

## 精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の 構築に関する研究

研究分担者： 橋本 聡（国立病院機構熊本医療センター 精神科）

研究協力者： 井上幸代（沖縄県立南部医療センター・こども医療センター）、兼久雅之（大分  
大学医学部附属病院）、河島 謙（国立病院機構災害医療センター）、北元 健  
（埼玉医科大学病院急患センター）、日野耕介（横浜市立大学附属市民総合医療  
センター精神医療センター）（五十音順）

### 要旨

精神障害者の地域移行は本邦の重要施策である一方、一般救急医療と精神科救急医療との連携体制には課題が多いことは従来より指摘されてきており、特に身体合併症を有する精神科疾患においてこの問題は顕著であり、課題の明確化と対策立案が急がれるところである。法整備、自殺対策・災害対策を軸とした連携体制強化、教育研修コースの開発などの取り組みがある一方で、医療連携の均てん化・円滑化は十分といえず、地域医療システムや個々の医療従事者の技量の改善も重要である。本研究班では、救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状を確認すること、病院前救護における精神科トリアージの改善、精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握の手段を開発することなどを課題として取り組んでいる。課題1については、3つの観点から研究を行った。第一に、救命救急センターと精神科を有し、救急科と精神科との円滑な連携、患者への医療提供を実現できていると考えられる6施設を、並列型医療連携好事例研究の対象として選択した。それぞれの施設では、地域における身体合併精神科症例の治療に取り組む実績を積み重ね、自殺対策などにも積極的に関与することで、地域内の役割を担っていることに加えて、県・市からの助成・基金など財政面での支援があること、救急科・精神科上層部が協働作業を重視していることが重要な背景であるとわかった。第二に、救急医療従事者に対する精神科救急の教育研修コースである Psychiatric Evaluation in Emergency Care : PEEC コースを複数年にわたり、定期的で開催している地域についても調査を行い、医療（救急科・精神科）だけでなく、保健行政、消防等の多職種が運営維持に関わるような枠組み作りが重要であり、予算確保、人材育成がポイントであることがわかった。第三に、地域で生活する精神科患者の精神症状が不安定になる際、救急隊が活動要請？をされることが多いと考えられ、その際、搬送困難事例となることが往々にしてあるところから、本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査を行うこととし、調査用紙を完成させ、全国調査を開始した。最終年度となる平成30年度には、救急医療・精神科医療の医療資源の地域偏在も考慮して解析を行うことが望ましいと考えられ、これらも同時に調査を実施することとした。課題2について、先行文献を精査して、病院前救護スタッフが用いる精神科救急トリアージ・スクリーニング尺度のプロトタイプを作成した。エキスパートオピニオンによ

る妥当性検討を行うため全国調査を実施する予定である。課題 3 について、課題 2 の結果を用いて全国調査を行う必要があるため、現時点では進捗が得られていない状態である。

## A. 研究の背景と目的

精神障害者の地域移行は国の重要施策である一方、一般救急医療と精神科救急医療との連携体制には課題が多いことは従来指摘されてきたところで、特に身体合併症を有する精神科疾患においてこの問題は顕著であり、課題の明確化と対策立案が急がれるところである。

救急医療における精神科救急は、業務が開始された当初から問題の山積する領域であったため、平成 21 年の消防法改正、精神保健福祉法第 41 条に基づく指針への「連携」の重要性明記、診療報酬における医療連携活動の評価、自殺対策・災害対策を軸とした連携の推進など、一般医療と精神科医療との連携体制強化が試みられて来た。

また、連携の質を改善する目的で、日本臨床救急医学会は教育研修コース（Psychiatric Evaluation in Emergency Care : PEEC コース）を開発し、日本精神科救急学会はガイドラインの中で受診前トリアージにおける推奨事項を発表するなど、関係学会も取り組んできた。

これらの取り組みにもかかわらず、医療連携が全国的に十分円滑になったとはいえず、地域医療システムおよび個々の医療従事者における認識や技術の双方の向上が必要である。また、一般救急医療における精神科救急事案の全体像はいまだに不明瞭なうえ、適切に医療・社会資源の提供にまで至ったのかを確認できない。

これらから、本研究班では、平成 29 年度と翌 30 年度の 2 ヶ年にわたり、一般救急医療と精神科救急医療との連携円滑化に向け、

救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状を確認すること、病院前救護における精神科トリアージの改善、精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につ

なげるための方策及び実態把握の手段を開発することなどの改善点明確化に取り組む。

今回の中間報告書においては、本分担研究班が取りくむ課題について、下記方法欄において個別に取りあげる。

## B. 方法

### 1-1. 救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状について：並列型医療連携好事例における要因

（課題）一般救急医療部門と精神科医療部門を両方有する総合病院は多数存在するが、両部門の連携が有効かつ円滑に実施されている施設は少ないといわれる。並列型医療連携モデルを継続的に実施する施設を調査することで、各施設に共通する、連携に重要な要因を探る。

（調査方法）両部門の連携好事例は学会等で紹介がなされており、その内容をあらためて集約、分析する。

（対象施設）国立病院機構熊本医療センター、横浜市立大学附属市民総合医療センター、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、大分大学医学部附属病院、国立病院機構災害医療センター、埼玉医科大学病院。

（尺度）当分担班で作成した、医療連携に必要な人的・施設の・組織的側面について聞き取りを行った。

（期間）平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日までの 1 年間

（倫理的配慮）患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な聞き取り調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

（解析方法）記述統計

## 1-2. 救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状について：PEEC コース先行展開地域研究

(課題) PEEC コースの開催には、一般救急医療従事者(救急医・救急看護師・消防局員ほか)と精神科医療従事者とが協力関係を維持することが必須となるものの、従来、共同作業の枠組み作り自体が困難であった。

PEEC コースを定期的で開催している先行地域を調査することで、開催ノウハウや継続開催のための要点をまとめる。

(調査方法) 日本臨床救急医学会ホームページに掲載される開催告知情報から、複数年にまたがりコースを継続している開催主体を選び、開催事務局(コースコーディネーター)へ連絡をとり、電子メールを通じ、必要に応じて対面で情報収集を行い、要点を整理する。

(調査項目) 開始時期、運営費用、関係機関との連携体制(消防局・救急医療病院・精神科病院・大学病院救急科および精神科・行政・スタッフ育成方法・維持運営上の課題ほか)。

(対象施設) 国立病院機構熊本医療センター、横浜市立大学附属市民総合医療センター、沖縄県立南部医療センター・こども医療センター、大分大学医学部附属病院

(期間) 平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日までの 1 年間

(倫理的配慮) 患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な聞き取り調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

(解析方法) 記述統計

## 1-3. 救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状について：本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査

(課題) 本邦の一般救急医療と精神科救急医療との連携における改善点を明らかにするため、本邦における病院前救護における搬送困

難事例、特に精神科疾患が関与する問題の現状と課題を把握することが重要である。

(調査方法) ウェブを通じたアンケート調査  
(調査対象) 全国の地域メディカルコントロール協議会(N=252)ならびに消防本部(N=744)。

(尺度) 地域メディカルコントロール協議会：救急科と精神科との協議の場の有無について。消防本部：精神科傷病者と自損行為傷病者の搬送人員、精神科傷病者と自損行為傷病者の受入施設とその受入実績、搬送困難事例の定義の有無、搬送困難事例に関連する要因、精神科傷病者と自損行為傷病者の搬送実態調査(照会回数・現場滞在時間) 自損行為傷病者における不搬送事案の数と内訳など。

(期間) 平成 29 年度はアンケート調査原票の作成、平成 30 年 4 月より調査回収の開始(〆切は 9 月末日) 回収終了後より解析。

(倫理的配慮) 患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な聞き取り調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

(解析方法) 記述統計

## 2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

(課題) 病院前救護において使用可能な、精神心理的問題をトリアージそしてスクリーニングできるツールは数少なく、標準化もなされていない。

(調査方法) 国内外で発表されたトリアージツールとスクリーニングツールを収集し、分担研究班にて精査し、病院前救護にて使用することを前提とした素案を作成する。また、素案に準じた評価項目につき、全国的なエキスパートオピニオン収集を行い、素案の妥当性を検討し、プロトタイプを完成する。

(対象者) 精神科医師

(期間) 平成 29 年度上半期で先行研究を収集し、下半期で尺度素案を作成し、エキスバ

ートオピニオンの収集用の調査票を作成する。平成 30 年度上半期にてエキスパートオピニオンを収集し、下半期で解析しプロトタイプを作成する。

(倫理的配慮)患者はじめ医療利用者への直接的な侵襲はなく、医療者に対する、任意的な聞き取り調査である。熊本医療センター倫理委員会にて倫理審査通過。

(解析方法)平成 29 年度は文献精査と分担研究班による整理。エキスパートオピニオンに現れる“患者の主訴”と素案で選択された“患者の主訴”との整合性を確認する。プロトタイプのスクリーニングモジュールで使用される外見・整容、会話様式、発生状況について、収集されたエキスパートオピニオンを KJ 法によって整理しプロトタイプとする。

### 3. 精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握の手段を開発

(課題)精神科救急事案の明確な定義が存在しないこと。消防局の搬送報告書は精神心理的な問題を把握する目的では作成されていないこと。精神科救急医療体制が把握可能な病院前の精神科救急事案データと、消防局が把握可能な全国データとは互換性がないこと等から、地域生活を送る精神科疾患患者のクライシスの全体像はまったく不明である。消防局は全国に存在し、一律的にデータを収集可能な組織で、本邦の現状からは一般市民に一番身近な医療資源であるため、病院前救護における精神科疾患の実態を把握することは重要である。

(調査方法)全国消防本部から協力施設を募り、一定の対象期間、従前どおりの病院前救護活動を実施するとともに、現場対応を行った事案について、上記 2 で作成した精神科トリアージ&スクリーニングツールにて評価を行い、個人特定不可能なとしたうえで、活動転帰、搬送施設、現場滞在時間、照会回数などと解析する。

