

今後の精神科救急医療に向けた提言

平成 24 年 12 月 18 日

日本精神科救急学会

理事長 平田豊明

副理事長 伊豫雅臣

副理事長 杉山直也

はじめに

精神科に限らず、救急医療は、医療の原点であり、存在理由の支柱である。日本精神科救急学会（以下、当学会）は、平成 9 年の発足以来、精神科救急医療の任務を、（1）精神疾患に起因する不幸な事態の防止、（2）重症ケースへの手厚い医療の提供と慢性化の防止、（3）危機介入による精神科利用者の社会生活支援、と捉え、この領域における専門性の確立と技術の向上に努めてきた。また、高規格の急性期医療に高水準の医療費給付を実現することによって、入院治療の短期集中化と在宅医療へのシフトという精神科医療における構造転換への突破口を切り拓いてきた。

その結果、平成 24 年度には精神保健福祉法上に精神科救急医療が明文化され、診療報酬においても精神科救急医療が重視されることとなった。また、精神疾患が 5 番目の重点疾患に加えられ、こととなった来年度の地域医療計画改定においても、精神科救急医療が扇の要に位置づけられている。さらに国は、精神科医療の機能分化と質の向上、入院制度等に関する検討を取りまとめ、3 か月以内の入院患者に対する医療法施行規則上のいわゆる精神科特例の廃止を打ち出すに至った。

これら一連の国策は、当学会が従来から主張してきた精神科救急および急性期医療の重要性を国として再認識するとともに、今後の発展のために、急性期への医療資源の適正配置の必要性を表明したものである。このような動向を踏まえ、当学会は、精神科救急領域の専門学術団体として、さらなる医療の質の向上と課題の解決に向けて、以下の提言を行うこととした。

1. 精神科救急医療体制

1) 精神科救急医療体制の整備

『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』

2) 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』

3) 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』

2. 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』

3. 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』

4. 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』

5. 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』

6. 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』

7. 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』

1. 精神科救急医療体制

1) 精神科救急医療体制の整備

『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、都道府県や医療機関は積極的な体制整備の推進を』

精神科救急医療の基本単位は、地域の精神科医療機関による個別の救急診療（マイクロ救急）である。マイクロ救急といっても軽症例ばかりではなく、非自発入院を要する重症例や治療関係のない新患も含まれる。迅速性やアクセスの容易さにおいて、マイクロ救急は、利用者にとって利便性が高い半面、時間帯や空床状況などによって提供される医療が不均質で不安定という欠点がある。これを補完するのが、セーフティネットとしての精神科救急医療体制整備事業（マクロ救急）である。

① 精神科救急医療体制整備事業の現状

現行の精神科マクロ救急事業は、厚生労働省の主導のもと、精神科救急医療体制整備事業実施要綱（以下、実施要綱）に基づき、都道府県が実施主体となって、地域の関係機関が協力する形で包括的に展開されている。当学会が主導する厚生労働科学研究によれば、精神病床が少なく夜間・休日にマイクロ救急が機能しない大都市中心部と人口過疎地においてマクロ救急へのニーズが高い傾向にあるほか、事業実績には地域差が大きい。各地のマクロ救急事業が、人口分布や医療資源などの要因によって多様性を帯びるのはやむをえないにしても、あまりに大きな地域差は是正されなくてはならない。精神科医療の利用者や家族の視点に立って、整備されるべきである。

② 都道府県の役割

本年度、改正された精神保健福祉法が施行され、都道府県に対して精神科救急医療体制整備のための努力義務が明記された。精神科救急医療の均てん化（均質化と水準向上）に向けた、国としての意思表示である。都道府県には、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、積極的にマクロ救急事業を推進することが要請されている。そのためには、地域医療計画の中心に精神科救急医療を据えるとともに、精神科プレホスピタル体制の整備や精神科急性型包括病棟（精神科救急入院料および急性期治療病棟入院料の認可病棟）の配置など、具体的な数値目標を盛り込むべきである。

③ 医療の役割

また、精神科救急医療施設、とりわけ高規格の医療を提供すべき精神科救急入院料認可施設は、満床を理由に救急ケースの受け入れを断ることのないよう、24 時間 365 日の救急診療と入院病床の常時確保に努めなくてはならない。精神科救急入院料の認可要件に精神科救急事業への参加のほか、年間病床利用率 100%未満（すなわち空床確保）という項目があることを再確認すべきである。

2) 精神科プレホスピタル・ケア

『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』

精神科救急ケースが、適切かつ合理的なプロセスによって迅速に医療開始に至るためには、受診前の相談や搬送など、プレホスピタル・ケアの体制が必要不可欠である。精神科プレホスピタル・ケアでは様々な緊急度が混在し、医療だけにとどまらない多様なニーズを含む。このため、あらゆる危機状況に対応できるよう、かつ利用者が安心して利用できるよう、地域の関係機関によるネットワークを基盤とすることが重要である。

