

精神科救急医療施設の機能評価項目設定および既存施設の機能評価

杉山 直也	(日本精神科救急学会医療政策委員、横浜市立大学)
平田 豊明	(同委員長、静岡県立こころの医療センター)
川畑 俊貴	(同委員、京都府立洛南病院)
鴻巣 泰治	(同委員、埼玉県立精神保健福祉センター)
佐藤 雅美	(同委員、東京武蔵野病院)
白石 弘己	(同委員、東洋大学)
八田 耕太郎	(同委員、順天堂大学)
澤 温	(同委員、学会理事長、さわ病院)

要旨

【事業背景】精神障害者の急性増悪期に危機介入の役割を担う精神科救急医療は、精神障害者が安心して地域生活を送るために必要な医療資源である。現在精神科救急医療は、全国的に見て概念的・構造的に不均一で地域格差が大きいのが実情である。精神科救急医療が安定的にその役割を発揮するためには、求められる標準的機能を明確化し、それを評価するための手法確立による均質化が望まれる。【対象と方法】精神科救急医療の機能を評価する項目を設定するため、まず基本的評価軸となるべき機能項目を抽出すべく、学会内の専門委員会にて検討を重ねるとともに、①全国 47 の各都道府県精神科救急医療行政担当部署と、②36 の精神科救急の基幹的病院を対象とし、3 種類の調査を行った。調査内容は、1. 精神科救急医療の機能に関する粗大項目の相互ピアレビュー調査、2. 精神科救急ガイドライン達成度調査、3. 患者移送にかかる実態調査である【結果】調査自治体のうち 40 (85.1%)、基幹的病院のうち 31 (86.1%) から回答を得た。調査 1 では対象の多様性に耐える評価結果が得られ、相互レビューとすることで課題抽出も可能であった。調査 2 の結果からは、本学会ガイドラインは医療施設に求められる機能の多くを網羅し、これを基にした評価法は精神科救急医療機関の機能の評価法として妥当であることが判明した。調査 3 では、移送の全体状況はある程度把握されたが、問題点の抽出は困難であった。

【考察】基本的項目による相互のピアレビューと、ガイドラインをモチーフにした網羅的自己レビューといった、二つの異なる手法を試み、それぞれ有用性が示された。後者では自主参加型の自己評価システム構築により更なる有用性が示唆された。しかし精神科救急の本来の目的である「救急需要への適切な介入」を確認するためには、何らかの実績評価を行うことが必要と考えられた。以上をふまえて機能評価の基本的評価軸としては、救急医療の守備範囲と構造、トリアージ機能、医療機能、組織機能に設定することが可能と考えられた。また患者移送など特定の機能を掘り下げて検討する手法としては、全体調査のほか特定のテーマによるシンポジウムなど、検討会の開催が必要であると考えられた。

事業目的

精神障害者の自立と社会参加促進にあつては、地域ケアのための医療・福祉資源の充実による地域ケアの推進が重要である。中でも精神障害者の急性増悪期に危機介入の役割を担う精神科救急医療は、精神障害者が安心して地域生活を送るために必要不可欠な医療資源である。このため厚生労働省は平成 7 年から精神科救急医療システム整備事業を全国展開し、精神科救急医療の整備を図ってきた。

精神科救急医療が安定してその役割を発揮するためには、精神科救急医療事業をコ

一ディネートする自治体や（都道府県や政令市）、救急医療機関が一定の標準的概念の下、標準的機能を保って事業展開される必要がある。しかしながら、これまでにわれわれが調査を行なった結果、わが国における精神科救急医療の実情は、概念的にも構造的にも不統一であり、実績としても地域格差が大きく、不均一の状況にある（平田豊明ら：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究、平成19年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」分担研究報告書）。これは既存の医療資源の差、ユーザーニーズの差、担い手の専門性、あるいは地域事情などによるものと推察され、未整備の部分が多くあることを示す。しかし一方、地域によっては整備状況が不十分であっても少ない医療資源を工夫し、精神科救急医療として一定の機能を実現している可能性も否定できない。

本事業は、精神科救急医療の評価手法を確立することによって均質化をはかり、精神科救急医療の充実と安定化を図ることを目指している。しかしながら上述のように、対象である精神科救急医療は多様であるため、共通の機能測定を可能とするには、どのような評価手法が適切であるかが先ず求められる課題である。しかも評価にあたっては、あくまで現機能を更に向上させるような効果が求められる。このため本事業においては、先ず精神科救急医療の機能評価のための基本的な評価軸を確定することを目標とし、それによって共通的な意義をもつ精神科救急医療の基本概念を確立することを目指した。

事業概要

精神科救急医療が多様な状況にある中、精神科救急医療に本来求められる機能を集約的に検討するために、1) 事業期間中に計5回の専門家らによる検討会を開催した。また、本検討会での議論から、2) 精神科救急に求められる標準的で基本的な要素を抽出して現状を把握するため、①各自治体の精神科救急医療事業の調整役である都道府県の精神保健福祉行政担当者（47）（以下対象①）、および医療の担い手として、②精神科救急医療の基幹的病院の役割を果たしている診療報酬基準の精神科救急入院料認可病棟を設置する医療機関（36）（以下対象②）を対象とし、基本項目による予備調査を実施した。

1) 精神科救急医療の機能評価に関する検討会

本検討会は、医療としての精神科救急医療に精通し、学問としての精神科救急医学によって学術的見地からの議論が可能となるよう、相応の知識や経験を有する学会理事が委員を担当することとした。そのうえで事業の実務的な側面を担当する実務委員会として、学会の医療政策委員がこれを担当した。

