

# 横浜市の救急医療体制に関する第6次提言

平成27年3月

横浜市救急医療検討委員会

## 目 次

はじめに	・・・ 1
第6次提言の要約	・・・ 3
精神疾患を合併する身体救急医療体制	
1 「精神疾患を合併する身体救急患者」の救急医療体制 の整備に向けた考え方	・・・ 4
(1) 現状と課題	・・・ 4
(2) 体制整備の考え方	・・・ 6
(3) 体制整備後に期待できる効果	・・・ 13
2 精神症状を発現している身体救急患者対応医療機関への 救急搬送体制について	・・・ 14
(1) 救急隊による病院選定の見直し	・・・ 14
(2) 横浜市メディカルコントロール協議会への依頼	・・・ 14
3 「精神疾患を合併する身体救急患者」の救急搬送体制 に対する支援の考え方	・・・ 14

# はじめに

これまでの横浜市救急医療検討委員会における二次救急医療体制の検討は、医療機関への救急隊の迅速かつ円滑な救急搬送に着眼し、その対策を取りまとめてきました。

医療機関や救急隊へのヒアリングから、近年、特に精神疾患が背景にある患者が身体の傷病により救急搬送する場合、搬送先医療機関の選定や医療機関受入後の処置に苦慮する状況が多いことがわかりました。

そこで、今期の救急医療検討委員会では、精神科対応が可能な救急医療機関及び一般救急医療機関と救急隊が連携して、限られた医療資源を最大限に活用した救急医療体制を構築すべく精神疾患と身体疾患の双方に対応する救急医療体制のあり方を整理することとしました。

## 1 横浜市の二次救急医療体制

横浜市では、市郊外部の人口急増等に対応するため、昭和 50 年代から救急医療、高度医療をはじめとした政策的医療に対応する診療機能を持った地域の中核的な役割を担う病院（地域中核病院）を計画的に整備してきました。市域を交通の便等から 7 つの地域に分け、比較的医療機能が充実している市中心部を除く 6 方面に民設民営の病院を誘致することで、市内の医療資源の整備を効果的に進め、平成 22 年に計画の最後となる国立病院機構横浜医療センターが竣工し、市内の基本的な医療基盤が整いました。

こうした医療基盤の整備と軌を一にして、横浜市救急医療検討委員会では、本市の二次救急医療体制の充実強化に向けた検討を重ねてきました。特に平成 21 年度に取りまとめ横浜市に提出した横浜市の救急医療体制に関する第 4 次提言（以下「第 4 次提言」という。）では、全国で一般的な病院群輪番制事業を中心とした二次救急医療体制に加え、本市独自に 24 時間 365 日救急搬送患者に対応する病院を「二次救急拠点病院」として指定し、これを二次救急医療体制の中核とする体制への転換を提案しました。この提案は、翌年度に「横浜市の新たな二次救急医療体制」として事業化し、全国的に見ても先進的な二次救急医療体制が構築され、現在に至っています。本委員会でも、平成 22 年度から 2 か年に渡って、体制の運用効果を検証したところ、救急搬送件数が増加傾向にある中でも、搬送先となる医療機関は重症度に応じた機能分化が進み、制度設計で意図したとおりの成果を上げており、その傾向は現状も変わらずに体制運用がされています。

また、本市独自の救急医療体制として、特に救急患者の数が多く、専門の医師や設備の体制が整った医療機関での治療が求められる「脳血管疾患」（脳梗塞や脳出血など）や「心疾患」（急性心筋梗塞など）等については、一定の診療体制が確保された医療機関に救急隊が迅速かつ適切に搬送できる疾患別の救急医療体制も併せて整備しています。

## 2 精神疾患が背景にある患者の身体疾患による救急搬送について

現在の救急医療体制では、救急患者の身体疾患の緊急度・重症度を基に搬送先を選定す

ることになるため、精神疾患を合併している患者を考慮した体制になっているとは言えません。そこで、本委員会では 2 か年に渡り、精神疾患と身体疾患の双方に対応する救急医療体制について検討を重ねてきました。

検討の初期段階では、国や都道府県によって呼称が異なる精神疾患及び身体疾患を合併する患者の事案名称を「精神疾患を合併する身体救急患者」と決めました。

市内の救急医療現場スタッフからは、精神疾患を合併する身体救急患者を受け入れた際の診療体制への不安や精神疾患の処置困難性について、病院ヒアリング等で意見として寄せられていたことから、本市における課題の抽出・整理をするために、市内の救急医療機関、精神科病院、救急隊へ意識調査を行うとともに、精神疾患を合併する身体救急患者の搬送実態調査を実施しました。

各調査の結果については、本市における精神疾患を合併する身体救急患者の搬送実態を把握するための重要な資料であり、今後の体制構築に向けた重要なデータ、指標となると考えます。体制構築後にも同様の調査を実施することで、体制構築の効果を検証し、継続的な体制運用の見直しを図ることが可能になると考えます。

## 第6次提言の要約

### 精神疾患を合併する身体救急患者救急医療体制

#### 1 精神疾患を合併する身体救急患者の救急医療体制の整備に向けた考え方

本委員会の搬送実態調査の実施により、救急隊が精神疾患の既往歴等を確認した患者の平均現場滞在時間が、既往歴等のない患者と比較すると長い傾向にあり、受入先が見つからないなどの事例があることから、搬送受入先を安定的かつ迅速に確保するため、精神疾患を合併する身体救急患者の救急医療体制を整備する。

##### (1) 現状と課題

精神疾患を合併する身体救急患者が一般の救急病院に入院した場合の病棟管理、精神疾患の既往歴等があることを理由とした医療機関側の断り、救急医療機関と精神科病院で連携が図れていないため、双方の患者の転院が円滑にいかないなどの課題がある。

##### (2) 体制整備の考え方

###### グループ分けについて

各病院の施設、医療機能、体制等の特徴を生かし、3つのグループに区分する。特定症状対応三次救急病院群（仮称）及び特定症状対応二次救急病院群（仮称）は救急現場において、身体的治療が困難となる精神症状である「特定症状」を発現している救急患者の受入れを行う。「特定症状」を発現していない患者は特定症状以外対応救急病院群で受け入れる。

