

200937053A

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と
一般救急医療との連携体制構築のための具体的方策に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 宮坂 勝之

平成22(2010)年5月

目 次

I. 総括研究報告

- 小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための
具体的方策に関する研究 ----- 1
宮坂 勝之

II. 分担研究報告

1. 周産期医療域の救急医療体制 ----- 7
左合 治彦
2. 精神科救急医療と一般救急医療の連携体制構築における現状の課題と今後の方向性
----- 9
杉山 直也
3. 一般の救急医療と特定領域の救急医療との連携体制のあり方に関する研究 ---- 19
木村 昭夫
4. 小児救命救急患者の搬送先選定基準に関する研究 ----- 21
阪井 裕一 ・ 六車 崇 ・ 宮坂 勝之
5. 小児集中治療室 (P I C U) 設置基準にかかる研究 ----- 29
清水 直樹 ・ 宮坂 勝之

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築のための
具体的方策に関する研究」

H21 年度総括研究報告書

主任研究者 宮坂勝之¹⁾ 長野県立こども病院 院長
分担研究者 左合治彦²⁾ 国立成育医療センター周産期診療部 部長
杉山直也³⁾ 財団法人復康会 沼津中央病院 副院長
木村昭夫⁴⁾ 国立国際医療センター戸山病院 救急科 部長

研究協力者

阪井裕一¹⁾ 国立成育医療センター総合診療部 部長
六車崇¹⁾ 国立成育医療センター手術集中治療部 医長
清水直樹¹⁾ 東京都立小児総合医療センター救命・集中治療部 部長
高橋宏典²⁾ 国立成育医療センター周産期診療部 医員
大塚耕太郎³⁾ 岩手医科大学精神医学教室 講師
河西千秋³⁾ 横浜市立大学精神医学 准教授
白川教人³⁾ 横浜市こころの健康相談センター センター長
塚本哲司³⁾ 埼玉県立精神保健福祉センター
八田耕太郎³⁾ 順天堂大学精神医学 准教授
平田豊明³⁾ 静岡県立こころの医療センター 院長
平野みぎわ³⁾ 横浜市立大学 共同研究員
藤原修一郎³⁾ 金沢文庫エールクリニック 院長
山田素朋子³⁾ 横浜市立大学 共同研究員
山田朋樹³⁾ 横浜市立大学附属市民総合医療センター 助教
萩原佑亮⁴⁾ 国立国際医療センター戸山病院 救急科 医員

分担課題

- 1) 小児救急医療・集中治療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究
 - a. 小児救命救急患者の搬送先選定規準に関する研究
 - b. 小児集中治療室（PICU）設置基準に関する研究
- 2) 周産期医療域の救急医療と一般救急医療との連携体制のあり方に関する研究
- 3) 精神科救急医療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究
- 4) 一般救急医療と特定領域の救急医療との連携体制のあり方に関する研究

(研究要旨)

本研究は、平成 20 年の、厚生労働省による「救急医療の今後のあり方に関する検討会」の提言に基づき、産科・小児科・精神科など、特定の診療領域とされる分野を専門とする医療機関の救急体制の位置づけや連携確保方策などについて調査研究を行い、今後の方向性に資することを目的とした。

患者・家族にとって「救急」は単一の事由であるが、医療の高度化により専門分化が著しい医療側にとっては複合的かつ困難な対応が求められる。高度成長期、交通事故の増加に伴う外傷患者への対応を中心として昭和 39 年度に救急告示病院制度が始まって以来、一般の救急領域での階層的整備、地域格差や夜間休日診療体制の整備を含め、量的な整備は進められてきた。しかし特定の診療領域に踏み込んだ検討、領域間の連携体制に関する研究は、本研究が本邦で最初の取り組みの一つだと考えられる。

度重なる報道で、救急患者受け入れが「拒否」されたと考える患者側と、「最善を尽くした結果」と考える医療供給側との認識の乖離が浮き彫りにされる中、この現状打開に向けて、平成 21 年の改正消防法では、現場と医療機関をつなぐ救急隊の役割の強化が盛り込まれた。具体的な患者搬送基準、受け入れ基準の作成はまったなしの段階にあり、地域での現状に合わせた検討が求められるが、特定領域に関しては共通の認識が形成されていない。

本研究では、特定の診療領域の中でも、近年社会問題化が著しい小児救急、産科救急、精神科救急をとりあげた。初年度は、一般の救急医療との連携の具体的な検討を前提として、個々の領域内での専門家による検討および実例の収集結果を、日頃共通の席に着くことが少ない複数領域の専門家とで共有することで、個々の領域の持つ特性、課題の共通の認識を深める作業を行ない、今後の具体的な指針、提言への手がかりが得られた。

A. 研究目的

本研究の目的は、平成 20 年の、厚生労働省による「救急医療の今後のあり方に関する検討会」の中間取りまとめの提言に基づき、一般の救急領域に対し、産科・小児科・精神科など、特定の診療領域とされる分野を専門とする医療機関の救急体制の位置づけや連携確保方策などについて調査研究を行い、今後の方向性に資することである。

患者・家族にとって「救急」は単一の事由であるが、医療の高度化により専門分化が著しい医療側にとっては常に複合的かつ困難な対応が求められる。患者側が非専門家による応急的診療を許容せず、より高度な医療を求める一方で、医療側もより専門化細分化された。高度成長時代が終り限られた医療資源を分かち合う今、救急医療の原点ともいえる、「いつでも、どこでも、だれでも適切な救急医療」が実現し難い状態になっている。

高度成長期、交通事故の増加に伴う外傷患者への対応を中心として昭和 39 年に救急告示病院の制度が始まって以来、昭和 52 年には、初期、二次、三次とした分かりやすい一般の救急領域での階層的整備、平成 3 年の救急救命士制度の発足、そして平成 9 年度での地域格差や夜間・休日診療体制の改善を含め、量的な整備は進められてきたものの、時代の変化の要請である特定の診療領域に踏み込んだ検討、そして領域間の連携体制に関しての検討は不十分であった。

度重なる報道で、救急患者受け入れが「拒否」されたと考える患者側と、「最善を尽くした結果」と考える医療供給側との認識の乖離が浮き彫りにされる中、平成 21 年の改正消防法では、現場と医療機関をつなぐ救急隊の役割の強化が盛り込まれ、その業務を円滑に遂行させるためにも、搬送基準、受け入れ基準ともにより具体的な検討が必要とされる。

本研究を通じて、関連領域の個別の救急医療の課題を抽出するとともに、一般救急医療との連携体制を作り上げる提言につなげたい。

B. 研究方法（倫理面への配慮も含め）

a) 全体討議

特定の領域として、小児救急医療・集中治療、精神科救急、周産期医療域の救急をとりあげ、各領域の専門家を班員とするとともに、一般救急領域の専門家、改正消防法の運用との関連から、総務省消防庁、厚労省医政局指導課の救急医療専門官を含めた班会議を 3 回開催した。

