

二次救急医療機関と精神科救急医療機関との座談会 — 「戻し有り」へのチャレンジ —

2010年9月18日 さわ病院にて

(出席者)

●西淀病院

福島啓（内科副部長）、落合甲太（救急外来医長）、吉村さえ子（救急外来看護）、
辰巳徳子（相談室）

●さわ病院

澤温（診療部）、渡邊治夫（診療部）、小野多実子（看護部）、金子雅昭（医療福祉相談室）、
前田大志（医事課）

地域は総合病院だ！

澤 私は『地域は総合病院だ、病院は病棟だ、
どこでもリエゾンだ』と言っているんです。
総合病院だったら、外科病棟があって隣に内
科病棟、精神科病棟がある。だから、救急で

運ばれた患者さんも、精神科での対処が必要
だったら、外科で治療を受けた後、精神科に
連絡して診てもらおうということが可能です。
リストカットしたり飛び降りて骨折した患者
さんを外科治療が終わったら、精神科にまわ
すことができる。それと同じで、地域をひと

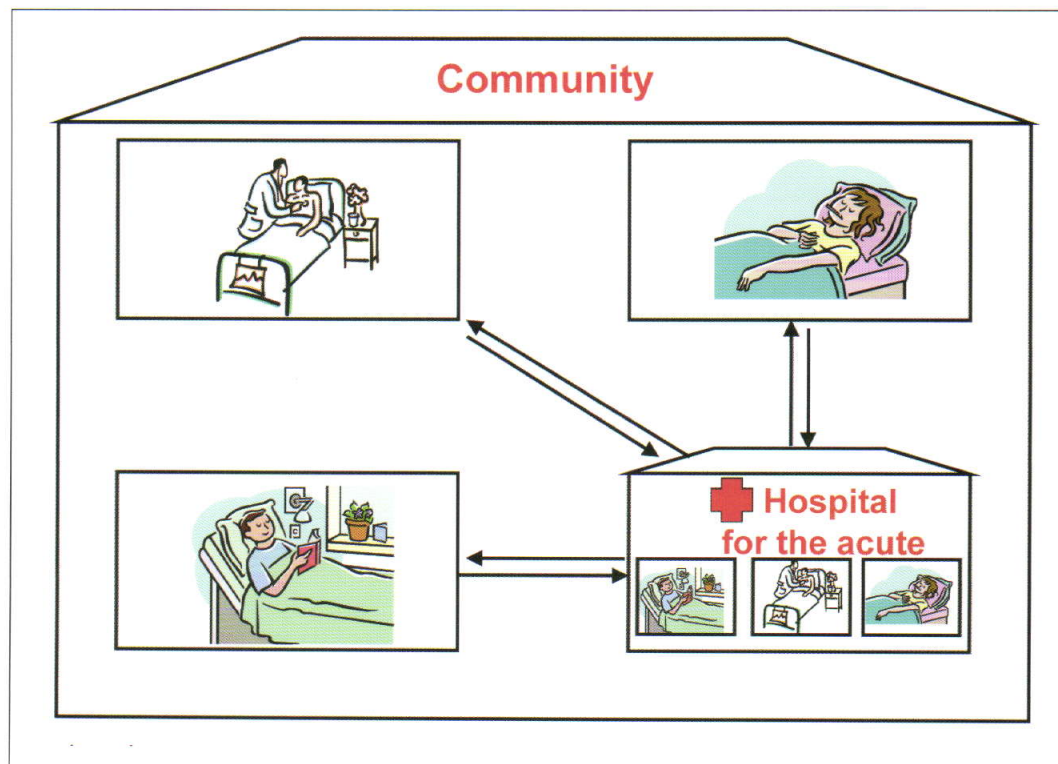


図 1

つの病院と考えて、外科病院は外科病棟で、精神科病院は精神科病棟であるとして、密接に連携できるような体制、情報伝達体制ができていればそれは、その地域でひとつの総合病院と同じ機能が果たせるということなんです（図 1）。となりの病院は隣の病棟という感じで、どのような形なら受け入れられるのか、試行錯誤も必要ですがこの点について話し合えればと思っています。

