

令和元年度 大阪府精神科救急医療運営審議会 議事概要

- ◇日 時：令和元年8月27日（火） 午後4時00分から5時45分
- ◇場 所：大阪府立男女共同参画・青少年センター（ドーンセンター） 5階 視聴覚スタジオ
- ◇出席委員：柏木委員、木野（稔）委員、松岡委員、河崎委員、長尾委員、澤委員、黒田委員、木下委員、堤委員、岩田委員、神瀬委員、三浦委員、山崎委員、谷口委員、木野（昌）委員、加納委員、馬場委員、藤見委員、中森委員
（審議会規則第5条第2項の規定により、審議会開会の定足数を満たしているため、開会は有効）
- ◇議 事：（1）協議事項
①大阪府精神科救急医療システムの現状と実績について
（2）報告事項
①災害時の精神科医療体制について
②大阪府多言語遠隔医療通訳サービスについて
③大阪市精神科一次救急医療体制について

【議事結果】

■大阪府精神科救急医療システムについて

- 精神科救急医療システムでは、全体的に概ね順調にシステム運用できていることが確認できた。今後も引き続き満床後のバックアップ体制やその後の対応も含め、システムの運用状況等を当審議会を確認していく。
- 夜間・休日精神科合併症支援システムの円滑な運用を目的に開催してきた検証会議について、今後は資料5-2のとおり、開催することとし、開催に先立って意見を伺う委員として、精神科病院代表は澤委員、身体科病院代表は中森委員を選任した。

〈主な発言概要〉

○精神科緊急医療の状況について【資料2】

【委員】

P16（資料2 スライド8）の「却下の理由」で、「昼の体制に引継ぎ」とあるが、具体的な内容を教えてほしい。

【事務局】

朝8時台に通報があり、内容を確認している間に9時になったため、緊措の窓口で受付けたがその後の対応を昼の体制に引継いだというもの。

【委員】

P16（資料2 スライド8）の診察却下のところで、平成30年度173件が却下になって、339件が診察になった。3分の1が却下ということで、平成28年・29年度に比べ却下の率は低くなっているが、これは国の措置入院の運用に関するガイドラインが出たことの影響が大きいということか。

【事務局】

はい。却下理由のところで、自傷他害性なしという件数が減っているが、自傷他害性がないかどうか

かの判断を、窓口職員ではなくて、精神科の先生にご判断いただくというところで、窓口で判断に迷うときは診察を実施することとしたもの。結果として、診察実施件数が増え却下件数が減少している。

【委員】

この却下になった方たちは、その後、医療に繋がっていくのか？

【事務局】

却下後の状況をみると、かなり症状が落ち着きそのまま家族が引き取られた方や、やはり措置症状までいかないが治療は必要ということで、救急情報センター経由で入院になっている方が多い。

【委員】

警察官の方々の実感としては、緊措をなかなか受けてもらえない。明らかに自傷他害じゃないかと思っても却下され救急にしたということがあり、却下は多い印象。

【委員】

警察としては、窓口で却下されたことを含め疑義がある場合は、各警察署から報告を受けて大阪府に連絡し、個別に内容を確認し必要な部分については改善を図ってもらっている。

【委員】

資料1（P4）の通報の受付窓口の職種と体制はどうなっているか。

【事務局】

職種は、警察・消防のOBの方がほとんどで、全体の人数は18名で2名体制。

【委員】

先ほどのガイドラインで、窓口での却下が減ったという話をされたが、その時の人はこの図でどの人か。

【事務局】

警察署からの通報をこの窓口職員で聞き取り、精神症状による自傷他害が疑われるかどうか一時的な判断をして病院に依頼するが、窓口職員はドクターではなく、判断を迷うようなケースについては一旦診察をするというようなガイドラインであり、窓口職員が判断に迷うようなときは、診察を実施することを徹底しているところ。

