

2章 分担研究報告書

令和3年度 厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（21GC1010）
分担研究報告書

精神科医療施設における常時対応型と病院群輪番型の機能の明確化

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

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

要旨

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

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

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

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

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

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

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

A. 研究の背景と目的

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

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

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

B. 研究方法

1. 研究方法(調査方法)

1) アンケート調査(資料1)

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

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

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

2) 専門家討議(エキスパート・オピニオン)

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

表 1. 常時対応型施設の定義（精神科救急医療体制整備事業実施要綱）

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

医療施設における各医療機関類型の機能の明
 確化を行った。

2. 対象

全国の下記入院料を算定する医療機関
 (N=179)

- 1) 精神科救急入院料 1・2
- 2) 精神科救急・合併症入院料

3. 期間（研究スケジュールなど）

2021 年 6 月 1 日～6 月 30 日(1 か月間)

4. 手続き

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

5. 倫理的配慮

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

日、アンケート調査について倫理審査の付議
 不要の確認を得た。

6. 統計解析／分析方法

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

C. 研究結果/進捗

1. 会議等の開催経緯

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

2. 研修会等

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

3. 調査結果

1) 回答数

98（回答率 54.7%）

2) 単純集計（図1～25）

設問1 病院名のため集計対象外

設問2 設立母体（単一回答）

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

設問3 全精神科病床数

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

設問4 精神科以外の病床数

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

設問5 精神科以外の診療科（複数回答可）

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

度で（図4）、総合病院の割合にほぼ一致した。

身体科の診療機能に着目した類型として

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

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

設問6 紹介率・逆紹介率

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

設問7 精神病床の内訳（複数回答可）

まず救急入院料に着目すると、同入院料の病床規模には広い幅があり、40～60床／医療機関に最大ピークを認め、おそらく単一病棟と考えられた。第2のピークは80～100床／医療機関で2病棟を有すものと考えられた。3病棟／医療機関以上では、最大5病棟／医療機関までが実在したがいずれも少数であった（図6）。

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

院基本料 15 対 1 で、精神療養がこれに続いた (図 7)。

設問8 設問 7 のうち時間外救急患者を主に受け入れている病棟 (単一回答)

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

設問9 精神科救急医療体制整備事業における、都道府県からの指定状況 (単一回答)

96%が何らかの指定を受けていた (図 9)。

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

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

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

設問11 受診前相談の指定 (複数回答可)

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

設問12 かかりつけ患者以外の診療要請に対する対応 (単一回答)

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

設問13 時間外、休日または深夜における指定医等の診療体制 (複数回答)

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

設問14 2020 年度の時間外、休日または深夜における入院件数

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

設問15 設問 14 の主たる来院経路 (単一回答)

来院経路は医療機関によって非常に多様であった (図 16)。

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

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

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

設問16 身体合併症に対する対応

16-1：身体合併症の対応範囲（単一回答）

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

16-2：COVID-19等の感染症対応

59%が不可と回答した（図19右）。

16-3：身体科診療の対応体制（複数回答可）

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

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

16-4：転院に関する連携体制（複数回答可）

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

16-5：平時のリエゾン医師派遣状況

29.6%の医療機関が派遣を行っていた。

設問17 満床時の対応（単一回答）

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

設問18 退院に向けた対応状況（複数回答可）

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

設問19 退院後支援の実施状況

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

設問20 受入病棟のコメディカル職員の配置(複数回答可)

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

設問21 診療機能(複数回答可)

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

設問22 社会貢献(複数回答可)

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

り、その他には依存症治療拠点機関4件が含まれていた(図25)。

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

設問1 病院名のため集計対象外

設問2 設立母体(単一回答)

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

設問3 全精神科病床数

両群間に違いはなかった(図27)

設問4 精神科以外の病床数

両群間に大きな違いはなかった(図28)

設問5 精神科以外の診療科(複数回答可)

両群間に大きな違いはなかった(図29)

設問6 紹介率・逆紹介率

基礎集計にて不整合回答が多かったため、解析対象から除外した。

設問7 精神病床の内訳(複数回答可)

基礎解析にて病院間の多様性が大きいいため、解析対象から除外した。

設問8 設問7のうち時間外救急患者を主に受け入れている病棟(単一回答)

両群間に大きな違いはなかった(図30)

設問9 精神科救急医療体制整備事業における、都道府県からの指定状況(単一回答)

ほぼ全数が指定されているため、解析対象から除外した。

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

両群間に大きな違いはなかった（図 31）。

設問11 受診前相談の指定（複数回答可）

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

設問12 かかりつけ患者以外の診療要請に対する対応（単一回答）

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

設問13 時間外、休日または深夜における指定医等の診療体制（複数回答）

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

設問14 2020 年度の時間外、休日または深夜における入院件数

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

設問15 設問 14 の主たる来院経路（単一回答）

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

設問16 身体合併症に対する対応

16-1：身体合併症の対応範囲（単一回答）

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

16-2：COVID-19 等の感染症対応

常時対応型では可と回答した割合が多かった（図 37 下）。

設問17 満床時の対応（単一回答）

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

も多かった。公的機関が調整するとの回答はほぼ同率であった（図 38）。

設問18 退院に向けた対応状況（複数回答可）

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

設問19 退院後支援の実施状況

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

設問20 受入病棟のコメディカル職員の配置（複数回答可）

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

設問21 診療機能（複数回答可）

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

設問22 社会貢献（複数回答可）

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

4. 常時対応型施設の指定基準案（表 3）

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

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

1) 必須条件

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

以下の 4 項目とした。

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

2) 参考要件

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

以下の 7 カテゴリ（34 項目）とした。

- ① 身体合併症対応機能
- ② 退院に向けた取り組み

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

D. 考察

1. 指定基準案の設定プロセス

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

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

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

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

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

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

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

2. 指定基準案における項目毎の考察

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

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

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

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

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

とすることが適当と考えられた。

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

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

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

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

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

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

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

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

値するかどうかの参考要件として位置づけることが適当と考えられた。

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

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

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

表2. 設問 19 退院後支援の実施とその算定状況

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

表 3. 常時対応施設の指定基準案

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

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究
(21GC0201)
分担研究1
常時対応型と病院輪番型の機能の明確化

基礎集計

精神科救急医療施設の機能に関するアンケート

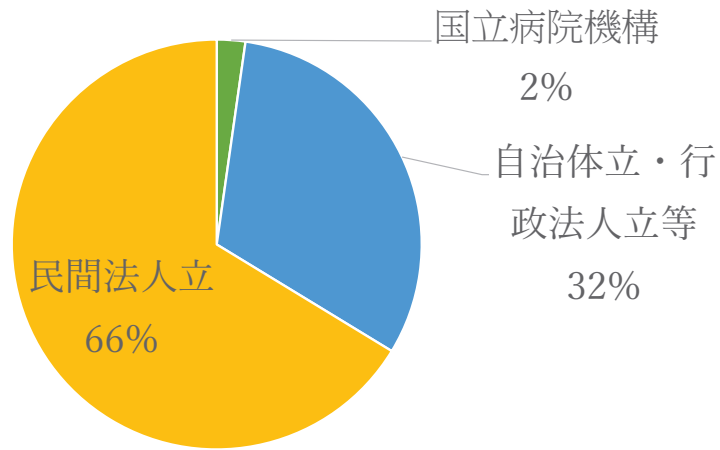
分担研究1 常時対応型と病院輪番型の機能の明確化

調査概要

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

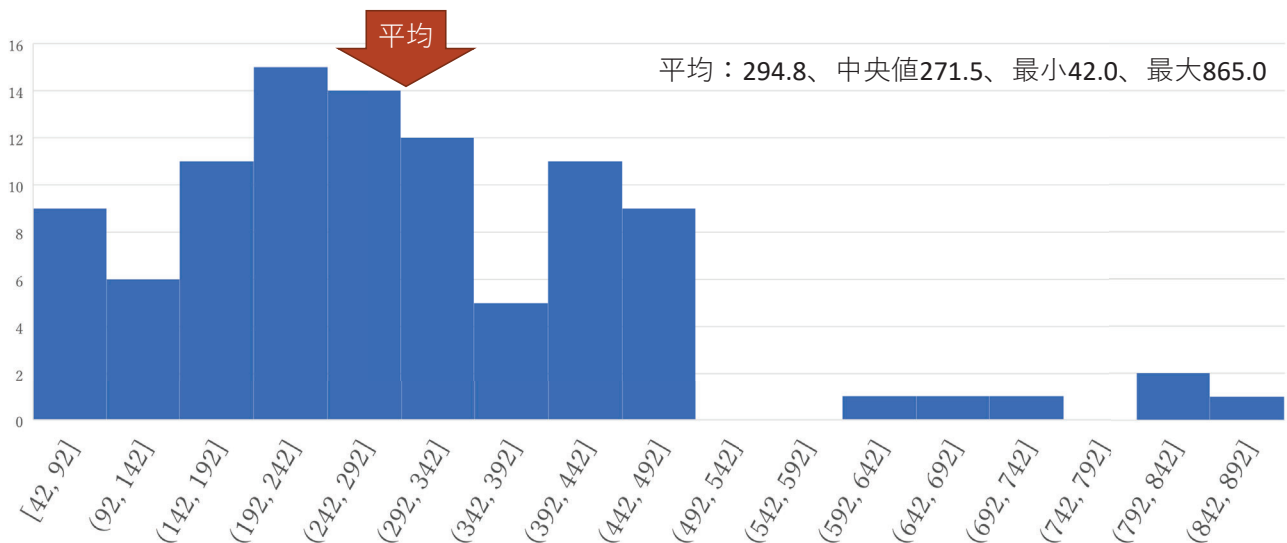
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究（ 21GC0201 ）

設問 2 設立母体 (N=89/98)



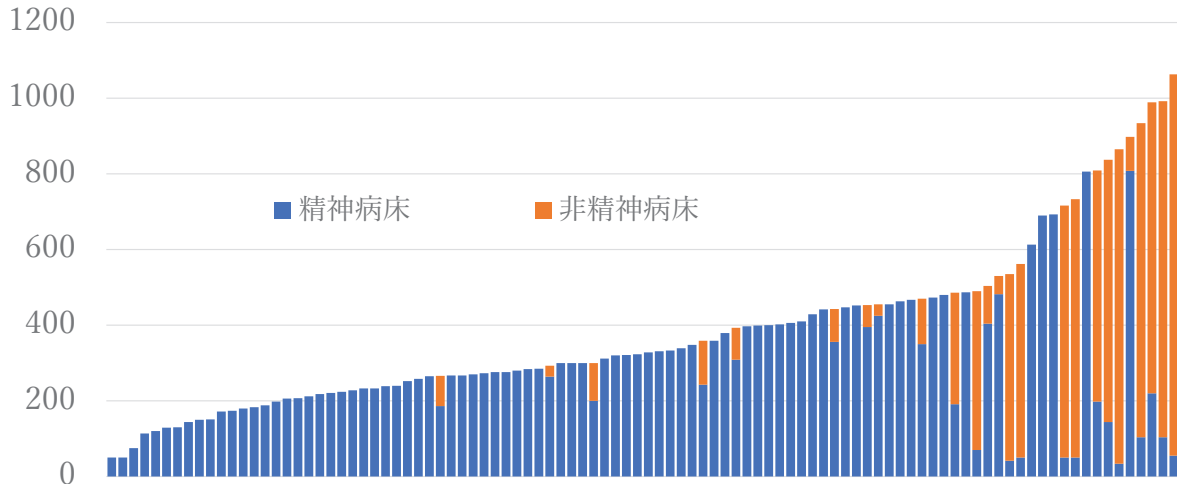
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問3 精神病床の規模 (N=98)



