

C. 研究結果

1. 精神科救急事業の運用実績

(1) 電話相談

平成 20 (2008) 年度から平成 23 (2011) 年度まで 4 年間の電話相談件数の推移を図 1 に示した。平成 21 (2009) 年度まで、電話相談窓口は、各都道府県に 1 ヶ所設置された精神科救急情報センター (以下、「情報センター」と略記) に集中していたが、平成 22 (2010) 年度からは、新たに精神医療相談事業が追加された。すなわち、同一の都道府県内に複数の電話相談窓口の設置と国庫補助が認められるようになった。図 1 では、このため、平成 22 年度以降、2 つの窓口での相談件数を分けて集計してある。

平成 23 (2011) 年度における都道府県別の電話相談事業の実績を表 1 に示した。図 2 に精神医療相談、図 3 には情報センターへの電話相談を、件数の多い都道府県順に並べて図示した。表 1 では、千葉県の精神医療相談のうちの電話相談件数が情報センターの相談件数と同一であるが、これは同じ電話相談の内訳を別々に表示しただけである。したがって、千葉県の精神医療相談件数は図 2 から除外し、図 3 にのみ示した。図 2 では大阪府が、図 3 では千葉県が突出している。

図 4 は情報センターへの電話相談者の内訳を図示したものである。緊急性が高いと思われる消防・警察からの電話が 4 分の 1 に上る半面、本人・家族が過半数を占めるなど、情報センターが精神医療相談の機能も相当に担っていることを窺わせる。

(2) 受診および入院

平成 20 (2008) 年度から平成 23 (2011)

年度まで 4 年間ににおける精神科救急事業の実績の推移を図 5 および図 6 に示した。精神科救急事業による受診が年間約 4 万件あり、このうち約 4 割の 1.6 万件が入院となっている。

表 2 には平成 23 (2011) 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、入院件数とともに図示したのが図 7 である。東京都、大阪府、愛知県など大都市圏を擁する地域のほか、岩手県、石川県、滋賀県、北海道などの地域でも受診件数が多いことが示されている。

なお、受診者に占める情報センター経由の比率は 28% にすぎない (図 8)。また、受診者の 36% は自院通院者である (図 9)。

図 10 は、入院件数の多い順に都道府県を並べて表示したものであるが、東京都と大阪府という大都市圏が突出するほか、必ずしも人口に併行しない形で入院件数が分布している。

図 11 に入院形式別の内訳を示した。緊急措置入院、措置入院、応急入院となったケースは緊急性が高いことが予想されるため精神科三次救急ケースと定義するが、ほぼ 4 分の 1 が三次救急であった。ただし、三次救急にも地域差があり、東京都と大阪府の 2 自治体で緊急措置入院の過半数を占めるなど、大都市圏を中心に寡占的状况にある (図 12)。

2. 精神科救急病棟の運用実態

(1) 精神科救急病棟認可施設および調査回答数の推移

精神科救急入院料を認可された施設は、平成 22 年 10 月 1 日では 80 ヶ所、平成 23

年同日では95カ所、平成24年同日では104カ所と着実に増加していた。図13に認可施設の分布を示した。精神科救急病棟運用実績の調査に協力して回答した施設は、平成22年度51カ所(63.8%)、平成23年度27カ所(28.4%)、平成24年度66カ所(63.5%)であった。平成23年度の回答率が低いのは、WEB調査への準備不足によるものと思われた。

平成24年度の調査に回答した66病院のうち11病院は精神科救急病棟を複数認可されており、同病棟は回答病院全体で77病棟あった。以下に、平成24年度の主な調査結果を示す。

(2) 母体病院精神科の概要

精神科救急入院料病棟を認可された母体病院66の精神病床数は平均304.5床、看護単位は6単位で、ここに、常勤医師数13.8人(うち精神保健指定医9.7人)、看護スタッフ112.7人、コメディカルスタッフ28.8人が配置されていた。

平均23年度の主な診療統計を見ると、1日平均在院患者数は277.3人、年間病床利用率は88.1%、年間入院件数は674.6件で、平均在院日数は143.8日であった。また、1日平均129.9件の外来患者が通院し、うちデイケア通所が38.5件であった。

病院種別では、国公立病院が3分の1(図14)、総合病院が約4分の1を占めていた(図15)。全国の精神病床の9割近くを民間の精神科単科病院が占めるわが国の現状からすれば、回答病院66施設に占める国公立病院および総合病院の比率は相対的に高いといえる(ただし、精神科救急病棟認可施設104のうち、国公立病院は35、総合病

院は10である)。

しかし、4分の3以上が精神科単科病院であることを反映して、図16に示したように、母体病院の夜間・休日における検査体制は不十分であり、身体管理能力の限界を物語っている。

一方、精神科単科病院の特性である地域展開に着目すると、母体病院の9割近くがアウトリーチサービスを実施し、過半数が小規模作業所などの自立支援法の日中プログラムを実施グループホームなどの居住プログラムも半数近くが実施している。

精神科救急事業への参加状況では、過半数が輪番病院に機能が限定されており、常時対応施設は4割ほどにすぎない(図17)。電話相談体制についても、3割近くが対応時間に制限ありと回答し(図18)、電話相談専任スタッフを配置している病院も6割ほどにとどまっていた。

(3) 精神科救急病棟の概要

平成24年度調査に回答した66病院の精神科救急病棟77に関する主な指標(平成23年度実績)の平均値を、構造因子(病室構成と専従職員配置)、プロセス因子(精神療法I、作業療法、SST、電気けいれん療法)、それにアウトカム因子(年間入退院件数、平均在院日数、新規患者率、在宅移行率など)に分けて、図19に表示した。

なお、隔離・拘束の件数は、実人数を報告した病院と延べ件数を報告した病院が混在したので、一覧表示からは除外した(混在値の単純平均は、隔離が399.1、身体拘束が197.6であった)。同じく、電気けいれん療法についても、図に表示された件数は、実人数と延べ件数が混在している可能性が

高い。

図 19 によれば、平成 23 年度、精神科救急病棟は、平均 46.4 床（うち、隔離室・個室が 57.8%）の病床を有し、ここに医師 4.1 人、看護師 25.8 人、コメディカルスタッフ 4.8 人の専従職員を配置して、年間 308.8 人の患者（3 ヶ月以内に精神科入院歴のない新規患者は 81.5%）を受け入れ、304.5 人を平均 48.6 日で退棟させていた（3 ヶ月以内の自宅退院率は 68.3%）。

なお、年間病床利用率は 88.1% であるから、平均 5.5 床の空床があったことになるが、在院患者延べ数の報告データから精神科救急入院料の算定外患者（在棟 3 ヶ月超、3 ヶ月以内の再入院など）を除外した病院と除外しなかった病院とが混在している可能性がある。算定外患者も含めると定義すれば、病床利用率の実勢はもっと上昇する（つまり、空床はもっと少ない）と推測される。

図 19 の補足情報として、図 20 に、精神科救急病棟における主な医療設備や医療機器の配備状況を示した。サイマトロンと人工呼吸器の配備が少ないのは、修正型電気けいれん療法の普及率の低さを反映しているものと推測された。その他の設備・機器についても、身体管理能力の限界を表す病棟の存在が示された。

図 21 には入院時の入院形式の内訳を示した。医療保護入院が 62% と最多で、次が任意入院 24%、三次救急ケースは 13% であった。

（４）精神科救急病棟群における運用実態のばらつき

以上、平成 23 年度における精神科救急病

棟群の運用状況の平均像を示したが、各病棟間には機能や運用状況に相当のばらつきがある。図 22（平均在棟日数の分布）、図 23（F2 群の診断比率の分布）に一端を示した。

（５）精神科救急病棟の運用実態を表す主な指標の推移

図 24 に、最近 5 年間の診断構成の推移を示した。認知症を含む F0 群の漸増傾向が認められる。

図 25 には、平均在棟日数や在宅移行率など精神科救急病棟に関する主な指標の推移を示した。年度によって回答数にばらつきがあるため、精神科救急病棟全体の動向を正確に反映しているとはいえないが、三次救急比率と転棟・転院率が漸減する一方で、平均在院日数と在宅移行率が漸増する傾向が認められる。

