# 8

### 救急医療連携

## **8** 救急医療連携

#### はじめに

現在、本邦では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が国策として推進されており、2020年度には「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」(以下、救急WG)が開催され、報告書が取りまとめられた。そのなかで「精神科救急医療体制の整備を図ることは、(中略)精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つ」として明確に位置づけられたと同時に、種々の課題が認識、整理された。

日本精神科救急学会では、その設立当初より、精神科救急に従事するものの任務として、①適時・適切な危機介入と、②手厚い医療提供により問題対処、健康回復促進、長期在院の抑止により地域ケアを推進することの2つをあげてきた。これは、精神科救急医療体制が地域包括ケアシステムにおける重層的な支援体制の1つに組み込まれることになった現在においても通用するものである。その一方、従来の精神科救急医療体制の構築・維持が、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)を通じた保健行政、警察との連携に重きを置いていたことをふまえ、今後はより幅広い多機関・多職種との連携体制を構築していく必要がある。

本章では、精神科救急医療体制における恒常的に深刻な課題である身体合併症診療連携について、平成29・30年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究「(分担)精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究」、令和元・2年度同事業精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究(19GC1011)「(分担)精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最

適化に関する研究」のなかで実施された分担研究の成果に基づき整理する。 本章において厚労科研と略す場合、特に断りがなければ、この4年間の分 担研究を指し、実施年度を併記することで区別する。

なお、本章においても推奨度は、必須「ねばならない」「こと」、最適「べきである」、理想「望ましい」の3段階で表記する。

#### 1. 病院前救護との連携

#### 推奨

精神科救急医療に関与する医療従事者・行政職員は、重要なカウンターパートである病院前救護体制の成立経緯や業務状況について理解しておかねばならない。

#### 解説

救急医療の成り立ちは、1933年ごろから大都市圏の警察組織のなかで救 急業務が行われるようになったことを端緒としている<sup>1)</sup>。1948年に消防 組織法が制定され、以降、救急業務は自治省(現総務省)消防庁の指揮下で 行われている。救急搬送が消防機関の業務として規定されたのは、1963年 の消防法改正からで、戦後の経済成長による労働災害と交通事故の増加を 契機とした外傷傷病者の搬送に対応するためであった2)。翌1964年には 救急病院などを定める省令が厚生省(現厚生労働省)によって布告され、消 防による救急搬送が開始された。このように、当初は事故による外傷傷病 者の対応を中心としていたが、その後、「事故その他の事由で政令で定め るものによる傷病者」として急病による傷病者も救急業務の対象に含めら れるようになった経緯がある。現在、急病による傷病者については消防法 施行規則(昭和36年自治省令第6号)の第51条に定められる救急業務に関 する講習(総計250時間)における、特殊病態別応急処置(計25時間)のな かで、小児・新生児、高齢者、産婦人科・周産期、その他と一緒に精神障 害として教育されている。地域包括ケアシステムを支える重要基盤である 基幹型病院に勤務する精神科医療従事者はこのような病院前救護体制の成 り立ちも理解しておくことが望ましい。

救急医療領域において、救急救命士を含む救急隊員が救急要請に応じて 実施する現場活動をプレホスピタルケア(病院前救護)と称する。救護とは 救助し看護することで、その実施場所が病院搬送前(プレホスピタル)であ ることに由来している。病院前救護活動は救急出場の現場から診療の場である病院へ搬送することが基本とされる。その理由として、本邦において、119番通報によって救急車が要請され現場出場した場合、①救急隊員には医学的な判断が行えないこと、②医師には所定の手続きによるオンライン診療などをのぞけば対面診療でしか医学的判断を下せないことなどから、医学的に問題があると想定される傷病者について、救急現場の救急救命士を含む救急隊員が不搬送とはできないことがあげられる。地域に開かれた、常時対応型施設をはじめとする基幹的病院では、病院前救護活動の特性を理解し、適切な対処を行わねばならない。

病院前救護の特性の1つとして、彼らが対応する事案の多さ、その対応 にかけられる時間が限られることなども知っておくべきである。総務省消 防庁が発表する2020(令和2)年版救急救助の現況によると、2019年(令和 元年)中の救急搬送人員は597万8,008人で、急病の傷病者は392万2,274 人、そのうち、精神系として登録されたものが12万5.910人(急病全体の 3.2%)となる。その一方、厚生労働省が発表する令和元年度衛生行政報告 例によると、精神障害者またはその疑いのある者等について、最寄りの保 健所長を経て都道府県知事に申請・通報または届出がなされた数は2万 5,420件にとどまる。単純比較はできないものの、救急搬送人員はもちろ ん精神系傷病者としても相当に多い数を救急隊が対応している事実は理解 しておくべきである。また、対応にかける時間は、救急搬送全体で、現場 到着所要時間は全国平均8.7分、病院収容所要時間(救急要請~病院収容 までの時間)は全国平均39.5分ととても短い。基幹型病院に勤務する、ま たは救急情報業務にあたる精神科医療従事者は、現場活動にあたる救急隊 員は迅速な対応・判断・処置・搬送によって限られた資源を有効活用する ように努めていることを理解し、病院前救護との連携においてより迅速な 判断・対応を行うべきである。

#### 推奨

精神科救急医療に従事する医療従事者は、自らの勤務する施設が一般救 急医療体制のなかでどのような位置づけにあるかを理解して医療従事する ことが望ましい。

#### 解説

2006年に全国で起きたいわゆる救急搬送たらい回し問題を受け、消防

法が改正にいたり、各医療圏において疾患・病態ごとの搬送受入病院の一覧化や、一定以上の照会回数や現場滞在時間に即した最終受入病院の選定(第6号基準)がなされた。この選定作業のなかで、地域メディカルコントロール協議会における合議に、精神科救急医療体制整備事業も参加が求められ、基準策定に関与している。その結果、精神心理的な主訴で救急要請する傷病者、精神心理的な主訴に身体不調を伴う傷病者などに対し、地域事情に即した受け入れ病院一覧が作成されている。地域包括ケアを支える精神科救急医療に従事するものは、このような経緯や自らの勤務する施設の担う役割をよく理解しておくことが望ましい。

#### 推奨

精神科救急医療に従事する医療従事者は、一般救急医療との連携を強化するため個人レベルでの努力のほか、地域精神科医療の枠組みのなかで日常的に意見交換・問題解決にあたる場を確保することが望ましい。

