

医療法人北斗会さわ病院

澤温先生提出資料

精神科救急の課題

さわ病院
澤 温

28,July,2011

1

現在の課題

- システムの課題
 - 情報センター
 - 応急入院
 - 輪番制の問題
- スタッフの課題
 - 精神保健指定医の現状
 - 精神保健福祉法に関わる業務を行うはずだが
- 疾患の問題
 - 身体合併症
 - 大阪府の試み

28,July,2011

2

精神科救急医療情報センターの実情

- 厚生労働省のレポート(2010.2.1、47都道府県)
 - 情報センター
 - 「常時ある」 20
 - 「時間制限がある」 14
 - 「ない」 13
 - 24時間精神医療相談
 - 「常時ある」 18
 - 「時間制限がある」 1
 - 「なし」 27
 - 無回答 1
- 情報センターがあっても必要とする人がアクセスできないのは「ない」と同じである。特に電話番号が公開されていない

28,July,2011

3

精神保健福祉法一応急入院

第三十三条の四 厚生大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神病院の管理者は、医療及び保護の依頼があつた者について、急速を要し、保護者(第三十三条第二項に規定する場合にあつては、その者の扶養義務者)の同意を得ることができない場合において、指定医の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認めるときは、本人の同意がなくても、七十二時間を限り、その者を入院させることができる。

- 2 前項に規定する精神病院の管理者は、同項の規定による措置を採つたときは、直ちに、当該措置を採つた理由その他厚生省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。
- 3 都道府県知事は、第一項の指定を受けた精神病院が同項の基準に適合しなくなつたと認めるときは、その指定を取り消すことができる。

28,July,2011

4

「応急入院」誕生の経緯

- 87年の法改正前の精神衛生法の下においては、措置症状はないがその症状から見てできるだけ早期に入院医療が必要であると認められる精神障害者については、原則としていわゆる同意入院により入院させることにより対処していたが、**単身や昏迷状態などの状態にあり身元が判明しない者等である場合は、家族との連絡がつかないことも多く、保護者などの同意を得ることができず、入院を見合わせたり、あるいはやむを得ず入院を行なった後に事後的に家族や市町村長の同意を得る事態にならざるを得ず、精神科の救急医療を行なう上で法律手続き上の問題が大きな障害となっていた。**このため応急入院を行なうことができる病院などに関して一定の条件を付して、応急入院として制度化した。

28,July,2011

5

応急入院の対象となる患者

- 「直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認められたとき」とされているが、**一般的には、自傷他害のおそれはないが、昏迷状態、恐慌状態、興奮状態、意識障害などの状態にあるため、直ちに入院させなければ患者本人の予後に著しく悪影響を及ぼす恐れがあると判断される場合**

28,July,2011

6

応急入院適用の解釈について

(基本) 2008年10月2日大阪市への質問と協議

すぐに入院医療が必要だが任意に当たらない

and (確実に家族がいない人でないが連絡が取れない

or 確実に家族がいない人で、かつ夜間の場合(ただし、この場合通常は市長同意だが、夜間ゆえ平松市長に連絡が取れない状態)or 家族がいるはずだが連絡とれない

or 家族がいるかどうかわからない)

(現場的な疑問)

本人の任意入院の意思が不確実(直前の自傷、暴力からみて)の場合

保護者がいても連絡をとってほしくないと言った場合 大阪府はOK市は最初拒否

保護者に電話でしか連絡がとれない場合

① 例えば、1時間以内に来れない場合

入院中、身体的に無理など含む

②電話での同意が確実ではないあるいは信頼できない場合

入院への同意の点

認知能力、判断能力の低下が疑われるor可能性がある時

28,July,2011

7

厚労省よりの資料から

関係者の意見

全国衛生部長会

「平成21年度衛生行政の施策及び予算に関する要望書」

(平成20年5月)

精神保健福祉施策の充実(抜粋)

⑨指定医の確保を図ること。

ア 精神保健指定医の確保(養成・公務への協力等)対策及び財政措置を講じること。

イ 公務員として措置診察を行う際の指定医の確保について財政措置を講じること。

ウ 指定医資格の更新の際に、精神保健福祉法第27条第1項、第29条の2及び第34条第1項に基づく診療の実績及び医療観察法に基づく鑑定の実績等を条件として加えること。

注:第27条第1項に基づく診療とは、第29条第1項による、措置入院を必要とするかどうかの判定のための診察と同じである。

28,July,2011

8

第10回検討会(9月25日)における検討

厚労省よりの資料から

課題

- 都道府県において、措置診察を行う精神保健指定医の確保に困難が生じている。
- 措置診察は、主として指定病院や公的機関に勤務する精神保健指定医によって行われており、診療所等に従事する精神保健指定医が指定医業務を行うことは少ない。
- 精神科の救急医療体制が円滑に機能するためには、救急医療機関における精神保健指定医の確保が重要である。
- 更新手続きの失念等により指定医資格が失効する例がみられ、その場合、新規に要件を満たして取得する必要がある。

第10回検討会における検討案

- 精神保健指定医の5年毎の資格更新時に、措置診察等、公務員として行う職務への参画(当面は当番制等への参加を含む。)を要件とし、指定医の参画を促してはどうか。
但し、救急医療を行う医療機関や、公的機関等に勤務する指定医の確保に困難をきたさないよう、このような勤務に従事する指定医についても、資格を更新できることとしてはどうか。
- 措置診察等を行う指定医の確保について、都道府県の一層の努力も必要ではないか。
- 精神保健指定医の救急医療への参画についても規定し、指定医の参画を促してはどうか。
- なお、失念等により指定医資格の更新期限を超えた場合について、運転免許と同様、再取得の際に一定の配慮を行うこととしてはどうか。

精神保健指定医の現況

(98年6月10日現在)

	≤30		30<		≤40		40<		≤50		50≤		<60		60≤		不明		計
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性			
大学	0	0	428	83	358	37	121	8	130	6	1	0	1172						
公・総	0	0	149	29	239	13	106	11	77	4	0	0	628						
公・単	0	0	141	20	172	7	104	16	75	3	0	0	538						
私・総	0	0	168	31	175	24	102	19	175	24	0	0	718						
私・単	0	0	820	228	1146	161	600	57	1385	120	0	0	4517						
クリニック	0	0	75	22	352	60	269	37	449	45	0	0	1309						
保健所・セ	0	0	33	11	57	14	46	5	27	0	0	0	193						
他の行政	0	0	21	2	40	13	27	6	34	3	0	0	146						
その他	0	0	17	3	55	7	21	6	58	7	0	0	174						
不明	1	0	27	17	46	13	54	4	315	28	32	0	537						
計	1	0	1879	446	2640	349	1450	169	2725	240	33	0	9932						

