

精神科救急医療 ガイドライン

2022年版

監修 一般社団法人 日本精神科救急学会
The Japanese Association for Emergency Psychiatry

編集 杉山直也 藤田 潔
Naoya SUGIYAMA Kiyoshi FUJITA

 一般社団法人
日本精神科救急学会
THE JAPANESE ASSOCIATION FOR EMERGENCY PSYCHIATRY



精神科救急医療 ガイドライン

2022年版

監修 一般社団法人 日本精神科救急学会
The Japanese Association for Emergency Psychiatry

編集 杉山直也 藤田 潔
Naoya SUGIYAMA Kiyoshi FUJITA

 一般社団法人
日本精神科救急学会
THE JAPANESE ASSOCIATION FOR EMERGENCY PSYCHIATRY



『精神科救急医療ガイドライン2022年版』の 発行にあたって

日本精神科救急学会からガイドラインの初版が発行されたのは2003年のことである。当時は、さしたる道標の無いままに急性期の重症精神病患者の診療に従事せねばならない時代であり、混沌とした精神医学の理論体系に何とも言えぬ不安を覚え、それでも持てる知識をフル動員して取り組んだ。そのようななかで発行されたのが2003年版である。当時その内容に驚き、羅針盤を得たと感じた。本2022年改訂版でも踏襲されている、必須(minimum)：語尾が「こと」「ねばならない」、最適(optimum)：語尾が「望ましい」、その中間(optional)：「べきである」のスタイルも、初版で確立されたものである。

その後2007年に、物質関連障害や依存症治療に熱心な会員グループが、「規制薬物関連精神障害」の別冊を完成させた。それまでわが国ではこの領域に忌避的な精神科医療施設も多いなか、実用書を世に送り出したことの意義は大きい。今でこそ、多様な精神疾患への対応はメインストリームとなりつつあるが、学会として時代の要請にいち早く応えたものと自負する。この『精神科救急医療ガイドライン 規制薬物関連精神障害』は2011年に改訂され、2015年に追補版の『危険ドラッグ対応ハンドブック』を刊行、今回の2022年版でついに本体に合流することとなった(第7章物質関連障害)。

ガイドライン本体の第2版改訂は初版刊行後6年目の2009年に行われた。総論と薬物治療の項目は日々の進化・発展が目まぐるしく、最新知識へのアップデートの必要性に迫られたと同時に、あらゆる意味でハイリスクな頻繁遭遇場面である興奮・攻撃性への対応、自殺未遂者対応といった、破壊的行動異常への対応の標準化が新たに試みられた。ここで登場したコンテンツは、現在多方面で活用されている。

直近の2015年版では、それまで編集も製本もほぼ手作業で行っていた

出版作業を、初めて出版社に発注する形で制作した。これにより臨床場面で手に取って参照していただけるA5版のハンディサイズが可能となった。また同時に、会員用無料配布版(非売品)とは別に販売用を用意し、書店でも購入可能となった。項目としては受診前相談が新設されている。こうした変更により、2015年版ガイドラインは一般に目にする機会が増え、ほかの医学的書物への引用も増加した。

2020年には、相模原障害者施設殺傷事件(2016年)後に行われたさまざまな議論を経て、『措置入院に係る診療ガイドライン』を発行した。措置入院制度については、国から運用に関するガイドラインと、退院後支援に関するガイドラインが発出されており、これら公的な手続きの隙間を埋める形で、診療部分の推奨事項をまとめたものである。わずか1年前の発行であることから、今回の2022年版改訂での合流は見送りとした。

そして今回、皆様に2022年版をお届けする準備が整った。ガイドラインは5年ごとの更新を目指しているが、折からのコロナ禍等により延期となったことをお詫びしたい。2022年版の特徴としては、まず章立ての整理と新章の追加を行った(第5章：行動制限最小化(第3章より分離独立)、第7章：物質関連障害(別冊より合流)、第8章：救急医療連携(新設))。また、2009年版から一部採用されたコンセプトとして、厚生労働科学研究成果の推奨コンテンツへの反映があり、改定の度にその様式が増大しているが、今回の2022年版では第3章をのぞくほぼ全範囲に及んでいる。このため、学会ホームページからの無料PDFダウンロードも継続していく予定だが、ぜひとも製本版の手触りをもってご活用いただきたい。

業界の関連動向として、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が主要な国策となり、精神科救急医療は重要な基盤として位置づけられている。2020年度には「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」が開催され、当学会も構成員として議論に参加した。これら検討機会の成果も今回のガイドラインに収載されている。

さてここで、あらためて学会誌の第1号に掲載された、計見一雄初代理事長による「日本精神科救急学会設立趣意書」を参照してみよう。ここには学会理念ともいふべき「精神科救急医療の二本柱」が提示されている。

- 精神科急性期治療の技術革新を通じて、精神疾患による長期収容の必然性を減少させる任務
- 社会で生活しながら病気と闘っている人たちへの生活支援の一環とし

て、危機介入その他の精神科救急医療サービスを提供する任務

ガイドラインの初版よりさらに遡ること5年の1998年以降、私たち学会員はこの2本柱を一貫した軸として活動に取り組み、今なお変更や軌道修正の余地はない。現在の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を考えたとき、われわれはこの現代コンセプトにもうすでに4半世紀近くも従事してきたことに気づくのである。今ここにアップデートされた「2022年版ガイドライン」を活用し、古くて新しい日本の精神医療の課題に、関係者の皆様がさらにスキルアップして取り組んでいただけるよう祈念しつつ本書をお届けし、発行のあいさつとさせていただきます。

2022年3月吉日
日本精神科救急学会理事長
杉山 直也

目次

『精神科救急医療ガイドライン2022年版』の発行にあたって

1章 総論

はじめに 2

I 定義等 4

1. 用語の整理 4
2. 分類 4

II 対象 7

1. 対象の定性評価 8
2. 対象の定量評価 11

III 精神科救急医療体制 12

1. 精神科救急医療体制の全体像 12
2. 精神科救急医療体制整備事業 13

IV 精神科救急医療施設(入院応需体制) 30

1. 施設および設備 30
2. スタッフ配置 33
3. 診療録 35
4. 患者の人権への配慮 36
5. 医療安全とリスク管理 37

V 医療判断	38
VI 医療契約	40
1. 精神科急性期における意思決定	41
2. 意思決定の種類	42
3. 法的手続きとの関連	43
4. 告知義務	43
VII 急性期治療の戦略とケア・プロセス	44
1. 急性期治療の基本戦略	44
2. 急性期治療の構造～3つの段階	46
3. 治療に用いるパスについて	48

2章 受診前相談

はじめに 56

I 受診前相談概論	57
1. 受診前相談とは	57
2. 受診前相談の目的	58
II 受診前相談における対応の基本	62
1. トリアージ(triage)	62
2. 精神科救急事例への対応	71
3. 非精神科救急事例への対応	72

3章 興奮・攻撃性への対応

はじめに 84

I 興奮・攻撃性の定義 85

II 興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方 86

1. トラウマインフォームドケア 86
2. 精神科医療サービスの質向上と共同意思決定 87

III 興奮・攻撃性の予防 88

1. 環境・体制の整備 88
2. 攻撃性・暴力の予測 91
3. スタッフの研修・トレーニング 94

IV 攻撃性・暴力への介入 94

1. 心理的介入 94
2. 薬物療法 97
3. 身体的介入 99

V 暴力インシデント発生後の対応 101

1. 感染防止 101
2. インシデントの報告および情報共有 101
3. 事故後のサポート 102
4. インシデントのレビュー 105
5. 加害者への対応 106

4章 薬物療法

緒言および作成手順 112

I 焦燥・興奮に対する薬物療法 114

1. 何を原則とすべきか？ 114
2. どの投与経路を選択するか？ 115
3. どのように静穏化するか？ 117
4. どのように鎮静するか？ 122
5. アカシジアが疑われる焦燥にどのように対応するか？ 124
6. 非経口投与後にどのように観察するか？ 126
7. どのように静脈血栓塞栓症を予防するか？ 127

II 昏迷、拒絶(拒食・拒薬)、摂食量の不足 128

III 精神病性障害急性期の薬物療法 131

1. 抗精神病薬を精神病性障害急性期に使う意義はあるか？ 131
2. 抗精神病薬の選択の指標は何か？ 131
3. 抗精神病薬の効果を見極める時期はいつか？ 134
4. 最初の抗精神病薬が無効な場合、
別の抗精神病薬に切り替えるべきか？ 135
5. 2剤目の抗精神病薬も無効な場合、どうすべきか？ 135
6. 早期反応不良例における抗精神病薬の上限量超えの投与 137
7. 抗精神病薬持続性注射製剤をだれにいつ開始するか？ 137
8. 抗精神病薬以外の併用薬は何かよいか？ 139
9. 何を副作用モニターすべきか？ 140

5章 行動制限最小化

はじめに 148

I 定義 149

II 基本的な考え方 152

III 行動制限最小化の方法 153

IV 隔離・身体拘束の法的根拠と医学的根拠 156

V 隔離 158

VI 身体拘束 160

VII 観察と記録 162

6章 自殺未遂者対応

はじめに 168

[基本編]

I 自殺予防と自殺未遂者対応 171

1. 本章の対応(自殺関連行動の定義) 171
2. 自殺の危険因子 171
3. 自殺未遂者への対応で留意しておくべきこと 171
4. 自殺の1～3次予防 172

II 自殺未遂者ケアの体制	173
1. 自殺未遂者ケアの全体像	173
2. 精神科救急医療に求められるタスク	175
3. 基本姿勢	175

[実践編]

III 自殺予防と自殺未遂者対応	178
3つの基本軸とその他の重要事項に関する実践項目	178

IV 自殺未遂者ケアの実践項目	179
1. 自殺関連行動の把握とトリアージ	179
2. アセスメント	185
3. アクション	196
4. その他の重要事項	211

7章 物質関連障害

I 精神科救急医療における物質関連障害への介入：総論	222
1. 物質使用障害に介入することの意義と必要性	222
2. 精神科救急医療で何をなすべきか	223
3. 患者が専門的治療を拒む場合にはどうしたらよいか	223
II 精神科救急医療で求められる物質使用障害の評価と治療	224
1. 患者本人に対する医療	224
2. 家族に対する介入・支援	226
3. 地域の関係機関との調整	227