###### 病院受入後の対応について

特定症状以外対応救急病院群において、救急患者が精神症状の発現により身体疾患の治療処置が困難な状況に陥った際の支援として、精神科医への電話でのコンサルトや精神疾患と身体疾患の双方の対応が可能な救急医療機関への転院搬送などが考えられ、これらの支援機能については、特定症状対応三次救急病院群（仮称）及び特定症状対応二次救急病院群（仮称）が、輪番制などにより当番病院による運用を行うことが望ましい。

###### 患者処置後の対応について

身体的には退院できると判断された段階において、引き続き、精神疾患の治療を必要とする場合は、かかりつけ医又は精神科病院による治療が必要であり、双方の病院が連携し、患者をスムーズに転院できるような仕組みを作ることが必要。

##### (3) 体制整備後に期待できる効果

精神疾患の既往歴等がある患者の受入れに消極的であった医療機関の受入状況を改善し、患者の円滑な受入れがより促進されることが期待できる。

#### 2 精神症状を発現している身体救急患者対応医療機関への救急搬送体制について

救急隊が現場で判断し、迅速かつ確実に「特定症状」に対応する病院群に搬送させる仕組みづくりが重要。そのために、横浜市メディカルコントロール協議会において、「特定症状」に対応する患者の定義と搬送プロトコルの策定を依頼。

#### 3 精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送体制に対する支援の考え方

特定症状対応三次救急病院群（仮称）及び特定症状対応二次救急病院群（仮称）に対して、医師、看護師、精神保健福祉士などの医療スタッフの確保及び運営に係る諸経費の一部を支援することが必要。

## 精神疾患を合併する身体救急医療体制

### 1 精神疾患を合併する身体救急患者の救急医療体制の整備に向けた考え方

わが国では、精神疾患の患者数が300万人を超えるなど重点的な対策が必要なことから、都道府県が5年ごとに作成する地域医療の基本方針となる、「医療計画」に盛り込むべき疾患として、「がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病」の4大疾病に「精神疾患」を加え、「5大疾病」となりました。

本市においても、「よこはま保健医療プラン2013」の中で、救急医療体制充実・強化の今後の施策として「神奈川県傷病者の搬送及び受入れの実施基準」で定める精神疾患を有する傷病者の身体症状にかかる基準を踏まえ、市内医療機関を活用することと併せ、身体の傷病に対応する医療機関と精神科医療機関の連携が円滑に行われる体制の構築を盛り込んでいます。

本市の精神科救急の現状については、神奈川県、川崎市、相模原市及び横浜市の四縣市協調体制により、精神科救急医療体制を実施しているところではありますが、精神疾患患者が身体疾患を併発した場合の体制は、精神科病院に入院中の患者を対象にした精神科救急身体合併症転院事業の実施のみとなっています。本委員会において、搬送実態調査を実施したところ、救急隊が精神疾患の既往歴等を確認した患者の平均現場滞在時間が、既往歴等のない患者と比べて長くなっているという結果が出ました。この結果から、入院していない精神疾患の既往歴等がある患者が身体疾患で救急要請をした場合の搬送先医療機関を決定するまでの時間は、精神疾患の既往歴等を理由として、通常の救急搬送よりも長くなることが推測されます。また、緊急に精神科での治療が必要な患者が、身体疾患も併発しているために精神科病院で対応できず、受入先が見つからないなどの事例があることもわかりました。このことなどから、精神疾患の既往歴等がある患者や患者を支える家族は、現状の救急医療に対する不安が大きいとの意見もあります。

そのため、本委員会では、搬送受入先を安定的かつ迅速に確保するため、精神疾患を合併する身体救急患者の救急医療体制を整備すべきと考えます。

#### (1) 現状と課題

救急医療の現場において、全国的にも課題となっている精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送体制については、これまでも、本市の救急医療現場スタッフから、①身体疾患治療後の精神的ケアができない、②入院が必要な場合の対応が困難、③医療従事者への他害行為、興奮等に苦慮する、といった精神疾患に関する意見は寄せられました。改めて、状況と課題を整理するため、医療機関へのヒアリング及びアンケートを実施したことによって、本市においても次のような課題を抱えていることがわかりました。

- ①精神疾患を合併する身体救急患者の入院時に精神疾患の症状が発現した場合、病棟管理が困難。
- ②精神疾患の症状が発現していなくても、精神疾患の既往歴等があるということを理由に医療機関側から受入れを断られてしまう。

③救急医療機関と精神科病院で連携が図れていないため、双方の患者の転院が円滑にいかないことが多い。

また、身体疾患が三次救急対象の重症患者であれば、精神疾患を合併していても治療に支障はないため、受け入れることは可能であるという現状があります。

他にも、体制の円滑な運用を継続的に実施するためには、救急搬送の仕組みだけでなく、患者受入後の退院や転院といった出口問題や精神疾患を合併する身体救急患者に対応する医療従事者への教育・研修も必要だと考えます。

**【参考】精神疾患を合併する身体救急患者の搬送に関するヒアリング及びアンケートの概要について**

市内の救命救急センターをはじめ二次救急医療体制に参加いただいている医療機関の救急スタッフ（医師、看護師、事務）へのヒアリング調査や精神科病院も含めた市内医療機関へのアンケート調査を通じて現場の意見を収集しました。

**○ヒアリング調査及びアンケート調査の主な意見**

**【ヒアリング調査概要】**

調査対象：二次救急拠点病院 23 施設、病院群輪番制参加病院 2 施設

調査時期：平成 25 年 10 月から平成 25 年 12 月

**【アンケート調査概要】**

調査対象：本市救急医療体制参加病院 44 施設、市内精神科単科病院 27 施設、市内 18 消防署の救急隊 128 隊(内訳:64 隊× 2)

調査時期：平成 25 年 12 月から平成 26 年 1 月

- (1) 救急搬送受入時困難となりやすい精神疾患を合併する身体救急患者の主な特徴は、①病院スタッフに対しての暴言・暴力や大声で叫ぶ等の行為がある、②自殺企図者で再企図の恐れがある。
- (2) 受入困難な主な理由は次の 3 点であり、これらの解決が課題。
  - ア 不穏や興奮による他害行為などの対応に苦慮する
  - イ 身体安定後も、時間外、休日に入院を引き受けてくれる精神科医療機関がない
  - ウ 入院が必要になった場合に、病棟管理が難しい
- (3) 有効な対策として、救急医療機関と精神科病院の双方で、お互いの連携システムを作ることを希望する意見が多く出た。特に救急医療機関のほとんどが病院間の連携を強化することが有効な対策と考えている。
- (4) 救急隊は、輪番体制により受入先を確保されることが有効と考えている。精神疾患を合併する身体救急患者の搬送を円滑にするための対策について、救急隊のアンケート回答の 8 割が、輪番体制による受入先医療機関を確保することが有効であると答えている。

