

地域における精神医療体制のあり方に関する研究

(精神科救急医療体制整備事業の現状分析)

研究分担者：来住由樹（岡山県精神科医療センター）

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）、杉山直也（沼津中央病院）、塚本哲司（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）、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）

○：執筆者

【研究要旨】

目的 精神科救急医療体制整備事業の運用状況等を分析して、その結果を全国の自治体にフィードバックし、わが国における精神科救急医療の均てん化に資すること。

方法 (1)都道府県から国に報告された本整備事業の令和6年度(2024年度)年報、および精神保健福祉資料、衛生行政報告例等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)本事業年報を集計して表1-1から表1-4に一覧表示し、主要な項目を図1~15に可視化した。年報の様式7のうち課題と評価について記述内容を資料2に示した。移送制度の運用状況については、衛生行政報告例から関連データを抽出・集計し、図16、17に図示した。

(2)措置入院の運用は本事業には含まれないが、措置入院の過半数は本事業の中で開始されており、行政機関にとっては本事業の中でも中核的な業務となっている。申請・通報の処理状況について、衛生行政報告例からデータを抽出・集計し、図18~24に可視化した。(3)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、2026年2月14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、23の自治体から39人の参加があった。その概要や事後評価を資料3、4に示した。

考察 (1)整備事業運用の動向①近年、本事業による人口対受診件数の漸減と入院率の上昇が明らかである(図25、26)。日常的な在宅ケアの拡充による救急ニーズの減少と受診前のトリアージ機能の強化が受診件数を抑制し、精神科救急入院料病棟の増加(図27)による入院閾値の低下が入院率を高めていると推測されるが、地域によって事情は異なると思われる。②身体科医療と精神科医療の歴史的・制度的な乖離を背景として、本事業における身体合併症対策は進展していないように見える。③4分の1が精神科三次救急、4分の3が非自発的入院という本事業における入院形態に変化はないが、2022年の精神保健福祉法改正や2026年の診療報酬改訂の影響によって、今後は医療保護入院から任意入院へシフトすることが予測される(図28~30)。(2)措置入院制度の運用状況①精神保健医療政策の変遷に伴って、措置入

院制度には多様な機能が付加されてきたにもかかわらず、措置入院在院者数の減少などにより、措置入院制度の運用を標準化するための議論はほとんどなされてこなかった。この歴史を反映して、申請・通報の処理状況には著しい地域差が認められる（図 21～24、31）。②標準化のためには精神保健指定医や行政担当者に対する研修体制の整備が欠かせない。③特に措置入院につながらなかったことで重大事象に至った可能性のある事例については、類似事例の再発防止のため、情報管理を徹底した上で、一般医療における臨床病理検討会（CPC）に相当する事例検討会の開催を提案したい。④精神科医の病院離れ、公務離れによって措置入院制度の運用が困難となりつつあるが、措置診察など公的業務への参与を精神保健指定医の更新要件に加えるべきである。③移送制度の運用状況①受診不同意事例の医療アクセスが家族や警察による搬送、あるいは実態が不透明な民救による搬送に依存する現状を改善するために、精神保健福祉法 34 条による移送制度が 2000 年に創設されたが、夜間・休日の救急事例には適用できない制度設計のため、行政による移送は専ら措置入院関連に限られ（図 16、17）、法的に問題のある民救も残存してきた。②民救の登録制や指定医診察などの適正手続きを前提として、34 条移送の活用が再検討されるべきであろう。④現行の整備事業年報様式の欠点を是正する改訂案を提示した。

結論 精神科救急医療の供給体制には地域特性に応じた多様性があってもよいが、受診前相談の機能や救急・急性期医療の質、措置入院制度の運用基準などに関しては、地域差はできるだけ縮小されるべきである。そのためには、本事業を多角的に解析し、その成果を自治体担当者にフィードバックする作業の継続が不可欠と思われる。

A. 研究の背景と目的

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」）は、精神科救急医療の最後の砦として、国と都道府県が運営費用を折半する公共事業である。

令和 6（2024）年度までの本事業は、(1)精神科救急情報センターの運用、(2)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移送業務、(4)関連諸機関による連絡調整委員会等の開催という 4 部門の事業で構成されていたが、2025 年度からは(5)身体合併症対策事業が加わった。

本研究では、平成 16（2004）年以来、本整備事業の均てん化に資することを目的として、本事業の報告様式を提案し、精神科救急医療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」や本事業の評価尺度を作成してきた。そして、本事業年報のほか精神保健福祉資料や衛生行政報告例等の分析を行い、その成果を自治体関係者にフィードバックしてきた。

今年度も、関連情報の集計・分析や全国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

都道府県が国に提出した令和 6（2024）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ないし都道府県全域で集計した表）、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

料および衛生行政報告例等のデータを加え、わが国の精神科救急医療体制の動向を分析した。様式 1 から 7 を資料 1 にまとめた。

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、令和 8 (2026) 年 2 月 14 日、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」) 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、研修会を評価するリアクションペーパーを収集した。

C. 研究結果

1. 本整備事業の運用実績

令和 6 年度 (2024 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¹⁾から特定入院料 (精神科救急急性期医療入院料および精神科急性期治療病棟入院料) の認可施設数、衛生行政報告例²⁾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である。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 に示したように、前年度から 1 圏域減少して合計 152 圏域となっていた。

国は本事業の実施要綱において、複数の精神科救急医療圏域を設けて圏域ごとの体制整備を図るよう求めているが、医療資源の分布などの状況に応じて独自に設定することを認めているため、12 圏域が設定されている自治

体がある一方で、全県を 1 圏域とする自治体が 10 県あった。

(イ) 精神科救急医療施設

表 1-1 によれば、精神科救急医療施設は、全国で 1,318 施設 (前年度 1,312)、診療所を除くと 1,124 施設 (同 1,125) が指定されていた。すなわち、全施設が前年より 6 施設増加し、有床施設が 1 施設減少していた。

医療施設分類では、前年より大学病院が 1 施設、総合病院が 3 施設減少し、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 3 施設増加していた。診療所は前年より 7 施設増加していた。なお、診療所の 97.0% 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び替え、施設類型別に表示したのが図 1、人口 1 万人に対する施設数を多い順に示したのが図 2 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 に見るように、輪番型の施設が 73.9% を占めていた。ただし、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 1,396 は実数 1,318 よりも多くなっている。常時対応型施設は 111 施設 (8.0%) で、前年より 2 施設増加していた。常時対応型の指定がない自治体が 12 道県あった。

(2) 受診前相談

(ア) 受診前相談の稼働状況

表 1-2 によれば、情報センターの 2024 年度における相談件数は 61,739 件 (2024 年 10 月 1 日現在の人口 100 万人当たり 1 日 1.36 件) で、このうち緊急性の指標となる受診先の紹介件数は 25.3% に当たる 15,597 件であった。うち、44.9% が 1 か所のみで調整ができていた。

精神医療相談事業による相談件数は、76,041 件、うち情報センターへの紹介は 3.2% に当たる 2,433 件、受診紹介は 4.3% に当たる 3,268 件であった。受診紹介のうち

65.4%が1か所のみで調整できていた。

受診前相談の件数の多い自治体順に並べ、受診件数に対する紹介件数の比率を加味して表示すると、図3のようになる。人口1万人に対する件数は図4のように表示される。

(イ) 救急受診例に占める受診前相談の経由件数

表1-2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34.3%（前年より4.5ポイント増）、精神医療相談窓口の経由率は8.6%（2.1ポイント減）となっている。

受診件数の多い順に自治体を並べ、受診前相談の経由件数を重ねて図示したのが図5、人口1万人当りの件数を示したのが図6、受診事例に占める受診前相談経由事例の比率を高い順に示したのが図7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は無い。当日の当番病院が直接に受診要請の電話を受け、個別に判断しているものと推測される。

受診前相談経由率と入院率との相関を示したのが図8である。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。

(3) 受診および入院の状況

(ア) 受診件数

表1-2によれば、2024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33,145件（人口100万人当たり1日0.73件）であった。その54.8%に当たる18,158件（同0.40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9に示した。人口1万人に対する受診・入院件数と受診に占める入院率を示したのが図10である。

(イ) 入院件数

表1-2に見るように、入院件数は、前年よ

り302件(1.7%)増えて18,158件であった。

入院形態では、緊急措置入院が前年より125件増加して2,445件（入院件数の13.5%）、措置入院が68件増加して1,542件（8.5%）、応急入院が12件増加して636件（3.5%）、医療保護入院が38件減少して9,415件（51.9%）、任意入院が333件増加して3,634件（20.0%）、その他が19件増加して607件（3.3%）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25.5%（前年より0.8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75.8%（同1.9ポイント減）であった。医療保護入院が減って三次救急と任意入院が増えるという分極化傾向を示した。

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11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。

(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12である。図9では受診件数や入院件数には関連性が見えないが、図12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。

(エ) 受診経路

表1-2に受診経路を表示した。これによると、経由機関のない直接受診が最も多く（43.3%）、次いで行政機関経由（31.5%）、転院を除く救急搬送（13.8%）、一般医療機関からの紹介・転送（4.2%）、その他の機関等の経由（4.1%）、精神科医療機関からの紹介・転送（3.0%）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13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、地域差の大きいことがわかる。図14には、人口1万人に対する受診件数の受診経路の内

訳を示した。

直接受診率と入院率の相関を図 15 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 は重複選択を認めていないが、救急事例の中には、身体科医療機関からの救急車による搬送や警察が協力して移送される措置入院事例など、複数の機関が関与する事例も少なくない。実情を把握するためには、警察を選択肢に含めるほか、重複選択ができるように様式を改定する必要がある。

(4) 移送制度の運用状況

表 1-2 に衛生行政報告例から移送関連データを集計した。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 16 に示すように、29 条移送の件数が、警察官通報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。なお、29 条移送の件数とは、身柄保護の場所から一次診察までの移送件数（2024 年度は 3837 件）、一次診察から二次診察までの移送件数（同 1674 件）、措置決定後の入院先までの移送件数（同 3037 件）の総和である。一次診察と二次診察が同時の場合などがあるため、移送対象者の実人員は総和の半数ほどと推計される。

図 17 には、2024 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、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、その大半が、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。

(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 2024 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表示した。44 都道府県から報告があった。

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。41 都道府県から報告があった。

(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 7 自治体あった（前年度は 9 自治体）。

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、6 自治体あった（前年度は 7 自治体）。

(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、41 自治体から回答があった（前年度は 37 自治体）その内容を資料 2 に示した。

前年の報告³⁾に引き続き、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（2024

年度は 54.4%) 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 18 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) 2024 年度の申請・通報処理状況

2024 年度の衛生行政報告例によれば、この年、全国では 26,246 件の申請・通報が受理され、行政機関によって 15,613 件が診察不要とされた。要診察とされた事例は、精神保健指定医による一次診察で 1,477 件が不要措置とされ、二次診察が実施された事例のうち 7,328 件が要措置入院、440 件が措置入院以外の入院形態で入院、500 件が入院不要と決定されている。

申請・通報の受理件数に対する措置決定の比率は 27.9%であったが、図 19 に示すように、申請・通報者によってその後の処理状況には大きな差がある。すなわち、精神保健福祉法 26 条による矯正施設長の通報事例は 98.9%が行政機関によって措置診察不要と決定されている。

措置入院に係る移送に関しては行政による事前調査から一次診察までの移送が 3,434 件、一次診察から二次診察までの移送が 1,633 件、二次診察から入院先病院までの移送が 3,269 件と報告されている。

これらの報告データに基づいて、措置入院に該当する可能性のある事例の発生から措置入院に至るまでの流れを描いたのが図 20 である。不要診察とされた 15,613 件のうち 3 分の 1 に当たる 5,229 件は 26 条通報である。通報受理から措置決定までのプロセスで転帰不明となった事例は、合計 888 件と計算される。

(3) 通報処理の地域差

表 1-2 によれば、申請・通報の処理状況は、自治体によって大きく異なる。図 21 には、措置決定件数の多い順に都道府県を並べて図示した。人口 1 万人に対する処理状況を示したのが図 22 である。図 23 では、通報件数に対する措置決定率の高い順に自治体を並べた。不要診察率が低い順に並べ替えたのが図 24 である。いずれも、大きな地域差があることを示している。

3. 本整備事業に係る全国研修会の開催

2026 年 2 月 14 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、23 の自治体から 39 人の参加があった（前年度は 26 自治体から 36 名が参加）。開催プログラムを資料 3 に示す。

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、各自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。研修会終了後には、資料 4 に示すような意見が寄せられた。

D. 考察

1. 近年の動向と課題

(ア) 受診件数の減少と入院率の上昇

近年の本事業は、図 25 に示したように、受診件数において漸減、入院では漸増の傾向にある。したがって、図 26 に示したように、人口に対する受診件数は低下し、入院率は上昇

することとなっている。このため、図 12 に示す人口対受診件数と入院率の相関図は、分布が年々左上に変位する傾向、すなわち受診事例が要入院事例に絞り込まれる傾向を示している³⁾。

受診件数が減少する要因としては、人口減少のほかに、受診に至るトリアージの強化、そして、日常的な在宅ケア支援体制の充実による救急受診ニーズの低下などを考えることができる。それぞれの要因の寄与度は地域によって異なるであろう。

一方、入院率の上昇要因としては、図 27 に示すような精神科救急急性期医療入院料の認可施設数と病床数の増加という医療供給側の要因が考えられる⁵⁾。このタイプの施設は本事業においても中核的な機能を果たしており³⁾、そのベッド数の増加は入院の敷居を下けている可能性がある。10 年前に比べれば、救急病床の確保が容易になっているともいえるが、図 1、2 に見るように、分布が不均等である。

本事業の年報からは受診事例のプロフィール（診断や年齢）が把握できないため、入院件数や入院率の上昇に及ぼす利用者側の要因を推測することはできないが、救急入院料病棟を対象とした調査⁶⁾では、入院事例には診断や病態、社会的背景の多彩さが認められている。

（イ）身体合併症対策の遅れ

加速する人口の高齢化に伴って、精神・身体の複合的なニーズをもつ救急事例の増加は避けられない。この動向に対応するため、2025 年度からは、本事業の運営要綱に身体合併症対策が第 5 の事業として加わった。

しかし、本事業における身体合併症対策は、なかなか進展していないように見受けられる。表 1-1 からは、本事業に参加する大学病院と総合病院が前年より減っていること、表 1-4 からは、この課題を論ずる検討会を開催する自治体が前年よりも減っていることがわかる。資料 2 からも、大学病院や総合病院が常時対応施設として機能する一部の自治体を除けば、

各自治体が身体合併症対策に苦慮している現状がうかがえる。

こうした現状は、精神科医療と身体科医療が別建ての制度として運用されてきた歴史に深く根差しており、一朝一夕に変えるわけにはいかない。同一病院内であっても精神科と他科との連携が必ずしも容易でないことを考慮すれば、全県規模で連携体制を構築することがいかに困難であるかは了解できるところである。複数の診療科からなる身体救急医療が、精神科救急医療のニーズに合わせることは、かなりの困難が予想される。

本事業において身体合併症対策を構築するためには、大学病院を含む総合病院の精神科が本事業における常時対応施設ないし合併症対応施設として機能するか、あるいは精神科救急医療施設と身体科救急医療施設との間で互恵的な関係を築く個別の実践を積み重ねることが重要である。年報の様式 7 は、その観点からも重要であるといえる。

（ウ）入院形態の動向

図 28 に示したように、本事業における入院事例の件数や入院形態は、コロナ禍の時期を除いて、ほとんど変化がない。入院の約 4 分の 3 が非自発的入院、約 4 分の 1 が精神科三次救急で占められている。

一方、衛生行政報告例によれば、図 29 に見るように、全国での新規の医療保護入院件数を示す医療保護入院届の審査件数は、2023 年度から 2024 年度にかけて 10,016 件（5.3%）減少している。精神保健福祉資料によれば、6 月末時点での医療保護入院の在院者数は、図 30 に示すように、2023 年から 2025 年の 2 年間で 23,808 人（18.4%）も減少している。

この変化は、2022 年（令和 4 年）の精神保健福祉法改正が影響した可能性も考えられる。この法改正によって医療保護入院の入院期間が 6 か月以内（入院当初は 3 ヶ月以内）に限定され、2024 年度（令和 6 年度）からは、所定の期限を超えて入院を継続する場合には新たな手続きを踏んだ上で医療保護入院更新届

を提出することが病院に義務付けられた。こうした医療保護入院の期間限定と手続きの複雑化が新規の医療保護入院件数と在院者数の減少をもたらした可能性があるものと考えられる。

さらに、2026年度の診療報酬改定によって、精神科救急急性期医療入院料病棟の認可要件から非自発的入院件数が年平均 60%以上という条件が外され、入院事例の重症度・緊急度を表わす新たな指標⁶⁾が導入されることとなった。これによって、今後はさらに、新規入院の入院形態の構成が変化する可能性もあり、診療報酬改定後の検証が必要である。

2. 措置入院制度運用の動向と課題

(ア) 制度運用の地域差

図 21 から図 24 までには、措置入院制度運用の地域差が示されている。図 23 では、申請・通報処理のプロセスにおいて、措置診察不要率のばらつきを表わす標準偏差が、診察後の措置決定や不要措置の比率における標準偏差よりも大きいことが示されている。すなわち、措置診察の要否を決める行政判断に地域差が大きいことがわかる。不要診察率の低い順に自治体を並べた図 24 では、この比率が最小と最大で 4 倍近い差のあることが見て取れる。

措置入院制度の運用における著しい地域差には歴史的背景がある。わが国の精神保健医療政策の変遷に伴って、措置入院には、公費医療や救急医療へのアクセス手段、重症度の指標など、様々な機能が便宜的に付与されてきた。にもかかわらず、1965 年以来、半世紀以上にわたって制度的な見直しがなされてこなかった。このため、自治体によってさまざまな慣習が作られ、定着してしたものと思われる。

2016 年に生じたいわゆる相模原事件を機に措置入院制度の見直しが行われ、警察官通報の発出や受理の基準、措置診察の要否判断基準などを標準化し、退院後の支援体制を強

化することを目標として、2017 年度末、措置入院運用のガイドラインが国から提示された⁴⁾。この結果、図 18 で示したように、警察官通報が減少したほか、図 31 に示したように、不要診察率とそのばらつきも一時的に減少した。

しかし、ガイドラインの実装を担保する精神保健福祉法の改正は実現せず、保健所職員の増員も不十分なままであった。図 21～24 に見るように、通報処理には依然として大きな地域差がある。

通報処理の比率を自治体別に示した図 23 および 24 に着目すると、一次診察で不要措置となった比率の地域差が見て取れる。措置診察は、2 人の指定医による診察が同時に行われる自治体と、2 人の指定医診察に時間差を設けて順次行っている自治体とがあるが、この運用の差が、一次診察で不要措置になる比率に影響していることも考えられるため、今後検証が必要である。

精神保健福祉法詳解⁷⁾では、2 人の指定医の診察が同時でも順次でもどちらでもよく、後者の場合は、一次診察で不要措置となれば二次診察は不要と解説されているが、法 29 条の条文は、「2 人以上の指定医の診察を経て」と記されており、複数の指定医による厳密な判断を求めているとも読める。この立場に立てば、本来であれば、一次診察のみで措置診察を終了することの是非についても検討が必要とも考えられる。図 23、24 に見る地域差の背景要因については、今後さらなる検討が求められる。

措置入院の有用性（救急医療へのアクセス手段、非自発的な入院判断の厳密性の担保など）を認める立場からは、同時診察を原則とすべきという考え方もあると思われる。一方、措置入院という不利益処分はできるだけ回避されるべきであるという立場に立てば、安易な措置入院をなくすためにも、1 人の診察で不要措置として何も問題はないという考え方も成り立つ。どちらの立場に理があるかにつ

いても、今後の議論を要する課題である。

(イ) 措置入院に関する研修体制の整備

措置入院制度の運用における地域差や個人差を縮小し、標準化するために、いくつかの研修プログラムが実施されている。精神保健指定医に対しては日本精神神経学会の学術集会において措置診察に関するワークショップが企画・実施されているほか、随時、全国規模の研修会が開催されている⁸⁾。今後は、精神保健指定医の定例講習会、特に新規の指定医講習会において、措置診察に関する研修プログラムが定例的に実施されることを望みたい。それが標準化の機会としてはもっとも確実であると考えられる。

行政職員に対する研修会も、いくつかの都道府県単位で開催されている。本研究の一環として国立精神保健研究所が度末に開催するオンライン研修会でも措置入院制度の運用が重要なテーマとなっており、本研究の成果の説明や意見交換を通じて、措置入院制度運用の標準化に寄与していると思われる。しかし、参加自治体が限られており（2025年度は23自治体）、年度末の開催のため、次年度に担当者の異動があった場合には研修の成果が次年度に生かされないという制約もある。今後は、開催時期と募集方法についても、より多くの自治体が参加できる方法を検討すべきであろう。

(ウ) 事例検討会の開催

措置入院関連の研修会では、匿名性に配慮した上で、関係者によるクローズドな事例検討会の開催を提案したい。そこで取り上げるべき事例のひとつは、措置入院を契機として治療に導入され、退院後の支援活動までつながったいわば成功例であり、事例検討を通じて関係各機関や職種間の連携のあり方を再確認し、他の事例の参考とすることができる。

もうひとつは、措置入院につながらなかったことが自殺や刑事事件などの重大な事象をもたらす要因のひとつになった可能性がある事例である。図20に即していえば、判断の分

かれ目で措置入院へのプロセスから脱落した事例のうち、重大事象に至った事例がそれにあたる。

こうした事例の中には、後方視的に検討した場合、当時の情報共有、リスク評価、関係機関の連携、あるいは措置入院を含む危機介入の可能性などについて、何らかの改善点を見出し得るものが含まれていると考えられる。にもかかわらず、こうした事例が関係当事者にフィードバックされる機会がほとんどないため、類似事案の再発を防止するための貴重な検討の機会を逸してしまうことにもなる。

このような現状を改善するために、当該事例の情報を把握した段階で、行政機関が関係者にフィードバックのための事例検討会を呼びかけること、あるいは本整備事業関連の定例会議で議題として組み入れることを提案したい。

一般医療では、予期せぬ死亡事例を中心に、病理解剖を担当した医師が主導して、診断や治療方針を事後的に検討する臨床病理検討会（CPC）の開催が定例化されており、その開催頻度が良質な医療の指標ともなっている。

重大事象に至った事例の検討は、関係者にとっては辛い時間であるが、個人の責任を問うのではなく、措置入院プロセスというシステムの運用や判断基準、長年の慣例などの改善のために意見交換する姿勢を保持すれば、このような事例を未来への糧として生かせるものと思われる。長年にわたる自治体の慣例を客観視するためには、本研究のような全国情報を参照することや自治体の外部にコメンテーターを求めることを推奨したい。

なお、この種の事例検討会で課題となるのが、個人情報の保護であろう。ニュース性があるような重大事象が生じた場合は、SNSなどを通じて個人情報が流出するリスクが常に伴う。参加者を厳選し、電子媒体デバイスの持ち込みを禁止するなど、情報管理を徹底する必要があるだろう。

(エ) 措置診察医の確保

資料 2 の意見では、措置入院制度の運用の中で、措置診察を実施する精神保健指定医の確保が困難となりつつある現状を指摘する自治体が複数ある。精神保健福祉センターや国公立病院に所属する医師、あるいは特定の精神保健指定医数名に措置診察が偏る傾向が強まっている自治体もあるとの指摘もある。

この問題の背景には、診療所を開設する精神科医の増加すなわち病院勤務医の確保困難という状況も考えられる。医師の働き方の多様化が進む中、病院勤務や公的業務に携わる医師の確保は、精神科に限らず、医療全体に共通する課題ともいえる。

医療制度そのものを変えることは困難であろうが、医師という職業の公益性を考慮すると、医師の公務への従事を促す制度設計を、より積極的に検討することも望まれる。例えば、精神保健指定医の更新要件には、措置診察や本整備事業への参画（精神科救急医療施設での救急業務への従事等）、精神医療審査会委員への就任などの公的業務に従事した実績を含めることも一案である。

3. 移送制度の見直し

(ア) 移送制度の創設理念と創設後の経過

C-1-(4) で述べたように、本来の移送制度は、ブラックボックス化していた民間業者（民救）による精神科入院のための患者搬送を抑止し、家族による搬送や警察官通報制度に頼りすぎていた精神科救急医療へのアクセスを行政機関が分担することを目的として創設された。創設当時に激しい賛否両論が交わされた結果、34 条移送は、事前訪問による調査や検討会の開催などの厳しい条件付きで認められ、法制定の直前には警察庁からの申し入れにより 29 条移送における行政の責任が拡張された。

その後の経過は、図 16、17 に示したように、移送件数のほとんどが 29 条移送で占められ、34 条移送は数か所の自治体でいわゆる

「措置流れ」事例の病院搬送手段として便宜的に用いられているにすぎない。

事前訪問や検討会の開催という条件がある限り、夜間・休日の医療アクセス手段として 34 条移送を活用することは現実的に不可能であり、保健所では 34 条移送関連の予算がほとんど計上されなくなっている。地域包括医療の理念からも、入院を促進するかのような印象を与える 34 条移送制度は、しだいに有名無実化されてきた。

一方、一般医療の分野では、消防による救急搬送の負担を軽減するために民間救急（民救）が活動分野を拡大し、精神科領域でも、行政機関が実施する 29 条移送や検察庁が関与する医療観察法関連の搬送などに民救が活用されるようになった。看護師の資格を有するスタッフを採用し、対応スキルを向上させようとする業者も現れてきた。しかし、本整備事業においても、指定医診察を伴わない非自発的な搬送や身体拘束を用いた搬送が後を絶たないなど、民救の実態は依然として不透明のままであった。

(イ) 民救活用の試み

日本精神科救急学会では、近年、一般演題の中で民救の実態調査や民救を活用した医療アクセスの実践例などが報告されるようになり、2025 年の学術総会では、「精神保健福祉法による 34 条移送制度を考える」と題したシンポジウムが持たれ、民救を活用した行政機関による医療アクセスの実践例が報告された⁹⁾。

参加者による活発な議論の末、今後、34 条移送の件数を積極的に増やそうとする必要はないものの、行政機関は、家族から本人同意の得られない受診援助の要請があった場合、安易に民救を紹介したり、措置要件が出現するまで待機するようなスタンスを改め、法に則った手続きを経た上で民救も活用して 34 条移送を実施すべきであること、事前訪問や指定医診察で入院不要と判断した場合は、47 条による地域精神保健活動に移行すること、

そして、移送を委託する民救には一定の陣容整備や研修を義務付け、料金設定なども透明化して登録制にすること、などの改革案が提案された。

今後、34条移送に対して国がどのように関与するのか、不適切な業務実態を排除するにはどのような施策が必要か、そして、34条移送による医療アクセスがどのように展開し、どのような課題が浮き上がってくるのか、国も地方行政も、学会関係者も、注意深くモニタリングすべきである。