3. eCODD の試用

平成 23 年 2 月から 12 月までの 9 ヶ月間に、対象施設（沼津中央病院）の精神科救急入院料病棟を退棟した 275 名に関するデータを QI シートに入力して集計した。そのうち主な項目を以下に示す。

（１）基本データ

主な患者背景としては、41.1% が男性で、平均年齢は 50.7 歳であった。

入院形態では緊急措置・措置・応急を併せた精神科三次救急が 7.3%、医療保護入院 80.7%、任意入院 12.0% であり、全国平均に比べ医療保護入院の比率が多かった。

入棟時点で 45.1% に何らかの合併症がみられ、そのうち 5.5% は一般科での入院

が必要な中等症以上であった。また、普段から定期的な一般医のフォローアップを受けていたのは29.1%で、約15%は精神科救急を受診して初めて合併症に気づかれる状況と考えられた。

自殺念慮は35.3%にみられ、それが明確であったのは11.6%に上った。自傷は16%にみられ、6.9%では致死性の高い手段を用いていた。他害を示さないケースは38.5%で、15.6%では他害行為が物でなく人物に及んでいた。

入棟時のGAFの平均は21.5で退棟時には46.3にまで改善、一方BPRSは入棟時に50.6、退棟時に31.8まで低下した。

入棟時の処置として、隔離は85.8%、身体拘束は22.2%に適用されていた。入棟時点で直ちに静脈確保され、抗精神病薬が投与されたのは2.2%、筋肉注射による静穏化が行われたケースは9.5%であった。これらの処置の頻度は月毎でわずかな変動がみられたが、明らかな増加や減少の傾向は見られなかった。

平均在棟日数は49.2日であり、38.9%が30日以内に退棟した。

退院時点で最も多かった診断分類はF2群であり、その割合は52.7%であった。重複診断は20.4%にみられた。

在棟中のインシデントの発生は、自傷3.3%、暴力2.5%、無断離院0.0%、薬剤有害事象12.0%、肺炎1.8%、肺血栓塞栓症0.0%、転倒・転落4.0%、褥瘡0.4%であった。

作業療法は24.0%、退院前訪問看護は4.0%に実施された。

(2) 薬剤関連データ

薬剤では、F2診断のみを母数として、入棟時の抗精神病薬数は平均1.8剤、退棟時は同2.2剤であった。単剤率では入棟時の53.8%から退棟時は30.8%まで低下した。第2世代のみの使用は入棟時53.8%、退棟時46.9%であった。クロルプロマジン換算用量の平均値では入棟時659.5mgから、退棟時は1,014.3mgまで増量されていた。その他抗パーキンソン薬、気分安定薬、抗不安薬・睡眠薬、身体疾患治療薬、下剤、排尿障害治療薬などの投与量・併用割合等も指標として入退棟時の2点で呈示された。服薬指導については77.6%のケースで実施され、退棟時に自己管理に移行できたのは41.2%であった。

(3) 福祉サービス関連データ

精神保健福祉情報としては、入棟時点での単身者は14.5%、居住先不明者は4.4%であった。退棟時に単身生活に戻ったのは9.5%、施設入所となったのは6.2%であった。

今回の入院が初回治療になるケースは9.5%であり、治療中断による介入は12.7%であった。また自施設に通院していた割合は54.2%、精神科クリニック（診療所）に通院していたのは13.8%であった。

精神保健福祉サービスでは、入棟時に27.6%のケースで利用があった状況が、入院中にサービス導入・調整がなされ、退棟時には38.2%まで増えた。内訳では訪問看護（7.6%→7.3%）、ホームヘルプ（2.2%→1.5%）、精神科デイケア（5.1%→5.5%）、就労支援（1.5%→3.3%）、地域生活支援センター（4.0%→4.7%）、相談支援（ケアマネージャー）（2.5%→12.0%）、介護保険

(7.6%→7.6%)、とサービスの種類で変化の程度が異なっていた。

また、入棟時には27.6%のケースで制度利用があり、その内訳は障害年金(25.1%)、生活保護(10.2%)、自立支援医療(36.4%)、障害者福祉手帳(13.5%)であった。

精神保健福祉士は92.7%のケースに対して1週間以内の介入を始めており、3.3%では関与を要さなかった。関与の深さとしては、外部関係機関との連絡調整を必要としたケースは69.5%あり、8.9%では地域や自宅へのアウトリーチを実施した。

入棟中にサービス調整会議(院内の関係多職種者が集まる会議)が開催されたのは26.5%、ケア会議(地域の関係者が集まる会議)は16.7%、退棟後のケアマネージャーが確保されたのは53.8%であった。

入棟後3カ月以内に在宅移行できた新規入院者の割合は64.0%であった。精神保健福祉に関する臨床指標は変動が大きく、ニーズの多様さが反映された。

4. 精神科救急病棟への入院基準

精神科救急病棟への入院適応となる患者群の輪郭を明瞭にするために、研究協力者間の討論を踏まえて、以下のような指針を作成した。

(1) 精神科における「急性かつ重症の患者」の定義

精神科救急入院料病棟への入院対象となるような急性の重症患者とは、以下の5条件を全て満たす患者をいう。

(ア) 精神疾患によって現実検討(reality testing)が著しく損なわれていること

(医学的な重症性)

(イ) このために、社会生活上、自他に深刻な不利益をもたらす行動が生じていること (社会的不利益)

(ウ) 最近1ヶ月以内に、このような事態が出現もしくは悪化していること (急性の展開)

(エ) 迅速な医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高いこと (治療の必要性)

(オ) 医学的介入によって、このような病態の改善が期待されること (治療の可能性)

一文で表記すれば、「精神疾患による現実検討の損傷と社会的不利益が最近1ヶ月以内に急速に生じており、改善のために迅速な医学的介入が必要かつ有効な患者」ということになる。

(2) 「現実検討」の定義

ここでいう現実検討とは、「感覚情報および記憶情報の分析・統合によって脳内で生成される、自分がいま置かれた状況に関する認識」と定義され、次にとるべき行動を意図し、出力するための基盤となる。それは、情動的色彩を帯び、時々刻々に変転する。また、脳内事象であるから個人差があるが、特定の共同体や文化圏内で概ね共有される。精神疾患のために現実検討が損なわれ、他の共同体構成員と共有できない孤立したものになった場合、精神障害と診断されることがある。

(3) 急性期入院治療の対象となる「現実検討が著しく損なわれた病態」の定義と

分類

現実検討の孤立を精神障害と診断するに際しては、少数意見や特異な個性が精神障害と過剰診断されることのないよう、厳密な定義を要する。特に精神科への非自発入院の対象とする場合には、より厳密な評価が求められる。ここでは、以下のような病態をもって、急性期入院治療の対象となる「現実検討が著しく損なわれた病態」と定義する。

(ア) 意識障害

意識の障害は感覚情報の入力を制限するため、現実検討を損なうことはいうまでもないが、行動出力の停止した重い意識障害は身体医学の治療対象である。精神科的な治療の対象となるのは、意識の障害がありながら行動出力が停止しない、以下のような特殊なタイプである。

① せん妄状態 (delirious state)

精神運動興奮と幻覚(幻視が生じやすい)を伴う意識混濁状態で、回復後に健忘を残す。認知症を含む各種の脳器質性疾患、向精神薬や鎮痛剤の服用のほか、外科手術やICUでの治療によるストレス負荷、加齢などが誘因となって生ずることがある。特殊な病態としては、アルコール退薬性の振戦せん妄 (delirium tremens) がある。

なお、急性アルコール中毒である単純酩酊および複雑酩酊も意識混濁と健忘を伴うが、内科的治療の必要性がある場合はあっても、原則として精神科への入院治療の対象とはならない。

② もうろう状態 (dreamy state)

意識消失を伴う全般性てんかん発作や電気けいれん療法の実行後に生ずることのあ

る意識混濁状態。せん妄状態のような精神運動興奮を呈することもあれば、緩慢な無目的運動の出現のみの場合もある。通常は数時間以内に回復するが、てんかん発作重積状態などでは遷延・断続する場合がある。回復後には健忘を残す。