IV 医療者が患者の薬物使用を知った際の司法的対応 227

1. 臨床場面で患者の違法薬物使用が判明した際の対応 228
2. 患者の違法薬物使用に関して警察通報を検討すべき状況 229
3. 麻薬及び向精神薬取締法における麻薬中毒者届出について 229

8章 救急医療連携

はじめに 234

1. 病院前救護との連携 235
2. 身体合併症診療連携 243
3. 連携体制構築 244

索引 256

執筆者一覧 261

1

総論

1

総論

はじめに

Emergencyといわれる状況の存在は、精神科領域であっても例外ではない。機を逃せば遅きに失するような緊急度の高い状況にあつては、医療介入が「望ましい」よりも「必須」なものとなり、地域には即応性を発揮できる一定の診療水準の救急医療提供体制が必要である。一般に救急医療はその特性上、集中的な医療を行う急性期に特化し、重症病態を多く扱うことから、技術の高さや体制の充実度・完成度が試され、この点で最先端領域といえることができる。

一方で、医療とは人々の暮らしに役立つための、医学を基礎としたサービスであるという側面がある。救急医療の考え方のなかにも、緊急事態にいたらないための予防方策や、危機を乗り越えたあとの維持の在り方は重要である。そうしたサービス領域とのリンクという点で、救急医療とはより包括的な概念であると捉える見方がある。

このような急性期特化と地域ケア推進という2本柱は、日本精神科救急学会(以下、当学会)にとって1997(平成9)年の発足以来一貫した理念であり、当時の設立趣意書にも初代計見一雄理事長によりすでに明示されていた(表1)¹⁾。精神科救急の意義はこの2点に集約される。

表1 精神科救急医療の2本柱¹⁾

-
1. 精神科急性期治療の技術革新を通じて、精神疾患による長期収容の必然性を減少させる任務
 2. 社会で生活しながら病氣と闘っている人たちへの生活支援の一環として、危機介入その他の精神科救急医療サービスを提供する任務
-

1. 脱施設化（Deinstitutionalization）

精神科救急の第一義的な存在意義は、脱施設化に伴うニーズへの対応体制である。欧米では、精神障害者の収容施設は時代とともに解体・縮小され、ケアの主体は地域ベースへ移行した。このような医療の在り方の変化は、自ずと救急医療のニーズを生み出す。わが国の脱施設化は緩徐であり、国は主要政策として「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を打ち出し、地域ケア体制への移行推進を精神科医療における中心的な課題に位置づけた。そのなかで精神科救急医療体制は必須の基盤となる。

2. 危機介入（Crisis Intervention）

もう1つの意義は、時代とともに社会の構造や人々の意識が変化したことによる、危機状況への緊急的な介入ニーズの増加である。近年では都市部に限らないが、多種多様な背景をもつ人々の存在、伝統的な地縁・血縁の希薄による地域サポート機能の不足、薬物使用の問題等が精神科救急のニーズを増加へと押し上げる。また、ストレス社会と言われるように、国民のメンタルヘルスへの関心の高まりが、精神的不調への即時介入の必要性を加速させているとも考えられる。

予防医学の視点は、どのような医学領域においても重視され、疾病の早期発見・早期介入は精神疾患も例外ではない。しかし、普及啓発がまだ課題とされる精神科疾患では、早期の時点で当事者である患者や家族がどのように対処すべきかについて躊躇する例も多い。そのため、精神科救急医療体制のような時間を問わず即時介入できる仕組みが地域に存在することは、予防医学的な観点からも意義深いかもしれない。その一方で救急医療のコンビニ化など、利便性に基づく新たな混乱が社会問題化している。精神科救急医療体制には、高い対応力を有しつつ、緊急度の高いケースを高精度で選別し、正しく誘導するトリアージの方策などを含めた完成度の高い体制が求められる。

本ガイドラインは、これらの意義や任務を実際の医療場面に反映させ、実効的に遂行されることを目的に作成され、改版を続けている。

I 定義等

推奨

精神科救急に従事する医療者は、関係事項の定義や用語について、共通の認識と理解に基づき協働することが望ましい。

解説

1. 用語の整理

当学会による関連用語の定義を以下に示す。

- 精神科救急事態
精神疾患によって自他への不利益が差し迫っている危機の状況。
- 精神科救急ケース・精神科救急事例
精神科救急事態にある当事者、あるいはそのエピソード。
- 精神科救急対応・精神科救急サービス
精神科救急事態に対する介入活動。
- 精神科救急医療・精神科救急医療サービス
精神科救急サービスのうちの医療的な対応。
- 精神科救急患者
精神科救急医療の対象となった当事者。
- 精神科救急ニーズ
精神科救急対応の必要が見込まれる精神科救急事態やケース・事例(エピソード)。
- 精神科救急医療ニーズ
精神科救急ニーズのうち医療的な対応(精神科救急医療等)が見込まれるもの。
- 精神科救急
以上のすべてを包括する総称で、どれに重点を置くかは文脈による。

2. 分類

従来、精神科救急ケースは、「受診前」に誰が救急状態と認識したか、「受診時」の受療意志がどれほど自発的であったか、「受診後」の結果どのような治療形態となったか、といった観点から分類が試みられた。表2にそれ

表2 精神科救急の分類

それぞれの分類は明確に対比しているものではない。おおよその目安として扱い、用語を使用する場合は留意が必要。

一般医療における 分類	受診前	受診時	受診後
	認識主体による分類	受療意志による分類	治療形態による分類
初期	個人内救急	ソフト救急(自発的)	外来
2次	家庭内救急	⇕	任意・医療保護
3次	社会的救急	ハード救急(非自発的)	措置・緊急措置・応急

らの分類を整理した。このような分類は、それぞれが明確に対比しているものではなく、おおよその目安に過ぎず、用語を使用する場合には注意が必要となる。また、分類は必ずしも重症度を反映せず、あくまでも便宜的な分類に過ぎない点にも留意すべきである。

一般的な身体の救急医療では、初期・2次・3次の分類について、法令に定めがある(昭和52年7月6日医発第692号、各都道府県知事あて厚生労働省医政局長通知)。このうち「初期救急」とは、入院の必要がなく帰宅可能な軽症患者に対して行う救急医療で、在宅当番医制(郡市医師会)や休日夜間急患センター(地方自治体)での対応がこれにあたる。「2次救急」は入院治療を必要とする重症の救急患者を受け入れるもので、救急指定病院(昭和39年2月20日厚生省令第8号)による病院群輪番型や共同利用型による対応がこれに相当し、2次医療圏単位で整備される。「3次救急」は、初期や2次では対応できない重症および複数の診療科領域にわたるすべての重篤な救急患者に対する救急医療で、救命救急センターや高度救命救急センターでの対応が該当する。

精神科救急における基本的な法令は精神科救急医療体制整備事業実施要項(平成20年5月26日障発第0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)であり、これに初期・2次・3次という区別はなく、記載されているのは、外来対応施設、病院群輪番型、常時対応型の3類型である。しかしながら、精神科救急においても初期～3次の概念を用いて便宜上区別する考え方は非公式ながら比較的広く用いられている。

1) 受診前：認識主体による分類²⁾

(1) 個人内救急

影響は個人の内面にあり、当事者本人が自分は精神科救急事態にあると認識する場合。

(2) 家庭内救急

影響が家庭内に及び、同居家族等が精神科救急事態を認識する場合。

(3) 社会的救急

社会的影響を生じ、通行人などの第三者が精神科救急事態と認識する場合。

2) 受診時：受療意思による分類³⁾

(1) ソフト(柔らかい)救急：自発的な受診

(2) (1)と(3)の間にさまざまな「堅さ」の救急ケースが連続的に位置づけられる。

(3) ハード(堅い)救急：受診を拒絶する場合

3) 受診後：治療形態による分類

(1) 初期(相当)入院が不要な比較的軽症への対応：外来対応

(2) 2次(相当)入院が必要な症例への対応：任意入院・医療保護入院

(3) 3次(相当)初期や2次では対応できない重症例への対応：措置・緊急措置・応急入院

4) ミクロ救急とマクロ救急⁴⁾ (表3、図1⁵⁾)

いずれも公式の用語ではないが、しばしば用いられる分類である。1)～3)に示したような重症度や緊急性によるものではなく、当事者と医療提供者の治療関係性による分類、対応する枠組みの違いであり、公的補助が連動する。

ミクロ救急とは、平時の通常診療の延長として行われる時間外の救急対応等を指す。かかりつけ医療機関が当該対象患者との診療契約の下、診療責任において行っている場合はこれにあたる(自院責任制)。これに対し、マクロ救急とは自治体が運営する整備事業等、地域社会の公的な仕組みとして発動される救急医療介入を指す。かかりつけ医療機関が救急医療体制整備事業の当番日に自院のかかりつけ患者を診療する場合は、マクロ救急に該当とすることが一般的である。

表3 精神科救急医療体制とその整備事業

マクロ救急	連絡調整会議	受診前相談	医療相談窓口 情報センター	精神科救急 医療体制 整備事業
		入院外対応	外来対応施設	
		入院対応	病院群輪番型 常時対応型 合併症対応型	
マイクロ救急		通常診療		
		医療外支援		

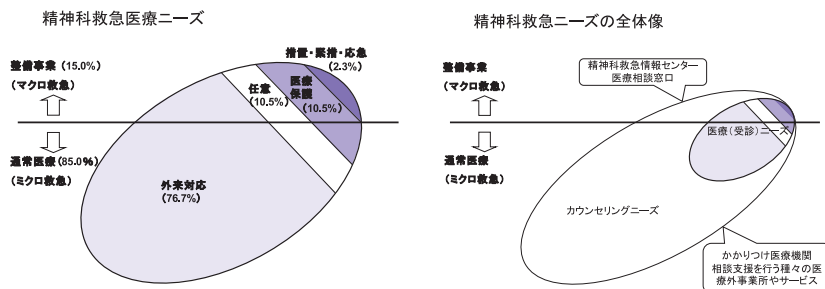


図1 精神科救急医療ニーズと精神科救急ニーズの全体像(文献5)を参考に当学会で改変、Ⅱ. 2. 対象の定量評価の項を参照。)

