

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に関する調査」**

**（速報）**

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）

梅田 麻紀（東京大学大学院医学系研究科精神保健

梶原 徹（特定非営利活動法人メンタルケア

菊地 俊暁（慶應義塾大学大学院医学研究科）

杉山 克好（杉山クリニック）

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）

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）

## 要約

1) 地域で生活する精神障害者の緊急対応ニーズを明らかにするためにアンケート調査を行い、「当事者本人」から 1745 枚、「家族」から 1825 枚、「医療機関・福祉施設・行政機関など」から 1080 枚の回答を得た。

2) 精神障害者の8割が、最近の 1 ヶ月の間でも、精神症状や身体症状に関連した様々な「困ったこと」を経験していた。「困ったこと」は、「外来受診」「家族の説得や助言」「本人自身」「電話相談」の順で対応されていたが、対応出来なかった場合も 1 割あった。「外来受診を容易にする」「家族がより良い対応をできるようにする」「本人の解決力を強める」「電話相談出来る」ことが基本として重要であること、対応出来なくて緊急対応が必要になる場合が少なくないことが分かる。

3) 最近1～2年で最も困った出来事でも、公的救急システムの利用は、本人 0.3%、家族 3.2%、施設 7.2%と極めて少なかった。ほとんどは、かかりつけ医、かかりつけ以外の通常医療機関、一般科医療機関など、公的救急システム以外で対応されていた。公的救急システムの利用度が低いのは、認知度が低いこともあるが、公的救急の使い勝手の悪さや、利用することへの不安や抵抗感も大きく関係していると思われる。

4) 本人と家族の緊急対応ニーズは、普段の心理教育や啓発活動、予防対応、日中の相談、定期的訪問、夜間休日の電話相談、緊急時の訪問、移送サービス、レスパイトハウスなどを充実させ、出来るだけ、かかりつけ医や顔見知りの機関など「公的救急システム以外の緊急対応」で対応してもらおうことである。他で対応してもらえない場合に「公的救急システム」の利用を希望するが、もっと使い勝手を良くしてもらいたいと考えている。

5) 医療機関や福祉施設や公的機関は、「地域連携(病病連携、病診連携、医療と福祉の連携、福祉相互の連携)」「診療情報不足を補う仕組み」「(一般科病院で精神障害者が身体を受診できるように)精神障害への偏見をなくすための活動や仕組み」などを充実させて、出来るだけ「公的救急システム以外の緊急対応」で対応出来るようにしたいと考えている。「公的救急システム」には、「自傷他害の恐れが強いケース」「24 条と医療保護入院の谷間に落ちるケース」「身体合併症のケース」など、対応が難しいケースに必ず対応してもらいたいと考えている。

6) 最もニーズが多かった「日中の相談」「夜間休日の電話相談」について検討した。両者とも未整備であり、とりわけ「顔の見える関係で相談出来る仕組み」が不足している。

7) 診療情報不足を補うためのツールとして「(急な診療に役立つ)オレンジノート」を考案した。

公的救急の窓口の広報も兼ねた東京版を試作した。

## 1. 調査の目的

地域で生活する精神障害者が安心して暮らせるためには、精神症状や身体症状で困難に直面した時に、緊急対応(緊急の支援)を受けられるようになっている必要がある。本調査は、障害者本人と家族、施設の視点から緊急対応の現状を明らかにして、緊急対応をより充実させるための方策を考えることを目的に行われたものである。

## 2. 調査の方法と対象

調査は、当事者本人と家族及び精神科関連施設を対象にしたアンケート調査で行った。

アンケート調査票のうち、本人調査票と家族調査票は、家族会の全国組織である「全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）」に協力していただき 11 都道府県の家族会を通して 6710 枚、及び、当事者の組織である「全精連」のご協力を得て 300 枚、合計 7010 枚を配布した。施設調査票については、「みんなねっと」を通して協力をいただいた家族会の 11 都道府県にあるすべての精神科関連施設 5440 箇所へ配布した。回収された調査票は、本人調査票 1745 枚（回収率 25%）、家族調査票 1825 枚（回収率 26%）、施設調査票 1080（回収率 20%）であった。

なお 11 都道府県の内訳は、北海道、青森、宮城、東京、神奈川、茨城、新潟、愛知、徳島、岡山、福岡である。（註. 施設調査票には埼玉県の施設 1 箇所の回答があった）

回収した本人調査票、家族調査票ともに、「本人」の年齢は、30 歳代、40 歳代、50 歳代の順であった（図 1）。家族調査票に回答した「家族」の年齢は 60 歳代、70 歳代、50 歳代の順であった（図 2）。

施設調査票に回答した施設の種類は、精神科病院、精神科診療所、通所授産施設、保健所、など多岐に渡る（表 1）。分析にあたっては、施設を「精神科病院」、「無床病院・診療所」、「福祉施設・行政機関など」の 3 群に分けて行った。

図1 本人調査票の回答者年齢

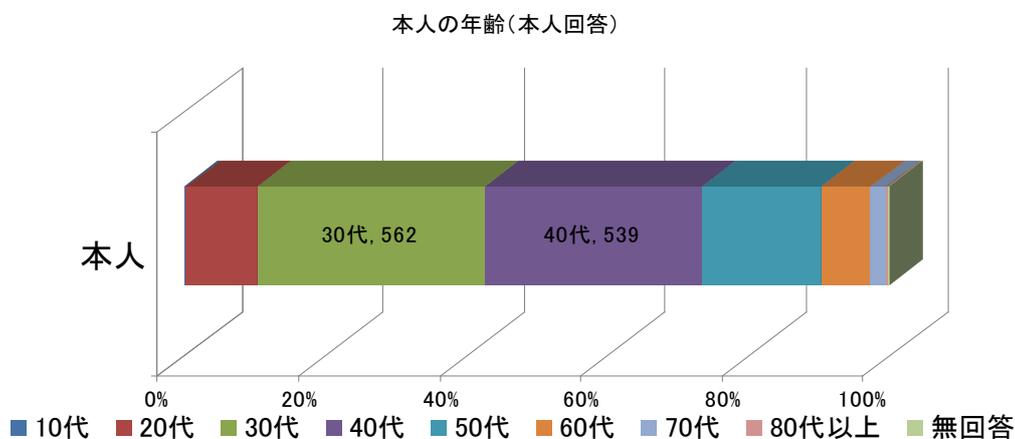


図2 家族調査票の回答家族と対象者本人の年齢

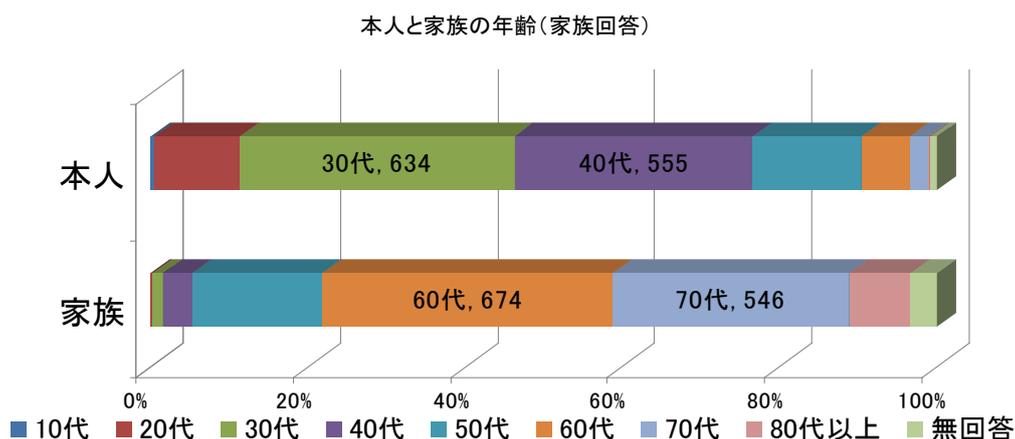


表1 調査施設の種類の回答数

施設名	件数	施設名	件数
病院(精神科病床有り)	80	通所授産(就労移行)	12
病院(精神科病床なし)	29	共同作業所	94
診療所	252	地域活動支援センター(相談支援事業所)	126
訪問看護ステーション	0	就業・生活支援センター	9
訪問介護ステーション	0	保健所・保健センター	66
退院支援施設	1	福祉事務所・福祉課	97
グループホーム	125	援護療 ケアホーム 旧生活訓練施設	34
救護施設	23	その他	22
自律訓練施設	11	不明	9
通所授産(就労継続)旧授産	90	合計	1080

### 3. 調査結果

#### 1) 最近1ヶ月間にあった困ったこと、それにどう対応したか

最近の1ヶ月間でリストに示すような「困ったこと」がありましたか?と質問したところ、当事者本人の多くが「困ったこと」を経験していることが分かった(図3-1)。「不安やイライラ」「後悔や不満」を6割強の人が経験し、「幻聴や妄想の強まり」3割弱、「希死念慮」2割、「暴力・器物破損」は1割の方が経験していることがわかった。「身体の具合の悪さ」や「薬の副作用」も1/3の方が経験していた。これらの困ったことを一人あたり何項目経験しているかを見ると(図3-2)、全く経験していない者は2割前後に留まり、平均で3.5項目前後を経験していた。家族よりも本人の方が若干多く、家族も知らないところで困っていることもあることが示唆された。

次に、そのような「困ったこと」にどう対応したか?質問したところ、回答で最も多かったのは「外来受診」と「家族の説得や助言」で、次いで「家族以外の説得や助言」「本人で解決」「電話相談」「入院」などであった。「対応出来なかった」も1割弱あった(図4)。精神障害者が日常生活を送る上で、「外来受診」が重要なこと、それと併せて「家族の説得や助言」、「家族以外の説得や助言」、「本人で解決」など医療以外の対応が重要であることが分かる。

図3 精神症状・身体症状に関する困ったこと(最近1ヶ月間)

