

自殺企図患者等の診断治療等に係る評価について

	救命救急入院料 精神疾患診断治療初回 加算 (平成20年度新設)	救急患者精神科継続支援料 (平成28年度新設)
概要	救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者を、患者等からの情報等に基づき、精神保健指定医等が診断・治療を行った場合の評価。	精神科リエゾンチームの医師・精神保健福祉士等が医師・精神保健福祉士等が自殺企図により入院した患者に対し、一定期間継続して、生活上の課題の確認、助言及び指導を行った場合の評価。
点数	救命救急入院料 注2 3000点	入院中の患者 435点(月1回) 入院中以外の患者 135点(6か月に6回まで)
対象疾患	・自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害(アルコール依存症等をいう。)、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等(以下この節において「精神疾患」という。)を有する患者。	・自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、精神疾患の状態にあるもの。
算定要件	・患者又はその家族等に対して、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医(以下この節において「精神保健指定医」という。)又は当該保険医療機関の精神科の常勤医師が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に、救命救急入院料の算定期間中における当該精神保健指定医又は当該精神科の常勤医師の最初の診察時に算定する。この場合の精神保健指定医は当該保険医療機関を主たる勤務先とする精神保健指定医以外の者であっても算定できる。	・救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師若しくは社会福祉士が、対象患者に対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。等
施設基準	・救命救急入院料を届け出ていること。	(1) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。 (2) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤医師が1名以上配置されていること。(略) (3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。 (4) (2)及び(3)における適切な研修とは、次のものをいうこと。 ア～ウ(略) (5) 略