Ⅱ 対象

推奨

精神科救急に従事する医療者は、そのサービス対象について、一定の医学的根拠に基づき、かつ制度における位置づけのなかで、客観的に把握すべきである。

解説

精神科救急対応や同医療対応、精神科救急サービスや同医療サービスの対象とは、それらの介入を必要とする精神科救急事態(精神疾患によって自他への不利益が差し迫っている危機の状況)、あるいは同事態に陥っている精神科救急ケース・精神科救急事例精神科救急患者などの精神科救急(医療)ニーズ、さらにはそれに該当するかどうかを検討すべき状況・ケース・エピソードなどである。対象の客観的把握手法の開発はこれまで厚生労働科学研究などで試みられてきた。

1. 対象の定性評価

1)精神科救急医療ニーズのカテゴリー分類

障害者政策総合研究事業(精神障害分野)「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究(H29-精神-一般-002)」⁶⁾により、全国の時間外の精神科受診ニーズを調査・解析したところ、主要状態像を含め16の代表ニーズに集約されることが示された(表4)。

表4 精神科救急医療ニーズのカテゴリー(状態像等による分類、その他をのぞく頻度順)⁶⁾

1. 幻覚・妄想状態
 2. 抑うつ状態
 3. 精神運動興奮状態
 4. 不安・焦燥
 5. 躁状態
 6. 行動異常(食行動、強迫症状、状態像を特定できない攻撃性・破壊行為、自殺・自傷)
 7. 意識障害(せん妄、急性中毒、その他)
 8. 認知症状態(周辺症状(BPSD)をのぞく)
 9. 身体合併症
 10. 酩酊状態(単純酩酊、複雑酩酊、連続飲酒、シンナー・大麻・医薬品などによる)
 11. 不眠
 12. 残遺状態
 13. 解離状態
 14. 昏迷・亜昏迷状態
 15. 副作用
 16. その他
-

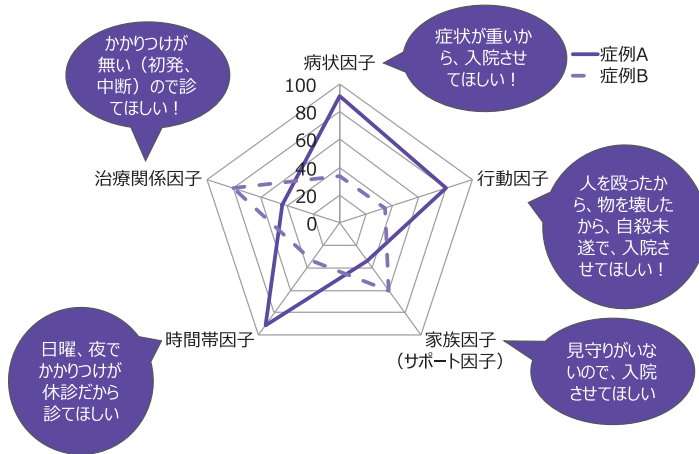


図2 「緊急性に関する諸因子」による理解(文献7)を参考に当学会で作図)

2) 「緊急性に関する諸因子」による理解

当事者定性評価に関して、当学会として以前より緊急性に関する諸因子を軸とする考え方を示している。平田⁷⁾は、救急ケースとして認識されるかどうかを決定する因子として、病状因子、行動因子、サポート因子(家族因子)、時間帯因子、治療関係因子をあげた。精神科救急の範囲は、これらの因子の重なり合いによって決定される多元的なものと説明している(図2)。

(1) 病状因子

精神症状の重症度を示す因子。表面上に現れる症状群の観察に基づいて、評価尺度などによって定量される点数等評価に限らず、病態水準等を加味して判断されることが通例である。このため厳密に定量評価することはむずかしい。定量を求める場合には、疾患を問わず使用できる機能の全体的評定(Global Assessment of Functioning : GAF)や簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS)などで代用できるかもしれない。

(2) 行動因子

行動病理の重症度を示す因子。

- ・ 自傷行為

軽度の自傷から致命的な自殺企図まで、連続的でさまざまな重症度があり、さまざまな身体損傷を伴う。身体損傷の程度はある程度重症度を反映するが必ずしも一致はしない。死を予測し、致命的な手段を用いていれば深刻である。同時並行的に自殺念慮の評価を要する。

- ①なし
- ②致命的でない手段による場合
- ③致命的な手段を用いた場合

・他害行為

程度の評価は、手段や対象の違いで以下のように分類される⁸⁾。

- ①なし
- ②威嚇や暴言など、言語によるもの
- ③対物への攻撃性
- ④対人への攻撃性

・自立不全

生活を成立させるための身辺行動の履行困難であり、(1)病状因子や重症度に連動するが、慢性的な障害では(3)サポート因子(次項)などが変化したときにも生じうる。程度の評価は明確でないが不全領域によって以下のように分けることも考慮される。

- ①保清、衛生管理
- ②摂食
- ③排泄

(3)サポート因子

当事者を中心とした、おもに医療外の平時の対応体制に係る総合的なサポート力を示す因子。多種多様な状況がありうることから、一概に客観評価できない。さらに以下のような要因によって決定される。

- ①居住形態(自宅、集合住宅、入所施設、住所不定など)
- ②同居者(家人、単身、入所の場合の施設職員の在・不在など)
- ③支援者(直接訪問支援可能な家族・知人・専門職、訪問支援中の専門職、直接訪問することはできないがなんらかの支援が可能な家族・知人・専門職・団体、通所先、相談先の有無など)
- ④支援体制(指定通院医療中の支援計画、措置入院後の退院支援計画、比較的最近立案された支援計画やクライシスプランの有無など)
- ⑤サポート能力(地域における資源の豊富さや同居者や支援者の力量など)

(4) 時間帯因子

受診の時間帯に係る因子。夜間・休日は活用できる資源に限られる。以下のような区別がある。

- ①平日日中
- ②休日日中
- ③夜間

(5) 治療関係因子

医療機関における診療状況に係る因子。医療機関による把握があれば、介入が円滑になりやすく、情報も豊富で的確な介入が可能で有利となる。ただし、医療機関の責任の考え方によってはトリアージェラーが生じることがある。以下のような類型が考えられる。

- ①救急医療機関と治療関係にある
- ②救急医療機関以外の医療機関と治療関係にある(夜間休日や遠方)
- ③通院先はないが、救急医療機関への受診歴がある(既往・中断)
- ④通院先はないが、以前にいずれかの医療機関に受診歴がある(既往・中断)
- ⑤これまでどこにも受診した経緯がない(初発・初回治療)
- ⑥情報なし

2. 対象の定量評価

精神科救急ニーズの定量評価について、既述の研究事業(H29-精神-一般-002)⁶⁾にて、整備事業の実績を過去12年間にわたり解析した結果、人口万対時間外入院件数は全国でほぼ均一で、その2004～2015年の全国中央値は1.01～1.74と、わずかに微増傾向にあったことを示した(図3)。

整備事業外のニーズに関する資料はほとんどない。比較的都市部に近いある特定地域を一定期間調査した結果では図1(左)のような分布が示された⁵⁾。同様のニーズであっても置かれた状況やセッティングによって対応に差が生じる。3次と言われる措置入院・緊急措置入院・応急入院(2.3%)の水準をこえるものについてはすべて整備事業による行政医療対応が相応としてカットオフが描かれる(図1左)。さらに受診にいたる前には、それをはるかにこえる件数のあらゆる病態、さまざまな重症度の医療外ニーズの存在が考えられるが、医療ニーズと同様、ある水準以上を整備事業メニューによる電話対応などの受診前相談(情報センターや医療相談窓口な

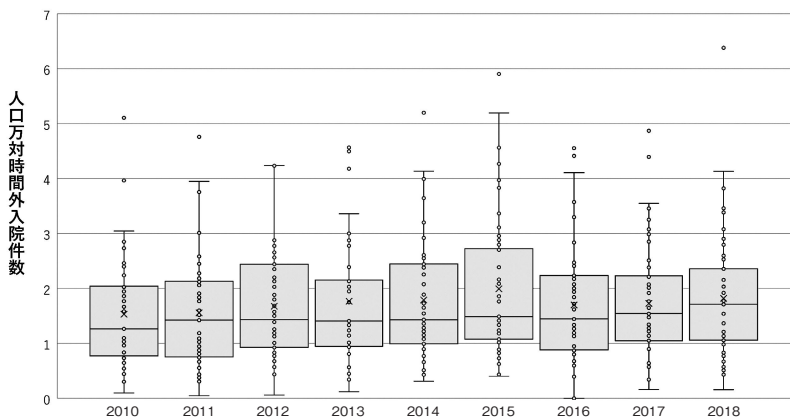


図3 人口万対時間外入院件数の年次推移

本文中の研究をもとに厚生労働省精神障害・保健課が作図。第2回「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」資料1より。「精神科救急医療体制整備事業における人口万対時間外入院件数の中央値は、1.26(2010年度)から1.71(2018年度)と推移している。」と説明されている⁹⁾。

ど)が担う図1(右)のようなイメージが理解しやすい。

III 精神科救急医療体制

推奨

精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令市などの自治体、および精神科救急に従事する医療者は、精神科救急医療の全体像と、当該整備事業について十分に理解するべきである。

解説

1. 精神科救急医療体制の全体像

2020(令和2)年に厚生労働省が開催した「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」は、主要政策である「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に係る検討会からの要請を受けた分科会で

※ 精神科救急医療体制連絡調整委員会および精神科救急医療圏域ごとの検討部会で協議し、地域の実情に合わせて体制を構築する必要がある

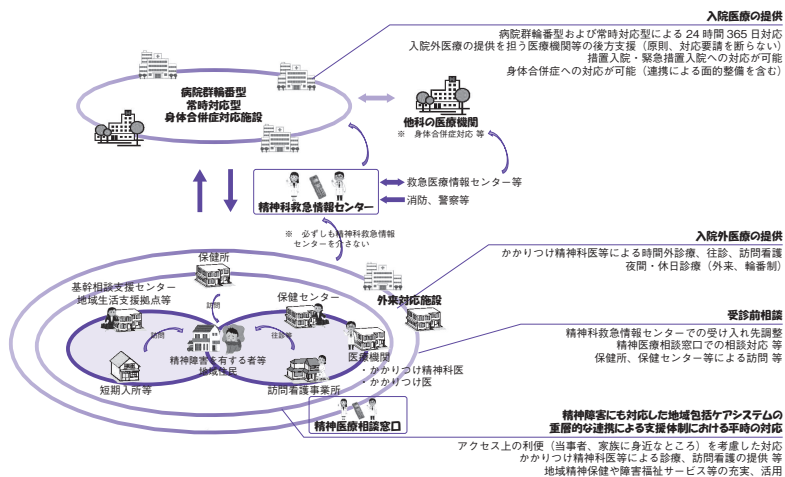


図4 精神科救急医療体制のイメージ¹⁰⁾（「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」概要資料より）

