

追加参考資料

※千葉構成員提出

精神科救急の現状と課題

第109回日本精神神経学会学術総会（福岡） 2013-5-25
シンポジウム35

精神科救急の現状と課題（内容）

▶ 身体合併症をめぐる課題

～連携のための具体的方策とは～

公益社団法人復康会沼津中央病院

日本精神科救急学会 副理事長 杉山 直也

▶ 認知症のBPSDに対する救急対応

大阪大学大学院医学系研究科精神医学

医療法人北斗会 さわ病院 清水 芳郎

▶ 精神科救急における診療所と病院の機能分化

を提案する

医療法人北斗会 さわ病院 渡邊 治夫



「精神科救急医療の現状と課題」



身体合併症をめぐる課題 ～連携のための具体的方策とは～

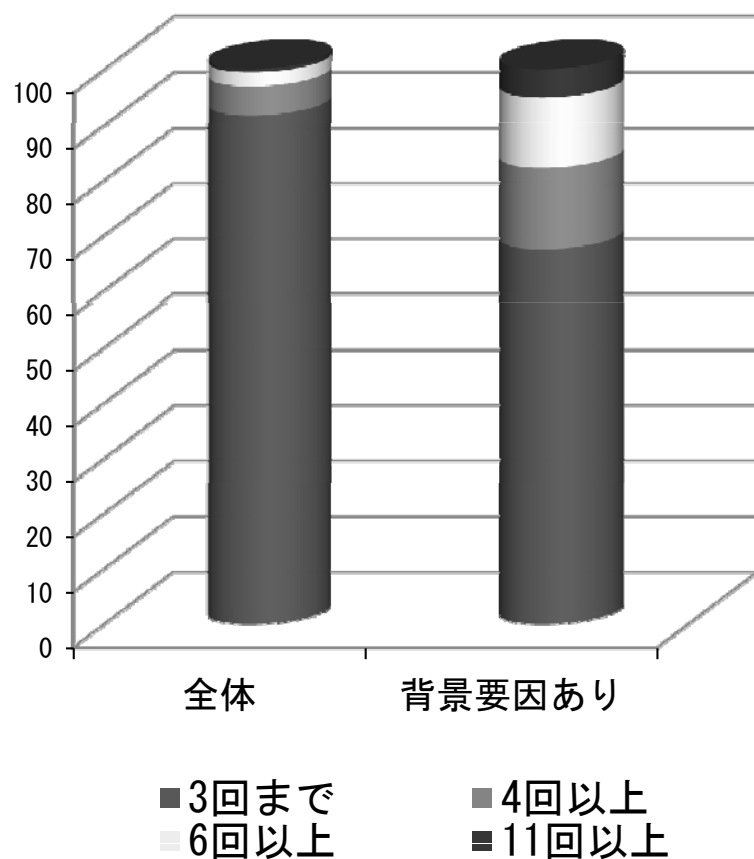
杉山直也

公益財団法人 復康会 沼津中央病院
日本精神科救急学会 副理事長

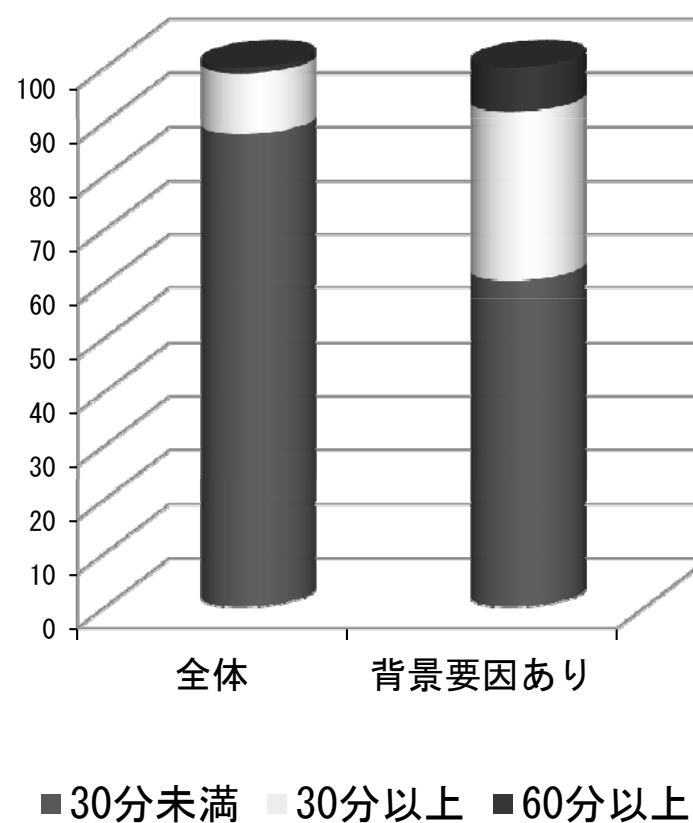
現場でどれほど困難があるのか？

背景要因があると救急隊の対応が遅れる

照会回数

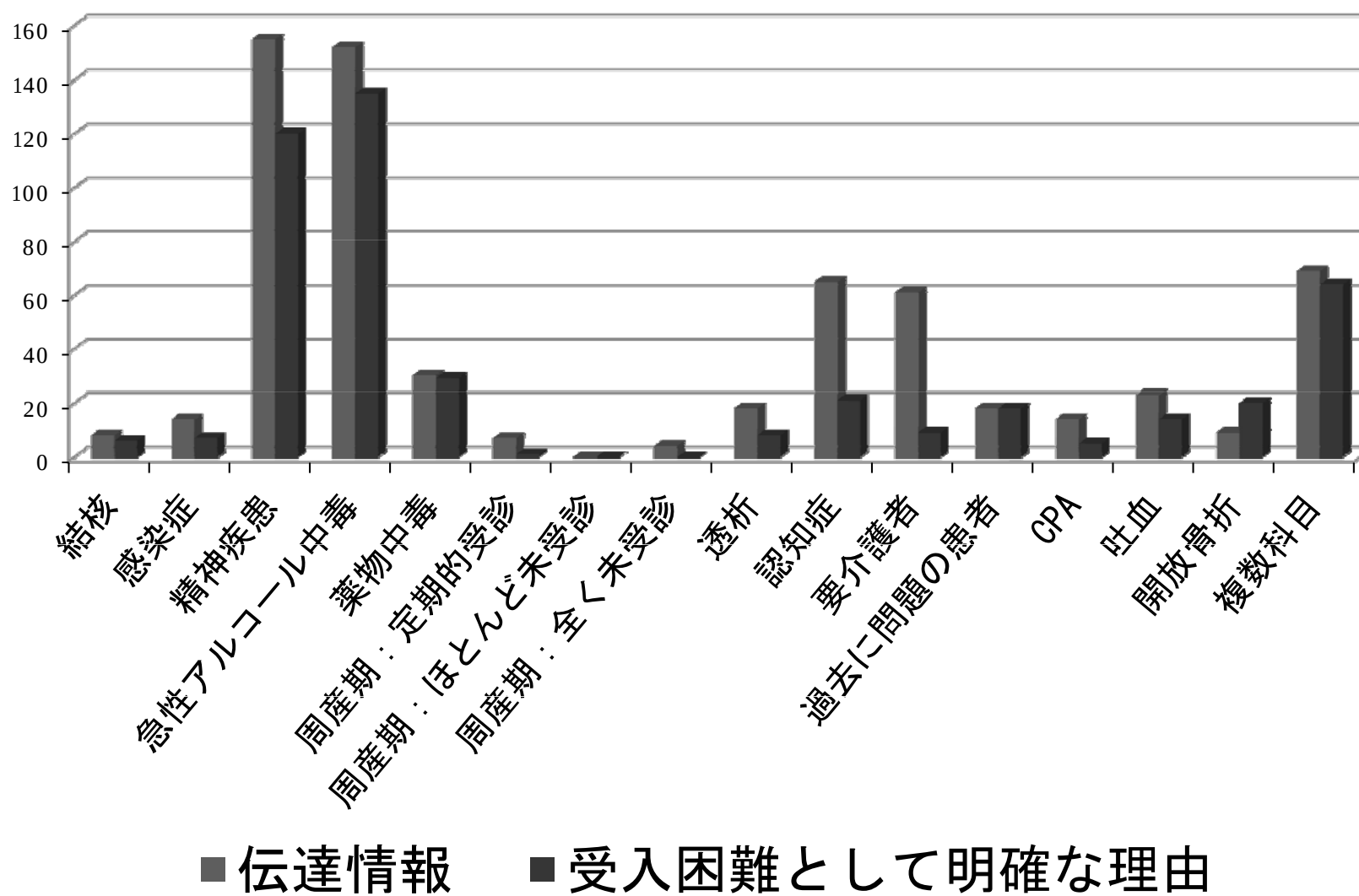


現場滞在時間



総務省消防庁: 救急業務高度化推進検討会. 平成20年度報告書, 2009

傷病者背景ごとの搬送困難例数



総務省消防庁：救急業務高度化推進検討会。平成20年度報告書，2009

実施基準

都道府県が策定・公表

- ① 傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるように分類された医療機関のリスト
- ② 消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準
- ③ 消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準
- ④ 搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するための基準等

※都道府県の全区域又は医療提供体制の状況を考慮した区域ごとに定める。

総務大臣
厚生労働大臣

情報提供
等の援助

・医学的知見
に基づく
・医療計画と
の調和

消防機関

搬送に当たり、
実施基準を遵守

医療機関

受入に当たり、
実施基準の尊重に努める

基準策定時
に意見聴取

協議会

総務省消防庁資料より作成

分類基準(1号基準)で定めている項目(症状)について

23年6月1日現在 基準策定済み都道府県41件のうち

緊急性		専門性	
重症(バイタルサインよる)	82.9%	妊産婦	85.4%
脳卒中	100.0%	小児	87.8%
tPA適応疑い	46.3%	開放骨折	26.8%
心筋梗塞(急性冠症候群)疑い	92.7%	急性アルコール中毒	2.4%
胸痛	19.5%	精神疾患	63.4%
外傷	78.0%		
多発外傷	24.4%		
熱傷	73.2%		
中毒	65.9%		

総務省消防庁資料より

消防法改正後どうなったか？

平成24年度消防庁消防防災科学技術推進制度

「精神科患者の救急搬送に関する研究」

伊藤重彦（北九州市立八幡病院 救命救急センター長）

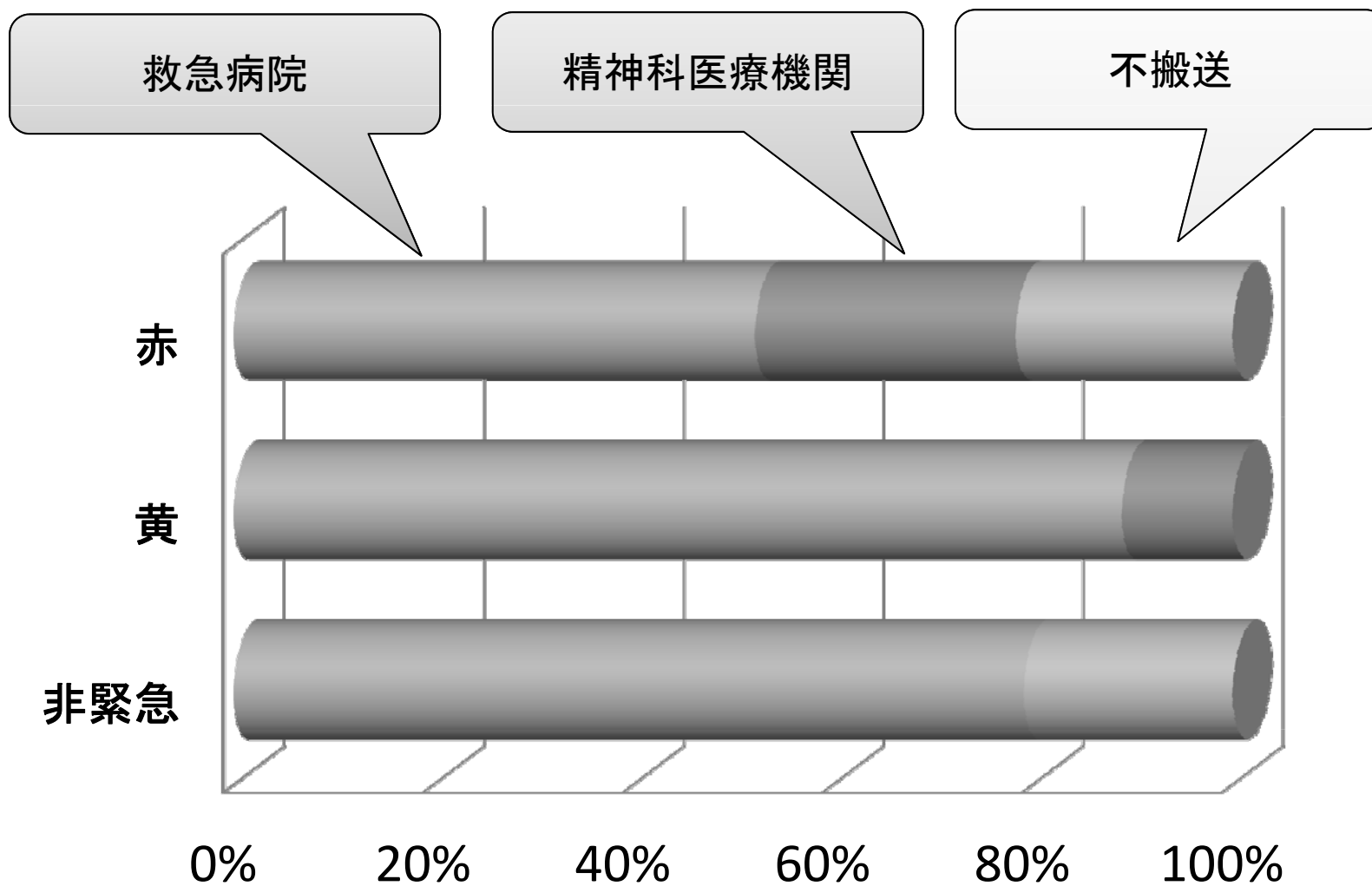
- ▶ 搬送困難事案比率は精神疾患（2.73％）が最大で、他の疾患の10倍（北九州市）
 - ▶ 消防法改正後も搬送困難例の多くが精神疾患
 - ▶ 救急隊が精神疾患患者の身体合併症や緊急度を判断することは容易でない。
 - ▶ 精神科救急システムの機能が十分でなく、救急病院の負担になっている。
 - ▶ 精神科救急医療体制はハード対応が中心でソフト救急への対応は手つかず状態
 - ▶ 関係機関の連携について協議をすべき
-



