

容は、「厚生労働省令」に委ねられている。では、疾病系に関する「厚生労働省令」の記述は医療法施行規則（昭和23年11月5日厚生省令第50号）では、医療法第34条の4第2項第4号の厚生労働省令で定める疾病として、医療法施行規則第30条の28で、「医療法第30条の4第2項第4号に規定する厚生労働省令で定める疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病とする。」と示されている。

このように事業系は医療法という法律でその具体的な内容を定めているが、疾病系は厚生労働省令に定めている。法律の改正は、国会での審議および承認が必要であるため、相当な時間を要する作業になってしまう。一方、省令の改正は行政権を行使することによる変更が可能であることから、短時間の作業で変更することができる。こうした理由から、精神科医療は旧来の4疾病5事業すべての分野に関わるものの、国会決議が必要となる法改正という手段ではなく、厚生労働省のみで改正可能な省令改正を通じて5つ目の疾病に加えられたものと考えられる。

ただ、精神医療は、予防的な観点から介護・福祉に至るまでの問題として、その時系列の間にある精神科救急の問題、あるいは、かかりつけ医的な機能としての精神科のこととか、身体的な合併症、いわゆる高齢化に伴う問題、周産期の母親の精神的問題とか小児の精神・心理の問題、また災害に伴う問題などなど、現行の医療計画の4疾病5事業のすべてに密接に絡んでいる。

疾病系に位置づけされたことで、精神疾患の病気としての部分しか検討しないなど、精神科医療を非常に狭く捉えてしまうことが危惧される。現実には、精神科医療は、5つの事業系とも、福祉・介護の領域とも、さらにはその他の4疾病とも関係している。医療計画において、身体合併症とか救急に関すること、またそれらを超えて予防から介護・福祉に至るまでの体系を考慮することが不可欠である。医療計画の枠組みからはみ出す他計画との境界領域は、たとえば老人福祉計画とか介護事業計画、健康増進計画ともうまくリンクさせて、包括的な内容の施策を展開していく必要がある。

地域の精神医療の問題を様々な角度から検討してきた。精神科救急と生活習慣病等の身体合併症の問題、そして精神医療の受け皿であり、また時として医療と協働で対処すべき存在である“福祉”や“介護”に至る事項まで、解決を要する課題は山積している。

本研究の成果として報告書の中で、地域精神医療の実態を明らかにし、具体的な解決方を提示することができたものと考えている。今後、本研究は、新たに医療計画に位置づけされた精神科医療の推進と精神科医療提供体制の質的向上の方策を考える際の基礎資料として利用されれば幸いである。

F. 発表

1. 論文発表

今後発表の予定あり

2. 学会発表

島陽一、河原和夫. 将来推計人口からみた精神疾患患者数の将来予測.

第24回日本総合病院精神医学会総会. 2011年11月25、26日. 福岡市.

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

なし

研究分担報告

研究分担者：伊藤弘人

国立精神・神経医療研究センター

研究分担報告書

精神医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所社会精神保健研究部部长

研究要旨：医療法に基づき各都道府県が策定する平成 25 年度からの医療計画において、精神疾患を 5 疾病目（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）とすることになった。本研究の目的は、医療計画の指針の改定に資するために、（1）医療体制イメージの素案を作成し、（2）精神科地域連携クリティカルパスをモデル地区で開発するとともに、（3）精神科医療において国際的に用いられている指標を整理することである。**研究方法**：（1）専門家との意見交換に基づいて精神疾患の医療計画案を作成した。（2）長野県東信地域を地域連携モデル地域として、精神科地域連携会議の設立・運営を支援するとともに、認知症に関する精神科地域連携クリティカルパスの初案を共同開発した。（3）国際機関等での精神保健医療の評価指標を整理した。**結果**：（1）予防・アクセス改善・精神科治療・社会復帰の病期ごとによる医療体制イメージを作成した。精神疾患の診断および治療方針を初期に行う「初期評価」が重要であることが認識された。（2）患者・家族に情報を集約する患者手帳の形式による精神科地域連携クリティカルパスを開発した。（3）WHO、OECD および精神科医療の質評価指標フレームワーク開発グループの指標を整理した。予期せぬ再入院率は複数の組織で指標として採用されていた。**まとめ**：本研究成果の一部は「医療計画の見直し等に関する検討会」における参考資料となった。

| 研究協力者氏名 | 所属施設名及び職名 |
|---------|-----------------|
| 大石 智 | 北里大学東病院精神科助教 |
| 伊澤 敏 | 佐久総合病院院長 |
| 下村裕見子 | 東京女子医科大学病院係長 |
| 藤原修一郎 | 金沢文庫エールクリニック院長 |
| 武藤正樹 | 国際医療福祉大学大学院教授 |
| 山田明美 | 佐久総合病院 副看護部長兼室長 |
| 吉邨善孝 | 横浜市東部病院精神科 医師 |
| 依田尚美 | 佐久総合病院 看護師長 |

心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）とすることが、平成 23 年 12 月に示された。具体的にどのような医療体制がめざすのか、また地域連携の具体例となる精神科地域連携クリティカルパスは作成できるのか、さらに地域医療計画の評価指標には何か考えられるのか。すでに先行している 4 疾病（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病）および医療計画全体の見直しに整合性を持ちつつ、実現可能な検討と素案の作成が必要となる。本研究の目的は、医療計画の指針の

A. 研究目的

医療法に基づき各都道府県が策定する医療計画において、精神疾患を 5 疾病目（がん、急性

改定の検討に資するために、(1) 医療体制イメージの素案を作成し、(2) 精神科地域連携クリティカルパスをモデル地区で開発するとともに、(3) 精神科医療において国際的に用いられている指標を整理することである。

B. 研究方法

(1) 精神疾患の医療体制イメージの作成

先行する4疾病(がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん)の医療体制を参考に、専門家との意見交換を行いながら精神疾患の医療体制イメージを作成した。

(2) 精神疾患地域連携クリティカルパス

日本医療マネジメント学会においてこれまでの経過を発表するとともに、長野県東信地域をモデル地域として、精神科地域連携会議の発足を支援し、精神疾患地域連携クリティカルパスの開発を地域連携会議と共同で開発した。

平成23年

7月第1回東信地域精神科地域連携パス検討会

9月第2回検討会開催

10月第3回検討会開催

11月～平成24年1月

3グループ会議でフェーズごとのパスを開発

1月 第4回検討会開催

(3) 海外の指標

海外での指標に関してその概要をまとめた。対象はWHOおよびOECDである。なお精神科の指標の国際的フレームワーク開発を進めている「精神保健ケアの質の測定：国際共同IIMHLクリニカルリードプロジェクト」についての現在の状況も確認した。

(倫理面への配慮)

本研究は、専門家との意見交換による成果が

中心であり、患者・利用者へ調査を実施するものではない。しかし研究に実施に際しては倫理面へ配慮しながら進めた。

C. 研究結果(資料参照)

(1) 精神疾患医療体制イメージ

精神疾患の医療体制を図1に示す。予防・アクセス改善・精神科治療・社会復帰の病期ごとに医療体制を構築する必要があると考えられた。特に精神疾患の診断および治療方針を初期に行う「初期評価」が重要であることが認識された。また精神疾患が慢性的経過をたどるという特性から、障害福祉計画や介護保険計画と整合性をもちながら医療体制を検討する必要があることが明らかになった。

さらに、患者数が多いこと、またさまざまな病期の連携の必要性が高いことから精神疾患を整理したところ、(1) 身体科と精神科との連携を特徴とするうつ病と認知症、および(2) 精神保健医療福祉サービス間の連携を特徴とする統合失調症が、モデルとして早急な構築が必要な疾患であることが明らかになった(表1)。

