

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業の現状分析～

研究分担者：杉山直也（沼津中央病院）

研究協力者：平田豊明（千葉県総合救急災害医療センター）、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（千葉県総合救急災害医療センター）、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」）の運用状況を多角的に分析して、その結果を全国の自治体にフィードバックし、本事業の適正運用に資すること。

方法 (1)都道府県から国に報告された本整備事業の令和5年度（2023年度）年報、および精神保健福祉資料、衛生行政報告例等の公式統計の関連データを集計・分析した。(2)本事業を所掌する自治体担当者を対象とする研修会を企画して、本研究の成果をフィードバックし、各地の現状と課題について情報交換するためのワークショップを開催した。

結果 (1)本事業年報や公式統計を集計して表1-1から表1-4に一覧表示し、その一部を図として可視化した。また、年報の様式7のうち課題と評価については記述内容を資料1に示した。(2)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所（以下、「国立精神保健研究所」）の主催により、2025年2月8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、20都道府県等から36人の参加があった。その概要や事後評価について資料2～5に示した。

考察 (1)本整備事業には精神科救急急性期医療入院料認可施設（以下「精神科救急病棟認可施設」）をはじめとして全国の精神科有床施設の7割以上が参画しており、精神科医療資源の分布や機能、本事業に関する取決めなどの条件によって、受診動態や入院率などの面で多様な地域特性が認められた。(2)近年、整備事業の対象者が要入院例にトリアージされる傾向が強まっているが、入院を回避する危機介入的な一次救急も本事業の重要な機能である。また、精神科救急医療施設において精神保健指定医の確保が困難な地域が生じており、対策が必要である。(3)措置入院の過半数が実質的に本事業の中で施行されているが、措置入院制度の多義性が十分に議論されてこなかったためもあるとあって、その運用には著しい地域差が生じている。本事業の連絡調整委員会や措置入院関連のガイドラインを活用するなどして運用の標準化を目指すべきである。(4)本事業の年報や公式統計の様式について、作成側の負担を増大させることなく有用な情報を把握するための提案を行った。

結論 本整備事業は、精神科利用者の地域生活を支援する救急医療体制を構築し維持するための公共事業であり、地域特性や社会情勢に応じて適正に運用される必要がある。そのためには、関連情報を収集・分析し、本事業を担う自治体や関連機関にフィードバックする研究と研修活動を継続すべきである。

A. 研究の背景と目的

精神科救急医療体制整備事業は、個々の精神科医療機関が地域医療の一環として行う救急診療（ミクロ救急システム）をバックアップする公共事業（マクロ救急システム）である。この構造は身体救急医療と変わるところはないが、精神科領域では、より広域での受診調整や措置入院に係る法手続きが必要となることがあるため、都道府県の関与度が相対的に大きい。

本整備事業は、1995 年、救急病床の確保などに要する運営費用を国と都道府県が折半する公共事業として、東京都など一部の自治体で運用が開始された。1998 年に精神科救急情報センター、その後、移送制度の運用が本事業に追加され、2010 年頃までには全国に普及した。こうした動きを受けて、2012 年、精神保健福祉法第 11 条の 19 に都道府県による本事業の運用が努力義務として明記されるに至った。

2025 年 4 月現在、本事業は、国の実施要綱に基づいて、(1)救急医療の入り口に当たる精神科救急情報センターの運用、(2)救急事例を受け入れる精神科救急医療施設の確保、(3)精神保健福祉法に規定された行政機関による移送業務、それに(4)関連諸機関の連携を図る連絡調整委員会等の開催という 4 部門の事業によって構成されている。

精神科救急医療施設の分布や機能、関連機関の連携状況が地域によって異なるため、本事業の運用状況に地域差が生ずるのはやむをえないが、本事業の基本的な機能、すなわち精神科救急事例が速やかに専門施設にアクセスし、適切な救急・急性期医療を受けるために必要な機能は、できるだけ均質かつ高水準に整備される必要がある。

本研究では、2004 年以来、本整備事業の均霑化に資することを目的として、公式統計の分析や独自のアンケート調査、それに自治体関係者への研究成果のフィードバック等を実

施してきた。これまでに、本事業に係る報告システムを設計・提案したほか、精神科救急医療の関連情報を都道府県単位で集約した全国マップや本事業運用のガイドライン、自己評価表を作成し、国立精神保健研究所が主催する全国研修会に研究成果を提供してきた¹⁾。

今年度も、関連情報の集計・分析や研修会での意見交換を通じて、わが国の精神科救急医療体制の実情と課題を明らかにし、課題解決のためにいくつかの提案を行うこととした。

B. 研究方法

1. 本整備事業年報等の分析

国の要請を受けて都道府県が作成した 2023 年度の本整備事業年報から、様式 2（本事業による救急受診例の受診時間帯、受診経路、受診後の帰結を医療施設単位でまとめた年間実績表）、様式 3（様式 2 を精神科救急医療圏域単位で集計した表）、様式 4（精神医療相談事業の年間実績表）、様式 5（精神科救急情報センターの年間実績表）、様式 6（精神科救急医療施設の類型別一覧表）、それに様式 7（連絡調整委員会の構成と議題および開催数、身体合併症対策をはじめとする本事業の課題と評価を記載した表）の計 6 種類の表を全国集計した。これに精神保健福祉資料や衛生行政報告例等のデータも加味して、わが国の精神科救急医療体制の動向を分析した。

なお、本事業年報の様式 1 は、各精神科救急医療施設が都道府県に提出する実績表である。補助金分配の根拠となり、本事業年報の元データを提供する最もベーシックな実績表である。受診時間帯と受診後の帰結（外来診療のみで終了した件数および入院形態別の入院件数）のほか、年度によって受診経路などの項目が追加される。他の様式も年度によって報告指定事項が変わることがある。

2. 精神科救急医療体制の整備に係る研修会の企画・運営

本整備事業を所掌する全国の自治体関係者を対象として、2025 年 2 月 8 日、国立精神保健研究所がオンライン形式で開催した研修会において、今年度の研究成果を解説するとともに、本事業の運用に関する意見交換をワークショップ形式で行った。後日、研修会を評価するアンケート調査を実施し、その結果を集計した。

(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。研究代表者が所属する国立精神保健研究所において本研究に関する倫理審査が行われた。

C. 研究結果

1. 本整備事業の運用実績

令和 5 年度(2023 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 1-1 から表 1-4 までに一覧表示した。これらの表中のデータには、精神保健福祉資料²⁾から特定入院料(精神科救急急性期医療入院料等)の認可施設数、衛生行政報告例³⁾から措置入院制度や移送制度の運用状況に関するデータを抽出して組み込んだ。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の整備状況

(ア) 精神科救急医療圏域

年報の様式 3 によれば、各都道府県の精神科救急医療圏の数は表 1-1 の当該列のように設定されていた。前年度から徳島県で 1 圏域減少し、静岡県と高知県で 1 圏域増加、長崎県で 2 圏域増えたため、全体に 3 圏域が増加している。

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)がある一方で、全県を 1 圏域とする自治体が 10 県ある(宮城県、栃木県、群馬県、神奈川県、富山県、山梨県、愛知県、奈良県、佐賀県、大分県)。

(イ) 精神科救急医療施設

年報の様式 6 を集計した表 1-1 の当該列によれば、精神科救急医療施設は、全国で 1,309 施設(前年度 1,183)、診療所を除くと 1,125 施設(同 1,071)が指定されていた。すなわち、全施設が 126 施設(10.7%)増加、有床施設が 54 施設(5.0%)、前年より増加していた。

医療施設分類では、総合病院が前年より 3 施設増加、精神科専門病院(年報では大学病院、総合病院以外の「その他の病院」と表記)が 51 施設増加していた。精神科専門病院の増加が目立つのは福島県(8 から 23 へ)、石川県(7 から 12 へ)、岐阜県(8 から 14 へ)であった。診療所は前年より 75 施設(67.0%)増加していたが、滋賀県(0 から 19 へ)と長崎県(0 から 54 へ)での増加が目立つ。なお、診療所の 96.8%が、東京都、埼玉県、滋賀県、長崎県、宮崎県の 5 都県に偏在している。

精神科救急医療施設が多い順に自治体を並べ替え、施設類型別に表示したのが図 1 である。

整備事業の実施要綱が定める 4 つの類型では、表 1-1 の当該列に見るように、輪番型の施設が 77.7%を占めていた。ただし、4 つのタイプのいくつかを兼ねる施設があるため、施設総数 1,378 は実数 1,309 よりも多くなっている。常時対応型施設は、福岡県(2 から 7 へ)、山形県(2 から 5 へ)、徳島県(0 から 3 へ)など 10 県で前年より増加している一方、京都府(4 から 2 へ)と鹿児島県(3 から 2 へ)で減少し、合計 17 施設が増加している。常時対応型の指定がない自治体が 11 道県(前年度は 15 道県)あった。

(2) 受診前相談

(ア) 精神科救急情報センター

年報の様式 5 を集計した表 1-1 の当該列によれば、精神科救急情報センター（以下、「情報センター」）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。鳥取県でも精神医療相談窓口が情報センターの機能を担っていると推測される。

情報センターの 2023 年度における相談件数は前年より 8.4%減少した 57,909 件で、このうち緊急性の指標となる受診先の紹介件数は 27.7%に当たる 16,060 件であった。

情報センターへの相談件数は、人口（2023 年 10 月 1 日現在）100 万人当たり 1 日 1.25 件で、前年の 1.39 件より減少している。情報センターへの相談件数の多い順に自治体を並べ替え、受診紹介の件数とともに図 2 に示した。

（イ）精神医療相談事業

精神医療相談事業は、地域包括ケア構想の中で実施されることとなっており、本整備事業には含まれていないが、元々は本事業の中で情報センターを補完する受診前相談事業として発足した事業であるため、年報の様式 4 に実績が報告されている。ただし、情報センターと一体的に運営されている自治体もあり、表 1-1 の当該列に見るように、実績が報告されているのは 25 自治体であった。

2023 年度、精神医療相談事業による相談件数は、前年度よりも 6.0%増加して 98,250 件、受診紹介は 9,760 件（9.9%）であった。相談件数の多い自治体順に並べると図 3 のようになる。

（3）受診および入院の状況

（ア）受診件数

年報の様式 3 を集計した表 1-2 の当該列によれば、2023 年度、精神科救急事業の利用件数（受診件数）は前年より 0.6%増加して 33,358 件（人口 100 万人当たり 1 日 0.73 件）であった。その 53.5%に当たる 17,856 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 4 に示した。

（イ）入院件数

入院形式では、表 1-2 の当該列に見るように、緊急措置入院が前年より 32 件増加して 2,320 件（入院件数の 13.0%）、措置入院が 442 件増加して 1,474 件（8.3%）、応急入院が 66 件増加して 624 件（3.5%）、医療保護入院が 79 件減少して 9,453 件（53.4%）、任意入院が 182 件増加して 3,301 件（18.5%）、その他が 105 件増加して 626 件（3.5%）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%（前年より 2.3 ポイント増）、これに医療保護入院を加えた非自発的入院の比率は 77.7%（同 0.1 ポイント増）であった。

入院件数の多い順に自治体を並べ替え、入院形態別に入院件数を示したのが図 5 である。入院形態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、入院形態は、三次救急の地域差を反映して、自治体によってまちまちであった。例えば、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かった。

（ウ）人口対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 4 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負の相関を示すことがわかる。すなわち、要入院事例へのトリアージが厳しい自治体（図 6 の左上に位置する）からトリアージの緩い自治体（図 6 の右下に位置する）に至るまで、なだらかな右下がりの傾斜をもって各自治体が分布していることが見て取れる。

（エ）受診経路

様式 2 を集計した表 1-2 の当該列に、都道府県別の受診経路を表示した（岩手県からは報告なし）。これによると、経由機関のない直

接受診が最も多く（43.5%）、次いで行政機関経由（30.7%）、転院を除く救急搬送（14.6%）、その他の機関等の経由（4.3%）、一般医療機関からの紹介・転送（3.9%）、精神科医療機関からの紹介・転送（2.9%）の順となっている。直接受診の比率が少ない順に都道府県を並べ替えて、図 7 に示した。直接受診率が 0% の神奈川県から同 100% の鹿児島県に至るまで、地域差が大きいことがわかる。

直接受診率と入院率の相関を図 8 に表示したが、明らかな負の相関が見て取れる。すなわち、外部機関を経由して受診した事例ほど入院となりやすいことを物語っている。なお、様式 2 には警察経由の項目がないが、措置入院を執行する行政機関の経由事例とその他の分類の中に警察経由の事例が含まれているものと推測される。

また、表 1-2 の当該列には、受診した医療施設の側から見た受診前相談の経由状況が示されている。これによれば、情報センターの経由率は 29.8%、精神医療相談窓口の経由率は 10.7% となっている。受診前相談経由率の高い順に自治体を並べ直して図示したのが図 9 である。受診前相談を経由せずに受診する事例が多い自治体では、どのようにして受診の要否が判断されているのかについての情報がない。

また、受診前相談経由率と入院率との相関を示したのが図 10 である。両者に緩い相関のあることがわかる。すなわち、受診前相談を経由して受診した事例ほど入院となりやすい傾向が示されている。

なお、表 1-2 に示された受診前相談の経由率は、表 1-1 に示された情報センターによる受診紹介率 27.7%、精神医療相談窓口による紹介率 9.9% よりいずれも高くなっている。すなわち、紹介率よりも受診率が上回るという矛盾を生じているが、これはデータの提供主体が表 1-1 では受診前相談窓口、表 1-2 では受診先病院と異なるために生じた誤差と思われる。

（４）移送制度の運用状況

衛生行政報告例の移送関連データを集計した表 1-1 の当該列に 2023 年度の都道府県別の移送件数を示した。

移送制度とは、精神保健福祉法が定める行政機関による患者の移送体制で、措置入院プロセスのために必要な移送（29 条移送）と医療保護入院ないし応急入院のための移送（34 条移送）がある。後者は、搬送手段や料金設定などに問題のある民間業者による患者搬送を行政が責任をもって行う移送に置き換える意図も含んで、2001 年度から運用されてきた。

しかし、図 11 に示すように、29 条移送の件数（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）が、後に示す警察官通報の件数にほぼ並行して増加する一方で、34 条移送は、全移送件数の 2% 未満で推移してきたことがわかる。

図 12 には、2023 年度の移送件数が多い順に都道府県別を並べ替えて図示したが、29 条移送が埼玉県、東京都、神奈川県で突出しているほか、34 条移送が福島県、京都府、佐賀県など特定の自治体に偏っていることがわかる。しかも、34 条移送の大半が、不要措置が確定した事例（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との情報がある。すなわち、34 条移送は、本整備事業の一部門に位置づけられながら、救急医療へのアクセス手段としてほとんど機能していないことがわかる。

その理由は、34 条移送に必要な手続きを厳密に行うと数日から数週間の時間を要し、関係者会議の開催や精神保健指定医への謝金などの費用が生ずるためである。こうした事情により、民間業者による救急搬送が実態不明のまま存続し続けるという 34 条移送制度の創設理念に反した状況が続いている。

（５）多機関連携会議の開催状況

（ア）連絡調整委員会の開催状況

表 1-3 に、年報の様式 7 から 2023 年度における連絡調整委員会の開催数と参加機関等の種別を集計して都道府県別に表示した。岐阜県、奈良県、長崎県を除く 44 自治体から報告があった。このうち、石川県を除く 43 自治体で 1 回以上の連絡調整委員会が開催されていた。

参加機関等の内訳では、本事業の運営主体である都道府県・政令市が全 44 自治体で参加していたほか、病院群輪番施設の参加が 41 自治体、警察の参加が 40 自治体、消防の参加が 38 自治体、精神科病院協会の参加が 37 自治体、医師会の参加が 35 自治体、精神科診療所協会の参加が 31 自治体、常時対応型施設の参加が 29 自治体、公的医療機関の参加が 28 自治体などの順となっていた。

表 1-4 には、年報の様式 7 から連絡調整委員会の議題を集計して都道府県別に表示した。青森県、秋田県、岐阜県、京都府、奈良県、長崎県を除く 41 都道府県から報告があった。これによると、本事業の実績を議題とした自治体が 38 と最も多く、次いで、身体合併症対策を議題とした自治体が 22、実施要綱が 19、移送が 15 などと続いた。

(イ) その他の関連会議の開催状況

様式 7 の項目のうち、圏域単位の精神科救急医療体制や身体合併症対策をテーマとした検討部会を開催した自治体が表 1-4 の当該列に示したように 9 自治体（北海道、静岡県、滋賀県、京都府、和歌山県、鳥取県、愛媛県、福岡県、大分県）あり、うち 2 自治体（静岡県、大分県）で当事者の参加があった。

警察、消防、一般救急医療機関などの関係機関に対する個別の研修会を開催した自治体が、表 1-4 の当該列に示したように、8 自治体（岩手県、栃木県、千葉県、神奈川県、山梨県、愛知県、広島県、福岡県）あった。

(ウ) 本事業の課題の認識

年報の様式 7 の項目のうち、自治体担当者が本事業全般の課題と認識する事項と解決に向けた試みの評価、特に身体科との連携の現

状と評価については、37 自治体（78.7%）から回答があった。その内容を資料 1 に示した。

警察官通報の増加と措置診察医の確保困難、高齢患者の増加と身体合併症対策の遅れ、情報センター機能の向上、アクセスや移送距離の長さなど、地域の実情を反映した様々な課題が認識され、課題解決に苦慮している現状が記されていた。

2. 措置入院の動向

措置入院制度の運用は本整備事業には含まれていないが、新規措置入院の過半数が本事業の中で執行されており、警察官通報による措置診察が夜間・休日における精神科救急事例の有力な受診手段となっていることもあって、本事業の運用を論ずる上で、措置入院の動向分析は欠かせない項目となっている。

(1) 申請・通報処理状況の推移

衛生行政報告例から申請・通報の内訳と措置決定件数を集計し、年次推移を図 13 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⁴⁾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いる。

(2) 通報処理の地域差

表 1-2 の当該列によれば、2023 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 3,793 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 7,383 件の 51.4%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、2023 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 14 に表示した。26,403 件の申請・通報のうち 6 割以上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。また、措置決定件数は大都市圏に多いが、通報を受理した後に行政の判断で措置診察不要とした件数には著しい地域差のあることも示されている。

通報件数に対する措置決定率の高い順に自治体を並べると、図 15 に示すように、人口規模とは相関しない地域差が明らかとなる。すなわち、措置通報の処理基準が標準化されておらず、ローカル・ルールが存在する可能性が示唆されている。

3. 本整備事業に係る全国研修会の開催

2025 年 2 月 8 日、国立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」を開催し、全国の都道府県に参加を呼びかけたところ、20 都道府県と 6 政令市等から 36 名の参加があった。開催プログラムやワークショップでの意見等については資料 2 に詳細を示した。

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、措置決定率を参考として参加者を小グループに分け、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。

ワークショップ第 1 部では、警察官通報への対応をテーマとして、事前課題（資料 3）に沿って、意見交換がなされた。第 2 部では、整備事業全般の課題をテーマとして、事前課題（資料 4）に沿って意見交換がなされ、資料 1 の内容を掘り下げた意見が提示された。最後に整備事業年報の様式についての要望事項がいくつかの自治体から提示された（資料 5）。

研修会終了後のアンケート調査には 27 人から回答があった（回答率 75.0%）。研修会の全体的評価として、6 人（22.2%）が「大変満足」、13 人（48.1%）が「満足」、8 人（29.6%）

が「普通」と回答した（資料 2）。

D. 考察

1. わが国における精神科救急医療体制の構造と地域特性

（1）精神科救急医療体制の全容

冒頭で述べたように、わが国の精神科救急医療体制は、基幹的な精神科医療施設群による自発的な救急診療を基礎として、公共事業としての本事業がこれを補完する構造となっている。

