

厚生労働省障害者保健福祉推進事業【障害者自立支援調査研究プロジェクト】

平成20年度 報告書

医療機関や社会復帰施設が精神障害者の緊急対応を
行いやすくするための研究

平成20年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援研究プロジェクト)

医療機関や社会復帰施設が
精神障害者の緊急対応を行いやすくするための研究

特定非営利活動法人メンタルケア協議会

地域生活における精神科緊急対応研究会（略称、緊急対応研究会）

研究班代表	羽藤 邦利（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
研究員	稲垣 中（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）
	大久保 豪（東京大学大学院医学系研究科健康学習・教育学分野）
	小栗 康平（早稲田通りこころのクリニック）
	梶原 徹（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
	菊地 俊暁（慶應義塾大学大学院医学研究科）
	佐藤 忠彦（桜ヶ丘記念病院理事長）
	白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科）
	西村 由紀（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
	野村 忠良（東京精神障害者家族会連合会会長）
	平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）
	穂積 登（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
	山本 健一（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）
	横山由香里（東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野）
	吉江 悟（東京大学総括プロジェクト機構）

目 次

はじめに	7
全体要約	8
I 若年精神障害者における緊急対応ニーズ及び未治療期間と受診経路の調査	10
要約1 若年精神障害者の緊急対応ニーズ	10
要約2 若年精神障害者の未治療期間と受診経路	11
1 調査の背景	12
2 調査方法	12
3 調査対象者	12
4 結果	12
1) 調査対象患者の基本属性	12
2) 平成20年度 ころの問題の緊急対応サービスについての調査	14
3) 平成19年度 調査との比較から明らかになったこと	17
4) 受診経路について	19
5 資料	22
II 精神科診療所の精神科医が精神科救急で担える役割に関する調査	31
要 約	31
1 はじめに	32
2 方 法	32
1) 調査対象と方法	32
2) 調査項目	32
3) 解析	32
3 結 果	33
1) 回答事業所の属性	33
2) 診療所にいる精神科医師数	34
3) 1診療所あたりの医師数、精神保健指定医数	34
4) 夜間休日の診療状況	34
5) 措置診察への協力状況と今後の協力条件	34
6) 外来対応型施設への協力意向と頻度、時間帯、条件	35
7) 病院群輪番施設への協力意向と頻度、時間帯、条件	36
8) 常時対応施設への協力意向と頻度、時間帯、条件	37
9) 精神科情報センターへの協力意向と条件	37
10) 地域の救急病院への精神科コンサルテーションへの協力意向と条件	38
11) 新しい公的な救急制度に対する協力意向同士の関連	38
12) 外来対応型施設への協力意向と診療所の属性の関連	39
13) 病院群輪番施設への協力意向と診療所の属性の関連	40
14) 常時対応施設への協力意向と診療所の属性の関連	41
15) 精神科救急情報センターへの協力意向と診療所の属性の関連	42
16) 精神科コンサルテーションに関する協力意向と診療所の属性の関連	43
17) 協力意向と関連の見られた項目同士の関連	44
18) 救急病院と精神科診療所の連携に関するアイデア	44
19) 精神科救急を充実させるために日ごろ行っていること	46
4 考 察	47
1) 結果を解釈する上での留意点	47

- 2) 回答診療所の属性について 47
- 3) 新しい救急システムへの協力意向について 47
- 4) 各システムへの協力条件について 48
- 5) 本調査の限界と今後の展開 48

5 資料	49
------	----

Ⅲ 相談支援事業所が精神科救急医療体制の中で担える役割に関するアンケート調査 60

要約	60
----	----

1 目的	61
------	----

2 方法	61
------	----

- 1) 調査対象と方法 61

- 2) 調査項目 61

- 3) 解析 62

3 結果	62
------	----

- 1) 回答事業所の属性 62

- 2) 精神障害者からの相談件数 63

- 3) 電話相談の受付状況 63

- 4) 緊急対応の経験 63

- 5) 緊急対応の実施可能性 64

- 6) 緊急対応時の困難・負担 65

- 7) 緊急対応のための方策 66

- 8) 緊急対応をする上での困難な点 66

- 9) 緊急対応のために工夫している事 67

- 10) 相談件数と事業所属性の比較 67

- 11) 電話相談の受付状況と事業所属性の比較 67

- 13) 緊急対応の実施可能性と事業所属性の比較 70

- 14) 緊急対応時の困難と事業所属性の比較 75

4 考察	76
------	----

- 1) 回答事業所の属性について 76

- 2) 相談件数について 76

- 3) 相談支援事業所の緊急対応力について 76

- 4) 緊急対応を行う上での課題について 77

- 5) 本調査の限界と課題 77

5 資料	79
------	----

Ⅳ 急な診療に役立つ情報「オレンジノート」の試用 83

要約	83
----	----

1 背景と目的	83
---------	----

2 方法	83
------	----

3 結果と考察	83
---------	----

4 今後の展望	83
---------	----

報告書	83
-----	----

1 背景と目的	83
---------	----

2 方法	84
------	----

3 結果と考察	84
---------	----

4 今後の展望	87
---------	----

5 資料	88
------	----

はじめに

精神障害者が地域で安心して生活するためには、緊急時に救急医療を始めとする緊急対応を受けられる体制が整っていることが必要である。

平成19年度の自立支援研究プロジェクトでは、精神障害者本人、家族、医療機関、福祉施設、行政機関など、幅広い関係者を対象に、緊急対応のニーズ調査を行った。その結果、地域で生活する精神障害者の8割以上は、不安やイライラ、幻覚妄想や希死念慮、薬の副作用や身体の病気などを1ヶ月の中で1つ以上経験しており、緊急の対応を要する事態の発生頻度が高いことがわかった。最近1～2年間で、最も困った出来事を聞いたところ、多くは精神症状に関係しているものであった。その解決に公的救急システムを利用した例は4.3%に過ぎず、多くはかかりつけや近くの医療機関、家族や福祉施設職員などの支援者で対応されていた。また、別の設問で、緊急対応に関する要望を尋ねたところ、電話相談、服薬指導などの予防対策、日中に相談できる人や場所、往診や訪問、地域連携などが多かった。公的救急システムについての要望は少なかったが、本人や家族からは、システムの未整備や広報不足、窓口の対応能力の指摘が見られた。医療機関などからは、公的救急は身体合併や24条通報とソフト救急の狭間ケースなど、民間では受けにくいケースを確実に受ける最終的なセーフティネットとしての機能が整備されるべきとの意見が主であった。

平成20年度の調査研究では、まず、平成19年度の本人・家族調査で回答の少なかった若年精神障害者の緊急対応ニーズを追加調査した。実は、平成19年度は、主に家族会を通じて調査票を配布したため、家族会の年齢構成に依存して、本人は40代以上が大半を占める回答者層となっていた。

次に、公的救急システムを充実させるために、救急を担う精神科医の確保の問題を取り上げた。現在、精神科を標榜する診療所は5000箇所を超え、その多くは精神保健指定医が勤務している。精神科診療所が公的な精神科救急システムに協力する可能性がどのくらいあるかについてを調査した。

さらに、現在地域の中で、電話相談や日頃から相談できる人や場所としての役割を果たせる可能性があるのは相談支援事業所であることから、相談支援事業所が、現状ではどの程度緊急対応ができているか、今後役割を担うとしたら課題は何かについて、調査することにした。

今年度のもうひとつの調査は「オレンジノート」の試用である。昨年度の調査の中で、緊急受診時に対応が難しくなる一つの理由が、精神障害者の病歴や服薬内容やアレルギー、身体合併症などの診療情報を得られないことが挙げられた。診療情報の不足を補うツールとして昨年度の研究で試作された「急な診療に役立つオレンジノート」を家族会や医療機関に配布して試用してもらい、使い勝手などについて調査を行った。いただいた意見から、オレンジノートの再改訂版を作成することとした。

精神障害者の緊急対応は、単に、初期、二次、合併症のシステムを整備すれば解決するものではなく、日頃からの予防対策や地域連携、身近な相談から救急医療まで、多くの課題に取り組むことで整備されてゆくものである。今回の調査でその一部の課題を明らかにできればと思う。

全体要約

平成20年度には次の調査を行った

① 若年精神障害者における緊急対応ニーズ及び受診経路と未治療期間の調査

平成19年度の調査で拾えなかった若年者の救急対応ニーズを調査し、平成19年度の調査を補完した。また、未治療期間と受診経路等の実態を明らかにした。

② 精神科診療所の精神科救急での役割についての調査

地域で最も数が多い精神科診療所が、救急医療で現在どのような役割を担っているのか、今後、公的救急及び公的救急以外の救急医療においてどのような役割を担える可能性があるかを明らかにした。

③ 相談支援事業所が緊急対応について担える役割についての調査

地域の中で、現在、相談や訪問サービスを担っている相談支援事業所が、精神障害者の緊急時の対応で現在どのような役割を担っているか、今後担える可能性があるかを明らかにした。

④ 緊急受診に役立つ情報「オレンジノート」の試用と改訂

救急受診の際に「診療情報の不足を補う仕組みがない」ことが大きな障害になっている。診療情報不足を補うツールとして平成19年度に試作したオレンジノートを平成20年度に実際に試用し、救急対応の改善に役立つのかを検証した。また、試用結果から、改訂版を作成した。

上記4つの調査から以下の結論を得た。

① 16～30歳の349人の統合失調症通院患者から回答を得た。その結果、若年精神障害者は、「不安イライラ」「暴力・物を壊す」「死にたい気持ちが高まる」などの困難な状況を壮年の精神障害者よりも多く経験していることが明らかになった。そのような困難な状態の時に取っている対応は、「家族に相談」が最も多かった。可能なら取りたい対応は、「主治医やかかりつけに電話相談」が最も多く、ニーズと実態が異なっていた。普段の相談先も圧倒的に家族が多く、家族の負担が大きいことが示唆された。16～30歳の統合失調症通院患者500人の未治療期間の平均は13.1ヶ月であったが、長期末治療であった患者も含まれていたため、ばらつきが大きかった。未治療期間の長短にかかわらず、受診前の相談先は家族が圧倒的に多く、家族の果たす役割が大きいことがわかった。公的機関や学校や職場などへの相談は少なかった。

② 精神科診療所793ヶ所から回答を得た。9割近くの診療所には精神保健指定医が勤務しており、約4人に1人が措置診察に協力し、1/3の診療所は平日17時以降もしくは休日に診療を行っていた。2008年5月に厚生労働省から通達された精神科救急医療体制整備事業の中で位置づけられている「外来対応型施設」「病院群輪番施設」「常時対応施設」「精神科救急情報センター」に対して、それぞれ約4割から5割の診療所が、医師の出向、オンコールによる相談、自院の参画などによって協力できる可能性があると回答した。また、地域の救急病院への精神科コンサルテーションについても、48%の診療所がオンコールなどで協力できる可能性があると回答した。但し、協力するためには「対応できないようなケースが来た場合のバックアップ体制」や「協力しやすい時間帯」「業務範囲の限定」などの条件が何れも挙げられていた。

③ 232ヶ所の相談支援事業所から回答を得た。84%が平日17時以降も電話相談を受けており、23%が24時以降も対応していた。日祝も相談に対応している事業所は69%であった。24時以降も電話対応をしている事業所は、対応していない事業所に比べて、利用者の「不安イライラ」「死にたい気持ちが高まった」などの困難な状況を多く体験していた。8割異常の相談事業所は、利用者の緊急時には、日中であれば「かかりつけ医への連絡」や「職員が自宅へ訪問」などを行っていた。しかし、夜間はそれらの対応は難しく、「職員に携帯電話を持たせて相談を受ける」「非番職員の招集」などによって対応しているところが多いが、夜間や休日には対応手段がない事業所が17%前後あった。相談支援事業所が緊急対応の役割をもっと担っていくためには、「人手不足」や「症状悪化へ

の対応スキル」、「地域連携による他施設の協力」などの課題があることがわかった。

- ④オレンジノート約3000部を、家族会や医療機関、福祉施設に配布した。試用後のアンケートには、患者72名、医師43名から回答を得た。患者・医師ともに、ノートは記入しやすく、有用であるとの回答が多かった。しかし、患者は「医師が忙しいので頼みづらい」と回答が目立った。情報更新やサイズなどの利便性、診療報酬点数化が課題としてあげられた。また、精神医療や福祉、行政などの専門家で検討会を行い、改訂を行った。高齢者等を対象とした国内外の同様の取り組みを参考に、本人や家族、支援者、医師などが記載し、自宅の冷蔵庫に専用容器にて保管するノートと、本人が携帯する緊急時の連絡先を記した名刺大のカードの二つに分割した改訂版を作成した。

I 若年精神障害者における緊急対応ニーズ及び未治療期間と受診経路の調査

要約1 若年精神障害者の緊急対応ニーズ

【目的】

平成19年度、主に家族会を通じて行われた調査では、地域で生活する精神障害者とその家族の緊急対応ニーズの一端を明らかにすることができた。しかしながら、回答者は30代以上がほとんどで、若年者のニーズ把握については課題が残されていた。そこで平成20年度は、医療機関を通じて若年の精神障害者を対象に緊急時に必要なサービスのニーズを把握するための調査を行った。

【方法】

医療者が対象者の基本情報（年齢や推定発病年など）を記入し、医療者から対象者に質問紙（サービス利用実態やニーズなど）の記入を依頼するという形式で行った。対象者は、調査時点で、16歳以上30歳以下の統合失調症患者であり、外来通院している者に限定した。調査期間は1ヶ月とした。若年の統合失調症患者においては、確定診断が困難なケースが少なくないことから、本調査では、医師が統合失調圏と判断した患者も対象とした。

【結果】

医療者から基本情報が得られた500名の患者のうち、患者自身からも回答が寄せられたのは349ケースであった。回答者は女性が多く、通院頻度が高かった。

最近1ヶ月間に経験した困ったことを複数回答で尋ねたところ、「不安やイライラ」がもっとも多かった（84%）。また、死にたい気持ちが高まった患者も32.2%に上っており、精神障害と共に生きることの難しさが浮き彫りになったといえる。また、これらの困ったことを選択項目数は若年者の方が多く、「不安やイライラ」「暴力、物を壊す」「死にたい気持ち」などで、有意に若年者が多く経験していた。「家族や介護者が対応できなかった」という項目では、本調査よりも平成19年度の調査で明らかになった壮年患者の経験割合が有意に高いことが示され、家族や主たる介護者も高齢化している壮年患者において状況がより深刻であることが示唆された。

こうした困ったこと（不安や幻覚、薬の過剰摂取など）があったときに、どのようなサービスを利用したか、と、今後利用したいサービスについて尋ねたところ、最もニーズが高かったのは、「主治医やかかりつけ医に電話」して対処するというものであった。しかし“実態”として最もよく利用されている対応法は、①家族への相談、②外来の利用、③本人で解決、④家族以外に相談という方法であったが、いずれも患者のニーズよりも少なかった。つまり、実際には利用を希望していないが、利用せざるを得ない状況にあるという場合が少なからずあることを示していると考えられる。また、「対応が必要だったが何もできなかった」という経験があると回答した患者が、7.7%存在しており、対応の難しさを示唆するものであると考えられた。外来や入院を利用したと回答した患者のうち、その時に精神科救急情報センターを利用したと回答した患者は、9.3%にとどまった。

患者の相談相手を以下に示す（上位3つのみ記載）。普段、心の問題で具合が悪くなった時の相談先は家族（78.0%）、主治医やかかりつけ医（60.8%）、職場や学校の友人（15.8%）であった。はじめて具合が悪くなった頃の相談先は、家族（60.8%）、誰にも相談していない（20.6%）、職場や学校の友人（7.9%）であった。最初の医療機関受診時に最も役割の大きかった相談先は、家族（67.3%）、自分で判断して受診（9.3%）、精神科以外の医療機関・会社/学校の保健室（いずれも3.7%）であった。以上から、相談先として家族が極めて大きな役割を担っていることが示唆された。

要約2 若年精神障害者の未治療期間と受診経路

【目的】

近年、発病早期統合失調症患者の未治療期間（duration of untreated psychosis：陽性症状や一級症状の顕在化から抗精神病薬などの治療開始までの期間）と予後との関連性が重要視されている。

そこで、本調査でも、若年の統合失調症患者が症状の顕在化からどのくらいの期間を経て治療に至ったのかに着目し、未治療期間の実態を把握することを試みた。加えて、未治療期間の長い患者と、比較的短い患者では、治療の契機となった相談相手がどのように異なるのかを明らかにすることとした。

【方法】

データの収集方法は前述（1 若年精神障害者の緊急対応ニーズ）の通りである。

【結果】

本調査の対象者は、半数以上が発症から3ヶ月未満で治療に至っていた。しかし、1年以上受診していない患者も3割以上存在した。未治療期間の平均は、13.1ヶ月±23.6ヶ月であった。

標準偏差が23.6ヶ月と大きいことから、ばらつきが大きいことが示された。先行研究などを参考に、未治療期間が1年未満の群と1年以上の群に大別し、両者の比較を試みた。

初めて具合が悪くなったときの相談相手では、未治療期間の長短に限らず、家族が最上位であった。

未治療期間の長短で有意な差が認められた相談先は、警察官110番、保健所や精神保健福祉センター、会社/学校の保健室、職場や学校以外の友人であった。1年未満で受診した患者においては、職場や学校以外の友人にも、相談を行っていたという特徴が認められた。1年以上未受診であった患者では、警察官110番、保健所や精神保健福祉センター、会社/学校の保健室に相談している傾向が認められた。保健所や精神保健福祉センター、会社/学校の保健室で相談を行った患者では、経過観察をしながら医療機関受診のタイミングを検討していたことも考えられる。地域や職域、学校現場と医療機関との連携をより強化していくことが必要であろう。

精神科の受診に最も大きな役割を果たした人や機関についても、未治療期間の長さにかかわらず家族の果たす役割は極めて大きかった。特に1年未満で医療機関を受診した患者においては、家族が大きな役割を果たしたと回答した患者が7割を上回った。本調査の対象者は16歳から30歳以下と若年層であり、家族との同居率が高いことが予想されるため、患者に最も近いサポート源になっていることが窺える。また、有意な差はないものの、1年以上未治療期間があった患者では、警察官や救急車が初回の受診に関わっている割合が多く、症状が悪化したときに半強制的な介入が行われたことが考えられた。

1 調査の背景

平成16年9月、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部はその報告書である「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針を掲げ、精神障害者の地域生活を支える基盤強化を今後10年間で進めることを提唱した。

精神障害者が地域で生活していくためには、症状が急変した際に対応が可能なサービスが必要である。このような緊急対応について、従来は、措置入院の円滑な執行を目指した行政主導の緊急対応システムが構築されてきた。しかし近年では、非強制的なサービスアプローチとして、電話相談サービスや、精神科の救急診療が提供され始めている。こうした非強制的なサービスアプローチは、患者や家族の地域生活を支える上で極めて重要な役割を果たすものと考えられる。しかしながら、地域で生活する精神障害者が実際にどのようなサービスを利用しているのかという“実態”や、どのようなサービスを必要としているのかという“ニーズ”はほとんど明らかにされてこなかった。

このような状況を踏まえ、平成19年度に「地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズの実態調査」が行われている。この調査は家族会を通じて行われ、地域で生活する患者とその家族のニーズの一端を明らかにすることができた。しかし、平成19年度調査の対象者は長期にわたって療養しているケースが多く、40代前後の患者が大半を占めたため、家族会のような組織とつながっていない若年層のニーズ把握については課題が残されていた。

そこで平成20年度は、若年の精神障害者を対象に、緊急時に必要とするサービスのニーズを把握するための調査を行った。この調査においては、治療開始から年月が経過していない若年患者に対して、医療機関を受診する前の相談先についても尋ねている。早期介入につながる支援策への示唆を得ることも目的とした。

2 調査方法

調査には無記名自記式質問紙を用いた。調査票は、医療者記入用と患者記入用の2種類から構成されている。発病からの経過年数や、通院頻度といった患者の基本情報は医療者に記入を依頼し、緊急対応サービスに関する経験やニーズは患者自身に記入を依頼した。調査は、各医療機関で1ヶ月間を任意に設定し、期間中に外来を訪れた統合失調症患者に関する基本情報を医療者が記入し、患者へは医療者から自記式質問紙を配布するという形式で実施した。調査期間は2009年1月から4月とした。倫理面について細心の注意を払った。

10のクリニック、8つの病院から回答を得た。

3 調査対象者

- ・調査時点で、16歳以上30歳以下の統合失調症患者を対象とした。
- ・患者は、外来通院している者に限定した。
- ・若年期の統合失調症患者においては、確定診断が困難なケースが少なくない。そのため本調査では、医師が統合失調症と判断した患者にも質問紙を配布するよう依頼した。

4 結果

1) 調査対象患者の基本属性

①全調査対象患者の基本属性

若年調査では、医療者から500名の患者に関する基本情報を得た。

調査協力の得られた医療機関に通院している若年統合失調症患者の平均年齢は 25.6 ± 3.3 歳であった。男女比はほぼ均等である。8割近くが、2週間に1回あるいは1ヶ月に1回の頻度で通院していた。(表1参照)

②本人調査票へ回答した患者と回答しなかった患者の比較

基本属性に関する情報が得られた500名の患者のうち、患者自身からも回答が寄せられたのは349ケースであった。回答があった患者と、回答を得られなかった患者の間に、有意な年齢差はなかった。また、初診からの経過年数、

発病からの経過年数、治療開始からの経過年数にも有意な違いは認められなかった。

2群間で有意な違いが認められたのは性別と通院頻度であり、回答した群では、女性の割合が多く、通院頻度が高い患者の割合が多かった。回答が得られなかった理由は、本人による拒否が半数以上を占めた。その他の理由としては、「家族の協力拒否」、「家族のみが来院」「期間中に本人の来院予定なし」などが挙げられた。(表2および表3参照)

③以降の分析対象者について

以降は、医療者と患者、双方から回答を得られた患者349名について分析を行う。図1に示すように、回答のあった患者は、約6割が26歳以上30歳以下で、平均年齢は、25.4±3.3歳であった。男女比はほぼ同等であった。(詳細は、表2参照)

性別	男性	51.8 %
	女性	48.2 %
年齢	16歳以上～20歳以下	8.8 %
	21歳以上～25歳以下	34.0 %
	26歳以上～30歳以下	57.2 %
	平均年齢	25.6歳±3.3歳
対象医療機関での受診年月	平均	40.5ヶ月 (約3年4ヶ月程度)
発病からの経過年月	平均	79.1ヶ月 (約6年2ヶ月程度)
他医療機関を含む治療開始年月	平均	66.4ヶ月 (約5年2ヶ月程度)
通院頻度	週2回以上	3.1 %
	週1回程度	12.9 %
	2週間に1回程度	40.0 %
	月に1回程度	37.0 %
	月に1回以下	4.5 %
	家族の相談のみ	1.6 %
	初診なので不明	0.8 %

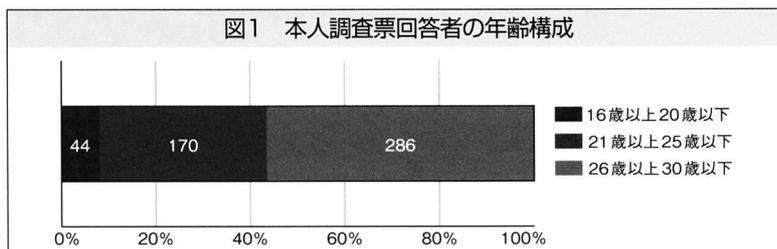
表2 調査協力の得られた医療機関に通院する患者の基本属性 (n=500)

	回答していない患者 (n=151)	回答した患者 (n=349)	P	(参考) 全体
性別				
	男性	61.6%	47.6%	**
	女性	38.4%	52.7%	
年齢	平均	26.0 ± 3.2歳	25.4 ± 3.3歳	25.6歳±3.3歳
対象医療機関受診後の経過期間	平均	40.9 ± 34.1ヶ月	40.3 ± 35.4ヶ月	40.5ヶ月 (約3年4ヶ月程度)
発病からの経過年月 (推定)	平均	81.6 ± 45.8ヶ月	78.1 ± 49.1ヶ月	79.1ヶ月 (約6年2ヶ月程度)
疾患治療期間	平均	69.0 ± 44.1ヶ月	65.3 ± 44.3ヶ月	66.4ヶ月 (約5年2ヶ月程度)
通院頻度				
	週2回以上	2.8%	3.2%	3.1%
	週1回以上	9.0%	14.6%	12.9%
	2週間に1回程度	34.5%	42.4%	40.0%
	月に1回程度	41.4%	35.1%	* 37.0%
	月に1回以下	6.9%	3.5%	4.5%
	家族の相談のみ	4.1%	0.6%	1.6%
	初診なので不明	1.4%	0.6%	0.8%

表3 回答が得られなかった主な理由 (n=151)

	n	%
症状が重篤であるため	21	13.9
本人が回答を拒否したため	81	53.6
その他	46	30.5
無回答	3	2.0

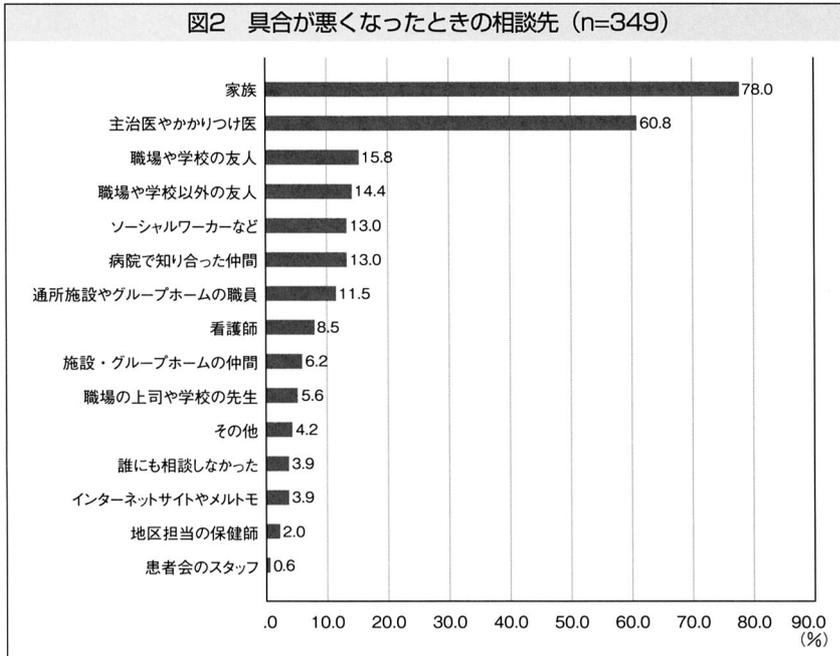
図1 本人調査票回答者の年齢構成



2) 平成20年度 こころの問題の緊急対応サービスについての調査

①こころの問題で具合が悪くなって困ったときの相談相手

こころの問題で具合が悪くなって困ったとき、だれに相談しているのかについて、複数回答で尋ねた。図2に示すように、家族に相談すると回答した患者は8割近くに上った。続いて、主治医やかかりつけ医に相談していることが明らかになった。その他の相談先は、恋人が5件、福祉の電話相談、「いのちの電話」などの電話相談が3件であった。

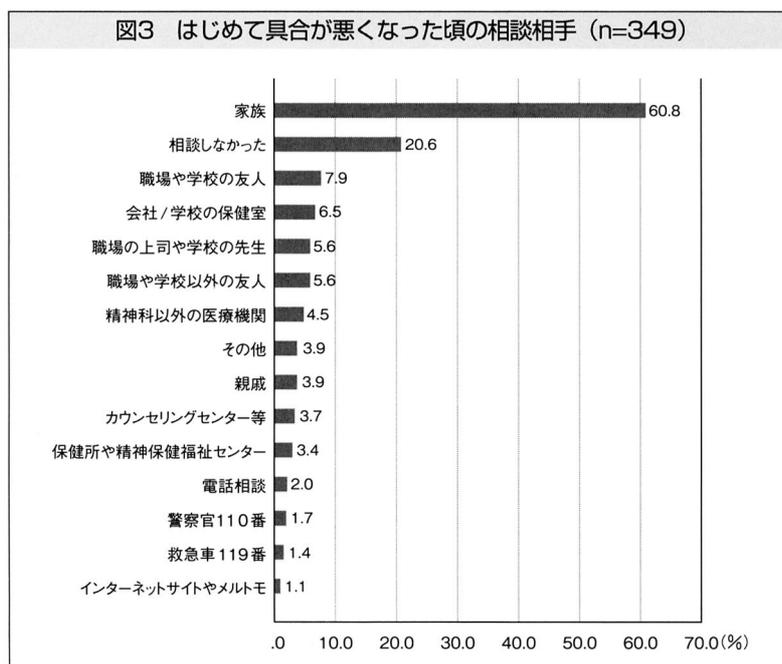


②はじめて具合が悪くなったときの相談相手

はじめて具合が悪くなった頃、誰に相談したのかについて、複数回答で尋ねた。(図3)

6割の患者は家族に相談していた。しかし、2割の患者は、誰にも相談していなかった。

2番目に多く挙げられたのは、「職場／学校の友人」次いで「会社／学校の保健室」、「上司や先生」であった。いずれも、日常的に接点のある人へ相談していることが想像できる。職場や学校などでの啓発は、早期介入のために重要であることがわかる。



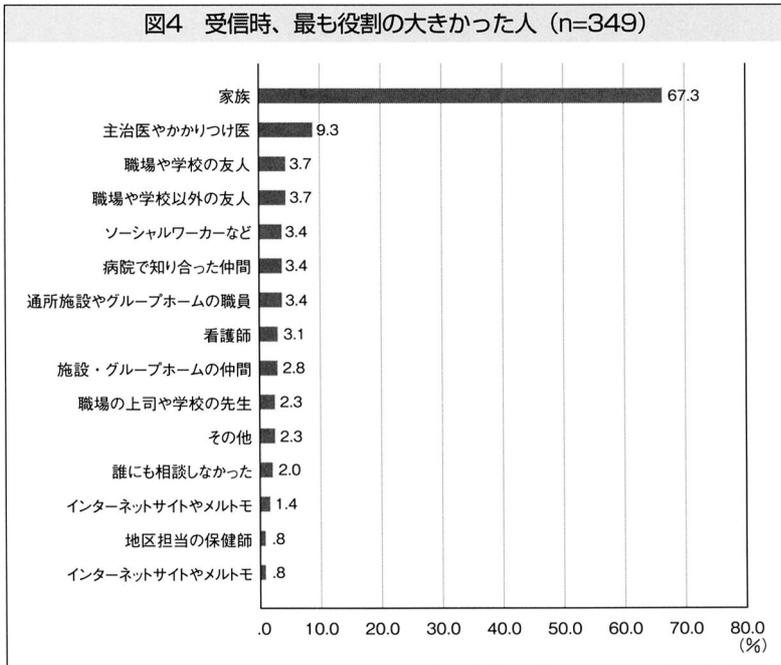
③最初に精神科を受診するのに最も大きな役割を果たした人

最初に医療機関を受診するにあたって、もっとも役割の大きかった人を尋ねた。この設問では、最も役割の大きかったもの1つのみに○をつけていただくよう依頼した。

67.3%の患者が、「家族」と回答しており、初回の精神科受診において家族の果たす役割が極めて大きかったことが示された。

続いて、多かったのは「精神科以外の医療機関」や、「会社／学校の保健室」であった。このような、医療や精神保健の知識を有する専門家は、精神科受診の橋渡し役として重要な存在であることがわかる。

最初の受診時に警察官や救急車を利用した患者は、それぞれ12名(3.4%)、7名(2.0%)であった。



④最近1ヶ月の困ったこと

最近、1ヶ月の間に、図5のような困ったことがあったかどうかを尋ねた。回答は、「なし」、「あり」、「不明」という選択肢を設けているため、「不明」と回答した者と、無回答であった者を除いた上で、%を算出している。84%の患者は、不安やイライラにより困った経験があったと回答した。また、死にたい気持ちが高まった患者も32.2%に上っている。困った経験の重なりを程度を検討した結果が表4と図6である。ほとんどの患者は複数件、困った経験を有していることが明らかになり、精神障害と共に生きることの難しさが浮き彫りになったといえる。

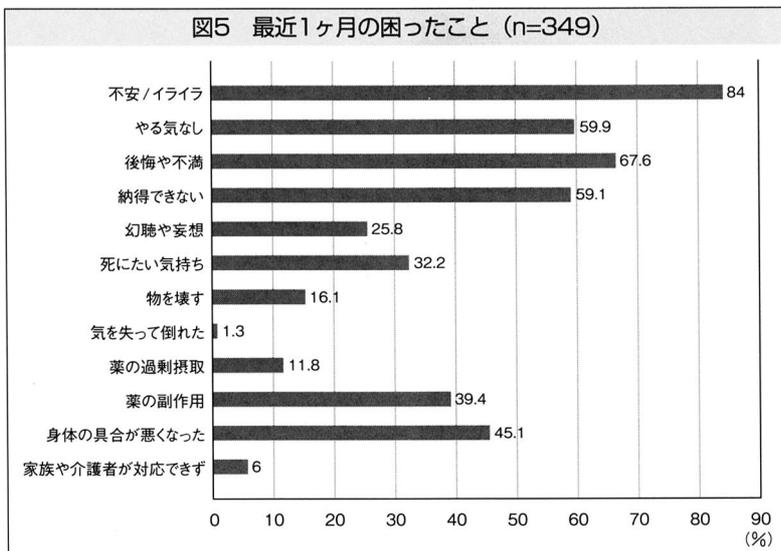


表4 困ったことの件数 (n=349)

