

平成 30 年度厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」

分担研究

精神科救急及び急性期医療に関する実態と課題に関する研究

分担研究者 平田豊明 (*1)

研究協力者 兼行浩史 (*2)、来住由樹 (*3)、塚本哲司 (*4)、橋本聡 (*5)、花岡晋平 (*1)、藤田潔 (*6)、
山之内芳雄 (*7)

*1 千葉県精神科医療センター、*2 山口県立こころの医療センター、*3 岡山県精神科医療センター、*4
埼玉県立精神保健福祉センター、*5 国立病院機構熊本医療センター、*6 桶狭間病院、*7 国立精神・
神経医療研究センター精神保健研究所

【研究要旨】

目的 精神科救急医療体制整備事業（「精神科救急事業」と略記）および精神科救急入院料病棟（「精神科救急病棟」と略記）の運用状況を分析し、精神科救急・急性期医療の質的向上に資する政策を提言すること。

方法 ①各都道府県から国に報告された平成 29 年度の精神科救急事業の年報を集計・分析した。②精神科救急事業の報告基準に統一性を欠く現状を改善するために、報告様式の改定案を作成した。③精神保健福祉資料（「630 調査結果」と略記）等に基づいて、全国の精神科救急病棟の運用実績を調査・分析した。④以上の調査結果に基づいて、地域精神医療資源分析データベース（ReMHRAD）を更新するためのデータを提供した。

結果 ①平成 29 年度の精神科救急事業では、受診前相談が 187,593 件（人口 100 万当たり 1 日 4.2 件）あった。救急受診は 44,577 件（同 0.96 件）、その 42%に当たる 17,708 件（同 0.41 件）が入院となっていた。入院の 74%が非自発入院、大都市圏を中心に三次救急（緊急措置、措置、応急入院）が 23.7%を占めていた。②医療機関や行政担当者の負担を軽減し、正確な実績報告を集計するために、精神科救急事業に関する新たな報告様式案を作成し、概ねこれに準じた様式が 2019 年度から実装されることとなった。③630 調査結果によれば、平成 30 年 6 月 30 日現在、全国 163 施設の 234 病棟に精神科救急入院料が認可され、1 病棟当たり平均 46.6 床に 40.3 人が在院していた。73.1%が非自発入院で、17.5%が隔離、4.4%が身体拘束されていた。主診断は F2 が 46.6%、F0 が 11.4%。65 歳以上の在院患者は 30.1%、在院 3 ヶ月を超える患者が 21.8%いた。

考察 ①人口万対受診件数と入院率には強い負の相関があり、過疎地区を抱える県では一次救急患者を主体に人口対受診件数が高く、大都市圏では人口対受診件数が低く入院率が高いが、それぞれに背景要因がある。②近年増加の一途を辿ってきた警察官通報と措置入院件数が、相模原事件後による措置入院制度見直しによって 2017 年度は減少したが、大都市圏では依然として警察官通報による措置入院が救急患者の医療アクセス手段として欠かせない。③精神科救急病棟群は、わが国の精神科医療における「緩やかな脱入院化」を牽引してきたが、重症患者の治療的限界や機能の施設間格差、分布の不均一などの課題を抱えている。

結論 わが国の精神保健医療の水準向上のためには、精神科救急・急性期医療の実態を継続的にモニタリングすることが不可欠である。

A. 研究の背景と目的

わが国の精神科救急医療は、精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」と略記）を車体とし、精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）をメインエンジンとして走る車に喩えることができる。こうした構造をもつわが国の精神科救急医療の展開は、必然的に入院の短期化と病棟のダウンサイズを促してきた。

本研究は、2004年以來、わが国の精神科救急事業と精神科救急病棟の運用実績をモニターし、制度的改善を提案してきたが、この間の制度的な手直しが積み重なるにつれて、近年では、都道府県による精神科救急事業報告に混乱が生じている。また、精神科救急病棟群の増加に伴って、運用上の課題が浮き彫りになっている。

こうした現状を踏まえ、今年度は、精神科救急事業と精神科救急病棟の運用実態の分析に加えて、精神科救急事業の報告様式の改定案作成を研究の柱とした。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実績調査

各都道府県から厚生労働省に提出された平成29年度（2017年度）の精神科救急事業の年報（従来様式による）を集計し分析した。

2. 精神科救急事業報告様式の改定案作成

従来様式による実績報告の分析を通してデータ解釈のばらつきが生ずる要因を抽出し、新たな報告様式と記載マニュアル案を提示した。

3. 精神科救急病棟の運用実態調査

精神保健医療福祉に関する平成30年6月30日調査（以下「630調査」と略記）およびレセプト情報・特定健診等情報データベース（以下「NDB」と略記）から得られる情報のうち、精神科救急病棟に関する指標を抽出して集計した。

4. 地域精神医療医療資源マップの更新

精神科医療関連の社会資源および在院患者の内訳を数種類の圏域単位で集計し、Webサイト上の地図に表示する ReMHRAD（Regional Mental Health Resources Analyzing Database：地域精神医療資源分析データベース）を更新するためのデータを提供した。

（倫理面への配慮）

今回の研究では、個人情報に触れる機会はなかった。また、本研究に関して特定団体・企業等との利益相反はない。

C. 研究結果

1. 精神科救急事業の運用実績

平成29（2017）年度における精神科救急事業に関する主な指標を表1に一覧表示した。今回の研究では、ReMHRAD作成の基礎データとなる精神科救急医療資源、すなわち630調査での分類に基づく医療施設の4分類（大学病院、総合病院、その他の病院、診療所）、および精神科救急事業における医療施設の4分類（常時対応施設、輪番型施設、合併症型施設、外来対応施設）の施設数を都道府県単位で集計し、追加掲載した。

(1) 受診前相談

精神科救急医療情報センター（表1では「情報センター」と略記。以下同じ）への相談件数は66,741件で、このうち4割に当たる26,788件では緊急性が認められ、受診先を紹介されていた。相談の総件数は1日平均182.9件、人口（平成29年10月1日現在）100万人当たり1.44件ということになる。前年度は1日平均172.6件、人口100万対1.36件であったから、いずれも増加している。情報センターへの相談件数の多い順に自治体を並べ替え、相談件数とともに図1に示した。

精神医療相談事業の件数は、120,852件と情報センター相談件数の2倍近くに上った。相談件数の多い自治体順に並べると図2のようになる。ただし、表1に見るように、前年同様、無回答のほか、情報センターと相談件数が同数の自治体や集計表に矛盾のある自治体（内訳の合計が総数と大きく異なるなど）が少なくなかった。集計項目の解釈が不統一であったため、もしくは項目の設定に無理があったためと考えられる。

(2) 受診および入院の状況

精神科救急事業の利用件数（受診件数）は44,557件（1日平均122.1件、人口100万人当たり0.96件）であった。このうち、42.4%に当たる18,884件（1日平均51.7件、人口100万当たり0.41件）が入院となっていた。前年度は受診件数が42,122件、入院件数が17,708件（入院率42.0%）であったから、いずれも増加していた。

入院形式では、緊急措置入院が2,352件

（12.5%）、措置入院が1,440件

（7.6%）、応急入院が675件（3.6%）、医療保護入院が9,513件（50.4%）、任意入院が4,032 3,794件（21.4%）、その他が872件（4.6%）であった。

精神科三次救急（緊急措置入院、措置入院、応急入院）の比率は23.7%、三次救急に医療保護入院を加えた非自発入院の比率は74.0%であった。前年度に比べていずれの入院形式でも件数が増えているが、とりわけ「その他の入院」が4倍に増加しているのが目立つ。特定の自治体で突出しているためであるが、「その他」の内容は不明である。入院形式の比率は、「その他の入院」が増加しているほかは、前年から大きな変化はなかった。

表1中の受診件数の多い順に自治体を並べ替え、入院件数および非入院件数とともに図3に示した。年報では受診件数の内数である入院件数が受診件数を上回ると報告してきた自治体があったが、受診件数を非入院件数と解釈したものと推定されるため、報告された受診件数と入院件数の合計を真の受診件数として修正した。

また、受診件数と入院件数のうち、受診した病院に通院中の患者数（表1中の「うち通院中」の数）を識別するよう指定されているが、表に見るように、無回答のほか、受診総数と同じもの（受診者の全員が自院の通院患者という意味になる）が少なくなかった。受診前相談と同様、集計項目の解釈の誤解、ないしは項目設定の無理によるものと思われた。

表1において入院件数の多い順に自治体を並べ替え、入院件数とともに示したのが図4である。また、入院形式別の患者比率

を示す円グラフを図5に示した。

図6は、三次救急の入院形式ごとに都道府県別の比率を示したものであるが、いずれの入院形式も、大都市圏を中心に上位10自治体で全体の7割以上を占めるといふ寡占状況にある。他方で、表1に見るように、緊急措置入院については16自治体、応急入院については10自治体で実績がない。

2. 新たな報告様式の検討

(1) 従来様式による年報の問題点

資料1(6種類の表から成る)に従来の報告様式の一部を示した。以下に、それぞれの内容と問題点を示す。

(ア) 施設月報(資料1-1および1-2)

資料1-1は精神科救急医療施設が記入する月報で、各月のカレンダーに従って、精神科救急事業(以下「本事業」と略記)による救急受診の件数(夜間と休日日中を区別)と入院件数(同前)を入院形式別に記入していくことを求めている。さらに、資料1-2のように、自院通院中の事例を抽出して別掲で集計することを求めている。

この資料1-1および1-2が、これ以降の様式の基礎データを提供する基本表である。この段階で記入規則の解釈を誤ると、その後の中間集計および最終的に提出する年報(資料1-3の圏域別年報)まで、全てのデータが指定された内容とは異なるデータとなってしまう。

例えば、現場の救急病院が、これらの施設月報で、「受診件数」を非入院件数、「うち通院中の患者」を他院も含めた精神科通院患者などと誤解して報告すると、年報の段階までこの誤解が受け継がれてしまう。

また、施設月報がカレンダー形式になっているため、同日に複数件の救急受診があった場合には、1日単位で中間集計してから施設月報に記入する必要があるが、計算や転帰ミスも生じやすい。

(イ) 圏域別年報(資料1-3)

資料1-3は、精神科救急医療圏ごとの年報で、事業実績(月別データ)のほか、上段部分で圏域情報の記載が求められている。その左半分では圏域人口や面積、精神病院数と病床数のほか、6月末時点での3ヶ月以内および1年以内の退院患者率、1年以上の残留患者率を圏域単位で報告するよう要請しているが、精神科救急医療の指標として意味があるとは思えないデータも含まれる。右半分には精神科救急医療施設の類型別に施設名と対応頻度の記載を求めているが、合併症型施設の欄が欠落している。

(ウ) 受診前相談年報(資料1-4および1-5)

資料1-4は受診前相談事業のうちの精神医療相談事業の年報、資料1-5は精神科救急情報センターの年報であるが、同じ受診前相談であるにもかかわらず、報告する項目が異なっている。そもそも2つの相談事業の役割分担に混乱があるのだが、これについては後述する。