公金で運用される本事業は、受診前相談事業と移送事業、救急医療施設の確保、連携会議の運営という 4 部門の事業で構成され、措置入院の運用と精神保健福祉法 47 条による地域精神保健活動が本事業をサポートしている。

主に診療報酬制度によって経営が成り立つ医療施設の側から見ると、1,604 か所の精神科有床施設（令和 5 年度 630 調査による）の 70.1%に当たる 1,125 施設が本事業に参加する精神科救急医療施設に指定され、常時対応型、病院群輪番型、合併症対応型、外来対応型の 4 類型に機能分類されている。

常時対応型施設は診療報酬上の精神科救急性期医療入院料を認可された施設、合併症型施設の多くは精神科救急急性期合併症入院料の認可施設で構成されており、診療報酬上も本事業への参加が義務付けられている。このため、図 16 に示したように、本事業の中で主体的な機能を果たしている。すなわち、2022 年度において、精神科救急病棟認可病院群は、本事業による受診の過半数を担い、入院件数の 58.1%、三次救急に限ると 73.2%を担っている。

病院群輪番型施設は、精神科急性期治療病棟認可施設と精神科 15 対 1 看護病棟をもつ病院を主体に構成されている。これらの精神科救急医療施設を含め、全ての精神科医療施設は、本事業外で日常的にミクロ救急診療を担っている。

以上の構造を図示すると図 17 のように描かれる。整備事業は都道府県の境界で区切られるが、ミクロ救急診療はしばしば県境を超えるので、全体の枠組みが破線で囲われている。

なお、言うまでもなく、こうした精神科救急医療体制は、地域社会の中で自己完結的に存在するわけではなく、身体科医療の領域はもとより、福祉領域や企業活動など、あらゆる社会システムとのネットワークの中で機能している。そのような観点をもたなければ、精神科救急医療体制は、単に精神障害者を社会的に隔離するためのシステムになってしまいうことを忘れるべきではない。

（２）整備事業の地域特性

整備事業の機能や特質は、都道府県の人口や地理的条件、産業構造、医療施設の分布や関連諸機関との連携状況など、精神科医療を取り巻く地域の歴史や文化を反映しているといつてよい。つまり、商品規格のように全国均質化することはできない。公共事業としての基本的機能を備えた上で、地域特性に応じた多様性があるべきである。

（ア）受診動態

事業年報の様式 2 からは、どの医療施設が年間どれくらいの救急受診や入院を受け入れているかを把握することができる。受診件数の多い順に医療施設を並べ、何施設で総件数の 80%を超えるかを都道府県ごとに示したのが図 18～図 25 である（入院件数も同じ図に書き込んであるが、参加施設数が多いほど順位が受診件数と一致しない）。なお、右上に貼り付けた地図は、当研究班が 2022 年度の研究で作成した全国精神科救急医療マップ 2020 年度版¹⁾から抜粋したものである。精神科救急医療圏域ごとの人口密度と類型別の精神科救急医療施設の配置が図示されている。

栃木県（図 18）と京都府（図 19）、宮城県（図 20）では、1 施設で年間受診件数の 80%を超え、岡山県（図 21）では 2 施設で 80%を

超えることを示している。これらの自治体の整備事業は、受診動態において寡占型ということができる。

一方、愛知県（図 22）では、41 施設中の 23 施設で 80%を超え、鹿児島県（図 23）では 44 施設中の 20 施設、富山県（図 24）では 24 施設中の 11 施設、青森県（図 25）では 22 施設中の 8 施設で 80%を超えている。青い矢印が右に位置するこうした自治体は、受診動態において分散型の整備事業が運用されているといえる。他の自治体は、これら 2 類型の中間型ということになる。

寡占型になる要因としては、人口が特定地域に密集していることや特定の基幹的医療施設に医療資源が集中していること、本事業の運営開始時点で特定病院群が主体的に救急事例を引き受ける取り決めとなっていること、などの事情が考えられる。寡占型の自治体では、基幹的な病院で質の高い医療サービスが安定的に提供されると期待される反面、搬送距離の長い事例が多くなり、継続ケアにとっても不利という問題がある。分散型の自治体では、これと裏返しのメリット、デメリットがある。

人口密度に応じて、常時対応型や合併症対応型の精神科救急医療施設がバランスよく配置されるのが理想的であるが、市街地から精神科病院が排除されてきた歴史や医師をはじめとするスタッフ確保の課題など、様々な制約があるため、理想通りにいかないのが現実であろう。制約条件の多い現実の中で本事業をできるだけ適正に運用するために本研究があり、全国研修会があると考えて頂きたい。

（イ）人口対受診件数と入院率

受診動態のほかに本事業の特性を表わす因子として、図 6 に示した人口万対受診件数と入院率が挙げられる。図 6 の左上に位置する自治体では入院を要する事例に受診が絞り込まれる傾向にあり、右下の自治体はそうしたトリアージが緩い傾向にある。

公金で運用される本事業の対象はできるだ

け絞り込み、安易な救急受診を抑制すべきであるという意見がある一方で、早期段階で危機介入して入院を回避するのも救急医療の役割であり、要入院事例に対象を絞り込むのは医療のシステムとはいえないとする意見もある。大都会を擁する自治体では、ある程度トリアージを強化しなければ救急医療施設への負担が過度になり、医療資源の限られた人口過疎地区では、本事業に救急対応を頼らざるをえないという事情もある。トリアージの強弱のみで本事業の機能を評価することはできないと考えるべきである。

(ウ) その他の因子

同様の議論は、図 9 で示した受診前相談の経由率においてもありうる。すなわち、図 9 の右側に位置する自治体では、受診前相談でのトリアージが緩く、ウォークインクリニック的な救急受診が可能な自治体ということもできる。利用者にとっては有利であるが、救急施設にとっては負担になる面もある。ただし、東京都のように、情報センターとは別の窓口を経由する自治体もあり、この図のみでトリアージの実態が示されているわけではない。

さらに、図 14 および図 15 で示した措置入院制度運用の地域差も、本事業の地域特性に関わる要因であろう。措置入院という行政処分の運用における地域差は、地域特性というニュートラルな表現で語るわけにはいかないので、項を改めて考察する。

2. 本整備事業における近年の動向と課題

(1) 受診件数の減少と入院率の増加

近年における整備事業の利用件数の推移を図 26 に示す。2015 年と 2016 年で受診件数が突出しているのは、年報の基礎データとなる様式 1 の項目に自院通院患者かどうかの識別を求めたことや夜間・休日に限定した実績かどうかの識別が曖昧であったことによる報告基準の混乱のためと思われる。年度によって件数が乱高下するなど、実態を反映しているとは思えない報告が混入していた。報告基

準を見直した 2017 年以降は、ほぼ実勢を表わしていると見てよい。

図 26 によると、2017 年以降、受診件数が減少する一方、入院件数は横ばいで推移しているため入院率が上昇している。人口に対する受診件数と入院率の推移を図示すると、図 27 のように、コントラストがより明瞭になる。すなわち、ここ数年、本事業の対象事例が要入院事例に絞り込まれる傾向にあることがわかる。図 6 の散布図に即していえば、全国平均が年々左上に移動しているということである。

その要因として考えられるのは、第 1 に、受診前の段階で重症例にトリアージされる傾向が強まっていることが挙げられる。措置入院プロセスに即していえば、通報の不受理や不要診察の行政判断が増加している可能性があるということになる。しかし、図 13 に見るように、2017 年以降、不要措置の件数が増加しているわけではないから、受診前相談窓口でのトリアージが強化されつつあるものと思われる。それが行政サイドの方針なのか、それとも医療施設側の意向なのかは不明である。

受診件数が減少する第 2 の要因は、精神科救急事例の発生頻度が低下している可能性である。認知症を中心に精神科医療の利用者数が増加していることを考慮すると、本事業の利用者が減少していることは、日常的な診療が功を奏して救急事例化が抑制されているか、あるいは統計に表れないミクロ救急診療の範囲内に収まっている可能性がある。それが事実であるならば、国民の精神保健の観点からは歓迎すべきことである。

しかし、入院件数が減少していないことを考慮すると、第 3 の要因として、入院の閾値が下がっている可能性を指摘しうる。その背景には、精神科病院における在院患者数の減少と病床利用率の低下が考えられる。精神科救急病棟認可施設が増加し、認可要件の一つである三次救急事例の入院件数を押し上げているのではないかという意見があるかもしれ

ないが、図 28 に示すように、近年、三次救急の件数が増えているわけではない。全国の精神科病院の 7 割以上を占める精神科救急医療施設全般で入院の閾値が下がっていると考えるのが妥当であろう。

ただし、空床を埋めるために入院の閾値を下げて、救急患者を積極的に受けていると批判するのは恣意的であろう。夜間・休日の空床確保率が上がって、以前なら断っていた救急事例を引き受けることができるようになってきたと評価すべきであろう。

（２）精神保健指定医の動向

整備事業年報の様式 7 に記載された意見（資料 1）や全国研修会のワークショップでの意見（資料 2）の中には、本事業の課題として、措置診察医を確保することが困難という意見や医師不足から精神科救急医療施設の指定を返上する病院があるという意見が含まれていた。精神医療審査会の事務局からも医療委員の確保が困難という声が上がっている⁵⁾。

詳細なデータを欠くので推測にすぎないが、精神科医や精神保健指定医の総数は増加しているものの、当直勤務や入院関連業務を敬遠して早期に個人開業に移行する医師が増えたため、病院での常勤指定医の確保が年々困難となっている印象がある。無論、精神科診療所の増加が精神科受診の敷居を下げ、医療中断や救急事例化を未然に防止している事例もあるから、個人開業の増加を一概に否定的に評価するのは妥当ではない。

しかし、入院の反復や長期化が生じやすい事例を在宅ケアで支えるには、多職種チームが不可欠であり、危機介入や家族のレスパイトのための短期入院も必要となる。本整備事業の維持のためのみならず、わが国の精神科医療の水準を維持・向上させるために、精神保健指定医が病院勤務に疲弊して開業する流れを何とか食い止める施策や発想の転換が必要であろう。ただ、現行法下で医師の個人開業を抑制することは不可能であるから、本事業

業のような公共事業や公務への精神保健指定医の参与を維持するためには、多職種を配した多機能型クリニックへの診療報酬上の支援や病診連携の強化策など、まずは現行制度下で可能な施策の立案が必要と思われる。

3. 措置入院制度運用の動向と課題

（１）措置入院制度運用の推移

60 年ほどのタイムスパンで振り返れば、図 29 に示すように、措置入院の在院患者数は 1970 年の 76,532 人をピークに減少し、措置入院の在院者比率も 1964 年の 37.5% をピークに減少して、近年では措置入院の在院者数は 1,700 人ほど、在院者比率も 0.5% ほどで推移している。また、2005 年に医療観察法体制が立ち上がってからは、司法精神医療の領域における措置入院の比重も相対的に低下している。

一方、図 13 で示したように、近年、措置通報件数と新規措置入院件数は増加し続けており、措置入院制度の存在意義が減少しているとはいえない。

2016 年のいわゆる相模原事件を契機に 2017 年度末には措置入院運用のガイドラインが国から提示され、警察官通報の発出基準や通報処理の基準など、入り口部分での判定の標準化とともに、退院後のフォローアップ体制の拡充も謳われた。しかし、保健所人員の増員などをセットにした精神保健福祉法改正法案が国会情勢により廃案となったこともあり、ガイドラインが十分に活用されているとはいえない現状にある。

（２）措置入院制度の多義性と地域差

措置入院制度の運用上で最大の課題は、図 14、図 15 で見るような入り口部分での地域差であろう。このような地域差を招いた背景には、措置入院制度のもつ多義性がある。

措置入院は都道府県知事や政令市の市長による命令入院であり行政処分であるから、安易に発動されるべきではなく、他の入院形態

が採れない場合の最終手段として選択されるべきであるという考え方がありうる。図 15 で措置決定率が低い自治体においては、行政機関や医療機関の中で、こうした措置入院回避論が優勢なのではないかと推測される。

一方、かつては、措置入院制度が患者や家族の医療費負担を免除し、病院への医療費収益を保証するために「経済措置」と称して積極的に利用される時代があった。現在でも、「自傷他害のおそれ」の評価に絶対的基準があるわけではないので、例えば、滞在期限が切れた外国人の急性精神病事例など、無保険で生活保護の対象にもならない救急患者に措置入院制度が適用されるのは、人道的には許容されるのではないだろうか。

また、結果的に不要措置となったとしても、救急受診の手段として警察官通報制度を利用せざるをえない事例もある。精神科救急急性期医療入院料の認可要件に措置入院件数が含まれていることや精神保健指定医の取得要件に措置入院事例のレポート提出が義務付けられるなど、措置入院が患者の重症度を表わす指標として援用される現状もある。これらは、いわば措置入院制度の便宜的有用性に便乗する事象といえよう。

さらに臨床現場では、措置入院の成立に 2 人（緊急措置入院を経る場合は 3 人）の精神保健指定医による判断の一致が必要のため、医療保護入院に比べて厳密な医学的評価が下されるという意味を認めることができる。入院治療の場面では、診断医と治療医を分離することが治療関係の構築に有利となる側面もある。措置入院には、こうした臨床的な有用性を認めることもできる。

このように、措置入院制度には、時代の変化の中で多面的な意義が付与されてきたにもかかわらず、図 29 に見るような在院者数の減少のため、1965 年の法改正（緊急措置入院制度の新設や警察官職務執行法の改正）以来 60 年近くの間、措置入院の多義性、特に便宜的有用性の問題がきちんと議論されてこなかつ

た歴史がある。悲惨な事件を契機として措置入院制度の運用を見直すチャンスとなった 2017 年度のガイドラインさえも、不完全な効果に留まっている。こうした歴史が、図 14、図 15 に見るような措置入院制度運用の著しい地域差を生んでいるものと思われる。

（３）措置入院制度の課題

措置入院制度には、入院決定プロセスに関する入口問題のほかに、措置解除プロセスや退院後の支援に関する出口問題、そして、強制力や市民権の制限に見合う入院診療の質をどう担保するという本体問題がある。しかし、本整備事業にとっては、入口問題が喫緊の課題であろう。

措置入院決定のプロセスで問題となるのは、第 1 に警察官通報の発出基準をめぐる警察判断のばらつき、第 2 に通報受理や措置診察要否をめぐる行政判断のばらつき、そして第 3 に措置診察医による医療判断のばらつき、さらにこれら 3 者の判断が齟齬する場合の対処法であろう。

しかし、いずれの問題も簡単に解決できるものではない。特に異なる領域間のインターフェイス（接合面）での齟齬は、文化人類学的な課題ともいえるべき困難を伴いやすい。法令やガイドラインに判断基準を文章化したとしても、時代状況によって解釈の仕方が変わる現象は社会制度一般に共通する。ある時点で合意が得られた事項も、人事異動によって継続性が途切れることもある。

本事業に関わる立場から課題解決に取り組むとすれば、まずは、連絡調整委員会を定期的に開催して、関係者の意見交換を継続し、2017 年度のガイドラインに準拠しながら相互理解を深めることが求められる。紛糾事例が生じた場合には、相手の態度が悪いといった属人的な問題でない限り、本事業年報の様式 7 の項目にあるような小規模な検討会をできるだけ迅速に開催する必要がある。

次に重要なのは、関係者が都道府県をまた

ぐ研修会に参加して、他の自治体の取り組みや全国情報に触れ、視野を広げることであろう。それがローカル・ルールの発生を防止する。また、精神保健指定医であれば、措置診察の標準化に関する研究成果に関心をもち、関連学会のワークショップ等に参加することも推奨される⁶⁾。

4. 年報様式等への提案

(1) 本整備事業年報への提案

資料 5 にも示されているように、本事業年報の様式 1 から 7 までを毎年完成させることは、担当者にとって大きな負担となっている。特に個票に近い様式 1 と回答者の現状認識を記述する様式 7 の完成に負担感が強いと思われる。

負担感を軽減するために元も重要なのは、報告するデータにどのような意味があるのか、何のために報告を要請しているのか、という調査の意図を明確に説明し、調査結果を開示することであろう。

次に重要なのは、毎年報告する必要のない情報については、調査頻度を下げることであろう。例えば、様式 6 の施設類型および様式 7 の連絡調整委員会の構成および本事業や身体合併症対策の課題については、頻繁に変わるものではないと思われるので、変化がない場合は前年度と同様と回答してもらい、変化を生じた場合にのみ報告してもらえばよいと思われる。その方が、集計する側にとっても、変化した事項ないし長期間変化のない事項を把握しやすい。

様式 1 と様式 4 (精神医療相談事業件数) および様式 5 (情報センター相談件数) は、本事業利用者の特性や受診前相談機能の経年変化を把握し、政策立案や手直しをする上で必要な客観情報を提供するが、受診経路については毎年大きく変わるとは思えないので、調査頻度を下げるべきであろう。また、複数機関を経由した場合に回答に迷うので、回答方法を工夫すべきであろう。

逆に、様式 1 すなわち受診患者の特性を示す指標として追加を検討してもらいたい項目がある。例えば、高齢者の増加に伴う身体合併症対応や若年者の自殺防止対策を講ずる基礎データ等を把握するために、患者の年代(10歳区切り)、主診断の大分類(ICD-10のF1桁コード)、自殺リスク(生命リスクの高い自殺企図、生命リスクの低い自殺企図、希死念慮のみ、ブランクの4区分)、それに身体合併疾患(他科への入院が必要、他科への受診なし)コンサルテーションが必要、ブランクの3区分)という4項目の追加を提案したい。

本事業は、わが国の精神科医療全体の一角を占めるにすぎないが、医学的・社会的に緊急度の高い事例を扱う分野であり、精神科医療の動向を見極める上で鋭敏なセンサーの役割を果たしていると考えられる。その分野で上記の4項目の情報を把握する意義は小さくはないと思われる。

(2) その他の公式統計に関する提案

精神保健医療分野の公式統計で最も詳細な情報を提供するのは630調査であるが、横断面データが主体で、通年データに乏しい難点がある。例えば、毎年の入退院件数すら正確に把握できない。詳細な資産目録だけがあって出納簿のない決算報告書のようなもので、年間にどれだけの入院患者を治療して退院させたかよりも、現時点でどれだけの患者を病院に収容しているかに行政の関心があつた時代の名残といってよい。

630調査で医療施設に通年データの報告を新たに要請するのは困難であろうから、衛生行政報告例が基礎資料とする措置入院診断書と医療保護入院届の中から、保健所(もしくは精神医療審査会事務局)の段階で患者の年代と主診断コードの2項目を抽出して集計・報告することを提案したい。国や自治体は、少なくとも非自発的入院に関する最小限の動態情報を把握しておくべきと考えられるからである。

E. 結論

精神科救急医療体制整備事業は、個別の医療機関による救急診療をバックアップするための公共事業であり、危機介入サービスや短期集中的な入院治療の提供によって精神科利用者の地域生活を支えることが最終目的である。本事業を運営する自治体には、様々な制約条件や刻々と変化する社会情勢の中で、この事業目的を達成するために関係諸機関をコーディネートする役割が期待されている。

本研究は、そうした役割を支援するために、本事業に関連する情報を多角的に収集・分析し、自治体関係者等にフィードバックして意見交換する機会を提供してきた。今後も、社会的ニーズや関連社会資源の変化を鋭敏にキャッチしながら、この作業を継続して行きたいと考えている。

最後に、多忙な日常業務の中、本研究に係る調査等にご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ます。

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121回日本精神神経学会学術総会（2025年6月、神戸市）委員会ワークショップ「措置診察実践セミナー」において本研究の一部を発表予定。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

[参考文献]

- 1) 令和4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）。2023年
- 2) 精神保健福祉資料
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>
- 3) 衛生行政報告例
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469>
- 4) 措置入院の運用に関するガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/content/001172530.pdf>
- 5) 令和5年度（2023年度）厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」—精神医療審査会に関する研究—報告書。2024年
- 6) 令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者・藤井千代）分担研究「措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究」（分担研究者・椎名名大）。2024年