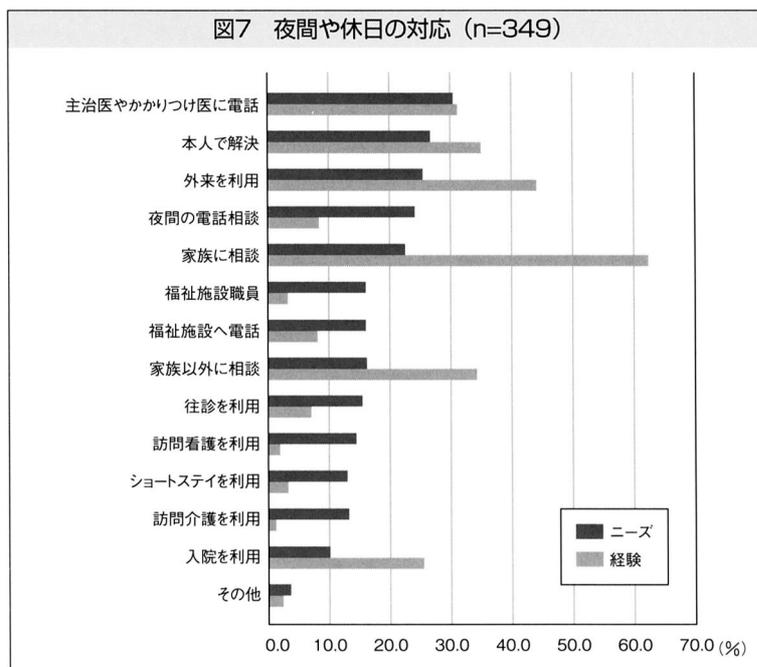
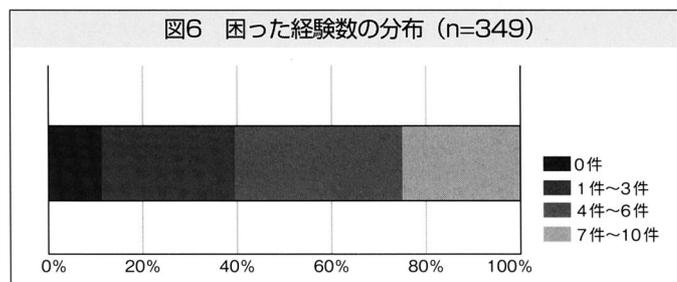
0件	11.5%
1件	8.9%
2件	10.9%
3件	12.6%
4件	13.2%
5件	13.8%
6件	11.7%
7件	8.9%
8件	5.7%
9件	2.0%
10件	0.9%

※range (範囲)：最小0件～最大13件

⑤夜間や休日に、困ったことがあった場合のサービス利用経験とニーズ

前述のような、困ったこと（不安や幻覚、薬の過剰摂取など）があったときに、どのようなサービスを利用したか、今後利用したいサービスはどれかについて尋ねた。

図7は、サービス利用のニーズが高かった順に示している。最もサービス利用のニーズが高かったのは、「主治医やかかりつけ医に電話」して対処するというものであった。下記の図には示していないが、これまでに主治医やかかりつけ医に電話して対応した“経験”のある患者のうち、26.2%が、主治医やかかりつけ医に電話して解決したいという“ニーズ”を持っていた。これまでに主治医やかかりつけ医に電話して対応した“経験のない”患者では、“ニーズ”は32.2%と、若干割合が高かったが、統計学的に有意な差は認められなかった。主治医やかかりつけ医への電話相談に加え、夜間の電話相談、福祉施設への電話など、夜間や休日の場合、電話での相談のニーズが高いことが示された。実態として最もよく利用される対応法は、本人で解決、外来の利用、家族への相談、家族以外に相談という方法であったが、いずれも患者の



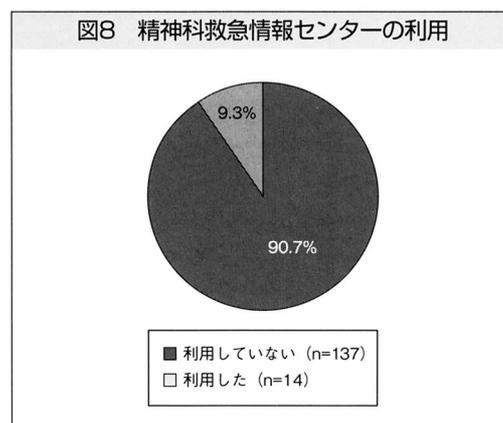
“ニーズ”、の方が“経験”よりも少なかった。つまり、実際には利用を希望していないが、利用せざるを得ない状況にあるという場合が少なくないことを示している。

家族に相談して対応したいというニーズが22.2%ある。家族が実際に果たす役割が極めて大きい実態にあることも併せて考えると、家族がより良い対応ができるような工夫や、家族のためのサービス提供など、患者本人や家族の視点に立った支援体制を強化していくことも重要であると考えられる。

図7には示していないが、「対応が必要だったが何もできなかった」という経験があると回答した患者が、7.7%存在しており、現状の緊急対応の乏しさを示唆するものであると考えられた。

⑥医療機関（外来・入院）利用時に、精神科救急情報センターを利用したか？

外来や入院を利用したと回答した患者のうち、その時に精神科救急情報センターを利用したと回答した患者は、9.3%にとどまった。（図8参照）



3) 平成19年度 調査との比較から明らかになったこと

①目的

若年と壮年の精神障害者の間で、緊急対応時の経験やニーズが異なるのかを明らかにする。

②分析対象者について

平成19年度に行われた調査では、家族会と当事者組織を通じて調査票が配布され、患者本人から1745票（回収率25%）の回答を得た。回答の得られた対象者の精神神経疾患が多岐にわたっていたため、平成20年度の調査との比較の際には、統合失調症患者のみのデータに限定した。また、回答者の約9割は30代以上の患者であったことから、比較に際して30代以上に限定した。以上の条件に該当する患者数は、1135名である。この調査を以下では平成20年度に実施された「若年調査」と対比して「壮年調査」と称する。

若年調査と壮年調査の比較のため、平成19年度調査の若年群（平成20年度調査と同年齢層）を除外したが、このとき除外した平成19年度の若年群と、平成20年度の若年群の間に相違があるかについての分析を加え、本調査で得られた集団の差が、世代による違いなのか、調査ルートによる違いなのかについても考察することとした。

③最近1ヶ月の困ったことの比較

若年、壮年共に、不安やイライラといった症状で困ったと回答した患者の割合が多かった（図9・表5）。しかし、壮年に比べ、若年において、より困った患者の割合が多いことが示された。また、「納得できない」、「死にたい気持ち」「物を壊す」という項目においても、壮年に比べ若年で多く経験されていることが明らかになった。一方、「幻聴や妄想」「気を失って倒れた」「家族や介護者が対応できなかった」という項目では、若年に比べ壮年でより多く困難を抱えていることが示された。症状が年齢によって異なることによる差異もあると考えられるが、「家族や介護者が対応できなかった」という項目は、家族や主たる介護者も高齢化している壮年患者においてより深刻であることを示している。

これらの困ったことを1人あたりいくつ経験したかを若年と壮年で比較すると（図10）、若年の方が若干多かった。

なお平成19年度調査に協力した少数の10代、20代の患者と、平成20年度若年患者の間では、

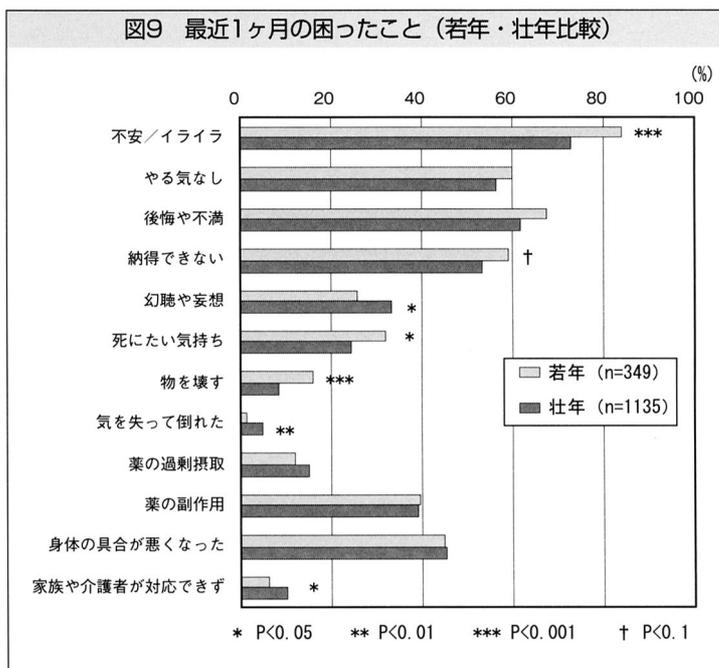


表5 最近1ヶ月の困ったこと

	若年	壮年	P
	(n=349)	(n=1135)	
不安/イライラ	273	734	***
	84 %	72.8 %	
やる気なし	185	544	
	59.9 %	56.4 %	
後悔や不満	213	585	
	67.6 %	61.8 %	
納得できない	175	502	†
	59.1 %	53.4 %	
幻聴や妄想	77	310	*
	25.8 %	33.2 %	
死にたい気持ち	96	236	*
	32.2 %	24.6 %	
物を壊す	50	87	***
	16.1 %	8.6 %	
気を失って倒れた	4	51	**
	1.3 %	5 %	
薬の過剰摂取	37	155	
	11.8 %	15.1 %	
薬の副作用	110	368	
	39.4 %	39.3 %	
身体の具合が悪くなった	133	441	
	45.1 %	45.3 %	
家族や介護者が対応できず	18	99	*
	6 %	10.4 %	

* P<0.05, ** P<0.01, *** p<0.001, †P<0.1

「気を失って倒れた」という項目で有意な差（平成20年度が1.3%、平成19年度が6.2%； $P<0.05$ ）が認められたが、それ以外の項目では、特に差は認められなかった。

④若年と壮年における困難経験時の対応経験

この調査項目は、夜間や休日に困ったことが生じた際、若年患者がどのような対応をしているのかについて尋ねたものである。壮年調査では、夜間や休日に限定せず、

困ったことが生じたときに、どのような対応を経験したかを尋ねており、厳密な比較はできないが、以下で、若年患者と壮年患者における対応経験を概観していく。

若年でも壮年でも、家族の説得や助言で解決できたという回答が最も多かった。全体的に、壮年患者では若年患者よりも多くの対応経験を有していることが推察できる。しかしながら、「対応が必要だったが何もできなかった」という回答は壮年が若年よりも多かった。

平成19年度調査で得られた10代、20代の患者データと、平成20年度の調査結果を比較したところ、平成19年度調査の若年層は、平成20年度の対象者と比べて、「家族の説得や助言で解決できた」、「家族以外の者の説得や助言で解決できた」、「外来受診した」と回答した者の割合が $P<0.05$ 水準で多かった。逆に、「入院した」と回答した者の割合は、平成19年度調査の若年層に比して、本調査の対象者で多いことが示された。同様の傾向は、平成20年度調査の若年患者と、平成19年度調査の壮年患者との間にも認められており、年代の差というよりも、医療機関経由でリクルートした平成20年度調査の対象者と、家族会を通じてリクルートした平成19年度調査の集団間の違いであることも考えられる。

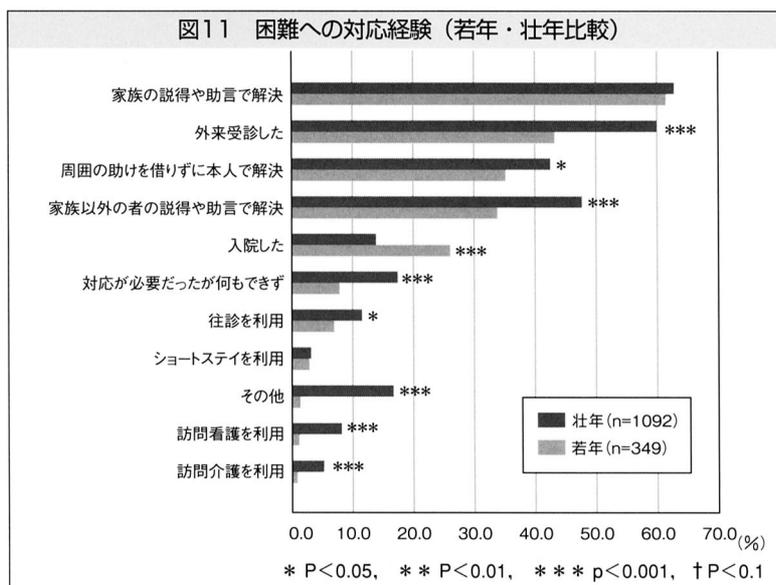
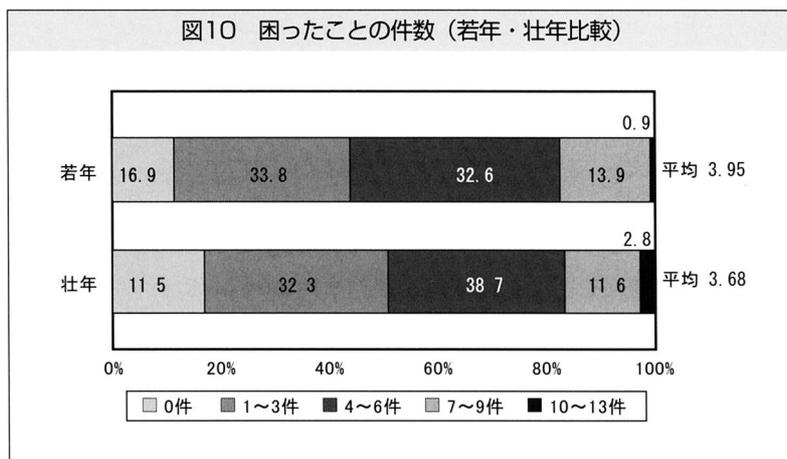


表6 若年と壮年における困難への対応経験の違い

	若年 (n=349)		壮年 (n=1092)		P
	n	%	n	%	
家族の説得や助言で解決できた	215	61.6 %	617	63.8 %	
外来受診した	150	43.0 %	652	59.7 %	***
周囲の助けを借りずに本人で解決できた	121	34.7 %	374	41.8 %	*
家族以外の者の説得や助言で解決できた	116	33.2 %	454	47.8 %	***
入院した	90	25.8 %	147	13.5 %	***
対応が必要だったが何もできなかった	27	7.7 %	168	18.1 %	***
往診を利用した	25	7.2 %	115	10.8 %	*
ショートステイを利用した	7	2.0 %	25	2.4 %	
その他	5	1.4 %	46	17.3 %	***
訪問看護を利用した	4	1.1 %	92	8.5 %	***
訪問介護を利用した	2	0.6 %	50	4.6 %	***

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $p<0.001$, † $P<0.1$

欠損値は除外して数値を算出した

4) 受診経路について

近年、発病早期統合失調症患者の未治療期間（duration of untreated psychosis：陽性症状や一級症状の顕在化から抗精神病薬などの治療開始までの期間）と予後との関連性が重要視されている。

そこで、本調査でも未治療期間の実態を把握することを試みた。加えて、未治療期間の長い患者と、比較的短い患者では、治療の契機となった相談相手がどのように異なるのかみてみた。

①調査協力の得られた医療機関における患者の未治療期間

本調査の対象者は、半数以上が発症から3ヶ月未満で治療に至っていた。しかし、1年以上受診していない患者も3割以上存在するという結果であった。未治療期間の平均は、13.1ヶ月±23.6ヶ月であった。

これまでに東京都内で行われた先行研究では、未治療期間の平均が17.6±26.9ヶ月と報告されている。この調査と比較すると、本調査の対象者は早い時期に医療機関を受診している集団であると推察することができる。理由としては、本調査の対象者が若年層であり、家族の判断などから受診に至りやすいこと、先行調査が行われた時期に比べ精神科診療所が増えるなど、精神科受診の敷居が低くなっていることなどが考えられる。一方で標準偏差は23.6ヶ月と、ばらつきが大きいことが示された。

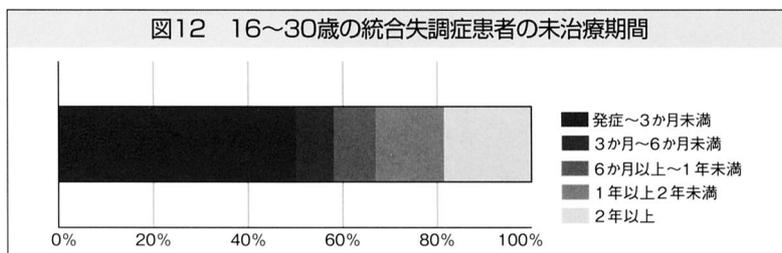


表7 未治療期間 (n=474)

	n	%
発症～3か月未満	242	51.1
3ヶ月～6か月未満	37	7.8
6か月以上～1年未満	39	8.2
1年以上2年未満	68	14.3
2年以上	88	18.6
合計	474	100
システム欠損値	1302	1776

②未治療期間の長短による違い

主な先行研究では未治療期間は、平均して1年から2年と報告されている。そこでこの調査では、症状の発現から1年未満で治療を開始した群と、1年以上経過してから治療を開始した群に大別し、両者の違いを検討してみた。未治療期間が1年未満と1年以上の者の基本属性は表8のとおりである。発症からの経過年数に有意な差があり、未治療期間が1年以上の群は1年未満の群より1.5倍長かった。

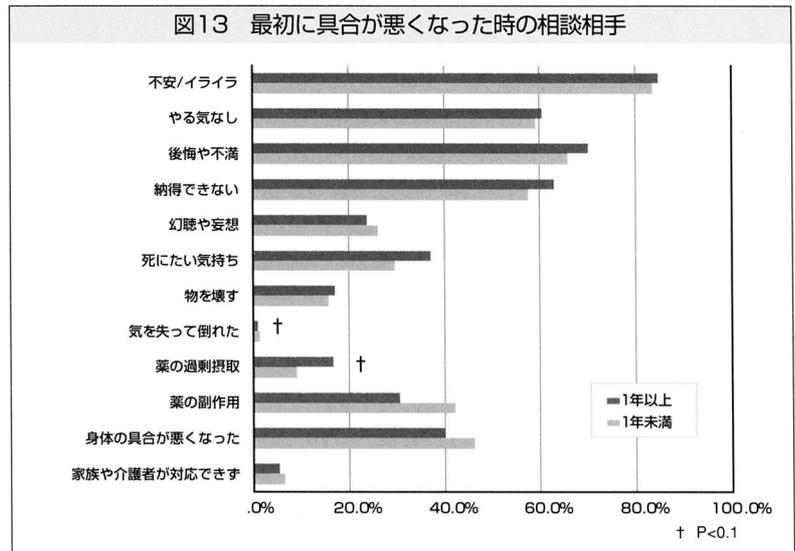
表8 未治療期間（1年未満・1年以上）別の基本属性

	1年未満 (n=318)		1年以上 (n=156)		P
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	
性別					
男性	156	49.1%	89	57.1%	
女性	162	50.9%	67	42.9%	
年齢	平均 25.6 ± 3.3 歳		平均 25.8 ± 3.3 歳		
対象医療機関受診後の経過期間	平均 41.4 ± 35.1 ヶ月		平均 40.3 ± 34.4 ヶ月		
発病からの経過年月 (推定)	平均 68.6 ± 45.5 ヶ月		平均 101.1 ± 46.4 ヶ月		***
疾患治療期間 (他医療機関を含む)	平均 66.9 ± 45.6 ヶ月		平均 65.0 ± 41.3 ヶ月		
最近の通院頻度					
週2回以上	12	3.9%	2	1.3%	
週1回程度	38	12.2%	23	15.1%	
2週間に1回程度	133	42.8%	52	34.2%	
月に1回程度	110	35.4%	66	43.4%	
月に1回以下	12	3.9%	7	4.6%	
家族の相談のみ	4	1.3%	2	1.3%	
初診なので不明	2	.6%	0	.0%	

*** p<0.001
欠損値は除いて算出した

②-1 未治療期間と最近1ヶ月の困ったこと

未治療期間が1年未満の患者と1年以上の患者の2群に分けて、最近1ヶ月の間にどのような困難経験があったかを比較したが、統計的に有意な差は認められなかった。ただし、薬の過剰摂取と薬の副作用については、未治療期間の長短で異なる傾向が示された。1年以上未治療であった患者においては16.7%が薬の過剰摂取による問題を経験しており、1年未満で受診した患者よりも多かった。一方、薬の副作用では、1年以上未治療であった患者の30.6%が困った経験があると回答したのに対し、1年未満で受診した患者では、42.2%を占めた。未治療期間以外の要素が影響している可能性もあることから、未治療期間に加え、年齢や、治療開始からの経過期間を考慮して分析を行ったところ、未治療期間が長い患者は薬の副作用が少ないという有意な結果が示された。

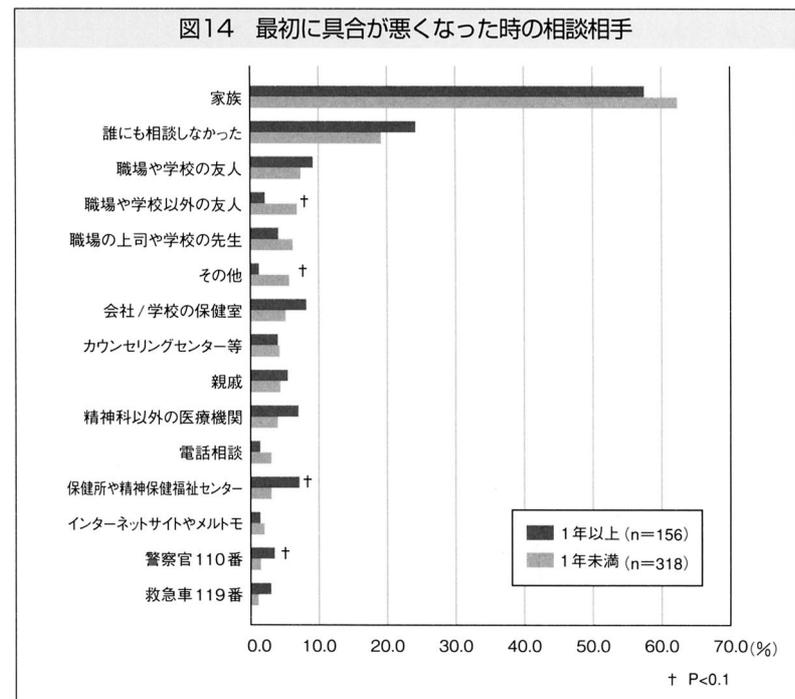


しかしながら、結果の解釈には注意を要する。今回の調査では、未治療期間の算出に際して、医療者の推定発病時期を用いているが、「発病」の定義が異なっている可能性は否めない。また、今回の分析では、未治療期間と最近1ヶ月の困ったことという限定的な場面での関連性を見ているため、早期介入が患者の予後に与える影響については、今後さらなる研究が必要であろう。

②-2 最初に具合が悪くなったときに相談した相手

初めて具合が悪くなったときの相談相手について複数回答で尋ねた。

過半数の患者が家族に相談していることが明らかになった。未治療期間が短い群でも、長い群でも、ほぼ同様の割合で家族への相談が行われていることがわかった。未治療期間の長い群と短い群との間で有意な差が認められた相談先は、警察官110番、保健所や精神保健福祉センター、会社/学校の保健室、職場や学校以外の友人であった。



保健所や精神保健福祉センター、会社/学校の保健室で相談を行った患者では、経過観察をしながら医療機関受診のタイミングを検討していたことも考えられる。地域や職域、学校現場と医療機関との連携が重要であることを示している。

1年以上未治療であった患者でも、1年未満で受診した患者でも、1割弱の患者が職場や学校の友人に相談を行っていることがわかった。しかしながら、1年未満で受診した患者は、1年以上未治療であった患者に比べて職場や学校“以外”の友人に相談していた人が多かった。

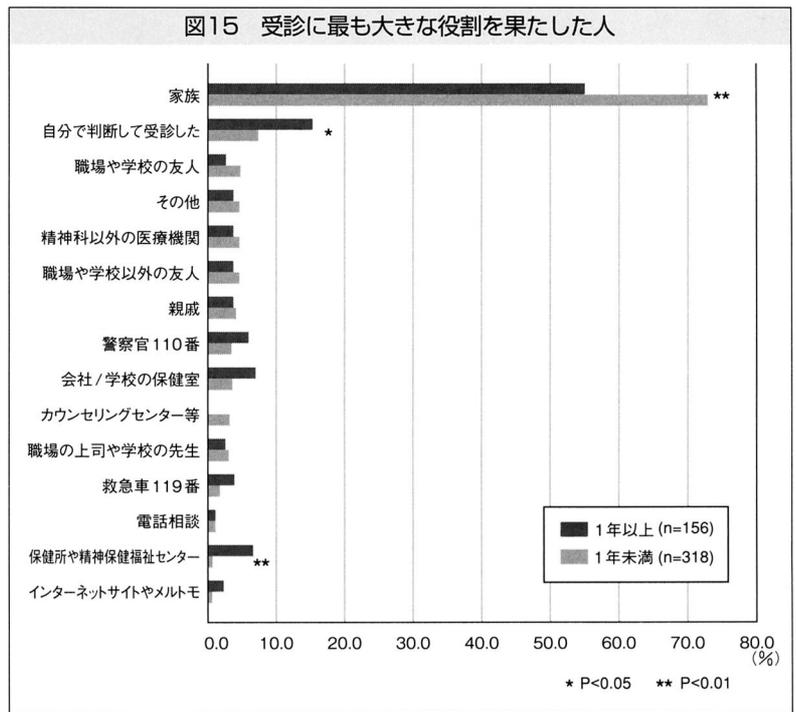
②-3 受診にもっとも大きな役割を果たした相談先

精神科の受診に最も大きな役割を果たした人や機関について尋ねた。

未治療期間の長さにかかわらず家族の果たす役割は極めて大きかったことがわかる。特に1年未満で医療機関を受診した患者においては、家族が大きな役割を果たしたと回答した患者が7割を上回った。本調査の対象者は16歳から30歳以下と若年層であり、家族との同居率が高いことが予想されるため、家族が患者に最も近いサポート源になっていることが窺える。

2年未満未治療の群に比べ保健所や精神保健福祉センターは、1年以上未治療であった群において、最初に具合が悪くなったときの相談先としても多く挙げられており、受診に最も大きな役割もより多く果たしている。

有意な差はないものの、1年以上未治療期間があった患者では、警察官や救急車が初回の受診に関わっている割合が多く、症状が悪化したときに半強制的な介入が行われたことも考えられる。



英国における精神障害者の早期支援と家族支援

平成20年11月10～13日、に精神障害者の早期支援に積極的に取り組んでいる英国を訪問し、英国の精神保健福祉システムや精神障害者早期支援についてのレクチャーを受けると共に、ロンドン南部の早期支援チームの1つLEOと相談拠点であるOASIS、家族サービスを行っている民間団体“Rethink”などを見学した。

英国では、精神障害者への支援の多くが家族を巻き込んだ訪問チームによって提供されている。最も多い訪問チームは地域精神保健チームによるもので、人口2万～4万人に7～14人のチームが配置されている。これは平日の日中だけの活動であるが、ほぼ全国をカバーしている。平成20年の時点で、その他に、積極的訪問チーム263、危機介入チーム335、早期支援チーム109がある。これらは、まだイングランドを中心とした人口の多い地域しかカバーできていない。

若年精神障害者への早期支援が全土に行き回り、治療だけでなく就学就労、生活や趣味、友人や結婚など人生の希望を失わないために配慮された支援を受けられる仕組みが出来ている。地域の相談窓口へ本人や家族、職場や学校などから相談するか、多くは家庭医(GP)からの紹介で支援が開始される。早期支援チームの相談拠点の一つを訪問したが、住宅地のアパートの一角に小さな事務所が設置され、地域の中に馴染んでいた。「イライラが続いている、最近ずっと眠れない」など、精神疾患の前駆症状かもしれない相談を主には電話で受けている。支援の必要な方には自宅や話しやすい場所へスタッフが訪問する。支援の対象は14～35歳で、支援期限は原則2年間である。

この早期支援は、医師、看護師、臨床心理士、ケースワーカー、ピアサポーターなどの専門家に、家族や友人や職場関係者などを巻き込んで構成されたチームで行われている。そのうちの一人がケースマネジャーとなって持続的な長期間の関わりを持ち、本人や家族と信頼関係を築き、サポートプランを作成する。サポート内容は、もちろん病状によるが、認知行動療法が主で、多くの場合低容量の薬物療法と平行して行われる。もし薬物治療を本人が拒否したとしても、そのほかの手段で関わりを持ち続けられるように工夫をしているようだ。訪問などの関わりも拒否された場合には、何度も手紙を書くなど根気強くアプローチしながら、本人とその家族を見守っている。認知行動療法は臨床心理士が中心となってチーム全体で行われ、看護師は継続処方の権限を持っている。

このような早期支援の活動の結果、英国では、発病してから治療につながるまでの期間が短くなり、再入院率もそのうちの強制入院率も下がり、支援の継続性が高まるなどの効果が出ている。また、精神障害を持つ若者の自殺率も低下した。

精神障害者やその家族への支援サービスを行っている民間団体“Rethink”は、全英で350ものサービスを行い、1400人のスタッフと1000人のボランティアが働く大きな組織で、精神障害者の本人や家族8300人の会員がサービスを受けている。スタッフやボランティアは、精神障害者やその家族も含まれているが、研修を受けて分け隔て無く働いている。家族や本人から直接得られる経験に基づき、相談者に寄り添ったサービスが提供されている。

電話相談、訪問、家族への支援など、平成19～20年度の調査の中で精神障害者の緊急対応ニーズとして挙げたことに応えるサービスが、英国では当たり前のサービスとして、本格的に実施されていることがわかった。発病早期や若年精神障害者に対しても、相談の門戸を広く開き、ライフステージや生活場面にあったきめ細やかなサービスが、複数の職種と家族や地域の支援者を巻き込んだ専門のチームによって行われていた。日本の精神障害者緊急対応や早期支援のサービス拡充のために、英国で行われているサービスや施策の中に参考となるものがたくさんあると思われる。

平成21年1月

御中

若年者の 緊急対応サービスに関する調査協力をお願い

特定非営利活動法人メンタルケア協議会

「精神科緊急対応研究」研究班

代表 羽藤 邦利

平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業【障害者自立支援研究プロジェクト】

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

精神障害者の「病院から地域生活への移行」が進められる中、精神科の緊急対応サービスの重要性が指摘されております。私どもは、緊急対応サービス体制をいっそう充実させるために、患者側の利用実態やそのニーズをもっと明らかにする必要があると考えております。昨年度は主に中高年の方から調査の回答をいただきました。本年度は、早期支援の重要性も考えて、30才未満の方を対象を絞って調査を行います。

つきましては、下記の点につき、貴院にご協力賜りたいと存じます。ご多忙の折、誠に恐縮ですが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

調査概要

16歳以上30歳以下の統合失調症圏（疑いを含む）通院患者について、A医療機関調査票（医療機関記入による対象者の基本属性調査）、B本人調査票（対象者本人の記入によるニーズ調査）を実施します。

調査手順

1. 調査にご協力について同意書（医療機関）をお書き下さい。

2. 調査期間をお決め下さい。1月中旬～3月までの任意の1ヶ月間（30日程度）でお願いします。

3. 調査期間中、16歳以上29歳以下の統合失調症圏患者様が外来を受診された際、全員に調査を依頼して下さい。説明用資料を用意してあります。依頼や説明は、医師でも受付等のスタッフでも結構です。同意していただいた患者様には、一人分ずつクリップされている「患者様への説明書」「B本人調査票」「調査票回収用封筒」の3点セットと謝礼のボールペンをお渡し下さい。

②ご本人に調査票セットを受け取ってもらえた場合

→ ID管理表に渡した本人調査票ID番号と名前と日付を記入して下さい

→ 患者様にお渡しした調査票セットと一緒にクリップされている、同じID番号の「A医療機関調査票」を主治医または医療機関スタッフが記入して下さい

②ご本人が調査票を受け取らなかった、または依頼することができなかった場合

→ 医療機関調査票2（黄色）を主治医または医療機関スタッフが記入して下さい

4. 1ヶ月間に集めていただいた「A医療機関調査票」、封筒に入った「B本人調査票」、質問紙をお渡しできなかった患者様の医療機関調査票2（黄色）の3点をとりまとめ、ご記入頂いた同意書（医療機関）と謝礼振込先を添付の上、着払いにてメンタルケア協議会事務局宛にお送り下さい。

5. 調査研究班で調査票の解析が終わりましたら、「A医療機関調査票」と医療機関調査票2（黄色）のそれぞれ一枚につき200円、本人の記載があった「B本人調査票」一枚につき300円をお支払いします。謝礼の受取先が個人の場合は、源泉所得税10%が差し引かれますのでご了承下さい。

研究事業名

平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援研究プロジェクト）

「地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズの実態調査及び夜間休日緊急対応チームの試行的構築」

平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援研究プロジェクト）

「医療機関や社会復帰施設が精神障害者の緊急対応を行いやすくするための研究」

精神科緊急対応研究班

研究班代表	羽藤 邦利	(特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
研究員	稲垣 中	(慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科)
	大久保 豪	(東京大学大学院医学系研究科健康学習・教育学分野)
	小栗 康平	(早稲田通りこころのクリニック)
	梶原 徹	(特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
	菊地 俊暁	(慶應義塾大学大学院医学研究科)
	佐藤 忠彦	(桜ヶ丘記念病院理事長)
	白石 弘巳	(東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科)
	西村 由紀	(特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
	野村 忠良	(東京精神障害者家族会連合会会長)
	平田 豊明	(静岡県立こころの医療センター)
	穂積 登	(特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
	山本 健一	(特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
	横山由香里	(東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野)
	吉江 悟	(東京大学総括プロジェクト機構)

以上15名（敬称略）

問い合わせ先：NPOメンタルケア協議会 事務局（西村）

〒151-0053 渋谷区代々木1-55-14-403号

tel: 03-5333-6446 fax: 03-5333-6445

mail: office@npo-jam.org

URL: <http://www.npo-jam.org/>

調査への同意書

東京大学大学院医学系研究科長殿

「日常生活における精神疾患悪化時に役立つ緊急対応サービスに関する調査(若年者の緊急対応サービスに関する調査)」について、以下の内容について了承した上で、本調査に協力することに同意します。

記

- 調査の内容とその目的
- 研究への参加および中止は自由であること
- 調査協力に同意しない場合でも、なんらの不利益も被らないこと
- 調査対象となる当院通院患者のプライバシーの保護、秘密保持
- 研究成果の公表（学術集会と学術誌）
- 研究成果物（報告書）をお届けすること

以上

平成 年 月 日

医療機関名

院長名

公印

日常生活における精神疾患悪化時に役立つ 緊急対応サービスに関する調査

貴医療機関に受診している統合失調症患者（16歳以上30歳以下）について、一人ずつ、この調査用紙にご記入ください。初診の患者を含みます。

(1) 性別

男 ・ 女

(2) 生年

昭和 ・ 平成 年

(3) 貴医療機関の初診年月

平成 年 月

(4) 本人の精神疾患発病年（推測でも可）

平成 年 月頃

(5) 治療開始年（他医療機関も含む）

平成 年 月頃

(6) 最近の本人の通院頻度（デイケア、電話再診を含まない）

①2回以上／週

②1回程度／週

③1回程度／2週

④1回程度／月

⑤1回以下／月

⑥家族の相談のみ

⑦初診なので不明

調査票を配布しなかった対象患者様について

◆16歳～30歳までの統合失調症圏の調査対象患者様で、調査票を渡さなかった方について、渡さなかった理由を教えてください。簡単で結構です。

(複数理由がある場合には、もっともあてはまる理由1つに○をつけてください)