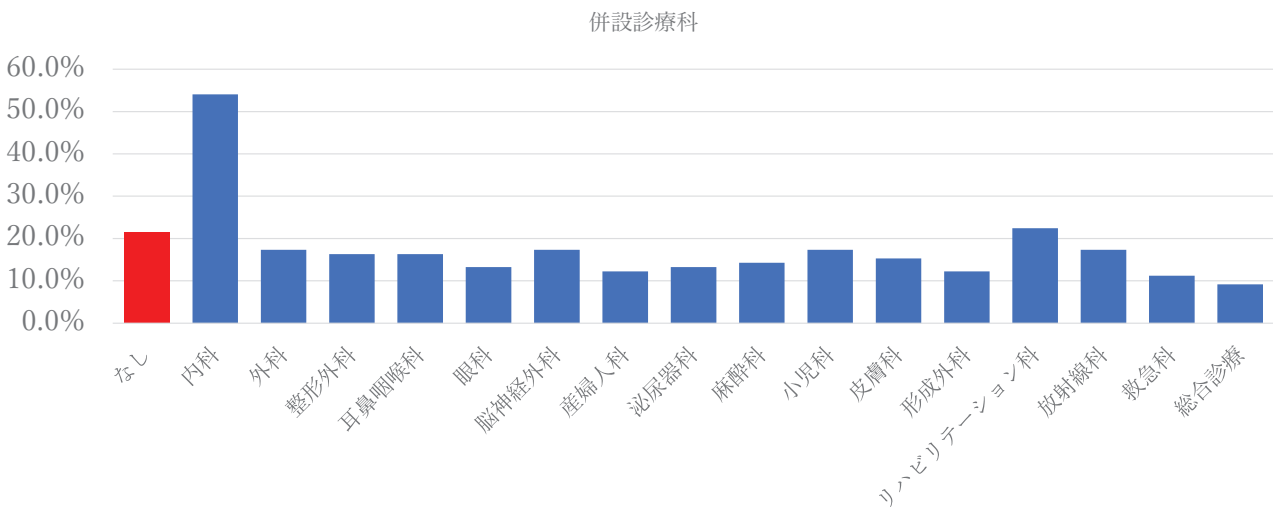
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問4 全病床規模と精神病床の割合 (N=98)



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問5 併設診療科 (N=98)



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問5 併設診療科 (N=98)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

単科病院

少数科標榜単科病院

内科併設単科病院まで 約54%

総合病院 15%程度

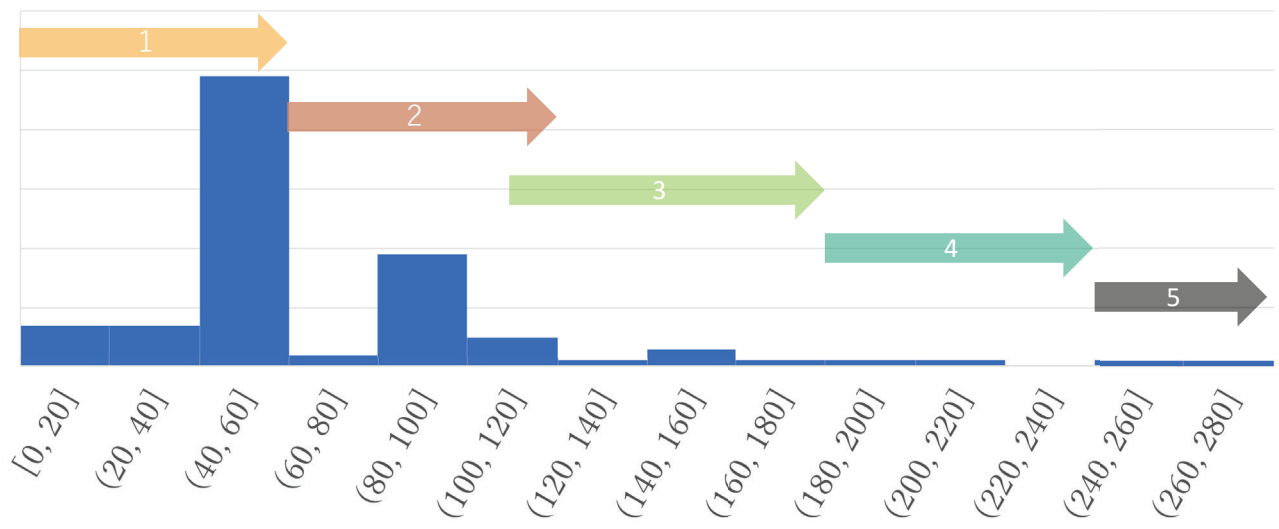
救急・合併症入院料

図5

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問7 救急入院料の病床規模 (N=98)

図6

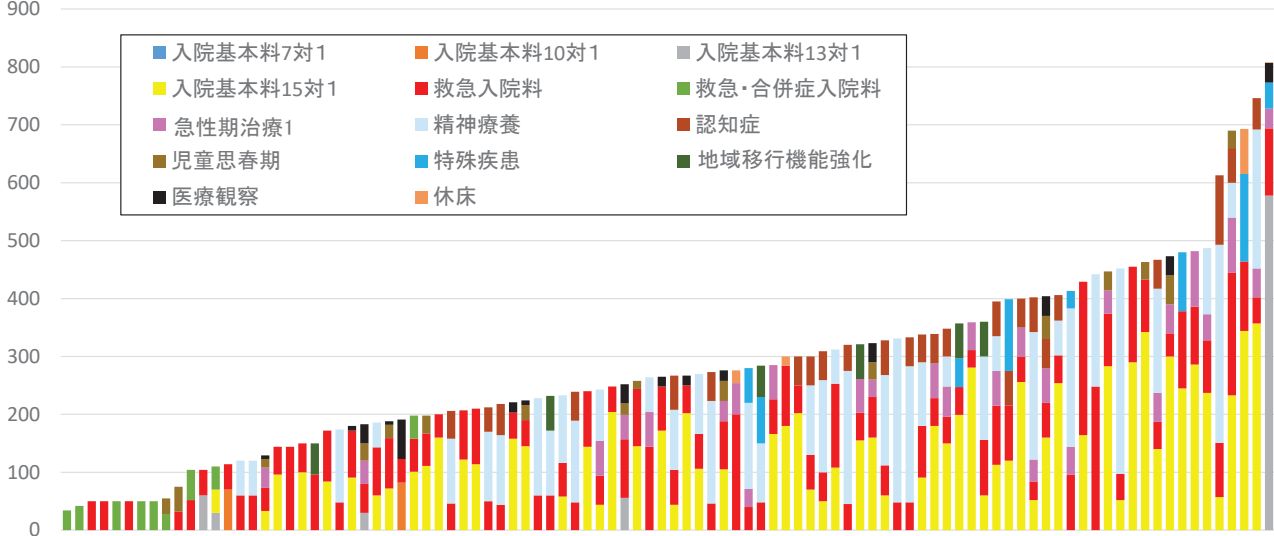


精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問7 医療機関ごとの精神病床の病棟種別

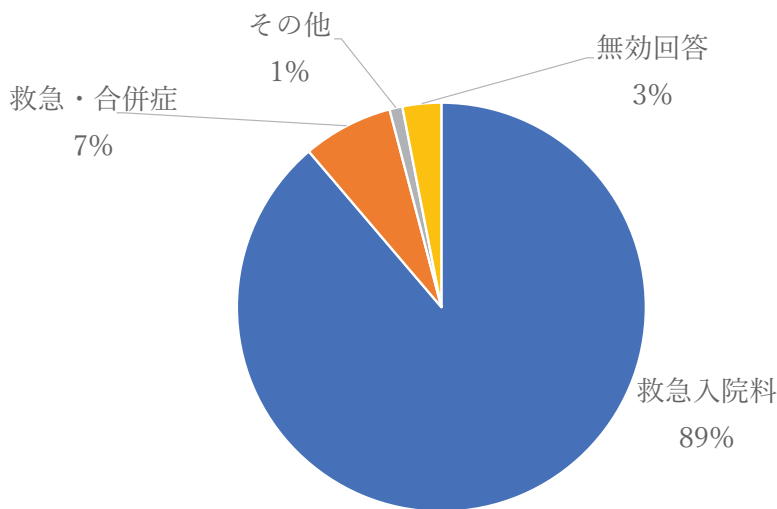


各病棟種別ごとの病床を足上げた総数が全病床数と一致する合理データのみを掲載 (N=87)



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

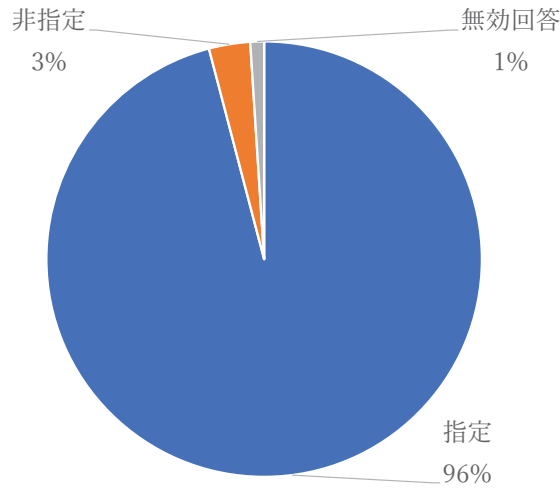
設問8 時間外入院の主な受け入れ先病棟 (N=98)



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問9 整備事業による指定 (N=98)

図9



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問10 整備事業による指定の内訳 (N=96) (無効回答2)

