

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）**

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）

## 若年における緊急対応サービス

### 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。以上から、現在、患者が必要としている緊急対応サービスのニーズと利用実態、ならびに、早期介入につながる支援策への示唆を得ることを目的とした。

### 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。倫理面には細心の注意を払った。

## 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、医師が統合失調圏と判断した患者にも質問紙を配布するよう依頼した。

## 1. 調査協力の得られた医療機関に通院している患者の基本属性

### ①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。(2009年5月20日段階) 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。ほぼ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)

表1. 患者の基本属性 (n=500)

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 %

②以後の分析対象者について

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 1-2. および表 1-3. 参照)

表1-2. 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
	平均	±	平均	±	
性別					
男性			61.6%		**
女性			38.4%		
年齢	平均	26.0 ± 3.2 歳	25.4 ± 3.3 歳		
対象医療機関での受診年月	平均	40.9 ± 34.1 ヶ月	40.3 ± 35.4 ヶ月		
発病からの経過年月	平均	81.6 ± 45.8 ヶ月	78.1 ± 49.1 ヶ月		
他医療機関を含む治療開始年月	平均	69.0 ± 44.1 ヶ月	65.3 ± 44.3 ヶ月		
通院頻度					
週2回以上			2.8%	3.2%	*
週1回程度			9.0%	14.6%	
2週間に1回程度			34.5%	42.4%	
月に1回程度			41.4%	35.1%	
月に1回以下			6.9%	3.5%	
家族の相談のみ			4.1%	.6%	
初診なので不明			1.4%	.6%	

表1-3. 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

### ③回答が得られた患者について

以後は、医療者と患者、双方から回答を得られた患者のみについて分析を行う。図1に示したように、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、 $25.4 \pm 3.3$ 歳であった。男女比はほぼ同等であった。（詳細は、表1-2参照）

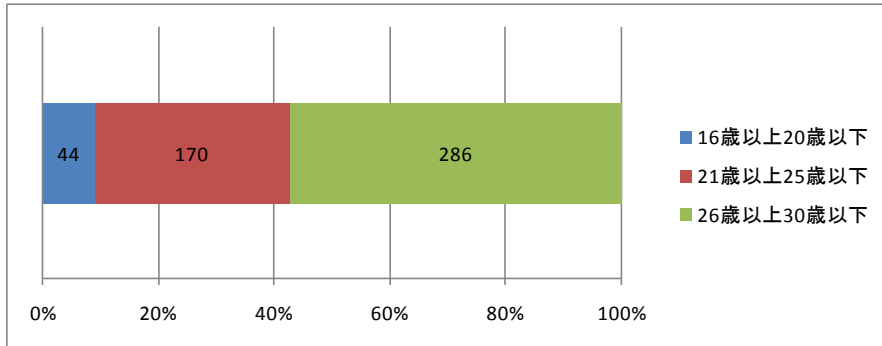
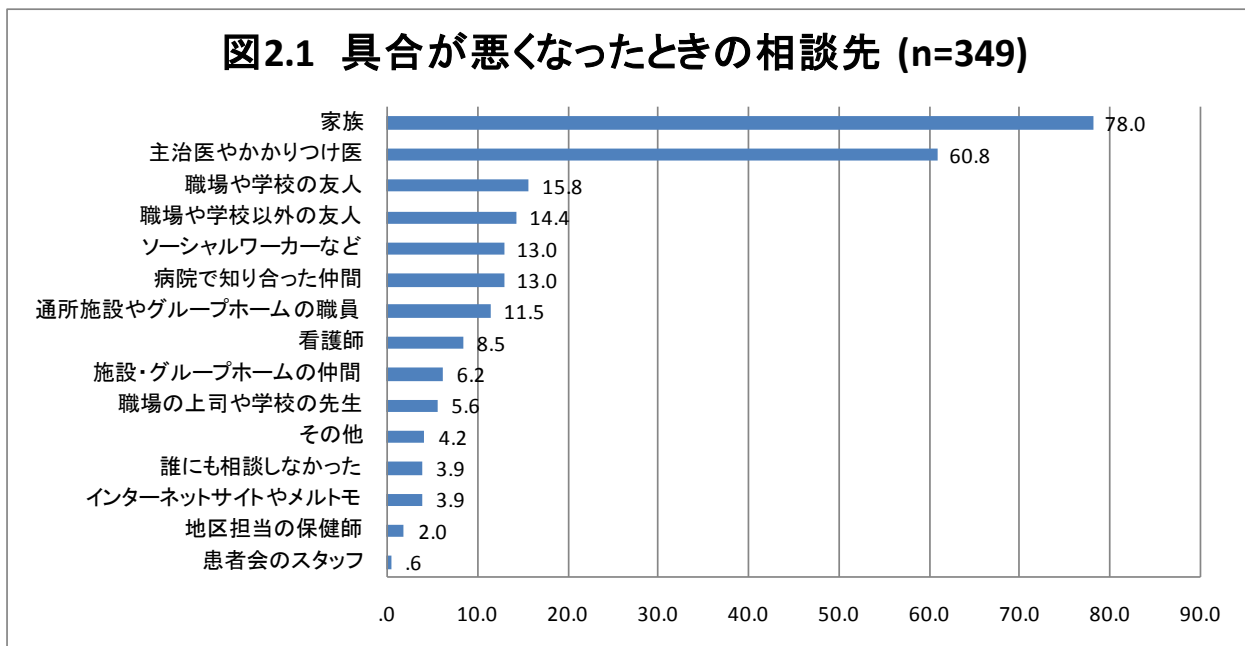


図1 本人調査票回答者の年齢構成

## 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2.1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。その他の相談先を具体的に尋ねた設問では、「福祉の電話相談」、「いのちの電話」など、相談先は異なるものの、電話での相談が3件挙げられていた。その他のうち、最も多かったのは、恋人(5件)であった。

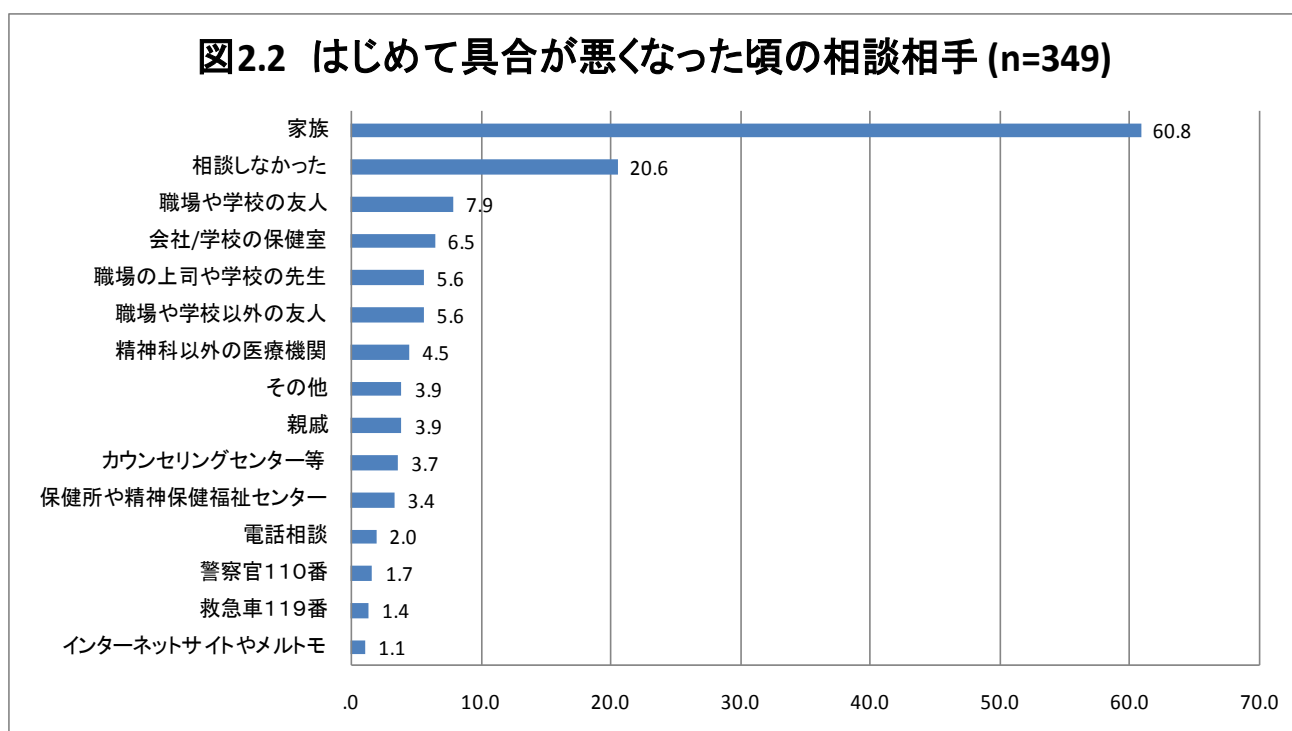


## ②はじめて具合が悪くなったときの相談相手

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 2.2)

はじめて具合が悪くなった頃、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。本調査だけでは、発病初期に、患者が誰にも相談しなかった、あるいは誰にも相談できなかった理由を同定することはできない。しかし、相談しなかった患者や家族への相談が過半数であるという実態は、症状が現れた際、患者が気軽に相談できる相談先が限局されているという現状を表しているのかもしれない。

3番目に多く挙げられたのは、「職場/学校の友人」であり、その後、「会社/学校の保健室」、「上司や先生」と続いていた。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、早期介入につながる窓口を広げる上でも重要視すべきであろう。