(イ) 精神病状態 (psychotic state)

精神病状態とは、意識清明下で、前頭前野をはじめとする大脳皮質の高次精神機能が失調したために生ずる、現実検討と行動の著しい変容状態と定義される。その様態によって、わが国では、以下の①～④のような下位分類が慣用的になされている。

精神病状態では、通常、交感神経系優位の過緊張が断続し、睡眠・摂食・排泄といった第一次自律機能を保てなくなることが多い。また、自他への攻撃行動が制御困難となることがある。このような場合は、精神科急性期入院治療の絶対適応となる。

これらの病態をもたらす精神疾患の代表は統合失調症であるが、それ以外の精神病性障害のほか、認知症を含む脳器質性疾患、脳以外の身体疾患、精神活性物質の使用、てんかんなどにおいて生ずることがある。また、気分障害に併存することもある。

① 幻覚・妄想状態 (hallucinatory-delusional state)

現実検討と行動選択が幻覚や妄想など構築性の精神病症状の強い影響を受けている病態。脳の情報処理機能が外在化(ないし自我異質化)した結果として説明できることが多い。例えば、対話性幻聴は脳内の言語的思考(内言語)の外在化、思考伝播は非言語的思考の外在化、作為体験は意図の形成機能の外在化、被注察感(自己監

視機能の外在化などと説明することができる。こうした現象下では、自己と外界との境界が不鮮明と自覚されることが多く、自我境界の損傷とも呼ばれる。

なお、妄想には、変容した現実検討を解釈する形で生ずる二次性妄想（被害・関係妄想が多い）と、明確な契機なしに直感的に着想される一次性妄想（血統妄想、発明妄想、妄追想など）とがある。

② 滅裂状態 (incoherent state)

前記と同様の精神状態にあるが、思考や行動の解体が著しく、幻覚や妄想などの存在を確認することが困難な病態。

③ 昏迷状態・亜昏迷状態 (stupor/substupor)

行動の起点となる意図の形成が機能しなくなるために、表現活動を含む一切の行動出力が停止してしまう病態。精神内界は激しい幻覚・妄想状態にあることが多いが、それを表明できない状況に置かれる。部分的に行動が可能な病態を亜昏迷状態と呼ぶ。

④ 精神運動興奮状態 (psychomotor excitement)

大脳辺縁系の過活動により欲動が亢進する一方、前頭前野を中心とする大脳皮質が機能低下して、辺縁系を制御することが困難となる病態。合目的な行動が持続せず、自他への攻撃衝動が突出しやすい。前記の昏迷状態と交互に出現することがあり、緊張病症候群 (catatonic syndrome) と呼ばれる。

(ウ) 重症抑うつ状態 (severe depressive state)

大うつ病 (major depression) をはじめとするうつ病圏の疾患では、通常は自我境

界の損傷を中心とする精神病症状が出現することはないが、重症の抑うつ状態では、現実検討が悲観的・自己否定的な形に歪み、視野狭窄をもたらす。第一次自律機能も低下するため、身体的消耗が悲観的な現実検討を増強するという悪循環構造を形成しやすい。ここでは、以下の①～④のような病態を現実検討が著しく損なわれた重症抑うつ状態と定義する。

これらの病態は、大うつ病のほか、双極性障害をはじめとする気分障害、統合失調症、統合失調感情障害などの精神病性障害、脳器質性障害、物質使用障害など、多くの精神疾患の経過中に現れることがある。

① 激越うつ病 (agitated depression)

強い現実検討の歪みを背景として焦燥感が亢進し、過活動となる逆説的な抑うつ状態。希死念慮のある場合は、自殺衝動が制御困難となりやすい。

② うつ病性昏迷ないし亜昏迷状態 (depressive stupor/substupor)

行動出力が停止ないし停滞するために、日常生活に重大な支障を来している抑うつ状態。うつ病に特有の運動制止 (ブレーキ現象) によると考えられるが、重症の昏迷では、精神病性の昏迷と識別が困難である。

③ 妄想性うつ病 (delusional depression)

悲観的に歪んだ現実検討を基盤として、無根拠で訂正不能な悲観的妄想 (罪業妄想、貧困妄想、心気妄想など) が表出される抑うつ状態。

④ 自殺リスクを伴う抑うつ状態 (depressive state with suicide risk)

以上①～③のタイプには当てはまらないが、悲観的な現実検討を背景として希死

念慮が高まっている抑うつ状態。運動制止が自殺行動にブレーキをかけているため、行動化しないこともある。ブレーキの緩む抑うつ状態からの回復期に注意を要する。

(エ) 重症躁状態 (severe manic state)

抑うつ状態とは対照的に、躁状態では、現実検討は楽観的・自我拡張的に歪み、自己の能力や資産が過大評価される。交感神経系優位の過活動状態となり、睡眠の短縮が躁状態を悪化させる悪循環を形成しやすい。躁状態の重症度は連続的に分布するが、ここでは、以下の①～④のような病態を現実検討が著しく損なわれた重症躁状態と定義する。

これらの病態は、双極性障害および統合失調感情障害によってもたらされるが、統合失調症、脳器質性障害、物質使用障害などの経過中に現れることがある。

① 解体型躁状態 (disintegrated mania)

観念奔逸と転導性の著しい亢進のために言動に一貫性を欠き、欲動の亢進と脱抑制のために合目的な行動がとれない躁状態。精神病性の滅裂状態と異なり、文法規則や短いフレーズでの論理的整合性は保たれるが、全体的脈絡が失われる。

② 妄想性躁状態 (delusional mania)

誇大的な妄想を伴う躁状態。内容はしばしば荒唐無稽であるが、自我拡張的に歪んだ現実検討を前提とすれば了解可能であることが多い。

③ 易怒性躁状態 (irritable mania)

周囲への攻撃性が高まった躁状態。拡張する行動を抑制しようとする人々に対して易怒的・攻撃的となるために、トラブルが頻発する。刑事事件に発展することもある。

④ 混合状態 (mixed state)

表情は陰うつ、言動は悲観的にもかわらなく、行動は脱抑制的となる、気分と行動の乖離した状態。行動を制止されると、しばしば易怒的となる。

(4) その他の精神障害と病態

以上が、精神科急性期入院治療の対象となる「現実検討が著しく損なわれた病態」である。これら以外にも、現実検討能力の低下や急性経過を示す精神障害や病態がありうる。例えば、重度の知的障害や認知症は「現実検討が著しく損なわれた病態」である。パニック障害は急性症状の一つである。しかし、いずれも、1で定義した「急性かつ重症」の定義を満たさない。

現実検討の損傷と急性経過という二軸によって精神障害や病態を分類すると、図 29 のように表示される。これらのうち、急性かつ重症の定義に合致するのは、これまでに解説した左上の象限に位置する病態群である。

D. 考察

1. 精神科救急事業の運用実態

(1) 受診前相談事業について

精神科救急医療は電話相談から始まる。地域住民がいつでもアクセスできる相談窓口があるか、窓口担当者が精神科救急ケースに関する情報を迅速・的確に収集し、緊急度を評価した上で、適切な支援を提供できるか、といった点に、その後の経過と転帰がかかっている。

平成 22 年度より、受診前の相談事業として、従来の精神科救急医療情報センター事業に加えて、24 時間の電話および来所相

談に応じる精神医療相談事業が新設され、国庫から運営費用が半額補助されることとなった。しかし、精神医療相談事業の運営にかかる半額の予算が確保できないために同事業を開始できない地方自治体もある。

情報センターは、緊急度の判定と救急医療施設の紹介および関連機関との連絡調整を主たる任務とし、原則として各自治体に1ヵ所しか設置できないのに対して、精神医療相談事業はカウンセリング機能も含めた全般的な相談を担当し、複数地点での設置が可能となっている。

しかし、両者の機能分担や設置場所は都道府県によってまちまちであり、表1の精神医療相談と情報センターの実績も一部重複して報告されるなど、両者を区別する基準は統一されていない。また、表1に報告された精神医療相談の件数が国庫補助事業の認可を受けた事業の実績なのか、それとも、地方自治体による既存の相談事業の件数を計上しているにすぎないのかも明確ではない。