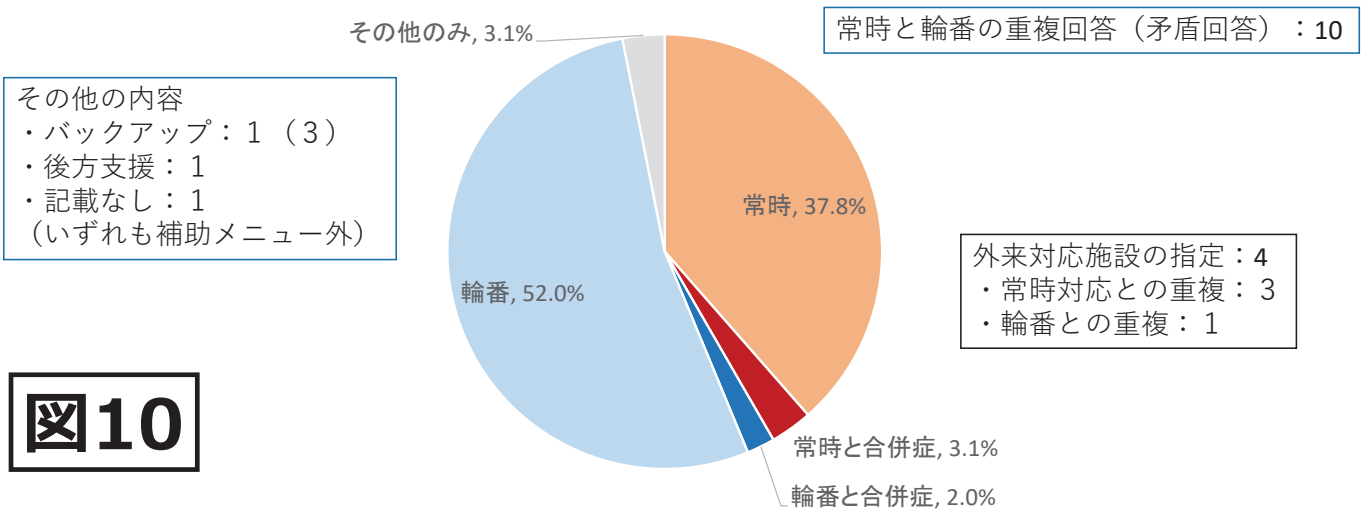
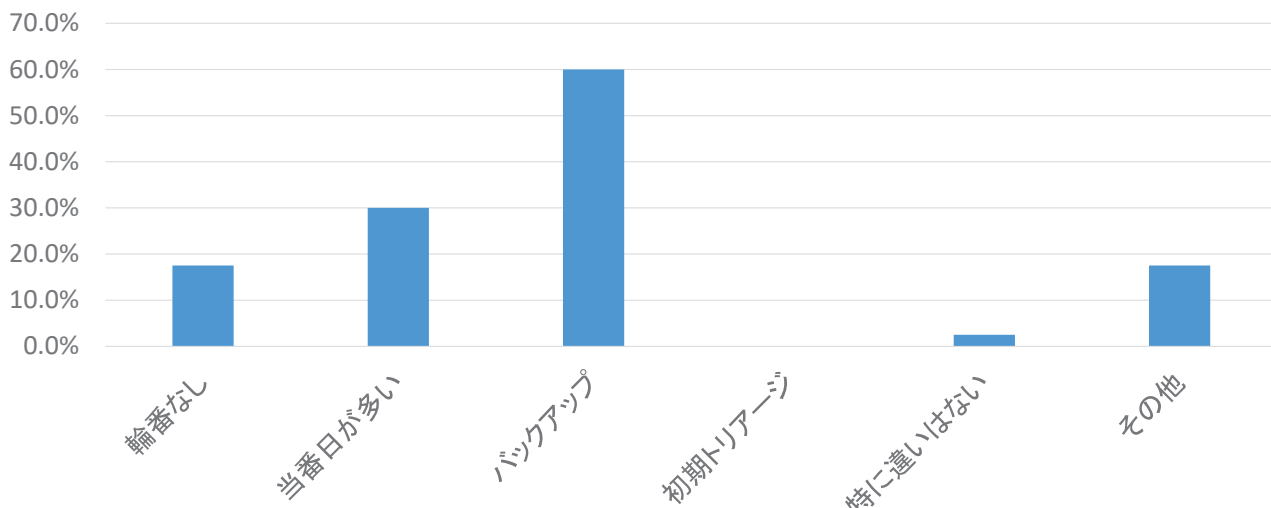


図10

精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問10 常時対応型ならではの役割 (N=40)

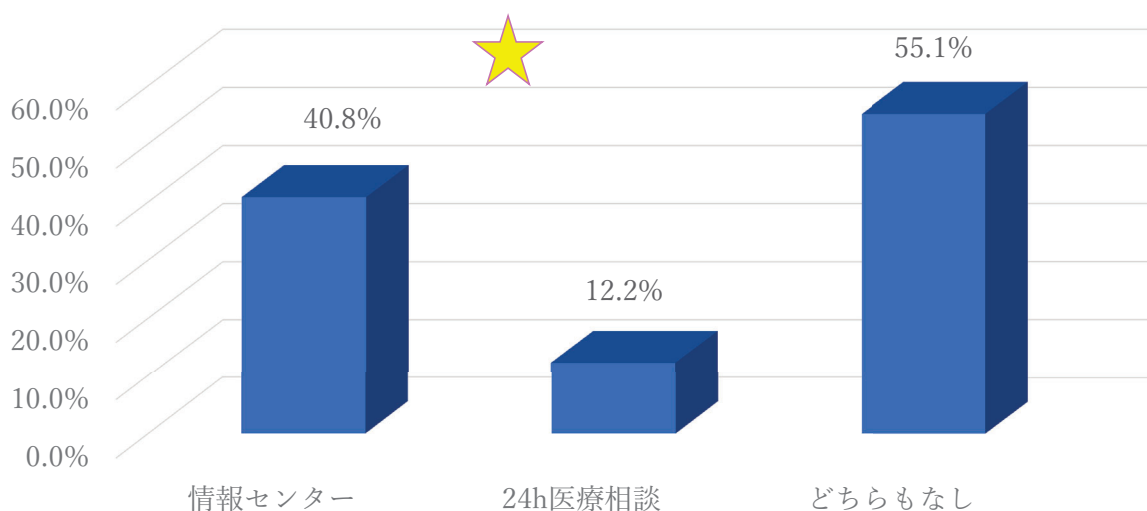
図11



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問11 受診前相談事業の指定 (N=98)

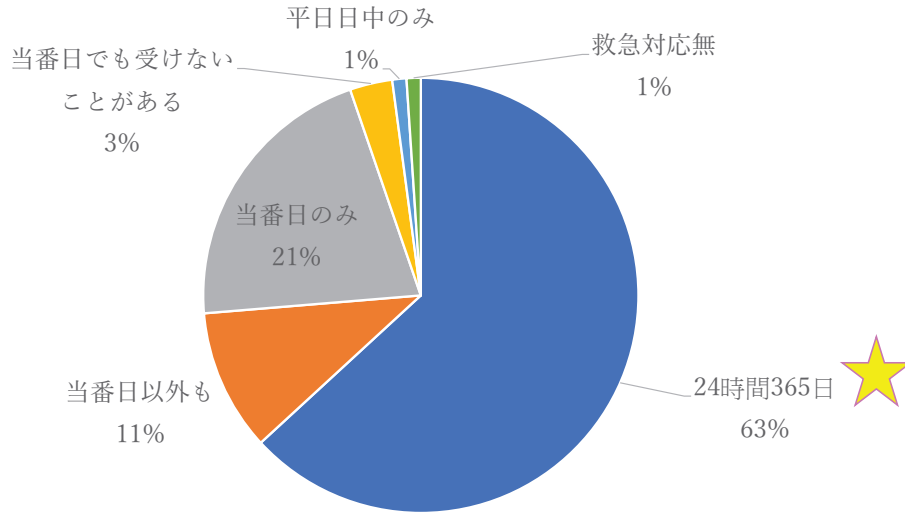
図12



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問12 救急要請への基本姿勢 (N=96)

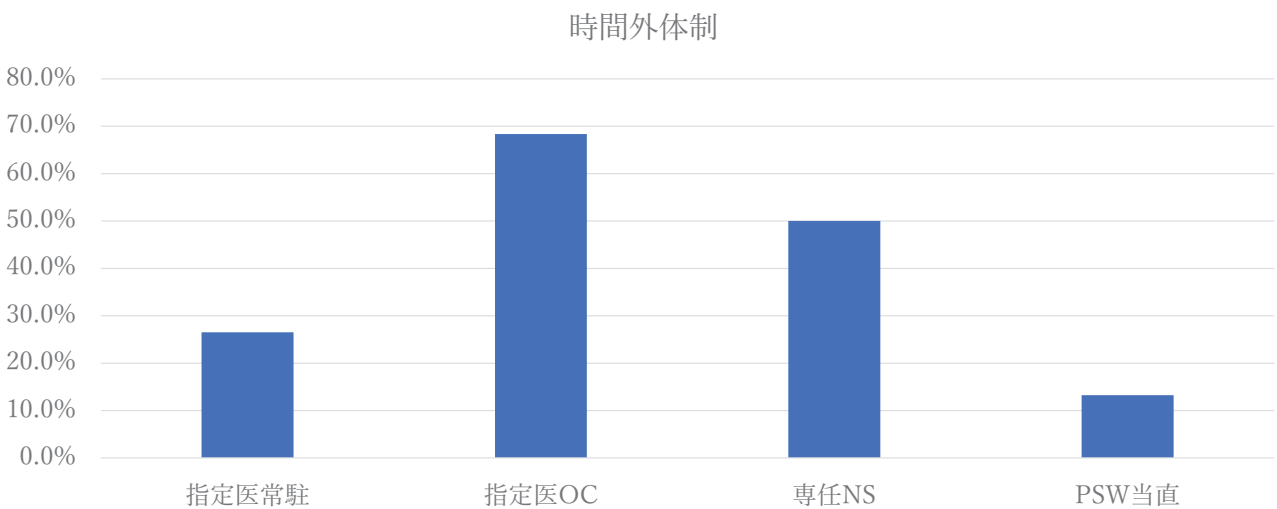
図13



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問13 時間外体制 (N=98)

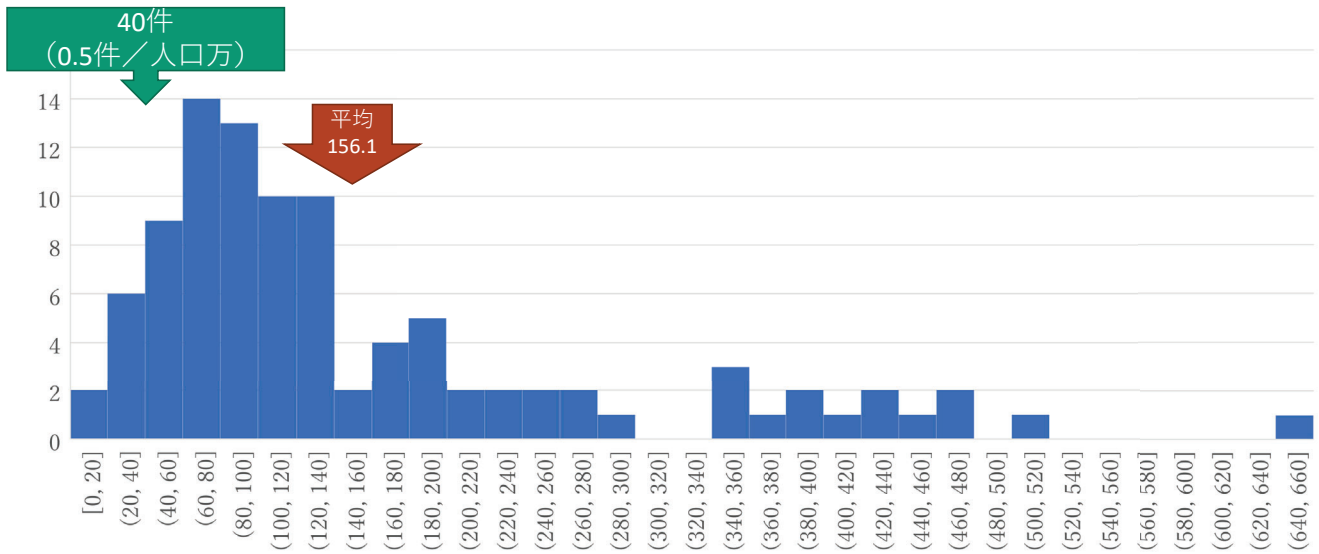
図14



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問14 年間時間外入院件数 (N=96)