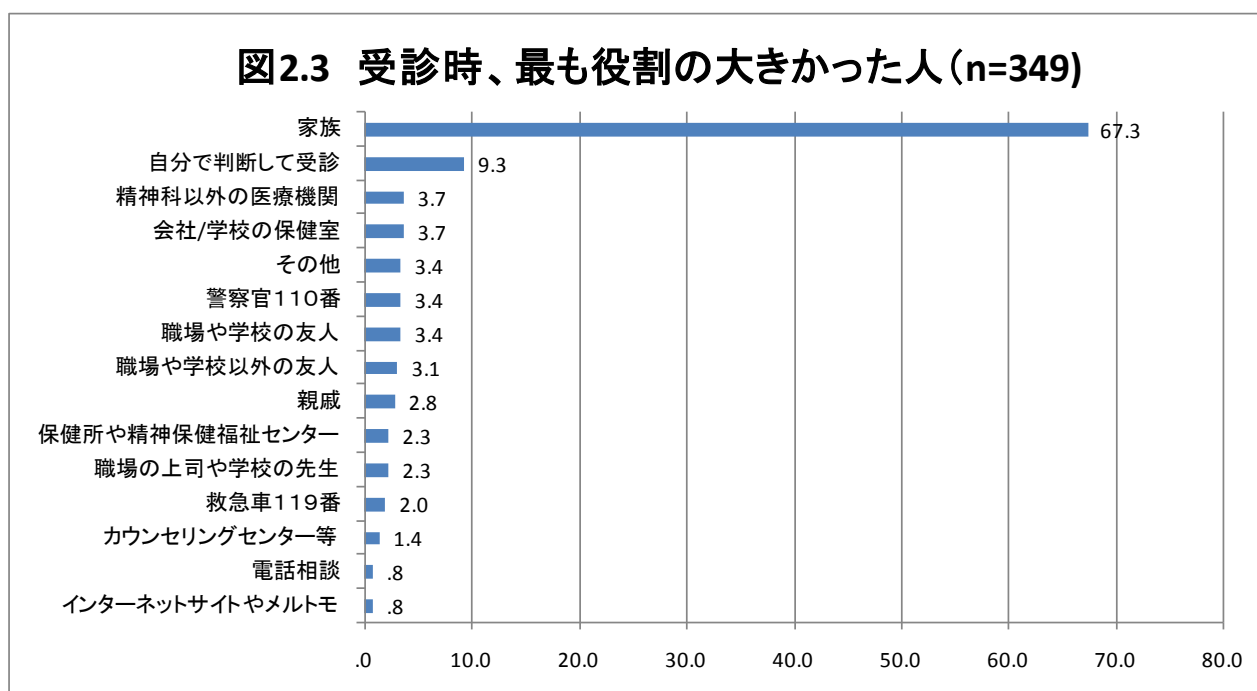
### ③最初に精神科を受診するのに最も大きな役割を果たした人

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。

その結果、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も、家族の果たす役割が極めて大きかったことが示された。特に、本調査の対象者は若年であり、家族との同居率が高いことも予想されることから、親が子の受診を後押ししていることも考えられる。

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重要な存在であろう。

最初の受診時に警察官や救急車を利用したという患者は、それぞれ12名(3.4%)、7名(2.0%)という結果となった。



④最近1ヶ月の困ったこと

最近、1ヶ月の間に、図 2.4.1 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%に上っており、深刻な状況にあることが窺える。こうした症状は、どの程度の広がりをもっているのかを検討した結果が表 2-1 と図 2.4.2 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。

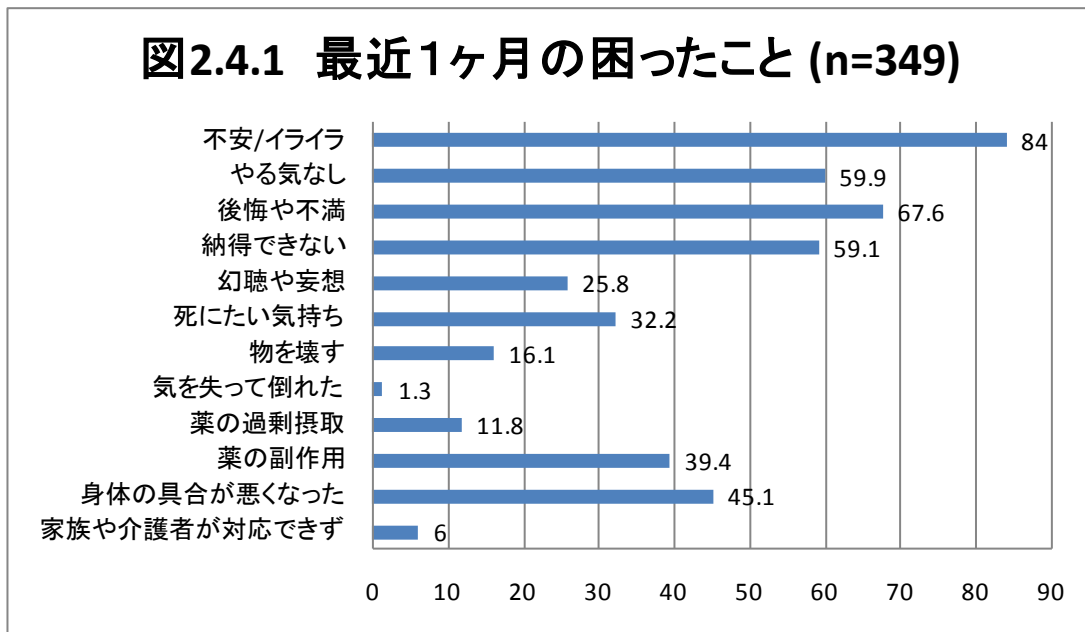
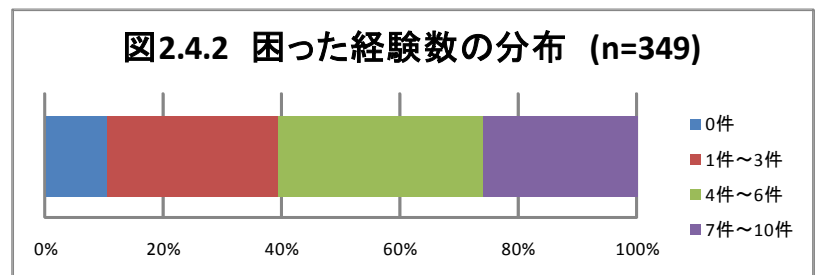


表2-1. 困ったことの件数 (n=349)

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):最少0件～最大13件





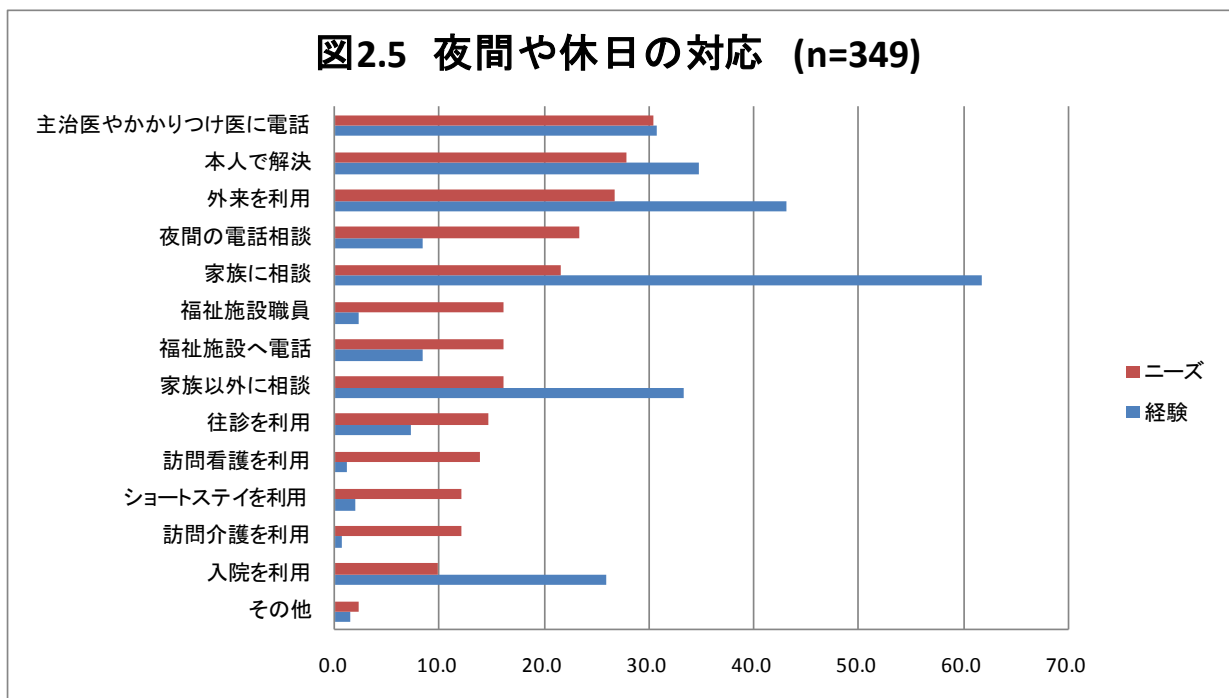
⑤-1. 夜間や休日に、困ったことがあった場合のサービス利用経験とニーズ

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、と、今後利用したいサービスはどれかについて尋ねた。

図 2.5 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、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も示された。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、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患者が少なからずいることを示している。

