

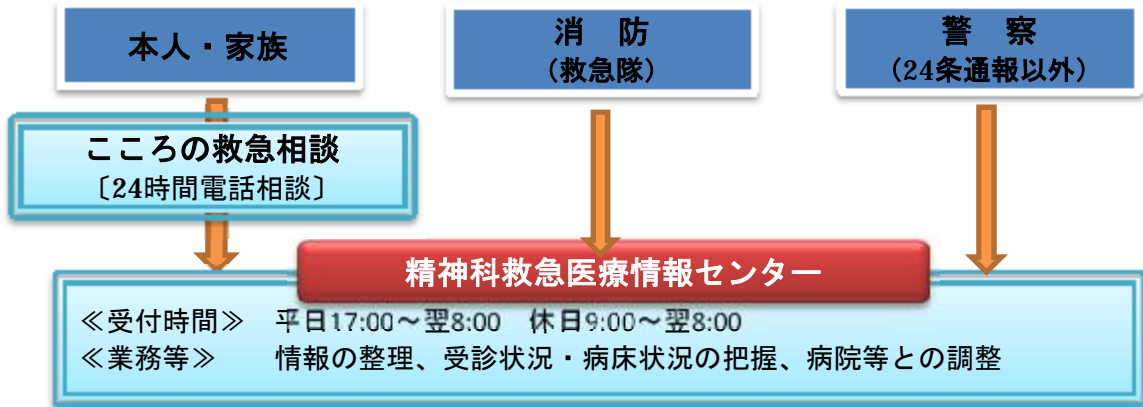
① 患者の搬送 (トリアージ)