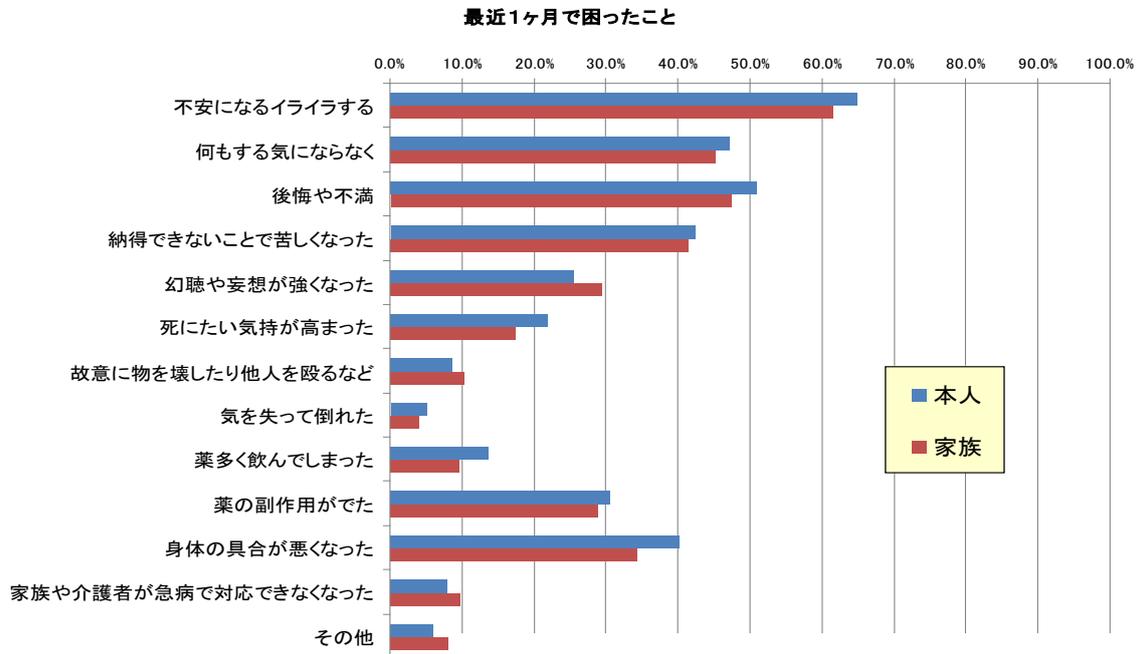


図3-2 最近1ヶ月で困ったことの項目数

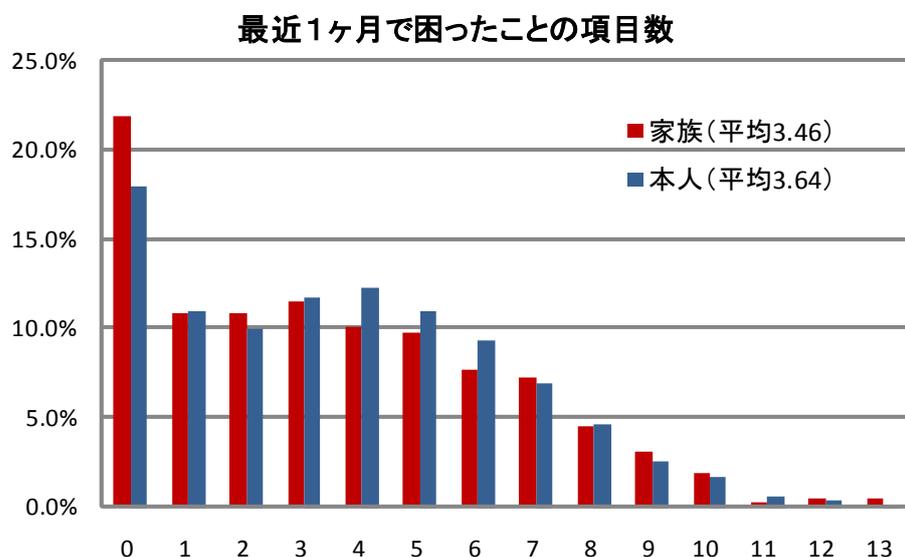
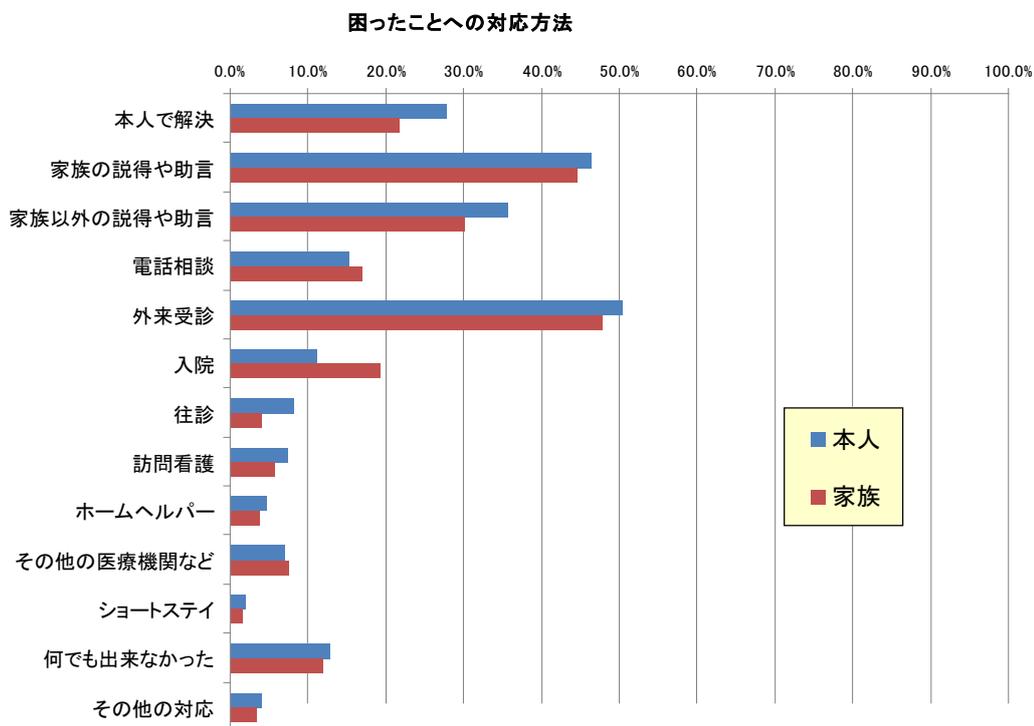


図4 精神症状や身体症状に関する困ったことに対応した方法



## 2) 公的精神科救急窓口の利用度、認知度

“お住まいの地域にある「公的精神科救急窓口」を利用したことがありますか?”、“利用の仕方を知っていますか?”と質問したところ、公的救急システムを利用経験は、本人14.6%、家族10.8%、施設2~3割(施設の種類によって違い)、利用の仕方を知っている(良く知っている、まあまあ知っている)割合は、本人17.7%、家族30.9%、施設5~7割(施設の種類によって違い)であった。本人、家族の利用経験、認知度はともに低く、施設の利用経験、認知度は高くはなかった。

図5-1 公的精神科救急窓口の利用経験(本人・家族)

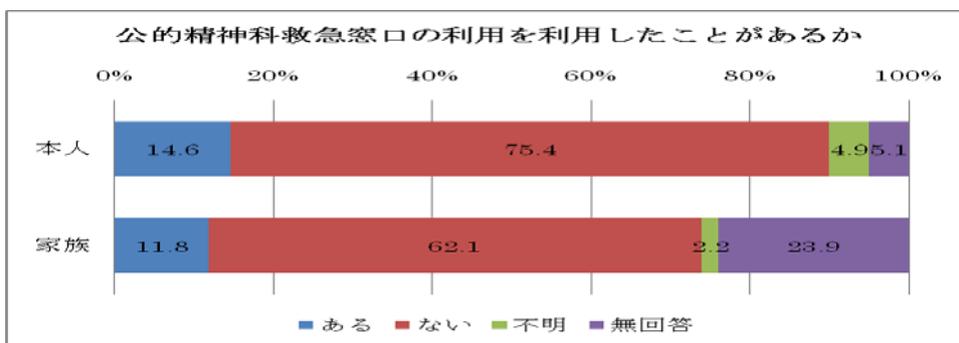


図5-2 公的精神科救急窓口の利用方法の認知度(本人・家族)

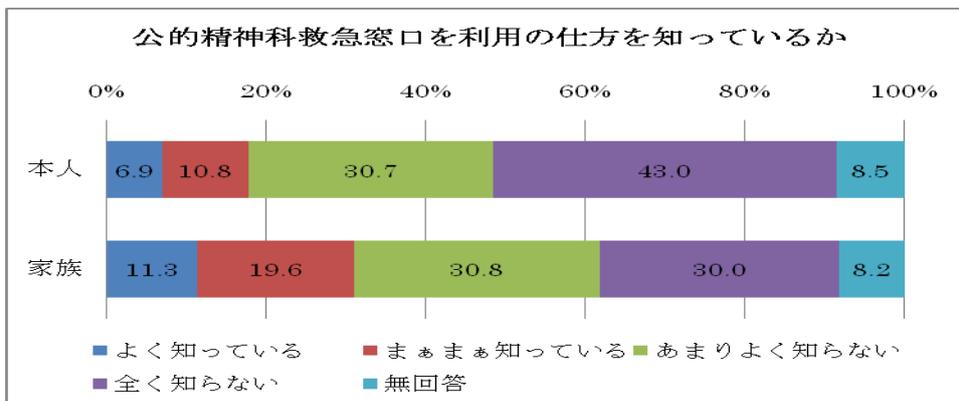


図6-1 公的精神科救急窓口を利用したことがあるか(施設種類別)