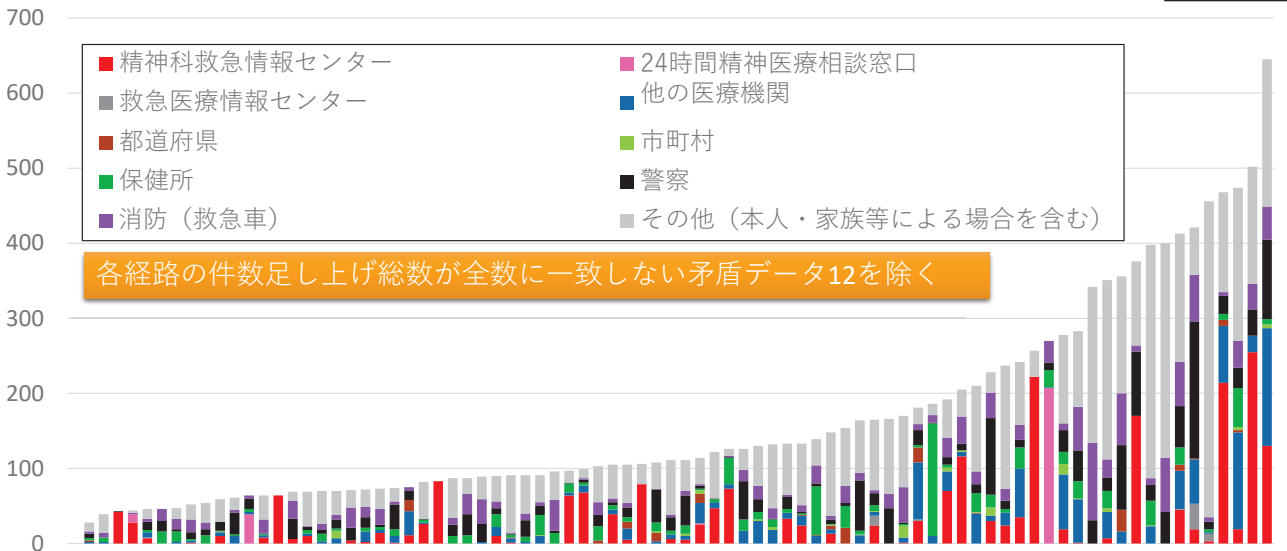
図15



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問15 時間外入院の来院経路 (N=86)

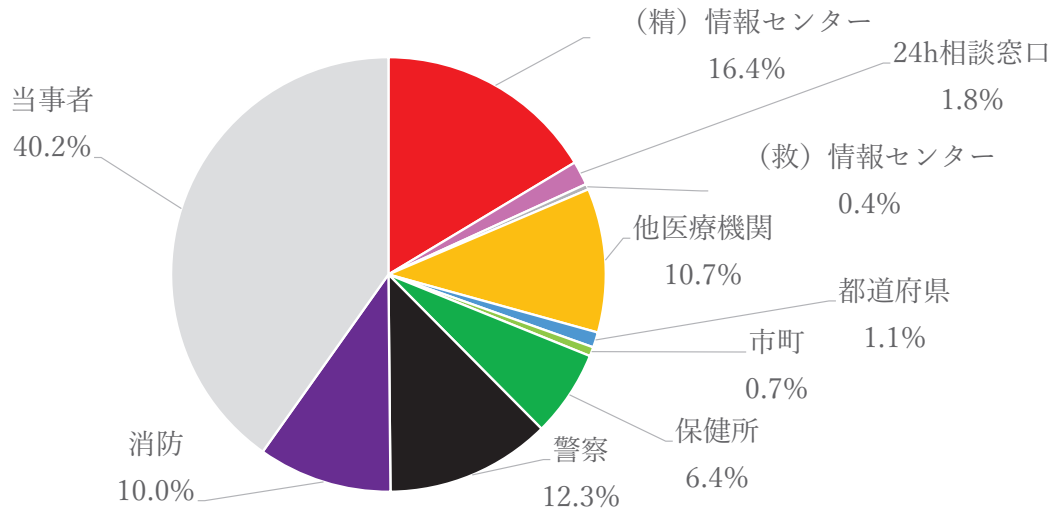
図16



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問15 時間外入院の来院経路 (N=86)

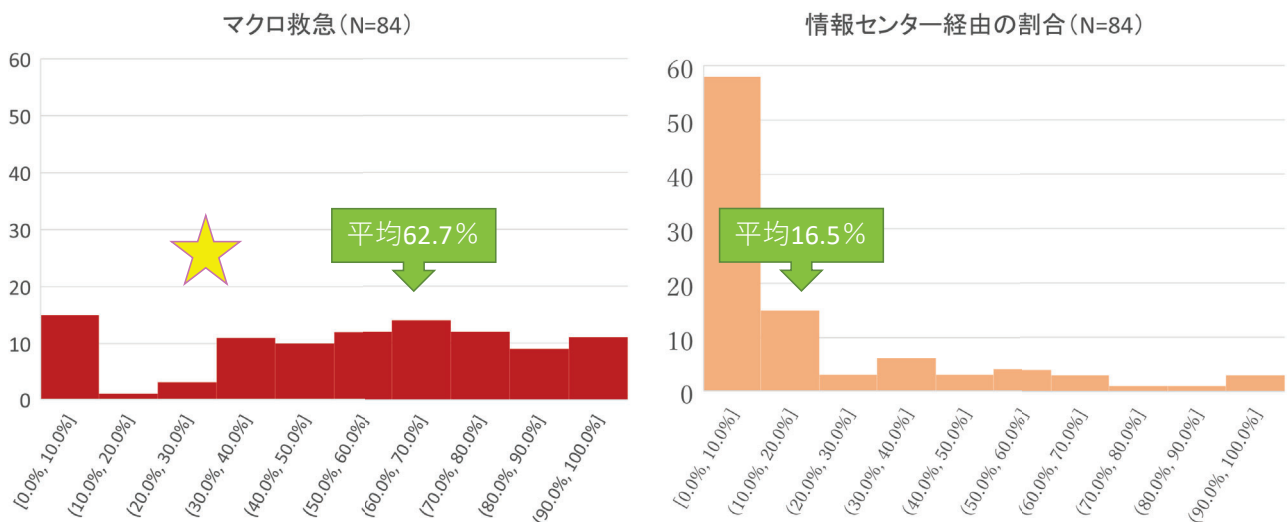
図17



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問15 時間外入院の来院経路

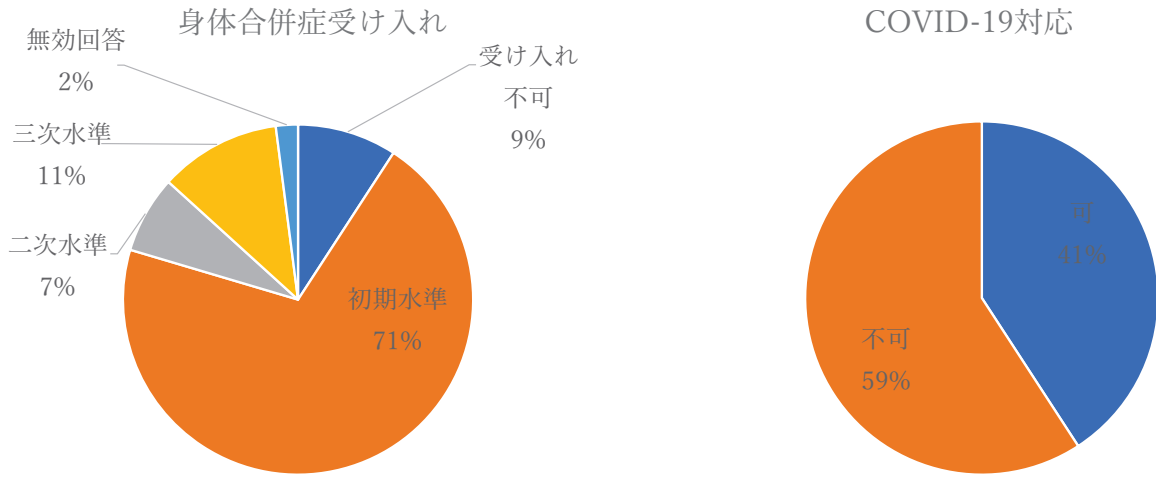
図18



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問16 身体合併症対応 (N=98)

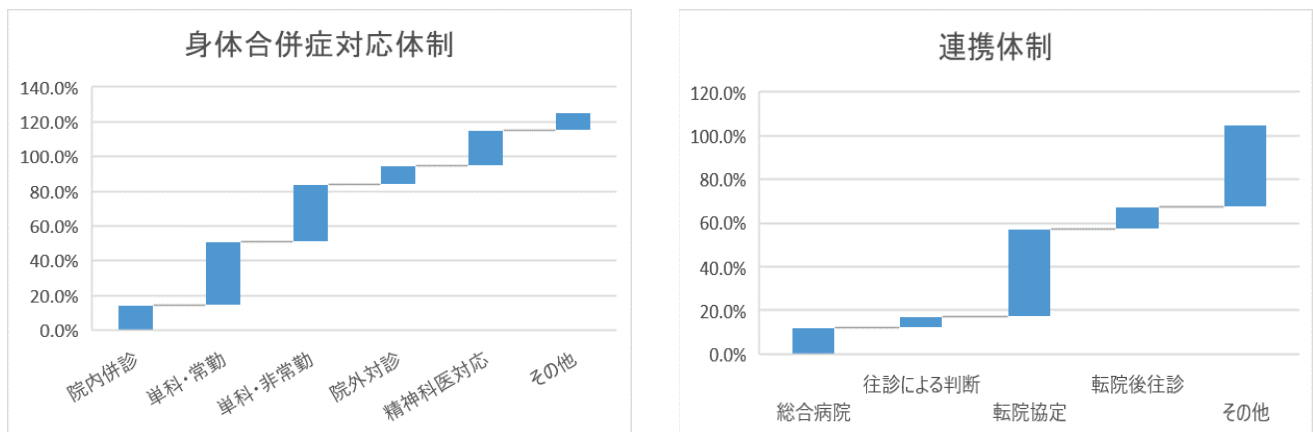
図19



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問16 身体合併症対応 (N=98)

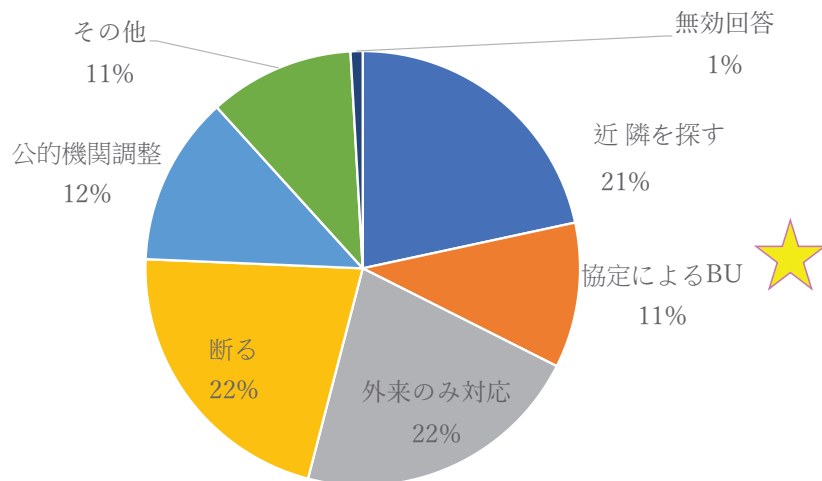
図20



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問17 満床時の対応 (N=98)