初年度の本年は、各領域で抽出された問題および事例検討を班員、協力者間で共有する討議を行った。また各班会議に先立ち、既存の情報を中心に各領域内で、一般の救急との連携を検討する上で問題となり得ると考えられる課題を選び検討した。

b) 個別検討

小児医療領域では、主任研究者の宮坂が、研究協力阪井、清水、六車とともに、1) 一般救急の中での小児救急患者の取扱いの現状、2) 現在用いられている救急隊の搬送基準の問題点およびその改良について、3) 受け入れ医療機関側として整備すべき、特に小児集中治療病棟の設置基準について検討した。

精神科領域では、分担研究者の杉山が、全国 11 名の研究協力者とともに、1) 精神科救急医療そのものの概念について、2) 総合病院精神科の果たす役割、3) 精神科疾患に合併症する疾患の医療について事例検討を含め討議した。

周産期医療域では、分担研究者の左合が、研究協力者高橋とともに、東京地域での産科救急の実態と、一般救急と産科救急の関わりについて検討した。

一般救命救急医療の立場から、分担研究者の木村は、研究協力者荻原とともに、1) 社会的に問題となっている産科救急の現状の把握、2) 救急科専門医の後期研修プログラムにおける、小児科救急や産科救急の研修のあり方について検討した。

C. 研究結果

a) 全体討議

一般救急とその他の関連領域の救急という区

分けがなされる中で、これまで各領域間での情報の共有がほとんどなかった事実が認識された。とりわけ本研究班で、精神科救急領域の情報に関して領域間で討論でき、具体的な連携の緒が開かれたことは大いに意義があった。

また救急医療全体を考察する中で、各領域に内包されている課題の検討の不十分さも再認識された。改正消防法の施行を受けて必要となった、関連領域と一般救急の連携に向けた具体的な体制作りには先立ち、領域間での特有な問題の情報共有、研修体制からの積み上げの重要性、社会啓発の重要性が認識された。

b) 個別検討

i) 小児救急・集中治療領域では、そもそも小児重症患者全体の受け皿としての、小児集中治療自体の全国的な未整備がもたらす問題が再認識され、その充実に向けて、平成21年度厚労省の「重篤な小児患者に対する救急医療体制の検討会」の中間取りまとめに沿って検討を行うこととした。

研究協力者の阪井と六車は、小児救命救急患者の搬送先選定規準に関する研究の中で、現状で必ずしも緊急度が反映されていない、東京消防庁の救急隊が用いる搬送基準の見直しを現場の隊員達を交えて行ない完成させ、実際の使用に向けての調整が行われている。

研究協力者の清水は、今後充実が求められる小児集中治療室整備に関し、現存の設備基準(日本小児科学会・日本集中治療医学会共同提案)の検討の中で、設置基準自体はハード的には適切であるものの、それを支える小児科医自身の救急医療、集中治療への認識自体の改善が必要であることを指摘した。

ii) 精神科救急医療領域では、精神科領域内でも「救急」医療の概念に関する理解合意が形成されていないことがまず討論の対象となった。救急医療だけでなく、単科の精神科病院・施設と総合病院内の精神科の果たす役割の相違の大きさ、そして3) 精神科疾患に合併症する一般の救急疾患、または一般の疾患に合併する精神科救急病態の問題、さらには急性期を乗り

越えた以後の出口の問題など、今後の本研究班での検討課題が認識された。

iii) 周産期領域では、特に社会的に注目を集めた産科救急と一般救急の連携が討議された。東京地区だけでも年間40例(母体搬送例の約1%)ほどの妊婦の救急救命症例が存在することがわかったが、その10%では搬送先がみつかっていない。

今までの体制整備が新生児科医、産科医だけがかかわる、未熟児・新生児を中心とした周産期医療体制の整備であったことから、妊婦の救急疾患の中でも、外科・脳外科管理を要する母体救急疾患の受け入れ医療体制の整備がなされてこなかった。妊婦はまず産科医が診察するという現状の中で、如何に、そしてどこまで一般救急医に関わるべきかの議論の必要性が認識された。母体救命処置が必要な母体搬送例の約1/10は近隣に搬送先がなく、スーパー総合周産期センターへ搬送となった。

産科医以外の医師が最初に妊婦の診察をするという概念の浸透は本邦では難しい。母体救命を要する疾患では、妊婦であっても救急救命医が先行してみる医療体制の構築が必要である。

iv) 一般救急領域から特定領域をみた検討の中では、分担研究員の木村から、救急救命センターで取り扱う精神科領域患者では自殺企図症例が中心となっている状況、薬物中毒症例に対しての急性期治療の問題もさることながら、回復後の患者引き受け先の確保の難しさが報告された。

さらに産科救急領域と救急科専門医研修の視点から、搬送症例の調査を行ったところ、産科救急搬送例の13%が救命のために救急医との連携が必要な症例であったが、施設内での産科への1か月程度ローテーションで、連携が強化された一方、小児救急に対しては、多施設で3か月の研修が行われ、概ね目標は達成できたが、必ずしも十分とは言えない状況だったとされた。救急医と特定領域の救急医療を担う診療科との連携体制強化には、研修期間やカリキュラムの設定で関係各科が協力し合うことの重要性が示唆され、次年度以降の検討課題となった。

D. 考察

患者・家族にとって「救急」は単一の事由である。しかし国民が求める医療の高度化は専門細分化を求め、一般救急医療での応急的な対応では満足できない状況が作り出されてきた。

妊婦に合併した脳神経外科救急疾患や精神科疾患に合併した救急疾患、あるいは心肺蘇生が必要な小児患者に代表されるように、先ずは全国的に量的に整備された一般救急医療での対応が好ましい可能性を持つ状態も知られているが、特定の医療領域と一般救急領域との連携は現状で十分とはいえない。

患者にとっても、現場から患者を収容搬送する救急隊にとってこれは深刻な問題である。そして、応急対応の後に必要となる適切な専門医療への移行という救急医療の出口の問題もあり、これらには体制的な問題と、医療者の教育研修の問題も深くかかわっている。

高度成長期、交通事故の増加に伴う外傷患者への対応を中心として昭和 39 年度に救急告示病院制度が始まって以来、一般の救急領域での初期、二次、三次救急とした階層的な整備、地域格差や夜間休日診療体制の充実を含め、量的な整備は進められてきた中で、特定の診療領域に踏み込んだ検討、領域間の連携体制に関する研究は、本研究がおそらく本邦で最初の取り組みの一つだと考えられ、新鮮な討論が行われ、連携の重要性、研修体制の充実などの総論的な認識は確認されたが、具体的な対応策の策定にまでは至らなかった。

特に本研究で、特定救急医療領域とされたどの領域も、独自の救急医療基盤が十分に整備されていないと考えられた。小児救急医療では、取り分け小児重症患者の受け皿となる小児 ICU 病床の不足が指摘された。また他のどの領域ともとりわけ情報交流の少なかった精神科救急に関する検討が領域間を越えて行われたことは画期的ではあったが、領域間で共通の理解を得るまでには時間が必要だと感じられた。