2) 調査事業

(ア) 精神科救急医療の機能に関する粗大項目のピアレビュー調査（対象①と②）
（資料1）

精神科救急医療事業を評価対象とし、求められる標準的で基本的な要素を抽出して現状を把握するため、基本項目による調査を実施した。調査する基本項目は検討会において充分審議され、対象地域の精神科救急医療事業の概念や構造が特殊であっても救急機能が反映されるよう設定された。具体的な調査票を資料1に示す。各地域における精神科救急医療の基本概要（プロフィール）を確認し、精神科救急医療に求められる機能をケアプロセス順に1. アクセス、2. トリアージ、3. 複雑事例、4. アフターフォロー、5. 行政機能に分け、合計23の粗大項目による調査とした。対象は47都道府県の

精神保健福祉行政担当者（対象①）、および精神科救急入院料認可病棟を有す全国の 36 医療機関（対象②）とし、資料 1 に示す調査票を郵送し、双方向からピアレビューする形式とした。

(イ) 精神科救急医療施設に求められる機能についての調査（精神科救急学会ガイドラインの達成度調査）（対象②）（資料 2）

精神科救急医療に求められる機能に関する議論は、当学会において継続的に行われてきたが、その節目となるべき集大成が 2003 年に発表された「精神科救急ガイドライン」（以下指針）である。本指針は、当時の精神科救急介入プロセスに必要な要素を網羅的に盛り込んだものであり、これを達成していることはすなわち、精神科救急医療に関する諸機能をカバーしていると考えても良い。本指針は、それぞれの項目に対する要求水準を 1. 最低限（Minimum）、2. 推奨（Recommended）、3. 最適（Optimum）の 3 つに分けて表現を統一していることが特徴である。このため本指針に示された要求項目を文章構造に沿ってそれぞれ箇条書きにし、そのまま評価基準として機能評価に用いた場合、集計結果として示されるものは 3 段階の要求水準毎に独立した達成度であり、評価基準としても非常に有用であることが考えられた（資料 2）。このことを検証するため、指針の要求項目について、要求水準を目隠ししたうえ評価基準としての体裁に加工、フォーマット化したものを準備し、精神科救急入院料を認可された病棟を有す全国 36 病院（対象②）を対象として調査を行なった。なお、指針の要求項目には精神科救急システム（事業）に関する項目も含まれているが、今回の調査対象は医療機関であるため、これら項目は今回の調査から削除した。

(ウ) 患者移送に関する調査（対象①）（資料 3）

精神科救急医療の機能に種々の要素が存在する中、検討会によって現在特に急いで取り組まなければいけない課題として、「移送問題」が抽出された。本問題は、平成 12 年の精神保健福祉法改正にあたり、移送の責任が自治体の精神保健福祉行政にあると明示されたことに端を発しており、特に移送時の安全性、迅速性において、警察が主体で行なわれてきた従来のものと異なる点が指摘されている。本事業では、特にこの課題を急務と考えたことから、資料 3 に示す調査票を作成し、47 都道府県の精神保健福祉行政担当者に送付して調査を行なった。

事業結果

1. 調査事業

1) 精神科救急医療の機能に関する粗大項目のピアレビュー調査（対象①と②）

調査を依頼した 47 都道府県のうち 40（85.1%）、基幹的病院のうち 31（86.1%）から回答を得た（表 1）。

各地域における精神科救急医療事業の基本構造を表 2 に示す。対象①が 47 都道府県であるのに対し、対象②は特定の診療報酬基準の認可病院であるため、全国に万遍なく立地しているわけではなく、両者が反映する地域が同一ではないことに注意すべきである。精神科救急医療事業の病院群の構造タイプのうち基幹病院完結型、輪番型の頻度、後方移送のあるなしで差異を認めるが、その他では両者間に大きな違いは見られなかった。これはそもそも対象②が基幹的な病院であることから、基幹病院完結型の頻度が多く、それによって輪番型や後方移送制が少ないものと考えれば合理である。

図1は、23項目のうち、5段階評価法を適用した20項目のピアレビュー結果である。評価ポイントの計算は、各選択肢のうち「そう思う」→4、「どちらかと言うとそう思う」→3、「どちらともいえない」→2、「あまりそうは思えない」→1、「まったくそう思えない」→0として、各調査対象全体の平均を算出してプロットした。全体の傾向として行政からの評価が高目であり、医療機関のほうが事業の機能の不十分さや問題意識を感じているという結果であった。両方で差が大きい項目としては、「区割りの適切性」、「情報センターのカウンセリング機能」、「輪番病院の機能性」、「連絡調整委員会」、「補助金の適正運用」で行政からの評価が上回っている。特にE「行政機能」では全体に行政からの評価が高い。補助金についての大きな差異は、医療機関側としても不適切という評価ではないものの、どのように使われているのかや配分への疑念が医療機関側に存在する可能性がある。いずれにせよカテゴリEについては両者間のコミュニケーションが足りない部分であると言えそうである。「区割りの適切性」も行政機能に近く、同様の考察ができる。「情報センターのカウンセリング機能」については、医療機関からは見えていない部分でもあり、そのための評価の違いが考えられる。また、「輪番病院の機能性」では、医療機関側の対象が救急基幹病院であるという特徴と関連していることが考えられる。逆に医療機関のほうが高い評価をつけた項目に「システムの一貫性」がある。これは対象②の医療機関が基幹病院であり完結型の採用が多かったことによる理由のほか、行政からの視点では入り口部分の危機介入に重きが置かれ、その後の転帰までをフォローする機会が少ないことが考えられる。本来的には行政からも縦断的なかわりが求められることを考えれば、ここでの行政の役割はもう少し強化が望まれることを示す結果かも知れない。

