

## 精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と 医療提供体制の最適化に資する研究

研究分担者：橋本 聡 （国立病院機構熊本医療センター）

研究協力者：日野耕介（横浜市立大学附属市民総合医療センター）、井上幸代（高松赤十字病院）、北元健（医療法人社団碧水会 長谷川病院）、河島譲（国立病院機構災害医療センター）、兼久雅之（大分県立病院精神医療センター）、五明佐也香（獨協医科大学埼玉医療センター）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）、庄野昌弘（佐藤会弓削病院）、三宅康史（帝京大学医学部附属病院）

### 要旨

目的) 精神科救急医療と一般救急医療との連携、特に身体合併精神科救急症例における連携の課題について調査を実施し、連携の円滑化による改善、医療の質向上ならびに医療提供体制の最適化に資する提言を行うこと。

方法) 令和2年度は3つの課題に取り組んだ。まず、①全国消防本部対象の搬送困難事例調査の解析について、過年度(平成29-30年度)の厚生労働科学研究として実施した全国データを、令和元年度にデータクリーニングを実施して基礎データの集計を終わらせていたため、令和2年度では、精神科救急に関する連携円滑化の消防局提案の解析、各消防本部における精神科傷病者多数受入上位2施設の施設機能の解析を行った。次に、②簡易的に精神科疾患の緊急度と診断類型を判断するトリアージ&スクリーニングツール(Japan Emergency Psychiatry Scale – Expert opinion version、以下 JEPS-Ex)の開発検証について、過年度、平成29年度の厚生労働科学研究として分担班内での素案作成を行い、平成30年度にエキスパートオピニオンによる内容検証を終え、令和元年度は実施検証に向け分担班内でツール構成の検証を終わらせていたため、令和2年度では全国5施設の救急告示病院において、救急医による JEPS-Ex 評価に対して精神科医による精神科判断を外的基準とする実地検証を行った。最後、③身体合併精神科症例の医療連携連絡票の開発検証について、過年度(令和元年度)、分担班内で地域連携パス案を作成し、また、全国で開催される成人教育コンテンツである PEEC(Psychiatric Evaluation in Emergency Care の略)コースの参加者を対象に救急病院勤務の医療従事者よりパス構成項目への検証を受けていたため、令和2年度では、地域連携循環型クリティカルパスのバリエーションとして医療連携連絡票を作成し、この連絡票の収載項目について、全国の精神科救急に従事する精神科医より同意度を確認する WEB 調査を実施した。

結果) ①今回、精神科救急に関する初の全国データを検討することが出来た。傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定を通じて、精神科傷病者の受入れ照会回数は過去の類似報告と比して大きく改善していたが、現場滞在時間という点では課題が残るままだった。また、消防局回答の傾向から、精神科傷病者であっても一定程度身体不調を伴っている可能性があり、受け入れ施設において一定程度身体面の評価や検査が出来る体制整備が必要と考えられた。さらに、救急隊が搬送する精

精神科傷病者を多数受け入れている施設の機能を検討した結果、一般病床と精神科病床を併設する施設、地域の救急告示病院に無床精神科が併設する施設、救命救急センターを有する施設、精神科救急認可施設などが、搬送受入れに貢献していることがわかった。

②新型コロナウイルス感染症蔓延のため調査計画に支障は出たが、限られた症例ではあるが貴重な知見が得られた。JEPS-Ex を構成するメディカルクリアランスパート、簡易的精神症状評価パート、緊急度判定(緑・黄・橙・赤)については構成妥当性が確認された。簡易的精神症状評価より緑判定が下された場合、精神疾患の存在が疑われたとしても外来帰宅が予想される。また、緊急度判定が高くなればなるほど、精神科医の判断する重症度も高くなる傾向が確認された。検証作業を経て JEPS-Ex のバージョンアップを行った(付録 3-1、付録 3-2、付録 3-3)。

③全国の精神科救急に従事する精神科医を対象に WEB 調査を実施して、連絡票の記載項目に関する同意度を確認した結果、構成する基本シート、依頼シート、報告シートのいずれも高い同意度を得た。過年度より進めてきた精査の結果、本連絡票に記載される項目が、身体合併精神科症例の医療連携を図るうえでの必要十分な情報だと理解された。臨床にて活用可能な形を模索し、今回は診療情報提供書の案を作成した(付録 1、付録 2)。

考察) ①現場滞在時間の短縮を達成するため、課題 2 で取り上げる JEPS-Ex などのツールが有効かも知れない。また、精神科傷病者の受入れに伴い、一定の頻度で身体疾患の評価や管理をしなければならない可能性が高いことについて、常時対応型施設では圏域内の救急告示病院と有機的な連携が図れるようなインセンティブ設定が望ましい。今後整備されるべきは、1. 救命救急センターを併設する有床精神総合病院、2. 地域救急医療を担う救急告示病院に併設する無床精神科、3. 精神科救急入院料認可施設などの 3 つで、地域の人口規模、すでにある医療資源などを考慮して整備が図られるべきであると考えられた。

②検証プロセスを容易にするため救急外来で検証を行ったため、JEPS-Ex の本来的使い手である病院前救護のスタッフでは検証できていないものの、救急医が使用するうえでは意義のあるツールといえる。今後は傷病者の搬送及び受入れの実施基準の第 3 号基準(観察基準)への活用などが考えられる。多数例での再検証を行うことが望ましい。

③連絡票の構成内容について妥当性は得られたため、今回は、広く臨床で用いられている診療情報提供書をグレードアップさせる形を提案した。救急医側にもインセンティブが伴う形での展開が望ましい。

## 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り、精神科疾患を抱えたものが安定的な生活を営むためには、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築」が必要である。この柱の一つには精神科患者が身体合併症を抱えた際(以下、身体合併精神科症例)の対応があげられ、特に一刻を争う救急医療では専門対応を担う関係機関との迅速かつ効率的な連携が求められるようになって

来ている。このためには身体合併精神科症例の対応について、精神科救急医療を含む関係機関が共通認識を持ち、共通言語を用いて情報伝達を行うことが不可欠である。

私たちは過年度の厚生労働省科学研究(以下、厚労科研)において、行政、精神科医療、一般救急医療、精神保健福祉支援等の連携実態の把握と課題抽出に努めてきた。今年度は以下 3 つの課題に取り組んだ。

課題の第一として、平成 29・30 年度の厚労科研において、全国の地域メディカルコントロール協議会(以下、MC 協議会) (n=252)ならびに消防本部(n=732)を対象としたアンケート調査を実施しているため、「本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)」を行うこととした。すでに過年度調査は本邦でこれまで類を見ない精神科救急に関する全国大規模調査であり、単純酩酊といったアルコール問題が「精神科傷病者」に含まれることで実態が不明瞭になっている可能性、精神科傷病者・自損行為傷病者における受け入れ拒否理由として処置困難が最大であること、受入照会回数の増加や現場滞在時間の延長は地域差が大きいこと、そして、MC 協議会の視点からは地域における救急科と精神科との協議・相互連携の強化が望ましいと考えられていることなどが明らかになっている。その一方、精神科傷病者ならびに自損行為傷病者を受け入れた各消防圏域の上位 2 施設に関する施設機能の特徴を明らかになっておらず、地域の救急医療に資する精神科施設機能は何かを解析する必要がある。また、アンケートに回答した消防本部より、精神科傷病者の搬送困難事例化を改善するための意見(自由記載)を得ているため、これらは地域における精神科-救急科連携の課題を多数含んでいるため解析が必要である。

課題の第二として、精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証作業を行うこととした。今回研究に関する諸領域間の情報伝達を行う際、従来、共通言語・共通認識を簡便にやり取りできるツールは存在しておらず、本課題は非常に重要である。

課題の第三として、身体合併精神科症例の医療連携連絡票(以下、連絡票)について、精神科救急医からのエキスパートを対象にアンケート調査を

実施し、連絡票の構成内容についての同意度を検証することとした。過年度ではクリティカルパスを用いた情報伝達の標準化を考えていたところ、精神疾患患者が糖代謝異常・消化器異常などの合併症を抱えることは珍しくなく、高齢化に伴って合併症頻度も増え、また、身体合併症治療に際して常に同じ救急病院と連携するとは限らない現実から、循環型パスのバリエーションとして手帳もしくは連絡票形式でのフォーマット作成を考えていた。実務者の負担感を確認しつつ、実臨床で利用可能な体裁を提案することを考えた。

## B.研究方法

課題 1. 本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)

(方法)令和元年度の科学研究として、平成 29 年度厚生労働科学研究補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究: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(以下、平成 29 年調査)の付録 3 について、全国の地域 MC 協議会ならびに消防本部へ実施回収した内容につき、表記の統一、回答パターンの疑義確認と修正を行っている(第二相データクリーニング)。

第二相データクリーニングの結果をもとに、精神科傷病者の搬送実態を整理した。具体的には、精神科傷病者の現場出場時の病院受け入れ先照会回数、現場滞在時間について、公的資料を用いて急病、産科、小児科などとの比較を行った。

次に、平成 29 年調査の基本シート質問 2 より、搬送困難事例化に関係する疾患要因・病名要因などを確認した。

また、同シートの医療連携円滑化に関する質問から、消防局の見解としてどのような対策が必要かを整理した。この医療連携円滑化に関する質問には自由記載欄が設けられており、この記載を短い文章として切り分け、KJ法を用いて内容分析を行った。

令和元年度調査の際に医療連携強化が「不要」と回答した消防本部が若干ながら存在し、それらの消防本部に対しては追加でメールもしくは電話にてヒアリングを行い、平成29年調査の質問票と対比できる形で情報収集を行い解析した。

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は、精神科傷病者の受入れ施設について、精神科救急入院料認可施設（日本精神科救急学会提供）、有床精神科総合病院（日本総合病院精神医学会提供）、救命救急センター・構成中核的医療機関（総務省消防庁提供MC協議会冊子）ならびに精神科標ぼう・精神科病床・一般病床（地方厚生局ホームページ）の情報を連結した。この際、一般診療機能（Pコード）として精神科標ぼう、精神科病床、一般病床を設定し、また、高規格診療機能（Fコード）として地域中核的救急医療施設、救命救急センター、精神科救急認可施設、有床精神科総合病院を設定し、それぞれ「有り=1」、「なし=0」とコーディングした（図1）。PコードとFコードとで表現される施設機能類型に対して、リストアップされた施設数と受入れ傷病者数を検討した。

尚、本データシートは全国の消防本部において統一規格で実施されている救急業務記録を基にしているため、救急業務記録の実施手順について概略を図2として示す。あくまで救急業務記録とは救急隊が判断し、各症例について1つ主要な病態を登録するものである。

（対象者）全国消防本部ならびに地域MC協議会

（期間）令和2年4月より令和3年1月まで。

（倫理的配慮）平成29年度の杉山班・橋本分担班研究にて審査済み。

（解析）主に記述統計。

## 課題2. 精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証

（方法）平成30年度杉山班・橋本分担班研究の成果物であるJapan Emergency Psychiatry Scale—Expert opinion version（以下、JEPS-Ex）は令和元年度、分担班以外のエキスパート（精神科医）へインタビューを行い、図3のように様式が定まったため、JEPS-Ex ver.1.2.4を用いて検証作業を行った。

検証可能性を考慮して、精神科医療部門と救急医療部門を有する救急告示病院の救急外来で患者登録を行うこととした。本調査には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、大分県立病院精神医療センター、獨協医科大学埼玉医療センター、広島市民病院の5施設が参加した。

一次評価は救急医が、臨床上精神科へのコンサルテーションが必要だと認めた症例についてJEPS-Exを用いて評価を行い、二次評価は精神科医が行うこととした。評価は二重盲検とした。救急医の一次評価では精神科診断類型のスクリーニング、精神科的緊急度の2種類を評価した。二次評価は2名の精神科医が同席で診察を行うか、1名が診察を行い1名が後程診療録を確認することで臨床判断の統一を図った。臨床診断はdsm-5にて行い、一次評価（緊急度）の妥当性検討は外

来転帰(入院～帰宅)にて行った。また、精神科救急ケースの緊急度評価も確認した<sup>X1</sup>。付録 A1 に調査項目を示す。

(対象者)精神科医療部門と救急医療部門を有する救急告示病院の救急外来を受診した患者で、初療にあたった救急医が精神科コンサルテーションを必要と考え、患者にその旨説明し同意を得られた症例。

(尺度)救急医による一次評価は JEPS-Ex を用いた。精神科医による臨床評価は dsm-5 を用い、非自発的入院～外来帰宅などの外来転帰を確認した。なお、身体状況によっては精神症状が活発であっても救命救急センターなどの一般病床にて入院管理を受ける可能性があるため、この場合は、精神症状・理解力・判断力を総合して精神科病棟であれば適用されるだろう入院形態も同定することとした。

(期間)令和 2 年 11 月 9 日より同月 22 日。

(手続き)国立病院機構熊本医療センター倫理委員会にて審査受理された。

(倫理的配慮)研究協力医療機関においても倫理審査を受け、その後オプトアウトを通じて周知を図り拒否する権利を担保する。すでに救急医が精神科コンサルテーションを必要と認め、患者、必要時は家族にも精神科診察の必要性が説明され同意を示した症例に実施するため、患者の不利益にはつながらない。また、一般的な臨床行為に基づいて収集される情報を基にされるため、患者負担は生じない。また、侵襲的な処置には当たらない。

(解析)  $\kappa$  係数を求めることで妥当性検討を行う。

### 課題 3. 身体合併精神科症例の医療連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証

(方法)令和元年度の厚労科研において、身体合併精神科症例の治療経験の多い、主に総合病院で勤務する医療従事者から意見を求め、合併症診療の医療連携における必要項目を確認し、連絡票の素案を作成した(令和元年度報告書付録)。今回、連絡票の素案を提示し、その構成項目について精神科救急認可施設に勤務する精神科医がどの程度同意できるか、1～10 までのリッカートスケールで回答を求めた。

連絡票は基本情報シート(以下、基本シート)、加療依頼申し送りシート(以下、依頼シート)、加療報告申し送りシート(以下、報告シート)の 3 つで構成され、基本シートと依頼シートとを精神科施設側が使用し、報告シートは救急告示病院側が使用する体裁となっている。

連絡票を使用する準備が整わなかったため、実際には双方向的なやり取りは出来なかったことから、直近の経験症例のなかで、身体合併症のために救急告示病院へ転院し、治療後に再入院した症例をもとに、連絡票を用いたとしたらかかっていたら準備時間の回答も得た。報告シートについては実際の返書を参照して記載内容の過不足を確認し回答を得た。

参照する症例は、急性期病棟(それに準ずる病棟)、ならびに、身体合併症を有する患者の多い病棟 1 つずつから、調査時点で身体合併症治療後の再入院が終わっている直近の症例を選択することとした。

調査はオンラインでもって実施した。

調査内容については付録 A2 を参照のこと。

(対象者)精神科救急認可施設に勤務する精神科医。

(尺度)分担班が作成した連絡票検証シート。

(期間)令和3年3月1日～同月21日まで。

(手続き)国立病院機構熊本医療センター倫理委員会にて審査受理された。

(倫理的配慮)患者対象の調査ではなく、患者の個人情報収集しないため、患者の権利を侵害するおそれはない。また、臨床業務している医師に回答を求めると調査による侵襲は軽微であると考えられる。

(解析)記述統計。

### C.研究結果/進捗

#### 課題 1. 本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)

平成29年調査では、全国599の消防本部より、総搬送人員として400万人を超えるデータが寄せられ、これは公的統計で報告された総搬送人員の70.8%を占めていた。この中で、精神科傷病者は約83,000人、自損行為傷病者は約27,000人だった(図4)。

総務省消防庁は平成20年度のデータとして精神科傷病者の搬送状況を報告しているが、全搬送では照会回数4回以上が9%程度であるところ、精神科傷病者では14%程度と多くなっていて、現場滞在時間でも現場滞在30分以上となる傷病者が全搬送で12%程度のところ、精神科傷病者では19%近くと多くなっていた(図5)。今回解析の結果から、平成29年時点で、精神科傷病者において4回以上の照会回数を要する事案は3%程

度と大きく改善していることがわかった(図6)。これは、内科的な問題である急病傷病者が2.5%で、産科傷病者の3%強と比してもほぼ差がない状態になっていることがわかった。その一方、現場滞在時間を検討すると、現場滞在30分以上の事案は精神科傷病者において16%程度認められ、産科傷病者の約8%、小児科傷病者の約6%と比して大幅に現場滞在時間が長くなりやすい傾向が認められた(図6)。精神科傷病者に注目すると平成20年度より若干改善している可能性はあるが、依然として現場滞在時間は長くなっていることが示された。

各消防本部の見解として、搬送困難事例化しやすい疾患要因、病名要因やキーワードなどを解析すると、疾患要因としては圧倒的に精神科傷病者が搬送困難事例化しやすいことがわかった(図7)。また、病名要因やキーワードとしては、急性アルコール中毒、複数疾患・複数既往症、外因、内因の順で問題があげられ、他に特殊な事情なども示された(図8)。疾患要因(図7)のその他には急病が精神科傷病者に次いで多くなっており、自由記載欄なども考慮すると併存症があることが不利になっている可能性が考えられた。

各消防本部の見解として、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どのような対策が必要か求めたところ、メディカルケアに対応できる精神科医療機関の充実がニーズとして大きいことがわかった(図9)。具体的には、ニーズの一番は「精神科病院に内科医が充足すること」であり、次いで、「地域メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加すること」ではあったが、3番には「総合病院精神科の増設」が続いていた。ニーズの2番手グループには「精神科救急病院の増設」、「精神科救急の合議に救急医が定期参加」、そして、「救急医・精神科医の相互的な往診