1. 精神疾患の症状が重篤であるため、調査協力を依頼できなかった
2. 依頼をしたが、本人が調査の協力を断ったため
3. その他 ()

◆患者様についてご記入ください。

(1) 性別

男 ・ 女

(2) 生年

昭和 ・ 平成 年

(3) 貴医療機関の初診年月

平成 年 月

(4) 本人の精神疾患発病年 (推測でも可)

平成 年 月頃

(5) 治療開始年 (他医療機関も含む)

平成 年 月頃

(6) 最近の本人の通院頻度 (デイケア、電話再診を含まない)

- | | | | |
|---------|----------|----------|---------|
| ①2回以上/週 | ②1回程度/週 | ③1回程度/2週 | ④1回程度/月 |
| ⑤1回以下/月 | ⑥家族の相談のみ | ⑦初診なので不明 | |

アンケート調査を依頼された患者様へ

「こころの問題の緊急対応サービス」調査について

特定非営利活動法人メンタルケア協議会

「精神科緊急対応研究」研究班

厚生労働省障害者保健福祉推進事業【障害者自立支援研究プロジェクト】

この調査は、夜間やお休みの日に具合が悪くなったとき、どのようなサービスがあったら安心して生活できるのかについての調査です。調査の結果は救急医療の充実のために役立てられます。

本調査の趣旨をご理解頂き、別紙のアンケート調査票にご協力いただければ幸いです。

下記はアンケートについての説明です。お読み頂き、安心してご回答下さい。

- ・ 答えていただいたアンケートの内容は、医師や医療関係者に一切伝わることはありません。
- ・ このアンケートによって医師との関係が悪化したり、治療が受けにくくなったりすることはありません。
- ・ また、アンケートにご協力いただかなかった場合にも、今後の治療に不都合が生じることはありません。
- ・ 答えたくない項目があった場合には、回答していただかなくても結構です。
- ・ ご記入いただいたアンケート用紙は研究代表者が責任を持って管理し、研究参加者以外の者に流出することは一切ないこととお約束いたします。
- ・ アンケートで得られた結果は、統計的な処理をした上で、学会や学術雑誌で発表いたします。
- ・ 今回の調査は医学研究のためだけに用い、商業目的での使用などは一切いたしません。
- ・ ご回答いただく方のお名前やご住所など、個人が特定される情報を私たちが知ることは一切ありません。
- ・ なお、本研究の費用は厚生労働省の研究費補助金によって支払われています。

● このアンケートでは、皆様のお名前やご住所などを私たちが知ることは一切ありません。そのような調査ですので、別紙のアンケート調査票にご回答いただいたことで、アンケート調査にご同意いただいたと理解させていただきます。

● 回答が終わったら、封筒に入れて封をし、アンケート回収箱に入れて下さい

※ ご質問、ご不明な点などございましたら、下記までご連絡下さい。

NPOメンタルケア協議会 事務局（西村）

〒151-0053 渋谷区代々木1-55-14-403号

Tel：03-5333-6446 Fax：03-5333-6445

e-mail：office@npo-jam.org

【患者様への説明例】

- 今からお願いするアンケートは、夜中やお休みの日などに具合が悪くなったとき、どのようなサービスがあったら皆さんが安心して生活できるのかについて伺いする調査です。厚生労働省の予算で行われている調査です。
- この調査は、この医療機関の人とは別の人たちが行っているので、アンケートにどのようなことを答えたか、医療機関の人に知られることはありません。
- 調査の結果は報告書としてまとめられますが、どなたがどのようなことを答えたのかという個人の情報は一切わからないようになりますのでご安心下さい。
- 答えたくない項目があった場合には、回答しなくても良いですし、調査に協力しなくても、普段の診療に影響が出ることはありません。
- 調査に協力しても良いと思われましたら、この調査票にご記入下さい。
- 病院内の〇〇に回収箱がありますので、調査票を書き終わったら、封筒に入れて封をしアンケート回収箱に入れてください。

説明後の流れ

①ご本人に調査票セットを受け取ってもらえた場合には

- まず、本人調査票ID番号と名前と日付をID管理表に記入して下さい
- 患者様にお渡しした調査票セットと一緒にクリップされている、同じID番号の「A医療機関調査票」を主治医または医療機関スタッフが記入して下さい。

②人が調査票を受け取らなかった、または依頼することができなかった場合には

- 質問紙を配布しなかった患者様情報を記入する医療機関調査票2（黄色）を主治医または医療機関スタッフが記入して下さい。

こころの問題の緊急対応サービスについての調査

問1 こころの問題で具合が悪くなって困ったときに、以下の人に相談しますか？ 相談する人の番号に○をつけてください(○はいくつでも可)。相談する人がいない場合には、「0番」に○をつけてください。「14.その他」を選んだ場合には、具体的な人を書いてください(例えば「隣人」など)。

1. 家族	8. 主治医やかかりつけ医
2. 職場や学校の友人	9. 看護師
3. 職場や学校以外の友人	10. ソーシャルワーカーなどの医療従事者
4. 職場の上司や学校の先生	11. 通所施設やグループホームの職員
5. 施設・グループホームの仲間	12. 患者会のスタッフ
6. 病院で知り合った仲間	13. 地区担当の保健師
7. インターネットサイトやメル友	14. その他 []
0. 相談する人はいない	

問2 はじめて具合が悪くなった頃、誰に相談しましたか？ 相談した人の番号に○をつけてください(○はいくつでも可)。誰にも相談しなかった場合には「0番」に○をつけてください。「14.その他」を選んだときには具体的な人を書いてください。

1. 家族	8. 保健所や精神保健福祉センター
2. 親戚	9. 電話相談
3. 職場や学校の友人	10. 救急車 119番
4. 職場や学校以外の友人	11. 警察官 110番
5. 職場の上司や学校の先生	12. 精神科以外の医療機関
6. 会社の健康管理室や学校の保健室・スクールカウンセラー	13. カウンセリングセンター等
7. インターネットサイトやメル友	14. その他 []
0. 誰にも相談しなかった	

問3 最初に精神科を受診するのに、もっとも役割の大きかった人をひとつ選んで○をつけてください(○はひとつだけ)。自分だけで判断して受診した場合には「0番」に○をつけてください。「14.その他」を選んだ場合には、具体的な人を書いてください。

1. 家族	8. 保健所や精神保健福祉センター
2. 親戚	9. 電話相談
3. 職場や学校の友人	10. 救急車 119番
4. 職場や学校以外の友人	11. 警察官 110番
5. 職場の上司や学校の先生	12. 精神科以外の医療機関
6. 会社の健康管理室や学校の保健室・スクールカウンセラー	13. カウンセリングセンター等
7. インターネットサイトやメル友	14. その他 []
0. 自分で判断して受診した	

問4 下記のようなことで困ったことが、最近1ヶ月の間にあったかどうかお答えください。

不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になる、ということがあった	なし	あり	不明
何もする気にならなくなった	なし	あり	不明
過去や最近の出来事について後悔や不満でいっぱいになった	なし	あり	不明
納得できないことがあって苦しくなった	なし	あり	不明
幻聴や妄想が強くなった	なし	あり	不明
死にたい気持ちが高まった	なし	あり	不明
物を壊したり、他人をなぐったりなどした	なし	あり	不明
気を失って倒れた	なし	あり	不明
薬を決められた量よりも多く飲んでしまった	なし	あり	不明
薬の副作用がでた	なし	あり	不明
身体の具合が悪くなった	なし	あり	不明
家族や介護者が急病や急用で対応できなくなった	なし	あり	不明
その他 []	なし	あり	不明

問5 夜間や休日に問4のようなことがあったときに、以下のようなサービスを利用したことがありますか？ また、今後利用したいと思うものに○をつけてください。

これまで利用したものに○		今後利用したいものに○					
	経験	希望		経験	希望		
周囲の助けを借りずに本人で解決できた			外来を利用した				
家族に相談した			入院を利用した				
家族以外の人に相談した			夜間の電話相談を利用した				
主治医やかかりつけ医など、医療機関に電話した			訪問看護を利用した				
福祉施設へ電話した			訪問介護(ホームヘルパー)を利用した				
往診を利用した			ショートステイを利用した				
福祉施設職員に来てもらった			その他 []				
対応が必要だったが何もできなかった							

問6 「外来を利用した」や「入院を利用した」と回答した方におうかがいします。
その時、精神科救急情報センターを利用しましたか？

1. 利用していない	2. 利用した
------------	---------

問7 あなたが夜間や休日に精神的に具合が悪くなって困ったときに、あったらいいと思うサービスがありましたら、ご自由にお書きください。

これで質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

要 約

●精神科診療所の属性

- ・1診療所あたりの医師数は平均1.72名で、精神科医が1人の診療所は525ヶ所（66.2%）であった。
- ・696診療所（87.8%）にのべ1087名の精神保健指定医が勤めていた。
- ・177診療所（22.3%）が現在、措置診察に協力していた。
- ・269診療所（33.9%）が平日17時以降もしくは休日に診療を行っていた。

●外来対応型施設への協力意向・協力条件

- ・379診療所（47.8%）が協力できると回答した。
- ・協力できると回答した診療所のうち、70%以上の診療所が「入院を要する患者を迅速に移送できる体制」、「重症ケースが発生した場合のバックアップ体制」、「身体合併症を有する患者を迅速に対応可能な施設に移す体制」を協力条件としてあげた。また、輪番方式よりも外来センター方式を望む診療所が多かった。

●病院群輪番施設への協力意向・協力条件

- ・343診療所（43.3%）が協力できると回答した。
- ・協力できると回答した診療所のうち、92.1%の診療所が「協力しやすい時間帯」を、59.8%の診療所が「業務範囲の限定」を挙げた。

●常時対応施設への協力意向・協力条件

- ・313診療所（39.5%）が協力できると回答した。
- ・協力できると回答した診療所のうち、91.1%の診療所が「協力しやすい時間帯」を、62.9%の診療所が「業務範囲の限定」を挙げた。

●精神科情報センターへの協力意向・協力条件

- ・347診療所（43.8%）が協力できると回答した。
- ・協力できると回答した診療所のうち、86.2%の診療所が「協力しやすい時間帯」を挙げた。オンコール当番のみならば協力できるという診療所も40.9%あった。

●地域の救急病院への精神科コンサルテーションへの協力意向・協力条件

- ・384診療所（48.4%）が協力できると回答した。
- ・協力できると回答した診療所のうち、63.3%の診療所が「対応不可能なケースのバックアップ体制」を、47.9%が「診療情報の迅速な入手」を挙げた。また、電話で助言をする方式ならば協力できるという診療所も57.8%あった。

●協力意向と診療所の属性の関連

- ・常勤指定医数が多い診療所、指定医数が多い診療所、夜間休日診療を行っている診療所、措置診察に協力している診療所ほど協力すると回答する傾向がみられた。

1 はじめに

2008年5月26日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部から「精神科救急医療体制整備事業の実施について」という通達が出され、精神科救急医療体制が大幅に見直されることとなった。その骨子は、第一に、都道府県の「精神科救急医療圏域」ごとに、これまでの輪番制に加えて「常時対応施設（24時間365日）」を確保する、少なくとも二つの「圏域」にひとつ「身体対応施設」を設ける、初期精神科救急を行うための「外来対応型施設」を設けること（資料1参照）、第二に、精神科救急医療情報センターを強化して、連絡調整機能と併せて「24時間精神医療相談」を行うこと、第三に、移送体制の整備を行うことである。

この新しい精神科救急医療体制において、精神科診療所は「外来対応型施設」として機能すること、精神科診療所の医師が「病院群輪番施設」での診療、「常時対応型施設」での診療、精神科救急医療情報センターでの精神医療相談に協力することが期待されている。

そこで、精神科診療所が上記の体制に協力できる程度やそのための条件を明らかにするため、全国の精神科診療所に対する調査を行った。

2 方法

1) 調査対象と方法

本調査は2008年10月から2009年2月にかけて行われた。対象は全国の精神科を標榜する診療所4457ヶ所であった。なお、企業や施設内部に設置され、社員や特定の利用者以外は受診できない診療所は除外した。

2) 調査項目

a) 診療所の属性項目（資料2参照）

診療所の属性として、所在地の都道府県、所在地の地域、開業年、主たる標榜科目、経営形態、精神科医の人数と精神保健指定医の内訳、夜間休日診療の実施状況、（夜間休日診療を行っている場合）20時以降の診察で予約診療以外の診療を受け付けているか否かについて尋ねた。

所在地の地域については、「特別区及び政令指定都市」、「地方中核都市」、「その他」で尋ねた。主たる標榜科目については、「精神科」、「神経科」、「心療内科」、「内科」、「神経内科」「その他」で尋ねた。経営形態については、「個人診療所」、「単独診療所の医療法人」、「複数診療所の医療法人」、「精神科病院の関連診療所（サテライト）」、「高齢者施設の関連診療所」、「その他の施設や団体の関連診療所」で尋ねた。精神科医の人数については、常勤の精神科医、非常勤の精神科医（週20時間以上勤務）、非常勤の精神科医（週20時間未満勤務）を指定医と非指定医ごとに尋ねた。

b) 措置診察への協力に関する項目

措置診察に関して、調査時点での協力の有無、年間の協力回数、今後の協力可能性を尋ねた。また、今後措置診察へ多くの精神保健指定医が協力できるようになるための条件を尋ねた。

c) 新しい救急医療体制への協力に関する項目

外来対応型施設、病院群輪番施設、常時対応施設、精神科救急情報センターそれぞれに対する協力の意向（以下、「協力意向」と記す）を「条件つきで参加／協力できる」と「参加／協力できない」で尋ねた。「条件つきで参加／協力できる」と回答した診療所に対しては、参加／協力のための条件（以下、「協力条件」と記す）を尋ねた。また、外来対応施設、病院群輪番施設、常時対応施設に関しては、参加／協力が可能な頻度と参加／協力が可能な時間帯を尋ねた。

3) 解析

まず、各調査項目の単純集計を行った。「救急病院と精神科診療所の連携に関するアイデア」や、「身近な精神科救急を充実させるために普段行っていること」の自由記述欄に記された内容に関しては、内容の似ているものをま

とめてカテゴリー名を付与した。この際、前者については184件の回答があったが、「連携に関するアイデア」に該当しない24件（13%）、記述内容が具体性に欠ける27件（15%）を除外し、133件（72%）を分析対象とした。後者については241件の回答があったが、「身近な精神科救急を充実させるために普段行っていること」に該当しない94件（39%）、記述が内容が具体性に欠ける7件（3%）を除外し、138件（58%）を分析対象とした。

次に、外来対応型施設、病院群輪番施設、常時対応施設、精神科救急情報センターへの協力意向の関連をみるためにクロス表を作成した。どのような診療所で協力意向が高いのかを知るため、診療所の属性と協力意向の関連を検討した。診療所属性として用いたのは、診療所の所在地、開業年、常勤指定医数、非常勤指定医数、総指定医数、常勤非指定医数、非常勤非指定医数、総指定医数、総医師数、夜間休日対応の有無、現在の措置診察への協力の有無、年間の措置診察への協力回数である。

なお、1人精神科医の診療所が多いことを鑑みて、総医師数を「1人」と「2人以上」に分けた解析も行った。なお、精神科医数、次に、上記の解析で協力意向と関連のみられた項目同士の関連を検討した。

なお、カテゴリカルデータ同士の解析にはFisherの直接確率検定を用いた。カテゴリカルデータと連続変量の解析にはMann-WhitneyのU検定、もしくはKruskal-Wallisの検定を用いた。これは、連続変量として用いた常勤指定医数、非常勤指定医数、総指定医数、常勤非指定医数、非常勤非指定医数、総非指定医数、総医師数、開設年、措置診察の回数の分布に偏りがみられ、ノンパラメトリック検定の方が適切だと思われたためである。仮説検定の有意水準は5%未満とした。解析には、SPSS16.0JforWindowsとRを用いた。

3. 結果

1) 回答診療所の属性 (表1)

質問紙を送付した4457診療所のうち、793診療所（17.8%）から回答が得られた。

全診療所の内、591診療所（74.5%）の主たる診療科目は精神科であり、109診療所（13.7%）の主たる診療科目は心療内科であった。491診療所（61.9%）は個人診療所であり、182診療所（23.0%）は単独診療所の医療法人であった。診療所が開設されてからの経過年数（2009年4月現在）は平

表1 回答診療所の属性 (N=793)

		N	%	
		平均 ± 標準偏差	中央値 [範囲]	
所在地の地域	北海道・東北	86	10.8%	
	関東	281	35.4%	
	中部	91	11.5%	
	近畿	165	20.8%	
	中国・四国	78	9.8%	
市町村の種類	九州・沖縄	92	11.6%	
	特別区及び政令指定都市	325	41.0%	
	地方中核都市	240	30.3%	
	その他	204	25.7%	
	無回答	24	3.0%	
主たる診療科目	精神科	591	74.5%	
	神経科	12	1.5%	
	心療内科	109	13.7%	
	内科	51	6.4%	
	神経内科	7	0.9%	
	その他	22	2.8%	
	無回答	1	0.1%	
	経営形態	個人診療所	491	61.9%
		単独診療所の医療法人	182	23.0%
		複数診療所の医療法人	37	4.7%
精神科病院の関連診療所		43	5.4%	
高齢者施設の関連診療所		11	1.4%	
企業の関連診療所		0	0.0%	
その他の施設や団体の関連診療所		28	3.5%	
	無回答	1	0.1%	
診療所を開設されてからの経過年数		14 ± 12.6年	10 [1-75] 年	
1診療所あたりの医師数		1.72 ± 1.46名	1 [1-15] 名	
指定医の有無	いる	696	87.8%	
	いない	90	11.3%	
1診療所あたりの指定医数		1.38 ± 1.19名	1 [0-9] 名	
20時以降の診療	予約診療のみ	13	1.6%	
	予約診療以外も受付	14	1.8%	
	無回答	10	1.3%	
措置診察への協力 (現在)	協力している	177	22.3%	
	協力していない	488	61.5%	
	無回答	34	4.3%	
過去1年間の措置診察への協力回数		3.96 ± 6.19回	2 [0-60] 回	
措置診察への協力 (今後)	協力できる	201	25.3%	
	協力できない	395	49.8%	
	無回答	103	13.0%	

均で14年、標準偏差は12.6年であった。

2) 診療所にいる精神科医師数 (表2)

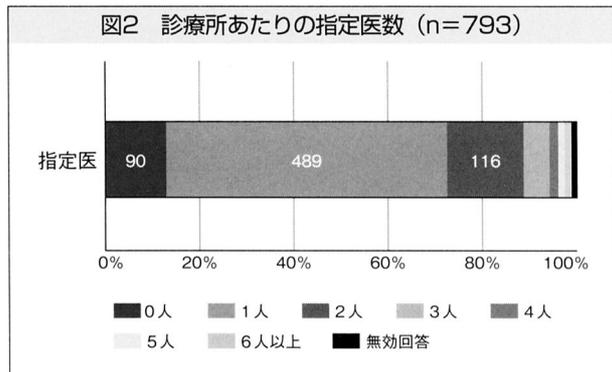
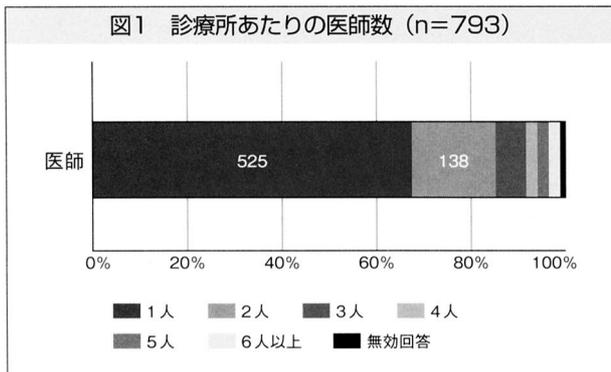
全793診療所にはのべ1349名の精神科医師が勤めており、精神保健指定医はのべ1087名勤めていた。うち、690名が常勤医として勤めていた。

	指定医	非指定医	計
常勤	690	116	806
非常勤 (週20時間以上)	36	11	47
非常勤 (週20時間未満)	361	135	496
計	1087	262	1349

3) 1診療所あたりの医師数、精神保健指定医数 (表3、図1、図2)

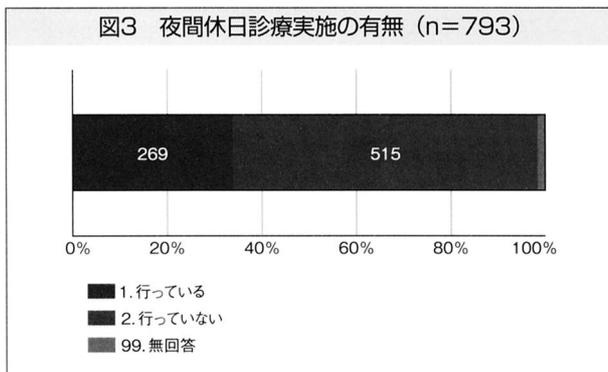
1診療所あたりの医師数は平均1.72人 (標準偏差は1.46人) であった。696診療所 (87.8%) には精神保健指定医が勤めており、1診療所あたりの指定医数は平均1.38人 (標準偏差は1.19人) であった。

	n	%
1診療所あたりの医師数	1.72±1.46	
1診療所あたりの指定医数	1.38±1.19	
指定医のいる診療所数	696	87.8%



4) 夜間休日の診療状況 (図3、表4、表5)

269診療所 (33.9%) は夜間休日診療を行っており (図3)、うち、37診療所 (4.7%) は20時以降も診療を行っていた (表4)。20時以降も診療を行っている診療所のうち、14診療所 (1.8%) は予約診療以外も受け付けていた (表4)。平日17時から20時までの時間帯で診療を行っている診療所が最も多いのは金曜日であり、208診療所 (26.2%) が診療を行っていた (表5)。



	n	%※
予約診療のみ	13	1.6%
予約診療以外も受付	14	1.8%
無回答	10	1.3%
計	37	4.7%

※分母は793診療所

	17時まで		17時～20時		20時以降	
	n	%	n	%	n	%
月曜日			187	23.6%	17	2.1%
火曜日			172	21.7%	19	2.4%
水曜日			135	17.0%	14	1.8%
木曜日			126	15.9%	15	1.9%
金曜日			208	26.2%	18	2.3%
土曜日	205	25.9%	48	6.1%	8	1.0%
日曜日	27	3.4%	5	0.6%	5	0.6%

5) 措置診察への協力状況 (図4、図5、図6) と今後の協力条件 (表6)

現在、措置診察に協力しているのは177診療所 (22.3%) であり、平均の協力回数は3.96回 (標準偏差は6.19回) であった。今後、措置診察に協力できると回答したのは201診療所 (25.3%) であった。

最も多くの診療所が今後、措置診察に協力する条件として挙げたのは、「業務負担軽減のための拘束時間の短縮」

(311診療所、全体の39.2%)であった。次に多かったのは、「措置診察業務の報酬を適正レベルに引き上げて欲しい」(237診療所、同29.9%)であった。

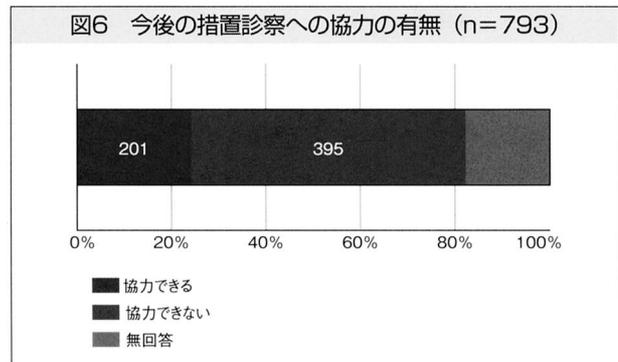
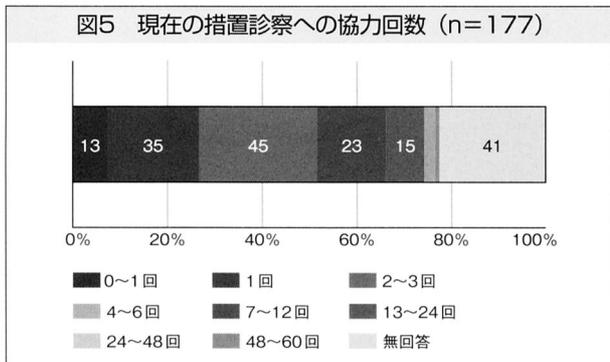
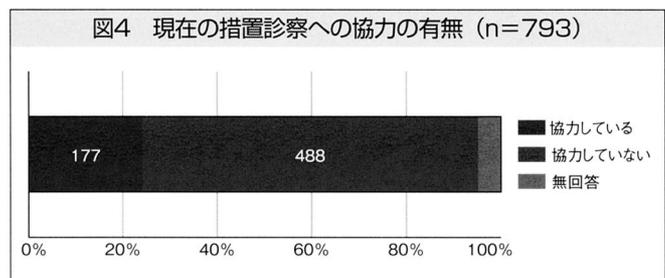


表6 今後措置診察に協力する条件 (n=793)

条件	n	%
業務負担軽減のための拘束時間の短縮	311	39.2%
措置診察業務の報酬を適正レベルに引き上げて欲しい	237	29.9%
適正な報酬額	7.36±7.78万円	
	5 [2-100] 万円	
措置診察に協力している精神科診療所が診療報酬上で評価されるようにして欲しい	228	28.8%
業務負担軽減のための診察を行う場所の変更	208	26.2%
措置診察に協力している実績が「指定医として評価される」仕組みを設けてほしい	170	21.4%

6) 外来対応型施設への協力意向(図7)と頻度(図8)、時間帯(図9)、条件(表7、表8)

外来対応型施設に協力できると回答したのは、379診療所であった(図7)。協力できる頻度の中で、最も回答が多かったのは「月1回」であり、協力できる時間帯の中で、最も回答が多かったのは「22時まで」であった(図8、9)。

協力条件の中で、最も回答が多かったのは「入院を要する患者を迅速に移送できる体制が整っている」であった。「当該医療機関で対応できない重症ケースが発生した場合のバックアップ体制が整っている」、「身体合併症を有する患者を迅速に対応可能な施設に移す体制が整っている」に関しては、70%以上の診療所が条件として挙げていた(表7)。また、「その他」の協力条件として記された内容についてまとめたところ、日時を選択可能にするといった内容、医師の安全確保や法的な保護の必要性が挙げられていた(表8)。

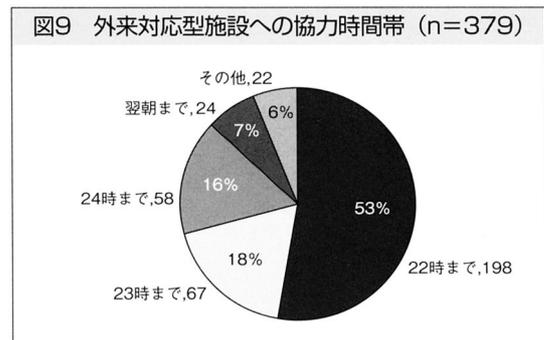
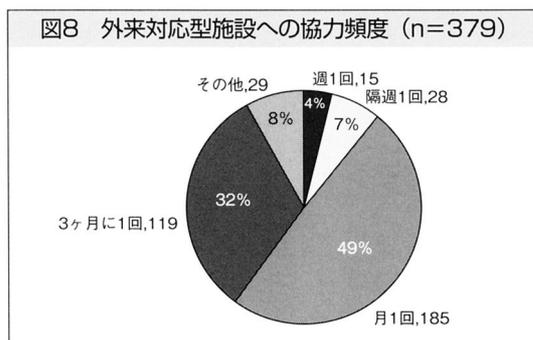
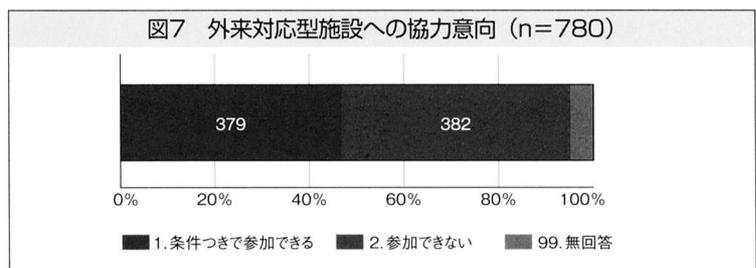


表7 外来対応型施設に協力する条件 (n=379)

	n	%
入院を要する患者を迅速に移送できる体制が整っている	308	81.3%
当該医療機関で対応できない重症ケースが発生した場合のバックアップ体制が整っている	287	75.7%
身体合併症を有する患者を迅速に対応可能な施設に移す体制が整っている	271	71.5%
(外来センター方式を採用する場合) 自診療所の診療終了後に勤務できる時間帯である	244	64.4%
外来センターに詰める方式である	233	61.5%
救急医療情報センターでトリアージが適切に行われ、対応できない患者は回されてこない	206	54.4%
(外来センター方式を採用する場合) センターがアクセスの便利な場所に設けられている	197	52.0%
適正な報酬額が設定されている	160	42.2%
17時から22時の場合の報酬額	7.60±5.37万円	
	6 [2-50] 万円	
患者の主治医と連絡をとれるか、必要な診療情報を迅速に入手できる	157	41.4%
協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある	117	30.9%
指定医の更新時に有利になる	93	24.5%
輪番方式を採用し、自院を使って行う	68	17.9%
(輪番方式を採用する場合) 当番日に自院へ担当職員が派遣される	37	9.8%

7) 病院群輪番施設への協力意向 (図10) と頻度 (図11)、時間帯 (図12)、条件 (表9、表10)

病院群輪番施設に協力できると回答したのは、343診療所であった (図10)。協力できると回答した診療所に対しては協力できる頻度、協力できる時間帯、協力への条件を尋ねた。協力できる頻度の中で、最も回答が多かったのは「月1回」であった (図11)。協力できる時間帯の中で、最も回答が多かったのは「22時まで」であった (図12)。

協力への条件の中で、最も回答が多かったのは「担当する時間帯が診療所の医師の協力しやすい時間帯である」で、92.1%の診療所が協力条件として挙げていた (表9)。「その他」の協力条件として記された内容についてまとめたところ、特に医師の法的な保護の必要性が挙げられていた (表10)。

表8 外来対応型施設に協力する条件 (自由記述のまとめ)

	n
サポート体制	
コメディカルの協力	4
他院との連携	3
薬局の確保	2
協力方法	
日時の選択可能	5
交通の確保・利便性	3
交替・辞退可能	2
診療内容の限定	2
医師の保護	
医師の安全確保	4
医師の法的保護	3
参加時のメリット	
専門医更新時のポイント	2
クリニックへの援助	2
輪番制の免除	2
診療報酬	1

図10 病院群輪番施設への協力意向 (n=787)

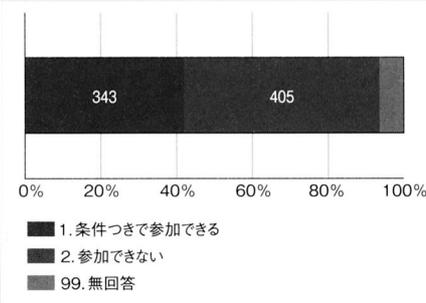


図11 病院群輪番施設への協力頻度 (n=339)

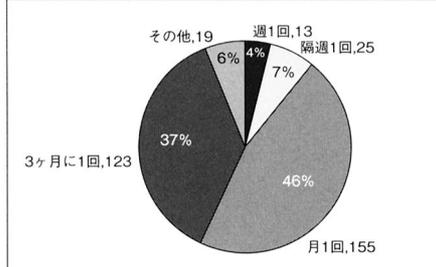


図12 病院群輪番施設への協力時間帯 (n=319)

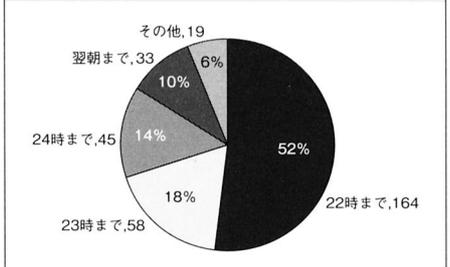


表9 病院群輪番施設に協力する条件 (n=343)

	n	%
	平均±標準偏差	中央値 [範囲]
担当する時間帯が診療所の医師の協力しやすい時間帯である	316	92.1%
応援医師が「病院群輪番施設」で担う業務の範囲が限定されている	205	59.8%
適切な報酬額が設定されている	153	44.6%
17時から22時の場合の報酬額	7.13±3.29万円	6 [2-25] 万円
協力することで、診療所が「病院群輪番施設」を利用しやすくなる	145	42.3%
協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある	107	31.2%
指定医の更新時に有利になる	90	26.2%
「病院群輪番施設」にかつて所属していた医師が協力しやすい仕組みである	68	19.8%

表10 病院群輪番施設に協力する条件 (自由記述のまとめ)

	n
サポート体制	
他院との連携	3
協力方法	
日時の選択可能	4
交通の確保・利便性	3
交替・辞退可能	1
医師の保護	
医師の安全確保	1
医師の法的保護	5
参加時のメリット	
専門医更新時のポイント	1
クリニックへの援助	1
輪番制の免除	
診療報酬	1

8) 常時対応施設への協力意向 (図13) と頻度 (図14、時間帯 (図15)、条件 (表11、表12)

常時対応施設に協力できると回答したのは、313診療所であった (図13)。協力できると回答した診療所に対しては協力できる頻度、協力できる時間帯、協力への条件を尋ねた。協力できる頻度の中で、最も回答が多かったのは「月1回」であった (図14)。協力できる時間帯の中で、最も回答が多かったのは「22時まで」であった (図15)。

協力への条件の中で、最も回答が多かったのは「担当する時間帯が診療所の医師の協力しやすい時間帯である」で、91.1%の診療所が協力条件として挙げていた (表11)。「その他」の協力条件として記された内容についてまとめたところ、特に日時を選択可能にする、交通の便を確保するといった条件が挙げられていた (表12)。