受診前相談事業年報は、日々の相談記録から相談者の内訳や帰結別に仕分けして月報を集計し、これを年報にまとめることを要請しているが、一晩に数十件の相談がある自治体では、現場に大きな負担をかけることとなるであろうし、集計ミスも生じやすい。資料1-4にある「緊急性はなく医療機関への自らの受診をすすめた件数」や

「本来窓口で受けるべき相談ではなかった件数」など、報告者の主観的な判断が含まれる項目もある。

(エ) 連絡調整委員会年報（資料 1-6）

資料 1-6 では、本事業に係る連絡調整委員会などでの議論を集約し、PDCA サイクルを想定した設問（精神科救急医療体制に関する現状評価、課題、課題解決の取り組み、その評価）に応えるよう求めているが、自由記載のため集計や分析の対象とするのは困難である。

(オ) 統計的信頼度の低下

以上のような問題点があるために、近年、都道府県から国に報告される年報には、統計上の矛盾（受診件数を上回る入院件数、受診総数と通院中の患者数の同一値、入院形式別の件数と総数の不一致など）や年度による数値の乱高下（受診件数が前年度の 4 倍近くに増加したとの報告など）が散見されるようになった。また、過半数の自治体で空欄ないし実績なしという項目もあった（受診前相談年報で目立った）。表 1 においても、一部の項目で空欄や疑問のある数値が見受けられる。

本事業の報告様式については、本研究班が 2004 年度に提案した様式が原型となっている。当初は項目も限定されたシンプルなものであったが、精神医療相談窓口や外来対応型施設の新設など、本事業が手直しされるにつれて報告様式も増改築されてきた。その結果、前述のような問題を生み出すこととなったのである。

(2) 新たな様式の提案

従来様式の問題点を克服するために、新たな報告様式と記載マニュアルを提案し

た。改定の基本方針は、国が最低限把握すべき情報に報告項目を絞り込むこと、および解釈に地域差が生じないよう項目の定義を明解にすることの二点である。

当研究班が提示したモデルに基づいて、国が自治体に要請した報告様式を資料 2（8 種類の表から成る）、それらの記載マニュアルを資料 3（3 種類の文書から成る）に示した。2019 年度の実績報告から、資料 2 に示した様式が用いられる予定である。主な改定内容は以下の通りである。

(ア) 様式 1（資料 2-1）

様式 1 は、従来様式（資料 1-1）と同様、精神科救急医療施設が記録する月報で、これ以降の全ての様式の基礎データとなる。

まず、従来様式の 1 行 1 日のカレンダー形式から、1 行 1 事例の積み上げ形式に変更した。これによって 1 日複数例の受診があっても 1 日単位で集計する手間が不要になった。

次に、資料 1-2 のように、自院通院中の事例を識別して別掲する必要がなくなった。これによって全体のシート数がほぼ半減した。国レベルで自院通院中の事例を識別する必要がないとされたためである。これを識別したい自治体があれば、様式 1 の「受診日」の隣の列に「自院通院中」という列を挿入し、該当例の場合はこの欄に 1 を記入するよう医療施設に要請すればよい。記載も集計もそれほどの負担増とはならない。

今回の改定では、1 行（1 件）当たりの報告項目が大幅に減り、入院形式別件数を夜間と休日日中とに分けて記載しなくてす

むようにした。入院形式の内訳を夜間と休日日中とで別に把握したい場自治体があれば、様式1に検索機能を活用して分別集計すればよい。

以上の改定により、様式1の記載に要する医療施設の負担と誤記のリスクを大幅に軽減した。記載に関する留意事項は、様式1の下段にも注釈してあるが、資料3-1の記載マニュアル（医療機関用）に分かりやすく記述されている。

(イ) 様式2~4（資料2-2、2-3、2-4）

様式2（資料2-2）は様式1を精神科救急医療圏域に集計した圏域別月報、様式3（資料2-3）は様式2を都道府県単位で統合した全圏域月報、様式4（資料2-4）は様式2の圏域別月報を1年分集計した圏域別年報である。いずれも医療施設からの月報を集計する担当者が記載する。項目は様式1（施設月報）と全て共通であり、そのデータを圏域別、月別に積み重ねていけば、最終報告である圏域別年報（資料2-4）は自動的に作成されるはずである。

記載に関する留意事項は、様式2~4の下段にも注釈してあるが、資料3-2の記載マニュアル（都道府県・指定都市用）に分かりやすく記述されている。

様式1~3は都道府県レベルでの報告資料として活用してもらい、様式4（圏域別年報）のみを国に提出してもらう。

(ウ) 様式5、6（資料2-5および2-6）

様式5は精神医療相談事業の年報、様式6は精神科救急情報センターの年報で、従来様式（資料1-4および1-5）を改定したものである。両者を比較すれば、改定内容が一目瞭然である。

すなわち、従来様式が求めていた相談者

や帰結の内訳をほぼ全廃し、月間の相談総件数、および緊急性の目安となる医療機関ないし情報センターを紹介した件数の2項目のみに報告事項を絞り込んだ。

他方で、様式5および6の2行目に相談窓口の「設置場所」の記入を要請した。その意味は、資料3-3の記載マニュアル（精神医療相談窓口・精神科救急情報センター用）に記述したように、相談実績の重複報告（同じ相談を2つの窓口と同数報告すること）を避けるためである。

記載マニュアルの2でも示したように、本来、精神医療相談窓口は、都道府県に1カ所しか設置されない精神科救急情報センター（補助金事業）の機能を補完するために新設された受診前相談事業である。情報センターが緊急性の高い電話相談事例のトリアージと救急医療施設への受診援助を担い、精神医療相談窓口はそれ以外の相談（電話および来所）を広く受け付けるとされているが、2つの窓口の機能を厳密に分けることは現実的に困難である。また、夜間休日の来所相談はほとんどの自治体で実績がない。

このような理由により、受診前相談窓口の実績は、電話回線ないし対応スタッフが2つの窓口で独立している場合にのみ、別々に集計・報告してもらうこととなった。

(エ) 様式7（資料2-7）

様式7は、従来様式の圏域別年報（資料1-3）で求められていた精神科救急医療圏域の情報を改変して独立の様式としたものである。項目的には、従来様式のうち、630調査や国勢調査等で把握できる情報や精神科救急医療とは関連の薄い情報を割愛した。

代わりに、圏域内の精神科救急医療施設

を列挙し、所在地、630 調査上の施設類型（大学病院、総合病院、その他の病院、診療所の 4 種類）、設置主体（公的病院、指定病院、非指定病院の 3 種類）、それに精神科救急事業における施設類型（常時対応型、輪番型、合併症対応型、外来対応型の 4 種類）を識別してもらうこととなった。資料 2-8 には、このうち設置主体の定義が一覧表示してある。

この様式 7 の圏域情報は、ReMHRAD（地域精神医療資源分析データベース）の更新に必要なデータを提供し、地域医療計画や障害福祉計画を立案するに際しての基礎資料となる。

3. 精神科救急病棟の運用実態

630 調査によれば、平成 30（2918）年 6 月 30 日現在、精神科救急入院料病棟（合併症病棟を含む）は 163 施設に 234 棟が認可されていた。主なデータを前年のデータとともに示したのが表 2 である。

前年に比較すると、精神科救急入院料可施設は前年より 12 施設（7.2%）増加、病棟は 20 棟（9.3%）、病床数は 876 床（8.7%）、在院患者数は 596 人（6.8%）増加し、病床利用率は 1.9 ポイント上昇していた。

対して、非自発入院患者比率は 1.3 ポイント低下していた。これに連動してか、隔離患者比率は 1.1 ポイント、身体拘束患者比率も 1.7 ポイント低下していた。

診断群では F2 群が 1.5 ポイント低下したのに対して F0 群が 0.7 ポイント上昇し、65 歳以上の高齢患者比率も 2 ポイント上昇していた。在院 3 ヶ月超の患者比率が 15.7 ポイントと大幅に増加している

が、その要因を分析するデータがない。

本報告書作成の時点では、平成 30 年の 630 調査の全容および最近の NDB データが入手できなかった。2019 年度（令和元年度）中にこれらを追加し、総務省データなどを追加した上で、最新版の ReMHRAD がウェブサイト上に公開されるはずである。

D. 考察

1. 精神科救急事業の動向

（1）受診件数・入院件数の年次推移

毎年の精神科救急事業年報から近年の本事業の実績の推移を図 7 に示した。受診総件数は 39,862 件（2010 年度）から 46,431 件（2015 年度）の間にあつて、ほぼ横ばい、入院件数は受診総数の 36.4%（2009 年度）から 45.3%（2015 年度）までの間にあつて、緩やかな増加傾向にある。ただし、2014 年以降は増減の幅が大きくなっている。

その理由は、C 1 および C 2 で指摘したように、本事業の運用と報告様式が手直しを経るにつれて報告基準にローカルルールが生じているためと思われる。受診前相談については、この傾向がさらに強い。このため、今年度の研究では、報告様式の改定を提案し、2019 年度のデータから資料 2、3 で示したような新たな様式が、記載マニュアルに沿って適応されることとなった。

2017 年度と 2018 年度の運用実績は従来様式での報告のため、統計的信頼度に問題があることを前提にして、表 1 のデータに考察を加える。

（2）人口対受診件数と入院率の関係

図 3 で示した受診件数と入院件数には一

見何の相関も見えないが、人口に対する受診件数と入院率を両軸として各自治体をプロットすると、図8に示すように強い負の相関のあることがわかる（近似線は最小二乗法による）。すなわち、人口万対受診件数が多いほど入院率が低い。

図8の右下には過疎地区を抱える自治体が多く位置し、左上には大都市圏を要する自治体が多い。これは精神科救急事業の機能に地域差のあることを示唆している。その内容を明確に示すデータはないが、右下の群では、精神科医療施設数や医師数が大都市圏に比べて乏しいため、入院を要しない患者群の救急診療も本事業に依存せざるをえない実情が推測される⁴⁾⁵⁾。

したがって、これらの自治体で入院を要しない軽症患者が相対的に多いからといって、救急事業の乱用傾向があるなどとネガティブな評価を下すのは一面的である。自殺者が多発する自治体を含むことにも留意すべきである。

一方、大都市圏を抱える左上の自治体群では、本事業の対象が入院を要する重症患者にトリアージされることが見て取れる。個別医療機関による自発的な救急診療（マイクロ救急）が機能していれば問題はないが、大都市圏を中心に近年急増した精神科診療所の大半には夜間休日の救急診療は期待できない。入院病床を有する精神科医療施設でも、マイクロ救急の機能はまちまちであり、本事業が立ち上がると、しばしば自院通院中の救急患者までもこの事業に委託すること、すなわちマイクロ救急機能が弱体化する現状が指摘されてきた（本事業における入院件数が漸増していることにも、その一端が現れている）。

したがって、図6にも示されているように、大都市圏では精神科三次救急ケースの入院が本事業の第一義的な任務であり、入院を要しない救急患者は次の平日日中まで待たされるている可能性が高い。救急医療機関の側から見れば、このようなトリアージが働かなければスタッフが疲弊することが予測されるものの、重症化を未然に防止する危機介入機能が犠牲となる可能性があることも指摘しておく必要がある⁴⁾⁵⁾。