精神科患者特有の主訴カテゴリーと緊急度判定プロトコル		
緊急度		
身体赤	バイタル異常	呼吸異常はSpO2で判断（呼吸数は参考値）
精神赤	緊張病性 興奮・昏迷	疎通がとれない
		興奮し、意味不明、支離滅裂な言動
		目つきがおかしい、視線を合わせない
		無言、無動、固まっている、全身緊張
	幻覚・妄想状態	対話性（誰かと話しているような）独語、空笑
	自殺企図 希死念慮	致死性の高い自殺企図方法
		死なないといけない
		生きているとみんなに迷惑をかける
精神黄	アピールの 自殺企図	浅いリストカット
		家族、知人に知らせてから行動
		少量の服薬
	幻覚・妄想状態	幻聴・妄想だと知っている（病識がある）
		服薬を中断している
	うつ状態 不安状態	不安でじっとしておれない
		眠れない
		過換気発作（呼吸数以外のバイタル正常）
精神白		明らかな原因（誘因）がある場合パニック症候群
		さみしい、きつい、だるい、頭が痛い

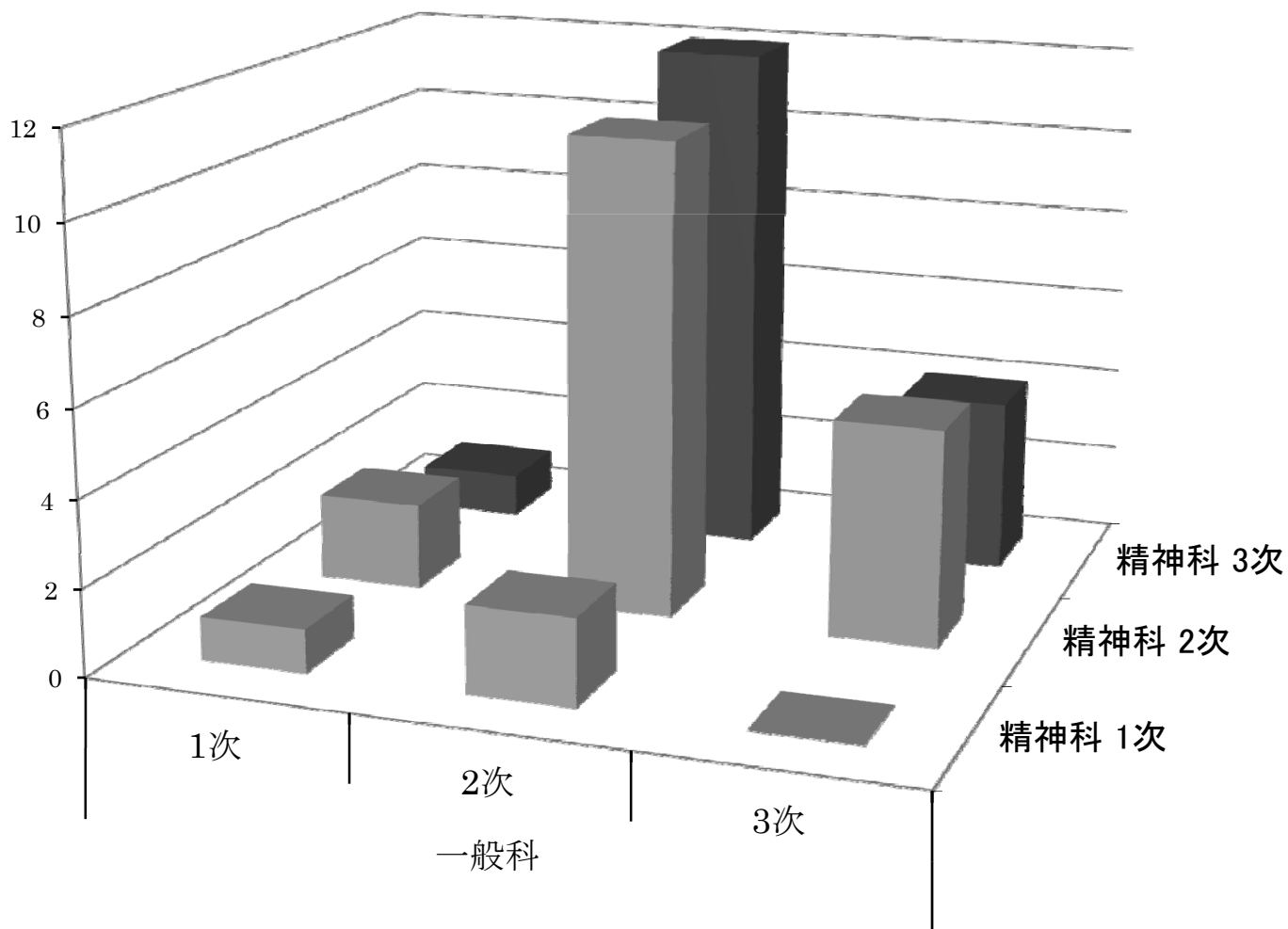
平成24年度消防庁消防防災科学技術推進制度「精神科患者の救急搬送に関する研究」

精神科緊急度別の受け入れ機関



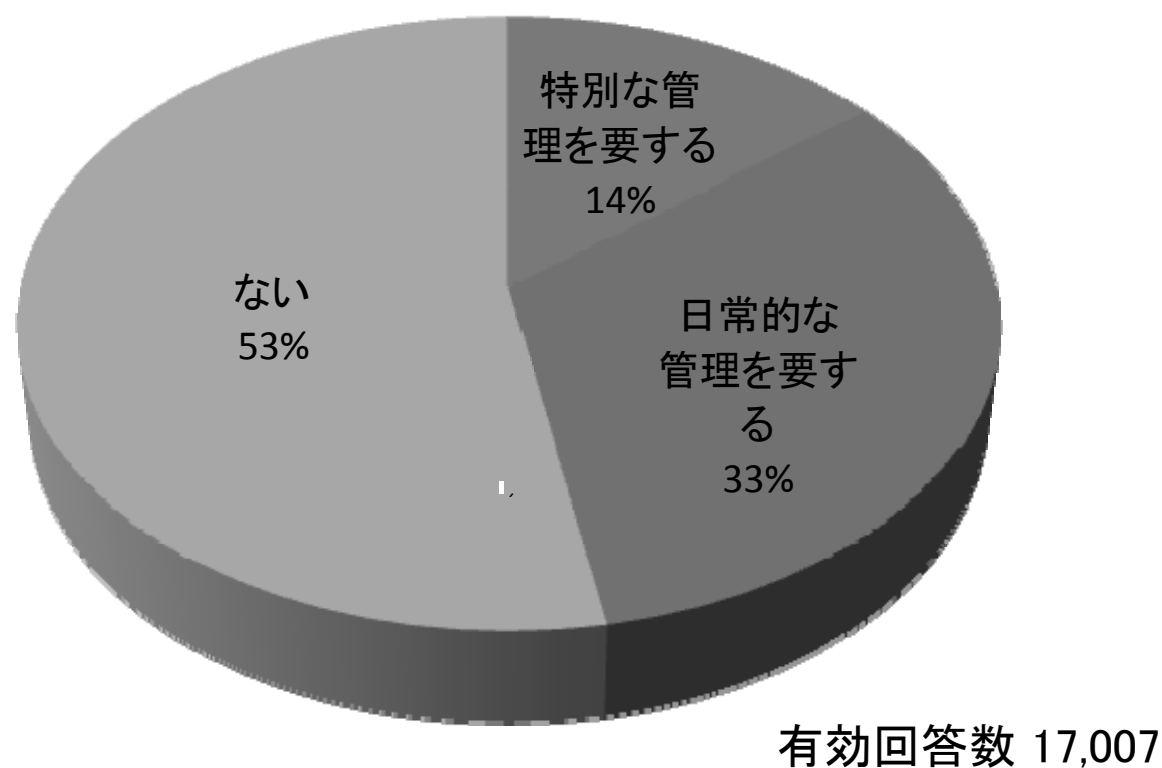
平成24年度消防庁消防防災科学技術推進制度「精神科患者の救急搬送に関する研究」)

対応困難複合ケースのマトリックスによる分布



杉山直也:精神科救急医療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)総括・分担研究報告書, 2011

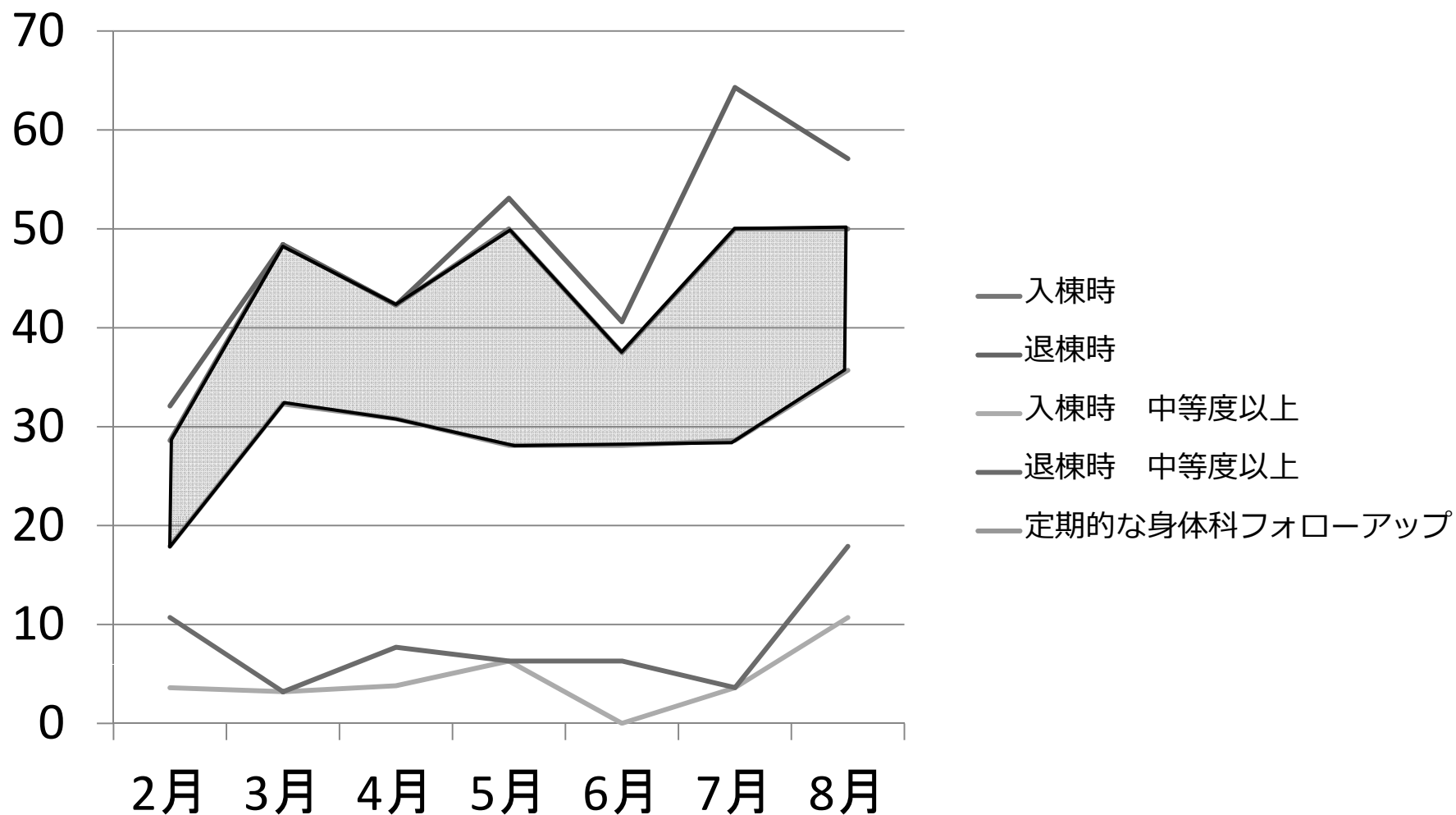
精神病床に入院中の患者における身体合併症の有無



「精神病床の利用状況に関する調査」より
(平成19年度厚労科研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