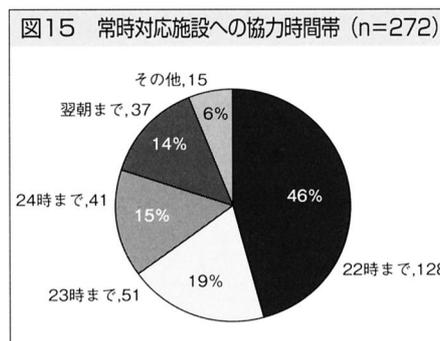
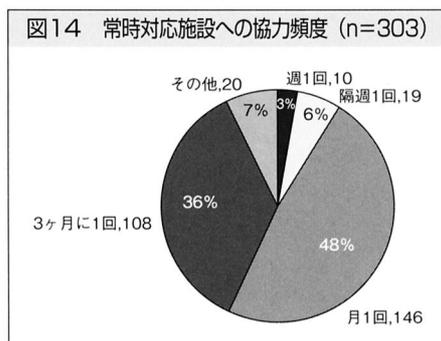
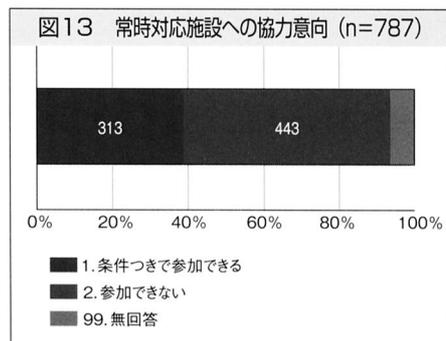


表11 常時対応施設に協力する条件 (n=313)

	n	%
	平均±標準偏差	中央値 [範囲]
担当する時間帯が診療所の医師の協力しやすい時間帯である	285	91.1%
応援医師が「常時対応施設」で担う業務の範囲が限定されている	197	62.9%
適切な報酬額が設定されている	135	43.1%
17時から22時の場合の報酬額	7.41±3.29万円	6 [2-20] 万円
協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある	133	42.5%
適切な報酬額が設定されている	97	31.0%
協力することで、診療所が「常時対応施設」を利用しやすくなる	81	25.9%
「常時対応施設」に以前に勤務していた医師が協力しやすい仕組みである	68	21.7%

表12 常時対応施設に協力する条件 (自由記述のまとめ)

	n
サポート体制	
コメディカルの協力	2
協力方法	
日時の選択可能	6
交通の確保・利便性	4
医師の保護	
医師の安全確保	1
医師の法的保護	3
参加時のメリット	
専門医更新時のポイント	1
クリニックへの援助	2
輪番制の免除	
診療報酬	1

9) 精神科情報センターへの協力意向 (図16) と条件 (表13、表14)

精神科情報センターに協力できると回答したのは、347診療所であった (図16)。協力への条件の中で、最も回答が多かったのは「診療所の医師が協力しやすい時間帯である」であり、86.2%の診療所が協力条件として挙げていた (表13)。「その他」の協力条件として記された内容についてまとめたところ、特に他院との連携の必要性や、日時

を選択可能にするといった条件が挙げられていた（表14）。

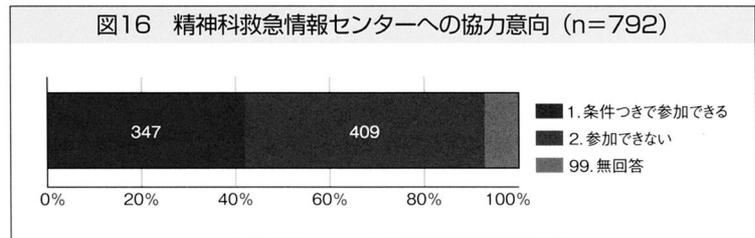


表13 精神科救急情報センターの医療相談業務へ協力する条件 (n=347)

	n	%
	平均±標準偏差	中央値 [範囲]
診療所の医師が協力しやすい時間帯である	299	86.2%
適切な報酬が設定されている	148	42.7%
17時から22時の場合の報酬額	6.57±3.22万円	5 [2-25] 万円
17時から22時までオンコール当番の場合の報酬額	4.58±2.67万円	5 [1-15] 万円
オンコール当番のみの担当である	142	40.9%
協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある	111	32.0%
指定医の更新時に有利になる	86	24.8%

表14 精神科救急情報センターの医療相談に協力する条件(自由記述のまとめ)

	n
サポート体制	
コメディカルの協力	1
他院との連携	5
協力方法	
日時の選択可能	5
交通の確保・利便性	1
医師の保護	
医師の法的保護	3
参加時のメリット	
専門医更新時のポイント	1
クリニックへの援助	
診療報酬	1

10) 地域の救急病院への精神科コンサルテーションへの協力意向 (図17) と条件 (表15、表16)

精神科情報センターに協力できると回答したのは、384診療所であった (図17)。協力への条件の中で、最も回答が多かったのは「当該医療機関で対応できないケースが発生した場合のバックアップ体制が整っている」であった (表15)。「その他」の協力条件として記された内容についてまとめたところ、特に他院との連携の必要性や、医師の法的保護の必要性が挙げられていた (表16)。

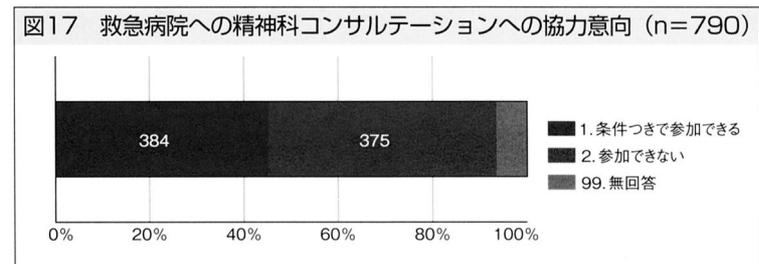


表15 救急病院への精神科コンサルテーションへ協力する条件

	n	%
	平均±標準偏差	中央値 [範囲]
当該医療機関で対応できないケースが発生した場合のバックアップ体制が整っている	243	63.3%
電話で助言をする方式である	222	57.8%
患者の主治医と連絡をとれるか、必要な診療情報を迅速に入手できる	184	47.9%
適切な報酬額が設定されている	142	37.0%
17時から22時の場合の報酬額	7.22±3.75万円	6 [1-25] 万円
17時から22時までオンコール当番の場合の報酬額	4.76±3.05万円	5 [1-15] 万円
地域の救急病院内に設けた精神科外来に交替で詰める方式である	137	35.7%
協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある	114	29.7%
協力することで、診療所が地域の救急病院を利用しやすくなる	112	29.2%
救急事例が発生した際に医療機関へ出向する方式である	91	23.7%

表16 救急病院への精神科コンサルテーションに協力する条件(自由記述のまとめ)

	n
サポート体制	
他院との連携	3
協力方法	
日時の選択可能	3
交通の確保・利便性	1
交替・辞退可能	1
診療内容の限定	1
医師の保護	
医師の安全確保	1
医師の法的保護	4
参加時のメリット	
専門医更新時のポイント	1
クリニックへの援助	1
輪番制の免除	
診療報酬	1

11) 新しい公的な救急制度に対する協力意向同士の関連 (表17)

新しい公的な救急制度である外来対応型施設、病院群輪番施設、常時対応施設、精神科救急情報センターへの協力意向の関連について、表17にまとめた。すべての制度について回答のあった711診療所のうち、217診療所 (30.5%) はすべての制度について「条件を整えば協力できる」と回答しており、281診療所 (39.5%) はすべての制

表17 新しい公的な救急制度に対する協力意向の比較 (n=711)

	できる	情報センター相談への協力 できない	外来対応型施設への協力				計
			できる		できない		
			できる	できない	できる	できない	
常時対応施設への協力	できる	できない	217	10	20	6	253
			20	12	11	1	44
			31	19	6	20	76
			14	34	9	281	338
		計	282	75	46	308	711

度について「協力できない」と回答していた。

外来対応型施設のみ「協力できない」と回答していたのは20診療所（2.8%）であり、外来対応型施設のみ「協力できる」と回答していたのは34診療所（4.8%）であった。病院群輪番施設のみ「協力できない」と回答していたのは10診療所（1.4%）であり、病院群輪番施設のみ「協力できる」と回答していたのは9診療所（1.3%）であった。常時対応施設のみ「協力できない」と回答していたのは31診療所（4.4%）であり、常時対応施設のみ「協力できる」と回答していたのは1診療所（0.1%）であった。情報センター相談のみ「協力できない」と回答していたのは20診療所（2.8%）であり、情報センター相談のみ「協力できる」と回答していたのは20診療所（2.8%）であった。

12) 外来対応型施設への協力意向と診療所の属性の関連 (表18、図18、19、20)

外来対応型施設への協力意向と診療所の医師数について統計的に有意な関連の有無を検討した (表18)。地方中核都市にある、常勤指定医の数が多い、総指定医数が多い、常勤非指定医の数が少ない、総非指定医数が少ない、夜間休日診療を行っている、措置診察に協力しているほど、外来対応型施設に協力できると回答していた。

表18 協力意向と診療所の医師数の関連 (外来対応型施設)

	協力 できる (上段) Nまたは平均 (下段) %または中央値[範囲]	協力 できない	p値	検定 方法	
市町村の種類	特別区及び政令市	72 29.39%	173 70.61%	*	Fi
	地方中核都市	63 34.43%	120 65.57%		
	その他	63 41.72%	88 58.28%		
開設年				—	U
指定医数					
常勤	1.01 1 [0-5]	0.75 1 [0-2]	***	U	
非常勤 (週20時間以上)			—	U	
非常勤 (週20時間未満)			—	U	
総指定医数	1.54 1 [0-9]	1.22 1 [0-7]	***	U	
非指定医数					
常勤	0.08 0 [0-3]	0.21 0 [0-3]	***	U	
非常勤 (週20時間以上)			—	U	
非常勤 (週20時間未満)			—	U	
総非指定医数	0.26 0 [0-9]	0.41 0 [0-8]	***	U	
総医師数					
人数				—	U
1名対2名以上				—	U
夜間休日診療	あり	158 59.40%	108 40.60%	***	Fi
	なし	221 44.83%	272 55.17%		
措置診察への 協力 (現在)	あり	115 66.86%	57 33.14%	***	Fi
	なし	234 49.16%	242 50.84%		
措置診察への協力回数				—	U

※Fiはフィッシャーの直接確率検定、UはMann-WhitneyのU検定を意味する。p値の*はp<.05、**はp<.01、***はp<.001を意味する。

図18 病院群輪番施設への協力意向と総医師数 (n=757)

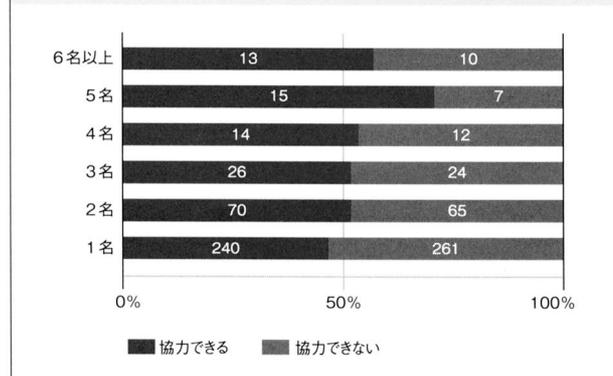
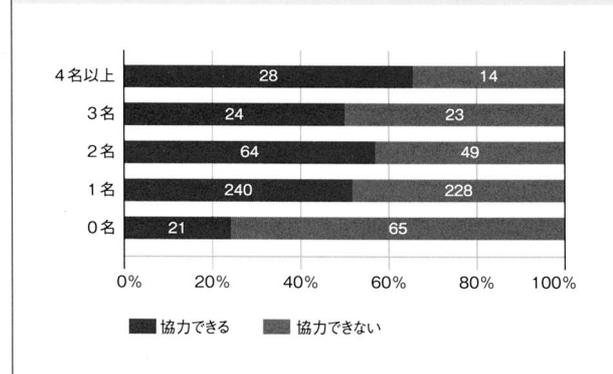
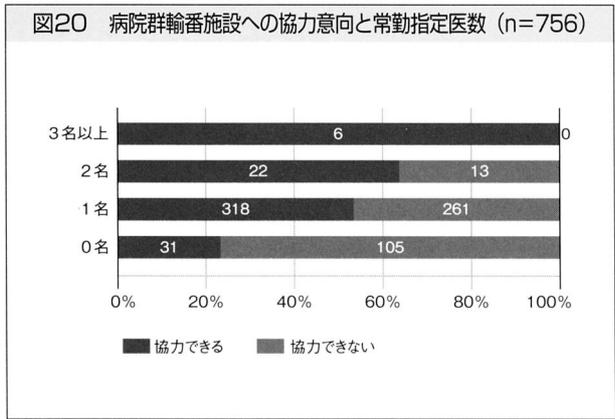


図19 病院群輪番施設への協力意向と指定医数 (n=756)



次に、外来対応型施設への協力意向と総医師数、指定医数、常勤指定医数との関連を図に記した(図18、図19、図20)。総医師数と外来対応型施設への協力意向との間に関連の傾向はみられなかった。指定医数では、1名以上で協力できると回答する診療所が増え、4名以上になるとさらに協力できると回答する診療所が増えていた。常勤指定医数に関しても、1名以上で協力できると回答する診療所が増え、3名以上の診療所では全ての診療所が協力できると回答していた。



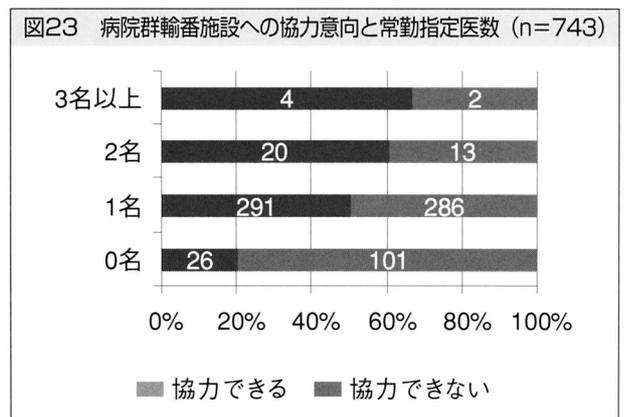
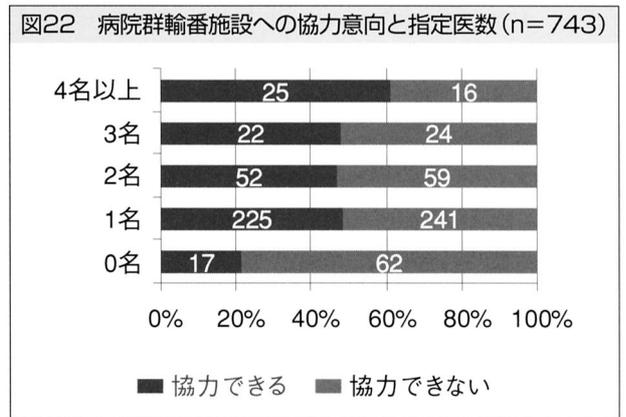
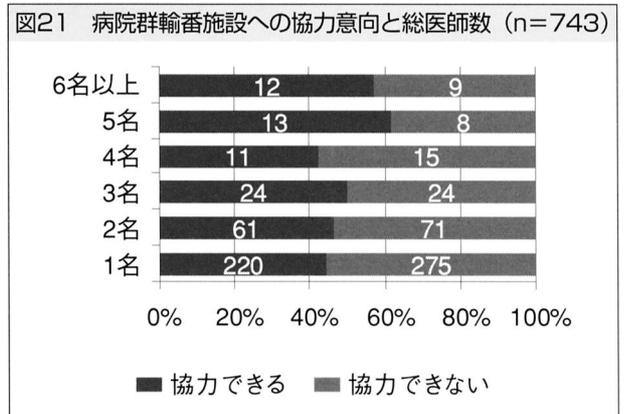
13) 病院群輪番施設への協力意向と診療所の属性の関連 (表19、図21、22、23)

病院群輪番施設への協力意向と診療所の属性について統計的に有意な関連の有無を検討した(表19)。開設年が若い、常勤指定医の数が多い、総指定医数が多い、常勤非指定医の数が少ない、総非指定医数が少ない、夜間休日診療を行っている、措置診察に協力している診療所ほど、協力できると回答していた。

表19 協力意向と診療所の医師数の関連 (病院群輪番施設)

	協力意向		p値	検定方法	
	協力できる (上段) Nまたは平均 (下段) %または中央値 [範囲]	協力できない			
市町村の種類	特別区及び 政令市 地方中核 都市 その他		—	Fi	
開設年	1996 2000 [1944-2008]	1993 1998 [1934-2008]	**	U	
指定医数					
常勤	1.01 1 [0-5]	0.79 1 [0-3]	***	U	
非常勤 (週20時間以上)			—	U	
非常勤 (週20時間未満)			—	U	
総指定医数	1.54 1 [0-9]	1.26 1 [0-7]	***	U	
非指定医数					
常勤	0.09 0 [0-3]	0.19 0 [0-3]	***	U	
非常勤 (週20時間以上)			—	U	
非常勤 (週20時間未満)			—	U	
総非指定医数	0.27 0 [0-9]	0.37 0 [0-8]	*	U	
総医師数					
人数	人数		—	U	
1名対2名以上	1名 2名以上		—	U	
夜間休日診療	あり	136 52.92%	121 47.08%	*	Fi
	なし	206 42.47%	279 57.53%		
措置診察への 協力 (現在)	あり	111 65.68%	58 34.32%	***	Fi
	なし	202 43.07%	267 56.93%		
措置診察への協力回数				—	U

※Fiはフィッシャーの直接確率検定、UはMann-WhitneyのU検定を意味する。
p値の*はp<.05、**はp<.01、***はp<.001を意味する。



次に、病院群輪番施設への協力意向と総医師数、指定医数、常勤指定医数との関連を図に記した（図21、図22、図23）。総医師数と病院群輪番施設への協力意向との間に関連の傾向はみられなかった。指定医数では、1名以上で協力できると回答する診療所が増えていた。常勤指定医数に関しても、1名以上で協力できると回答する診療所が増え、2名、3名以上と医師数が増えるごとに、協力できると回答する診療所が増えていた。

14) 常時対応施設への協力意向と診療所の属性の関連（表20、図24、25、26）

表20 協力意向と診療所の医師数の関連（常時対応施設）

	協力意向		p値	検定方法
	協力できる (上段) Nまたは平均 (下段) %または中央値[範囲]	協力できない		
市町村の種類	特別区及び 政令市 地方中核 都市 その他		—	Fi
開設年	1996 2000 [1944-2008]	1994 1998 [1934-2008]	*	U
指定医数				
常勤	1.03 1 [0-5]	0.78 1 [0-3]	***	U
非常勤（週20時間以上）			—	U
非常勤（週20時間未満）			—	U
総指定医数	1.49 1 [0-9]	1.30 1 [0-9]	**	U
非指定医数				
常勤	0.09 0 [0-3]	0.19 0 [0-3]	***	U
非常勤（週20時間以上）			—	U
非常勤（週20時間未満）			—	U
総非指定医数	0.26 0 [0-9]	0.38 0 [0-8]	**	U
総医師数				
人数	人数		—	U
1名対2名以上	1名 2名以上		—	U
夜間休日診療	あり	127 49.42%	130 50.58%	*** Fi
	なし	185 37.53%	308 62.47%	
措置診察への 協力（現在）	あり	100 58.82%	70 41.18%	*** Fi
	なし	188 40.00%	282 60.00%	
措置診察への協力回数				— U

※Fiはフィッシャーの直接確率検定、UはMann-WhitneyのU検定を意味する。
p値の*はp<.05、**はp<.01、***はp<.001を意味する。

常時対応施設への協力意向と診療所の属性について統計的に有意な関連の有無を検討した（表20）。開設年が若い、常勤指定医の数が多い、総指定医数が多い、常勤非指定医の数が少ない、総非指定医数が少ない、夜間休日診療を行っている、措置診察に協力している診療所ほど、協力できると回答していた。

次に、常時対応施設への協力意向と総医師数、指定医数、常勤指定医数との関連を図に記した（図24、図25、図26）。総医師数と常時対応施設

図24 常時対応施設への協力意向と総医師数（n=751）

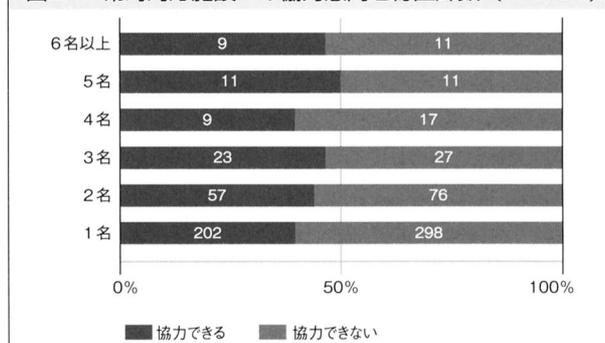


図25 常時対応施設への協力意向と指定医数（n=751）

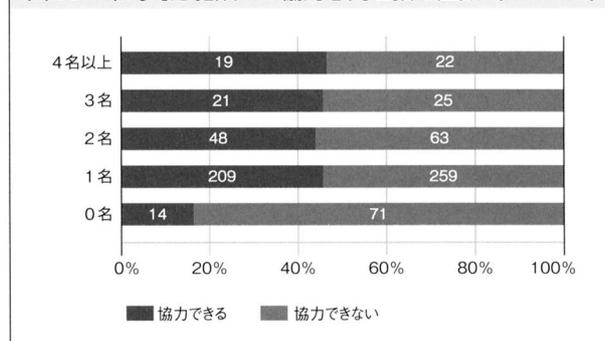
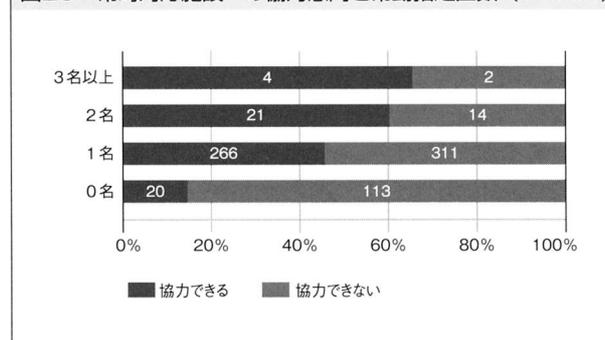


図26 常時対応施設への協力意向と常勤指定医数（n=751）



への協力意向との間に関連の傾向はみられなかった。指定医数では、1名以上で協力できると回答する診療所が増えていたが、2名以上でさらに増えてはなかった。常勤指定医数に関しては、1名、2名、3名以上と医師数が増えるごとに、協力できると回答する診療所が増えていた。

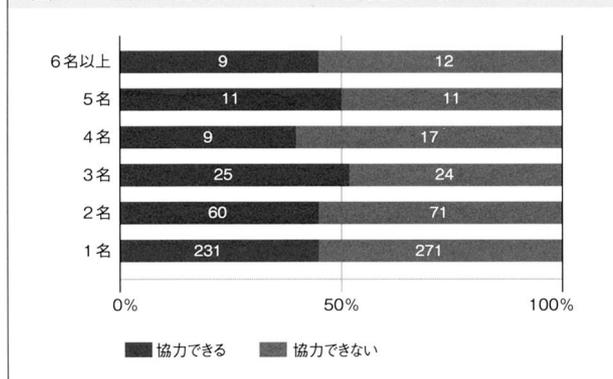
15) 精神科救急情報センターへの協力意向と診療所の属性の関連 (表21、図27、28、29)

表21 協力意向と診療所の医師数の関連 (精神科救急情報センター)

	協力意向		p値	検定方法	
	協力できる (上段) Nまたは平均 (下段) %または中央値 [範囲]	協力できない			
市町村の種類	特別区及び 政令市 地方中核 都市 その他		—	Fi	
開設年	1997 2000 [1944-2008]	1993 [1934-2008]	**	U	
指定医数					
常勤	0.99 1 [0-5]	0.79 1 [0-3]	***	U	
非常勤 (過20時間以上)			—	U	
非常勤 (過20時間未満)			—	U	
総指定医数	1.43 1 [0-9]	1.33 1 [0-9]	*	U	
非指定医数					
常勤	0.10 0 [0-3]	0.19 0 [0-3]	**	U	
非常勤 (過20時間以上)			—	U	
非常勤 (過20時間未満)			—	U	
総非指定医数	0.27 0 [0-9]	0.39 0 [0-8]	**	U	
総医師数					
人数	人数		—	U	
1名対2名以上	1名 2名以上		—	U	
夜間休日診療	あり	137 53.10%	121 46.90%	**	Fi
	なし	210 42.60%	283 57.40%		
措置診察への 協力 (現在)	あり	96 57.14%	72 42.86%	*	Fi
	なし	220 46.41%	254 53.59%		
措置診察への協力回数				—	U

*Fiはフィッシャーの直接確率検定、UはMann-WhitneyのU検定を意味する。
p値の*はp<.05、**はp<.01、***はp<.001を意味する。

図27 精神科救急情報センターへの協力意向と総医師数 (n=751)



精神科救急情報センターへの協力意向と診療所の属性について統計的に有意な関連の有無を検討した (表21)。開設年が若い、常勤指定医数の多い、総指定医数が多い、常勤非指定医数の少ない、総非指定医数が少ない、夜間休日診療を行っている、措置診察に協力している診療所ほど、協力できると回答していた。

次に、精神科救急情報センターへの協力意向と総医師数、指定医数、常勤指定医数との関連を図に記した (図27、図28、図29)。総医師数と精神科救急情報センターへの協力意向との間に関連の傾向はみられなかった。指定医数では、1名以上で協力できると回答する診療所が増えていたが、2名以上でさらに増えてはなかった。常勤指定医数に関しては、1名以上で協力できると回答する診療所が増えており、3名以上でさらに協力できると回答する診療所が増えていた。

図28 精神科救急情報センターへの協力意向と指定医数 (n=751)

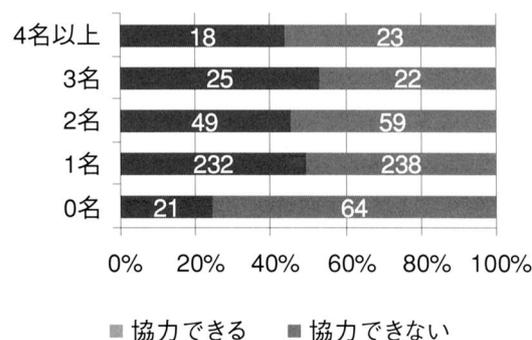
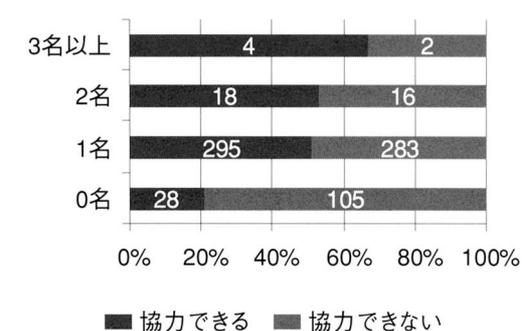


図29 精神科救急情報センターへの協力意向と常勤指定医数 (n=751)



16) 精神科コンサルテーションに関する協力意向と診療所の属性の関連 (表22、図30、31、32)

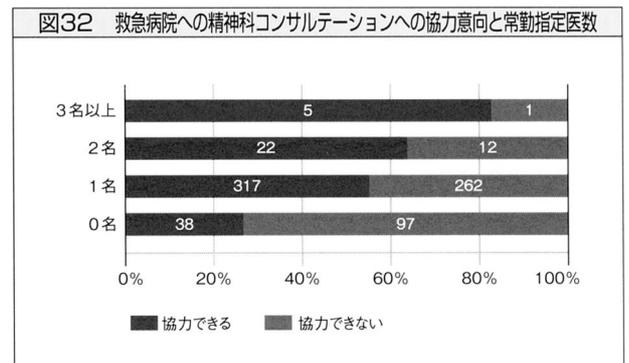
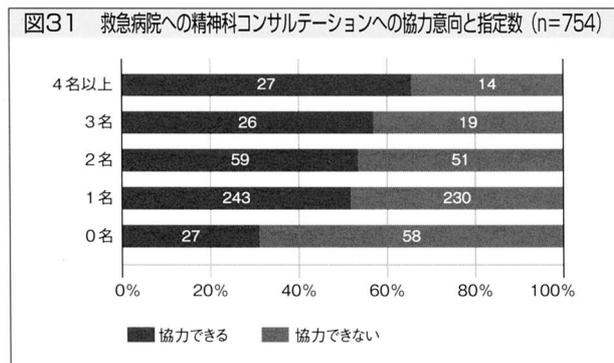
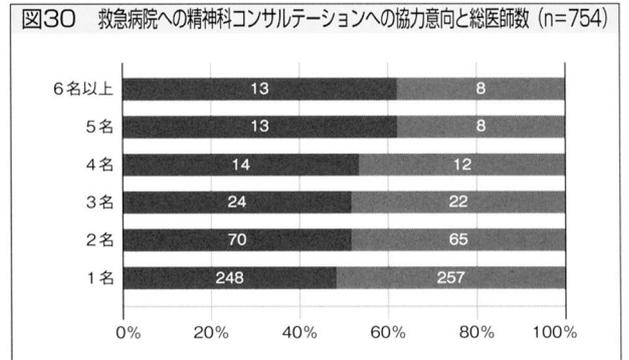
救急病院への精神科コンサルテーションに関する協力意向と診療所の属性について統計的に有意な関連の有無を

検討した (表22)。開設年が若い、常勤指定医の数が多い、総指定医数が多い、常勤非指定医の数が少ない、総非指定医数が少ない、夜間休日診療を行っている、措置診察に協力している診療所ほど、協力できると回答していた。

次に、精神科コンサルテーションに関する協力意向と総医師数、指定医数、常勤指定医数との関連を図に記した (図30、図31、図32)。総医師数と協力意向との間に関連の傾向はみられなかった。指定医数では、1名以上で協力できると回答する診療所が増えていたが、2名以上でさらに増えてはいなかった。常勤指定医数に関しては、1名以上で協力できると回答する診療所が増えており、3名以上でさらに協力できると回答する診療所が増えていた。

	協力意向		p値	検定方法
	協力できる (上段) Nまたは平均 (下段) %または中央値 [範囲]	協力できない		
市町村の種類	特別区及び 政令市 地方中核 都市 その他		—	Fi
開設年	1996 2000 [1944-2008]	1994 1998 [1934-2008]	*	U
指定医数				
常勤	0.98 1 [0-5]	0.77 1 [0-3]	***	U
非常勤 (週20時間以上)			—	U
非常勤 (週20時間未満)			—	U
総指定医数	1.51 1 [0-9]	1.23 1 [0-9]	***	U
非指定医数				
常勤	0.11 0 [0-3]	0.18 0 [0-3]	**	U
非常勤 (週20時間以上)			—	U
非常勤 (週20時間未満)			—	U
総非指定医数	0.27 0 [0-9]	0.39 0 [0-8]	**	U
総医師数				
人数	人数		—	U
1名対2名以上	1名 2名以上		—	U
夜間休日診療	あり	148 57.59%	109 42.41%	**
	なし	236 47.48%	261 52.52%	
措置診察への協力 (現在)	あり	121 69.91%	52 30.06%	Fi
	なし	226 47.88%	246 52.12%	***
措置診察への協力回数				—

※Fiはフィッシャーの直接確率検定、UはMann-WhitneyのU検定を意味する。
p値の*はp<.05、**はp<.01、***はp<.001を意味する。



17) 協力意向と関連のみられた項目同士の関連 (表23)

協力意向と関連の見られた項目について、項目同士の関連の有無を検討した。その結果、以下のような結果が得られた。

- ・特別区及び政令指定都市で総非指定医数が多く、夜間休日診療を行っている診療所が多く、措置診察に協力している診療所が少ない。
- ・開設年が若いほど、常勤指定医数が多く、夜間休日診療を行っている。
- ・常勤指定医数が多いほど、総指定医数も多く、常勤非指定医数が少なく、総非指定医数が少なく、夜間休日診療を行っており、措置診察に協力している。
- ・総指定医数が多いほど、常勤非指定医数が少なく、夜間休日診療を行っており、措置診察への協力を行っている。
- ・常勤非指定医数が多いほど、総非指定医数も多く、夜間休日診療を行っていない。

表23 協力意向と関連のみられた属性同士の関連

市町村の種類	開設年	常勤指定医数	総指定医数	常勤非指定医数	総非指定医数	夜間休日診療	措置診察への協力(現在)
市町村の種類	—	—	—	—	*	*	***
開設年		*	—	—	—	*	—
常勤指定医数			***	***	***	***	**
総指定医数				***	—	***	*
常勤非指定医数					***	**	-
総非指定医数						—	—
夜間休日診療							—

※フィッシャーの直接確率検定、Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallis検定、Spearmanの相関係数を用いて検定を行った。*はp値<.05、**はp値<.01、***はp値<.001を意味する。

18) 救急病院と精神科診療所の連携に関するアイデア (自由記述のまとめ)

※本文中の斜体は自由記述欄に書かれていた文章の引用である。

連携に関するアイデアは大きく、救急医療体制の改善、一般救急病院とのリエゾン・コンサルテーション、診療情報の共有、医療従事者同士の連携、その他に分けられた (表24)。

a) 救急医療体制の改善に関するアイデア

最も多かったのは、救急医療体制の改善に関するアイデアで、更に円滑な入院への移行、精神科救急従事者の増加など計13のカテゴリーに分けられた。

「円滑な入院への移行」について、長野県にある高齢者施設の関連診療所は、病院側の受け入れ要件に抵触したために患者の入院を断られたことがあると指摘した。

以前入院先を探しているときに、精神科診療所協会に入会していないと、受け入れは難しいと断られたことがあります。

そういった柵を取り除かなければならないと思います。また、秋田県の個人診療所(常勤非指定医1名)は例外的な救急患者の受け入れを認める制度の導入を欲していた。

表24 救急病院と精神科診療所の連携に関するアイデア

	n	%
救急医療体制の改善	39	4.9%
円滑な入院への移行	8	1.0%
精神科救急従事者の増加	7	0.9%
公的な救急体制の整備	5	0.6%
精神科救急病院の専門特化	3	0.4%
一般救急病院への精神科医配置	3	0.4%
協力医師の負担軽減	3	0.4%
適正な報酬	3	0.4%
搬送体制の改善・整備	2	0.3%
指定医待機	1	0.1%
精神保健福祉センターの活用	1	0.1%
精神科病院と診療所のブロック化	1	0.1%
互酬的な制度作り	1	0.1%
救急救命医の精神疾患に対する対応力向上	1	0.1%
診療情報の共有	16	2.0%
救急受診した患者の診療情報照会	9	1.1%
患者の病歴、服薬状況が分かる資料の携帯	5	0.6%
関連諸機関での診療情報共有	2	0.3%
医療従事者同士の連携	15	1.9%
勉強会、研修会などを通じた医師同士の交流	10	1.3%
コメディカルスタッフを通じた連携	3	0.4%
非常勤勤務病院との連携	2	0.3%
一般救急病院とのリエゾン・コンサルテーション	18	2.3%
往診	9	1.1%
電話相談	5	0.6%
その他	4	0.5%
その他	22	2.8%
自診療所でのトリアージ	5	0.6%
救急対応後の外来診療	5	0.6%
症状悪化の予防	4	0.5%
搬送先の確保	2	0.3%
地域の受け入れ可能病院リストの作成	1	0.1%
特定の病院への搬送	1	0.1%