体制」があげられた。輪番制度への期待は特に低くなっていた。

搬送円滑化のための対策として自由記載欄に記されたものを解析したところ、搬送円滑化の妨げになる要因として、受け入れの「拒否」が中心にあり、その改善のためにはいくつかの要素があることがわかった(図 10)。例えば、輪番制度については医療圏ごとに設置されておらず充実していないため、遠方に搬送せざるを得ない、24 時間受入れが為されないため要請の際には必ず受け入れる、受け入れ拒否する場合にはペナルティが与えられるべきだなどの見解があった。各精神科病院についてはかかりつけ患者対応については一定の評価が為されていると同時に、かかりつけ以外の事案への対処、患者との対話や家族のケアをもっと実践して欲しいといったニーズがあった。加えて、輪番担当病院や単科精神科病院と二次救急病院との連携強化、二次救急病院を軸とした保健所・消防他、多機関連携の強化を希望する声も多かった。精神科救急情報センターについては形骸化していて、機能不全状態にあると感じられており、簡便に利用できること、利用時間が延長されること、最後まで責任を持って受け入れ先を確保すること等が求められていた。身体合併精神科症例の処遇については、病院前救護の現場では身体的に軽症であっても、自殺未遂、中毒、酩酊などの事案に対して受け入れ先が少なくなるため、改善が必要であると考えられていた。また、当該事例では、特に夜間休日に搬送困難化しやすい現実が確認された。

医療連携強化が不要と回答した消防本部の追加調査の結果、それらの消防本部では「精神科救急医療体制」が機能している、次いで、「事例が希少である」、「断らない救急病院」が受け入れてくれるからなどの理由が挙げられ、実態は様々であるこ

とがわかった(図 11)。理想的な消防圏域と考えられる「医療連携体制」が構築されていると回答した消防本部(n=4)では、そのうち 2 か所で「精神科救急の合議に身体救急医が定期参加」していることがわかった。また、「精神科救急医療体制」が機能していると回答した消防本部では、精神科輪番制度が機能していると評価される傾向にあった。

基本シートから回答を寄せた各消防本部における人口規模もわかるため、医療連携強化が不要とする消防本部を類型ごとに解析したところ、縦軸を対数表示にすると図 12 の通りとなった。精神科救急医療体制が機能していると回答する消防本部の平均人口は 16 万 5 千人。比較的人口規模の大きい医療圏域でその恩恵に預かれるのかもしれない。しかし、その中でも人口 2 万人規模であっても機能している消防圏域があった。事例希少と回答する消防本部の人口平均は 5 万人で、最小 7 千人、最大 11 万人だった。断らない救急のお陰とする消防本部の人口平均は 3 万人で、最小 2.5 千人、最大 7 万人だった。人口規模が小さくて精神科救急が問題に上がらない圏域もあれば、断らない救急病院があるから何とかなっているという消防本部もあり、これらは人口規模が小さく、相対的にリソースも乏しい消防圏域の特徴かもしれない。なお、医療連携体制があるとしたのは、平均人口 8.7 万人で、最小 3.5 万人、最大 24 万人であり、比較的中規模までの消防圏域で構築しやすいのかもしれないと考えられた。

各消防本部の圏域で、精神科傷病者受入れ数が多い上位 2 施設ずつを回答依頼したところ、全体で 959 施設がリスト化された(図 13)。この 959 施設は 31,059 件の受入れを行っていて、これは平成 29 年調査の総搬送数の 37.3%を占めていた(最大 326, 最小 1)。施設名称をもとに厚生局公開資料を利用し、図 1 に示した施設機能(一般

診療機能・高規格診療機能)で整理すると、施設機能類型としては23パターンが認められた。そのなかで、施設数の多い順番に、地域救急を支える一般病院、無床精神科を有する地域のあまり大きくない救急病院、精神科のない地域中核的救急病院、単科精神科病院、無床精神科を有する地域中核的救急病院となっていた。

次に、上記リスト中の各施設の搬送受入れ数を算出し、施設機能類型ごとに搬送受入れ数の平均を求めた。施設機能類型ごとに特徴的な傾向が認められたので個別に記述する。

まず、P111で表現される、一般病床と精神科病床を有する施設が傷病者受入れに重要であることがわかった(図14)。次に、P101で表現される、地域の救急病院に、無床精神科が併設することも救急搬送受入れに有効であることもわかった(図15)。これらの施設は、以前は、有床精神総合病院であった可能性がある。P001で表現される施設のなかで、精神科機能を有さない施設であっても、救命救急センターを有することは傷病者受入れに大きくプラスに働いていることもわかった(図16)。最後、精神科救急認可病院(P110+F0010)について、身体的な問題を抱えた傷病者の受入れには不利なところはあるものの、精神科機能のない地域の救急病院(P001+F0000)と同程度の傷病者受入れを行っていることがわかった(図17)。これは一般精神科病院の2.5倍ほどであった。精神科救急認可病床は救急受入れ促進的に作用していることもわかった。

精神科傷病者受入れ上位2施設一覧の検討を通じて、施設機能類型ごとに特徴があることがわかった。このため、同種施設全体との比較を行った(図18)。我々が実施した平成29年度調査では、129施設の有床精神総合病院がリストアップされていたが、その当時、全国には240弱の有床精

神総合病院があったとされ、50%以上の施設が地域救急医療に参画していることがわかった。これについては、同施設内に存在する身体救急医療部門の活発さに精神科部門が影響されている可能性はある。また、施設数ベースで考えたとき、精神科救急入院料病院は一般精神科病院の2.7倍、地域救急医療に参画していることもわかった。有床精神総合病院に運ばれる精神科傷病者と、メディカル的な問題の対応に弱いところのある精神科救急入院料病院へ運ばれる精神科傷病者とは質的に異なる可能性が考えられ、この二つの高規格病棟は、それぞれが地域医療計画の中で充填されるべきかもしれない。この点についてはさらなる調査が必要と考えられた。

公的資料もしくは専門学会提供の資料を用いて、精神科高規格病棟(精神科救急認可施設や有床精神総合病院)の施設数推移を確認した(図19)。平成21年は総務省消防庁が救急領域のなかで、精神科疾患が関係すると搬送困難事例になりやすいという調査結果を示した年であるが、それと同時に、救命救急センターの充実段階評価や、搬送受入れ実施基準の策定が始まる直前でもあった。平成21年と平成29年とを比較すると、施設数を減らしながらも、有床精神総合病院はメディカル面にも問題を抱えた地域精神科救急ニーズに応えられてきたと考えられる。また、精神科救急入院料病院は倍近くに施設数を伸ばしており、結果、一般精神科病院から高規格病棟への転化が進み、この機能拡充を通じて、地域精神科救急ニーズに据えていると考えられた。

課題2. 精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証



2週間の調査期間中、5つの調査施設において所定の調査時間帯に救急医療部門を受診した総数は718名で、その内、ヘリ搬送を含む公的救急車による搬送数は325名にて、調査エントリーは26名の結果であった。全体の8%が、救急外来において精神科診察に至っていた。

尚、一次評価と二次評価をともに救急外来で実施できる勤務帯で調査施行することとしたため、施設によって平日日勤帯のみ、一部夜間休日を含むなどの差異はあるが、ベースラインデータは調査可能な時間帯に限っている。

表1にエントリー症例の背景を示す。平均年齢は59.1歳で、女性が65.4%を占めていた。来院手段の第一は救急車で、エントリー症例は救急搬送された症例の4.9%を占めた。46.2%が紹介元ありで、身体的な疾患分類としては整形外科、呼吸器系、中毒が上位にあがり、精神科疾患の分類としては神経認知障害群、精神病性障害群、抑うつ障害群が上位を占めていた。

表2に一次評価時の全身状態・意識レベルなどをまとめた。一次評価に合わせて循環動態(いわゆるバイタルサイン)、見当識、見当識の参考所見として飲酒状態・連続引算、理学所見、フィジカルな問題に関する補足事項などの確認を求めたところ、見当識の参考所見を除けば回答率はほぼ100%で、この回答状況からは臨床で重視される一般的な項目にて構成されていると推測された。これらの項目について特記あるかどうか逸脱率を検討すると、循環動態においても7.7%~34.6%の逸脱が認められ、最も多く逸脱が認められたのは見当識における日付や場所、連続引算などであった。調査の場が総合病院の救急外来であった。

表2では二次評価時点における意識レベルの結果もまとめている。Japan Coma Scale(以下、

JCS)やGlasgow Coma Scale(以下、GCS)による評価は80%程度で実施されていた。JCSでは清明の判断が4名、軽度意識障害が11名と多く、中等度意識障害が3名、重度意識障害が2名の結果であった。GCSの平均点は13.7点にて、GCSにおける意識障害は軽度が14名、中等度が6名、重度が1名の結果であった。

一次評価における、救急医のJEPS-Ex評価のなかで第一印象パートについて表3にまとめた。第一印象として精神科疾患ありとチェックされたものは16名だったが、今回調査は精神科介入を要すると判断されたケースがエントリーされているため、体裁として、評価を行ったかどうかが明確にわかるシート形式が望ましいと考えられた。尚、過去の精神科治療歴の確認や、過去の同様エピソードの有無などは80%程度の確認率であるが、過去の同様エピソードの有無は不詳が40%を占めていて、初発か再発かは現在症と同じように重視されるべきで、JEPS-Ex使用の手引きがあるべきなのかもしれない。

表4に救急医のJEPS-Ex評価におけるスクリーニングパートについてまとめた。本パートは、非常に簡便にスクリーニングを行えることで、診察やケアの質を高めること、情報共有のやりやすさを改善することを狙って設けている。今回、ケース数が26と少ないため概観を示す。外観ではdep1が最多となり、会話ではdep2が最多となっていた。今回調査では神経認知障害群が最多であったが、紹介元ありが半数を占めたため、季節に合わない服装がチェックゼロとなった可能性があった。外観と会話のチェックがそろい、何らかの疾患群が疑われるに至ったのは3例だけだった。検証を通じて、dep1、asd1における「それなりに」とか「比較的」という表現はクリアカットではなく、選択肢中の表現としては不適であり修正が必要と考えられた。

表 5 に救急医の JEPS-Ex 評価における簡易的精神症状評価パートについてまとめた。本パートには会話成立、指示動作、精神症状による見守りの要否の 3 つが含まれるが、それぞれ問題なしとなったのは 53.8%、61.5%、7.7%の割合だった。見守りの要否が不要となるケースは一次評価において緑判定となっていた。結果の再現性があるかの確認は必要であるが、精神症状のために見守りを要するかどうかを簡易的に評価する際のポイントになる可能性がある。

表 6 に、一次評価における救急医の簡易的精神症状評価と緊急度判断と関係をまとめた。これは、簡易的評価にえる問題なし/不要を 1 点に、部分的を 2 点に、困難/常時を 3 点として換算し総得点を算出している。簡易的評価において総得点 3 点は JEPS-Ex 評価の定義通り緑判定にて、2 名が該当した。黄判定は 10 名、橙判定は 7 名、赤判定は 7 名の結果だった。黄判定は 4 点～6 点に 90%が集中していたが、総得点 4 点に橙判定 4 名、赤判定 3 名が含まれていた。簡易的評価から導き出される総得点を定量的に用いるより、問題があるのかないか、定性的に用いることが望ましいと考えられた。

外来転帰として、一般入院が 15 名と最多で、以下、入院なし(n=6)、医療保護入院(n=4)と続いた。救命救急センターを中心とした一般入院であるが、精神症状が活発なものは多く、医療保護入院相当が 5 症例、任意入院相当が 6 症例、精神科維持療法のみでよいものは 4 例に留まった。尚、入院なしの群には、紹介元で措置入院中にて、調査施設の救急外来で身体疾患鑑別を受けた後、身体的には特記なく紹介元で措置入院継続となった 1 名が含まれていたため、外来帰宅となったのは 5 名であった(表 7)。

救急医の緊急度判定と精神科医による外来転帰判断との関係を表 8 に示した。尚、外来帰宅においては、入院による身体治療不要と判断された群にて、救急外来での検査後、紹介元で措置入院継続となった症例を除いた 5 例について検討している。結果として、一次評価において緑判定とされたものはいずれも外来帰宅となっていた。精神科疾患があり精神科コンサルテーションを検討しても、会話成立、指示動作、精神症状による見守りなどが問題なかったり、不要だったりするケースについては緊急度が低いと判断できるかもしれない。今回、調査登録された症例数が少ないため今後の再検証が望ましい。

表 8 において、一般病棟入院の医保相当、さらに精神科病棟における非自発入院を合計し「重症」として、一次評価の緊急度との関係を検討した(表 9)。黄判定においても 3 割程度は重症該当のケースを認めたが、橙判定(40%超)、赤判定(6割弱)と、緊急度判断が上がるにつれ重症度も高くなっていった。JEPS-Ex による緊急度判断には一定の妥当性があると考えられた。

今回の検証を通じ、一次評価において赤判定となっても全例が重症とはならないこともわかった。追加の解析として、救急医の下した緊急度判断(赤)と精神科医による重症度判断との関係を検討した(表 10)。ここでは、JEPS-Ex の赤判定における、自傷・他害・興奮・まとまらない言動の 4 つの大項目を救急医がチェックした合計数と、精神科医による外来転帰判断(重症/中等症以下)とで検討した。その結果、大項目を 2 つ以上認める場合、精神医学的に明らかに重症を示す可能性があった。個別的な症例を確認すると、自殺企図で救急搬送されたが、援助希求があり、比較的疎通も取れて治療関係の構築が可能である場合など、中等症以下の処遇となりやすいようだった。自殺

問題は緊急度も高く複雑な群から、慎重に観察を行いながらも待機的に対応できる会話反応のよい群まで精神病理性が幅広いと考えられ、自殺企図は基本的に緊急事態ではあるものの、重症度がすべて高いとはいえず、赤判定への決断経路を再設定する工夫も必要かもしれない。

入院先病棟別で疾患分類を検討した(表 11)。症例数が少ないという制限はあるが、身体面では、呼吸器系疾患が精神科病棟にも入院しやすいようだった。これらは誤嚥性肺炎、肺腫瘍、気管支喘息などの診断だった。また、精神科疾患に着目した場合、精神科病棟と一般病棟では疾患分布に大きなちがいは認めない印象であった。

精神科医が判断した外来転帰は、外来帰宅、一般病棟入院、精神科病棟への非自発入院に分かれたが、それぞれの入院判断における「急性かつ重症の基本要件」の出現率を確認した(表 12)。任意入院相当以上であれば治療の必要性が高くなり、医療保護入院相当や非自発入院の場合は治療可能性・医学的な重症性が高くなる可能性が示された。一般病棟入院の医療保護入院相当の患者は、精神科病棟に非自発入院する患者と同程度の精神心理的重症度を有していると考えられた。

表 13 に、救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の項目数との関係を示す。一次評価において緑判定となる症例では基本要件項目数は 0 となり、緑判定にはやはり一定の妥当性があると考えられた。また、基本要件項目数が 3 以上となる群では橙判定ならびに赤判定の比率が高くなっており、一次評価における緊急度判定についても一定の妥当性があると考えられた。

表 14 に、救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の各項目との関係を示す。今回の

検証対象のなかでは「社会的不利益」のために急性かつ重症と判断された症例はほとんどいなかったことがわかった。また、「急性の展開」であるかどうかは黄～赤判定でほとんど変わらず、赤判定において「医学的な重症性」、「治療の必要性」、「治療の可能性」が高くなっていた。

精神科医の入院判断における「緊急に医療的介入を要する因子」についても確認した(表 15)。当然ながら、入院症例では医療要因、身体合併症要因が非常に高かった。総合病院を受診する患者においては、他害行為を伴うものは比較的少なく、自殺問題、精神症状による自律性低下が問題となる症例が多いこともわかった。

### 課題 3. 身体合併精神科症例の医療連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証

図 20 に精神一身体合併症治療地域連携連絡票の作成ならびに検証の過程を整理する。この連絡票の概念として、単科精神科病院入院中の患者が、身体合併症のために、他の救急病院へ転院し入院治療を受ける際、精神科病院からの「依頼」と、救急病院からの「報告」の内容を標準化することで、身体合併症治療の質を高めると同時に安全で継続的な医療を確保しようとするものである。2019 年度までの連絡票案では、基本情報シート、加療依頼シート、加療報告シートの 3 点で構成されていた。今回、2020 年度の検証作業では、2021 年 2 月～3 月の期間、精神科救急認可施設に勤務する精神科医を対象として調査を実施し、連絡票記載項目についての同意度を確認することで妥当性検証を行った。今回、WEB 調査を実施した結果、54 名分の有効回答を得た。

連絡票の基本情報シートの記載項目を表 16 に示す。患者の氏名、生年月日、住所、緊急連絡

先、依存症、既存症(手術歴含む)、アレルギー歴、身長、体重、介護保険、かかりつけ医情報、ケアマネジャー情報などについて、すでに臨床で使用している診療情報提供書または看護サマリーにて代用可能な記載項目であるか、それぞれの記載項目に対する同意度の回答も得た。同意度は10(大変強く同意する)から1(まったく同意しない)のリッカートスケールにて回答を求めた。そうしたところ、代用できない項目は「特になし」と回答した医師が25%ほどいた一方で、緊急連絡先、身長や体重は30%程度が代用できず、50%以上が介護保険、身体疾患のかかりつけ医情報、ケアマネジャー情報は代用できないと回答していた。ただし、連絡票基本シートの記載項目についていずれも高い同意度を得ていて、最も点数の低いかかりつけ医情報、ケアマネジャー情報も7点台であり、臨床上必要な事項ばかりであると理解された。