精神科救急における身体合併症の頻度

eCODOデータより



着目点チェック表とフローチャート

精神科関連病態傷病者 症状と着目点チェック表

I.意識障害(JCS)	☐ 1ケタ	<u>☐2ケタ以上</u>	☐ せん妄	☐ もうろう
II.行動異常	☐ 自傷行為	<u>☐自殺企図</u>	☐ 他害行為	<u>☐暴力</u>
	<u>☐器物破損</u>	☐ 大声	☐ 多弁・多動	☐ 暴言
	☐ 攻撃性	☐ 徘徊	☐ 無目的な動作	☐ おちつきのなさ
I.疎通性	☐ 無言無動	☐ 寡言	☐ 理解力不良	☐ 不自然な態度
	☐ かみ合わない	☐ 拒絶的	☐ 疎通不能	☐ 無言無動
I.言動異常	☐ 幻覚	☐ 妄想言動	☐ 自殺念慮	☐ 悲観的言動
	☐ 自責的言動	☐ 他罰的言動	☐ 誇大的言動	☐ 虚言
I.感情表出	☐ 感情失禁	☐ 感情不安定	☐ 抑うつ	☐ 強い不安・恐怖
	☐ 多幸	☐ 易怒的	☐ 無愛想	☐ 無表情
I.認知機能	☐ 見当識障害	☐ 健忘(もの忘れ)		
II.アルコール・薬物	☐ 依存症	<u>☐急性中毒</u>	<u>☐離脱(禁断)症状</u>	
III.治療薬の副作用	☐ 錐体外路症状	<u>☐悪性症候群</u>	☐ その他()	
IV.その他	☐ 不眠	☐ 過換気	<u>☐けいれん</u>	☐ その他()

医療機関への状況報告時に活用してください。

下線の症状は専門的な対応が必要なものです。

太字:措置入院の要否を検討すべき症状(保健所・精神科情報センターや警察を考慮)

斜体:身体科への搬送を考慮すべき症状

その他参考となること(具体的な表現、経時的変化や反応性)を書き留めておいてください。

年月日_____ 時間_____ 記載者_____

対応フローチャート

カテゴリ	サブカテゴリ	判断および想定される搬送先
精神症状	初発 (既往のない急性発症)	器質的疾患鑑別の要否を検討 疑われたら <u>身体科へ</u> ★高齢者(60歳以上) ★感冒様エピソードの前駆 ★バイタルサインの異常(37.5℃以上の発熱, 90%以下のSaO ₂ 低下) ★明確な身体所見(著名なういそう、疼痛、麻痺…etc) そのうえで、明らかに精神的問題なら <u>精神科救急へ</u>
	以前からあった問題 (3か月以上)が重症化	生活破綻による2次的な問題(栄養・衛生面)を評価 2次的な問題が重篤でなければ <u>精神科救急へ</u>
	繰り返している病態	かかりつけ医の有無を確認 <u>原則かかりつけ医へ</u> なければ <u>精神科救急へ</u>
	経緯不明	急性発症に準じた対応
身体的主訴	背景に精神疾患	<u>身体要件優先が原則</u> 重症度を評価し、両方同時に対応できる病院を選ぶ必要があるか?を検討 重症なら <u>合併症対応医療機関(身体科)へ</u> 状況により <u>縦列モデルへ</u>
	精神疾患由来の症状	現場では区別不能 <u>原則身体科へ</u>
自殺企図 自傷行為	大量服薬	JCS2ケタ以上or内容・時間・量から悪化が予測されるor不明の場合 <u>救命救急センター等へ</u> 上記以外は <u>精神科かかりつけ医へ連絡し、処置後対応を確認して、原則身体科救急へ</u> 時間外でかかりつけ医と連絡が取れない場合、 <u>まず身体科へ、その後必要なら精神科救急へ</u>
	その他	状態評価のうえ診療科の優先度を選定(救急医やコーディネータと相談) 身体損傷が軽微でない、あるいは評価困難なら <u>身体科へ</u> 身体損傷が軽微なことが明らかなら <u>精神科(原則かかりつけ医)へ</u>
アルコール 関連病態	酩酊者	<u>酩酊は精神症状ではない→必要なら身体科へ</u>
	特殊な病態	連続飲酒→身体的問題は <u>身体科へ</u> 非酩酊下に後日専門病院へ 離脱症状→状態により <u>身体科あるいは精神科へ</u>
搬送先の判断がつかない		かかりつけ医・コーディネーター(基幹病院・精神科情報センター)に相談

杉山直也：精神科救急医療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)総括・分担研究報告書, 2011

連携モデル

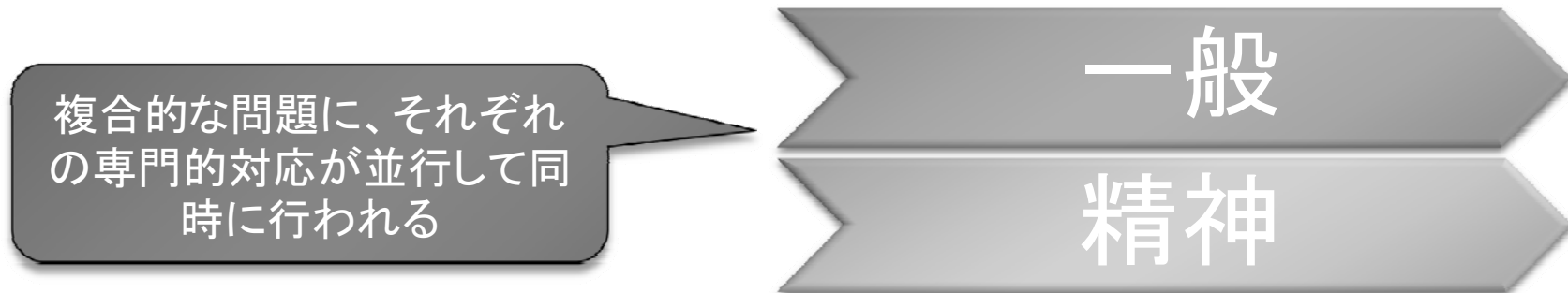
精神科救急医療体制に関する検討会 報告書 概要

【2】 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル：精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
 - ・ 精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
 - ・ また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組（GP連携事業）等を推進
- 並列モデル：総合病院精神科は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して受ける役割を明確化
 - ・ 総合病院精神科は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、地域性を勘案しながら、両者の併存も選択しうることに留意しつつ、全医療圏で身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を確保する
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

連携のための対応モデル

並列モデル → 重症例



縦列モデル → 多くを占める中等～軽症例



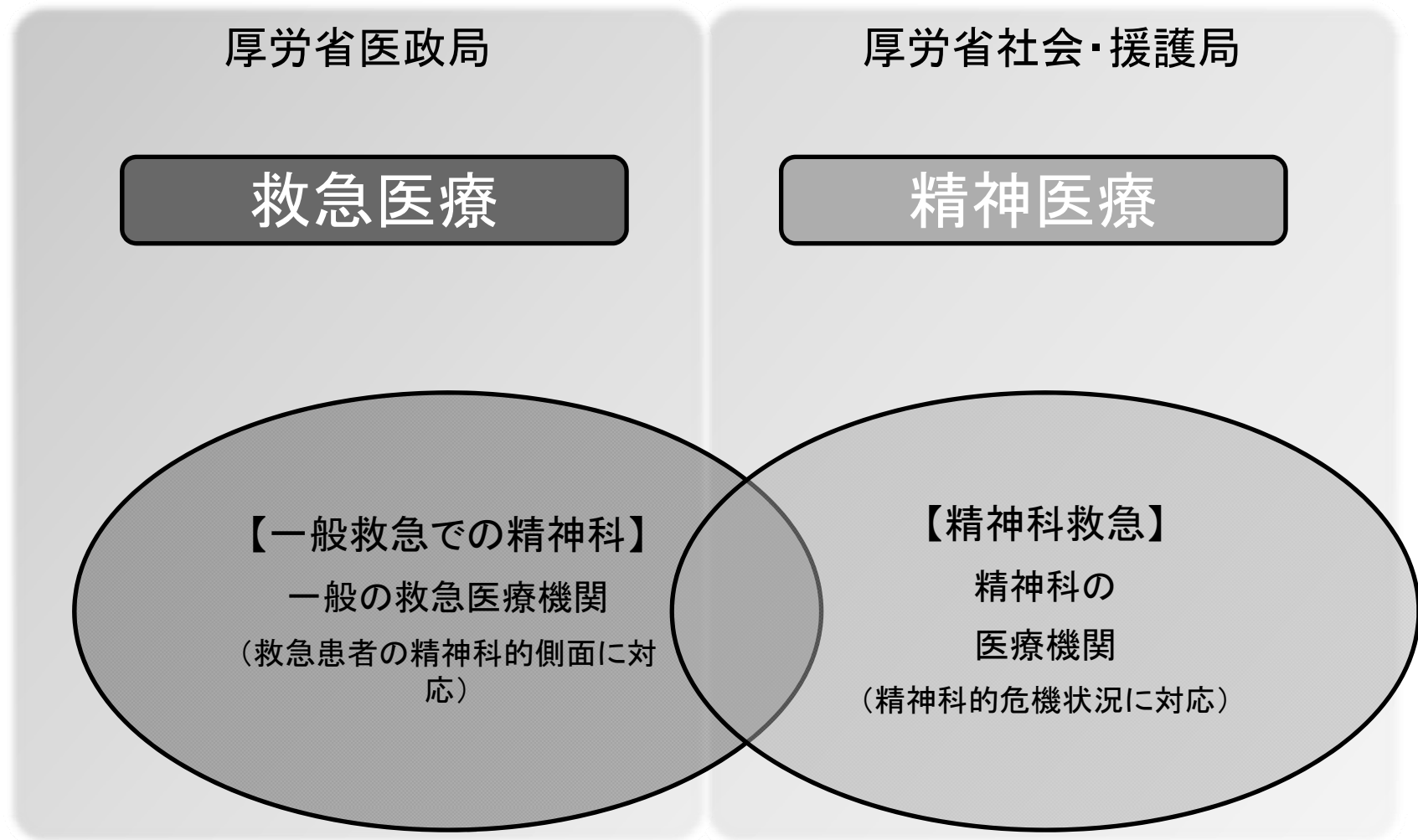
縦列モデル

身体的に問題なければ
その後の精神科対応を行います。



構造的問題

一般救急との接点



構造的問題

	一般科			精神科		
行政	医政局・指導課			社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課		
医師	日本医師会					
学会 (救急関連)	日本救急医学 会		日本臨床救急 医学会	JSPN	JAEP	JSGHP
病院	日本病院 会	全日本 病院協会	日本医療 法人協会	日本精神 科病院協 会	国立精神 医療施設 長協議会	全国自治 体病院協 議会
診療所	？			日本精神科診療所協会		
看護	日本看護協会			日本精神科看護技術協会		



自殺未遂患者への対応

救急外来(ER)・救急科・
救命救急センターの
スタッフのための手引き

日本臨床救急医学会
平成21年3月

**精神科救急医療
ガイドライン(3)**

(自殺未遂者対応)

2009年12月9日版

**Guidelines
for Psychiatric
Emergency Treatment(3)**
(Management after Suicide Attempt)
Version 2009

日本精神科救急学会

救急医のための精神症状評価と初期診療 体得のための研修コース

主催：NPO法人PEEC研究機構

共催：日本臨床救急医学会

日本精神科救急学会

日本総合病院精神医学会

後援：厚生労働省

昭和大学病院

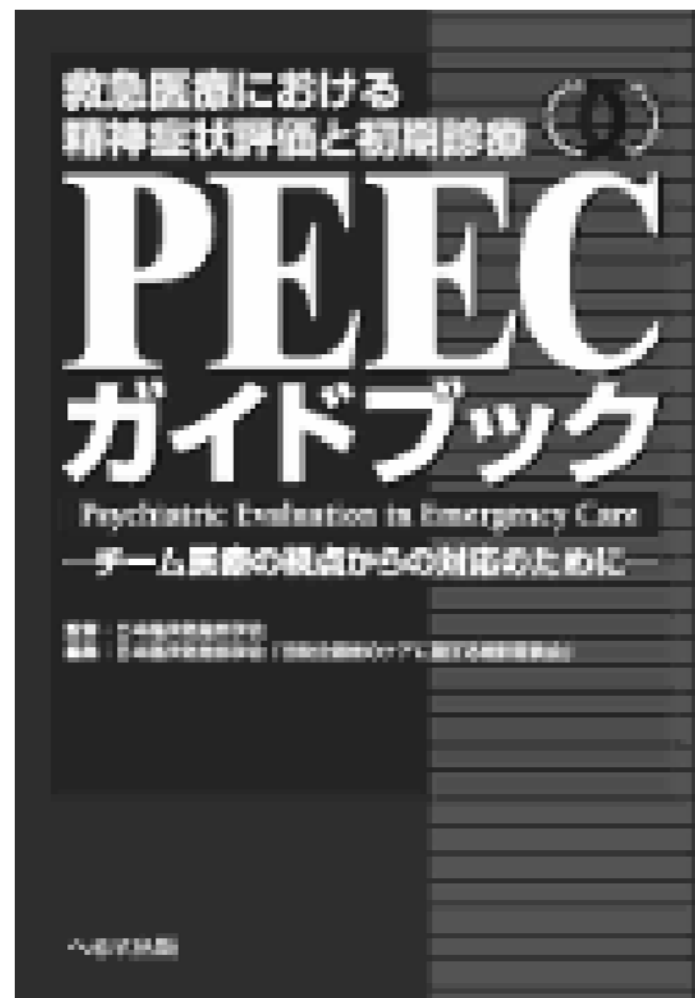
東海大学医学部

BLS(Basic Life Support)