あり、そのなかで精神科救急医療体制は、図4のように整理された。必ずしも整備事業（自治体が行う行政医療）によらず、また必ずしも医療対応によらず、ワンストップサービスも念頭に、あくまで地域包括ケアシステムにおける重層的な支援体制を構築していくなかでニーズを受け止め、個別の必要に応じて相談～受診～入院までのうち相応のケアサービスにつないでいく全体イメージとなっている。

2. 精神科救急医療体制整備事業

「精神科救急医療体制整備事業」とは、公費が投入され、都道府県によって行われる補助事業であり、実施要綱などにに基づき整備される公的な地域体制を指す。これに対し、単に「精神科救急医療体制」と言えば、通常診療で日常的に発生している緊急度の高いケースへの診療対応や障害福祉サービスによる支援、さらには家人・知人による縁者や地域社会の助け合いまでを含めた医療外の対応も該当し、その全体像は裾野が広い（表3）。

整理すると、平時には一般的な生活基盤のなかで対応がなされることを基本としつつ、緊急時には行政システムを発動させるイメージとなり、こ

のことが「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」で確認された。整備事業の実施要項ではその事業目的が「緊急な医療を必要とするすべての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受け入れられるように」各体制を確保すると記されており、精神科救急医療体制とは、その整備事業を最後の砦とした、空白の許されないセーフティネットでなければならない。

1)精神科救急医療体制整備事業の成り立ち

精神科救急医療体制整備事業は、1995年に国と自治体が事業費を折半する公共事業として開始された。本事業について、国は実施要項を定めて標準化を図っているが、各地の医療体制は不均一であり、課題として認識される。

2013年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)の一部改正に向け、2012年に厚生労働省において「精神科救急医療に関する検討会」が開催された。

これを受け2013年の精神保健福祉法改正では、第19条の11として精神科救急医療体制の整備が都道府県の努力義務として明記された。

2014年の法改正では、第41条第1項の規定に基づき、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が定められ、このなかで精神科救急医療体制の整備(1二十四時間三百六十五日対応できる医療体制の確保、2身体疾患を合併する精神障害者の受入体制の確保、3評価指標の導入)が明記された。

2016年度の障害者総合福祉推進事業(厚生労働科学研究補助金)「精神科救急体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究」において、「精神科救急医療体制を整備するための手引き」「評価と整備のための基準」が発表された¹¹⁾。

2)精神科救急医療体制整備事業の構築に係る推奨事項

「精神科救急医療体制を整備するための手引き」¹¹⁾では、当該整備事業に関して10項目にわたる領域ごとに推奨事項が示されている。本ガイドラインではこれをもとに、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」での議論をふまえて推奨内容をアップデートして記述する。

なお、本項目では、自治体によるピアレビューのため、コード番号を付記する。

(1)実施要綱

推奨

精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令指定都市などの自治体は、国の精神科救急医療体制整備事業実施要項などの関係法令に整合するよう、自治体独自の事業の「実施要綱」を整備するべきである。(CODE 1)

解説

精神科救急医療体制整備事業は、都道府県や政令指定都市などの自治体が主体となって実施され、事業費の50%が国庫から補助される。各自治体での事業の展開においては、地域の実情を反映できるよう、自治体独自の「実施要項」を整備すべきであり、その内容は、国が定める「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」やその他の法令内容に整合すべきである。なお、政令指定都市の場合で、所属する都道府県と事業協調を行っている場合には、実施要綱を共有できる。

(2)基本的な考え方について

推奨

各自治体が定める「事業要綱」には、以下の基本的な考え方を明記することが望ましい。(CODE 2)

- ①精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令指定都市などの自治体は、行政責任において、精神科救急医療体制の整備に努めなければならない。(CODE 2-1)
- ②精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、空白地帯の許されないセーフティネットとして地域全体を公平にカバーし、ほかのケアシステムやサービス、さらには医療外資源とも連動し、統合され、一貫性があり、あらゆる危機状況に敏感な、地域精神保健の原理原則を実現するサービスやリソースでなければならない。(CODE 2-2)
- ③整備への努力の一環として、社会の偏見や不理解を克服することを目指さねばならない。(CODE 2-3)

解説

- ①精神科救急医療体制の整備については、自治体の取り組みとして、法第19条に「体制の整備を図るよう努めるものとする。」と表現されておりこれに努めなければならない。
- ②精神科医療とは、その全体像が多様な個別ニーズに応えることを前提とした多様な地域サービスの集合体であり、そのために精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築するという考えが基本となる。したがって、精神科救急医療の最も基本的な理念の1つは、利用者や当事者の地域生活を前提に、精神科救急医療体制を精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのなかで万一危機状況に陥った場合に即応できる専門対応リソース(医療資源)として明確に位置づけることである。また、救急医療の本質として、空白地帯の許されないセーフティネットとしての役割が求められる。地域精神保健における原理原則は、アクセス性、包括性、公平性、医療サービスとしての一貫性、ほかのサービスとの連動性、あらゆる領域との統合性、あらゆる危機状況への敏感性などによって特徴づけられる。したがって、精神科救急医療体制とは単に即応型の危機介入機能のみではなく、地域精神保健の原理原則を実現するサービスやリソースでなければならない。
- ③利用者が権利や尊厳を回復していくためには、社会の偏見や不理解を克服することが重要な基本的課題となる。精神科救急医療体制においても整備への努力の一環として、これを目指さねばならない。

(3)体制

推奨

- ①精神科救急医療体制は、精神科救急医療は精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのなかの一資源であるという基本理念に基づき、機能的に標準化されるべきである。(CODE 3-1)
- ②精神科救急体制の機能的標準化は、地域精神保健の原理原則に基づくべきである。(CODE 3-2)

解説

①機能的標準化

法第19条に「地域の実情に応じた体制の整備」と表現されるように、

機能性を確保するために地域の多様性を前提とした整備上の工夫が求められる。整備事業の実施要綱には、医療機関の類型などが示されているが、たとえば入院医療の確保において、拠点を置くのか、病院群とするのか、あるいは緊急度によって対応医療機関を分けるのか、などの構造的違いが現存し、これを統一化することは現実的ではないことから機能的標準化を目指すべきである。

②地域精神保健の原理原則

共通の目的をもった事業として、一定の機能を保証するためには、標準化が必要である。その際確保すべきは、以下の地域精神保健の原理原則である。

- アクセス性

すべてのニーズについて圏域ごと、緊急度ごとに対応できる体制を有し、許容時間内にアクセス可能であること。(CODE 3-2-1)

- 地域包括性

地域の包括的な体制における一資源であることを地域医療計画や自治体の実施要綱などで明確化すること。(CODE 3-2-2)

- 公平性

多様なユーザーに対し、信条や背景の違いによって差を生じないよう自治体の実施要綱などで規定されること。(CODE 3-2-3)

- 一貫性

生活に係るすべての領域について、統合的であるよう、周知徹底される仕組みが自治体の実施要項などで確認できること。(CODE 3-2-4)

- 敏感性

他機関同士の連携などにより、あらゆる危機状況に察知できる体制であることが、自治体の実施要項などで確認できること。(CODE 3-2-5)

- ケアの継続性

一般医療、専門医療(依存症や児童等)、通院医療との連続性が確保できる仕組みであることが地域医療計画や自治体の実施要項等で確認できること。(CODE 3-2-6)

(4)圏域

推奨

①精神科救急医療圏の設定は、必要な数の拠点やリソースが整備される

よう、また一部の専門サービスなどでは圏域をこえた広域対応とするなど、柔軟な運用も可能にして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として整合性が取れるような整備を行わねばならない。(CODE 4-1)

- ②2次医療圏をもとに、隣接する2～3圏域を1単位とするなど、体制として機能性が確保できる圏域設定が望ましい。(CODE 4-2)

解説

国の実施要綱では精神科救急医療体制連絡調整委員会(項目6)において「都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するとともに、圏域毎において確保した精神科救急医療体制を総合的に評価すること」とあり、「精神科救急医療圏域」の概念が明記されている。各自治体においては、地域医療計画や自治体ごとの実施要綱のなかで、精神医療圏域や障害保健福祉圏域や老人福祉圏域などほかの領域における圏域の設定や、実際の資源の立地条件も勘案しながら、精神科救急医療の圏域を設定する必要がある。

例として、2次医療圏をもとに、隣接する2～3圏域を1単位とするおおよその圏域設定が望ましいが、それぞれの圏域における医療機関の偏在などを勘案のうえ、必要な数の拠点やリソースが整備されるよう、また一部の専門サービスを広域対応とするなど、圏域をこえた柔軟な運用も可能にして機能的なバランスを確保し、都道府県全体として機能性が確保され整合性が取れるような整備を行う必要がある。

(5)運用時間帯

推奨

精神科救急医療体制の運用時間帯は、時間的空白が生じないように整備すべきである。(CODE 5)

解説

本来、行政医療は運用時間について各文書の統一を図ることが必要であるが、精神科救急の運用時間帯について、現行法令などでは、
法第19条：「夜間又は休日」

法第41条指針：「二十四時間三百六十五日」

実施要綱：「24時間365日」

としており、一貫していない。

(6)精神科救急医療体制連絡調整委員会

推奨

- ①精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令指定都市などの自治体は、都道府県の全域として精神科救急医療体制連絡調整委員会を年1回以上開催するべきである。(CODE 6-1)
- ②圏域ごとの検討部会を適宜開催すべきである。(CODE 6-2)
- ③整備事業における各施設は、精神科救急医療体制連絡調整委員会において十分に検討し、関係機関と連携・調整したうえで指定すべきである。(CODE 6-3)
- ④連絡調整委員会の参加者および議題は標準化されるべきである。(CODE 6-4)

解説

連絡調整委員会は、都道府県ごとの全域レベルで関係者が体制やルール、実態の認識共有を行い、合議によって問題を解決するための場として事業の運営に欠かせない。都道府県の全域として年1回以上、圏域ごとの検討部会を適宜開催すべきである。

