

宮城県精神科救急医療体制課題整理検討会について

1 目的

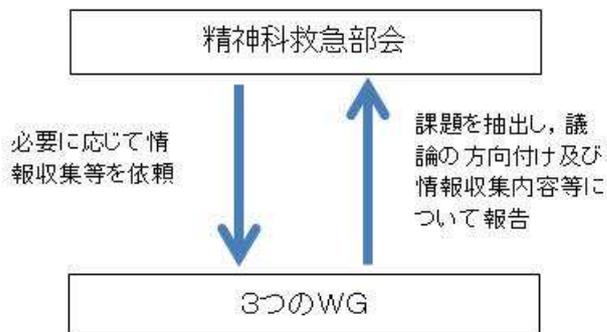
精神科救急部会で段階的な体制整備について検討を進めていく際に、課題の整理及び情報の収集等を図るためのワーキンググループ（以下「WG」という。）を開催する。

2 WGによる具体的な連携イメージ

各WGは実務者レベルの医師、コメディカルスタッフ、その他の関係職員等で構成し、各種課題を抽出し、議論の方向付け、さらには関連する情報の収集内容等についてその都度部会に報告する。

また、各WGには当部会委員がオブザーバーとして参加することができるものとする。

・イメージ図



3 WGの種類と整理内容

(1) 精神科救急情報センター課題整理WG

精神科救急情報センターや医療相談窓口等の段階的整備に向けた将来的課題について
(整理内容例)

- ・ トリアージ、医療相談窓口の対応事例 等

(2) 身体合併症患者受入体制課題整理WG

身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制について
(整理内容例)

- ・ 精神科病床のある一般病院における受入調整
- ・ 精神科病院と一般病院との連携体制の構築 等

(3) 精神科救急医療体制課題整理WG

精神科救急医療体制に係る課題等について
(整理内容例)

- ・ ミクロ救急医療体制の整備
- ・ 病院及び診療所の役割分担
- ・ 地域連携 等

宮城県精神科救急医療体制課題整理検討委員会委員名簿

平成26年12月1日現在
(敬称略)

精神科救急情報センター課題整理に係るWG			身体合併症患者受入体制課題整理に係るWG			精神科救急医療体制課題整理に係るWG		
氏名	所属	職種	氏名	所属	職種	氏名	所属	職種
1 小野 達哉	宮城県警察本部生活安全企画課生活安全係長	警察官	1 赤間 裕子	仙台市立病院 総務部地域医療連携課精神医療相談室	保健師	笠原 英樹	かさばらクリニック院長	医師
2 小山 年秋	大崎地域広域行政事務組合消防本部消防課課長補佐	消防吏員	2 大野 高志	宮城県立精神医療センター精神科医長	医師	菅野 庸	古川緑ヶ丘病院院長	医師
3 角藤 芳久	宮城県立精神医療センター副院長	医師	3 大室 則幸	東北大学大学院 医学系研究科精神神経学分野	医師	菊田 久弓	宮城県登米保健所母子・障害班 技術次長(班長)	保健師
4 鎌田 ひとみ	仙台市太白区保健福祉センター障害高齢課課長	保健師	4 菊池 孝	仙台医療センター精神科医長	医師	高階 憲之	南浜中央病院 理事長	医師
5 金 仁	東北会病院副院長	医師	5 小高 晃	宮城県立精神医療センター院長	医師	早坂 健一	仙台市障害者支援課障害保健係主幹兼係長	行政
6 齋藤 和子	宮城県立精神医療センター社会生活支援部長	保健師	6 菅原 知広	大崎市民病院 救命救急センター長	医師	舩越 俊一	宮城県立精神医療センター一医療局長	医師
7 原 敬造	原クリニック院長	医師	7 鈴木 克明	塩釜地区消防事務組合消防本部警防課主幹兼救急対策室長	消防吏員	本多 奈美	東北大学病院精神科医局長	医師
8 赤坂 明美	宮城県塩釜保健所母子・障害第二班 技術次長(班長)	保健師	8 永嶋 弘道	青葉病院副院長	医師	結城 由夫	仙台市消防局警防部救急課課長	消防吏員
			9 八島 浩	石巻赤十字病院 医療社会事業課 地域医療連携室社会福祉士	社会福祉士			
			10 伊藤 文晃	東北薬科大学病院 精神科主任部長	医師			
			11 佐藤 博俊	仙台市立病院精神科(非常勤)	医師			