01-05 06-10
 対98年 総数 108% 113%
 公総 72 69
 公単 104 70
 私単 116 119
 クリニック 126 211

精神保健指定医の都道府県別統計

2001-2005

2006-2010

北海道	258
東北	625
関東	3078
北信越	483
東海	655
近畿	1119
中国・四国	1068
九州	1261
政令指定都市	2208
合計	10755

北海道	254
東北	633
関東	3114
北信越	600
東海	633
近畿	1081
中国・四国	1053
九州	1307
政令指定都市	2712
合計	11387

28,July,2011

11

精神保健指定医の勤務先別統計

2001-2005

2006-2010

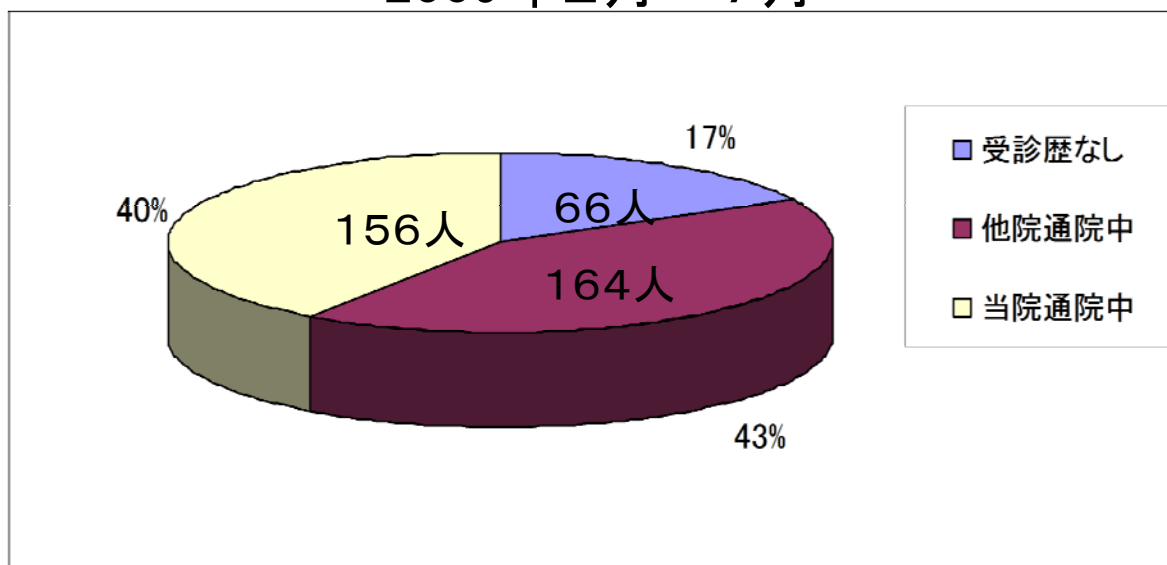
不明	220
大学	1278
公立・総合病院	449
公立・単科精神病院	562
私立・総合病院	375
私立・単科精神病院	5241
クリニック(医院含む)	1648
保健所	34
他の行政	469
その他	479
合計	10755

不明	231
大学	1089
公立・総合病院	431
公立・単科精神病院	374
私立・総合病院	251
私立・単科精神病院	5389
クリニック(医院含む)	2763
保健所	223
他の行政	132
その他	384
合計	11267

28,July,2011

12

ほくとクリニック病院の 夜間・休日の受診患者の通院状況 2009年2月～7月



総数 386人

28, July, 2011

13

精神科救急医療施設

- 24時間365日精神科救急期患者に円滑に対応
- 身体合併症対応施設は少なくとも2つの圏域に1か所
- **病院群輪番施設**
 - 酸素吸入、吸引装置等身体的医療に必要な機器を設備
- **常時対応施設**
 - 24時間365日、同一の医療機関において対応
 - 精神科救急入院料又は精神科救急・合併症入院料算定が条件
- 外来対応施設
 - 診療所にあつては精神病床を有する医療機関とその連携により体制確保

昨年の要綱で消された

夜間、休日、全時間帯を同一の医療機関において対応する体制を整えている場合は「**常時型外来対応施設**」として指定
精神科救急入院料基準は救急レベルを反映せず向上もさせていない

28, July, 2011

14

精神科救急患者の身体合併症対策

- ①身体疾患を伴う精神科患者
- ②救急身体疾患を伴う精神科患者
- ③身体疾患を伴う精神科救急患者
- ④救急身体疾患を伴う精神科救急患者

28,July,2011

15

身体疾患を伴う精神科患者の收容施設

(現在の枠組みの收容施設)

- ①身体疾患を伴う精神科患者
精神科のある総合病院の一般診療科
- ② **救急身体疾患**を伴う精神科患者
救命救急センター
- ③身体疾患を伴う**精神科救急患者**
総合病院の精神科
- ④ **救急身体疾患**を伴う**精神科救急患者**
精神科の待機する救命救急センター

28,July,2011

大阪府立急性期総合医療センター 副院長 吉岡先生

16

精神科救急患者の身体合併症対策

- 沼津中央病院 杉山先生
 - 並列モデル
 - 縦列モデル
- 澤
 - 「戻し有り」の精神科単科病院と一般病院の二次救急医療期間の連携（ジグザグモデル）
 - 患者は「戻し有り」、スタッフはアウトリーチ
- 大阪府の救急協議会資料

追加

非医療的サポートで 病気による事例化を防止

- 最近の夜間休日の救急事例の特徴
 - 統合失調症は減っている
 - 新型のうつやパニック
- 精神的基盤の不安定さ、脆弱さ
 - 薬物の効果(20~30%)
 - 環境的調整
 - 夜間眠る環境にない
 - 精神的側面について、責任ある継続的支援(24時間)
- 医療以外のサポートが無いから、最後の砦となるはずの医療が直近の受け皿になっている