落合 『地域は総合病院だ』という澤先生のお考え、私たちもそう考えています。当院では救急専門医も精神科医も常勤していません。そんな病院でも自殺企図をもつ患者さんの受け入れはできるというのが私たちの結論です。多少の偏見はあるかもしれませんが、意識障害は内科の病気だと考えています。そのうえで精神科で診ていただくところはきちんと精神科で診ていただけるように、連携できる体制を作っていきたいと考えています。

患者への対応を分析

澤 大阪府の調査では、一般の救急で搬送先が一番見つけにくいのがアルコールや薬物をはじめとする精神障害がかかわった救急依頼だと出ています。

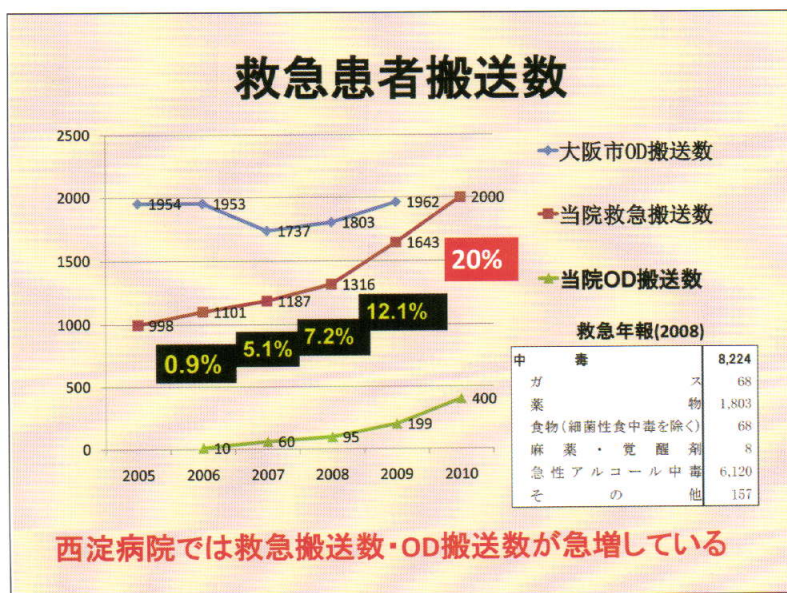
たとえば手首を切った患者さんを受けて、傷を縫合して帰した、体の治療としてはそれで良いの

ですが、じゃあ患者さんは帰ってから再び自殺しようとするんじゃないか、もし自殺したら誰が責任取るんだってなる。

昔はアルコール中毒で手を切ってしまった患者さんが来れば縫っていたんです。ところが今時そのようなことをしたら、この変な瘢痕はなんだ、縫った医者は慣れていないんじゃないかとなる。だから縫えない。もっとも目の前で何か飲み込んだらすぐに処置するわけですけど、専門じゃないから専門の医師がいる病院で診ていただけるなら診ていただきたいというスタンスです。国も協議会もこの方向で進んでいますなかなか現実には進まない。

それに進めるとしても一般科の医療機関と精神科の医療機関の認識がすれ違った形で患者さんを渡すとトラブルのもとになりますから、どのような形で連携を進めるのか十分な打ち合わせが必要だと考えています。

落合 数年前、大都市においても夜間の救急体制が脆弱で患者の「たらい回し」が間



題となりました。中でも救急搬送される過量服薬（以下、OD）患者の搬送が増えているという声が当院の救急スタッフから聞かれました。

大阪市の救急年報では 2005 年～2009 年までは OD による救急搬送数は増えておりません。しかし当院においては 2006 年までは年間 10 件程度だった薬物過量内服患者（この頃は断っていた）が、2007 年には 60 件、2008 年には 95 件、2009 年には 199 件と急増していました。当院の救急搬送数も増えておりますが、OD 患者の割合は着実に増えており、去年 2009 年では当院救急搬送数の 1 割を超えました。

