

「精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進の サービスの質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」

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 埼玉県立精神医療センター、*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）の運用状況を分析して自治体の担当者にフィードバックし、精神科救急・急性期医療の質的向上および医療供給体制の最適化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 2018 年度の精神科救急事業の年報や衛生行政報告例を集計・分析した。②精神科救急事業の運用実態に関して 67 の都道府県・政令指定都市の担当者に対するアンケート調査を実施した。③これらの結果を自治体担当者に説明し、意見交換をする精神科救急事業担当者会議を開催した。④精神保健福祉資源に関する定例調査（「630 調査」と略記）の資料から、最近の精神科救急入院料病棟（「精神科救急病棟」と略記）の運用実態を分析した。

結果 ①2018 年度の精神科救急事業では、全国に 143 の精神科救急医療圏が設定され、1,099 施設（全精神科有床施設の 68.1%）の精神科救急医療施設が指定されていた。ここに年間 43,068 件（人口 100 万に対して 1 日当たり 0.94 件）の受診があり、その 45.2%に当たる 19,483 件（同 0.42 件）が入院となっていた。人口当たりの受診件数と入院率には強い負の相関があった。入院の 75%が非自発入院、大都市圏を中心に三次救急が 23.3%を占めていたが、入院形式には大きな地域差があった。衛生行政報告例によれば、近年増加してきた警察官通報が最近の 2 年度は続けて減少していた。また、措置入院の 55%が精神科救急事業において施行されていた。②自治体アンケート調査（回答率 100%）では、精神科救急事業の運用時間帯（過半数が夜間・休日、通年・終日は約 4 割）や事業の対象患者（自院通院患者を対象外とするのは 6 分の 1）、連絡調整会議等の開催頻度（8 自治体で未開催）などが自治体によって異なっていた。

受診前相談では、9 割の自治体が救急情報センター（過半数は病院内に設置）を運営しているのに対し、精神医療相談事業の実施は 75%であったが、その 7 割は情報センターと同一施設内に設置さ

れるなど、両者の役割分担は不明確であった。③2019年9月に31都府県の担当者を集めて、本研究の成果と今回のアンケート調査の結果を説明し、ワークショップ形式で意見交換を行った。各演目とも4.3点(5点満点)以上の高い評価を得た。④2019年の630調査では、168の病院に246病棟(11,254床)の精神科救急病棟が認可され、9,705人(86.2%)が在院していた。精神科の全入院患者に比べると、非自発入院と隔離の比率が高く、高齢者比率が低かった。診断ではF0群の比率が低く、F3群とF8群が高いなど、病棟の特質を表していた。

考察) 精神科救急事業の実績報告の基準に統一性を欠くことを指摘し、新たな報告様式(昨年度、当研究班が提案)への変更による是正に期待した。これまでの研究に基づいて、受診前相談の課題(機能の地域差、救急情報センターと精神医療相談事業の不明瞭など)、医療アクセスの課題(家族と警察への依存、実態不明の民間救急搬送など)、救急医療施設の質的・量的不均一(施設基準の緩さによる機能のばらつき、精神科救急病棟の不均一な分布など)、身体合併症対応システムの未整備(並列モデルの伸び悩み、縦列モデルの局地性など)という4つの課題を指摘し、いくつかの打開策を提案した。

結論) わが国の精神科救急事業の構造と運用実績には、事業開始から四半世紀を経てもなお、地域特性というには大きすぎるばらつきと改善すべき制度的課題がある。本事業およびわが国における精神科救急・急性期医療の質的向上を促進するためには、本事業を多角的に分析して自治体にフィードバックする作業が必要である。

A. 研究の背景と目的

多様化する精神科救急事例への適切な対応と短期集中的な入院治療、それに再発防止を目指す精神科救急医療は、精神科領域における地域包括ケア体制の質を決定する重要な因子である。

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)は、個々の医療機関による自発的な救急診療を補完するセーフティネットとして、1995年に国庫事業化され、2002年には全国に普及した。しかし、各地の精神科医療の実情を反映して、事業の形態や機能には大きなばらつきがある。

本研究の目的は、精神科救急事業の均霑化を目指して、本事業に関する諸統計を多角的に分析し、運用実態を明らかにするとともに、本事業の適正な運用に資する方策を提言

することである。

B. 研究方法

1. 精神科救急事業の運用実績調査

47都道府県から厚生労働省に提出された平成30年度(2018年度)の精神科救急事業年報を集計し、衛生行政報告例と精神保健福祉資源に関する定例調査(以下「630調査」と略記)の結果のうち措置入院に関連するデータを参照して、わが国の精神科救急医療の動向を分析した。

2. 精神科救急事業に関する自治体調査

精神科救急事業の概要および受診前相談事業の運用実態を明らかにするために、別添資料1および資料2に示した調査票を用いて、47都道府県および20政令指定都市の担当者

を対象としたアンケート調査を実施した。

3. 精神科救急事業担当者会議の開催

令和元年（2019年）9月5日、東京都内において精神科救急医療に関する全国担当者向け研究報告及び意見交換会を催し、前年度の本研究の成果および今回のアンケート調査の結果を報告するとともに、ワークショップ形式で精神科救急事業の運用に関する意見交換会を行った。

4. 精神科救急入院料病棟の運用実態調査

平成30年（2018年）および令和元年（2019年）の630調査の結果から、精神科救急入院料病棟（以下「精神科救急病棟」と略記）の運用実態を分析した。

（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30（2018）年度の精神科救急事業に関する各都道府県からの年報を集計し、表1-1に精神科救急医療圏域および救急医療施設（本事業のストラクチャー）、表1-2に運用実績（本事業のアウトカム）を一覧表示した。また、衛生行政報告例や630調査の結果から、措置入院の動向を調査した。以下に主な事項について説明する。

（1）精神科救急医療圏域および精神科救急医療施設

国の精神科救急事業実施要綱は、都道府県

をいくつかの精神科救急医療圏域に分割し、各圏域に精神科救急医療施設を知事が指定するよう求めている。2018年度、各都道府県は、精神科医療施設の分布状況などを勘案して、精神科救急医療圏域と救急医療施設を表1-1のように定めていた。

（ア）精神科救急医療圏域

圏域の区分は自治体が独自に決めているが、平均すると2つの二次保健医療圏が1つの精神科救急医療圏を形成している。なお、神奈川県は全県で入院先を調整するため精神科救急医療圏域を1圏域と回答しているが、運用実績からは、3つの政令指定都市が一定の独立圏域を形成していると思われるため、4圏域と表示した。

表1-1からは、圏域ごとに独立して救急対応をしている自治体もあれば、県立病院などの基幹的な病院が県全域をカバーする自治体、それらの組み合わせで運営している自治体など、様々な形で精神科救急事業が運営されている現状が見て取れる。

（イ）精神科救急医療施設

精神科救急医療施設は、全国で1,194施設、診療所を除くと1,099施設と報告されている。2018年の630調査¹⁰⁾によれば、全国の精神科有床施設数は1,612施設であるから、その68.1%、すなわち3分の2以上が精神科救急医療施設として指定されていることになる。

精神科救急事業が定める3つの類型では、表1-1に見るように、輪番型の施設が86.1%を占めている。外来対応型、すなわち一次救急にのみ対応する病院もある。あらゆる精神科救急事例や入院形式に24時間365

日対応できる常時対応型施設は 58 施設 (4.9%) にとどまっております、22 自治体 (46.9%) ではこのタイプの施設が指定されていない。

表 1-1 の医療施設分類によれば、20 の大学病院と 62 の総合病院が精神科救急事業に参加している。このうち 12 施設は、診療報酬上の精神科救急合併症入院料を認可された病院である。医療施設分類の「その他」の病院の大半は精神科単科病院である。

(2) 受診前相談

精神科救急事業の運営要綱では、受診前相談事業として、24 時間 365 日稼働する精神科救急情報センターと精神医療相談事業の設置を求めている。前者は都道府県に 1 カ所の設置とされ、緊急性の高い電話相談ケースをトリアージして精神科救急医療施設への受診を調整する機能を担うとされている。後者は、それ以外の電話ないし来所相談に対応する窓口で、複数地点での設置が可能である。

(ア) 精神科救急情報センター

表 1-2 によれば、精神科救急情報センター (以下「情報センター」と略記) への相談件数は 65,861 件で、このうち 23.1% に当たる 15,241 件では受診先を紹介されていた。紹介比率が前年度は 40.1% であったから、今年度は大幅に減少したことになる。ただし、受診紹介の基準が自治体によって異なるため、受診紹介件数が緊急度を表す指標とは必ずしもいえない。

情報センターへの相談件数は 1 日平均では 180.4 件、人口 (平成 30 年 10 月 1 日現在) 100 万人当たり 1.43 件ということになる。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、受診紹介の件数とともに図 1 に示した。

(イ) 精神医療相談事業

精神医療相談事業を実施している自治体は 31 カ所 (66.0%) と報告されているが、政令指定都市を含む 67 自治体を対象とした後述のアンケート調査によれば、50 自治体 (74.6%) が精神医療相談事業を実施していると回答している。ただし、その 7 割の 35 自治体では、精神医療相談の窓口と情報センターの窓口が同じであった。

2018 年度、精神医療相談事業による相談件数は、130,008 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 1-2 に見るように、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。

その理由は、情報センターと精神医療相談事業の役割分担の曖昧さ、および従来様式の年報の煩雑さにあると思われる。次年度からは報告様式が大幅に簡素化されるため、集計の問題は減少すると期待される。これらの問題については、後の章で考察する。

(3) 受診および入院の状況

(ア) 受診件数

表 1-2 によれば、2018 年度、精神科救急事業の利用件数 (受診件数) は 43,068 件 (1 日平均 118 件、人口 100 万人当たり 0.93 件) であった。このうち、45.2% に当たる 19,483 件 (1 日平均 53.4 件、人口 100 万当たり 0.42 件) が入院となっていた。前年度は受診件数が 44,557 件、入院件数が 18,884

件（入院率 42.0%）であったから、受診件数は減少した一方で入院件数が増加していた。

ただし、6 自治体では前年より受診件数が 2 倍以上もしくは 2 分の 1 以下に大きく変動していた。すなわち、おそらく施設月報の段階からデータの報告基準や集計上の問題があるものと推測された。

受診件数の多い順に自治体を並べ替え、入院件数とともに図 3 に示した。必ずしも大都市圏で受診件数が多いとは限らないことがわかるが、前述のように年報の集計基準に地域差のあることを考慮しておく必要がある。