また、連携体制のあり方を議論する中で、基本的な関連領域の対応を可能とするような医師や医療従事者の卒後研修過程の改善とともに、

例えば妊婦であっても、小児であってもまず一般救急医が診察する、あるいは精神科病床の有効利用のためにデイケアを充実するなど、限られた医療資源である、専門医療者および医療機関の集約化含めた効率化を、一般国民が容認する方向に向けた啓発活動も併行して行なう必要があると感じられた。

E. 結論

1. 一般救急医療と特定医療領域の円滑な連携体制構築には、限られた医療資源の効率的な活用を妨げる構造的問題を解決する必要があり、連携医療体制の構築のみならず、医療者の教育研修過程、一般国民の救急医療に対する意識改革に向けての啓発が必要
2. 小児救急・集中治療領域では、従来の小児科的な重症度ではなく緊急度をトリアージする目的の救急隊用の搬送基準を作成した。
3. 二学会による小児 ICU 設置のための指針（平成 19 年 3 月）を検討し、ハード的な施設基準は妥当であるが、運用面、人的資源とりわけ小児科医の救急医療に対する意識面で改革が必要だと考えられた。
4. 精神科救急領域では、精神科救急医療の概念、病院精神科と精神科単科病院の役割、そして合併疾患を持った精神科患者の取り扱いのそれぞれに構造的な問題があり検討の必要性が示された。
5. 周産期医療領域では、全体の約 1%を占める救命を要する搬送産科救急患者の 10%に適切な搬送先がみつからないという実態があり、一般救急医療医の妊婦診療能力の向上を図る方策と共に、母体の救命には産科医と救急科医が連携する文化の啓発が必要だと考えられた。
6. 一般救急領域側からは、内容や期間について課題はあるものの、救急研修医の小児科、産科救急への短期間の研修の効果が高いことが示された。また精神科領域では、現状は自殺企図患者が中心であり、急性期の医療での問題は少なかったが、回復期以降の継続医療での課題が認識された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

参考文献

1. 厚労省「救急医療の今後のあり方に関する検討会」
中間取りまとめ 平成 20 年 7 月 30 日
2. 厚労省「重篤な小児患者に対する救急医療体制の
検討会」中間取りまとめ 平成 21 年 7 月 8 日
3. 厚労省 第 13 回「医療計画の見直し等に関する検
討会」議事録 平成 17 年 11 月 30 日
4. 小児集中治療部設置のための指針
日集中医誌 2007;14:627-638

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

周産期医療域の救急医療体制

分担研究者 左合治彦 国立成育医療センター周産期診療部 部長
研究協力者 高橋宏典 国立成育医療センター周産期診療部産科 医員

研究要旨

妊婦救命救急の体制の整備を目的として、現行の周産期医療体制の検証と東京都における産科医療と救急医療の連携に関する実態調査を行った。母体搬送要請例の約1%は母体救命処置が必要であった。東京都は母体救命搬送システム対象症例表を作成し、搬送を円滑に行っていた。救急救命医の産科救急医療への参加が不可欠と考えられた。

A. 研究目的

周産期医療（周産母子）センターの発足により、未熟児・新生児を中心とした周産期医療体制の整備がすすめられた。その医療の担い手は産科医や新生児科医である。そのため産科救急疾患のなかで、外科手術など他科管理を要する母体救急疾患の受け入れ医療体制はほとんど整備されていない。周産期医療と救急医療の連携や協力体制の構築、そのための専門医療機関の整備のあり方について具体的に考察することを目的とした。

B. 研究方法

産科医療と救急医療の連携に関する実態調査として、現行の周産期医療体制の検証と東京都における産科医療と救急医療の連携に関する実態調査を行った。さらに調査の解析による問題点の抽出と解決案を作成した。

C. 研究結果

現行の周産期医療体制においては、①妊婦はまず産科医が診察して対応する。②児の救命のため、妊婦はNICU受け入れ可能施設へ搬送する。という暗黙の了解が医療関係者の間にはある。そのため、産科医で対応できない母体疾患や産科医が対応することによって手遅れとなる母体疾患もまず産科医が対応していることが多いようである。また母体の受け入れ可能でかつNICU受け入れ可能な施設の空きはほとんどなく、母体の救急搬送先の選定には難渋するケースが多い。

脳卒中や出血性ショックなど重症な疾患により緊急に救命処置を必要とする妊婦などが、近くの救急医療機関などで受け入れがきまらない場合に、都内3カ所の「スーパー総合周産期センター」が必ず受け入れることで、受け入れ先の選定にかかる時間をできるだけ短縮し、迅速な診療を受けられるようにするシステムを平成21年に東京都は構築した。母体救命搬送システム対象症例表を作成し、これに該当する場合は、母

体の救命を優先して搬送するというものである。東京都の平成20年度の母体搬送要請数は3,969件であったが、うち周産期センターで受け入れを行ったものは1,558件であった。さら脳卒中や出血性ショックなど重篤な疾患により緊急に救命処置が必要と判断されたものは、平成21年4月から約3ヶ月

D. 考察

単純換算すると東京都では1年間に40例程度の母体救命を要する疾患が発生することになる。すなわち母体搬送要請例の約1%は母体救命処置が必要となる。母体救命処置が必要な例の約1/10は近隣に搬送先がなく、スーパー総合周産期センターへ搬送となった。産科以外の医師が最初に妊婦の診察をするという概念は本邦ではまだ浸透していない。母体救命を要する疾患では、妊婦であっても救急救命医が先行してみるという医療体制の構築が必要であると思われる。

間に10例みられ、うち産科疾患が5例、頭部疾患が4例、中毒が1例であった。10症例中9例が近隣の周産期センターで収容しており、硬膜下血腫が疑われた1例のみ当番のスーパー総合周産期医療センターに収容されていた。

E. 結論

産科救急医療において、特に母体救命を要する疾患では、産科医以外の救急救命医の参加が不可欠であり、救急救命医が産科救急医療に積極的に関与できる医療体制の整備や啓蒙活動が必要であると考えられた。

G. 研究発表

- 1.論文発表
- 2.学会発表

H. 知的所有権の出願登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「小児医療、産科・周産期医療、精神科医療領域と一般救急医療との連携体制構築の
ための具体的方策に関する研究」
分担研究報告書

精神科救急医療と一般救急医療の連携体制構築における現状の課題と今後の方向性

分担研究者 杉山直也
財団法人復康会 沼津中央病院 副院長

研究要旨：本研究は、厚生労働省による「救急医療の今後のあり方に関する検討会」の中間取りまとめにおける提言に基づき、産科・小児科・精神科など、特定の領域を専門とする医療機関の救急体制における位置づけや連携確保方策などについて調査研究を行い、今後の方向性に資することを目的とする。本分担研究では精神科領域を担当し、現状の問題点や課題を抽出し、具体的な方策の方向性を模索して、最終的に提言を行うための見解を提示する。

