

精神科救急医療体制に関する研究 ～精神科救急医療体制整備事の現状分析～

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 地域精神保健・法制度研究部，公益財団法人復康会沼津中央病院）

研究協力者：平田豊明（千葉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），来住由樹（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），橋本 聡（国立病院機構熊本医療センター），花岡晋平（千葉県精神科医療センター），藤田 潔（藤田こころケアセンター 桶狭間病院）

【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、その結果を全国の自治体にフィードバックし、本事業の均霑化に資すること。

方法 (1)都道府県から国に報告された令和3年度（2021年度）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式統計を集計・分析した。(2)都道府県および政令市を対象として、精神科救急医療等確保事業の概要調査（資料1）および受診前相談の概要調査（資料2）を実施した。(3)以上の結果から、昨年度に作成した全国精神科救急医療マップ2020年度版を2021年度版に更新した。(4)昨年度に作成した本事業に関する評価シートに則って、各都道府県における本事業の2021年度の状況を自己評価してもらった。(5)本事業を所掌する自治体担当者を対象と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、各地の現状について意見交換するためのワークショップを開催した。

結果 (1)都道府県からの年報を集計し、表1に一覧表示した。これによれば、2021年度の整備事業では、全国に147の精神科救急医療圏が設定され、1,171施設（うち有床施設1,096、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35,744件（人口100万に対して1日当たり0.78件）の受診があり、その49.6%に当たる17,734件（同0.39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24.7%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が、2021年度は増加に転じている。また、措置入院の52.3%が精神科救急事業において執行されていた。行政機関による非自発的入院者に係る移送制度は、2001年度以来、増加してきたが、その95%以上は措置入院に係る移送であり、大きな地域差があった。これらの結果のいくつかを図1～図11に可視化した。(2)救急医療等確保事業に関する調査には47都道府県と8政令市から、受診前相談に関する調査には47都道府県と11政令市から回答があった。

政令市の医療等確保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 47 の都道府県別について集計した（資料 1）。受診前相談の調査については 2 政令市で独自の相談事業を運用しているため、47 都道府県と 2 政令市について集計した（資料 2）。主な結果を図 12～図 45 に可視化した。（3）以上の研究結果に国の公表データを加えて、昨年度に作成した「全国精神科救急医療マップ 2020」を 2021 年度版（暫定版）に更新した。今後、各自治体との確認作業を経て確定版を公表する予定である。（4）昨年度に作成した整備事業に関する評価シート（表 2）に則って、各自治体の整備事業を自己評価してもらったところ、図 46 のような結果を得た。（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、2023 年 2 月 4 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、31 自治体から 37 人の参加があった。この研修会では、本研究結果を解説したのち、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。87.8%の参加者から研修内容に満足との回答があった。

考察（1）精神科救急医療には、精神疾患に起因する重大事象の防止、地域社会で生活する精神科利用者の在宅ケア支援、入院を要する救急患者の長期在院抑止という 3 つの任務があり、個々の医療機関による救急・急性期医療（マイクロ救急）を本事業（マクロ救急）および診療報酬制度が支援する形で救急医療サービスが提供されている。診療報酬上の精神科救急・急性期病棟が普及するにつれ、平均在院日数が短縮し、在院患者数が減少するなど、わが国における脱入院化が促進されてきた。（2）しかし、わが国の精神科救急医療体制には、医療アクセスの問題、身体合併症対策の不備、それに受診前相談の機能や高規格病棟の分布、人口に対する救急受診件数や入院率、入院形態などにおいて大きな地域差があり、患者の治療経過や予後にも影響する可能性がある。（3）こうした地域差を標準化するために本事業の評価シートを提案したが、29 のベンチマークに重み付けをしてスコアリングしたところ（表 3）、地域差がさらに拡大した（図 47）。今後は制度改定を機にベンチマークを見直すほか、行政による自己評価だけでなく、本事業の利用者による評価法についても検討する必要がある。

結論 精神科救急医療を均霑化し、地域全体の精神科医療の水準向上を図るために、本事業のモニタリングと課題抽出の作業が継続される必要がある。

A. 研究の背景と目的

1995 年に国庫補助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、幾度かの手直しを経て、2022 年度で 28 年間運用されてきたことになる。現在、本事業は、精神科救急情報センター事業、精神科救急医療等確保事業、連絡調整委員会運営事業、移送事業の 4 部門の事業によって構成されている。当研究班は、本事業の年報が国に報告されるようになった 2004 年度から、本事業の

運用状況をモニタリングしてきた。

昨年度の研究報告では、精神科救急医療体制に関連する情報を都道府県単位で集約した全国精神科救急医療マップ 2020 年度版を作成して公表した。また、本事業の運用に関するガイドラインを提示し、その中から 29 項目の指標をベンチマークとして抽出して、本事業の運用状況を都道府県担当者がスコアリングできる評価シートを提案した。毎年度末には都道府県担当者を対象として研修会を開催し、本事業等に関する研究成果を報告するほ

か、ワークショップ形式で意見交換する場を設定している。

こうした作業により、本事業に関する各地の運用状況を行政担当者が共有し、公共事業としての本事業を均霑化することを目指してきた。2022年度も、全国マップ更新に必要なデータ（2021年度分）を集計したほか、自己評価シートスコアリング結果を集計し、ベンチマークの設定や重みづけの方法を検討した。

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3年度(2021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

2022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更新

以上の調査研究結果に基づいて、全国精神科救急医療マップ2021(以下「全国マップ」)暫定版を作成した。分布図の作成に当たっては、ESRI ジャパンが提供する ArcGIS Pro 3.0、および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)を採用した。

なお、マップ本体の暫定版は、本報告書では公表せず、都道府県担当者との確認作業を経て、2023年7月頃に確定版として公表する予定である。

4. 本事業に関する評価シートの結果集計

自己評価シート(表2)に則って、2021年度の本事業を都道府県担当者に評価してもらい、集計した。

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。その概要と研修会を評価するアンケート調査の結果を集計した。

(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3年度(2021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や移送制度運用の動向を調査した。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数は表1のように設定されていた。栃木県の圏域数が3から1に減っているほかは、前年度と同じである。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るため、12圏域が設定されている自治体(千葉県)がある一方、12の県(25.5%)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 1,171 施設、診療所を除くと 1,096 施設が指定されていた。大学病院が前年より減少したが、総合病院と精神科専門病院が増加したため、有床施設は前年の 1,075 施設より 21 カ所増加していた。

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 83.4% を占めていた。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。

また、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 1,228 は実数 1,171 よりも多くなっている。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が、前年より 18 カ所減少し（主に栃木県）、輪番型が 14 カ所増加した（主に埼玉県）。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る。

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 61 カ所（5.0%）にとどまっており、千葉県の 12 施設が突出している。一方、20 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 16 ある。なお、常時対応型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る。2022 年度の診療報酬改定により、常時対応型と輪番型との間に医療費給付額の差が生じたため、次年度には常時対応型が増加することが予測される。

(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の設置を求めている。また、これ

を補完する精神医療相談事業が「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」の中に位置づけられている。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。

(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 4 か所（北海道、青森県、長野県、鳥取県）とされている。北海道は札幌市のみで民間団体が情報センターと精神医療相談事業を一体運営している。

情報センターの 2021 年度における相談件数は 71,758 件で、このうち緊急性の指標となる受診先の紹介件数は 25.2% に当たる 18,064 件であった。

情報センターへの相談件数は、人口（2021 年 10 月 1 日現在）100 万人当たり 1 日 1.55 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

精神医療相談事業以下「相談事業」と略記）を実施している自治体は 32 カ所と報告されているが、今回のアンケート調査によれば、9 自治体では情報センターと一体的に運営されている。表 1 に見るように、実績が報告されているのは 19 自治体のみであった。

2021 年度、精神医療相談事業による相談件数は、79,233 件、受診紹介は 7,075 件（8.9%）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、2021 年度、精神科救急事業の利用件数（受診件数）は 35,744 件（人口 100

万人当たり 1 日 0.78 件)であった。その 49.6%に当たる 17,734 件 (同 0.39 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 2,182 件 (入院件数の 12.3%)、措置入院が 1,632 件 (9.2%)、応急入院が 566 件 (3.2%)、医療保護入院が 9,856 件 (55.6%)、任意入院が 3,266 件 (18.4%)、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 24.7%、これに医療保護入院を加えた非自発入院の比率は 80.3%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、兵庫県といった大都市圏をもつ自治体が含まれるが、山口県などの例外もある。

いずれにせよ、これらの自治体では、トリアージ機能が高い反面で、早期の危機介入機能が弱い可能性がある。これを補完するシス

テム、すなわち本事業を經由せずに救急ケースに対応するシステムがあるかどうか、その地域での精神科救急医療の質を決定する。しかし、そのようなシステムの実績は明らかでないため、本研究が利用する公式データのみでは地域の精神科救急医療の実情が把握しきれないことに留意すべきである。

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、青森県では情報センターがない。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。

(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 7 に示した。2000 年以降、警察官通報を中心に通報件数が急増し、新規の措置入院件数も増加傾向が続いてきたが、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、2017 年度以降は通報件数が減少に転じた。しかし、2021 年には再び増加に転じており、今後の動向を注視する必要がある。

(イ) 通報処理の地域差

表 1 によれば、2021 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 3,814 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 7,298 件の 52.3%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 に見るように、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、2021 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 8 に表示した。25,710 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 8 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 9 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・ルールのある可能性が示唆される。

(5) 移送制度の運用状況

今年度から、整備事業の一つである移送制度の運用状況も分析することとした。移送制度は、行政機関（保健所）が措置入院決定後の患者を入院先まで移送する制度として精神衛生法時代から存在していたが、2001 年度からは、措置診察の場への移送が加わったほか、医療保護入院者および応急入院者の移送（精神保健福祉法第 34 条）も行政の役割として加わった。

34 条関連の移送は、患者の居宅に精神保健指定医が赴いて診察し、医療保護ないし応急入院の適応があれば家族等の同意によって入院を決定した上、行政機関が入院先まで移送することができる制度である。特に、医療アクセスの手段が長年の課題となってきた精神科救急医療の分野においては、人権擁護や費用の面で問題の多い民間救急への依存から脱却するための制度として期待された。しかし、治療関係の構築に支障を来すとして反対論があり、34 条の制定に際しては精神科関連の学会などで論争があった。

衛生行政報告例から、移送件数の推移を図 10 に示した。措置入院関連の移送件数（身柄保護の場所から一次診察までの移送件数、一次診察から二次診察までの移送件数、措置決定後の入院先までの移送件数の総和）は、図 7 に見る申請・通報件数にほぼ並行して年々増

加しているが、34 条による移送は、近年では全移送件数の 2% 未満にすぎないことがわかる。

図 11 には、2021 年度の都道府県別の移送件数を示した。措置入院関連の移送が大都市圏に偏在しているほか、34 条の移送も特定の自治体に偏っていることがわかる。34 条による移送の大半が、不要措置が決定した事例（いわゆる「措置流れ」ケース）を医療保護入院等のために入院先へ移送する便法である。

すなわち、34 条による移送が、医療アクセスのための本来の制度としては、ほとんど運用されていないことがわかる。これは、本制度の慎重運用のために設けた条件（事前のカンファレンス開催など）が救急ケースへの活用のハードルになっているためと思われる。この事情を反映してか、民間救急業者が、家族の要請に基づいて、医療を拒否するケースを医師の診察なしに病院に搬送する事例が少なくない。しかも、その実態は不明瞭であり、身体拘束での搬送事例や高額の料金を請求する事例もある。すなわち、34 条の制定目的の一つであった民間救急による搬送の抑止が達成されていない現状がある。

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では、調査票 A（精神科救急医療体制の概要調査）には 47 都道府県と 8 政令指定都市から回答があり、調査票 B（受診前相談の概要調査）には 47 都道府県と 11 政令指定市から回答があった。

一部の受診前相談事業を除くと、政令市の整備事業は都道府県と一体的に運用されているため、調査票 A は 47 都道府県のみ結果（有回答のみ）を集計した（資料 1）。調査票 B は 47 都道府県に独自の情報センターを運営する札幌市と北九州市を加えた 49 自治体について有回答の件数を集計した（資料 2）。回答のうち、「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

と思われるものを括弧内に表示し、グラフには実質的な状況に修正した数値を表示した。

(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47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2あった（図12）。国の実施要綱に準じて事業が行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) 申請・通報の処理

夜間・休日における申請・通報の第一報を精神科救急情報センターで受け付けているとの回答は5、行政機関が受け付けているとの回答が38あった。その他と回答した4自治体のうち3は、23条（警察官通報）のみを情報センターで受け付けていると回答した（図13）。

夜間・休日の通報処理業務を情報センターが協力していると回答した自治体は13、情報センターが関与していないとの回答が27あった。その他の回答7のうち、3自治体では、少なくとも23条通報については情報センターが協力する体制となっていた（図14）。

(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、23自治体では夜間・休日の運用と回答しているが、その他の回答のうち3自治体は実質夜間・休日の全時間帯で運用されており、運用時間帯が限定されている自治体は5か所であった（図15）。

(エ) 本事業の対象

本事業の補助金支給対象を受診前相談の経由事例に限定しているとの回答が8、警察・消防・行政経由事例も含める自治体が1、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、その他が13あったが、実質的配分は図16に示した通りで、その他は9自治体であった。そのうち5自治体は、補助金は患者単位ではなく当番日単位で支給し

ていると回答していた。

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36、受診病院の判断に委ねるとの回答が5、その他が6あったが、その他のうち3自治体では実質的にかかりつけ機関が優先であった（図17）。

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7、受診病院の判断に委ねるとの回答が14、その他が26あった（図18）。その他のうち25自治体は、特段の取り決めなしと記載していた。

(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、常時対応型施設がバックアップするという回答が17、常時対応型以外の基幹的病院がバックアップするとの回答が4、情報センターが調整するとの回答が10、病院間で調整するとの回答が8、その他が8あったが、その他のうち3自治体は実質基幹的病院がバックアップし、3自治体では病院間での調整に委ねられていた（図19）。

(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38、精神科病院協会、県立病院などに委託しているとの回答が5、その他が4あったが、その他のうち3自治体では実質的に自治体が集計していた（図20）。

補助金分配を自治体が行うとの回答が34、他団体への委託が9、その他が4あったが、その他は実質外部団体委託であった（図21）。

(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4、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23、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5、そのような取り決めもないとの回答が11、その他が4あった。その他のうち、3自治体は実質的には明文化されてはいないが一定の取り決めがあると解された（図22）。

身体救急と精神科救急の連携に関しては、

精神科救急医療体制の連絡調整委員会に身体救急関係者が参加しているとの回答が 26、身体救急の連絡調整会議等に精神科救急の関係者が参加しているとの回答が 6、前記の双方に該当するとの回答が 3、いずれにも該当しないとの回答が 11、その他（圏域によって異なる）が 1 あった（図 23）。

（ク）事業実績の共有

本事業に関する事業実績の共有状況について問うたところ、自治体で独自に集計し共有しているとの回答が 31、当研究班のとりまとめた結果に基づいて共有しているとの回答は 0、前記の双方とも共有しているとの回答が 4、双方とも共有していないとの回答が 10、その他の回答が 2 あった。その他のうち 1 自治体は実質双方とも共有との内容であった（図 24）。

（ケ）地域包括ケア構想会議の開催状況

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に関する会議が現在までの間に開催されているとの回答が 33、今年度内に開催予定との回答が 6、今年度内に開催予定もないとの回答が 8 あった（図 25）。

この会議が開催されているか、もしくは今年度内に開催予定の場合、本事業が議題に含まれているとの回答は 5、含まれていないとの回答が 34、会議の開催予定なしが 7、無回答が 1 あった（図 26）。

（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 43 あり、政令市独自に運営しているとの回答が 2、未設置は 4 自治体であった（図 27）。

設置場所が医療機関内との回答は 20、医療機関外が 16、その他（日中は保健所、夜間は病院。非公開を含む）が 8 あった（図 28）。

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 4、別の回線で受けているとの回答が

21、情報センターが医療機関外との回答が 12 あった（図 29）。

電話番号の公開範囲は図 30 に示した通りであった。その他の中には、保健所もしくは神保健福祉センターが 4、新聞掲載 1 が含まれていた。

運営主体については、自治体が運営しているとの回答が 20、他団体委託が 23 あった（図 31）。他団体の中には県立病院 5 か所が含まれていた。

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 40、常時対応できない時間帯があるとの回答が 2、非専門職が対応との回答が 1 あった（図 32）。

医師による助言体制が常時あるとの回答が 28、時間帯によってありとの回答が 8、助言なしとの回答が 7 あった（図 33）。

情報センターの運用時間帯は、24 時間 365 日との回答が 19、夜間休日との回答が 18 あり、夜間は 22 時まで、年末年始のみなどの時間的運用が 7 あった（図 34）。

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 12、そこまでの機能はなく翌朝まで待ってもらい場合もあるとの回答が 15、基幹的な病院が必ず受け入れる取り決めがあるので情報センターによる調整は不要との回答が 9、その他の回答が 7 あった（図 35）。その他の回答には、保健所による調整、本課による調整、警察・消防への依頼などが含まれていた。

（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 28 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。複数の窓口があるとの回答が 4 あったが、時間帯で変わる 2 か所の窓口のある自治体、常時対応型病院 4 か所に窓口のある自治体、輪番病院が持ち回りで窓口を担当する自治体が含まれていた。未設置

自治体は 17 であった (図 36)。

ただし、情報センターと同じ場所と回線の窓口が 16 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、情報センターと別の場所に設置されている相談窓口は 8 自治体であった (図 37)。

対応職員が情報センターと同じという回答が 20 と、異なるとの回答 11 の 2 倍近くに上っていた (図 38)。運用実績の集計が情報センターと一体的との回答も 16 で、別集計がなされているとの回答 15 を上回った (図 39)。すなわち、相談事業の過半数は情報センターと一体的運用がなされていた。

一方、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を相談窓口と同じ回線で行っているとの回答が 3 であったのに対して、16 自治体では異なる回線を用いていた (図 40)。