ICLS(Immediate Cardiac Life
Support)

JPTEC(Japan Prehospital Trauma
Evaluation and Care)

ISLS(Immediate Stroke Life Support)

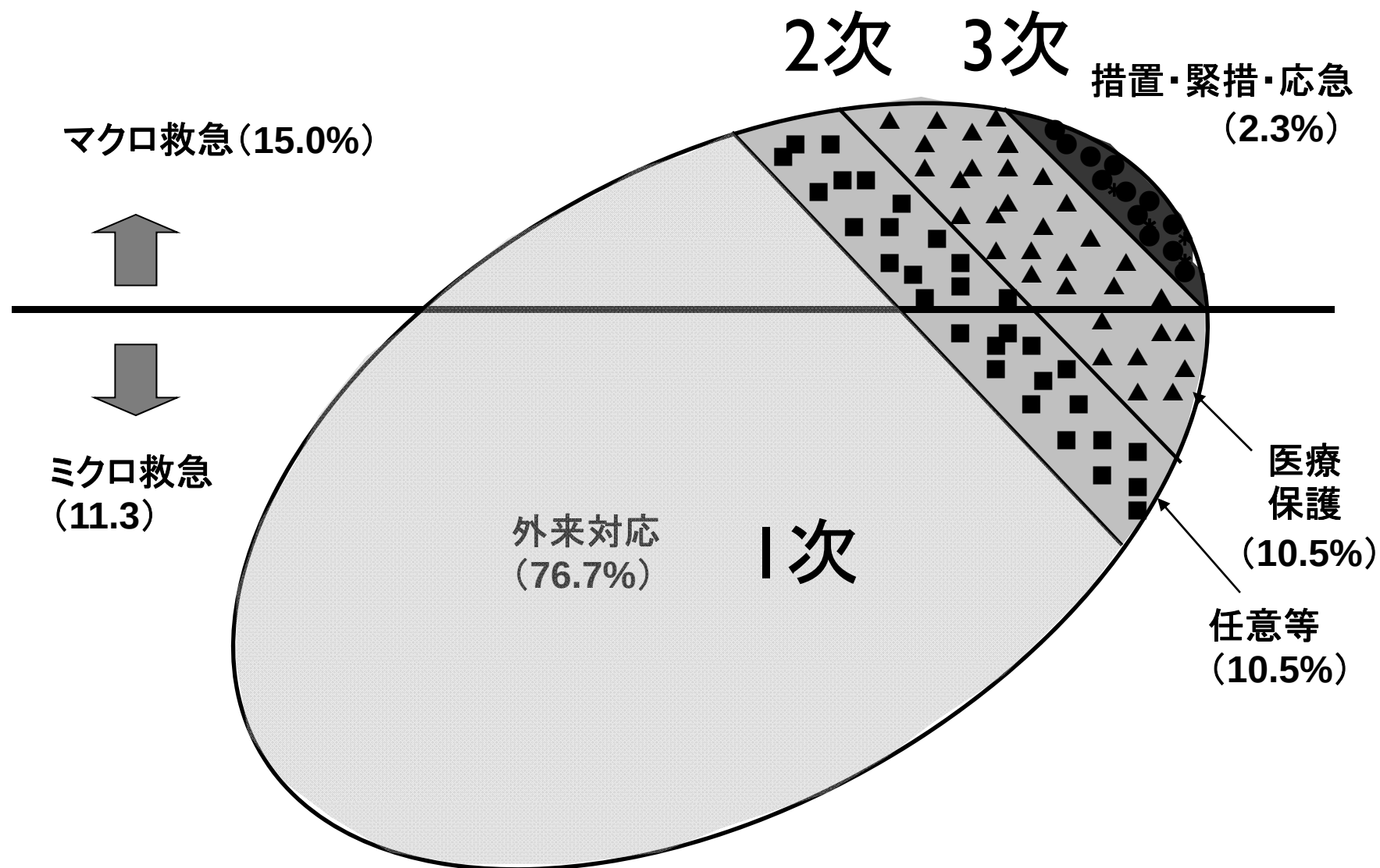


精神科プレホスピタル・ケア

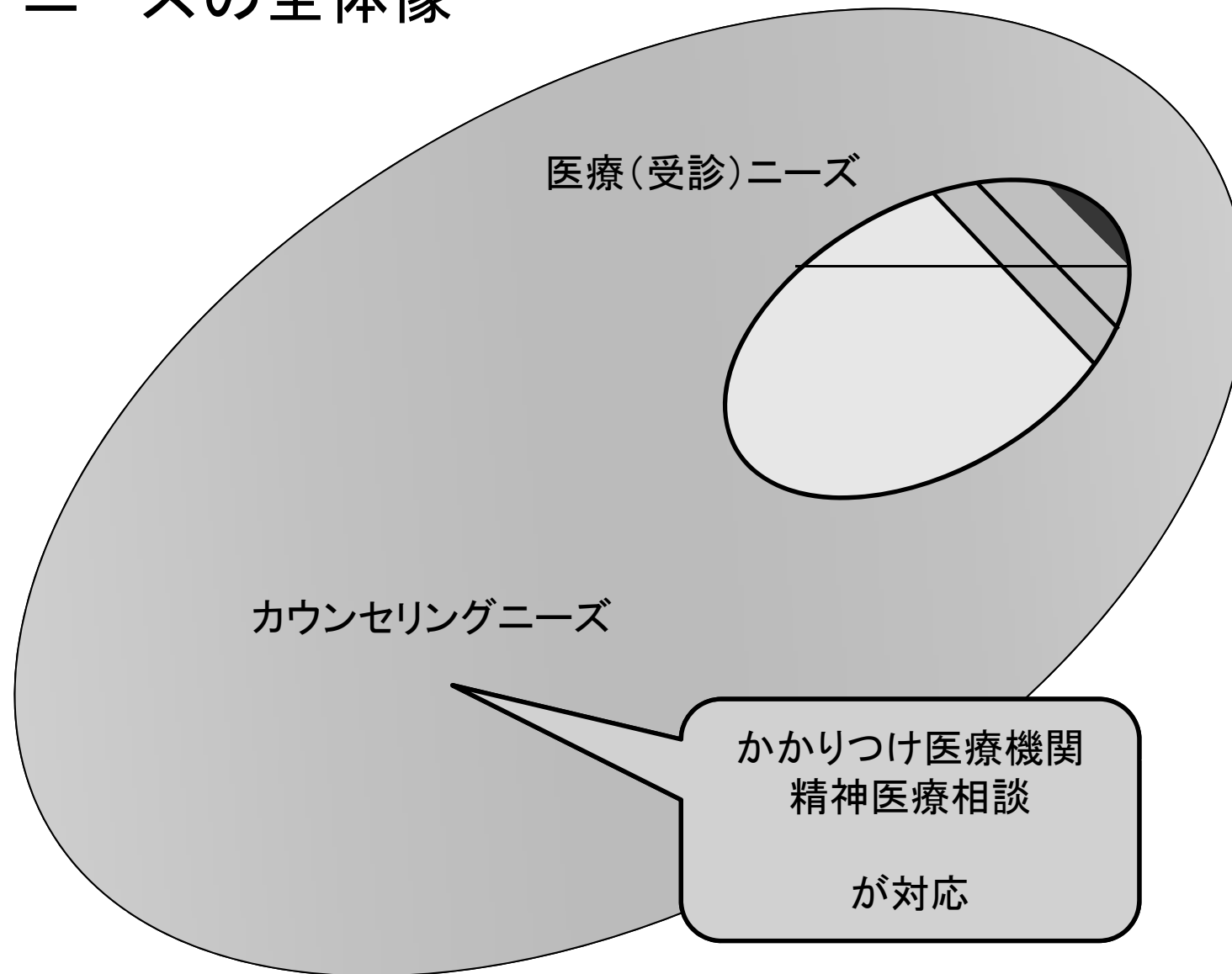
日本精神科救急学会の提言(2012.12.18)

- ▶ 精神科救急医療体制の整備
 - ▶ 体制整備の推進
『いつでも、どこでも、誰でもが適切な精神科医療サービスを受けられるよう、都道府県と医療機関は積極的な体制整備の推進を』
 - ▶ 精神科プレホスピタル・ケアの推進
『地域の関係機関によるネットワークを基盤とした、精神科救急医療圏域ごとの実効的なプレホスピタル・ケア体制の整備を』
 - ▶ 医療の質の向上
『臨床指標を用いた医療の質の検証と維持・向上を』
 - ▶ 身体合併症
『精神科・身体科の連携モデルによる身体合併症医療の円滑化を』
 - ▶ 病診連携
『精神科マクロ救急事業における病診連携の標準化を』
 - ▶ 医師の養成と配置
『専門医制度による研修体制の確立と人材養成の強化を』
 - ▶ 自殺予防対策
『医療従事者が自殺問題の本質を正しく理解し、標準的な対応を習得できる体制の整備を』
 - ▶ 専門医療へのリンク
『依存症、児童精神科、摂食障害、認知症等、特定領域の専門医療への円滑な移行を』
 - ▶ 災害医療体制
『震災経験を活かした精神科災害拠点病院構築と相互支援協定の実現を』
-

ミクロ救急とマクロ救急



ニーズの全体像



精神医療相談事業と精神科救急情報センター

24時間精神医療相談窓口

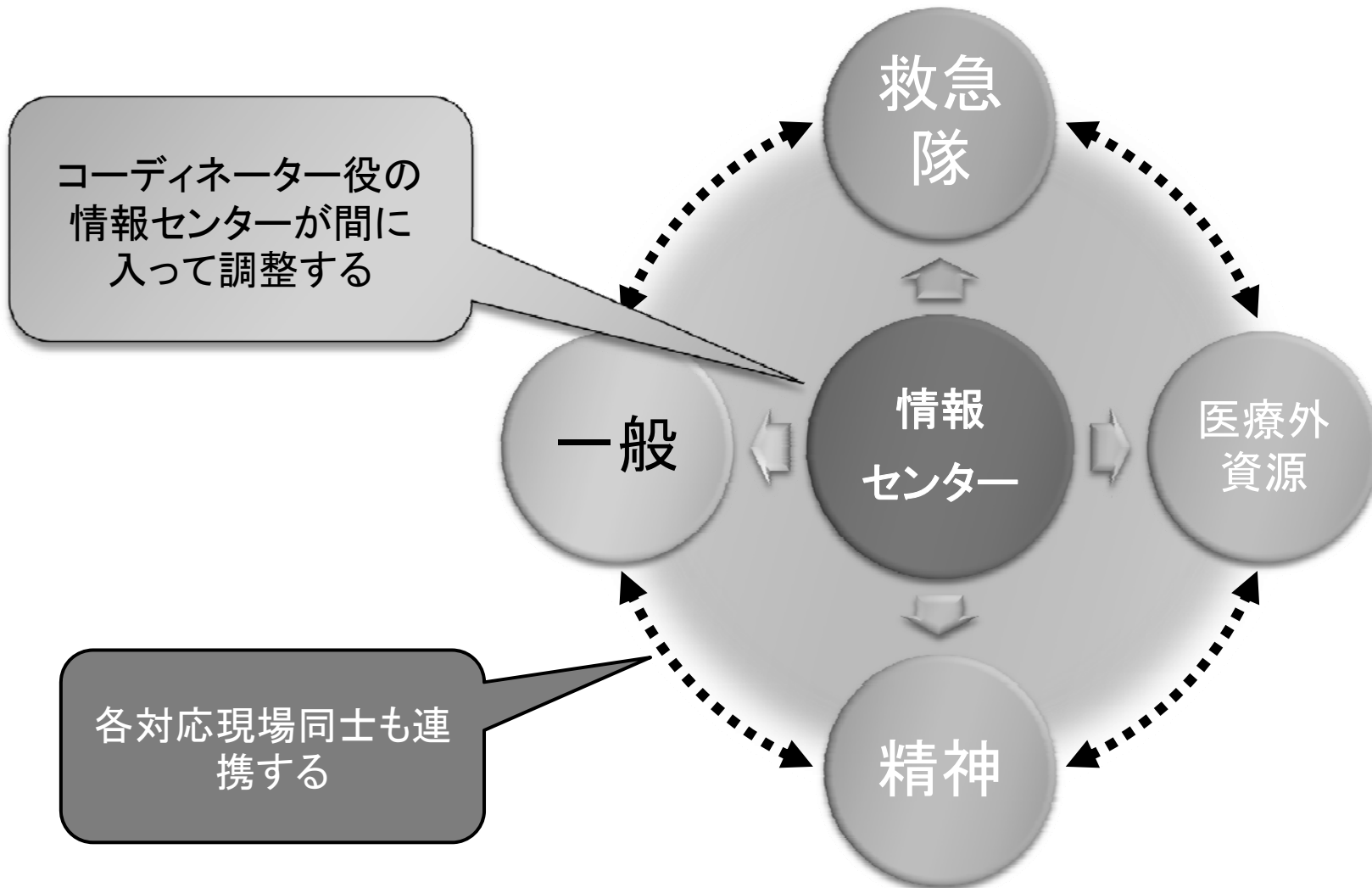
都道府県等は、特に休日、夜間における精神障害者及び家族等からの相談に対応するため、地域の実情に合わせて、精神医療相談窓口の機能を設けるものとする。

