



福島医発第 263号 (地)

平成24年 4月19日

各医師会長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻 一 良

(公印省略)

精神科救急医療体制の整備に関する指針について

今般、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において、障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（平成22年法律第71号）により、精神保健及び精神障害福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）が一部改正され、平成24年4月1日から施行されたことに伴い、精神保健指定医の公務員業務への参画義務（法第19条の4）、都道府県の救急医療体制整備の努力義務（法第19条の11）が規定されることとなっていることから、標記の件について別添のとおり、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長より日本医師会を通じ、通知がありました。

平成23年9月に取りまとめられた、厚生労働省「精神科救急医療体制に関する検討会」報告書（別添参考資料）では、今後、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等についてとりまとめられていますが、本指針はその具体的な内容及び都道府県、精神科医療機関、精神保健指定医等のそれぞれの役割等について示し、各都道府県において、これらの事項に留意の上、①重症の救急患者に良質な医療を提供すること、②精神疾患・障害に起因する重大行為を未然に防止すること、③在宅患者の地域生活維持を支援することを目標に精神科救急医療体制整備事業を積極的に活用する等して、これらが達成できるような精神科救急医療体制の整備に努めるよう、求めるものであります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知頂き、貴会関係医療機関への周知方につきましてご高配賜りますよう、お願い申し上げます。

(地Ⅲ2)

平成24年4月10日

都道府県医師会
担当理事 殿

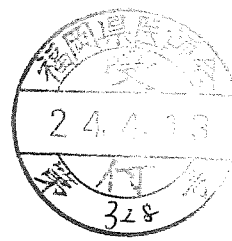
日本医師会常任理事
三上 裕司

精神科救急医療体制の整備に関する指針について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、精神科救急医療体制整備事業の実施につきましては、平成23年5月13日付（地Ⅲ37）をもって、また、厚生労働省「精神科救急医療体制に関する検討会」報告書につきましては、平成23年10月4日付（地Ⅲ144）をもって貴会宛にお送り申し上げました。

今般、障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（平成22年法律第71号）により、精神保健及び精神障害福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）が一部改正され、平成24年4月1日から施行されることに伴い、精神保健指定医の公務員業務への参画義務（法第19条の4）、都道府県の救急医療体制整備の努力義務（法第19条の11）が規定されることとなっていることから、別添のとおり、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長より、各都道府県精神保健福祉部（局）長宛に精神科救急医療体制の整備に関する指針について通知が出されるとともに、本会に対しても、周知、協力方依頼がありました。



法の施行にあたり、同報告書において、今後、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等についてとりまとめられており、本件はその具体的な内容、及び都道府県、精神科医療機関、精神保健指定医等のそれぞれの役割等について示し、各都道府県において、これらの事項に留意の上、①重症の救急患者に良質な医療を提供すること、②精神疾患・障害に起因する重大行為を未然に防止すること、③在宅患者の地域生活維持を支援することを目標に精神科救急医療体制整備事業を積極的に活用する等して、これらが達成できるような精神科救急医療体制の整備に努めるよう求めるものであります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会、及び関係医療機関への周知、協力方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。



障精発0330第3号
平成24年3月30日

社団法人 日本医師会
会長 原中 勝征 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神・障害保健課



精神科救急医療体制の整備に関する指針について

標記について、別添のとおり各都道府県精神保健福祉部（局）長あてに通知しましたので、御了知いただくとともに、関係機関及び関係団体等に対する周知等、事業にご協力賜るようよろしくお願いいたします。

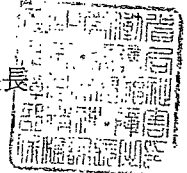


障精発 0330 第2号
平成24年3月30日

各都道府県精神保健福祉部（局）長 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神・障害保健課長



精神科救急医療体制の整備に関する指針について

障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（平成22年法律第71号。平成22年12月10日公布。）により、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「法」という。）が一部改正され、平成24年4月1日から施行されることに伴い、精神保健指定医の公務員業務への参画義務（法第19条の4）、都道府県の救急医療体制整備の努力義務（法第19条の11）が規定されることとなっている。

法の施行に当たっては、厚生労働省内に設置された社会・援護局障害保健福祉部長主催の「精神科救急医療体制に関する検討会」の報告書（平成23年9月30日公表）において、今後、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等についてとりまとめられたが、その具体的な内容や、都道府県、精神科医療機関、精神保健指定医等のそれぞれの役割等について別紙のとおりお示しするので、各都道府県においては、これらの事項に留意の上、①重症の救急患者に良質な医療を提供すること、②精神疾患・障害に起因する重大行為を未然に防止すること、③在宅患者の地域生活維持を支援することを目標に、精神科救急医療体制整備事業（平成20年5月26日障発第0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知の別紙「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」で定める事業。以下「整備事業」という。）を積極的に活用するなどして、これらが達成できるような精神科救急医療体制の整備に努められたい。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

(別紙)

精神科救急医療体制の整備に関する指針

第1 精神科初期救急医療体制

精神科救急医療体制を、継続的・安定的に維持するためには、できるだけ地域の精神科救急医療システムに負担をかけないように、患者の緊急性に応じて適切なサービスにつなげることが重要である。このため、軽症の救急患者が重症者用の救急外来を受診することのないよう夜間・休日の精神医療相談窓口の機能強化や、患者の状態に応じて速やかに対応可能な機関につなげるよう、精神科救急情報センターの設置、夜間・休日の外来対応施設の確保などの精神科初期救急医療体制の確保が必要である。