(2) 精神科地域連携クリティカルパス

昨年度にワークショップにより作成された精神科地域連携クリティカルパスモデルを進め、長野県東信地域において、具体的に精神疾患地域連携会議の組織化に関与し、夏から月1回程度の頻度で会議を進めた。

10月の会議において、モデル的に認知症の地域連携クリティカルパスを開発することになった。そこでアクセス、入院治療、退院後ケアの3つの病期について3グループで個別に議論した。1月の会議で3グループの成果をもちより、地域連携クリティカルパスの初案を作成した

(参考資料参照)。そのポイントは図2に示されているように、(1)患者手帳という形式で情報を一元化していること、(2)どの時点からも使い始めることができること、(3)入院の有無を問わないこと、である。

(3) 海外の指標

WHOの指標を表2に、OECDの指標を表3に示す。OECDでは、統合失調症退院患者の計画されていない再入院率が例示として図示されていた。なお、WHO関係者への問い合わせの結果各国から集約を検討している指標の中で日本では収集困難な領域が存在していた。レセプトデータの活用等の検討が必要と考えられる。

- 向精神薬の費用(総費用、双極性障害、精神病、全般性不安障害、気分障害)
- 住民1人あたり1日投与量(全向精神薬、双極性障害、精神病)

「精神保健ケアの質の測定：国際共同 IIMHL クリニカルリードプロジェクト」は、ハロルド・アラン・ピンカス医師(Harold Alan Pincus, MD)が進めているプロジェクトであり、参加国で共通するパフォーマンス・アウトカム指標のフレームワークを作り、それをメンタルヘルスの向上に当てはめるフェーズ2を進めている。現段階で提案されている大項目は次の通りである。

- 根拠に基づいた薬物治療
- 根拠に基づいた社会心理的介入
- 物質使用(薬物・アルコール)
- 継続性とケアのコーディネート
- アクセス
- 効率性
- 患者安全
- 法的側面
- アウトカム測定
- リカバリー

D. 考察

本分担研究では、医療計画上に精神疾患が加わる場合の精神疾患医療体制のイメージ案を作成するとともに、精神科地域連携クリティカルパスを認知症モデルで開発した。

これまで、地域で入院から地域ケアまでのさまざまなサービスを有している法人では、保健医療福祉複合体として、精神科地域連携モデルを形成してきた。これからの医療体制を検討する上で多くの示唆を得ることができるモデルといえる。

ただし、スタッフ間の連携や情報の共有は同一法人内においては比較的容易であったと考えられる。地域での精神疾患の医療体制を構築するためには、精神障害を有する地域住民が対象となる。異なる法人間や官民のサービス間、また医療施設のみならず保健施設、福祉施設や介護施設にわたる連携と情報共有が必要になる。

この課題を解決するためには、本分担研究を通じて3つのポイントがあることが指摘された。第1で最大のポイントは、地域連携会議の重要性である。広範囲な地域医療施設間での連携をするためには、だれがどのようなサービスを提供しているのか知り、必要なときに紹介・逆紹介を行える「顔の見える」連携体制が不可欠である。

第2は連携ツールとなる精神科地域連携クリティカルパスの開発である。本分担研究の検討では、診断・治療・ケア連携に関する情報を多施設で共有するために、「患者手帳」の形式の地域連携クリティカルパスを開発した。情報を患者・家族に一元化する「地域カルテ」ともいふべき形式となった。家族・介護者などの人間関係など、記載が難しい情報については工夫が必

要であるが、情報を共有するツールが基盤となった上で検討すべき課題と考えられる。なお、クリティカルパスが導入される場面はさまざまな施設が想定できるため、どこからでも開始することができるという観点でクリティカルパスを開発している。

第3は関係者の意識改革である。具体的には複数主治医制、目標および対象を意識する必要がある。(1)主治医は複数存在することになる。精神疾患を有する住民は精神科病院や診療所など複数の医療機関を病期に応じて利用する。また、高齢化に伴い精神疾患に加えて生活習慣病を併発・合併することは一般的であり、精神科と内科を併診することも多い。紹介・逆紹介後も並診が続くという意識が主治医には必要となると考えられる。(2)目標は、地域生活できる割合を多くすることになる。入院医療はそのための重要な役割を担う。退院後短期の「予期しなかった」再入院率を減らすことは、病院のみならず地域ケア職員にとっての目標となる。(3)精神疾患は幅広く対象数も多いため、地域医療体制における「対象者」を意識する必要がある。

ニーズの高い住民に焦点をあてた医療体制の構築が必要である。

E. 結論

本研究では、医療法改正の議論に資するため、精神疾患の医療体制のイメージを作成するとともに、実際に精神科地域連携クリティカルパスをモデル開発した。本研究成果の一部は「医療計画の見直し等に関する検討会」における参考資料となった。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

山田明美、依田尚美、下村裕見子、大石智、伊藤弘人、武藤正樹. 精神科地域連携クリティカルパスモデル開発. 日本医療マネジメント学会総会、2011

伊藤弘人. 精神科地域連携クリティカルパス：総論. 日精協誌 30: 1145-1150, 2011.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む） なし

図1. 精神疾患の医療体制(イメージ)