（イ）入院件数

入院形式では、表 1-2 に見るように、緊急措置入院が 2,283 件（11.7%）、措置入院が 1,551 件（8%）、応急入院が 710 件（3.6%）、医療保護入院が 10,052 件（50.6%）、任意入院が 4,215 件（21.6%）、その他が 672 件（3.4%）であった。その他の入院形式は、前年同様、兵庫県（全入院の約半数がその他の入院）、香川県などに偏在している。

精神科三次救急（緊急措置入院、措置入院、および応急入院）の比率は 23.3%、三次救急に医療保護入院を加えた非自発入院の比率は 74.9%であった。

入院件数の多い順に自治体を並べ替え、入院形式別に入院件数を示したのが図 4 である。入院形式の全国比率を示す円グラフも追加した。棒グラフに見るように、入院形式は自治体によってまちまちであった。緊急措置入院は東京都と大阪府に多く、措置入院は神奈川県と埼玉県に多いなど、自治体の精神科救急事業の運用実態によって、入院形式の配

分比率もばらつくことが推測される。

（ウ）人口当たり受診件数と入院率の相関

人口 1 万人に対する年間受診件数と入院率との関係を示したのが図 5 である。図 3 では受診件数や入院件数には規則性が見えないが、人口を加味して図 5 のように各自治体のデータをプロットすると、人口当たりの受診件数と入院率が強い負の相関を示すことが明らかとなる。

図 5 の左上に位置する自治体では、受診ケースが要入院の重症ケースにトリアージされる傾向にあり、山口県を除くと、三次救急の比率が高い。東京都、神奈川県、福岡県といった大都市圏の自治体が含まれる。本事業の対象を絞り込むなど、トリアージのあり方によるものと思われる。

一方、図の右下には人口過疎地区を含む自治体が位置しており、入院を要しない一次救急ケースが多いほか、福井県を除くと、入院ケースでも任意入院の比率が高い。また、鳥取県、長野県、青森県、滋賀県では精神科救急情報センターの実績報告がない。すなわち、トリアージの緩いアクセス体制となっている。

（４）措置入院の動向

毎年の衛生行政報告例¹⁾から申請・通報の内訳と措置決定件数を集計し、近年の推移を図 6 に示した。近年、警察官通報を中心に通報件数が急増し、新規の措置入院件数も増加傾向が続いてきたが、2017 年度以降は通報件数が減少に転じている。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る過程で、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。ただし、2018 年

度の措置決定件数は 6,941 件と前年度 (6,899 件) よりも増加している。

表 1-2 によれば、2018 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 3,834 件であるから、年間の全措置入院 6,941 件の 55%が本事業において施行されていたことになる。ただし、図 4 に見るように、措置入院が救急事業に占める比重には地域差が著しい。

衛生行政報告例に基づいて、2018 年度の都道府県別の申請・通報の処理状況を措置決定件数の多い順に図 7 に表示した。措置決定件数は大都市圏に多いが、通報を受理した後に行政の判断で措置診察不要とした件数には著しい地域差のあることが明らかである。

2. 精神科救急事業に関する自治体調査

47 都道府県および 20 の政令指定都市、合計 67 の自治体に対して、精神科救急事業の運用実態に関するアンケート調査を実施したところ、全ての自治体から回答を得た。別添資料 1 の調査票 A（精神科救急事業の概要に関する調査）および資料 2 の調査票 B（受診前相談に関する調査）の右端に各質問項目の集計数を記載した。また、それぞれの結果を図 A1～A11、図 B1～B12 に図示した。

これらの図に沿って、以下に主な調査結果を解説する。

（1）精神科救急事業の概要

図 A2 および図 A3 によれば、夜間休日の措置入院手続きを救急事業に組み込む自治体と分離している自治体とがほぼ拮抗した。通報の処理や指定医の確保など、措置入院手続きの条件や形によって、緊急措置入院を優先す

るか、当夜中の措置決定を優先するかに分かれることが推測された。

図 A4 によれば、救急事業の運用時間は精神保健福祉法第 19 条の 11 の規定に則って「夜間・休日」に限定する自治体が過半数を占めたが、国の精神科救急事業運営要綱に沿って「24 時間 365 日」とする自治体も 4 割に上っていた。

本事業の対象については、図 A5 に見るように、救急病院通院中の患者は除くとした自治体が 2 割ほどあるのに対して、特に規定は設けない自治体が多数派を占めた。

本事業運用の実務（実績集計や補助金分配）については、図 A6 および図 A7 に見るように、自治体が直接担当するという回答が 8 割近くを占めたが、精神科病院協会などの団体に委託している自治体も 2 割近くあった。

身体合併症への対応については、図 A8 に見るように、4 分の 3 に上る自治体が「何らかの取り決めを設けている」と回答している。しかし、総合病院等に付設されている精神科の実情を考慮すると、その内容には大きな地域差があるものと予測される。この点については、後の章で考察する。

図 A9 から図 A11 は、本事業に関する連絡調整や研修、実績報告の場が確保されているかどうかを示したものであるが、地域によって差があることを示している。

（2）受診前相談事業の運用実態

（ア）精神科救急情報センター

情報センターが設置された自治体は 60、未設置が 7 あった。図 B2 に見るように、設置場所は、医療機関内が約 6 割であった。なお、このような情報センターの運営には補助金が支給されていない。

図 B3 が示すように、情報センターの運営主体は自治体の直営が半数、残りの半数は他団体委託となっている。ただ、他団体には複数自治体（都道府県と政令市）の共同運営や県立病院が含まれているので、7割近くが自治体の運営ということになる。

相談窓口の担当者も、図 B4 では他団体への委託が7割となっているが、自治体職員の常勤と非常勤の混成や県立病院職員が半数近く含まれている。

情報センターの運用時間は、図 B5 に見るように、夜間・休日の限定と24時間365日が拮抗しており、図 A4 に示した本事業自体の運用時間に符合している。

医療機関に設置された情報センター（35ヶ所）の相談対象に自院通院患者を含まないと回答した自治体は1割に満たない。通院患者用の専用電話回線がある自治体に限られる回答と思われる。

（イ）精神医療相談事業

図 B7 に示したように、精神医療相談事業を運営している自治体は50あると回答があった。しかし、図 B8 および図 B10 に示したように、7割の35ヶ所では情報センターと同じ施設に設置されており、対応する職員も同じであるほか、半数以上は回線も情報センターと同一である。

表 1-2 では、情報センターの相談件数と精神医療相談事業の件数が同一の自治体がいつかあるが、同じ相談を2つの相談事業に重複して報告している可能性が高い。次年度からは、このような事態が生じないよう、報告様式を改めたので、その効果を確認したい。

図 B9 は、精神医療相談事業の7割が自治体が委託した他団体によって運用されている

ことを示しているが、複数自治体の共同運用や県立病院を含めると、官民半々となる。

精神医療相談事業の運用時間は、図 B11 のように、夜間・休日と24時間365日が拮抗しており、図 A4 に見る情報センターよりも運用の時間帯が幅広い。

図 B12 は、医療機関内に設置された相談窓口28ヶ所のうち、相談対象に自院通院患者を含まないと回答した自治体が1ヶ所にすぎないことを示している。

受診前相談体制については、後の章で考察する。

3. 精神科救急事業担当者会議の開催

令和元年（2019年）9月5日、東京都内において、「精神科救急医療に関する研究報告及び意見交換会」を企画し、全国の都道府県に参加を呼びかけたところ、周知期間が十分ではなかったにもかかわらず、6割以上に当たる31都府県から参加があった。

午前中は、平成29・30年度に実施された「精神科救急および急性期医療における質向上に関する政策研究」の概要が研究代表者から説明されたのち、「精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究」、「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」、「精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究」の順に分担研究者から分担研究の成果が説明された。

午後は、今回の精神科救急事業に関する自治体アンケート調査の結果が速報され、これを素材として参加者によるワークショップ形式による意見交換会が開催された。

これらの報告およびワークショップに対す

る参加者の評価を資料3にまとめた。評価法は0点（最低評価）から5点（最高評価）までの6段階の主観的評価とし、行政職19人と精神保健福祉士など専門職12人に分けて、各項目の平均点（5点満点）を示した。資料3に示したように、各項目とも4.3以上の高い評価を受けた。

4. 精神科救急病棟の運用実態

630調査によれば、令和元（2019）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168施設に246棟（11,254床）が認可され、9,705人（利用率86.2%）が在院していた。主なデータを前年のデータとともに示し、2019年分の全精神科医療施設のデータと比較したのが表2である。

表2によれば、前年に比較すると、精神科救急入院料が認可された施設は前年より5施設、病棟は12棟、病床数は338床、在院患者数は281人、それぞれ増加していた。

非自発入院患者比率は0.2ポイント上昇、隔離患者比率は0.1ポイント低下、身体拘束患者比率は0.4ポイント上昇していた。

診断群ではF2群が2.4ポイント低下したのに対してF0群が1.6ポイント上昇し、65歳以上の高齢患者比率も1.5ポイント上昇していた。在院3ヶ月超の患者比率が21.8%から8.4%へと13.4ポイントも減少しているが、その要因を的確に分析する情報が無い。

2019年のデータを精神科医療施設全体のデータと比較すると、精神科救急病棟における非自発入院患者比率の高さ、診断ではF0群とF2群の比率の低さ、F3群とF8群の比率の高さ、高齢者比率と長期在院患者比率の低さ、隔離患者比率の高さが目立っている。

精神科救急病棟における重症患者比率の高さや診断の多様性を反映しているものと思われる。

D. 考察

1. 精神科救急事業の報告様式の問題点

毎年の精神科救急事業年報から近年の本事業の実績（受診件数と入院件数）の推移を図8に示した。受診総件数はほぼ横ばい、入院件数は緩やかな増加傾向にある。

ただし、図8に見るように、2015年以降は増減の幅が大きくなり、同じ自治体でありながら年度によってデータが乱高下するところも生じている。研究結果の章でも指摘したように、2017年度と2018年度の実績を比較しても、受診件数では6自治体、入院件数では3自治体で2倍以上の落差がある。

同じ自治体の中で精神科救急事例の発生件数や入院件数が1年で大きく変動することは臨床的には不自然であるから、これまでに指摘してきたように、実績報告の判断基準が全国的に見て不統一であるためと推測される。

公金が投入される本事業において、こうした統計的信頼度の問題が生ずることは、補助金投入の公正さを損ねることにほかならない。2019年度からは新たな報告様式が適応されることとなったため、より実態を反映した数値が報告されるものと期待したい¹²⁾。

2. 精神科救急事業の諸課題

危急の事態にどう対応するかが問われる救急医療は、災害医療と並んで、平素の地域医療の実力や関係機関の連携によって、その質が規定される。言い換えれば、精神科救急事業の運用実態は、地域の精神科医療の実相を映し出す鏡ともいえる。

