

(別添5)



MC医師養成研修会
2016年11月25日
東海大学高輪キャンパス

精神科救急医療体制とその課題

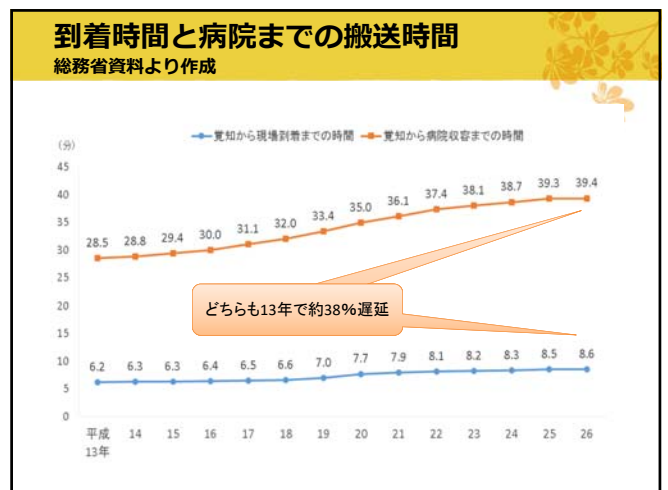
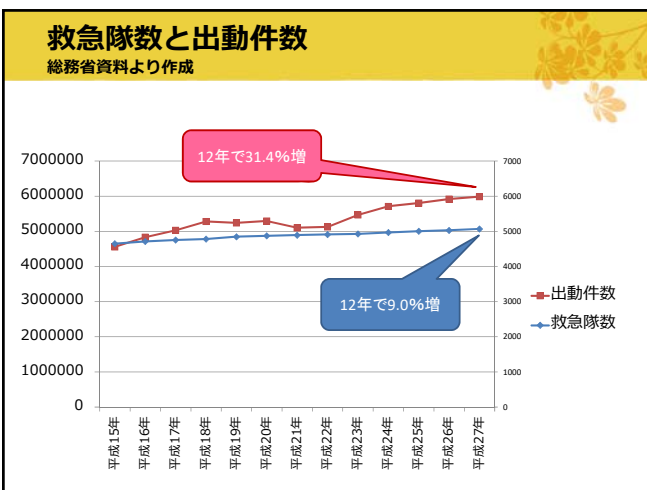
～救急医療と精神科医療の連携～

公益財団法人復康会 沼津中央病院 院長
日本精神科救急学会 副理事長
杉山直也



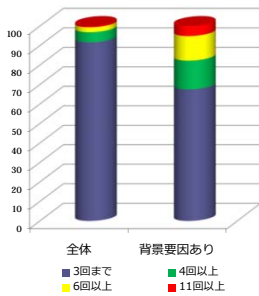

救急活動の実態

精神疾患がどう影響するか

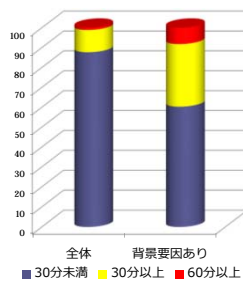



背景要因があると救急隊の対応が遅れる

照会回数

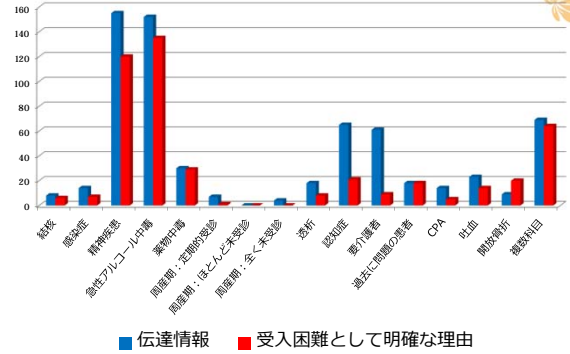


現場滞在時間



総務省消防庁：救急業務高度化推進検討会、平成20年度報告書、2009

傷病者背景ごとの搬送困難例数



総務省消防庁：救急業務高度化推進検討会、平成20年度報告書、2009

平成24年度消防庁消防防災科学技術推進制度「精神科患者の救急搬送に関する研究」

伊藤重彦（北九州市立八幡病院 救命救急センター長）

- 搬送困難事案比率は精神疾患（2.73%）が最大で、他の疾患の10倍（北九州市）
- 消防法改正後も搬送困難例の多くが精神疾患
- 救急隊が精神疾患患者の身体合併症や緊急度を判断することは容易でない。
- 精神科救急システムの機能が十分でなく、救急病院の負担になっている。
- 精神科救急医療体制はハード対応が中心でソフト救急への対応は手つかず状態
- 関係機関の連携について協議をすべき