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

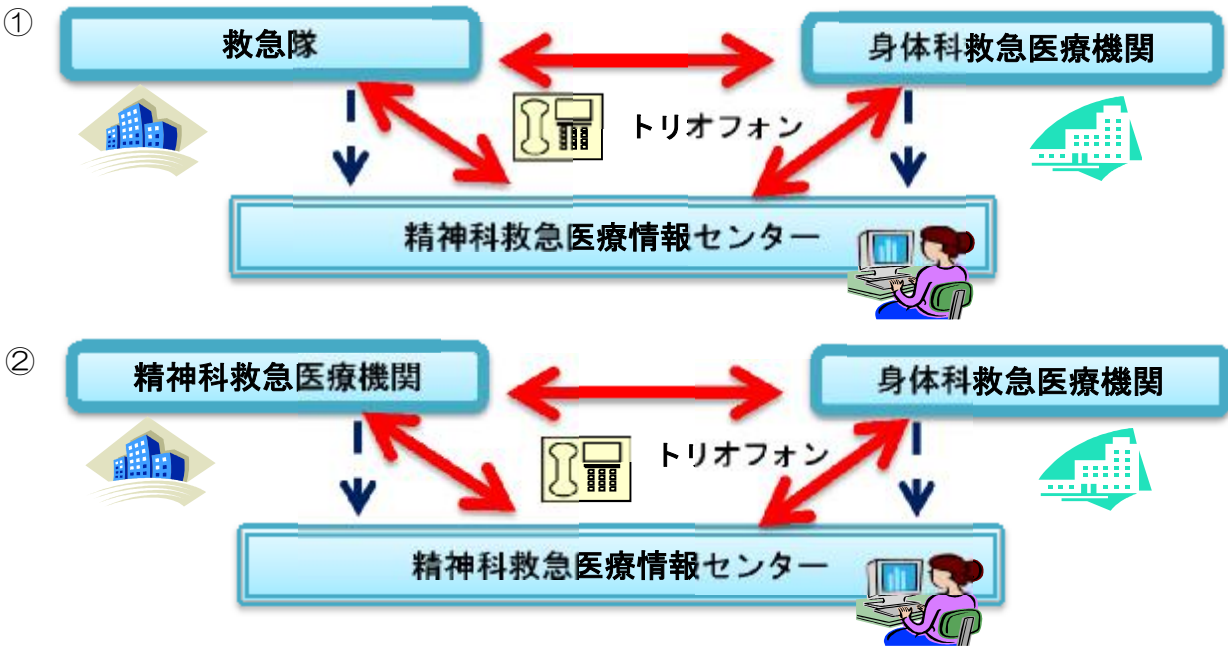
2. 患者搬送時における課題・問題点

- 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

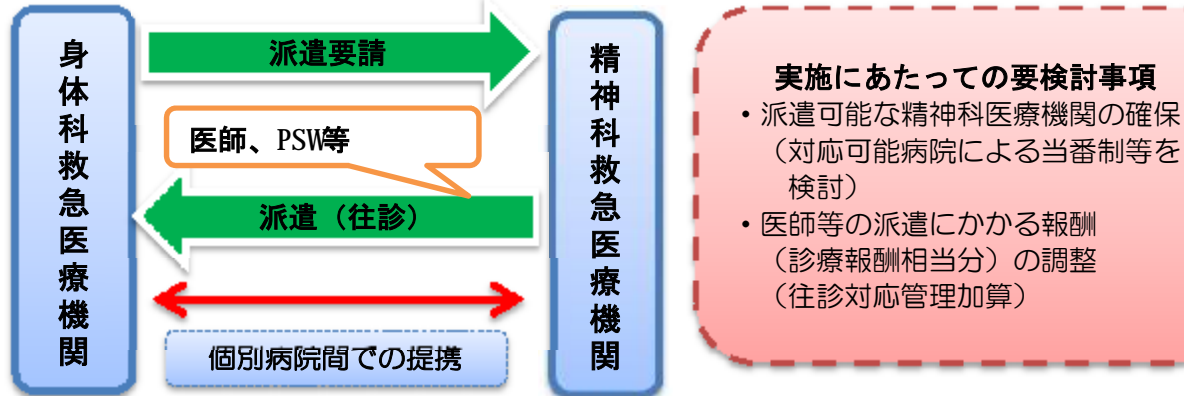
- ⇒・体制確保にかかる負担（合併症患者の受入に伴う医師、看護師等医療従事者への負担）
- ・職員のモチベーション低下 等
 - ・現場でのトラブル（対職員、对患者）
 - ・訴訟、未払い等のリスク

