリエゾンは、そのニーズはあるが、精神科医療側は十分な役割は果たせていない。本研究の設定医療圏においても病床 200 以上医療機関で、精神科の関与していない施設は、63%である。精神科病院や精神科診療所の連携、非常勤医師の派遣などが望まれるが、往診料の算定やリエゾン・コンサルテーション活動の診療報酬上の評価などが必要であろう。

2) 認知症に関するネットワーク

認知症疾患医療センターが設置、機能することが期待されるが、設定医療圏内では、認知症関連のネットワークは一般医療機関、療養、介護機関との連携を進めていく必要がある。医療機関側は、介護施設の現状を把握できていない。また、診療科間（プライマリケア、神経内科、脳外科）役割分担、初期診断、画像、鑑別診断、BPSD や身体合併症を考慮しなければならない。特に行政との協力のもとに社会資源を調査し、精神科医が関与すべきBPSD、鑑別・画像診断などを整理した上で、ネットワークを構築し、情報を提供することが望まれる。

3) うつ病を中心としたリワーク（デイケア）

うつ病、休職者の増加に対しては、リワーク機関は設定医療圏内に設置されるべきであ

る。設定医療圏を中心に、地域産業医ないし健康管理従事スタッフを対象にした研究会を開催し、ネットワークを構築していく予定である。この際、中小規模の事業所をどのように把握して、普及・啓発活動を進めるかが課題である。

4) アルコール・薬物依存

薬物依存、アルコール診療に関しては、県単位にある専門機関が拠点として機能することになる。地域においては、近接した医療圏も含めた圏域における入院機能、設定医療圏内の外来機能が設置されるべきである。地域の連携においては、保健所やダルク等の機関を含めたネットワークを構築した上で、医療機関(精神科医を含む)を対象にした初期・外来対応に関する研修、地域での普及・啓発活動が行うことが望まれる。

結論

精神科医療資源が偏在化している現状について2次医療圏をもとにした評価は困難である。精神科医療における医療圏と医療資源、機能分担は、本来は医療計画のもとに、各都道府県で評価されるべきである。

従来の地域活動は、行政区内、あるいは縦割りの体制であるため、著しい地域差があり、うつ病や自殺対策に見られるような諸活動の重複があり、活動も断片的となっていることなどが問題である。

本研究において、既存の施設を考慮した精神科における2次医療圏を設定し、医療圏の設定と医療圏内における実践的で有効な継続できる地域連携ネットワークの構築及び活動のアウトラインができたと考える。

この結果をモデル、指標となり、精神科設定医療圏で不足している機能が何か、如何に補うかを検討することに意義がある。

最終的には、受診体制を整備し、夜間休日診療を行うことを目指すべきである。そのためには各医療機関、医療従事者が地域における責任性を自覚し活動できるよう、各地域にお

ける実情を考慮して、今回報告したようなネットワークを機能させ、双方向の情報、意見交換をすすめ、従事者が所属にとらわれず関与できる役割、機会を用意すると同時に、その活動を支える補償、支援体制(費用面、人的支援)を整えることを期待している。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・取得状況(予定を含む)

