

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究

（ 21GC1010 ）

令和 3 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者：杉山直也

（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

令和 4 (2022) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究

(21GC1010)

令和3年度 総括・研究分担報告書

目次

1章 総括研究報告

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (研究代表者) 杉山直也	· · · · · 1
--	-------------

2章 研究分担報告

1. 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化 (研究分担者) 杉山 直也	· · · · · 11
2. 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成 (研究分担者) 平田 豊明	· · · · · 59
3. 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討 (研究分担者) 橋本 聰	· · · · · 169

3章 研究成果の刊行に関する一覧	· · · · · 213
------------------	---------------

1章 総括研究報告書

令和3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
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21G C 1010）
総括研究報告書

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究

研究代表者：杉山直也（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

研究分担者：杉山直也（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、橋本聰（国立病院機構熊本医療センター）

研究協力者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）、来住由樹（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター）、兼行浩史（山口県立こころの医療センター）、藤田潔（藤田こころケアセンター 桶狭間病院）、塙本哲司（埼玉県立精神医療センター 療養援助部）、花岡晋平（千葉県精神科医療センター）、野田寿恵（公益財団法人復康会あたみ中央クリニック）、日野耕介（公益財団法人復康会沼津中央病院）、井上幸代（高松赤十字病院）、北元健（医療法人社団碧水会 長谷川病院）、河嵩譲（独立行政法人国立病院機構 災害医療センター、DMAT事務局）、兼久雅之（大分県立病院 精神医療センター）、五明佐也香（獨協医科大学埼玉医療センター 救急医療科）、庄野昌博（佐藤会弓削病院）、三宅康史（帝京大学医学部附属病院 救急医学講座）

要旨

【目的】精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤の一つとして求められる精神科救急医療体制の整備について、令和2年度の「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」で課題となつた、①精神科救急医療施設のうち常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点、②自治体ごとに体制が大きく異なる点や精神科救急医療圏域の概念と圏域ごとの体制整備の考え方方が十分に定まっていない点、③身体合併症対応施設の整備が進んでいない点、に対する解決策となる検討を行うことが本研究の目的である。

【方法】各課題について分担研究を設置した。①について、常時対応型施設の機能が期待される全国の精神科救急入院料病棟を届出する医療機関（N=179）を対象に、22問からなるアンケート調査を行い、その結果分析および有識者協議により、精神科救急医療体制における各医療機関類型を都道府県が指定するための基準案を提案した。②について、例年調査および新たなアンケートを行い、都道府県毎の状況を示すマップを作製したうえ、専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力と有識者協議により「精神科救急医療体制の均てん化を図るうえで、各自治体の精神科救急医療体制整備事業を評価する基準」やガイドラインを策定した。また、国立研究所が主催する自治体担当者向けの研修会で講義を担当し、情報伝達・交換を行った。③

について、Complexity Interventions Units (CIU) 調査の質問紙票を基に、精神科身体合併症対応の病棟機能類型を用い、全国の精神科救急入院料認可施設（157 施設）ならびに有床精神総合病院（257 施設）を対象に質問紙調査を行った。

【結果】①調査の回答率は 54.7%で、調査結果を踏まえ、常時対応型施設の指定基準案を作成した。必須条件に 24 時間 365 日、受診前相談機能の併設、診療実績開示、満床時の対応確保、参考開示要件として身体合併症対応機能、退院に向けた取り組み、退院後支援の実施、時間外診療体制（指定医、専任看護師、PSW 当直）、コメディカルの病棟配置状況、専門的な診療機能、社会貢献機能を採用した。②令和 2 年度（2020 年度）公開統計の集計・分析およびアンケート調査を実施し、精神保健福祉資料からのデータを加え、都道府県単位の情報マップを作成した。そのうえで、専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力および有識者間の意見交換により既存の「手引き」や「基準」を改訂して、「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン 2022」および「達成度評価シート」を作成した。また、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が主催する研修会の協力も計画通り実施した。③精神科救急病院（以下、PEH）から 60 施設（回答率 38.2%）、有床精神総合病院（以下、GHP）から 113 施設の回答を得た（回答率 44.0%）。身体合併症患者の入院治療に特化した病床があるのは PEH6 施設、GHP29 施設で、CIU タイプ 4 を運営する PEH は 1 施設、GHP は 62 施設であった。CIU タイプ 2 に該当する PEH は 9 施設で好事例もあったが、CIU タイプ 4 と比較すると人的資源、夜間休日の検査・処置の提供体制などに弱さがあった。

【考察】①整備事業の実施要項に定義される精神科救急医療施設について、解釈や関連要因によって機能の多様性が生じているところ、結果的に、整備事業における実施要綱上の定義を逸脱することなく、より具体的で、各都道府県が関係者協議の中で医療施設の指定の適否を判断するために、必要かつ十分な内容を提供する指定基準案を設定できた。全体把握により機能水準を検討する作成手順、エキスパート・オピニオンの採用は妥当かつ必要であった。今後実用と同時並行的なブラッシュアップが必要と考えられる。②整備事業の中核的機能は、事例の鋭敏な感知（感受性）、重症例を良質の医療に確実につなげる責任性、医療の質といった要素に、基盤的機能は、包括性、客観性、透明性という要素に分節化できる。以上の観点に基づいて、指標を一覧表示するマップを作成し、ベンチマーク指標の活用によって客観評価を容易にする新たな「精神科救急医療体制整備事業の評価シート 2022」を作成した。この情報ツールを自治体内で共有し、研修会等で他の自治体との意見交換を行うことにより、事業の持続的な均てん化が担保されると考えられる。③CIU タイプごとに求められる施設体制および診療体制（検査・処置体制、設備、身体科医師の配置、充分な精神科および身体科看護技術を有する看護師の配置、診療実績、身体合併症割合等）を提案した。今後の医療計画では、CIU タイプを活用した体制整備の考え方方が有用と考えられ、病院機能分化と病病連携の促進が図られる可能性があるが、その際、病床区分を超えた連携を行う場合には制度上の配慮等により診療の質を損ねないよう、また、患者利益に資するような対応が望まれる。

【結論】「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて課題とされた諸点に対し、分担研究を設置して検討した。いずれも一定の解決的価値を示す成果が得られ、今後の医療政策に資すると考えられるが、今後も継続的な見直しが必要である。

A. 研究の背景と目的

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が急がれる。精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤の一つとして、精神科救急医療体制を整備することは、誰もが必要な時に適切な精神医療を受けることができる体制を構築する観点から特に求められており、整備に必要な諸制度による手当を行う必要がある。

令和2年度に開催された「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、自治体ごとに体制が大きく異なる点や、精神科救急医療圏域の概念と圏域ごとの体制整備の考え方方が十分に定まっていない点、精神科救急医療施設のうち常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点、身体合併症対応施設の整備が進んでいない点等が課題に挙げられた。また、精神科救急医療体制の均てん化を図るうえで、各自治体の精神科救急医療体制整備事業（以下、整備事業）を評価する基準が求められている。

本研究では、これらの課題をふまえ、以下の分担研究を設置し、それぞれ検討を行った。

分担研究1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化（杉山）

整備事業の精神科救急医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点への対応として、調査や有識者討議によってこれら医療機関類型の機能の明確化を図った。

分担研究2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成（平田）

整備事業の運用状況を分析して、同事業の評価基準を開発し、運用ガイドラインを作成すること。これを全国の自治体にフィードバックして、精神科救急医療の均てん化に資することを目的とした。

分担研究3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討（橋本）

身体合併症対応施設の整備が進んでいない点について、精神科身体合併症対応の病棟機能類型を用いて調査を行い、本邦における心身両面における治療提供体制の詳細現況を把握し、将来的な病院機能分化や、地域における病病連携を促進するための基礎資料とした。

B. 研究方法

分担研究1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化（杉山）

全国の精神科救急入院料等を算定する医療機関（N=179）に対し、必要な倫理配慮手続きを経て、22問からなるアンケート調査を実施した。調査項目は、本領域の専門学術団体である日本精神科救急学会の有識者である研究協力者による討議によって設定した。得られた結果を再び討議し、常時対応型に求められる機能項目を検討することにより、都道府県による指定基準案を策定し、精神科救急医療施設における各類型の機能を明確化した。

分担研究2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成(平田)

- 1) 都道府県から国に報告された令和2年度(2020年度)の整備事業の年報や精神保健福祉資料、衛生行政報告例等の公開統計を集計・分析した。
- 2) 都道府県および政令市を対象として、精神科救急事業および受診前相談事業の運用に関するアンケート調査を実施した。
- 3) 1)、2)の結果を統合して、精神科救急医療関連の情報を都道府県単位で統合した全国マップを作成した。
- 4) 専門学術団体(日本精神科救急学会)の協力と有識者協議により、平成28年度(2016年度)の厚生労働科学研究報告で示された「精神科救急医療体制の整備に係る手引き」および「評価および整備のための基準」を改定して、精神科救急医療体制の整備と運用のための新たなガイドラインおよび整備状況の達成度を評価するための評価シートを作成した。
- 5) 整備事業を担当する自治体担当者に対する研修会を開催して、本研究の成果をフィードバックし、各地の現状を意見交換するためのワークショップを開催した。
- 6) 研究結果を総合して、整備事業の新たな評価シートを作成した。

分担研究3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討(橋本)

精神障害者の身体合併症対応について、過去、Medical Psychiatry Units(以下、MPU)なる概念のもと、身体合併症対応の精神病床

を作り、精神科医師が精神・身体両面の治療を同時に行うというアプローチも実践された。近年は精神科身体合併症治療病棟を作り、そこに精神科医師・身体科医師が共に常駐する形式をとり、常時高いレベルの診療を提供する治療環境を最善とする考え方シフトされて来ていって、Complexity Interventions Units(以下、CIU)と称されている。CIUは、常時心身両面について高いレベルの診療を提供する体制(タイプ4)から、本邦では一般病床で実践されているような診療体制(タイプ3)、精神病床における軽度～中等度の身体合併症対応(タイプ1・2)など幅がある。

本分担研究ではJansen LAWらが国際協力して取り組む調査の質問紙票を基に精神科身体合併症対応の病棟機能類型を用い、日本精神科救急学会、日本総合病院精神医学会の協力を得て、全国の精神科救急入院料認可施設(157施設)ならびに有床精神総合病院(257施設)を対象に、2021年8月から10月にかけてオンラインを中心とした質問紙調査を行った。

C. 研究結果/進捗

分担研究1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化(杉山)

会議等を計6回開催した。都道府県関係者に向けた研修会で講義を担当した。調査の回答率は54.7%で、民間法人立66%、公立等34%、精神科病床数平均294.8床、総合病院約15%、精神病床のうち救急入院料は2病棟／医療機関までが一般的であった。96%が整備事業における指定を受け、病院群輪番型

52%、常時対応型 38%で、不整合回答が含まれた。診療要請に対する基本姿勢は、63%が 24 時間365日、11%が当番日以外も応需と回答した。常時対応型のうちバックアップを行う施設は 60%であった。受診前相談（精神科救急情報センター、24 時間医療相談窓口）は 55%が指定なし、指定医常駐 27%、オンライン 68%、専任看護師 50%で、精神保健福祉士（PSW）当直は 13%であった。

2020 年度の時間外、休日または深夜における入院件数平均は 156.1 件で診療報酬要件（40 件または 0.5 件／圏域人口万）を大きく上回り、主たる来院経路は医療機関で異なるが最多は本人・家族等、当事者による直接来院で（40%）、情報センター経由は低調であった（16%）。身体合併症の対応範囲は初期水準が最多

（71%）、2 次（7%）・3 次水準（11%）で総合病院の割合に近似し、応需不可が 9%であった。対応体制は、院内併診は 14%、単科常勤 37%、単科非常勤 33%、院外対診 11%、精神科対応 20%であった。転院協定は 40%にあり、転院後往診は 10%で実施されていた。満床時の対応は、近隣を探す 21%、協定によるバックアップ 11%、外来のみ対応 22%、断る 22%、公的機関調整 12%であった。退院に向けた取り組みはいずれも高い水準で機能を有し、退院後支援会議の平均開催数は年間 9.4 件、連動する診療報酬の平均算定数は 5.0 件であった。受入病棟のコメディカル職員の配置は作業療法士 57%、薬剤師 26%、公認心理師 36%、医師事務作業補助者 21%、夜間看護 16:1 配置 27%であり、職種によるばらつきが見られた。現時点での常時対応型（N=30）と病院群輪番型（N=52）の比較で、常時対応型の設立母体は公立優位で、受診前相談の併設が高かつた。診療姿勢は常時対応型の 87%が 24 時間

365 日応需を基本とし、病院群輪番型でも積極的な姿勢が相当数みられた。受入実績に群間差はなく、常時対応型施設は身体合併症 2・3 次水準の受け入れ可が多かったが、初期水準回答は同率であった。退院後支援活動は常時対応型でより活発、受入病棟のコメディカル職員の配置、診療機能、社会貢献では常時対応型施設でのやや優位がみられた。

調査結果を踏まえ、常時対応型施設の指定基準案を作成した。1) 必須条件には①24 時間 365 日、②受診前相談機能、③診療実績開示、④満床時の対応確保、2) 参考開示要件として①身体合併症対応機能、②退院に向けた取り組み、③退院後支援の実施、④時間外診療体制（指定医、専任看護師、PSW 当直）、⑤コメディカルの病棟配置状況、⑥専門的な診療機能、⑦社会貢献機能を採用した。

分担研究 2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成（平田）

1) 都道府県による年報を集計し、2020 年度の整備事業では、全国に 149 の精神科救急医療圏が設定され、1,105 施設（うち有床施設 1,024、無床施設 81）の精神科救急医療施設が指定されていた。ここに年間 33,203 件（人口 100 万に対して 1 日当たり 0.72 件）の受診があり、その 49.5%に当たる 16,442 件（同 0.36 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。大都市圏を中心に精神科三次救急（緊急措置・措置・応急入院）が 25.7%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は 2016 年度をピークに減少した。

また、措置入院の 50.5%が精神科救急事業において執行されていた。

- 2) アンケート調査には 61 自治体（44 都道府県、17 政令市）から回答があった。一部の受診前相談事業を除くと政令市の事業は都道府県と一体的に運用されていたため、調査結果は 44 の都道府県別に集計し、主な結果を可視化した（分担研究報告書参照）。
- 3) 1)、2) の研究結果に國の他公表データを加え、都道府県単位で精神科救急医療施設の分布図および精神科救急医療に関する指標を一覧表示して全国比較が容易な情報マップ「全国精神科救急医療マップ 2020」（暫定版）を作成した。
- 4) 専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力と有識者協議により、2016 年度の「精神科救急医療体制の整備に係る手引き」および「評価および整備のための基準」を改訂して、「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン 2022」および「達成度評価シート」を作成した。
- 5) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の主催により、2022 年 2 月 5 日、全国の都道府県および政令市の本事業担当者を対象とした研修会がオンライン形式で開催され、29 都道府県と 9 政令市から 46 人の参加があった。この研修会では、上述の研究結果を解説したのち、資料 4 のガイドラインに沿ってワークショッピング形式で各地の現状報告や意見交換が行われた。80%の参加者から研修内容に満足との回答があった。また、研修会

の終了後には達成度評価シートの自己評価結果が寄せられた。

6) 4)に記載

分担研究 3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討（橋本）

精神科救急病院 (Psychiatric Emergency Hospital; PEH) から 60 施設（回答率 38.2%）、有床精神総合病院 (General Hospital Psychiatry; GHP) から 113 施設の回答を得た（回答率 44.0%）。PEH のうち精神科身体合併症患者の入院治療に対応（以後、CIU 臨床）しているのは 42 施設（回答施設の 70%）で、そのうち身体合併症患者の入院治療に特化した病床があると回答した施設は 6 施設であった（回答施設の 10%）。GHP のうち CIU 臨床を行うのは 104 施設（回答施設の 92.0%）で、特化した病床を有すると回答したのは 29 施設であった（回答施設の 25.7%）。精神科身体合併症に対応する病棟は医療政策の誘導に沿って徐々に増えていると理解できた。回答内容について記述統計を主に、カテゴリーデータは潜在クラス分析を、連続データはクラスタ分析を行い、CIU 臨床を行う病院の全国分布を求めた。また、その中で身体合併症対応に特化した病床が PEH にも GHP にも存在することが判明した。クラスタ分析の結果から、PEH の中で CIU タイプ 4 を運営するのは 1 施設、GHP では 62 施設あったが、両者はほぼ相同の施設体制であった。PEH でありますながら CIU タイプ 4 に該当する施設は、身体科医師の雇用も多く、身体管理の設備面にも多くの投資をしている施設であった。PEH の中で CIU タイプ 2 に該当する施設は 9 施設、CIU タイプ 1 に該当する施設は 2 施設あると考えられた。PEH の CIU タイプ 2 に該当する施設の中

で好事例と考えられる施設もあり、そこでは病棟ごとに身体合併症対応ゾーンを設置するなどの設備投資がみられた。それでも、PEHのCIUタイプ4と比較すると、PEHのCIUタイプ2では医師・看護師などの人的資源、夜間休日の検査・処置の提供体制などに弱さがあった。GHPでは、CIUタイプ2と判断される施設は5施設あった。

D. 考察

分担研究1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化(杉山)

整備事業の実施要項に定義される精神科救急医療施設について、解釈や関連要因によって機能の多様性が生じているところ、今般診療報酬制度が見直されるに伴い、各医療施設類型の機能を明確化し、整備事業との連動によって地域医療体制を均てん化することは、精神科医療の良質化といったより大きな医療政策に通じる。精神科救急医療施設の機能の明確化では絶対的な外的基準は存在せず、合理的で有機的な制度の連動が求められることから、全体像を把握して機能水準の設定を検討する手順は妥当な唯一手段であった。また、トリアージ精度や診療カバー等、臨床的要因が大きく影響する点から、エキスパート・オピニオンを採用したことも必要であったと考える。結果的に、整備事業における実施要項上の定義を逸脱することなく、より具体的で、各都道府県が関係者協議の中で医療施設の指定の適否を判断するために、必要かつ十分な内容を提供する指定基準案を設定できた。今後本基準案について実用と同時並行的なブラッシュアップが必要と考えられる。

分担研究2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成(平田)

整備事業は、精神科救急事例を鋭敏に感知して、重症例を良質の医療が提供できる病院に確実につなげるといった中核的な機能を、公共事業としての包括性や透明性を客観評価ができる基盤的機能が支える構造をもつている。

整備事業の中核的機能は、受診前相談の感受性、重症例を確実に医療につなぐ責任性、良質な医療を提供できる医療の質といった要素に分節して評価できる。基盤的機能は、多機関連携の水準を示す包括性、事業の客観評価を可能にする客観性、事業内容を公表して検証できる透明性という要素に分節化できる。

以上の観点に基づいて、評価シートに全国マップに掲載された指標のいくつかをベンチマーク指標として追加し、本事業の客観評価を容易にする新たな「精神科救急医療体制整備事業の評価シート2022」を作成した。この評価シートや全国精神科救急医療マップを自治体内で共有し、国が主催する研修会で他の自治体との意見交換を行うことによって、本事業の持続的な均てん化が担保されると考えられる。

分担研究3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討(橋本)

質問紙調査にて「CIU タイプ」の分類を行い、各タイプについて実在施設の実態を照合することにより、それぞれの CIU タイプの施設体制および診療体制の設定が可能と考えら

れ、これを提案することとした。CIU タイプ 4 に求められる施設体制として、夜間休日を含めた検査・処置体制、内科・外科他の身体科医師の常勤雇用、3 年以上の実務経験相当の精神科看護・身体科看護技術を有する看護師が CIU 病棟勤務の 50%以上等を確保する。また、診療体制として、精神疾患診療体制加算 1・2 の算定実績が毎月一定数以上あり、精神病床の稼働に占める身体合併症の割合 25%以上等であることが考えられた。また、CIU タイプ 2 に求められる施設体制として、平日日の検査体制、酸素投与設備、内科・外科他の身体科医師の常勤雇用もしくは救急告示病院との連携体制、3 年以上の実務経験相当の精神科看護・身体科看護技術を有する看護師が CIU 病棟勤務の 25%以上等を確保する。診療体制として、CIU タイプ 4 からの転院受入れが毎月一定数以上あり、精神病床の稼働に占める身体合併症の割合 10%以上等であることが考えられた。

E. 結論

分担研究 1) 精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化（杉山）

既存の精神科救急医療施設の現況を悉皆的に調査し、54.7%の回答率（98 医療機関）を得て、エキスパート・オピニオンによる討議の結果、今後の都道府県における指定のために関係者協議の中で参考となる基準案を提案した。「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて指摘された諸課題に対し一定の解決的価値を示すもので、今後の医療政策に資する成果と考えられる。

分担研究 2) 精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発およびガイドライン作成（平田）

精神科救急医療体制を地域包括ケアシステムに位置づけ、均てん化するためのツールとして、「全国精神科救急医療マップ 2020」、「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン 2022」および「精神科救急医療体制整備事業の評価シート 2022」の 3 点を作成した。これらを活用して各自治体が本事業を自己評価して関係者で共有し、全国研修会で自治体相互の意見交換が継続されるならば、本事業は着実に均てん化されて行くと思われる。今後、全国マップは毎年アップデートされ、ガイドラインと評価シートも制度的手直しを契機に改定されて行くべきである。

分担研究 3) 身体合併症対応の強化に資する具体策の検討（橋本）

精神科身体合併症診療の実際について調査を行い、本邦の精神科身体合併症対応に資する病棟機能のモデルが描出された。今後の医療計画では、CIU タイプを活用した体制整備の考え方方が有用と考えられ、これを通じ病院機能分化と病病連携の促進が図られる可能性がある。例えば心身ともに急性期である場合、まずは CIU タイプ 4 で対応し、必要に応じて CIU タイプ 2 を有する精神科病院への転院が検討されるべきかもしれない。その際、CIU 病床を活用した連携を行う場合には制度上の配慮等により診療の質を損ねないよう、また、患者利益に資するような対応が望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表等

- 1) 杉山直也 : 2022 (令和4) 年の診療報酬改定に向けた精神科救急医療の動向. 精神科治療学精神科治療学 37 (2) 号, 213-218, 2022

- 2) 杉山直也 : 総論. 精神科救急医療ガイドライン 2022 年版 (杉山直也, 藤田潔編), 日本精神科救急学会 (監修), 2022

- 3) 平田豊明 : タイトル. 精神科救急, 25, 印刷中

2. 学会発表等

- 1) 平田豊明. 我が国的精神科救急医療システムの現状と課題 (1). 第 29 回日本精神科救急学会学術総会, 2021 年 10 月 24 日, 郡山

- 2) 平田豊明. 我が国的精神科救急医療システムの現状と課題 (2). 第 29 回日本精神科救急学会学術総会, 2021 年 10 月 24 日, 郡山
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特になし

2章 分担研究報告書

令和3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
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21G C 1010）
分担研究報告書

精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化

研究分担者：杉山直也（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）

研究協力者：兼行浩史（山口県立こころの医療センター）、来住由樹（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター）、塚本哲司（埼玉県立精神医療センター 療養援助部）、野田寿恵（あたみ中央クリニック）、花岡晋平（千葉県精神科医療センター）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部）、藤田潔（藤田こころケアセンター 桶狭間病院）

要旨

【背景】地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向け、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて指摘された諸課題のうち、精神科救急医療体制整備事業の精神科救急医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点への対応として、調査や有識者討議によってこれら医療機関類型の機能の明確化を図った。

【方法】全国の精神科救急入院料等を算定する医療機関（N=179）に対し、必要な倫理配慮手続きを経て、22問からなるアンケート調査を実施した。調査項目は、本領域の専門学術団体である日本精神科救急学会の有識者である研究協力者らによる討議によって設定した。得られた結果を再び討議し、常時対応型に求められる機能項目を検討することにより、都道府県による指定基準案を策定し、精神科救急医療施設における各類型の機能を明確化した。

【結果】会議等を計6回開催した。都道府県関係者に向けた研修会で講義を担当した。調査の回答率は54.7%で、民間法人立66%、公立等34%、精神科病床数平均294.8床、総合病院約15%、精神病床のうち救急入院料は2病棟／医療機関までが一般的であった。96%が整備事業における指定を受け、病院群輪番型52%、常時対応型38%で、不整合回答が含まれた。診療要請に対する基本姿勢は、63%が24時間365日、11%が当番日以外も応需と回答した。常時対応型のうちバックアップを行う施設は60%であった。受診前相談（精神科救急情報センター、24時間医療相談窓口）は55%が指定なし、指定医常駐27%、オンコール68%、専任看護師50%で、精神保健福祉士（PSW）当直は13%であった。2020年度の時間外、休日または深夜における入院件数平均は156.1件で診療報酬要件（40件または0.5件／圏域人口万）を大きく上回り、主たる来院経路は医療機関で異なるが最多は本人・家族等、当事者による直接来院で（40%）、情報センター経由は低調であった（16%）。身体合併症の対応範囲は初期水準が最多

(71%)、2次(7%)・3次水準(11%)で総合病院の割合に近似し、応需不可が9%あった。対応体制は、院内併診は14%、単科常勤37%、単科非常勤33%、院外対診11%、精神科医対応20%であった。転院協定は40%にあり、転院後往診は10%で実施されていた。満床時の対応は、近隣を探す21%、協定によるバックアップ11%、外来のみ対応22%、断る22%、公的機関調整12%であった。退院に向けた取り組みはいずれも高い水準で機能を有し、退院後支援会議の平均開催数は年間9.4件、連動する診療報酬の平均算定数は5.0件であった。受入病棟のコメディカル職員の配置は作業療法士57%、薬剤師26%、公認心理師36%、医師事務作業補助者21%、夜間看護16:1配置27%であり、職種によるばらつきが見られた。現時点での常時対応型(N=30)と病院群輪番型(N=52)の比較で、常時対応型の設立母体は公立優位で、受診前相談の併設が高かった。診療姿勢は常時対応型の87%が24時間365日応需を基本とし、病院群輪番型でも積極的な姿勢が相当数みられた。受入実績に群間差はなく、常時対応型施設は身体合併症2・3次水準の受け入れ可が多かったが、初期水準回答は同率であった。退院後支援活動は常時対応型でより活発、受入病棟のコメディカル職員の配置、診療機能、社会貢献では常時対応型施設でやや優位がみられた。

調査結果を踏まえ、常時対応型施設の指定基準案を作成した。1)必須条件には①24時間365日、②受診前相談機能、③診療実績開示、④満床時の対応確保、2)参考開示要件として①身体合併症対応機能、②退院に向けた取り組み、③退院後支援の実施、④時間外診療体制(指定医、専任看護師、PSW当直)、⑤コメディカルの病棟配置状況、⑥専門的な診療機能、⑦社会貢献機能を採用した。

【考察】整備事業の実施要項に定義される精神科救急医療施設について、解釈や関連要因によって機能の多様性が生じているところ、今般診療報酬制度が見直されるに伴い、各医療施設類型の機能を明確化し、整備事業との連動によって地域医療体制を均てん化することは、精神科医療の良質化といったより大きな医療政策に通じる。精神科救急医療施設の機能の明確化では絶対的な外的基準は存在せず、合理的で有機的な制度の連動が求められることから、全体像を把握して機能水準の設定を検討する手順は妥当な唯一手段であった。また、トリアージ精度や診療カバー等、臨床的要因が大きく影響する点から、エキスパート・オピニオンを採用したこと必要であったと考える。結果的に、整備事業における実施要項上の定義を逸脱することなく、より具体的で、各都道府県が関係者協議の中で医療施設の指定の適否を判断するために、必要かつ十分な内容を提供する指定基準案を設定できた。今後本基準案について実用と同時並行的なブラッシュアップが必要と考えられる。

【結論】既存の精神科救急医療施設の現況を悉皆的に調査し、54.7%の回答率(98医療機関)を得て、エキスパート・オピニオンによる討議の結果、今後の都道府県における指定のために関係者協議の中で参考となる基準案を提案した。「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて指摘された諸課題に対し一定の解決的価値を示すもので、今後の医療政策に資する成果と考えられる。

A. 研究の背景と目的

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が急がれる。精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤の一つとして、精神科救急医療体制を整備することは、誰もが必要な時に適切な精神医療を受けることができる体制を構築する観点から特に求められており、整備に必要な諸制度による手当を行う必要がある。

令和2年度に開催された「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、自治体ごとに体制が大きく異なる点や、精神科救急医療圏域の概念と圏域ごとの体制整備の考え方方が十分に定まっていない点、精神科救急医療施設のうち常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点、身体合併症対応施設の整備が進んでいない点等が課題に挙げられた。また、精神科救急医療体制の均てん化を図るうえで、各自治体の精神科救急医療体制整備事業を評価する基準が求められている。

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21GC1010）は、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて抽出された上記課題に対し、具体的な対策となる研究活動を行うことが目的であり、本分担研究においては、常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点について、調査や有識者討議によってこれら医療機関類型の機能の明確化を図ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 研究方法（調査方法）

1) アンケート調査（資料1）

精神科救急医療体制整備事業実施要綱によれば、常時対応型精神科救急医療施設とは、表1に示す通り記載され定義されている。

また「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」の報告書では、常時対応型施設について、24時間365日常時診療応需の体制を整えていることや、業務量に見合う更なる人員の充実が望まれるとし、当該地域で受け止めきれない症例の後方支援や退院後の生活を見据えた支援等を特に求めている。

実施要綱上の記述（表1）および「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」における上記議論や、諸制度の連動の必要性等の論点をふまえ、「地域の中核的なセンター機能」（実施要項）として、常時対応型精神科救急医療施設に求められる機能に関する22問の設問を設定し、アンケート調査を行った。

2) 専門家討議（エキスパート・オピニオン）

分担研究者が代表を務める日本精神科救急学会においては、従来本課題に関する少なくない議論や見解の蓄積がある。学会を構成するエキスパートがこれらの学術的見識を集約し、常時対応型精神科救急医療施設に求められる機能に関する項目の抽出、アンケート設問（22問）の設定、得られた調査結果の集計と解釈、機能項目の確定を行い、精神科救急

表1. 常時対応型施設の定義（精神科救急医療体制整備事業実施要綱）

24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置（診療所を始めとした当該医療機関以外の医師が診療に一時的に協力することも含むものとする。）し受入れ体制を整備した病院や1時間以内に医師・看護師のオンコール対応が可能な病院を常時対応型施設として指定を行うものとする。ただし、診療報酬において、『精神科救急入院料』又は『精神科救急・合併症入院料』の算定を行っていること（同一都道府県等に前述の入院料を算定する病院が存在しない場合にあっては、当該入院料の算定を計画しており、当該都道府県等が地域の中核的なセンター機能を持つ精神科救急医療施設であると認めた場合に限り、暫定的に認めることができる。）。また、診療応需の体制（入院が必要な患者の受入を含む。）を整えていることを要件とする。なお、保護室、診察室、面会室（ただし、場合により診察室と兼用とすることが可能。）及び処置室（酸素吸入装置、吸引装置等身体的医療に必要な機器を設置しているものに限る。）を有するものとする。

医療施設における各医療機関類型の機能の明確化を行った。

2. 対象

全国の下記入院料を算定する医療機関
(N=179)

1) 精神科救急入院料1・2

2) 精神科救急・合併症入院料

3) 期間（研究スケジュールなど）

2021年6月1日～6月30日(1か月間)

4. 手続き

調査（郵送）に際し、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課より協力依頼書（資料2）を同封した。

5. 倫理的配慮

分担研究者の所属する国立精神・神経医療研究センターの理事長より、2021年5月27

日、アンケート調査について倫理審査の付議不要の確認を得た。

6. 統計解析／分析方法

得られた結果について単純集計を行い、調査時において、常時対応型精神科救急医療施設として指定された群と病院群輪番型精神科救急医療施設として指定された群について、追加的に各項目の比較を行った。

C. 研究結果/進捗

1. 会議等の開催経緯

- 1) 2021年4月29日 全体班会議
- 2) 2021年7月19日 関係者意見交換
- 3) 2021年7月26日 関係者意見交換
- 4) 2021年8月18日 全体班会議
- 5) 2021年8月28日 関係者意見交換
- 6) 2022年1月25日 全体班会議

2. 研修会等

2022年2月5日第1回精神科救急医療体制整備研修（国立精神・神経医療研究センター主催）における講義等を担当し、これに協力した。

3. 調査結果

1) 回答数

98（回答率 54.7%）

2) 単純集計（図1～25）

設問1 病院名のため集計対象外

設問2 設立母体（单一回答）

多い順に、民間法人立：66%、自治体立・行政法人立等：32%、国立病院機構：2%であった（図1）。

設問3 全精神科病床数

平均：294.8床、中央値271.5床、最小：42床、最大：865床、ピークは192～242のゾーンにあり、緩い二峰性を示した。（図2）

設問4 精神科以外の病床数

回答した医療機関のほとんどは500床未満の単科精神科病院であり、うち小規模な非精神病床が併設されている病院が少数含まれた。非精神病床の多くは、ほぼすべての診療科を標榜する500床超の大規模な総合病院の場合で、500床以上の大規模な単科精神科病院も6病院ほどあった（図3）。

設問5 精神科以外の診療科（複数回答可）

なしと回答した医療機関は20%、約半数の病院が内科を標榜、他の診療科は10～20%程

度で（図4）、総合病院の割合にはほぼ一致した。

身体科の診療機能に着目した類型として

- ① 総合病院
- ② 少数診療科標榜単科病院
- ③ 内科併設単科病院
- ④ 単科病院

が考えられ、身体科診療機能として①が約15%、③までを含めると約54%であった（図5）。

設問6 紹介率・逆紹介率

整合しない数字（欠損・無回答、非該当コード、不正回答コード、不整合値）を記入した医療機関の割合が、紹介率において48%、逆紹介率において58.2%あり、解析困難な結果となった。不整合でない数字のみで平均を求めるとき、医療機関として紹介率57.7%（N=50）、逆紹介率57.1%（N=44）であった。

設問7 精神病床の内訳（複数回答可）

先ず救急入院料に着目すると、同入院料の病床規模には広い幅があり、40～60床／医療機関に最大ピークを認め、おそらく单一病棟と考えられた。第2のピークは80～100床／医療機関で2病棟を有すものと考えられた。3病棟／医療機関以上では、最大5病棟／医療機関までが実在したがいずれも少数であった（図6）。

他の病棟種別について、精神科救急入院料を設置する医療機関では、急性期治療病棟の併設も少なからずあったが、最も多いのは入

院基本料 15 対 1 で、精神療養がこれに続いた（図 7）。

設問8 設問 7 のうち時間外救急患者を主に受け入れている病棟（单一回答）

無回答（3%）と、その他（おそらく誤答による 1%）以外は、全て救急入院料（89%）あるいは救急合併症入院料（7%）であった（図 8）。

設問9 精神科救急医療体制整備事業における、都道府県からの指定状況（单一回答）

96%が何らかの指定を受けていた（図 9）。

設問10 精神科救急医療体制整備事業における指定医療機関類型と当番日数（複数回答可）

常時対応型は 37.8%、病院群輪番型は 52.0%であった。複数回答は合併症対応型との同時指定と想定したものであったが、常時対応型と病院群輪番型の重複とする矛盾回答が 10 件あった。外来対応施設の指定はわずか 4 件で、全て入院対応施設（常時対応（3）、輪番（1））との同時指定であった。整備事業の実施要綱に記載のない類型を回答したものが少数あった（図 10）。

常時対応型ならではの役割として、最も多かった回答は、バックアップ（60.0%）であった。常時対応型の本来機能のひとつは輪番制のない圏域での 365 日 24 時間の応需だが、それは 17.5%にとどまった。常時対応型でありながら当番日が指定されている実態が多く見られた（図 11）。

設問11 受診前相談の指定（複数回答可）

整備事業における精神科救急情報センターには 40.8%、24 時間医療相談窓口には 12.2% が指定されていたが、どちらの指定も受けていない割合は 55.1% に上った（図 12）。

設問12 かかりつけ患者以外の診療要請に対する対応（单一回答）

整備事業で指定された役割とは別に、診療要請に対する基本姿勢を尋ねた質問では、63%が 24 時間 365 日、11%が当番日以外も応需と回答した。一方で、当番日のみ（21%）、当番日でも受けないことがある（3%）、平日日中のみ（1%）、救急対応なし（1%）であった（図 13）。

設問13 時間外、休日または深夜における指定医等の診療体制（複数回答）

指定医の体制は、常駐が 26.5%、オンコールが 68.4% であった。専任看護師は 50.0% で、精神保健福祉士（PSW）の当直は 13.3% にとどまった（図 14）。

設問14 2020 年度の時間外、休日または深夜における入院件数

平均は 156.1 件であり、診療報酬上の要件である 40 件（または 0.5 件／圏域人口万）を、ほとんどの医療機関が大きく上回った。最大ピークは 60～80 件であり、第 2 のピークを 180～200 件に認めた。年間入院数が 300 を超える医療機関を全体の 14.6% に認めた（図 15）。

設問15 設問 14 の主たる来院経路（单一回答）

来院経路は医療機関によって非常に多様であった（図 16）。

最多は本人・家族等、当事者による直接来院で、40.2%を占めた。整備事業内のメニューとして、精神科救急情報センターを経由するものは16.4%、24時間医療相談窓口は1.8%にとどまった。その他、他医療機関10.7%、都道府県1.1%、市町0.7%、保健所6.4%、警察12.3%、消防10.0%であった（図17）。

当事者の直接来院以外の割合（公的機関等経由）を示したヒストグラムでは二峰性を示した。多くの医療機関は30～100%の幅に広く分布し、平均は62.7%であったが、ほとんど（90%以上）の時間外患者が直接来院である医療施設の一群が存在した（図18左）。

一方、精神科救急情報センター経由について解析した結果では、0～10%の医療機関がほとんどで、平均は16.5%と低調、活用は全国的にばらつきが著しかった（図18右）。

設問16 身体合併症に対する対応

16-1：身体合併症の対応範囲（单一回答）

初期水準が71%で最多であった。2次水準7%、3次水準11%で、総合病院の割合に近似した。受け入れ不可と回答した医療機関が9%あった（図19左）。

16-2：COVID-19等の感染症対応

59%が不可と回答した（図19右）。

16-3：身体科診療の対応体制（複数回答可）

院内併診は14.3%であり総合病院の割合にはほぼ一致した。単科で常勤の身体科医師が対応する体制は36.7%、おなじく非常勤の医師が対応する体制は32.7%、院外対診は11.2%、精神科医が対応する体制は20.4%であった。その他

10.2%の具体的記述の内容はいずれも前5選択肢に含まれると考えられた。すべての選択肢を足し上げると125.5%であり、症例により対応を選択する実態が考えられるが、多くは基本方針が決まっているものと見受けられた（図20左）。

16-4：転院に関する連携体制（複数回答可）

総合病院である割合は12.2%、往診による判断を行うのは5.1%、転院協定がある場合は39.8%、転院後往診を受ける場合は10.2%であった。その他37.8%の内容として、協定はないものの近隣との連携が良好である場合、個別に医師が判断する場合などが主であった。すべての選択肢を足し上げると105.1%であり、基本方針が決まっているものと見受けられた（図20右）。

16-5：平時のリエゾン医師派遣状況

29.6%の医療機関が派遣を行っていた。

設問17 満床時の対応（单一回答）

近隣を探す21%、協定によるバックアップがある11%、外来のみ対応する22%、断る22%、公的機関が調整する12%、その他11%であった（図21）。

設問18 退院に向けた対応状況（複数回答可）

デイケアやショートケアの実施86.7%、作業療法90.8%、共同指導料41.8%、訪問看護85.7%であり、最近新設となった共同指導料以外はいずれも高い水準で機能を有していた（図22）。

設問19 退院後支援の実施状況

退院後支援の実施状況について、不正確な理解に基づく回答が目立った。国のガイドラインに沿った会議の開催数は無回答・不正回答が 20 (20.4%)、開催なしが 22 施設 (22.4%)、最大値 159 件であり、それに連動する診療報酬の平均算定数は無回答・不正回答が 17 (17.3%)、算定なしが 29 施設 (29.6%)、最大値 91 件であった。無回答・不正回答を除いて平均値を求めたところ、会議の開催は年間平均 9.4 件 (N=78)、算定は年間平均 5.0 件 (N=81) であった（表2）。

設問20 受入病棟のコメディカル職員の配置
(複数回答可)

作業療法士 57.1%、精神保健福祉士 96.9%、薬剤師 26.5%、公認心理師 36.7%、医師事務作業補助者 21.4%、夜間看護 16:1 配置 26.5% であり、職種によるばらつきが見られた。（図 23）

設問21 診療機能 (複数回答可)

多い順に、クロザピン 94.9%、電子カルテ 92.9%、mECT63.3%、医療安全体制加算 60.2%、依存症プログラム 56.1%、児童・思春期精神科 56.1%、感染症対策可算 52.0%、診療録管理体制加算 42.9%、認知症疾患医療センター 37.8%、摂食障害プログラム 24.5%、ピア活動 16.3%、rTMS9.2%、であった（図 24）。

設問22 社会貢献 (複数回答可)

多い順に、初期臨床研修病院 85.7%、医療觀察法における指定通院医療機関 82.7%、DPAT 隊の登録 75.5%、専門医制度における協力型病院 70.4%、専門医制度における基幹プログラム 51.0%、災害拠点精神科病院の指定 29.6%、COVID-19 応需 38.8%、MC 協議会への参加 18.4%、DMAT への参加 14.3%、その他 5.1% であ

り、その他には依存症治療拠点機関 4 件が含まれていた（図 25）。

3) 比較集計（常時対応型 (N=30) と病院群
病院群輪番型(N=52)）（図 26～41）

設問1 病院名のため集計対象外

設問2 設立母体 (单一回答)

常時対応型では、自治体立・行政法人立等と国立病院機構が併せて 53%と半数以上を占め、逆に病院群輪番型では民間法人立が 75% であった（図 26）。

設問3 全精神科病床数

両群間に違いはなかった（図 27）

設問4 精神科以外の病床数

両群間に大きな違いはなかった（図 28）

設問5 精神科以外の診療科 (複数回答可)

両群間に大きな違いはなかった（図 29）

設問6 紹介率・逆紹介率

基礎集計にて不整合回答が多かったため、解析対象から除外した。

設問7 精神病床の内訳 (複数回答可)

基礎解析にて病院間の多様性が大きいため、解析対象から除外した。

設問8 設問 7 のうち時間外救急患者を主に受け入れている病棟 (单一回答)

両群間に大きな違いはなかった（図 30）

設問9 精神科救急医療体制整備事業における、都道府県からの指定状況 (单一回答)

ほぼ全数が指定されているため、解析対象から除外した。

設問10 精神科救急医療体制整備事業における指定医療機関類型と当番日数（複数回答可）

両群間に大きな違いはなかった（図31）。

設問11 受診前相談の指定（複数回答可）

整備事業における精神科救急情報センター、24時間医療相談窓口の指定を受けている割合は、常時対応型において高かったが、どちらの指定も受けていない場合も半数弱に上った。逆に病院群輪番型であっても受診前相談の役割を指定されている例が一定数存在した（図32）。

設問12 かかりつけ患者以外の診療要請に対する対応（单一回答）

常時対応型はほとんど（87%）が24時間365日応需を基本姿勢としていたが、全数ではなかった。病院群輪番型で当番日のみ応需と回答する病院は38%で、当番日以外も応需（17%）、24時間365日応需（38%）という積極的な基本姿勢を回答する病院も相当数あった（図33）。

設問13 時間外、休日または深夜における指定医等の診療体制（複数回答）

常時対応型では、指定医の常駐が輪番型に比べ多かったが、指定医オンコール、専任看護師、精神保健福祉士（PSW）について大きな差異はなかった（図34）。

設問14 2020年度の時間外、休日または深夜における入院件数

平均値においても、ヒストグラムの分布においても、両群間に大きな違いはなかった（図35）。

設問15 設問14の主たる来院経路（单一回答）

両群共に、来院経路の内訳は類似しており、最多は本人・家族等、当事者による直接来院で、それぞれ36%（常時）・40%（輪番）を占めた。整備事業内のメニューとして、精神科救急情報センターを経由するものはそれぞれ14%・20%で、輪番のほうがわずかに多かった。両群間の違いが比較的大きめであるのは、保健所（9%・5%）、警察（16%・10%）は常時、他医療機関（9%・13%）は輪番で多い割合を占めていた（図36）。

設問16 身体合併症に対する対応

16-1：身体合併症の対応範囲（单一回答）

常時対応型施設は、病院群輪番型に比べ、2次水準、3次水準の受け入れ可能な割合が多く、受け入れ不可の割合が少なかったが、初期水準と回答した病院の割合は同じであった（図37上）。

16-2：COVID-19等の感染症対応

常時対応型では可と回答した割合が多かった（図37下）。

設問17 満床時の対応（单一回答）

常時対応型では、病院群輪番型に比べ、近隣を探す、外来のみ対応すると回答した割合が少なく、協定によるバックアップがあるとした割合がやや多かったが、断るとした割合

も多かった。公的機関が調整するとの回答はほぼ同率であった（図 38）。

設問18 退院に向けた対応状況（複数回答可）

デイケアやショートケア、作業療法の実施は両群で差異がなかった。共同指導料は常時対応型でより多く、訪問看護は病院群輪番型で多かった。（図 39）。

設問19 退院後支援の実施状況

無回答・不正回答が目立ったが、それらを除いて比較を行ったところ、国のガイドラインに沿った会議の年間平均開催数は常時対応型で 17.7 (N=29) 輪番型で 5.1 (N=52) 、連動する診療報酬の年間平均算定数は常時対応型で 7.5 (N=31) 病院群輪番型で 3.7 (N=53) と、いずれも常時対応型で多かった（表2）。

設問20 受入病棟のコメディカル職員の配置（複数回答可）

両群で大きな違いはないものの、薬剤師や公認心理師の配置割合は常時対応型でやや多かった。（図 40）

設問21 診療機能（複数回答可）

両群で大きな差異はなかったが、診療録管理体制加算、医療安全体制加算、感染症対策可算は常時対応型での算定割合が多かった（図 41）。

設問22 社会貢献（複数回答可）

全般に、ほとんどすべての項目で、常時対応型施設での該当割合が高かった（図 42）。

4. 常時対応型施設の指定基準案（表 3）

上記の調査結果を踏まえ、エキスパート・オピニオンによる討議を経て、本研究班として表3に示す指定基準案を作成した。

基準案の大きくは以下の 2 部構成とし、それぞれの条件・要件について、どのような項目が該当するのかについて、「D. 考察」に詳記した考察により仕分け、決定した。

1) 必須条件

指定にあたり都道府県で開催される精神科救急医療体制整備事業連絡調整員会等の協議会で達成や整備を確認する事項

以下の 4 項目とした。

- ① 24 時間 365 日（初期受入、バックアップのいざれか）
- ② 受診前相談機能の受託（精神科救急情報センター、24 時間医療相談窓口のいざれか）
- ③ 診療実績（必須開示事項、時間外受診件数・時間外入院件数・うちマクロ救急）
- ④ 満床時の対応確保（協定あるいは公的調整機関の機能による）

2) 参考要件

指定にあたり、必須とは思われないが「地域の中核的なセンター機能」（実施要項）を有すべき常時対応施設として相応かどうかを判断するための参考として、精神科救急医療体制整備事業連絡調整員会等の協議会に開示する項目

以下の 7 カテゴリ（34 項目）とした。

- ① 身体合併症対応機能
- ② 退院に向けた取り組み

- ③ 退院後支援の実施
- ④ 時間外診療体制（指定医、専任看護師、PSW 当直）
- ⑤ コメディカルの病棟配置状況
- ⑥ 専門的な診療機能
- ⑦ 社会貢献機能

D. 考察

1. 指定基準案の設定プロセス

令和2年に行われた「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、自治体ごとに体制が大きく異なる点や、精神科救急医療圏域の概念と圏域ごとの体制整備の考え方方が十分に定まっていない点、精神科救急医療施設のうち常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点、等が課題とされた。今回行った調査および常時対応型施設の指定基準案の策定は、上記のいずれの課題に対しても一定の解決的価値を示すものである。

精神科救急医療施設については、整備事業の実施要項に定義（表1）があるものの、実態としては要綱の解釈や様々な関連要因によって、その機能には多様性が生じている。今後、診療報酬制度が見直されるに伴い、各医療施設類型の機能を明確化し、整備事業との連動によって地域医療体制を均てん化することは、今後の（精神障害にも対応した）地域包括ケア体制の構築や精神科医療の良質化といった、より大きな医療政策に通じる重要性を有している。

今回、精神科救急医療施設の各類型における機能を明確化するに伴い、絶対的な外的基準は存在せず、わずかに連動している診療報

酬制度が見直される時期にあって、しかも今後より合理的で有機的な連動が求められることから、まずは全体像を把握し、そこから何らか機能水準の違いを見出せるかどうかを検討する手順を取ったことは、妥当であり、かつ唯一の手段であったと考える。

また、医療体制の構築に関する課題に際して、特にトリアージ精度や診療カバー等、臨床的要因が大きく影響し、利用者の健康問題等に直結する安全面において、現場感覚や経験値は非常に重要であることから、専門家討議（エキスパート・オピニオン）を採用したこと必要であったと考える。

さらに、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」の報告書では、常時対応型の指定について、「都道府県は地域の実情に応じて、常時対応型施設で求められる対応を、質の観点からも十分に検討し、連絡調整委員会において、精神科病院協会等の関係団体や公的な精神科医療機関等の関係機関と連携・調整した上で、地域で求められる役割・機能を果たすことに適切な医療施設を常時対応型施設として指定することが重要」として、その手順に地域内関係者の協調と確認を求めている。

結果的に、整備事業における実施要項上の定義を逸脱することなく、より具体的で、各都道府県が自ら関係者協議の中で医療施設の指定の適否を判断するために、必要かつ十分な内容を提供する指定基準案を設定できた。課題については、おそらく活用後に明らかになっていくと思われ、今後は本基準案について実用と同時並行的なブラッシュアップが必要になるものと考えられる。

2. 指定基準案における項目毎の考察

調査結果を考察するにあたり、比較集計を行った常時対応型と病院群輪番型の別は、本研究が目指す明確な基準等によらない、現時点での指定に基づくことに留意する必要がある。

救急入院料の届出は民間法人立が多いものの、常時対応型施設の指定が公立優位であったことは、いくつかの可能性を示唆する。ひとつは整備事業という公共事業ゆえの恣意的な指定の生じやすさである。指定は本来、機能性を重視し、地域の関係者協議の中で合意によって客観的に行われることが望ましいことから、本研究の成果物である指定基準にはこの本来理念を反映させるべきと考えられた。もう一つは公立病院が本来期待される役割を担っている可能性である。また、常時対応型施設が都道府県毎に1か所ではなく、圏域ごとに指定されるべきという点から、ある程度の圏域は民間法人立が指定されることも順当と考えられた。

全病床規模やそのうちの精神病床の割合、併設診療科の状況等から、救急入院料を届出している病院の全国的な全体像が把握された。合併症診療が期待される総合病院は約15%であり、多くは救急・合併症入院料の届出病院であったが、現場の肌感覚を加味すると、このような施設は依然不足していると思われる。身体科の診療機能は常時対応型／病院群輪番型で差異がなく、本来的には整備事業における身体合併症救急医療確保事業によって、さらなる整備の推進が期待される（実施要綱では少なくとも2つの圏域に1か所整備するよう努めることとされている。）。

他方、救急入院料の規模について、1病棟／病院が最多ではあったが、2病棟／病院までは一般的に実在し、地域の医療実情によつては順当である可能性が示された。このことから、平成30年度診療報酬改定におけるキャップ上限の設定は過少であった可能性がある一方、3病棟／病院以上については異例の過多と考えられる。

整備事業における役割として、ほとんどの医療機関が指定を受け、何らかの関与や貢献をしていたが、常時対応型の指定は38%にとどまった。一方、診療姿勢としては24時間365日応需としている病院が63%に上ること、病院群輪番型でも多くが24時間365日応需（38%）や当番日以外の応需（17%）を表明・実施していることから、都道府県による指定が進んでいない可能性が課題として示された。24時間365日応需の診療姿勢は、精神科救急医療サービスの質を根源的に左右する要因であり、本研究班における専門家討議では、調査で判明した実態にも照らし、常時対応型施設の指定における基本的な要因としてこれを位置付けるべきと結論された。また少數ではあるが、当番日も応需しないことがある、平日日中のみ、の回答がみられ、診療体制において基本的な水準に達しない深刻な実態が潜在している可能性が考えられた。本来の常時対応型の特性は、不安定で課題の多い輪番制の問題点を解消できる点にあるが、実際には多くの地域で輪番制の中でバックアップの役割を担っている実態が多いことが見出された。このことから、協議会での確認を求める24時間365日体制については、初期診療応需の他、バックアップ体制についても意義のある役割と考えられ、そのどちらかを条件

とすることが適當と考えられた。

受診前相談機能の医療機関への併設はトリアージ効率や精度の向上等において、整備事業における機能的な利点が多いが、併設実態は半数強にとどまった。病院群輪番型に比べ常時対応型で多く併設される傾向があったが大きな差異はなく、常時対応型であっても情報センター、24 時間医療相談のどちらも指定のない医療機関が半数近く認められ、今後の在り方について大きく議論の余地が残るものと考えられた。「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」においてワンストップ機能は重視されており、本研究班における専門家討議では、受診前相談機能の医療機関併設を常時対応型施設における一要因として位置付けることが妥当と考えられた。

時間外の診療体制に関して、常時対応型施設では指定医の常駐が病院群輪番型よりやや多かったものの、全体としてはオンコール体制が優勢であった。整備事業の実施要綱には、医師・看護師のオンコール対応が含まれていることから、本要件設定は現実的と思われ、実際の充実度のほうがむしろやや高めであるかもしれない。PSW 当直は現実的な有用性が見込まれるもの全般に低調で、制度上の課題かもしれない。あるいは受診前相談機能の併設が関連しているかもしれない。診療体制は、常時対応型の指定の適否判断に関連する可能性があり、専門家討議では条件としての必置を求める意見もあったが、実施要項上の要求水準の妥当性、制度上の課題、実態などから、最終的には参考のための開示事項として位置づけることが適當と結論された。

救急医療としての診療実績を反映する時間外の入院件数は、救急入院料要件を大きく上回り、両群間で差異がなかったが、実質的な地域貢献度を直接的に示す説得力の高い指標であることから、その来院経路の内訳とともに常時対応施設の指定の適否を判断するための情報とすることは、専門家討議において異論を生じなかった。ただし数字的な線引きをするための論理的根拠がないことから、数値の開示までを条件とすることが現実的と考えられた。その際診療報酬上の要件指標である時間外受診件数、時間外入院件数、うちマクロ救急を採用することが現実的と思われた。

身体合併症への対応力は、精神科救急医療体制の整備や常時対応型にどの水準までを求めるのかといった議論において関心度の高い事項である。実際、常時対応型施設では病院群輪番型に比べ対応力が高めの傾向が示されていたが、二次水準以上を一律求めることは明らかに非現実的である。総合病院や救急・合併症入院料等の医療資源の実態から同じ整備事業における身体合併症救急医療確保事業の中で議論されることが本来であるが、協議会で参考となる開示事項として位置づけることは有用と考えられた。

常時対応型施設や病院群輪番型の当番日における満床時の対応は、地域の精神科救急医療体制の整備の完成度を左右し、利用者の健康問題に直接影響する重要な要因となる。症例の重症度や緊急性によっては、外来のみ対応、近隣を探す、等の対応があつてもよいが、基本的には補完的対応を確保しておくべきと考えられる。調査の結果、公的機関調整は両群とも同じシステムの運用下にあるためか差がないが、協定によるバックアップは常

時対応型でやや多く、外来のみ対応と近隣を探すことは病院群輪番型で多かった。断らざるを得ない実態も回答され、整備事業の深刻課題が浮き彫りとなつたが、この回答が常時対応型でむしろ多いのは、その先の更なるバックアップ設定が無い最後の砦であるからかもしれない。本研究班における専門家討議の結果、常時対応型では公的機関調整か協定によるバックアップのどちらかにより、補完的体制を構築することが重要かつ必須と考えられ、これを確認要件とした。

退院に向けた取り組みやコメディカルの病棟配置については、常時対応型での充実がより望ましくはあるが、全ての急性期医療に求められる事項であり、開示参考事項として位置づけることが適當と考えられた。なお、主に措置入院者を対象とした、国のガイドラインに基づく退院後支援の取り組みは、現場の理解が不十分で、十分に医療現場には浸透していない可能性がうかがわれた。その上で、退院後支援活動自体もその算定も、調査時に常時対応型施設として指定されていた医療機関のほうが明確な差をもって活発であったことから、基準案の中で開示要件に位置付けることは一定の意義を有すものと考えられる。

専門的な診療機能や地域貢献についても、医療機関の充実度やニーズの多様性への対応力等、サービスの質の総合力を反映することから、常時対応型には整備事業の実施要綱で「地域の中核的なセンター機能」と表現する基幹的・拠点的役割を期待するものであるが、調査結果は幾つかの項目以外両群で大きな差はなかった。いずれにしても精神科救急医療サービスにとっての直接的な必須事項ではないため、協議会の中で都道府県の指定に

値するかどうかの参考要件として位置づけることが適當と考えられた。

以上のような考察を経て、常時対応型施設の指定基準案（表3）を作成した。今後はこれらの必須条件と参考要件を基準とした都道府県の関係者協議による医療機関の指定に伴い、精神科医療体制の均てん化が望まれる。

E. 結論

既存の精神科救急医療施設（うち調査時点で37.8%が自称常時対応型）の現況を悉的に調査し、54.7%の回答率（98医療機関）を得て、エキスパート・オピニオンによる討議の結果、今後の都道府県における指定のために関係者協議の中で参考となる基準案（表3）を提案した。今後は本基準案における必須条件と参考要件を基準とした都道府県の関係者協議による医療機関の指定に伴い、精神科医療体制の均てん化が望まれる。課題として、今後本基準案について実用と同時並行的なブラッシュアップが必要と考えられる。「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて指摘された諸課題に対し一定の解決的価値を示すもので、今後の医療政策に資する成果と考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

杉山直也：2022（令和4）年の診療報酬改定に向けた精神科救急医療の動向。精神科治療学精神科治療学 37（2）号、213-218、2022

杉山直也：総論。精神科救急医療ガイドライン 2022 年版（杉山直也、藤田潔編），日本精神科救急学会（監修），2022

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

表2. 設問19 退院後支援の実施とその算定状況

		ガイドラインに則った 「会議」 2020年度の開催数	精神科措置入院 退院支援可算 2020年度の算定件数
全体 (N=98)	平均	9.4 (n=78)	5.0 (n=81)
	最大	159 (1)	91 (1)
	最小	0 (22)	0 (29)
常時対応型(n=40)	平均	17.7 (n=29)	7.5 (n=31)
輪番型(n=63)	平均	5.1 (n=52)	3.7 (n=53) :

表3. 常時対応施設の指定基準案

必須条件	
指定にあたり協議会で確認する事項	
1. 24時間365日応需（いずれか） 1) 初期受入 2) バックアップ	3. 診療実績（必須開示事項） 1) 時間外受診件数 2) 時間外入院件数 3) うちマクロ救急
参考要件	
指定にあたり、協議会で参考となる事項（開示）	
1. 身体合併症対応機能 1) 対応水準 2) 診療体制 3) 連携体制 4) COVID-19 対応	4) 児童・思春期精神科 5) 摂食障害治療プログラム 6) 認知症疾患医療センターの指定 7) ピア活動の実施 8) 電子カルテ導入 9) 診療録管理体制加算 10) 医療安全体制加算 11) 感染対策可算
2. 退院に向けた取り組み 1) デイケア、ショートケアの実施 2) 作業療法の実施 3) 退院時共同指導料1・2の実施 4) 訪問看護サービスや訪問看護事業所の運営	7. 社会貢献機能 1) 臨床研修指定病院（協力型可） 2) 専門医制度 専門研修プログラム（基幹） 3) 専門医制度 専門研修プログラム（協力） 4) 医療観察法指定通院機関 5) 災害拠点精神科病院の指定 6) DPATチームの登録 7) COVID-19 受け入れ医療機関 8) 地域のメディカル・コントロール協議会への参画 9) DMAT連絡協議会への参画 10) 依存症拠点
3. 退院後支援の実施 1) ガイドラインに則った「会議」の実施 2) 措置入院退院後支援可算の算定	
4. 時間外診療体制（指定医、専任看護師、PSW当直）	
5. コメディカルの病棟配置状況	
6. 専門的な診療機能 1) クロザピン 2) mECT 3) 依存症治療プログラム	

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究
(2 1 G C 0 2 0 1)
分担研究 1
常時対応型と病院輪番型の機能の明確化

基礎集計

精神科救急医療施設の機能に関するアンケート

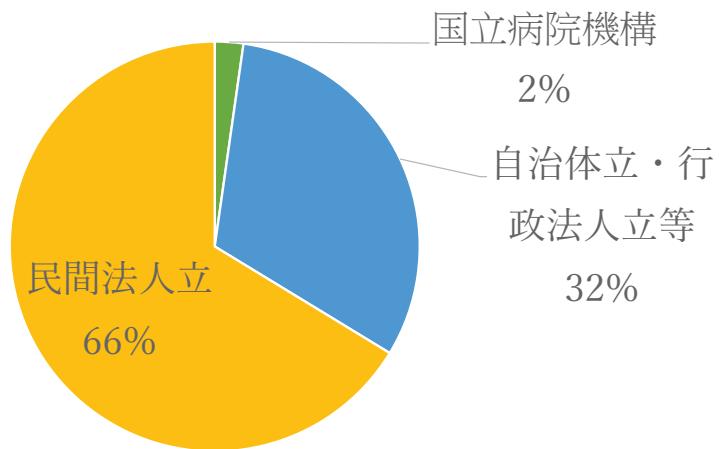
分担研究 1 常時対応型と病院輪番型の機能の明確化

調査概要

- アンケート調査
- 対象：全国の下記入院料を算定する医療機関（179）
 - 精神科救急入院料 1・2
 - 精神科救急・合併症入院料
- 調査期間：2021年6月1日～6月30日（1か月間）
- 設問数：22問
- 回答数：98（回答率54.7%）

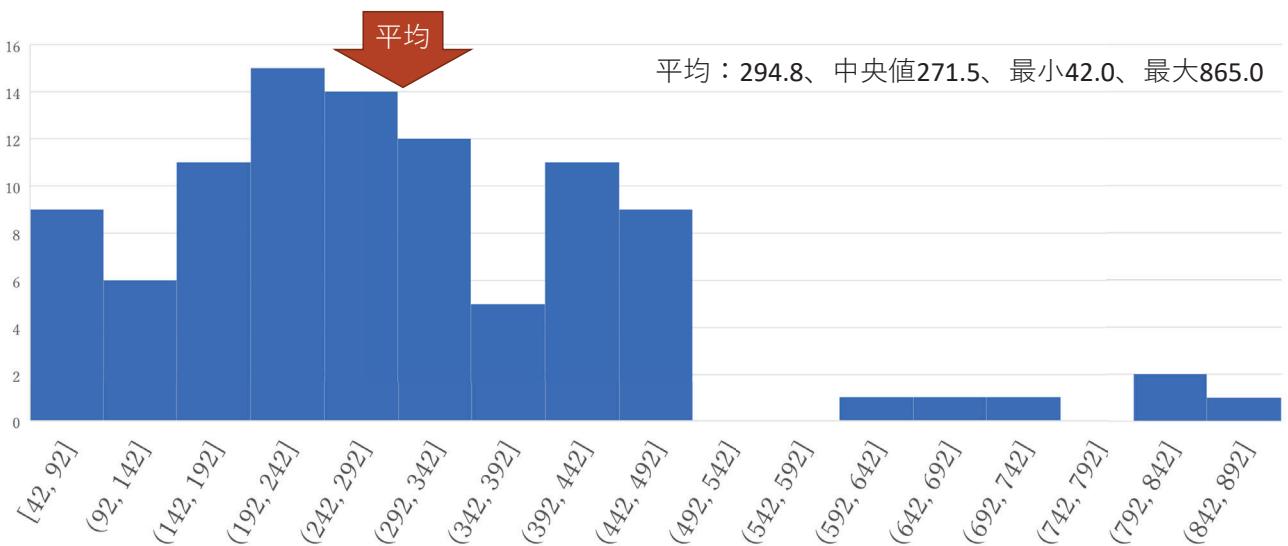
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（ 2 1 G C 0 2 0 1 ）

設問2 設立母体 (N=89/98)

図1

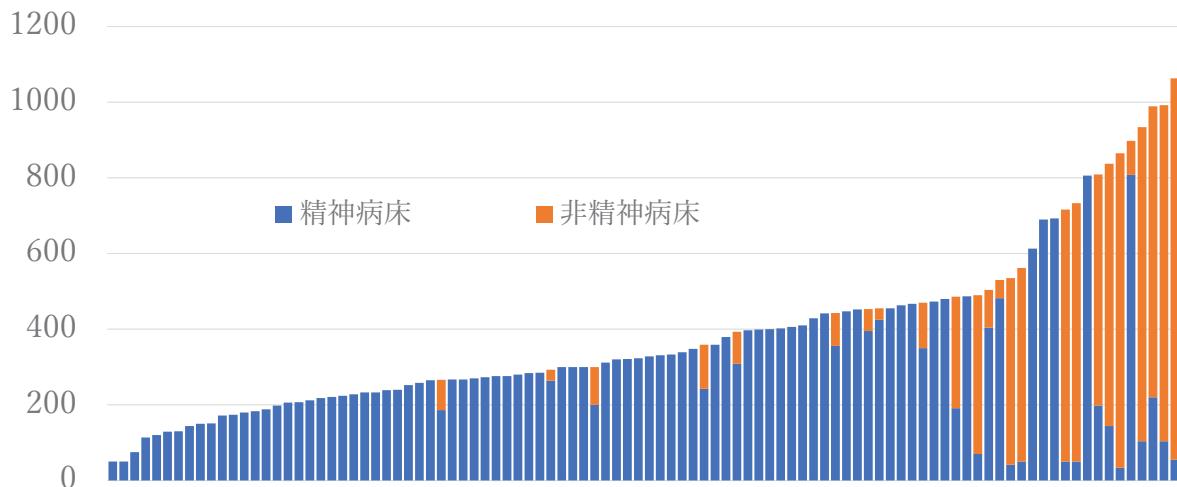
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問3 精神病床の規模 (N=98)

図2

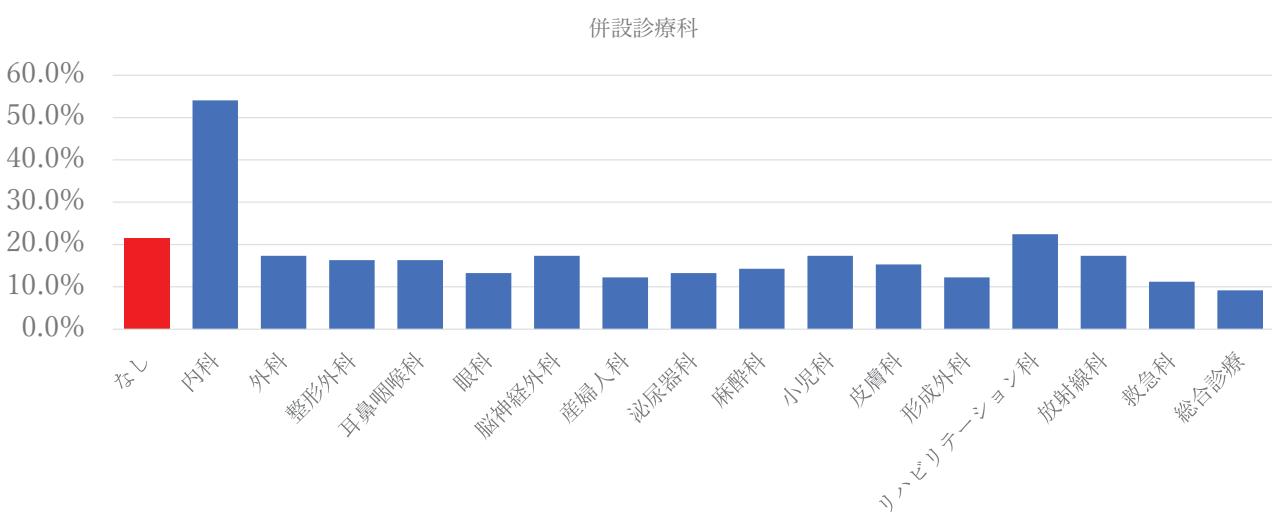
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問4 全病床規模と精神病床の割合 (N=98)

図3

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問5 併設診療科 (N=98)

図4

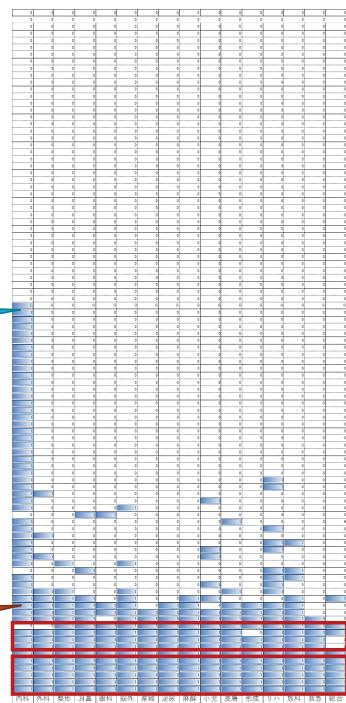
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問5 併設診療科 (N=98)

図5

内科併設単科病院まで 約54%

総合病院 15%程度



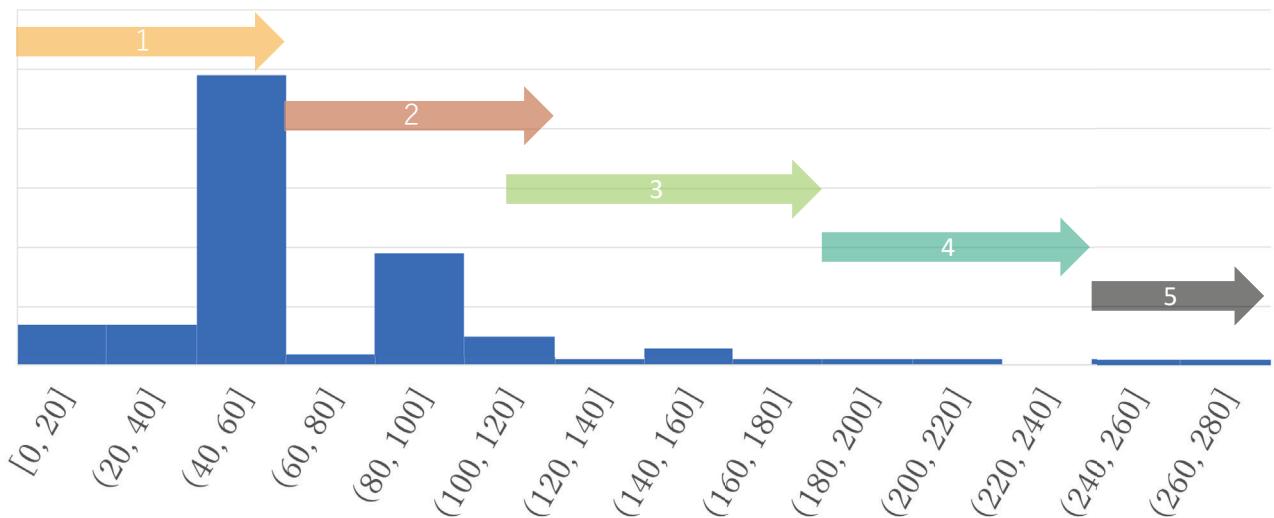
単科病院

少数科標榜単科病院

] 救急・合併症入院料

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問7 救急入院料の病床規模 (N=98) **図6**

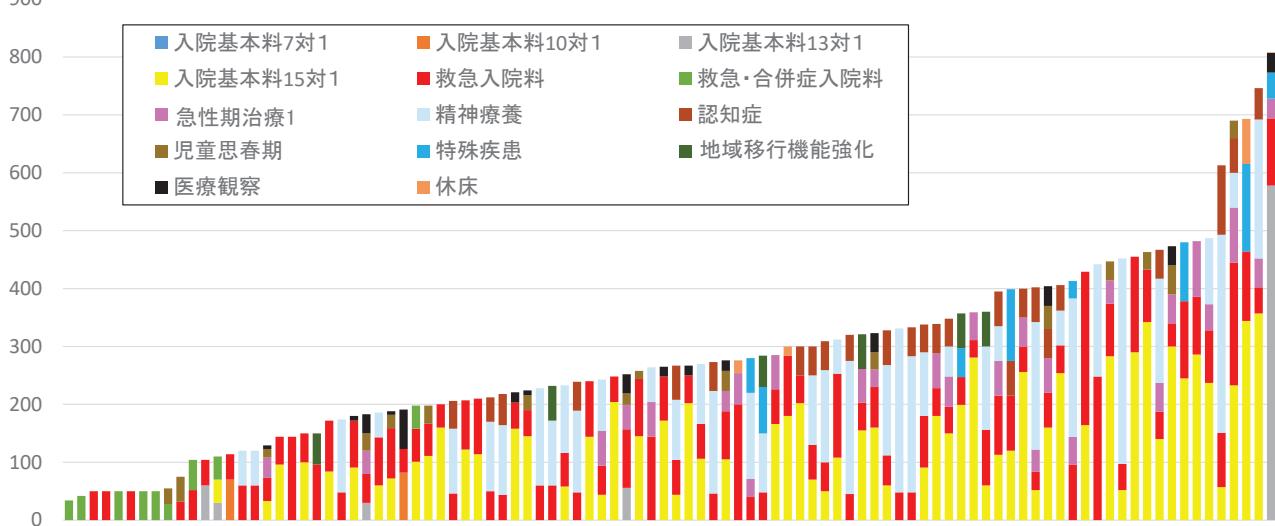


精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

図7

設問7 医療機関ごとの精神病床の病棟種別

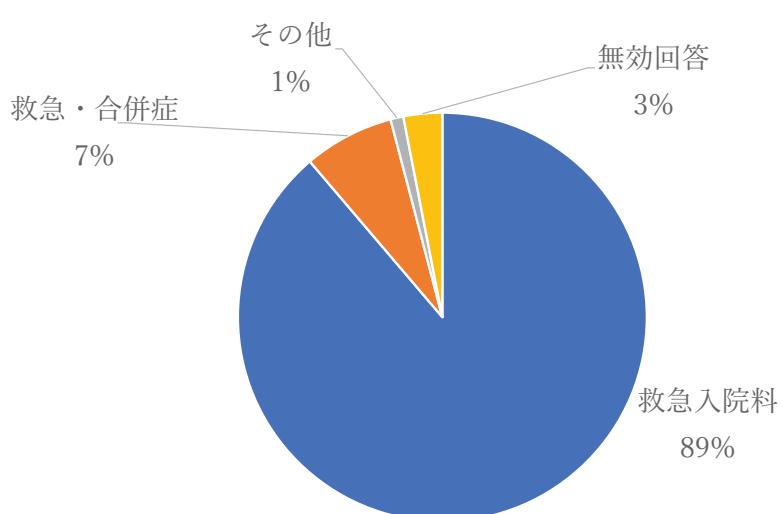
各病棟種別ごとの病床を足し上げた総数が全病床数と一致する合理データのみを掲載 (N=87)



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

図8

設問8 時間外入院の主な受け入れ先病棟 (N=98)



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問9 整備事業による指定 (N=98)

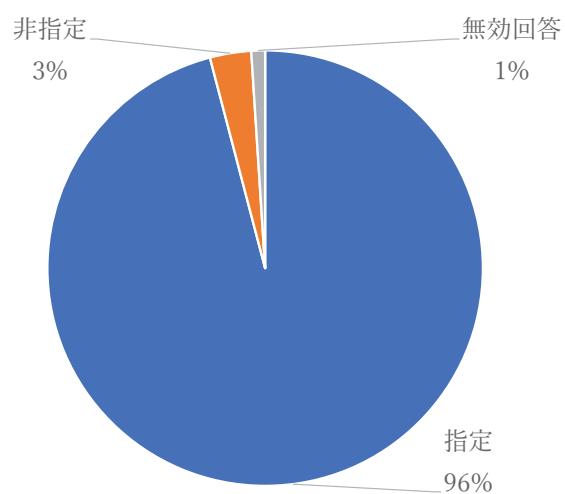


図9

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問10 整備事業による指定の内訳 (N=96) (無効回答2)

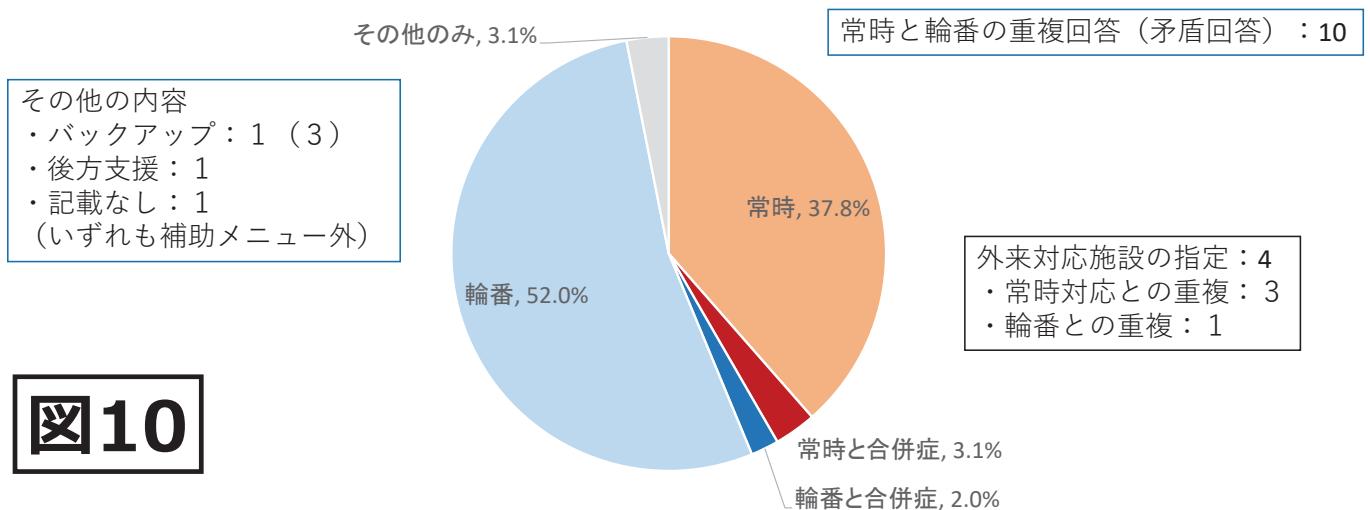
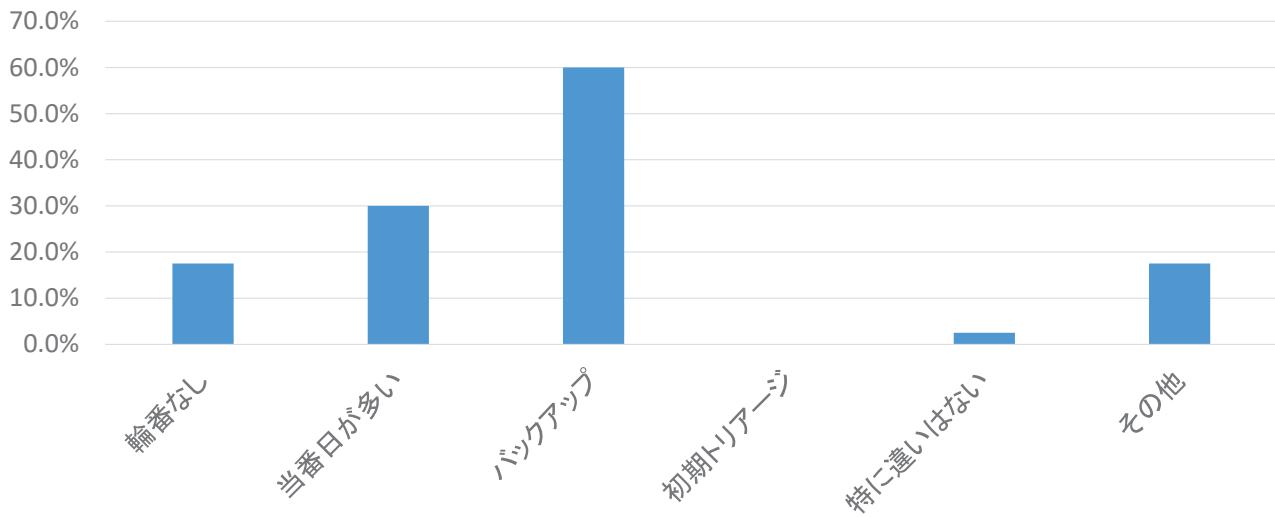


図10

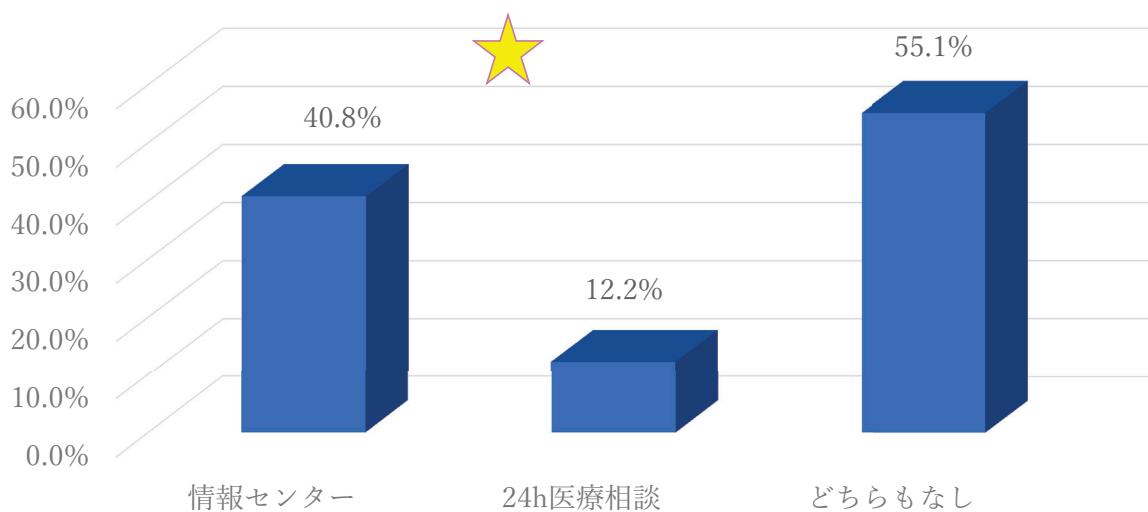
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問10 常時対応型ならではの役割 (N=40)

図11

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

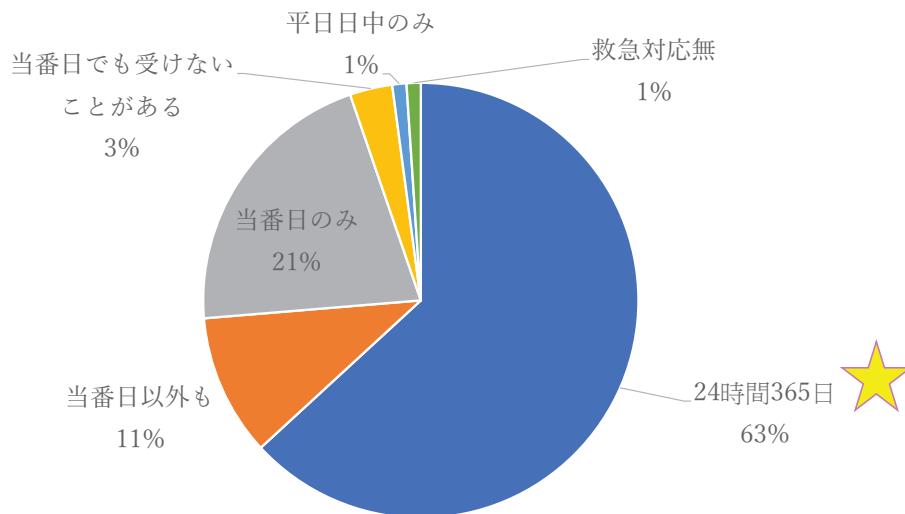
設問11 受診前相談事業の指定 (N=98)

図12

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問12 救急要請への基本姿勢 (N=96)