精神科救急情報センター課題整理に係るWGの検討結果について（概要）

1 開催の目的

今後の精神科救急医療体制の拡充を図る中で、身体合併症も含めて、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円滑な調整を図る等、患者の緊急性に応じて適切に対応するため、精神科救急情報センターと関係機関との連携調整等における課題について、精神科救急情報センターの実務者のほか、関係医療機関の医師及び精神科救急対応に関連する行政実務者等で構成された検討会を開催したものの。

2 検討経過

■ 第1回 H26. 3. 10 精神科救急情報センターの運営上の課題の整理

- 現状の精神科救急情報センターの運営上の課題の整理を行ったもの。

■ 第2回 H26. 5. 29 精神科救急情報センターの運営上の課題の整理とその対応

- 第1回で抽出された受入困難事案の課題に対する対応について検討を行ったもの。

■ 第3回 H26.10.14 精神科救急情報センターの運営上の課題への対応（まとめ）

- 第1，2回までの検討において抽出された課題への対応について検討を行ったもの。

3 主な検討内容

- (1) かかりつけ医療機関の課題とその対応
- (2) 受入困難事案における課題とその対応
- (3) 体制全般における課題とその対応

4 検討結果（主な意見）

(1) かかりつけ医療機関の課題とその対応

【かかりつけ医の優先の原則について】

- かかりつけ医優先の原則の徹底が不十分であることから、かかりつけ医優先の原則について周知する必要があり、併せて、かかりつけ医の定義を明確にする必要がある。

【薬剤情報の所持について】

- トリアージに当たっての患者情報を把握する上で、患者の薬剤情報が必要である。
- 診療所の営業時間外、総合病院の当直医が精神科医以外等により、かかりつけ医が対応できない時であっても、薬剤情報があれば対応はできることから、薬剤情報所持の指導徹底について周知が必要である。

【精神科救急情報センター登録診療所について】

- 精神科救急情報センターへの精神科診療所のかかりつけ医登録については、登録時間を診療時間としている等ばらつきがあることから、登録に際して改めて対応時間の検討が必要である。

(2) 受入困難事案における課題とその対応

【アルコール酩酊患者について】

- アルコールを摂取した患者については、精神疾患の診断ができないことから精神科救急医療の対象外としているが、精神科救急情報センターに入電されるケースがあるため、関係機関に対し、精神科救急医療対象事案の周知が必要である。

【身体合併症患者について】

- 大量服薬、意識障害、身体合併症患者等、身体科の治療を優先する患者について、現状の精神科救急医療システム上は身体科優先としているが、精神科の既往歴があると一般医療機関では断られやすい。
- 精神科救急情報センターに身体合併症患者に対するトリアージ機能が必要である。

(3) 体制全般における課題とその対応

【夜間の精神科救急医療体制について】

- 現状として、夜間は精神医療センターが1次救急から3次救急までを担っているところであるが、24時間化を目指すに当たり、他医療機関に1次救急対応部門を設置する等、機能を分散する必要がある。

【当番病院の空床の取扱いについて】

- 精神科救急情報センターに問い合わせがあるケースについては、個室管理が必要な事案が多いことから、当番病院には個室管理が可能な空床を確保してもらう必要がある。

【夜間・休日の通報対応について】

- 法律上、発見者は直ちに通報することとなっているが、現状として夜間・休日の措置診察の体制が整備されていないため、通報があっても診察ができない。
- 夜間、休日における措置診察の体制を整備すべきであり、精神科救急情報センターが介入するのであれば、当番病院において措置入院用のベッドを確保してもらう必要がある。
- 夜間の措置診察の対応を考えると、指定医を1日2名確保するといった取組みが必要ではないか。

【体制整備に伴う予算について】

- 体制整備の方向性を示すだけでなく、それに伴う予算措置が必要である。
- 仙台市についても精神科救急医療体制の予算化が必要である。

身体合併症患者受入体制課題整理に係るWGの検討結果について（概要）

1 開催の目的

身体合併症患者の受入体制について、精神病床を有する一般病院の対応や、精神科病院と精神科を有さない一般病院との連携による対応を検討し、今後の精神科救急医療体制の拡充においてそれぞれが担うべき役割等について整理するため、精神病床を有する一般病院、救急医療を担っている一般病院、精神科病院のほか、消防の実務者等の関係者で構成された検討会を開催したものの。