相談事業窓口の公開範囲を図 41 に示した。その他の中には、新聞での公開、夜間休日は医療機関のみという記述が含まれていた。

相談事業の運用主体が自治体との回答は 11、他団体との回答が 18 あった (図 42)。他団体には県立病院 4 が含まれていた。

専門職が常時対応しているとの回答は 26、対応できない時間帯もあるとの回答が 4、専門職が対応していないとの回答が 3 あった (図 43)。

医師による助言が常時可能との回答は 20、助言が受けられない時間帯があるとの回答が 6、助言なしとの回答が 4 あった (図 44)。

運用時間帯については、24 時間 365 日との回答が 17、夜間・休日が 11、22 時までなどの時限的運用が 3 あった (図 45)。

3. 全国精神科救急医療マップ 2021

昨年度の本研究班が作成した全国精神科救急医療マップ 2020 のデータを 2021 年度のものに更新し、移送件数などを加えた全国マップ 2021 (暫定版) を作成した。これを各自治

体に提示してデータの確認・修正を施し、確定版を作成した上で、2023 年 7 月をめどに公表する予定である。

4. 精神科救急医療体制の行政による評価

昨年度、本研究班は、精神科救急医療体制の整備を推進するためのガイドラインを公表した。また、本事業の中核的機能(感受性、責任性、医療の質)と基盤的機能(包括性、透明性、客観性)を評価する項目を提示した。そして、この中からできるだけ客観評価が可能な 29 項目をベンチマークとして選択し、本事業の評価シートを作成した (表 2)。

本年度は、この評価シートを各都道府県の本事業担当者に自己採点してもらった。その単純集計結果を図 46 に示した。

5. 整備事業に係る研修会の開催

令和 5 年 (2023 年) 2 月 4 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、24 都道府県から 27 名、7 政令指定都市から 10 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、参加者を小グループに分けて、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。

研修会終了後のアンケート調査には 27 人が回答した (回答率 73.0%)。回答者の性別を図 48、年代構成を図 49、研修内容の評価を図 50、プログラム構成の評価を図 51 に示した。回答者の 87.8% が研修内容に満足との結果が得られた。

D. 考察

1. 精神科救急医療の任務と構造

(1) 精神科救急医療の任務

精神科救急医療には、3 つの任務ないし存在理由がある。第 1 は、精神疾患に起因する

重大事象（自殺や事件）を防止すること、第2は、地域社会で生活する精神科利用者の在宅ケアを支援することである。これらの任務を遂行するためには、迅速かつ的確な危機介入活動が不可欠である。任務の第3は、入院を要する救急患者の長期在院を抑止することであり、そのためには良質な急性期医療の提供が欠かせない。

（2）マイクロ救急とマクロ救急

こうした任務を個々の医療施設単位で遂行する医療活動をマイクロ救急診療、これを補完する社会的セーフティネットとしての公共事業すなわち本整備事業をマクロ救急事業と呼ぶことがある。歴史的にはマイクロ救急が先行した。その起源は、わが国でクロルプロマジンが普及し始め、統合失調症の在宅ケアや地域精神医療が萌芽した1950年代後半に遡ることができる。

マクロ救急の始まりは、1978年に東京都が立ち上げた精神科緊急医療対策事業とされる。夜間・休日に発生した精神科救急ケースを都立3病院（後に4病院）に搬送して診断と処遇を決定し、入院が必要な場合は当該病院に入院とした上で、身体合併症がなければ、直近の平日に他の精神科病院に転院させる。こうすることで救急病床を安定的に確保するのが東京都のシステムである。西部地区に精神科病床が偏在する巨大都市・東京で精神科救急に対応するには、このように診断の場と治療の場を分離せざるをえなかったと思われる。

公的病院を中心に夜間・休日の精神科救急病床を確保する公共事業は、その後いくつかの府県でも単独事業として立ち上がった。これらの事業を追認する形で、1995年、国が運営費用を半額負担する本整備事業が開始された。

（3）診療報酬制度によるバックアップ

本事業が立ち上がった翌年の1996年には、診療報酬上に精神科急性期治療病棟入院料が

新設され、個別の医療機関が精神科救急医療の任務を遂行することをバックアップした。そして2002年には、この病棟がグレードアップした精神科救急入院料が診療報酬表に掲載され、2008年には給付額が大幅に増額された。これら2つの入院料を認可された病棟は、現在では全精神科病床の1割に近づき、その病床回転の早さとスタッフ密度や個室率の高さによって、わが国の精神科医療における脱入院化を牽引してきたといつてよい。

図52は、精神科救急・急性期病棟の増加に伴って、わが国の精神科平均在院日数が短縮し（コロナ感染による入院制限のために、最近2年は延長しているが）、在院患者数が減少していることを示している。

すなわち、精神保健福祉資料および病院報告によれば、2007年から2021年までの15年間で、精神科救急入院料病棟と急性期治療病棟を併せた在院患者数が15,747人（在院患者の5.0%）から24,463人（同9.4%）まで8,716人増加したのに伴って、平均在院日数は318日から273日まで45日（14.2%）短縮し、在院患者数は、316,109人から258,920人まで57,189人（18.1%）、認知症を除けば、274,392人から210,009人まで64,383人（23.5%）減少している。

2. 精神科救急医療体制整備事業の現状と課題

（1）本事業の利用状況の推移

本事業の年報集計によれば、近年、本事業による受診件数は、人口100万対年間約0.8件で、その半数近くが入院となっている。図4に見るように、最近5年間は、受診件数が漸減し、入院率が漸増している。受診件数が減少しているのは、人口の減少や在宅ケアの拡充による救急受診の減少のためと推測されるが、直近2年間の減少はコロナ感染による入院制限による影響が加味されていると思われる。

入院率の増加は、受診前相談のトリアージ

機能が強化され、受診ケースが要入院ケースに絞り込まれるようになってきているためと推測される。これは、精神科救急医療の提供側にとっては負担減となるが、利用者側にとっては、マイクロ救急が十分に機能しない限り、危機介入機能の低下を意味する。

(2) 医療アクセスの課題

医療を必要とするにもかかわらず、これに同意しないケースをどう医療に繋げるかという問題は、精神科領域では重要な論題であり、救急場面ではその重要性が増す。図 5 および図 8 が示すように、大都市圏を中心に、警察官通報を起点とする措置入院制度が本事業による精神科救急ケースの医療アクセスに欠かせないものとなっている。ただし、その代償として、司法と医療の狭間にあるような事例が措置入院になることがある。相模原事件がその典型といえよう。

移送制度の運用状況も、精神科救急医療における医療アクセスの課題を浮き彫りにしている。図 10 に見るように、移送制度は措置入院関連がほとんどを占めており、34 条による移送制度の導入に際しての議論は何だったのかと思えるような様相を呈している。

そして、民間救急を抑止することが制定目的のひとつだったはずの 34 条が、その目的を達成できていない現状がある。事前のカンファレンスなどが義務づけられる 34 条による移送制度が、夜間・休日の医療アクセスに活用できないことはやむを得ないにしても、人権擁護や家族負担の観点からは、民間救急による精神科への搬送に関する実態調査がなされ、搬送手段や料金設定に一定の法的規制が設けられる必要がある。

(3) 身体合併症への対応

精神科救急医療にとって、身体合併症対応は、医療アクセスと並んで、長年に渡って課題であり続けている。医療経済的な理由のために総合病院精神科で病棟を維持することが

困難であることにもよるが、何よりも精神科医療が一般医療から制度的に孤立してきた歴史にその要因がある。

図 22、23 が示すように、整備事業の中でも合併症対応システムが工夫されてはいるものの、現実には、夜間・休日に発生した心身複合救急ケースに即応できる医療機関を確保することは、しばしば困難を極める。意識障害を伴うような重篤な身体疾患のある「動けない精神科救急患者」であれば、三次救命救急医療施設が受け入れてくれるのに対して、身体的には二次救急レベルで「動ける精神科救急患者」の受け入れ先を確保することが特に難しいのが実態である。

この課題を一朝一夕に解決することは不可能といえよう。まずは、現行制度の中でできることから手を打っていくほかはない。例えば、精神科救急病棟を有する精神科病院に内科医（できれば総合診療専門医）を常勤的に配置すること、個々の精神科医療施設が総合病院などの身体二次救急施設との間で身体合併症患者に関する提携契約を結ぶこと、それらの実践に対して診療報酬上のインセンティブを付与すること、などが考えられる。

(4) 精神科救急医療体制の地域差

今回の研究結果によれば、受診前相談事業や人口に対する受診件数と入院率、入院形態、措置入院制度の運用、移送制度の運用、精神科救急医療施設の配置状況、それに本事業評価シートのスコアにおいて、全国各地の整備事業に少なからぬ地域差のあることが明らかとなっている。

すなわち、どの自治体で精神科救急的な事態に陥り、どの医療機関に搬送されるかによって、同じ病状の患者であっても、受けられる医療の内容に差があり、疾患の経過や予後にも差が生じる可能性のあることが示唆されている。

こうした地域差は、身体救急であれば社会問題となるであろうが、精神科救急において

は、社会問題とならない点にこそ問題があるといえよう。

3. 整備事業評価シートの再検討

以上のような問題意識に立って本事業を均霑化すべく、本事業の評価シート(表2)は作成された。しかし、各ベンチマークが、全く同じ比重でスコアリングされることは合理性を欠く。本年度は、研究協力者間の協議を通して、表3のようなベンチマークの重み付けを考案した。この評価法によって各都道府県の整備事業をスコアリングしたところ、図47のような結果を得た。すなわち、地域差がさらに拡大した。

自治体単位でスコアの経年変化を見るためには、評価シートのベンチマークを頻回に改定することは回避されるべきである。しかし、本事業の運用実態ができるだけ忠実に反映されるように、評価シートは今後、制度変更があった折りなどに適宜改定されるべきであろう。

また、行政による自己評価にとどまらず、本事業の利用者である精神科利用者やその家族、救急搬送機関、一般救急医療施設、それに本事業のサービス提供者であり利用者でもある精神科医療機関による評価法も考案されるべきであろう。

E. 結論

精神保健福祉資料や衛生行政報告例など国の公式統計、精神科救急医療体制整備事業の年報、それに本研究班独自の全国調査によって得られたデータに基づいて、わが国の精神科救急医療体制を多角的に分析し、精神科救急医療マップ2021年版を作成した。また、昨年度に提案した評価シートを用いて、各都道府県の精神科救急医療体制を自己評価してもらった。

その結果、受診前相談体制や高規格病棟の分布状況、人口に対する本事業の利用件数と入院率および入院形態、措置入院や移送制度

の運用状況などに大きな地域差があること、すなわち、どの地域のどの医療施設に救急受診するかによって受けられる医療の質が異なる現状が明らかになった。精神科救急医療におけるこうした地域差・病院差を標準化し、地域全体の精神科医療水準の向上を図るために、本研究のような現状のモニタリングと課題抽出の作業を継続することが必要と思われた。

最後に、多忙な日常業務の中、アンケート調査等に協力頂いた都道府県・政令市の担当者各位に深く感謝の意を表したい。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載。

G. 研究発表

1. 論文発表等
なし。
2. 学会発表等

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ポスター発表した。

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。

[参考文献]

- 1) 令和3年度厚生労働行政推進調査事業補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」(研究代表者・藤井千代) 分担研究「精神科救急医療体制に関する研究」(分担研究者・杉山直也). 2022年
- 2) 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年

表2 精神科救急医療体制の評価シート

精神科救急医療体制整備事業の評価シート（2021年度について）			
2=すでに実施済み 1=次年度に実施予定 0=実施計画なし			
大項目	評価指標	達成度	評価する機能
実施要綱	国の実施要綱に準拠した本自治体の実施要綱がある		透明性
	上記要綱がWEBサイト等でも閲覧できる		
基本的な事業の位置づけ	地域医療計画に本事業が掲載されている		包括性
圏域	実質的に複数の精神科救急医療圏域が設定され、各圏域に対応する1か所以上の精神科救急医療施設が指定されている		責任性
運用時間帯	夜間・休日の全時間帯で本事業が運用されている		
	24時間365日切れ目なく運用されている		
連絡調整委員会	連絡調整委員会（オンライン会議を含む）が年1回以上開催されている		包括性 透明性
	上記会議のもとに検討部会や事例検討会、圏域別会議などの開催実績がある		
	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		
	受診前相談機関の参加がある		
	上記全てがWEBサイト等で閲覧できる		
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窓口がある		責任性
	本事業の全運用時間帯で稼働している		
	電話番号が広報等で一般公開されている		
	専門職員が常時対応している		
	医師による助言が常時可能		
	広域での受診調整が可能である		
	対応職員は、国等の主催する自殺未遂者ケア研修会や国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が開催する「精神科救急医療体制整備研修」、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ずれかに参加経験がある		

精神科救急医療体制の評価シート（2021年度について）			
2=すでに実施済み 1=次年度に実施予定 0=実施計画なし			
大項目	評価指標	達成度	評価する機能
精神科救急医療の確保	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		医療の質
	精神科救急入院料1・2を認可された常時対応型施設が指定されている		
	精神科救急入院料1・2を認可され、精神科救急医療圏に対応した精神科救急医療施設（常時対応型もしくは病院群輪番型）が指定されている		
身体合併症連携体制	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		医療の質
	本自治体で定めた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		
	連絡調整委員会に身体救急医療関係者が参加している		
体制の評価・見直し・報告	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っている、もしくは身体科医師が常勤している		客観性
	国の様式に従っ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		
	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が開催する「精神科救急医療体制整備研修」に参加している		

表3 精神科救急医療体制の評価シート（加重案）

精神科救急医療体制整備事業の評価シート（2021年度について）			
2=すでに実施済み 1=次年度に実施予定 0=実施計画なし			
大項目	評価指標	達成度	評価する機能
実施要綱	国の実施要綱に準拠した本自治体の実施要綱がある		透明性
	上記要綱がWEBサイト等でも閲覧できる		
基本的な事業の位置づけ	地域医療計画に本事業が掲載されている		包括性
圏域	実質的に複数の精神科救急医療圏域が設定され、各圏域に対応する1か所以上の精神科救急医療施設が指定されている		責任性
運用時間帯	夜間・休日の全時間帯で本事業が運用されている	×2	
	24時間365日切れ目なく運用されている	×2	
連絡調整委員会	連絡調整委員会（オンライン会議を含む）が年1回以上開催されている		包括性 透明性
	上記会議のもとに検討部会や事例検討会、圏域別会議などの開催実績がある		
	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		
	受診前相談機関の参加がある		
	上記全てがWEBサイト等で閲覧できる		
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窓口がある		責任性
	本事業の全運用時間帯で稼働している	×3	
	電話番号が広報等で一般公開されている	×2	
	専門職員が常時対応している	×2	
	医師による助言が常時可能		
	広域での受診調整が可能である	×3	
	対応職員は、国等の主催する自殺未遂者ケア研修会や国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が開催する「精神科救急医療体制整備研修」、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ずれかに参加経験がある	×2	

精神科救急医療体制整備事業の評価シート（加重案）			
2=すでに実施済み 1=次年度に実施予定 0=実施計画なし			
大項目	評価指標	達成度	評価する機能
精神科救急医療の確保	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		医療の質
	精神科救急入院料1・2を認可された常時対応型施設が指定されている	×2	
	精神科救急入院料1・2を認可され、精神科救急医療圏に対応した精神科救急医療施設（常時対応型もしくは病院群輪番型）が指定されている	×3	
身体合併症連携体制	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	×2	医療の質
	本自治体で定めた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		
	連絡調整委員会に身体救急医療関係者が参加している		
体制の評価・見直し・報告	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っている、もしくは身体科医師が常勤している	×2	客観性
	国の様式に従っ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		
	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が開催する「精神科救急医療体制整備研修」に参加している	×2	

図1 精神科救急情報センター相談件数(2021年度暫定)

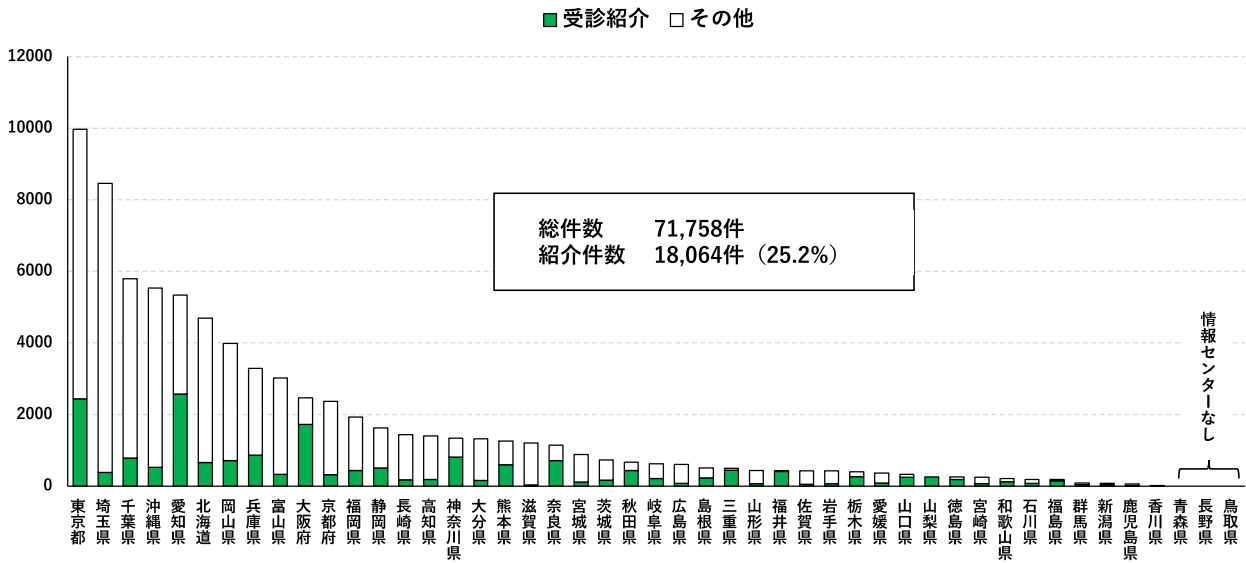


図2 精神医療相談件数(2021年度暫定)

