

精神科救急システムにおける搬送の現状

——ドクターカーと他の搬送の比較——

石橋 健一，前岡 邦彦，清水 賢，岡島 和夫
加藤 亮，下原 篤司，古田 敬介，津久江一郎

精神科救急 第3巻 (2000.3) 別刷

日本精神科救急学会

精神科救急システムにおける搬送の現状

—— ドクターカーと他の搬送の比較 ——

石橋 健一*, 前岡 邦彦*, 清水 賢*, 岡島 和夫*
加藤 亮*, 下原 篤司*, 古田 敬介*, 津久江一郎*

抄録：広島県の精神科救急システム整備事業は現在、必要に応じてドクターカー搬送も行っている。今回当院を救急受診した患者について来院手段を調査した。調査期間は平成11年1月1日より平成11年12月31日で受診件数297件が該当した。患者自ら受診したのは55件(19%)に過ぎず、242件(81%)が何らかの搬送を要していた。このうち受診を拒否したと考えられた128件を分析したところ20-30歳代の男性は家族、消防によるよりもドクターカー、警察によって搬送される傾向があった。疾患では精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害と比較して精神作用物質使用による精神及び行動の障害で家族、ドクターカーによる搬送の割合が高いことが示された。またドクターカーでの搬送は入院歴のある、治療中の患者で比率が高かった。ドクターカーは他の搬送と異なった傾向を持ち、独自の必要性が示唆された。

精神科救急3：122-127, 2000

キーワード：精神科救急，患者搬送，ドクターカー

はじめに

広島県における救急医療は当初各医療機関によって個別に行われていたが，昭和62年3月より広島県精神病院協会が会員病院の輪番制によって組織的に救急相談を行うようになった。平成7年10月の精神科救急医療システム整備事業の通知にもとづき，平成8年10月より，広島県でも精神科救急医療システムが発足した。県を東西に二分し，当院は医療圏人口約190万人を抱える西部地区を担当し現在に至っている。家族が入院を希望し，指定医の判断でも入院治療を要するにも関わらず本人が受診を拒否する救急患者の搬送に

については県精神病院協会の救急相談の時から会員病院が必要に応じてドクターカー（以下DC）で行ってきた経緯から，現在も必要に応じて精神科救急システムの指定病院がこれを行ってきている。

DCによる搬送を精神科救急システムとして行っている当院の患者搬送の現状を分析し，報告するとともに搬送の抱える問題について考察したい。

The Current Status of Patient Transport under Psychiatric Emergency Service System
—Comparison of Patient Transportation by a Doctor Car and Other Methods—

Key words : emergency psychiatry, patient transport, doctor car

*医療法人瀬野川病院〔〒739-0323 広島県広島市安芸区中野東4-11-13〕 Ken-ichi Ishibashi, Kunihiro Maeoka, Takashi Shimizu, Kazuo Okajima, Ryo Kato, Atsushi Shimohara, Keisuke Furuta, Ichiro Tsukue : Senogawa Hospital. 4-11-13 Nakano-higashi, Aki-ku, Hiroshima-city 739-0323, Japan

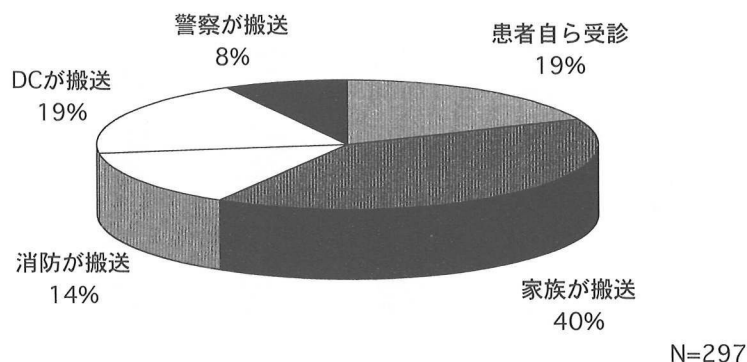


図1 受診方法

表1 受診者の治療形態

受診方法	外来診療	任意	応急	医療保護	措置	緊急措置	計
患者自ら受診	31(56%)	23(42%)	0(0%)	1(2%)	0(0%)	0(0%)	55(100%)
家族が搬送	50(42%)	36(30%)	0(0%)	33(28%)	0(0%)	0(0%)	119(100%)
消防が搬送	8(19%)	12(93%)	2(5%)	20(48%)	0(0%)	0(0%)	42(100%)
DCが搬送	3(5%)	11(19%)	0(0%)	30(53%)	12(21%)	1(2%)	57(100%)
警察が搬送	3(13%)	4(17%)	0(0%)	12(50%)	3(13%)	2(8%)	24(100%)
計	95	86	2	96	15	3	297