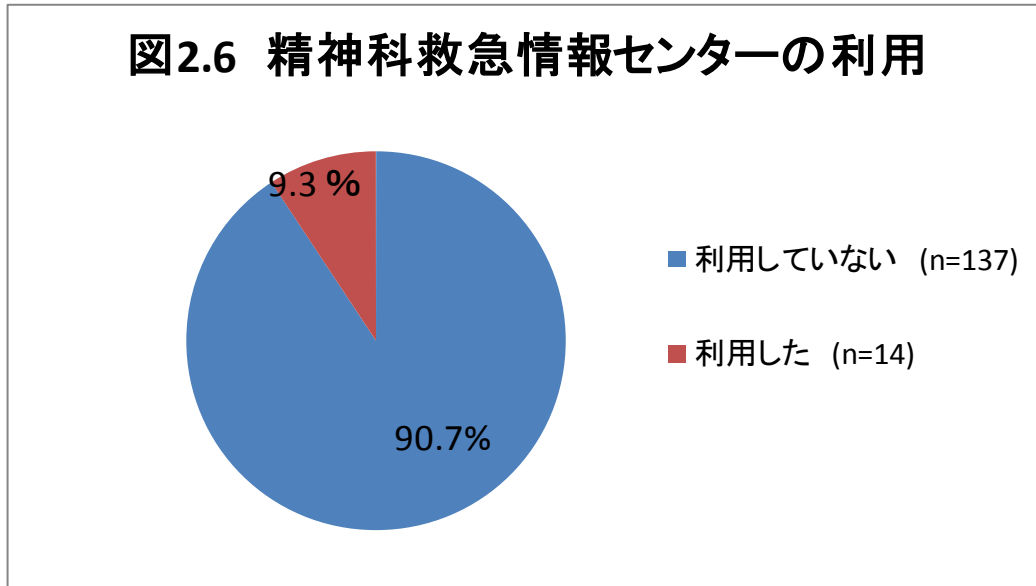
一方で、家族に相談して対応したいというニーズも一定数ある。実際には、家族の果たす役割が極めて大きい実態にあることも併せて考えると、家族がより良い対応ができるような工夫や、家族のためのサービス提供など、患者本人や家族の視点に立った支援体制を強化していくことも重要であると考えられる。

図 2.5 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、対応の難しさを示唆するものであると考えられた。



⑤-2. 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 2.6 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

若年と壮年の中で、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）を除外して、壮年調査データとして扱っている。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。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。医学的な状態が年齢によって異なることによって生じてい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が明確に表れている結果であるといえる。患者の支援策を検討する際には、年齢による困難経験の違いを考慮していくことが必要であると考えられた。

表3-1. 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 84 %	734 72.8 %	***
やる気なし	185 59.9 %	544 56.4 %	
後悔や不満	213 67.6 %	585 61.8 %	
納得できない	175 59.1 %	502 53.4 %	†
幻聴や妄想	77 25.8 %	310 33.2 %	*
死にたい気持ち	96 32.2 %	236 24.6 %	*
物を壊す	50 16.1 %	87 8.6 %	***
気を失って倒れた	4 1.3 %	51 5 %	**
薬の過剰摂取	37 11.8 %	155 15.1 %	
薬の副作用	110 39.4 %	368 39.3 %	
身体の具合が悪くなった	133 45.1 %	441 45.3 %	
家族や介護者が対応できず	18 6 %	99 10.4 %	*

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

平成19年度調査に協力した10代、20代の患者と、平成20年度若年患者の間では、「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、両者の比較には注意を要する。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。この背景には、壮年調査では、日中に生じた困った経験を想定していたために、日中に活用できる資源があったことが考えられる。しかしながら、「対応が必要だったが何もできなかった」という回答は壮年において若年よりも多いことも明らかになり、壮年患者の中では、困ったことに対応できる患者と、対応が難しい患者が存在することが推察された。

表3-2. 若年と壮年における困難への対応経験の違い

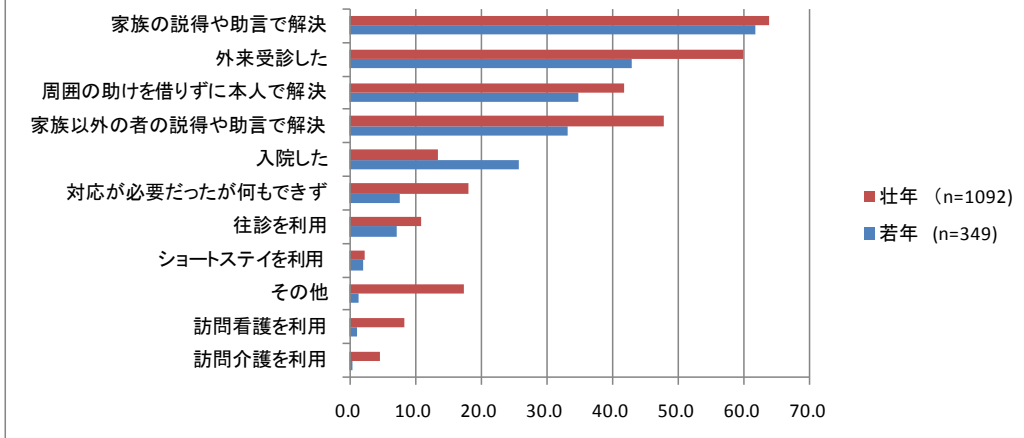
	若年 (n=349)		壮年 (n=1092)		p
	n	%	n	%	
家族の説得や助言で解決できた	215	61.6 %	617	63.8 %	
外来受診した	150	43.0 %	652	59.7 %	***
周囲の助けを借りずに本人で解決できた	121	34.7 %	374	41.8 %	*
家族以外の者の説得や助言で解決できた	116	33.2 %	454	47.8 %	***
入院した	90	25.8 %	147	13.5 %	***
対応が必要だったが何もできなかった	27	7.7 %	168	18.1 %	***
往診を利用した	25	7.2 %	115	10.8 %	*
ショ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

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。

図3.1 困難経験への対応経験



## 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、本調査では、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眼し、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。

### 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

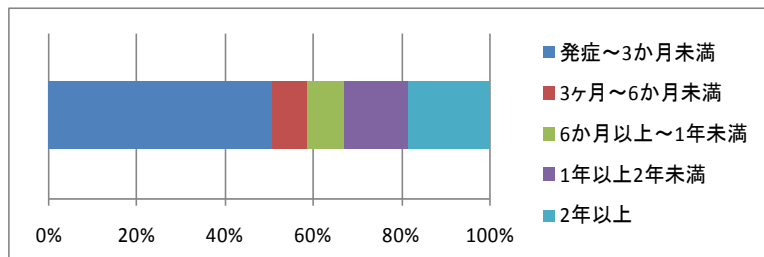


表4-1 未治療期間 (n=474)

	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

図4-1 16～30歳の統合失調症患者の未治療期間

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年±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受診に対する偏見が軽減してきており、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、対象者の中でもばらつきが大きいことが示された。本調査の対象者は平均的に未治療期間の短い対象であるものの、長期未治療期間のあった患者が含まれていることを示しているといえる。

## ②未治療期間の長短による違い

未治療期間に関する主な先行研究では、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、両者の違いを検討することとする。

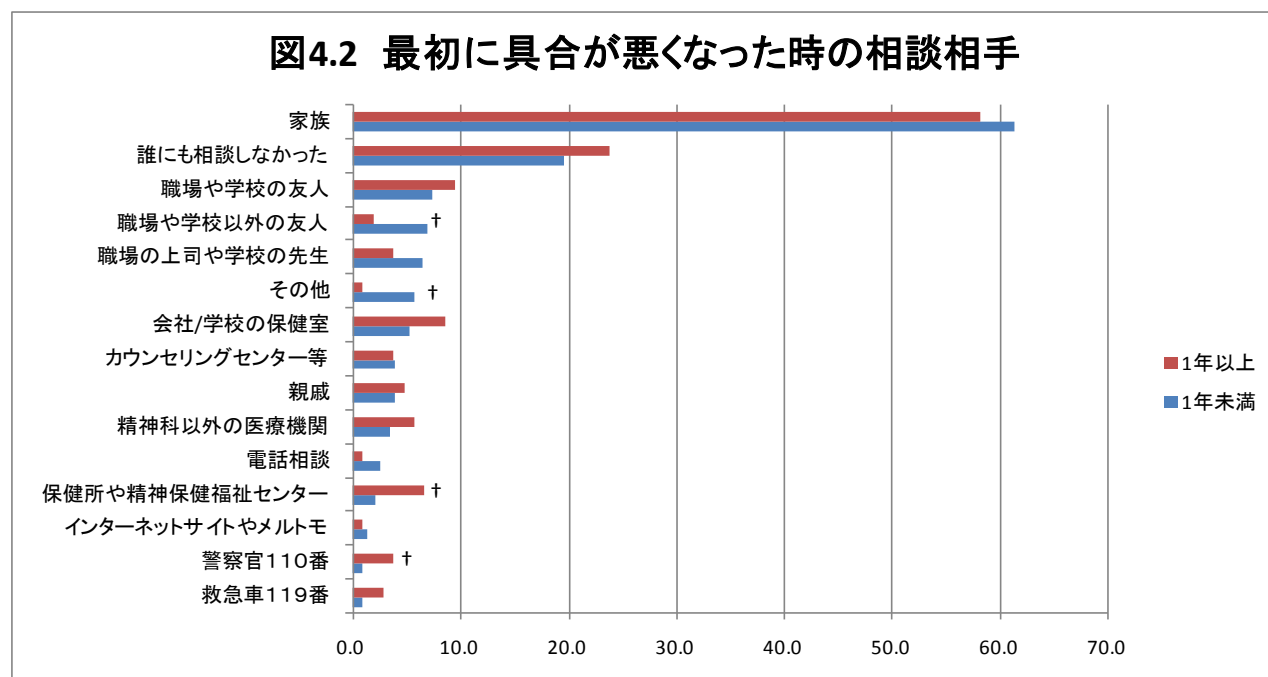
### ②-1) 最初に具合が悪くなったときに相談した相手

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。

その結果、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。以後は、こうした地域や職域、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。