表1-1 精神科救急医療体制整備事業一覧表(2023年度)その1

都道府県	人口(万)	精神科 救急医療圏域数	精神科救急 医療圏域数 (前年度)	医療施設分類				精神科救急医療施設分類				特定入院科認可施設 ¹⁾			受診前相談事業				移送件数 ³⁾	
				大学病院	総合病院	精神科 専門病院	診療所	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型	精神科救急・ 急性期医療	精神科救急・ 合併症	精神科急性期 治療病棟	情報センター		精神医療相談		措置入院関連	医療保護・応急入院 関連
															総数	受診紹介	総数	受診紹介		
北海道	509.2	8	8	0	16	68	0	0	84	0	0	6	1	16	実施なし		3,886	615	35	0
青森県	118.4	6	6	0	4	17	0	0	21	0	0	3	0	4	実施なし		実施なし		170	0
岩手県	116.3	4	4	1	0	14	0	3	12	1	0	2	0	7	328	47	620	19	7	0
宮城県	226.4	1	1	2	1	23	0	0	26	0	0	1	0	6	1,016	175	2,552	113	289	9
秋田県	91.4	5	5	0	2	12	0	1	13	2	0	2	0	5	267	150	実施なし		106	0
山形県	102.6	3	3	0	1	8	0	5	9	0	0	5	0	3	302	0	未回答		67	1
福島県	176.7	4	4	0	2	23	0	2	25	0	0	2	0	9	231	180	0	0	183	133
茨城県	282.5	2	2	0	0	29	0	2	27	0	0	2	0	6	427	89	1,060	122	162	0
栃木県	189.7	1	1	0	0	19	0	1	18	0	0	1	0	9	232	90	875	312	52	0
群馬県	190.2	1	1	0	0	16	0	3	15	0	0	3	0	8	211	74	該当なし		317	1
埼玉県	733.1	2	2	2	0	33	40	5	30	0	40	8	0	8	1,197	663	7,936	1,541	1048	0
千葉県	625.7	12	12	0	4	30	0	14	29	0	0	12	1	10	3,700	800	3,700	0	147	0
東京都	1,408.6	4	4	0	6	40	33	3	40	7	33	18	0	23	8,965	2,135	設置なし		925	0
神奈川県	922.9	1	1	3	6	42	6	6	45	0	6	8	3	25	1,233	625	7,679	538	820	0
新潟県	212.6	2	2	0	3	22	0	1	25	0	0	1	0	10	57	0	879	0	165	0
富山県	100.7	1	1	1	5	18	0	0	24	0	0	0	1	1	2,416	261	情報センターに含む		35	0
石川県	110.9	2	2	1	2	12	0	2	13	0	0	1	0	7	264	115	264	113	94	0
福井県	74.0	2	2	0	2	5	0	1	7	1	0	2	1	0	371	334	1,224	371	64	0
山梨県	79.6	1	1	0	1	9	0	1	9	0	0	1	0	2	137	137	923	137	90	0
長野県	200.4	3	3	0	3	16	0	3	16	0	0	3	0	7	未回答		未回答		297	0
岐阜県	193.1	2	2	0	0	14	0	2	14	0	0	2	0	5	621	124	0	0	40	0
静岡県	355.5	7	6	0	1	10	0	5	6	1	0	5	0	6	1,187	293	7,530	1	129	1
愛知県	747.7	1	1	0	1	40	0	9	32	0	0	12	0	12	5,410	2,046	0	0	7	0
三重県	172.7	2	2	0	0	12	0	0	12	0	0	4	0	6	1,442	506	2,056	1,284	261	0
滋賀県	140.7	3	3	0	2	8	19	0	10	0	19	1	1	7	754	47	674	24	185	0
京都府	253.5	2	2	2	1	12	0	2	15	2	0	4	0	8	2,223	405	該当なし		158	18
大阪府	876.3	8	8	0	2	35	0	8	36	0	0	12	1	18	2,287	1,632	18,795	680	480	2
兵庫県	537.0	5	5	2	4	34	0	1	34	2	3	8	0	12	3,041	888	未回答		17	0
奈良県	129.6	1	1	1	0	8	0	1	8	1	8	3	1	4	1,253	595	未回答		14	1
和歌山県	89.2	3	3	0	0	7	0	1	6	0	0	2	0	3	175	97	該当なし		44	0
鳥取県	53.7	3	3	1	0	6	0	2	6	0	0	1	0	4	該当なし		7,844	519	17	0
島根県	65.0	7	7	0	2	8	0	4	7	0	0	2	0	3	394	192	10,344	264	87	0
岡山県	184.7	2	2	0	0	12	0	1	11	0	0	2	0	6	3,327	237	0	0	147	0
広島県	273.8	2	2	0	0	5	0	1	5	0	0	3	0	3	2,203	357	2,203	357	202	0
山口県	129.8	4	4	1	0	29	0	1	16	1	0	2	0	2	336	307	1,378	103	144	0
徳島県	69.5	3	4	0	0	14	0	3	14	0	0	3	0	2	284	236	0	0	11	0
香川県	92.6	2	2	0	1	13	0	0	14	1	0	4	0	2	26	26	787	110	77	0
愛媛県	129.1	2	2	0	0	9	0	0	9	0	0	1	0	9	367	78	0	0	56	0
高知県	66.6	2	1	0	0	9	0	1	9	0	9	2	0	4	1,504	134	0	0	72	0
福岡県	510.3	4	4	1	0	74	0	7	75	0	0	12	0	23	1,900	477	9,198	3	236	0
佐賀県	79.5	1	1	0	0	17	0	1	16	0	0	1	0	6	295	41	未回答		53	10
長崎県	126.7	8	6	1	3	33	54	3	34	2	54	1	0	7	1,192	13	1,192	1,192	65	0
熊本県	170.9	2	2	0	1	44	0	0	44	1	0	4	0	11	1,472	699	情報センターと同じ		198	0
大分県	109.6	1	1	1	1	20	0	1	20	1	0	1	1	2	1,214	99	0	0	93	0
宮崎県	104.2	3	3	1	5	28	35	0	20	1	48	2	1	6	30	23	未回答		117	0
鹿児島県	154.9	4	4	1	1	42	0	2	41	2	0	1	0	7	58	16	1,091	91	106	3
沖縄県	146.8	4	4	0	3	18	0	0	20	1	0	5	0	12	3,560	617	3,560	1,251	459	0
合計	12,434.9	153	150	22	86	1,017	187	109	1,022	27	220	181	12	356	57,909	16,060	98,250	9,760	8,548	179
前年度	12,494.6	150	147	22	83	966	112	92	973	25	106	181	13	355	63,233	17,295	92,650	8,143	8,448	126

*1 精神保健福祉資料より

*北海道の精神医療相談件数は札幌市のみのデータ

*3 衛生行政報告例より

表1-2 精神科救急医療体制整備事業一覧表(2023年度)その2

都道府県	受診件数	受診時間帯		受診経路						受診前相談による受療調整			入院件数							2023年度 措置決定 全件数 ^{*3}
		休日日中	夜間	他の医療機関（精神科以外）からの紹介・転院搬送	他の医療機関（精神科）からの紹介・転院搬送	救急搬送（転院搬送以外）	行政機関	当事者（本人、家族等）による直接受診	その他	精神科救急情報センター	24時間精神医療相談窓口	受診調整なし	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	
北海道	2,090	625	1,465	51	15	368	146	680	56	278	4	1,798	789	34	9	40	446	250	8	82
青森県	886	247	639	20	10	86	94	583	93	0	0	884	324	1	22	1	196	89	11	94
岩手県	1,076	353	723										344	1	5	6	146	153	33	24
宮城県	384	190	194	11	6	42	118	183	24	213	0	171	172	2	91	0	71	8	0	211
秋田県	636	190	446	17	6	39	13	489	72	17	0	619	189	0	6	0	111	71	1	43
山形県	569	169	400	23	11	65	115	334	21	0	1	563	267	7	19	7	161	73	0	79
福島県	584	110	474	28	11	122	165	255	3	3	11	570	273	1	51	17	155	49	0	123
茨城県	80	37	43	4	0	8	5	55	9	80	27	0	71	0	0	0	64	7	0	80
栃木県	618	111	507	34	4	107	222	244	7	200	90	418	253	103	31	6	80	32	1	148
群馬県	647	161	486	35	13	48	266	261	24	241	0	406	433	104	5	4	262	58	0	132
埼玉県	1,279	354	925	20	37	65	790	329	38	661	345	273	696	37	233	9	378	37	2	592
千葉県	704	130	574	17	49	81	319	204	34	703	0	1	492	78	81	3	310	20	0	336
東京都	1,594	111	1,483	69	10	175	1,120	182	27	548	0	1,045	1,316	704	0	3	465	42	101	1426
神奈川県	951	211	740	0	0	0	951	0	0	606	345	0	873	22	500	2	332	17	0	747
新潟県	515	223	292	35	20	160	33	253	14	0	0	515	216	0	20	1	149	43	3	112
富山県	176	25	151	2	3	9	45	116	0	174	0	2	89	0	3	2	67	15	1	39
石川県	703	71	632	33	24	88	121	393	44	3	0	698	297	1	35	15	217	31	0	60
福井県	627	170	457	16	25	139	116	205	126	143	0	471	300	23	22	8	163	23	60	51
山梨県	147	25	122	5	2	5	58	75	8	147	0	0	104	22	7	0	70	6	0	52
長野県	1,124	280	844	24	7	106	253	682	29	4	2	1,034	421	53	80	8	171	67	1	266
岐阜県	770	439	331	17	7	58	177	507	4	0	0	770	295	11	0	14	187	83	0	33
静岡県	1,140	265	875	81	46	158	256	459	141	11	462	665	628	68	4	20	433	93	12	105
愛知県	1,847	353	1,494	21	128	259	571	748	120	682	0	1,165	1,048	162	0	52	580	254	0	75
三重県	661	173	488	41	19	90	158	328	25	443	27	215	346	48	4	14	209	71	0	134
滋賀県	1,708	410	1,298	108	13	216	240	1,078	53	195	425	1,098	374	94	6	7	159	108	0	98
京都府	523	71	452	11	8	252	47	189	16	289	0	234	313	50	13	19	211	20	0	67
大阪府	2,102	392	1,710	114	127	302	991	565	3	1,570	565	532	1,869	352	0	179	993	345	0	530
兵庫県	1,191	193	998	32	8	171	637	254	90	717	1	459	1,000	51	13	58	573	207	88	151
奈良県	470	70	400	20	21	131	132	141	25	36	0	434	226	26	1	15	149	33	0	15
和歌山県	635	124	511	6	4	89	72	441	23	12	426	197	176	6	1	1	120	48	0	16
鳥取県	574	198	376	20	10	96	81	367	0	0	388	186	198	1	11	4	101	81	0	17
島根県	552	167	385	15	9	37	66	419	6	150	0	402	218	1	43	3	66	90	15	74
岡山県	834	133	701	81	58	201	158	291	45	147	112	646	504	3	23	43	302	133	0	61
広島県	701	201	500	29	21	162	76	390	23	16	0	685	268	0	26	14	162	65	1	203
山口県	237	46	191	27	6	21	120	55	4	218	16	11	200	0	40	3	136	22	0	70
徳島県	337	52	285	12	6	91	95	121	12	0	133	204	211	1	0	10	109	89	2	10
香川県	428	93	335	10	18	71	78	239	12	0	0	0	174	0	8	9	88	54	15	41
愛媛県	152	44	108	0	5	6	54	85	2	67	0	85	72	2	3	1	46	19	0	34
高知県	239	84	155	11	11	26	55	119	17	53	3	183	122	0	16	3	81	20	2	67
福岡県	445	68	377	23	34	22	304	45	17	445	0	0	409	193	13	8	171	24	0	294
佐賀県	46	22	24	4	1	0	0	34	7	46	0	0	28	0	0	1	24	3	0	51
長崎県	106	75	31	0	0	5	3	91	7	0	0	106	59	0	1	0	21	37	0	65
熊本県	531	171	360	28	21	109	94	263	16	71	0	457	241	0	3	4	158	76	0	124
大分県	275	56	219	14	2	110	90	46	13	28	0	247	180	40	6	1	60	9	65	65
宮崎県	181	138	43	3	4	20	48	95	11	31	0	150	90	13	5	0	41	31	0	70
鹿児島県	277	207	70	0	0	0	0	277	0	16	89	172	81	2	1	0	26	51	1	61
沖縄県	1,006	350	656	68	70	175	124	538	31	414	2	589	607	3	13	9	233	144	203	153
合計	33,358	8,388	24,970	1,240	910	4,591	9,677	13,708	1,352	9,678	3,474	19,360	17,856	2,320	1,474	624	9,453	3,301	626	7,381
前年度	33,172	8,243	24,929	1,058	845	3,233	9,542	11,934	1,242	10,069	3,471	14,761	17,285	2,288	1,032	558	9,532	3,119	521	7,399

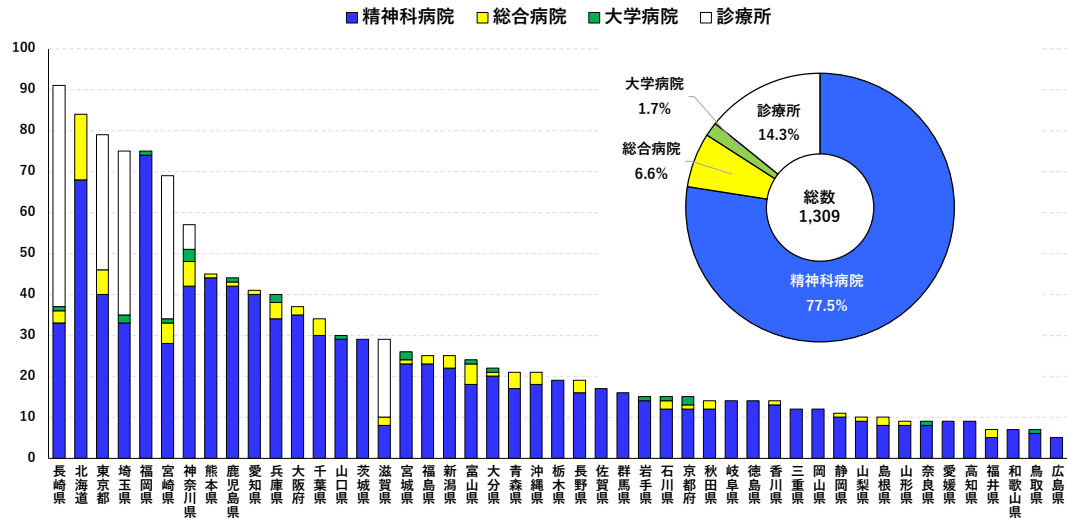
表1-3 精神科救急医療体制整備事業一覧表(2023年度)その3

都道府県	連絡調整 委員会等 開催数	連絡調整委員会等の参加者種別																		
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	その他	Q	
		都道府県 指定都市	市町村等	医師会	病院群輪番 型施設	常時対応型 施設	外来対応型 施設	合併症対応 型施設	E～G以外 の精神科医 療施設	精神科病院 協会	精神科診療 所協会	警察	消防機関	一般医療 施設	メディカル コントロー ル	公的医療機 関（重複 可）	当事者		その他の内訳	
北海道	1	○	○	○	○					○	○	○	○					○	保健所長会、精神保健福祉センター	
青森県	1	○		○	○					○	○	○	○					○	県弁護士会、県精神障害者家族連合会	
岩手県	4	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				
宮城県	1	○		○	○					○	○	○	○	○	○	○				
秋田県	7	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○				
山形県	1	○		○	○	○				○	○	○	○		○					
福島県	1	○		○	○	○				○	○	○	○			○	○			
茨城県	2	○		○	○	○					○	○		○		○				
栃木県	1	○		○	○	○				○	○	○	○	○						
群馬県	1	○		○	○	○	○		○		○	○	○	○	○	○				
埼玉県	1	○			○	○	○			○	○	○						○		
千葉県	1	○		○	○	○				○	○	○	○		○	○	○	○	未回答	
東京都	1	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	精神科救急医療情報センター委託事業者（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）	
神奈川県	3			○				○		○		○	○		○	○	○	○	支援団体	
新潟県	1	○		○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○		○	保健所長会、精神保健福祉センター	
富山県	1	○		○	○			○					○	○				○	看護協会、精神保健福祉士協会	
石川県	0	○	○	○	○					○	○	○		○	○					
福井県	1	○			○	○		○	○	○	○	○	○			○				
山梨県	1	○	○		○	○			○	○	○	○	○			○		○	家族会	
長野県	1	○	○	○	○	○			○	○	○	○		○	○					
岐阜県																				
静岡県	3	○		○	○	○				○	○	○	○			○		○	家族会、精神保健福祉士協会	
愛知県	1	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○			○		○		
三重県	1	○		○	○				○	○						○		○	家族会、民生委員、支援団体等	
滋賀県	1	○			○				○	○	○	○	○	○		○				
京都府	2	○		○	○				○	○	○	○	○					○	京都府病院協会、京都私立病院協会、京都精神保健福祉協会、京都府精神医会	
大阪府	1	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○				
兵庫県	1	○		○	○	○		○		○	○	○	○					○	未回答	
奈良県																				
和歌山県	1	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○			○		○	救急医療情報センター	
鳥取県	1	○	○	○	○	○	○		○			○	○	○	○	○				
島根県	7	○	○	○	○	○		○				○	○	○	○	○	○	○	訪問看護ST、相談支援事業所、福祉施設、家族会、保護観察所	
岡山県	1	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○		○	○				
広島県	1	○	○		○	○	○			○	○	○	○							
山口県	2	○			○	○				○						○				
徳島県	1			○	○				○	○	○	○	○		○					
香川県	1	○			○			○		○	○	○	○			○	○			
愛媛県	1	○		○	○							○	○		○					
高知県	1	○		○	○	○				○		○	○		○	○				
福岡県	2	○	○		○	○			○	○	○	○	○		○	○				
佐賀県	1	○			○	○				○	○				○			○	受診前相談対象者（情報センター）	
長崎県																				
熊本県	1	○	○	○	○							○	○	○	○	○		○	精神科協会、精神保健福祉士協会、大学病院、精神保健福祉会連合会等	
大分県	3	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○		
宮崎県	2	○	○	○						○	○	○	○		○	○				
鹿児島県	1	○		○	○			○			○		○	○				○	大学附属病院、精神保健福祉会連合会、三次救急医療機関、保健所所長会	
沖縄県	1	○	○	○					○	○		○	○	○	○			○	沖縄県精神科外来医師会、沖縄県精神保健福祉協会、沖縄県精神保健福祉士協会、日本精神科看護協会沖縄県支部	
合計		44	19	35	41	29	8	9	21	37	31	40	38	19	19	28	6	19		