救急病院には、救急患者に限り数時間のベッド・オーバーを認めてやってほしい。

「公的な救急体制の整備」について、茨城県にある個人診療所（常勤非指定医1名）は、県内の救急対応可能な病院の少なさを指摘していた。

現在、当県では救急対応は県立友部病院だけなので、県南、県央、県北、県西の各ブロックに救急対応可能な病院を配備してほしい。

一方、神奈川県にある個人診療所（常勤指定医1名）は、現在の救急システムの効率を向上させるために、エリア制をとるという案を記していた。

神奈川県の場合、一つのエリアのため移送に時間的ロスが多い。そのためスタッフの有効活用が妨げられている。事例発生から、出勤までの判断のための調査に非常に手間取っている。そのため昼間発生のケースが深夜のベッドを使うことがよくある。エリア制をとり、ER体制が組めるのが望ましい。

「搬送体制の改善・整備」について、愛知県にある精神科病院の関連診療所（常勤指定医1名、非常勤指定医1名、非常勤非指定医2名）は次のように記していた。

救急車を急患で呼ぶと医師が救急に同行しなければならないと言われた。それでは救急患者を受け入れるたびに診療所を空けなければならなくなる。Dr. 指示のみで救急が動き対応できるシステムが必要となるのではないか

上記以外に、「身体合併症を有する患者や入院を要する患者を迅速に移送できる仕組みが確立されていることが望ましい」（東京都、精神科病院の関連診療所、常勤指定医5名）という意見も述べられていた。

「互酬的な制度作り」については、愛知県の個人診療所（常勤指定医1名）が次のように記していた。

診療所開業医はさらなる報酬よりも疾病等による診療継続が困難になることに不安を感じていると思われる。そのために協力を適正なポイント換算をして、危機が生じた際に応援する（代診等）体制を作れば協力しやすくなる。

b) 一般救急病院とのリエゾン・コンサルテーション

「救急患者が搬送された時、救急を要する精神症状が見られる場合は当該病院診察医より当院に往診依頼があり、診察に出向いています。」（徳島県、個人診療所、常勤指定医1名）、「大量服薬、自傷行為などで救急病院へ搬送される際、救急隊員、または救急病院からの問い合わせに応じ、必要であれば、指示、助言をする。」（宮城県、個人診療所、常勤指定医1名）といった現在の協力体制が述べられていた。

c) 診療情報の共有

自院に通院している患者が救急受診した際、診療情報を照会しているという記述が多くみられた。また、患者自身が病歴、服薬状況が分かる資料を携帯することで緊急時の治療の参考にするという案も述べられていた。

d) 医療従事者同士の連携

勉強会や研修会などを通じた医師同士の交流が多く指摘された。岩手県の個人診療所（常勤指定医1名、非常勤非指定医1名）は、このような集まりについて次のように述べていた。

救急病院の大変な現状を診療所の先生方になるべく知らせるようにするため、診療所の先生方が集まる機会になるべく救急病院に勤めている先生が出席して話してもらうようにしていくことが大事なことと思われまます。

また、自らが非常勤で勤務している病院とうまく連携していることで、「緊急時ある程度協力を得られ易くなっている」（沖縄県、単独診療所の医療法人、常勤指定医1名）という意見も述べられていた。

e) その他

「救急が必要となることが予測されるPt、くりかえすPtにはHpでの診療をすすめている」（北海道、個人診療所、常勤指定医1名）という事例、「地域の受け入れ可能な病院リストを作成する」（山口県、個人診療所、常勤指定医1名）ことで搬送先の確保に努めているといった事例も紹介されていた。

19) 精神科救急を充実させるために日ごろ行っていること（自由記述のまとめ）

※ 本文中の斜体は自由記述欄に書かれていた文章の引用である。

精神科救急を充実させるために日ごろ行っていることは大きく、他院との連携、通院患者への緊急対応、症状悪化の予防、地域連携、患者家族との連携、他院向けの診療情報提供、緊急時の往診、救急患者の入院受け入れに分けられた（表25）。

a) 他院との連携

医師同士が密に交流することで緊急時に連絡が取れるようにしているという工夫が多くあげられていた。愛媛県の診療所（常勤指定医1名）は、「市内および隣市の精神病院（ともに100床以上）の医師との人間関係作りとその維持につとめ、緊急入院に対応して頂けるようにしている」（愛媛県、単独診療所の医療法人）と述べていた。また、香川県の個人診療所（常勤指定医1名）は、精神科医師同士が携帯電話で連絡を取りあえるようにしていると述べていた。

精神科医のみ携帯電話番号をしらせあい、いつでも連絡は取れる体制にしておく。（例えば、学会で〇〇Dr.は何月何日～何月何日まで県外に行き不在という情報も含めて）

表25 精神科救急を充実させるために普段行っていること

	n	%
他院との連携	41	5.2%
医師同士の交流	10	1.3%
自診療所でのトリアージ	9	1.1%
往診	8	1.0%
勉強会、研修会を通じた交流	3	0.4%
精神科病院での勤務	3	0.4%
PSWによる精神科病院との連絡	1	0.1%
救急病院退院後のフォローアップ	1	0.1%
精神科病院の紹介	1	0.1%
精神科病院への入院依頼	1	0.1%
救急病院との密な関係作り	1	0.1%
専門病院との連携	1	0.1%
措置当番への協力	1	0.1%
代診	1	0.1%
通院患者への緊急対応	33	4.2%
電話相談	22	2.8%
時間外診療	6	0.8%
緊急対応できるようなスケジュール調整	3	0.4%
その他	2	0.3%
症状悪化の予防	7	0.9%
地域連携	5	0.6%
地域の精神科救急システムに協力	3	0.4%
地域にある関連諸機関との連携	1	0.1%
保健所との連携	1	0.1%
患者家族との連携	5	0.6%
他院向けの診療情報提供	4	0.5%
緊急時の往診	2	0.3%
救急患者の入院受け入れ	1	0.1%

また、一般病院からの依頼で往診に行く形で他院との連携を深めている事例も多く紹介されていた。加えて、勉強会、研修会を通じて交流を深める、PSWなど医師以外の職種を通して連携を強めているという工夫も述べられていた。自診療所で対応が難しそうであれば、精神科病院を紹介するといった工夫や、通院患者が救急病院を退院した後に自院で対応するといった診療の受け渡しを行っている事例も紹介されていた。

b) 通院患者への緊急対応

医師の携帯電話を用いた電話相談やメールでの相談などが挙げられていた。また、時間外診療を積極的に行っている診療所や、予約制ではあっても予約時間に余裕を持たせて臨時の診療に対応している診療所もあった。

c) 症状悪化の予防

「診療所の役割は自院の患者を丁寧に診療することである」（神奈川県、個人診療所、常勤指定医1名）という意見も述べられていた。また、「自殺や問題行動のある患者は長期処方避け、1wごと通院の予約をしている」（東京都、個人診療所、常勤指定医1名、非常勤指定医1名、非常勤非指定医1名）というように、緊急対応を要する可能性が高い患者に対して頻繁に診療を行うという工夫も紹介されていた。

d) 患者家族との連携

「精神科救急体制のシステムを家族に説明し、家族の対応が困難な時は、警察の協力を得るように指導している」（東京都、個人診療所、常勤指定医1名）というように、患者家族と連携することで緊急時の対応を円滑に進めようとしている診療所もあった。

4 考察

1) 結果を解釈する上での留意点

回収率は17.8%であった。診療所を対象とした調査として決して低くはない回収率だが、精神科診療所全体を代表しているとはいきれないだろう。精神科救急に対する意識の高い診療所が多く回答している可能性があるため、協力意向の解釈には注意が必要である。

2) 回答診療所の属性について

525診療所（66.2%）が精神科医1人で運営されている診療所であった。これは「1人精神科医の診療所が多い」という精神科の実態をよく示している。また、精神保健指定医が勤めている診療所は全体の87.8%に及んでいた。指定医数が多いほど救急への協力意向が高かったこと、救急への協力意向が高いと本調査へ回答する傾向が想定されることを鑑みると、指定医の勤めている診療所ほど回答している可能性があるため、87.8%という数値は実態を過剰に見積もっている可能性は否定できない。それでも、かなり多くの精神保健指定医が診療所に勤めていることは確かである。また、全体の33.9%にあたる269の診療所が平日17時以降もしくは休日に診療を行っていた。これらの診療所は各救急システムに対して協力すると回答する傾向があり、比較的救急への協力意識が高い診療所であることが推察された。ただし、表4、表5をみてもわかるとおり、平日20時以降も診療を行っている診療所は全体の4.7%と少なかった。また、予約診療以外も受け付けている、すなわち緊急対応を要する患者の受け入れも可能な診療所は全体の1.8%に過ぎなかった。

この時間帯に具合が悪くなる精神科患者が少ないこと、多くの病院や診療所が閉院している時間帯であることなどを鑑みると、この時間帯の診療が精神科患者の緊急対応においては重要性が極めて高いといえよう。

措置診察に対しては現在、177の診療所（22.3%）が協力していた。ただし、協力回数は0回から60回までとばらつきが大きかった。協力回数には、診療所の協力意識の高低のみならず、診療所のある地域の特性が強く影響していると思われる。大都市圏の診療所や地方の診療所で周囲に精神科施設があまり無いような地域であれば、措置診察への協力回数は多くなるだろう。また、今後の措置診察への協力条件として、44.1%の診療所が「拘束時間の短縮」を挙げていたことから、現在、措置診察時の拘束時間の長さが診療所医師の負担となっている可能性が推察された。

3) 新しい救急システムへの協力意向について

最も協力するという回答が多かったのは外来対応型施設で、最も回答が少なかったのは常時対応施設であった。

とはいえ、各システムに対する協力意向の割合に大きな差はみられなかったことを鑑みると、各システムの優劣を論じることにはあまり意味がないと考えられる。むしろ、各システムを導入・継続していく上での条件を議論すべきであろう。また、「月1回」「22時まで」ならば協力できると回答した診療所が多く、協力の頻度や時間帯についてもシステム毎の大きな差異はみられなかった。

診療所の属性の中で、協力できるという回答と関連がみられたのは、市町村の種類、開設年、常勤指定医数、指定医数、夜間休日診療の有無、措置診察への協力の有無であった。中でも、常勤指定医数、指定医数は全てのシステムにおいて協力意向との関連がみられていた。特に常勤指定医数が2名以上の診療所では外来対応型施設、病院群輪番施設、常時対応施設に協力できると回答する診療所が60%を超えており、こうした診療所からは協力をより得やすい可能性がある。一方で、常勤指定医のいない診療所で協力できると回答していたのは20%前後であり、協力を得ることが難しいことが推察された。

また、夜間休日診療の有無、措置診察への協力の有無も全てのシステムにおいて協力意向との関連がみられていた。これは現在、夜間休日診療を行っている診療所や、措置診察への協力を行っている診療所は精神科救急への意識が高いことを意味している。新しい精神科救急システムを整備して行くにあたっては、このような診療所が参加しやすい仕組みにしていくことを優先的に考慮する必要があるだろう。具体的には、外来対応型施設や精神科救急情報センターでの勤務が診療所の診療時間と重ならないよう、十分に日程調整を行うこと、精神科救急への協力当番が過重負担とならないよう、措置診察への協力状況・協力頻度を考慮することなどが考えられる。

4) 各システムへの協力条件について

外来対応施設では、「入院を要する患者を迅速に移送できる体制」、「重症ケースが発生した場合のバックアップ体制」、「身体合併症を有する患者を迅速に対応可能な施設に移す体制」を協力条件としてあげた診療所が多かった。これらの条件を挙げた診療所は、「適正な報酬」を挙げた診療所よりも多く、全体の70%以上を占めていた。精神科診療所が精神科救急に協力するためには、報酬面の充実に加えて、移送体制の整備、精神科病院との連携の充実が不可欠であるといえる。

病院群輪番施設、常時対応施設では、「協力しやすい時間帯」を協力条件として挙げる診療所が最も多く（各92.1%、91.1%）、システムを円滑に運営していくためには協力時間帯に対する配慮が不可欠であることが示唆された。また、「業務の範囲の限定」を挙げる診療所が次に多く（各59.8%、62.9%）、各施設で精神科診療所の医師が担う業務の範囲を明確にすることが急務であることが示唆された。また、外来対応型施設では41.4%の診療所が、精神科救急情報センターでは47.9%の診療所が「患者の診療情報がわかること」を条件に挙げていた。また、精神科診療所と救急の連携に関するアイデアを尋ねたところ、全体の2.0%にあたる16の診療所が「診療情報の共有」を挙げていた。日常的に診療をしていない患者に緊急対応をする場合、患者の診療情報の有無は決定的に重要である。患者本人や家族、支援者からの情報取得に勤めることはもちろん、それらが難しい場合も想定した情報共有手段を講じる必要があるだろう。

5) 本調査の限界と今後の展望

本調査は横断調査のため、診療所の属性と協力意向の因果関係については言及できない。また、調査時点では新しい精神科救急体制が広まっていないため、協力意向の回答はあくまで暫定的なものである。自診療所のある地域で実際に新しいシステムが動き始めることで協力意向は容易に変わりうる。今後は実際に新しいシステムに参加した診療所への聞き取り調査などを行い、システムに参加する上でのメリットや課題、困難を明らかにしていくことが求められる。また、実際にシステムが広まり始めた段階で協力への意向がどのように変化するのかについても調査をする必要があるだろう。

5 資料

全国の精神科を標榜する診療所各位

「精神科診療所が新しい精神科救急医療体制の中で担える役割に関するアンケート調査」 にご協力下さい

本調査は、精神科診療所の精神科医が、精神科救急に今後、どのような役割を担える可能性があるか、そのためにはどのような条件整備が必要かを明らかにするためのものです。厚生労働省障害者保健福祉推進事業の一環として行われています（詳細は脚註）。

本年5月26日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部より通達が出され精神科救急医療体制が大幅に見直されることになりました。その骨子は以下のようです（模式図参照）。

1. 都道府県の「精神科救急医療圏域」ごとに地域の実情に応じて「病院群輪番施設」または「常時対応施設」による24時間365日対応可能な体制を整備し、少なくとも二つの「圏域」に一つの「身体合併症対応施設」、必要に応じて初期精神科救急を行うための「外来対応施設」を設ける。
2. 精神科救急医療情報センターを強化して、連絡調整機能と併せて「24時間精神医療相談」を行う。
3. その他、移送体制などの整備を行う。

新しい精神科救急医療体制中で、精神科診療所は、「外来対応施設」として機能すること以外に、精神科診療所に勤務する医師が「病院群輪番施設」、「常時対応施設」の診療に協力すること、精神科救急医療情報センターでの精神医療相談に協力すること、移送を適正に実施するための精神保健指定医業務への協力などが期待されています。精神科診療所がどこまで期待に応えられるか、そのためにはどのような条件整備が必要かについてお尋ねします。

ところで、当事者や家族の多くは、上記のような広域を対象にした公的な精神科救急医療制度を利用するより前に、身近なところで相談や受診が出来ること、身体症状がある場合には身近な一般の医療機関で適切に対応してもらえること、など「身近な精神科救急」を強く求めています。精神科診療所が「身近な精神科救急医療」の整備にどのような貢献が出来るかについてもおたずねします。

「公的な精神科救急医療体制」の整備についても、また「身近な精神科救急」の整備についても、今や全国で5000箇所を超えている精神科を標榜する診療所とその医師が出来ることが沢山あるように思います。しかし、多忙な精神科診療所が協力するには、しかるべき条件整備も必要です。

主旨をご理解いただき、本調査にご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

平成20年10月1日

特定非営利活動法人メンタルケア協議会
「精神科緊急対応研究」研究班
代表 羽藤 邦利

註1.

本調査は、特定非営利活動法人メンタルケア協議会精神科緊急対応研究班が、厚生労働省障害者保健福祉推進事業として平成19年度から行っている下記の研究の一環として実施しているものです。平成19年度は、精神科救急を利用している当事者・家族・精神科関連施設を対象に「救急ニーズ調査」を行いました。本年度は精神科診療所や社会復帰施設を対象に「救急サービス提供体制の調査」を行っています。本調査（精神科診療所が精神科救急で担える役割に関する調査）はその一部として行われています。

平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援研究プロジェクト）

「地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズの実態調査及び夜間休日緊急対応チームの試行的構築」

平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援研究プロジェクト）

「医療機関や社会復帰施設が精神障害者の緊急対応を行いやすくするための研究」

註2.

本年5月26日付けの通達の名称は「精神科救急医療体制整備事業の実施について」です。厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長名で出されています。通達の中に「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」として、これから整備して行く精神科救急医療体制の概要が示されています。

精神科緊急対応研究班

研究班代表 羽藤 邦利（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）

研究員 稲垣 中（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）

大久保 豪（東京大学大学院医学系研究科健康学習・教育学分野）

小栗 康平（早稲田通りこころのクリニック）

梶原 徹（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）

菊地 俊暁（慶應義塾大学大学院医学研究科）

黒田 光代（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）

佐藤 忠彦（桜ヶ丘記念病院理事長）

白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部生活支援学科）

西村 由紀（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）

野村 忠良（東京精神障害者家族会連合会会長）

平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）

穂積 登（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）

山本 健一（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）

横山由香里（東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野）

吉江 悟（東京大学総括プロジェクト機構）

以上16名（敬称略）

問い合わせ先：NPOメンタルケア協議会 事務局（西村）

〒151-0053 渋谷区代々木1-55-14-403号

tel: 03-5333-6446 fax: 03-5333-6445

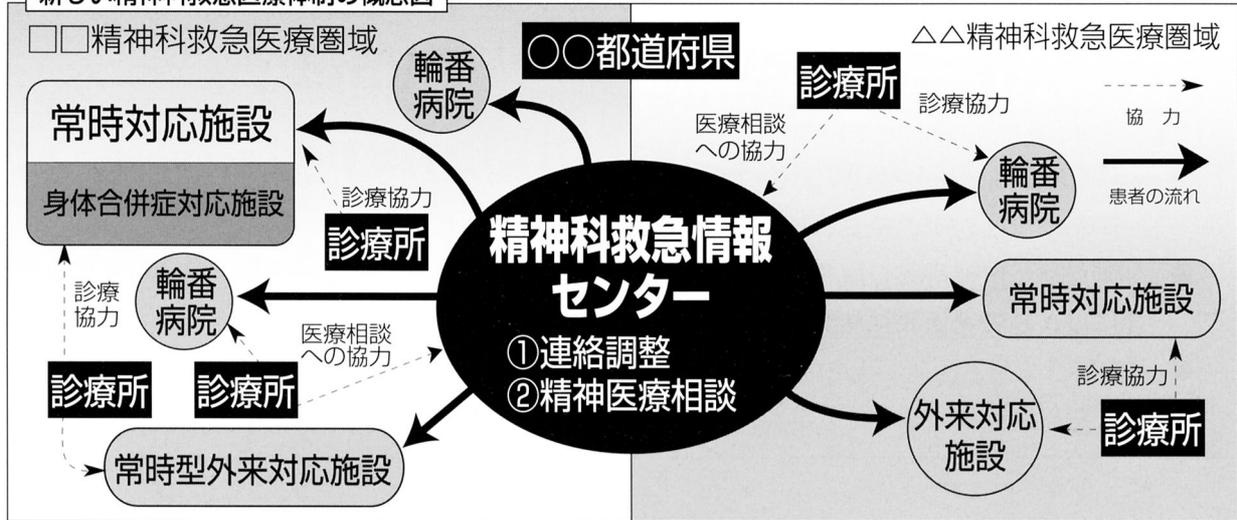
mail : office@npo-jam.org

URL: <http://www.npo-jam.org/>

精神科救急医療体制整備事業の概要

平成20年5月26日厚生労働社会・援護局 | 障害福祉部通達より

新しい精神科救急医療体制の概念図



1 新しい施設類型

目標・役割

- 病院群輪番施設** ———— 1床以上の空床を確保
基準：保護室、診察室、面会室及び処置（酸素吸入、吸引装置など身体的診療に必要な機器を設置している）
- 常時対応施設** ———— 24時間365日、重度の症状を呈する精神科救急患者を中心に対応。
基準：同上
2床以上の空床を確保。
精神科救急入院料（いわゆるスーパー救急）又は精神科救急・合併症入院料の算定を行っている
- 身体合併症対応施設** ———— 少なくとも2つの精神科救急医療圏域に1箇所確保。
基準：同上
精神疾患及び身体合併症それぞれについて入院治療が必要な程度の患者に対応出来る
1床以上の空床を確保。
精神科救急・合併症入院料の算定を行っている
- 外来対応施設** ———— 初期精神科救急患者の医療対応が出来る。
- 常時型外来対応施設** ———— 休日、夜間、全時間帯に対応する体制を整えている。

精神科医や指定医の不足が予測されることから、**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が想定されている。

2 精神科救急情報センターの機能強化

- 移送等の連絡調整** ———— 搬送先医療機関の円滑な調整（いわゆるトリアージ）。
基準：精神保健福祉施策に精通した精神保健福祉士等
精神保健福祉法に基づく移送を適正かつ円滑に実施するための精神保健指定医、応急入院指定病院等との連絡調整。
消防機関又は精神科救急医療施設等の協力による搬送の連絡調整。
- 24時間精神医療相談** ———— 精神障害者及び家族等からの緊急の相談に対して症状の緩和が出来るように適切に対応する。必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行う。
基準：相当程度の精神科診療経験を有する医師（オンコールも可）精神保健福祉施策に精通した精神保健福祉士等

診療所の医師の協力も想定されている。

3 その他の体制整備

- 移送体制の整備** ———— 精神保健福祉法第34条に関する搬送体制の整備を図るとともに、消防機関又は精神科救急医療施設等の協力を得ながら患者を速やかに搬送することが可能な体制を整備する。
- 支援病院の確保** ———— 本事業の円滑な運営を図るため、精神科救急医療を終了したものについては転院させることが出来るように必要に応じて支援病院を指定する。

精神科診療所が新しい精神科救急医療体制の中で 担える役割に関するアンケート調査

※ 新しい精神科救急医療体制については、別添の資料をご覧ください。

【ご回答の前に必ずお読み下さい】

- 本調査は、精神科を標榜する診療所にお送りしております。万が一該当しない場合は、大変申し訳ありませんが、余白にその旨を記載してご返送頂ければ幸いです。
- 本調査は、精神科医の院長にご回答をお願い申し上げます。もし、院長が精神科医でない場合には、精神科医長に相当する方にご回答をお願い申し上げます。
- ご回答はもっとも近いものを選んで、全ての質問にご回答いただければと思います。
- ご記入がお済みになりましたら、返信用封筒にて 11月15日(土)までにご投函下さい。

1. 貴診療所について伺います

問1 所在地の都道府県

() 都・道・府・県

問2 所在地の地域

1. 特別区及び政令指定都市 2. 地方中核都市 3. その他

問3 開業年

昭和・平成 () 年

問4 主たる標榜科目（下記のうち、主となる科1つに○をつけてください）

1. 精神科 2. 神経科 3. 心療内科 4. 内科 5. 神経内科 6. その他 ()

問5 経営形態（下記のうち、当てはまるもの1つに○をつけてください）

1. 個人診療所 2. 単独診療所の医療法人 3. 複数診療所の医療法人
4. 精神科病院の^{サテライト}関連診療所 5. 高齢者施設の関連診療所 6. 企業の関連診療所
7. その他の施設や団体の関連診療所

問6 精神科医の人数と精神保健指定医の内訳

勤務形態	指定医	非指定医
常勤の精神科医	() 名	() 名
非常勤の精神科医（週 20 時間以上）	() 名	() 名
非常勤の精神科医（週 20 時間未満）	() 名	() 名

問7 夜間休日診療を行っていらっしゃいますか。

1. 行っている 2. 行っていない

以下、問7で「1. 行っている」と回答された方に伺います。

問7-1 下表のうち、診療している時間帯に○を付けてください。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
9時～17時							
17時～20時							
20時以降							

問7-2 20時以降の診療では予約以外の診療も受け付けていらっしゃいますか。

1. 予約診療のみである 2. 予約診療以外も受け付けている

2. 措置診察・緊急措置診察への協力について伺います

(精神保健指定医の方のみご回答ください)

問8 措置診察・緊急措置診察に協力しておられますか。また、今後は協力可能でしょうか？

現在の協力の有無と今後の協力のご意向についてそれぞれ1つに○をつけてください

現在・・・ 1. 協力している（年約 回診察） 2. 協力していない

今後・・・ 1. 協力できる 2. 協力できない

問9 以下の項目のうち、措置診察・緊急措置診察へ多くの精神保健指定医が協力できるようになるために必要だと思われるものすべてに○をつけてください。

1. 措置診察業務の負担を軽減する対策を講じて欲しい
イ. 拘束時間の短縮、ロ. 診察を行う場所の変更、ハ. その他（ ）
2. 措置診察業務の報酬を適正レベルに引き上げて欲しい
(適正な報酬額はいくら位でしょうか・・・例えば半日4時間拘束で約_____万円)
3. 措置診察に協力している実績が「指定医として評価される」仕組みを設けてほしい
4. 措置診察に協力している精神科診療所が診療報酬上で評価されるようにしてほしい
5. その他（自由にお書き下さい）

3. 都道府県・政令指定都市が行う公的な精神科救急医療体制への協力について伺います

A. 外来対応型施設への協力

「外来対応型施設」とは、これまで医療機関輪番方式や外来センター方式（公的医療機関などに実施場所を固定して協力医師が詰める方式）で実施されてきた初期救急を行う施設のことです。

問10-1 今後、貴診療所が「外来対応型施設」に参加することは可能でしょうか。

1. 条件つきで参加できる

⇒ 下記のうち、特に必要と思われる条件すべてを下記の選択肢からお選びください。

1. 輪番方式を採用し、自院を使って行う
2. （輪番方式を採用する場合）当番日に自院へ担当職員が派遣される
3. 外来センター方式に詰める方式である
4. （外来センター方式を採用する場合）センターがアクセスの便利な場所に設けられている
5. （外来センター方式を採用する場合）自診療所の診療終了後に勤務できる時間帯である
6. 救急医療情報センターでトリアージが適切に行われ、対応できない患者は回されてこない
7. 患者の主治医と連絡をとれるか、必要な診療情報を迅速に入手できる
8. 当該医療機関で対応できない重症ケースが発生した場合のバックアップ体制が整っている
9. 入院を要する患者を迅速に移送できる体制が整っている
10. 身体合併症を有する患者を迅速に対応可能な施設に移す体制が整っている
11. 適正な報酬額が設定されている 例えば 17時から22時の場合・・・約_____万円
12. 協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある
13. 指定医の更新時に有利になる
14. その他（自由にお書き下さい）

2. 参加できない

⇒ 参加できない理由を下記に自由にお書き下さい。

問10-2 上記で「1. 条件つきで参加できる」と回答された方に伺います。参加可能な頻度と時間についてそれぞれ1つずつお選び下さい。

- | | | | | | |
|----|----------|----------|----------|-----------|----------------------|
| 頻度 | a. 週1回 | b. 隔週1回 | c. 月1回 | d. 3ヶ月に1回 | e. その他（ ） |
| 時間 | a. 22時まで | b. 23時まで | c. 24時まで | d. 翌朝まで | e. その他（ ） |

B. 病院群輪番施設の診療業務への協力

これまでも一部で実施されていた輪番制の病院は、新しいシステムでは「病院群輪番施設」と呼ばれます。「病院群輪番施設」では精神科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が想定されています。

問 1 1 - 1 貴診療所の常勤医師が上記の「病院群輪番施設」に協力できる可能性はありますか。

1. 条件つきで協力できる

⇒ 下記のうち、特に必要と思われる条件すべてを下記の選択肢からお選びください。

1. 担当する時間帯が診療所の医師の協力しやすい時間帯である
2. 応援医師が「病院群輪番施設」で担う業務の範囲が限定されている
3. 「病院群輪番施設」にかつて所属していた医師が協力しやすい仕組みである
4. 適切な報酬額が設定されている 例えば 17 時から 22 時の場合・・・約_____万円
5. 協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある
6. 協力することで、診療所が「病院群輪番施設」を利用しやすくなる
7. 指定医の更新時に有利になる
8. その他（自由にお書き下さい）

2. 協力できない

⇒ 協力できない理由を下記に自由にお書き下さい。

問 1 1 - 2 上記で「1. 条件つきで協力できる」と回答された方に伺います。参加可能な頻度と時間についてそれぞれ1つずつお選び下さい。

- | | | | | | |
|----|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------------------|
| 頻度 | a. 週 1 回 | b. 隔週 1 回 | c. 月 1 回 | d. 3 ヶ月に 1 回 | e. その他 () |
| 時間 | a. 22 時まで | b. 23 時まで | c. 24 時まで | d. 翌朝まで | e. その他 () |

C. 常時対応施設の診療への協力

新しい精神科救急事業では、24時間、365日対応する「常時対応施設」(病院)が救急の中心施設になります。この施設は「精神科救急入院料を算定出来る」いわゆる“スーパー救急”施設です。“スーパー救急”の運営には、指定医を初めとしてマンパワーを多数必要とすることから、精神科診療所を始めとした当該医療機関以外の医師が診療に協力することが想定されています。

問12-1 今後、貴診療所の常勤医師が「常時対応施設」での診療に協力することは可能でしょうか。

1. 条件つきで協力できる

⇒ 下記のうち、特に必要と思われる条件すべてを下記の選択肢からお選びください。

1. 担当する時間帯が診療所の医師の協力しやすい時間帯である
2. 応援医師が「常時対応施設」で担う業務の範囲が限定されている
3. 「常時対応施設」に以前に勤務していた医師が協力しやすい仕組みである
4. 適切な報酬額が設定されている 例えば 17時から22時の場合・・・約_____万円
5. 協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある
6. 協力することで、診療所が「常時対応施設」を利用しやすくなる
7. 指定医の更新時に有利になる
8. その他 (自由にお書き下さい)

2. 協力できない

⇒ 協力できない理由を下記に自由にお書き下さい。

問12-2 上記で「1. 条件つきで協力できる」と回答された方に伺います。参加可能な頻度と時間についてそれぞれ1つずつお選び下さい。

- | | | | | | |
|----|----------|----------|----------|-----------|-----------------------|
| 頻度 | a. 週1回 | b. 隔週1回 | c. 月1回 | d. 3ヶ月に1回 | e. その他 () |
| 時間 | a. 22時まで | b. 23時まで | c. 24時まで | d. 翌朝まで | e. その他 () |

D. 精神科救急情報センターの医療相談業務への協力

新しい精神科救急事業では精神科救急情報センターの機能が強化されます。これまでの情報センターの連絡調整機能に併せて、24時間の精神医療相談窓口を実施します。相談窓口には、精神保健福祉士などに加え、“相当程度の精神科診療経験を有する”医師を配置することになっています。

問13 今後、貴診療所の常勤医師がこの医療相談業務に協力できる可能性はありますか。

1. 条件つきならば精神科救急情報センターへの勤務ができる

⇒ 下記のうち、特に必要と思われる条件すべてを下記の選択肢からお選びください。

1. 診療所の医師が協力しやすい時間帯である
2. オンコール当番のみの担当である
3. 適切な報酬が設定されている

例えば 17時から22時の場合・・・約_____万円

例えば 17時から22時までオンコール当番の場合・・・約_____万円

4. 協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある
5. 指定医の更新時に有利になる
6. その他（自由にお書き下さい）

2. 協力できない

⇒ 協力できない理由を下記に自由にお書き下さい。



あと2ページです。

4. 前述の“都道府県・政令指定都市が行う公的な精神科救急医療体制”には含まれない身近な精神科救急医療の仕組みについて

A. 地域の救急病院への精神科コンサルテーションへの協力

近年、地域の救急病院には大量服薬や自傷のケースが急増しています。精神疾患と身体疾患の合併症のケースも増えています。地域の救急病院が精神障害者のケースに適切に対応出来るように、日中、夜間を問わず精神科からのコンサルテーションが求められています。

問14-1 今後、貴診療所の常勤医師が地域の救急病院へのコンサルテーションに協力できる可能性はありますか。

1. 条件つきならば協力できる

⇒ 下記のうち、特に必要と思われる条件すべてを下記の選択肢からお選びください。

1. 地域の救急病院内に設けた精神科外来に交替で詰める方式である
2. 救急事例が発生した際に医療機関へ出向する方式である
3. 電話で助言をする方式である
4. 患者の主治医と連絡をとれるか、必要な診療情報を迅速に入手できる
5. 当該医療機関で対応できないケースが発生した場合のバックアップ体制が整っている
6. 適切な報酬額が設定されている

例えば 17時から 22時の場合・・・約_____万円

例えば 17時から 22時までオンコール当番の場合・・・約_____万円

7. 協力した診療所が診療報酬上で評価されるなどのメリットがある
8. 協力することで、診療所が地域の救急病院を利用しやすくなる
9. その他（自由にお書き下さい）

2. 協力できない

⇒ 協力できない理由を下記に自由にお書き下さい。

裏にあと1ページあります。よろしくお願ひします。

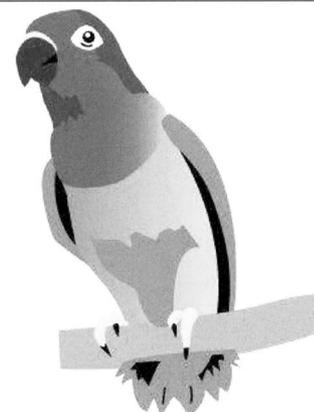
問14-2. 救急病院と精神科診療所の連携について、既に行っておられること、こうした仕組みがあれば良いというアイデアがありましたらご教示下さい。