非専門家による相談については、1割弱の患者が、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、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。





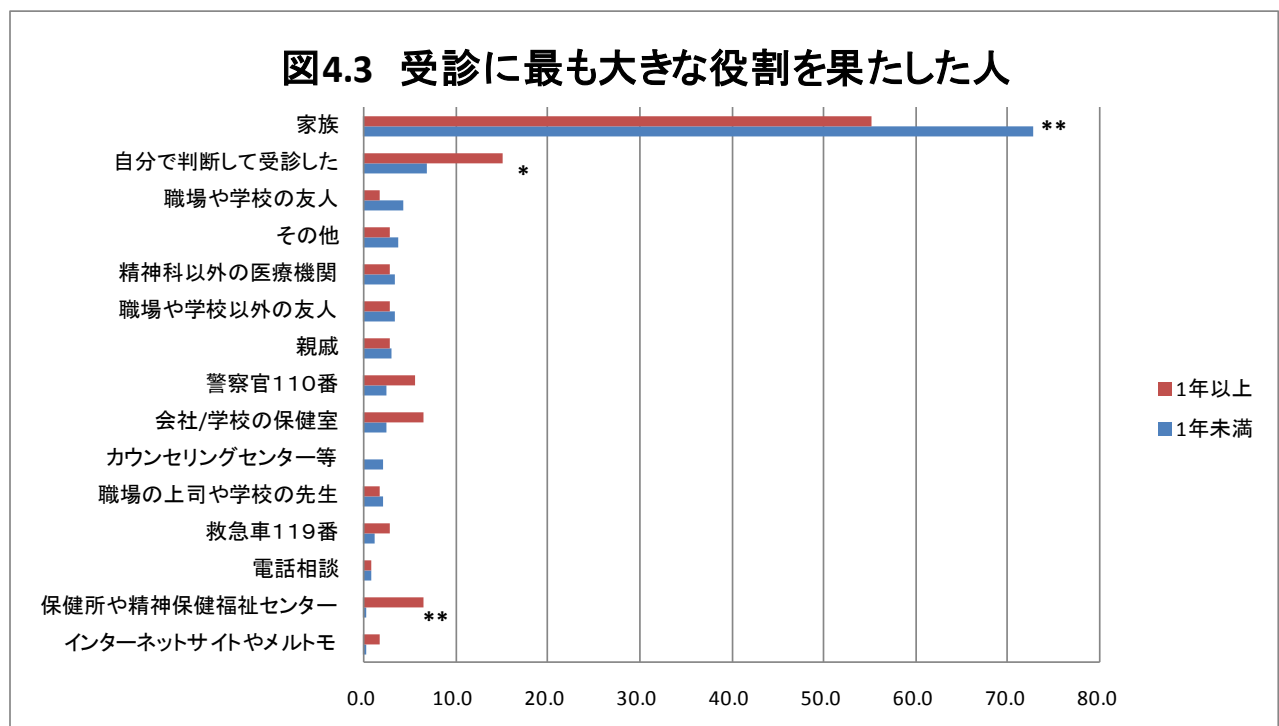
## ②-2) 受診にもっとも大きな役割を果たした相談先

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。

受診に際しても、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、患者に最も近いサポート源になっていることが窺える。

保健所や精神保健センターは、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、相談後、フォローしながら、受診をすすめる、あるいは、1年以上未治療であった患者が相談した際に、受診を促すという重要な役割を担っていることがうかがえた。

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も考えられる。こうした介入は患者や家族にとって心理社会的にも負担の大きいものであり、今後は、患者や家族が利用しやすい相談窓口の拡充が期待される。



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)は平均で14年、標準偏差は12.6年であった。

表1 回答診療所の属性(N=793)

		N	%
		平均±標準偏差	
		中央値[範囲]	
診療所協会への加入	会員	355	44.8%
	非会員	438	55.2%
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%
主たる診療科目	無回答	24	3.0%
	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%
経営形態	無回答	1	0.1%
	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%
	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%

## 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 名勤めており、うち、690 名が常勤医として勤めていた。

表2 793診療所にいる精神科医師数

	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。

表3 1診療所あたりの医師数、精神保健指定医数

	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%

図 1 1 診療所あたりの医師数(N=793)

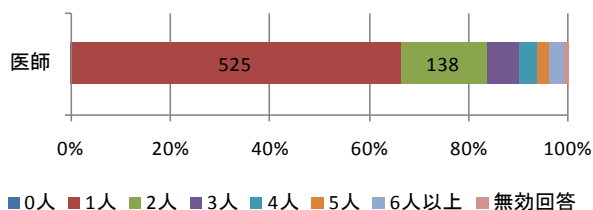
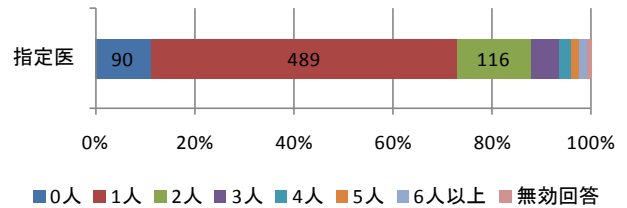


図 2 1 診療所あたりの指定医数(N=793)



## 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(26.2%)が診療を行っていた(表 5)。

図 3 夜間休日診療実施の有無(N=793)

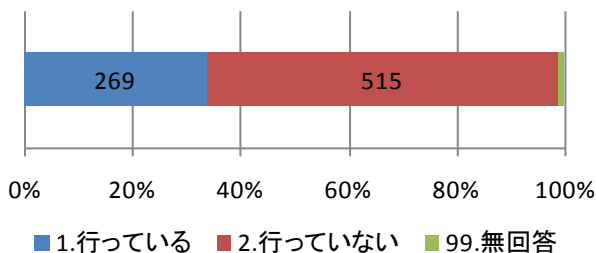


表4 20時以降の診療状況

	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

表5 夜間休日の診療状況(N=793)

	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。

図4 現在の措置診察への協力の有無

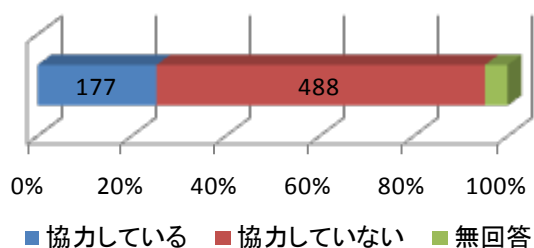


図5 現在の措置診察への協力回数

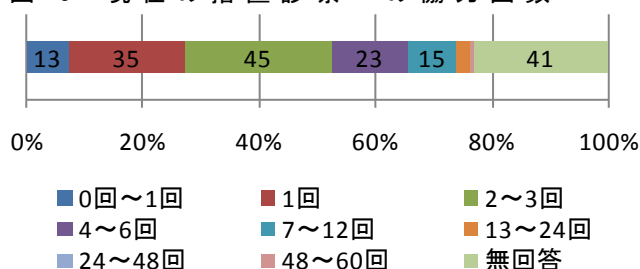
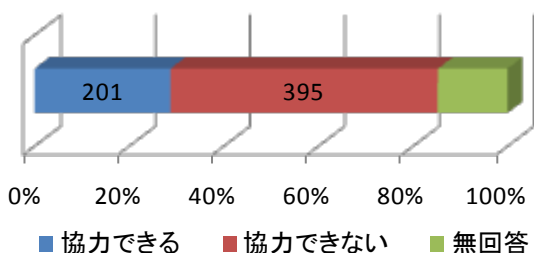


図6 今後の措置診察への協力の有無



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)

	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)。

図7 外来対応型施設への協力意向

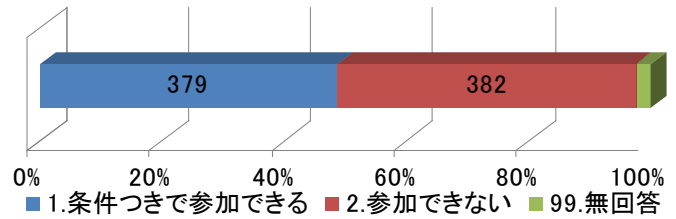


図8 外来対応型施設への協力頻度

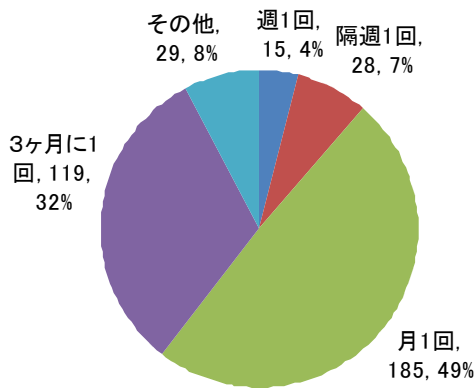
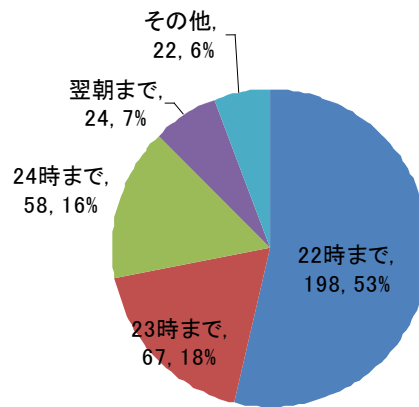