大阪市には 3 次救急医療機関と救命救急センターを除く 2 次救急医療機関は 84 か所あります。その一つである救急専門医も精神科常勤医もない当院が、年間 1900 人程度の OD 患者のうち、約 200 人、1 割強を受け入れている事になります。もしも今回の調査期間のペースで OD 患者を受け入れると、当院だけで 25% の患者を受け入れることになります。以上の結果と、救急隊へのアンケート結果から考えると、OD 患者の搬送を引き受ける病院が減っていることは間違いのないと考えられ

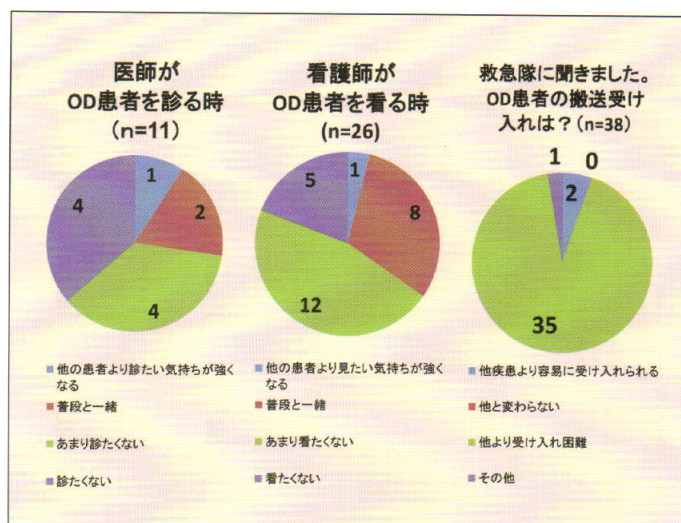


図 3

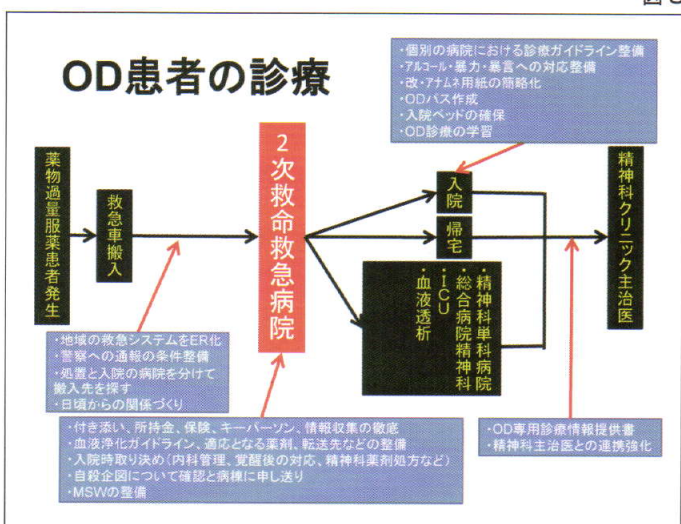


図 4

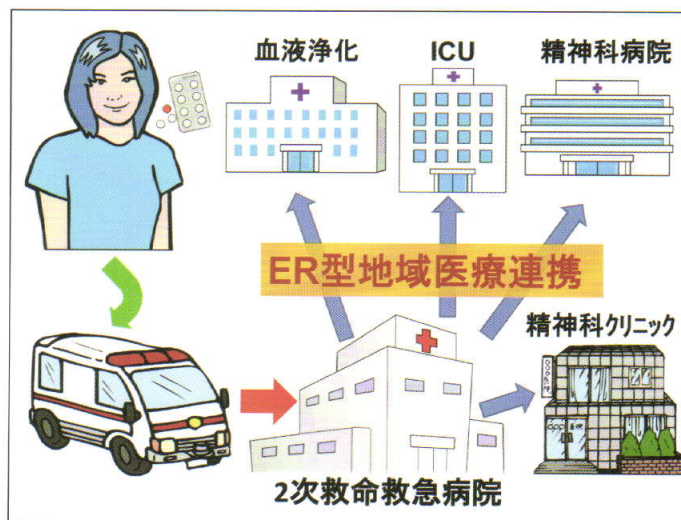


図 5

ます（75 ページ図 2）。

そこで当院に搬送される OD 患者の現状を把握し、OD 患者診療における問題点が何であるかを検討し、それを分析するなかで二次救急病院が OD 患者を受け入れるための条件を抽出することとしました。