研究方法：精神科医療と一般救急医療の連携体制構築に関する議論が焦点化できるよう、両者の接点となる分野を見出し、それぞれの分野に高い見識を有す専門家によって審議・検討を行う機会を設けるとともに、関連研究の精査や、既に連携を行っている実例などについて調査することにより、具体的な方策の方向性を検討した。

結果：精神科救急医療や総合病院精神科といった医療資源の実情における深刻な課題が再認識され、主に医療環境の整備における構造的なものが大きいと考えられた。こうした実情から、現時点で一般救急医療と精神科医療の連携体制構築のための全体的なシステム化をすぐに行うことは現実的でなく、限られた医療資源を活用し、比較的速やかに導入可能で、連携強化に有効な具体的方策を見出すためのヒントとなる事例やモデルの検討を進めた。精神科救急情報センターでの経験から、精神障害への認識普及による適切なトリアージの実施と、一般的な救急活動や医療の現場における対応力の向上によって、円滑な連携機能の維持が重要であると同時に、コメディカル、特に精神保健福祉士の活用が一定の効果をもたらす可能性が考えられた。

まとめ：一般救急医療と精神科医療の円滑な連携体制構築のためには、医療資源の構造的問題が残されているため、実情に即した対応体制を考慮する必要がある。円滑な連携を実現するため、高次の医療連携が必要なケースを適切に拾い上げると同時に、多くを占める軽症のケースに対応できるよう、救急活動の現場での判断力・対処能力の向上が必要と考えられる。今後は正確なトリアージを行うために、現場で正しくアセスメントが行える手法の確立等が望まれる。医療機関の受け入れ態勢を強化するため、コメディカルの活用に一定の効果がある可能性が考慮される。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
大塚耕太郎	岩手医科大学精神医学教室 講師
河西千秋	横浜市立大学精神医学 准教授
白川教人	横浜市こころの健康相談センター センター長
塚本哲司	埼玉県立精神保健福祉センター
八田耕太郎	順天堂大学精神医学 准教授
平田豊明	静岡県立こころの医療センター 院長
平野みぎわ	横浜市立大学 共同研究員
藤原修一郎	金沢文庫エールクリニック 院長
山田素朋子	横浜市立大学 共同研究員
山田朋樹	横浜市立大学附属市民総合医療センター 助教

A. 研究目的

本研究は、厚生労働省による「救急医療の今後のあり方に関する検討会」の中間取りまとめにおける「今後、改めて特定の診療領域を専門とする医療機関のあり方や、特定の領域に焦点を当てた救急医療体制の整備について、議論を深める必要がある」との提言に基づき、救急医療における産科・小児科・精神科など、特定の領域を専門とする医療機関の救急体制における位置づけや連携確保方策などについて、その実態や各地域における事例などの調査研究を行って、今後の方向性に資することを目的としている。そのうち本分担研究では、精神科領域を担当する。精神科領域は、独自の行政管轄、医療圏、トリアージシステムを有し、特定領域の中でもさらに一線を画す特異な状況にあり、一般領域との連携ではしばしば大きな課題が存在する領域である。

B. 研究方法（倫理面への配慮）

本研究事業の全体方針として、それぞれの領域担当者がこれまでの調査研究の分析や新たな調査を実施し、現状の問題点や課題を抽出、最終的に抽出課題について全領域を統合した班会議で検討を行って、今後の救急医療のあり方や特定領域を専門とする医療機関の位置づけなどについて提言などを行う方法をとっている。本分担研究が担当する精神科領域については、連携体制構築に関する議論が焦点化できるよう、精神科医療と一般救急の接点を見出し、それぞれの分野に高い見識を有す専門家諸氏に協力研究員を依頼して研究会議を開催して討議を重ねるほか、関連研究や既に連携を行っている事例などを精査して具体的な方策の方向性を検討した。また討論や資料調査から新たに抽出された課題については、テーマをより絞り込んで議論を深めて検討を行い、今後の基準作成などの基礎的知見となり得る様な有用な取り組み事例の検討なども行った。

実施した具体的な検討機会を以下に示す

1. 第1回分担研究会議（「精神科医療と一般救急の接点」各分野からの指定討論）
2. 救急隊搬送における精神科救急情報センターの役割と現状に関する調査

3. 第2回分担研究会議（「救急医療機関における精神障害合併例受け入れの円滑化におけるコメディカルの役割とその可能性」）

C. 研究結果

1. 第1回研究会議（精神科医療と一般救急の接点、各分野からの指定討論）における討論内容の要点は以下のとおりである。

1) 精神科救急医療（日本精神科救急学会）

精神科救急医療の全国的な現状は極めて不均一である。用語の不統一、医療圏区割りにおける地域差、精神科救急を受け入れる医療施設の設備・人員・体制の不均一、情報センターの設置状況・精神科救急入院料病棟の認可状況等は都道府県ごとに大きな差異がある。日本精神科救急学会はこれまでに指針を定め、厚生労働科学研究^{1,4)}や障害者福祉推進事業^{5,6)}を通じて、精神科救急医療の機能を評価して標準化および均霑化を図り、精神科救急医療体制の質的整備に取り組んできたが、これらは同時に、一般医療との良好な連携体制の構築のために求められるものとしても重要である。

平成19年度の厚生労働科学研究³⁾においては、精神科救急事例における救急隊の対応実態調査を行った。搬送時間では一般との差異がなかったが、受診先の選定や患者の搬送拒否、リピーターの多さが課題として抽出されている。同調査では精神科救急事業の有用性の実感についても課題がみられた。また、精神科救急医療の機能評価手法の確立をテーマとした平成19年度障害者保健福祉推進事業⁵⁾では、精神科救急医療に求められる20の機能の粗大項目について、都道府県と医療機関での双方向レビューを行った。そのうち、「一般科との連携」、「合併症対応」の両項目ではどちらからの評価も低く、この部分の機能性について大きな課題を残している。20年度の同事業⁶⁾には全国の精神科救急を受け入れる医療機関全体の1160を対象として調査を行い、710施設から回答を得た。全国の精神科医療施設の約半数弱を調査したことになる。その結果わが国の精神科救急医療施設の概要は、約8割の輪番・民間・単科の特性を有す平均的な施設と、それ以外のいくつかの特殊機能を有す医療施設、さらにサポート的な役割を有す

施設に分かれ、機能において、特に身体管理機能について2極分化していた。このため一般科とのオーバーラップ領域のニーズに対応できる医療資源は限られている。

精神科救急医療体制の整備対象はセーフティネットとしての自治体による地域の精神科救急医療体制と、それぞれの精神科救急を受け入れる医療施設に分けられる。精神科救急医療体制の質的整備のための機能評価手法については、現在までに自治体が行う事業としての介入件数等の報告システムを作成した。他の対象領域の評価手法についても近く確定する見込みである。

