

精神科救急医療体制に関する検討会 論点メモ（案）

※これまでの議論等を踏まえ、今後、各都道府県で確保すべき精神科救急医療体制等に関する主な意見をまとめたもの。

1. 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制について

【基本的考え方】

- 精神科救急医療体制は、
 - 精神疾患・障害に起因する重大行為を未然に防止する
 - 重症の救急患者に良質な医療を提供する
 - 在宅患者の地域生活維持を支援するという目標が、すべての都道府県において、達成できるような体制の整備が必要ではないか。
- 精神科救急医療体制を継続的に安定して提供していくためには、行政機関、精神科医療機関、患者、家族、地域社会等の関係者が、協力していくことが必要ではないか。

【各論】

（1）精神科救急医療システム

自傷他害のおそれのある患者が発生した際の受け入れ体制を確保することが必要であり、行政が主体となって、その体制を確保すべきではないか。その際、当該システムを維持するためには、一部の精神科医療機関だけでなく、常時対応、輪番対応、後方支援、外来対応、自院の患者への対応等の様々な形で、それぞれの精神科医療機関が参加・協力するべきではないか。

（2）精神科救急相談窓口、精神科救急医療情報センターの整備

精神科救急医療システムを、継続的に安定して提供するためには、夜間に相談できる窓口があること、緊急に受診すべきかどうか、どのような医療機関を受診すべきか等について必要な情報を提供すること等により、精神科救急医療システムにできるだけ負担をかけずに運用することが重要ではないか。このため、全ての都道府県において、精神科救急相談窓口又は精神科救急医療情報センターを設置する必要があるのではないか。

都道府県は、精神科救急相談窓口等が上記の機能を果たせるよう、対応マニュアルの整備、相談員の質の向上のための研修、相談窓口について住民への周知を行うことが必要ではないか。

相談の中で、医師の判断が必要になった場合に、対応できるようにするため、精神保健指定医は、精神保健指定医の業務の一環（改正後の法19条の11第2項）として、相談窓口等の体制確保に、積極的に協力すべきではないか。

（3）精神科救急医療機関の役割

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、救急患者であっても、できる限り患者の経過や治療に関する情報が必要である。したがって、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は、各精神科医療機関（指定医療機関）が、夜間・休日においてもその診療体制の中で、適切に対応する必要があるのではないかと（マイクロ救急の確保）。

継続して診療している自院の患者については、当直体制を有しない精神科診療所においても、少なくとも準夜帯に関しては、スタッフ等によるオンコール体制を確保することや患者本人に必要な診療情報を持たせることなどにより、自院の患者やその関係者の求めに応じて、必要な対応ができる体制を確保する必要があるのではないかと。

（4）精神保健指定医の役割

（第3回検討会で議論予定）

2. 身体疾患を合併する精神疾患患者への対応

【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る。身体疾患を合併する精神疾患患者にも対応できるような救急医療体制を確保する必要がある。

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ため、すでに精神科医療機関を受診している患者の場合については、当該精神科医療機関が主治医として関わりつつ、身体疾患が生じた場合には、地域の一般医療機関と連携して、当該患者の診療を担当することが求められるのではないかと。

精神科医療機関への受診歴のない精神疾患患者の場合でも、身体疾患を合併する精神疾患患者の場合に、円滑に精神科医療機関で患者を受け入れられるよう、地域の救急医療体制と精神科救急医療体制との連携を図る必要があるのではないかと。

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患者については、精神科を有する総合病院（総合病院精神科）において、診療が必要となる。その場合、総合病院精神科の医療資源を考えると、受け入れる患者については、複合的な専門治療等の特別な医療が必要な患者を優先することとする必要があるが、総合病院精神科での診療は一時的なものであり、基本的には、地域の精神科医療機関が、長期的・継続的な視点から患者の診療を担う役割を担うべきではないか。

【各論】

（１）精神科救急医療機関

身体疾患を合併する精神疾患患者については、精神疾患の診療を行う精神科医療機関が後方支援をすることを前提に、身体疾患の鑑別診断を行える救急医療機関が受け入れることが望ましい。

このため、精神科救急医療機関（輪番を含む。）は、患者が身体疾患を合併している場合にその対応を依頼できるよう、地域の救急医療機関と連携しつつ、身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる必要があるのではないかと。

以上のような対応が可能となるよう、有機的な連携体制構築のため、地域又は連携医療機関間において、精神科及び一般科の両方の関係者が参加する事例検討会やスタッフ研修会等の取り組み（GP 連携事業等）を推進する必要があるのではないかと。

またその際、「精神科救急患者」、「身体疾患の合併」等に関する定義をできるだけ明確にし、精神科医療機関だけでなく、一般救急医療機関、警察、消防、保健所等とも認識を共有する取り組みが必要ではないかと。

なお、身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れに際しては、地域の救急医療機関と連携しつつ、急性期後の精神疾患患者を受け入れる「後方支援」となる精神科医療機関の役割が非常に重要であり、その確保を推進すべきではないかと。

（２）精神科医療機関

精神病床に入院する患者の約半数は65歳以上の高齢者であり、この割合は徐々に増加しつつある。したがって、精神科病院には、慢性の身体疾患を有する患者が増加しており、認知症や長期の入院患者など、一定割合以上高齢の入院患者を多く受け入れている精神科病院については、比較的軽度の身体疾患については、その対応が適切に行えるよう内科医の配置等を推進する必要があるのではないかと。

（３）従事者の対応力向上

精神科および一般科、双方の従事者の対応力の向上が求められるのではないかと。このため、精神科従事者向けの身体疾患への対応力向上の取り組みおよび一般医療従事者向けの精神

疾患への対応力向上の取り組みの推進のため、すでに救命救急センター等において、自殺未遂者への対応マニュアルが作成されているが、その他の対象についても、同様の研究やマニュアルの整備が必要ではないか。

3. 評価指標の導入

【基本的考え方】

精神科救急医療は、地域の状況に応じて、ニーズも様々であり、求められる機能も多様である。しかし、どの地域においても、社会や患者が安心して地域生活を送れるような体制を全国的に整備するためには、一定の目安となる指標が必要であり、またその指標を通じて、それぞれの体制を評価しつつ、整備を行うことが望ましいのではないか。

【各論】

(1) 都道府県

研究班で示された精神科救急医療体制事業の評価指標を活用し、定期的に評価を行い、その結果を公表することを検討すべきではないか。

(2) 3次救急（精神科救急入院料の届出等）の精神科医療機関

3次救急を担う精神科救急医療機関については、措置診察や隔離拘束等に係る精神科医療を主体的に行う医療機関であるため、医療の質の標準化とその向上を図る観点から、以下の指標の活用を検討すべきではないか。

- ① 退院率等について個別医療機関ごとに評価し公表すること
- ② 隔離拘束水準について外部評価を推進すること（行動制限記録 DB（eCODO）の活用等）

精神科救急医療機関の評価にあたっては、安定的に精神科救急医療システムが提供されている地域においては、必ずしも措置入院等が多くないことから、措置入院等の件数に着目するよりも、精神科救急医療システムに参画していること等の新たな評価指標について検討すべきではないか。

(3) 精神科救急医療機関

精神科救急医療体制整備事業に参画している精神科救急医療機関に対して、受入実績等の報告及び結果の分析を行うことが望ましいのではないか。具体的には、今後、調査研究で実態調査を踏まえながら、適切な指標を開発する必要があるのではないか。

4. その他