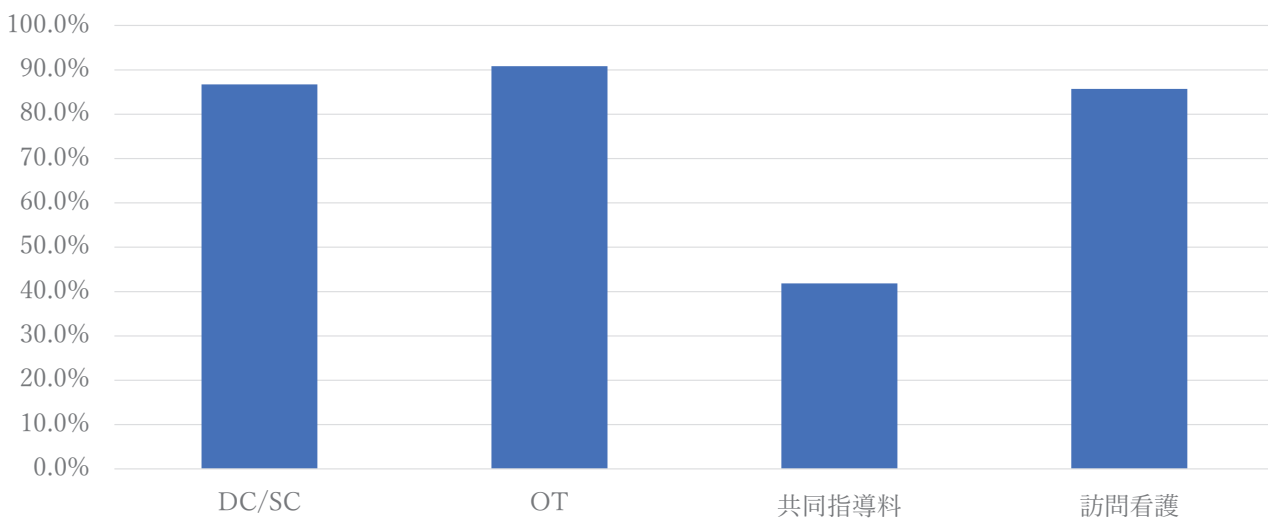
図21



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問18 退院に向けた取り組み (N=98)

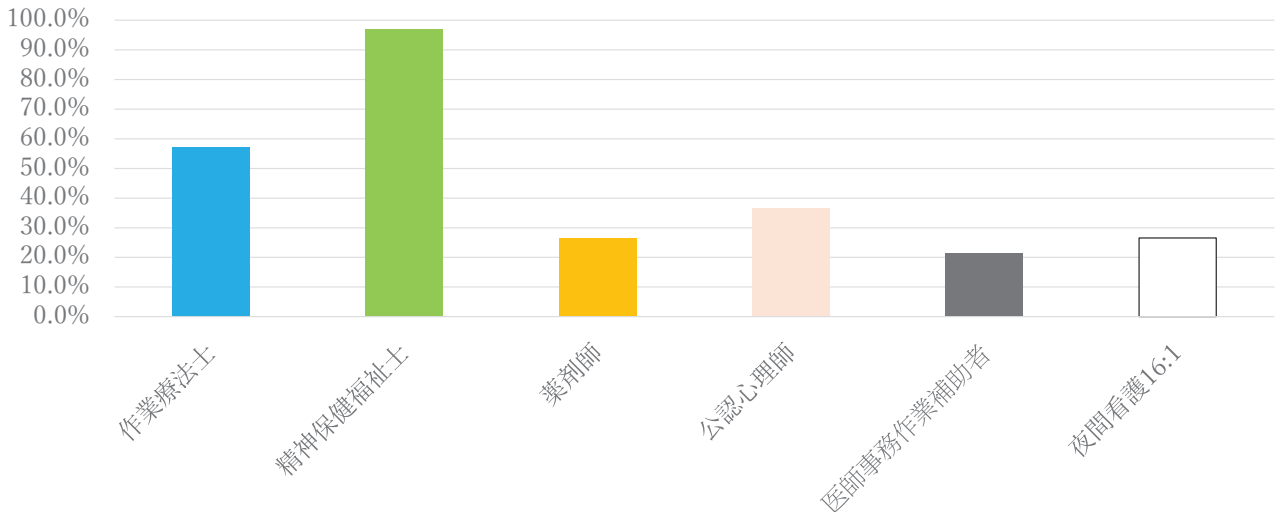
図22



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問20 コメディカル職員の病棟配置 (N=98)

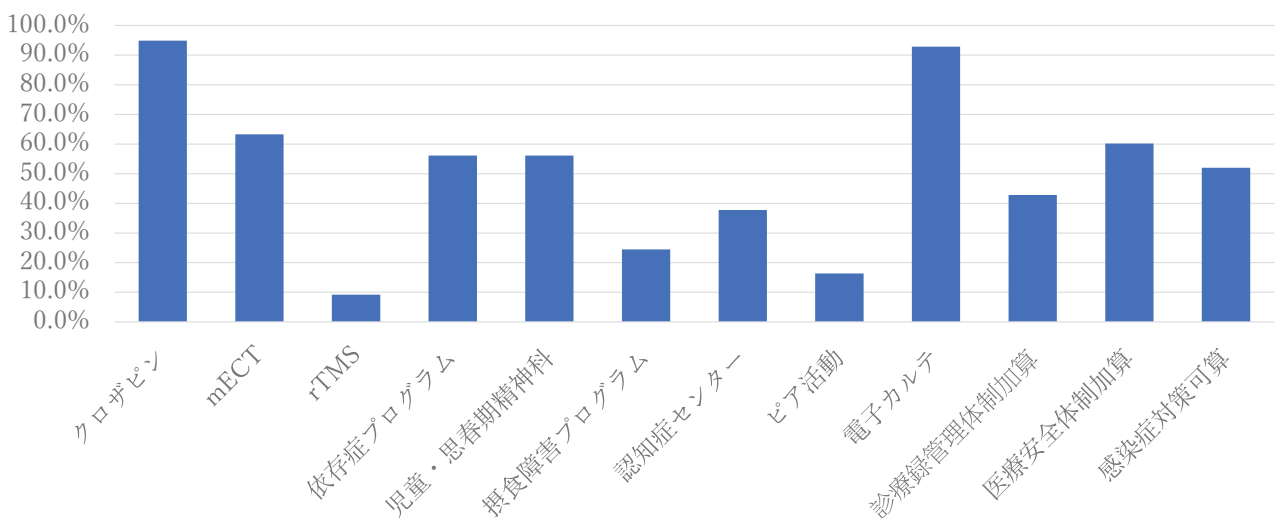
図23



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問21 専門的な診療機能 (N=98)

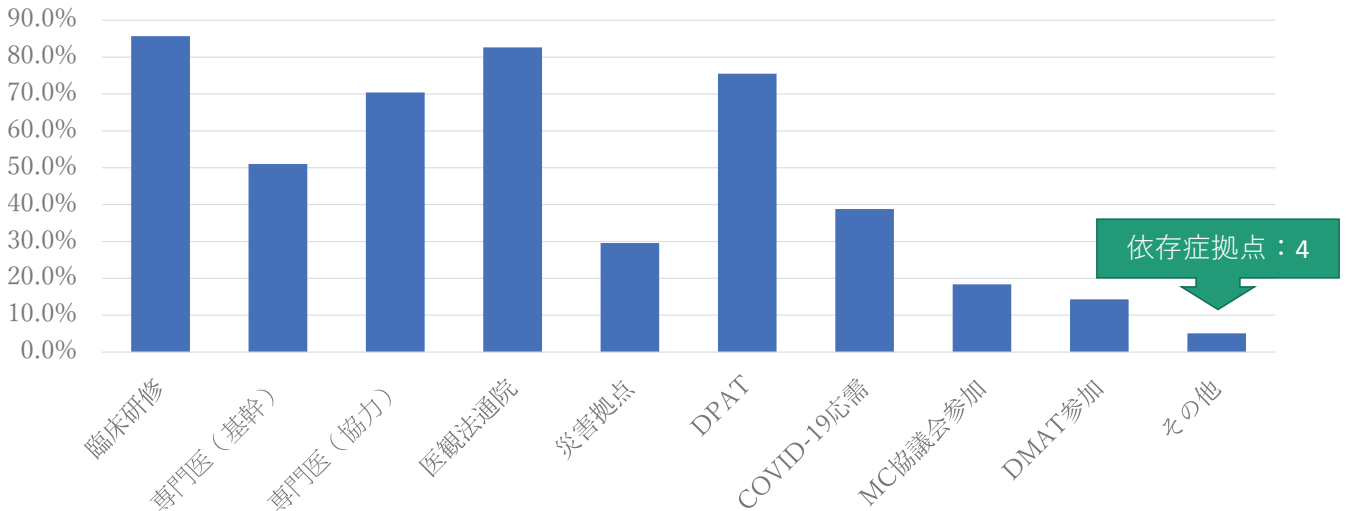
図24



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問22 社会貢献機能 (N=98)

図25



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

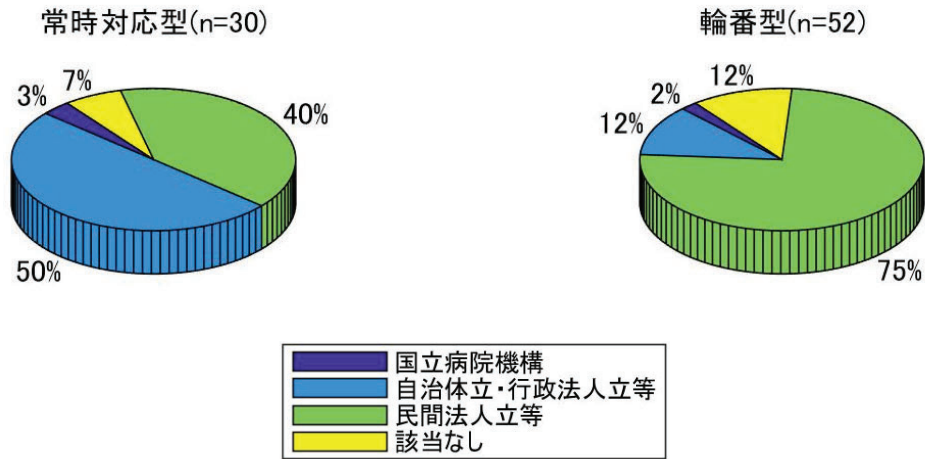
精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究
 (21GC0201)
 分担研究1
 常時対応型と病院輪番型の機能の明確化