このような訳で、電話相談件数は、図1に示したように年々増加してはいるものの、情報センターと精神医療相談の実態が正しく反映されてはいない可能性がある。今後は、両者を区別できるように集計方法を工夫する必要がある。

さらに、両者の機能を厳密に区別できないことを考慮して、制度上も両者を統合し、国と地方自治体が運営費用を折半する相談窓口（仮称「精神科救急よろず相談窓口」）を都道府県に複数箇所設置できるよう、精神科救急事業の要綱を見直すことが検討されるべきである。

なお、こうした受診前相談事業について

は、平成24年度、詳細な全国調査と研修プログラムが国によって企画されており、研修事業が継続できれば、均霑化の促進が期待される。

（2）救急受診および入院について

平成7（1995）年に精神科救急事業が開始されて以来、わが国の精神科救急医療は、精神科急性型包括入院料病棟（精神科救急入院料病棟および精神科急性期治療病棟）の普及と相まって、徐々に均霑化されつつある。平成20年には都道府県から国への事業報告制度が整備され、精神科救急事業の運用実態が全国レベルで明らかにされるようになった。

図5、6に示したように、平成20年度以降、精神科救急事業による受診件数は年間4万件ほどで横ばいであるが、入院件数、特に三次救急は増加傾向にある。ただし、ここに示されたデータは公式の精神科救急事業の実績に限定されており、医療機関が自発的に行うマイクロ救急の機能は数値化されていないことに留意すべきである。千葉県調査によれば、一次救急（外来受診のみ）と二次救急（任意入院、医療保護入院ケース）の一部を主体に、精神科救急事業の約6倍に上るマイクロ救急診療が公式統計の水面下に隠れていると推計されている。

図8によれば、平成23年度、情報センターを経由して精神科救急事業を利用した受診者は28%であったが、表2によれば、千葉県、東京都、兵庫県、福岡県では100%の一方で、同センターの機能が未整備の県では比率が低かった。

図9は、自院通院患者の受診が36%に上っており、精神科救急事業がマイクロ救急の

機能を包含していることが示されている。表2では、東京都、神奈川県、横浜市、大阪府のように、自院通院中のケースが0件という地域がある一方で、地方を中心に自院通院者が過半数を占める地域があるなど、地域差のあることが示されている。

このような地域差を表現するため、図26に、都道府県人口に対する受診件数の比率と入院率の相関を示した。図に見るように、両者は強い負の相関を示す。近似線が双曲線であることは、両者の積が一定（人口1万に対する年間の入院件数が1~2件）であることを示唆している。

図の右下の群は、受診率は高いが入院率は低い群で、人口密度の低い地域が多い。一方、左上の群は、受診率が低く入院率が高い群で、人口密集地域が多い。両極の地域に共通するのは、夜間・休日に精神科医療へのアクセスポイントが希薄になる点である。ミクロ救急が機能しなくなるためにマクロ救急事業に頼らざるをえない、という事情が反映されていると思われる。

(3) 空床確保状況について

表2から空床確保とその利用状況を見ると、図27に示したように、空床の確保率は86%（85,342床）に上るが、入院実績は11,227件であるから、確保した病床の利用率は13.2%にすぎない（神奈川県では3つの政令市が県と救急病床を共有しているので、これらの重複を除くと空床の利用率は15.6%になる）。平成23年度の本事業による入院16,292件のうち、確保した空床を利用したのは11,227件（69%）にとどまっていたということであるから、3割以上が本事業で確保された空床以外の病床に入院し

ていたことになる。

その理由としては、確保された空床が急性期ケースには利用できない多床室であったこと（名目上の空床確保）、入院可能な病床は確保したものの精神保健指定医が確保できなかったこと、当番病院があまりに遠隔で利用困難であったこと、などが想定できる。空床の利用率の低さには救急事業の宿命的な側面があるにせよ、空床確保の内容については今後さらなる検討を要する。

2. 精神科救急病棟の普及と課題

(1) 精神科救急病棟の展開

精神科救急医療体制整備事業の中核を担うのが精神科急性型包括入院料病棟である。診療報酬上に急性型包括入院料が掲載されたのは平成8（1996）年、精神科救急事業開始の翌年である。千葉県精神科医療センターをモデルとして、この年、精神科急性期治療病棟入院料が新設された。その6年後の平成14（2002）年、これをグレードアップさせた精神科救急入院料が新設され、平成20（2008）年には大幅に増額されるとともに、合併症型の精神科救急入院料が新設された。

このような制度的支援を背景に、精神科急性型包括入院料病棟は徐々に普及し、平成24（2012）年10月1日には、全国で104カ所の施設が精神科救急入院料を認可されるに至った。それらの施設の分布を図13に示した。図に見るように、東京都（13施設）、千葉県（9）、大阪府（7）、埼玉県（6）、神奈川県（6）、北海道（5）、静岡県（5）、福岡県（5）では5カ所以上が認可されているのに対して、未認可県が9県ある。

平成25年度には、精神疾患が医療法上の

重点疾患に指定され、地域医療計画の中に予防、治療、アフターケアの具体策が盛り込まれることとなった。この計画の中では、精神科救急医療が扇の要となり、精神科救急病棟が中核施設となる。したがって、少なくとも県に1カ所、できれば精神科救急医療圏（全国で137圏域）に1カ所以上、精神科救急病棟の設置されることが望ましい。

（2）精神科救急病棟の機能のばらつき

今回の調査に回答した精神科救急入院料病棟77カ所の平均像を表示した図19によれば、全国精神科救急病棟は、小規模病床ながら、高密度のスタッフを配して、平均48.6日（病床回転率7.6）で7割近い急性期患者を自宅退院につなげていることを示している。

回転率が7.6、精神科救急病棟の病床数が5,574床（全精神病床の約1.6%）であるから、年間42,073件（年間入院件数約38万件の11%）の入退院をカバーしていることになる。非自発入院に限れば、カバー率はもっと上がる。

このように、精神科救急病棟群は、わが国の精神科救急医療を牽引し、精神科平均在院日数の短縮に寄与してきたといえるが、一方で、分布の不均一と並んで、施設間で運用状況と機能にばらつきのあることも分かってきた。

構造面では、図16および図20に示したように、身体管理能力の指標となる母体病院の検査体制や設備・医療機器の整備状況に施設間格差があり、単科精神科病院を主体とする精神科救急病棟における身体管理能力の限界を示唆している。

アウトカムの面でも、図22および図23に例示したように、病棟の機能や活動性に相当のばらつきがある。主な指標の推移を示した図25によれば、在宅移行率の上昇傾向の半面で、平均在棟日数の延長傾向、三次救急比率の減少傾向が見られており、救急病棟における医療の質の検証が求められるところとなっている。

3. 医療の質を担保する eCODO

（1）eCODOの効用

精神科救急病棟における医療の質を担保する方法として有力なのが、入院患者の病状や治療内容、治療成績をデータベース化したeCODOである。今回の調査では、臨床指標を分析可能な状況まで提示できたのは1施設のみであったが、情報の質の高さと臨床的意義は、これまでに例をみない視点を生み出したといえる。

特に、基本情報における自殺念慮や自傷・他害の割合、合併症に関する情報などは、これまでにあまり明確にされておらず、この領域での認識を深められる点で臨床的意義が高い。また、プロセス指標としての薬剤プロフィール、アウトカム指標としてのインシデント数や精神保健福祉的視点から見た転帰やサービス形態などを示すことが可能であり、医療の質を包括的に反映できる点も有用性が高い。

さらにeCODOシステムにデータの集約と出力機能が搭載されていることから、期間や病棟などを区切って容易に臨床指標を算出できる点も、これまでに類のないシステムとして有用である。図28の一部を例示した。このような視覚化が瞬時にして可能となるため、同一視施設内での医療動向

のモニタリングや多施設間での比較が容易になる。

このように、本誌システムは精神科急性期医療の質を透明化し、広く一般にその内容を実証できることから、今後は診療報酬の根拠としても期待される。

(2) eCODO の課題

一方の課題としては、現場のスタッフにとって入力負担が大きく、それを解析することにも多大な労力を要する点あげられる。今後は、電子カルテシステムとの連動や、一般的な領域等についての自動解析機能の付加などが検討される必要があると考えられる。