自殺企図者に対する介入の意義について

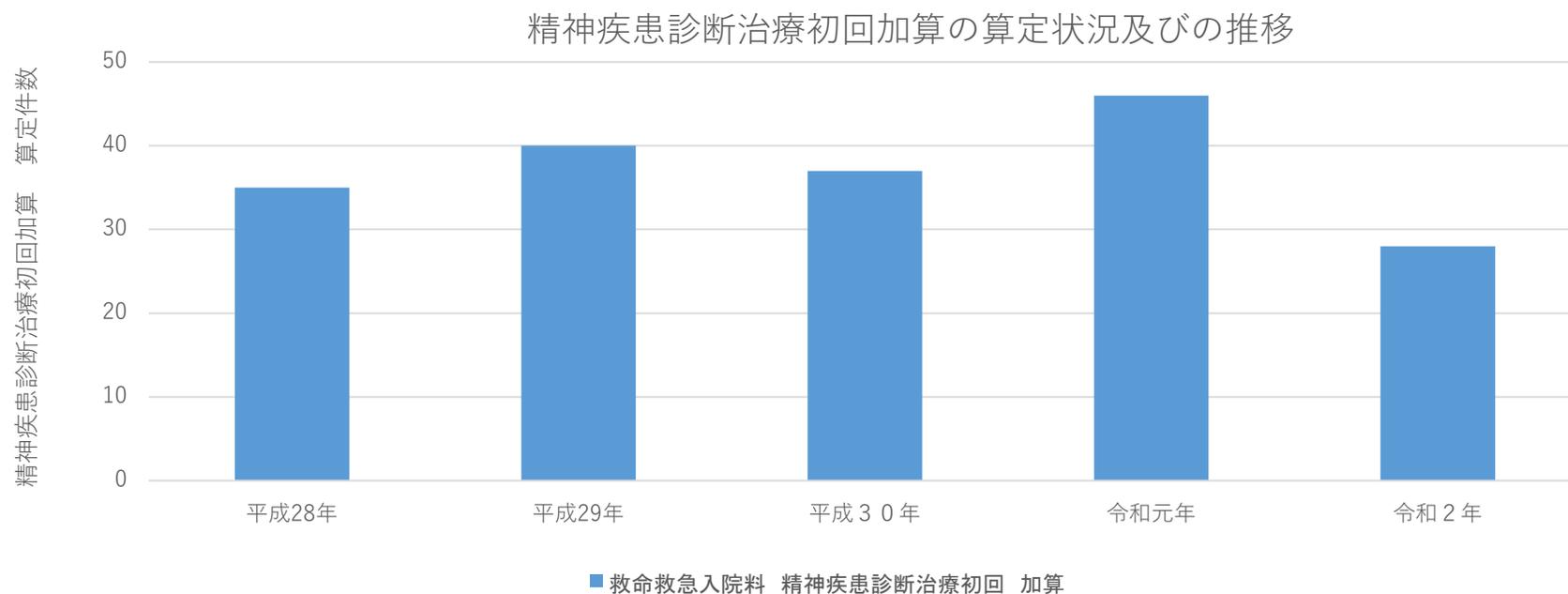
○ 自殺未遂者がその後自殺に至るケースが多いとの報告がなされている。

- ・自殺者の40%以上に自殺未遂歴あり、自殺未遂を繰り返した後に死亡した人の80%以上が、2回以上手段を変えて自殺に至った(Isomets aら, 1998)
- ・自殺者の43%が死の1年以内に自損行為で救急医療を受診し、そのうちの28%は3回以上リピート(Da Cruzら, 2011)
- ・自殺未遂者ないしは自傷患者の3-12%がその後に自殺(Owensら, 2002)

救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算の算定件数等

○ 救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算の算定件数等は以下の通り。

算定件数			平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
救命救急入院料	精神疾患診断治療初回	加算	35	40	37	46	28



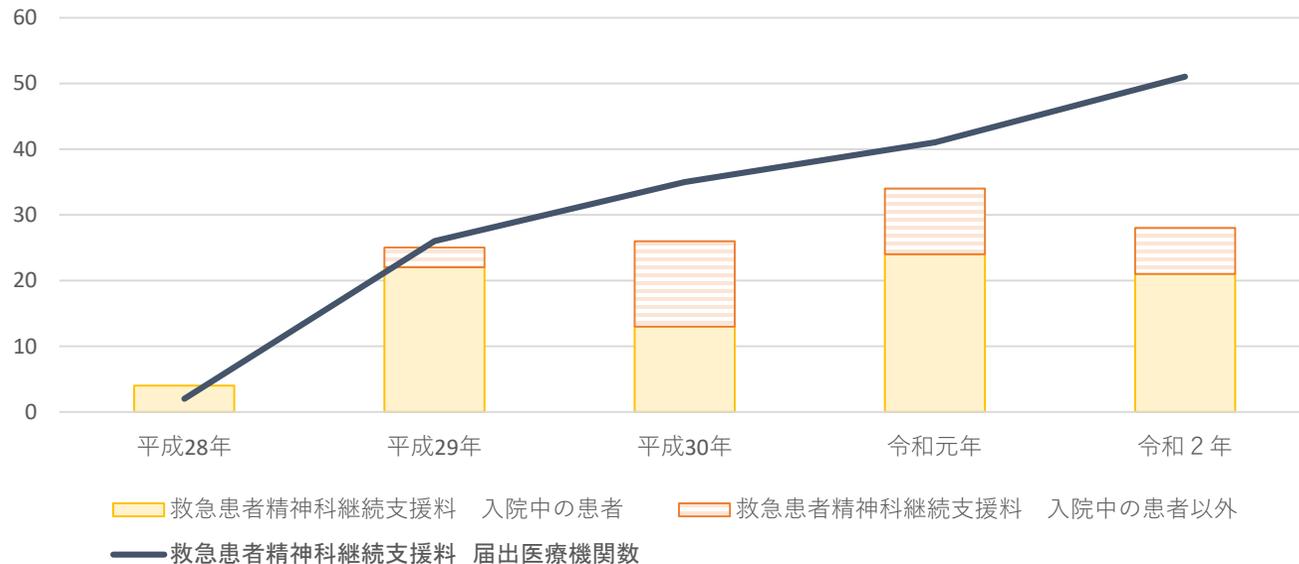
届出医療機関数	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
救急救急入院料	387	383	376	374	370