図9 外来対応型施設への協力時間帯



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	%
	平均±標準偏差	
	中央値[範囲]	
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%

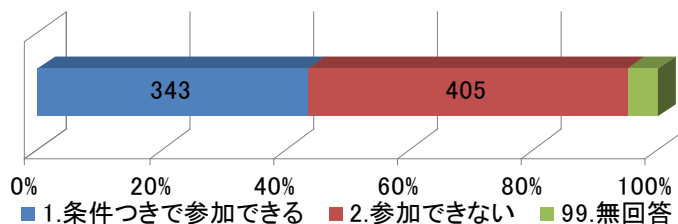
表8 外来対応型施設に協力する条件  
(自由記述のまとめ)

	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

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、

図 10 病院群輪番施設への協力意向



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。

図 11 病院群輪番施設への協力頻度

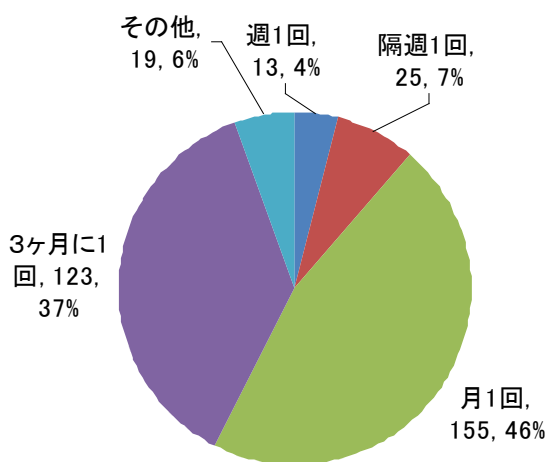
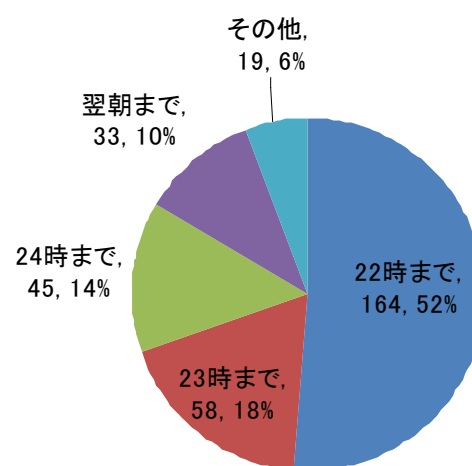


図 12 病院群輪番施設への協力時間帯



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9 病院群輪番施設に協力する条件(n=343)

	n	%
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

図 13 常時対応施設への協力意向(n=787)

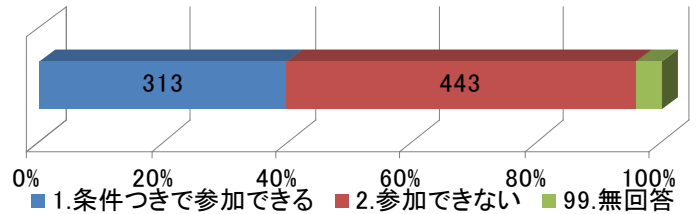


図 14 常時対応施設への協力頻度(n=303)

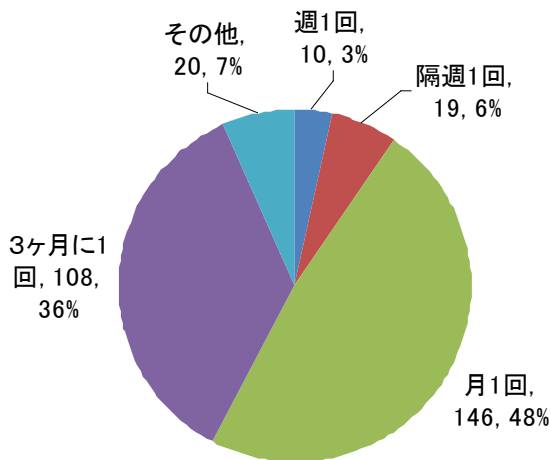
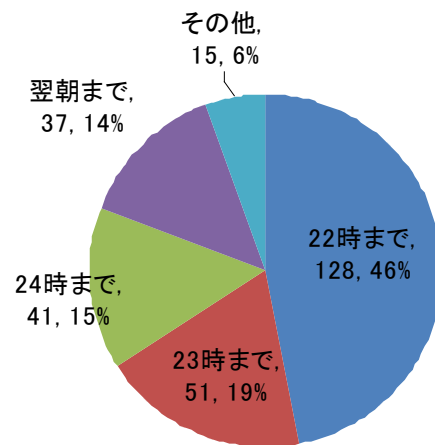


図 15 常時対応施設への協力時間帯



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	%
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る

(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)。

図 16 精神科救急情報センターへの協力意向

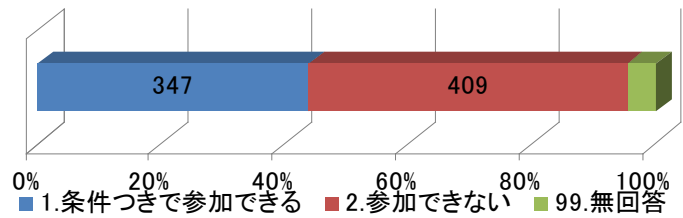


表 13 精神科救急情報センターの医療相談業務へ協力する条件

	n	%
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)。

図 17 救急病院への精神科コンサルテーションへの協力意向

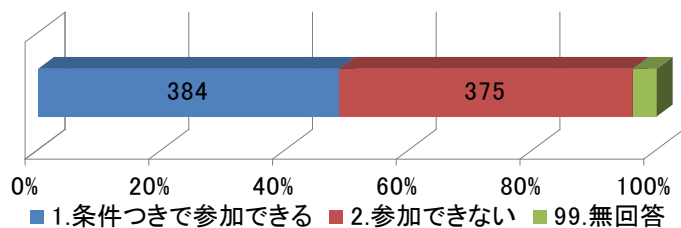


表15 救急病院への精神科コンサルテーションへ協力する条件

	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 18 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「条件が整えば協力できる」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。

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)

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

12) 外来対応型施設への協力意向と診療所の医師数の関連(表 18、図 18-20)

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)。常勤指定医の数が多いほど協力できると回答する、総指定医数が多いほど協力できると回答する、常勤非指定医の数が少ないほど協力できると回答する、総非指定医数が少ないほど協力できると回答するという関連がみられた。

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。

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
<b>指定医数</b>			
常勤	1.01 1[0-5]	0.75 1[0-2]	***
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総指定医数	1.54 1[0-9]	1.22 1[0-7]	***
<b>非指定医数</b>			
常勤	0.08 0[0-3]	0.21 0[0-3]	***
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総非指定医数	0.26 0[0-9]	0.41 0[0-8]	***
<b>総医師数</b>			
人数	人数		-
1名対2名以上	1名 2名以上		-

※ 総医師数(1名対2名以上)の検定にはフィッシャーの直接確率検定を用い、それ以外の検定にはMann-WhitneyのU検定を用いた。p値の\*はp<.05、\*\*はp<.01、\*\*\*はp<.001を意味する。

図 18 外来対応型施設への協力意向と総医師数

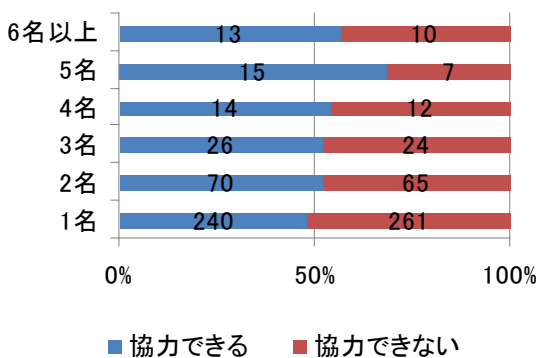


図 19 外来対応型施設への協力意向と指定医数

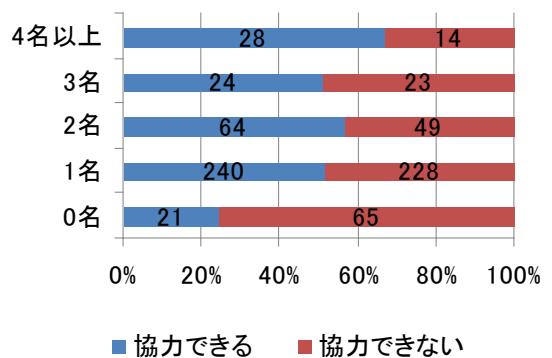
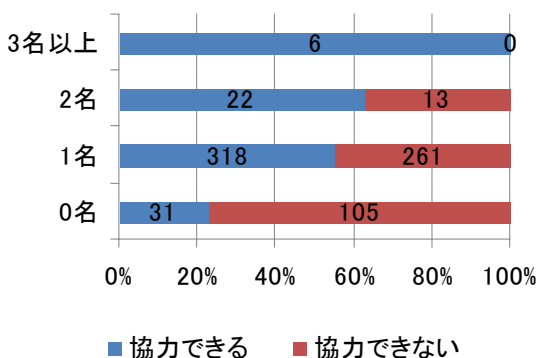