夜間・休日救急医療化予防

- まず日中の対応で
 - 過剰防衛的に入院の必要はないが
- 家族が日中働いているから夕方来るとかもある
 - 認知症なら夕暮れ症候群もあるが
- 何かあればの処置
 - 頓服処方
- 大都市の自立支援医療の弊害

スムーズな救急利用

- 病歴持参
- 現在飲んでいる薬の薬剤名の一覧
 - 一般名で表示してほしい
 - 患者さんによっては、ずっと前の薬を持っていて適当に飲む人もいる
- 新しい試み
 - 大阪市浪速区医師会
 - ブルーカード

28, July, 2011

21

ブルーカードの意義

浪速区医師会

- 1** 地域の開業医と複数の病院が連携したシステムなので患者にとって安心である。
→ **全員参加型にするためFAX登録制採用**
- 2** 開業医と信頼関係にあるかかりつけの患者に対して発行するカードなので連携病院にとっても受け入れやすい。
- 3** 病状急変時に病院の医師がセカンドドクターとしての役割を担う。
- 4** 患者のデータを一元管理することにより地域内での疾病や急病に関する様々な情報を得ることができ今後の対策に生かせる。
- 5** 病診連携、診診連携、介護事業者等の連携が深まる。



ブルーカード発行(注意事項)

浪速区医師会

- 1 患者に、あくまで病状が急変したときの救急用のカードであると説明。
- 2 家族や、もし介護利用しているなら、ヘルパー、ケアマネに発行の旨を伝える。
- 3 もし救急車を利用する場合には、救急隊員の判断に任せることを説明。
- 4 病院も緊急時が重なることがあるので、受け入れてもらえないこともあると説明。

ブルーカード記入方法

浪速区医師会

夜間・休日緊急用		ID
ブルーカード		区分
		新規更新 在宅一般
登録病院	依頼病院の選択	浪速生野病院
かかりつけ医	受診機関病院	大野記念病院
	記載年月日	年 月 日
	紹介元医療機関名	
	電話番号	医師名
	フリガナ	
	患者氏名	性別 男・女
	生年月日	明治・大正 年 月 日 (歳) 昭和・平成
	住所	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 勤務先
	緊急連絡先	氏名 電話番号
	主病名	患者との関係
	既往歴	
	感染症歴	
	現病歴	
	重要事項	
	薬剤アレルギー歴	ラテックス <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/>
既往歴	日常生活の自立度等について	
薬剤アレルギー歴	障害(者)の日常生活自立度(様たきり度)	
障害・認知自立度	認知症の日常生活自立度	