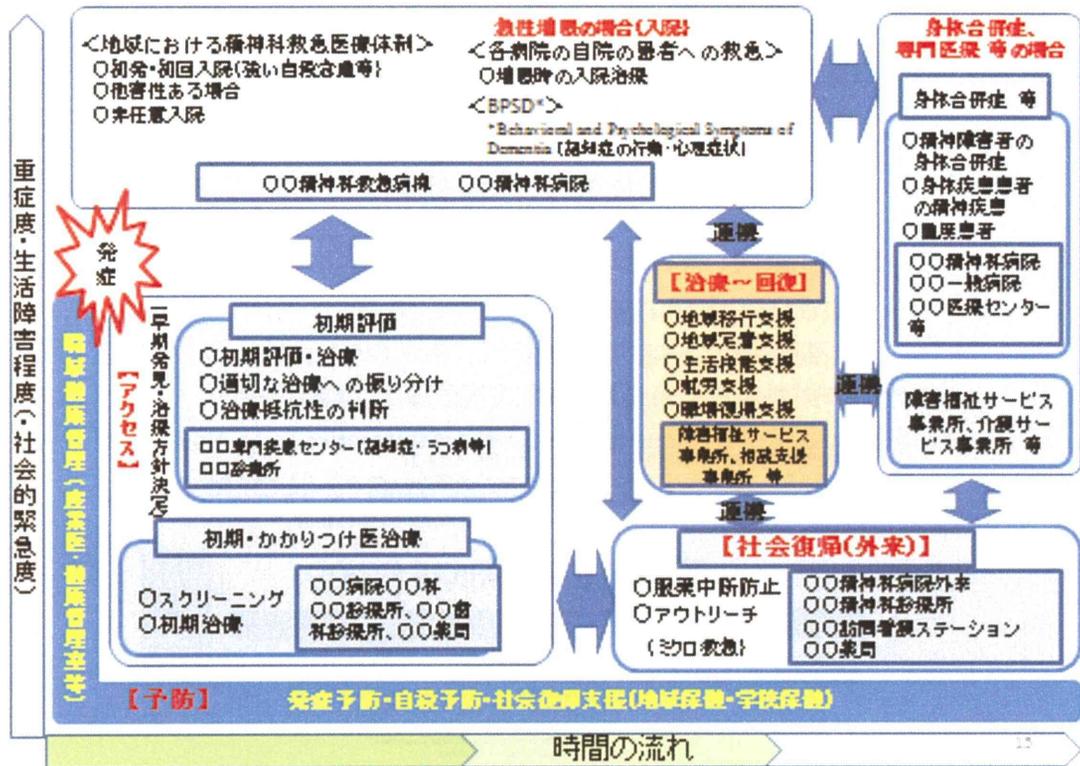


図2. 認知症連携パス フロー

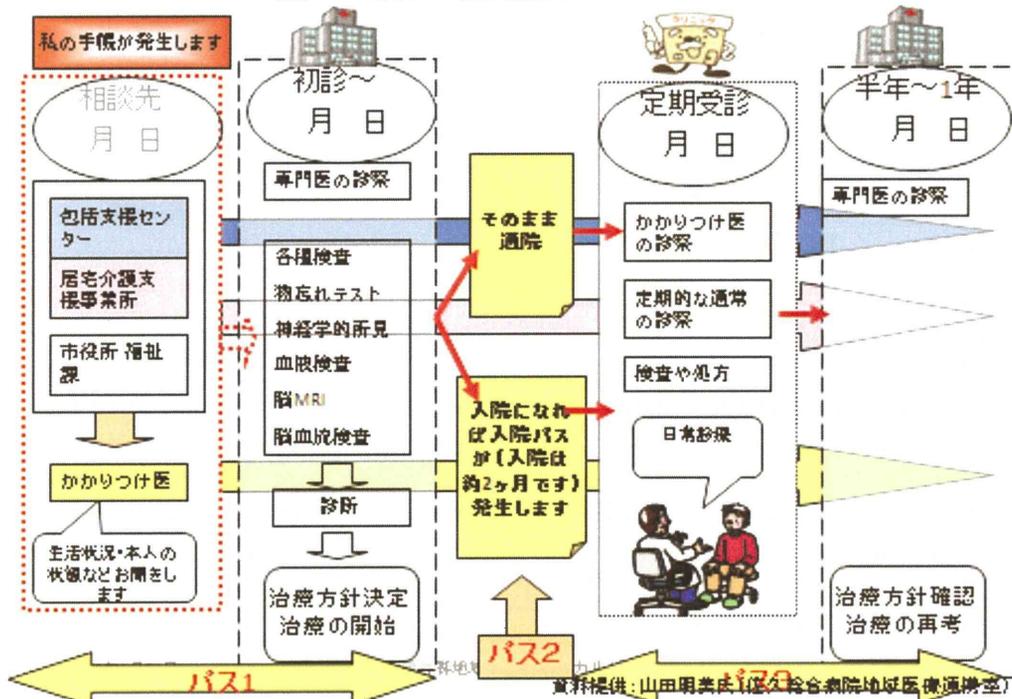


表1. 優先順位の高い対象

<横の連携(注1)>

- 精神科医療と身体科医療・他サービスとの連携
 - 認知症(すべての認知症ではない)
 - 身体疾患と精神疾患の合併・併存
 - 身体疾患患者で精神疾患(うつ等)を合併・併発(注2)
 - 精神疾患患者で身体疾患を合併・併発

<縦の連携(注1)>

- 精神科医療間の連携(特に統合失調症)
 - 高齢長期在院者の「地域移行」(多くは65歳以上)
 - 精神科救急・急性期医療と在宅医療との連携(注2)

注1: 精神科医療へのアクセスに対する抵抗感等が影響し、未発見や適切な治療が提供されていないことがあるため、予防・早期発見・早期治療にはさまざまな次元での連携が不可欠である。
 注2: 自殺予防対象は、保健行政上優先順位の高い対象である。医療計画の策定では、予防や普及啓発にも言及しつつ、かかりつけ医を受診する自殺念慮のある患者、精神科で治療中の自殺念慮の強い患者、救急部門へ搬送される自殺未遂者等、すでに医療との接点のある自殺ハイリスク患者を想定すると考えられる。

表2. WHO-AIMS (2009)

| 領域 | 指標 |
|---------------------|---|
| 政策と法的フレームワーク | 1.1: Mental health policy 1.2: Mental health plan 1.3: Mental health legislation 1.4: Monitoring human rights implementation 1.5: Financing of mental health service |
| メンタルヘルスサービス | 2.1: Organizational integration of services 2.2: Mental health outpatient facilities 2.3: Day treatment facilities 2.4: Community-based psychiatric inpatient units 2.5: Community residential facilities 2.6: Mental hospitals 2.7: Forensic inpatient units 2.8: Other residential facilities 2.9: Availability of psychosocial treatment in mental health facilities 2.10: Availability of psychotropic medicines 2.11: Equity of access to mental health services |
| かかりつけ医におけるメンタルヘルスケア | 3.1: Physician-based primary health care 3.2: Non-physician-based primary health care 3.3: Interaction with complementary/alternative/traditional practitioners |
| 人的資源 | 4.1: Number of human resources 4.2: Training professionals in mental health 4.3: Consumer associations and family associations 4.4: Activities of user/consumer associations and family associations and other NGOs involved in mental health |
| 住民教育と他領域との連携 | 5.1: Public education and awareness campaigns on mental health 5.2: Formal links with other sectors 5.3: Links with other sectors: activities |
| 評価と研究 | 6.1: Monitoring and mental health services 6.2: Mental health research |



http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/e



表3. OECD

| 領域 | 指標 |
|--------------|---|
| 継続性 | Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation Continuity of visits after hospitalisation for dual psychiatric/ substance related conditions Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates Continuity of visits after mental health-related hospitalisation |
| ケア・コーディネーション | Case management for severe psychiatric disorders |
| 治療 | Visits during acute phase treatment of depression Hospital readmissions for psychiatric patients Length of treatment for substance-related disorders Use of anti-cholinergic anti-depressant drugs among elderly patients Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase |
| 患者アウトカム | Mortality for persons with severe psychiatric disorders |

http://www.oecd.org/document/25/0,3746,en_2649_37407_37091033_1_1_1_3740700.html

精神科地域連携クリティカルパスモデル開発

～ワークショップに参加して～

佐久総合病院

地域医療連携室

山田明美、依田尚美、下村裕見子、大石智、伊藤弘人、武藤正樹

<精神科地域連携クリティカルパスモデル開発の趣旨>

厚生労働省では、2013年に改定される地域医療計画の4疾病5事業の5疾病目に精神科疾患を追加する検討を開始している。その背景には、精神疾患の患者数や高齢者の認知症の増加、また自殺者の背景として重要なうつ病など気分障害患者が平成20年に100万人を超えて、がんや糖尿病をしのぐ国民病ともいえる状況がある。

精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには一般医療と、精神科医療の連携、および地域連携の強化が必要である。そこで、地域連携クリティカルパスを整備する事を目的に、モデル開発のワークショップを平成23年2月に佐久地域で開催した。

<ワークショップの目的>

このワークショップへの参加者は、病院や診療所の医師やPSW、看護師などであった。参加者の所属する施設の取り組みなどを聞き、お互いに学び、精神科医療の現状や情報を共有した。

ワークショップでは、精神科医療における問題点や課題の洗い出しを行い、その解決方法の整理を行った。その上で2つの連携パスの試作を行った。有意義であると思われる連携パスが出来た一方で、基準をそろえる事や、同意を得る事、使ってもらえる連携パスになるのかなどの課題も見えてきた。また、このワークショップを通して情報の共有や連携が、精神疾患患者の医療提供体制を確保する上で重要である事を確認できたので報告する。