① 電話相談

現在、実施要綱では、受診前の電話相談を行う事業として「精神医療相談窓口」および「精神科救急情報センター」の二つが設けられており、前者がカウンセリング機能、後者が関係機関との調整機能を主に担うとされる。しかし、救急エピソードの渦中にある当事者や関係者にとって、どちらの窓口を利用すべきかを識別することは難しい。

今後、多様な相談内容にきめ細かく対応できるよう、電話相談窓口は一本化の上、できれば精神科救急医療圏域ごとに整備されるべきである。また、相談に当たる専門職員を養成するための研修プログラムの整備が急務である。

② アウトリーチ活動

退院後の訪問看護など、ポストホスピタル（アフターケア）的なアウトリーチ活動に加えて、近年、プレホスピタル（プレ医療）的なアウトリーチ活動が試みられている。地域で発生する精神科医療ニーズを早期に発見し、適切に介入することによって自発的治療への導入や重症化の防止を図ることも期待される。当学会としても、病院単位の移動精神科救急（危機介入的な訪問診療）を推奨してきたが、今後、多機関が関与するプレホスピタル的なアウトリーチ活動の展開にも注目したい。

③ 救急搬送

精神科受診を拒否するケースの救急搬送は、大半が家族の負担で行われ、救急隊や警察の協力、そして保健所による受診勧奨活動などがこれを補完している。精神保健福祉法には、精神科医療が必要かつ有効な未受診（もしくは医療中断）ケースの速やかな医療導入を目的として、平成 14 年に移送制度が新設されたが、これまでのところ措置診察に関わる移送に運用実績が偏っており、それ以外の精神科救急の場面では有効に機能しているとはいえない。

今後は、入院を前提としないアウトリーチ活動を基盤としつつ、必要ならば医療機関への迅速な搬送も実現できるよう、移送制度の運用基準を見直すべきである。また、救急隊員による精神科救急ケースの緊急度評価や応急対応の能力を向上させるために、国や都道府県は、指針の作成や研修体制の確立を急ぐべきである。これらの施策に当学会も全面的に協力したい。

3) 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』

実際の精神科救急医療体制では、既存の医療資源を活用するため、地域による不均一が避けられない。その均てん化を図るために、精神科急性型包括病棟の施設基準と運用基準が定められているが、認可施設の分布は不均一であり、厚生労働科学研究によれば、精神科救急入院料病棟といえども医療内容の病院間格差が示唆されている。経営優先の運用姿勢により、救急入院料を算定できない患者の切り捨てや慢性病棟での長期在院が生じていることを指摘する声もある。

こうした問題を解決するために、当学会では、これまでに、精神科救急医療ガイドラインを作成し、改訂するとともに、患者の特性や治療内容、アウトカムなどを表す臨床指標の開発を行ってきた。臨床指標の重要性は「精神科救急医療体制に関する検討会」報告書（平成 23 年 9 月）にも明記され、次期地域医療計画の策定においても重要な役割を果たす。国際的にも標準的な臨床指標の開発が行われており、先進国として世界的な水準を保つ必要性からも、今後重要となるであろう。

また、当学会が主導する厚生労働科学研究では、精神科救急医療体制整備事業の機能を評価するための指標も作成し、公表してきた。精神科救急事業を客観的に評価し、向上させるために、各自治体が活用することを推奨したい。

2. 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』

1) 身体合併症治療の原則

精神科救急ケースの多くは、身体的にも消耗しており、身体管理上の問題を伴うことが珍しくない。したがって、精神科医にも一定の身体的診療スキルが求められる。しかし、少なくとも入院治療を要する程度の身体疾患が併存している場合には、専門の診療科における治療が優先であり、精神科医療の任務は、身体的治療を遂行する上で支障となる精神症状の管理に限定されるべきである。

しかしながら、現状では、心身複合的な救急ケースの診療については、身体救急と精神科救急との役割分担が不明確で、救急搬送でもより多くの時間を要することが知られている。現行の実施要綱においても、「身体合併症対応施設」と「地域搬送受入対応施設」の規定があるが、身体合併症対応システムとしての事業展開は、東京都や大阪府などに限られている。今後、身体合併症の合併率の高い認知症患者が増加する中で、この対策は早急に実施されなければならない。

2) 精神科・身体科の連携モデル

このような現状を克服すべく、精神科救急医療体制に関する検討会において精神科と身体科の並列・縦列の2つの連携モデル^{*注釈参照}が議論され、その報告書では、都道府県が連携モデルを基本単位として体制を整備することが示された。今後、より実効的な連携モデルを整備するためには、それぞれの医療機関が持てる機能を発揮して補完的に協力しながら、地域として対応力を高めることが重要である。