（3）措置入院・緊急措置入院の動向

毎年の衛生行政報告例から申請・通報の内訳と措置決定件数の年次推移を集計し、図9に示した。近年、警察官通報を中心に通報件数が増加し、新規の措置入院件数も増加傾向が続いていたが、2017年度は警察官通報と措置決定件数がともに減少に転じている。2016年の相模原事件を契機として措置入院制度が見直され、警察官通報件数の著しい地域差が指摘された影響と思われる。2017年度の措置決定件数は6,899件（前年度は7,122件）と報告されている。

表1によれば、同じ年度の精神科救急事業における緊急措置入院（その後、措置入院となるケースが大半）と措置入院の件数は3,792件であるから、平日日中も含めた全措置入院の55%が本事業において執行されていたことになる。しかも大都市圏に集中している。

夜間休日の措置入院の起点は警察官通報にほぼ限られるから、わが国の大都市圏における精神科救急医療は、警察官通報を起点とする措置入院制度に大きく依存していることが示唆される。その最大の理由は、

行政による移送体制が整備されつつあるとはいえ、夜間休日における救急ケースの医療アクセスに警察の協力が欠かせないことであろう²⁾。

2. 精神科救急事業と実績報告の意義

(1) 精神科救急医療のミッション

精神科救急医療の任務は、第1に精神疾患に起因する重大事象（自殺や重大な他害事案）を未然に防止することであり、第2に重症患者に相応の医療を提供して慢性化・長期入院化を防止すること、そして第3に適切な危機介入によって在宅ケアを支援することと集約される。

このうち、精神科救急事業は主に第1をミッションとし、精神科急性型病棟群が第2の任務、個々の医療機関によるマイクロ救急の実践が第3の任務を負うが、マイクロ救急の脆弱な地域では、本事業が第3の危機介入機能を担い、それが第1の任務遂行につながる。しかし、これまでの研究によれば、いずれの機能に関しても、わが国の精神科救急医療の質には著しい地域差や施設差がある⁴⁾⁵⁾。

(2) モニタリングの必要性

救急医療の機能に著しい地域差があることは、身体救急の領域ならば社会問題となるであろう。精神科領域で問題視されないのは、精神科医療の歴史に根ざすスティグマ性に由来しており、一朝一夕に改変することはできまい。しかし、わが国が文明国や先進国を自認するのであれば、精神障害者の権利擁護や在宅医療支援と並んで、精神科救急医療の均霑化を目指さなくてはならない。

そのためには、精神科救急事業と精神科救急入院料病棟の実情をできるだけ正確にモニタリングすることが大前提である。精神科救急事業の実績報告とは、そのような意義を有する。今回の様式改定は、モニタリングの信頼度を高めることとなろう。ただし、医療や行政の実務の負担にならないよう留意しつつ、時代の変化に即して方法を洗練して行くべきである。

3. 精神科救急病棟群の課題

(1) 精神科救急病棟のミッション

わが国の精神科救急医療を牽引する精神科救急入院料病棟は、「救急患者を常時受け入れ」（入り口機能）、「重症患者に手厚い医療を提供して早期退院を目指し」（本体機能）、「在宅ケアを支える」（出口機能）ことを求められている。つまり、救急病棟と名がついてはいるものの、入り口の救急機能だけでなく、急性期治療という本体機能と在宅医療へのリンケージや退院患者の危機介入という出口機能をも担っている。

これらの幅広い機能は、診療報酬上の認可要件に書き込まれている。すなわち、精神科救急事業への主体的参画の義務づけや、2018年度の診療報酬改定で追加された時間外受診患者の経由機関（精神科救急情報センターや行政機関、警察、消防など）が救急機能の指標とされるほか、非自発入院患者や三次救急患者の受け入れ比率が重症患者受け入れの指標、個室割合やスタッフ密度が手厚い医療の指標、3ヶ月以内の自宅退院率が早期退院の指標、そして、3ヶ月以上の在宅期間が出口機能の指標となっている。

(2) 精神科救急病棟の展開とインパクト
2002年の診療報酬改定で、精神科急性期治療病棟入院料がグレードアップされて精神科救急入院料が新設されて以来、精神科救急入院料認可施設は増加し、図10に示すように、ほぼ全国に展開した。

認可施設数だけでなく精神科救急病棟を複数もつ施設も増加して、ベッド数も増えた。C3で述べたように、2018年6月末現在、全国で163施設が234の精神科救急入院料を認可され、病床数は総計10,916床に及んでいる。

とはいえ、精神病床331,700床(厚生労働省医療施設調査2017年10月1日)に占める救急病棟の割合は3.3%にすぎない。しかし、年間約7回転するから、年間約7万件が精神科救急病棟群に入院することになる。これは精神科医療施設への年間推計入院件数39万件の18%を占める。精神科急性期治療病棟を含めた精神科急性型包括病棟群への入院は年間約16万件、精神科全体の41%に達すると推計されている⁵⁾。

精神科急性型病棟群におけるこうした高い病床回転率は、わが国の精神科における平均在院日数の短縮と在院患者数の減少を促す。精神科急性期治療病棟入院料が診療報酬上に新設された1996年から20年の間に、わが国の精神科平均在院日数は441日から270日へ61%に短縮し、在院患者数は338,714人から288,890人へと約5万人、14.7%減少した。また、退院した病院への通院継続率は7割を超える³⁾。

すなわち、精神科救急病棟をはじめとする精神科急性型包括病棟群は、病床数のシェアは8%ほどにすぎないが、わが国の精

神科医療における「緩やかで安全な脱入院化」を牽引してきたといえる。それはまた、18世紀ヨーロッパで「非理性」や「反道徳」を社会的に隔離する収容施設として誕生した精神病院(アジール、アサイラム)を治療施設に転換しようとする社会運動の象徴でもあった。

(3) 精神科救急病棟の限界と課題

しかし一方で、精神科救急病棟群の限界や課題も指摘されている。

第1は、重症患者の長期在院や頻回入院を防ぎきれていないという臨床的な限界である。2015年に全国の精神科救急病棟60カ所(およびそれ以外の病棟219カ所)に新規入院した患者を対象とした追跡調査によれば、精神科救急病棟に入院した患者の82.9%が3ヶ月以内に、95.2%が1年以内に退院しているが、4.8%が1年を超えて残留した。また、1年以内に退院した患者の8.5%が退院後3ヶ月以内に、26.2%が1年以内に再入院していた。

1年超の長期在院率は全国平均(2015年は推計11.6%)に比べれば低いが、在院3ヶ月を超えた患者群に限れば、1年超の残留率は21.8%で、精神科救急病棟以外で在院3ヶ月を超えた患者群の1年超残留率23.2%と比べて有意差はなかった¹⁾。すなわち、全国平均から見れば緩和されているとはいえ、精神科救急病棟入院患者における新たな長期在院と頻回再入院の課題は、いわば他の病棟群へのツケ回しという形で残されているといつてよい。

第2の課題は、精神科救急医療の社会的ミッションよりも病院の経営的ミッションを優先させたと思われるような病院群の出

現であろう。複数の精神科救急病棟を有する病院（5病棟を有する病院も複数ある）が増加するにつれて、重症患者の急性期治療の場とは言いがたい救急病棟や精神科救急事業に責任をもたないと目されるような病院が現れるようになった。そのような事例が例外的少数ではあったとしても、高規格・高給付病棟である精神科救急病棟に厳しい評価の目が向けられるのは宿命である。このような評価を背景として、2018年の診療報酬改定では、精神科救急病棟の少数精鋭化を促す見直しがなされることになったと理解すべきであろう³⁾。

第3の課題は、図10にも見られる精神科救急病棟の不均等分布である。ReMHRADからは、この状況がさらに小さな圏域単位で読み取れる。どこで救急患者が発生しても受けられる医療の質に格差はないというのが救急医療の原則であるが、精神科領域では立ち後れている。病棟規格だけで医療の質を評価することはできないにしても、例えば48人の入院患者に医師が1人の病棟と患者16人に医師1人の病棟では、治療成績に差が出るのは当然である。

前回の診療報酬改定では、複数病棟の運営には厳しい条件が課された反面、精神科救急病棟の空白地区への普及条件が若干緩和された。しかし、医師（特に精神保健指定医）や看護師の絶対数が欠乏している地域では、精神科救急病棟の運用基準を病棟単位で維持することは困難である。病床群単位での精神科救急ユニットの新設が検討されるべきである。

E. 結論

都道府県から報告される精神科救急医療

体制整備事業の年報を集計し、統計的信頼度を上げるために報告様式の改定を提案した。また、精神保健医療資源の基本調査（630調査）の最新データ等から、精神科救急入院料病棟の運用実態に係る指標を抽出して集計し、ReMHRAD（地域精神医療資源分析データベース）を更新した。

以上の集計・分析によって、精神科救急事業の動向を考察し、本事業およびそのモニタリングの意義を再確認した。また、精神科救急病棟群の全国分布状況を示し、わが国の精神科医療に対する精神科急性型包括病棟群の意義と課題を提示した。

今後とも、わが国の精神保健医療の水準向上に資するために、精神科救急医療の諸相を継続的にモニタリングする必要があると思われる。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表等

なし。

2. 学会発表等

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献]

- 1) 安西信雄、杉山直也、平田豊明、村上優ほか：平成25～27年度厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制に関する研究」総合研究報告書、2016年

- 2) 平田豊明：措置入院制度の歴史と現状.
精神科臨床サービス. 17 ; 281-287, 2017
- 3) 平田豊明：精神科救急入院料の認可要件
改定で精神科救急はどう変わるか？. 精
神科治療学. 34 ; 217-277, 2019
- 4) 日本精神科病院協会編（杉山直也、平
田豊明、塚本哲司ほか執筆）：平成 28 年
度厚生労働科学研究「精神科救急体制の
実態把握及び措置入院・移送の地域差の
要因分析に関する調査研究」報告書.
2017 年
- 5) 杉山直也、平田豊明、八田耕太郎、松本
俊彦、塚本哲司、橋本聡ほか：平成 29 年
度厚生労働科学研究「精神科救急および
急性期医療の質向上に関する研究」報告
書. 2018 年

表1 精神科救急事業一覧表
(2017年度)