今回の調査から、わが国の精神科救急事業は、圏域の区分や救急医療施設の構成、受診前相談の体制、事業の運用時間帯や対象、関係機関の連携体制など、いくつかの側面で大きな地域差と多くの課題を抱えていることが明らかとなった。ここでは、これまでの研究から浮き彫りになっている精神科救急事業の課題をいくつか指摘しておきたい。

(1) 受診前相談の課題

精神科救急事業の中で受診前相談に求められる機能は、緊急度の評価と関連機関との調整である。最初の電話対応が、その後の経過や疾患の予後を変える場合もありうる。急を要しない様々なレベルの相談にも的確に対応しなければ、トラブルを生ずる。したがって、対応するスタッフには高い電話対応能力が求められる¹⁴⁾。しかし、全国研修の機会乏しく、受診前相談の機能は、専ら対応スタッフの個人的な資質に委ねられているのが現状と思われる。

また、今回の自治体アンケート調査でも明らかになったように、精神科救急情報センターと精神医療相談事業の役割分担は曖昧で、実績報告にも混乱がある。2020年度から、精神医療相談事業は精神科救急事業から外され、地域包括ケア関連事業に移管されることとなったが、同じ相談が両事業に重複カウントされないよう留意すべきである。

なお、病院内に設置された情報センターの運営に補助金を支給しないことには合理性が見いだせない。緊急性の評価や身体救急などへの受診調整には、しばしば当直医の助言が必要である。病院に情報センターが設置されると自院に患者を呼び寄せる可能性があるのが公平性を欠くなどという論法は、現場の実

態を知らない部外者の発想である。多くの情報センターでは、受け入れ先の確保に苦慮しているのが実情なのである。

(2) 医療アクセスの課題

受診を拒む患者をどう医療につなげるか、医療アクセスのあり方は、古くから精神科医療の大きな課題であり続けている。家族等から見た場合、利用可能なアクセス手段としては、利用頻度の高いものから順に、親族など個人の力、119番通報による救急隊の要請、110番通報による警察の要請、保健行政への相談、民間救急の利用がある。

消防法によれば、救急隊による搬送は、事故および事故に準ずる事由のため医療機関等に緊急に搬送する必要があるものを対象としている。つまり、法の建付けとしては、精神疾患は含まれないこととなるが、実際には明らかかな他害行為のない限り、精神疾患であっても、119番通報による搬送要請を救急隊が断ることはないとされてきた¹³⁾。しかし、救急搬送件数の急増する近年、精神科ケースは搬送困難に至りやすい状況が続いており、精神科救急医療施設からは救急隊による搬送を求める声も高まっている。ただし、救急隊には法的強制力がないので、搬送を拒否するケースでは、搬送を断念するか、警察への協力を依頼するか、いずれかを選択することとなる。

措置入院の動向(C-1-(4))でも触れたように、夜間休日においては、受診を拒否する精神科救急ケースの医療アクセスについては、その相当数を警察官通報を起点とする措置入院プロセスに依拠せざるをえないのが現状である⁶⁾。ただし、その代償として、精神科救急医は、司法精神医学的なグレーゾーン事例への対応を余儀なくされることがある。ま

た、警察の介在が患者にとってトラウマとなることもありうる。

措置入院のプロセス以外に保健行政が介在する医療アクセス手段としては、精神保健福祉法 47 条に基づく受診援助があるが、受診拒否ケースに対しては法的強制力をもたない。法的強制力のある方法としては、2002 年に新設された医療保護入院（ないし応急入院）のための移送制度（精神保健福祉法 34 条）がある。しかし、厳密な手続きを要するために夜間休日にこの制度を適用することは不可能に近く、行政責任による移送は措置入院関連のケースにはほぼ限局されている。

以上のように、夜間・休日における受診拒否ケースの精神科救急医療へのアクセスは、家族の自助努力と警察に多くを依存し、運用実態が不明の民間救急が制度の隙間を埋めているのが実情である。

精神科救急医療において医療アクセスの安全性と迅速性、それに適法性や尊厳性（トラウマの回避）の全てを満たすことは、難解な多元連立方程式を解くことに似ている。医療機関と行政機関が警察や消防との意見交換の場を確保し、精神科医療当事者の意見も尊重しながら、特定の地域と時代にとっての最適解を追求するほかはない。その作業がまた、精神科救急医療の質的向上につながる。とはいえ、移送制度の見直しやアウトリーチ活動の強化など、国レベルでの制度改革は欠かせない。

（3）救急医療施設の不均一

精神科救急事業において知事が指定する救急医療施設は、前述のように、全精神科有床施設の 68.1%に上っている。したがって、同じ精神科救急医療施設といっても、設備・環

境やスタッフ配置など、病棟規格に大きなばらつきがあることになる。身体救急病院が重症度に応じて階層化され、重症患者には高度医療が集中的に提供されるのに対して、輪番制を主体とする精神科救急病院群には、そのような構造がない。

わが国の精神科医療において集中的な高度医療を提供することを期待されているのが精神科救急入院料病棟であり、それに準ずる精神科急性期治療病棟である。2019 年の 630 調査によれば、前者は全国の 168 病院に 11,259 床（全精神科病床 308,236 床の 3.7%）、後者は 386 病棟（病床制限があるため認可施設数にはほぼ同じ）に 18,179 床（同 5.9%）、病床数では併せて 29,438 床（同 9.6%）である。

1996 年に精神科急性期治療病棟入院料、2002 年に精神科救急入院料が診療報酬上に新設されてから、これらの入院料を認可された施設は順調に増加してきたとはいえ、病床数では未だに全精神科病床の 1 割に満たないことになる。さらに、その分布には偏りがある。日本精神科救急学会のホームページ⁸⁾によれば、2020 年 3 月 1 日現在、精神科救急入院料認可施設は大都市圏を中心に特定の地域に偏在する傾向にあり、未認可県も 2 カ所ある。したがって、重症患者が高規格の病棟に入院できる確率にも地域差があることになる。

このように精神科救急医療施設群は、病棟規格の不均一と分布の不均一という質・量の双方にかかわる問題を抱えている。こうした問題を解決するには、個別病院の改革努力に加えて、地域医療計画の中で行政や医師養成校による支援も検討されなくてはならない。制度的には、例えば、病棟単位ではなく小規

模のユニット単位での高規格化を実現できる仕組みなども検討されるべきである。

なお、近年、精神科救急入院料病床を抑制する動きがあるが、この入院料を認可された病院は、救急医療のみならず在宅医療やリハビリの分野においても地域の基幹的な機能を果たしている病院が大半であるから、当該病床の削減は、その地域の精神科医療・福祉全般の水準低下を招くおそれがある。地域包括ケアシステムの整備という観点からも、そのような事態を招かないような施策が必要であろう。

ただし、当該病床抑制論の背景には、当該病院がその医療費給付に見合う機能（例えば救急機能）を果たしていないのではないか、当該入院料の算定外患者を切り捨てているのではないか、精神科救急病棟の増加が非自発入院や身体拘束の増加の一因となっているのではないか、といった批判があるものと思われる。

精神科救急病棟の増加が、わが国の精神科入院医療の水準向上と脱入院化の促進に寄与していることはデータが示すところであるが³⁾⁷⁾¹¹⁾、特定の事例や一面的データを取り上げて前記のような批判がなされることは、高規格・高給付の救急病棟を認可された病院の宿命でもある。それらの病院は、こうした批判に真摯に答える診療活動と情報開示を行う義務を負っていると考えるべきである。

(4) 身体合併症対応システムの未整備

身体合併症への対応システムは、精神科救急事業とは独立に運営されている自治体もあれば、本事業に組み込まれている自治体もある。いずれにせよ、身体合併症対応は、精神科医療における宿痾といってよい。その根源

は、精神科医療が身体科医療と出自や生育歴を異にしてきた歴史的背景にある。わが国の精神科医療は、半世紀前に大臣官房通知として発出された一連の文書（いわゆる医療法精神科特例）によって、一般医療から制度的に隔離されたままである。

一方で、精神科救急の領域では、一般人口に連動して患者の高齢化が進むにつれて、認知症とともに身体合併症ケースへの対応のニーズも高まっている。精神科救急合併症入院料の新設（2008年）が、そのニーズへの回答のひとつであり、一般病院における総合入院体制加算の強化（2014年）も精神科病棟設置の促進要因となっている。しかし、前者は未だ全国の12施設で認可されるにとどまっており、後者は認可のハードルがさらに高い。

一般病院に併設された精神科病棟が心身複合的な救急ケースに対応すること（並列モデル）に限界がある中で、身体救急の医療施設と精神科救急医療施設との連携（縦列モデル）の強化も追求されている²⁾。しかし、東京都⁶⁾や大阪府⁹⁾、愛知県、埼玉県¹⁵⁾、岡山県⁴⁾⁵⁾などに先駆的な試みがあるものの全国展開の条件整備には至っていない。今回の自治体アンケート調査では、4分の3に上る自治体が何らかの取り決めを設けていると回答しているが、個別事例への対応には医療機関が苦慮しているのが現実であろう。

困難な現状にあるとはいえ、こうした並列モデルと縦列モデルの拡充を通じて、精神科医療の一般医療からの制度的隔離という歴史の転換を目指すべきである。それが精神科救急医療の存在理由の1つと考えるべきであろう。

E. 結論

本研究においては、精神科救急医療体制整備事業年報、630 調査、衛生行政報告例などの統計データを分析し、67 自治体を対象として精神科救急事業に関するアンケート調査結果を実施した。また、これまでの研究成果を自治体関係者に説明し、相互に意見を交換する場を設けた。こうした研究活動の結果、わが国の精神科救急事業が、運用開始から四半世紀を経てもなお、地域特性というには大きすぎるばらつきと多くの課題を抱えていることが明らかとなった。本研究では、4つの制度的課題を指摘し、解決策を提案した。今後も、精神科救急事業の適正かつ有効な運用とわが国の精神科救急および急性期医療の質的な向上を図るために、このような研究活動を継続する必要があると思われる。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載

G. 研究発表

1. 論文発表等

なし（2020 年度中に発表予定）。

2. 学会発表等

なし（2020 年度中に発表予定）。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

[参考文献]

- 1) 衛生行政報告例（e-Stat で検索）：
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tat=000001031469&result_page=1
- 2) 平田豊明、伊豫雅臣、杉山直也：今後の精