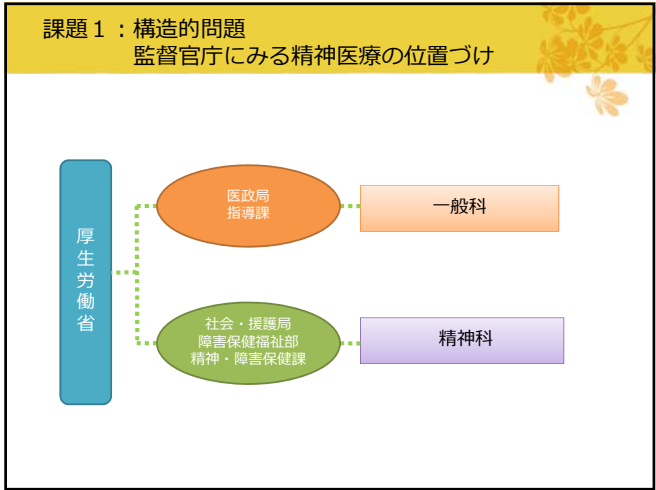
精神科患者特有の主訴カテゴリと緊急度判定プロトコル

緊急度	身体赤	バイタル異常	呼吸異常はSpO2で判断（呼吸数は参考値）
精神赤	緊張病性 興奮・昏迷	疎通がとれない 興奮し、意味不明、支離滅裂な言動 目つきがおかしい、視線を合わせない	
	幻覚・妄想状態	対話性（誰かと話しているような）独語、空笑	
	自殺企図 暴死状態	致死性の高い自殺企図方法 死なないといけない 生きているとみんなに迷惑をかける	
精神黄	アビールの 自殺企図	浅いリストカット 家族、知人に知らせてから行動 少量の服薬	
	幻覚・妄想状態	幻聴・妄想だと知っている（病識がある） 服薬を中断している	
	うつ状態 不安状態	不安でじっとしておれない 眠れない	
精神白		過換気発作（呼吸数以外のバイタル正常） 明らかな原因（誘因）がある場合パニック症候群 さみしい、きつい、だるい、頭が痛い	

平成24年度消防庁消防防災科学技術推進制度「精神科患者の救急搬送に関する研究」



連携における課題

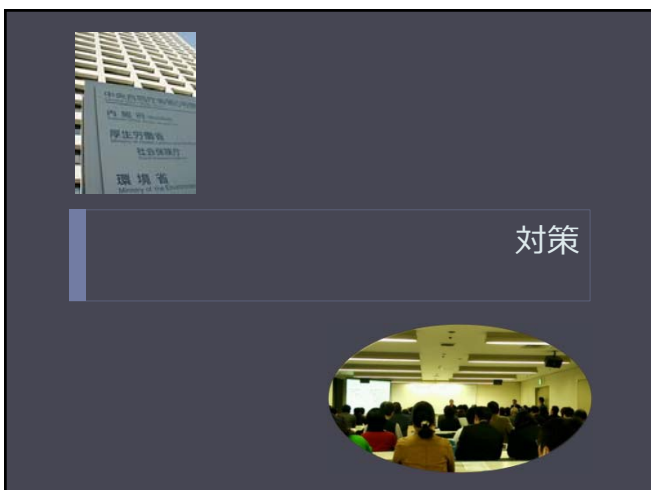
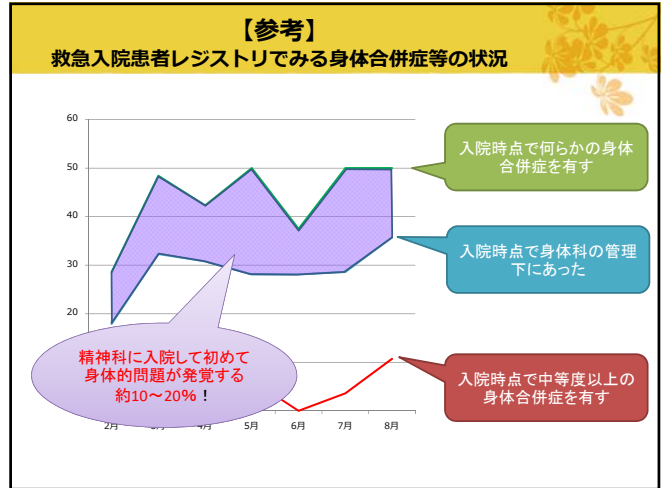
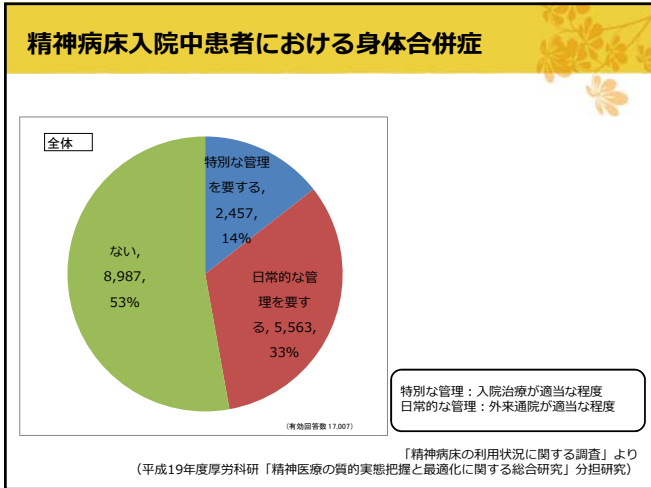
構造的問題

	一般科			精神科		
行政	医政局・指導課			社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課		
医師	日本医師会					
学会 (救急関連)	日本救急医学会	日本臨床救急医学会	JSPN	JAEP	JSGHP	
病院	日本病院会	全日本 病院協会	日本医療法 人協会	日本精神科 病院協会	国立精神医 療施設長協 議会	全国自治体 病院協議会
診療所	日本医師会？			日本精神科診療所協会		
看護	日本看護協会			日本精神科看護技術協会		