#### 解説

令和2年度厚労科研のなかで、全国消防本部を対象に実施された搬送困難事例実態調査の解析が実施された<sup>3)</sup>。まず、搬送円滑化のために必要な対策として精神科救急病院と救急告示病院との連携強化があげられていた(図1)。つぎに、精神科救急医療体制が機能していると回答した少数の消防本部の回答からは、①輪番制度が機能していると評価される、もしくは、②メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加して相互交流を保っていることなどが、体制が機能している要因であると考えられた(図2)。このため、地域の精神科救急医療体制を代表する精神科医は、地域メディカルコントロール協議会の合議の場に継続的に参加すること、もしくは、精神科救急医療体制の合議の場に救急医や消防局員の継続参加を要請することが望ましい。そのなかで精神科救急医療体制の責任性と実効性を客観的に確認することが望ましい。

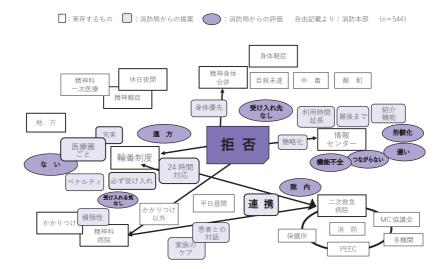


図1 消防局見解による精神科傷病者の搬送円滑化対策案

	N	MC+P	PQ+MC	PEH	GHP	PE info.	PE rotat.	Reciprocal care	Generarist in P	PEEC
医療連携体制	4	0	2	0	1	1	2	0	0	0
精神科救急医療体制	18	0	0	1	3	3	12	1	3	0
搬送基準が機能	7	1	0	0	0	1	4	0	1	0
断らない救急	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事例希少	10	0	0	0	0	0	2	0	0	0

※MC+P:メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加

※PO+MC:精神科救急の合議に身体救急医が定期参加

 ※PEH: 精神科救急病院の存在
 ※GHP: 総合病院精神科の存在

 ※PE info.: 精神科救急情報センターの存在
 ※PE rotat.: 精神科輪番制度の存在

※Reciprocal care:救急医・精神科医の相互的な交流 ※Generarist in P:精神科病院における内科医の充足

%PEEC:Psychiatric Evaluation in Emergency Careコースの開催

#### 図2 精神科傷病者の搬送円滑化対策が不要とする消防本部の有する医療資源

#### 推奨

病院前救護領域のなかで精神科傷病者は搬送困難事例化しやすい現実があるが、これまでの体制整備の結果、一部には改善が認められていることを知ると同時に、現場滞在時間延長の課題が残るため、情報伝達の簡素化を図るような取り組みが望ましい。

#### ■解説

精神科疾患の関連する救急事案は課題の多い領域の1つとして知られてきた。総務省消防庁や4)、埼玉東部地域の調査など5)、いくつものデータから、精神科疾患が関係する救急搬送において、救急搬送受入病院の照会回数が増え、現場滞在時間が延長する傾向にあることが示されてきた。そのようななか、平成29・30年度厚労科研のなかで、搬送受け入れ病院の照会回数は大幅に減り、ほかの疾患群と比してもほぼ変わらない状態にまで改善した一方で、現場滞在時間は若干の短縮傾向を認めつつ、現場滞在時間30分以上の比率が14.2%程度と依然として高いままであることも判明した6)。受け入れ先照会回数が大幅に減少しているなか、現場滞在時間はさほど変化がないことから、患者対応、患者・家族からの情報収集、関係諸機関との情報伝達などに時間を要していると想定される。

このため、基幹型病院に勤務する精神科医療従事者は、救急医療場面における精神症状評価技術を身に付けることを目的としたPEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care)コースなどに定期参加することを通じて、救急救命士を含む救急隊員に対応技術を伝達し、共通認識を広めると同時に、個人レベルでの顔の見える関係の構築や共通認識の確保に努めることが望ましい。

なお、PEECコースは日本精神科救急学会が日本臨床救急医学会、日本総合病院精神医学会と協働して開発した成人教育コースで、PEECガイドブック改訂第2版(へるす出版)に基づき、一般救急医療場面において精神科疾患の対応を行う際の標準的な初期評価技術を学ぶものである。2015年より全国展開され、新型コロナウイルス感染症流行期においては2021年3月よりオンラインコースとしても開催継続されている。平成30年度厚労科研報告書において、自殺危機介入に関するPEECコースの教育効果を確認したところ、看護師・医師・救急隊員ほかの受講者について、コース受講後、Gatekeeper Self-efficacy Scaleで測定される自己効力感が有意に改善し、この効果がすべての職種で認められたことが確認されてい

る<sup>7)</sup>。PEECコースはグループディスカッションを通じて評価技術を学習するが、PEECコースが提供する評価技術を、ロールプレイを通して学ぶ教育コースとして、PPST (Prehospital PEEC Skill Training)コースも日本臨床救急医学会から提供されている。

このほか、救急現場からの情報伝達を受けるのに際し、ホットライン(救急外来責任者への直接入電可能電話回線)の整備を行うことや、定型化した伝達方法を設定することで情報伝達の簡素化を図るべきである。定型化した伝達方法としてJEPS-Ex (Japan Emergency Psychiatry Scale – Expert opinion version、図3、4)などが使用可能である。JEPS-Exは厚労科研の成果物で、令和2年度厚労科研報告書のなかでver.2.0が公開されている(図3、4)。このツールは、精神科疾患の存在が考えられる傷病者に対して、メディカルクリアランス(身体合併症の鑑別除外もしくは確認)を行ったあとに、簡便に精神科疾患の類型評価と緊急度評価を行えるもので、全国5ヵ所の救命救急センターにおいて実地検証が実施されている³)。今後、多数例での再検証が望ましいが、非緊急と緊急との鑑別に有用である可能性がある。

#### 推奨

救急搬送を受ける傷病者のなかで、精神心理的な主訴であるものについては来院前のメディカルチェック(身体的問題の鑑別除外もしくは確認)を常時求めることは過剰であると理解すると同時に、基幹型、合併症型もしくは救急告示病院に併設する無床精神科などでは、2次救急告示病院が実施できる程度の検査設備を整えて診療にあたることが望ましい。

