

搬送困難事案は、二次救急医療機関相当事案が281件中47件(16.7%)あり、身体疾患非該当事案332件中20件(6%)より高かった。また二次救急医療機関相当事案のうち、三次救急医療機関に搬送となった事案は「過量服薬」の割合が高かった。

身体疾患非該当事案で、かかりつけ精神科があったもの131件中、休日夜間応需したものは29件(43.2%)、平日日中37件(60.7%)に留まった。精神疾患のために収容依頼を断られた事案は16件(2.2%)あった。

<アンケート調査>

- 1 回答数(率)
 - ①242人(51.8%)
 - ②159人(87.4%)
 - ③572人(97.3%)

2 観察基準の認知度

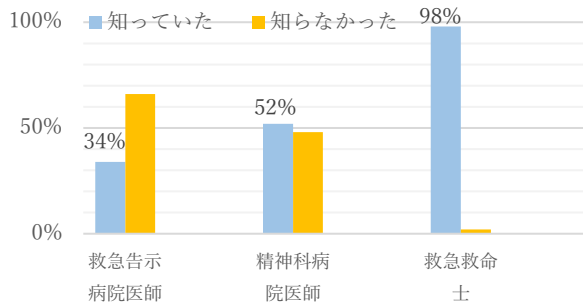


図2 観察基準の認知度

救急救命士の認知度は98%と高いが、救急告示病院医師は34%、精神科病院医師は52%に留まった。経験年数5年未満の認知度は救急告示病院医師は27%、精神科病院医師は39%と低かった。救急告示病院医師のうち、救命救急センター医師(53人)の認知度は60%であり、二次救急医療機関の医師(171人)の26%より高かった。

また、観察基準を知っている救急告示病院医師の21%(16人)、精神科病院医師の20%(14人)、救急救命士の11%(63人)は観察基準でなく、経験優先で対応していた。

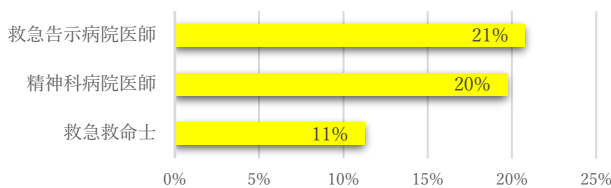


図3 観察基準を知っているが経験優先で対応している割合

3 精神科救急情報センターの認知度

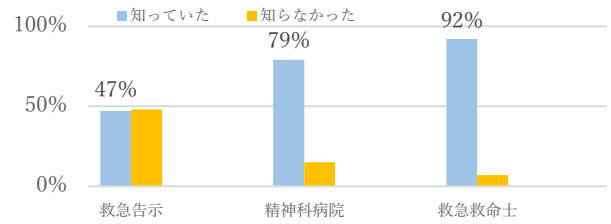


図4 情報センター認知度

救急救命士の認知度は92%であり、精神科病院医師は79%、救急告示病院医師は47%であった。

経験年数5年未満の救急告示病院医師の認知度は27%、精神科病院医師は39%であった。救急告示病院医師のうち、救命救急センター医師(53人)の認知度は74%であり、二次救急医療機関の医師(171人)の39%より高かった。

4 観察基準導入後の精神疾患合併症患者の受け入れ状況の変化

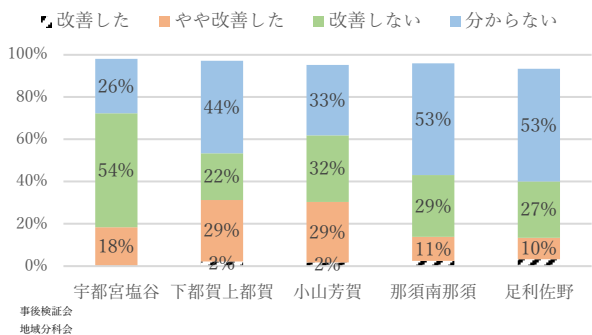


図5 精神疾患合併症患者の受け入れ状況の変化

下都賀上都賀、小山芳賀分科会は「改善した、やや改善した」が30%を超えている。

5 精神疾患合併症患者の受け入れ、振り分けの課題(複数回答)

・救急告示病院医師:「精神症状があると治療を拒否され適切な処置が行えない」155人(69%)、「精神症状があると治療のための安全確保が難しい」154人(69%)の割合が高かった。また、「精神疾患の対応が分からない」が88人(37%)、「精神患者は入院させられない」が77人(32%)であった。しかし、事後検証会に参加している医師においては、「精神疾患の対応が分からない」は8人(14%)と低く、「多機関での事例検討会が必要」が28人(47%)と高かった。