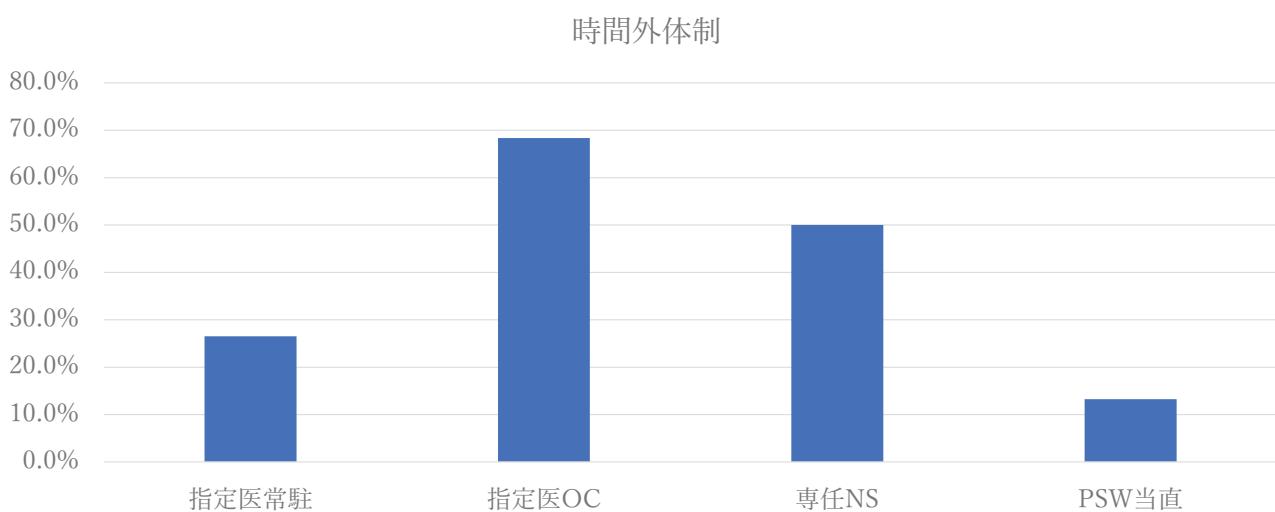
図13



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問13 時間外体制 (N=98)

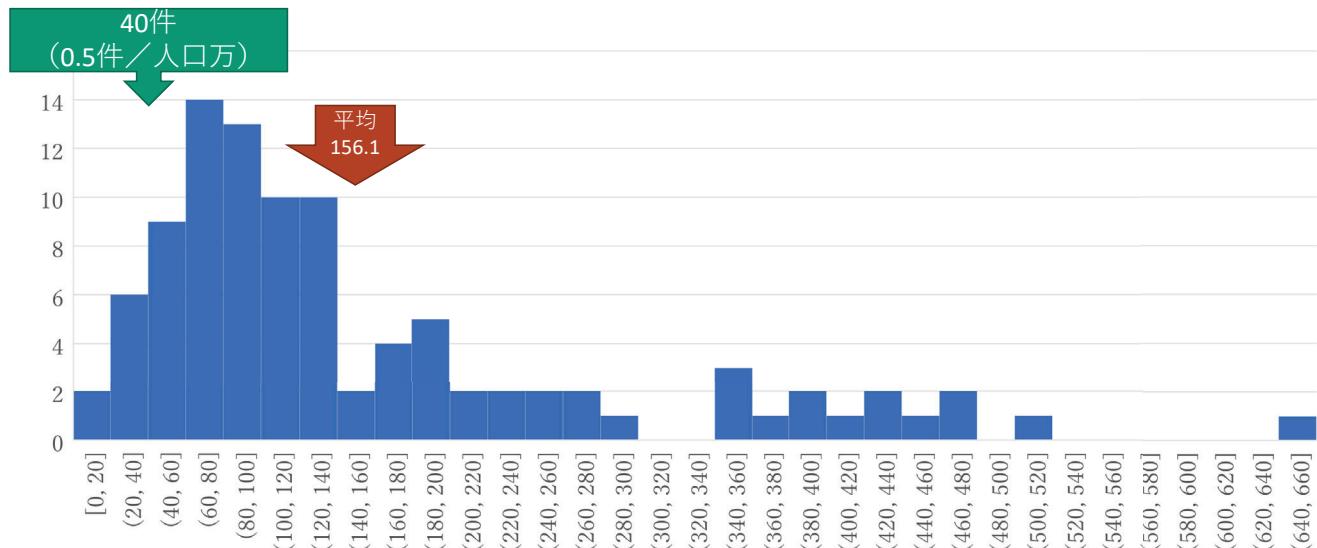
図14



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問14 年間時間外入院件数 (N=96)

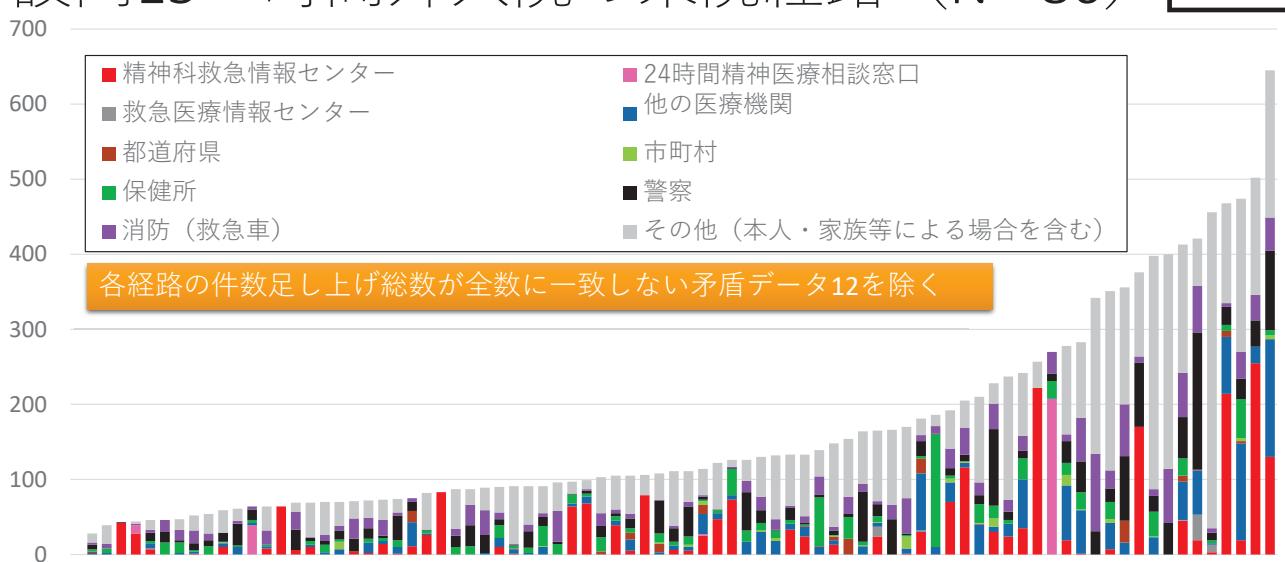
図15



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

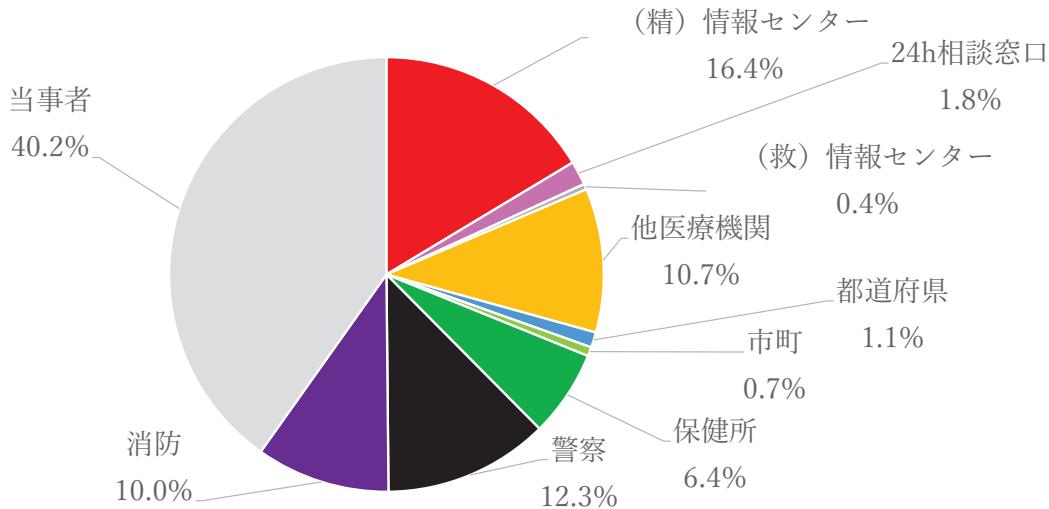
設問15 時間外入院の来院経路 (N=86)

図16



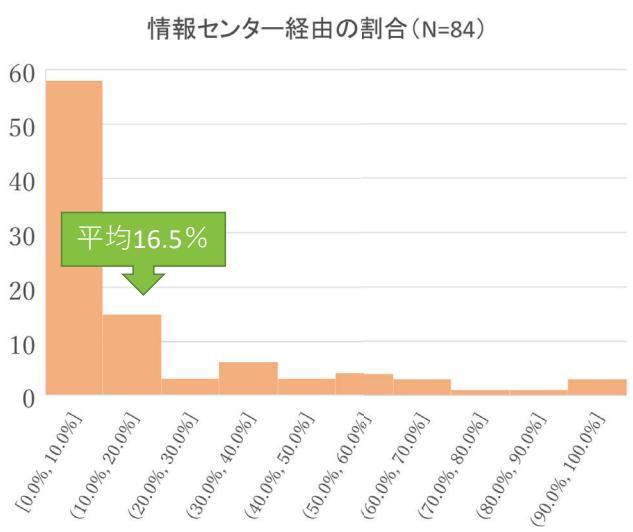
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問15 時間外入院の来院経路 (N=86)

図17

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

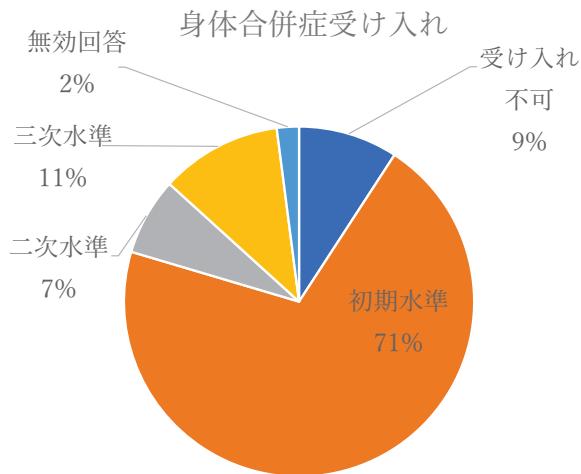
設問15 時間外入院の来院経路

図18

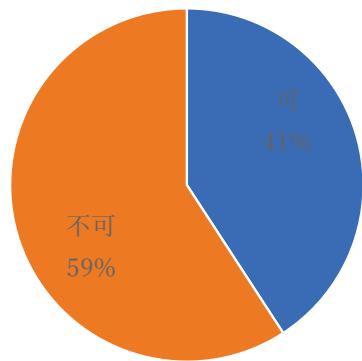
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問16 身体合併症対応 (N=98)

図19



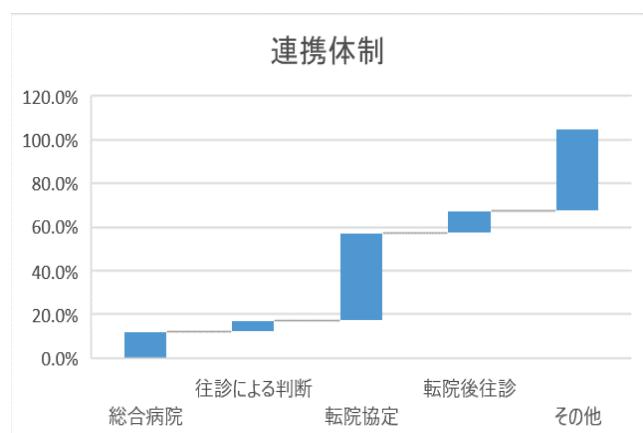
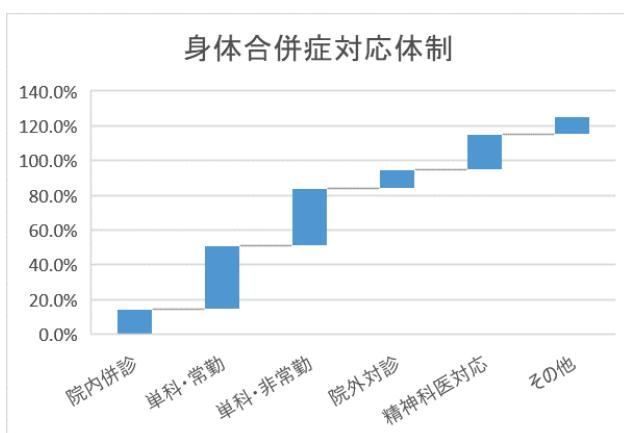
COVID-19対応



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

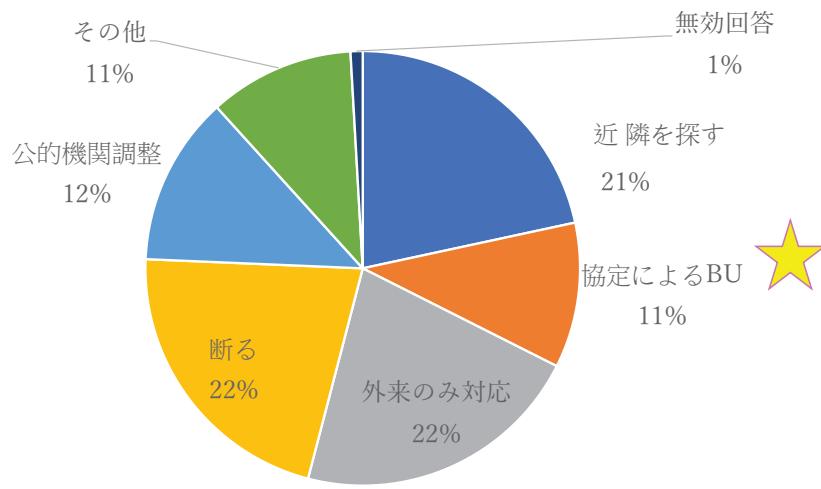
設問16 身体合併症対応 (N=98)

図20



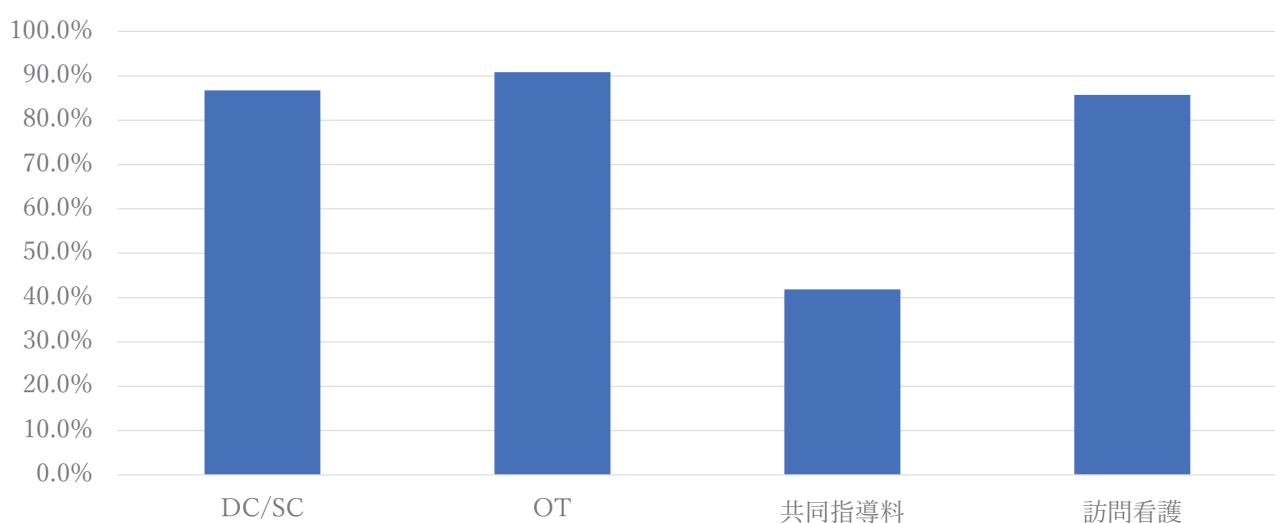
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問17 満床時の対応 (N=98)

図21

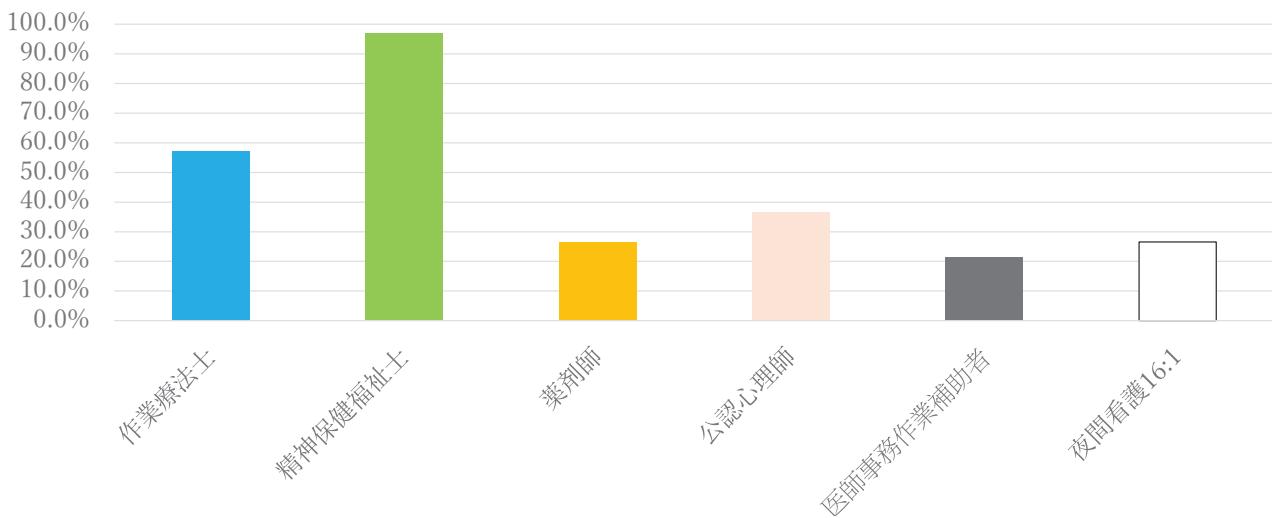
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問18 退院に向けた取り組み (N=98)

図22

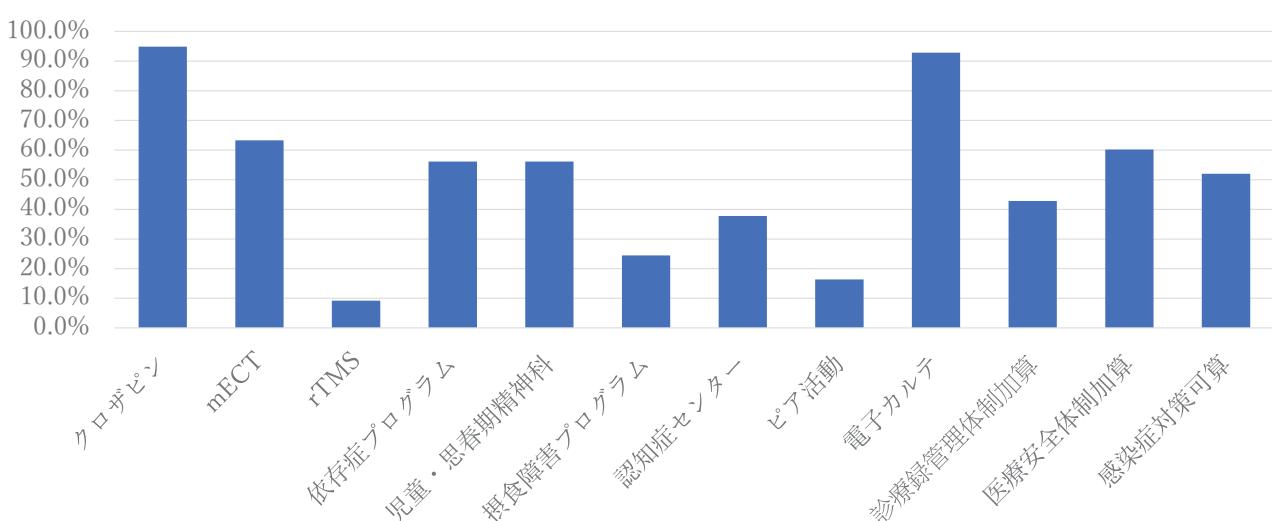
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問20 コメディカル職員の病棟配置 (N=98)

図23

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

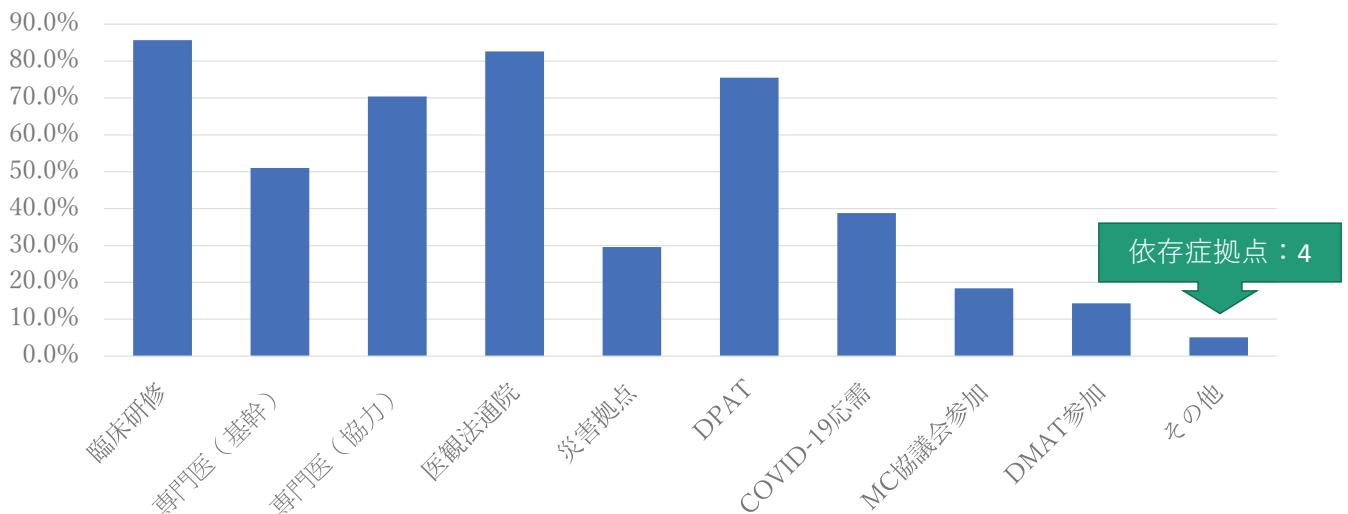
設問21 専門的な診療機能 (N=98)

図24

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問22 社会貢献機能 (N=98)

図25



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究

(21GC0201)

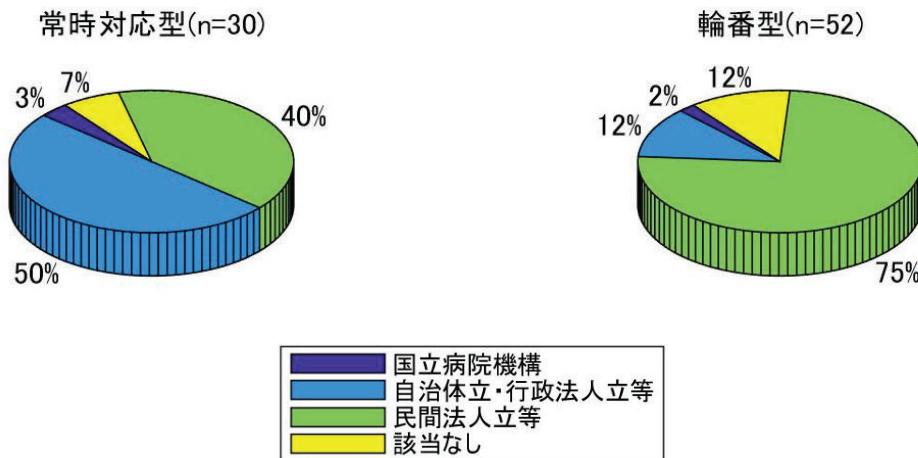
分担研究1

常時対応型と病院輪番型の機能の明確化

比較集計

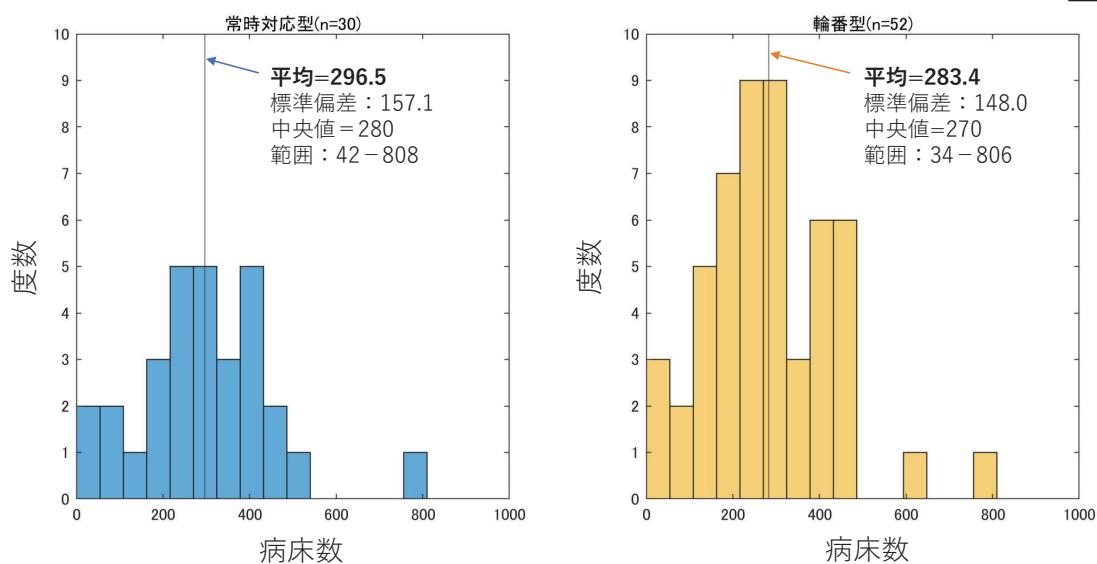
常時対応型 : 30 ; 輪番型: 52
(無効 : 3 ; 重複 : 10 ; 両方該当なし : 3)

設問2：設立母体

図26

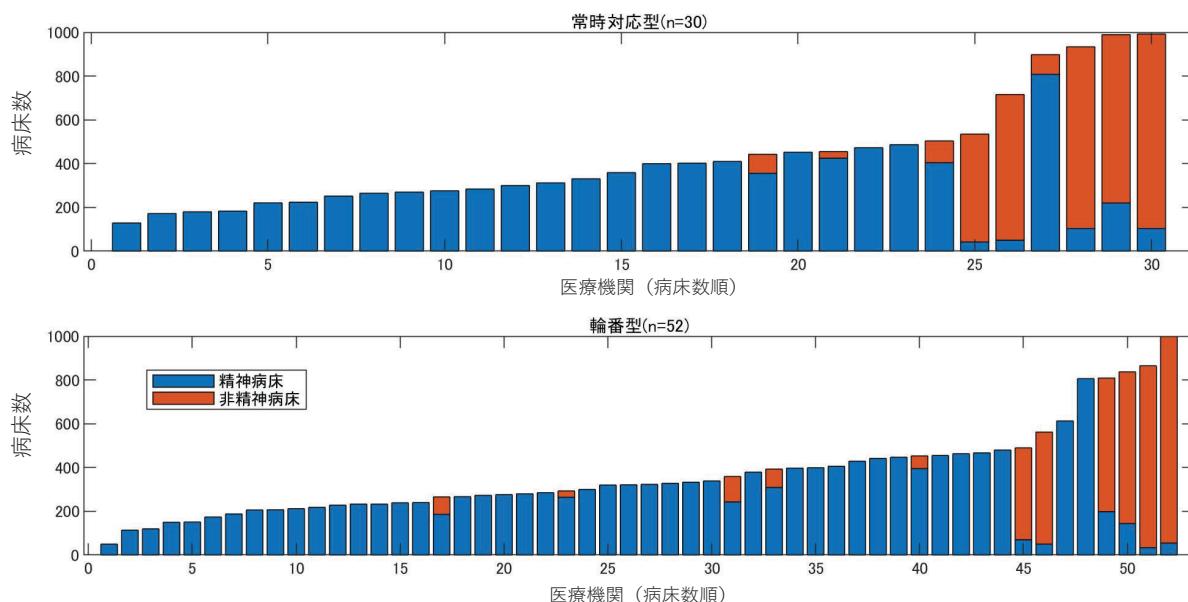
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究(21GCO201)

設問3：精神病床の規模

図27

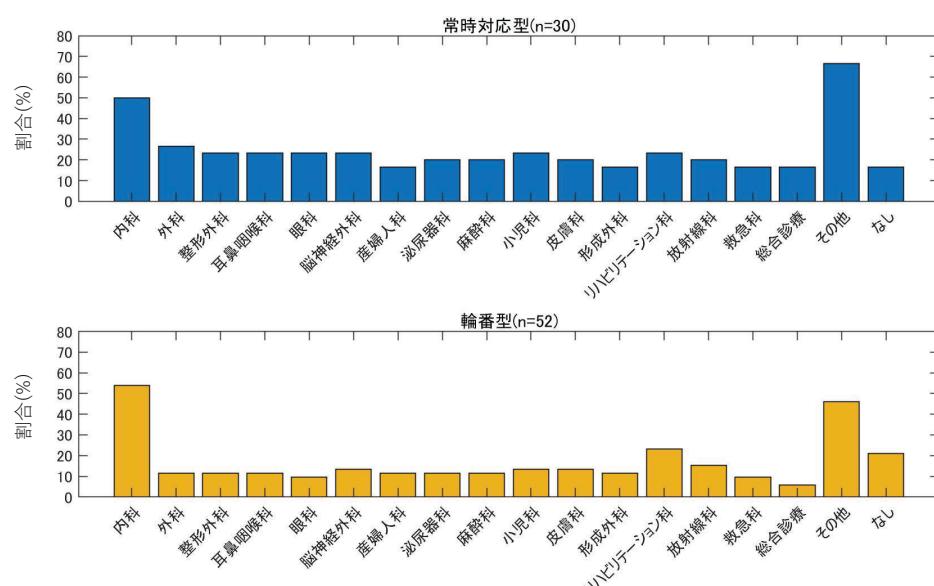
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究(21GCO201)

設問4：全病床規模と精神病床の割合

図28

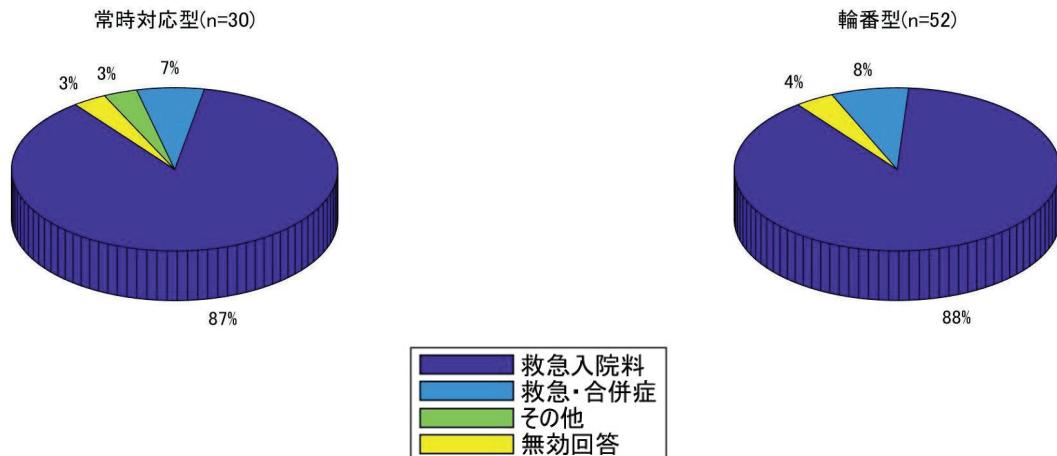
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問5：併設診療科

図29

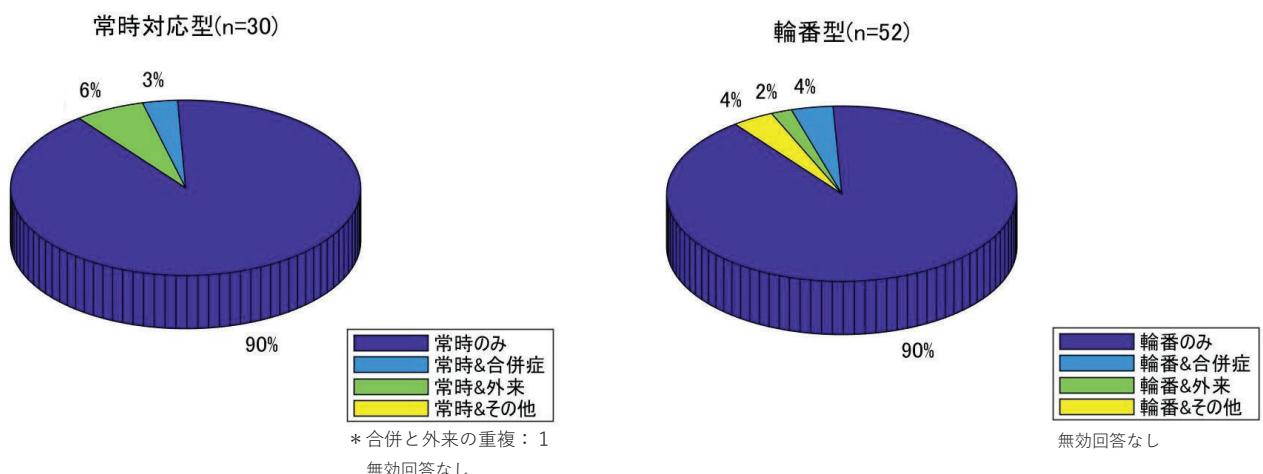
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問8：時間外入院の主な受け入れ先病棟

図30

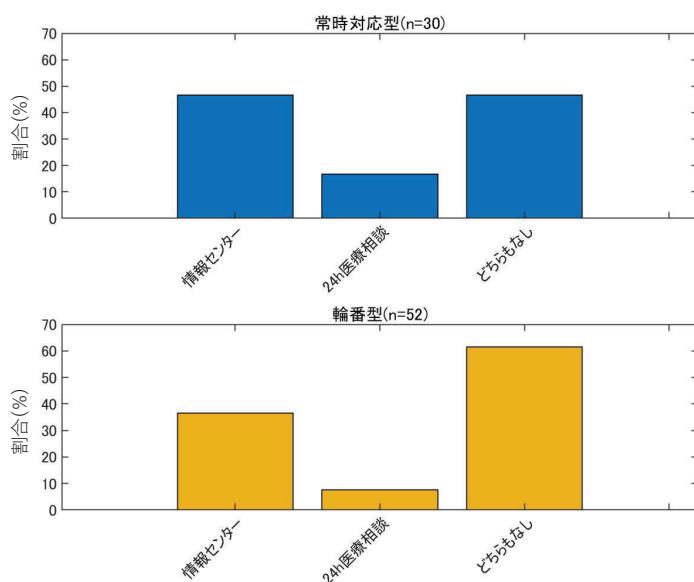
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究(21GCO201)

設問10：整備事業による指定の内訳

図31

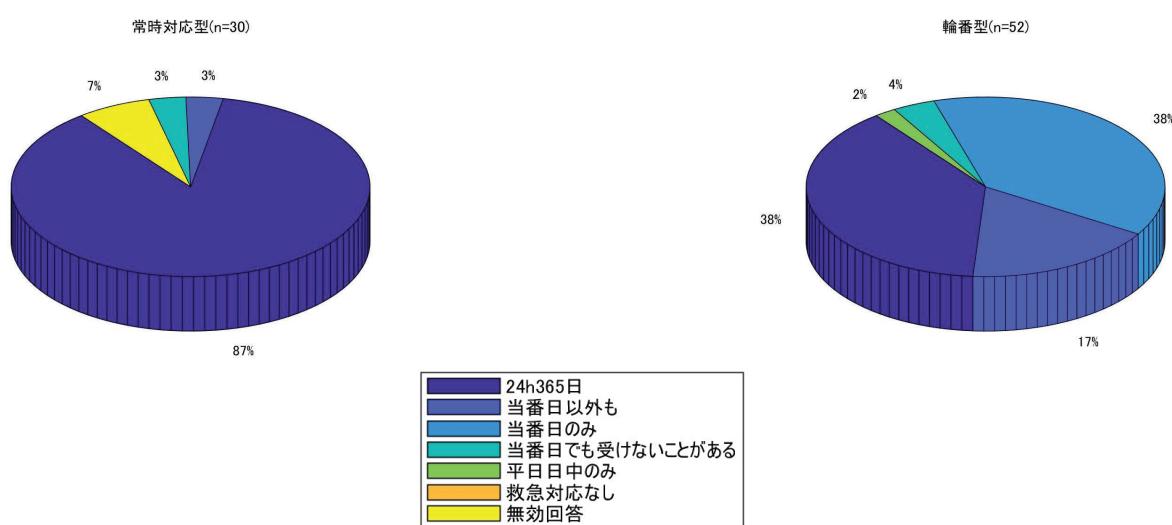
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究(21GCO201)

設問11：受診前相談事業の指定

図32

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

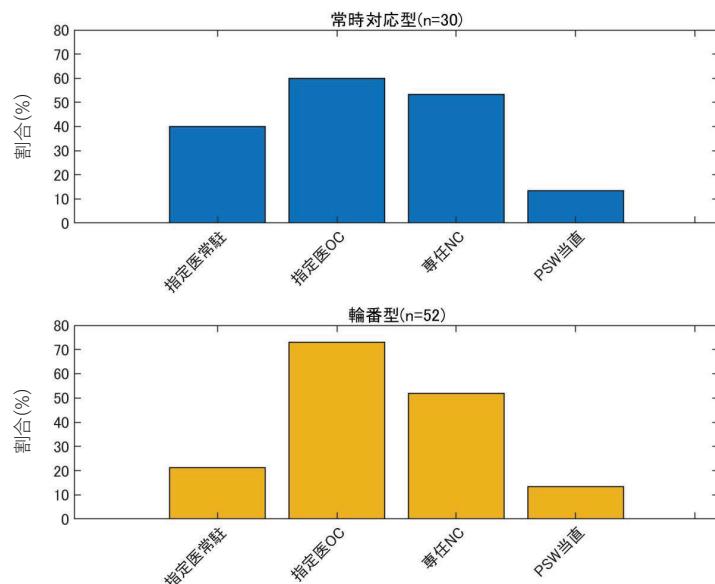
設問12：救急要請への基本姿勢

図33

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問13：時間外体制

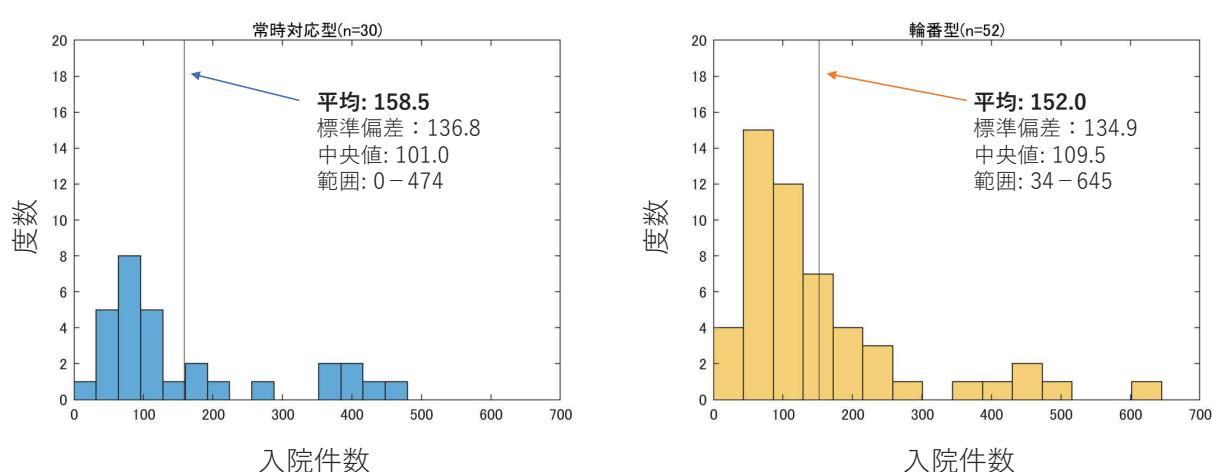
図34



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

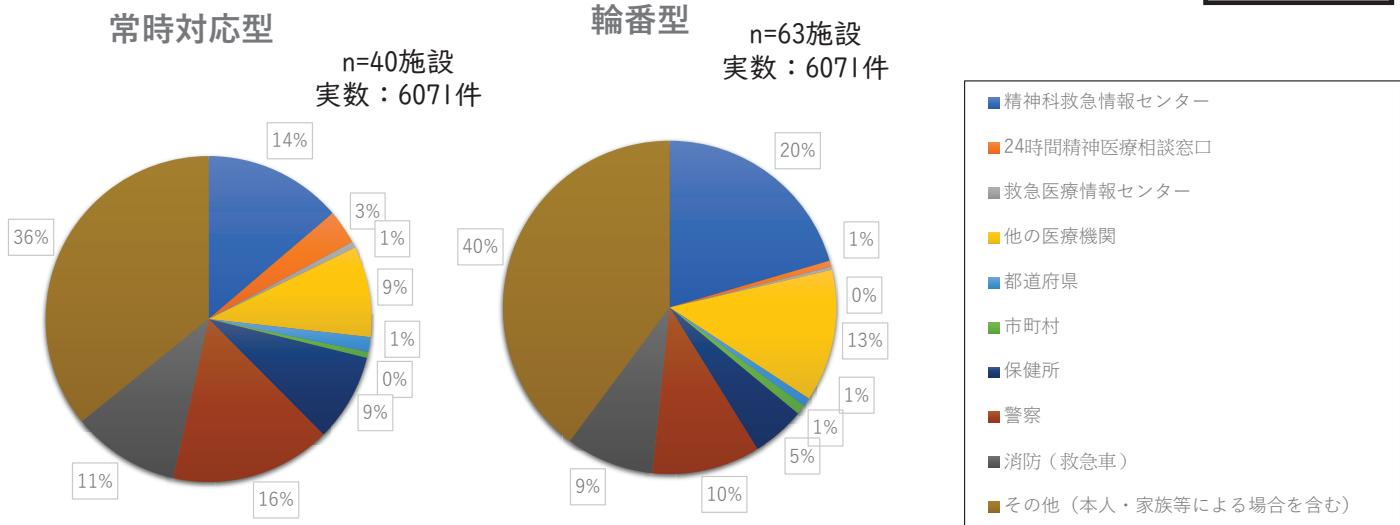
設問14：年間時間外入院件数

図35



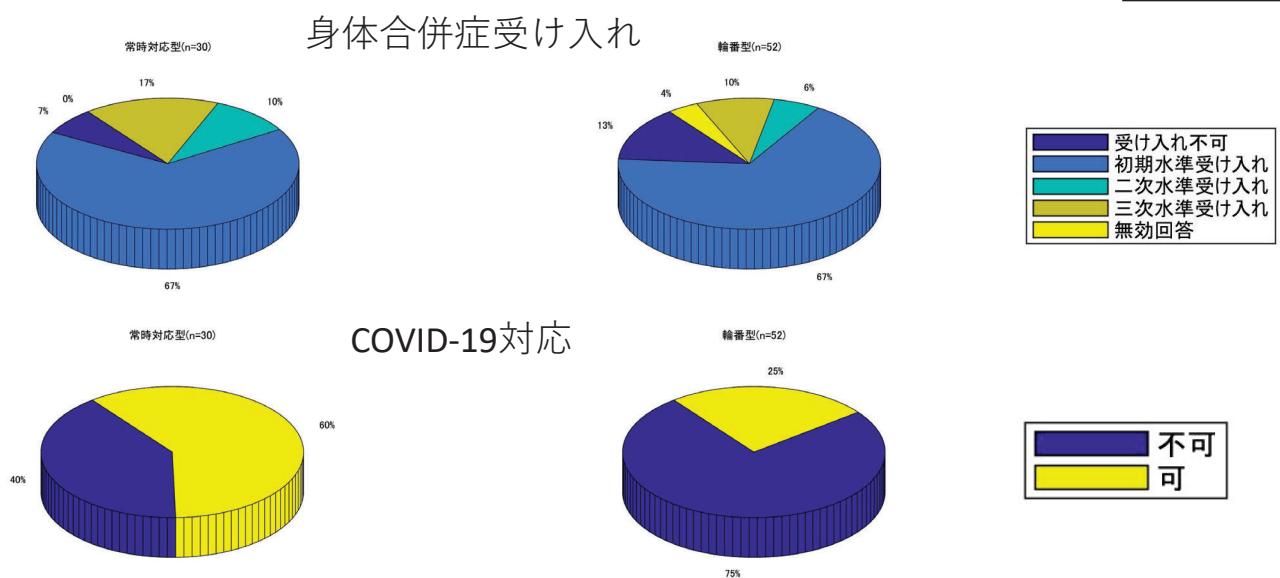
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問15：時間外入院の来院経路

図36

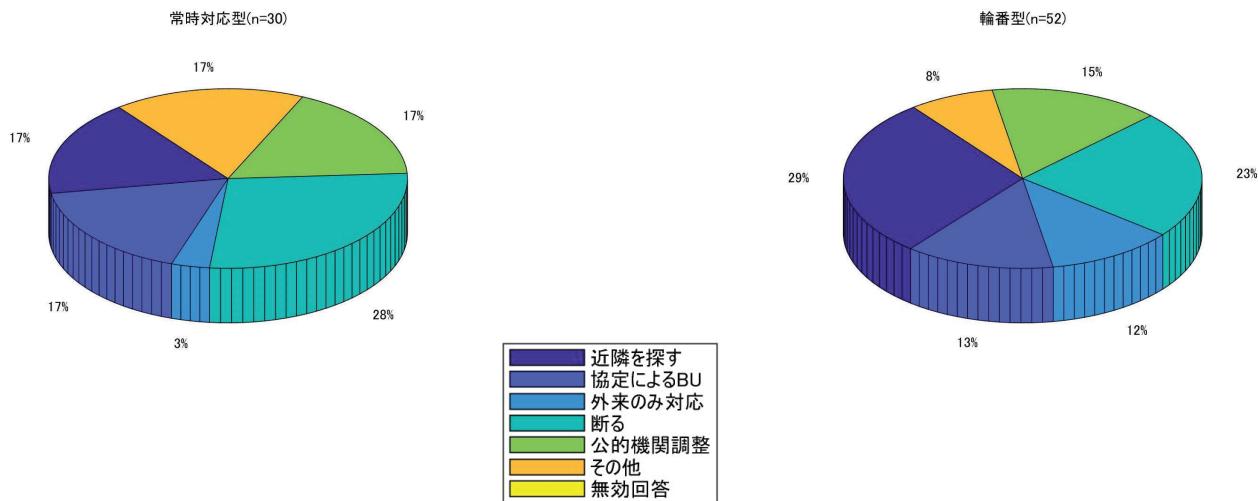
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問16：身体合併症対応

図37

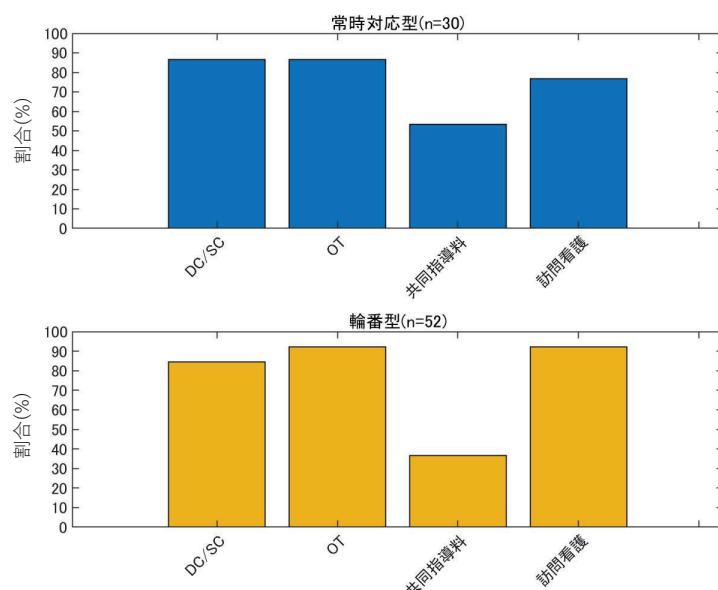
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問17：満床時の対応

図38

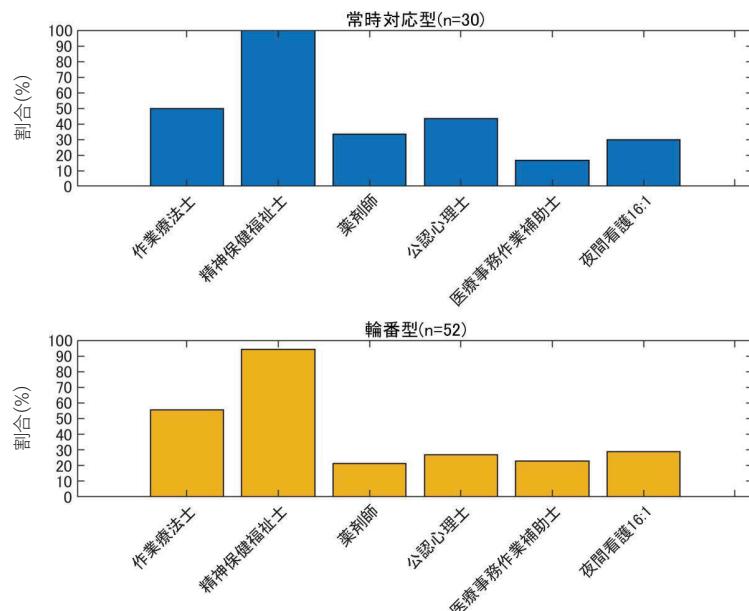
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問18：退院に向けた取り組み

図39

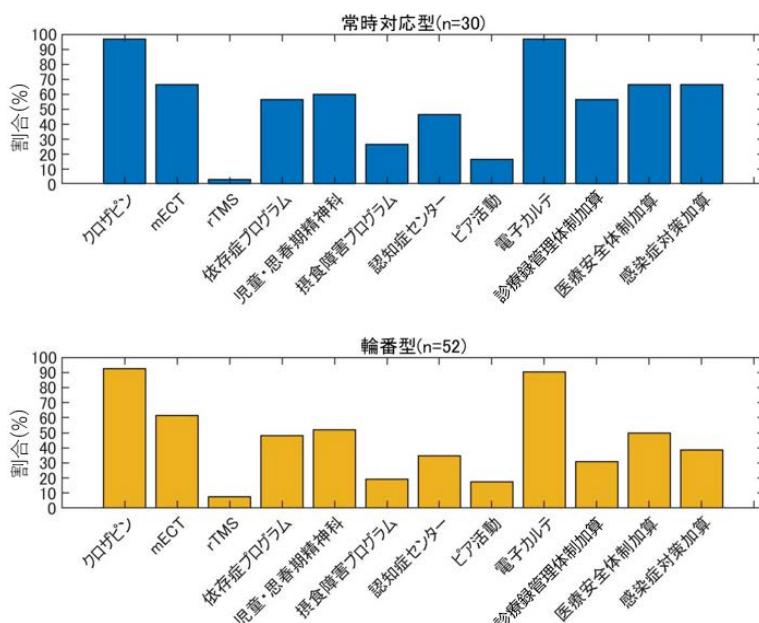
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問20：コメディカル職員の病棟配置

図40

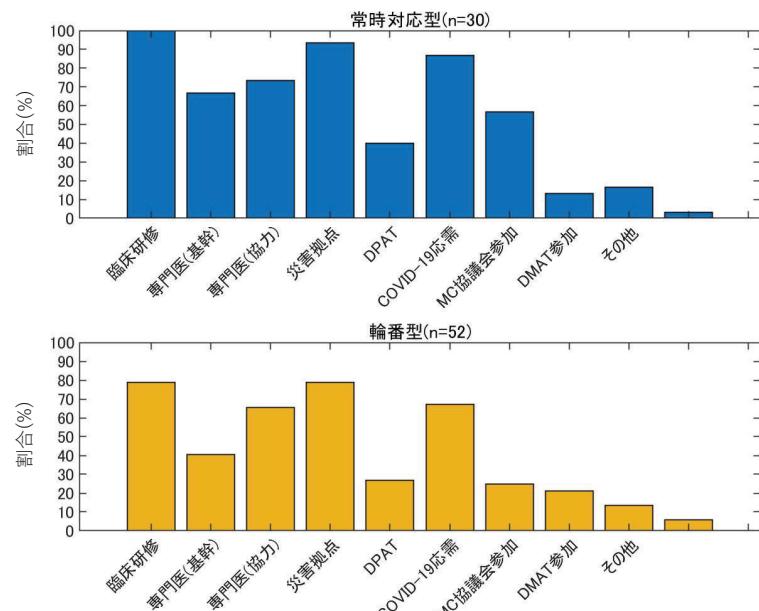
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問21：専門的な診療機能

図41

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GCO201)

設問22：社会貢献機能

図42

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21GCO201）

2021年6月1日

病院長各位

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部客員研究員
日本精神科救急学会 理事長
公益財団法人復康会沼津中央病院 院長
杉山 直也

研究協力のお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さてこのたび、2021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）「精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究」（研究代表者：杉山直也）の分担研究「精神科救急医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化」のご協力をいただきたくご連絡を差し上げました。

2020年度に開催された「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて、精神科救急医療施設のうち常時対応型と病院群輪番型の機能分担が不明瞭である点が課題に挙げられました。このため、特に、地域の中核的なセンター機能を持つ精神科救急医療施設においては、常時対応型施設として求められる機能を明確にする必要があると考えております。本分担研究では、従来日本精神科救急学会が取り組んだ活動からの知見の蓄積等により、本課題に関する少なくない議論や見解等があることから、これらの見識を集約したうえ、本来常時対応型施設に求められる機能項目の候補をエキスパート・コンセンサスにより抽出し、各項目について全国の精神科救急医療施設を対象に実態を調査・照合し、均てん化に必要な項目を確定して常時対応型および病院群輪番型の機能を明確化することにより諸制度の連動性に資する所見を提供することを目的としております。調査へのご協力は任意であり、ご回答いただけない場合でも、貴院が不利益を被ることは一切ございません。本調査の結果は病院名が特定されない形で集計し、今年度の研究報告書に記載いたします。

つきましては、ご多忙中恐縮ではありますが、全国において精神科救急医療を日々実践されておられる先生方に、是非とも本研究へのご協力を賜りたく、お願ひ申し上げる次第です。

<調査手順>

- ① 調査期間は2021年6月1日～6月30日の1か月間です。
- ② 上記期間中に記入が完了した別紙1「精神科救急医療施設の機能に関するアンケート」を、同封の返信用封筒にて、2021年6月30日までにご返送ください。

謹白

【お問い合わせ（調査事務局）】
株式会社アクセライト
東京都文京区本郷3-5-4 朝日中山ビル5階
担当：及川
TEL：03-5801-0812
Email：survey-office5@accelight.co.jp

精神科救急医療施設の機能に関するアンケート

以下の設問に沿ってご回答ください。

なお、2020年度とは 2020年4月1日～2021年3月31日 です。

1. 貴病院名 ()
2. 設立母体 (一つだけ選択) 国立病院機構 自治体立・行政法人立等 民間法人立
3. 全精神科病床数 (床)
4. 精神科以外の病床 (床) **ない場合は0を記入**
5. 精神科以外の診療科 (複数回答可)

なし 内科 外科 整形外科 耳鼻咽喉科 眼科 脳神経外科 産婦人科
 泌尿器科 麻酔科 小児科 皮膚科 形成外科 リハビリテーション科
 放射線科 救急科 総合診療科 その他 ()
6. 貴院における紹介率と逆紹介率

不明の場合はチェックしてください。

紹介率 (%)
 逆紹介率 (%)
7. 精神病床の内訳 (複数回答可) (病床数 / 病棟数) 問8 (一つだけ選択)

<input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 (特定機能病院)	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料10対1	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料13対1	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料15対1	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料18対1	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神病棟入院基本料20対1	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神病棟特別入院基本料	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神科救急入院料1・2	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神科救急・合併症入院料	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料1	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟入院料2	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 精神療養病棟入院料	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 認知症治療病棟入院料1・2	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 児童・思春期精神科入院医療管理料	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 特殊疾患病棟入院料2	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟入院料	(/)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> その他 ()	(/)	<input type="checkbox"/>

☆ 精神科急性期医師配置加算 (医師16対1)

あり ありの場合、届け出病棟種別 () ()
8. 設問7のうち、時間外救急患者を主に受け入れている病棟を一つだけ選び、右側の□にチェックしてください。

9. 精神科救急医療体制整備事業について、都道府県等による貴院の指定状況（一つだけ選択）
- 指定されている ➔ 設問10へ
 指定されていない ➔ 設問10をスキップして設問11へ
10. 精神科救急医療体制における貴院の指定されている役割類型と当番日数（複数回答可）
- 常時対応型 (当番日の日数： 日／2020年度)
☆ 常時対応型を選択した場合、病院群輪番型と異なる点について（複数回答可）
 圏域に病院群輪番型の指定は無く、全例を応需する
 当番日が病院群輪番型より多い
 病院群輪番型のバックアップ応需を行う
 全例の初期対応を行って病院群輪番型に振り分ける
 特に病院群輪番型と異なる点はない
 その他 ()
- 病院群輪番型 (当番日の日数： 日／2020年度)
 合併症対応型 (当番日の日数： 日／2020年度)
 外来対応施設 (当番日の日数： 日／2020年度)
 その他 ()
11. 精神科救急医療体制事業に関する受診前相談における自治体からの貴院の指定状況（複数回答可）
- 精神科救急情報センター
 24時間精神医療相談窓口
 どちらにも指定されていない
12. 貴院における精神科救急診療（かかりつけ患者以外）の要請に対する対応（一つだけ選択）
- 24時間365日応需
 当番日以外でも要請があれば必ず受ける
 当番日のみ
 当番日でも受けることができない場合がある
 平日日中の診療時間内のみ
 時間内でも救急は対応していない
13. 「精神疾患に係る時間外、休日または深夜」（診療報酬施設基準より）における貴院の診療体制（該当する項目にチェック）※複数選択できますが指定医の常駐とオンコールは両方選択できません。
- 全ての日、全ての時間帯に指定医が常駐している
 オンコール体制により常に指定医が診療できる体制としている
 夜間休日の救急受診に対応できる病棟勤務以外の看護師を配置している
 夜間休日の救急受診に対応する精神保健福祉士を配置している

14. 2020年度の「精神疾患に係る時間外、休日または深夜」（診療報酬施設基準より）における貴院の入院の件数（実数 件）

15. 上記（設問14）のうち、主たる来院経路（一つだけ選択）

※ 経路が複数の場合も1事例1項目でカウントすること（合計が14の件数となります）

- | | | |
|---|--------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 精神科救急情報センター | (実数 件) | 合計が設問14の件数となります |
| <input type="checkbox"/> 24時間精神医療相談窓口 | (実数 件) | |
| <input type="checkbox"/> 救急医療情報センター | (実数 件) | |
| <input type="checkbox"/> 他の医療機関 | (実数 件) | |
| <input type="checkbox"/> 都道府県 | (実数 件) | |
| <input type="checkbox"/> 市町村 | (実数 件) | |
| <input type="checkbox"/> 保健所 | (実数 件) | |
| <input type="checkbox"/> 警察 | (実数 件) | |
| <input type="checkbox"/> 消防（救急車） | (実数 件) | |
| <input type="checkbox"/> その他（本人・家族等による場合を含） | (実数 件) | |

16. 身体合併症に対する基本対応

16-1 自院で対応する場合の身体合併症の対応範囲（一つだけ選択）

- 身体合併症はどのような患者も受け入れできない
- 初期救急水準なら受け入れる（入院の必要がなく帰宅可能な軽症患者）
- 二次救急水準まで受け入れる（入院治療を必要とする重症の救急患者）
- 三次救急水準（初期や二次では対応できない重症及び複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者）でも受け入れ可能

16-2 COVID-19などの感染症対応

- 対応可能

16-3 自院における身体科診療の対応体制（複数回答可）

- 総合病院であり院内併診等で対応する
- 精神科単科であり常勤の身体科医師が在籍している
- 精神科単科であり非常勤の身体科医師が在籍する日がある
- 院外の身体科医師が往診や対診に来る
- 在籍する精神科医師が一般科水準の身体科診療スキルを有す
- その他（ ）

16-4 他院に転院を依頼する場合の連携体制（複数回答可）

- 総合病院であり身体合併症を理由とした転院はほとんどない
- 転院先の身体科医師が往診に来て転院要否を判断する
- 協定等により転院体制の確保がある
- 転院後に自院の医師が連携先他院に往診に行く
- その他（ ）

16-5 平時からの圏域内身体科医療機関へのリエゾン精神科医師派遣

- あり 派遣先病院（ ）

17. 確保病床が患者受入により満床となった場合の対応（主なもの一つだけ選択）
- 近隣の受け入れ可能な医療機関を探して紹介する
 - 協定で定められたバックアップ医療機関への案内や紹介
 - 外来診察として応需し、日中に入院先を探す
 - 原則受け入れを断る
 - 公的な調整機関に調整を依頼する
 - その他（ ）
18. 入院患者の退院に向けた対応状況（複数回答可）
- デイケア・ショートケア・ナイトケアの実施
 - 作業療法の実施
 - 精神科退院時共同指導料1・2の算定
 - 自院での訪問看護実施や訪問看護事業所の運営
19. 2020年度の貴院における退院後支援の実施
「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」に則ったもの
ガイドラインに則った「会議」の実績（ 件）
精神科措置入院退院支援可算の算定（ 件）
20. 救急患者受入病棟へのコメディカル職員の配置（専従又は専任、複数回答可）
- 作業療法士
 - 精神保健福祉士
 - 病棟薬剤師
 - 公認心理師（臨床心理士含む）
 - 医師事務作業補助者
 - 夜間看護師16対1配置
21. 各診療機能の実施状況（複数回答可）
- クロザピン
 - mECT（修正型電気けいれん療法）
 - rTMS（経頭蓋磁気刺激療法）
 - 依存症治療プログラム
 - 児童・思春期精神科の診療
 - 摂食障害治療プログラム
 - 認知症疾患医療センターの指定
 - ピア活動：内容（ ）
 - 電子カルテ導入
 - 診療録管理体制加算
 - 医療安全体制加算1・2
 - 感染対策加算1・2

22. 社会貢献（複数回答可）

- 臨床研修指定病院（協力型可）
- 専門医制度 専門研修プログラム（基幹）
- 専門医制度 専門研修プログラム（協力）
- 医療観察法指定通院機関
- 災害拠点精神科病院の指定
- DPATチームの登録
- COVID-19受け入れ医療機関
- 地域のメディカル・コントロール協議会への参画
- DMAT連絡協議会への参画
- その他（ ）

設問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。

資料2

事務連絡
2021年6月1日

病院長 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

精神科救急医療施設の機能に関するアンケート調査について（協力依頼）

精神保健医療福祉の推進につきまして、日頃からご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省では、2021年1月に取りまとめた「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書を踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科救急医療体制整備を図ることができるよう、必要な検討を進めることとしています。

本アンケート調査では、報告書も踏まえ、精神科医療施設の役割や機能にかかる基礎資料を得ることを目的として、2021年度厚生労働科学研究「精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究」（研究代表者：沼津中央病院 杉山直也）において実施するものとなりますので、貴院における特段のご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願ひします。

なお、本アンケート調査に係る問合せについては、以下の調査事務局までご連絡いただくようお願ひいたします。

【お問い合わせ（調査事務局）】

株式会社アクセライト

東京都文京区本郷3-5-4 朝日中山ビル5階

担当：及川

TEL：03-5801-0812

Email：survey-office5@accelight.co.jp

【厚生労働省担当課】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

令和3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
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21G C 1010）
分担研究報告書
精神科救急医療体制整備事業の実績調査、評価基準の開発
およびガイドライン作成

研究分担者 平田豊明 (*1)

研究協力者 兼行浩史 (*2)、来住由樹 (*3)、塙本哲司 (*4)、橋本聰 (*5)、花岡晋平 (*1)、
藤田潔 (*6)

*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 藤田こころケアセンター桶狭間病院

【研究要旨】

目的) 精神科救急医療体制整備事業（以下、「整備事業」ないし「本事業」と略記）の運用状況を分析して、同事業の評価基準を開発し、運用ガイドラインを作成すること。これを全国の自治体にフィードバックして、精神科救急医療の均てん化に資すること。

方法) (1)都道府県から国に報告された令和2年度（2020年度）の整備事業の年報や精神保健福祉資料、衛生行政報告例等の公開統計を集計・分析した。(2)都道府県および政令市を対象として、精神科救急事業および受診前相談事業の運用に関するアンケート調査を実施した。(3)以上の結果を統合して、精神科救急医療関連の情報を都道府県単位で統合した全国マップを作成した。(4)専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力と有識者協議により、平成28年度（2016年度）の厚生労働科学研究報告で示された「精神科救急医療体制の整備に係る手引き」および「評価および整備のための基準」を改定して、精神科救急医療体制の整備と運用のための新たなガイドラインおよび整備状況の達成度を評価するための評価シートを作成した。(5)本事業を担当する自治体担当者に対する研修会を開催して、本研究の成果をフィードバックし、各地の現状を意見交換するためのワークショップを開催した。(6)以上の研究結果を総合して、本事業の新たな評価シートを作成した。

結果) (1)都道府県による年報を集計し、表1に一覧表示した。これによれば、2020年度の整備事業では、全国に149の精神科救急医療圏が設定され、1,156施設（うち有床施設1,075、無床施設81）の精神科救急医療施設が指定されていた。ここに年間3,5486件（人口100万に対して1日当たり0.79件）の受診があり、その48.8%に当たる17,317件（同0.38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。大都市圏を中心に精神科三次救急（緊急措置・措置・応急入院）が24.8%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は2016年度をピークに減少した。また、措置入院の50.8%が精神科救急事業において

て執行されていた。これらの結果のいくつかを図1～図10に可視化した。(2)アンケート調査には61自治体(44都道府県、17政令市)から回答があった。一部の受診前相談事業を除くと政令市の事業は都道府県と一体的に運用されていたため、調査結果は44の都道府県別に集計し(資料1および資料2)、主な結果を可視化した(図11～図37)。(3)以上の研究結果に国の公表データを加え、都道府県単位で精神科救急医療施設の分布図および精神科救急医療に関する指標を一覧表示して全国比較が容易な情報マップ「全国精神科救急医療マップ2020」(暫定版)を作成した(資料3)。(4)専門学術団体(日本精神科救急学会)の協力と有識者協議により、2016年度の「精神科救急医療体制の整備に係る手引き」および「評価および整備のための基準」を改訂して、「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン2022」(資料4)および「達成度評価シート」を作成した。(5)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の主催により、2022年2月5日、全国の都道府県および政令市の本事業担当者を対象とした研修会がオンライン形式で開催され、29都道府県と9政令市から46人の参加があった。この研修会では、上述の研究結果を解説したのち、資料4のガイドラインに沿ってワークショップ形式で各地の現状報告や意見交換が行われた。80%の参加者から研修内容に満足との回答があった。また、研修会の終了後には達成度評価シートの自己評価結果が寄せられた(表2)。

考察) (1)精神科救急医療体制整備事業は、精神科救急事例を鋭敏に感知して、重症例を良質の医療が提供できる病院に確実につなげるといった中核的な機能を、公共事業としての包括性や透明性を客観評価ができる基盤的機能が支える構造をもっている。(2)①本事業の中核的機能は、受診前相談の感受性、重症例を確実に医療につなぐ責任性、良質な医療を提供できる医療の質といった要素に分節して評価できる。基盤的機能は、多機関連携の水準を示す包括性、事業の客観評価を可能にする客観性、事業内容を公表して検証できる透明性という要素に分節化できる。②以上の観点に基づいて、表2の評価シートに全国マップ(資料3)に掲載された指標のいくつかをベンチマーク指標として追加し、本事業の客観評価を容易にする新たな「精神科救急医療体制整備事業の評価シート2022」(表3)を作成した。この評価シートや全国精神科救急医療マップを自治体内で共有し、国が主催する研修会で他の自治体との意見交換を行うことによって、本事業の持続的な均てん化が担保されると考えられる。

結論) 精神科救急医療体制を地域包括ケアシステムに位置づけ、均てん化するためのツールとして、「全国精神科救急医療マップ2020」(資料3)、「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン2022」(資料4)および「精神科救急医療体制整備事業の評価シート2022」(表3)の3点を作成した。これらを活用して各自治体が本事業を自己評価して関係者で共有し、全国研修会で自治体相互の意見交換が継続されるならば、本事業は着実に均てん化されて行くと思われる。今後、全国マップは毎年アップデートされ、ガイドラインと評価シートも制度的手直しを契機に改定されて行くべきである。

A. 研究の背景と目的

1995 年に国庫事業として開始された精神科救急医療体制整備事業（以下「整備事業」もしくは「本事業」と略記）は、その後、常時対応型施設や精神科救急情報センター、精神医療相談窓口などの構成要素が追加され、2012 年には精神保健福祉法第 19 条の 11 で都道府県による精神科救急医療体制の整備努力が義務付けられた。

2020 年度には、今後の精神科医療の指針を検討する「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構想に係る検討会」が開催され、その中で「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」も編成されて、整備事業が地域包括ケア構想に位置づけられることとなった¹⁾。

こうした政策的な流れに連動して、診療報酬制度上には精神科急性期治療病棟入院料（1996 年）、次いで精神科救急入院料（2002 年）が新設された。2008 年度には救急入院料が大幅に増額され、認可施設の増加が加速された。これを受け、整備事業における常時対応型施設は、原則として精神科救急入院料の認可を受けることとなった。

そして、2022 年 4 月の診療報酬改定では、急性型の包括入院料が再編され、本事業における施設類型に応じて診療報酬が加算されることとなった。すなわち、本事業への関与のあり方が、病院経営に直結することとなった。

このように、地域精神科医療の進展にとって、整備事業の均てん化（水準向上を伴う平準化）という課題が、これまでになく重要性を増している。「地域の実情に応じて」整備されればよいとされてきた本事業

が「地域の実情を変える」段階に入ったといってもよい。

一方、整備事業を系統的にモニタリングする厚生労働科学研究は 2004 年度から継続されており、都道府県から国に報告される本事業の年報を解析して、事業の意義や課題を指摘してきた。2016 年度には、それまでの研究を総括して、「精神科救急医療体制を整備するための手引き」（以下「手引き」と略記）および本事業に係る「評価および整備のための基準」（以下「評価基準」と略記）が作成された²⁾。

今年度の研究では、最近の精神科救急医療をめぐる動向の急流化を踏まえ、整備事業のモニタリングに加えて、全国の都道府県・政令市を対象とした本事業の運用実態に関するアンケート調査を実施した。それらの結果に基づいて、精神科救急医療に関する全情報を都道府県単位で統合した「全国精神科救急医療マップ 2020」を作成し、専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力と有識者協議により、2016 年度の「手引き」と「評価基準」を見直して、本事業の新たな運用ガイドラインと評価基準を提示することとした。

B. 研究方法

1. 整備事業年報等の分析

都道府県から厚生労働省に提出された令和 2 年度（2020 年度）の整備事業年報を集計し、衛生行政報告例や精神保健福祉資料のデータも加味して、わが国の精神科救急医療の動向を分析した。

2. 整備事業の運用実態に関するアンケート調査

2021年8月、全国の都道府県および政令市の整備事業担当者に対して、**資料1**および**資料2**に示した調査票を送付し、本事業の運用実態に関するアンケート調査を実施した。

3. 全国精神科救急医療マップの作成

以上の調査研究結果に公表統計のデータを加え、精神科救急医療に関する都道府県ごとの情報と精神科救急医療施設の分布図を1シートに統合した全国精神科救急医療マップ2020（以下「全国マップ」）を作成した。分布図の作成に当たっては、地理情報分析支援システムMANDARA 10（バージョン10.0.1.6：
<https://ktgis.net/mandara/download/index.html>）を採用し、総務省統計局による統計でみる市区町村のすがた2021（<https://www.stat.go.jp/data/sugata/index.html>）のデータを引用した。

4. 整備事業運用のための新たなガイドラインの作成

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」の報告書を踏まえ、専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力と有識者協議により、2016年の「手引き」を改訂して、「精神科救急医療体制の整備と運用に関するガイドライン」とその達成度を評価する評価シートを作成した。

5. 精神科救急医療体制の整備に係る研修会の開催

全国の自治体における整備事業の担当者を対象として、オンライン形式による研修会を開催し、今年度の研究の成果を解説す

るとともに、ワークショップ形式で本事業の運用に関する意見交換を行った。

終了後には、研修会のあり方に関するアンケート調査および新たなガイドラインの達成度を評価するシートに沿って各自治体の整備事業を自己評価してもらった。

6. ベンチマーク指標を加味した新たな達成度評価シートの作成

全国マップの指標から本事業の達成度の目安となるベンチマーク指標を選択し、本事業の達成度を客観評価できる新たな評価シートを作成した。

（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. 精神科救急医療体制整備事業の運用実績

令和2年度（2020年度）の整備事業に関する各都道府県からの年報を集計し、主要な指標を都道府県単位で**表1**に一覧表示した。また、衛生行政報告例から措置入院の動向を調査した。以下、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

（ア）精神科救急医療圏域

各都道府県の精神科救急医療圏域数は表1のように設定されていた。国は本事業の実施要綱において、複数の精神科救急医療圏域を設けて圏域ごとの体制整備を図るよ

う求めているが、医療資源の分布などの状況に応じて独自に設定することを認めていたため、12 圏域が設定されている自治体（千葉県）がある一方、11 の県（23.4%）では全県が 1 圏域となっている。

（イ）精神科救急医療施設

表 1 によれば、精神科救急医療施設は、全国で 1,156 施設、診療所を除くと 1,075 施設が指定されていた。

整備事業の実施要綱が定める 4 つの類型では、表 1 に見るように、輪番型の施設が 87.4% を占めていた。なお、4 つの類型のいくつかを兼ねる施設があるため、施設総数 1,237 は実数 1,156 よりも多くなっていた。外来対応型、すなわち一次救急にのみ対応する輪番病院もある。診療所 81 か所のうち 80 か所が、埼玉県と東京都に集中していた。

あらゆる精神科救急ケースや入院形式に常時対応できる常時対応型施設は 63 カ所（5.4%）にとどまっており、千葉県の 13 施設が突出している。一方、半数近い 21 自治体ではこのタイプの施設が指定されていない。1 施設のみの指定にとどまっている自治体も 15 ある。なお、常時対応施設は精神科救急入院料認可施設を原則としているが、厳密な定義はない。救急入院料認可施設が 10 か所以上に上る愛知県、大阪府、福岡県では常時対応施設の認可がないという捻れも見受けられた。

表 1 の医療施設分類によれば、22 の大学病院と 104 の総合病院が本事業に参画しており、このうちの 21 施設が本事業における合併症型の精神科救急医療施設に指定されていた（合併症対応施設 44 のうち 27 施設は北海道に偏在していた）。ただし、

精神科救急合併症入院料を認可されている施設（2020 年度は全国で合計 11 施設）は 3 施設しか含まれていないなど、やはり、本事業における施設類型と診療報酬による入院料認可が連結していない。

なお、年報の原表で「その他の病院」とされる施設は、精神科を主体とする病院のため、表 1 では「精神科専門病院」と表記した。

（2）受診前相談

整備事業の実施要綱では、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都道府県単位で調整する機能を担うとされている。後者は、それ以外の電話や来所相談にも対応する窓口で、複数地点での設置が可能である。

なお、これらの受診前相談事業は、令和 2 年（2020 年）度より、整備事業から「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」へと組み込まれている。

（ア）精神科救急情報センター

表 1 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）が設置されていない自治体は 2 か所とされているが、設置されていながら実績報告がない自治体もある。情報センターの 2020 年度における相談件数は 70,386 件で、このうち緊急性の指標となる受診先の紹介件数は 24.5% に当たる 17,230 件であった。

情報センターへの相談件数は、人口（2020 年 10 月 1 日現在）100 万人当たり

1日 1.53 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 34 カ所と報告されているが、表 1 に見るように、実績が報告されているのは 25 自治体のみであった。今回のアンケート調査によれば、18 自治体では精神医療相談の窓口と情報センターの電話回線が同じであり、実質上一体的な運用がなされていた。

2020 年度、精神医療相談事業による相談件数は、100,457 件、受診紹介は 8,677 件 (8.6%) であった。相談件数の多い自治体順に並べると図 2 のようになる。

(3) 受診および入院の状況

(ア) 受診件数

表 1 によれば、2020 年度、精神科救急事業の利用件数（受診件数）は 35,486 件（人口 100 万人当たり 1 日 0.79 件）であった。その 48.8%に当たる 17,317 件（同 0.38 件）が入院となっていた。

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。また、近年の推移を図 4 に示した。

(イ) 入院件数

入院形式では、表 1 に見るように、緊急措置入院が 2,028 件（入院件数の 11.7%）、措置入院が 1,638 件 (9.5%)、応急入院が 628 件 (3.6%)、医療保護入院が 9,482 件 (54.7%)、任意入院が 3,311 件 (19.1%)、その他が 232 件 (1.3%) であった。

緊急措置入院、措置入院、および応急入院を本報告書では精神科三次救急と称するが、その比率は 24.8%、これに医療保護入院を加えた非自発入院の比率は 79.5% 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 5 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、自治体の整備事業の組み方によって、入院形式の配分比率もばらつくことが推測された。

(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 6 である。図 3 では受診件数や入院件数には関連性が見えないが、図 6 では、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 6 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、三次救急の比率が高い東京都、神奈川県、大阪府、福岡県といった大都市圏の自治体がここに含まれるが、例外もある。

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、入院ケースでも任意入院の比率が高い傾向にある。また、鳥取県、青森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、受診前のトリアージの緩いアクセス体制となっていることが推測される。

これを裏付けるのが、入院率（縦軸）と受診前相談での紹介件数が受診件数に占める比率（横軸）との相関を示した図7である。横軸が100%を超える自治体では、受診前相談で紹介となった患者よりも受診件数が少ない。図7は緩い正の相関を示している。すなわち、受診前相談を経由した事例の比率が低い自治体ほど（受診前相談の関与度が低いほど）入院率が低い（重症例にトリアージされない）傾向にあるということである。

（4）措置入院の動向

（ア）申請・通報処理状況の推移

衛生行政報告例（https://www.estat.go.jp/estat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469&result_page=1）から申請・通報の内訳と措置決定件数を集計し、年次推移を図8に示した。2000年以降、警察官通報を中心とした通報件数が急増し、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、措置入院の運用に関するガイドラインが提示され、警察官通報の発出基準が見直されたためと思われる。

（イ）通報処理の地域差

表1によれば、2020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3,666件であるから、同年度の衛生行政報告例に見る年間の新規措置入院7,220件の50.8%が整備事業において施行されていたことになる。ただし、図5に見るようく、措置入院が本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、2020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9に表示した。25,175件の申請・通報のうち6割近くが行政によって措置診察不要とされ、措置決定となるのは申請・通報の3割未満にすぎないことがわかる。

図9に見るように、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。通報等の処理状況を人口10万人あたりに換算すると、図10のように、措置診察不要件数の地域差がさらに拡大する。すなわち、措置入院の運用にはローカル・ルールのあることが示唆される。

2. 精神科救急事業の運用実態に関するアンケート調査

今回のアンケート調査には61自治体（44都道府県、17政令市）から回答があった。一部の受診前相談事業を除くと、政令市の事業は都道府県と一体的に運用されていたため、調査結果は44の都道府県別に集計した（資料1、資料2）。回答結果のうち括弧内に示した数値は、「その他」を選択した場合のコメントから、実質的には他の選択肢に該当すると思われるものをその選択肢に振り分けた修正値である。以下の説明やグラフ化には修正値を用いた。

（1）精神科救急事業の概要

（ア）運営要綱（実施要綱）

回答のあった44都道府県のうち、整備事業の運営要綱に当たる文書がないと回答

した自治体が 3 あった。国の実施要綱に準じて事業がおこなわれていると推測されるが、公金が支給される公共事業において取り決め文書がないことには疑問がある。

(イ) 措置通報の処理業務

夜間・休日における警察官通報等の処理業務が整備事業に組み込まれているとの回答は 19 (43.2%)、本事業とは独立しているとの回答が 25 (56.8%) であった（図 11）。

夜間・休日の通報受理が特定窓口に集約されているとの回答が 12 (27.3%)、保健所等に分散しているとの回答が 30 (68.2%)、その他（全県を 3 班に分けて受理する、情報センターで通報を受理するが事務処理は行政で行う）が 2 (4.5%) であった（図 12）。

(ウ) 運用時間

本事業の運用時間帯は 24 時間 365 日との回答が 16 (39.0%)、24 自治体 (58.5%) は夜間・休日の運用、夜間は 22 時までとしている自治体が 1 あった（図 13）。

(エ) 本事業の対象

本事業の補助金支給対象を受診前相談を経由した事例に限定しているとの回答が 9 (20.5%)、警察・消防・行政経由事例も含める自治体が 6 (13.6%)、そのような取り決めはなく受診病院の判断に任せているとの回答が 25 (56.8%)、その他（直接受診事例も含む、補助金は支給しない）が 4 (9.1%) であった（図 14）。

かかりつけ病院がある事例はそこを受診することになっているとの回答が 30 (68.2%)、受診病院の判断に委ねるとの回答が 12 (27.3%)、その他（その時の状況により判断、情報センターを経由して救急病院

につなげる）が 2 (4.5%) であった（図 15）。

自院通院患者が救急担当病院を受診した場合は本事業の対象外とする回答が 9 (20.5%)、受診病院の判断に委ねるとの回答が 33 (75.0%)、その他（その時の状況により判断、情報センターを経由して救急病院につなげる）が 2 (4.5%) であった（図 16）。

(オ) バックアップ体制

当日の輪番病院が受け入れ困難な場合に、常時対応型施設などの基幹的病院がバックアップするという回答が 22 (50.0%)、情報センターが調整するとの回答が 10 (22.7%)、病院間で調整するとの回答が 8 (18.2%)、その他（保健所が調整など）が 4 (9.1%) であった（図 17）。

(カ) 実績集計と補助金分配

自治体が本事業の実績を集計しているとの回答が 39 (88.6%)、精神科病院協会などの団体に委託しているとの回答が 5 (11.4%) であった。

補助金分配を自治体が行うとの回答が 33 (75.0)、他団体への委託が 10 (22.7%)、その他（補助金は支給せず）が 1 であった。

(キ) 身体合併症対策

身体合併症対策が運営要綱に明記され、作業部会などもあるとの回答が 7 (15.9%)、要綱に明記されているが作業部会などはないとの回答が 17 (38.6%)、要綱に明記されてはいないが一定の取り決めがあるとの回答が 10 (22.7%)、そのような取り決めもないとの回答が 9 (20.5%)、その他（一部地域で一般病院との連携あり）が 1 (0.3%) であった（図 18）。

身体救急と精神科救急の連携に関しては 19 自治体から回答があり、両関係者による定例研修会があるとの回答が 3 (15.8 %)、身体救急の会合に精神科救急関係者が参加しているとの回答が 8 (42.1%)、その他が 8 あった（うち 5 自治体は、本事業の連絡調整委員会に身体救急関係者が参加、ほかは提携の一般病院との協議）（図 19）。

（ク）連絡調整委員会

連絡調整委員会や作業部会、研修会などの開催数は図 20 に示した通りであった。0 回が多いのは新型コロナ感染症の蔓延のため開催しなかったとの回答が多いためである。

連絡調整委員会への参加団体（重複あり）は図 21 に示した通りであった。受診前相談機関の参加ありとの回答が 13 自治体 (29.5%) にとどまっていることには疑問がある。