(尺度)上記 2 の精神科トリアージ&スクリーニングツールを使用する。

(期間)精神科トリアージ&スクリーニングツールが完成した後、調査協力消防本部の募集と選定に 2 カ月、調査周知に 1 カ月、調査期間を 1 カ月、データ回収とデータクリーニングに 3 カ月、解析に 2 カ月を予定する。

(手続き)分担研究代表者所属である国立病院機構熊本医療センターの倫理委員会審査を受ける。総省消防庁救急企画室への協力依頼を経て、消防庁内で公募を実施する。

(倫理的配慮)分担研究代表者所属の HP にてオプトアウトを行う。病院前救護の現場活動は通常通り実施し、救護活動終了後速やかにツールにて評価することで、患者への直接的な影響を避ける。ツールの項目は観察項目によって構成されるため、ツールを使用するにあたって患者が通常以外の処置や介入を受けることはない。データの収集は個人を識別できない形で行われ、多数データとして処理されるため個人が特定されることはない。

(分析方法)記述統計を主に用い、スクリーニング陽性群/陰性群の間では平均値の差の検定を実施する。

## C. 結果/進捗

### 1-1. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：並列型医療連携好事例における要因

主にはメールを通じてのディスカッションを行い、平成 30 年 1 月 20 日に分担研究者・協力者が一堂に会して論点整理・追加を行った。その後、メールを通じてディスカッションを続け、成果物とした(付録 1)。

今回調査では 6 つの施設を取りあげたが、救命救急センターと精神科(1施設のみ無床)を有する総合病院であり、それぞれの立地する地域から求められる対象は「精神科身体合併症」であり、身体合併症のために搬送先がなかなか見つからない搬送困難事例の引受先ともなっていた。このような背景から身

体合併症対応施設の役割を担い（無床施設を除く）、すべての施設が自殺対策に深くかかわっていた。

施設内、地域内、広域の視点で連携の類型を調査したところ、5施設では院内は並列モデル（救急 - 精神同時介入）を実施し、埼玉医科大学のみ並列＆縦列モデル（関連施設との）を取っていた。地域内では主に精神科病院、施設によっては2次救急病院との縦列モデルを実施し、いったん調査対象施設がハブとして患者を受け、身体疾患を改善した後の亜急性期～慢性期を他院に任せる役割分担が出来上がっていた。熊本では独自の協議会を立ち上げ、救急病院群と精神科病院群との交流促進を図ろうとしていた。横浜ではリハビリテーション病院へ非常勤精神科医を派遣する形で受け入れ態勢の促進を図っていた。すべての施設は広域での取り組みはとくになかった。

調査対象施設における現在の取り組みがいかに始まったかであるが、施設機能を背景に身体合併症対応を都道府県より求められた2施設、以前より身体合併症対応を行ってきた経緯があり県・市との協働作業が多い施設、病院生き残りをかけての救急参入から多数対応するようになった施設などあるが、いずれも近年は自殺対策・合併症対応が公的な役割となっていることが特徴であり、事業助成という枠組みは大きいと考えられた。活動に従事するにあたって、救急科と精神科の上層部が協働作業に理解が大きいことがまず重要で、それと共に実務を担う精神科医側から救急医療への歩み寄りも重要な要素と分かった。大学病院では救命救急センターに精神科医を常駐させる取り組みが典型で、市中病院では救急医療サイドからの求めに即応することの他、自ら出向いて症例を取る姿もあった。

救急医療に関する事項として、調査対象は救命救急センターもしくは高度救命救急センターであり、災害医療にも関与する施設であ

った。救急医の数には多寡が認められるが、いずれも救急診療実績は高いものがあった。PEECコースの主催団体も4つあり、それぞれ、医師・看護師合わせて9～13名がPEEC受講終了していた。救急側から精神科への相談連携も活発に行われている一方、精神科病棟での身体合併症対応には施設ごとの差が大きく、人工呼吸器管理、酸素・吸引処置、人工透析なども積極対応しているのは熊本、沖縄だったが、この2施設では身体合併症管理は身体各科が継続的に主治医として対応する体制が確保されていた。

各施設の取り組みがどのように構成されているかを確認したところ、県もしくは市からの補助金・基金が供出されているところがほとんどであり、公的な役割形成と共に、院内での体制整備・人員確保に利用できる財源の確保が肝要と考えられた。それぞれの取り組みの利点を総合すると、上記のような役割、財源確保を受けて、施設上層部が地域にとって必要な機能と理解し、ハード面・ソフト面を充実させる必要があると考えられた。また、地域内での、施設を超えた「顔の見える関係」作りも重要になるようであった。

取り組みにおける今後の課題として、人材育成の問題が共通しているようであった。調査対象の実務者におけるキーパーソンは、いずれも救急医療従事経験があり、中には救急科専門医を有する者もいた。一般的に、精神科治療のスピードより、救急医療の治療・調整のスピードはかなり速く、そのすき間を縫うようにしながら精神科医療としても要点を押さえて、患者介入と多職種連携を実施する必要がある。また、有床精神科があったとしても、比較的入院期間は短めで、いわゆる時間をかけたじっくりとした精神科治療とは異なってくることも多い。短い期間だからこそ、やりがいを得られる部分もあるが、これらをキャリアパスのなかにどう入れ込むかが課題としてあがった。地域システムの問題として、集約的に対応することから、他の救急

医療施設の対応力低下や、二次救急病院群と精神科病院群との連携改善なども課題としてあがった。

## 1-2. 救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状について：PEEC コース先行展開地域研究

主にはメールを通じてのディスカッションを行い、平成 30 年 1 月 20 日に分担研究者・協力者が一堂に会して論点整理・追加を行った。その後、メールを通じてディスカッションを続け、成果物とした（付録 2）。

精神科医療を専門としない、救急医療に携わる医療スタッフを対象とし、精神科スタッフ不在の状況で、患者・医療者双方にとって安全な、精神科患者の初期評価方法・初期対応方法を学ぶ目的で PEEC コースは開発された。平成 25 年 7 月から開始されている PEEC コースは、受講者からの受講料を中心に、経済的に独立して各地域で開催することが想定されている。

分担班の作業のなかから、大きく 3 つの要点が浮かび上がってきた。その第一は運営組織作りで、第 2 に予算確保、最後にスタッフ育成とわかった。また、地域医療を考える際の今後の課題も見えてきた。

まず、運営組織作りであるが、救急医療部門で精神科患者の初期評価と初期対応を行う中、精神心理的な側面だけでなく、社会的・福祉的な側面の問題も判明することが多く、平時から多職種が問題解決に協力しやすい体制を作ることが重要で、この課題を克服するような体制作りが必要と考えられた。これには各地域の医療・保健行政・消防・警察他といったリソースのバランスに応じて、連合型、大学主導型、行政主導型といった 3 類型が想定された。連合型は、地域で中核的な救急病院が軸となり、その地域の救急病院群、精神科病院群と協働するやり方で、総合病院精神科が主軸となることが多いとわかった。平素の臨床活動を通じてのつながりを基盤に

置いたところが特徴で、救急病院群と精神科病院群が対等な立場で参加する任意的な合議体を作る工夫などもみられた。これには熊本や沖縄の取り組みが該当した。大学主導型は、その医療圏で中核となる大学病院の医局が軸となるもので、精神科医局が主催、救急科医局が共催となるパターンが多かった。精神科・救急科ともに救急医療への対応を重視している施設において成立するパターンで、これには大分や横浜の取り組みが該当した。先行地域以外でも宮崎大学などがこの形式をとっている。この形式にはバリエーションが認められ、福岡では福岡大学と九州大学が相互協力形式で開催を行うといった工夫、長崎では県の自殺対策事業を長崎大学が受ける形で運営する工夫などがあつた。現在、PEEC コースの立ち上げが計画されている鹿児島では、鹿児島大学精神科医局が主催となるが、保健行政、多数の救急病院群、精神科病院協会、警察、心理士会、PSW 協会ほかも参加する合議体を形成するなど、先行地域の知見を活かした運営が認められた。行政主導型は、保健行政が主導して連絡協議会もしくはそれに準じた組織を立ち上げ、保健福祉行政、消防、警察などに医療も含めた組織作りを行い、地域で中核的な救急病院・精神科病院にチェアマンを委ねることで、継続的な運営を企画するものである。現在、PEEC コースの立ち上げ検討中である山口県某市などが該当する。

第 2 に予算確保の課題があげられた。PEEC コースは高価な教育資材は不要で、検討用スライドを供覧するためのパソコン、プロジェクター、スクリーンの他、参加者発言を記載するためのホワイトボード、症例検用動画を映写する音響設備程度が必須の準備物となる。PEEC コースは、コースファシリテーター（精神科医）、コースアシスタント（救命士・看護師・心理士・SW など）がグループディスカッションをリードし、検討のなかで参加者のこれまでの臨床経験を整理し

て、参加者が標準化された評価や対応を習得できるように図る。このため、PEEC コースの要点を理解した、多職種をコーススタッフとして確保することがコースの質を維持する点で肝要となる。PEEC コースの予算はかなりの部分が人件費に充当されるため、関東圏など既に一定数のスタッフがいて、宿泊不要で交通費のみで対応できる場合は必要経費が小さくなり、地方では必要経費が大きくなる傾向が認められる。自給自足型は横浜の取り組みが該当する。病院事業への組み入れ型は熊本の取り組みが該当し、主催施設の教育研修事業として実施し、参加者はオープン参加の形式としていた。行政による事業型が比較的多く、沖縄では県の自殺対策事業費・合併症医療対策費からの支援を受けており、大分では県からの自殺対策事業委託を受けていた。他の多数開催地域として、神奈川県（東海大学）も県からの事業委託にてコースを開催しているが、こちらは県内居住者に限る取り決めがあった。この他、単年事業費での工夫型も認められ、福岡の取り組みが該当したが自給自足型への転換を図っており、宮崎は自給自足型で開始したが行政による事業型への転換も協議している。