表1-4 精神科救急医療体制整備事業一覧表(2023年度)その4

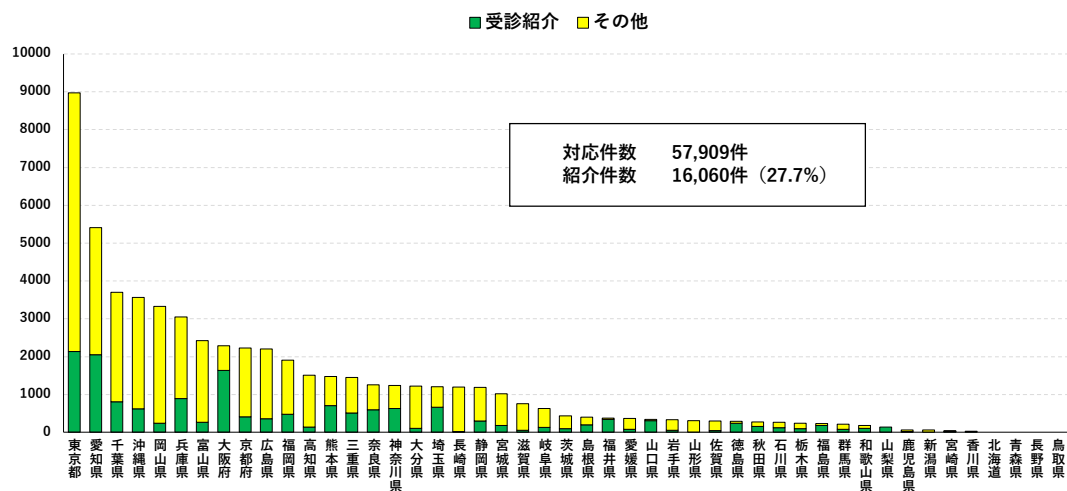
都道府県	連絡調整委員会等の課題								圏域・身体合併症 検討会議		関係機関 研修会
	A	B	C	D	E	F	その他	G	開催数	当事者参加	
	厚労省伝達 事項	実施要綱	事業実績	移送	身体科連携	個別事例 事後検証		その他の内訳			
北海道			○				○	精神疾患患者の搬送及び受入ルールに関する事項	6	0	0
青森県											0
岩手県			○		○		○	23条通報への対応状況、圏域における課題			1
宮城県		○	○		○						0
秋田県											0
山形県		○	○			○					未回答
福島県		○	○	○	○						0
茨城県			○		○						0
栃木県			○		○						1
群馬県	○	○	○		○		○	DPAT活動報告	0		0
埼玉県			○	○	○						未回答
千葉県	○	○		○							1
東京都			○				○	Word記載の通り			0
神奈川県			○	○			○	本県の精神科救急のあり方に関する検討			3
新潟県	○	○	○	○	○						0
富山県			○				○	精神科救急医療体制当番病院の輪番体制について			0
石川県			○				○	措置入院の運用に関する事項			0
福井県		○	○		○						0
山梨県	○	○	○			○					1
長野県			○		○		○	23条通報について			0
岐阜県											未回答
静岡県	○	○	○		○				5	1	0
愛知県		○	○	○							1
三重県			○		○						0
滋賀県		○	○	○		○			3	0	0
京都府									1		0
大阪府			○	○	○						0
兵庫県	○	○	○	○	○	○					0
奈良県											未回答
和歌山県		○	○				○	精神科救急情報センター	1	書面	0
鳥取県	○		○	○	○		○	措置通報等の状況、措置入院解除後の支援状況について、精神	1	0	0
島根県		○	○	○	○	○	○	精神科救急体制について			0
岡山県		○	○	○							0
広島県		○	○								1
山口県				○							0
徳島県			○				○	23条通報における措置診察の実施状況、ガイドラインについて			0
香川県			○		○		○	救急当番表の承認			0
愛媛県		○	○			○			1		未回答
高知県			○				○	保健医療機関における精神科救急について			0
福岡県	○	○	○	○	○	○			4	0	1
佐賀県			○			○					0
長崎県											0
熊本県			○		○						0
大分県					○		○	医療計画に関する事項	1	1	0
宮崎県		○	○				○	医療計画について、精神保健福祉法改正について			0
鹿児島県			○	○	○	○					0
沖縄県			○		○	○					0
合計	8	19	38	15	22	10	16		9	2	7

図1 精神科救急医療施設数（2023年度）



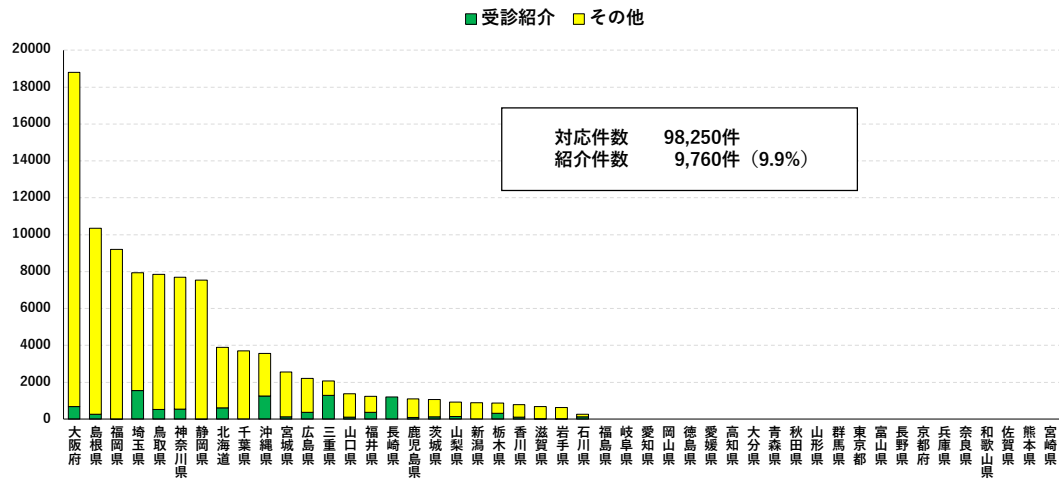
1

図2 精神科救急情報センターの実績（2023年度） ～対応件数と受診紹介件数～



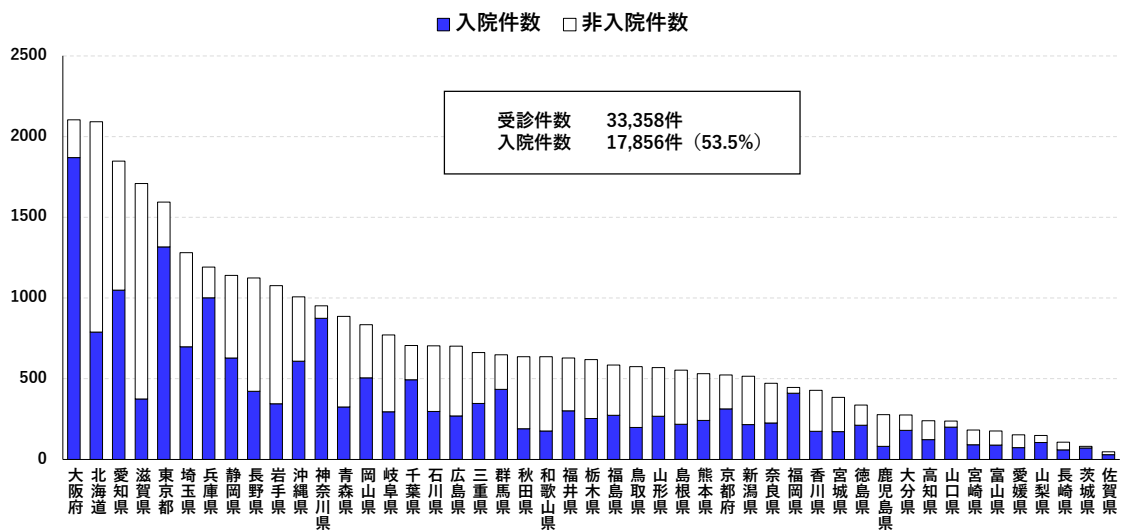
2

図3 精神医療相談事業の実績（2023年度）
～対応件数と受診紹介件数～



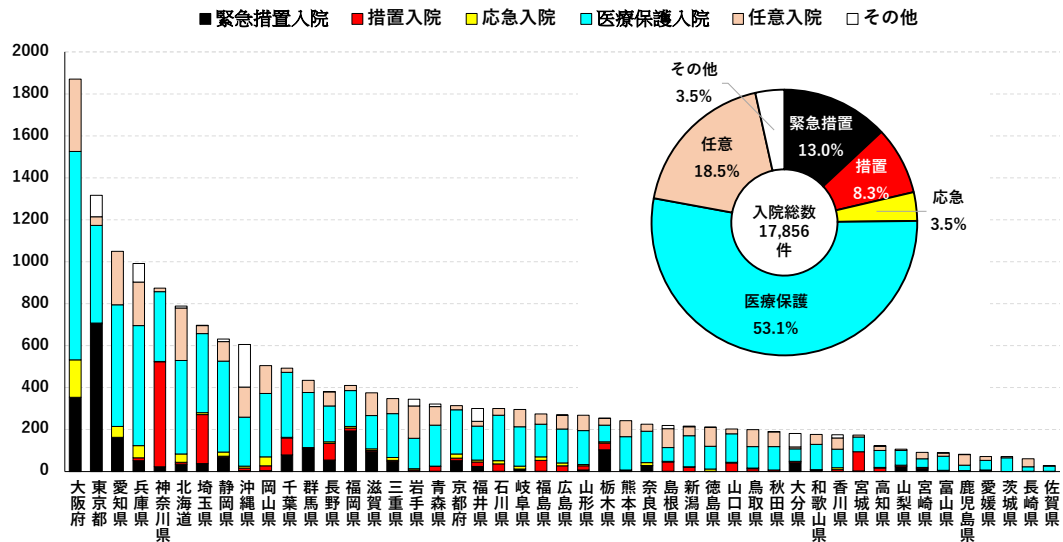
3

図4 受診及び入院件数(2023年度)



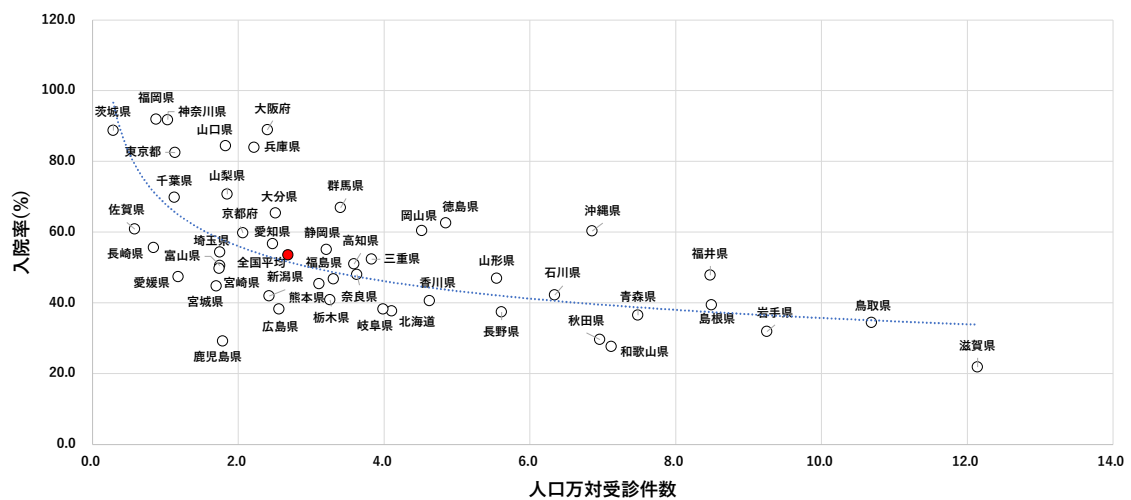
4

図5 入院形態別の入院件数（2023年度）



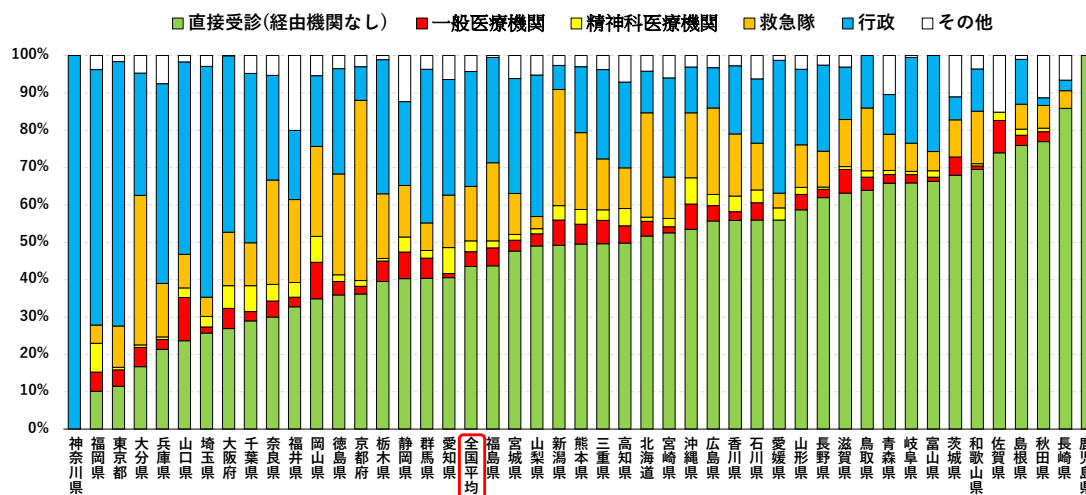
5

図6 人口万対受診件数と入院率の相関（2023年度）



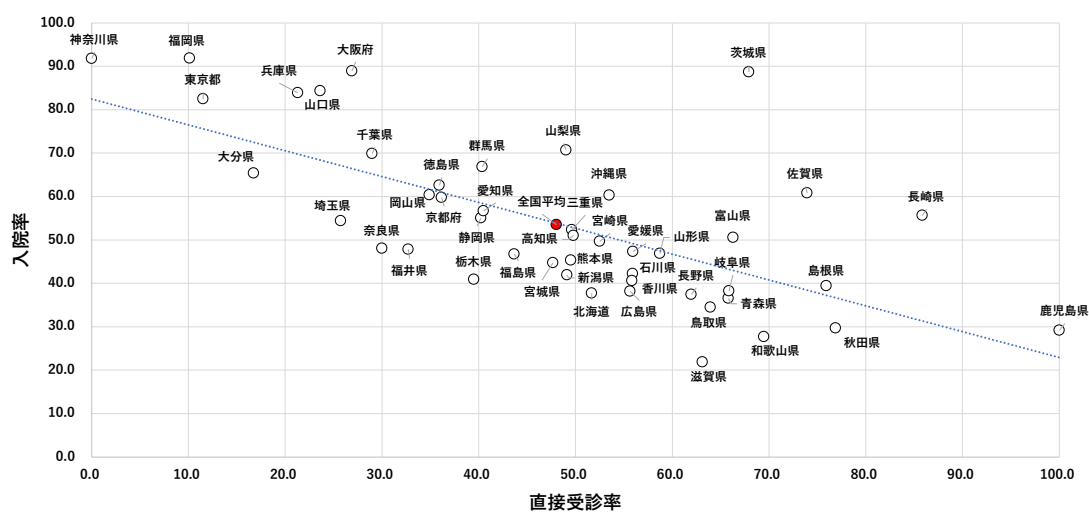
6

図7 受診経路の比率（2023年度, 46都道府県）



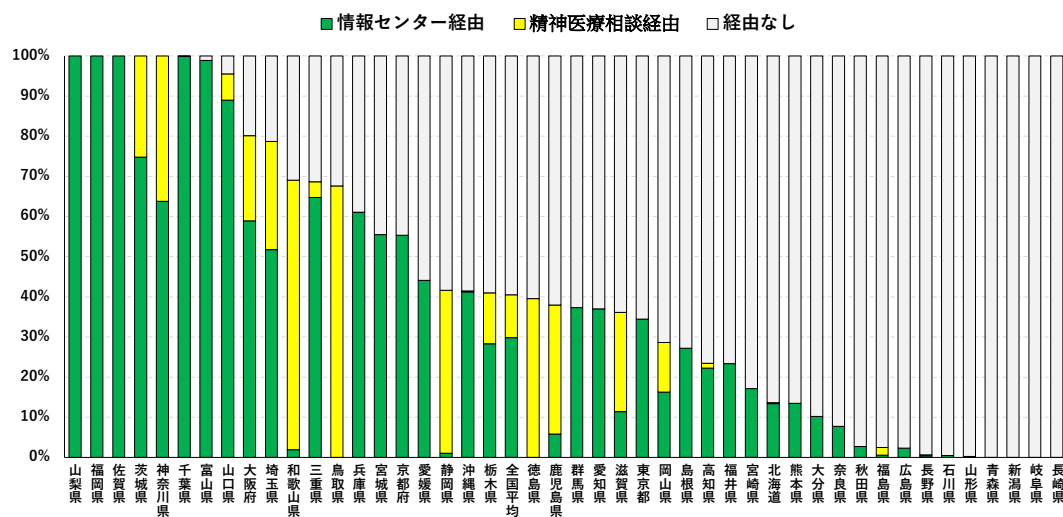
7

図8 直接受診率と入院率の相関（2023年度）



8

図9 受診前相談経由率と入院率の相関（2023年度）



9

図10 受診前相談率と入院率の相関（2023年度）

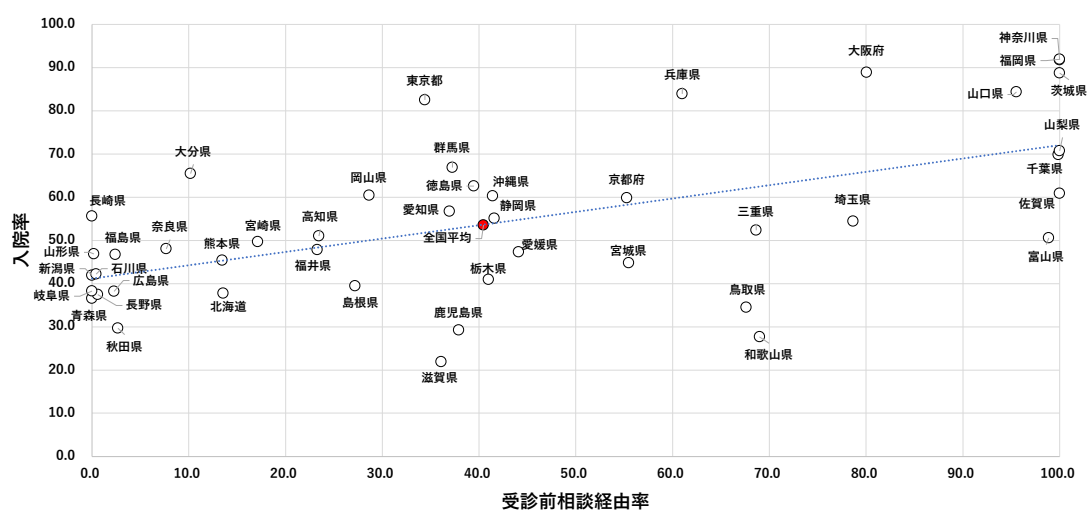
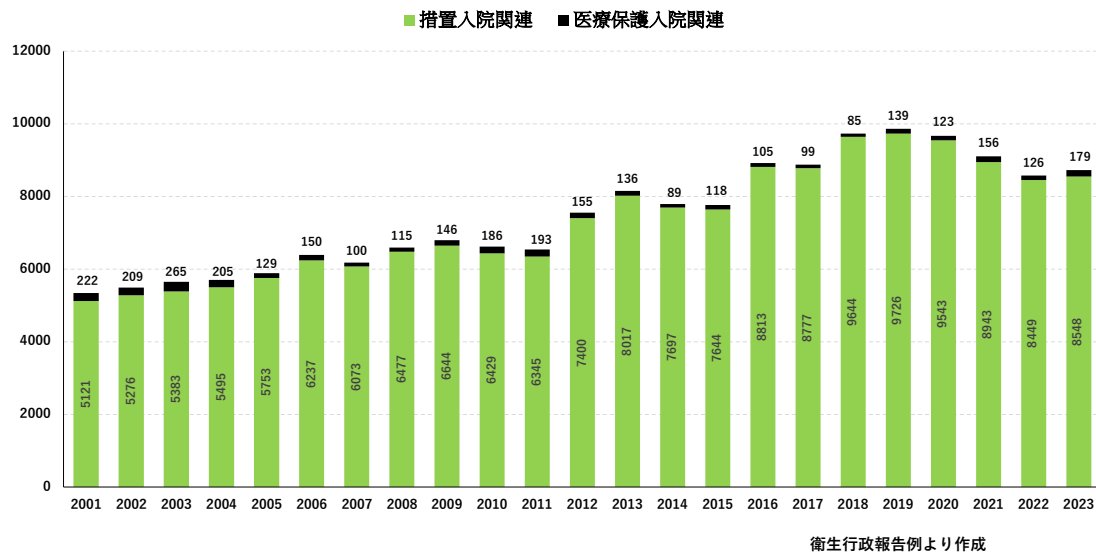