今後は本システムをさらに活用し、多施設間比較を可能にするセンターシステムの構築を行うことで、広く精神科領域全体の質的向上を図るといった有用性も期待できるが、このためには、内外の理解と協力が求められるであろう。

4. 精神科救急病棟への入院基準

(1) 精神科救急病棟入院患者の診断構成

精神科救急病棟に入院する患者の入院時の診断構成は、図 24 のように推移している。統合失調症を主体とする F2 群が 5 割程度を占め、第 2 位の F3 群と併せると 8 割を占めているが、近年は、高齢化社会の進行を反映して、認知症を主体とする F0 群の増加傾向が見られる。

一方、入院患者の診断群にも施設間格差がある。図 23 に平成 23 年度における F2 群の患者比率の分布を示したが、図に見るように、相当にばらついている。

精神科救急病棟は、わが国の精神科救急

医療を牽引する高規格病棟であり、重症患者に良質な医療を提供し、慢性化と長期在院化を未然に防止することが使命である。そのために、精神科領域では高額な医療費が給付されている。したがって、入院対象も臨床的に重症のケースを主体とすべきである。今回の研究では、どのようなケースを急性の重症患者と呼ぶべきか、その輪郭を明瞭化するために診断基準を提示した。

(2) 新たな入院基準の意味

精神科救急入院料病棟は、本研究で定義したような患者以外の救急患者の入院を排除するものではないが、満床など、病院側の都合で、これらの急性患者の入院を遅延させることがあってはならない。このような患者を 24 時間いつでも受け入れられるように、急性患者用の空床を常時 1 床以上確保するための内部システムを構築しなくてはならない。それを基本的な遵守事項として、各地域の精神科救急医療体制整備事業が再構築されるべきである。

また、こうした文脈に沿って、精神科救急入院料の認可基準も見直されるべきであろう。すなわち、ここで定義した重症急性患者が年間入院患者の 8 割以上を占めること、などの規定を設け、入院形式による規定（診療圏内に発生する措置入院ケースの 4 分の 1 以上、もしくは精神科三次救急ケースを年間 30 件以上を受け入れること）をこれに置き換えるべきである。

また、将来的には、新規に発症した重症急性患者の入院治療の開始は、精神科救急入院料病棟などの高規格病棟に限定されるよう制度改革がなされることを提唱したい。それが利用者から見て遠隔地への入院にな

ることのないよう、高規格病棟の適正配置が地域医療計画の中に明記される必要がある。

E. 結論

精神科救急医療体制整備事業およびその中核的機能を担う精神科救急入院料病棟群の運用実績の分析を通じて、わが国の精神科救急医療体制には、未だに相当の地域差や施設差が存在することが確認された。また、精神科における急性期入院治療の質を担保するために eCODO が有用であることを示し、入院治療の絶対適応となる重症急性患者の診断基準を提案した。

精神疾患による重大事象の防止、重症患者への良質な医療の提供による慢性化と長期在院の防止、迅速な危機介入による在宅ケアの支援という精神科救急医療の任務を達成し、精神科救急医療を地域医療計画の要とするために、重症の急性患者が良質な医療を迅速かつ確実に受けられることを最優先課題として、精神科救急医療事業の再構築と精神科救急病棟群の均霑化が図られるべきである。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

第20回精神科救急学会学術集会（平成24年10月27日、奈良市）の急性期入院治療研究委員会「新たな精神科救急医療体制

の構築に向けて—医療法・精神保健福祉法などの法改正と精神科救急—」において、分担研究者の平田豊明が「新たな精神科救急医療体制の構築に向けて」、研究協力者の杉山直也が「新たな精神科救急医療体制に必要なコンセプト—臨床指標と連携モデル—」と題して、また、同学術集会シンポジウム「精神科救急の国際比較」において、杉山直也が「日本における精神科救急医療体制」と題して、それぞれシンポジストとして本研究成果の一部を演題発表した。いずれの演題も平成25年内に論文発表の予定。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献等]

1) 精神科救急医療体制に関する検討会報告書。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001q5su-att/2r9852000001q5y7.pdf>

（平成23年12月5日アクセス）

2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神保健計画研究部：精神保健福祉資料。

<http://www.ncnpgojp/nimh/keikaku/vison/630datahtml>.

（平成24年1月28日アクセス）

3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所：eCODO—行動制限等最適化データベース—。

<https://www.ecodo.ncnp.go.jp/ncnp/>
（平成25年2月14日アクセス）

4) 杉山直也、塚本哲司、平田豊明ほか：平

- 成 21 年度障害者程度区分認定事業補助金（障害者保健福祉推進事業）「精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究」報告書、2010
- 5) 杉山直也、大塚耕太郎、山田朋樹ほか：平成 21 年度厚生労働科学研究補助金（政策科学推進研究事業）「精神科救急医療と一般救急医療の連携体制構築における現状の課題と今後の方向性」報告書（総括研究「小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療と連携体制構築のための具体的方策に関する研究」）、2010
- 6) 杉山直也：精神科救急医療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究。平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金。地域医療基盤開発推進研究事業。小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための具体的方策に関する研究（研究代表者：宮坂勝之）、平成 22 年度総括・分担研究報告書、2011
- 7) 平田豊明：「スーパー救急病棟」の運用実態－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, 2007
- 8) 平田豊明，分島徹監修：精神科救急医療の現在（いま）。精神科リュミエール 13 巻。中山書店，東京，2009
- 9) 平田豊明他：平成 21 年度厚生労働科学研究「精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究」報告書（総括研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」）。2010

表1 精神医療相談及び精神科救急情報センター事業年報(23年度)