#### 解説

精神科救急ケースを受け入れる際、メディカルクリアランス(身体合併症の鑑別除外もしくは確認)の確保は時に簡単ではないことがある。O'Donovan Dらのまとめでは、米国においても過去40年間、一般救急医療領域を利用する精神科疾患患者の増加が問題となっていて、適切なメディカルクリアランスの確保とともに迅速な精神科医療へのつなぎが大きな課題としてあがってきているとされる<sup>8)</sup>。本邦においても総救急搬送数は右肩上がりに増加し、そのなかで精神科傷病者が全体に占める割合は一定であるため、精神科傷病者の数も米国同様に増加傾向にある。本邦と米国では医療提供体制には大きな違いはあるが精神科救急の現場では同じよ

順序			内	容							
1	メディカルクリアラ	ランスパート ※下	線部に特証	己があればき	チェックを入れ詳	細記入すること					
1.	バイタルサイン	見当識		理学所見		重要な補足情報					
	□ 体温 [	] □ 名前 [	]	□ 瞳孔		□ 今回エピソードの					
	□ 血圧 [	] □ 年齢 [	]	(左右差	き・偏視)	発症様式					
	□ 脈拍 [	] □ 目付 [	]	□ 四肢動	协作	・突然 (数時間)					
	□ 呼吸数 [	〕 □ 場所 [	]	(左右差	き・他)	· 急性(数日)					
	□ 酸素化 [	※アルコール 有	/ 無	□ その化	<u>t</u>	・慢性 (週単位)					
		※連続引き算 円	滑/失敗	例) 低体重	重/るい痩疑い	□ 身体既往症					
				[	]						
2	第一印象パート:精神科疾患の存在を疑うか										
2.	□ 疑う	・ ※「疑う」の場合	、患者の主	訴を患者の	ことば [	]で特定し、以下も確認					
	□ 疑わない(終了)	※重要な補足情	報:精神科	治療歴   あ	うり一なし一不詳	i					
	▼※重要な補足情報:過去の同様のエピソード あり―なし―不詳										
3.	スクリーニングパート										
٥.	※外観・会話で1つずつチェックし、どちらもチェックの付く診断類型を特定せよ										
	※外観・会話のチェ	ック項目が特定の診断	類型に一致	てしない場合	6、「診断類型特定	定不能」とし、					
	チェックされた項	目を記録せよ									
外観	□ 奇妙な印象を	□ 整っているが	□ 派手な	な身なりや □ 比較的清潔 な装飾品 整った装い							
	与える乱れた 身なりや化粧	くたびれた感 じの身なり	過度な			い服装					
			Ţ								
<b>△</b> ≅	□ 過度な従順さ		 □ 訴えた	 バドラマ	□ こだわりが	 :強 □ 見当はずれな					
会話	/ にやにやし	貫している		カドノマ クで派手	い会話/癇						
	た独り言				がみられる						
			7								
判定	精神病性障害圏の	気分障害の疑い	パーソナ	リティ障	自閉症スペクト	・ラ 認知症圏の疑い					
	疑い		害圏の疑り	Λ.2	ム圏の疑い						
	簡易的精神症状評価	<b>ゴ</b> パート									
4.	※部分的・困難/常	時が 1 つでもあれば、	簡易的には	は「問題あり	)」とせよ						
	会話成立	指示動作		見守りの		重要な補足情報					
	<ul><li>・問題なし</li></ul>	<ul><li>・問題なし</li></ul>		※精神症 ・不要	伏に起因する	□ 家族の付添いを要す					
	・部分的	・部分的		・部分的		3					
	・困難	・困難	- * FRPP	• 常時	日人 図を広がさ	2. 纪 1. 杜宁 2. 1-					
5.	□ 緊急度判定:緑	: 上記 4. にて、す そうでない場合、				こ・稼ど特疋せよ					
		C / C . W W LI V	-901 0 -01	, , _ 0	_						

図3 Japan Emergency Psychiatry Scale (Expert opinion version) ver.2.0 (1/2頁)

うな課題を抱えていると考えられる。

令和2年度厚労科研報告書(報告書内図10)から、多くの救急隊員は身体的な問題があればまずは一般救急で対処するべきだと考えていることが

順月	亨					内	容			
6.			緊急度判定:赤の	の評値	西 ※自傷・他害	・興奮・ま	とまらない	言動に該当すれば	f、 <u>緊</u> :	急徴候を特定せよ
0.			自傷		□ 他害		□ 興奮			まとまらない言動
					明らかに落ち着; 動を示す患者が、 示す					や日付を回答できる が、以下を示す
		□ 自殺企図の計画性・ 希死念慮の持続性・ 企図や念慮の経時的			□ 話を聞かない		□ 幻覚や妄想			テンション高く、話 し続けて制止できな い
	緊急兆候	悪化がある			□ 暴力を振る あたる	う、物に	□ 言語的	<b>为静穏化が無効</b>		じっとしていること がむずかしい
	そ	□ イライラ、落ち着 かなさ、拒否的			□ 言語的・身体	的に威嚇		□ 他人には聞こえない 声・他人には感知で きない理由に怯える		
		□ 幻覚や妄想							つながりのない応答 が繰り返される	
			□ 危険物所持 □ 他害予告・危l			険物所持	□ 危険物	所持		危険物所持
			:険物所持を認める場合 :官通報も考慮	<b>à</b> ,	※危険物所持を認め 察官通報も考慮	る場合、警	※危険物所お 察官通報も考	∳を認める場合、警 ≨慮		倹物所持を認める場合、警 通報も考慮
_			緊急度判定:相		評価					
7.			希死念慮		<b>遠慮・幻覚妄想・不</b> 9 幻覚妄想	<b>と感・活気が</b> □ 不安原		機能低下疑いに該当 □ 活気がない		<b>ば、<u>緊急徴候</u>を特定せよ</b> □ 認知機能低下疑い
			直近の自傷行		被害的な言動		としている	□ 悲観的で自		□迷子
			為あり			ことぇ	がむずかしい	を責める言	動	□保護できる人物
			月単位で持続		生活破たん状態	□ 攻撃	的言動	□ レスポンス		がいない
			している					遅く、短く 声が小さい		
	緊刍		酩酊状態					,		
	緊急兆候		保護できる人 物がいない							
			危険物所持		危険物所持	□ 危険	物所持	□ 危険物所持	Ė	□ 危険物所持
		※危険物所持を認める場合、 警察官通報も考慮 警察官通報も考慮			※危険物所持 警察官通報も	考慮	※危険物所持を認める 警察官通報も考慮		※危険物所持を認める場合、 警察官通報も考慮	
8.			緊急度判定:黄	の評	価 (緊急度判定	:赤・橙	そして緑に記	核当しない精神科	疾思疑	疑い症例)
0.			重要事項:危険物 関査事項として、		があれば、緊急度 を特定せよ	判定:橙	として対応も	tt		
			家族情報		患者にとって安 全な状況か	□ 睡眠-	や食事	□ 精神科診療(	青報	□ 経済状況・社会 資源