B. 身近な精神科救急を充実させるために普段行っておられること

新しい公的な精神科救急医療体制は広域（精神科救急医療圏）を対象にしています。しかし、利用者や家族は、出来れば身近なところでの救急を望んでいます。

地域の病診連携の工夫など、身近な精神科救急を充実させるために普段行っておられることや、こうした仕組みがあれば良いというアイデアがありましたらご教示下さい。

ご協力ありがとうございました



要 約

●回答事業所の属性

- ・設置主体で最も多いのは社会福祉法人（46.1%）、医療法人（26.3%）であった。
- ・運営母体が精神科入院施設・外来施設、デイケア・ナイトケア・デイナイトケア、訪問看護のいずれかを運営している事業所は78事業所（33.6%）あった。
- ・1ヶ月あたりの相談件数は来所で平均83.0件、電話で平均228.9件であった。

●電話相談の受付状況

- ・84%の事業所が平日17時以降も対応しており、23%の事業所は24時以降も対応していた。
- ・69%の事業所が日祝日も相談に対応していた。

●緊急対応の経験

- ・対応経験が多いのは「不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった」（35.3%）、「死にたい気持ちが高まった」（30.2%）であった。
- ・24時以降も電話対応をしている事業所は、対応していない事業所に比べて「不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった」、「死にたい気持ちが高まった」の対応経験が多かった。

●緊急対応の実施可能性

- ・実施可能な緊急対応策として最も多かったのは「かかりつけ医に連絡をとる（平日昼間）」（85%）、「職員が利用者の自宅を訪問する（平日昼間）」（82%）であった。しかし、これら2つの対応策を平日夜間、日祝日にも採れると回答した事業所は29%から41%と少なかった。
- ・「職員の携帯電話の番号を教えて、利用者がいつまでも相談できるようにする」、「非番の職員を非常招集する」、「精神科救急情報センターに連絡をとる」といった方法は、平日昼間、平日夜間、日祝日で実施可能と回答する事業所の割合が大きく変わらなかった。
- ・平日夜間、日祝日に対応可能な手段がない事業所は、40ヶ所（17.2%）、39ヶ所（16.8%）であった。
- ・平日24時以降も電話対応している事業所で、「職員の携帯電話の番号を教えて利用者がいつまでも相談できるようにする（平日昼間）」、「非番の職員を非常招集する（平日夜間）」、「同じ法人内の職員の応援を求める（日祝日）」、「精神科救急情報センターに連絡をとる（平日夜間）」、「ショートステイを利用する（日祝日）」が可能と回答する事業所が多かった。
- ・日祝日も対応している事業所で、「職員が利用者の自宅を訪問する（平日夜間、日祝日）」、「非番の職員を非常招集する（平日夜間、日祝日）」、「同じ法人内の職員の応援を求める（平日夜間、日祝日）」、「かかりつけ医に連絡を取る（平日夜間、日祝日）」、「精神科救急情報センターに連絡をとる（日祝日）」、「ショートステイを利用する（平日夜間、日祝日）」、「かかりつけ医以外で対応可能な精神科病院・精神科診療所に連絡をとる（日祝日）」が可能と回答する事業所が多かった。

●緊急対応時の困難

- ・最も困難感が高かったのは、「人手が足りなくて対応に困った」であった。
- ・平日24時以降も電話対応している事業所では、「症状の悪化した精神障害者への接し方がわからない」、「地域の精神科福祉施設に協力を依頼して断られた」に困難を感じている事業所が多かった。

1 目的

2006年10月、障害者自立支援法による相談支援事業が開始され、多くの精神障害者がこのサービスを利用して地域で暮らしている。相談支援事業は「地域の障害者等（身体障害者、知的障害者、精神障害者、障害児）の福祉に関する各般の問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言等を行う」と法に規定されており、地域で暮らす精神障害者の様々な相談に応ずることが期待されている。

一方、精神障害者が地域で暮らして行くにあたっては、不安感が強まるなど、症状が悪化して緊急対応が必要になった場合の相談先の確保が重要な課題の一つとなっている。病院や診療所、様々な社会復帰施設や電話相談サービスとともに、相談支援事業所も、緊急対応時の相談先の一つになりうる機関である。しかし、相談支援事業所が実際に相談先の一つとして機能しているのかは明らかになっていない。本研究班では、相談支援事業所が精神障害者の緊急対応において果たしている役割を明らかにすることを目的として、相談支援事業所に対する調査を行った。

表1 送付した事業所の属性 (N=601)

		n	%
所在地の地域	北海道・東北	80	13.3
	関東	143	23.8
	中部	117	19.5
	近畿	108	18
	中国・四国	62	10.3
設置主体の種類	九州・沖縄	58	9.7
	医療法人	157	26.1
	社会福祉法人	278	46.3
	市区町村	21	3.5
	財団法人	25	4.2
	特定非営利活動法人	53	8.8
	社会福祉協議会	18	3.0
	その他	16	2.7
	法人不明	33	5.5

2 方法

1) 調査対象と方法

本調査は2009年3月から2009年5月にかけて行われた。調査対象は全国の精神障害者を対象としている相談支援事業所601ヶ所であった。送付した相談支援事業所の設置主体は表1のようであった。

2) 調査項目

a) 事業所の属性項目 (資料1参照)

事業所の属性として、所在地の都道府県、所在地の地域、相談支援事業所の認定を受けた時期、事業所の設置主体、最近1ヶ月の間に事業所で受け付けた相談件数、平日17時以降の電話相談受付状況、日祝日の電話相談受付状況、同一組織・法人内で運営している施設を尋ねた。

所在地の地域については、「特別区及び政令指定都市」、「地方中核都市」、「その他」で尋ねた。事業所の設置主体については、「医療法人・医療法人社団」、「社会福祉法人」、「市区町村」、「財団法人」、「特定非営利活動法人」、「社会福祉協議会」、「その他」で尋ねた。最近1ヶ月の間に事業所で受け付けた相談件数については、来所と電話に分けて尋ねた。同一組織・法人内で運営している施設については、「精神科入院施設・外来施設」、「精神科デイケア・ナイトケア・デイナイトケア」、「地域活動支援センター」、「入居型施設 (グループホーム、ケアホームなど)」、「通所型施設 (就労移行支援事業、就労継続支援事業、共同作業所など)」、「訪問看護部門」、「訪問介護部門」、「ショートステイ」、「その他」に関して複数回答で尋ねた。

b) 事業所で緊急対応した経験に関する項目

事業所で、精神障害者やその家族へ緊急対応した経験について尋ねた。緊急対応を要する事例を、「不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった」、「何もする気にならなくなった」、「納得できないことがあって苦しくなった」、「幻聴や妄想が強くなった」、「死にたい気持ちが高まった」、「物を壊したり、他人をなぐるなどした」、「気を失って倒れた」、「薬を決められた量よりも多く飲んでしまった」、「薬の副作用がでた」、「身体の具合が悪くなった」、「家族や介護者が急病や急用で対応できなくなった」、「その他」に分けて、それぞれについて最近1ヶ月の対応経験の有無を尋ねた。対応経験がある場合はその回数についても尋ねた。

いずれかの事例について対応経験がある場合は、事業所がとりうる対応方法についても尋ねた。対応方法を、

「職員の携帯電話の番号を教えて、利用者がいつまでも相談できるようにする」、「職員が利用者の自宅を訪問する」、「非番の職員を非常招集する」、「同じ法人内の職員の応援を求める」、「地域の他施設から応援を求める」、「かかりつけ医に連絡をとる」、「精神科救急情報センターに連絡をとる」、「ショートステイを利用する」、「ショートステイ以外で精神障害者やその家族が一時的に生活できる施設を利用する」、「かかりつけ医以外で対応可能な精神科病院・精神科診療所に連絡をとる」、「その他」に分けて、それぞれについて平日昼間、平日夜間、日祝日に実行可能かどうかを尋ねた。

加えて、緊急対応をしたときに困ったこと、負担に感じたことについても尋ねた。「人手が足りなくて対応に困った」、「他の利用者さんの動揺を鎮めるのに困った」、「職員の時間外手当などで費用がかかった」、「症状の悪化した精神障害者への接し方がわからない」、「かかりつけ医を介さずに他の精神科医療機関に精神障害者を紹介することに抵抗があった」、「地域の精神科医療機関に協力を依頼しても断られた」、「地域の精神科福祉施設に協力を依頼しても断られた」のそれぞれについて、「全く感じなかった」、「あまり感じなかった」、「やや感じた」、「非常に感じた」の4件法で尋ねた。

c) 相談支援事業所が緊急対応を行っていく上で必要な対策

相談支援事業所が今後、精神障害者に対する緊急対応を行っていく上で必要な対策について、「精神科救急や緊急対応が適切に行えるように人員を増やす」、「夜間・休日に対応をした場合の経費に相当する報酬の設定」、「緊急対応に必要な知識を得られる研修会の実施」、「地域にある精神科関連医療機関を利用しやすくする」、「地域にある社会復帰施設との協力関係」、「その他」に分けて複数回答で尋ねた。また、緊急対応に関する工夫や緊急対応の難しさについて、自由記述形式で尋ねた。

3) 解析

各調査項目の単純集計を行った。

次に、相談支援事業所の緊急対応力と緊急対応経験の関連をみるため、24時以降も電話相談を受け付けている事業所とそうでない事業所とで緊急対応経験の有無の差を検討した。これは深夜の電話相談受付の有無が事業所の緊急対応力を表す指標の1つになりうると思われるからである。統計的検定には χ^2 検定とMann-WhitneyのU検定を用いた。仮説検定の有意水準は5%未満とした。解析には、SPSS 16.0J for Windowsを用いた。

3 結果

1) 回答事業所の属性 (表2)

全601事業所のうち、232事業所 (38.6%) から回答を得ることができた (表1)。回答のあった事業所の75.4%が、平成18年中に開所しており、設置主体の中で最も多かったのは社会福祉法人 (107事業所、46.1%) であった。「その他」と回答した事業所の設置主体は社団法人が3事業所、区立民営が1事業所、独立型 (有限) が1事業所、無回答が1事業所であった。運営母体の組織・法人が相談支援事業所以外に運営している施設の中で最も多かったのは地域活動支援センターであり、全体の76.7%の組織・法人が運営していた。運営施設は無いという事業所も15事業所

表2 回答事業所の属性 (N=232)

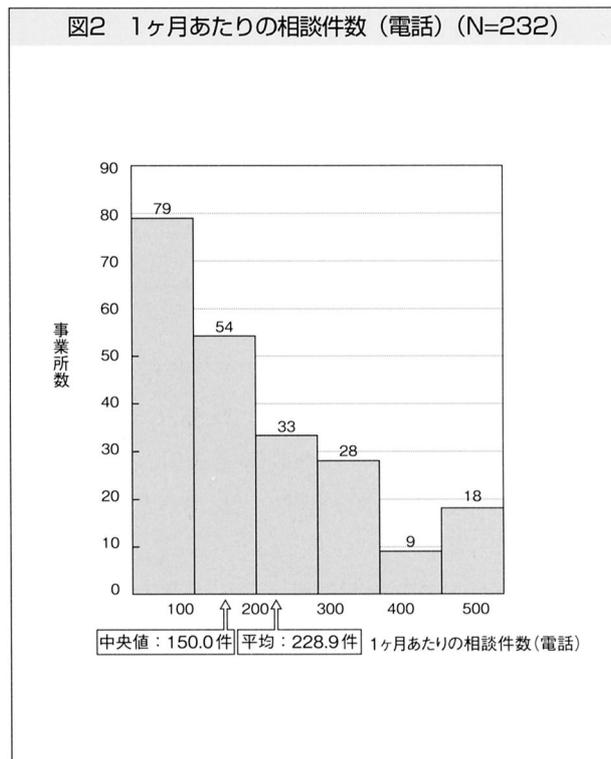
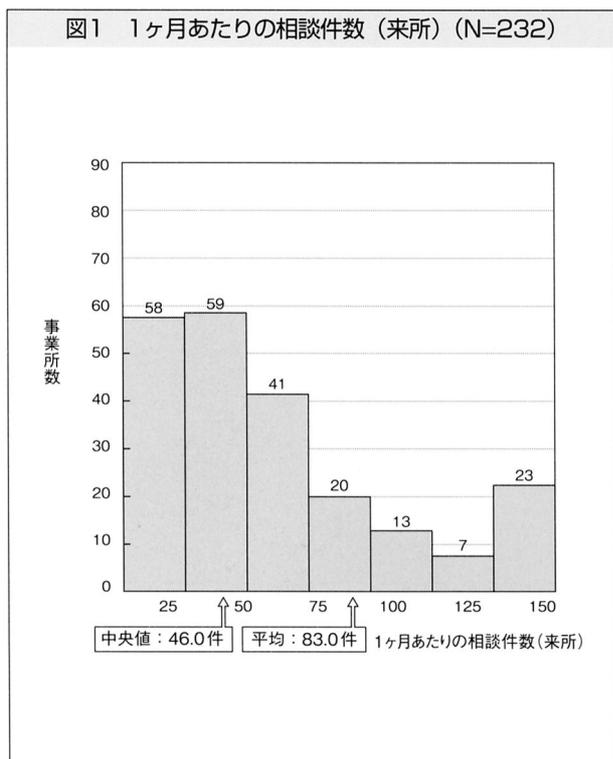
		n	%
所在地の地域	北海道・東北	32	13.8
	関東	67	28.9
	中部	45	19.4
	近畿	33	14.2
	中国・四国	26	11.2
市町村の種類	九州・沖縄	29	12.5
	特別区及び政令指定都市	51	22.0
	地方中核都市	62	26.7
	その他	104	44.8
	無回答	15	6.5
開設年	平成18年以前	14	6.0
	平成18年	175	75.4
	平成19年	28	12.1
	平成20年以降	8	3.4
	無回答	7	3.0
設置主体の種類	医療法人	61	26.3
	社会福祉法人	107	46.1
	市区町村	17	7.3
	財団法人	8	3.4
	特定非営利活動法人	22	9.5
	社会福祉協議会	10	4.3
	その他	6	2.6
	無回答	1	0.4
	運営母体の法人が他に運営している施設 (複数回答)		
精神科入院施設・外来施設	69	29.7	
デイ・ナイト・デイナイトケア	71	30.6	
地域活動支援センター	178	76.7	
入居型施設	137	59.1	
通所型施設	122	52.6	
訪問看護	57	24.6	
訪問介護	27	11.6	
ショートステイ	52	22.4	
その他	29	12.5	
運営施設なし	15	6.5	
無回答	0	0	

(6.5%) あった。「その他」の施設としては援護寮や生活訓練施設が多かった。

運営母体の法人が医療関連事業（精神科入院施設・外来施設、デイケア・ナイトケア・デイナイトケア、訪問看護）を運営している事業所は78事業所（33.6%）であり、そのうち75事業所は福祉関連の事業も運営していた。運営母体が福祉関連の事業を運営している事業所は139事業所（59.9%）あった。

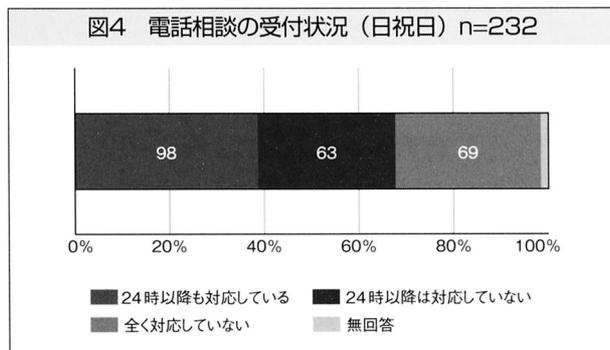
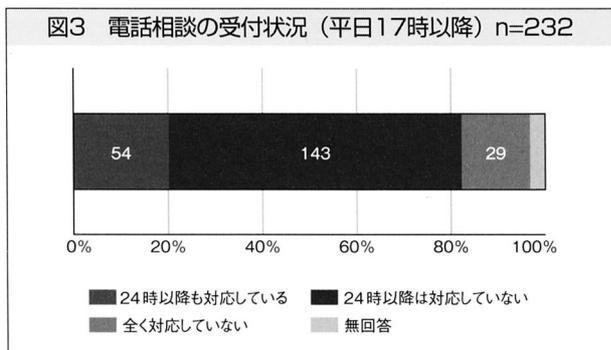
2) 精神障害者からの相談件数（図1、図2）

1ヶ月あたりの相談件数の分布は図1、図2のようであった。来所では50件未満の事業所が約半数、電話では200件未満の事業所が約60%であった。来所での相談件数の平均は83.0件、電話での相談件数の平均は228.9件であった。



3) 電話相談の受付状況（図3、図4）

電話相談の受付状況について、図3、図4にまとめた。84.0%の事業所が平日17時以降も対応しており、23.0%の事業所は24時以降も対応していると回答した。全く対応していないのは13.0%であった。日祝日も開所して対応しているのは全体の42.5%であり、開所せずに対応しているのは27.0%であった。



4) 緊急対応の経験（図5、表3）

緊急対応の経験について、図5にまとめた。最も対応経験が多いのは「不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった」で全体の35.3%であった。次に多かったのは「死にたい気持ちが高まった」で全体の30.2%であった。平均の対応回数が最も多いのは「不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった」で3.25回であ

図5 最近1ヶ月の対応経験 n=232

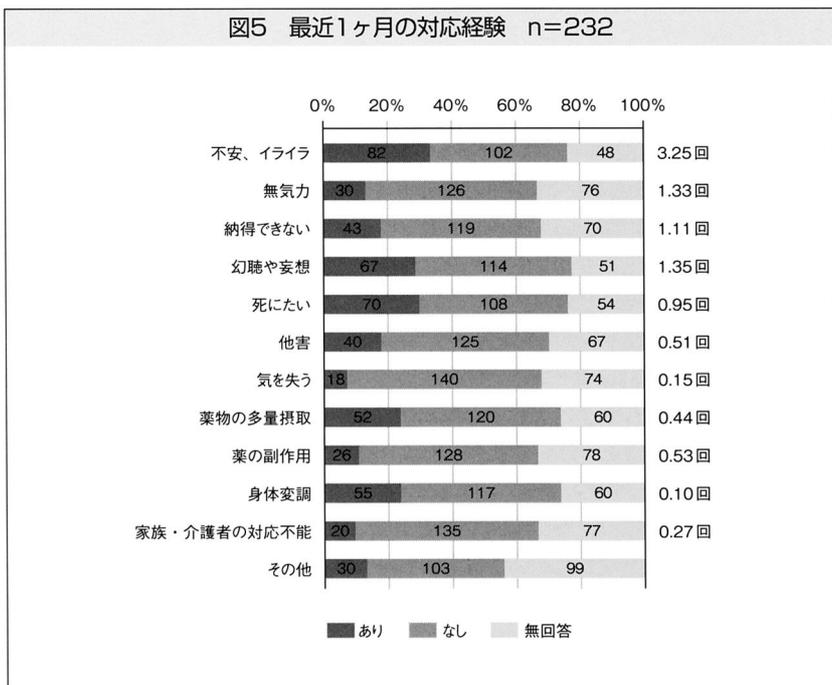


表3 緊急対応の経験(自由記述) n=232

	n	%
行方不明	6	2.6%
日常生活上の対処方法	2	0.9%
入院支援	2	0.9%
興奮状態	1	0.4%
摂食障害	1	0.4%
不審者の訪問	1	0.4%
DV	1	0.4%
窃盗	1	0.4%
体が動かなくなった	1	0.4%
金銭管理	1	0.4%
急な退院	1	0.4%
薬の副作用	1	0.4%
服薬状況の確認	1	0.4%
自宅での症状悪化	1	0.4%
交通事故	1	0.4%
近隣への迷惑行為	1	0.4%
早朝覚醒	1	0.4%
定期受診をしなかった	1	0.4%
公共機関での迷惑行為	1	0.4%
解離性症状による発作	1	0.4%
入院支援	1	0.4%
過呼吸	1	0.4%
てんかん発作	1	0.4%
配偶者の死亡	1	0.4%
心停止	1	0.4%
突然死	1	0.4%

った。次に多かったのは「幻聴や妄想が強くなった」で1.37回、「何もする気にならなくなった」で1.35回であった。

その他として回答された内容を表3にまとめた。その他の対応経験の中で最も多かったのは行方不明 (6事業所、2.6%) であった。

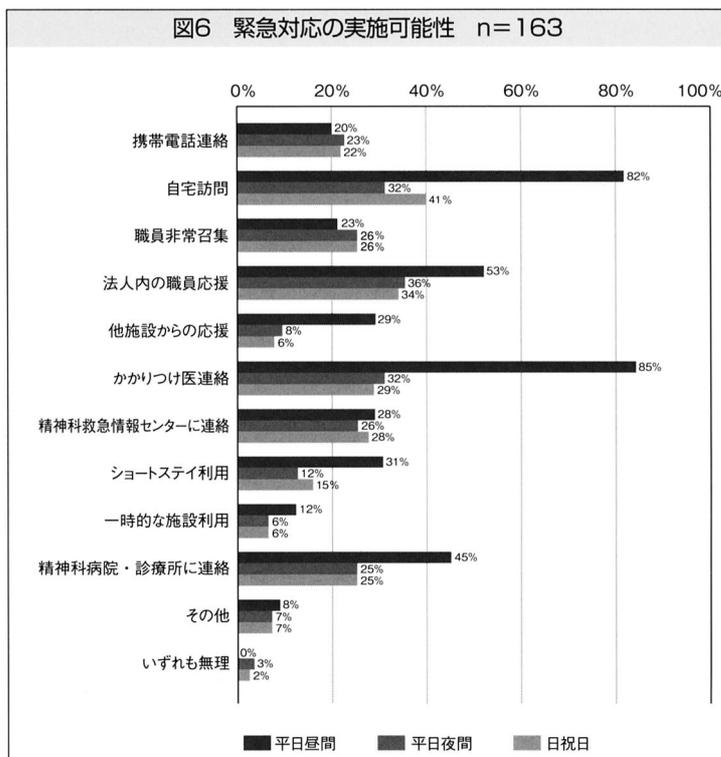
5) 緊急対応の実施可能性 (図6、図7、表4)

実施可能な緊急対応策として最も多かったのは「かかりつけ医に連絡をとる (平日昼間)」であり、緊急対応経験のある163事業所のうち、85%が実施可能と回答していた。次に多かったのは「職員が利用者の自宅を訪問する (平日昼間)」(82%) であった。しかし、これら2つの対応策を平日夜間、日祝日にも採れると回答した事業所は29%から41%と少なくなっていた。同様に、「地域のお施設から応援を求める」、「ショートステイを利用する」、「かかりつけ医以外で対応可能な精神科病院・精神科診療所に連絡をとる」も平日昼間と平日夜間、日祝日とで実施可能と回答する事業者の割合が大きく異なっていた。

一方、「職員の携帯電話の番号を教えて、利用者がいつまでも相談できるようにする」、「非番の職員を非常招集する」、「精神科救急情報センターに連絡をとる」といった方法は、平日昼間、平日夜間、日祝日で実施可能と回答する事業者の割合が大きく変わらなかった。

「ショートステイ以外で精神障害者やその家

図6 緊急対応の実施可能性 n=163



族が一時的に生活できる施設を利用する」に関しては、平日昼間、平日夜間、日祝日に関わらず、実施可能と回答する事業所の割合は低かった。

「その他」と回答した事業所が緊急対応策としてあげた内容は表4にまとめた。最も多かったのは保健所への連絡で4事業所（2.5%）が回答していた。

なお、いずれの方法もとることができないと回答した事業所は平日夜間で5事業所（3.0%）、日祝日で4事業所（2.0%）であった。

事業所によって緊急対応の実施可能性がどの程度異なるかをみるため、各事業所の対応可能な手段数を計算した。なお、平日昼間、平日夜間、日祝日に分けて合算した。図7に対応可能な項目数ごとの事業所数を示した。これによると、平日昼間、平日夜間、日祝日ともに事業所によって対応可能な項目数には開きがあることがみてとれた。また、平日夜間に対応可能な手段がない事業所が40ヶ所（17.2%）、日祝日に対応可能な手段がない事業所が39ヶ所（16.8%）あった。

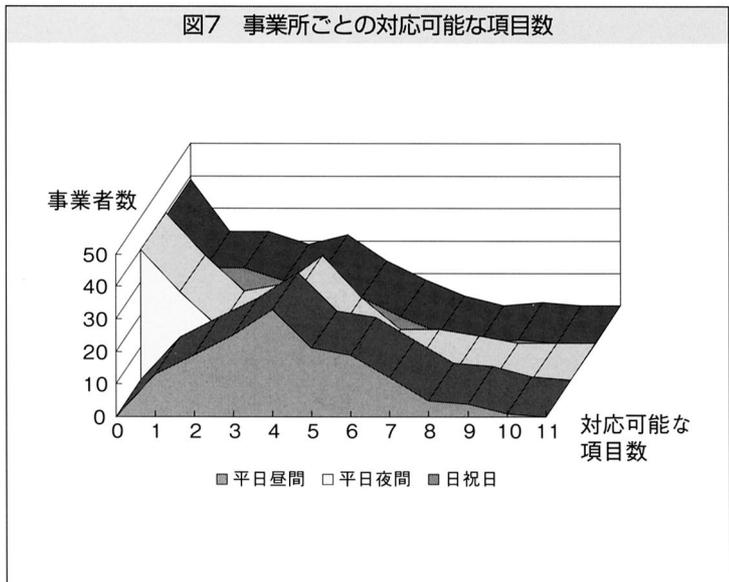
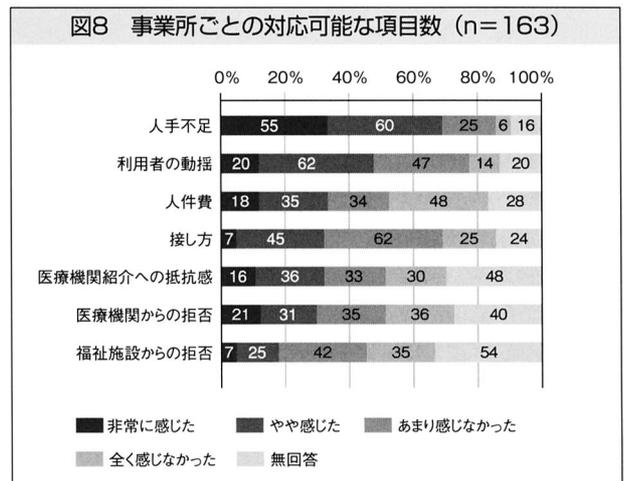


表4 緊急対応の実施可能性 (自由記述) n=161

	n	%
保健所への連絡	4	2.5%
警察への連絡	3	1.8%
24時間電話相談	2	1.2%
保健福祉事務所への連絡	1	0.6%
保健センターへの相談	1	0.6%
救急受診への同行	1	0.6%
通院同行	1	0.6%
携帯電話での緊急連絡	1	0.6%
支援センターでの宿泊	1	0.6%
救急車の要請	1	0.6%
家族への連絡	1	0.6%
今までの利用機関への連絡	1	0.6%

6) 緊急対応時の困難・負担 (図8)

緊急対応時の困難・負担の中で、「非常に感じた」、「やや感じた」と回答した事業所の割合が最も多かったのは、「人手が足りなくて対応に困った」で、それぞれ33.7%、36.8%であった。最も少なかったのは「症状の悪化した精神障害者への接し方がわからない」(4.3%、27.6%)、「地域の精神科福祉施設に協力を依頼しても断られた」(4.3%、15.3%)であった。



7) 緊急対応のための方策 (表5)

今後、緊急対応を行いやすくするために必要な対策の中で、最も回答が多かったのは、「地域にある精神科関連医療機関を利用しやすくする」(147事業所、63.4%)であった。これに比して、「地域にある社会復帰施設との協力関係」という回答は90事業所、38.8%と少なかった。「特にない」という回答も14事業所(6.0%)あった。

表5 緊急対応のために必要な方策 (n=232)

	n	%
地域にある精神科関連医療機関を利用しやすくする	147	63.4
緊急対応に必要な知識を得られる研修会の実施	116	50
夜間・休日に対応をした場合の経費に相当する報酬の設定	113	48.7
精神科救急や緊急対応が適切に行えるように人員を増やす	113	48.7
地域にある社会復帰施設との協力関係	90	38.8
その他	31	13.4
行政機関との連携	5	2.2
相談支援事業の予算充実	4	1.7
保健所との連携	4	1.7
医療機関との連携	4	1.7
緊急時に利用できる社会資源の開発	2	0.9
公的な救急医療体制の利用	2	0.9
医師による訪問診療	1	0.4
移送制度の充実	1	0.4
緊急対応事例の分析	1	0.4
警察との連携	1	0.4
協議会(自立支援協議会、精神科病院協会、社会復帰施設協会)を利用した緊急対応のシステム作り	1	0.4
緊急対応専門職員の配置	1	0.4
利用者個別の対応策の策定	1	0.4
通院病院での夜間休日対応の充実	1	0.4
催涙スプレーの準備	1	0.4
特にない	14	6.0
無回答	8	3.4

8) 緊急対応をする上での困難な点 (表6)

緊急対応をする上での困難な点を自由記述で尋ねたところ、66の事業所から回答があった。これらのうち、内容の具体性に欠けるものを除いて集計したところ表6のようであった。

最も多くの事業所が指摘したのは経済的な基盤が脆弱なことによる人員不足であった。このような人員不足のために職員の負担が過剰になっているという課題も指摘された。また、単純な人員不足だけでなく、経験豊富な職員の確保が難しい、職員間でスキルに不均衡があるという指摘もあった。

また、時期や時間帯によって対応の困難さが異なるという意見もあった。夜間休日、特に大型連休は対応が難しいと指摘されていた。そして、対象によって対応の困難さが異なるという意見もあった。特に情報が全くない者への緊急対応は不可能だと指摘された。仮に利用者であっても、関係諸機関で情報共有ができていなければ、対応は難しいという意見もあった。その他には、人格障害を有する者や解離症状を有する者、身体合併症を有する者など、疾患特異的な対応の難しさが指摘された。通院・受診を拒否する者や介入自体を拒否する者、家族からの協力が得られない者、行方不明者への対応も難しいと述べられていた。休日に刑務所を出所した精神障害者への対応の難しさを指摘する意見もあった。

一方、緊急対応ができれば問題が無いわけではなく、緊急に対応する必要があるか否かを見極めて対応する必要があり、その見極めが難しいとも語られた。この見極めがうまくできなければ、利用者の依存度を高め、些細なことで緊急対応を迫られる状態になりかねず、利用者職員双方にとって望ましくない事態を招くことが指摘された。

表6 緊急対応において困難な点 (n=232)

	n	%
人員・人材の不足	23	9.9%
対応困難な対象	16	6.9%
対応機関の不足	7	3.0%
関係諸機関との連携困難	6	2.6%
対応困難な時期・時間帯	5	2.2%
職員の疲弊	5	2.2%
緊急対応の要否の見極め	4	1.7%
緊急対応のための知識の欠如	2	0.9%

加えて、関係諸機関との連携の難しさを指摘する事業所もあった。特に医療機関との連携を課題に挙げる事業所は多く、かかりつけ医から診療を拒否された事例を挙げる事業所もあった。さらに、対応可能な機関の少なさを問題視する事業所もあった。夜間休日に対応してくれる医療機関の少なさに加えて、救急情報センター、移送システムが未整備な状況が課題として挙げられた。

9) 緊急対応のために工夫している事 (表7)

緊急対応をする上での困難な点を自由記述で尋ねたところ、73の事業所から回答があった。これらのうち、内容の具体性に欠けるものを除いて集計したところ表7のようであった。

まず、利用者との日常的な関わりが重要であると指摘された。特に症状が再燃する気配を察知して、関係諸機関と連絡を取り合うなど、早期に介入するように努めているという事業所が多かった。また、契約時など症状が悪化する前に、緊急対応の方法について利用者と話し合っておくという事業所が多かった。一方、日常的に丁寧に対応することで症状の悪化を防ぐよう努めているという事業所もあった。

加えて、緊急対応のために施設内の体制を整備しているという回答もあった。具体的には、危機管理マニュアルや緊急対応マニュアルを作成している、警備会社と契約している、暴力に対抗する手段を設置している（催涙スプレー）という内容であり、緊急対応の中でも利用者による暴力や暴言など施設の職員や他の利用者が危険に晒される事態を想定している場合が多かった。

一方、利用者からの緊急対応要請に対しては、電話で相談できる体制を敷くという形で24時間の対応体制を敷いているという事業所が多かった。多くの事業所が携帯電話を利用していましたが、同一法人が運営している生活訓練施設に夜間の電話対応を依頼しているという回答もあった。ただし、何でも相談を受け付けるというのではなく、具体的には緊急対応を要する事例とそうでない事例を見極めて必要な事例に率先して介入する、対応可能な範囲を利用者と職員で共有することで対応不可能な要請を減らすといった形でバランスの取れた対応を心がけているという回答もあった。

また、医療機関と連携して対応しているという回答も多かった。連携相手としては、利用者のかかりつけ病院や、母体法人の精神科病院・診療所が挙げられた。医療機関以外にも、関係諸機関と連携しているという回答もあった。特に生活訓練施設など、母体法人が運営している入所施設と連携して夜間休日の対応をしているという事例が挙げられた。連携の具体的な方法としては、情報の共有が多く挙げられていた。特に退院患者や緊急対応を要すると思われるような利用者、症状の不安定な利用者に関して、医療機関や地域の社会福祉施設、そして町内会長など地域の有力者と情報を共有するよう努めているという意見があった。

表7 緊急対応のために工夫している事 (n=232)

	n	%
利用者との日常的な関わりの重視	25	10.8%
緊急時の電話相談	19	8.2%
医療機関との連携	16	6.9%
関係諸機関との連携	11	4.7%
施設内での対応体制	8	3.4%
バランスの取れた緊急対応	6	2.6%
24時間対応	2	0.9%

10) 相談件数と事業所属性の比較 (表8)

相談件数と事業所の属性について比較した結果を表8にまとめた。比較対象とした事業所の属性は、所在地の市町村の種類、設置主体の種類、事業規模（地域活動支援センター併設か相談支援事業単独の事業所とそうでない事業所）、医療関係施設（病院・診療所、デイケア・ナイトケア・デイナイトケア、訪問看護）の運営の有無、福祉関係施設の運営の有無である。事業所の属性によって相談件数に明瞭な差異はみられなかった。また、相談支援事業以外に運営している事業ごとに相談件数の多寡を比較したが、有意な関連はみられなかった。

11) 電話相談の受付状況と事業所属性の比較 (表9)