精神科地域連携クリティカルパス：総論*

伊藤 弘人

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長

Key Words** 地域連携パス、精神科

はじめに

「連携」という言葉は臨床で古くから使われてきたが、最近とくに見聞きするようになった。そもそも医療の機能分化が進むと、それぞれの機能をつなぐ必要があり、機能分化と連携はセットの考え方である。病床機能分化が語られるようになった1990年代、すでに病床機能の「連携」という考え方は内包されていたが、具体的な政策は分化する機能を具体化することに注力されてきたために、連携は各医療機関に一任されてきた。

近年「連携」という言葉がクローズアップされてきたことは、機能分化と連携というセットの施策が、新たな段階に入ったと考えることもできる。松下兼介氏（福山病院）の言葉を借りれば、医療機能を「統合」する時代を迎えているのかもしれない。

精神科関連診療報酬改定からみた地域連携（表1）

まず、精神科地域連携クリティカルパスに関連する精神科医療政策がどのように進められてきたのか、その背景を振り返る。病院と病院との連携は「病病連携」、病院と診療所との連携は「病診連携」といわれている。さらに訪問看護ステーションや障害福祉サービス、介護保険サービスなど、さまざまなサービスとの連携が、精神科医療において考えられる。

ただし、入院医療や各サービスの内容について

の政策や報酬は、これまで創設・改定がなされてきたものの、2つ以上のサービスの「地域連携」が評価され始めたのは、2000年代に入ってからと考えられる。その先鞭をつけたのは、2002年の緩和ケア診療加算で、精神医療従事経験のある精神科医が要件として盛り込まれた。身体科と精神科との連携を評価するユニークな内容である。その後、2008年には、自殺予防対策の一環で救命救急入院料の加算に精神保健指定医の関与が要件とされ、また、かかりつけ医の患者でうつ病等が疑われた際、精神科医を紹介する精神科医療連携加算などが創設された。地域連携は、身体科と精神科との横軸の連携（水平連携）から始まった。

2008年に入ると、精神科継続外来支援・指導料や精神科地域移行支援・実施加算が新設された。入院医療から外来医療へ、また長期在院患者の退院支援という縦軸の連携（垂直連携）についての加算が新設された。特定施設入居時等医学管理料は、いまだ精神科においてなじみのないものかもしれないが、今後関連してくる可能性を秘めたものである。

なお、精神科急性期治療病棟（1996年）や精神科救急入院料病棟（2002年）は、地域からの入院や地域への退院を要件としているという点で、地域連携の萌芽として解釈することもできるかもしれない。

地域医療計画のなかで地域連携パスが必要になる根拠

現在、精神科地域連携クリティカルパスが注目されている最大の理由は、下村裕見子氏（東京女子医科大学）が紹介している通り、医療法で定めている各都道府県が策定する地域医療計画のなかで、地域連携クリティカルパスの策定が求められているためである。2013年4月から、従来の4

* Integrated care pathway in community

** integrated care pathway in community, psychiatry

表1 地域連携に関する診療報酬新設の動向

| 新設年 | 診療報酬 | 1日あたり点数 |
|----------------------|---|--------------|
| 2002 | 緩和ケア診療加算（精神医療従事経験精神科医） | 400 |
| 2006 | 特定施設入居時等医学総合管理料 処方せん交付（在宅療養支援診療所・病院以外） | 3,000（1,500） |
| | 不交付（在宅療養支援診療所・病院以外） | 3,300（1,800） |
| 2008 | 精神科継続外来支援・指導料 | 55 |
| | 保健師等による支援の加算（1日につき） | 40 |
| | 救命救急入院料の加算 | 3,000 |
| | 認知症専門医療機関への紹介の加算（診療情報提供料） | 100 |
| | 精神科医連携加算（診療情報提供料） | 200 |
| | 精神科身体合併症管理加算（治療開始7日以内） | 350 |
| | 精神科地域移行支援加算（退院時） | 200 |
| 精神科地域移行実施加算（地域連携室必置） | 10 | |
| 2010 | 認知症専門医療機関連携加算（診療情報提供料） | 50 |
| | 総合入院体制加算（精神科の体制が要件） | 120 |

*点数は2010年4月改定時の診療報酬点数（作成：精神科医療政策・管理研究会）

疾病5事業に精神疾患が5疾病目に追加されることになると、精神科地域連携クリティカルパスの策定が必要になってくる可能性が高い。

そもそも4疾病5事業が医療計画に盛り込まれたのは、2007年の第5次医療法改正のときである。この改正で、医療法の目的は、「医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項、病院、診療所及び助産所の開設及び管理に関し必要な事項並びに医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を推進するために必要な事項を定めること等により、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを目的とする」（下線は筆者追加）とされた。優先順位の高い疾患で機能分担と連携を強化する具体的なツールとして「地域連携クリティカルパス」は位置づけられたのである。医政局長から各都道府県に示された医療計画策定に関する指針のなかに、圏域連携会議の設置とともに、地域連携クリティカルパス導入の検討が推奨されている。大石智氏（北里大学）や石田重信氏（久留米大学）の活動は、圏域連携会議がすでに始まっていることを示している。

精神科地域連携クリティカルパスの対象

ただし、すべての精神疾患に精神科地域連携クリティカルパスを導入する必要があるわけではな

い。米国での調査ではあるが、住民の約28.5%はなんらかの精神医学的診断がつくとされており、そのすべてに都道府県が医療計画を策定するのは現実的ではない。優先順位の高い疾患に対して、とくに重点的に計画策定を検討するべきであろう。

優先順位の高い対象となるのは、大きく2つの軸の連携でまとめることができる（表2）。横軸の連携（水平連携）と縦軸の連携（垂直連携）である。横軸連携（水平連携）とは、精神科医療と身体科医療との連携である。具体的には認知症および合併症・併存症の医療体制である。認知症の有病率は年齢とともに高くなり、少なくない患者が非精神科医療機関で診療を受けている。精神科医療での治療が必要な場合のための連携を位置づける必要がある。

合併症・併存症は、さらに2つのグループに分けることができる。身体疾患を原疾患に持つ患者がうつ病などの精神疾患を合併・併存する場合、そして精神障害者が身体疾患を合併・併存する場合である。ともに複数の専門の間での横の連携が必要である。

縦軸の連携（垂直連携）は精神科医療施設・関連サービス間での連携を意味し、やはり2つのグループがある。1つは、高齢となっている長期入院患者の地域移行である。多くの場合高齢化しているこのグループの連携は、単純に地域への対応だけではなく、介護保険サービスや障害者サービ

表2 優先順位の高い対象

| |
|--|
| <p>〈横の連携：水平連携（注1）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科医療と身体科医療・他サービスとの連携 <ul style="list-style-type: none"> －認知症 －身体疾患と精神疾患の合併・併存 <ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患患者で精神疾患（うつ等）を合併・併発（注2） ・精神疾患患者で身体疾患を合併・併発 <p>〈縦の連携：垂直連携（注1）〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科医療間の連携（重度精神障害者） <ul style="list-style-type: none"> －高齢長期在院者の「地域移行」（多くは65歳以上） －精神科救急・急性期医療と在宅医療との連携（注2） <p>注1：精神科医療へのアクセスに対する抵抗感等が影響し、未発見や適切な治療が提供されていないことがあるため、予防・早期発見・早期治療にはさまざまな次元での連携が不可欠である。</p> <p>注2：自殺予防対策は、保健行政上優先順位の高い対象である。医療計画の策定では、予防や普及啓発にも言及しつつ、かかりつけ医を受診する自殺念慮のある患者、精神科で治療中の自殺念慮の強い患者、救急部門へ搬送される自殺未遂者等、すでに医療との接点のある自殺ハイリスク患者を想定すると考えられる。</p> |
|--|