1. 窓口機能の強化

- (1) 都道府県は、24時間365日(夜間・休日にも)対応できる精神医療相談窓口※1及び精神科救急情報センター※2を設置し、精神医療相談窓口については連絡先を一般にも公表すること。
- (2) 都道府県は、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを、担当機関として1か所に設置する方法に限らず、時間帯により担当機関を指定する方法(病院群輪番型施設に設置する等)など、地域の実情に応じて設置することとし、地域において24時間365日迅速かつ適切に対応できる体制を整えること。
- (3) 精神科の医師は、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの対応体制(オンコール体制を含む。)に積極的に協力すること。なお、精神保健指定医が協力する場合は、改正後の法第19条の11第2項に定める業務の一環としてみなされる。
- (4) 都道府県は、精神科の医師が上記の対応体制に参加できるよう、精神神経科診療所協会、精神科病院協会等の関係団体と協力しつつ、オンコール体制の割り振りなどの調整を行うこと。
- (5) 都道府県は、精神保健福祉士等の専門職の配置、対応マニュアルの整備、相談員の質の向上のための研修等の取り組みを推進すること。

※1 精神医療相談窓口(整備事業)

精神障害者の疾病の重篤化を軽減する観点から、精神障害者等の症状の緩和が図れるよう適切に対応するとともに、必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行う。

※2 精神科救急情報センター(整備事業)

身体疾患を合併している者も含め、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連絡調整を行う。

2. 夜間・休日の外来対応体制の強化

- (1) 精神保健指定医は、夜間・休日外来の輪番体制やオンコール体制への参加など、地域の精神科救急医療体制の確保に積極的に協力すること。なお、都道府県等の要請に応じて、地域の精神科救急医療体制に関する業務を行う場合については、精神保健指定医の業務の一環（改正後の法第19条の11第2項）としてみなされる。
- (2) 都道府県は、精神科診療所の医師が地域の精神科救急医療体制に参加できるよう、精神神経科診療所協会、精神科病院協会等の関係団体と協力しつつ、外来の輪番体制やオンコール体制の割り振りなどの調整を行うこと。
- (3) 都道府県は、地域の夜間・休日の外来対応体制の強化のため、外来対応施設※1を整備すること。なお、大都市圏については、常時型外来対応施設※2の設置を検討すること。

※1 外来対応施設（整備事業）

外来対応施設においては、外来診療によって初期精神科救急患者の医療対応ができる体制を整えるものとする。精神科診療所にあつては、精神病床を有する医療機関との連携により体制確保を図るものとする。

※2 常時型外来対応施設（整備事業）

外来対応施設のうち、夜間、休日、全時間帯を同一の医療機関において、対応する体制を整えている場合に指定される。

3. 精神科診療所における自院のかかりつけ患者への対応強化

- (1) 精神科診療所は、精神医療相談窓口や精神科救急情報センター、外来対応施設等と連携しつつ、継続して診療している自院の患者に関する情報センター等からの問合せについては、夜間・休日においても対応できる体制（ミクロ救急体制）を確保すること。
- (2) 精神科診療所は、必要に応じて診療できる体制を確保することとし、自院での対応が困難な患者にも対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携医療機関を確保すること。
- (3) 精神科診療所は、あらかじめ患者や家族に、緊急時に必要な情報（処方内容、対処法、相談先など）を持たせるようにするなどの取り組み等についても検討すること。
- (4) 精神科診療所は、精神科救急情報センターの行う情報収集や相談・調整等に協力するとともに、継続して診療している自院の患者についての照会があった場合には、対応方法、受診の要否等の相談に対応すること。

第2 入院を要する精神科患者への救急医療体制

地域において、幻覚・妄想・興奮などの激しい精神症状を有する患者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するため、都道府県は、24時間365日、搬送や入院が可能な体制（精神科救急医療システム）を確保する必要がある。

精神科救急医療システムを確保・維持するため、一部の精神科医療機関だけでなく、常時対応、輪番対応、後方支援、外来対応、自院の患者への夜間・休日の対応（マイクロ救急体制）等のそれぞれの立場で、すべての精神科医療機関が参加・協力することが必要である。

1. 精神科救急医療システムの確保・維持

- (1) 都道府県は、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が迅速かつ適正な医療を受けられるように、24時間365日の精神科救急医療体制を確保すること。
- (2) 精神科救急医療施設は、都道府県の要請に応じ、地域における精神科救急医療体制の確保に協力すること。
- (3) 都道府県は、法第34条の移送体制の整備を図るとともに、精神科救急医療施設等の協力を得て、患者を速やかに搬送することが可能な体制を整備すること。
- (4) 都道府県は、行政機関、診療所を含む精神科医療機関、一般医療機関、患者、家族、地域住民等の関係者が協力・連携できる体制を構築するため、精神科救急医療体制連絡調整委員会※を、都道府県単位又は精神科救急医療圏域（都道府県が精神科救急医療の整備を図るべき地域的単位として定める圏域。以下「圏域」という。）ごとに開催し、地域の精神科医療機関の医療機能や搬送受入の判断基準、具体的な事例に関する情報共有を図ること。
- (5) 都道府県は、研修会や事例検討会等を開催し、精神科の救急患者、身体合併の認識、用語の定義等について、立場の異なる関係者間での相互認識を深める取り組みを行うこと。

※ 精神科救急医療体制連絡調整委員会（整備事業）

都道府県、指定都市、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、消防機関等の関係者により開催し、精神科救急医療体制の円滑な運営を図る。