1. 対象と方法

平成11年1月1日より平成11年12月31日までの12ヵ月間に当院を受診した時間外救急受診件数556件の中から、電話相談、家族のみの来院を除き、実際に患者本人が来院した297件を当院救急患者記録簿より抽出し調査を行った。調査項目は全て救急患者記録簿により確認した。調査にあたっては匿名性等について院内倫理委員会で検討し、承認を得て行った。

当院が往診し、DCで搬送を行う場合、適応となる患者の症状は次のように規定して行った。すでに自傷他害を認めながら受診を拒否し、緊急に入院が必要である。刑罰法令には触れないため措置入院の適応がない。さらに家族による搬送が困難であるが警察による搬送を断られ、家族からDC搬送を依頼された場合である。

疾病分類はICD-10を用いた。

2. 結果

まず来院患者の受診方法を図1に示した。来院した297件中、患者自ら受診した者は55件(19%)に過ぎず、242件(81%)が受診のために何らかの搬送を必要としていた。

つぎに来院患者の治療形態を表1に示した。患者自ら受診、家族、消防、DC、警察による搬送の順に外来診療、任意入院の割合が減り、医療保護入院、措置入院が多くなっていることがわかる。DCが搬送を行った場合にも外来診療となったケースが3件あったがこれは電話では患者と直接話することが難しく、家族だけから状況を聞いたのでは判断が困難なケースの存在を示している。同様に警察官が搬送したにもかかわらず、外来診療となったケースも3件認められた。これは入院の必要性の有無を警察官が判断することの難しい症例の存在を示している。DCによる搬送に措置入院が含まれているのは警察署から当院までの搬送を県より委託されているためである。

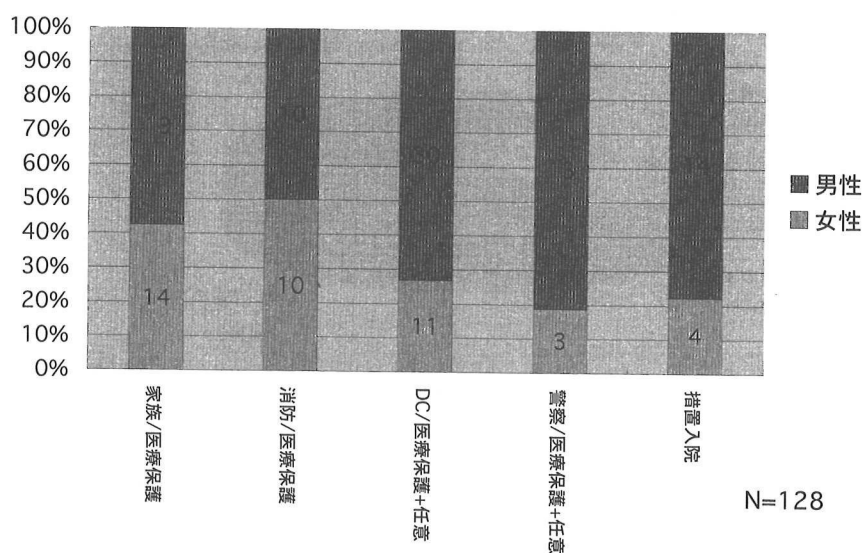


図2 性別

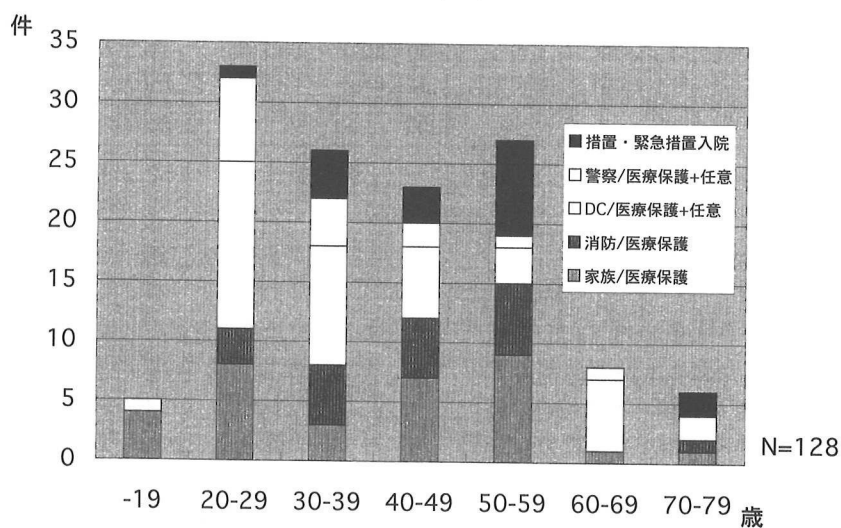


図3 年齢

入院治療が必要であったにもかかわらず、少なくとも受診までは患者が入院を拒否したため搬送を要したと考えられる、家族、消防による医療保護入院とDC、警察による医療保護入院、任意入院、および措置入院のケース128件についてさらに検討した。