国の実施要綱によれば、連絡調整委員会とは、医療計画などに基づき、精神科救急医療圏域を設定し、圏域ごとの精神科救急医療体制について合併症対応を含め事業の評価・検証を行い、圏域ごとの実態に応じた体制機能の整備を図るとともに、関係者間の相互理解を深めることとされ、圏域ごとの取り組みが強調されている。

都道府県による整備事業における各施設の指定については、地域の実情に応じて、当該医療施設で求められる対応を、質の観点からも十分に検討し、精神科救急医療体制連絡調整委員会において、精神科病院協会などの関係団体や公的な精神科医療機関などの関係機関と連携・調整したうえで、地域で求められる役割・機能を果たすことに適当な医療施設に対し指定すべきである。

特に、身体合併症患者に関しては、圏域ごとの検討部会を開催し、地域資源を把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用

ルールなどの策定や地域の課題抽出を行うとともに、研修事業を実施して関係機関(警察、消防、一般救急など)の実務者などに対する運用上のルールの周知徹底、個別事例の検討やグループワークなどを通じた関係者間の相互理解を深めるなど、圏域ごとの機能的な体制整備について連絡調整委員会が役割を担うことの重要性が強調されている。

連絡調整委員会において、どのようなメンバーがどのような議題を取り扱うのかについて、2016(平成28)年の国の実施要綱の改訂において一定の明確な例示がなされた。本ガイドラインとして推奨する参加者、議題を表5、6に示す。

表5 連絡調整委員

出席すべき参加者	実施主体(都道府県または政令指定都市) 確保事業担当者(常時対応型・病院群輪番型の医療機関、病院協会等) 消防機関あるいはメディカルコントロール関係者 警察 診療所代表者(精神科診療所協会、医師会など) 受診前相談担当者 合併症医療担当医療機関の代表者
出席を考慮する参加者	当事者 市町村 福祉担当者 学識者等

表6 議題

審議すべき議題	事業実績 整備事業における各施設の指定に関する事項 身体科との連携に関する事項 自治体の実施要綱に関する事項 厚生労働省からの伝達事項 移送に関する事項 警察および消防との連携に関する事項 体制における課題となる事項
審議が望ましい議題	関連情報(措置入院制度の運用や災害医療体制、感染対策など)

(7) 平時の対応と医療外支援(新項目)

推奨

精神科救急医療体制においては、当事者の危機状況に対し、必ずしも整備事業としての医療対応によらず、平時の対応を強化し、医療外支援をも

積極的に活用すべきである。(CODE 7)

解説

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、精神科救急医療体制の考え方には、救急事態にいたらないような予防体制が含まれるものとして整理された。この予防体制について、同報告書では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける重層的な連携による支援体制における平時の対応」が中心的な役割となるとされている。

報告書において、「このような平時の対応では、精神障害を有する方等及び地域住民が、まずは重層的な支援体制の下で、日常的に関わりのあるかかりつけ精神科医・かかりつけ医や訪問看護、保健所、市町村保健センター、福祉事務所、基幹相談支援センターの関係者等に相談できる体制を、平時より構築しておくことが重要」とされ、精神科救急ニーズに対しても、医療対応や整備事業による介入の前に、まずは住み慣れた地域で支援を受けられるよう、平時からの対応の充実が必要で、その例として保健所や市町村保健センターからの訪問や精神科医療機関と保健所などの協力体制があげられている。訪問などについては、「危機等においては、状況に応じて行政が、地域の精神科診療所等の精神科医等の協力を得て、自宅などへの訪問支援を行う専門職等から構成されるチームを編成し、自宅などへの訪問支援を行う体制を想定しておくことも考えられる。」との付記があり、今後こうしたアウトリーチ型の危機介入サービスの重要性が注目される。

(8)受診前相談(第2章も参照のこと)

推奨

- ①受診前相談においては、夜間・休日の法第23条通報処理について手順を明確にすべきである。(CODE 8-1)
- ②受診前相談機能は、救急医療の原則により地域内完結とし、利用者が利用しやすいような配慮によって、医療圏ごとの具体的対応が可能な実効的なサービスとして整備すべきである。(CODE 8-2-1)
広域調整については圏域同士の話し合いとし、あらかじめ連絡調整会議で取り決めること。(CODE 8-2-2)
- ③受診前相談機能は原則医療機関(輪番病院ないし常時対応型病院)への設置が望ましい。(CODE 8-3-1)
精神保健センターや独立した事業所に設置する場合は、これら医療機

関との確実な連携体制を整えるべきである。(CODE 8-3-2)

- ④職種は精神保健福祉士、看護師、心理士などの専門職であることが望ましい。(CODE 8-4)
- ⑤技能・知識要件を明確化し、事前研修を行うべきである。(CODE 8-5)
- ⑥医師の応援体制を整えるべきである。(CODE 8-6) (医療機関設置であれば問わない)
- ⑦受診前相談のアクセス先について原則広報などで周知することが望ましい。(CODE 8-7)

解説

「受診前相談」は救急医療の入り口となるきわめて重要なトリアージシステムで、対象は軽微な日常的な相談から人命にかかわる深刻な危機状況までを含み、なおかつ膨大なニーズが潜在するため、この部分に注力して体制を機能的に整えておくことは限りある医療資源を有効に活用し、全体のシステムを機能的に保つことに直結している。

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」における大きな成果の1つは、この情報系サービスが整理されたことであった。この受診前相談機能として、精神科救急医療体制整備事業には、精神科救急情報センターと精神医療相談窓口の2種のメニューがあり、実施要綱上前者は多機関調整、後者は当事者対応といった機能的棲み分けが設定されている。しかしながら、この分別はユーザー視点からすれば決して理解しやすいものではなく、実際に混乱が観察されていた。ワーキンググループでは、精神科救急サービスの入り口となる受診前相談とは、必ずしも整備事業によらず、ワンストップサービスも念頭に、あくまで地域包括ケアシステムにおける重層的な支援体制を構築していくなかでニーズを受け止め、個別の必要に応じて相談～受診～入院までのうち相応のケアサービスにつないでいくという精神科救急医療体制の全体イメージが共有された。

整備事業における受診前相談では、その後の医療介入の可能性があることから、トリアージの効率性・正確性としては、持ち込まれたニーズの内容や緊急性を効率かつ正確に判断・受理できる医療的知識や判断力が求められ、特に法第23条など通報案件への円滑な手続きは定式の手順として整備される必要がある。また軽微な案件を傾聴・共感などのスキルによって鎮め、それ以上重症化させないためのスキルなども必要であり(表7)、一定の技術研修やマニュアル整備、医師によるバックアップシステムなど

が有用となる。また、利便性については、当該地域の社会リソースについての知識が豊富で、固有名詞を含め具体的な助言ができることが有用で、本来は精神科救急医療圏内にアクセスし、圏域内で完結することが理想的である。

表7 受診前相談に求められる技能と知識

技能	傾聴 助言 自殺・破壊行動リスクへの電話対応 医療機関など地域内資源の案内 受診要否判断 受診勧告 多機関調整 合法的な移送に関する調整 通報対応
知識	地域資源に関する具体的情報 関連法令や制度に関する知識

(9)搬送体制

推奨

- ①精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令指定都市などの自治体は、法内の移送について、それぞれの法令に基づき各地での運用ルールを設定すべきである。(CODE 9-1)
- ②いずれの経路、手段においても、当事者移送では人権に配慮した適切な搬送が実施されなければならない。(CODE 9-2)

解説

精神保健福祉法における医療アクセス、来院手段には以下の経路が知られるが、特に「移送」では実用面における課題が大きい。それぞれ法に基づき各地での運用ルールを設定すべきである。

- ①法第29条の2の2
- ②法第34条
- ③法第47条による受診の勧奨

いずれの経路、手段においても、当事者の人権に配慮した適切な搬送が実施されなければならないことは言うまでもない。精神保健福祉法以外の搬送などにおいても同様である。

(10)精神科救急医療の確保

推奨

- ①入院外医療を提供する医療機関は、下記のような役割を担うこと。
(CODE 9-1)
 - ・かかりつけ患者の時間外診療に対応できること
 - ・相談者のニーズに応じて往診や訪問看護が可能であること
 - ・診療を行ったうえで、入院の要否に関する判断を行うこと
 - ・必要に応じて高次の医療機関を紹介すること
 - ・ほかの類型と併せた体制により、当番日や時間帯に空白がないようにすること
- ②入院医療を提供する医療機関は下記の機能を有すること。(CODE 9-2)
 - ・平時の対応体制、受診前相談を担う機関や入院外医療の提供を担う医療機関の後方支援を行い、原則、対応要請を断らないこと
 - ・措置入院、緊急措置入院への対応が可能であること
 - ・医療機関間の連携による対応や受診前相談による調整を含め、身体合併症への対応が可能であること
 - ・病院群輪番型施設は、当番日に医師・看護師を配置し、入院医療までを想定した診療応需の体制を整備しなければならない
 - ・常時対応型施設は、24時間365日常時、入院が必要な患者の受け入れを含む診療応需の体制を整えていること
 - ・常時対応施設は、原則として診療報酬上の精神科救急入院料または精神科救急・合併症入院料の算定を行っていること(精神科救急医療体制整備事業実施要項)
 - ・常時対応施設は地域の中核的なセンター機能として、精神科医療におけるあらゆる診療体制を整えた多機能・高規格医療施設であることが望ましい

解説

精神科救急医療の確保、すなわち受け入れ医療機関の体制整備は、本事業における根幹部分である。サービスの欠落がないよう網羅的に整備するには、一般的な救急医療の概念に従い、重症度ごとの受け入れについて段階的に確保されるような仕組みを概念的に構築することが有用で、利用者や一般社会への説得力を有し、透明性の確保にもつながる。その一方で、

現実的には重症度によらず対応し、ワンストップできる体制は利用者負担を大きく軽減できるほか、限られた医療資源の効率的活用にも通じる。「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、

- ・ 平時の対応と医療外支援(7)
- ・ 受診前相談(8)
- ・ 入院外医療(10)①
- ・ 入院医療(10)②

の順で整理され、受診前相談以下についてはそれぞれに対応する整備事業メニューが示されている。医療の確保を行う医療資源に推奨される構造と機能を以下に示す。

①入院外医療対応

精神科救急の対象の特性上、「平時の対応と医療外支援」による精神科救急事態に陥らない予防的対策がなされたとしても、時間外などに緊急的な医療的対応が必要になる事態の発生は十分想定される。このような場合にまず必要となるのは入院外医療である。「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」報告書では、入院外医療を提供する医療機関は、下記のような役割を担うことが考えられるとされた。