## (2) 体制整備の考え方

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送体制の整備に当たり、必要とされる基本的な考え方は、「救急搬送、病院受入後、患者身体処置後」の3つの視点に分けられます。

救急患者の置かれた状況に応じた救急医療体制とするための前提として、救急活動時における精神疾患を合併する身体救急患者の様態について、身体疾患の重症度と精神疾患の症状を複合的に捉えて、9つのカテゴリーに分けて救急搬送を考えることとしました。まず始めに、身体疾患の重症度別に、重症以上を「R」、中等症を「Y」、軽症を「G」と3つに患者を分類し、身体疾患の重症度別の3分類を個別に、精神疾患の症状で「自殺企図・他害行為・興奮」が確認できるものを「1」、精神疾患の合併又は疑う症状が確認できるものを「2」、精神疾患の合併又は疑う症状が確認できないものを「3」というように、さらに3つに分類し、「R<sub>1</sub>」～「G<sub>3</sub>」までの9つのカテゴリーに分けました。

なお、精神疾患の合併又は疑う症状の具体的な事例や判断基準については、今後、横浜市メディカルコントロール協議会で検討していただきます。

身体疾患重症度	フィートリアジ 【重症】 赤	R <sub>3</sub>	R <sub>2</sub>	R <sub>1</sub>
	黄	Y <sub>3</sub>	Y <sub>2</sub>	Y <sub>1</sub>
	【軽症】 緑	G <sub>3</sub>	G <sub>2</sub>	G <sub>1</sub>
	精神疾患の合併又は疑う症状	無	有	
		特定症状	無	有
		精神疾患の状態		

R<sub>1</sub>：身体疾患が重症以上かつ「自殺企図・他害行為・興奮」といった精神症状が確認できる救急患者

R<sub>2</sub>：身体疾患が重症以上かつ精神疾患の合併又は疑う症状が確認できる患者

R<sub>3</sub>：身体疾患が重症以上かつ精神疾患の合併又は疑う症状が確認できない患者

Y<sub>1</sub>：身体疾患が中等症かつ「自殺企図・他害行為・興奮」といった精神症状が確認できる救急患者

Y<sub>2</sub>：身体疾患が中等症かつ精神疾患の合併又は疑う症状が確認できる患者

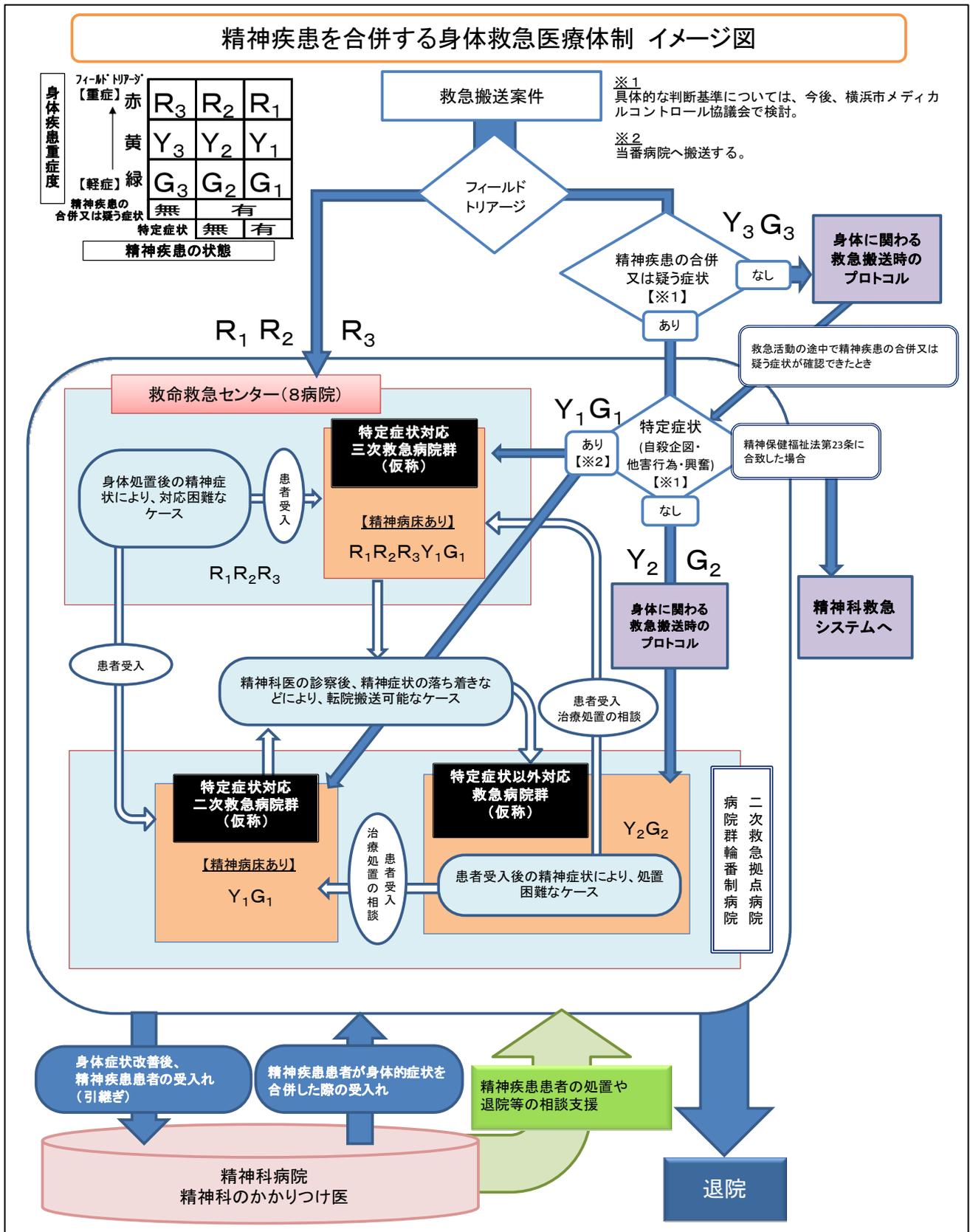
Y<sub>3</sub>：身体疾患が中等症かつ精神疾患の合併又は疑う症状が確認できない患者