救急患者精神科継続支援料の算定状況

○ 救急患者精神科継続支援料の届出医療機関数・算定状況は以下の通り。

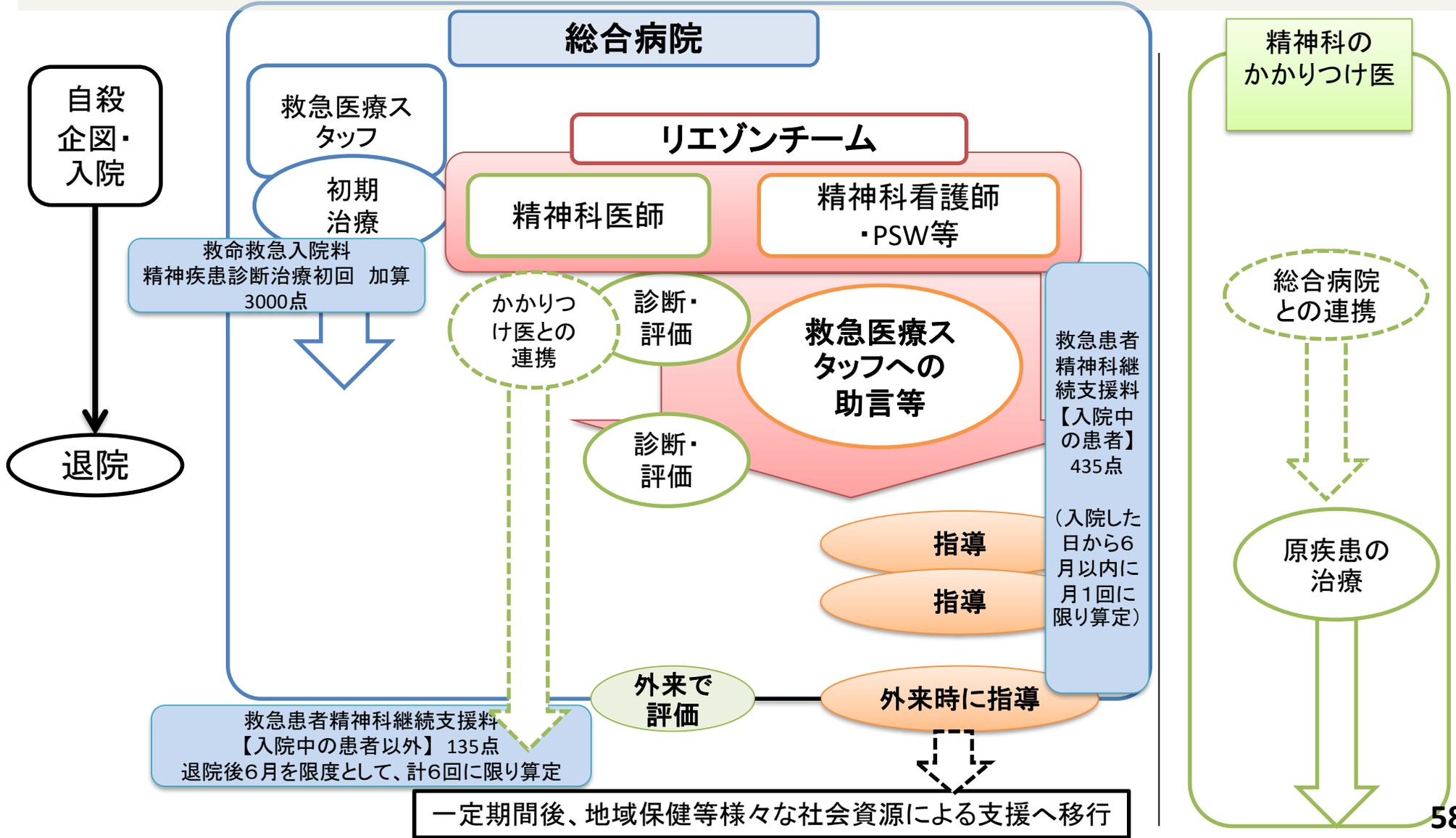
届出医療機関数	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
救急患者精神科継続支援料	2	26	35	41	51
算定件数	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年
救急患者精神科継続支援料 入院中の患者	4	22	13	24	21
救急患者精神科継続支援料 入院中の患者以外	-	3	13	10	7