図 20 外来対応型施設への協力意向と常勤指定医数



13) 病院群輪番施設への協力意向と診療所の医師数の関連(表 19、図 21-23)

病院群輪番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 19)。常勤指定医の数が多いほど協力できると回答する、総指定医数が多いほど協力できると回答する、常勤非指定医の数が少ないほど協力できると回答する、総非指定医数が少ないほど協力できると回答するという関連がみられた。

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、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、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。

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 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 (上段)Nまたは平均 (下段)%または中央値[範囲]	p値
<b>指定医数</b>			
常勤	1.01 1[0-5]	0.79 1[0-3]	***
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総指定医数	1.54 1[0-9]	1.26 1[0-7]	***
<b>非指定医数</b>			
常勤	0.09 0[0-3]	0.19 0[0-3]	***
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総非指定医数	0.27 0[0-9]	0.37 0[0-8]	*
<b>総医師数</b>			
人数	人数		-
1名対2名以上	1名 2名以上		-

※ 総医師数(1名対2名以上)の検定にはフィッシャーの直接確率検定を用い、それ以外の検定にはMann-WhitneyのU検定を用いた。p値の\*はp<.05、\*\*はp<.01、\*\*\*はp<.001を意味する。

図 21 病院群輪番施設への協力意向と総医師数(n=7) 図 22 病院群輪番施設への協力意向と指定医数(n=743)

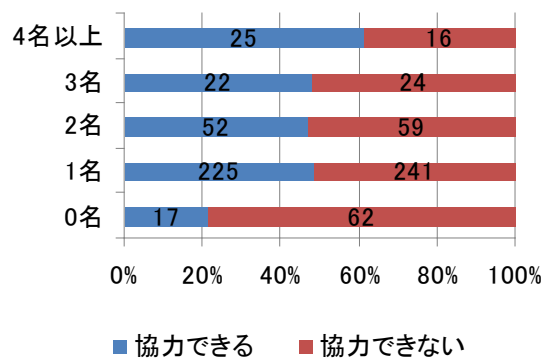
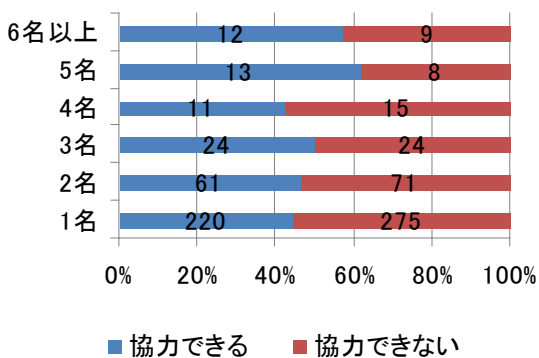
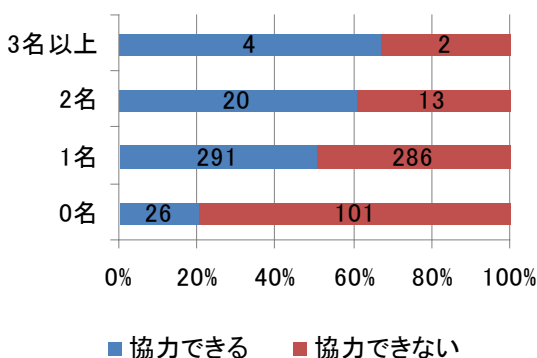


図 23 病院群輪番施設への協力意向と常勤指定医数



14) 常時対応施設への協力意向と診療所の医師数の関連(表 20、図 24-26)

常時対応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 20)。常勤指定医の数が多いほど協力できると回答する、総指定医数が多いほど協力できると回答する、常勤非指定医の数が少ないほど協力できると回答する、総非指定医数が少ないほど協力できると回答するという関連がみられた。

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いなかった。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。

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 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
<b>指定医数</b>			
常勤	1.03 1[0-5]	0.78 1[0-3]	***
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総指定医数	1.49 1[0-9]	1.30 1[0-9]	**
<b>非指定医数</b>			
常勤	0.09 0[0-3]	0.19 0[0-3]	***
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総非指定医数	0.26 0[0-9]	0.38 0[0-8]	**
<b>総医師数</b>			
人数	人数		-
1名対2名以上	1名 2名以上		-

※ 総医師数(1名対2名以上)の検定にはフィッシャーの直接確率検定を用い、それ以外の検定にはMann-WhitneyのU検定を用いた。p値の\*はp<.05、\*\*はp<.01、\*\*\*はp<.001を意味する。

図 24 常時対応施設への協力意向と総医師数

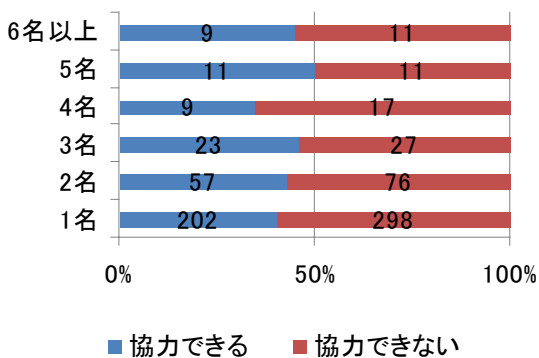


図 25 常時対応施設への協力意向と指定医数

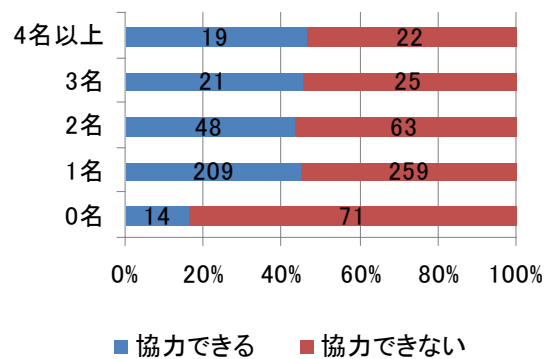
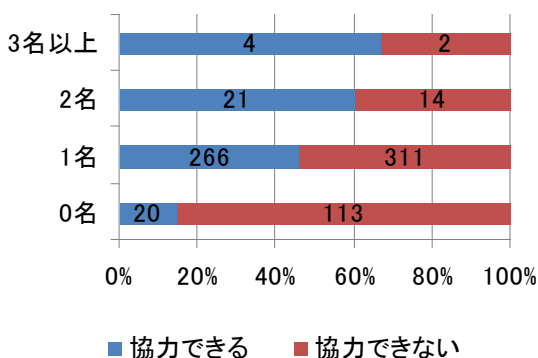


図 26 常時対応施設への協力意向と常勤指定医数



15) 精神科救急情報センターへの協力意向と診療所の医師数の関連(表 21、図 27-29)

精神科救急情報センター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 21)。常勤指定医の数が多いほど協力できると回答する、総指定医数が多いほど協力できると回答する、常勤非指定医の数が少ないほど協力できると回答する、総非指定医数が少ないほど協力できると回答するという関連がみられた。

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。

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 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
<b>指定医数</b>			
常勤	0.99 1[0-5]	0.79 1[0-3]	***
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総指定医数	1.43 1[0-9]	1.33 1[0-9]	*
<b>非指定医数</b>			
常勤	0.10 0[0-3]	0.19 0[0-3]	**
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総非指定医数	0.27 0[0-9]	0.39 0[0-8]	**
<b>総医師数</b>			
人数	人数		-
1名対2名以上	1名 2名以上		-

※ 総医師数(1名対2名以上)の検定にはフィッシャーの直接確率検定を用い、それ以外の検定にはMann-WhitneyのU検定を用いた。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)

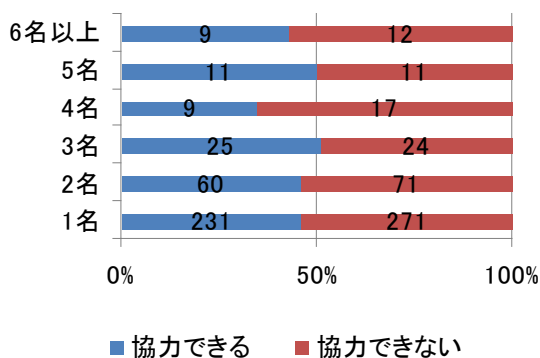


図 28 精神科救急情報センターへの協力意向と指定医数(n=751)

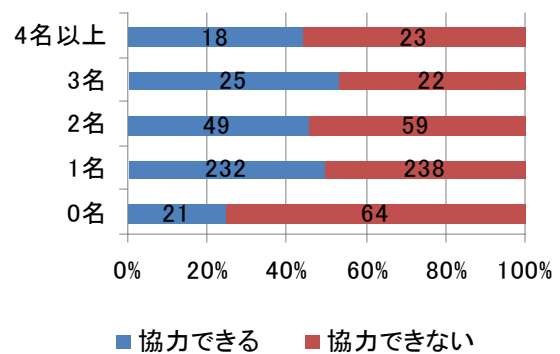
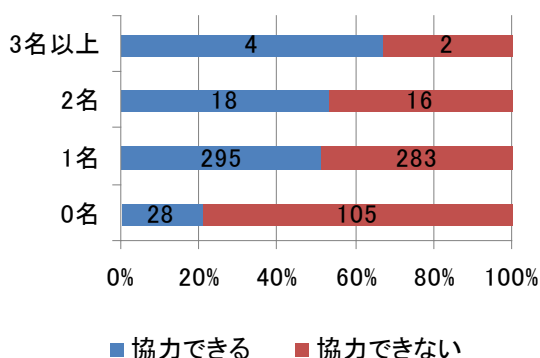


