令和２年10月２日	資料３
第２回 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ	

杉山直也構成員
（日本精神科救急学会）
提出資料

第2回
精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ
令和2年10月2日

THE JAPANESE ASSOCIATION FOR EMERGENCY PSYCHIATRY JAEP

日本精神科救急学会 JAEP THE JAPANESE ASSOCIATION FOR EMERGENCY PSYCHIATRY

本検討会における議論の進め方（案）

○　**精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける精神科救急医療体制の位置づけの確認**

・　精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の観点からの精神医療に求められる医療機能
・　都道府県による精神科救急医療体制整備

○　**精神科救急医療体制整備を取り巻く課題の整理及び検討**

・　地域における精神科救急医療の需要、精神科救急医療圏域の設定
・　精神科救急にかかる対象者像と急性増悪時等の危機への対応の在り方
　▷　地域における相談体制
　▷　精神科救急外来と精神科救急入院の役割
　▷　精神科救急医療施設の役割、身体合併症対応、かかりつけ医との連携 等
・　精神科救急医療体制整備事業の課題
　▷　精神科救急医療体制連絡調整委員会の機能（都道府県又は指定都市の責務） 等

○　**精神科救急医療体制整備の更なる充実に向けた諸制度への反映の方向性とりまとめ（提言）**

①ニーズの実態　その捉え方

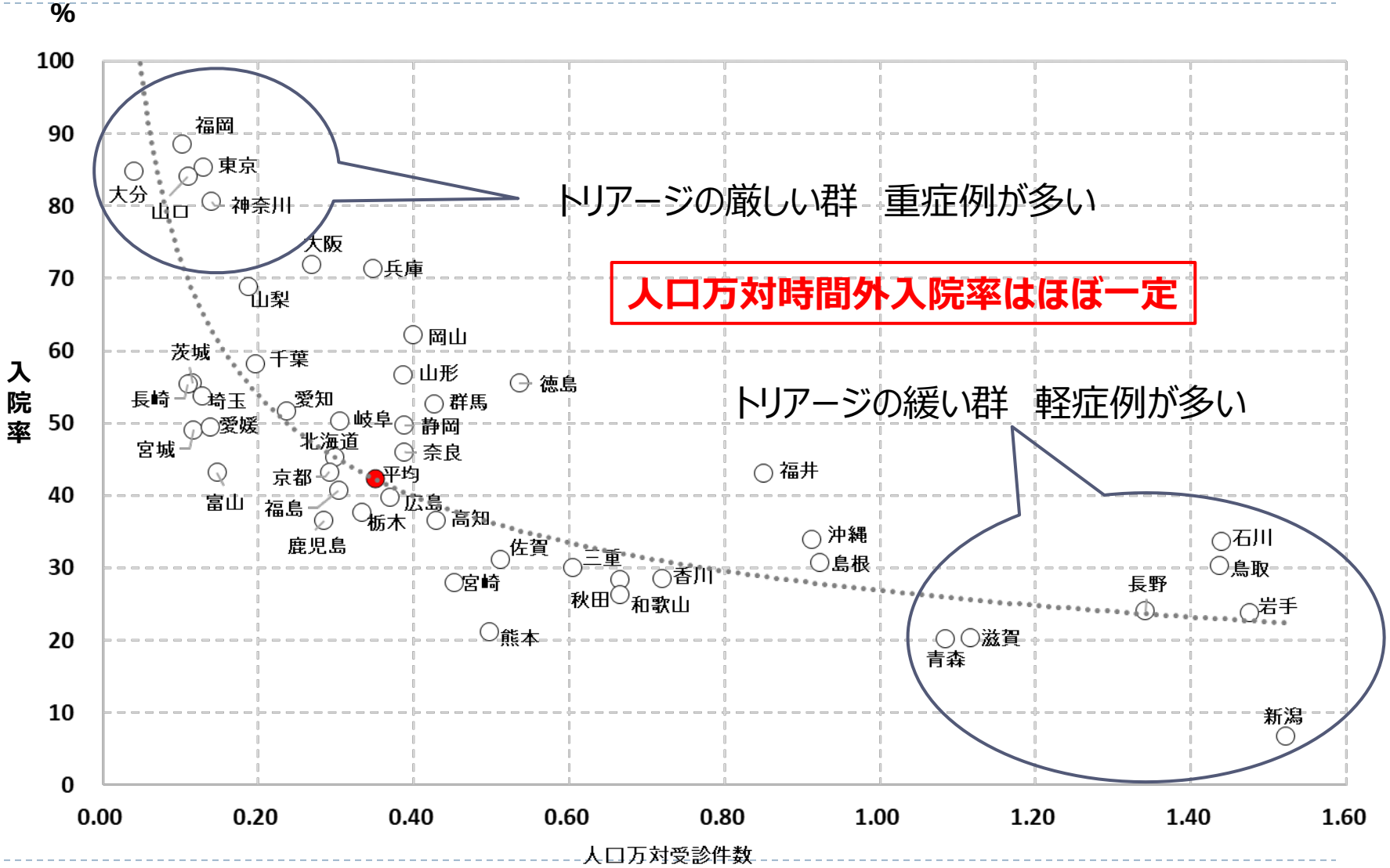
②対応体制（圏域、相談、受診、入院、身体合併症）

③諸制度の協調化へ向けて

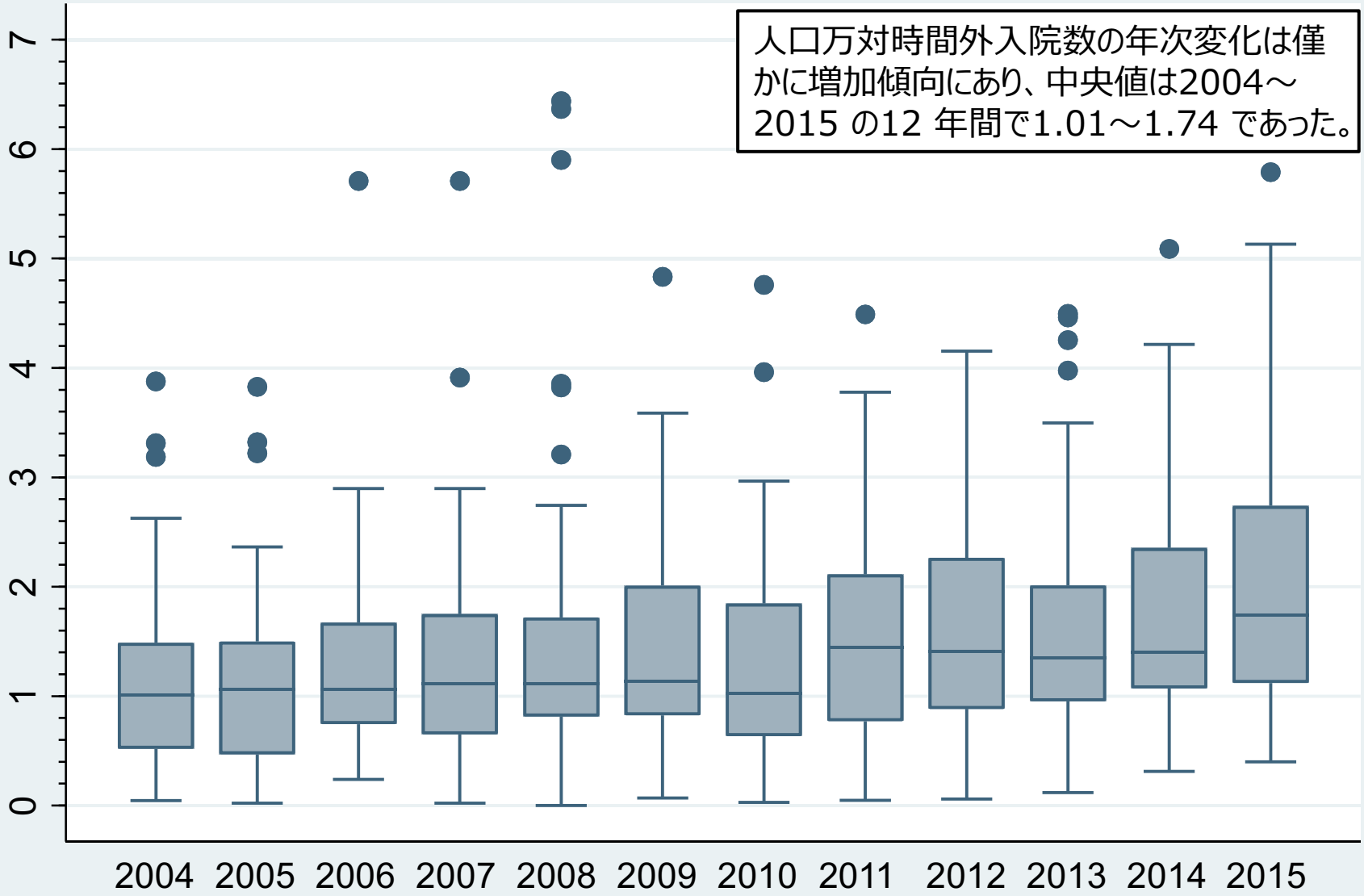
④協議の場

①ニーズの把握

図9　人口万対受診件数と入院率(2017年度)



人口万対年間入院件数

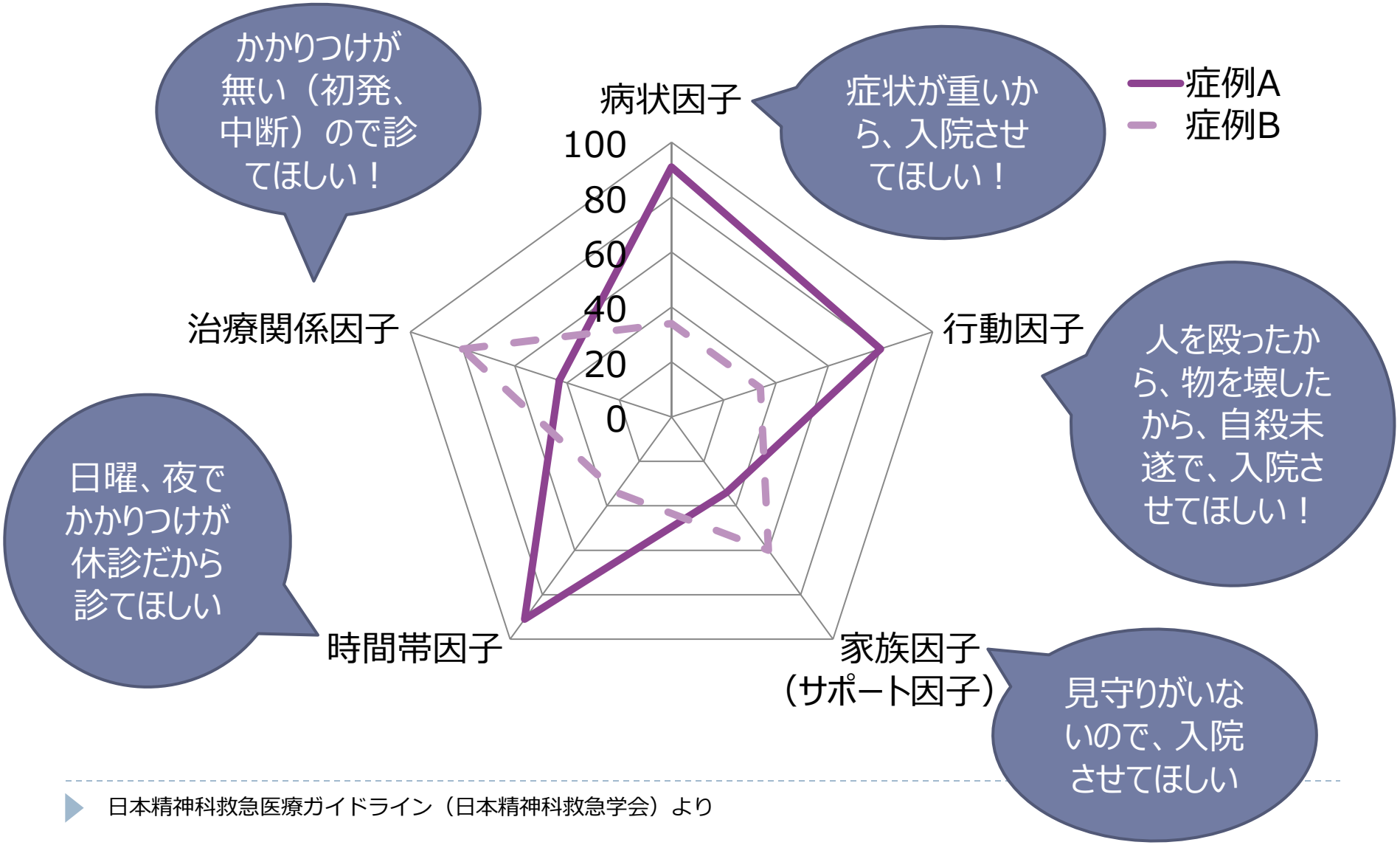

人口万対時間外入院数の年次変化は僅かに増加傾向にあり、中央値は2004～2015 の12 年間で1.01～1.74 であった。
0
1
2
3
4
5
6
7
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015