有郊期限 6ヶ月毎に更新

緊急連絡先

大阪市内**94**救急病院

2009年実態

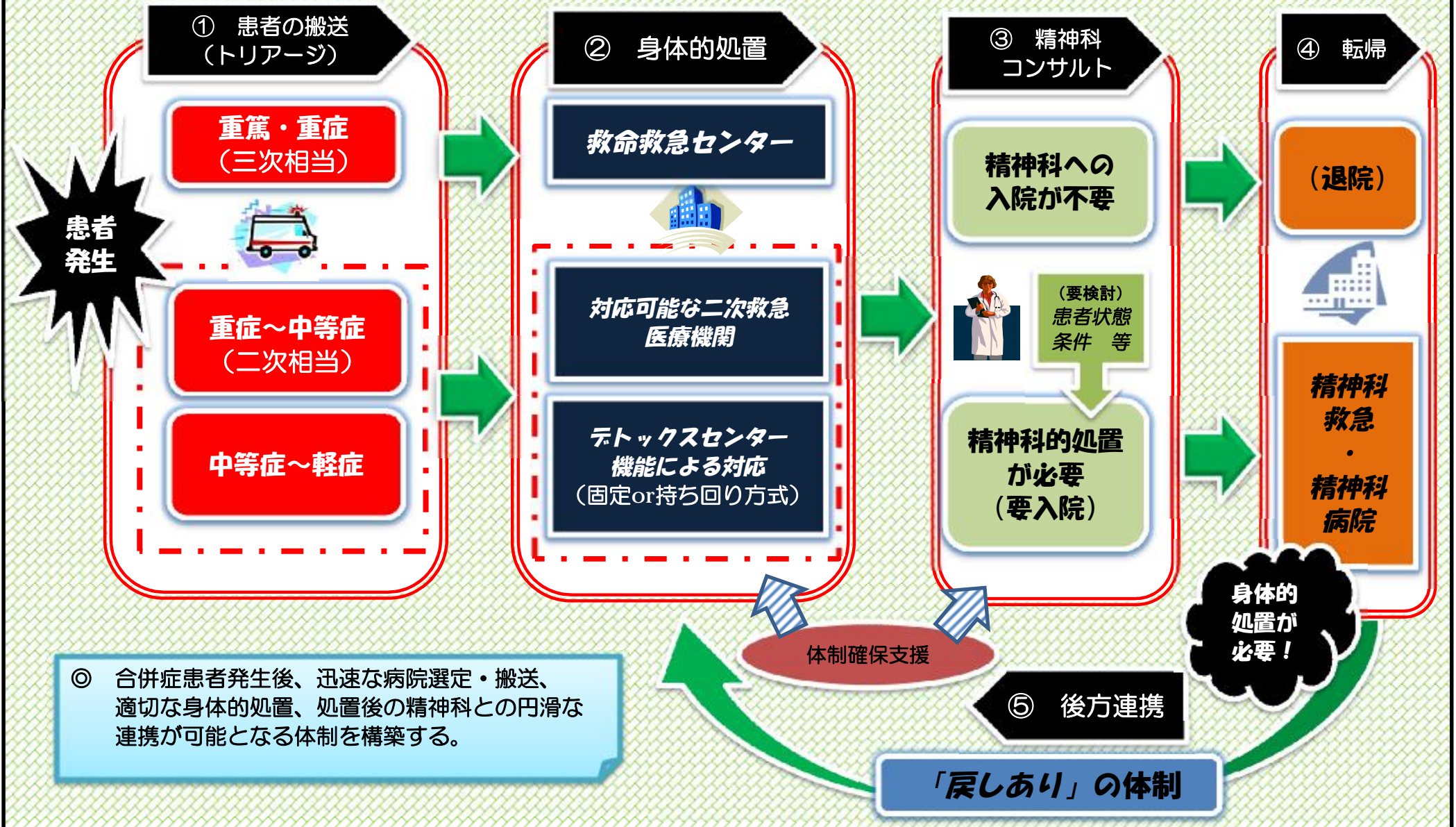
拒否回数 平均**1.8**回 出動から搬送まで 平均**28.6**分



2009年度11月以降2010年9月まで
ブルーカード実績

拒否回数 **なし**回 搬送時間 平均**17.1**分

精神科疾患・身体疾患合併症救急搬送患者の受入体制 フロー図



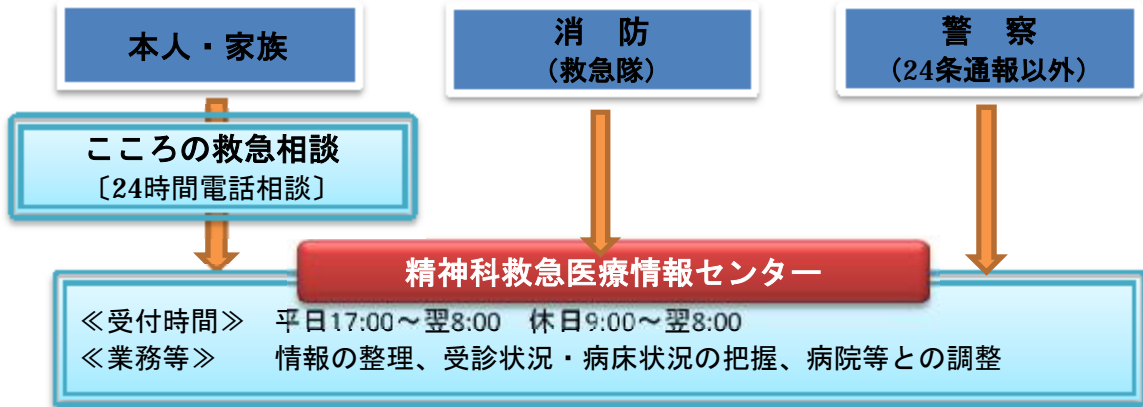
① 患者の搬送 (トリアージ)

1. 発生頻度の分析

- 大阪市における搬送実態 (平成21年12月大阪市MC協議会による調査結果 全11,525件より)
⇒うち、精神疾患既往有り、薬物中毒・過量服薬が計384件 (全体の3.3%)
- ももってNETの利用件数 (平成22年度 2,011 件)
⇒うち、精神科疾患、薬中、自損関係が計538件 (全体の27%)
- 三次コーディネートの利用件数 (平成22年度 1,167 件)
⇒うち、精神科疾患、薬中、自損関係が計293件 (全体の25%)
- 二次救急医療機関の受入状況 (医師会調査結果より)
⇒精神科既往患者等の受入れについて、約7割の施設が、「現状受入が限界」と回答

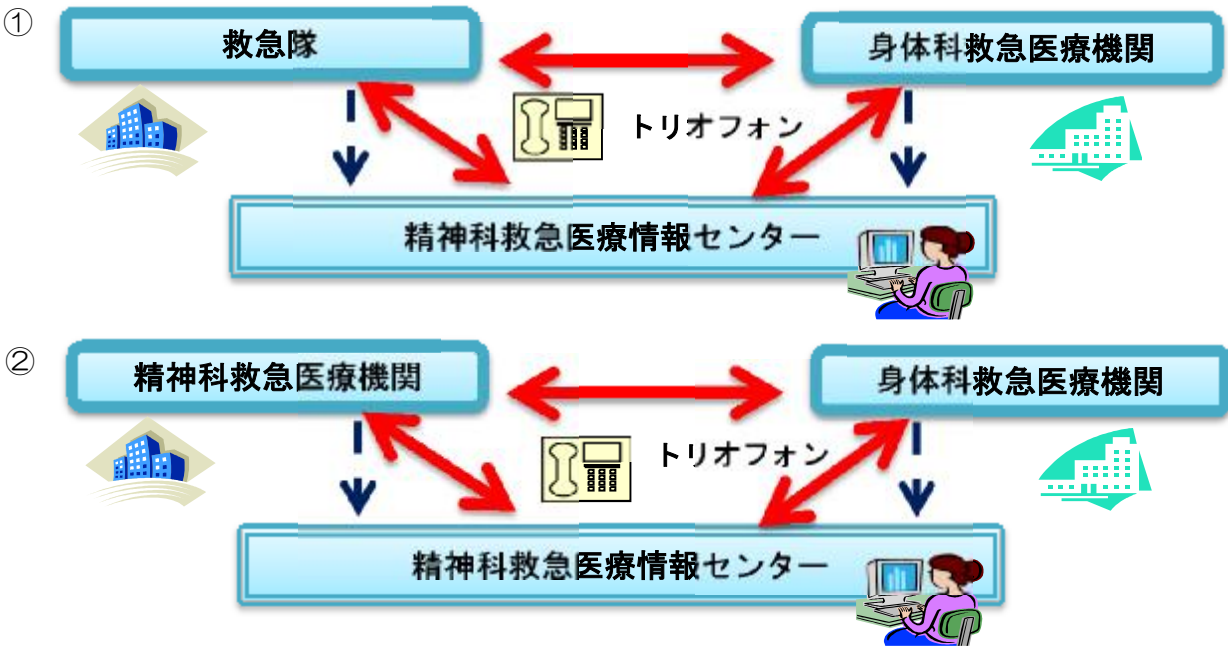
2. 患者搬送時における課題・問題点

- 現行の「精神科救急・緊急措置システム」
⇒身体科救急医療機関が直接精神科救急医療情報センターに連絡をとることができない。



3. 円滑な患者搬送に向けた方策 (案)

- トリオフォンを活用した精神科救急医療情報センターの利用
⇒精神科救急医療情報センター、救急隊、身体科救急医療機関 (場合によっては、精神科救急医療機関) の3者がトリオフォンを通じて迅速で適切な搬送調整を行う。
(身体科救急医療機関が直接精神科救急医療情報センターを利用することができる仕組み)



① 患者の搬送 (トリアージ)