なし

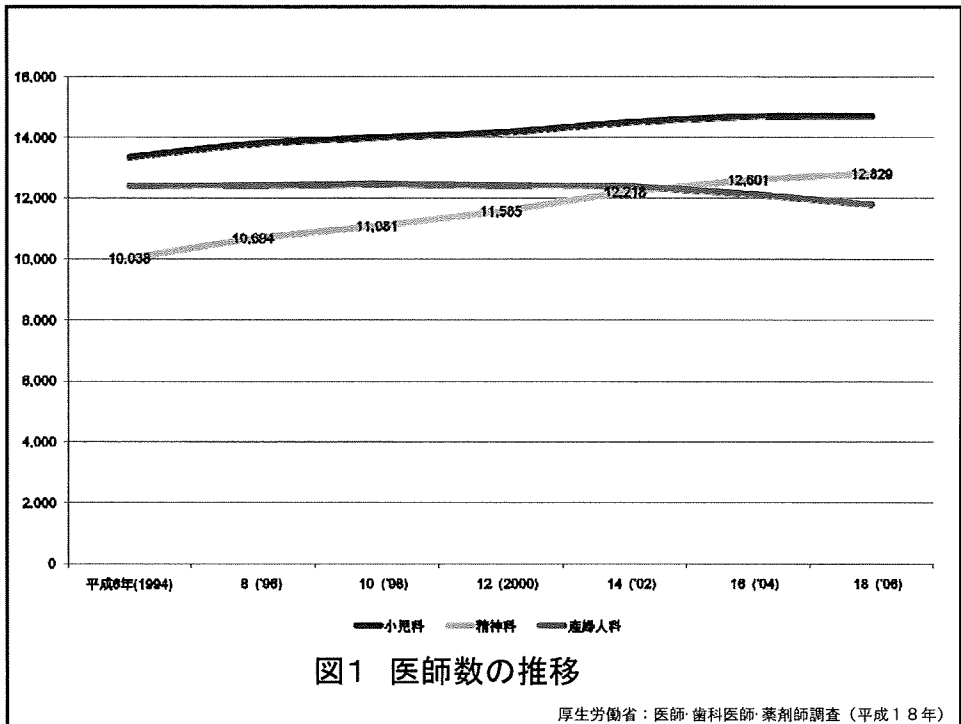


図1 医師数の推移

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）

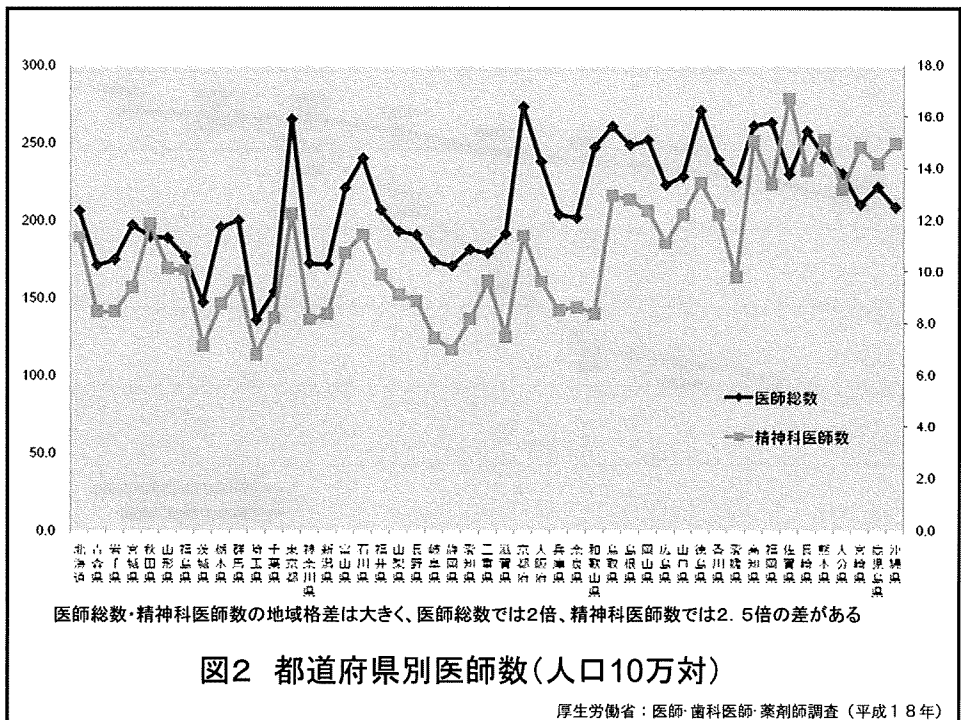
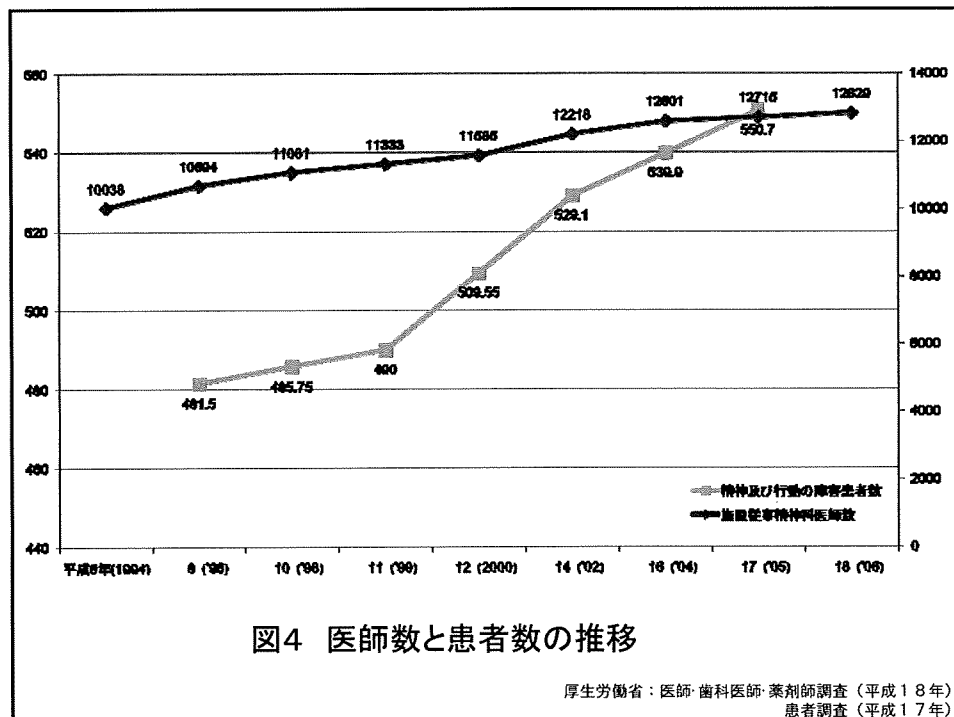
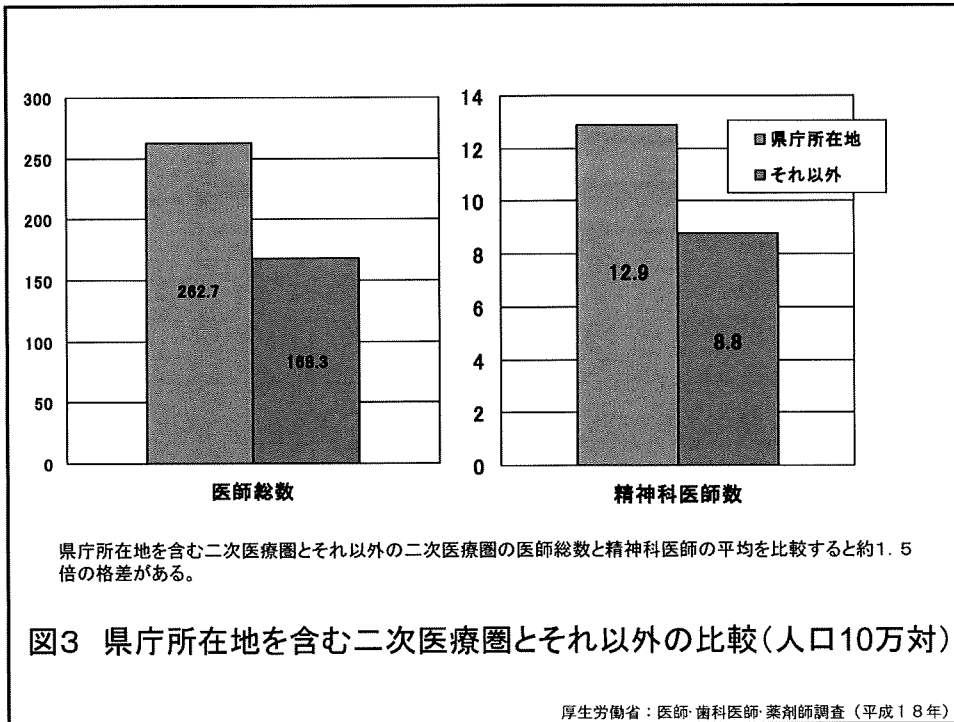
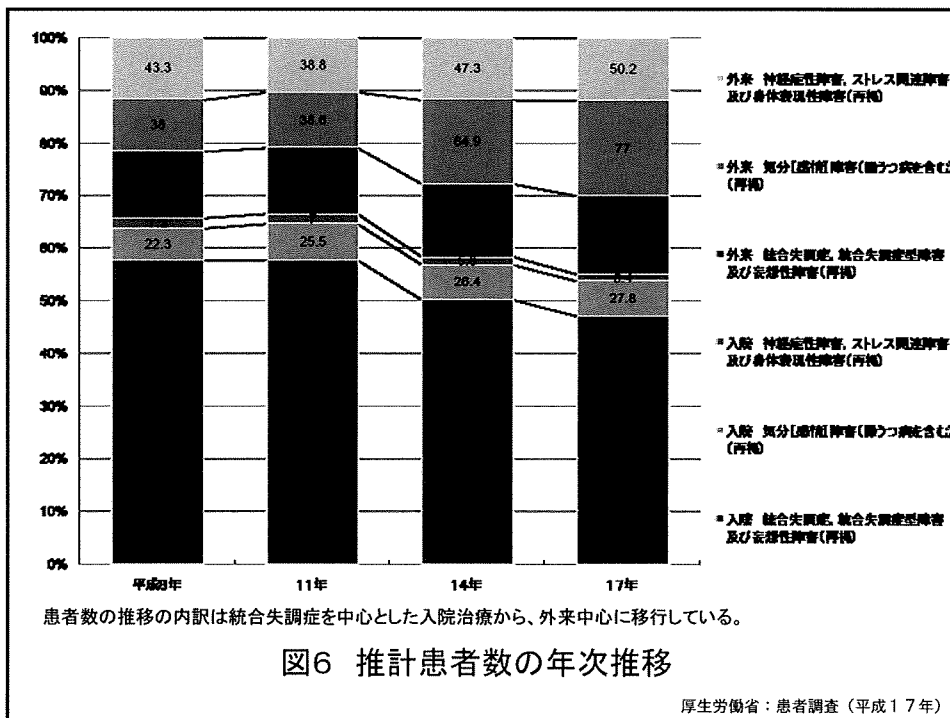
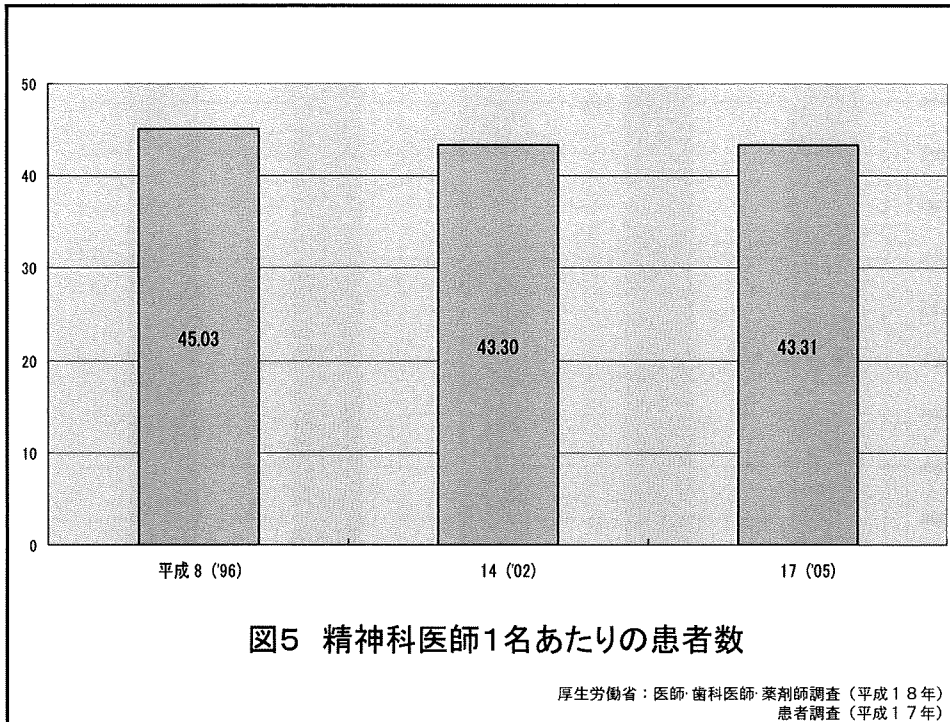