電話相談の受付状況と事業所の属性について比較した結果を表9にまとめた。医療関係の施設を運営している事業所では、平日24時以降も相談可能である事業所が多い傾向がみられた。

表8 事業所属性と相談件数の比較

		相談件数(来所)	検定結果	相談件数(電話)	検定結果
市町村の種類	特別区及び政令指定都市				
	地方中核都市		—		—
	その他				
設置主体の種類	医療法人				
	社会福祉法人		—		—
	その他				
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ		—		—
	その他				
医療関係施設の運営	運営している		—		—
	運営していない				
福祉関係施設の運営	運営している		—		—
	運営していない				
24時以降の電話対応	対応している		—		—
	対応していない				
日祝日の電話対応	対応している		—		—
	対応していない				

※市町村の種類、設置主体の種類についてはKruskal-Wallis検定を行い、事業規模、医療関係施設の運営、福祉関係施設の運営に関してはMann-WhitneyのU検定を行った。検定結果の*は $p<.05$ 、**は $p<.01$ 、***は $p<.001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

表9 事業所属性と相談状況の比較

		相談可能 (平日24時以降)		検定結果	相談可能 (日祝日)		検定結果
		n	%		n	%	
市町村の種類	特別区及び政令指定都市						
	地方中核都市			—			—
	その他						
設置主体の種類	医療法人						
	社会福祉法人			—			—
	その他						
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—			—
	その他						
医療関係施設の運営	運営している	25	32.1%				
	運営していない	29	18.8%	*			—
福祉関係施設の運営	運営している			—			—
	運営していない						

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。検定結果の*は $p<.05$ 、**は $p<.01$ 、***は $p<.001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

12) 緊急対応経験と事業所属性の比較(表10～表12)

緊急対応の経験と事業所属性について比較した。両者に有意な関連がみられたのは、平日24時以降の電話対応の有無と「不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった」「何もする気にならなくなった」「死にたい気持ちが高まった」であった(表10、表11、表12)。

「不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった」「死にたい気持ちが高まった」では、平日24時以降も電話対応を行っている事業所ほど、対応経験があり、また対応回数も多かった。「何もする気にならなくなった」では、平日24時以降も電話対応を行っている事業所ほど、対応回数も多かった。

表10 事業所属性と対応経験の比較

		不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった						
		対応経験 n	対応経験 %	検定結果	検定方法	対応回数	検定結果	検定方法
市町村の種類	特別区及び政令指定都市							
	地方中核都市			—	K—W		—	K—W
	その他							
設置主体の種類	医療法人							
	社会福祉法人			—	K—W		—	K—W
	その他							
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—	Fi		—	U
	その他							
医療関係施設の運営	運営している			—	Fi		—	U
	運営していない							
福祉関係施設の運営	運営している			—	Fi		—	U
	運営していない							
24時以降の電話対応	対応している	27	64.3%			6.82±15.8 1 [0—80]		
	対応していない	55	38.7%	**	Fi	2.23±9.84 0 [0—100]	**	U
日祝日の電話対応	対応している			—	Fi		—	U
	対応していない							

※検定結果の*は $p<.05$ 、**は $p<.01$ 、***は $p<.001$ を表し、—はp値が0.05以上であったことを表す。
検定方法のFiはFisherの直接確率検定を、UはMann-WhitneyのU検定を、K-WはKruskal-Wallisの検定を表す。

表11 事業所属性と対応経験の比較

		何もする気にならなくなった						
		対応経験 n	対応経験 %	検定結果	検定方法	対応回数	検定結果	検定方法
市町村の種類	特別区及び政令指定都市							
	地方中核都市			—	K—W		—	K—W
	その他							
設置主体の種類	医療法人							
	社会福祉法人			—	K—W		—	K—W
	その他							
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—	Fi		—	U
	その他							
医療関係施設の運営	運営している			—	Fi		—	U
	運営していない							
福祉関係施設の運営	運営している			—	Fi		—	U
	運営していない							
24時以降の電話対応	対応している					1.86±4.88 0 [0—20]		
	対応していない			—	Fi	1.17±9.41 0 [0—100]	*	U
日祝日の電話対応	対応している			—	Fi		—	U
	対応していない							

※検定結果の*は $p<.05$ 、**は $p<.01$ 、***は $p<.001$ を表し、—はp値が0.05以上であったことを表す。
検定方法のFiはFisherの直接確率検定を、UはMann-WhitneyのU検定を、K-WはKruskal-Wallisの検定を表す。

表12 事業所属性と対応経験の比較

		死にたい気持ちが高まった						
		対応経験		検定結果		検定方法		
		n	%	検定結果	検定方法	対応回数	検定結果	検定方法
市町村の種類	特別区及び政令指定都市							
	地方中核都市			—	K—W		—	K—W
	その他							
設置主体の種類	医療法人							
	社会福祉法人			—	K—W		—	K—W
	その他							
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—	Fi		—	U
	その他							
医療関係施設の運営	運営している			—	Fi		—	U
	運営していない							
福祉関係施設の運営	運営している			—	Fi		—	U
	運営していない							
24時以降の電話対応	対応している	23	53.5%			1.28±1.84		
	対応していない	47	34.8%	*	Fi	0.5 [0—6] 0.85±2.59 0 [0—20]	*	U
日祝日の電話対応	対応している			—	Fi		—	U
	対応していない							

※検定結果の*は $p<.05$ 、**は $p<.01$ 、***は $p<.001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。
検定方法のFiはFisherの直接確率検定を、UはMann—WhitneyのU検定を、K—WはKruskal—Wallisの検定を表す。

13) 緊急対応の実施可能性と事業所属性の比較 (表13～表22)

緊急対応の実施可能性と事業所属性について比較した結果を表13から表22にまとめた。

表13 事業所属性と対応可能性の比較

		職員の携帯電話の番号を教えて、利用者がいつでも相談できるようにする											
		平日昼間		検定結果		平日夜間		検定結果		日祝日		検定結果	
		n	%	検定結果	検定方法	n	%	検定結果	検定方法	n	%	検定結果	検定方法
市町村の種類	特別区及び政令指定都市												
	地方中核都市			—				—				—	
	その他												
設置主体の種類	医療法人												
	社会福祉法人			—				—				—	
	その他												
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—				—				—	
	その他												
医療関係施設の運営	運営している			—				—				—	
	運営していない												
福祉関係施設の運営	運営している	27	18.8%	*				—				—	
	運営していない	5	50.0%										
24時以降の電話対応	対応している	30	26.8%	*				—				—	
	対応していない	2	5.0%										
日祝日の電話対応	対応している			—				—				—	
	対応していない												

※ 検定にはFisherの直接確率検定を用いた。
検定結果の*は $p<.05$ 、**は $p<.01$ 、***は $p<.001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

福祉関係施設を運営していない事業所と24時以降も電話対応している事業所で、平日昼間に携帯電話での連絡をできるようにしている傾向がみられた。

表14 事業所属性と対応可能性の比較

		職員が利用者の自宅を訪問する								
		平日昼間		平日夜間		日祝日				
		n	%	検定結果	n	%	検定結果	n	%	検定結果
市町村の種類	特別区及び政令指定都市									
	地方中核都市			—			—			—
	その他									
設置主体の種類	医療法人				8	18.6%				
	社会福祉法人			—	30	43.5%	*			—
	その他				16	37.2%				
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—						—
	その他									
医療関係施設の運営	運営している			—	9	15.8%				—
	運営していない			—	45	45.5%	***			—
福祉関係施設の運営	運営している			—						—
	運営していない									—
24時以降の電話対応	対応している			—						—
	対応していない									—
日祝日の電話対応	対応している			—	47	41.2%	***	64	56.1%	***
	対応していない				7	17.5%		3	7.5%	***

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

社会福祉法人が運営している事業所、医療関係の施設を運営していない事業所、日祝日の対応を行っている事業所ほど、平日夜間に利用者の自宅を訪問できる傾向がみられた。また、日祝日の対応を行っている事業所ほど、日祝日に利用者の自宅を訪問できる傾向がみられた。

表15 事業所属性と対応可能性の比較

		非番の職員を非常招集する								
		平日昼間		平日夜間		日祝日				
		n	%	検定結果	n	%	検定結果	n	%	検定結果
市町村の種類	特別区及び政令指定都市									
	地方中核都市			—			—			—
	その他									
設置主体の種類	医療法人									
	社会福祉法人			—			—			—
	その他									
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—						—
	その他									
医療関係施設の運営	運営している			—						—
	運営していない									—
福祉関係施設の運営	運営している			—						—
	運営していない									—
24時以降の電話対応	対応している			—	17	39.5%				—
	対応していない				25	22.1%	*			—
日祝日の電話対応	対応している			—	37	32.5%	*	38	33.3%	**
	対応していない				5	12.5%	*	4	10.0%	**

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

24時以降も電話対応している事業所、日祝日も対応している事業所ほど、平日夜間に非番の職員を非常招集できる傾向がみられた。また、日祝日も対応している事業所ほど、日祝日に非番の職員を非常招集できる傾向がみられた。

表16 事業所属性と対応可能性の比較

		同じ法人内の職員の応援を求める					
		平日昼間	検定結果	平日夜間	検定結果	日祝日	検定結果
		n	%	n	%	n	%
市町村の種類 地	特別区及び政令指定都市						
	地方中核都市						
	その他						
設置主体の種類	医療法人	33	76.7%				
	社会福祉法人	37	53.6%	*			
	その他	17	39.5%	*			
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ	8	32.0%	*			
	その他	79	60.3%				
医療関係施設の運営	運営している	40	70.2%	*			
	運営していない	47	47.5%	*			
福祉関係施設の運営	運営している	86	58.9%	*			
	運営していない	1	10.0%				
24時以降の電話対応	対応している					22	51.2%
	対応していない					34	30.1%
日祝日の電話対応	対応している			50	43.9%	51	44.7%
	対応していない			8	20.0%	5	12.5%

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

医療法人が設置している事業所や事業規模の比較的大きな事業所、医療関係の施設を運営している事業所、福祉関係の施設を運営している事業所ほど、平日昼間に法人内の職員の応援を求められる傾向がみられた。また、日祝日も対応している事業所ほど、平日夜間に法人内の職員の応援を求めることができ、平日24時以降、日祝日に対応している事業所ほど、日祝日に法人内の職員の応援を求めることができた。

表17 事業所属性と対応可能性の比較

		地域のお施設から応援を求める					
		平日昼間	検定結果	平日夜間	検定結果	日祝日	検定結果
		n	%	n	%	n	%
市町村の種類	特別区及び政令指定都市						
	地方中核都市						
	その他						
設置主体の種類	医療法人						
	社会福祉法人						
	その他						
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ						
	その他						
医療関係施設の運営	運営している						
	運営していない						
福祉関係施設の運営	運営している						
	運営していない						
24時以降の電話対応	対応している						
	対応していない						
日祝日の電話対応	対応している						
	対応していない						

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

地域のお施設から応援をを求める可能性と、事業所の属性には関連がみられなかった。

表18 事業所属性と対応可能性の比較

		かかりつけ医に連絡をとる								
		平日昼間 n	%	検定結果	平日夜間 n	%	検定結果	日祝日 n	%	検定結果
市町村の種類	特別区及び政令指定都市									
	地方中核都市			—			—			—
	その他									
設置主体の種類	医療法人									
	社会福祉法人			—			—			—
	その他									
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—			—			—
	その他									
医療関係施設の運営	運営している			—			—			—
	運営していない									
福祉関係施設の運営	運営している			—			—			—
	運営していない									
24時以降の電話対応	対応している			—			—			—
	対応していない									
日祝日の電話対応	対応している			—	45	39.8%	*	45	39.8%	***
	対応していない			—	7	17.5%		3	7.5%	***

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

日祝日も対応している事業所ほど、平日夜間、日祝日にかかりつけ医に連絡をとることができる傾向がみられた。

表19 事業所属性と対応可能性の比較

		精神科救急情報センターに連絡をとる								
		平日昼間 n	%	検定結果	平日夜間 n	%	検定結果	日祝日 n	%	検定結果
市町村の種類	特別区及び政令指定都市									
	地方中核都市			—			—			—
	その他									
設置主体の種類	医療法人									
	社会福祉法人			—			—			—
	その他									
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—			—			—
	その他									
医療関係施設の運営	運営している			—			—			—
	運営していない									
福祉関係施設の運営	運営している			—			—			—
	運営していない									
24時以降の電話対応	対応している			—	18	41.9%	*			—
	対応していない			—	25	22.5%				—
日祝日の電話対応	対応している			—			—	39	34.8%	***
	対応していない			—			—	6	15.0%	***

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

24時以降も電話対応している事業所ほど、平日夜間に精神科救急情報センターに連絡をとることができる傾向がみられた。また、日祝日も対応している事業所ほど、日祝日に精神科救急情報センターに連絡をとることができる傾向がみられた。

表20 事業所属性と対応可能性の比較

		ショートステイを利用する								
		平日昼間 n	%	検定結果	平日夜間 n	%	検定結果	日祝日 n	%	検定結果
市町村の種類	特別区及び政令指定都市									
	地方中核都市			—						—
	その他									
設置主体の種類	医療法人	21	48.8%							
	社会福祉法人	19	7.5%	*						—
	その他	10	24.4%							
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—						
	その他									
医療関係施設の運営	運営している	26	45.6%							
	運営していない	24	24.7%	*						—
福祉関係施設の運営	運営している			—						
	運営していない									
24時以降の電話対応	対応している			—			12	27.9%		
	対応していない						13	11.7%		*
日祝日の電話対応	対応している			—	19	17.0%		25	22.3%	
	対応していない				2	2.5%	*	0	0.0%	***

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

医療法人が運営している事業所、医療関係の施設を運営している事業所ほど、平日昼間にショートステイを利用できる傾向がみられた。また、日祝日も対応している事業所ほど、平日夜間にショートステイを利用することができ、24時以降も対応している事業所、日祝日も対応している事業所ほど、日祝日にショートステイを利用することができる傾向がみられた。

表21 事業所属性と対応可能性の比較

		ショートステイ以外で精神障害者やその家族が一時的に生活できる施設を利用する								
		平日昼間 n	%	検定結果	平日夜間 n	%	検定結果	日祝日 n	%	検定結果
市町村の種類	特別区及び政令指定都市									
	地方中核都市			—						—
	その他									
設置主体の種類	医療法人						0	0.0%		
	社会福祉法人			—			8	11.6%		*
	その他						1	2.4%		
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—						
	その他									
医療関係施設の運営	運営している			—	0	0.0%				
	運営していない				9	9.3%	*			—
福祉関係施設の運営	運営している			—						
	運営していない									
24時以降の電話対応	対応している			—						
	対応していない									
日祝日の電話対応	対応している			—						
	対応していない									

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

医療関係の施設を運営していない事業所ほど、平日夜間にショートステイ以外の短期滞在施設を利用することができる傾向がみられた。また、社会福祉法人が運営している事業所ほど、日祝日にショートステイ以外の短期滞在施設を利用することができる傾向がみられた。

社会福祉法人が運営している事業所や日祝日も対応している事業所ほど、かかりつけ医以外の精神科病院・診療所に連絡をとることができる傾向がみられた。

表22 事業所属性と対応可能性の比較

		かかりつけ医以外で対応可能な精神科病院・精神科診療所に連絡をとる					
		平日昼間		平日夜間		日祝日	
		n	%	検定結果	n	%	検定結果
市町村の種類	特別区及び政令指定都市						
	地方中核都市			—			—
	その他						
設置主体の種類	医療法人					0	0.0%
	社会福祉法人			—		8	11.6%
	その他					1	2.4%
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ			—			—
	その他						
医療関係施設の運営	運営している			—			—
	運営していない						
福祉関係施設の運営	運営している			—			—
	運営していない						
24時以降の電話対応	対応している			—			—
	対応していない						
日祝日の電話対応	対応している			—		38	33.6%
	対応していない					3	7.5%

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

14) 緊急対応時の困難と事業所属性の比較 (表23)

緊急対応時の困難と事業所属性について比較した結果、「症状の悪化した精神障害者への接し方がわからない」

表23 事業所属性と対応時の困難の関連

		症状の悪化した精神障害者への接し方がわからない			地域の精神科福祉施設に協力を依頼しても断られた		
		平均±SD	検定結果	検定方法	平均±SD	検定結果	検定方法
市町村の種類	特別区及び政令指定都市						
	地方中核都市		—	K-W		—	K-W
	その他						
設置主体の種類	医療法人						
	社会福祉法人		—	K-W		—	K-W
	その他						
事業規模	地活と相談のみもしくは相談のみ						
	その他		—	U		—	U
医療関係施設の運営	運営している						
	運営していない		—	U		—	U
福祉関係施設の運営	運営している						
	運営していない		—	U		—	U
24時以降の電話対応	対応している	2.52±0.78			2.37±0.93		
	対応していない	2.13±0.79	*	U	1.91±0.87	*	U
日祝日の電話対応	対応している						
	対応していない		—	U		—	U

※検定にはFisherの直接確率検定を用いた。

検定結果の*は $p < .05$ 、**は $p < .01$ 、***は $p < .001$ を表し、—は p 値が0.05以上であったことを表す。

「地域の精神科福祉施設に協力を依頼しても断られた」と24時以降の電話対応との関連がみられた (表23)。

4 考察

以下、本調査での結果について考察する。なお、考察の参考とするため、協力が得られた事業所に対してヒアリングを行った。

1) 回答事業所の属性について

質問紙を発送した事業所と回答が得られた事業所では、所在地、設置主体を比較したところ、大きな偏りはみられなかった（表1、表2）。回収率は38.6%と必ずしも高いとはいえないが、本調査の対象は一定程度全国の相談支援事業所を代表したサンプルであるといえよう。

2) 相談件数について

1ヶ月あたりの相談件数は、来所・電話ともに事業所によって大きく異なっていた。ばらつきの要因を探るために、調査項目の事業所の所在地、電話対応の時間や開所時間などと比較したが、関連はみられなかった。ここでは、調査項目以外で相談件数に影響を与えている要因について検討したい。第一に、訪問型の相談支援事業を実施している事業所で、来所・電話での相談件数が少なくなっていた可能性がある。本調査では、来所・電話の相談件数しか尋ねていないが、相談支援事業所の中には、訪問での相談支援を行っている事業所も存在する。実際に東京都の市部、京都市で積極的に訪問型の相談支援事業を行っている事業所でヒアリングを行ったところ、「相談支援事業の限られた人員配置の中で訪問活動を行うためには、来所相談や電話相談を受け付けるわけにはいかない」「事業所には電話を受ける人が必ずいるというだけで、職員はほとんど事業所外に出て利用者の訪問をしている」といった意見が得られた。このように「訪問特化型」ともいべき事業所では、来所・電話での相談件数が少なくなってしまうだろう。第二に、利用者の登録制を採っている事業所では、そうでない事業所と比べて相談件数が少なくなる可能性がある。ヒアリングの結果、相談支援事業所の中には、登録制をとり、登録者からの相談のみ受け付けるタイプの事業所と、登録制をとらず、広く相談を受け付けるタイプの事業所が混在していることが明らかになった。前者のような事業所は、利用者の症状・現状をよく理解した上で対応することが可能であるが、相談を受ける範囲は限られている。一方、後者のような事業所は幅広い対象から相談を受けることができるため、相談件数は多くなることが予想される。以上のように、相談支援事業所の相談件数について検討するためには、事業の展開方法についてより詳細に把握する必要があると思われる。

3) 相談支援事業所の緊急対応力について

以下に記すような結果から、相談支援事業所も地域で暮らす精神障害者の緊急対応を一定程度担っていることが明らかになった。第一に、平日24時以降も電話対応している事業所が23%、日祝日も対応可能な事業所が69%存在した。自由記述や欄外に記載された回答からは、24時間365日対応している事業所も存在していることが明らかになった。第二に、具体的に緊急対応可能な方法について尋ねたところ、かかりつけ医への連絡、利用者の自宅訪問、同一法人内からの職員の応援といった項目で50%以上の回答が得られた。ショートステイやショートステイに準じる短期滞在型施設を利用できる事業所も一定程度あった。第三に、緊急対応の経験を尋ねたところ、10%~30%前後の事業所は何らかの緊急対応を行っていることが明らかになった。特に24時以降も対応している事業所ではいくつかの項目で緊急対応の経験、緊急対応の回数が多くなる傾向がみられた。横断調査のため両者の因果関係について強く言及することはできないが、24時以降も対応することで利用者の緊急対応ニーズを拾い上げることができている可能性が考えられる。

一方で、事業所の緊急対応力にはかなり開きがあることも示唆された。第一に、平日17時以降は対応していないという事業所が13%、日祝日には対応していないという事業所が30%存在していた。第二に、緊急対応が必要になった際、取りうる手段が一つもないという事業所も存在していた。特に平日夜間、日祝日には対応可能な手段がないという事業所がそれぞれ、40ヶ所、39ヶ所あり、平日夜間、日祝日の緊急対応の困難さが窺われた。第

三に、平日24時以降、日祝日も対応している事業所ほど、各緊急対応手段の実施可能性も高い傾向がみられており、緊急対応の態勢が比較的整っている事業所とそうでない事業所との格差があることが示唆された。

このように事業所の緊急対応力には格差があることを踏まえて、事業所の所在地、運営法人、事業規模と緊急対応力の関連についても検討したが、いくつかの関連を除いて、はっきりとした相関関係はみられなかった。相談支援事業所の緊急対応力を本調査で採り上げたような属性のみから説明するのは限界があると思われる。

4) 緊急対応を行う上での課題について

緊急対応を行う上での課題の第一は、平日夜間・日祝日の緊急対応である。この曜日・時間帯に対応を行っていない事業所では、緊急対応手段の実施可能性も低くなっていた。実質的には緊急対応が不可能な事業所も多数存在することが窺われた。第二は、事業所の人手不足である。緊急対応をするにあたって、人手不足を「非常に感じた」「やや感じた」という事業所を合わせると全体の70%以上に及んでいた。第三は、医療機関との連携である。特に平日夜間、日祝日にかかりつけ医、かかりつけ医以外の精神科医療機関、精神科救急情報センターを利用できない事業所は70%~75%に及び、医療機関との連携は十分とはいえなかった。また、緊急対応時、「医療機関から拒否」されて困ったという事業所は「非常に感じた」と「やや感じた」を合わせて30%以上に上っており、緊急対応場面でうまく連携が取れていないことが示唆された。第四は、現在、平日夜間・日祝日に対応している事業所の負担である。特に、平日24時以降電話対応をしている事業所では、症状の悪化した精神障害者への接し方、地域の福祉施設との連携に困難を抱えていることが示唆された。平日24時以降も電話対応をしているような事業所は、精神障害者の緊急対応に関する意識が高く、すでに複数の緊急対応手段を持っている可能性が高いが、そうした取り組みが事業所にとって負担となっている可能性は否定できない。こうした負担をより詳細に把握する事で、相談支援事業所が緊急対応をしやすい仕組みづくりが必要となるだろう。

5) 本調査の限界と課題

まず、以下のような調査手法上の限界から、各事業所の緊急対応力について十分には把握できていない可能性を指摘しておきたい。第一に、本調査では、電話対応の有無を「何時まで対応しているか」という形式で尋ねているため、24時間対応している事業所が回答しづらかった可能性がある。欄外に「24時間対応」と記載がある場合は、24時以降も対応している事業所に換算したが、実際に24時以降も電話対応している事業所の数を少なく見積もっている可能性は否定できない。第二に、緊急対応の件数も尋ねたが、件数が多いほど緊急対応能力が高いとは一概には言い切れない。相談件数と同様、緊急対応の件数も、相談支援事業の展開の仕方によって大きくかわる可能性がある。登録制をとり、登録者からの相談のみ受け付けるタイプの事業所では、利用者の症状や生活の状況を詳細に把握し、症状悪化の徴候を早めに掴み、緊急対応が必要になる前に介入することが可能だが、緊急対応の件数は少なくなる可能性がある。一方、登録制をとらず幅広い対象から相談を受け付けている事業所では、個々のきめ細やかな対応は難しくなるが、緊急対応のニーズを浅く広く拾い上げることが可能であり、緊急対応の件数は多くなる可能性がある。第三に、本調査で尋ねた以外の緊急対応手段を考慮する必要があり、本調査では「対応可能な手段がない」かのようにみえる事業所も何らかの形で緊急対応している可能性がある。第四に、本調査では対応の方法や対応の質、対応の転帰については尋ねていないため、相談支援事業所の行っている緊急対応が効果的かどうかについては言及できない。ヒアリングや本調査の自由記述でも再三指摘されていたが、利用者の求めに応じて不必要な緊急対応を行うことで、利用者が事業所に対して過度に依存的になってしまう可能性がある。緊急対応の要否を見極めることは容易ではなく、この点について議論するためには、緊急対応の成功例と失敗例に関する詳細な分析が必要であろう。

5 資料

相談支援事業所 所長殿

緊急に対応が必要な事例が発生した場合に 相談支援事業所が果たしている役割に関する調査 へのご協力をお願い

拝啓 時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、日頃は大変お世話になっております。

地域で生活する精神障害者が、夜間休日に不安感が強まるなど症状が悪くなった時に、精神科救急医療情報センターに相談する以外に、地域の「相談支援事業所」に相談する例が近年増えていると言われております。

この調査は、地域の「相談支援事業所」が、夜間休日の緊急の相談に対して、現状でどのような対応を行えているか、今後、緊急の相談にもっと対応できるようにするにはどうすれば良いかを明らかにするためのものです。

この調査によって、「病院から地域へ」の移行を推し進める上で、「相談支援事業所」の役割の重要性を改めて評価することになると予測しております。

つきましては、お手数をお掛けしますが、別紙のアンケート調査にご協力賜りたいと存じます。ご多忙の折、誠に恐縮ですが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

平成21年3月

特定非営利活動法人メンタルケア協議会
平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援研究プロジェクト
「医療機関や社会復帰施設が精神障害者の緊急対応を行いやすくするための研究」
研究班代表 羽藤 邦利

問い合わせ先：NPOメンタルケア協議会 事務局（西村）
〒151-0053 渋谷区代々木1-55-14-403号
TEL: 03-5333-6446 FAX: 03-5333-6445
Mail: office@npo-jam.org
URL: <http://www.npo-jam.org/>

緊急に対応が必要な事例が発生した場合に相談支援事業所が果たしている役割に関する調査

【ご回答の前に必ずお読み下さい】

- 本調査は、(精神障害者の相談支援を受け付けている) 相談支援事業所にお送りしております。万が一該当しない場合は、大変申し訳ありませんが、余白にその旨を記載してご返送頂ければ幸いです。
- 本調査は、貴事業所にお勤めの方で、精神障害者の相談支援事業に最も詳しい方にご回答をお願い申し上げます。
- 選択肢はもっとも近いものを選んで、全ての質問にご回答いただければと思います。
- ご記入がお済みになりましたら、返信用封筒にて3月30日(月)までにご投函下さい。

1. 貴事業所について伺います

問1 所在地の都道府県

() 都・道・府・県

問2 所在地の地域

1. 特別区及び政令指定都市 2. 地方中核都市 3. その他

問3 相談支援事業所の認定を受けた時期

平成()年()月

問4 貴事業所の設置主体について当てはまるもの1つに○をつけてください。

1. 医療法人・医療法人社団 2. 社会福祉法人 3. 市区町村 4. 財団法人
5. 特定非営利活動法人 6. 社会福祉協議会 7. その他()

問5 現在、貴事業所に登録している利用者の人数

精神障害者・児	知的障害者・児	身体障害者・児
() 名	() 名	() 名

▶ 精神障害者・児の利用者が0名の場合

ここで設問は終了です。ご記入いただいた質問紙を返信用封筒でお送りください。なお、下記に事業所名とご住所を記載いただければ、今後、このような精神科関連の質問紙をお送りしないように致します。

貴事業所名 _____

ご住所 _____

問5で精神障害者・児の利用者が1名以上いると回答された方に伺います。

ここからはすべて精神障害者・児を対象とした設問です。

問6 最近1ヶ月の間に貴事業所で受け付けた相談件数

1ヶ月あたり(来所で)件
1ヶ月あたり(電話で)件

問7 貴事業所では、平日17時以降に利用者からの電話相談を受け付けていますか。

下記のうち、当てはまるものに○をつけてください。()内は最も遅い時間をお答え下さい。

1. 平日17時以降に事業所を開所して()時まで対応している
2. 平日17時以降には事業所を開所していないが、相談があれば()時まで対応している
3. 対応していない

ここからは、問10のいずれかの項目で「1. あり」とお答えいただいた事業所の方にのみ伺います。「2. なし」とお答えいただいた事業所の方は次ページの3. へお進み下さい。

問11 緊急対応が必要な精神障害者から相談を受けた際、どのような手段をとることができますか。
平日昼間、平日夜間、日祝日のそれぞれについて、当てはまるもの全てに○をつけてください。

	平日 昼間	平日 夜間	日祝日
職員の携帯電話の番号を教えて、利用者がいつまでも相談できるようにする	1	2	3
職員が利用者の自宅を訪問する	1	2	3
非番の職員を非常招集する	1	2	3
同じ法人内の職員の応援を求める	1	2	3
地域の他施設から応援を求める	1	2	3
かかりつけ医に連絡をとる	1	2	3
精神科救急情報センターに連絡をとる	1	2	3
ショートステイを利用する	1	2	3
ショートステイ以外で精神障害者やその家族が一時的に生活できる施設を利用する	1	2	3
かかりつけ医以外で対応可能な精神科病院・精神科診療所に連絡をとる	1	2	3
その他（具体的に)	1	2	3
上記のいずれもとることができない	1	2	3

問12 緊急対応をしたときに困ったこと、負担に感じたことはありますか。
以下の項目のそれぞれについて当てはまるものに○をつけてください。

	困難や負担を感じた程度			
	全く感じ なかった	あまり感じ なかった	やや 感じた	非常に 感じた
人手が足りなくて対応に困った	1	2	3	4
他の利用者さんの動揺を鎮めるのに困った	1	2	3	4
職員の時間外手当などで費用がかかった	1	2	3	4
症状の悪化した精神障害者への接し方がわからない	1	2	3	4
かかりつけ医を介さずに他の精神科医療機関に精神障害者を紹介することに抵抗があった	1	2	3	4
地域の精神科医療機関に協力を依頼しても断られた	1	2	3	4
地域の精神科福祉施設に協力を依頼しても断られた	1	2	3	4

次のページで終わりです。➡

3. 貴事業所で今後、精神障害者への緊急対応を行うに当たってのご意見を伺います。

問13 (すべての方に伺います) 今後、貴事業所が精神障害者への緊急対応を行いやすくするために必要な対策はありますか。次のうち当てはまるもの全てに○をつけてください。

- 0. 特にない
- 1. 精神科救急や緊急対応が適切に行えるように人員を増やす
- 2. 夜間・休日に対応をした場合の経費に相当する報酬の設定
- 3. 緊急対応に必要な知識を得られる研修会の実施
- 4. 地域にある精神科関連医療機関を利用しやすくする
- 5. 地域にある社会復帰施設との協力関係
- 6. その他 下記に具体的にお書きください

()

問14 精神障害者に対する緊急対応に関して、貴事業所で工夫されていることや、緊急対応の難しさなどについてご意見がありましたら、ぜひお書きください。

質問は以上で終了です。ありがとうございました。
ご回答いただいた質問紙は返送用封筒に入れてお送り下さい。

私どもの研究班では、精神障害者の緊急対応を行っておられる事業所の方に、その方法、困難な点などについて直接お話を伺いたいと考えております。このような訪問調査にご協力いただける場合は、所属されている事業所のお名前、電話番号をお書きいただければ幸いです。

事業所の名称 _____

事業所の電話番号 _____ () _____

Ⅳ 急な診療に役立つ情報「オレンジノート」の試用

要 約

1. 背景と目的

精神疾患を有する患者は、時に緊急医療が必要となるが、主治医から救急担当の医療機関に情報が提供されることはほとんどない。平成19年度「障害者自立支援調査研究プロジェクト」においても、診療情報不足を補う仕組みがないことが大きな問題であることが指摘された。そのため、必要な情報を事前に収集しておく方法を開発し、実際に利用して検討することとした。

2. 方法

- 1) 異なる立場の専門家と家族会のメンバーが集まり、緊急の受診に役立つ緊急受診用冊子（通称オレンジノート）を試作した。
- 2) 試作したオレンジノート約3000部を、家族会や医療機関、福祉施設に、記入の手引きとともに配布した。
- 3) オレンジノートに情報を記載した医師と、オレンジノートを及手にした本人や家族を対象にアンケート調査を行った。
- 4) 精神医療や福祉、行政などの専門家、家族会のメンバーでオレンジノートの再改定について検討した。

3. 結果と考察

アンケートは、患者72名、医師43名の回収があった。患者アンケートは、多くが家族による回答（84.7%）で、記入者は半数（48.6%）であった。多くは（77.1%）記入しやすいと回答しているが、医師へは記入を依頼していない人のほうが多く（60.0%）、その理由として「医師が忙しいので頼みづらい」という回答が多かった。また、ほとんどの回答者が利用することはなかったが、使用することがあれば便利であると回答している人も多かった（58.3%）。一方で、情報更新やサイズなどの利便性を問う声もあった。医師アンケートは、多くの医師は書きにくくないと回答し（81.4%）、また有用であるとした（88.4%）。情報の更新や、診療報酬点数化を希望する意見、患者の持参しやすさを考慮すべきという指摘もあった。

精神医療や福祉、行政などの専門家でオレンジノート検討委員会を開催し、アンケート結果を踏まえて再改訂について討議した。本人が持つ、医療情報が自宅にあることや緊急時の連絡先を記した名刺大のカードと、本人や家族、支援者、医師などが記載し、自宅に保管するノートの二種類とする分割案が提案され、冷蔵庫に筒型の専用容器に封入して保管することが推奨された。また、回答を選択式にする、家族と記入できるようにする、といった意見をはじめ、内容について詳細に議論された。

4. 今後の展望

指摘された点を改良して利用しやすく簡便な情報提供がなされるようにしていくことや、都道府県による地域差などを考慮した地域ごとの改訂版が作成されることが望まれる。

報告書

1. 背景と目的

精神疾患を有する患者や援助を行う家族など周囲の援助者にとって、病状が不安定な時期には緊急の医療サポートが不可欠となる。かかりつけの病院や診療所が通常診療を行っている時間帯であれば主治医が中心となって対応が可能であるが、夜間や休日など診療を行っていない時には、救急医療を担当している他の医療機関に受診をせざるを得ないのが現状である。その際、主治医やかかりつけの機関から医療情報が提供されることはなく、救急医療