両者ともに、意見の相違なく低評価であった項目に「一般科との連携」、「合併症対応」がある。この項目については両者ともに危機意識が著しく高く、実際の現場感覚にも一致し、深刻であることが再確認された結果といえる。一刻も早い改善策が望まれる。

以上のような結果と考察から、粗大23項目のピアレビューによる本評価は、対象が多様であってもある程度地域の精神科救急医療の機能を正確に反映し、問題点を抽出することができたものと考えられる。このような評価の取り組みは、事務作業としての負担も少なく、現機能を損なうこともない利点があり、結果を課題として取り上げることに活用できる点からも有用であると思われる。

2) 精神科救急医療施設に求められる機能についての調査（精神科救急学会ガイドラインの達成度調査）（対象②）

(ア)と同じく対象②の31医療施設から回答があった。今回評価に用いたガイドライン上の要求項目数は水準1（最低限）39、水準2（推奨）12、水準3（最適）2の計53項目である（資料2）。これらに対し、各対象医療機関にA当てはまる（A達成）、Bほぼ当てはまる（B達成）、C当てはまらない（C評定）の3段階で自己評価を依頼した。

全体53項目ではA達成67.3%、B達成92.3%と高い達成度を示した（表3）。病院ごとの評価では、1病院（71.7%）を除いてすべてが80.0%以上のB達成を示した。またB達成100.0%の病院が1施設あった（図2）。要求水準ごとの集計では、要求水準1（最低限、項目数39）ではA達成77.4%、B達成

97.0%、水準2（推奨、項目数12）ではA達成43.0%、B達成86.3%、水準3（最適、項目数2）ではA達成11.3%、B達成37.1%であった（表3）。図3は各項目の達成度を要求水準別にグラフ化したものである。要求水準1において達成度が低めであった項目（60%以下）は「最終的に責任を持って診療を受け入れる医療機関が明確に存在する」（1-3）、「一定の身体管理能力を有する」（1-24）、「治療手段について一定の基準がある」（1-26）、「医師・看護師・コメディカルの教育体制の整備」（1-30）、「個室群には酸素・吸引の設備を有す」（1-36）であった。水準2では「救命センターとの連携」（2-1）、「救急ケース対応時のPSW常在」（2-2）で低い、逆に「血算・生化学検査体制」（2-3）、「精神科医師数」（2-6）「看護師数」（2-7）「安全かつ快適な便器の設置」（2-12）ではいずれもB達成としては高かった。全体としてA達成とB達成は相関する傾向があった。要求水準が上がれば達成度が低下し、各項目の水準設定はおおむね順当であるが、一部の項目では再検討が必要であると思われた。

以上より、学会ガイドラインを基にした本評価法は精神科救急医療機関の評価手法としてほぼ妥当なものであると推察された。網羅的であることや、今回の対象が精神科救急に特化した医療機関であったことから、すべての医療機関に有用とは言えず、自己評価によって自院の救急医療水準を判定する目的などに適していると考えられた。このため本評価法は今後オンラインを用いた自主参加型の集約システムを構築し、全国水準からみた評価などをフィードバックできるシステムなども意義があると考えられた。

3) 患者移送に関する調査（対象①）

（ア）と同じく対象①のうち40の都道府県行政から回答を得た。図4～13および表4～7に結果を示す。

移送制度の実施は40のうち、35で行われていた（図4）。開始年度では、精神保健福祉法第34条の新設があった平成12年が最も多く、漸次各地で実施されるようになった（図5）。移送件数は各都道府県でカウントの仕方に定着がないらしく、人口規模に見合う数字が報告されなかった（ローデータのため提示せず）。このため全体の実施数2490は必ずしも実態を反映しているとはいえない。平均としては71.1/年（時間外35.4/年）であり、最大は大阪府の579/年（うち時間外388/年）、実績ゼロの自治体もあった（表4）。移送制度の実施による体制の変化としては、変わらないとする自治体が半数強（20/35）あり、影響を受けたのは約1/3（12）、うち7自治体で予算・人員の変化を伴う影響があった（図6）。保健所の関与では、多くの自治体で平日日中・夜間休日とも中心にかかわっていた。原則関与しないとするのは平日日中で3、夜間休日で5であった（図7、8）。運用時間は、平日日中が29/35、準夜帯が21/35、深夜帯が18/35、休日帯が24/35であり、その他の回答では24時間随時といった回答が多かった（図9）。運用時間外の移送については、警察による搬送がほとんどであった（表5）。措置入院の告知は1自治体を除いてすべてが行政職員により行われているという回答であった（図11）。移送に要す時間では、変わらないとする意見が半数あり、短縮したのが5/35、延長したのは0であったが、多くを占めるその他では「長くなった」との記載が散見された（図12）。移送時における警察の協力は多くの地域で見られるが、多数を占めるその他では、「ケースによる」、「警察署によって異なる」といった意見が多かった（図13）。安全性について、

問題は特にないとする意見が半数以上 (22/35) あるものの、約 1/3 では何らかの危険な状況を経験していた。移送が実施されていない自治体の評価では、人員配置・予算が理由となっており (表 6)、事例の移送は警察や行政職員が随時対応しているという回答であった (表 7)。

以上の結果から、患者移送は徐々に全国的に実施されるようになっているものの、件数や制度の運用などは依然均一ではないことが判明した。また、多くの場面で警察の関与が必要とされ、実際に協力実態があることも読み取れる。ただし、移送に関する法整備以降、警察の関与が必然的に減ることでの安全性や迅速性における懸念は、臨床現場の感覚としても医療機関側に存在しているが、今回のアンケートでは個別の意見として見られるのみで、データの上ではっきりとは抽出されなかった。