- ・ かかりつけ精神科医等が時間外診療に対応できること
- ・ 相談者のニーズに応じて往診や訪問看護が可能であること
- ・ 診療を行ったうえで、入院の要否に関する判断を行うこと

一方整備事業においてこの役割を担うのは外来対応施設、およびワンストップサービスとしての病院群輪番型施設および常時対応型施設である。「精神科救急医療体制を整備するための手引き」では、整備事業における外来対応施設について以下の推奨を設定した。

- ・ 必要に応じて高次の医療機関を紹介すべきである
- ・ ほかの類型と併せた体制により、当番日や時間帯に空白がないようにすべきである

②入院医療対応

入院医療の提供体制の整備に関して、「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」にて整理された求められる機能とは、

- ・ 平時の対応体制、受診前相談を担う機関や入院外医療の提供を担う医療機関の後方支援を行い、原則、対応要請を断らないこと
- ・ 措置入院、緊急措置入院への対応が可能であること
- ・ 身体合併症への対応が可能であること

であり、※印として、「これらの機能は地域の実情に応じて、地域の基幹的な医療機関が一元的に果たす場合や、医療機関間の連携による面的

な整備により果たす場合を想定。」と解説され、多様性を許容している。

そのため整備事業では、具体的な入院医療の提供を担う医療機関として、病院群輪番型施設、常時対応型施設、身体合併症対応施設の3つの補助メニューを設定している。

入院医療体制のより具体的な要請は「空床確保」の取り決めであり、精神科救急医療体制連絡調整委員会での協議にて構築した体制により、すべての圏域をカバーし、当番日や時間帯に空白がないよう、またあらゆる重症度(措置応急・要入院・要受診・電話対応の4カテゴリー)に応じた合理的な対応体制として整備されなければならない。

- ・病院群輪番型施設

病院群輪番型施設は、各精神科救急圏域で、複数病院の輪番制により医師・看護師を常時配置し受入れ態勢を整備した病院や1時間以内に医師・看護職員の出動対応が可能な病院で、入院医療までを想定した診療応需の体制を整えていなければならない。

- ・常時対応型施設

地域の中核的なセンター機能を果たすとともに、24時間365日常時、入院が必要な患者の受け入れを含む診療応需の体制を整えていることが求められている病院であり、原則として診療報酬上の精神科救急入院料または精神科救急・合併症入院料の算定を行っていることとされる。

都道府県による常時対応型施設の指定については、地域の実情に応じて、当該医療施設で求められる対応を、質の観点からも十分に検討し、精神科救急医療体制連絡調整委員会において、精神科病院協会などの関係団体や公的な精神科医療機関などの関係機関と連携・調整したうえで、地域で求められる役割・機能を果たすことに適当な医療施設に対し指定すべきである。

こうして指定された常時対応型施設は、地域の中核的なセンター機能として、一定の要件が求められるかもしれない(表8)。

- ・身体合併症対応施設

次項参照

表8 常時対応施設に求められる機能の例

-
- ・ 24時間365日の救急受け入れ
 - 一定条件以上のマクロ救急実績
 - 断らないこと
 - ・ ワンストップ機能(受診前相談機能、外来対応機能の併設)
 - ・ 救急医療確保事業における中核的役割
 - 輪番制の設定がない圏域での救急医療確保事業
 - 輪番制の設定下でのバックアップ機能
 - 輪番制の設定下での全例の初期対応機能
 - ・ 一定水準の診療機能
 - ・ ケースマネジメント機能
 - ・ 社会貢献機能
-

(11) 身体合併症連携体制(第8章も参照のこと)

推奨

- ① 全域対応身体合併症医療体制(並列モデル)：都道府県内の全域で精神と身体の両面に対応できる精神科が併設された一般医療機関(身体合併症対応施設)を1ヵ所以上整備し、連携のための運用ルールを明確化するべきである。(CODE 10-1)
- ② 圏域対応身体合併症医療体制(縦列モデル)：圏域ごとに、精神科と一般科の病院群で構成される連携型の総合診療対応体制を整備し、その運用ルールを明確化するべきである。(CODE 10-2)
- ③ 連絡調整会議において身体合併症連携体制の運用実績について確認を行うほか、圏域ごとの検討部会にて連携実態の検証を行うこと。(CODE 10-3)
- ④ 自治体や医療機関、関連団体などが行う研修等に積極的に参加するなど、相互理解と連携の充実に努めることが望ましい。(CODE 10-4)

解説

精神疾患と身体疾患の重複は複雑病態であり、身体合併症対応は従来深刻な課題である。十分に対応するためには双方の専門知識が必要になるほか、治療協力性における困難などによる実際の対応場面での労力の必要性などを含め、対応の難易度は明らかに高い。対応可能医療機関が稀有であり、総合病院精神科が万能というわけでもない。このため、病院前救護領域でも搬送困難をきたしやすいたことが判明している。2012(平成24)年に発表された「精神科救急医療体制整備事業に関する指針」では、2つの連

携モデル(表9)が提唱され、これを参考にそれぞれの地域の実情に応じた連携体制の確保が推奨された。法第41条に定められた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」においても、同様の主旨で連携体制の確保が記載されている。

表9 連携モデル

並列モデル	身体と精神の両面に同時に対応できる医療機関による対応体制(院内連携)
縦列モデル	地域の複数の医療機関がそれぞれの専門性を補完し合って相互連携によって総合的な診療を行う対応体制(地域内連携)

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」でも身体合併症対応は深刻課題として認識され、追加整理されている。そのなかで、表9と同義の2つの連携スタイルが想定され、精神障害を有する方などおよび地域住民の負担に配慮したアクセスのしやすさを確保する観点から、一元的に対応できる並列モデルの医療機関の整備を今後、推進していくことが重要であり、これに公的な病院、総合病院の精神科や精神科を有する特定機能病院が役割を担うことが考えられるとされた。また、いずれの場合であっても、身体合併症対応については、地域の実情に応じ、精神科救急医療施設と他科の医療機関との連携により支援し合う仕組みの構築が求められるとし、これまでに紹介されている対診、訪問、電話助言、などの好事例の参照に言及しているほか、今後医療機関間の連携を一層促進し、双方の医師が医療機関間を行き来することの負担軽減のため、ICT (Information and Communication Technology：情報通信技術)を活用することも手法の1つと提案された。

また従来、連携推進のため、学会レベルでは両領域の学識者が協力連携して対応を学ぶ教育プログラム(当学会が協力し日本臨床救急医学会が発したPEECコース等)など、種々の取り組みが行われつつある。

整備事業の実施要綱においては、連絡調整委員会のなかで、圏域ごとに、身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会をもつことが記されており、精神科救急医療に関する地域資源を把握するとともに、精神科病院協会および都道府県等内における身体合併症患者に関する地域資源を把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルールなどの策定や地域の課題抽出を行うこと、とされている。さらに、精神科救急医療体制研修事業として、関係機関(警察、消防、一般救急など)の実務者等に対して、本委員会などで検討し取り決めた精神科救急医療体制の運用上のルールの周知徹底を図ること。また、個別事例の検討やグループワーク

などを通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解を深めること、ともある。

(12)体制の評価・見直し・報告

推奨

- ①精神科救急医療体制を整備する都道府県・政令指定都市などの自治体は、事業実績の集計結果や、精神科救急医療体制連絡調整委員会での審議結果に基づき、事業を評価し、見直さなければならない。(CODE 11-1)
- ②体制の評価は、標準的な指標を参照し、国が定めた基準や手引きに沿って行うべきである。(CODE 11-2)
- ③精神科救急医療体制の実績は、当該事業の実施要綱に基づき、年度ごとに国に報告しなければならない。(CODE 11-3)
- ④各地自体の実績と国からフィードバックされたベンチマーク指標は、精神科救急医療体制連絡調整委員会などを通じ、自治体内の関係者に報告されるべきである。(CODE 11-4)

解説

「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」では、精神科救急医療体制整備の調整・連携について、地域の実情に合わせて整備をする必要から、人材、施設、組織などの資源を把握し「見える化」すること、具体的な連携方法を検討すること、一定の評価基準に基づき、自地域の精神科救急医療に関する評価を行うことなどが必要とされた。

取りまとめのなかでは、これらの評価などが可能となるよう、国が精神科救急医療体制に係る評価指標について検討・提示するとされ、都道府県などは現在の精神科救急医療圏域の設定や精神科救急医療施設の指定の状況について点検を行い、今後、国により示される指標をふまえて体制の整備状況について改めて整理し、必要な対応を行うことを求めている。

Ⅳ 精神科救急医療施設(入院応需体制)

精神科救急医療体制整備事業における指定医療施設類型の機能によって、求められる水準が異なる項目については、以下の略記を用いて列記する。特に指定がなければ全施設共通の推奨を意味する。

常)常時対応型施設

輪)病院群輪番型施設

身)身体合併症対応施設

1. 施設および設備

1)救急外来

推奨

- (1)患者の安全とプライバシーに配慮され、精神医学的面接と身体医学的診察が可能な、十分な面積をもつ診察室を備えなければならない(少なくとも診察机1と椅子3、ストレッチャーと診察用ベッドとを同時に収容できる広さ)。
- (2)酸素投与、吸引の設備を有するべきである。
- (3)必要に応じ、心肺監視装置、救急カートを使用できる環境とすべきであり、診察室付近への常備が望ましい。

解説

精神科救急医療施設の救急外来は、来院可能性のある急病者に想定される病態に相応しく整備される必要がある。精神疾患としては最重症患者であり、身体医学的な一般的評価や一定の管理の発生が想定しうる。

2)検査体制

推奨

- (1)迅速的な血算・生化学などの検体検査、レントゲン単純撮影、CT検査は、(身)では常時可能でなければならない。(常)と(輪)では、精神科救急オンコール体制や連携病院の協力により、常時可能であるべきである。