E. 結論

精神科救急医療の存在理由は、迅速な危機介入によって精神疾患に起因する重大事象を防止し、良質な急性期治療によって長期在院を抑止するとともに、精神科利用者の社会生活を支援することである。わが国の精神科救急医療は、公共事業である本整備事業が枠組みを提供し、個々の医療機関が医療サービスを提供することによって成り立っている。精神科救急医療のニーズを把握し、必要な政策を立案するためには、運用実態をデータ化できる本事業の動向を今後も正確にモニタリングしていく必要がある。

近年、受診前相談のトリアージ機能の強化や日常的な在宅ケアサービスの拡充などにより、人口に対する本事業の受診件数は漸減する一方で、救急ベッドの拡充によって入院率は漸増している。また、本事業利用者の高齢化に伴って身体合併症対策が重要課題となっているが、身体科医療と精神科医療との歴史的・制度的な乖離が障壁となって、なかなか進展していない。

本事業が地域特性に応じた多様性を帯びることは妥当である反面、受診前相談機能や救急・急性期医療の質、それに本事業の関与度が大きい措置入院制度の運用基準については、地域差はできるだけ小さくあるべきである。そのためには、精神科救急医療に関連する情報を収集・分析し、本事業を担う自治体にフ

ィードバックする活動を継続する必要がある。

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122回日本精神神経学会学術総会(2026年6月、横浜市)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)精神保健福祉資料

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>

2)衛生行政報告例

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&stat=000001031469>

3)令和6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の分担研究「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に関する研究」2025年(閲覧可能なサイトは

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202417012A-buntan5_1.pdf)

- 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)日本精神科救急学会ホームページ
<https://www.jaep.jp/>
- 6)令和 6 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業） 「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」 の分担研究
「精神科救急医療体制に関する研究～精神科救急急性期医療入院料病棟の入院必要性要件に関する研究～」 2025 年（閲覧可能なサイトは https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202417012A-buntan5_1.pdf）
- 7)精神保健福祉法研究会：五訂精神保健福祉法詳解. 2024 年
- 8)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
- 9)第 33 回日本精神科救急学会学術総会シンポジウム 3. 精神保健福祉法 34 条による移送制度を考える. 2025 年 10 月 16 日. 高崎市

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	医療施設分類				設置主体			精神科救急医療施設分類				特定入院料認可施設 ¹⁾		
			大学病院	総合病院	精神科専門病院	診療所	公的病院	民間指定病院	民間非指定病院	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型	精神科救急・合併症	精神科救急・急性期医療	精神科急性期治療病棟
北海道	504.3	8	0	16	68	0	19	36	29	0	84	0	0		6	15
青森県	116.5	6	0	3	17	0	6	14	0	0	20	0	0		3	4
岩手県	114.5	4	1	0	14	0	3	12	0	3	12	1	0		2	6
宮城県	224.8	1	2	1	23	0	3	11	12	0	26	0	0		2	6
秋田県	89.7	3	0	2	12	0	2	9	3	1	13	2	0		2	5
山形県	101.1	3	0	1	8	0	2	7	0	5	9	0	0		5	3
福島県	174.3	4	0	2	24	0	6	17	3	2	26	0	0		2	9
茨城県	280.6	2	0	0	29	0	2	25	2	2	27	0	0		2	6
栃木県	188.5	1	0	0	19	0	1	17	1	1	18	0	0		1	9
群馬県	189.0	1	0	0	16	0	2	14	0	3	15	0	0		3	8
埼玉県	733.2	2	2	0	33	40	3	26	46	5	30	0	40		9	6
千葉県	625.1	12	0	4	30	0	5	29	0	14	29	0	0		13	13
東京都	1,417.8	4	0	6	40	33	7	27	45	3	40	7	33	1	19	24
神奈川県	922.5	1	3	6	42	6	6	38	13	6	45	0	6	3	8	28
新潟県	209.9	2	0	3	22	0	5	16	4	2	25	0	0		2	10
富山県	99.7	1	1	5	18	0	7	6	11	0	24	0	0	1		1
石川県	109.8	2	1	2	12	0	3	12	0	2	13	0	0		2	7
福井県	73.9	2	0	2	5	0	2	4	1	1	7	1	0	1	2	0
山梨県	79.1	1	0	1	9	0	1	9	0	1	9	0	0		1	2
長野県	198.7	3	0	3	16	0	5	14	0	3	16	0	0		4	7
岐阜県	191.6	2	0	0	14	0	1	10	3	2	14	0	0		3	5
静岡県	352.7	7	0	1	10	0	2	9	0	5	6	1	0	1	4	6
愛知県	746.0	1	0	1	40	0	3	34	4	9	32	0	0		13	11
三重県	171.1	2	0	0	14	0	3	11	0	0	14	0	0	1	5	6
滋賀県	140.2	3	0	2	8	19	4	6	19	0	10	0	19	1		7
京都府	252.0	2	2	1	12	0	4	11	0	2	15	2	0		4	8
大阪府	875.7	8	0	1	38	0	2	34	3	9	37	0	0	1	11	17
兵庫県	533.7	5	2	4	34	0	6	31	3	1	34	2	3		8	13
奈良県	128.5	1	1	0	8	0	2	7	0	2	8	1	8	1	3	4
和歌山県	88.0	3	0	0	7	0	2	5	0	1	6	0	0		1	3
鳥取県	53.1	3	1	0	6	0	3	4	0	2	6	0	0		1	4
島根県	64.2	7	0	2	8	0	3	7	0	4	7	0	0		2	3
岡山県	183.1	2	0	0	12	0	1	10	1	1	11	0	0		3	6
広島県	271.4	2	0	0	5	0	0	5	0	0	5	0	0		2	4
山口県	128.1	3	0	0	26	0	2	14	10	1	25	0	0		2	2
徳島県	68.5	3	0	0	14	0	0	12	2	3	14	0	0	1	3	2
香川県	91.7	2	0	1	13	0	1	11	2	0	14	1	0		4	2
愛媛県	127.6	2	0	0	9	0	0	9	0	0	9	0	0		1	8
高知県	65.6	4	0	0	9	0	1	7	1	1	8	0	9		2	4
福岡県	509.2	4	1	0	74	0	1	74	0	8	75	0	0		11	24
佐賀県	78.8	1	0	0	17	0	1	12	4	1	16	0	0		1	6
長崎県	125.2	8	1	3	32	52	14	21	53	2	34	2	51		1	8
熊本県	169.7	2	0	1	44	0	3	32	10	0	44	1	0		4	10
大分県	108.5	1	1	1	20	0	2	20	0	1	20	1	0	1		2
宮崎県	103.3	3	1	4	29	44	6	20	52	0	19	1	58	1	1	7
鹿児島県	153.2	4	1	1	42	0	6	20	18	2	41	2	0		1	7
沖縄県	146.6	4	0	3	18	0	5	15	1	0	20	1	0		5	12
合計	12,380.3	152	21	83	1,020	194	168	794	356	111	1,032	26	227	14	184	360
前年度	12,434.9	153	22	86	1,017	187	168	788	343	109	1,022	27	220	12	181	356

*1 精神保健福祉資料より

都道府県	受診前相談事業							受診例の内訳										受診例の帰結										2024年度 措置決定 件数 ²	移送件数 ²		
	情報センター			精神医療相談				受診 総件数	受診時間帯		受診経路						受診前相談による受療調整			非入院	入院								措置入院 関連	医療保 護・応急 入院関連	
	総数	受診紹介	うち1か所 のみで調整	総数	うち情報セ ンター紹介	受診紹介	うち1か所 のみで調整		休日中	夜間	身体科医療 機関からの 紹介・転院 搬送	精神科医療 機関からの 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		入院 総数	入院形態									
																						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	4004 ¹	607	538				2,015	541	1,474	89	17	522	281	1,034	59	473	3	1,512	1,196	819	25	16	39	464	274	1	93	38	0		
青森県							963	291	672	24	7	83	106	664	79	0	963	633	330	3	27	4	169	110	17	85	180	2			
岩手県	844	51	44				868	273	595	10	12	164	98	575	9	44	1	823	564	304	5	4	8	118	153	16	21	22	0		
宮城県	837	184	184	2,379	0	93	93	382	178	205	10	4	42	78	226	23	231	0	152	243	139	0	62	6	64	8	0	159	232	1	
秋田県	284	179	179				686	209	477	21	9	80	72	475	29	12	0	674	475	211	0	10	0	104	84	13	40	113	0		
山形県	238	0	0				583	165	418	15	21	61	118	332	36	1	0	582	292	291	5	34	5	188	58	1	94	90	5		
福島県	202	167	0				496	88	408	15	9	114	137	212	9	2	9	485	262	234	2	50	12	132	38	0	112	174	127		
茨城県	356	85	85	980	84	36	0	92	33	59	8	4	11	12	43	14	92	45	0	9	83	0	0	0	70	12	1	98	162	0	
栃木県	215	170	82	869	153	183	0	652	137	515	43	3	78	257	266	5	162	36	454	381	271	99	20	11	97	44	0	144	54	0	
群馬県	319	108	100				581	152	429	24	11	53	204	261	27	190	0	390	208	373	80	3	3	228	59	0	127	281	0		
埼玉県	8,583	321	253				1,144	357	787	21	20	64	743	264	32	605	320	219	496	648	35	228	8	337	33	7	562	973	0		
千葉県	3,395	733	0				707	208	499	24	38	85	319	224	18	704	0	0	230	477	62	90	1	298	26	0	299	114	0		
東京都	8,175	1,805	0				1,883	49	1,834	26	5	9	1,587	219	12	1,856	0	25	382	1,501	1,115	0	3	332	27	25	1864	1413	0		
神奈川県	1,304	641	0	7,878	0	533	0	1,174	382	792	0	0	0	1,174	0	0	641	533	0	234	940	15	520	6	366	33	0	767	752	0	
新潟県	32	0	0	774	0	0	0	448	200	248	36	2	131	27	233	19	0	0	448	241	207	0	19	0	144	44	0	90	163	0	
富山県	1,480	265	265				146	45	101	7	8	4	30	95	2	134	0	12	52	94	1	3	1	71	18	0	32	30	0		
石川県	207	78	0				598	86	512	30	18	74	98	331	47	0	0	595	346	252	0	29	8	181	31	3	55	108	0		
福井県	1,187	301	136				459	107	352	14	21	20	94	175	135	128	0	331	207	252	7	19	6	142	33	45	35	45	0		
山梨県	129	129	129	987	129	0	0	136	31	105	4	2	9	52	62	7	136	0	0	30	106	26	3	2	66	6	3	39	65	0	
長野県							1,084	251	833	17	15	104	218	702	28	6	0	923	702	382	63	69	11	153	84	0	230	257	2		
岐阜県	709	155	0				725	403	322	18	13	56	123	497	18	1	2	722	420	305	7	1	9	197	91	0	34	32	0		
静岡県	1,107	284	284	5,970	3	504	504	1,095	271	824	150	54	109	233	412	137	12	400	678	411	684	78	7	18	462	99	20	101	93	0	
愛知県	6,013	2,122	942				1,973	389	1,584	147	195	301	566	675	89	958	0	1,015	804	1,169	175	2	55	666	271	0	78	3	0		
三重県	1,251	540	469	1,221	444	507	477	808	200	608	58	10	91	175	420	54	481	24	308	354	454	65	6	16	252	115	0	127	236	0	
滋賀県	699	40	39	642	0	24	23	1,569	345	1,224	60	15	200	200	1,027	64	152	296	1,130	1,179	390	59	8	3	153	120	46	78	170	0	
京都府	1,965	348	332				486	68	418	9	11	254	35	165	19	255	1	230	181	305	46	14	26	191	33	0	64	148	24		
大阪府	2,127	1,582	1,438	18,016	594	95	95	1,901	354	1,547	117	113	276	995	400	0	1,486	391	415	228	1,673	171	92	155	870	385	0	431	476	1	
兵庫県	2,761	735	0				1,185	191	994	73	28	237	553	219	75	600	0	566	132	1,053	46	1	40	568	203	196	148	10	0		
奈良県	2,000	671	12				753	96	657	31	63	124	296	200	39	36	0	717	257	496	31	0	56	347	61	1	45	37	0		
和歌山県	431	229	9				664	129	535	9	0	96	95	448	16	366	0	298	471	193	4	2	3	128	56	0	8	56	0		
鳥取県				8,910	0	610	395	625	166	459	13	6	158	70	375	3	0	454	171	435	190	1	8	6	94	77	4	15	14	0	
島根県	306	186	186	11,339	299	0	0	487	174	313	24	16	41	46	345	12	128	0	357	286	201	2	26	1	85	76	11	54	65	0	
岡山県	2,525	193	168				834	134	700	66	55	206	125	356	26	110	69	697	308	526	1	27	49	307	142	0	45	129	1		
広島県	1,632	310	60				901	215	686	41	41	196	95	463	60	35	0	807	434	467	1	28	13	315	107	0	160	159	0		
山口県	346	322	289	1,529	109	0	0	225	55	170	23	12	16	118	54	2	208	9	8	39	186	0	25	1	132	27	1	78	147	0	
徳島県	311	274	0				295	48	247	7	7	46	88	131	16	0	1	293	107	188	2	0	8	84	90	4	12	11	0		
香川県	11	8	0	891	0	93	0	585	131	454	14	22	88	65	378	18	0	0	379	206	0	7	8	85	60	46	38	52	1		
愛媛県	308	71	66				120	58	62	6	2	4	35	67	6	55	2	62	56	64	0	9	0	40	15	0	28	48	1		
高知県	1,694	105	0				220	67	153	12	6	30	43	84	45	46	0	174	96	124	0	16	4	89	15	0	40	43	0		
福岡県	1,703	419	377	9,240	5	0	0	366	47	358	1	0	0	405	0	0	405	0	0	53	313	150	12	8	146	37	0	262	212	0	
佐賀県	393	64	58				50	19	30	2	2	0	3	39	4	49	0	0	20	30	0	0	0	25	3	2	37	37	6		
長崎県	1,178	8	4				140	98	42	0	6	0	0	126	8	0	0	140	67	73	1	5	0	14	51	2	64	65	0		
熊本県	2,286	975	149				539	170	369	25	12	120	92	271	17	73	0	467	292	247	4	0	15	135	92	1	124	173	0		
大分県	2,141	91	83				242	44	198	6	2	86	114	32	2	14	0	223	55	187	50	9	0	43	7	78	79	144	0		
宮崎県	22	14	12				153	119	34	3	2	15	28	101	4	31	0	122	95	58	5	6	1	25	21	0	64	104	0		
鹿児島県	33	27	27	728	4	68	0	209	168	41	0	0	0	209	0	27	72	110	127	82	0	0	0	24	58	0	40	64	2		
沖縄県				3,688	609	522	522	898	277	621	32	70	119	138	466	46	437	5	447	427	471	3	25	7	214	147	63	128	8336	0	
合計	61,739	15,597	6,999	76,041	2,433	3,268	2,109	33,145	8,219	24,965	1,385	989	4,577	10,441	14,353	1,370	11,382	2,673	18,745	14,987	18,158	2,445	1,542	636	9,415	3,634	607	7328	8,336	174	
前年度	60,985	16,552	7,505	93,690	5,314	3,820	2,323	33,358	8,388	24,970	1,240	910	4,591	9,677	13,708	1,352	9,678	3,474	19,360	15,502	17,856	2,320	1,474	624	9,453	3,301	626	7,381	8,548	179	

*1 北海道は札幌市の
みのデータ

*2 衛生行政報告例より

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																	その他の内訳
		A 都道府県指定都市	B 市町村等	C 医師会	D 病院群輪番型施設	E 常時対応型施設	F 外来対応型施設	G 合併症対応型施設	H E~G以外の精神科医療施設	I 精神科病院協会	J 精神科診療所協会	K 警察	L 消防機関	M 一般医療施設	N メディカルコントロール	O 公的医療機関(重複可)	P 当事者	Q その他	
北海道	1	1	1	1	1					1	1	1	1					1	保健所長会、精神保健福祉センター
青森県	1	1		1	1					1	1	1	1					1	県弁護士会、県精神保健福祉連合会
岩手県	5	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1				
宮城県	1	1	1			1													
秋田県	8	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1				
山形県	1	1		1	1	1				1		1	1						
福島県																			
茨城県	2	1		1	1	1				1	1	1	1	1	1				
栃木県	1	1		1	1	1				1	1	1	1	1					
群馬県	1	1		1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1				
埼玉県	4	1			1	1			1	1	1	1	1						
千葉県	1	1		1		1			1	1	1	1	1		1	1		1	内訳未回答
東京都	2	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1			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	1	1		1	1	1				1	1		1		1	1	1	1	精神障害者地域支援団体
新潟県	1	1		1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1		1	精神保健福祉センター
富山県	1	1		1	1				1				1	1				1	看護協会、精神保健福祉士協会
石川県	0	1	1		1	1					1	1					1		
福井県	1	1			1	1			1	1	1	1	1				1		
山梨県	1	1	1		1	1			1	1	1	1	1				1	1	保健所長会、精神保健福祉相談員会、精神保健福祉センター、精神障害者家族会 1回
長野県	0																		
岐阜県	0																		
静岡県	2	1		1	1	1			1	1	1	1	1			1		1	家族会、精神保健福祉士協会；各1回
愛知県	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			1		1	法務局
三重県	1	1		1	1				1	1						1		1	家族会、民生委員、支援団体等
滋賀県	1	1			1				1	1	1	1	1	1	1				
京都府	2	1		1	1					1	1	1	1						
大阪府	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1			1	
兵庫県	3	1		1	1	1	1	1		1	1	1	1					1	内訳未回答
奈良県	2	1			1	1	1	1		1	1	1	1				1		
和歌山県	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1				1	1	内訳未回答
鳥取県	4	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1				
島根県	6		1		1	1			1		1	1	1	1	1	1	1		
岡山県	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1			
広島県	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		1		1		
山口県	2	1				1			1	1	1	1	1	1	1				
徳島県	1	1			1	1	1	1			1								
香川県	1	1			1				1	1	1	1	1			1	1		
愛媛県	2	1		1	1						1	1	1	1	1				
高知県	1	1		1	1	1				1	1	1	1	1	1	1			
福岡県		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1			
佐賀県	1	1			1	1					1	1		1	1			1	受診前相談対象者(情報センター)
長崎県	2	1			1	1			1							1			
熊本県	1	1	1	1					1	1		1	1	1					
大分県	2	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	
宮崎県	2	1	1	1	1					1	1	1	1	1	1	1			
鹿児島県	1	1		1	1				1		1	1	1	1				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	1	1	1	1				1	1		1	1	1	1			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	31	39	31	9	17	19	33	27	38	38	17	15	25	6	16	
前年度		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議題							圏域・身体合併症 検討会議		関係機関 研修会	
	A 厚労省 伝達事項	B 実施要綱	C 事業実績	D 移送	E 身体科 連携	F 個別事例 事後検証	G その他	開催数	うち当事 者参加	開催数	
北海道			1				1	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			1		1		1	23条通報への対応状況、圏域における課題			1
宮城県		1	1				1				0
秋田県		1	1	1	1				8	0	0
山形県		1	1				1				未回答
福島県											未回答
茨城県			1		1						0
栃木県			1		1				0	0	1
群馬県	1	1	1		1		1	災害時精神科救急医療に関する事項	0		0
埼玉県			1		1	1					未回答
千葉県	1	1	1		1						1
東京都			1				1	東京都常時対応型施設の指定について 等	0	0	0
神奈川県			1	1	1		1	本県の精神科救急のあり方に関する検討			1
新潟県	1	1	1	1	1						0
富山県			1				1	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			1				1	措置入院の運用に関する事項			0
福井県		1	1		1						0
山梨県	1	1	1				1				0
長野県											0
岐阜県											未回答
静岡県	1		1		1		1	精神科救急医療体制への新規参画希望に対する協議			0
愛知県		1	1	1							1
三重県			1		1						0
滋賀県		1	1	1		1			3	0	0
京都府			1				1	救急時間帯の緊急措置の手続きについて			0
大阪府			1	1	1						0
兵庫県	1	1	1	1	1	1					0
奈良県		1	1								0
和歌山県		1	1		1				1	0	0
鳥取県			1	1	1		1	措置通報等の状況、措置入院解除後の支援状況について、夜間・休日の市町村長同意への対応、他圏域における措置診察への協力等	0	0	0
島根県		1	1	1	1	1	1	精神科救急体制について			0
岡山県		1	1	1							0
広島県		1	1				1	夜間救急システム運営ワーキンググループの設置について			0
山口県			1				1	将来的な精神科医療提供体制について	0	0	0
徳島県			1		1		1	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			1		1		1	救急当番表の承認			0
愛媛県		1	1			1			1		0
高知県			1				1	保健医療機関における精神科救急について			0
福岡県	1	1	1	1	1	1			4	0	1
佐賀県			1				1				0
長崎県									1	0	0
熊本県			1				1	常時対応型医療施設について			0
大分県					1		1	医療計画に関する事項	2	2	未回答
宮崎県		1	1				1	常時対応型施設の指定に関する事項			0
鹿児島県			1	1	1	1					0
沖縄県			1		1	1					0
合計	7	19	41	12	23	12	19		26	2	6
前年度	8	19	38	15	22	10	16		7自治体 9自治体	1自治体 2自治体	6自治体 7自治体

施設名：		当番日数：														日				
事例数	受診日	受診時間帯 該当項目に「1」を入力 複数回答不可		受診経路 該当項目に「1」を入力 複数回答不可						受診前相談による受療調整 該当項目に「1」を入力			帰結 該当項目に「1」を入力 複数回答不可							
		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	受療調整なし	非入院	入院						
														緊急措置入院	措置入院	応急入院	医療保護入院	任意入院	その他	
1	日																			
2	日																			
3	日																			
4	日																			
5	日																			
6	日																			
7	日																			
8	日																			
9	日																			
10	日																			
11	日																			
12	日																			
13	日																			
14	日																			
15	日																			
16	日																			
17	日																			
18	日																			
19	日																			
20	日																			
21	日																			
22	日																			
23	日																			
24	日																			
25	日																			
26	日																			
27	日																			
28	日																			
29	日																			
30	日																			
31	日																			
32	日																			
33	日																			
34	日																			
35	日																			
36	日																			
37	日																			
38	日																			
39	日																			
40	日																			
41	日																			
42	日																			
43	日																			
44	日																			
45	日																			
46	日																			
47	日																			
48	日																			
49	日																			
50	日																			
51	日																			
52	日																			
53	日																			
54	日																			
55	日																			
56	日																			
57	日																			
58	日																			
59	日																			
60	日																			
61	日																			
62	日																			
63	日																			
64	日																			
65	日																			
66	日																			
67	日																			
68	日																			
69	日																			
70	日																			
71	日																			
72	日																			
73	日																			
74	日																			
75	日																			
76	日																			
77	日																			
78	日																			
79	日																			
80	日																			
81	日																			
82	日																			
83	日																			
84	日																			
85	日																			
86	日																			
87	日																			
88	日																			
89	日																			
90	日																			
91	日																			
92	日																			
93	日																			
94	日																			
95	日																			
96	日																			
97	日																			
98	日																			
99	日																			
100	日																			
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
月次総計	小計	0	小計						0	小計						0				

都道府県名：																		
月	月間合計	受診時間帯		受診経路					受診前相談による受療調整			帰結						
		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	受療調整なし	非入院	入院				
													緊急措置入院	措置入院	応急入院	医療保護入院	任意入院	その他
4月																		
5月																		
6月																		
7月																		
8月																		
9月																		
10月																		
11月																		
12月																		
1月																		
2月																		
3月																		
年間合計																		

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

令和 年度

自治体名：
設置場所：

月	相談受付件数	精神科救急情報センター への紹介件数	医療機関への紹介件数	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
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				
合計				

自治体名：
設置場所：

月	相談受付件数	医療機関への紹介件数	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
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
合計			

自治体名：

	報告項目	委員会等の名称	実績
1	精神科救急医療体制の円滑な運営を図るための精神科救急医療体制連絡調整委員会設置状況等	委員会等の名称	
		当該年度の開催総回数	1
		参加者種別	A. 都道府県、指定都市（1年間の開催回数： 回） B. 市町村等（ 回） C. 医師会（ 回） D. 病院群輪番型施設（ 回） E. 常時対応型施設（ 回） F. 外来対応施設（ 回） G. 身体合併症対応施設（ 回） H. E~G以外の精神科医療施設（ 回） I. 精神科病院協会（ 回） J. 精神神経科診療所協会（ 回） K. 警察（ 回） L. 消防機関（ 回） M. 精神科医療機関以外の一般医療機関（ 回） N. 一般救急システム等におけるメディカルコントロールの関係者（ 回） O. 公的医療機関（重複可）（ 回） P. 当事者（ 回） Q. その他（ 回）
		議題	A. 厚生労働省からの伝達事項 B. 自治体の実施要綱に関する事項 C. 事業実績に関する事項 D. 移送に関する事項 E. 身体科との連携に関する事項 F. 個々の事例の対応適切性に関する事後検証 G. その他（ ）
2	圏域毎の精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会の設置状況等	検討部会の名称	
		当該年度の開催総回数	
		当該年度の開催会議数のうち、当事者が参加した検討部会総数	
3	関係機関（精神科医療機関、一般救急システム等、公的医療機関、警察、消防機関等）の実務者等に対する精神科救急医療体制研修の開催状況		A. 開催（1年間の開催回数： 回） B. 未開催
4	精神科救急医療体制に係る課題と対応状況		
	精神科救急医療体制に課題と対応状況に対する評価		
	精神科救急医療体制のうち、身体科との連携に係る対応状況		
	精神科救急医療体制のうち、身体科との連携に係る対応状況に対する評価		

精神科救急医療体制の課題と評価 2025 年度

<青森県>

1. 全般

【課題】 警察による 23 条通報件数の増加（警察が現場を確認せず通報）など

<岩手県>

1. 全般

【課題】

- ①精神科救急医療体制に係る関係者の理解及び連携の促進
 - ・現場の関係者が精神科救急医療体制について日頃から理解を深めることが必要。
 - ・地域の実状に応じた関係者の連携体制の構築、緊急時の対応に係る事例検討など支援者のスキルアップが必要。
- ②精神科救急受診の適正化
 - ・精神疾患の重症化を防ぐため、要支援者の早期発見、早期介入に向けた相談・訪問等、精神科救急受診を減らす取組を考えていくべき。
 - ・いざという時の対応を普段からかかりつけ医に相談することなどの必要性について、患者教育をすすめていくべき。
 - ・かかりつけ医優先が守られていないことがある。新患で救急患者を受け入れた救急医療機関に、患者の基礎情報が提供されるような協力体制が必要。

【対応状況】

- ・圏域ごとの地域協議会で地域の課題を共有しながら、地域の実状に応じた対応を検討し課題解決に向け取り組んでいる。
- ・日頃から顔の見える関係を意識しながら、連携強化を図っている。

【評価】

- ・圏域ごとに医療資源や相談機関等の資源が異なることから、実状に応じて取り組んでいただいております、概ね連携しながら対応いただいていると認識している。

2. 身体科連携

【現状】

- ・身体症状があり精神疾患も疑われる患者の場合、受け入れ先が見つかりにくい。一般科と精神科の医療連携体制の構築が必要であることから、一般科の医師やスタッフも精神疾患のある患者にある程度対応ができるようなスキルアップが必要である。