2. 検討会での成果

検討会における成果としては、先ず今回のアンケートにかかる評価について、その方法や評価内容などを十分吟味して、予備的な評価手段 (資料 1、2) を作成したことが挙げられる。それによって今回の結果がもたらされ、評価のあり方についての議論が深められるようになったことは有意義であった。

今回は基本的項目による相互のピアレビューと、ガイドラインをモチーフにした網羅的自己レビューといった、二つの異なる手法を試みた。その結果をふまえた検討会の議論では、精神科救急事業を対象とした評価では、対象が多様であるという特徴から、網羅的な機能評価は現実的でなく、基本項目のピアレビューが有効であることが確認された。その際、今回の調査項目においては精神科救急医療機能のうち、理念や構造についてはある程度の評価が可能であるが、本来の機能評価の目的である「精神科救急医療事業は地域の救急需要に適切な介入を実現しているか」という点については、何らかの実績評価が必要になることが提案された。このことをふまえて、精神科救急医療事業の評価のための基本的評価軸は、

- 1) 救急医療の守備範囲と基本構造
- 2) トリアージ機能
- 3) 救急医療機能 (体制、設備、対応力、介入実績、転帰)
- 4) 組織機能 (救急事業運営の適切性、医療施設の組織マネジメント)

に集約されることが可能であった。なお、介入実績については、標準的なパラメータを確定し、国内全域で通用する基本フォーマットを整備することの必要性が確認された。

続いて、ガイドラインをモチーフにした網羅的自己レビューについては、救急医療機関に限った調査によって、自らの機能を確認するためチェックするという意味において有用かつ妥当なものであった。機能の異なる医療機関においては有用性が確認できていないが、少なくとも精神科救急医療に参加協力するのであれば、本評価法における評価項目の一部は有用な可能性があると考えられる。したがって、輪番病院の機能評価などについては、本評価法が参考になると考えられる。検討会においては、今後本評価法について、自己レビューによる機能の自己確認の目的において有益性があると考え、これをより促進するためオンラインを用いた自主参加型の自己採点システムの開発提案がなされた。このシステムでは、全国の平均水準など有用データのフィードバックを行って、病院にとっての有益性を提供できる可能性などについても議論がなされ、今後につなげたい。

最後に、個別の機能に関する調査として今回移送問題を取り上げたが、全国の状況を聞き取り調査することで、全体把握にはつながるものの、現場感覚に直結

する個別の問題の抽出は困難であることが判明し、今後このような話題ではより実際に即して事例検討下に議論がもたれるべきとの見解で意見の一致を見た。本課題については、別の機会にシンポジウムの開催などによって議論を深めていく方針となった。

事業実施機関

日本精神科救急学会

学会事務局住所：株式会社 春恒社 学会事務局 〒162-0041 東京都新宿区早稲田鶴巻町 519 番地 洛陽ビル 3 階 03-5291-6231

本事業の事務局住所：県立こころの医療センター医局 〒420-0949 静岡県静岡市葵区与一 4 丁目 1-1 054-271-1135

表1. 調査対象②のうち回答のあった精神科救急医療の基幹的病院

	医療機関名	都道府県
1	旭川圭泉病院	北海道
2	宮城県立精神医療センター	宮城県
3	佐藤病院	山形県
4	群馬県立精神医療センター	群馬県
5	栃木県立岡本台病院	栃木県
6	埼玉県立精神医療センター	埼玉県
7	千葉県精神医療センター	千葉県
8	国立精神・神経センター国府台病院	千葉県
9	袖ヶ浦さつき台病院	千葉県
10	都立松沢病院	東京都
11	東京武蔵野病院	東京都
12	山梨県立北病院	山梨県
13	沼津中央病院	静岡県
14	清水駿府病院	静岡県
15	聖隷三方原病院	静岡県
16	総合心療センターひなが	三重県
17	石川県立高松病院	石川県
18	福井県立こころの医療センター	福井県
19	京都府立洛南病院	京都府
20	さわ病院	大阪府
21	阪南病院	大阪府
22	大阪府立精神医療センター	大阪府
23	兵庫県立光風病院	兵庫県
24	岡山県立精神医療センター	岡山県
25	せのがわ病院	広島県
26	松山記念病院	愛媛県
27	土佐病院	高知県
28	のぞえ総合心療病院	福岡県
29	大宰府病院	大分県
30	新垣病院	沖縄県
31	平安病院	沖縄県

表2				
	行政	医療機関		
	行政	医療機関	行政	医療機関
圏域数			病院群の構造タイプ	
最高	8	9	基幹完結	0 6
最低	1	1	基幹・後送連携	3 2
合計	131	88	輪番	16 4
平均	3.36	3.1	基幹・輪番混合	19 16
			どれにも属さない	2 2
要綱				
ある	40	26		
ない	0	2		
基幹病院数				
最高	7	4	0ヶ所	9 1
最低	0	0	1ヶ所	17 9
合計	63	57	2ヶ所	5 7
平均	1.58	2.11	3ヶ所	2 6
			4ヶ所	5 4
			5ヶ所以上	1 0
輪番病院数				
最高	76	78	0-5ヶ所	3 6
最低	3	0	6-10ヶ所	9 6
合計	880	533	11-20ヶ所	9 4
平均	22.6	19	21-30ヶ所	9 5
			31-40ヶ所	3 1
			40ヶ所以上	6 3
情報センター				
ある	29	26		
ない	11	4		
情報センターの市民公開				
ある	21	18		
ない	8	10		
未回答	11	3		
後方移送				
ある	22	12		
ない	18	18		

表3				
	要求水準1	要求水準2	要求水準3	全体達成度
項目数	39	12	2	53
A達成	77.4%	43.0%	11.3%	67.3%
B達成	97.0%	86.3%	37.1%	92.3%