2 検討経過

■ 第1回 H26. 3. 11 身体合併症患者受入体制の課題の抽出

○ 身体合併症患者受入体制の課題の抽出・整理を行ったもの。

■ 第2回 H26. 6. 12 身体合併症患者受入・転院時における課題とその対応

○ 各医療機関における身体合併症患者の受入・転院時の課題について整理し、その対応について検討を行ったもの。

■ 第3回 H26.10.12 身体合併症患者受入体制の課題への対応（まとめ）

○ 第1，2回までの検討において抽出された課題の対応について検討を行ったもの。

3 主な検討内容

- (1) 精神科を有さない一般病院の受け入れにおける課題とその対応
- (2) 精神科病院の受け入れにおける課題とその対応
- (3) 精神病床を有する一般病院（総合病院）の受け入れにおける課題とその対応
- (4) 救急搬送上の課題
- (5) 精神科を有さない一般病院と精神科病院の連携のあり方

4 検討結果（主な意見）

(1) 精神科を有さない一般病院の受け入れにおける課題とその対応

- 身体合併症患者の受け入れに当たり、一般科医が精神疾患患者に抱く不安を軽減するためにも、精神科医によるコンサルテーションやかかりつけ医からの情報が必要である。なお、コンサルテーションの方法として、電話、往診等が考えられる。
- 一般病院において、身体的な症状により入院を要すれば、一般病院に入院させるが、身体的な症状について入院を要しない場合は、受入先となる精神科病院の確保が必要となる。

(2) 精神科病院の受け入れにおける課題とその対応

- 実状として、身体合併症患者を一旦受け入れてしまうと一般医療機関への転院が困難となることから、転院先を確保する取り組みが必要である。
- 身体症状の見落としの危険性があることから、一般救急が窓口となってトリアージを行う体制が望ましく、診察の結果、身体的治療を要しない患者について、精神科病院へ転院を行う体制づくりが必要である。

(3) 精神病床を有する一般病院（総合病院）の受け入れにおける課題とその対応

- 身体的治療後のバグベッドとなる精神科病院が必要である。
- 医師やケースワーカーが転院先の確保に苦慮しているため、転院の調整主体（コーディネーター）が必要である。

(4) 救急搬送上の課題

- 身体合併症患者については、一般医療機関、精神科医療機関の双方において受け入れを断られやすく、搬送に時間を要している。

(5) 一般病院と精神科病院の連携のあり方

- 一般科医と精神科医では重症度の評価が違ふことが考えられるため、受入時のトリアージも重要であるが、受入後の連携システムの構築がより重要であり、一般病院、精神科病院の双方において、受入後に必要に応じて『戻し』が可能な連携システムの構築が必要である。
- 転院時における身体科、精神科の治療の優先について基準を作成する必要があり、円滑な転院調整のためにケースワーカー同士のネットワークづくり、また、転院調整を行うコーディネーターが必要である。
- 受入・連携体制の整備に当たって、基準を策定する必要があるが、機械的な割り振りで対応できない部分については、『顔の見える関係』による対応が必要であることから、圏域毎の事例検討会等を通して『顔の見える関係』づくりを行い、ネットワークを構築することが必要である。

精神科救急医療体制課題整理に係るWGの検討結果について（概要）

1 開催の目的

本県における24時間365日の精神科救急医療体制の整備を図るため、ミクロ救急医療体制や病院と診療所との役割分担などのほか、今後の精神科救急医療体制の拡充に係る課題について、診療所を含む様々な精神科医療機関の医師のほか、救急に携わる消防、保健所等の精神科救急医療関係者で構成された検討会を開催したものの。

2 検討経過

■ 第1回 H26.3.17 精神科救急医療体制における課題の抽出

○ 現状の精神科救急医療体制における課題の抽出・整理を行ったもの。

■ 第2回 H26.7.15 本県における24時間365日の精神科救急医療体制の整備について

○ 精神疾患のみの患者を対象とした本県の精神科救急医療体制のあり方について、他県の取組を参考の上、検討を行ったもの。

■ 第3回 H27.1.16 本県における24時間365日の精神科救急医療体制の整備について

○ 第2回に引き続き、精神疾患のみの患者を対象とした本県の精神科救急医療体制のあり方とその課題について、24時間化した場合の対応件数の見込み等を参考にし、検討を行ったもの。