スとの組み合わせによる連携が不可欠である。

もう1つは、多くは1～2カ月で退院する新規入院患者であり、精神科救急・急性期医療と在宅医療との連携が必要となる。統合失調症の治療連携については、糖尿病と同様に早期発見早期治療モデルで進めることが求められる。

精神科地域連携クリティカルパスの目標

上記対象に対する目標（＝ゴール）は、ある一定期間のなかで、地域生活の割合を増やすことになると考えられる。精神障害は再発することが少なくないため、増悪時には入院が必要となる場合がある。入院は必要不可欠であるが、その機能は、地域生活の割合を増やすことを目標とした支援となるのではないだろうか。

ただし、地域生活の割合を増やすという目標は、地域における目標である。患者像は多様であり、一律に当てはめるものではない。ほとんどなんの支援をしなくても再入院しない患者もいれば、退院後にどれほどきめ細かい支援をしても再入院する患者も存在する。退院自体が大きなチャレンジである患者も存在する。それぞれの患者にはそれぞれの目標があり、それぞれ次のステップがある。

ここでいう目標とは、個々の患者への取り組み

とその目標と達成状況を合計したものである。その意味では、地域生活割合を増やすという目標は、地域単位や病院単位で確認していくことになる。また患者個人でいえば、経年変化をみていくことになる。

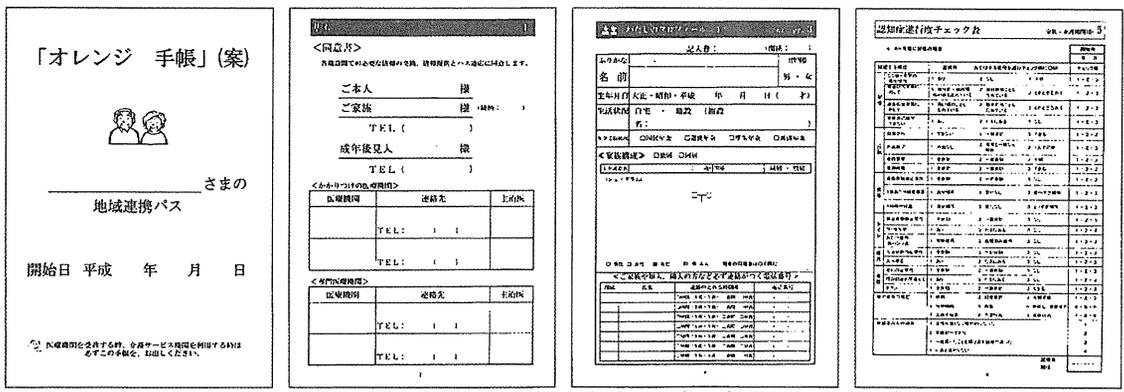
今回は、入院と地域生活という関係で目標を示しているが、精神科医療における最終目標は、一般就労であるという考え方もある。限界を設定せずにどの患者も一般就労するという可能性を信じて支援を組み立てるという考え方は、精神科地域連携クリティカルパスの目標と共通点がある。精神科地域連携クリティカルパスの活動は、新しい考え方として目標をとらえ直す機会を提供しているのかもしれない。

患者参画による地域連携クリティカルパス

2007年の医療法改正時は、地域連携クリティカルパスは、入院パスと地域での支援パスを組み合わせ一覧できるものと理解されていた。医療提供者側からすると理解しやすいものであった。しかし、近年の地域連携クリティカルパスのトレンドは大きく変化し、患者中心のパスにするようになってきている。糖尿病患者が受診時に持参す

認知症地域連携バス
「(案) オレンジ手帳」

この手帳は、認知症患者様の検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、患者様やご家族・かかりつけ医や専門医・介護機関等で情報を共有・連携し円滑な治療や介護を行うための「認知症地域連携バス」です。利用者およびご家族の方には、この「(案) オレンジ手帳」を常に携帯しながら、かかりつけ医、専門医療機関、介護サービス機関等を利用していただくことで、各施設間の情報共有や医療機関の病診連携および介護と医療の連携を可能とします。治療およびケアを提供する側の機関において、有意義な情報として活用され、利用者の方々が、可能な限り早い段階で、確実なサポートを得ることができ、「住み慣れた地域での生活」が安心して維持できることを目標としています。



提供：田口真源氏（日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会委員長）

図1 オレンジ手帳（案）

る「糖尿病手帳」のイメージで、患者手帳を地域連携クリティカルパスと呼ぶようになってきているのである。東京都は、がんの地域連携クリティカルパス案をwebで公開しており、患者手帳の形式になっている。

このトレンドは、複数の医療機関・サービスを横断するために必要な方向である。また、日本では医療情報の一元化がなされていないために、情報を患者に集約するという要請もある。とくに、精神科救急システムなど、患者の入退院が頻繁である患者層に有効であると考えられる。本特集で日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会の田口真源委員長が紹介されているように、認知症地域連携バス（オレンジ手帳：案、図1）の開発が進められているのである。入院と地域生活を組み合わせる必要がある精神科医療において、地域連携クリティカルパスは、一般医療と同等以上にその効果を発揮する可能性がある。東京都世田谷区（「世田谷区認知症診断連携バス」）や大田区

（「大田区認知症連携バス」）、また新潟県（「上越認知症地域連携バス」）などで、すでに認知症に関する地域連携クリティカルパスを開発・運用している。

「手帳を忘れてたり落としたりしたらどうするのか」という心配は聞かれるものの、情報を患者・家族に一元化する方向は、今後の保健医療福祉サービスの方向としては間違いはない。そのようなリスクのときの対応・対処方法を組み込みながら、最適な運用の試みや経験が蓄積されていくことに期待したい。

ここで、地域連携クリティカルパスの標準的な内容は何かについて整理しておく。図2はがんの地域連携などの経験のある下村裕見子氏と意見交換しながらまとめたものである。治療方針、どのタイミングで精神科専門医の診察を行うのか、かかりつけ医等はどの程度の頻度で精神障害のアセスメントをすればよいかなどが示されていると、精神科を専門としない専門家は助かるであろう。

—かかりつけ医が精神科紹介時に患者に手渡す—
精神科地域連携クリティカルパス (イメージ)