神科救急医療に向けた提言．精神科救急．16 巻，巻頭，2013

- 3) 平田豊明：精神科救急サービスの理念共有～精神科救急医療は何のためにあるのか．精神科救急．17 巻，11-15，2014
- 4) 来住由樹：地域医療構想で精神病院を活かそう～一般病院と精神病院の人材交流～地域医療構想を踏まえた精神科病院の挑戦．日本病院会雑．66 巻 1 号，35-46，2019
- 5) 来住 由樹：平成 30 年度診療報酬改定を分析する～平成 30 年度改定をふまえた救急医療戦略～岡山県精神科医療センターにおける取り組み．救急医．42 巻 12 号，1746-1751，2018
- 6) 熊谷直樹：東京都の精神科救急医療体制；現状・課題・改善の方向性．精神科救急．17 巻，85-89，2014
- 7) 松原三郎、川田和人：精神科救急病棟が入院医療を変革し病床削減の基礎を作る．精神科救急．20 巻，64-68，2017
- 8) 日本精神科救急学会ホームページ（精神科救急入院料施設一覧）：<https://www.jaep.jp/sep1707.html>
- 9) 澤温：大阪府における身体科救急と精神科救急の連携（大阪モデル）．精神科救急．17 巻，55-59，2014
- 10) 精神保健福祉資料：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/keyword.html>
- 11) 杉山直也：高規格病棟とは何か～エビデンスに基づく検証．精神科救急．20 巻，22-27，2017
- 12) 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 30 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．2019 年

- 13) 塚本哲司：精神科救急搬送とアウトリーチサービス. 平田豊明, 分島徹責任編集：専門医のための精神科臨床リュミエール 13 「精神科救急医療の現在」中山書店, 98-103, 2010
- 14) 塚本哲司：精神科医療への安全・迅速なアクセスを考える～埼玉県精神科救急情報センターの取り組みから. 精神科救急. 20巻, 11-15, 2017
- 15) 塚本哲司：地域における精神科と救急科の協働. 日本臨床救急医学会監修；救急医療における精神症状評価と初期対応 PEECガイドブック改定第2版. へるす出版. 258-261, 2018

A. 平成 30 年度（2018 年度）精神科救急医療体制整備事業の概要
 （_____都・道・府・県・市）結果：2019 年 10 月 19 日

お答え頂ける範囲で、以下の設問にご回答願います。

なお、政令市のうち、精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」と略記）が道府県に統合されている場合は、以下の設問の全てにお答え頂く必要はありません。精神保健福祉法 29 条による措置入院関連の業務など、政令市が独自に回答すべき項目があれば、その項目にのみお答え下さい。

- 本事業に係る国の運営要綱に準じた貴自治体独自の運営要綱が
- | | |
|-----------------------|----|
| 1. ある（最終改訂_____年 月 日） | 61 |
| 2. ない | 6 |
- 夜間・休日*における精神保健福祉法 29 条による措置通報の処理業務は
- | | |
|--------------------|----|
| 1. 本事業に含まれている | 28 |
| 2. 本事業とは独立に運用されている | 36 |
| 3. その他（_____） | 3 |
- *「夜間・休日」とは、原則として 17:00 から翌日 8:30 まで、および休日の 8:30 から 17:00 までとしますが、貴自治体の規定に委ねます。土曜日の扱いも自治体の規定によります。
- 夜間・休日における精神保健福祉法 29 条による措置通報の受理は
- | | |
|------------------|----|
| 1. 特定の窓口を集約されている | 27 |
| （設置場所 _____） | |
| 2. 保健所等に分散している | 37 |
| 3. その他（_____） | 3 |
- 本事業の運用時間は
- | | |
|-----------------|----|
| 1. 夜間および休日日中に限定 | 35 |
| 2. 24 時間 365 日 | 25 |
| 3. その他（_____） | 7 |
- 本事業の対象者は
- | | |
|-------------------------------------|----|
| 1. 受診した医療機関に通院中の患者*は除くという取り決めになっている | 11 |
| 2. そのような取り決めはなく、病院の判断に任せている | 31 |
| 3. その他（_____） | 23 |
- *「通院中の患者」とは、受診日前 3 カ月以内に受診施設での治療歴がある患者。

- 本事業に関する実績の集計は
- | | |
|---------------------------|----|
| 1. 主に貴自治体の担当部署が行っている | 52 |
| 2. 主に団体に委託している（団体名 _____） | 11 |
| 3. その他（_____） | 4 |
- 本事業に関する補助金の分配は
- | | |
|---------------------------|----|
| 1. 主に貴自治体の担当部署が行っている | 50 |
| 2. 主に団体に委託している（団体名 _____） | 13 |
| 3. その他（_____） | 4 |
- 身体合併症対策については
- | | |
|-------------------------------|----|
| 1. 運営要綱上に取り決めが明記されている | 36 |
| 2. 運営要綱上に明記されていないが、一定の取り決めがある | 10 |
| 3. 特に取り決めはない | 17 |
| 4. その他（_____） | 4 |
- 本事業に係る連絡調整や研修のための会議*の開催数（平成 30 年度）
- | | | |
|------------------|-------|-----|
| 1. 連絡調整会議 _____回 | 1 回以上 | 0 回 |
| 2. その他 _____回 | 1 回以上 | |
| （会合名 _____） | | |
- *国の運営要綱が規定する連絡調整委員会のほか、貴自治体が独自に開催する研修会などを含みます。
- 本事業の実績は
- | | |
|-----------------------------|----|
| 1. 定期的集計し、貴自治体内の関係機関に報告している | 58 |
| 2. 報告しない年もある | 5 |

B. 平成 30 年度（2018 年度）精神科救急医療に関する受診前相談事業の概要
 （_____都・道・府・県・市）結果：2019 年 10 月 19 日

お答え頂ける範囲で、以下の設問にご回答願います。

なお、政令市のうち、精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」と略記）が道府県に統合されている場合は、以下の設問の全てにお答え頂く必要はありません。独自の相談事業を行っている場合にのみ、該当する設問にお答え下さい。

<精神科救急情報センターについて>

○精神科救急情報センターが本事業の一環として

- | | |
|-------------|----|
| 1. 設置されている | 60 |
| 2. 設置されていない | 7 |

○前問で「設置されている」と回答した場合は、以下を回答願います。

- | | | |
|---------|-------------------|----|
| 1. 設置場所 | ①医療機関内（具体的に_____） | 33 |
| | ②医療機関外（具体的に_____） | 25 |
| | ③両方 | 2 |
| 2. 運用主体 | ①貴自治体 | 28 |
| | ②他団体（具体的に_____） | 31 |
| 3. 対応職員 | ①貴自治体職員（常勤） | 9 |
| | ②貴自治体職員（非常勤） | 7 |
| | ③その他（具体的に_____） | 43 |
| 4. 運用時間 | ①夜間・休日*のみ | 29 |
| | ②24 時間 365 日 | 23 |
| | ③その他（具体的に_____） | 8 |

*「夜間・休日」とは、原則として 17:00 から翌日 8:30 まで、および休日の 8:30 から 17:00 までとしますが、貴自治体の規定に委ねます。土曜日の扱いも自治体の規定によります。

*設置場所が曜日や時間帯によって異なる場合は、別紙に上記項目 1～4 を追加記載して下さい。

○前問 1 で「医療機関内」に設置されていると回答した場合は、以下を回答願います。

- | | |
|--------------------------------------|----|
| 1. 設置された医療機関に通院中の患者*による相談は事業実績に含まれない | 2 |
| 2. 設置された医療機関に通院中の患者による相談も事業実績に含まれる | 28 |
| 3. その他（_____） | 4 |

*「通院中の患者」とは、受診日前 3 カ月以内に受診施設での治療歴がある患者。

<精神医療相談窓口について>

○精神医療相談窓口が本事業の一環として

- | | |
|-------------|----|
| 1. 設置されている | 50 |
| 2. 設置されていない | 17 |

○前問で「設置されている」と回答した場合は、以下を回答願います。

- | | |
|---------------------------------|----|
| 1. 精神医療相談窓口の設置場所 | |
| ①精神科救急情報センターに同じ（電話回線も同じ） | 23 |
| ②精神科救急情報センターに同じ（電話回線は異なる） | 11 |
| ③精神科救急情報センターと異なる
（具体的に_____） | 16 |
| 2. 運用主体 | |
| ①貴自治体 | 15 |
| ②他団体（具体的に_____） | 35 |
| 3. 対応職員 | |
| ①精神科救急情報センターに同じ | 34 |
| ②精神科救急情報センターと異なる
（具体的に_____） | 15 |
| 4. 運用時間 | |
| ①夜間・休日のみ | 21 |
| ②平日日中のみ | 0 |
| ③24時間 365日 | 22 |
| ④その他（具体的に_____） | 7 |

*「夜間・休日」とは、原則として17:00から翌日8:30まで、および休日の8:30から17:00までとしますが、貴自治体の規定に委ねます。土曜日の扱いも自治体の規定によります。

*設置場所が曜日や時間帯によって異なる場合は、別紙に上記項目1～4を追加記載して下さい。

○精神医療相談窓口が医療機関内に設置されている場合は、以下を回答願います。

- | | |
|---------------------------------------|----|
| 1. 窓口が設置された医療機関に通院中の患者による相談は事業実績に含めない | 1 |
| 2. 窓口が設置された医療機関に通院中の患者による相談も事業実績に含まれる | 27 |
| 3. その他（_____） | |

平成31年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業
 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究
 精神科救急全国自治体担当者会議
 参加者アンケート結果

1. 職種内訳

行政職： 19名
 医師： 1名
 保健師： 3名
 精神保健福祉士： 6名
 心理技術者： 2名
 計： 31名

2. 「精神科救急医療体制整備事業の現状と課題、及び政策研究の概要」は参考になりましたか？（とても参考になった：5～参考にならなかった：0）

平均：4.4 （再掲）行政職：4.3
 専門職：4.5

3. 「分担研究 精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究」は参考になりましたか？（とても参考になった：5～参考にならなかった：0）

平均：4.4 （再掲）行政職：4.3
 専門職：4.5

4. 「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」は参考になりましたか？（とても参考になった：5～参考にならなかった：0）

平均：4.3 （再掲）行政職：4.2
 専門職：4.4

5. 「分担研究 精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究」は参考になりましたか？（とても参考になった：5～参考にならなかった：0）

平均：4.4 （再掲）行政職：4.3
 専門職：4.5

6. 「分担研究 精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進のサービスの質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」は参考になりましたか？（とても参考になった：5～参考にならなかった：0）