まず、性別(図2)では家族、消防による搬送と比較して、DC、警察による搬送、措置入院では男性が多い傾向がみられた。

年齢(図3)をみると家族による搬送は20歳未満での割合が高いのに対して20歳以上ではかなり低くなっている。DCと警察による搬送は家族内で相対的に患者の体力が強いと思われる20歳代、30歳代での割合が高い。また60歳以上についてもDCによる搬送の割合が高い傾向にある。高齢世帯では核家族化により搬送主体となる子供世代がいらないためではないかと推察された。消防による搬送には年齢による目立った傾向はみ

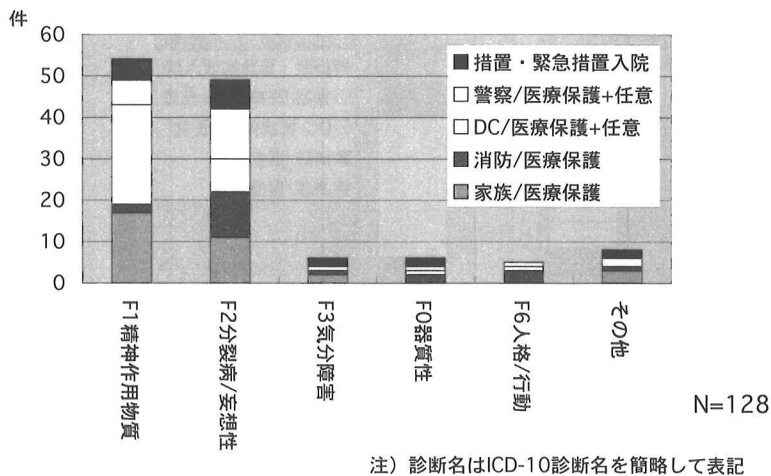


図4 診断

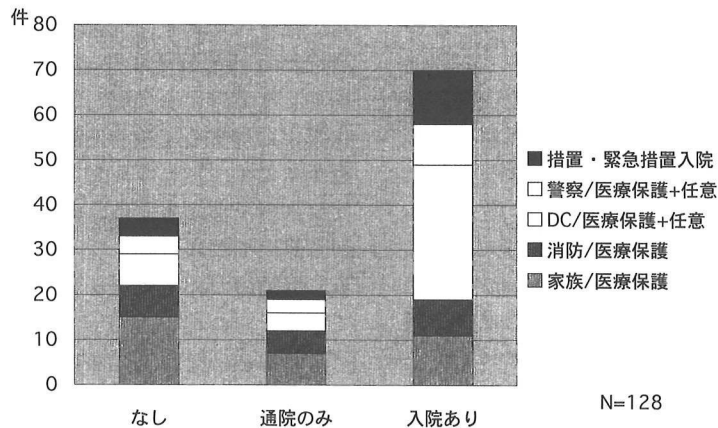


図5 精神科治療歴

られなかった。

主診断(図4)についてみるとF1精神作用物質使用による精神及び行動の障害(以下F1)が49件(45%)と最も多く、次のF2精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害(以下F2)の42件(38%)と合わせて83%を占めた。F1とF2を比較すると家族による搬送、DCによる搬送においてはF2よりもF1が多いのに対して、消防、警察による搬送ではF1よりもF2の割合が高く、異なった傾向がみられた。

精神科治療歴(図5)と現在の治療状況(図5, 6)をみると、DCによる搬送では入院歴があり、現在も治療中である患者の割合が高かつ

た。再燃した患者に速やかに入院対応できていると考えられた。

3. 考 察

1. DCによる搬送の必要性

精神科医療の脱施設化の流れを受けてコミュニティケアを原則とする今日、寛解再燃を繰り返す患者も外来対応型の治療になりつつあることは望ましいことである。これに伴って急な病状増悪時の精神科救急の必要性が高まり、現在精神科救急システム整備事業により受け皿となる施設が整備されつつある。しかしながら救急における自宅か