図1. 精神科救急医療機能の評価 粗大項目の相互レビュー

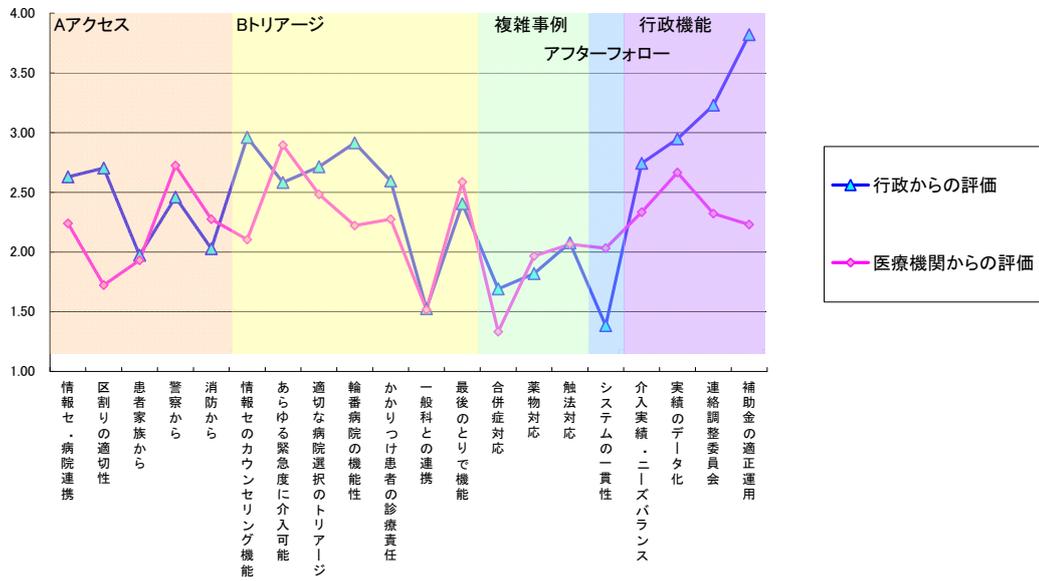


図2. スー ー救急における A 達成度

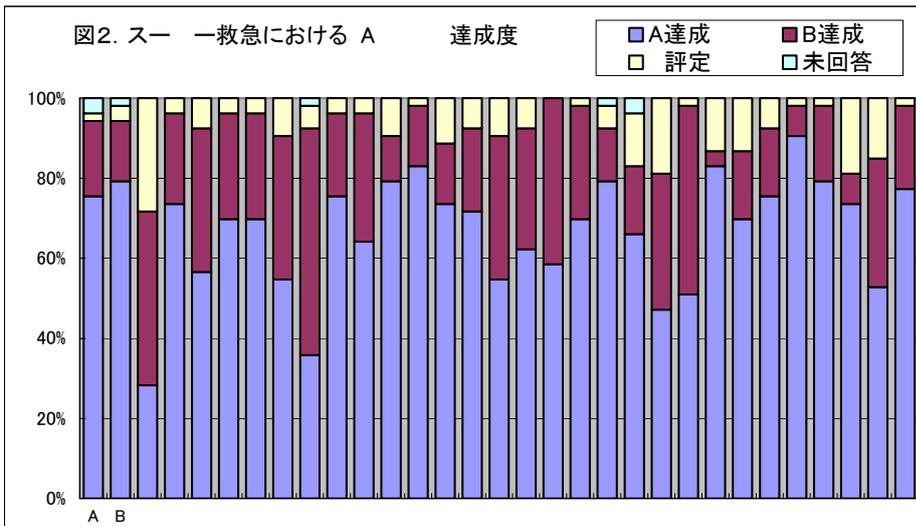


図3. 項目別達成度

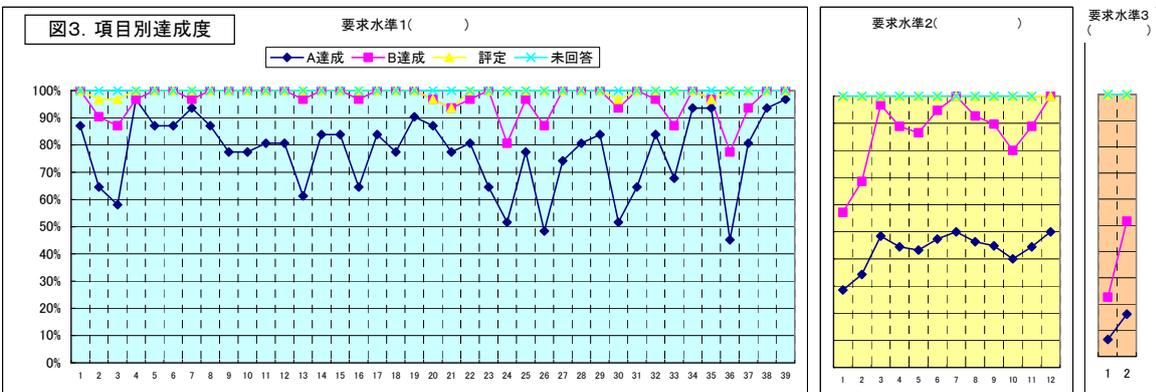


図4

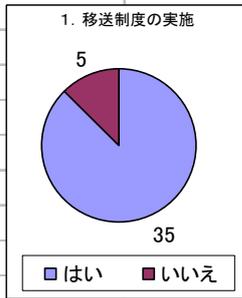


図7

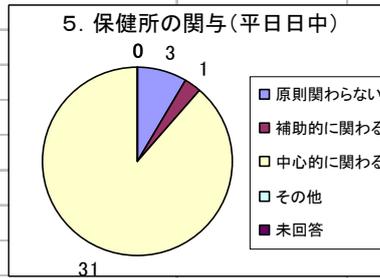


図5

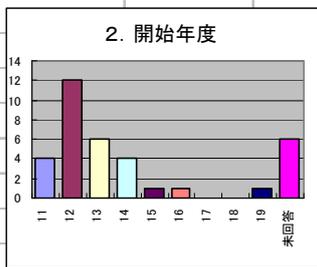


図8



表4

	合計	時間外
最高	579	388
最低	0	0
合計	2490	1027
平均	71.1	35.4

図9

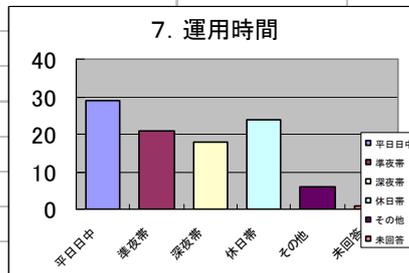


図6

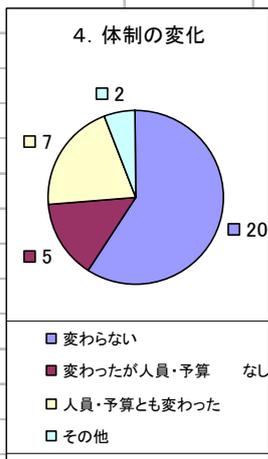


表5

警察待機	1
警察が搬送	10
その他	1
未回答	23

図11



図12

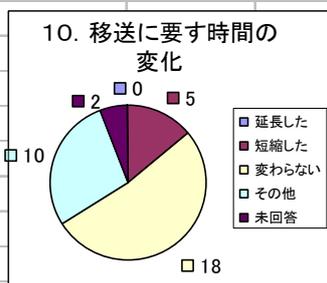


図13

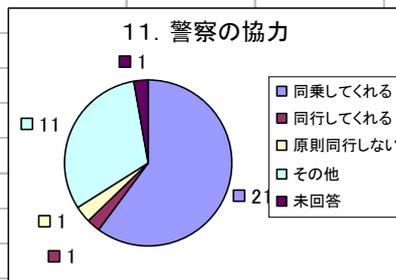


図14



表6

理由	回数
人が配置できない	3
予算が確保できない	3
警察からの要請がない	0
措置入院があまりない	0
その他	3

表7

実施状況	回数
警察	1
その他	3
未回答	1

精神科救急医療システム整備事業の機能に関する調査

1. 精神科救急システム整備事業(以下「精神科救急事業」)の概要について

A 都道府県名をご記入ください _____ 都・道・府・県

B 救急医療圏域数をご記入ください _____ 地域(ブロック)

C 貴地域の精神科救急事業は、次のうちどのタイプですか？

1. 基幹病院完結型(少数の基幹病院のみで自己完結的に対応)
2. 基幹病院—後方協力病院連携型(基幹病院での受入と後方病院への転送が主体)
3. 輪番病院型(複数の輪番病院群がほぼ平等に救急診療を分担)
4. 基幹病院—輪番病院混合型(少数の基幹病院と輪番病院群が役割分担)
5. どれにも属さない

記載欄

D 都道府県における精神科救急事業の要綱はありますか？

1. ある
2. ない

E 精神科救急事業における基幹的病院は都道府県内に何カ所ありますか？ _____カ所

F 同じく、輪番による精神科救急医療施設は何カ所ありますか？ _____カ所

2. 精神科救急事業の機能について、当てはまる選択肢をお選びください。

選択肢説明	1. そう思う 2. どちらかというと思う 3. あまりそうは思えない 4. まったくそう思えない 5. どちらともいえない
-------	--

A アクセス

- | | | |
|--|-------------------|-----|