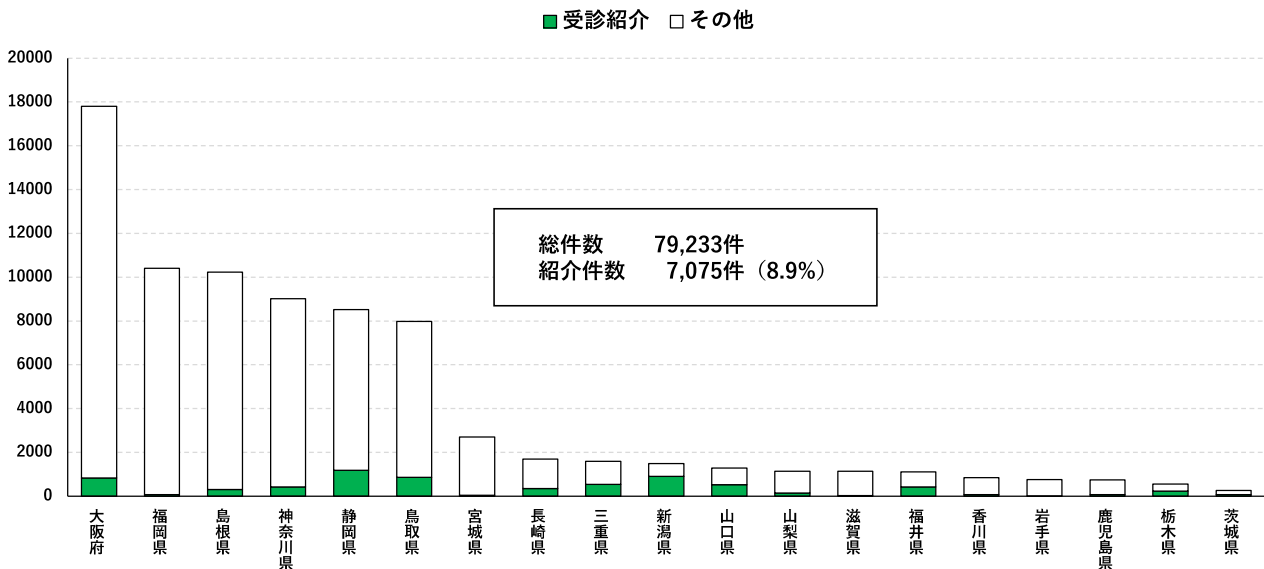


図3 受診及び入院件数(2021年度暫定)

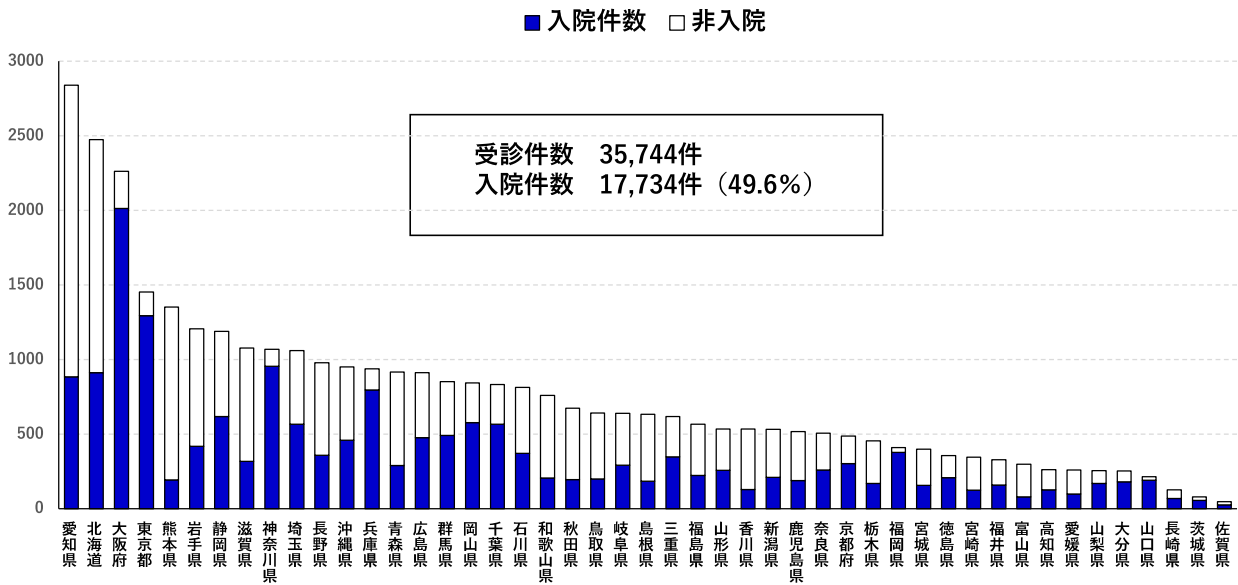


図4 精神科救急医療体制整備事業の運用実績の推移

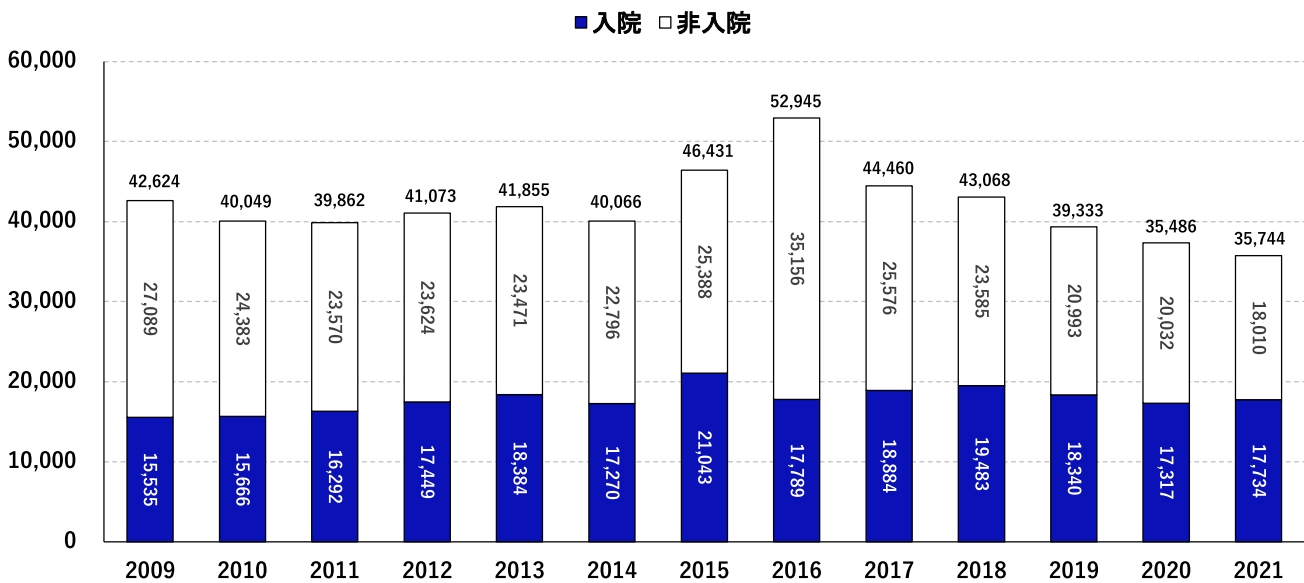


図5 入院形態別の入院件数（2021年度暫定）

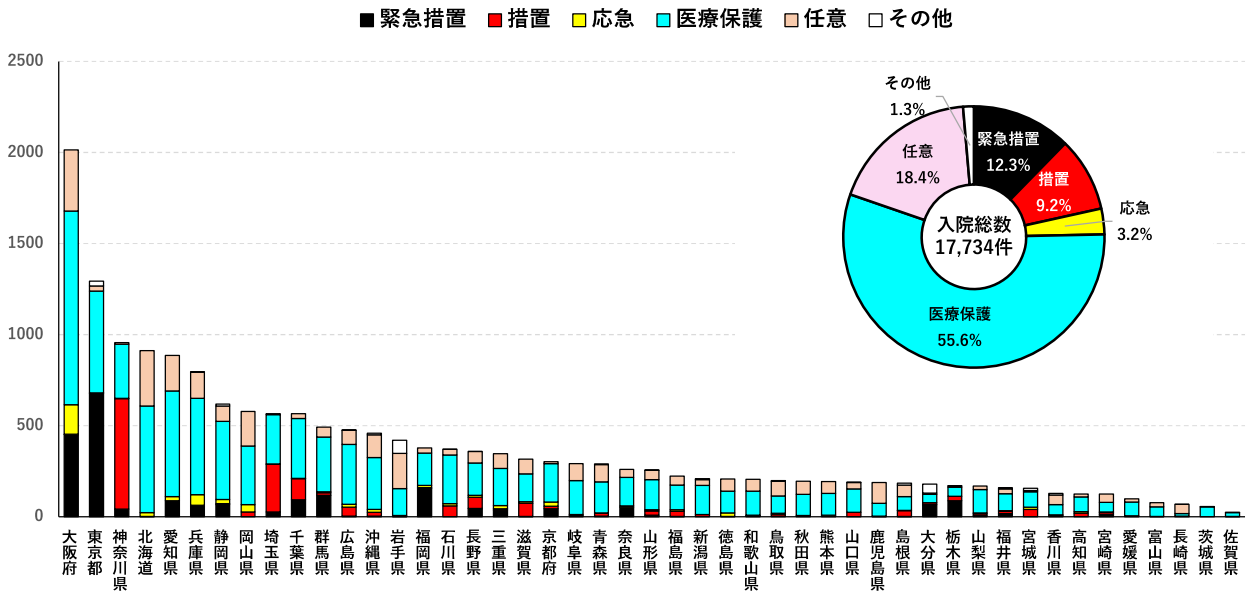


図6 人口万対受診件数と入院率の相関（2021年度暫定）

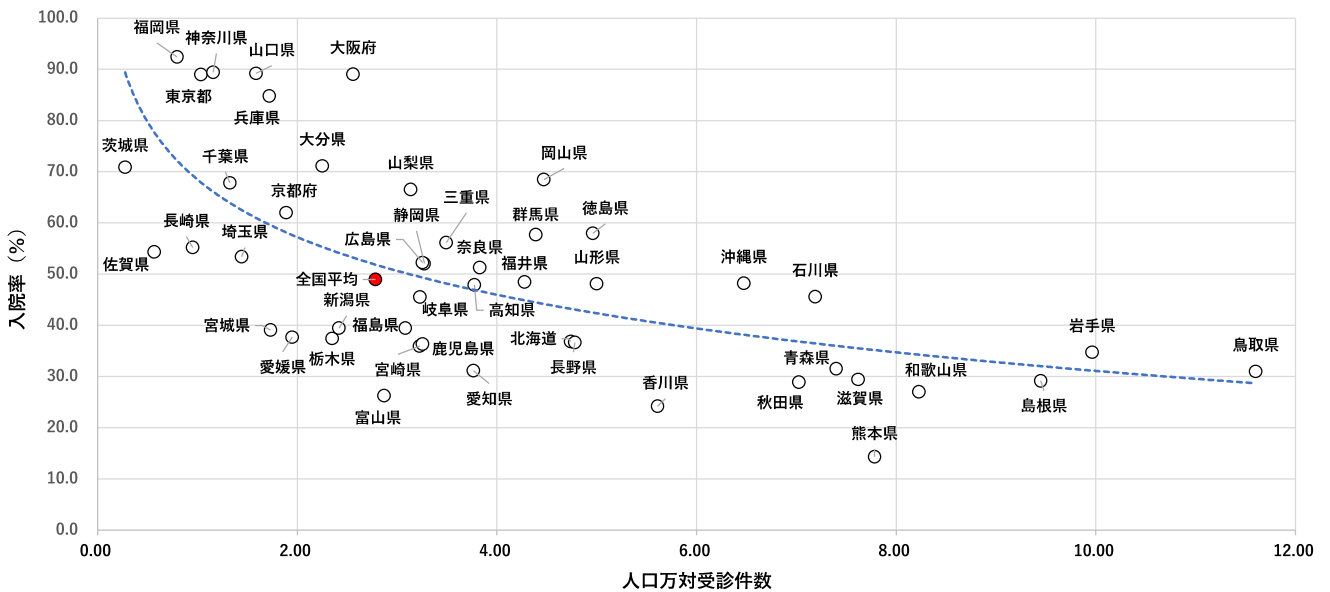


図7 申請・通報件数および措置決定数の推移

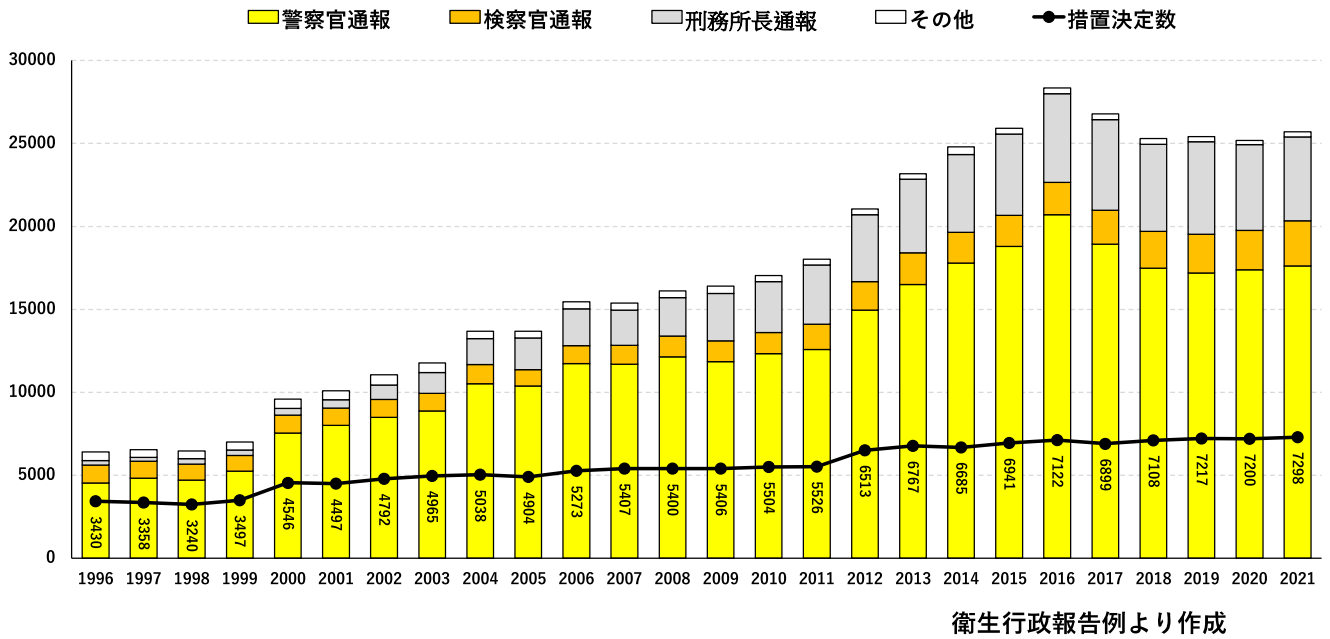


図8 申請・通報の処理状況（2021年度）

～措置決定数の多い都道府県順～

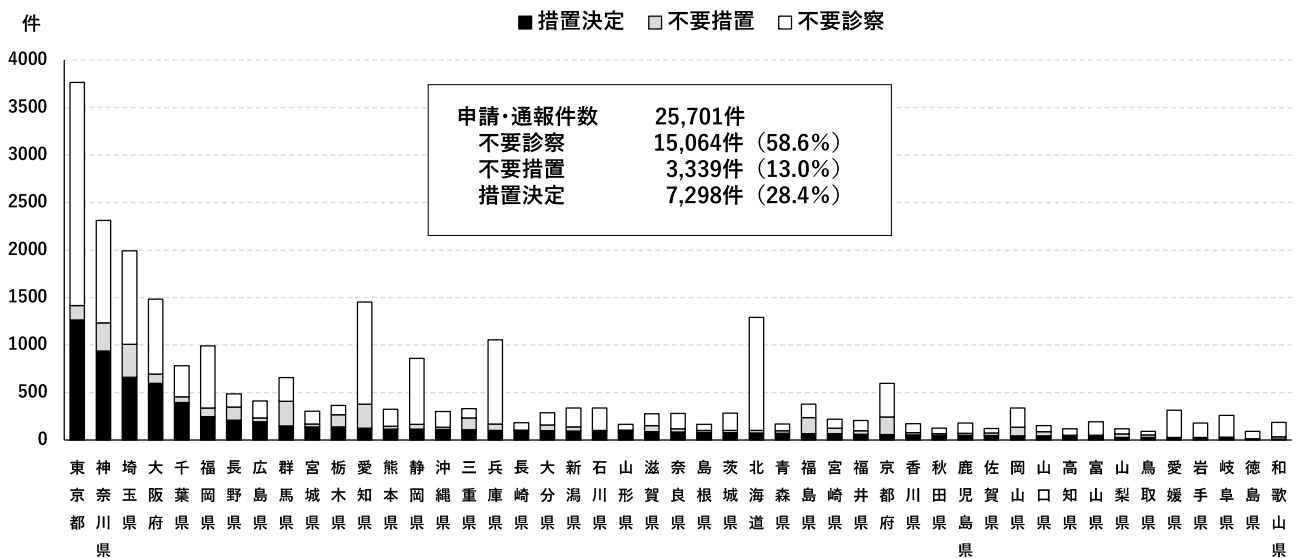
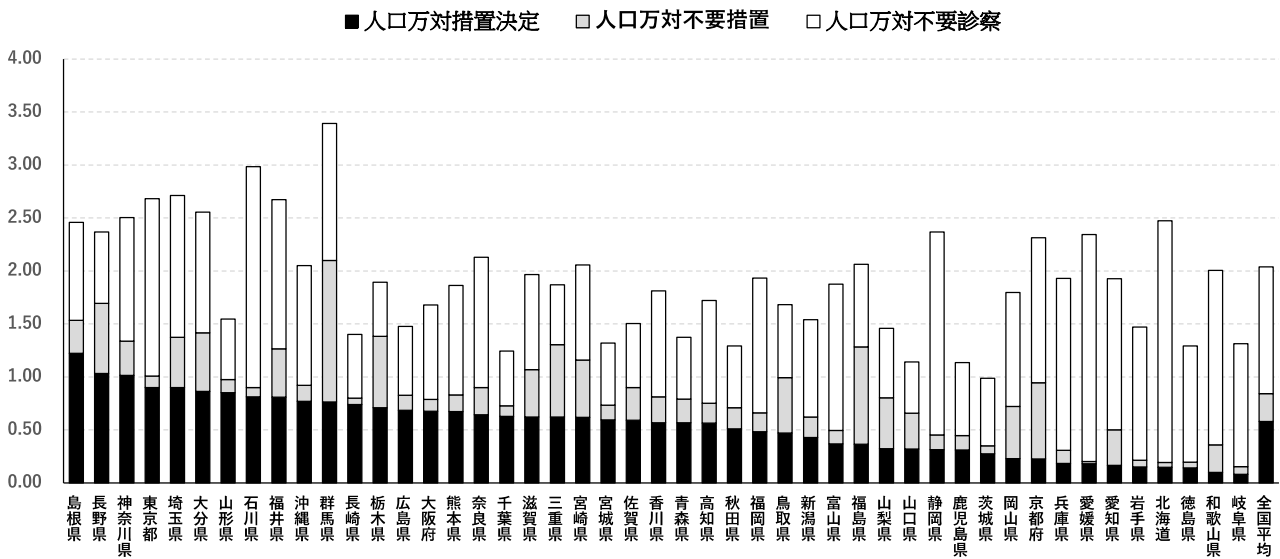