図4 Japan Emergency Psychiatry Scale (Expert opinion version) ver.2.0 (2/2頁)

分かっている $^{3)}$ 。このため、脳炎・髄膜炎、代謝性疾患、せん妄のほか、いわゆる精神科救急におけるピットフォール症例の受診に注意しながらも、基本的な対応として重要なことは、①主訴の確認、②病歴聴取、③身体所見の確認であることを理解し、精神心理的な問題を訴える患者について必要以上の精神科病院受診前検査を求めることを控えることが望ましい $^{9)}$ 。

その一方、救急隊員が、主たる問題は精神心理的な問題であると判断し

た傷病者であっても、一定の比率で身体愁訴を伴う可能性があるため、基幹型、合併症型もしくは救急告示病院に併設する無床精神科などでは、2次救急告示病院が実施できる程度の検査設備を整えておくことが望ましい。

#### 2. 身体合併症診療連携

#### 推奨

精神科救急医療に関与する医療者は、精神科患者が身体不調を呈した際、精神科医療従事者、身体科医療従事者の別なく、標準化された方法で医療情報の伝達を行うことをもって、精神科患者が受ける治療的利益を最大化できるように努めるべきである。

#### 解説

統合失調症や双極性障害など、精神疾患への罹患が早期死亡の確率を高めることは広く知られている<sup>10)</sup>。早期死亡の原因として自殺や、心血管系の合併症による死亡が指摘され、患者自身が身体治療の必要性を理解し適切に対処できないケース、自己管理能力が低下しているため身体疾病のコンディション自体が悪いケースなどあり、精神科救急医療に対応するすべての施設において糖尿病、高血圧症、循環器疾患に関するモニタリングシステムが検討されることが望ましい。

このように、精神科疾患を持病としてもつ患者におけるメディカルケア (身体管理) は重要事項であるが、特に精神科病院への入院を要するような精神心理状態にある患者においては、身体合併症の状態が増悪した場合、治療管理上の問題が精神疾患を有さない患者に比して一定程度大きくなると予想される。現在の治療状況やこれまでの経過などが不明確なケースも考えられ、入院を契機に身体的な治療状況について整理しておくことが望ましい。このような準備を通じ、精神科病院に入院中の患者が循環器系、消化器系、糖代謝系、呼吸器系などの身体合併症を抱えた場合、問題となった時点における身体合併症管理状況、身体合併症診療に関連する既往症、循環動態や薬剤情報などが、精神科病院より救急病院へ遅滞なく提供されることが望ましい。また、身体合併症治療後に紹介元精神科病院へ再入院する際、身体合併症の療養上の注意点、症状増悪時の明確な対応方針なども、救急病院から精神科病院へ提供されることが望ましい。

情報伝達の方法について、令和2年度厚労科研報告書において、身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療依頼・加療報告)として必要事項を標準化している(付録1、付録2)。当該研究のプロセスとして、分担班内で合意にいたった臨床項目に対し、総合病院のおもに救急医療部門に従事する医療従事者が内容の適切性を判断し、その結果を受けて医療連携に必要と考えられる臨床項目を再度整理した。総合病院側からの意見を集約した修正案に対し、第3相調査として精神科救急医療施設に勤務する精神科医から検証を受けている³)。第3相調査の結果を表1~3として厚労科研報告書³)より引用する。いずれの臨床項目も高い同意度を得ていることが分かる。この結果をもとに診療情報提供書案(付録1、付録2)が作成されている。身体合併精神科症例の診療にあたる精神科医・救急医を始めとする身体科医師は本書式を参考にした情報伝達に努めるべきである。

#### 3. 連携体制構築

#### 推奨

精神科救急医療に従事するものは、精神科救急医療体制整備事業は一般の救急医療体制のなかで実施するものであることを理解し、所属する施設における医療資源の強みと弱みとを整理したうえで、救急医を始めとする身体科医療施設と医療連携を図るため、連絡系統などを平時より準備しておくことが望ましい。

#### 解説

精神科救急医療体制整備事業は、平成20年5月26日付障発第0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「精神科救急医療体制整備事業実施要項」に基づいて実施されている。そのなかで本事業は、一般の救急医療体制のなかで実施することを原則とするとされている(精神科医療施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとするといった但し書きあり)。これまで、医療圏内における精神科救急医療と一般救急医療との連携円滑化は全国各地で取り組まれてきた。人口規模や医療資源の多寡など、地域性が非常に強いため、画一的な連携体制を構築することはできないことから、特に、精神科救急医療体制における基幹型施設では、自院における医療資源の強みと弱みを整理しておき、身体合併診療における医療連携体制・連絡方法について平時より準備しておかね