2) 総合病院精神科（総合病院精神医学会）⁷⁾

精神科と一般科の連携という課題では、総合病院の精神科がどのように役割を発揮するかが大きな焦点となる。しかしながら現状は、総合病院精神科は減少の一途をたどっている。厚労省の調査によれば、二次医療圏内に有床精神科を持つ総合病院がある地域は45.3%であり、精神科外来のみの総合病院がある地域は20.9%、33.8%の地域では総合病院の精神科が一ヶ所も無かった。また単科病院や診療所を併せても、精神神経学会専門医が一人もいない医療圏が18.9%あった。有床総合病院精神科は関東に偏在し、全国平均に均すと、その体制は一施設あたり3.2人の精神科医（うち2.3人が指定医）がおり、一人当たり26.5床を担当しているという人員不足がある。また総合病院精神科そのものがここ数年で減少しており、無床精神科は3年で25%減というデータもある。ここ近年精神科医療との連携を推進すべくいくつかの診療報酬加算が新設されたが、一般医療側に設けられた加算が主である。そのうち入院時医学管理加算においては、精神科医療体制の充実について評価する仕組みとし、条件の中に精神科による24時間対応が可能な体制がとられていることが条件となった。しかしその条項の実際の中身は他院の精神科医が対応できることでもよいとされ、実際本加算を実施している施設のうち半数は精神科の標榜が無いことが判明している。このことから、本加算による総合病院精神科の充実は果たされていないことがわかる。医療計画によれば、4疾病5事業のうち、5事業に含まれる救急事業の中に、

精神科救急医療の機能強化が示されているが、一般救急医療の中での精神科機能については触れられていない。一方一般病床においては包括型のDPCが拡大しているが、精神科病床は除外されており、精神科医の救急医療への寄与が把握・評価されにくい状況がある。

全般の医療体制の整備については行政部署としては医政局が担当しているが、精神科については精神保健福祉行政が別立てとなっている。精神科医療の均一化や標準化、全般の整備はこれまでも困難があるが、こうした行政の縦割り構造がひとつの要因かもしれない。

3) 合併症医療

① 厚生労働科学研究より^{1,2,8-12)}

これまで厚生科学研究では、合併症の発生率を調査し、必要な合併症対応病少数の試算などを行った。平成19年の八田の報告⁹⁾によれば、東京とで発生する身体合併症は年間に人口10万対25であり、合併症対応病床数は東京都として231床、全国で2310床が必要であると試算された。平成16年の調査結果⁸⁾としては全国で1500床程度必要で、2次医療圏毎に5床程度必要であろうと試算された。島根県における平成19年の調査¹⁰⁾では、人口10万対36.2人の合併症発生があり、必要病床数は19.8床（全体の8.9%）であった。また20年調査¹²⁾では、2ヶ月間の精神科救急受診者523名のうち、24.0%が自殺企図、27.9%に治療が必要な身体疾患があり、9.0%に入院治療が必要な程度の身体疾患がみられ、その40%は自殺企図に起因したものであった。島根では島根県立中央病院の精神科病床が多く合併症を担当しており、その医療圏人口規模、病床規模、体制から比較的機能的な地域と考えられるが、救急医療における上記結果や精神科のリエゾン機能などを合わせると総合病院精神科の更なる充実が求められるとしている¹²⁾。一方合併症診療の算定がある総合病院等を調査してみると、救急や急性期医療も積極的に行いながら、身体合併症にも取り組む場合、人員配置等の現状からその割合は全病床の20%が限界であろうと推定される⁷⁾。

<全体討論>

そもそも合併症はどのような医療体制が本来的

なのか、という議論が未成熟かもしれない。総合病院の精神科病床が適切であるのか、一般病床の中でリエゾン活動を充実させて診ていくことが良いのか、さえ決着が無い状況である。診療報酬の変更、体制整備の強化などの指摘があるが、現状の対策では担い手が減る一方で、合併症を診ていく仕組みは不十分なままといわざるを得ない。

② 精神科救急情報センター事業と身体合併症転院事業—横浜市の例

行政医療として、横浜市では精神科救急医療事業と身体合併症転院事業の双方の調整業務を行なっている。一般に救急や身体合併症といった複雑なケース対応できる病院は限られており、両方とも特定の医療機関に集中しやすい。このため、救急機能の維持を目指して、身体合併症転院事業を別立てとして整備した経緯がある。身体合併症転院事業は既に精神科医療施設に入院中の患者を対象としている。平成19年6月から2年間の集計を行ない、170件の依頼があり、144件の転院を調整した¹³⁾。

精神科救急システムにおいて、同時に精神科救急ケースをトリアージを担当している立場としては、精神科救急を円滑にするための一般救急との連携は望ましいが、現在の合併症事業は対象を異にしており、一般救急を受診したケースの精神疾患合併や精神的医療ニーズの調整、あるいは通院患者の一般医療ニーズまで調整することは現状では対応力を超える実情がある。一般医療の受け入れとして、精神疾患があつたとしても差別せず診療するのが本来であるので、精神科側が合併症医療に積極的に取り組むことによって、こうした一般科の精神科離れが加速する可能性が懸念される。

<全体討論>

精神科の身体合併症病棟については、精神障害者を一般科では診療しないとする差別化につながるものであり、絶対反対という意見がある。

東京都、静岡県などにも横浜市と同様の事業があるが、特定の自治体に限られ、各県でやり方は異なる。

岩手では精神科救急も身体科救急も同じフロアで同列の立場で受け入れている。受診経路として

は精神科窓口と一般科窓口の2通りあるが、来院時点で医師がトリアージし、患者の状態に応じて精神科の要請や身体治療の優先などの方針決定がなされる。この部分の振り分けは比較的円滑であるが、行き先がない場合等、出口側の要因はしばしば問題になる。このことは逆にヒントでもあり、出口側の対応をより強化することで連携が円滑になる可能性を示唆するものである。救急ニーズのある合併症例を誰が診るかという議論はその場のやり取りで合議するのは難しい状況を来たしやすく、マクロシステムによる空床確保などの連携体制が重要。

4) 一般救急の中での精神科的救急事態や精神科ニーズ

① 横浜市立大学の例¹⁴⁾

救命救急センター内に常勤スタッフの一員として精神科医が入り込んで連携を行ってきた経験から、救命救急センターの中から見えた現状や課題を提示する。横浜市大センター病院は大きな歓楽街の近隣にあるのが特徴的な3次救急のみを対象とした救急医療施設である。年間1100-1200件の搬送があり、そのうち約30%に精神科が関わる。そのうちの半分が自殺関連問題で、1割は精神疾患が既存しているケースへの対応となる。全入院者数に占める自殺関連患者数は10-20%、女性が6割、20-30代女性が多い。自殺関連患者の診断はうつ病・適応障害・統合失調症・依存症の順に多い。精神科治療歴があるのは男性で55%、女性で81%にのぼる。自殺企図のうち過量服薬は半分だが、軽症なので管理的にはあまり問題にならない。むしろ問題は多発外傷者の中長期的管理困難にある。治療プロセスの中では、集中管理中は意識障害等を有すことも多く、精神的にはあまり問題にならないが、そこから回復する過程に境界ポイントが存在し、それを超えて一般の救急病床に移動してからは種々の対応困難が多発する。精神科関連患者の入退院の動きを見ると、土曜と金曜に転院のピークがあり、連携の特徴を示す。転院先は新規患者の場合には精神科医療施設への転院が円滑でないため、一般病院や院内の精神科に移すケースが増える。