第3にスタッフ育成の課題が上げられた。いずれの先行地域も、すでに開催経験のあるコースからスタッフを招聘しコースを立ち上げ、地元スタッフの受講からタスク参加を経てファシリテーターやアシスタントを育成する流れは共通していた。スタッフの育成は、救急医療と精神科医療、この双方に関心のあるスタッフの自発性に委ねられているところが大きいと、参加職種・開催地域を拡げることで間口を広くして対応することはまず取り組まれているところであった。また、病院・病院協会・消防・警察などの組織的な教育体制に組み込むなどの工夫も考えられ、熊本市消防局における救命士再教育プログラムへの採用という事例もあった。

地域医療を考える際の今後の課題も検討し

た。救急領域における精神科疾患の評価と対応に関する教育がほとんどなかったこれまでの踏まえると PEEC コースの意義は大きいと考えられた。これは同時に精神科救急対応の教育文化がほとんど広まっていないため、医療・消防・警察・保健行政が共通して使えるフォーマットがないことを示している。関係する職域が継続的に PEEC コースのエッセンスを学び、ブラッシュアップし、交流して実際の患者対応に役立てる必要がある。このため、精神科病院群、二次救急病院群からの参加を増やすとともに、心理士会、PSW 協会、警察、消防局への周知を図る必要があると考えられた。また、平時より「顔の見える関係」を構築する意義も大きく、災害訓練でのつながり強化や、多職種参加の事例検討会などの定例化なども重要と考えられる。

### 1-3. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査

主にはメールを通じてのディスカッションを行い、平成 30 年 1 月 20 日に分担研究者・協力者が一堂に会して論点整理・追加を行った。その後、メールを通じてディスカッションを続け、成果物とした。分担研究班の調査では、困難事例が生まれる背景を調べる基礎調査（付録 3）精神科傷病者に関する調査（付録 4）自損行為傷病者に関する調査（付録 5）この 3 つを実施することとした。以下、検討のなかで必要と考えられた調査項目について説明する。

基礎調査（付録 3）では、調査実施に際して回答項目の疑義照会などが必要となるため、消防本部名または地域 MC 協議会名を求め、担当者、その所属、電話番号、電子メールアドレスを求めた。各消防本部に求めるデータは平成 29 年 1 月 1 日から同年 12 月 31 日までの、平成 29 年中データを求めた。なお、下記説明におけるデータもこの対象期間におけるものとする。また、調査の様式や用

語の定義などは、総務省消防庁が毎年実施する救命救急センター救急搬送受入実態調査に倣うこととした。各消防本部の救急搬送実績を知るため、平成 29 年中の総救急搬送人員、そのうちの転院搬送数を求め、救急現場活動の総数を求めた。精神科傷病者の全国実態を知る目的で、事故種別「急病」における傷病者で、「疾病分類」にて「精神科系」に分類される傷病者、そこから単純酩酊・アルコール中毒を除外した搬送人員を求めた。自損行為傷病者の全国実態を知る目的で、事故種別「自損行為」に分類される搬送人員を求めた。「搬送困難事例」に関する基礎調査として、各消防本部における「搬送困難事例」の定義が存在するかどうかを求めた（あり・なしの二択）。定義がある場合、その具体的な内容を求め、定義改訂のспанについても尋ね、対象期間中の実数も求めた。定義がない場合、これまでの総務省消防庁発表資料などを参考に、照会回数 4 回以上、現場滞在時間 30 分以上などの定義を満たす事案の数を求めた。搬送困難事例が生ずる要因として、疾患要因（精神科・産科周産期ほか）、病名要因（急性アルコール中毒ほか）、年齢要因（65 歳以上ほか）、時間帯要因（夜間休日ほか）などについて、各消防本部の統計資料に基づいての回答を求めた。精神科救急に関する基礎調査として、消防統計は精神科疾患の現状把握を目的としたものではなく、救急隊員が、現場活動で精神心理的な症状を認識したとしても、救急要請となった原因そのもの（急病・交通外傷ほか）しか統計資料として残されないため、「既往症情報」として精神科疾患の計上を行っているかどうかを確認した。各消防本部における精神科傷病者の搬送状況も確認し、対象期間中、最も多く受け入れを行った上位 2 施設について、施設名と受入数を求めた。自損行為傷病者の搬送状況についても同様の確認を行った。医療連携円滑に関する意見も求め、各消防本部として、精神科患者の搬送を円滑化するため、どのよう

な対策が必要なのか、もしくは必要ないのかを確認した。PEEC コースの開催状況も確認した。課題 1-3.を踏まえ、地域 MC 協議会に対して、救急科と精神科との意見交換の取り組みについて回答を求めた。

精神科傷病者調査（付録 4）では、救命救急センター救急搬送受入実態調査に倣って、医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（人単位）、現場滞在時間区分ごとの件数（人単位）、紹介するも受入れに至らなかった理由毎の件数（延べ件数）、受入れ回数が 11 回以上であった事案における受入に至らなかった理由等、受入照会回数 11 回以上で最大の事案に関する事案詳細などを求めた。今回調査では、これらに加えて、通常の消防統計では単純酩酊・アルコール中毒といった事案も精神科事案として計上される問題があるため、回答データにつき、「アルコール中毒」の除外が可能かどうかを尋ね、可能である場合は除外したところで一連の質問を回答するように求めた。消防統計は回答時期によって確定値、速報値と異なる可能性があるため、実際の数はほぼ変わらないとされるが、正確な分析を行うためにこの区別についても尋ねた。精神科傷病者における頻回要請者の実態を知るため、対象期間中、1 年間で 5 回以上の公的救急車現場出場を要した人数についても尋ねた。

自損行為傷病者調査（付録 5）では、救命救急センター救急搬送受入実態調査に倣って、医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（人単位）、現場滞在時間区分ごとの件数（人単位）、紹介するも受入れに至らなかった理由毎の件数（延べ件数）、受入れ回数が 11 回以上であった事案における受入に至らなかった理由等、受入照会回数 11 回以上で最大の事案に関する事案詳細などを求めた。今回調査では、これらに加えて、自死遺族対応の現状把握を行うため、自損行為で現場出場したが不搬送となった事案につき、死亡、緊急性なし他、現場引き上げ理由の件



数を求めた。消防統計は回答時期によって確定値、速報値と異なる可能性があるため、実際の数はほぼ変わらないとされるが、正確な分析を行うためにこの区別についても尋ねた。自損行為傷病者における頻回要請者の実態を知るため、対象期間中、1年間で5回以上の公的救急車現場出場を要した人数についても尋ねた。

## 2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

本分担研究班によって国内外の先行文献について収集し検討した。病院前救護の領域における研究は少なく、救急医療部門における精神心理状態の評価尺度も検討の対象とした。国外文献はPubmed、国内文献は医中誌を用いて検索し、その他にエキスパートよりの推奨文献も収集した。合計7本の先行文献について内容を精査した。ERのトリアージナースが使用する前提にて作成されたStatewide Mental Health Triage Scale (豪州ビクトリア州政府健康局)<sup>1)</sup>、Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (以下CTAS, Beveridge, R. et al.)<sup>2)</sup>のメンタルヘルスパート、UK Mental Health Triage Scale (Sands, N. et al.)<sup>3)</sup>、ならびに、CTASの日本語訳となるJapan Triage Acuity Scale (以下JTAS)のメンタルヘルスパート<sup>4)</sup>、この4つが緊急度評価目的に作成され、実地検証もなされていた。本邦では伊藤ら(2013年)<sup>5)</sup>、杉山ら(2011年)<sup>6)</sup>が病院前救護での使用を想定して、緊急度評価尺度を作成し、十分なN数とはいえないが妥当性検討を行っていた。橋本ら(2006年)<sup>7)</sup>は病院前救護での使用を前提に、精神科疾患のスクリーニング尺度を作成し、数は多くないが信頼性・妥当性検討が為されていた(N=73)。

MHTS、CTASでは緊急度の最も高い病像として自殺問題ならびに攻撃行動が取り上げられていて、精神科専門用語を排した記載と

なっていた。本邦の精神保健福祉法では、「自傷他害のおそれがあるとき」、最も強制性の強い入院形態(都道府県知事命令)である措置入院が適用されていて、MHTS、CTASの最重症概念と概ね同じであると理解された。このため本分担研究班で作成する尺度においても、最重症もしくは緊急度の高い病態として自殺問題、攻撃行動もしくは他害が含まれるべきと考えられた。CTASならびにその日本語訳であるJTASにおいて、準緊急から非緊急の緊急度クライテリアにおいて抑うつ状態、不安状態、幻覚/妄想状態、不眠、暴力、社会的問題、患者の福祉への懸念、小児の破壊的行動などが記載されていた。本邦の、病院前救護を対象とした2つの尺度では精神科診断、状態像が混在しつつもバイタルサインを用いた緊急度評価も試みられていて、全身状態に応じて一般救急病院もしくは単科精神科病院のいずれかに救急搬送先を選定するという理念が通底していると考えられた。病院前救護医療従事者に対する精神科教育は全国的にもほぼ皆無であり、この2つの尺度には精神科専門用語が含まれているところに課題があった。本邦で開発されたスクリーニング尺度は、観察項目だけで構成され、精神科専門用語を排した日常語にて形成されているところに特徴があるが、緊急度を判定するものではなく、統合失調症、うつ病(抑うつ状態、B群パーソナリティ障害)の何れかを弁別するものであった。

先行研究から、病院前救護において使用する精神心理評価尺度にはメディカルクリアランス(身体面の異常の否定)の確保が含まれるべきと考えられた。分担研究班では、身体面の安全確保が図られた後、簡易的な精神症状評価を行い、主訴を特定することが望ましいと考えた。簡易的な精神症状評価とは、オーダー(指示動作)の円滑さ、コミュニケーションの成立程度、精神症状を理由とした見守りの要否などである。また、精神症状にはその内容から緊急対応群、準緊急対応群、非