図2 都道府県別医師数(人口10万対)

厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査（平成18年）





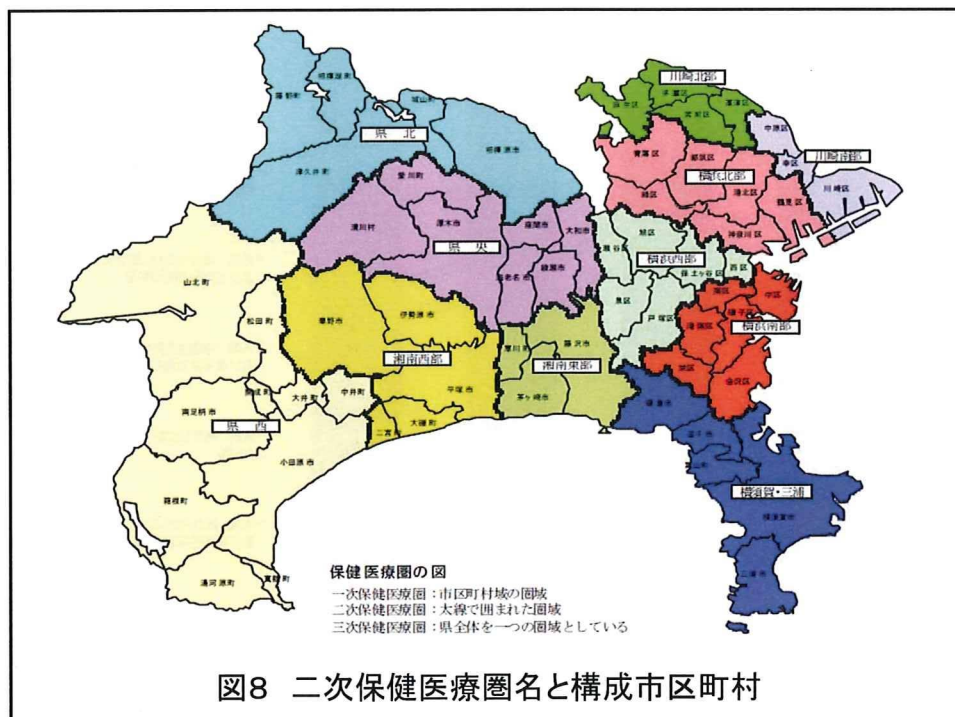
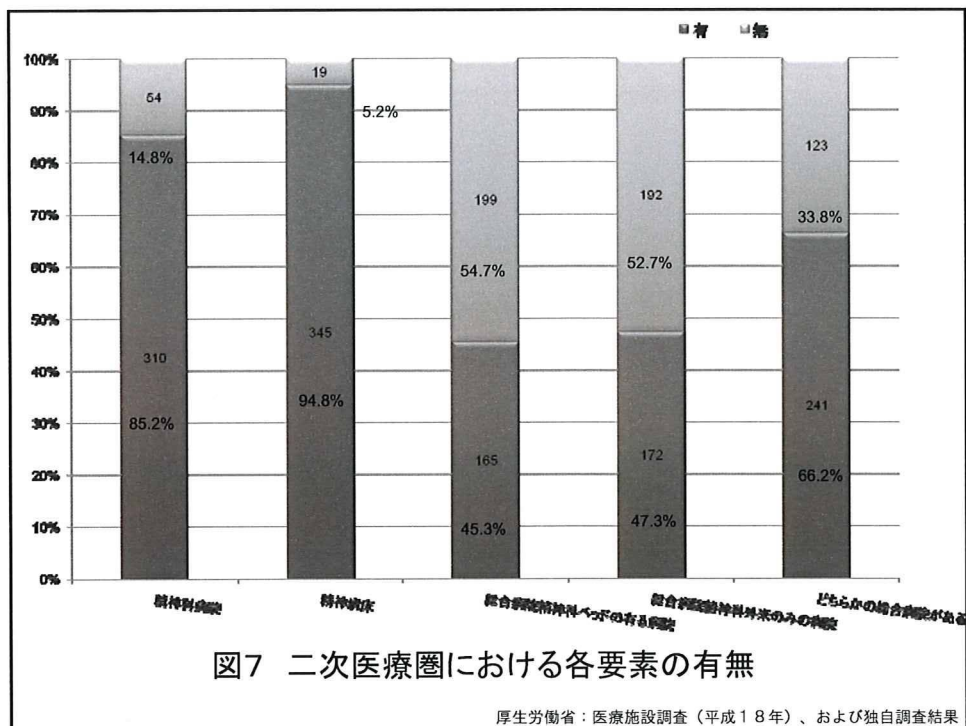
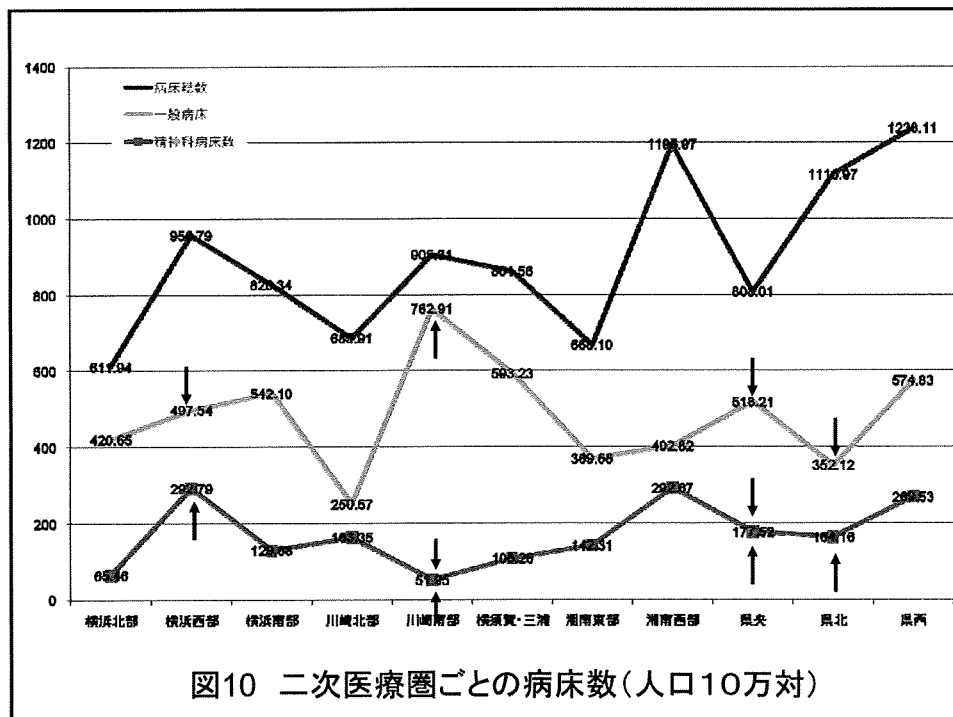
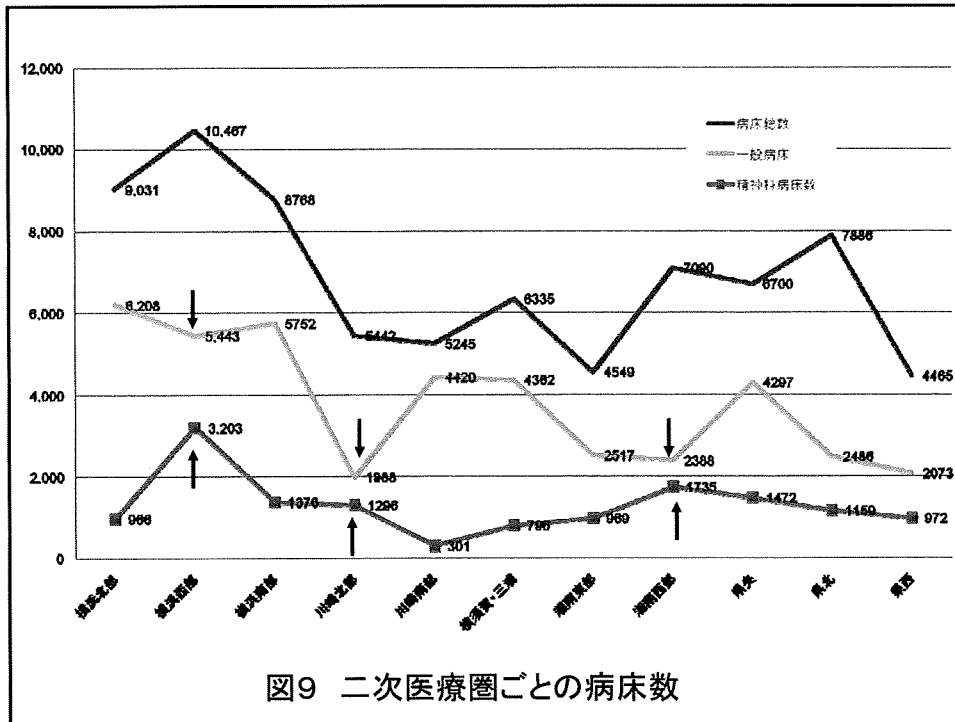