（2）受診前相談事業の概要

（ア）精神科救急情報センター

情報センターを設置していると回答した自治体は 41 (93.2%) あり、政令市独自に運営しているとの回答が 2、都道府県と政令市の共同運営が 11 あった。未設置は 3 自治体 (6.8%) にとどまった（図 22）。

医療機関内への設置との回答は 23 (52.3%)、医療機関外が 15 (34.1%)、その他（日中は保健所、夜間は病院。非公開）が 3 (6.8%) あった（図 23）。

医療機関内にある情報センターでは、自院通院患者の電話を同じ回線で受けているとの回答が 25 か所中 6 (24.0%)、別の回線で受けているとの回答が 19 (76.0%)

であった（図 24）。

電話番号の公開範囲は図 25 に示した通りであった。その他の内訳は、保健所、市町村、救急告示病院、産婦人科などであった。

自治体が情報センターを運営しているとの回答が 21 (51.2%)、他団体委託が 20 (48.8%) あった（図 26）。

精神保健福祉士などの専門職が常時電話対応しているとの回答が 34 (82.9%)、常時対応できない時間帯があるとの回答が 5 (12.2%)、非専門職が対応との回答が 2 (4.9%) あった（図 27）。

医師による助言体制が常時あるとの回答が 24 (58.5%)、時間帯によってありとの回答が 8 (19.5%)、助言なしとの回答が 10 (24.4%) あった（図 28）。

情報センターの運用時間帯は、24 時間 365 日との回答と夜間休日との回答が同数の 17 (41.5%) あり、夜間は 22 時まで、年末年始のみなどの時限的運用が 7 (17.1%) あった（図 29）。

救急受診が必要と判断される事例について、当日の当番病院もそれを支援する基幹的な病院も受け入れ困難と回答した場合、情報センターが非当番病院も含めて、全県で受診先を確保するとの回答が 19 (46.3%)、そこまでの機能はなく翌朝まで待つてもらう場合もあるとの回答が 21 (51.2%)、その他（県立病院が必ず受け入れる取り決め）が 1 あった（図 30）。

（イ）精神医療相談事業の概要

精神医療相談事業が行われている自治体は 29 (69.0%) あり、2 か所は政令市が独自に運営しているとの回答があった。また、2 か所の窓口のある自治体が 1、4 か

所の窓口のある自治体が 1 あった（図 31）。未設置自治体は 13 であった。

ただし、情報センターと同じ場所と回線の窓口が 18 (56.3%) あり、一体的な運用がなされていると推測された。情報センターと同じ場所だが別回線の窓口は 7 (21.9%)、情報センターと別の場所に設置されている相談窓口は 7 自治体であった（図 32）。

運用実績の集計が情報センターと一体的との回答も 16 (64.0%) あり、別集計がなされているとの回答 9 (36.0%) を上回った（図 33）。

精神医療相談事業の運用主体が自治体との回答は 9 (30.0%)、他団体との回答が 21 (70.0%) あった（図 34）。

専門職が常時対応しているとの回答は 22 (78.6%)、対応できない時間帯もあるとの回答が 4 (14.3%)、専門職が対応していないとの回答が 2 (7.1%) あった（図 35）。

医師による助言が常時可能との回答は 20 (62.5%)、助言が受けられない時間帯があるとの回答が 5 (15.6%)、助言なしとの回答が 7 (21.9%) あった（図 36）。

運用時間帯については、24 時間 365 日との回答が 14 (46.7%)、夜間・休日が 12 (40.0%)、22 時までなどの時限的運用が 4 (13.3%) あった（図 37）。

3. 全国精神科救急医療マップ 2020

ここまでに得られた情報を都道府県単位で集約し、地図作成ソフトによって作成した精神科救急医療施設の分布図を加えたのが、資料 3 に示した「全国精神科救急医療マップ 2020」（以下「全国マップ」と略

記）である。本報告書の作成段階では、欠損データが残されていたため、暫定版を提示するにとどまった。できるだけ早い時期に確定版を作成し公表する予定である。

全国マップの分布図では、精神科救急医療圏域ごとの人口密度を 5 段階に色分けし（緑が濃いほど人口密度が低い）、精神科救急医療施設の所在地点を表示した。地図の下側に掲載した指標群は、精神科入院医療の全般に関する指標、空床確保事業（本事業）に関する指標、受診前相談事業に関する指標の 3 カテゴリーから成る。以下に全国マップの表示内容について説明する。

（1）精神科救急医療施設の分類

表 1 では、精神科救急事業に参加する医療施設を、医療法による分類に基づいて、大学病院、総合病院、精神科専門病院、診療所の 4 類型、本事業実施要綱による分類に基づいて、常時対応型、輪番型、合併症型、外来対応型の 4 類型に分類している。本事業で中心的な役割を期待される精神科救急入院料認可施設であるか否かを識別すると、精神科救急医療施設は $4 \times 4 \times 2$ の 32 タイプに分けられることになる。

しかし、この分類で表示しては、煩雑すぎて可視化の意義が低下する。診療所は東京都と埼玉県にほぼ限定されており、合併症型の施設は北海道に偏在している。これらの事情を考慮して、全国マップでは、施設を以下の 5 類型に分類して表示することとした。

★ 総合病院もしくは大学病院のうち精神科救急入院料を認可され、かつ常時対応型に指定された施設

☆ 総合病院もしくは大学病院のうち精神

科救急入院料を認可されているが、常時対応型に指定されてはいない施設

◆ 精神科専門病院のうち精神科救急入院料を認可され、かつ常時対応型に指定された施設

◇ 精神科専門病院のうち精神科救急入院料を認可されているが、常時対応型に指定されてはいない施設

● 上記以外の施設（精神科専門病院のうち精神科救急入院料の認可施設ではなく、常時対応型にも指定されていない施設）

（2）精神科入院医療の指標

全国マップでは、まず、国の公式統計で公表された精神科入院医療に関する都道府県別の指標を表示している。

（ア）病床数等

2020 年度精神保健福祉資料（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/keyword.html>）から都道府県別の精神科病床数と在院患者数を選択し、2020 年 10 月の人口（万人）で除した数値を掲載した。隣に全国平均を並べて、即座に比較ができるようにレイアウトしてある。

（イ）在院患者特性

在院患者の特性を表示するために、精神保健福祉資料から、診断構成比率として精神病性障害圏（ICD-10 分類の F2 群）と認知症を主体とする脳器質性障害圏（同 F1 群）の 2 指標、在院期間別の在院患者比率として 3 か月未満、3 か月から 1 年、1 年から 5 年、5 年超の 4 指標、年齢構成として 65 歳以上の在院患者比率を選択して掲載し、隔離と身体拘束患者の比率（2020 年 6 月 30 日時点）で精神保健指定医から隔離・拘束の指示がなされている在院患者の

比率）を加えた。

（ウ）職員配置

職員配置状況を表示するために、精神保健福祉資料から、常勤精神科医師数と精神保健指定医の内数、常勤精神科医師 1 人当たりの在院患者数、常勤病棟看護師数（准看護師を含む）と看護師 1 人当たりの在院患者数、常勤コメディカルスタッフ（精神保健福祉士、心理師、作業療法士）の数とコメディカルスタッフ 1 人当たりの在院患者数を選択して掲載した。職員 1 人当たりの在院患者数が少ないほど、職員の配置密度が高いことになる。

（エ）新規入院状況

通年データとして、2020 年度の衛生行政報告例¹⁾から、措置入院に係る申請・通報件数と警察官通報の内数および措置決定件数を選択し、申請・通報件数に対する措置決定率、それに措置決定件数に対する精神科救急事業内の緊急措置・措置入院件数の比率を掲載した。同じく衛生行政報告例から医療保護入院届の審査件数を選択し、それに対する精神科救急事業での医療保護入院件数の比率を算出した。また、国が毎年公表している病院報告から平均在院日数を加えた。

（3）空床確保事業

次に、精神科救急医療体制整備事業の本体事業である空床確保事業についての指標を掲載した。

（ア）精神科救急医療施設

表 1（2020 年度の本事業年報）に基づいて、知事が指定する精神科救急医療施設数、本事業による施設分類ごとの数、医療法による施設分類ごとの数を掲載した。ま

た、日本精神科救急学会ホームページに掲載されている精神科救急入院料認可施設一覧（2020年度版）に基づいて、精神科救急入院料1・2（全国マップでは精神科救急1・2と略記）および精神科救急合併症入院料（同じく精神科救急合併症と略記）、を認可された施設数を掲載した。また、精神保健福祉資料から、精神科急性期治療病棟入院料（同じく精神科急性期と略記）を認可された病棟数（病床数に上限があるため施設数にはほぼ一致）を掲載した。

（イ）事業の概要

今回の自治体アンケート調査の結果（資料1）に基づいて、以下の指標を掲載した。回答に注釈がある場合は、近くの空欄に表記した。

- ①運営要綱（実施要綱）の有無：本事業に関する運営要綱の有無。
- ②措置通報処理（夜間・休日）：夜間・休日における措置通報処理が本事業内に組み込まれているか、本事業外であるか。
- ③通報受理窓口（夜間・休日）：上記の通報が特定窓口で受理されているか、保健所などに分散しているか。
- ④事業の運用時間：本事業の運用時間が24時間365日か、夜間・休日限定か。
- ⑤補助金支給対象事例：本事業の対象を受診前相談や警察・消防・行政などの経由事例に限定するか、受診病院の判断によるか。
- ⑥かかりつけ事例対応：かかりつけ病院がある事例はその病院への受診が優先であるかどうか。
- ⑦自院通院患者の救急受診対応：精神科

救急医療施設に通院中の患者が当番日に来院した場合、救急事例にカウントするかどうか。

- ⑧当番病院のバックアップ体制：当番病院（常時対応病院を含む）での救急事例の受け入れが困難の場合、バックアップ体制があるかどうか。
- ⑨身体合併症対策：身体合併症対策が運営要綱に明記されているか、作業部会等が設置されているかどうか。
- ⑩身体救急会合への参加：身体救急関連の会合に精神科救急関係者が参加しているかどうか。
- ⑪連絡調整委員会：開催数、参加団体、実績報告の有無。

（ウ）運用実績

表1に基づいて、以下の指標を掲載した。

- ①受診件数
- ②人口万対受診件数
- ③入院件数
- ④人口万対入院件数
- ⑤入院率：受診件数に対する入院件数
- ⑥入院形態：各入院形態の比率

（4）受診前相談事業

（ア）精神科救急情報センター

①概要

今回のアンケート調査の結果（資料2）に基づいて、以下の指標を掲載した。

- a)情報センターの有無
- b)設置場所：医療機関内か外か。
- c)運用主体：自治体か外部委託か。
- d)運用時間：24時間365日か、夜間・休日限定か。
- e)対応職員：専門職が常時対応できる

か、時限的な対応か、非専門職による対応か。

- f) 医師による助言：医師の助言が常時あるか、時限的か、助言がないか。
- g) 最終受診調整機能：当番病院（常時対応病院を含む）での救急事例の受け入れが困難の場合、情報センターが全県で受診調整する機能があるかどうか。

②運用実績

表1に基づいて、以下の指標を掲載した。

- a) 相談件数
- b) 紹介件数
- c) 紹介件数/相談件数（%）：相談件数に対する受診紹介の比率。すなわち、情報センターのトリアージ機能の指標。
- d) 紹介件数/受診件数（%）：受診件数に対する紹介件数の比率。すなわち、整備事業における情報センターの比重を示す指標。受診紹介しても受診に結びつかない事例もあるので、紹介件数が受診件数を上回る場合（100%超）もある。

（イ）精神医療相談事業

①概要

今回のアンケート調査（資料2）の結果に基づいて、以下の指標を掲載した。

- a) 精神医療相談設置数：精神医療相談窓口の設置数。
- b) 情報センターとの一体運用：情報センターと同一回線か別回線か。実績が情報センターと一体集計されているか、別集計か。
- c) 設置場所：医療機関内か外か。
- d) 運用主体：自治体か外部委託か。
- e) 運用時間：24時間365日か、夜間・

休日限定か。

- f) 対応職員：専門職が常時対応できるか、時限的な対応か、非専門職による対応か。
- g) 医師による助言：医師の助言が常時あるか、時限的か、助言がないか。

②運用実績

表1に基づいて、以下の指標を掲載した。

- a) 相談件数
- b) 紹介件数
- c) 紹介件数/相談件数（%）：相談件数に対する受診紹介の比率。すなわち、相談事業のトリアージ機能の指標。
- d) 紹介件数/受診件数（%）：受診件数に対する紹介件数の比率。すなわち、整備事業における相談事業の比重を示す指標。受診紹介しても受診に結びつかない事例もあるので、紹介件数が受診件数を上回る場合（100%超）もある。

4. 精神科救急医療体制整備のための新たなガイドラインの作成

2016年度の厚生労働科学研究「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」では、「精神科救急医療体制の整備に係る手引き」が提示され、推奨事項に沿って達成度を評価するための評価シートが作成された²⁾。

その後、2020年度に開催された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構想に係る検討会」では「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」が編成され、整備事業が地域包括ケア構想に位置づけられることが明確化された¹⁾。

ワーキンググループの報告書では、本事業は地域包括ケアシステムの重要な構成要素であるが、地域社会で生活する精神障害者が救急事例化するのを防止するための平素の生活支援や相談体制の重要性が謳われるとともに、本事業が適正に運用されるために、本事業を的確に評価し、必要な見直しを適宜おこなうこと、そのためには事業の実績を正確に報告することが重要であると指摘された。

これらの指摘を受けて、当研究班では、専門学術団体（日本精神科救急学会）の協力と有識者協議により、2016年の「手引き」に「平時の対応と医療外支援」および「体制の評価・見直し・報告」の2項目を加えて全体を改定することとした。こうして作成されたのが「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン2022」である（資料4）。その成果は日本精神科救急学会が編集する「精神科救急医療ガイドライン2022年版」に収載された³⁾。この刊行物の編集には本研究の代表研究者と分担研究者および研究協力者が参与しており、結果的に本研究の成果を先行的に刊行する形となった。

5. 整備事業に係る研修会の開催

令和4年（2022年）2月5日、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所がオンライン形式での「精神科救急医療体制整備に係る研修」を企画し、全国の都道府県に参加を呼びかけたところ、29都道府県および9政令指定都市から46名の参加があった。

研修会前半では、本研究の代表者と分担者から研究成果の概要説明があり、後半で

は、参加者を10のグループに分けて、各自治体の整備事業に関する現状や課題を議論するワークショップが開催された。以下にワークショップの結果を報告する。

（1）論点の説明

ワークショップでは、まず、新たなガイドライン（資料4）に掲載された本事業に関する以下12の推奨事項が論点として提示された。

- （ア）実施要綱：国の要綱に準じた本事業の実施要綱があるか。
- （イ）基本的な考え方：精神保健福祉法19条の努力義務の認識、地域包括ケア構想の理念への立脚がなされているかなど。
- （ウ）体制：地域精神保健の原則（アクセシビリティ、地域包括性、公平性、一貫性、敏感性、ケアの継続性）に則っているか。
- （エ）圏域：前記の原則実現に対応した圏域が設定されているか。
- （オ）運用時間：空白の時間帯が生じていないか。
- （カ）連絡調整委員会：参加者や議題が標準モデルに即しているか。
- （キ）平時の対応と医療外支援：本事業の利用の有無に関わらず、平時の相談や危機介入の体制が整備されているか。
- （ク）受診前相談：当事者や家族が利用しやすい公開の相談窓口が設置されているか、専門知識と技術を備えた職員が対応しているかなど。
- （ケ）搬送体制：精神保健福祉法に基づく搬送体制が整備されているか。
- （コ）精神科医療の確保：本事業の施設類型が整備され、機能しているか。
- （サ）身体合併症連携体制：身体医療機関

との連携に関する広域型の並列モデルや圏域完結型の縦列モデルの整備がなされているか。

(シ) 本事業の評価・見直し・報告：年報の提出、連絡調整委員会での関連指標のフィードバックや事業の見直しがなされているか。

以上のような論点に沿って意見交換がなされた。

(2) ワークショップでの議論と評価

(ア) ワークショップの総括意見

いずれの推奨事項についても地域差の大きいことが再確認されたが、救急事例の搬送体制や身体合併症対応が困難であるとの認識は共通していた。COVID-19 蔓延下で救急受診や連絡調整委員会の開催が制限されているとの意見もあった。また、具体的な乏しい推奨事項については、達成度の評価が困難との意見も少なくなかった。

(イ) 研修会の評価

研修会終了直後のアンケート調査には 20 人 (43.5%) から回答があり、プログラム構成に対しては 75%、全体の運営に関しては 80% が「大変満足」ないし「満足」と評価した。

(ウ) 推奨事項の達成度評価

研修会終了後に推奨事項の達成度を自己評価する評価シートへの記入を参加者に要請したところ、22 の都道府県から回答があった（表 2）。表 2 では、70%以上の達成度をグリーンに、30%未満を黄色に表示した。

表 2 によれば、実施要綱の整備、圏域設定、運用時間帯、連絡調整委員会の開催、受診前相談担当者、年報提出などの項目で

達成度が高かったが、いずれも達成指標が具体的な項目であった。

一方、社会の偏見や無理解解消の方向性、公平性、一貫性、敏感性、ケアの継続性、平時の対応と医療外支援など、具体性を欠く事項では達成度が低かった。評価困難という要因も達成度を下げているものと思われる。また、精神科関連機関の努力だけでは達成が困難な身体合併症対策関連の指標についても達成度が低い。圏域単位での検討部会も、圏域に特有の課題がなければ、特に COVID-19 の蔓延下では、開催しづらいと思われた。

ただ、国からフィードバックされたベンチマーク等（本研究班の成果を含む）を連絡調整委員会で報告する自治体が少ないという問題は、直ちに解決可能である。今回の研究で提示された全国マップをはじめ、本事業の関連情報は、是非とも各自治体内の関係者間で共有して頂きたい。

D. 考察

1. 精神科救急医療体制整備事業の基本構造

医療機関の自由開業とフリーアクセスを基本とするわが国において、救急医療は本来、医療機関が責任をもって提供すべき医療サービスである。しかし、夜間・休日には空隙も生じやすいため、身体医療の領域でも行政サービスの一環として救急医療の確保体制が工夫されている。精神科領域では、措置入院制度があるため、都道府県と政令市の関与度がより高いと解ってきた。

このため、1995 年（平成 7 年）に立ち上がった本事業は、措置入院をはじめとする入院病床の確保に重点が置かれ、入院させ

るためのシステムではないのかという批判もあった。精神科救急医療施設の施設基準も身体救急に比べれば緩いものであり、入院医療の質が行政課題となることはなかった。

しかし、時代が下るにつれて、入院医療のあり方が退院後の再発と再救急化に強く関与することが認識され、再発・再入院を防ぐための医療・福祉・行政等の多機関連携が重要視されるようになった。本事業の運用実績においても、図4に見るように、入院率は平均50%以下であり、必ずしも入院のためのシステムではないことを物語っていた。

こうした動向を反映して、2020年度の「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、本事業が地域包括ケアシステムの中に位置づけられることが確認された。すなわち、多機関連携のもと、迅速な危機介入により入院を防ぐこと、入院になったとしても速やかな退院と在宅ケアへの滑らかな移行を促進すること、そして再救急化を未然に防止するために社会生活を多面的に支援すること、という一連の流れの中に本事業が位置づけられた。

本事業は、このように包括的な社会システムに支えられて成立するものではあるが、一方で、高度に専門的な技術や高規格の専門施設を整えなければ、その政策目的を達成することはできない。すなわち、多くの社会資源が休眠する深夜にあっても鋭敏に精神科救急事例を感知し、速やかに医療につなげる受診前相談体制、重症例をたらい回しにしたり、立ち往生させない受診先の確保体制、そして、良質の入院医療を提供して早期退院と在宅ケアへのリンクを図る医療体制の整備が不可欠の要素となる。これら

を本事業の中核的な機能と呼ぶことができる。

これに対して、公共事業としての包括性や客観的な評価、透明性といった基盤的な機能も本事業には求められる。本事業は、このように中核的な機能を基盤的機能が支える構造で成り立っているといえよう。

2. 精神科救急事業を評価するための新たな基準と評価シートの提案

(1) 精神科救急事業の何を評価するのか

どんな社会システムであっても、関係者が多様であるほど、全員を満足させるシステムというものは存在しない。本整備事業も、誰がどの視点に立って何を評価するかによって評価の結果は異なる。

(ア) 中核的機能

本事業にとって最も重要なのは、前項で述べた中核的な機能である。まずはこの機能をどう評価すべきかが問題となる。先に述べたように、中核的な機能は、精神科救急医療を必要とする事例を鋭敏に把握する「感受性」、救急事例を確実に医療に繋げる「責任性」、そして、良質な急性期医療を提供する「医療の質」という3つの要素に分節化できる。以下、それぞれの要素について、具体的な評価指標を検討する。

①感受性：夜間・休日において救急事例の情報をいち早くキャッチするには、精神科救急情報センターなどの受診前相談に高い感受性が求められる。それを評価するための指標としては、空白時間のない運用、電話番号の公開、専門職の常時配置と研修体制、医師による助言体制などが挙げられる。

②責任性：受診前相談で救急診療が必要と

判定された場合には、入院の要否も考慮しつつ、確実に医療に繋げなくてはならない。都市部では救急事例が重なって、当番病院が受けられない場合や、常時対応施設までもが満床といった場合もある。緊急性の高い事例の受診を医療提供側の都合で翌朝まで待たせることなく、全県で受診先を調整する体制が実施要綱に明記されているかどうか、そのような事例が発生した場合に事後的なレビューシステムがあるかどうかが、責任性を評価する目安となる。

③医療の質：入院を要する救急事例に対して、人権を尊重しつつ良質な急性期医療を提供し、退院後の在宅ケアに軟着陸させてケアの連續性を保つ医療施設（具体的には精神科救急入院料病棟などの高規格病棟を認可された施設）がバランスよく分布しているかどうかが評価の目安である。この側面を重視して本事業の構築を図るならば、地域全体の医療水準は自ずと向上する。

（イ）基盤的機能

医療施設において救急・急性期医療が他の部門から孤立しては成り立たないのと同様、精神科救急事業も、他の関連機関やシステムから孤立しては機能しない。本事業の中核的機能は、他部門との連携や公共事業としての評価や透明性といった基盤的機能に支えられている。この機能は、以下の3つの要素に分節化して評価することができる。

①包括性：身体医療機関や在宅ケア支援プログラム、救急搬送機関など、関連機関との連携が十分に保たれているかが重要である。具体的な指標としては、連絡調

整委員会の開催頻度や参加者、特に身体救急関係者との交流、警察機関への研修講師派遣、地域包括ケア関連会議への参加などが挙げられる。

②客観評価：国が指定する様式と定義に基づいて本事業の実績を提出し、本事業がどのような特質や課題を有しているかを全国比較の観点から客観的に評価することが求められる。具体的には、年報の提出やデータクリーニングへの協力、評価シートによる事業の自己評価、連絡調整委員会での説明、国の研修会への参加などが評価指標となる。

③透明性：関係者に事業実績と補助金分配状況が正確に報告され、全国データとの比較の中で事業の適正運用のための議論がなされていることが求められる。具体的には、連絡調整委員会の議題などが評価のための指標となる。

（2）新たな評価シート

以上のような観点に立って、本事業を客観的に評価するための新たな評価シート「精神科救急医療体制整備事業の評価シート2022」を作成した（表3）。このシートでは、資料4に示したガイドラインに沿って12の大項目を立て、その下に推奨事項を中項目、小項目を立てて、各項目の達成度が自己評価できるようになっている。ここまで2022年2月の全国研修会で示した評価シート（表2）と同じである。

ここに、全国マップ（資料3）に記載された指標からいくつかを選択して、ベンチマーク指標（目標達成の目安）として該当する項目に組み込んだのが表3である。達成できている指標がいくつあるかによっ

て、本事業の整備状況が自己評価できるようになっている。

本事業に係る連絡調整委員会において、全国マップ（47都道府県分）とともにこの評価シートの結果を提示し、精神科救急医療体制の整備状況や課題を関係者の間で共有して頂きたい。こうしたプロセスを継続し、国が開催する本事業に係る研修会に参加して他の自治体担当者との意見交換を重ねれば、着実に本事業の均てん化が図られるものと当研究班は考えている。

E. 結論

わが国において精神科救急医療体制を地域包括ケアシステムの中に位置づけ、均てん化するためには、この体制を整備し運用するためのガイドラインを示すとともに、本事業を客観的に評価し、全国的に比較するためのツールが必要である。本研究では、これまでの研究を総括して、都道府県単位で精神科救急医療に関する情報を集約した「全国精神科救急医療マップ 2020」

（資料 3）および「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン 2022」

（資料 4）を作成した。そして、このガイドラインに沿って達成度を評価する項目を立て、全国マップの指標をベンチマークとして組み込んだ「精神科救急医療体制整備事業の評価シート 2022」（表 3）を考案した。

これらのツールを用いて各自治体が本事業を自己評価し、連絡調整委員会等を通じて自治体内の関係者で共有するとともに、国の機関が主催する全国研修会において自治体相互に意見交換することを継続すれば、着実に本事業の均てん化を図ることが

できる。今後、全国マップは毎年アップデートされ、ガイドラインと評価シートも制度的手直しを契機として改定されて行くべきである。

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

（1）日本精神科救急学会編「精神科救急医療ガイドライン 2022 年版」に本研究の「精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン 2022」を掲載した。

（2）「精神科救急」第 25 卷（印刷中）に本研究成果の一部を紹介する論文を発表の予定。

2. 学会発表等

（1）第 29 回日本精神科救急学会学術総会（2021 年 10 月 24 日、郡山市）において、本研究成果の一部を紹介する演題を発表した。

（2）第 30 回日本精神科救急学会学術総会（2022 年 9 月 30 日、さいたま市）において、本研究成果の一部を紹介する演題を発表する予定。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

[参考文献]

- 1) 厚生労働省：精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書. 2021

- 2) 日本精神科病院協会：平成 28 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）「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. 2016
- 3) 日本精神科救急学会編：「精神科救急医療ガイドライン 2022 年版」. 日本精神科救急学会, 2022

精神科救急事業一覧表(2020年度)

表1

都道府県	人口(万) 面積(㎢)	医療施設分類			精神科救急医療施設分類			受診前相談事業			入院件数			入院形式											
		精神科 専門病院		診療所	常時対応型	輸送型	合併症型	外来対応型	情報センター	精神医療相談	総数	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								
		大学病院	総合病院						総数	受診紹介	総数														
北海道	522.9	8	0	10	41	0	62	23	0	2,283	875	10	8	46	469	333	9								
青森県	123.9	6	0	4	10	0	14	0	0	679 ¹	4424 ¹	3	10	1	181	72	7								
岩手県	121.1	4	1	1	13	0	3	12	1	294	49	1,309	421	1	0	4	142	209	65						
宮城県	230.3	1	2	1	23	0	0	26	0	908	129	3,617	30	394	151	0	59	4	79	9	0				
秋田県	96.0	5	0	2	12	0	1	13	2	602	308	829	209	0	12	0	95	102	0	102	0				
山形県	106.9	3	0	1	9	0	0	10	0	535	67	495	259	4	22	4	174	53	2	53	2				
福島県	183.4	4	0	1	24	0	0	25	0	174	135	3,657	4	518	201	1	20	6	119	55	0				
茨城県	286.9	2	0	27	2	0	2	27	0	0	483	54	339	60	41	35	0	0	0	33	3	0			
栃木県	193.4	3	2	3	19	0	1	18	5	19	437	300	588	225	472	191	90	57	1	30	13	0			
群馬県	194.0	1	0	0	15	0	1	14	0	0	61	32	3,657	4	767	416	96	15	3	251	51	0			
埼玉県	734.7	2	2	0	33	40	2	23	1	40	8,564	369	1,034	554	33	263	0	239	19	0	239	0			
千葉県	628.7	12	0	5	28	0	13	28	0	0	5,429	781	7,897	846	829	599	70	132	4	367	15	0			
東京都	1,406.5	4	0	4	39	40	5	38	1	40	11,835	2,519	1,489	1,317	646	0	4	621	40	6	40	6			
神奈川県	924.0	1	3	6	43	1	6	46	0	1	1,775	1,342	8,377	473	1,269	1,045	43	656	22	313	21	0			
新潟県	220.2	2	0	2	23	0	0	25	0	0	85	28	829	428	552	239	0	0	0	174	41	24			
富山県	103.6	1	1	5	18	0	0	24	0	0	1,084	61	947	426	0	61	14	3	78	14	0	14	0		
石川県	113.3	2	1	2	12	0	2	13	0	0	409	8	256	1,012	409	283	143	16	18	3	70	27	9		
福井県	76.7	2	0	2	6	0	0	8	0	0	210	210	1,066	155	210	137	11	3	3	98	22	0			
山梨県	81.0	1	0	1	9	0	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
長野県	205.0	3	0	3	16	0	1	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
岐阜県	198.0	2	0	0	14	0	0	14	0	0	516	205	9,553	257	621	262	5	0	10	170	77	0	77	0	
静岡県	363.5	6	0	1	9	0	4	6	0	0	2,891	257	1,105	594	65	8	30	413	73	5	73	5			
愛知県	754.6	1	0	1	41	0	0	42	0	0	5,059	2,157	0	2,933	914	75	0	44	572	223	0	223	0		
三重県	177.1	2	0	0	12	0	0	12	0	0	558	492	1,387	608	694	339	38	10	20	207	64	0	64	0	
滋賀県	141.4	3	0	2	8	0	0	10	0	0	1,280	26	1,189	11	1,261	348	57	1	9	177	97	0	97	0	
京都府	258.0	3	2	1	14	0	2	16	1	0	2,571	361	633	315	44	7	19	210	31	0	31	0			
大阪府	884.3	8	0	1	37	0	0	38	0	0	2,481	1,522	18,738	893	2,095	1,863	407	7	161	997	296	0	296	0	
兵庫県	546.9	5	2	4	35	0	1	35	2	3	3,396	980	910	744	33	2	62	515	122	2	122	2			
奈良県	132.5	1	1	0	8	0	1	8	1	8	1,111	717	505	223	24	0	15	145	39	0	39	0			
和歌山県	92.3	2	0	0	6	0	1	5	0	0	128	79	740	178	7	2	3	118	48	0	48	0			
鳥取県	55.4	3	1	0	6	0	1	6	0	0	0	0	7,433	690	574	176	1	7	1	89	77	1	77	1	
島根県	67.2	7	0	3	11	0	6	8	0	0	417	164	10,965	224	598	178	5	28	2	76	68	17	68	17	
岡山県	189.0	2	0	0	12	0	1	11	0	0	4,843	668	776	504	2	29	50	289	134	0	134	0			
広島県	280.1	2	0	2	3	0	1	5	0	0	1,180	382	967	489	0	53	15	304	116	1	116	1			
山口県	134.3	3	1	0	26	0	1	25	1	0	326	256	1,666	453	219	163	0	22	0	113	28	0	28	0	
徳島県	72.0	3	0	1	14	0	0	14	1	0	2,46	211	4,104	203	454	402	155	15	12	110	77	0	77	0	
香川県	95.1	2	0	1	13	0	0	14	1	0	11	7	843	134	586	157	0	5	2	73	50	26	26	26	
愛媛県	133.6	1	0	0	7	0	0	7	0	0	283	87	279	91	0	3	2	65	21	0	21	0			
高知県	69.2	1	0	1	7	0	0	8	0	8	1,462	214	3,011	142	4	14	4	87	33	0	33	0			
福岡県	513.9	4	1	1	75	0	0	77	0	0	2,321	488	14,104	203	454	402	155	15	12	192	28	0	28	0	
佐賀県	81.2	1	0	0	18	0	1	16	0	1	373	36	4,426	158	1,587	309	132	69	0	14	51	1	51	1	
長崎県	131.3	6	0	0	35	0	1	34	0	0	1,436	158	505	1,195	505	932	182	0	0	7	115	60	0	60	0
熊本県	173.9	2	0	0	44	0	0	44	0	0	505	505	236	116	236	17	205	152	50	4	0	36	12	50	50
大分県	112.5	1	1	20	0	1	20	1	0	545	116	4,104	203	454	402	155	15	12	192	28	0	28	0		
宮崎県	107.0	3	0	1	19	0	0	19	1	0	205	53	3,657	124	7	8	2	63	44	0	44	0			
鹿児島県	158.9	4	1	42	0	3	42	2	0	63	9	681	68	507	179	0	5	0	80	92	2	92	2		
沖縄県	146.8	4	0	2	18	0	0	20	0	0	3,294	440	913	394	1	15	16	220	139	3	139	3			
合計	12,622.7	149	22	104	949	81	63	1,010	44	120	70,386	17,230	100,457	8,677	35,486	17,317	2,028	1,638	628	9,482	3,311	232	232	232	

*1 札幌市のみのデータ

表2

精神科救急医療体制整備事業の構築に係る推奨事項についての評価シート
(2022.2.5第1回精神科救急医療体制整備研修 n=22都道府県)

大項目	中項目	小項目	達成	部分達成	未着手	欠損値
1 実施要綱	精神科救急医療体制整備事業（以下、整備事業）を実施する都道府県・政令指定都市にあつては、国の要綱等の公的文書ならびに「手引き」の内容に整合するよう、自治体独自の事業の「実施要綱」を整備すべきである。（CODE 1）		19 (86.4%)	3(13.6%)	0	0
2 基本的な考え方について		精神科救急医療体制の整備については、自治体の取り組みとし、法第19条に「体制の整備を図るよう努めるものとする。」と表現されており、行政責任において、これに努める必要がある。（CODE 2-1）	15 (68.2%)	3(13.6%)	4(18.2%)	0
	各自治体が定める「実施要綱」には、以下の基本的な考え方を明記することが望ましい。（CODE 2）	精神科医療とは、その全体像が多様な個別ニーズに応えることを前提とした多様な地域サービスの集合体であり、そのため精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するという考えが基本となる。したがって、精神科救急医療の最も基本的な理念のひとつは、利用者や当事者の地域生活を前提に、精神科救急医療体制を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で万一危機状況に陥った場合に即応できる専門対応リソース（医療資源）として明確に位置づけることである。また、精神科救急医療体制には、救急医療の本質として空白地帯の許されないセーフティネットとしての役割が求められる。以上より、精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、地域全体を公平にバーチ、他のケアシステムやサービス、さらには医療外資源とも連動して、あらゆる危機状況に敏感なリソースでなければならぬ。（CODE 2-2）	8 (36.4%)	5(22.7%)	9(40.9%)	0
		整備への努力の一環として、利用者が権利や尊厳を回復していくためには、社会の偏見や不理解を克服することが重要な基本的課題となり、これを目指さねばならない。（CODE 2-3）	5 (22.7%)	3(13.6%)	14(63.6%)	0
3 体制	精神科救急医療体制は、精神科救急医療は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのなかの一資源であるという基本理念に基づき、機能的に標準化されるべきである。（CODE 3-1）		8 (36.4%)	10(45.5%)	4(18.2%)	0
	精神科救急医療体制の機能的標準化は、地域精神保健の原理原則に基づくべきである。（CODE 3-2）	アクセス性 すべてのニーズについて圏域ごと、緊急度ごとに対応できる体制を有し、許容時間内にアクセス可能であること。（CODE 3-2-1）	11 (50%)	10(45.5%)	1(4.5%)	0
		地域包括性 地域の包括的な体制における一資源であることを地域医療計画や自治体の実施要綱などで明確化すること。（CODE 3-2-2）	8 (36.4%)	10(45.5%)	4(18.2%)	0
		公平性 多様なユーザーに対し、信条や背景の違いによって差を生じないよう自治体の実施要綱などで確認すること。（CODE 3-2-3）	6 (27.3%)	7(31.8%)	8(36.4%)	1(4.5%)
		一貫性 生活に係るすべての領域について、統合的であるよう、周知徹底される仕組みが自治体の実施要綱などで確認できること。（CODE 3-2-4）	5 (22.7%)	8(36.4%)	9(40.9%)	0
		敏感性 他機関同士の連携などにより、あらゆる危機状況に察知できる体制であることだが、自治体の実施要綱などで確認できること。（CODE 3-2-5）	6 (27.3%)	12(54.5%)	4(18.2%)	0
		ケアの継続性 一般医療、専門医療（依存症や児童等）、通院医療との連続性が確保できる仕組みであることが地域医療計画や自治体の実施要綱等で確認できること。（CODE 3-2-6）	5 (22.7%)	9(40.9%)	8(36.4%)	0
4 圏域		精神科救急医療圏の設定は、必要な数の拠点やリソースが整備されるよう、また一部の専門サービスなどでは圏域をこえた広域対応とするなど、柔軟な運用を可能にして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるような整備を行わなければならない。（CODE 4-1）	18 (81.8%)	4(18.2%)	0	0
		2次医療圏とともに、隣接する2～3圏域を1単位とするなど、体制として機能性を確保できる圏域設定が望ましい。（CODE 4-2）	17 (77.3%)	4(18.2%)	1(4.5%)	0
5 運用時間帯	精神科救急医療体制の運用時間帯は、時間的空白が生じないように整備すべきである。（CODE 5）		18 (81.8%)	3(13.6%)	1(4.5%)	0
6 精神科救急医療体制連絡調整委員会		精神科救急医療体制を整備する都道府県・指定都市などの自治体は、都道府県の全域として精神科救急医療体制連絡調整委員会を年1回以上開催すべきである。（CODE 6-1）	18 (81.8%)	2(9.1%)	1(4.5%)	1(4.5%)
		圏域ごとの検討部会を適宜開催すべきである。（CODE 6-2）	5 (22.7%)	6(27.3%)	11(50%)	0
		整備事業における各施設は、精神科救急医療体制連絡調整委員会において十分検討し、関係機関と連携・調整したうえで指定すべきである。（CODE 6-3）	16 (72.7%)	2(9.1%)	4(18.2%)	0
		連絡調整委員会の参加者および議題は標準化されるべきである。（CODE 6-4）	10 (45.5%)	10(45.5%)	2(9.1%)	0

表2

大項目	中項目	小項目	達成	部分達成	未着手	欠損値
7 平時の対応と医療外支援	精神科救急医療体制においては、当事者の危機状況に対し、必ずしも整備事業としての医療対応によらず、平時の対応を強化し、医療外支援をも積極的に活用すべきである。 (CODE 7)		4(18.2%)	12(54.5%)	4(18.2%)	2(9.1%)
8 受診前相談		受診前相談機能は、救急医療の原則により地域内完結として、利用者が利用しやすいような配慮によって、医療圏ごとの具体的な対応が可能な実効的なサービスとして整備すべきである。 (CODE 8-2-1)	11(50%)	9(40.9%)	0	2(9.1%)
		広域調整については圏域同士の話し合いとし、あらかじめ連絡調整会議で取り決めること。 (CODE 8-2-2)	9(40.9%)	6(27.3%)	5(22.7%)	2(9.1%)
		受診前相談機能は原則医療機関（輪番病院ないし常時対応型施設）への設置が望ましい。 (CODE 8-3-1)	14(63.6%)	2(9.1%)	5(22.7%)	1(4.5%)
		精神保健福祉センターなど独立した事業所に設置する場合は、これら医療機関との確実な連携体制を整えるべきである。 (CODE 8-3-2)	13(59.1%)	2(9.1%)	0	7(31.8%)
		職種は精神保健福祉士、看護師、心理士などの専門職であることが望ましい。 (CODE 8-4)	19(86.4%)	2(9.1%)	0	1(4.5%)
		技能・知識要素を明確化し、事前研修を行うべきである。 (CODE 8-5)	8(36.4%)	8(36.4%)	4(18.2%)	2(9.1%)
9 搬送体制		医師の応援体制を整えるべきである。 (CODE 8-6)	14(63.6%)	2(9.1%)	1(4.5%)	5(22.7%)
		受診前相談のアクセス先について原則広報などで周知することが望ましい。 (CODE 8-7)	17(77.3%)	4(18.2%)	0	1(4.5%)
10 精神科救急医療の確保		精神科救急医療体制を整備する都道府県・指定都市などの自治体は、法内の移送について、それぞれの法令に基づき各地での運用ルールを設定すべきである。 (CODE 9-1)	12(54.5%)	8(36.4%)	2(9.1%)	0
		いずれの経路、手段においても、当事者搬送では人権に配慮した適切な搬送が実施されなければならない。 (CODE 9-2)	17(77.3%)	4(18.2%)	1(4.5%)	0
		入院以外医療を提供する医療機関は、以下のような役割を担うこと。 (CODE 10-1) ・かかりつけ患者の時間外診療に対応できること。 ・相談者のニーズに応じて往診や訪問看護が可能であること。 ・診療を行ったうえで、入院の要否に関する判断を行うこと。 ・必要に応じて高次の医療機関を紹介すること。 ・ほかの類型と併せた体制により、当番日や時間帯に空白がないようにすること。	7(31.8%)	10(45.5%)	4(18.2%)	1(4.5%)
11 身体合併症連携体制		入院医療を提供する医療機関は下記の機能を有すること。 (CODE 10-2) ・平時の対応体制、受診前相談を担う機関や入院以外医療の提供を担う医療機関の後方支援を行い、原則、対応要請を断らないこと。 ・措置入院・緊急措置入院への対応が可能であること。 ・医療機関間の連携による対応や受診前相談による調整を含め、身体合併症への対応が可能であること。 ・病院群輪番型施設は、当番日に医師・看護師を配置し、入院医療までを想定した診療応需の体制を整備しなければならない。 ・常時対応型施設は、24時間365日常時、入院が必要な患者の受け入れを含む診療応需の体制を整えること。 ・常時対応型施設は、原則として診療報酬上の精神科救急入院料または精神科救急・合併症入院料の算定を行っていること。 ・常時対応型施設は地域の中核的なセンター機能として、精神科医療におけるあらゆる診療体制を整えた多機能・高規格医療施設であることが望ましい。	10(45.5%)	12(54.5%)	0	0
		全域対応身体合併症医療体制（並列モデル）：都道府県内の全域で精神と身体の両面に対応できる精神科が併設された一般医療機関（身体合併症対応施設）を1カ所以上整備し、連携のための運用ルールを明確化すべきである。 (CODE 11-1)	6(27.3%)	11(50%)	5(22.7%)	0
		圏域対応身体合併症医療体制（縦列モデル）：圏域ごとに、精神科と一般科の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制を整備し、その運用ルールを明確化するべきである。 (CODE 11-2)	1(4.5%)	9(40.9%)	11(50%)	1(4.5%)
		連絡調整会議において身体合併症連携体制の運用実績について確認を行うほか、圏域ごとの検討部会にて連携実態の検証を行うこと。 (CODE 11-3)	5(22.7%)	8(36.4%)	9(40.9%)	0
12 体制の評価・見直し・報告		自治体や医療機関、関連団体などが行う研修などに積極的に参加するなど、相互理解と連携の充実に努めることが望ましい。 (CODE 11-4)	4(18.2%)	10(45.5%)	8(36.4%)	0
		精神科救急医療体制を整備する都道府県・指定都市などの自治体は、事業実績の集計結果や、精神科救急医療体制連絡調整委員会での審議結果に基づき、事業を評価し、見直さなければ。 (CODE 12-1)	8(36.4%)	10(45.5%)	3(13.6%)	1(4.5%)
		体制の評価は、標準的な指標を参考し、国が定めた基準や手引きに沿って行うべきである。 (CODE 12-2)	8(36.4%)	4(18.2%)	9(40.9%)	1(4.5%)
		精神科救急医療体制の実績は、当該事業の実施要綱に基づき、年度ごとに国に報告しなければならない。 (CODE 12-3)	22(100%)	0	0	0
		各自治体の実績と国からのフィードバックされたベンチマーク指標は、精神科救急医療体制連絡調整委員会などを通じ、自治体内の関係者に報告されるべきである。 (CODE 12-4)	4(18.2%)	7(31.8%)	10(45.5%)	1(4.5%)

表3

大項目	中項目	小項目	達成	部分達成	未着手	欠損値	評価指標（ベンチマーク）*	達成
1 実施要綱	精神科救急医療体制整備事業（以下、整備府県・政令指定都市等の公的文書ならびに「ガイドライン」の内容に整合するよう、自治体を整備するべきである。）（CODE 1）	精神科救急医療体制の整備については、自治体の取り組みとし、法第19条に「体制の整備を図るものとする。」と表現されており、行政責任において、これに努める必要がある。（CODE 2-1）					国の実施要綱に準拠した実施要綱がある	
2 基本的な考え方について	各自治体が定める「実施要綱」には、以下の基本的な考え方を明記することが望ましい。（CODE 2）	精神科医療とは、その全体会員が多様な個別ニーズに応えることを前提とした多様な地域サービスの集合体であり、そのため精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築することは、利用者や当事者の地域生活を前提に、精神科救急医療体制を構築する専門に対応した地域包括ケアシステムの最も基本的な理念のひとつは、利用者や当事者の地域生活を前提に、精神科救急医療体制を構築する専門に対応するソース（医療資源）として正確に位置づけることである。また、精神科救急医療体制には、救急医療の本質として空白地帯の許されないセーフティネットとしての役割が求められる。以上より、精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、地域全体を公平にカバーし、他のケアシステムやサービス、さらには医療外資源とともに運動して、あらゆる危機状況に敏感なリソースでなければならぬ。（CODE 2-2）				地域包括ケアシステム開連会議において本事業が議題となっている 地域包括ケアシステム開連会議に本事業連絡調整委員会の構成員が参加している 地域医療計画開連会議において本事業が議題となっている 地域医療計画開連会議に本事業連絡調整委員会の構成員が参加している		
3 体制	精神科救急医療体制は、精神科救急医療は精神障害にとも対応した地域包括ケアシステムのなかの一資源であるという基本理念に基づき、機能的に標準化されるべきである。（CODE 3-1）	精神科救急医療体制の機能的標準化は、地域精神保健の原理原則に基づくべきである。（CODE 3-2）	整備への努力の一環として、利用者が権利や尊厳を回復してくためには、社会の偏見や不理解を克服することが重要な基本的課題となり、これを目指さねばならない。（CODE 2-3）				アクセス性すべてのニーズについて地域ごと、緊急度ごとにに対応できる体制を有し、許容時間内にアクセス可能であること。（CODE 3-2-1） 地域包括性地域包括的な体制における一資源であることを地域医療計画や自治体の実施要綱などてを明確化すること。（CODE 3-2-2）	
		多様なユーザーに対し、信条や背景の違いによって差を生じないよう自治体の実施要綱の公平性					多様なユーザーに対するすべての領域について、統合的であるよう、周知徹底される仕組みが自治体の実施要綱などで確認できること。（CODE 3-2-3）	
		敏感性他機関同士の連携などにより、あらゆる危機状況に察知できる体制であることが、自治体の実施要綱などで確認できること。（CODE 3-2-4）					ケアの継続性一般医療、専門医療（依存症や児童等）、通院医療との連続性が確保できる仕組みであることが地域医療計画や自治体の実施要綱等で確認できること。（CODE 3-2-5）	

大項目		中項目		小項目		達成		部分達成		未着手		欠損値		評価指標（ベンチマーク）*		達成	
4 圏域				精神科救急医療圈の設定は、必要な数の拠点やリソースが整備されるよう、また一部の専門サービスなどでは圏域をこえた広域対応とするなど、柔軟な運用を行わなければならぬ。 (CODE 4-1)											複数の精神科救急医療圈域が設定され、各圏域にかかる所以上の精神科救急医療施設が指定されている。		
5 運用時間帯	精神科救急医療体制の運用時間帯は、時間的に空白がある。(CODE 5)			精神科救急医療体制を整備する都道府県・指定都市などの自治体は、都道府県の全域として精神科救急医療体制連絡調整委員会を年1回以上開催するべきである。 (CODE 6-1)										少なくとも夜間・休日の全時間帯で本事業が運用されている。			
6 精神科救急医療体制調整委員会	精神科救急医療体制を適宜開催すべきである。 (CODE 6-2)			精神科救急医療体制連絡調整委員会において十分検討し、関係機関と連携・調整したうえで指定すべきである。 (CODE 6-3)										連絡調整委員会(オンライン会議を含む)が上記会議のものと同様に作業部会や事例検討会、園域別会議などの開催実績がある。			
7 平時の対応と医療外支援	連絡調整委員会の参加者および議題は標準化されるべきである。 (CODE 6-4)			精神科救急医療体制においては、当事者の危機状況に対しての医療対応によらず、平時の対応を強化的に活用すべきである。 (CODE 7)										前年度の本事業実績が報告されている本事業に関する全国状況が報告されている。			
8 受診前相談	受診前相談においては、夜間・休日の法第23条通報処理について手順を明確にすべきである。 (CODE 8-1)			受診前相談においては、夜間・休日にも通報が受理できる。										精神科救急情報センターもしくは精神医療相談窓口がある。			
				受診前相談機能は、救急医療の原則により地域内完結として、利用者が利用しやすいよう配慮によって、医療圏ごとの具体的な実効的なサービスとして整備すべきである。 (CODE 8-2-1)										本事業の全運用時間帯で稼働している。			
				広域調整については圏域同士の話し合いとし、あらかじめ連絡調整会議で取り決めること。 (CODE 8-2-2)										電話番号が一般公開されている。			
				受診前相談機能は原則医療機関（輪番病院ないし常時対応型施設）への設置が望ましい。 (CODE 8-3-1)										専門職員が常時対応している。			
				精神保健福祉センターや独立した事業所に設置する場合は、これら医療機関との確実な連携体制を整えるべきである。 (CODE 8-3-2)										医師による助言が常時可能。			
				技能・知識要件を明確化し、事前研修を行うべきである。 (CODE 8-4)										広域での受診調整に責任をもつている。			
				医師の応援体制を整えるべきである。 (CODE 8-6)										担当職員は、国主催する自殺未遂者ケア研修会や本事業に関する研修会、日本精神科救急学会が主催する受診前相談に関する研修会のいすれかに参加経験がある。			
				受診前相談のアクセス先について原則広報などで周知することが望ましい。 (CODE 8-7)													

大項目	中項目	小項目	達成	部分達成	未着手	欠損値	評価指標（ベンチマーク）*	達成
9 搬送体制		精神科救急医療体制を整備する都道府県・指定都市などの自治体は、法内の移送について、それぞれの法令に基づき各地での運用ルールを設定すべきである。（CODE 9-1） いざれの経路、手段においても、当事者搬送では人権に配慮した適切な搬送が実施されなければならない。（CODE 9-2）						
10 精神科救急医療の確保	入院以外医療を提供する医療機関は、以下のようないくつかの役割を担うこと。（CODE 10-1） ・かかりつけ患者の時間外診療に対応できること。 ・相談者のニーズに応じて住診や訪問看護があること。 ・診療を行つたうえで、入院の要否を判断すること。 ・必要に応じて高次の医療機関を紹介すること。 ・ほかの類型と併せた体制により、当番日や時間帯に空白がないようにすること。	入院医療を提供する医療機関は下記の機能を有すること。（CODE 10-2）・平時に対応体制、受診前相談を担当しないこと。 ・措置入院・緊急措置入院への対応が可能であること。 ・医療機関間の連携による対応や受診前相談による調整を含め、身体合併症への対応が可能であること。 ・病院群輪番型施設は、当番日に医師・看護師を配置し、入院医療までを想定した診療体制を整備しなければならない。 ・常時対応型施設は、24時間365日常時、入院が必要な患者の受け入れを含む診療応需体制を整えること。 ・原則として診療報酬上の精神科救急入院料または精神科救急・合併症入院料の算定を行つてあること。 ・常時対応型施設は地域の中核的なセンター機能として、精神科医療におけるあらゆる診療体制を整えた多機能・高規格医療施設であることが望ましい。				外来型施設が指定され、診療実績がある	精神科救急合併症入院料もしくは精神科救急入院料1・2を認可された合併症型施設が指定されている	
11 身体合併症連携体制	全域対応身体合併症医療体制（並列モデル）：都道府県内の全域で精神と身体の両面に対応できる精神科が併設された一般医療機関（身体合併症対応施設）を1カ所以上整備し、連携のための運用ルールを明確化すべきである。（CODE 11-1）	地域対応身体合併症医療体制（総列モデル）：圏域ごとに、精神科と一般科の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制を整備し、その運用ルールを明確化すべきである。（CODE 11-2）				大学病院もしくは総合病院が精神科救急医療施設に指定されている	本事業実施要綱に身体合併症対応に関する取り決めが明記されている	
12 体制の評価・見直し・報告	連絡調整会議において身体合併症連携体制の運用実績について確認を行うほか、圏域ごとの検討部会にて連携実態の検証を行うこと。（CODE 11-3）	自治体や医療機関、関連団体などが行う研修などに積極的に参加するなど、相互理解と連携の充実に努めることが望ましい。（CODE 11-4）				連絡調整委員会に身体救急医療関係者が参加している	常時対応型施設が特定の身体科医療施設と提携関係をもつて、もしくは身体科医師が常勤している	
	精神科救急医療体制を整備する都道府県・指定都市などの自治体は、事業実績の集計結果や、精神科救急医療体制連絡調整委員会での審議結果に基づき、事業を評価し、見直さなければ。（CODE 12-1）	体制の評価は、標準的な指標を参照し、国が定めた基準や手引きに沿つて行うべきである。（CODE 12-2）				国の様式に従つて本事業の年報を提出している	この評価シートを用いて本事業を評価し、連絡調整委員会で報告している	
	精神科救急医療体制の実績は、当該事業の実施要綱に基づき、年度ごとに国に報告しなければならない。（CODE 12-3）	各自治体の実績と国からのファイードバックされたベンチマーク指標は、精神科救急医療体制連絡調整委員会などを通じ、自治体内の関係者に報告されるべきである。（CODE 12-4）				本事業の担当者が本事業に関する国研修会に参加している	本事業の担当者が本事業に関する国研修会に参加している	

図1 精神科救急情報センター相談件数(2020年度暫定)

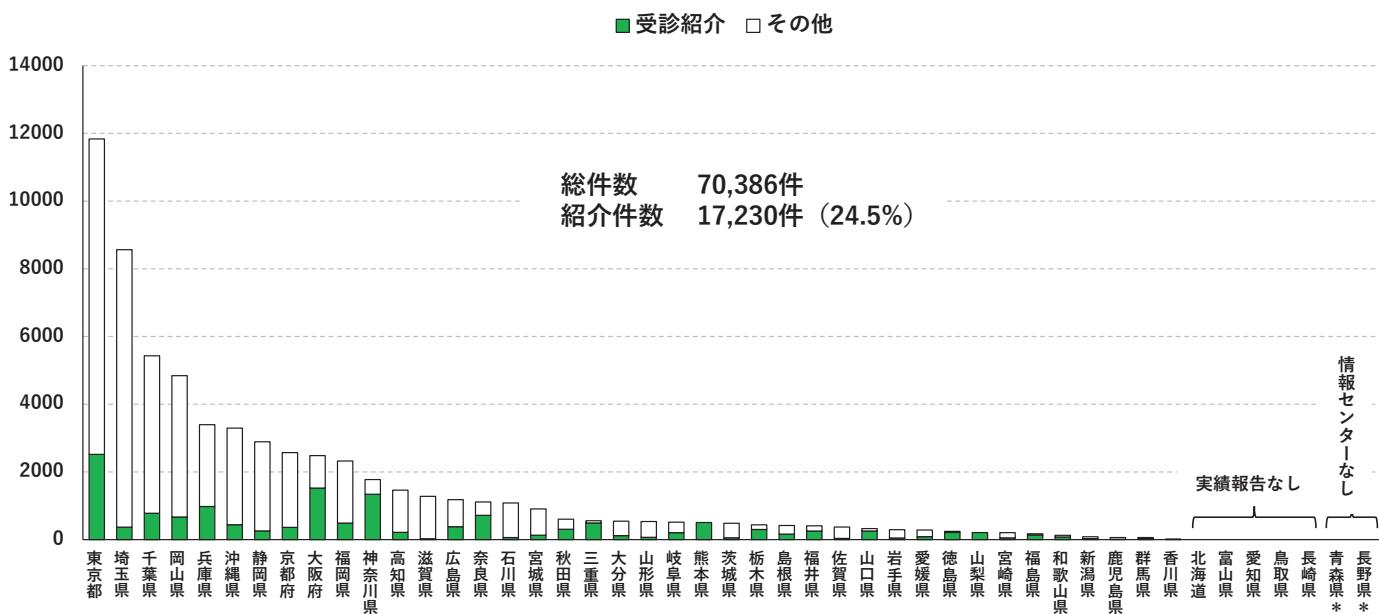


図2 精神医療相談件数(2020年度暫定)

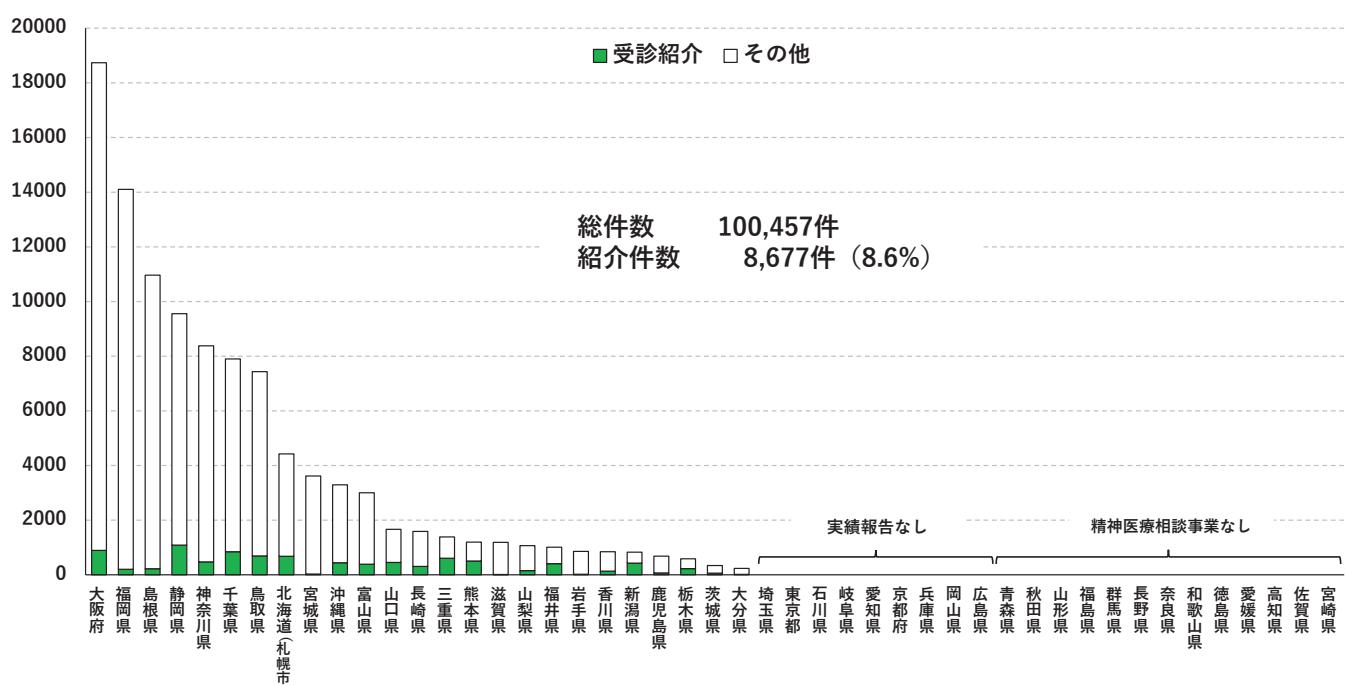


図3 受診及び入院件数(2020年度暫定)

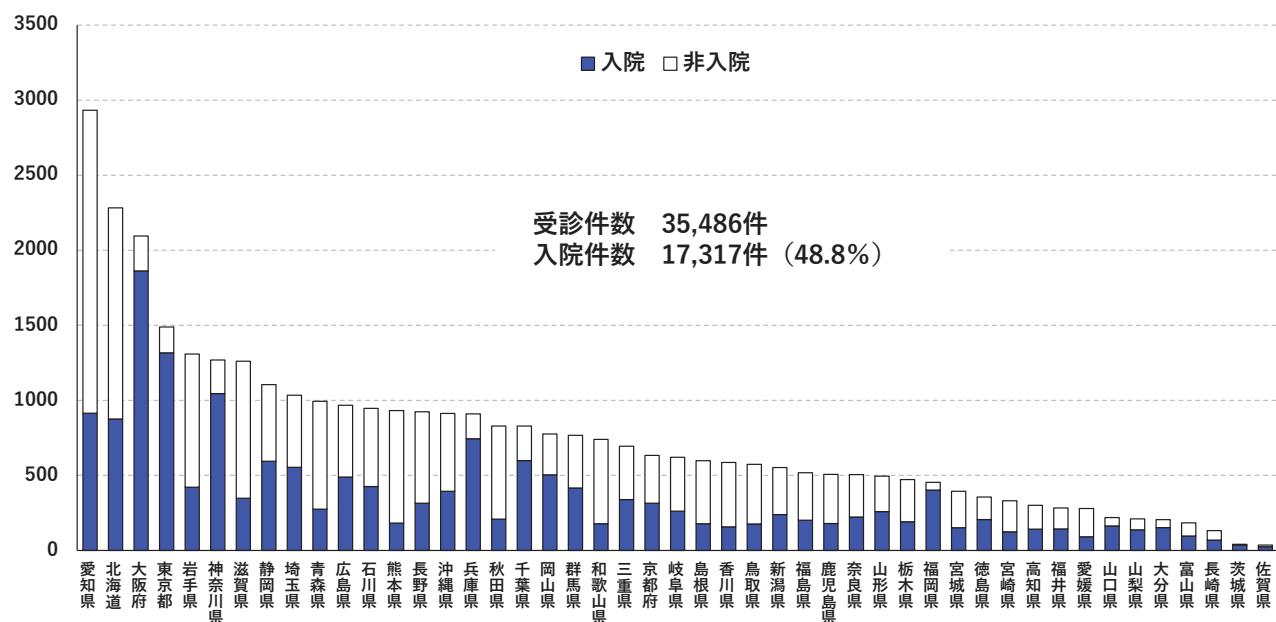


図4 精神科救急医療体制整備事業の運用実績の推移



図5 入院形式別の入院件数（2020年度暫定）

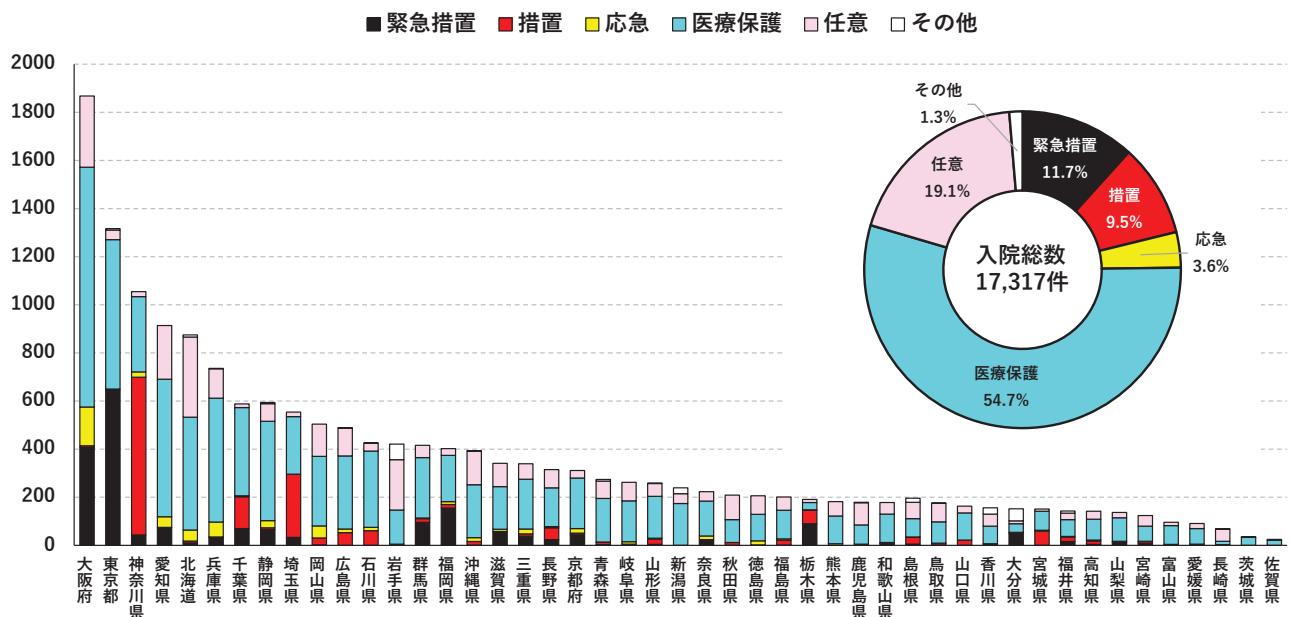


図6 人口万対受診件数と入院率の相関（2020年度暫定）

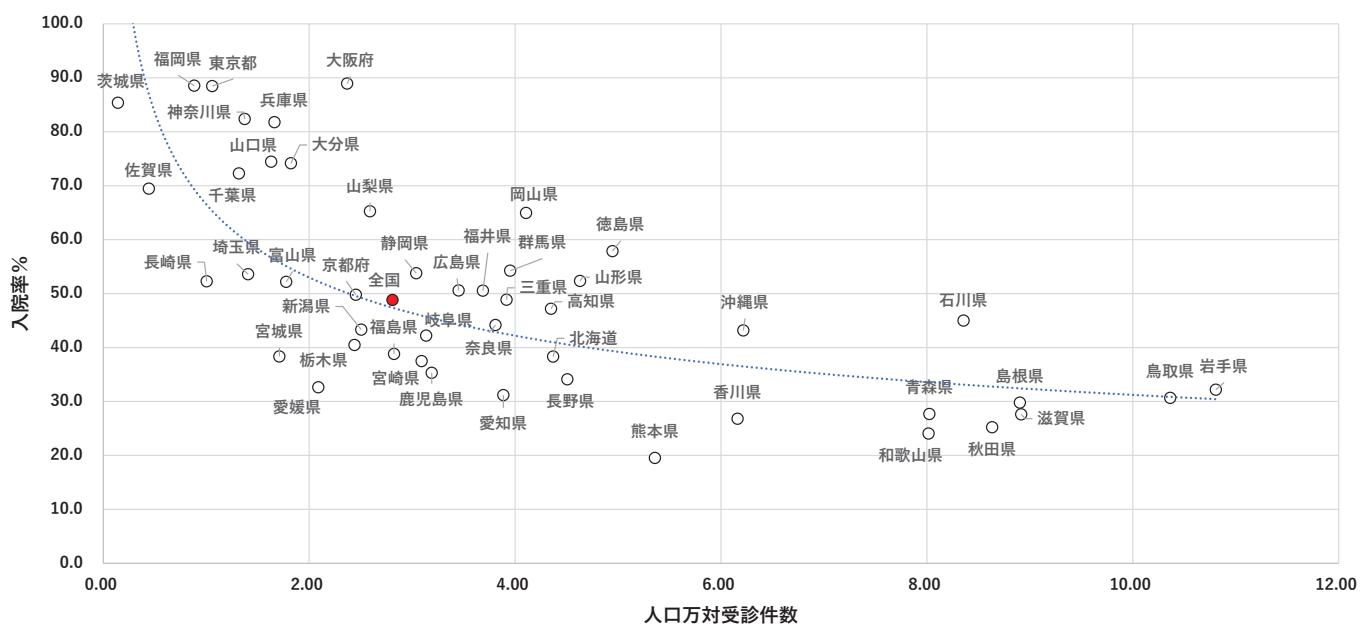


図7 受診件数に対する受診前相談紹介件数の比率と入院率の相関

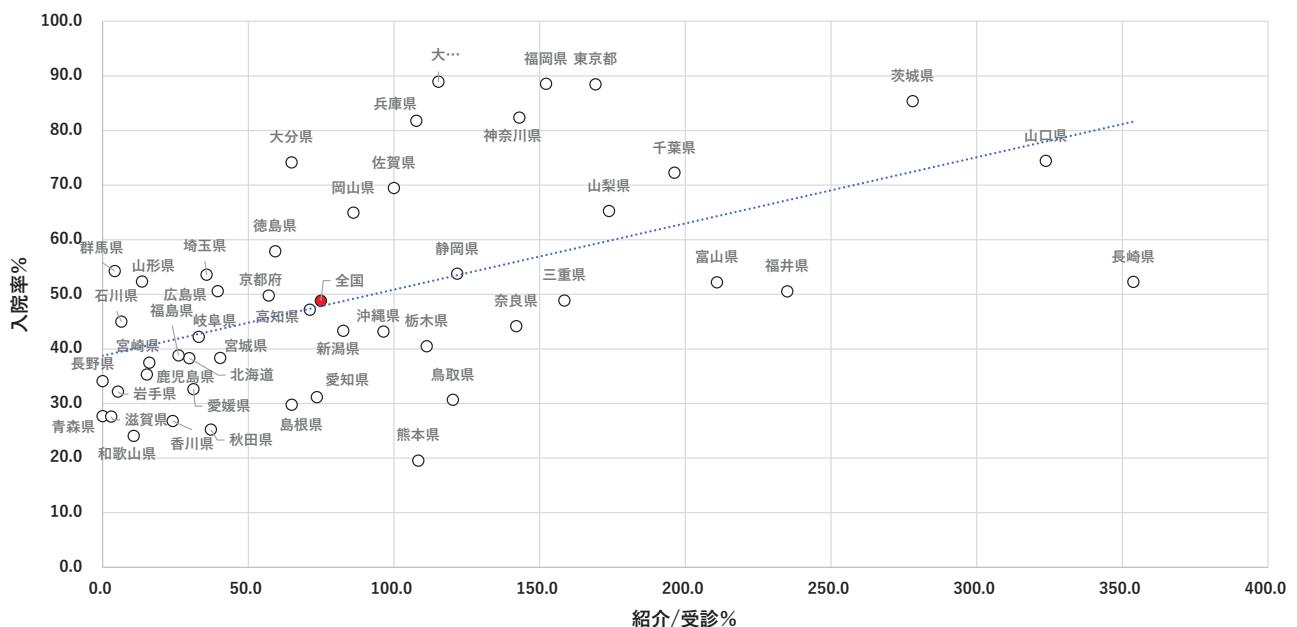
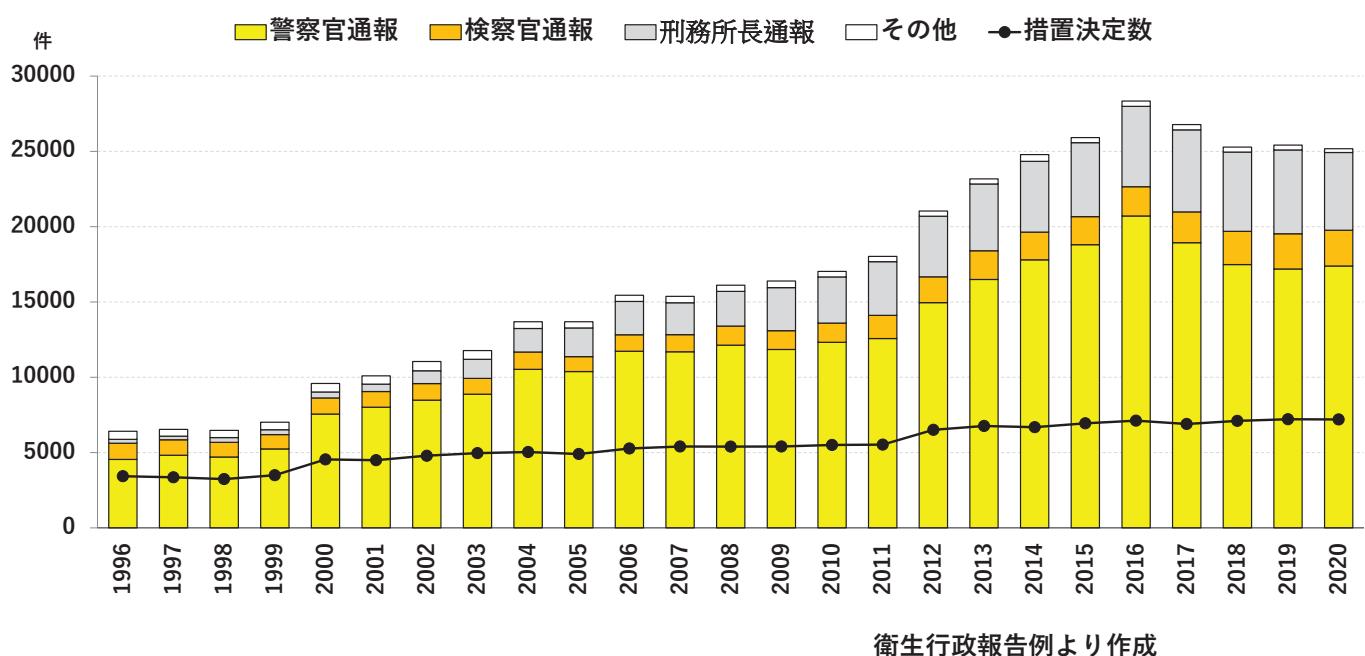


図8 申請・通報件数および措置決定数の推移



衛生行政報告例より作成

図9 申請・通報の処理状況（2020年度）
～措置決定数の多い都道府県順～

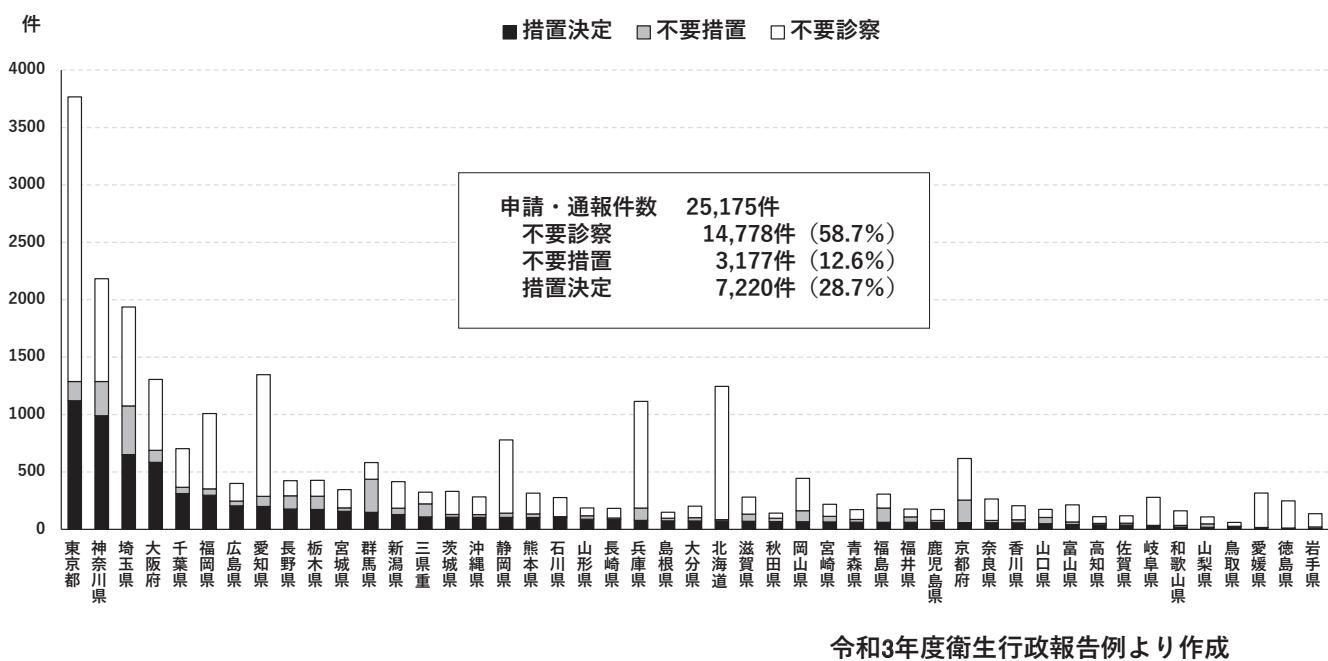


図10 人口10万対申請通報の処理状況(2020年度)
～措置決定数の多い都道府県順～

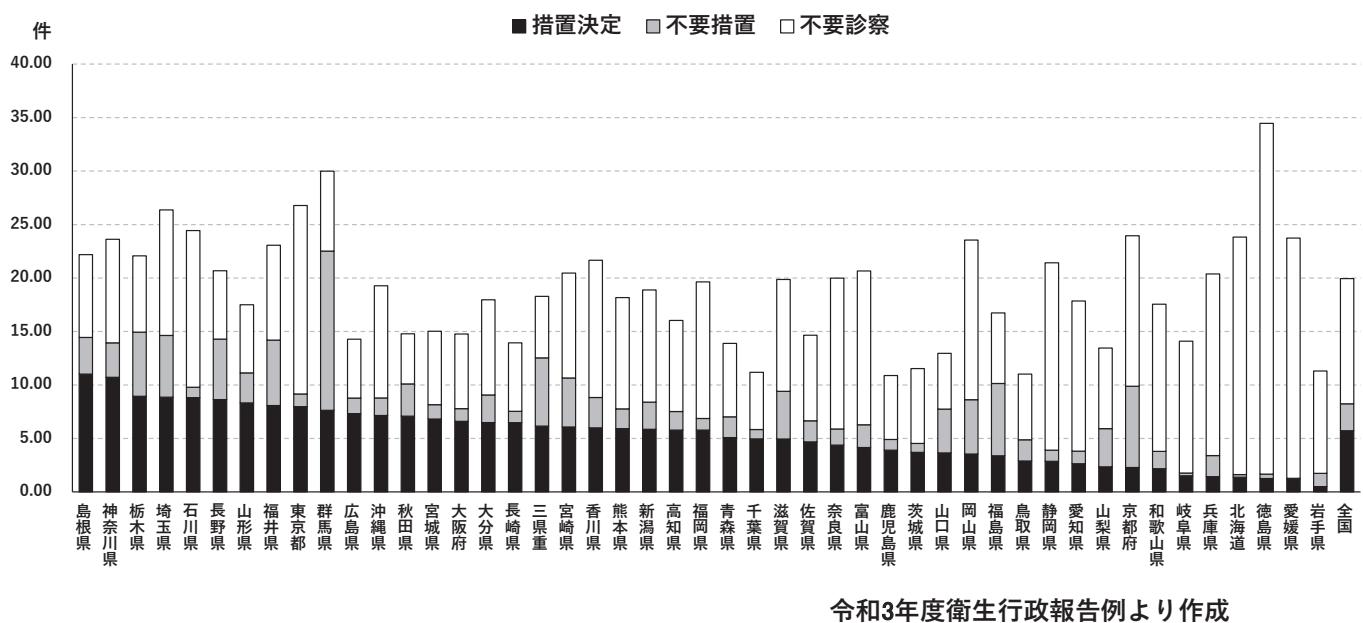


図11 通報処理業務

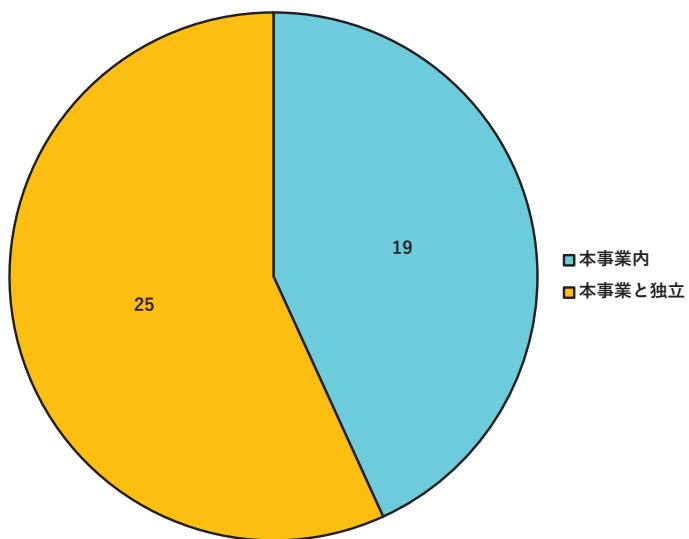


図12 通報受理窓口

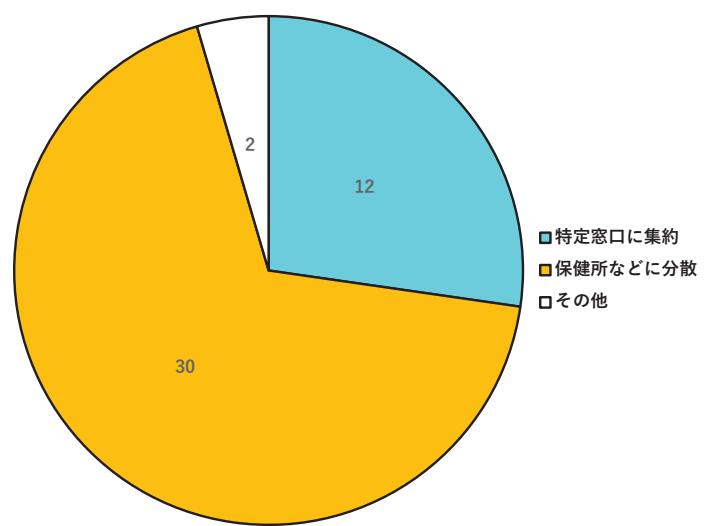


図13 運用時間帯

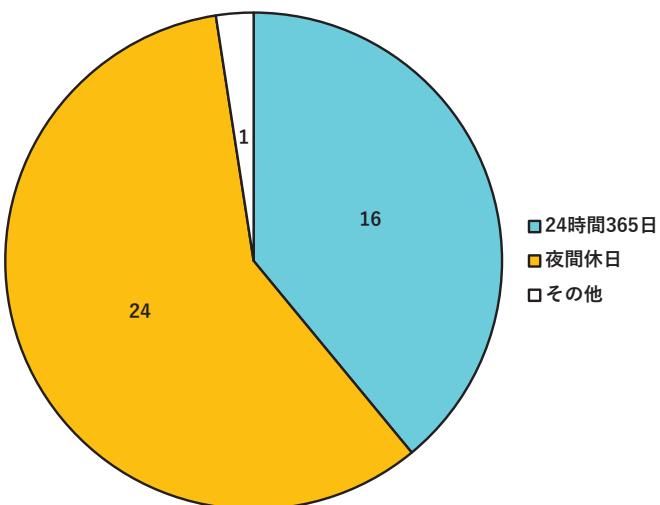


図14 補助金支給対象

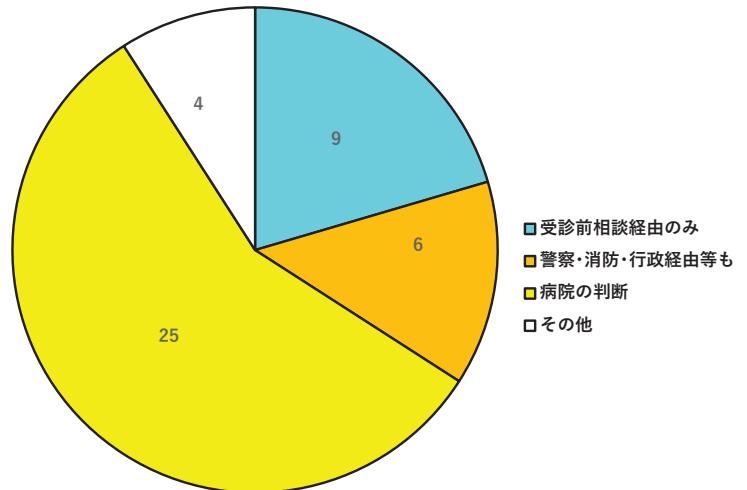


図15 かかりつけ病院のある患者

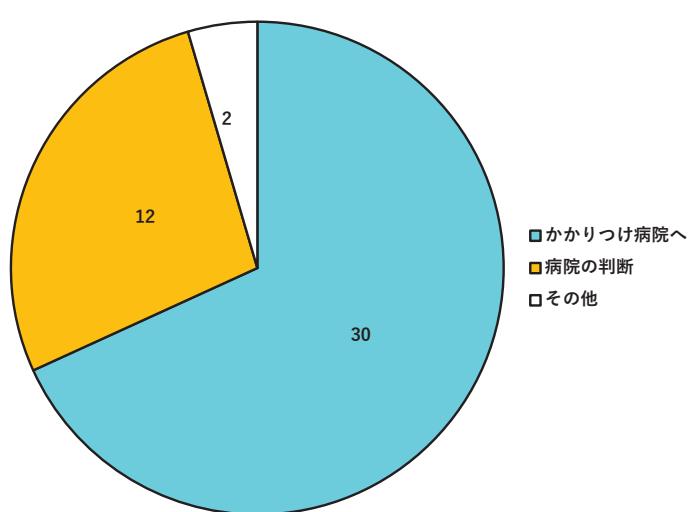


図16 自院通院患者の救急受診

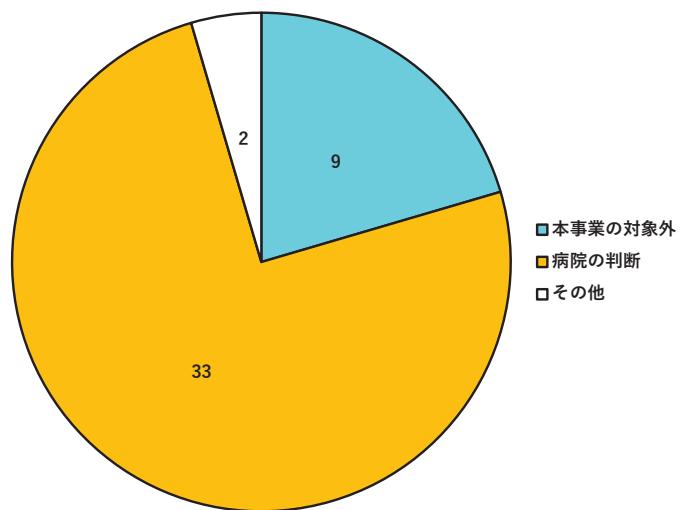


図17 当番病院受け入れ困難時の対策

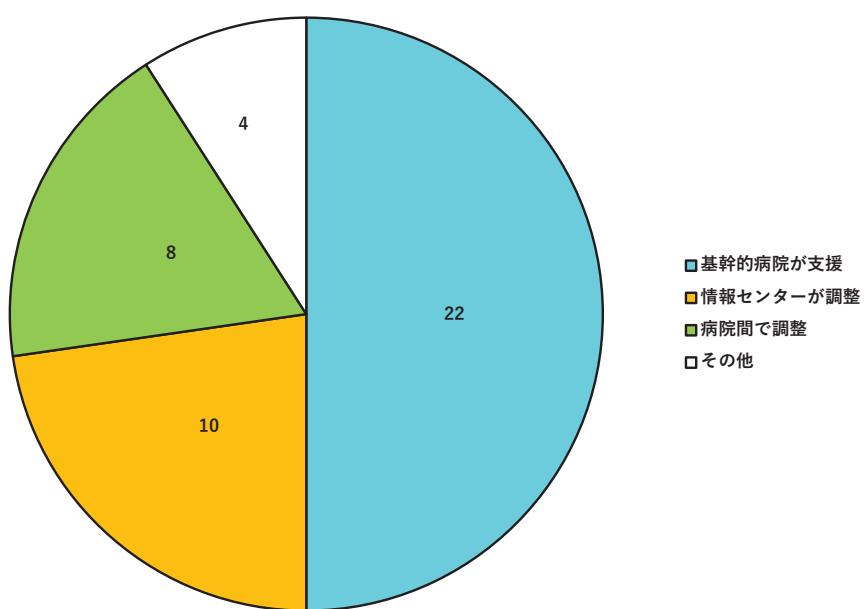


図18 身体合併症対策

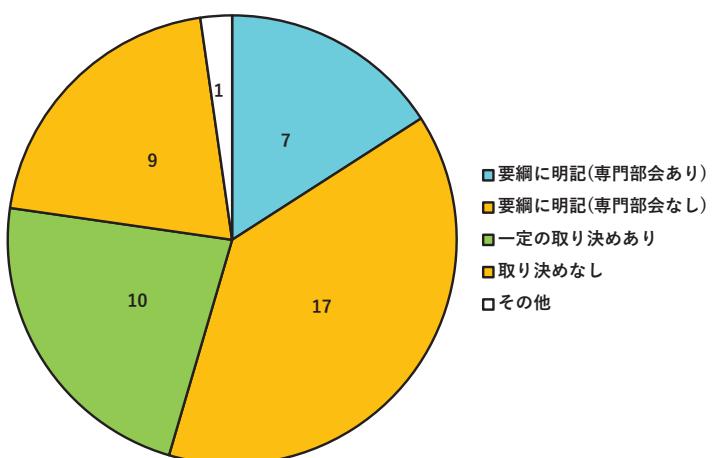


図19 身体救急との連携

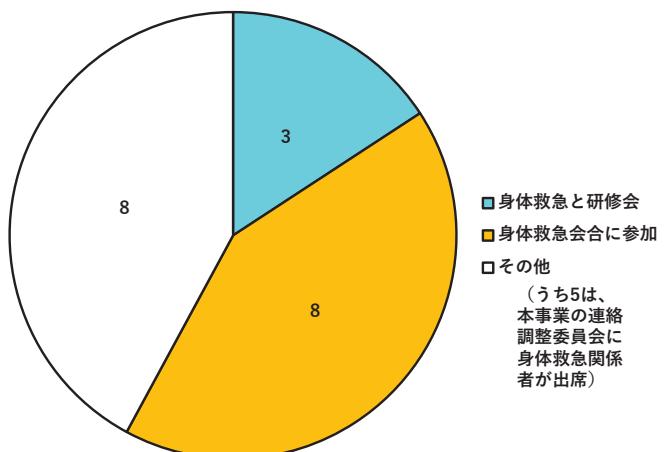


図20 連絡調整委員会
などの開催数

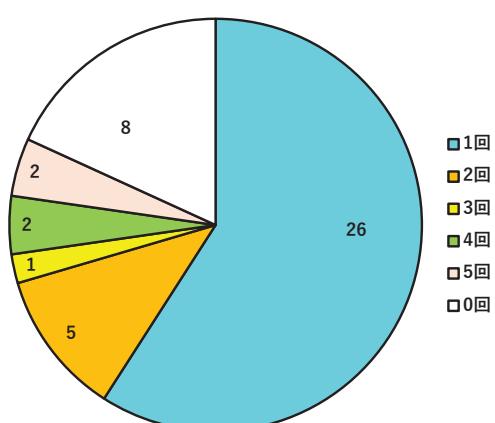


図21 連絡調整会議等への参加機関
(重複あり)