1. 現場（救急隊）の判断

●前提

- ⇒ 身体症状の緊急度が高い場合（特定病態に該当する場合など）、身体症状を優先し搬送
- ・精神科疾患の重症度も一定判断（統合失調症→入院歴有り）
（うつ、不眠（パーソナリティ障害）→入院歴無し、等）

◆患者の重症度による区分

患者の重症度区分		精神科救急	
		要入院	不要
身体科救急	要入院	①	②
	不要	③	④

◆医療機関の医療機能による区分

医療機関の医療機能による区分			想定される主な搬送患者
身体科救急	精神病床有り	A	①
	精神外来有り	B	②
	いずれも無し	C	④・(②) ※1
精神科救急	身体科（内科）有り	D	③
	身体科（内科）無し	E	④・(③) ※2

※1 精神的処置がほぼ不要であれば可

※2 身体的処置がほぼ不要であれば可

② 身体的処置

1. 従前の体制における課題・問題点

●現場の疲弊、受入阻害要因

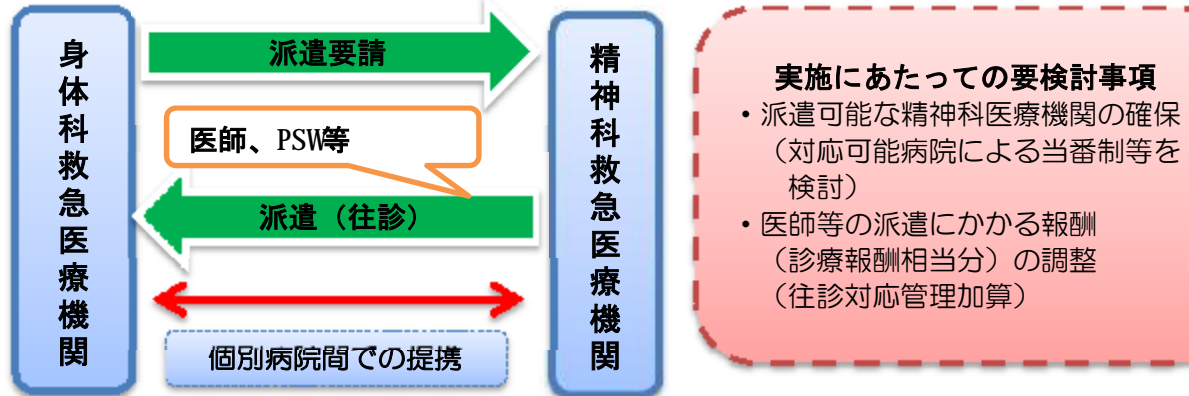
- ⇒・体制確保にかかる負担（合併症患者の受入れに伴う医師、看護師等医療従事者への負担）
- ・職員のモチベーション低下 等
 - ・現場でのトラブル（対職員、对患者）
 - ・訴訟、未払い等のリスク

※ 救命救急センター、二次救急医療機関に共通の課題

2. 従前の体制を支援するための方策（案）

●人的支援

- ⇒・患者対応職員の配置（例・府が委託契約を結んだ警備員を受入医療機関に配置）
- ・精神科医師、PSW等の救急医療機関への派遣



●財政的支援

- ⇒国庫補助金の活用（デトックスセンター機能を担う病院に対する補助）

3. 迅速かつ適切な身体的処置のための新たな方策（案）

●デトックスセンター機能の検討

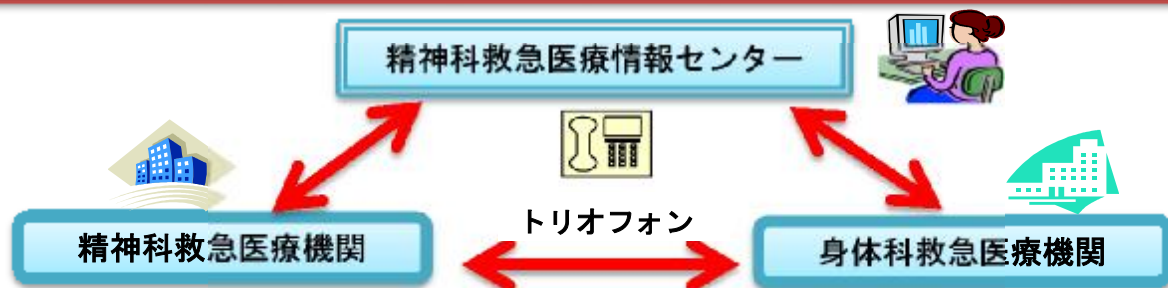
- ⇒固定方式 or 持ち回り方式の検討（資料3-2を参照）

4. その他の方策(案)

●トリオフォンを活用した治療

- ⇒精神科救急医療情報センター、身体科救急医療機関、精神科救急医療機関の3者間でリアルタイムに情報把握、調整を行うことにより、迅速で適切な医療の提供につなげる。