今回の検証作業を通じ、回答者から基本シートへの追加が提案された事項もあった(表17)。一般医療情報、支援・生活情報、精神科医療情報の3つに分かれていた。

次に、加療依頼シートの各項目に対する同意度を確認した(表20)。加療依頼シートには精神科臨床診断名、身体現症、依頼目的、日常生活機能、食事形態、バイタルサイン、検査情報、薬剤情報、精神状態、頓服指示、紹介先精神科への情報提供の有無、飲酒歴、喫煙歴などが用意されていた。本シートについても記載項目について高い同意度が得られ、飲酒歴、喫煙歴の情報ももっとも点数は低かったが7点台と高い点数であった。これらの項目も臨床上必要な事項ばかりであると理解された。

尚、今回の検証を通じて、依頼シートへの追加が提案された事項を表21にまとめた。

ここまでが身体合併症の治療を依頼する精神科病院側が用意する情報となる。これらのシートを記載するのに要するであろう時間を調べたところ、基本シートで17.4分、依頼シートで18.2分という結果だった(表18)。診療情報提供書等を作成した後、本連絡票を用いて記載漏れのある事項を確認し、本連絡票に追記するやり方での所要時間であり、診療情報提供書の様式を改善することで所要時間は短縮できると考えられた。

本連絡票は地域内での医療連携の円滑化を意図して作成されているが、常備することが可能であれば災害時の大きな備えとなる。2011年東日本大震災や、2016年熊本地震など、広域災害が発生した際、病院避難という事態も必要となったが、この時避難先で患者情報の確保が大変重要となった。このことから、本連絡票を大規模災害対策として常備することの可能性を確認した(表19)。回答した精神科医の60~70%が常備は可能としていた。修正があれば可能もしくは困難であると回答した医師の自由記載からは、電子カルテシステムでは一括して情報掃き出しが出来ないこと、保管体制や責任の所在、日々変動する項目についてのメンテナンスがハードルになるだろうことがわかった。逆に患者情報自体をクラウドに保存し、別な施設からも患者情報にアクセスする方法が現実的ではないかという提案もあった。

加療報告シート記載項目に関する調査も実施した(表22)。今回、救急病院に勤務する救急医への直接調査は困難であったため、調査協力施設に身体加療が再入院となった症例について、再入院時に用意された救急病院側からの診療情報提供書をもとに連絡票記載項目の記載率と同意度を確認した。記載項目への同意度は非常に高く、いずれも臨床上必要な事項と認識されているようだったが、救急医からの返書への記載率はばらつき

が大きかった。身体的臨床診断名、実施治療内容はほぼ確実に記載がある一方、続発症や経過観察上の留意点、合併症検査状況などの記載は少なくなっていた。精神科病院側が必要と考える、状態悪化時の対応や他科受診に関する情報などの記載は50%を切っていた。

#### D. 考察

##### 課題1. 本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)

今回、当分担当で実施した平成29年搬送困難事例調査の第三相解析は、総務省消防庁が実施した平成20年度報告以来の、病院前救護における精神科疾患が関連する事案の大規模実態調査である。総務省消防庁の平成20年度報告は東京消防庁のデータに依拠していたが、今回の第三相解析は全国データに基づいており、より結果を汎化しやすいと考えられる。結果については、平成20年度報告が主たる問題・従たる問題のいずれにも精神科疾患を含んでいたところ、平成29年調査は主たる問題が精神科疾患と判断されたものである点は考慮が必要である。

搬送困難化しやすい精神科傷病者について、平成20年度報告(図5)と比して搬送状況は改善にあるが課題も残る状況であることが明らかになった。4回以上の受入照会回数を要したケースは精神科傷病者であっても3%程度と大きく改善していた(図6)。しかしながら、この改善は精神科のみならず、急病や産科などでも大きく改善している。このため、この変化は単純に精神科医療体制の改善ではなく、傷病者の搬送及び受入れをより適切かつ円滑に行うため、「消防法の一部を改正する法律(平成21年法律第34号)」が平成21年5月1日に公布(同年10月30日に施行)され、これに基

づいて「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準(以下、搬送受入基準)」が各地で策定された恩恵が大きいと考えられる。特に搬送受入基準の第6号(受入医療機関確保基準)によって、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合、照会回数 $x$ 回以上、現場滞在時間 $y$ 分以上等に基づいて受入医療機関を確保するようになっている。

現在でも残る課題として現場滞在時間30分以上の事案がいまだに多いことがあげられる。平成20年度報告当時より数%は改善している可能性はあるものの、依然として現場滞在時間は長いと考えられる。図7・図8から受ける印象として、精神科疾患+アルコール使用、精神科疾患+身体併存症などが依然として問題になっているのかも知れない。分担当の令和元年度報告にて精神科傷病者が受入れに至らなかった理由の最多は手術中患者対応中(27.1%)で、次いで処置困難(24.7%)であった。照会回数が減少して現場滞在時間は微減に留まるため、照会における伝達での時間消費、傷病者の評価や対応自体で時間を要している可能性などが考えられた。課題2で取り上げるJEPS-Exなど、簡便に評価して情報伝達できるツールの整備が望まれる。

第三相解析では各消防本部の見解として、精神科傷病者における搬送円滑化の改善策を求めている(図9)。消防本部からの改善案としては、①医療連携という大きな枠組みの構築、そして、②個別施設での対応力改善が求められているが、これは救急現場活動の困りごとを直接反映していると想定できる。図10に示されるように、救急隊員としては、精神疾患が背景にあったとしても基本的に身体問題の解決を優先して考えていることがわかる。この場合、搬送困難となりやすいのは、一定程度以上の身体重症度があっても救急告示病院が受入を断る場合と、身体愁訴はあるが救急隊判断で

身体軽症となった事案を精神科病院が断るパターンが考えられる。この解決のため、①MC 協議会に精神科医療側が継続的に参加する、もしくは精神科救急の合議の場に救急医が継続的に参加すること。他には、②精神科病院－救急病院間での定期的な医師往来等に地域支援体制加算の要件に含めるなどのインセンティブ形成は理にかなっていると考えられる。

図 11 に示されるようにごく一部の消防圏域では輪番制度が評価されているものの、全国的には輪番制度への強い期待もある一方、厳しい目も向けられていることがわかった。そのようななか、図 10 からは精神科救急医療体制整備事業における常時対応型施設の目指すべき形がみえてくる。もちろん、二次医療圏域ごとに有床精神総合病院が 1 つずつ配置され、他科との連携による身体医学的なニーズの高いケースの対応を行い、それと同時に同じ圏域内で常時対応型施設が警察・行政・消防他と連携を強化した医療提供を行うやり方がある。それと同時に、有床精神総合病院の増設には医療経済的な負担は大きく、人口 20～30 万人程度までの地方型二次医療圏域では常時対応型施設を整備し、圏域内の救急告示病院と有機的な連携を図ることが現実的である。例えば、先述した精神科医療－救急医療との継続的な合議体制の構築、圏域内での精神科病院と救急告示病院との医師往来体制の確立、常時対応型施設に身体軽症までに対応できる検査設備を常備し実働すること等にインセンティブを付ける後押しも必要であろう。この際、インセンティブを受ける病院においてはかかりつけ外の患者受入れ数、救急搬送不応需率などによるモニタリングならびに施設基準更新の取り組みが望ましい。

消防圏域における精神科傷病者受入れ数上位 2 施設の施設機能を検討することで本邦の現状が

図 1 にわかりやすく示された。施設数としては、地域救急を支える一般病院、つまり大規模ではないが、その圏域ではいわゆる断らない医療を提供することで頼りにされているような施設が最も多かった。地域医療はアクティビティの高い救急告示病院が柱の一つとなって支えていることがよく見て取れるものであった。

ただし、施設数ベースでの検討は施設母数に大きく左右されるため、各施設の搬送受入数を検討した(図 14・図 15・図 16・図 17)。この検討から非常に重要な知見が得られた。つまり、施設機能類型ごとの平均搬送受入数からは、一般病床と精神科病床の双方を有することは精神科傷病者の積極的な受入れに促進的に働いていることがわかった。すでに医療法における総合病院の定義(内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科を含む)は廃止されて久しいが、この知見における一般病床は必ずしもかつての総合病院の定義には当てはまらない病院群であった。おそらく精神科病院をベースに、整形外科や神経内科といった数は多くない診療科で構成され、救急医療にも取り組む施設なども見受けられた。このことから、今後、有床精神総合病院を増設する際、大規模病院を計画するのではなく、地域の救急医療にしっかりと参画している救急告示病院を対象に、病床数の少ない有床精神科を併設するやり方も一考かもしれない。

施設機能類型の検討の中から、図 15 に示されるように、地域の救急病院に無床精神科が併設することも傷病者受入れに促進的に働いていることもわかった。この点を考慮すると、地域の救急医療に参画する救急告示病院に、救急医療他の一般科にリエゾン精神医療を提供できる無床精神科にインセンティブを設けることを第一段階として、身体軽症～中等症ならびに精神中等症以上の傷病者

受入れ実績に応じて、有床精神科へ格上げする取り組みも有効かも知れない。この際、他の課題に話は飛ぶが、課題 3. JEPS-Ex 検証の内容から、一般病床にも一定程度重症状態の精神科患者が滞在することになるだろうと予測されるため、一般病棟スタッフに対しての精神科初期評価&対応の研修機会の確保、危険手当の追加などが必要になると考えられる。この際、精神科傷病者の救急応需率、精神科病床における身体合併精神科症例が一定数以上必要であるなど、施設維持要件に含める方法もある。ただし、人口規模の大きい都市型二次医療圏域と異なり、人口 20~30 万人程度までの地方型二次医療圏域では、必然的に一般精神科救急の受け皿にもならざるを得ず、施設維持要件としての身体合併精神科症例の入院比率はより小さくする必要があると考えられる。

今回解析を通じて、精神科救急入院料認可病棟は有床精神総合病院のアクティビティを上げると同時に、単科精神科病院においても同様の傾向があると考えられた。施設数ベースでは精神科救急入院料認可病床を有さない一般単科精神科病院が多くなっていたが、平均搬送受入数で確認すると精神科救急入院料認可施設は一般単科精神科病院の約 2.5 倍の患者受入れを行っていた。これは地域救急を支える一般病院に近い値であり、検査設備他、身体的な問題への対処では不利なところもあるなか検討していると評価されると考えた。これと同時に、常時対応型施設を担う医療機関では身体軽症、場合によっては身体中等症の患者までもが搬入されてくる可能性は高いので、先述のように最低限の検査設備が確保できるような診療報酬上、制度上の配慮が必要と考えられた。

施設機能類型の検討の一環として図 18 のように、日本精神科救急学会医療政策委員会、日本総合病院精神医学会有床委員会より提供頂いた

資料、全国メディカルコントロール協議会発行の資料、厚生局公開資料などから、救命救急センター、有床精神総合病院、精神科救急入院料病院、一般精神科病院の母数に対するリスト化された施設群の比率を算出したが、有床精神総合病院は半数以上が地域救急医療に参画していた。おそらくこれはほとんどの施設で併設されている救急医療部門の活発さに影響されている可能性が高いと考えられる。精神科救急入院料病院は一般精神科病院の 2.7 倍地域の救急医療に参画していたが、単科精神科病院が対応できることには限界もあると考えられるため、病院内・地域内、いずれの形式であっても救急医療部門との協働が円滑化するような施策が必要と考えられる。

最後に、平成 21 年から平成 29 年での施設数推移を確認しておく。身体的な治療やケアのニーズを有する患者の受け皿として有床精神総合病院は重要であるが、緩徐に施設数の減少を見ており、これは診療単価の低さが影響していると考えられる。地域救急医療ニーズに応えている施設が存続可能になるよう対策が必要である。また、精神科救急入院料病院は数が倍増しているが、これに伴いより多くの一般精神科病院が減少しているため、地域によっては病院機能分化が進み始めているところもあると考えられる。適切な施設維持要件を定め、それをモニタリングすることで地域救急医療に参画しているが存続し、より一層の病院機能分化が進むように施策を打つことが必要と考えられる。今後整備されるべきは、①救命救急センターを併設する有床精神総合病院、②地域救急医療を担う救急告示病院に併設する無床精神科、③精神科救急入院料認可施設などの 3 つで、地域の人口規模、すでにある医療資源などを考慮して整備が図られるべきである。

## 課題 2. 精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証

本来、課題 2 は目標症例数を 100 としていたが、新型コロナウイルス感染症蔓延期において現代的な調査となり、目標の 25% 程度の症例数となった。調査期間中、救急外来受診者全体の 8% 程度が精神科診察を要したこととなる。症例の約半分が紹介のある患者であり、救急搬送以外に病院車/施設車で来院も比較的多かったと考えられる。

JEPS-Ex は冒頭、メディカルクリアランス(身体的な病気の鑑別除外)に関するパートを置いている。O'Donovan D らのレターが米国におけるこの問題を概説しているが<sup>X3</sup>、米国でも本邦同様、救急医療部門を訪れたり、救急搬送を受ける精神科患者の身体チェックをどこまで行うかで論議が続いている。過去、米国では救急外来を利用する精神科患者に、時に重篤な身体合併症が指摘された報告などもあり、精神科医療部門から各種検査の完遂を求められることが増えていたが、精神心理的な主訴である場合は検査異常の指摘が稀であること、精神科介入までの時間が延長してしまうことなどが問題視されるようになって来ている。このため、米国精神科救急医学会の推奨では<sup>X4</sup>、精神心理的な主訴が中心の患者では、患者背景を考慮して、バイタルサイン、病歴聴取、身体診察、精神状態の評価を行い、必要性を考慮して検査を行うものの、精神科医療側の求めに応じても検査を行うこともあるとしている。今回検証した JEPS-Ex では、メディカルアンダートリアージ(身体医学的な問題の見落とし)が起こらないことを狙いつつ、救急医療部門で働く医療スタッフに過度な負担を強いないツール構成を考えた。分担班が令和元年度に実施した調査にて、臨床上重要であると考えられた項目が記載されている。

結果として、飲酒状況、連続引算を除き、救急医による実施はほぼ 100% の回答状況で、これらの項目で構成されたメディカルクリアランスパートの臨床的妥当性は高いと考えられた。

精神科医による二次評価時、JCS で 5 名、GCS で 7 名が中等度以上の意識障害と判断されていた。今後多数例で検証する際は、意識レベルの状態によって一次・二次評価に差異が認められるのか確認を行う必要がある。

スクリーニングパートは症例数の問題から概要を示すだけにとどめた。結果にでも示したが選択肢中の表現にはあいまいさがあるため、修正が必要と考えられた。

簡易的精神症状パートはごく簡単に精神心理的状态を表現するために導入した。ここで問題がない場合、JEPS-Ex では緑判定となり、それ以降、身体的問題に注力することとなる。会話成立、しい動作、見守り要否を含めている。今回の検証を通じて、精神心理的に不安定であっても、会話や指示動作は問題ないと判断されることが多いことが分かった。逆に、簡易的に判断する場合、「精神症状による見守りの要否」が中核的な観察点になるのかもしれない。

尚、検証前、簡易的評価による総得点は、点数が上がるにつれて緊急度も高くなるように、定量的な判断に利用できるのではないかと想定していた。結果として、総得点が 7 点以上となれば一次評価における橙判定・赤判定になりやすい傾向はあったが、総得点 4 点に橙判定 4 名、赤判定 3 名が含まれており、定量的な使用は支持されなかった。

JEPS-Ex の緊急度定義より、総得点 3 点は緑判定と決定される。しかし、表 8 の結果では緑判定は 2 例とも外来帰宅の転帰をたどっていた。こ



の結果を考慮すると、緑判定となれば外来帰宅程度の精神症状と想定が出来るかも知れない。表 8 からは、緑・黄・橙・赤の 4 つの緊急度設定には一定の妥当性があるとも考えられた。また、表 13 に示された、救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の項目数との関係も、基本要件項目数が 3 以上となる群では橙判定ならびに赤判定の比率が高くなっていった。救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の各項目との関係では、赤判定において「医学的な重症性」、「治療の必要性」、「治療の可能性」などの出現率が高くなっていった。これらの結果から、JEPS-Ex にはやはり一定の妥当性があると想定された。今後、多数例での再検証が望まれる。

緊急度判定について、今回、赤判定群の外来転帰は外来帰宅から非自発入院まで広い範囲にまたがっていた。赤判定には 4 つの大項目を含むが、大項目を 2 つ以上満たす場合は明らかに精神科的重症となるようで、これはひとつの知見とえられた。ただ、赤判定が幅広い外来転帰判断につながったのは自殺問題の影響と考えられ、自殺企図は基本的に緊急事態であるものの、重症度がすべて高いとは言えず、自殺企図の緊急度判定については決断経路を再設計する工夫が必要と考えられた。

外来転帰を検討していくと、表 11 からは、身体疾患の分布は入院病棟での差異は小さい印象であった。また、表 12 からは、一般入院であっても医保相当と判断された患者の「急性かつ重症の基本要件」の各項目出現率は、精神科病棟へ非自発入院する患者のそれとほぼ同じであった。身体合併症のある精神科患者が精神科病棟に入院する一方、時に活発な精神症状を呈するケースが一般入院することも分かった。

この結果から、一般病棟での精神科患者への初期評価や初期対応のスキル研修が必要と考えられ、また、このような症例を多数受け入れる病棟においては危険手当の拡充などが必要と考えられた。

今回の検証作業を受けてバージョンアップした JEPS-Ex ver.2.0 を付録 3-1、付録 3-2、付録 3-3 として用意した。

### 課題 3. 身体合併精神科症例の医療連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証

分担班のなかで、医療連携連絡票のブラッシュアップを行うなか、3 つのテーマがあった。①双方向的に精神科・救急科の情報伝達を標準化すること、②連携情報の蓄積、③新規相談時もしくは非常時における蓄積情報の活用の 3 つである。