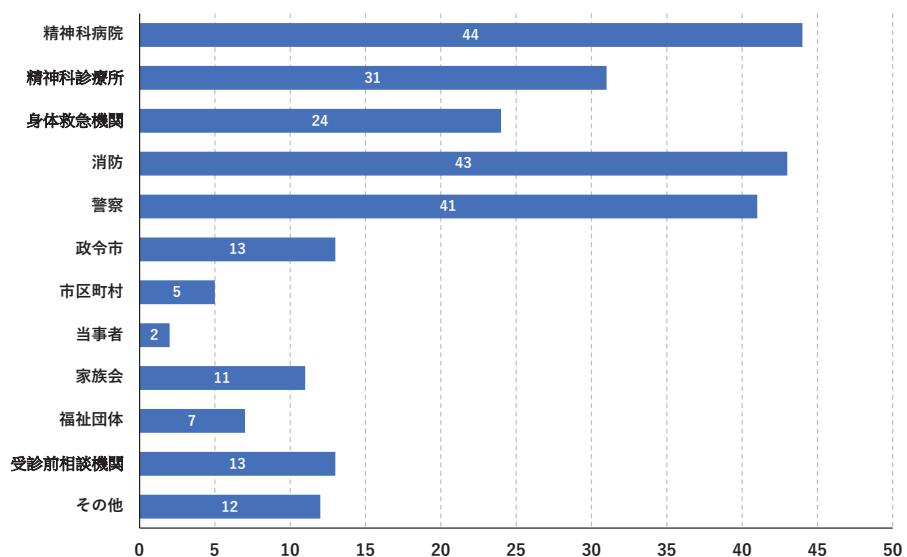


図22 情報センターの設置

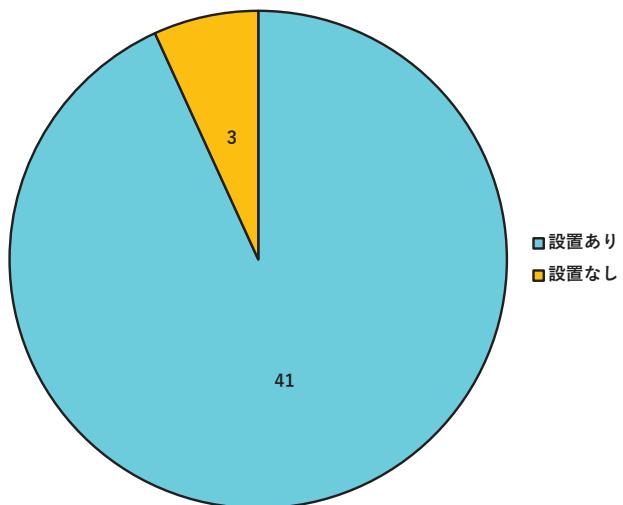


図23 情報センター設置場所

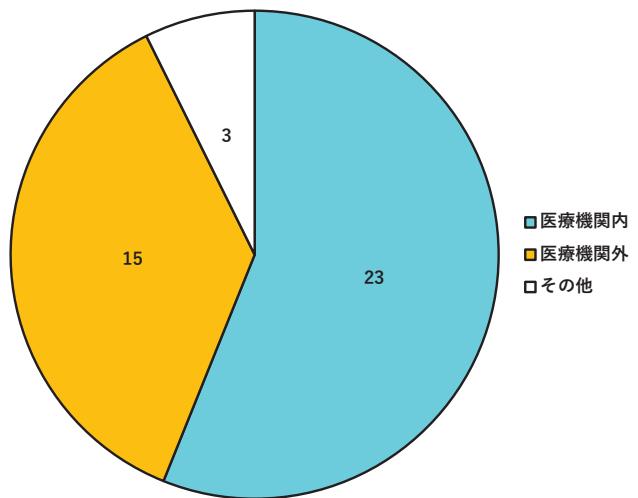


図24 自院通院患者からの
電話回線

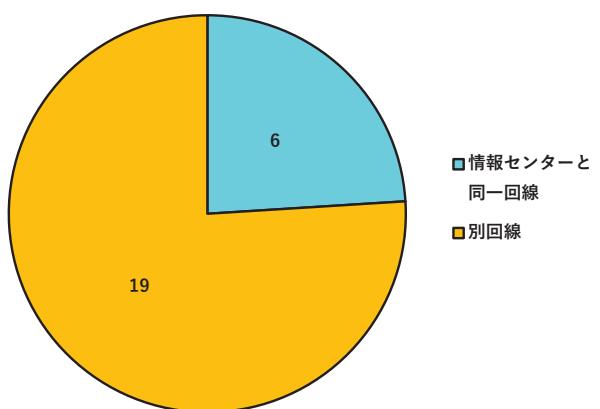


図25 情報センター電話番号公開範囲

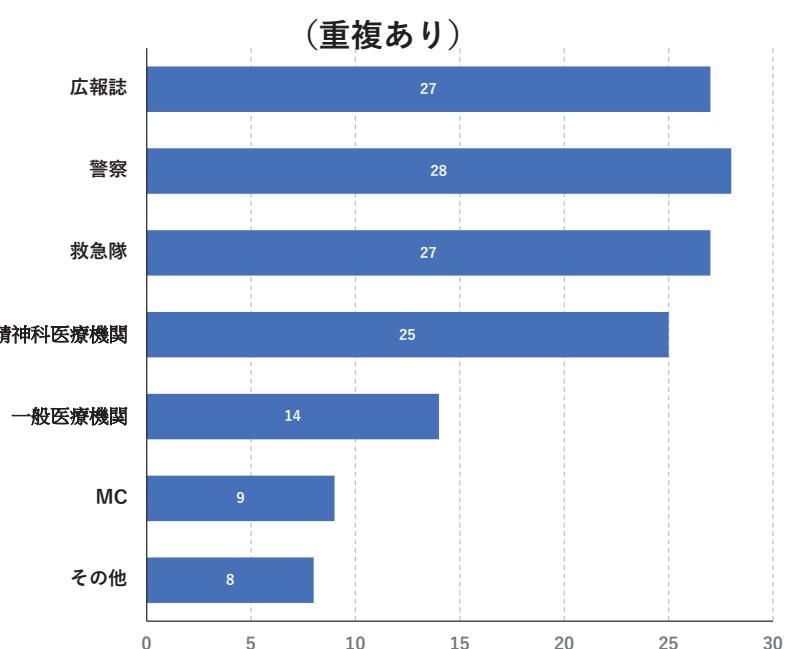


図26 情報センター運用主体

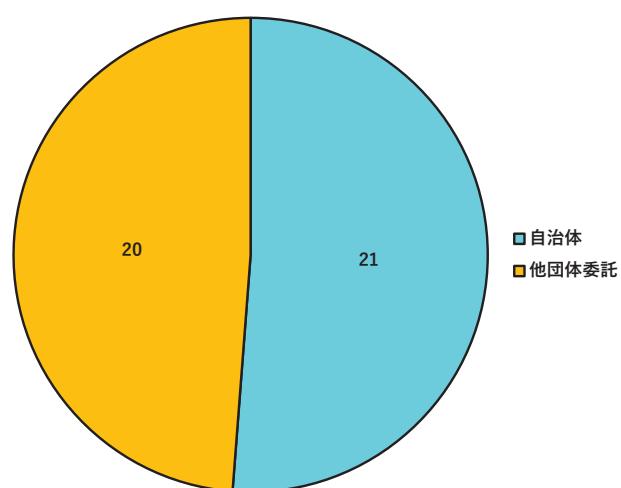


図27 情報センター対応職員

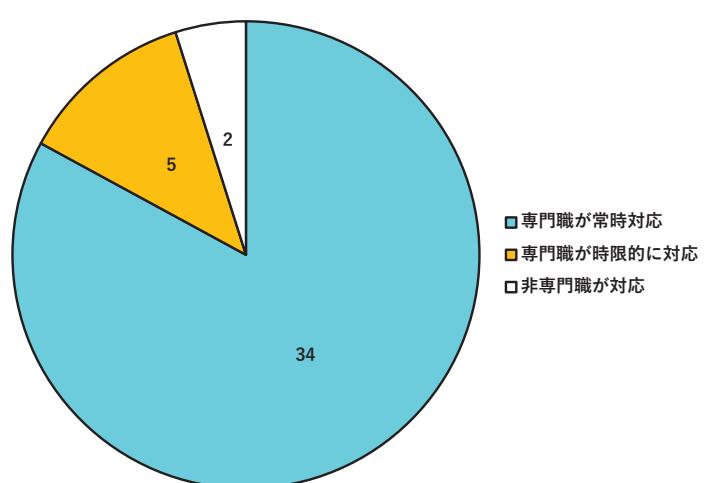


図28 情報センターへの
医師の助言

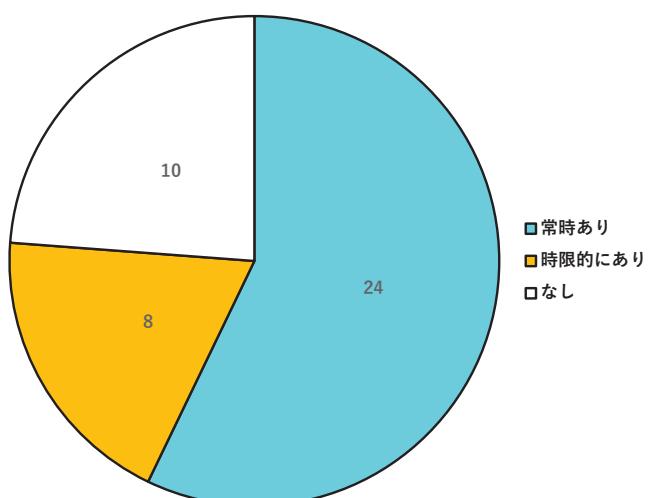


図29 情報センター
運用時間帯

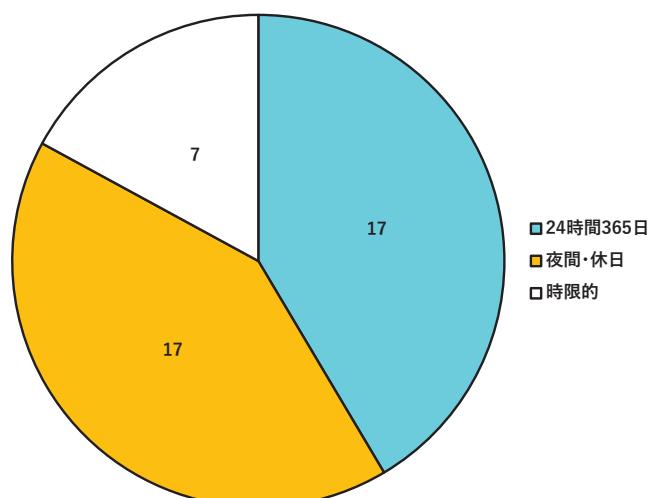


図30 情報センターの受診調整機能

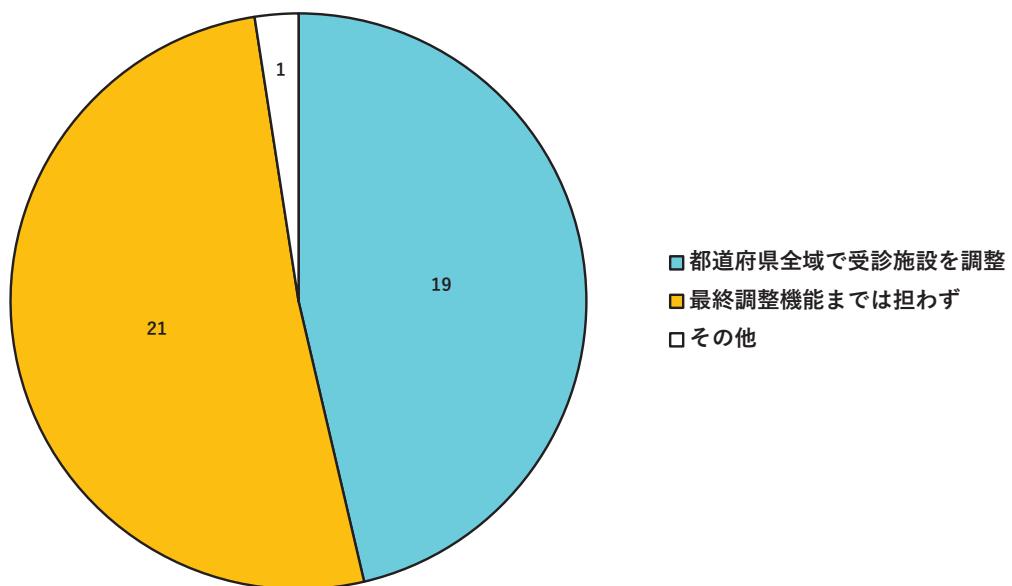


図31 精神医療相談窓口の設置数

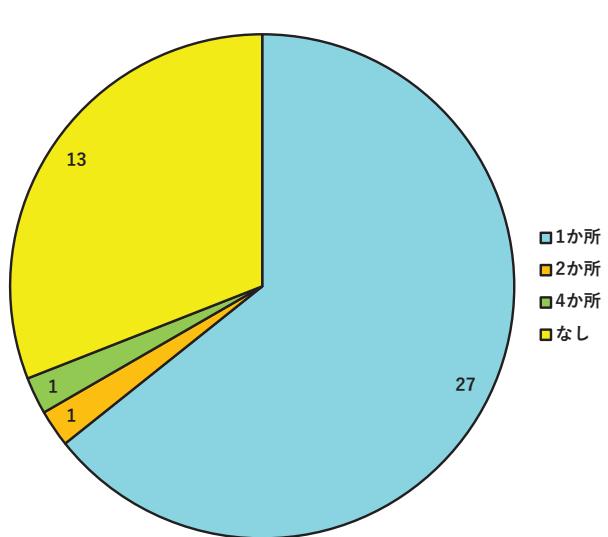


図32 精神医療相談窓口回線

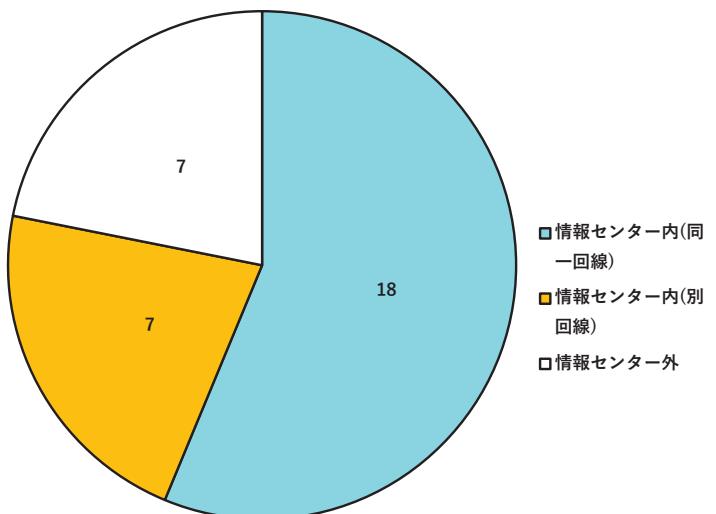


図33 精神医療相談事業の
実績集計

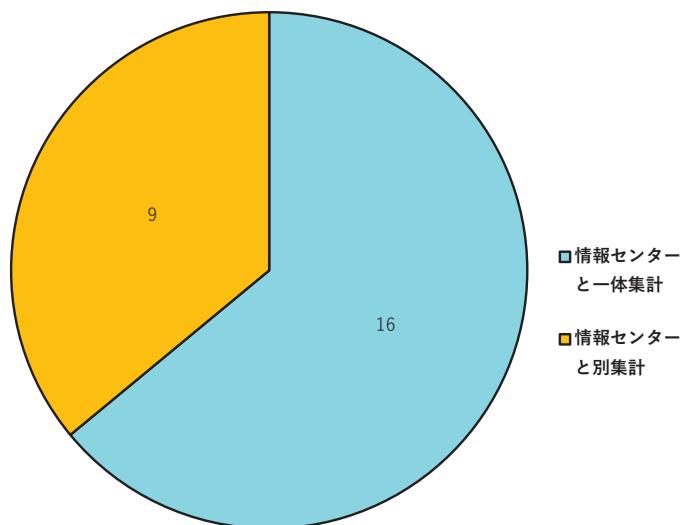


図34 精神医療相談事業の
運用主体

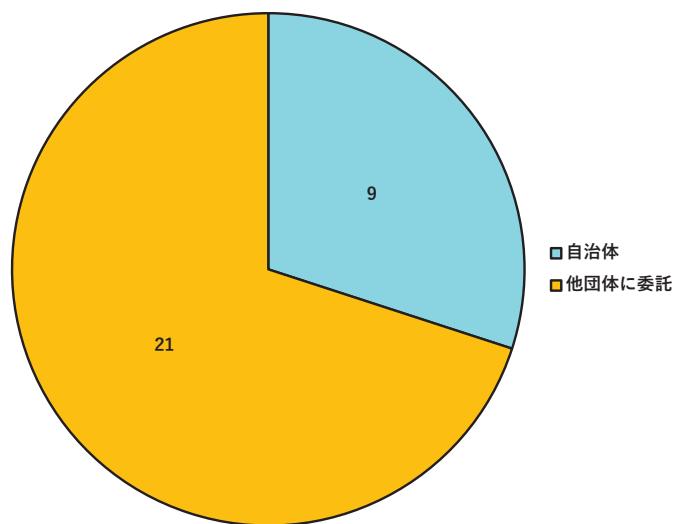


図35 精神医療相談事業の
対応職員

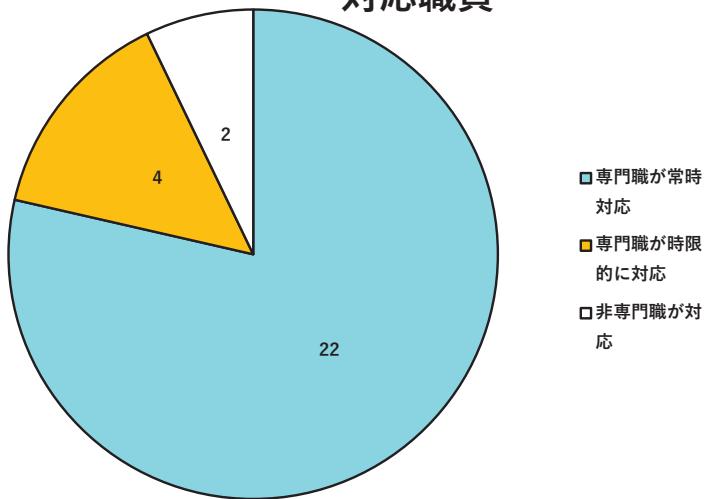


図36 精神医療相談窓口への
医師の助言

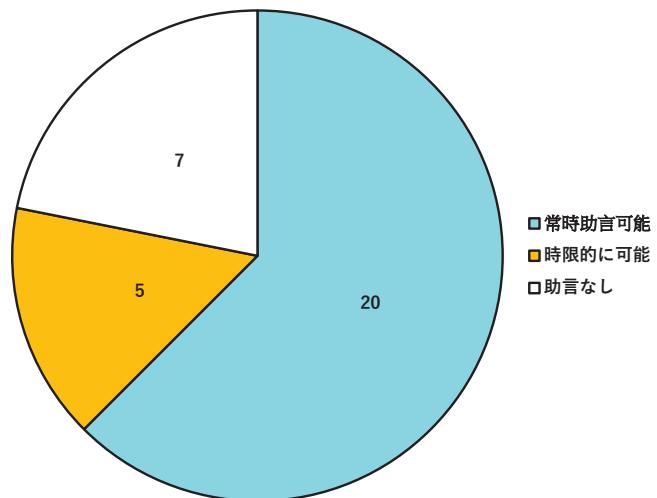
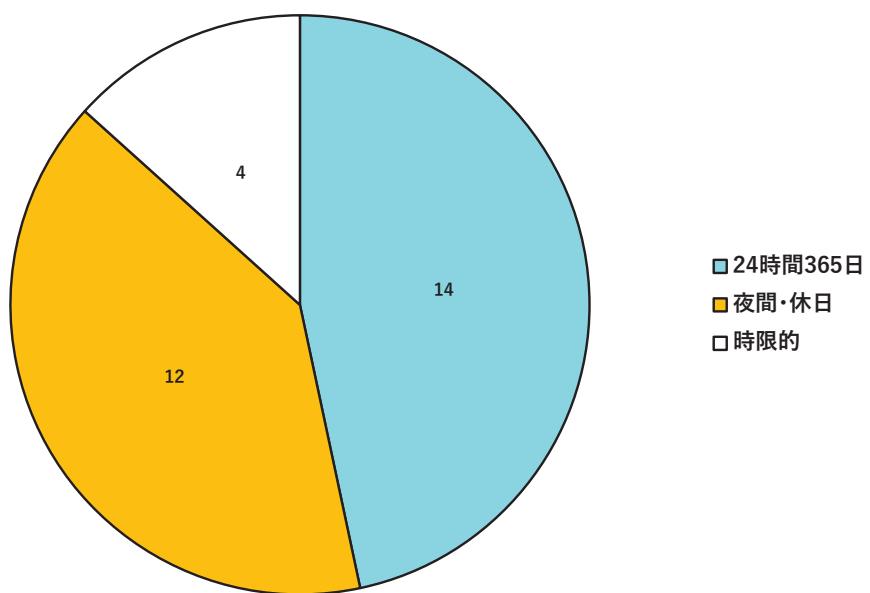


図37 精神医療相談事業の運用時間帯



A. 令和 2 年度（2020 年度）精神科救急医療体制整備事業の概要

(_____都・道・府・県・市)

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、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にのみお答え下さい。

【1】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） | 41 |
| 2. ない | 3 |

【2】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 | 18(19) |
| 2. 本事業とは独立に運用されている | 24(25) |
| 3. その他（_____） | 0 |

*「夜間・休日」とは、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。以下の設問でも同様です。

【3】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. 特定の窓口に集約されている | 12 |
| 2. 保健所等に分散している | 30 |
| 3. その他（_____） | 2 |

【4】本事業の運用時間は、

- | | |
|----------------|--------|
| 1. 24 時間 365 日 | 15(16) |
| 2. 夜間・休日の全時間帯 | 24 |
| 3. その他（_____） | 1 |

【5】本事業の補助金支給の対象となる精神科救急事例は、

- | | |
|---|--------|
| 1. 本事業における受診前相談（精神科救急情報センターもしくは精神医療相談）の窓口を経由したケースに限定するという取り決めになっている | 9 |
| 2. 上記窓口もしくは警察、救急隊、他の医療機関、行政機関を経由したケースに限定するという取り決めになっている | 4(6) |
| 3. 上記のような取り決めではなく、病院の判断に任せている | 21(25) |
| 4. その他（_____） | 4 |

【6】かかりつけ病院がある患者が本事業による時間外受診を希望した場合は、

- | | |
|---|--------|
| 1. まず、かかりつけ病院への受診を指示し、受診が困難な場合は再度相談に乗るという取り決めになっている | 29(30) |
| 2. そのような取り決めではなく、病院の判断に任せている | 12 |
| 3. その他（_____） | 2 |

資料 1

- 【7】救急当番の病院に自院通院中の患者*が時間外受診した場合は、
1. 自院通院中の患者は本事業の対象としないという取り決めになっている 9
 2. そのような取り決めではなく、病院の判断に任せている 32(33)
 3. その他 () 2

* 「自院通院中の患者」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。

- 【8】当日の当番病院での救急受診が困難の場合は、
1. 常時対応施設などの基幹的病院がバックアップする体制が決められている 21(22)
 2. そのような体制はないが、精神科救急情報センターが調整することになっている 10
 3. そのような体制ではなく、病院間での調整に委ねている 6(8)
 4. その他 () 4

- 【9】本事業に関する実績の集計は、
1. 貴自治体の担当部署が行っている 39
 2. 外部団体に委託している (公開可能な場合は団体名 : _____) 5
 3. その他 ()

- 【10】本事業に関する補助金の分配は、
1. 貴自治体の担当部署が行っている 33
 2. 外部団体に委託している (公開可能な場合は団体名 : _____) 10
 3. その他 () 1

- 【11】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 (身体合併症対策の作業部会等がある) 7
 2. 運営要綱上に取り決めが明記されている (身体合併症対策の作業部会等はない) 5(17)
 3. 運営要綱上に明記されてはいないが、一定の取り決めがある 10
 4. 特に取り決めはない 9
 5. その他 () 1

- 【12】身体救急機関との連携体制 (複数選択可。選択項目がない場合は無回答)
1. 精神科救急関係者と身体救急関係者との定例の研修会がある 3
 2. 身体救急の連絡調整会議等に精神科救急関係者が参加している 8
 3. その他 (本事業の連絡調に身体救急関係者が参加 5) 8

- 【13】本事業に係る連絡調整や研修のための会議の開催数 (令和2年度実績)
1. 連絡調整会議 _____回 0回 8、1回 26、2回 5、3回 1、4回 2、5回 2
 2. その他の会議 _____回

- 【14】絡調整会議の構成機関 (都道府県主幹部局を除く。複数選択可)
1. 精神科病院 44
 2. 精神科診療所 31
 3. 身体救急医療機関 24
 4. 消防機関 43
 5. 警察機関 41
 6. 政令市 13
 7. 市区町村 5
 8. 精神科当事者団体 2
 9. 家族会 11
 10. 福祉団体 7
 11. 受診前相談機関 13
 12. その他 () 12

- 【15】本事業の実績は、
1. 定期的に集計し、貴自治体内の関係機関に報告している 40
 2. 報告しない年もある 3

資料2

B. 令和2年度（2020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)

受診前相談事業の担当職員にご確認の上で、以下の設間にご回答願います。

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。政令市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。

I. 精神科救急情報センターについて

【1】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（政令市の場合、①都道府県と共有 11、②政令市独自 2 他 1）	41
2. 設置されていない	3

【2】前問で1を選択した場合は、以下を回答願います。政令市の場合は前問で「1かつ②」を選択した場合にのみ回答願います。

1. 設置場所 ①医療機関内（公開可能な場合は機関名：_____）	23
②医療機関外（公開可能な場合は機関名：_____）	15
③その他（日中は保健所・夜間は病院、非公開）	3

2. 医療機関内に設置されている場合、自院通院患者からの相談電話への対応は、	
①精神科救急情報センターと同じ回線で行っている	6
②精神科救急情報センターとは別の回線で行っている	19
③回答不要（医療機関外に設置されている）	13

3. 電話番号の公開範囲（該当する番号を全て選択して下さい）	
①自治体の広報などで一般公開している	27
②警察 28 ③救急隊 27 ④精神科医療機関 25 ⑤一般医療機関 14	
⑥MC（一般救急のメディカル・コントロール） 9	
⑦その他 8（保健所、救急告示病院、市町村、婦人科、県 HP）	

4. 運用主体 ①貴自治体	21
②他団体に委託（公開可能な場合は団体名：_____）	20

5. 対応職員 ①専門職（精神保健福祉士、心理士、看護師等）が當時対応している	34
②専門職が対応できない時間帯もある	5
③非専門職のみが対応している	2

6. 医師による助言体制	
①常時あり 24 ②時間帯によってあり 8 ③なし 10	

7. 運用時間 ①24 時間 365 日	17
②平日夜間・休日*の全時間帯	15(17)
③上記以外（_____）	9(7)

*「平日夜間」は原則として平日の 17:00 から翌日 8:30 まで、「休日」は休日の 8:30 から翌日 8:30 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。

8. 救急受診が必要と判断される救急事例について、当日の当番病院も、それを支援する基幹的な病院も、受け入れ困難と回答した場合、精神科救急情報センターとしては、	
①非当番病院も含め、都道府県全体で、何とか受け入れ先を探す	15(19)
②翌日まで待ってもらう（①の機能までは求められていない）	13(21)
③その他（具体的に_____）	13(1)

II. 精神医療相談窓口について

【1】精神医療相談窓口が本事業の一環として

- | | | |
|----|--|----|
| 1. | 1か所のみ設置されている（公開可能な場合は機関名：_____）
(政令市の場合、①都道府県と共有 11、②政令市独自 2) | 27 |
| 2. | 2か所以上設置されている（_____か所） 2か所 1、4か所 1
(公開可能な場合は機関名：_____)
(政令市の場合、①都道府県と共有 1、②政令市独自 0) | 2 |
| 3. | 設置されていない | 13 |

【2】前問で「1もしくは2」を選択した場合は、以下を回答願います。政令市の場合は前問で「1かつ②もしくは2かつ②」を選択した場合にのみ回答願います。

- | | | |
|----|--|---------------------|
| 1. | 設置場所 ①精神科救急情報センターと同じ（電話回線も同じ）
②精神科救急情報センターと同じ（電話回線は異なる）
③精神科救急情報センターと異なる | 18
7
7 |
| 2. | 設問1で①もしくは②を選択した場合、精神医療相談事業と精神科救急情報センター事業とは、
①一体的に運用され、相談件数の集計数も情報センターと同じ
②別事業として運用され、相談件数の集計数は情報センターと異なる
③回答不要（設問1で③を選択） | 16
9
3 |
| 3. | 精神医療相談窓口が医療機関内に設置されている場合、自院通院患者からの相談電話への対応は、
①精神医療相談と同じ回線で行っている
②精神医療相談とは別の回線で行っている
③回答不要（医療機関外に設置されている） | 5
11
14 |
| 4. | 電話番号の公開範囲（該当する番号を全て選択して下さい）
①自治体の広報などで一般公開 28
②警察 10 ③救急隊 10 ④精神科医療機関 10 ⑤一般医療機関 7
⑥MC（一般救急のメディカル・コントロール）4
⑦その他 2（各保健所、精神保健福祉センター、精神科医療機関、相談支援事業所） | |
| 5. | 運用主体 ①貴自治体
②他団体に委託（公開可能な場合は団体名：_____） | 9
21 |
| 6. | 対応職員 ①専門職（精神保健福祉士、心理士、看護師等）が當時対応している
②専門職が対応できない時間帯もある
③非専門職のみが対応している | 22
4
2 |
| 7. | 医師による助言体制
①當時あり 20 ②時間帯によってあり 5 ③なし 7 | |
| 8. | 運用時間 ①24時間 365日
②平日夜間・休日の全時間帯
③上記以外（_____） | 14
9(12)
7(4) |

資料3 「全国精神科救急医療マップ 2020」の解説

精神科救急医療体制整備事業（以下「整備事業」ないし「本事業」と略記）の2020年度（令和2年度）実績に係る各都道府県からの年報（様式2、4、5、6、7）、2021年8月に実施した本事業の運用実態に関する自治体アンケート調査の結果、それに国の公式統計（衛生行政報告例、精神保健福祉資料など）のデータを都道府県単位で統合し、精神科救急医療圏域ごとの人口密度と精神科救急医療施設の分布図を挿入したのが「全国精神科救急医療マップ 2020」（以下「全国マップ」と略記）である。本報告書の作成段階では、欠損データが残されていたため、暫定版を提示するにとどまった。できるだけ早い時期に確定版を作成・公表の予定である。

全国マップの分布図では、精神科救急医療圏域ごとの人口密度を5段階に色分けし（緑が濃いほど人口密度が低い）、精神科救急医療施設の所在地点を表示した。掲載した指標群は、精神科入院医療の指標、空床確保事業（本事業）に関する指標、受診前相談事業に関する指標の3カテゴリーから成る。以下に全国マップの表示内容について解説する。

1. 精神科救急医療施設の分類と表示

精神科救急医療施設を以下の5類型に分類して表示した。

- ★ 総合病院もしくは大学病院のうち精神科救急入院料を認可され、かつ常時対応型に指定された施設
- ☆ 総合病院もしくは大学病院のうち精神科救急入院料を認可されているが、常時対応型に指定されてはいない施設
- ◆ 精神科専門病院のうち精神科救急入院料を認可され、かつ常時対応型に指定された施設
- ◇ 精神科専門病院のうち精神科救急入院料を認可されているが、常時対応型に指定されてはいない施設
- 上記以外の施設（精神科専門病院のうち精神科救急入院料の認可施設ではなく、常時対応型にも指定されていない施設）

2. 精神科入院医療の指標

（1）病床数等

2020年度精神保健福祉資料から都道府県別の精神科病床数と精神科在院患者数を選択し、2020年10月の人口（万人）で除した数値を掲載した。隣に全国平均を並べた。

（2）在院患者特性

2020年6月末の在院患者の特性を表示するために、精神保健福祉資料から、診断構成比率として精神病圏（ICD-10分類のF2群）と認知症を主体とする器質性障害圏（同F1

群）の2指標、在院期間別の在院患者比率として3か月未満、3か月から1年、1年から5年、5年超の4指標、年齢構成として65歳以上の在院患者比率を選択して掲載し、隔離と身体拘束患者の比率（2020年6月末時点で精神保健指定医から隔離・拘束の指示がなされている在院患者の比率）を加えた。

（3）職員配置

同じく精神保健福祉資料から、職員配置状況を表示するために、常勤精神科医師数と精神保健指定医の内数、常勤精神科医師1人当たりの在院患者数、常勤病棟看護師数（准看護士を含む）と看護師1人当たりの在院患者数、常勤コメディカルスタッフ（精神保健福祉士、心理師、作業療法士）数とコメディカルスタッフ1人当たりの在院患者数を選択して掲載した。職員1人当たりの在院患者数が少ないほど、職員の配置密度が高いことになる。

（4）新規入院状況

通年データとして、2020年度の衛生行政報告例から、措置入院に係る申請・通報件数と警察官通報の内数および措置決定件数を選択し、申請・通報件数に対する措置決定率、それに措置決定件数に対する整備事業内での緊急措置・措置入院件数の比率を掲載した。同じく衛生行政報告例から医療保護入院届の審査件数を選択し、それに対する本事業での医療保護入院件数の比率を算出した。また、国が毎年公表している病院報告から平均在院日数を加えた。

3. 空床確保事業

次に、整備事業の本体事業である空床確保事業についての指標を掲載した。

（1）精神科救急医療施設

表1（2020年度の本事業年報）に基づいて、知事が指定する精神科救急医療施設数、本事業による施設分類ごとの数、医療法による施設分類ごとの数を掲載した。また、日本精神科救急学会ホームページに掲載されている精神科救急入院料認可施設一覧（2020年度版）に基づいて、精神科救急入院料1・2（全国マップでは精神科救急1・2と略記）および精神科救急合併症入院料（同じく精神科救急合併症と略記）、を認可された施設数を掲載した。また、精神保健福祉資料から、精神科急性期治療病棟入院料（同じく精神科急性期と略記）を認可された病棟数（病床規制があるため施設数にはほぼ一致）を掲載した。

（2）事業の概要

自治体アンケート調査の結果（資料1）に基づいて、以下の指標を掲載した。回答に注釈がある場合は、近くの空欄に表記した。

①運営要綱の有無：本事業に関する運営要綱の有無。

②措置通報処理（夜間・休日）：夜間・休日における措置通報処理が本事業内に組み込まれているか、本事業外であるか。

③通報受理窓口（夜間・休日）：上記の通報が特定窓口で受理されているか、保健所などに分散しているか。

- ④事業の運用時間：本事業の運用時間が 24 時間 365 日か、夜間・休日限定か。
- ⑤補助金支給対象事例：本事業の対象を受診前相談や警察・消防・行政などの経由事例に限定するか、受診病院の判断によるか。
- ⑥かかりつけ事例対応：かかりつけ病院がある事例はその病院への受診が優先であるかどうか。
- ⑦自院通院患者の救急受診対応：精神科救急医療施設に通院中の患者が当番日に来院した場合、救急事例にカウントするかどうか。
- ⑧当番病院のバックアップ体制：当番病院（常時対応病院を含む）での救急事例の受け入れが困難の場合、バックアップ体制があるかどうか。
- ⑨身体合併症対策：身体合併症対策が運営要綱に明記されているか、作業部会等が設置されているかどうか。
- ⑩身体救急会合への参加：身体救急関連の会合に精神科救急関係者が参加しているかどうか。
- ⑪連絡調整委員会：開催数、参加団体、実績報告の有無。

(3) 運用実績

表 1 に基づいて、以下の指標を掲載した。

- ①受診件数
- ②人口万対受診件数
- ③入院件数
- ④人口万対入院件数
- ⑤入院率：受診件数に対する入院件数
- ⑥入院形態：各入院形態の比率

4. 受診前相談事業

(1) 精神科救急情報センター

①概要

- 自治体アンケート調査の結果（資料 2）に基づいて、以下の指標を掲載した。
- a) 情報センターの有無
 - b) 設置場所：医療機関内か外か。
 - c) 運用主体：自治体か外部委託か。
 - d) 運用時間：24 時間 365 日か、夜間・休日限定か。
 - e) 対応職員：専門職が常時対応できるか、時限的な対応か、非専門職による対応か。
 - f) 医師による助言：医師の助言が常時あるか、時限的か、助言がないか。
 - g) 最終受診調整機能：当番病院（常時対応病院を含む）での救急事例の受け入れが困難の場合、情報センターが全県で受診調整する機能があるかどうか。

②運用実績

表1に基づいて、以下の指標を掲載した。

- a)相談件数
- b)紹介件数
- c)紹介件数/相談件数（%）：相談件数に対する受診紹介の比率。すなわち、情報センターのトリアージ機能の指標。
- d)紹介件数/受診件数（%）：受診件数に対する紹介件数の比率。すなわち、本事業における情報センターの比重を示す指標。受診紹介しても受診に結びつかない事例もあるので、紹介件数が受診件数を上回る場合（100%超）もある。

（2）精神医療相談事業

①概要

今回のアンケート調査（資料2）の結果に基づいて、以下の指標を掲載した。

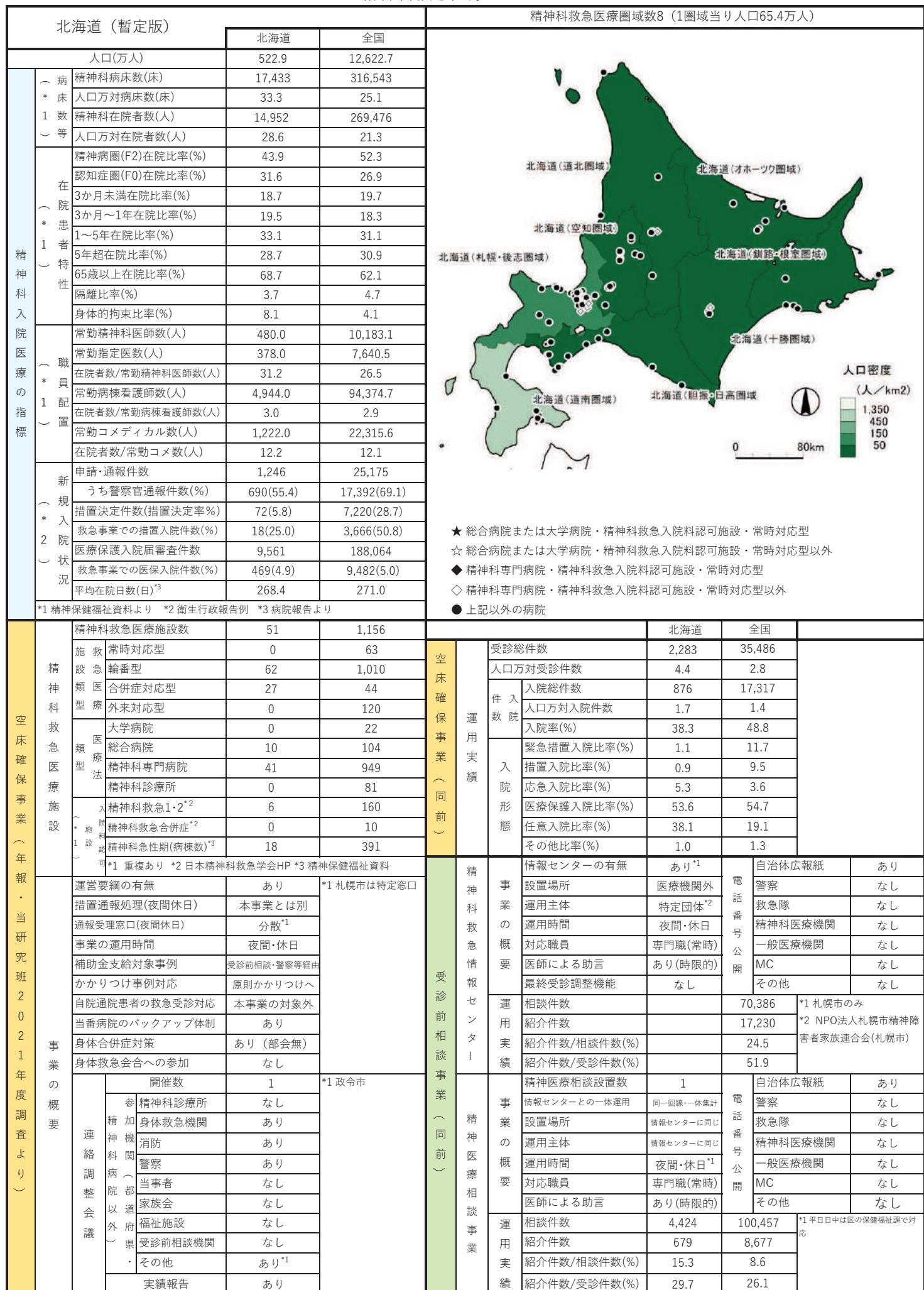
- a)精神医療相談設置数：精神医療相談窓口の設置数。
- b)情報センターとの一体運用：情報センターと同一回線か別回線か。実績が情報センターと一体集計されているか、別集計か。
- c)設置場所：医療機関内か外か。
- d)運用主体：自治体か外部委託か。
- e)運用時間：24時間365日か、夜間・休日限定か。
- f)対応職員：専門職が常時対応できるか、時限的な対応か、非専門職による対応か。
- g)医師による助言：医師の助言が常時あるか、時限的か、助言がないか。

②運用実績

表1に基づいて、以下の指標を掲載した。

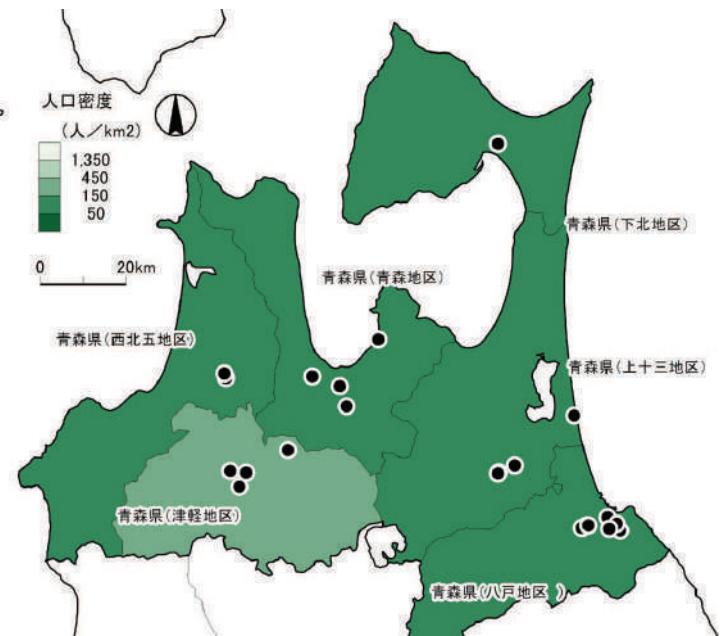
- a)相談件数
- b)紹介件数
- c)紹介件数/相談件数（%）：相談件数に対する受診紹介の比率。すなわち、相談事業のトリアージ機能の指標。
- d)紹介件数/受診件数（%）：受診件数に対する紹介件数の比率。すなわち、本事業における相談事業の比重を示す指標。受診紹介しても受診に結びつかない事例もあるので、紹介件数が受診件数を上回る場合（100%超）もある。

精神科救急医療マップ2020



精神科救急医療マップ2020

青森県（暫定版）		精神科救急医療圈域数6（1圏域当り人口 20.7万人）	
		青森県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	123.9	12,622.7
	精神科病床数(床)	4,345	316,543
	人口万対病床数(床)	35.1	25.1
	精神科在院者数(人)	3,665	269,476
	人口万対在院者数(人)	29.6	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	46.6	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	36.3	26.9
	3か月未満在院比率(%)	23.8	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	21.9	18.3
	1～5年在院比率(%)	29.0	31.1
精神科入院医療の指標	5年超在院比率(%)	25.3	30.9
	65歳以上在院比率(%)	65.5	62.1
	隔離比率(%)	3.0	4.7
	身体的拘束比率(%)	4.0	4.1
	常勤精神科医師数(人)	126.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	93.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	29.1	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,237.0	94,374.7
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.0	2.9
	常勤コメディカル数(人)	315.2	22,315.6
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	11.6	12.1
	申請・通報件数	172	25,175
	うち警察官通報件数(%)	108(62.8)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	63(36.6)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	13(20.6)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	3,106	178,502
新規入院状況	救急事業での医保入院件数(%)	181(5.8)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	253.2	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		



★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型

☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外

◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型

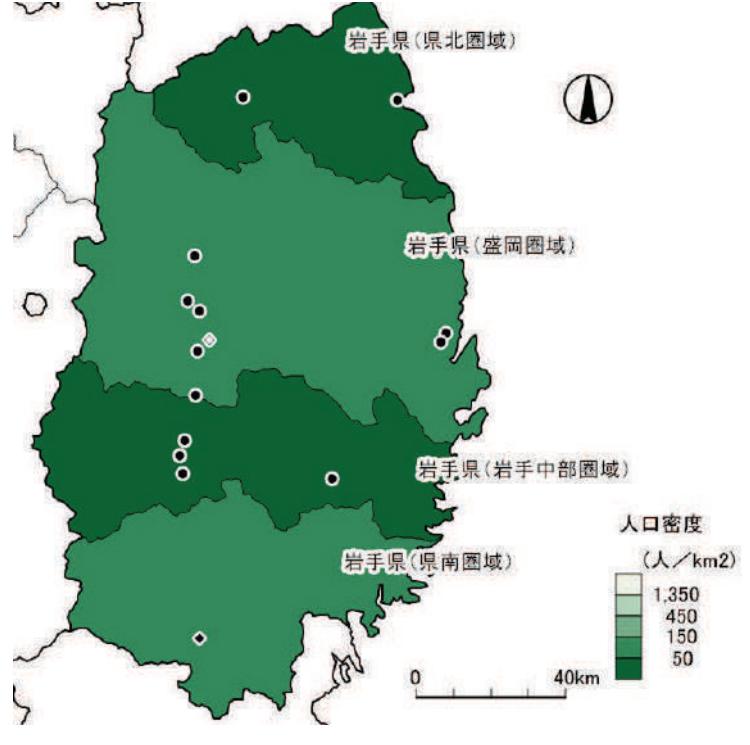
◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外

● 上記以外の病院

精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数	14	1,105			青森県	全国	
	施設	常時対応型	0	受診総件数	994	33,203		
	急	輪番型	14	人口万対受診件数	8.0	2.6		
	類	合併症対応型	0	件入院総件数	275	16,442		
	療	外来対応型	0	人口万対入院件数	2.2	1.3		
	（	大学病院	0	入院率(%)	27.7	49.5		
	医	総合病院	4	緊急措置入院比率(%)	1.1	12.3		
	療	精神科専門病院	10	措置入院比率(%)	3.6	9.9		
	法	精神科診療所	0	応急入院比率(%)	0.4	3.5		
	（	精神科救急1・2*2	1	医療保護入院比率(%)	65.8	54.8		
事業の概要	施設	精神科救急合併症*2	0	任意入院比率(%)	26.2	18.1		
	（	精神科急性期(病棟数)*3	7	その他比率(%)	2.5	1.4		
	（	司	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料					
	運営要綱	の有無	あり	情報センターの有無	なし		自治体広報紙	
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別		設置場所		警察		
	通報受理窓口(夜間休日)	分散		運用主体		救急隊		
	事業の運用時間	夜間・休日		運用時間		精神科医療機関		
	補助金支給対象事例	取り決めなし		対応職員		一般医療機関		
	かかりつけ事例対応	取り決めなし		医師による助言		MC		
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし		最終受診調整機能		その他		
事業の概要	当番病院のバッックアップ体制	病院間で調整		相談件数	70,386			
	身体合併症対策	あり(部会無)		紹介件数	17,230			
	身体救急会合への参加	なし		紹介件数/相談件数(%)	24.5			
	開催数	5		紹介件数/受診件数(%)	51.9			
	精神科診療所	なし		精神医療相談設置数	0		自治体広報紙	
	身体救急機関	なし		情報センターとの一体運用		警察		
	消防	あり		設置場所		救急隊		
	警察	あり		運用主体		精神科医療機関		
	当事者	なし		運用時間		一般医療機関		
	家族会	あり		対応職員		MC		
連絡調整会議	福祉施設	なし		医師による助言		その他		
	受診前相談機関	なし		相談件数	100,457			
	その他	都市医師会		紹介件数	8,677			
	実績報告	あり		紹介件数/相談件数(%)	8.6			
				紹介件数/受診件数(%)	26.1			

精神科救急医療マップ2020

岩手県（暫定版）		精神科救急医療圈域数4（1圏域当り人口30.3万人）	
		岩手県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	121.1	12,622.7
	精神科病床数(床)	4,111	316,543
	人口万対病床数(床)	33.9	25.1
	精神科在院者数(人)	3,304	269,476
	人口万対在院者数(人)	27.3	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	55.6	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	21.6	26.9
	3か月未満在院比率(%)	22.9	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	17.4	18.3
	1～5年在院比率(%)	27.3	31.1
精神科入院医療の指標	5年超在院比率(%)	32.5	30.9
	65歳以上在院比率(%)	56.9	62.1
	隔離比率(%)	3.1	4.7
	身体的拘束比率(%)	4.0	4.1
	常勤精神科医師数(人)	104.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	85.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	31.8	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,387.0	94,374.7
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.4	2.9
	常勤コメディカル数(人)	286.0	22,315.6
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	11.6	12.1
	申請・通報件数	137	25,175
	うち警察官通報件数(%)	90(65.7)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	6(4.4)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	1(16.7)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	1,311	178,502
新規入院状況	救急事業での医保入院件数(%)	142(10.8)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	247.3	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		

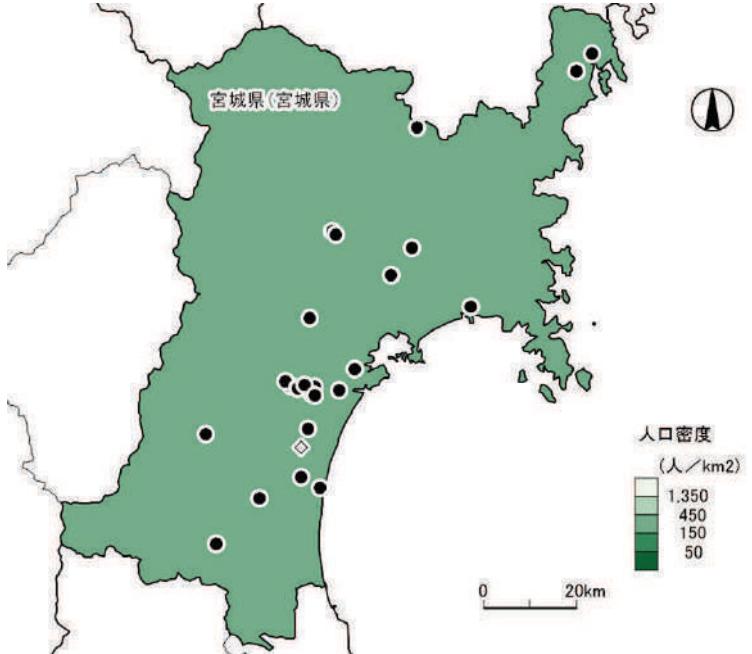


- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（～年報～）	精神科救急医療施設数		岩手県	全国	
	施設	種類	受診総件数	33,203	
精神科救急医療施設（～年報～）	常時対応型	3	63	1,309	33,203
	輪番型	12	948	10.8	2.6
	合併症対応型	1	21	421	16,442
	外来対応型	0	120	人口万対入院件数	3.5 1.3
	大学病院	1	22	入院率(%)	32.2 49.5
	総合病院	1	94	緊急措置入院比率(%)	0.2 12.3
	精神科専門病院	13	908	措置入院比率(%)	0.0 9.9
	精神科診療所	0	81	応急入院比率(%)	1.0 3.5
	精神科救急1・2 ²	2	161	医療保護入院比率(%)	33.7 54.8
	精神科救急合併症 ²	0	10	任意入院比率(%)	49.6 18.1
事業の概要	精神科急性期(病棟数) ³	7	390	その他比率(%)	15.4 1.4
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料				
	運営要綱の有無	あり	情報センターの有無	あり	自治体広報紙 あり
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	設置場所	医療機関内 ¹	警察 あり
	通報受理窓口(夜間休日)	分散	運用主体	他団体 ²	救急隊 あり
	事業の運用時間	24時間365日	運用時間	24時間365日	精神科医療機関 あり
	補助金支給対象事例	取り決めなし	対応職員	専門職(常時)	一般医療機関 なし
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ	医師による助言	あり(常時)	MC なし
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	最終受診調整機能	なし	その他 なし
	当番病院のバックアップ体制	情報センターで調整	運用	相談件数 294	70,386 *1 内丸メディカルセンター内
事業の概要	身体合併症対策	あり(部会無)	紹介件数	49	17,230 *2 特定非営利活動法人いわてソーシャルサポートセンター
	身体救急会合への参加	なし	紹介件数/相談件数(%)	16.7	24.5
	開催数	2	紹介件数/受診件数(%)	3.7	51.9
	精神科診療所	あり	精神医療相談事業（～同前～）	精神医療相談設置数 1	自治体広報紙 あり
	身体救急機関	あり		情報センターとの一体運用 同一回線・別集計	警察 あり
	消防	あり		設置場所 情報センターと同じ	救急隊 あり
	警察	あり		運用主体 情報センターと同じ	精神科医療機関 あり
	当事者	なし		運用時間 24時間365日	一般医療機関 なし
	家族会	なし		対応職員 専門職(常時)	MC なし
	福祉施設	なし		医師による助言 あり(常時)	その他 なし
連絡調整会議	受診前相談機関	あり	運用	相談件数 858	100,457
	その他	なし	紹介件数	20	8,677
	実績報告	あり	紹介件数/相談件数(%)	2.3	8.6
			紹介件数/受診件数(%)	1.5	26.1

精神科救急医療マップ2020

宮城県（暫定版）		精神科救急医療圏域数1（1圏域当り人口230.3万人）	
		宮城県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	230.3	12,622.7
	精神科病床数(床)	5,810	316,543
	人口万対病床数(床)	25.2	25.1
	精神科在院者数(人)	4,757	269,476
	人口万対在院者数(人)	20.7	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	49.8	52.3
	認知症圏(F0)在院比率(%)	31.5	26.9
	3か月未満在院比率(%)	20.0	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	18.8	18.3
	1～5年在院比率(%)	30.7	31.1
精神科入院医療の指標	5年超在院比率(%)	30.5	30.9
	65歳以上在院比率(%)	64.9	62.1
	隔離比率(%)	3.2	4.7
	身体的拘束比率(%)	4.0	4.1
	常勤精神科医師数(人)	163.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	140.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	29.2	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,690.0	94,374.7
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.8	2.9
	常勤コメディカル数(人)	400.0	22,315.6
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	11.9	12.1
	申請・通報件数	346	25,175
	うち警察官通報件数(%)	232(67.1)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	157(45.4)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	59(37.6)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	3,233	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	79(2.4)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	291.6	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		



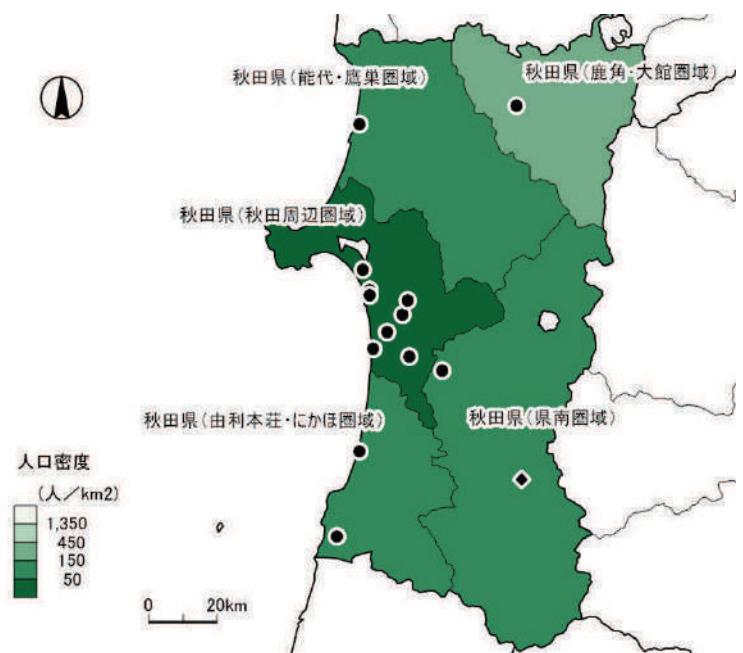
- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数	26	1,105			宮城県	全国	
	施設	常時対応型	0	受診総件数	394	33,203		
	急	輪番型	26	人口万対受診件数	1.7	2.6		
	救	合併症対応型	0	件入院総件数	151	16,442		
	急	外来対応型	0	人口万対入院件数	0.7	1.3		
	医	大学病院	2	入院率(%)	38.3	49.5		
	療	総合病院	1	緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3		
	法	精神科専門病院	23	措置入院比率(%)	39.1	9.9		
	施	精神科診療所	0	応急入院比率(%)	2.6	3.5		
	設	精神科救急1・2 ²	1	医療保護入院比率(%)	52.3	54.8		
事業の概要	施	精神科救急合併症 ²	0	任意入院比率(%)	6.0	18.1		
	設	精神科急性期(病棟数) ³	6	その他比率(%)	0.0	1.4		
	設	司	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料					
	運	運営要綱の有無	あり	情報センターの有無	あり		自治体広報紙	なし
	措	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	設置場所	医療機関内 ¹		警察	あり
	通	通報受理窓口(夜間休日)	分散	運用主体	地方独法 ²		救急隊	あり
	事	事業の運用時間	夜間・休日	運用時間	夜間・休日		精神科医療機関	なし
	補	補助金支給対象事例	その他	対応職員	専門職(常時)		一般医療機関	なし
	助	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ	医師による助言	あり(常時)		MC	なし
	金	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	最終受診調整機能	なし		その他	保健所
事業の概要	自	当番病院のバックアップ体制	情報センターで調整	運用	相談件数	908	70,386	*1 県立精神医療センター
	當	身体合併症対策	取り決めなし	紹介件数	129	17,230	*2 宮城県立病院機構	
	研	身体救急会合への参加	なし	紹介件数/相談件数(%)	14.2	24.5		
	究	開催数	0	紹介件数/受診件数(%)	32.7	51.9		
	連	精神科診療所	なし	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数	1		自治体広報紙
	絡	身体救急機関	なし		情報センターとの一体運用	別回線・別集計	警察	あり
	調	消防	あり		設置場所	情報センターと同じ	救急隊	あり
	整	警察	なし		運用主体	情報センターと同じ	精神科医療機関	あり
	會	当事者	なし		運用時間	夜間・休日	一般医療機関	あり
	議	家族会	なし		対応職員	専門職(常時)	MC	なし
年度調査より	外	福祉施設	なし		医師による助言	あり(常時)	その他	なし
	都	受診前相談機関	あり	運用	相談件数	3,617	100,457	
	以	その他	あり*1	紹介件数	30	8,677		
	道	実績報告	あり	紹介件数/相談件数(%)	0.8	8.6		
	府			紹介件数/受診件数(%)	7.6	26.1		

精神科救急医療マップ2020

秋田県（暫定版）		精神科救急医療圈域5（1圏域当り人口19.2万人）	
		秋田県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	96.0	12,622.7
	精神科病床数(床)	3,733	316,543
	人口万対病床数(床)	38.9	25.1
	精神科在院者数(人)	3,090	269,476
	人口万対在院者数(人)	32.2	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	49.0	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	33.1	26.9
	3か月未満在院比率(%)	20.2	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	18.1	18.3
	1～5年在院比率(%)	29.0	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	32.8	30.9
	65歳以上在院比率(%)	67.5	62.1
	隔離比率(%)	3.5	4.7
	身体的拘束比率(%)	5.6	4.1
	常勤精神科医師数(人)	114.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	90.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	27.1	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,014.0	94,374.7
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.0	2.9
	常勤コメディカル数(人)	197.0	22,315.6
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	15.7	12.1
	申請・通報件数	142	25,175
	うち警察官通報件数(%)	98(69.0)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	68(47.9)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	12(17.6)	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	2,200	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	95(4.3)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	268.8	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より



- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（同前）			秋田県	全国	
	空床確保事業（同前）	運用実績	空床確保事業（同前）	運用実績	空床確保事業（同前）
精神科救急医療施設（同前）	精神科救急医療施設数	14	1,105		
	施設	常時対応型	1	63	
		輪番型	13	948	
		合併症対応型	2	21	
		外来対応型	0	120	
	医療法	大学病院	0	22	
		総合病院	2	94	
		精神科専門病院	12	908	
		精神科診療所	0	81	
	施設	精神科救急1・2 ²	2	161	
事業の概要		精神科救急合併症 ²	0	10	
		精神科急性期(病棟数) ³	4	390	
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料				
	受診前相談事業（同前）	情報センターの有無	あり		
		設置場所	医療機関内		
		運用主体	県		
		運用時間	限定的 ¹		
		対応職員	専門職(常時)		
		医師による助言	なし		
		最終受診調整機能	なし		
		相談件数	602	70,386	*1 夜間：17:00-22:00、休日：9:00-22:00
		紹介件数	308	17,230	
		紹介件数/相談件数(%)	51.2	24.5	
		紹介件数/受診件数(%)	25.2	51.9	
連絡調整会議	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数	0		
		情報センターとの一体運用			
		設置場所			
		運用主体			
		運用時間			
		対応職員			
		医師による助言			
		相談件数		100,457	
		紹介件数		8,677	
		紹介件数/相談件数(%)		8.6	
		紹介件数/受診件数(%)		26.1	

精神科救急医療マップ2020

山形県（暫定版）		精神科救急医療圈域数3（1圏域当り人口35.6万人）	
		山形県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	106.9	12,622.7
	精神科病床数(床)	3,502	316,543
	人口万対病床数(床)	32.8	25.1
	精神科在院者数(人)	3,067	269,476
	人口万対在院者数(人)	28.7	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	42.5	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	37.7	26.9
	3か月未満在院比率(%)	25.8	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	20.3	18.3
	1～5年在院比率(%)	29.7	31.1
精神科職員配置	5年超在院比率(%)	24.2	30.9
	65歳以上在院比率(%)	63.5	62.1
	隔離比率(%)	3.7	4.7
	身体的拘束比率(%)	8.2	4.1
	常勤精神科医師数(人)	120.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	86.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	25.6	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,156.0	94,374.7
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.7	2.9
	常勤コメディカル数(人)	295.4	22,315.6
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	10.4	12.1
	申請・通報件数	187	25,175
	うち警察官通報件数(%)	104(55.6)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	89(47.6)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	26(29.2)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	2,930	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	174(5.9)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	252.5	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

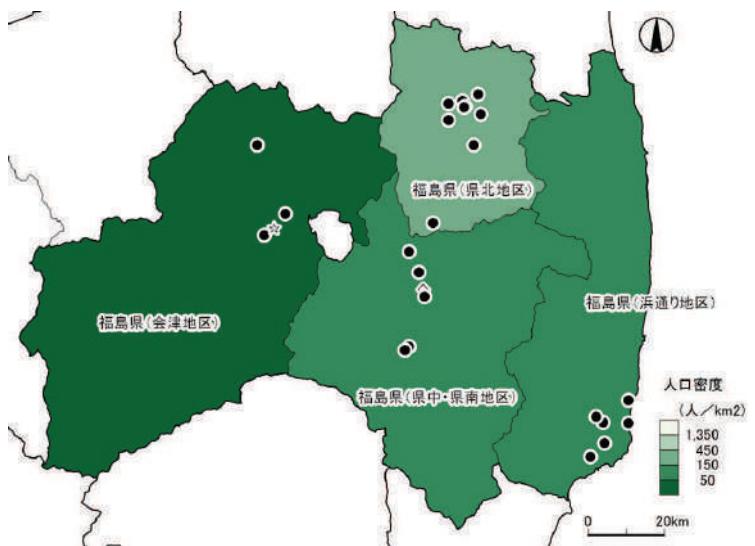
- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（同前）	空床確保事業（同前）	受診総件数	山形県	全国	
			人口万対受診件数	2.6	
精神科救急医療事業（同前）	空床確保事業（同前）	入院総件数	259	16,442	
		人口万対入院件数	2.4	1.3	
		入院率(%)	52.3	49.5	
		緊急措置入院比率(%)	1.5	12.3	
		措置入院比率(%)	8.5	9.9	
		応急入院比率(%)	1.5	3.5	
		医療保護入院比率(%)	67.2	54.8	
		任意入院比率(%)	20.5	18.1	
		その他比率(%)	0.8	1.4	
精神科救急医療事業（同前）	精神科救急情報センター（同前）	情報センターの有無	あり		
		設置場所	医療機関内*1	自治体広報紙	
		運用主体	他団体*2	警察	
		運用時間	限定的*3	救急隊	
		対応職員	専門職（常時）	精神科医療機関	
		医師による助言	あり（時限的）	一般医療機関	
		最終受診調整機能	なし	MC	
		相談件数	535	70,386	
		紹介件数	67	17,230	
		紹介件数/相談件数(%)	12.5	24.5	
精神科救急医療事業（同前）	受診前相談事業（同前）	紹介件数/受診件数(%)	13.5	51.9	
		精神医療相談設置数	0	自治体広報紙	
		情報センターとの一体運用		警察	
		設置場所		救急隊	
		運用主体		精神科医療機関	
		運用時間		一般医療機関	
		対応職員		MC	
		医師による助言		その他	
		相談件数		100,457	
		紹介件数		8,677	
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）	紹介件数/相談件数(%)		8.6	
		紹介件数/受診件数(%)		26.1	
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				
精神科救急医療事業（同前）	精神医療相談事業（同前）				

精神科救急医療マップ2020

福島県（暫定版）		精神科救急医療圈域4（1圏域当り人口45.9万人）	
		福島県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	183.4	12,622.7
	精神科病床数(床)	6,158	316,543
	人口万対病床数(床)	33.6	25.1
	精神科在院者数(人)	4,412	269,476
	人口万対在院者数(人)	24.1	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	54.2	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	24.2	26.9
	3か月未満在院比率(%)	17.1	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	16.6	18.3
	1～5年在院比率(%)	28.9	31.1
	5年超在院比率(%)	37.4	30.9
	65歳以上在院比率(%)	61.1	62.1
	隔離比率(%)	2.9	4.7
	身体的拘束比率(%)	4.5	4.1
	常勤精神科医師数(人)	148.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	112.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	29.8	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,694.2	94,374.7
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.6	2.9
	常勤コメディカル数(人)	363.9	22,315.6
	在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.1	12.1
新規入院状況	申請・通報件数	307	25,175
	うち警察官通報件数(%)	188(61.2)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	62(20.2)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	21(33.9)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	2,530	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	119(4.7)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	314.0	271.0

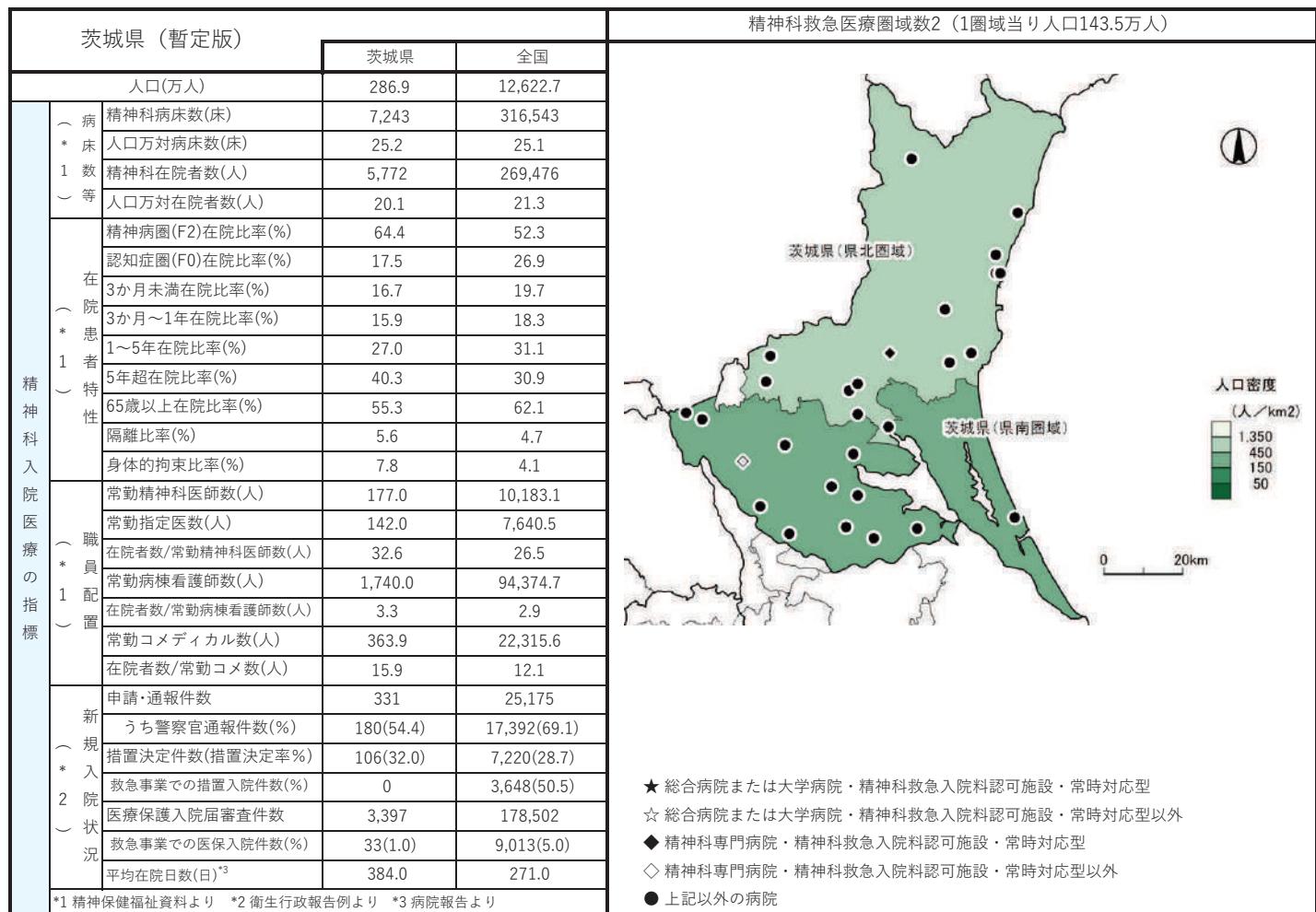
*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より



- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数		福島県	全国	
	施設	種類	受診総件数	33,203	
空床確保事業（年報）	常時対応型	0	518	33,203	
	輪番型	25	2.8	2.6	
	合併症対応型	0	201	16,442	
	外来対応型	21	1.1	1.3	
	大学病院	0	38.8	49.5	
	総合病院	22	緊急措置入院比率(%)	0.5	
	精神科専門病院	94	措置入院比率(%)	10.0	
	精神科診療所	24	応急入院比率(%)	9.9	
	精神科救急1・2 ^{*2}	81	医療保護入院比率(%)	3.0	
	精神科救急合併症 ^{*2}	161	任意入院比率(%)	3.5	
事業の概要（年報）	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	0	その他比率(%)	59.2	
	精神科救急1・2 ^{*2}	9	0.0	54.8	
	精神科救急合併症 ^{*2}	390	27.4	18.1	
	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	1	0.0	1.4	
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料				
	運営要綱の有無	あり	情報センターの有無	あり	
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	設置場所	医療機関内 ^{*1}	
	通報受理窓口(夜間休日)	分散	運用主体	県	
	事業の運用時間	夜間・休日	運用時間	限定的 ^{*2}	
	補助金支給対象事例	取り決めなし	対応職員	専門職(常時)	
事業の概要（調査）	かかりつけ事例対応	取り決めなし	医師による助言	あり(常時)	
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	最終受診調整機能	なし	
	当番病院のバックアップ体制	病院間で調整	運用	相談件数 174	
	身体合併症対策	あり(部会無)	紹介件数 135	70,386	
	身体救急会合への参加	なし	紹介件数/相談件数(%) 77.6	17,230	
	開催数	1	紹介件数/受診件数(%) 26.1	24.5	
	精神科診療所	あり		51.9	
	身体救急機関	なし			
	消防	あり			
	警察	あり			
連絡調整会議（調査）	当事者	なし	精神医療相談設置数 0		
	家族会	なし	情報センターとの一体運用		
	福祉施設	あり	設置場所		
	受診前相談機関	あり	運用主体		
	その他	あり ^{*1}	運用時間		
	実績報告	あり	対応職員		
			医師による助言		
			運用	相談件数 100,457	
			紹介件数 8,677		
			紹介件数/相談件数(%) 8.6		

精神科救急医療マップ2020



精神科救急医療施設の一覧表	精神科救急医療施設数	29	1,105			茨城県	全国	
	施設	常時対応型	2	受診総件数	41	33,203		
	急	輪番型	27	人口万対受診件数	0.1	2.6		
	救	合併症対応型	0	件入院総件数	35	16,442		
	急	外来対応型	0	人口万対入院件数	0.1	1.3		
	医	大学病院	0	入院率(%)	85.4	49.5		
	療	総合病院	27	緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3		
	法	精神科専門病院	2	措置入院比率(%)	0.0	9.9		
	施	精神科診療所	0	応急入院比率(%)	0.0	3.5		
	設	精神科救急1・2 ^{*2}	2	医療保護入院比率(%)	94.3	54.8		
年報・当研究班	施	精神科救急合併症 ^{*2}	0	任意入院比率(%)	8.6	18.1		
	設	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	5	その他比率(%)	0.0	1.4		
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料								
事業の概要	運営要綱の有無	あり*1	*1 予定	精神科救急情報受診前相談事業（同前）	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	なし
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内			設置場所	医療機関内 ^{*1}		警察
	通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口			運用主体	他団体 ^{*2}		あり
	事業の運用時間	24時間365日			運用時間	限定的 ^{*3}		精神科医療機関
	補助金支給対象事例	相談窓口経由限定			対応職員	主に専門職		一般医療機関
	かかりつけ事例対応	取り決めなし			医師による助言	あり(時限的)		MC
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし			最終受診調整機能	なし		その他
	当番病院のバックアップ体制	情報センターで調整		精神医療相談事業（同前）	相談件数	483	70,386	*1 岐立こころの医療センター
	身体合併症対策	あり(部会有)			紹介件数	54	17,230	*2 メンタルケア協議会
	身体救急会合への参加	連絡調整会議に参加			紹介件数/相談件数(%)	11.2	24.5	*3 月火：17:00-22:00、木金：17:00-翌8:30、土日祝：8:30-翌8:30
連絡調整会議	開催数	1			紹介件数/受診件数(%)	131.7	51.9	
	精神科診療所	あり		精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数	1		自治体広報紙
	身体救急機関	あり			情報センターとの一体運用	別回線・別集計		警察
	消防	あり			設置場所	医療機関外		救急隊
	警察	あり			運用主体	情報センターと同じ		精神科医療機関
	当事者	なし			運用時間	限定的 ^{*1}		一般医療機関
	家族会	なし			対応職員	主に専門職		MC
	福祉施設	なし			医師による助言	あり(時限的)		その他
	受診前相談機関	あり		運用実績	相談件数	339	100,457	*1 月火：17:00-22:00、木金：17:00-翌8:30、土日祝：8:30-翌8:30
	その他	なし			紹介件数	60	8,677	
	実績報告	あり			紹介件数/相談件数(%)	17.7	8.6	

精神科救急医療マップ2020

栃木県（暫定版）		精神科救急医療圈域数3（1圏域当り人口64.5万人）	
		栃木県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	193.4	12,622.7
	精神科病床数(床)	4,819	316,543
	人口万対病床数(床)	24.9	25.1
	精神科在院者数(人)	4,082	269,476
	人口万対在院者数(人)	21.1	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	62.5	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	17.5	26.9
	3か月未満在院比率(%)	15.0	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	15.3	18.3
	1～5年在院比率(%)	29.3	31.1
精神科職員配置	5年超在院比率(%)	40.4	30.9
	65歳以上在院比率(%)	55.3	62.1
	隔離比率(%)	4.8	4.7
	身体的拘束比率(%)	6.7	4.1
	常勤精神科医師数(人)	161.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	124.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	25.4	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,311.3	94,374.7
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.1	2.9
	常勤コメディカル数(人)	339.0	22,315.6
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.0	12.1
	申請・通報件数	427	25,175
	うち警察官通報件数(%)	310(72.6)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	173(40.5)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	147(85.0)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	2,131	178,502
新規入院状況	救急事業での医保入院件数(%)	30(1.4)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	299.6	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		

- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設の一覧表	精神科救急医療施設数		24	1,105	受診総件数	472	33,203	空床確保事業（同前）	栃木県	全国				
	施設	型	常時対応型	63										
精神科救急医療施設	施設	急	輪番型	18	人口万対受診件数	2.4	2.6							
	類	合併症対応型	5	21	入院総件数	191	16,442							
	療	外来対応型	19	120	人口万対入院件数	1.0	1.3							
	類	大学病院	2	22	入院率(%)	40.5	49.5							
	療	総合病院	3	94	緊急措置入院比率(%)	47.1	12.3							
	法	精神科専門病院	19	908	措置入院比率(%)	29.8	9.9							
	類	精神科診療所	0	81	応急入院比率(%)	0.5	3.5							
	施	精神科救急1・2 ²	1	161	医療保護入院比率(%)	15.7	54.8							
	施	精神科救急合併症 ²	0	10	任意入院比率(%)	6.8	18.1							
	設	精神科急性期(病棟数) ³	8	390	その他比率(%)	0.0	1.4							
事業の概要	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料													
	事業の概要	連絡調整会議	運営要綱の有無	なし	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	なし	受診前相談事業（同前）	電話番号公開				
			措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	設置場所	医療機関内	警察	あり						
			通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口	運用主体	県	救急隊	あり						
			事業の運用時間	夜間・休日	運用時間	夜間・休日	精神科医療機関	あり						
			補助金支給対象事例	相談窓口経由限定	対応職員	専門職(常時)	一般医療機関	あり						
			かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ	医師による助言	あり(常時)	MC	あり						
			自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	最終受診調整機能	その他*	その他	保健所						
			当番病院のバックアップ体制	情報センターで調整	運用相談件数	437	70,386	*1精神科救急受診が必要と判断される事例については、当番病院は基幹的病院（常時対応型施設）において必ず受け入れられるよう調整している。						
			身体合併症対策	一定の取り決め有り	紹介件数	300	17,230							
事業の概要			身体救急会合への参加	定例研修会あり	紹介件数/相談件数(%)	68.6	24.5							
			開催数	0	紹介件数/受診件数(%)	63.6	51.9							
			精神科診療所	あり	精神医療相談設置事業（同前）	精神医療相談設置数	1							
			身体救急機関	あり		情報センターとの一体運用	同一回線・一体集計							
			消防	あり		設置場所	情報センターと同じ							
			警察	あり		運用主体	情報センターと同じ							
			当事者	なし		運用時間	限定的 ¹							
			家族会	なし		対応職員	非専門職							
			福祉施設	なし		医師による助言	あり(常時)							
			受診前相談機関	なし		運用相談件数	588	100,457						
			その他	なし		紹介件数	225	8,677						
			実績報告	あり		紹介件数/相談件数(%)	38.3	8.6						
						紹介件数/受診件数(%)	47.7	26.1						

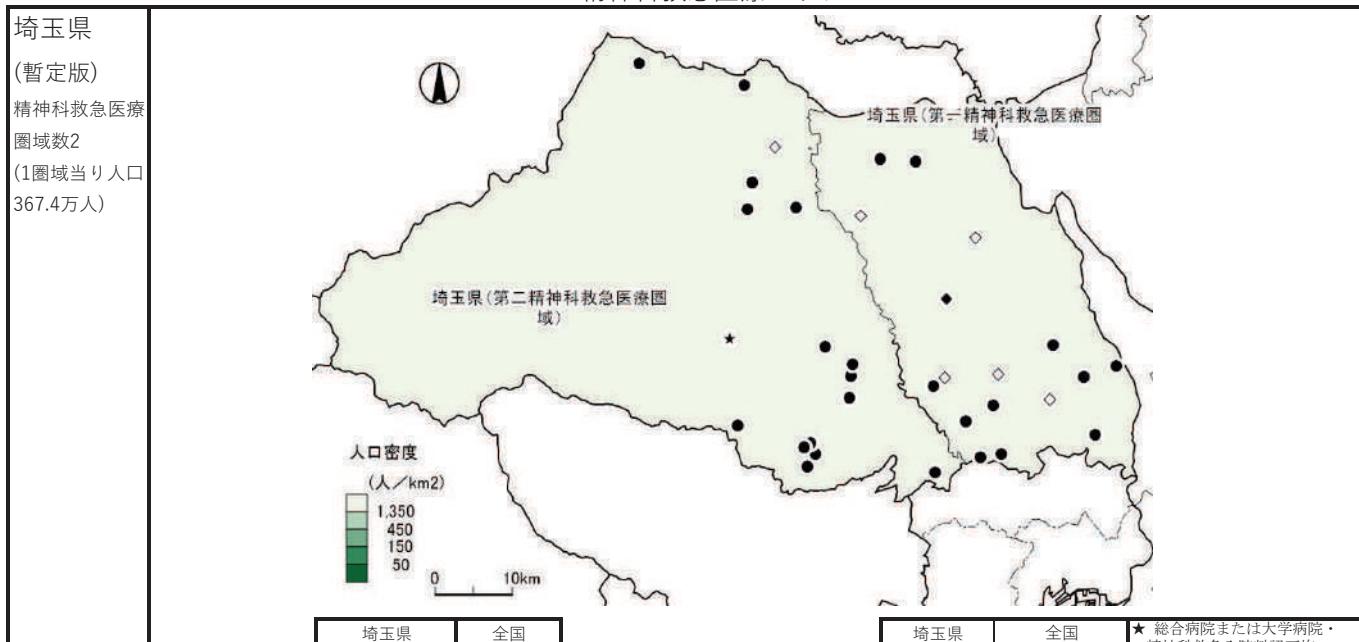
精神科救急医療マップ2020

群馬県（暫定版）		精神科救急医療圏域数1（1圏域当り人口194.0万人）	
		群馬県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	194.0	12,622.7
	精神科病床数(床)	4,993	316,543
	人口万対病床数(床)	25.7	25.1
	精神科在院者数(人)	4,475	269,476
	人口万対在院者数(人)	23.1	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	62.5	52.3
	認知症圏(F0)在院比率(%)	18.1	26.9
	3か月未満在院比率(%)	16.7	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	15.3	18.3
	1～5年在院比率(%)	30.6	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	37.4	30.9
	65歳以上在院比率(%)	57.2	62.1
	隔離比率(%)	6.9	4.7
	身体的拘束比率(%)	5.4	4.1
	常勤精神科医師数(人)	156.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	123.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	28.7	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,529.0	94,374.7
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.9	2.9
	常勤コメディカル数(人)	367.3	22,315.6
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.2	12.1
	申請・通報件数	582	25,175
	うち警察官通報件数(%)	487(83.7)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	148(25.4)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	111(75.0)	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	2,917	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	251(8.6)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	278.6	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

精神科救急医療施設の一覧表	精神科救急医療施設数	15	1,105			群馬県	全国		
	施設	常時対応型	1	63	受診総件数	767	33,203		
	急	輪番型	14	948	人口万対受診件数	4.0	2.6		
	類	合併症対応型	0	21	件入院総件数	416	16,442		
	療	外来対応型	0	120	人口万対入院件数	2.1	1.3		
	型	大学病院	0	22	入院率(%)	54.2	49.5		
	療	総合病院	0	94	緊急措置入院比率(%)	23.1	12.3		
	法	精神科専門病院	15	908	措置入院比率(%)	3.6	9.9		
	施	精神科診療所	0	81	応急入院比率(%)	0.7	3.5		
	設	精神科救急1・2 ²	3	161	医療保護入院比率(%)	60.3	54.8		
事業の概要	施	精神科救急合併症 ²	0	10	任意入院比率(%)	12.3	18.1		
	設	精神科急性期(病棟数) ³	6	390	その他比率(%)	0.0	1.4		
	設								
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料				受診前相談事業（同前）	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	あり	
					設置場所	医療機関外 ¹	警察	なし	
					運用主体	自治体	救急隊	なし	
					運用時間	24時間365日	精神科医療機関	なし	
					対応職員	主に専門職	一般医療機関	なし	
					医師による助言	あり(常時)	MC	なし	
					最終受診調整機能	なし	その他	なし	
					相談件数	61	70,386	*1 精神保健福祉センター	
					紹介件数	32	17,230		
					紹介件数/相談件数(%)	52.5	24.5		
					紹介件数/受診件数(%)	4.2	51.9		
事業の概要	連絡調整会議	開催数	3	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数	0	自治体広報紙		
		精神科診療所	あり		情報センターとの一体運用		警察		
		身体救急機関	あり		設置場所		救急隊		
		消防	なし		運用主体		精神科医療機関		
		警察	あり		運用時間		一般医療機関		
		当事者	なし		対応職員		MC		
		家族会	なし		医師による助言		その他		
		福祉施設	なし		相談件数		100,457		
		受診前相談機関	あり		紹介件数		8,677		
		その他	なし		紹介件数/相談件数(%)		8.6		
		実績報告	あり		紹介件数/受診件数(%)		26.1		

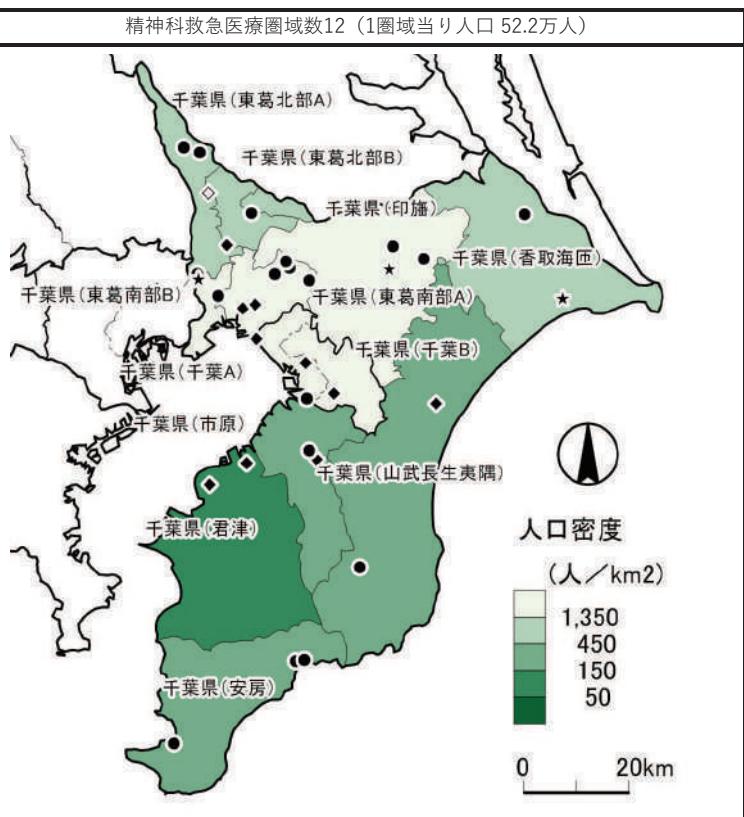
精神科救急医療マップ2020



		埼玉県	全国	埼玉県	全国		
人口(万人)		734.7	12,622.7	精神科入院医療の指標	精神科入院医療の指標		
病床数	精神科病床数(床)	12,144	316,543	常勤精神科医師数(人)	362.0		
*1	人口万対病床数(床)	16.5	25.1	常勤指定医数(人)	263.0		
等	精神科在院者数(人)	10,606	269,476	在院者数/常勤精神科医師数(人)	29.3		
	人口万対在院者数(人)	14.4	21.3	常勤病棟看護師数(人)	3376.0		
	精神疾患(F2)在院比率(%)	48.0	52.3	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.1		
	認知症圈(F0)在院比率(%)	36.3	26.9	常勤コメディカル数(人)	740.2		
	3か月未満在院比率(%)	19.0	19.7	在院者数/常勤コメディカル数(人)	14.3		
	3か月~1年在院比率(%)	19.6	18.3	申請・通報件数	1,937		
	1~5年在院比率(%)	32.2	31.1	うち警察官通報件数(%)	1573(81.2)		
	5年超在院比率(%)	29.2	30.9	措置決定件数(措置決定率%)	651(33.6)		
	65歳以上在院比率(%)	64.0	62.1	救急事業での措置入院件数(%)	296(45.5)		
	隔離比率(%)	4.5	4.7	医療保護入院届審査件数	10,927		
	身体的拘束比率(%)	8.2	4.1	救急事業での医保入院件数(%)	239(2.2)		
精神科救急医療施設数		75	10,183.1				
精神科救急医療施設	施設急	常時対応型	2	7,640.5	空床確保事業(同前)		
	類医	輪番型	23	26.5	受診絆件数	1,034	33,203
	療	合併症対応型	1	94,374.7	人口万対受診件数	1.4	2.6
	法	外来対応型	40	2.9	件入院数	554	16,442
	精神科	大学病院	2	22,315.6	人口万対入院件数	0.8	1.3
	救急	総合病院	0	12.1	入院率(%)	53.6	49.5
	医療	精神科専門病院	33	908	緊急措置入院比率(%)	6.0	12.3
	施設	精神科診療所	40	81	措置入院比率(%)	47.5	9.9
	料	精神科救急1・2 ^{*2}	7	161	応急入院比率(%)	0.0	3.5
	館	精神科救急合併症 ^{*2}	0	10	医療保護入院比率(%)	43.1	54.8
事業の概要	連絡調整会議	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	10	390	任意入院比率(%)	3.4	18.1
	連絡調整会議	司 ^{*1} 重複あり ^{*2} 日本精神科救急学会HP ^{*3} 精神保健福祉資料			その他比率(%)	0.0	1.4
	運営要綱の有無	あり	受診前相談事業(同前)	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	あり
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内		設置場所	医療機関外 ^{*1}		警察
	通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口		運用主体	県・政令市 ^{*2}		救急隊
	事業の運用時間	夜間・休日		運用時間	夜間・休日		精神科医療機関
	補助金支給対象事例	相談窓口経由限定		対応職員	専門職(常時)		一般医療機関
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		医師による助言	あり(常時)		MC
	自院通院患者の救急受診対応	その他 ^{*1}		最終受診調整機能	なし		その他
	当番病院のバックアップ体制	あり		運用	相談件数	8,564	70,386
	身体合併症対策	あり(部会無)		紹介件数	369	17,230	*1 埼玉県立精神保健福祉センター *2 埼玉県とさいたま市の共同運用
	身体救急会への参加	なし		紹介件数/相談件数(%)	4.3	24.5	
事業の概要	開催数	1		紹介件数/受診件数(%)	35.7	51.9	
	精神科診療所	あり		精神医療相談設置数	1		
	精神科機関	あり		情報センターとの一体運用	別回線・別集計	自治体広報紙	
	精神科病院	あり		設置場所	情報センターに同じ	警察	
	消防機関	あり		運用主体	情報センターに同じ	なし	
	警察機関	なし		運用時間	限定的 ^{*1}	救急隊	
	当事者	なし		対応職員	専門職(常時)	精神科医療機関	
	家族会	なし		医師による助言	あり(常時)	一般医療機関	
	福祉施設	なし		運用	相談件数	100,457	*1 平日9時-17時
	受診前相談機関	なし		紹介件数		8,677	
	その他	あり ^{*1}		紹介件数/相談件数(%)		8.6	
	実績報告	あり		紹介件数/受診件数(%)		26.1	

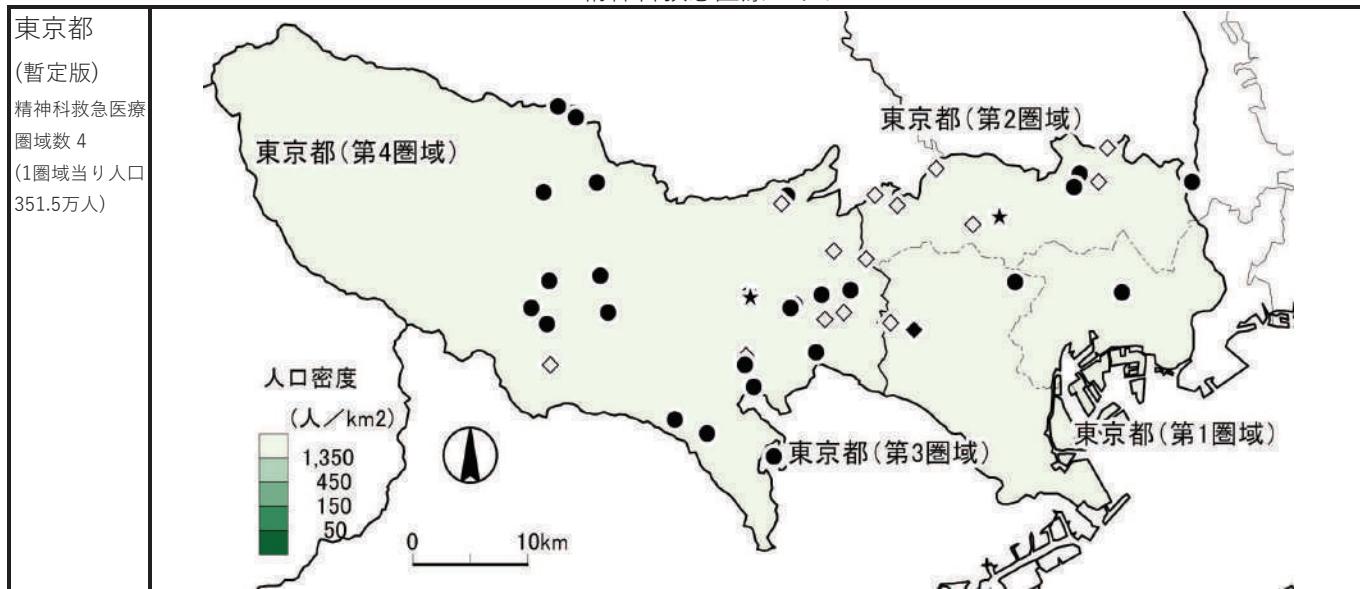
精神科救急医療マップ2020

千葉県 (暫定版)		千葉県	全国	
人口(万人)		628.7	12,622.7	
精神科入院医療の指標	～ 病床	精神科病床数(床)	12,001	316,543
	* 床数	人口万対病床数(床)	19.1	25.1
	～ 等	精神科在院者数(人)	9,834	269,476
		人口万対在院者数(人)	15.6	21.3
	在院患者特性	精神病圈(F2)在院比率(%)	61.7	52.3
		認知症圏(F0)在院比率(%)	18.7	26.9
		3か月未満在院比率(%)	16.3	19.7
		3か月～1年在院比率(%)	16.0	18.3
		1～5年在院比率(%)	30.3	31.1
		5年超在院比率(%)	37.5	30.9
		65歳以上在院比率(%)	56.6	62.1
		隔離比率(%)	7.0	4.7
		身体的拘束比率(%)	8.3	4.1
		常勤精神科医師数(人)	377.0	10,183.1
	職員配置	常勤指定医数(人)	281.0	7,640.5
		在院者数/常勤精神科医師数(人)	26.1	26.5
		常勤病棟看護師数(人)	3,122.6	94,374.7
		在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.1	2.9
		常勤コメディカル数(人)	733.0	22,315.6
		在院者数/常勤コメ数(人)	13.4	12.1
		申請・通報件数	703	25,175
新規入院状況	～ 規則	うち警察官通報件数(%)	429(61.0)	17,392(69.1)
	* 入院	措置決定件数(措置決定率%)	312(44.4)	7,220(28.7)
	2	救急事業での措置入院件数(%)	202(64.7)	3,648(50.5)
	～ 状況	医療保護入院届審査件数	6,807	178,502
		救急事業での医保入院件数(%)	367(5.4)	9,013(5.0)
		平均在院日数(日) ³⁾	306.8	271.0



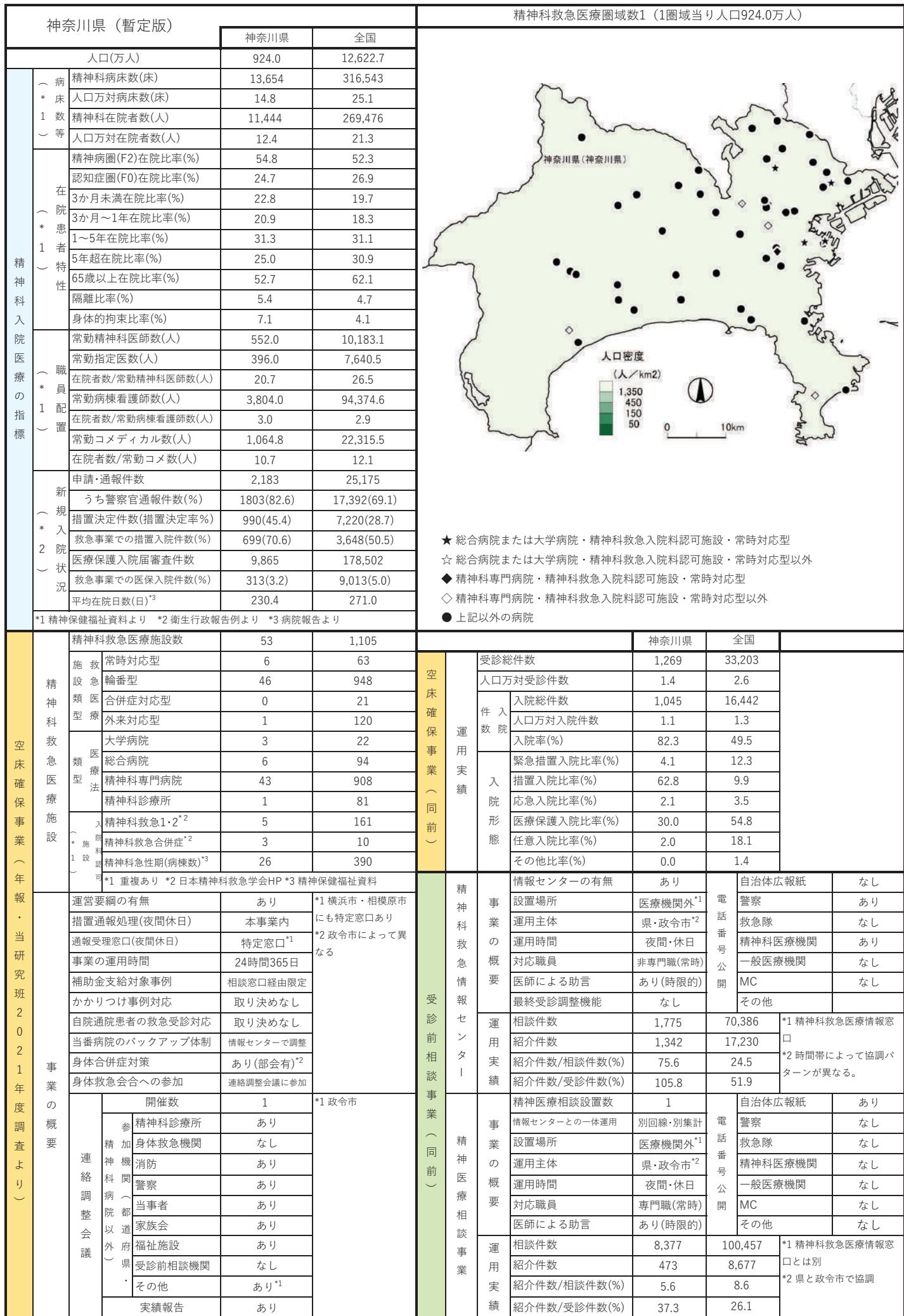
*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

精神科救急医療マップ2020

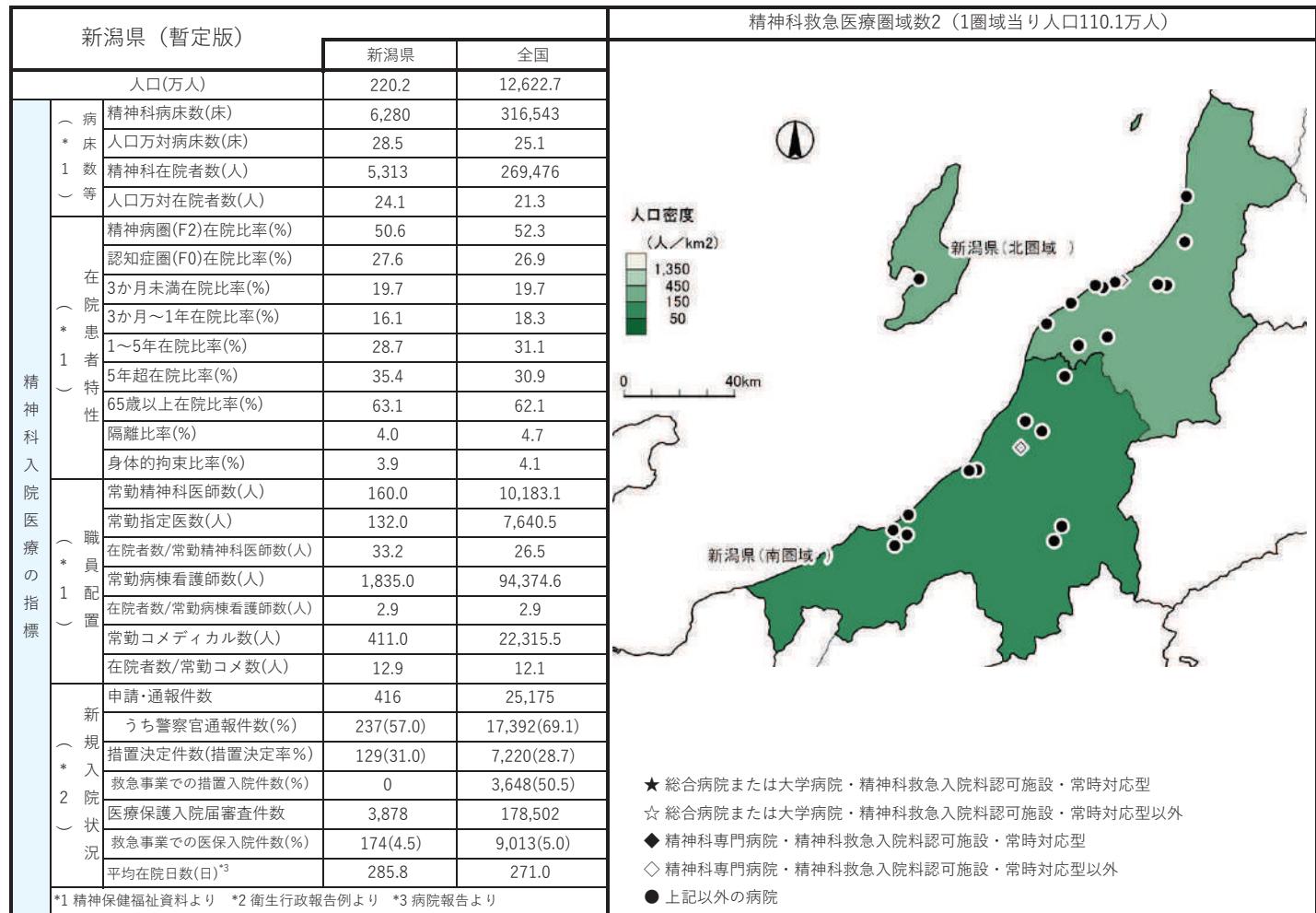


	東京都	全国	東京都	全国			
人口(万人)	1,406.5	12,622.7	常勤精神科医師数(人)	962.0	10183.1		
精神科病床数(床)	21,461	316,543	常勤指定医数(人)	678.0	7640.5		
* 床	15.3	25.1	在院者数/常勤精神科医師数(人)	19.1	26.5		
1 数	18,332	269,476	常勤病棟看護師数(人)	6583.5	94374.7		
- 等	13.0	21.3	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.8	2.9		
精神科入院医療の指標	精神病圈(F2)在院比率(%)	54.8	常勤コメディカル数(人)	1529.0	22315.5		
在院患者特徴	認知症圈(F0)在院比率(%)	23.2	在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.0	12.1		
1	3か月未満在院比率(%)	24.4	申請・通報件数	3,767	25,175		
1	3か月～1年在院比率(%)	21.1	うち警察官通報件数(%)	2758(73.2)	17,392(69.1)		
1	1～5年在院比率(%)	30.8	措置決定件数(措置決定率%)	1121(29.8)	7,220(28.7)		
1	5年超在院比率(%)	23.7	救急事業での措置入院件数(%)	646(57.6)	36,48(50.5)		
1	65歳以上在院比率(%)	56.1	医療保護入院届審査件数	20,855	178,502		
1	隔離比率(%)	4.3	救急事業での医保入院件数(%)	621(3.0)	9,013(5.0)		
1	身体的拘束比率(%)	5.1	平均在院日数(日)*3	191.0	271.0		
精神科救急医療施設数	83	1,105	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より				
精神科救急医療施設	常時対応型	5	63	空床確保事業(同前)	受診絆件数	1,489	33,203
精神科救急医療施設	輪番型	38	948	人口万対受診件数	1.1	2.6	
精神科救急医療施設	合併症対応型	1	21	件入院数	1,317	16,442	
精神科救急医療施設	外来対応型	40	院内数	人口万対入院件数	0.9	1.3	
精神科救急医療施設	大学病院	0	院内率(%)	88.4	49.5		
精神科救急医療施設	総合病院	4	入院形態	緊急措置入院比率(%)	49.1	12.3	
精神科救急医療施設	精神科専門病院	39	入院形態	措置入院比率(%)	0.0	9.9	
精神科救急医療施設	精神科診療所	40	入院形態	応急入院比率(%)	0.3	3.5	
精神科救急医療施設	精神科救急1・2*	17	入院形態	医療保護入院比率(%)	47.2	54.8	
精神科救急医療施設	精神科救急合併症*	0	入院形態	任意入院比率(%)	3.0	18.1	
精神科救急医療施設	精神科急性期(病棟数)*3	29	入院形態	その他比率(%)	0.5	1.4	
運営要綱の有無	あり	*1 取り決めはなく、救急の必要な患者が対象)	精神科救急情報センターの概要	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	なし
措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	*2 精神科救急医療体制整備検討委員会を実施	精神科救急情報センターの概要	設置場所	医療機関外*1	警察	なし
通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口		精神科救急情報センターの概要	運用主体	他団体*2	救急隊	なし
事業の運用時間	夜間・休日		精神科救急情報センターの概要	運用時間	夜間・休日	精神科医療機関	なし
補助金支給対象事例	取り決めなし*1		精神科救急情報センターの概要	対応職員	専門職(常時)	一般医療機関	なし
かかりつけ事例対応	取り決めなし		精神科救急情報センターの概要	医師による助言	あり(常時)	MC	なし
自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし		精神科救急情報センターの概要	最終受診調整機能	なし	その他	東京都保健医療情報センターの番号を一般公開している
当番病院のバックアップ体制	あり		運用実績	相談件数	11,835	70,386	*1 東京都保健医療情報センター内
身体合併症対策	あり(部会有)		運用実績	紹介件数	2,519	17,230	*2 特定非営利活動法人メンタルケア協会
身体救急会への参加	その他*		運用実績	紹介件数/相談件数(%)	21.3	24.5	
開催数	0*		運用実績	紹介件数/受診件数(%)	169.2	51.9	
精神科連絡調整会議	なし	*1 新型コロナウイルス感染防止の観点から中止	精神医療相談事業	精神医療相談設置数	1	自治体広報紙	なし
精神科連絡調整会議	あり		精神医療相談事業	情報センターとの一体運用	同一回線・一体集計	警察	なし
精神科連絡調整会議	あり		精神医療相談事業	設置場所	情報センターと同じ	救急隊	なし
精神科連絡調整会議	あり		精神医療相談事業	運用時間	夜間・休日	精神科医療機関	なし
精神科連絡調整会議	なし		精神医療相談事業	対応職員	専門職(常時)	一般医療機関	なし
精神科連絡調整会議	あり		精神医療相談事業	医師による助言	あり(常時)	MC	なし
精神科連絡調整会議	なし		運用実績	相談件数		その他	東京都保健医療情報センターの番号を一般公開している
精神科連絡調整会議	なし		運用実績	紹介件数		100,457	
精神科連絡調整会議	なし		運用実績	紹介件数/相談件数(%)		8,677	
精神科連絡調整会議	なし		運用実績	紹介件数/受診件数(%)		8.6	
精神科連絡調整会議	なし		運用実績	紹介件数/受診件数(%)		26.1	
実績報告	あり						

精神科救急医療マップ2020

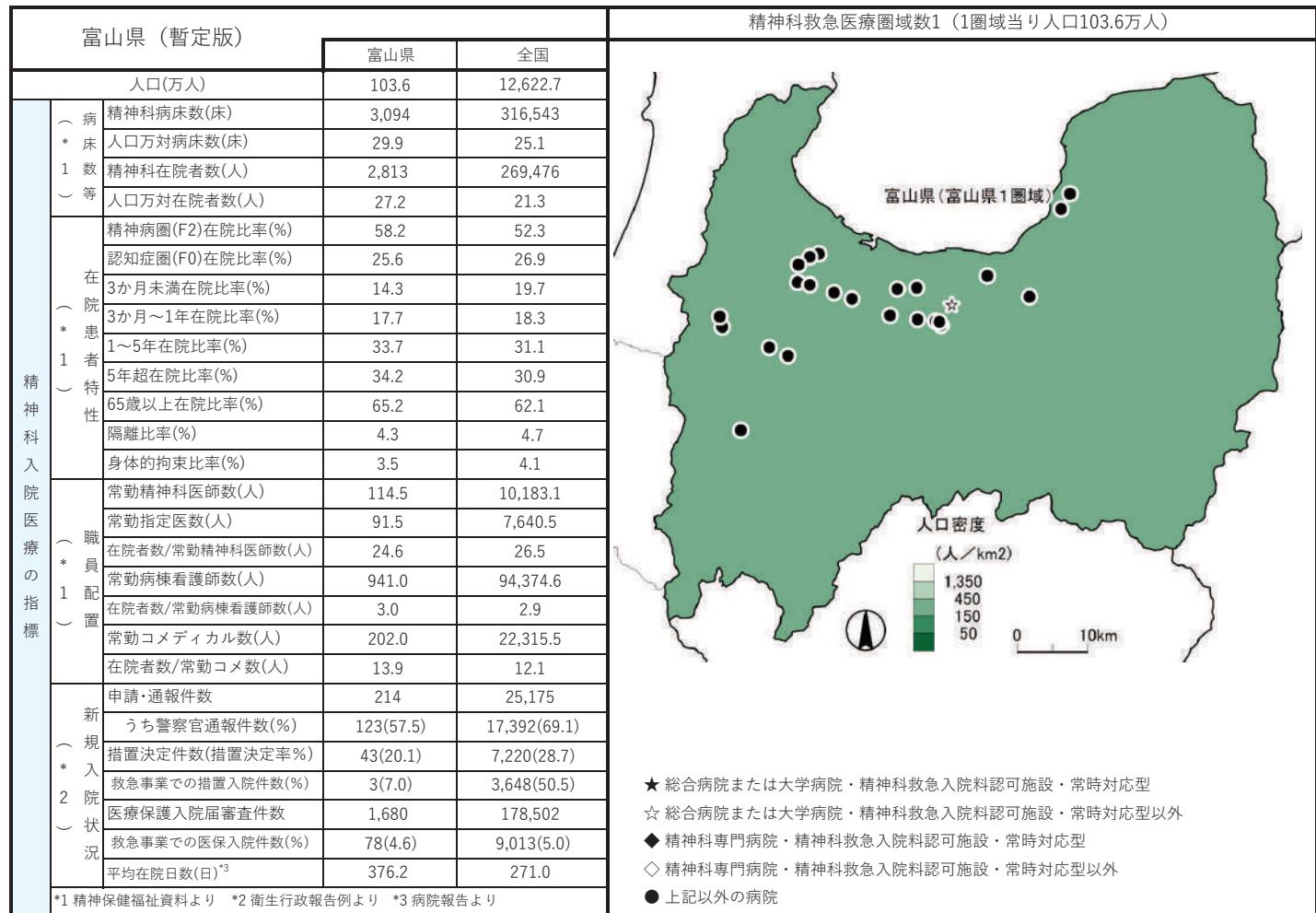


精神科救急医療マップ2020



精神科救急医療施設（年報による年報）					新潟県	全国	
	精神科救急医療施設数	25	1,105				
精神科救急医療施設	施設	常時対応型	0	63	受診総件数	552	33,203
	急	輪番型	25	948	人口万対受診件数	2.5	2.6
	類	合併症対応型	0	21	件入院総件数	239	16,442
	療	外来対応型	0	120	人口万対入院件数	1.1	1.3
	型	大学病院	0	22	入院率(%)	43.3	49.5
	療	総合病院	2	94	緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3
	法	精神科専門病院	23	908	措置入院比率(%)	0.0	9.9
	施	精神科診療所	0	81	応急入院比率(%)	0.0	3.5
	設	精神科救急1・2 ^{*2}	2	161	医療保護入院比率(%)	72.8	54.8
	施	精神科救急合併症 ^{*2}	0	10	任意入院比率(%)	17.2	18.1
事業の概要	設	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	9	390	その他比率(%)	10.0	1.4
	設	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料					
	運	運営要綱の有無	あり		情報センターの有無	あり	自治体広報紙
	運	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別		設置場所	医療機関内	なし
	運	通報受理窓口(夜間休日)	分散		運用主体	県	警察
	運	事業の運用時間	夜間・休日		運用時間	夜間・休日	あり
	運	補助金支給対象事例	取り決めなし		対応職員	専門職(常時)	救急隊
	運	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		医師による助言	なし	精神科医療機関
	運	自院通院患者の救急受診対応	本事業対象外		最終受診調整機能	なし	一般医療機関
	運	当番病院のバックアップ体制	病院間で調整		相談件数	85	MC
事業の概要	連絡調整会議	身体合併症対策	あり(部会無)		紹介件数	28	あり
	連絡調整会議	身体合併症対策	あり(部会無)		紹介件数/相談件数(%)	32.9	あり
	連絡調整会議	身体合併症会への参加	その他 ^{*1}		紹介件数/受診件数(%)	5.1	あり
	連絡調整会議	開催数	1		精神医療相談設置事業	精神医療相談設置数	1
	連絡調整会議	精神科診療所	なし		精神医療相談設置事業	情報センターとの一体運用	別回線・別集計
	連絡調整会議	身体救急機関	あり		精神医療相談設置事業	設置場所	情報センターと同じ
	連絡調整会議	消防	あり		精神医療相談設置事業	運用主体	情報センターと同じ
	連絡調整会議	警察	あり		精神医療相談設置事業	運用時間	24時間365日
	連絡調整会議	当事者	なし		精神医療相談設置事業	対応職員	専門職(常時)
	連絡調整会議	家族会	なし		精神医療相談設置事業	医師による助言	なし
事業の概要	連絡調整会議	福祉施設	なし		連絡調整会議	相談件数	829
	連絡調整会議	受診前相談機関	あり		連絡調整会議	紹介件数	428
	連絡調整会議	その他 ^{*1}	なし ^{*1}		連絡調整会議	紹介件数/相談件数(%)	51.6
	連絡調整会議	実績報告	あり		連絡調整会議	紹介件数/受診件数(%)	77.5
	連絡調整会議				連絡調整会議		26.1

精神科救急医療マップ2020

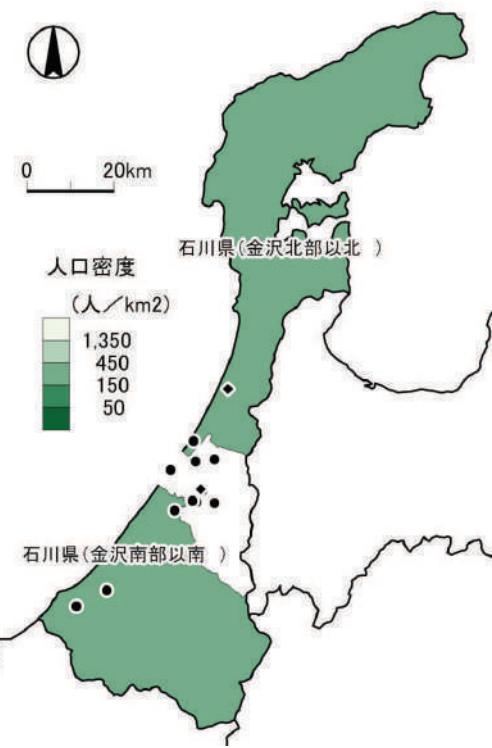


精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数		24	1,105			富山県	全国										
	精神科救急医療施設	常時対応型	0	63	受診総件数	184	33,203											
		輪番型	24	948	人口万対受診件数	1.8	2.6											
		合併症対応型	0	21	入院総件数	96	16,442											
		外来対応型	0	120	人口万対入院件数	0.9	1.3											
		大学病院	1	22	入院率(%)	52.2	49.5											
		総合病院	5	94	緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3											
		精神科専門病院	18	908	措置入院比率(%)	3.1	9.9											
		精神科診療所	0	81	応急入院比率(%)	1.0	3.5											
	精神科救急1・2	精神科救急1・2	0	161	医療保護入院比率(%)	81.3	54.8											
		精神科救急合併症	1	10	任意入院比率(%)	14.6	18.1											
		精神科急性期(病棟数)*3	1	390	その他比率(%)	0.0	1.4											
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料																		
事業の概要	連絡調整会議	開催数	1		精神科救急情報センター（同前）	受診前相談事業（同前）	精神科救急情報センター（同前）	精神医療相談事業（同前）										
運営要綱の有無																		
なし																		
措置通報処理(夜間休日)																		
本事業とは別																		
通報受理窓口(夜間休日)																		
分散																		
事業の運用時間																		
24時間365日																		
補助金支給対象事例																		
受診前相談・警察等経由																		
かかりつけ事例対応																		
原則かかりつけへ																		
自院通院患者の救急受診対応																		
取り決めなし																		
当番病院のバックアップ体制																		
病院間で調整																		
身体合併症対策																		
一定の取り決め有り																		
身体救急会合への参加																		
なし																		
開催数																		
1																		
精神科診療所																		
あり																		
身体救急機関																		
なし																		
消防																		
あり																		
警察																		
あり																		
当事者																		
なし																		
家族会																		
なし																		
福祉施設																		
あり																		
受診前相談機関																		
なし																		
その他																		
なし																		
実績報告																		
報告しない年もあり																		

精神科救急医療マップ2020

石川県（暫定版）		精神科救急医療圈域2（1圏域当り人口56.7万人）	
		石川県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	113.3	12,622.7
	精神科病床数(床)	3,691	316,543
	人口万対病床数(床)	32.6	25.1
	精神科在院者数(人)	3,073	269,476
	人口万対在院者数(人)	27.1	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	49.3	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	28.2	26.9
	3か月未満在院比率(%)	19.4	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	17.7	18.3
	1～5年在院比率(%)	30.9	31.1
精神科職員配置	5年超在院比率(%)	31.9	30.9
	65歳以上在院比率(%)	64.2	62.1
	隔離比率(%)	4.8	4.7
	身体的拘束比率(%)	1.7	4.1
	常勤精神科医師数(人)	130.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	100.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	23.6	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,099.5	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.8	2.9
	常勤コメディカル数(人)	268.6	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	11.4	12.1
	申請・通報件数	277	25,175
	うち警察官通報件数(%)	213(76.9)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	100(36.1)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	61(61.0)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	2,855	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	317(11.1)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	260.1	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より



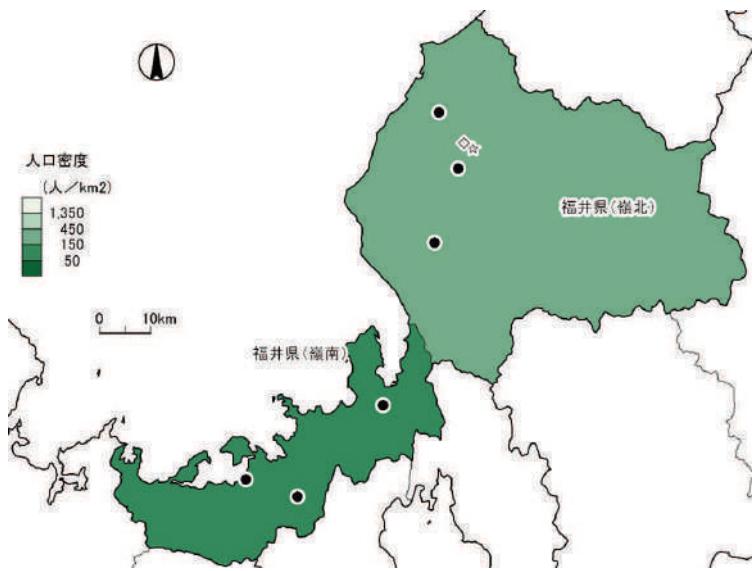
- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

空床確保事業（年報）	精神科救急医療施設数		15	1,105			石川県	全国	
	施設	種類	常時対応型	輪番型	合併症対応型	外来対応型	受診総件数	33,203	
精神科救急医療施設（年報）	大学病院	医療法	1	22	精神科専門病院	12	908	947	33,203
	総合病院		2	94	精神科診療所	0	81	8.4	2.6
	精神科専門病院		12	908	精神科救急1・2 ^{*2}	2	161	426	16,442
	精神科救急合併症 ^{*2}		0	10	精神科救急1・2 ^{*2}	2	161	3.8	1.3
	精神科急性期(病棟数) ^{*3}		7	390	精神科救急合併症 ^{*2}	0	10	45.0	49.5
					精神科急性期(病棟数) ^{*3}	7	390	緊急措置入院比率(%)	0.0
								措置入院比率(%)	12.3
								応急入院比率(%)	14.3
								医療保護入院比率(%)	9.9
								任意入院比率(%)	3.3
事業の概要（年報）								その他比率(%)	3.5
	運営要綱の有無		あり						
	措置通報処理(夜間休日)		本事業とは別		*1 緊急の精神科医療で相談が必要な者。ただし治療が継続（原則として3ヶ月以内）されている者に対しては、現に治療を行っている医療機関が対応する			情報センターの有無	あり
	通報受理窓口(夜間休日)		分散		*2 定期的に連絡会がある			設置場所	その他 ^{*1}
	事業の運用時間		夜間・休日					運用主体	県
	補助金支給対象事例		その他 ^{*1}					運用時間	24時間365日
	かかりつけ事例対応		原則かかりつけへ					対応職員	専門職(常時)
	自院通院患者の救急受診対応		取り決めなし					医師による助言	あり(常時)
	当番病院のバックアップ体制		あり					最終受診調整機能	あり
	身体合併症対策		一定の取り決め有り						
連絡調整会議（年報）	身体救急機関		なし					相談件数	1,084
	消防		あり					紹介件数	61
	警察		あり					紹介件数/相談件数(%)	5.6
	当事者		なし					紹介件数/受診件数(%)	6.4
	家族会		なし						
	福祉施設		なし					精神医療相談設置数	2
	受診前相談機関		なし					情報センターとの一体運用	同一回線・別集計
	その他		なし					設置場所	情報センターと同じ
	実績報告		あり					運用主体	情報センターと同じ
								運用時間	24時間365日

精神科救急医療マップ2020

福井県（暫定版）		精神科救急医療圈域2（1圏域当り人口38.4万人）	
		福井県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	76.7	12,622.7
	精神科病床数(床)	2,191	316,543
	人口万対病床数(床)	28.5	25.1
	精神科在院者数(人)	1,844	269,476
	人口万対在院者数(人)	24.0	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	46.6	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	31.3	26.9
	3か月未満在院比率(%)	20.9	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	19.7	18.3
	1～5年在院比率(%)	29.9	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	29.5	30.9
	65歳以上在院比率(%)	66.4	62.1
	隔離比率(%)	4.2	4.7
	身体的拘束比率(%)	5.6	4.1
	常勤精神科医師数(人)	76.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	59.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	24.3	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	571.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.2	2.9
	常勤コメディカル数(人)	177.0	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	10.4	12.1
	申請・通報件数	177	25,175
	うち警察官通報件数(%)	125(70.6)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	62(35.0)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	34(54.8)	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	1,566	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	70(4.5)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	242.7	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

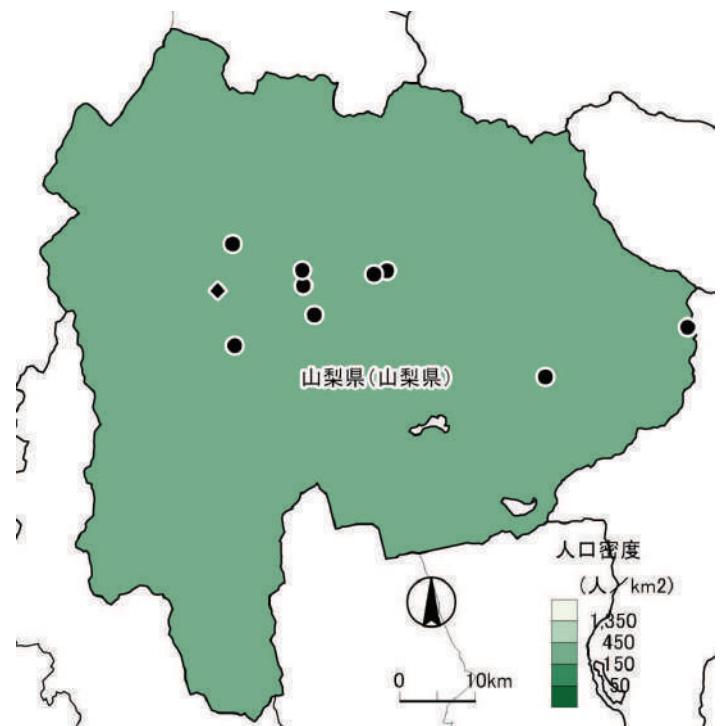


- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数				福井県	全国	
	施設	種類	受診総件数	人口万対受診件数	33,203	2.6	
空床確保事業（年報）	常時対応型	0	63	空床確保事業（同前）	143	16,442	
	輪番型	8	948		1.9	1.3	
	合併症対応型	0	21		50.5	49.5	
	外来対応型	0	120		11.2	12.3	
	大学病院	0	22		12.6	9.9	
	総合病院	2	94		2.1	3.5	
	精神科専門病院	6	908		49.0	54.8	
	精神科診療所	0	81		18.9	18.1	
	精神科救急1・2 ²	1	161		6.3	1.4	
	精神科救急合併症 ²	1	10				
事業の概要（年報）	精神科急性期(病棟数) ³	0	390				
	運営要綱の有無	あり		精神科救急情報受診前相談事業（同前）	情報センターの有無	あり	自治体広報紙
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内			設置場所	医療機関外 ¹	
	通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口			運用主体	自治体	
	事業の運用時間	夜間・休日			運用時間	24時間365日	
	補助金支給対象事例	相談窓口経由限定			対応職員	非専門職(常時)	
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ			医師による助言	なし	
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし			最終受診調整機能	なし	
	当番病院のバックアップ体制	情報センターで調整			相談件数	409	70,386 *1 総合福祉相談所
	身体合併症対策	一定の取り決め有り			紹介件数	256	
事業の概要（年報）	身体救急会合への参加	なし			紹介件数/相談件数(%)	62.6	
	開催数	1			紹介件数/受診件数(%)	90.5	
	精神科診療所	あり		精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数	1	
	身体救急機関	なし			情報センターとの一体運用	同一回線・一体集計	
	消防	あり			設置場所	情報センターと同じ	
	警察	あり			運用主体	情報センターと同じ	
	当事者	なし			運用時間	24時間365日	
	家族会	なし			対応職員	非専門職(常時)	
	福祉施設	なし			医師による助言	なし	
	受診前相談機関	なし			相談件数	1,012	100,457
連絡調整会議	その他	保健所			紹介件数	409	
	実績報告	報告しない年もあり			紹介件数/相談件数(%)	40.4	

精神科救急医療マップ2020

山梨県（暫定版）		精神科救急医療圈域1（1圏域当り人口81.0万人）	
		山梨県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	81.0	12,622.7
	精神科病床数(床)	2,237	316,543
	人口万対病床数(床)	27.6	25.1
	精神科在院者数(人)	1,829	269,476
	人口万対在院者数(人)	22.6	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	61.5	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	17.1	26.9
	3か月未満在院比率(%)	22.9	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	16.9	18.3
	1～5年在院比率(%)	26.1	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	34.1	30.9
	65歳以上在院比率(%)	61.6	62.1
	隔離比率(%)	5.7	4.7
	身体的拘束比率(%)	3.4	4.1
	常勤精神科医師数(人)	76.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	59.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	24.1	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	744.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.5	2.9
	常勤コメディカル数(人)	181.0	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	10.1	12.1
	申請・通報件数	109	25,175
	うち警察官通報件数(%)	65(59.6)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	19(17.4)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	14(73.7)	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	1,602	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	98(6.1)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	234.0	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		

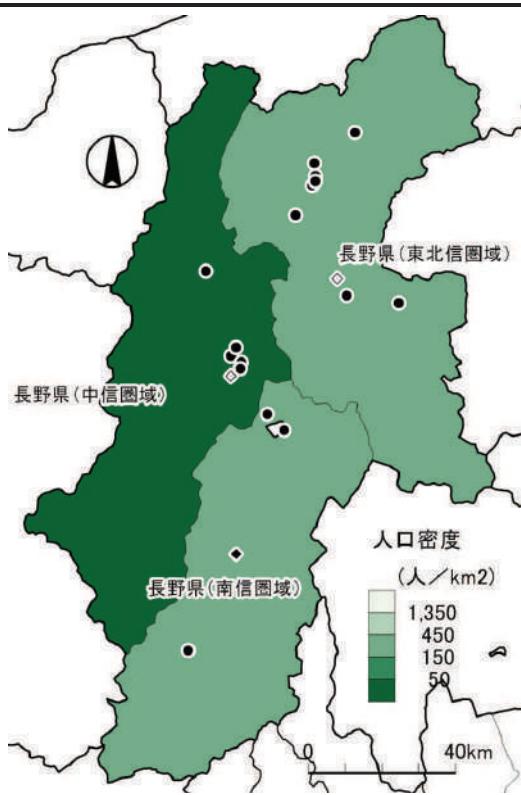


- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数		山梨県	全国	
	施設	種類	受診総件数	33,203	
精神科救急医療施設（年報）	常時対応型	1	63	人口万対受診件数	2.6
	輪番型	10	948	件入院総件数	137
	合併症対応型	0	21	人口万対入院件数	1.7
	外来対応型	0	120	入院率(%)	65.2
	大学病院	0	22	緊急措置入院比率(%)	8.0
	総合病院	1	94	措置入院比率(%)	2.2
	精神科専門病院	9	908	応急入院比率(%)	2.2
	精神科診療所	0	81	医療保護入院比率(%)	71.5
	精神科救急1・2 ²	1	161	任意入院比率(%)	16.1
	精神科救急合併症 ²	0	10	その他比率(%)	0.0
精神科急性期(病棟数) ³	精神科急性期(病棟数) ³	4	390		1.4
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料				
事業の概要（年報）	運営要綱の有無	あり	情報センターの有無	あり	自治体広報紙
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内	設置場所	医療機関外	あり
	通報受理窓口(夜間休日)	分散	運用主体	他団体	なし
	事業の運用時間	24時間365日	運用時間	24時間365日	なし
	補助金支給対象事例	相談窓口経由限定	対応職員	専門職(常時)	なし
	かかりつけ事例対応	その他 ¹	医師による助言	なし	MC
	自院通院患者の救急受診対応	本事業対象外	最終受診調整機能	なし ¹	なし
	当番病院のバックアップ体制	その他 ²	運用	相談件数 210	自治体広報紙
	身体合併症対策	取り決めなし	紹介件数	210	警察
	身体救急会合への参加	なし	紹介件数/相談件数(%)	100.0	救急隊
連絡調整会議（年度調査より）	開催数	1	運用実績	70,386	精神科医療機関
	精神科診療所	あり	紹介件数	17,230	一般医療機関
	身体救急機関	なし	紹介件数/受診件数(%)	24.5	MC
	消防	あり	紹介件数/受診件数(%)	51.9	その他
	警察	あり			
	当事者	なし	精神医療相談設置数	1	
	家族会	あり	情報センターとの一体運用	同一回線・別集計	
	福祉施設	なし	設置場所	情報センターと同じ	
	受診前相談機関	なし	運用主体	情報センターと同じ	
	その他	あり ¹	運用時間	24時間365日	
実績報告（年度調査より）	実績報告	あり	対応職員	専門職(常時)	
			医師による助言	なし	
			運用	相談件数 1,066	
			紹介件数	155	
			紹介件数/相談件数(%)	14.5	

精神科救急医療マップ2020

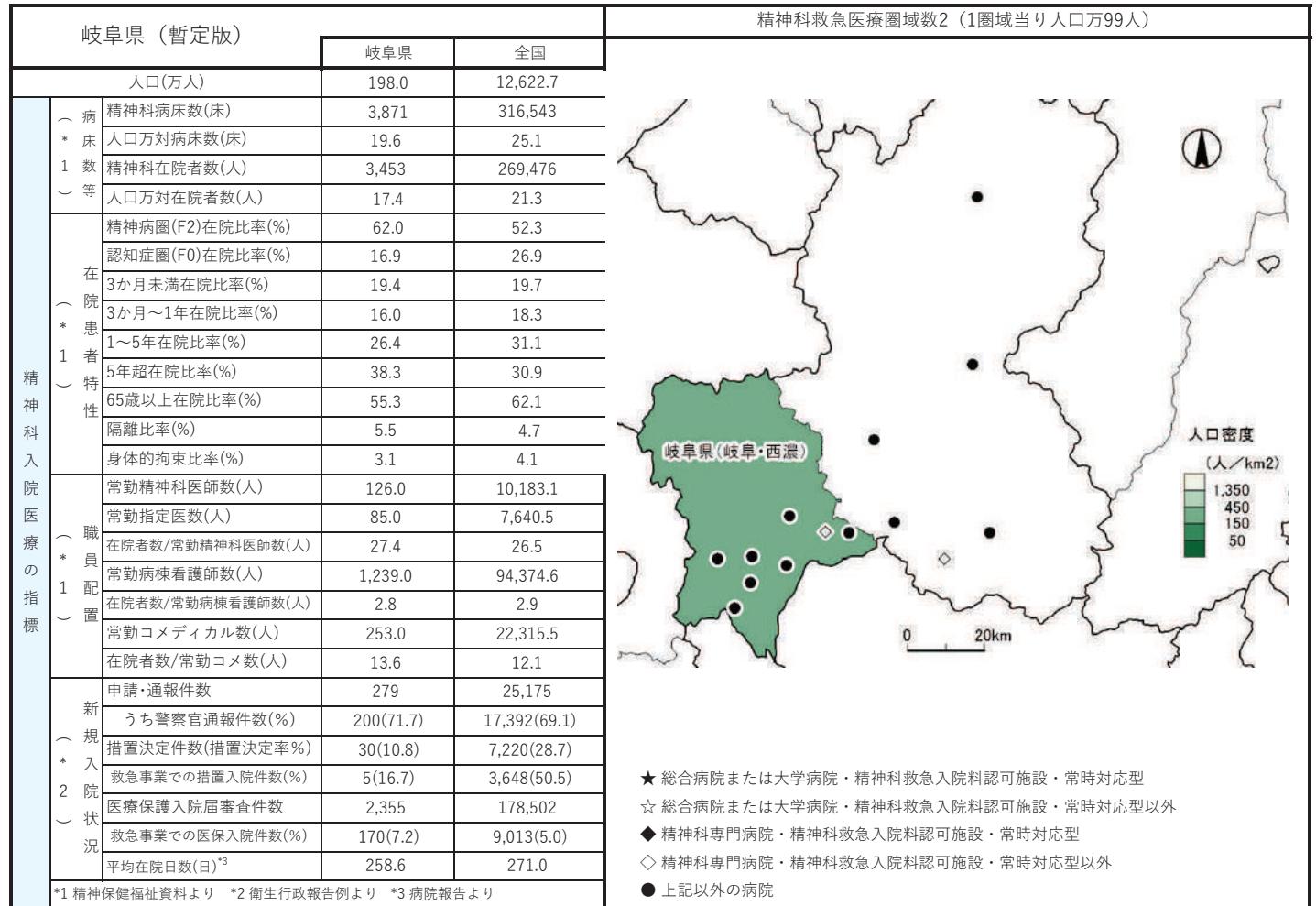
長野県（暫定版）		精神科救急医療圈域3（1圏域当り人口68.3万人）	
		長野県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	205.0	12,622.7
	精神科病床数(床)	4,622	316,543
	人口万対病床数(床)	22.5	25.1
	精神科在院者数(人)	3,825	269,476
	人口万対在院者数(人)	18.7	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	56.8	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	19.5	26.9
	3か月未満在院比率(%)	21.9	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	16.5	18.3
	1～5年在院比率(%)	30.8	31.1
精神科職員配置	5年超在院比率(%)	30.7	30.9
	65歳以上在院比率(%)	57.4	62.1
	隔離比率(%)	4.5	4.7
	身体的拘束比率(%)	4.1	4.1
	常勤精神科医師数(人)	161.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	130.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	23.8	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,414.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.7	2.9
	常勤コメディカル数(人)	343.1	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	11.1	12.1
	申請・通報件数	424	25,175
	うち警察官通報件数(%)	348(82.1)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	177(41.7)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	73(41.2)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	2,815	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	161(5.7)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	220.7	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		



- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

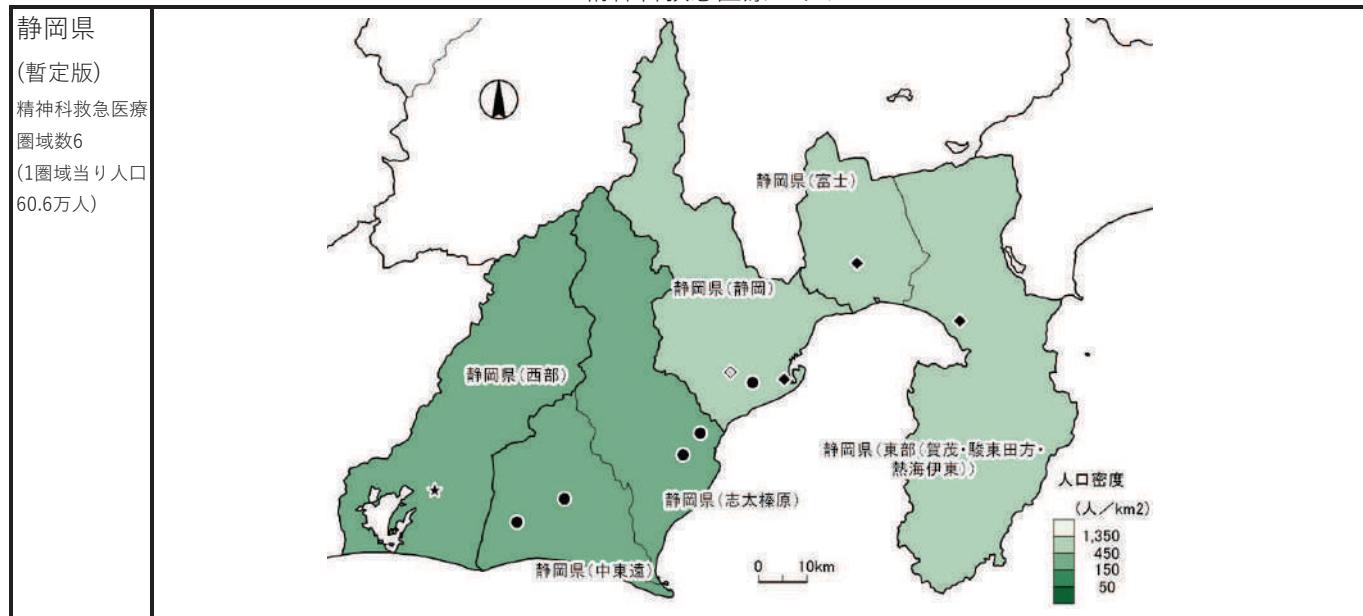
精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数		長野県	全国	
	施設	種類	受診総件数	33,203	
空床確保事業（年報）	常時対応型	1	63	人口万対受診件数	4.5
	輪番型	18	948	件入院総件数	315
	合併症対応型	0	21	人口万対入院件数	1.5
	外来対応型	0	120	入院率(%)	34.1
	大学病院	0	22	緊急措置入院比率(%)	7.6
	総合病院	3	94	措置入院比率(%)	15.6
	精神科専門病院	16	908	応急入院比率(%)	1.6
	精神科診療所	0	81	医療保護入院比率(%)	51.1
	精神科救急1・2 ²	3	161	任意入院比率(%)	24.1
	精神科救急合併症 ²	0	10	その他比率(%)	0.0
事業の概要（年報）	精神科急性期(病棟数) ³	7	390		1.4
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料				
	運営要綱の有無	あり	空床確保事業（同前）	情報センターの有無	なし
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別		設置場所	
	通報受理窓口(夜間休日)	分散		運用主体	
	事業の運用時間	24時間365日		運用時間	
	補助金支給対象事例	取り決めなし		対応職員	
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		医師による助言	
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし		最終受診調整機能	
	当番病院のバックアップ体制	あり		運用	相談件数 70,386
事業の概要（調査より）	身体合併症対策	取り決めなし		紹介件数 17,230	
	身体救急会合への参加	なし		紹介件数/相談件数(%) 24.5	
	開催数	0		紹介件数/受診件数(%) 51.9	
	精神科診療所	あり	精神科救急情報（年報）	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数 0
	身体救急機関	あり		事業の概要	情報センターとの一体運用
	消防	あり		設置場所	
	警察	あり		運用主体	
	当事者	なし		運用時間	
	家族会	なし		対応職員	
	福祉施設	なし		医師による助言	
	受診前相談機関	なし		運用	相談件数 100,457
	その他	県医師会・県精協・県機関		紹介件数 8,677	
	実績報告			紹介件数/相談件数(%) 8.6	
				紹介件数/受診件数(%) 26.1	

精神科救急医療マップ2020



精神科救急医療施設の一覧 空床確保事業の一覧 年報・当研究班2020年度調査より	精神科救急医療施設数		14	1,105			岐阜県	全国		
	精神科救急医療施設 空床確保事業 年報・当研究班2020年度調査より	精神科救急医療施設 空床確保事業 年報・当研究班2020年度調査より	受診総件数		621	33,203				
			人口万対受診件数		3.1	2.6				
			件入院総件数		262	16,442				
			人口万対入院件数		1.3	1.3				
			入院率(%)		42.2	49.5				
			緊急措置入院比率(%)		1.9	12.3				
			措置入院比率(%)		0.0	9.9				
			応急入院比率(%)		3.8	3.5				
			医療保護入院比率(%)		64.9	54.8				
			任意入院比率(%)		29.4	18.1				
			その他比率(%)		0.0	1.4				
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料										
運営要綱の有無		あり*1	*1 要領は2021/4/1 *2 そのような体制はなく、保健所及び病院間での調整に委ねている。		精神科救急情報 事業の概要 受診前相談事業 精神医療相談事業 (同前) 連絡調整会議	情報センターの有無	あり	自治体広報紙 警察 電話番号公開 MC その他	あり	
措置通報処理(夜間休日)		本事業とは別				設置場所	医療機関内*1			
通報受理窓口(夜間休日)		分散				運用主体	他団体*2			
事業の運用時間		夜間・休日				運用時間	24時間365日			
補助金支給対象事例		取り決めなし				対応職員	専門職(常時)			
かかりつけ事例対応		取り決めなし				医師による助言	なし			
自院通院患者の救急受診対応		取り決めなし				最終受診調整機能	なし*3			
当番病院のバックアップ体制		その他*2				相談件数	516	70,386	*1 民間病院が当番で実施	
身体合併症対策		あり(部会無)				紹介件数	205	17,230	*2 岐阜県精神科病院協会	
身体救急会合への参加		なし				紹介件数/相談件数(%)	39.7	24.5	*3 当番病院バックアップ体制参照	
開催数		0				紹介件数/受診件数(%)	33.0	51.9		
精神科診療所		なし								
身体救急機関		なし								
消防		あり								
警察		あり								
当事者		なし								
家族会		あり								
福祉施設		なし								
受診前相談機関		あり								
その他		医師会、保健所長会								
実績報告		報告しない年もあり								

精神科救急医療マップ2020

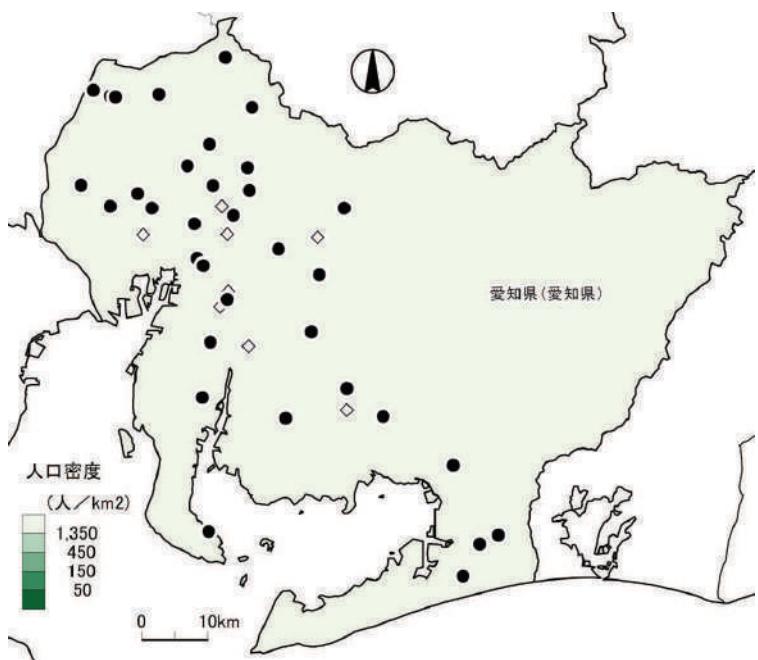


		静岡県	全国	静岡県	全国			
人口(万人)		363.5	12,622.7					
精神科入院医療の指標	病床数	精神科病床数(床)	6,480	316,543	常勤精神科医師数(人)	219.0	10183.1	★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・當時対応型
	1等	人口万对病床数(床)	17.8	25.1	常勤指定医数(人)	176.0	7640.5	☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・當時対応型以外
	2等	精神科在院者数(人)	5,329	269,476	在院者数/常勤精神科医師数(人)	24.3	26.5	◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・當時対応型
	3等	人口万对在院者数(人)	14.7	21.3	常勤病棟看護師数(人)	1607.0	94374.6	◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・當時対応型以外
	在院患者特徴	精神病圈(F2)在院比率(%)	59.3	52.3	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.3	2.9	● 上記以外の病院
	1年	認知症圈(F0)在院比率(%)	17.2	26.9	常勤コメディカル数(人)	499.0	22315.5	
	1月	3か月未満在院比率(%)	22.4	19.7	在院者数/常勤コメディカル数(人)	10.7	12.1	
	1年	3か月～1年在院比率(%)	17.2	18.3	申請・通報件数	779	25,175	
	1月	1～5年在院比率(%)	28.4	31.1	うち警察官通報件数(%)	573(73.6)	17,392(69.1)	
	1年	5年超在院比率(%)	32.1	30.9	措置決定件数(措置決定率%)	104(13.4)	7,220(28.7)	
空床確保事業	特性	65歳以上在院比率(%)	53.6	62.1	救急事業での措置入院件数(%)	73(70.2)	36,48(50.5)	
	施設	隔離比率(%)	7.8	4.7	医療保護入院届審査件数	4,271	178,502	
	類型	身体的拘束比率(%)	3.6	4.1	救急事業での医保入院件数(%)	413(9.7)	9,013(5.0)	
	医療法	精神科救急医療施設数	10	1,105	平均在院日数(日)*3	240.7	271.0	
	施設急	常時対応型	4	63	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より			
	類型	輪番型	6	948				
	医療	合併症対応型	0	21				
	法	外来対応型	0	120				
	精神科	大学病院	0	22				
	救急	総合病院	1	94				
事業の概要	医療	精神科専門病院	9	908				
	施設	精神科診療所	0	81				
	類型	精神科救急1・2*	5	161				
	医療法	精神科救急合併症*	0	10				
	施設	精神科急性期(病棟数)*3	6	390				
	類型	司	1重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料					
	医療	運営要綱の有無	あり	*1 東を3地域に集約し、3班体制。班ごとに受理専用の電話番号がある	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	なし
	法	措置通報処理(夜間休日)	本事業内	*2 経由機関は明確にした上で直接受診したケース等も含めている	設置場所	医療機関内*1	警察	あり
	精神科	通報受理窓口(夜間休日)	その他*	*3 自院通院中か否かを区別はするが、受診の受け入れはしている	運用主体	他団体*1	救急隊	あり
	救急	事業の運用時間	夜間・休日	*4 静岡県立こころの医療センターが後方支援	運用時間	24時間365日	精神科医療機関	あり
事業の概要	医療	補助金支給対象事例	その他*		対応職員	専門職(常時)	一般医療機関	なし
	施設	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		医師による助言	あり(常時)	MC	なし
	類型	自院通院患者の救急受診対応	その他*		最終受診調整機能	なし	その他	県ホームページ
	医療法	当番病院のバックアップ体制	その他*		運用実績	相談件数 2,891	70,386	*1 (地独)静岡県立こころの医療センター-
	施設	身体合併症対策	あり(部会無)		紹介件数 257	17,230		
	類型	身体救急会合への参加	連絡調整会議に参加		紹介件数/相談件数(%) 8.9	24.5		
	医療	開催数	2	*1 政令市	紹介件数/受診件数(%) 23.3	51.9		
	施設	精神科診療所	あり					
	類型	身体救急施設	なし					
	医療法	消防機関	あり					
連絡調整会議	精神科	警察機関	あり					
	救急	当事者	なし					
	医療	家族会	あり					
	施設	福祉施設	なし					
	類型	受診前相談機関	なし					
	医療法	その他	あり*					
	施設	実績報告	あり					
	類型							
	医療							
	施設							

精神科救急医療マップ2020

愛知県（暫定版）		精神科救急医療圏域数1（1圏域当り人口754.6万人）	
		愛知県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	754.6	12,622.7
	精神科病床数(床)	12,221	316,543
	人口万対病床数(床)	16.2	25.1
	精神科在院者数(人)	10,887	269,476
	人口万対在院者数(人)	14.4	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	59.3	52.3
	認知症圏(F0)在院比率(%)	17.7	26.9
	3か月未満在院比率(%)	21.4	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	16.4	18.3
	1～5年在院比率(%)	27.9	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	34.3	30.9
	65歳以上在院比率(%)	50.5	62.1
	隔離比率(%)	5.4	4.7
	身体的拘束比率(%)	1.4	4.1
	常勤精神科医師数(人)	463.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	336.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	23.5	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	3,753.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.9	2.9
	常勤コメディカル数(人)	862.1	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.6	12.1
	申請・通報件数	1,347	25,175
	うち警察官通報件数(%)	950(70.5)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	199(14.8)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	75(37.7)	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	8,008	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	572(7.1)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	228.6	271.0

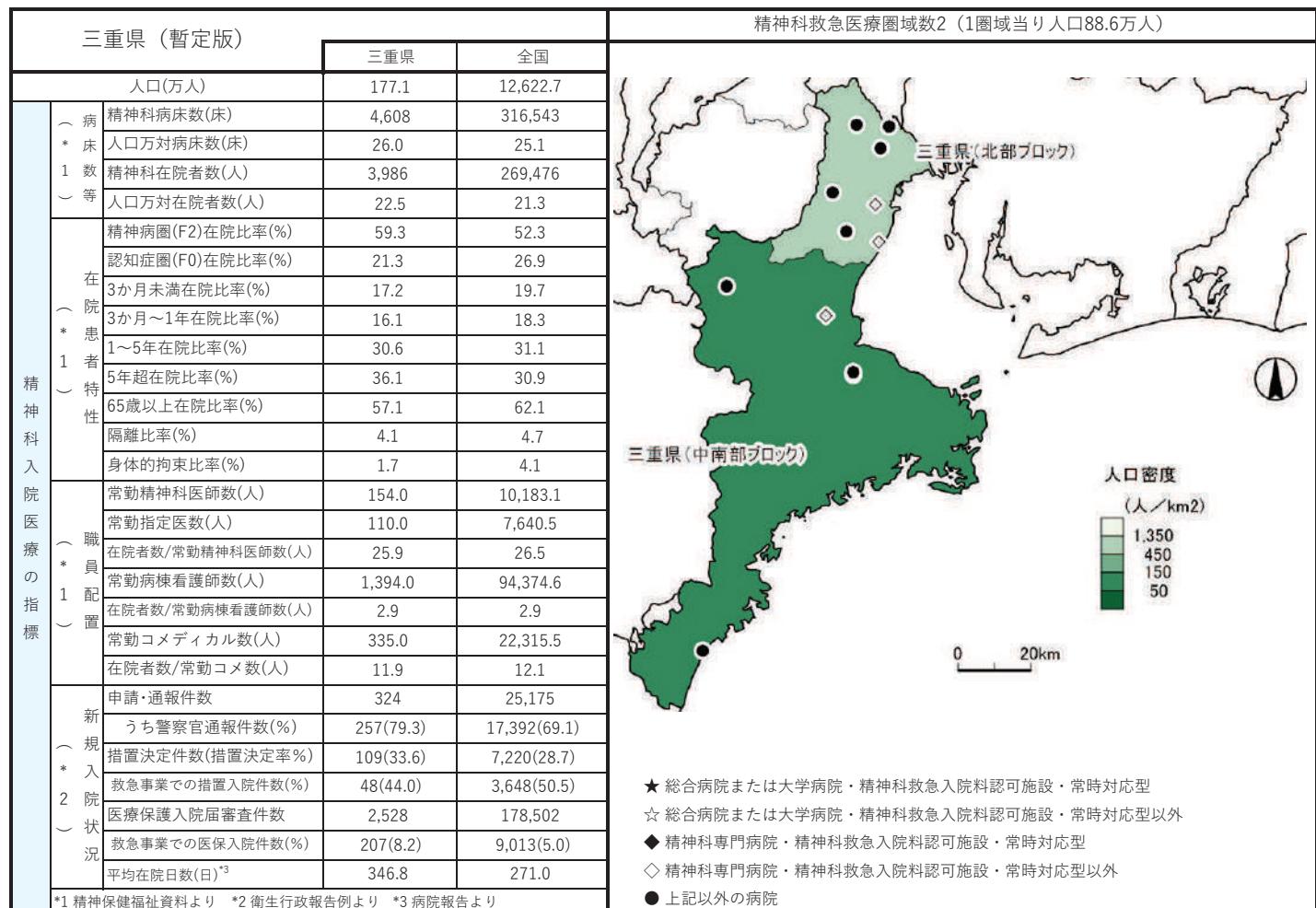
*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より



- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（同前）			愛知県	全国	
	空床確保事業（同前）	運用実績			
精神科救急医療施設（同前）	受診総件数		33,203		
	人口万対受診件数		2.6		
	件入院総件数		16,442		
	人口万対入院件数		1.3		
	入院率(%)		49.5		
	緊急措置入院比率(%)		12.3		
	措置入院比率(%)		9.9		
	応急入院比率(%)		3.5		
	医療保護入院比率(%)		54.8		
	任意入院比率(%)		18.1		
事業の概要（同前）	その他比率(%)		1.4		
	情報センターの有無			自治体広報紙	
	設置場所			警察	
	運用主体			救急隊	
	運用時間			精神科医療機関	
	対応職員			一般医療機関	
	医師による助言			MC	
	最終受診調整機能			その他	
	相談件数		70,386		
	紹介件数		17,230		
事業の概要（同前）	紹介件数/相談件数(%)		24.5		
	紹介件数/受診件数(%)		51.9		
	精神科救急相談設置数			自治体広報紙	
	情報センターとの一体運用			警察	
	設置場所			救急隊	
	運用主体			精神科医療機関	
	運用時間			一般医療機関	
	対応職員			MC	
	医師による助言			その他	
	相談件数		100,457		
連絡調整会議	紹介件数		8,677		
	紹介件数/相談件数(%)		8.6		
	紹介件数/受診件数(%)		26.1		
	実績報告				

精神科救急医療マップ2020



精神科救急医療施設の一覧表	精神科救急医療施設数				三重県	全国	
	施設	種類	受診総件数	件数	人口万対受診件数	人口万対件数	
精神科救急医療施設	常時対応型	0	63	空床確保事業（同前）	694	33,203	
	輪番型	12	948		3.9	2.6	
	合併症対応型	0	21		339	16,442	
	外来対応型	0	120		1.9	1.3	
	大学病院	0	22		48.8	49.5	
	総合病院	0	94		緊急措置入院比率(%)	11.2	12.3
	精神科専門病院	12	908		措置入院比率(%)	2.9	9.9
	精神科診療所	0	81		応急入院比率(%)	5.9	3.5
	精神科救急1・2 ^{*2}	4	161		医療保護入院比率(%)	61.1	54.8
	精神科救急合併症 ^{*2}	0	10		任意入院比率(%)	18.9	18.1
事業の概要	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	7	390		その他比率(%)	0.0	1.4
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料			精神科救急情報センター（同前）	情報センターの有無	あり	自治体広報紙 あり 警察 あり 救急隊 あり 精神科医療機関 あり 一般医療機関 あり MC なし その他 なし
	運営要綱の有無	あり	設置場所		医療機関内 ^{*1}		
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内	運用主体		他団体 ^{*2}		
	通報受理窓口(夜間休日)	分散	運用時間		24時間365日		
	事業の運用時間	夜間・休日	対応職員		専門職(常時)		
	補助金支給対象事例	取り決めなし	医師による助言		あり(常時)		
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ	最終受診調整機能		あり		
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	相談件数		558	*1 民間精神科病院12機関で当番制にして持ち回り *2 日本精神科病院協会三重県支部	
	当番病院のバックアップ体制	あり	紹介件数		492		
事業の概要	身体合併症対策	取り決めなし	紹介件数/相談件数(%)		88.2		
	身体救急会合への参加	なし	紹介件数/受診件数(%)		70.9		
	開催数		精神医療相談事業（同前）	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数		1
	連絡調整会議	精神科診療所	なし		情報センターとの一体運用		同一回線・別集計
		身体救急機関	あり		設置場所		情報センターと同じ
		消防	あり		運用主体		情報センターと同じ
		警察	あり		運用時間		24時間365日
		当事者	なし		対応職員		専門職(常時)
		家族会	なし		医師による助言		あり(常時)
		福祉施設	なし		相談件数	1,387	自治体広報紙 あり 警察 なし 救急隊 なし 精神科医療機関 なし 一般医療機関 なし MC なし その他 なし
		受診前相談機関	なし		紹介件数	608	
		その他	保健所		紹介件数/相談件数(%)	43.8	
		実績報告	あり		紹介件数/受診件数(%)	87.6	

精神科救急医療マップ2020

滋賀県（暫定版）		精神科救急医療圈域3（1圏域当り人口47.1万人）	
		滋賀県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	141.4	12,622.7
	精神科病床数(床)	2,268	316,543
	人口万対病床数(床)	16.0	25.1
	精神科在院者数(人)	1,887	269,476
	人口万対在院者数(人)	13.3	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	46.1	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	30.9	26.9
	3か月未満在院比率(%)	23.1	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	16.4	18.3
	1～5年在院比率(%)	29.3	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	31.3	30.9
	65歳以上在院比率(%)	64.5	62.1
	隔離比率(%)	4.9	4.7
	身体的拘束比率(%)	2.2	4.1
	常勤精神科医師数(人)	94.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	64.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	20.1	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	689.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.7	2.9
	常勤コメディカル数(人)	144.8	22,315.5
在院者数/常勤コメディカル数(人)		13.0	12.1
新規入院状況	申請・通報件数	281	25,175
	うち警察官通報件数(%)	200(71.2)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	70(24.9)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	58(82.9)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	1,452	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	177(12.2)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	224.8	271.0

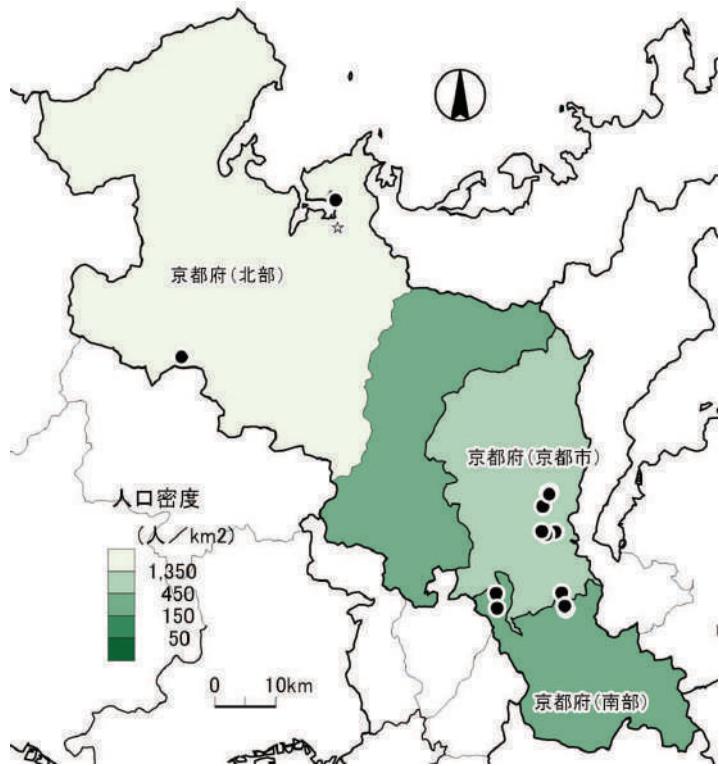
*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