緊急対応群などの緊急度評価が可能であり、緊急対応群には自殺問題ならびに他害行為（攻撃行動）が含まれるべきで、準緊急以下には自損、不穏興奮、暴力的／殺人的行動、幻覚妄想、不安焦燥、抑うつ、不眠、奇妙な行動、社会福祉的問題、小児の破壊的行動等が考えられた。その一方、準緊急以下の症状（主訴）においても、例えば不安にも身の置き所のない不安から自制内の不安までグラデュエーションが存在するため、新たな尺度では比較的緊急性が高い状態像なのかどうかを特定するステップが必要と考えられた。救急対応を要する事案がどういった精神科診断になるのか、スクリーニングすることは、十分に簡便なものであれば、主訴、緊急度との組み合わせから、病院前救護活動にとっても有益であろうと考えられた。精神科疾患の診断（身体疾患で例えば肺小細胞癌）もしくは、診断類型（同様に例えば肺疾患）程度の情報に留めるかどうかは検討が必要と考えられた。

先行研究から、本分担研究班が考えるプロトタイプ緊急度評価尺度として、メディカルクリアランス（バイタルサインに問題なし）簡易的精神症状評価、主訴を軸とした緊急度評価（自殺問題、他害行為／攻撃行動を緊急対応群に設定）を設定し、スクリーニング用評価尺度として、精神科診断を設定し、これら4つを構成要素とした（付録6）。

以上、分担研究班で意見集約を図りプロトタイプを作成したが、いずれの項目についても全国からのエキスパートオピニオンによって妥当性を検討しなければならない。また、トリアージとスクリーニングの妥当性・信頼性についても検討しなければならない。このため、国立病院機構精神科勤務医、日本精神科救急学会会員、日本総合病院精神医学会会員を対象にエキスパートオピニオンの収集を行うこととした。この中には、メディカルクリアランスの要否、簡易的精神症状評価につ

いて、救急医療場面で遭遇しうる精神科疾患について、また、彼らがよく示す主訴、発生状況、会話内容、外観などについてが含まれる。これらの結果が分担研究班案と整合性のとれるものかを確認する（付録7）。

### 3. 精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握の手段を開発

上記2の結果である精神科トリアージ&スクリーニングツールが未完であるため、倫理審査を実施することが出来ない。このため進捗が得られない。

## D. 考察

### 1-1. 救急医療における精神科医療や精神的ケアの現状について：並列型医療連携好事例における要因

今回調査の目的はふたつあった。ひとつは、調査対象と同様に救命救急センターと有床精神科を有する施設でありながら、その機能を最大限引き出すことが出来ていない施設も多い。このため、好事例調査を通じて、連携改善の要点を明らかにすることがあった。結果からは、地域行政から各施設へ公的な役割を付与すること、体制整備への財源確保を行うことが解決策のひとつと考えられた。この際、救急科と精神科の上層部が、互いの協働作業と歩み寄りが必要なことであると認識し、それぞれの組織が責任をもって関わることを再確認することも含まれるかも知れない。この責任には、救急医療部門における精神心理的問題への精神科側の即応と、身体合併症管理における身体科主治医の継続的な治療参加が含まれると考えられた。

二つ目は、地域を総合病院に見立てた際、救急病院と精神科病院との連携円滑化を図ることが重要になって来るため、並列モデルの中から、地域内直列モデル（医療連携）に示唆的な部分を知ることにあつた。今回の知見から、地域内で合議の場を持ち救急科と精

神科とが意思疎通を図ること（顔の見える関係作り）、患者対応における救急科と精神科の双方からの歩み寄り、後進を継続的に育成する取り組み等が含まれると考えられた。課題 1-3. 搬送困難事例の実態調査ではこの 3 点を踏まえた調査項目が含まれるべきと考えられた。

総務省消防庁救急企画室の協力を得て、平成 30 年 3 月 29 日、地域 MC 協議会ならびに全国消防本部宛に調査協力依頼が発出された（付録 8）。同年 9 月末日を調査〆切として調査票を回収し集計・解析を行う。

## 1-2. 救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状について：PEEC コース先行展開地域研究

日本救急医学会事務局に確認したところ、平成 25 年 7 月よりコース展開が始まった PEEC コースは、平成 30 年 3 月時点までに全国で 86 回を開催し、計 1,565 人が受講している。この結果は精神科救急教育ニーズの高さを反映していると考えられる。今回調査を通じて、関東圏で開催される横浜コースだけでなく、九州（熊本）のコースにおいても東北・北陸からの参加者を得ていることがわかり、上記ニーズは全国的なものと理解される。しかしながら、順調にコースが開催されている一方、開催地には偏りが大きいのも事実であり、開催を開始すること、開催を維持することには要点があると考えられた。

今回調査から 3 つの要点が明らかになった。その第一は運営組織作りで、第 2 に予算確保、最後にスタッフ育成が上げられた。

どのような教育研修コースにおいてもその運営はチームでなされるものであるが、PEEC コースで強調されるのは、医療場面における初期評価と初期対応、それに続く医療資源・社会資源へのつなぎであり、その反映から、運営組織には救急科・精神科の医療従事者のみならず、救急隊員、ソーシャルワーカー、臨床心理士、保健行政職員、警察など

の多職種が関わることが望ましいと考えられた。これらすべての職種が網羅的に参加することは簡単ではないが、コースの質を維持するためにも、関係者のすそ野を広げる努力、日ごろから関係を作る努力が重要である。このため PEEC コースを新規開催しやすい地域とそうでない地域があると考えられた。定期開催地域は新規開催地域から、コース立ち上げに関する事前相談を受ける流れがあることもわかり、東日本は横浜コース、西日本は熊本コースが支援する体制がとられ、それぞれが複数の立ち上げを実際に支援しており、救急科・精神科の相互交流が活発かどうか、その他の職域との交流も活発かを検討しながら開催を実現していた。運営組織としては連合型、大学主導型、行政主導型などが考えられ、地域事情にあてはまるやり方を進めることが重要と考えられた。

予算確保も大きな問題とわかった。PEEC コース自体は複雑な資料を使用しないが、1 グループ 7~8 名程度の受講者に対して、ファシリテーターが 1~1.5 名、アシスタントが 1.5~2 名必要となり、また、ディレクター（救急医）も 1 名確保する必要がある。特にアシスタントは多職種での構成が望ましいようで、まずは、受講者が参加しやすいコースの時間設定があり、それに合わせて宿泊なしで参加可能なコーススタッフを確保できる地域は相対的に人件費を抑制できるため、自給自足型としての運営が可能と考えられた。基本的に、先行地域からスタッフを招きながら地元スタッフを育成するパターンであるため、病院事業への組み入れ型、行政による事業型などの工夫が必要で、病院組織、行政組織からの理解を得ることが重要と考えられた。特に行政による事業型では自殺対策事業、精神科救急医療事業の枠組みで対応されることが多いようであった。

スタッフ育成についてはすでに触れたところであるが、各地域の MC 協議会、医師会、精神科病院協会、消防局、看護協会、心理士

会、PSW 協会、警察などが組織として教育研修の意義を認めることが重要と考えられた。また、PEEC コースの運営は、地域における救急医療と精神科医療、医療と行政、医療と消防、医療と警察などの、縦割りで分断されがちな協力関係を改善することにも寄与し、顔の見える関係構築の一助となる可能性も考えられた。

次年度ではこれらの知見をもとに、新規開催地区に対して、合議体形成、予算問題の整理、スタッフ育成システムなど、多角的に支援を行い、このことを知見として報告したい。

### 1-3. 救急医療における精神科医療や精神科的ケアの現状について：本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査

精神科救急事案は病院前救護が始まった当初より問題の多い領域であった。少し古くなるが、総務省消防庁が平成 20 年度報告書として示すところでは、傷病者背景ごとの搬送困難例数は精神疾患、急性アルコール中毒が群を抜いて多く、この傾向は今も大きくは変わっていないと想定される。搬送困難事例における精神科救急的側面の精査検討について、これまでは単一の救急病院や消防本部を中心とした調査報告が中心であった。その中で、平田らは精神科救急医療体制の検証を行う中、全国消防本部に対して調査を実施し、一般救急事案と比較しての困難感、それに関する要因について検証している<sup>8)</sup>。平田らによれば、精神科疾患関連の救急搬送件数は人口 1 万人に対して月間 10.7 件であったため、今回調査の結果から、消防統計を単純に用いることで、病院前救護の精神科疾患の実数がどれほど把握できるのか知ることが出来る。また、同じ報告にて、精神科関連の救急事案は搬送先選定に苦労すること、患者本人の受診拒否が多いことも分かっているため、現場滞在時間、不搬送理由件数などの検討から、困難例対応の結果が結局は搬送につなが

っているのか、それとも拒否引き上げとして終わっているのか等を知ることが出来る。例えば、現場引き上げ事案が一定数ある場合、引き上げ後の福祉行政との連携強化などの対策が必要になると考えられる。

搬送困難事例は患者への対応自体がむずかしいこともある一方、実質的には受け入れ施設がないか、あっても受け入れてもらえないときに事例化するという事実もある。今回調査に関連する医療資源の地域偏在も検討しなければならない。総務省消防庁救急企画室提供の、平成 29 年度メディカルコントロール協議会冊子には、救命救急センター（高度救命救急センター）、地域中核救急医療施設の一覧があるため、マッピングを行いながら解析を行いたい。精神科救急入院料認可施設については千葉県精神科医療センター平田が継続的な実態調査を続けており、現時点では 2017 年 8 月時点の全 150 施設の存在が確認出来ているため、これも同様にマッピングを行いながら解析を行いたい。身体合併精神科疾患の対応において、有床精神科総合病院の果たす役割は大きく、加えて、それらの施設のメディカルケア対応力の精査も必要と考えられる。有床精神科総合病院の施設一覧は国立国際医療研究センター国府台病院早川が継続的な実態調査を続けており、現時点では 2017 年 3 月時点での全 251 施設の存在が確認出来ているため、これも同様にマッピングを行いながら解析を行いたい。有床精神科総合病院の精神科病棟におけるメディカルケア対応力については、かつては Medical Psychiatry Unit（以下 MPU）<sup>9)</sup>、近年は Complexity Intervention Units（以下 CIU）として概念化され、諸外国では精神科病棟のメディカルケア機能を定量化しようとする試みもある。今回、オランダ、米国などで実施されている CIU 調査用紙を入手できたため、日本語訳し、日本の臨床セッティングに即した形で有床精神科を対象とした質的調査も実施したい。