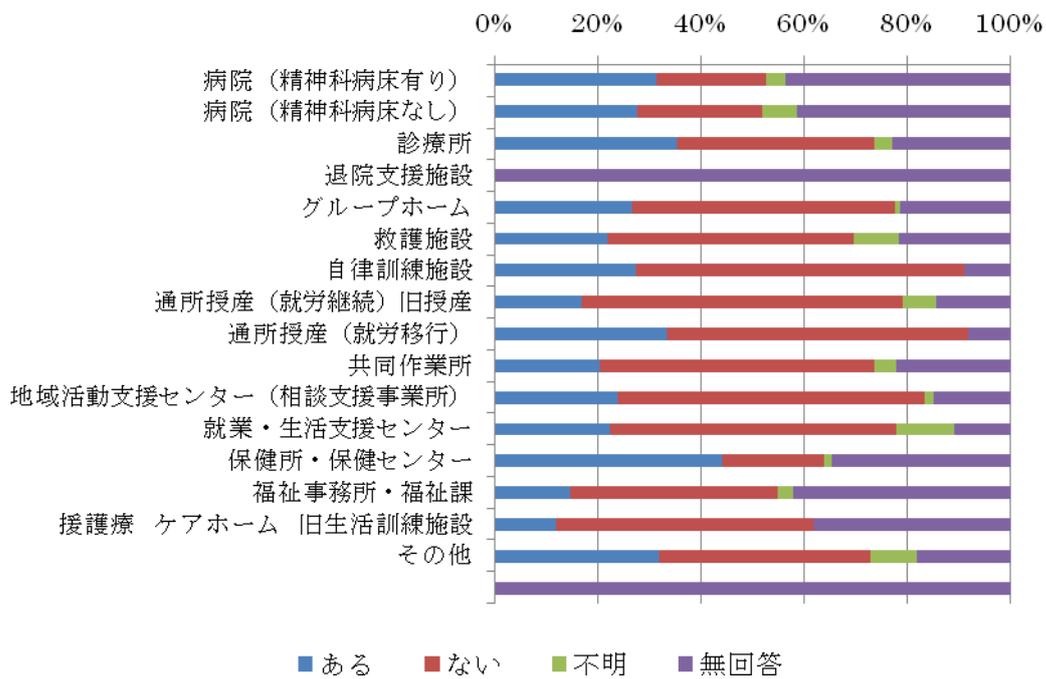
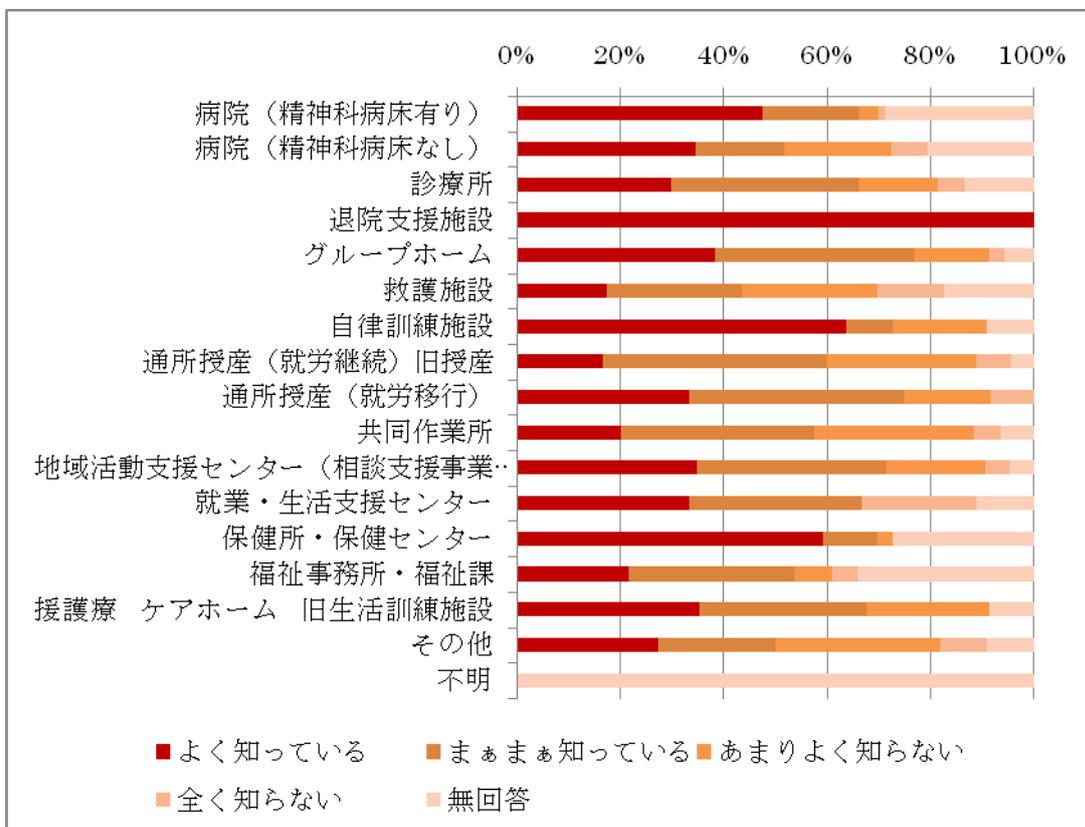


図6-2 公的精神科救急窓口の利用方法を知っているか(施設種類別)



### 3) 現状の精神科救急システムについての不満や要望

調査票に自由記載欄を設け、公的救急システムについて不満に感じていることや、地域生活をしてゆく上で欲しい緊急対応サービスについて記載してもらったところ、様々な不満や要望が収集された。

#### a) 記載率

本人、家族の不満や要望のうちで、「公的救急システムに関する」記載率(延べ)は、本人 12.8%、家族 15.1%で、少なかったが、「公的救急システム以外の緊急対応に関する」記載率(延べ)は、本人 118.1%、家族 137.1%で、大変に多かった。他方、施設では、「公的救急システムに関する」記載率(延べ)91.7%、「公的救急システム以外の緊急対応に関する」記載率(延べ)103.5%で、両者はほぼ拮抗していた。これらのことから、本人・家族は、施設と比べて、公的救急システムに対する不満や要望が顕著に少ないことが分かった。

#### b) 公的救急に対する不満や要望

本人、家族の「公的救急システムに対する」不満や要望の内容は「システムの利用条件が厳しい」「窓口の能力が低い、対応が悪い」「当番医療機関が遠い」「診察までに時間が掛かる」の順で、主に“使い勝手の悪さ”が取り上げられていた。それに対して、施設の「公的救急システムに関する」不満や要望の内容は「当番医療機関まで遠い」「措置以外の救急システムの未整備」「システムの利用条件が厳しい」「窓口の能力が低い、対応が悪い」「身体合併症を扱えない」「深夜外来を扱わない」「超短期入院を扱わない」「24 条と医療保護の谷間に落ちるケースがある」の順で、“使い勝手の悪さ”と併せて“対応出来ないケースがある”ことが取り上げられていた。

#### c) 公的救急システム以外の緊急対応に対する不満や要望

「公的救急システム以外の緊急対応に対する」本人の不満や要望で最も多かったのは「定期的な訪問」、次いで「こころの相談、医療相談等の電話相談サービス」「日中に相談出来る場所や人」「救急システムについての広報不足」「レスパイトハウス、ショートステイ」の順であった。家族の不満や要望で最も多かったのは「日中に相談出来る場所や人」、次いで「定期的訪問」「救急システムについての広報不足」「レスパイトハウス、ショートステイ」「移送サービス」「こころの相談、医療相談等の電話相談サービス」の順であった。他方、施設の不満や要望は施設の種類の違っていた。施設のうち精神科病院では「地域連携が不十分」「こころの電話相談、医療相談等の電話相談サービス」の順であった。精神科病床を持たない病院・診療所では「日中に救急で受け入れる病床が少ない」「こころの電話相談、医療相談等の電話相談サービス」「レスパイトハウス、ショートステイ」の順であった。福祉施設・行政機関などでは、最も多かったのは「こころの電話相談、医療相談等の電話相談サービス」で、次いで「レスパイトハウス、ショートステイ」「地域連携が不十分」「予防対応が不十分」の順であった。施設に共通していたのは夜間の電話相談サービスが重視されていることであった。

表2 公的精神科救急システムについての不満・要望

	本人調査 票(476/ 1745)	家族調査 票(663/ 1825)	施設合計 (519/1080)	精神科有床病 院(30/80)	精神科無床 病院・診療 所(137/ /719)	福祉施設・行 政機関(352 /719)
	数 (%)	数 (%)	数 (%)	数 (%)	数 (%)	数 (%)
<b>① 公的救急窓口の問題点</b>						
措置以外の救急システム未整備	0 (0)	4 (0.6)	<b>62 (11.95)</b>	<b>15 (50)</b>	<b>6 (4.38)</b>	<b>41 (11.65)</b>
精神科専用窓口なし	4 (0.84)	2 (0.3)	7 (1.35)	1 (3.33)	1 (0.73)	5 (1.42)
窓口がつかない	3 (0.63)	4 (0.6)	13 (2.5)	2 (6.67)	<b>3 (2.19)</b>	8 (2.27)
窓口の能力が低い・対応が悪い	16 (3.36)	6 (0.9)	25 (4.82)	7 (23.33)	10 (7.3)	8 (2.27)
システム利用条件が厳しい(通院病院あれば 受けない、精神科医からしか受けない、重症 以外は受けないなど)	<b>8 (1.68)</b>	<b>25 (3.77)</b>	<b>60 (11.56)</b>	<b>6 (20)</b>	<b>22 (16.06)</b>	<b>32 (9.09)</b>
入院に家族の同伴を求められる	0 (0)	2 (0.3)	13 (2.5)	0 (0)	5 (3.65)	8 (2.27)
外来でも家族の同伴を求められる	0 (0)	0 (0)	8 (1.54)	0 (0)	<b>3 (2.19)</b>	5 (1.42)
受け入れルールが不明瞭	0 (0)	0 (0)	6 (1.16)	0 (0)	2 (1.46)	4 (1.14)
その他、公的救急窓口の問題点	0 (0)	5 (0.75)	9 (1.73)	0 (0)	0 (0)	9 (2.56)
<b>② 救急当番医療機関の問題点</b>						
ベッド不足	0 (0)	4 (0.6)	42 (8.09)	1 (3.33)	14 ( <b>10.22</b> )	27 (7.67)
当番医療機関が遠い	<b>4 (0.84)</b>	<b>19 (2.87)</b>	<b>73 (14.07)</b>	1 (3.33)	18 (13.14)	<b>54 (15.34)</b>
診察までに時間が掛かる	<b>12 (2.52)</b>	<b>7 (1.06)</b>	<b>10 (1.93)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>3 (2.19)</b>	<b>7 (1.99)</b>
身体合併症を扱えない	0 (0)	1 (0.15)	<b>22 (4.24)</b>	1 (3.33)	7 (5.11)	<b>14 (3.98)</b>
アルコール・薬物を扱わない	0 (0)	0 (0)	9 (1.73)	0 (0)	1 ( <b>0.73</b> )	8 (2.27)
人格障害を扱わない	0 (0)	0 (0)	5 (0.96)	0 (0)	2 (1.46)	3 (0.85)
高齢者を扱わない	0 (0)	0 (0)	3 (0.58)	0 (0)	2 ( <b>1.46</b> )	1 (0.28)
その他の扱わないケース(発達障害、MR、身 体障害者、リピーター、初発ケース、住所不 24条と医療保護入院の谷間に落ちるケース	0 (0)	2 (0.3)	13 (2.5)	0 (0)	2 (1.46)	11 (3.13)
深夜外来を行わない	0 (0)	2 (0.3)	<b>18 (3.47)</b>	<b>0 (0)</b>	5 (3.65)	<b>13 (3.69)</b>
深夜の入院を扱わない	0 (0)	1 (0.15)	5 (0.96)	0 (0)	0 (0)	5 (1.42)
超短期入院を扱わない	0 (0)	2 (0.3)	<b>17 (3.28)</b>	<b>2 (6.67)</b>	4 (2.92)	<b>11 (3.13)</b>
往診をしない	0 (0)	9 (1.36)	15 (2.89)	0 (0)	1 ( <b>0.73</b> )	14 (3.98)
公的病院の役割が弱い	0 (0)	0 (0)	<b>15 (2.89)</b>	1 (3.33)	6 (4.38)	<b>8 (2.27)</b>
総合病院の精神科対応能力が弱い	0 (0)	2 (0.3)	7 (1.35)	2 (6.67)	2 ( <b>1.46</b> )	3 (0.85)
その他、救急当番医療機関の問題点	14 (2.94)	2 (0.3)	7 (1.35)	1 (3.33)	3 (2.19)	3 (0.85)