平均：4.3 （再掲）行政職：4.3
 専門職：4.3

7. 「意見交換会」は有意義でしたか？（とても有意義だった：5～有意義でなかった：0）

平均：4.8 （再掲）行政職：4.7
 専門職：4.8

表1-1 精神科救急医療圏域数および精神科救急医療施設数（2018年度）

都道府県	人口(万)	精神科救急医療圏域数	精神科救急医療施設数	精神科救急医療施設等の分類			医療施設分類			
				常時対応型	輪番型	外来対応施設	大学病院	総合病院	その他	診療所
北海道	529	8	63		63			10	53	
青森県	126	6	22		22			5	17	
岩手県	124	4	15	3	12		1		14	
宮城県	232	1	31		26	5	2	1	23	5
秋田県	98	5	14	1	13			2	12	
山形県	109	2	11		11				11	
福島県	186	4	25		25			2	23	
茨城県	288	2	28	2	26				28	
栃木県	195	3	19	1	8	10			19	
群馬県	195	1	15	1	14				15	
埼玉県	733	4	78	2	36	40	1	1	36	40
千葉県	626	4	43	12	31			4	39	
東京都	1,382	4	84	3	38	43		3	38	43
神奈川県	918	4	58	6	45	7	3	3	45	7
新潟県	225	2	26		26			1	25	
富山県	105	1	25		25		1	5	19	
石川県	114	2	15		15		2	1	12	
福井県	77	1	9		9			2	7	
山梨県	82	1	10	1	9				10	
長野県	206	3	20	3	17			2	18	
岐阜県	200	2	14		14			1	13	
静岡県	366	6	10	4	6			2	8	
愛知県	754	1	42		42			1	41	
三重県	179	2	12		12				12	
滋賀県	141	3	11	2	9		1	2	8	
京都府	259	3	17	1	16		2	1	14	
大阪府	881	8	38		38			1	37	
兵庫県	548	5	39	1	38		2	2	35	
奈良県	134	1	9	1	8		1		8	
和歌山県	94	2	6	1	5				6	
鳥取県	56	3	7		7		1		6	
島根県	68	7	12	4	8			3	9	
岡山県	199	2	13	2	11				13	
広島県	282	2	5	1	4				5	
山口県	137	3	30	1	26	3	1		29	
徳島県	74	3	15	1	14			1	14	
香川県	96	2	12		12			1	11	
愛媛県	135	1	7		7				7	
高知県	71	1	7		7				7	
福岡県	511	4	77		77		1		76	
佐賀県	82	1	18	1	17				18	
長崎県	134	6	35	1	34			2	33	
熊本県	176	1	44		44				44	
大分県	114	1	20		20				20	
宮崎県	108	3	21	2	19		1	1	19	
鹿児島県	161	4	42		42				42	
沖縄県	145	4	20		20			2	18	
合計	12,644	143	1,194	58	1,028	108	20	62	1,017	95

表1-2 精神科救急事業の運用実績（2018年度）

都道府県	人口(万)	受診前相談事業			受診件数	入院件数	入院形式					
		情報センター		精神医療 相談			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
		総数	受診紹介									
北海道	529				3,498	1,166	13	9	55	616	472	1
青森県	126				1,409	297	1	6	1	171	114	4
岩手県	124	352	90	2,182	1,756	429		1	5	161	262	
宮城県	232	760	476	1,862	275	133	1	51	0	66	15	0
秋田県	98	196	90		708	204	0	8	0	105	91	0
山形県	109	154	16		587	283	1	19	8	170	85	0
福島県	186	46	36		601	234	0	26	9	143	58	0
茨城県	288	409	83	408	383	237	31	15	2	171	18	0
栃木県	195	457	344	620	566	241	137	60	2	33	8	1
群馬県	195	39	37		1,202	493	107	15	7	272	92	0
埼玉県	733	2,117	265	10,236	992	491	26	239	1	217	8	0
千葉県	626	3,482	874		1,104	662	79	105	10	441	27	0
東京都	1,382	12,104	622	9,637	1,822	1,598	902	0	12	648	36	0
神奈川県	918	1,253	1,002	15,757	1,400	1,133	104	646	11	353	20	0
新潟県	225	101	78	1,369	661	255	0	0	0	178	49	28
富山県	105	3,738	378	3,738	208	103	1	8	4	53	16	21
石川県	114	263	54	305	774	351	0	28	23	267	33	0
福井県	77	1,034	518	1,708	708	318	16	22	24	174	61	21
山梨県	82	746	309	605	169	112	21	1	2	77	11	0
長野県	206				2,559	697	68	72	14	275	266	2
岐阜県	200	576	232	467	724	342	2	2	14	208	116	0
静岡県	366	1,871	232	10,063	1,338	649	70	2	24	433	100	20
愛知県	754	4,613	2,059	4,613	1,794	946	34	3	37	620	250	2
三重県	179	916	916	1,561	1,071	364	29	1	12	226	96	0
滋賀県	141				1,321	359	61	1	14	158	125	0
京都府	259	6,125	238	2,999	716	373	37	16	36	246	38	0
大阪府	881	2,274	1,441	15,682	2,774	1,691	269	0	185	926	311	0
兵庫県	548	7,293		3,154	1,760	1,181	22	2	47	472	130	508
奈良県	134	1,352	740		575	240	30	0	8	147	55	0
和歌山県	94	131	68		659	170	5	4	1	104	56	0
鳥取県	56			5,648	682	214	1	8	4	106	92	3
島根県	68	456	94	8,578	611	190	6	20	4	94	63	4
岡山県	199	554	0	5,073	710	432	0	14	32	249	137	0
広島県	282	1,244	119	1,244	1,077	434	2	60	12	241	118	1
山口県	137	325	244	1,625	174	139		25	0	83	25	1
徳島県	74	130	101		853	412	0	0	28	195	189	0
香川県	96	19	15	1,103	578	175	0	3	2	70	58	42
愛媛県	135	270	105		291	104	0	1	3	70	30	0
高知県	71	640	81		299	154	0	9	7	103	35	0
福岡県	511	4,045	1,491	14,975	473	424	156	9	12	207	39	0
佐賀県	82	257	35	257	50	13	0	0	0	11	2	0
長崎県	134	1,289	242	55	138	65	0	3	2	19	43	0
熊本県	176	980	980	1,309	842	189	0	0	2	119	62	6
大分県	114	408			71	58	34	7	0	15	2	0
宮崎県	108	181	62		553	136	14	8	9	64	41	0
鹿児島県	161	71	11	585	462	171	0	5	0	83	80	3
沖縄県	145	2,590	463	2,590	1,090	421	3	17	25	192	180	4
合計	12,644	65,861	15,241	130,008	43,068	19,483	2,283	1,551	710	10,052	4,215	672

表2 精神科救急入院料病棟に関するデータ

		2018年（救急病棟）		2019年（救急病棟）		2019年（全体）	
認可施設数		163		168		1,577	
認可病棟数		234		246		6,060	
病床数		10,916		11,254		315,068	
在院患者数		9,424(人)	%	9,705(人)	%	272,096(人)	%
入院形態	措置入院	527	5.6	598	6.2	1,585	0.6
	医療保護入院	6,302	66.9	6,450	66.5	127,429	46.8
	任意入院	2,533	26.9	2,596	26.7	141,818	52.1
	その他	62	0.7	60	0.6	860	0.3
主診断	F0	1,074	11.4	1,261	13.0	70,255	25.8
	F1	456	4.8	467	4.8	11,306	4.2
	F2	4,391	46.6	4,286	44.2	143,583	52.8
	F3	2,340	24.8	2,392	24.6	26,113	9.6
	F4	432	4.6	464	4.8	5,225	1.9
	F5	64	0.7	93	1.0	731	0.3
	F6	66	0.7	84	0.9	1,018	0.4
	F7	163	1.7	202	2.1	5,824	2.1
	F8	233	2.5	247	2.5	2,086	0.8
	F9	48	0.5	63	0.6	865	0.3
	てんかん	35	0.4	44	0.5	2,041	0.8
	その他	106	1.1	85	0.9	2,948	1.1
不明	16	0.2	17	0.2	101	0.0	
65歳以上の患者数		2,834	30.1	3,066	31.6	164,346	60.4
在院3ヶ月超在院患者数		2,058	21.8	818	8.4	213,051	78.3
隔離患者数		1,647	17.5	1,686	17.4	12,789	4.7
身体拘束患者数		418	4.4	467	4.8	10,884	4.0

図1 精神救急情報センター相談件数(2018年度)

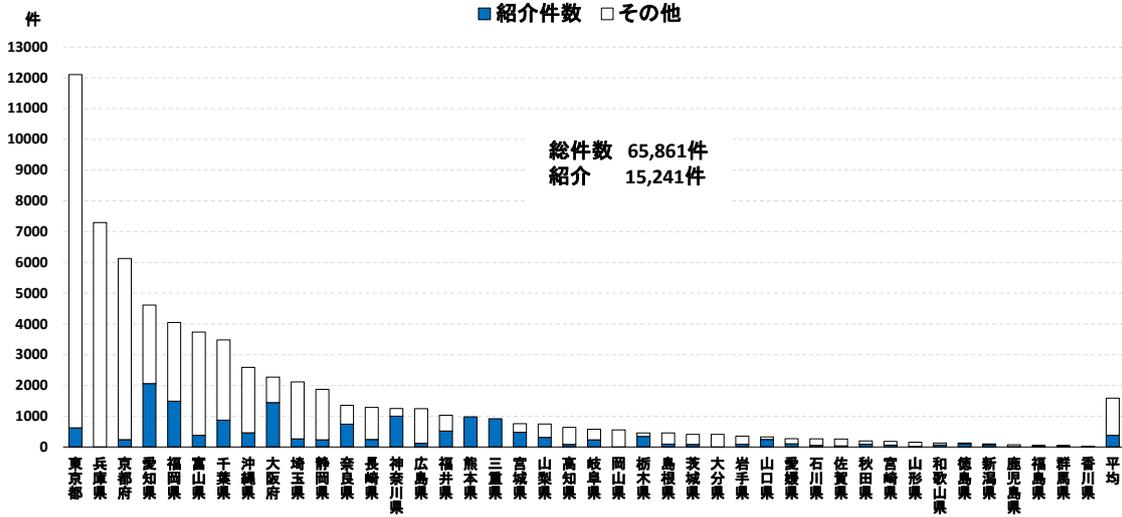


図2 精神医療相談件数(2018年度)