| 1 精神科救急事業において精神科救急情報センター(電話情報センター、公的な補助を受けたもの)はありますか？ | ある | ない |
| 2 精神科救急情報センターの電話番号は一般市民にまで全面公開されていますか？ | はい | いいえ |
| (いいえの場合のみ) | | |
| 部分公開の場合、一般市民からのアクセスが最終的に精神科救急情報センターにつながるような別の仕組みや体制がありますか？ | ある | ない |
| 3 情報センターは有効に機能し、救急医療機関との連携が良好かですか？ | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| 4 救急医療圏域は医療機関の偏在や人口分布などに配慮され、現実的に区割りされていますか？ | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| 5 患者・家族からみて利用しやすいシステムと思われませんか？ | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| 6 警察からみて利用しやすいシステムと思われませんか？ | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| 7 消防からみて利用しやすいシステムと思われませんか？ | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |

記載欄

B トリアージ

- | | | |
|--|-------------------|--|
| 1 情報センターのカウンセリング機能は良好ですか？ | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |
| 2 精神科救急事業全体として、あらゆる緊急度の救急事例に介入可能ですか？(緊急措置・措置・応急・医療保護・任意・外来受診・電話相談) | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | |

- 3 救急患者さんは適切な医療機関に振り分けられ、正しくトリアージされていますか？ 1・2・3・4・5
- 4 輪番当番病院は救急診療に責任をもってケースに対応していますか？ 1・2・3・4・5
- 5 かかりつけ医療機関のあるケースで救急要請となった場合、受け入れるべき医療機関の優先順位は明確ですか？ 1・2・3・4・5
- 6 一般科医療機関との連携が良好ですか？ 1・2・3・4・5
- 7 最終的に責任をもって診療を受け入れる医療機関が明確に存在しますか？ 1・2・3・4・5

記載欄

C 複雑事例

- 1 身体合併症への対応は、うまくいっていますか？ 1・2・3・4・5
- 2 違法性薬物使用ケースへの対応は、うまくいっていますか？ 1・2・3・4・5
- 3 触法行為をとまなうケースへの対応は、うまくいっていますか？ 1・2・3・4・5