2. 精神科病院における自院のかかりつけ患者への対応強化

- (1) 精神科病院は、継続して診療している自院の患者やその関係者等からの相談等について、夜間・休日においても対応できる体制（精神保健指定医のオンコール等による。）を確保し、必要に応じ、診療できる体制（マイクロ救急体制）を確保すること。
- (2) 精神科病院は、自院での対応が困難な患者にも対応できるよう、あらかじめ依頼

先となる連携医療機関を確保すること。

- (3) 精神科病院は、精神科救急情報センターの行う情報収集や相談・調整等に協力するとともに、継続して診療している自院の患者についての照会があった場合には、対応方法、受診の可否等の相談に対応すること。

3. 精神科救急医療施設の確保

- (1) 都道府県は、圏域ごとに病院群輪番型施設※1や常時対応型施設※2のような類型による精神科救急医療施設を確保すること等により、24時間365日、精神科救急医療を提供できる体制（精神保健指定医のオンコール等による）を整備すること。
- (2) 精神科救急医療施設以外の精神科医療機関は、精神科救急医療体制の継続的な確保のため、後方支援医療機関として精神科救急医療施設と連携し、急性期後の患者の受け入れに協力すること。

※1 病院群輪番型施設（整備事業）

各圏域で、複数病院の輪番制により医師・看護師を常時配置し、受入体制を整備した病院を病院群輪番型施設として指定する。病院群輪番型施設には、精神科診療所を始めとして当該医療機関以外の医師が診療に一時的に協力することも含むものとする。

※2 常時対応型施設（整備事業）

24時間365日、同一の医療機関において、重度の症状を呈する精神科急性期患者を中心に対応するため、医師・看護師を常時配置し、受入れ体制を整備した病院を常時対応型施設として指定する。常時対応型施設には、精神科診療所を始めとして当該医療機関以外の医師が診療に一時的に協力することも含むものとする。

第3 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

身体疾患を合併する精神疾患患者については、救急対応が必要な場合と、救急ではないが対応が必要な場合とがあるが、状態に応じた受入体制が確保できるよう、精神科と身体疾患に対応する内科等の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とを参考にして、医療体制の確保を図る必要がある。

1. 精神科と身体疾患に対応する内科等の両方を有する医療機関の整備（並列モデル）

- (1) 都道府県は、精神症状と身体症状のそれぞれについて入院医療が必要な程度の患者に対して医療を提供できる医療機関（身体合併症対応施設※や、精神科を有

する一般医療機関)を、圏域ごと整備することが望ましい。

- (2) 都道府県は、身体合併症対応施設への受け入れは、救急対応が必要な患者、精神症状と身体症状の両方とも入院医療が必要な程度の患者や複合的な専門治療等が必要な患者が優先されることについて、地域の関係者で共有するとともに、患者の病状に応じた受入体制を確保すること。

※ 身体合併症対応施設（整備事業）

救命救急センター又はこれに準ずる医療機関（適切な人員・設備等を備え内科、外科、整形外科等を含む救急医療の体制を有すると都道府県が認める医療機関に限る。）であって、精神科医師による診療体制を有し、救急の身体合併症患者の受入れ及び入院治療が可能な病院として指定された施設。

2. 精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携体制の構築（縦列モデル）

- (1) 身体疾患に対応できる医療機関は、身体疾患に対応できる内科医等の配置又は診療支援（訪問等による診療協力、相談助言等）がある精神科医療機関、もしくは精神科の医師の配置又は診療支援がある一般医療機関であって、精神科と身体疾患に対応できる内科等との診療連携により身体疾患を合併する精神疾患患者に対応できる体制を確保すること。
- (2) 精神科の医師は、一般医療機関等を受診した精神疾患患者への診療（対診、相談・助言等）に積極的に協力すること。
- (3) 精神科医療機関は、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制を継続的に確保するため、後方支援医療機関として、身体疾患に対応できる医療機関と連携し、身体疾患治療後の患者の受け入れに協力すること。
- (4) 都道府県は、精神科医療機関や身体疾患に対応できる医療機関の精神科の医師と身体疾患に対応できる内科医等の間で、患者紹介、診療支援、転院等が円滑に行われるよう、両方の関係者が参加する協議会の開催や情報共有の取組（紹介システム等）、事例検討会等を実施すること。
- (5) 身体疾患に対応できる医療機関と精神科医療機関は、入院や転院の判断基準、患者情報の共有、必要な手続き等についてあらかじめ調整すること。

3. 地域における精神科救急医療体制の調整

- (1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会では、患者の受入れや転院の判断基準について、精神科医療機関だけでなく、一般医療機関、警察、消防、保健所等の救急医療関係者と認識を共有すること。少なくとも、消防法（昭和23年法律第186号）による傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）で精神科救急の項目を定めていない都道府県は策定を検討すること。なお、策定済の都道府県は、検証体制の構築をはじめ、実施基準の運用改善に努めること。

- (2) 都道府県は、実施基準の策定に当たっては、地域搬送受入対応施設※の指定についても併せて検討すること。
- (3) 身体合併症対応施設とその他の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる医療機関は、転院の判断基準や患者情報の共有、必要な手続き等についてあらかじめ調整すること。
- (4) 都道府県は、精神科と身体疾患に対応する内科等の両方の関係者が参加する協議会の開催や情報共有の取り組み（GP連携事業等）、事例検討会等の従事者の研修、精神科と内科等との診療連携のためのクリティカルパスの作成などの取り組みを推進すること。