都道府県	受診前相談事業			受診件数(入院を含む)		入院件数		入院形式						医療施設分類				精神科救急医療施設分類			
	情報センター		精神医療 相談	総数	うち通院中	総数	うち通院中	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	大学病院	総合病院	その他病院	診療所	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型
	総数	受診紹介																			
北海道		4320		1589		720		9	5	37	419	247	3		11	52			63	1	
青森県				1385	1385	281	158	1	6	0	166	108	0		5	17			22		
岩手県	271	50	2506	1851	1433	440	273			8	163	269		1		14		3	12	1	
宮城県	719	491	2030	271	91	133	40	0	53	0	62	18	0	1	1	25	5		27		5
秋田県				662	331	188	77	0	7	0	109	72	0		2	12		1	13		
山形県	206	19	0	425	223	241	114	4	19	11	154	53	0			11			11		
福島県	24	18		570	244	232	69	0	21	4	135	72	0		2	22			24		
茨城県	465	136		333	241	185	97	49	21	1	101	13	0			27		1	26		
栃木県	507	405	615	652	187	246	38	134	55	0	47	10	0			18		1	7		10
群馬県	59	59	0	835	349	440	142	86	12	3	252	87	0			15		1	14		
埼玉県	1999	276	7065	936	68	504	40	36	219	2	237	9	1	1	1	36	40	2	36		40
千葉県	3565	1106		1223	245	712	83	107	104	4	451	46	0		4	30		12	31	3	
東京都	12365	625	20017	1763		1506		891	0	2	576	37	0		3	37	46	4	36		46
神奈川県	1579	1280	14599	1158	1158	1012	87	145	538	8	297	24	0	3	5	43	5	6	45	3	5
新潟県	117	50	1448	3451		236		0	0	0	159	61	16		1	25			26		
富山県	3421	312	4029	155	155	67	32	0	0	0	51	16	0	1	5	19			25	1	
石川県	347	57	347	1651	1313	555	357	0	33	14	367	125	16	2	2	13		2	16		
福井県	884	524	1173	662	396	285	128	22	23	16	147	56	21		2	8			10	1	
山梨県	733	304	581	154	154	106	0	22	1	2	75	6	0			10		1	9		
長野県				2785		670		58	66	13	264	264	5		2	16		1	17		
岐阜県	393	168	321	612		308		11	0	11	193	93	0		1	13			14		
静岡県	1498	538	11522	1426	446	709	210	78	5	32	459	126	9		1	9		4	6	1	
愛知県	3947	1859	3947	1777	236	918	117	35	0	35	530	317	1		1	41			41		
三重県	858	858	1085	1087	147	327	53	40	3	4	206	73	1			12			12		
滋賀県	1227	26		1578	856	322	186	51	1	52	137	81	0	1	2	8		2	9		
京都府	7246	241	3314	758	446	328	111	37	17	29	209	36	0	2	1	12		1	14		
大阪府	2508	1680	15189	2375	20	1707	19	243	0	220	937	307	0		1	36			37	1	
兵庫県	6826		2952	1914		1367		25	2	47	446	144	703	2	2	32		1	35		
奈良県	1096	600		523	523	241	30	43	1	12	143	42	0	1		8		1	8	1	
和歌山県	166	35		629	629	166	67	5	5	2	100	54	0			6		1	5		
鳥取県		7119		812	623	246	169	3	11	3	120	109	0	1		6			7		
島根県	464	64		632	417	194	106	3	24	3	85	77	2		3	9		4	8		
岡山県	522	522	4105	761	761	474	238	6	15	28	272	153	0			12		1	11		
広島県	1394	154	1394	1045	377	416	178	0	55	10	249	102	0			5		1	4		
山口県	266	191	1496	151		127			17	0	89	21		1		30		1	30		
徳島県	109	84		398	113	221	25	1	1	15	83	94	27		1	14			14	1	
香川県	19	15	663	696	696	199	43	0	5	5	63	60	66		1	11		1	11	1	
愛媛県	283	101		188	113	93	35	0	2	0	66	24	1			7			7		
高知県				306	83	112	29	0	13	6	71	22	0			7			7		
福岡県	2094	784	14724	518	26	459	23	169	11	17	224	38	0	1		76			77		
佐賀県	284	47	192	421	421	131	69		11	3	80	37				15		1	15		
長崎県	1509	205		148	79	82	28	0	32	0	35	15	0		2	32		1	34		
熊本県	844	844	1447	878	245	186	30	0	0	1	121	64	0		1	43			43	1	
大分県	566			46	16	39	14	27	3	0	8	1	0			20			20		
宮崎県	188	44		492	186	138	40	9	4	4	64	57	0	1	1	19			19	2	
鹿児島県	95	66	769	462	129	169	31	0	1	1	71	96	0			40			40		
沖縄県	3322	511	3322	1316	415	446	114	2	18	10	220	196	0		2	18			20		
合計	64985	26788	120852	44460	15976	18884	3700	2352	1440	675	9513	4032	872	19	66	991	96	55	1018	18	106

表2 精神科救急入院料病棟の運用に関する主な指標

項目		2018年	2017年
認可施設数		163	152
病棟数		234	214
病床数		10916	10040
平均病床数		46.6	47.1
平均在院患者数		40.3	40.1
入院形式比率	任意入院	26.9%	集計せず
	医療保護入院	66.9%	集計せず
	応急入院	0.2%	集計せず
	鑑定入院	0.4%	集計せず
	緊急措置入院	0.1%	集計せず
	措置入院	5.5%	集計せず
	非自発入院患者の比率	73.1%	74.6%
隔離患者比率		17.5%	18.6%
身体拘束患者比率		4.4%	6.1%
主診断比率	F0群	11.4%	10.7%
	F1群	4.8%	集計せず
	F2群	46.6%	48.1%
	F3群	24.8%	集計せず
	F4群	4.6%	集計せず
	F5群	0.7%	集計せず
	F6群	0.7%	集計せず
	F7群	1.7%	集計せず
	F8群	2.5%	集計せず
	F9群	0.5%	集計せず
	てんかん	0.4%	集計せず
	その他	1.1%	集計せず
不明	0.2%	集計せず	
65歳以上の在院患者比率		30.1%	28.1%
在院3ヶ月超の在院患者比率		21.8%	6.1%

図1 精神科救急情報センター相談件数
(2017年度)

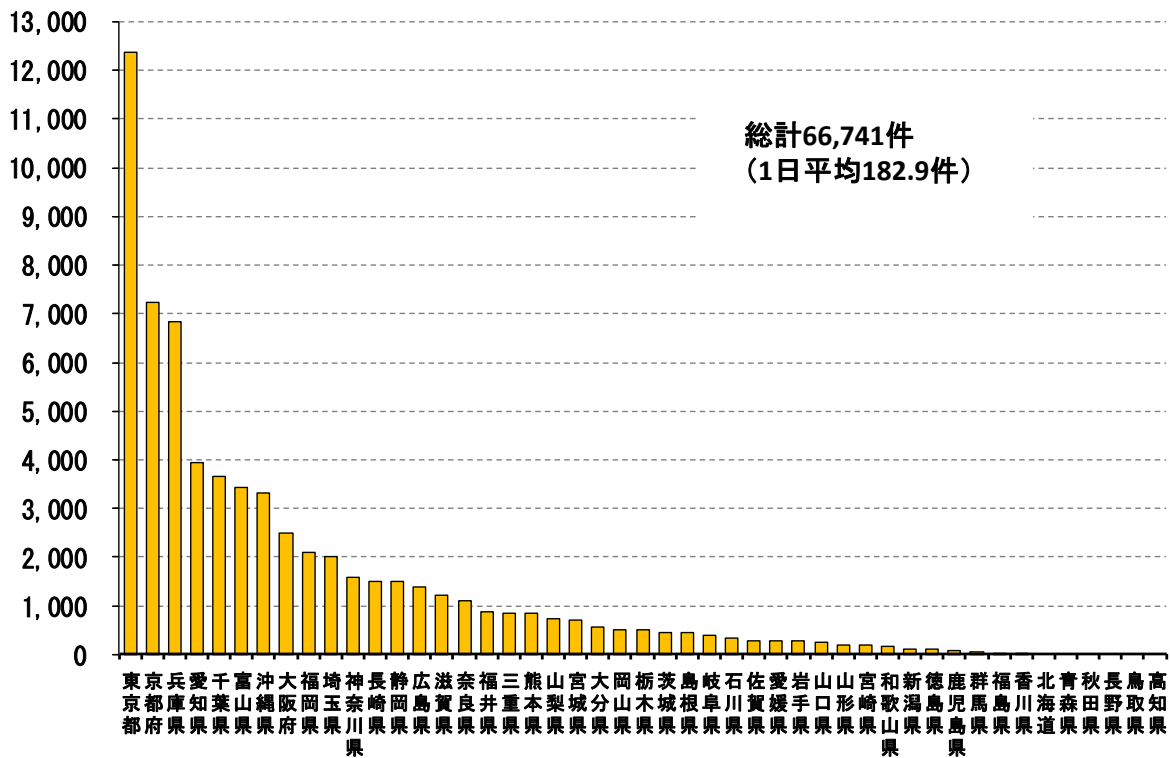


図2 精神医療相談件数(2017年度)

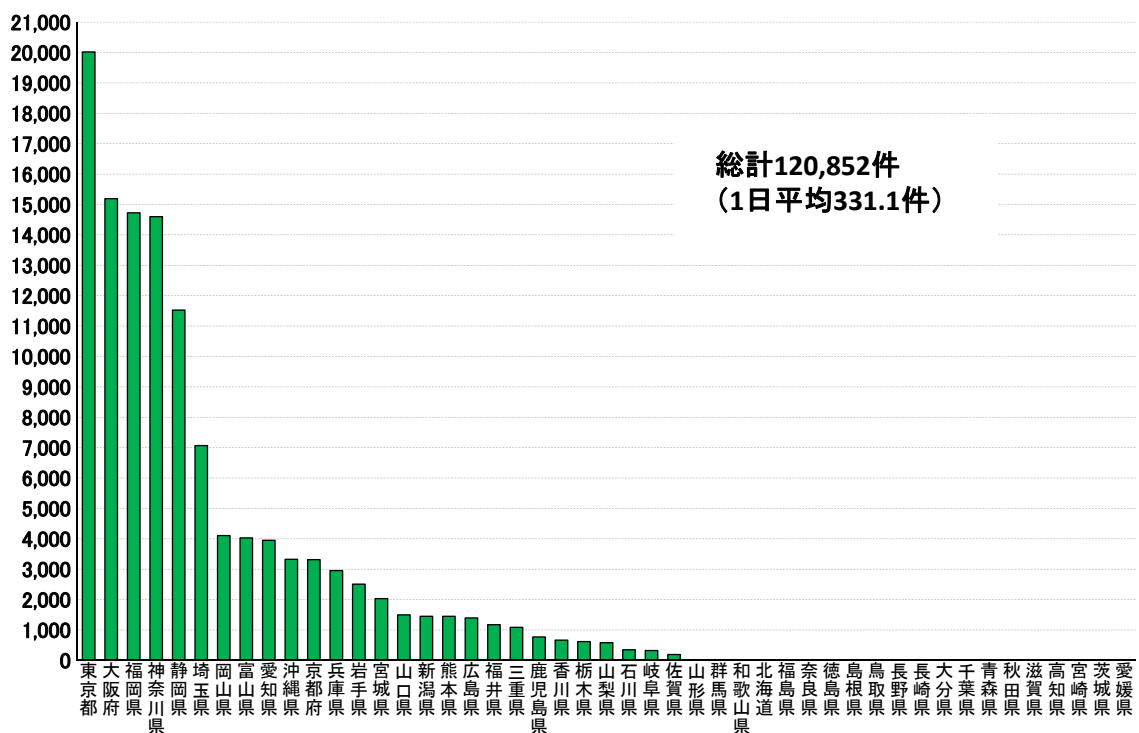


図3 受診件数(2017年度)