ニーズの定量評価

「年間人口万対時間外入院数」

- 安定した指標であり、
- 年次変化は僅かに増加傾向にある。
- 中央値は2004～2015 の12 年間で1.01～1.74 であった。

医療判断の難しさ！
医療保護入院の要否判断は権利制限を伴う！



日本精神科救急医療ガイドライン（日本精神科救急学会）より

精神科救急医療における時間外受診の需要（ニーズ）は16の代表的な状況に集約される

（2017-2018厚労科研　509例の夜間休日受診例）

- 意識障害
- 幻覚・妄想
- 精神運動興奮
- 抑うつ
- 躁
- 解離
- 酩酊
- 昏迷・亜昏迷
- 不安・焦燥
- 副作用
- 身体合併症
- 認知症
- 残遺
- 行動異常
- 不眠
- その他

その他の中でさらにその他に分類された事案の多くは具体的記述が無く受診理由不明
明確な受診要請としては
- 留置前診察
- 病気かどうかの判定（結果的に「病気でない」と記載あり）
- 救急システムからの（何らかの）要請
- 薬剤紛失に対する処方

2017～2018（平成29～30年度）厚生労働科学研究 「精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究」（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（29120701）研究代表者：杉山直也）より

入院ニーズ　18カテゴリ

（時間外受診ニーズの16カテゴリに依存症状態とレスパイト・休息目的が加わる）

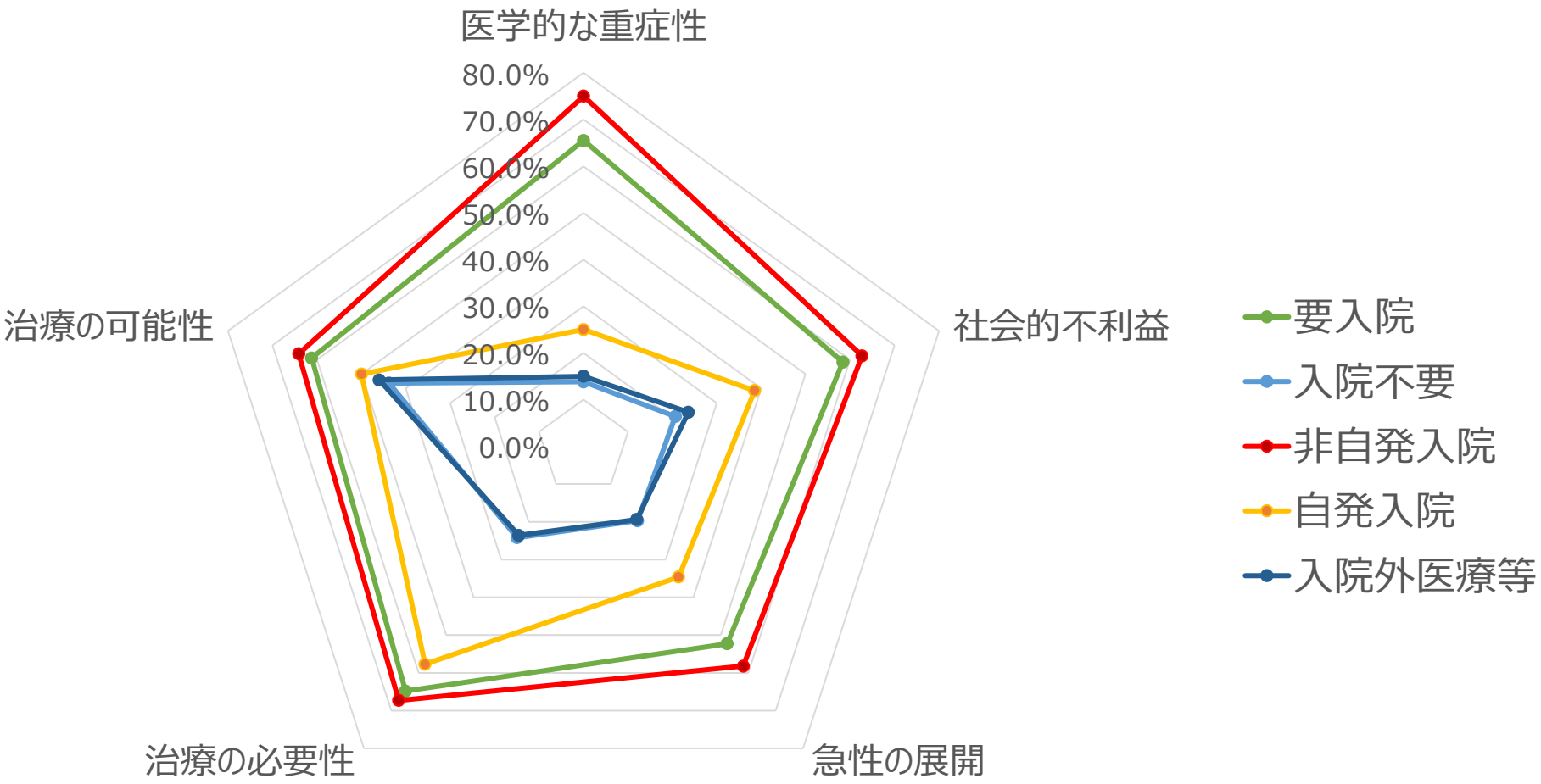
2019～2020厚労科研　精神科救急入院料に入院した1493連続症例

意識障害（せん妄、急性中毒、その他）、	幻覚・妄想
精神運動興奮状態	抑うつ状態
躁状態	解離状態
昏迷・亜昏迷状態	認知症状態（BPSDを除く）
残遺状態	不安・焦燥
行動異常 （食行動、強迫症状、状態像を特定できない攻撃性・破壊行為、自殺・自傷）	副作用
不眠	身体合併症
酩酊状態 （単純酩酊、複雑酩酊、連続飲酒、シンナー・大麻・医薬品などによる）	依存症状態
レスパイト、休息目的	その他

▶ 2017～2018（平成29～30年度）厚生労働科学研究 「精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究」（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（29120701）研究代表者：杉山直也）より