G<sub>1</sub>：身体疾患が軽症かつ「自殺企図・他害行為・興奮」といった精神症状が確認できる救急患者

G<sub>2</sub>：身体疾患が軽症かつ精神疾患の合併又は疑う症状が確認できる患者

G<sub>3</sub>：身体疾患が軽症かつ精神疾患の合併又は疑う症状が確認できない患者

また、「精神疾患を合併する身体救急医療体制 イメージ図」にあるとおり、患者受入を行う医療機関はそれぞれの診療機能を基に 3 つの病院グループに分けることとします。



## ① 病院の機能に応じたグループ分けについて

精神疾患を合併する身体救急患者であっても、患者全員が精神科の治療処置を必要としているわけではなく、身体疾患の治療処置のみで十分対応できることが多いことから、精神科医のいない救急医療機関でも積極的に受け入れることは可能と考えます。

精神疾患を合併する身体救急患者の搬送実態調査の結果では、精神科関係の既往歴のある救急患者のうち病院内で精神症状を発現している割合は 15.8%（既往歴あり 215 件中 34 件）となっており、必ずしも精神科関係の既往歴があることが精神症状の発現に結びつくものではないということがわかります。しかしながら、精神疾患の既往歴の有無に関わらず、患者受入後に院内で身体的治療が困難となる精神症状を発現することはあり、その場合は精神疾患と身体疾患の双方を診療でき、精神病床を有する救急医療機関における治療が必要です。

精神疾患を合併する身体救急患者の受入先として診療機能によるグループ化を図り、医療機関の持つ機能や専門性を生かした体制を効率的に運用することが望ましいと考えます。

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送体制の受入先となる病院については、それぞれの病院の施設、医療機能、体制等の特徴を生かし、3つのグループに区分した上で、**特定症状対応三次救急病院群(仮称)**及び**特定症状対応二次救急病院群(仮称)**は救急現場において、身体的治療が困難となる精神症状を発現している精神疾患を合併する身体救急患者を積極的に受け入れると共に、**特定症状以外対応救急病院群(仮称)**で受け入れた精神疾患を合併する身体救急患者が身体的治療が困難となる精神症状を発現した際の処置相談及び転院受入を行うのが望ましいと考えます。

なお、身体的治療が困難となる精神症状である「特定症状（自殺企図・他害行為・興奮）」の具体的な事例や判断基準については、今後、横浜市メディカルコントロール協議会で検討し、規定することとします

このような機能分担を行うことで、精神科医の治療の必要が無い精神疾患を合併する身体救急患者が**特定症状対応三次救急病院群(仮称)**及び**特定症状対応二次救急病院群(仮称)**に集中的に搬送されることを防ぎ、**特定症状以外対応救急病院群(仮称)**の積極的な受入意識が醸成され、結果として精神疾患の有無に関わらず、遅滞なく適切に身体疾患の治療を受けられることが期待できます。

## ② 病院搬送前の対応について

救急隊は現場到着後、フィールドトリアージを実施し、傷病者の緊急度・重症度を判断します。傷病者が重症と判断された場合は、直近の救命救急センターへ搬送され、それ以外は症状に応じて二次救急拠点病院、輪番病院などへ搬送されることとなります。

精神疾患を合併する身体救急患者のうち、特に自殺企図や他害行為、興奮といった精神症状が救急現場において確認できる患者は、搬送困難になりやすいケースが多いと考えられます。これらの精神症状を伴う救急患者は、休日や夜間においても精神疾患と身体疾患の双方を診療できる精神病床を有する救急医療機関へ搬送できるよう、救急搬送の活動基準（プロトコル）の作成が必要であると考えます。

なお、精神疾患を合併する身体救急患者のうち、救急現場において精神症状の発現がない救急患者については、通常の身体疾患における活動基準に基づき救急搬送を行うことが基本であると考えます。

### ③ 病院受入後の対応について

二次救急拠点病院や輪番病院などにおいて、救急患者が精神症状の発現により身体疾患の治療処置が困難な状況に陥った際の支援体制が必要と考えます。

支援内容としては、精神科医への電話でのコンサルトや精神疾患と身体疾患の双方の対応が可能な救急医療機関への転院搬送などが考えられます。これらの支援機能については、精神疾患と身体疾患の双方を診療でき、精神病床を有する救急医療機関が対応することが合理的であると考えます。

精神症状の発現により身体疾患の治療処置が困難な場合の支援体制については、**特定症状対応三次救急病院群(仮称)**及び**特定症状対応二次救急病院群(仮称)**の受入態勢を考慮した上で、輪番制などにより、当番病院による運用を行うことが望ましいと考えます。

なお、転院搬送については、医療機関の判断によって、身体疾患の転院搬送と同様に救急車の利用も可能であると考えます。

また、救急医療機関の医師、看護師などのスタッフを対象に、精神科医がいない状況でも、精神的な症状を呈する患者へ、安全で患者にとっても安心な標準的初期診療ができるような研修(※)を実施するなど、救急医療機関における精神科医療への理解を深めることが必要と考えます。

※ PEEC(ピーク)は日本臨床救急医学会が監修し、救急医療における精神症状の評価と初期診療に関する研修。平成25年度より全国展開されている。

### ④ 患者処置後の対応について

精神疾患を合併する身体救急患者の治療処置後または身体症状改善後といった、身体疾患の症状が一定程度落ち着いた段階や身体的には退院できると判断された段階において、引き続き、精神疾患の治療を必要とする場合は、かかりつけ医又は精神科病院による治療が必要と考えます。

現時点では、身体疾患の症状の落ち着いた患者に対して、円滑に精神科医の診療を受けられるようにする仕組みは、グループ病院間での取組みなどを除き、体系的に整備されていません。また、救急医療機関から精神科病院への転院が進まないことと同様に、精神科病院でも身体疾患を発症した入院患者の転院搬送先がなかなか決まらないといった課題があります。

こうしたことから、精神疾患を合併する身体救急患者に関して、救急医と精神科医が意見交換をする場を設け、共通の問題意識を醸成することや、必要に応じて、救急医が精神科病院に往診に行く、精神科医が救急医療機関へ往診に行くといった、双方の病院が連携し、救急医療機関と精神科病院の相互理解により、患者をスムーズに転院できるような仕組みを作ることが必要だと考えます。救急医療機関と精神科病院の連携については、一部の病院間で既に実施されていますが、この取組みを市内全域へ拡大することが望ましいと考えます。

