

熊本県精神科救急情報センター実施要項

(目的)

第1条 熊本県精神科救急情報センター（以下「情報センター」という。）は、休日・夜間において、精神疾患の急激な発症や精神症状の悪化等により、緊急な医療を必要とする精神障がい者等及びその家族等（以下「緊急受診者等」という。）からの相談を受け、必要に応じて精神科救急医療施設等と連携を取り、適切な医療の確保を図ることを目的とする。

(情報センター業務)

第2条 情報センターにおいて行う業務（以下「業務」という。）は、精神科救急に関する次の各号に掲げる電話対応とする。

- (1) 医療相談
- (2) 患者振り分け（トリアージ）
- (3) 受診先紹介

(実施方法)

第3条 業務は、精神科病院の当番体制により実施する。

(指定病院)

第4条 情報センターの当番を担当する病院は、本業務が実施可能な精神科病院の中から知事が指定する。

なお、精神科病院の指定に当たっては、公益社団法人熊本県精神科協会（以下「熊精協」という。）の推薦により行うものとする。

2 指定を受けようとする精神科病院の管理者は、知事が別に定める日までに申請書（様式1）を熊本県に提出するものとする。

(指定期間)

第5条 前条第1項により指定する期間は、1年間とする。

(実施時間)

第6条 業務を実施する時間は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 休日 午前9時から午後5時まで
- (2) 夜間 午後5時から翌日午前9時まで

2 前項において、休日とは土曜日、日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する日及び年末年始（12月29日から1月3日まで）をいい、夜間とは平日（休日以外の日）及び休日の夜間をいう。

3 平日昼間の医療相談については、各保健所、熊本県精神保健福祉センター及び熊本市こころの健康センターにおいて実施する。

(相談体制)

第7条 業務を担当する精神科病院(以下「担当病院」という。)は、当番の際には精神保健福祉士等の精神保健福祉施策に精通する1人以上の職員(以下「担当職員」という。)が対応する体制を整備するものとする。

なお、担当職員は、県及び熊本市が主催する研修を受講していることを原則とする。

- 2 担当職員は、相談内容により、精神科医療に関する高度な知識が必要と判断される場合、担当病院等の精神科医に指示を仰ぐものとする。
- 3 担当職員が電話対応を行った場合は、相談対応記録表(様式2)を作成するものとする。

(医療機関との連携)

第8条 担当病院は、緊急受診者が診察等の医療を必要とする場合、緊急受診者の既往歴、住所地又は必要とする医療の専門性により、適当と判断される医療機関等の所在地、電話番号等の情報を提供し、当該緊急受診者が適切な医療を受けられるように努めるものとする。

(行政機関との連携)

第9条 担当病院は、緊急受診者が、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定による措置入院に該当すると判断される場合には、管轄する警察署に連絡するよう相談者に伝えるものとする。

- 2 担当病院は、相談者の相談内容から救急に身体的な治療を要すると判断される場合には、管轄する救急隊(消防署)に連絡するよう相談者に伝えるものとする。

(業務実績報告書)

第10条 担当病院は、情報センターの毎月の業務実績を、相談対応記録総括表(様式3)及び精神科救急医療体制整備事業・精神科救急情報センター年報(様式4)により、相談対応記録表(様式2)と併せて翌月10日までに熊精協まで提出するものとする。

附 則

この要項は、平成24年7月9日から施行する。

附 則

この要項は、令和元年9月30日から施行する。

附 則

この要項は、令和2年3月25日から施行する。

附 則

この要項は、令和4年4月1日から施行する。

様式 1

精神科救急情報センター対応病院指定申請書

第 年 月 号
年 月 日

熊本県知事 様

所在地

病院名

病院管理者 印

熊本県精神科救急情報センター実施要項第 4 条第 2 項の規定に基づき、精神科救急情報センター業務の当番体制に参加できる病院としての指定を受けたいので、別紙のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、指定後は、上記要項に規定する精神科救急情報センター業務を適正に行います。

添付書類

- 1 指定を受ける病院の概要（別紙 1）
- 2 その他参考となる資料

別紙1

指定を受ける病院の概要

(年 月 日現在)

病 院 名					
病 院 管 理 者 名					
所 在 地					
勤 務 医 師 数		精神科医		その他の 医 師	合計
		指定医	その他		
	常勤				
	非常勤				
休日及び平日夜間に 情報センター業務に 従事する医師及びス タッフについて	1 医師 人 (うち指定医 人) (1)当直 (2)オンコールの別				
	業務に従 事するス タッフ	職種	役職	氏名	研修受講の有無
					有・無
					有・無
				有・無	

様式2

相談対応記録表 (精神科救急情報センター)

病院名 () 整理番号 ()

受理日時	年 月 日 曜日	対応時間	時 分 ~ 時 分 (所要 分)
依頼者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄:)	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他	
備考 (連絡先等)			