表1 二次保健医療圏名と構成市区町村

二次保健医療圏名	市区町村
横浜市北部	鶴見区、神奈川区、港北区、緑区、青葉区、都筑区
横浜市西部	西区、保土ヶ谷区、旭区、戸塚区、泉区、瀬谷区
横浜市南部	中区、南区、港南区、磯子区、金沢区、栄区
川崎市北部	高津区、宮前区、多摩区、麻生区
川崎市南部	川崎区、幸区、中原区
横須賀三浦	横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
湘南東部	藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町
湘南西部	平塚市、秦野市、伊勢原市、大磯町、二宮町
県央	厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村
県北	相模原市、城山町、津久井町、相模湖町、藤野町
県西	小田原市、南足柄市、中井町、大井町、松田町、山北町、開成町、箱根町、真鶴町、湯河原町
計（11圏域）	（19市17町1村）

表2 二次保健医療圏の概要

二次保健医療圏名	人口 (H18.12.31)	基準病床数	一般および療養 病床	精神病床数
横浜市北部	1,460,399	8,294	7,727	916
横浜市西部	1,086,780	7,546	7,352	3117
横浜市南部	1,059,618	6,480	6,982	1431
川崎市北部	780,027	4,187	3,745	1220
川崎市南部	566,553	3,629	5,126	248
横須賀三浦	735,202	5,498	5,336	966
湘南東部	675,841	3,810	3,650	969
湘南西部	592,491	4,402	5,181	1704
県央	826,403	5,430	5,343	1553
県北	703,957	5,857	6,675	1187
県西	360,895	2,855	3,390	954
計（11圏域）	8,848,166	57,988	60,507	14265