精神科身体合併症の実態





既存の対策

- 精神科救急医療体制整備事業実施要項
 - (6) 身体合併症救急医療確保事業
 精神疾患を有しながら、身体合併症患者に対し医療を提供できる体制を有する医療機関を指定するものとする。(少なくとも2つの圏域に1か所整備するよう努めること。)
 また、本事業については、複数病院を指定し、輪番制で対応することもできるものとする。
 当該施設における初期治療後の患者について、精神疾患又は身体合併症等の治療を行う医療機関への転院に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、後方搬送のための調整機能を強化する。
- 身体合併症対応施設：救命救急センター又はこれに準ずる医療機関
- 地域搬送受入対応施設：消防法（昭和23年法律第186号。）による傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（以下「搬送実施基準」という。）に基づいて、身体合併症患者を積極的に受入れる病院

既存の対策(改訂後)

●精神科救急医療体制整備事業実施要項

(6) 身体合併症救急医療確保事業

精神疾患を有しながら、身体合併症患者に対し医療を提供できる体制を有する医療機関を指定するものとする。(少なくとも2つの圏域に1カ所整備するよう努めること。)

また、本事業については、**精神科救急医療体制連絡調整委員会等における検討を踏まえて**複数病院を指定し、輪番制で対応することもできるものとする。

3 事業内容

(1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

イ 圏域毎の精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会アで設定した圏域毎に、精神科救急医療に関する地域資源を把握するとともに、精神科病院協会及び都道府県等内における身体合併症患者に関する地域資源を把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うこと。

これまでの動向

●消防法改正

第35条の5第1項(実施基準)

●厚生労働科学研究

杉山直也：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。平成22年度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)総括・分担研究報告書、2011

●2011.6～厚生労働省

「精神科救急医療体制に関する検討会」

⇒精神科救急医療体制の整備に関する指針(平成24年)

⇒精神保健福祉法41条に基づく指針

消防法第35条の5第1項(実施基準)

実施基準

都道府県が策定・公表

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト
 - ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準
 - ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
 - ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷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
- ※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。

総務大臣
厚生労働大臣

情報提供
等の援助

・医学的知見
に基づく
・医療計画との
調和

基準策定時
に意見聴取

協議会

消防機関

搬送に当たり、
実施基準を遵守

医療機関

受入に当たり、
実施基準の尊重に努める

総務省消防庁資料より作成

分類基準(1号基準)で定めている項目(症状)について

23年6月1日現在 基準策定済み都道府県41件のうち

緊急性		専門性	
重症(バイタルサインよる)	82.9%	妊産婦	85.4%
脳卒中	100.0%	小児	87.8%
tPA適応疑い	46.3%	開放骨折	26.8%
心筋梗塞(急性冠症候群)疑い	92.7%	急性アルコール中毒	2.4%
胸痛	19.5%	精神疾患	63.4%
外傷	78.0%		
多発外傷	24.4%		
熱傷	73.2%		
中毒	65.9%		

総務省消防庁資料より

連携のための対応モデル

並列モデル → 重症例

複合的な問題に、それぞれの専門的対応が並行して同時に行われる



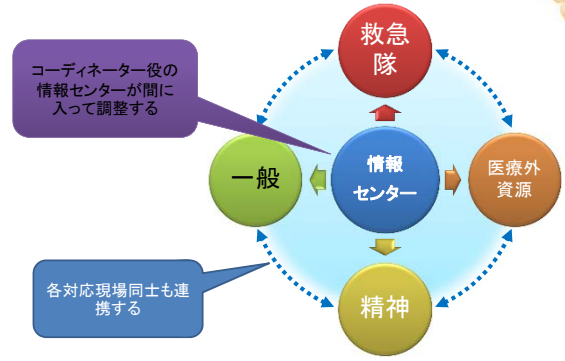
縦列モデル → 多くを占める中等～軽症例

優先度の高い問題から、それぞれの専門的対応が順次行われる



杉山直也：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。平成22年度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）総括・分担研究報告書。2011

コーディネータ活用モデル



杉山直也：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。平成22年度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）総括・分担研究報告書。2011

対応フローチャート

カテゴリ	サブカテゴリ	判断および想定される搬送先
精神症状	初発 (既往のない急性発症)	器質的疾患鑑別の要否を検討 疑われたら 身体科 へ ★高齢者（60歳以上） ★徳質様エピソードの病型 ★イタリサンの異常（37.3℃以上の発熱、90%以下のSaO ₂ 低下） ★明確な身体所見（著名なるいそぎ、疼痛、痙攣...etc） そのうえで、明らかに精神的問題なら 精神科救急 へ
	以前からあった問題 (3か月以上)が重症化	生来破綻による2次的な問題（興奮・激発症）を評価 2次的な問題が重要でなければ 精神科救急 へ
	繰り返している病態	かかりつけ医の有無を確認 原則にかかりつけ医 、なければ 精神科救急 へ
	経緯不明	急性発症に準じた対応
身体的主訴	背景に精神疾患	身体器質性病変が原則 重症度を評価し、両方同時に対応できる病院を選ぶ必要があるかを検討 重症なら 急性対応医療機関（身体科） へ、状況により 搬送モデル へ
	精神疾患由来の症状	現場では区別不能 原則身体科 へ
自殺企図 自傷行為	大量服薬	JCS2タ以上内容・時間・量から悪化が予測されるの不明の場合 急性対応医療センター へ 上記以外は 精神科 かかかりつけ医へ連絡し、 処置後対応を要認して、原則身体科救急 へ 時間外でかかりつけ医と連絡が取れない場合、 まず身体科 へ、その必要なら 精神科救急 へ
	その他	状態評価のうえ診療科の優先度を決定（救急医やコーディネータと相談） 身体損傷が軽微でない、あるいは評価困難なら 身体科 へ 身体損傷が軽微なことが明らかなら 精神科（原則かかりつけ医） へ
アルコール 関連病態	酩酊者	酩酊は精神症状ではない必要なら 身体科 へ
	特殊な病態	連絡が直一身体科問題は 身体科 へ、連絡が下り後 精神科 へ 酩酊者状態一併により 身体科 あるいは 精神科 へ
搬送先の判断がつかない		かかりつけ医・コーディネータ（基幹病院・精神科情報センター）に相談