※ 地域搬送受入対応施設（整備事業）

実施基準に基づいて、身体合併症患者を積極的に受け入れる病院を指定する。

第4 精神科救急医療に関する評価

1. 実施体制の検証

- (1) 都道府県は、精神科救急医療体制整備事業の事業報告や、医療計画における精神疾患の医療体制の構築に係る指針（平成24年3月30日医政指発0330第9号医政局指導課長通知の別紙）の指標例等を参考に、精神科救急医療体制の状況について把握すること。
- (2) 都道府県は、精神科救急医療施設数、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況と相談件数、身体合併症対応施設数等を公表するとともに当該課あてに報告すること。
- (3) 都道府県は、精神科救急医療体制連絡調整委員会において、精神科救急医療体制の状況を定期的に確認するとともに、精神科医療機関の精神科救急医療体制への参加状況（後方支援としての患者受け入れも含む。）等について確認し、必要に応じて、参加している各医療機関等へ情報提供等を行うこと。

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30日

はじめに

精神疾患患者数は、患者調査によると、平成11年に約204万人であったものが、平成20年には約323万人に増加しており、疾患別にみると、うつ病を含む気分障害や認知症が増加している。

精神科救急医療体制の整備については、精神障害者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するため、平成7年度に「精神科救急システム整備事業」を創設し、精神科救急情報センター機能の整備等を行ってきたが、さらに、幻覚・妄想・興奮など激しい症状を有する精神疾患患者を24時間365日の診療体制で受け入れることができるよう、平成17年度には「精神科救急医療センター事業」を創設し、初期から三次までの精神科救急医療体制の整備を図ってきた。

平成20年度からは、身体疾患を合併する精神疾患患者等の受け入れ体制について、未整備の地域があることや、夜間・休日の相談対応等について、地域による差が大きいこと等から、身体疾患を合併する精神疾患患者を含め24時間対応する情報センターの機能強化、身体合併症対応施設の創設等の地域の実情に応じた精神科救急医療体制を強化するため、前述の二つの事業を再編し、「精神科救急医療体制整備事業」を創設して精神科救急医療体制の一層の整備を進めてきた。

診療報酬では、平成8年度に精神科急性期入院料が、精神科救急医療に関する入院料として創設され、さらに近年では、平成14年度に精神科救急入院料が、手厚い人員配置を有する常時対応の精神科救急医療施設を対象とした入院料として創設され、平成20年度には精神科救急・合併症入院料が、身体疾患を合併した精神疾患患者を受け入れる精神科救急病棟の入院料として創設されるなど、精神科救急医療体制の充実が進められた。

精神科救急医療体制では、緊急に入院を必要とする状態にあるにもかかわらず患者本人が入院の必要性を理解できないために、結果的に入院

が遅れるといったことが想定され、そのような患者を医療機関に搬送する手段の確保も重要となる。措置入院等の場合に、患者を医療機関へ搬送する（移送）制度については、平成11年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）の一部改正において、医療保護入院のための移送の規定が新設されるとともに、措置入院に付随して行われる移送についても法律上明記され、制度化された。しかし、医療保護入院の場合に行われる移送（第34条移送）については、搬送まで事前調査等の手続きが必要であること等から、実際の救急事例への対応には適していない等が指摘されている。

精神科救急医療体制の状況については、平成22年度で、精神科救急医療圏148カ所、精神科救急医療機関1069施設（常時対応、輪番対応及び外来対応を含む。）となっている。

夜間・休日における精神科救急情報センターへの電話相談件数は、平成17年度約8万件であったが、平成22年度（暫定値）は約15万件であり、約2倍弱に増加している。また、夜間・休日の受診件数、入院件数については、平成17年度はそれぞれ約3万件、約1万2千件であったが、平成22年度（暫定値）はそれぞれ約3万6千件、約1万5千件で、いずれも増加しており、精神科救急医療体制の充実・強化が課題となっている。

以上のような課題を踏まえ、平成22年、精神保健福祉法の一部改正により、都道府県による精神科救急医療体制の努力義務（精神保健福祉法第19条の11）が法律上位置づけられ、平成24年4月から施行されることとなっている。

法律の施行にあたっては、各都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の具体的な内容や、自治体、精神科医療機関、精神保健指定医のそれぞれの役割等について、一定の方針を示す必要があることや、近年、うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加しており、その受入体制を確保する必要があること等から、本年5月に、精神科救急医療の有識者や自治体関係者からなる本検討会が設置された。

本検討会では、精神科救急医療の内容について、以下の二つに分けて、必要となる医療体制の具体的内容や、自治体や精神保健指定医の役割等について、有識者からのヒアリングを踏まえながら議論を行った。

- (1) 精神障害者の緊急時における精神保健福祉法に基づく公的機能としての精神科救急医療体制
- (2) 身体疾患を合併している精神疾患患者に対する一般医療との連携を踏まえた医療機能としての精神科救急医療体制

これまで計4回の議論を重ね、今後整備すべき精神科救急医療体制の基本的な考え方や対応策等について、以下にまとめたので報告する。

1. 都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

(1) 基本的考え方

○ 精神科救急医療体制は、

- 1) 重症の救急患者に良質な医療を提供する
- 2) 精神疾患・障害に起因する重大行為を未然に防止する
- 3) 在宅患者の地域生活維持を支援する (※)

ことを目標に、各都道府県において、これらが達成できるような精神科救急医療体制を整備する必要がある。

※外来や相談・訪問による対応など、症状の再燃による重症化を防止し早期に医療に繋げる取り組み等が含まれる

○ 精神科救急医療体制を継続的・安定的に提供していくためには、行政機関、病院・診療所を含む精神科医療機関、一般医療機関、患者、家族、地域住民等の関係者が、協力・連携していく必要がある。このため、精神科救急医療に関する連絡調整委員会を、全県的又は精神科救急医療圏ごとに開催し、地域の精神科医療機関の医療機能や搬送受入の判断基準、具体的な事例に関する情報共有を図る必要がある。