図11 移送件数の推移



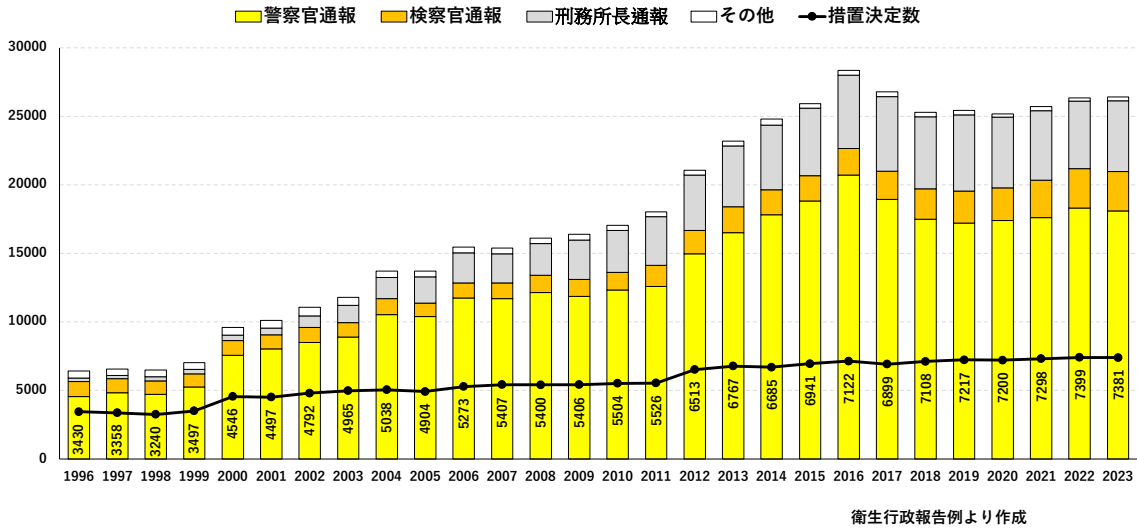
11

図12 都道府県別の移送件数（2023年度）



12

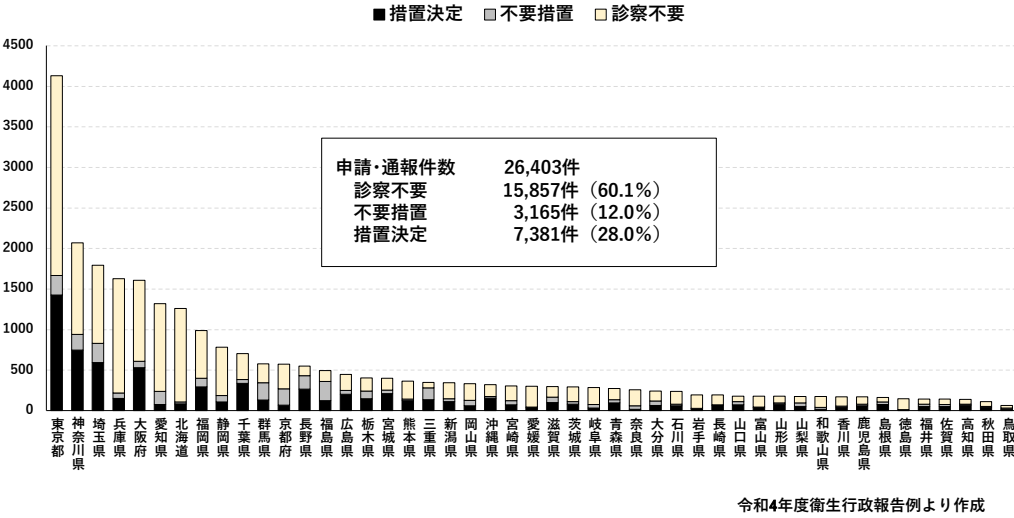
図13 申請・通報件数および措置決定数の推移



13

図14 申請・通報の処理状況（2023年度）

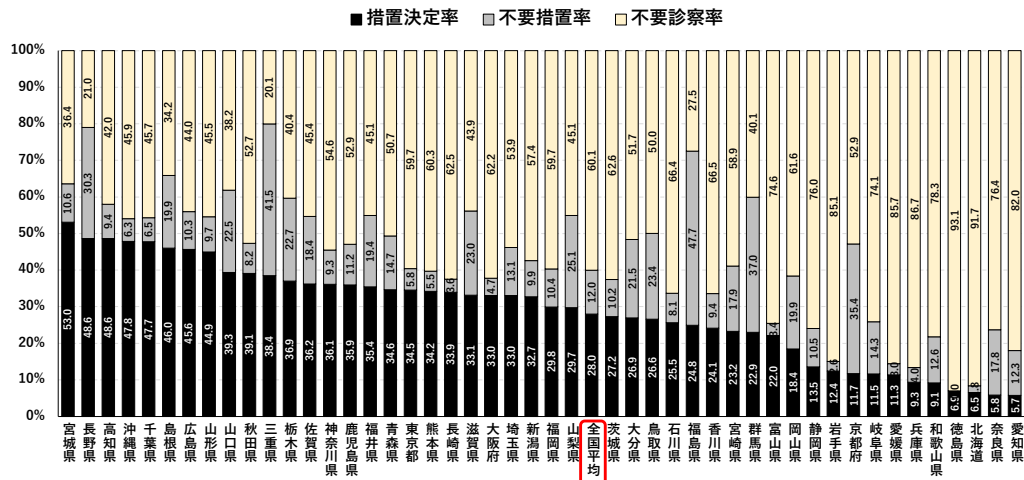
～申請・通報件数の多い都道府県順～



14

図15 申請・通報の処理状況（2023年度）

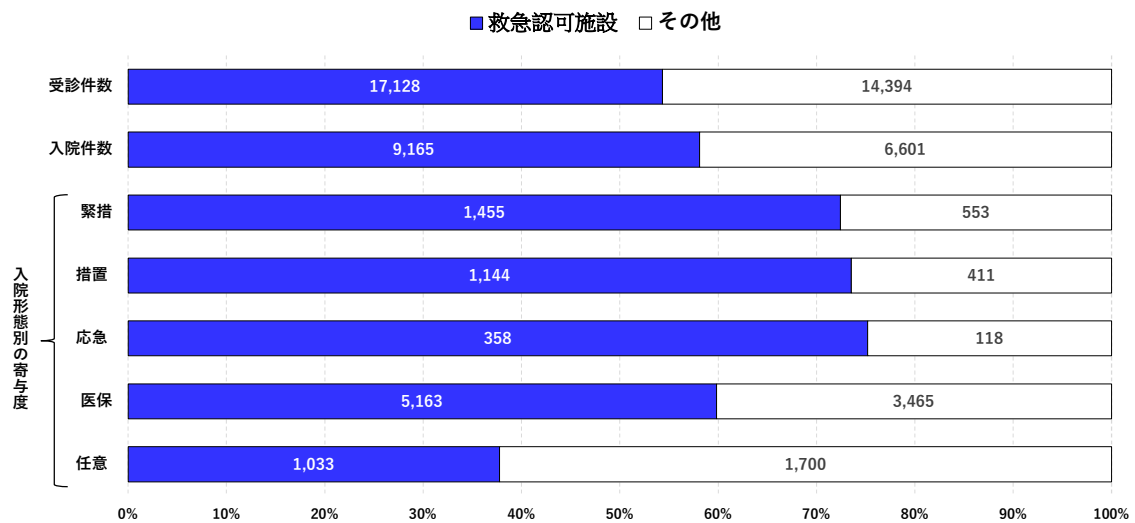
～申請・通報件数に対する措置決定率の高い都道府県順～



令和4年度衛生行政報告例より作成

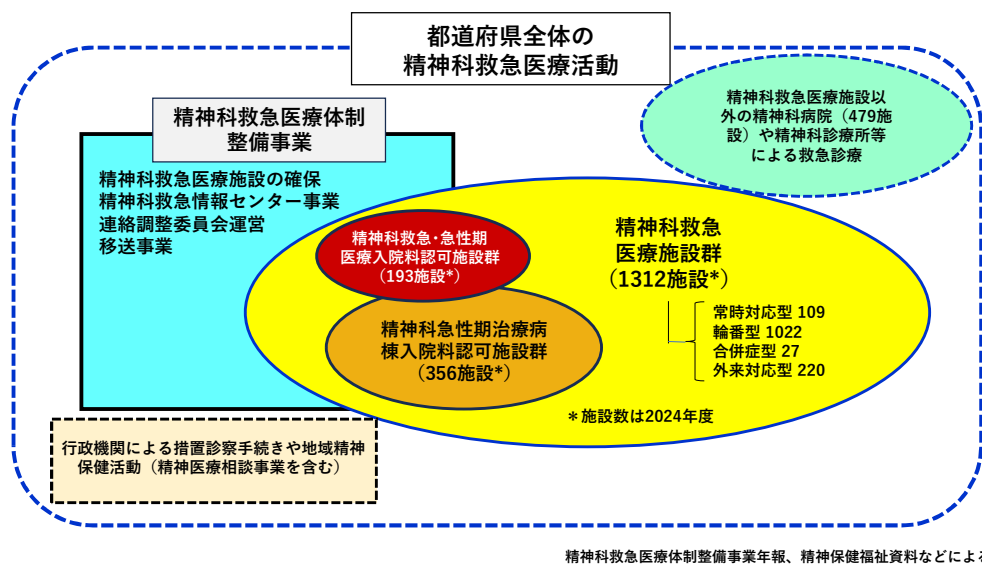
15

図16 整備事業における救急病棟認可施設の寄与度（2022年度、43都道府県の平均）



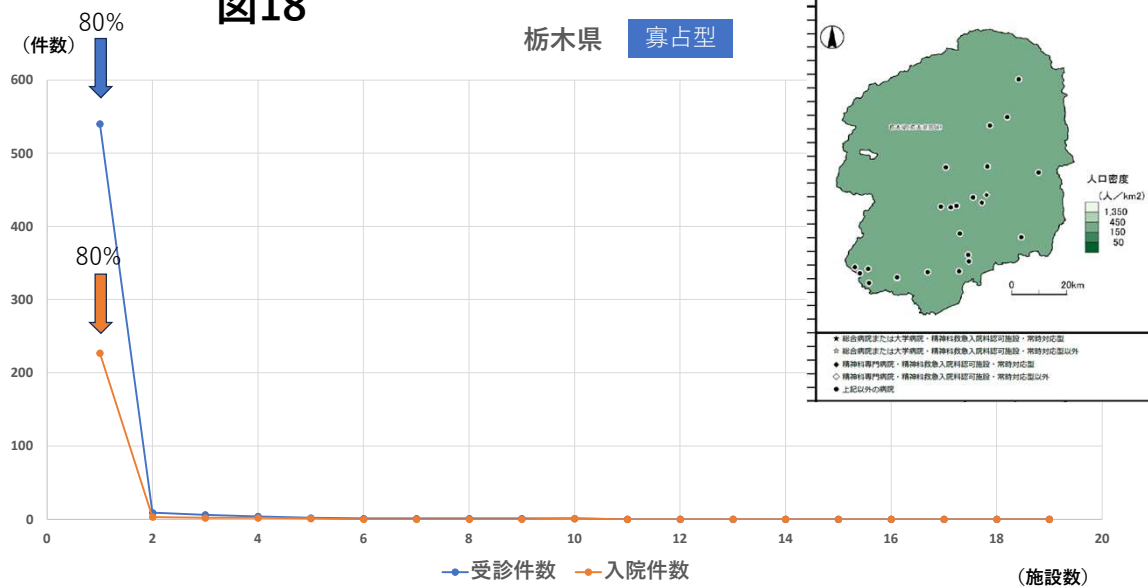
16

図17 わが国の精神科救急医療体制の構造

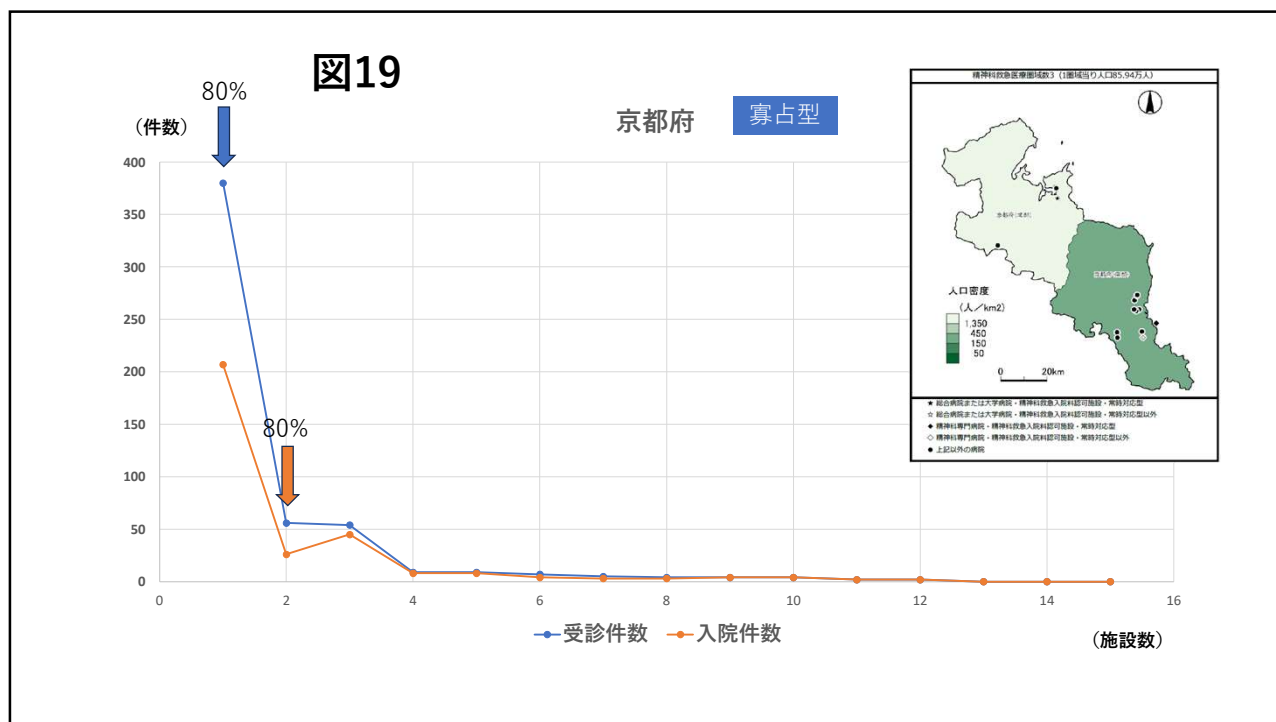


17

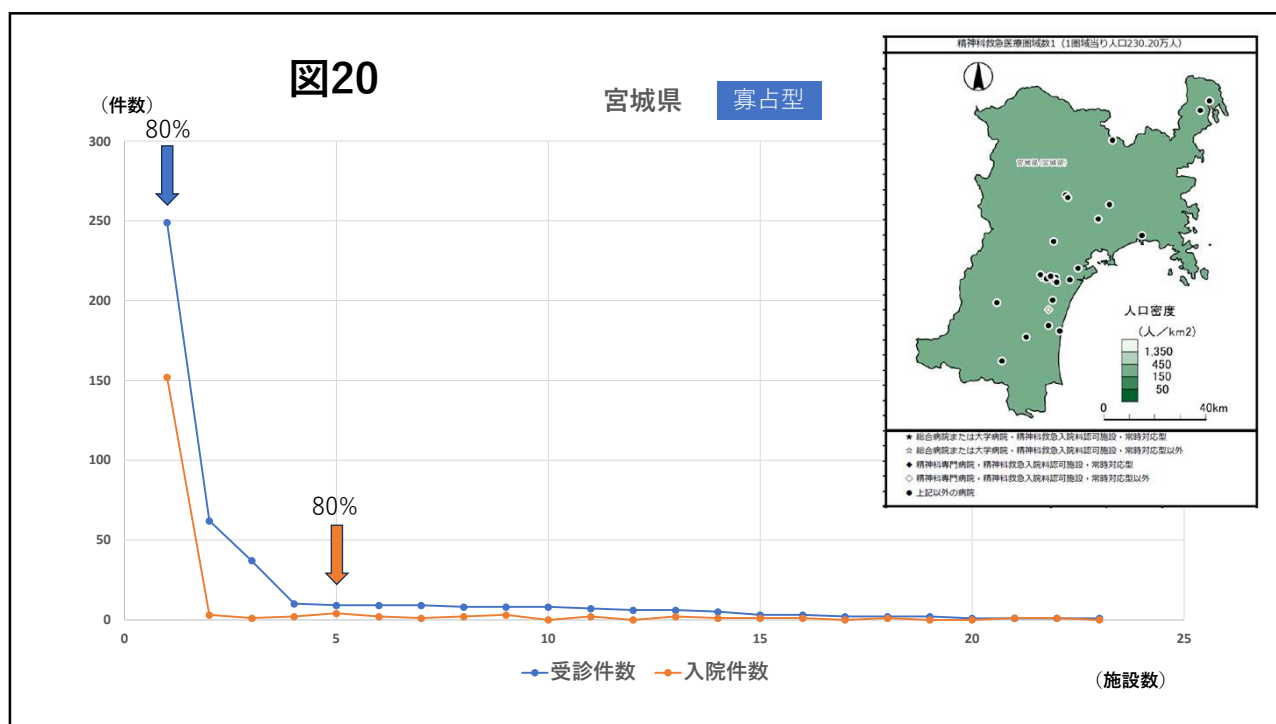
図18



18

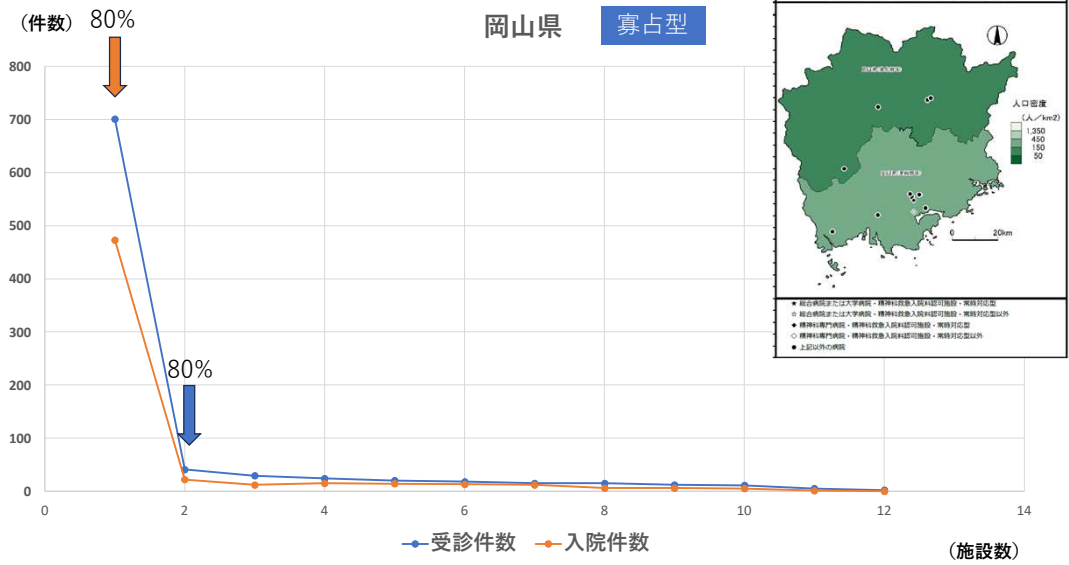


19



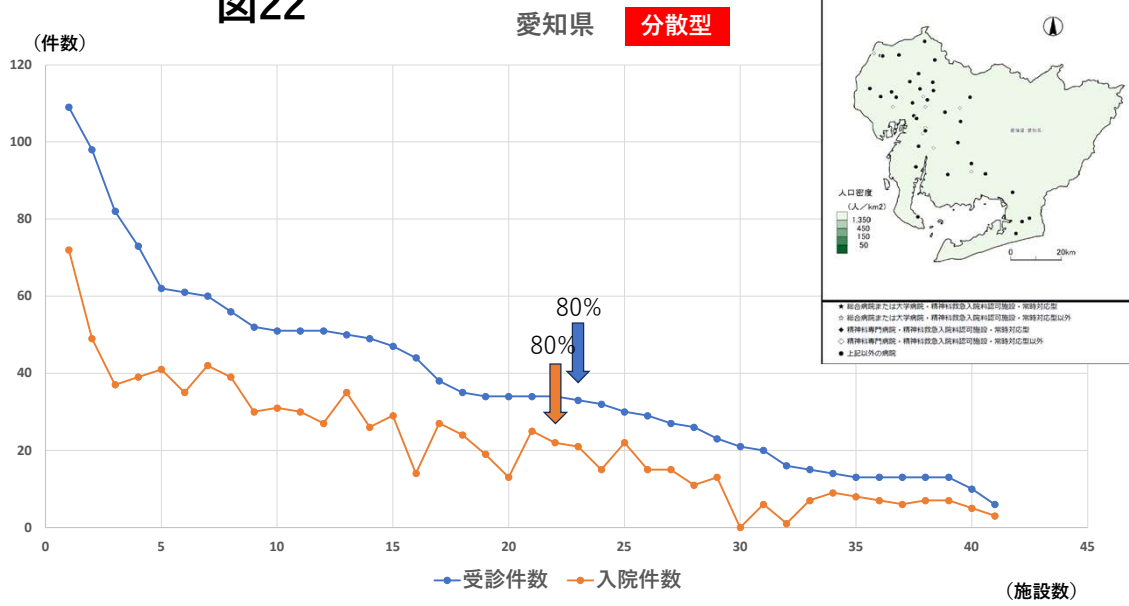
20

図21



21

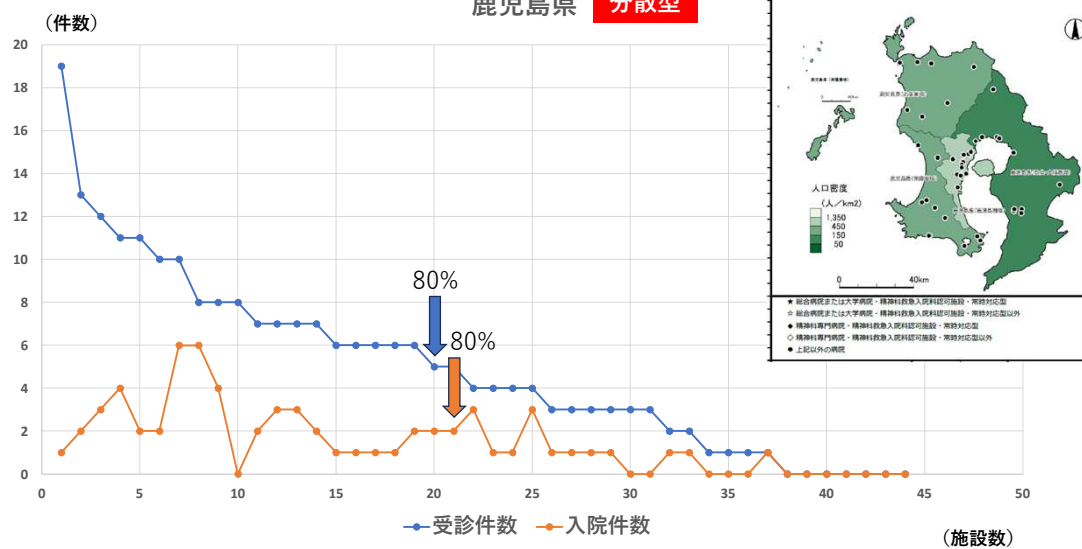
図22



22

図23

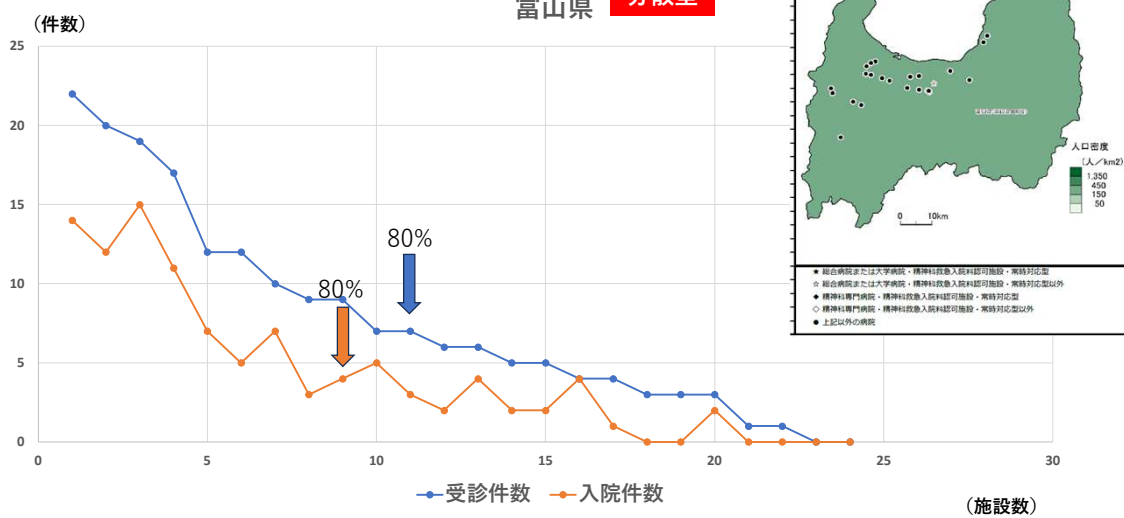
鹿児島県 分散型



23

図24

富山県 分散型

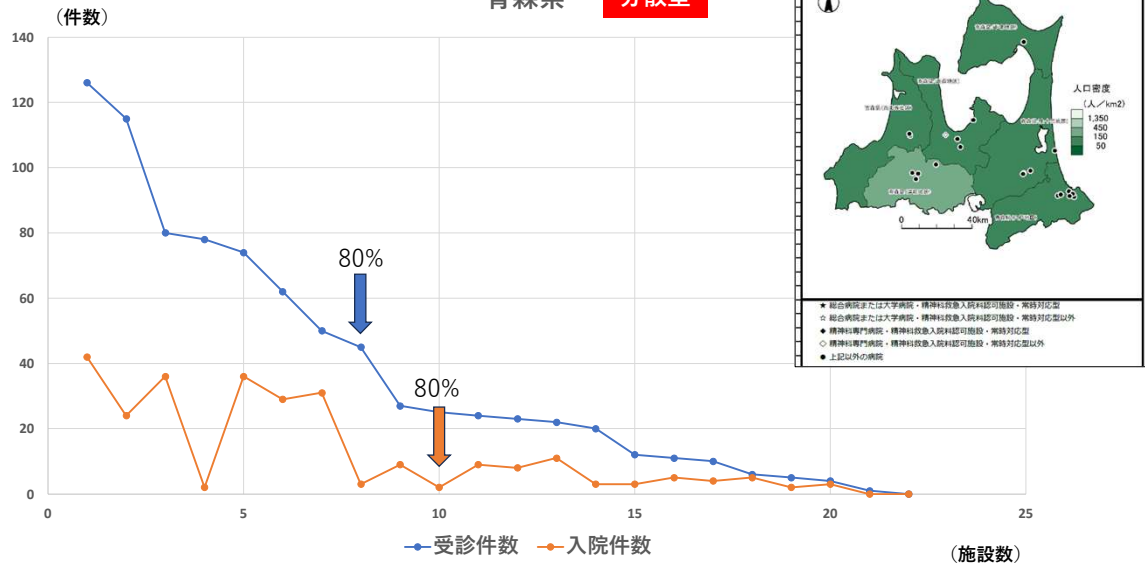


24

図25

青森県

分散型



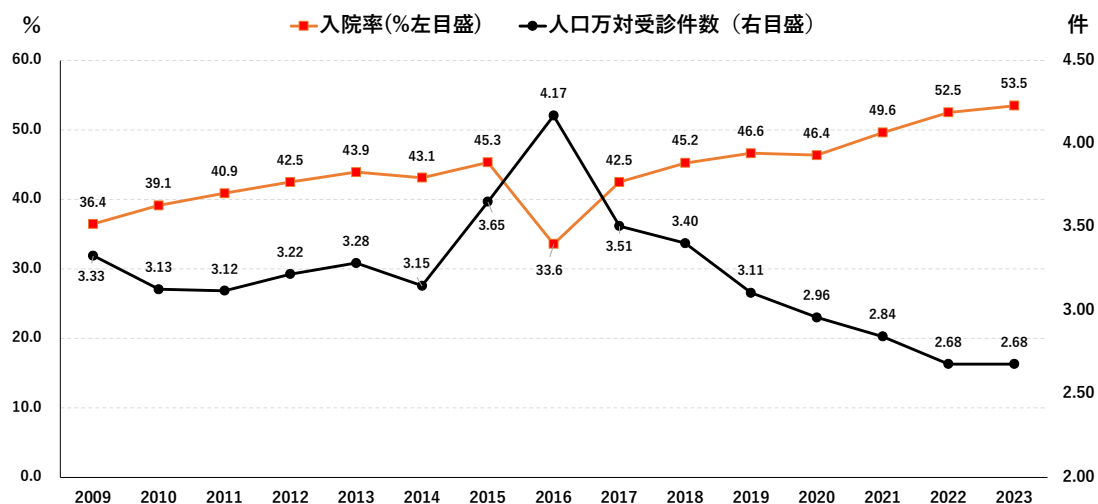
25

図26 整備事業の運用実績の推移



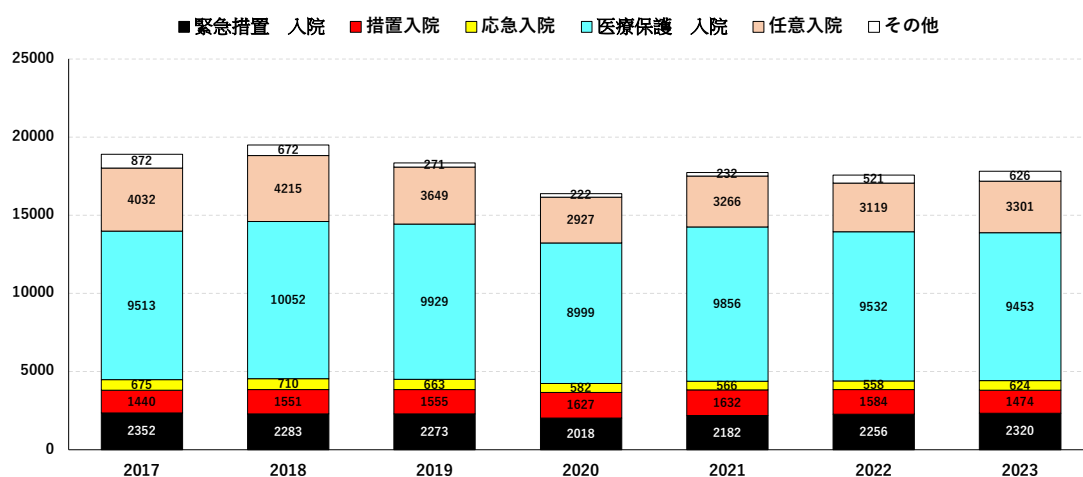
26

図27 人口万対受診件数と入院率の推移



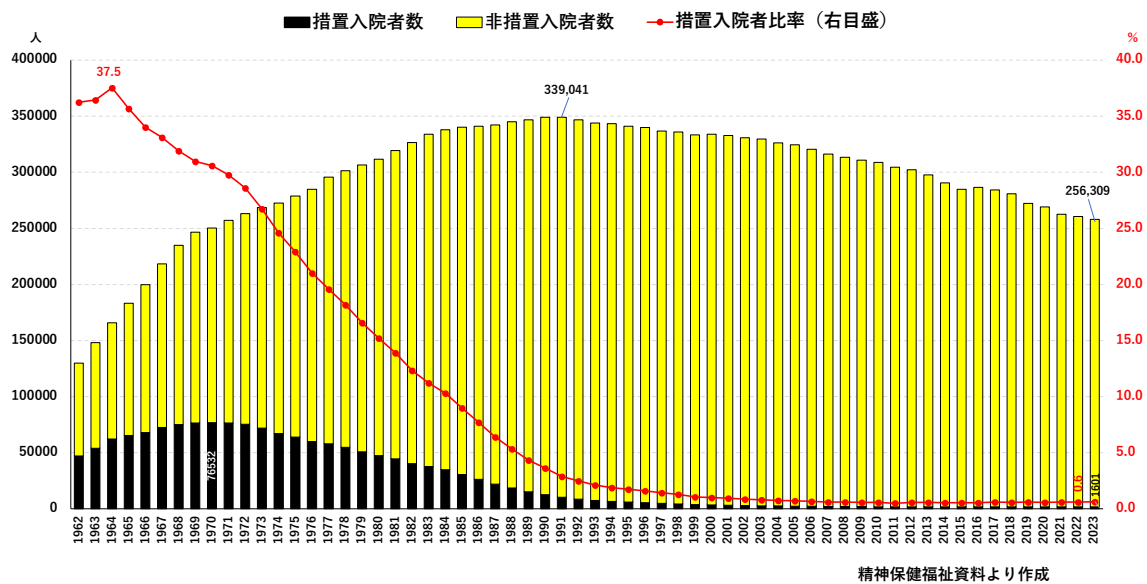
27

図28 入院形態別入院件数の推移



28

図29 措置入院の在院者数と比率の推移



精神科救急医療体制の課題と評価 2023 年度

<岩手県>

1. 全般

【課題】

- ・ **かかりつけ医優先**等、精神科救急に関する原則等について住民等への普及啓発が必要。
- ・ 救急患者の受入を円滑に進めるための**空床確保等の仕組み**が必要。救急対応要請後の受診支援やその後の相談支援体制について、迅速な対応が必要。
- ・ **23 条通報**について、関係者間で共通認識を持つことが必要。

【評価】県全域で精神科医療機関数や医師数、スタッフ数等が不足する中、関係者間で情報共有及び連携に努め対応している。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症患者の場合、**身体科と精神科相互の受入調整が困難な事例が散見**されることから、相互理解（対応限界の共有など）を進めることが必要。

【評価】身体科と精神科の相互理解を深め連携するよう、関係者間で意見交換等に努め対応している。

<秋田県>

1. 全般

【課題】**通報への対応**について、特に夜間・休日において指定医や入院先の確保に難渋している状況が続いている。精神科診療所の閉院や、精神科病院の人手不足等により県内の精神科病院への負担は増しており、**病院群輪番型施設での対応が難しく全県拠点病院の病床が逼迫する状況**もうまれていることから、救急応需体制を24時間365日維持することが非常に厳しい状況にある。夜間休日対応の負担軽減のため、かかりつけ医との情報連携体制の強化を図る必要がある。

【評価】指定医に対する意向調査を踏まえ、精神科診療所指定医の協力も得ることで、救急応需体制を維持するための体制を再構築していく。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症対応病院のない圏域においては、近隣の救急告示病院で診察のうえ精神科治療拠点機関で対応する体制がとられている。**多様な疾患を抱える高齢者の受入等により、身体合併症対応病院の病床が逼迫**しており、高齢患者の入院期間の長期化に伴い、急性期の患者の受入が困難となる状況が生じている。