JEPS-Ex のメディカルクリアランスパートの部分でも述べたが、精神科-救急科の情報伝達において、互いに過大な要望には応えられないが、相互の信頼感を改善させ、患者の治療・ケアの質向上を目指す必要がある。

今年度、精神科臨床に携わるエキスパートを対象とした WEB 調査を通じて、分担班が作成した基本シート、依頼シート、報告シートの収載項目にはとても高い同意度が得られ、臨床的にも妥当な内容であることが確認できた。利用しやすい体裁を考えると、臨床で活用されている診療情報提供書や看護サマリーの他、新たな書式を指定することは煩雑であり、利用率の低下を招くと考えられた。このことから、現実的な対策として、紹介状の書式案を作成することとした。例えば、本書式を用いて診療情報提供書をやり取りした際に加算を付けることも一考である。基本シート、依頼シート合わ

せて 40 分弱ほどの処方時間とわかっているため、400 点ほどが妥当かも知れない。

当分担班が提案する、医療連携に必要十分と考えられる項目を網羅した診療情報提供書の案を付録 1(加療依頼用)、付録 2(加療報告用)として用意した。

本連絡票は平時の医療連携円滑化のためのツールであるが、大規模災害時など、本連絡票を準備しておくことでいざという時に患者の情報持ち出しが可能になることも意図していた。これについては、精神科病院においても電子カルテの整備が進む昨今、紙カルテでは容易な緊急時の持ち出しが容易ではないことも明らかになった。電子カルテシステムでは入力データの紐づけがなければ、随時、連絡票に収載項目を集約することは困難で、印刷準備した際の保管場所・管理責任者の設置などが必要となりそうであった。

## E. 結論

### 課題 1. 本邦の救急搬送困難事例における精神科救急的側面の実態調査(第三相)

今回、精神科救急に関する初の全国データを検討することが出来た。傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の策定を通じて、精神科傷病者の受入れ照会回数は過去の類似報告と比して大きく改善していたが、現場滞在時間という点では課題が残るままだった。課題 2 で取り上げる JEPS-Ex などのツールが有効かも知れない。

消防局回答の傾向から、精神科傷病者であっても一定程度身体不調を伴っている可能性があり、受け入れ施設において一定程度身体面の評価や検査が出来る体制整備が必要と考えられ、常時対応型施設では圏域内の救急告示病院と有機

的な連携が図れるようなインセンティブ設定が望ましい。

救急隊が搬送する精神科傷病者を多数受け入れている施設の機能を検討した結果、今後整備されるべきは、①救命救急センターを併設する有床精神総合病院、②地域救急医療を担う救急告示病院に併設する無床精神科、③精神科救急入院料認可施設などの 3 つで、地域の人口規模、すでにある医療資源などを考慮して整備が図られるべきである。

### 課題 2. 精神科救急トリアージ&スクリーニングツールの臨床使用を通じた検証

新型コロナ感染症蔓延のため調査計画に支障は出たが、限られた症例で、多数例解析が望ましいものの貴重な知見が得られた。JEPS-Ex を構成するメディカルクリアランスパート、簡易的精神症状評価パート、緊急度判定(緑・黄・橙・赤)については構成妥当性が確認された。簡易的精神症状評価より緑判定が下された場合、精神疾患の存在が疑われたとしても外来帰宅が予想される。また、緊急度判定が高くなればなるほど、精神科医の判断する重症度も高くなる傾向が確認された。検証作業を経て JEPS-Ex のバージョンアップを行った(付録 3-1、付録 3-2、付録 3-3)。今後は多数例での再検証を行うことが望ましい。

### 課題 3. 身体合併精神科症例の医療連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証

全国の精神科救急に従事する精神科医を対象に WEB 調査を実施して、連絡票の収載項目に関する同意度を確認した結果、構成する基本シート、依頼シート、報告シートのいずれも高い同意度

を得た。過年度より進めてきた精査の結果、本連絡票に記載される項目が、身体合併精神科症例の医療連携を図るうえでの必要十分な情報だと理解された。臨床にて活用可能な形を模索し、今回は診療情報提供書の案を作成した(付録 1、付録 2)。

#### F.健康危険情報

なし

#### G.研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1. 橋本聡, 日野耕介, 杉山直也:全国消防本部対象の搬送困難事例調査から見える精神・一般救急医療連携の最適解とは. 第 116 回日本精神神経学会, WEB, 2020.9.28-30
2. 橋本聡, 日野耕介, 杉山直也:精神科高規格病棟は地域救急医療の円滑化に寄与するか?. 第 33 回日本総合病院精神医学会, WEB, 2020.11.20

#### H.知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

#### I 引用文献

##### 論文, 総説(雑誌)

X1) 精神科救急医療ガイドライン 2015 年版. p.4-6 へるす出版.

X2) 総務省消防庁. 平成 20 年度救急業務高度化推進検討会報告書, 平成 21 年 3 月.  
[https://www.fdma.go.jp/singi\\_kento/kento/items/kyuukyugyoumukoudoka\\_houkoku.pdf](https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kyuukyugyoumukoudoka_houkoku.pdf)  
(2021 年 4 月 30 日閲覧)

X3) O'Donovan D, Quane T, McCauley M. Is 'medical clearance' for acute general adult psychiatric presentations always necessary? *Ir J Psychol Med.* 2020 Apr 23;1-2. doi: 10.1017/ipm.2020.17. Epub ahead of print. PMID: 32321615.

X4) Wilson MP, Nordstrom K, Anderson EL, Ng AT, Zun LS, Peltzer-Jones JM, Allen MH. American Association for Emergency Psychiatry Task Force on Medical Clearance of Adult Psychiatric Patients. Part II: Controversies over Medical Assessment, and Consensus Recommendations. *West J Emerg Med.* 2017 Jun;18(4):640-646. doi: 10.5811/westjem.2017.3.32259. Epub 2017 May 1. PMID: 28611885; PMCID: PMC5468070.

○図

【図 1】平成 29 年搬送困難事例調査にて調査した施設機能について

## 「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」

### ● 精神科傷病者搬送状況（多数受け入れ施設上位施設の回答）

#### □ 一般診療機能

- ・ 精神科標ぼう
- ・ 精神科病床
- ・ 一般病床

#### □ 高規格診療機能

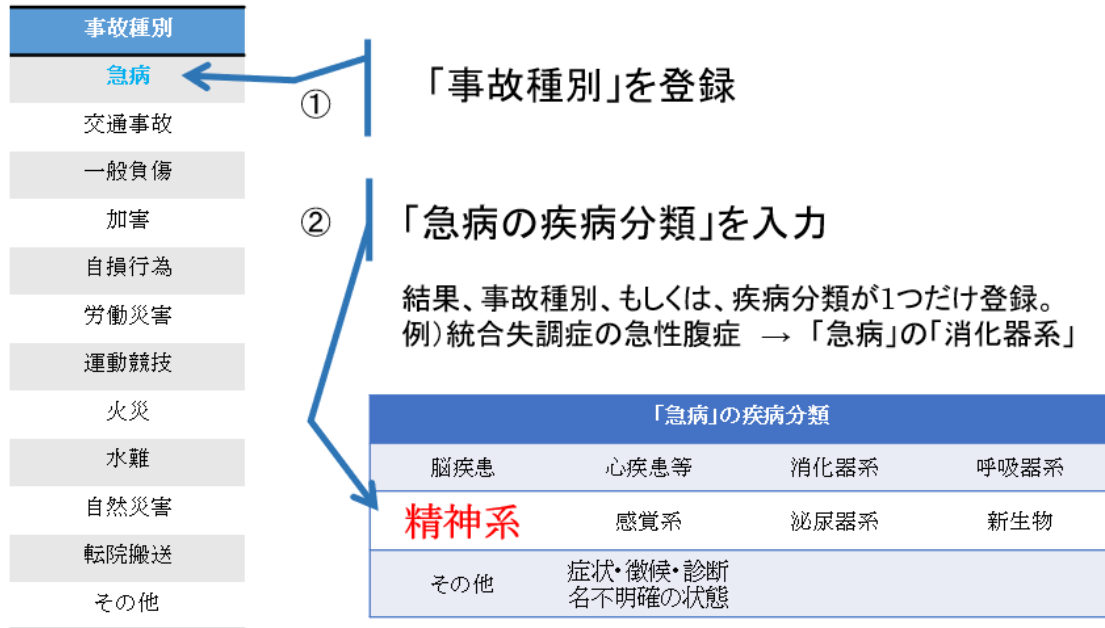
- ・ 地域中核的救急医療施設
- ・ 救命救急センター
- ・ 精神科救急認可施設
- ・ 有床精神総合病院

参考： 地方厚生局コード内容別医療機関一覧表  
平成29年版メディカルコントロール協議会冊子  
平成29年(2017)医療施設(静態・動態)調査・病院報告(厚生労働省)  
全国精神科救急認可施設一覧(日本精神科救急学会)  
有床総合病院精神科一覧(日本総合病院精神医学会)

【図 2】 救急業務記録の記録手順について

救急業務記録とは、救急業務を実施した際に残されるもので、すべての消防本部で統一  
 的な記録が実施され、1回の出場につき実施記録が1つ残る。登録情報は救急隊員の判  
 断による。既往症情報の登録は必須でない。

分担班による全国調査を実施した時点(平成29年4月1日)にて、全国1,690市町村  
 (98.3%)において、732消防本部により救急業務が実施されていた。



Japan Emergency Psychiatry Scale (Expert opinion version) \_1.2.4

順序

内容

1.	バイタルサイン	※下線部に特記があれば必ず特定すること	重要な補足情報
	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脈拍 <input type="checkbox"/> 呼吸数 <input type="checkbox"/> 酸素化	<input type="checkbox"/> 名前 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 日付 <input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> アルコール 有・無 ※連続引き算 円滑か否か(例) 低体重、重い喫煙	重要な補足情報 <input type="checkbox"/> 今回エピソードの発症 様式 ・突然(数時間) ・急性(数日) ・慢性(週単位) <input type="checkbox"/> 身体既往症

2. 第一印象/パート: 精神科疾患の存在を疑うか

※「疑う」場合、患者の主訴を患者のごとくは特定すること

※重要な補足情報: 精神科治療歴 あり・なし・不詳

※重要な補足情報: 過去の同様エピソード あり・なし・不詳

3. スクリーニング/パート

※外観/会話でひとつずつチェックし、どちらもチェックの付く診断類型を特定せよ

※外観/会話のチェック項目が特定の診断類型に一致しない場合、「診断類型特定不能」とし、チェックされた項目を記録せよ

外観	<input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与えられた身なりや化粧 <input type="checkbox"/> 過度な飲酒さ/にやにやした独り言	<input type="checkbox"/> それなりに整っているがくびれた感の身なり <input type="checkbox"/> 全話内容には一貫している部分がある	<input type="checkbox"/> 派手なみなりや過度な装飾品 <input type="checkbox"/> 断えがドラマチックで派手	<input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った髪 <input type="checkbox"/> こたわりが強い余証/痲癩かみられる	<input type="checkbox"/> 季節に合わない服装 <input type="checkbox"/> 見当はずれな会話
会話	<input type="checkbox"/> 精神病的陳述の疑い	<input type="checkbox"/> 気分陳述の疑い	<input type="checkbox"/> パーソナル/医療団体の疑い	<input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム圏の疑い	<input type="checkbox"/> 認知症圏の疑い

4. 簡易的精神症状評価/パート

※部分的に困難/常時がひとつでもあれば、簡易的には「問題あり」とせよ

※精神症状による

会話	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分的に困難	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 部分的に困難	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 部分的に必要	<input type="checkbox"/> 家族の付添いを要する
----	--	--	--	-------------------------------------

5. 上記に関して、すべて「問題なし」の場合、緊急度判定: 緑と特定せよ

「2020(令和2)年度厚生労働科学研究補助金(障害者政策総合研究事業)「精神科救急医療における質向上と医療供給体制の最適化」に資する研究」  
 分担研究「精神科救急と一般救急の医療連携体制強化」による医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」研究成果  
 問合せ: 国立病院機構熊本医療センター 精神科救急医療センター 橋本 聡 代表 096-353-6501

順序

内容

6.	緊急度判定: 赤の評価	※下記の項目で該当があれば、緊急徴候を特定せよ
	自傷 <input type="checkbox"/> 自殺企図の計画性・希死念慮の持続性・正凶や念慮の持続的悪化がある <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> さ、拒否的 <input type="checkbox"/> トラウマ、落ち着かない <input type="checkbox"/> 危険物所持	他害 明らかに落ち着かない行動を示す患者が <input type="checkbox"/> 話を聞かない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう、物に当たる <input type="checkbox"/> 言語的・身体的に威嚇 <input type="checkbox"/> 危険物所持 <input type="checkbox"/> 危険物所持 <input type="checkbox"/> 危険物所持
	緊急兆候 <input type="checkbox"/> 自殺企図の計画性・希死念慮の持続性・正凶や念慮の持続的悪化がある <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> さ、拒否的 <input type="checkbox"/> トラウマ、落ち着かない <input type="checkbox"/> 危険物所持	緊急兆候 <input type="checkbox"/> 自殺企図の計画性・希死念慮の持続性・正凶や念慮の持続的悪化がある <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> さ、拒否的 <input type="checkbox"/> トラウマ、落ち着かない <input type="checkbox"/> 危険物所持 <input type="checkbox"/> 危険物所持 <input type="checkbox"/> 危険物所持

7. 緊急度判定: 橙の評価

※下記の項目で該当があれば、緊急徴候を特定せよ

希死念慮	<input type="checkbox"/> 直近の自傷行為あり <input type="checkbox"/> 月単位で持続している <input type="checkbox"/> 躁急兆候 <input type="checkbox"/> 躁急兆候 <input type="checkbox"/> 躁急兆候 <input type="checkbox"/> 躁急兆候 <input type="checkbox"/> 躁急兆候	<input type="checkbox"/> 被害的な言動 <input type="checkbox"/> 生活破たん状態 <input type="checkbox"/> 危険物所持 <input type="checkbox"/> 危険物所持 <input type="checkbox"/> 危険物所持 <input type="checkbox"/> 危険物所持	<input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> 不安感	<input type="checkbox"/> 活気がない <input type="checkbox"/> 活気がない <input type="checkbox"/> 活気がない <input type="checkbox"/> 活気がない <input type="checkbox"/> 活気がない <input type="checkbox"/> 活気がない	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> 認知機能低下
------	--	---	--	--	--

8. 緊急度判定: 黄の評価

(緊急度判定: 赤・橙としない「精神科疾患疑い(症例)」)

※重要事項: 危険物所持があれば、緊急度判定: 橙として対応せよ

<input type="checkbox"/> 家族情報 <input type="checkbox"/> 家族情報 <input type="checkbox"/> 家族情報 <input type="checkbox"/> 家族情報	<input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か <input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か <input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か <input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か	<input type="checkbox"/> 睡眠や食事 <input type="checkbox"/> 睡眠や食事 <input type="checkbox"/> 睡眠や食事 <input type="checkbox"/> 睡眠や食事	<input type="checkbox"/> 精神科診療情報 <input type="checkbox"/> 精神科診療情報 <input type="checkbox"/> 精神科診療情報 <input type="checkbox"/> 精神科診療情報	<input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源 <input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源 <input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源 <input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源
--	--	--	--	--

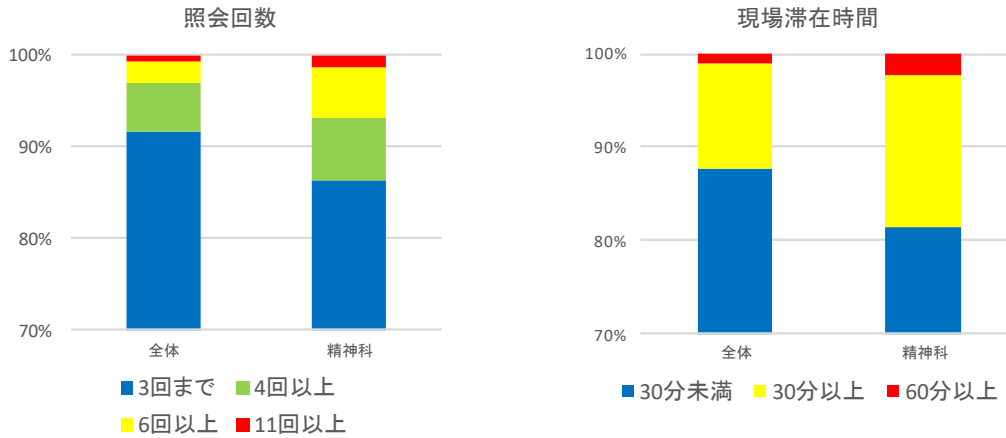
【図 4】平成 29 年搬送困難実態調査における各種搬送人員

## 各種搬送人員の内訳について

搬送困難実態把握調査	分類	N
回答消防本部 (n=599)	総搬送人員	4,061,218
※平成29年中	精神科傷病者	83,199
	自損行為傷病者	27,030
公的統計	総搬送人員	5,736,086
	うち事故種別「急病」	3,686,438
	うち疾病分類「精神系」	122,046
(参考)	産科・周産期傷病者	39,764
(参考)	小児傷病者	406,082

- ・ 総務省消防庁：平成30年版 救急救助の現況。
- ・ 総務省消防庁：平成 29 年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果。