※ 施設合計の右3列は、施設を3つに分けた種類毎の内訳である

表3 公的精神科救急医療システム以外の救急対応についての不満・要望

	本人調査票 (476/1745)	家族調査票 (663/1825)	施設合計 (519/1080)	精神科有 床病院(30 /80)	精神科無床 病院・診療 所(137/ )	福祉施設・ 行政機関 (352/719)
	数 (%)	数 (%)	数 (%)	数 (%)	数 (%)	数 (%)
<b>③ 救急システムのバックアップシステム</b>						
救急システム利用についての広報不足	60 (12.61)	86 (12.97)	28 (5.39)	1 (3.33)	10 (7.3)	17 (4.83)
移送サービスがない	8 (1.68)	56 (8.45)	36 (6.94)	2 (6.67)	7 (5.11)	27 (7.67)
訪問サービスがない	1 (0.21)	21 (3.17)	27 (5.2)	0 (0)	6 (4.38)	21 (5.97)
行政サービスの夜間窓口なし	0 (0)	0 (0)	7 (1.35)	1 (3.33)	2 (1.46)	4 (1.14)
本人の診療情報不足を補う仕組みがない	1 (0.21)	2 (0.3)	17 (3.28)	0 (0)	3 (2.19)	14 (3.98)
夜間の薬局がない	0 (0)	0 (0)	2 (0.39)	0 (0)	2 (1.46)	0 (0)
警察が協力してくれない	0 (0)	7 (1.06)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他、バックアップシステムの問題点	0 (0)	0 (0)	19 (3.66)	5 (16.67)	5 (3.65)	9 (2.56)
<b>④ 救急医療以外の救急サービス</b>						
レスパイトハウス、ショートステイ(本人以外の利用も含む)	21 (4.41)	59 (8.9)	50 (9.63)	3 (10)	13 (9.49)	34 (9.66)
ナイトケア、ナイトホスピタル、その他居場所の提供	0 (0)	62 (9.35)	36 (6.94)	3 (10)	13 (9.49)	20 (5.68)
こころの相談、医療相談等の電話相談サービス	139 (29.2)	48 (7.24)	100 (19.27)	3 (10)	13 (9.49)	84 (23.86)
その他、救急医療以外の救急サービス	0 (0)	1 (0.15)	7 (1.35)	0 (0)	0 (0)	7 (1.99)
日中の医療機関の問題	9 (1.89)	46 (6.94)	—	—	—	—
日中に相談できる場所や人	129 (27.1)	202 (30.47)	—	—	—	—
<b>⑤ 夜間休日に診療する医療機関の問題点</b>						
夜間休日に診療する医療機関の情報がない	20 (4.2)	9 (1.36)	7 (1.35)	0 (0)	4 (2.92)	3 (0.85)
夜間休日に入院を受け入れる医療機関が少ない	10 (2.1)	22 (3.32)	21 (4.05)	2 (6.67)	9 (6.57)	10 (2.84)
夜間休日に外来を受け入れる医療機関が少ない	4 (0.84)	17 (2.56)	22 (4.24)	2 (6.67)	2 (1.46)	18 (5.11)
通院患者以外の夜間休日受診拒否	0 (0)	1 (0.15)	7 (1.35)	2 (6.67)	1 (0.73)	4 (1.14)
その他、夜間休日に診療する医療機関の問題点	0 (0)	1 (0.15)	1 (0.19)	0 (0)	0 (0)	1 (0.28)
<b>⑥ 救急予防</b>						
予防対応が不十分(患者教育、家族支援、福祉職員の能力)	1 (0.21)	5 (0.75)	25 (4.82)	0 (0)	2 (1.46)	23 (6.53)
地域連携が不十分(病病、病診、医療と福祉と行政、日中と夜間救急)	1 (0.21)	12 (1.81)	37 (7.13)	5 (16.67)	8 (5.84)	24 (6.82)
予約制のために急な外来受診が出来ない	0 (0)	0 (0)	7 (1.35)	0 (0)	2 (1.46)	5 (1.42)
日中に救急で受け入れる病床が少ない(日中の公的救急含む)	2 (0.42)	7 (1.06)	28 (5.39)	1 (3.33)	14 (10.22)	13 (3.69)
精神障害への偏見による受け入れ困難(他科医療機関など)	4 (0.84)	11 (1.66)	9 (1.73)	1 (3.33)	2 (1.46)	6 (1.7)
主治医・通院先の夜間休日対応が不十分	4 (0.84)	38 (5.73)	16 (3.08)	0 (0)	2 (1.46)	14 (3.98)
定期的訪問	144 (30.25)	100 (15.08)	—	—	—	—
引きこもり・受診拒否への対応	4 (0.84)	59 (8.9)	—	—	—	—
その他の救急予防	0 (0)	37 (5.58)	28 (5.39)	0 (0)	1 (0.73)	27 (7.67)

※ 施設の右3列は、施設を3つに分けた種類毎の内訳である

#### 4) 最近1～2年間で最も困った出来事

##### ①「最近1～2年間で最も困った出来事」の内訳

緊急度が高い事例がどのように対応されているか、現状の対応にどのような課題があるかをみるために、アンケート調査で「最近1～2年間で最も困った出来事」を収集した。本人調査票から345例、家族調査票から248例、施設調査票から528例、合計1121例を収集できた。収集された事例の問題は、「幻覚妄想・昏迷・奇異行動」、「興奮・錯乱・躁状態」、「暴力・器物破損」が過半数を占めていた、次いで「自殺企図・念慮・自傷」、「不安・焦燥・抑うつ」、身体症状、大量服薬、身体合併症などであった。自傷他害のおそれのあるものも含まれ、殆どが緊急性の高い事例であった（表4）。

表4 最近1～2年間で最も困った出来事の「問題の種類」

本人の主要な問題	本人調査票		家族調査票		施設合計		精神科有床病院		精神科無床病院・診療		福祉施設・行政機関	
	例数	割合	例数	割合	例数	割合	例数	割合	例数	割合	例数	割合
相談希望	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療機関紹介希望	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
相談機関紹介希望	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
意識障害	5	1.4%	1	0.4%	18	3.4%	1	2.9%	1	0.7%	16	4.5%
けいれん発作	7	2.0%	2	0.8%	4	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.1%
暴力・器物破損	11	3.2%	31	12.5%	66	12.5%	7	20.6%	7	5.0%	52	14.6%
自殺企図・念慮・自傷	16	4.6%	14	5.6%	58	11.0%	3	8.8%	22	15.8%	33	9.3%
幻覚妄想・昏迷・奇異行動	93	27.0%	62	25.0%	120	22.7%	6	17.6%	38	27.3%	76	21.4%
興奮・錯乱・躁状態	48	13.9%	56	22.6%	89	16.9%	10	29.4%	33	23.7%	46	13.0%
不安・焦燥・抑うつ	92	26.7%	34	13.7%	41	7.8%	1	2.9%	9	6.5%	31	8.7%
無断外出・徘徊・家出	3	0.9%	10	4.0%	21	4.0%	0	0.0%	1	0.7%	20	5.6%
ひきこもり	0	0.0%	1	0.4%	4	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.1%
居座りなどの逸脱行為	0	0.0%	1	0.4%	7	1.3%	0	0.0%	1	0.7%	6	1.7%
睡眠障害	3	0.9%	3	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
拒食・過食	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
薬切れ	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
薬副作用	11	3.2%	6	2.4%	5	0.9%	0	0.0%	2	1.4%	3	0.8%
大量服薬	6	1.7%	6	2.4%	32	6.1%	1	2.9%	16	11.5%	15	4.2%
身体合併症	5	1.4%	5	2.0%	18	3.4%	4	11.8%	6	4.3%	8	2.3%
身体症状のみ	22	6.4%	7	2.8%	32	6.1%	0	0.0%	2	1.4%	30	8.5%
その他	22	6.4%	9	3.6%	13	2.5%	1	2.9%	1	0.7%	11	3.1%
合計	345	100.0%	248	100.0%	528	100.0%	34	100.0%	139	100.0%	355	100.0%

