

<利用者側からみた精神科救急事業の問題点>

1. 電話相談窓口の機能が不十分
 - ・ 電話相談窓口が非公開の自治体がほとんど
 - ・ 相談しても当番病院を教えてくれるだけの窓口が少ない
2. 病院への搬送に苦勞する
 - ・ 家族が搬送する場合がほとんど
 - ・ 救急車が精神科に搬送してくれない地区がある
 - ・ 警察による搬送は利用者や家族にトラウマを残しやすい
3. 当番病院の格差や地域格差が著しい
 - ・ 時間をかけて病院にたどり着いても、病院によって対応がまちまち
 - ・ 地域によって、日によって、受けられるサービスがまちまち
4. 身体合併症ケースに弱い
 - ・ 精神・身体複合救急ケースは身体科救急も精神科救急も敬遠
 - ・ 総合病院では精神病床も精神科医も減り続けている

<精神科救急病院からみた精神科救急事業の問題点>

1. 電話相談窓口の機能が不十分
 - ・ 情報収集能力に地域差・個人差がある
 - ・ トリアージ機能が弱いと、不要不急の患者が紛れ込む
2. ミクロ救急が弱体化する
 - ・ 通院患者の診療を当番病院に押しつけてくる医療機関がある
3. 身体的問題をきちんと検索してくれない身体救急がある
 - ・ 精神症状があると診療を敬遠する救急病院がある
 - ・ せん妄や症状精神病が統合失調症と誤診されることがある
4. 精神科救急に携わる医者が減り続けている
 - ・ 重症患者や救急患者を診る精神科勤務医が疲弊しやすい

<精神科救急医療施設における医師確保の方策>

1. 若手医師のプールのために
 - ・ 精神科救急専門医制度の創設 → キャリア+インセンティブ
 - ・ 指定医・精神神経学会専門医の取得条件に精神科救急病院での勤務を義務化
2. 開業指定医の救急事業への参加促進 — 病診連携
 - ・ 大都市における一次救急（医師会運営等）に精神科開業指定医が参加
 - ・ 精神科救急病院の指定医当直業務を開業医（病院 OB 中心）がバックアップ（オンコール等）
 - ・ 代わりに開業医の学会参加や急用に際して救急病院から医師が代診で支援