比較集計

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

設問2：設立母体

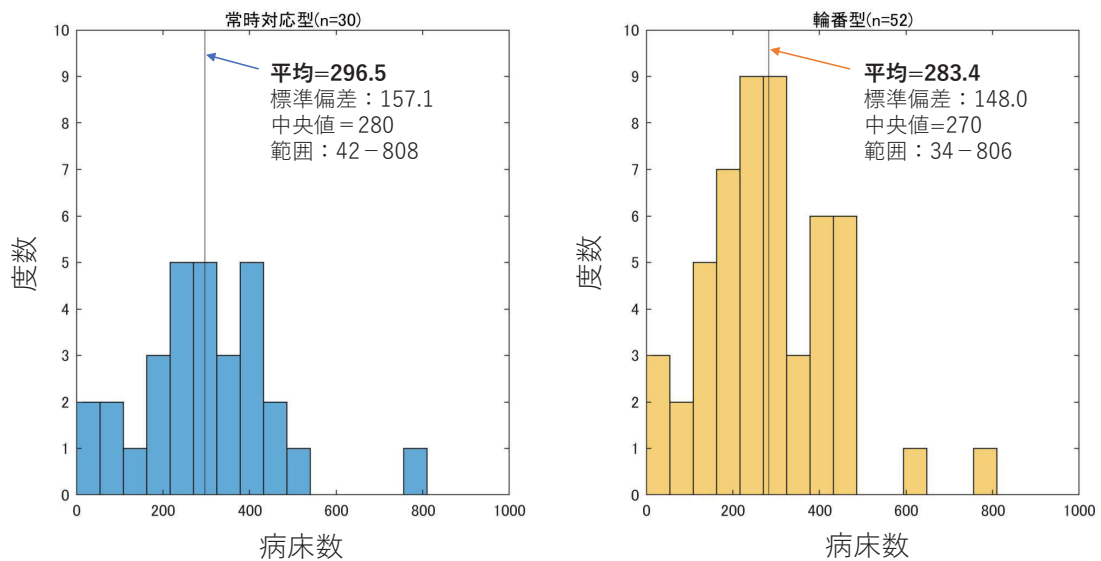
図26



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問3：精神病床の規模

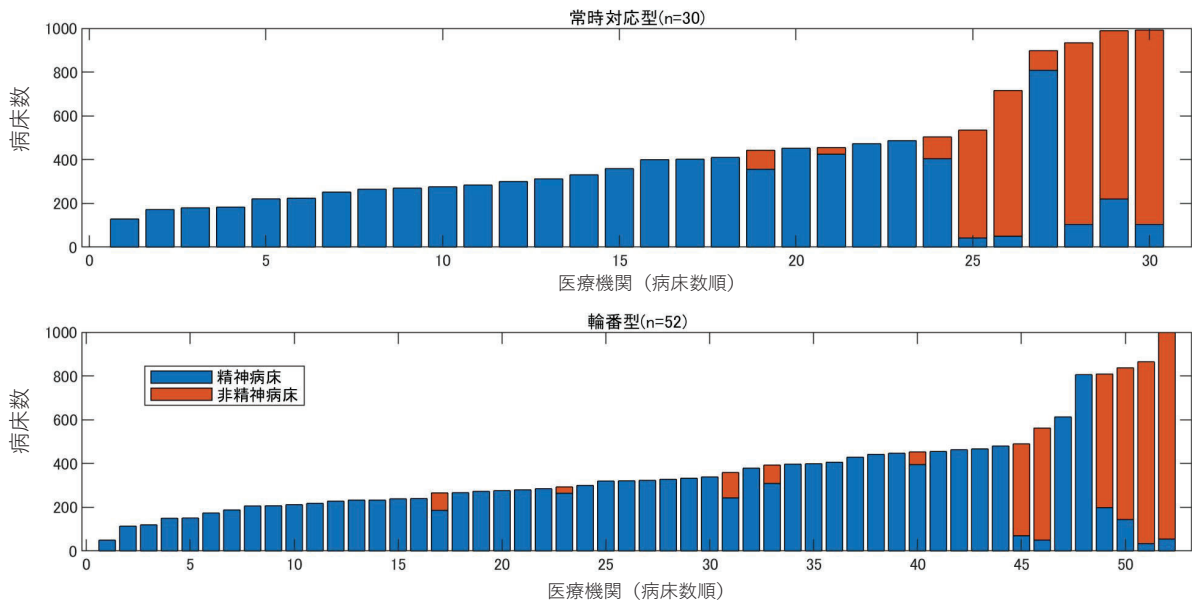
図27



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問4：全病床規模と精神病床の割合

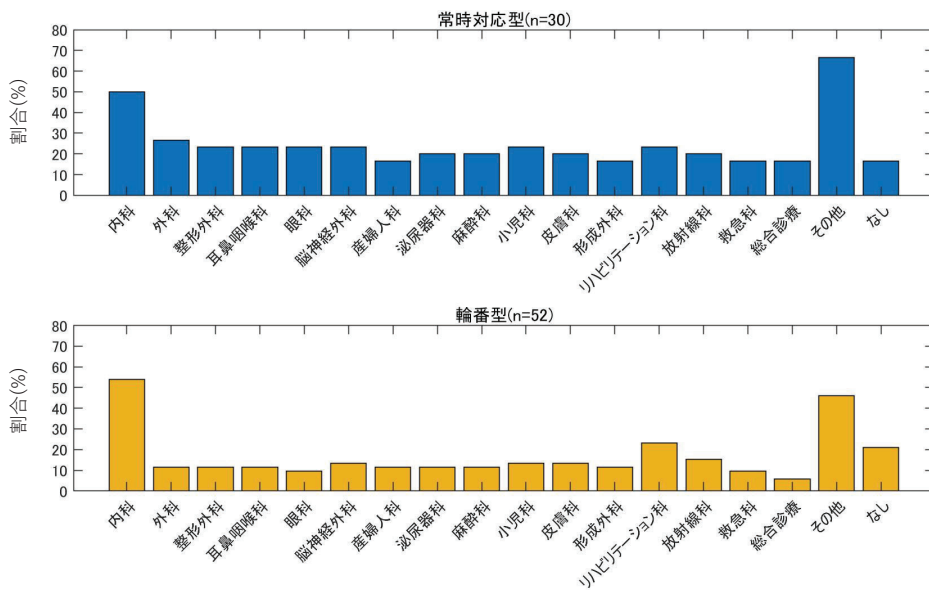
図28



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問5：併設診療科

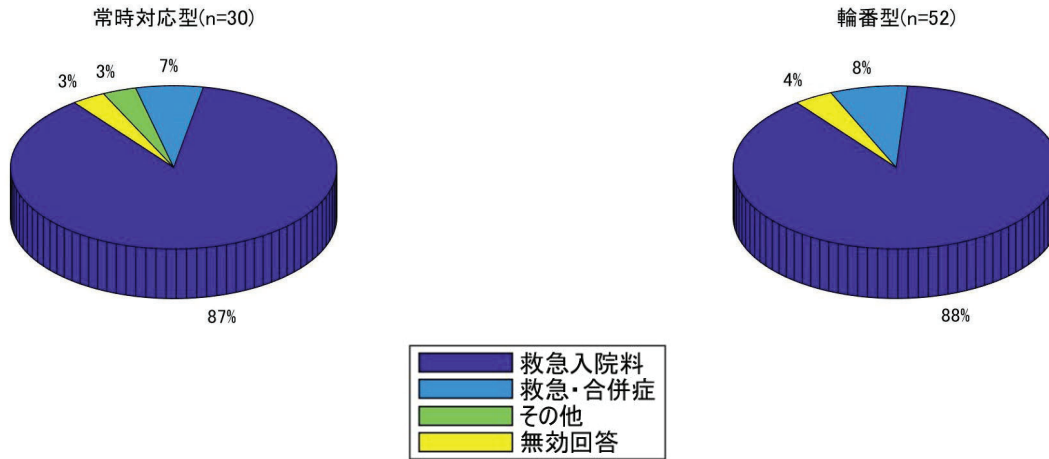
図29



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 8 : 時間外入院の主な受け入れ先病棟

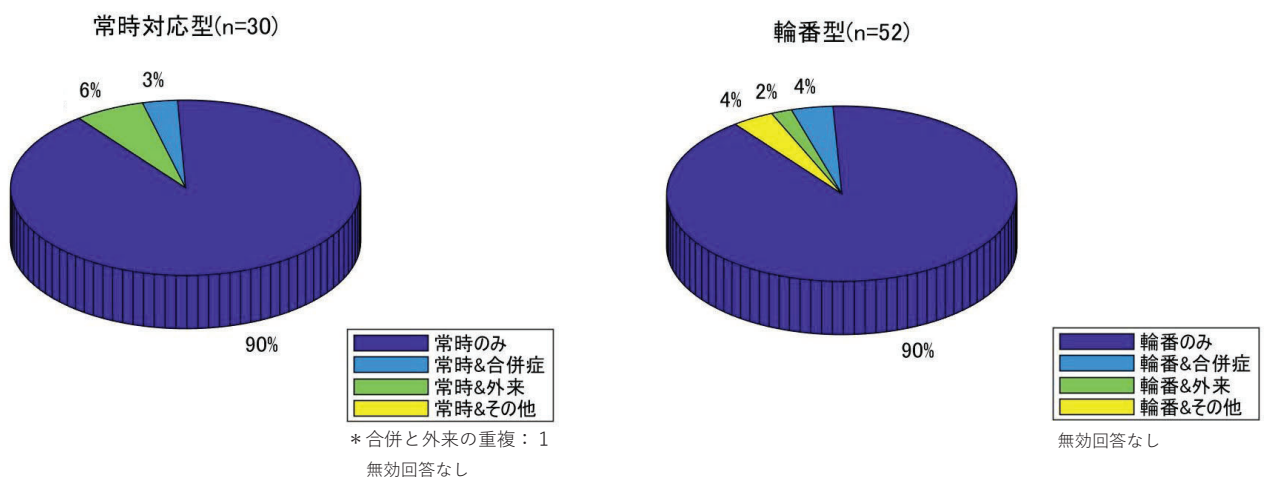
図30



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 10 : 整備事業による指定の内訳

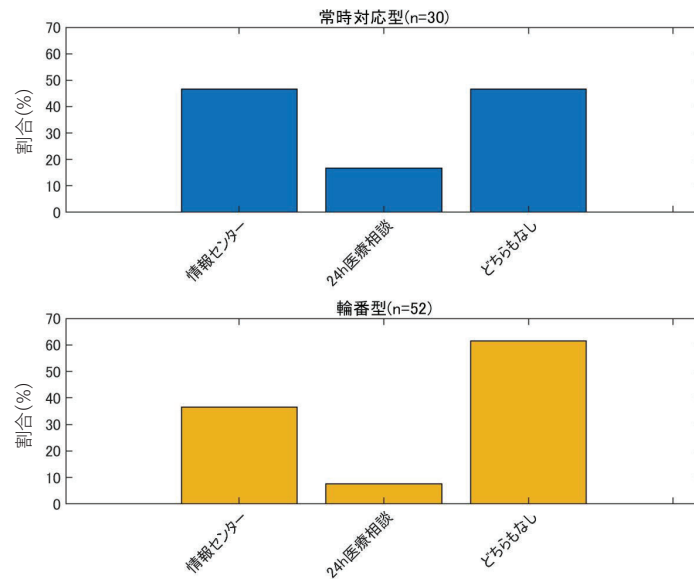
図31



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 1 1 : 受診前相談事業の指定

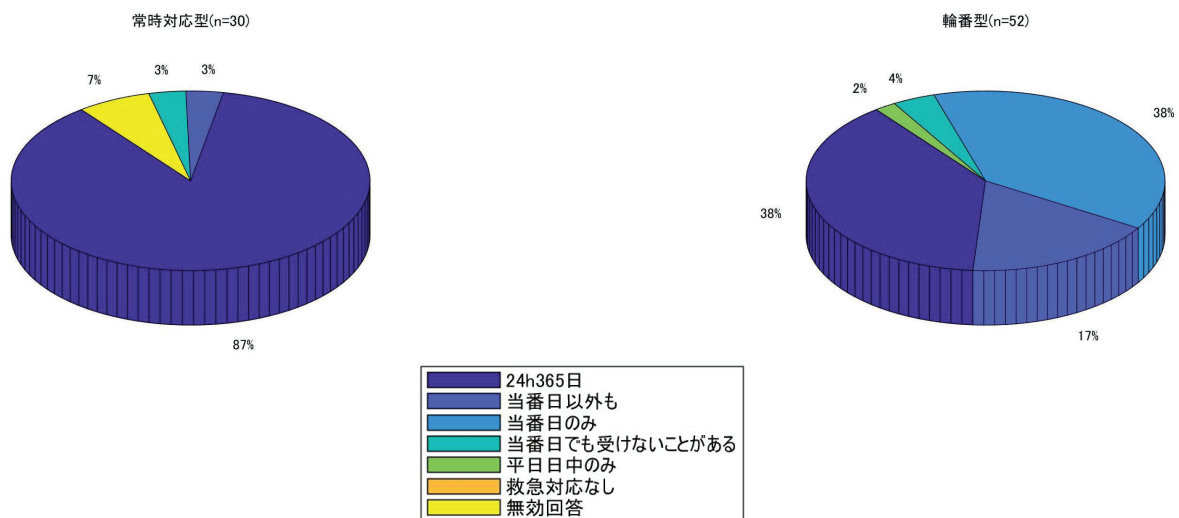
図32



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

設問 1 2 : 救急要請への基本姿勢

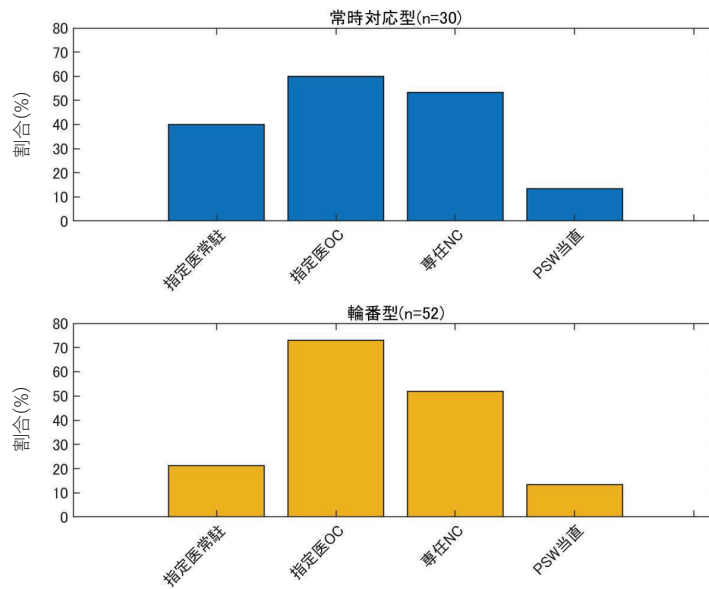
図33



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

設問 1 3 : 時間外体制

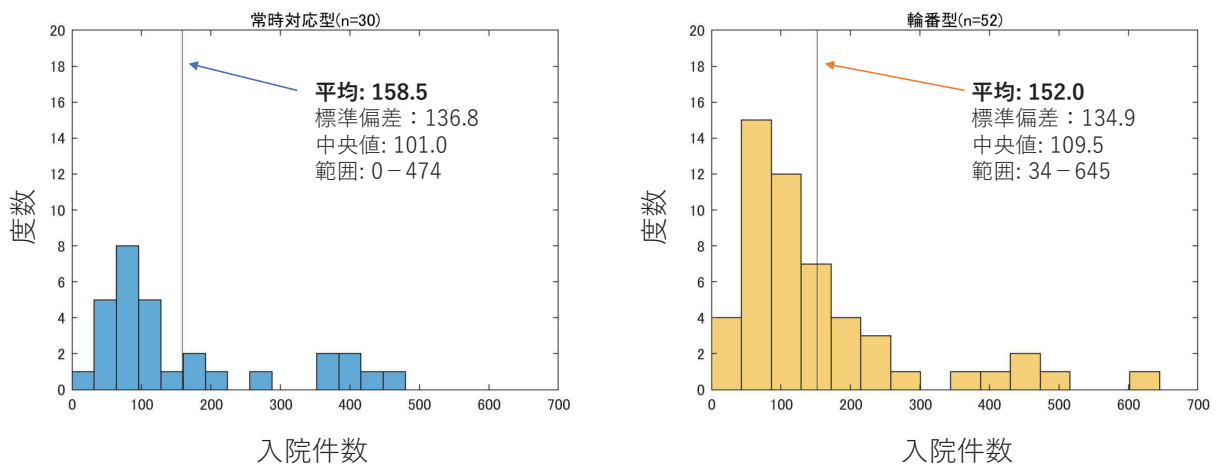
図34



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

設問 1 4 : 年間時間外入院件数

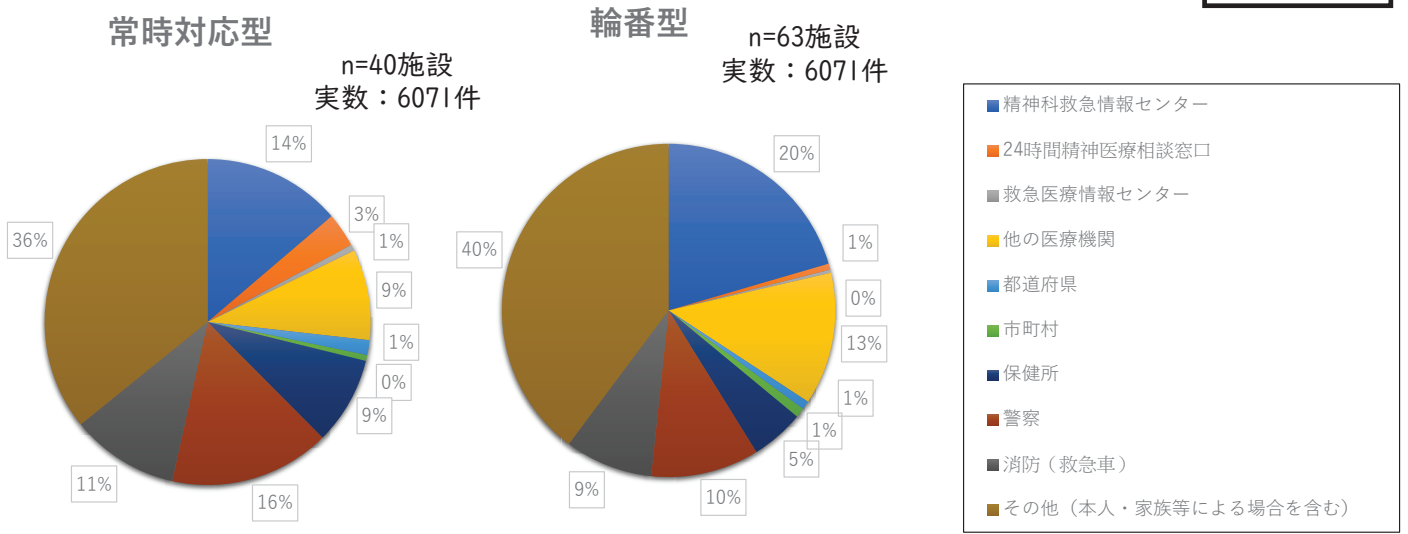
図35



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

設問 1 5 : 時間外入院の来院経路

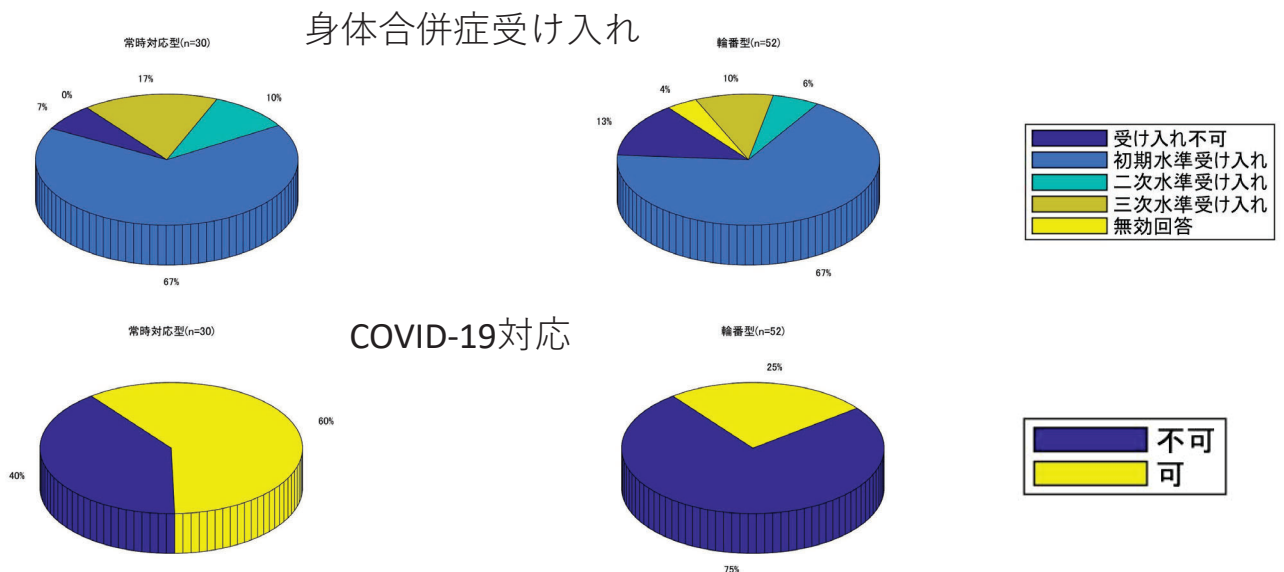
図36



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 1 6 : 身体合併症対応

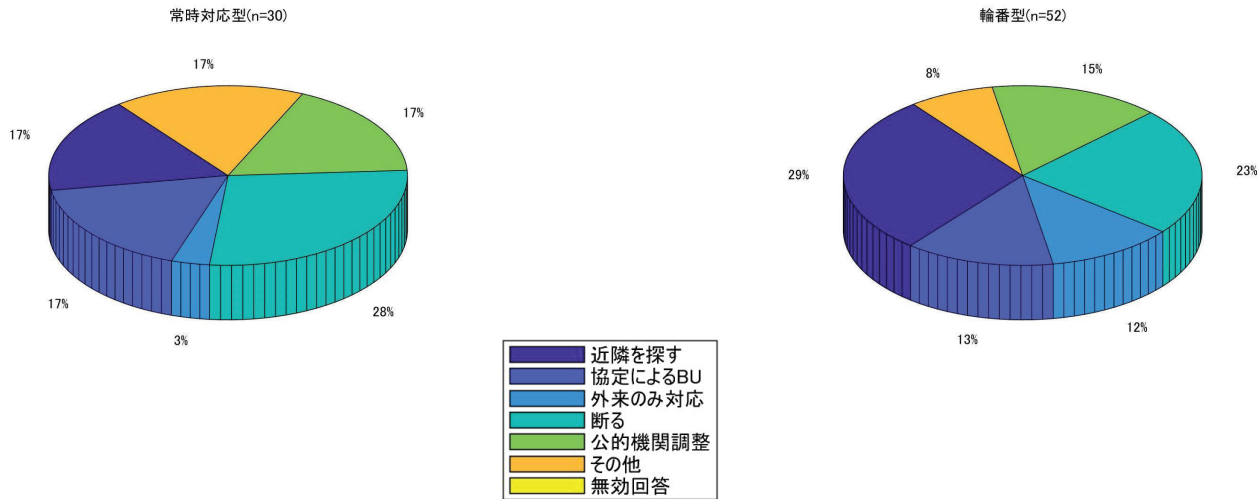
図37



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 1 7 : 満床時の対応

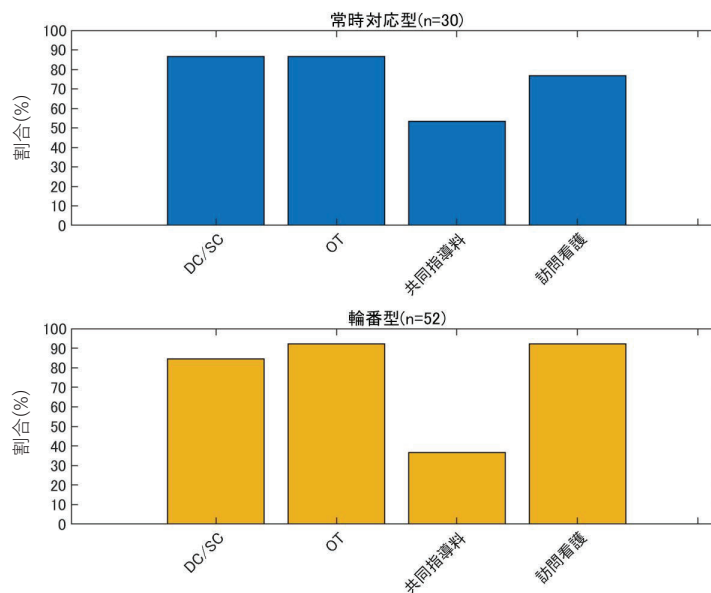
図38