■ 第4回 H27.1.27 本県における24時間365日の精神科救急医療体制の整備について（まとめ）

○ 第3回の検討において望ましいとされた体制について、圏域毎の医療資源等、本県の実状を考慮した課題とその対応策について検討を行ったもの。

3 主な検討内容

- (1) 外来対応型のあり方と課題について
- (2) 病院群輪番型のあり方と課題について
- (3) 常時対応型のあり方と課題について
- (4) 本県における体制整備のあり方と課題について
- (5) 圏域のあり方について
- (6) その他

4 検討結果（主な意見）

(1) 外来対応型のあり方と課題について

○ 夜間における患者の大半が過呼吸、薬がない等、入院を要しない患者であることから、夜間の外来対応部門が必要であるが、診療所毎の対応となるとスタッフ、薬局との調整が必要になるため、各診療所が当番制で対応するのではなく、特定の場所において診療所医師が当番制で対応する方法が望ましい。

○ 救急搬送する精神疾患患者については、純粋な精神疾患患者が少なく、身体疾患を伴うケースが多いことから、複数診療科について1か所でもトリアージできる体制が望ましい。

例として、バンクーバーの市立病院のように、身体科と精神科が同様の病院で対応できる体制が望ましい。

- 設置場所については、身体合併症患者の対応もあることから、仙台市立病院と連携できる場所、もしくは、仙台市立病院の中に外来部門を設置することが望ましい。
- 配置する医師について、措置入院、医療保護入院の対応を考慮すると、精神保健指定医が望ましいと考える。
- 当番のあり方として、診療所医師は準夜帯までの対応とし、それ以降は、精神科病院の指定医を配置する等、時間帯を考慮した配置を検討する必要がある。例として、仙台市立病院の小児科救急では、県内の医師を準夜帯までの対応としており、深夜帯以降は、県外の医師に委託し、対応している。

(2) 病院群輪番型のあり方と課題について

- 県内を2圏域に分け、それぞれ当番病院が24時間365日稼働できることは理想的であるが、そのためには医師、看護師等の人材の確保が必要である。
例として、診療所医師を当番病院に配置する方法も考えられるが、その場合には、診療所医師と当番病院スタッフの関係づくりが必要となる。
- 診療所医師が当番病院に配置するとしても、平日においては翌日の診療があるため、現実的に困難である。

(3) 常時対応型のあり方と課題について

- 精神医療センターが主体的に3次救急医療を担うためには、バグベッドが必要であるが、バグベッドを確保する上で、常時対応型と受入先の医療機関との連絡調整、転院方法についても併せて検討が必要である。
- 常時対応型を設置するに当たり、外来対応型を設置し、常時対応型の負担を軽減することが必要である。

(4) 本県における体制整備のあり方と課題について

【外来対応型＋常時対応型】

- 外来対応型とバグベッドの確保を前提とした常時対応型による対応が望ましい。なお、外来対応については、時間帯により、診療所医師、精神科病院医師の配置を分けて対応すべきで、併せて常時対応型のバグベッドのシステムについて検討をすべきである。

【外来対応型＋病院群輪番型＋常時対応型】

- 夜間の約6割が外来対応、4割が入院対応として見込まれるのであれば、外来対応型、常時対応型をそれぞれ設置し、当番病院がそれをカバーする体制が望ましい。
- 圏域を2つに分け、外来対応型をそれぞれ設置し、県内に病院群輪番型と常時対応型をそれぞれ1か所ずつ配置することが望ましいが、仙台市に医療資源が偏在している状況で、すべての施設を設定することは困難であること、また、対応件数の見込を考慮すると、3つの施設が24時間365日稼働することは現実的ではない。

【病院群輪番型＋常時対応型】

- 病院群輪番型と常時対応型で対応し、診療所の医師を当番病院に配置する方法も考えられるが、診療所医師については、翌日の診療があることから、平日は準夜帯までの対応しかできな

い。

- 民間病院は、夜間対応できないことがあっても翌朝であれば対応ができることから、県立精神医療センターが常時対応型として対応し、民間病院がバッグベッドとして翌朝以降に患者を受け入れる体制が望ましい。