まず OD 患者の現状を把握するために、28 日間の一定期間、当院救急外来を受診した OD 患者の情報収集をしました。また OD 患者に関わる多職種からアンケートとインタビューでデータを集め、得られたデータをワーキンググループで検討したうえで概念化し、2 次救命救急病院が OD 患者を受け入れるための条件を抽出しました。

OD 患者の搬送依頼を他病院が拒否している理由ですが「精神科医がいないこと」は、OD 患者を受け入れる診療の質としては問題が残ります。実際に調査してみると、判明しているだけで自殺企図が受傷機転であるのは、41 例中 13 例（32%）にのぼり、精神科医の診察が必要と考えられました。

しかし、翌朝まで待って、付き添い者同伴のもと帰宅を許可し、かかりつけ医に受診を勧めることで対応できた症例がほとんどでした。

診療情報提供や地域の精神科病院との連携を強化することで入院せずに帰宅できた例が 41 例中 32 例（78%）あったことは注目すべきと考えます。精神科医がいないことをもって、全ての症例を拒否することは現実にはすぐわないと思います。

また「入院できるベッドがない」「ICU ベッドがない」などについても同様で、入院が必要だったのは 19.5%、挿管・人工呼吸管理が必要な患者はわずか 5% 未満でした。当院

には ICU がありませんが、一般の入院ベッドで入院した患者全員を管理することができました。実態として「入院できるベッドがないこと」「ICU ベッドがないこと」のみで OD 患者の搬送を全て断ることも現実にはすぐわないと考えられました。血液浄化に至っては今回の 28 日間の 41 例では適応は 0 人でした。

実際にデパス 5 錠飲んだとか、レンドルミン 20 錠飲んだという患者さんでもなかなか受け入れ先が見つからないようです。

しかし例え少人数であっても、受け入れた病院で対応できない症例がでることは考えられます。ですからこれに関しては、条件によって受け入れないのではなく、とりあえず搬送を受け入れ、適応があれば必要な医療機関に転送することができる地域ネットワークの構築が必須と考えています（図 5）。

「付き添い者がいない」症例はやはり受け入れた後の対応が困難です。家族が捕まればよいですが、それ以外では行政に相談することも必要な症例もありました。

「戻し有り」と 症例のパターン化

福島 はっきりと自殺するために飲んだとおっしゃる方への薬が覚めてからの対応が私どもでは難しい。

澤 薬をもらった精神科に返せないんですか？それと夜中に目覚められたらもう一度薬で朝まで眠っていただくといったことはできないのでしょうか？

福島 まず眠剤は内科でもらってきているケースが多いですね。それを大量服薬して

自殺を図る。精神科にかかっていればそちらに返すのですが、かかっていない。それと夜中に薬が覚めたのに、もう一度、朝まで薬で寝てもらうということも内科では難しくてできない。

澤 症例パターンを双方で協議して作りマニュアル化し、それを少しずつ修正して改善していけばいいんじゃないでしょうか。

落合 例えば、自殺企図があって、意識はなく、少し合併症のある患者さんはこのように対応するとかいうのを決めるのですね。

澤 ええ、それと引き受けたけど難しいから返すというやり取りもできればとても引き受けやすい。「戻し有り」です。

前田 対診すると費用などの面で問題になります。

澤 たしかにそうだけど費用の問題は後回しにしても、実際に双方でやり取りしながらマニュアル作っていけば良いものができると思います。隣の病棟に行くように地域にある他の専門医療機関にかかることができれば良い。