精神科救急医療施設の一覧表	精神科救急医療施設数	10	1,105			滋賀県	全国	
	施設	常時対応型	0	受診総件数	1,261	33,203		
	急	輪番型	10	人口万対受診件数	8.9	2.6		
	救	合併症対応型	0	件入院総件数	348	16,442		
	急	外来対応型	0	人口万対入院件数	2.5	1.3		
	医	大学病院	0	入院率(%)	27.6	49.5		
	療	総合病院	2	緊急措置入院比率(%)	16.4	12.3		
	法	精神科専門病院	8	措置入院比率(%)	0.3	9.9		
	施	精神科診療所	0	応急入院比率(%)	2.6	3.5		
	設	精神科救急1・2*2	1	医療保護入院比率(%)	50.9	54.8		
事業の概要	施	精神科救急合併症*2	0	任意入院比率(%)	27.9	18.1		
	設	精神科急性期(病棟数)*3	8	その他比率(%)	0.0	1.4		
	設							
	設							
	設							
	設							
	設							
	設							
	設							
	設							

運営要綱の有無	あり	*1 精神保健福祉センターアー（精神科救急情報センター）
措置通報処理(夜間休日)	本事業内	
通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口*1	
事業の運用時間	夜間・休日*2	
補助金支給対象事例	取り決めなし	
かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ	
自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	
当番病院のバッックアップ体制	あり	
身体合併症対策	あり(部会無)	
身体救急会合への参加	連絡調整会議に参加	
開催数		4
連絡調整会議	精神科診療所	あり
	身体救急機関	なし
	消防	あり
	警察	あり
	当事者	なし
	家族会	なし
	福祉施設	なし
	受診前相談機関	あり
その他		なし
実績報告		あり

精神科救急医療マップ2020

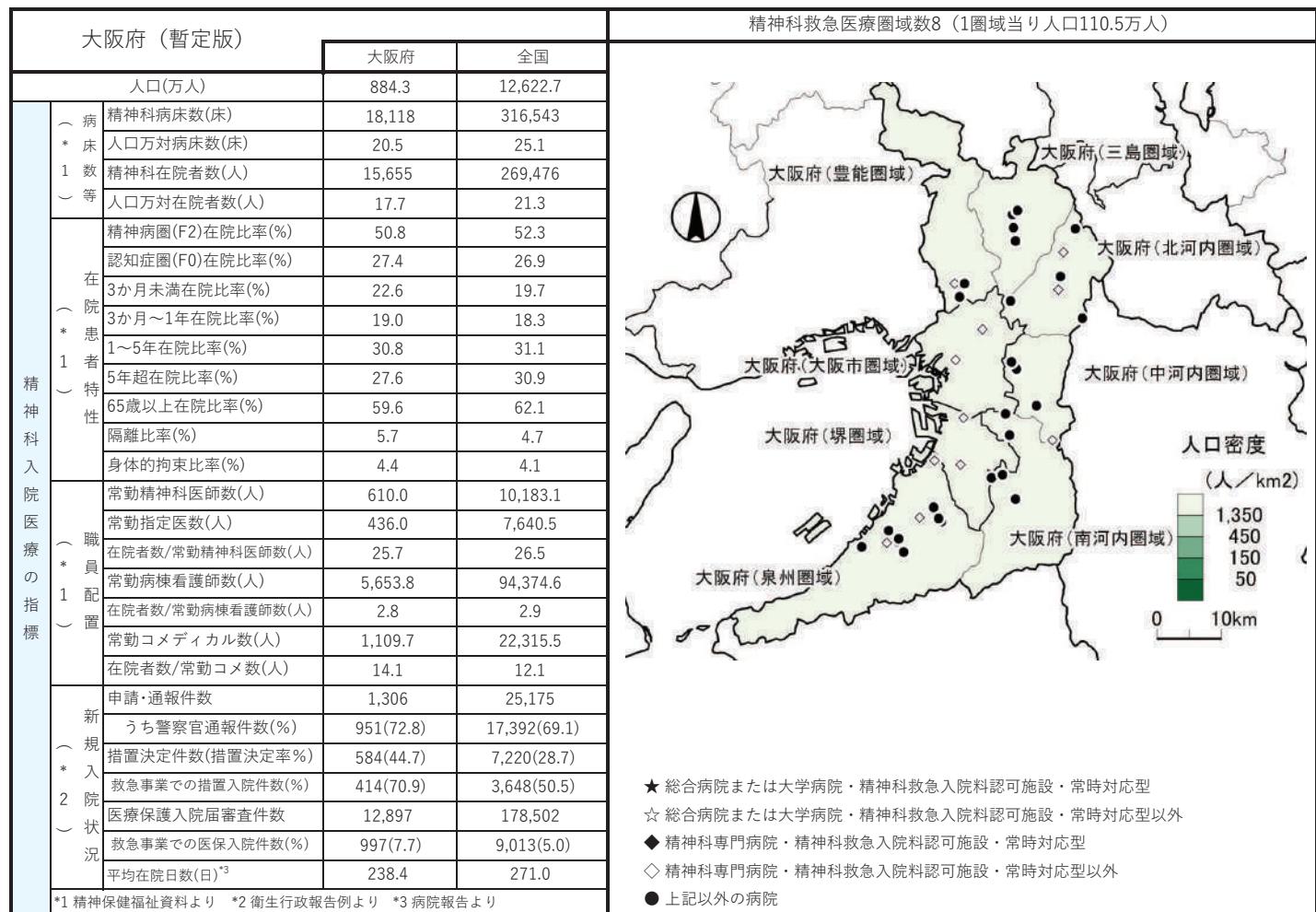
京都府(暫定版)		精神科救急医療圈域数3(1圏域当り人口86万人)	
		京都府	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	258.0	12,622.7
	精神科病床数(床)	5,925	316,543
	人口万対病床数(床)	23.0	25.1
	精神科在院者数(人)	4,514	269,476
	人口万対在院者数(人)	17.5	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	42.2	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	39.6	26.9
	3か月未満在院比率(%)	21.7	19.7
	3か月~1年在院比率(%)	19.7	18.3
	1~5年在院比率(%)	33.3	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	25.2	30.9
	65歳以上在院比率(%)	74.1	62.1
	隔離比率(%)	4.5	4.7
	身体的拘束比率(%)	2.5	4.1
	常勤精神科医師数(人)	165.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	129.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	27.4	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,474.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.1	2.9
	常勤コメディカル数(人)	324.0	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	13.9	12.1
	申請・通報件数	618	25,175
	うち警察官通報件数(%)	273(44.2)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	59(9.5)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	51(86.4)	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	3,595	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	210(5.8)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	259.8	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		



- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設の年報	精神科救急医療施設数		京都府	全国	
	施設	種類	受診総件数	33,203	
精神科救急医療施設の年報	常時対応型	2	63	3,115	
	輪番型	16	948	3,115	
	合併症対応型	1	21	3,115	
	外来対応型	0	120	3,115	
	大学病院	2	22	3,115	
	総合病院	1	94	3,115	
	精神科専門病院	14	908	3,115	
	精神科診療所	0	81	3,115	
	精神科救急1・2 ^{*2}	3	161	3,115	
	精神科救急合併症 ^{*2}	0	10	3,115	
事業の概要	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	9	390	3,115	
	運営要綱の有無	あり	情報センターの有無	あり	
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内	設置場所	その他 ^{*1}	
	通報受理窓口(夜間休日)	その他 ^{*1}	運用主体	他団体 ^{*2}	
	事業の運用時間	24時間365日	運用時間	夜間・休日	
	補助金支給対象事例	取り決めなし	対応職員	専門職(常時)	
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ	医師による助言	あり(常時)	
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	最終受診調整機能	なし ^{*3}	
	当番病院のバックアップ体制	あり	運用	相談件数 2,571	*1 非公表 *2 精神保健福祉協会・一般社団法人京都精神保健福祉協会(京都府) *3 府・市に相談。市は23条通報には全て対応
	身体合併症対策	その他 ^{*2}	紹介件数	361	
事業の概要	身体救急会合への参加	定例研修会あり	紹介件数/相談件数(%)	14.0	
	開催数	2	紹介件数/受診件数(%)	57.0	
	精神科診療所	あり	精神科医療相談事業(同前)	精神医療相談設置数 1	
	身体救急機関	あり	精神医療相談事業(同前)	情報センターとの一体運用 同一回線・一体集計	
	消防	あり	精神医療相談事業(同前)	設置場所 情報センターと同じ	
	警察	あり	精神医療相談事業(同前)	運用主体 情報センターと同じ	
	当事者	なし	精神医療相談事業(同前)	運用時間 夜間・休日	
	家族会	なし	精神医療相談事業(同前)	対応職員 専門職(常時)	
	福祉施設	なし	精神医療相談事業(同前)	医師による助言 あり(常時)	
	受診前相談機関	なし	運用	相談件数 100,457	
連絡調整会議	その他	あり ^{*1}	紹介件数	8,677	
	実績報告	あり	紹介件数/相談件数(%)	8.6	
			紹介件数/受診件数(%)	26.1	

精神科救急医療マップ2020



精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数		38	1,105			大阪府	全国		
	施設	種類	常時対応型	輪番型	合併症対応型	外来対応型	受診総件数	33,203		
精神科救急医療施設（年報）	大学病院	医療法	0	22	精神科専門病院	37	人口万対受診件数	2.4		
	総合病院	医療法	1	94	精神科診療所	0	入院総件数	1,863		
	精神科専門病院	医療法	37	908	精神科救急1・2 ^{*2}	10	人口万対入院件数	2.1		
	精神科診療所	医療法	0	81	精神科救急合併症 ^{*2}	2	入院率(%)	88.9		
	精神科急性期（病棟数） ^{*3}	医療法	24	390	精神科救急1・2 ^{*2}	161	緊急措置入院比率(%)	21.8		
	自院通院患者の救急受診対応	事業の運営時間	あり	特定窓口	補助金支給対象事例	その他 ^{*1}	措置入院比率(%)	0.4		
	自院通院患者の救急受診対応	事業の運営時間	あり	夜間・休日	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ	応急入院比率(%)	8.6		
	自院通院患者の救急受診対応	補助金支給対象事例	あり	夜間・休日	自院通院患者の救急受診対応	その他 ^{*1}	医療保護入院比率(%)	53.5		
	自院通院患者の救急受診対応	かかりつけ事例対応	あり	原則かかりつけへ	自院通院患者の救急受診対応	原則かかりつけへ	任意入院比率(%)	15.9		
	自院通院患者の救急受診対応	自院通院患者の救急受診対応	あり	原則かかりつけへ	自院通院患者の救急受診対応	原則かかりつけへ	その他比率(%)	0.0		
事業の概要（年報）	運営要綱の有無	運営要綱の有無	あり	あり	精神科救急情報センター	情報センターの有無	自治体広報紙	なし		
	措置通報処理(夜間休日)	運営要綱の有無	あり	あり	精神科救急情報センター	設置場所	警察	あり		
	通報受理窓口(夜間休日)	運営要綱の有無	あり	あり	精神科救急情報センター	運用主体	救急隊	あり		
	事業の運用時間	運営要綱の有無	あり	あり	精神科救急情報センター	運用時間	精神科医療機関	なし		
	補助金支給対象事例	運営要綱の有無	あり	あり	精神科救急情報センター	対応職員	一般医療機関	なし		
	かかりつけ事例対応	運営要綱の有無	あり	あり	精神科救急情報センター	医師による助言	MC	なし		
	自院通院患者の救急受診対応	運営要綱の有無	あり	あり	精神科救急情報センター	最終受診調整機能	その他	なし		
	当番病院のバッックアップ体制	運営要綱の有無	あり	あり	受診前相談事業（同前）	相談件数	70,386	*1 必要に応じて保健所などの相談機関を案内する。		
	身体合併症対策	運営要綱の有無	あり	あり	受診前相談事業（同前）	紹介件数	17,230			
	身体救急会合への参加	運営要綱の有無	あり	あり	受診前相談事業（同前）	紹介件数/相談件数(%)	24.5			
	開催数	運営要綱の有無	0	0	受診前相談事業（同前）	紹介件数/受診件数(%)	51.9			
事業の概要（年報）	精神科診療所	連絡調整会議	あり	あり	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数	1	自治体広報紙	あり	
	身体救急機関	連絡調整会議	あり	あり	精神医療相談事業（同前）	情報センターとの一体運用	別回線・別集計	警察	なし	
	消防	連絡調整会議	あり	あり	精神医療相談事業（同前）	設置場所	医療機関外 ^{*1}	救急隊	なし	
	警察	連絡調整会議	あり	あり	精神医療相談事業（同前）	運用主体	他団体 ^{*2}	精神科医療機関	なし	
	当事者	連絡調整会議	なし	なし	精神医療相談事業（同前）	運用時間	夜間・休日	一般医療機関	なし	
	家族会	連絡調整会議	なし	なし	精神医療相談事業（同前）	対応職員	主に専門職	MC	なし	
	福祉施設	連絡調整会議	なし	なし	精神医療相談事業（同前）	医師による助言	あり(常時)	その他	なし	
	受診前相談機関	連絡調整会議	なし	なし	受診前相談事業（同前）	相談件数	18,738	自治体広報紙	*1 情報センターとは別 *2 おおさか精神科救急ダイヤル	
	その他	連絡調整会議	あり ^{*1}	あり	受診前相談事業（同前）	紹介件数	893	警察		
	実績報告	連絡調整会議	あり	あり	受診前相談事業（同前）	紹介件数/相談件数(%)	4.8	救急隊		

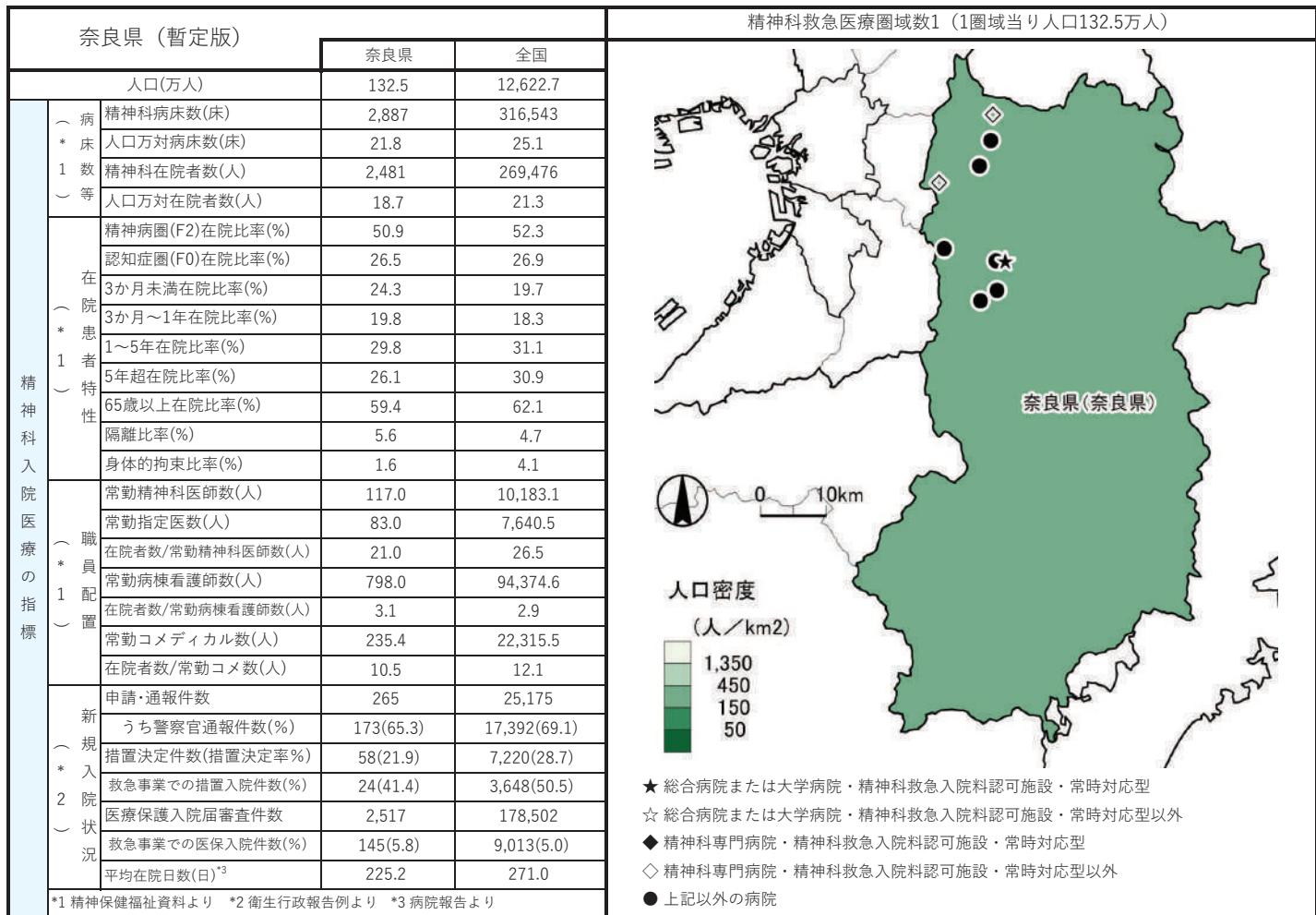
精神科救急医療マップ2020

兵庫県（暫定版）		精神科救急医療圏域数5（1圏域当り人口109.4万人）	
		兵庫県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	546.9	12,622.7
	精神科病床数(床)	11,053	316,543
	人口万対病床数(床)	20.2	25.1
	精神科在院者数(人)	9,622	269,476
	人口万対在院者数(人)	17.6	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	51.1	52.3
	認知症圏(F0)在院比率(%)	28.8	26.9
	3か月未満在院比率(%)	21.8	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	18.2	18.3
	1～5年在院比率(%)	31.5	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	28.5	30.9
	65歳以上在院比率(%)	60.7	62.1
	隔離比率(%)	4.0	4.7
	身体的拘束比率(%)	3.5	4.1
	常勤精神科医師数(人)	377.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	250.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	25.5	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	3,221.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.0	2.9
	常勤コメディカル数(人)	743.0	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	13.0	12.1
	申請・通報件数	1,115	25,175
	うち警察官通報件数(%)	771(69.1)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	78(7.0)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	35(44.9)	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	7,793	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	515(6.6)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	261.2	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

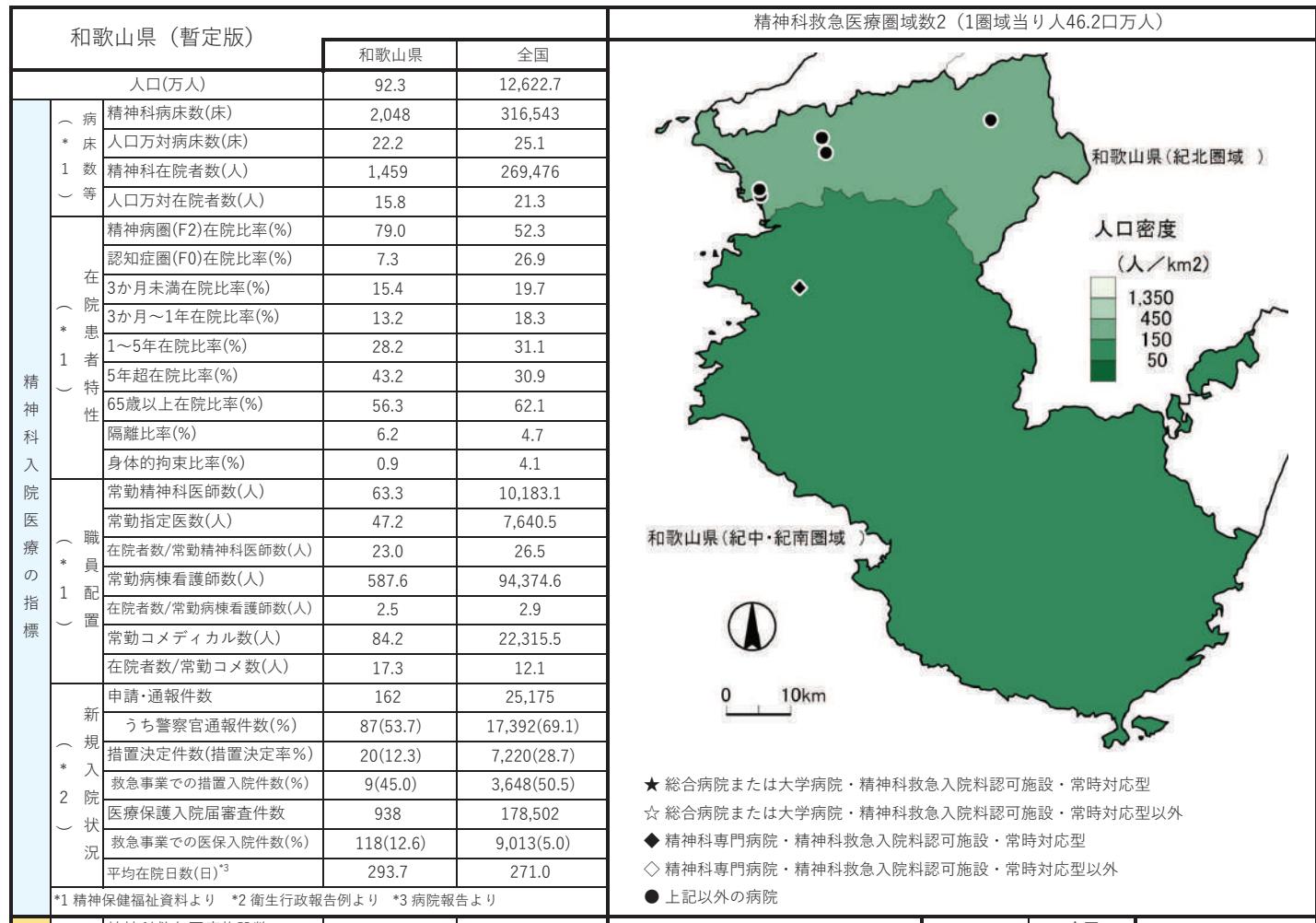
精神科救急医療施設の一覧 （年報・当研究班2020年調査より）	精神科救急医療施設数	41	1,105			兵庫県	全国	
	施設	常時対応型	1	63	空床確保事業（同前）	受診総件数	910	33,203
	類型	輪番型	35	948		人口万対受診件数	1.7	2.6
	療法	合併症対応型	2	21		件入院総件数	744	16,442
	（施設）	外来対応型	3	120		人口万対入院件数	1.4	1.3
	精神科救急1・2 ²	大学病院	2	22		入院率(%)	81.8	49.5
	精神科救急合併症 ²	総合病院	4	94		緊急措置入院比率(%)	4.4	12.3
	精神科急性期（病棟数） ³	精神科専門病院	35	908		措置入院比率(%)	0.3	9.9
	（施設）	精神科診療所	0	81		応急入院比率(%)	8.3	3.5
	（施設）	精神科救急1・2 ²	7	161		医療保護入院比率(%)	69.2	54.8
	（施設）	精神科救急合併症 ²	0	10		任意入院比率(%)	16.4	18.1
	（施設）	精神科急性期（病棟数） ³	14	390		その他比率(%)	0.3	1.4
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料								
事業の概要	運営要綱の有無	あり	受診前相談事業（同前）	精神科救急情報概要	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	あり
	措置通報処理（夜間休日）	本事業内		設置場所	医療機関外 ¹	警察		あり
	通報受理窓口（夜間休日）	特定窓口		運用主体	他団体 ²	救急隊		あり
	事業の運用時間	24時間365日		運用時間	24時間365日	精神科医療機関		あり
	補助金支給対象事例	相談窓口経由限定		対応職員	主に専門職	一般医療機関		あり
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		医師による助言	あり（常時）	MC		あり
	自院通院患者の救急受診対応	本事業対象外		最終受診調整機能	あり	その他		なし
	当番病院のバックアップ体制	あり ¹		運用	相談件数	3,396	70,386	*1 県庁付近 *2 兵庫県精神科病院協会
	身体合併症対策	あり（部会無）		実績	紹介件数	980	17,230	
	身体救急会合への参加	連絡調整会議に参加		実績	紹介件数/相談件数(%)	28.9	24.5	
	開催数	1		実績	紹介件数/受診件数(%)	107.7	51.9	
連絡調整会議	精神科診療所	あり	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談事業概要	精神医療相談設置数	1	自治体広報紙	あり
	身体救急機関	あり		（事業）	情報センターとの一体運用	同一回線・一体集計		警察
	消防	あり		設置場所	情報センターと同じ	救急隊		あり
	警察	あり		運用主体	情報センターと同じ	精神科医療機関		あり
	当事者	なし		運用時間	24時間365日	一般医療機関		あり
	家族会	あり		対応職員	主に専門職	MC		あり
	福祉施設	あり		医師による助言	あり（常時）	その他		なし
	受診前相談機関	なし		運用	相談件数		100,457	
	その他	あり ¹		実績	紹介件数		8,677	
	実績報告	あり		実績	紹介件数/相談件数(%)		8.6	

精神科救急医療マップ2020



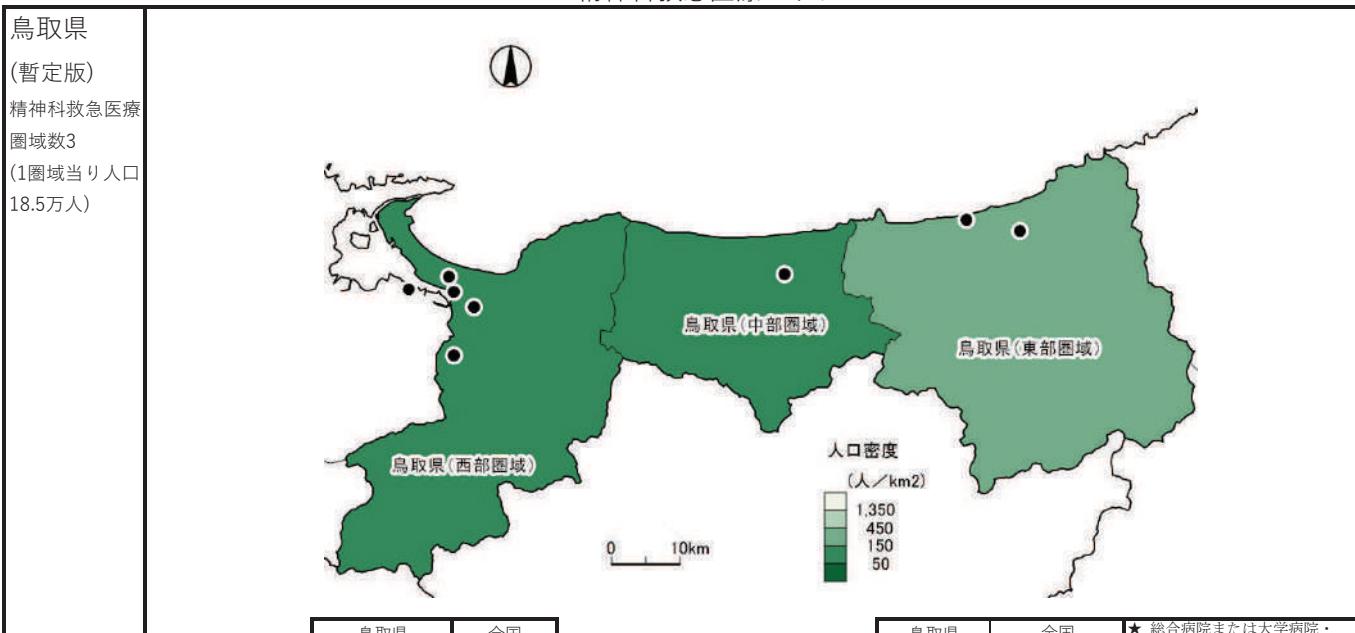
精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数		奈良県	全国						
	施設	数	奈良県	全国						
精神科救急医療施設（年報）	常時対応型	1	63	空床確保事業（同前）	受診総件数	505	33,203			
	輪番型	8	948		人口万対受診件数	3.8	2.6			
	合併症対応型	1	21		件入院総件数	223	16,442			
	外来対応型	8	120		人口万対入院件数	1.7	1.3			
	大学病院	1	22		入院率(%)	44.2	49.5			
	総合病院	0	94		緊急措置入院比率(%)	10.8	12.3			
	精神科専門病院	8	908		措置入院比率(%)	0.0	9.9			
	精神科診療所	0	81		応急入院比率(%)	6.7	3.5			
	精神科救急1・2 ^{*2}	3	161		医療保護入院比率(%)	65.0	54.8			
	精神科救急合併症 ^{*2}	1	10		任意入院比率(%)	17.5	18.1			
精神科急性期(病棟数) ^{*3}	5	390	その他比率(%)	0.0	1.4					
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料										
事業の概要（年度調査より）	運営要綱の有無	あり	受診前相談事業（同前）	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	あり			
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内		設置場所	医療機関内		電話番号公開	警察	あり	
	通報受理窓口(夜間休日)	特定窓口		運用主体	他団体			救急隊	あり	
	事業の運用時間	夜間・休日		運用時間	24時間365日			精神科医療機関	あり	
	補助金支給対象事例	取り決めなし		対応職員	専門職(常時)			一般医療機関	あり	
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		医師による助言	あり(常時)			MC	あり	
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし		最終受診調整機能	なし			その他	市町村	
	当番病院のバックアップ体制	その他 ^{*1}		運用	相談件数			1,111	70,386	受診前相談事業（同前）
	身体合併症対策	一定の取り決め有り		紹介件数	717			17,230		
	身体救急会合への参加	連絡調整会議に参加		紹介件数/相談件数(%)	64.5			24.5		
開催数	0	紹介件数/受診件数(%)	142.0	51.9						
精神科診療所	なし	精神医療相談設置数	0	電話番号公開	自治体広報紙	あり				
身体救急機関	あり	情報センターとの一体運用			警察	あり				
消防	あり	設置場所			救急隊	あり				
警察	あり	運用主体			精神科医療機関	あり				
当事者	なし	運用時間			一般医療機関	あり				
家族会	なし	対応職員			MC	あり				
福祉施設	なし	医師による助言			その他	市町村				
受診前相談機関	あり	運用	相談件数		100,457	受診前相談事業（同前）				
その他	なし	紹介件数	8,677							
実績報告	あり	紹介件数/相談件数(%)	8.6							

精神科救急医療マップ2020



精神科救急医療施設の年報	精神科救急医療施設数		6	1,105			和歌山県	全国		
	精神科救急医療施設の年報	施設	常時対応型	1	63	空床確保事業（同前）	受診総件数	740	33,203	電話番号公開
		急	輪番型	5	948		人口万対受診件数	8.0	2.6	
		類	合併症対応型	0	21		件入院総件数	178	16,442	
		療	外来対応型	0	120		人口万対入院件数	1.9	1.3	
		医	大学病院	0	22		入院率(%)	24.1	49.5	
		療	総合病院	0	94		緊急措置入院比率(%)	3.9	12.3	
		法	精神科専門病院	6	908		措置入院比率(%)	1.1	9.9	
		施	精神科診療所	0	81		応急入院比率(%)	1.7	3.5	
		設	精神科救急1・2 ²	1	161		医療保護入院比率(%)	66.3	54.8	
		施	精神科救急合併症 ²	0	10		任意入院比率(%)	27.0	18.1	
		設	精神科急性期(病棟数) ³	4	390		その他比率(%)	0.0	1.4	
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料										
事業の概要	連絡調整会議	事業の概要	開催数	1		受診前相談事業（同前）	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	あり
		精神科診療所	参 加	あり	設置場所	医療機関内	警察	あり		
		身体救急機関	精 神	なし	運用主体	自治体	救急隊	あり		
		消防	機 関	あり	運用時間	夜間・休日	精神科医療機関	あり		
		警察	都	なし	対応職員	専門職(常時)	一般医療機関	あり		
		当事者	以	なし	医師による助言	なし	MC	あり		
		家族会	道	なし	最終受診調整機能	あり	その他	なし		
		福祉施設	府	なし	相談件数	128	70,386			
		受診前相談機関	県	なし	紹介件数	79	17,230			
		その他	・	なし	紹介件数/相談件数(%)	61.7	24.5			
		実績報告	実	あり	紹介件数/受診件数(%)	10.7	51.9			

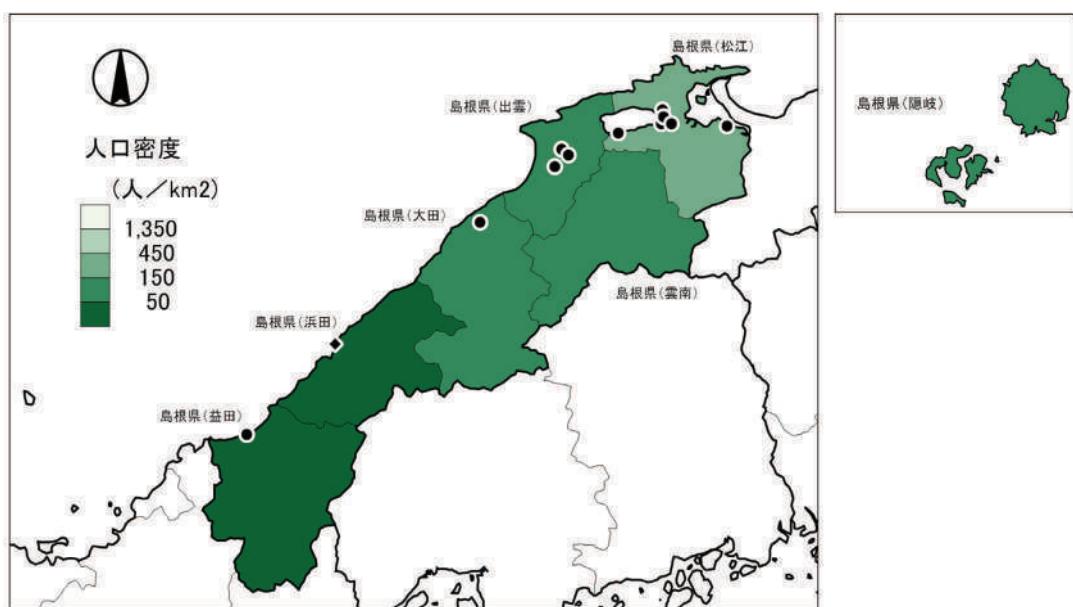
精神科救急医療マップ2020



	鳥取県		全国		鳥取県	全国		★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型 ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外 ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型 ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外 ● 上記以外の病院		
	人口(万人)	鳥取県	全国	鳥取県	全国	鳥取県	全国			
精神科入院医療の指標	精神科病床数(床)	1,792	316,543	精神科入院医療の指標	常勤精神科医師数(人)	65.0	10183.1	★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型 ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外 ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型 ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外 ● 上記以外の病院		
	* 床数	32.3	25.1		常勤指定医数(人)	47.0	7640.5			
	精神科在院者数(人)	1,424	269,476		在院者数/常勤精神科医師数(人)	21.9	26.5			
	人口万対在院者数(人)	25.7	21.3		常勤病棟看護師数(人)	579.0	94374.6			
	精神疾患(F2)在院比率(%)	46.6	52.3		在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.5	2.9			
	認知症(F0)在院比率(%)	33.4	26.9		常勤コメディカル数(人)	181.1	22315.5			
	3か月未満在院比率(%)	21.5	19.7		在院者数/常勤コメディカル数(人)	7.9	12.1			
	3か月~1年在院比率(%)	20.7	18.3		申請・通報件数	61	25,175			
	1~5年在院比率(%)	30.6	31.1		うち警察官通報件数(%)	12(19.7)	17,392(69.1)			
	5年超在院比率(%)	27.2	30.9		措置決定件数(措置決定率%)	16(26.2)	7,220(28.7)			
	65歳以上在院比率(%)	66.9	62.1		救急事業での措置入院件数(%)	8(50.0)	36,48(50.5)			
	隔離比率(%)	8.1	4.7		医療保護入院届審査件数	1,184	178,502			
	身体的拘束比率(%)	2.0	4.1		救急事業での医保入院件数(%)	89(7.5)	9,013(5.0)			
	平均在院日数(日)*3	266.7	271.0		平均在院日数(日)*3	266.7	271.0			
精神科救急医療施設	精神科救急医療施設数	7	1,105		*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より					
	施設急診	常時対応型	1		空床確保事業(同前)	受診絆件数	574	33,203		
	類型	輪番型	6		運用実績	人口万対受診件数	10.4	2.6		
	医療	合併症対応型	0		件数	入院総件数	176	16,442		
	方法	外来対応型	0		入院院数	人口万対入院件数	3.2	1.3		
	精神科	大学病院	1		形態	入院率(%)	30.7	49.5		
	救急	総合病院	0		入院	緊急措置入院比率(%)	0.6	12.3		
	医療	精神科専門病院	6		形態	措置入院比率(%)	4.0	9.9		
	施設	精神科診療所	0		入院	応急入院比率(%)	0.6	3.5		
	類型	精神科救急1・2*	1		形態	医療保護入院比率(%)	50.6	54.8		
	医療法	精神科救急合併症*	0		入院	任意入院比率(%)	43.8	18.1		
	施設	精神科急性期(病棟数)*3	4		形態	その他比率(%)	0.6	1.4		
	類型	重複あり			精神科救急情報セントラル	情報センターの有無		自治体広報紙		
	医療法	日本精神科救急学会HP			事業の概要	設置場所		警察		
	施設	精神科救急合併症*			受診前相談事業	運用主体		救急隊		
	類型	精神科急性期(病棟数)*3			事業の概要	運用時間		精神科医療機関		
	医療法	精神保健福祉資料			精神医療相談事業	対応職員		一般医療機関		
	施設	精神科救急会合への参加			事業の概要	医師による助言		MC		
	類型	開催数			精神医療相談事業	最終受診調整機能		その他		
	医療法	精神科診療所			運用実績	相談件数	70,386			
	施設	身体救急施設			事業の概要	紹介件数	17,230			
	類型	消防機関			精神医療相談事業	紹介件数/相談件数(%)	24.5			
	医療法	警察機関			精神医療相談事業	紹介件数/受診件数(%)	51.9			
	施設	当事者			運用実績	相談件数	7,433	100,457		
	類型	家族会			事業の概要	紹介件数	690	8,677		
	医療法	福祉施設			精神医療相談事業	紹介件数/相談件数(%)	9.3	8.6		
	施設	受診前相談機関			精神医療相談事業	紹介件数/受診件数(%)	120.2	26.1		
	類型	その他			運用実績	紹介件数/受診件数(%)				
	医療法	実績報告			事業の概要					
事業の概要	運営要綱の有無				精神医療相談事業					
	措置通報処理(夜間休日)				運用実績					
	通報受理窓口(夜間休日)				事業の概要					
	事業の運用時間				精神医療相談事業					
	補助金支給対象事例				運用実績					
	かかりつけ事例対応				事業の概要					
	自院通院患者の救急受診対応				精神医療相談事業					
	当番病院のバックアップ体制				運用実績					
	身体合併症対策				事業の概要					
	身体救急会合への参加				精神医療相談事業					
	連絡調整会議	開催数			運用実績					
	連絡調整会議	精神科診療所			事業の概要					
	連絡調整会議	身体救急施設			精神医療相談事業					
	連絡調整会議	消防機関			運用実績					
	連絡調整会議	警察機関			事業の概要					
	連絡調整会議	当事者			精神医療相談事業					
	連絡調整会議	家族会			運用実績					
	連絡調整会議	福祉施設			事業の概要					
	連絡調整会議	受診前相談機関			精神医療相談事業					
	連絡調整会議	その他			運用実績					
	連絡調整会議	実績報告			事業の概要					

精神科救急医療マップ2020

島根県
(暫定版)
精神科救急医療
圈域数7
(1圈域当り人口
万9.6人)

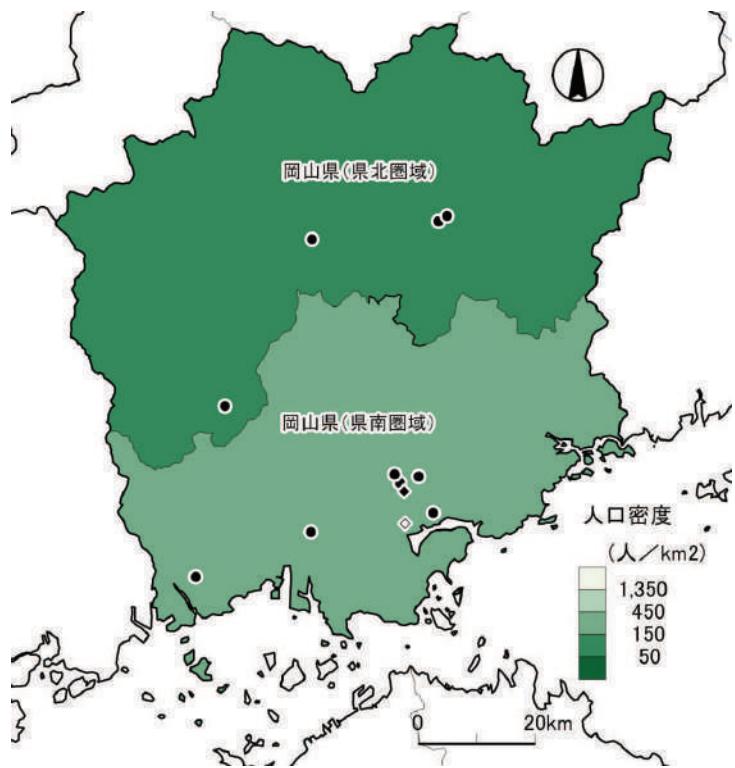


		島根県	全国	島根県	全国		
人口(万人)		67.2	12,622.7	精神科入院医療の指標	常勤精神科医師数(人)	89.0	10183.1
病床数	精神科病床数(床)	2,219	316,543		常勤指定医数(人)	70.0	7640.5
在院患者数	人口万対病床数(床)	33.0	25.1		在院者数/常勤精神科医師数(人)	21.4	26.5
特性	精神科在院者数(人)	1,905	269,476		常勤病棟看護師数(人)	745.0	94374.6
1	人口万対在院者数(人)	28.3	21.3		在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.6	2.9
1	精神病圈(F2)在院比率(%)	51.4	52.3		常勤コメディカル数(人)	178.0	22315.5
1	認知症圈(F0)在院比率(%)	28.4	26.9		在院者数/常勤コメディカル数(人)	10.7	12.1
1	3か月未満在院比率(%)	21.1	19.7		申請・通報件数	149	25,175
1	3か月～1年在院比率(%)	20.6	18.3		うち警察官通報件数(%)	100(67.1)	17,392(69.1)
1	1～5年在院比率(%)	30.4	31.1		措置決定件数(措置決定率%)	74(49.7)	7,220(28.7)
	5年超在院比率(%)	27.9	30.9		救急事業での措置入院件数(%)	33(44.6)	36,48(50.5)
	65歳以上在院比率(%)	65.2	62.1		医療保護入院届審査件数	1,231	178,502
	隔離比率(%)	7.3	4.7		救急事業での医保入院件数(%)	76(6.2)	9,013(5.0)
	身体的拘束比率(%)	3.9	4.1		平均在院日数(日)*3	244.5	271.0
*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より							
精神科救急医療施設	精神科救急医療施設数	14	1,105	空床確保事業(同前)	受診総件数	598	33,203
	施設	常時対応型	6		人口万対受診件数	8.9	2.6
	類型	輪番型	8		入院総件数	178	16,442
	医療法	合併症対応型	0		人口万対入院件数	2.7	1.3
	精神科	外来対応型	0		入院率(%)	29.8	49.5
	救急	大学病院	0		緊急措置入院比率(%)	2.8	12.3
	医療	総合病院	3		措置入院比率(%)	15.7	9.9
	施設	精神科専門病院	11		応急入院比率(%)	1.1	3.5
	料認	精神科診療所	0		医療保護入院比率(%)	42.7	54.8
	開設	精神科救急1・2*	2		任意入院比率(%)	38.2	18.1
事業の概要	精神科救急合併症*	0	10		その他比率(%)	9.6	1.4
	精神科急性期(病棟数)*3	2	390	精神科救急情報受診前相談事業(同前)	情報センターの有無	あり	自治体広報紙
	運営要綱の有無	あり	*1 夜間休日は公立精神科病院が情報センターを担当するが、受診調整については、圏域の保健所が担当する。当番病院に空床がない場合で、自傷他害の恐れがある場合は、保健所が圏域内の病院を中心に入院受け可能な病院を調整する。		設置場所	医療機関内・外*	警察
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別			運用主体	県	救急隊
	通報受理窓口(夜間休日)	分散			運用時間	24時間365日	精神科医療機関
	事業の運用時間	夜間・休日			対応職員	専門職(常時)	一般医療機関
	補助金支給対象事例	取り決めなし			医師による助言	あり(常時)	MC
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ			最終受診調整機能	なし*	その他
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし			相談件数	417	70,386
	当番病院のバックアップ体制	病院間で調整*			紹介件数	164	17,230
連絡調整会議	身体合併症対策	取り決めなし			紹介件数/相談件数(%)	39.3	24.5
	身体救急会への参加	なし			紹介件数/受診件数(%)	27.4	51.9
	開催数	4		精神医療相談事業(同前)	精神医療相談設置数	1	自治体広報紙
	精神科診療所	あり			情報センターとの一体運用	同一回線・別集計	警察
	精神科機関	あり			設置場所	情報センターと同じ	救急隊
	消防機関	あり			運用主体	情報センターと同じ	精神科医療機関
	警察機関	あり			運用時間	夜間・休日	一般医療機関
	当事者	なし			対応職員	専門職(常時)	MC
	家族会	あり			医師による助言	あり(常時)	その他
	福祉施設	あり			相談件数	10,965	100,457
	受診前相談機関	あり			紹介件数	224	8,677
	その他	なし			紹介件数/相談件数(%)	2.0	8.6
実績報告		あり			紹介件数/受診件数(%)	37.5	26.1

精神科救急医療マップ2020

岡山県（暫定版）		精神科救急医療圏域2（1圏域当り人口94.5万人）	
		岡山県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	189.0	12,622.7
	精神科病床数(床)	5,314	316,543
	人口万対病床数(床)	28.1	25.1
	精神科在院者数(人)	4,275	269,476
	人口万対在院者数(人)	22.6	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	46.0	52.3
	認知症圏(F0)在院比率(%)	35.7	26.9
	3か月未満在院比率(%)	23.0	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	19.5	18.3
	1～5年在院比率(%)	33.2	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	24.3	30.9
	65歳以上在院比率(%)	67.6	62.1
	隔離比率(%)	7.0	4.7
	身体的拘束比率(%)	1.1	4.1
	常勤精神科医師数(人)	185.1	10,183.1
	常勤指定医数(人)	143.6	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	23.1	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,566.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.7	2.9
	常勤コメディカル数(人)	438.9	22,315.5
在院者数/常勤コメディカル数(人)		9.7	12.1
新規入院状況	申請・通報件数	445	25,175
	うち警察官通報件数(%)	278(62.5)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	67(15.1)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	31(46.3)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	3,504	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	289(8.2)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	232.3	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より



- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数		岡山県	全国		
	施設	種類	受診総件数	33,203		
精神科救急医療施設（年報）	常時対応型	1	63	776		
	輪番型	11	948	4.1		
	合併症対応型	0	21	504		
	外来対応型	0	120	16,442		
	大学病院	0	22	2.7		
	総合病院	0	94	64.9		
	精神科専門病院	12	908	49.5		
	精神科診療所	0	81	緊急措置入院比率(%)		
	精神科救急1・2 ²	2	161	0.4		
	精神科救急合併症 ²	0	10	措置入院比率(%)		
精神科急性期（病棟数） ³	精神科急性期（病棟数） ³	6	390	応急入院比率(%)		
	精神科救急1・2 ²	2	161	医療保護入院比率(%)		
事業の概要（年報）	運営要綱の有無	あり	任意入院比率(%)	57.3		
	措置通報処理（夜間休日）	本事業とは別	その他の比率(%)	26.6		
	通報受理窓口（夜間休日）	分散	0.0	18.1		
	事業の運用時間	夜間・休日		1.4		
	補助金支給対象事例	取り決めなし				
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ				
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし				
	当番病院のバッックアップ体制	あり				
	身体合併症対策	あり（部会無）				
	身体救急会合への参加	なし				
連絡調整会議（年報）	開催数	1	*1 政令市			
	精神科診療所	あり				
	身体救急機関	なし				
	消防	あり				
	警察	あり				
	当事者	なし				
	家族会	なし				
	福祉施設	なし				
	受診前相談機関	なし				
	その他	あり ¹				
実績報告（年報）	実績報告	あり				
	精神科救急医療の指標	精神科救急医療施設数				
	新規入院状況	精神科救急医療施設数				
	空床確保事業（年報）	空床確保事業（年報）				
	事業の概要	事業の概要				
	受診前相談事業（年報）	受診前相談事業（年報）				
	精神医療相談事業（年報）	精神医療相談事業（年報）				
	連絡調整会議（年報）	連絡調整会議（年報）				
	実績報告（年報）	実績報告（年報）				

精神科救急医療マップ2020

広島県（暫定版）		精神科救急医療圈域数2（1圏域当り人口万140.1人）	
		広島県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	280.1	12,622.7
	精神科病床数(床)	8,609	316,543
	人口万対病床数(床)	30.7	25.1
	精神科在院者数(人)	7,663	269,476
	人口万対在院者数(人)	27.4	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	46.4	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	28.4	26.9
	3か月未満在院比率(%)	18.5	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	19.2	18.3
	1～5年在院比率(%)	32.5	31.1
精神科入院医療の指標	5年超在院比率(%)	29.8	30.9
	65歳以上在院比率(%)	66.0	62.1
	隔離比率(%)	5.3	4.7
	身体的拘束比率(%)	3.0	4.1
	常勤精神科医師数(人)	246.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	181.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	31.2	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	2,798.9	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.7	2.9
	常勤コメディカル数(人)	684.5	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	11.2	12.1
	申請・通報件数	400	25,175
	うち警察官通報件数(%)	213(53.3)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	205(51.3)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	53(25.9)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	4,597	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	304(6.6)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	310.5	271.0

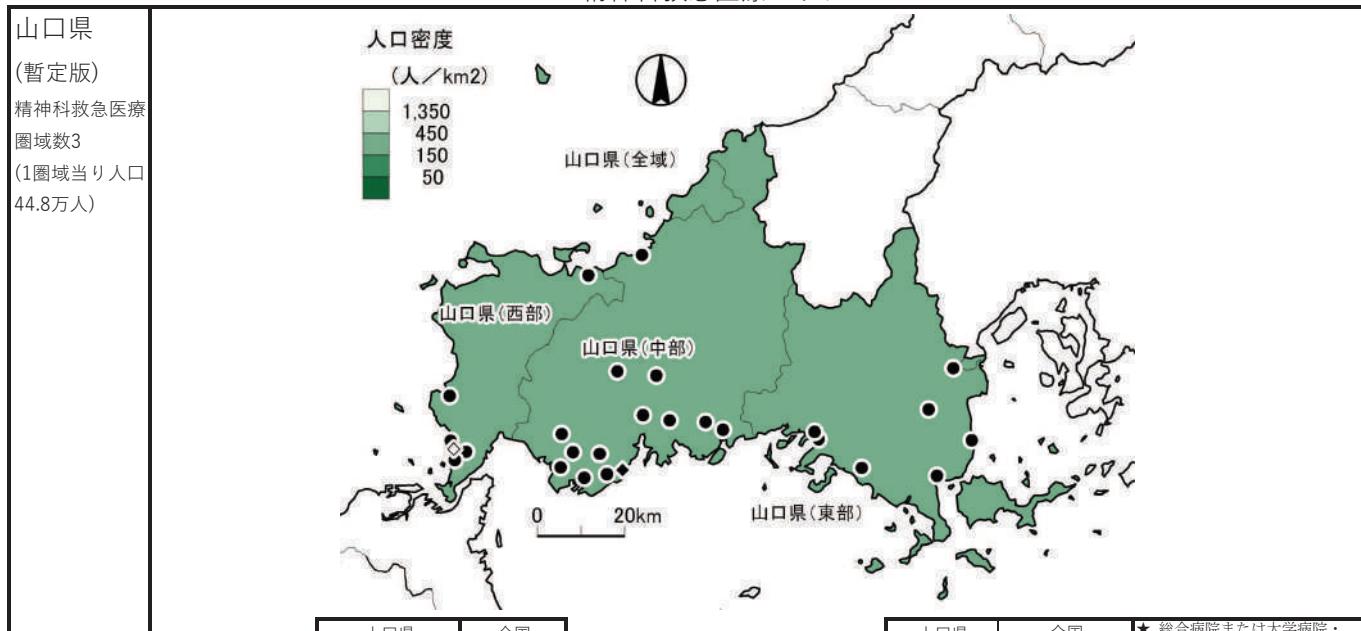
*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より



- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

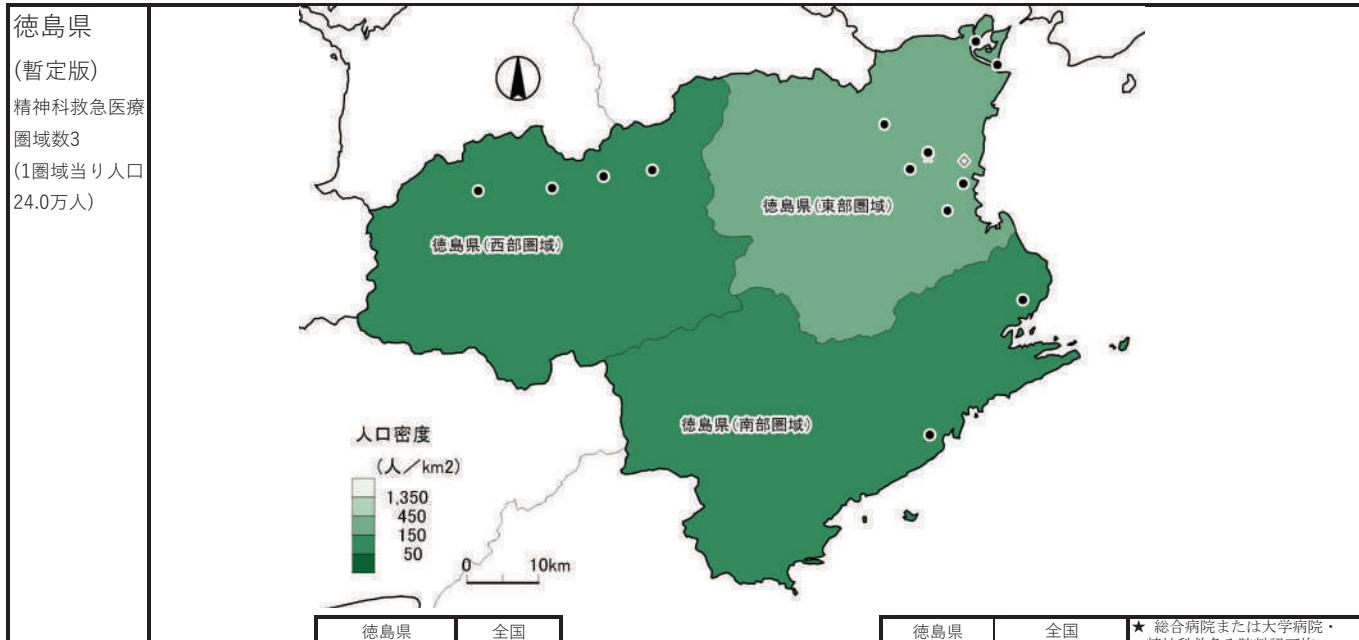
精神科救急医療施設（年報）	精神科救急医療施設数		広島県	全国	
	施設	種類	受診総件数	33,203	
精神科救急医療施設（年報）	常時対応型	1	63	人口万対受診件数	3.5
	輪番型	5	948	件入院総件数	489
	合併症対応型	0	21	人口万対入院件数	1.7
	外来対応型	0	120	入院率(%)	50.6
	大学病院	0	22	緊急措置入院比率(%)	0.0
	総合病院	2	94	措置入院比率(%)	10.8
	精神科専門病院	3	908	応急入院比率(%)	3.1
	精神科診療所	0	81	医療保護入院比率(%)	62.2
	精神科救急1・2 ^{*2}	2	161	任意入院比率(%)	23.7
	精神科救急合併症 ^{*2}	0	10	その他比率(%)	1.4
事業の概要（年報）	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	6	390		
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料				
	運営要綱の有無	あり	情報センターの有無	あり	自治体広報紙
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内	設置場所	医療機関内 ^{*1}	あり
	通報受理窓口(夜間休日)	分散	運用主体	他団体 ^{*2}	なし
	事業の運用時間	24時間365日	運用時間	24時間365日	精神科医療機関
	補助金支給対象事例	取り決めなし	対応職員	専門職(常時)	一般医療機関
	かかりつけ事例対応	取り決めなし	医師による助言	あり(常時)	MC
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	最終受診調整機能	あり ^{*3}	その他
	当番病院のバックアップ体制	あり ^{*1}	運用	相談件数 1,180	*1 濑野川病院内
事業の概要（年報）	身体合併症対策	あり(部会無)	紹介件数	382	*2 広島県精神科病院協会
	身体救急会合への参加	その他 ^{*2}	紹介件数/相談件数(%)	32.4	*3 当番病院バックアップ体制参照
	開催数	1	紹介件数/受診件数(%)	39.5	
	精神科診療所	あり	精神科救急情報事業（同前）	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数 1
	身体救急機関	なし	情報センターとの一体運用	同一回線・一体集計	情報センターと同一回線・一体集計
	消防	あり	設置場所	情報センターと同じ	設置場所 情報センターと同じ
	警察	あり	運用主体	情報センターと同じ	運用主体 情報センターと同じ
	当事者	あり	運用時間	24時間365日	運用時間 24時間365日
	家族会	あり	対応職員	専門職(常時)	対応職員 専門職(常時)
	福祉施設	なし	医師による助言	あり(常時)	医師による助言 あり(常時)
連絡調整会議	受診前相談機関	あり	運用	相談件数 100,457	
	その他	あり ^{*1}	紹介件数	8,677	
	実績報告	あり	紹介件数/相談件数(%)	8.6	
			紹介件数/受診件数(%)	26.1	

精神科救急医療マップ2020



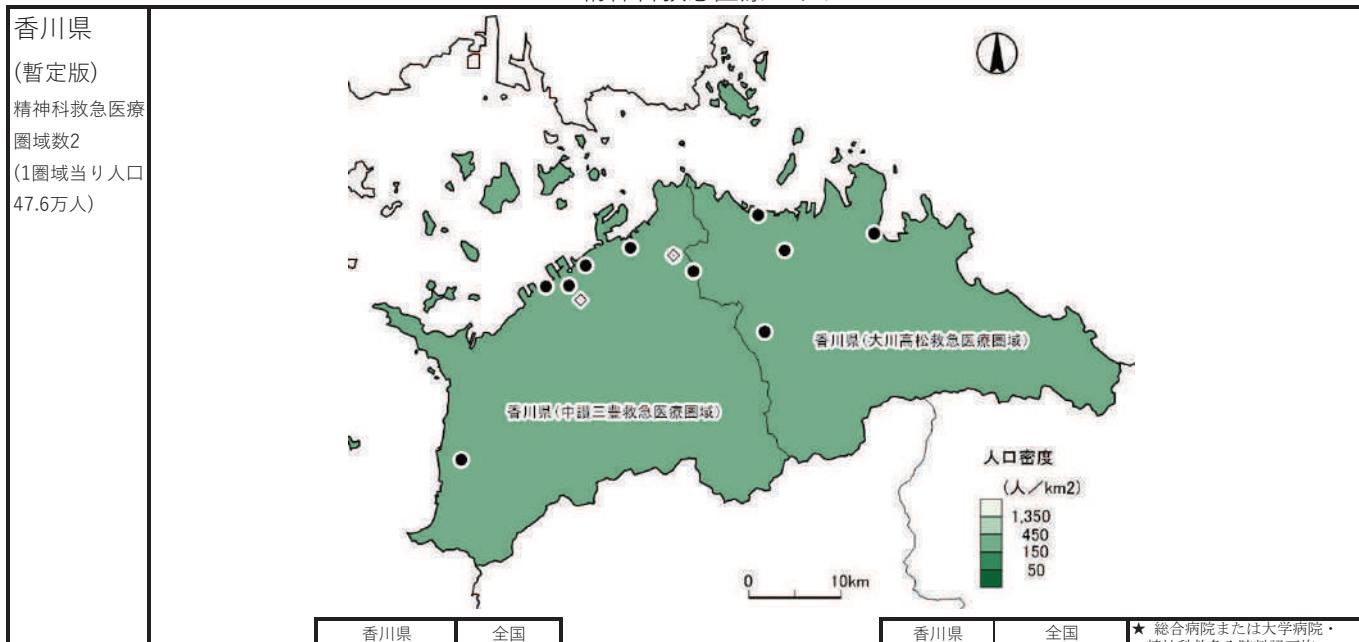
		山口県	全国	山口県	全国	
人口(万人)		134.3	12,622.7			
精神科入院医療の指標	病床数	5,845	316,543	精神科入院医療の指標	常勤精神科医師数(人)	140.0
	人口万対在院者数(人)	43.5	25.1		常勤指定医数(人)	117.0
	人口万対在院者数(人)	5,188	269,476		在院者数/常勤精神科医師数(人)	37.1
	精神病圈(F2)在院比率(%)	49.9	52.3		常勤病棟看護師数(人)	1829.0
	認知症圈(F0)在院比率(%)	32.6	26.9		在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.8
	3か月未満在院比率(%)	13.9	19.7		常勤コメディカル数(人)	432.0
	3か月~1年在院比率(%)	17.8	18.3		在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.0
	1~5年在院比率(%)	34.0	31.1		申請・通報件数	174
	5年超在院比率(%)	34.3	30.9		うち警察官通報件数(%)	89(51.1)
	65歳以上在院比率(%)	67.7	62.1		措置決定件数(措置決定率%)	49(28.2)
空床確保事業(年報)	隔離比率(%)	4.2	4.7		救急事業での措置入院件数(%)	22(44.9)
	身体的拘束比率(%)	2.7	4.1		医療保護入院届審査件数	2,270
	精神科救急医療施設数	27	1,105		救急事業での医保入院件数(%)	113(5.0)
	施設急診輪番型	1	63		平均在院日数(日)*3	468.5
	合併症対応型	25	948			271.0
	外来対応型	1	21		*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より	
	大学病院	0	120			
	総合病院	1	22			
	精神科専門病院	0	94			
	精神科診療所	26	908			
事業の概要	精神科救急1・2*	2	161	空床確保事業(同前)	受診総件数	219
	精神科救急合併症*	0	10		人口万対受診件数	33,203
	精神科急性期(病棟数)*3	2	390		入院総件数	1.6
	司	1	重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料		人口万対入院件数	2.6
	運営要綱の有無	あり			入院率(%)	163
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別			緊急措置入院比率(%)	16,442
	通報受理窓口(夜間休日)	分散			措置入院比率(%)	1.2
	事業の運用時間	24時間365日			応急入院比率(%)	74.4
	補助金支給対象事例	相談窓口経由限定			医療保護入院比率(%)	49.5
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ			任意入院比率(%)	0.0
連絡調整会議	自院通院患者の救急受診対応	本事業対象外			その他比率(%)	12.3
	当番病院のバックアップ体制	あり		精神科救急情報(同前)	受診件数	13.5
	身体合併症対策	一定の取り決め有り			紹介件数	0.0
	身体救急会への参加	なし			最終受診調整機能	3.5
	開催数	1			相談件数	69.3
	精神科診療所	あり			紹介件数	54.8
	身体救急施設	あり			紹介件数/相談件数(%)	17.2
	消防機関	あり			紹介件数/受診件数(%)	18.1
	警察機関	あり				0.0
	当事者	なし				1.4
連絡調整会議	家族会	なし				
	福祉施設	あり				
	受診前相談機関	なし				
	その他	精神保健福祉センター、保健所				
	実績報告	あり				

精神科救急医療マップ2020



		徳島県	全国	徳島県	全国		
人口(万人)		72.0	12,622.7				
精神科入院医療の指標	病床数	3,533	316,543	精神科入院医療の指標	常勤精神科医師数(人)	97.0	10183.1
	人口万対病床数(床)	49.1	25.1		常勤指定医数(人)	84.0	7640.5
	精神科在院者数(人)	3,054	269,476		在院者数/常勤精神科医師数(人)	31.5	26.5
	人口万対在院者数(人)	42.4	21.3		常勤病棟看護師数(人)	1032.4	94374.6
	精神疾患(F2)在院比率(%)	62.8	52.3		在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.0	2.9
	認知症(F0)在院比率(%)	17.4	26.9		常勤コメディカル数(人)	233.0	22315.5
	3か月未満在院比率(%)	16.2	19.7		在院者数/常勤コメディカル数(人)	13.1	12.1
	3か月~1年在院比率(%)	14.4	18.3		申請・通報件数	248	25,175
	1~5年在院比率(%)	26.1	31.1		うち警察官通報件数(%)	207(83.5)	17,392(69.1)
	5年超在院比率(%)	43.3	30.9		措置決定件数(措置決定率%)	9(3.6)	7,220(28.7)
	65歳以上在院比率(%)	61.2	62.1		救急事業での措置入院件数(%)	2(22.2)	36,48(50.5)
精神科救急医療施設	隔離比率(%)	4.8	4.7		医療保護入院届審査件数	1,477	178,502
	身体的拘束比率(%)	2.7	4.1		救急事業での医保入院件数(%)	110(7.4)	9,013(5.0)
	精神科救急医療施設数	15	1,105		平均在院日数(日)*3	314.0	271.0
	施設急	常時対応型	0	空床確保事業(同前)	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		
	類医	輪番型	14		受診絆件数	356	33,203
	療型	合併症対応型	1		人口万対受診件数	4.9	2.6
	医療法	外来対応型	0		件入院総件数	206	16,442
	精神科	大学病院	0		人口万対入院件数	2.9	1.3
	救急	総合病院	1		入院率(%)	57.9	49.5
	医療	精神科専門病院	14		緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3
	施設	精神科診療所	0		措置入院比率(%)	1.0	9.9
	精神科	精神科救急1・2*	3		応急入院比率(%)	8.3	3.5
	救急	精神科救急合併症*	0		医療保護入院比率(%)	53.4	54.8
事業の概要	連絡調整会議	精神科急性期(病棟数)*3	2		任意入院比率(%)	37.4	18.1
	連絡調整会議	司	1		その他比率(%)	0.0	1.4
	連絡調整会議	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料		精神科救急情報センター(同前)	情報センターの有無	あり	なし
	連絡調整会議	運営要綱の有無	あり		設置場所	医療機関内*1	自治体広報紙
	連絡調整会議	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別		運用主体	県	なし
	連絡調整会議	通報受理窓口(夜間休日)	分散		運用時間	夜間・休日	警察
	連絡調整会議	事業の運用時間	夜間・休日		対応職員	専門職(常時)	救急隊
	連絡調整会議	補助金支給対象事例	取り決めなし		医師による助言	あり(時限的)	精神科医療機関
	連絡調整会議	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		最終受診調整機能	なし	一般医療機関
	連絡調整会議	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし		運用相談件数	246	MC
	連絡調整会議	当番病院のバックアップ体制	情報センターで調整		紹介件数	211	なし
事業の概要	連絡調整会議	身体合併症対策	あり(部会無)		紹介件数/相談件数(%)	85.8	その他
	連絡調整会議	身体救急会合への参加	連絡調整会議に参加		紹介件数/受診件数(%)	59.3	なし
	連絡調整会議	開催数	1	精神医療相談事業(同前)	精神医療相談設置数	0	なし
	連絡調整会議	精神科診療所	なし		情報センターとの一体運用		なし
	連絡調整会議	身体救急施設	なし		設置場所		なし
	連絡調整会議	消防機関	あり		運用主体		なし
	連絡調整会議	警察機関	あり		運用時間		なし
	連絡調整会議	当事者	なし		対応職員		なし
	連絡調整会議	家族会	なし		医師による助言		なし
	連絡調整会議	福祉施設	なし		運用相談件数	100,457	なし
	連絡調整会議	受診前相談機関	なし		紹介件数	8,677	なし
	連絡調整会議	その他	県内保健所		紹介件数/相談件数(%)	8.6	なし
	連絡調整会議	実績報告	あり		紹介件数/受診件数(%)	26.1	なし

精神科救急医療マップ2020

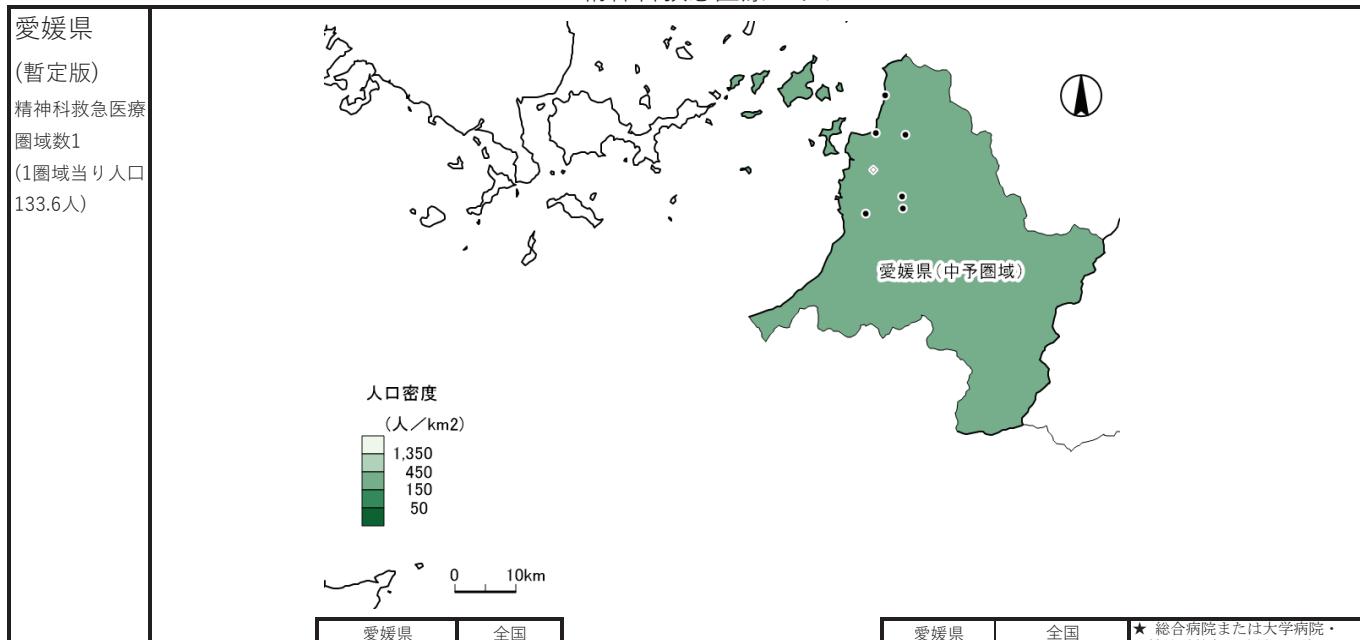


		香川県	全国	香川県	全国	
人口(万人)		95.1	12,622.7			
精神科入院医療の指標	病床数	3,279	316,543	精神科入院医療の指標	常勤精神科医師数(人)	117.0
	* 人口万対病床数(床)	34.5	25.1		常勤指定医数(人)	87.0
	精神科在院者数(人)	2,886	269,476		在院者数/常勤精神科医師数(人)	24.7
	* 人口万対在院者数(人)	30.3	21.3		常勤病棟看護師数(人)	1037.0
	精神疾患(F2)在院比率(%)	54.5	52.3		在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.8
	認知症圈(F0)在院比率(%)	25.1	26.9		常勤コメディカル数(人)	234.1
	3か月未満在院比率(%)	16.6	19.7		在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.3
	3か月～1年在院比率(%)	17.6	18.3		申請・通報件数	206
	1～5年在院比率(%)	32.1	31.1		うち警察官通報件数(%)	90(43.7)
	5年超在院比率(%)	33.6	30.9		措置決定件数(措置決定率%)	57(27.7)
65歳以上在院比率(%)		63.3	62.1		救急事業での措置入院件数(%)	5(8.8)
隔離比率(%)		3.2	4.7		医療保護入院届審査件数	887
身体的拘束比率(%)		0.6	4.1		救急事業での医保入院件数(%)	73(8.2)
精神科救急医療施設数		14	1,105		平均在院日数(日)*3	315.9
精神科救急医療施設	施設急	常時対応型	0	常勤精神科医師数(人)	117.0	10183.1
	類医	輪番型	14	常勤指定医数(人)	87.0	7640.5
	療型	合併症対応型	1	在院者数/常勤精神科医師数(人)	24.7	26.5
	法	外来対応型	0	常勤病棟看護師数(人)	1037.0	94374.6
	精神科	大学病院	0	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.8	2.9
	救急	総合病院	1	常勤コメディカル数(人)	234.1	22315.5
	医療	精神科専門病院	13	在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.3	12.1
	施設	精神科診療所	0	申請・通報件数	206	25,175
	精神科	精神科救急1・2*	2	うち警察官通報件数(%)	90(43.7)	17,392(69.1)
	救急	精神科救急合併症*	0	措置決定件数(措置決定率%)	57(27.7)	7,220(28.7)
事業の概要	連絡調整会議	精神科急性期(病棟数)*3	4	救急事業での措置入院件数(%)	5(8.8)	36,48(50.5)
	連絡調整会議	同上	医療保護入院届審査件数	887	178,502	
	連絡調整会議	重複あり	救急事業での医保入院件数(%)	73(8.2)	9,013(5.0)	
	連絡調整会議	日本精神科救急学会HP	平均在院日数(日)*3	315.9	271.0	
	連絡調整会議	精神保健福祉資料				
	連絡調整会議	衛生行政報告例				
	連絡調整会議	病院報告より				
	連絡調整会議					
	連絡調整会議					
	連絡調整会議					
運営要綱の有無		あり	空床確保事業(同前)	受診絆件数	586	33,203
措置通報処理(夜間休日)		本事業とは別		人口万対受診件数	6.2	2.6
通報受理窓口(夜間休日)		分散		入院総件数	157	16,442
事業の運用時間		夜間・休日		人口万対入院件数	1.7	1.3
補助金支給対象事例		取り決めなし		入院率(%)	26.8	49.5
かかりつけ事例対応		取り決めなし		緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3
自院通院患者の救急受診対応		取り決めなし		措置入院比率(%)	3.2	9.9
当番病院のバックアップ体制		あり		応急入院比率(%)	1.3	3.5
身体合併症対策		その他*		医療保護入院比率(%)	46.5	54.8
身体救急会への参加		なし		任意入院比率(%)	31.8	18.1
開催数		1		その他比率(%)	16.6	1.4
事業の概要	精神科	精神科診療所	あり	情報センターの有無	あり	なし
	機関	身体救急施設	あり	設置場所	医療機関内*	あり
	連絡調整会議	消防機関	あり	運用主体	県	あり
	連絡調整会議	警察機関	あり	運用時間	24時間365日	あり
	連絡調整会議	当事者	なし	対応職員	専門職(常時)	なし
	連絡調整会議	家族会	なし	医師による助言	あり(常時)	なし
	連絡調整会議	福祉施設	なし	最終受診調整機能	なし	なし
	連絡調整会議	受診前相談機関	なし	運用相談件数	11	70,386
	連絡調整会議	その他	なし	紹介件数	7	17,230
	連絡調整会議	実績報告	あり	紹介件数/相談件数(%)	63.6	24.5
連絡調整会議		あり	紹介件数/受診件数(%)	1.2	51.9	
連絡調整会議		あり	精神医療相談事業(同前)	精神医療相談設置数	1	自治体広報紙
連絡調整会議		あり		情報センターとの一体運用	別回線・別集計	あり
連絡調整会議		あり		設置場所	医療機関内*	なし
連絡調整会議		あり		運用主体	他団体*	なし
連絡調整会議		なし		運用時間	24時間365日	なし
連絡調整会議		なし		対応職員	専門職(常時)	なし
連絡調整会議		なし		医師による助言	あり(時間的)	なし
連絡調整会議		なし		運用相談件数	843	100,457
連絡調整会議		なし		紹介件数	134	8,677
連絡調整会議		なし		紹介件数/相談件数(%)	15.9	8.6
連絡調整会議		なし		紹介件数/受診件数(%)	22.9	26.1

- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

*1 香川県立丸亀病院
*1 日本精神科病院協会香川県支部の会員である精神科病院

精神科救急医療マップ2020



	愛媛県		全国		愛媛県	全国	
	人口(万人)	愛媛県	全国	人口万対在院者数(人)		愛媛県	全国
精神科入院医療の指標	精神科病床数(床)	4,351	316,543	常勤精神科医師数(人)	114.0	10183.1	★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
	* 床数	32.6	25.1	常勤指定医数(人)	95.0	7640.5	☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
	精神科在院者数(人)	3,508	269,476	在院者数/常勤精神科医師数(人)	30.8	26.5	◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
	人口万対在院者数(人)	26.3	21.3	常勤病棟看護師数(人)	1296.0	94374.6	◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
	精神病圈(F2)在院比率(%)	56.9	52.3	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.7	2.9	● 上記以外の病院
	認知症圈(F0)在院比率(%)	25.1	26.9	常勤コメディカル数(人)	276.0	22315.5	
	3か月未満在院比率(%)	17.9	19.7	在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.7	12.1	
	3か月～1年在院比率(%)	17.5	18.3	申請・通報件数	317	25,175	
	1～5年在院比率(%)	30.2	31.1	うち警察官通報件数(%)	220(69.4)	17,392(69.1)	
	5年超在院比率(%)	34.3	30.9	措置決定件数(措置決定率%)	16(5.0)	7,220(28.7)	
精神科救急医療の指標	65歳以上在院比率(%)	63.8	62.1	救急事業での措置入院件数(%)	3(18.8)	36,48(50.5)	
	隔離比率(%)	7.8	4.7	医療保護入院届審査件数	1,707	178,502	
	身体的拘束比率(%)	2.9	4.1	救急事業での医保入院件数(%)	65(3.8)	9,013(5.0)	
	精神科救急医療施設数	7	1,105	平均在院日数(日)*3	297.0	271.0	
	施設急診	常時対応型	0	279	33,203		
	類型	輪番型	7	人口万対受診件数	2.1	2.6	
	医療法	合併症対応型	0	入院総件数	91	16,442	
	施設	外来対応型	0	人口万対入院件数	0.7	1.3	
	類型	大学病院	0	入院率(%)	32.6	49.5	
	医療法	総合病院	0	緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3	
空床確保事業の年報	精神科専門病院	7	908	措置入院比率(%)	3.3	9.9	
	精神科診療所	0	81	応急入院比率(%)	2.2	3.5	
	精神科救急1・2*	1	161	医療保護入院比率(%)	71.4	54.8	
	精神科救急合併症*	0	10	任意入院比率(%)	23.1	18.1	
	精神科急性期(病棟数)*3	8	390	その他比率(%)	0.0	1.4	
	司	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料					
	運営要綱の有無	あり	*1 基本的に独立しているが、通報受付、オンラインによるコールによる措置診察、受け入れ病院確保について、本事業に含まれている。	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	あり
	措置通報処理(夜間休日)	その他*1	*2 平日夜間17時～22時、休日9時～17時	設置場所	医療機関外*1	警察	あり
	通報受理窓口(夜間休日)	分散		運用主体	自治体	救急隊	あり
事業の概要	事業の運用時間	限定的*2		運用時間	限定的*2	精神科医療機関	あり
	補助金支給対象事例	取り決めなし		対応職員	専門職(常時)	一般医療機関	なし
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		医師による助言	あり(常時)	MC	なし
	自院通院患者の救急受診対応	本事業対象外		最終受診調整機能	なし	その他	なし
	当番病院のバックアップ体制	情報センターで調整		運用	相談件数	70,386	*1 精神保健福祉センター内
	身体合併症対策	一定の取り決め有り		紹介件数	87	17,230	*2 平日夜間：17時-22時、休日：9時-17時
	身体救急会への参加	なし		紹介件数/相談件数(%)	30.7	24.5	
	開催数	2		紹介件数/受診件数(%)	31.2	51.9	
	精神科診療所	なし					
	精神科連絡会議	精神科連絡会議					
連絡調整会議	精神科連絡会議	あり		精神医療相談事業	精神医療相談設置数	0	自治体広報紙
	消防機関	あり			情報センターとの一体運用		警察
	警察機関	あり			設置場所		救急隊
	当事者	なし			運用主体		精神科医療機関
	家族会	なし			運用時間		一般医療機関
	福祉施設	なし			対応職員		MC
	受診前相談機関	なし			医師による助言		その他
	その他	医師会、大学			運用	相談件数	
	実績報告	あり			紹介件数	100,457	
					紹介件数	8,677	
					紹介件数/相談件数(%)	8.6	
					紹介件数/受診件数(%)	26.1	

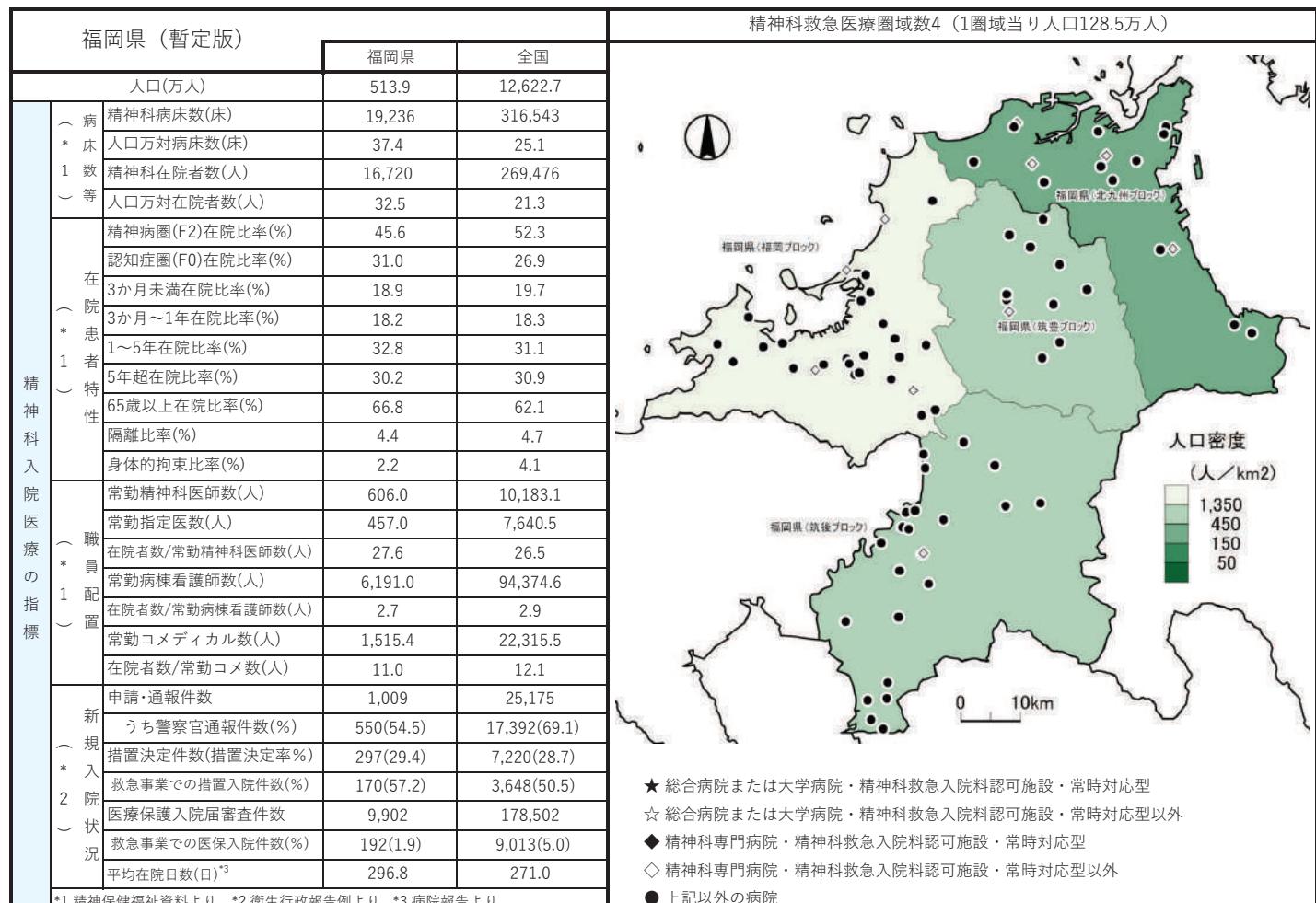
精神科救急医療マップ2020



	高知県	全国	高知県	全国
人口(万人)	69.2	12,622.7	常勤精神科医師数(人)	112.0
精神科入院医療の指標	精神科病床数(床)	3,606	常勤指定医数(人)	77.0
	人口万対病床数(床)	52.1	在院者数/常勤精神科医師数(人)	26.5
	精神科在院者数(人)	2,963	常勤病棟看護師数(人)	1090.2
	人口万対在院者数(人)	42.8	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.7
	精神病圈(F2)在院比率(%)	46.3	常勤コメディカル数(人)	248.0
	認知症圈(F0)在院比率(%)	30.8	在院者数/常勤コメディカル数(人)	11.9
	3か月未満在院比率(%)	20.3	申請・通報件数	111
	3か月~1年在院比率(%)	19.3	うち警察官通報件数(%)	57(51.4)
	1~5年在院比率(%)	34.8	措置決定件数(措置決定率%)	40(36.0)
	5年超在院比率(%)	25.7	救急事業での措置入院件数(%)	18(45.0)
精神科救急医療施設	65歳以上在院比率(%)	70.6	医療保護入院届審査件数	1,634
	隔離比率(%)	4.1	救急事業での医保入院件数(%)	87(5.3)
	身体的拘束比率(%)	1.6	平均在院日数(日)*3	259.1
	精神科救急医療施設数	8		271.0
	施設急診輪番型	0	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より	
	精神科合併症対応型	8		
	外来対応型	0		
空床確保事業(年報)	大学病院	22		
	総合病院	1		
	精神科専門病院	94		
	精神科診療所	7		
	精神科救急1・2*	120		
	精神科救急合併症*	0		
	精神科急性期(病棟数)*3	161		
	精神科救急合併症*	0		
	精神科急性期(病棟数)*3	10		
	司*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料	390		
事業の概要	運営要綱の有無	あり	情報センターの有無	あり
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	設置場所	医療機関外*1
	通報受理窓口(夜間休日)	分散	運用主体	自治体
	事業の運用時間	夜間・休日	運用時間	夜間・休日
	補助金支給対象事例	その他*1	対応職員	専門職(常時)
	かかりつけ事例対応	その他*2	医師による助言	なし
	自院通院患者の救急受診対応	その他*2	最終受診調整機能	なし
	当番病院のバックアップ体制	その他*3	運用相談件数	1,462
	身体合併症対策	取り決めなし	紹介件数	214
	身体救急会への参加	なし	紹介件数/相談件数(%)	14.6
連絡調整会議	開催数	1	紹介件数/受診件数(%)	71.1
	精神科診療所	なし		51.9
	身体救急施設	なし		
	消防機関	あり		
	警察機関	あり		
	当事者	なし		
	家族会	なし		
	福祉施設	なし		
	受診前相談機関	なし		
	その他	医師会		
実績報告	実績報告	あり		

- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療マップ2020



精神科救急医療施設の年報・当研究班事業の概要	精神科救急医療施設数		77	1,105	空床確保事業（同前）	受診確実率（同前）			福岡県	全国	自治体広報紙 警察 救急隊 精神科医療機関 一般医療機関 MC その他						
	施設	種類	常時対応型	63			受診総件数	454	33,203	2.6							
	救急輪番型	合併症対応型	77	948			人口万対受診件数	0.9	2.6								
	外來対応型	大学病院	0	21			入院総件数	402	16,442								
	医療型	総合病院	0	120			人口万対入院件数	0.8	1.3								
	精神科専門病院	精神科診療所	1	22			入院率(%)	88.5	49.5								
	精神科救急1・2*	精神科救急合併症*	75	908			緊急措置入院比率(%)	38.6	12.3								
	施設	精神科救急合併症*	0	81			措置入院比率(%)	3.7	9.9								
	精神科急性期(病棟数)*3	精神科救急1・2*	24	161			応急入院比率(%)	3.0	3.5								
	司	精神科急性期(病棟数)*3	0	10			医療保護入院比率(%)	47.8	54.8								
	重複あり	精神科救急会合への参加	24	390			任意入院比率(%)	7.0	18.1								
	重複あり	精神科救急会合への参加	0	0			その他比率(%)	0.0	1.4								
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料																	
事業の概要	運営要綱の有無	あり*1	*1 福岡県及び福岡市との共同事業（「福岡県精神科救急システム実施要綱」に基づき運用）		受診前相談事業（同前）	精神科救急情報概要	情報センターの有無				自治体広報紙 警察 救急隊 精神科医療機関 一般医療機関 MC その他						
	措置通報処理(夜間休日)	本事業内					設置場所										
	通報受理窓口(夜間休日)	分散					運用主体										
	事業の運用時間	夜間・休日					運用時間										
	補助金支給対象事例	相談窓口経由限定					対応職員										
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ					医師による助言										
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし					最終受診調整機能										
	当番病院のバッックアップ体制	情報センターで調整					相談件数	2,321	70,386	電話番号公開							
	身体合併症対策	取り決めなし					紹介件数	488	17,230								
	身体救急会合への参加	なし					紹介件数/相談件数(%)	21.0	24.5								
	開催数	5*1					紹介件数/受診件数(%)	107.5	51.9								
連絡調整会議	精神科診療所	あり			精神医療相談事業（同前）	精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数		自治体広報紙 警察 救急隊 精神科医療機関 一般医療機関 MC その他								
	身体救急機関	なし					情報センターとの一体運用										
	消防	あり					設置場所										
	警察	あり					運用主体										
	当事者	なし					運用時間										
	家族会	なし					対応職員										
	福祉施設	なし					医師による助言										
	受診前相談機関	なし					相談件数	14,104	100,457								
	その他	あり*2					紹介件数	203	8,677								
	実績報告	あり					紹介件数/相談件数(%)	1.4	8.6								

精神科救急医療マップ2020

佐賀県（暫定版）		精神科救急医療圈域1（1圏域当り人口81.2万人）	
		佐賀県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	81.2	12,622.7
	精神科病床数(床)	4,173	316,543
	人口万対病床数(床)	51.4	25.1
	精神科在院者数(人)	3,655	269,476
	人口万対在院者数(人)	45.0	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	45.9	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	30.8	26.9
	3か月未満在院比率(%)	19.0	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	19.3	18.3
	1～5年在院比率(%)	32.8	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	28.9	30.9
	65歳以上在院比率(%)	62.3	62.1
	隔離比率(%)	3.7	4.7
	身体的拘束比率(%)	1.9	4.1
	常勤精神科医師数(人)	124.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	99.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	29.5	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,495.7	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.4	2.9
	常勤コメディカル数(人)	335.3	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	10.9	12.1
	申請・通報件数	119	25,175
	うち警察官通報件数(%)	83(69.7)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	38(31.9)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	0	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	1,900	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	21(1.1)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	292.8	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

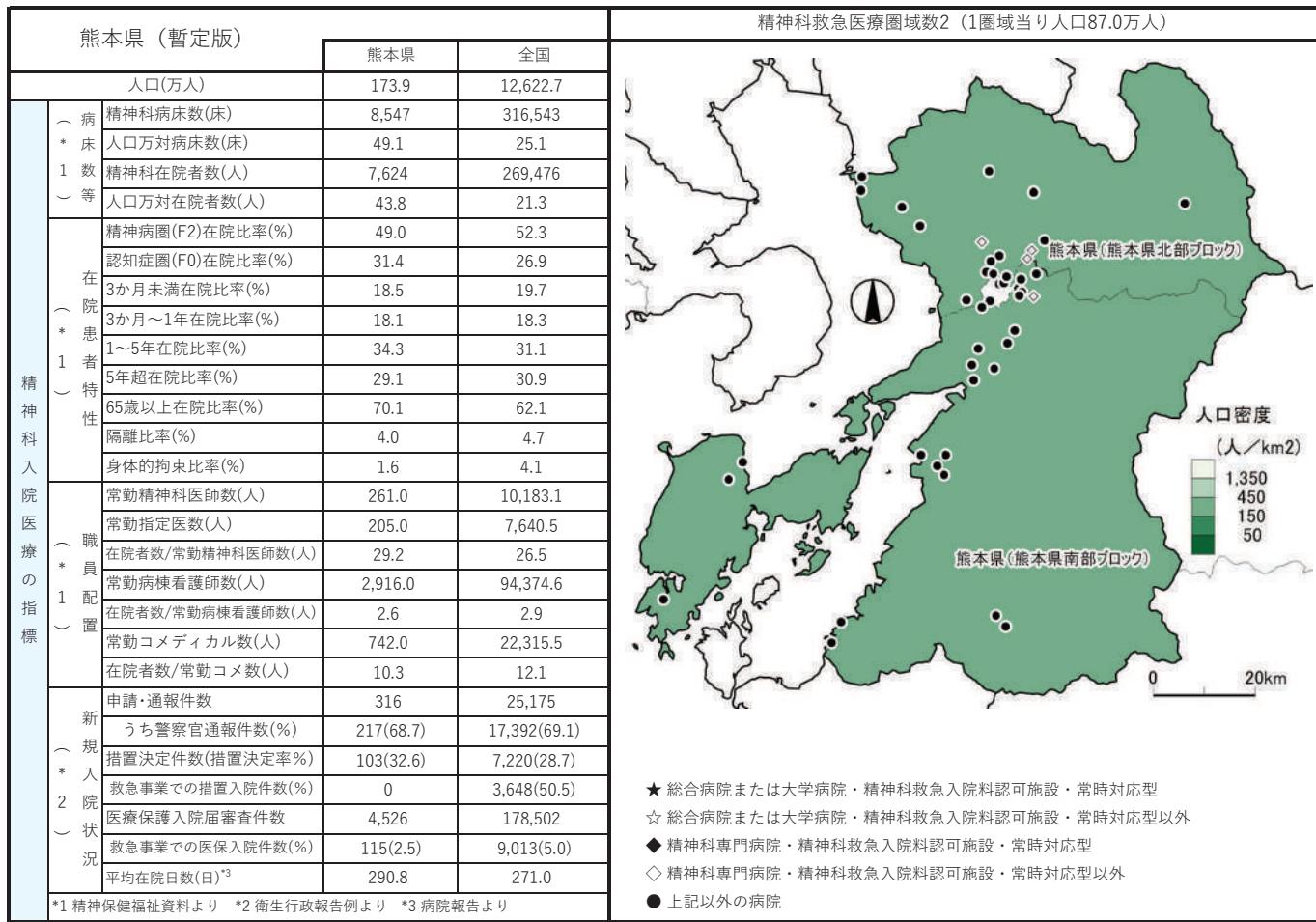
精神科救急医療施設の一覧 （年報・当研究班2020年調査より）	精神科救急医療施設数	18	1,105			佐賀県	全国		
	施設	常時対応型	1	63	受診総件数	36	33,203		
	急	輪番型	16	948	人口万対受診件数	0.4	2.6		
	類	合併症対応型	0	21	件入院総件数	25	16,442		
	療	外来対応型	1	120	人口万対入院件数	0.3	1.3		
	（	大学病院	0	22	入院率(%)	69.4	49.5		
	医	総合病院	0	94	緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3		
	療	精神科専門病院	18	908	措置入院比率(%)	0.0	9.9		
	法	精神科診療所	0	81	応急入院比率(%)	0.0	3.5		
	（	精神科救急1・2 ²	1	161	医療保護入院比率(%)	84.0	54.8		
	施	精神科救急合併症 ²	0	10	任意入院比率(%)	16.0	18.1		
	設	精神科急性期(病棟数) ³	8	390	その他比率(%)	0.0	1.4		
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料									
事業の概要	運営要綱の有無	あり	*1 精神科救急事例毎に対象・非対象は決めていない	情報センターの有無	あり	自治体広報紙	あり		
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別		設置場所	その他 ¹	警察	あり		
	通報受理窓口(夜間休日)	分散		運用主体	他団体 ¹	救急隊	あり		
	事業の運用時間	24時間365日		運用時間	24時間365日	精神科医療機関	あり		
	補助金支給対象事例	その他 ¹		対応職員	専門職(常時)	一般医療機関	なし		
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ		医師による助言	あり(常時)	MC	なし		
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし		最終受診調整機能	あり	その他	なし		
	当番病院のバックアップ体制	あり		運用	相談件数	70,386	*1 非公開		
	身体合併症対策	一定の取り決め有り		紹介件数	36	17,230			
	身体救急会合への参加	なし		紹介件数/相談件数(%)	9.7	24.5			
連絡調整会議	開催数	1		紹介件数/受診件数(%)	100.0	51.9			
	精神科診療所	あり		精神医療相談事業	精神医療相談設置数	0	自治体広報紙		
	身体救急機関	あり			情報センターとの一体運用		警察		
	消防	あり			設置場所		救急隊		
	警察	あり			運用主体		精神科医療機関		
	当事者	なし			運用時間		一般医療機関		
	家族会	なし			対応職員		MC		
	福祉施設	なし			医師による助言		その他		
	受診前相談機関	なし		運用	相談件数	100,457			
	その他	なし			紹介件数	8,677			
	実績報告	あり			紹介件数/相談件数(%)	8.6			

精神科救急医療マップ2020

長崎県（暫定版）		精神科救急医療圈域数6（1圏域当り人口21.9万人）	
		長崎県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	131.3	12,622.7
	精神科病床数(床)	7,647	316,543
	人口万対病床数(床)	58.2	25.1
	精神科在院者数(人)	6,448	269,476
	人口万対在院者数(人)	49.1	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	50.1	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	26.1	26.9
	3か月未満在院比率(%)	15.4	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	16.4	18.3
	1～5年在院比率(%)	31.2	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	37.0	30.9
	65歳以上在院比率(%)	68.5	62.1
	隔離比率(%)	4.0	4.7
	身体的拘束比率(%)	3.1	4.1
	常勤精神科医師数(人)	173.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	150.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	37.3	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	2,207.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.9	2.9
	常勤コメディカル数(人)	423.0	22,315.5
在院者数/常勤コメディカル数(人)		15.2	12.1
新規入院状況	申請・通報件数	183	25,175
	うち警察官通報件数(%)	126(68.9)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	85(46.4)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	3(3.5)	3,648(50.5)
	医療保護入院届審査件数	1,563	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	14(0.9)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	382.1	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例(2019年度)より *3 病院報告より		

精神科救急医療施設の一覧表	精神科救急医療施設数	35	1,105			長崎県	全国	
	施設	常時対応型	1	受診総件数	132	33,203		
	急	輪番型	34	人口万対受診件数	1.0	2.6		
	救	合併症対応型	0	件入院総件数	69	16,442		
	急	外来対応型	0	人口万対入院件数	0.5	1.3		
	医	大学病院	0	入院率(%)	52.3	49.5		
	療	総合病院	0	緊急措置入院比率(%)	0.0	12.3		
	法	精神科専門病院	35	措置入院比率(%)	4.3	9.9		
	施	精神科診療所	0	応急入院比率(%)	0.0	3.5		
	設	精神科救急1・2 ^{*2}	1	医療保護入院比率(%)	20.3	54.8		
事業の概要	施	精神科救急合併症 ^{*2}	0	任意入院比率(%)	73.9	18.1		
	設	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	6	その他比率(%)	1.4	1.4		
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料							
	運営要綱の有無			情報センターの有無			自治体広報紙	
	措置通報処理(夜間休日)			設置場所			警察	
	通報受理窓口(夜間休日)			運用主体			救急隊	
	事業の運用時間			運用時間			精神科医療機関	
	補助金支給対象事例			対応職員			一般医療機関	
	かかりつけ事例対応			医師による助言			MC	
	自院通院患者の救急受診対応			最終受診調整機能			その他	
事業の概要	運	当番病院のバックアップ体制		運用	相談件数	1,436	70,386	
	用	身体合併症対策		紹介件数		158	17,230	
	當	身体救急会合への参加		紹介件数/相談件数(%)		11.0	24.5	
	研	開催数		紹介件数/受診件数(%)		119.7	51.9	
	究	精神科診療所						
	班	身体救急機関		事業の概要	精神医療相談事業(同前)	精神医療相談設置数		
	2	消防				情報センターとの一体運用		
	0	警察				設置場所		
	2	当事者				運用主体		
	1	家族会				運用時間		
年度調査より	度	福祉施設				対応職員		
	調	受診前相談機関				医師による助言		
	査	その他				運用	相談件数	1,587
	会	実績報告				紹介件数		100,457
	議					紹介件数/相談件数(%)		8,677
						紹介件数/受診件数(%)		8.6

精神科救急医療マップ2020



精神科入院医療の指標	熊本県（暫定版）		精神科救急医療マップ2020	
	熊本県	全国	熊本県	全国
精神科救急医療施設数	44	1,105		
施設	常時対応型	0	63	
急救	輪番型	44	948	
類医	合併症対応型	0	21	
型療	外来対応型	0	120	
医療	大学病院	0	22	
型法	総合病院	0	94	
精神科専門病院	44	908		
精神科診療所	0	81		
入院	精神科救急1・2*2	4	161	
精神科救急合併症*2	0	10		
施設	精神科急性期(病棟数)*3	10	390	
料認				
司	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料			
空床確保事業	精神科救急医療施設数	44	1,105	
確	施設	常時対応型	0	63
急	急救	輪番型	44	948
医	類医	合併症対応型	0	21
療	型療	外来対応型	0	120
施	医療	大学病院	0	22
設	型法	総合病院	0	94
事	精神科専門病院	44	908	
業	精神科診療所	0	81	
一	入院	精神科救急1・2*2	4	161
年	精神科救急合併症*2	0	10	
報	施設	精神科急性期(病棟数)*3	10	390
・	料認	司	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料	
當	運営要綱の有無	あり		
研	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	*1 精神科救急医療体制連絡調整委員会	
班	通報受理窓口(夜間休日)	分散		
2	事業の運用時間	夜間・休日		
0	補助金支給対象事例	取り決めなし		
2	かかりつけ事例対応	取り決めなし		
1	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし		
年	当番病院のバックアップ体制	あり		
度	身体合併症対策	あり(部会有)		
調	身体救急会への参加	なし*1		
査				
よ	事業の概要	開催数	1	*1 政令市
り	連絡調整会議	精神科診療所	なし	
	精神科	身体救急機関	あり	
	機関	消防	あり	
	病院	警察	あり	
	都道府県	当事者	なし	
	以外	家族会	あり	
		福祉施設	あり	
		受診前相談機関	なし	
		その他	あり*1	
		実績報告	あり	

精神科救急医療マップ2020

大分県（暫定版）		精神科救急医療圏域数1（1圏域当り人口112.5万人）	
		大分県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	112.5	12,622.7
	精神科病床数(床)	4,918	316,543
	人口万対病床数(床)	43.7	25.1
	精神科在院者数(人)	4,408	269,476
	人口万対在院者数(人)	39.2	21.3
	精神病圈(F2)在院比率(%)	52.3	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	30.8	26.9
	3か月未満在院比率(%)	13.1	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	17.2	18.3
	1～5年在院比率(%)	35.2	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	34.5	30.9
	65歳以上在院比率(%)	71.4	62.1
	隔離比率(%)	3.4	4.7
	身体的拘束比率(%)	1.6	4.1
	常勤精神科医師数(人)	136.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	98.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	32.4	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,460.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	3.0	2.9
	常勤コメディカル数(人)	299.3	22,315.5
*施設	在院者数/常勤コメディカル数(人)	14.7	12.1
	申請・通報件数	202	25,175
	うち警察官通報件数(%)	156(77.2)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	73(36.1)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	54(74.0)	3,648(50.5)
*施設	医療保護入院届審査件数	1,775	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	36(2.0)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	417.4	271.0
	*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より		

- ★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- ◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
- ◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
- 上記以外の病院

精神科救急医療施設の年報・当研究班事業の概要	精神科救急医療施設数		22	1,105	空床確保事業（同前）	受診総件数	205	33,203	自治体広報紙 あり 警察 なし 救急隊 なし 精神科医療機関 なし 一般医療機関 なし MC なし その他 なし		
	施設	運営形態	常時対応型	1		人口万対受診件数	1.8	2.6			
精神科救急医療施設の年報・当研究班事業の概要	施設	類型	輪番型	20	948	空床確保事業（同前）	人口万対入院件数	152	16,442	自治体広報紙 あり 警察 なし 救急隊 なし 精神科医療機関 なし 一般医療機関 なし MC なし その他 なし	
	施設	類型	合併症対応型	1	21		入院率(%)	74.1	49.5		
	施設	類型	外来対応型	0	120		緊急措置入院比率(%)	32.9	12.3		
	施設	方法	大学病院	1	22		措置入院比率(%)	2.6	9.9		
	施設	方法	総合病院	1	94		応急入院比率(%)	0.0	3.5		
	施設	方法	精神科専門病院	20	908		医療保護入院比率(%)	23.7	54.8		
	施設	方法	精神科診療所	0	81		任意入院比率(%)	7.9	18.1		
	施設	方法	精神科救急1・2 ^{*2}	0	161		その他比率(%)	32.9	1.4		
	施設	方法	精神科救急合併症 ^{*2}	0	10						
	施設	方法	精神科急性期(病棟数) ^{*3}	2	390						
事業の概要	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料										
事業の概要	運営要綱の有無	なし	*1 措置入院及び精神科救急情報センターによる受診調整を中心とした運用としている		精神科救急情報センターの概要	情報センターの有無	あり			自治体広報紙 あり 警察 なし 救急隊 なし 精神科医療機関 なし 一般医療機関 なし MC なし その他 なし	
	措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	*2 身体合併症救急医療確保事業として、大分大学医学部附属病院に事業を委託している		事業の概要	設置場所	医療機関外 ^{*1}				
	通報受理窓口(夜間休日)	分散			事業の概要	運用主体	他団体 ^{*1}				
	事業の運用時間	夜間・休日			事業の概要	運用時間	夜間・休日				
	補助金支給対象事例	その他 ^{*1}			事業の概要	対応職員	専門職(常時)				
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ			事業の概要	医師による助言	なし				
	自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし			事業の概要	最終受診調整機能	なし				
	当番病院のバックアップ体制	あり			受診前相談事業（同前）	相談件数	545	70,386	*1 ダイヤル・サービス株式会社		
	身体合併症対策	その他 ^{*2}			受診前相談事業（同前）	紹介件数	116	17,230			
事業の概要	身体救急会合への参加	なし			受診前相談事業（同前）	紹介件数/相談件数(%)	21.3	24.5			
	開催数	1			受診前相談事業（同前）	紹介件数/受診件数(%)	56.6	51.9			
	精神科診療所	あり			精神医療相談事業（同前）	精神医療相談設置数	1		自治体広報紙 あり 警察 なし 救急隊 なし 精神科医療機関 なし 一般医療機関 なし MC なし その他 なし		
	身体救急機関	なし			精神医療相談事業（同前）	情報センターとの一体運用	同一回線・別集計				
	消防	あり			精神医療相談事業（同前）	設置場所	情報センターと同じ				
	警察	あり			精神医療相談事業（同前）	運用主体	情報センターと同じ				
	当事者	なし			精神医療相談事業（同前）	運用時間	夜間・休日				
	家族会	あり			精神医療相談事業（同前）	対応職員	専門職(常時)				
	福祉施設	なし			精神医療相談事業（同前）	医師による助言	なし				
	受診前相談機関	なし			受診前相談事業（同前）	相談件数	236	100,457			
	その他	中核市、学識経験者及び弁護士			受診前相談事業（同前）	紹介件数	17	8,677			
	実績報告	あり			受診前相談事業（同前）	紹介件数/相談件数(%)	7.2	8.6			
					受診前相談事業（同前）	紹介件数/受診件数(%)	8.3	26.1			

精神科救急医療マップ2020

宮崎県（暫定版）		宮崎県	全国	
人口(万人)		107.0	12,622.7	
精神科入院医療の指標	～ 病床 精神科病床数(床)	5,835	316,543	
	* 床 人口万対病床数(床)	54.5	25.1	
	1 数 精神科在院者数(人)	5,067	269,476	
	～ 等 人口万対在院者数(人)	47.4	21.3	
	在院	精神病圏(F2)在院比率(%)	42.8	52.3
		認知症圏(F0)在院比率(%)	34.2	26.9
		3か月未満在院比率(%)	17.0	19.7
		* 患者 3か月～1年在院比率(%)	17.3	18.3
		1 者 1～5年在院比率(%)	33.4	31.1
		～ 特性 5年超在院比率(%)	32.3	30.9
		65歳以上在院比率(%)	72.7	62.1
		隔離比率(%)	1.7	4.7
		身体的拘束比率(%)	1.0	4.1
		職員配置	常勤精神科医師数(人)	163.8
	常勤指定医数(人)		123.8	7,640.5
	* 在院者数/常勤精神科医師数(人)		30.9	26.5
	1 配置 常勤病棟看護師数(人)		1,930.0	94,374.6
	～ 在院者数/常勤病棟看護師数(人)		2.6	2.9
常勤コメディカル数(人)	387.0		22,315.5	
在院者数/常勤コメ数(人)	13.1		12.1	
新規入院状況	申請・通報件数		219	25,175
	～ うち警察官通報件数(%)	152(69.4)	17,392(69.1)	
	* 措置決定件数(措置決定率%)	65(29.7)	7,220(28.7)	
	2 院 救急事業での措置入院件数(%)	15(23.1)	3,648(50.5)	
	～ 医療保護入院届審査件数	1,330	178,502	
	3 状況 救急事業での医保入院件数(%)	63(4.7)	9,013(5.0)	
平均在院日数(日)*3	349.4	271.0		

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

精神科救急医療圏域3（1圏域当たり人口35.7万人）

宮崎県（県北）

宮崎県（県央）

宮崎県（県西南）

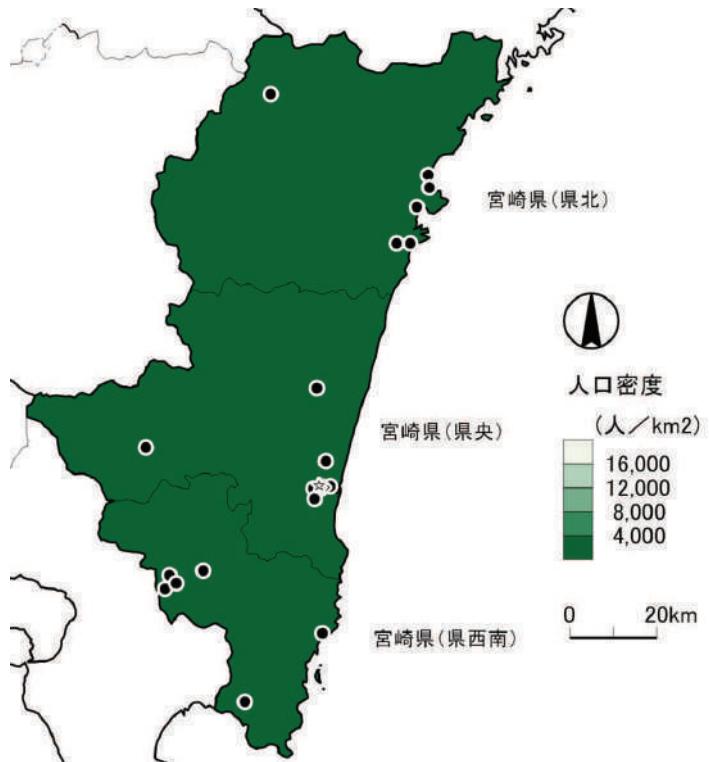
人口密度 (人/km²)

16,000
12,000
8,000
4,000

0 20km

★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型
◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外
● 上記以外の病院

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より



★ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型

☆ 総合病院または大学病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外

◆ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型

◇ 精神科専門病院・精神科救急入院料認可施設・常時対応型以外

● 上記以外の病院

精神科救急医療施設 （年報）	精神科救急医療施設数	20	1,105	空床確保事業（同前）	受診件数 人口万対受診件数 件入院数 件入院件数 人口万対入院件数 入院率% 緊急措置入院比率% 措置入院比率% 応急入院比率% 医療保護入院比率% 任意入院比率% その他比率%	宮崎県	全国	
	施 救	常時対応型	0		受診件数	331	33,203	
	設 急	輪番型	19		人口万対受診件数	3.1	2.6	
	類 医 療	合併症対応型	1		件入院数	124	16,442	
	科 型	外来対応型	0		件入院件数	1.2	1.3	
	救 急	大学病院	0		入院率%	37.5	49.5	
	医 療	総合病院	1		緊急措置入院比率%	5.6	12.3	
	療 法	精神科専門病院	19		措置入院比率%	6.5	9.9	
	施 設	精神科診療所	0		応急入院比率%	1.6	3.5	
	（年報）	精神科救急1・2 ^{*2}	1		医療保護入院比率%	50.8	54.8	
* 施設種別		精神科救急合併症 ^{*2}	1		任意入院比率%	35.5	18.1	
1 受診件数		精神科急性期(病棟数) ^{*3}	8		その他比率%	0.0	1.4	
*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料								
・ 当 研 究 班 2 0 2 1 年 度 調 査 よ り	運営要綱の有無		あり	受診前相談事業（同前）	情報センターの有無	あり	自治体広報紙 警察 救急隊 精神科医療機関 一般医療機関 MC	なし
	措置通報処理(夜間休日)		本事業とは別		設置場所	医療機関内 ^{*1}		あり
	通報受理窓口(夜間休日)		分散		運用主体	他団体 ^{*2}		あり
	事業の運用時間		夜間・休日		運用時間	限定的 ^{*3}		あり
	補助金支給対象事例		取り決めなし		対応職員	専門職(常時)		あり
	かかりつけ事例対応		取り決めなし		医師による助言	あり(限られた)		なし
	自院通院患者の救急受診対応		取り決めなし		最終受診調整機能	あり		なし
	当番病院のバックアップ体制		あり		運用実績	相談件数 紹介件数 紹介件数/相談件数(%) 紹介件数/受診件数(%)	70,386 53 25.9 16.0	17,230 24.5 51.9
	身体合併症対策		あり(部会無)		精神医療相談事業（同前）	*1 宮崎県精神科病院協会の会員病院が持ち回りで対応 *2 宮崎県精神科病院協会 *3 土日祝、年末年始24時間		
	身体救急会合への参加		なし					
事業の概要	開催数		2			相談件数 紹介件数 紹介件数/相談件数(%) 紹介件数/受診件数(%)	100,457 8,677 8.6 26.1	I.【2】3 一般医療機関への公開は一部
	連絡調整会議	精神科診療所	あり			精神医療相談設置数 情報センターとの一体運用 設置場所 運用主体 運用時間 対応職員 医師による助言	0 0 0 0 0 0 0	自治体広報紙 警察 救急隊 精神科医療機関 一般医療機関 MC その他
		精神科機関	あり					
		消防	あり					
		警察	なし					
		当事者	なし					
		家族会	なし					
		福祉施設	なし					
		受診前相談機関	なし					
		その他						
	実績報告		あり					

精神科救急医療マップ2020

鹿児島県（暫定版）		精神科救急医療圈域数4（1圏域当り人口39.8万人）		
精神科入院医療の指標	鹿児島県	全国		
	人口(万人)	158.9	12,622.7	
	精神科病床数(床)	9,174	316,543	
	人口万対病床数(床)	57.7	25.1	
	精神科在院者数(人)	8,275	269,476	
	人口万対在院者数(人)	52.1	21.3	
	精神病圈(F2)在院比率(%)	53.2	52.3	
	認知症圈(F0)在院比率(%)	30.1	26.9	
	3か月未満在院比率(%)	15.9	19.7	
	3か月～1年在院比率(%)	18.2	18.3	
新規入院状況	1～5年在院比率(%)	31.8	31.1	
	5年超在院比率(%)	34.1	30.9	
	65歳以上在院比率(%)	67.4	62.1	
	隔離比率(%)	3.9	4.7	
	身体的拘束比率(%)	1.5	4.1	
職員配置	常勤精神科医師数(人)	236.5	10,183	
	常勤指定医数(人)	170.5	7,641	
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	35.0	26.5	
	常勤病棟看護師数(人)	2,874.0	94,375	
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.9	2.9	
	常勤コメディカル数(人)	666.4	22,316	
	在院者数/常勤コメディカル数(人)	12.4	12.1	
申請・通報件数	申請・通報件数	173	25,175	
	うち警察官通報件数(%)	131(75.7)	17,392(69.1)	
	措置決定件数(措置決定率%)	62(35.8)	7,220(28.7)	
	救急事業での措置入院件数(%)	5(8.1)	3,648(50.5)	
	医療保護入院届審査件数	2,484	178,502	
	救急事業での医保入院件数(%)	80(3.2)	9,013(5.0)	
	平均在院日数(日)*3	347.1	271.0	
*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より				
空床確保事業（年報）	精神科救急医療施設数	44	1,105	
	施設	常時対応型	3	
		輪番型	42	
		合併症対応型	2	
		外来対応型	0	
	医療法	大学病院	1	
		総合病院	1	
		精神科専門病院	42	
		精神科診療所	0	
	施設	精神科救急1・2*2	1	
事業の概要		精神科救急合併症*2	0	
		精神科急性期(病棟数)*3	8	
		可	390	
	*1 重複あり *2 日本精神科救急学会HP *3 精神保健福祉資料			
	連絡調整会議	運営要綱の有無	あり	
		措置通報処理(夜間休日)	本事業とは別	
		通報受理窓口(夜間休日)	分散	
		事業の運用時間	夜間・休日	
		補助金支給対象事例	取り決めなし	
		かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ	
		自院通院患者の救急受診対応	取り決めなし	
		当番病院のバックアップ体制	あり	
		身体合併症対策	一定の取り決め有り	
		身体救急会合への参加	なし	
事業の概要	開催数	1		
	精神科診療所	あり		
	身体救急機関	あり		
	消防	あり		
	警察	あり		
	当事者	なし		
	家族会	あり		
	福祉施設	なし		
	受診前相談機関	なし		
	その他	なし		
事業の概要	実績報告	あり		
	精神科救急医療の指標	受診総件数	507	
		人口万対受診件数	3.2	
		件入院総件数	179	
		人口万対入院件数	1.1	
		入院率(%)	35.3	
		緊急措置入院比率(%)	0.0	
		措置入院比率(%)	2.8	
		応急入院比率(%)	0.0	
		医療保護入院比率(%)	44.7	
空床確保事業（年報）	受診前相談事業（同前）	任意入院比率(%)	51.4	
		その他の比率(%)	1.1	
	精神科救急医療の指標	情報センターの有無	あり	
		設置場所	医療機関内*1	
		運用主体	県	
		運用時間	夜間・休日	
		対応職員	主に専門職	
		医師による助言	あり(時限的)	
		最終受診調整機能	あり	
		相談件数	63	
		紹介件数	9	
		紹介件数/相談件数(%)	14.3	
空床確保事業（年報）	受診前相談事業（同前）	紹介件数/受診件数(%)	1.8	
	精神科救急医療の指標	精神科救急相談設置数	1	
		情報センターとの一体運用	別回線・別集計	
		設置場所	医療機関内*1	
		運用主体	他団体*2	
		運用時間	夜間・休日	
		対応職員	主に専門職	
		医師による助言	あり(時限的)	
		相談件数	681	
		紹介件数	68	
空床確保事業（年報）	精神医療相談事業（同前）	紹介件数/相談件数(%)	10.0	
	精神科救急医療の指標	紹介件数/受診件数(%)	13.4	
		自治体広報紙	なし	
		警察	あり	
		救急隊	あり	
		精神科医療機関	あり	
		一般医療機関	なし	
		MC	なし	
		その他	産婦人科	
		*1 非公開		
空床確保事業（年報）	開催数	1		
	精神科診療所	あり		
	身体救急機関	あり		
	消防	あり		
	警察	あり		
	当事者	なし		
	家族会	あり		
	福祉施設	なし		
	受診前相談機関	なし		
	その他	なし		
空床確保事業（年報）	実績報告	あり		
	精神科救急医療の指標	受診総件数	507	
		人口万対受診件数	3.2	
		件入院総件数	179	
		人口万対入院件数	1.1	
		入院率(%)	35.3	
		緊急措置入院比率(%)	0.0	
		措置入院比率(%)	2.8	
		応急入院比率(%)	0.0	
		医療保護入院比率(%)	44.7	
空床確保事業（年報）	受診前相談事業（同前）	任意入院比率(%)	51.4	
	精神科救急医療の指標	その他の比率(%)	1.1	
		情報センターの有無	あり	
		設置場所	医療機関内*1	
		運用主体	県	
		運用時間	夜間・休日	
		対応職員	主に専門職	
		医師による助言	あり(時限的)	
		最終受診調整機能	あり	
		相談件数	63	
空床確保事業（年報）	精神科救急相談設置数	1		
	情報センターとの一体運用	別回線・別集計		
	設置場所	医療機関内*1		
	運用主体	他団体*2		
	運用時間	夜間・休日		
	対応職員	主に専門職		
	医師による助言	あり(時限的)		
	相談件数	681		
	紹介件数	68		
	紹介件数/相談件数(%)	10.0		
空床確保事業（年報）	精神医療相談事業（同前）	紹介件数/受診件数(%)	13.4	
	精神科救急医療の指標	自治体広報紙	なし	
		警察	あり	
		救急隊	なし	
		精神科医療機関	なし	
		一般医療機関	なし	
		MC	なし	
		その他	なし	
		*1 鹿児島県精神科病院協会（運営主体）、相談窓口は輪番制		
		*2 鹿児島県精神科病院協会		

精神科救急医療マップ2020

沖縄県（暫定版）		精神科救急医療圈域数4（1圏域当り人口36.7万人）	
		沖縄県	全国
精神科入院医療の指標	人口(万人)	146.8	12,622.7
	精神科病床数(床)	5,464	316,543
	人口万対病床数(床)	37.2	25.1
	精神科在院者数(人)	4,671	269,476
	人口万対在院者数(人)	31.8	21.3
	精神疾患(F2)在院比率(%)	58.6	52.3
	認知症圈(F0)在院比率(%)	25.5	26.9
	3か月未満在院比率(%)	21.8	19.7
	3か月～1年在院比率(%)	20.4	18.3
	1～5年在院比率(%)	32.3	31.1
新規入院状況	5年超在院比率(%)	25.6	30.9
	65歳以上在院比率(%)	58.2	62.1
	隔離比率(%)	4.1	4.7
	身体的拘束比率(%)	2.4	4.1
	常勤精神科医師数(人)	210.0	10,183.1
	常勤指定医数(人)	157.0	7,640.5
	在院者数/常勤精神科医師数(人)	22.2	26.5
	常勤病棟看護師数(人)	1,718.0	94,374.6
	在院者数/常勤病棟看護師数(人)	2.7	2.9
	常勤コメディカル数(人)	652.0	22,315.5
新規入院状況	在院者数/常勤コメディカル数(人)	7.2	12.1
	申請・通報件数	283	25,175
	うち警察官通報件数(%)	115(40.6)	17,392(69.1)
	措置決定件数(措置決定率%)	105(37.1)	7,220(28.7)
	救急事業での措置入院件数(%)	16(15.2)	3,648(50.5)
新規入院状況	医療保護入院届審査件数	3,572	178,502
	救急事業での医保入院件数(%)	220(6.2)	9,013(5.0)
	平均在院日数(日)*3	237.2	271.0

*1 精神保健福祉資料より *2 衛生行政報告例より *3 病院報告より

精神科救急医療施設の一覧表	精神科救急医療施設数	20	1,105			沖縄県	全国	
	施設	常時対応型	0	受診総件数	913	33,203		
	急	輪番型	20	人口万対受診件数	6.2	2.6		
	類	合併症対応型	0	件入院総件数	394	16,442		
	療	外来対応型	0	人口万対入院件数	2.7	1.3		
	（	大学病院	0	入院率(%)	43.2	49.5		
	医	総合病院	2	緊急措置入院比率(%)	0.3	12.3		
	療	精神科専門病院	18	措置入院比率(%)	3.8	9.9		
	法	精神科診療所	0	応急入院比率(%)	4.1	3.5		
	（	精神科救急1・2*2	5	医療保護入院比率(%)	55.8	54.8		
事業の概要	施設	精神科救急合併症*2	0	任意入院比率(%)	35.3	18.1		
	（	精神科急性期(病棟数)*3	9	その他比率(%)	0.8	1.4		
	年報	司	1					
	運営要綱の有無	あり						
	措置通報処理(夜間休日)	その他*1						
	通報受理窓口(夜間休日)	分散						
	事業の運用時間	夜間・休日						
	補助金支給対象事例	受診前相談・警察等経由						
	かかりつけ事例対応	原則かかりつけへ						
	自院通院患者の救急受診対応	本事業対象外						
連絡調整会議	当番病院のバックアップ体制	情報センターで調整						
	身体合併症対策	あり(部会無)						
	身体救急会合への参加	なし*2						
	開催数	1						
	精神科診療所	なし						
	身体救急機関	あり						
	消防	あり						
	警察	あり						
	当事者	なし						
	家族会	なし						
連絡調整会議	福祉施設	なし						
	受診前相談機関	あり						
	その他	なし						
	実績報告	あり						

資料 4

精神科救急医療体制の整備と運用のためのガイドライン 2022

このガイドラインは、各項目が【推奨】と【解説】から構成されており、推奨事項は、どの自治体でも整備ないし運用される必要がある必須事項（文末が「～ねばならない」「～のこと」で結ばれる）、整備・運用が望ましい最適事項（同じく「～が望ましい」）、そして、その中間に位置づけられる推奨事項（同じく「～べきである」）という3つの階層に分けられている。

各論は、①実施要綱（CODE1）、②基本的な考え方について（CODE2）、③体制（CODE3）、④圏域（CODE4）、⑤運用時間帯（CODE5）、⑥精神科救急医療体制連絡調整委員会（CODE6）、⑦平時の対応と医療外支援（CODE7）、⑧受診前相談（CODE8）、⑨搬送体制（CODE9）、⑩精神科救急医療の確保（CODE10）、⑪身体合併障害連携体制（CODE11）、⑫体制の評価・見直し・報告（CODE12）という12の大項目から成り立ち、下位項目もある。また、評価のためにコードナンバーが付されており、本報告書の表2および表3にも表示している。

【推奨】

精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令市などの自治体、および精神科救急に従事する医療者は、精神科救急医療の全体像と、当該整備事業について十分に理解するべきである。

【解説】

1. 精神科救急医療体制の全体像

令和2年に厚生労働省が開催した「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」は、主要政策である「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に係る検討会からの要請を受けた分科会であり、その中で精神科救急医療体制は、図1のように整理された。必ずしも整備事業（自治体が行う行政医療）によらず、また必ずしも医療対応によらず、ワンストップサービスも念頭に、あくまで地域包括ケアシステムにおける重層的な支援体制を構築していく中でニーズを受け止め、個別の必要に応じて相談～受診～入院までのうち相応のケアサービスにつないでいく全体イメージとなっている。

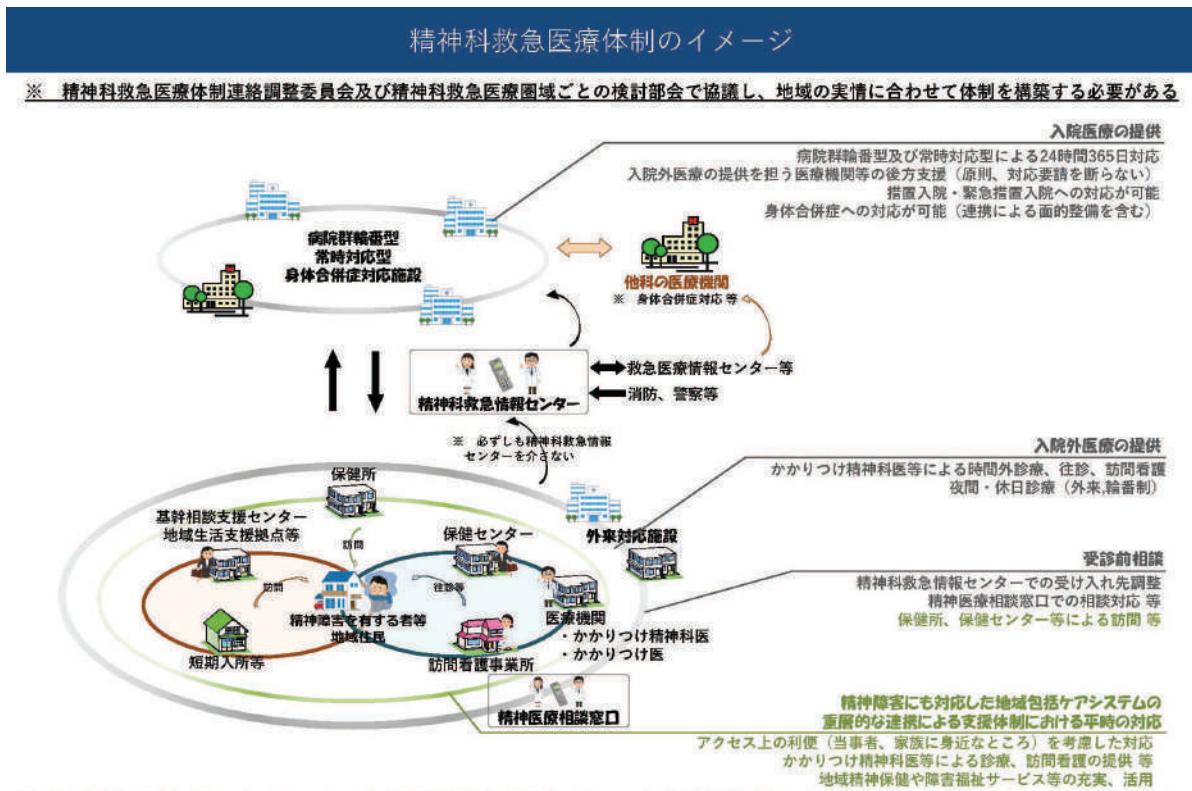


図4. 精神科救急医療体制のイメージ¹⁰⁾（「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」概要資料より）

2. 精神科救急医療体制整備事業

「精神科救急医療体制整備事業」とは、公費が投入され、都道府県によって行われる補助事業であり、実施要綱等に基づき整備される公的な地域体制を指す。これに対し、単に「精神科救急医療体制」と言えば、通常診療で日常的に発生している緊急性度の高いケースへの診療対応や障害福祉サービスによる支援、さらには家人・知人による縁者や地域社会の助け合いまでを含めた医療外の対応も該当し、その全体像は裾野が広い（表3）。

整理すると、平時には一般的な生活基盤の中で対応がなされることを基本としつつ、緊急時には行政システムを発動させるイメージとなり、このことが「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」で確認された。整備事業の実施要項ではその事業目的が「緊急な医療を必要とするすべての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受け入れられるように」各体制を確保すると記されており、精神科救急医療体制とは、その整備事業を最後の砦とし、空白の許されないセーフティネットでなければならない。

1) 精神科救急医療体制整備事業の成り立ち

精神科救急医療体制整備事業は、1995 年に国と自治体が事業費を折半する公共事業として開始された。本事業について、国は実施要項を定めて標準化を図っているが、各地の医療体制は不均一であり、課題として認識される。

2013 年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下 精神保健福祉法）の一部改正に向け、2012 年に厚生労働省において「精神科救急医療に関する検討会」が開催された。

これを受け 2013 年の精神保健福祉法改正では、第 19 条の 11 として精神科救急医療体制の整備が都道府県の努力義務として明記された。

2014 年の法改正では、第 41 条第 1 項の規定に基づき、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が定められ、この中で精神科救急医療体制の整備（1 二十四時間三百六十五日対応できる医療体制の確保、2 身体疾患を合併する精神障害者の受入体制の確保、3 評価指標の導入）が明記された。

2016 年度の障害者総合福祉推進事業（厚生労働科学研究補助金）「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」において、「精神科救急医療体制を整備するための手引き」「評価および整備のための基準」が発表された¹¹⁾。

2) 精神科救急医療体制整備事業の構築に係る推奨事項

「精神科救急医療体制を整備するための手引き」¹¹⁾では、当該整備事業に関して 10 項目にわたる領域毎に推奨事項が示されている。本ガイドラインではこれをもとに、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」での議論をふまえて推奨内容をアップデートして記述する。

なお、本項目では、自治体によるピアレビューのため、コード番号を付記する。

① 実施要綱

【推奨】

精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令市などの自治体は、国の精神科救急医療体制整備事業実施要項等の関係法令に整合するよう、自治体独自の事業の「実施要綱」を整備すべきである。**(CODE 1)**

【解説】

精神科救急医療体制整備事業は、都道府県や政令市等の自治体が主体となって実施され、事業費の 50%が国庫から補助される。各自治体での事業の展開においては、地域の実情を反映できるよう、自治体独自の「実施要項」を整備すべきであり、その内容は、国が定める「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」やその他の法令内容に整合すべきである。なお、政令指定都市の場合で、所属する都道府県と事業協調を行っている場合には、実施要綱を共有できる。

② 基本的な考え方について

【推奨】

各自治体が定める「事業要綱」には、以下の基本的な考え方を明記することが望ましい。 (CODE 2)

- i. 精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令市などの自治体は、行政責任において、精神科救急医療体制の整備に努めなければならない。 (CODE 2-1)
- ii. 精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、空白地帯の許されないセーフティネットとして地域全体を公平にカバーし、他のケアシステムやサービス、さらには医療外資源とも連動し、統合され、一貫性があり、あらゆる危機状況に敏感な、地域精神保健の原理原則を実現するサービスやリソースでなければならない。 (CODE 2-2)
- iii. 整備への努力の一環として、社会の偏見や不理解を克服することを目指さねばならない。 (CODE 2-3)

【解説】

- i. 精神科救急医療体制の整備については、自治体の取り組みとして、法 19 条に「体制の整備を図るよう努めるものとする。」と表現されておりこれに努めなければならない。
- ii. 精神科医療とは、その全体像が多様な個別ニーズに応えることを前提とした多様な地域サービスの集合体であり、そのために精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するという考えが基本となる。したがって、精神科救急医療の最も基本的な理念のひとつは、利用者や当事者の地域生活を前提に、精神科救急医療体制を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で万一危機状況に陥った場合に即応できる専門対応リソース（医療資源）として明確に位置づけることである。また、救急医療の本質として、空白地帯の許されないセーフティネットとしての役割が求められる。地域精神保健における原理原則は、アクセス性、包括性、公平性、医療サービスとしての一貫性、他のサービスとの連動性、あらゆる領域との統合性、あらゆる危機状況への敏感性などによって特徴づけられる。したがって、精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、地域精神保健の原理原則を実現するサービスやリソースでなければならない。
- iii. 利用者が権利や尊厳を回復していくためには、社会の偏見や不理解を克服することが重要な基本的課題となる。精神科救急医療体制においても整備への努力の一環として、これを目指さねばならない。

③ 体制

【推奨】

- i. 精神科救急医療体制は、精神科救急医療は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中の一資源であるという基本理念に基づき、機能的に標準化されるべきである。 (CODE 3-1)
- ii. 精神科救急体制の機能的標準化は、地域精神保健の原理原則に基づくべきである。 (CODE 3-2)

【解説】

i. 機能的標準化

法 19 条に「地域の実情に応じた体制の整備」と表現されるように、機能性を確保するために地域の多様性を前提とした整備上の工夫が求められる。整備事業の実施要綱には、医療機関の類型などが示されているが、例えば入院医療の確保において、拠点を置くのか、病院群とするのか、あるいは緊急救度によって対応医療機関を分けるのか、等の構造的違いは特に問われない。

ii. 地域精神保健の原理原則

共通の目的を持った事業として、一定の機能を保証するためには、標準化が必要である。その際最も確保すべきは、以下の地域精神保健の原理原則である。

- a. アクセス性：すべてのニーズについて圏域ごと、緊急救度ごとにに対応できる体制を有し、許容時間内にアクセス可能であること。 (CODE 3-2-1)
- b. 地域包括性：地域の包括的な体制における一資源であることを地域医療計画や自治体の実施要綱等で明確化すること。 (CODE 3-2-2)
- c. 公平性：多様なユーザーに対し、信条や背景の違いによって差を生じないよう自治体の実施要綱等で規定されること。 (CODE 3-2-3)
- d. 一貫性：生活に係るすべての領域について、統合的であるよう、周知徹底される仕組みが自治体の実施要項等で確認できること。 (CODE 3-2-4)
- e. 敏感性：他機関同士の連携等により、あらゆる危機状況に察知できる体制であることが、自治体の実施要項等で確認できること。 (CODE 3-2-5)
- f. ケアの継続性：一般医療、専門医療（依存症や児童等）、通院医療との連続性が確保できるよう、体制が周知徹底される仕組みが自治体の実施要項等で確認できること。 (CODE 3-2-6)

④ 圏域

【推奨】

- i. 精神科救急医療圏の設定は、必要な数の拠点やリソースが整備されるよう、また一部の専門サービス等では圏域を越えた広域対応とするなど、柔軟な運用も

- 可能にして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるような整備を行わねばならない。 (CODE 4-1)
- ii. 2次医療圏をもとに、隣接する2~3圏域を1単位とするおおよその圏域設定が望ましい。 (CODE 4-2)

【解説】

国の実施要綱では精神科救急医療体制連絡調整委員会（項目6）において「都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するとともに、圏域毎において確保した精神科救急医療体制を総合的に評価すること」とあり、「精神科救急医療圏域」の概念が明記されている。各自治体においては、地域医療計画や自治体ごとの実施要綱の中で、精神医療圏域や障害保健福祉圏域や老人福祉圏域等他の領域における圏域の設定や、実際の資源の立地条件も勘案しながら、精神科救急医療の圏域を設定する必要がある。

例として、2次医療圏をもとに、隣接する2~3圏域を1単位とするおおよその圏域設定が望ましいが、それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースが整備されるよう、また一部の専門サービスを広域対応とするなど、圏域を越えた柔軟な運用も可能にして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるような整備を行う必要がある。

⑤ 運用時間帯

【推奨】

精神科救急医療体制の運用時間帯は、時間的空白が生じないように整備すべきである (CODE 5)

【解説】

本来、行政医療は運用時間について各文書の統一を図ることが必要であるが、精神科救急の運用時間帯について、現行法令等では、
法第19条：「夜間または休日」
41条指針：「二十四時間三百六十五日」
実施要綱：「24時間365日」
としており、一貫していない。

⑥ 精神科救急医療体制連絡調整委員会

【推奨】

- i. 精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令市などの自治体は、都道府県の全域として精神科救急医療体制連絡調整委員会を年1回以上開催するべきである。 (CODE 6-1)
- ii. 圏域毎の検討部会を適宜開催すべきである。 (CODE 6-2)
- iii. 整備事業における各施設は、精神科救急医療体制連絡調整委員会において十分に検討し、関係機関と連携・調整した上で指定すべきである。 (CODE 6-3)
- iv. 連絡調整委員会の参加者及び議題は標準化されるべきである。 (CODE 6-4)

【解説】

連絡調整委員会は、都道府県ごとの全域レベルで関係者が体制やルール、実態の認識共有を行い、合議によって問題を解決するための場として事業の運営に欠かせない。都道府県の全域として年1回以上、圏域毎の検討部会を適宜開催すべきである。

国の実施要綱によれば、連絡調整委員会とは、医療計画等に基づき、精神科救急医療圏域を設定し、圏域毎の精神科救急医療体制について合併症対応を含め事業の評価・検証を行い、圏域毎の実態に応じた体制機能の整備を図るとともに、関係者間の相互理解を深めることとされ、圏域毎の取り組みが強調されている。

都道府県による整備事業における各施設の指定については、地域の実情に応じて、当該医療施設で求められる対応を、質の観点からも十分に検討し、精神科救急医療体制連絡調整委員会において、精神科病院協会等の関係団体や公的な精神科医療機関等の関係機関と連携・調整した上で、地域で求められる役割・機能を果たすことに適当な医療施設に対し指定すべきである。

特に、身体合併症患者に関しては、圏域毎の検討部会を開催し、地域資源を把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うとともに、研修事業を実施して関係機関（警察、消防、一般救急等）の実務者等に対する運用上のルールの周知徹底、個別事例の検討やグループワーク等を通じた関係者間の相互理解を深めるなど、圏域毎の機能的な体制整備について連絡調整委員会が役割を担うことの重要性が強調されている。

連絡調整委員会において、どのようなメンバーがどのような議題を取り扱うのかについて、平成28年の国の実施要綱の改訂において一定の明確な例示がなされた。本ガイドラインとして推奨する参加者、議題を表5、6に示す。

表5. 連絡調整委員

出席すべき参加者	実施主体（都道府県または政令指定都市） 確保事業担当者（基幹的な病院、輪番病院あるいはその代表者（精神科病院協会など）） 消防機関あるいはメディカルコントロール関係者
----------	---

	警察 診療所代表者（精神科診療所協会、医師会など） 受診前相談担当者 合併症医療担当医療機関の代表者
出席を考慮する参加者	当事者 市町村 福祉担当者 学識者等

表6. 議題

審議すべき議題	事業実績 整備事業における各施設の指定に関する事項 身体科との連携に関する事項 自治体の実施要綱に関する事項 厚生労働省からの伝達事項 移送に関する事項 警察及び消防との連携に関する事項 体制における課題となる事項
審議が望ましい議題	関連情報（措置入院制度の運用や災害医療体制、感染対策など）

⑦ 平時の対応と医療外支援〔新項目〕

【推奨】

精神科救急医療体制においては、当事者の危機状況に対し、必ずしも整備事業としての医療対応によらず、平時の対応を強化し、医療外支援をも積極的に活用すべきである。**(CODE 7)**

【解説】

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、精神科救急医療体制の考え方には、救急事態に至らないような予防体制が含まれるものとして整理された。この予防体制について、同報告書では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応」が中心的な役割となるとされている。

報告書において、「このような平時の対応では、精神障害を有する方等及び地域住民が、まずは重層的な支援体制の下で、日常的に関わりのあるかかりつけ精神科医・かかりつけ医や訪問看護、保健所、市町村保健センター、福祉事務所、基幹相談支援センターの関係者等に相談できる体制を、平時より構築しておくことが重要」とされ、

精神科救急ニーズに対しても、医療対応や整備事業による介入の前に、まずは住み慣れた地域で支援を受けられるよう、平時からの対応の充実が必要で、その例として保健所や市町村保健センターからの訪問や精神科医療機関と保健所等の協力体制が挙げられている。訪問等については、「危機等においては、状況に応じて行政が、地域の精神科診療所等の精神科医等の協力を得て、自宅等への訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、自宅等への訪問支援を行う体制を想定しておくことも考えられる。」との付記があり、今後こうしたアウトリーチ型の危機介入サービスの重要性が注目される。

⑧ 受診前相談【推奨】

- i. 受診前相談においては、夜間・休日の23条通報処理について手順を明確にすべきである。**(CODE 8-1)**
- ii. 受診前相談機能は、救急医療の原則により地域内完結とし、利用者が利用しやすいような配慮によって、医療圏ごとの具体的対応が可能な実効的なサービスとして整備すべきである。**(CODE 8-2-1)** 広域調整については圏域同士の話し合いとし、あらかじめ連絡調整会議で取り決める。**(CODE 8-2-2)**
- iii. 受診前相談機能は原則医療機関（輪番病院ないし常時対応型病院）への設置が望ましい。**(CODE 8-3-1)** 精神保健センターや独立した事業所に設置する場合は、これら医療機関との確実な連携体制を整えるべきである。**(CODE 8-3-2)**
- iv. 職種は精神保健福祉士、看護師、心理士などの専門職であることが望ましい。**(CODE 8-4)**
- v. 技能・知識要件を明確化し、事前研修を行うべきである。**(CODE 8-5)**
- vi. 医師の応援体制を整えるべきである。**(CODE 8-6)**（医療機関設置であれば問わない）
- vii. 受診前相談のアクセス先について原則広報等で周知することが望ましい。**(CODE 8-7)**

【解説】

「受診前相談」は救急医療の入り口となる極めて重要なトリアージシステムで、対象は軽微な日常的な相談から人命にかかる深刻な危機状況までを含み、なおかつ膨大なニーズが潜在するため、この部分に注力して体制を機能的に整えておくことは限りある医療資源を有効に活用し、全体システムを機能的に保つことに直結している。

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」における大きな成果の一つは、この情報系サービスが整理されたことであった。この受診前相談機能として、精神科救急医療体制整備事業には、精神科救急情報センターと精神医療相談窓口の2種のメニューがあり、実施要綱上前者は多機関調整、後者は当事者対応といった機能的

棲み分けが設定されている。しかしながら、この分別はユーザー視点からすれば決して理解しやすいものではなく、実際にも混乱が観察されていた。ワーキンググループでは、精神科救急サービスの入り口となる受診前相談とは、必ずしも整備事業によらず、ワンストップサービスも念頭に、あくまで地域包括ケアシステムにおける重層的な支援体制を構築していく中でニーズを受け止め、個別の必要に応じて相談～受診～入院までのうち相応のケアサービスにつないでいくという精神科救急医療体制の全体イメージが共有された。

整備事業における受診前相談では、その後の医療介入の可能性があることから、トリアージの効率性・正確性としては、持ち込まれたニーズの内容や緊急性を効率的かつ正確に判断・受理できる医療的知識や判断力が求められ、特に23条など通報案件への円滑な手続きは定式の手順として整備される必要がある。また軽微な案件を傾聴・共感などのスキルによって鎮め、それ以上重症化させないためのスキル等も必要であり（表5）、一定の技術研修やマニュアル整備、医師によるバックアップシステムなどが有用となる。また、利便性については、当該地域の社会リソースについての知識が豊富で、固有名詞を含め具体的な助言ができることが有用で、本来は精神科救急医療圏内にアクセスし、圏域内で完結することが理想的である。

表7. 受診前相談に求められる技能と知識

技能	傾聴 助言 自殺・破壊行動リスクへの電話対応 医療機関等地域内資源の案内 受診要否判断 受診勧告 多機関調整 合法的な移送に関する調整 通報対応
知識	地域資源に関する具体的情報 関連法令や制度に関する知識

⑨ 搬送体制

【推奨】

- i. 精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令市などの自治体は、法内の移送について、それぞれの法令に基づき各地での運用ルールを設定すべきである。（CODE 9-1）
- ii. いずれの経路、手段においても、当事者移送では人権に配慮した適切な搬送が実施されなければならない。（CODE 9-2）

【解説】

精神保健福祉法における医療アクセス、来院手段には以下の経路が知られるが、特に「移送」では実用面における課題が大きい。それぞれ法に基づき各地での運用ルールを設定すべきである。

- ① 法 29 条の 2
- ② 法 34 条
- ③ 法第 47 条による受診の勧奨

いずれの経路、手段においても、当事者的人権に配慮した適切な搬送が実施されなければならないことは言うまでもない。精神保健福祉法以外の搬送等においても同様である。

⑩ 精神科救急医療の確保

【推奨】

- i. 入院外医療を提供する医療機関は、下記のような役割を担うこと (CODE 9-1)
 - a. かかりつけ患者の時間外診療に対応できること
 - b. 相談者のニーズに応じて往診や訪問看護が可能であること
 - c. 診療を行った上で、入院の要否に関する判断を行うこと
 - d. 必要に応じて高次の医療機関を紹介すること
 - e. 他の類型と併せた体制により、当番日や時間帯に空白がないようにすること
- ii. 入院医療を提供する医療機関は下記の機能を有すること (CODE 9-2)
 - a. 平時の対応体制、受診前相談を担う機関や入院外医療の提供を担う医療機関の後方支援を行い、原則、対応要請を断らないこと
 - b. 措置入院、緊急措置入院への対応が可能であること
 - c. 医療機関間の連携による対応を含め、身体合併症への対応が可能であること
 - d. 病院群輪番型施設は、当番日に医師・看護師を配置し、入院医療までを想定した診療応需の体制を整備しなければならない。
 - e. 常時対応型施設は、24 時間 365 日常時、入院が必要な患者の受け入れを含む診療応需の体制を整えていること。
 - f. 常時対応施設は、原則として診療報酬上の精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料の算定を行っていること（精神科救急医療体制整備事業実施要項）
 - g. 常時対応施設は地域の中核的なセンター機能として、精神科医療におけるあらゆる診療体制を整えた多機能・高規格医療施設であることが望ましい。

【解説】

精神科救急医療の確保、すなわち受入れ医療機関の体制整備は、本事業における根幹部分である。サービスの欠落が無いよう網羅的に整備するには、一般的な救急医療の概念に従い、重症度ごとの受け入れについて段階的に確保されるような仕組みを概念的に構築することが有用で、利用者や一般社会への説得力を有し、透明性確保にもつながる。その一方で、現実的には重症度によらず対応し、ワンストップできる体制は利用者負担を大きく軽減できるほか、限られた医療資源の効率的活用にも通じる。

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、

- 1) 平時の対応と医療外支援
- 2) 受診前相談
- 3) 入院外医療
- 4) 入院医療

の順で整理され、1) を除いてそれぞれに対応する整備事業メニューが示されている。医療の確保を行う医療資源に推奨される構造と機能を以下に示す。

i. 入院外医療対応

精神科救急の対象の特性上、「平時の対応と医療外支援」による精神科救急事態に陥らない予防的対策がなされたとしても、時間外等に緊急的な医療的対応が必要になる事態の発生は十分想定される。このような場合にまず必要となるのは入院外医療である。「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書では、入院外医療を提供する医療機関は、下記のような役割を担うことが考えられたとされた。

- かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応できること
- 相談者のニーズに応じて往診や訪問看護が可能であること
- 診療を行った上で、入院の要否に関する判断を行うこと

一方整備事業においてこの役割を担うのは外来対応施設、およびワンストップサービスとしての病院群輪番型施設および常時対応型施設である。「精神科救急医療体制を整備するための手引き」では、整備事業における外来対応施設について以下の推奨を設定した。

- 必要に応じて高次の医療機関を紹介すべきである。
- 他の類型と併せた体制により、当番日や時間帯に空白がないようにすべきである。

ii. 入院医療対応

入院医療の提供体制の整備に関して、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて整理された求められる機能とは、

- 平時の対応体制、受診前相談を担う機関や入院外医療の提供を担う医療機関の後方支援を行い、原則、対応要請を断らないこと

- 措置入院、緊急措置入院への対応が可能であること
- 身体合併症への対応が可能であること

であり、※印として、「これらの機能は地域の実情に応じて、地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合や、医療機関間の連携による面的な整備により果たす場合を想定。」と解説され、多様性を許容している。

そのために整備事業では、具体的な入院医療の提供を担う医療機関として、病院群輪番型施設、常時対応型施設、身体合併症対応施設の3つの補助メニューを設定している。

入院医療体制のより具体的な要請は「空床確保」の取り決めであり、精神科救急医療体制連絡調整委員会での協議にて構築した体制により、すべての圏域をカバーし、当番日や時間帯に空白がないよう、またあらゆる重症度（措置応急・要入院・要受診・電話対応の4カテゴリー）に応じた合理的な対応体制として整備されなければならない。

(ア) 病院群輪番型施設

病院群輪番型施設は、各精神科救急圏域で、複数病院の輪番制により医師・看護師を常時配置し受入れ態勢を整備した病院や1時間以内に医師・看護職員のオンコール対応が可能な病院で、入院医療までを想定した診療応需の体制を整えていなければならない。

(イ) 常時対応型施設

地域の中核的なセンター機能を果たすとともに、24時間365日常時、入院が必要な患者の受入れを含む診療応需の体制を整えていることが求められている病院であり、原則として診療報酬上の精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料の算定を行っていることとされる。

都道府県による常時対応型施設の指定については、地域の実情に応じて、当該医療施設で求められる対応を、質の観点からも十分に検討し、精神科救急医療体制連絡調整委員会において、精神科病院協会等の関係団体や公的精神科医療機関等の関係機関と連携・調整した上で、地域で求められる役割・機能を果たすことに適当な医療施設に対し指定すべきである。

こうして指定された常時対応型施設は、地域の中核的なセンター機能として、一定の要件が求められるかもしれない（表●）。

表8. 常時対応施設に求められる機能の例

-
- 24時間365日の救急受入
一定条件以上のマクロ救急実績
断らないこと
 - ワンストップ機能（受診前相談機能、外来対応機能の併設）
-

-
- 救急医療確保事業における中核的役割
 - 輪番制の設定がない圏域での救急医療確保事業
 - 輪番制の設定下でのバックアップ機能
 - 輪番制の設定下での全例の初期対応機能
 - 一定水準の診療機能
 - ケースマネジメント機能
 - 社会貢献機能
-

(ウ) 身体合併症対応施設

次項参照

⑪ 身体合併症連携体制

【推奨】

- i. 全域対応身体合併症医療体制（並列モデル）：都道府県内の全域で精神と身体の両面に対応できる精神科が併設された一般医療機関（身体合併症対応施設）を1カ所以上整備し、連携ための運用ルールを明確化するべきである。 **(CODE 10-1)**
- ii. 圏域対応身体合併症医療体制（縦列モデル）：圏域ごとに、精神科と一般科の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制を整備し、その運用ルールを明確化するべきである。 **(CODE 10-2)**
- iii. 連絡調整会議において身体合併症連携体制の運用実績について確認を行うほか、圏域毎の検討部会にて連携実態の検証を行うこと。 **(CODE 10-3)**
- iv. 自治体や医療機関、関連団体などが行う研修などに積極的に参加するなど、相互理解と連携の充実に努めることが望ましい。 **(CODE 10-4)**。

【解説】

精神疾患と身体疾患の重複は複雑病態であり、身体合併症対応は従来深刻な課題である。十分に対応するためには双方の専門知識が必要になるほか、治療協力性における困難などによる実際の対応場面での労力の必要性などを含め、対応の難易度は明らかに高い。対応可能医療機関が稀有であり、総合病院精神科が万能というわけでもない。このため、病院前救護領域でも搬送困難を来たしやすいことが判明している。平成24年に発表された「精神科救急医療体制整備事業に関する指針」では、2つの連携モデル（表7）が提唱され、これを参考にそれぞれの地域の実情に応じた連携体制の確保が推奨された。法第41条に定められた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」においても、同様の主旨で連携体制の確保が記載されている。

表7. 連携モデル

並列 モデル	身体と精神の両面に同時に対応できる医療機関による対応体制（院内連携）
縦列 モデル	地域の複数の医療機関がそれぞれの専門性を補完し合って相互連携によって総合的な診療を行う対応体制（地域内連携）

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」でも身体合併症対応は深刻課題として認識され、追加整理されている。その中で、表7と同義の2つの連携スタイルが想定され、精神障害を有する方等及び地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、一元的に対応できる並列モデルの医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、これに公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられるとされた。また、いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が求められるとし、これまでに紹介されている対診、訪問、電話助言、等の好事例の参照に言及しているほか、今後医療機関間の連携を一層促進し、双方の医師が医療機関間を行き来することの負担軽減のため、ICT (Information and Communication Technology, 情報通信技術) を活用することも手法の一つと提案された。

また従来、連携推進のため、学会レベルでは両領域の学識者が協力連携して対応を学ぶ教育プログラム（当学会が協力し日本臨床救急医学会が開発した PEEC コース等）等、種々の取り組みが行われつつある。

整備事業の実施要綱においては、連絡調整委員会の中で、圏域毎に、身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会を持つことが記されており、精神科救急医療に関する地域資源を把握するとともに、精神科病院協会及び都道府県等内における身体合併症患者に関する地域資源を把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うこと、とされている。さらに、精神科救急医療体制研修事業として、関係機関（警察、消防、一般救急等）の実務者等に対して、本委員会等で検討し取り決めた精神科救急医療体制の運用上のルールの周知徹底を図ること。また、個別事例の検討やグループワーク等を通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解を深めること、ともある。

⑫ 体制の評価・見直し・報告

【推奨】

- i. 精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令市などの自治体は、事業実績の集計結果や、精神科救急医療体制連絡調整委員会での審議結果に基づき、事業を評価し、見直さなければならない。 (CODE 11-1)

- ii. 体制の評価は、標準的な指標を参照し、国が定めた基準や手引きに沿って行うべきである。 (CODE 11-2)
- iii. 精神科救急医療体制の実績は、当該事業の実施要綱に基づき、年度ごとに国に報告しなければならない。 (CODE 11-3)
- iv. 各地自体の実績と国からフィードバックされたベンチマーク指標は、精神科救急医療体制連絡調整委員会等を通じ、自治体内の関係者に報告されるべきである。 (CODE 11-4) 。

【解説】

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、精神科救急医療体制整備の調整・連携について、地域の実情に合わせて整備をする必要から、人材、施設、組織などの資源を把握し「見える化」すること、具体的な連携方法を検討すること、一定の評価基準に基づき、自地域の精神科救急医療に関する評価を行う事などが必要とされた。

取りまとめの中では、これらの評価等が可能となるよう、国が精神科救急医療体制に係る評価指標について検討・提示するとされ、都道府県等は現在の精神科救急医療圏域の設定や精神科救急医療施設の指定の状況について点検を行い、今後、国により示される指標を踏まえて体制の整備状況について改めて整理し、必要な対応を行うことを求めている。

令和3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
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21G C 1010）
分担研究報告書

身体合併症対応の強化に資する具体策の検討

研究分担者：橋本聰（国立病院機構熊本医療センター）

研究協力者：日野耕介（復康会沼津中央病院精神科）、井上幸代（日本赤十字社高松赤十字病院精神科）、兼久雅之（大分県立病院精神科医療センター）、河嶌謙（国立病院機構本部 DMAT 事務局）、北元健（関西医科大学総合医療センター精神神経科／救命救急センター）、五明佐也香（獨協医科大学埼玉医療センター救急医療科）、庄野昌博（佐藤会弓削病院精神科）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）、三宅康史（帝京大学医学部救急医学講座）

要旨

【背景と目的】平成 29 年 2 月には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、“にも包括”）」の理念が示され、令和 2 年 3 月より、“にも包括”の構築推進に係る取り組みとして「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が設置され、令和 3 年 3 月には検討会からの報告書がまとめられた。“にも包括”を推進するためには既存の社会資源を地域の実情に応じて活用するという視点が求められる。精神障害者の身体合併症対応は、精神障害を有する者の「地域生活」を支える観点から、要点のひとつと考えられるが、これは国内外で課題が多い領域で、上記検討会の報告書でも身体合併症対応施設の整備が進んでいない点について指摘がされている。このため、精神科身体合併症対応の病棟機能類型を用いて調査を行い、本邦における心身両面における治療提供体制の詳細現況を把握し、将来的な病院機能分化や、地域における病病連携を促進するための基礎資料とした。

【方法】過去、Medical Psychiatry Units（以下、MPU）なる概念のもと、身体合併症対応の精神病床を作り、精神科医師が精神・身体両面の治療を同時に行うというアプローチも実践された。近年は精神科身体合併症治療病棟を作り、そこに精神科医師・身体科医師が共に常駐する形式をとり、常時高いレベルの診療を提供する治療環境を最善とする考え方シフトされて來ていて、Complexity Interventions Units（以下、CIU）と称されている。CIU は、常時心身両面について高いレベルの診療を提供する体制（タイプ 4）から、本邦では一般病床で実践されているような診療体制（タイプ 3）、精神病床における軽度～中等度の身体合併症対応（タイプ 1・2）など幅がある。Jansen LAW らが国際協力して取り組む調査の質問紙票を基に精神科身体合併症対応の病棟機能類型を用い、日本精神科救急学会、日本総合病院精神医学会の協力を得て、全国の精神科救急入院料認可施設（157 施設）ならびに有床精神総合病院（257 施設）を対象に、2021 年 8 月から 10 月にかけてオンラインを中心とした質問紙調査を行った。

【結果】精神科救急病院（Psychiatric Emergency Hospital； PEH）から 60 施設（回答率 38.2%）、有床精神総合病院（General Hospital Psychiatry； GHP）から 113 施設の回答を得た（回答率 44.0%）。PEH のうち精神科身体合併症患者の入院治療に対応（以後、CIU 臨床）し

ているのは 42 施設（回答施設の 70%）で、そのうち身体合併症患者の入院治療に特化した病床があると回答した施設は 6 施設であった（回答施設の 10%）。GHP のうち CIU 臨床を行うのは 104 施設（回答施設の 92.0%）で、特化した病床を有すると回答したのは 29 施設であった（回答施設の 25.7%）。精神科身体合併症に対応する病棟は医療政策の誘導に沿って徐々に増えていると理解できた。回答内容について記述統計を主に、カテゴリデータは潜在クラス分析を、連続データはクラスタ分析を行い、CIU 臨床を行う病院の全国分布を求めた。また、その中で身体合併症対応に特化した病床が PEH にも GHP にも存在することが判明した。クラスタ分析の結果から、PEH の中で CIU タイプ 4 を運営するのは 1 施設、GHP では 62 施設あったが、両者はほぼ相同的な施設体制であった。PEH でありながら CIU タイプ 4 に該当する施設は、身体科医師の雇用も多く、身体管理の設備面にも多くの投資をしている施設であった。PEH の中で CIU タイプ 2 に該当する施設は 9 施設、CIU タイプ 1 に該当する施設は 2 施設あると考えられた。PEH の CIU タイプ 2 に該当する施設の中で好事例と考えられる施設もあり、そこでは病棟ごとに身体合併症対応ゾーンを設置するなどの設備投資がみられた。それでも、PEH の CIU タイプ 4 と比較すると、PEH の CIU タイプ 2 では医師・看護師などの人的資源、夜間休日の検査・処置の提供体制などに弱さがあった。GHP では、CIU タイプ 2 と判断される施設は 5 施設であった。

【考察】質問紙調査にて「CIU タイプ」の分類を行い、各タイプについて実在施設の実態を照合することにより、それぞれの CIU タイプの施設体制および診療体制の設定が可能と考えられ、これを提案することとした。CIU タイプ 4 に求められる施設体制として、夜間休日を含めた検査・処置体制、内科・外科他の身体科医師の常勤雇用、3 年以上の実務経験相当の精神科看護・身体科看護技術を有する看護師が CIU 病棟勤務の 50%以上等を確保する。また、診療体制として、精神疾患診療体制加算 1・2 の算定実績が毎月一定数以上あり、精神病床の稼働に占める身体合併症の割合 25%以上等であることが考えられた。また、CIU タイプ 2 に求められる施設体制として、平日日中の検査体制、酸素投与設備、内科・外科他の身体科医師の常勤雇用もしくは救急告示病院との連携体制、3 年以上の実務経験相当の精神科看護・身体科看護技術を有する看護師が CIU 病棟勤務の 25%以上等を確保する。診療体制として、CIU タイプ 4 からの転院受入れが毎月一定数以上あり、精神病床の稼働に占める身体合併症の割合 10%以上等であることが考えられた。

【結語】精神科身体合併症診療の実際について調査を行い、本邦の精神科身体合併症対応に資する病棟機能のモデルが描出された。今後の医療計画では、CIU タイプを活用した体制整備の考え方方が有用と考えられ、これを通じ病院機能分化と病病連携の促進が図られる可能性がある。例えば心身ともに急性期である場合、まずは CIU タイプ 4 で対応し、必要に応じて CIU タイプ 2 を有する精神科病院への転院が検討されるべきかもしれない。その際、CIU 病床を活用した連携を行う場合には制度上の配慮等により診療の質を損ねないよう、また、患者利益に資するような対応が望まれる。

A. 研究の背景と目的

本邦の地域精神保健医療福祉については、平成 16 年 9 月に策定された「保険医療福祉の

「改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という理念が明確化され、様々な施策が実施されている。平成29年2月には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」）」の理念が示され、令和2年3月より、「にも包括」の構築推進に係る取り組みとして「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が設置され、令和3年3月には検討会からの報告書がまとめられた。今後、厚生労働省は本報告書に基づいて様々な具体的な取組を行うこととなる¹⁾。

“にも包括”は精神障害に特化したものではなく、精神障害を有する者や地域住民の地域生活を支えるものであり、既存の社会資源を地域の実情に応じて活用するという視点が求められる。“にも包括”的な精神障害者の身体合併症対応は、精神障害を有する者の「地域生活」を支える観点から、要点のひとつとして挙げられている。この精神科身体合併症の対応に際し、既存の社会資源として一般医療機関、精神科単科病院、有床精神科総合病院などが存在する。精神科救急医療の観点からは、精神科単科病院群のなかで精神科救急入院料病棟、精神科急性期治療病棟などが常時対応型施設の役割を期待されており、有床精神科総合病院は精神科救急入院料病棟、精神科救急・合併症病棟などを活用した身体合併症対応施設としての役割を期待されている。

最新の知見として、令和3年3月に公表された日本精神科病院協会（以下、日精協）による資料があり、精神科単科病院群では入院患者の51.9%、有床精神科総合病院では同52.4%に身体合併症（投薬の有無にかかわらず

い）が存在するとしている²⁾。この資料のなかで、精神科病院群で身体合併症治療を要して転院した患者数が45.0%に上っており、比較的頻繁に全身管理を目的とした患者転院が発生していることがわかる。日精協資料では精神科単科病院群のなかに急性期届出群、特定入院料届出群、入院基本料届出群の3群を含めており、常時対応型施設を担うような急性期届出群の詳細は不明であるものの、精神科単科病院群でも身体合併症対応が必要な場面は存在する。そのなかでも比較的頻繁に身体合併症対応が要求される急性期届出群においては、どこまで身体管理が行えるかといった身体管理環境の精査は必要であると考えられる。

また、日精協資料から、有床精神科総合病院においても7.3%の患者が全身管理を要して転院していることもわかり、有床精神科のなかでも身体合併症対応能力に限界があることが明らかとなっている。八田らの報告では、総合病院の身体合併症医療の実態把握の結果、総合病院精神病床が、自殺企図といった精神状態が重篤な患者の身体合併症、身体疾患の重篤な患者、即日入院を要する患者の対応に必ずしも機能できていないことが示されている³⁾。総合病院の精神病床においてもその身体管理環境の精査が必要であると考えられる。

本邦における精神科身体合併症医療の課題を俯瞰したが、海外においても精神科患者の身体合併症対応はやはり課題が多い領域で、過去にはMedical Psychiatry Units（以下、MPU）なる概念のもと、精神科身体合併症対応の精神病床を作り、精神科医師が精神・身体両面の治療を同時に行うというアプローチも

実践された⁴⁾。しかし、精神科医師が精神・身体両面の管理をするのは限界がある一方で、近年は精神科身体合併症対応可能な治療病棟を作り、精神科医・身体科医が共に常駐・治療参画する形式をとる概念を取り入れられつつあり、Complexity Interventions Units (以下、CIU) と称されている^{5, 6)}。CIUは、常時高いレベルの診療を提供する体制（タイプ4）から、本邦では一般病床で実践されているような診療体制（タイプ3）、精神病床における軽度～中等度の身体合併症対応（タイプ1・2）など幅がある。

心身両面における治療提供体制が、先に示した精神科単科病院群において少なくない頻度で発生する身体合併症の治療目的での転院や、総合病院における精神病床の機能の差異につながっている可能性がある。将来的な病院機能分化や、地域における病病連携（病院・病院間の連携）を促進するための基礎資料として、精神科身体合併症対応の病棟機能類型を理解することが必要である。我々はJansen LAWらが国際協力して取り組むCIU調査の質問紙票を基に、これを日本語訳し、令和3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）：精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21GC1010）の分担研究「身体合併症対応の強化に資する具体策の検討」の一環として調査を実施することとした。本調査を通じて身体合併症対応の実態を把握し課題を抽出した。

B. 研究方法

○研究方法（調査方法）：オンラインによる質問紙調査法

○対象者

1-1 対象1：精神科救急入院料認可施設

日本精神科救急学会が把握する全国精神科救急入院料認可施設一覧（2021年3月版）より、登録のある全170施設。ここに登録された施設を精神科救急病院（Psychiatric Emergency Hospital; PEH）とした。

1-2 対象2：有床精神科総合病院

日本総合病院精神医学会有床委員会が把握する全国有床精神科総合病院一覧（2017年3月版）に調査班が把握する2017年4月以降新設された総合病院有床精神科施設を追加した修正版より、登録のある272施設。また、日本精神科救急学会が把握する全国精神科救急入院料認可施設一覧（2021年3月版）より、登録のある合併症型の11施設。これらに登録された施設を有床精神総合病院（General Hospital Psychiatry; GHP）とした。

この2つに登録のある延べ453施設について、当該施設における精神病床で、複数の精神科病棟を有する場合、急性期医療を担う代表的な病棟1つについて回答を求めた。

○尺度：精神科身体合併症病床に関する調査票（付録参照）

Jansen LAWらが実施した国際共同研究で実際に使用された質問票を調査班が訳出し、研究内容ならびに英語使用に造詣の深い日本人精神科医師による監修を受けて完成させた。原版は全部で66項目からなるもので、本邦の医療に合わせてパートA～Dの4つに再編集し、それぞれ7、5、13、30項目を含んでいた。

○期間（研究スケジュールなど）

2021年8月 倫理審査受審

2021年8月 調査対象施設への郵送ならびにインターネットを通じた調査協力依頼開始

2021年8~9月 リマインド作業

2021年10月1日 調査回答〆切

2021年11月~12月 調査結果のデータクリーニングと解析作業

2022年1月~2月 結果考察

2022年 関係する学会での発表ならびに学術誌への投稿

○手続き：調査事務局より調査対象施設に郵送で調査依頼を送付し、オンライン回答フォームを通じて結果を回収した。その後、調査進捗に合わせて電子メールもしくは電話にて回答促進を図った。回答フォームによる回答を持って調査同意とみなした。