- (2)心電図検査は、全施設で常時可能でなければならない。
- (3)簡易尿中薬物検査キットは、外来対応施設も含め、全施設で備えるべきである。

解説

精神科救急医療では、種々の経緯を経て、メディカルクリアランスを含む入念なスクリーニングにもかかわらず、高率に身体合併症や器質原因や身体要因による精神変調に遭遇する。精神症状が身体医学的病態をマスクしてしまう場合も少なくない。精神科救急診療において精神医学的評価の前にまず必要となるのは、身体医学的な評価、器質的要因の評価である。したがって、救急患者の診療が想定される時間帯には、除外診断に必要なスクリーニングがいつでも実施できる検査体制が必須となる。これが整わない病院は精神科救急医療を実践すべきではない。一般的な精神科診療にくらべ、遭遇頻度の高い物質関連精神障害の診断精度についても高めておく必要がある。

3)病棟部門

推奨

- (1)常)では、原則として診療報酬上の精神科救急入院料を有すべきであり(精神科救急医療体制整備事業実施要項)、救急入院となった患者へのケアは当該病棟で提供すべきである。
- (2)輪)では、診療報酬制度上の入院基本料における15対1以上の人員配置を有する病棟を少なくとも有すべきであり、救急入院となった患者へのケアは、院内の最も高規格の病棟で提供すべきである。
- (3)常)と身)では、回復段階に応じたさまざまな病室を有すべきであり、受け入れ病棟の定床の半数以上を個室(隔離室を含む)が占めるべきである。
輪)でも、同様の個室率を有することが望ましい。
- (4)受け入れ病棟には心肺監視装置を備え、救急カートが常設され、定期的に点検されなければならない。
- (5)個室群(隔離室を含む)は、ナースステーションに近接して配置されているべきであり、酸素・吸引を備えた病室1室を少なくとも整備しなければならない。
- (6)隔離室は病棟内の閉鎖されたゾーンとして設けられるべきである

(場合によっては複数のゾーンを設定することもある)。ゾーン内には隔離室のほか、面談(面会)室、日常生活行為(洗面・手洗い・入浴・食事・歓談など)の一部が可能となるゾーン専用の設備やスペースがあることが望ましい。

- (7) 隔離室は、ベッドを設置しても処置を行うのに十分な広さ(11平米以上)を有すべきである。
- (8) 隔離室の構造は、空調、照明、配管、排泄のための設備を含め、安全(耐破壊性、衝撃吸収性、適切な設置位置など)であり、かつ衛生的であること。
- (9) 隔離室は、精神障害によってコミュニケーションに困難がある場合、相互の意思疎通や入念な観察を支援できるよう、設備的に工夫すべきである(例、攻撃性などのため職員1人では入室が困難な場合に、直接的な会話ができるよう、小窓を設けることなど)。できればナースコールを設置することが望ましい。
- (10) 観察の補助や医療行為の適切性やインシデントの客観根拠のために、映像モニター装置を備えること。ただし、自立者の排泄行動など、プライバシーは配慮されなければならない。
- (11) 電気けいれん療法を行う施設にあっては、必要な設備を備えた専用の処置室を整備すべきである(配管による酸素・吸引設備、心肺監視装置、全身麻酔に必要な諸設備と備品)。

解説

精神科救急医療施設の入院診療を行う病棟の構造や設備は、最重症の精神疾患に対するケアを想定すべきであり、常時対応施設にあってはこうしたケースを複数、同時並行的に診療する必要がある。重篤な症状のみならず、各種の行動異常にも安全に対策される必要があるが、同時に制限に伴う不本意や閉塞感、不便、不快感などにも配慮が必要で、可能な限り両立されなければならない。

身体科医療機関における精神疾患への対応技術や管理体制の限界から、現実的には身体合併症対応施設でなくとも一定の身体管理の体制が必然的に求められる。

2. スタッフ配置

1) 救急外来

推奨

- (1) すべての施設で、当番日には精神保健指定医が常駐するか、もしくは30分以内に呼び出せる体制を常時確保していなければならない。
- (2) すべての施設で、当番日には救急外来に対応できる病棟勤務外の看護師を確保すべきである。看護部門の統括的な役職者による管理当直体制が望ましい。
- (3) すべての施設で、当番日には救急外来に対応できる精神保健福祉士(PSW)を確保することが望ましい。
- (4) 通訳の用意あるいは外国語への対応ができることが望ましい。

解説

一般的な精神科救急医療の応需体制を記述したものである。夜間・休日は、公的機関やほかのサービスが閉じており、精神科救急医療における診療応需とは、限られた情報のなか、危急な場面に対応するという、きわめて困難な任務である。日中のような万全の体制は現実的でなく、限られた脆弱な体制とせざるをえないものの、安全性と適切性を担保できるよう、少なくとも当番日には必要最小限の機能を整えねばならない。入院までを想定する必要があることから、指定医が適時に臨場できることは必須となる。救急患者の外来診察や入院に対する看護師の診療補助業務について、病棟勤務の看護師を動員してこれに充てること(臨時の応援をのぞく)はあらゆる点で望ましくなく、当番日には専任の看護師を配置すべきである。救急外来看護師は適任ではあるが、精神科救急医療のニーズには種々の複雑事情を伴うことも多く、看護部門の統括を兼ねるような、管理監督者(看護師長など)の当直体制などが推奨される。同じ理由から、精神保健福祉士が対応できる体制も推奨される。外国語への対応について、それなしにケアや介入のプロセスが進展しない状況があることから、理想的には対応体制が望まれるが、多くの医療現場では非現実的かもしれない。外部の支援団体などとの連携体制が有用な場合もある。

2) 病棟部門

推奨

- (1) 常)と身)では、入院患者16人に1以上の医師を配置しなければならない。うち1名以上は精神保健指定医でなければならない。輪)でも同配置がなされるべきである。
- (2) 看護師配置について、常)では10対1が確保されるべきである。夜間看護師16対1配置が望ましい。
- (3) 常)と身)では、病棟ごとに常勤の精神保健福祉士が複数配置されていなければならない。輪)でも精神科救急患者受け入れ病棟では専任配置が望ましい。
- (4) 常)では、作業療法士、薬剤師の専任配置が望ましい。

解説

常)は、整備事業の要綱上、精神科救急入院料の人員配置が必須である。身)は精神科救急・合併症入院料の配置が望ましい。精神科救急医療における入院応需を考慮したとき、医師16対1、看護師10対1が標準と考えられ、これ以下では精神科急性期治療における行動制限の最小化が事実上実現しにくい。常)や身)ではそれを常態とし、輪)では当番日におけるシフト配置として、ケアの適切性、安全性を確保することが求められる。

多様な社会背景を有す精神科救急ニーズへの対応として、精神保健福祉士を含めたチーム医療の実践は今や常識であり必須である。ケア・プロセス上の必要性や医療の質のみならず、医療保護入院者への退院後生活環境相談員の選任、措置入院者への退院後生活環境相談担当者の選任など、法令やガイドライン上の要請もあり、担当者の専従や専任が求められる。

精神科救急医療に特化した病棟において、作業療法士や薬剤師は、多職種チームという必要性のほか、ケアの統合性、安全性確保の点から、専任として配置されることは有意義と考えらえる。

3) 職員研修

推奨

- (1) 医師・看護師・コメディカルスタッフへの教育体制と専門の研修プログラムが準備され、全職員に研修の受講を義務づけるべきである。

(2) 院外の研修機会への参加について、支援する仕組みをもつべきである。

解説

精神科救急医療では、あらゆる重症度の多様な病態に対応する必要がある。このため、安全性と適切性を担保する意味でも標準的な対応技術と知識が必須である。また、精神科救急医療では常に新手のニーズに直面する。適切に対応するためには常に新たな知識をアップデートしておかねばならない。個人の努力のほか、精神科救急医療施設は、組織として、知識と技術水準の維持向上のために職員がこれを体得する機会を保証し、支援しなければならない。いくつかの項目は、法令や診療報酬の要請がある。

研修として推奨される項目

- (1) 精神保健福祉法と関連法令
- (2) 医療安全(診療報酬上の要請)
- (3) 行動制限最小化(診療報酬上の要請)
- (4) 感染対策(診療報酬上の要請)
- (5) 褥瘡対策(診療報酬上の要請)
- (6) 虐待防止(各領域の虐待防止に関する法律(児童、高齢者、障害者))
- (7) 個人情報保護(個人情報保護法)
- (8) 災害対策
- (9) 医療機器に関する事項
- (10) 興奮攻撃性対応とディエスカレーション
- (11) 自殺未遂者、ハイリスク者対応
- (12) 医療倫理に関する事項など
- (13) 救命処置など緊急時に関する事項

3. 診療録

推奨

医師には診療録の記載義務があるが、精神科診療においては、非自発入院の要否判断を行う場面が頻繁であることから、開示を前提として、診療プロセスに関する必要な診療情報が診療録に記載され、その適切性と妥当性、合法性が確保されなければならない。

解説

この項目においては科学的エビデンスがなく、専ら法的要請と常識を根拠とする。非自発入院は、法を根拠とした公権力による制限性を伴う介入であり、客観的検証が可能な形で記録されることが必要で、これがなければ合法性を担保することができない。以下に列挙する項目が推奨され、いくつかは非自発入院の妥当性の根拠として必須である。

推奨される診療録記載事項(○は必須項目)

- (1) バイタルサインと身体状況
- (2) 家族歴、家族構成
- (3) 生活歴(教育歴、職歴、配偶歴など)
- (4) 身体的・精神科的既往歴
- (5) 現病歴(精神症状発現の時期やストレス要因の同定、物質乱用歴を含む)
- (6) 社会心理的背景(経済状況、対人ネットワーク、社会資源利用状況など)
- (7) 精神医学的現症、身体医学的現症(判明している検査結果なども含む)
- (8) 暫定診断(ICDもしくはDSMの最新版に準拠していること)
- (9) 現実検討能力ないし判断能力の評価
- (10) 治療形態とその判断根拠(外来治療・他医療機関紹介・入院とその形態など)
- (11) 入院告知に関する事項
 - (12) 受診時や入院時の医学的介入内容(処方・処置内容・精神療法の内容など)
- (13) 治療に対する患者本人の意見や態度
- (14) 治療に対する代諾者の同意や考え
- (15) 病状説明、治療方針、契約事項など