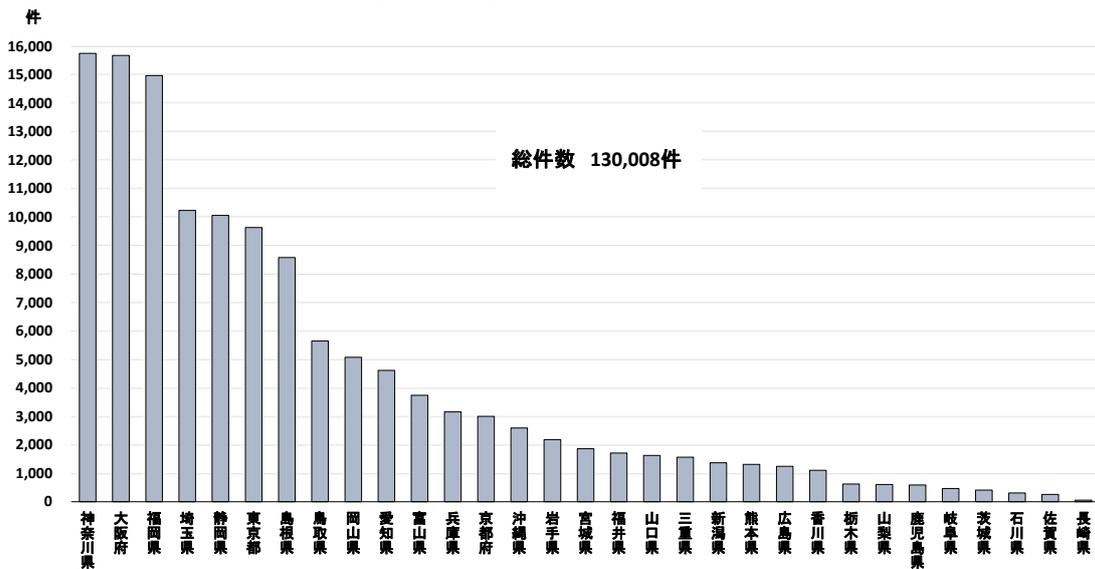


図5 人口万対受診件数と入院率の相関(2018年度)

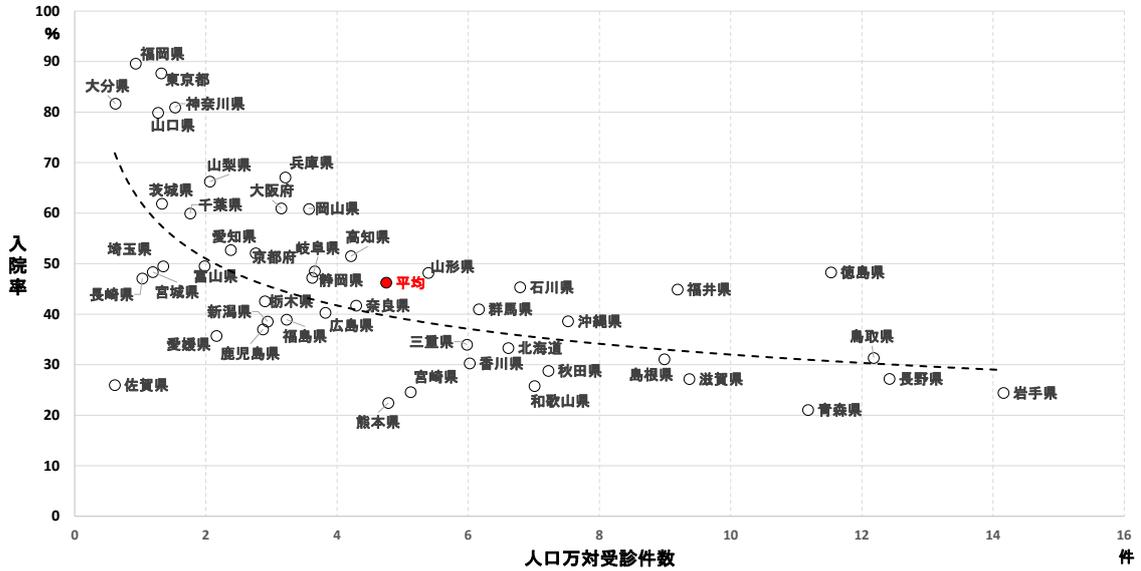
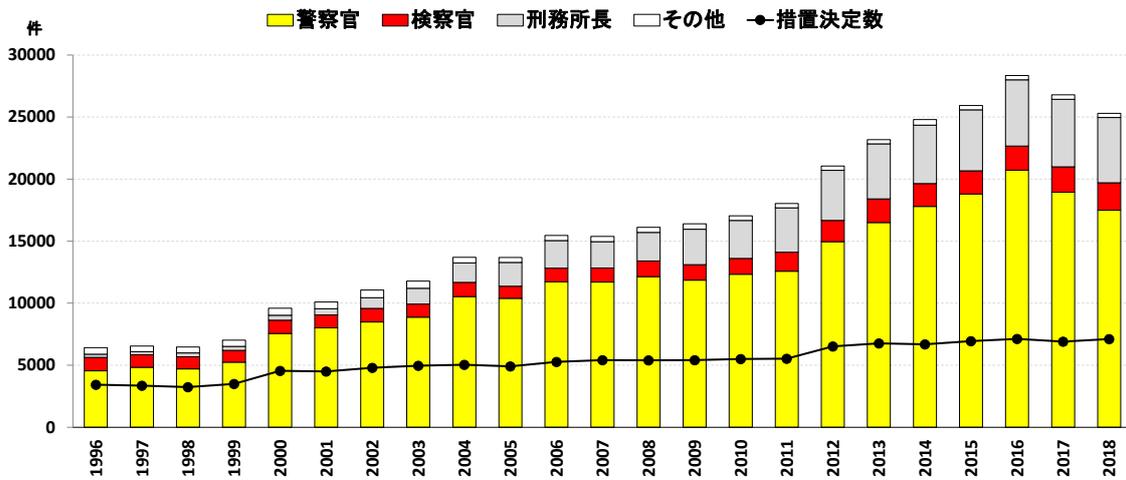


図6 申請・通報件数および措置決定数・決定率の推移



衛生行政報告例より作成

図7 申請・通報の処理状況(2018年度)
～措置決定数の多い都道府県順～

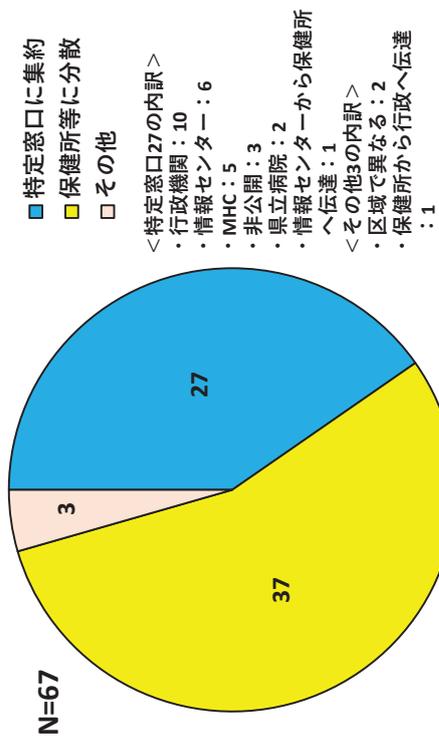


平成30年度衛生行政報告例より作成

図8 精神科救急事業運用実績の推移

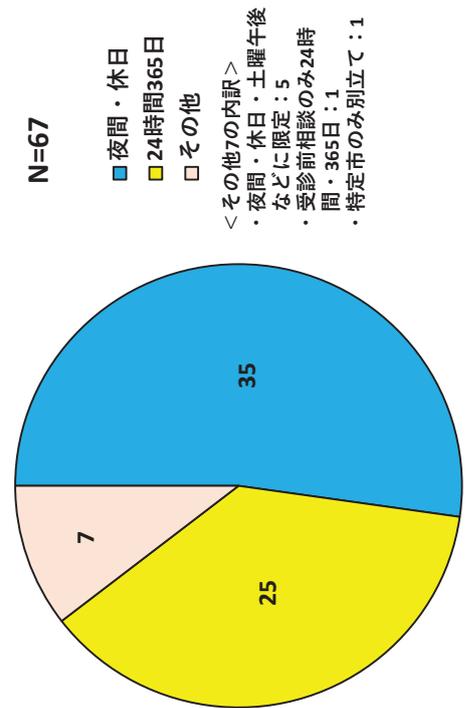


図A3 精神科救急事業調査2019
(通報受理窓口)



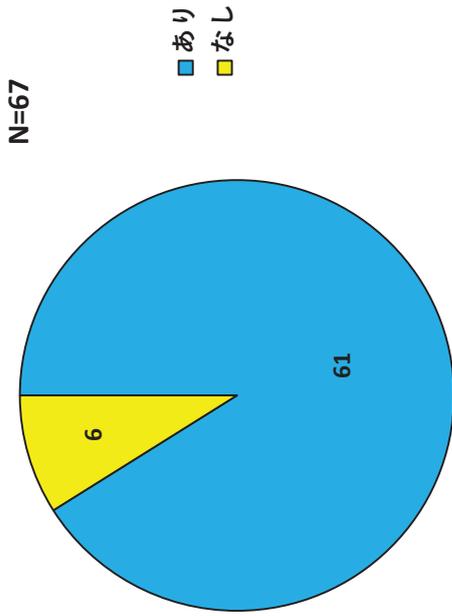
3

図A4 精神科救急事業調査2019
(運用時間)



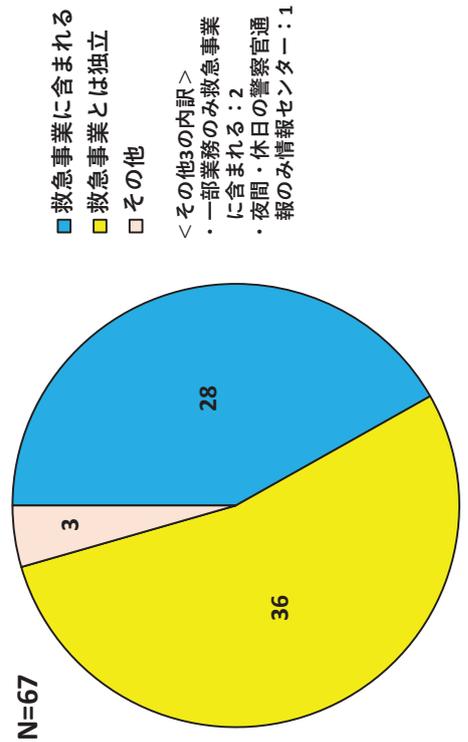
4

図A1 精神科救急事業調査2019
(運営要綱の有無)