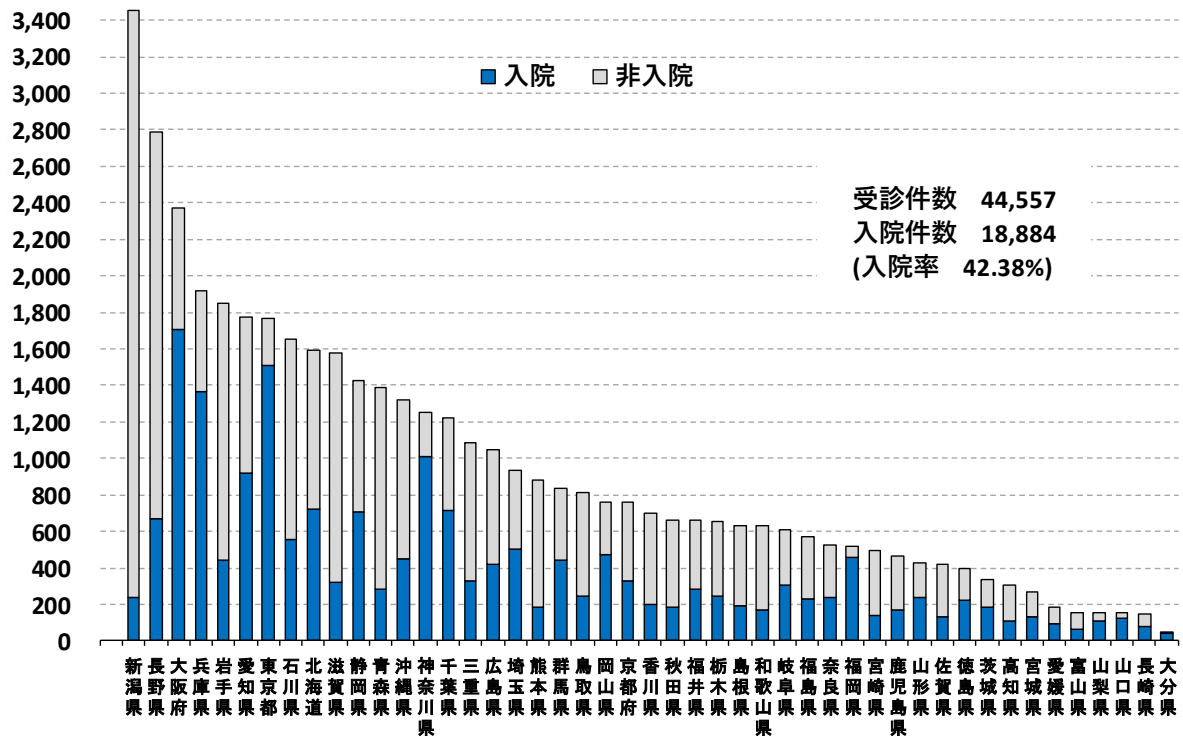


図4 入院件数(2017年度)

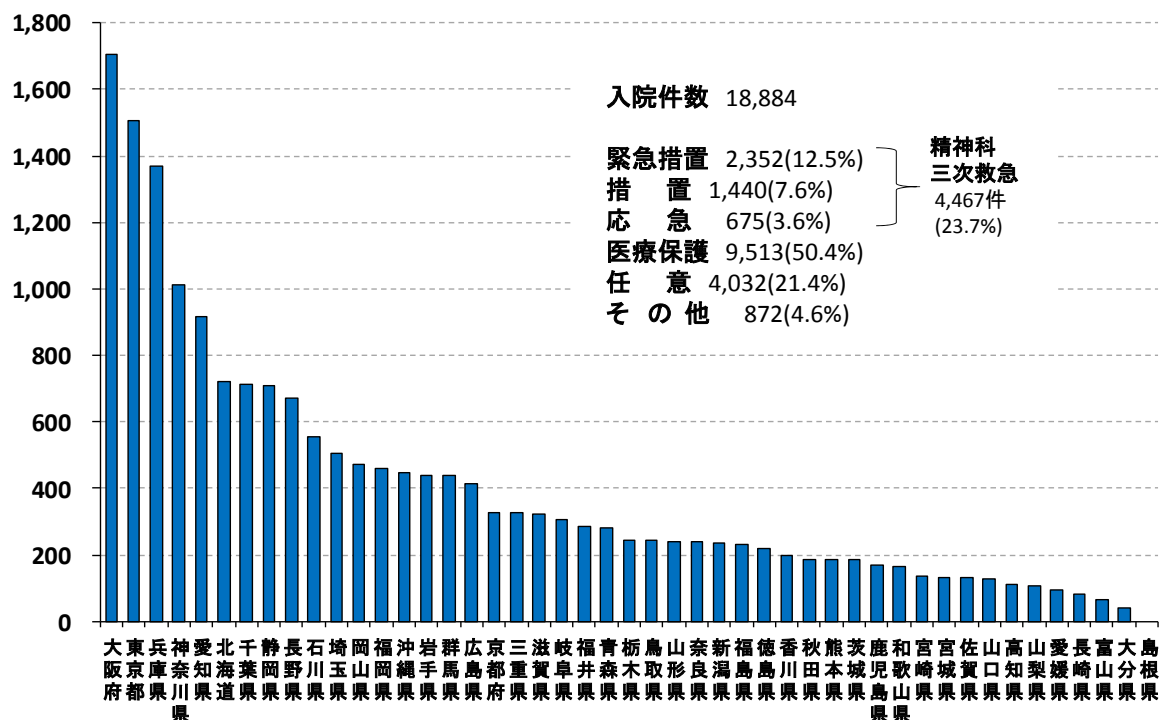


図5 入院形式内訳(2017年度)

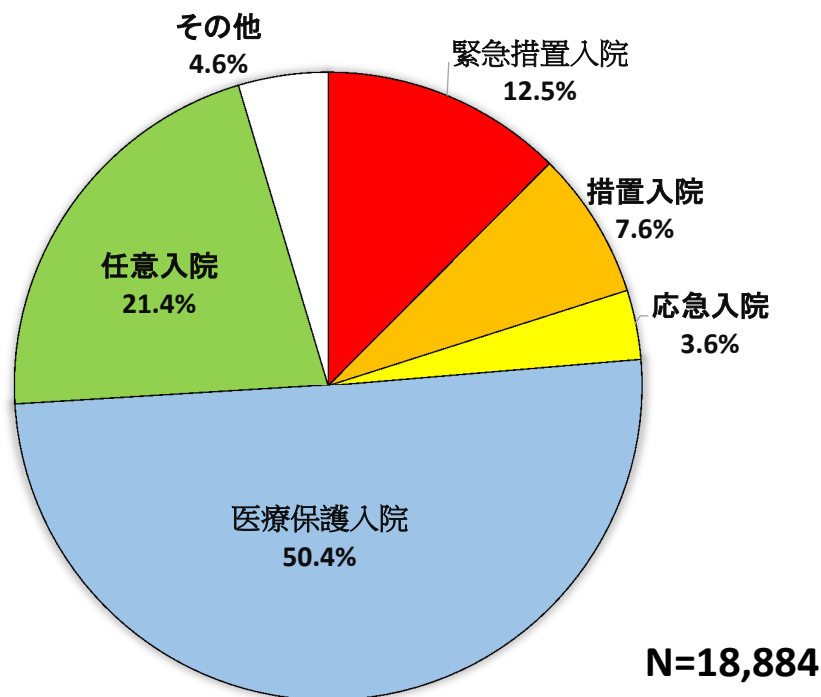


図6 三次救急の都道府県別比率 (2017年度)