図 29 精神科救急情報センターへの協力意向と常勤指定医数





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医師数の関連(表 22、図 30-32)

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 22)。常勤指定医の数が多いほど協力できると回答する、総指定医数が多いほど協力できると回答する、常勤非指定医の数が少ないほど協力できると回答する、総非指定医数が少ないほど協力できると回答するという関連がみられた。

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。

表22 協力意向と診療所の医師数の関連(精神科コンサルテーション)

	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 (上段)Nまたは平均 (下段)%または中央値[範囲]	p値
<b>指定医数</b>			
常勤	0.98 1[0-5]	0.77 1[0-3]	***
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総指定医数	1.51 1[0-9]	1.23 1[0-7]	***
<b>非指定医数</b>			
常勤	0.11 0[0-3]	0.18 0[0-3]	**
非常勤(週20時間以上)			-
非常勤(週20時間未満)			-
総非指定医数	0.27 0[0-9]	0.39 0[0-8]	**
<b>総医師数</b>			
人数	人数		-
1名対2名以上	1名 2名以上		-

※ 総医師数(1名対2名以上)の検定にはフィッシャーの直接確率検定を用い、それ以外の検定にはMann-WhitneyのU検定を用いた。p値の\*はp<.05、\*\*はp<.01、\*\*\*はp<.001を意味する。

図 30 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総医師数(n=754)

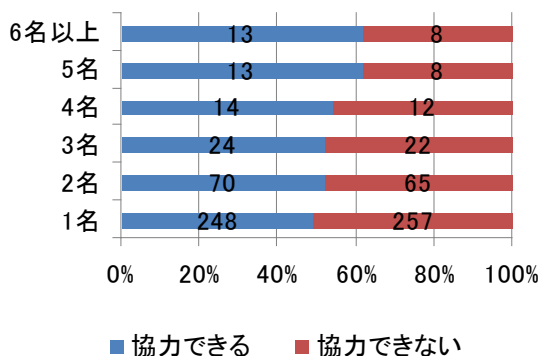


図 31 救急病院への精神科コンサルテーションへの協力意向と指定医数(n=754)

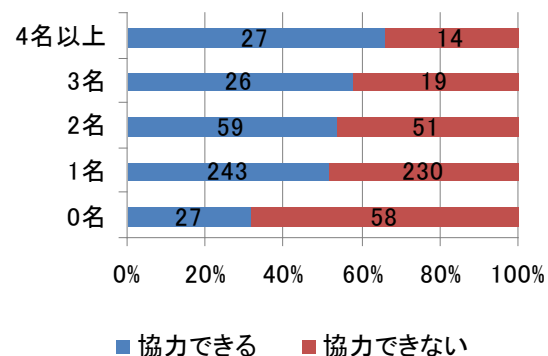
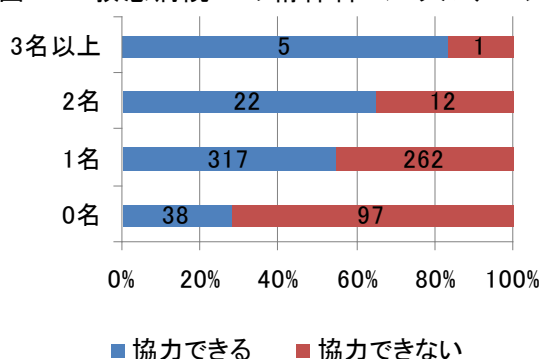


図 32 救急病院への精神科コンサルテーションへの協力意向と常勤指定医数





17) 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 23)。

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、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。

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。

表23 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%
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%
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%
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%

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、出動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が確立されることが望ましい」(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る。

「互酬的な制度作り」について、愛知県の個人診療所(常勤指定医 1 名)は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る。

#### 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なるため、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おうようにしていくことが大事なことです。

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。

18) 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

表24 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%
PSWI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%

往診、救急患者の入院受け入れに分けられた(表 24)。

#### 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○○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)*

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。自診療所に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的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を避け、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、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取り組んでいる診療所もあった。

## 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

### 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。

表1 送付した事業所の属性(n=601)

	n	%	
設置主体の種類	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%

### 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

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%
	九州・沖縄	29	12.5%
市町村の種類	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%
開設年	無回答	15	6.5%
	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%
設置主体の種類	無回答	7	3.0%
	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%
運営母体の法人 が他に運営している施設 (複数回答)	無回答	1	0.4%
	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	0.0%	

いた。運営施設は無いという事業所も 15 事業所 (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。

## 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。

図 1 1ヶ月あたりの相談件数(来所) n=232

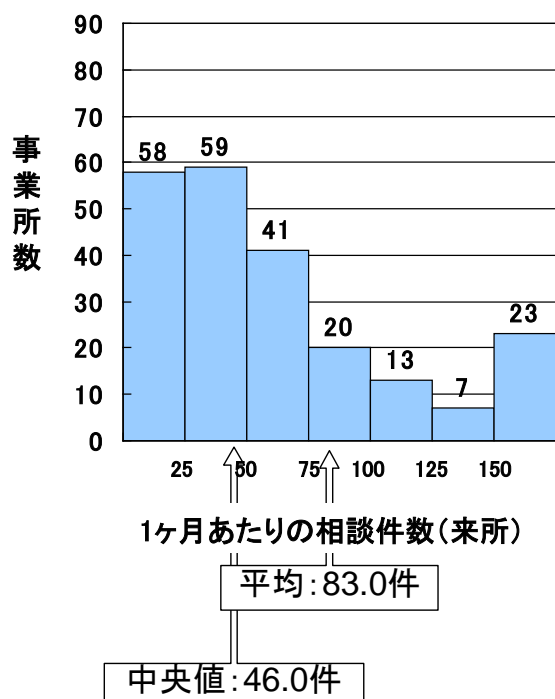
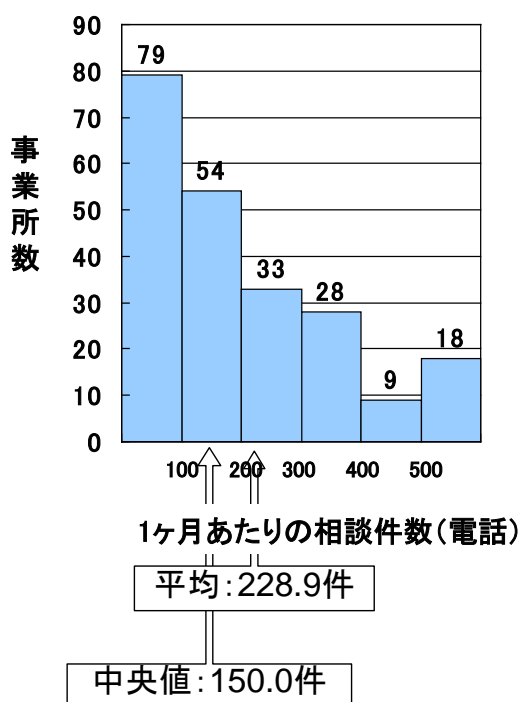


図 2 1ヶ月あたりの相談件数(電話) n=232



## 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%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ると回答した。全く対応していないのは 13%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。

図 3 電話相談の受付状況(平日17時以降) n=232

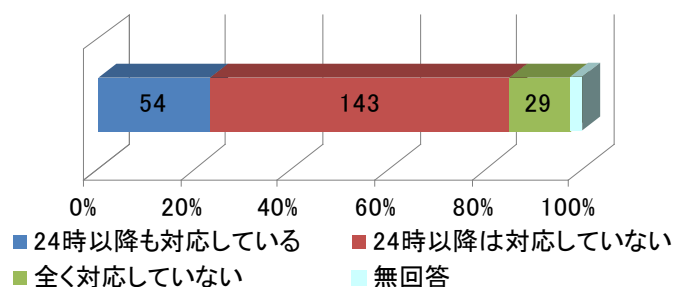
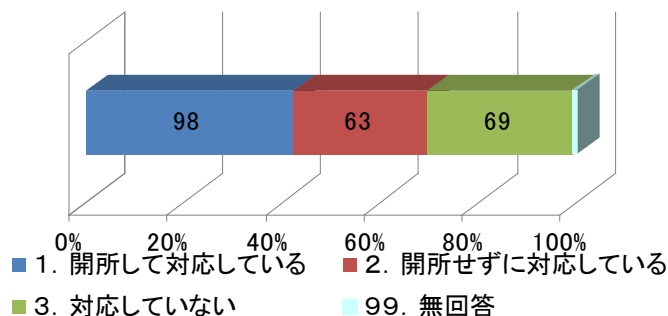