【図 5】 総務省消防庁による搬送困難事例調査の結果(平成 20 年度報告書より)<sup>x2)</sup>



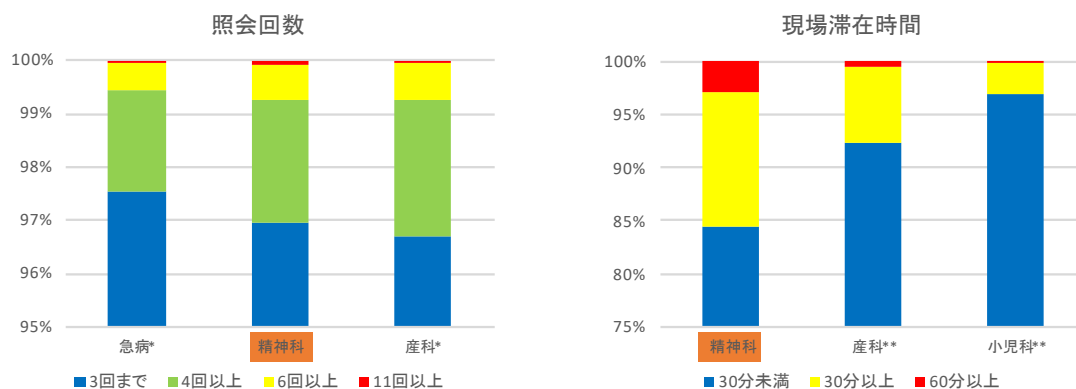
傷病者背景がある事案においては、受入照会回数、現場滞在時間ともに全体平均を上回っており、選定困難事案となりやすいと考えられた。特に、「**精神疾患**」、「急性アルコール中毒」、「結核」、「過去に問題のある傷病者」、「全く未受診の妊婦」において、選定が困難な傾向だった。

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

※ オリジナルの発表データは何らかの傷病者背景を持つものとして検討され、背景の一つとして精神疾患が含まれていたが、本図ではオリジナルデータを基に精神疾患の照会回数、現場滞在時間を算出してまとめている。

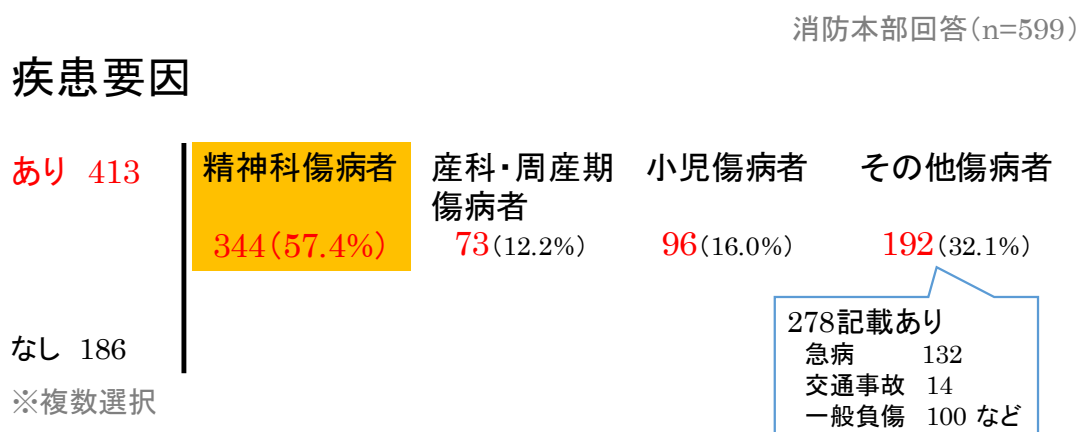


【図 6】平成 29 年搬送困難事例調査における精神科傷病者現場活動の現状



- \* 総務省消防庁: 救急救助の現況. 平成30年版, 2018
  - \*\* 総務省消防庁: 平成 29 年中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果. 2018
  - ■ 厚労科研橋本分担班: 平成29年中の全国搬送困難事例実態調査
- ※ 分担班調査は、精神科傷病者から急性アルコール中毒を除外したデータ に基づくため、公的統計とは一致しない

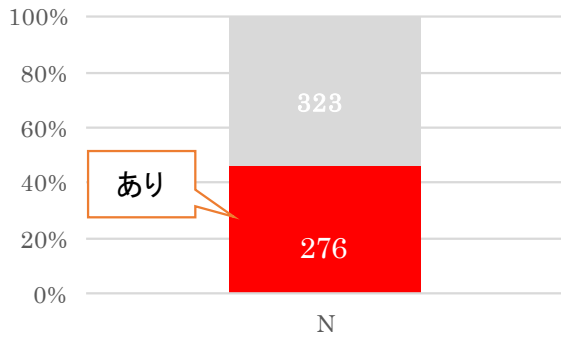
【図 7】平成 29 年搬送困難事例調査における「搬送困難事例」事案の内訳



照会回数4回以上、もしくは、現場滞在時間 30分以上になる事案は精神科傷病者にて認めやすい

※ 回答を寄せた各消防本部としての見解をもとにしている。

【図 8】「搬送困難事例」に関する病名やキーワード



急性アルコール中毒 (n=161), 複数疾患・既往症 (n=137), 外因 (n=67), 内因 (n=51), の順となるが, 特殊な事情もある (n=48)

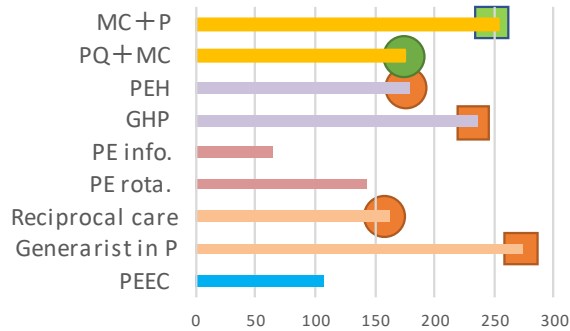
消防本部回答 (n=599)

大分類	小分類	N
救急	救急	6
救急	救助	18
救急	重篤	3
内因	脳疾	20
内因	内科	15
内因	消化	6
内因	呼吸	7
内因	循環	3
外因	整形	35
外因	外傷	23
外因	交通	4
外因	外科	3
外因	脳外	2
産婦人	産婦	1
小児科	小児	4
感覚系	特殊	11
精神科	急性アルコール中毒	161
精神科	精神	28
精神科	自損	14
課題	課題	48
課題	複数	137
課題	不定	2
課題	ほか	2
課題	資源	1
課題	処置	1
高齢者	高齢	9
分類不可	不能	11

【図9】 消防局の考える搬送円滑化のための対策案(複数選択可)

## 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 どのような対策が必要か(消防局見解)

消防本部(n=544)



- ※ MC+P: メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加
- ※ PQ+MC: 精神科救急の合議に身体救急医が定期参加
- ※ PEH: 精神科救急病院の増設
- ※ GHP: 総合病院精神科の増設
- ※ PE info.: 精神科救急情報センターの強化
- ※ PE rotat.: 精神科輪番制度の強化
- ※ Reciprocal care: 救急医・精神科医の相互的な往診体制
- ※ Generarist in P: 精神科病院における内科医の充足
- ※ PEEC: Psychiatric Evaluation in Emergency Careコースの開催

消防局の視点として、

- メディカルケア対応力改善
- 高いレベルでの一般・精神医療交流

が求められ、さらに

- 精神科救急病院の拡充
- 相互的な往診体制強化が必要

と考えられていた。



【図 11】 対策不要と回答した消防本部に存在する医療資源について

## 医療連携強化が「不要」とする消防本部に存在するリソースとは？

	N	MC+P	PQ+MC	PEH	GHP	PE info.	PE rota.	Reciprocal care	Generarist in P	PEEC
医療連携体制	4	0	2	0	1	1	2	0	0	0
精神科救急医療体制	18	0	0	1	3	3	12	1	3	0
搬送基準が機能	7	1	0	0	0	1	4	0	1	0
断らない救急	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事例希少	10	0	0	0	0	0	2	0	0	0

※ MC+P: メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加

※ PQ+MC: 精神科救急の合議に身体救急医が定期参加

※ PEH: 精神科救急病院の存在 ※ GHP: 総合病院精神科の存在

※ PE info.: 精神科救急情報センターの存在

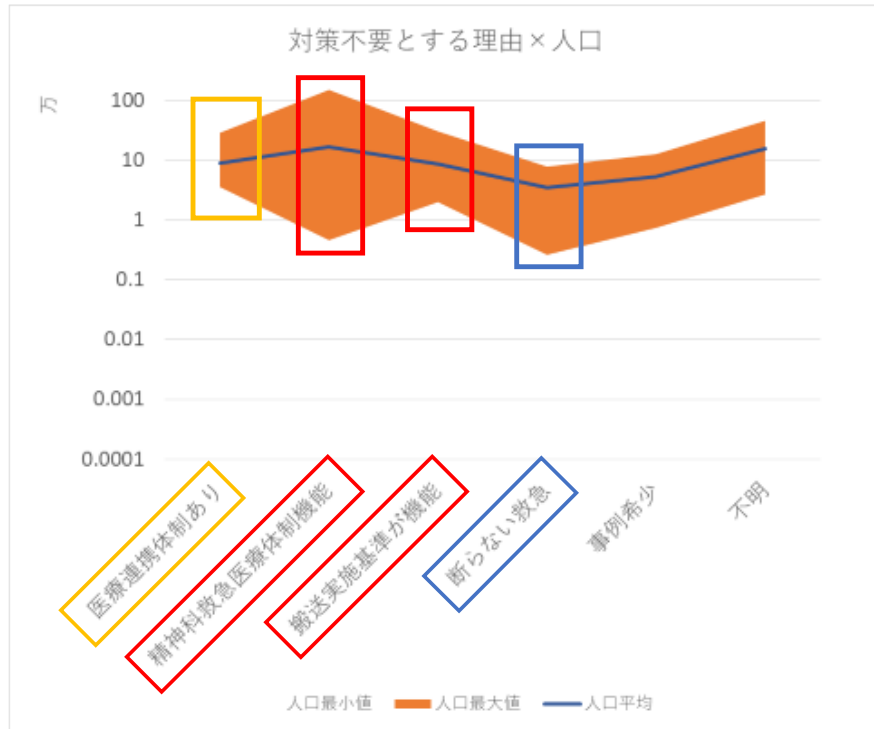
※ PE rotat.: 精神科輪番制度の存在 ※ Reciprocal care: 救急医・精神科医の相互的な交流

※ Generarist in P: 精神科病院における内科医の充足

※ PEEC: Psychiatric Evaluation in Emergency Careコースの開催

【図 12】 対策不要と回答した消防本部の圏域人口について

## 医療連携強化が「不要」とする消防本部の 人口規模について



【図 13】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と該当する施設数

## 施設機能類型と施設数

医療機関類型	F000	F001	F010	F011	F0100	F0101	F1000	F1001	F1010	F1011	F1100	F1101	F1111	Total
P000	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
P100	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
P110	90 ④	0	33	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	124
P001	281 ①	0	0	0	1	0	113 ③	0	0	0	13	0	0	408
P101	136 ②	0	0	0	2	0	78 ⑤	0	0	0	51	0	0	267
P111	8	39	1	4	0	4	1	31	0	1	0	41	9	139
Total	536	39	34	4	3	4	193	31	0	1	64	41	9	959

全体で、959施設によって31,059件の受入れ(今回報告の37.3%)を行っていた(max 326, min 1)。施設機能類型としては23パターンが認められた。

※ 機能類型ごとの施設数順では、①地域救急を支える一般病院、②無床精神を有する地域の救急病院、③地域中核的救急病院、④単科精神科病院、⑤無床精神を有する地域中核的救急病院の結果となった。

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0

構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院

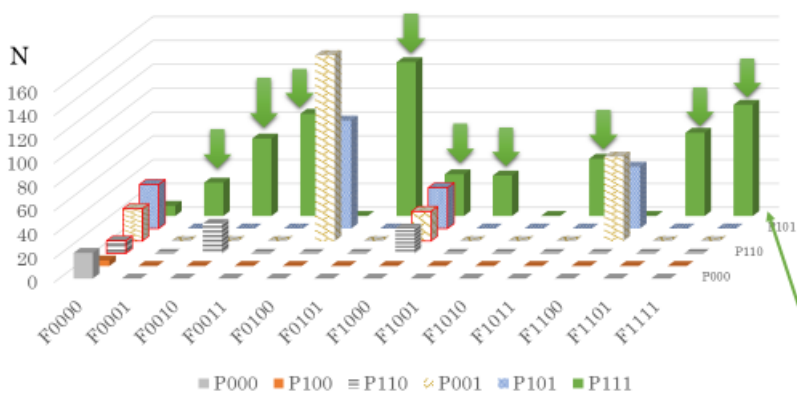
P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0

精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床



【図 14】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と精神科傷病者受入れ数(パターン P111)

### 施設機能類型と受入れ数(平均)

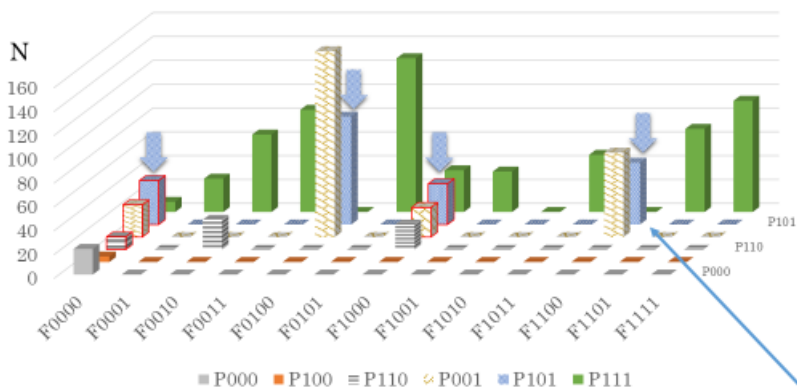


傷病者受入れに際し、一般病床と精神科病床が併存することが重要

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0  
 構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院  
 P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0  
 精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 15】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と精神科傷病者受入れ数(パターン P101)

### 施設機能類型と受入れ数(平均)

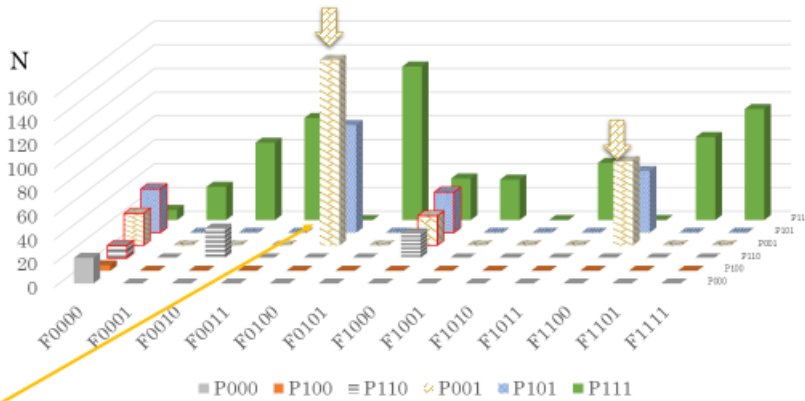


地域の救急病院に、無床精神科が併設することも受入れ促進的に作用

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0  
 構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院  
 P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0  
 精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 16】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と精神科傷病者受入れ数(パターン P001)

### 施設機能類型と受入れ数(平均)

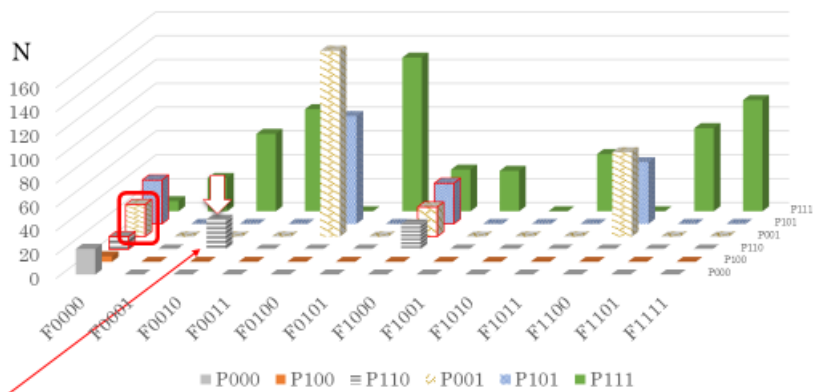


精神科機能がなくとも、救命救急センターを有することは、傷病者受入れへ大きくプラスへ働く

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0  
 構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院  
 P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0  
 精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 17】平成 29 年搬送困難事例調査における施設機能類型と精神科傷病者受入れ数(パターン P110)

### 施設機能類型と受入れ数(平均)



精神科救急認可病床は救急受入れ促進的に作用しており、メディカル対応力がよわい中、精神科機能のない地域の救急病院と同程度に受入れ能力を示していた

F: 高規格機能 4桁で表記 あり=1, なし=0  
 構成中核的医療機関, 救命救急センター, 精神科救急入院料病院, 有床精神科総合病院  
 P: 一般機能 3桁で表記 あり=1, なし=0  
 精神科標ぼう, 精神科病床, 一般病床

【図 18】平成 29 年搬送困難事例調査の結果と同種施設全体との比較

### 平成29年調査の結果と同種施設全体との比較

	H29年調査	全体 (2017年)	比率 (%)
救命救急センター	121	284	42.6
有床精神総合病院	129 (4) ※1	237 (9) ※2	54.4
精神科救急入院料病院※3	34	130	26.2
一般精神科病院	90	929※4	9.69