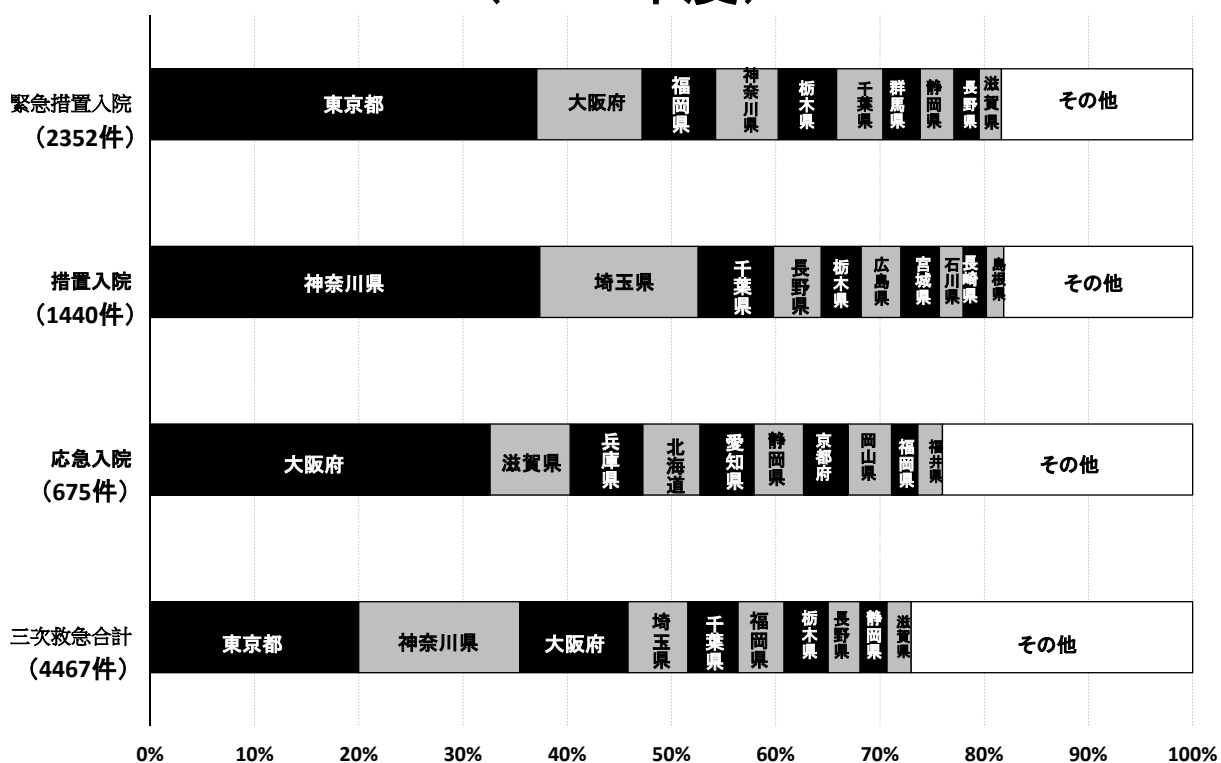


図7 精神科救急事業の実績推移

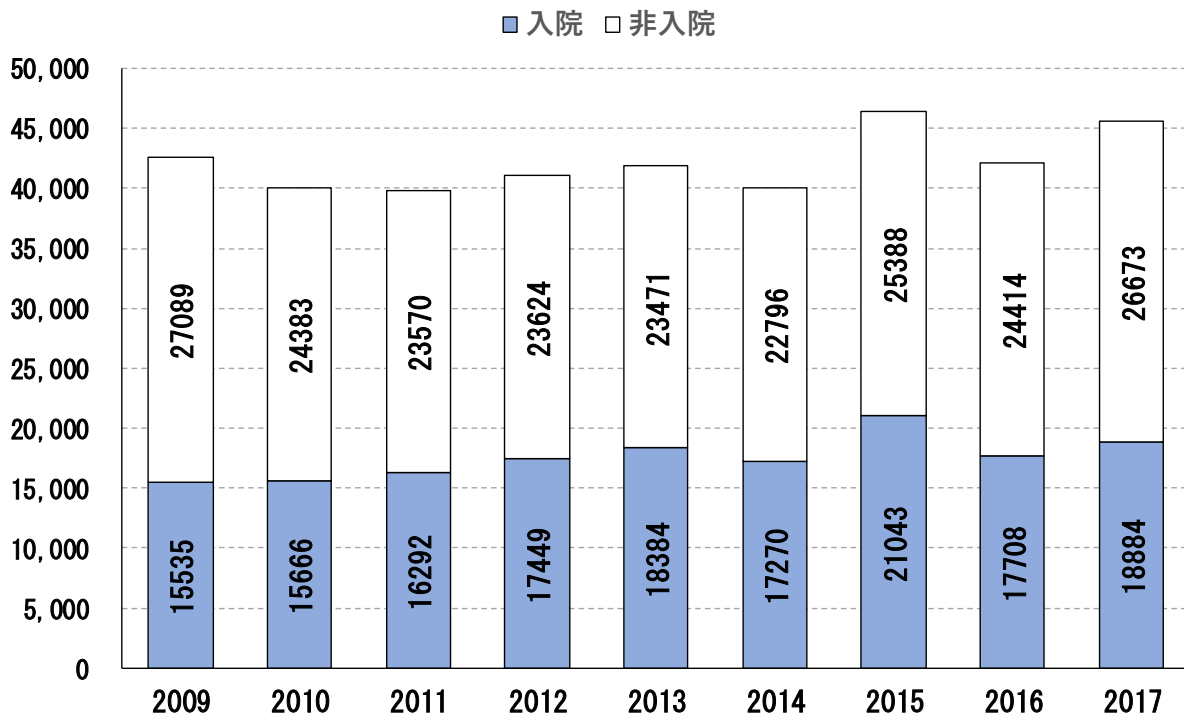


図8 人口万対受診件数と入院率(2017年度)

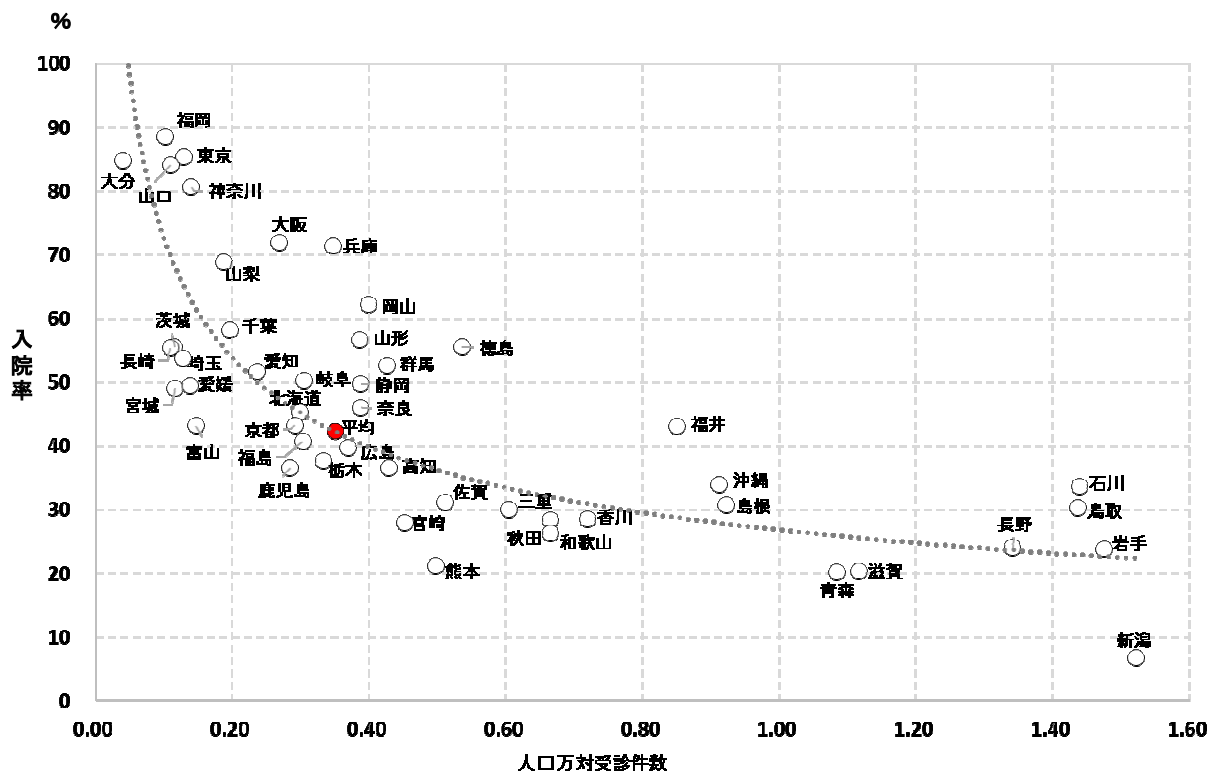


図9 通報件数および措置決定数・決定率の推移
(衛生行政報告例より)

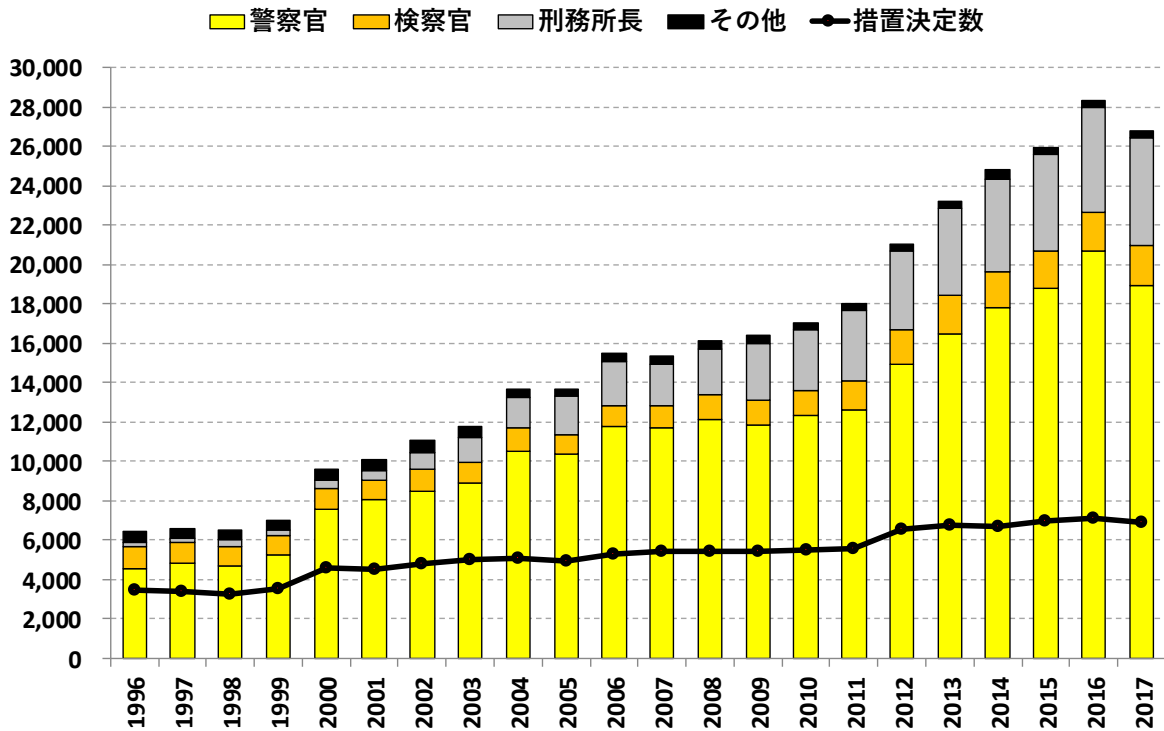
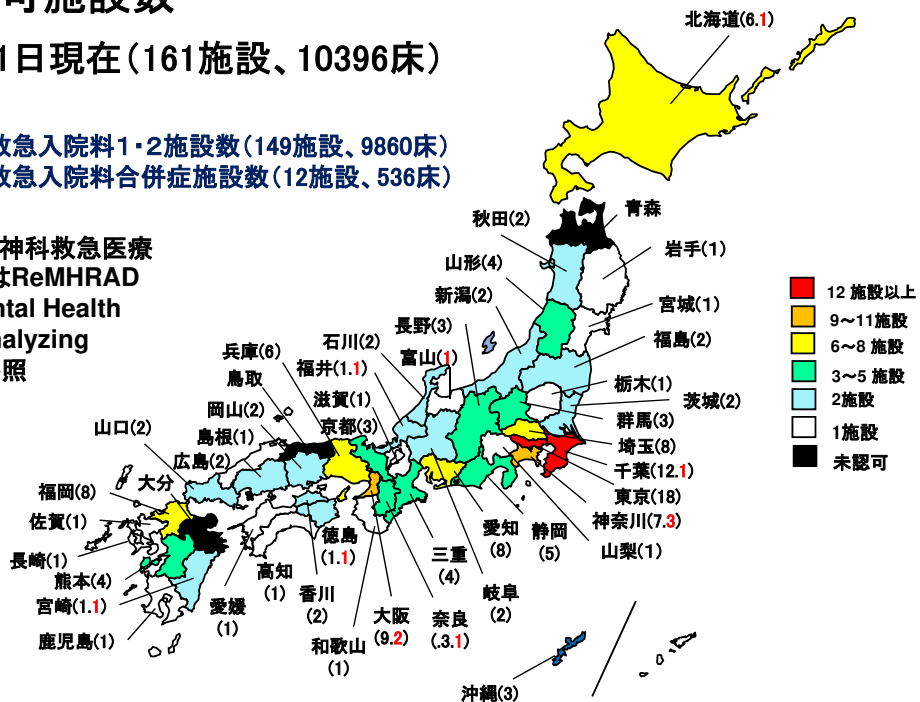


図10 都道府県別精神科救急入院料
認可施設数

2018年6月1日現在(161施設、10396床)

黒番号: 精神科救急入院料1・2施設数(149施設、9860床)
赤番号: 精神科救急入院料合併症施設数(12施設、536床)

二次医療圏・精神科救急医療
圏単位の分布はReMHRAD
(Regional Mental Health
Resources Analyzing
Database)を参照



日本精神科救急学会ホームページより

圏域 精神科救急医療体制整備事業年報 (平成 年度)

【圏域の概要】

人口		常時対応型病院名	
市町村名		輪番型病院名 (輪番の頻度を記載 すること)	
面積			
精神科病院数		外来対応施設 (対応頻度を記載す ること)	
精神病床数			
当該年度の6月30日時点における 入院後3ヶ月時点の退院率			
当該年度の6月30日時点における 入院後1年時点の退院率			
当該年度の6月30日時点における 1年以上の在院患者数及びその割合			