※ 施設の右3列は、施設を3つに分けた種類毎の内訳である。

②「最も困った出来事」はどのように対応されていたか

「最も困った出来事」がどのように対応されたのか、対応の内訳を表5に示してある。公的救急で対応されていたものは、緊急性が高い事例が多かったにも関わらず、僅かに、本人調査票事例0.3%、家族調査票事例3.2%、施設調査票事例7.2%、平均4.2%（47例／1121例）に過ぎなかった。残りは公的救急システム以外で対応されていた。「公的救急システム以外で対応した」ものについて、その概要を、「表5 簡略版」に示してある。主には、「かかりつけ医」または「自院」、「かかりつけ医以外」、「一般病院・合併症」、「本人；自分で、家族；家族で、福祉施設；自施設で」であった。「かかりつけ医が対応」の割合を多いと見るかどうかは評価が分かれるだろう。「一般病院・合併症」で対応したケースが多いことも注目される。

表5 最近1～2年間で最も困った出来事はどのように対処されたか

	本人調査票		家族調査票		施設		精神科病院		無床病院・診療所		福祉施設・行政機関	
<b>公的救急システムで対応した</b>												
措置・緊急措置	1	0.3%	5	2.0%	24	4.5%	0	0.0%	7	5.0%	17	4.8%
初期救急	0	0.0%	1	0.4%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
二次救急	0	0.0%	2	0.8%	12	2.3%	1	2.9%	5	3.6%	6	1.7%
合併症	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%
小計	1	0.3%	8	3.2%	38	7.2%	1	2.9%	13	9.4%	24	6.8%
<b>公的救急システム以外で対応した</b>												
かかりつけ医療機関・自院 外来	61	17.7%	48	20.0%	65	13.3%	21	63.6%	18	14.3%	26	7.9%
かかりつけ医療機関・自院 入院	24	7.0%	29	12.1%	38	7.8%	0	0.0%	0	0.0%	38	11.5%
かかりつけ医療機関・自院 電話相談	33	9.6%	6	2.5%	6	1.2%	0	0.0%	2	1.6%	4	1.2%
自社会復帰施設対	0	0.0%	1	0.4%	19	3.9%	0	0.0%	0	0.0%	19	5.7%
自社会復帰施設電	15	4.4%	2	0.8%	5	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.5%
他院・精神・入院	15	4.4%	19	7.9%	106	21.6%	6	18.2%	55	43.7%	45	13.6%
他院・精神・外来	13	3.8%	4	1.7%	18	3.7%	0	0.0%	4	3.2%	14	4.2%
他院 電話相談	2	0.6%	2	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
他院・合併症入院	0	0.0%	0	0.0%	16	3.3%	1	3.0%	2	1.6%	13	3.9%
他院・一般・入院	4	1.2%	5	2.1%	48	9.8%	1	3.0%	16	12.7%	31	9.4%
他院・一般・外来	24	7.0%	13	5.4%	22	4.5%	0	0.0%	4	3.2%	18	5.4%
家族で対応	43	12.5%	76	31.7%	4	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.2%
往診・訪問	2	0.6%	5	2.1%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.8%	0	0.0%
知人の援助	6	1.7%	4	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他の電話相談	3	0.9%	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
頓服で	31	9.0%	1	0.4%	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
自分で	31	9.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
家族会・ピアサポー	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
対応できず	29	8.4%	11	4.6%	68	13.9%	4	12.1%	16	12.7%	48	14.5%
その他(警察、保健所など)	6	1.7%	13	5.4%	72	14.7%	0	0.0%	8	6.3%	64	19.3%
不明	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
小計	344	99.7%	240	96.8%	490	92.8%	33	97.1%	126	90.6%	331	93.2%
総計	345	100.0%	248	100.0%	528	100.0%	34	100.0%	139	100.0%	355	100.0%

※ 施設の右3列は、施設を3つに分けた種類毎の内訳である。

表5 簡略版 「公的救急システム以外で対応した」ものの内訳の概要

	かかりつけ医 (入院・外来・電話 相談)	自院で・自施 設で (入院・外来・電話 相談)	かかりつけ医 以外 (入院・外来・電話 相談)	一般病院 (入院・外来) 合併症病床 (入院)	本人；自分 で・頓服で 家族；家族で
本人	34.3%	－	8.8%	8.2%	18.0%
家族	34.6%	－	10.4%	7.5%	31.7%
精神科病院	－	63.6%	18.2%	6.0%	－
精神科病床 なしの病院・ 診療所	－	15.9%	43.7%	17.5%	－
福祉施設・行 政機関	20.6%	7.2%	17.8%	18.7%	(本人・家族 で対応 1.8%)

### ③「最も困った出来事」の対応での不満や要望

“「最も困った出来事」で対応に困ったこと、大変だったこと、どのようなことがあればもっとうまく対応出来たと思いますか？”という質問を設けたところ、得られた回答は、前述の「自由記載欄」に記載されていた内容と相違している部分もあった。

#### <不満や要望の記載率>

「公的救急システムに関する」不満や要望の記載率(延べ)は、本人 0.3%、家族 4%、施設 14.8%と少なかったのに対して、「公的救急システム以外の緊急対応に関する」記載率(延べ)は、本人 25.5%、家族 185.1%、施設 99.6%と多かった。「公的救急システムに関する」記載率(延べ)が少ないのは、公的救急システムを利用した人が少なかったこと、認知度が低いことも関係しているが、利用したいと思っている人が少ないということもあるのではないかと(表6)。

表6 公的救急を利用した数、公的救急を利用しようとして出来なかった数

	公的救急システム を利用した	利用しようとして 利用出来なかった	合計 %
本人調査票 345 例	1 例	2 例	0.9%
家族調査票 248 例	8 例	5 例	5.2%
通所施設など 528 例	24 例	24 例	9.1%

<最も困った出来事での「公的救急システム」に対する不満や要望> (表7)

本人の「公的救急システムに対する」不満や要望の内容は、「システムの利用条件が厳しい」「窓口の能力が低い、対応が悪い」であった。家族の不満や要望の内容は「診察までに時間が掛かる」「当番医療機関が遠い」「窓口の能力が低い、対応が悪い」の順であった。主には“使い勝手”の悪さが取り上げられていた。それに対して施設の不満や要望の内容は「ベッド不足」「入院に家族の同伴が求められる」「身体合併症を扱えない」「24 条と医療保護入院の谷間に落ちるケースがある」「システムの利用条件が厳しい」の順であった。「遠い」「時間が掛かる」と言った“使い勝手”のことよりも、“必要なケースに対応しない”ことが問題にされていた。緊急事態では、“使い勝手”よりも“必要なケースに対応する”ことが、より重要になるということであろう。

表7. 「最近1～2年間で最も困った出来事」での「公的精神科救急システムの問題」

	本人調査票(345例)		家族調査票(248例)		施設合計(528例)		精神科有床病院(34例)		精神科無床病院・診療所(139例)		福祉施設・行政機関(355例)	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
<b>① 公的救急窓口の問題点</b>												
措置以外の救急システム未整備	0	0.0%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	1	0.7%	2	0.6%
精神科専用窓口なし	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
窓口がつかまらない	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	1	2.9%	1	0.7%	0	0.0%
窓口の能力が低い・対応が悪い	1	0.3%	2	0.8%	3	0.6%	0	0.0%	1	0.7%	2	0.6%
システム利用条件が厳しい(通院病院であれば受けない、精神科医からしか受けない、重症以外は受けないなど)	1	0.3%	1	0.4%	6	1.1%	0	0.0%	3	2.2%	3	0.8%
入院に家族の同伴を求められる	0	0.0%	0	0.0%	8	1.5%	0	0.0%	4	2.9%	4	1.1%
外来でも家族の同伴を求められる	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
受け入れルールが不明瞭	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他、公的救急窓口の問題点	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
<b>② 救急当番医療機関の問題点</b>												
ベッド不足	0	0.0%	0	0.0%	12	2.3%	1	2.9%	8	5.8%	3	0.8%
当番医療機関が遠い	0	0.0%	2	0.8%	5	0.9%	0	0.0%	2	1.4%	3	0.8%
診察までに時間が掛かる	0	0.0%	5	2.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
身体合併症を扱えない	0	0.0%	0	0.0%	7	1.3%	1	2.9%	0	0.0%	6	1.7%
アルコール・薬物を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	6	1.1%	2	5.9%	1	0.7%	3	0.8%
人格障害を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
高齢者を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他の扱わないケース(発達障害、MR、身体障害者、リピーター、初発ケース、住所不定など)	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
24条と医療保護入院の谷間に落ちるケースがある	0	0.0%	0	0.0%	7	1.3%	0	0.0%	1	0.7%	6	1.7%
深夜外来を行わない	0	0.0%	0	0.0%	4	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.1%
深夜の入院を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
超短期入院を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.8%
往診をしない	0	0.0%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.8%
公的病院の役割が弱い	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
総合病院の精神科対応能力が弱い	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
その他、救急当番医療機関の問題点	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
回答者数	345		248		528		34		139		355	

※ 施設の右3列は、施設を3つに分けた種類毎の内訳である

＜「最も困った出来事」での「公的救急システム以外の緊急対応」に対する不満や要望＞  
(表8、表9)

「最も困った出来事」での本人の不満・要望

本人の不満・要望は少なかった。「最も困った出来事」では本人自らが対応を求めることは少なく、“対応される対象”となっていることが多いためであろう。不満・要望の中で主なものは、「こころの相談、医療相談等の電話相談サービス」(8%)、「予防対応が不十分」(4%)、「主治医・通院先の夜間休日対応が不十分」(3%)である。