【委員】

身体科からのイメージとして、先ほどの資料1（P4）の図で、警察は、救急に患者を運んでもらえたら、緊急措置の対象から外れるので、何とか救急車に乗せて病院へ連れていくような場合があり、この精神状態で救急車でよく身体科に連れてきたなという経験が今まで何度もある。そこから、緊急措置での対応を依頼しようとする、警察は絡んでいないから駄目ということで終わってしまうことがあり、そうすると身体科病院が個別に精神科病院を探さないといけなくなり、大変時間を取った記憶がある。緊急措置は、警察が絡まないと、絶対に動かないシステムなのか。

【事務局】

今の夜間救急システムは警察からの通報のみに対応したシステムとなっている。

【委員】

法律では、緊急措置というのは、警察からの通報のみに限定していない。

【事務局】

緊急措置の場合、現在府の運用では指定医の診察前に搬送が必要となるため、非常に暴れるような方は、警察に協力いただき搬送している。警察のご協力がないとシステムの運用は難しい。

【委員】

措置の通報は誰でもできるのではないか。日中なら通常の措置の通報は保健所にする。精神科病院の中で受ける患者さんに急激に措置症状が出てくれば、病院長が保健所に通報するのは可能と思っている。それが夜間にできるのかどうかについては、現実的には難しいだろうが。

【事務局】

今話を踏まえ、事務局と警察で疑義のある事例について、きちんと把握した上で、何か改善すべき点があればその通報の仕組み自体は考えないといけない。

○精神科救急医療の状況について【資料3】

【委員】

P28（資料3 スライド8）の満床時等の状況のところ、満床時になった場合のバックアップの順番は、先に精神医療センターに依頼して、対応できなかつたりベッドが埋まっていた場合は、緊措ベッドを救急患者用に転用するということだが、精神医療センターが受け入れられない、対応できない状況はどういう場合か。

【委員】

夜間は2名体制（指定医・非指定医）で対応している。救急医療情報センターからの依頼に対応できなかった場合は検証している。実際に緊急措置診察の受入れが決定したあと、別ルートで自殺企図のケースがダイレクトにきて、その対応中にこのバックアップ依頼の相談が入ったこともある。いずれにしてもこのバックアップがうまく機能しないというのが、やっぱり由々しき状態であり、時間をずらすとかいろんな方法で、なんと受けるようにということで、院内では検討している。

【委員】

どこにも対応してもらえなかったという人がいなかったのは、よかったと思う。

○夜間・休日精神科合併症支援システムについて【資料5】

【委員】

P45（資料5スライド10）の「受診者の精神症状」で、「意識障害」や「けいれん」は、どの状態で精神科にくるのか。「昏迷」も精神的な最後の判断だと思うが、最初に診たときは、「意識障害」か「昏迷」かの判断はわかりにくい。身体科と精神科で多分度合が違うと思うが問題はないか。

【事務局】

当初身体科病院に搬送されたときに「意識障害」や「けいれん」があった場合に、「受診者の精神症状」の項目にチェックされている場合もあり、実際に精神科病院への依頼時には、それらの症状は治まっているということも多い。ただ中には、「意識障害」や「けいれん」もあり転院依頼することもあるが、そういう場合は精神科では対応が難しいということで、入院の受け入れにはなっていないというのが、30年度には多くなっている印象。

【委員】

以前てんかんか何かで意識障害があった患者が、一般科病院から精神科病院へ転院になったケースで、問題だということになったが、意識障害が理由で精神科に送るということはないと思う。今の話のように、精神科にくる前に意識障害は改善したが、精神症状が出たからということですよ。この分類の仕方をもう少し詳しくする等していただいた方がいいと思う。

【委員】

P47（資料5 スライド11）で医療保護入院と応急入院との比率をみると、意外と応急入院が少ないという印象を持つが、このシステムはやはり家族がいないとだめ、というところがあり、こうなっているのか。府はどのように評価しているのか。

【事務局】

必ずしも家族がいないと精神科病院で受入れられないということではなく、身体科病院で家族と連絡がとれないとか、家族との調整をしているといった状況も含めて、精神科病院に相談していただいた上で受診になっている。精神科病院と身体科病院の医師同士でやりとりをしていただいた結果。