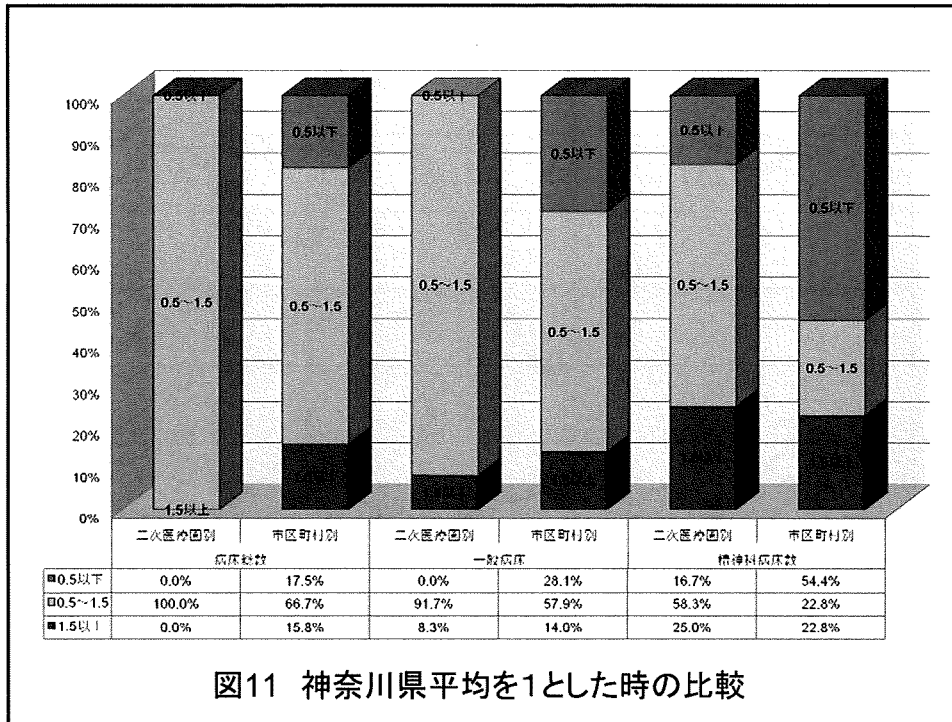


図11 神奈川県平均を1とした時の比較

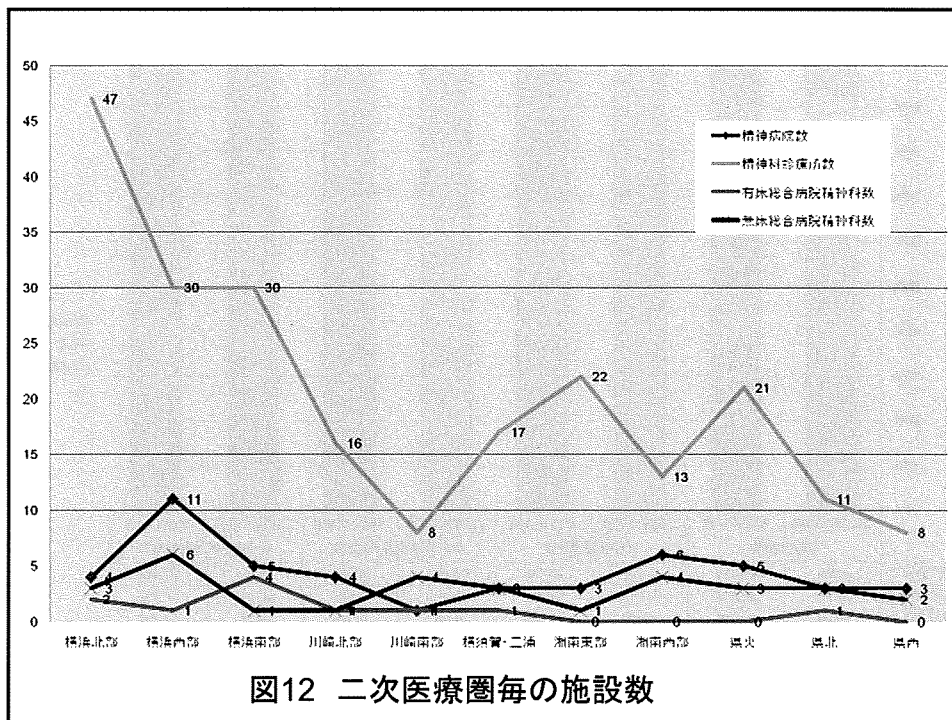


図12 二次医療圏毎の施設数

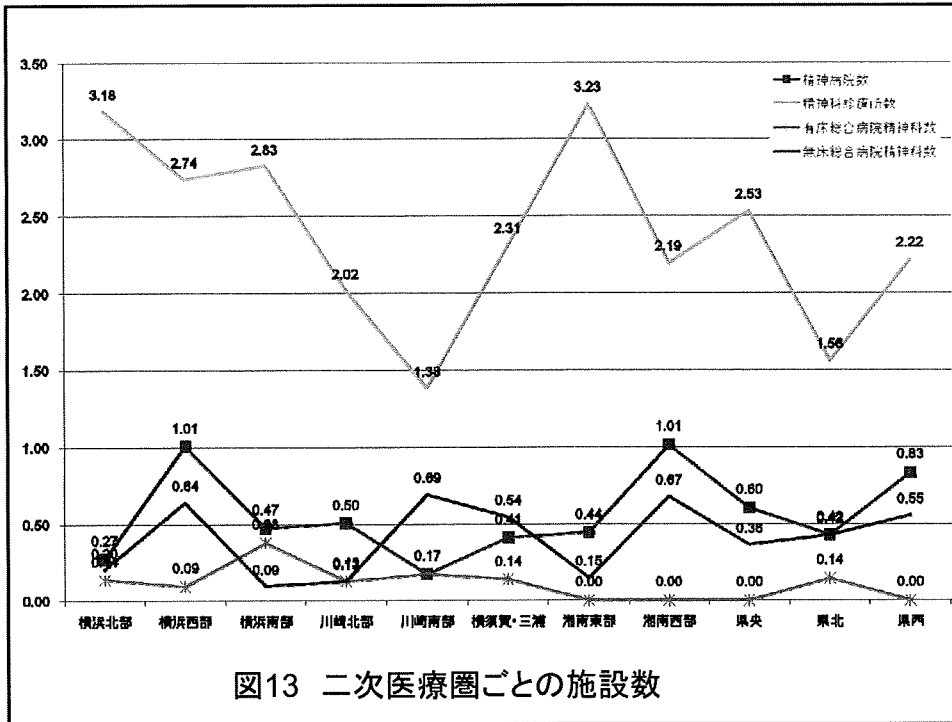


図13 二次医療圏ごとの施設数

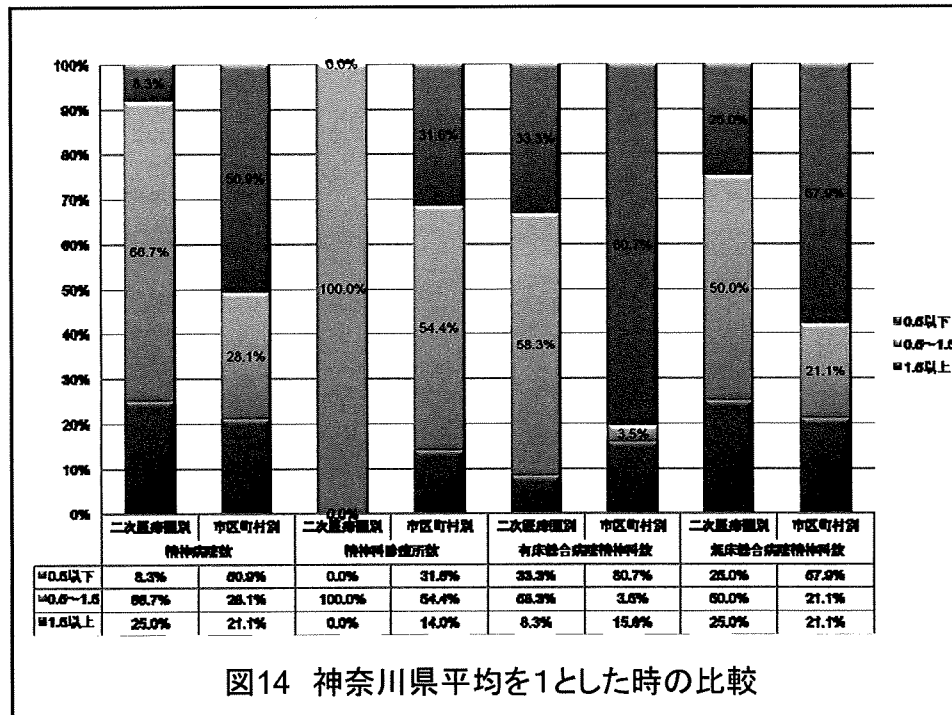


図14 神奈川県平均を1とした時の比較

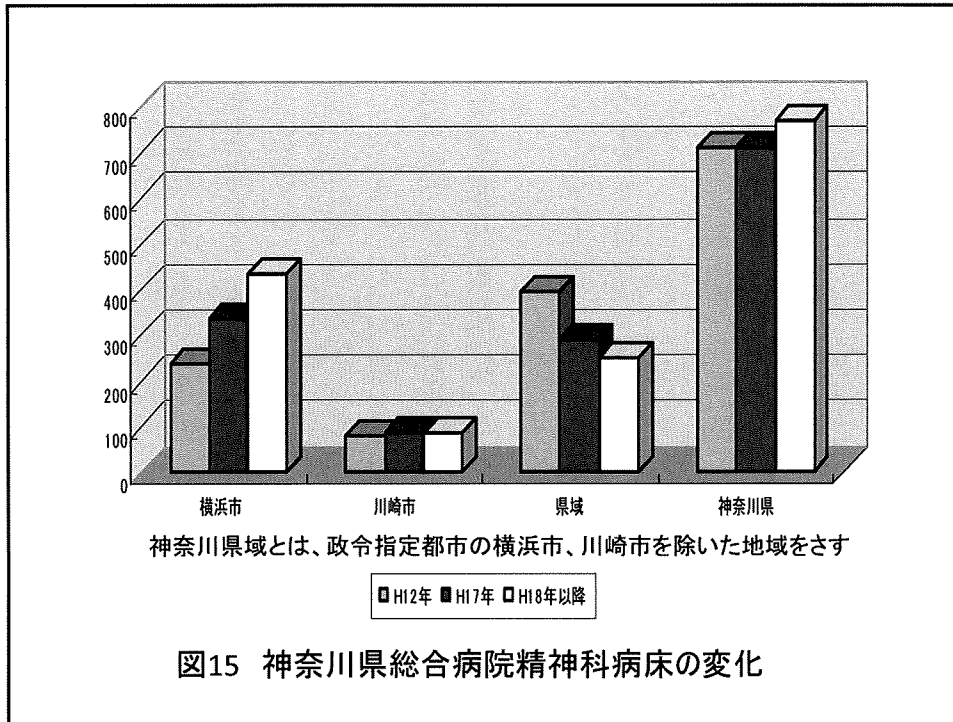


図15 神奈川県総合病院精神科病床の変化

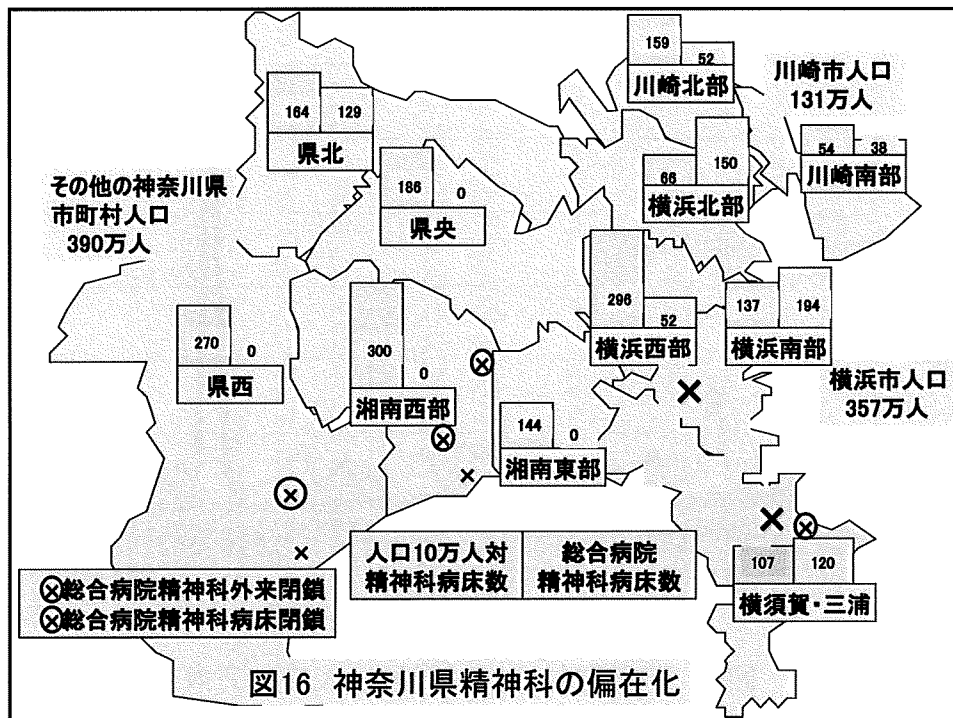


図16 神奈川県精神科の偏在化

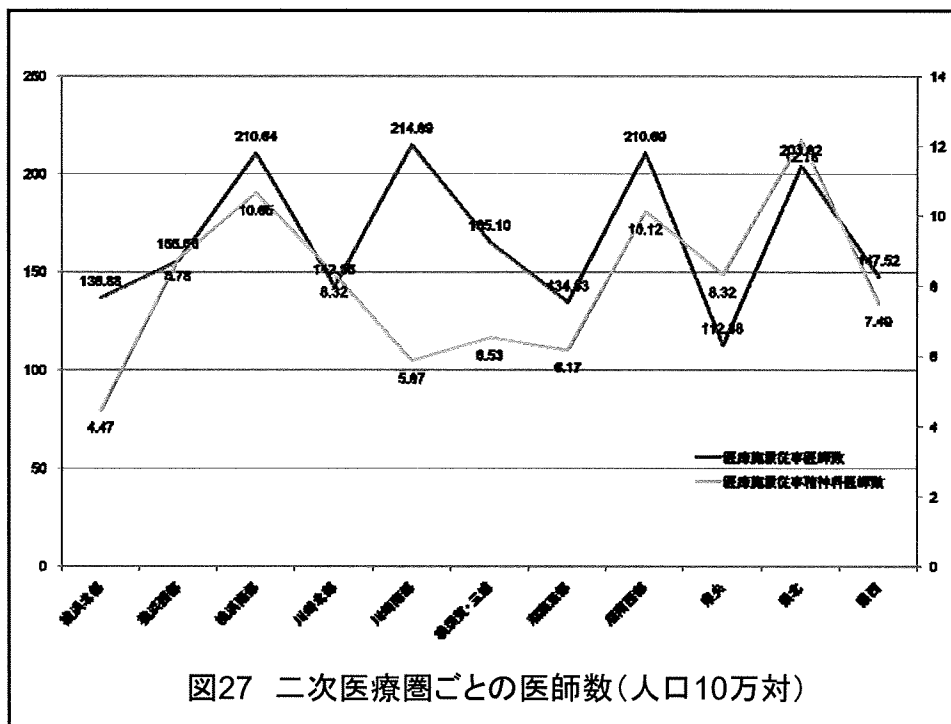


表3 二次医療圏別人口・精神科医師数のまとめ

	全体	横浜北部	横浜西部	横浜南部	川崎北部	川崎南部	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県北	県西
人口	平均	213,612	245,966	182,329	176,844	198,351	193,119	147,059	226,963	118,564	118,457	36,083