○ また併せて、精神科の救急患者、精神科救急医療機関、身体疾患の合併等の認識が、関係者の立場によって異なるとの指摘があることから、精神科救急医療に関する連絡調整委員会等において、それらの定義を明確化し、共有していく必要がある。

(2) 各論

1) 精神科救急医療システムの確保・維持

精神科救急医療システムは、地域において、幻覚・妄想・興奮などの激しい精神症状を有する患者の緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するためのシステムであり、都道府県は、24時間365日、搬送や入院が可能な体制を確保する必要がある。

当該システムを確保・維持するため、一部の精神科医療機関だけでなく、常時対応、輪番対応、後方支援、外来対応、自院の患者への夜間・休日の対応等のそれぞれの立場で、すべての精神科医療機関が参加・協力すべきである。

また、外来対応については、大都市圏のように夜間・休日の患者数が多い地域では、常時型外来対応施設を設置すべきである。

なお、精神科救急医療システムへの精神科医療機関の参加・協力に関しては、輪番への参加頻度などの対応状況について評価を行う必要があると考えられる（関連：3.（2）3））。

2）精神医療相談窓口、精神科救急情報センターの整備

精神科救急医療システムを、継続的・安定的に維持するためには、できるだけシステムに負担をかけないよう、患者の緊急性に応じて適切なサービスにつなげることが重要である。

このため、夜間・休日の相談窓口を設置し、必要な対処法や救急受診の可否等について助言することや、救急情報センターを設置し、患者の状態に応じて対応可能な機関（医療機関、保健所等）につなぐこと等が有用と考えられることから、都道府県は、24時間365日（夜間・休日に）対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置する必要がある（平成22年度の実施都道府県数：相談窓口34カ所、情報センター37カ所、両方設置29カ所、両方未設置5カ所）。

また、精神医療相談窓口と精神科救急情報センターとは機能が異なるため、同一の組織で対応する場合には、相談窓口の機能が一般の精神疾患患者からの医療相談を受けるものであることを明確にした上で、相談窓口の開設時間等の情報について、関係機関だけではなく、幅広く周知を図り、一般の精神疾患患者が安心して相談できるような体制の構築を目指すべきである。

都道府県は、精神医療相談窓口や精神科救急情報センターが必要な機能を果たせるよう、精神保健福祉士等の専門職の配置、対応マニュアルの整備、相談員の質の向上のための研修等の取り組みを推進すべきである。

精神科の医師は、精神医療相談の中で、医師の判断が必要になった場合に、速やかに対応できるよう、精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの対応体制（オンコール体制を含む。）に積極的に協力すべきである。また、都道府県等の要請に応じて行うこれらの業務は、精神保健福祉法に定める業務の一環（改正後の法第19条の11第2項）としてみなされるものと考えられる。（関連：1.（2）4）

3）精神科医療機関の役割

長期間・継続的に診療が必要となる精神疾患患者については、日常診療においてはもとより、救急患者においては、より患者の経過や治療に関する情報が必要であり、主治医の役割が重要となる。

このため、各精神科病院は、継続して診療している自院の患者やその関係者等からの相談等について、夜間・休日においても対応できる体制を確保し、必要に応じ、診療できる体制を確保すべきである（ミクロ救急体制の確保）。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携

医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

各精神科診療所については、継続して診療している自院の患者やその関係者からの相談等について、少なくとも準夜帯に関しては、精神科医やスタッフ等によるオンコール体制等により対応できる体制を、地域の実情に応じて、可能な限り確保することが望まれるが、少なくとも、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携（※）しつつ、継続して診療している自院の患者に関する情報センター等からの問合せについては、夜間・休日においても対応できる体制を確保すべきである。さらに、自院での対応が困難な救急患者が発生した場合にも円滑に対応できるよう、あらかじめ依頼先となる連携医療機関を確保し、判断基準、患者情報の共有、手続き等について調整しておく必要がある。

※ 連携の取組事例：あらかじめ情報センターに連絡先を登録しておき、自院の患者から情報センターに連絡が来た場合には主治医に連絡できるようにしておく取組（静岡県）、夜間・休日急患センターの外来診療に協力する取組（大阪市）等が考えられる。

その他、救急受診の際に役立てるため、救急受診に必要となる診療情報を患者本人や主治医等が記載したノートを普段から患者や家族に保持してもらう取組（東京都のメンタルケア協議会によるオレンジノート）なども行われている。

常時対応、輪番対応及び外来対応を行う精神科救急医療機関は、自院の患者に加え、初診の精神疾患患者にも、適切に対応する必要がある。また、救急医療体制の継続的な確保のため、その他の精神科医療機関は、後方支援医療機関として精神科救急医療機関と連携し、急性期後の精神疾患患者の受け入れに協力する必要がある（精神科医療機関間の縦列モデル）。

4）精神保健指定医の役割

精神保健指定医は、平成22年度13,374名いるが、そのうち、常勤の病院勤務医である指定医は、6,300名余りとなっている。

精神科救急医療体制の確保にあたり、精神保健指定医の果たすべき役割として、病院勤務医については措置入院等の業務に、診療所の医師については措置診察等のオンコール体制等の業務に、公務員としての職務（法第19条の4第2項）として積極的に協力すべきである。

加えて、精神保健指定医である診療所の医師については、地域の精神科救急医療システムにも参画し、精神科救急医療体制の確保に協力すべきである。具体的には、地域の精神科救急病院の当直体制への協力、精神医療相談窓口への協力、夜間・休日における外来対応施設への協力、精神科のない救急医療機関への協力等が考えられ、都道府県等の要請に応じて、これらの業務を行う場合については、精神保健指定医の業務の一環（改正後の法第19条の11第2項）としてみなされると考えられる。