月	受診件数			受診者のうち入院した者 (通院中の患者か否かを問わず)																
	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の 昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	入院形式						入院形式									
					うち 夜間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他	うち 休日の 昼間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		
4月																				
5月																				
6月																				
7月																				
8月																				
9月																				
10月																				
11月																				
12月																				
1月																				
2月																				
3月																				
合計																				

* 別紙様式3-1の月報の圏域毎の合計値を記入する年報です。厚生労働省精神・障害保健課へ提出願います。

* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

月	精神医療相談（夜間・休日の昼間のみの件数を記載すること）																			
	相談受付件数				緊急性はなく医療機関へ自らの受診をすすめた件数				精神科救急情報センターにつないだ件数				相談のみの件数				本来窓口で受けるべき相談内容でなかった件数			
	電話		来所		電話		来所		電話		来所		電話		来所		電話		来所	
	合計	本人	家族・その他	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他	本人	家族・その他	合計	本人	家族・その他	本人	家族・その他
4月																				
5月																				
6月																				
7月																				
8月																				
9月																				
10月																				
11月																				
12月																				
1月																				
2月																				
3月																				
合計																				

* 精神医療相談窓口への電話及び来所相談件数、相談等に対応した内容別に件数を記入して下さい。

* 同一ケースの複数回の相談は、毎回1件と数えて下さい。（その都度対応した内容別に件数を記入して下さい。）

* 毎月（ ex. 第2週末 ）までに、前月までのデータを累積的にFAX（ ））、もしくはファイルを添付した電子メール（ ）にて、（ 都道府県等の担当課 ）へ提出願います。（ex. 8月分の報告であれば、4～7月分のデータも記入し報告する。）

* 年報として厚生労働省精神・障害保健課へ提出願います。

* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

精神科救急情報センター事業年報 (平成 年度)

月	精神科救急情報センター (夜間・休日の昼間のみの件数を記載すること)																						
	精神医療相談窓口からつながれたもの		救急隊からの医療機関紹介要請		一般救急の情報センターからの医療機関紹介要請		医療機関 (精神科) から医療機関 (精神科以外) 紹介要請		医療機関 (精神科以外) から医療機関 (精神科) 紹介要請		警察から医療機関紹介要請		保健所から医療機関紹介要請		精神障害者本人からの問い合わせ		家族等からの問い合わせ		その他		精神保健福祉法に基づく移送先調整の依頼		
	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	外来又は入院可能な医療機関を紹介した件数	受けた件数	移送先の医療機関を紹介した件数	
4月																							
5月																							
6月																							
7月																							
8月																							
9月																							
10月																							
11月																							
12月																							
1月																							
2月																							
3月																							
合計																							

* 精神科救急情報センターへの要請等の件数及びその要請に対応した件数を記入して下さい。

* 同一ケースの複数回の相談は、毎回1件と数えて下さい。(その都度対応した内容別に件数を記入して下さい。)

* 毎月 (ex. 第2週末) までに、前月までのデータを累積的にFAX ()、もしくはファイルを添付した電子メール () にて、(都道府県等の担当課) へ提出願います。(ex. 8月分の報告であれば、4~7月分のデータも記入し報告する。)

* 年報として厚生労働省精神・障害保健課へ提出願います。

* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

精神科救急医療体制の現状 （各圏域の設定の考え方、連絡 会議の開催頻度、参加機関も含 めて記載すること）	
精神科救急医療体制に 関する課題	
課題に係る当該年度での 対応状況	
対応状況等に対する評価	

- * 各都道府県・指定都市における精神科救急医療体制整備事業の現状を記入して下さい。
- * 各都道府県・指定都市における精神科救急医療体制整備事業に係る課題を記入して下さい。
- * 課題に対する対応状況を記入して下さい。
- * 連絡調整委員会において、課題に対する対応の評価を行い、評価結果を記入して下さい。
- * 年報として厚生労働省精神・障害保健課へ提出願います。

精神科救急医療体制整備事業・施設月報（ 年 月）

施設名		当番日数		（ 日）						
事例数	受診日	受診時間帯		帰 結						
		休日 日中	夜間	非 入院	入 院					
					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	日									
2	日									
3	日									
4	日									
5	日									
6	日									
7	日									
8	日									
9	日									
10	日									
11	日									
12	日									
13	日									
14	日									
15	日									
16	日									
17	日									
18	日									
19	日									
20	日									
21	日									
22	日									
23	日									
24	日									
25	日									
26	日									
27	日									
28	日									
29	日									
30	日									
計										

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

* 精神科救急医療体制整備事業の対象患者のみについて、**1事例1行で該当項目に半角数字の1**を入れて下さい。

* 「受診日」には、精神科救急医療体制整備事業による**救急受診があった日**にのみ、**その日付を記入**して下さい。同日に複数受診があれば、同じ日付が重複します。最終行には**月間の総受診件数**を記入して下さい。

* 「受診時間帯」のうち、「休日日中」は**休日の8:30から16:59までの間**、「夜間」は**平日・休日を問わず17:00から翌日8:29までの間に診療を開始**した事例です。どちらかに1を入れ、月の合計数を最終行に記入して下さい。

* 「帰結」は該当する欄に**1つだけ1**を入れて下さい。月の合計数を最終行に記入して下さい。

* 当該月の受診が30件を超える場合は、本シートをコピーして記録を追加して下さい。

* 当該月の記録が完結したら、**翌月第2週末までを目途に、行政担当者に送付**して下さい。

精神科救急医療体制整備事業・圏域別年報（圏域名）（年度）

月	受診者数		受診時間帯		帰 結						
	月間総数	休日 日中	夜間	非入院	入 院						
					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	
4月											
5月											
6月											
7月											
8月											
9月											
10月											
11月											
12月											
1月											
2月											
3月											
計											

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

* 様式2圏域別月報の合計値を毎月累計していく表です。

* この表が完成しましたら、圏域数分を厚生労働省精神・障害保健課に送付願います。

精神医療相談事業年報（自治体名 _____ ）（ _____ 年度）
 設置場所（ _____ ）

月	相談件数	精神科救急情報センター もしくは医療機関を 紹介した件数
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		
合計		

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

* 夜間（17:00～8:29）および休日の日中（8:30～16:59）に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

* 同一事例につき複数回の相談があった場合は、その都度1回と数えて下さい。

* この表が完成しましたら、厚生労働省精神・障害保健課に送付願います。

精神科救急情報センター事業年報（自治体名 _____）（ _____ 年度）
 設置場所（ _____ ）

月	相談受付件数	医療機関を紹介した件数
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		
合計		

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

* 夜間（17:00～8:29）および休日の日中（8:30～16:59）に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

* 同一事例につき複数回の相談があった場合は、その都度1回と数えて下さい。

* この表が完成しましたら、厚生労働省精神・障害保健課に送付願います。

精神科救急医療圏域情報 圏域名() (年度)

圏域内の市区町村							
施設名	施設が所在する市区町村名	病院区分	設置主体	精神科救急事業における施設類型			
				常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型
施設数計()							

●本様式は国が指定する統一様式です。必ず本様式を用いて集計してください。

*この表は、圏域数分をコピーして、各圏域について記載して下さい。

*病院区分には、各施設が「A:大学付属病院(※1)、B:大学付属病院以外の総合病院(※2)、C:それ以外の病院、D:診療所」のどれに当たるかを記載してください。

(※1)国立大学法人を含む (※2)内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(医師16:1、看護職員3:1、薬剤師70:1)

*設置主体には、各施設が「①:公的病院(開設者(※3)が国、公的医療機関、社会保険関係団体)、②:①以外の指定病院(※4)、③:①以外の非指定病院」のどれに当たるかを記載してください。

(※3)開設者における分類区分の詳細については参考資料をご参照ください。(※4)精神保健福祉法第19条の8に基づく指定を受けた精神科病院を指します。

*施設類型は精神科救急医療体制整備事業の類型です。該当する欄に○を記入し、○の合計数を最終行に記入して下さい。重複する自治体もあります。

*圏域内の施設数が10を超える場合は行を増設するか、本シートをコピーして施設を追加して下さい。

*この表が完成したら、全圏域分を厚生労働省精神・障害保健課に送付願います。

開設者における分類区分

※「病院報告」における分類を参考に作成。

国	厚生労働省 独立行政法人国立病院機構 国立大学法人 独立行政法人労働者健康福祉機構 国立高度専門医療研究センター 独立行政法人地域医療機能推進機構	①公的病院
公的医療機関	都道府県 市町村 地方独立行政法人 日赤 済生会 北海道社会事業協会 厚生連 国民健康保険団体連合会	
社会保険関係団体	健康保険組合及びその連合会 共済組合及びその連合会 国民健康保険組合 公益法人	
医療法人	医療法人 私立学校法人 社会福祉法人 医療生協 会社 その他法人	①以外 ↓ 精神保健福祉法第19条の8に基づき ②: 指定病院 ③: 非指定病院 を選択
個人	個人	

**精神科救急医療体制整備事業
報告様式の記載マニュアル 2019 年度版
【医療機関の事務担当者の方へ】**

精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」）の報告については、本事業実施要綱の4に基づき、国が指定している統一の別紙様式1を用いて作成・報告する必要があります。今般、報告様式を見直し簡素化を図るとともに、報告様式の記載マニュアルを作成いたしましたので、報告の作成に当たりご活用下さい。

1. 記録様式

夜間もしくは休日に貴院を救急受診した本事業の対象に関するデータを、1事例につき1行、「精神科救急医療体制整備事業・施設月報」（様式1）に記録して下さい。記録するデータは、受診日、受診時間帯、帰結の3項目のみで、個人情報を含れません。この記録が他の全記録の基礎となる最も重要なデータとなります。

2. 記録要領

- (1) まず、様式1の最上段「当該年月」と2行目の「施設名」及び「当番日数」（該当月の当番日数の総計）を記入して下さい。
- (2) 本事業の対象となる救急受診があった場合は、「受診日」をまず記入して下さい。
- (3) 「受診時間帯」とは、診療を開始した時間帯で、「夜間」もしくは「休日日中」のいずれか一方です。どちらか1つの欄に半角数字で1を記入して下さい。
ここでいう「夜間」とは、平日・休日を問わず17:00から翌日の08:29まで、「休日日中」とは、土曜・日曜・祭日の08:30から16:59までと定義します。
- (4) 診察の結果、入院にならなかった場合は「帰結」欄のうち「非入院」を選択、入院となった場合は入院形式の中から、該当欄に1を記入して下さい。
- (5) 同日に複数の救急受診があった場合は、同じ日付で複数行にデータを記録して下さい。
- (6) 同日中に同じ患者が再受診した場合は、別事例として扱ってください。
- (7) 1ヶ月分の記録が完了したら、最終行のうち、受診日の列には受診者の総数を、それ以外の列には各列の合計値を記入して下さい。