(5) 圏域のあり方について

- 圏域毎の対応については、各圏域に核となる病院が必要であるが、本県においては、遠隔地においてマンパワーが不足していることから、圏域毎の対応が困難である。

(6) その他

- 精神科救急情報センターを中心としたシステムを整備するのであれば、医療相談窓口を周知すべきであり、また、精神科救急情報センターのトリアージ機能の強化が必要ではないか。
- トリアージする上で、患者情報は必要となることから、患者情報の把握についても検討を行う必要があり、精神科救急情報センターが患者情報等を持つような仕組みが必要ではないか。
- 対応件数の見込み、医師不足等を考慮するとすべての施設が24時間化するのではなく、時間帯別に稼働時間を分けることも考えられる。
- 24時間体制の整備に当たり、病院においては医師、看護師、薬剤師等を夜勤として取り合うこととなるため、医療機関が負担するコストを試算し、県が相応の負担をすべきである。
- 救急を担う上で、医療機関のリスクが増加することから、医療事故に対する公的な保障が必要である。
- 22時以降の体制を整備するためには、人員の問題、インフラの問題、費用の問題を解決する必要がある。

宮城県精神科救急医療体制の整備の方向性について（案）

1 精神科救急医療体制について新たなワーキンググループの設置による検討

(1) 目的

精神科救急医療体制の段階的整備に係る課題や方向性を集約し、実現化に向けた具体的検討を行う。

(2) 体制

「精神科救急情報センター課題整理に係るWG」、 「身体合併症患者受入体制課題整理に係るWG」、 「精神科救急医療体制課題整理に係るWG」の各ワーキンググループから数名ずつの10名程度で構成

(3) 検討内容

① 精神科救急医療体制の整備について

ア 精神科救急医療体制整備の方向性

イ かかりつけ医の役割

- ・ かかりつけ医の優先，お薬手帳所持に関する周知を図るため，周知の範囲やその方法
- ・ 精神科救急情報センターへのかかりつけ医登録のあり方を検討し，登録時間も含め見直し

ウ 夜間の精神科救急医療体制

- ・ 1次救急医療体制の整備について医師の配置方法，設置場所等
- ・ 常時対応型を設置した場合のバグベットの確保及び転送方法

エ 土曜日及び休日昼間の精神科救急医療体制の検討

オ 精神科救急情報センターを中心とした対応フロー図の検討

② 身体合併症患者等の受入体制について

ア 身体合併症患者の対応に関する課題及び方向性についての意見の集約

2 身体合併症を含めた精神疾患患者の救急搬送・受入れの円滑な実施のための検討

(1) 目的

精神疾患に係る救急搬送実施基準の策定を行う。

(2) 体制

救急搬送実施基準の見直しの予定があり，救急医療協議会に専門部会を設置予定であることから，精神科医の参画を得て専門部会を設置

(3) 検討内容

精神科救急部会における検討内容を踏まえ，精神疾患に関する救急搬送実施基準を策定する（医療機関リスト，観察基準等）。また，受入れ後の連携システムの構築についても併せて検討を行う。

3 精神科救急に関する研修及び検討会議の開催

精神科医療機関，一般医療機関，警察，消防，保健所等の関係者間で，受入困難事案に関する研修や検討を行う機会を設ける。

宮城県精神科救急医療体制の整備の方向性について（案）

	WG主な意見（課題・あり方）	課題に対する対応（案）	平成27年度以降の取組事項（案）
精神科救急 情報センターWG	<p>■ <u>かかりつけ医療機関について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医優先の原則の徹底が不十分であることから、かかりつけ医の原則について周知を行う必要がある。 ○ トリアージに当たっての患者情報を把握する上で、患者の薬剤情報が必要である。 ○ 精神科救急情報センターへの精神科診療所のかかりつけ医登録については、登録時間を診療時間としている等ばらつきがあるため、登録に際して改めて対応時間の検討が必要である。 <p>■ <u>身体合併症患者等の受入れの課題について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 身体科の治療を優先する患者について、精神科の既往があると一般医療機関に断られやすい。 ○ 精神科情報センターにアルコールによる酩酊者の相談があることから、精神科救急医療対象事案の周知が必要である。 	<p>■ <u>かかりつけ医療機関への対応について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医の優先，お薬手帳所持に関する周知を図る必要がある。 ○ 精神科救急情報センターにおける精神科診療所のかかりつけ医登録について，趣旨を踏まえ，あり方について見直しを図る必要がある。 <p>■ <u>身体合併症患者等の受入れの課題について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 身体合併症患者の救急搬送における受け入れの円滑な実施を図るためのルールが必要であり，身体科と精神科との検討の場を設ける必要がある。 ○ アルコールによる酩酊者等の受入困難事案への対応について，警察，消防，保健所が共通理解を深める必要がある。 	<p>■ <u>かかりつけ医療機関への対応について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医の優先，お薬手帳所持に関する周知を図るため，周知の範囲やその方法について具体的に検討を行う。 ○ 精神科救急情報センターへのかかりつけ医登録のあり方について，登録時間等も含めて見直しを図った上で，精神科診療所に改めて登録について依頼する。 <p>■ <u>身体合併症患者等の受入れの課題について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 救急搬送実施基準の見直しを含めた検討の予定があり，救急医療協議会に専門部会の設置を予定している。精神科救急医療体制については引き続き精神科救急部会で検討を行うが，身体合併症患者を含めた精神疾患の救急搬送実施基準については，精神科救急部会における検討内容を踏まえ，救急搬送実施基準改正のための専門部会において精神科医の参画を得て策定する方向性について，精神科救急部会に図った上で進めていく。 ○ ネットワークづくりの試行事業として，精神科医療機関，一般医療機関，警察，消防，保健所等の関係者間で，受入困難事案に関する研修や検討を行う機会を設ける。