2. 身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保

（1） 基本的考え方

- 身体疾患を合併する精神疾患患者については、医療機関への受け入れまでに、通常の場合に比べて長時間を要している状況にあり、この要因としては、精神科救急医療機関では身体疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであること、一般救急医療機関では精神疾患の救急対応に必要な体制を常態として有せず不慣れであることや、昏睡状態など意識障害が顕著で身体症状が重症の場合は受入先の選択は比較的容易であるが、どちらも中程度である場合などはどちらを優先するかルールがないため受入先の選択が困難となること等が指摘されている。

○ 身体疾患を合併する精神疾患患者への対応としては、精神科と身体科の両方を有する医療機関による対応（並列モデル）と、精神科医療機関と身体疾患に対応できる医療機関との連携による対応（縦列モデル）とが考えられる。

○ 都道府県は、以上の連携モデルを基本単位とし、それぞれのモデルの機能の違いおよび地域性を勘案しながら、実現可能な連携体制を整備することによって、各都道府県において身体疾患を合併する精神疾患患者にも対応できる体制を全医療圏で確保する必要がある。

なお、どちらかの連携モデルを選択するということではなく、両者の併存で体制を整備する方法も選択し得るものであることに留意して、各医療圏での整備を進める。また、連携モデルは確保すべき精神科救急医療体制についての概念であり、個々の事例において必ず適用すべきものではない。

○ なお、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保は、精神科救急医療体制の充実だけでなく、一般の救急医療体制の後方支援として、精神疾患患者を受け入れる役割を果たす上でも重要である。

○ **縦列モデル**：精神疾患患者については、長期的・継続的な診療が必要となる。そのため、すでに精神科医療機関を受診している患者については、当該精神科医療機関が、主治医として支援することを前提に、身体疾患の治療が必要になった場合には、精神症状及び身体症状の程度に応じて、連携医療機関と調整を行い、受入先の確保等を行う必要がある。

また、身体疾患で救急医療機関を受診した患者が、精神科医療が必要と考えられる場合には、救急医療機関での身体疾患の治療後に患者を円滑に受け入れられるよう、精神科医療機関は、日頃から、地域の救急医療機関との情報共有や連携を図る必要がある。

- **並列モデル**：精神症状及び身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者、複数の疾患を合併し同時に複数の専門医療の提供が必要な精神疾患患者、特殊な疾患により専門医療が必要な精神疾患患者については、精神科を有する救急対応可能な総合病院（救急病棟の患者に対する精神科の診療協力が可能な総合病院）において受け入れることを原則とすべきである。

なお、総合病院精神科については、地域の実情に応じて、救急医療機関から急性期後の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる後方支援医療機関としての役割を担う必要がある。

（２）各論

１）精神科医療機関と一般医療機関の連携強化

身体疾患を合併する精神疾患患者への救急対応については、身体症状及び精神症状の状態を評価した上で、治療を優先すべき症状に対応できる一般又は精神科の救急医療機関が患者を受け入れるとともに、他方（精神科又は一般）の医療機関がその診療を支援する体制を構築する必要がある。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体疾患の治療を優先させる必要がある患者（入院医療が必要な患者等）の場合は、身体疾患の状態に応じて対応可能な救急医療機関が受け入れを行い、精神症状の状態に応じて精神科医療機関が診療支援を行うことや、精神科の入院医療が必要な場合には、後方支援医療機関として、身体疾患の治療後の患者を受け入れることを原則とすべきである。

身体疾患を合併する精神疾患患者が、身体症状が軽症であり、精神症状の治療を優先させる必要が有る患者は、必要に応じて一般医療機関が

診療支援を行いつつ、精神科医療機関が対応することを原則とすべきである。

このため、精神科医療機関は、地域の救急医療機関と連携体制を構築し、連携先の医療機関との間では、転院の判断基準や患者情報の共有、必要な手続き等についてあらかじめ調整しておく必要がある。

しかし、精神科医療機関と一般医療機関では、医療機関が有する診療体制が異なるため、受け入れ可能な患者の状態の判断等についても、現状では異なる場合が多いと考えられる。

したがって、連携体制の構築にあたっては、身体疾患の治療後の精神疾患患者の受入れや転院の判断基準について、各地域において、精神科医療機関と一般医療機関間でそれぞれの診療体制や医療機能を確認し合いながら事例を積み重ねていくことが重要である。

また併せて、精神科医療機関は、必要に応じて連携先の救急医療機関への診療支援を行う（精神科医の訪問等による診療協力）とともに、身体疾患の治療後は精神疾患患者を円滑に受け入れる必要がある。

なお、精神科医療機関での受け入れ後に、身体症状が再び重症化する可能性がある場合には、精神科医療機関と一般医療機関は診療連携を一層強化して、個々の事例に応じた最適な医療環境を提供できるよう努めるべきである。

以上のような、精神科医療機関と一般医療機関との間で、患者紹介、診療支援、転院等が円滑に行われるための対応策を検討すべきである。

都道府県は、医療機関間での有機的な連携体制構築のため、地域又は連携医療機関間において、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催や情報共有の取り組み（GP 連携事業等）、事例検討会等の従事者の研修、精神科と身体科との連携のためのクリティカルパス作成等の取り組みを推進すべきである。

※ GP 連携事業とは、一般診療医と精神科医との間での情報交換等や、紹介・相談・連絡の仕組みを作り患者紹介を円滑にする取組（大阪府）、精神医療の情報センターを設置し、一般診療科等からの相談に応じて、精神科の専門医を紹介する取組（神戸市）などの取組を指す。