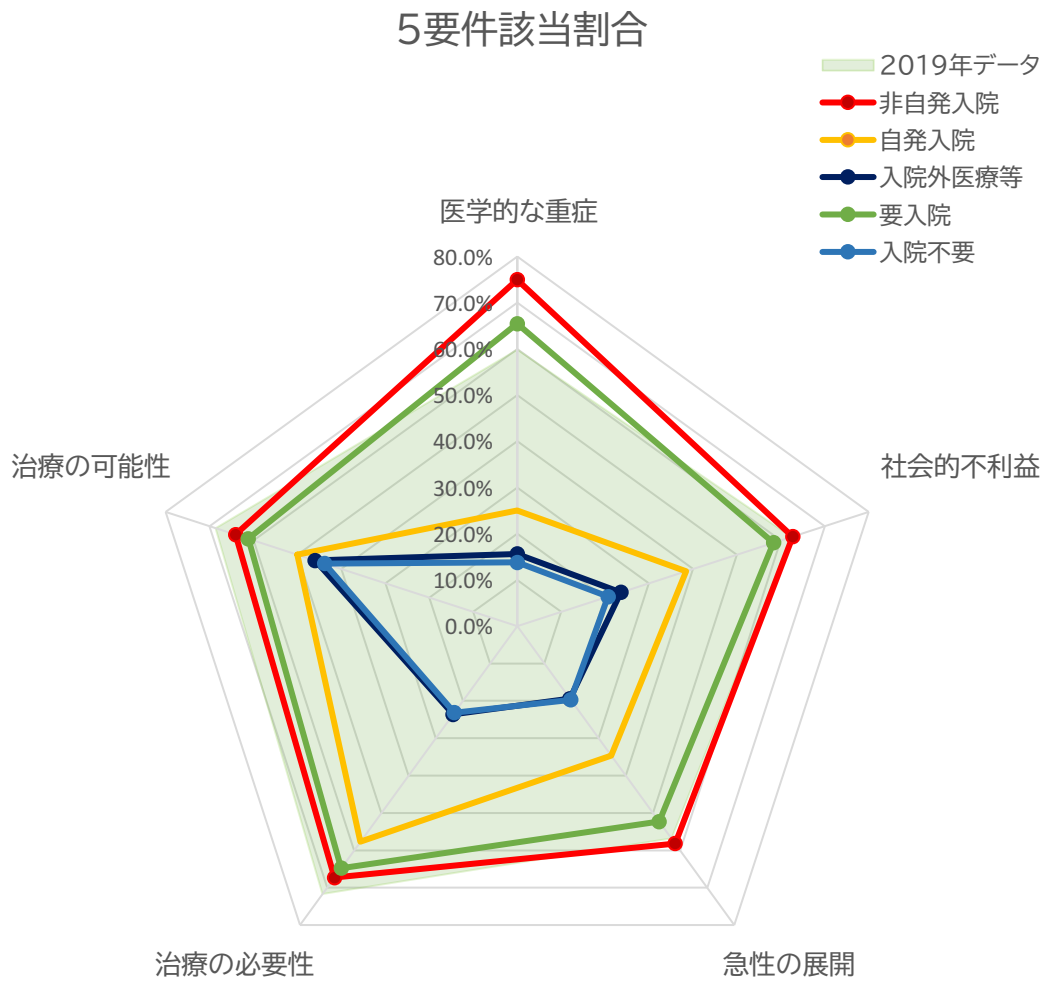
各医療判断における基本要件の該当状況

（2017-2018厚労科研　509例の夜間休日受診例）



入院ニーズ

2019～2020厚労科研　精神科救急入院料に入院した1493連続症例



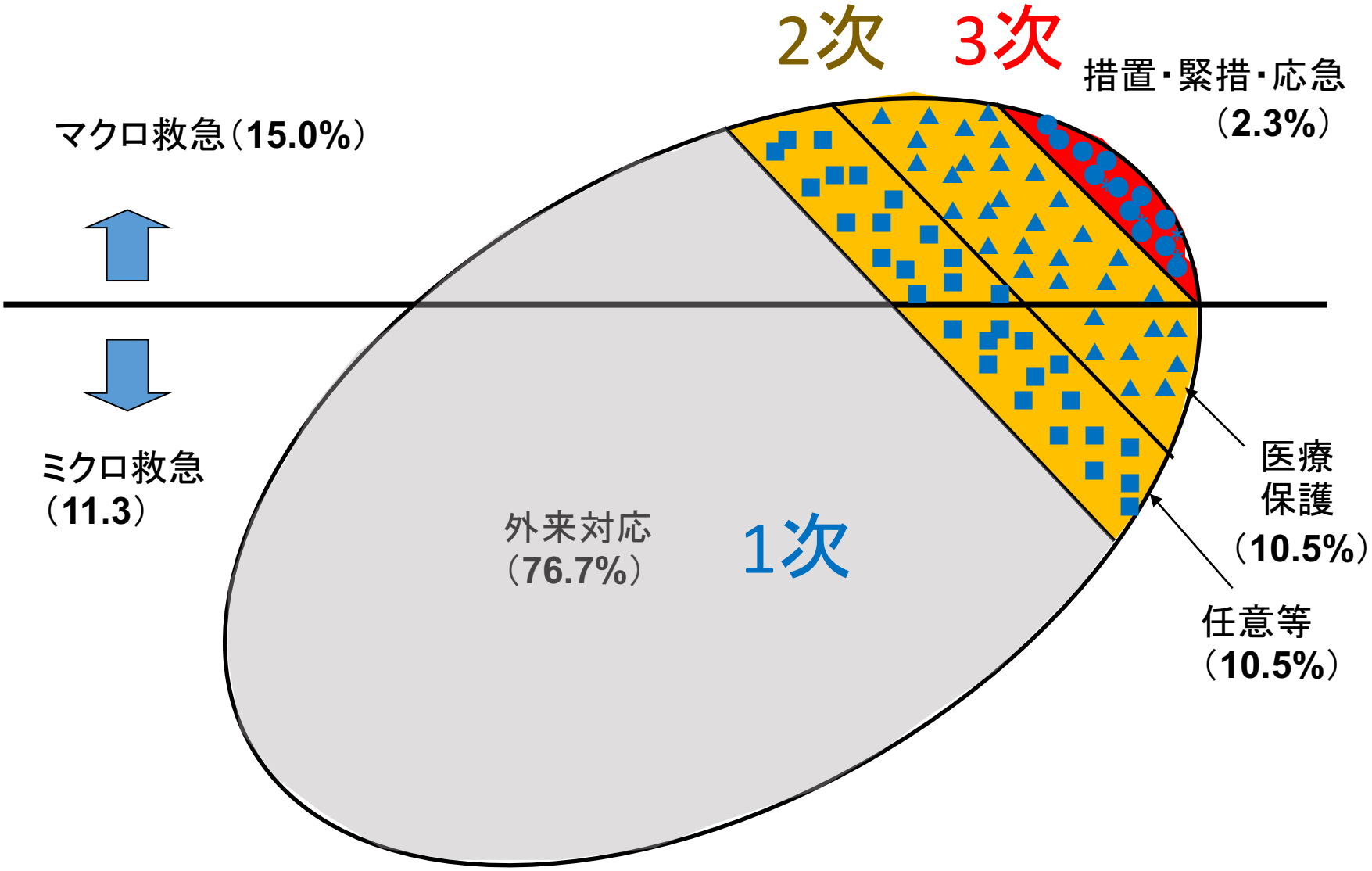
ニーズの定性評価

5軸評価等

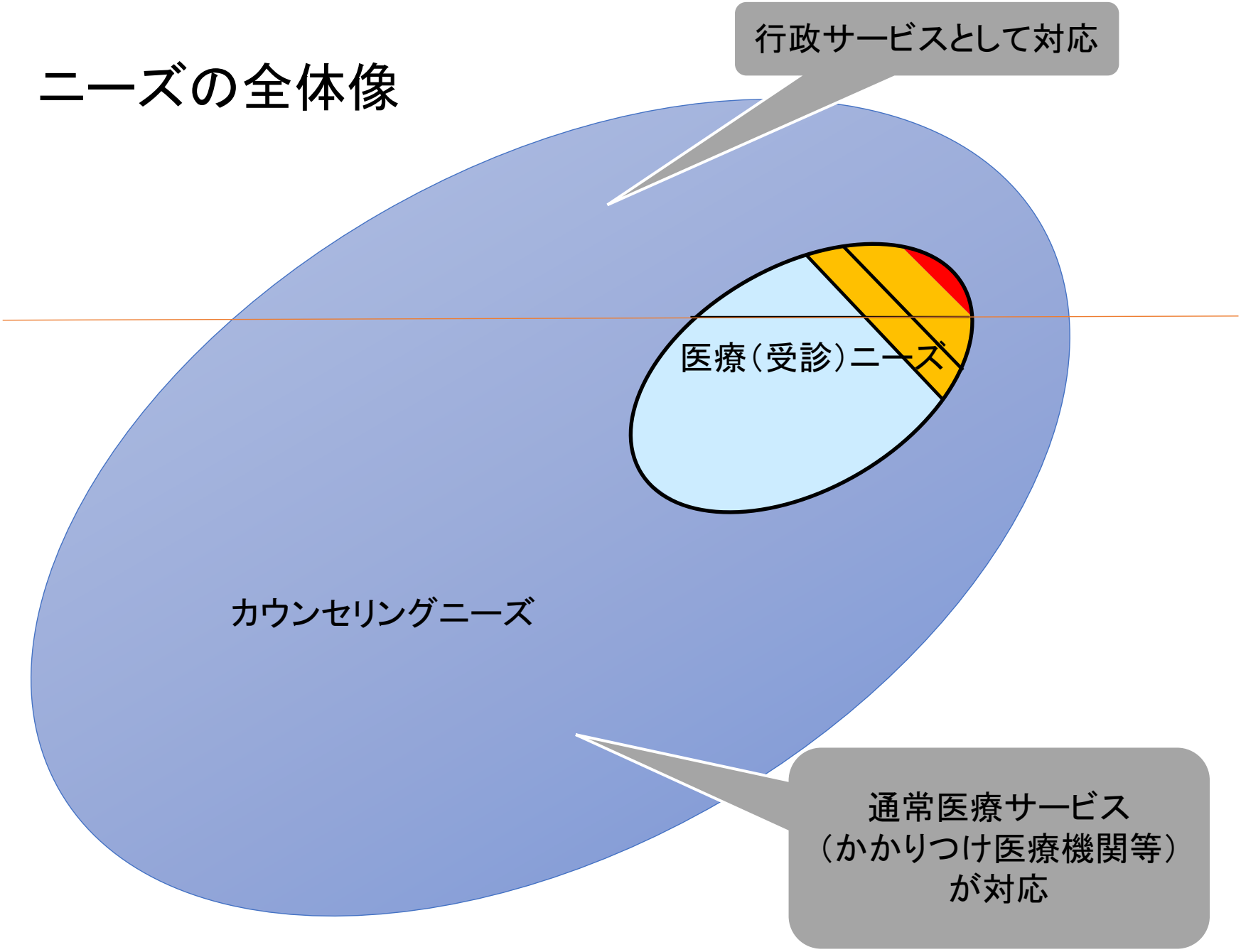
- 多様であるが一定の集約は可能
- 状態像としては16～18カテゴリ
- 重症度の評価もある程度可能であるが、正確な個別評価（医療・看護必要度等）は現時点では難しい。

②対応体制
（圏域、相談、受診、入院、身体合併症）

ミクロ救急とマクロ救急



ニーズの全体像



体制整備のための手引き
平成28年度障害者総合福祉推進事業

精神科救急医療体制を整備するための手引き

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業
指定課題 21「精神科救急体制の実態把握及び措置入院・
移送の地域差の要因分析に関する調査研究」より