その他の問題をまとめると、

- 1次-2次の救急病院で精査不十分なケースが見られる。
- 身体科で一旦入院すると、精神科救急ルートが適応外にされてしまう
- 身体拘束のルールが無い
- 自殺再企図リスクの高い患者の自主退院を医療的に保護する法的根拠が無い
- 身体合併症を有す精神障害者の転院が円滑でない
- 精神科救急をベースにした対応体制は無理があるといわざるを得ない
- 精神疾患を丁寧に診るための設備と体制が必要で、救命センター内に最低1床のPCU (Psychiatry Care Unit) 創設が理想的

② 岩手医大の例¹⁵⁾

岩手医大では最近精神科救急情報センターができた。連携を必要とする患者は精神科救急情報センターと救命救急センターの担当者が合議して振り分けがなされる。精神科救急事業ルートの患者と一般救急ルートで精神科的対応を要求されるケースの両方があるが、結局は精神科病棟・救命センター・帰宅の3方向での処遇となる。それぞれが特徴的なユニットであり、合併症がある場合は総合病院の中いくつかのバリエーションを持っておかないと、総合病院精神科の疲弊は避けられないと思われる。同様に合併症の治療担当は身体・精神の両面から複数の担当者を立てる必要がある。

5) 自殺未遂者対応

① 日本臨床救急医学会

厚労省からの要請で、救急医療現場における自殺未遂者対応ガイドラインを日本救急医学会が中心となって作成した¹⁶⁾。作成過程において、両面からの共通認識が重要と考えられた。

精神科救急と関連する部分としては、退院時の判断と精神科へのコンサルテーションの場面での連携やコミュニケーションが重要と思われる。

② 戦略研究プロジェクト

自殺対策においては、精神科医療で行われるようにケースワークの重要性を認識し、多職種によるチーム医療を重視するスタンスが基本となる。自殺未遂者対応に対しては、一定の専門的対応が

なされないことは疑問であるし、多くの未遂者が精神疾患を有していることから、精神科の関与は重要であると考えられる。しかしこの問題は精神科と一般科の接点である一方で、双方できしみの大きい部分でもあり、現実的な課題は大きい。またその一方で未遂者対応には精神医学というメディカルモデルのみでは難しいことも事実である。多職種の対応が有用との認識の下、他大学の活動などにもヒントを得て、精神保健福祉モデルを取り入れて実践してみたところ一定の成果を得たことが、現在の戦略プロジェクトにつながっている。現在全国の14施設で研究を行っており、エビデンスを確立するためRCTによって進めている¹⁷⁾。これが確立すれば施策にも反映される可能性があるが、その場合にはコメディカルの重要性が社会的に高まることにつながり、ひいては精神科医療そのものの価値の向上につながると考えている。懸念されることとして、現場レベルで一般科と精神科の意思疎通困難が否めないが、より高いレベルで議論することが有用と考えられる。また、受け入れ先として重要な総合病院精神科の衰退については、業務の負担とともに経営状態の問題が大変重要であると認識する。

2. 救急隊搬送における精神科救急情報センターの役割と現状 (調査)

1) 公表資料による位置づけ

「東京都精神科夜間救急診療事業における精神科救急ケースマネジメント」(メンタルケア協議会 編)¹⁸⁾によれば、救急隊は精神症状のみのケースを扱わないとの前提で、身体症状を有す精神障害者への対応について、精神科救急情報センターの役割として以下のような「身体救急優先の原則」を掲げている。

- 身体症状がある場合は、精神症状があっても身体の処置や検査を先に行うよう促す。
- 身体処置が済んだあとに、精神症状の対処が必要な場合は再調整する。
- 大量服薬・自傷はまず身体救急へ。
- 通常の救急医療や既存の病院連携で対応できるケースはできるだけ対応してもらう。
- 精神症状が重症で、救急隊が受入医療機関を

見つけられない場合には、「身体合併症例」としての対応を検討する。

同資料には救急隊からの相談の特徴について、精神症状を理由に医療機関が受入を断るケース、身体症状のため臨場したら精神症状であったケース、現場（医療機関や救急隊）で精神症状とされたが実は身体疾患であったケース、等があるといい、精神科救急の担当医療機関は通例精神科専門病院であることから、「とにもかくにも」身体症状がある場合には身体優先で対応するよう促している。さらに、救急隊は急いで搬送する先を見つけなければいけない事情に配慮して、情報の不正確さも特徴であり、通報者や同伴者から直接情報収集したほうがよいと記載されている。

2) 精神科救急情報センターへの聞き取り調査

埼玉県精神科救急情報センターによれば、平成20年度に同センターに相談された総電話件数6,306件のうち、救急隊からの連絡は281件(4.5%)で、うち、精神科救急医療対象と判断されたのは53件(18.9%,全体の0.8%)であった。また資料2によれば、救急隊事例の7割は軽症であるとされている。こうした現状をふまえ、同センターは以下の見解を示し、現状で救急隊事例の調整はまず救急隊に搬送先の選定を依頼している。

- 精神科救急医療に対応する当番病院を確保する行政医療体制においては、確保病床数は少なく、貴重な医療資源を有効活用する必要がある。
- そのためにはトリアージを正確に行うことが重要で、救急隊や本人・家族とも直接話し、場合によっては精神科救急医療機関医師の助言を仰ぎ、不要な救急搬送を減らすことを心掛ける必要もある。
- 精神科救急医療体制において身体合併症に対応できる施設は非常に少ない。
- 救急対応専門施設が整備されることによって、既存医療機関の救急対応力が低下する現象がこれまでに確認されている。地域や現場での対応力を強化・維持することは重要で、自治体の情報センターが介入することには慎重さが必要。
- 救急隊の精神症状を評価・判断するスキルは

決して高くなく、今後消防法の改正に伴って整備が予定されている自治体毎の搬送基準などについて、精神科救急関係者は関心を持つべきである。

またその他の関連案件として、アルコールに関連した問題の搬送先についてしばしば困難が生じ、精神科救急情報センターの介入を要請されることがある。このようなケースは専ら酩酊者の対応であり、酩酊が精神障害でないことを再認識することによって調整可能であるという事実から、酩酊についての認識向上も円滑化には有用である可能性がある^{19,20)}。