地域の連絡調整委員会等においては、「精神科救急患者」、「身体疾患の合併」、身体症状や精神症状の「重症度」等に関する定義を明確にしつつ、受入れや転院の判断基準について、精神科医療機関だけでなく、一般医療機関、警察、消防、保健所等の救急医療関係者と認識を共有する取り組みが必要である。

なお現在でも、都道府県は、消防法第35条の5第1項による「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」において、地域の実情に応じて、精神疾患の基準を策定できる取り扱いとなっている。（平成23年9月現在の各都道府県の策定状況：基準策定済45カ所、うち、精神疾患の基準有り32カ所）。

2) 総合病院精神科の役割の明確化

総合病院精神科が徐々に減少しているという状況を踏まえ、総合病院精神科がその役割を十分発揮できるよう、精神科を有する救急対応可能な総合病院で受け入れる救急患者は、精神症状と身体症状の両方とも中程度以上で急性期の対応が必要な患者や、複合的な専門治療等が必要な患者等が優先されることを明確にする必要がある。また、総合病院精神科での治療後は、地域の精神科医療機関がその後方支援医療機関として円滑に患者を受け入れ、長期的・継続的な視点から患者の診療を担うべきである。なおその際、身体疾患の状態によっては、必要な診療を継続できるよう調整する必要がある。

精神科を有する救急対応可能な総合病院は、精神疾患患者の退院調整等を円滑に行えるよう救急病棟等に精神保健福祉士等の配置を推進し、また、精神科病棟以外の精神疾患患者への診療について、精神症状の評

価や治療、退院調整等で積極的に協力できるよう精神科医、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等からなる精神科専門チームの配置についても検討すべきである。

総合病院精神科である大学病院等は、重症の身体疾患を合併する精神疾患患者を受け入れる精神科救急医療機関として、地域の精神科救急医療システムに協力し、一定の役割を担うべきであり、そのための対応策を検討すべきである。

3) 従事者の対応力向上

身体疾患を合併した精神疾患患者の受け入れを促進するためには、精神科と身体科の両方の従事者の対応力の向上が求められる。このため、精神科の医療従事者向けの身体疾患への対応力向上の取り組み、及び身体科の医療従事者向けの精神疾患への対応力向上の取り組みを推進する必要がある。

例えば、すでに救命救急センター等における自殺未遂者への対応マニュアルが作成されているが、その他の領域についても、研究等を通じてマニュアルや研修カリキュラム等の作成を検討すべきである。

3. 評価指標の導入

(1) 基本的考え方

- 精神科救急医療は、地域の実情に応じて、ニーズは様々であり、求められる医療機能も多様であるが、どの地域においても、患者・家族や地域住民が安心して生活を送れるような体制を整備する必要がある。そのため、一定の目安となる指標を開発・導入し、各地域において指

標を活用して評価を行うことで、各都道府県においてより質の高い精神科救急医療体制の整備を推進する必要がある。

(2) 各論

1) 精神科救急医療体制整備事業の整備状況の公表

厚生労働科学研究班で示された評価項目等を参考とし、各都道府県の精神科救急医療体制事業の実施状況等について、定期的に集計を行い公表することを検討すべきである。

※ 事業内容の評価項目の例：対応事例の範囲、相談窓口の体制、情報公開、連絡調整委員会の状況、情報センターの運営・時間・対応手順・対応件数等の状況、精神科救急医療圏ごとの状況、身体合併症対応体制 等

2) 精神科救急医療機関の医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング

三次救急を担う精神科救急医療機関（常時対応型精神科救急医療施設、精神科救急入院料届出医療機関）については、措置診察や隔離・身体拘束等に係る精神科医療を担う主な医療機関であるため、医療の質の向上とその標準化を図る観点から、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できるような体制（例えば、行動制限データベース（eCODO（※））の活用等）の推進や、それらの評価指標の活用等について検討すべきである。

※ eCODO センターシステム（Coercive measures Database for Optimization）：日本精神科救急学会と国立精神・神経医療研究センターが共同で開発した、精神科における臨床指標を用いた質管理のためのシステム。精神科急性期病棟群の患者データベース（PQR）と行動制限データベース（SRD）がある。

3) 精神科医療機関の精神科救急医療システムへの参画の評価

精神科救急医療システムに参画している精神科医療機関については、受入実績等の報告を求めているが、それらの分析を行い、精神科救急医療体制の充実に活用することが望ましい。具体的には、調査研究を通じて、精神科救急医療体制への貢献の状況等が把握できるような評価指標の開発が必要である。

また、精神科医療機関の評価にあたっては、質の高い精神科医療サービスや福祉サービス等が提供されている地域や、精神科救急医療システムを介さずに自院の患者を受け入れている地域等においては、夜間・休日に受診する精神疾患患者や措置入院等は必ずしも多くないと考えられることから、救急の受診件数や措置入院等の件数に着目するよりむしろ、精神科救急医療システムに参画していること、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること、ミクロ救急として自院の患者に対応していること、一般医療機関と連携して救急患者に対応していること等の質の向上につながる新たな評価指標を検討すべきである。

なおその際、精神科救急医療機関から急性期後の患者の受け入れに協力している後方支援医療機関についても、精神科救急医療システムの維持に一定の役割を担っていることに留意する必要がある。

今後に向けて

本検討会において、有識者のヒアリングを踏まえながら、今後、各都道府県で整備すべき精神科救急医療体制の具体的内容、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制の確保、精神科救急医療機関の質の評価等について、専門的見地からの意見を取りまとめた。