記載欄

D アフターフォロー

- 1 後方転送システムはありますか？ ある ない
- 2 救急や急性期の危機介入から退院後の地域支援まで、一貫性のあるシステムであると思われますか 1・2・3・4・5

記載欄

E 行政機能など

- 1 精神科救急事業は、救急患者数等の介入実績において、ニーズに応えられていると思いますか 1・2・3・4・5
- 2 救急医療の実態を把握するため、事業全体としての救急医療件数が適切な形でデータ化されていますか？ 1・2・3・4・5
- 3 精神科救急事業の連絡調整委員会は定期的に開催されていますか？ 1・2・3・4・5

連絡調整委員会の開催回数をご記入下さい

年間_____回

- 4 精神科救急事業を運営するための補助金は適正に運用されていますか？ 1・2・3・4・5

記載欄

以上でアンケートは終了です。
ご協力ありがとうございました。

よろしければ ご回答者のお名前等の記載をお願いいたします。

施設名および部署名 _____

ご回答者名 _____

自由意見欄

資料2

「精神科救急医療ガイドライン」達成度調査 項目

要求項目		要求水準別 項目番号
1	迅速な専門的介入が可能（すべての入院形態に対応できる）	1-1
2	担当施設は治療を自己完結する能力を有するか、完結困難な場合は、バックアップするシステムを有す	1-2
3	最終的に責任をもって診療を受け入れる医療機関が明確に存在する	1-3
4	受診・入院手続き・入院中の処遇について関連法規が遵守されている	1-4
5	救急医療におけるインフォームドコンセントが適切である	1-5
6	院内の行動制限の現況を把握するための手法があり、データ管理されている	1-6
7	患者の行動制限が常に適正に行なわれるための、専門の基準や委員会 など仕組みが設けられている	1-7
8	8 の委員会には弁護士や市民等、外部からの参加者が含まれる	3-1
9	初診時には 9-1～14 に示した事項の医学的評価や処置が行われ、カルテ開示に配慮しつつ必要事項が記載される	
9-1	バイタルサイン	1-8
9-2	家族歴、家族構成の把握	1-9
9-3	生活歴の把握	1-10
9-4	身体的・精神的既往歴の把握	1-11
9-5	病歴の把握（精神症状発現の時期やストレス要因の同定、物質乱用歴を含む）	1-12
9-6	社会心理的背景の評価	1-13
9-7	精神医学的現症、身体医学的現症（判明している検査結果など も含む）	1-14
9-8	暫定診断（ICD-11などであるべき）	1-15
9-9	現実検討能力ないし判断能力の評価	1-16
9-10	治療に対する患者本人の意見や態度	1-17
9-11	治療に対する家族や代諾者の同意や考え	1-18
9-12	治療形態の決定（外来治療・他医療機関紹介・入院とその形態等）	1-19
9-13	受診時の医学的処置（処方・処置内容・精神療法の内容等）	1-20
9-14	病状説明、治療方針、契約事項などの内容	1-21
10	入院ないし転院に際して、鎮静処置が必要と判断されたときは、必要 にして十分な鎮静手段を講じ、患者および医療従事者の安全が確保される	1-22
11	入院治療の適応が明確化されている	1-23
12	一定の身体管理能力を有する。（総合病院に併設されているか、もしくは単科の場合は、身体的に重篤な問題が生じた際に、速やかにコンサルテーションを依頼できるか、搬送を受け入れてくれる近在の一般病院をあらかじめ確保しておく）	1-24
13	救命救急センターと連携している	2-1
14	入院直後から、退院後のケアを考慮して、精神保健福祉士や保健師等、 関連機関所属スタッフとの連携を構築している	1-25
15	治療手段（薬物療法、電気痙攣療法、精神療法等）については、一定 の基準が定められている	1-26
16	救急受診した事例に対し、精神科救急医療および危機介入の知識・経験を有する専門スタッフ（16-1～3）が常に対応できる	
16-1	精神保健指定医（常在A、オンコールB）	1-27

	16-2	看護師（専任A、病棟などから応援による場合B）	1-28
	16-3	PSW（常在A、オンコールB）	2-2
17	17-1～3の必要な臨床検査が行なえる（24時間体制ならA、オンコールB）		
	17-1	血算、生化学的検査	2-3
	17-2	レントゲン、CTなど画像検査	2-4
	17-3	生理学的検査	2-5
18	通訳が用意できる		3-2
19	病棟部門には、19-1～3に示す十分な専門職が配置されている。		
	19-1	精神科医師（医師1人の受け持ち患者8人以下ならA、16人以下ならB）	2-6
	19-2	看護師（患者：職員で、7:1ならA、10:1ならB）	2-7
	19-3	コメディカルスタッフ（病棟専任2名以上ならA、1名ならB）	1-29
20	医師・看護師・コメディカルへの教育体制が整備されている		1-30
21	医師・看護師・コメディカルに対し専門の研修プログラムが準備されている		2-8
22	職員に研修の受講を義務づけている		2-9
23	院外の研修機会等への参加について、支援する仕組みがある		1-31
24	患者の安全とプライバシーに配慮され、身体医学的対応が可能な救急診察室がある（24-1～3）		
	24-1	十分な面積（少なくとも診察デスク1と椅子3、ベッド1を収容できる）がある	1-32
	24-2	医療ガスアウトレット（酸素・吸引）、心肺監視装置を備える	1-33
	24-3	救急カートを備える	1-34
25	病棟部門の定床の半数以上は個室（隔離室を含む）で占められる		1-35
26	隔離室および個室には26-1～4に示す設備や構造がある		
	26-1	個室群には、酸素・吸引の設備を有す	1-36
	26-2	個室（隔離室を含む）はナースステーションに近接して配置される	2-10
	26-3	隔離室はベッドを設置しても処置を行うのに十分な広さ（10平米以上）が確保される	2-11
	26-4	隔離室には安全かつ快適な便器が設置される	2-12
27	病棟には、鎮静処置を講じた患者や身体的問題を有する患者の身体管理のために27-1～3に示す設備や器具を備える		
	27-1	心肺監視装置	1-37
	27-2	救急カートの病棟内常設と定期点検の証	1-38
	27-3	身体拘束の器具は、末梢循環障害等の防止に配慮されたマグネット式等の専門器具を使用している	1-39