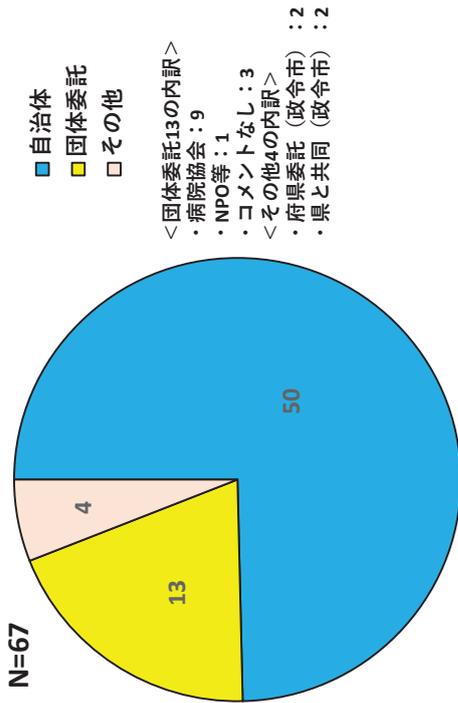
1

図A2 精神科救急事業調査2019
(通報処理業務)



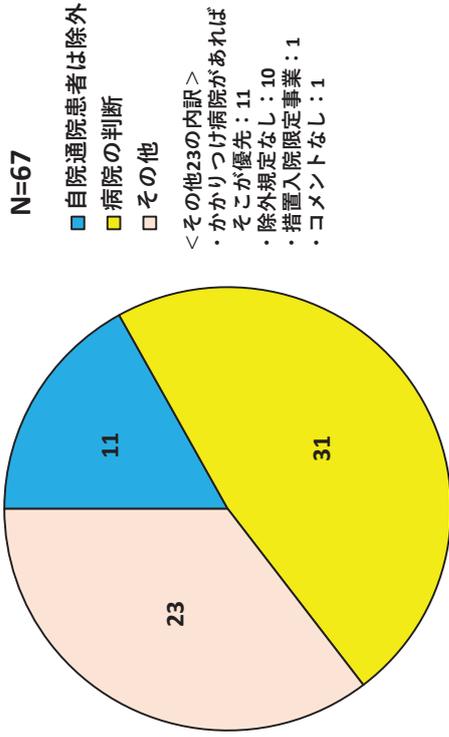
2

図A7 精神科救急事業調査2019
(補助金の分配)



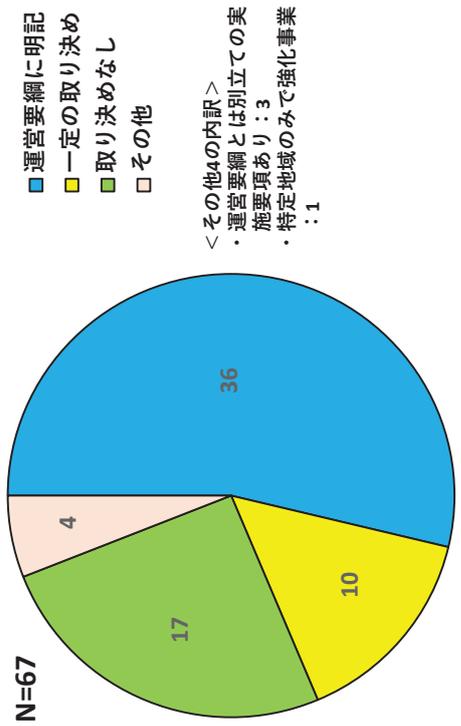
7

図A5 精神科救急事業調査2019
(救急事業の対象者)



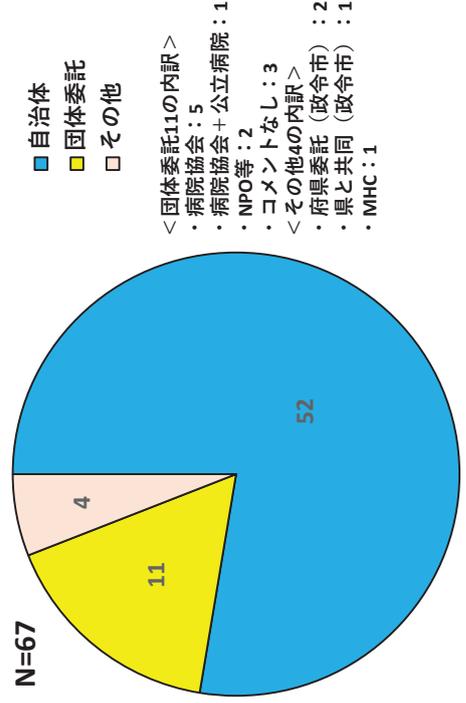
5

図A8 精神科救急事業調査2019
(身体合併症対策)



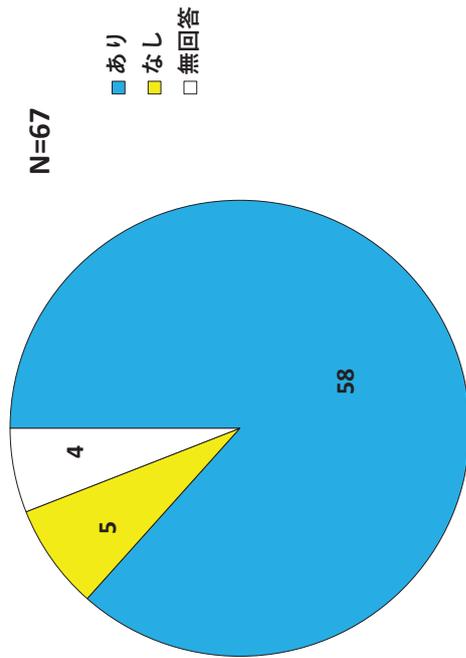
8

図A6 精神科救急事業調査2019
(事業実績の集計)

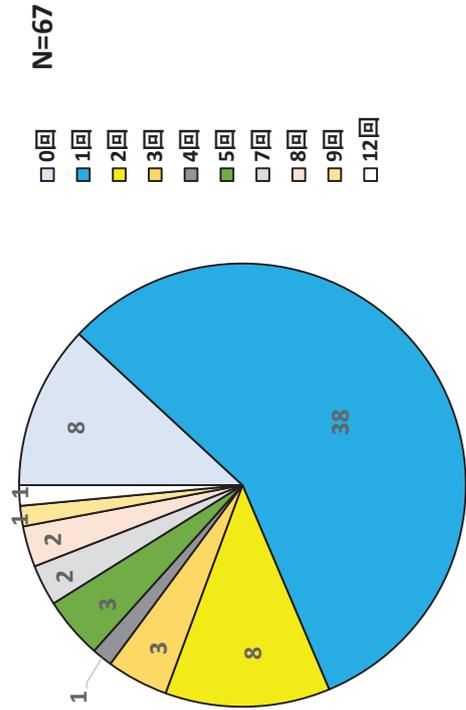


6

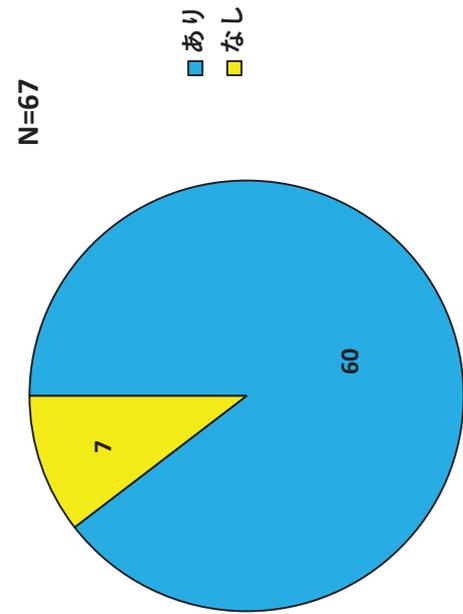
図A11 精神科救急事業調査2019
(実績報告)



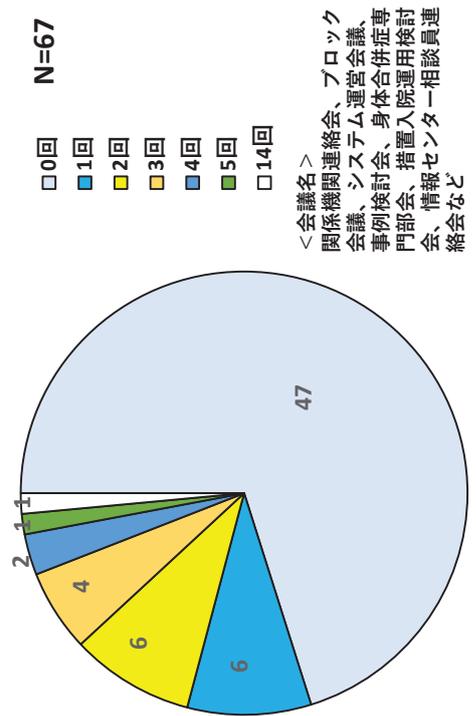
図A9 精神科救急事業調査2019
(連絡調整会議の開催数)



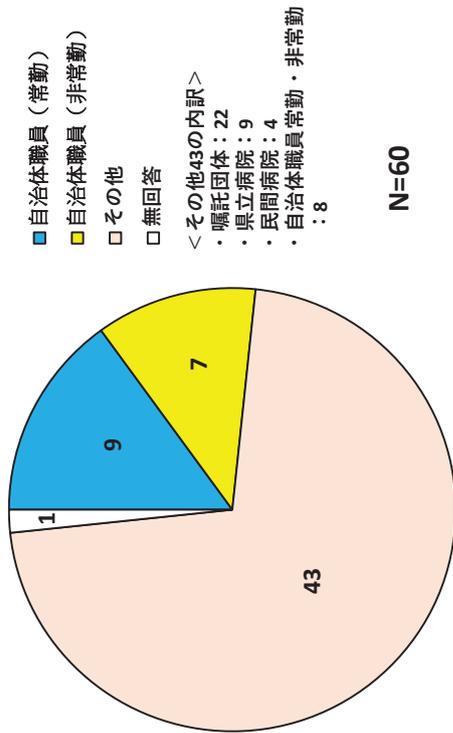
図B1 受診前相談センター設置の有無
(情報センター設置の有無)



図A10 精神科救急事業調査2019
(その他の会議の開催数)

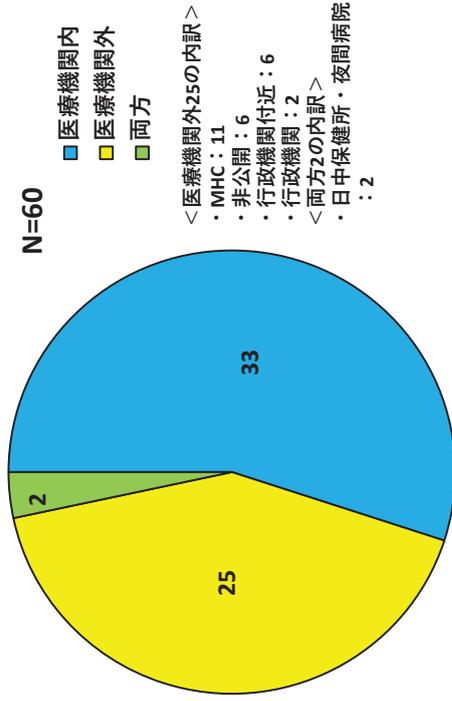


図B4 受診前相談事業調査2019
(情報センターの対応職員)