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 1 8 : 退院に向けた取り組み

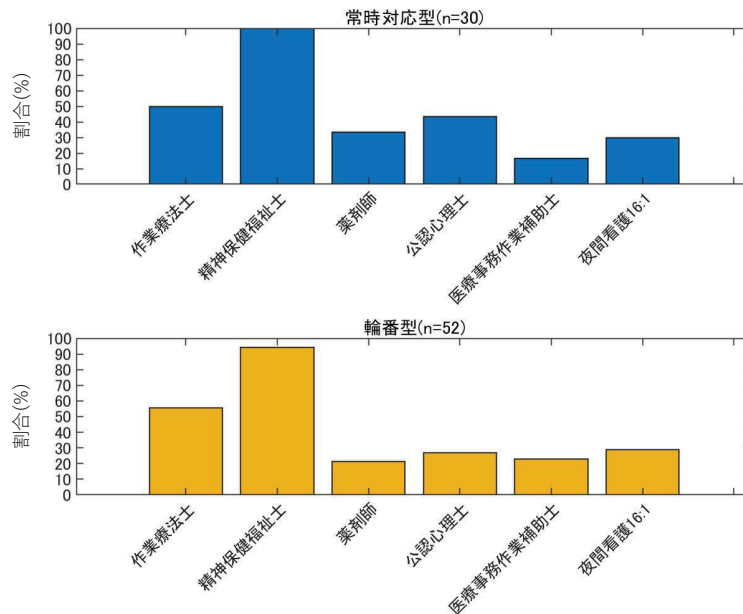
図39



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 20：コメディカル職員の病棟配置

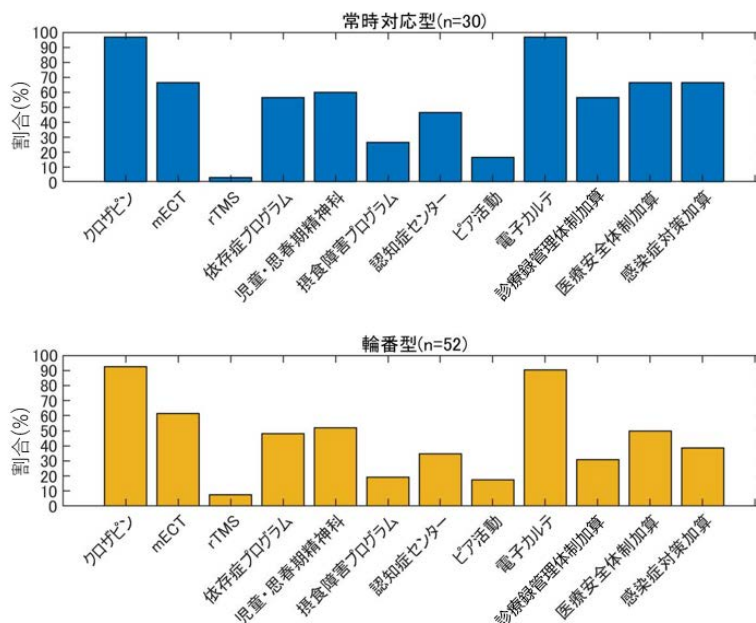
図40



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 21：専門的な診療機能

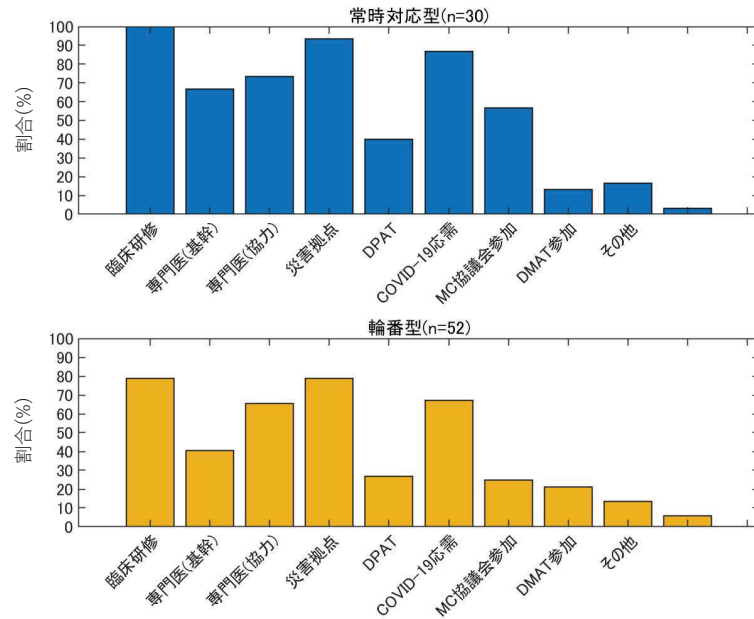
図41



精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC0201)

設問 2 2 : 社会貢献機能

図42



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

2021年6月1日

病院長各位

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

研究協力をお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

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

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

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

<調査手順>

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

謹白

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

精神科救急医療施設の機能に関するアンケート

以下の設問に沿ってご回答ください。

なお、2020年度とは 2020年4月1日～2021年3月31日 です。

1. 貴病院名 ()
2. 設立母体 (一つだけ選択) 国立病院機構 自治体立・行政法人立等 民間法人立
3. 全精神科病床数 (床)
4. 精神科以外の病床 (床) **ない場合は0を記入**
5. 精神科以外の診療科 (複数回答可)
 - なし 内科 外科 整形外科 耳鼻咽喉科 眼科 脳神経外科 産婦人科
 - 泌尿器科 麻酔科 小児科 皮膚科 形成外科 リハビリテーション科
 - 放射線科 救急科 総合診療科 その他 ()
6. 貴院における紹介率と逆紹介率
 - 不明の場合はチェックしてください。
 - 紹介率 (%)
 - 逆紹介率 (%)
7. 精神病床の内訳 (複数回答可) (病床数 / 病棟数) 問8 (一つだけ選択)
 - 7対1入院基本料 (特定機能病院) (/)
 - 精神病棟入院基本料10対1 (/)
 - 精神病棟入院基本料13対1 (/)
 - 精神病棟入院基本料15対1 (/)
 - 精神病棟入院基本料18対1 (/)
 - 精神病棟入院基本料20対1 (/)
 - 精神病棟特別入院基本料 (/)
 - 精神科救急入院料1・2 (/)
 - 精神科救急・合併症入院料 (/)
 - 精神科急性期治療病棟入院料1 (/)
 - 精神科急性期治療病棟入院料2 (/)
 - 精神療養病棟入院料 (/)