	精神医療相談							精神科救急情報センターへの相談等								
	電話相談件数			来所相談件数			救急受診 勧奨件数	合計	救急隊	一般救急の 情報セン ター	医療機 関 (精神 科)	医療機 関 (精神 科以 外)	警察	保健所	その他	
	合計	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他										
北海道	3021	1903	1118	0	0	0	558	1080	384	5	61	109	149	26	346	*1
青森県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
岩手県	4529	4228	301	0	0	0	0	95	1	0	2	7	6	4	75	
宮城県	4772	4232	540	0	0	0	463	412	152	不明	28	37	47	97	51	*2
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	153	0	0	0	0	1	1	151	
山形県	0	0	0	0	0	0	0	22	1	0	0	0	0	0	21	
福島県	1395	225	1170	261	54	207	344	67	0	0	8	0	0	0	59	
茨城県	201	32	169	0	0	0	59	59	8	0	2	0	3	0	46	
栃木県	0	0	0	0	0	0	0	1238	82	0	15	39	204	175	723	
群馬県	91	51	40	4	0	4	0	250	5	0	131	4	21	72	17	
埼玉県	5947	3796	2151	0	0	0	339	677	398	0	51	118	86	24	0	
千葉県	7027	1698	5329	59	12	47	1109	7027	808	0	543	186	812	671	4007	*3
東京都	11720	7344	4376	0	0	0	0	1881	0	749	141	258	483	0	250	
神奈川県	3786	2217	1569	0	0	0	206	404	0	0	0	0	324	0	80	
新潟県	594	不明	不明	668	不明	不明	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*4
富山県	1975	1534	441	0	0	0	204	257	89	0	53	31	45	29	10	
石川県	310	182	128	0	0	0	24	10	0	0	1	0	0	0	1	
福井県	1697	1480	217	0	0	0	92	356	30	0	66	34	150	29	47	
山梨県	282	178	104	0	0	0	96	81	14	0	11	3	15	21	17	
長野県	447	274	173	0	0	0	45	62	10	0	22	0	3	0	27	
岐阜県	262	146	116	0	0	0	17	135	9	0	2	6	4	0	114	
静岡県	106	8	98	0	0	0	69	2012	54	0	35	42	15	20	1846	*5
愛知県	3439	2319	1120	0	0	0	1725	610	18	0	75	175	32	0	310	*6
三重県	1030	886	144	0	0	0	124	179	0	0	1	5	1	0	172	
滋賀県	417	310	107	0	0	0	10	73	8	0	16	8	37	2	2	
京都府	118	118	0	0	0	0	118	2532	39	0	97	0	227	8	2161	
大阪府	33414	27625	5789	0	0	0	1118	3415	1200	0	0	0	800	0	1415	*7
兵庫県	1842	711	1131	0	0	0	199	1127	143	不明	不明	不明	644	不明	340	*8
奈良県	373	223	150	0	0	0	278	680	0	21	6	13	0	216	424	
和歌山県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	*9
鳥取県	2896	2409	487	24	20	4	158	0	0	0	0	0	0	0	0	
島根県	6357	5843	514	234	199	35	115	381	18	0	81	34	94	25	129	
岡山県	1692	1064	628	0	0	0	142	1692	41	1	212	76	15	0	1347	*10
広島県	1129	752	377	0	0	0	80	54	5	0	13	8	15	0	13	
山口県	2495	1978	517	0	0	0	31	284	83	0	27	27	50	52	45	
徳島県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
香川県	0	0	0	0	0	0	0	9	2	0	0	0	0	0	7	
愛媛県	164	50	114	0	0	0	37	122	10	11	12	6	44	10	29	
高知県	0	0	0	0	0	0	0	22	1	0	0	0	0	0	21	
福岡県	0	0	0	0	0	0	0	2112	175	0	209	0	112	257	1359	*11
佐賀県	122	不明	不明	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	
長崎県	59	18	41	17	9	8	4	1473	13	0	9	21	11	3	1416	
熊本県	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	*12
大分県	0	0	0	0	0	0	0	1625	3	0	0	5	10	0	1607	
宮崎県	-	-	-	-	-	-	-	97	8	不明	不明	不明	2	不明	87	
鹿児島県	-	-	-	-	-	-	-	31	1	0	0	1	7	3	19	
沖縄県	3041	2250	791	0	0	0	492	583	53	0	245	113	60	65	47	
横浜市	3370	1604	1766	0	0	0	375	452	0	0	0	0	332	6	115	
川崎市	909	409	500	0	0	0	57	183	0	0	1	0	147	3	32	
相模原市	478	213	265	0	0	0	71	120	0	0	0	0	95	0	25	
合計	111,507	78,310	32,481	1,267	294	305	8,776	34,134	3,866	787	2,176	1,366	5,103	1,819	19,010	

注) *1札幌市のみ、*2仙台市を含む、*3千葉市を含む。精神医療相談と情報センター相談は同一(内訳が異なるのみ) *4新潟市を含む
 *5浜松市、静岡県を含む、*6名古屋を含む、*7大阪市、堺市を含む、*8神戸市を含む、*9センター未整備、*10岡山市を含む
 *11北九州市、福岡市を含む、*12熊本市は24年度から

表2 精神科救急医療体制整備事業年報(23年度)

	受診 依頼 件数	受診件数			受診者のうち入院した者								空床確保状況				空床確保料請求対象日数			
		合計	うち精神 科救急情 報セン ター経由	うち自院 通院中 の患者	入院形式								空床確保 予定日数 (当番日 数合計)	空床を確 保すべき 予定数 (延べ)	実際に確 保した数 (延べ)	確保した 空床に入 院した数 (延べ)	精神科救急 医療施設分		身体合併症 対応施設分	
					入院 件数	緊急措置 入院	措置入院	応急入院	医療保護 入院	任意入院	その他	1床分 (1床確保し た日の合計 日数)					2床分 (2床以上確 保した日の 合計日数)	1床分 (1床確保し た日の合計 日数)	2床分 (2床以上確 保した日の 合計日数)	
北海道	1585	1683	436	0	602	18	4	8	339	225	8	2928	2928	2846	455	2275	0	0	0	
青森県	1334	1333	0	864	237	0	0	0	120	113	4	2191	2196	2196	237	2191	0	0	0	
岩手県	9447	2680	28	1966	590	0	1	7	155	378	49	1735	1735	1691	44	1735	0	0	366	
宮城県	431	324	170	143	101	0	16	0	69	16	0	366	509	505	101	295	71	0	0	
秋田県	1279	1158	0	813	240	0	4	1	117	118	0	1536	1902	1875	118	1109	324	0	0	
山形県	404	324	0	209	155	5	33	18	65	34	0	1098	1098	1096	112	984	0	0	0	
福島県	1403	777	3	303	288	2	24	6	172	84	0	367(45)	1421	1421	245	1166	0	0	0	
茨城県	596	595	108	461	296	8	31	0	180	77	0	1684	1684	829	49	899	366	0	0	
栃木県	851	638	344	294	134	89	0	4	41	0	0	366	732	723	11	20	346	0	0	
群馬県	648	630	169	247	372	58	12	0	205	97	0	366	1097	777	320	76	261	0	0	
埼玉県	723	676	655	14	413	48	149	19	183	14	0	1708	2684	2684	406	732	976	0	0	
千葉県	947	947	947	71	418	114	5	16	259	24	0	5178	3670	2204	418	1641	96	0	0	
東京都	1744	1744	1744	0	1506	983	0	9	480	34	0	6961	6961	6961	1506	367	1610	0	0	
神奈川県	429	420	296	0	346	8	229	1	96	12	0	366	8570	4494	463	0	366	0	0	
新潟県	1262	668	0	245	182	0	0	0	132	38	12	1235	1235	1235	182	904	0	0	0	
富山県	204	204	202	2	78	0	3	4	53	18	0	976	1581	1495	82	1413	0	0	0	
石川県	1665	1921	2	1378	426	3	25	28	249	116	5	912	912	912	266	906	0	0	0	
福井県	377	306	84	121	127	7	6	2	58	41	13	523	523	583	68	515	0	0	0	
山梨県	96	105	88	13	58	12	2	2	32	10	0	488	1052	1052	50	320	366	0	0	
長野県	974	920	94	655	256	25	34	2	124	71	0	1343	1709	1874	255	886.5	366	0	0	
岐阜県	417	414	20	195	175	0	1	8	110	56	0	866	866	865	158	707	0	0	0	
静岡県	1518	1518	10	598	647	34	7	40	386	166	14	2555	2555	4639	637	2190	0	365	0	
愛知県	154	2803	569	454	816	14	3	19	510	268	2	1524	2316	1485	558	773	22	10	50	
三重県	782	782	0	78	381	23	7	14	209	128	0	732	732	732	0	0	732	0	0	
滋賀県	0	1830	64	0	353	49	4	4	176	120	0	366	1464	1398	80	1398	0	0	0	
京都府	704	578	305	273	245	38	6	24	162	15	0	472	838	838	23	83	366	0	0	
大阪府	2367	1963	1693	0	1618	228	0	199	820	369	2	366	0	0	0	0	366	0	0	
兵庫県	726	726	726	32	601	29	0	53	402	117	0	365	1940	1940	601	0	365	0	0	
奈良県	542	541	76	79	203	37	0	19	97	50	0	366	1098	1098	176	296	313	0	0	
和歌山県	1269	1269	0	1015	283	8	7	5	147	116	0	993	0	973	285	0	973	0	0	
鳥取県	770	770	0	611	221	3	11	5	96	105	1	1098	1098	1098	173	710	0	0	0	
島根県	230	689	199	452	179	14	17	5	71	70	2	2073	2073	2073	0	2073	0	0	0	
岡山県	813	659	53	316	422	1	14	42	170	195	0	366	1098	1098	422	792	0	0	0	
広島県	263	1470	16	763	451	9	49	13	235	145	0	1098	1098	1507	441	697	147	0	0	
山口県	377	376	212	20	282	0	43	4	175	60	0	1464	1464	1464	152	1312	0	0	0	
徳島県	398	421	0	69	192	3	1	2	72	109	5	874	874	874	152	631	0	91	0	
香川県	356	410	0	88	210	1	8	1	54	66	80	1098	1464	1407	21	656	0	2	364	
愛媛県	325	324	108	231	101	0	4	1	72	24	0	366	366	358	5	353	0	0	0	
高知県	404	324	0	209	155	5	33	18	65	34	0	1098	1098	1096	112	984	0	0	0	
福岡県	675	563	563	43	485	130	15	10	251	79	0	366	1948	1948	447	0	366	0	0	
佐賀県	17	16	0	0	4	0	0	0	2	2	0	71	213	199	4	199	0	0	0	
長崎県	328	328	15	155	159	2	31	1	63	62	0	782	782	782	139	416	366	0	0	
熊本県	583	583	0	0	133	—	—	—	67	63	3	610	610	461	133	264	197	0	0	
大分県	47	45	0	0	35	24	5	0	6	0	0	366	578	578	35	294	72	0	0	
宮崎県	264	498	26	230	166	3	3	7	61	68	24	122	538	538	166	294	—	—	122	
鹿児島県	284	157	7	63	63	0	0	0	30	33	0	284	284	3165	0	284	0	0	0	
沖縄県	1047	1047	583	531	330	4	19	2	170	134	1	1574	1574	1574	232	1342	0	0	0	
横浜市	488	458	247	0	348	43	141	3	147	14	0	366	8570	4494	442	0	366	0	0	
川崎市	183	105	67	0	94	21	58	0	13	2	0	366	8570	4494	113	0	366	0	0	
相模原市	122	118	85	0	91	10	56	0	25	0	0	366	8570	4494	119	0	366	0	0	
京都市	24	24	13	3	24	0	8	1	5	10	0	117	219	219	13	24	91	0	0	
合計	42,876	39,862	11,027	14,307	16,292	2,113	1,129	627	7,998	4,200	225	55,490	99,097	85,342	11,227	35,207	10,622	468	902	