すなわち、並列モデルが可能な一般病院、大学病院等は、院内の精神科によるリエゾン体制を活用しながら、精神科救急医療体制に積極的に参画することが期待される。縦列モデルの先陣を担う身体救急病院には、精神科医療機関との連携体制の構築によって、精神科救急医療の一翼を担うことが期待される。そして、身体救急を後方支援する地域の精神科病院や診療所には、責任をもって診療を引き継ぐこと（正確に言えば、身体科への再送を含む精神科と身体科の双方向性の診療連携）が求められる。

こうした連携モデルを実現するために、都道府県は、身体科と精神科のスタッフによる意見交換や相互研修の機会を企画する必要がある。また、心身統合的医療に対する医療者の理解を深めるために、医師や専門職の養成過程において、全人的医療の教育プログラムを強化する必要がある。

*注釈：連携モデルとは、平成 23 年精神科救急医療体制に関する検討会において提案された一般診療科と精神科の連携のための概念。複合的な問題に、それぞれの専門的対応が並行して同時に行われる「並列モデル」と、優先度の高い問題から専門的対応が順次行われる「縦列モデル」がある。「並列モデル」が理想であるが、実施可能な医療機関は少なく、現実によくを占める軽症や中等症例には「縦列モデル」で対応せざるをえない。検討会報告書では、「都道府県は、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の確保を行う」とされた。一方向性でなく必要に応じて元に戻せるなどの条件も地域の特性により考える必要があるだろう。

3. 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』

1) 病診連携の必要性

近年における精神科診療所の増加は、精神科医療へのアクセシビリティを向上させ、精神疾患を第5の国民病に押し上げる要因ともなった。精神科利用者と医療機関の双方にとって恩恵といえようが、精神科救急医療の現場から見ると、診療所の増加は、診療件数の増加と病態の複雑化をもたらし、地域によっては負担となっている。身体救急からも、精神科診療所通院患者の過量服薬や自傷行為による反復受診を問題視する声があがっている。

しかし、時間外対応が困難な精神科診療所の側から見れば、不安定な経過や予期せぬ急変を伴う精神疾患もあるため、通院患者が時に精神科マクロ救急事業や身体救急システムを利用することは避けがたい。また半面、診療所は、精神科救急病院にとって、急性期治療を終えた患者の継続医療を委託し、日常業務を軽減するための医療資源でもある。すなわち、精神科病院と診療所には相互補完的な側面もあり、一定のルールとマナーをもって連携を図るべき関連機関なのである。

2) 病診連携の具体策

具体的には、診療所においては、救急受診の可能性があることを想定して、最小限必要な医療情報（おくすり手帳など）の携帯を利用者に指導し、夜間連絡先の登録などを講じる必要がある。また、身体もしくは精神科救急医療施設への搬送があった場合、要請に応じて往診や電話での情報提供を行い、その後の継続診療を引き受けることが求められる。

一方、救急医療機関側においても、救急受診となった診療所通院患者に関する情報提供を丁寧に行い、協力して対応に当たることが求められる。全ての医療機関において、これら病診連携の基本的な手順が標準化されることが望ましい。こうした標準化のためには、近年、他科で導入されつつある地域連携パスの開発や、診療報酬上の整備が期待される。

なお、今回改定された精神保健福祉法では精神保健指定医の精神科救急医療への協力が求められているが、診療所等の医師による指定医業務は、地域貢献のみならず、病診連携の相互理解や円滑化にとっても有益である。具体的には、医師会が運営する夜間休日診療所における精神科初期救急対応（オンコール制でもよい）や、連携病院での日当直業務の支援などに主な役割が期待される。精神科救急医療体制事業の連絡調整委員会に精神科診療所の代表が参加し、都道府県単位で病診連携のあり方が検討される必要がある。また、国は、病診連携の有効な実例を把握し、全国に紹介すべきである。特に大都会では国の定めた常時対応型の外来救急医療施設を整備すべきである。

4. 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』

急性期の対応や増悪時の対応に関する技術や知識は、どの専門領域においても求められる。これは診療科を超えて共通であり、医師の初期臨床研修において救急医療の経験は必修領域に定められている。精神科においても、精神科救急医療は専門医あるいは精神保健

指定医の取得において必修の経験と位置付けることが妥当であり、当学会では臨床場面における指導体制と研修環境の確立のため、現在、専門医制度の創設準備を行っている。

この資格は、基本的な精神科診療技能を裏付ける精神科専門医（日本精神神経学会）に対し、さらに領域を深めた専門特化資格として位置づけられる。今後、専門医を養成するために臨床現場の指導体制を確立して専門技術や知識の普及を図り、精神科医療全体の質的向上に寄与するとともに、精神科救急医療における人材養成を強化し、必要な人員を安定的に確保することが重要である。