精神科関連病態患者 症状と着目点チェック表

- 意識障害 (JCS) 1 ケタ 2 ケタ以上 せん妄 もうろう
- 行動異常 **自傷行為** **自殺企図** **他害行為** **暴力**
- 疎通性 攻撃性 無言無動 寡言 多弁・多動 暴言 無目的な動作 おちつきのないな 無言無動 寡言 理解力不良 不自然な態度
- 言動異常 かみ合わない 拒絶的 疎通不能 無言無動 幻覚 妄想言動 自殺念慮 悲観的言動
- 感情表出 自責的言動 他罰的言動 誇大的言動 虚言 感情失禁 感情不安定 抑うつ 強い不安・恐怖 多幸 易怒的 無愛想 無表情
- 認知機能 見当識障害 健忘（もの忘れ）
- アルコール・薬物 依存症 **急性中毒** **離脱（禁断）症状**
- 治療薬の副作用 錐体外路症状 **悪性症候群** その他（ ）
- その他 不眠 過換気 **けいれん** その他（ ）

医療機関への状況報告時に活用してください。
下線の症状は専門的な対応が必要なものです。
太字：措置入院の要否を検討すべき症状（保健所・精神科情報センターや警察を考慮）
斜体：身体科への搬送を考慮すべき症状

その他参考となること（具体的な表現、経時の変化や反応性）を書き留めておいてください。

精神科救急医療体制に関する検討会

平成24年度施行法の一部改正（19条）に伴う開催



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正 平成24年4月1日施行

精神障害者の地域生活を支える精神科救急医療の整備等

第4節 精神科救急医療の確保

第19条の11

都道府県は、精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるように、夜間又は休日において精神障害の医療を必要とする精神障害者又は家族等からの相談に応じること、精神障害の救急医療を提供する医療施設相互間の連携を確保することその他の地域の実情に応じた体制の整備を図るよう努めるものとする。

2

都道府県知事は、前項の体制の整備に当たっては、精神科病院その他の精神障害の医療を提供する施設の管理者、当該施設の指定医その他の関係者に対し、必要な協力を求めることができる。

基本的な考え方

- 精神障害者の身体合併症は、その身体的問題の当該科が診療する必要がある。
- 精神科救急医療体制で身体合併症に対応するには、一般身体医療を体制に組み込む必要がある。
- 総合病院精神科は、院内連携によって一部の身体合併症には対応可能である。
- 身体合併症対応は、一般身体科を主な受け皿として、当該診療科の理解のもと、精神科全体が協力的な役割を負うことによって、円滑化を図る必要がある。

精神科救急医療体制に関する検討会 報告書 概要

平成23年9月30日

【現状と課題】

- ① 精神疾患患者数は、患者調査によると平成11年の約170万人から平成20年には約323万人に増加。
- ② 精神科救急情報センターへの電話相談件数や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図1、2)は毎年増加し、地域差が大きい。
- ③ 平成22年度、精神科救急医療機関(48カ所、精神科救急医療機関106カ所、精神保健指定医数は、約13,374名あり、病院常勤の勤務医は約6,300名となっている。
- ④ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ⑤ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。

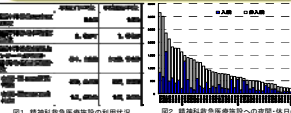


図1 精神科救急医療施設の利用状況(平成22年度は暫定値) 図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成22年度)

【3】 評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的に集計を行い公表
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や遅延率等について、個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や偏在均等水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発

【今後の対策】

【1】 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- 都道府県は、24時間365日対応できる精神科救急相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日も、対応できる体制を確保(ミクロ救急体制の確保)
- 各精神科診療所は、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携し、自院の患者に関する情報センター等からの問合せに、夜間・休日に対応できる体制を確保
- 精神保健指定医である診療所の医師は、都道府県等の要請に応じて、当直体制、相談窓口、夜間・休日の外来への協力等で精神科救急医療体制の確保に協力

【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル: 精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
- 精神科救急医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
- また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
- 並列モデル: 総合病院精神科は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して受け取る役割を明確化
- 総合病院精神科は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、地域性を勘案しながら、両者の併存も選択しうることに留意しつつ、全医療圏で身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保する
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