#### 付録1 標準化された身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療依頼)

	(記載年月日)
(紹介先郵便番号・住所)	(記載平月日)
(紹介先施設名)	
●● 先生 御侍史	
JUL MINO	(紹介元施設名・郵便番号・住所)
	(紹介元代表電話・FAX 番号)
	(紹介元医師名)
診療情報提供書	
<b>▶○本日本にど</b> 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格段のご高配	•
告・ご紹介申し上げます。	を 物 ケ 子 く 阿 化 中 し 上 け よ り。 ト 此 に フ さ よ し く こ 和
(患者氏名) (性別)	
(紹介元患者識別番号) (生年月日・年齢)	
(患者郵便番号・住所)	
,	
(緊急連絡先1番の氏名・電話番号・住所・続柄)	
(緊急連絡先2番の氏名・電話番号・住所・続柄)	
傷病名	
District Materials Co. Trico Trico Trico	
併存症 糖尿病 [1型/2型]・脂質異常症・高血圧症・肝疾患・胃	
脳血管障害[麻痺 有・無]・他[	]
感染症 [無/有:	]
結核既往 [無/有:	]
既往症[含、手術歴]	
アレルギー [無/有:	]
※該当部分に○をつけること	
紹介目的・症状経過等	
W (== W)	
(依頼目的)	
(症状経過)	
(身体現症)	
(バイタルサイン)	
(検査情報の有無や詳細)	
□ 紹介先精神科への情報提供(※紹介先に精神科があり別途情報	
<添付書類> □画像情報 □検査記録 □治療計画 □そ	の他し
現在の処方	
(頓服指示も含む)	
その他の重要事項(※看護サマリー他の文書に記載があれば□にチ	ェックをしてください)
□ 身長[日付]	
□ 体重[日付]	
□ 介護保険 ○未申請 ○要支援 ○要介護 1・2・	3 · 4 · 5
□ かかりつけ医情報 1 [施設名・診療科・医師名・施設住所	
□ かかりつけ医情報 2 [施設名・診療科・医師名・施設住所・	・電話番号]
□ かかりつけ医情報 3 [施設名・診療科・医師名・施設住所	・電話番号]
□ ケアマネジャー [施設名・担当者名・施設住所・電話番号]	
□ 日常生活機能 [ 担送・護送・独歩 ]	
□ 現在の入院形態 [任意・医療保護・措置・観察法]	
□ 現在の精神状態 [ 安定・不安定< 隔離・拘束 >]	
□ せん妄既往[ 有・無・不詳]	
□ 過去における暴力行為 [ 有・無・不詳 ] <u>有の場合</u>	全直近1ヵ月での暴力行為[ 有・無・不詳]
□ 過去における自損行為 [有・無・不詳] 有の場合	全直近1ヵ月での自損行為 [ 有・無・不詳 ]
□ 問題行動[ 多飲水(水中毒)・異食・盗食・拒食・徘徊]	
□ 飲酒歴 [ 非飲酒・機会飲酒・有<種類: , 量:	>1
	´∃> ]

#### 付録2 標準化された身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療報告)

	(記載年月日)
(報告先郵便番号・住所)	
(報告先施設名)	
●● 先生 御侍史	
	(報告元施設名・郵便番号・住所) (報告元代表電話・FAX 番号) (報告元医師名) 
	し上げます。平素は格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。下記につきましてご報
告・ご紹介申し上げます。 (カカスタ)	(M. mi)
(患者氏名)	(性別)
(報告元患者識別番号)	
(生年月日・年齢)	
第病名 (1 時の原因した) たませか時中	TOWN MATTY
(入院の原因となった身体的臨床	(記》即[]
(入院中の続発症) 報告目的・症状経過等	
牧百日的・址仏経廻寺	
(入院中に生じた続発症の治療内 (経過観察上の留意点) (状態悪化時の対応や再度の受入	
<添付書類> □画像情報 □	検査記録 □治療計画 □その他[ ]
<検査所見> □心電図 異常(	無/有: ) QTc msec
□ 胸部レントゲン 心拡大	(無/有) 異常陰影 (無/有)
□ CT 検査(部位: )	
□ CT 検査(部位: )	異常所見 (無/有)
□ 心臓超音波検査	
□ 尿検査	異常所見 (無/有)
※今回加療中に実施した最新の検	:査に基づいて記載すること
現在の処方	
(頓服指示も含む)	
その他の重要事項(※該当部分に	.口にチェックをしてください)
□ 入院中の他科受診なし	
□ 入院中の他科受診あり	44 + n 44 / III. 24 a y = 22 1 + 4 b 4 1 a
<ul><li>加療内容はこの診療性</li></ul>	
○ 別途、当該科より診療	
経過中の精神状態 □特記な	
	Japan Emergency Psychiatry Scale – Ex(赤・橙・黄) 見守りの要否(問題なし・部分的・困難)
却生二振烈に牲油利がもかば	見寸りの姿合(問題なし・部分的・困難) 青神科からの報告書 □あり □なし
TK ロ JG/旭記(い作)作用作用がめないは有	FTFFF7/1・19V7取口官 口のり 口なし

#### ばならない。

先述の全国消防本部対象搬送困難実態調査における、医療連携円滑化に関する消防本部の回答からは、精神科救急医療施設においても身体軽症症例の受け皿になることを望まれていることが分かっている。特に、常時対応型施設、合併症対応施設については自施設の身体合併症対応能力について施設・設備面、教育研修面、人材面の整備体制を確認し、自施設の弱点

表1 基本情報シートの収載項目に関する精神科医の同意度3)

百日				項目の	同意度	
項目	N %		ave	SD	max	min
特にない	14	25.9				
(ア)氏名	0	0.0	9.7	0.5	10	1
(イ)生年月日	0	0.0	9.7	0.5	10	1
(ウ)住所	5	9.3	8.9	1.8	10	1
(工)緊急連絡先	15	27.8	9.5	0.9	10	1
(オ)併存症	3	5.6	9.5	0.9	10	1
(カ)既存症(手術歴含む)	2	3.7	9.2	1.2	10	1
(キ)アレルギー歴	6	11.1	9.3	1.1	10	1
(ク)身長	15	27.8	8.0	2.0	10	1
(ケ)体重	17	31.5	8.1	2.0	10	1
(コ)介護保険	28	51.9	8.0	1.8	10	1
(サ)かかりつけ医情報	33	61.1	7.7	2.0	10	1
(シ)ケアマネジャー情報	37	68.5	7.2	2.0	10	1

<sup>※</sup>連絡票基本シートの各項目で、<u>代用できない項目</u>は多い順に、同意度は同意度の 高い順にて表示している。

表2 加療依頼シートの収載項目に関する精神科医の同意度3)

質問項目		項目の	同意度	
<b>莫</b> 问模日	ave	SD	max	min
(ア)精神科臨床診断名	9.5	0.8	10	1
(イ)身体現症	9.4	0.9	10	1
(ウ)依頼目的	9.6	0.7	10	1
(エ)日常生活機能	8.5	1.5	10	1
(オ)食事形態	8.4	1.6	10	1
(カ)バイタルサイン	9.1	1.2	10	1
(キ)検査情報	9.3	1.0	10	1
(ク)薬剤情報	9.6	0.7	10	1
(ケ)精神状態	9.5	0.8	10	1
(コ)頓服指示	8.5	1.6	10	1
(サ)紹介先精神科への情報提供の有無	8.7	1.7	10	1
(シ)飲酒歴	7.7	2.1	10	1
(ス)喫煙歴	7.4	2.2	10	1