図9 人口万対申請・通報の処理状況（2021年度）
～措置決定数の多い都道府県順～



令和3年度衛生行政報告例より作成

図10 移送件数の推移

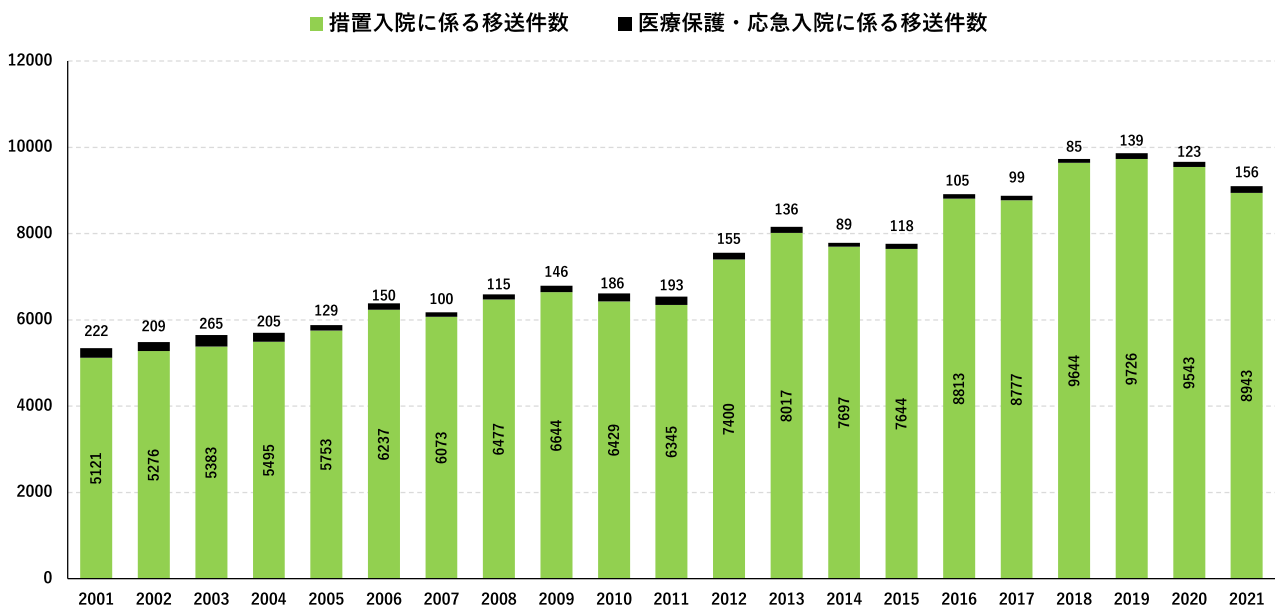


図11 都道府県別の移送件数（2021年度）

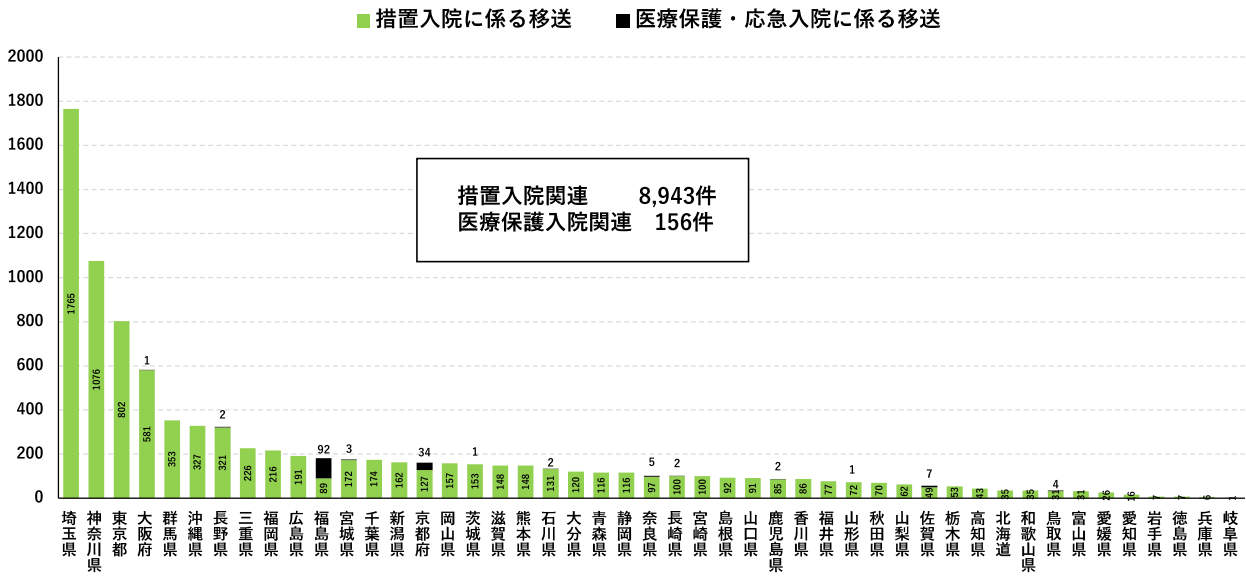


図12 運営要綱の有無

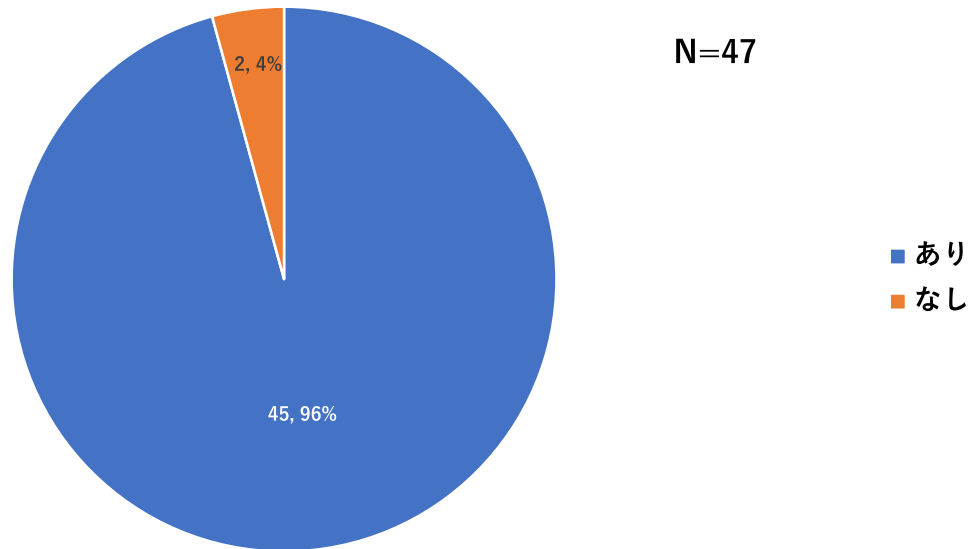


図13 通報第1報の受付

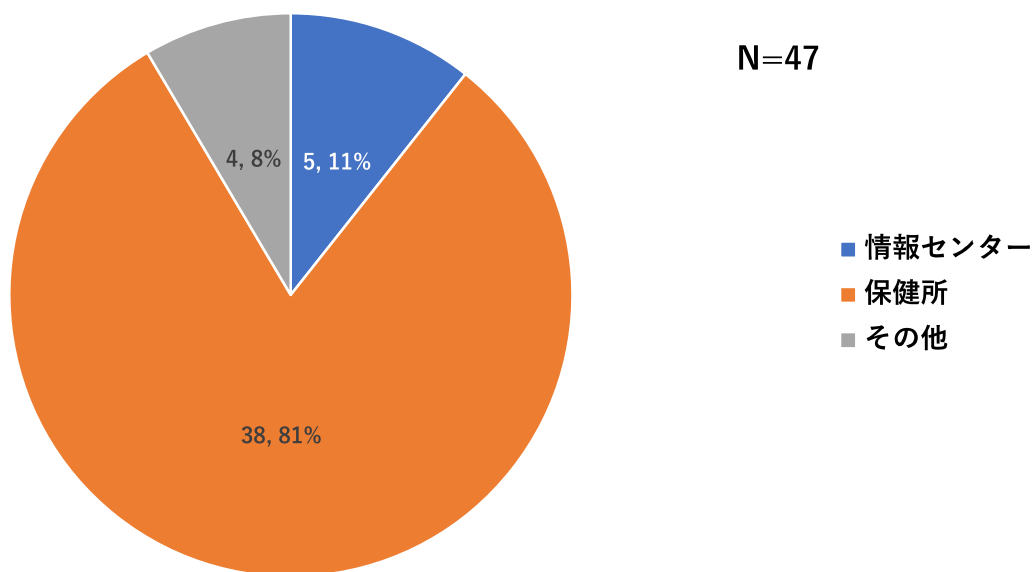


図14 通報処理

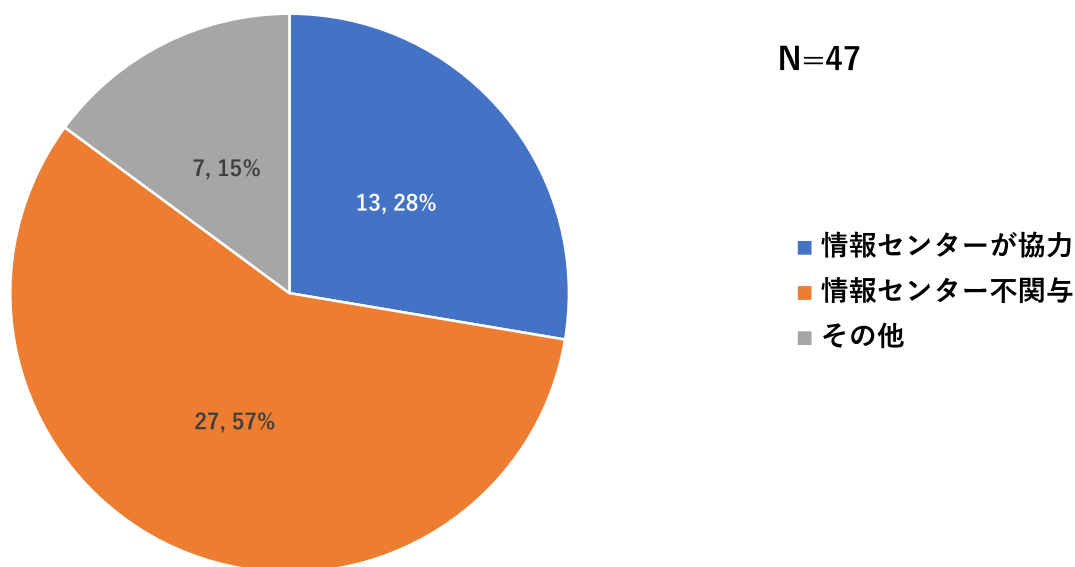


図15 運用時間帯

N=47

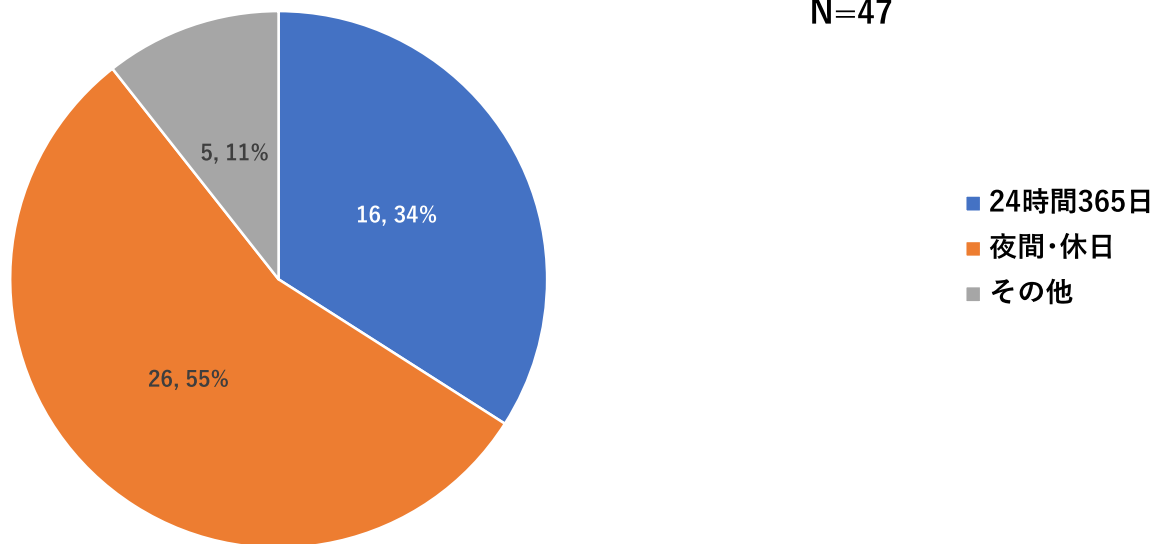


図16 補助金の対象患者

N=47

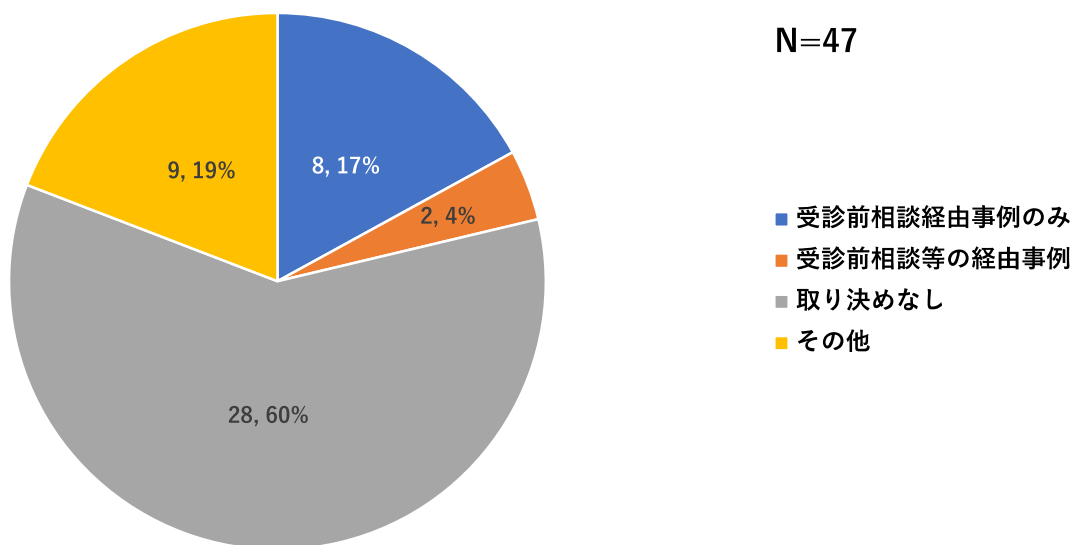


図17 かかりつけ医療機関のある事例

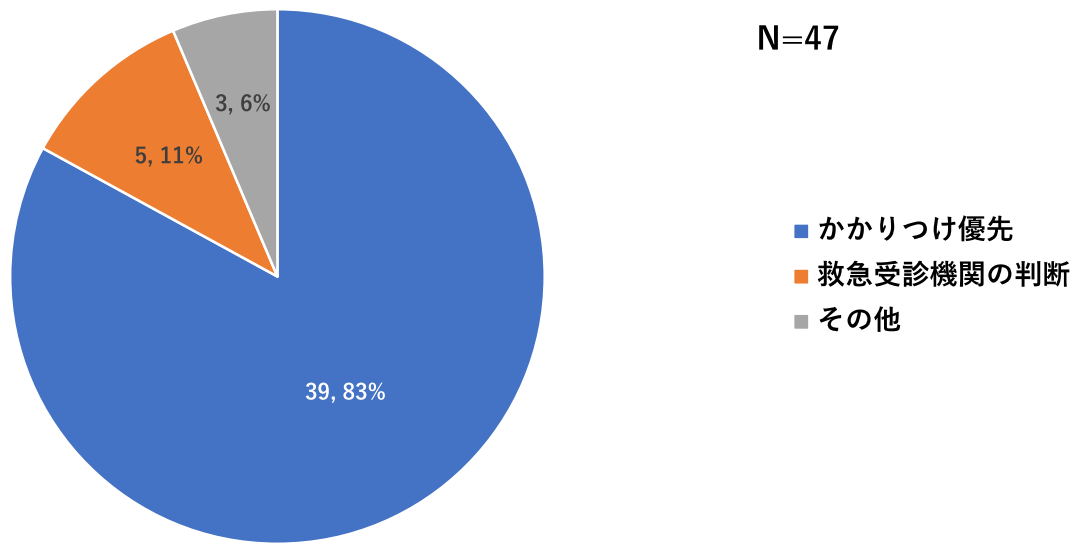


図18 自施設通院患者の取り扱い

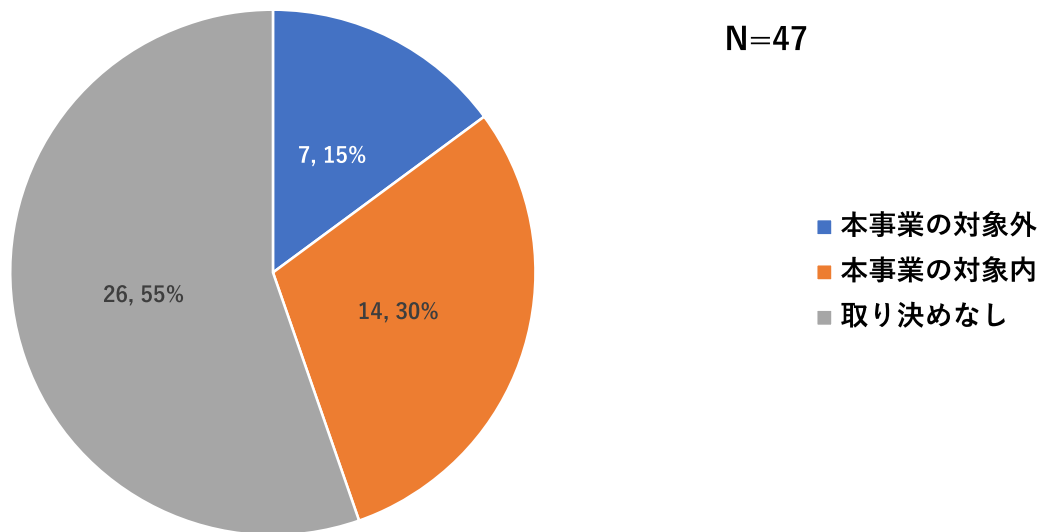