### 【参考】精神疾患を合併する身体救急患者の搬送実態調査について

精神疾患を合併する身体救急患者の搬送実態調査を1週間実施し、本市で記録している救急活動データと医療機関側の患者受入データを突合させ、病院搬送前と病院搬送後の救急患者の実態について集計・分析を行いました

本調査は、病院搬送前と病院搬送後における精神疾患を合併する身体救急患者の搬送実態を把握するとともに、精神疾患を合併する身体救急患者を対象とした救急医療体制の整備前後における医療機関の受入患者データを比較するため、次の三種類の調査を実施しました。

#### 【調査Ⅰ：搬送受入時における救急患者の精神症状の対応状況の調査】

調査対象：本市救急医療体制参加医療機関

(救命救急センター、二次救急拠点病院、病院群輪番制参加病院)

調査期間：平成26年6月23日から平成26年6月30日

調査項目：基礎情報（搬送救急隊、受入日時等）、初診時傷病程度、患者の精神症状への対応状況、精神科の既往歴等の有無、精神疾患以外を原因とする精神症状など

#### 【調査Ⅱ：精神病床を有し、精神科外来対応ができる救急医療機関の受入患者動向調査】

調査対象：済生会横浜市東部病院、国立病院機構横浜医療センター、横浜市立大学附属市民総合医療センター

調査期間：平成26年4月7日から平成26年4月14日

調査項目：基礎情報（搬送救急隊、受入日時等）、受入時における患者の身体的様態及び精神的様態、精神科の既往歴等の有無、精神科診断病名、精神的治療内容、患者動向、入院病棟種別、入院日数、転院先医療機関など

#### 【調査Ⅲ：救急活動時における救急患者の精神疾患の既往歴等の調査】

調査対象：調査期間内における消防局が保有する本市救急隊の全救急搬送データ

調査期間：平成26年6月23日から平成26年6月30日

調査項目：基礎情報（搬送救急隊、搬送日時等）、既往歴情報、病院連絡回数、現場滞在時間、事故種別、初診時傷病程度、搬送先医療機関など

なお、調査Ⅰと調査Ⅲは同一期間に調査を行い、データ突合することで、1つの救急搬送案件ごとに病院搬送前と病院搬送後の様態が確認できるようにして、一括して集計・分析を行いました。

調査Ⅱについては、現況の精神疾患を合併する身体救急患者の動向を把握するための調査であるため、今後、さらに比較対象となるデータの収集が待たれるところです。

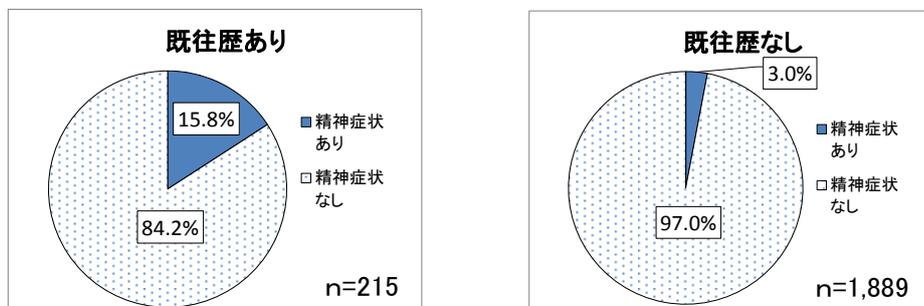
#### (1) 調査Ⅰ及び調査Ⅲによる本市における精神疾患を合併する身体救急患者の搬送実態について

##### 調査結果について

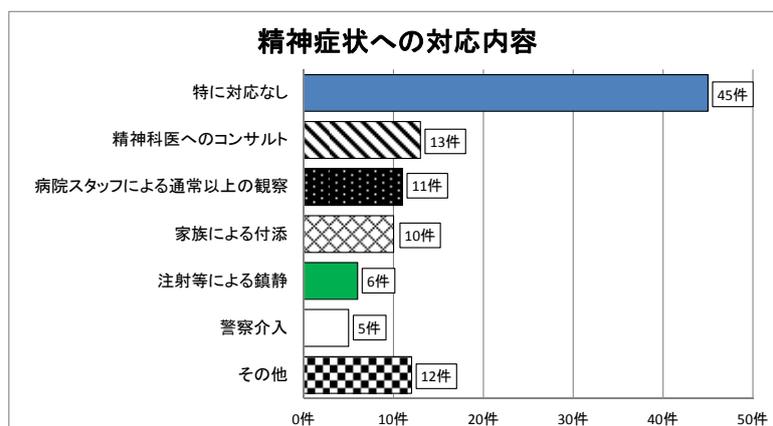
- ・調査対象期間中のデータ件数は2,104件。
- ・救急隊が確認した、精神科関係の既往歴(※)がある件数は215件(10.2%)。  
※「うつ、認知症、アルツハイマー病、統合失調症、パニック障害、パーソナリティ障害、全般性不安障害、知的障害、アルコール依存症」といった精神科関連のフリーコメントがデータ中に記載されたもの
- ・病院内での興奮、他害行為、意識障害などの精神症状がある、または自殺企図が契機である患者(症状あり群)の件数は90件(4.3%)、救急隊が精神科関係の既往歴を確認した215件のうち、病院内での症状がないケースは181件(8.6%)、救急隊が精神科関係の既往歴を確認できなかった救急患者で、病院内で症状が出たケースは56件(2.7%)。

	精神科の既往歴あり	精神科の既往歴なし	合計
精神症状あり	34 (1.6%)	56 (2.7%)	90 (4.3%)
精神症状なし	181 (8.6%)	1,833 (87.1%)	2,014 (95.7%)
合計	215 (10.2%)	1,889 (89.8%)	2,104 (100.0%)

- 精神科関係の既往歴の有無別による病院内の精神症状の発現の割合については、既往歴ありは15.8%（215件中34件）、既往歴なしは3%（1,889件中56件）。



- 病院内での興奮、他害行為、意識障害など病院内で症状がある、または自殺企図が契機である患者（症状あり群）90件（4.3%）に対し、受入先病院が行った精神症状への対応は、複数回答も含め、精神科医へのコンサルトが13件、病院スタッフによる通常以上の観察が11件、家族による付添が10件、注射等による鎮静が6件、警察介入が5件であり、半数である45件は特に対応を行っていない。