<sup>※</sup>加療依頼シートの各項目に対し同意度(平均)の高い順にカラースケールで表示している。全13項目中、11項目で同意度8.4以上の高い値が得られた。

表3 加療報告シート収載項目に関する記載率と精神科医の同意度3)

項目	記載	項目の同意度				
<b> </b>	率	ave	SD	max	min	
(ア)身体的臨床診断名	94.4	9.9	0.3	10	4	
(イ)実施治療内容	98.1	9.8	0.4	10	4	
(ウ)続発症	68.5	9.4	1.0	10	4	
(エ)経過観察上の留意点	64.8	9.6	0.7	10	4	
(オ)状態悪化時の対応	38.9	9.4	0.8	10	4	
(カ)合併症検査状況	62.3	9.3	1.0	10	4	
(キ)他科受診に関する情報	48.1	9.0	1.3	10	1	
(ク)経過中の精神状態	64.8	8.8	1.3	10	1	
(ケ)身体治療施設精神科からの情報提供の有無	59.3	8.9	1.3	10	1	
(コ)精神科救急トリアージ&スクリーニング尺 度の内容	13.0	7.0	2.4	10	1	

※加療報告シートの各項目に対し、実際の返書内記載率、記載徹底への同意度を高い順にカラースケールで表示している。精神科側が重視している10項目中、2項目をのぞいて情報提供の徹底が図られていなかった。

については地域内での連携・連絡体制を明らかにしておくことが望ましい。身体合併精神科救急症例の治療に際し、身体重症度の高低、精神重症度の高低から4つの類型に分けて考えることが整理しやすい(図5、表4)。この対応病床についてMPU (Medical Psychiatry Unit)もしくはCIU (Complexity Intervention Unit)などと呼称されることもあるが、前者は精神科医が身体管理も担う運営方針で、後者は精神科医と身体科医師とが並行介入を行うことを理想とする運営方針となる。諸外国では、精神科病棟において身体治療がほとんどできない国もあり、そのようななか、MPUもしくはCIUを新設するなどして心身ともに重症状態にある患者の治療環境を確保する動きもある。MPUやCIUは治療環境としては理想的ではあるが、現実的には自院の精神科病棟が身体合併症の治療体制としてはTypel~4のどの類型にあたるか整理しておき、身体合併症診療の連携体制の明確化を図ることが重要である。たとえば、クロザピンの副作用である無顆粒球症などのように、事前に連携施設を定め、文書でもって施設間の協定を結んでおくことが望ましい。

2018 (平成30)年度に実施された、厚労科研分担班による全国消防本部 対象搬送困難実態調査(2017 (平成29)年対象)の結果から、全国的には精 神科傷病者の搬送業務は依然として課題の残る領域であることが分かって

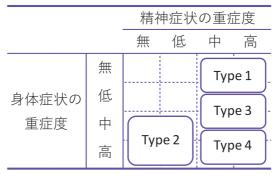


図5 Complexity Intervention Unit (CIU)の類型 概念図

表4 Complexity Intervention Unit (CIU)の類型別概要

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
概要	精神科病棟での身 体的治療	身体科病棟での精 神科コンサルテー ション・リエゾン	総合病院精神科病 棟で、身体科の積 極的な治療介入	身体科病棟や救命 センターで、精神 科スタッフも常駐
説明	単科精神科におけ る常勤・非常勤の 内科医による治療 の実践	総病院の身体 病院の身体 がありいた がらいのの がら、 がのの がら、 のコン・ がった がった がった がった がった がった がった がった がった がった	総合病院の精神科身体科のでは、治療を行いて、治状が症に、治療を行いて、治療を行いて、はは、神科治療を行う場合。	総病を を 病院を のたなり のたなり を でのたなり を でのたなり を でのたなり を でのたなり を でのたなり を でのたなり を でのたなり を でのたなり を でのたなり を でのたなり を がら、ススに に ののはななな に でのがら、ススに に ののはななな に ののがはない ののがはが に ののがはが ののがはが ののがはが ののが のがで のがら、ススに に ののが ののが ののが ののが ののが ののが ののが
具体例	精神科病院入院中 の誤嚥性肺炎	総合病院入院中の せん妄や不眠な ど。	総合病院精神科病 棟で隔離・拘束を 要するような、措 置入院患者のがん 治療など。	総合病院救命救急 センターでの重篤 な自殺企図患者ほ か。

いるが、その一方、搬送困難を解決するための対策が不要とする消防本部も少数 (n=47) ながら存在することが判明している  $^{3)6}$  。その割合は回答消防本部の 7.9% にとどまるが、これらの消防本部の回答を整理した結果、消防本郡の人口規模が  $20\sim30$  万人程度までで、精神科救急医療の合議の場に救急医が参加していて、輪番制度も機能していると評価されている圏域で、さらなる対策が不要と判断される傾向にあることが分かっている。

このため、地域内で、精神科救急医療施設、輪番制参加病院の役割と守備 範囲について、救急医と継続的に協議できる場を作成することが望ましい。

#### 推奨

自治体は地域における医療資源の現実に即し、地域特性に応じた身体合併精神科症例の治療環境を整備することが望ましい。

#### 解説

令和2年度厚労科研報告書において、医療機関類型ごとの精神科傷病者 平均受入れ数が解析されている(表5)。これは、2018年(平成30年)度救 急搬送困難事例実態調査と同時に実施されたもので、一般診療機能(精神 科標ぼう・精神科病床・一般病床の有無)と高規格診療機能(構成中核的医 療機関・救命救急センター・精神科救急入院料認可施設・有床精神総合病 院の有無)が精神科傷病者の受け入れ数にどのように影響しているかを明 らかにしている。結果として、精神科傷病者の受け入れに際し一般病床と 精神病床が併存すること(実践囲み)が重要で、ついで、地域の救急病院に 無床精神科が併設すること(一点鎖線囲み)が搬送受け入れを促進している ことが判明した。また、施設数は少なくなるが、精神科機能がなくとも救 命救急センターを有すること(破線囲み)は傷病者受け入れへ大きくプラス に働くこと、精神科救急認可施設(P110&F0010)は救急受け入れ促進的 に作用しており、メディカル対応力が弱いなか、精神科機能のない地域の 救急病院(P001&F0000)と同程度の受け入れ能力を示すことも判明した。 精神科救急認可施設は一般的な単科精神科病院(P110&F0000)の2.5倍程 度搬送受け入れに対応していた。