注)*1仙台市を含む、*2震災の影響で県内4ブロックのうち()内の1ブロック(浜通りブロック)のみ稼働、*3千葉市を含む、*4新潟市を含む、*5浜松市、静岡市を含む

*6名古屋市を含む、*7大阪市、堺市を含む、*8神戸市を含む、*9センター未整備、*10岡山市を含む、*11北九州市、福岡市を含む、*12熊本市は24年度から

図1 電話相談件数の推移

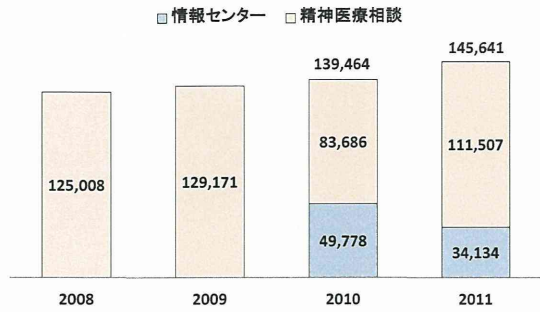


図2 精神医療相談件数(2011年度)

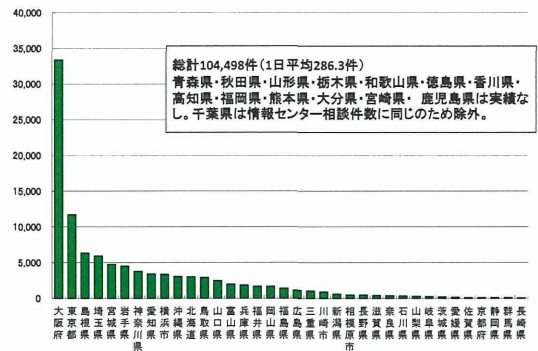


図3 精神科救急情報センター相談件数(2011年度)

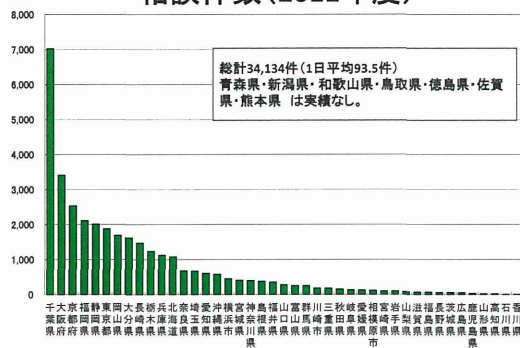


図4 精神科救急情報センター相談者内訳

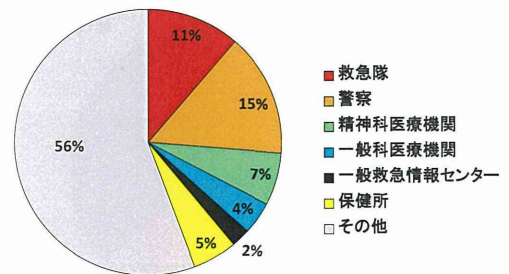


図5 受診件数と入院件数の推移

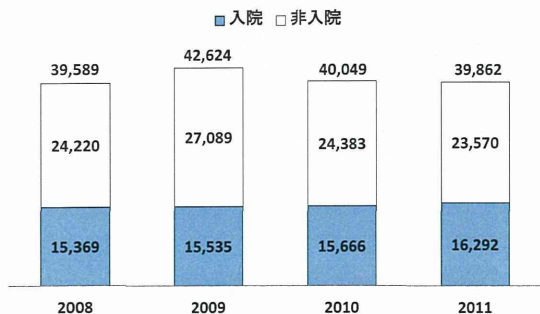
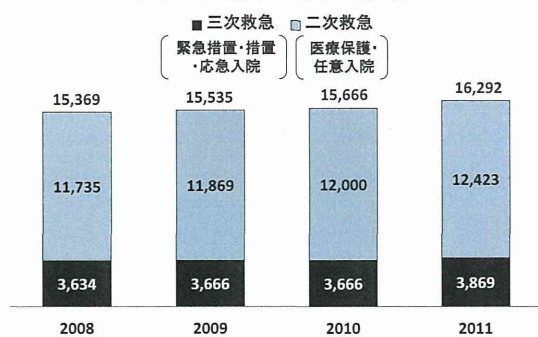