図19 バックアップ体制

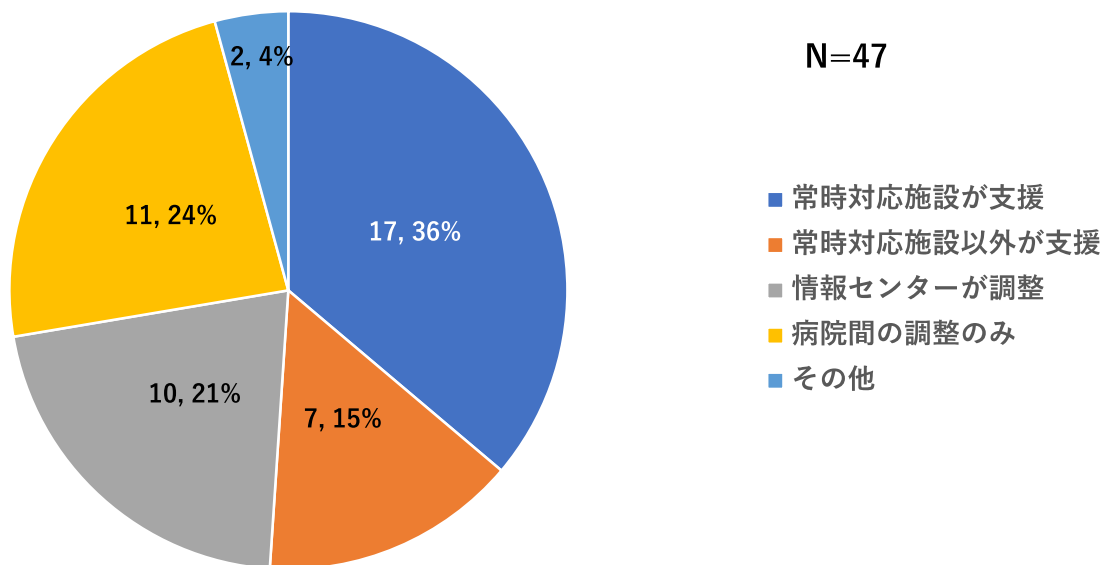


図20 実績の集計

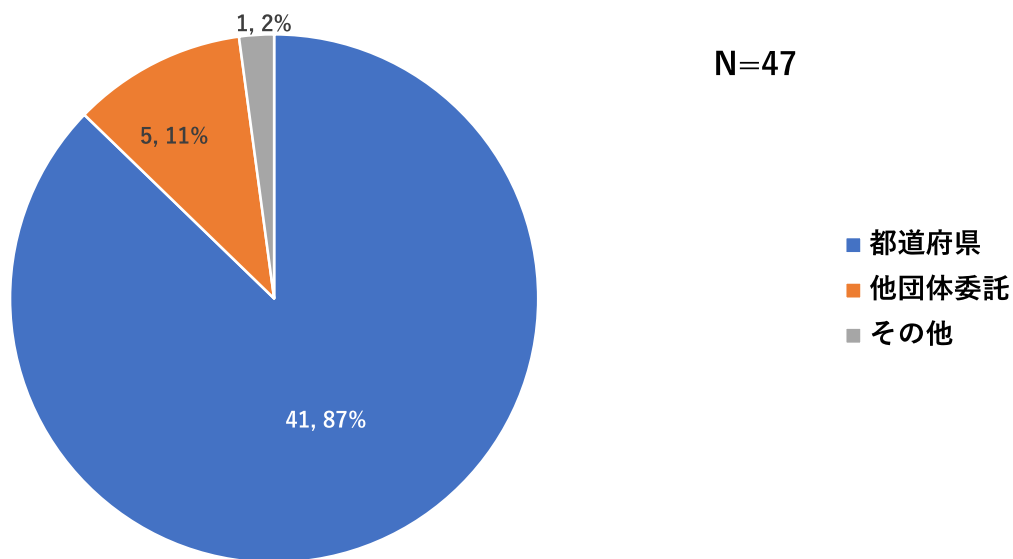


図21 補助金の分配

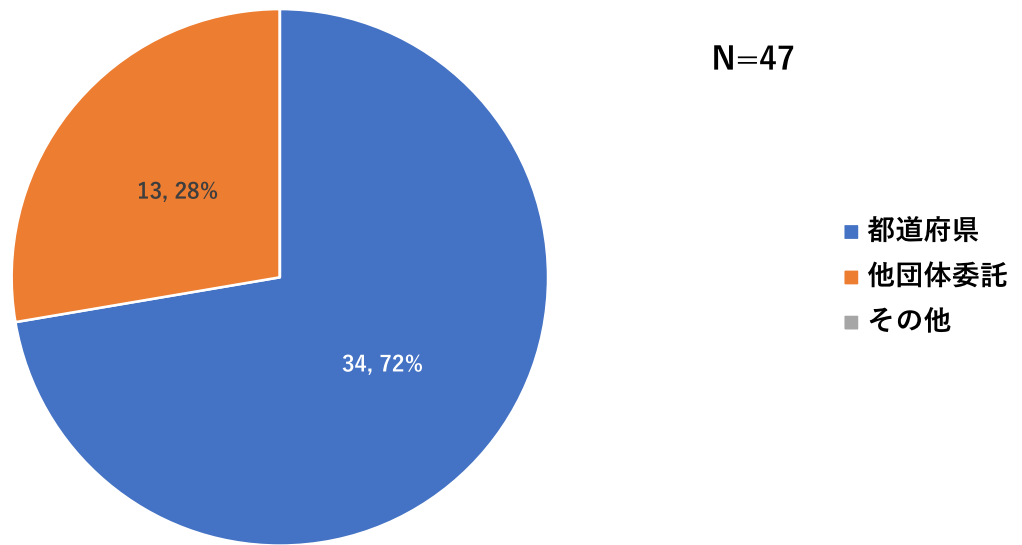


図22 身体合併症対策

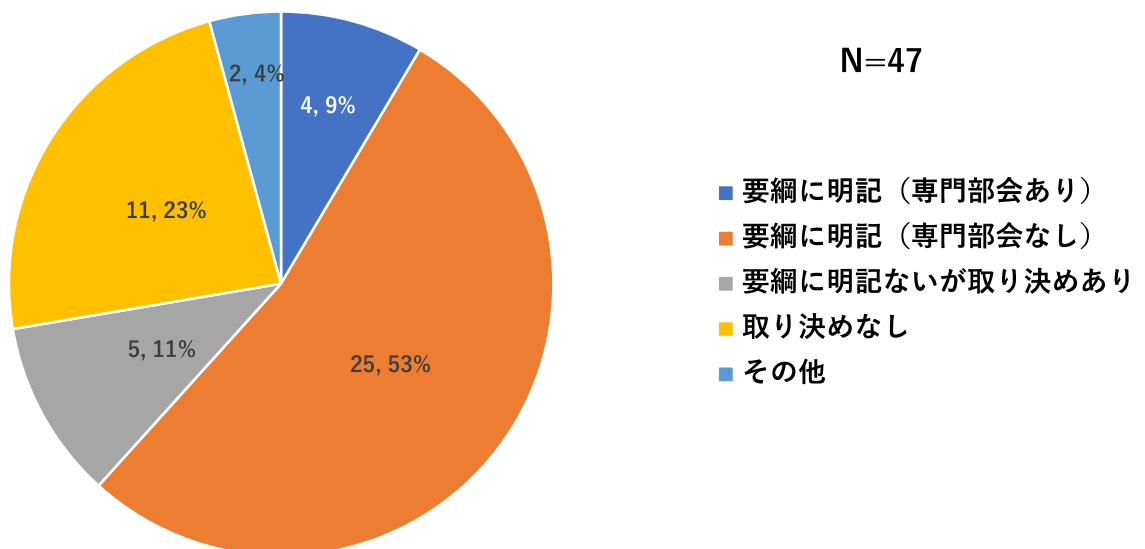


図23 身体救急との連携

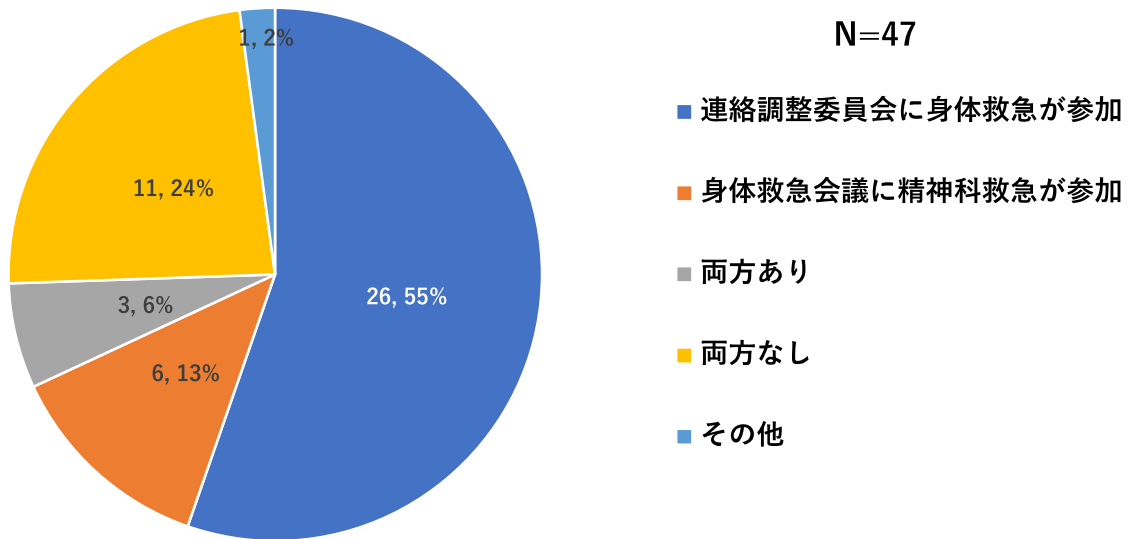


図24 データの共有

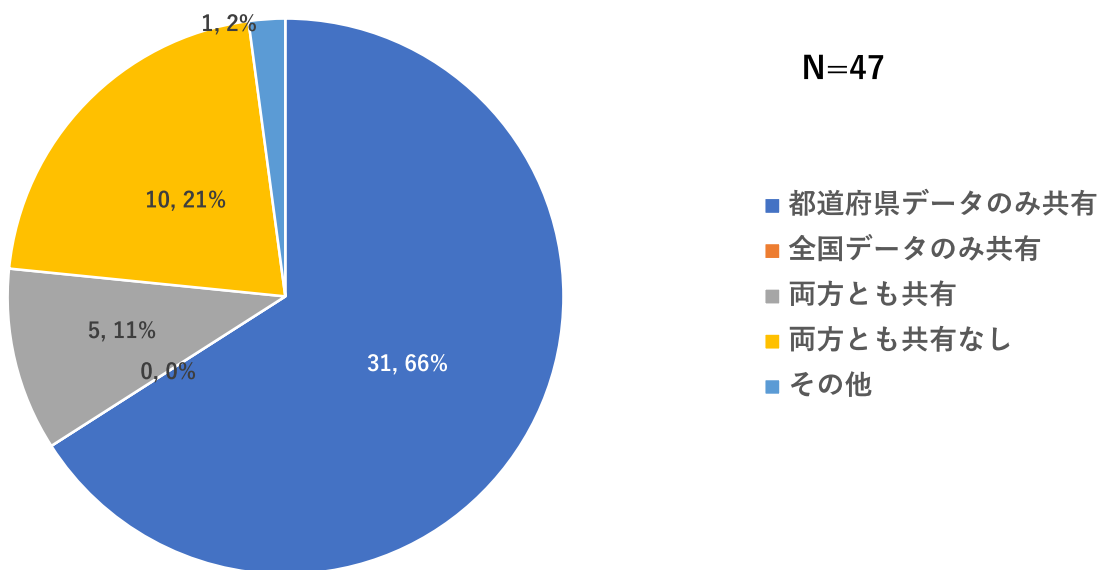


図25 「にも包括」会議の今年度開催

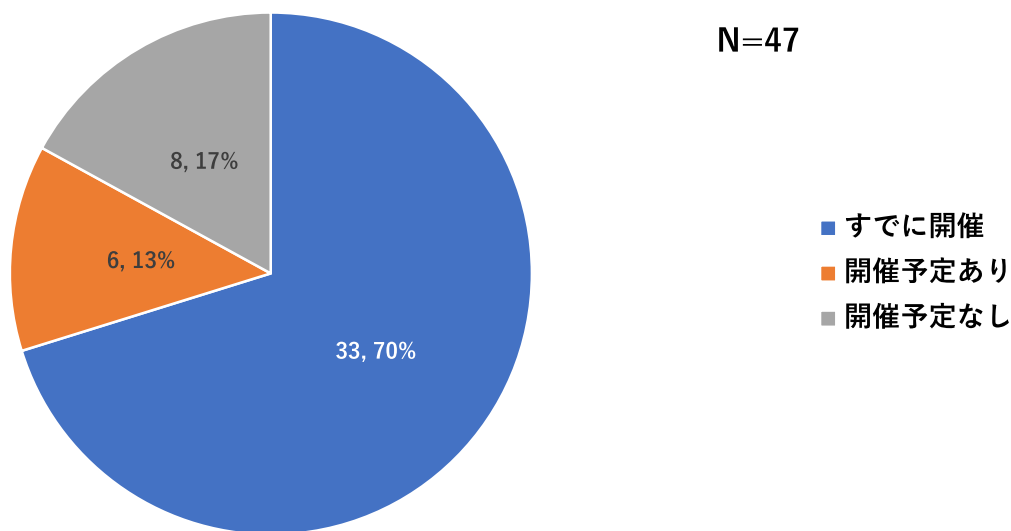


図26 「にも包括」会議での本事業の議題化

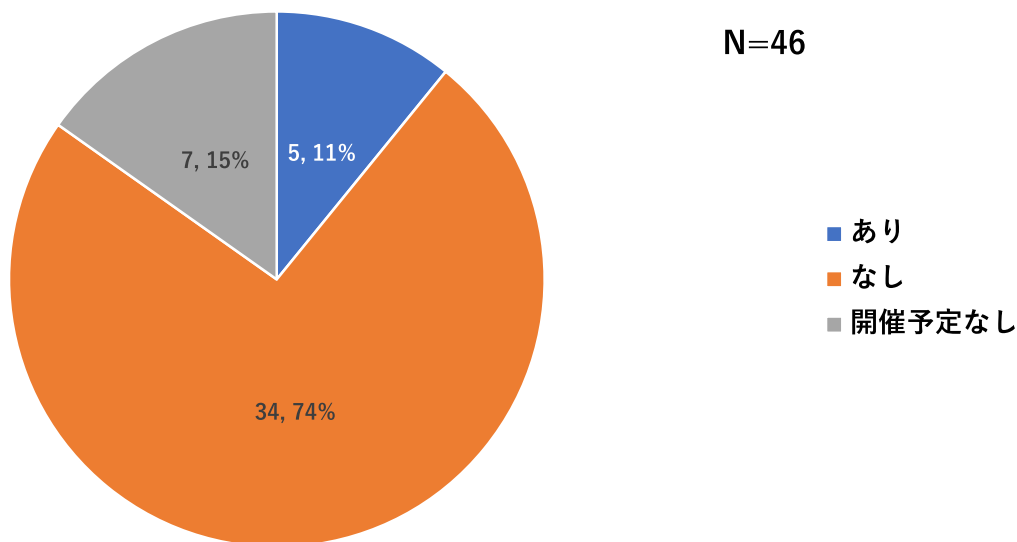


図27 精神科救急情報センター
～運用の有無～

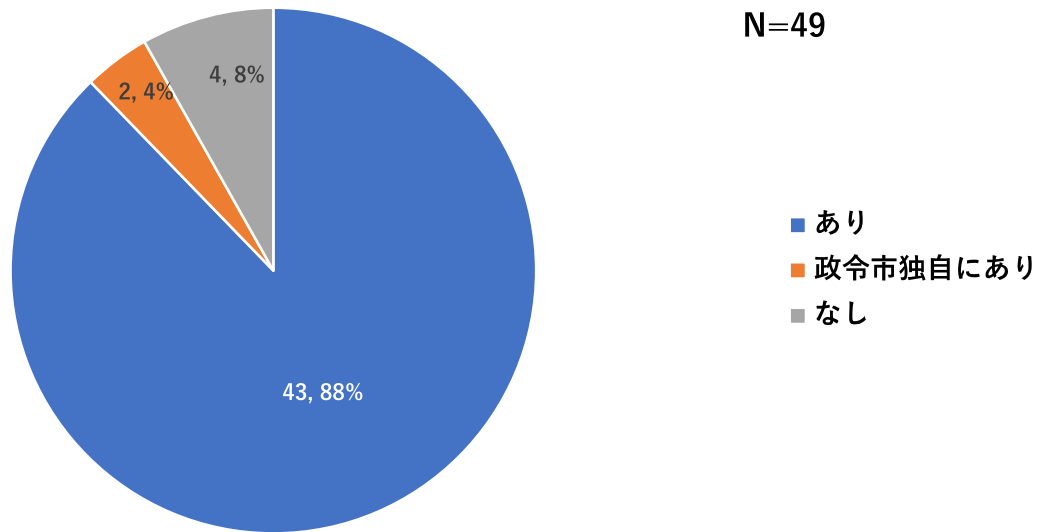
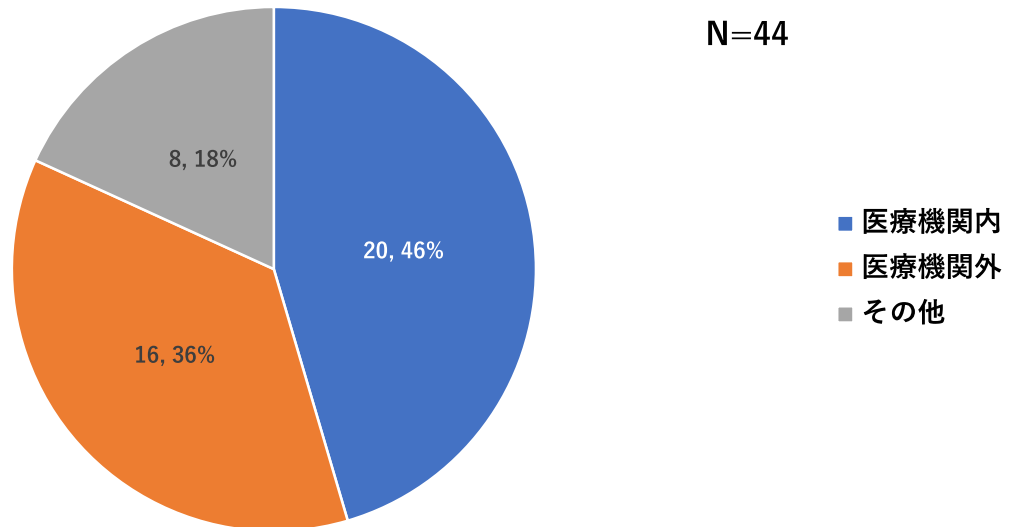
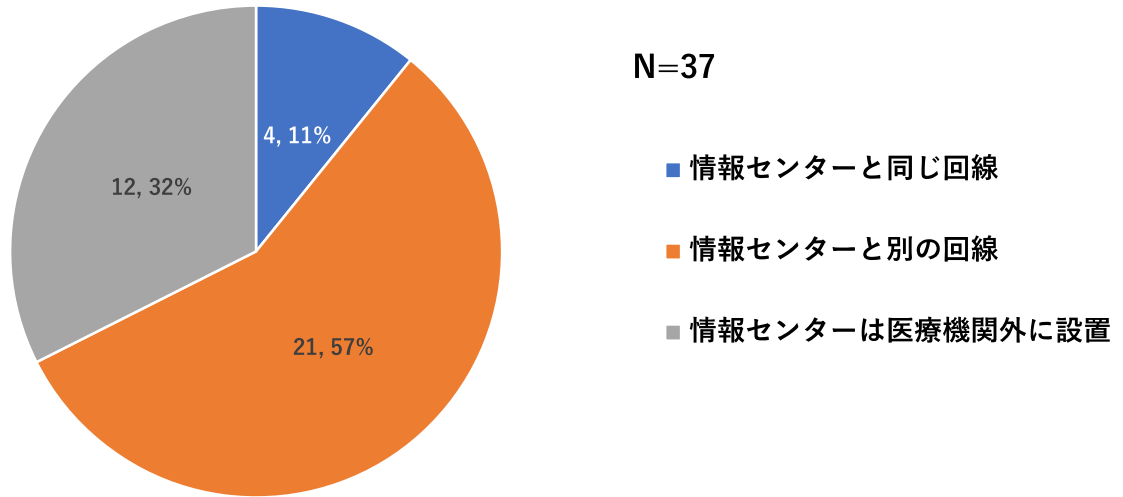