救急患者精神科継続支援料と算定状況と届出医療機関数の推移



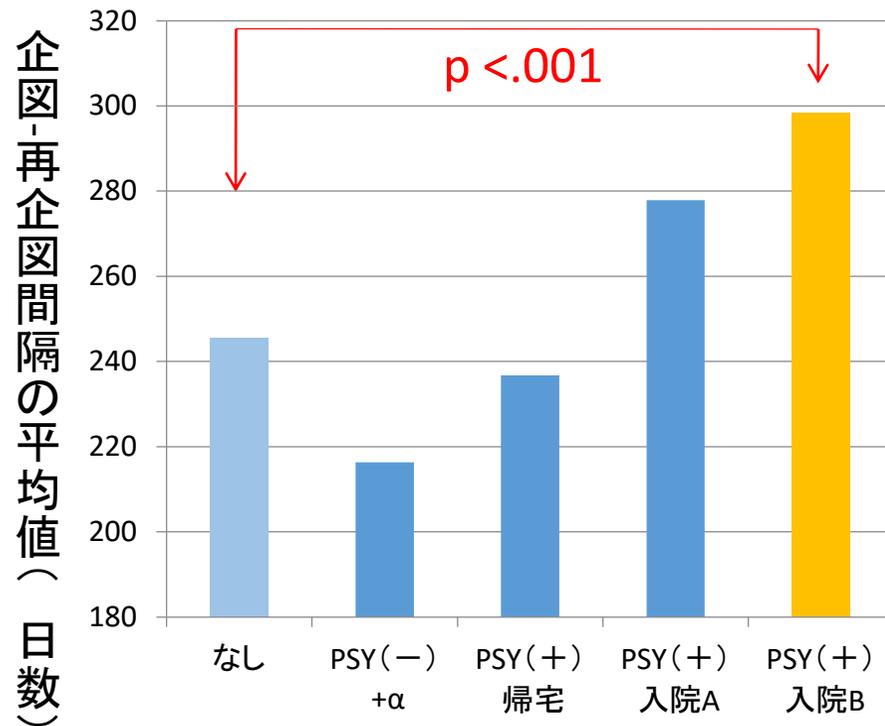
自殺企図者に対するチーム医療のイメージ

○総合病院のリエゾンチームの看護師等が、退院後も一定期間積極的な関わりを継続し、必要な指導を行うことにより、より効果的な管理が可能となる。



自殺死亡を減らすための取組について

- 自殺企図患者に対する介入により、自殺の企図・再企図の間隔は有意に増加した。
- 精神科対応のみで帰宅した場合と比較して、面接が2回実施された群で企図・再企図間隔が延長する傾向があり、さらに、面接が3回実施された群では有意な延長効果が確認された。



等分散性の検定

企図-再企図間隔

Levene 統計量	自由度1	自由度2	有意確率
0.471651	4	891	0.756584

分散分析

企図-再企図間隔

	平方和	F値	有意確率
グループ間	510450.6	2.834444	p < .05
グループ内	40114700		
合計	40625151		

一元配置分散分析

最小有意差法

対照群「精神科未介入」

救急医の指導あり

精神科対応にて帰宅

介入あり(面接2回まで)