【委員】

転院時に使用する様式について、一般科病院が知らない場合も結構ある。様式3は同意をとるが、そこで家族の同意が得られず医療保護入院できない場合は精神科病院は受けないとか、夜間で応急入院の判断で困ったりして、少し制限がかかっているのかなと思う。またシステム利用病院は、P40（資料5 スライド4）に新規が13、総利用数が124と伸びてきているが、利用に偏りがあるかどうかわかれば参考になる。

【事務局】

毎年、利用説明会を実施しているが、その時にも利用手順がわからないとか、どういう仕組みなのかがわかりにくいという意見等があり、昨年度3月の検証会議で報告したとおり、ナビダイヤルをかけてからの手順を記載した利用ツールを作成して、現在救急告示病院に順次配布して周知に取り組んでいるところ。

P40（資料5 スライド4）の2次救急医療機関の利用状況については、利用回数が多い医療機関は少しずつ変化しており、必ずしも同じ医療機関ばかりがずっと利用しているわけではない。平成29年度利用回数が多かった病院が、平成30年度はあまり対象となる人がいなくて利用していないという話も聞いており、利用病院が固定されているわけではない。

【委員】

応急入院か医療保護入院かは精神科で判断いただくことでなかなか一般科で判断できないし、逆に任意入院の人は深夜に受診しなくてもいいと思ったりもする。

【委員】

応急入院という精神科特有の入院形態が出てきているが、簡単に説明すると、医療保護入院というのは本人が入院を嫌がる、あるいは病識がない場合自発的に入院させる際の入院形態で、家族等のどなたかが同意をすれば成立するという入院形態。

応急入院は、家族がいるということがわかれば成立しない。何らかの努力をしてその家族に連絡を取るということを精神科病院は義務として課せられている。

応急入院は、家族がいるかどうか、あるいはその人が昏迷状態や意識レベルが落ちていて、家族の存在を確認できないときに限り、72時間だけ認められるという制度。

ただその人に家族が本当にいるのか、いないのかをどこまで確認できるのか、ということもあり、現実的には、臨床の場で家族がいるかどうか不明の場合は、応急入院という制度を利用するというのが現実的と思っている。

【委員】

本来、精神科医に診てもらわなければならないとか、家族に連絡がつかないとか、家族はいるが一緒に行くことを拒否しているとかの理由だけで、精神医療が受けられない人がいるはずなので、そういうところへ

の広報もお願いしたい。

○夜間・休日精神科合併症支援システムの検証会議の開催方法について【資料5-2】

【委員】

これまでこの検証会議は、定期的で開催してきた。システムとして円滑に動いており、この審議会でも今後も報告は行っていくが、資料にあるような死亡事例・身体科、もしくは精神科の方から意見が挙がったような事例について、何かそれを検証しないといけないという時に、この検証会議を開催するという提案。

【委員】

検証会議の後、何か問題があれば本審議会に挙がってくるのか。

【事務局】

この審議会でも報告をすることとあわせて、検証会議で症例を検証して利用が適切でなかった症例などが出てきたら、利用説明会等で説明していく。

【委員】

このシステムは救急の搬送困難事例をもとに開始したもの。精神科・身体科どちらかに負担感があるのはよくない。システムが適切に運用できているかどうかということが重要。

【委員】

過去に4例の死亡事例があったが、精神科病院からはそれで非常に困ったというような報告は受けてない。

【委員】

亡くなられた方に関してもぜひ検証していかないといけないが、純粋に医学的な観点から検証していくことが必要。現場でみんな非常に大変な思いをしている。教訓的な形で生かせるよう、責任追及にならないようにしないと、システムは動かなくなってしまう。

【委員】

検証会議はどのぐらいの期間で開催するのか。

【事務局】

死亡事例のほか日々身体科の先生や精神科の先生からのご意見をFAX等で集約しており、事務局でこのような情報を確認した時点で、速やかに精神科・身体科の代表の先生方に相談をさせていただきたいと考えている。また必要に応じて、事務局が病院を訪れて、詳細について聞き取りを行う。

【委員】

今後の検証会議は資料にあるとおり開催していくということと、それぞれのお困りの事例について、ご意見をいただく身体科・精神科のそれぞれの代表の先生について皆様方のご了解をいただければ、そのように事務局の方でよろしく申し上げます。