自治体は、精神科高規格病棟は地域救急医療の円滑化に寄与することを ふまえつつ、地域における医療資源の偏在を考慮し、地域医療計画におい て、①有床精神科を備えた高規格救急病院、②無床精神科を備えた2次救 急病院、③精神科救急認可施設などの充実を図ることが望ましい。

これに関連して、2020 (令和2)年以降、新型コロナウイルス感染症蔓延に伴い、精神科疾患を持病とするものの新型コロナウイルス感染症の入院受け入れ先選定に困難が生じたところであるが、自治体は医療資源の多寡を適切に把握判断し、精神疾患による精神症状から見て、入院の必要性がある場合のみ精神科病棟への入院を許可し、精神疾患のある患者で精神症状から見て入院の必要性はないが、感染症を含めた身体疾患がある場合、

医療機関 累計	F0000	F0001	F0010	F0011	F0100	F0101	F1000	F1001	F1010	F1011	F1100	F1101	F1111	Total
P000	21.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
P100	4.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
P110	10.6	0	25.0	0	0	0	21.0	0	0	0	0	0	0	124
P001	27.0	0	0	0	156	0	24.8	0	0	0	70.8	0	0	408
P101	36.9	0	0	0	90.5	0	34.2	0	0	0	51.8	0	0	267
P111	8.5	28.0	65.0	85.8	0	129	35.0	34.0	0	48.0	0	69.8	93.3	139
Total	536	39	34	4	3	4	193	31	0	1	64	41	9	959

表5 施設類型ごとの精神科傷病者平均受け入れ数

※ Pコードは、精神科標ぼう・病床・一般病床の有無をおのおの、なし=0、あり=1で表記(例、標ぼうあり・精神病床あり・一般病床なしの場合、P110とコード) ※ Fコードは、構成中核的医療機関・救命救急センター・精神科救急入院料認可施設・有床精神科総合病院であるかを、おのおの、なし=0、あり=1で表記(例、中核的・救命救急センターあり、精神科救急入院料認可施設ではない、有床精神科総合病院でないの場合、F1100とコード)

地域の医療の現状は考慮しつつも、入院の必要性のある担当科で入院する 指針を示すべきである。もしくは、精神病床で一般病床と同等の検査・診 断・治療が実施できる設備環境を整えた施設にのみ入院対応を許可すべき である。

#### 推奨

自治体は、施設内・地域内における精神科医療部門と救急医療部門とが協力体制の確保に取り組む際、インセンティブの付与などで体制整備を後押しすることが望ましい。

#### 解説

2020 (令和 2)年度時点で、診療報酬において、精神科救急病院と救急病院ほかの一般病院との医療連携において活用できる加算として表6のようなものがあげられる。

平成29年度厚労科研報告書において、救命救急センターと精神科医療部門を併設する総合病院において、並列型精神科救急対応を継続的に実践する好事例施設調査の結果が報告されている(表7)。結果から、①精神科医療部門、救急医療部門の責任者が連携と協働に理解を示し、②行政からは地域内での役割を与えられ、インセンティブも受けられる状態にある

表6 一般救急-精神科救急医療連携を行ううえで活用可能な診療報酬加算一覧

名称	点数	説明
精神疾患診療体制 加算 1	1,000点	ほかの保険医療機関の求めに応じ、精神科病棟入院中の 患者の身体合併症治療を入院で引き受ける。
同 2	330点	救急搬送された身体合併症を伴う精神症状を呈する患者 を入院で引き受ける。
救命救急入院料に おける自殺企図等 対応の加算	7,000点 (3,000点)	救命救急センターに入院した自殺未遂患者に対し精神科 医師が診察を行う(精神保健指定医の場合は非常勤も可)。
夜間休日救急搬送 医学管理料	600点	救急搬送された急性薬物中毒または精神科受診歴のある 患者に必要な医学管理を行う。
救命救急入院料に おける急性薬物中 毒加算 1	5,000点	急性薬毒物中毒の入院患者に対して救命救急医療を行う とともに薬物機器分析を行う。
同 2	350点	同加算 1 の機器分析以外の検査を実施する。

場合に、好事例として成立しやすいことが考察される。このことから、自治体が地域医療における精神科救急医療体制と一般救急医療体制との連携体制構築を目指す際、基幹型施設である常時対応型施設がその周囲の救急病院ほかと医療連携体制を構築するうえで、①責任者レベルでの対話、②診療連携の実績などに対して、連携へのインセンティブなどを付与することが望ましい。

また、平成30年度厚労科研報告書のなかで、全国に先駆けてPEECコースの地域定着に成功した好事例の検討がなされている。開催母体は、①大学病院主導型、②地域の精神科病院と救急病院とが協力して開催する連合型、③行政主導型などの3類型に大別されるが、救急科ー精神科が双方乗り入れた形で合議体を形成し、その地域内でコーススタッフを育成することが肝要とされる<sup>7)</sup>。PEECコースの地域定着は、地域内における人材の交流と顔の見える関係構築につながりうるため、地域特性に合わせて行政が①や②の開催支援を後押しすることが望ましい。開催支援には経済的な支援のほか、精神科救急医療体制整備事業への参加とみなすことなども考えられる。