【評価】身体疾患と精神疾患が混在している場合には難しい対応となるが、身体症状の程度も踏まえケースに応じて医療機関間での連携をはかる必要がある。

<福島県>

1. 全般

【課題】

- ・措置診察を行う指定医の偏り
- ・**通報件数の増加**

【評価】

- ・精神科診療所協会では保健所と協力連携する取組を行うなど、それぞれの立場での取組は評価できる。
- ・医療機関、保健所、警察等それぞれの役割において工夫して対応しているので評価できる。

2. 身体科連携

【現状】

- ・**救急隊員の認知不足、医療機関の連携、時間の制約**という点で課題が見受けられる。

【評価】

- ・課題を共有し、より良いシステムの構築に向け、協議等進めたい。

<茨城県>

1. 全般

【課題】24 時間対応した精神科救急体制を整備する必要がある。

【評価】病院と調整し、整備を進めている。

2. 身体科連携

【現状】**身体科との連携体制を構築する必要がある。**

【評価】精神科身体合併症病床の整備等について検討する。

<栃木県>

1. 全般

【課題】救急搬送時のプロトコール・フローチャートである「精神疾患合併症観察基準」の正式運用及び運用状況調査による課題の洗い出し

【評価】概ね賛成

2. 身体科連携

【現状】上記観察基準に基づく身体合併症患者の振分・受入れ及び救急事後検証会での継続的な検証等

【評価】概ね賛成

<群馬県>

1. 全般

【課題】近年、**3 次救急が急増**しており、他県に比べ出動件数が多い。1 次救急、2 次救急の重要性が増している状況である。措置診察が増えているなか、**指定医間で情報共有**を目的とした機会の確保が必要。県外在住で県内に勤務している指定医に対する周知の方法が課題となっており、対応を検討中。

【評価】検討中のため評価なし。

2. 身体科連携

【現状】**前橋赤十字病院に身体合併症病棟**を作り、身体合併症のある患者について対応している状況。

<埼玉県>

1. 全般

【課題】輪番体制の強化のために R4 年 9 月 1 日から新たに指定した 4 病院の稼働状況を確認し、引き続き指定を行うこととした。

【評価】夜間帯の措置事例について、翌日持ち越し件数を昨年度から維持している。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症を有する患者に対応できる医療機関が県西部の大学病院であり、病床数が限られることや、**県南東部の患者の対応が課題**である。

また、消防から身体合併症患者の救急搬送は時間を要するとの報告を受け、意見交換を行った。

【評価】精神身体合併症に対応可能な既存の病床の利用も含めて更なる体制整備が必要である。

<千葉県>

1. 全般

【課題】常時対応型病院、輪番病院における空床及び指定医の確保について、空床などは全圏域で足りていない状況があり、これにより**圏域を超えての措置入院者**等が 50 名程度いるため、引き続き対策が必要である。

【対策】本県では精神科救急医療圏を独自に 12 圏域とし、近くの医療機関での対応ができるよう努めている。

【評価】上記課題に対して令和 4 年度に常時対応型病院を新たに 1 つ指定し、圏域を超えざるを得ない措置入院者等がいる状況を改善するための対策をしているが、現状では圏域を超える案件が発生しているため、空床確保などの対策が継続していく必要がある。

2. 身体科連携

【現状】【課題】本県では、身体合併症対応が可能な病院について、独自に「身体合併症対応協力病院」の登録制度を設けており、現在 5 病院が登録をしているところである。しかし、**病院によって対応可能な疾患（診療科）や重症度が異なる**ため、これらについて各病院

にヒアリングを行い、その情報を精神科救急情報センターと共有をしている。昨年度、千葉県精神科医療センターが千葉県総合救急災害医療センターに移転したことから、身体合併症対応について今まで以上に対応を求められている。

【評価】千葉県総合救急災害医療センターが設立され、身体合併症対応についても、今までよりも対応が期待できるが、一部の参画病院だけではすべての対応が難しいため、今後更なる拡充が必要となっている。連絡調整会議や研修会の場で協力要請をするとともに、身体合併症対応協力病院等と、より円滑な受療体制の構築に向けた検討が必要である。