図6 入院内訳の推移



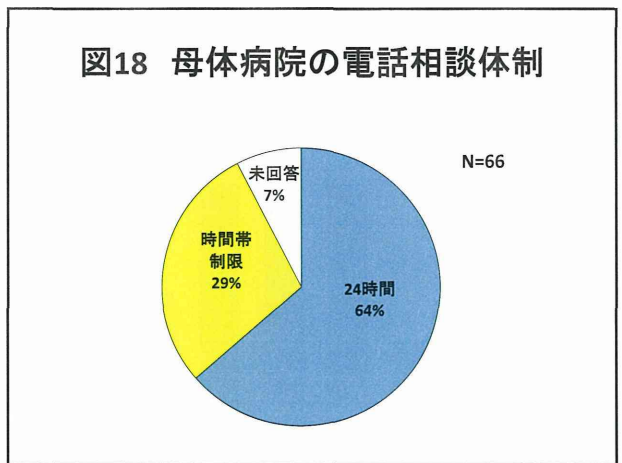
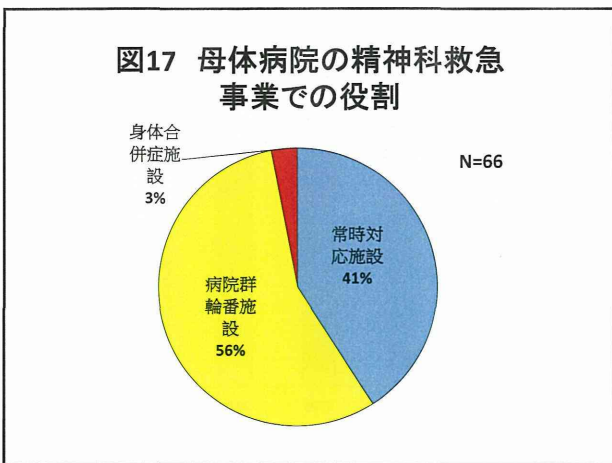
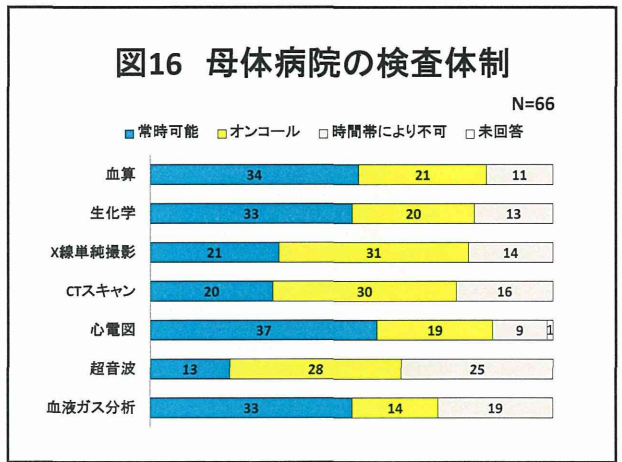
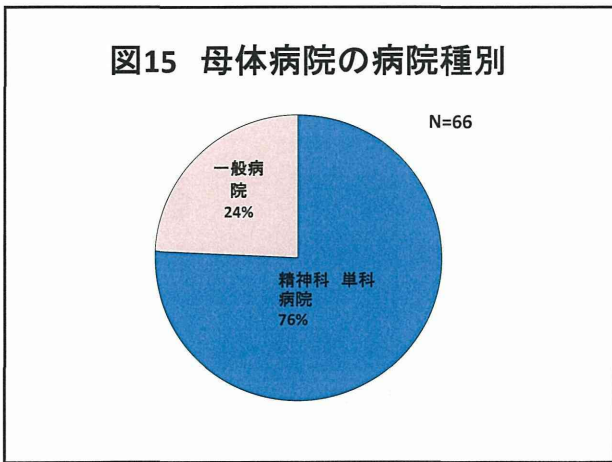
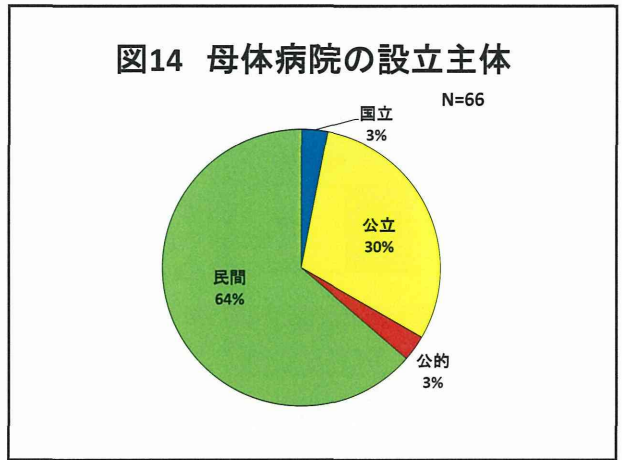
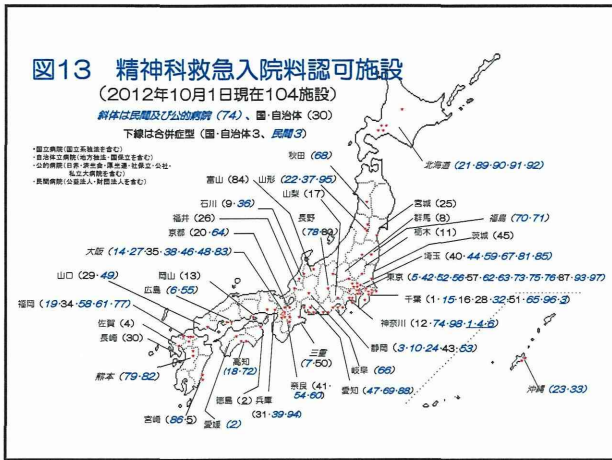


図19 精神科救急病棟の平均像
2011年度(66施設・77病棟)

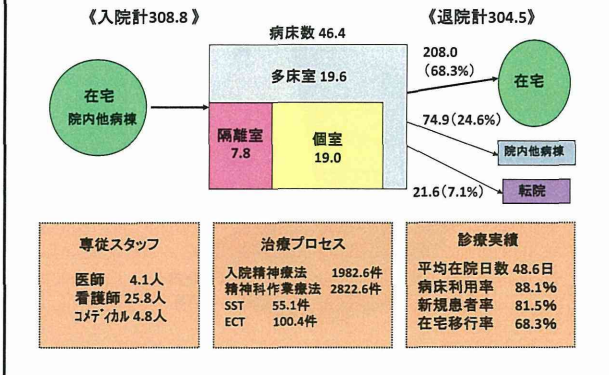


図20 病棟設備

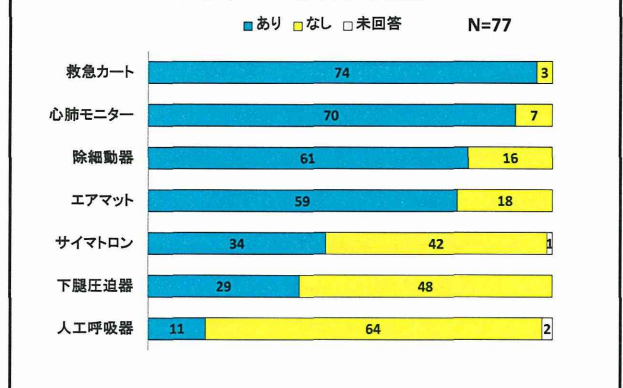


図21 入院時入院形式

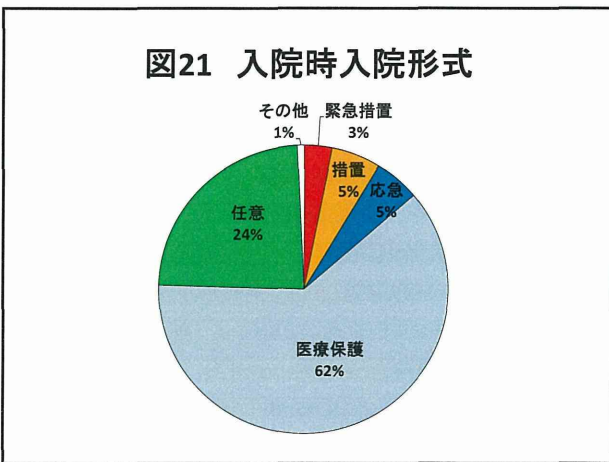


図22 平均在棟日数

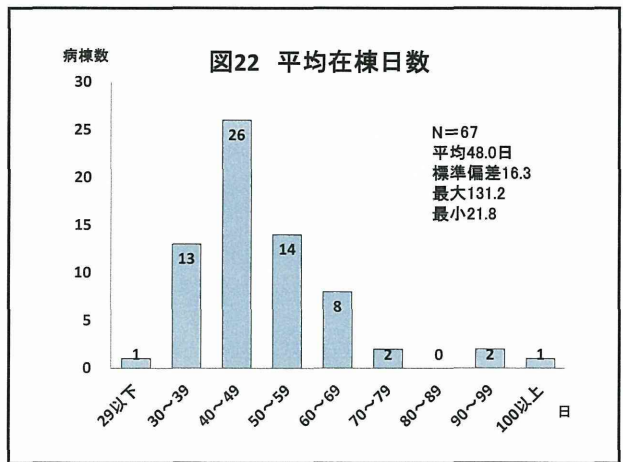


図23 入棟件数に占めるF2群比率

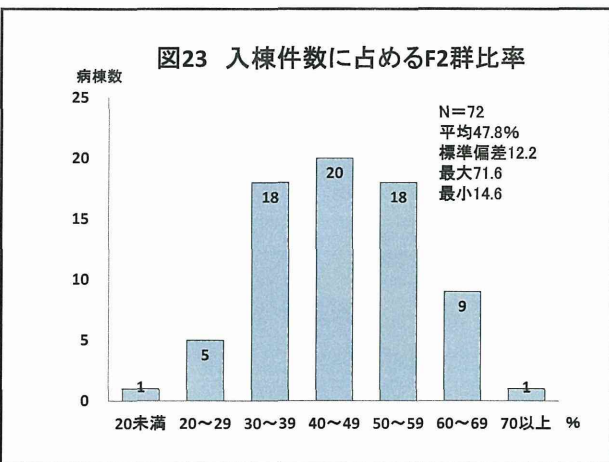


図24 診断群比率の推移