精神保健医療福祉分野では、現在、精神障害者アウトリーチ推進事業や、相談支援等の福祉サービスの充実など、地域での生活を支えるための様々な取り組みが進められている。こうした中で、精神科救急医療体制は、緊急時の医療対応の受け皿となるものであり、地域生活を支える医療サービスとして、今後ますます、その重要性が高まると考えられる。

今後は、本報告書の内容を踏まえて、地域の精神科医療機関、一般医療機関、保健所、精神保健福祉センター、地方自治体等の関係者が協力・連携して、ひとつひとつ着実に実践されていくことを期待する。

構成員

木下 栄作	岐阜県健康福祉部保健医療課長
杉山 直也	財団法人復康会沼津中央病院 院長
千葉 潜	医療法人（財団）青仁会青南病院 理事長
平田 豊明	静岡県立こころの医療センター 院長
平安 良雄	横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長
三上 裕司	社団法人日本医師会 常任理事
三野 進	みのクリニック 院長
吉邨 善孝	社会福祉法人済生会横浜市東部病院 精神科部長
渡 路子	宮崎県福祉保健部精神保健福祉センター 所長

（五十音順）

検討経緯

第1回 平成23年5月26日

議題 精神科救急医療体制の整備状況について

第2回 平成23年6月17日

議題 医療機能としての精神科救急の現状と課題について

有識者 三宅康史氏（昭和大学医学部救命救急センター）

野田寿恵氏（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部）

第3回 平成23年7月28日

議題 公的機能としての精神科救急医療の役割について

有識者 横川弘明氏（医療法人二本松会山形さくら町病院）

澤温氏（医療法人北斗会さわ病院）

第4回 平成23年9月9日

議題 とりまとめに向けた議論について

精神科救急医療体制に関する検討会 報告書 概要

平成23年9月30日

【現状と課題】

- ① 精神疾患患者数は、患者調査によると平成11年の約204万人から平成20年には約323万人に増加。
- ② 精神科救急情報センターへの電話相談件数や、精神科救急医療施設への夜間・休日の受診件数や入院件数(図1、2)は増加し、地域差が大きい。
- ③ 平成22年度、精神科救急医療圏148力所、精神科救急医療機関1069力所。精神保健指定医は、13,374名おり、病院の常勤医は約6300名となっている。
- ④ 身体疾患を合併する精神疾患患者は、医療機関への受け入れまでに、通常に比べ長時間を要している。
- ⑤ うつ病や認知症の増加等により、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加傾向。

	平成17年度	平成22年度
精神科救急医療圏域数	145	148
精神科救急医療施設数	1,084	1,069
精神科救急情報センターへの夜間・休日の電話相談件数	81,122	152,019
夜間・休日の受診件数	30,243	36,585
夜間・休日の入院件数	12,096	15,296

図1 精神科救急医療施設の利用状況
(平成22年度は暫定値)

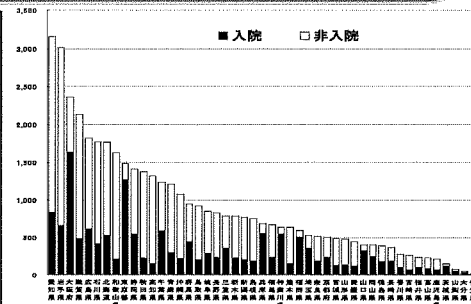


図2 精神科救急医療施設への夜間・休日の受診・入院件数(平成21年度)

【今後の対策】

【1】都道府県が確保すべき精神科救急医療体制

- 都道府県は、24時間365日搬送及び受入に対応できる精神科救急医療システムを確保
- 都道府県は、24時間365日対応できる精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを設置
- 各精神科病院は、自院の患者やその関係者等からの相談等に、夜間・休日にも対応できる体制を確保(ミクロ救急体制の確保)
- 各精神科診療所は、相談窓口や情報センター、外来対応施設等と連携し、自院の患者に関する情報センター等からの問合せに、夜間・休日にも対応できる体制を確保
- 精神保健指定医である診療所の医師は、都道府県等の要請に応じて、当直体制、相談窓口、夜間・休日の外来への協力等で精神科救急医療体制の確保に協力

【2】身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保

- 縦列モデル:精神症状の治療を優先すべき患者は、必要に応じ身体疾患に対応できる医療機関が診療支援しつつ、精神科医療機関が対応することを原則
 - ・精神科医療機関と連携医療機関間で転院基準や必要な手続き等についてあらかじめ調整する等により、連携体制を構築
 - ・また、都道府県は、精神科と身体科の両方の関係者が参加する協議会の開催等の取組(GP連携事業)等を推進
- 並列モデル:精神科を有する救急対応可能な総合病院は、原則、精神・身体症状の両方とも中程度以上の患者等を優先して対応する役割を明確化
 - ・精神科を有する救急対応可能な総合病院は、PSW配置の推進、精神科対応の専門チームの配置を検討
- 都道府県は、以上の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を確保する
- 精神科と身体科の両方の従事者の対応力向上のためのマニュアル等の作成

【3】評価指標の導入

- 各都道府県の精神科救急医療体制整備事業の実施状況等について、定期的に集計を行い公表
- 三次救急の精神科救急医療機関について、治療内容や退院率等について個別医療機関ごとに相互評価できる体制の推進(医療の質や隔離・身体拘束水準のモニタリング)
- 精神科救急医療システムへの参画、後方支援医療機関として救急医療機関からの依頼に適切に対応していること等について、精神科医療機関の質の向上につながる評価指標の開発