 - 認知症治療病棟入院料1・2 (/)
 - 児童・思春期精神科入院医療管理料 (/)
 - 特殊疾患病棟入院料2 (/)
 - 地域移行機能強化病棟入院料 (/)
 - その他 () (/)
 - ☆ 精神科急性期医師配置加算 (医師16対1)
 - あり ありの場合、届け出病棟種別 ()
 - ()
8. 設問7のうち、時間外救急患者を主に受け入れている病棟を一つだけ選び、右側の□にチェックしてください。

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

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

15. 上記（設問14）のうち、主たる来院経路（一つだけ選択）

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

- 精神科救急情報センター（実数 件）
- 24時間精神医療相談窓口（実数 件）
- 救急医療情報センター（実数 件）
- 他の医療機関（実数 件）
- 都道府県（実数 件）
- 市町村（実数 件）
- 保健所（実数 件）
- 警察（実数 件）
- 消防（救急車）（実数 件）
- その他（本人・家族等による場合を含（実数 件）

合計が設問14の
件数となります

16. 身体合併症に対する基本対応

16-1 自院で対応する場合の身体合併症の対応範囲（一つだけ選択）

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

16-2 COVID-19などの感染症対応

- 対応可能

16-3 自院における身体科診療の対応体制（複数回答可）

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

16-4 他院に転院を依頼する場合の連携体制（複数回答可）

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

16-5 平時からの圏域内身体科医療機関へのリエゾン精神科医師派遣

- あり 派遣先病院（)

22. 社会貢献（複数回答可）

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

設問は以上です。ご協力いただきありがとうございました。

事務連絡
2021年6月1日

病院長 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

精神科救急医療施設の機能に関するアンケート調査について（協力依頼）

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

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

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

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

【お問い合わせ（調査事務局）】

株式会社アクセライト
東京都文京区本郷 3-5-4 朝日中山ビル 5階
担当：及川
TEL：03-5801-0812
Email：survey-office5@accelight.co.jp

【厚生労働省担当課】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課