平成 29 年 3 月 公益社団法人 日本精神科病院協会

「精神科救急医療体制を整備するための手引き」

平成 28 年度障害者総合福祉推進事業　指定課題 21 より
平成 29 年 3 月 16 日

0.　目的と役割

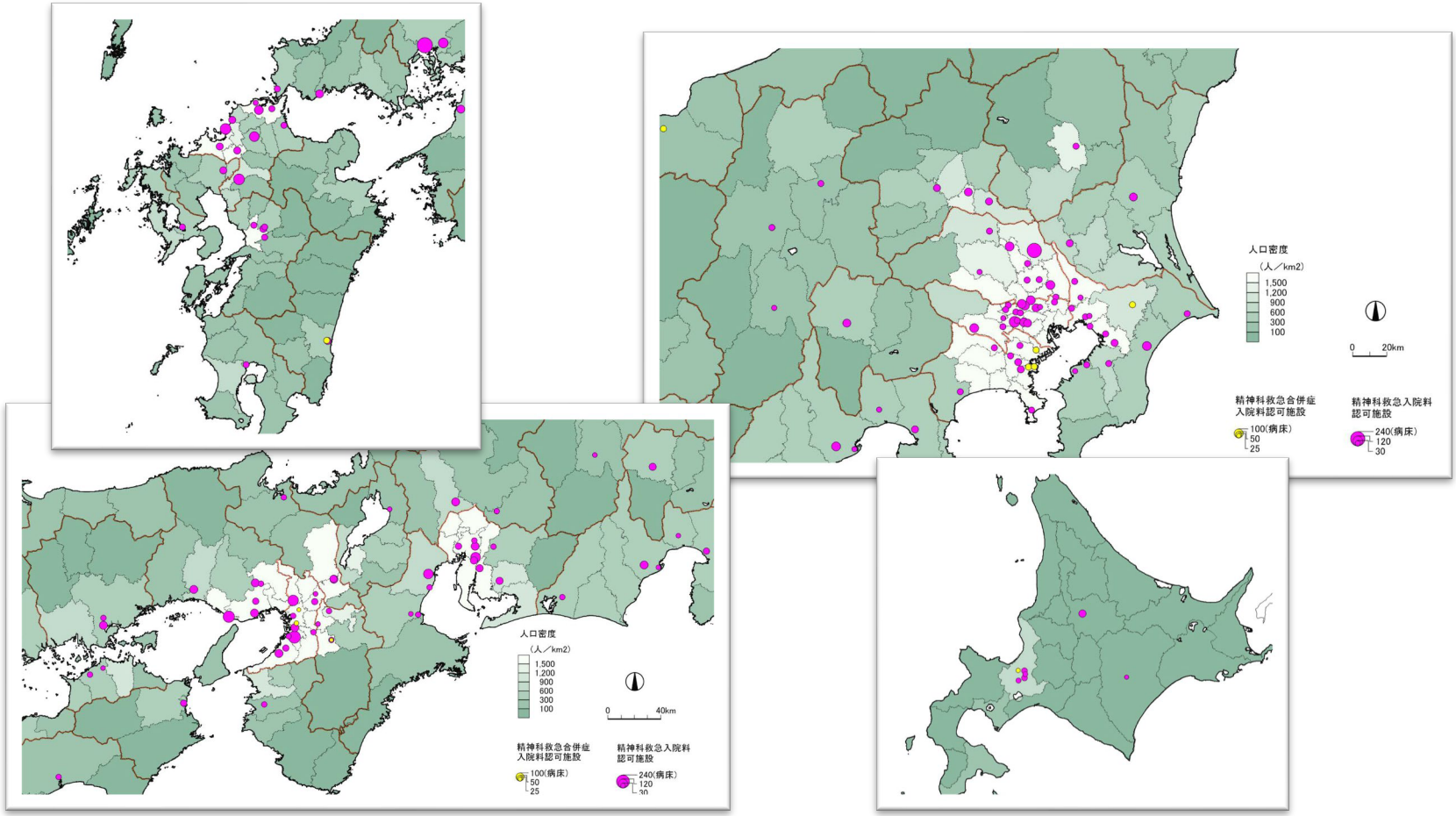
ここに示す「精神科救急医療体制を整備するための手引き」（以下「手引き」と略す）は、表記推進事業の主成果物であり、精神保健福祉法第 19 条に基づき、都道府県が整備努力を求められている精神科救急医療体制の整備事業に必要な事項を具体的に提示し、全国において均一な水準として事業展開（均霑化）されるための方向性や標準的在り方を提言するものである。この「手引き」は精神科救急医療について、平成 24 年に発表された「精神科救急医療体制整備事業に関する指針」、法第 41 条に定められた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（以下「法第 41 条指針」）、「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」および「交付要綱」などの現存公的文書が内包する種々の課題を補完し、より実効的かつ効率的な整備と評価の手順を示す役割を担うものである。本「手引き」は、表記推進事業において当該領域に深く関与する関係者ら（精神科病院協会、精神科救急学会、保健所長会、精神保健福祉士協会、総合病院精神医学会、家族会）が共同で合意した基本方針を基に作成しており、各都道府県での詳細調査を行って現状を確認、課題を明らかにしたうえ、それらが円滑化に向かうよう内容を整える手順とした。よって、本「手引き」における内容は、現状をふまえ最新の見識がアップデートされた、現時点における最適を推奨するものと理解されたい。その意味において、事業を実施する各自治体は事業にかかるサービスの質の向上を高めるべく、本「手引き」における推奨を参照されたい。

なお、本「手引き」には、推奨事項を項目として抽出した「基準」を設けた。各自治体において、項目ごとの評価を行って個々の課題を抽出するとともに、その課題の克服と推奨事項の達成を目指し、同時に各地で行われる連絡調整会議等において、整備の進捗状況を自己（他者）評価、他県との比較などを行うなどして整備推進のための客観的資料として活用されたい。

また、表記推進事業におけるもうひとつの課題である「措置入院と移送制度の地域差の実態把握と要因分析」については、精神科救急医療に深く関連はするものの、広く精神医療全般にかかる事項であり、調査のうえ必要な事項は、本来的なあり方を別途取りまとめる予定であったが、本年度途中で豚市の障害者支援施設にて多発生し、その検証及び再発防止検討チームにおいてガイドラインが策定される方向となったため、本事業においては調査報告のみとした。