を担当する医療者は、本人や家族からの情報のみで診察を行うこととなり、必ずしも十分な医療情報を収集できているとは言えない。

昨年度我々が行った、平成19年度「障害者自立支援調査研究プロジェクト」内の「地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズの実態調査及び夜間休日緊急対応チームの試行的構築」において、医療機関や福祉施設、公的機関による精神科救急システムへの不満と要望についてアンケート調査を行っている。その中で、『『最も困った出来事』への対応から浮かび上がった救急システムの問題』として、「本人の診療情報不足を補う仕組みがない」と回答した施設は14.6%と高率であった。特に、救急医療で受診患者を実際に診察する精神科有床病院や、あるいは患者の援助を行って医療機関への橋渡しを行う可能性のある福祉施設・行政機関での割合が高かった（各20.6%、18.6%）。

普段通院している医療機関からの診療情報提供が不足することにより、診療に当たる医療機関は、これまでの治療経過や正確な診断名、合併症や薬剤アレルギーなどの身体疾患、有効であった過去の対処方法などを把握できず、薬剤や対処の選択肢が狭められてしまい、結果として鎮静を目的とした旧来的な手法をとらざるを得ないという実情が浮かび上がってくる。調査でも明らかとなったように、それは常時意識されるものではなく、実際の現場で遭遇して初めて認識される類のものであり、適切な医療を行ってもらえない、あるいは行えない、という患者と医療従事者の双方に表出する不満でもある。

このような救急医療システムにおける診療情報の不足を補うために、英国では、緊急対応時にGP（一般医）が活用できるための「Pot in the Fridge」というツールが存在する。これは疾患やアレルギー情報、服用している薬剤、通院先や緊急時の連絡先などが記入された用紙を、専用のボトルに封入し、冷蔵庫の中に保管しておく、というシステムである。救急隊はその存在を周知しており、救急搬送時には冷蔵庫を開けてその情報を受診先の医療機関に提供する、という仕組みである。これと同様の試みが東京港区や日の出町、あきる野市、兵庫県相生町、静岡県静岡市、北海道夕張市や小樽市、山梨県道志村、福岡県北九州市、群馬県南牧町、などでも行われている。残念ながら未だ十分な広がりを見せておらず、また精神科に特化したこのようなシステムは存在しないため、現段階では十分な診療情報提供が行われる状態にないのが現状である。

このような現状を踏まえ、緊急対応の際に必要な情報を患者自身が事前に収集しておき、救急対応を担う医療機関に提示することで、より良い安全な医療が受けられる可能性があると考え、今回その研究を行った。

2. 方法

2008年4月～2009年2月まで、医療機関を受診中である、精神疾患を有する患者を対象に、下記の手順で研究を行った。

1) 緊急受診用冊子の作成

救急医療を担当する医師や医療関係者など専門家の意見を集約し、さらに患者家族会の意見を参考にした上で、緊急受診用の冊子を作成した。名称を、「急な診察に役立つ情報試作版東京都用」、通称オレンジノートとした。

2) オレンジノートの配布

協力を了承した診療所や病院、家族会などを通じ、精神疾患を有する患者にオレンジノートを配布し、記入と緊急時の使用を依頼した。

3) アンケートの回収

オレンジノートを使用した感想について、患者と医師の双方からアンケートにて回収を行った。患者側の意見は家族会を通じてアンケート用紙を配布し回収することにより収集した。医師側の意見は、ノートを持参した患者からの依頼を受けた医師が、添付されていた葉書のアンケートに記入し、返送してもらうことによって、ノートを記入した際の意見を収集した。

4) オレンジノートの改訂

アンケートの結果に基づき、オレンジノートの改訂を行った。その際には今後の使用の中心となる可能性が高い、グループホームをはじめとする福祉施設の代表者の意見も取り入れながら行った。

3. 結果と考察

1) オレンジノートの作成結果

専門家や家族会の意見により、別添のオレンジノートが作成された。作成過程では、次のような議論がなされ、さまざまな工夫のもとに作成が行われた。

まず、1ページ目は使用者にその意図が伝わるよう、「ノートの目的」を記載した。その際、強制的な記入とならないよう、「あなたの必要に応じて記入してください。書きたくないところは書かなくて構いません」と記した。さらに個人情報であることから、管理徹底を喚起するため、「このノートには個人情報がたくさん記入しているので、なくさないように用心してください。普段は鍵のかかる引き出しなどにしまっておくことをお勧めします」との文言を加えることとした。

2ページから3ページの「あなたについて」では、情報の新旧を確認するため、記入した年月日を記載することとし、また就労者も非就労者も記載ができるようにするため、「お仕事または昼間通っているところ」という表現とした。状態の安定度を推し量れるようにするため、「いつから通っているか」という項目も設けることとした。さらに、キーパーソンとなる可能性の高い同居者を特定すべく、「誰と住んでいるか」という欄や、入院や緊急時の連絡をとるための「家族の連絡先」という欄も設けた。さらには家族以外で協力してくれる人を特定するため、「緊急連絡先（上記の家族以外）」という項も設定した。

4ページには、どのような治療を望むかという本人や家族の意向を反映させるべく、「ご本人から救急受診の医療機関に伝えたいこと」と「ご家族から救急受診の医療機関に伝えたいこと」という二つの記入欄を設けた。

5から6ページには、本ノートで最も重要な個所である、普段通院している受診先からの情報提供を行うための項目とした。通院先の欄は各医療機関の印鑑やスタンプが押せるように広く設ける工夫も行った。さらに、病気の経過を詳細にするため、初診時や発病時といった初期の情報を加えることとした。さらに、入院治療が必要であるかを判断する時の一つの指標となる過去の入院歴についても記載することとした。また、悪化時のサインは患者個々に特有である場合が少なくないため、「具合が悪いときの症状」が書き加えられるようにした。また、救急医療を行う際に重要な情報となる「身体疾患」や「アレルギー・薬の副作用」の有無を記入できるようにした。最後に記入情報の責任の所在を明らかとするため、記入した医師の署名をすることとした。

7から8ページは、前ページで記載した事項に修正が加えられるように、更新情報の個所として設けた。その際に、記入が医師でなく看護師や精神保健福祉士などである場合もあり、だれでも記入できるように署名欄を設けた。

9から10ページは、東京都に限定した救急医療情報センターの利用方法についてを収載した。これは情報センターの存在を知らないケースを想定し、啓蒙の意味も含めて載せている。ここでは実際の利用に耐えうるように、より具体的にその手順をなるべく詳細に記した。例えば「最初に自動音声案内が応答しますが02と押すと相談員が出ます」や「救急受診する場合は下記のものをご持参下さい」などがそれに当たる。

11ページは救急受診をするほどではないが困ったことがあり相談を行いたい、という方のために、「東京夜間こころの電話相談」の情報提供を行うこととした。

12ページには、今の状態が果たして受診や相談を行うべきなのかを迷うような場合、セルフチェックを行えるように「こころの健康度チェック」を一部改編して記した。

13から14ページには、9から11ページに乗せた相談や受診の際の情報だけでなく、今自分が利用できる社会的な援助をまとめて把握できるよう、「困った時に相談できる場所」として一覧に記載した。

また、背表紙には「急な診察のときに、お薬手帳など、薬の処方わかるものをカバーのポケットに入れて持っていきましょう。」という文言を加えた。これは、議論の過程で「薬の処方が分からないのは困る」が、「情報を毎回更新するのは煩雑であるし、かさ張る」という意見が出たことを反映し、お薬手帳を一緒に持参してもらうよう促している。そのため、ノートのサイズをお薬手帳と同程度とし、またクリアカバーをつけてポケットを設け、そこにお薬手帳が収納できるようにしている。クリアカバーについてはまた、英国や港区などの例に倣って冷蔵庫で保管するという前提に、結露を防止するという目的も併せて考えられた。

2) オレンジノートの配布状況

約3000部のオレンジノートが配布された。配布先は家族会や医療機関、福祉施設が対象であった。

配布するにあたり、使用する患者向けに「オレンジノートを使ってみませんか？」というタイトルのチラシを作成した。これは具体的な手順を、イラストを使用して分かりやすく記したものである。さらに、記入する医師に対しては、「オレンジノートの使用にご協力ください」と題した別のチラシを用意し、協力を依頼することとした。

配布する際には、オレンジノート1冊につき、上記2種類のチラシを同封して配布した。

3) アンケート結果

患者側からは72名、医師側からは43名のアンケート回収があった。

①患者アンケート

アンケートの有効回答は72名であり、うち61名(84.7%)が家族による回答であった。

実際に記入した人数は35名(48.6%)であり、未記入者36名(50.0%)は「病状が安定している」「サポートがある」ため不要であるというものの他、「落とすと不安」という情報管理の問題を理由としたものがいた。

記入をした35名のうち、27名(77.1%)は記入しやすいと回答しており、書きにくさを指摘する人は「昔のことで覚えていない」という理由が多く、内容自体の書きにくさを指摘する人は少なかった。

さらに、医師へ記入を依頼したか否かという設問に対しては、14名(40.0%)のみが依頼したと回答しており、残りの21名は依頼できていない。その理由として、「医師が忙しいので頼みづらい」という回答が圧倒的に多かった。

使用の機会については、急な受診をした2名も含め、ほとんどの回答者が利用することはなかったが、42名(58.3%)は使用することがあれば便利であると回答している。

その一方で、「病状は変化するので役立たない」というノートの機能的な問題や、「一目で分からない」「持ち運びが不便」というノートの利便性を問う声もあった。

また、「後ろに記載されている情報が役に立った」という声は多く、一定の情報提供の効果はあるものと考えられた。

②医師アンケート

43名からの回答があった。書きにくいとした8名(18.6%)は「時間がかかる」との回答が多かったが、その他の多くの医師(35名、81.4%)は書きにくくないと回答しており、通常業務への支障は多くないと考えられる。

有用性については、38名(88.4%)が肯定的であり、一定の評価があった。役立たないと回答した5名は、「患者が忘れる」という利便性の問題と、「普及しない」という定着への疑問が呈された。

また、自由記載による工夫すべき点については、情報の更新について、プリントやリーフレット、シート形式にするなどの改善点が提示された。また、薬歴や英語での表記、家族の連絡先、配色、字の大きさ、自立支援と類似した表記にしたほうが良いのではないかといった、記載事項についても指摘があった。さらに、診療報酬点数化を希望する意見や、患者の持参しやすさを考慮すべきという指摘もあった。

4) オレンジノートの改訂

改訂につき、共同作業所、福祉センター、地域生活支援センターなどの職員からの意見を聴取した。以下にその概要をまとめる。

1. 目的と形態について

まず、オレンジノートの利用目的について、より明確にすべきであるとの意見が多くを占めた。今回作成したノートには、①医療情報があることを知らせる、②診療情報提供が主治医から行われる、③本人と、家族をはじめとする支援者が病状について共同で作業ができる、④緊急受診時の情報が得られる、⑤不調時のセルフチェック、の5つの役割を有していると考えられる。しかし、本来のノートの主旨は①と②であり、③、④、⑤は副次的な目的でしかない。そのため、利便性や記入のしやすさ、情報の管理の問題などを考慮すると、オ

レンジノートを1つではなく2つ以上に分け、また最低限の情報にとどめるべきであろうという指摘があった。具体的には、(A) 本人が持つ、医療情報が自宅にあることや緊急時の連絡先を記した名刺大のカード、(B) 本人、家族、支援者、医師などが記載し、自宅に保管するノート、(C) 緊急時に連絡できる公共機関などの情報、(D) 疾病教育など不調に陥った時の対応、に分けることが提案された。このうち、今回のオレンジノートの目的に合致するものは(A)と(B)であると考えられる。

この分割案で問題となるのが保管についてであるが、それについては原版のオレンジノートで提案された、冷蔵庫に保管するという方法が、情報管理の問題からも望ましいであろうことが確認された。ただし、ノートのままでは緊急時に発見されにくいいため、筒型の専用容器に封入して保管することが推奨された。

2. 記載方法について

記載については、本人が記入するにはやや用語が難解で、また自由記載が多いため、記入を面倒と思う人も出てくるのではないかという意見であった。そのため、ある程度選択式で丸を付けられるようにすることが望ましく、また1.でも述べたが、家族とともに記入できるようにしていくことで、より理解がしやすいのではないかと考えられた。

3. 内容について

内容については、細部にわたり検証された。

まず、主治医に限らず、家族をはじめとする支援者など、普段頼りにしている人や緊急時に連絡してほしい人をキーパーソンとして記入できるようにすべきであろうと提案された。また、本人が書きやすく表現しやすい、「症状が悪化したときの状態」や「よくある悪化時のパターン」、昼間の相談者、デポ剤についての記載や病識の有無、過去の薬剤における効果の有無、普段の日常生活の様子、さらには内科疾患など他の医療情報や服用中の薬剤なども載せると良いのではないかと提案がなされた。

4. その他

防災情報を加えるなど、「非常時キット」という位置づけの方が受け入れられやすいのではないかと、高齢者にも使えるようにした方が普及するのではないかと、合併症の時にも活用されやすいのではないかと、といった意見が出された。

4. 今後の展望

本研究では、救急医療受診時に使用できる冊子（通称オレンジノート）を作成した。調査期間が短く、また安定した患者の多い家族会での配布が中心であったため、実際の使用割合は低いが、患者と医師の双方とも、多くは活用できると回答している。事実、他県から問い合わせがあったり、複数の医療施設から常備を要請されたりと、世間の関心は高いことがうかがわれる。

一方で、情報更新の問題や、情報管理の安全性にはさらに工夫が必要であると考えられる。また、医師側は記入が困難ではないと回答しているものの、患者側が遠慮してしまい、実際に医師側への記入依頼を行えていないという事象が生じていた。オレンジノートが普及するためには、診療報酬化などを行い、患者が遠慮せずに依頼できるようにすることが必要であるのかもしれない。

さらに、実際に精神医療の福祉や行政に携わる方からの意見にもあったが、今回のオレンジノートは全体的に記載量が多く、また自由記載の必要な箇所が多くなったことが改良すべき第一の点であろう。目的ごとにツールを分割する案や、筒状容器への保存など、さらなる工夫が提案された。十分に検討すべき課題であろうと考えられる。

今後は指摘された点を改良することで、さらに利用しやすく簡便な情報提供がなされるようにしていくことが要求されている。また、都道府県による地域差なども考慮し、地域ごとの改訂版が作成されて活用されることも望まれる。

平成20年11月

精神科医療機関で担当医となっておられる先生方へ

救急時に重要な診療情報を伝達するためのツール

オレンジノートの試用にご協力下さい

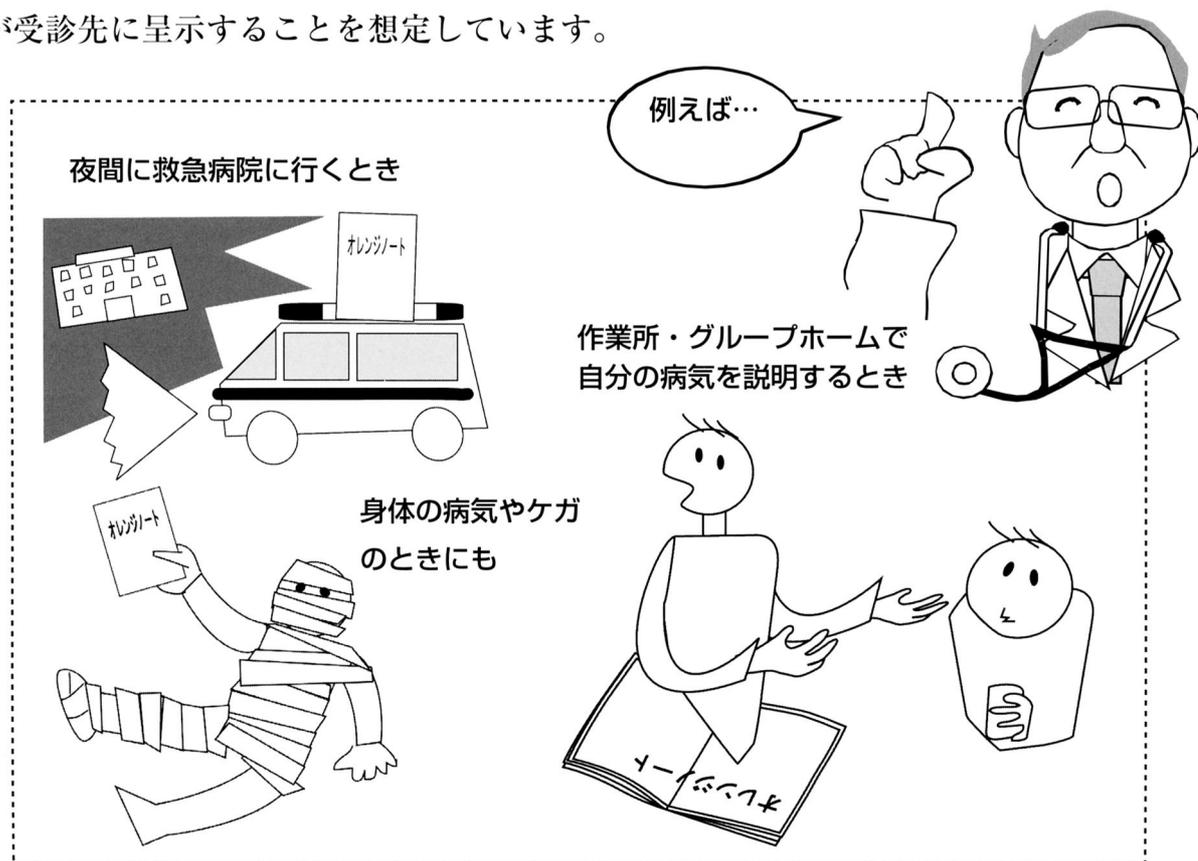
“オレンジノート”は、厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援研究プロジェクト）「精神科の緊急対応を行いやすくするための研究」の一環として、メンタルケア協議会が作成したものです。

今回試作したオレンジノートは、東京都版です。都内にお住まいの方に試しにお使い頂きたいと思えます。

【ノートの目的】

救急診療において、診療情報の不足が大きな障害となっています。治療経過、身体疾患の有無、処方内容、薬剤へのアレルギーの有無などの診療情報が十分でないで診療に手間取るだけでなく、事故のリスクが高まります。

研究班では「重要な診療情報を伝達するツール」として“オレンジノート”に必要な情報を記載しておき、救急受診が必要になった時に、ご本人やご家族が受診先に呈示することを想定しています。





★オレンジノート（試作版・東京都用）は、厚生労働省から補助を受けて行った研究事業で作成しました。

研究事業名：障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援研究プロジェクト）
「医療機関や社会復帰施設が精神障害者の緊急対応を行いやすくするための研究」（代表：羽藤邦利）

連絡先 特定非営利活動法人 メンタルケア協議会

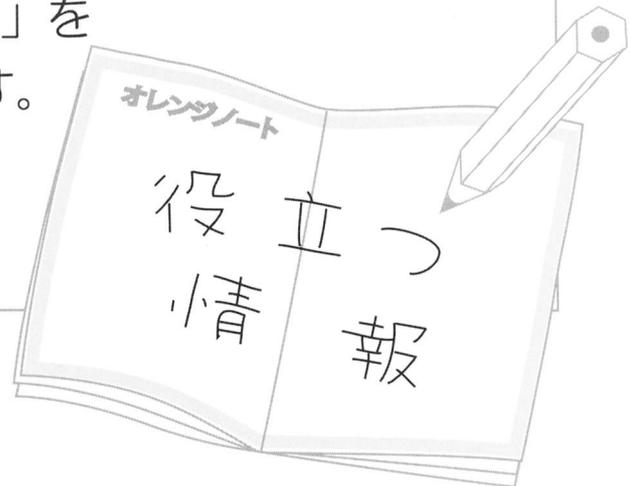
〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-55-14 セントヒルズ代々木403号

TEL：03-5333-6484 FAX：03-5333-6445

ホームページ：<http://www.npo-jam.org/orange>

オレンジノートを使ってみていただけませんか？

「急な診察に役立つ情報」を
記入しておくノートです。



「精神科の救急医療」や「からだの病気の治療」を受けるときには、「これまでの治療内容」や「体に合わない薬」などの情報を伝える必要があります。でも、とっさには、うまく伝えられないものです。

このオレンジノートに大切な情報を記入し、お薬手帳と一緒に持って行けば、急な診察の場面でも必要な情報を正確に伝えられます。

このオレンジノートは、実際に使った方から使い勝手をお聞きして、改良を加えながら、ほんとうに役立つものにしていかなければなりません。ですから、できるだけたくさんの方のご意見をうかがいたいと考えています。

オレンジノートの目的をご理解の上、どうぞ、試しに使ってみて下さい。そしてご意見をお寄せください。

※平成21年2月頃に、オレンジノート使用についてのアンケート調査を予定しております。ご協力のほど、なにとぞよろしくお願いいたします。

平成20年9月吉日

特定非営利活動法人メンタルケア協議会
「精神科緊急対応研究」研究班

代表 羽藤 邦利

使い方は内側⇒



オレンジノートの使い方

①自分や家族で書けるところを書いてみよう。

Q 全部書かなければいけないの？

A 書きたくないことは書かなくてもよいのです。

まず、自分で書けるところを書いてみましょう。

あなたについて

記入年月日 年 月 日

名前 [男女]

年齢 年 月 日

住所

自宅TEL

携帯TEL

お仕事または通学しているところ
行っているところの名前

住所

TEL

いつから行っているか

2ページ

誰と住んでいるか

名前 [続柄]

家族の連絡先

名前

住所

自宅TEL

携帯TEL

緊急連絡先(上記の家族以外)

名前

住所

自宅TEL

携帯TEL

救急受診する医療機関に伝えたいこと
書ける範囲で特様です

●ご本人から救急受診の医療機関に伝えたいこと

●ご家族から救急受診の医療機関に伝えたいこと

3~4ページ

通っているところのスタッフに
書いてもらうのもよいでしょう。

家族の人に書いてもらいましょう。

②主治医の先生に書いてもらおう。

救急受診する医療機関に伝えたいこと

●医師から救急医療機関に伝えたい診療情報

通院先

名前

住所

TEL

病名

初診 昭和・平成 年 月 日

発病 昭和・平成 年 月 日

入院歴 有 無

入院医療機関名	期間

記入した医師名

これまでの経過

具合が悪いときの症状

身体疾患 有 無 病名

アレルギー・薬の副作用 有 無 具体

5~6ページ

オレンジノートと一緒に
「主治医の先生へ」を渡しましょう。

はじめに書いてもらう。

ピンクの紙

あとで追加の情報があったら
書き足してもらおう。

救急受診する医療機関に伝えたいこと

記入年月日	内容	医師名	記入年月日	内容	医師名

7~8ページ

Q お金がかかるの？

A 無料で書いてもらえます。

急な診察のときに、お薬手帳など、薬の処方がわかるものを
カバーのポケットに入れて持っていきましょう。

オレンジノート

急な診察に役立つ情報
＜試作版・東京都用＞



オレンジノート (試作版・東京都用)

発行 特定非営利活動法人 メンタルケア協議会
障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援研究プロジェクト)
「医療機関や社会復帰施設が精神障害者の緊急対応を行い
やすくするための研究」(代表:羽藤邦利)

協力 東京都精神障害者家族会連合会(東京つくし会)

発行日 2008年11月

問い合わせは下記ホームページにて
メンタルケア協議会
<http://www.npo-jam.org/orange>

このノートの目的

急に具合が悪くなって、かかりつけ医療機関ではないところに
受診や相談をしたくなったときにお使いください。

目次

- あなたについて…2
- 救急受診する医療機関に伝えたいこと…4
 - ・ご本人から救急受診の医療機関に伝えたいこと
 - ・ご家族から救急受診の医療機関に伝えたいこと
 - ・医師から救急医療機関に伝えたい診療情報
- 「ひまわり」の中にある
東京都精神科救急医療情報センターの利用の仕方…9
「ひまわり」の中にある東京都精神科救急医療情報センターを利用
される場合にお読みください。
- 東京夜間こころの電話相談の利用の仕方…11
東京夜間こころの電話相談を利用される場合にお読みください。
- こころの健康度チェック…12
「こんなことがあると心が不安定になりがち」ということがあれば、
普段からチェックして対処法を考えておきましょう。
- 困ったときに相談できるところ…13
 - ・日中に利用できる場所



- ・あなたの必要に応じて記入してください。書きたくないところは
書かなくてかまいません。
- ・このノートには個人情報がたくさん記入されているので、なくさ
ないよう用心してください。普段は鍵のかかる引き出しなどにし
まっておくことをお勧めします。

あなたについて

記入 年 月 日

名前 [男 女]

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

住所

自宅TEL

携帯TEL

お仕事または昼間通っているところ

通っているところの名前

住所

TEL

いつから通っているか

誰と住んでいるか

名前

[続柄]

家族の連絡先

名前

住所

自宅TEL

携帯TEL

緊急連絡先（上記の家族以外）

名前

住所

自宅TEL

携帯TEL



救急受診する医療機関に伝えたいこと

.....書ける範囲で結構です.....

●ご本人から救急受診の医療機関に伝えたいこと

●ご家族から救急受診の医療機関に伝えたいこと

3

4



救急受診する医療機関に伝えたいこと

これまでの経過

●医師から救急医療機関に伝えたい診療情報

通院先

名前

住所

TEL

病名

初診 昭和・平成 年 月 日

発病 昭和・平成 年 月 日

入院歴 有 無

入院医療機関名	期間

具合が悪いときの症状

身体疾患 有 無
疾患名

アレルギー・薬の副作用 有 無
具体的に

記入 年 月 日

記入した医師名

印

5

6

救急受診する医療機関に伝えたいこと

記入年月日	内 容	記入者名

7

記入年月日	内 容	記入者名

8

「ひまわり」の中にある
東京都精神科救急医療情報センターの利用の仕方

夜間休日に、精神科の救急が必要な場合に受診できる医療機関をご案内しています。「ひまわり」に電話をして「精神科救急を希望」と言っただけで、精神科救急医療情報センターにつながり、精神科専門相談員がご相談をお受けします。

「ひまわり」の中にある
東京都精神科救急医療情報センター
03-5272-0303 (ひまわり)

開設時間 月曜から金曜日 午後5時～翌朝午前9時
土曜・日曜・祝日 午前9時～翌朝午前9時

最初に自動音声案内が応答しますが、02 と押すと相談員が出ます。更に「精神科の救急をお願いします」というと専門相談員につながります。

東京都精神科救急医療情報センターでは救急医療機関として3つのタイプを用意しています。

①初期救急 (外来診察)

都内3カ所の当番医療機関で行っています。初期救急を利用するには次の5つのことが必要です。

- 外来受診が必要だが、入院が必要なほどの状態ではないこと
- ご自身が受診を希望されていること
- 午後10時までに当番医療機関までご自分たちで行けること
- 飲酒していないこと、覚醒剤などの薬物を使用していないこと
- 急を要する身体疾患がないこと

9

②二次救急 (入院)

都内2カ所の当番病院で行っています。一晩に3ベッドが用意されています。二次救急を利用するには次の5つのことが必要です。

- 入院が必要な状態であるが、警察官が保護しなくてはならない状態 (明らかな自傷他害がある状態) ではないこと
- 入院手続に必要な家族等が同伴できること
- 病院までご自分たちで行けること
- 飲酒していないこと、覚醒剤などの薬物を使用していないこと
- 急を要する身体疾患がないこと

③身体合併症救急 (入院)

都内1カ所の当番病院で行っています。一晩に1ベッドが用意されています。身体合併症救急を利用するには次の5つのことが必要です。

- 精神症状と身体症状があり、精神科病院でも一般病院でも対応できない場合
- 警察官が保護しなくてはならない状態ではないこと
- 入院手続に必要な家族等が同伴できること
- 病院までご自分たちで行けること
- 飲酒していないこと、覚醒剤などの薬物を使用していないこと

専門相談員がお話をおうかがいして、救急医療が必要であることと、救急医療を利用するのに必要な5つを満たしていることを確認できたら、あらかじめ当番医療機関に連絡した上で、当番医療機関をご案内します。

- 必要な確認を行わないと当番医療機関をご案内できません。ご面倒ですが専門相談員が必要な確認を行うのにご協力ください。
- 救急受診する場合は下記のものをご持参ください。

- ①健康保険証
- ②医療費と交通費のためのお金
- ③その他、あれば役立つもの
お薬手帳
オレンジノート、紹介状、診療情報提供書など

10

東京夜間こころの電話相談 の利用の仕方

夜間に、こころの問題で相談したいときには、東京夜間こころの電話相談が利用できます。専門相談員がご相談をお受けします。

多くの方にご利用いただくために、1人1日1回20分間程度の制限を設けています。

東京夜間 こころの電話相談

03-5155-5028

相談時間 毎日 午後5時～午後10時
(受付は9時半まで)



11

こころの健康度チェック



以下のようなことがあれば心が不安定になっているかもしれせん。早めに主治医などに相談してください。

1. 夜、眠れなくて困っている
2. 以前のように物事に集中したり、記憶したりすることができなくなった
3. いつものように明確に考えられなくなった
4. いろんな考えが次々と浮かんで止まらぬ
5. 声が聞こえ始めた
6. 以前は心地良いと感じた人や場所、あるいは事柄に恐怖を感じた
7. 話し方や行動がおかしいと人から言われた
8. いつもより神経質になっている、いつもより心配性になっている
9. 人が私のことについて、話したり笑ったりしていると思える

(『Team Care Solutions』上島国利監修 から改編)



こころが不安定になる前には、人それぞれに「良くあるパターン」があるものです。例えば、嫌なことが思い浮かぶと、その後「うつ」がひどくなるなどです。ご自分の場合、どのようなパターンがありますか？ また、そのようなパターンが起きたときにはどのように対処したら良いのでしょうか。わからない時は主治医に聞いてみてください。

12

困ったときに相談できるところ

.....わからないときは医療機関や施設のスタッフにたずねてみてください.....

●日中に利用できる場所



あなたの主治医や担当スタッフ	
TEL	
あなたの最寄りの保健所や保健福祉センター	
TEL	
東京都立 精神保健福祉センター	平日 9:00~17:00 TEL 03-3842-0946
東京都立 中部総合精神保健福祉センター	平日 9:00~17:00 TEL 03-3302-7711
東京都立 多摩総合精神保健福祉センター	平日 9:00~17:00 TEL 042-371-5560

13

●夜間・休日に利用できる場所



あなたの主治医や担当スタッフ	
TEL	
東京都精神科救急医療情報センター ひまわり <small>※利用の仕方は11ページ参照</small>	平日 17:00~翌9:00 土・日・祝 9:00~翌9:00 TEL 03-5272-0303
東京夜間こころの電話相談 <small>※利用の仕方は13ページ参照</small>	毎日 17:00~22:00 TEL 03-5155-5028
東京 いのちの電話	毎日 24時間 TEL 03-3264-4343
東京多摩いのちの電話	毎日 10:00~21:00 第3金・土は~翌10:00 TEL 042-327-4343
東京自殺防止センター	毎日 20:00~翌6:00 TEL 03-5286-9090

●その他

医療安全支援センター 「患者の声相談窓口」	平日 9:00~12:00 13:00~17:00 TEL 03-5320-4435
高齢者安心電話	毎日 19:00~23:00 TEL 03-5215-7350

14

オレンジノートについてのアンケート

オレンジノート（急な診察に役立つ情報＜試作版・東京都用＞）にご協力いただきありがとうございます。今後の改訂に向け、ご記入いただいたノートのご感想をいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

0. ご回答いただいているのはどなたでしょうか？

本人 ・ 家族 ・ その他（ ）

1. オレンジノートをもらいましたか？

はい ・ いいえ → アンケートは終了です。ありがとうございました。

2. オレンジノートにご自分で記入してみましたか？

はい ・ いいえ → 記入しなかった理由を教えてください（ ）

3. このノートは書きやすかったですか？

はい ・ いいえ → 書きにくかった点を教えてください（ ）

4. 医師に渡して書いてもらいましたか？

はい ・ いいえ → 書いてもらわなかった理由を教えてください（ ）

5. 急な受診をした時など、ノートを使用する機会がありましたか？

使用した ・ 急な受診はしたが使用しなかった ・ 使う機会はなかった

6. （受診の時に使用された場合）実際に使ってみて便利でしたか？

便利だった ・ あまり便利でなかった → 便利でなかった理由を教えてください（ ）

7. （使用しなかった場合）もし使っていたとしたら便利だったと思いますか？

便利だと思う ・ あまり便利だと思わない
→ 便利でないと思う理由を教えてください（ ）

8. その他、もしお気づきの点や工夫すべき点がありましたらお教えてください。

（ ）

ご協力ありがとうございました。

郵便はがき

料金受取人払郵便

代々木支店
承認
2508

差出有効期間
平成22年10月
21日まで

1 5 1 8 7 9 0

2 0 6

東京都渋谷区
代々木1丁目55番14号
セントヒルズ代々木403号

特定非営利活動法人
メンタルケア協議会 行



お名前	職種
連絡先ご住所 〒 □□□-□□□□ <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
連絡先電話番号 - -	FAX番号 - -
勤務先	

オレンジノートにご記入いただいた先生方へ

オレンジノートにご協力いただきありがとうございます。今後の改訂に向け、ご記入いただいたノートのご感想をいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

①このノートは書きやすかったですか？

- 1 それほど書きにくくはない
- 2 書きにくい → 理由をお教えてください

【理由】

記載量が多い・どこに記載すべきか分かりにくい
時間がかかる・普段知らない内容がある
その他 ()

②救急受診時、診察する先生の役に立つと思いますか？

- 1 役立つと思う
- 2 役立つと思う → 理由をお教えてください

【理由】

必要な情報が乏しい・分かりにくい
情報が正確でない・患者が持参を忘れると思う
普及しないと思う・見ている余裕がない
その他 ()

③お気づきの点や工夫すべき点がありましたらお教え下さい。

ご協力ありがとうございました。

平成20年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援研究プロジェクト)
**医療機関や社会復帰施設が
精神障害者の緊急対応を行いやすくするための研究
速報**

平成21年3月31日発行

編集・発行 ● 特定非営利活動法人 メンタルケア協議会

〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-55-14セントヒルズ代々木403

TEL 03-5333-6446 FAX 03-5333-6445

■発行 特定非営利活動法人 メンタルケア協議会
〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-55-14 セントヒルズ代々木403号
TEL 03-5333-6446 FAX03-5333-6445
■平成21年3月31日発行