3. 第2回分担研究会議「救急医療機関における精神障害合併例の受け入れを円滑化するためのコメディカルの役割とその可能性」における討論内容は以下のとおりである。

厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業、自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントの効果：他施設共同による無作為化比較研究）²¹⁾における経験から、一般救急医療現場における精神科専門コメディカルスタッフの役割とその可能性について討論を行った。自殺未遂者への対応という場面において発揮される精神保健福祉士の持つスキルとして、即時の心理介入・心理教育とその後のケース・マネジメント（サポート体制づくりのために関連機関と調整を図り、支援制度を導入し、必要なサポート体制を構築すること、精神科医療機関への連携やつなぎも含む）、家族が抱える問題への調整、危機状況再燃時の対処法に関する情報提供、などがあり、介入時のみならずケアプロセスの途中や出口における円滑化や質の向上、継続的な支援体制の構築にとっても有用である可能性が示唆される²²⁻²⁴⁾。こうしたスキルは、リエゾン医との協働はもちろん、両方の専門職が関与することで相乗的な効果が期待される性質のものと考えられるが、精神科医が有すスキルとはまた別で、精神科医と同等の役割は期待できないものの、独自のスキルも多い。

一方の課題としては、救急医療スタッフのこうした専門職への認識が浸透しきっていないこと、ある程度自立度の高い業務を行うためには経験が

必要であること、つまり教育体制の構築が同時に必要であること、また精神科医と同じく精神保健福祉士人口も充足してはいないこと、などが考えられる。また、今回提示された知見や経験は精神科医が協働している状況から得られたものであるため、精神科医が居らず精神保健福祉士が単独という状況では効果が限定的である可能性も十分考えられる。しかしこうした要因を考慮しながら、コメディカルの配置は医師や看護師が行うメディカルモデル以外のアプローチの実践によって、一定の効果をもたらす可能性があるのかもしれない。

日本国内において、こうしたコメディカルスタッフのスキルや手法を活用した自治体の体制作りによる自殺予防対策の取り組みは他にもみられる。長崎県では、地域の救急病院と精神科医療機関が連携した未遂者対策として、県による「こころと暮らしの救急支援員派遣事業」が計画されている（平成 22 年 1 月 25 日より事業開始予定）²⁵⁾。県内の救急病院および精神科の医療資源の実情は国内他地域と同様の課題を有しており、両者の連携による体制を敷いている。具体的には、県内の救命救急センターに搬送された未遂者に対し、国立病院機構長崎医療センターが所属する精神保健福祉士を派遣して相談や支援を実施するもので、支援員には所定の研修を受けることとなっている。主な相談・支援内容は心理教育、情報提供、紹介活動（医療機関への紹介は医師の依頼に基づく）などとされている。また、石川県では未遂者に対するより濃厚なケアを目指し、2008 年より県下の総合病院に自殺未遂者ケアのためのコーディネーターを 1 名ずつ設定し、未遂者に対する専門的な介入を行うことを目標とし、検討会を設置している²⁶⁾。このように精神科医療と一般救急医療の連携体制構築においてコメディカルの活用は稀ならずみられる。

D. 考察

研究課題をふまえ、精神科医療と一般救急医療の連携が必要とされる分野（オーバーラップ領域）を特定し、各分野の専門家らを招集した研究会議を開催して、現状における課題と対策を指定討論形式で検討した。その結果、医療資源の実情に極

めて深刻な問題があることがあらためて浮き彫りになった。内容的には精神科医療の担い手の問題というより、むしろ医療環境整備の側面における構造的なものと理解される。すなわち、わが国の精神科医療は従来から慢性療養に重点を置いた体制が主であり、現代ニーズに見合うための急性期の対応には圧倒的に不利な構造となっている。こうした議論は従来から繰り返されており、人的資源、医療経済面、人口対病床数などの視点において、必ず同一の課題としてしばしば話題になる。一般医療との対比や連携というテーマでは、両者の担当行政が別であることが要因となるが、この特徴も上記の事情に無関係とはいえない。

こうした実情から、本分担研究では一般救急医療を精神科医療の連携体制構築のための全体的なシステム化をすぐに行うことは現時点では現実的でないと考えられ、限られた医療資源を活用し、比較的速やかに導入可能で、連携強化に有効な具体的方策を見出すためのヒントとなるような事例やモデルの提示、検討を進めた。

最初に、初期トリアージにおける連携体制強化の可能性を検討すべく、精神科救急情報センターの機能及び、救急隊への対応について、公表資料および実際の対応について調査を行った。

なお、救急隊による精神障害者の患者搬送については、従来精神症状のみのケースは扱わないとの立場をとってきたが、公衆衛生審議会精神保健福祉部会(平成 10 年 12 月 12 日)において、当時の消防庁担当者は精神障害者の搬送に係る救急隊の運用について、「精神疾患と他の疾患との区別はなく他の患者と同様に救急業務の対象となる。」と説明している²⁷⁾。つい最近も当事者などから、緊急時の医療機関搬送が方法によってはトラウマ体験となることから、安全性確保のみを目的に警察による搬送を推奨するのではなく、救急隊の利用を拡大してほしいといった意見が聞かれている。

調査の結果、先に示したような見解が得られ、精神科救急情報センターは、トリアージによって精神症状の重いケースを同定し、「身体合併症例」と認識して高次の対応を調整する役割に限定している現状が確認された。つまり、精神科救急情報センターは、本来介入すべき精神科救急の適応患

者について、搬送および受入の円滑化に果たす役割は大きい、この機能を確保し維持し続けるためには、同時に多くを占める軽症例について、正確な情報収集手法と一般的な救急活動や医療の現場での判断力・対処能力の向上が必要不可欠であると考えられる。

このことから、救急隊が精神科救急医療の仕組みや現状、本来の役割を理解するための機会を設けることや、現場での判断を容易にするための判断ツールの策定、知識啓発のための教育研修などが、今後の患者搬送および受入の円滑化に有用かもしれない。現在「疾病者の搬送及び受入れの実施基準に関する検討会」が消防庁内に発足し、さらに各都道府県においても協議会を設置し、「疾病者の状況に応じて適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト」「消防機関が疾病者の状況を確認しリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準」「消防機関が医療機関に対し疾病者の状況を伝達するための基準」「搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において疾病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するための基準」等を策定することとなっている。このように救急搬送制度の見直しが行われようとしていることに、精神科救急医療関係者は関心を高めることが必要と思われる。

現時点で、こうした基準や手順に必要と思われる要素は以下と考えられる。

- 高次の医療連携を必要とするケースを正確に拾い上げること
- 拾い上げたケースに迅速に対応する仕組みを予め構築しておくこと
- 精神障害への偏見や心理的負担によって、一般身体科診療の質が低下しないような工夫をすること
- 連携システムへの依存による一般医療全体の対応力低下を招かぬよう、多くを占める軽症のケースに対応できる現場の判断力・対処能力を向上させること
- 連携システムがオーバーフローしないようにする工夫をしておくこと（出口側の問題への対応体制など）

続いて、精神科リエゾン医師の確保困難の事情をふまえ、コメディカルの役割とその可能性、包括的な支援体制の構築による医療施設の対応力強化の可能性について検討した。

救急医療を担当する医療機関において、リエゾン医の存在は精神障害合併症例の診療に際して現場の安心感を生み、期待される役割は大きい。これまでに、精神科医が救命救急センター常駐することで得られる実際の効果として、介入タイミングの迅速化と精神障害合併症例の在院日数の短縮化が確認されている²⁸⁾。この効果の理由として考察されているのは、介入の迅速さのみならず、ケースマネジメントの早期導入といった包括的ケアの実施である。もしもこうした効果が見込めるのであれば、救急医療機関は精神障害の併存に躊躇することなく患者受け入れを行うことにつながり、患者搬送の円滑化に直接的な効果をもたらす可能性は高いと予測される。