1

精神科救急入院料の分布



連携と協働

精神科医療と救急医療は補完的な関係にある。

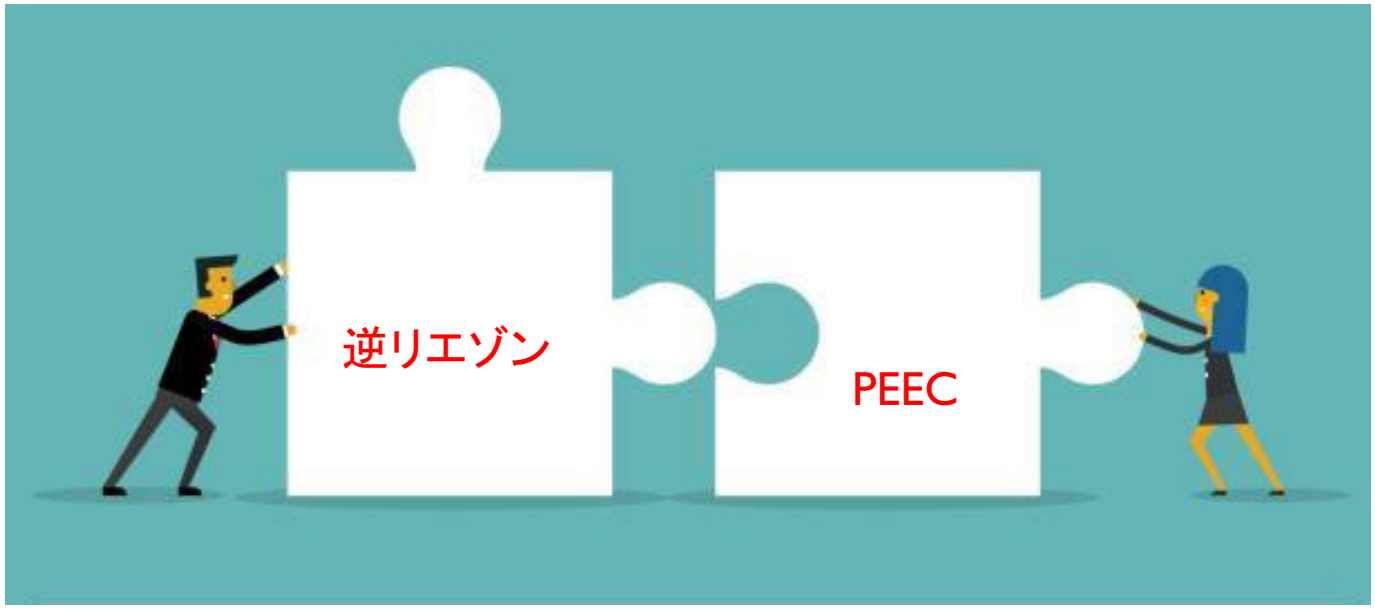
→協働：ともに考え問題解決にあたること

JAEP 日本精神科救急学会
THE JAPANESE ASSOCIATION FOR EMERGENCY PSYCHIATRY

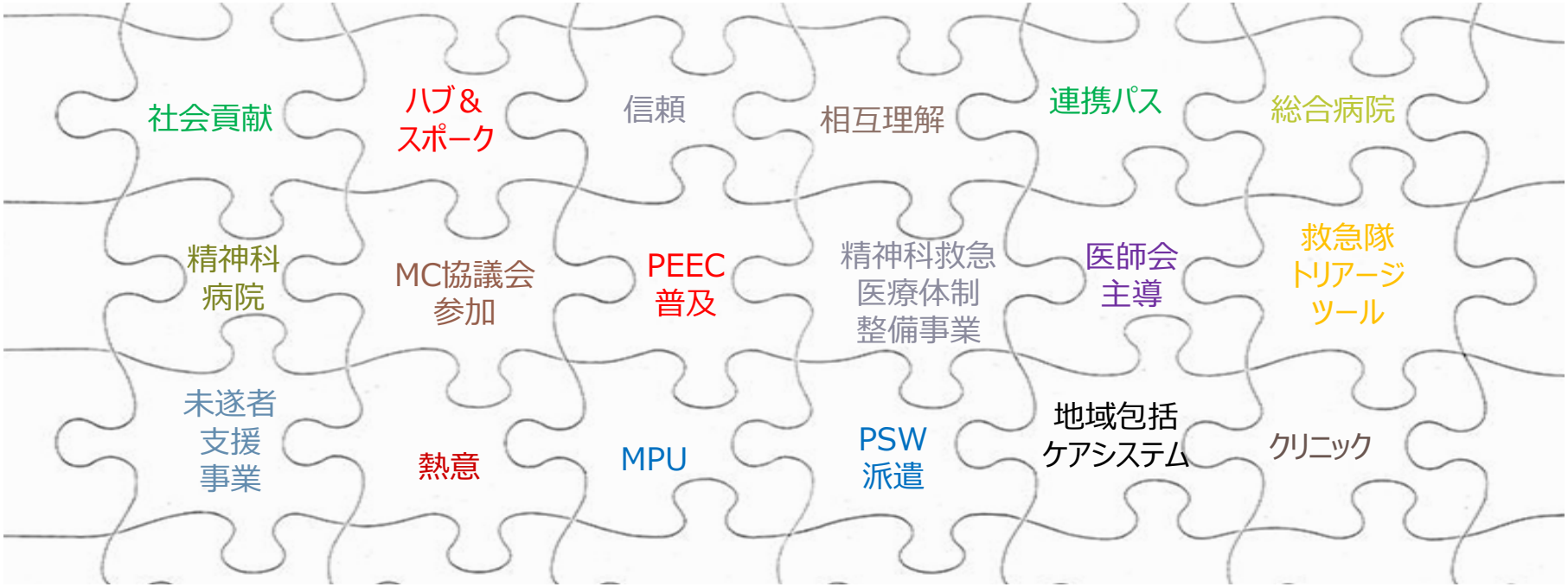
今回のご発表演題

橋本 聡　先生	全国消防本部調査　搬送困難例より
井上 幸代　先生	MPU
長嶺 育弘　先生	延岡モデル（医師会、PSW派遣、大学病院、有床総合病院、PEECを用いた地域完結モデル）
中森 靖　先生	ハブ＆スポークモデル（ヴァージョンアップ型）