【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、精神科病院の人員・病床不足等により県内の精神科病院への負担は増しており、全県拠点病院においては病床が逼迫する状況が生じていることから、救急応需体制を24時間365日維持することが非常に困難な状況にある。
- ・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】

- ・令和6年度に、メールによる措置診察の依頼に係る意向調査を指定医に実施した。これを踏まえ、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の連携を図る必要がある。

<山形県>

1. 全般

【課題】

- ・委員会における議題
 - ①令和7年度精神科救急当番病院について
 - ②精神科救急に関する事例検討会における意見及び対応の方向性について
 - ③精神科救急情報センターの相談受付状況について

【評価】

- ①②事務局案について承認
- ③精神科救急情報センターの周知を図る。

<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】

- ・病院及び茨城県精神科病院協会と調整し、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】

- ①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」及び精神科救急情報センターの認知度向上
⇒医療機関の医師等実務者への周知（ポスター、リーフレットの配布等）
- ②救急告示医療機関の医師等への精神症状・問題行動等の理解促進
⇒救急現場における精神科的問題の初期対応（PEEC）に関する研修会等の開催
- ③かかりつけ精神科医療機関の理解・促進
⇒民間病院による輪番体制における当番日の増加に向けた協力依頼等

【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設け、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】

- ・輪番制はあくまでも地域責任制の補完である、という認識が定着しつつある。通報発生地から遠くの輪番病院に移送する事例は減少しつつある（かかりつけや地域の病院が受入を行うようになっている）。

2. 身体科連携

【現状】

- ・精神症状と身体症状を併せ持つ救急事例の場合、救急隊の現場滞在時間や病院紹介件数が著しく多くなっている。

【評価】

- ・精神科と身体科の更なる連携のために話し合いや会議の場を設けるべきである。

<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、空床等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多く、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、空床確保等の対策を継続していく必要がある。

2. 身体科連携

【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。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している。令和5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も今まで以上に対応が求められている。

【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】

- ・東京都常時対応型施設の指定について

- ・都における措置診察体制の見直しについて

【評価】

- ・東京都常時対応型施設の運用見直しについて
- ・都における措置入院制度の運用見直しについて（事前調査の新たな取組み、措置診察・措置入院不要となった被通報者への支援）

2. 身体科連携

【現状】

- ・令和6年度は議論なし

【評価】

- ・令和6年度は議論なし

<神奈川県>

1. 全般

【課題】

- ①警察官通報及び相談窓口における通報・相談件数、診察までの時間等の状況
 - ・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り、2年連続して診察実施件数が1,000件を下回った。自治体によって診察実施率に差が出てきているほか、診察件数が減少したことにより、病床の空床率が目立っており精神科救急医療システムの運用について検討が必要になって居る。
- ②基幹病院（常時対応型医療施設）の有効な病床活用
 - ・基幹病院で空床確保している病床の利用率が下がってきており、月によっては確保病床の半数近くが空床となっている状況が出てきていることに対して、患者所在地から病院までのアクセスや専門的治療の必要性、円滑な後方移送（基幹病院の空床確保）を考慮しながら、基幹病院の病床を活用していく運用を試行していくこととした。
- ③措置診察のあり方に関する検討
 - ・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、令和5年度から法第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進め、入院先の病院に所属しない指定医による診察件数を増やしている。措置診察設定の時間短縮や、不要措置となった場合にも、患者や家族の負担なく医療につなげられることを考えると、受入病院の指定医が診察することのメリットもあると考えられ、措置診察のあり方については引き続き検討を行うこととした。
- ④精神科救急における身体合併症の課題検討について
 - ・精神科救急医療体制により入院した身体合併症患者の対応として、精神科救急身体合併症転院事業により受入病床を確保しているが、身体科での早期治療を必要としない状態での依頼があるなどの課題がある。転院依頼を行う病院からは緊急性がないとの理由で転院調整に至らないとの声が上がっており、治療を必要とする患者への適切な医療提供、限られた病床の効率的な運用、地域での精神科と身体科の連携促進等を踏まえた運用のあり方を協議する場の設置を検討することとする。

【評価】

- ①4 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、明らかに精神症状や自傷他害のおそれがないものを除き、指定医の診察につなげることが重要との意見が出た。
- ②試行の考え方及び病床を効率的に運用しようとする事について、精神科救急医療調整会議委員からも評価をされた一方、行政の取組みが病院側に伝わっておらず、より緊密な連携が必要との意見が出た。
- ③どのような措置診察が、患者にとって利益・不利益が大きいのかを検討したほうがよいとの意見や、受入病院は診察した指定医の所属する病院を避けるよう配慮することとなっている以上、沿った運用を検討すべきではないかとの意見をいただき、検討を継続することとした。
- ④身体合併症転院事業の病床を積極的に使用して患者を転院調整してはどうかという意見や、救急安心センター事業（#7119）の相談案件にも精神疾患の患者が含まれており、救急病院の医師にも参加してもらうべきではという意見が出た。検討の場について、継続して調整していくこととした。

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精神疾患等特有の搬送困難さ（情報収集に時間を要する、家族と本人の意向が異なる、病院と本人・家族の意向のすり合わせが必要となる等）がある。
- ②かかりつけ病院や当番病院が受け入れを断り、その後の対応について明確な指示がない（精神科病院からの回答に時間がかかる）。
- ③クリニックに通院している方が緊急に受診した際、診断や状態、治療内容等の情報が不明なまま対応せざるを得ない。

【評価】

- ①救急隊員等に対して、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する。精神科救急情報ダイヤルについて周知、報告を依頼する。
- ②精神科病院に対して、迅速な搬送への協力を依頼する。救急システム及び当番病院の役割フローに応じた対応について再度周知し、依頼する。
- ③クリニックの連絡先を集約し、必要な情報が得られるようなシステム作りを検討する。

2. 身体科連携

【現状】

- ・精神科病院と身体科病院で診察可否の判断が一致しない（医師間の調整がない）。

【評価】

- ・精神科病院に対して、一般科病院への対応について、医師の紹介には医師が応じるように依頼する。

- ・一般救急病院、身体科病院に対して、精神疾患のある患者の受け入れについて依頼する。
精神科救急情報ダイヤルについて周知、報告を依頼する。

<富山県>

1. 全般

【課題】

- ・医師の働き方改革や法改正もあり、医療機関の負担が重くなってきている。夜勤のできる医師、看護師が不足して、余裕がなくなっている。

【評価】

- ・他の病院とも負担軽減の面で連携を図れたらよい。

<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

<石川県>

1. 全般

【課題】

- ・措置入院の運用（緊急措置入院の活用について）が課題となっており、令和5年度から試行運用してきたが、該当事例が少なかった。

【評価】

- ・緊急措置入院の運用について、今後は全県下で柔軟に対応した方がよい。また、将来的に精神科救急をセンター化し、一つの部署に集約することを検討してもよいのではな
いか。

2. 身体科連携

【現状】

- ・令和6年度は議論なし

【評価】

- ・令和6年度は議論なし

<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5年度・6年度通報および措置診察件数

<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が加わったが、対応件数が増加し、しっかりと機能している。どのようなケースが后方支援にまわったのかわかるとよい。
- ・輪番型圏域において新規参画希望病院あり。

【評価】

- ・救急受診件数に減少がみられるのは、平時のケアが行き届き始めたということ。平日日中の対応を数字で評価できるとよい。
- ・新規参画に係るプロセスについて、今後さらに検討が必要。

2. 身体科連携

【現状】

- ・令和5年度から身体合併症対応施設になった県立総合病院では、患者数が増え最近は満床になることも多い。満床の場合の受入をどうするかというのが今の課題。

【評価】

- ・身体合併症症例は今後更に増えることが予想されるが、東部地域は資源がなく事業の恩恵が少ない。今後全県的な対応についてさらに検討が必要。

<愛知県>

1. 全般

【課題】

- ・身体合併症患者の搬送・受入れについて（脳梗塞等が起因となり精神症状が誘発されている疑いのある患者）
- ・対応状況：身体疾患が疑われる場合には身体科治療優先としているが、精神科入院後に身体疾患が判明する場合もある。

<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

【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】

- ・救急時間帯の緊急措置の手続きについて、通報から診察まで時間を要する事例がある。措置診察医師の確保に時間を要していることが理由の一つであり、手続きの短縮方法について意見交換した。

【評価】

- ・事例を共有し、意見交換

<大阪府>

1. 全般

【課題】

- ・夜間の23条通報や救急の依頼件数が減っており、今後の傾向に注視していく必要がある。

【評価】

- ・システムは概ね運用できている。
- ・23条通報の半数が却下であるが、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。

2. 身体科連携

【現状】

- ・合併症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り、大きな事故報告もなく対応できている。

【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
- ③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）
- ④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】

- ・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】

- ・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。

<奈良県>

1. 全般

【課題】

- ・令和5年度より、常時対応型として新たに1病院を指定し、緊急措置入院患者及び輪番病院で受入が困難な医療保護入院患者等の受入を委託。新たな体制の円滑な運用がなされるかが課題。

【評価】

- ・令和5年度より、新たに常時対応型として指定した病院の実績は、主に輪番病院で受入が困難な医療保護入院患者等の受入が想定を上回る入院者数であった。

2. 身体科連携

【現状】

- ・従来より、奈良県立医科大学附属病院の精神医療センターを身体合併症の対応病院として指定している。一方、精神科病院に入院中の患者について、身体合併症の治療を要する患者が発生した場合、奈良県立医科大学附属病院以外の一般病院の救急科との連携が困難な状態。

【評価】

- ・奈良県立医科大学附属病院の精神医療センターは、身体合併症の対応病院として、その役割を果たしている。今後は一般病院の救急科との連携を円滑にするための方策を連絡会で検討していく。

<和歌山県>

1. 全般

【課題】

- ・平成26年以降、紀南地域において精神科救急体制が中止となっていたことが課題であったが、令和3年以降、限定的ではあるが救急医療施設としての受け入れを再開・拡充している。

【評価】

- ・救急再開について、将来的に以前のような救急医療体制を確保できるよう、順序を踏んで着実に改善傾向にあると評価する。

<鳥取県>

1. 全般

【課題】

- ①圏域等における医療体制について
- ②圏域内で関係機関同士の情報共有について
- ③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】

- ①圏域間での対応、調整ができています。
- ②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。
- ③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】

- ①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
- ②透析導入後の精神疾患患者の受入れについて
- ③オーバードーズの患者の対応について

【評価】

- ①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。
- ②透析患者については、費用面、管理面での課題がある。
- ③オーバードーズについては、夜間は検査ができないので服用薬がわからないと断らざるを得ないことがある

<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し、各圏域で課題検討を行っている。また個別事例を通じて救急時の連携体制について意見交換を行っている。

【評価】

- ・各圏域において関係機関と連携して概ね円滑に対応できている。圏域単位では解決できない課題、精神科救急情報センターのあり方や保健所との連携等について検討が必要である。圏域によっては身体症状、精神症状の双方を有する対象者への救急対応に課題がある。

2. 身体科連携

【現状】

- ・身体科との連携において対応に苦慮したケースは関係機関で共有、振り返りを行っている。また、圏域によっては自死未遂者支援を含め検討を行っている。

【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、圏域内関係者と協議等を行うこととしている。

<岡山県>

1. 全般

【課題】

- ①緊急措置入院の運用について
- ②県北圏域の精神科医療提供体制について

【評価】

- ①精神保健福祉法及び措置入院の運用に関するガイドラインに沿った対応をこれまでも行ってきたが、保健所に対し、引き続き適切な対応を行うよう通知した旨を報告した。

- ②精神科救急医療システム連絡調整委員会の委員に県北圏域の医療機関からも参画を求め、今後議論していく。

<広島県>

1. 全般

【課題】

- ①夜間救急患者の受け入れ時に、その患者が自院以外のクリニック等の通院患者である場合に、診療に必要な情報が得られないことで対応に困難をきたすことが多く見られる。
- ②令和 2 年から夜間の措置対応をしない運用が続いているが、復活させるべきではないか。

【評価】

- ①については、この問題を改善するための協議を行うワーキンググループを設置する予定。
- ②については未検討。

<山口県>

1. 全般

【課題】

- ・輪番病院のマンパワーの低下等により、現体制によるシステム維持が困難になることが予想されることから、システムに関わる精神科医師による検討会を開催した。

【評価】

- ・将来の精神科救急医療体制の各病院の機能・役割について明確化し、保健所・警察・消防等関係機関と共有を図ることができた。今後、関係機関と調整しながら、体制変更に順次取り組んで行く予定。

<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】

- ・体制について改めて協議し関係機関へ周知。

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も継続して協議。

【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。

<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】

- ・予約なしの平日昼間の時間帯の受診まで時間がかかる状況
- ・救急情報センターの回線がつながり難い（つながっても時間がかかる）状況（消防署）

【評価】

- ・昼間もセンター対応など一本化が必要。また、クリニックを巻き込んで昼間の体制づくりが必要。
- ・診療情報を得てからつなぐこともあり対応が長くかかり、2 回線であることも要因である。

<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

<長崎県>

2. 身体科連携

【現状】

- ・身体合併症を有する精神患者の受け入れ体制について（受け入れ可能な病院減についての報告）

【評価】

- ・唯一の身体合併症のある精神科疾患患者を受け入れ可能な長崎大学病院での受け入れをスムーズに行うため、地域の精神科病院において、身体症状が落ち着いた方の転院受け入れを速やかに行う。

<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再の後方搬送先の確保について、搬送実施基準に掲載した。

【評価】

- ・令和6年度は、関係機関の連携の在り方について議論し、身体合併症患者の反訴フローを完成させた。

<宮崎県>

1. 全般

【課題】

- ・平日夜間の全圏域及び県西南及び県北圏域における土曜日の運用が課題であり、令和6年度の委員会において、常時対応型施設の指定について協議を行い、令和7年度から常時対応型施設を1施設指定することとなった。

【評価】

- ・常時対応型施設を1施設指定した。また、県西南及び県北圏域における土曜日の運用を開始（令和8年1月～隔週で実施）する。システムを拡充することができたが、引き続き、体制整備のため協議していく。

2. 身体科連携

【現状】

- ・身体合併症に対応できる医療機関のベッド数は限られている。引き続き、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必要がある。

【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離島における措置対応について

- ・休日、夜間の措置診察医の確保が困難な状況に対して、輪番制の導入や措置診察が対応可能な指定医のリスト作成等を検討する。
- ・令和2年度に終了となっていた措置入院に関する検討会を再開し、事例を整理しながら、緊急措置対応等について検討し、整理を行っていく。

②徳之島病院の外来対応施設への指定について

- ・徳之島病院の外来対応施設への指定について、遠隔診療の範囲を南3島（徳之島、沖永良部島、与論島）に限定することを条件に承認となった。

【評価】

- ・概ね適切に実施されているとの評価であった。

2. 身体科連携

【現状】

- ・救急搬送について受入調整に課題があるものの、身体科と精神科においては連携ができている。

【評価】

- ・概ね適切に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】

- ・上記対応状況を続ける。

第5回 精神科救急医療体制整備研修

<スケジュール>

日付	時間	内容	
		講師名	所属・職名
	9:30~	(オンライン受付開始)	
2月14日 (土)	10:00	(開講式)	
	10:10~10:20 (10分)	精神科救急医療体制整備事業について	
		渡邊拓実	厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課 主査
	10:20~11:10 (50分)	精神科救急医療体制の現状と課題	
		平田豊明 花岡晋平	千葉県精神科医療センター 名誉病院長 千葉県総合救急災害医療センター 医長
	11:10~11:40 (30分)	措置入院運用に関する現状と課題	
		藤井千代	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 部長
	11:50~12:55 (65分)	各自治体の危機介入及び措置入院運用の現状と課題等に関する グループワーク①	
塚本哲司 ファシリテーター：門田雅宏		特定非営利活動法人メンタルケア協議会 特任相談員 滋賀県立精神保健福祉センター 医療連携係 主幹兼係長	
12:55~13:30	(昼休憩)		
13:30~15:30 (120分) ※休憩を含む	各自治体の危機介入及び措置入院運用の現状と課題等に関する グループワーク②		
	塚本哲司 ファシリテーター：門田雅宏	特定非営利活動法人メンタルケア協議会 特任相談員 滋賀県立精神保健福祉センター 医療連携係 主幹兼係長	

オブザーバー：杉山直也(公益財団法人復康会 沼津中央病院 院長)

オブザーバー：椎名明大(千葉大学社会精神保健教育研究センター 特任教授)

第5回精神科救急医療体制整備研修リアクションペーパー

<p>講義「精神科救急医療体制の現状と課題」 参考になったこと・感想</p>
<p>精神科救急についての現状を最新のデータをベースにして確認することができた。また、精神科救急の目的と意義について米国と日本の歴史を対比して確認することができ、理解の大きな手助けとなった。自治体により通報、診察、入院の件数が異なっており、各自治体がどのような考え方をベースにして運用しているかを知ることが評価の手掛かりになると感じた。かなりローカライズされている印象を感じた。</p>
<p>国の行ってきた・行っている精神科救急医療体制整備と、当自治体が行っている精神科救急医療の現状の一致点と相違点などを具体的に確認することができた。</p>
<p>精神科救急医療の歴史、国際/自治体間比較、統計を踏まえた現状の概説と、課題の克服に向けた示唆を頂いた。</p>
<p>統計資料から全国的な動きや当県の状況について俯瞰してみることができました。</p>
<p>精神科救急医療の歴史と全国でどのくらいの精神科病院が救急システムに参加しているのかなど俯瞰的に学ぶことで、日々の業務で悩んでいることが、即時に答えの出る課題ばかりでないことがわかりました。</p>
<p>精神科救急医療の歴史について知ることができ、近年の統計からの動向を知ることができた。また、措置入院制度の運用についての動向も知ることができた。</p>
<p>統計により、入院形態や判断基準にばらつきがあり、地域差があることがわかりました。</p>
<p>精神科救急医療体制整備事業の経過や行政に求められていることを理解することができた。また、先を見据えた医療提供体制を構築していく必要性も学ぶことができたが、整備していくための課題が様々あるため、今後も地域差が拡大していく懸念もあると感じた。</p>
<p>精神科救急体制整備の背景と現状を知り、日々は目の前の事案対応・事務処理に終始しているが、国の精神科救急医療システムの一端を担っていることを意識していきたいと感じた。</p>
<p>自治体ごとの特徴や、対応件数について、グラフを用いた理解しやすい講義だった。</p>
<p>精神科救急医療の歴史について知ることができ、近年の統計からの動向を知ることができた。また、措置入院制度の運用についての動向も知ることができた。</p>
<p>申請・通報処理状況は運用の地域差があり、他県の具体的な処理状況について知りたいと感じた。</p>
<p>・警察官通報件数について、全国でばらつきが大きすぎるのが気になる。基準が定まっていない限り、通報件数が増加し続けるのではないかと感じた</p>
<p>措置入院事務は法定受託事務であり、「措置入院の運用に関するガイドライン」も事務処理基準として位置づけられているが、自治体により、措置入院の運用や実績が大きく異なっているとのことであった。地域の実情に応じた体制を整備することは理解できるが、一定の均てん化を国が主導し行うべきと感じた。</p>
<p>「措置入院の多義性と地域差の発生」が特に印象に残っている。自分の所属では措置入院回避論の傾向が強いものの、他機関は便宜的措置入院有用論、臨床的措置入院有用論に近い考え方をしていると推測できる機関も多くあり、そこで機関同士の支援方針が噛み合わないこともあった。どの考え方が正しい、全ての人がこの考え方をすべきだ、と意見の統一を図るのではなく、そこを支援機関同士ですり合わせしていくことが必要だと感じた。</p>
<p>措置決定の多くは精神科救急医療体制で執行されており、地域包括ケアシステムとの連携が一層重要になると感じた</p>
<p>西日本と東日本では、一次と二次が同時か別々かの傾向が違うなど、自分のところ以外の話を聞くのがおもしろかった。最後の「最も支援を要する事例ほど支援を拒否する」というのはまさしくそうであって、むずかしいと改めて思った。</p>
<p>各自治体の精神科救急医療体制の違いについて知ることができた。また、当県における救急や措置の実態について考えるきっかけとなった。</p>
<p>様々なデータをお示しいただき、本県の立ち位置を確認することができた。これらのデータをどのように施策に活かすのか考えていきたい。</p>
<p>全国の状況や対応など、参考になりました。</p>
<p>措置入院制度の各県の処理状況が図示されてわかりやすかった。</p>
<p>申請・通報処理状況は運用の地域差があり、他県の具体的な処理状況について知りたいと感じた。</p>

<p>他都道府県との比較により、当県の特徴や課題がより客観的に理解できた。一方、措置入院の制度的問題点として説明いただいた(1)及び(2)のように定量化できない問題が大いに関与していると思われるため、課題に対する分析が難しいと感じた。</p>
<p>他都道府県との比較により、当県の特徴や課題がより客観的に理解できた。一方、措置入院の制度的問題点として説明いただいた(1)及び(2)のように定量化できない問題が大いに関与していると思われるため、課題に対する分析が難しいと感じた。</p>
<p>都道府県別の統計により、他県との比較の中で、自自治体の実態を把握することができました。</p>
<p>各自治体との比較から自県の状況を確認する機会になった。また、措置入院の多義性やそこから生じる問題点について理解することができ、現場の問題を整理する参考になった。精神科救急事例の3要素を理解しておくことは、事前調査の判断の平準化の一助になると感じた。</p>
<p>各自治体の取り組みの違いによって数に違いがあることや警察や保健所などの葛藤は参考になった。</p>
<p>運用状況実績の地域ごとの実態を具体的に知ることができ岡山県の現状を相対的に理解することができた。身体合併症対応、その地域ごとの警察との対応状況などシステムと共に、日々の関係性や人の異動などの変数が大いに関係していることが理解できた。自県でも措置診察不要の割合が増加している実態など再度検討したいと思った。</p>
<p>救急受診件数は減少傾向。一方で入院率や重症事例・特定の支援ニーズは維持または増加の地域もあることが学べた。</p>
<p>受診前相談の状況等、当県の現状を知ることができ参考になった。措置入院の多義性と地域差の発生については興味深かった。</p>
<p>救急受診件数は年々減少傾向にあるが、入院率は増加している。それは救急が必要な事態になる前に他の支援が入っている、というお話があった。精神医療の現状として支援が広く普及していることとなるので良い傾向だと思った。</p>
<p>救急受診件数は減少傾向。一方で入院率や重症事例・特定の支援ニーズは維持または増加の地域もあることが学べた。</p>
<p>・課題が山積みの精神科救急。点検を強化して、課題を洗い出し、全国の精神科救急医療体制が整備されることを願います。国の「精神科救急医療システム整備事業」の中に、「保健所の時間外の対応体制の整備」が一言も触れられていません。この事業に、保健所の体制整備も位置づけ、保健所(またはセンターなどの委託先)の精神科救急体制の整備に予算措置があればと思います。精神科救急医療体制に保健所の体制整備も加えていただきたいです(明文化に意味があると思います)。そこには、現場の24時間365日対応している保健所職員の声を組んでほしいです。 ・輪番、常時対応型が受け入れられない場合が多く、医療機関の調整に苦慮しております。空床状況を確認する救急システムさえも「他の救急医療機関とは別」とされています。救急システムも、精神「にも」対応してほしいです。 ・地域医療構想に精神医療が位置づけられる今がチャンスではないでしょうか。是非、早急に、精神科救急に保健所(措置診察に24時間対応できるしくみ、体制)の強化を盛り込んで下さい。保健所の職員だけでは限界です。 ・いろいろな課題が山積みの措置診察です。小さい課題も丁寧に対応していくしかないかと思ひます。厚生労働省には法整備はもちろんですが、法律を適正に遵守し運用できる体制整備もどこかで施策化をお願いしたいです。 ・生産年齢人口が減っていく状況では、いつか地域精神保健は崩壊するのではないかと思いますし、保健所職員の労務環境問題などから大きな問題が生じると思ひます。 ・精神科救急医療体制においては、医療機関での治療状況が非常に影響があります。医療保護入院の患者さんが退院日に通報されることもありますし、自宅環境(ライフラインなど)を整備されないまま医療保護入院から退院していることもあります。医療機関でもそうせざるを得ない状況があると理解しておりますが、そこも課題です。精神科救急医療を考える中で、どのような人が通報になっているひとが多いか分析すると、予防策がとれます。</p>
<p>救急医療体制を支える職員体制の厳しさを訴える切実な声があった。指定医不足という医療現場での人材不足だけでなく、行政の人員体制の拡充が必要ではないかと感じた。</p>
<p>私は救急医療を整備する上で救急医療へのアクセス不備や身体合併症対応の未整備の部分を中心に課題として考えていました。それが、平田先生の話聞いて、同じ問題をどこでも抱えていることが分かりました。どちらも早急に解決できる手段はないと思ひますが、だからと言って整備しないわけにはいかないひので、他県の状況を参考にしながら考えていきたいと思ひました。</p>
<p>本県では、受診調整・身体合併症対応について課題を抱えているひのため、今後の調整委員会において本資料を活用させていただければと存じました。</p>
<p>精神科救急の意義を改めて確認することができた。</p>

第8次医療計画の見直しのポイントなど、今後の議論に向けて必要な視点を整理することができた。
地域医療構想に精神医療が追加されたこと。
地域医療構想に精神分野が入ったが、今後どのような影響が出るかが気になった。
精神科救急の源流と、現状がよくわかった。体制に地域差はあってもいいが、提供されるサービスはできるだけ高く保たれるべきとの意見が大変参考になった。
精神科救急医療体制整備事業の全容を改めて勉強することができて良かったです。

