

精神科救急医療体制に関する検討会

報告書

平成23年9月30日

また、精神医療相談窓口と精神科救急情報センターとは機能が異なるため、同一の組織で対応する場合には、相談窓口の機能が一般の精神疾患患者からの医療相談を受けるものであることを明確にした上で、相談窓口の開設時間等の情報について、関係機関だけではなく、幅広く周知を図り、一般の精神疾患患者が安心して相談できるような体制の構築を目指すべきである。

都道府県は、精神医療相談窓口や精神科救急情報センターが必要な機能を果たせるよう、精神保健福祉士等の専門職の配置、対応マニュアルの整備、相談員の質の向上のための研修等の取り組みを推進すべきである。

精神科の医師は、精神医療相談の中で、医師の判断が必要になった場合に、速やかに対応できるよう、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの対応体制（オンコール体制を含む。）に積極的に協力すべきである。また、都道府県等の要請に応じて行うこれらの業務は、精神保健福祉法に定める業務の一環（改正後の法第19条の11第2項）としてみなされるものと考えられる。（関連：1.（2）4）

3）精神科医療機関の役割

長期間・継続的に診療が必要となる精神疾患患者については、日常診療においてはもとより、救急患者においては、より患者の経過や治療に関する情報が必要であり、主治医の役割が重要となる。

このため、各精神科病院は、継続して診療している自院の患者やその関係者等からの相談等について、夜間・休日においても対応できる体制を確保し、必要に応じ、診療できる体制を確保すべきである（**ミクログル救急体制の確保**）。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携

医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

各精神科診療所については、継続して診療している自院の患者やその関係者からの相談等について、少なくとも準夜帯に関しては、精神科医やスタッフ等によるオンコール体制等により対応できる体制を、地域の実情に応じて、可能な限り確保することが望まれるが、少なくとも、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携（※）しつつ、継続して診療している自院の患者に関する情報センター等からの問合せについては、夜間・休日においても対応できる体制を確保すべきである。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

※ 連携の取組事例：あらかじめ情報センターに連絡先を登録しておき、自院の患者から情報センターに連絡が来た場合には主治医に連絡できるようにしておく取組（静岡県）、夜間・休日急患センターの外来診療に協力する取組（大阪市）等が考えられる。

その他、救急受診の際に役立てるため、救急受診に必要な診療情報を患者本人や主治医等が記載したノートを普段から患者や家族に保持してもらう取組（東京都のメンタルケア協議会によるオレンジノート）なども行われている。

常時対応、輪番対応及び外来対応を行う精神科救急医療機関は、自院の患者に加え、初診の精神疾患患者にも、適切に対応する必要がある。また、救急医療体制の継続的な確保のため、その他の精神科医療機関は、後方支援医療機関として精神科救急医療機関と連携し、急性期後の精神疾患患者の受け入れに協力する必要がある（精神科医療機関間の縦列モデル）。

4) 精神保健指定医の役割

精神保健指定医は、平成22年度13,374名いるが、そのうち、常勤の病院勤務医である指定医は、6,300名余りとなっている。

精神科救急医療体制の確保にあたり、精神保健指定医の果たすべき役割として、病院勤務医については措置入院等の業務に、診療所の医師については措置診察等のオンコール体制等の業務に、公務員としての職務(法第19条の4第2項)として積極的に協力すべきである。

加えて、精神保健指定医である診療所の医師については、地域の精神科救急医療システムにも参画し、精神科救急医療体制の確保に協力すべきである。具体的には、地域の精神科救急病院の当直体制への協力、精神医療相談窓口への協力、夜間・休日における外来対応施設への協力、精神科のない救急医療機関への協力等が考えられ、都道府県等の要請に応じて、これらの業務を行う場合については、精神保健指定医の業務の一環(改正後の法第19条の11第2項)としてみなされると考えられる。

2. 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

(1) 基本的考え方

- 身体疾患を合併する精神疾患患者については、医療機関への受け入れまでに、通常の場合に比べて長時間を要している状況にあり、この要因としては、精神科救急医療機関では身体疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであること、一般救急医療機関では精神疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであることや、昏睡状態など意識障害が顕著で身体症状が重症の場合は受入先の選択は比較的容易であるが、どちらも中程度である場合などはどちらを優先するかルールがないため受入先の選択が困難となること等が指摘されている。

- 身体疾患を合併する精神疾患患者への対応としては、精神科と身体科の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とが考えられる。

- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、それぞれのモデルの機能の違いおよび地域性を勘案しながら、実現可能な連携体制を整備することによって、各都道府県において身体疾患を合併する精神疾患患者にも対応できる体制を全医療圏で確保する必要がある。

なお、どちらかの連携モデルを選択するということではなく、両者の併存で体制を整備する方法も選択し得るものであることに留意して、各医療圏での整備を進める。また、連携モデルは確保すべき精神科救急医療体制についての概念であり、個々の事例において必ず適用すべきものではない。