図28 精神科救急情報センター
～設置場所～



**図29 精神科救急情報センター
～自院通院患者への電話対応～**



**図30 精神科救急情報センター
～電話番号の公開範囲（複数選択）～**

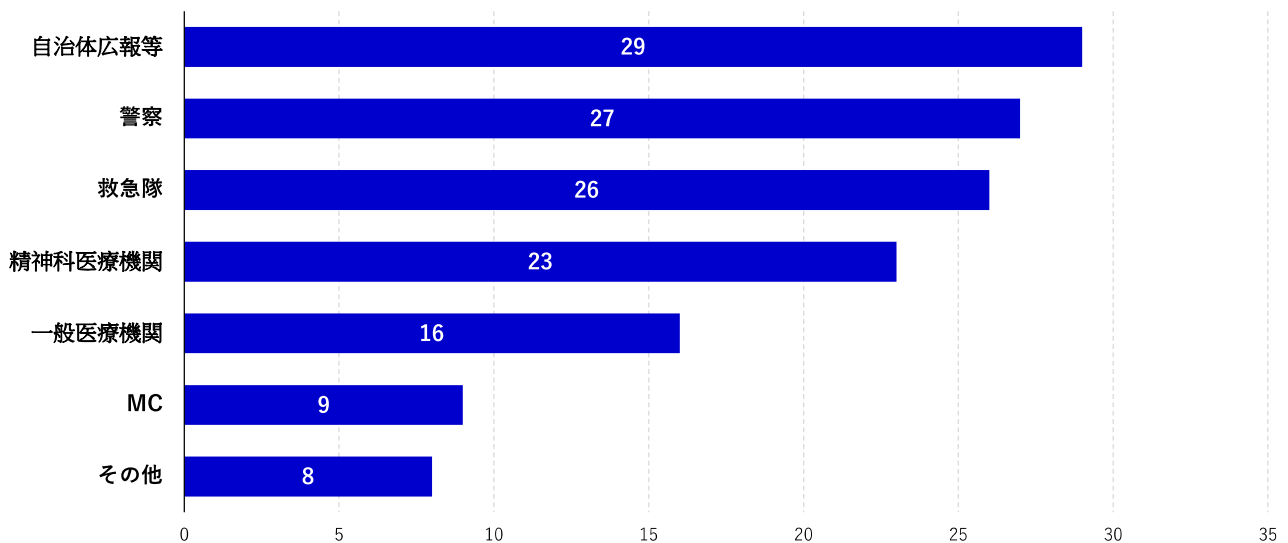


図31 精神科救急情報センター
～運用主体～

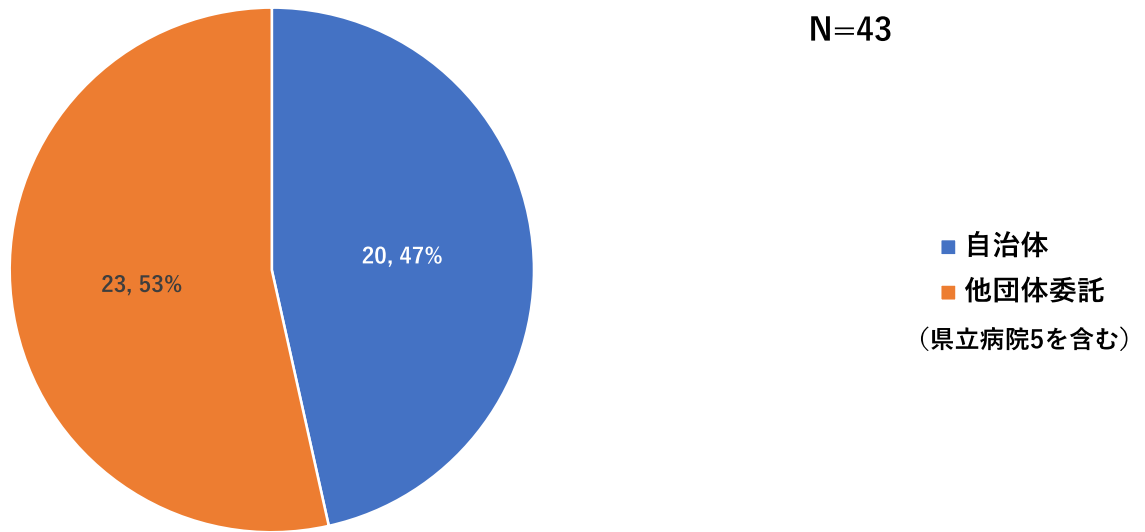


図32 精神科救急情報センター
～対応職員の専門性～

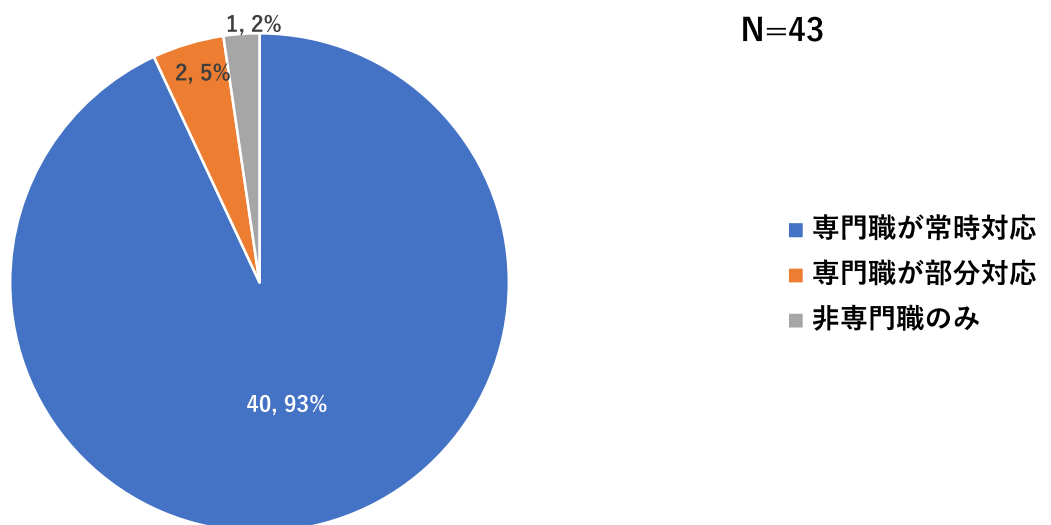


図33 精神科救急情報センター
～医師の助言体制～

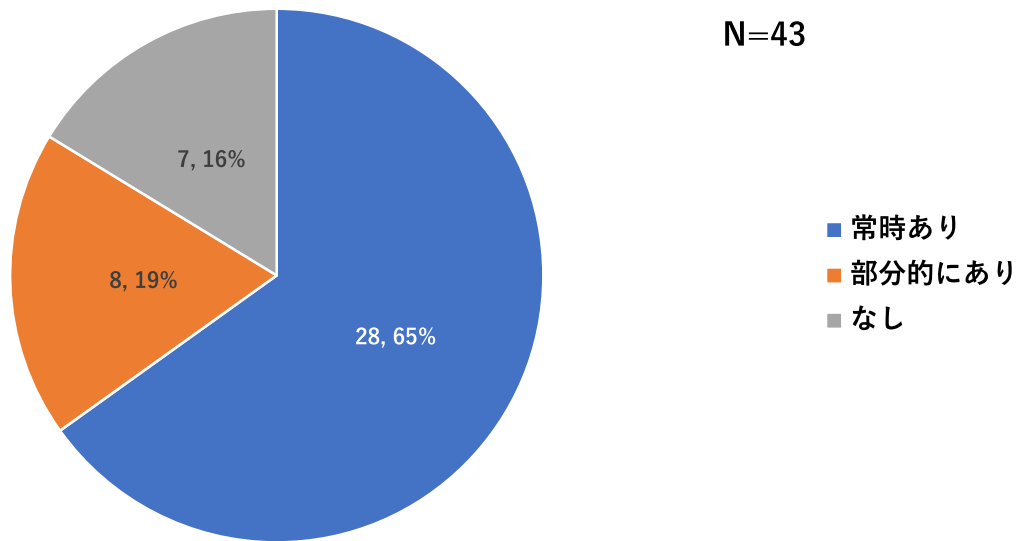


図34 精神科救急情報センター
～運用時間帯～

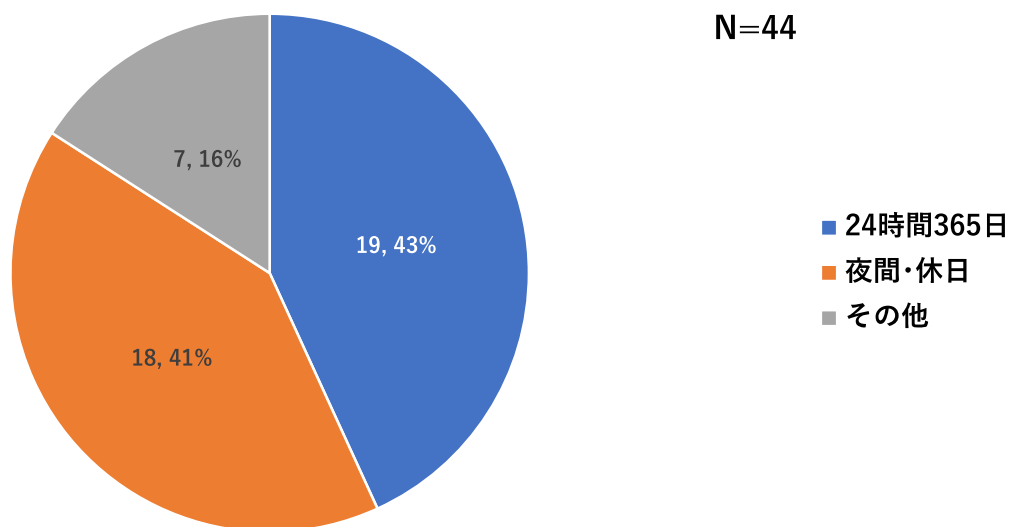


図35 精神科救急情報センター
～広域調整機能～

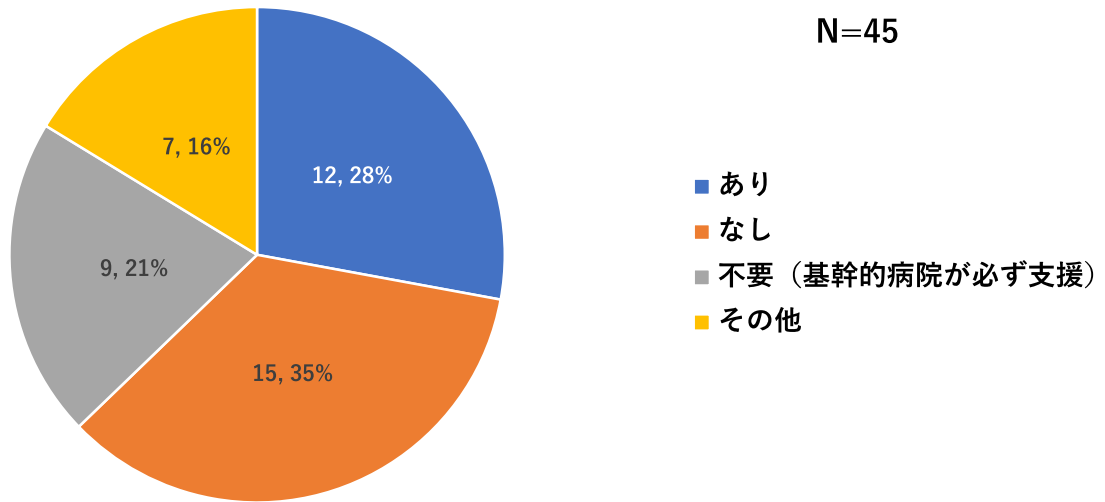


図36 精神医療相談窓口