※1：（）は、有床総合病院精神科における精神科救急入院料合併症型の施設数

※2：2016年データ

※3：主たる診療科が精神科である施設

※4：一般精神科病院より精神科救急入院料病院を除外している

- ① 有床精神総合病院はその半数以上が地域救急医療に参画している
- ② 精神科救急入院料病院は一般精神科病院の2.7倍、地域救急医療に参画している

【図 19】施設類型ごとの施設数推移(平成 21 年対平成 29 年)

## 施設数推移 (平成21年 vs 平成29年)

	平成21年	平成29年
救命救急センター	214	284
有床精神総合病院	264 (5)	237 (9) ※1
精神科救急入院料病院 ※2	66	130
一般精神科病院	1017	929

※1：2016年データ

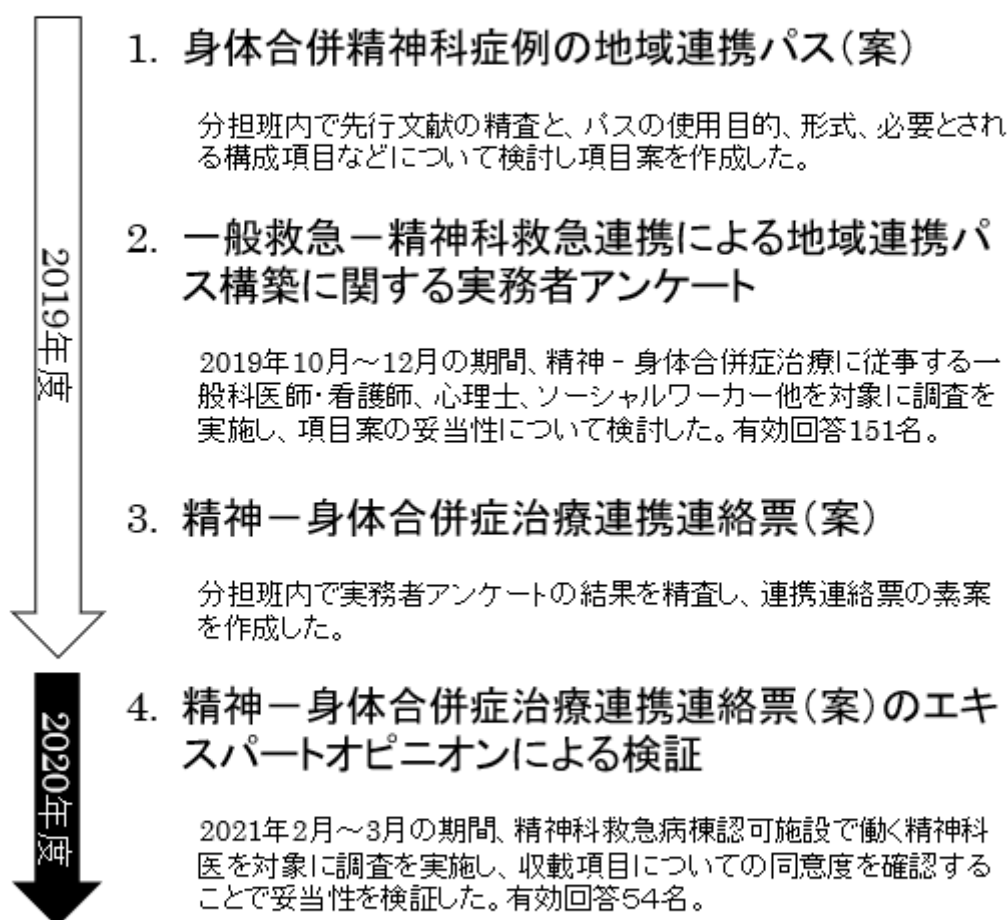
※2：主たる診療科が精神科である施設

- ① 施設数を減らしながらも、有床精神総合病院はメディカル面にも問題を抱えた地域精神科救急ニーズに応えていると考えられる
- ② 一般精神科病院から精神科救急入院料病院への機能拡充を図ることで、精神科救急入院料病院は地域精神科救急ニーズに応えていると考えられる

【図 20】 精神－身体合併症治療地域連携連絡票の作成について

## 精神－身体合併症治療地域連携連絡票の作成について

概念：単科精神科病院入院中の患者が、身体合併症のために、他の救急病院へ転院し入院治療を受ける際、精神科病院から救急病院への「依頼」と、救急病院から精神科病院への「報告」の内容を標準化することで、身体合併症治療の質を高めると同時に安全で継続的なケアを確保しようとするもの。基本シート、依頼シート、報告シートの3点で構成される。



○令和元年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)、(総括)精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究:〈分担〉精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化に関する研究。

○表

【表 1】精神科救急トリアージ&スクリーニングツール検証における基本データ

(n=26)

年齢	平均59.1y (SD±19.8)		
		N	(%)
性別	女性	17	65.4
来院手段	救急車	16	
	病院車	4	
	独歩	4	
	へり	1	
	不明	1	
紹介元	あり	12	
	なし	12	
	不明	2	
疾患分類 (身体)	整形外科	8	
	呼吸器系	5	
	中毒	4	
	脳神経系	3	
	腎・泌尿器科系	3	
	消化器系	2	
	特定不能	1	
		総数	主たる診断
疾患分類 (精神)	神経認知障害群	12	9
	精神病性障害群	6	6
	抑うつ障害群	4	3
	神経発達障害群	4	1
	心的外傷およびストレス因関連障害群	3	2
	不安障害群	3	2
	物質関連障害および嗜癖性障害群	2	2
	解離性障害群	1	1
	性別違和	1	0
	パーソナリティ障害群	1	0

※疾患分類 (精神) についてはdsm-5によるもので、総数は、主たる診断・従たる診断を合わせたもの



【表 2】評価時の全身状態・意識レベルなど

(n=26)

		項目	評価数	回答率	特記あり	逸脱率					
一次評価	循環動態	体温	26	100	7	26.9					
		血圧	26	100	2	7.7					
		脈拍	26	100	9	34.6					
		呼吸数	26	100	3	11.5					
		酸素化	26	100	6	23.1					
見当識	名前	26	100	6	23.1						
	年齢	26	100	10	38.5						
	日付	26	100	16	61.5						
	場所	26	100	15	57.7						
参考	飲酒	19	73.1	1	5.3						
	連続引算	13	50	8	61.5						
理学所見	瞳孔	26	100	3	11.5						
	動作	26	100	4	15.4						
	その他	26	100	5	19.2						
補足	身体既往症	26	100	10	38.5						
	発症様式	24	92.3			数時間	数日	週単位			
						7	6	11			
二次評価	意識レベル	JCS	20	76.9	clear	I	II	III			
								4	11	3	2
		GCS総得点	21	80.8	ave	SD					
						13.7	1.5				
		GCS重症度	21	80.8	mild	medium	severe				
						14	6	1			

※ JCS: Japan Coma Scale. Iは1-1~1-3, IIは2-10~2-30, IIIは3-100~3-300を示す。

※ GCS: Glasgow Coma Scale. MildはGCS14~15, mediumはGCS9~13, severeはGCS3~8を示す。

【表 3】救急医の JEPS-Ex 評価(第一印象パート)について

	第一印象 (精神科疾患 あり)		過去の精神科 治療歴あり		過去の同様エ ピソードあり	
評価数	16		21		20	
回答率	61.5		80.8		76.9	
内訳	n	%	n	%	n	%
あり	16	100	13	61.9	6	30
なし			7	33.3	6	30
不詳			1	4.8	8	40

(n=26)

【表 4】救急医の JEPS-Ex 評価(スクリーニングパート)について

	コード	定義	n
外観	psy1	奇妙な印象を与える乱れた身なりや化粧	1
	dep1	それなりに整っているがくたびれた感じの身なり	10
	pd1	派手な身なりや過度な装飾品	0
	asd1	比較的清潔で整った装い	3
	dem1	季節に合わない服装	0
会話	psy2	過度な従順さ／にやにやした独り言	1
	dep2	会話内容には一貫している部分がある	8
	pd2	訴えがドラマチックで派手	2
	asd2	こだわりが強い会話／痼癪がみられる	2
	dem2	見当外れな会話	4
判定	PSY	精神病性障害圏の疑い	0
	DEP	抑うつ障害圏の疑い	3
	PD	パーソナリティ障害圏の疑い	0
	ASD	自閉症スペクトラム圏の疑い	0
	DEM	認知症圏の疑い	0

(n=26)

※ psy/PSY：精神病性障害群， dep/DEP:抑うつ障害群， pd/PD：パーソナリティ障害群， asd/ASD：自閉症スペクトラム障害群， dem/DEM：認知障害群。  
 ※ 例えばpsy1とpsy2のチェックがそろった場合にPSY疑いと判定する。

【表 5】救急医の JEPS-Ex 評価(簡易的精神症状評価パート)について

	会話成立	指示動作	見守りの 要否	
問題なし	14	16	不要	2
部分的	9	6	部分的	17
困難	3	4	常時	7

(n=26)

※ 会話成立・指示動作・見守りの要否について，問題なし／不要，部分的，困難／常時のいずれかを択一式で評価。

【表 6】救急医の簡易的精神症状評価と緊急度判断との関係

簡易的評価 総得点	n	緑判定	黄判定	橙判定	赤判定
3	2	2	0	0	0
4	11	0	4	4	3
5	3	0	2	1	0
6	4	0	3	0	1
7	2	0	0	1	1
8	1	0	0	0	1
9	3	0	1	1	1
計	26	2	10	7	7

(n=26)

※ 問題なし／不要を 1 点，部分的を 2 点，困難／常時を 3 点として総得点を算出。

【表 7】精神科救急トリアージ&スクリーニングツール検証における外来転帰内訳

緊急措置／ 措置入院	応急入院	医療保護 入院	任意入院	一般入院	入院なし	
0	1	4	0	15	6	
		医療保護 入院相当	任意入院 相当	精神科維持 療法のみ	本来 要入院	入院不要
		5	6	4	1	5

※一般入院については、身体合併症治療のため精神症状が活発であっても救命救急センター他へ入院することがあるため、症例の精神症状の程度でもって、精神科病棟であれば医療保護入院・任意入院など、どのような入院形態に相当するかを判断している

※入院なしについて、調査施設での入院治療は不要であったが、措置入院中の紹介来院にて外来検査後紹介元で継続入院となった症例を「本来要入院」とし、外来対応となった症例を「入院不要」としている。

【表 8】 救急医の緊急度判定と精神科医による外来転帰判断との関係

	外来帰宅	一般病棟入院			精神科病棟 非自発入院
		維持療法	任意相当	医保相当	
緑判定	2	0	0	0	0
黄判定	2	1	3	2	1
橙判定	0	2	2	1	2
赤判定	1	1	1	2	2

(n=25)

※ 外来帰宅については入院による身体治療不要と判断された群にて、救急外来での検査後、紹介元で措置入院継続となった症例を除いた5例について検討している。

※ 維持療法とは、身体的には要入院であるが、精神的には従来の治療薬を継続するだけでよい群を意味する。

※ 「任意」とは任意入院、「医保」とは医療保護入院を意味する。

【表 9】 救急医の緊急度判定と精神科医による重症度判断との関係

	緑判定	黄判定	橙判定	赤判定
重症比率(%)	0	33.3	42.9	57.1

※ 精神科医による外来転帰判断のうち、外来帰宅、一般入院維持療法、一般入院任意相当を軽症とし、一般入院医保相当、非自発入院を重症として比率を計算した。

【表 10】 救急医の緊急度判定(赤)と精神科医による重症度判断との関係

	重症	中等症以下	計
大項目 合計2以上	2	0	2
大項目 合計1	2	3	5
計	4	3	7

※ JEPS-Exの赤判定における、自傷・他害・興奮・まともでない言動の4つの大項目を救急医がチェックした合計数と、精神科医による外来転帰判断（重症・中等症以下）とで検討。

※ 重症とは非自発入院・医保相当、中等症以下とは任意相当、一般入院維持療法、外来帰宅を意味する。

【表 11】病棟別の疾患分類(身体と精神)

疾患分類 (身体)	全体	精神	一般	外来
整形外科	8	1	5	2
呼吸器系	5	3	2	0
中毒	4	0	3	1
脳神経系	3	0	2	1
腎・泌尿器科系	3	1	2	0
消化器系	2	0	1	1
特定不能	1	0	0	1

疾患分類 (精神) ※主たる診断	全体	精神	一般	外来
神経認知障害群	9	3	6	0
精神病性障害群	6	2	2	2
抑うつ障害群	3	0	2	1
神経発達障害群	1	0	1	0
心的外傷およびストレス因関連障害群	2	0	2	0
不安障害群	2	0	1	1
物質関連障害および嗜癖性障害群	2	0	1	1
解離性障害群	1	0	0	1



【表 12】各入院判断における「急性かつ重症の基本要件」の出現率

	外来帰宅 (n=5)	一般病棟入院			精神科病棟 非自発入院 (n=5)
		維持療法 (n=4)	任意相当 (n=6)	医保相当 (n=5)	
医学的な重症性	0	25.0	33.3	100	100
社会的不利益	0	0	0	0	0
急性の展開	60.0	25.0	66.7	60.0	40.0
治療の必要性	20.0	0	83.3	80.0	100
治療の可能性	60.0	0	50.0	80.0	80.0

単位：%

※ 各症例ごとに、該当する「急性かつ重症の基本要件」を複数選択式に確認し、各要件の外来転帰判断ごとの選択数を、各外来転帰判断の母数で除して比率を求めている。

※外来帰宅については入院による身体治療不要と判断された群にて、救急外来での検査後、紹介元で措置入院継続となった症例を除いた5例について検討した。

※維持療法とは、身体的には要入院であるが、精神的には従来の治療薬を継続するだけでよい群を意味する。

※「任意」とは任意入院、「医保」とは医療保護入院を意味する。

【表 13】救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の項目数との関係

緊急度	基本要件項目数						計
	0	1	2	3	4	5	
緑判定	2	0	0	0	0	0	2
黄判定	0	1	7	0	1	1	10
橙判定	2	1	0	1	3	0	7
赤判定	0	1	1	3	2	0	7
計	4	3	8	4	6	1	26

【表 14】 救急医の緊急度判定と「急性かつ重症の基本要件」の各項目との関係

		医学的な 重症性	社会的 不利益	急性の 展開	治療の 必要性	治療の 可能性
	n	あり	あり	あり	あり	あり
緑判定	2	0	0	0	0	0
黄判定	10	50	10	60	60	60
橙判定	7	57.1	0	57.1	57.1	57.1
赤判定	7	71.4	0	57.1	85.7	71.4

(%)

【表 15】各入院判断における「緊急に医療的介入を要する因子」の出現率

	外来帰宅	一般病棟入院			精神科病棟
	(n=5)	維持療法 (n=4)	任意相当 (n=6)	医保相当 (n=5)	非自発入院 (n=5)
○他害・自傷・自律性低下など	20.0	0	83.3	80.0	100
他害関連	0	0	16.7	0	20.0
自殺問題	20.0	0	66.7	40.0	20.0
自律性低下	0	0	0.0	40.0	60.0
○関係者要因	0	25.0	16.7	0	40.0
○医療要因	60.0	100	100	80.0	100
初診	40.0	25.0	16.7	40.0	40.0
中断例	0	0	0	0	0
かかりつけ医対応困難	20.0	75.0	83.3	40.0	60.0
○時間外要因	0	0	0	0	0
○身体合併症要因	0	100	100	100	80.0

単位：%

※ 各症例ごとに、該当する「緊急に医療的介入を要する因子」を複数選択式に確認し、各要因の外来転帰判断ごとの選択数を、各外来転帰判断の母数で除して比率を求めている。

※ 外来帰宅については入院による身体治療不要と判断された群にて、救急外来での検査後、紹介元で措置入院継続となった症例を除いた5例について検討している。

※ 維持療法とは、身体的には要入院であるが、精神的には従来の治療薬を継続するだけでよい群を意味する。

※ 「任意」とは任意入院、「医保」とは医療保護入院を意味する。

【表 16】基本情報シートの収載項目に関する検討

項目	N	(%)	項目の同意度			
			(ave)	(SD)	(MAX)	(min)
特になし	14	25.9				
(ア) 氏名	0	0.0	9.7	0.5	10	1
(イ) 生年月日	0	0.0	9.7	0.5	10	1
(ウ) 住所	5	9.3	8.9	1.8	10	1
(エ) 緊急連絡先	15	27.8	9.5	0.9	10	1
(オ) 併存症	3	5.6	9.5	0.9	10	1
(カ) 既存症(手術歴含む)	2	3.7	9.2	1.2	10	1
(キ) アレルギー歴	6	11.1	9.3	1.1	10	1
(ク) 身長	15	27.8	8.0	2.0	10	1
(ケ) 体重	17	31.5	8.1	2.0	10	1
(コ) 介護保険	28	51.9	8.0	1.8	10	1
(サ) かかりつけ医情報	33	61.1	7.7	2.0	10	1
(シ) ケアマネジャー情報	37	68.5	7.2	2.0	10	1

※ 連絡票基本シートの各項目で、代用できない項目は多い順にカラースケール(緑)にて、同意度は同意度の高い順にカラースケール(赤)にて表示している。

【表 17】 基本シートへの追加が提案された事項

基本シート追加事項案	
○一般医療情報	
	疾患名
	服薬内容
	薬剤副作用歴
	禁忌薬品
	感染症リスク(ウイルス性肝炎、HIV、COVID-19濃厚接触等)
○支援・生活情報	
	独居有無
	キーパーソン
	緊急連絡先ならびに優先順位
	ペット有無
○精神科医療情報	
	入院形態 及び 同意者があれば同意者及び関係性
	自傷他害リスクについて
	自立支援医療、障害者手帳、障害者年金など