精神科救急医療体制に関する検討会 報告書 概要

【今後の対策】

平成23年9月30日

【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル：精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
- ・ 精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
- ・ また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組（GP連携事業）等を推進
- 並列モデル：総合病院精神科は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して受ける役割を明確化
- ・ 総合病院精神科は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、地域性を勘案しながら、両者の併存も選択しうることにも留意しつつ、全医療圏で身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保する
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

精神科救急医療体制の整備に関する指針

障精発 0330 第2号 平成24年3月30日
厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課長

第3 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

身体疾患を合併する精神疾患患者については、状態に応じた受入体制が確保できるよう、精神科と身体疾患に対応する内科等の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とを参考にして、医療体制の確保を図る必要がある。

1. 精神科と身体疾患に対応する内科等の両方を有する医療機関の整備（並列モデル）
2. 精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携体制の構築（縦列モデル）

精神科救急医療体制の整備に関する指針

障精発 0330 第2号 平成24年3月30日
厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課長

第3 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

3. 地域における精神科救急医療体制の調整
- (1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会では、患者の受け入れや転院の判断基準について、精神科医療機関だけでなく、一般医療機関、警察、消防、保健所等の救急医療関係者と認識を共有すること。少なくとも、消防法（昭和23年法律第186号）による傷病者の搬送及び傷病者の受け入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）で精神科救急の項目を定めていない都道府県は策定を検討すること。なお、策定済の都道府県は、検証体制の構築をはじめ、実施基準の運用改善に努めること。
- (2) 都道府県は、実施基準の策定に当たっては、地域搬送受入対応施設※の指定についても併せて検討すること。
- (3) 身体合併症対応施設とその他の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる医療機関は、転院の判断基準や患者情報の共有、必要な手続き等についてあらかじめ調整すること。
- (4) 都道府県は、精神科と身体疾患に対応する内科等の両方の関係者が参加する協議会の開催や情報共有の取組み（GP連携事業等）、事例検討会等の従事者の研修、精神科と内科等との診療連携のためのクリティカルパスの作成などの取組みを推進すること。

41条指針

第二 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項

四 精神科救急医療体制の整備

2 身体疾患を合併する精神障害者の受入体制の確保

ア身体疾患を合併する精神障害者に係る救急の対応については、当該精神障害者の身体疾患及び精神疾患の状態を評価した上で、両疾患のうち優先して治療すべき疾患に対応できる救急医療機関が患者を受け入れるとともに、身体疾患の治療を優先した場合には、精神科の医療機関が当該患者に係る精神疾患の治療の後方支援を行い、精神疾患の治療を優先した場合は、身体疾患の治療を行うことができる医療機関が当該患者に係る精神疾患の治療の後方支援を行う体制を構築する。

イ都道府県は、精神科救急医療機関と他の医療機関の連携が円滑に行われるよう、両機関の関係者が参加する協議会の開催等の取組を推進する。

ウ都道府県は、身体疾患を合併する精神障害者に対応するため、精神医療に関する相談窓口や精神科救急医療に関する情報センターの整備等に加え、医療機関が当該患者を速やかに受け入れられるよう、身体疾患を合併する精神障害者の受入体制を確保する。

エ精神科及び身体疾患に対応する内科等の診療科の両方を有する医療機関においても、身体疾患を合併する精神障害者に対応できる体制の充実を図る。

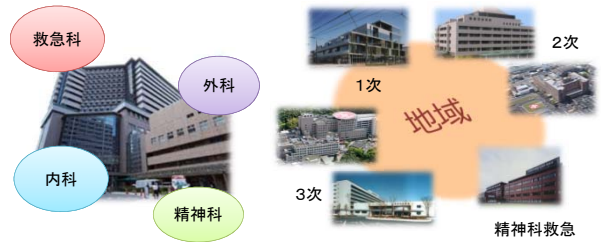
診療報酬

- 最近は総合病院精神科に力点が置かれている
 - 精神疾患診療体制加算 1 & 2
 - 精神科救急・合併症入院料ユニット及び身体管理加算における対象疾患・病態の追加
 - 精神科急性期医師配置加算
 - 精神科リエゾンチーム加算
 - 救急患者精神科継続支援料



参考：総合診療のスタイル

- 病院内で総合診療
- 地域全体で総合診療



どちらが連携しやすいのか？

学会等の取り組み

JAEP 日本精神科救急学会
THE JAPANESE ASSOCIATION FOR EMERGENCY PSYCHIATRY

日本臨床救急医学会
THE JAPANESE SOCIETY FOR CLINICAL EMERGENCY MEDICINE



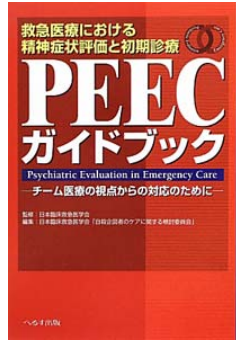
自殺未遂者対応における協働

テキストブックと研修コースの連動

救急医のための精神症状評価と初期診療 体得のための研修コース

主催： NPO法人PEEC研究機構
共催： 日本臨床救急医学会
日本精神科救急学会
日本総合病院精神医学会
後援： 厚生労働省
昭和大学病院
東海大学医学部

PEEC: Psychiatric Evaluation in
Emergency Care
BLS: Basic Life Support
ICLS: Immediate Cardiac Life
Support
JPTEC: Japan Prehospital Trauma
Evaluation and Care
ISLS: Immediate Stroke Life
Support