～設置数～

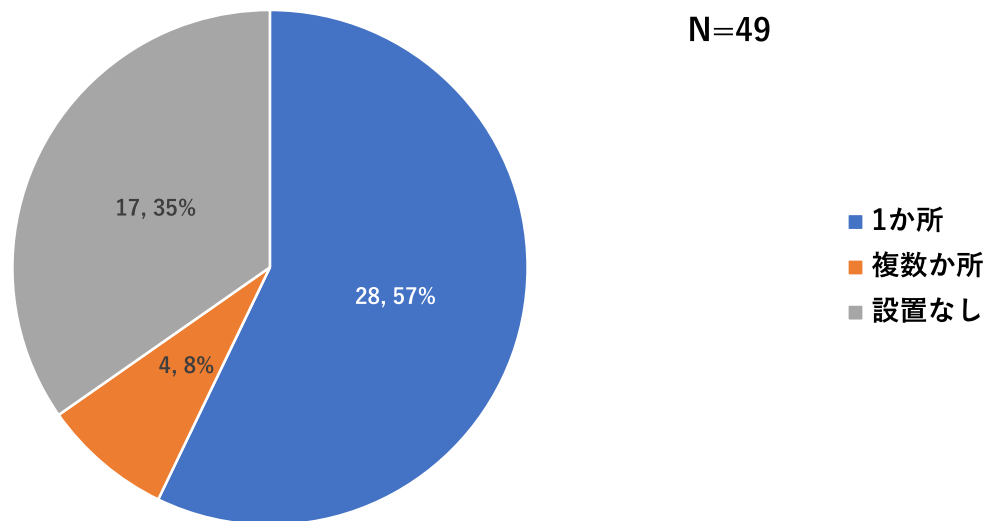


図37 精神医療相談窓口
～設置場所～

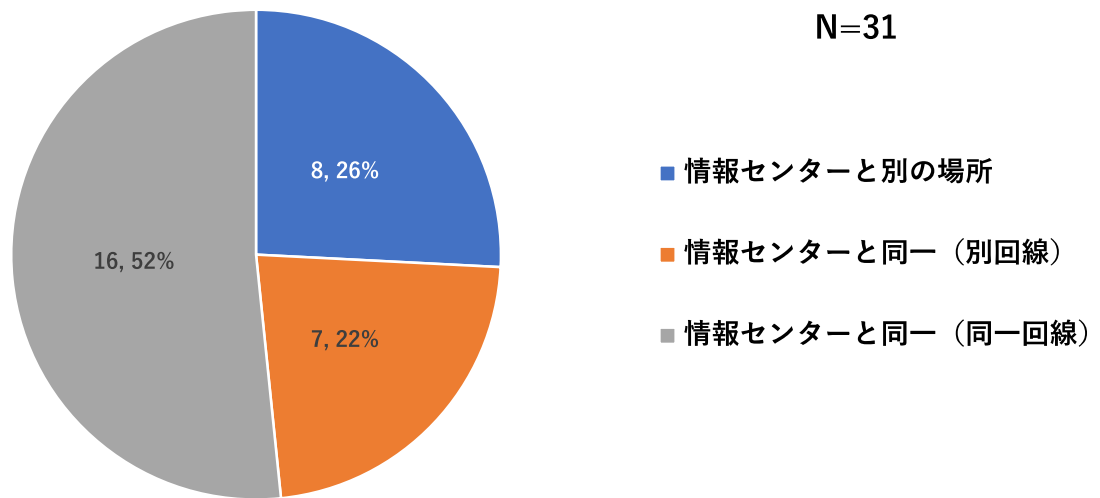


図38 精神医療相談窓口
～対応職員の所属～

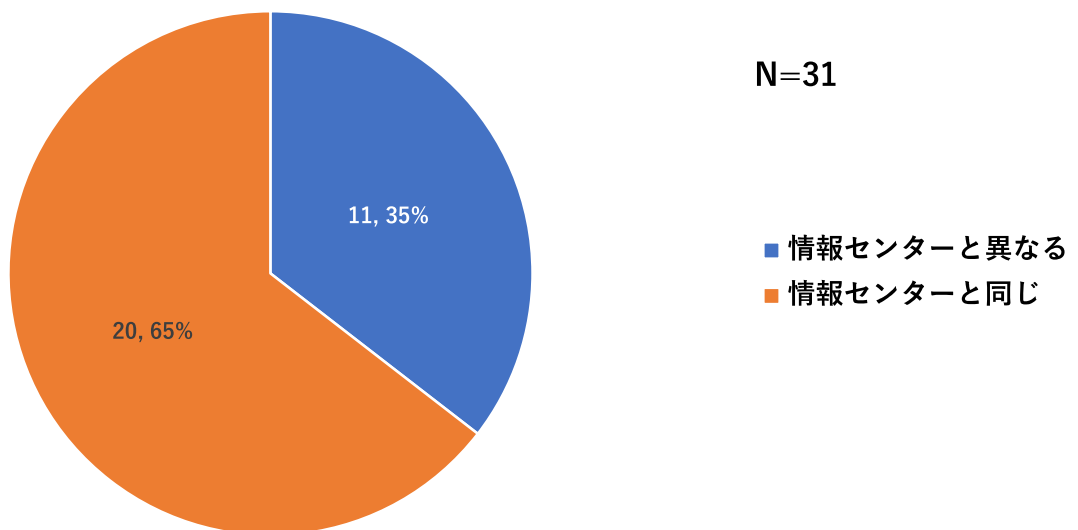


図39 精神医療相談窓口
～運用実績の集計・報告～

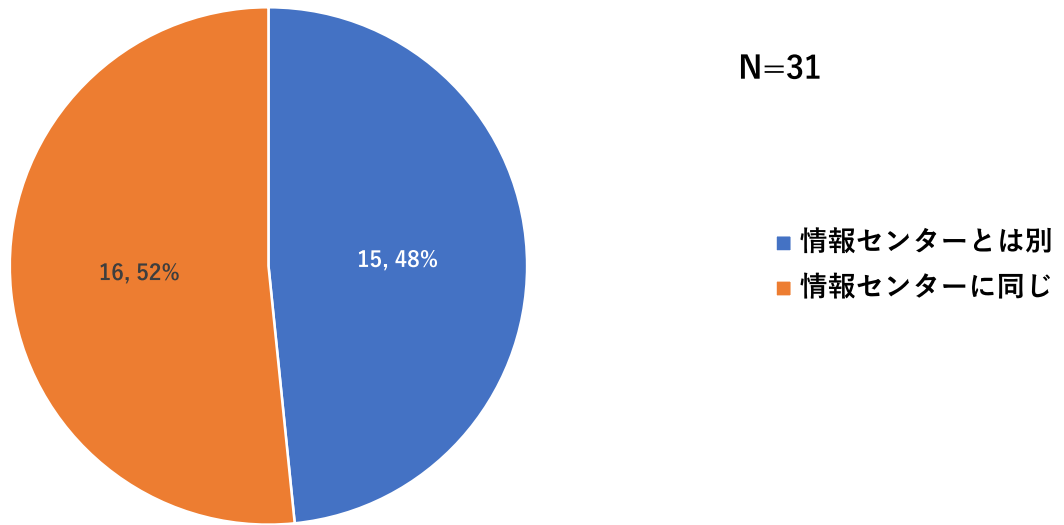


図40 精神医療相談窓口
～自院通院患者への電話対応～

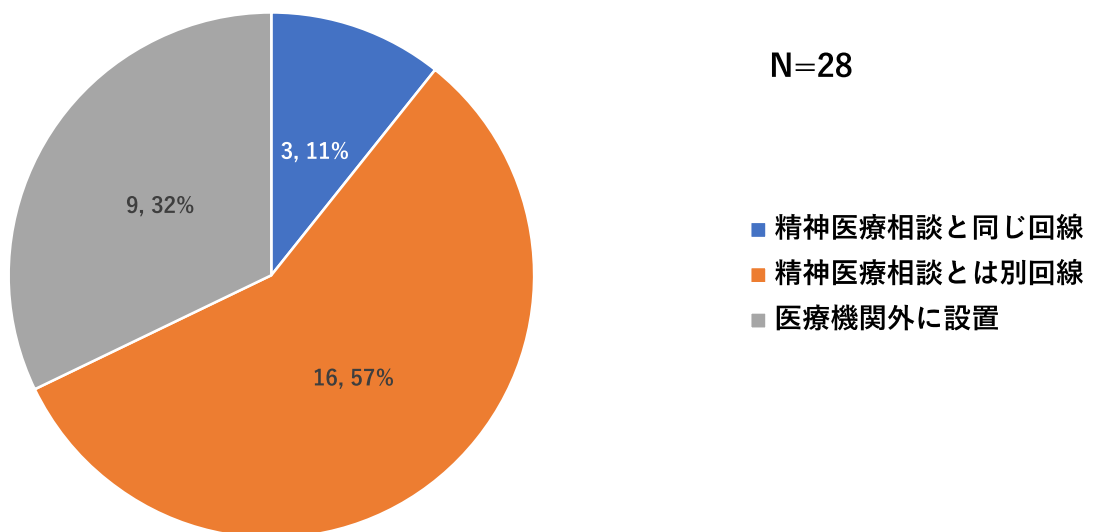


図50 精神医療相談窓口
～電話番号の公開範囲（複数選択あり）～

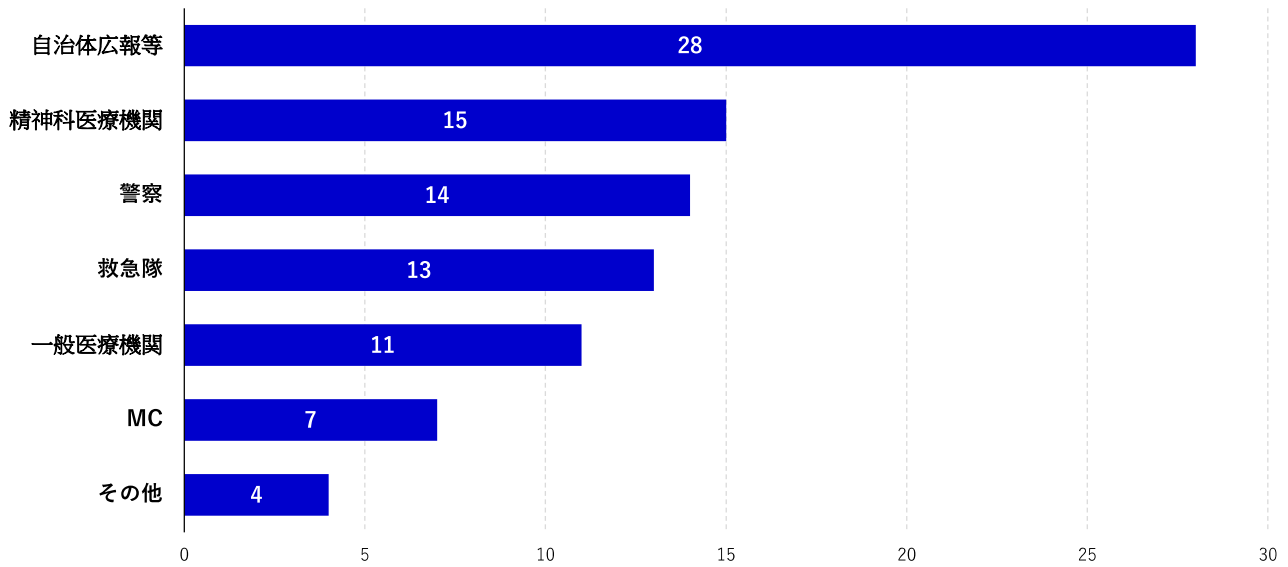


図42 精神医療相談窓口
～運用主体～

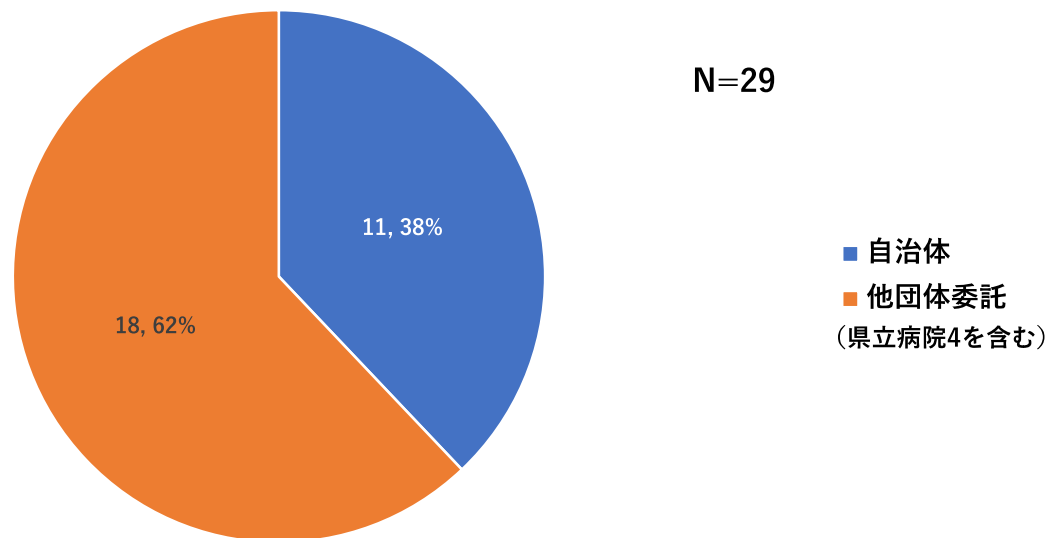
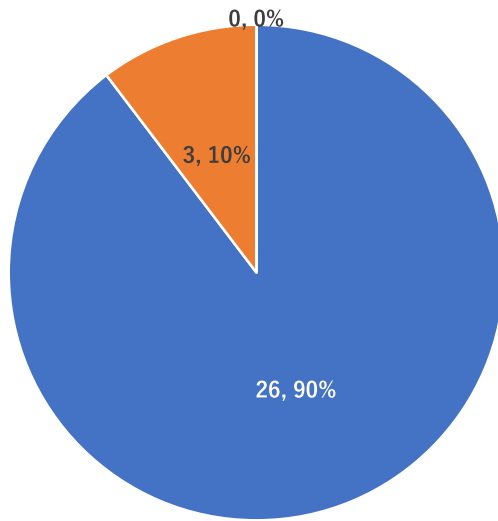