○倫理的配慮：臨床研究に関するすべての関係者は、ヘルシンキ宣言および人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に従って研究を実施した。調査項目は、情報収集されたのち、直ちに個人情報管理者の補助者によって個人情報を削除し匿名化したうえで管理した。遺伝子の解析は本調査では行わなかった。匿名化の操作はネットワークに接続していないコンピュータを用いて行い、匿名化の対応表は個人情報管理者の補助者が厳重に管理した。本研究の成果を学会や論文において公表する場合にあっても、情報提供者個人の特定につながる情報が掲載されないようにする。またネットワークを利用した情報共有についても安全性や漏洩防止を行った。

本調査は患者個人に侵襲をもたらすものではなく、患者の個人情報に抵触するものではないが、調査協力者に軽微な負担を強いる。このため、協力依頼文ならびに調査票のなかで調査協力は任意であること、協力に拒否することで回答者・回答施設が不利益を被らないことを明示した。また、調査の対象は医療従事者で、調査協力に際しての経済的利益は発生しないものの、施設名についても調査事項詳細を確認するためにだけ用い、解析のなかでは匿名データとして扱うため、回答者ならびに回答施設への不利益も発生しなかつた。

○統計解析／分析方法（倫理面への配慮）：記述統計を主とし必要部分にはRを用いた潜在クラス分析を行った。データフォームには個人情報は一切含まれていなかった。

パートB,C,Dについて、択一回答の質問項目はカテゴリデータであるため潜在クラスタ分析を行った。推定が不安定になるため、パートB,C、パートDと分けて解析した。欠損値もカテゴリ化して解析に含めた。また、パートDの質問19、質問28はほぼすべてが「はい」の回答であり、解析から除外した。両者とも4つの潜在クラスが指摘されたが、まったく同じではなかった。

複数選択式回答の項目について、項目ごとに該当する数の合計を連続数としてクラスタ分析を行った。欠損回答については無回答として処理した。

C. 研究結果/進捗

<全体概要> 精神科救急病院はリストに基づくと170施設が登録されていたが、有床精

神総合病院との重複があり、重複削除した結果、157 施設を母数とした。また、有床精神総合病院はリストの他、分担班検討のうえで施設の追加を行い、さらに調査の際にリスト外の 2 施設から回答があったため、これらを含め計 257 施設を母数とした。

調査の結果、精神科単科病院の精神科救急医療施設 (Psychiatric Emergency Hospital; PEH) 157 施設から 60 施設的回答が得られた（回答率 38.2%）。有床精神総合病院 (General Hospital Psychiatry; PEH) 257 施設のうち 113 施設からの回答を得た（回答率 44.0%）。

厚生労働省医療施設動態調査（令和 3 年 1 月末概数）より、全国の精神科病院数、一般病院数が判明する。このため、全国の精神科病院にしめる PEH の割合（表 1-1）、全国の一般病院にしめる GHP の割合（表 1-2）を確認した。PEH は全国平均で 14.8% あり、奈良県の 50% を最大、富山県の 0% を最小としていた。GHP は全国平均で 3.6% あり、島根県の 13.2% を最大、茨城県の 0.7% を最小としていた。

<パート A> スクリーニング用のパート A について、本パートの回答書式に不備があり、精神科身体合併症対応（以下、CIU 臨床）の実際が不明な施設が 5 施設あった。パート B 以降の回答が得られ、明らかに CIU 臨床を行っていると判断できるものは「CIU 臨床あり」と修正した。スクリーニングパートについて、まずは PEH についてまとめた。PEH のうち身体合併症患者の入院治療に対応（CIU 臨床あり）しているのは 42 施設であった（回答施設の 70%）。回答施設の中で身体合併症患者の入院治療に特化した病床があると回答した施設は 6 施設であった（回答施設の 10%）。当然ではあ

るが、身体合併症患者の治療に特化した病床は全て精神保健福祉法が適用された病棟であった。次に、GHP についてまとめた。精神科身体合併症の入院治療に対応（CIU 臨床あり）していると回答したのは 104 施設であった（回答施設の 92.0%）。その中で身体合併症患者の入院治療に特化した病床を有すると回答したのは 29 施設であった（回答施設の 25.7%）。身体合併症対応に特化した病床のうち、精神保健福祉法が適用される精神病床は 25 施設であった（特化対応の 86.2%）。各施設において CIU 臨床を担う病棟について尋ねたところ、PEH では「精神科 10:1」次いで「精神科 15:1」が多く、GHP では「精神科 13:1」、「精神科 10:1」に次いで「一般病床」があげられた。精神科身体合併症の夜間休日対応について、PEH では「身体科は平日日中のみ対応し精神科はオンコール対応する」施設が最多で、GHP では「行っている」とした施設が最多であった。精神科身体合併症対応のなかで、心身ともに放置できない状態の患者対応について、PEH では「転院させる」、「精神科治療後の転院」、「精神病床入院のうえ身体科コンサルト」などが主流で、GHP では「一般病床入院で精神科コンサルト」もしくは「精神病床入院で身体科コンサルト」が主流となっていた。

<パート B> 回答施設の病院種別は、PEH では精神科単科病院がほとんどで、GHP では公的総合病院次いで大学病院の内訳であった。救急関連の設備（B3）として、PEH では救急外来のみを有する施設がほとんどで、GHP では救急外来、集中治療室、手術室を有する施設が多かった。回答施設における複合的対応の研修機会（B4）について、PEH では特にないとする回答がほとんどで、GHP では「ない」とする施

設も多かったが、内科学、神経学についての研修機会は部分的に用意されてる傾向にあつた。

＜パート C＞ CIU 病棟の施設内所在 (C1・2) について、PEH では内科系・外科系病棟のすぐ近くには存在せず、GHP では多くで同じ建物内の近くに所在していた。CIU 臨床を提供する精神科病棟の特徴 (C3) として、PEH、GHP のいずれでも閉鎖処遇が可能な病棟であった。

精神科身体合併症治療病棟の病床数にはいくつかの特徴が見受けられた。精神科救急病院における精神科身体合併症治療病棟は 50 床前後の比較的大きな病棟での対応が中心であった（図 2）。有床精神総合病院での対応は 30～40 床ぐらいの比較的中規模の病床が主流である一方、10 床前後的小規模ユニットと考えられる精神病床も増えてきていることがわかつた（図 2）。また、開設年のわかる施設に限られるが、PEH における CIU 機能病棟の整備は 2000 年以降（3 施設）、特に 2010 年以降（6 施設）の開設が目立った。この特徴は GHP と類似しており、2000 年以降（11 施設）、2010 年以降（22 施設）と近年になるにつれ増加していた（図 1-1, 1-2）。これらは、2002 年の精神科救急入院料、2008 年の精神科救急・合併症入院料、2012 年の総合入院体制加算、2016 年の精神疾患診療体制加算などの整備が寄与したものと考えられる。

＜パート D の概要＞ CIU として機能する病棟が実際にどのくらいの割合の精神科身体合併症患者を対応しているか (D1) 確認したところ、PEH では 25% 以下が大多数を占めた一方 75% 以上と回答した施設も少数存在し、GHP では 25% 未満が最多ではあるが、26-50%、51-

75%、76-99%、100% と階段状に減少する分布であった。CIU における身体合併診療について尋ねたところ (D8)、PEH では精神科・身体科の同時並行介入と要事身体科コンサルトが同程度であったが、GHP では精神科・身体科の同時並行介入が要事身体科コンサルトの倍ほどあった。CIU における身体科医師の身体合併症治療経験 (D10) も考慮すると、PEH の一部で身体科医師を常勤雇用して CIU 臨床を確保していると考えられた。CIU における看護力について、精神科と身体医学的な教育を両方受けた看護師の数 (D13) を確認したところ、PEH では 25-50%、GHP では 50-75% が最多であった。平日日中の検査オプション (D24) について、PEH と GHP の差異は MRI 検査、髄液検査に現れていた。夜間休日の検査オプション (D25) について、PEH では採血検査のみ比較的実施可能であるが、GHP と比して検査提供の大幅な低下が認められたが、GHP でも MRI 検査、髄液検査、脳波検査において提供率の低下が認められた。CIU 病棟における治療オプション (D26) について、CIU に力を入れている PEH では酸素投与は基本的に出来るが吸引・留置カテーテルなどは差があるようで、透析・化学療法・輸血などはごく限られた施設でのみ実施可能であった。D26 について、GHP ではほとんどの緊急治療行為が可能であるものの透析・化学療法については若干提供率が下がっていた。

これらの結果については基礎資料 1～3 として巻末に付す。

＜潜在クラス分析・クラスタ分析＞ パート B～D について、統計解析は R を使用し、カテゴリデータについては潜在クラス分析 (latent

class、以下 1c) を、連続量についてはクラスタ分析を行った。

○パート B, C の潜在クラス分析について：

パート B, C の択一回答項目について 1c を行った (1c-BC)。その結果、1c-BC クラス 1 は公的総合病院と精神科救急病院とで構成される群、1c-BC クラス 2 は大学病院と公的総合病院とで構成される群、1c-BC クラス 3 は大学病院を中心とする群でパート B の途中から回答が欠損傾向にある群、1c-BC クラス 4 はパート B 以降の回答に進まなかった群と理解された。

○パート D の潜在クラス分析について： パート D についても潜在クラス分析を行った (以下、1c-D)。1c-D クラス 1 は精神科身体合併症対応を積極的に行っている一群だが、CIU 機能を高めている施設から、CIU 機能が高いとまではいえない施設などまで幅が広かつた。1c-D クラス 2 はクラス 1 と 3 との間に位置するような施設群と考えられた。1c-D クラス 3 は精神科救急病院を多く含む群であるが、精神科看護・身体科看護が若干弱い一群と考えられた。1c-D クラス 4 は回答欠損群が該当した。

○パート B, C, D のクラスタ分析について：

パート B, C, D の複数選択式項目について、項目ごとに該当する数の合計を連続数としてクラスタ分析 (hierarchical cluster、以下 hc1) を行い、3 つの階層が指摘された (表 3)。この結果から、本邦における CIU 機能の類型化が可能となった。

まず、hc1-クラス 2 は欠損値がほとんどの群であったが、精神科身体合併症に対応していると推測される 2 施設を含んでいた。この 2 施設はパート C における欠損と、一般科との

連携可能性の低さから hc1-クラス 2 に配されたと考えられ、CIU タイプ 1 に該当すると考えられた。

hc1-クラス 1 は 1 施設を除いたすべてが診療科の多い有床精神総合病院で、精神科対応・身体科対応の設備面、一般科連携の容易さなどで医療資源が豊富であった。CIU タイプ 4 に該当すると考えられた。

hc1-クラス 3 は診療科の多くない有床精神総合病院 5 施設と精神科救急病院 11 施設とで構成されていた。CIU タイプ 2 に該当すると考えられた。なお、CIU タイプ 3 は本邦においては一般病床における精神科身体合併症対応と考えられ、今回調査の範疇を超えていた。

○CIU タイプ 4 の設備面における特徴： hc1-クラス 1 (CIU タイプ 4) と hc1-クラス 3 (CIU タイプ 2) とを弁別する項目として、パート B の項目 3 (救急外来、集中治療室、手術室の設備があるか)、パート C の項目 10 (CIU 病棟に備えてある精神科的な安全に係る機能)、パート C の項目 13 (CIU 病棟に備えてある精神科リハビリテーション・生活支援に関する機能)、パート D の項目 17 (CIU 病棟で勤務するパラメディカルの職種数)、パート D の項目 21 (CIU 病棟に備えてある精神科・身体科の特殊機能)、パート D の項目 23 (CIU 病棟からコンサルト可能な診療科数)、パート D の項目 24 (CIU 病棟で提供する平日日中の検査種類)、パート D の項目 25 (CIU 病棟で提供する夜間休日の検査種類)、パート D の項目 26 (CIU 病棟で提供する身体処置・治療の種類) 等があげられ、hc1-クラス 1 で優れていた。

○CIU タイプ 4 の診療体制における特徴：
hcl-クラス 1 (CIU タイプ 4) と、hcl-クラス 3 (CIU タイプ 2) とを比較した際、様々な点で差異を認めた。まず、CIU 病棟における精神科身体合併症対応の基本方針 (D7) として、CIU タイプ 4 では、精神科的、身体的問題はいずれも精査・加療を行うのが 88.9% の施設の方針であった。対して CIU タイプ 2 では、56.3% の施設で精神科的な問題は常に精査・加療を行い、身体的な問題は必要に応じて精査・加療を行う方針であった。

精神科身体合併症対応における、身体科と精神科との連携 (D9) について、CIU タイプ 4 では診断、治療、看護のすべてで連携があると回答したのが 71.4% に上った。CIU タイプ 2 では 56.3% に留まっていた。対応基本方針 (D7) の背景として、身体科との連携にも差異があることが考えられた。

本邦の臨床実態を考慮すると、GHP における CIU タイプ 4 では精神病床において身体科・精神科のそれぞれが主治医もしくは責任医として治療に当たることが要点と考えられた。当然、PEH ではこの対応は行いづらいが、身体科の常勤医を雇用する、もしくは、近隣の救急告示病院との密な連携体制を構築していることが対策と考えられた。

看護力の点でも差異を認めた。CIU タイプ 4 では、CIU 病棟で勤務する看護師の技術教育について、精神科看護 3 年以上の実務経験相当であるものが 25-50% であるのが最多 (44.4%) で、身体科看護 3 年以上の実務経験相当であるものが 25-50% であるのが最多 (36.5%) であり、精神科看護・身体科看護いずれも 3 年以上の実務経験相当であるものが 50-75% であるのが 39.7% と最多になっていた。CIU タイプ 2

では、精神科看護 3 年以上相当 50-75% が 37.5% と最多で、身体科看護 3 年以上相当 1-25% が 50% と最多、精神科・身体科看護いずれも 3 年以上相当は 25-50% が 37.5% と最多であった。精神科・身体科看護いずれも 3 年以上相当の看護技術を持つものは、CIU タイプ 4 では 50% 以上、CIU タイプ 2 では 25% 以上が一つの目安と考えられた。

<CIU タイプ 3 について> 本邦では、一般病床での精神科身体合併症対応を可能にする病棟機能となるが、本調査では一般病床を対象としておらず類型化はできなかった。

D. 考察

今回、我々は単科精神科救急病院、有床精神総合病院における身体合併症対応の病棟機能把握を目的に調査を行った。本調査に対する回答比率は、精神科救急病院群 (PEH) で 38%、有床精神総合病院群 (GHP) で 44% に上った。悉皆データとは判断できないが、任意な全国調査であり回答率としては妥当な水準であると考えられる。回答した PEH の 70%、GHP の 92% が精神科身体合併症治療に積極的に取り組んでおり、この比率は想定より高かった。この結果は、精神科病棟で精神科身体合併症に取り組まざるを得ない現実的な求めが大きい可能性を示唆している。その一方で、本調査に対し、精神科身体合併症に積極的に取り組む施設が回答する傾向が比較的高かったという可能性もある。例えば PEH で身体合併症患者の対応を行っている 42 施設のうち、パート B 以降に進んだ施設は 14 施設に留まった。調査依頼の中で、身体合併症対応する病棟機能について強調されたため、合併症

対応整備の進んでいない施設群で回答脱落が生じた可能性がある。GHP ではスクリーニングパートで CIU 臨床ありと考えられる 104 施設中、67 施設がパート B 以降を回答していたため、今回調査の結果については、PEH については精神科単科病院の中で積極的に合併症対応を行う施設群の現状と理解する必要があるかも知れない。そもそも本調査に回答することを回避した可能性もある。

日本精神科病院協会（以下、日精協）の報告書（精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組みの実態調査）によれば、精神科医師による治療が困難と判断された場合の身体合併症治療についての設問があり、そこでは精神科病院群では転院 45%、自院の身体的治療を担当する医師が精神病床で治療 31% と続いている。今回調査では類似状況について複数選択式で回答を求めていたため、まったく同じ条件ではないが、PEH60 施設中 34 施設が「転院させる」、24 施設が「精神科治療後転院」、23 施設が「精神病床に入院させて身体科コンサルト」となっていて、CIU 臨床を行っている PEH は日精協の報告書にある精神科病院群と類似の一群と考えられる。GHP についても日精協の報告書にある総合病院群と類似の一群と考えられた。

CIU とは、精神科身体合併症対応を行う病床のことである⁷⁾。この際、精神心理的な問題と身体的な問題と、この両方に同時介入できる対応体制を最善（CIU タイプ 4）とするものであるが、本邦の医療環境においては、一般病床で対応する場合（CIU タイプ 3）、精神病床で身体加療を行う場合（CIU タイプ 2・1）などもあり得る。また、介入の濃淡も考慮に入れ、例えば本邦においては、精神科・身体

科の医師の役割として、病棟に常駐して責任を負う、担当者として責任を負う、コンサルタントとして責任を負う等があるが、より高濃度な介入を CIU タイプ 4 では求めている。

今回調査では、一般的な精神病床より、医師・看護師の配置他を含めた診療体制面で優れている PEH や GHP から幅広く回答を得て、精神科身体合併症対応の現状と施設環境を確認することで、本邦における CIU タイプ 1 から 4 までの類型化を試みた。ところが、前述のように、回答施設が精神科身体合併症対応をしている（CIU 臨床あり群）と回答していても、パート B 以降の病棟機能詳細を報告せずに回答を終了している施設も多かった。このこともひとつの所見と考え、回答施設を CIU 臨床の有無、パート B 以降の病棟機能（以下、CIU 機能）の有無、そして未回答によって分類した（表 2-1、表 2-2）。PEH については回答施設の 70% が CIU 臨床に取り組んでいるものの、一定程度以上の CIU 機能を有する施設は 20% に留まっており、全国 11 都道府県にしか整備されていなかった。GHP については回答施設の 92% が CIU 臨床に取り組んでいるものの、一定程度以上の CIU 機能を有する施設は 55% であり、整備は全国 29 都道府県に留まっていた。しかしながら、図 1-1、図 1-2 そして図 2 に示されたように、2002 年の精神科救急入院料、2008 年の精神科救急・合併症入院料、2012 年の総合入院体制加算、2016 年の精神疾患診療体制加算などの制度設計を通じて、緩やかではあるが確実に精神科身体合併症病棟の整備は進んでいる。行政の果たす役割は大きいと考えられる。

今回、CIU 臨床を行う病院の全国分布が得られたが、その中で身体合併症対応に特化した

病床が PEH にも GHP にも存在することが判明した。クラスタ分析の結果から、PEH の中で CIU タイプ 4 を運営するのは 1 施設あり、CIU タイプ 2 に該当する施設は 9 施設、CIU タイプ 1 に該当する施設は 2 施設あると考えられた。PEH であっても、CIU タイプ 4 に該当する施設は、PEH でありながら身体科医師の雇用も多く、身体管理の設備面にも多くの投資をしている施設であった。PEH の CIU タイプ 2 に該当する施設の中で好事例と考えられる施設もあり、そこでは病棟ごとに身体合併症対応ゾーンを設置するなどの設備投資がみられた。それでも、PEH の CIU タイプ 4 と比較すると、PEH の CIU タイプ 2 では医師・看護師などの人的資源、夜間休日の検査・処置の提供体制などに弱さがあった。病棟機能として CIU タイプ 4 を有する GHP は 62 施設であったが、これは PEH の CIU タイプ 4 とほぼ相同的な施設体制であった。CIU タイプ 2 と判断される GHP も 5 施設あった。

おそらく、CIU 臨床を行っていながらパート B 以降の回答を行わなかった施設群は CIU タイプ 1 に該当すると考えられるが、これは今後の確認が必要である。

精神科救急病院（PEH）は精神科医療のなかでは高規格病棟と考えられ、全国精神科病院の約 15%を占めている。未だ全ての都道府県に配備されてはおらず、全国には 2 次医療圏が 2020 年 9 月時点では 335 区域あるとされたため、その半分以下の数でしかないが、精神科身体合併症診療の受け皿のひとつとしてとても重要な存在となる。“にも包括”の整備が進められるなか、一般救急の枠組みで合併症急性期治療を終えた後、亜急性期の合併症診療を担う病棟（CIU タイプ 2）が必要であるか

らである。今回調査から、CIU タイプ 2 に標準的に求められるものは平日日中の検査体制と酸素投与設備と考えられる。これと同時に、喀痰吸引、胃管、膀胱留置カテーテル挿入などの処置を一部の標準的な PEH の CIU タイプ 2 でも行っているところがあることは特筆すべき点である。今後はこれらが提供できる施設の体制整備を構築していく必要性が高いと考えられた。

一般病床において提供される CIU タイプ 3 については類型化を進めることは出来なかつたが、これまで行政が行ってきた制度設計のうち、精神疾患診療体制加算の実績や、そのなかから一般病床で受け入れた実績などが援用できるかもしれない。例えば、2 日に 1 度程度は精神科身体合併症患者を受け入れて（精神疾患診療体制加算 1・2）、その大半は救命救急センターを始めとする一般病床で対応するなどが目安となるかも知れない。この点については今後の調査検討が必要と考えられる。

PEH、GHP のどちらにも共通して、CIU タイプ 4 を有する施設は標準的に夜間休日も含めて検査・処置の体制が整っている必要がある。精神病床が主体の病院であっても、内科・外科他の身体科医師の常勤雇用があり、精神科看護・身体科看護技術（それぞれに 3 年以上の実務経験相当）を有する看護師が CIU 病棟看護師の 50%以上を超える場合、「CIU タイプ 4 整備あり」と考えられた。CIU タイプ 2 も含め、これらのシステムを持続可能にするためには、一定の CIU 水準を有するかどうかを制度等により評価したうえ、各地域の体制整備を検討していくことが考慮される。

これに加え、GHPにおけるCIUタイプ4において精神科身体合併症の診療を円滑に進めるためには、身体的重症度に応じて精神病床、救命救急センター他の一般病床を使い分けることが必要である。現在、精神疾患診療体制加算1・2が認められているが、毎月一定数この加算実績があるGHPにおいて、精神病床の稼働に占める身体合併症の割合が25%を超える場合において、特別な対応(CIU病棟運営)を行っていると配慮する必要があるかも知れない。そして、このCIU病棟運営認定は今後の病院機能分化と病病連携の深化に役立つかもしれない。

例えば、精神症状に身体疾患を伴う場合、総合病院などの身体救急対応可能な病院が急性期治療を担い、その施設に精神病床がありCIU臨床が可能な際は、急性期の身体治療後は精神病床に移り、亜急性期の治療が実施される。これは限られた病床しか有さない救命救急センターでは特に必要なことである。しかしここで問題となるのは、入院から2週間以後で身体的な問題は改善しつつあるなかで、いまだ精神症状が活発な患者への精神科治療である。日精協報告にもあるが、精神科単科病院では酸素投与・喀痰吸引などの処置が簡単に行えないことがあるため、救命救急センターの入室基準を満たさなくなった症例でも、酸素投与が終了し、喀痰吸引が不要であるというように身体治療がほぼ終了した状態でなければ精神科単科病院での受け入れは困難なことが多い。この状態にある患者を、CIUタイプ4(GHP)もしくはCIUタイプ3(精神科身体合併症対応を行う一般病床)の病床で対応することは継続的に十分な身体治療を提供できる点で優れている。ただし、CIUタイプ4に入室する患者は精神症状の重症度が高度～

中等度と想定されるため、例えば、幻覚妄想に左右されて自殺企図を行った症例や、肺炎を契機に認知症にせん妄が重畠した症例など、身体治療がほぼ終了した時点においても、精神症状は相当程度活発な状態であることが予想される。CIUタイプ4の病床も限られた医療資源であり、継続的な精神科治療を行うために精神科単科病院への転院調整を行うこととなるが、CIUタイプ4は精神病床であるため、CIUタイプ4から地域の精神科救急急性期医療入院料をとる病棟への転院は出来ない。CIUタイプ4に入室するような、心身共に重症な状態にある患者が、制度上の問題によって、CIUタイプ4に入室したがために良質な精神科亜急性期治療や精神科リハビリテーションへアクセスできないことは大きな問題である。これは、地域によっては、有床精神総合病院がCIU臨床から一般精神科入院治療・一般精神科外来リハビリテーションまで幅広く担う必要があり、実際に急性期治療から地域生活移行までの医療サービスを提供している場合は問題にならない。他方、病院機能分化が進む地域では、CIU臨床を担う病院群と、一般精神科救急医療を担う病院群とが分かれており、制度のために病病連携が阻害され、引いては患者の治療的利益を損なうことになる。このため、CIU病棟運営認定された精神病床が十分活用されるよう、例えば、精神病床への入院と見なさないなど、新たな配慮が必要かも知れない。このことは、精神科身体合併症対応の際、必要以上に精神科単科病院に患者が搬送されることも防ぎ、必要な治療を必要な患者に届かせる一助となり得る。

本邦におけるCIU病棟の類型と、高規格精神病床が担う役割とその要件について分担班案を図3に示す。

E. 結論

今回、精神科身体合併症診療の現実について、回答施設を代表する病棟をもとに調査を行った。本邦の精神科身体合併症対応に資する病棟機能のモデルが描出された。“にも包括”を支える地域精神医療の整備のためには、地域内での病院機能分化と病病連携が必要となり、GHP で CIU タイプ 4 を充実させつつ、PEH では CIU タイプ 2 を普及させ、相互の連携を図ることが必要である。GHP では一般病床における精神科身体合併症の受入れ実績も考慮されるべきだろう。病病連携促進のため、CIU タイプ 4 を整備する GHP の精神病床の新たな位置づけを行うことは、CIU タイプ 2 を整備する精神科救急病棟との病病連携を容易にし、病院機能分化を深化させるかも知れない。これらは“にも包括”の推進に大きな役割を果たす可能性がある。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 橋本聰他：救急医療連携：精神科救急ガイドライン 2022 年版, 2022 ; 234-255.

2. 学会発表

- 1) 橋本聰他：精神科救急スクリーニング＆トリアージツールは精神科・一般救急医療との連携強化に有用である. JSPN118 · SY02 · 2022.

- 2) 橋本聰他：精神科救急病院における精神科身体合併症病棟の全国分布. JAEP30 · 0 · 2022.

- 3) 橋本聰他：本邦における精神科身体合併症病棟の現状と課題. JSGHP35 · 0 · 2022.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

I. 引用文献

- 1) 厚生労働省ウェブサイト：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html> (2021 年 6 月 14 日閲覧)

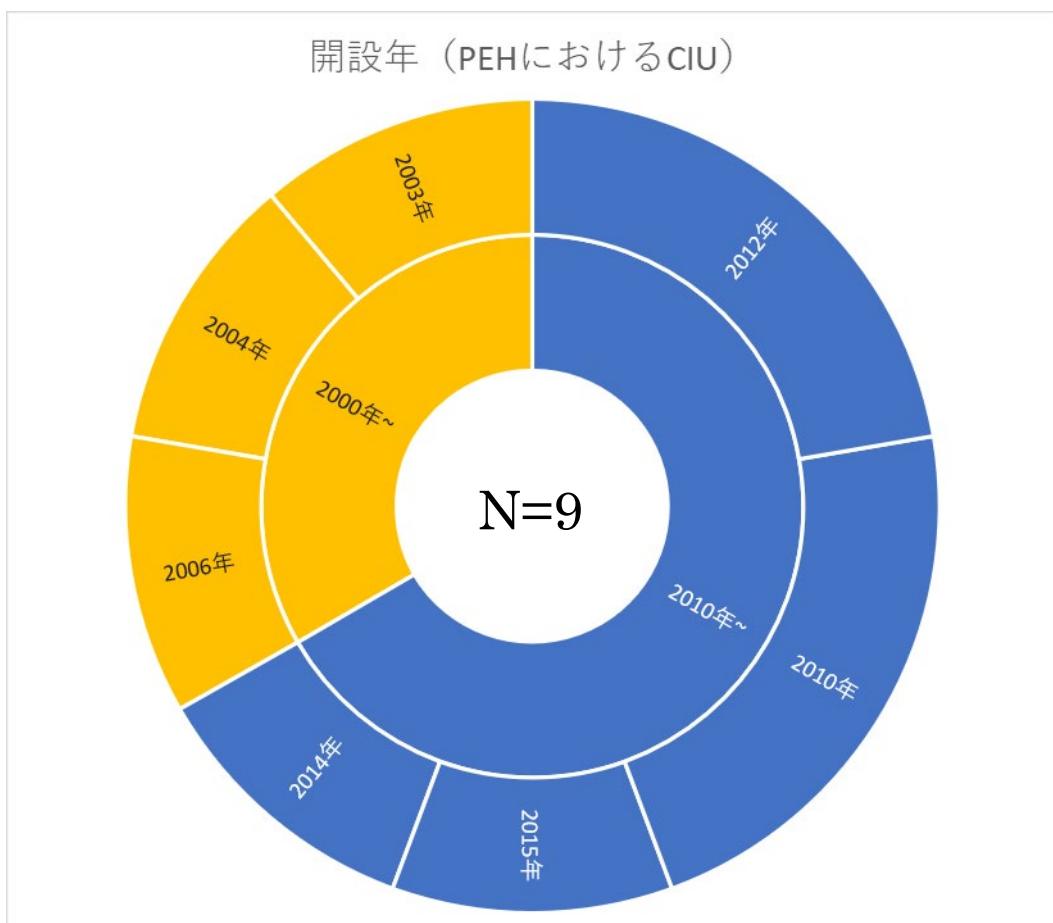
- 2) 日本精神科病院協会：精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査報告書〔令和 2 年度厚生労働科学研究補助金（障害者総合福祉推進事業）〕 2021.

- 3) 八田耕太郎, 小林孝文, 黒澤尚：身体合併症医療の実態と展望：東京都における前向き全数調査から. 精神経誌, 2010; 110: 973-979.

- 4) Kathol RG, Kunkel EJS, Huyse FJ, et al : Psychiatrists for Medically

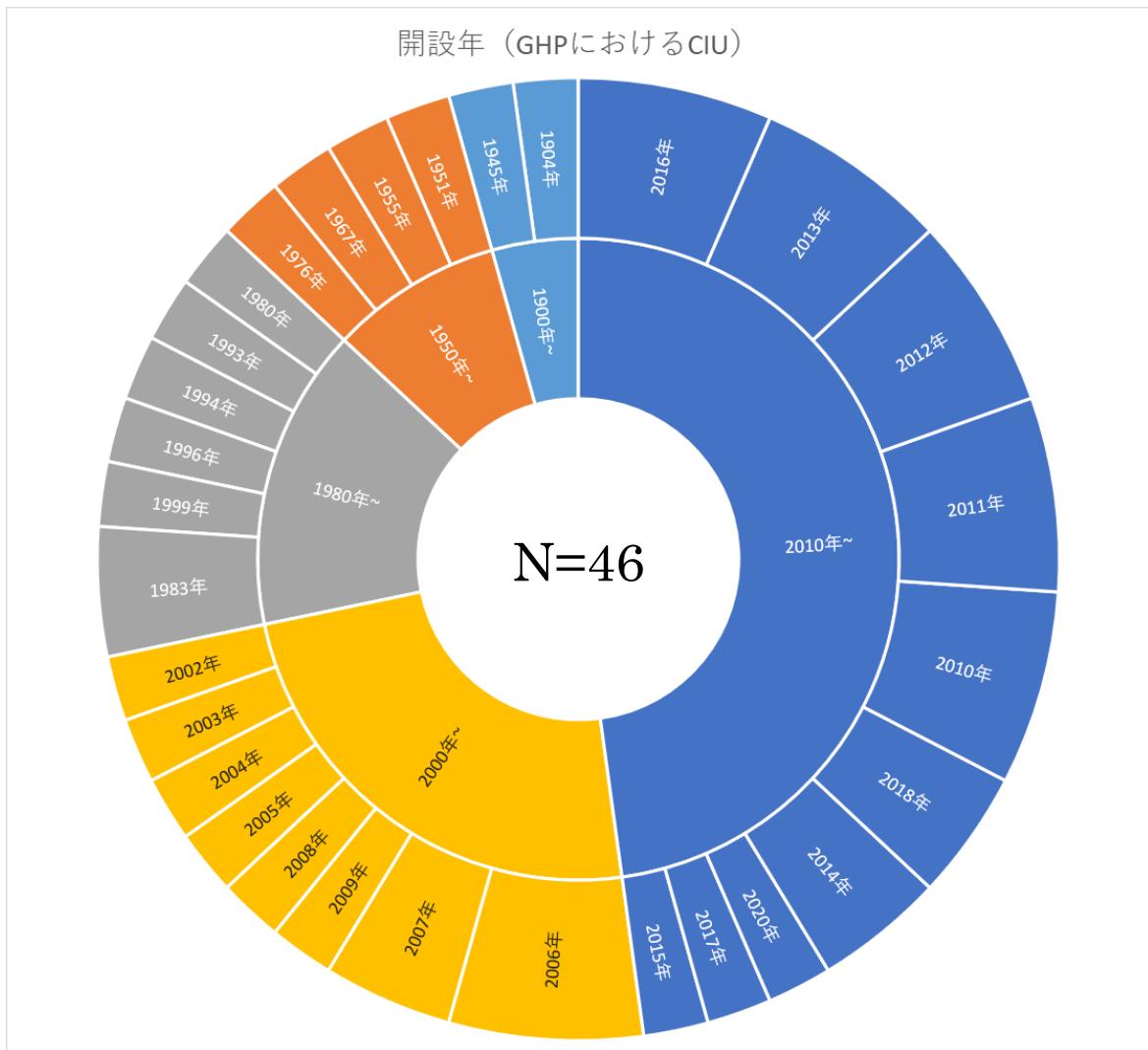
- Complex Patients: Bringing Value at the Physical Health and Mental Health/Substance-Use Disorder Interface.
Psychosomatics 2009; 50: 93-107.
- 5) Kishi Y, Kathol RG : Integrating Medical and Psychiatric Treatment in an Inpatient Medical Setting; The typeIV Program. Psychosomatics 1999; 40: 345-355.
- 6) Huang H, Meller W, Kathol RG, etal: What is integrated care?. Integrated Care 2014; 26: 620-628.
- 7) 橋本聰他：救急医療連携：精神科救急ガイドライン 2022 年版, 2022 ; 234-255.

【図 1-1】精神科救急病院における CIU 開設年一覧



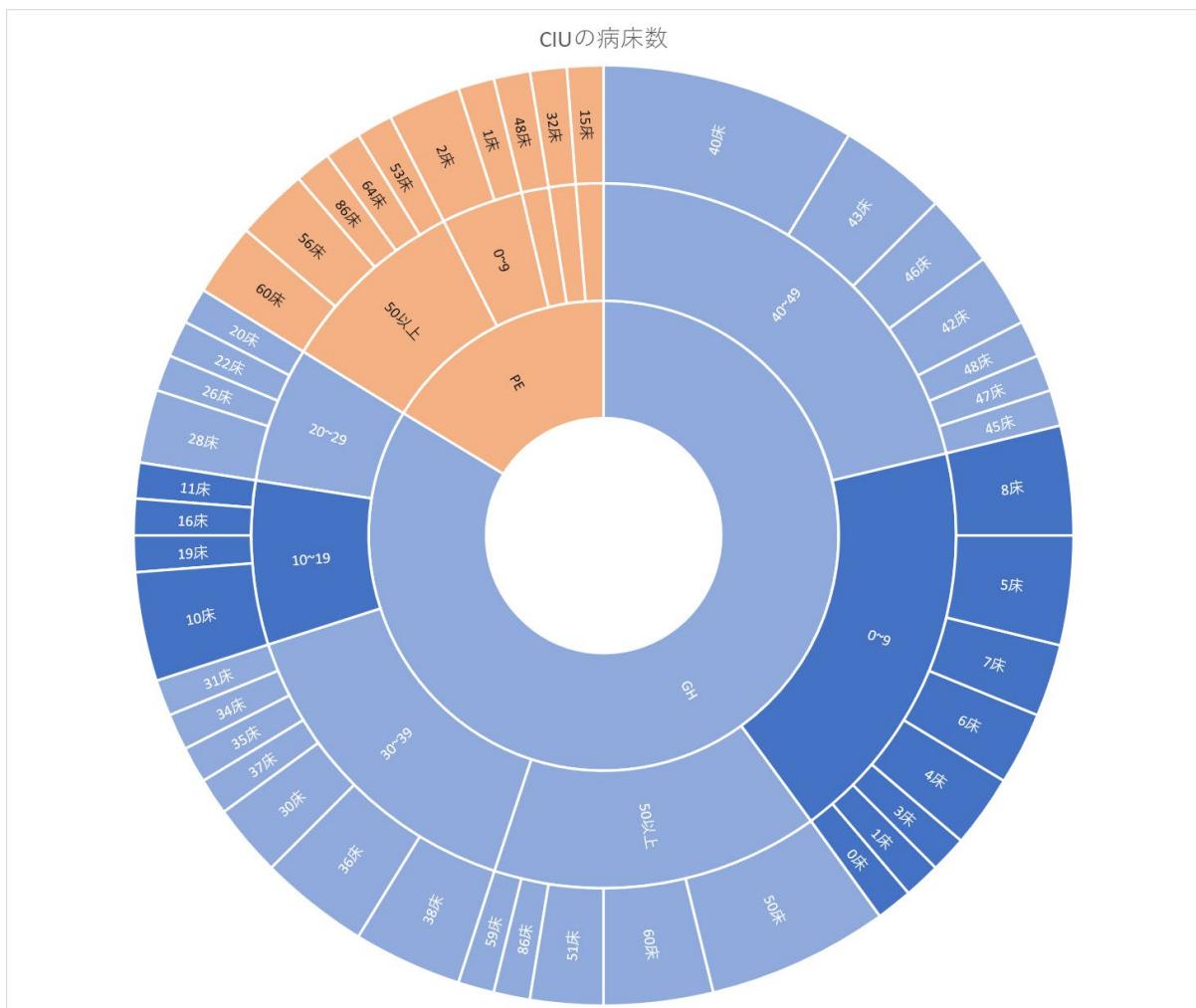
※ CIU: Complexity Interventions Units、PEH: Psychiatric Emergency Hospital

【図 1-2】有床精神総合病院における CIU 開設年一覧



※ CIU: Complexity Interventions Units、GHP: General Hospital Psychiatry

【図 2】 CIU 病床数の分布



※ 暖色系が PEH、寒色系が GHP を示し、面積は施設数を反映する。

※ CIU: Complexity Interventions Units、PEH: Psychiatric Emergency Hospital、GHP: General Hospital Psychiatry

【図 3】 CIU 類型と高規格精神病床が担う役割、その要件（分担班案）

“にも包括”を支える、精神科身体合併症対応体制の要点について

CIU類型	有床精神総合病院 タイプ4	精神科救急病院 (精神科単科) タイプ2
施設体制	<ul style="list-style-type: none">・ 夜間休日を含めた検査・処置体制・ 内科・外科他の身体科医師の常勤雇用・ 充分な精神科看護・身体科看護技術（3年以上の実務経験相当）を有する看護師がCIU病棟看護師の50%以上	<ul style="list-style-type: none">・ 平日日中の検査体制・ 酸素投与設備・ 内科・外科他の身体科医師の常勤雇用、もしくは、救急告示病院との連携体制・ 充分な精神科看護・身体科看護技術（3年以上の実務経験相当）を有する看護師がCIU病棟看護師の25%以上
診療体制	<ul style="list-style-type: none">・ 精神科診療体制加算1の算定実績が毎月15件以上ある（うち一般病床受入れが10件以上）・ 精神病床の稼働に占める身体合併症の割合が25%以上	<ul style="list-style-type: none">・ CIUタイプ4からの転院受入れが毎月2件以上ある・ 精神病床の稼働に占める身体合併症の割合が10%以上

※ Complexity Intervention Unit : CIU

【表 1-1】全国精神科病院に調査対象施設（精神科救急病院）のしめる割合

都道府県	全国精神科病院数 (N) ^{※1}	調査対象施設 (N) ^{※2}	調査対象施設比率 (%)
全国	1059	157	14.8
北海道	68	6	8.8
青森県	17	2	11.8
岩手県	15	2	13.3
宮城県	27	1	3.7
秋田県	16	2	12.5
山形県	14	5	35.7
福島県	23	1	4.3
茨城県	20	2	10.0
栃木県	17	1	5.9
群馬県	13	3	23.1
埼玉県	46	7	15.2
千葉県	34	11	32.4
東京都	50	15	30.0
神奈川県	47	6	12.8
新潟県	20	2	10.0
富山県	19	0	0.0
石川県	13	2	15.4
福井県	10	1	10.0
山梨県	8	1	12.5
長野県	15	3	20.0
岐阜県	12	2	16.7
静岡県	31	4	12.9
愛知県	37	11	29.7
三重県	12	4	33.3
滋賀県	7	0	0.0
京都府	11	3	27.3
大阪府	39	11	28.2
兵庫県	33	6	18.2
奈良県	4	2	50.0
和歌山県	8	1	12.5

鳥取県	4	1	25.0
島根県	9	2	22.2
岡山県	16	2	12.5
広島県	31	2	6.5
山口県	28	2	7.1
徳島県	15	3	20.0
香川県	11	2	18.2
愛媛県	13	1	7.7
高知県	11	1	9.1
福岡県	63	11	17.5
佐賀県	14	1	7.1
長崎県	28	1	3.6
熊本県	38	4	10.5
大分県	25	0	0.0
宮崎県	17	1	5.9
鹿児島県	37	1	2.7
沖縄県	13	5	38.5

※1 厚生労働省医療施設動態調査（令和3年1月末概数）より

※2 全国有床精神科総合病院一覧（2017年3月版）の調査班改訂版より

【表 1-2】全国一般病院に調査対象施設（有床精神総合病院）のしめる割合

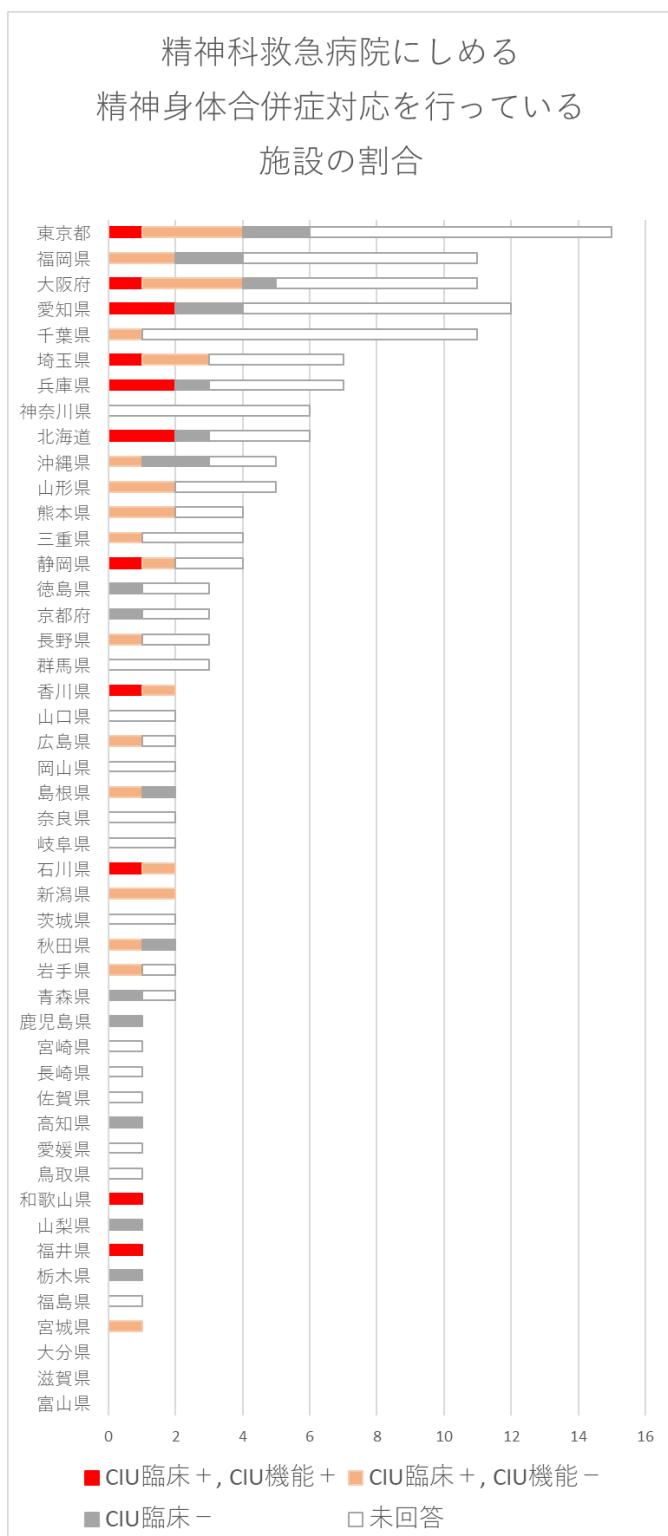
都道府県	全国一般病院 (N) ^{*1}	調査対象施設 (N) ^{*2}	調査対象施設比率 (%)
全国	7179	257	3.6
北海道	479	25	5.2
青森県	77	7	9.1
岩手県	77	4	5.2
宮城県	109	4	3.7
秋田県	50	6	12.0
山形県	53	2	3.8
福島県	102	5	4.9
茨城県	153	1	0.7
栃木県	87	5	5.7
群馬県	115	1	0.9
埼玉県	296	5	1.7
千葉県	255	9	3.5
東京都	588	32	5.4
神奈川県	289	13	4.5
新潟県	105	3	2.9
富山県	87	7	8.0
石川県	78	6	7.7
福井県	57	4	7.0
山梨県	52	3	5.8
長野県	111	6	5.4
岐阜県	85	4	4.7
静岡県	140	4	2.9
愛知県	284	7	2.5
三重県	81	2	2.5
滋賀県	50	4	8.0
京都府	152	4	2.6
大阪府	473	12	2.5
兵庫県	314	7	2.2
奈良県	71	1	1.4
和歌山県	75	3	4.0

鳥取県	39	2	5. 1
島根県	38	5	13. 2
岡山県	145	3	2. 1
広島県	206	6	2. 9
山口県	114	1	0. 9
徳島県	92	2	2. 2
香川県	77	5	6. 5
愛媛県	121	2	1. 7
高知県	111	5	4. 5
福岡県	393	10	2. 5
佐賀県	86	1	1. 2
長崎県	120	5	4. 2
熊本県	170	2	1. 2
大分県	128	3	2. 3
宮崎県	120	3	2. 5
鹿児島県	197	2	1. 0
沖縄県	77	4	5. 2

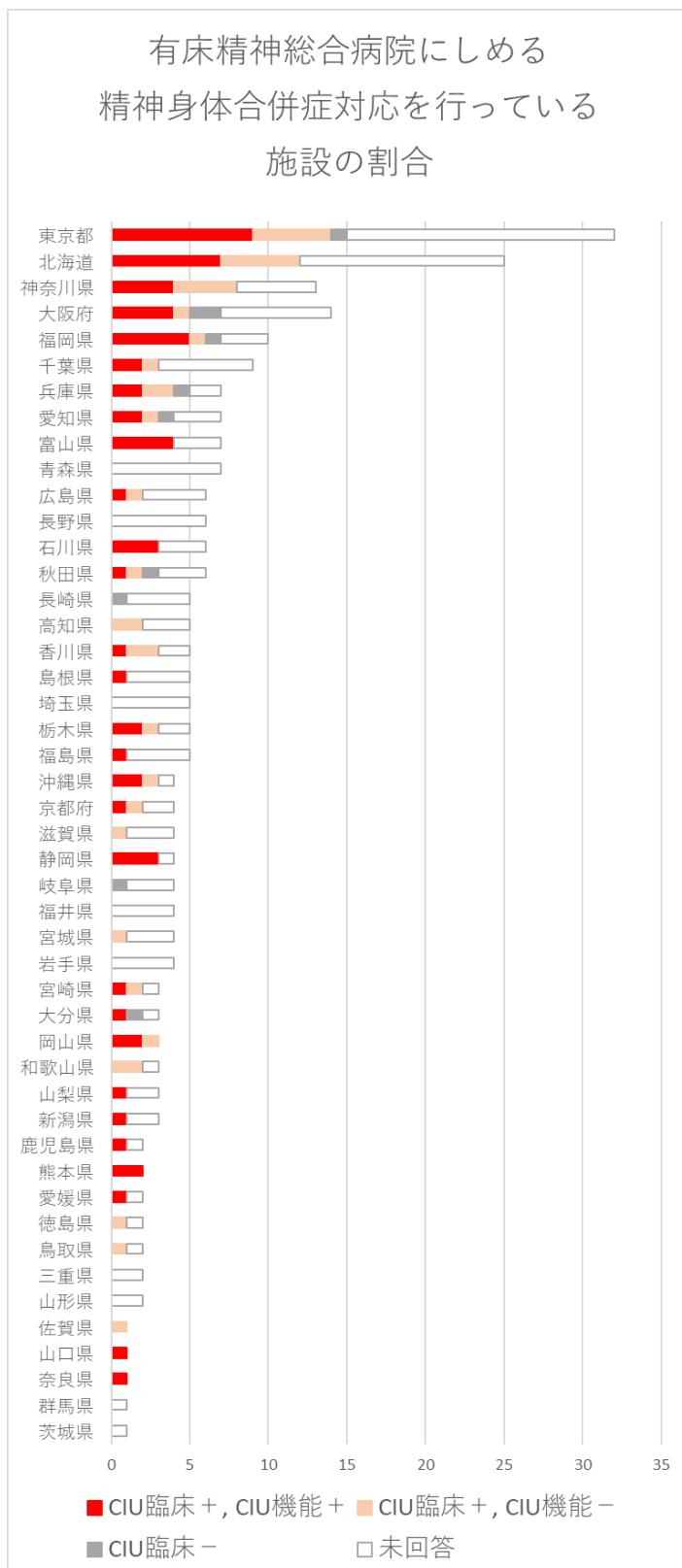
※1 厚生労働省医療施設動態調査（令和3年1月末概数）より

※2 全国精神科救急入院料認可施設一覧（2021年3月版）より

【表 2-1】精神科身体合併症対応を行っている施設の割合（精神科救急病院）



【表 2-2】精神科身体合併症対応を行っている施設の割合（有床精神総合病院）



【表3】病棟機能に関するクラスタ分析におけるクラス別項目チェック数平均値

クラスタ分析 (パートBCD)			
項目	class1	class2	class3
b3	2.94	0.47	1.13
b4	0.63	0.06	0.25
c10	5.48	0.00	4.50
c11	3.98	0.01	3.25
c13	5.22	0.00	4.56
d2	1.11	0.02	1.25
d3	1.02	0.02	1.13
d5	2.98	0.02	2.38
d8	1.51	0.02	1.19
d9	2.65	0.05	2.25
d15	1.25	0.03	1.00
d17	4.87	0.04	2.94
d18	2.46	0.03	1.94
d20	0.51	0.02	1.13
d21	6.13	0.11	4.69
d22	0.05	0.00	0.31
d23	19.33	0.03	2.19
d24	6.92	0.10	5.75
d25	5.62	0.04	3.06
d26	8.89	0.11	5.38
d29	5.40	0.04	5.13
d30	8.67	0.11	8.31

【基礎資料1】パートA（スクリーニング質問）の基礎集計

単科精神科病院のPEH 157 有床精神総合 257

		PEH	60	GHP	113
a2	【択一】貴院は身体合併症患者の入院治療に対応していますか？	はい	N 42	N 104	
a3	【択一】貴院には、身体合併症患者の入院治療に特化した病床（CIUやMPUなど）がありますか？	はい	N 6	N 29	
a4	【変則択一】（3が「a.はい」の方のみ回答）その入院病床（CIU）は精神保健福祉法適応の精神科病床ですか？	はい	N 6	N 25	
a5	【変則択一】（3が「b.いいえ」の方のみ回答）貴院では、身体合併症患者の入院治療をいずれの病棟で対応していますか？				
	a. 内科や外科などの一般病床	N 1		N 12	
	b. 救命センターやICU・HCUなどの集中治療病棟	N 0		N 4	
	c. 精神科 10:1	N 21		N 14	
	d. 精神科 13:1	N 1		N 17	
	e. 精神科 15:1	N 16		N 8	
	f. 精神科 18:1	N 0		N 0	
	g. 精神科 20:1	N 2		N 0	
	【自由記載】精神科対応	N 0		N 6	
	【自由記載】精神科病棟	N 0		N 9	
	【自由記載】特殊疾患病棟	N 2		N 0	
	【自由記載】他病院へ紹介	N 7		N 2	
a6	【択一】身体科・精神科の医師は、入院患者に対して、夜間休日にも診療（診察・治療）を行っていますか？※常駐とはCIU相当の病棟に対するものかどうか				
	a. 行っている	N 4		N 40	
	b. 身体科医師は夜間休日にも常駐・診療し、精神科はオンライン体制をとっている。	N 0		N 27	
	c. 精神科医師は夜間休日にも常駐・診療し、身体科はオンライン体制をとっている。	N 3		N 3	
	d. 身体科医師は夜間休日にも常駐・診療し、精神科は平日日中のみ診療を行う。	N 0		N 1	
	e. 精神科医師は夜間休日にも常駐・診療し、身体科は平日日中のみ診療を行う。	N 12		N 0	
	f. 身体科・精神科ともに夜間休日はオンライン体制で、要事診療を行う。	N 1		N 23	
	g. 身体科のみ夜間休日オンライン体制で要事診療を行うが、精神科は平日日中のみ診療を行う。	N 1		N 4	
	h. 精神科のみ夜間休日オンライン体制で要事診療を行うが、身体科は平日日中のみ診療を行う。	N 21		N 6	
	x. 行っていない	N 17		N 5	
a7	【複数選択】貴院において、内科／外科的にも、精神心理的にも、心身共に放置できない問題を抱えた患者についてどのように対応していますか？あてはまるものをすべて選択してください。				
	転院させる（入院させない）	N 34		N 10	
	身体的な治療のみを行い、終了後、退院（または精神科に転院）させる	N 1		N 19	
	精神的な治療のみを行い、終了後、退院（または身体科に転院）させる	N 24		N 9	
	身体科病棟に入院させて、精神科へコンサルトする	N 3		N 90	
	精神科病棟に入院させて、身体科にコンサルトする	N 23		N 87	
	身体科病棟に入院させて、精神科医へ電話相談する（相談窓口や他院の精神科医）	N 1		N 2	
	精神科病棟へ入院させて、身体科が主治医となり、精神科医も担当となるが、病床は身体合併症患者だけが利用するわけではない	N 7		N 22	
	精神科病棟へ入院させて、身体科が主治医、精神科が担当し、病床は身体合併症のみが利用する	N 1		N 3	

【基礎資料 2】パート B・C の基礎集計

B1以降の該当	PE	42	GH	104
b1 【択一】貴院はどのタイプの病院ですか？	a. 大学病院 b. 公的総合病院 c. 民間総合病院 d. 精神科単科病院	N 0 N 1 N 1 N 58	N 48 N 54 N 10 N 0	
b2 【択一】病床数は、以下のいずれに該当しますか？	a. 100床以下 b. 101-200床 c. 201-500床 d. 501-900床 e. 901床以上 未回答	N 0 N 3 N 27 N 2 N 0 N 10	N 0 N 2 N 20 N 42 N 14 N 35	
b3 【複数選択】貴院には、以下の設備を備えていますか？	救急外来 集中治療室（術後ICU含む） 手術室 いずれもなし	N 19 N 0 N 3 N 13	N 78 N 69 N 78 N 1	
b4 【複数選択】貴院では、医師が精神科身体合併症への複合的な対応を学ぶための、研修プログラムはありますか？	精神医学と内科学 精神医学と家庭医学 精神医学と神経学 精神医学や小児精神医学と小児科学 なし その他	N 2 N 0 N 2 N 1 N 24 N 2	N 18 N 3 N 10 N 7 N 54 N 5	
b5 【択一】貴院では、CIU以外の精神医療サービスも提供していますか？	a. はい b. いいえ	N 25 N 7	N 75 N 2	
c1 【択一】CIUは他の病棟と同じ建物内にありますか？	a. はい b. 敷地は同じだが、建物は別様 c. 病院は同じだが、敷地は異なる d. その他	N 12 N 2 N 0 N 0	N 52 N 15 N 0 N 0	
c2 【択一】CIUは、内科系・外科系病棟のすぐ近くにありますか？	a. はい b. いいえ c. 身体合併症患者は、身体科 d. その他	N 1 N 13 N 0 N 0	N 51 N 13 N 2 N 0	
c3 【択一】CIU病棟は以下のどれですか？	a. 封鎖病棟（精神病床） b. 開放病棟（精神病床） c. 少なくとも1人の入院患者がいる d. 一般病床	N 2 N 0 N 11 N 0	N 8 N 3 N 52 N 2	
c4 【択一】貴院のCIUに入院するには、「活発な身体症状および活発な精神症状の両方を有すること」という入院基準がありますか？	a. はい b. いいえ	N 6 N 8	N 28 N 39	
c6 【実数入力】CIUの病床数を教えてください。	最大値 最小値 平均	N 86 N 1 N 41.1538	N 86 N 0 N 31.3134	

【基礎資料3】パートDの基礎集計

B以降の該当	PE	42	GH	104
d1 【択一】CIUのうち、身体合併症治療のために使われているのはどのくらいの割合ですか？	a. 0～25%	N 11	N 27	
	b. 26～50%	N 0	N 14	
	c. 51～75%	N 0	N 10	
	d. 76～99%	N 3	N 9	
	e. 100%	N 1	N 6	
d6 【択一】CIUでは、精神科医師は病床専属のスタッフですか？	a. 病床専属の医師がいる（外来など他業務は基本的に行わない）	N 0	N 8	
	b. 病床相当の医師がいる（外来など他業務も兼任する）	N 10	N 54	
	c. 明確な専属ではなく、適宜担当がつく（コサルト型や非常勤の場合）	N 1	N 4	
	d. その他	N 3	N 1	
d8 【複数選択】CIUにおいて、身体合併症患者の診療はどのように担当されていますか？	精神科と身体科の両方のトレーニングを受けた医師が診療	N 2	N 6	
	精神科医と身体科医が同時に平行して診療	N 5	N 56	
	精神科医が毎日身体科にコンサルトする	N 1	N 2	
	身体科医が毎日精神科にコンサルトする	N 0	N 0	
	精神科医が必要時に身体科にコンサルトする	N 6	N 29	
	身体科医が必要時に精神科にコンサルトする	N 1	N 8	
	その他	N 0	N 0	
d10 【択一】CIUにおける身体科主治医／担当医は身体合併症患者の治療経験を積んでいますか？	a. 全員にかなりの経験がある	N 4	N 9	
	b. 多くがかなりの経験がある	N 3	N 37	
	c. 少数だけが経験がある	N 3	N 20	
	d. ほとんど経験がない	N 2	N 1	
d13 【択一】CIUにおいて、どのくらいの割合の看護師が、精神科と身体医学的な教育の両方を受けていますか？	a. 0%	N 1	N 0	
	b. 1%～25%	N 0	N 14	
	c. 25%～50%	N 5	N 16	
	d. 50%～75%	N 2	N 25	
	e. 75%～100%	N 3	N 9	
	f. 100%	N 2	N 3	
d14 【択一】CIUにおいて、精神科と身体科を専門とする看護師は、すべてのシフトで勤務していますか？	a. はい	N 7	N 49	
	b. いいえ	N 6	N 18	
d15 【複数選択】CIUにおいて、身体合併症患者への看護は以下のいずれに当てはまりますか？	看護師は精神・身体いずれの分野にも精通して、両方を担当する。	N 5	N 38	
	精神科看護師が精神科的ケアを行い、身体的な看護師が身体的ケアを行つ。	N 0	N 1	
	精神科看護師が、身体科医師の指導・助言を受けながら身体的ケアも担当する。	N 8	N 33	
	身体科看護師が、精神科医師の指導・助言を受けながら精神的ケアも担当する。	N 2	N 11	
d24 【複数選択】CIU病棟の患者に対して、平日日中に提供している検査を選択してください。（病棟内でできる必要はありません）。	採血検査	N 14	N 67	
	12導導心電図	N 13	N 67	
	X線検査	N 14	N 67	
	CT検査	N 13	N 67	
	MRI検査	N 6	N 67	
	脳液検査	N 2	N 62	
	脳波検査	N 13	N 65	
	いずれも行っていない	N 0	N 1	
d25 【複数選択】CIU病棟の患者に対して、夜間休日に提供している検査を選択してください。（オンライン対応も含み、病棟内でできる必要はありません）。	採血検査	N 10	N 67	
	12導導心電図	N 6	N 66	
	X線検査	N 5	N 60	
	CT検査	N 5	N 67	
	MRI検査	N 3	N 51	
	脳液検査	N 1	N 35	
	脳波検査	N 0	N 24	
	いずれも行ってない	N 4	N 0	
d26 【複数選択】CIU病棟内では、以下のものを提供していますか？	酸素などの医療用ガス	N 14	N 67	
	胃管やその他の吸引装置	N 8	N 65	
	（大糞）静脈ラン	N 9	N 61	
	中心静脈ライン	N 4	N 56	
	膀胱留置カテーテル	N 9	N 67	
	経鼻呼吸管	N 9	N 66	
	経静脈栄養	N 5	N 62	
	血液または腹膜透析	N 1	N 28	
	化学療法薬の投与	N 1	N 41	
	血液製剤（輸血）	N 2	N 59	
	隔壁	N 5	N 11	
	上記全て不可	N 0	N 0	

【付録】精神科身体合併症病床に関する調査票

はじめに（用語の定義について）

本調査では、精神疾患・身体疾患いずれとも治療を要する状態を「(精神科) 身体合併症」と定義します。

例えば、「躁状態で治療が必要で、さらに抗生素の静脈投与が必要な蜂窩織炎にもなっている」、「活動性の消化管出血を伴う幻覚妄想状態の患者」、「血液透析を行っている四肢麻痺患者のせん妄」などが該当します。そして、これら身体合併症患者の入院治療に特化した病床を「CIU (Complexity Interventions Units、精神科身体合併症病床)」と定義しています。

また、内科・外科・救命センター・集中治療といった身体的な全身管理を行う科を「身体科」と定義しています。

ただし、CIU や Medical Psychiatry Unit (MPU) は全国的に普及した規格ではありません。このため、本調査においては、狭義の CIU にあらずとも、一定程度の精神科身体合併症対応を行うすべての精神病床を広義の CIU として調査対象にしています。この点ご承知おき下さい。

調査回答に際し、調査回答の対象となる病棟をまずご選定ください。

本調査の対象病棟は精神保健福祉法が適用される「精神病床」です。貴施設に複数の精神科病棟がある場合、貴院の急性期医療を担う代表的な病棟からひとつ病棟選択をお願いします。

なお、本調査において、医療サービスを「提供している」の意味ですが、一部の質問を除き、調査回答時点より過去 1 年間において提供した実績のあるものを指します。この点、ご留意ください。

X. 基本調査項目

1. 貴院の施設名を記載ください。

※調査中の照会にのみ用い、匿名データとして統計解析を行います。

[]

2. ご回答者のお名前を記載ください。

※調査中の照会にのみ用い、匿名データとして統計解析を行います。

[]

A. 身体合併症患者への対応について（スクリーニング調査）

1. 【択一】貴院には、常勤で、またはコンサルト可能な非常勤精神科医師が勤務していますか？
a. はい b. いいえ

2. 【択一】貴院は身体合併症患者の入院治療に対応していますか？
＊上記の定義ほど重度でなくても、ある程度対応されていれば「a. はい」と回答ください。
a. はい b. いいえ

3. 【択一】貴院には、身体合併症患者の入院治療に特化した病床（CIU や MPU など）がありますか？
＊精神疾患のみ、身体疾患のみではなく、純粹に身体合併症患者のためだけの病床です。
a. はい b. いいえ

4. 【変則択一】（3が「a. はい」の方のみ回答）その入院病床（CIU）は精神保健福祉法適応の精神病床ですか？
a. はい b. いいえ（救命センターや内科・外科病棟で対応）
c. [_____]

5. 【変則択一】（3が「b. いいえ」の方のみ回答）貴院では、身体合併症患者の入院治療をいずれの病棟で対応していますか？
a. 内科や外科などの一般病床
b. 救命センターや ICU・HCU などの集中治療病棟
c. 精神科 10：1
d. 精神科 13：1
e. 精神科 15：1
f. 精神科 18：1
g. 精神科 20：1
h. その他[_____]

6. 【択一】身体科・精神科の医師は、入院患者に対して、夜間休日にも診療（診察・治療）を行っていますか？
※下記選択肢中の常駐とは、病院全体のための当直は含まず、あくまでも CIU やそれに類する位置づけとなる病棟のために当直／夜勤する場合を意味します。
a. 行っている（身体科、精神科いずれの医師も夜間休日にも常駐し、診療をしている）
b. 身体科医師は夜間休日にも常駐・診療し、精神科はオンコール体制をとっている。
c. 精神科医師は夜間休日にも常駐・診療し、身体科はオンコール体制をとっている。

- d. 身体科医師は夜間休日にも常駐・診療し、精神科は平日日中のみ診療を行う。
- e. 精神科医師は夜間休日にも常駐・診療し、身体科は平日日中のみ診療を行う。
- f. 身体科・精神科ともに夜間休日はオンコール体制で、要事診療を行う。
- g. 身体科のみ夜間休日オンコール体制で要事診察を行うが、精神科は平日日中のみ診療を行う。
- h. 精神科のみ夜間休日オンコール体制で要事診療を行うが、身体科は平日日中のみ診療を行う。
- x. 行っていない（上記に該当しないもの）。
- y.

1)、2) のいずれもが「はい」で、かつ、6) が「a. から h. のいずれか」の場合、次項目 7)、そして次セッションB以降の質問もご回答ください。

上記以外、つまり、1)、2) のいずれか1つでも「いいえ」があるか、6) が x. の場合、次の7) のみ回答いただき、終了です。

7. 【複数選択】貴院において、内科／外科的にも、精神心理的にも、心身共に放置できない問題を抱えた患者についてどのように対応していますか？あてはまるものをすべて選択してください。

- 転院させる（入院させない）
- 身体的な治療のみを行い、終了後、退院（または精神科に転院）させる
- 精神的な治療のみを行い、終了後、退院（または身体科に転院）させる
- 身体科病棟に入院させて、精神科へコンサルトする
- 精神科病棟に入院させて、身体科にコンサルトする
- 身体科病棟に入院させて、精神科医師へ電話相談する（相談窓口や他院の精神科医師）
- 精神科病棟へ入院させて、身体科が主治医となり、精神科医師も担当となるが、病床は身体合併症患者だけが利用するわけではない
- その他[_____]

B. 病院について

以下の設問は、CIU を含め貴院全体のことをお尋ねます。

1. 【択一】貴院はどのタイプの病院ですか？

- a. 大学病院
- b. 公的総合病院

- c. 民間総合病院
d. 精神科単科病院
2. 【択一】病床数は、以下のいずれに該当しますか？
- a. 100 床以下
 - b. 101-200 床
 - c. 201-500 床
 - d. 501-900 床
 - e. 901 床以上
3. 【複数選択】貴院には、以下の設備を備えていますか？（複数回答可）
- 救急外来
 - 集中治療室（術後 I C U含む）
 - 手術室
 - いずれもなし
4. 【複数選択】貴院では、医師が精神科身体合併症への複合的な対応を学ぶための、研修プログラムはありますか？（定期的にそれぞれの分野の講習会や勉強会がある場合）
- 精神医学と内科学
 - 精神医学と家庭医学
 - 精神医学と神経学
 - 精神医学や小児精神医学と小児科学
 - なし
 - その他_____
5. 【択一】貴院では、CIU 以外の精神医療サービスも提供していますか？
- 例：外来診療、コンサルテーションなど
- a. はい
 - b. いいえ

C. CIUについて

以下の設問は、身体合併症患者の入院病床 (CIU)についてお尋ねます。

1. 【択一】CIU は他の病棟と同じ建物内にありますか？
- a. はい
 - b. 敷地は同じだが、建物は別棟（渡り廊下などでつながっているものも含む）

- c. 病院は同じだが、敷地は異なったところにある
2. 【択一】 CIU は、内科系・外科系病棟のすぐ近くにありますか？
- a. はい
 - b. いいえ
 - c. 身体合併症患者は、身体科の治療病棟にて対応している
 - d. その他 ()
3. 【択一】 CIU 病棟は以下のどれですか？
- a. 閉鎖病棟（精神病床）
 - b. 開放病棟（精神病床）
 - c. 少なくとも 1 人の入院患者が閉鎖処遇を必要とする場合閉鎖可能だが、ほぼ開放（精神病床）
 - d. 一般病床
- (2021 年 6 月 30 日の 24 時間で閉鎖されている時間の割合 : _____ %)
4. 【択一】 貴院の CIU に入院するには、「活発な身体症状および活発な精神症状の両方を有すること」という入院基準がありますか？
- ※外来通院で落ち着いている統合失調症の方が交通事故で入院が必要になった場合にも CIU に入院して場合は、「いいえ」になります。
- a. はい
 - b. いいえ
5. 【実数入力】 CIU が開設された日付を教えてください。
- 西暦 () 年 () 月 () 日
6. 【実数入力】 CIU の病床数を教えてください。
- () 床
7. 【実数入力】 CIU について、隔離室の数を教えてください。
- () 床
8. 【実数入力】 CIU について、一般個室の数を教えてください（隔離室を除く）
- () 床
9. 【実数入力】 CIU について、多床室の数を教えてください（例：4 床×3 部屋なら 12 床）

() 床

10. 【複数選択】 CIU 病棟に備えてある精神科的な安全に係る機能を選択してください。

- 入院時における危険物品の確認
- 病室のビデオ監視（1室以上）
- 破壊行為に耐えうる強固なドア
- 粉碎防止されている窓
- 加重がかかるとはずれるカーテンロッド
- 鋭利な医療器具を使用しないこと
- 水道を止める機能

11. 【複数選択】 CIU 病棟に備えてある医療の安全に係る機能を選択してください。

- 全病室に医療ガス用の配管と吸引器がある
- 一部の病室に医療ガス用の配管と吸引器がある
- 汚物処理室
- 投薬準備室
- 患者が触れられないようにできる鋭利な物を入れる容器
- 救急蘇生カート

12. 【択一】 CIUにおいて、トイレと浴室はどのように提供されていますか？次のいずれかを選択してください。

- a. 全ての部屋にトイレと浴室がある
- b. ほとんどの部屋にトイレと浴室がある
- c. 病棟に男女別のトイレと浴室がある
- d. 病棟に男女兼用のトイレと浴室がある（浴室が兼用の場合こちら）
- e. その他（ ）

13. 【複数選択】 CIU には次のうちどれがありますか？

- 運動やグループ活動が可能なエリア
- 患者用洗濯施設
- 食堂
- 家族やグループで面会できるエリア
- 身体的な診察室
- 物品庫
- 隔離室

D. 精神科身体合併症患者の診療体制について

1. 【択一】 CIU のうち、身体合併症治療のために使われているのはどのくらいの割合ですか？

*2021年6月30日00時00分時点のご回答ください。

*届出されている病棟単位で検討することとし、病棟内のユニット（身体合併症病床ほか）に限らないでください。

*身体合併症病床ではあるものの、現実的には20%が精神科問題のみの場合（80%が合併症）、回答はdになります。

- a. 0～25%
- b. 26～50%
- c. 51～75%
- d. 76～99%
- e. 100%

2. 【複数選択】 CIU は、どの診療部門が管理責任を負っていますか？

- 内科
- 精神科
- 家庭医学科（総合診療科を含む）
- 救急部・救命センター
- その他：_____

3. 【複数選択】 CIU の所属長（部長・センター長など）は誰が務めていますか？

- 内科医または家庭医
- 精神科医師
- 救急医
- その他：_____

4. 【択一】 CIU への入院は誰が決定しますか？

- a. 入院担当看護師
- b. 身体科医師
- c. 精神科医師
- d. 身体科医師と精神科医師の協議
- e. 専攻医（3～5年目の医師）
- f. その他：_____

5. 【複数選択】 CIU では、どの医師が治療に携わりますか？

(カンファレンスなどで話し合う場合も含みます)

- 病棟主治医
- 病棟担当医
- 病棟身体科医師
- 入院を決定した身体科医師
- 入院を決定した精神科医師
- その他 ()

6. 【択一】 CIU では、精神科医師は病床専属のスタッフですか？

(コンサルト型や非常勤の場合はいいえになります)

- a. 病床専属の医師がいる（外来などの他業務は基本的に行わない）
- b. 病床担当の医師がいる（外来など他業務も兼任する）
- c. 明確な専属はなく、適宜担当がつく（コンサルト型や非常勤の場合はこちら）
- d. その他 ()

7. 【択一】 CIUにおいて、身体・精神科的問題への対応は以下のどれにあてはまりますか？

- a. 精神科的、身体的な問題は、いずれも精査・加療行う。
- b. 精神科的な問題は常に精査・加療行う。身体的な問題は必要に応じて精査・加療行う。
- c. 身体的な問題は常に精査・加療行う。精神科的な問題は必要に応じて精査・加療行う。
- d. その他 ()

8. 【複数選択】 CIUにおいて、身体合併症患者の診療はどのように担当されていますか？

- 精神科と身体科の両方のトレーニングを受けた医師が診療
- 精神科医師と身体科医師が同時に平行して診療
- 精神科医師が毎日身体科にコンサルトする
- 身体科医師が毎日精神科にコンサルトする
- 精神科医師が必要時に身体科にコンサルトする
- 身体科医師が必要時に精神科にコンサルトする
- その他: _____

9. 【複数選択】 CIUにおいて、以下の分野のうち、身体科と精神科の連携が行われていますか？

- 診断
- 治療
- 看護
- 上記いずれも連携していない

10. 【択一】 CIUにおける身体科主治医／担当医は身体合併症患者の治療経験を積んでいますか？
※ここでいう「主治医」は、CIUにおいて患者の入院管理に説明責任を有するもので、診療科は限定されません。判断を統一するため、2021年6月30日における、対象病棟に入院する身体合併症患者の身体科主治医／担当医についてご検討ください。
- a. 全員にかなりの経験がある
 - b. 多くがかなりの経験がある
 - c. 少数だけが経験がある
 - d. ほとんど経験がない
11. 【択一】 CIUにおいて、どのくらいの割合の看護師が、精神科の教育を受けていますか？
※概ね3年以上の精神科勤務がある方の割合とお考えください。判断を統一するため、CIU病棟に勤務する2021年度の看護師についてご回答ください。
- a. 0%
 - b. 1%~25%
 - c. 25%~50%
 - d. 50%~75%
 - e. 75%~100%
 - f. 100%
12. 【択一】 CIUにおいて、どのくらいの割合の看護師が、身体科の教育を受けていますか？
※概ね3年以上の身体科の勤務がある方の割合とお考えください。判断を統一するため、CIU病棟に勤務する2021年度の看護師についてご回答ください。
- a. 0%
 - b. 1%~25%
 - c. 25%~50%
 - d. 50%~75%
 - e. 75%~100%
 - f. 100%
13. 【択一】 CIUにおいて、どのくらいの割合の看護師が、精神科と身体医学的な教育の両方を受けていますか？
※上記11と12の両方に該当した方の割合とお考え下さい。判断を統一するため、CIU病棟に勤務する2021年度の看護師についてご回答ください。
- a. 0%
 - b. 1%~25%
 - c. 25%~50%

- d. 50%-75%
- e. 75%-100%
- f. 100%

14. 【択一】 CIUにおいて、精神科と身体科を専門とする看護師は、すべてのシフトで勤務していますか？

※ここでいう「専門」とは、勤務経験3年以上あることを指します。身体科病棟3年以上勤務経験者、精神科病棟3年以上勤務経験者、このどちらもシフト勤務している場合「はい」となります。なお、ひとりの方が精神科・身体科どちらとも「専門」である場合もあり得ます。 *2021年6月30日の24時間を参照してご回答ください。

- a. はい
- b. いいえ（例：精神科を専門とする看護師がいない時がある。もしくはその逆。）

15. 【複数選択】 CIUにおいて、身体合併症患者への看護は以下のいずれに当てはまりますか？

※ここでいう「精通」とは、各科勤務経験3年以上ある方の技量であることを指します。もしくは、院内教育体制のおかげで、精神科看護師であっても、内科や外科病棟の勤務経験3年以上の方が実施する、標準的な看護に相当するものを提供できる場合を指します。その逆も該当します。 CIU病棟に勤務する、2021年度の看護師についてご回答ください。

- 看護師は精神・身体いずれの分野にも精通していて、両方を担当する。
- 精神科看護師が精神科的ケアを行い、身体的な看護師が身体的なケアを行う。
- 精神科看護師が、身体科医師の指導・助言を受けながら身体的ケアも担当する。
- 身体科看護師が、精神科医師の指導・助言を受けながら精神的ケアも担当する。

16. 【実数入力】 CIUについて、各勤務帯において、看護師一人で何名の患者さんを担当しますか？

*2021年6月30日における実勢でご回答ください。

- a. 日勤帯: _____名
- b. 準夜帯: _____名
- c. 夜間帯: _____名

17. 【複数選択】 CIU病棟で治療を担当するのはどの職種ですか？

- レクリエーション療法士
- ソーシャルワーカー
- 作業療法士
- 理学療法士

- 栄養士
- 言語療法士
- 心理士
- 上記誰もいない

18. 【複数選択】どの年齢層の患者さんを CIU 病棟で治療されますか？

※回答時点から過去 1 年間の実績に基づいてご回答ください。

- 0-6 才
- 7-18 才
- 19-64 才
- 65 才以上

19. 【択一】非自発的（強制的）入院患者は CIU 病棟にいますか？

※回答時点から過去 1 年間の実績に基づいてご回答ください。

- a. はい
- b. いいえ

20. 【複数選択】CIU 以外の精神科一般病棟がある場合、その病棟はどのようなタイプですか？

- 小児病棟
- 成人病棟
- 高齢者病棟
- その他専門病棟 病床数 : _____
- 特に年齢制限を設けていない精神科病棟
- 該当なし（他の精神科一般病棟はありません）

21. 【複数選択】CIU 病棟において以下は可能ですか？

- 集中的な治療スーパービジョン
- 保護室、隔離室
- 感染症部屋、陰圧室
- 水中毒患者に対しての水制限
- 面会制限
- 身体拘束
- 昇圧剤等の緊急薬物の使用
- 身体科及び精神科医師両者ともに共有可能なカルテ
- いずれもできない（していない）

22. 【複数選択】 CIU に専属の下記専門医はいますか？

※ここでいう「専属」とは、CIU 管理のためだけに勤務し、他の業務を行わないものを指します。

- 麻酔科
- 循環器内科
- 腹部外科
- 皮膚科
- 老年科
- 産科
- 婦人科
- 血液内科
- 集中治療科
- 耳鼻咽喉科
- 呼吸器科
- 消化器内科
- 脳神経外科
- 神経内科
- 腫瘍内科
- 眼科
- 整形外科
- 形成外科
- 胸部外科
- 心臓血管外科
- 泌尿器科
- 救急医
- 上記のどれもいない

23. 【複数選択】 院内に、CIU からコンサルト可能な専門医はいますか？

※勤務形態は常勤・非常勤問いませんが、1年を通して安定的に相談可能な医師がいる場合チェックをお願いいたします。

- 麻酔科
- 循環器内科
- 腹部外科
- 皮膚科

- 老年科
- 産科
- 婦人科
- 血液内科
- 集中治療科
- 耳鼻咽喉科
- 呼吸器科
- 消化器内科
- 脳神経外科
- 神経内科
- 腫瘍内科
- 眼科
- 整形外科
- 形成外科
- 胸部外科
- 心臓血管外科
- 泌尿器科
- 救急医
- 上記のどれもいない

24. 【複数選択】CIU 病棟の患者に対して、平日日中に提供している検査を選択してください。(病棟内でできる必要はありません)。

※ここでいう「提供している」の定義ですが、調査回答時点より過去 1 年間において 1 度でも提供した実績のあるものを指します。

- 採血検査
- 12 誘導心電図
- X 線検査
- CT 検査
- MRI 検査
- 髄液検査
- 脳波検査
- いずれも行っていない

25. 【複数選択】CIU 病棟の患者に対して、夜間休日に提供している検査を選択してください。
(オンコール対応も含み、病棟内でできる必要はありません)。

※ここでいう「提供している」の定義ですが、調査回答時点より過去1年間において1度でも提供した実績のあるものを指します。

- 採血検査
- 12誘導心電図
- X線検査
- CT検査
- MRI検査
- 髄液検査
- 脳波検査
- いずれも行っていない。

26. 【複数選択】CIU病棟内では、以下のものを提供していますか？

※ここでいう「提供している」の意味ですが、調査回答時点より過去1年間において提供した実績のあるものを指します。導入と維持、維持のみ、いずれでもかまいません。

- 酸素などの医療用ガス
- 胃管やその他の吸引処置
- (末梢) 静脈ライン
- 中心静脈ライン
- 膀胱留置カテーテル
- 経鼻胃管
- 経静脈栄養
- 血液または腹膜透析
- 化学療法薬の投与
- 血液製剤（輸血）
- 隔離
- 上記全て不可

27. 【択一】CIU病棟では、一般の身体科病棟で行われているものと同等な医療（診断と治療）を提供していますか？

※例えば、ガイドラインに即した検査や治療が、ガイドラインが推奨するタイミングで、一般の身体科病棟と同じように行われている実績があるか。

- a. はい
- b. いいえ

28. 【択一】CIU病棟では、一般の精神科病棟で行われているものと同等な精神科医療（診断と治療）を提供していますか？

※例えば、ガイドラインに即した検査や治療が、ガイドラインが推奨するタイミングで、一般的な精神科病院と同じように行われている実績があるか。

- a. はい
- b. いいえ

29. 【複数選択】CIUにおいて、提供している精神科治療は下記のうちいずれですか？

※ここでいう「提供している」の意味ですが、調査回答時点より過去1年間において提供した実績のあるものを指します。

- 薬物療法
- アミタール（アモバルビタール）インタビュー
- 電気痙攣療法
- 迷走神経刺激
- 磁気療法
- 作業療法
- 運動療法
- 理学療法
- 集団精神療法
- 薬物乱用・依存の治療
- 心理検査
- いずれも行えない

30. 【複数選択】CIUにおいて、以下のような患者に対して、医療を提供していますか？

※ここでいう「提供している」の意味ですが、調査回答時点より過去1年間において提供した実績のあるものを指します。

- 現実検討能力の障害された患者
- 認知機能低下および（または）遂行機能障害のある患者
- 徘徊する患者
- 不適応行動を示す患者
- 暴力行為を呈する患者
- 自殺念慮または自殺企図のある患者
- 殺意また殺人行為を行った直後の患者
- 寝たきりやADL全介助の患者
- 死期が近い患者さんに対する支持療法など、ホスピスに相当する医療
- 手術を要する患者（手術室入室を要するすべての手術）
- 熱傷患者

- 褥瘡患者
- I C U と同程度の集中治療を要する患者
- いずれも提供していない

3章 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
杉山直也	2022（令和4）年の診療報酬改定に向けた精神科救急医療の動向	精神科治療学精神科治療学	37 (2)	213- 218	2022
杉山直也、他	総論	精神科救急医療ガイドライン2022 年版（杉山直也，藤田潔編）		2 - 53	2022
橋本聰、他	救急医療連携	精神科救急医療ガイドライン2022 年版（杉山直也，藤田潔編）		234-255	2022

令和4年4月7日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長)一殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中込 和幸

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 ・ 客員研究員

(氏名・フリガナ) 杉山 直也 ・ スギヤマ ナオヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) •該当する□にチェックを入れること。

•分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年5月19日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 千葉県精神科医療センター

所属研究機関長 職名 病院長

氏名 深見 悟郎

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 千葉県精神科医療センター 名誉病院長
(氏名・フリガナ) 平田 豊明 (ヒラタ トヨアキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェック。一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) •該当する□にチェックを入れること。

•分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2022年 5月 9日

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長)一殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 国立病院機構熊本医療センター

所属研究機関長 職名 院長

氏名 高橋 肇

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 国立病院機構熊本医療センター 救急医療センター センター長

(氏名・フリガナ) 橋本 聰・ハシモト サトシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■ □	■	国立病院機構熊本医療センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称 :)	□ ■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェック
 クレ一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

- (留意事項) •該当する□にチェックを入れること。
 •分担研究者の所属する機関の長も作成すること。