第5回精神科救急医療体制整備研修アクションペーパー

<p>講義「措置入院運用に関する現状と課題」 参考になったこと・感想</p>
<p>項目ごとに現状や課題を分かりやすくまとめて頂き、整理につながった。体制の違いが措置入院率には影響しないということに、今後の自治体での体制整備を進めていくうえで安心感を持つことができた。</p>
<p>23条通報の具体的な運用について、保健所長会の研究事業報告や統計をもとに説明がされており日々の実践の振り返りができた。課題と感ずることは本自治体とも概ね一致しており、全国的な課題であると実感した。退院後計画の策定については予算的な裏付けが弱いて、計画策定が必要な対象者ほど同意が得られず計画を立てられないジレンマは課題だと思うので、ぜひ今後整理いただきたい、また現場でも事例を積み重ねていく必要があると感じた。</p>
<p>措置入院運用ガイドラインを踏まえて、時系列に対応フェーズ毎の現状と問題点を明確に整理できた。</p>
<p>都道府県間での運用の違いや、指定医の確保など共通の課題について知ることができました。他道府県の状況について把握できる機会は少ないので、大変参考になりました。</p>
<p>措置入院事務は法定受託事務であり、「措置入院の運用に関するガイドライン」も事務処理基準として位置づけられているが、自治体により、措置入院の運用や実績が大きく異なっているとのことであった。地域の実情に応じた体制を整備することは理解できるが、一定の均てん化を国が主導し行うべきと感じた。</p>
<p>衛生行政報告を基にした全県データは、本県の対応状況を他県と比較するのに参考としている。</p>
<p>通報の受入体制がセンター型と個別型で、措置入院率等に有意差が無いことが分かった。</p>
<p>23条通報について、本県では部分的センター体制をとり、全例で対面面接を実施している。しかし、通報受理から面接実施までに時間を要する事例があることを、改めて課題として認識した。特に、センターから保健所、あるいは保健所からセンターへ通報対応を引き継ぐケースでは、面接までの所要時間が長くなる傾向がみられる。</p>
<p>本県は緊急措置入院を限定的な運用としているが、他県は積極的に運用しているところを見るに、法律を実態に合わせることも検討すべきではないか。</p>
<p>措置入院の運用に関しては、各関係機関による考え方の相違や葛藤があり、保健所単位で実施している警察、医療機関との連絡会議による継続的な関係性の構築が重要であると改めて感じた。</p>
<p>措置入院の運用等、地域差が大きいことに驚いた。データからも様々な課題や懸念事項が考えられ、他の地域でも対応に苦慮している実態があるのだと感じた。特に警察との連携については課題も多く、お互い理解し合うために会議等も開催されているが、人事異動等で人が変わることで連携がしにくくなることもあり、行政だけでは解決できない問題だと感じた。</p>
<p>警察と行政では取扱う根拠法令が異なり、それぞれが互いの立場に立って協力することが肝要だと感じた。</p>
<p>統計ベースで様々な視点の話しを聞け、地域差もかなりあることがわかり、参考になった。また、警察官の視点の話しを聞け、協力連携のためのヒントとなった。</p>
<p>警察の意見では、会議を重ねるや顔を合わせる、といった内容が多く、普段のお付き合いが大事なのかと改めて感じた。</p>
<p>様々な方法で必要な医療や支援を確保する必要があることを改めて確認できた。警察と自治体や医療機関の立ち位置や職責の違いを認識した上で、協力して対応していけるよう、警察との意見交換を継続したいと思った。</p>
<p>警察官通報の件数や対応状況について都道府県でばらつきがあることがわかった。措置入院をめぐり、警察と保健所とで意見が異なることが多々あるが、それぞれの法律の目的(視点)が違うことで生じていることがわかった。それを補うためには話し合うことしかないと感じた。</p>
<p>運用に地域差があることがよく分かる分析でした。県警との協議などに参考にさせていただきます。</p>
<p>指定医確保の難しさは当県でも課題。輪番制の採用も2割程度あった。</p>
<p>指定の確保について、リスト順電話打診が多く、当県と同じような運用が多いことが分かりました。</p>
<p>都道府県ごとで診察件数が大きく異なり、自治体によって課題が異なると感じた</p>
<p>市における課題、悩みは他都市でも同様であることを知ることができた。通報主体となる機関、医療機関、行政の間での葛藤については、すり合わせが困難な課題だと感じた。</p>
<p>23条通報時の対応について、保健所、警察、医療機関での上手な連携が出来ていない点や、考えたの違う部分があり、円滑な対応が難しく感じた。</p>

<p>当県の場合、警察官通報が挙げた際に必ず出向くこととなっているが、この方法が警察との良好な関係を構築できている一要因であると改めて感じた。</p>
<p>精神科救急医療体制とその運用は地域によって異なる。 円滑な運用にあたっては行政・警察・医療機関との連携が重要。</p>
<p>措置入院の運用に関しては、各関係機関による考え方の相違や葛藤があり、保健所単位で実施している警察、医療機関との連絡会議による継続的な関係性の構築が重要であると改めて感じた。</p>
<p>事前調査において、全例直接面接すると回答した自治体が7割と多く、予想以上の結果でした。本市では、夜間帯は電話にて調査を行っていますが、警察からは対面での調査を求められることもあり、具体的な対応方法について知りたいと思いました。</p>
<p>本県では、通報数と診察数の乖離が課題とされているため、事前調査の困難例等、参考になりました。</p>
<p>不要診察(診察不要となる通報)の比率や審査・受理のプロセスに地域差が存在し、標準化の必要あり。</p>
<p>移送のやり方の違いがかなりあって参考になった。予算の取り方や法律の受け止め方や考え方の違いが参考になった。</p>
<p>自県では情報センターと措置診察の運用が別で動いている。他県のさまざまな状況を全体的に知ることができた、警察の移送についても他県の状態を知ることができ自県の実態と違うことに驚いた。</p>
<p>ガイドラインに沿ったプロセスを経ることの人材育成と退院後支援を通じた地域の連携構築を継続していく必要性を感じた。</p>
<p>本市では、保健所業務を行う区役所とセンターの協力のもと措置診察の事前調査を行い、センター職員による患者移送を原則としていますが、この体制も他地域とかなり違っているところがあることが認識できました。退院後支援の効果測定にも苦慮していましたが、実施体制の構築による効果もまとめる視点もあることに気づけました。</p>
<p>措置の体制は自治体によってばらつきがあることを知ることができた。 退院後支援計画策定率は当県でも低い状況にあるが、対象者への支援に課題がないかは改めて確認していきたい。</p>
<p>23条通報の具体的な運用について、保健所長会の研究事業報告や統計をもとに説明がされており日々の実践の振り返りができた。課題と感じることは本自治体とも概ね一致しており、全国的な課題であると実感した。退院後計画の策定については予算的な裏付けが弱いて、計画策定が必要な対象者ほど同意が得られず計画を立てられないジレンマは課題だと思うので、ぜひ今後整理いただきたい、また現場でも事例を積み重ねていく必要があると感じた。</p>
<p>措置入院運用に関する現状と課題について知ることができた。措置入院という入口だけでなく、入院の経過や退院後の支援の重要性を知ることができた。</p>
<p>・身体合併症救急確保事業についての話があったが、本来であれば、地域精神保健分野の中で役割を期待したい「大学病院」が、精神科救急がなく、患者受け入れを24時間できない地域もある。県内に1カ所しか身体合併症のある方を受け入れる医療機関がないため、近隣の県との連携も必要ではないかと思えます。 ・受診前相談のお話がありましたが、どのような内容のことなのかわからなかった。また、精神科救急情報センターの受診前相談の役割など、また、詳しく教えていただきたい。 ・警察や消防が23条通報ではないため、医療機関を受診調整してくれているが、輪番や常時対応型が断ると、保健所へ受診調整の依頼が24時間来ている。保健所に「輪番がとらない、常時対応型もとらない」という相談が寄せられている。そもそも、輪番も常時対応型も断ってもよいという状況は、全国同じ状況なのか知りたい。理由として「出禁」患者というのが多い。 ・34条の移送について、「民間救急問題から始まった」とのお話がありましたが、34条についてもっと話を聞きたい。京都での、シンポジウムの内容も聞きたかった。34条については、「使えない」制度として認識していた。今後、もう少し活用したらどうかという議論になっているとのことだが、そのお話も、共有してほしい。34条については、情報が少なすぎて困っている。「措置流れ」の34条も、使いたい、どのような要領で運用しているのか、福島県や京都に情報を公開してほしい。問題なく使えるなら、全国的に使えるのではないかと。措置診察で「否」になった人も、医療保護入院が必要と、措置診察した医師に、再度診察していただければ、措置入院のための移送のために準備している搬送チームに、医療保護入院のための移送として運んでもらえる。これが、全国的に運用できれば警察との関係もよくなるのではないかと。都道府県による差が大きすぎるのではないかと。措置診察の方法も違いすぎる。 ・警察には、「医療保護入院のために運ぶのは警察の業務ではない」と全国的に問題のようなので、是非、措置流れの34条の活用を一般的なやりかたとして周知していただきたい。</p>

・措置流れの34条についても、地域や医療機関から、34条移送してほしいとの要望が多いが、人権の壁が大きすぎて、できていない。入院施設のないクリニックを受診したが、医療保護入院が必要。入院施設のある本院に移送するのに34条が使えないかと相談があったことがある。医療機関にも34条について説明が必要だと思った。

・保健所への多くの相談が「入院させたい、本人が嫌がっていかない、家族は困り果てている、幻聴、幻覚、妄想がひどい、治療させてあげたい」という相談が1番多い。相談の現状に対応できるような「もう少し、使えるための34条の制度」に、変えていく必要があると感じています。また、47条の制度流れ移送をしている県があれば状況を知りたい。

・2018年の措置入院制度改革が法的・財政的裏付けをかねていたため、退院後支援の実効性が不十分、最も支援を要する事例ほど支援を拒否する逆説を克服できていないとのスライドがあったが、この際に、予算が10億つかなかったとのこと。「最も支援を要する事例には、家族が、医療につなげられなくて困っていたり、独居で、支援を拒否する人などがあげられる。にも包括の理念が広がり、市町村や保健所にマンパワーの補充ができ、34条の移送体制も全国的に整備が進み、47条解釈による移送についても整備がされれば、相談者が、絶望することが減少するのではないか。「医療につなげたい、搬送してほしい」→保健所では、「搬送できません」となると、絶望する。そこへの施策化が必要である。「人権の配慮」と「家族の大変さ」をあげられ、入院させしてほしい、搬送してほしいという家族から強く「行政は何もしてくれないのですね」と言われてしまうことが多い。そのたび、「入院は無理矢理させませんが、一緒に考えていくことはできる」と時間の経過を一緒にする中で考えていく姿勢での相談対応をしている状況である。

・市町村や、医療機関、警察も「保健所は搬送できる」と理解されている人もあり、説明に毎回、苦慮している。保健所は移送できませんと毎回、説明しています。措置診察や入院、34条以外の移送を求められることが非常に多いのが現状です。他県はどのようにしているのか知りたいです。

離島の現状についてお聞きして、人権擁護の観点の必要性の一方で地域の実情にあった運用をどう考えるか難しさがあると感じた。

措置入院の入り口部分での関係機関の葛藤は、とても共感できるもので参考になりました。今回、意見として出ている部分について、今後も葛藤が生じることが多いものだと思いますので、当県でも検討材料としていきたいと思えます。

全国の状況を知ることができたので、自県での取り組みの参考になった。

措置入院の運用には地域差が大きく、課題の整理を含め、地域ごとに検討を進めていく重要性を改めて感じた。

第5回精神科救急医療体制整備研修リアクションペーパー

各自治体の危機介入及び措置入院運用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について)

グループA

グループで話し合 れたこと	事前調査の臨場・対面の有無。オンライン調査の活用。通報から診察までに要する時間について。指定医の確保について(費用面や雇用方法含む)。
	夜間休日の体制は、搬送車、搬送対応する職員も平日日中より少なくなるため、警察から早く！と言われるなど対応に困る。
	指定医の確保について。
	夜間休日の警察官通報の対応状況等。
	警察官通報対応の現状と課題。主に事前調査の実情について。
参考になったこと・ 感想	これまで人から聞いたり、資料で見たりする機会はあったが、他の自治体の方と直接話す機会がなかったことから、すべての事項においてとても参考になった。
	夜間休日は事前調査を対面でしていないが、全件対面でしている県が警察から遅いと言われていて、何がいいのか、むずかしいと思った。
	各県市により謝金の有無やその額、確保の方法(ボランティアや職員として雇用)など状況が様々でした。
	警察官通報から、調査を経て措置診察に至るまでに時間がかかることが共有された。電話以外の情報機器を使用して調査を行う等の工夫が聞かれ、参考になった。
	臨場調査に代えてオンラインを活用した事前調査の工夫を実施している事例を紹介いただいた。

グループB

グループで話し合 れたこと	警察官通報に伴う対応について、本課で行うのか保健所で行うのか、センター化などさまざまな体制を敷いている。自治体によっては夜間帯の体制が未整備な自治体や対面の事前調査が困難であり電話調査を実施している、移送については警察の同伴等の協力を得られている自治体がほとんどだが、職員のみで移送を実施する自治体もある等、具体的な項目は異なるものの体制整備が課題になっている。
	救急情報センターの運営について等。
	警察官通報から措置入院になる割合について都道府県で異なる。精度の高い通報になるためにどのようなことを取り組んでいるか。
	通報実績については、通報件数と措置診察実施件数に差がある県と、差がない県に分かれた。差がある県では、通報内容が通報要件を満たすか判断が微妙な事例が含まれることがあり、その結果、診察不要となるケースが生じている。一方で、差がない県では、通報要件に該当するか判断が難しい事例について、事前に警察から通報受理機関へ相談があるケースもあり、診察不要となる事例が少ないのではないかと、この意見が出された。
	23条通報に係る対応、移送体制、対面調査、措置診察判断の再考(戻し)等
参考になったこと・ 感想	自治体によって措置入院の運用が実にさまざまであることを改めて実感した。一方で、取り組みも様々であるため他自治体の取り組みや課題を知ることによって本自治体の課題を解決するための取り組みや本自治体としてうまくいっているところを知ることができた。通報対応体制について、保健所が行うのかセンター化するのかそれぞれの課題(例えば、センター化することで継続支援が必要なケースの情報提供や引き継ぎがスピーディに行えない等の現状が上がった)や利点を具体的事例を持って知ることができ、大きな収穫となった。
	精度の高い通報になっている理由は、事前に警察から保健所に情報共有があり対応相談していること、各圏域で精神科救急の連絡会を開催し、通報から入院までの流れについてすり合わせしていること等の話があった。
	他自治体の運営方法について、本県調整委員会に持ち帰ることができました。

不要診察の判断については、各県毎の体制の違いや、調査担当者のトリアージに差があるとも感じた。
措置診察判断の再考(戻し)は他府県でも行っていないことがわかった。

グループC

グループで話し合われたこと	各自治体での警察官通報の現状。
	<ul style="list-style-type: none"> ・受け入れ先の病院医師による措置診察の適否について。 ・現状共有 ・移送の対応 ・危険物等への対応 ・司法対応と措置入院との兼ね合い
	各県の通報対応の状況共有／対面調査の状況／対応スタッフの配置体制／空性確保／警察とのやりとりなど。
	各自治体の措置入院運用体制の共有。
	警察との連携方法、移送における課題、休日夜間の対応について等。
参考になったこと・感想	23条通報に係る対応、措置診察と入院受け入れ医療機関の調整、措置診察判断の再考(戻し)等。
	本県と同規模の自治体では、指定医の確保など課題が似ていた。夜間の通報対応に県警のOBを配置している自治体もあり、スムーズな対応の為に工夫していることが分かった。
	自分以外は県の方で、運用体制が全く本市と違っている自治体が多く、広い管轄地域の中で、被通報者のいるところに指定医が来るのではなく、被通報者が診察場所を転々と移動することによって措置診察を行っている実態を詳細に聞くことができました。常時対面調査を行う体制は良いと思いました。
	措置対応や情報センターを一体化運用している自治体の状況を知ることができた。人口規模などあるが、一体化運用の良さもある。自県のシステムのメリットデメリットや課題について考えることができた。警察官通報が保護しない状況である実態を知り対応に苦慮されている事を理解できた。警察との共有や関係性など各自治体ごとの文化は大きく関係していることを理解できた。
	措置診察不要で医療の必要性がある方の移送に関してどのように取り扱うか違いがある事。逮捕案件での移送に関して告知の有無が違う事。
	警察官通報においては、平時から警察との連携を図ることが重要と感じた。移送等で警察の協力が大きい自治体では、定期的に警察との協議の場を持つなどしており、当県の警察との連携を考える際の参考になった。
厚生労働省から、措置診察を行う精神保健指定医の所属と措置入院を行う病院を別にしようという指導があるが、他の自治体においても別にすることは困難で苦慮されていた。	

グループD

グループで話し合われたこと	警察官通報への対応の現状や課題、指定医確保の課題等について。
	夜間・休日の対面調査が困難(マンパワー・広域性・移動時間)で、警察と行政(保健所・センター)・医療機関の間での役割分担・理解の不一致が問題。
	警察官通報への対応の現状や課題、指定医確保の課題等について
	警察官通報の実態について。
	県警によって通報への対応や通報へのあげ方の違い。
	措置入院の受け入れ先について。
	警察が受診支援を目的として通報したり、正しい情報が得られないなど、警察の通報にも問題が多く苦慮している。
	各地域から、精神科救急体制の弊害となっている警察・行政・医療の連携が上手く行っていない現状が話し合われた。
	夜間休日の通報対応にはどの県も苦慮している。

参考になったこと・感想	ガイドラインを重視している県警もあることが参考になったし、摺合せをしている自治体もあることが参考になった。
	二次診察の医師の所属病院が受け入れていること。
	自傷他害のないケースが通報になっていたり、通報対象者が犯罪を行っていても逮捕されず通報になるケースがあること、指定医診察が特定の医師に偏っていること等、各都道府県で共通の課題を抱えていることが改めて分かった。

グループE

グループで話し合われたこと	各自治体における課題と現状について、「警察の通報の質が低いことによる診察実施率の低さ」「通報対応機関及び警察の人事異動による関係性維持の難しさ」などが挙げられた。
	指定医の確保や移送、事前調査に時間がかかること等はこの自治体でも課題となっている。その他、34条の体制整備や予算の確保等を課題とあげている自治体もあった。警察本部に保健師の派遣がある自治体では、警察とのやりとりが円滑になることもあるとの情報共有があった。
	「措置入院の運用に関するガイドライン」について、運用の現状と課題について共有するとともに、意見交換を行った。
	・指定医に、保健所が事前面接で措置診察必要と判断し、「知的障害、パーソナリティ、発達障害」の措置診察を依頼すると「こんな診断名は措置対象ではない」と、診察前から言われることがあるが、現状、これらの診断名の方の通報は増えている。状況から、自傷他害の恐れがあり、治療が必要と判断して依頼しているが、審査会からも上記の診断名だと「なんでこれが措置なんだ」と声が聞こえてくることがあるが、2名の指定医が現場で診て的確に判断している。診断書の書き方に課題があるようであれば、指定医の研修で取り入れてほしい。→指定医の研修には「措置」に関する講義内容はほとんどないとGWで聞いて驚いた。 ・ガイドラインに、性嗜好障害、アルコール精神病、知的障害、パーソナリティ障害、発達障害についての措置診察も具体的に示して下さっていると、運用がしやすくなります。措置診察の対象になる診断名の具体がなければ、「統合失調症」のみと思っている指定医の先生もおられます。
	属人的な共通理解の中で対応しており、人が変われば一からやり直す必要がある難しさ等、現場での警察との対応の大変さ等について意見交換を行った。
	警察官通報後で事前調査実施前に身体科へ救急搬送された事例を共有した。事前調査する際にはすでに警察が保護を解除しており、本人や調査者の安全確保などをどう確保するかなど戸惑ったという事例の共有があった。
参考になったこと・感想	警察の通報の質についてと、警察の人事異動は関連があると改めて感じた。警察は縦社会的なところが強いため、特に、指示を出す管理的立場の警察官の考え方によって通報の出し方や質が左右されるのではと考えた。
	どこの自治体でも共有の課題があり、同じく対応に苦慮していることが共有できて良かった。また、自治体の特性により、自分では経験したことがなかった苦労等も知ることができ、勉強になった。
	各自治体がガイドラインを基に、県警と23条通報等の運用について、その県ならではの現状と課題について、意見交換することができ参考になった。
	・措置診察について講習会に話題にならないときいて、精神科の指定医の中で、措置診察や救急医療、34条の移送問題などが触れられないということを感じて、少し驚いた。我々の地域精神保健の理解者をもっと増やしたい。ただ、件数が少ない話なので仕方ないのかもしれないが、地域の指定医の先生に理解をってもらうべく研修や説明会をしていくことも必要と感じた。34条についても、かかりつけ医が訪問診察するという壁があるため指定医の理解は欠かせない。
	速やかな事前調査実施が求められる中、警察OB会計年度任用がまずは迅速に臨場するという他自治体の対応方法は、一つの役割分担のあり方として参考になった。 ・具体例や留意点が記載されている方が、警察への協力依頼などがしやすい場合もあるのではないかと感じた。

グループF

グループで話し合われたこと	現状の報告の報告。
	措置業務が夜勤業務でたいへんである。研修は一括で扱うのが効率的である。身体合併症の受け入れ先が見つからないため合併症観察共通ツール作成。
	措置入院に関する職員体制の状況や、警察との連携体制などについて、各自治体の情報共有を行った。
参考になったこと・感想	その地域の事情に沿ったやり方に対応しているの、茨城県でも参考になるところは取り入れたい。また、緊急措置への考え方が、色々あって面白いと感じました。警察との関係を築いていくことはどの地域でも問題があるようなので、定期的な話し合いを持つ場を設けることは重要であると感じた。
	警察と県で様々な認識の齟齬があり、各県ともに認識の共有や事前事後の協議に苦慮されていることが改めて分かった。
	全国で様々な状況があることが分かったのは、今後の取り組みの参考とすることができた。
	自県の状況だけを見ていると「当たり前」に思ってしまうが、実際には自治体ごとに状況が異なり、改善に向けた検討が必要であると気付かされた。

グループG

グループで話し合われたこと	対面調査の指定医同行、夜間対応チームの雇用形態、通報から診察までの対応時間
	各自治体の警察官通報への対応について、情報交換しました。
	警察官通報の内容について、警察官とどのように調整しているか
	それぞれの自治体における通報対応体制・状況について
	23条通報から措置診察調整までの所要時間、通報対応時の警察官との判断基準の差異、措置入院(診察)時の移送体制、通報対応の体制などを共有した。
	事前調査の実施方法や、対応時間、日中休日夜間等の指定医の確保について
	夜間休日の体制について、グループで共有し、移送体制や診察する医師の確保について話し合われた。
参考になったこと・感想	当市は4月から週5日指定医を1名確保できる予定のため、他都市で同様に指定医を確保している自治体の業務内容や調査同行の有無などを聞いてよかったです。
	本市を含めた神奈川県では、委託契約しているタクシー会社の専用車両を使用して、原則行政職員が移送していますが、安全面から警察が直接搬送することを原則としている自治体もあり、地域によって対応が異なることがわかりました。
	自治体によって、警察官との会議の場を設けて意見のすり合わせを行っており、警察官との関係性を重要視していると感じた。
	自治体ごとに規模が異なるものの、同じ政令市の取組として参考になった。
	ときに「措置診察の判断や措置入院までの調整に時間がかかる」と、苦言を呈されることもあるが、所要時間についてはどの自治体も大きく変わらないことが共有できて良かった。
	管轄している地区の広さによって自治体ごとに通報時の対応が異なる(対面or電話面接)対応時間については大きな変化はなかった。
措置入院時の移送体制について当市では予算確保を含めて、強化をしてもよいと感じた。	

第5回精神科救急医療体制整備研修リアクションペーパー

各自治体の危機介入及び措置入院運用の現状と課題等に関するグループワーク①
 (「措置入院の運用に関するガイドライン」の運用の現状と課題について)

グループA

グループで話し合われたこと	自治体独自のガイドラインやマニュアル作成の有無。 国のガイドラインと実際の運用の乖離状況。
	診察する指定医と受入れ病院を別にするなど、ガイドライン通りに運用するのは都道府県によってはむずかしいものがある。
	事前調査が原則、対面調査となっていることについて、各県市の対応状況と課題。
	指定医確保について。
	ガイドラインの確認に留まらず、各自治体の問題意識を共有した。
参考になったこと・感想	国のガイドライン通りに進めることの難しい部分もあることを共有できた。
	難しいものもあるが、どの都道府県もできるだけガイドラインに沿った運用ができるようにと考えていた。
	患者受入病院の指定医が措置診察を行わざるを得ない現状が共有された。
	夜間・休日については、どの県市も対応に苦慮していることがわかりました。ただ、夜間についても対面調査を実施している県市もあり、その対応方法について知ることができ参考になりました。また都で導入しているオンライン調査についても情報共有ができ、有意義なグループワークとなりました。
	指定医確保に関しては各自治体も苦慮している実情が伺えた。

グループB

グループで話し合われたこと	警察から「早く来い」「男を出せ」と言われる、診察不要としたケースについて警察、医療機関からクレームが出る。
	通報要件の認識齟齬について等。
	ガイドライン前後での違いなど共有。
	各県の現状を情報共有した。
	措置入院に係る移送体制については、警察官による移送、民間救急車の活用、民間事業者への委託など、県によって体制に違いがみられた。また、民間事業者へ委託している場合には、依頼可能な時間帯に制約があるなど、移送依頼時に対応に苦慮するケースがあることが課題として挙げられた。
参考になったこと・感想	様々な関係機関や利害の間に挟まれながら措置の判断を行なっている状況が各自治体共通する部分だと感じた。
	1ヶ所のみガイドライン後に通報が増えたり、警察対応が変化した県があったが、他は変化が見られなかった。ガイドライン前後での変化も大きくなかった。
	精神科救急連絡調整委員会、各圏域での開催が必要だと感じました。
	地域資源によって課題も異なることがわかった。
	県によっては、民間事業者と職員のみで移送を行っているところもあり、対象者の不穏時の対応に苦慮するケースもあるのではないかと感じた。
一般的なガイドラインとは異なり、法定受託事務の事務処理基準とのことであるが、順守する基準としては、具体事案の列記が少なく、都道府県の裁量の余が与えられていなければ実務に十分対応できない	

グループC

	ガイドラインの発出前後で通報件数の変動があるか。
--	--------------------------

グループで話し合われたこと	ガイドライン発出後の警察の動きについて。
	措置診察を行う指定医が所属する病院に措置入院することについて
	センター職員が警察署に直面調査に行く流れについて、措置診察不実施となったケースについて、警察から移送の協力を得ることについてなど
	ガイドライン制定の影響。
参考になったこと・感想	埼玉県はガイドライン発出後に通報件数が激増したため他の自治体も同様のかと思っていたが、特に変動がない自治体が多かった為、埼玉特有の動きであることが分かった。どの自治体の警察もガイドラインをよく読んでくれているとのことだったので、精神科救急において警察と自治体との協力が重要だと再確認できた。
	警察がガイドラインを意識する、しないはこれまでの関係性や運用の円滑さによるところも大きいのではないかと思えた。ガイドラインをうまく使い関係性を高める動きが必要と感じた
	多くの自治体で救急当番よりかかりつけ病院が優先される体制となっているが、輪番制とうまくかみ合わなかったり、救急の補助金の対象外である平日日中の空床確保料の取扱いなど、体制の継続には課題が多い印象だった。
	ガイドラインが出る前後で、通報のうちの診察実施率が下がったという自治体があり、警察署がガイドラインが出たことによって、積極的に23条通報を挙げようになったのではないかといった新たな視点を持てました。また運用が違って、現場では同様の悩みが生じていることもわかりました。
	特定の自治体において、ガイドライン制定後23条通報が急増しているが、多くの自治体はそのような影響はないとのことであった。