精神科救急情報センター

身体的疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整機能等を、「精神科救急情報センター」として公立病院、精神保健福祉センター、保健所など精神科救急医療体制の中核となる機関等に常時整備するものとする。



コーディネータ活用モデル



▶ 杉山直也：精神科救急医療と一般救急医療の連携体制のあり方に関する研究。平成22年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）総括・分担研究報告書，2011

認知症のBPSDに対する救急対応

清水 芳郎

大阪大学大学院医学系研究科精神医学
医療法人北斗会さわ病院



BPSDと精神科救急

- 厚生労働省の資料によると、平成20年の時点で、精神科外来患者は290.0万人。そのうち、認知症の精神科外来患者は30.6万人(10.5%)。
 - 今後もBPSDの治療を要する認知症患者は増加すると考えられる。
 - BPSD治療のために、夜間休日時間帯に受診する認知症患者は、全精神科救急患者のうち、1%あまりしかいなかった(平成21年10月～11月全国調査)。
→ しかし今後、BPSD治療のため精神科救急を利用する認知症患者が激増する可能性
-

BPSDと精神科救急

- 基本的に、精神科救急システムおよび緊急措置入院は精神病圏の患者を対象としている。
- 認知症患者は、身体合併症があることが多く、精神科病院では対応に困ることが多い（特に、夜間や休日では検査が難しい）。
- 実際、どの程度の医療機関が夜間・休日時間帯においてBPSDの治療ができるのでしょうか？



本研究は、平成21－23年度厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究（研究代表者：数井裕光）」の助成を受け、おこなった研究の一部である。

アンケート調査にご協力いただいた医療機関に対し、深謝申し上げます。



目的

大阪府下の夜間休日時間帯において、
精神科救急システム以外でBPSDを主訴とした
認知症患者を、どの程度医療機関が受け入れら
れるか、受け入れが困難な場合はその理由を調
査する。



対象と方法

＜対象＞

2011年8月現在、大阪府下の

- ・認知症疾患医療センターの認可を受けている病院
- ・精神科救急システムに参画している病院
- ・大阪府こころの健康総合センターが発行している
「認知症の医療ガイド(精神科)」2010年度版に記載
のある病院(物忘れ外来、認知症外来等を標榜している
総合病院、精神科病院)

＜方法＞

上記のすべてにアンケート用紙を郵送し、
記入後返信してもらう方式で調査をおこなった。



結果と考察

	発送	回答(回収率)
一般病院	35	27(77.1%)
救急をしていない精神科病院	21	16(76.2%)
認知症疾患医療センター	11※	8※※(72.7%)
精神科救急システム参画病院 (認知症疾患医療センター併設病院除く)	20	14(70%)
合計	87	65(74.7%)

※ 8病院が精神科救急システムに参画

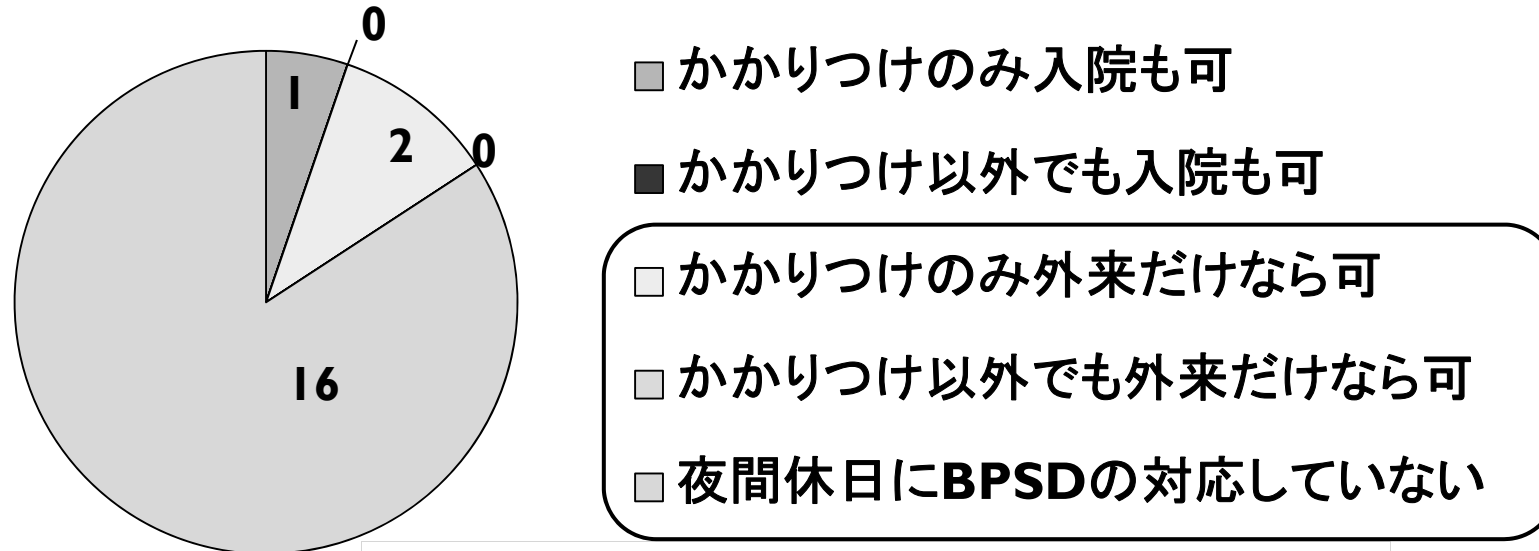
※※ 6病院が精神科救急システムに参画

一般病院 (N=27)

BPSDの治療をしているか？ (N=27)



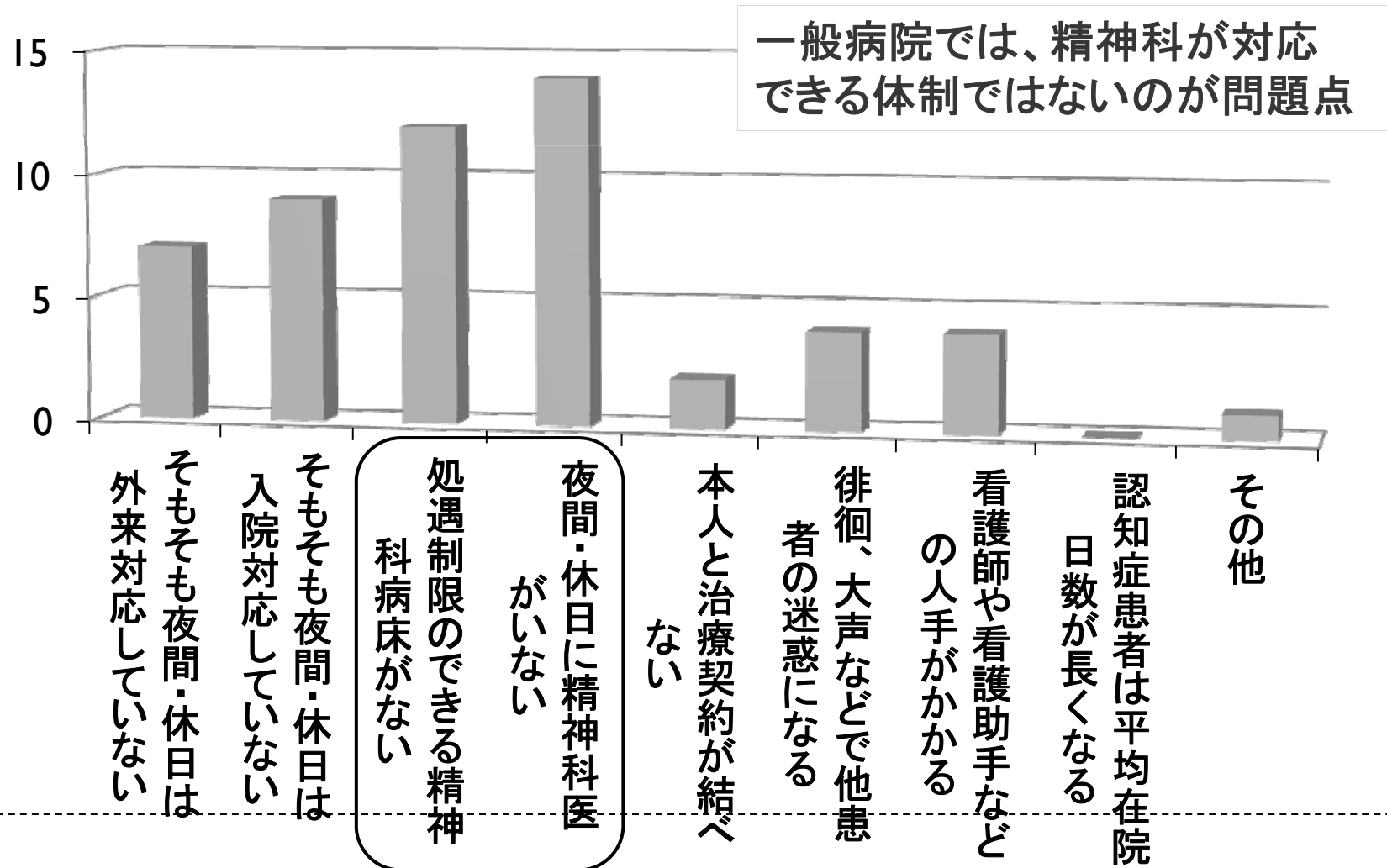
夜間・休日時間帯でBPSDの治療をしているか？ (N=19)



一般病院では夜間・休日時間帯の
BPSDの対応は難しい

一般病院

夜間・休日帯にBPSD患者の入院治療や、外来診療ができない理由 (N=18) 複数回答

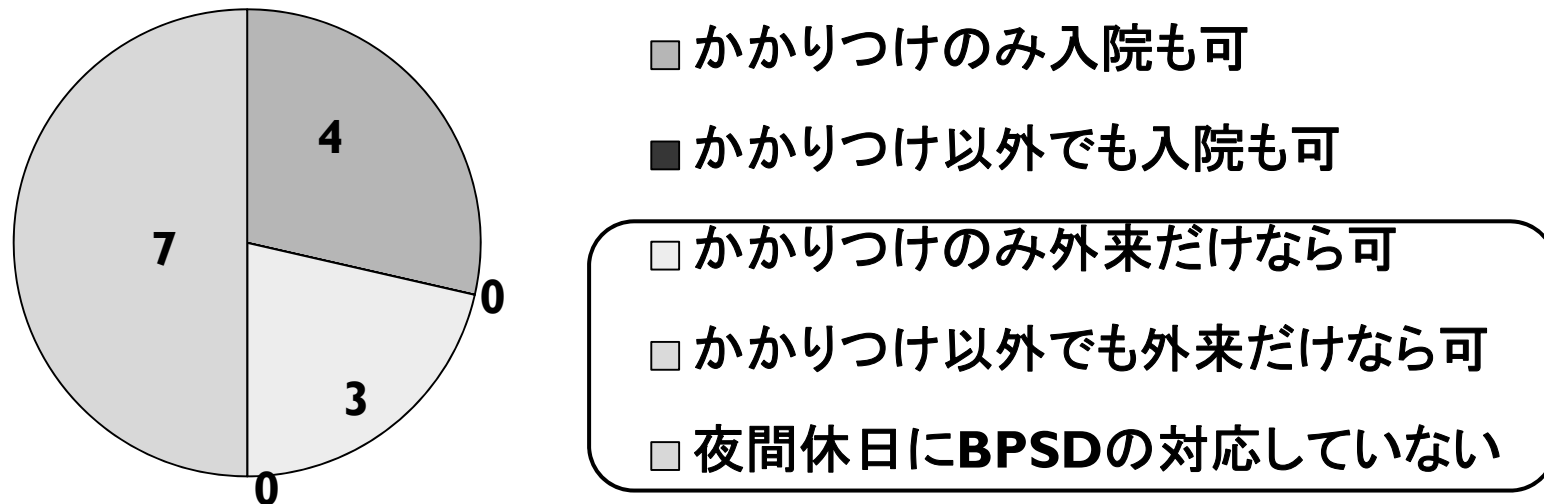


救急をしていない精神科病院 (N=16)

BPSDの治療をしているか？ (N=16)