【表 18】 シート記載に要する時間

記載所要時間				
	ave	SD	MAX	min
基本シート	17.4	9.6	60	3
依頼シート	18.2	9.0	60	3

単位:分

【表 19】本シートを大規模災害対策として常備することについて

	可能	修正があれば 可能	困難
基本シート	39	5	10
依頼シート	35	6	13

【表 20】加療依頼シートの各項目に対する同意度

質問項目	項目の同意度			
	(ave)	(SD)	(MAX)	(min)
(ア)精神科臨床診断名	9.5	0.8	10	1
(イ)身体現症	9.4	0.9	10	1
(ウ)依頼目的	9.6	0.7	10	1
(エ)日常生活機能	8.5	1.5	10	1
(オ)食事形態	8.4	1.6	10	1
(カ)バイタルサイン	9.1	1.2	10	1
(キ)検査情報	9.3	1.0	10	1
(ク)薬剤情報	9.6	0.7	10	1
(ケ)精神状態	9.5	0.8	10	1
(コ)頓服指示	8.5	1.6	10	1
(サ)紹介先精神科への情報提供の有無	8.7	1.7	10	1
(シ)飲酒歴	7.7	2.1	10	1
(ス)喫煙歴	7.4	2.2	10	1

【表 21】 依頼シートへの追加が提案された事項

依頼シート追加事項案
簡潔な精神科病歴など
薬剤情報
通常時の食事摂取状況(例 1/3量)
最終排便日 平素の排便コントロールの状況

【表 22】 加療報告シート収載項目に関する記載率と同意度

項目	記載率	項目の同意度			
		(ave)	(SD)	(MAX)	(min)
(ア) 身体的臨床診断名	94.4	9.9	0.3	10	4
(イ) 実施治療内容	98.1	9.8	0.4	10	4
(ウ) 続発症	68.5	9.4	1.0	10	4
(エ) 経過観察上の留意点	64.8	9.6	0.7	10	4
(オ) 状態悪化時の対応	38.9	9.4	0.8	10	4
(カ) 合併症検査状況	62.3	9.3	1.0	10	4
(キ) 他科受診に関する情報	48.1	9.0	1.3	10	1
(ク) 経過中の精神状態	64.8	8.8	1.3	10	1
(ケ) 身体治療施設精神科からの情報提供の有無	59.3	8.9	1.3	10	1
(コ) 精神科救急トリアージ&スクリーニング尺度の内容	13.0	7.0	2.4	10	1

身体合併症再発時の受け入れ可能の可否など



【表 23】精神科傷病者・自損行為傷病者、現場滞在時間区分ごとの件数

現場滞在時間区分ごとの件数		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	60分以上 120分 未満	120分 以上	計	30分以上	45分以上	60分以上
		精神科傷病者	件数	34,251	30,094	9,069	2,793		2,065	241	78,513
	割合	43.6%	38.3%	11.6%	3.6%	2.6%	0.3%	100.0%	18.0%	6.5%	2.9%
自損行為傷病者	件数	8,620	12,009	3,629	1,258	867	79	26,462	5,833	2,204	946
	割合	32.6%	45.4%	13.7%	4.8%	3.3%	0.3%	100.0%	22.0%	8.3%	3.6%

※ 精神科傷病者とは救急隊判断によって主たる病態が精神科疾患であると判断されたもの

※ 自損行為傷病者とは搬送理由が意図的な自傷行為であるものであるが、救急隊判断によって状態に応じて急病、外傷、重篤事案他に分類されることもあるため、全ての意図的事象を含むものではない



【付録 A2】 精神－身体合併症治療地域連携連絡票のエキスパートオピニオンによる検証(調査項目)

調査協力医療機関名:

回答医師名:

① 基本情報シートについて

1. 貴施設で利用している診療情報提供書や看護サマリーで代用可能ですか？

- (ア) 完全に代用できる
- (イ) 部分的に代用できる
- (ウ) まったく代用できない

2. 貴施設で利用している診療情報提供書や看護サマリーで代用できない項目を教えてください

- (ア) 氏名
- (イ) 生年月日
- (ウ) 住所
- (エ) 緊急連絡先
- (オ) 併存症
- (カ) 既存症(手術歴含む)
- (キ) アレルギー歴
- (ク) 身長
- (ケ) 体重
- (コ) 介護保険
- (サ) かかりつけ医情報
- (シ) ケアマネジャー情報

3. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、基本情報シートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を 10、完全に同意できない場合を 1 としてお答えください

- (ア) 氏名 ( )点
- (イ) 生年月日 ( )点
- (ウ) 住所 ( )点
- (エ) 緊急連絡先 ( )点
- (オ) 併存症 ( )点
- (カ) 既存症(手術歴含む) ( )点
- (キ) アレルギー歴 ( )点
- (ク) 身長 ( )点
- (ケ) 体重 ( )点
- (コ) 介護保険 ( )点
- (サ) かかりつけ医情報 ( )点

- (シ) ケアマネジャー情報 ( )点  
(ス) 他に必要な情報について (自由記載)

4. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、基本情報シートを用いて事後的にチェックと記入を行ったとして、それに要するであろう時間を教えてください。分単位でお願いいたします。

(ア) ( )分

5. 大規模災害が発生したときに備え、本シートを常に用意しておくことは可能でしょうか？

(ア) 可能である

(イ) 修正があれば可能である (具体的に )

(ウ) 現実的ではない (理由: )

② 基本情報シートについて

1. 貴施設で利用している診療情報提供書や看護サマリーで代用可能ですか？

(ア) 完全に代用できる

(イ) 部分的に代用できる

(ウ) まったく代用できない

2. 貴施設で利用している診療情報提供書や看護サマリーで代用できない項目を教えてください

(ア) 氏名

(イ) 生年月日

(ウ) 住所

(エ) 緊急連絡先

(オ) 併存症

(カ) 既存症(手術歴含む)

(キ) アレルギー歴

(ク) 身長

(ケ) 体重

(コ) 介護保険

(サ) かかりつけ医情報

(シ) ケアマネジャー情報

3. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、基本情報シートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を 10、完全に同意できない場合を 1 としてお答えください

(ア) 氏名 ( )点

(イ) 生年月日 ( )点

(ウ) 住所 ( )点

- (エ) 緊急連絡先 ( )点
- (オ) 併存症 ( )点
- (カ) 既存症(手術歴含む) ( )点
- (キ) アレルギー歴 ( )点
- (ク) 身長 ( )点
- (ケ) 体重 ( )点
- (コ) 介護保険 ( )点
- (サ) かかりつけ医情報 ( )点
- (シ) ケアマネジャー情報 ( )点
- (ス) 他に必要な情報について (自由記載)

4. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、基本情報シートを用いて事後的にチェックと記入を行ったとして、それに要するであろう時間を教えてください。分単位でお願いいたします。

(ア) ( )分

5. 大規模災害が発生したときに備え、本シートを常に用意しておくことは可能でしょうか？

(ア) 可能である

(イ) 修正があれば可能である (具体的に )

(ウ) 現実的ではない (理由: )

### ③ 加療依頼申し送りシートについて

1. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、加療依頼申し送りシートを用いて事後的にチェックと記入を行ったとして、それに要するであろう時間を教えてください。分単位でお願いいたします。

(ア) ( )分

2. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、加療依頼申し送りシートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を10、完全に同意できない場合を1としてお答えください

(ア) 精神科臨床診断名 ( )点

(イ) 身体現症 ( )点

(ウ) 依頼目的 ( )点

(エ) 日常生活機能 ( )点

(オ) 食事形態 ( )点

(カ) バイタルサイン ( )点

(キ) 検査情報 ( )点

(ク) 薬剤情報 ( )点

(ケ) 精神状態 ( )点

- (コ) 頓服指示 ( )点  
 (サ) 紹介先精神科への情報提供の有無 ( )点

※紹介先精神科とは、身体加療のために紹介した病院の精神科を意味します

- (シ) 飲酒歴 ( )点  
 (ス) 喫煙歴 ( )点  
 (セ) 他に必要な情報について (自由記載)

3. 大規模災害が発生したときに備え、本シートを常に用意しておくことは可能でしょうか？

- (ア) 可能である  
 (イ) 修正があれば可能である (具体的に )  
 (ウ) 現実的ではない (理由: )

④ 加療依頼申し送りシートについて

1. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、加療依頼申し送りシートを用いて事後的にチェックと記入を行ったとして、それに要するだろう時間を教えてください。分単位でお願いいたします。

(ア) ( )分

2. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、加療依頼申し送りシートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を10、完全に同意できない場合を1としてお答えください

- (ア) 精神科臨床診断名 ( )点  
 (イ) 身体現症 ( )点  
 (ウ) 依頼目的 ( )点  
 (エ) 日常生活機能 ( )点  
 (オ) 食事形態 ( )点  
 (カ) バイタルサイン ( )点  
 (キ) 検査情報 ( )点  
 (ク) 薬剤情報 ( )点  
 (ケ) 精神状態 ( )点  
 (コ) 頓服指示 ( )点  
 (サ) 紹介先精神科への情報提供の有無 ( )点

※紹介先精神科とは、身体加療のために紹介した病院の精神科を意味します

- (シ) 飲酒歴 ( )点  
 (ス) 喫煙歴 ( )点  
 (セ) 他に必要な情報について (自由記載)

3. 大規模災害が発生したときに備え、本シートを常に用意しておくことは可能でしょうか？

(ア) 可能である

(イ) 修正があれば可能である	(具体的に )
(ウ) 現実的ではない	(理由: )

⑤ 加療報告申し送りシートについて

1. 先生の担当する入院症例で、身体加療を要して救急病院へ転院し、その後貴院へ再入院となった症例につき、事後的に返信内容を確認し、加療報告申し送りシートの各項目が情報提供書やサマリーに記載があるかをご確認ください

(ア) 身体的臨床診断名 (あり・なし)

(イ) 実施治療内容 (あり・なし)

(ウ) 続発症 (あり・なし)

(エ) 経過観察上の留意点 (あり・なし)

(オ) 状態悪化時の対応 (あり・なし)

(カ) 合併症検査状況 (あり・なし)

(キ) 他科受診に関する情報 (あり・なし)

(ク) 経過中の精神状態 (あり・なし)

(ケ) 身体治療施設精神科からの情報提供の有無 (あり・なし)

(コ) 精神科救急トリアージ&スクリーニング尺度の内容 (あり・なし)

2. 身体合併症の加療を要する精神科症例の病病連携に際し、加療報告申し送りシートの各項目について掲載の必要性にどのくらい同意されますか？ 完全に同意される場合を10、完全に同意できない場合を1としてお答えください

(ア) 身体的臨床診断名 ( )点

(イ) 実施治療内容 ( )点

(ウ) 続発症 ( )点

(エ) 経過観察上の留意点 ( )点

(オ) 状態悪化時の対応 ( )点

(カ) 合併症検査状況 ( )点

(キ) 他科受診に関する情報 ( )点

(ク) 経過中の精神状態 ( )点

(ケ) 身体治療施設精神科からの情報提供の有無 ( )点

(コ) 精神科救急トリアージ&スクリーニング尺度の内容 ( )点

(サ) 他に必要な情報について (自由記載)

【付録1】標準化された身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療依頼)

(記載年月日)

(紹介先郵便番号・住所)

(紹介先施設名)

●● 先生 御侍史

(紹介元施設名・郵便番号・住所)

(紹介元代表電話・FAX 番号)

(紹介元医師名)

### 診療情報提供書

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。下記につきましてご報告・ご紹介申し上げます。

(患者氏名)	(性別)	(紹介元患者識別番号)
(生年月日・年齢)		
(患者郵便番号・住所)		
(緊急連絡先 1 番の氏名・電話番号・住所・続柄)		
(緊急連絡先 2 番の氏名・電話番号・住所・続柄)		
傷病名		
併存症 糖尿病[1 型/2 型]・脂質異常症・高血圧症・肝疾患・腎疾患[シャント 有・無]・心疾患・ 脳血管障害[麻痺 有・無]・他[ ]		
感染症 [無/有: ]		
結核既往 [無/有: ]		
既往症[含、手術歴]		
アレルギー [無/有: ]		
※該当部分に○をつけること		
紹介目的・症状経過等		
(依頼目的)		
(症状経過)		
(身体現症)		
(バイタルサイン)		
(検査情報の有無や詳細)		
<input type="checkbox"/> 紹介先精神科への情報提供(※紹介先に精神科があり別途情報提供した場合にチェック)		
<添付書類> <input type="checkbox"/> 画像情報 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 治療計画 <input type="checkbox"/> その他[ ]		
現在の処方		
(頓服指示も含む)		
その他の重要事項(※看護サマリー他の文書に記載があれば□にチェックをしてください)		
<input type="checkbox"/> 身長[日付]		



- 体重[日付]
- 介護保険   ○未申請   ○要支援   ○要介護 1・2・3・4・5
- かかりつけ医情報 1[施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号]
- かかりつけ医情報 2[施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号]
- かかりつけ医情報 3[施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号]
- ケアマネジャー[施設名・担当者名・施設住所・電話番号]
- 日常生活機能[ 担送・護送・独歩 ]
- 現在の入院形態[ 任意・医療保護・措置・観察法 ]
- 現在の精神状態[ 安定・不安定< 隔離・拘束 >]
- せん妄既往[ 有・無・不詳 ]
- 過去における暴力行為[ 有・無・不詳 ]   有の場合直近 1 か月での暴力行為[ 有・無・不詳 ]
- 過去における自損行為[ 有・無・不詳 ]   有の場合直近 1 か月での自損行為[ 有・無・不詳 ]
- 問題行動[ 多飲水(水中毒)・異食・盗食・拒食・徘徊 ]
- 飲酒歴[ 非飲酒・機会飲酒・有<種類:           , 量:           >]
- 喫煙歴[ 非喫煙・禁煙・喫煙   <   年,   本/日 > ]

【付録 2】標準化された身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療報告)

(記載年月日)

(報告先郵便番号・住所)

(報告先施設名)

●● 先生 御侍史

(報告元施設名・郵便番号・住所)

(報告元代表電話・FAX 番号)

(報告元医師名)

診療情報提供書

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。下記につきましてご報告・ご紹介申し上げます。

(患者氏名)	(性別)	(報告元患者識別番号)
(生年月日・年齢)		
傷病名 (入院の原因となった身体的臨床診断) (入院中の続発症)		
報告目的・症状経過等  (実施治療内容) (入院中に生じた続発症の治療内容) (経過観察上の留意点) (状態悪化時の対応や再度の受入れについて)		
<添付書類> <input type="checkbox"/> 画像情報 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 治療計画 <input type="checkbox"/> その他[ ]		
<検査所見> <input type="checkbox"/> 心電図 異常(無/有: ) QTc msec <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン 心拡大(無/有) 異常陰影(無/有) <input type="checkbox"/> CT 検査(部位: ) 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> CT 検査(部位: ) 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> 尿検査 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> (		
※今回加療中に実施した最新の検査に基づいて記載すること		
現在の処方 (頓服指示も含む)		
その他の重要事項(※該当部分に <input type="checkbox"/> にチェックをしてください)		

入院中の他科受診なし

入院中の他科受診あり

○ 加療内容はこの診療情報提供書に記載あり

○ 別途、当該科より診療情報提供書あり

経過中の精神状態 特記なし 悪化あり

Japan Emergency Psychiatry Scale – Ex (赤・橙・黄)

見守りの要否 (問題なし・部分的・困難)

報告元施設に精神科があれば精神科からの報告書 あり なし

【付録 3-1】バージョンアップされた Japan Emergency Psychiatry Scale – Expert opinion version (JEPS-Ex 2.0) <全体>