第2回 静岡東部PEECコースのご案内

日時 平成28年1月31日(日) 9:00 ~ 13:00 (受付: 8時30分~)

会場 公益財団法人 復康会 沼津中央病院 5階 講義室・他

プログラム

司会 昭和大学救急医学 三宅康史

9:00 ~ 9:10 プレテスト、オリエンテーション

9:10 ~ 9:30 講義(コース概要、精神科の現状)

9:30 ~ 12:30 4つの症例検討(グループディスカッション)

1. “自殺目的の過量服薬、パーソナリティー障害あり”
2. “過換気症候群で頻回受診が問題となる例”
3. “統合失調症で不穏・興奮を呈する例”
4. “覚醒剤などの違法薬物の中毒例”

12:30 ~ 12:40 地域リソースの紹介

12:40 ~ 13:00 ポストテスト、アンケート記入、修了証

主催：日本臨床救急医学会

共催：日本精神科救急学会

協力：公益財団法人復康会沼津中央病院

【受講料】 5,000円

【受講対象資格】 救急医療に携わる医療職

【問合せ先】 公益財団法人復康会 沼津中央病院 事務担当：医局 浅倉

TEL 055-931-4100 FAX 055-934-1698

E-mail: asakura-h@numazuchuo.in



事例

PEECガイドブック(日本臨床救急学会, へるす出版)より

- 24歳 女性
- 精神科クリニックに通院している。これまでも人間関係や職場の問題で薬物の過量内服やリストカットを繰り返し、複数回の救急搬送や入院の既往がある。
- X年12月、交際相手の男性と口論になり、深夜帰宅後に処方薬の向精神薬を衝動的に過量内服した。直後に相手男性に「薬をたくさんのだ」とメールした。メールに気付いた男性が自宅を訪ねたところ、倒れているのを発見、救急要請した。



事例

PEECガイドブック(日本臨床救急学会, へるす出版)より

- * 救急隊到着時の意識レベルはJCS100
- * 直ちに救急医療施設へ搬送となり、誤嚥性肺炎も認められ、入院となった。
- * 翌朝覚醒したが、肺炎は帰宅できる状態になかった。しかし患者は「帰りたい」「電話をかけた」「タバコを吸わせろ」と要望を繰り返し、医師が説明しても納得しなかった。
- * 次第に苛立ち、スタッフにも攻撃的となった。徐々に興奮し、酸素マスクを外したり、点滴を抜去するなどの不穏状態となった。

日本精神科救急学会 医療政策委員会
救急医療連携推進 小委員会

日本精神科救急学会 医療政策委員会 小委員会 一覧					
小委員会名	テーマ	担当理事	構成員	成果物・担当刊行物	備考
医療政策委員会	総論	平田豊明 杉山直也	伊藤弘人、東門浩空、川俣俊貴、奥住由樹、遠藤泰也、後藤博英、澤道、塚本智司、野中浩幸、八田幹太郎、藤田謙、堀川公平	GL2003 GL2009 GL2015	
薬物療法 小委員会	薬物治療	八田幹太郎	中村謙、須藤康彦、三澤文寿	GL2003 GL2009 GL2015	
規制薬物関連精神科 小委員会	規制薬物関連精神科	松本俊彦	<2011> 伊藤雅臣、梶野克、塚崎寛、森田謙一、澤道、武井清、田原淳子、平田豊明、辻江美穂人、長瀬英夫、森田真彰 <危険ドラッグ対応ハンドブック> 松田清、香川由希子、飯田正成、上藤晋人、福永龍策、倉川秀三	GL2007 GL2013 危険ドラッグ対応+8	
興奮・攻撃性への対応 小委員会	興奮・攻撃性への対応	佐藤啓美	滝島井賢、石井美穂、豊安介、下重誠二、杉山直也、藤田謙一、熊取司（監修協力、野田典彰）	GL2009 GL2015	
自殺未遂者対応 小委員会	自殺未遂者への対応	杉山直也	大塚幹太郎、河野千秋、松本俊彦	GL2009 GL2015	
受診前相談 小委員会	受診前相談 精神科救急情報センター 医療相談窓口	塚本智司	大竹智美、遠藤豊治、澤野文彦、西村由紀、橋本彩子、松田一弘、水野裕二	GL2015（暫定）	
クリティカルパス推進 小委員会	クリティカルパス	藤田 啓 佐藤啓美	末住由樹	GL2015（相談に連記）	
救急医療連携推進 小委員会	救急医療との連携	杉山直也（仮）	橋本俊、日野耕介、河原篤、五明佐也家、奥久野之、村上幸代、北光隆		PEECコース
医療の質向上 小委員会（仮）	臨床指標 レジスタ等				