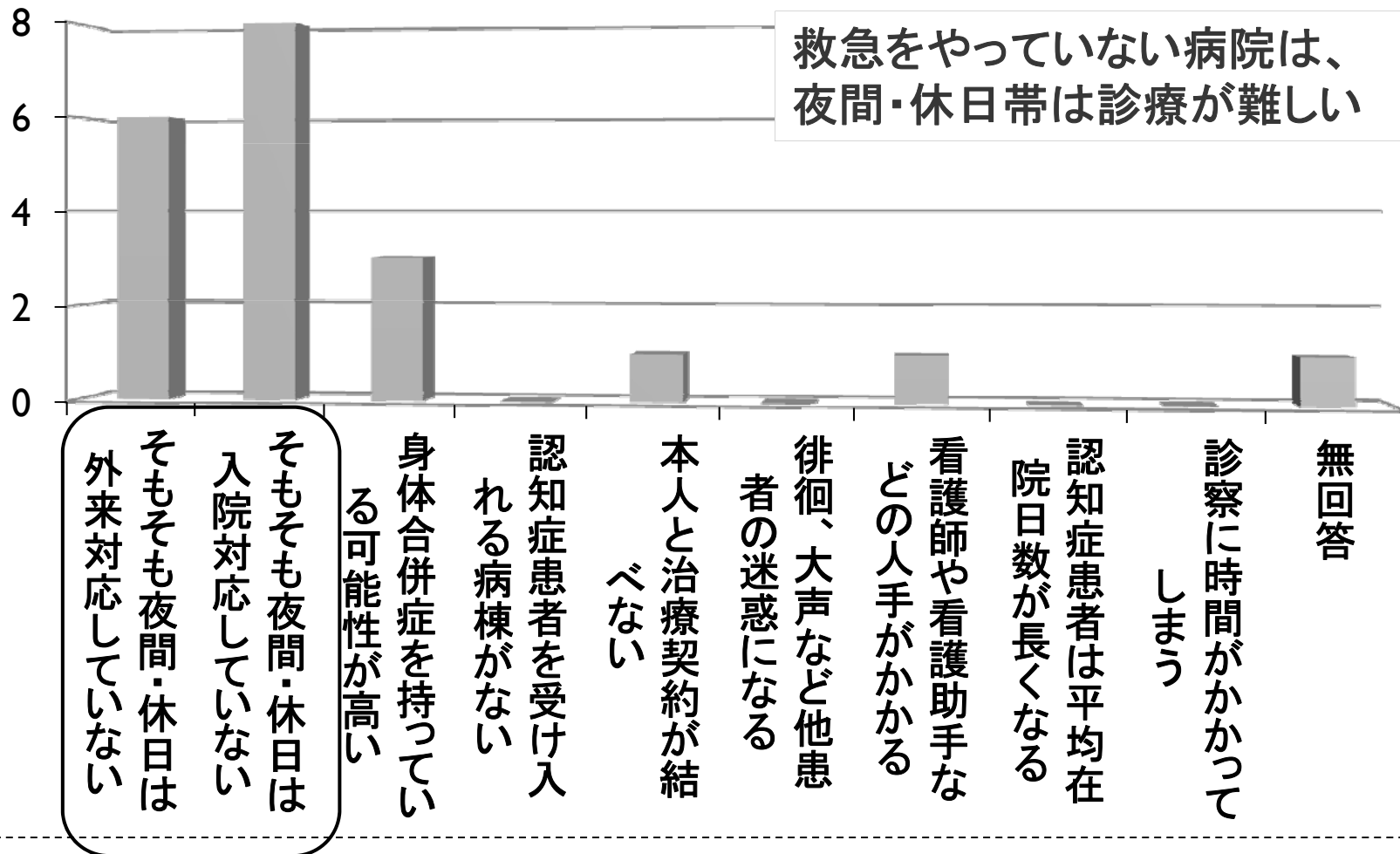
夜間・休日時間帯でBPSDの治療をしているか？ (N=14)



かかりつけ患者なら、半分の病院がみてる
かかりつけ患者以外はどこもみてくれない

救急をしていない精神科病院

夜間・休日帯にBPSD患者の入院治療や、外来診療ができない理由（N=10） 複数回答

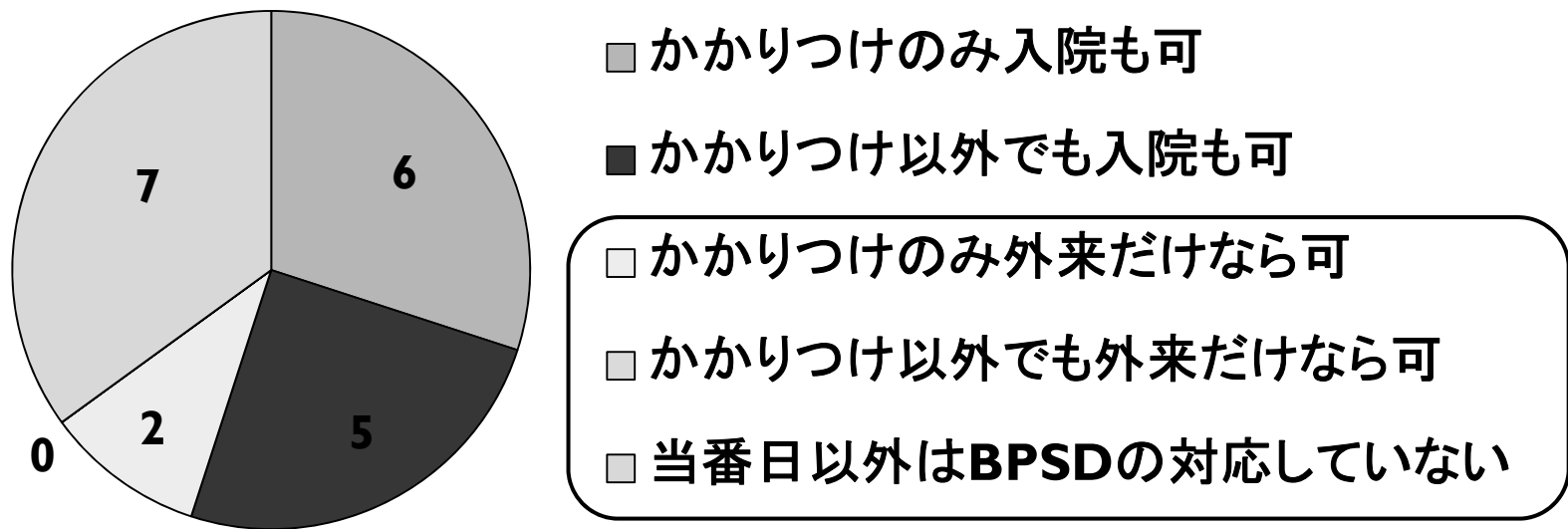


認知症疾患医療センター（N= 8） 精神科救急システム参画病院（N= 1 4）

BPSDの治療をしているか？（N=22）



救急の当番日以外で、
 夜間・休日時間帯でBPSDの治療をしているか？（N=20）

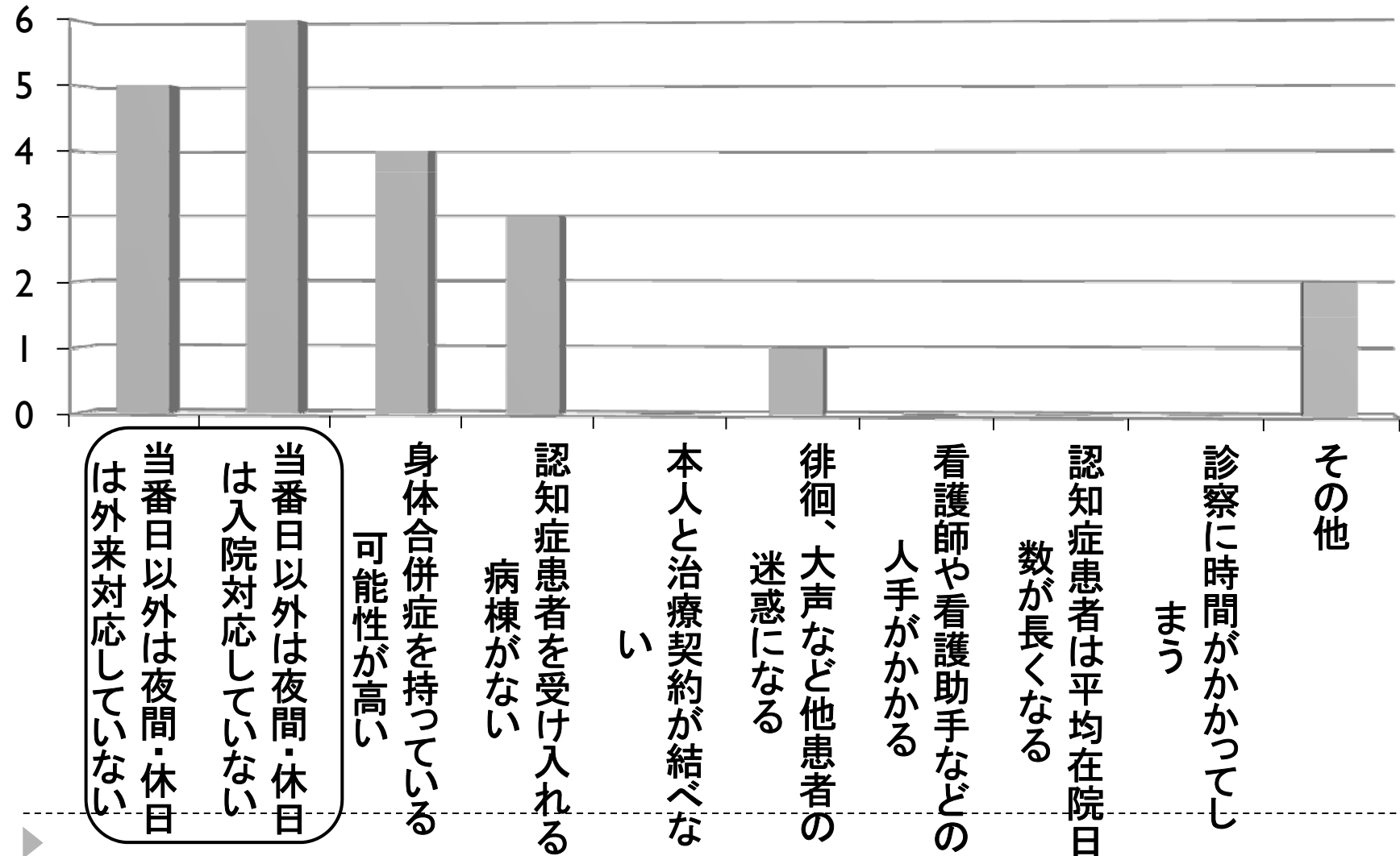


3つの認知症疾患医療センターが
 夜間休日対応していないと回答

夜間休日時間帯に、かかりつけ以外でも
BPSD患者を受け入れられるのは人口およそ
 880万人の大阪府内で5箇所のみ

認知症疾患医療センター、精神科救急病院

夜間・休日帯にBPSD患者の入院治療や外来診療ができない理由（複数回答 N=9）



なぜ、認知症疾患医療センターが、夜間休日対応できないのか？

- ・1989年に「老人性痴呆疾患センター」としてスタート(95年一部改正)

- ・夜間・休日の救急対応

- (常時、1床空床確保し、診療応需の態勢を整えること)

- ・2008年「認知症疾患医療センター」

- ・周辺症状もしくは身体合併症の急性期入院治療をおこなえる

- ・入院の調整において、地域連携の中核として機能している

- ・平日、週5日の稼働を原則とする

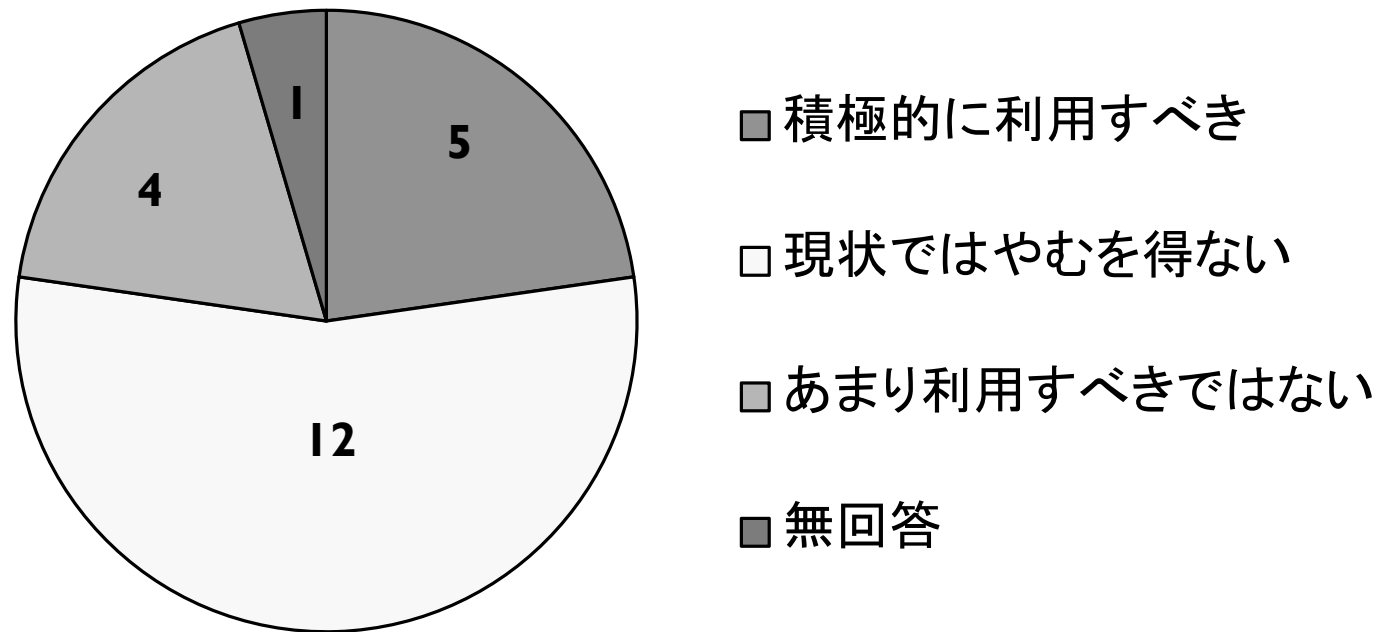
- 「救急」

- 「常時、1床以上の空床確保」の文字が消失



認知症疾患医療センター (N=8) 精神科救急システム参画の精神科病院(N=14)

BPSD患者が精神科救急システムを利用することについて(N=22)