Japan Emergency Psychiatry Scale (Expert opinion version) _2.0																										
順序	内容																									
1.	<p><b>メタデータ入力アラート</b> ※下部に特記があればチェックを入れた詳細記入すること</p> <p><b>パタリス</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 体温</td> <td><input type="checkbox"/> 名前</td> <td><input type="checkbox"/> 瞳孔</td> <td><input type="checkbox"/> 重要な補足情報</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血圧</td> <td><input type="checkbox"/> 年齢</td> <td><input type="checkbox"/> (左右差・偏視)</td> <td><input type="checkbox"/> 今回エピソードの発症様式</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脈拍</td> <td><input type="checkbox"/> 日付</td> <td><input type="checkbox"/> 四肢動作</td> <td><input type="checkbox"/> 急性(数時間)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 呼吸数</td> <td><input type="checkbox"/> 場所</td> <td><input type="checkbox"/> (左右差・他)</td> <td><input type="checkbox"/> 慢性(週単位)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 酸素化</td> <td><input type="checkbox"/> 有/無</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 慢性(週単位)</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3">※連続引き継ぎ 円滑 / 失敗 (例) 低体重 / るい瘦弱</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 体温	<input type="checkbox"/> 名前	<input type="checkbox"/> 瞳孔	<input type="checkbox"/> 重要な補足情報	<input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> 年齢	<input type="checkbox"/> (左右差・偏視)	<input type="checkbox"/> 今回エピソードの発症様式	<input type="checkbox"/> 脈拍	<input type="checkbox"/> 日付	<input type="checkbox"/> 四肢動作	<input type="checkbox"/> 急性(数時間)	<input type="checkbox"/> 呼吸数	<input type="checkbox"/> 場所	<input type="checkbox"/> (左右差・他)	<input type="checkbox"/> 慢性(週単位)	<input type="checkbox"/> 酸素化	<input type="checkbox"/> 有/無	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 慢性(週単位)		※連続引き継ぎ 円滑 / 失敗 (例) 低体重 / るい瘦弱			
<input type="checkbox"/> 体温	<input type="checkbox"/> 名前	<input type="checkbox"/> 瞳孔	<input type="checkbox"/> 重要な補足情報																							
<input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> 年齢	<input type="checkbox"/> (左右差・偏視)	<input type="checkbox"/> 今回エピソードの発症様式																							
<input type="checkbox"/> 脈拍	<input type="checkbox"/> 日付	<input type="checkbox"/> 四肢動作	<input type="checkbox"/> 急性(数時間)																							
<input type="checkbox"/> 呼吸数	<input type="checkbox"/> 場所	<input type="checkbox"/> (左右差・他)	<input type="checkbox"/> 慢性(週単位)																							
<input type="checkbox"/> 酸素化	<input type="checkbox"/> 有/無	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 慢性(週単位)																							
	※連続引き継ぎ 円滑 / 失敗 (例) 低体重 / るい瘦弱																									
2.	<p><b>第一印象/ベクトル:精神科疾患の存在を疑うか</b></p> <p><input type="checkbox"/> 疑う _____ ※「疑う」場合、患者の主訴を患者のことは [ ] で特定し、以下も確認</p> <p><input type="checkbox"/> 疑わない(終了) ※重要な補足情報:精神科治療歴 ありなし-不詳</p> <p>※重要な補足情報:過去の同様エピソード ありなし-不詳</p>																									
3.	<p><b>スクリーニングパート</b></p> <p>※外観・会話でひとつずつチェックし、どちらでもチェックの付く診断類型を特定せよ</p> <p>※外観・会話のチェック項目が特定の診断類型に一致しない場合、「診断類型特定不能」とし、チェックされた項目を記録せよ</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与えらるる乱れた身なりや化粧</td> <td><input type="checkbox"/> 整っているがくたびれた感の身なり</td> <td><input type="checkbox"/> 派手な身なりや過度な装飾品</td> <td><input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った装い</td> <td><input type="checkbox"/> 季節に合わない服装</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 過度な敬禮さ/丁寧さやこぼれに拘り言</td> <td><input type="checkbox"/> 会話内容は一貫している</td> <td><input type="checkbox"/> 訴えがバラバラで矛盾</td> <td><input type="checkbox"/> こだわりが強い会話/偏見がみられる</td> <td><input type="checkbox"/> 見当はずれな会話</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神病的譫妄の疑い</td> <td><input type="checkbox"/> 気分障害の疑い</td> <td><input type="checkbox"/> パーソナリティ障害の疑い</td> <td><input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラムの疑い</td> <td><input type="checkbox"/> 認知症の疑い</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与えらるる乱れた身なりや化粧	<input type="checkbox"/> 整っているがくたびれた感の身なり	<input type="checkbox"/> 派手な身なりや過度な装飾品	<input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った装い	<input type="checkbox"/> 季節に合わない服装	<input type="checkbox"/> 過度な敬禮さ/丁寧さやこぼれに拘り言	<input type="checkbox"/> 会話内容は一貫している	<input type="checkbox"/> 訴えがバラバラで矛盾	<input type="checkbox"/> こだわりが強い会話/偏見がみられる	<input type="checkbox"/> 見当はずれな会話	<input type="checkbox"/> 精神病的譫妄の疑い	<input type="checkbox"/> 気分障害の疑い	<input type="checkbox"/> パーソナリティ障害の疑い	<input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラムの疑い	<input type="checkbox"/> 認知症の疑い										
<input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与えらるる乱れた身なりや化粧	<input type="checkbox"/> 整っているがくたびれた感の身なり	<input type="checkbox"/> 派手な身なりや過度な装飾品	<input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った装い	<input type="checkbox"/> 季節に合わない服装																						
<input type="checkbox"/> 過度な敬禮さ/丁寧さやこぼれに拘り言	<input type="checkbox"/> 会話内容は一貫している	<input type="checkbox"/> 訴えがバラバラで矛盾	<input type="checkbox"/> こだわりが強い会話/偏見がみられる	<input type="checkbox"/> 見当はずれな会話																						
<input type="checkbox"/> 精神病的譫妄の疑い	<input type="checkbox"/> 気分障害の疑い	<input type="checkbox"/> パーソナリティ障害の疑い	<input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラムの疑い	<input type="checkbox"/> 認知症の疑い																						
4.	<p><b>簡易的精神症状評価(ベクトル)</b></p> <p>※部分的・困難/常時がひとつでもあれば、簡易には問題ありとせよ</p> <table border="1"> <tr> <td><b>会話成立</b></td> <td><b>指示動作</b></td> <td><b>見守りの要否</b></td> <td><b>重要な補足情報</b></td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>問題なし</li> <li>部分的</li> <li>困難</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>問題なし</li> <li>部分的</li> <li>困難</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> <li>部分的</li> <li>常時</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>※精神症状に起因する</li> <li>家族の付添いを要する</li> </ul> </td> </tr> </table>	<b>会話成立</b>	<b>指示動作</b>	<b>見守りの要否</b>	<b>重要な補足情報</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題なし</li> <li>部分的</li> <li>困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題なし</li> <li>部分的</li> <li>困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> <li>部分的</li> <li>常時</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※精神症状に起因する</li> <li>家族の付添いを要する</li> </ul>																	
<b>会話成立</b>	<b>指示動作</b>	<b>見守りの要否</b>	<b>重要な補足情報</b>																							
<ul style="list-style-type: none"> <li>問題なし</li> <li>部分的</li> <li>困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題なし</li> <li>部分的</li> <li>困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>不要</li> <li>部分的</li> <li>常時</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※精神症状に起因する</li> <li>家族の付添いを要する</li> </ul>																							
5.	<p><b>緊急度判定:緑</b></p> <p>※上記にて、すべて問題なしの場合、緊急度判定:緑と特定せよ</p> <p>※そうでない場合、順序6以降に進むこと</p>																									
6.	<p><b>緊急度判定:赤の評価</b> ※自傷・他害・興奮・まどまどしない言動に該当すれば、緊急警報を特定せよ</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>自傷</b></td> <td><input type="checkbox"/> <b>他害</b></td> <td><input type="checkbox"/> <b>興奮</b></td> <td><input type="checkbox"/> <b>まどまどしない言動</b></td> </tr> <tr> <td>自殺企図の計画性・希死念慮の特異性・企図や念慮の経時的悪化がある</td> <td>明らかに被害者がない行動を示す患者が、以下を示す</td> <td>話を聞かない</td> <td>名前や日付を回答できず以下を示す</td> </tr> <tr> <td>イラつき、落ち着かない、拒否的</td> <td>暴力を振るう、物にあたる</td> <td>幻覚や妄想</td> <td>ノンストップ高音量話しかけで制止できない</td> </tr> <tr> <td>幻覚や妄想</td> <td>他害予告・危険物所持</td> <td>危険物所持</td> <td>うつがりのない応答が繰り返される</td> </tr> <tr> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <b>自傷</b>	<input type="checkbox"/> <b>他害</b>	<input type="checkbox"/> <b>興奮</b>	<input type="checkbox"/> <b>まどまどしない言動</b>	自殺企図の計画性・希死念慮の特異性・企図や念慮の経時的悪化がある	明らかに被害者がない行動を示す患者が、以下を示す	話を聞かない	名前や日付を回答できず以下を示す	イラつき、落ち着かない、拒否的	暴力を振るう、物にあたる	幻覚や妄想	ノンストップ高音量話しかけで制止できない	幻覚や妄想	他害予告・危険物所持	危険物所持	うつがりのない応答が繰り返される	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮					
<input type="checkbox"/> <b>自傷</b>	<input type="checkbox"/> <b>他害</b>	<input type="checkbox"/> <b>興奮</b>	<input type="checkbox"/> <b>まどまどしない言動</b>																							
自殺企図の計画性・希死念慮の特異性・企図や念慮の経時的悪化がある	明らかに被害者がない行動を示す患者が、以下を示す	話を聞かない	名前や日付を回答できず以下を示す																							
イラつき、落ち着かない、拒否的	暴力を振るう、物にあたる	幻覚や妄想	ノンストップ高音量話しかけで制止できない																							
幻覚や妄想	他害予告・危険物所持	危険物所持	うつがりのない応答が繰り返される																							
危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮																							
7.	<p><b>緊急度判定:橙の評価</b> (緊急度判定:赤・橙として緑に該当しない「精神科疾患疑い症例」)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> <b>希死念慮</b></td> <td><input type="checkbox"/> <b>幻覚妄想</b></td> <td><input type="checkbox"/> <b>不安感</b></td> <td><input type="checkbox"/> <b>活気がない</b></td> <td><input type="checkbox"/> <b>認知機能低下</b></td> </tr> <tr> <td>直近の自傷行為あり</td> <td>被害的な言動</td> <td>しつこくしていることかむすかしい</td> <td>悲観的で自分を責める言動</td> <td>速子</td> </tr> <tr> <td>月単位で持続している</td> <td>生活破たん状態</td> <td>攻撃的言動</td> <td>レスポンスが遅く、声が小さい</td> <td>保護できる人物がい</td> </tr> <tr> <td>躁鬱状態</td> <td>保護できる人物がい</td> <td>危険物所持</td> <td>危険物所持</td> <td>危険物所持</td> </tr> <tr> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> <td>危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <b>希死念慮</b>	<input type="checkbox"/> <b>幻覚妄想</b>	<input type="checkbox"/> <b>不安感</b>	<input type="checkbox"/> <b>活気がない</b>	<input type="checkbox"/> <b>認知機能低下</b>	直近の自傷行為あり	被害的な言動	しつこくしていることかむすかしい	悲観的で自分を責める言動	速子	月単位で持続している	生活破たん状態	攻撃的言動	レスポンスが遅く、声が小さい	保護できる人物がい	躁鬱状態	保護できる人物がい	危険物所持	危険物所持	危険物所持	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮
<input type="checkbox"/> <b>希死念慮</b>	<input type="checkbox"/> <b>幻覚妄想</b>	<input type="checkbox"/> <b>不安感</b>	<input type="checkbox"/> <b>活気がない</b>	<input type="checkbox"/> <b>認知機能低下</b>																						
直近の自傷行為あり	被害的な言動	しつこくしていることかむすかしい	悲観的で自分を責める言動	速子																						
月単位で持続している	生活破たん状態	攻撃的言動	レスポンスが遅く、声が小さい	保護できる人物がい																						
躁鬱状態	保護できる人物がい	危険物所持	危険物所持	危険物所持																						
危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮																						
8.	<p><b>緊急度判定:黄の評価</b> (緊急度判定:赤・橙として緑に該当しない「精神科疾患疑い症例」)</p> <p>※重要事項:危険物所持があれば、緊急度判定:橙として対応せよ</p> <p>※調査事項として、下記を特定せよ</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 家族情報</td> <td><input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か</td> <td><input type="checkbox"/> 睡眠や食事</td> <td><input type="checkbox"/> 精神科診察情報</td> <td><input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 家族情報	<input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か	<input type="checkbox"/> 睡眠や食事	<input type="checkbox"/> 精神科診察情報	<input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源																				
<input type="checkbox"/> 家族情報	<input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か	<input type="checkbox"/> 睡眠や食事	<input type="checkbox"/> 精神科診察情報	<input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源																						

「2020(令和2)年度厚生労働科学研究補助金(障害者政策総合研究事業)「精神科救急医療における質向上と医療供給体制の最適化」に資する研究」成果物  
分担研究「精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化」に資する研究」成果物  
問合せ:国立病院機構熊本医療センター 精神科救急医療センター 橋本聡 代表 098-353-6501

## Japan Emergency Psychiatry Scale (Expert opinion version) \_2.0

順序	内容				
1.	<b>メディカルクリアランスパート</b> ※下線部に特記あればチェックを入れ詳細記入すること <b>バイタルサイン</b>				
	<input type="checkbox"/> 体温 [ ] <input type="checkbox"/> 血圧 [ ] <input type="checkbox"/> 脈拍 [ ] <input type="checkbox"/> 呼吸数 [ ] <input type="checkbox"/> 酸素化 [ ]	<b>見当識</b> <input type="checkbox"/> 名前 [ ] <input type="checkbox"/> 年齢 [ ] <input type="checkbox"/> 日付 [ ] <input type="checkbox"/> 場所 [ ] ※アルコール 有 / 無 ※連続引き算 円滑 / 失敗	<b>理学所見</b> <input type="checkbox"/> 瞳孔 (左右差・偏視) <input type="checkbox"/> 四肢動作 (左右差・他) <input type="checkbox"/> その他 例) 低体重 / るい瘦疑い [ ]	<b>重要な補足情報</b> <input type="checkbox"/> 今回エピソードの 発症様式 ・ 突然(数時間) ・ 急性(数日) ・ 慢性(週単位) <input type="checkbox"/> 身体既往症	
2.	<b>第一印象パート: 精神科疾患の存在を疑うか</b> <input type="checkbox"/> 疑う → ※「疑う」場合、患者の主訴を患者のこば [ ] で特定し、以下も確認 <input type="checkbox"/> 疑わない(終了) ↓ ※重要な補足情報: 精神科治療歴 ありーなしー不詳 ↓ ※重要な補足情報: 過去の同様エピソード ありーなしー不詳				
3.	<b>スクリーニングパート</b> ※ 外観・会話でひとつずつチェックし、どちらもチェックの付く診断類型を特定せよ ※ 外観・会話のチェック項目が特定の診断類型に一致しない場合、「診断類型特定不能」とし、 チェックされた項目を記録せよ				
外観	<input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与える 乱れた身なりや化粧 ↓	<input type="checkbox"/> 整っているがくたびれた 感じの身なり ↓	<input type="checkbox"/> 派手なみなりや過度な 装飾品 ↓	<input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った 装い ↓	<input type="checkbox"/> 季節に合わない服装 ↓
会話	<input type="checkbox"/> 過度な従順さ／にやにやした 独り言 ↓	<input type="checkbox"/> 会話内容は一貫している ↓	<input type="checkbox"/> 訴えがドラマチックで派手 ↓	<input type="checkbox"/> こだわりが強い会話／癩癩が みられる ↓	<input type="checkbox"/> 見当はずれな会話 ↓
判定	精神病性障害圏の疑い	気分障害圏の疑い	パーソナリティ障害圏の疑い	自閉症スペクトラム圏の疑い	認知症圏の疑い
4.	<b>簡易的精神症状評価パート</b> ※部分的・困難／常時がひとつでもあれば、簡易的には「問題あり」とせよ				
	<b>会話成立</b> ・ 問題なし ・ 部分的 ・ 困難	<b>指示動作</b> ・ 問題なし ・ 部分的 ・ 困難	<b>見守りの要否</b> ※精神症状に起因する ・ 不要 ・ 部分的 ・ 常時	<b>重要な補足情報</b> <input type="checkbox"/> 家族の付添いを要する	
	5. <input type="checkbox"/> 緊急度判定: 緑 上記4にて、すべて「問題なし」の場合、緊急度判定: 緑と特定せよ そうでない場合、順序6以降に進むこと				

【付録 3-3】バージョンアップされた Japan Emergency Psychiatry Scale—Expert opinion version (JEPS-Ex 2.0) <2/2 頁>

順序	内容				
6.	<input type="checkbox"/> <b>緊急度判定：赤の評価</b> ※自傷・他害・興奮・まとまらない言動に該当すれば、 <b>緊急徴候</b> を特定せよ				
	<input type="checkbox"/> <b>自傷</b> <input type="checkbox"/> 自殺企図の計画性・希死念慮の持続性・企図や念慮の経時的悪化がある <input type="checkbox"/> イライラ、落ち着かなさ、拒否的 <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>他害</b> 明らかに落ち着かない行動を示す患者が、以下を示す <input type="checkbox"/> 話を聞かない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう、物にあたる <input type="checkbox"/> 言語的・身体的に威嚇 <input type="checkbox"/> <b>他害予告・危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>興奮</b> <input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 言語的静穏化が無効 <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>まとまらない言動</b> 名前や日付を回答できる患者が、以下を示す <input type="checkbox"/> テンション高く話し続けて制止できない <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい <input type="checkbox"/> 他人には聞こえない声・他人には感知できない理由に怯える <input type="checkbox"/> つながりのない応答が繰り返される <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	
7.	<input type="checkbox"/> <b>緊急度判定：橙の評価</b> ※希死念慮・幻覚妄想・不安感・活気がない・認知機能低下疑いに該当すれば、 <b>緊急徴候</b> を特定せよ				
	<input type="checkbox"/> <b>希死念慮</b> <input type="checkbox"/> 直近の自傷行為あり <input type="checkbox"/> 月単位で持続している <input type="checkbox"/> 酩酊状態 <input type="checkbox"/> 保護できる人物がない <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>幻覚妄想</b> <input type="checkbox"/> 被害的な言動 <input type="checkbox"/> 生活破たん状態 <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>不安感</b> <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい <input type="checkbox"/> 攻撃的言動 <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>活気がない</b> <input type="checkbox"/> 悲観的で自分を責める言動 <input type="checkbox"/> レスポンスが遅く、短く、声が小さい <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>	<input type="checkbox"/> <b>認知機能低下疑</b> <input type="checkbox"/> 迷子 <input type="checkbox"/> 保護できる人物がない <input type="checkbox"/> <b>危険物所持</b> <small>※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮</small>
8.	<input type="checkbox"/> <b>緊急度判定：黄の評価</b> (緊急度判定：赤・橙そして緑に該当しない精神科疾患疑い症例)				
	※重要事項：危険物所持があれば、緊急度判定：橙として対応せよ ※調査事項として、下記を特定せよ <input type="checkbox"/> 家族情報 <input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か <input type="checkbox"/> 睡眠や食事 <input type="checkbox"/> 精神科診療情報 <input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源				