今回調査で懸念されるところは、救命救急センター救急搬送受入実態調査に追加して求めた「アルコール中毒」の除外である。今回調査では単純酩酊や急性アルコール中毒を除外することを求めたが、上記実態調査では検討されない項目であり、用語の定義で誤解を招き、アルコール依存症、アルコール離脱状態などの本来集計対象となる病態も含めて除外される可能性もある。

## 2. 病院前救護における精神科トリアージの改善

数は少ないが、国内外の先行研究を精査することで、文化的背景にちがいがあっても、病院前救護の臨床場面において全国一律で使用可能なトリアージ・スクリーニング尺度のプロトタイプを作成することが出来た。精神科救急に限らず、医療の基本は、適切な評価、適切な対応を行い、適切な患者を、適切な医療資源へつなげ、適切な治療を実施することにある。従来、緊急性がないからという紋切り型対応にて、病院前救護を含む救急医療部門において精神科患者の問題が放置されたり、適切な医療資源・社会資源へのつながりが不十分だったことは否めない。トリアージ・スクリーニング尺度が開発されることで医療環境が大きく変わるきっかけとなり得る。これには医療制度の抜本改革も必要であるため一朝一夕には進まないところではあるが、まずは、エキスパートオピニオンを収集することで尺度としての妥当性を検討する必要がある。また、臨床場面での使用を通して尺度そのものの信頼性・妥当性を検討する必要がある、これには多くの施設からの協力が必要となる見込みである。

## 3. 精神科トリアージ後、患者を適切な医療・社会資源につなげるための方策及び実態把握の手段を開発

上記2の作業が完結する必要がある。尺度が完成した際には、救急医療を利用する精神

科患者が適切に医療資源・社会資源を利用できているのか、利用できていないとしたらどのような点に課題があるのか他、各地域の実情に即した分析が可能となる。

## E. 健康危険情報

特になし

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

1) 橋本聡, 荒木龍起, 太田一成, 佐々木夏恵, 濱田拓也, 牧瀬わか奈, 東岡宏明, 三宅康史, 高橋毅: Prehospital PEEC Skill Training コース~病院前救護における自殺企図者ケアのスキルアップ研修~. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.

2) 山田光彦, 川島義高, 安東友子, 橋本聡, 濱野学, 大塚耕太郎: 救急医療機関を起点とした有効な自殺未遂者ケアを施策化する: 「救急患者精神科継続支援料」の概要と普及. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.

3) 荒木龍起, 西岡和男, 米野絵美, 山田周, 橋本聡: 災害現場における家族対応を考える~二つの救助事例現場を経験して救急隊が果たす役割とは~. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.28.

4) 佐々木夏恵, 濱田拓也, 牧瀬わか奈, 荒木龍起, 橋本聡: 病院前精神科救急コース: PPST コース紹介1. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.

5) 牧瀬わか奈, 濱田拓也, 佐々木夏恵, 荒木龍起, 橋本聡: 病院前精神科救急コース: PPST コース紹介2. 東京, 第20回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.

- 6) 荒木龍起, 濱田拓也, 牧瀬わか奈, 佐々木夏恵, 橋本聡: 病院前精神科救急コース: PPST コース紹介 3. 東京, 第 20 回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.
- 7) 濱田拓也, 橋本聡, 荒木龍起, 佐々木夏恵, 牧瀬わか奈: 地域完結型の円滑な精神科救急システム構築を目指す取り組み. 東京, 第 20 回日本臨床救急医学会総会・学術集会, 2017.5.27.
- 8) 橋本聡, 宇野克明, 後藤純一, 増田一樹, 山下建昭, 渡辺健次郎: 熊本医療センターにおける継続支援活動の取り組み. 熊本, 第 96 回熊本精神神経学会, 2017.7.22.
- 9) 牧瀬わか奈, 佐々木夏恵, 濱田拓也, 本武敏弘, 浦田裕美, 荒木龍起, 橋本聡: 精神科救急を学ぶ PEEC コース. 佐賀, 第 40 回佐賀救急医学会, 2017.9.2.
- 10) 橋本聡, 寺町真由美, 工藤裕子, 池田佳奈, 大村和花子, 米野絵美, 坂本香代, 濱野学, 金子唯, 山下建昭, 渡辺健次郎, 高橋毅: 自殺対策実務者研修におけるシミュレーション研修の有効性. 茨木, 第 41 回日本自殺予防学会, 2017.9.23.
- 11) 橋本聡, 江良正, 狩野亘平, 山田周, 北田真己, 櫻井聖大, 金子唯, 木村文彦, 原田正公, 高橋毅: 平成 28 年熊本地震が自傷・自殺の発生に与えた影響. 大阪, 第 45 回日本救急医学会, 2017.10.24-10.26.
- 12) 荒木龍起, 濱田拓也, 牧瀬わか奈, 佐々木夏恵, 本武敏弘, 浦田裕美, 橋本聡: ロールプレイを中心とした精神科対応スキルを習得するコースの開発~PPST コースの紹介~: 千葉, 第 26 回全国救急隊員シンポジウム, 2017.11.21.
- 13) 橋本聡, 宇野克明, 後藤純一, 増田一樹, 山下建昭, 渡辺健次郎: 当院における救急患者精神科継続支援料活動について. 熊本, 第 97 回熊本精神神経学会, 2018.2.24.

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## 文献

- 1) The Victorian Government Department of Health: Statewide mental health triage scale, Guidelines. Stream Solutions, Level 3, 157 Spring Street, Melbourne, Victoria 3000 May 2010
- 2) Beveridge, R. et al. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines. Can J Emerg Med. 1(3suppl), 1999, S2-28.
- 3) Sands, N., Elsom, S. & Colgate, R. UK Mental Health Triage Scale Guidelines, UK Mental Health Triage Scale Project, Wales, 2015.
- 4) 監修 日本救急医学会・日本救急看護学会・日本小児救急医学会・日本臨床救急医学会：緊急度判定支援システム JTAS2017 ガイドブック．へるす出版，東京，2017．
- 5) 伊藤重彦：精神科患者の救急搬送に関する研究，総務省消防庁 平成 24 年度 消防防災科学技術研究推進制度 総括・分担研究報告書，2013 年 2 月．
- 6) 杉山直也：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 22 年度 厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業），2011 年 9 月．
- 7) 橋本聡，渡辺健次郎，高橋毅：救急業務で簡便に使用できる精神科疾患スクリーニング尺度の作成，平成 17 年度 救急振興財団調査研究助成事業報告書，2006 年．
- 8) 平田豊明ほか：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） 分担研究報告書，2009 年 3 月．
- 9) Kishi, Y. Kathol, RG.: Integrating Medical and Psychiatric Treatment in an Inpatient Medical Setting, The Type IV Program. Psychosomatics, 40:345-355, 1999.