| <p>表紙</p>  | <p>表紙裏</p> <p>〈使い方〉 患者用 ... 精神科医用 ...</p> | <p>患者・関係者</p> <p>・患者氏名： ・かかりつけ医氏名： 連絡先： ・精神科医氏名： 連絡先：</p> | <p>診療情報</p> <p>(かかりつけ医が紹介時に記載)</p> <p>既往歴</p> <p>内服薬 (身体科)</p> | <p>うつ等治療方針</p> <p>(逆紹介時に精神科医が記載)</p> <p>診断 精神科治療経過 今後の方針 特記事項</p> | <p>クリティカルパスシート本体 (地域連携診療計画書イメージ)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>紹介日</th> <th>1カ月</th> <th>3カ月</th> <th>6カ月</th> <th>処方変更</th> <th>1年</th> <th>処方変更</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>問診・診察 (2項目)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>症状評価</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>服用状況確認</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>処方薬変更・中止</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> | | 紹介日 | 1カ月 | 3カ月 | 6カ月 | 処方変更 | 1年 | 処方変更 | 問診・診察 (2項目) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | 症状評価 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | 服用状況確認 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | 処方薬変更・中止 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - |
|--|--|--|--|---|--|-------------------------------------|------|-----|------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--|--|--|----------|--|--|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| | 紹介日 | 1カ月 | 3カ月 | 6カ月 | 処方変更 | 1年 | 処方変更 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 問診・診察 (2項目) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状評価 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服用状況確認 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処方薬変更・中止 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>患者・家族セルフチェックシート (アウトカム)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>紹介日</th> <th>1カ月</th> <th>3カ月</th> <th>6カ月</th> <th>処方変更</th> <th>1年</th> <th>処方変更</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>症状</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>服薬</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>... (右記※参照)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>◎:とてもよい ○:よい ×:よくない</p> | | | 紹介日 | 1カ月 | 3カ月 | 6カ月 | 処方変更 | 1年 | 処方変更 | 症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | 服薬 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | ... (右記※参照) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | <p>※生活能力・身体評価：精神状態、症状管理、服薬管理、睡眠コントロール、食事、清潔、金銭管理、対人関係、疼痛、活動意欲</p> | <p>通信欄 精神科医→ かかりつけ医</p> <p>症状の特徴： 増悪時のサイン： ご本人との約束事項： どんな時に紹介が望ましいか</p> | <p>通信欄 かかりつけ医→ 精神科医</p> <p>今回の精神科受診の目的 (増量・減量・変更・他)</p> | <p>表紙裏</p> <p>(必要であれば追加)</p> <p>作成者</p> | | | | | | | | |
| | 紹介日 | 1カ月 | 3カ月 | 6カ月 | 処方変更 | 1年 | 処方変更 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ... (右記※参照) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

図2 精神科地域連携クリティカルパス (イメージ)

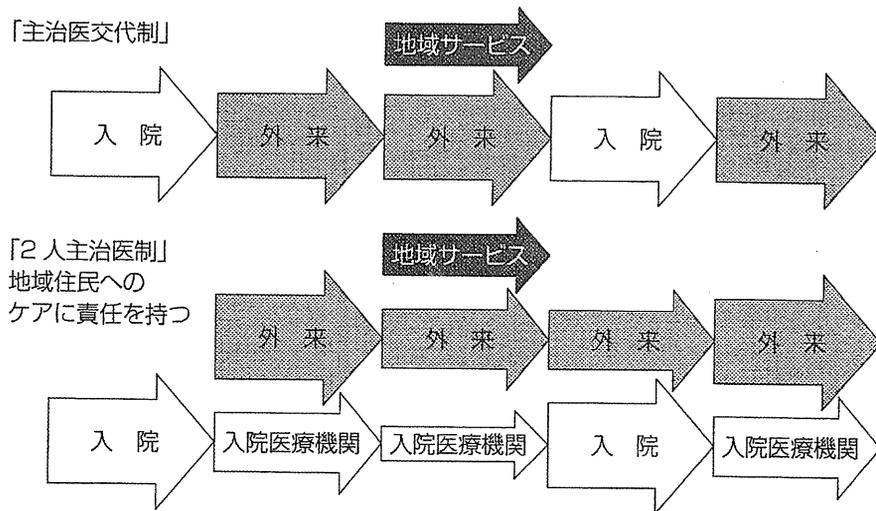


図3 「2人主治医制」という考え方

両専門家の通信欄もあるとよい。また、患者・家族が所持するのであるから、主観的な評価や、増悪サインや初期対処法なども記載されていると再発予防につながる。

「2人主治医制」という考え方 (図3)

さて、精神科地域連携クリティカルパスを考えると、横軸連携 (水平) では少なくとも精神科専門家と非精神科専門家が、縦軸連携 (垂直) では2名の専門家が登場することが理解できる。

そのほかにもさまざまな専門家が関わることを想定できる。このことは「主治医」や「主担当」が1人ではないことを意味する。つまり地域連携クリティカルパスは、複数の主治医や担当者が同時に存在することを意識する必要がある。「複数主治医制」「複数担当制」も含めた意味で「2人主治医制」と呼ぶことにする（すでにがん地域連携関連では使われている）。従来は、入院患者が退院して外来医療を受けることになった場合、主治医は交代することになる。しかし、地域連携クリティカルパスを考えるうえでは、急性増悪時には以前入院した主治医（もしくは医療機関）で再度入院医療を受けることも想定しておく必要がある。

このことはつまり、地域で外来医療を受けているときも、入院のときの医療を用意・準備しておくことを意味する。患者の治療を疾患もしくは治療フェーズで分担することになる。疾患（たとえば精神疾患と循環器疾患）での分担が横軸連携（水平連携）であり、治療フェーズ（たとえば入院フェーズと外来フェーズ）での分担が縦軸連携（垂直連携）である。

わが国における抗精神病薬等の多剤併用の実態の背景の1つに、主治医の交代があるともいわれている。精神疾患に対する治療に責任を持つ主治医が、退院後も、また身体科へ逆紹介した後も関与するというしくみが導入できれば、主治医の交代に伴い以前の処方新たな抗精神病薬を追加するという事態を改善することも期待できるであろう。

情報共有の工夫

地域連携クリティカルパスが、複数の医療機関・サービスが関わる活動であること、患者や家族の参画すること、そして複数の主治医が登場することから、必然的に情報共有が重要になる。民間精神科病院で複数のサービス類型を持ち、入院

医療から地域ケアまでを整備している場合は、この点でリードしている。同じ診療記録を共有できるからである。電子的にアクセスできれば、方針と毎回の支援内容をほぼオンタイムで共有できるため、さらに機動力が増すであろう。

課題は、複数の組織で地域連携を進める場合である。公的医療機関の場合は、個人情報等についてさらにクリアすべき課題もあるかもしれない。しかし、すでに医療機関ごとで検査値や画像データを共有することは日常的になりつつある。また、地域での支援が不可欠な重度精神障害者で、本人と家族の了解を得たうえで情報共有することは、間違いなく本人の利益となる。機能分化と連携を完成させるためには、情報共有の工夫は避けては通れない課題である。本特集における田代芳郎氏（東京足立病院）および青木信生氏（兵庫県立光風病院）の活動は、情報共有の新たな可能性を示唆している。

おわりに

本論のご依頼をいただいた過程で、地域連携クリティカルパスとは、「地域における統合ケアのためのパス（integrated care pathway in community）」を意味するのではないかと、山岡功一氏（神経科浜松病院）と意見交換をさせていただいた。フリーアクセスが担保されているわが国の医療保険制度において、重度精神障害者を地域で支えるためには、それぞれの機能を連携でつないで「ゆるやかなキャッチメントエリア」を柔軟に作り上げていくことが、現実的な政策選択の1つであると考えられる。

これまで入院医療を中心に発展してきた精神科病院が、「地域が病院」ととらえて地域医療の重要な一翼を担うために、精神科地域連携クリティカルパスはきわめて有用なツールとなるであろう。

研究分担報告

研究分担者：平田豊明

静岡県立こころの医療センター

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」
分担研究報告書

精神科救急医療からの医療政策に関する研究

研究分担者 平田豊明（静岡県立こころの医療センター）
研究協力者 伊藤弘人（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）
川畑俊貴（京都府立洛南病院） 鴻巣泰治（埼玉県立精神保健福祉センター）
佐藤雅美（東京武蔵野病院） 澤 温（さわ病院）
白石弘巳（東洋大学ライフデザイン学部） 杉山直也（沼津中央病院）
塚本哲司（埼玉県立精神保健福祉センター） 中島豊爾（岡山県立精神科医療センター）
野田寿恵（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）
八田耕太郎（順天堂大学）、 渡 路子（宮崎県立精神保健福祉センター）