※ 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

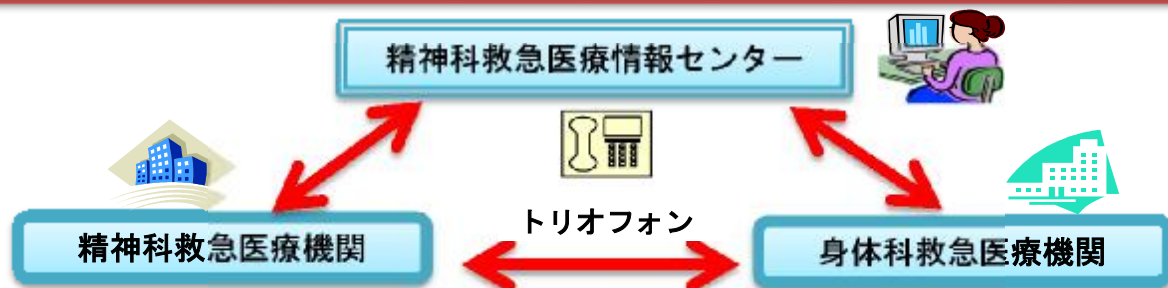
- ⇒固定方式 or 持ち回り方式の検討（資料3-2を参照）

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

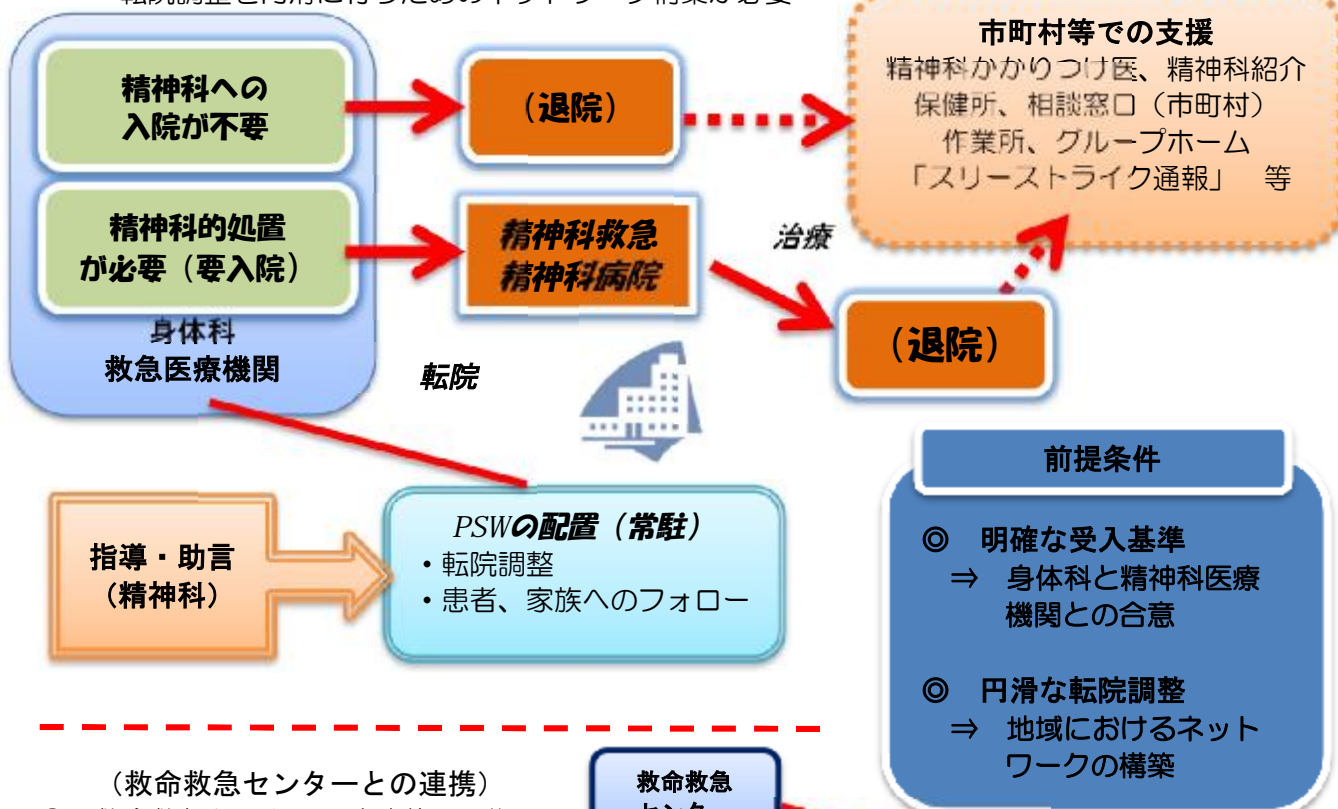
④ 転帰

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

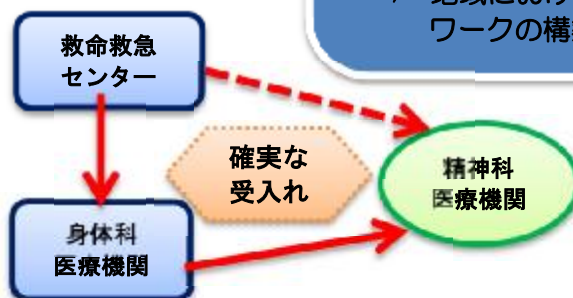
2. 精神科医療機関への転院促進のための方策（案）

- 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

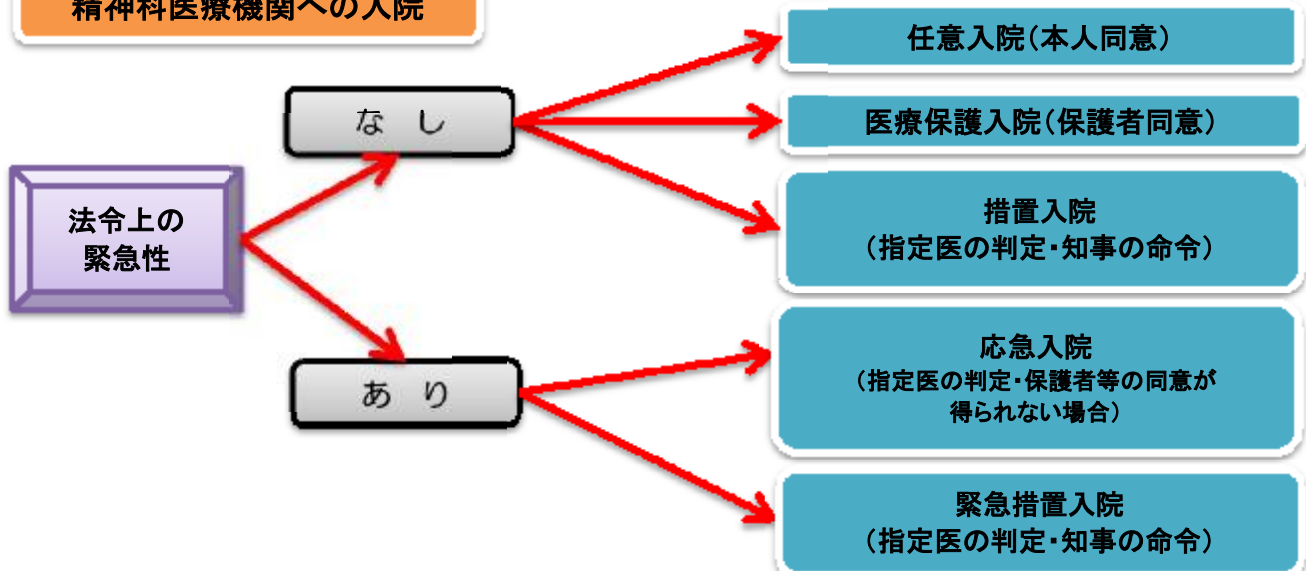
（参考）第2回WG資料

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、感染創がなく、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