PEECコース先行展開地域研究				
	熊本県熊本市	神奈川県横浜市	沖縄県島尻郡	大分県大分市
PEECコースの開始状況	熊本PEECコース 2013年11月より開始し第17回まで実施済み (2017/11時点)。	横浜市大PEECコース 2015年2月より開始し、第12回まで開催済み (2017/12時点)、2015年度	沖縄PEECコース 2015年度より開始し第6回まで実施済。 (2017/12時点)	大分PEECコース 2015年1月より開始し第5回まで実施済 (2017年12月時点)
主催者、名義後援など	主催：国立病院機構熊本医療センター 名義後援：なし	主催：横浜市立大学 救急医学教室、精神医学 教室 後援：横浜市医療局	主催者：沖縄県（当院は共催および事業受託者） 名義後援：なし	主催：大分大学医学部附属病院精神科
経済的支援（後援）	2014年度までは熊本県・市からの予算支援を受けていた。2015年度から熊本医療センター 研修センターの研修事業として開催し、受講料 徴収。	2015年度（第5回コース）までは、神奈川県「軽 症患者の救急車利用の抑制等、二次、三次救 急医療体制確保のための研究」の研究費を利用 していた。神奈川県救急医療従事者の精 神症状対応スキル向上を目的として開催。 2016年度以降は、横浜市立大学の研修事業と して開催し、受講者から受講料を徴収し、スタッ プの旅費や謝金に充当している	沖縄県自衛対策強化事業の一環として当院が 事業を受託して開催している。（第2回および第 3回を除く。当回については国立病院機構琉球 病院と当院による共同開催）	予算の一部は身体合併症事業の経費として支 出。
消防局との連携体制	当院 消防局救急課との連携	医療局 消防局という形で開催の周知を行っ ている。	組織的な連携はなし。（所属員がコースアシ スタントとして参加）	正式なものはない、いわゆる口コミ、SNSでの 情報共有のみ。
地元救急医療病院群との連携	PEECコースの開催周知、症例検討会の周知など、一部の施設からはコメディカルの継続参加 あり。	主催者 地元救急医療病院群という形で開催 の周知を行っている。一部の受講者は、その後 スタッフに昇格	組織的な連携はなし。（所属員が司会、コース アシスタントとして参加）	正式なものはない、いわゆる口コミ、SNSでの 情報共有のみ。
地元精神科病院群との連携	地元の精神科病院協会の会長を相談役とし て、協会事務局を通じて	明確な形で連携は行っていないが、地元精神 科病院群の医療スタッフがコースを受講し、そ の後スタッフに昇格する場合がある	組織的な連携はなし。（所属員がファシリテ ーター、コースアシスタントとして参加）	正式なものはない、いわゆる口コミ、SNSでの 情報共有のみ。
地元大学病院救急科との連携	精神科橋本を事務局とする「熊本救急医療 自傷・自殺問題対策協議会」を立ち上げ、会 長・副会長に大学病院教授の就任をお願いし、 運営に理解を得るようにしている。コース周知 は大学医局宛に。 当院以外からの救急科スタッフ参加は少ない。 熊本赤十字、済生会熊本、熊本市民の救 急科部長が総合司会として関与。	横浜市立大学が開催主体となっている。神奈 川県には、その他昭和大学（横浜市）・聖マリ ア医科大学（横浜市・川崎市）、北里大学（相 模原市）、東海大学（伊勢原市）があり、それ ぞれにコースの周知を行っている。各大学の救 急医療従事者がコースを受講している。 横浜市立大学以外の救急科からのスタッフ参 加はほぼなし。講義および総合司会は、コース を受講した横浜市立大学救急医学教室の教室 員が担当（現状では2名が交互に担当、さらに 担当者を増やす予定）	組織的な連携はなし。（所属員がコースアシ スタントとして参加）	当院
地元大学病院精神科との連携	「熊本救急医療自傷・自殺問題対策協議会」 の委員として関与頂き、運営に理解を得よう にしている。周知は大学医局宛。 医局員のスタッフ参加はほぼなし。	横浜市立大学が開催主体となっている。神 奈川県には、その他昭和大学（横浜市）・聖マ リア医科大学（横浜市・川崎市）、北里大学 （相模原市）、東海大学（伊勢原市）があり、各 大学の教員などがコーススタッフとして参加して いる。 教室員：コースコーディネーター1名およびア シスタントの臨床心理士1名は毎回参加。年複 数回参加の教室員が4名、スポット参加が3名	組織的な連携はなし。（所属員がファシリテ ーターとして参加）	当院
都道府県・市の行政との連携	立ち上げ初年度・次年度までは熊本市から の後援を得ていた。	2015年度までは、神奈川県の研究事業として 開催していた。また横浜市医療局の後援を得 ている。	（沖縄県の事業）	予算の支出としての関わりのみ、PEECコースと しての連携はなし
地域におけるその他の連携	熊本県臨床心理士会にコース周知をはかっ ている。	なし	組織的な連携ではないが、災害等に備えた DPAT訓練やPFA研修を運営するスタッフが PEECのコアスタッフと一部重なっており、相互 に参画することで平時から災害時までを見据え た連携を目指している。	なし
スタッフの育成方法	立ち上げ当初は先行開催地よりファシリテ ーター、アシスタントを招聘し主催の医療スタッフ 育成を図った。基本的には受講後、3回程 度のタスク参加を経てアシスタントに昇格する。 地元の他の施設職員よりは、九州圏内の新規 立ち上げを考える地域からタスクを受け入れて スタッフ育成するパターンが多い。熊本市消防 局の協力が得られていることは特徴。警察は 参加者なし。	立ち上げ当初は、先行してコースの定期開催 を開始していた東海大学よりスタッフを招き、開催 主体の医療スタッフの育成を優先させた。自大 学におけるスタッフが充実してきたのちに、関東 地域および静岡県内のスタッフ候補を受け入 れ、コースに参加してもらうことによって育成を 行っている。	PEECマニュアルによる自己学習と担当症例の ローテーションによる実地でのスキルアップ。	身体合併症事業に従事している医師・心理士 を中心に、コース受講した方が新たにスタッフと なる。
コース継続に際しての主催施設 / 団体の持つ強み	地域において、精神科関係の救急搬送困難例 を一手に受けている状況があり、他の救急病 院もコースに理解を示してくれやすい。看護部 の協力から、精神科病棟、救命救急センターの 看護師が常に協力してくれる。上記協議会を通 じて行政、消防からの理解を得やすく、スタッフ 参加も多い。 当院研修センターの事業に組み込まれている	横浜市立大学 救急医学教室と精神医学教室 が継続して主催する。実臨床や研究面で、普段 から連携関係にある、同じ大学内の教室同士 が連携することが強みであり、横浜市の後援を 受けていることも受講者の確保に役立っている と考えられる。	沖縄県の事業であることから県内の関係機関 に幅広く周知が可能であり、またコースへの信 頼性も得られやすい。	PEECで扱うような症例を実際の臨床現場で対 応している。
PEECコース維持運営にあたっての課題	大学精神科医局を始めとして、ファシリテ ーターのすそ野を広げる必要がある。総合司会の確 保。 収支バランス上、地元ファシリテーターを増や さねば赤字が減らない。研修センター行事であ るので謝礼・交通費は規定額がある。	ファシリテーターの継続的な確保 収支のバランスの適正化（スタッフに支払え る謝金が少額となっている）	沖縄県の事業であることから重点政策に対す る単年度予算での運営となり、必ずしも継続的 に開催していくための予算としては安定してい ない。複数あるいは代替となる運営基盤が必 要である。	受講生の募集方法の乏しさ（現状、口コミと SNS）。
地域医療を考える際の今後の課題	精神科病院、二次救急病院の参加を拡大 し、双方がつながりを持つ場にしたい。 地元の心理士会、PSW協会との連携。 警察の参加を得たい。	消防局の参画がまだ不十分 精神科病院からのコーススタッフ参加が増え ると、さらに良いと考えられる	予算的に県外から招聘できるスタッフに限り があるため、地元のスタッフを数多く育成する 必要がある。 離島・僻地での開催の要望がある。（離島・ 僻地では、精神科医が不在の状況で精神科的 問題の対応に苦慮しているため） 受講後のアンケートでは、沖縄に多いアル コール関連障害の症例を扱ってほしいという要 望が多い。 平時にPEECで「顔の見える関係」を構築して おくことで、災害時においても行政、消防、 DMAT・救急、（いずれ）警察等とのスムーズに 連携できるようにしておく。	精神科病院、救急病院との連携の強化（連携 病院コースなど、実際のつながりを意識したコー ス開催）

**厚生労働科学研究事業補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)**  
**「精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究」**  
 「本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査」

国立病院機構熊本医療センター 橋本聡  
 mail: stcder@kumamed.jp  
 代表電話: 096-353-6501(内線5816)  
 所属住所: 860-0008  
 熊本市中央区二の丸1-5  
 救命救急・集中治療部 / 精神科

消防本部は問1～7に御回答ください。  
 地域MC協議会は問8に御回答ください。

**基礎データ**

消防本部名またはMC協議会名			
平成29年中総救急搬送人員	うち 転院 搬送		転院 搬送を 除いた数
平成29年中の精神科系傷病者搬送人員	うち 転院 搬送		0
平成29年中の自損行為傷病者搬送人員	うち 転院 搬送		同上 0
貴消防本部管轄人口 (平成29年1月1日現在)			

担当者	
所属	
電話	
e-mail	

精神科系傷病者とは「疾病分類」にて「精神科系」に分類される傷病者  
 自損行為傷病者とは「事故種別」にて「自損行為」に分類される傷病者

**「搬送困難事例」に関する基礎調査**

1. 搬送困難事例の定義について

1-1. 貴消防本部においては「搬送困難事例」の定義はございますか？(択一式)

- はい       いいえ

上記1-1でハイとお答えの場合は以下1-2, 1-3, 1-4をお答えください。  
 いいえの場合は1-5へお進みください。

[1-1ハイに関する問]

1-2. 貴MC協議会での「搬送困難事例」の定義を教えてください(択一 & 実数入力)

- 現場滞在 ( )分以上 かつ 照会回数 ( )回以上  
 現場滞在 ( )分以上 もしくは 照会回数 ( )回以上  
 その他 ( )

1-3. 「搬送困難事例」の定義の改訂スパンを教えてください(択一 & 実数入力)

- ( )年ごと  
 不定期(規定はない)  
 その他 ( )

1-4. 基礎的データや搬送困難事例などの数値について(実数入力)

平成29年1月1日から同12月31日の期間、貴MC圏域における搬送困難事例数を教えてください

搬送困難事例数 [ ] 件

備考

[1-1イイエに関する問]

1-5. 貴消防本部において下記条件の事案数を教えてください(実数入力)

照会回数 4 回以上 かつ 現場滞在時間 30 分以上の事案 [ ] 件

照会回数 4 回以上の事案 [ ] 件

現場滞在時間 30 分以上の事案 [ ] 件

その他「搬送困難事例」の定義についてのご意見(自由記載)

2. 搬送困難事例が生ずる要因について(重複可)

全ての消防本部へお尋ねします。

「搬送困難事例」もしくは上記 1-5. に該当する事案の内訳はいずれですか？

疾患要因(下記を特定してください)

精神科傷病者

産科・周産期傷病者

小児傷病者

その他 [ ]

病名要因(下記を特定してください)

急性アルコール中毒

複数の身体既往あり

その他 [ ]

年齢要因(下記を特定してください)

65歳以上

その他 [ ]

時間帯要因(下記を特定してください)

夜間休日

その他 [ ]

統計をとっていない

自由記載

### 「精神科救急」に関する基礎調査

3. 貴消防本部での「傷病者情報」の統計情報について(択一式)

全ての消防本部へお尋ねします。

救急統計において、傷病者の「既往症」は統計をとっていますか？

例) 交通外傷にて搬送された**統合失調症**、急性腹症で搬送された**パニック障害**など、  
下線部の情報です

統計をとっている

統計はとっていない

その他 (  )

4. 貴圏域における自損行為傷病者の搬送状況について

全ての消防本部へお尋ねします。

平成29年中(1月1日～12月31日)、貴圏域にて発生した自損行為傷病者(事故種別)について、傷病者受入の多かった施設上位2施設について教えてください(施設名・実数入力)

施設名: (  ) 受入数: (  )

施設名: (  ) 受入数: (  )