29条の2の2に係る移送制度に関する実態調査

1. 貴都道府県では29条の2の2に係る移送制度(34条第4項)は実施されていますか？

- ①はい ②いいえ

2. 前問で「はい」と答えた方は、以下(1)～(12)の設問にご回答願います。「いいえ」と答えた方は、次ページの3にご回答願います。

(1) 移送制度は何年から開始されましたか？ 平成 _____ 年

(2) 移送制度(34条全般)に関する運営要綱はありますか？

- ①ある ②ない

(3) 平成18年度の移送件数(29条の2の2) _____ 件

うち、時間外の運用件数 _____ 件

(結果として移送業務のいずれかの過程が時間外に及んだものを含みます)

(4) 平成12年の34条施行で、措置診察に係る移送体制に対する行政の関与には変化がありましたか？

- ①それほど変わらない
②ある程度変わったが、人員増や予算措置を伴う変化ではない
③人員増や予算措置を伴う変化があった
④その他 _____

(5) 地域の保健所は、平日日中は、この移送に関わっていますか？

- ①原則として関わっていない
②補助的に関わっている
③中心的に関わっている
④その他 _____

(6) 地域の保健所は、夜間休日は、この移送に関わっていますか？

- ①原則として関わっていない
②補助的に関わっている
③中心的に関わっている
④その他 _____

(7) この移送制度が運営されている時間帯は、次のどれですか(複数選択可)？

- ①平日日中
②準夜帯(17時頃～22時頃)
③深夜帯(22時頃～翌朝)
④休日帯(土曜・休日の日中)
⑤その他 _____

(8)前問で、移送制度の運用時間帯が限定されている場合、それ以外の時間帯では、どう対応されていますか？

- ①警察で保護して運用時間帯まで待つ
- ②精神科救急病院に警察が搬送することがある
- ③その他 _____

(9)措置該当となった時には告知は誰が行っていますか？

- ①行政職員
- ②病院職員
- ③その他 _____

(10)通報から受診までの時間に変化はありましたか？

- ①延長した
- ②短縮した
- ③変わらない
- ④その他 _____

(11)警察官は同乗ないし同行してくれますか？

- ①依頼すれば、移送車両に同乗してくれる
- ②警察車両で同行してくれるが、同乗はしてくれない
- ③依頼しても、原則として同行してくれない
- ④その他 _____

(12)移送の安全性に問題が生じたことはありますか？

- ①特にない
- ②ある(具体的に

)

3. 問い1で「いいえ」と答えた方にご回答願います。

(1)29条の2の2に係る移送が行われていない理由は何ですか(重複選択可)？

- ①人が配置できない
- ②予算が確保できない
- ③警察からの要請がない
- ④措置入院があまりない
- ⑤その他 _____

(2)警察官通報から措置診察の場までの移送はどのように行われていますか？

- ①警察による搬送
- ②その他 _____

ご協力ありがとうございました。

平成 19 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト 事業実施報告概要

事業名	精神科救急医療施設の機能評価項目設定および既存施設の機能評価
事業目的	精神障害者の急性増悪期に危機介入の役割を担う精神科救急医療は、精神障害者が安心して地域生活を送るために必要な医療資源である。現在精神科救急医療は、全国的に見て概念的・構造的に不均一で地域格差が大きいのが実情である。精神科救急医療が安定的にその役割を発揮するためには、求められる標準的機能を明確化し、それを評価するための手法確立による均質化が望まれ、本事業はそれを目的とした。
事業概要	精神科救急医療の機能を評価する項目を設定するため、まず基本的評価軸となるべき機能項目を抽出すべく、学会内の専門委員会にて検討を重ねるとともに、①全国 47 の各都道府県精神科救急医療行政担当部署と、②36 の精神科救急の基幹的病院を対象とし、3 種類の調査を行った。調査内容は、1. 精神科救急医療の機能に関する粗大項目の相互ピアレビュー調査、2. 精神科救急ガイドライン達成度調査、3. 患者移送にかかる実態調査である。
事業実施結果及び効果	調査自治体のうち40 (85.1%)、基幹的病院のうち31 (86.1%) から回答を得た。調査 1 では対象の多様性に耐える結果が得られ、相互レビューとすることで課題抽出も可能であった。調査2では、本学会ガイドラインは医療施設に求められる機能の多くを網羅し、これを基にした評価法は医療機関の評価法として妥当であった。今後自主参加型の自己評価システムによる更なる有用性が示唆された。調査3では、移送の全体状況はある程度把握されたが、問題点の抽出は困難であった。今後、介入実績を盛り込んだ相互ピアレビューの手法を確立し、それによって全国の精神科救急医療の均質化への活用が期待される。特定の機能の検討手法としては、全体調査のほか検討会の開催が有用であると考えられた。
事業主体	日本精神科救急学会 本事業の事務局住所：〒420-0949 静岡県静岡市葵区与一 4 丁目 1-1 054-271-1135 県立こころの医療センター医局