(2) 調査Ⅱによる精神科病床を有し、精神科外来対応ができる救急医療機関の受入救急患者の動向について

調査結果について

- 調査対象期間中の搬送データ220件中、精神疾患を合併する身体救急患者は10件。
- 患者動向については、精神疾患の合併なし群は、入院129件（58.6%、入院期間平均14.9日）、外来のみ78件（35.5%）、精神疾患の合併あり群は、入院3件（1.4%、入院期間平均28.3日）、外来のみ7件（3.2%）。

	入院	外来	その他	合計
精神疾患の合併なし	129件	78件	3件	210件
精神疾患の合併あり	3件	7件	0件	10件
合計	132件	85件	3件	220件

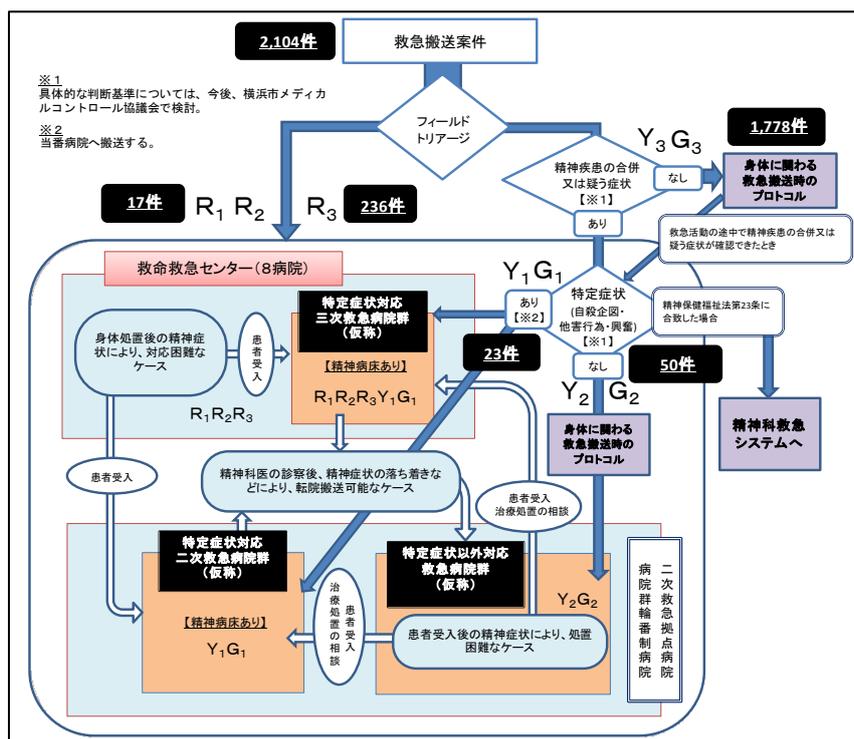
【参考】精神疾患を合併する身体救急患者を9つのカテゴリーに分類した場合の搬送実態調査時の搬送数等について

救急活動時における精神疾患を合併する身体救急患者の様態について、身体疾患の重症度と精神症状を複合的に捉えて、9つのカテゴリーに分けた場合に、搬送実態調査（調査Ⅰ及び調査Ⅲ）の結果を当てはめると次のようになりました。

		救急搬送総数	平均現場滞在時間	受入照会1回	受入照会2回	受入照会3回	受入照会4回	受入照会5回以上
重 身 体 以 上 患	R <sub>1</sub> (特定の精神症状あり)	11件 (0.5%)	19.6分	10件 (90.9%)	1件 (9.1%)			
	R <sub>2</sub> (特定以外の精神症状あり)	6件 (0.3%)	17.8分	6件 (100.0%)				
	R <sub>3</sub> (精神症状なし)	236件 (11.2%)	18.7分	212件 (89.8%)	17件 (7.2%)	5件 (2.1%)	2件 (0.8%)	
中 身 体 疾 患	Y <sub>1</sub> (特定の精神症状あり)	12件 (0.6%)	28.4分	10件 (83.3%)	1件 (8.3%)		1件 (8.3%)	
	Y <sub>2</sub> (特定以外の精神症状あり)	19件 (0.9%)	24.0分	16件 (84.2%)	3件 (15.8%)			
	Y <sub>3</sub> (精神症状なし)	816件 (38.8%)	20.6分	711件 (87.1%)	74件 (9.1%)	25件 (3.1%)	6件 (0.7%)	
身 体 症 疾 患	G <sub>1</sub> (特定の精神症状あり)	11件 (0.5%)	32.1分	9件 (81.8%)	1件 (9.1%)		1件 (9.1%)	
	G <sub>2</sub> (特定以外の精神症状あり)	31件 (1.5%)	26.3分	25件 (80.6%)	3件 (9.7%)	1件 (3.2%)	1件 (3.2%)	1件 (3.2%)
	G <sub>3</sub> (精神症状なし)	962件 (45.7%)	20.3分	787件 (81.8%)	125件 (13.0%)	32件 (3.3%)	14件 (1.5%)	4件 (0.4%)
全体		2,104件 (100.0%)	20.4分	1,786件 (84.9%)	225件 (10.7%)	63件 (3.0%)	25件 (1.2%)	5件 (0.2%)

- ・「R<sub>1</sub>～R<sub>3</sub>」のように、身体疾患の重症度が高い場合は、精神症状の有無に関わらず、平均現場滞在時間が長くなることは見受けられない。
- ・身体疾患の重症度が軽症及び中等症の場合において、精神症状が確認された患者は、平均現場滞在時間が長い傾向にある。特に、「自殺企図・他害行為・興奮」という特定の精神症状がある患者の場合（Y<sub>1</sub>及びG<sub>1</sub>）は、さらに平均現場滞在時間が長くなる。
- ・搬送先医療機関への受入照会回数は、全てのカテゴリーにおいて1回で搬送先が決まる割合は8割を超えているが、割合に差がある。

精神疾患を合併する身体救急患者分類時の搬送件数分布図



### (3) 体制整備後に期待できる効果

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送体制を整備することで、患者受入後に、院内で精神症状が発現した場合の対応策を救急医療機関に提供することができ、精神症状の発現による身体疾患の処置が困難になることを恐れて精神疾患の既往歴等がある患者の受入に消極的であった医療機関の受入状況を改善し、精神疾患を合併する身体救急患者の円滑な受入れがより促進されることが期待できると考えます。