	最大	706,018	321,623	269,946	221,528	212,291	220,468	421,662	402,490	260,439	225,021	198,847
	最小	3,534	173,757	88,781	124,510	161,602	147,574	32,000	47,584	29,687	3,534	706,018
精神科医師数	平均	19	11	16	19	17	11	10	14	12	10	86
	最大	86	15	37	40	30	12	33	29	22	33	86
	最小	0	3	1	3	7	11	1	6	0	1	86
人口10万人あたりの精神科医師数	平均	9.2	4.6	8.0	10.0	8.1	6.0	6.9	7.6	7.8	25.3	12.2
	最大	141.5	8.0	14.9	18.1	14.1	7.5	18.2	12.6	18.8	141.5	12.2
	最小	0.0	1.7	0.6	2.4	4.3	5.2	3.1	3.0	0.0	1.2	12.2

各二次医療圏の市区町村における最大値・最小値を表示した

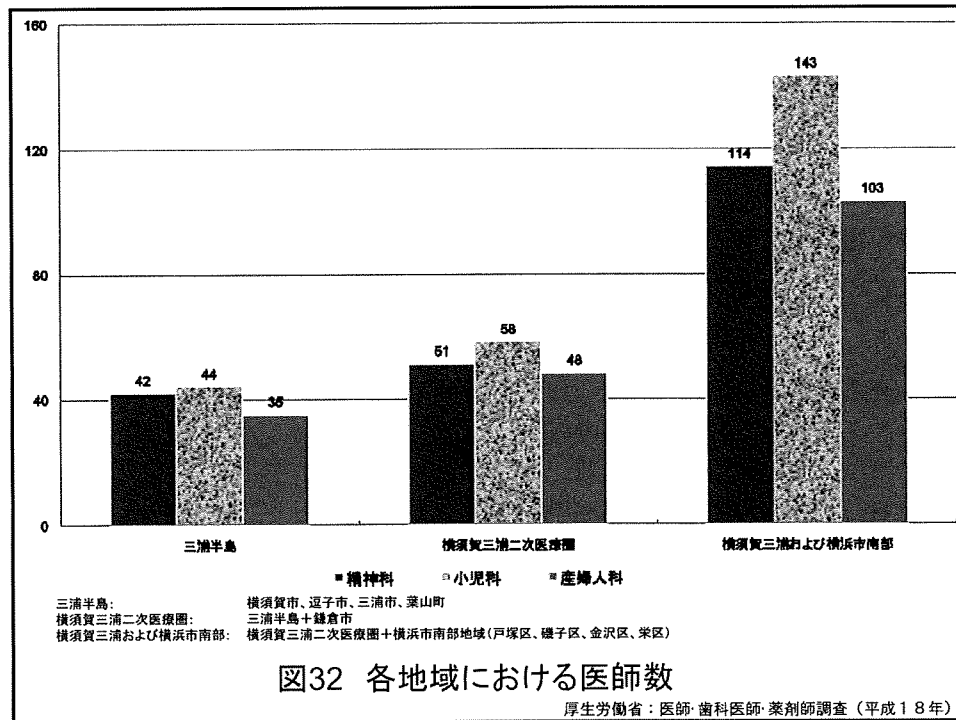
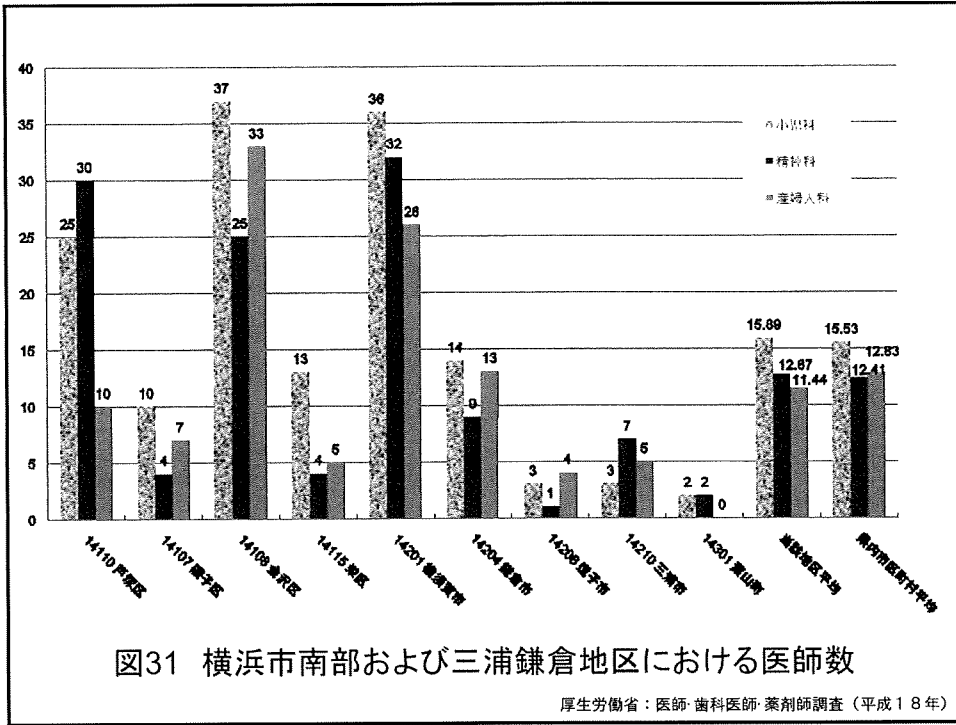