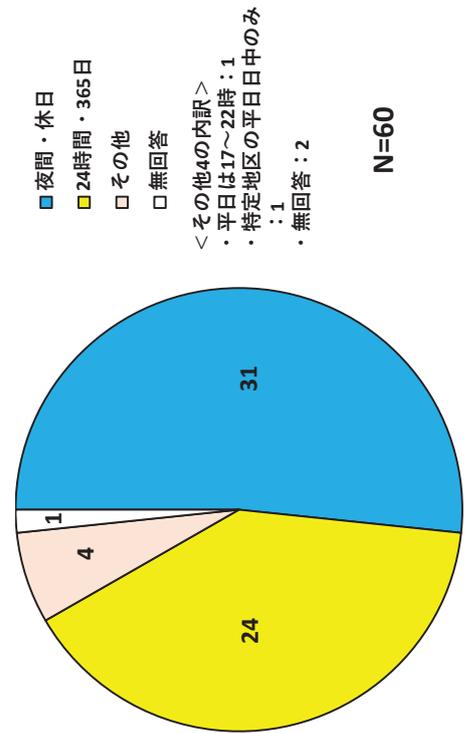
15

図B2 受診前相談事業調査2019
(情報センターの設置場所)



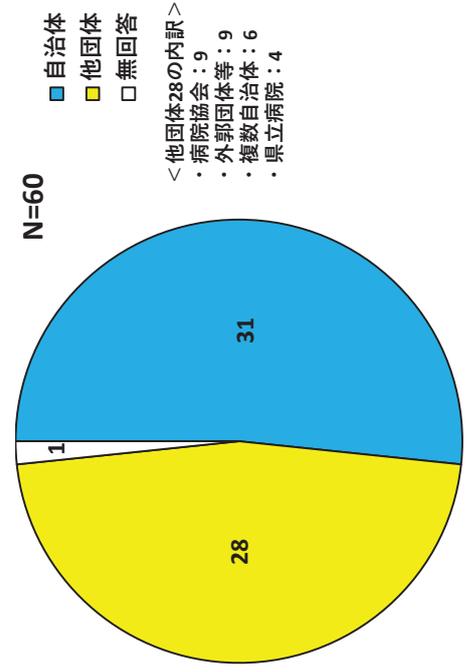
13

図B5 受診前相談事業調査2019
(情報センターの運用時間)



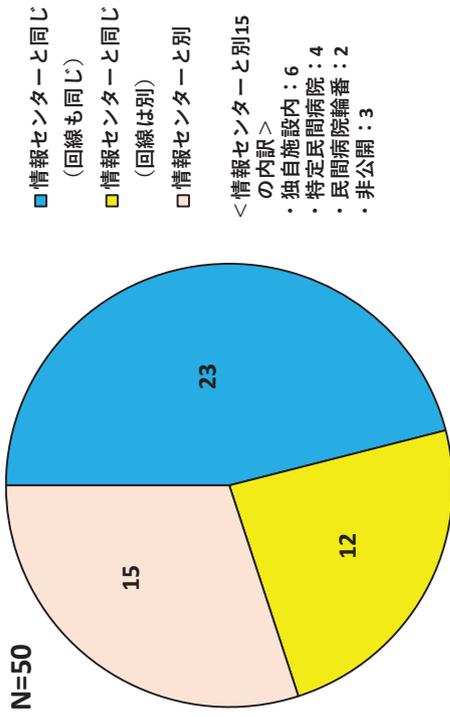
16

図B3 受診前相談事業調査2019
(情報センターの運用主体)



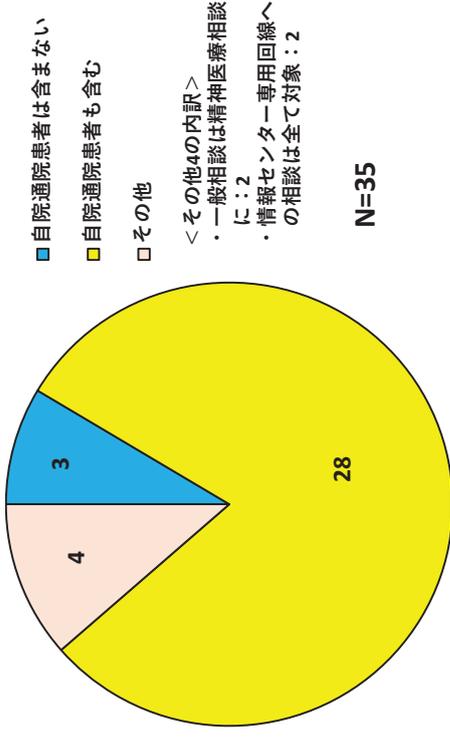
14

図B8 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の設置場所)



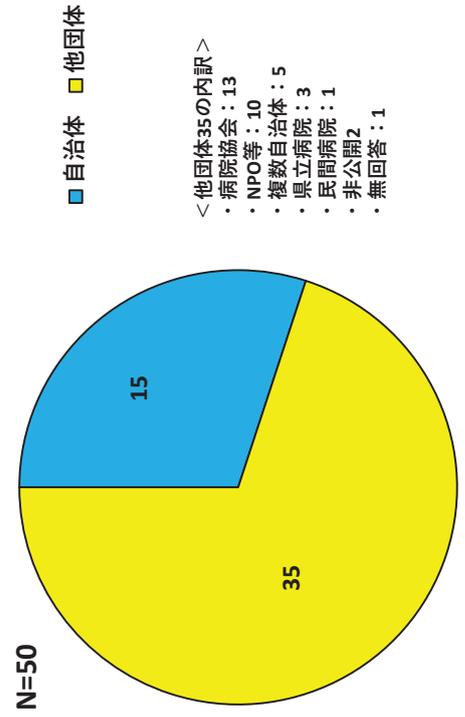
19

図B6 受診前相談事業調査2019
(医療機関内に設置された情報センターの対象)



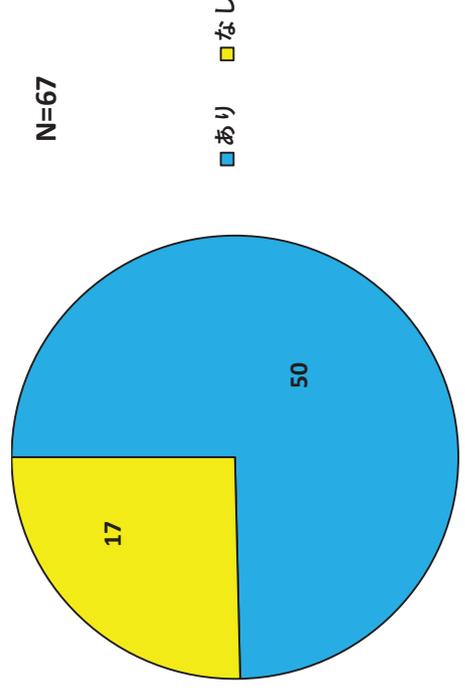
17

図B9 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の運用主体)



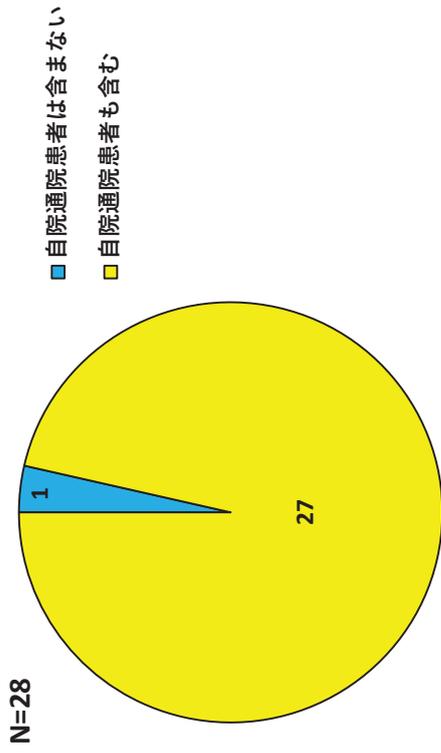
20

図B7 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の運用実績)



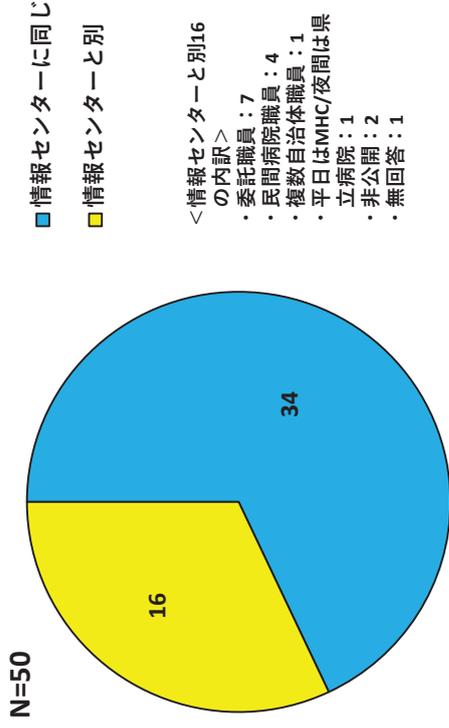
18

図B12 受診前相談事業調査2019
(医療機関内の精神医療相談の対象)



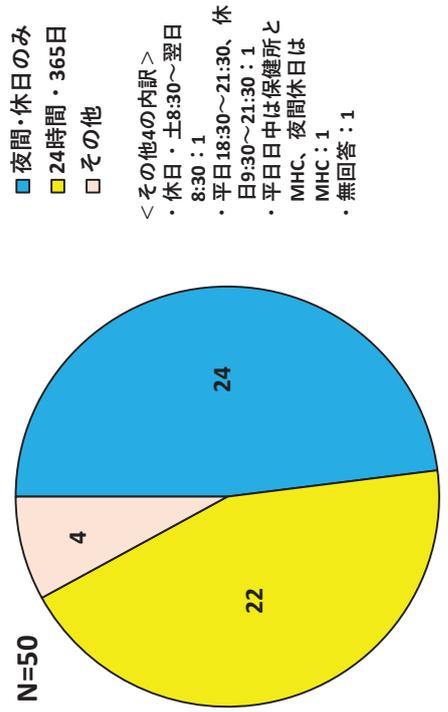
23

図B10 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の対応職員)



21

図B11 受診前相談事業調査2019
(精神医療相談の運用時間)



22