3. 月報の提出

1ヶ月分の記録が完成したら、翌月の第2週末までに電子メールにて、都道府県もしくは指定都市の精神科救急医療体制整備事業担当者あてに送信して下さい。

4. データの管理と活用

この施設月報を基礎データとして、本事業の実績報告が精神科救急医療圏域単位および自治体単位で集計され、1年分の記録を集計した年報が厚生労働省に集約されます。

これを分析した厚生労働科学研究報告書が公表されることがありますが、個々の医療機関名など特定の医療機関に係る情報が公表されることはありません。

**精神科救急医療体制整備事業
報告様式の記載マニュアル 2019 年度版
【都道府県・指定都市担当者の方へ】**

精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」）の報告については、本事業実施要綱の4に基づき、国が指定している統一様式を用いて作成・報告する必要があります。今般、報告様式を見直し簡素化を図るとともに、報告様式の記載マニュアルを作成いたしましたので、報告の作成に当たりご活用下さい。

「精神科救急医療体制整備事業報告様式の記載マニュアル 2019 年度版」は、精神科救急医療体制整備事業に係る実績報告の実務担当者に向けた以下の3部から成ります。

【都道府県・指定都市担当者用】（本マニュアル）

【医療機関用】

【精神医療相談窓口・精神科救急情報センター用】

1. 報告様式の全容

（1）「精神科救急医療体制整備事業・施設月報」（様式1）

本事業において都道府県知事又は指定都市市長が指定する精神科救急医療施設（以下「病院」と略記）が、本事業の対象となった救急診療のうち、指定された項目（診療日、受診時間帯、帰結の3項目）について1事例1行に情報を記録していく表です。1か月分のデータがまとまったところで、病院から行政担当者に報告してもらいます。この施設月報が、以降のすべての記録の基本情報になります。

（2）「精神科救急医療体制整備事業・圏域別月報」（様式2）

行政担当者が、毎月、病院から報告される施設月報のデータを精神科救急医療圏域（以下「圏域」と略記）別に集計する月報です。

（3）「精神科救急医療体制整備事業・全圏域月報」（様式3）

様式2の圏域別月報を集計した全圏域（全県）月報です。

（4）「精神科救急医療体制整備事業・圏域別月報」（様式4）

様式2の各月の実績合計値を順次記録して行く圏域別の年報です。毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼びます。完成版を翌年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出して下さい。

（5）「精神医療相談事業年報」（様式5）

本事業に係る精神医療相談事業の実績件数を月別に集計した年報です。毎日の相談記録に基づいて、夜間および休日日中に受けた相談の月間件数、そのうち精神科救急情報センターもしくは医療機関を紹介した相談の月間件数を毎月記録していくものです。

毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼びます。完成版を2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出して下さい。

（6）「精神科救急情報センター事業年報」（様式6）

本事業に係る精神科救急情報センター事業の実績件数を月別に集計した年報です。毎日の相談記録に基づいて、夜間および休日日中に受けた相談の月間件数、そのうち医療機関を紹介した相談の月間件数を毎月記録して行くものです。

毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼び

ます。完成版を2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出して下さい。

(7) 「精神科救急医療圏域情報」(様式7)

貴自治体が定める精神科救急医療圏に関する情報を記載するものです。当該圏域に含まれる市区町村名、病院区分、設置主体および精神科救急医療施設名と本事業における施設類型(常時対応型、輪番型、合併症型、外来対応型)を記載して2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出して下さい。

※ 本様式7につきましては2020年1月目途で暫定版を任意での提出依頼を求める可能性ありますので、ご留意ください。

2. 各報告様式の流れ

(1) 関係機関への様式の配布と記載の説明

関係各機関に該当する報告様式と記載マニュアルを配布して下さい。すなわち、

- ・様式1と医療施設向けマニュアルは、各医療機関へ、
- ・精神医療相談事業を実施している場合は、様式5と受診前相談向けマニュアルを当該事業の窓口機関へ、
- ・精神科救急情報センター事業を実施している場合は、様式6と受診前相談向けマニュアルを当該事業の窓口機関へ、それぞれ配布して下さい。

(2) 報告様式への記録と月報の集計

2019年4月より、各病院には様式1を、受診前相談窓口には様式5、6を、順次記録してもらいます。

様式1については、1ヶ月分のデータが揃ったところで、翌月の第2週末頃を目途に、行政担当者へ提出してもらいます。受け取った行政担当者は、各病院からの様式1を集計して、様式2(圏域別月報)および様式3(全圏域月報)を作成します。様式2の合計値を様式4に順次転記して、圏域別の年報(累計版)を作成します。

様式5、6については、当該事業の窓口機関が毎月記録し、最新の累計版を翌月の第2週末頃を目途に、行政担当者へ提出してもらいます。

(3) 年報の集計と厚生労働省への報告

ここまでの手順が遂行されれば、2020年度の初め頃には、2019年度的全データが書き込まれた 様式4(圏域別年報)、様式5および6の完成版 が作成されます。さらに2019年度当初における精神科救急医療圏域情報を 様式7 に記載して下さい。様式4と7は圏域の数だけシートがありますが、様式5および6は各1シートです。行政担当者は、これらのシート(様式4~7)を 2020年4月末までに、厚生労働省精神・障害保健課へ電子メールにて提出 して下さい。

厚生労働省に報告されない様式1は空床確保料等の支払いのための資料として、様式2および3は貴自治体内での本事業の実績報告資料等としてご活用下さい。

3. 様式2、3、4、7の記載要領

(1) 「精神科救急医療体制整備事業・圏域別月報」(様式2)の作成

- ・様式2は圏域の数だけコピーして下さい。
- ・各圏域に含まれる医療施設(病院)名を左端の列に記入して下さい。
- ・各圏域内の病院から毎月第2週末頃に報告される様式1の完成版(1か月分のデー

タ)のうち、各列の合計値を、様式2の中の各病院の行に転記して下さい。

- ・転記する項目は、様式1の項目と全く同じです。
- ・様式1の提出が大きく遅れる病院があれば、督促して下さい。また、帰結別の合計数と受診時間帯別の合計数が月間の受診者総数と一致しない場合は、病院に問い合わせして下さい。
- ・報告の対象となるのは、貴自治体が定める本事業の対象事例のうち、夜間および休日日中に診療を開始した事例に限ります。本報告では、夜間とは、平日・休日を問わず17:00から翌日の08:29まで、休日日中とは、土曜・日曜・祭日の08:30から16:59までと定義します。この点を常にご確認願います。

(2)「精神科救急医療体制整備事業・全圏域月報」(様式3)の作成

- ・様式3は、様式2の圏域別月報を単純に連結した全圏域の実績月報です。

(3)「精神科救急医療体制整備事業・圏域別月報」(様式4)の作成

- ・様式2の月報が完成したら、その都度、最終行の合計値を同じ圏域内の様式4の当該月の欄に転記して下さい。月を経るたびに記載済みの行数が増えていきます。

(4)「精神科救急医療圏域情報」(様式7)

- ・まず、2019年度4月1日現在、当該圏域内に含まれる市町村名を記載して下さい。
- ・次に圏域内の精神科救急医療施設名を列記し、各施設が所在する市区町村名を記載して下さい。市区町村名以外のデータは不要です。
- ・次に、病院区分に、各施設が「A:大学附属病院(※1)、B:大学附属病院以外の総合病院(※2)、C:それ以外の病院、D:診療所」のどれに当たるかを記載してください。

(※1) 国立大学法人を含む

(※2) 内科、外科、産婦人科、眼科および耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(医師16:1、看護職員3:1、薬剤師70:1)

- ・次に、設置主体に、各施設が「①:公的病院(開設者が国、公的医療機関、社会保険関係団体)(※3)、②:①以外の指定病院(※4)、③:①以外の非指定病院」のどれに当たるかを記載してください。

(※3) 開設者における分類区分の詳細については、様式7の参考資料をご参照ください。

(※4) 精神保健福祉法第19条の8に基づく指定を受けた精神科病院を指します。

- ・さらに、各病院の本事業における類型を「常時対応型」「輪番型」「合併症型」「外来対応型」の中から選択して、当該欄に○を記入して下さい。同一施設が複数の類型に指定されている場合もあります。

精神科救急医療体制整備事業
実績報告様式の記載マニュアル 2019 年度版
【精神医療相談窓口・精神科救急情報センター担当者の方へ】

精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」）の報告については、本事業実施要綱の4に基づき、国が指定している統一様式を用いて作成・報告する必要があります。 今般、報告様式を見直し簡素化を図るとともに、報告様式の記載マニュアルを作成いたしましたので、報告の作成に当たりご活用下さい。

1. 報告様式

精神医療相談事業および精神科救急情報センター事業の担当者から報告して頂くのは、事業実績に関する以下の年報です。

（1）「精神医療相談事業年報」（様式5）

本事業に係る精神医療相談事業の実績件数を月別に集計した年報です。毎日の相談事業を記録する台帳などから、夜間および休日日中に受けた相談の月間件数、そのうち、緊急度が高いと判断されたため、精神科救急情報センターにつなげるか、もしくは医療機関（精神科救急医療施設以外も含む）を速やかに受診するよう助言した事例の月間件数を毎月記録していくものです。ここでいう夜間とは、平日・休日を問わず 17:00 から翌日の 08:29 まで、休日日中とは土曜・日曜・祭日の 08:30 から 16:59 までと定義します。 平日日中の相談は報告の対象になりません ので、ご注意下さい。

毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼びます。最新の累計版を、毎月第2週末頃を目途として、電子メールにて、行政担当者に報告して下さい。 完成版は2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出されます。

（2）「精神科救急情報センター事業年報」（様式6）

本事業に係る精神科救急情報センター事業の実績件数を月別に集計した年報です。毎日の相談記録から、夜間および休日日中に受けた相談の月間件数、そのうち、緊急度が高いと判断されたため医療機関（精神科救急医療施設以外も含む）を速やかに受診するよう助言した事例の月間件数を毎月記録していくものです。ここでいう夜間とは、平日・休日を問わず 17:00 から翌日の 08:29 まで、休日日中とは土曜・日曜・祭日の 08:30 から 16:59 までと定義します。 平日日中の相談は報告の対象になりません ので、ご注意下さい。

毎月更新される表を「累計版」、1年分のデータが書き込まれた表を「完成版」と呼びます。最新の累計版を、毎月第2週末頃を目途として、電子メールにて、行政担当者に報告して下さい。 完成版は2020年4月末までに厚生労働省精神・障害保健課に提出されます。

2. 精神医療相談事業と精神科救急情報センターの役割分担について

- 精神医療相談窓口と精神科救急情報センターは、原則として別の場所もしくは別の回線が設定され、それぞれ専任の職員が対応する事業です。同一のスタッフが相談対応する場合は、様式5か6のいずれか1つの様式を用いて報告し、重複を回避して下さい。
- 現状において、精神医療相談窓口と精神科救急情報センターが別の場所に設置されているか、もしくは別の回線が設定され、それぞれ専任の職員が対応している自治体については、別の事業として、それぞれに実績報告をして下さい。
- 平日の日中に精神保健福祉センターや保健所等で行われている電話相談や来所相談は、危機的状態を未然に防止する機能はありますが、夜間・休日も定例的に行われていない限りは、本事業の報告対象とはなりませんので、ご注意願います。