	WG主な意見（課題・あり方）	課題に対する対応（案）	平成27年度以降の取組事項（案）
	<p>■ <u>身体合併症患者等の受入れの課題について</u></p> <p>○ 精神科救急情報センターにおけるトリアージ機能の強化が必要である。</p> <p>■ <u>夜間の精神科救急医療体制の整備について</u></p> <p>○ 夜間は精神医療センターが1次救急から3次救急までを担っているが、24時間化を目指すに当たり、他医療機関に1次救急対応部門を設置する等、機能を分散する必要がある。</p> <p>■ <u>当番病院の空床の取扱いについて</u></p> <p>○ 精神科救急情報センターに問い合わせのあるケースについては、個室管理が必要な事案が多いことから、当番病院には個室管理が可能な空床を確保してもらう必要がある。</p> <p>■ <u>夜間・休日の通報対応について</u></p> <p>○ 夜間、休日に警察官通報があったとしても、指定医の確保が困難であり、対応に苦慮している。</p> <p>■ <u>体制整備に伴う予算について</u></p> <p>○ 体制整備の方向性を示すだけでなく、それに伴う予算措置が必要である。仙台市についても精神科救急医療体制の整備について予算化が必要である。</p>	<p>■ <u>身体合併症患者等の受入れの課題について</u></p> <p>○ 精神科救急情報センターにおけるトリアージ機能を強化するとともに、トリアージについて関係者間で共有する必要がある。</p> <p>■ <u>夜間の精神科救急医療体制の整備について</u></p> <p>○ 夜間の1次救急医療体制の整備については必要性について関係者間で共通認識した上で具体的に検討を進めて行く必要がある。</p> <p>■ <u>当番病院の空床の取扱いについて</u></p> <p>○ 措置入院対応の検討に併せて、当番病院が確保する空床確保のあり方について検討が必要である。</p> <p>■ <u>夜間・休日の通報対応について</u></p> <p>○ 夜間、休日の措置入院対応の体制整備が必要であり、精神科救急医療体制の整備に併せて検討を行う必要がある。</p> <p>■ <u>体制整備に伴う予算について</u></p> <p>○ 費用負担も含め、体制整備について県と仙台市が共同し、検討していく必要がある。</p>	<p>■ <u>身体合併症患者等の受入れの課題について</u></p> <p>○ 精神科救急情報センター職員の研修派遣等により、対応職員の資質向上を図るとともに、精神科救急情報センターを中心とした対応フロー図の検討を行う。</p> <p>■ <u>夜間の精神科救急医療体制の整備について</u></p> <p>○ 精神科救急部会で夜間の1次救急医療体制の整備の方向性を確認した上で、医師の配置方法、設置場所等の具体的な内容について関係者間で検討を進めていく。</p> <p>■ <u>当番病院の空床の取扱いについて</u></p> <p>○ 措置入院対応の検討に併せて、当番病院が確保する空床確保のあり方について検討を行う。</p> <p>■ <u>夜間・休日の通報対応について</u></p> <p>○ 夜間、休日の措置入院対応も含めた精神科救急医療体制の整備について検討を行っていく。</p> <p>■ <u>体制整備に伴う予算について</u></p> <p>○ 体制整備の方向性について、県と仙台市で検討を行っていく。</p>