**BPSD患者を救急システムで診療することについて
積極的な意見は少数**

結論と提言

- 精神科救急システム外で、夜間休日時間帯にBPSDの対応ができる医療機関がほとんどない。
- 精神科救急システムでBPSDの治療をすることは、コンセンサスを得られていない。
- 今後、BPSD治療を要する患者が増加することが見込まれており、認知症疾患医療センターが、夜間や休日も対応できるようにすることが望まれる。



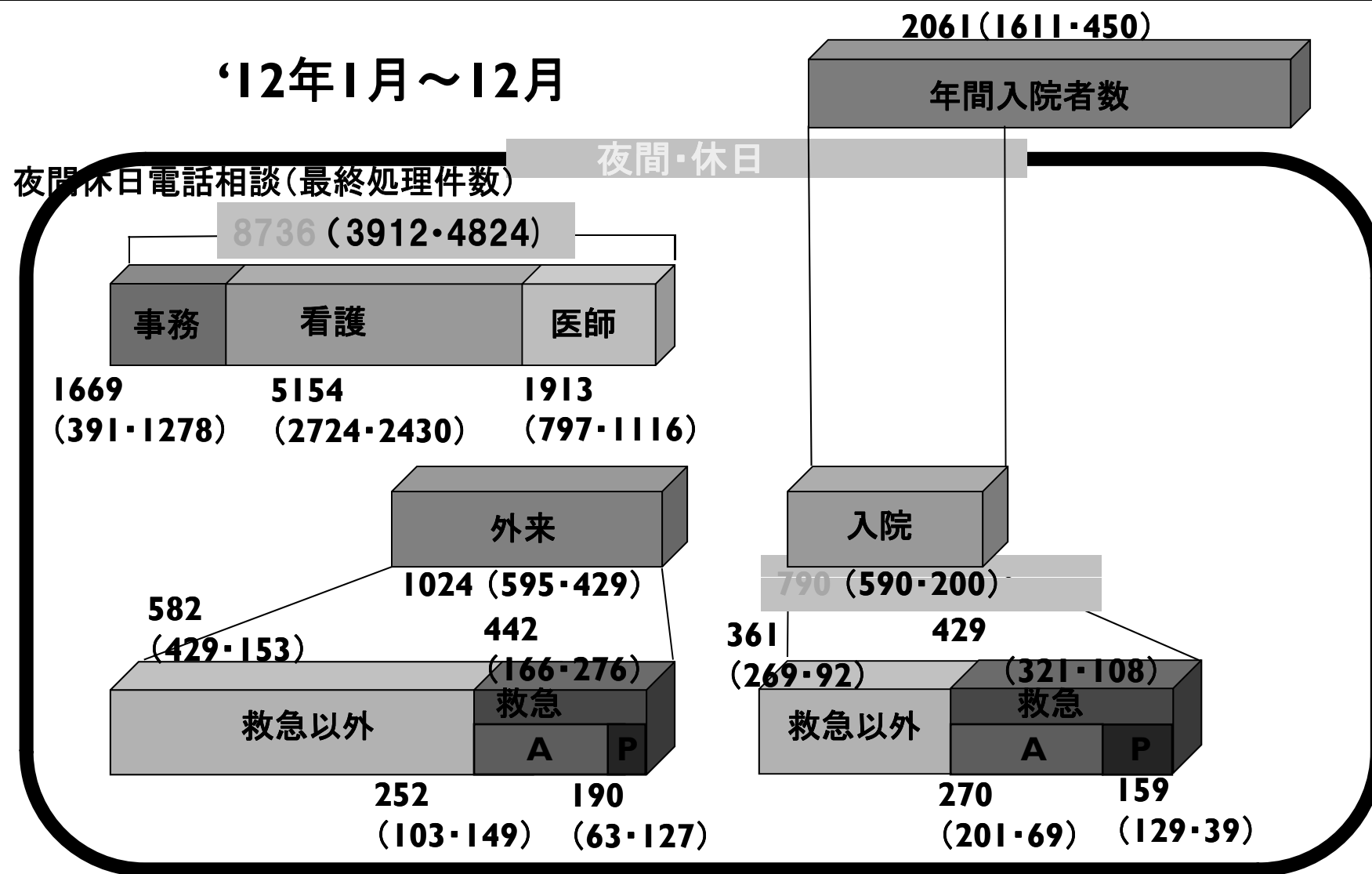
『精神科救急医療の現状と課題』

『精神科救急における 診療所と病院の機能分化を提案する』

さわ病院 渡邊治夫



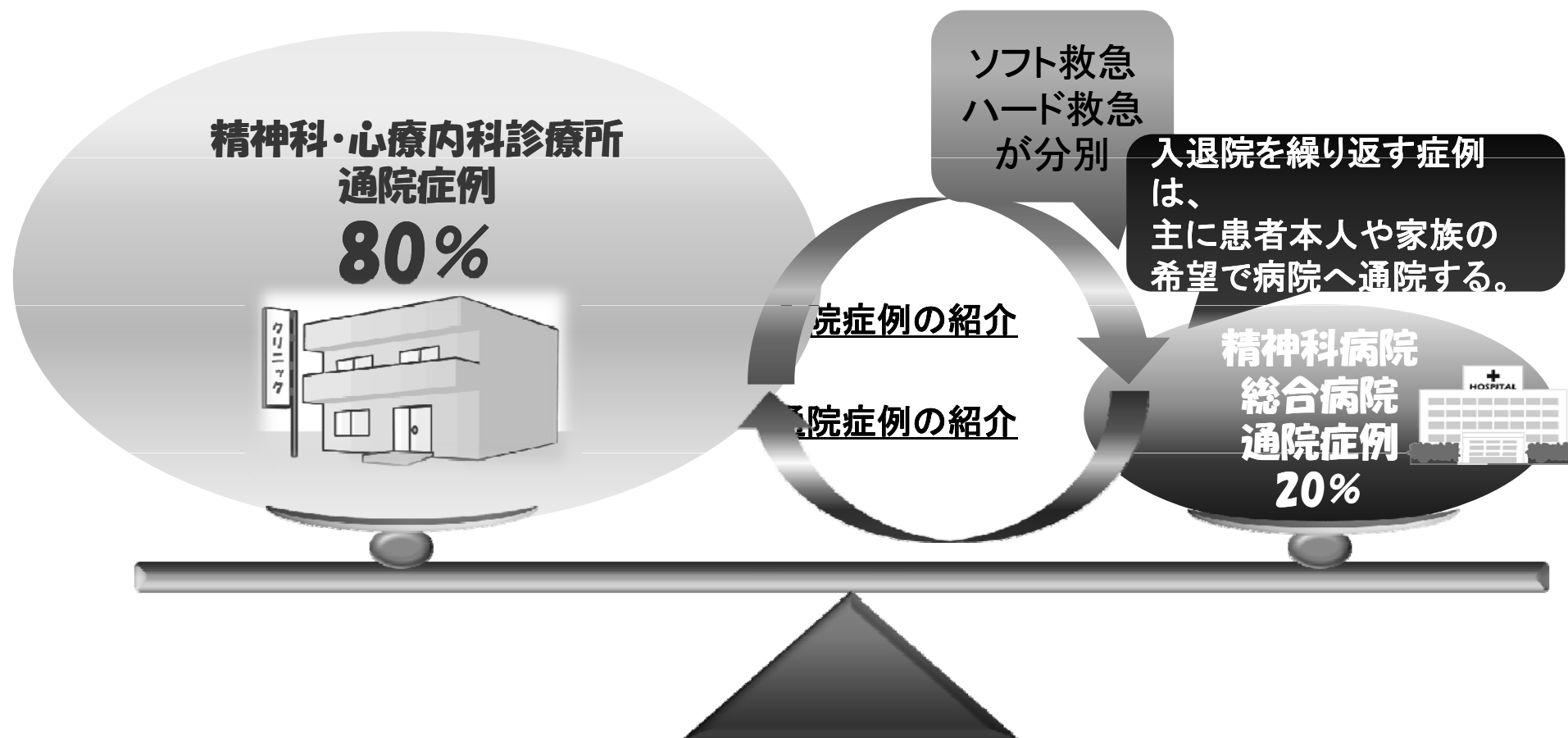
医療法人北斗会における全救急態勢の実態



北斗会総数(さわ病院数・ほくとクリニック病院数)* 救急とは、救急隊(A)・警察搬送(P)を示す

大阪府における精神科救急体制(平日・日中)

大阪府の平日・日中における精神科救急医療体制



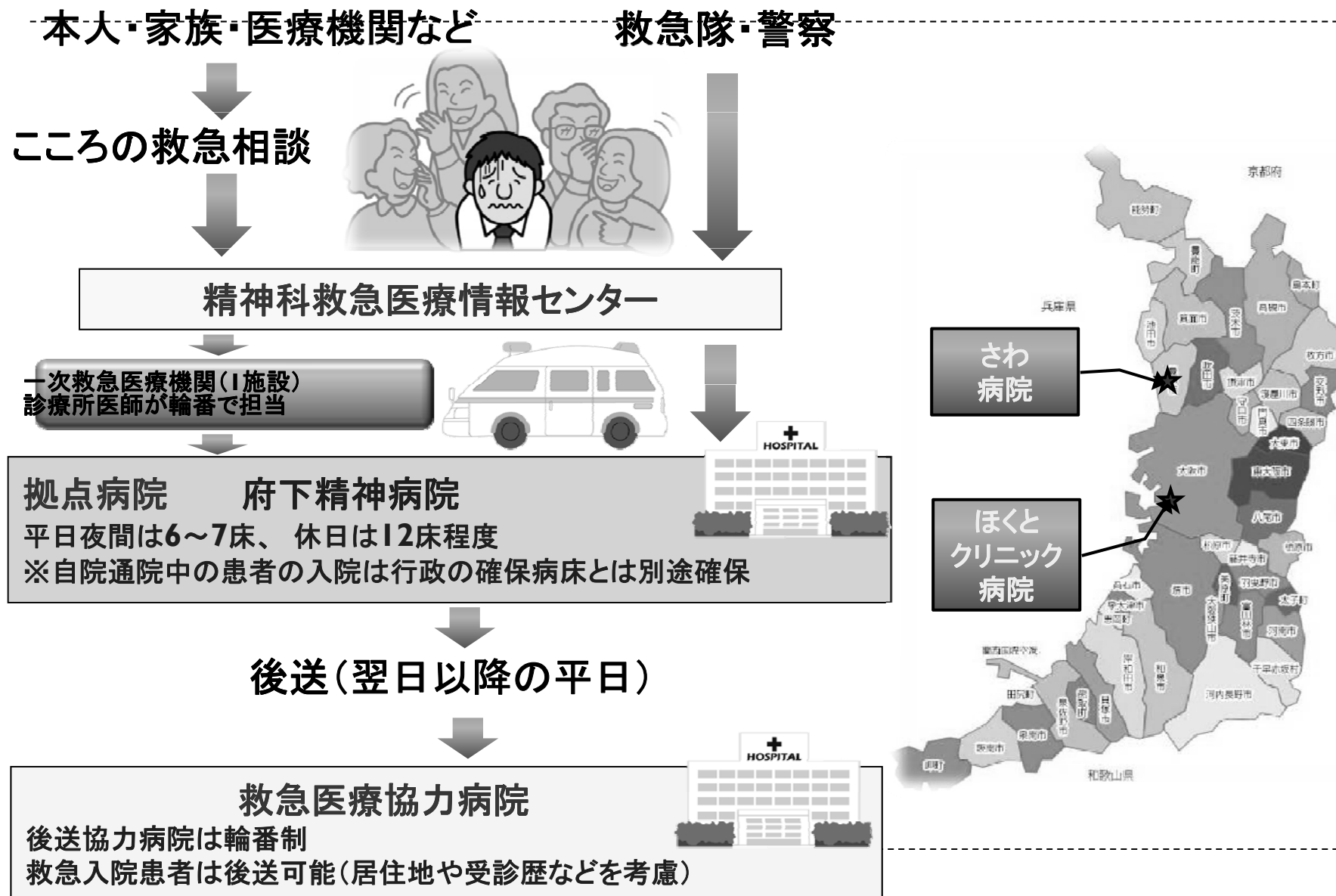
大阪府精神科救急医療システム実施要綱

(精神科救急医療体制)