救急医療の現場にリエゾン医が常駐することは理想的である。しかし現実には人的資源の不足、精神科医療をめぐる構造的な矛盾があるため、ほとんどの救急医療施設では非現実的である。しかし上述のように、救急現場における精神障害合併症例の対応向上の理由の一部がケースマネジメントにあることから、メンタルヘルスにおける心理介入、調整役としてのソーシャルワーカー、特に精神保健福祉士の存在が、人材不足のリエゾン医の役割として、一部の代替的な効果を有す可能性も考えられた。こうした発想から、既に高度救命救急センターにおける自殺未遂者対応において介入研究に従事している精神保健福祉士の事例をもとに、その応用的有用性について討論を行った。その結果、種々の課題は残されて入るものの、コメディカルの存在は医師や看護師が行うメディカルモデル以外のアプローチのやスキルの実践によって、一定の効果をもたらす可能性があるのかもしれない、既にそうした取り組みが各地で始まっている事実が確認された。

E. 結論

1. 一般救急医療と精神科医療の円滑な連携体制構築のためには、医療資源の構造的問題が残

されているため、実情に即した対応体制を考慮する必要がある。

2. 円滑な連携を実現するため、高次の医療連携が必要なケースを適切に拾い上げると同時に、多くを占める軽症のケースに対応できるよう、救急活動の現場での判断力・対処能力の向上が必要と考えられる。
3. 今後、正確なトリアージを行うために、現場で正しくアセスメントが行える手法の確立等が望まれる。
4. 医療機関の受け入れ態勢を強化するため、コメディカルの活用に一定の効果の可能性がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

参考文献

1. 黒澤尚：精神科救急医療、特に身体疾患や認知症合併症例の対応に関する研究。平成 19 年度厚生労働科学研究補助金、こころの健康科学研究事業、総括・分担研究報告書。2008
2. 黒澤尚：精神科救急医療、特に身体疾患や認知症合併症例の対応に関する研究。平成 20 年度厚生労働科学研究補助金、こころの健康科学研究事業、総括・分担研究報告書。2009
3. 平田豊明，他：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究。平成 19 年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）精神科救急医療、特に身体疾患や認知症合併症例の対応に関する研究，分担研究報告書，2008
4. 平田豊明，他：精神科救急医療体制の検証と今後の展開に関する研究（第 2 報）。平成 20 年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）精神科救急医療、特に身体疾患や認知症合併症例の対応に関する研究，分担研究報告書，2009
5. 日本精神科救急学会：精神科救急医療施設の機能評価項目設定および既存施設の機能評価。平成 19 年度障害者保健福祉推進事業，平成 19 年度事業報告書，2008
6. 日本精神科救急学会：精神科救急医療施設の機能評価項目設定および既存施設の機能評価。平成 20 年度障害者保健福祉推進事業，平成 19 年度事業報告書，2009
7. 藤原修一郎：精神科救急医療と一般救急医療の連携体制構築における現状の課題と今後の方向。会議用資料
8. 藤原修一郎：身体合併症病棟に関する研究。平成 16 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害保険福祉総合研究事業）分担研究報告書，2005
9. 八田耕太郎：実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究。平成 19 年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）精神科救急医療、特に身体疾患や認知症合併症例の対応に関する研究，分担研究報告書，2008
10. 小林孝文：地方における精神科領域の身体合併症に関する研究。平成 19 年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）精神科救急医療、特に身体疾患や認知症合併症例の対応に関する研究，分担研究報告書，2008
11. 八田耕太郎：実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究。平成 20 年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）精神科救急医療、特に身体疾患や認知症合併症例の対応に関する研究，分担研究報告書，2009
12. 小林孝文：地方における精神科領域の身体合併症に関する研究。平成 20 年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）精神科救急医療、特に身体疾患や認知症合併症例の対応に関する研究，分担研究報告書，

2009

13. 宮崎格, 白川教人: 精神科身体合併症転院事業の実施と状況と課題について. 会議用資料 (日本精神科救急学会第 17 回大会発表資料より)
14. 山田朋樹: 横浜市立大救命センターにおける身体救急と精神科救急の連携について. 会議用資料
15. 大塚耕太郎, 酒井明夫: 岩手医科大学における精神科救急システムー岩手県盛岡地区の精神科救急の課題と展望ー. 精神経誌 108, 1058-1065, 2006
16. 日本臨床救急医学会: 自殺未遂者への対応: 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き. 2009
17. 河西千秋, 他: 救命救急センターを拠点とした自殺予防活動: 自殺未遂者への危機介入とケース・マネジメント. 精神科救急 11, 35-40, 2008
18. 特定非営利法人メンタルケア協議会救急医療事業部(編). 東京都精神科夜間救急診療事業における精神科救急ケースマネジメント
19. 塚本哲司: 精神科救急搬送とアウトリーチサービス. 平田豊明・分島 徹編: 専門医のための精神科臨床リュミエール 13 精神科救急医療の現在. 中山書店, 東京, 98-103,2009
20. 塚本哲司: 精神科救急情報センター. 精神科臨床サービス 10-1.星和書店,東京,65-67,2010
21. Yoshio Hirayasu, Chiaki Kawanishi, Naohiro Yonemoto, Naoki Ishizuka, Yoshiro Okubo, Akio Sakai, Toshifumi Kishimoto, Hitoshi Miyaoka, Kotaro Otsuka, Yoshito Kamijo, Yutaka Matsuoka and Toru Aruga; A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). BMC Public Health 2009, 9: 364
22. 山田朋樹: 特集: 中毒におけるチーム医療ー症例検討ー. 精神科医と中毒医療. 中毒研究 21: 45-53, 2008
23. 名取みぎわ, 河西千秋: 精神保健福祉士と自殺対策ー自殺未遂者へのかかわりを通してみえてきたこと. 精神保健福祉 39, 33-39, 2008
24. 平野みぎわ, 山田素朋子, 佐藤玲子, 河西千秋: 自殺予防における精神保健福祉士の役割. 精神保健福祉 40, 59-65, 20
25. 長崎県の自殺未遂者対策事業「こころと暮らしの救急支援員派遣事業」(自殺未遂者支援精神保健福祉士派遣事業)について. 長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター資料
26. 精神科救急医療システム連絡調整委員会と自殺未遂者支援体制整備検討会合同会議. 石川県会議資料
27. 公衆衛生審議会精神保健福祉部会(平成 10 年 12 月 12 日)資料 (http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9812/txt/s1217-2_9.txt)
28. 岩本洋子, 山田朋樹, 河西千秋, 中川牧子, 鈴木範之, 小田原俊成, 平安良雄; 救命救急センターに入院した自殺未遂者の在院期間の調査. 精神医学, 印刷中.