また、救急患者受入から治療処置までのサポート体制だけでなく、地域の精神科医療機関との連携促進を図り、患者の処置相談や転院・退院が円滑に行える関係を構築することで、精神疾患を合併する身体救急患者が身体疾患改善後も院内に長く留まることがないようにし、救急医療機関の積極的な患者受入が更に進むといった好循環も期待できます。

このような体制が定着することで、精神病床のある救急医療機関は、その専門性を生かした精神疾患患者の治療に注力でき、さらに、他の救急医療機関の精神科的対応への不安感などを軽減することが期待できます。

結果として、精神疾患の既往歴等がある患者や患者を支える家族が、急病時における救急医療の不安の解消にもつながります。

## 2 精神症状を発現している身体救急患者対応医療機関への救急搬送体制について

精神疾患を合併する身体救急患者の救急医療体制を効率的に運用させるためには、救急隊が自殺企図や他害行為、興奮といった、身体疾患の治療と併せて精神科医による治療が必要であるとされる精神症状を救急現場で判断し、迅速かつ確実に**特定症状対応三次救急病院群(仮称)**及び**特定症状対応二次救急病院群(仮称)**に搬送させる仕組みづくりが重要です。また、救急隊の搬送体制の変更に伴う試行運用など、本体制を正式に運用稼働させるためには、事前の慎重な準備が不可欠です。

### (1) 救急隊による病院選定の見直し

救急隊による搬送先医療機関の選定は、救命を主眼とし、傷病者の観察結果、医療情報等を総合的に判断して、救急現場に近く、かつ、傷病者の症状に適応する医療機関であることを原則としています。しかし、精神疾患を合併する身体救急患者の搬送においては、搬送先医療機関が精神科医のいない施設であった場合、救急患者が精神症状の発現を伴っていると身体疾患の治療処置が困難に陥ることがあります。また、自殺企図の患者であれば、身体疾患の治療処置は問題なく行えたとしても、精神科医の診療を受けないまま帰宅させることにより、再企図の恐れがあることから、適切な搬送先医療機関を選定する必要があります。

こうしたことから、本委員会では、救急現場活動時において自殺企図や他害行為、興奮といった精神症状のある精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送は、**特定症状対応三次救急病院群(仮称)**及び**特定症状対応二次救急病院群(仮称)**に搬送することが望ましいと考えます。

### (2) 横浜市メディカルコントロール協議会への依頼

以下に掲げる項目について、救急業務を所管する消防局及び横浜市メディカルコントロール協議会で検討していただき、その結果を医療機関及び救急隊に共通認識させるための取組を確実に行っていただくことが重要です。

- ① 救急隊が特定症状に対応する救急医療機関等へ搬送する精神症状のある患者の定義
- ② 救急隊が特定症状に対応する救急医療機関等へ搬送するためのプロトコル

## 3 精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送体制に対する支援の考え方

精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送体制の整備において重要なのは、**特定症状対応三次救急病院群(仮称)**及び**特定症状対応二次救急病院群(仮称)**による救急患者の精神症状発現時の支援体制の確保です。市内で精神病床を有する救急医療機関の施設数は限られているため、本体制の整備に協力いただく医療機関の主体的な努力に期待するだけでなく、行政による財政的な配慮も検討する必要があります。特に、精神科の夜間休日の医療スタッフは他院からの処置相談や転院調整といった新たな労務負担も発生することから、医療体制を安定的に確保するためにも、精神科医などの医療スタッフの継続的な配置が必要となります。

そこで、精神症状を発現している精神疾患を合併する身体救急患者の受入れ、他院からの処置相談及び転院調整の安定的な実施のために、**特定症状以外対応救急病院群(仮称)**への支援体制については、**特定症状対応三次救急病院群(仮称)**及び**特定症状対応二次救急病院群(仮称)**の輪番などによる体制の確保が望ましいと考えます。実施に当たっては、医師、看護師、精神保健福祉士などの医療スタッフの確保及び運営に係る諸経費の一部を継続的に支援することが不可欠であるだけでなく、病院の診療体制を考慮した、実効性のある体制とする必要があります。

また、バックアップ体制とともに、**特定症状以外対応救急病院群(仮称)**が積極的に救急患者の受入れができるよう、精神症状の初期診療の研修や救急医療機関と精神科病院の地域医療連携の促進など、横浜市の医療機関全体で受け入れる体制を構築していくための支援が必要です。

横浜市の財政事情が厳しい状況にあることは承知していますが、精神疾患を合併する身体救急患者の救急受入の課題解決に向けて、本体制が担う責務及び機能の重要性を十分に考慮し、必要な予算確保に最大限の努力を行うことを要望します。

## 【参考】救急医療検討委員会における精神疾患を合併する身体救急患者に関する主な意見

本委員会での検討に際し、当委員会の委員からはさまざまな意見が寄せられました。

### 本委員会委員及び専門部会委員の意見

- ① 救急現場において問題になっているケースは、身体的な症状を主訴として搬送されてきた傷病者が、実は精神疾患を同時に発現していて救急医療機関で診ることが難しいというものであり、こころの健康相談センターで対応している精神疾患患者が身体合併症で救急搬送を必要としているケースとは様態が異なる。これまで、身体疾患に軸足を置いた精神疾患患者を対象とした救急医療体制というのは構築されていない。
- ② 精神疾患を合併する身体救急患者の救急搬送時におかれた状況が、精神疾患の既往歴等がない救急患者と比較して、搬送先決定までの照会数や所要時間、予後等において差が無いか確認が必要。
- ③ 体制整備にあたっては、身体疾患と精神疾患の両方の重症度が高い患者を診ることができる病院、身体疾患の治療を中心として緊急性（重症度）が低い精神疾患を合併している患者を診ることができる病院といったような、市内の医療機関の機能分担をする必要がある。完璧に患者の様態に合わせて搬送がされることはないため、セーフティネットとしての転院搬送体制の構築も検討が必要。
- ④ 救急医療体制の仕組みづくりだけでなく、PEEC(※)などを活用して、精神疾患を合併する身体救急患者の受入れを行う医療従事者の教育といった、能力の底上げも行う必要がある。
- ⑤ 精神疾患を合併する身体救急患者を精神科医により初診診断をすることは、身体疾患の治療処置の遅れに繋がる可能性があることから、一度、一般救急で受け入れてから、精神科医が介入するという方が好ましい。
- ⑥ 精神疾患を合併する身体救急患者の搬送においては、まず身体疾患の緊急度・重症度を評価することが先で、その後から精神疾患の状態を観察していくということが大事。
- ⑦ 精神疾患を合併する身体救急患者を迅速に救急医療機関へ搬送し、身体疾患の治療処置をする体制づくりだけでなく、身体疾患の症状が改善した患者で精神疾患の治療が継続して必要な患者を引き取る病院の協力を得ることも必要。
- ⑧ 救急医療機関で精神疾患を合併する身体救急患者が入院し、精神的な処置で何か困った場合に、精神科医が往診できる形があれば、精神科医のいない救急医療機関でも積極的に受け入れるようになるのではないかと。
- ⑨ PEEC(※)以外にも暴力等からの危機回避のための研修プログラムであるとか、暴れる患者に対して具体的な対応方法について指導が受けられる研修も参考にしてほしい。
- ⑩ 精神科病院との連携先がない救急医療機関にとっては、受け入れた患者を診てもらう精神科病院を探すことは困難であるため、何か支援ができないかと。
- ⑪ 今後、精神疾患の合併の有無を救急搬送時にトリアージするようになるのであれば、自殺企図や診療妨害行為といった、身体疾患の治療だけでは対応できない精神疾患の特定症状がない患者は、一般の救急医療機関で受け入れる体制を取ることを徹底する必要がある。