トリオフォン（3者通話が可能な専用電話機）を活用した治療



精神科疾患・身体疾患合併症救急搬送患者の受入方策の検討

● 対象患者

・過量服薬による急性薬物中毒患者の受入れ（患者背景に精神科既往有り、あるいは精神科の疾患が疑われる。）

● 運営形態等の検討

	(案①) 固定方式 (デトックスセンター)	(案②) 救急医療機関 持ち回り方式
設置地域 箇所数	・大阪市内に1箇所（カバーできる人口数を重視） ⇒運営面を考慮すると複数設置は困難	・大阪市内他、ブロック、医療圏ごとの設置 ⇒（例）二次医療圏2ヶ所につき1箇所設置
設置機関	・身体科救急医療機関（救命救急センター相当） ⇒幅広い症状に対して、組織としてより柔軟な対応が可能	・身体科救急医療機関 ⇒（考え方については同左）
体制確保 (人員)	・運営主体（大阪府）で確保 ⇒大阪府による直接雇用もしくは設置医療機関への委託により確保 ◆基本職種 医師・看護師・薬剤師・PSW・看護助手・事務職員 ⇒医師は救命救急センターからの出務を想定	・各医療機関で確保 ⇒持ち回り当番病院の人員により確保 ◆基本職種 （同左）医療従事者のほか、職員は自機関で確保
体制確保 (設備・機器)	・運営主体（大阪府）で確保 ⇒立ち上げ時の初期整備が必要（設置医療機関の設備・機器の利用も想定） ⇒身体疾患に幅広く対応するうえでも、身体科救急医療機関で保有する設備・機器が必要	・各医療機関の設備を活用 ⇒既存の設備・機器を有効活用が可能 ⇒（同左）
精神科医師の派遣(往診)について検討		
転院調整	・運営主体（大阪府）で調整 ⇒PSW等の職員の配置が必要 ⇒精神科救急システムの出務と同様に精神科病院からの出務を依頼	・当番医療機関において調整 ⇒各医療機関においてPSW等、転院調整にあたる職員の確保が必要
円滑な転院調整が可能となるよう、地域の精神科医療機関との連携が必須		
収入	・診療報酬及び委託料 ⇒診療報酬を人件費等の経費に充てるのは困難？	・診療報酬、体制確保費補助
財源確保については、国庫補助・地域医療再生基金等の活用を検討		
支出	・人件費、設備、機器等にかかる経費 ⇒採算をとることができる収支になるか？	・人件費、設備、機器等にかかる経費 ⇒固定方式と比較して経費の抑制可能？

(案①)固定方式

【メリット】

- ・搬送先が明確になり、より迅速かつ的確な処置が可能（搬送時間短縮、照会件数減少）
- ・患者情報（背景）の集約が可能
⇒保健事業、NPO等との連携による施策展開

【デメリット】

- ・リスクが固定化するおそれ
（収支面、従事者の負担等）
- ・医師やPSWの出務にかかる各種調整が必要

(案②)持ち回り方式

【メリット】

- ・既存の医療資源や設備・機器を有効に活用し、より柔軟で幅広い対応が可能
- ・患者受入れにかかるリスク、負担の分散が可能

【デメリット】

- ・体制確保にかかる負担増
⇒他の救急患者の受入れへの影響

③ 精神科
コンサルト

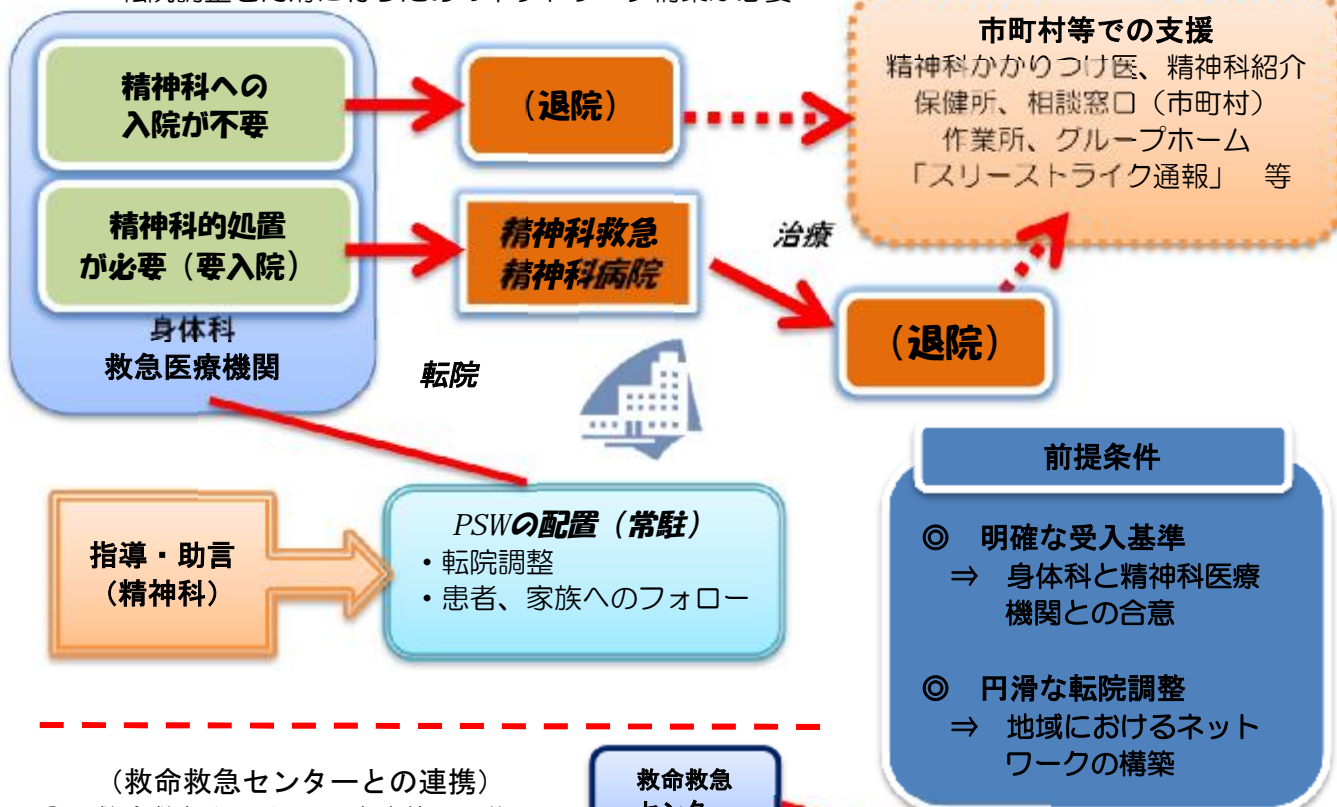
④ 転帰

1. 課題・問題点

- 入院必要性の判断の不一致
⇒身体科と精神科で判断が異なるケースあり。（例 精神科で「パーソナル障害」と診断）
- 医療資源（人的資源）上の問題
⇒精神科（精神科医）を有しない身体科医協機関も多数あり、本人や患者のフォローに対する負担増
- 精神科への入院が必要と判断された場合の転院調整の実施
⇒調整にかかる負担（現状は身体科救急医療機関の医師、PSWにおいて実施？）
転院調整を円滑に行うためのネットワーク構築の必要性
- 精神科医療機関への受入基準の検討
⇒いわゆる身体科と精神科との「溝」の問題。身体科と精神科の合意のもと、明確な受入基準が必要
- 長期リハビリが必要な精神科既往の患者
⇒スタッフへの負担に加え、長期入院のため、空床確保にも影響
- かかりつけ医のない精神科既往患者への対応 等