5. 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』

平成 18 年の自殺対策基本法の制定以来、わが国は国を挙げて自殺防止対策に取り組んでおり、平成 24 年度の自殺者数が 15 年ぶりに 3 万人を下回ると予測されてはいるものの、今のところ大幅な減少効果を見るまでには至っていない。精神科救急医療が取り組むべき自殺防止活動としては、日々の臨床でしばしば遭遇する自殺未遂者に対して二次予防としての適切な介入を行い、自殺ハイリスク者の再企図を防止することが重要となる。このため当学会は、2009 年に自殺未遂者への対応に関するガイドラインを提示し、以降 3 年にわたって、厚生労働省が主催する自殺未遂者ケア研修会を実施してきた。

本来、医療従事者の誰もが遭遇する可能性のある自殺ハイリスク者への対応は、救急医療における蘇生法と同様、知識に裏付けられた標準的な対応方法として広く普及される必要がある。また自殺問題の本質は、医療従事者や一般国民に広く正しく理解される必要性がある。当学会としては、全ての医療従事者が自殺問題の本質を正しく理解し、実践的で効果的な標準スキルを体得できるよう、医師、看護師、ソーシャルワーカーの卒前・卒後教育に自殺予防に関する基本的学習プログラムを盛り込む必要があると考える。

6. 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』

精神科救急医療の対象は、精神科のあらゆる診断群における危機状況である。しかし、物質依存、児童・思春期疾患、摂食障害、認知症など、急性期治療を担当する医療機関だけでは、初期の急性期医療以外に十分な医療サービスを提供できない診断群がある。これらのケースを専門的な治療プログラムにつなげるためには、関係者間の相互理解や連携のためのクリニカルパス、診療報酬上の配慮などの充実が望まれる。

当学会は、精神科スタッフからも差別・排除されがちな物質依存ケースに特別の関心を注ぎ、規制薬物関連精神障害に対するガイドラインを作成・改訂してきた。優れて現代的な課題でありながら、諸外国に比べて遅れの目立つわが国の依存症治療を前進させるために、全ての関係者に一読を推奨したい。また、向精神薬の長期多剤投与による依存形成を回避するために、セカンドオピニオン制度の活用を強化するよう提案する。さらに、診断群による差別なしに、精神疾患からの回復を回復者自身がアピールする運動を、国や自治体が支援することを求めたい。

7. 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想と相互支援協定の実現を』

阪神大震災から東日本大震災に至る災害支援活動の経験から、災害時における精神科医療スタッフによる支援のあり方が問われている。精神科的危機介入を専門分野とする当学会としては、特に、発災直後の混乱の中で、被災地の基幹的な精神科病院をいかに迅速に支援するか、という課題が重要と考える。この支援活動は、精神科病院が対象のため一般社会へのアピール度は低い、精神科専門の救援部隊としては最も実効性のある活動である。

具体的には、1) まず、地域の基幹的精神科病院が「精神科災害拠点病院」として、物資の備蓄や通信手段の確保など自助機能を備える、2) 大規模災害に備えて、遠隔地の精神科災害拠点病院どうしが事前に相互支援協定を結ぶ、3) 災害発生時、被災を免れた協定病院は、被災地の協定病院に発災から1週間以内に、支援物資や人員とともに駆けつける、4) 国や都道府県レベルの災害支援活動が立ち上がるまでの間、協定病院は、情報収集と発信を行いながら、被災病院の医療を支援する、5) 被災病院は、精神科災害拠点病院として、周辺地域の精神科的支援活動に当たる、6) 本格的な支援活動が立ち上がったら、協定病院は速やかに撤収する、というもので、まさに発災初期に焦点化した短期集中的な危機介入活動の構想である。現在、岡山、静岡、千葉の3県立精神科病院が、平成24年度内の相互支援協定締結を目指して準備を進めている。

おわりに

これからの精神科医療にとって、最も重要な基本概念のひとつは、精神科医療の利用者ないし当事者本位の視点であろう。ここに提示した7つの提言の全ての項目に共通する視点でもある。精神科救急医療では、生命的・社会的な危機を回避するために、行動制限や市民権の制限を行わざるをえない場面が、他の精神科領域に比べて多い。だからこそ、精神科救急に携わる全てのスタッフは、社会的使命感と矜持を保ちつつ、当事者の権利擁護や尊厳への配慮に敏感でなくてはならない。

当事者本位の基本姿勢は、また、掛け声だけに終わっては無意味である。それを担保する制度的・技術的な基盤の裏付けが不可欠である。この提言は、当学会が、その基盤整備の方策を示したものであるが、こうした基盤整備は、ひとり当学会の力のみで実現できるものではない。精神科救急医療の利用者からのご意見、並びに関連諸機関・諸氏のご理解とご協力を願う次第である。