### ※ PEEC（ピーク）

PEEC（ピーク）は日本臨床救急医学会が監修し、救急医療における精神症状の評価と初期診療に関する研修。平成25年度より全国展開されている。

## 横浜市救急医療検討委員会及び専門部会の検討経過

### 平成 25 年度

委員会等	開催日	検討内容等
第1回 救急医療検討委員会	平成 25 年 7月 30 日	1 本市の救急医療体制の検討課題についての説明 2 課題の抽出及び検討 3 専門部会の設置について
第1回 専門部会	平成 25 年 11 月6日	1 精神疾患を合併する身体救急患者の本市における救急搬送体制の現状と課題 2 課題抽出のための調査実施について
第2回 専門部会	平成 26 年 2月 3 日	1 アンケート調査等の結果報告 2 課題に対する対策について 3 体制整備の効果検証について
第2回 救急医療検討委員会	平成 26 年 3月 26 日	1 専門部会の報告 2 専門部会報告事項についての意見交換

### 平成 26 年度

委員会等	開催日	検討内容等
第3回 専門部会	平成 26 年 5月 7 日	1 課題に対する対策について 2 体制整備の効果検証について 3 専門部会報告骨子について
第4回 専門部会	平成 26 年 6月 4 日	1 効果検証の進捗よく状況の報告 2 専門部会からの最終報告について
第1回 救急医療検討委員会	平成 26 年 8月 20 日	1 専門部会検討内容の最終報告 2 専門部会報告事項についての意見交換 3 第6次提言について
第2回 救急医療検討委員会	平成 26 年 11 月5日	1 第6次提言案の確認
第3回 救急医療検討委員会	平成 27 年 3月 4 日	1 第6次提言の最終確認

## 横浜市二次救急医療体制参加医療機関へのヒアリング及びアンケート調査経過

### 平成 25 年度

	対象医療機関数	実施期間
ヒアリング	25 医療機関	平成 25 年 10 月～平成 25 年 12 月
アンケート調査	66 医療機関	平成 25 年 12 月～平成 26 年 1 月

平成25、26年度 横浜市救急医療検討委員会 委員名簿

		氏名	選出区分	現職・履歴等
1	◎	ふるや 古谷 まさひろ 正博	医療関係者	横浜市医師会会長
2	○	よしい 吉井 ひろし 宏	医療関係者	横浜市病院協会会長
3	☆	ひらやす 平安 よしお 良雄	医療関係者	横浜市立大学大学院医学研究科 医学研究科長 精神医学部門主任教授
4		いしはら 石原 じゅん 淳	医療関係者	横浜州市立市民病院病院長
5		いわぶち 岩渕 たいこ 泰子	医療関係者	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 副院長 看護部長
6		うらい 浦井 のぶこ 伸子	医療関係者	横浜市総合保健医療センター看護部長
7		おんだ 恩田 きよみ 清美	有識者	東京海上日動メディカルサービス（株） メディカルリスクマネジメント室 上席研究員
8		たかい 高井 かえこ 佳江子	有識者	弁護士
9		てんみょう 天明 みほ 美穂	市民	よこはま一万人子育てフォーラム 世話人
10		にしやま 西山 たかふみ 貴郁	医療関係者	横浜市医師会常任理事
11		ひらもと 平元 まこと 周	医療関係者	横浜市病院協会副会長
12		みすみ 三角 たかひこ 隆彦	医療関係者	済生会横浜市東部病院院長
13		もりむら 森村 なおと 尚登	医療関係者	横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター部長 横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授
14		やぎ 八木 けいいち 啓一	医療関係者	横浜市立みなと赤十字病院 救命救急センター長

五十音順（委員長、副委員長、専門部会長以外）、敬称略

◎委員長、○副委員長、☆専門部会長

※任期は、平成25年6月1日から平成27年3月31日までとなります。

横浜市救急医療検討委員会〈専門部会〉 委員名簿

		氏名	委員区分	選出区分	現職・履歴等
1	◎	ひらやす 平安 よしお 良雄	委員	医療関係者	横浜市立大学大学院医学研究科 医学研究科長 精神医学部門主任教授
2		きたの 北野 みつひで 光秀	臨時委員	医療関係者	恩賜財団済生会横浜市東部病院副院長 救命救急センター長
3		しらかわ 白川 のりひと 教人	臨時委員	医療関係者	横浜市こころの健康相談センター長 (健康福祉局担当部長)
4		むらた 村田 のぼる 升	臨時委員	医療関係者	医療法人五星会菊名記念病院副院長
5		もりむら 森村 なおと 尚登	委員	医療関係者	横浜市立大学附属市民総合医療センター 高度救命救急センター部長 横浜市立大学大学院医学研究科救急医学主任教授
6		やまぐち 山口 てつあき 哲顕	臨時委員	医療関係者	医療法人正永会港北病院院長

五十音順（部会長以外）、敬称略

◎部会長

※任期は、平成25年9月30日から調査審議が終了するまで委嘱します。