・精神科病院医師:「身体的問題がないことが否定されないと正確に判断できない」96人(70%)、「身体的な検査・処置の設備がないため急変時の対応ができない」90人(66%)の割合が高かった。また、「休日夜間の救急搬送はかかりつけ患者でも受け入れは難しい」は46人(34%)であった。

・救急救命士：「症状が身体科と精神科の狭間だと受け入れ先が決まらない」447人(78%)「長時間の対応が必要になる」441人(77%)の割合が高かった。「かかりつけ精神科が受け入れをしないことが多い」は296人(52%)であった。

【結論と考察】

○観察基準、精神科救急情報センターの周知徹底が必要

観察基準、精神科救急情報センターともに関係医師の認知度が低く、周知が不足していることが分かった。特に経験年数が5年未満の者や二次救急医療機関の医師の認知度が低いため、継続した周知が必要と思われた。また、観察基準を知っていても、経験優先で対応している関係者も一定数見られ、運用上の課題である。そのため、観察基準、精神科救急情報センターの周知徹底が必要と思われた。

○症状軽度および身体・精神症状の狭間の対応におけるかかりつけ医の協力が必要

身体・精神症状が軽度の者の振り分けや受け入れについては、身体科と精神科の狭間となってしまう、受け入れ先が見つからないという意見が救急救命士から得られた。

観察基準では、身体症状がある場合には原則として救急告示病院が受け入れ、治療後、必要に応じて精神科救急医療の要否を精神科救急情報センターに相談するとしており、関係医師の理解協力を得ていく必要がある。一方、身体症状がない場合には、かかりつけ精神科の対応を優先し、対応できない場合は病院群輪番型施設、常時対応型施設が対応するとされている。検証票結果からは、かかりつけ精神科の応需は平日日中・休日夜間合わせ、約半数であった。精神疾患合併症患者の受け入れ、振り分けについては「休日夜間にかかりつけ患者でも受け入れは難しい(精神科病院医師)」「かかりつけ精神科が受け入れをしないことが多い(救急救命士)」といった課題があることが分かった。かかりつけ精神科は、これまでの患者の経過や診療状況を踏まえ、最も適切に初期救急対応を行えると考えられ、患者にとって有益であるとともに、スムーズな受け入れ先の確保にも繋がり、精神科救急の一助となることを見込まれる。

○事後検証会の活用が有効

下都賀上都賀、小山芳賀分科会など事後検証会で積極的に精神事案を扱っている地域では、観察基準導入後「改善された」「やや改善された」と感じているものが他の地域よりも多かった。また、事後検証会に参加している救急救急

センターの医師は、多機関による事例検討会が必要と考えている割合が高かった。さらに、救命救急センターの医師は、観察基準、精神科救急情報センターの認知度も高かった。

事後検証会は、消防機関主催で定期的開催され、救急救命士や救命救急センター医師以外にも、多機関が参加している。観察基準に沿って丁寧に検証が行われるため、観察基準の具体的な活用方法の共有が可能であると考えられる。そのため、精神科救急における課題について、関係者間の相互理解、連携促進が見込まれる。

○精神科救急医療連携研修会、PEEC研修会の開催が必要

救急告示病院医師からは、精神症状により「治療のための安全確保が困難」「治療を拒否され処置できない」等、精神科病院医師からは、「事前に身体科評価がないと正確に判断できない」等の課題が示された。検証票からは、精神疾患を理由に受け入れを断るケースや観察基準に合致しない搬送、二次救急相当の搬送困難ケースが多い等、精神疾患合併症患者受け入れへの戸惑いも感じられる。そのため、身体救急現場における精神的問題の初期対応を学ぶPEEC研修等で精神科患者への対応技術を高めることが有用と考えられる。また、連携研修会などで課題や対応方法等を共有し、精神科救急医療における関係者の協働に向けた顔の見える関係、補い合える関係を築いて行くことが必要である。

【まとめ】

今回の調査では精神科救急医療を多角的な視点から捉えることができた。観察基準や精神科救急情報センターについては、継続した周知が必要であり、それらに関係職種が理解し、基準に沿って活動することが重要であることが分かった。

定期的開催される事後検証会では様々な事例をもとに、観察基準の具体的な活用方法も共有され、関係職種の相互理解にもつながるため、積極的に参加することが有効である。

救急告示病院や精神科病院の対応については、新たにPEEC研修会を開催することで受け入れ体制強化が見込まれる。連携強化を図るために、精神科救急医療連携研修会は継続して開催したい。

精神疾患合併症患者の振り分けには様々な課題があるが、観察基準という共通のツールがあることは強みであり、今後も関係者が観察基準に沿って適切な対応ができるよう取り組み、よりよい精神科救急医療体制の整備を進めたい。