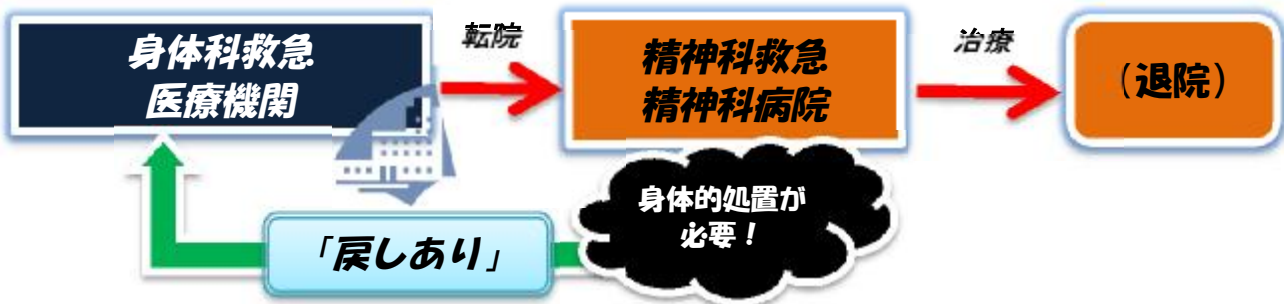
1. 課題・問題点

- 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）

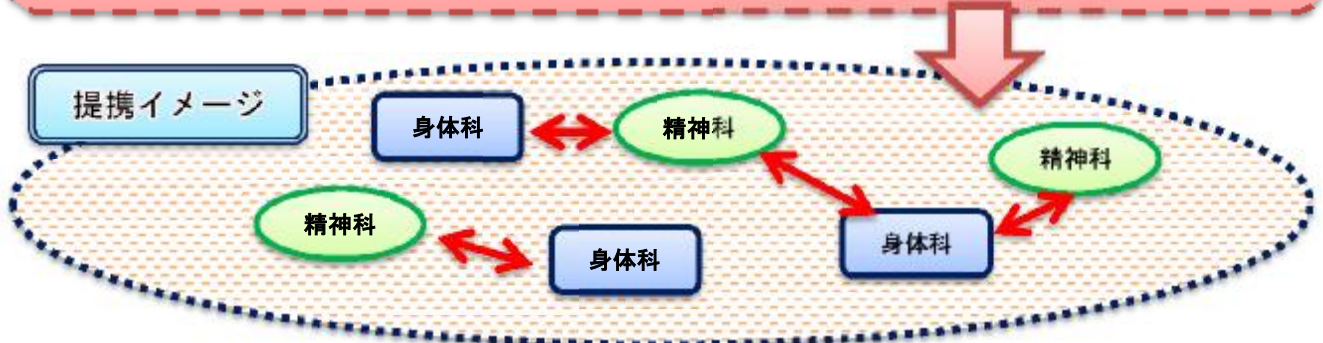
- 「戻し」により身体科で受入れる場合の基準の検討



◎転送先

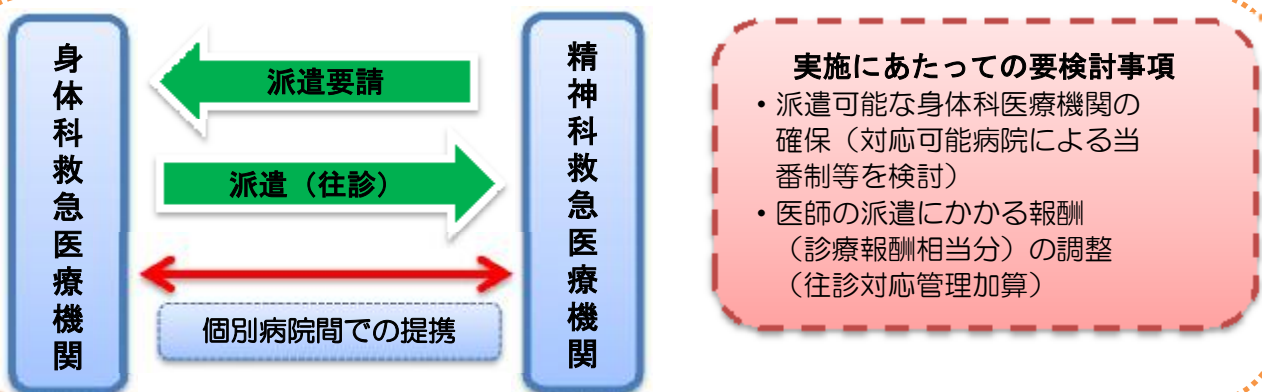
転送元となる身体科救急医療機関が前提となるが、空床状況により、転送元以外の身体科救急医療機関への転送も想定される。

※ 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.