- なお、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保は、精神科救急医療体制の充実だけでなく、一般の救急医療体制の後方支援として、精神疾患患者を受け入れる役割を果たす上でも重要である。

- **縦列モデル**：精神疾患患者については、長期的・継続的な診療が必要となる。そのため、すでに精神科医療機関を受診している患者については、当該精神科医療機関が、主治医として支援することを前提に、身体疾患の治療が必要になった場合には、精神症状及び身体症状の程度に応じて、連携医療機関と調整を行い、受入先の確保等を行う必要がある。

また、身体疾患で救急医療機関を受診した患者が、精神科医療が必要と考えられる場合には、救急医療機関での身体疾患の治療後に患者を円滑に受け入れられるよう、精神科医療機関は、日頃から、地域の救急医療機関との情報共有や連携を図る必要がある。

- **並列モデル**：精神症状及び身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患患者、特殊な疾患により専門医療が必要な精神疾患患者については、精神科を有する救急対応可能な総合病院（救急病棟の患者に対する精神科の診療協力が可能な総合病院）において受け入れることを原則とすべきである。

なお、総合病院精神科については、地域の実情に応じて、救急医療機関から急性期後の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる後方支援医療機関としての役割を担う必要がある。

（２）各論

１）精神科医療機関と一般医療機関の連携強化

身体疾患を合併する精神疾患患者への救急対応については、身体症状及び精神症状の状態を評価した上で、治療を優先すべき症状に対応できる一般又は精神科の救急医療機関が患者を受け入れるとともに、他方（精神科又は一般）の医療機関がその診療を支援する体制を構築する必要がある。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体疾患の治療を優先させる必要がある患者（入院医療が必要な患者等）の場合は、身体疾患の状態に応じて対応可能な救急医療機関が受け入れを行い、精神症状の状態に応じて精神科医療機関が診療支援を行うことや、精神科の入院医療が必要な場合には、後方支援医療機関として、身体疾患の治療後の患者を受け入れることを原則とすべきである。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体症状が軽症であり、精神症状の治療を優先させる必要が有る患者は、必要に応じて一般医療機関が

※ GP連携事業とは、一般診療医と精神科医との間での情報交換等や、紹介・相談・連絡の仕組みを作り患者紹介を円滑にする取組（大阪府）、精神医療の情報センターを設置し、一般診療科等からの相談に応じて、精神科の専門医を紹介する取組（神戸市）などの取組を指す。

地域の連絡調整委員会等においては、「精神科救急患者」、「身体疾患の合併」、身体症状や精神症状の「重症度」等に関する定義を明確にしつつ、受入れや転院の判断基準について、精神科医療機関だけでなく、一般医療機関、警察、消防、保健所等の救急医療関係者と認識を共有する取り組みが必要である。

なお現在でも、都道府県は、消防法第35条の5第1項による「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」において、地域の実情に応じて、精神疾患の基準を策定できる取り扱いとなっている。（平成23年9月現在の各都道府県の策定状況：基準策定済45カ所、うち、精神疾患の基準有り32カ所）。

2) 総合病院精神科の役割の明確化

総合病院精神科が徐々に減少しているという状況を踏まえ、総合病院精神科がその役割を十分発揮できるよう、精神科を有する救急対応可能な総合病院で受け入れる救急患者は、精神症状と身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者や、複合的な専門治療等が必要な患者等が優先されることを明確にする必要がある。また、総合病院精神科での治療後は、地域の精神科医療機関がその後方支援医療機関として円滑に患者を受け入れ、長期的・継続的な視点から患者の診療を担うべきである。なおその際、身体疾患の状態によっては、必要な診療を継続できるよう調整する必要がある。

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、精神疾患患者の退院調整等を円滑に行えるよう救急病棟等に精神保健福祉士等の配置を推進し、また、精神科病棟以外の精神疾患患者への診療について、精神症状の評

価や治療、退院調整等で積極的に協力できるよう精神科医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等からなる精神科専門チームの配置についても検討すべきである。

総合病院精神科である大学病院等は、重症の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる精神科救急医療機関として、地域の精神科救急医療システムに協力し、一定の役割を担うべきであり、そのための対応策を検討すべきである。

3) 従事者の対応力向上

身体疾患を合併した精神疾患患者の受け入れを促進するためには、精神科と身体科の両方の従事者の対応力の向上が求められる。このため、精神科の医療従事者向けの身体疾患への対応力向上の取り組み、及び身体科の医療従事者向けの精神疾患への対応力向上の取り組みを推進する必要がある。

例えば、すでに救命救急センター等における自殺未遂者への対応マニュアルが作成されているが、その他の領域についても、研究等を通じてマニュアルや研修カリキュラム等の作成を検討すべきである。

3. 評価指標の導入

(1) 基本的考え方

- 精神科救急医療は、地域の実情に応じて、ニーズは様々であり、求められる医療機能も多様であるが、どの地域においても、患者・家族や地域住民が安心して生活を送れるような体制を整備する必要がある。そのため、一定の目安となる指標を開発・導入し、各地域において指