「最も困った出来事」での家族の不満・要望

不満・要望がとても多かった。「最も困った出来事」では家族が中心になって動かざるを得ないからであろう。不満・要望の中では、「こころの相談、医療相談等の電話相談サービス」(52%)、「予防対応が不十分」(50%)、「訪問サービスがない」(37%)、「移送サービスがない」(15%)、「主治医・通院先の夜間休日対応が不十分」(10%)、「診療情報不足を補う仕組みがない」(7%)が主なことであった。家族は困った出来事では、とにもかくにも「相談」を求めている。次に、“もっと早く対応しておれば・・・服薬の確認をしておれば・・・”などたくさんの方の反省をされていて、それが「予防対応が不十分」という数字になっている。「訪問サービス」の要望がとても多い。家族だけでは対応出来ないからである。「移送サービス」の要望も多い。「主治医・通院先の対応」に不満を持った人が少なくない。緊急に受診しようとした時に“紹介状を持ってきてください”などと言われて「診療情報不足を補う仕組みがない」ために困った体験をしている。

「最も困った出来事」での精神科病院の不満・要望

不満・要望は多い。主には二つのことである。「診療情報不足を補う仕組みがない」(21%)、「精神障害者への偏見による受け入れ困難（他科医療機関など）」(21%)である。診療情報が不足している患者を夜間休日に初診で診ることは、リスクが高く、大変にストレスなことである。また、送られてきたケースに身体合併症があり一般病院に受け入れを依頼したが、明らかに偏見から、断ってきた事例があった。

「最も困った出来事」での無床病院・診療所の不満・要望

不満・要望は多くはない。何とか最も困った出来事であっても対応できているためであろう。主な不満・要望は「日中に救急で受け入れる病床が少ない」(14%)、「救急システム利用についての広報不足」(8%)「精神障害者への偏見による受け入れ困難（他科医療機関など）」(7%)、「移送サービスがない」(5%)である。

無床病院・診療所では、入院が必要なケースが発生した時に、受け入れ病院を見つられなくて苦労することが多い。受け入れ先を探すのは、大抵、精神科医自身である。“探している間、診察が滞ってしまい、待合室が患者さんで溢れて、診療所全体が混乱してしまう”。合併症の患者の診療を一般医療機関に依頼して断られたといった「精神障害者への偏見による受け入れ困難（他科医療機関など）」、「移送サービス」がなくて、入院の受け入れ先が見つかったが立ち往生したといった例がある。いずれも深刻な事態である。

### 「最も困った出来事」での福祉施設・行政機関の不満・要望

福祉施設・行政機関では不満・要望が多い。主なものは、「地域連携が不十分」(38%)、「予防対応が不十分」(24%)、「診療情報不足を補う仕組みがない」(19%)、「主治医・通院先の夜間休日対応が不十分」(8%)、「日中に救急で受け入れる病床が少ない」(6%)、「精神障害者への偏見による受け入れ困難（他科医療機関など）」(5%)、「訪問サービスがない」(5%)である。地域連携が不十分であることは、利用者の状態が悪くなった時に気付いたという例が多い。不十分なのは、主には医療機関との連携であるが、グループホームのようなマンパワーが乏しい施設では近隣の社会復帰施設からの応援を切望している。“もっと早めに対応しておれば、服薬管理が不十分だった・・・”など予防対応についてあれこれと事後的な反省は多い。福祉施設・行政機関から医療機関に対応を求めた時、診療情報を持ち合わせていないために対応を断られることがあり、「診療情報不足を補う仕組みがない」ことがしばしば深刻な問題になる。夜間休日に主治医に連絡を取れないことへの不満は大きい。日中に救急で受け入れる病院が見つからず、夜間にもつれ込んで、いよいよ対応に窮した例が少なくない。

表7. 「最近1～2年間で最も困った出来事」での「公的精神科救急システム」の問題

	本人調査票(345例)		家族調査票(248例)		施設合計(528例)		精神科有床病院(34例)		精神科無床病院・診療所(139)		福祉施設・行政機関(355例)	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
<b>① 公的救急窓口の問題点</b>												
措置以外の救急システム未整備	0	0.0%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	1	0.7%	2	0.6%
精神科専用窓口なし	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
窓口がつかまらない	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	1	2.9%	1	0.7%	0	0.0%
窓口の能力が低い・対応が悪い	1	0.3%	2	0.8%	3	0.6%	0	0.0%	1	0.7%	2	0.6%
システム利用条件が厳しい(通院病院あれば受けない、精神科医からしか受けない、重症以外は受けないなど)	1	0.3%	1	0.4%	6	1.1%	0	0.0%	3	2.2%	3	0.8%
入院に家族の同伴を求められる	0	0.0%	0	0.0%	8	1.5%	0	0.0%	4	2.9%	4	1.1%
外来でも家族の同伴を求められる	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
受け入れルールが不明瞭	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他、公的救急窓口の問題点	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
<b>② 救急当番医療機関の問題点</b>												
ベッド不足	0	0.0%	0	0.0%	12	2.3%	1	2.9%	8	5.8%	3	0.8%
当番医療機関が遠い	0	0.0%	2	0.8%	5	0.9%	0	0.0%	2	1.4%	3	0.8%
診察までに時間が掛かる	0	0.0%	5	2.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
身体合併症を扱えない	0	0.0%	0	0.0%	7	1.3%	1	2.9%	0	0.0%	6	1.7%
アルコール・薬物を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	6	1.1%	2	5.9%	1	0.7%	3	0.8%
人格障害を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
高齢者を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他の扱わないケース(発達障害、MR、身体障害者、リピーター、初発ケース、住所不定など)	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
24条と医療保護入院の谷間に落ちるケースがある	0	0.0%	0	0.0%	7	1.3%	0	0.0%	1	0.7%	6	1.7%
深夜外来を行わない	0	0.0%	0	0.0%	4	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.1%
深夜の入院を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
超短期入院を扱わない	0	0.0%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.8%
往診をしない	0	0.0%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.8%
公的病院の役割が弱い	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
総合病院の精神科対応能力が弱い	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
その他、救急当番医療機関の問題点	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
回答者数	345		248		528		34		139		355	

※ 施設の右3列は、施設を3つに分けた種類毎の内訳である。

表8. 「最近1～2年間で最も困った出来事」での「公的精神科救急システム以外の緊急対応の問題」

	本人調査 票(345例)		家族調査 票(248例)		施設合計 (528例)		精神科有 床病院(34 例)		精神科無 床病院・診 療所(139 例)		福祉施設・ 行政機関 (355例)	
	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%	回答数	%
<b>③ 救急システムのバックアップシステム</b>												
救急システム利用についての広報不足	0	0.0%	0	0.0%	20	3.8%	2	5.9%	11	7.9%	7	2.0%
移送サービスがない	4	1.2%	38	15.3%	21	4.0%	0	0.0%	10	7.2%	11	3.1%
訪問サービスがない	5	1.4%	91	36.7%	20	3.8%	2	5.9%	0	0.0%	18	5.1%
行政サービスの夜間窓口なし	0	0.0%	0	0.0%	6	1.1%	0	0.0%	1	0.7%	5	1.4%
本人の診療情報不足を補う仕組みがない	0	0.0%	17	6.9%	77	14.6%	7	20.6%	4	2.9%	66	18.6%
夜間の薬局がない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
警察が協力してくれない	0	0.0%	0	0.0%	6	1.1%	2	5.9%	2	1.4%	2	0.6%
その他、バックアップシステムの問題点	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%
<b>④ 救急医療以外の救急サービス</b>												
レスパイトハウス、ショートステイ(本人以外の利用も含む)	0	0.0%	6	2.4%	11	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	11	3.1%
ナイトケア、ナイトホスピタル、その他居場所の提供	0	0.0%	0	0.0%	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
こころの相談、医療相談等の電話相談サービス	28	8.1%	129	52.0%	5	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.4%
その他、救急医療以外の救急サービス	0	0.0%	0	0.0%	3	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.8%
<b>⑤ 夜間休日に診療する医療機関の問題点</b>												
夜間休日に診療する医療機関の情報がない	2	0.6%	2	0.8%	1	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
夜間休日に入院を受け入れる医療機関が少ない	2	0.6%	5	2.0%	4	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.1%
夜間休日に外来を受け入れる医療機関が少ない	0	0.0%	1	0.4%	6	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.7%
通院患者以外の夜間休日受診拒否	2	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他、夜間休日に診療する医療機関の問題点	13	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
<b>⑥ 救急予防</b>												
予防対応が不十分(患者教育、家族支援、福祉職員の能力)	15	4.3%	123	49.6%	85	16.1%	1	2.9%	0	0.0%	84	23.7%
地域連携が不十分(病病、病診、医療と福祉と行政、日中と夜間救急)	0	0.0%	5	2.0%	138	26.1%	2	5.9%	1	0.7%	135	38.0%
予約制のために急な外来受診が出来ない	0	0.0%	3	1.2%	6	1.1%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.7%
日中に救急で受け入れる病床が少ない(日中の公的救急含む)	3	0.9%	5	2.0%	42	8.0%	0	0.0%	20	14.4%	22	6.2%
精神障害への偏見による受け入れ困難(他科医療機関など)	4	1.2%	6	2.4%	32	6.1%	7	20.6%	9	6.5%	16	4.5%
主治医・通院先の夜間休日対応が不十分	10	2.9%	24	9.7%	27	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	27	7.6%
その他の救急予防	0	0.0%	2	0.8%	13	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	13	3.7%
定期的訪問	0	0.0%	0	0.0%								
引きこもり・受診拒否への対応	0	0.0%	2	0.8%								
回答者数	345		248		528		34		139		355	

※ 施設の右3列は、施設を3つに分けた種類毎の内訳である。

表9. 主体の種類別の「公的救急システム以外の緊急対応」についての不満・要望

主体の種類	不満・要望の多さ	不満・要望の主な内容
本人	少	こころの相談、医療相談等の電話相談サービス(8%) 主治医・通院先の夜間休日対応が不十分(3%)
家族	多	こころの相談、医療相談等の電話相談サービス(52%) 予防対応が不十分(家族50%) 訪問サービスがない(37%) 移送サービスがない(15%) 主治医・通院先の夜間休日対応が不十分(10%) 診療情報不足を補う仕組みがない(7%)
精神科病院	中	診療情報不足を補う仕組みがない(21%) 精神障害者への偏見による受け入れ困難(他科医療機関など)(21%)
無床病院・診療所	中	日中に救急で受け入れる病床が少ない(14%) 救急システム利用についての広報不足(8%) 精神障害者への偏見による受け入れ困難(他科医療機関など)(7%) 移送サービスがない(5%)
福祉施設・行政機関	多	地域連携が不十分(38%) 予防対応が不十分(24%) 診療情報不足を補う仕組みがない(19%) 主治医・通院先の夜間休日対応が不十分(8%) 日中に救急で受け入れる病床が少ない(6%) 精神障害者への偏見による受け入れ困難(他科医療機関など)(5%) 訪問サービスがない(5%)