<東京都>

1. 全般

【課題】

- ・令和4年度診療報酬改定を踏まえた精神科救急医療体制について
- ・措置診察業務における現状と課題

【評価】

- ・常時対応型医療機関の指定について、都の基準制定、報告義務等により適切に対応
- ・夜間休日における23条通報の要否判定について、判定員への指導・研修等の充実、関係機関との課題共有

2. 身体科連携

【現状】令和5年度は議論なし

【評価】令和5年度は議論なし

<神奈川県>

1. 全般

【課題】

1 措置入院患者の入院先の選定にかかる適正な運用に向けた見直し

措置入院者の入院先の選定については、原則、措置診察を行った精神保健指定医の所属する病院を避けるよう配慮することが示されており、神奈川県及び県内政令3市が協調し、段階的に適正化にむけた取組をすすめる。令和5年度は法第24条通報、26条通報に基づく措置診察及び再診察について、原則入院先選定の適正化をすすめる取組を行った。

2 警察官通報及び相談窓口における診察までの時間延長、キャンセル

警察官通報は、通報数に大きな変化は見られていないものの、措置診察実施件数が減少傾向にある。自治体によって診察実施状況に差が出てきており、4県市の診察実施判断基準にばらつきが出ることは望ましくないとの意見や、措置診察のあり方について、行政、病院、警察との連携が必要との意見が出た。

3 精神科医療における新型コロナウイルス感染症対策

新型コロナウイルス感染症が感染症法上の5類の位置づけとなることを受けて、精神科

救急における新型コロナウイルス感染症対応について整理を図った。

4 精神科救急医療体制のあり方に関する検討

精神保健指定医の確保が必要となってくる一方、医師の働き方改革や指定医確保の方策について課題がある。医師の働き方改革の影響調査や、指定医報酬のあり方などについて検討を進めた。

【評価】

1 24 条通報、26 条通報に戻づく措置診察について、受入病院に所属する医師以外の精神保健指定医による診察を実施することについて、これまでの試行から本格的に実施することとした。また 4 県市の診察数が最も多い 23 条通報に基づく措置診察についても、あり方検討を進めていくこととしており、引き続き 4 県市で協議していくこととなった。

2 措置診察数が減少傾向にあることで、常時対応型病院の確保病床の使用率が下がっており、病院側の困り感が報告された。4 県市で常時対応型病院の病床使用のあり方について検討を進めている。

3 新型コロナウイルス感染症の対応については、精神科救急医療調整会議以外にも各病院に向けた説明会を開催して、5 類移行後の対応について周知を図っており、移行後の大きな混乱はなく対応できている。

4 医師の働き方改革の影響に関する調査では、各病院とも宿日直許可の取得や特例申請等の対応をしている一方、影響がどの程度出てくるのかについては見通せない部分もあり、引き続き精神科救急医療体制に影響が出てこないかは注視していく必要がある。引き続き精神保健指定医の確保に向けた方策について検討を進める。

2. 身体科連携

【現状】本年度該当なし

【評価】本年度該当なし

<新潟県>

1. 全般

【課題】

① **かかりつけ病院や当番病院が受入を断り、その後の対応について明確な指示がなく、搬送に時間がかかる。**⇒精神科病院、その他医療機関、消防関係機関への、精神科救急医療システムの周知、運用への依頼協力を行っている。

②精神科救急情報ダイヤルで当番病院を案内しているが、**対応困難事例や精神科救急システムに関する相談実績が少ない。**

③本県においては、輪番制による体制を整えているが、常時対応型施設への指定希望があった。⇒令和 5 年 6 月から 1 病院指定した。

【評価】

①②救急隊等に対して、精神疾患のある方への対応及び精神科治療について周知が必要。精

精神科救急情報ダイヤルについて、周知を行い、対応困難事例や救急医療体制の課題等の報告をいただけると、救急医療体制整備に活用できる。

③当番病院からの要請に応じ、緊急にかかりつけ医のない患者当の受診について、保健所からの相談に応じることができるため、精神科救急のバックアップ機能の役割を果たすことになるため、実勢を把握し、さらなる課題分析と周知が必要。

2. 身体科連携

【現状】精神科病院、身体科病院での診察可否の判断が一致しないことがある。かかりつけ病院や当番病院が受入れを断り、その後の対応について明確な指示がなく時間がかかることがある。

【評価】精神科救急システム及び当番病院、かかりつけ病院の役割を再度周知し、依頼する必要がある。身体科病院に対して、精神科救急情報ダイヤルを周知するだけでなく、対応したケースの報告を依頼する。

<富山県>

1. 全般

【課題】

①県内の病床を持つすべての精神科病院が輪番体制に加わることが望ましい。**不参加（回数0回）の医療機関**に対して継続的な働きかけが必要である。

②**クリニック**も、土曜日の日中の診察を担当するなど、何らかの方法で輪番体制に参加できないか検討いただきたい。

【評価】

② 輪番体制に参加いただけていない精神科病院については、引き続き協力を呼びかけていく。

②クリニックには、平成22年度より輪番制で平日昼間の受診対応や精神科救急情報センターへの助言等、後方支援を担っていただいていたが、活用実績が少なく、平成29年度に廃止されたところ。精神科救急医療体制の円滑な運用のため、クリニックには通院中の患者が精神科救急で受診した際の当番病院への情報提供等、必要な協力を呼びかける。

<福井県>

1. 全般

【課題】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地域にも包括協議の場での課題等について検討

【評価】今後も当運営協議会の場において検討

2. 身体科連携

【現状】身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療体制について救急医療機関から現状報告あり検討

【評価】今後も当運営協議会の場において検討

<山梨県>

1. 全般

【課題】精神科救急受診相談センター相談等実績

精神科救急医療事業に係るインシデント報告

【評価】診療所等かかりつけ医療機関の救急システム利用について

当番病院の時間外の受入事例

令和4年度通報および措置診察件数

<長野県>

1. 全般

【課題】

・平日は4圏域（東信・北信・中信・南信）ごとに精神科救急医療体制を構築しているが、土日については東信及び北信が単独運用できず、東北信圏域一体の運用による**長距離の患者移動**が課題となっている。

・R2年度に県精神科病院協会と協議・調整した結果、R3年度から、東信・北信圏域における土曜日の日中時間帯（8:30～17:00）については、東北信圏域一体の運用から、平日同様、4圏域での輪番制に移行することになった。

【評価】

・長距離の患者移動を是正する観点から一定の前進はしたものの、土曜日夜間（17:00～翌8:30）及び日曜日については依然として東北信圏域一体の運用が残り、完全4圏域化には至っていない。

2. 身体科連携

【現状】

・精神疾患を有しながら、身体合併症患者に対し医療を提供できる体制を有する医療機関である**身体合併症対応施設の指定に至っていない**。

【評価】

・身体病変が疑われる場合は一般救急の受診を優先し、一般救急の身体的診療が優先とならない場合は精神科救急で対応するルールが原則となっている。

<静岡県>

1. 全般

【課題】

・令和5年度から、全県域の後方支援の常時対応型施設1施設を加え、常時対応型5施設、病院群輪番型6施設の体制で実施（うち1施設が全県常時対応型と輪番型を兼ねるため、実

10 病院)。

- ・対応件数のうち 5 割強が入院。

【評価】

・精神科では**一次救急から三次救急の逆転**が起きている。**診療報酬改定という背景**も踏まえ、一次救急から三次救急の役割分担を整理した上で、救急医療システムに参画する診療所を支援できるとよい。

2. 身体科連携

【現状】

- ・身体合併症対応施設として県立総合病院（県中部地域）が加わり、聖隷三方原病院（県西部地域）と**2 病院体制**となった。
- ・東部地域の病院から県立総合病院への身体合併症の紹介はあまりなく、近隣の総合病院にてリエゾン対応実施。

【評価】

- ・県立総合病院の追加により、聖隷三方原病院に遠方から搬送されるケースが減少。
- ・東部地域については身体合併症対応が行き届いているとは言えない。身体合併症対応施設には最後の砦としての対応を期待する。

<愛知県>

1. 全般

【課題】

課題：夜間、休日の輪番制を活用した病院での救急対応の際、受入判断に迷う事例があり、**救急隊の現場滞在時間がながくなる**ことがある。

対応状況：夜間、休日の救急輪番において、患者の複雑な事情等により、当番病院の受入可否の返答に時間を要することがある。

<三重県>

1. 全般

【課題】本県は精神科救急を日本精神科病院協会三重支部に委託して実施している。すべて輪番病院であり、その日の当番病院で受け入れられない場合は基幹病院を受診しているが、それでも受診出来ないケースについては、委託していない公立の精神科病院が受け入れている。

【評価】**常時対応型の精神科病院を指定**し、重層的に対応できるとよい。

2. 身体科連携

【現状】基本的には**病病連携**で対応してもらっている。県内で 1 か所、合併症を伴う精神疾患に係る特例病床があり、運用状況を確認した。適切にトリアージされ、精神科病院と連携出来ている。

【評価】

- ・病病連携と特例病床で適切に対応できている。
- ・特例病床では身体科・精神科どちらも重症のケースは対応できないため、総合病院の精神科への入院調整をしている。

<滋賀県>

1. 全般

【課題】

- ① **身体合併症患者受入対応**（自傷を含む）
- ② 精神科救急輪番**診療所受診体制**等整備事業
- ③ **（緊急）措置鑑定精神保健指定医の確保**

【評価】現状把握と課題整理、対応について引き続き検討が必要

2. 身体科連携

【現状】病病連携で対応できている地域と、課題となっている地域がある状況であり、今後実態把握や課題として対応と検討が必要

【評価】現状把握と課題整理、対応について引き続き検討が必要

<京都府>

1. 全般

【課題】**災害時の精神科救急情報センターの業務継続**について（今後検討）

23 条通報する場合と逮捕、送検する場合の判断基準について

救急時間帯の**緊急措置の手続き**について

【評価】事例を共有し、意見交換

<大阪府>

1. 全般

【課題】

・新型コロナ感染症関連のクラスター発生時も、当番病院の変更などの調整により対応した。

・夜間 23 条通報の件数が増えているが、対応はできている。

【評価】

・**23 条の通報件数が増えるに伴い、診察却下件数も増えている**が、医療が必要な方については情報センターに引継ぎ対応している。

・**移送時、原則警察官の同乗がなくなった**ため、安全な搬送についての検討を行っている。

2. 身体科連携

【現状】合併症支援システムにおいて、受け手になる精神科病院のバックアップ強化のため、

三次救急にコンサルテーションを依頼できる体制をつくった。

【評価】

- ・システムは概ね順調に運用できている。
- ・精神科の当番病院が、依頼元と近い病院とは限らず、**搬送に時間がかかってしまうことがある。**

<兵庫県>

1. 全般

【課題】

- ①病床の不足を当番病院及び常時対応型施設で対応
- ②救急の受入に時間がかかるため**情報センターを通さない例**もある
- ④ コロナ対応可能な病床不足を県立病院等で対応（令和6年9月末まで）
- ⑤ **通報事案についての検討**

【評価】

- ①均等に振り分けていくことが困難である。
- ②急を要するのであれば県立の総合病院でまずは受入れるよう周知されている。
- ③公立や民間病院で対応できるように整備していく必要がある。

2. 身体科連携

【現状】

- ②身体合併症を伴うケースで受入に時間がかかるため情報センターを通さない例もある

【評価】

- ②身体が絡んでいるのであれば身体科救急にまずは話をすること。

<和歌山県>

1. 全般

【課題】 **紀南地域で10年程精神科救急医療体制が中止**している。

対応状況：令和6年10月から毎週土曜日の終日にわたる救急を再開する。

当初は、精神科救急情報センターを介した患者のみの対応とする。

令和7年4月から日曜日も再開可能かを検討する。

【評価】救急再開について、順序を踏んで将来的に以前のような救急医療体制を確保できるように、確実にステップアップしていると評価する。

<鳥取県>

1. 全般

【課題】圏域等における医療体制について。圏域内で関係機関同士の情報共有について。圏域内における受け入れ体制や連携の在り方について。

【評価】圏域間での対応、調整ができています。夜間についてもさらなる連携体制が構築できるように調整を進める。医療機関同士で連携を取りながら実施している。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症がある患者の精神科病院と身体科病院との受診、連携について。**オーバードーズ等の際の身体科との受診連携**について。

【評価】情報共有、対応の調整が図られている。引き続きスムーズな連携に向けて調整を進める。

<島根県>

1. 全般

【課題】各圏域における精神科救急に係る実績等をもとに情報共有、各圏域における課題検討を行うとともに、個別事例を通じて連携体制についての意見交換等を行っている。

【評価】各圏域において管内関係機関が連携し概ね円滑に対応できていること、また、引き続き各機関の役割や連携方法を明確にし、対応していくこと等を確認している。しかし、**圏域単位では解決できない課題**や本県の**精神科救急情報センターのあり方**等についての検討が必要という意見も出されている。

2. 身体科連携

【現状】圏域により**自死未遂者支援**を含め検討が行われはじめている

【評価】圏域により自死未遂者支援の体制整備を進めるため救急指定病院等へのヒアリングや関係者との事例検討などを今後実施することとしている

<岡山県>

1. 全般

【課題】緊急措置の運用について

県と政令市で、緊急措置の運用方法が異なるのではないかとの議題が出された。

【評価】県と市で意見交換するとともに、県は措置の実施主体である保健所へ運用について再周知した。

<広島県>

1. 全般

【課題】

①常時対応型施設について、現行体制に問題はないかを確認し、特段の問題はなかったため現行体制を継続する。

②経年の精神科救急の実績データにより、今後の見通しはどうかを検討し、経年データから**実績が減少傾向**であることを鑑みて常時対応型施設の追加は必要ないとした。

【評価】現行体制に問題はなく、引き続き従来どおりの体制で運用する。

<山口県>

1. 全般

【課題】現在の体制の維持・向上のため、具体的対応・体制案を提示し関係機関と検討中

【評価】引き続き、関係機関との検討が必要

<徳島県>

1. 全般

【課題】常時対応型、身体合併症を含む連携体制等、精神科救急情報センターの体制等について、現在の輪番型での対応も含め精神科救急医療体制連絡調整委員会にて検討。

【評価】新たな制度構築に向けて今後要検討。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症を含む連携体制について今後要検討。

【評価】精神科救急にて身体合併症がある場合は、**身体合併症対応 1 医療機関のみ**で対応。精神科救急と一般救急の連携について今後要検討。

<香川県>

1. 全般＋2. 身体科連携

【課題】

・**身体合併症拠点病院が県下で 1 病院**であるため、大川高松圏域の身体合併症患者の受入先の確保が課題である。

・身体合併症患者受入の一助とするため、精神病床を有しない公的病院に精神科医師を派遣（県立中央病院・白鳥病院へのリエゾン派遣、高松市立みんなの病院への非常勤医師の派遣）。

【評価】精神科病院の入院患者などで身体治療が必要な者を上記公的病院で多く受け入れており、一定の効果はあると考えている。

<高知県>

1. 全般

【課題】平日昼間の初診の待ち時間が 1 月以上かかることもあり、結果的に断っている状況がある。

【評価】

・急患等を診ることができる医療機関や医師の配置の検討。

・**各病院の空床情報を公表できるシステム**の構築。

<福岡県>

1. 全般

【課題】常時対応型病院での患者の受け入れ状況について協議。

【評価】常時対応型病院での受け入れ不可とした理由の確認及び評価。

2. 身体科連携

【現状】連絡調整委員会の中で個別事例も出しながら協議を実施。

【評価】**大学病院や総合病院の協力**を得られるように引き続き協議していく。

<佐賀県>

2. 身体科連携

【評価】救急と精神科の連携のため、意見交換の場が必要

<大分県>

1. 全般

【課題】令和5年度から、**民間精神科病院（輪番病院）及び県立病院精神医療センターの分担ルールを見直す**等、より継続的・安定的に運用できる精神科救急医療体制を構築し、運用を開始した。

【評価】現行の精神科救急医療体制は、概ね円滑に機能している。

今後も運用状況を注視し、状況に応じ協議する必要がある。

2. 身体科連携

【現状】一般の救急医療機関において、身体合併症の患者を受け入れた際の、**後方搬送先の確保**が課題となっているため、関係機関（精神科病院、精神科診療所、救急医療機関、消防、警察、当事者団体、精神保健福祉センター、等）が参集し、現状把握を行った。

【評価】現状は、連携に関する議論の基盤となる現状把握を行った段階。令和6年度は、関係機関の連携のあり方について議論し、身体合併症患者の搬送フローを完成させたい。

<宮崎県>

1. 全般

【課題】平日夜間の全圏域及び休日の県北・県西南における**輪番病院の配置、精神科救急情報センターの輪番病院での設置**が課題である。今後も、委託先である精神科病院協会等との検討を行う。

【評価】引き続き、具体的な検討を重ねる必要がある。

2. 身体科連携

【現状】精神障がい者の**人工透析**についての検討及び高齢者の増加に伴う**身体合併症患者を民間病院で対応できる体制**の検討を行っていく。

【評価】今後も対応できる医療機関を増やすため検討が必要である。

<鹿児島県>

1. 全般

【課題】

(1) 相談窓口における**緊急性の低い相談者への対応**について

年1回開催している相談窓口従事者を対象とした研修会において、業務運営マニュアルを用いて対応の再確認を行い、標準化を図った。

(2) **当番病院における受入れ拒否**について

当番病院における受入れ拒否については、担当者の業務に対する理解が不足していることが考えられるため、月末に送付している当番病院の中に業務内容を記載し、役割について、周知を行っている。

当番病院については、毎年、年度初めに指定を行っているが、次回指定を行う際には、併せて当番病院の業務内容や役割に関する依頼分を发出することを検討する。

(3) **かかりつけ病院やクリニックでの受診や入院調整**について

かかりつけ患者の緊急時の対応に協力いただけるよう、鹿児島県精神科病院協会と対応について協議を行い、各種精神科病院鹿児島県精神神経科診療所協会等へ協力依頼を行うことを検討している。

(4) 相談窓口従事者及び保健所職員等の精神科救急医療体制への理解について

相談窓口従事者に対しては、年1回開催している研修会を通じて、相談窓口の業務内容や役割について再度確認を行うとともに、相談対応の標準化及び相談者への支援の充実を図った。

保健所職員等に対しては、年度当初の担当者会議や、各種研修会を通じて精神科救急医療体制における役割等について理解促進を図った。

【評価】概ね適切実施されているとの評価であった。

<沖縄県>

1. 全般

【課題】**訪日外国人患者への対応**が課題であり、県全体で外国人向けの対策が必要とされている。(言語や診療報酬、保険の問題等)特に通訳や医療費の徴収方法等で医療機関は県に対し対策を行って欲しいという姿勢。

【評価】精神分野だけでなく医療分野全体として課題が多いため、他部署との連携が必要。公立病院で対応することとなっているがそれだけでは医療の供給が追いつかないのではないかと懸念がある。

2. 身体科連携

【現状】病病連携で精神疾患と身体疾患の優先度を見極めている。(救急隊での判断も含めてトリアージしていく)

【評価】上記対応状況が続ける。

第4回精神科救急医療体制整備研修概要

1 はじめに

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主催 2024 年度精神保健に関する研修「第4回精神科救急医療体制整備研修」（2025 年 2 月 8 日（土）にオンラインで開催）に講師等として参画した。

本研修は、精神科救急医療体制整備事業の現状と課題について理解し、実効性を持ったモニタリングをするための知識と技術を習得することを目的としている。また本研修は、精神科救急医療体制整備事業および精神障害にも対応した地域包括ケア構築推進事業の支援という位置づけでの研修でもある。