表8 受診体制・医療圏についてのヒアリング調査

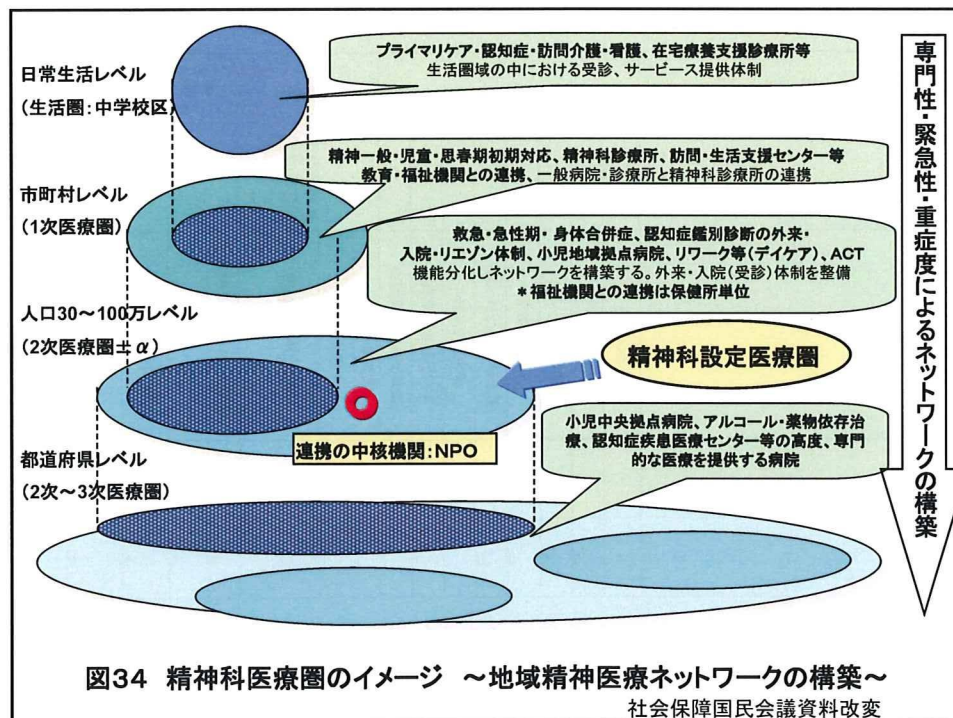
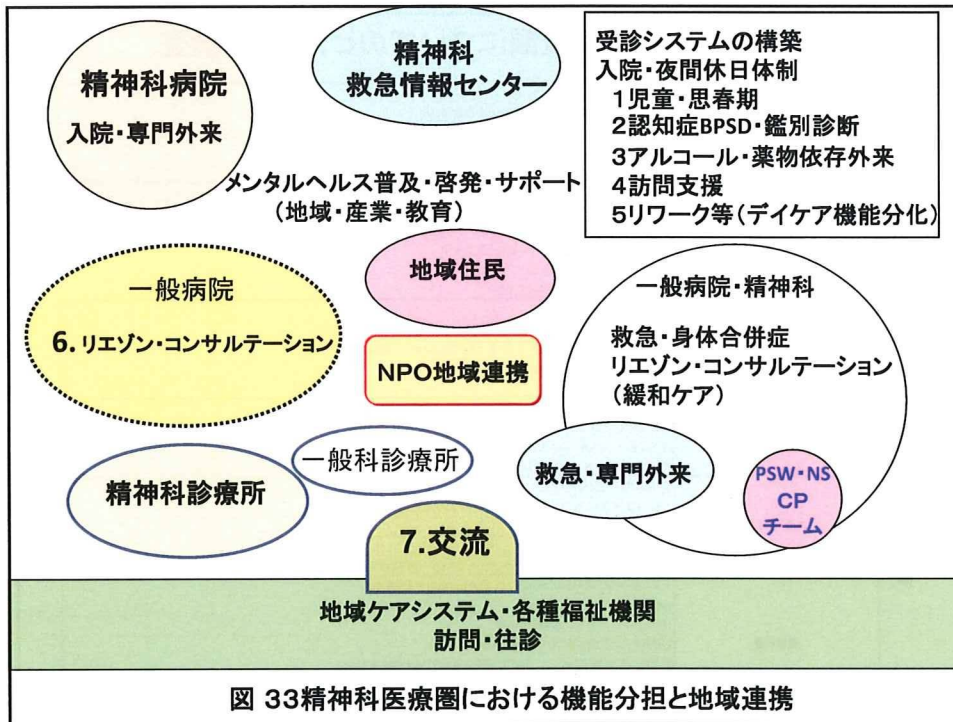
		回答
受診体制	一般医療者(診療所医師、病院勤務医)	すぐに診察してもらえない。 救急受診先、夜間の対応、救急システムがわかりにくい。 自傷行為や急性薬物中毒に対応してもらえない(院内の精神科医に対して)。 うつ、希死念慮、せん妄、統合失調症への対応に苦慮したが相談先がなかった。 多量に薬物を処方しておきながら責任を持たない(診療所に対して)。
	行政・保健所	すぐに初診を受け入れる施設が見つからない。 身体合併症医療に対応できる施設が不足している。 初回入院、初発はなるべく連携のとれる近隣の施設に依頼する。 協力が得られる施設と得られない施設の差が大きい。 認知症併発入院施設の不足 児童・思春期ケースの受診施設の不足
	精神科医	システムが明確ではない。 福祉と医療の乖離があり、障害者自立支援法以降の事情を理解できていない。 連携先の施設は、特例により選んでいる。受けてもらいやすい病院がある。 夕方、夜間にかけての入院施設を探すのが苦労する。 地域の連携の食はあ。
医療圏	一般医療者(診療所医師、病院勤務医)	医療圏を意識することはない。 地域連携は必要である。 地域連携は、病院側からみるとどのようなメリットがあるのか不明である。 連携先の施設は個人的なつながりや地域における基幹病院になる。
	行政・保健所	受け皿になる施設が不足している。 ケース毎に連携先は、考えるが受けてもらいやすいところは確保している。 医療圏域を意識することはない。 地域連携は必要である。 緊急時は遠方の施設まで入院依頼をしていくことになり、その後の戻り方が遅くなる。
	精神科医	一人ひとりの診療に時間がかかるので、緊急は制限せざるを得ない。 疾病構造の変化により対応が困難。 業務が多い、日中の外来診療で手一杯。 診療所からの直轄体制ではなく、専任的な紹介がある。 緊急時に精神科医がいること、隔離室、個室を確保することが困難である。 神奈川県精神科診療所の調査(現在分析中)では、随時受け入れは25%で、2週間以内に受け入れられている施設が70%である。 カンファレンスが、費やす時間が膨大であり、現実的ではない。

精神科医療における問題点について(横浜市、神奈川県医療・保健従事者に対するヒアリング調査から自由記載)