いくつかの解がある

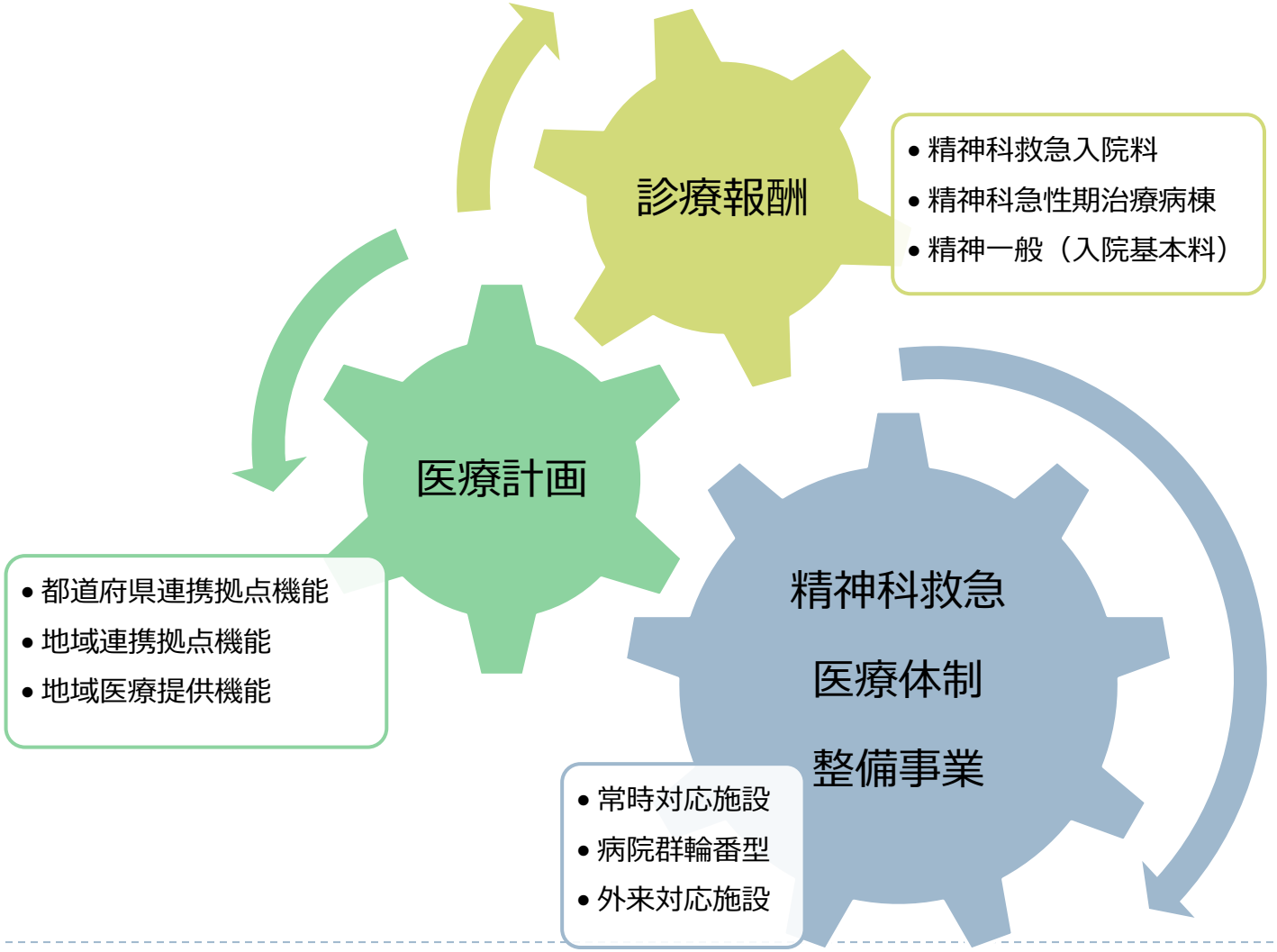


地域連携パズル＝解の最適化



③諸制度の協調的連動に向けて

諸制度は不整合であり、連動できない



令和2年度診療報酬改定

保医発0３０５第２ 号令和２ 年３ 月５ 日

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300 床以下の場合には60 床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300 床を超える場合にはその２割以下であること。ただし、平成30 年３月31 日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、令和４年３月31 日までの間、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

第２回検討会での主な意見と整理
論点１.精神医療に求められる医療機能

第３回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資料

○　精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループの設置について賛同する意見が多数であり、反対意見はなかった。
○　当該ワーキンググループでの議論では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築という趣旨を鑑み、精神科医療を基軸としつつ、総合的な支援体制構築の議論がなされることへの期待が寄せられた。
○　精神科救急医療体制整備のあり方として、入院を前提としたものではなく、相談体制の整備も含めた精神障害者の危機への適切な支援のあり方や地域精神医療などの地域を基本とした精神科救急の体制整備、身体合併症がある場合の体制整備等についても意見が出された。

意見の抜粋

- 単に入院受入れの仕組みを検討するのではなく、精神科救急医療の対象、ニーズを把握し調整を行って必要に応じた治療に結び付ける機能、精神科救急での治療後の支援の継続性などの現状と課題も把握すべき。
- 精神科救急医療体制整備事業で対応せざるを得ない状況になる前の、病状悪化の初期段階からの適切な支援のあり方についても検討していただきたい。
- 病状悪化の程度によっては、在宅での支援が困難なこともあるが、必ずしもすべての場合で入院が必要であるとは限らない。わが国においては、治療の場が入院となる場合が多いが、今後は本人の希望や病状によっては、いわゆるクライシスハウス的な支援も選択できるよう、ショートステイの柔軟な活用を考慮するなど、病状悪化時の治療の場の選択肢を広げることも考慮してよいのではないか。
- 関係する多くの職員が精神科救急医療体制の整備について理解を深めるためには、ワーキンググループで各専門職の担う役割を明確化することが必要。
- 診療報酬改定により、精神科救急入院料を算定できる病床数の上限が設定され、現在運用中の精神科救急病床も上限を超える場合には削減が求められているが、必要とされる精神科救急病床数は、病院単位ではなく地域の実情に応じて地域ごとに定められるべき。
- 夜間や休日に救急対応できる精神科医療機関を、身近な地域で受けられるように配備すること、これらの医療機関の稼働率を上げることの工夫が必要。
- 合併症や精神科救急医療体制に関する医療連携システムの確立とともに、精神科救急対応後の生活支援のためには、連携パスが必要。
- 精神科かかりつけ医機能の充実、一般診療科かかりつけ医と精神科の連携強化を地域における基盤とし、必要な時に必要とされる医療が受けられる体制について、それぞれの地域の患者特性や社会資源の実情に応じて構築していくことが求められる。
- 急変時の対応では、精神科救急と一括しているが、精神科救急でもいわゆるアキュート（高度急性期）、サブアキュート（急性期一般）、ポストアキュート（急性期後の回復期あたり）の考え方は適用できるのではないか。役割分担を意識した救急体制が望ましいのではないか。
- 精神救急医療の対象者を精神保健福祉センター等によるトリアージにより、必ずしも入院を必要としないと推測される者を精神科診療所につなげる方法もある。

一般 vs 精神：病床カテゴリー比較

（特定機能病院、特別入院料を除く）

10対1

Ⅰ：13対1
Ⅱ：15対1

治療期 （地域医療構想）	カテゴリー （診療報酬）	一般科	精神科	備考
高度急性期	特定入院料	救命救急入院料 特定集中治療室管理料 ハイケアユニット等	精神科救急入院料 精神科救急・合併症入院料	
	入院基本料	急性期一般（7対1）	（特定機能病院7対1？）	ー：データ提出
急性期	特定入院料		精神科急性期治療病棟	精：医師16対1加算
	入院基本料	急性期一般（10対１） 地域一般（13対1）	精神10対１～20対1	ー：データ提出 精：医師16対1加算 （10対1、13対1のみ）
回復期	特定入院料	回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟等	…	ー：データ提出
	入院基本料	地域一般（15対１）	精神15対１～20対1	
慢性期	特定入院料	特殊疾患病棟 特殊疾患入院医療管理料 地域包括ケア病棟	精神療養	ー：データ提出 精：GAFの継続評価
	入院基本料	療養病棟入院基本（20対１）	精神15対１～20対1	ー：データ提出
在宅医療	介護保険	介護医療院		

④協議の場

考えられる協議の場

- 精神科救急医療体制整備事業連絡調整委員会（稼働中）
- 措置入院適正運営協議会（自治体による）
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける協議の場（構築中）
- その他…