



救急医と精神科医、双方が
強みを活かす。

清水 確かに、リエゾン治療があることで、精神疾患の

患者さんを受け入れやすくなりました。もちろん、ネットワークを利用しなくても、一旦は引き受けることができると思います。ただ、その後に精神科病院に入院継続が必要な場合、「G-Pネット」を使わせていただくこと

になりますので、使い分けができるようになりました。特に、元々全例受け入れを目標にしてきましたが、精神疾患が中心の方などは受け入れられないこともありました。リエゾン治療と「G-Pネット」のおかげで、受け入れが増えてきたように思います。僕も以前は、精神科の患者さんは別世界の印象でしたが、今では当たり前に受け入れられるようになっていきます。もちろん、精神科病院で身体疾患が悪化した場合は一般病院でも受け入れられますので、双方が強みを活かすことができれば、患者さんのメリットにもなると思います。

Q コロナ禍を挟んで、一般救急や「G-Pネット」への思いは変わりましたか？

清水 コロナの時は、一般救急が感染症で逼迫してしま

いました。ようやく通常救急ができるようになり、精神科関連の患者さんの多さを実感しています。また、コロナ禍以降で、精神科関連の患者さんが増えた印象もあります。

Q 今後の「G-Pネット」に対する期待を教えてください。

清水 現場で働く次の世代の先生方が、「G-Pネット」

を広めて欲しいと思います。それと、多くの一般病院に参加していただくのはもちろんですが、各地域でこういう取り組みが広がってほしいとも思います。専門医がいないと救急が受けられないではなく、あくまで生命にかかわる重症度がポイントで、必要時に専門医がいる、というスタンスで一旦救急の受け入れをしてほしいですね。

Q 世話人会が発足しましたが、変化がありましたか？

清水 回数がまだそれほど多くないので、今後は日常的な相談ができるくらいになりたいですね。例えば、救急搬送で付き添った時に、ケースを共有できたりすると、相互の学びになりますよね。その中で、症例を積み上げて検討会ができれば良いですね。ケースの中身を検討できるような会が定期的にできれば良いな、と思います。

高度救命救急センターの立場とネットワークの意義

宇治徳洲会病院・三木Dr

Q 三木先生は、「G-Pネット」の世話人にも名を連ねていただいています。改めて、救急病院における現状について教えてください。

三木 宇治徳洲会病院は、2024年4月に高度救命救急センターの指定を受けました。その要件の一つが、サリ

ンやヒ素といった急性薬物中毒を診ることになります。

しかし頻度としては、薬物過量服用による自殺企図後の方が大半となります。2023年度のデータでは、救急搬送件数が約9300件で、そのうち115件が急性薬物中毒でした。割合としては1・23%ですので、意外に少ない印象です。しかしその一方で、年間約2000人となる救急科の入院者のうち、急性薬物中毒の方の入院は71名で、3・6%でした。これは、薬物過量服用で救急搬送される方は意外に少ないが、救急搬送されると入院になる可能性が高くなることを示しています。その理由としては、多くの方が身体合併症を有していることが挙げられます。そのため希死念慮を訴えられると判断に困り、まずは一泊してもらうことになるのだと思います。ちなみに宇治徳洲会病院には精神科医師2名が配属されていますので、翌日精神科医師の診察で評価してもらい、必要であれば精神科病院の受診に繋げることにあります。

Q リエゾンが入ることでの変化はありましたか？

三木 リエゾンが入ること、共通言語で精神科病院とやりとりができるようになりました。自殺企図に至る経緯や生活歴などの背景をしっかりと判断して、精神科病院とやりとりしてもらっているのがとても大きいと思います。

Q そのような現状の中で「G-Pネット」の意義は何だと感じておられますか？

三木 「G-Pネット」の強みは、顔の見える関係ができることだと思います。お互いの病院の強みを知って依頼し合うことができますので、安心感が生まれますし、対応もスムーズになる印象があります。直接電話で相談することができるとありがたいです。