精神科とは



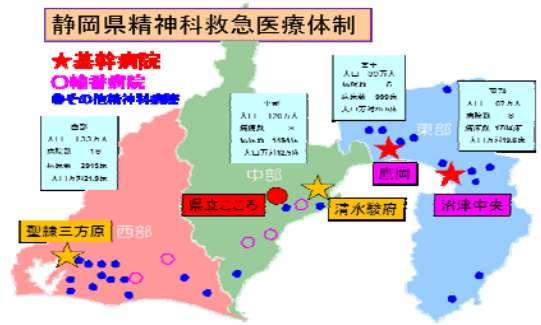
地域精神保健の基本的な考え方

Chee Ng MD (Asia Australia Mental Health)の資料より改変



精神科救急医療体制整備事業

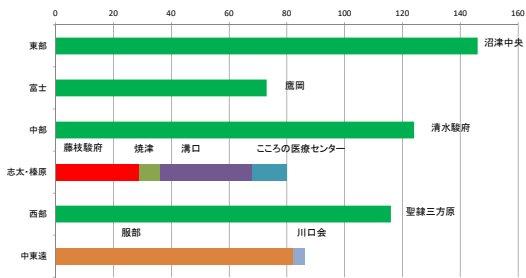
静岡県健康福祉部障害者支援局障害福祉課精神保健福祉班 資料より



平成27年度静岡県時間外入院件数

静岡県精神科救急医療対策事業実績より

平成27年度



連携モデルの実際

Pre-Hospital Care



どの病院へ
搬送すべきか？

縦列モデル



対応フローチャートの検証

対応フローチャート

カテゴリ	サブカテゴリ	判断および想定される搬送先
精神症状	初発 (既往のない急性発症)	<ul style="list-style-type: none"> 器質的疾患鑑別の要否を検討 疑われたら身体科へ ★高齢者 (60歳以上) ★感冒様エピソードの初期 ★バイタルサインの異常 (37.5℃以上の発熱、90%以下のSaO₂低下) ★明確な身体所見 (著名ないそろ、発熱、昏睡、etc) そのうえで、明らかに精神的問題なら精神科救急へ
	以前からあった問題 (3か月以上) が重症化	<ul style="list-style-type: none"> 生活機能による2次的な問題 (栄養・衛生面) を評価 2次的な問題が重篤でなければ精神科救急へ
	繰り返している病態	<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医の有無を確認 原則かかりつけ医へ、なければ精神科救急へ
	経緯不明	<ul style="list-style-type: none"> 急性発症に準じた対応
身体的主訴	背景に精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> 身体疾患を評価し、両方同時に対応できる病院を選ぶ必要があるか？を検討 重症なら合併症対応医療機関 (身体科)へ、状況により搬送モデルへ
	精神疾患由来の症状	<ul style="list-style-type: none"> 現場では区別不能 原則身体科へ
自殺企図 自傷行為	大量服薬	<ul style="list-style-type: none"> JCS2ケタ以上or内容・時間・量から悪化が予測されるor不明の場合救命救急センター等へ 上記以外は精神科かかかりつけ医へ連絡し、<u>処置後対応を確認して、原則身体科救急へ</u> 時間外でかかりつけ医と連絡が取れない場合、まず身体科へ、その後必要なら精神科救急へ
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 状態評価のうえ診療科の優先度を選定 (救命医やコーディネータと相談) 身体損傷が軽微でない、あるいは評価困難なら身体科へ 身体損傷が軽微なことが明らかなら精神科 (原則かかりつけ医) へ
アルコール 関連病態	酩酊者	<ul style="list-style-type: none"> 酩酊は精神症状ではない必要なら身体科へ
	特殊な病態	<ul style="list-style-type: none"> 連続飲酒一身体的問題は身体科へ、非連続下に後日専門病院へ 離脱症状一状態により身体科あるいは精神科へ
搬送先の判断がつかない		<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医・コーディネータ (基幹病院・精神科情報センター) に相談

拡大

カテゴリ	サブカテゴリ	判断および想定される搬送先
自殺企図 自傷行為	大量服薬	<ul style="list-style-type: none"> JCS2ケタ以上or内容・時間・量から悪化が予測されるor不明の場合救命救急センター等へ 上記以外は精神科かかかりつけ医へ連絡し、<u>処置後対応を確認して、原則身体科救急へ</u> 時間外でかかりつけ医と連絡が取れない場合、まず身体科へ、その後必要なら精神科救急へ
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 状態評価のうえ診療科の優先度を選定 (救命医やコーディネータと相談) 身体損傷が軽微でない、あるいは評価困難なら身体科へ 身体損傷が軽微なことが明らかなら精神科 (原則かかりつけ医) へ

検証① 最終転帰による検証

平成24年4月1日～25年3月31日 (1年間)