精神科医療機関一覧(病院)	対応する分野																
	積極的対応1、対応2、事情に応じて対応3、対応しない4																
	有 は 1	無 は 0										1. CT 2. MRI 3. spect 4. PET 5. 脳波					
医療機関			病床の有無	デイケアの有無	リワークの有無	往診の有無	カウンセリングの有無	リエゾンの有無	医療相談業務の有無	夜間休日診療の有無	①児童・思春期	②認知症	認知症診断の範囲 ②-1	③薬物アルコール依存	④うつ	⑤産業メンタルヘルス	⑥摂食障害
〇〇病院	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1,2,5	3	1	1	3			
〇〇病院	0	0	0	0	0	1	1	1	3	1,2,3,5	4	1	1	3			

表9 精神科医療機関情報

ホームページ掲載の一部



厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

平成 19～平成 21 年度総合分担研究報告書

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究

（研究代表者 宮岡 等）

精神科救急医療における医療機関間、および地域ケア連携に関する研究

研究分担者 澤 温 医療法人北斗会 ほくとクリニック病院理事長・院長

研究要旨

精神科救急医療における医療機関間、および地域ケア連携に関する検討を行うため、平成 19 年度は民間病院とそれと連携する診療所へのアンケート調査、平成 20 年度は精神科病床を有するいわゆる総合病院とそれと連携する診療所へのアンケート調査、平成 21 年度は精神科救急患者の救急身体合併症への対応についてのアンケート調査を実施した。精神科救急を行うことの必要性は精神科病院、診療所、総合病院精神科でも感じているが、精神科病院に比して、診療所も総合病院もできたらしたくないという意見が多い。その理由は理念の欠如というより、日中の業務で精一杯というのと同時に、精神科救急をしなくても成り立っていることも多い。さらに根本的には、精神科救急に精神保健指定医が必須であるが十分でないことが大きく関係していると考えられる。精神科救急において見られる身体合併症において発生件数は少ないが、予後などにおいて重要な要素を含んでいる。精神科救急・合併症入院料の基準が出来たがそれは急を要する現場では役に立たず、二次救急医療機関との連携をさらに密にする新たな仕組みが必要であると考えられた。

A. 平成 19 年度：民間病院とそれと連携する診療所へのアンケート調査より

研究協力者

新貝 憲利 成増厚生病院

佐久間 啓 あさかホスピタル

全国の民間精神科病院（210 ヶ所に調査票を送り、68 ヶ所から回収一回収率は 32%）とそれに連携する精神科診療所（回収は 112 ヶ所）について、①地域サポートにかかわるサービスについての施設調査、②救急医療への参画状況、③救急医療への意識調査を行った。デイケアの有無について病院が 94.1% 施行していたのに対し、診療所は 27.7% と少なかった。訪問看護の有無については、病院では 91.2% の施設が施行しているが、診療所では 19.6% にとどまった。しかし病院でも 24 時間施行しているのは 5.9% のみで、診療所では 24 時間施行している施設は無かった。「夜間休日における病院の救急体制の有無」につい

て、システムとしての夜間休日の救急に病院で 19.1%、診療所では 89% が参画しておらず、病院とほぼ逆転していた。診療所で夜間（17 時以降）時間内診療として開所している施設が 72% もあり、疾患や障害を持ちながらも仕事を続ける人をサポートしているという点ではかなり高く評価できるが、20 時以降の開所は 1 ヶ所であり、ここにニーズがあれば輪番が組まれることが期待される。

調査期間（2007 年 10 月 1 日から 90 日間で、調査時間帯は、平日 17:00 から翌日 9:00 および日曜祝日は 9:00 から翌朝 9:00 まで）内の外来のみの受診者について、病院は総数では一日一施設当たりでは 2.5 人で、外来のみの受診者がその内の 95.9% を占め、ほとんどが一次医療で、しかもその内自院通院中の患者に対応したのが 69.0% を占め、フリーアクセスでコンビニ的なニーズへも対応している。しかし外来受診後入院となった患者は一日一施設当たりでは 0.1 人で、しかも自院通

院中が 52.3%であることは自院責任制を守っている点は高く評価されるが、初診者が入院してくるのは 20 日に 1 人で、都会でのデータと異なり今後検討する必要がある。

精神科医数（初期研修者を除く）については、病院では 1 病院当たりでは 11.4 人で、指定医数は 1 病院当たりでは 7.7 人（常勤は 5.3 人）であったが、当直可能な指定医となると一病院当たりでは 5.0 人（輪番では少なくとも週 4～5 回は可能であると考えられる）で、24 時間、365 日のサービスは一部の医療機関しかできず、輪番制を否定することはできない。診療所において、精神科医数は 1 施設当たりでは 2 人で、指定医数は 1 施設当たりでは 1.5 人（常勤では 1.0 人）で、当直可能な指定医となると一施設当たりでは 0.3 人であることから、一定の頻度で輪番を組むこともできず診療所での輪番は意味を成さない。

精神科救急医療において、病院経営者において、できたらやりたくないは、7%に留まったが、医師と看護師は 29%、12%であった。診療所では、経営者で、「夜間・休日ともできるようになるべき」と「望ましいが難しい」といった前向きな考えは 76%であるが、「必要なし」が 15%を占めており、医師と看護師は積極的に行って行きたい、必要ならやってもよい、条件を整えばやってもよいがそれぞれ 56%、37%で病院とは逆の関係がみられた。

B. 平成 20 年度：精神科病床を有するいわゆる総合病院とそれと連携する診療所へのアンケート調査より

研究協力者

吉田 佳郎 大阪赤十字病院精神科

全国の精神科病床を有するいわゆる総合病院に 2007 年度と同様の調査票を送り（263 ケ所）、そこから各施設と関係する診療所 5 ケ所に診療所用調査票を送ってもらい、①地域サポートにかかわるサービスについての施設調査、②救急医療への参画状況、③救急医療への意識調査を行った。病院（263 ケ所）、診

療所（1315 ケ所）から回答を得た。

デイケアの有無については、総合病院精神科では 45%が施行しており、昨年の民間病院 94.1%とは大きく異なっていたが今回調査した診療所では 21%であり、総合病院が社会復帰、地域ケアに努力している様子が見ええた。診療所での開設頻度は週 5 日が 44%と最も多く、次いで 4 日と 6 日が各 4 施設各 16%であったがこれは総合病院の頻度と類似していた。訪問看護の有無については、総合病院の 35%で行われていたが、24 時間施行しているのは 1 施設で 0.2%であった。これは民間病院でそれぞれ 91.2%、5.9%であったの比べると大きく異なっていた。診療所で訪問看護をしているのは 18%で総合病院より少なかったが、これも近隣の訪問看護ステーションとどのように連携をとっているかわからない。夜間休日における各病院の救急体制の有無については、夜間休日の救急に総合病院が参画していないのは 47%で、民間病院で 19.1%であったのと異なっていた。また自院通院患者についても全くしていない病院は 11%で民間病院が 2.9%であったのと異なっていた。一方システムに参画している病院は 53%であり民間病院の 80.9%より少なかったが、毎日していると答えた病院が 35%にのぼり、献身的に行っている姿が明らかとなった。精神科診療所についての調査では、1 次システムに入っていないところは 83%に上り、昨年は 76%であり大きな違いは無かった。調査期間内の外来のみの受診者については、総合病院の、一日一施設当たりでは 0.5 人で民間病院で 2.5 人であったのと大きく異なっていた。

外来のみの受診者は総数の 90%で、外来のみ受診者のうち他病院通院中、他診療所通院中の患者はいずれも外来のみの受診者の 0.2%で民間病院での 8.9%、1.8%と大きく異なっていた。精神科診療所について調査時間帯の外来受診者の通院先別内訳を見ると、自院通院中患者が 69%を占め、他病院通院患者、他診療所通院患者あわせても 1%で全くの初診は 9%であったが、昨年とほぼ同様と考え