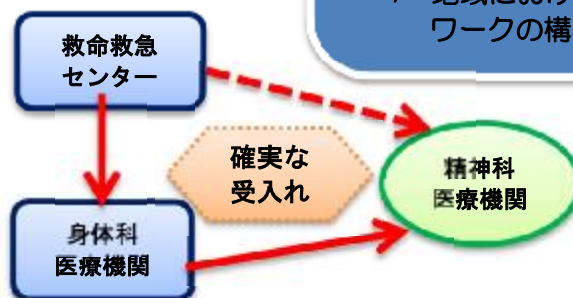
2. 精神科医療機関への転院促進のための方策（案）

- 受入基準の検討
⇒受入医療機関の提供可能な医療機能に応じた受入基準が必要
- 精神科への入院が必要と判断された場合の転院調整の実施
⇒・調整にかかる負担（現状は身体科救急医療機関の医師、PSWにおいて実施？）
・転院調整を円滑に行うためのネットワーク構築が必要



（救命救急センターとの連携）

- ◎ 救命救急センターで治療後、長期のリハビリが必要でなおかつ精神科の対応が必要なケースに対応するため、予め救命救急センター、身体科医療機関、精神科医療機関の間で患者の受入れに関する取り決め（提携）を行う。



③ 精神科
コンサルト

④ 転帰

1. 精神科医療機関への受入基準

●前提（身体的状況）

⇒基本的には外来処置で対応可能な状況。そのうえで精神科への入院が必要となる患者について判断
（例）捻挫や皮膚の挫滅創等→身体科手には外来対応で十分（経過観察、簡単な処置）

※ 身体科（内科）を持たない精神科医療機関でどこまで対応が可能か、第2回WGでの議論内容も踏まえ、再度検討が必要

○ 精神疾患・身体疾患合併症患者の受入れについて

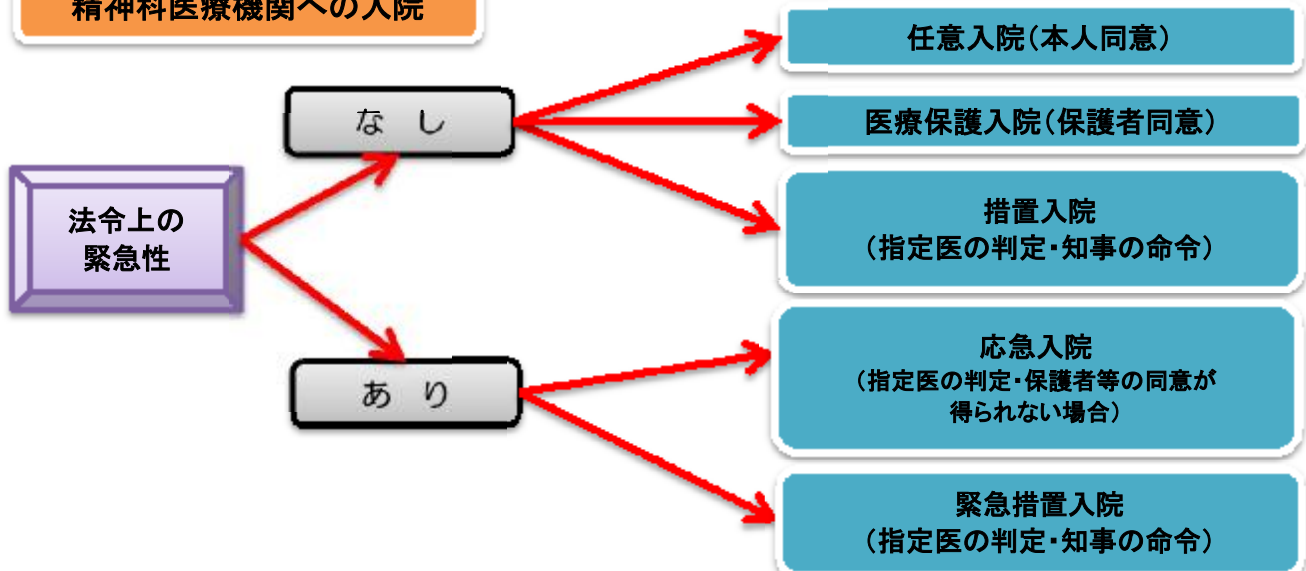
（参考）第2回WG資料

過量服薬・リストカット患者を救急病院から受け入れる際の基準（案）

	澤座長、黒田委員案	籠本委員案
過量服薬患者	<ul style="list-style-type: none"> ○服用後意識レベルの低下があって回復して清明になった者 ○酸素や呼吸循環に対する薬物のいらぬ状態の者 ○一般生化学検査で治療が必要な副作用の無い者 但しリチウムの場合は血中濃度が1.2mEq/L以下の者 	<ul style="list-style-type: none"> ○回復して、意識が清明になった者で、受け入れ後に、呼吸・循環管理の必要が無い者 ○呼吸・循環器系以外の過量服薬による副作用については、内科医による専門的治療の必要が無い程度の者 ○但しリチウムの場合は血中濃度が1.2mEq/L以下の者
リストカット患者	<ul style="list-style-type: none"> ○血管神経損傷が無く、感染創でなく、1週間後の抜糸が必要な程度の者 	<ul style="list-style-type: none"> ○1週間後の抜糸が可能な程度の損傷の者
その他の 内臓疾患の患者	<ul style="list-style-type: none"> ○個別に対応 <ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院に内科医がいるか （常勤、ほぼ毎日のパート医、それ以下のパート医） ・必要に応じてすぐ患者を戻せる ・必要に応じ、日中ならず対診が求められる 	<ul style="list-style-type: none"> ○個別に対応 <ul style="list-style-type: none"> ・当該精神科病院で身体管理が困難であると判断された場合は、速やかに元の病院に一旦戻ることができることを保証するシステムが必須
備考	下線部分は項目ごとにレベルを考える必要あり	