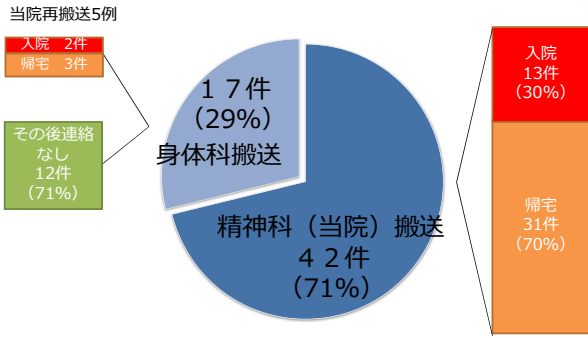
平日夜間・休日

救急隊からの要請に対する
精神科医師による電話対応



●照会回数	106回
●実症例数	77件
●電話相談のみ	8件
●傷病者対応後不搬送	10件
●搬送指示	59件

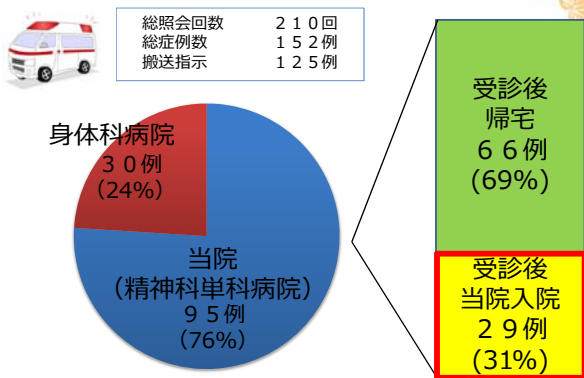
検証①：最終転帰



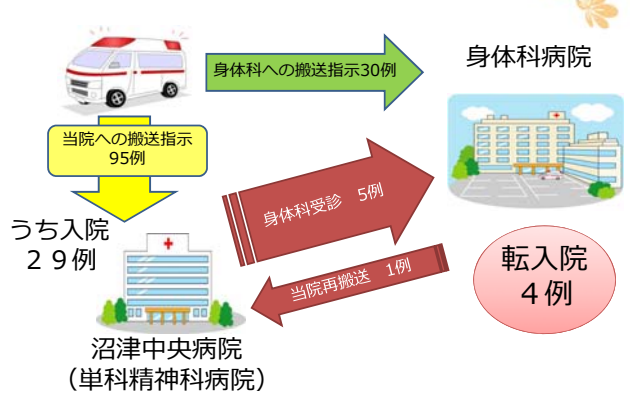
過量服薬症例リスト

	状況	薬物	意識	通報者	指示	来院時状況	転帰
# 1	朝過量服薬して夕方救急要請	内科クリニックの薬	JCS 0	同居家族	当院受診	会話可能 歩行可能	帰宅
# 2	前日過量服薬し翌日救急要請	当院の薬 6日分	JCS 3	同居家族	当院受診	希死念慮	入院
# 3	過量服薬後3次救急病院に搬送	精神科クリニックの薬	JCS 0	知人	身体科 → 当院受診	当院職員に暴言	帰宅
# 4	過量服薬後2次救急病院に搬送	精神科クリニックの薬	JCS 0	同居家族	身体科 → 当院受診	不安	帰宅
# 5	過量服薬後1次救急病院に搬送	市販の頭痛薬 10錠	JCS 1	身体科医師	身体科 → 当院受診	解離性昏迷	帰宅
# 6	過量服薬	不明	JCS 300	同居家族	身体科	その後連絡なし	
# 7	過量服薬	不明	JCS 200	不明	身体科	その後連絡なし	
# 8	過量服薬	不明	JCS 300	不明	身体科	その後連絡なし	

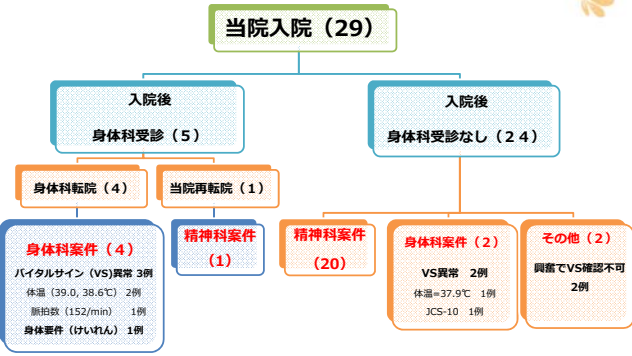
検証② 搬送受入後転院ケースによるフォローチャートの妥当性検証 平成24年4月1日～平成26年3月31日 (2年間)



検証② 搬送受入後転院ケースによるフォローチャートの妥当性検証 平成24年4月1日～平成26年3月31日 (2年間)



検証② 転帰ごとの基準案への合致状況



検証② 逆検証：基準案判定ごとの実際の転帰

- 精神科案件：21例
- 全例精神科に入院（うち1例は身体科受診し結果的に帰院）
- 身体科案件：6例
- バイタルサイン異常
 - (39.0℃) →身体科転院
 - (38.6℃) →身体科転院
 - (37.9℃) →精神科入院継続
 - (HR=152/min) →身体科転院
 - (JCS-10) →精神科入院継続
- けいれん →身体科転院
- その他：2例
- 興奮でバイタルサイン確認不可能 →精神科入院継続

身体科→精神科への転院タイミングについて（私見）

- 全国標準となる基準は困難
 - 精神科側の設備や体制は病院毎に異なる
 - 一般的には気管内挿管、中心静脈、胸腔ドレイン等は不可。末梢点滴は可。
 - 一般的に精神科の体制は「特別」状況にあり、身体疾患を管理する構造や体制にない。これは国の方策であり、現場に陰性感情を持つことにならざる有益性はない。
 - おおよその合意点は問題となっていたバイタルサインや特異症状がほぼ落ち着いた時点
 - 手術後の場合は、ドレインが抜去され、離床するタイミング。創はできれば処置不要な状況が望ましい。
 - 施設や在宅に比べれば多少は管理能力を有す
 - 悪化時の対応を取り決めることでの円滑化は可能
- 互いのコミュニケーションによる解決が最も正確
 - 通常はケースワーカー間（連携室）の交渉で
 - 疑義がある場合は医師間の対話を検討
 - 転院が叶わない場合は往診を依頼することも検討（加算もある？）
 - 病院内より病院間のほうが円滑なこともある（町全体で総合病院というイメージを）

ご清聴ありがとうございました。