グループD

グループで話し合われたこと	夜間・休日の事前調査の実施方法、診察不要・受診支援時の移送対応。
	ガイドラインの解釈が一義的でなく、現場での運用差・摩擦が生じ、警察側がガイドラインを強く読み解き「対面調査不要判断」を問題視するケースあり。 このことから、どこまでが「通報要件(刑事性との住み分け)」かの線引きが不明瞭。
	ガイドラインを重視している地域としていない地域の差があった。
	夜間・休日の事前調査の実施方法、診察不要・受診支援時の移送対応
参考になったこと・感想	精神科救急医療提供体制は、地域の実情に応じて体制を整えることとされているが、ガイドラインに記載されている対応は地域の実情に応じた内容ではない。ガイドラインに記載していることを実施していなければ法律違反なのかと悩む。司法対応が必要な事案が十分な取調べを行わず通報されている。
	警察側との共通ツールとしてガイドラインを使用できれば良いが、現場ではガイドラインが警察側の過大主張の恩恵となり、精神保健業務に影響を及ぼしている事が確認された。
	比較的上手くいっていると思っていた自治体にも課題があることがわかり、変な安心をした。
	通報が発生した地域や時間帯により、事前調査を電話で実施している県の現状や警察とのやり取りの状況等を共有いただいた(今後なるべく対面調査が実施できるよう人員確保等に取り組む予定とのことでした)。 通報件数が右肩上がりとなっている当県では、日中及び夜間・休日でも保健所が対応しており、ガイドラインに沿った対面調査の実施による保健所の負担が大きくなっているが、対応策が見出せていない。通報が増加している要因の分析は非常に複雑困難で、通報の精度に関して言及できる根拠もない。保健所において定期的に警察・医療機関との連絡会を実施し、警察官通報等に関する関係機関の認識を確認する取り組みは行われているが、人事異動により警察との関係性が変わることもある。 グループワークでも意見が出ていたが、調査方法や対応の時間帯等、地域の特徴を踏まえた対応をガイドライン上で認めてもらえるとうれしかった。
	グループワークでも、緊急措置入院を積極的に利用していることを実感した。
	措置診察の可否を行政職が判断する場合もあること

<p>ガイドラインの解釈が一義的でなく、現場での運用差・摩擦が生じ、警察側がガイドラインを強く読み解き「対面調査不要判断」を問題視するケースあり。 このことから、どこまでが「通報要件(刑事性との住み分け)」かの線引きが不明瞭。</p>
<p>司法としての役割を果たさず、社会防衛が横行している。ガイドラインは現場では非常に使いにくい内容である。</p>

グループE

グループで話し合 れたこと	<p>被通報者が保護されていない状態での事前調査については困難を伴うことが多いが、警察へ保護を依頼すると「警察で事前調査をしなければならぬ」と書いていないなどとクレームが入ることがある。</p>
	<p>現場対応が円滑に進み、警察に理解を得られるよう、ガイドラインに表現してほしい事項等について、意見交換を行った(保護なし通報、身体疾患の排除の考え方等)。</p>
	<p>「措置入院の運用に関するガイドライン」について、運用の現状と課題について共有するとともに、意見交換を行った。</p>
	<p>・ガイドライン改正に現場の声(特に保健所)を反映させてほしい。「事前調査を警察署でやる」と書いてないために、事前調査を警察でさせてもらえない県もあるようだった。「速やかに臨場」とあるために、その言葉を取り上げられ「速やかに臨場」しろと何度も言われ続けることもあるため、ガイドラインにより警察が行政を動かす武器?になっているところがある。現状が少しでもよくなるようなガイドライン改正を願う。 ・ガイドラインに、対象となる疾患名があったほうがよい。統合失調症から発達障害、複雑かつ困難事例へと対象者が変わってきている状況を反映するべきである。 ・アルコール関連の方への対応も、記載がほしい。 ・移送についてももう少し、行政が困らないような書き方をお願いしたい。34条の措置流れのことも記載してほしい。事前面接をして措置診察は不要だが受診が必要な人の搬送や、措置診察後「否」担った人の移送を全て34条として使ってよいなら、全国の行政職員がどれほど助かるかと思う。本県では、警察にお願いしているが、永久的ではないかと思う。京都市、福島県での運用を是非ガイドラインへ取り入れてほしい。本県では、委託会社があるため、それができれば通報における移送問題が解決する。ただ、運用に課題がありすぎて、使えないと理解している。</p>
	<p>措置入院の運用に関する困難や課題、実際に対応に苦慮した事例等も共有した。 現場の事前調査が安全かつ効率的にできるような、一定の考え方を示したガイドラインにしてほしいとの共通認識を図った。</p>
	<p>・ガイドラインの内容というより、各自治体の救急医療体制についての情報交換が主であった。 外来対応施設の運用の状況などについて</p>
参考になったこと・感想	<p>ガイドラインを含めた法律や通知などについては、地域の実状に合った対応ができるようにあえて細かい決まりを設けていない、といった内容の話があったと記憶している。個人的には、記載がない＝こちらに裁量がある、と認識しているが、記載がない＝できない、またはやらなくていい、などと解釈する人も少なくないのだと感じ、難しいところだと感じた。</p>
	<p>地域差があるためどこまでガイドラインに盛り込むのか難しい部分もあると思うが、現場が動きやすいガイドラインになると良いと思った。</p>
	<p>事前調査のあり方(方法、対応者等)の課題感が共有できた。</p>
	<p>各自治体がガイドラインを基に、県警と23条通報等の運用について、その県ならではの現状と課題について、意見交換することができ参考になった。</p>
	<p>感想:ガイドライン改正は、担当している行政職員が待ち望んでいる希望の光です。熟知しながら対応をしている全国の職員の声を拾い上げてください。本県は、国のガイドラインから県版を作成し、23条通報以外の通報についても、県のガイドラインとして追記しております。24条から26条通報が多い状況があります。改正後のガイドラインにも入るとよいと思います。矯正施設や刑務所などがある地域の意見も吸い上げていただけたらと思います。本県では、R7年度に26条通報の人の措置入院受け入れ先が見つからず、日本全国80カ所以上の精神科へコンサルをかけるなど、非常に大変な事例を経験しました。受け入れ先が見つからない、措置診察の人をどのようにしたらよいのか、最終なるのか、医療観察法の問題も絡んできますが、県レベルの対応で無理な場合のことも議論が必要だと感じました。国へ相談前になんとか、みつかりました。全国の医療機関のかたと話す機会ともなり勉強にはなりましたが、全国的にこのようなことがあるのかも知りたいと思いました。</p>

・滋賀県の現状など各地での現状を共有できた。

グループF

グループで話し合われたこと	各自治体からの提案。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインを元に県版マニュアルを作成している。その中で、薬物関係の人は司法手続きを優先することになっていたが、昨年、司法と医療は別物として同時並行して受けられるよう改正した。 ・22条、24条、26条にも対応した内容にしてほしい。 ・具体例を示してほしい。 ・緊急措置 <ul style="list-style-type: none"> →平日日中に緊急措置の依頼があることもあり、いかがかと思う。 夜間はほぼ緊急措置で対応している。 夜間は県立病院で緊急措置入院させ、翌日に他病院の医師2名の診察を受けている。このスキームでスムーズに運用できているので、問題となっていない。 緊急措置はほぼ行われていない。連絡調整委員会で病院から「もっと活用してはどうか」との意見も出たが、県としては緊急措置を否定しているのではなく、ガイドラインに沿って適切に行うこととしている。
	23条以外のこともガイドラインで掲載してほしい。 外国人対応の通話アプリがあるといい。 措置診察医の輪番表あり。
	<ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインに基づくマニュアル作成の有無。 ・実務上で困難となる点 など。
参考になったこと・感想	今回23条のガイドラインなので、22、24、26条通報に関してもガイドラインを作成して欲しいとの意見がいくつかの自治体から上がっていた。また、当県も同じ意見を出したが、具体例をもう少し示してほしいとの意見があった。
	担当外の内容が多く、十分な意見交換ができたか分からないが、本県においても共有し、参考にさせていただきたい。
	先駆的に取り組んでいる自治体のやり方を参考にしていきたい。
	身体合併症対応や警察等の関係機関との調整に向け、各自治体で取り組みが進んでいる一方、依然として難しさがあることを共有できた。

グループG

グループで話し合われたこと	身体科治療に関する23条通報の取り扱い、事後通報について。
	各自治体の警察官通報への対応について、情報交換しました。
	診察を行う医師と別の病院へ入院させるためにどのように仕組み作りをしているか。
	ガイドラインに関する意見は特に出なかった。
	ガイドラインを中心とする話題にはあまりならなかった印象があるが、措置診察を行わないと判断した後の対応について、苦慮していることを共有した。
	日本語が通じない方との面接や、身体合併の方の対応、移送について
	警察官から対応時間の短縮を求められていることから、他市の状況を確認し、話し合われた。
参考になったこと・感想	措置診察の要否判断の際に、警察との認識のズレが生じる場面がありますが、意見交換や研修等を通して、双方の理解を深めていくことが重要であると思いました。
	どこの自治体も診察を依頼する際に入院先病院と異なる医師に複数依頼をしておき、苦勞をしていると感じた。
	ガイドラインをもとに判断を行っても、各機関において読み解き方に差異があるため、共通認識を持つには繰り返し協議を行っていく必要があると感じた。
	意識不明で身体科搬送と同時の23条通報が増加、対面調査の2次救急、3次救急の協力を得るために動いているが、他都市ではあまりそういった通報事例がないという現状が分かり、今後の対応の参考になりました。

自治体によってタブレットや携帯のアプリを使用し対応している。
身体合併症の方については、病院との綿密なやり取りや警察への理解等どの自治体でも対応に労力がかかっている。
移送は、自治体によってタクシー会社や民間救急業者と契約を結び、円滑な手配、移送について行っていた。当市も対応について考えていきたい。

平均としても5～6時間の対応時間がかかっているが、調査及び移動等からこれ以上の短縮は難しいとも感じた。

第5回精神科救急医療体制整備研修アクションペーパー

各自治体の危機介入及び措置入院運用の現状と課題等に関するグループワーク②
(精神科救急医療体制整備事業の現状と課題について)

グループA

グループで話し合われたこと	検察に送致された後も24条ではなく23条で通報が上がることについて。 身体合併症についての事業化について。外国人対応について。
	指定医の確保がむずかしく、緊急措置になることも多い。
	47条支援の移送方法、身体合併症患者の受診、外国人(言語)対応 通報から臨場、措置診察まで時間がかかる、指定医確保及び報酬 等。
	患者の移送手段について。
	診察移送、指定医確保、身体合併症について。
参考になったこと・感想	身体合併症の方の対応については、どの自治体も対応に苦慮していることが分かった。
	どの自治体も課題が類似している。地域事情が影響しているものもあり、ガイドラインに沿った対応だけでは難しい部分もある。
	指定医確保料を医療機関に支払うなどの対応が出たが、それでもむずかしいので、指定医業務にもっとメリットを持たせてほしいと思った。
	措置不要だが、医療が必要な方の医療機関への移送について、どの県市も苦慮している実態が分かった。特に、医療保護入院相当の患者の移送については、どの県市も患者や家族等にお願いしており、患者・家族等の負担が大きいという点は共通の課題であると認識できました。
	指定医診察について、診療所医師の診療報酬インセンティブを背景に協力を得ている事例があった。

グループB

グループで話し合われたこと	夜間の23条通報対応体制が整備されていない。圏域で措置入院の運用に関するガイドラインについて協議する場が設けられていない。34条移送の体制が整備されていない、精神科救急について輪番制で医療機関を設定しているが、手上げ方式であり、夜間休日に救急精神科医療を必要とする方が医療に繋がれないことがある、身体合併の際に関係者間での連携がうまくいかない、措置診察が必要となった際の指定医確保が困難、センターが対応した23条通報事例について、継続支援が必要になった際に管轄保健所及び関係者への情報提供や支援依頼などがスピーディにいかないことがある、
	①34条移送の現状について。 ②22条の取扱いについて。
	措置不要者への支援等。
	34条移送について、移送体制およびマニュアルの整備はしているが実績が無いという県が多く、具体的な検討までには至っていなかった。
	23条通報の件数に対して措置診察実施件数が高いのはなぜか。
参考になったこと・感想	事前調査一つとっても自治体差が激しいと感じた。
	丁寧な調整が必要だと感じました。
	①どこの県もほとんど実績がないことがわかった。(委託契約等体制は整えているが実績がない)人権的な問題もあり、アウトリーチ事業と連動してかんがえていけるとよいという意見もあり参考になった。 ②島根県以外はほとんど取扱いがないことがわかった。対応はほとんどが各保健所で行っていた。
	本県でも34条移送の実績はなく、34条移送の体制についてはグループワーク参加者以外の他県の動向も知りたいと感じた。

23条通報が入る前に、あらかじめ警察から相談がある。あきらかに措置診察の対象でない場合は、23条通報前に受診支援等で対応している。

グループC

グループで話し合われたこと	<ul style="list-style-type: none"> ・平日昼間の診療体制の確保について国庫補助がない中どのように工夫しているか ・身体合併症患者の対応に対する工夫について
	<ul style="list-style-type: none"> ・受け入れ先の病院医師による措置診察の適否について ・現状共有 ・移送の対応 ・予算
	<p>対面調査の詳細、輪番体制を組むための補助金、身体合併、妊婦、自宅での保護からの通報、搬送時のリスク管理、24条移送時の告知の有無、かかりつけ病院の扱い、外国人通訳など。</p>
	<p>対面調査の状況／身体合併症対応／自宅での保護依頼／移送／治療中断ケースへの対応／家族への暴力の措置や司法対応</p>
	<p>身体合併症の取扱い、一般救急や身体科との連携について</p>
	<p>日中の空床確保、身体合併症の取扱い、不拘束事案、外国人対応 等</p>
参考になったこと・感想	<ul style="list-style-type: none"> ・平日昼間の補助金がないためこの自治体も予算取りが厳しい状況であるとわかった。他の自治体では平日日中に関して100%病院の御協力のもとに成り立っているとの状況であった。措置診察や措置入院を御対応いただく民間病院に対して丁寧な説明を行い関係を構築することが必要であると感じた。 ・身体合併症の患者については、どの自治体でも通報が上がった場合も救急隊が対応した場合も病院選定に時間を要し困難事例になっている。岡山では身体合併症患者を一般の病院で受けて頂いたあとは100%県立で受け入れる、という体制にしたところ、一般病院での受入率が高くなったとのことだった。参考にできる部分は検討していきたいと思う。
	<p>ファシリの方が円滑に進行してくれ、テーマが盛りだくさんで、それぞれが参考になりましたが、運用上、警察署との相互理解、協力がとても重要であることが認識できました。</p>
	<p>他県は岡山よりも多くのケースを警察に頼りきらず移送されている実態がわかった、加えた自力で移送が困難なケースは警察との協議をしつつうまく協力を得ながら運用されていたことがとても参考になった。自県は警察に頼りすぎている現状を理解できた、家族への暴力への対応については多くの県は共通していたが、措置でなく司法対応が良いと思えるケースの警察の理解は難しい状況はあった。</p>
	<p>かかりつけ医の取扱いが違う事。措置転院の動きが違う事。</p>
	<p>身体合併症への対応として、精神科と身体科の協力体制を確立している自治体があり、参考になった。精神科と身体科の認識をいかにすり合わせていくかが課題と感じた。</p>
	<p>本件は日中の空床確保ほ病院に求めているが、他自治体では受け入れ先の確保に苦慮している様子であった。身体合併症に係る自治体の事業が参考となった。</p>

グループD

グループで話し合われたこと	<p>指定医の不足、措置入院先病院の選定、身体合併症対応医療機関の指定状況、外国人への対応診察の要否判断に迷う場合の対応 等。</p>
	<p>各自治体ともに夜間・休日の対面診察・調査が人手不足で逼迫しており、指定医の確保が困難で、特定医療機関や医師に負担が偏在している。 また、身体合併症(内科的治療が必要な精神患者)の受入先が少なく地域差が大きい。</p>
	<p>自治体よっての通報への対応の違いやその後のフォローの体制についての違い。</p>
	<p>夜間休日の措置診察について。</p>
	<p>各府県における輪番体制や指定医確保の状況について情報交換を行った。何処の府県も指定医の確保に苦慮している。</p>
参考になったこと・感想	<p>各都道府県の地域の特徴や通報件数等により課題やそれに対する方策が異なる場合もあり、状況が似ている県の考え方が参考になった。</p>
	<p>自分の自治体以外の運用も聞くことできたのが大きい。今後の対応に活用していきたい。</p>

参考になったこと・感想	当県は指定医の連絡先をほぼ確保しているが、他の県ではそれも確保できていないことが驚きであった。
	精神保健チームをつくり通報対応にあたっていること、事前調査を実施しない時間帯がありそれを警察に伝えていること
	措置入院の運用について、夜間・休日の整備体制が遅れている自治体が多い事に驚愕した。
	指定医の調整について、輪番病院とは別に措置診察に係る指定医の輪番を作成している県や診療所協会に依頼し、協力可能な指定医の一覧名簿を作成した等の取組が参考になった。当県は県土が広いこともあり、圏域により2名の指定医に依頼できず緊急措置入院となる場合もある。常時対応型施設に指定医診察の協力が得られたり、診療所の指定医の協力がもっと得られるとよいと感じた。また、グループワークで指定医資格の更新要件に措置診察の対応実績を入れて欲しいとの意見があった。特定の医師に負担が偏ることを予防できるのではないかとと思うが、一方で資格更新者が減ってしまうことも考えられるため難しい問題だと感じた。
	指定医更新手続き等に指定医診察の協力の文書を個々に送付。平日21時までは指定医の調整を行う。

グループE

グループで話し合われたこと	ほとんどの自治体で共通して挙げられていた課題が「指定医の確保が難しい」であった。
	各自治体での精神科救急体制について情報共有した。夜間・休日にも保健所で緊急対応をしていることの負担(2日に1回携帯当番がある)、ガイドラインに現場の体制を整備することも盛り込んでほしいとの意見があった。
	通報対応を行う自治体の持続可能な体制確保や、法に基づき行政の要請により業務を行う指定医の確保に課題があることについて意見交換を行った。
	各自治体における精神科救急医療体制整備事業の「現状と課題」や「課題に対する取り組み」について情報交換を行った。
	・保健所の体制に限界が来ているという話が出た。夜勤体制を検討していたり、県の担当者が尽力している話が聞けた。また、既に、数年前に限界が来て、3年がかりで、精神保健センターで夜勤体制を取り入れた県、数年前から、全県1カ所まで会計年度任用職員(警察OBや看護職など)を雇い完全委託で時間外対応をしている県、日中は保健所、時間外は精神保健福祉センターで保健師以外の職種(PSW、NS、警察OB)で対応している県など工夫している話が聞けてよかった。また、これから、夜勤体制をとると検討している県もあるとのこと。このようなことが全国でできるよう、精神科救急体制整備事業の中には、県が保健所の体制整備を担うよう位置づけしてほしい。事前調査も、対面と電話との県があった。(ガイドラインにも対面以外の電話等での調査可能としてほしい)。
	徳島県の救急医療体制の窮状に近い現状を共有した。
参考になったこと・感想	指定医の確保の困難さについては日頃から感じていたものの、それは自分が離島保健所という少し特殊な所属であるが故の悩みだと思っていた。しかし、グループワークでは多くの自治体から同様の意見があったことで、これは現所属であるが故の悩みではない事を知り、そして、これからのこの課題への対処法について考えなければならぬと考えを改めさせられた。
	24時間365日を保健所で対応している自治体がけっこう多いことに驚いた。その点では本県の体制は恵まれている方だと感じた。現場の職員のメンタルヘルスも大事であるため、国も巻き込んで考えてほしい内容だと思う。
	自治体ごと体制はそれぞれ異なるが、抱えている課題は共通していることがわかった。それぞれの体制の工夫について、さらに時間をかけて深く知りたいと思った。
	各自治体が作成した事前課題を基に、自県の現状や課題について報告してもらった。各自治体による措置対応の運用について、参考にできる点など共有することができた。

参考になったこと・感想

・措置診察の体制や方法の平準化はとても難しいと思ったが、都道府県の状況に応じてやり方を柔軟にしていくのもありなのかなと思った。当県の場合は、人口46万人、通報R7は12月末で通報98件、措置診察は23件(10日に1回ペース)と数は少ないが、5人で時間外対応をしているため、2人組で2日に1回程の公用携帯の当番を回しており目に見えない待機時間の負担を抱えながら業務をしている。若い職員の「嫌われる業務担当」になる懸念がある。他の県でも「若者はやめていく」との声もあり、どこも同じだと思った。

・「保健所の精神科救急体制の整備」を、保健所だけの問題とせず、国、県、保健所全体で考えていかないと、法整備やガイドラインの整備ができてでも運用ができない事態は目に見えている。これだけ、保健所の職員が全国で大変大変と言い続けて何年も経過している。何かを契機にセンター化ができた都道府県は、なんとか精神科救急システムが回っていると思うが、そうでなく、保健所の担当者だけに、負担が強いられ、施策として体制整備ができない自治体もたくさんある。他県では「時間外の携帯が持てる人は精神保健担当にならざるういえないような人事になっている」と。何度も繰り返してしまうのですが、「精神科救急医療システム」がうまく回らないと全て保健所にしわ寄せがきます。保健所の体制整備、マンパワーの問題が解決しなければ対応ができません。にも包括もすすんでいかないと、保健所はいつまでも、通常の相談と危機介入を両者で中心となり動かざるを得ません。全ての事業が一緒に前に進んでいかないと、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムは実現しません。どうか、「保健所の救急体制の整備の位置づけ」「ガイドライン改正」をお願いします

・マンパワーについてですが、「精神保健相談員」の配置という方法もありますが、「精神保健福祉士」が全国の都道府県や市町村に配置整備が義務づけられるとよいと考えています。本県には配置がありません。他県はどのようにして採用に至ったのを知りたいところです。児童相談所に保健師の配置が明記されたのと同様にできないでしょうか。精神保健福祉士が、精神保健福祉センター、保健所、各市町村の相談窓口、精神科救急情報センターに配置されたらと個人的には切に願っています。資格でできて28年たちます。是非、国の施策で検討していただきたいです。

主管課と保健所との庁内連携の難しさなどを感じた。現場の実情をいかに主管課に伝えていくか、静岡県方から提案があったり、有意義な意見交換ができた。

グループF

グループで話し合
れたこと

- センター体制か個別体制か
 - ・夜間休日対応を、保健所と本庁が持ち回り(当番者は決まった詰所で待機)で担当していたが、4年前に精神保健福祉センターへ集約した。メリットは①研修を精保センターだけに行えば良いことと、②救急情報センターも担っているので連携しやすいこと。精保センターの職員を増員し、看護師も配置した。ただし、精保センターの負担は大きく、職員の負担は集約前と変わらない。
 - ・センター体制に移行したことで、県内の措置業務の均てん化(保健所ごとのバラツキが無くなる)や研修の一元化ができた。
- 輪番病院の要件に保護室は入っているか。輪番病院から「どこかに規定はあるのか」と言われ、受入を断られたことがある。
 - ・要件になっている(3県)
- 外国人対応
 - ・ポケットーク。医療通訳と契約。
 - ・家族や外国人実習生の派遣元会社等で通訳できる人に依頼。平日日中は通訳会社に依頼。
 - ・実習生の派遣元会社等が通訳を手配。警察が手配してくれることもある。
 - ・外国人はすべて県立病院で受けており、通訳のための予算を取っている。ボイストラ。
- 市町村同意は24時間365日取れるか
 - ・休日に病院が役場に電話しても、週明けにしてくれと言われ、対応してもらえなかった。
 - ・長期連休時には、本庁が各市町村の対応窓口(TEL)を集めて対応。
 - ・休日夜間につながる各市町村の対応窓口(TEL)を集め、全病院に配付している。
- 外来診察
 - ・保護室が無い(=診察の結果、入院が必要でも受け入れられない)との理由で、診察すら受けてくれない病院がある。
 - ・外来のみの病院と入院可の病院があり、外来のみの病院で診察後、入院が必要になれば精神保健福祉センターで再度受入先を調整している。
 - ・措置は県立病院、医保は輪番病院で受けるが、初期救急(外来含む)は受けていない。
 - ・輪番病院、常時対応型病院で外来も受けている。

グループで話し合われたこと	○身体合併症 ・関係者の共通ツールとして精神疾患合併症観察基準を作成
	全体会議で身体合併症患者の受け入れの基準を検討する。 PEEC研修の実施 研修案内は、SWや看護宛てにして周知
	アウトリーチ支援の活用可能性や現在の実施状況について情報交換を行った。
参考になったこと・感想	各自治体、精神科救急を維持することには大変な苦労があることが分かった。特に、過疎地区では、対応が難しくなっていることが多く、都市部に負担がかかっているという事情があった。当県も例外ではないので、これを地域医療構想でどのように考えていくのかが課題と考えた。
	担当外の内容が多く、十分な意見交換ができたか分からないが、本県においても共有し、参考にさせていただきたい。
	PEEC研修の実施を検討したい。
	アウトリーチ支援は有効である一方、関係機関との役割分担や、「早期の医療介入を目的とした支援」と誤解されない広報の工夫など、整理が必要であると感じた。

グループG

グループで話し合われたこと	受け入れ先病院と異なる診察指定医の確保について。
	各自治体の精神科救急医療体制について、情報交換しました。
	搬送の際の体制確保をどのように行っているか。
	各自治体における指定医調整の現状、緊急措置の運用に対する姿勢、日中の通報事案に対する対応などについて共有した。
	自治体によって面接の手段や対応方法に差がある。
	外国人の対応について話し合われた。
参考になったこと・感想	輪番のリストを組んだり、病院ごとで①受け入れ病院②1次診察③二次診察と役割をきめて、ローテーションをしていたり他都市の工夫が聞けてとても参考になりました。
	本市を含めた神奈川県では、受入病院の指定医が診察を行うことについて、運用の見直しを行っています。グループの自治体の中には、診療所やフリーの指定医に協力を得るなど、指定医確保に向けて工夫されていることがわかりました。一方で、緊急措置診察で対応せざるを得ない状況もあり、指定医確保はどの自治体においても、共通の課題となっていることがわかりました。
	職員のみで搬送している自治体があり人員の手配に苦労していると感じた。
	自治体によっては、非常勤の精神保健指定医を雇用するなどの取組みをしており、参考になった。
	緊急措置の運用を良しとするのか、措置入院受け入れ病院の指定医による2次診察を良しとするのか、何を優先するのかは異なるが、国からの指摘と実情の葛藤は大きいと感じた。
	指定医の確保や医療機関の確保が共通の課題で、自治体によってタブレットの配布等円滑な情報のやり取りができるよう工夫がされていた。
他市でも苦慮していることがわかり、今後様々な方策が必要であると感じた。	

第5回精神科救急医療体制整備研修リアクションペーパー

各自治体の危機介入及び措置入院運用の現状と課題等に関するグループワーク②
(精神科救急医療体制整備事業の課題に対する取り組み(工夫))