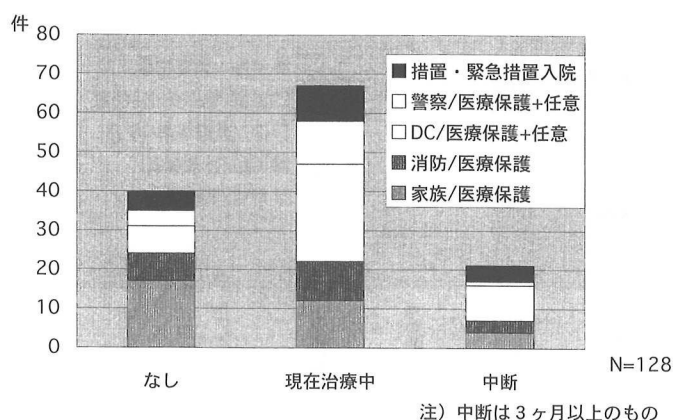


図6 現在の治療状況

ら病院までのアクセス手段は多くの地域で家族、消防、警察によって行われていることが多いのが現状である。

先に示したデータからDCによる医療保護、任意入院患者の搬送は年齢、性別上、警察官による医療保護、任意入院患者の搬送と同じような患者群を対象としていることがわかる。20歳台から40歳台の男性患者という傾向から示されるのは、家族では物理的に搬送が困難な患者ということである。ところが警察官によってこれらの本人の意志に反する入院が必要な患者の搬送がすべて行えるかというところは難しいと言わざるを得ない。

警察官職務執行法第3条1項には「精神錯乱、でい酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者」を保護しなければならないとあるが精神障害者が自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれがあるか否かの判断は警察官にとって容易ではないと思われる。市民サービスとして搬送を行ってもらえる場合もあるが、これは必ず行ってくれると言うわけでもない。

救急隊・警察官が精神科救急患者の搬送で困ることとして、①本人、家族の意見が異なり判断に困ることがある。②家庭内暴力との要請を受け出向く場合、様々なレベルがある。③通報だけで危険性が高いかどうかは不明なことが多いなどが報告されており¹⁾、搬送の可否に精神保健指定医による専門的な判断が必要となることが示される。

現に家族が警察を要請しても搬送を断られることは少なからずあり、大都会においては私的な警備会社が高額のコストで患者搬送を請け負うという由々しき事態にも発展している。これは患者の病状悪化に対する迅速な治療が困難な症例が一部存在することを示している。患者と家族が安心して社会生活を営めるよう、時に病状が悪化する患者が家庭内で問題行動を生じていても適切に搬送を行える、医療のための搬送を行うシステムが求められていると思われる。

また身体合併症例においては身体的に緊急性が高い症例があるが、精神症状のために搬送が困難なケースが報告されている²⁾。身体合併症例のためにもDCによる搬送は必須と思われる。

2. ドクターカー搬送を行うには

DCで搬送を行うにはまず、人的な資源が必要である。当院の場合DCの構成は精神保健指定医1名と看護師3名(1名は車の運転手を兼ねる)よりなるが、診療時間外にはこれに加え、DC往診中の院内当直医が必要となる。

受診を拒否している患者は搬送に抵抗することも多く、患者、医療者ともに安全を確保しながら搬送を行うにはDCを構成するスタッフにあうんの呼吸が要求される。多機関から人数だけ集めたのではチーム医療が行えず、かえって事故の危険が大きくなるとと思われる。

DC搬送の運営負荷は医療圏の地理的条件にも

大きく左右される。医療圏によっては搬送距離が著しく長くなり、DC搬送の負担が大きくなってしまう。当院の場合でも片道60 km以上の搬送となったケースが散見された。同様に大都市圏では渋滞等でやはり搬送に長時間を要してしまう可能性がある。さらに大都市圏では医療圏人口が多過ぎ、現在の救急システムのためのDCによる搬送では対応困難となることも予想される。

また急性期治療病棟を有する当院などの場合、急性期治療病棟へ入院したときには包括支払いのため往診、搬送は全く無償サービスとなっている。一般的な往診、搬送と異なり人手を多く要するにもかかわらず、経済的な裏付けがないのが現状である。

3. まとめ

国の「精神科救急医療システム整備事業」の実施要綱では搬送体制について「消防機関または精

神科救急医療施設の搬送車両等により精神科救急医療施設への搬送を行う」とある³⁾。しかしながら現状ではDC搬送を行う負担は少なくない。治療を必要としているすべての患者に家族も医療者も無理なく医療を提供できる法的体制の構築が望まれる。

文 献

- 1) 赤沼民雄：救急搬送. スタンダード精神科救急医療 (計見一雄). メヂカルフレンド社, 東京, 177-181, 1998
- 2) 瀬戸秀文, 吉住 昭, 平野 誠, 他：身体合併症を合併する精神科患者の救急医療. 医療 51-6：264-269, 1997
- 3) 澤 温：精神科救急医療へのアクセスに関するシステムの構築について. 精神科救急 2：6-9, 1999

(受理日 2000年2月9日)