5. 貴圏域における精神科傷病者の搬送状況について

全ての消防本部へお尋ねします。

平成29年中(1月1日～12月31日)、貴圏域にて発生した精神科傷病者(疾病分類)について、傷病者受入の多かった施設上位2施設について教えてください(施設名・実数入力)

施設名: (  ) 受入数: (  )

施設名: (  ) 受入数: (  )

### 「医療連携円滑化」に関する基礎調査

6. 精神科関連傷病者の搬送円滑化のための方策について(択一 & 自由記述)

全ての消防本部へお尋ねします。

精神科疾患を背景とする傷病者の搬送を円滑化するためになんらかの方策が必要とお考えですか？また、それはどのようなものを希望されますか？

特に必要はない

必要だと思う

どのような方策が必要とお考えですか(複数選択可)

- MC協議会への精神科関係者の定期参加
- 精神科救急の協議の場へMC協議会メンバーが定期参加
- 精神科救急入院料病棟認可施設(精神科スーパー救急病院)の増加
- 有床精神科総合病院の増加
- 精神科救急情報センターの強化(「その他」に提案をお願いします)
- 精神科輪番制度の強化(「その他」に提案をお願いします)
- 救急病院と精神科病院とでの相互的な医師の往診制度
- 精神科病院における内科医(身体科医)の充足
- PEECコースの開催
- その他

7. PEECコースの開催について(択一&実数入力)

全ての消防本部へお尋ねします。

これまでに貴消防本部の担当圏域において、救急医療従事者や消防職員を対象とした研修、日本臨床救急医学会が開発したPEECコース(Psychiatric Evaluation in Emergency Care救急医療における精神症状評価と初期診療)の開催がありましたか？

- あった 全〔  〕回
- なかった
- わからない

8. MC協議会と精神科の関与について(択一式)

全ての**地域MC協議会**へお尋ねします。

貴協議会において、精神科医療に従事する委員やオブザーバーの参加はありますか？ また、精神科救急医療体制の協議の場に地域MC協議会の立場で担当者などが参加することがありますか？

- MC協議会に精神科関係者の参加がある
- 精神科救急の協議にMC協議会の参加がある
- 相互に参加している
- どちらもない

このシートのデータ登録はここまでです。ありがとうございます。

消防本部におかれましては、後2枚「**精神科傷病者**」、「**自損行為傷病者**」がございますので、そちらもどうかよろしくお願いいたします。



3. 現場滞在時間区分ごとの件数 ( 人単位で入力してください)									
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった [ <input type="text"/> ]									
時間区分	15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	計
重症以上									0
中等症									0
軽症・他									0
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4. 照会するも受入れに至らなかった理由ごとの件数(延べ件数)									
( 人単位で入力してください)									
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった <input type="text"/>									
理由	手術中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他		計
重症以上									0
中等症									0
軽症 他									0
計	0	0	0	0	0	0	0		0

5. 受入れ照会回数が11回以上であった事案における受入に至らなかった理由等																			
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった 理由 [ <input type="text"/> ]																			
事案番号	受入れ照会回数	現場滞在時間(分)	受入れに至らなかった理由ごとの件数						傷病種別等										
			手術中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	年齢	性別	傷病種別	発生場所	時間帯	傷病程度	受入医療機関区分			
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
50																			

足りない場合は「行挿入」にて追加をお願いいたします。

6. 5のうち照会回数が最大の事案										
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった [ <input type="text"/> ]										
照会回数が最大の事案	1. 事案番号	2. 受入れ照会回数	3. 現場滞在時間(分)	4. 発生日	5. 覚知時刻	6. かかりつけ医の有無	7. 既往症	8. 診断名		
									9. 事案概要及び傷病者の状況	
									10. その他	

このシートのデータ登録はここまでですが続きがございます。  
後1枚「自損行為傷病者」がございますので、そちらもどうかよろしくご願ひいたします。



厚生労働科学研究事業補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)  
『精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究』

「本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査」

精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究

(研究代表者 杉山 直也)

精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との

連携の構築に関する研究

分担研究者 橋本 聡

(自損行為傷病者用調査)

※「事故種別」にて「自損行為」に分類される傷病者を選択ください

対象は平成29年中(1月1日～12月31日)の傷病者となります

用語の定義は、毎年実施の、「**救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査**」に載ります

本調査への回答数値について、下記のいずれかにチェックをお願いいたします(択一式)

下記データは確定値に基づ

下記データは速報値に基づ

平成29年中の自損行為傷病者搬送人員  名 ← (タブ1のU24:W25から転記ください)

1. 対象期間中、1年間で5回以上、公的救急車の現場出場を要した事案の数(実数入力)  
(※人単位で入力してください)  
(※頻回利用者の定義が下線部と異なる場合補足に追記をお願いします)

情報抽出が困難であった 理由 [  ]

[  ] 人 ※補足※ 貴消防本部における頻回利用者の定義  
[  ]ヶ月で [  ]回以上の [  ]がある

2. 医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数 (※人単位で入力してください)

情報抽出が困難であった [  ]

回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	小計
重症以上												0
中等症												0
軽症・他												0
件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

のセルのみ記入のこと

のセルは、数値が一致します

11回以上は、事案番号に反映させてください

回数	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21以上	小計	総計	拒否回数	4回以上	11回以上
重症以上											0	0	0	0	0
中等症											0	0	0	0	0
軽症・他											0	0	0	0	0
件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3. 現場滞在時間区分ごとの件数 (※人単位で入力してください)

情報抽出が困難であった [  ]

時間区分	15分未満	15分以上	30分以上	45分以上	60分以上	90分以上	120分以上	150分以上	計
重症以上									0
中等症									0
軽症・他									0
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4. 照会するも受入れに至らなかった理由ごとの件数(延べ件数)  
(※人単位で入力してください)

情報抽出が困難であった [  ]

理由	手術中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診(かかりつけ医なし)	理由不明その他	計
重症以上								0
中等症								0
軽症・他								0
計	0	0	0	0	0	0	0	0

5. 受入れ照会回数が11回以上であった事案における受入に至らなかった理由等																
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった 理由( <input type="text"/> )																
事案番号	受入れ照会回数	現場滞在時間(分)	受入れに至らなかった理由ごとの件数						傷病種別等							
			手荷中、患者対応中	ベッド満床	処置困難	専門外	医師不在	初診 <small>(かかりつけ医)</small>	理由不明その他	年齢	性別	傷病種別	発生場所	時間帯	傷病程度	受入医療機関区分
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
50																

※足りない場合は「行挿入」にて追加をお願いします。

6. 5のうち照会回数が最大の事案									
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった ( <input type="text"/> )									
照会回数が最大の事案	1. 事案番号	2. 受入れ照会回数	3. 現場滞在時間(分)	4. 発生日	5. 発知時刻	6. かかりつけ医の有無	7. 既往症	8. 診断名	
	9. 事案概要及び傷病者の状況						10. その他		

7. 自損行為で出場したが不搬送【現場引き上げ】となった理由ごとの件数									
(1事案中の延べ件数ではなく事案単位で入力してください)									
<input type="text"/> 情報抽出が困難であった 理由 <input type="text"/>									
理由	緊急性なし	傷病者なし	患者拒否	酷重	死亡	現場処置	誤報・いたすら	その他	計
重症以上									0
中等症									0
軽症他									0
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

→  事案  
 ※自損行為による出陣数から病院搬送数を除いたもの

のセルは、数値が一致します。

ご協力ありがとうございました。この結果は厚労省科学研究班の報告書を通じて皆様にご利用頂けます。  
 ご協力頂いた消防本部さまで報告書ご希望の場合、研究事務局橋本までメールにてお問い合わせください。  
 電子媒体にて報告書を送らせていただきますのでご活用くださいますようお願いいたします。

## プレホスピタル精神科救急スクリーニング・トリアージスケール（案）

【表 1】プレホスピタル精神科救急スクリーニング・トリアージスケールを使用する前に確認しておくべきこと（メディカルクリアランス）

内容	説明
バイタルサイン	血圧計による血圧測定、サチュレーションモニターによる酸素化測定、心電図モニターによる脈拍数・呼吸数などの確認（必要時呼吸数は実測すること）
オリエンテーション（見当識）	患者自身が、自身の名前、年齢、生年月日、日付、場所などを清明に回答できることを確認する。 必要に応じて連続引き算を検討する。
理学所見	主訴の有無に関わらず、対光反射の異常、四肢の脱力・しびれ、知覚・動作の左右差の有無、頭痛の有無、胸部症状の有無、腹部症状の有無がないかを確認して、プレホスピタルレコードに記載する。

注 1：本スケールにおける該当主訴がある場合は、直列型 / 並列型医療連携を検討する。

注 2：単純酩酊では、精神科疾患の既往に関わらず、medical clearance の確保が優先すること。

【表 2】簡易的精神症状評価について

内容	判定基準	説明
オーダー（指示動作）	指示が入る：十分 / まったくは いない / 部分的	簡便な指示従命の程度。指示十分は GCS の M6 に相当。
コミュニケーション （会話成立）	会話にて合意が作れる：問題なし / まったくできない / 部分的	交換条件を出して来る、精神症状などで慎重に対応せねばならないケースは部分的
見守りの要否 精神症状のために	不要 / 常時必要 / 部分的	“不要”の場合、身体的問題に関する通常観察やモニタリングをするだけでよく、特別の注意を払う必要がない。

【表 3】プレホスピタル精神科救急スクリーニング・トリアージスケールにおける主訴一覧

主訴	specifier	説明
自損	A) 切迫度：あり / なし / 不明 B) 危険物：あり / なし / 未確認	自傷行為、自殺未遂などが含まれ、希死念慮の有無の確認は必須である。