グループA

グループで話し合われたこと	指定医の確保について。外国人対応についてタブレットを活用していること。警察から診察結果を聞かれた際の対応について。
	外国人の対応が増えてきて、受入れてもらえる医療機関も限られている。
	外国人対応について。情報機器を活用した調査(言語対応)や、受入病院に対する研修を実施している自治体があると情報共有があった。
参考になったこと・感想	外国人対応、措置入院後の後方(転院)移送、警察との情報共有
	東京都では会計年度任用職員として精神保健指定医を毎日6~8名雇用して日中帯の診察に備えているが、それ以外の自治体はお願いしまわる現状がある。 外国人対応のタブレットの活用について(当自治体でもタブレットを導入しているが実際の診察場面で活用していない現状があるが、東京都でうまく使っていると聞きし当自治体でも積極的に活用していこうと思った)。
	工夫にあたっては予算措置が必要となるものもあるため、安易に取り入れられるものではないが、他自治体の取組例を参考にしていきたい。
	翻訳サービスのタブレットを用意するなど、いろんな通訳の方法があることを知れた。
	外国人、外国語対応には、通訳の他、ポケットク等の活用も考えられるが使い勝手に難があることが分かった。措置診察の結果等について警察からの照会に回答する際の情報管理に工夫が必要であるとの意見があった。

グループB

グループで話し合われたこと	身体化が絡むケースについて、精神保健福祉センターがガイドラインを作成、各関係機関で共通認識を図った。センターから保健所への引き継ぎ等で困った事例についてセンターにて調査を実施予定、夜間の通報対応について本課で予算を確保し移送車両や対応体制を整備予定、警察と通報対応機関(保健所等)と措置の基準について齟齬が出る際にすり合わせつ機会を協議の場等を活用し実施している、措置診察の依頼について自治体圏域の診療所協会に協力依頼を実施。
	34条移送について。
	栃木県では身体合併症観察基準のツールを作成し活用しておられた。その運用について情報共有してもらった。
	身体合併症に対応できる医療機関は限られており、受入れ医療機関の調整に苦慮するという意見があがった。
参考になったこと・感想	事前調査について。
	実に様々な情報を得られた。時間が足りないくらいだった。今回同じグループにならなかった自治体とも情報交換ができればと感じた。大変貴重な機会をいただきました。ありがとうございました。
	どの自治体も苦慮されていると感じました。
	栃木県で検討会を設けてツール作成されていた。このツールを使用することで措置対応時の迅速な対応につながったと聞き参考になった。
	実際、身体合併症のケースは精神科単科病院で診ることが難しい事例もあり、保健所やセンター、精神科病院の身体合併症に対する共通認識を図ることが必要と感じている。
	他府県は、基本的に全件対面調査を実施している。

グループC

グループで話し合われたこと	事前調査のオンライン実施の可否について。
	保健所での対応のばらつき。
	身体合併症の取扱い、一般救急や身体科との連携について。
	警察との関係作り/身体合併症対応のための病院との関係。
	上記の現状と課題についてと一体的に意見交換をおこないました。

	日中の空床確保、身体合併症の取り扱い、不拘束事案、外国人対応 等。
参考になったこと・感想	埼玉も他の自治体も警察から事前調査のオンライン化を求められているという点は同じであった。川崎では子機を本人に渡して直接話判断する方法をとる場合もあるとのことであったため参考にしたい。
	本市が参画している神奈川県内の4県市システムの、良さにも気づくことができ、現在見直しを進めている中で、良い部分はきちんと残していくようにしていきたいと思いました。
	自治体ごとの協議の場の工夫を共有した。事例を通じたその都度の共有の必要性。身体合併症対応については、精神科病院側の協力も得ながら病病連携の中で相談、協議をしていくことが重要。
	警察や保健所の担当者により通報内容や支援内容の変化がみられることは全国的にある事でありそのため、ガイドラインを土台とした人材育成の必要性を痛感した。
	身体合併症への対応として、精神科と身体科の協力体制を確立している自治体があり、参考になった。精神科と身体科の認識をいかにすり合わせていくかが課題と感じた。
外国人への対応について、他自治体で導入している医療通訳システムの情報が参考になった。	

グループD

グループで話し合われたこと	指定医の不足、措置入院先病院の選定、身体合併症対応医療機関の指定状況、外国人への対応診察の要否判断に迷う場合の対応 等。
	指定医の謝金、身体合併症について。
	外国人対応について。
参考になったこと・感想	県立・大学病院に身体合併の受入枠を整備されている自治体在り、多職種の事例検討会で意見交換・連携強化を定期的に図る事で、警察・消防等と密な連携強化につなげている。
	外国人対応については、どの都道府県も困難を抱えている。
	日当の金額、自治体・医療機関・消防などが参加し事例検討会を開催していること。
	指定医の調整について、輪番病院とは別に措置診察に係る指定医の輪番を作成している県や診療所協会に依頼し、協力可能な指定医の一覧名簿を作成した等の取組が参考になった。当県は県土が広いこともあり、圏域により2名の指定医に依頼できず緊急措置入院となる場合もある。常時対応型施設に指定医診察の協力が得られたり、診療所の指定医の協力がもっと得られるとよいと感じた。また、グループワークで指定医資格の更新要件に措置診察の対応実績を入れて欲しいとの意見があった。特定の医師に負担が偏ることを予防できるのではないかとと思うが、一方で資格更新者が減ってしまうことも考えられるため難しい問題だと感じた。

グループE

グループで話し合われたこと	・他県では、時間外の通報対応の体制整備が進んでいた。特に滋賀県では、H20年度早い段階ですすんでいたようだ。待機に対する評価がない、夜中休日に待機し遠くに行けない家族にも迷惑をかけている、ずっと仕事をしている状況があり、3年かかって体制をとったとの話をきいた。また、いろんな職員に兼務をかけて組織全体のバックアップがとれていた。ボランティアでの待機、サービス残業での対応などの問題も解決できているようで参考になった。このような全国の取り組みをもっと、知りたいと思った。「措置診察及び措置入院者支援の課題整理と今後の保健所の対応に関する研究」は継続していただき、施策への反映をお願いしたい。
	各自治体同様の課題を抱えており、それぞれに工夫していることがわかった。
	課題を改善するための取り組みについては、できることとできないこと、なかなか理解してもらえないこと等があり、一筋縄ではいかない現状がある。離島を抱える自治体特有の対応の難しさ(特に指定医の確保)も共有した。
	職員体制、報償費、一般救急との体制の差、コロナなど感染対策時との予算の差など様々な話題がでた。
参考になったこと・感想	課題に対する取り組みや工夫について話す時間をあまり設けることができなかった。しかし、日々の業務の中で自分が感じている課題や困難さについて他自治体からも同様の意見が億あったことで、自分だけではないと励まされたため、大変有意義な時間となった。
	救急医療施設の役割分担や連携、23条通報への対応体制、ガイドラインに沿った措置診察の実施など、それぞれについて一つずつ時間をかけて情報こうかんをしたいと思った。本日は話題にならなかったが、災害時の23条通報対応について、実際の対応例(能登、熊本、東日本等)の共有やそれを踏まえた対応に関する意見交換をしたいと思った。

	体制を整備してもそれが機能していなかったり(輪番制が機能していない、空床がない等)、同じような困りごとが他の自治体でも発生しおり、改善策を見出していくのも難しいと感じた。
	現状の精神科救急医療体制で従事することは常に災害対応をしているぐらいストレスや運用の難しさにさらされているという声が印象に残った。

グループF

グループで話し合われたこと	精神科救急における身体合併症について。
	輪番体制では保護室確保を要件に入れいている。 移送の実績はあまりない 医療通訳人材バンク・VoiceTra 厚生労働省が公表した「新地域医療構想」への各県の動きについて情報交換を実施した。
参考になったこと・感想	身体合併症への対応を課題としているところが多く、ひとつの問題としては、どの症状までを身体合併症として捉えるかという問題を上げていた。この問題に関して、判断基準を設けている自治体もあったので、是非、参考にしてみたい。
	暗黙のルールもあるので、文書化させておくのも大事なことだと思った。 救急情報センターと相談窓口との連携が重要である。
	精神医療分野では、身体合併症対応の強化や一般医療との連携推進が示されており、今後は身体合併症との連携体制の構築が重要な課題となると感じた。これらの視点を踏まえ、今後の研修企画の検討にも活かしていきたい。

グループG

グループで話し合われたこと	外国人の対応について、移送手段について、氏名不明(名乗りもない)対象者への診察告知について。
	各自治体の精神科救急医療体制について、情報交換しました。
	措置診察指定医確保の工夫、通報対応職員の配置などを共有した。
	社会的資源や病院、警察との連携について。 他市では診察のための医師の確保について、様々な対応をしており、今後のための話し合いがなされた。
参考になったこと・感想	氏名不明(名乗りもない)対象者への診察告知について。あて名がなければ告知したことになるかと厚労省見解を確認した他市があったが、当市で措置診察まで至った事例がなかったためその場合告、知文はどのように対応するのが適切なのか知りたいです。
	本市を含めた神奈川県では、救急システムの見直しを行っていますが、地域の実情を理解しながら、情報交換の中で取組めそうな内容については、4県市で共有し、検討していきたいと思います。
	指定医確保についての工夫は様々で、受け入れを想定している病院以外の病院で輪番を組んでいたり、通報対応の部署に医師を配置する予算を要求したりと、参考になった。
	自治体ごとに利用できる社会的資源や予算に違いがあるため、良いと思った点が全てできるわけではないが、当市も沿えるように対応していきたい。
	雇用する等の対応をしているが、夜間休日の対応までは苦慮している印象があった。当市は2名体制で待機をお願いできていることの維持ができるよう努めたい。

図1 精神科救急医療施設数（2024年度）

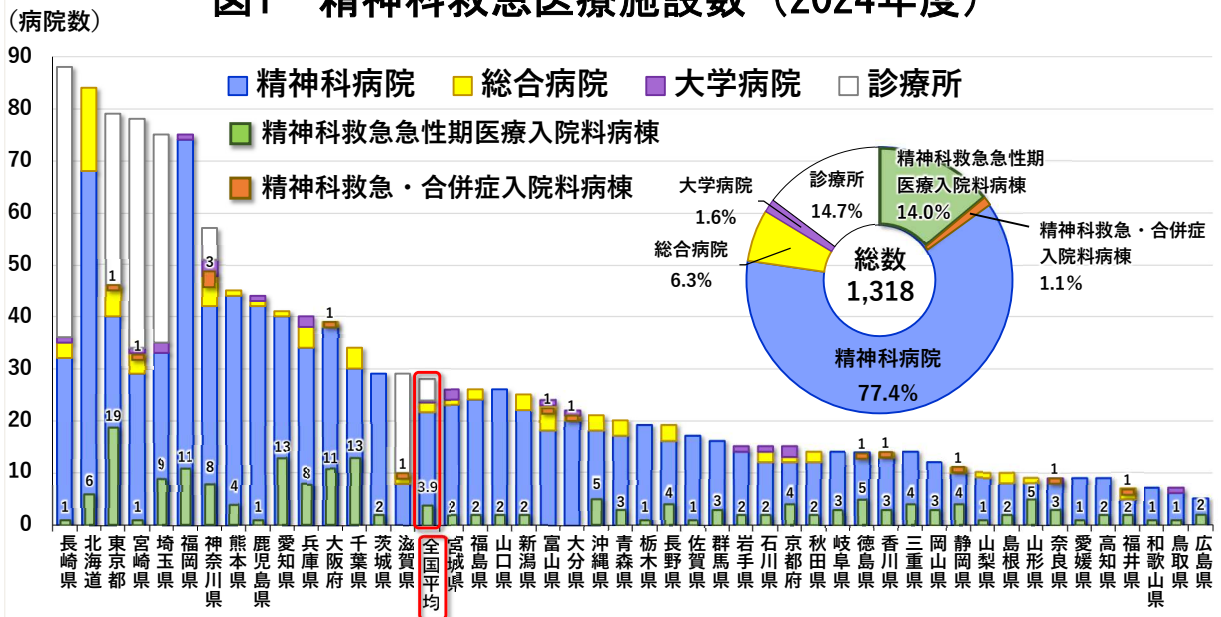


図2 人口万対精神科救急医療施設数（2024年度）

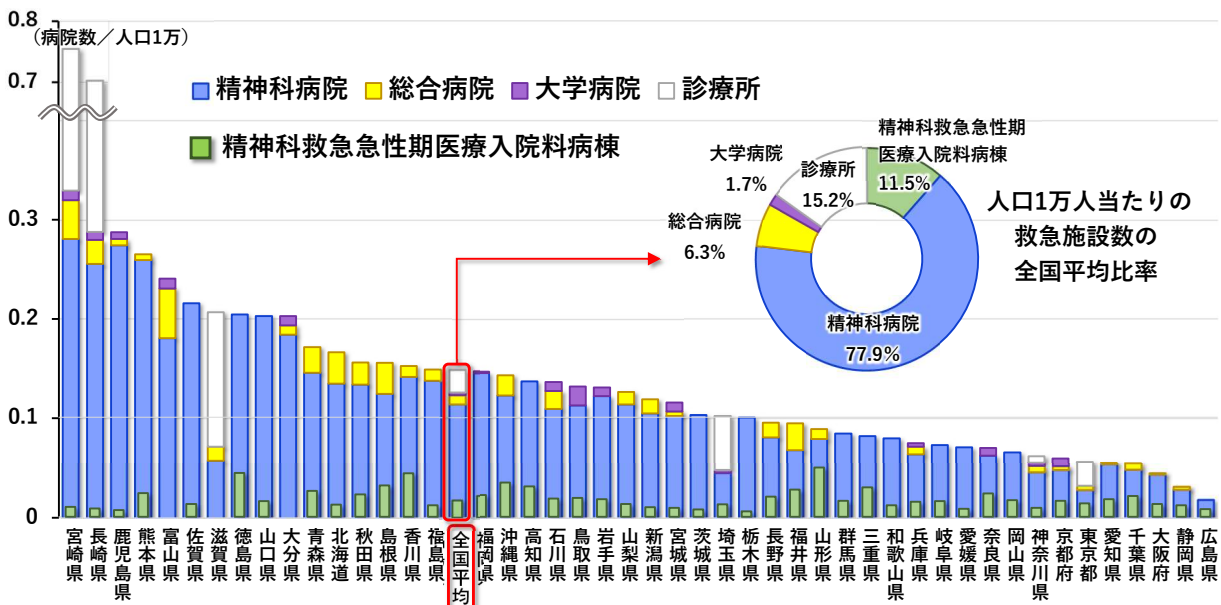


図3 受診前相談（精神科救急情報センター + 精神医療相談）の実績（2024年度）

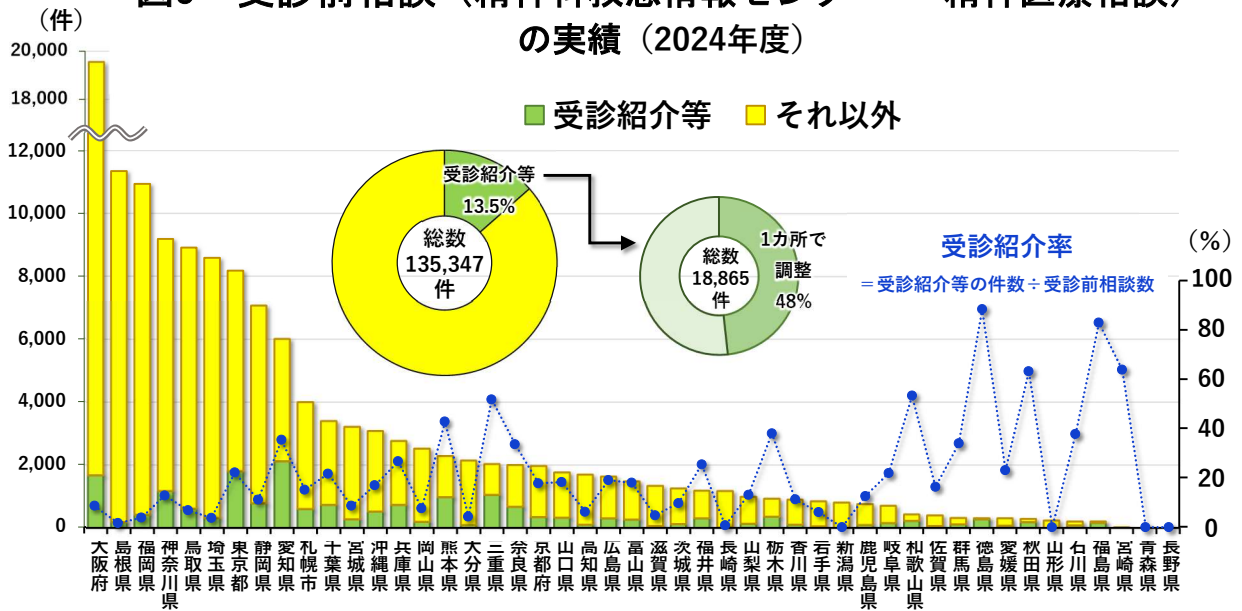


図4 人口万対受診前相談数と受診紹介率（2024年度）

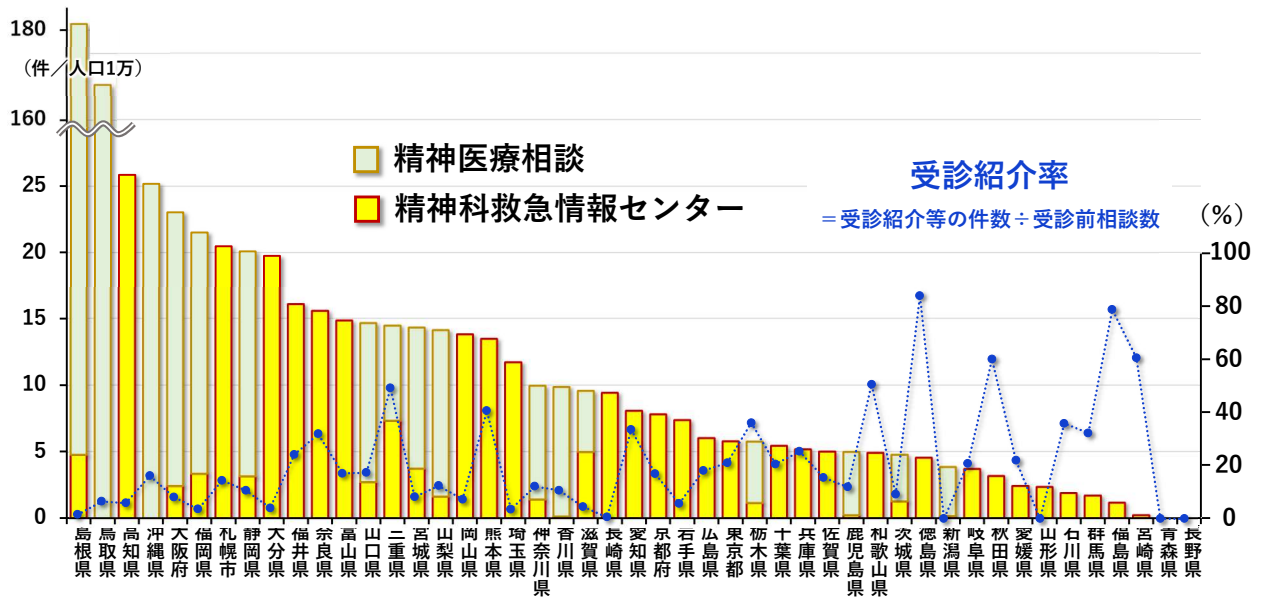


図5 受診総数と受診前相談を経由した件数
(2024年度)

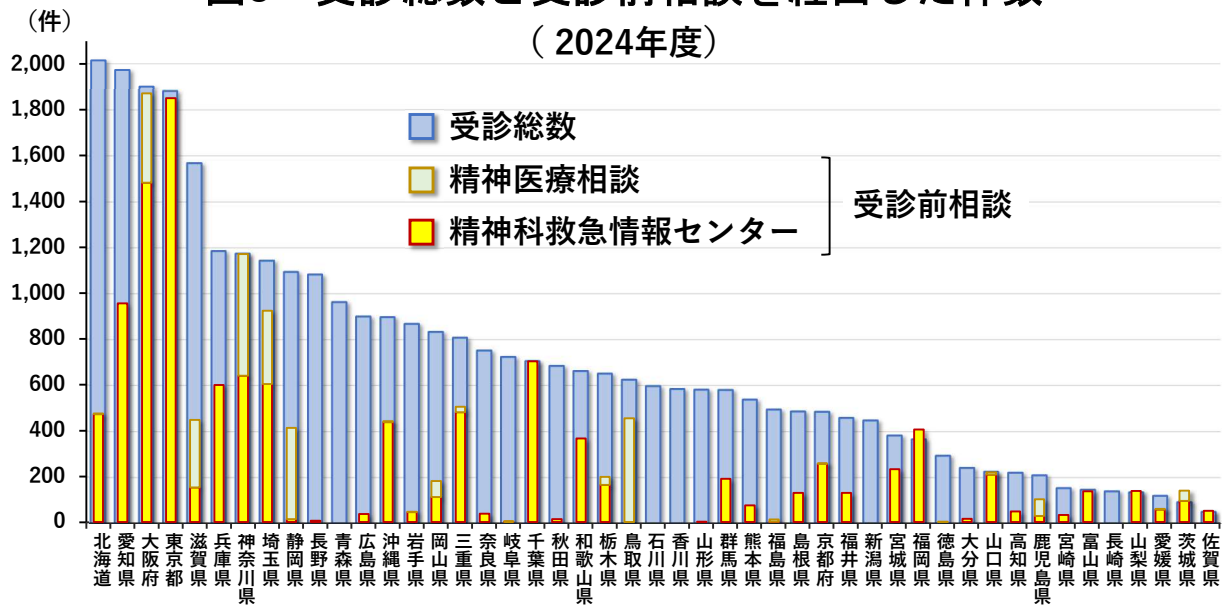


図6 人口万対受診総数と受診前相談を経由した件数
(2024年度)

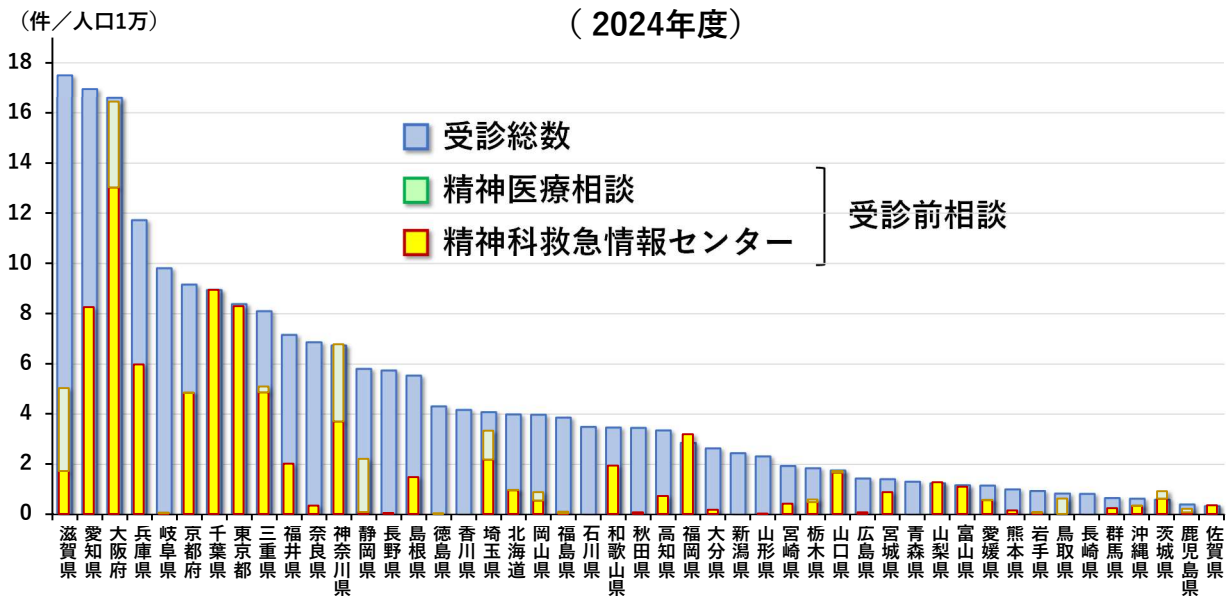


図7 受診総数に占める受診前相談経由の比率
(2024年度)

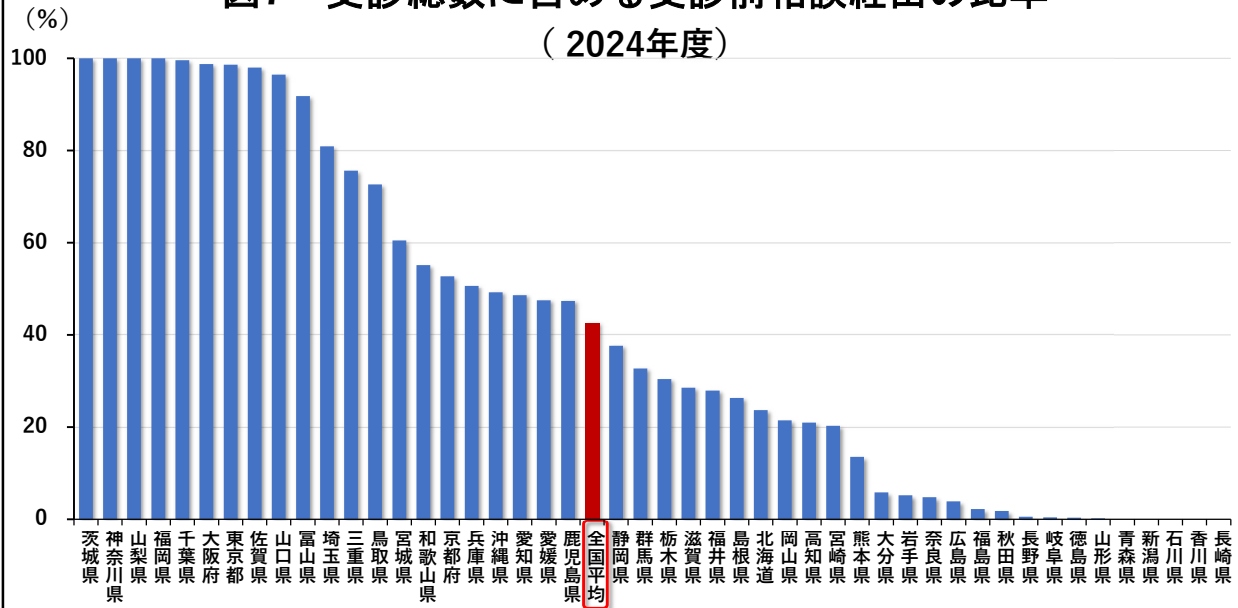


図8 受診総数に占める受診前相談経由の比率と入院率の相関
(2024年度)