渡邊 「戻し有り」があれば受け入れやすいですね。それができないと安全な方をとっ

てしまう。例えば、酸素は取ってもいいけど、抗生剤は1週間流してください、それで8割はいけますよ、でも悪くなれば戻していいよというのであれば安心して引き受けられる。

金子 それと精神科情報センターからの連絡で一番困るのが精神科と内科の中間にいる患者さんです。どこも取ってくれなくてうちに連絡がくる。

小野 そのような患者さんでも内科でちゃんと検査をすべてしていただいて、こちらにまわしてくれれば、受け入れやすいですね。もし患者さんが暴れても検査だけはきちんとしていただきたいですね。

落合 例えばですけど、肝機能が2桁の後半とか、CPK が少し正常からはずれているなど言い出したらきりがなくらい色々な患者さんがいます。そんな患者さんでも受け入れてくれるのですか？

渡邊 精神科の医師でしたら、肝機能は200～300、CPK は1000 くらいまでなら驚きませんし慌てもしません。きちんと検査できることはすべて検査して結果はこうでした、今は内科的な問題より精神科的な問題の処

理が優先されるから引き受けてくださいという形が望ましいですね。

小野 それと西淀病院さんでは精神科の患者さんに付き添いを求めることがありますか？

辰巳 状態によっては付き添いをお願いすることがありますが、統合失調症だからとか鬱病だからといった精神疾患だけを理由として付き添いを求めることはありません。

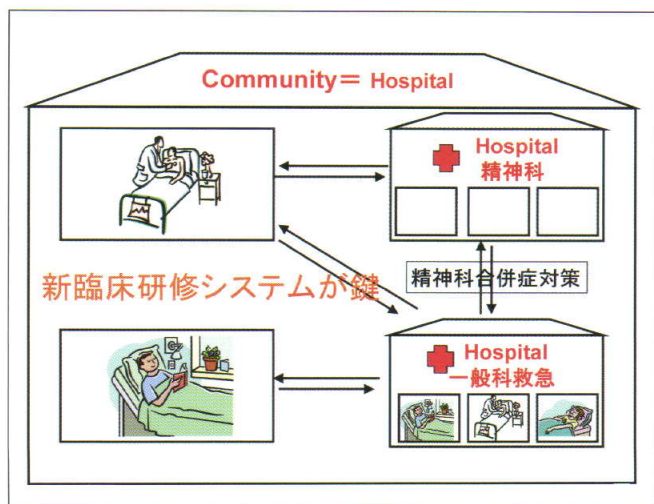


図6



落合 暴れているとか、こちらだけでは対応できる状態じゃないときだけ付き添いを求めることはあります。

今すぐにでもできること

福島 精神科の医師や看護師は一般科に慣れていなくて、一般科の医師や看護師は精神科になれていない。今、すぐにできることがあると思うのですが。

澤 ええ、実は十数年前に大阪市に精神科と一般科の医師や看護師を相互に派遣して勉強させるシステムを作ったらどうかと提案したことがあります。実際の治療を経験する、数をこなすというのはとても良いことです。そうすることで目が育ってくる。そうやって他科を学んだ人が一人でもいればその人に聞けばいいとなって患者さんを受け入れやすくなる。OD だってそうだったでしょう？

吉村 ええ、最初はちょっと怖いな、断りたいなって思っていましたけど、数をこなすと慣れてきましたね。

澤 必要なら必要な人数だけお互いに勉強に出す。経営的には派遣した看護師さん移っちゃったらどうしようと思わないでもないけどそんなことより、勉強して経験してくれる方が何倍もメリットがある。そうすれば地域が良い総合病院になる。

小野 お互いの訪問とかを含めて、もっとお互いの病院を知ること必要ですよ。

落合 そうですね。ここまで話が進むとは思ってなかったので驚いていますが、ぜひ見学もさせていただきたいですね。

福島 それと実際の症例を通して検討を進めていきたいですね。

澤 うれしいですね。医師だけでなく看護師やその他の職種の人参加して良いマニュアルを作って、実際に地域を総合病院化しましょう（図6）。