介入あり(面接3回以上)

	平均値の差	標準誤差	有意確率
救急医の指導あり	29.2	51.5	0.57
精神科対応にて帰宅	8.77	22.1	0.69
介入あり(面接2回まで)	-32.3	18.0	0.07
介入あり(面接3回以上)	-52.9	19.8	p < .001

自殺死亡を減らすための取組について

- 自殺未遂患者への対応には手引きが定められている。
- 手引きにおいては、現場でのフローチャートが定められ、精神医学的評価と精神科関連ソーシャルワークや精神保健福祉士等の役割についても明記されており、それらを併せて行うことが想定されている。

自殺未遂患者ケアの目標

1. 身体的および精神医学的評価および治療
2. 自殺の再企図防止

- (1) 動機になりうる心理社会的な問題を抱えていたら、本人または家族や支援者をソーシャルワーカーあるいは病院事務に紹介する。
- (2) ソーシャルワーカーが不在の場合は、精神保健福祉センター、保健所、関連の相談窓口などを紹介する。

VII) 退院時までに行うこと

Line 1 救急車から救急センター事務へ連絡

Line 2 救急車と連絡

Line 3 救急外来搬入

Line 4 バイタルサイン確認・ABC

Line 5 検査

Line 6 治療・処置

Line 7 身体的評価

Line 8 精神医学的評価

Line 9 最終判断

Line 10 帰宅・ICU・精神病棟

Line 11 入院継続・後方移送



自殺未遂患者への対応

救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き

日本臨床救急医学会
平成 21 年 3 月

自殺未遂者への対応
救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き
日本臨床救急医学会(平成21年3月)

自殺対策等に係る課題と論点

【孤独孤立等に伴う精神的な疾病や早期の自殺対策について】

- ・ 精神的な課題を有する方が医療につながりにくいとの問題意識から、メンタルヘルスの問題をプライマリケアの中で取り扱う枠組みとして、WHOはintegrating mental health into primary careという概念が、英国ではBringing together physical and mental healthという概念が提唱されている。
- ・ 働き盛りのうつ自殺予防対策として「富士モデル事業」が実施されており、自殺と関係の深いうつ病の早期発見・早期治療システムの構築を行っている。
- ・ 具体的には、不眠の症状からうつ病の気づきを促す「睡眠キャンペーン」と、不眠が継続している働き盛り世代男性をかかりつけ医・産業医から必要に応じて精神科医へとつなげる「紹介システム」の2本の柱から成り立っている。
- ・ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修会」(日本医師会)等、自殺予防等に関連した各種研修が実施されている。

【救急現場における自殺対策について】

- ・ 救命救急センターに搬送された自殺企図等による重篤な患者を、患者等からの情報等に基づき、精神保健指定医等が診断・治療を行った場合の評価が平成20年度診療報酬改定において新設された。
- ・ 精神自殺企図後の患者に対する継続的な指導の評価として、救急患者精神科継続支援料が平成28年度診療報酬改定において新設された。
- ・ 自殺企図患者に対して、精神科対応が行われると、精神科対応が行われなかった群に比べて、自殺の企図・再企図の間隔は増加する傾向にあり、さらに、面接が3回実施された群で有意な効果が確認された。
- ・ 自殺未遂患者への対応には「救急外来(ER)・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」が、現場でのフローチャートとして、精神医学的評価と精神科関連ソーシャルワークや精神保健福祉士等の役割についても明記されており、それらを併せて行うことが想定されている。



- かかりつけ医等を通じ、孤独孤立に伴う精神的な疾病等に対し、普段からの関係構築や、その連携を踏まえた診療を実施することに係る評価について、自殺予防の観点も踏まえつつ、どのように考えるか。
- 救急現場における自殺企図者に対する精神科医による診断・治療介入と、その後の継続的な支援をさらに適切に実施していく観点から、その評価の在り方について、どのように考えるか。