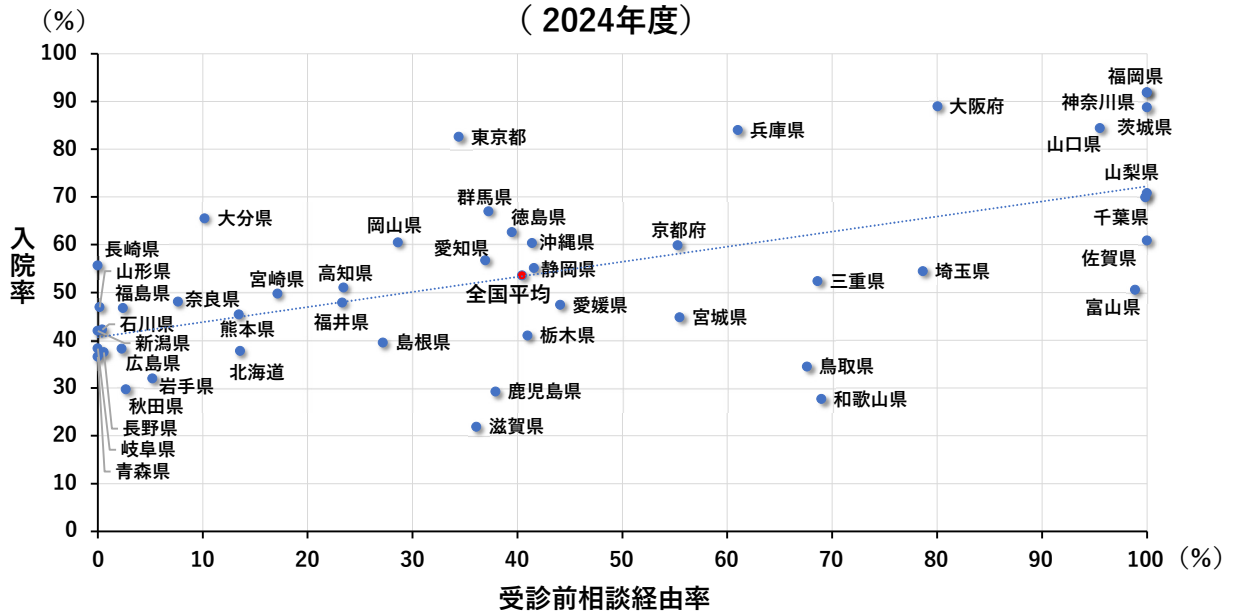


図9 受診及び入院件数 (2024年度)

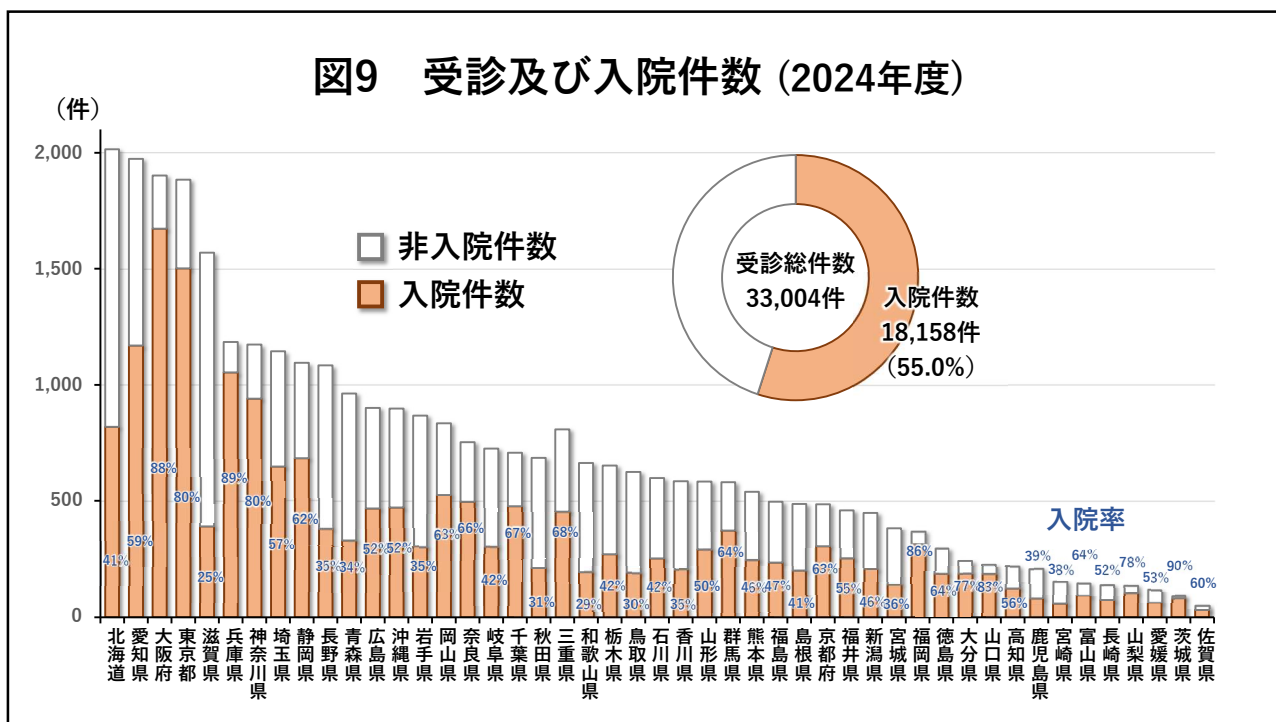


図10 人口万対受診及び入院件数と入院率 (2024年度)

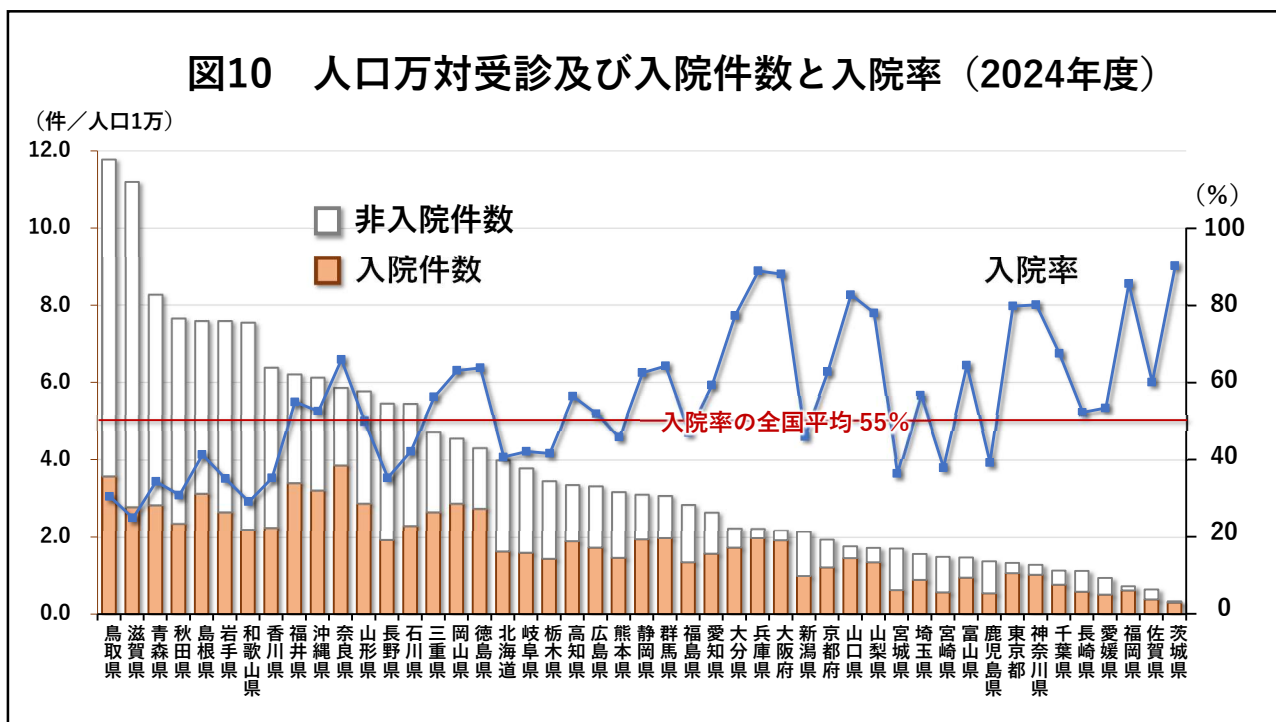


図11 入院形態別の入院件数（2024年度）

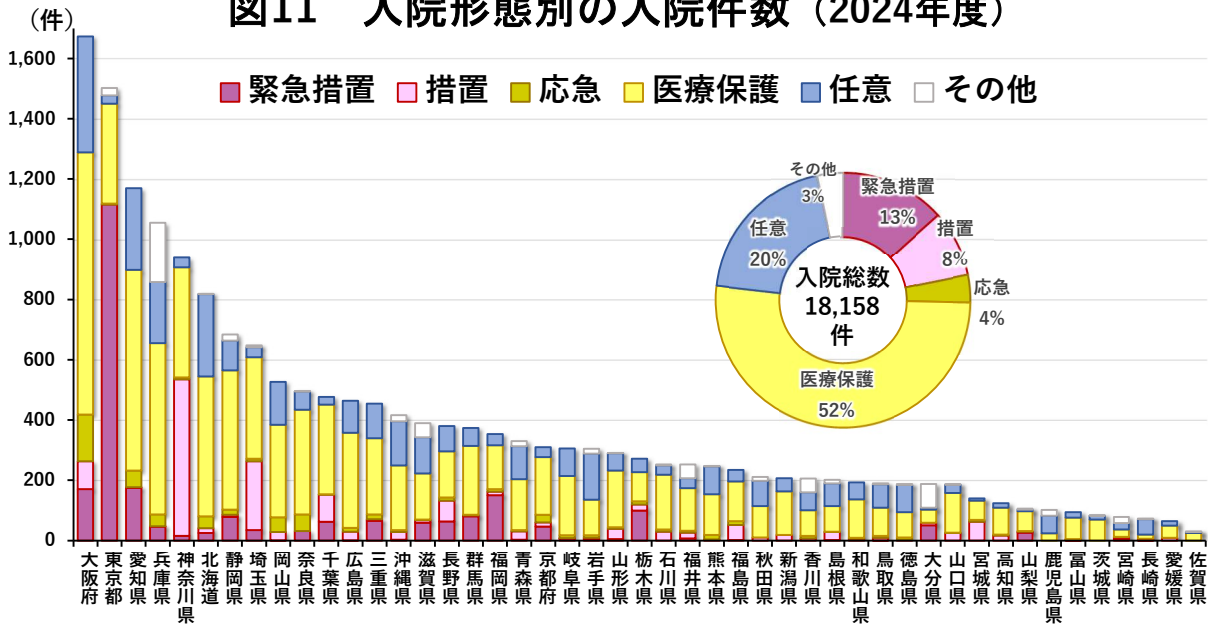


図12 人口万対受診件数と入院率の相関（2024年度）

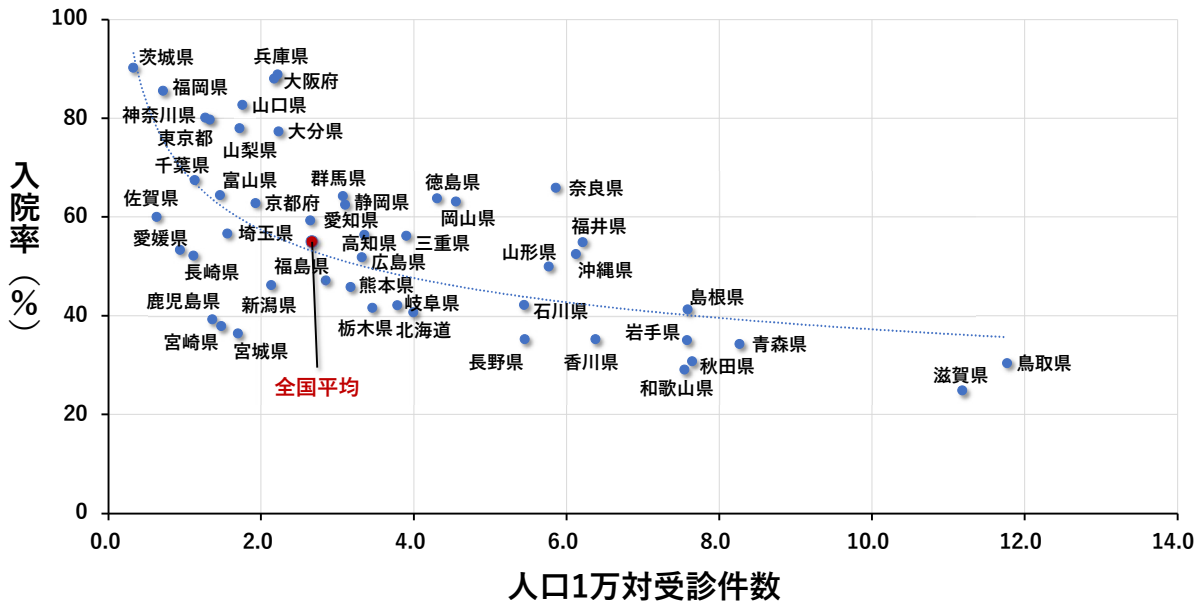


図13 受診経路の比率（2024年度）

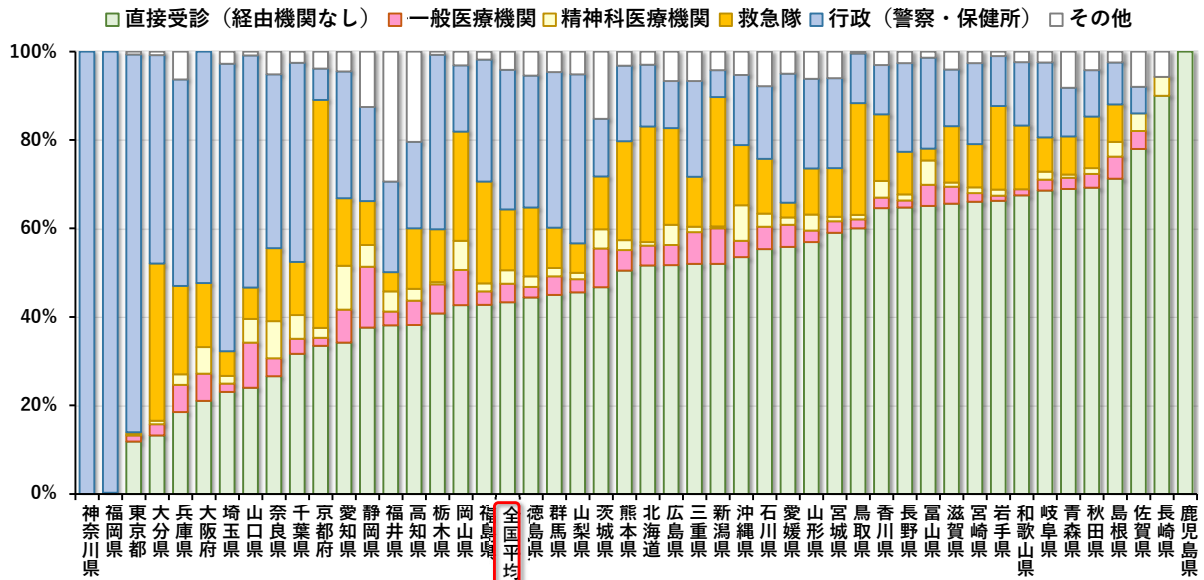


図14 人口1万対受診件数の受診経路内訳（2024年度）

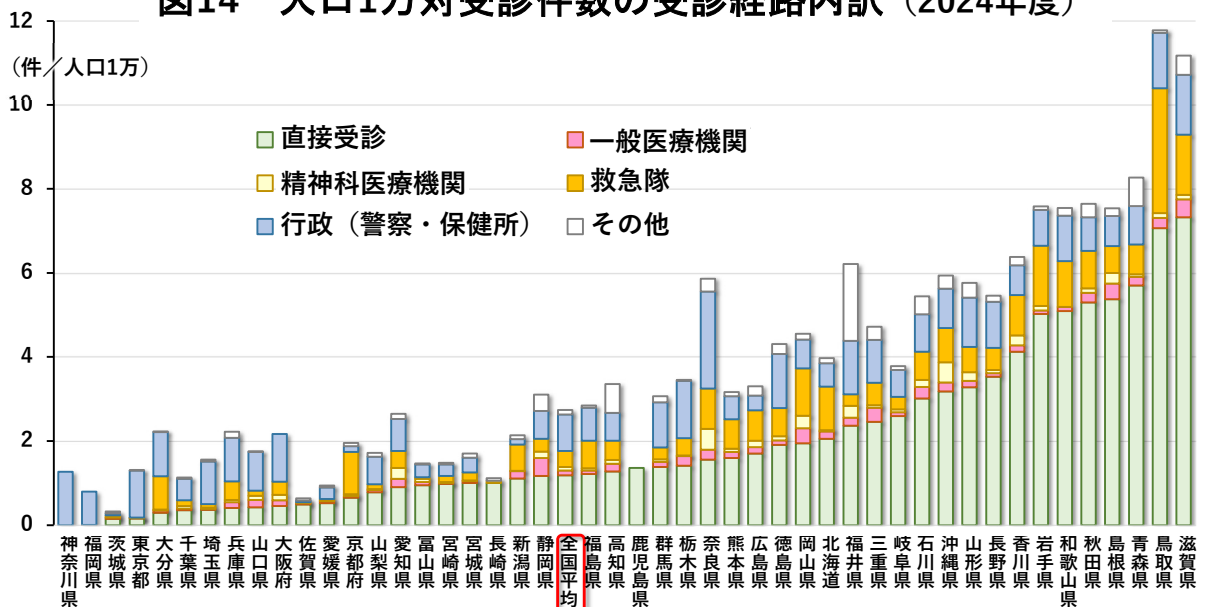


図15 直接受診率と入院率の相関（2024年度）

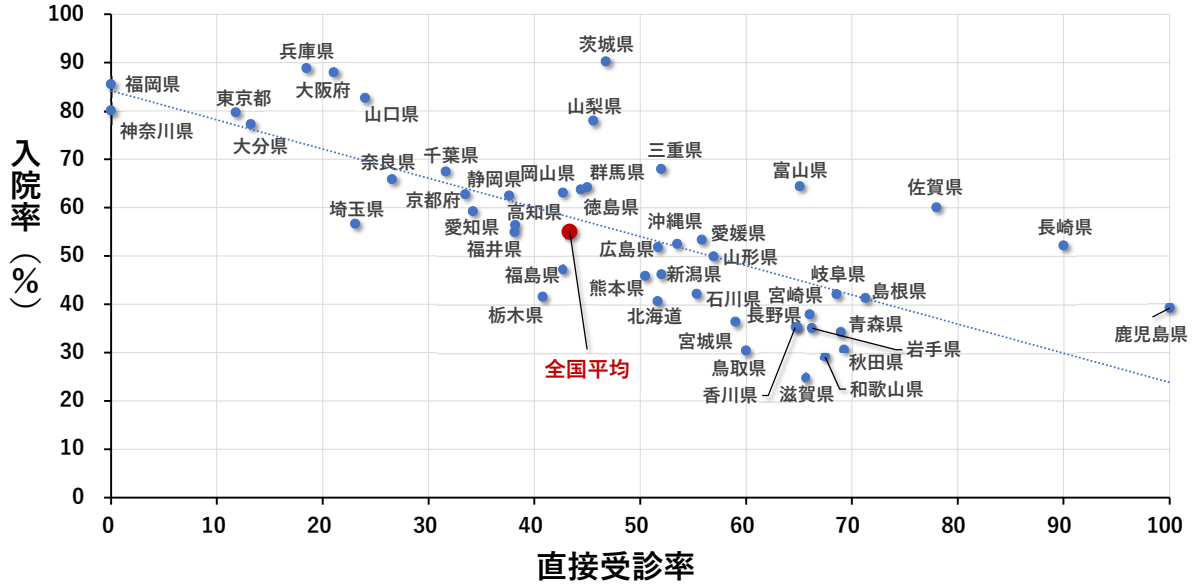
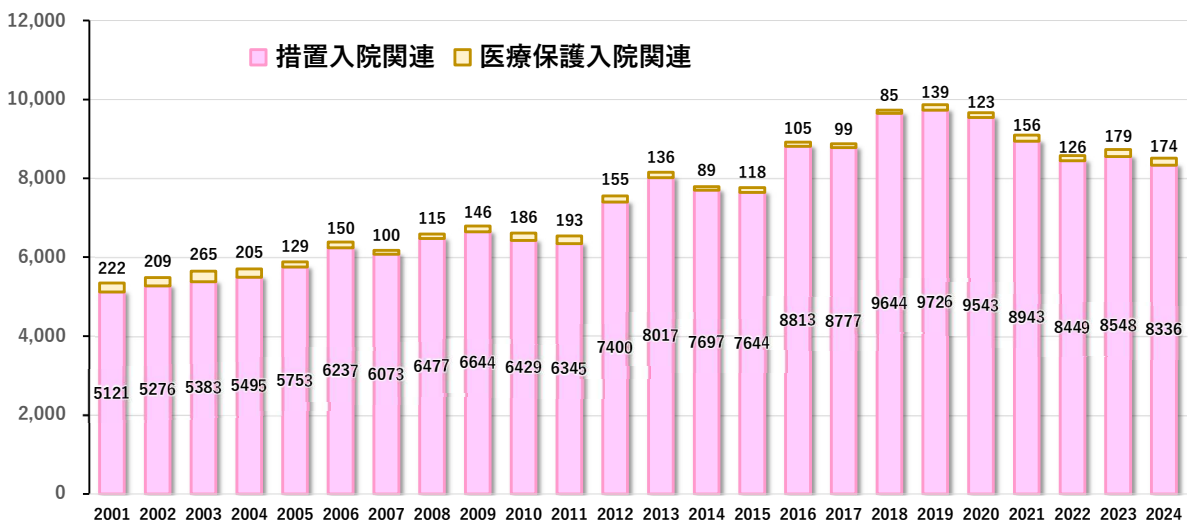


図16 移送件数の推移



衛生行政報告例より作成

図17 都道府県別の移送件数（2024年度）

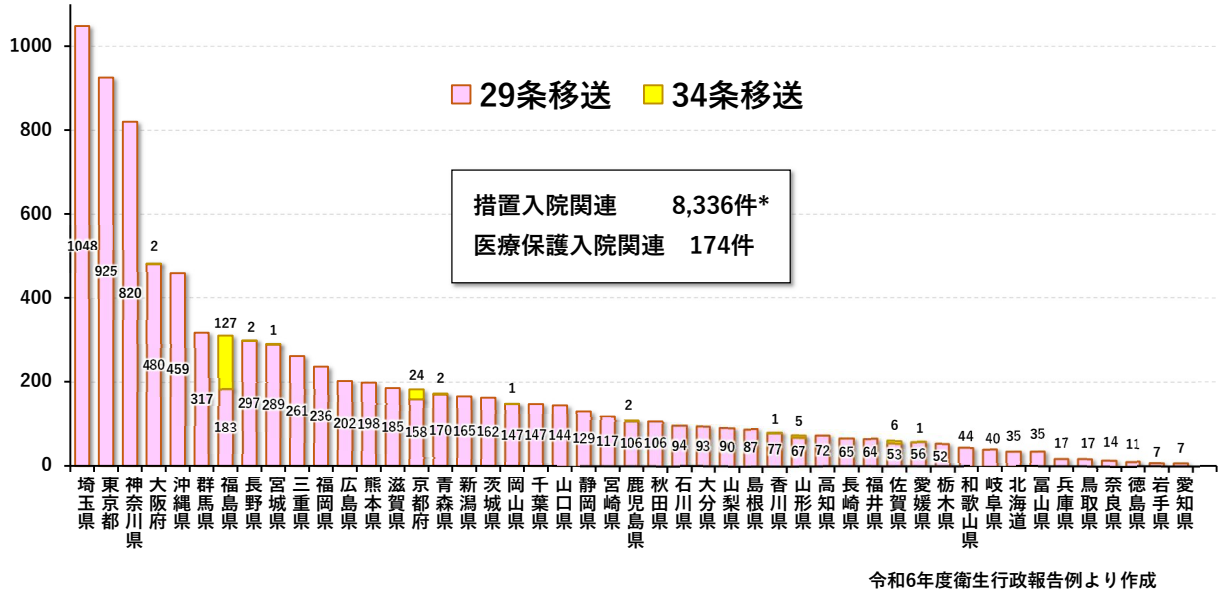


図18 申請・通報件数および措置決定数の推移

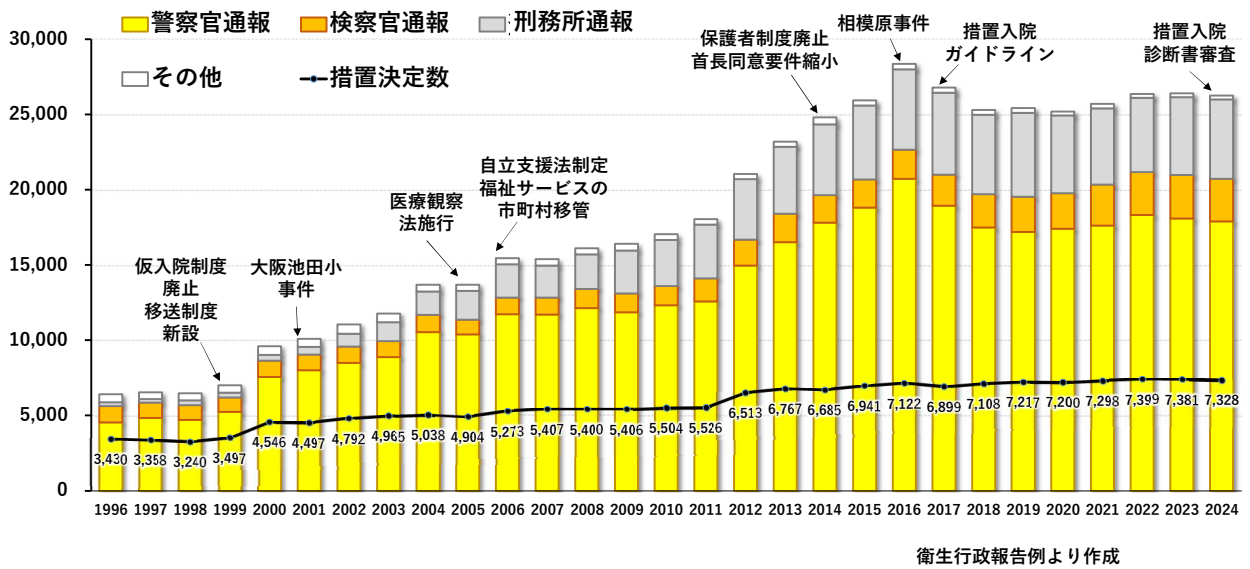
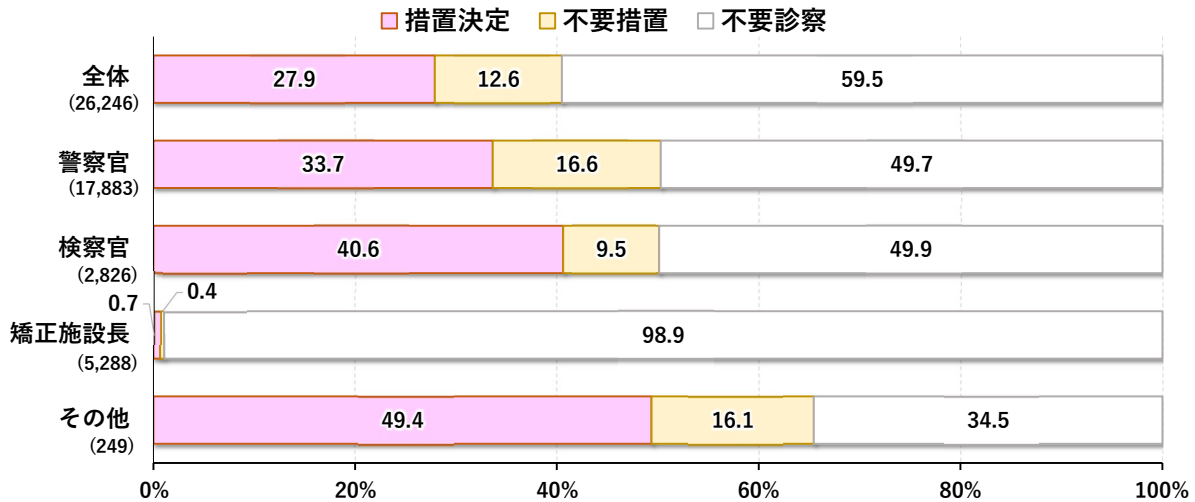
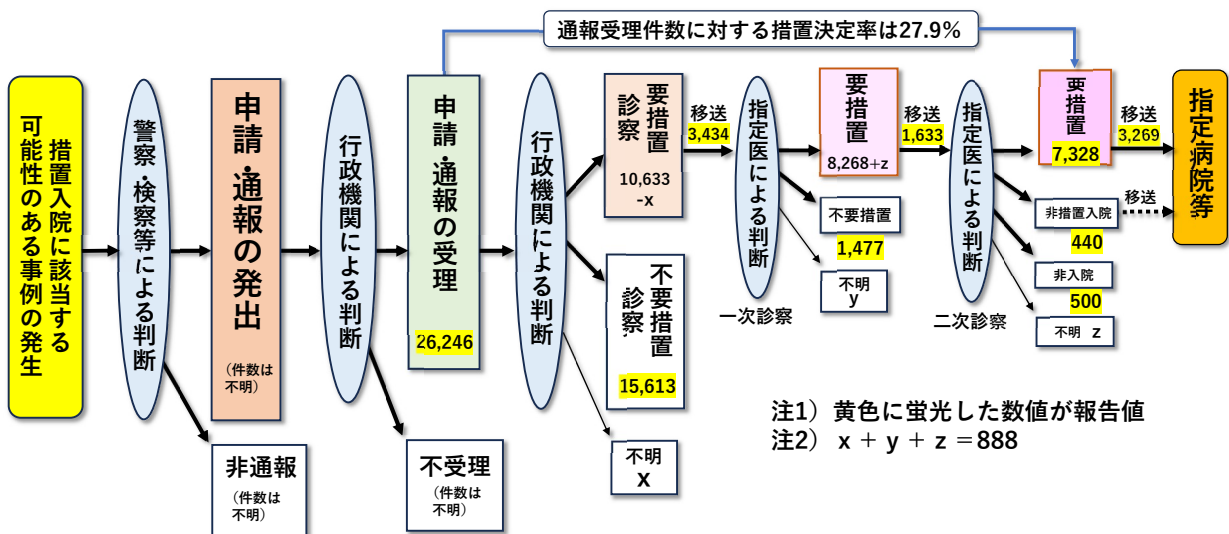