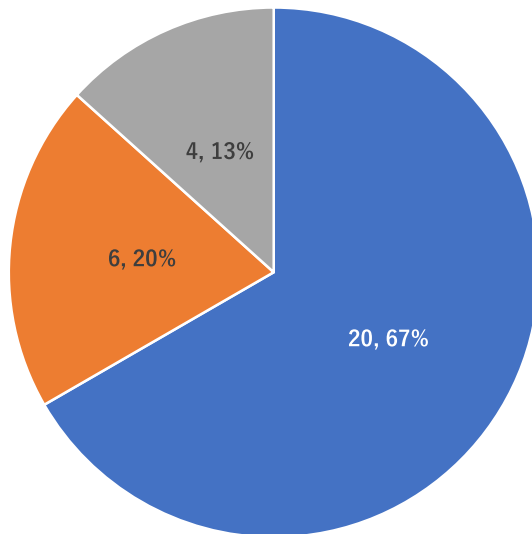
図43 精神医療相談窓口
～対応職員の専門性～



N=29

- 専門職が常時対応
- 専門職が部分対応
- 非専門職のみ

図44 精神医療相談窓口
～医師の助言体制～



N=30

- 常時あり
- 部分的にあり
- なし

図45 精神医療相談窓口
～運用時間帯～

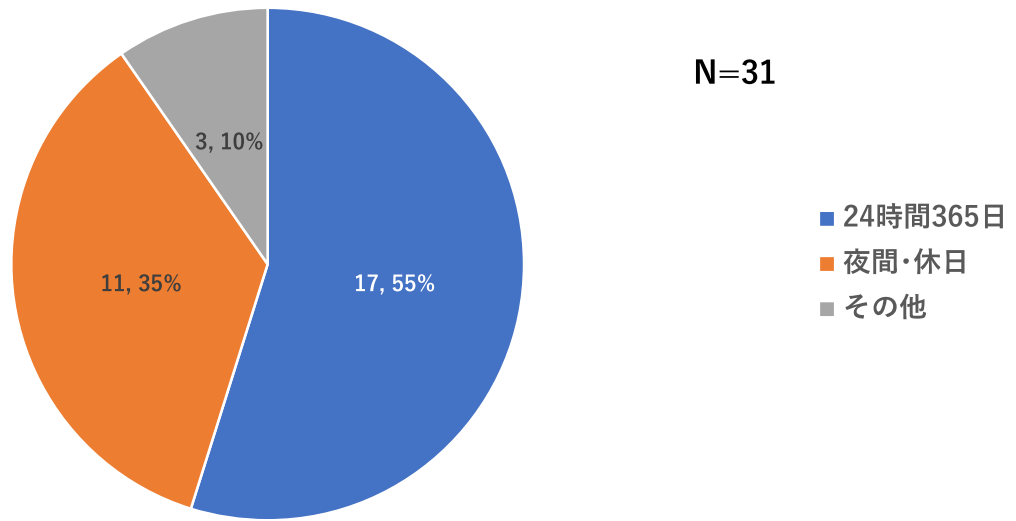


図46 精神科救急医療体制の自己評価スコア（2021年度分）
（47都道府県・単純計算）

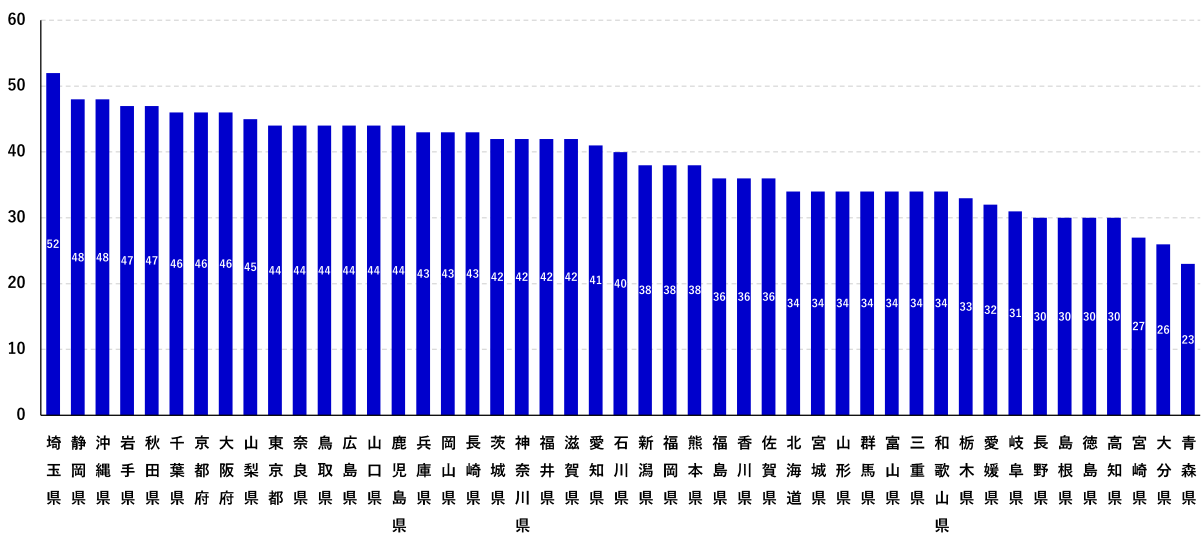


図47 精神科救急医療体制の自己評価スコア（2021年度分）
（47都道府県・加重計算）

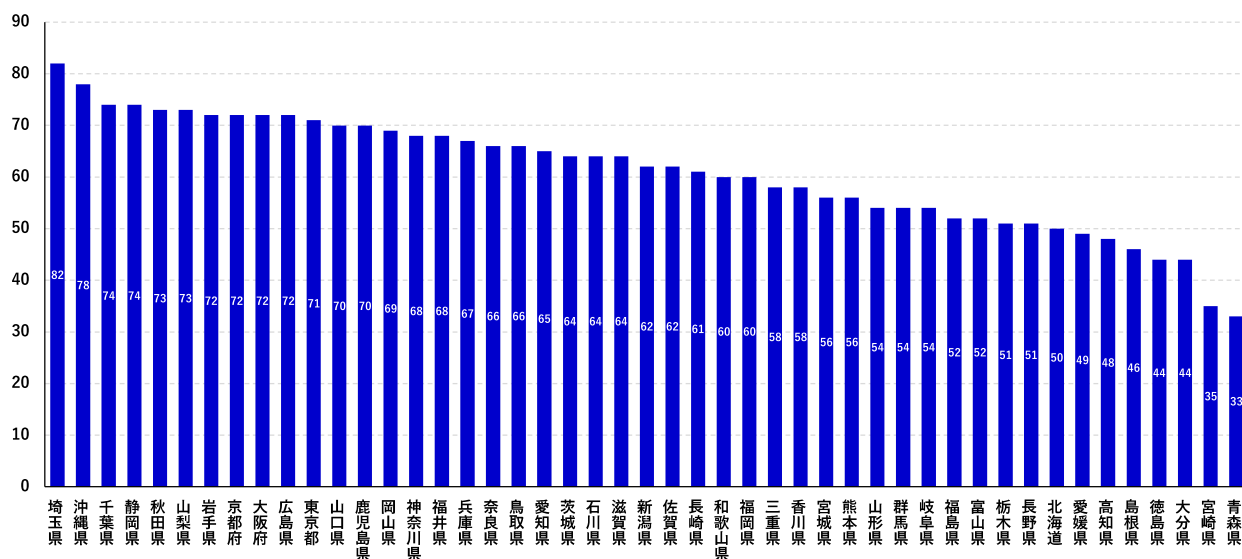


図48 都道府県担当者研修会アンケート調査結果
～回答者の性別～

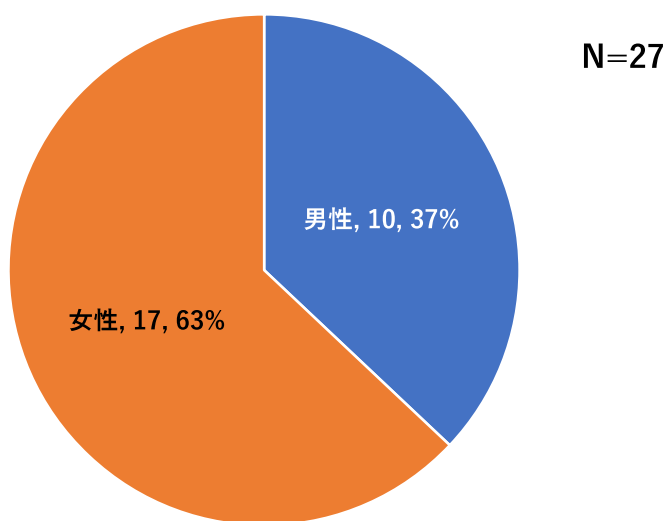


図49 都道府県担当者研修会アンケート調査結果
～回答者の年代～

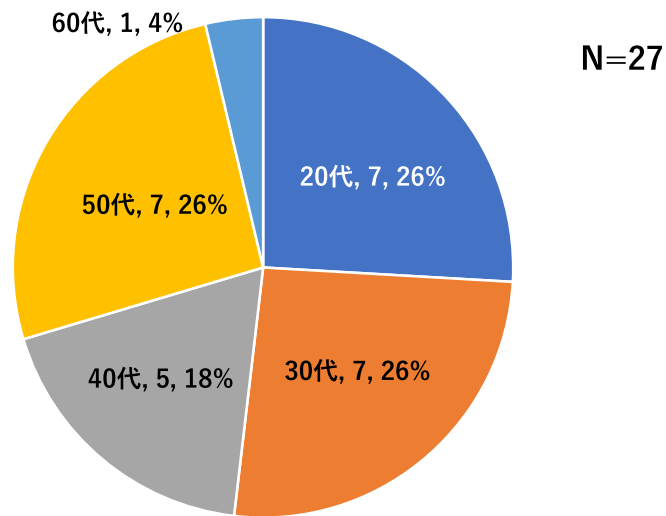


図50 都道府県担当者研修会アンケート調査結果
～研修内容の評価～

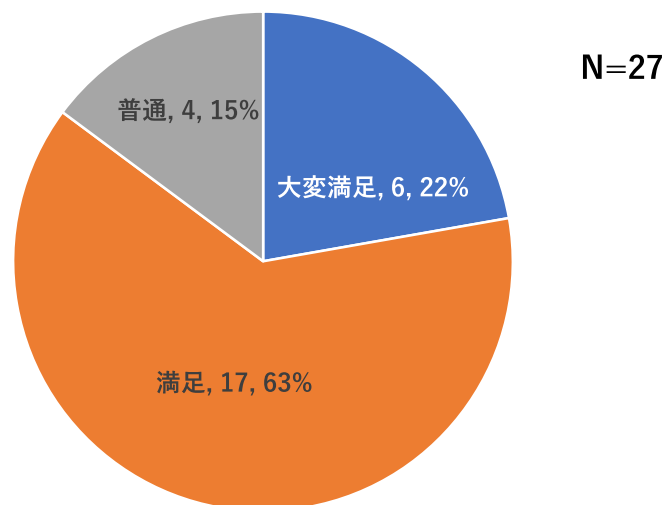


図51 都道府県担当者研修会アンケート調査結果
～プログラム構成の評価～

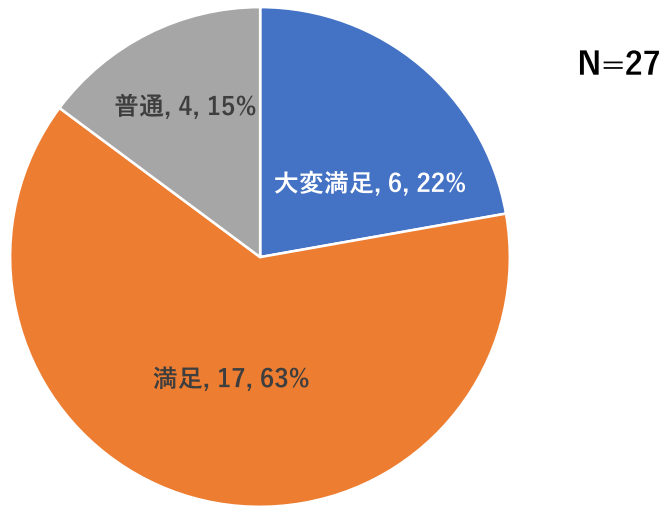
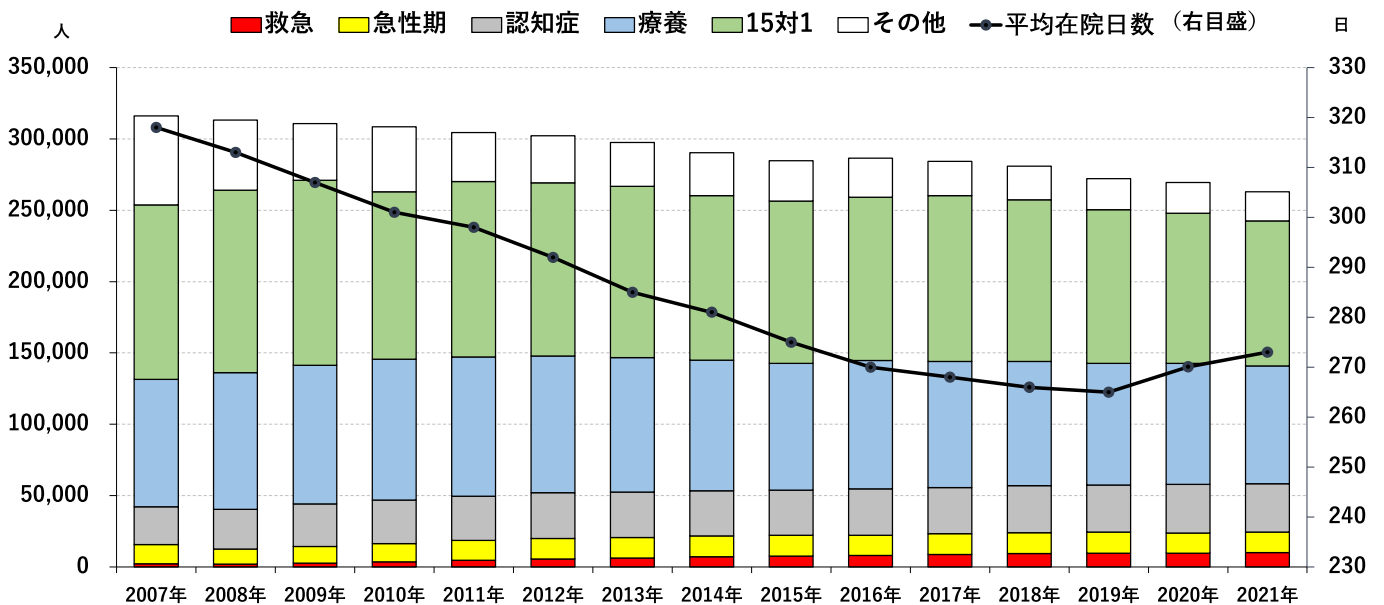


図52 病棟入院料別在院患者数・平均在院日数の推移
～630調査・病院報告から～



凡例中、「救急」は精神科救急入院料病棟、「急性期」は精神科急性期治療病棟、「認知症」は認知症治療病棟、「療養」は精神療養病棟、「15対1」は精神科入院基本料3の認可病棟を示す

A. 令和 3 年度 (2021 年度) 精神科救急医療体制の概要

(_____ 都・道・府・県・市)

回答数 47 都道府県

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） **45**
 2. ない **2**
- 【2】夜間・休日*における精神保健福祉法 22 条から 26 条による申請・通報の第一報は、
1. 本事業の精神科救急情報センターが受け付けている **5**
 2. 行政機関（保健所や所管部署等）が受け付けている **38**
 3. その他（ _____ ） **4**
- *「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 22 条から 26 条による申請・通報の処理業務（通報受理、事前調査、診察医の確保、入院先の確保等）については、
1. 本事業の精神科救急情報センターが協力している **13**
 2. 本事業の精神科救急情報センターは関与していない **27**
 3. その他（ _____ ） **7**
- 【4】本事業における精神科救急医療等確保事業の運用時間は、
1. 24 時間 365 日 **16**
 2. 夜間・休日の全時間帯 **23**
 3. その他（ _____ ） **8 (実質 2 が 3)**
- 【5】本事業における精神科救急医療等確保事業の補助金支給の対象となる精神科救急事例とは、
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 **8**
 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 **1**
 3. 上記のような取り決めはなく、精神科救急医療施設の判断に任せている **25**
 4. その他（ _____ ） **13 (原則 2 が 1、実質 3 が 3、当番日単位で補助金支給 5)**
- 【6】かかりつけ医療機関のある患者が夜間・休日において精神科救急情報センターや精神医療相談窓口を経由しての受診を希望した場合は、
1. まず、かかりつけ医療機関への受診を指示し、当該医療機関への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 **36**
 2. そのような取り決めはなく、精神科救急医療施設の判断に任せている **5**
 3. その他（ _____ ） **6 (実質 1 が 3、情報センターの判断 2、情報センターなし 2)**

- 【7】救急当番の本事業参画医療施設に自施設通院中の患者*が当番中に受診した場合は、
1. 自施設通院中の患者は本事業の対象にしないという取り決めになっている 7
 2. 自施設通院中の患者も本事業の対象にするという取り決めになっている 14
 3. その他 () 26
- *「自院通院中の患者」とは、受診日前3カ月以内に自施設での治療歴がある患者とします。
- 【8】救急当番の本事業参画医療施設での救急受診が困難の場合は、
1. 本事業における常時対応型施設がバックアップする体制が決められている 17
 2. 常時対応型施設以外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 4
 3. 1、2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
 4. 1～3のような体制はなく、医療施設間での調整に任せている 8
 5. その他 () 8 (実質2が3、実質4が3)
- 【9】本事業における精神科救急情報センター事業の実績（本事業に係る報告年報の様式6）および精神科救急医療等確保事業の実績（同様式4）、そして精神医療相談事業の実績（同様式5）に関する集計は、
1. 貴自治体の担当部署が行っている 38
 2. 外部団体に委託している（団体名（公表しません）： ） 5 (病院協会2、県立病院1、その他団体2)
 3. その他 () 4 (実質1が3、事業によって異なる1)
- 【10】本事業における精神科救急医療等確保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 34
 2. 外部団体に委託している（団体名（公表しません）： ） 9
 3. その他 () 4 (全て実質2)
- 【11】身体合併症対策については、貴自治体独自の運営要綱上に
1. 取り決めが明記されている（身体合併症対策の検討部会等がある） 4
 2. 取り決めが明記されている（身体合併症対策の検討部会等はない） 23
 3. 明記されていないが、一定の取り決めがある 5
 4. 特に取り決めはない 11
 5. その他 () 4 (実質2が3、救急事業とは別に合併症対策あり2)
- 【12】身体救急機関との連携体制
1. 精神科救急の連絡調整委員会等に身体救急医療機関の関係者が参加している 26
 2. 身体救急の連絡調整会議等に精神科救急の関係者が参加している 6
 3. 1、2のいずれにも当てはまる 3
 4. 1、2のいずれにも当てはまらない 11
 5. その他 () 1 (圏域による)
- 【13】本事業における精神科救急情報センターおよび精神科救急医療等確保事業、そして精神医療相談窓口事業等の実績を貴自治体内の関係機関に対して共有しているかについて、当てはまる項目を選択して下さい。
1. 貴自治体で独自に集計し、共有している 31
 2. 当研究班のとりまとめた結果に基づいて、共有している 0
 3. 1、2とも共有している 4
 4. 1、2とも共有していない 10

5. その他 () 2 (実質 3 が 1、情報センターから当番病院に受診調整した事例を保健所と共有 1)

【1 4】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に関する会議について、当てはまる項目を選択して下さい。

1. 当該会議が現在までの間に開催されている 33
2. 当該会議が現在までの間に開催されていないが、今年度内中に開催予定である 6
3. 今年度中に当該会議が開催される予定はない 8

【1 5】前問で 1 もしくは 2 を選択した場合、

1. 精神科救急医療体制整備事業が議題に含まれている 5
 2. 精神科救急医療体制整備事業が議題に含まれていない 34
 3. 前問で 3 を選択したので回答できない 7
- 無回答 1

B. 令和 3 年度（2021 年度）精神科救急医療に関する受診前相談の概要

（ _____ 都・道・府・県・市）

回答数 47 都道府県・2 政令市

受診前相談（精神科救急情報センターおよび精神医療相談窓口）の担当職員にご確認の上で、以下の設問にご回答願います。

なお、政令市のうち、精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」と略記）が道府県に統合されている場合は、以下の設問の全てにお答え頂く必要はありません。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】本事業のうちの精神科救急情報センター事業が

1. 運用されている（政令市の場合、①都道府県と共有、②政令市独自 **1、無回答 1**）
45（政令市 2）
2. 運用されていない **4**

【2】前問で 1 を選択した場合は、精神科救急情報センターの設置場所等について、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（機関名（公表しません）：_____） **20**
②医療機関外（機関名（公表しません）：_____） **16**
③その他（_____） **8（複数機関の持ち回り 3、時間帯で変更 2、非公開 1）**
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 **4**
②精神科救急情報センターとは別の回線で行っている **21**
③回答不要（医療機関外に設置されている） **12**
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（ホームページを含む）などで一般公開している **29** ②警察 **27** ③救急隊 **26** ④精神科医療機関 **23** ⑤一般医療機関 **16** 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・精保センター 4、新聞掲載 1）**
4. 運用主体 ①貴自治体 **20**
②他団体に委託（団体名（公表しません）：_____） **23（県立病院 5）**
5. 対応職員 ①専門職（精神保健福祉士、公認心理師、看護師等）が常時対応 **40**
②専門職が対応できない時間帯もある **2**
③非専門職のみが対応している **1**
6. 医師による助言体制
①常時あり **28** ②時間帯によってあり **8** ③なし **7**
7. 運用時間 ①24 時間 365 日 **19**
②平日夜間・休日*の全時間帯 **18**
③上記以外（_____） **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、当日の救急当番施設も、それを支援する基幹的な医療施設も、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非救急当番を含め、都道府県全体で、何とか受け入れ先を探す 12
- ②病院間の調整等に委ねる（情報センターに①の機能までは求められていない） 15
- ③基幹的病院が必ず受け入れるので、情報センターによる調整は不要 9
- ④その他（具体的に_____） 7

II. 精神医療相談窓口について

【1】精神医療相談窓口（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の精神医療相談に係る事業による）が

1. 1か所のみ設置されている（機関名（公表しません）：_____） 28（政令市の場合、①都道府県と共有、②政令市独自 2）
2. 2か所以上設置されている（_____か所） 4（平日日中と夜間休日で異なる 1、常時対応型 4 病院 1、39 輪番病院と委託団体 1）
（機関名（公表しません）：_____）
（政令市の場合、①都道府県と共有、②政令市独自） 回答なし
3. 設置されていない 17

【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。

要回答 38（8 政令市を含む）

1. 設置場所
 - ①精神科救急情報センターと異なる 8
 - ②精神科救急情報センターに同じだが、電話回線は異なる 7
 - ③精神科救急情報センターに同じで、電話回線も同じ 16
2. 対応職員
 - ①精神科救急情報センターと異なる 11
 - ②精神科救急情報センターに同じ 20
3. 運用実績の集計・報告
 - ①精神科救急情報センターの実績とは別に集計・報告 15
 - ②精神科救急情報センターの実績に同じ 16
4. 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 3
 - ②精神医療相談とは別の回線で行っている 16
 - ③回答不要（医療機関外に設置されている） 9
5. 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（ホームページを含む）などで一般公開 28
 - ②警察 14 ③救急隊 13 ④精神科医療機関 15 ⑤一般医療機関 11
 - ⑥MC（一般救急のメディカル・コントロール） 7
 - ⑦その他（_____） 4（新聞公開 1、夜間休日は医療機関のみ 1）
6. 運用主体
 - ①貴自治体 11
 - ②他団体に委託（団体名（公表しません）：__） 18（県立病院 4）
7. 対応職員の専門性
 - ①専門職（精神保健福祉士、公認心理師、看護師等）が常時対応 26
 - ②専門職が対応できない時間帯もある 3
 - ③非専門職のみが対応している 0
8. 医師による助言体制
 - ①常時あり 20 ②時間帯によってあり 6 ③なし 4

9. 運用時間 ①24 時間 365 日 17
②平日夜間・休日の全時間帯 11
③上記以外 () 3