## 5) 結果のまとめと考察

### ① 本人や家族の緊急対応ニーズ

#### a) 「最近の一月間に困ったこと」から

本人の8割以上は、最近の一月間にも「不安になる、イライラする」6割、「幻聴や妄想が強まる」3割弱など「困ったこと」を一つ以上体験していた。「困ったこと」は「外来受診」「家族の説得や助言」「家族以外の説得や助言」「本人自身」「電話相談」の順で対応されていた。対応出来なかった場合も1割あった。精神障害者が日常生活を送る上で、「外来受診をしやすくすること」「家族が対応力を強めること」「家族以外の者が対応力を強めること」「本人自身が対応力を強めること」「電話相談出来ること」が重要であることが分かる。このうち家族などの対応力を強めるためには心理教育や啓発活動が必要で有効だろう。

b) 本人・家族の「現状の緊急対応についての不満や要望」についての自由記載から現状の緊急対応についての不満や要望を質問したところ、本人と家族の多くが「定期的な訪問」「日中に相談出来る場所や人」を求めている。緊急対応以前に、普段から“訪問して支援して欲しい”、“もっと相談にのってほしい”ということである。

次に求めているのは「こころの相談、医療相談等の電話相談サービス」であった。本人や家族は、緊急時には、どうしたら良いか迷う筈で、迷えば「相談出来るところないか」と考える筈だ。「電話相談」を求めるのは理解出来ることだ。

電話の次に求めているのは「移送サービス」「レスパイトハウス」などで、これらは緊急対応のための具体的な手立てである。こうしたサービスが必要であることは以前から分かっていたながら、健康保険制度の中のサービスとしては認められて来なかった。何故なのか、背景にある要因から究明してみる必要がある。

「公的救急システム」についての不満や要望はとても少なかった。主に「システムの利用条件が厳しい」「窓口の能力」「遠い」「時間が掛かる」など“利便性”に関する不満や要望であった。不満や要望がとても少ない理由のひとつは、公的救急システムのことを知らないからだと思われる。本人や家族で公的救急の利用の仕方を知っている人は少なかった(本人 17.7%、家族 30.9%)。窓口を利用したことがある人はもっと少なかった(本人 14.6%、家族 11.8%)。

c) 本人・家族が「最近1～2年間で最も困った出来事」から

本人や家族が「最近の1～2年間最も困った出来事」を収集してみたところ、本人や家族は「公的救急システム」を殆ど利用せず、かかりつけ医、かかりつけ医以外の精神科医療機関、一般病院など「公的救急システム以外」を利用して対処していた。中には、家族だけで対応した場合、対応出来なかった場合もある。

「最も困った出来事」の経験から本人や家族（特に家族）が求めるものは、普段考えていたこととはやや違っていた。何よりもまず「相談」を求めるのは同じだが、2番目は「予防対応が不十分」であった。具体的には“服薬を徹底しておれば良かった”、“もっと早く変調に気付いておれば良かった”、“もっと良く話を聞いてやれば良かった”などである。そのためには、家族の側からすれば「病気の勉強」、周囲の支援者からすれば家族などへの「(あまり適切な表現ではないが)心理教育」や「啓発活動」である。3番目が「訪問サービス」であった。「最も困った出来事」では、家族では対応できないので誰かに支援に来て欲しいということである。4番目が「移送サービス」、5番目が「主治医・通院先の休日夜間の対応」、6番目が「本人の診療情報の不足を補う仕組みがない」であった。「レスパイトハウス」の要望は少ない。「最も困った出来事」のような緊急性の高い場合にはあまり役立たないからであろう。以上はすべて「公的救急システム以外の緊急対応」に関連したサービスの要望である。

「最も困った出来事」で本人や家族の「公的救急システム」に対する不満や要望は大変少なかった。その中身は「システムの利用条件」「窓口の対応」「遠い」「時間が掛かる」など、

もっぱら“使い勝手の悪さ”であった。不満や要望が大変に少ないのは決して「公的救急システム」に満足しているからではない。本人や家族が公的救急システムのことを知っていないためもあるが、知っていても「公的救急システム」を利用しようとしていなかった。利用する気持ちがないから不満や要望が少ないと考えられる。

d) 本人や家族が公的救急システムをあまり利用しない理由

「公的救急システム」はあまり利用されず、あまり「期待」されていないのは何故だろう。色々な理由が考えられる。「公的救急システム」への偏見や誤解もあるだろう。しかし、最も大きな理由は、公的救急システムが“無理がある仕組み”だからではないか。公的救急システムを使うには、まず、精神科救急医療情報センターに電話で相談しなくてはならない。その段階で既に躊躇ってしまう人がたくさんいるのではないか。電話したら、どんな対応をされるのか分からない、ひょっとしてとても嫌な思い、怖い思いをするかもしれないと思ってしまうと電話することを躊躇う人たちは少なくないだろう。それでも勇気を出して精神科救急医療情報センターに相談したところ救急受診することになったとして、情報センターから紹介される当番医療機関は、大抵は、利用者の居住地からとても遠く、その上、これまで受診したことのないところだ。初対面の精神科医やスタッフがどんな対応をしてくるのか分からない。本人も家族も（緊急だからやむを得ないとは思っても）不安でいっぱいになっているに違いない。他方で、救急を受け入れる側の当番医療機関も不安である。何しろ精神科救急医療情報センターの相談員が、電話を通して、せいぜい30分で聴取した情報だけで、これまで診たことのない人を、夜間休日に、大抵は少ないスタッフで引き受けるのである。医療事故の危険性も高く、ストレスはとても大きい。現状の公的救急システムは、受診する側も、引き受ける側も「無理」を強いられる仕組みなのだ。多くの本人・家族にとって望ましいのは、出来れば、かかりつけ医・医療機関で対応されること、かかりつけ医でなくても、多少でも知っているところで対応されることだろう。（註.精神科救急医療情報センターに電話相談してくる人の中には、どこの医療機関でも良い、とにかく入院させてほしい、あるいは注射をしてほしいと要求してくる人も少数だがいる。その人たちは、救急の頻回利用者になりがちだ）。

しかし「公的救急システム」が不要ということでは決してない。「自傷他害の恐れが強いケース」「24 条と医療保護入院の谷間に落ちるケース」「身体合併症のケース」など緊急性が高いにも関わらず引き受ける医療機関がとても少ないケースがある。他では受け入れられ難い、緊急性が高いケースを受け入れる受け皿として「公的救急システム」はなくてはならないシステムである。

e) 本人・家族の緊急対応ニーズについてのまとめ

以上をまとめてみると、本人と家族の緊急対応ニーズに応えるには2点が基本になる。① 普段の心理教育や啓発活動、予防対応、日中の相談、定期的訪問、夜間休日の電話相談、緊急時の訪問、移送サービス、レスパイトハウスなどを充実させ、出来るだけ「公的救急システム以外の緊急対応」で対応出来るようにすること。② その一方で「公的救急システ

ム」は、「無理がある仕組み」ではあっても、「自傷他害の恐れが強いケース」「24 条と医療保護入院の谷間に落ちるケース」「身体合併症のケース」など、他では対応出来ないケースに必ず対応出来るシステムとして整備して行くこと、の 2 点である。

ともすれば“緊急対応＝公的救急システム”と捉えられ、“緊急対応の充実＝初期、二次、措置、身体合併症の充実”と考えられがちだが、それは実際のニーズと少し違っていることが分かる。

## ② 施設が通院患者・利用者の緊急対応のために求めていること

a) 施設の「現状の緊急対応についての不満や要望」についての自由記載から

施設（精神科病院、精神科病床を持たない病院・診療所、福祉施設・行政機関など）に現状の緊急対応についての不満や要望を質問したところ、「公的救急システム」にも、「公的救急システム以外の緊急対応」にも、たくさんの不満や要望を持っていることが分かった。

「公的救急システム」に対しては「当番医療機関まで遠い」などの“使い勝手の悪さ”と併せて「身体合併症を扱えない」など“公的救急で対応してもらえないケースがある”ことを不満に思っていた。「公的救急システム以外の緊急対応」に対しては、施設の種類で不満・要望の内容が異なっていた。精神科病院では「地域連携が不十分」「電話相談サービスが不十分」なことなど、精神科病床を持たない病院・診療所では「日中に救急で受け入れる病床が少ない」「電話相談サービスが不十分」なことなど、福祉施設・行政機関などでは、「電話相談サービスが不十分」「レスパイトハウス、ショートステイがない」「地域連携が不十分」などであった。いずれの施設も電話相談を重視していた。電話相談だけで当夜を凌げるケースがとても多いことからである。しかし電話相談を誰が（どこが）担うのかについては明確ではなかった。（このことは後述する）。「レスパイトハウス」の要望が福祉施設・行政機関などで多かった。「本人が入院を嫌っているから、入院でない手立てが欲しい」という入院の代替と、「超短期の一時避難」が目的であった。「地域連携が不十分」には色々な意味がある。精神科病院は、自院でベッドがない時に他の精神科病院が受け入れてもらい難いことを問題にしていた（病病連携）。福祉施設・行政機関などでは、かかりつけ医との連携と、困った時に近隣の福祉施設からの応援が欲しいことであった。他方、精神科病床を持たない病院・診療所では「日中に救急で受け入れる病床」を探すことに大変に苦労している。これも「地域連携が不十分」（病診連携）の問題であろう。「地域連携が不十分」は現状の緊急対応の主要な課題の一つである。しかし、「地域連携が不十分」ということは、数十年、（耳に聾聾が出来るほど）言われ続けていて一向に改善されないことだ。原因は何だろう。どうしたら打開出来るのだろう。“精神科医の心がけを良くすれば解決する”といった問題ではないことははっきりしている。

b) 施設が「最近の 1～2 年間で最も困った出来事」から

施設が「最近の 1～2 年間で最も困った出来事」を収集してみたところ、施設は、本人や家族ほどではないが、「最も困った出来事」でも「公的救急システム」をあまり利用しておら