【研究要旨】

目的) 精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」）、および精神科救急入院料認可病棟（以下「精神科救急病棟」）の運用実態に関する最新情報などに基づいて、精神科救急の視点から、今後 5 疾病 5 事業で立案される地域医療計画に資する提言を行うこと。

方法) ①各都道府県から厚生労働省に報告された平成 22 年度の精神科救急事業運用実績分析、②全国 95 カ所の精神科救急病棟（平成 23 年 1 月 10 日現在）を対象とした運用実態の WEB アンケート、③eCODO 導入医療施設における臨床指標の有用性の検討、を行い、研究協力者間の討論を経て今後の精神科救急医療体制のあり方を論じた。

結果) ①精神科医療相談事業および精神科救急情報センターの相談応需件数は都道府県によって不均一であり、多くは当事者に対するコンサルテーションで、多機関間調整は低率であった。救急事業利用件数は 40,049 件、うち入院 15,666 件（入院率 39.1%）、精神科三次救急（緊急措置・措置・応急）は 23.4% を占めほぼ昨年同様であった。受診率と入院率の間には例年通り非線形の緩い関係を認めた。②精神科救急病棟 95 施設の調査では、27 施設（28.4%）から回答を得た。平均病床数は 45.9 床で、専任医師 4.3 人、兼任医師 3.6 人、看護師 26.2 人などを配置して、年間 337.0 件の入院患者を平均 47.8 日で退院（自宅 66.9%）させていた。③eCODO が稼働する 1 施設において、9 か月間の退棟者 275 名を母数とし、臨床意義の高い多くの指標が算出された。

考察) ①精神科救急医療体制整備の各事業は各都道府県で解釈が異なり、不均一が常態化しており、さらなる均霑化が求められる。医療相談と情報センターの 2 相談事業は役割の明確化とニーズの実態に応じた事業の見直しが考慮される。入院率と受診率の 2 変数により地域の特徴と整備の方向性が示され、次年度の精神保健福祉法改正に向け、特に一次（初期）救急についての診療所の役割等を考察した。②全国の精神科救急病棟は増加傾向にあり、徐々に急性期を中心とした医療体制にシフトしている。調査では多職種対応の傾向等が示唆されたが、回答率は低く、調査方法自体に課題が残った。今後 eCODO センターシステムの活用などにより、調査対象の負担軽減を兼ねた実態把握方策の構築が求められる。③eCODO による臨床指標の検討は新たな評価視点を生み、医療の質が包括的に評価されることで有用性が示された。センターシステムの構築による多施設間評価では、さらなる有用性が期待される。

結論) 今後、精神疾患による自殺や事件の防止、良質な精神科急性期治療の提供、脱施設化と地域ケアの推進を軸とする近代精神医療の構築を図るために、精神科救急医療体制の効率的な整備と標準化、それを可能にする方策の確立などによる均霑化が必要不可欠である。

A. 研究目的

4 疾病 5 事業で構成されるわが国の地域医療計画に精神疾患が追加され、5 疾病となることが示されている。精神科救急医療は、これまでも 5 事業における「救急」事業として、精神科で唯一医療計画に含まれていた領域で、平成 7 年以降厚生労働省によって「精神科救急医療体制整備事業」として体制構築されてきた。今回新たにいわゆる「国民病」としての認定を受けたことで、今後さらに政策的な医療体制の整備が求められることになる。

精神科救急医療は、地域で暮らすユーザーがクライシスに陥った場面に即応し、医療的介入を行う役割を担っており、脱施設化と地域ケアの推進を軸とする近代精神医療の構築にとって必須の医療資源である。また、精神科救急は、時間的な突発性や症状の重大性、情報の限定性といった救急医療に特徴的な困難性が絡み、高度な専門性を要求されるという点でも、精神医学や医療の中で大きな意義を含んでいる。このような点から、地域医療計画を構築する過程において、精神科救急医療の位置づけは重要である。

当研究班は、これまでも精神科救急医療体制の現状調査と分析を継続的に行い、依然地域格差が大きく均霑化が急がれることを指摘してきた。今回は、行政システムとしての精神科救急医療体制と精神科救急医療施設において、標準化や医療の質向上といった観点から調査分析を行うことにより、今後 5 疾病 5 事業で構築される地域医療計画に資する提言を行うことを目的とした。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実態調査

都道府県から厚生労働省に提出された平成 22 年度精神科救急事業実績年報を集計し分析した。

2. 精神科救急病棟の運用実績調査

平成 23 年 1 月 10 日現在、精神科救急入院料病棟を認可されている 95 の施設に対して、例年行っている精神科救急病棟の運用体制や診療実績を問うアンケート調査を、本年度から WEB 画面上で電子入力して送信回答できるよう、仕組みを整えた。同調査システムは、以下の研究方法 3 に

示す eCODO のセンターシステム構想の基礎となる、各病院と eCODO センターとの間のネットワークの構築を視野に入れたものである。

3. eCODO を用いた臨床指標の有用性調査

現在、国内 3 施設において、eCODO システムが試験導入されているが、十分に稼働し、臨床指標がモニタリングされているのは 1 施設のみである。今回は、この施設における各臨床指標の動向を検討し、その有用性について考察を行った。

以上の調査によって得られたデータに基づき、精神科救急医療のエキスパートである研究協力員相互の討論を経て、研究目的の達成を目指した。

なお、今回調査において、個人名を取り扱うことはなかった。

C. 研究結果

1. 精神科救急事業の運用実態調査

(1) 「精神医療相談事業」と「精神科救急情報センター」

各都道府県の電話相談に関する事業の実績を表 1 に示した。これをさらに「精神医療相談事業」と「精神科救急情報センター」に分けて、相談件数の多い順に都道府県を並べ替えて図示したのがそれぞれ図 1 と図 2 である。

精神科医療相談事業は、29 都道府県において 83,686 件の電話相談があった。電話相談における相談者の内訳はおおむね本人：家族＝7:3 の割合であった。一方、来所相談は新潟（788 件）、島根（252）、富山（206）、長崎（14）、群馬（11）、佐賀（1）の 6 県で合計 1,278 件あった。来初相談が最も多い新潟県では、その件数が電話相談の件数よりも多い特異な状況であった。同県で相談者の内訳が不明とされたため、来初相談全体における相談者の内訳も不明であった。全ての相談のうち救急受診の勧告がされたのは 7752 件（9.3%）であった。都道府県別（図 1）では大阪府が群を抜き、未実施の都道府県が多く、救急受診勧告の頻度にもばらつきがみられ、必ずしも全国均一ではなかった。

一方、精神科救急情報センターは、38 都道府県において 49,778 件の相談があった。相談経路の

内訳ではその他が最も多く（74.1%）、警察（10.1%）、救急隊（7.0%）、精神科医療機関（2.8%）、保健所（2.6%）、精神科以外の医療機関（2.0%）、一般の救急情報センター（1.5%）の順であった。その他は本人や家族、友人等ユーザーと思われる。都道府県別（図2）でみると、最も件数が多かったのが東京で、埼玉、北海道、大阪、京都、福岡、と続いた。相談経路の内訳は各都道府県で均一ではなかった

（2） 受診および入院の状況

表2に平成22年度の精神科救急事業実績を都道府県別に表示した。受診件数の多い順に並べ替えて、入院／非入院に分けて図示したのが図3、入院件数を多い順に並べて入院形態別に積み上げて表示したのが図4である。