不穏興奮	危険物：あり／なし／未確認	観察上、明らかに落ち着かなさが認められる場合。 対外的な示威行為は「暴力的／殺人的行動」で評価すること
暴力的／殺人的行動	危険物：あり／なし／未確認	他人に向けられた攻撃などで、ことばの上での威嚇や脅しなども含まれる。
幻覚妄想	危険物：あり／なし／未確認	幻覚は患者以外には確認できない幻聴(声)や幻視を含み、妄想は客観的な裏付けなしに確信している信念である。
不安焦燥	なし	患者自身が不安とか落ち着かなさで表現する状態。
抑うつ	なし	救急場面では、患者自身の言明より、会話応答のスローさなどで周囲が気付くことが多い。
不眠	なし	患者自身もしくはキーパーソンなどからの、眠れないという訴え。
奇妙な行動	なし	患者自身が理由を言明することの少ない、風変わりな言動で、言明できる場合は幻覚妄想が背景にあるとわかるかも知れない。
社会福祉的問題	患者に危険な状況：あり／なし／未確認	セルフケアの不足、支援欠如などから、基本的な生活の維持すら破たんしている状態。 患者にとって特に危険な状況・人物があるかを、specifier によってはっきりさせること。
小児の破壊的行動	なし	文字通り

【表 4】救急医療場面で遭遇しやすい精神科疾患のリスト案

統合失調症：急性期	統合失調症：慢性期（生活破たんケース）
うつ病：抑うつ状態	うつ病：激越状態
双極性障害：躁状態	双極性障害：抑うつ状態
不安障害圏（パニック発作・不安発作を含む）	パーソナリティ障害（B群）
自閉症スペクトラム障害（高機能）	昏迷状態
心気症・身体化障害	知的障害
認知症（中等症以上）	その他

## 精神科救急スクリーニングツール：エキスパートオピニオン収集（案）

Emergency psychiatry screening tool を作成するため、エキスパートオピニオンを収集する。

エキスパートとは、国立病院機構の有床精神科勤務医、JAEP（一般社団法人日本精神科救急学会）会員、JSGHP（日本総合病院精神医学会：有床精神科）会員を指す。オピニオン回答率はそれぞれの会員施設の 30%以上を目標とする。

エキスパートに対して、ウェブアンケートを実施し、下記の項目の回答を収集する。1 から 5 までをセットとして 1 セット以上の回答を依頼する。1000 程度の回答数を目標とする。

### 1. 病態

救急隊が関わる可能性のある、精神科救急状態にある病態で、適切な医療を受けられるようスクリーニングされるべきもの上位 5 つ。

例)統合失調症急性期、統合失調症再発、統合失調症慢性期、うつ状態、不安焦燥を呈するうつ病、B 群パーソナリティ障害、パニック発作、重度認知症など。回答者が必要と考える病態については追加可能。

### 2. 主訴

回答者があげた病態について、各個、患者が訴えやすい主訴について記述。一般的な日常用語にて。

### 3. 発生状況

回答者があげた病態について、その病態に特徴的と思われる発生状況を、一般的な日常用語にて記載。

### 4. 会話内容

回答者があげた病態について、その病態に特徴的と思われる話し方・会話様式を、一般的な日常用語で記述。

### 5. 見た目

回答者があげた病態について、その病態に特徴的と思われる見た目・外観・整容などを、一般的な日常用語にて記述。

## 【アンケートフォーム】

病院前救護医療従事者が簡便に利用できる、精神科疾患の精神心理状態についてのトリアージツール（緊急度評価）スクリーニングツール（病態弁別）を作成することで、一般救急医療と精神科救急医療との連携円滑化を図り、そのことで患者がうける医療的利益を最大化することを考えています。このツールは、救急救命士や標準課程を修了した救急隊員が使用することを念頭に考えおり、ツールを用いて伝達する相手は回答をお願いする先生方（精神科医）を想定しています。

各質問について、先生方のお立場からご回答をお願いいたします。

病院前救護者からの患者受入相談を受ける際、病名といった既往症情報の他、下記項目は受入可否判断の際にどのくらい重視しますか？

### 1. バイタルサイン：

1.1. 意識レベル，体温，血圧，脈拍，酸素化を含むバイタルサインに異常がないことを重視しますか？

1.1.1. 7件法 全く重視しないから強く重視するまで

### 2. 見当識（オリエンテーション）：

2.1. 患者自身が、自分の名前、年齢、生年月日、日付、場所などを清明に回答できることを重視しますか？ 必要に応じて連続引き算の実施を検討してもらいます。

2.1.1. 7件法

### 3. 理学所見：

3.1. 主訴の有無に関わらず、対光反射の異常、四肢の脱力・しびれ、知覚・動作の左右差の有無、頭痛の有無、胸部症状の有無、腹部症状の有無がないかを確認して伝達し、プレホスピタルレコードに記載することを重視しますか？

3.1.1. 7件法 全く重視しないから強く重視するまで

### 4. ほか

4.1. ご提案があれば記載をお願いします。この際、ご提案の項目を伝達するため、どのくらいの時間を要すると考えるかもご記載ください。

4.1.1. 上記提案は、上記時間を要するわけですが、緊急伝達にどの程度有用でしょうか。 7件法

参考までに、平成27年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で8.6分、病院収容所要時間（現場滞在時間＋搬送時間）は全国平均39.4分となります。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/12/281220\\_houdou\\_2.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/12/281220_houdou_2.pdf)

メディカルクリアランス（器質因の除外）が確保された、精神心理的な問題のあるケースを想定してください。先生方が、病院前救護者（限られた精神科教育しか受けていない医療従事者）とホットラインでコミュニケーションを図る際、簡易的に精神症状を評価することに下記項目はどのくらい有用でしょうか。

### 5. オーダー（指示動作）：

5.1. “指示が入る”を「十分」「部分的」「まったく入らない」で評価する。簡便な指示従命の程度を図るが、指示十分はGCSのM6に相当する。

5.1.1. 7件法 非常に有用から全く有用でないまで

6. コミュニケーション（会話成立）:

6.1. “会話にて合意が作れる”を「問題なし」「部分的」「まったくできない」で評価する。会話は成立するが、交換条件を出してくる、精神症状などで慎重に対応せねばならないケースは部分的を選択する。

6.1.1. 7件法 非常に有用から全く有用でないまで

7. 見守りの要否 精神症状のために

7.1. “見守りの要否”を「不要」「部分的」「常時必要」で評価する。“不要”の場合、身体的問題に関する通常観察やモニタリングをするだけでよく、特別の注意を払う必要がない。

7.1.1. 7件法 非常に有用から全く有用でないまで

8. ほか

8.1. ご提案があれば記載をお願いします。この際、ご提案の項目を伝達するため、どのくらいの時間を要すると考えるかもご記載ください。

8.1.1. 上記提案は、上記時間を要するわけですが、緊急伝達にどの程度有用でしょうか。 7件法  
参考までに、平成27年中の救急自動車による現場到着所要時間は、全国平均で8.6分、病院収容所要時間（現場滞在時間＋搬送時間）は全国平均39.4分となります。

[http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/12/281220\\_houdou\\_2.pdf](http://www.fdma.go.jp/neuter/topics/houdou/h28/12/281220_houdou_2.pdf)

病院前救護で遭遇しやすい、もしくは、救急要請された際にスクリーニングされるべき精神科疾患のリストを作成いたしました。複数選択可能ですので、必要と思われる疾患・病態をすべてチェックをお願いします。また、追加すべき疾患・病態があれば追記をお願いします。

9. 統合失調症：急性期、統合失調症：慢性期（生活破たんケース）、うつ病：抑うつ状態、うつ病：激越状態、双極性障害：躁状態、双極性障害：抑うつ状態、不安障害圏、パーソナリティ障害（B群）、自閉症スペクトラム障害（高機能）、昏迷状態、知的障害、認知症（中等症以上）、その他

上記問9において、病院前救護医療従事者がトリアージ&スクリーニングすべき精神科疾患をいくつか考えて頂きました。それぞれの疾患について、下記検討項目（主訴、発生状況、会話内容、見た目）を、病院前救護者の立場に立って、それぞれお答えください。ただし、精神科医学的用語を排し、一般的な日常用語にてご回答お願いいたします。

疾患・病態をチョイスし、それぞれに下記

10. 主訴

10.1. 患者が訴えやすい“主訴”について記述してください。ただし、一般的な日常用語でもって記述をお願いいたします。不安やイライラ、幻が見えるなど。

11. 発生状況

11.1. 患者の病態に特徴的と思われる発生状況を記述してください。ただし、一般的な日常用語でもって記述をお願いいたします。人目を惹く状況、理解しがたい状況など。

## 12. 会話内容

12.1. 患者の病態に特徴的と思われる会話内容・会話様式を記述してください。ただし、一般的な日常用語でもって記述をお願いいたします。主張が強い会話、抑揚のない会話、不適切な言葉遣いなど。

## 13. 外観（見た目）

13.1. 患者の病態に特徴的と思われる見た目・外観・整容などを記述してください。ただし、一般的な日常用語でもって記述をお願いいたします。装飾品が多い、生気に乏しい、脂ぎった顔など。

以上



付録 8

平成 30 年 3 月 29 日

総務省消防庁  
救急企画室長 様

日本精神科救急学会  
理事長 平田豊明  
副理事長 杉山 直也

**アンケート「本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査」についてご協力のお願い**

謹啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は救急搬送業務および学会活動に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本学会は厚生労働科学研究事業における「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究(H29-精神-一般-002)」班より協力要請を受け、本邦の一般救急医療と精神科救急医療との連携における改善点を明らかにすることに取り組んでおります。この検討過程で、本邦における病院前救護における搬送困難事例、特に精神科疾患が関与する問題の現状と課題を把握することの重要性が指摘されております。

つきましては、分担研究班「精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究」(分担研究者 国立病院機構熊本医療センター精神科医長 橋本聡)より、地域 MC 協議会ならびに全国消防本部に対し別紙の通りアンケート「本邦の搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査」を実施いたしたく存じます。

本研究班の主旨をご理解いただき、貴室のご協力をお願い申し上げます。次第です。

謹白