2. 精神科医療機関への入院（精神保健福祉法による区分）

精神科医療機関への入院



⑤ 後方連携

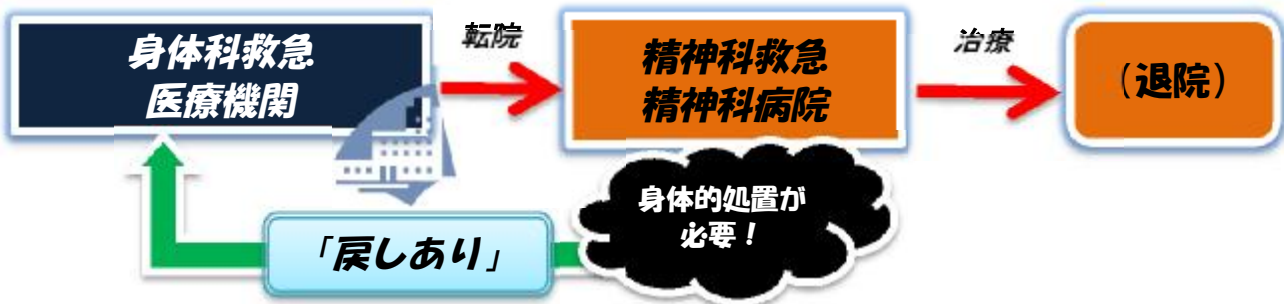
1. 課題・問題点

- 連携体制の整備が不十分

⇒身体科から転送された患者に再度、身体的処置が必要となった場合に精神科医療機関で対応困難となるケースがある。（※精神科医療機関の積極的な受入れを阻害する一要因）

2. 円滑な後方支援のための方策（案）（「戻しあり」の体制）

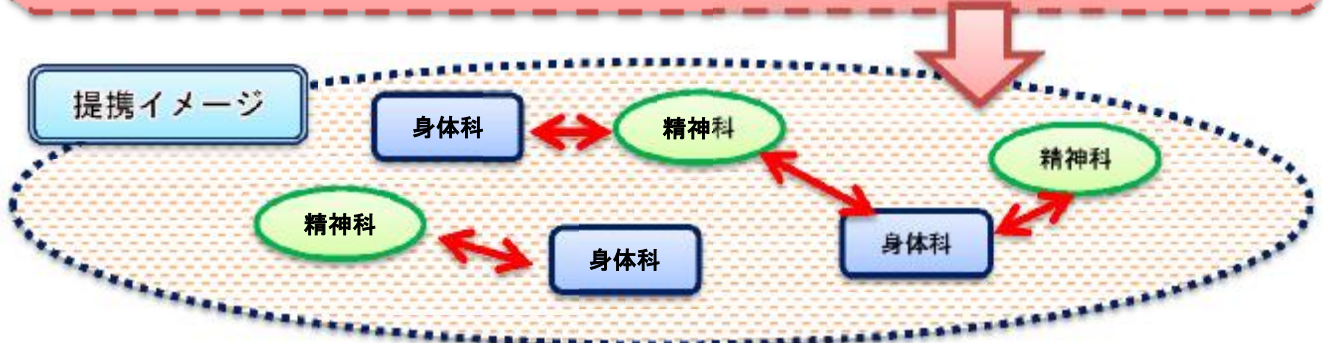
- 「戻し」により身体科で受入れる場合の基準の検討



◎転送先

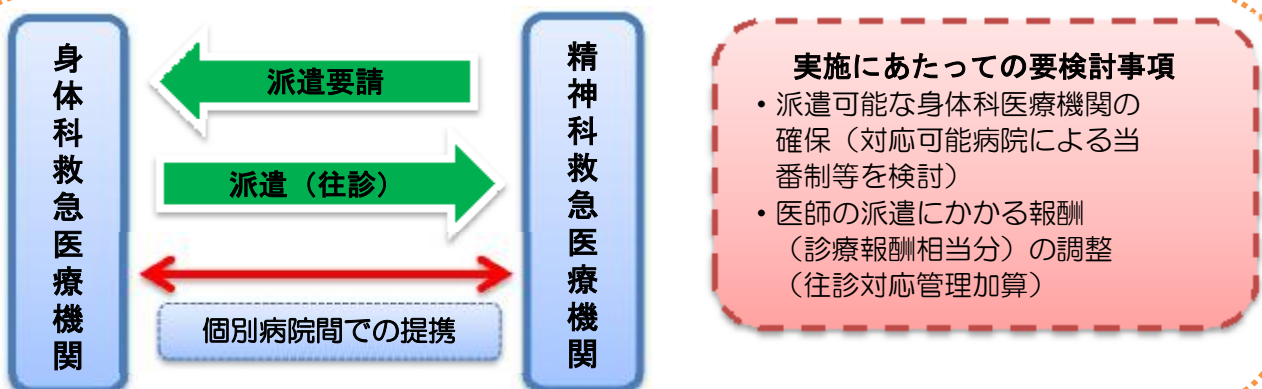
転送元となる身体科救急医療機関が前提となるが、空床状況により、転送元以外の身体科救急医療機関への転送も想定される。

※ 個別の病院単位あるいは圏域内での提携が必要



3. 円滑な後方支援のための方策（案）（身体科救急医療機関による人的支援）

- 身体科医師の精神科医療機関への派遣
- トリオフォンを活用した治療（再掲）



精神保健指定医の課題

- 人数が少ない
 - 診療所への流れの勢いは強い 表参照
 - 失効した精神科医の復権のチャンスをさらに
- 患者人権に関する職務の負担過剰
 - 隔離・拘束指示について 外国での事情参照
- 患者人権に関わらない仕事が規定
 - 精神療養病棟における必置
 - 資格取得および更新時の「社会復帰の」研修より救急医療の研修がふさわしい
 - ・ 日精協の指定医更新研修では4年前から、精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉に副題として、社会復帰の観点からの精神科救急医療を追加
 - 関補佐の時、平成7年の法改正(八年施行)で急に入ったテーマ
 - 出口が分からんと入院医療も分からんと
 - 救急は社会復帰と両輪の関係にあり、社会復帰を進めるほど必要になる

Psychiatric Detention Laws

- In California there is a initial 72 hour of period of psychiatric observation (5150)
- Can be ended early (Usually only by psychiatrist)
- Can be initiated by:
 - Psychiatrist
 - Other MDs
 - Psychologists
 - Social Workers
 - Police

*but never by a family member

by Dr. Garner, H.E.

- In Japan psychiatric detention order can be given only by the accredited psychiatrists only to inpatients, can be ended by the non-accredited psychiatrists.