第5条

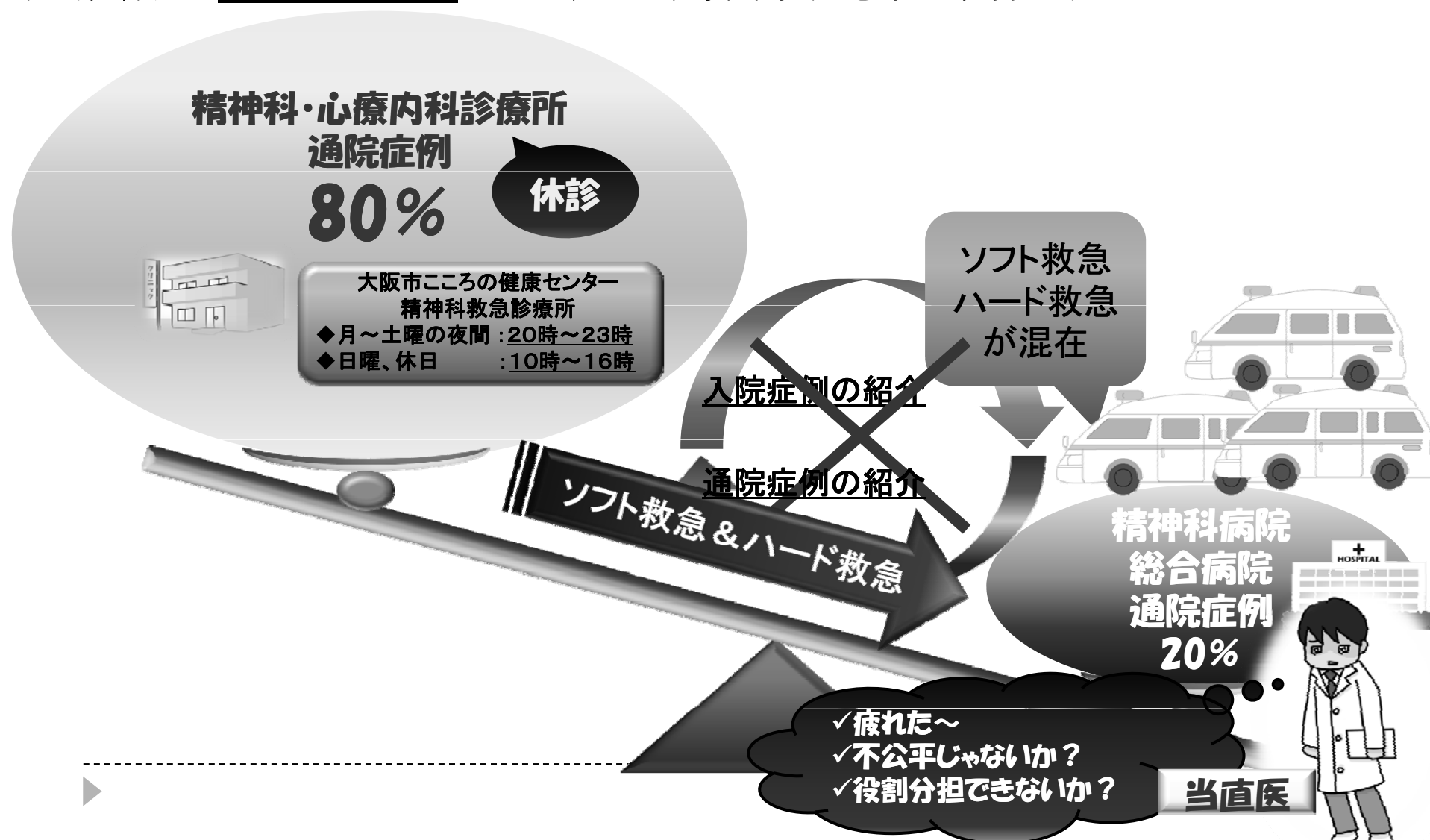
- 1.休日・夜間において、原則、大阪府内で発生した精神疾患の急性発症や精神症状の急変などにより緊急に外来診療又は入院治療を要する者等のため、民間精神科病院等の輪番制による拠点病院において診療及び入院治療等の医療対応が可能な体制を整備する。
- 2.かかりつけの医療機関で医療を受けている者は、当該医療機関での医療を優先することとし、当該医療機関では対応できないなど、本事業を利用しなければ適切な医療を受けられない者で、情報センターから紹介された場合のみを対象とする。

大阪府の夜間・休日の精神科救急医療体制(2005年9月～)



大阪府における精神科救急体制(休日・夜間)

大阪府の休日・夜間における精神科救急医療体制



当直日誌より、時間外診察にて 診療所での外来診察のみで対応可能と思われる症例

- ✓ 以前は当院へ受診歴のあるが、現在は診療所に通院中。-----
➡ 症状のことで当院へ電話相談
- ✓ 診療所に通院中、警察からの留置人診察として受診。
➡ 診断、治療経過、処方内容が不明。(多数あり)
- ✓ 診療所に通院中、軽い自傷行為と不安の訴え
➡ ジアゼパム筋注と創部処置
- ✓ 当院以外の精神科病院に通院中、不穏となり当院へ救急搬送。
➡ 外来対応
- ✓ 診療所通院中、センターを經由しジアゼパムの注射を希望。 外来対応 ➡
- ✓ 診療所に通院中、過呼吸発作で受診。 外来対応 ➡
- ✓ 診療所に通院中、休日に薬が切れたと受診。(多数あり) 外来対応 ➡
- ✓ 診療所に通院中、軽躁状態にて早朝に受診。 筋注を施行し帰宅 ➡
- ✓ 診療所に通院中、減薬により振戦が出現し受診。 投薬にて帰宅 ➡
- ✓ 診療所に通院中、生活保護費を遣い果たし入院希望にて受診。 外来対応 ➡
- ✓ 診療所に通院中、抗精神病薬によるジストニアにて受診。 外来対応 ➡
- ✓ 診療所に通院中、リストカット後に身体救急で処置後に受診。 ----- 外来対応

「診療所・クリニック」と「病院」との機能分担①

◆「診療所・クリニック」と「病院」との違い

- 外来機能に加え入院機能を有しているか否か？
- 救急受け入れ時間帯に制限があるか否か？

◆両者の精神科医療機関の役割 大別すると

平日
日中

- ① 入院可能性の低い“ソフト救急症例”（具体的には、入院を伴わない治療の形態）は「診療所・クリニック」の役割
- ② 入院可能性の高い“ハード救急症例”（具体的には、警察官通報に基づく措置入院や家族などによる入院承諾で患者本人の意志に基づかない入院治療または本人の意思に基づく入院治療の形態）は「病院」の役割

夜間
休日

- ③ 夜間や休日といった時間外対応の大部分は「病院」の役割

現状では、演者が夜間や休日に精神科救急業務に当たる場合には前述の“ソフト救急症例”と“ハード救急症例”が混在し、「病院」への一極集中傾向にあり、特にかかりつけ精神科医療機関が存在し、それらが診療所・クリニックであった場合の診療情報収集がしにくいという問題点がある。

「診療所・クリニック」と「病院」との機能分担②

平成24年4月の診療報酬改定で精神科診療所に対して、初診時の通院・在宅精神療法の算定要件に付け加えられた「地域における精神科救急医療体制の確保に協力している」との要件を受けて

大阪では、平成24年10月より精神科診療所におけるミクロ救急体制の充実のため協力すると回答した精神科診療所の医師の常時連絡のつく電話番号を以下の3施設へ伝達することとなった。

①精神科救急情報センター

②精神科救急に輪番制で参画している精神科病院

③緊急措置鑑定を担当するところの健康センター

に登録し、自院通院患者に関する情報提供に協力できる体制をスタート(コールバックでも可能)

現在のところ、①精神科救急情報センターが事前に情報収集することはほとんどなく、当院での上記②における運用は数件のみ

これらは、情報として多くあったほうが望ましいが、

夜間休日の日当直医が新システムに馴染んでいないこと、

また、診療所医師への気遣いもあり様子を伺っている印象がある。



「診療所・クリニック」と「病院」との機能分担③

理想としては、インテーク段階で前述の

①精神科救急情報センター

②緊急措置鑑定を担当するところの健康センター

双方の担当者より、当番病院へ情報（インテーク用紙）を伝達する
以前の必須業務として全例を精神科診療所担当医へ電話にて
情報収集してはどうであろうか？

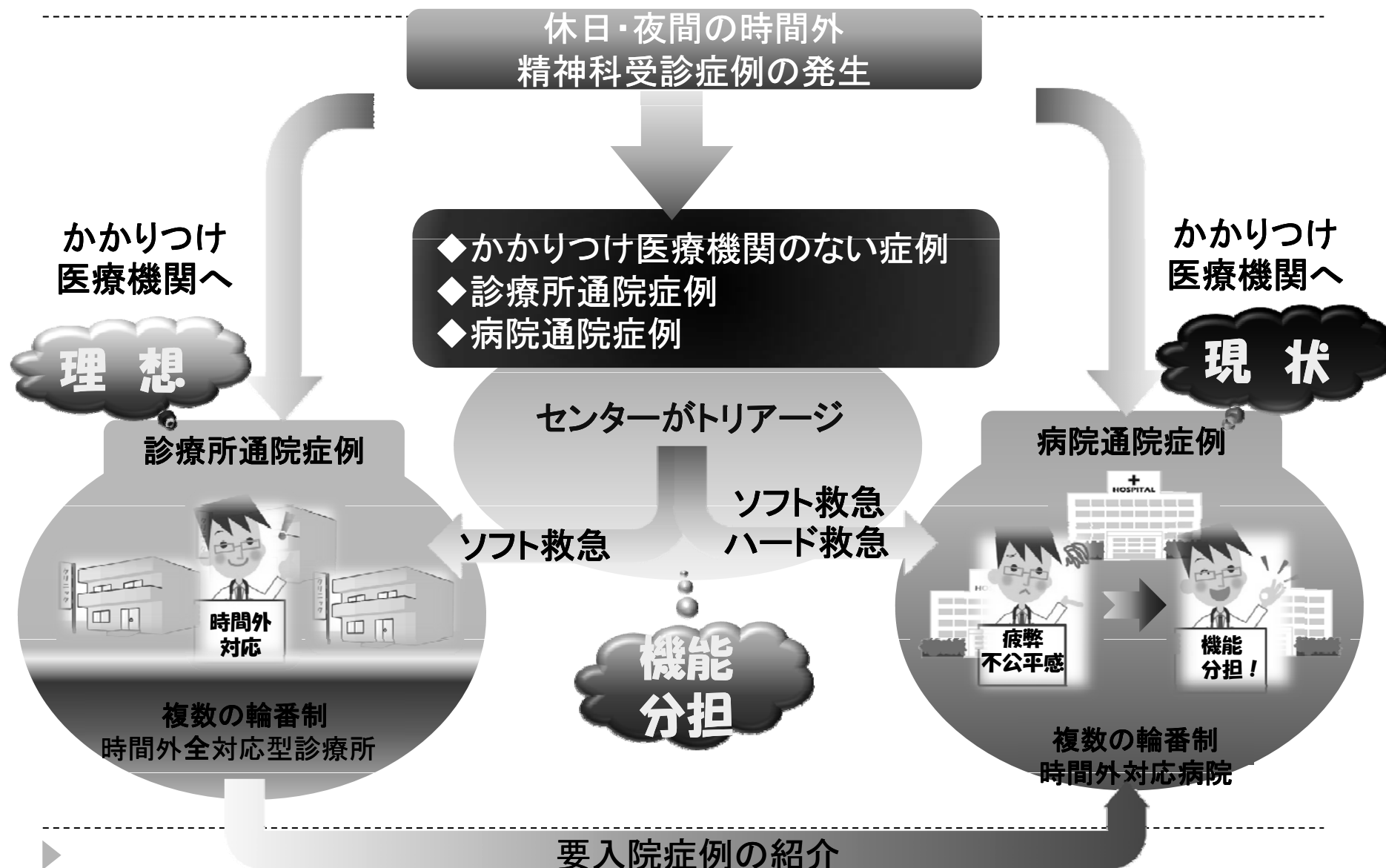
そして、上記の①精神科救急情報センター ②緊急措置鑑定を
担当するところの健康センター以外の診療所通院症例について、
必要時に、夜間休日対応を行う精神科医療機関からの
電話問い合わせを可能となることが望ましい。

更には、精神科診療所におけるミクロ救急体制の充実のため協力
するため常時連絡のつく電話番号を登録する精神科診療所医師
の増加が望ましい。

「診療所・クリニック」と「病院」との機能分担④

- ◆ 精神科通院症例の大部分を占める診療所通院症例の休日夜間の時間外診察については、精神科病院の輪番制のように精神科診療所・クリニックが複数の輪番当番制で夜間休日の時間外をフルにカバー可能な複数の輪番制時間外全対応型診療所群が普及し、診察の結果、入院を必要とする症例については病院へ紹介するといった体制が実現すれば、「時間外＝病院」といった一極集中が緩和され精神科救急における機能分化が進むことが期待できる。（※東京では、準夜帯診療を行う診療所が増加しているらしい）
- ◆ かかりつけ医療機関を持たない精神科救急対応症例についても精神科救急情報センター等が入院の必要性の観点から可能な限り病状に応じたトリアージを行い、“ソフト救急症例”は当番精神科診療所群へ、“ハード救急症例”は入院施設を有する精神科病院群へと機能分担することで両者の機能分化は更に可能となり、より効率的な精神科救急医療が可能となる。

「診療所・クリニック」と「病院」との機能分担⑤



まとめ

『精神科救急における診療所と病院の機能分化』について

- ◆ 現状では、かかりつけの医療機関で医療を受けている患者は、当該医療機関での医療を優先して救急対応するという原則が実行されていない。
- ◆ 夜間や休日に精神科救急業務は、“ソフト救急症例”と“ハード救急症例”が混在し「病院」への一極集中傾向である。
- ◆ 大阪府では現在、「時間外をフルにカバーできていない時間制限付きの一次救急精神科精神科診療所」が「施設だけ運営されてるが、十分とはいえず時間外をフルにカバーできる複数の輪番制時間外全対応型診療所群（常時型外来対応施設）の普及が理想である。
- ◆ “ソフト救急症例”は当番精神科診療所群へ、“ハード救急症例”は入院施設を有する精神科病院へと機能分担することで両者の機能分化は可能となり、より効率的な精神科救急医療が可能。
- ◆ 大阪府において平成24年10月から実施となった精神科診療所医師の常時連絡可能電話番号のセンターや病院への伝達は、精神科救急対応の情報収集に有用であるが、今後はより制限を緩和と参画する診療所が増加していくことが必要である。