20 都道府県、6 指定都市、3 保健所、3 医療機関から参加申し込みがあり、当日の参加者数は 36 名であった。

研修プログラムについては、表 のとおり。

表 第4回精神科救急医療体制整備研修プログラム

日付	時間	内容	
		講師名	所属
2025年2月 8日（土）	9：30～	オンライン受付開始	
	10:00～	開講式	
	10:10～10:20	精神科救急医療体制整備事業について	
		畑部暢三	厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
	10:20～11:10	精神科救急医療体制の現状と課題	
		平田豊明	千葉県総合救急災害医療センター
		精神科救急医療体制における措置入院運用の地域差	
		花岡晋平	千葉県総合救急災害医療センター
	11:10～11:40	精神科救急医療体制整備事業に関する実践報告	
		濱谷 翼	埼玉県保健医療部疾病対策課
		門田雅宏	滋賀県立精神保健福祉センター
	11:50～12:55	各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状と課題等に関するグループワーク①	
		塚本哲司	埼玉県立精神医療センター
	12:55～13:30	昼休憩	
	13:30～15:30	各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状と課題等に関するグループワーク②	
		塚本哲司	埼玉県立精神医療センター
	15:30	閉講式	

2 内容について

（1）精神科救急医療体制整備事業について

厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害福祉課から精神科救急医療体制整備事業について説明がされた。

（2）精神科救急医療体制の現状と課題

本研究の一部を紹介した。

(3) 精神科救急医療体制における措置入院運用の地域差

本研究の一部を紹介した。

(4) 精神科救急医療体制整備事業に関する実践報告

精神科救急医療体制整備の好事例として、埼玉県と滋賀県の精神科救急医療体制整備事業担当者から、それぞれの精神科救急医療体制についてご説明いただいた。

(5) 各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状と課題等に関するグループワーク①

「警察官通報への対応の現状と課題」をテーマとしてグループワークを行った。グループ分けは、指定都市を一つのグループとし、その他の都道府県等については、講義「精神科救急医療体制における措置入院運用の地域差」で示された、措置決定率のクラスター分析結果のクラスター1（措置決定率 5.16%）～クラスター3（措置決定率 45.91%）が混在するよう編成した。

参加者には事前課題「警察官通報への対応の現状と課題（本報告書資料 3）」の提出を求め、研修参加者に事前共有した。グループワークにおいては、参加者が事前課題に基づき警察官通報への対応の現状と課題についてレポートするとともに、課題に対する対応（工夫）について共有していただいた。

以下に、参加自治体から示された、警察官通報への対応の現状と課題を列記する。

- ・通報件数（自傷他害が確認できない事例を含む）が増加しており、即時の対応が困難となっている。
- ・措置診察不要事例が増加している。
- ・電話調査以外の事前調査手法拡大を図る必要がある。
- ・広域なため、対面での事前調査が困難な場合がある。
- ・夜間休日は、人員体制や調査場所までの移動時間がかかるなどの理由で対面での事前調査が実施できていない。
- ・診察実施可否の判断についての平準化。
- ・保健所と警察とで、23 条通報対象者の認識等に乖離がある。
- ・警察が考える同乗が必要なケースと、搬送職員が同乗してほしいケースに乖離がある場合、搬送職員が不安な中、搬送しなければならない。
- ・指定医や指定病院について地域偏在がある。
- ・一部の医師に負担がかかりすぎている。謝金も安く措置診察受ける指定医がいない。
- ・通報を受理してから入院先医療機関への移送が完了するまでに多くの時間を要している。
- ・措置診察を実施し、搬送する体制（指定医の確保、人員体制）が整っておらず、緊急措置診察を実施することも多い。
- ・措置診察不要となった被通報者の保健所への情報提供及び 47 条支援に向けた体制整備が必要。

以下に、参加自治体から示された、警察官通報への対応における取り組み（工夫）を列記する。

（通報受理及び対応体制について）

- ・夜間休日については、保健所職員に兼務辞令のもと体制を集約し、輪番で通報受理、通報対応している。
- ・夜間休日については、通報対応を集約化している。

(指定医の確保について)

- ・当番の指定医を確保している。
- ・指定医の確保のため、指定医への啓蒙活動を実施。
- ・診療所所属等の指定医に待機を依頼し、連休中の緊急措置入院者の 72 時間以内の措置診察体制を整えている。

(移送体制について)

- ・民間救急車両を保有する会社やタクシー会社等と委託契約し、移送車両を確保している。
- ・自治体の移送車両で移送を行っている。
- ・移送補助者を委託契約している。

(職員体制について)

- ・職員の人員確保のための予算確保などを要望している。
- ・会計年度任用職員を活用し、通報受理や移送補助等の人員を確保している。

(警察等関係者との連携に向けて)

- ・本庁において、警察本部と意見交換を実施。
- ・各保健所において、警察署、指定病院（指定医）との意見交換・学習会を実施。
- ・会議や事例検討会等を開催し、各医療機関、警察、消防等への協力依頼、連携強化を図っている。
- ・県警、県、指定都市でマニュアルの整備を行っている。

(その他)

- ・保健所だけでなく、中核市保健所や職制の代表者を含めた精神科救急体制の課題を検討するためのワーキンググループを設置している。

(6) 各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状と課題等に関するグループワーク②

冒頭、『精神科救急医療ガイドライン 2022 年版』の精神科救急医療体制整備事業に係る推奨事項について紹介し、精神科救急医療体制整備にあたっての参考としていただくとともに、連絡調整委員会等の精神科救急医療体制整備に関する検討の場で、自治体の整備状況を評価する等に活用いただくことを提案した。

その後、「精神科救急医療体制整備についての「現状及び課題」と「課題に対する取り組み（工夫）」をテーマに、グループワークを行った。グループ分けは、指定都市は同一グループとし、その他都道府県等については人口規模を基本に編成した。参加者には事前課題「精神科救急医療体制整備についての「現状及び課題」と「課題に対する取り組み（工夫）」（本報告書資料 4）」の提出を求め、研修参加者に事前共有した。グループワークでは、まず参加者は事前課題に基づき精神科救急医療体制整備についての現状と課題についてレポートするとともに、課題に対する対応（工夫）について共有していただいた。

さらに、精神科救急医療体制整備事業報告様式についての質問及び要望（本報告書資料 5）」を参加者から募り、平田が応答するとともに、次年度に様式の改定の参考とした。

以下に、参加自治体から示された、精神科救急医療体制整備についての現状と課題について、『精神科救急医療ガイドライン 2022 年版』の整備項目等別に列記する。

整備項目等「精神科救急医療体制が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの重要な基盤の一つとして整備されている」に関する課題

- ・医療と福祉の相互理解が課題となっている。
- ・「にも包括」の基盤の一つという理解は浸透していない（認識がない）。
- ・精神科救急医療体制と「にも包括」との具体的な連携は図られていない。
- ・「にも包括」についての協議は主に退院支援が中心であり、精神科救急について協議がなされていない。
- ・診療所等の無床医療機関をかかりつけとしている患者の救急医システムの利用や初期救急への対応は課題。

整備項目等「一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携が図られている」

- ・連携は図られていない。
- ・一般の救急医療機関から精神科病院につなぐ合併症支援システムがあるが、システムの周知が課題。

整備事項等「精神科救急医療体制連絡調整委員会」

- ・措置診察の質の担保が課題。

整備項目等「一般救急システム等との連携」

- ・連携は図られていない。

整備事項等「医療保護入院等のための移送体制」

- ・実施が少なく担当者も経験を積むことができず、また保健所もどのような事例を依頼するか、判断が難しい。

整備項目等「精神科救急医療施設（病院群輪番型施設）」

- ・医療機関ごとに病床の機能分化が進んでおり、医療機関によっては急患の受入れが困難になっている。

整備項目等「精神科救急医療施設（外来対応施設）」

- ・深夜帯は外来対応施設がなく、また、アクセスできる患者が限られてしまっているため、外来対応施設の在り方について検討が必要。
- ・精神保健費国庫補助金が減額され、対応に苦慮している。

整備項目等「精神科救急医療施設（常時対応型施設）」

- ・精神保健費国庫補助金が減額され、対応に苦慮している。

整備項目等「市町村長同意」

- ・市町村長同意後、市町村職員の面会がされていないケースが多い。

以下に、参加自治体から示された、精神科救急医療体制整備についての現状に対する取り組み（工夫）について、『精神科救急医療ガイドライン 2022 年版』の整備項目等別に列記する。

整備項目等「一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携が図られている」

- ・精神科救急医療システム連絡調整委員会に、救命救急センター、総合病院等が参加している。
- ・自殺対策推進協議会などで連携をとっている。
- ・身体合併症専門部会に一般医療機関も参加してもらっている。
- ・一般科救急医療機関との連携強化を目的とした地域精神科身体合併症救急連携事業を実施している。
- ・輪番に参画している総合病院は、一般救急当番日と精神科救急当番日を同じにすることで、院内の一般科との連携を図っている。
- ・自殺未遂者支援事業を開始予定。

- ・自殺未遂者への対応マニュアルを作成し、2次救急医療機関向けに研修を実施。
- ・2ヵ所の精神科医療機関に対し精神・身体合併症病床整備の補助を行った。また平成25年度から平成27年度まで救急医療機関と精神科病院の連携モデル事業に取り組み、現在9ヵ所の身体一般科医療機関が精神科病院と連携している。

- ・身体科医師による対応力向上のため、かかりつけ医等への精神疾患に関する研修を実施している。

整備項目等「精神科救急医療体制連絡調整委員会」

- ・指定医や警察官向けの研修会を企画

整備項目等「身体合併症患者」

- ・身体合併症専門部会を設置している。

整備項目等「新興感染症等への対応」

- ・新興感染症への対応が可能な精神科病院と協定を締結している。
- ・新興感染症患者発生時の連絡フローチャートを作成している。
- ・第8次地域医療計画に、精神科救急医療体制整備事業における医療提供体制の整備において、新興感染症への対応を含めた体制整備を図ることを記載した。

整備項目等「身体合併症患者の医療提供体制検討会」

- ・身体合併症専門部会を設置している。

整備項目等「精神科救急医療研修事業」

- ・PEEKコースを開催。
- ・精神科救急医療システムに参画している病院を中心に、診療所協会、看護協会、精神保健福祉士協会、自治体が参加している。
- ・事前調査等を行う職員を対象とした研修会を実施している。また、必要に応じて、警察、消防等の関係機関に出前講座を実施している。

整備項目等「一般救急システム等との連携」

- ・救急病院から精神科病院への転院搬送についてもシステムに組み込む予定。
- ・地域分科会事後検証会で精神科事例の検討を行っている。
- ・メディカルコントロール協議会に精神科部会が設置され、課題の抽出や一般救急システム等の連携を図っている。

整備項目等「精神科救急医療施設（外来対応施設）」

- ・費用対効果の観点から外来対応施設の在り方について検討を行っている。

整備項目等「身体合併症救急医療」

- ・身体合併症対応医療機関との意見交換会を実施している。

整備項目等「精神科救急事例を減らすための取り組み」

- ・精神科救急医療研修には、診療所協会も参加しており、会議や研修会内で、県内の救急医療システムに参画している病院と診療所が県内の動向等の情報共有を行い、連携を図れるように機会を設けている。
- ・夜間こころの電話相談事業を実施している。
- ・こころの相談に関する相談窓口をホームページ等で紹介。パンフレットを作成し、医療機関等に配布。
- ・病状悪化時の対応を事前に本人、家族、支援者等で共有するシート等を活用。

- ・不眠や不安発作時の対処方法等についてのリーフレットを作成し配布するとともに、ホームページで公開している。

整備項目等「市町村長同意」

- ・入院者訪問支援事業の効果的な実施と合わせて、市町村長同意による医療保護入院者に対する市町村の関わりを促進するよう同事業の研修会等をとおして啓発を実施。

整備項目等「連休中の緊急措置入院者の72時間以内の措置診察体制」

- ・連休3日目（6日目、9日目）に指定医2名待機する契約を精神科医会としており、緊急措置入院者の72時間以内の措置診察を実施している。

整備項目等「精神科救急事例を減らすための取組」

- ・地域精神保健福祉相談の充実強化。
- ・アウトリーチ支援。
- ・ハイリスク者の情報共有。
- ・退院後支援計画の策定。
- ・計画策定非同意者へのクライシスプランを用いた簡易介入ツールの活用。

整備項目等「上記以外の自治体独自の取組」

- ・「精神科救急医療体制に係る精神疾患患者（身体合併症患者を含む。）の搬送及び受入れ標準ルール」を策定。
- ・救急隊が精神障害者の搬送に活用できるよう「精神疾患に係る救急搬送受入れの基準及び観察基準票」を策定している。
- ・救急隊が精神障害者の搬送に活用できるよう「精神疾患合併症観察基準」を策定している。
- ・「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を策定している。
- ・精神科救急医療研修事業の講演者の選定にあたり、精神科救急医療システムの中で、かかわりがある機関、職種、関係者等に登壇してもらい、それぞれの現場での現状について話してもらうことにより、多角的な視点を獲得し、それぞれの現場で活かせるようにしている。
- ・警察と通報事例について検討する機会を持ち、措置のガイドラインや管内の状況について共有している。

（7）次回研修に向けて

精神科救急医療体制整備事業に関する実践報告は、今回新たに加えたプログラムであった。次回も引き続き、好事例の共有を続ける意義はあるのではないかと。

また「警察官通報への対応の現状と課題」についても、今回初めて取り上げたテーマであった。措置決定率については、花岡が分析したとおり都道府県間で大きな差がある。措置決定率の違いの背景の一つとして、措置診察要否判断基準の都道府県間の違いがあると考えられ、そのことがグループワーク①で抽出できればと考えていたが、いずれのグループも措置診察の要否判断については、時間が足りず意見交換ができなかったことは残念であった。

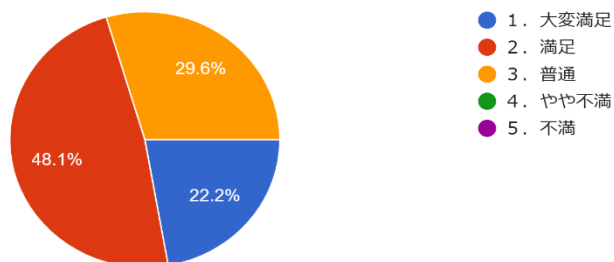
精神科救急医療体制は、措置入院者の受入病床の確保等、非自発的入院医療を主な対象として整備が進められてきた。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において、精神科救急医療は重要な基盤であるとされており、これまでの機能に加え、地域生活の継続を支援する初期救急の整備について

も求められているなど、精神科救急医療体制についてもパラダイムシフトの転換が必要となっており、本研修の目的となろう。

参加者からのアンケート結果については、以下のとおりであった。

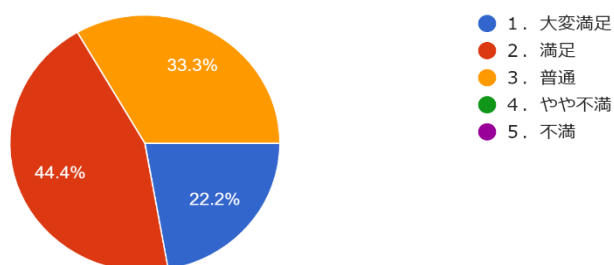
研修内容は全体的にいかがでしたか？

27 件の回答



プログラムの構成はいかがでしたか？

27 件の回答



資料3

自治体名：
所属課(室)/氏名：

警察官通報への対応の現状と課題

令和5年度実績	警察官通報件数		件	* 1 = * 2 + * 3
	事前調査結果	措置診察実施件数	件	* 2 = * 4 + * 5
		措置診察不要件数	件	* 3
	措置診察結果	措置不要件数	件	* 4
		措置入院件数	件	* 5
		(再掲)緊急措置入院	件	

通報受理機関	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

通報対応機関	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

事前調査実施方法	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

精神保健指定医の確保	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

移送体制	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

連休中の緊急措置入院者の72時間以内の措置診察体制	
---------------------------	--

現状及び課題	
課題に対する対応(工夫)	

資料4

自治体名:

所属課(室)/氏名:

精神科救急医療体制整備についての「現状及び課題」と「課題に対する取り組み(工夫)」

整備項目等	現状・課題	課題に対する取り組み(工夫)
精神科救急医療体制が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの重要な基盤の一つとして整備されている		
地域医療計画に精神科救急医療体制について記載されている		
一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携が図られている		
精神科救急医療体制連絡調整委員会		
新興感染症等への対応		
精神科救急圏域毎の精神科救急医療体制検討部会		
身体合併症患者の医療提供体制検討会		
精神科救急医療研修事業		
受診前相談(精神科救急情報センター)		
受診前相談(精神医療相談窓口)		
一般救急システム等との連携		
医療保護入院等のための移送体制		
精神科救急医療施設(病院群輪番型施設)		
精神科救急医療施設(常時対応型施設)		
精神科救急医療施設(外来対応施設)		
身体合併症救急医療		
市町村長同意		
精神科救急事例を減らすための取組		
上記以外の自治体独自の取組		

精神科救急医療体制整備事業報告様式についての質問及び要望等

事業報告について	(東京都)案件が多く、年度末に各種統計データを整理した上で、新しい担当者が4月以降に着手するため、4月末の提出は毎年度難しい。
----------	---

(様式1)精神科救急医療体制整備事業・施設月報

記載方法についての質問	(岡山県)「受診経路」で、複数該当する場合は、どれを優先するか決まりはあるか。「受診前相談による受療調整」で、精神科救急情報センターが24時間精神医療相談窓口を兼ねている場合、どちらにも○するのか。
様式に関する要望等	(長野県)病院名の記入漏れ、月の記入漏れあるため、欄を大きくしてほしい。

(様式2)精神科救急医療体制整備事業・月報(集計表)

記載方法についての質問	(富山県)「受診経路」欄について、警察に保護された後に警察から精神科救急に連絡した際は「行政」としてカウントしており、警察が家族に勧めて家族から連絡した際は「当事者」としているが、その解釈で良いか。
様式に関する要望等	(東京都)項目が大変細かく、また月別であるため、集計に膨大な時間を要する。このような細かな集計の、事業把握における影響が少なければ、できれば項目を精査いただきたい。 (大阪府)月間合計数が、それぞれの内訳の合計と一致しないとエラーメッセージがでるなどしてもらえると、確認の計算が省けて助かる。

(様式3)精神科救急医療体制整備事業・全域年報

記載方法についての質問	(富山県)様式2の質問と同様
様式に関する要望等	(東京都)様式2の集計を様式3へ反映させたいため、保護シートを解除してほしい。 (大阪府)様式2と同じ。 様式2で入力した数が自動的に入ればありがたいです。

(様式4)精神科救急医療体制整備事業・精神医療相談事業年報

記載方法についての質問	(愛知県)特になし(当県では様式5にまとめて記載)
様式に関する要望等	(愛知県)特になし(当県では様式5にまとめて記載)

(様式5)精神科救急医療体制整備事業・精神科救急情報センター事業年報

記載方法についての質問	(富山県)「相談受付回数」について、1つの事案で複数回架電があった場合は1回とカウントするべきか、延べ数でカウントするべきか。
様式に関する要望等	(東京都)「医療機関へ紹介した件数のうち1か所の医療機関への連絡で応需された件数」は集計できていないが、当該項目は今後も必須か。

(様式6)精神科救急医療体制整備事業・精神科救急医療圏域情報

記載方法についての質問	(東京都)圏域について、初期・二次救急は2圏域(区部・多摩)、措置は4圏域(第1～4ブロック)である。現状、4圏域で記載しているが、問題ないか。
様式に関する要望等	(愛知県)集計が非常に煩雑である。この集計結果がどのように使用されているか知りたい。

(様式7)精神科救急医療体制整備事業・連絡調整委員会運営事業年報等

記載方法についての質問	
様式に関する要望等	(愛知県)参加者種別の選択項目が選択しづらい。備考欄を設けていただく等、記載しやすいとよい。 (大阪府)参加機関を○囲みするのではなく、チェックボックスやドロップダウンリストから選ぶなどの記載の方が、ズレたりしなくて見栄えもよい