#### 推奨

身体合併症診療の最適化を図るため、地域の基幹型病院においては、身体合併症診療にかかわる医療従事者の心身両面における教育研修の場を確

#### 表7 並列型医療連携好事例における要因

			公立総合病院	大学病院	公立総合病院	大学病院	大学病院	公立総合病院
	対象とする	5 医療圏	政令指定都市 (地方)	政令指定都市 (首都圏)	都道府県全域 (地方)	都道府県全域 (地方)	都道府県西部 (首都圏)	都道府県西部 (首都圏)
	00. Ph 41. E	救命救急センター	0	0	0	0	0	0
	一般救急医療体制におけ	災害拠点病院	0	0	0	0	0	0
	る役割	その他					急患センター ER(2次救急)	
	都道府県精 神科救急医	身体合併症対応 施設	0	0	0	0	0	-
	療体制におけ る役	その他		身体合併症転 院事業			スーパー救急	
		医師数 (うち指定医数)	8名 (3名)	15名 (11名)	2名 (2名)	16名 うち2名救急担当	19名 うち1名ER兼任	1名 (1名)
		病床数 (うち閉鎖病床)	50床 (50床)	50床 (50床) うち6床行政 救急	5床 (5床)	30床 (15床)	78床 (78床)	0床(0床)
DE.		措置入院対応	0	0	0	0	0	-
医療	维州和尼尔	応急入院対応	0	0	0	-	0	-
療体制	精神科医療 部門の状況	精神科救急入院料	-	-	-	-	0	-
נים	MET 3-5-07/00	精神科救急・合 併症入院料	-	0	-	-	-	-
		精神科リエゾン チーム加算	0	0	0	-	-	0
		身体合併症管理 加算	0	0	0	-	0	-
		DPAT隊員 (うち医師)	〇 (1名)	〇 (5名)	〇 (2名)	〇 (3名)	-	-
		主治医	身体科	精神科	身体科	精神科	精神科	精神科病棟なし
	精神科病棟 のMPU/CIU としての機能 ※1	酸素投与•吸引 処置	○(全50床)	○(45床)	○(全5床)	○(2床)	○(13床)	
		人工呼吸器	0	○ (安定した症例 に限る)	0	-	-	
		人工透析	0	0	0	0	0	
連携	『のコンセプト	施設內	並列モデル	並列モデル	並列モデル	並列モデル	本院では並列 モデル救命救 急センターと 縦列モデル	並列モデル
		地域内	縦列モデル※2	<b>%</b> 3	縦列モデル	縦列モデル	縦列モデル	縦列モデル
	連携の出	出発点	国立病院機構の統済を困難のが、対急症例のが、ないで、対している。	自殺予防研究 においとの研究 医療 臨床面で の連携。	身体合併症対 応のためCIU を開棟。	自治体の身体 合併症救急医 療体制整備事 業に参画。	大急には 学部門り の分離的 には のであった。	無床精神科で ある体の分析 の身との連携 が必要であった。
	連携のキーマン		精神科部長 救命教急セン ター長 救命教急・集長 救命叛急・集長 (精神科兼務)	精神医学教室 主任教授学教室 医療性 教急性 教急性 教授学教室 教室 教皇 教皇 教皇 教皇 大命 中 は 中 は 神 は 神 は 神 は 神 は で は か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か ま か	精神科部長(教命 教 急センター副センター 長兼任)部長(教 命 教 急 センター見乗任)	精神科教授 精神科医師(教 命センター・ 精神科兼任) 高度教会 センター診療 教授	ERセンター教 授 精神科教授 精神科医局長	救命救急科医師精神看護專門看護師保健福祉 士精神科医師
		身体合併症対 応施設として 委託	0	0	0	0	0	
1	行政の関与	体制整備費の 補助	0	0	0			
		その他		自殺未遂者再 発防止事業の 委託				

<sup>\*1</sup> MPU: Medical Psychiatry Units

CIU:Complexity Intervention Units ※2 近隣救急病院での対応困難事例をすべて受け入れ。

救急医療自傷・自殺問題対策協議会を組織。 ※3 市の「精神疾患を合併する身体救急医療体制」における特定症状対応救急病院。

リハビリテーション病院に非常勤精神科医を派遣。

#### 解説

身体合併症診療の最適化を図るために、特に常時対応型施設、合併症対応施設など、地域の基幹型病院においては、精神科救急症例の入院治療におもに当たる病棟の医療従事者(医師・看護師他のメディカルスタッフ)に対して、臨床上よく遭遇する身体医学的・精神医学的な問題について研修したり研鑚したりできる体制を整えるべきである。また、自施設において対応可能な身体疾患や全身状態についてあらかじめ検討しておき、身体合併症の管理体制(主治医・責任者)や治療を請け負う範囲の決定、自施設において合併症対応困難と判断した場合の対応方法、地域内・施設内での身体科医師との連絡方法などをあらかじめ整理しておくべきである。日中・時間外のそれぞれにおいて、可能または不可能な検査・治療体制についてもあらかじめ検討し、自施設内で周知しておくべきである。

#### → 猫 …

- 1) 木所昭夫: 本邦における救急医療の現況. 順天堂医, 47:302-312, 2001.
- 2) 吉岡敏治: 救急医療システムと情報, 綜合臨床, 53:623-626, 2004.
- 3)橋本聡,日野耕介,三宅康史,他:(分担)精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化に関する研究報告書.令和2年度 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野),2021.
- 4)総務省消防庁: 平成20年度救急業務高度化推進検討会報告書. 2021/5/26アクセス, [https://www.fdma.go.jp/singi\_kento/kento/items/kyuukyuugyoumukoudoka\_houkoku.pdf]
- 5)黒澤昇, 木村徹, 有馬健, 他:埼玉県東部地域における精神科教急の現場滞在時間についての実態調査. 日臨教医誌, 16:671-676, 2013.
- 6)橋本聡,日野耕介,三宅康史,他:(分担)精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化に関する研究報告書.令和元年度 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野),2020.
- 7)橋本聡, 日野耕介, 三宅康史, 他: (分担)精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との 連携の構築に関する研究報告書. 平成30年度 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野), 2019.
- 8) O'Donovan D, Quane T, McCauley M: Is 'medical clearance' for acute general adult psychiatric presentations always necessary?. Ir J Psychol Med, 2020. doi: 10.1017/ipm.2020.17.
- 9) Wilson MP, Nordstrom K, Anderson EL, et al: American association for emergency psychiatry task force on medical clearance of adult psychiatric patients. Part II: Controversies over medical assessment, and consensus recommendations. West J Emerg Med, 18:640–646, 2017.
- 10) Walker ER, McGee RE, Druss BG: Mortality in mental disorders and global disease

burden implications : a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry, 72 : 334–341, 2015.

※10)正誤表: JAMA Psychiatry, 72:736, 2015.

JAMA Psychiatry, 72: 1259, 2015.