図19 申請・通報者別の通報等処理状況（2024年度）



令和6年度衛生行政報告例より作成（不要措置は転帰不明を含む）

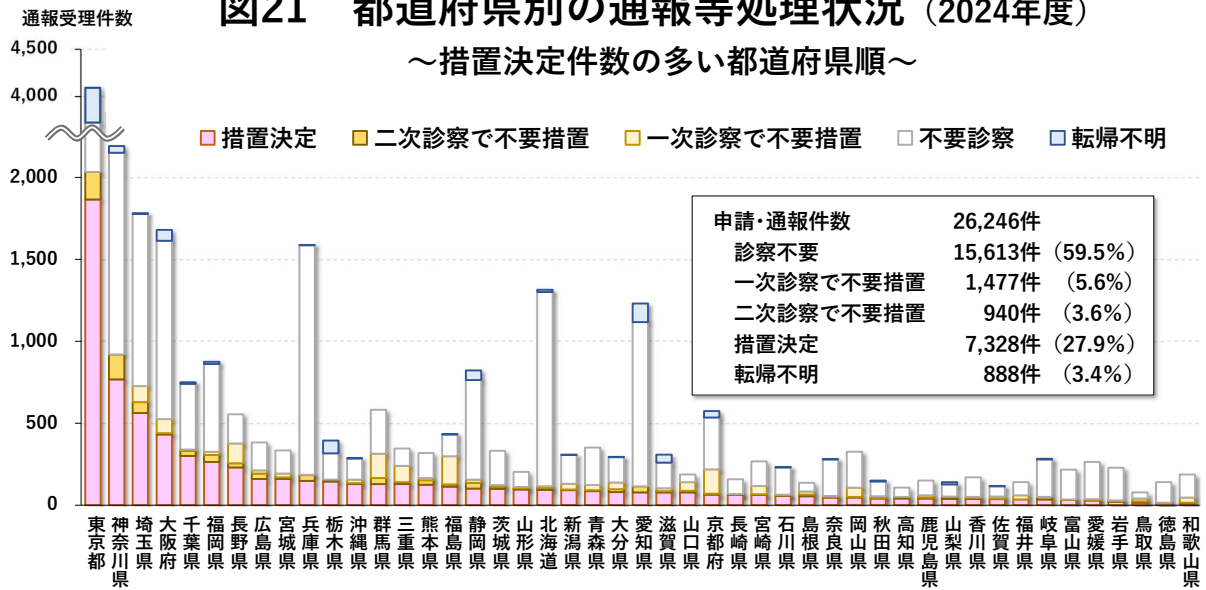
図20 自傷他害事例の発生から措置入院までの流れ（2024年度）



令和6年度衛生行政報告例より作成

図21 都道府県別の通報等処理状況（2024年度）

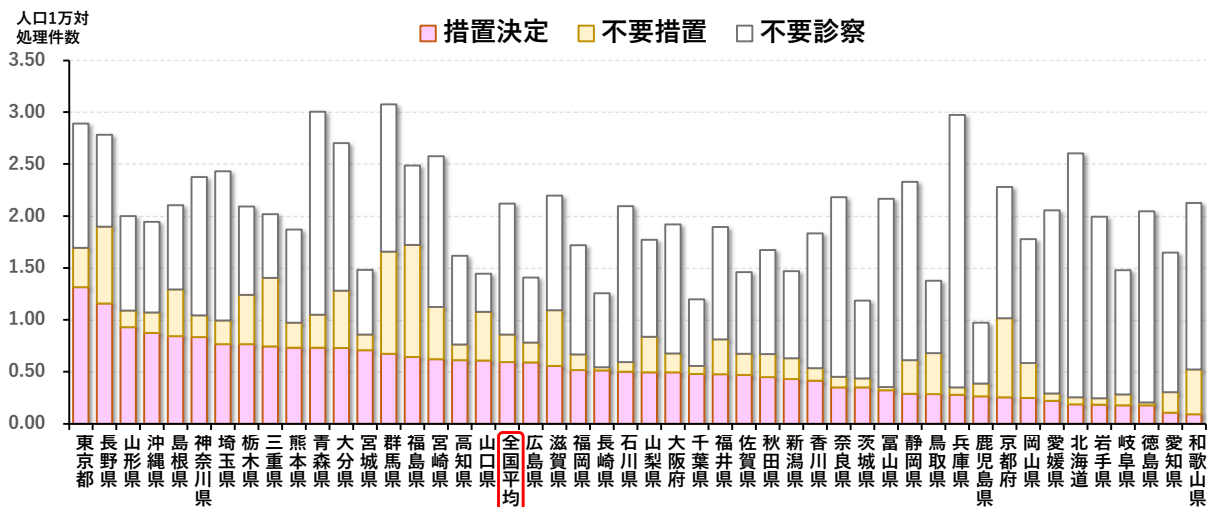
～措置決定件数の多い都道府県順～



令和6年度衛生行政報告例より作成

図22 都道府県別の人口万対通報等処理状況（2024年度）

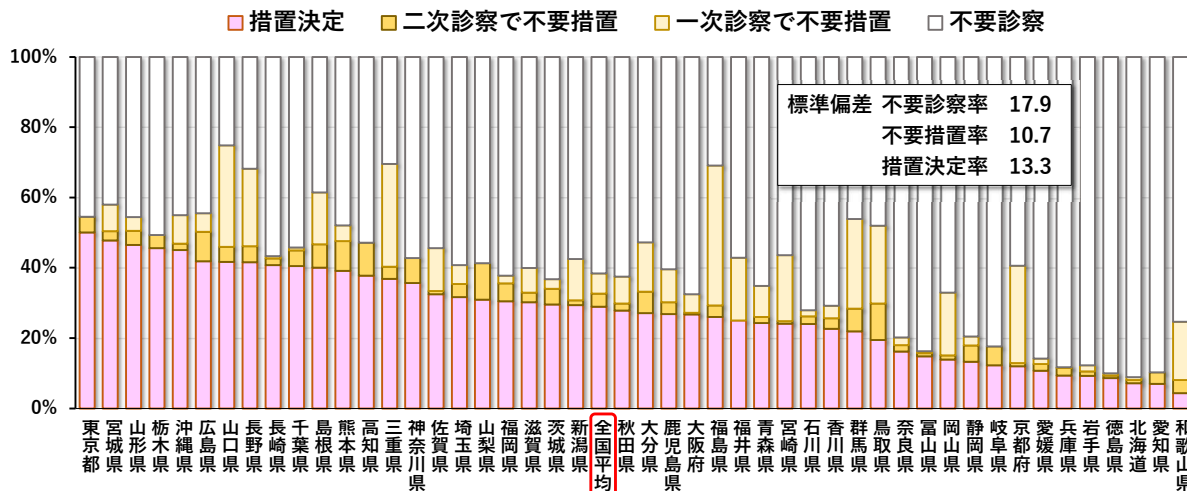
～措置決定件数の多い都道府県順～



令和6年度衛生行政報告例より作成

図23 都道府県別の通報等処理状況比率（2024年度）

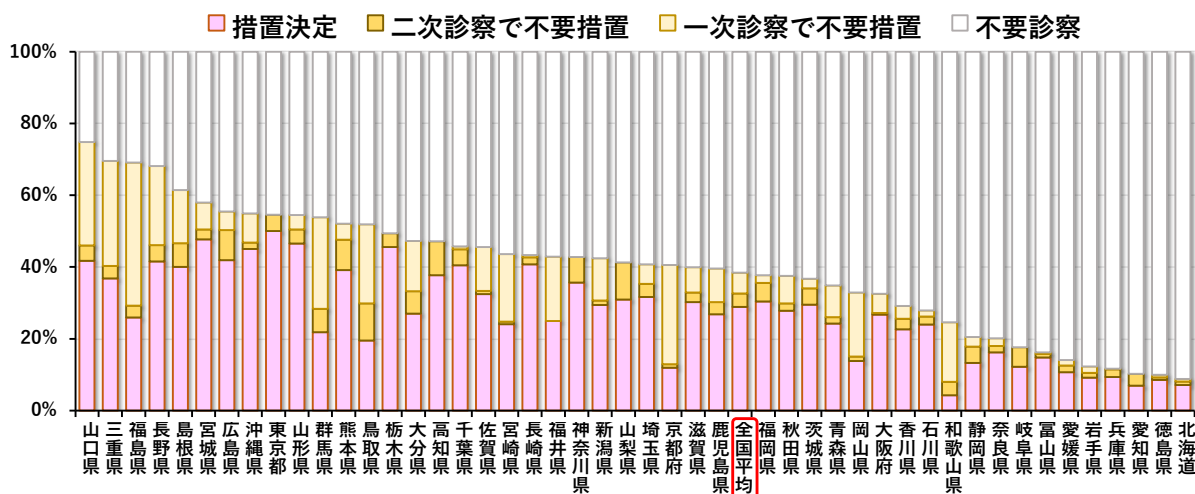
～措置決定率の高い都道府県順（転帰不明を除く）～



令和6年度衛生行政報告例より作成

図24 都道府県別の通報等処理状況比率（2024年度）

～不要診察率の低い都道府県順（転帰不明を除く）～



令和6年度衛生行政報告例より作成

図25 整備事業の運用実績の推移

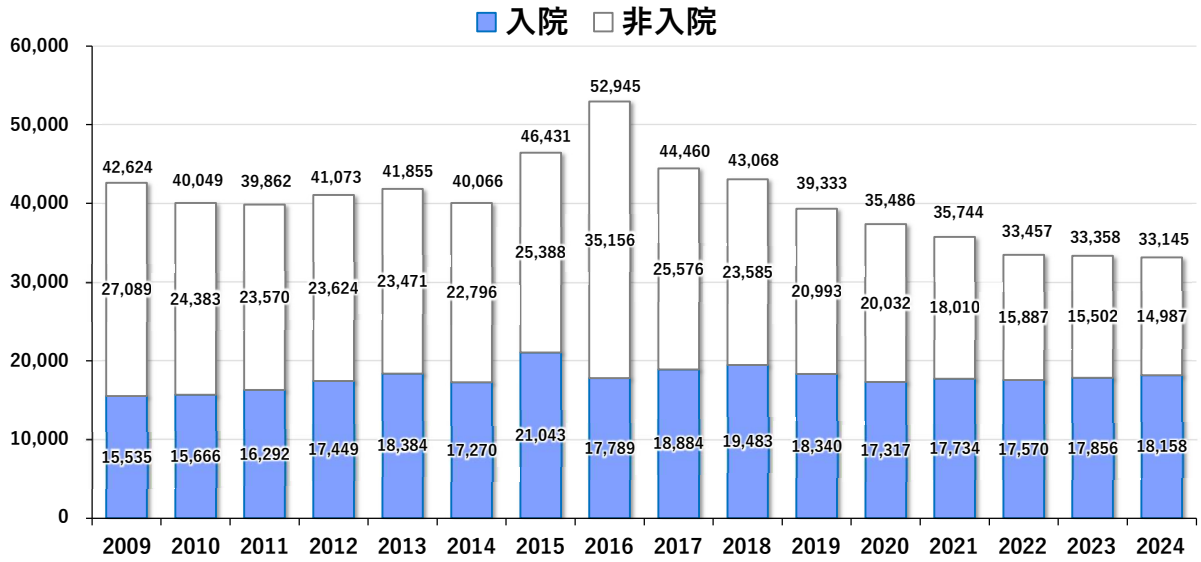


図26 人口万対受診件数と入院率の推移

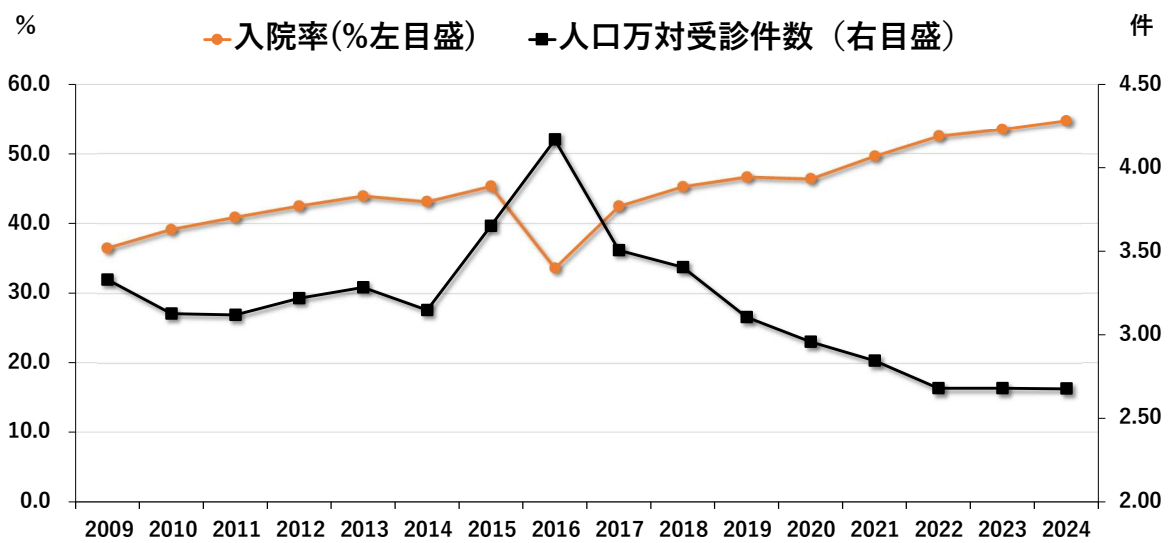


図27 精神科救急入院料認可施設数・病床数の推移

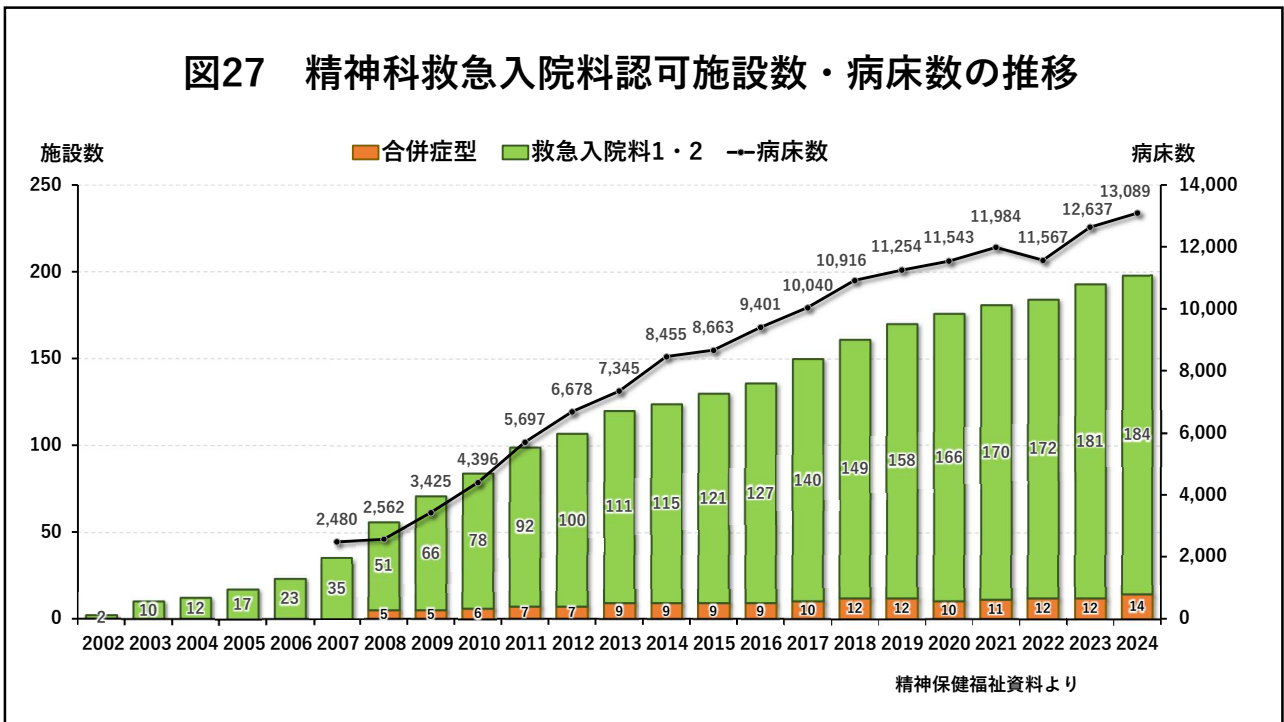


図28 入院形態別入院件数の推移

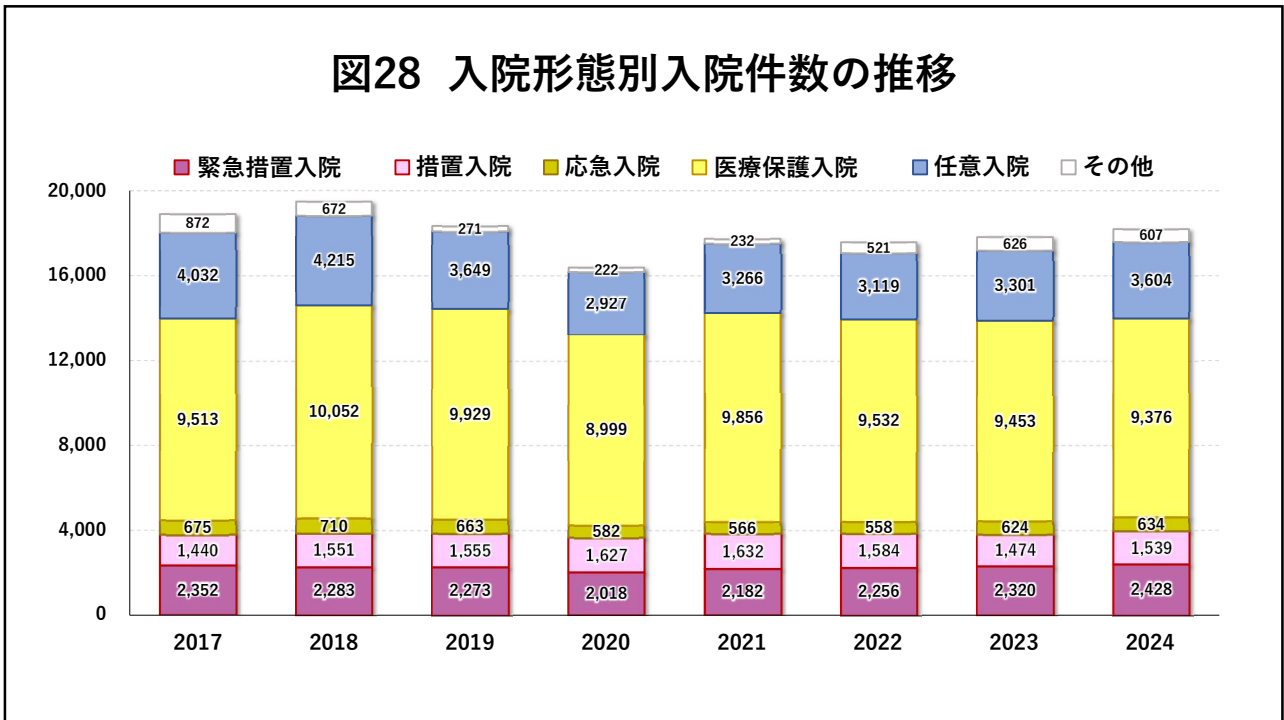


図29 医療保護入院届審査件数の推移
～衛生行政報告例より～

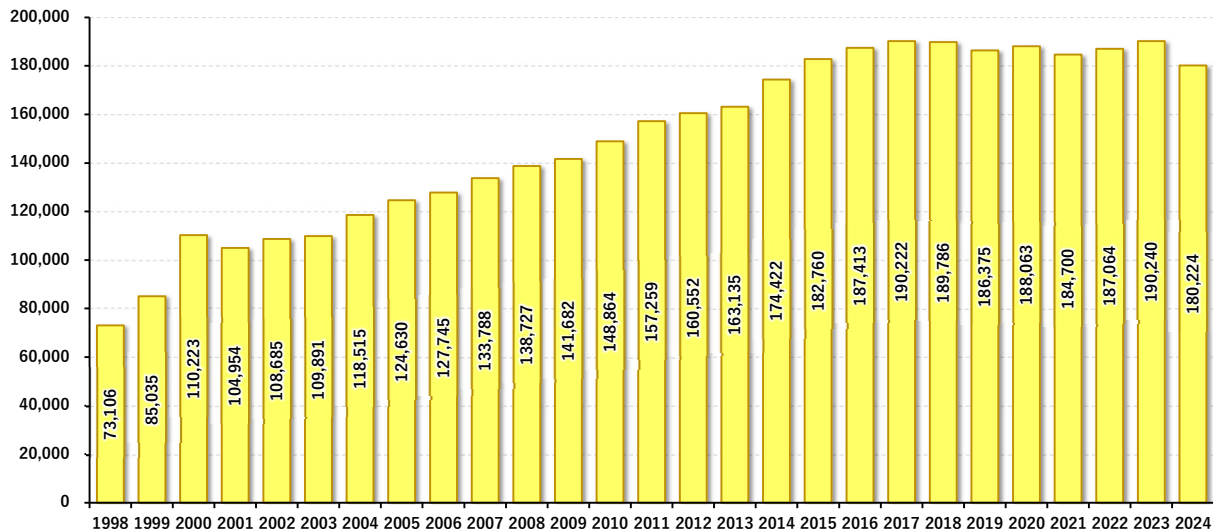


図30 入院形態別在院者数の推移
～精神保健福祉資料より～

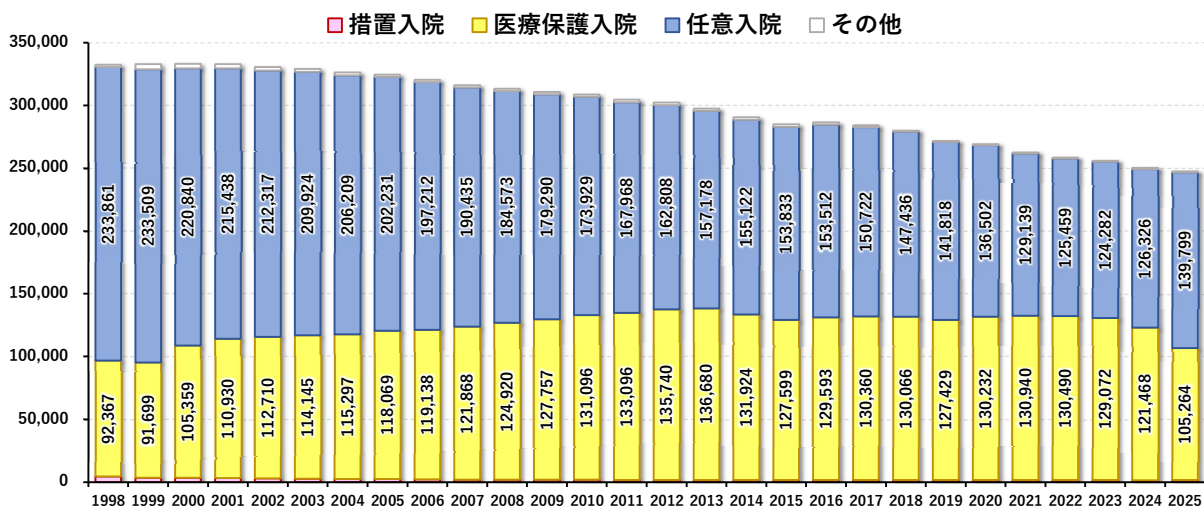


図31 通報処理比率の変化