これらによれば、平成22年度に全国では年間40,049件の時間外入院があり、これは昨年度より2,575件少なかった。このうち33.7%に当たる13,506件は自院通院中、すなわちマイクロ救急であった。表2、図3に示したように、受診件数では岩手県が最多で、2,873件に上るが、このうち自院通院者は71.3%である。愛知県が2,836件とこれに次ぐが、自院通院患者の割合は13.0%と対照的である。東京都、大阪府、神奈川県の3大都市圏では自院通院患者は0件、すなわち、マイクロ救急機能が統計上除かれている。

このうち入院数は15,666件であり、昨年（15,535件）とほぼ同数であった。受診に占める入院件数の割合（入院率）は39.1%で昨年の36.5%より少し増加した。図3に示したように、入院件数は、大阪府（1,641件）と東京都（1,217件）が双璧をなし、神奈川、愛知、静岡、と続く。全体の入院形態は、医療保護入院（48.3%）、任意入院（27.4%）、緊急措置入院（14.2%）、措置入院（5.8%）、応急入院（3.4%）で、いずれも昨年のデータとほぼ同じであった。

入院形態を都道府県毎にみると（図4）、かなり差異があることが分かり、入院全体の23.4%を占める緊急措置入院、措置入院、応急入院を併せた精神科三次救急ケースは、東京都、大阪府、神奈川県の上3大都市圏で特に多かった。このうち東京都は入院者のほとんど（87.2%）を緊急措置入院

が占めており、神奈川県では、緊急措置入院ではなく、措置入院が多くを占める特徴があった。これに対して、入院件数のもっと多い大阪府では入院形態の内訳は多様であった（図4）。

受診率（人口万対受診件数）を横軸、入院率を縦軸にとった座標平面に各都道府県の実績を散布させたものが図5である。例年と同様、対数近似曲線によって非線形の緩い関係を示す結果が得られたが、曲線から外れる都道府県も多々見られ、必ずしも強い法則性があるとはいえなかった。

2. 精神科救急病棟の運用実績調査

調査を依頼した95病院のうち、27病院（合計精神科病床数8,498、平均356.5、回答率28.4%）、31病棟から回答があった。設立主体は、国立・独立行政法人が1、都道府県立・地方独立行政法人立が10、民間が16であり、一般病院4、精神科単科病院23であった。精神科救急入院料Ⅰの認可は26施設（32病棟）、同Ⅱが1（1）、救急・合併症入院料は1（1）であった。併設ユニットでは、精神科急性期治療病棟（1）の併設があるのは11施設、同じく精神療養12、認知床疾患治療病棟包括9、同出来高2、児童・思春期3、医療観察法3であった。

主な調査結果を以下に示す。数値は、小数点以下1桁までで単位の表示があるものが回答日現在の1施設平均値、小数点以下および単位の表示がないものは回答施設数である。

I. 病院全体

（1） 病床数（回答数）

| | |
|---------|------------|
| ① 全病床 | 356.5 (27) |
| ② 精神科病床 | 314.7 (27) |
| ③ 一般科病床 | 274.5 (4) |
| ④ 隔離室 | 20.5 (24) |
| ⑤ 可変型個室 | 14.3 (4) |
| ⑥ 一般個室 | 52.7 (22) |

（2） 職員配置（回答数）

| | |
|-------------|-----------|
| ① 常勤精神科医師 | 15.4 (27) |
| ② 常勤精神保健指定医 | 10.3 (27) |
| ③ 常勤特定医師 | 1.0 (20) |
| ④ 常勤精神保健判定医 | 3.1 (19) |

| | | | |
|-------------------|------------|---------------------------|-------------|
| ⑤ 非常勤精神科医師 | 4.7 (26) | 不可・時間帯により不可 | 10 (37.0%) |
| ⑥ 非常勤精神保健指定医 | 3.5 (25) | ⑦ 動脈血ガス分析 | |
| ⑦ 看護単位 | 6.3 (23) | 24時間可能 | 8 (29.6%) |
| ⑧ 常勤精神科看護師 | 120.9 (27) | オンコール体制 | 7 (25.9%) |
| ⑨ 非常勤精神科看護師 | 7.7 (23) | 時間帯により困難 | 10 (37.0%) |
| ⑩ ソーシャルワーカー | 11.3 (26) | (5) 診療支援設備 (回答数 27) | |
| ⑪ 臨床心理士 | 4.5 (27) | 電子カルテあり | 11 (40.7%) |
| ⑫ 作業療法士 | 10.2 (26) | オーダーリングのみ | 8 (29.6%) |
| ⑬ 薬剤師 | 5.0 (26) | なし | 8 (29.6%) |
| (3) 当直体制 (回答数) | | (6) 専門治療 (回答数 27) | |
| ① 当直帯医師数 | 1.5 (23) | ① 作業療法 | 25 (92.6%) |
| ② 指定医常駐 | 13 (27) | ② デイケア | 25 (92.6%) |
| ③ 指定医か特定医師が常駐 | 4 (27) | ③ アウトリーチ | |
| ④ 指定医オンコール | 9 (27) | 訪問看護のみ | 17 (63.0%) |
| ⑤ 救急外来専任看護師 | 5 (27) | 多職種 | 9 (33.3%) |
| ⑥ ソーシャルワーカー当直 | 8 (27) | ④ 自立支援法プログラムの法人内実施 | |
| (4) 検査体制 (回答数 27) | | 日中活動プログラム | 6 (22.2%) |
| ① 血液検査 | | 居住プログラム | 7 (25.9%) |
| 24時間可能 | 7 (25.9%) | (7) 精神科救急システムへの関与 (解答数 27 | |
| オンコール体制 | 12 (44.4%) | (⑦を除く)) | |
| 不可・時間帯により不可 | 7 (25.9%) | ① 要綱上の役割 | |
| ② 生化学検査 | | 常時対応施設 | 11 (40.7%) |
| 24時間可能 | 7 (25.9%) | 身体合併症対応施設 | 2 (7.4%) |
| オンコール体制 | 13 (48.1%) | 病院群輪番施設 | 14 (51.9%) |
| 不可・時間帯により不可 | 7 (25.9%) | ② 連絡調整会議への参加 | 25 (92.6%) |
| ③ X線単純撮影 | | ③ バックアップ機能の担当 | 20 (74.0%) |
| 24時間可能 | 8 (29.6%) | ④ 27条診察への協力 | 25 (92.6%) |
| オンコール体制 | 13 (48.1%) | ⑤ 応急指定 | 27 (100.0%) |
| 不可・時間帯により不可 | 6 (22.2%) | ⑥ 精神科救急情報センター併設 | 8 (29.6%) |
| ④ CT検査 | | ⑦ 確保病床数 | 1.5 (26) |
| 24時間可能 | 8 (29.6%) | (8) その他 (回答数 27) | |
| オンコール体制 | 12 (44.3%) | ① 日本医療機能評価機構認定 | 21 (77.7%) |
| 不可・時間帯により不可 | 5 (18.5%) | ② ISO認定 | 1 (3.7%) |
| ⑤ 12誘導心電図 | | ③ 日本精神神経学会認定施設 | 22 (81.5%) |
| 24時間可能 | 13 (48.1%) | II. 精神科救急病棟の施設概要 (回答数 31) | |
| オンコール体制 | 9 (33.3%) | (1) 病床数 | |
| 不可・時間帯により不可 | 4 (14.8%) | ① 全病床数 | 45.9 |
| ⑥ 超音波検査 | | ② 隔離室 | 9.3 |
| 24時間可能 | 2 (7.4%) | ③ 可変型個室 | 1.0 |
| オンコール体制 | 13 (48.1%) | ④ 一般個室 | 15.8 |