図 4 電話相談の受付状況(日祝日) n=232



#### 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。

図5 最近1ヶ月での対応経験 n=232

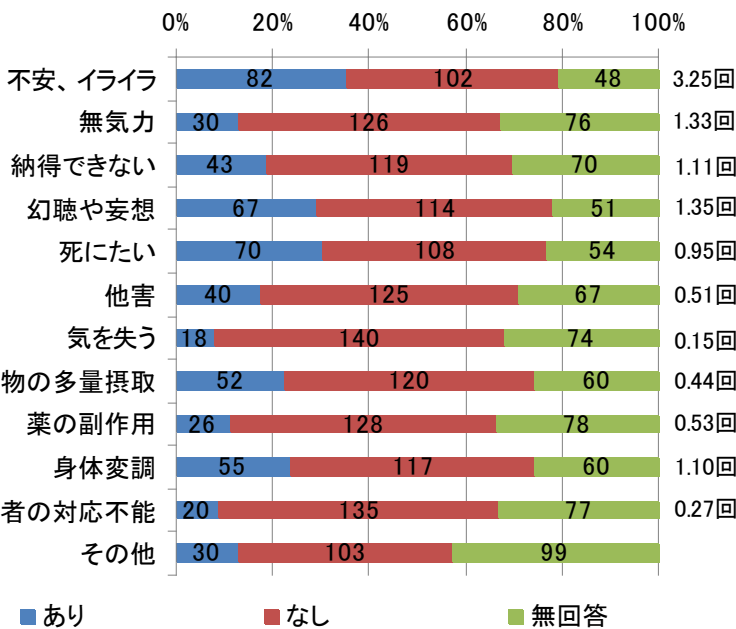


表3 緊急対応の経験(自由記述) n=232

	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%
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%

※グラフ右側の回数は1事業所当たりの平均回数。対応なしと回答した事業所は「0回」として計算した。



## 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、「地域の他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所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%)、日祝日で 4 事業所(2%)であった。

図6 緊急対応の実施可能性 n=163

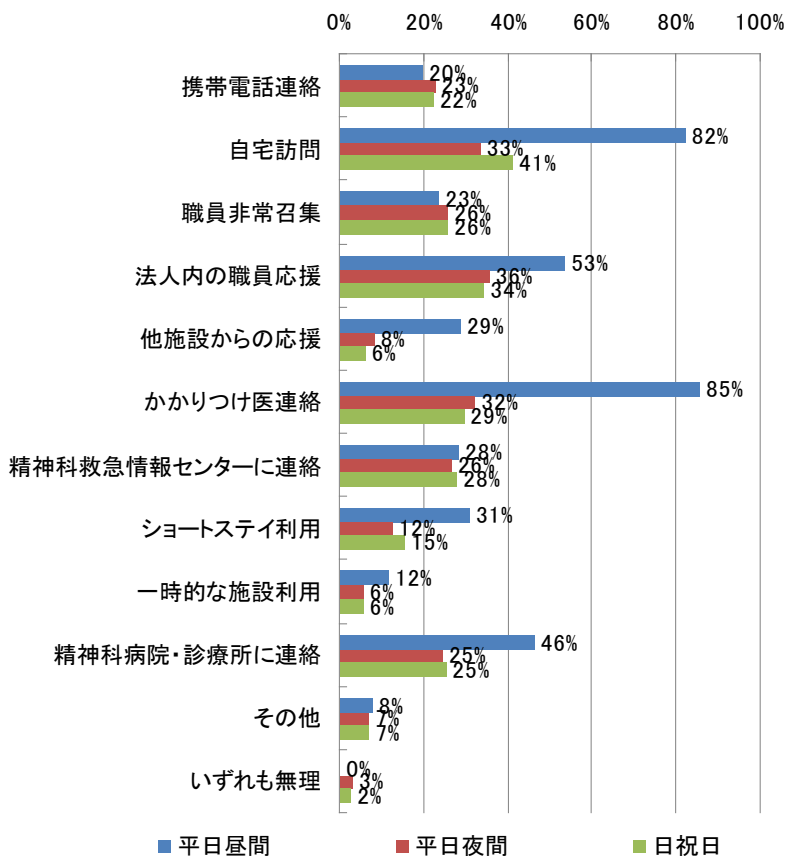
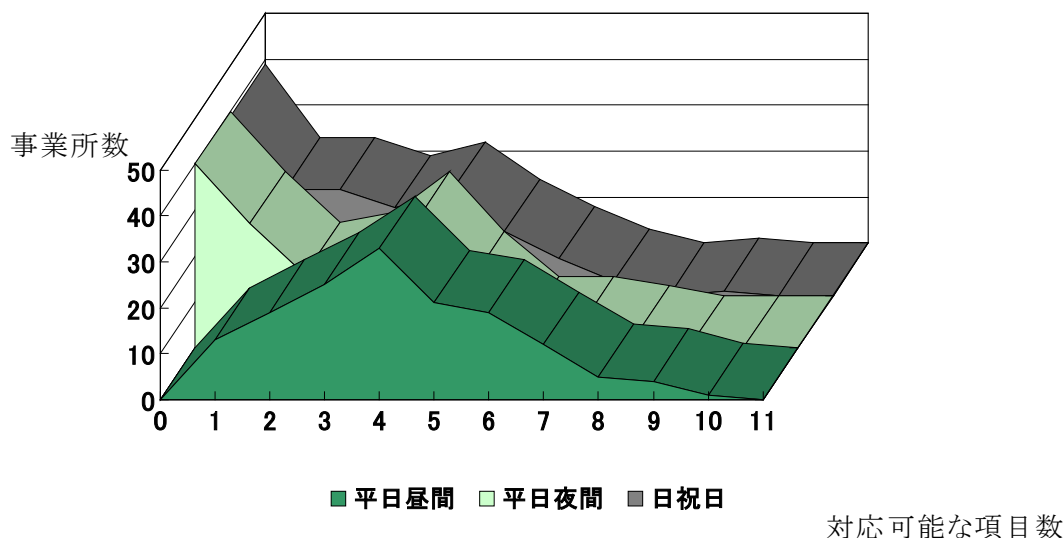


表4 緊急対応の実施可能性(自由記述) n=16

	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%

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、日祝日に対応可能な手段がない事業所が 39ヶ所あった。

図 7 事業所ごとの対応可能な項目数

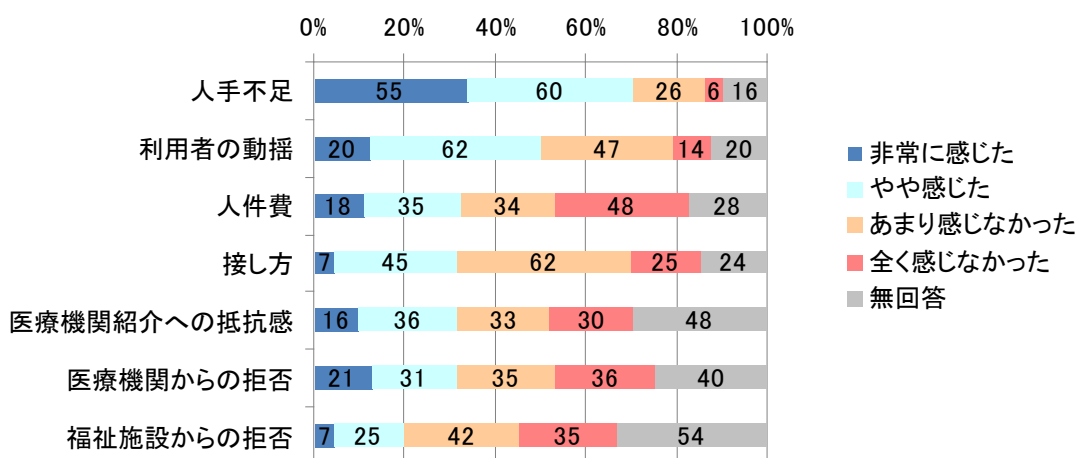


### 6) 緊急対応時の困難・負担 (図 8)

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。

図8 緊急対応時の困難・負担 n=163



## 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	50.0%
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 5 のようであった。

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%

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。

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 6 のようであった。

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%

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は多かった。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も多かった。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はいたが、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。

### 10) 24 時以降の対応の有無と緊急対応経験(表 8)

24 時以降も対応している事業所とそうでない事業所とで緊急対応の経験に差があるか否かを検討した。まず、経験の有無を比較したところ、24 時以降も対応している事業所はそうでない事業所と比べて、「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」を多く経験していた( $\chi^2$  検定、 $< .05$ )。

次に、緊急対応を経験した回数の平均を比較したところ、24 時以降も対応している事業所はそうでない事業所と比べて、「不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった」、「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」を多く経験していた(Mann-Whitney の U 検定、 $< .05$ )。

表8 24時以降の対応の有無と緊急対応経験(n=232)

	24時以降の対応	
	あり	なし
不安になる、イライラする、落ち込む、悲観的になった	64.3%	38.7%
平均回数	6.82±15.8	2.23±9.84
何もする気にならなくなった	29.7%	16.0%
平均回数	1.86±4.88	1.17±9.41
納得できないことがあって苦しくなった	37.8%	23.2%
平均回数	1.57±3.34	0.98±4.76
幻聴や妄想が強くなった	47.4%	34.3%
平均回数	1.77±4.51	1.24±5.22
死にたい気持ちが高まった	53.5%	34.8%
平均回数	1.28±1.84	0.85±2.59
物を壊したり、他人をなぐるなどした	35.0%	20.8%
平均回数	0.92±3.27	0.38±1.18
気を失って倒れた	8.3%	12.3%
平均回数	0.03±0.17	0.18±0.71
薬を決められた量よりも多く飲んでしまった	38.5%	27.8%
平均回数	0.43±0.65	0.45±1.03
薬の副作用がでた	14.7%	17.5%
平均回数	0.15±0.44	0.63±2.49
身体の具合が悪くなった	42.5%	28.8%
平均回数	1.29±2.94	1.05±3.03
家族や介護者が急病や急用で対応できなくなった	20.0%	10.8%
平均回数	0.26±0.61	0.27±1.12