対象者	氏名	男 女	歳	M T S H	年 月 日
	住所	連絡先 <input type="checkbox"/> 通知 () <input type="checkbox"/> 非通知 (電話番号)			
	所在地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 ()	<input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 ()		

相談内容	精神科 確認	治療歴	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
		かかりつけ医 病名・既往症 直近の治療期間	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日
	その他 事項	治療歴	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
		かかりつけ医 病名・既往症 直近の治療期間	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院 年 月 日 ~ 年 月 日
(主訴)			

対 応 結 果	<input type="checkbox"/> 傾聴・助言 <input type="checkbox"/> かかりつ医への相談を助言 <input type="checkbox"/> 平日昼間の精神科医療機関への相談、受診を助言
	<input type="checkbox"/> 行政・相談機関を紹介 (機関名:)
	<input type="checkbox"/> 即時の医療機関紹介 (医療機関名:)
	<input type="checkbox"/> 一般科病院 <input type="checkbox"/> 精神科 (<input type="checkbox"/> 一次救急 <input type="checkbox"/> 二次救急 <input type="checkbox"/> 三次救急)
	<input type="checkbox"/> 警察、救急隊での対応を指示 <input type="checkbox"/> オンコール医師と協議
<input type="checkbox"/> センターでの継続した相談及び対応ができないことを説明	
<input type="checkbox"/> その他対応(参考となる事項)、対応する上で問題になったことなど	

トリアージ基準

【主訴が身体症状の場合】

意識 ある 低下
呼吸 ある ない
呼名反応 ある ない 不明
外傷 重症 軽症 不明
出血 ある なし
透析、酸素療法など維持管理が必要

重症で緊急性が高い

119番(救急隊)を指示

自殺企図の痕跡
(縊首、リストカット、多量服薬など)

重症度合に左右される

119番(救急隊)を指示
かかりつけ医への受診・相談
一般科救急病院(合併症治療優先)

食事摂取量の減少
不定愁訴
(苛々、めまい、頭痛、胸部痛、嘔気など)
その他身体不調の訴え

軽度な症状、切迫性
はない

かかりつけ医への受診・相談
一般科救急病院
昼間の一般科、精神科医療機関への受診

【主訴が精神症状の場合】

自傷他害のある精神運動興奮状態
違法薬物使用、犯罪行為
アルコール酩酊状態
(離脱期せん妄状態は除く)

警察へ通報が必要な
状況

110番(警察対応)を指示

幻覚妄想、滅裂言動、異常体験
錯乱、興奮、不隠
粗暴行為、器物破損
希死念慮、自殺企図
意識障害、もうろう、せん妄
躁状態(高揚気分、易刺激性)
重度のうつ状態
昏迷(無言無動)、拒絶
不安、パニック発作
記憶障害、見当識障害、徘徊
睡眠障害

精神症状の悪化が中
心

一次救急(かかりつけ医)
二次救急(輪番病院)
精神科救急治療病棟病院(スーパ-救急)
弓削病院、菊陽病院、向陽台病院、益城病院
三次救急
 国立菊池病院
 県立こころの医療センター
 熊本大学医学部附属病院

身体及び精神症状を
有する

119番(救急隊)を指示
一般科救急病院(合併症治療優先)
かかりつけ医
熊本医療センター、熊大病院など

【主訴が相談が中心の場合】

軽度の不安、焦燥、不眠の訴えなど、話相手になってほしい
家族、仕事上のトラブル、悩み等の相談
精神科医療に関する相談、疑問
入院中の処遇改善等の相談
頻回なセンターへの電話相談

緊急性はない

助言指導
相談・行政機関
かかりつけ医への相談
平日昼間の精神科医療機関への相談、受診
センターでの継続した相談及び対応はできない

様式 3

相談対応記録総括表

年 月 日

熊本県精神科協会長 様

所在地

病院名

院長名

年 月 日 ~ 日分の相談状況等について、下記のとおり報告します。

1 相談状況

番号	日付	依頼者の概要			相談 受付 時間	相談内容及び対応状況
		性別	年齢	依頼者区分		
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	
		男・女			:	

詳細は、別添相談対応記録表のとおり。

病院名：

月	相談受付件数	医療機関への紹介件数	医療機関へ紹介した件数のうち1か所の医療機関への連絡で応需された件数
4月			
5月			
6月			
7月			
8月			
9月			
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月			
合計	0	0	0

- * 夜間（17:00～9:00）および休日の日中（9:00～17:00）に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。
- * 同一事例につき複数回の相談があった場合は、その都度1回と数えて下さい。
- * 相談受付件数：精神科救急情報センターでの相談受付件数を月毎に集計して下さい。
- * 医療機関への紹介件数：精神科救急情報センターで受け付けた相談のうち、医療機関への紹介件数を月毎に集計して下さい。
- * 最終行には合計が自動計算されます。