	WG主な意見（課題・あり方）	課題に対する対応（案）	平成27年度以降の取組事項（案）
身体合併症患者 受入体制WG	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体症状の見落としの危険性があることから、一般救急が窓口となってトリアージを行う体制が望ましく、診察の結果、身体的治療を要しない患者について、精神科病院へ転院させる体制づくりが必要である。 ○ 一般病院において、身体的な症状により入院を要すれば、一般病院に入院させるが、身体的な症状について入院を要しない場合は、受入先となる精神科病院の確保が必要となる。 ○ 身体合併症患者については、一般医療機関、精神科医療機関の双方において受け入れを断られやすく搬送に時間を要している。 ○ 一般病院、精神科病院の双方が身体合併症患者を受け入れるためには、受入後に必要に応じて『戻し』が可能な連携システムの構築が必要である。 ○ 一般科医と精神科医の『顔の見える関係』づくりが必要であり、関係づくりに当たって、圏域毎の事例検討会が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体合併症患者の救急搬送における受け入れの円滑な実施を図るためのルールが必要であり、身体科と精神科との検討の場を設ける必要がある。 ○ 身体合併症患者の受け入れに当たっては、一般病院と精神科病院の連携システムの構築が必要である。 ○ 一般病院と精神科病院の連携システムの構築に併せて、『顔の見える関係』づくりを行う必要がある、受入困難事案について関係者で共有する必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急搬送実施基準の見直しを含めた検討の予定があり、救急医療協議会に専門部会の設置を予定している。精神科救急医療体制については引き続き精神科救急部会で検討を行うが、身体合併症患者を含めた精神疾患の救急搬送実施基準については、精神科救急部会における検討内容を踏まえ、救急搬送実施基準改正のための専門部会において精神科医の参画を得て策定する方向性について、精神科救急部会に図った上で進めていく。 （重複） ○ 連携システムの構築についても、救急搬送実施基準の精神疾患に係る基準の策定に併せて検討を行う。 ○ 精神科医療機関、一般医療機関、警察、消防、保健所等の関係者間で、受入困難事案に関する研修や検討を行う機会を設ける。（重複）

	WG主な意見（課題・あり方）	課題に対する対応（案）	平成27年度以降の取組事項（案）
精神科救急医療体制WG	<p>■ <u>体制整備のあり方について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 夜間の救急患者の約6割が外来患者で、約4割が入院患者であること、医師不足の状況を踏まえると、夜間については外来対応型と常時対応型による対応が現実的と考える。 <p>■ <u>外来対応型のあり方について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診療所については、夜間の人員配置が手薄なため、診療所毎の対応が困難であることから、特定の場所に診療所医師等を配置し、当番制で対応することが望ましい。 ○ 配置する医師については、措置入院、医療保護入院の対応を考慮すると、精神保健指定医が望ましいと考える。 ○ 診療所医師は、準夜帯までの対応となるため、深夜帯は精神科病院の医師を配置する等、時間帯を考慮した配置を検討する必要がある。 ○ 設置場所については、身体合併症患者の対応もあることから、仙台市立病院と連携できる場所、もしくは、仙台市立病院の中に外来対応施設の設置が理想的である。 <p>■ <u>常時対応型のあり方について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 常時対応型の円滑な受け入れを図るため、バッグベッドが必要となる。 ○ 外来対応型を設置し、常時対応型の負担を軽減することが必要である。 ○ バッグベッドを確保する上で、連絡調整、転院方法について検討が必要である。 	<p>■ <u>体制整備のあり方について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外来対応型と常時対応型の設置のあり方について検討が必要である。 <p>■ <u>外来対応型の設置について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 身体合併症患者への対応を踏まえ、設置場所、医師の配置、対応時間を踏まえた検討が必要である。 <p>■ <u>常時対応型について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 精神科医療機関におけるバックベッドの確保及び転院方法について検討が必要である。 	<p>■ <u>体制整備のあり方について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外来対応型と常時対応型の設置のあり方について、精神科救急部会で方向性を確認した上で、検討を行う。 <p>■ <u>外来対応型の設置について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 夜間の1次救急医療体制の整備について、精神科救急部会で方向性を確認した上で、医師の配置方法、設置場所等の具体的な内容について関係者間で検討を進めていく。（重複） <p>■ <u>常時対応型について</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ バッグベッドの確保及び転院方法について検討を行う。