ず、かかりつけ医、かかりつけ医以外の精神科医療機関、一般病院など、「公的救急システム以外」を利用して対処していた。対応出来なかったケースも1割強である。何故に「公的救急システム」の利用が少ないのだろうか。このことは後述する。

「最近1～2年間で最も困った出来事」の経験から施設が求めることは、普段考えていることとはやや違っていた。「公的救急システム」については、「身体合併症を扱えない」など“必要なケースに対応しない”ことが問題にされていた。「遠い」「時間が掛かる」など利便性に関することは殆ど取り上げられていなかった。利便性よりも、とにかくにも、他では対応出来ないケースに公的救急システムが対応して欲しいということである。他方、「公的救急システム以外の緊急対応」については、問題が山積していた。施設のうち精神科病院では「診療情報不足を補う仕組みがない」「精神障害への偏見による受け入れ困難」、精神科病床を持たない病院・診療所では、「日中に救急で受け入れる病床が少ない」など、福祉施設・行政機関では、「地域連携が不十分」「予防対応が不十分」「診療情報不足を補う仕組みがない」「訪問サービスがない」「移送サービスがない」などであった。「最も困った出来事」のような緊急性の高いケースでは、「診療情報不足」のことが大きな問題になっていた。このことは普段は殆ど気付かれていなくて、緊急性の高いケースに直面した時に（特に福祉施設・行政機関などで）気付かれるようだ。精神科病床を持たない病院・診療所が緊急性の高いケースで「日中に救急で受け入れる病床が少ない」ことで困っていることは、福祉施設・行政機関などが緊急性の高いケースで「地域連携が不十分」で困っていることは、いずれも重大な問題で、現状の精神科医療システムの深刻な欠陥である。また、“服薬管理が不十分であった”などの「予防対応が不十分」は、福祉施設・行政機関などの大きな弱点である。医療的視点が弱いためである。その克服には医療との連携が不可欠だ。福祉施設・行政機関は、緊急性の高いケースで「訪問サービス」を求め、「移送サービス」を求めている。緊急性の高いケースに家族が無力であるのと相似している。「精神障害への偏見」は、主に、一般病院が偏見から身体症状を持った精神障害の患者の受け入れを渋ることである。このことは緊急性が高いケースでは大変に深刻な問題である。一般病院・他科医師・医療スタッフにどのように啓発したら良いのか、啓発すれば解消される問題なのか、精神科医療機関と一般病院との連携（一般医療機関向けのコンサルテーション）が必要であろう。そのためには具体的にどうすれば良いのだろうか。

c) 施設が「公的救急システム」をあまり利用しない理由

何故に施設は「公的救急システム」をあまり利用しないのだろうか。ひとつは公的救急システムについての認知度が、本人や家族ほどではないが、高くないためであろう。認知度が高くないのは、公的救急システムの広報不足の問題というよりも、（専門機関であるのだから）施設の努力不足の面もある。しかし、認知度が高くないことだけが、利用が少ない原因ではない。もっと大きな原因が二つある。ひとつは、公的救急システムが“無理がある仕組み”で本人や家族ニーズに即していないことである。施設は本人や家族のニーズを考えて「公的救急システム」の利用を出来るだけしないにしているのではないか。もう一つ

は、「公的救急システム」が、他では引き受けられないケースを確実に受けられるようになっていないことだ。「ベッド不足」「入院に家族の同伴が求められる」「身体合併症を扱えない」「24 条と医療保護入院の谷間に落ちるケースがある」「システムの利用条件が厳しい」が公的救急の現状だ。必要ケースを確実に受けられるのであれば公的救急システムの利用はもっと増えるに違いない。

#### d) 施設が緊急対応について求めていることのまとめ

以上のことから、施設が通院患者や利用者の緊急対応をより良く行うために求めていることは、本人・家族と同じように2点に集約される。①「夜間休日の電話相談」「地域連携（病病連携、病診連携、医療と福祉の連携、福祉相互の連携）」「診療情報不足を補う仕組み」「予防対応」「訪問サービス」「移送サービス」「精神障害への偏見をなくすための活動や仕組み」などを充実させて、出来るだけ「公的救急システム以外の緊急対応」で対応出来るようにすること。②しかし、「自傷他害の恐れが強いケース」「24 条と医療保護入院の谷間に落ちるケース」「身体合併症のケース」などケースは「公的救急システム以外」では対応が難しい。そうした、対応の難しいケースに確実に対応するシステムとして「公的救急システム」を着実に整備して行く。

ともすれば“緊急対応＝公的救急システム”と捉えられ、“緊急対応の充実＝初期、二次、措置、身体合併症の充実”と考えられがちだが、それは施設が実際に必要としていることとは少し違うことが分かる。

### ③「こころの電話相談、医療相談等の電話相談」をどこが担えば良いのか

本人や家族は、緊急対応以前に、緊急対応が必要になるようなことを予防するために「日中に相談出来る場所や人」を求めている。また、夜間休日に緊急対応が必要になった時に、本人や家族の多くは、まず「電話相談」を求める。「日中の相談」「夜間休日の電話相談」はどこが担えば良いのだろう。

日中の相談は通院医療機関や通所施設が担うべきだろう。しかし、現状では通院医療機関も、通所施設も相談に対応するマンパワーが不足している。相談支援事業所や保健所・保健センターがもっと相談に対応すべきという考えもあるが、相談支援事業所も保健所・保健センターもやはりマンパワーが不足している。

夜間休日の電話相談で、現状で稼働しているのは、小数の相談支援事業所と精神科救急医療情報センター、夜間こころの電話相談である。このうち相談支援事業所は、登録者に限定して相談を受けているところが多い。日頃からお互いの顔を知っている関係での相談は、相談者が安心出来、具体的で、きめ細かな対応が出来るので効果が大きい。しかし夜間相談を行っている相談支援事業所の数が少なすぎる。精神科救急医療情報センターは、もっぱら電話を通して緊急度を判断して振り分けする業務であり、マニュアルに沿った対応にならざるを得ない。夜間こころの電話相談は、相談する相手がいない人の相談を匿名で受けて、当夜を凌ぐために役立つ助言をする。当夜を凌ぐ以上のことは行い難い。

現状では「日中の相談」「夜間休日の電話相談」とともに、まだまだ未整備である。とりわけ「顔の見える関係で相談出来る仕組み」が不足している。どう充実させたら良いかは今後の課題である。

#### ④ 「診療情報の不足を補う仕組み」について

研究班では「診療情報不足を補う仕組み」の重要性に気付いたことから、診療情報不足を補うためのツールとして「(急な診療に役立つ)オレンジノート」を試作した。急な診療に必要な情報が掲載されていること、使い勝手を良いこと、その一方で、万一落として個人情報漏洩してしまう危険性を出来るだけ抑えるという矛盾した要求を満たすために、改訂重ねた。関係方面に試用してもらって、さらに改良を加え、最初の試行版を完成させた。

### 6) 提言；緊急対応を充実させるために今後必要なこと

以上の考察を踏まえて、緊急対応を充実させるために、以下のような対策が必要である。

#### I. 普段からの対策

##### ① 心理教育、啓発活動、予防対応

まずかかりつけ医療機関や通所先福祉施設で行うべきことだろう。

それには、心理教育を行える人材の育成と配置が必要である。

##### ② 日中の相談、定期訪問

まずかかりつけ医療機関や通所先福祉施設で行うべきことだろう。

相談や訪問ができるように、人員配置が必要である。

##### ③ 地域連携（病病連携、病診連携、医療と福祉連携、福祉相互連携、公的機関との連携）

紹介患者の入院受け入れに対する報酬など、連携を促進させるための仕掛けが必要である。

福祉施設が医療機関や他福祉施設と連携するための補助や、連携が働いたときの出来高報酬などの仕掛けが必要である。

相談支援事業所が地域連携を促進するための役割を担えるのではないか。

個人情報保護と情報共有を両立させるためのルールや方式を作る必要である。

#### II. 緊急時の対策

##### ④ 夜間休日の電話相談、緊急時の訪問

出来るだけかかりつけ医療機関や通所先福祉施設で行うべきであろう。

一つの施設で行うことが難しい場合は、地域の複数施設が共同して時間外対応にあたる体制作りが必要である（相談支援事業所が核となるのが良いのではないだろうか）。

時間外電話相談や緊急時の時間外訪問などに報酬が付けられる必要がある。

公的救急システムの案内だけでなく、夜間休日に緊急対応の相談に乗れる電話窓口を都道府県に設置する必要がある。

公的相談窓口へは専門職の配置、医師のオンコール体制が必要である

⑤ 緊急受診時の診療情報不足を補う仕組み

研究班では、「(急な診療に役立つ)オレンジノート」を試作した。

⑥ 移送サービス

現在は高額な民間救急サービスに頼っているが、機動性の良い公的サービスの導入が望まれる。

⑦ レスパイトハウス

自立支援法サービスとして、本人だけでなく家族も利用できるレスパイトハウスの導入が望まれる。

⑧ 一般科医療機関の精神障害受け入れ促進

一般科医療機関の医師やスタッフに対する心理教育が必要である。

精神疾患患者の身体救急受け入れに対する報酬付けが必要である。

精神科医による一般科救急医療機関へのコンサルテーションが必要である。

Ⅲ 公的救急システムの充実

自傷他害や興奮の激しいケース(24条と医療保護の谷間に落ちるケース)、身体合併症など、緊急性が高く他の機関では対応出来ないケースには、迅速確実に対応出来るように整備する必要がある。

以上のサービスは、特定の人善意を当てにするのではなく、関係者が広く参加し、それぞれの役割や責任を明確にし、適正な報酬を付けて提供されることが必要である。