4. 患者の人権への配慮

推奨

- 1) 受診および入院の手続き、入院中の処遇について、関連法規が遵守され、医療の提供に関して、相互の医療契約およびそのプロセスが

適切でなければならない。

- 2) 行動制限に関しては、法令を遵守することはもとより、院内における現況を把握するための手法を有し、データをもって組織的に管理されるべきである。また、患者の行動制限が常に適正に行われるよう、最小化委員会や職員研修などの標準対策に加え、診療行為の一環として日々の見直しが行われなければならない。
- 3) 患者の個人情報保護に関する規定を整備しなければならない。
- 4) 診療上倫理的に問題となりやすい事項(信仰に関すること、終末期医療、同意能力がない場合の身体合併症治療など)についての院内の考え方を定めた指針を整えるべきである。

解説

精神科救急医療の実践においては、入院となる対象者の多くが非自発的治療の適応であり、その判断力が限定的であることから、患者人権の尊重については特段の配慮が求められる。

5. 医療安全とリスク管理

推奨

- 1) 医療安全とリスク管理にかかわる事例の情報を集積する仕組みがあること。
- 2) 医療安全とリスク管理の会議が定期的に行われること。
- 3) 医療安全とリスク管理にかかわる事例の解決策が周知される仕組みがあること。
- 4) 患者確認に関するルールと手順が決められていること。
- 5) 入院時に主要なリスク(転倒転落、誤嚥、褥瘡など)を評価する仕組みがあること。
- 6) 身体拘束時の深部静脈血栓症・肺血栓塞栓症のリスク管理の手順が明確であること。
- 7) 精神科に特有のリスク(無断離院、院内自殺、患者暴力など)に関する評価と対応手順が整備されていること。
- 8) 事故発生時の対応手順が明確であること。
- 9) 医療安全に関する研修や講習の機会を有すること。
- 10) 患者の要望や意見を把握し、回答する仕組みを有すること。

解説

一般的な医療安全対策について、標準的な体制と機能を整備すべきである。精神科救急医療では患者情報が不足しがちで、対象者が激しい行動面や情動面の症状や身体的問題を伴いやすい、などの条件のため、特有のリスクを有することから、必要な医療安全対策を整備しておくことが望ましい。

V 医療判断

推奨

- 1) 精神科救急医療において、入院の合理性、妥当性、適切性を確保するためには、精神保健福祉法を遵守しなければならない。
- 2) 精神科救急医療施設への入院が認められるためには、その医学的根拠および法的根拠に則った診療手続きの経緯が診療録に明記されなければならない。
- 3) 精神科救急医療において、入院の合理性、妥当性、適切性を判断するために、5つの基本要件(表10)との照合は一定の参考になる。
- 4) 身体合併症の入院治療は、精神疾患による精神症状が入院相当でなければ精神病床への入院とすべきではなく、地域の医療提供体制の現況を考慮しつつも、身体疾患の当該診療科で入院治療を行うべきである。

解説

1987年の精神保健法制定以来、わが国では、精神科への入院形態は、自発入院としては任意入院、非自発入院としては、措置入院とその緊急形態としての緊急措置入院、医療保護入院とその緊急形態としての応急入院の計5種類が規定されている。非自発入院の根拠はpolice powerまたはparens patriae power(国親的保護権限)に求められ、その強制力を発動する主体はいずれも公権力でしかありえない。医療保護入院が、公権力の権限(parens patriae power)を委託された精神保健指定医による強制入院であることを、行政も医療も再認識すべきである。

本学会ガイドラインでは、これまで入院の判断基準を示してきた。しか

しながら、それはあくまで根拠法である精神保健福祉法の要件を臨床文脈で解釈し、判断要件として書き換えることができるといった参考に過ぎない。非自発入院の判断においては、その診療手続きが法そのものを根拠としていなければならず、それが客観的に認められるためには、診療録への記載が必要不可欠となる。

一方、障害者政策総合研究事業(精神障害分野)「精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究」(19GC1011)によれば、本ガイドライン2015年版が採用していた5つの基本要件(表10)への該当状況は、非自発入院をある程度予測することから、これらの項目が入院の合理性、妥当性、適切性を判断するために、一定の参考になることが示された¹²⁾。同研究では、精神疾患にも対応した地域包括ケアシステムの構築をふまえ、実際の多様化する精神科医療ニーズについて、5つの基本要件を用いて非自発入院の予測モデルを構築したところ、高い陽性的中率が得られたが、陰性的中率の予測精度は十分でなかった。このことから、本基本要件は、医療判断の客観性確保に一定の有用性が考えられるがその意義は限定的にとどまった¹²⁾。

表10 5つの基本要件

これらの要件への照合は入院要否判断について一定の参考になる¹²⁾。

医学的な重症性	精神疾患によって現実検討(reality testing)が著しく損なわれている
社会的不利益	社会生活上、自他に深刻な不利益をもたらす状況が生じている
急性の展開	最近3ヵ月以内に、このような事態が出現もしくは悪化している
治療の必要性	迅速な医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高い
治療の可能性	医学的介入によって、このような病態の改善が期待される

2013年の精神保健福祉法改正では、保護者制度が廃止され、当事者家族の法的・心理的負担が軽減された。反面、医療保護入院の同意者は「家族等」とされ、それまで行われていた家庭裁判所での選任手続きを経なくなった。これと連動して市区町村長による同意の適用が狭められ、判断能力のある家族等が存在する限り、その意思が優先されるようになった。同意・不同意の表示があれば、法的な条件判断は明確であるが、いわゆる「関わり拒否」と言われる、意思表示をしない場合に市町村長の同意が適用できないことから、必要な入院医療の提供が遅れる可能性が存在している。また、障害者政策総合研究事業(精神障害分野)「精神科救急および急性期

医療の質向上に関する政策研究」では、同意能力のある家族が存在していた場合にも、入院医療必要との専門医学的判断にもかかわらず、非同意により入院できないケースが2.1%程度発生していたことが判明した⁶⁾。制度上の制約によって必要な医療が行えない実態が判明したことを示しており、健康被害が懸念される。

さらに、2013年の改正では、入院の同意者が入院後に同意を撤回しても、ただちに医療保護入院を終了させる必要はないことが国から提示された。この場合、いったんは入院に同意した「家族等」は、精神医療審査会に退院を請求する手続きを踏むこととされるが、現実的とはいえ深刻なトラブルが懸念される。

一方、医療保護入院の入院期間は原則1年以内とされ、退院促進のための諸規定(入院予定期間の明示、退院後生活環境相談員の任命、退院支援委員会の開催など)が新設された。医療保護入院については、代諾同意や権利擁護などをめぐって、従来から議論があり、検討課題がいくつか残されている。

なお、身体合併症について、医療法第7条第2項では、「精神病床」は「病棟の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう」とされていることから、精神疾患を有する者の身体医学的治療を行ってはならないことを規定するものではないが、特定領域の疾患群に限定された病床としていることから、原則として精神病床では精神疾患の治療がおもな目的と考えることが妥当である。

精神疾患による精神症状の程度や内容を評価した結果、それらが入院相当であり、入院の必要がある場合にのみ精神病床への入院とすべきであり、精神症状の程度や内容としては入院の必要性はないが、感染症などを含めた身体疾患としての入院必要性がある場合は、地域の医療提供体制の現況を考慮しつつも、身体疾患の当該診療科において入院とし、差別なく精神疾患を有しない者と同等の医療が提供されるべきである。

VI 医療契約

推奨

- 1) 精神科救急医療において、当事者の判断能力や検討能力に著しい低下が認められる場合であっても、医療者は、当事者が本人らしく意思決定を行えるようサポートに努めなければならない。

- 2)入院医療において、1)の努力の結果、同意に基づく治療が行われる状態にないと判断された場合は、代諾を行う者に対して十分な説明と同意、あるいは共同意思決定のプロセスを行わなければならない。
- 3)医療者は、非自発入院や行動制限の告知に際して、所定の書面などによる告知にとどまらず、当事者の理解・判断能力や当事者－治療者信頼関係に留意しつつ、告知内容の説明に努めなくてはならない。

解説

1. 精神科急性期における意思決定

治療上にはさまざまな意思決定事項が存在する。それらは、治療の主体である当事者のためになされるが、医療者や家族等の支援者も少なからず関与する。当事者中心性、リカバリーの概念が広く普及した昨今、医療者および支援者に求められるのは、当事者が本人らしく意思決定を行えるようサポートする役割と言える。

意思決定は、治療上のどの時期においても同様に重要だが、急性期、特に救急場面には独特の課題がある。非自発入院、薬物療法の導入、行動制限など、その後の病状経過および当事者の人生そのものに影響を及ぼしうる、重要な治療上の意思決定場面が数多くあるにもかかわらず、非自発入院した当事者のうち、入院に際し治療上の意思決定に参加したと感じたのは29%に過ぎなかったとの報告がある¹³⁾。

精神科急性期における意思決定に影響を及ぼす要因はさまざまである(表11)。このように複雑な課題が共存するなかで、当事者の意思決定支援は後手に回りやすいことを認識すべきである。わが国の法律では、入院について、まず本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない(法第20条)、医療保護入院は、その規定による入院が行われる状態にないと判定された場合に適用となる。これに則れば、精神科救急場面における重症かつ急性精神病状態の当事者であっても、本人の自己決定を尊重し、医療者および支援者は意思決定支援を試みなくてはならない。急性期だからこその課題をふまえた支援法を模索していく必要がある。

表11 精神科急性期における意思決定に影響を及ぼす要因(当事者の意思決定支援が後手に回りやすい)

重症性
迅速性
家族、支援者の疲弊
医療現場の緊迫
精神保健福祉法を根拠とする非自発入院に関する精神保健指定医の判断裁量
措置入院制度

2. 意思決定の類型

1) パターナリスティックモデル

医療者が意思決定に関する情報と決定とを独占する古典的な意思決定モデル。歴史的には、近代から長く父権主義(パターナリズム)が医療の主流であり、意思決定もパターナリスティックモデルに則って行われる時代が続いた。専門的判断であることによる合理性は担保されるが、当事者の意思はほとんど反映されない。契約行為ではあるものの、当事者らが十分に理解や納得をしたうえでいたった合意とは言えない。

2) インフォームド・コンセント(Informed Consent : IC)

治療者が当事者に情報を提供し当事者が意思決定するモデル。1970年代以降、治療を受ける当事者の権利が重視されるようになり、ICがスタンダードとなった。しかしICにおいては、決定の責任が全面的に当事者側に課されることになる。

3) 共同意思決定(Shared Decision Making : SDM)

パターナリスティックモデル、ICの両者の中間に位置し、意思決定に関する情報や認識、希望を当事者と医療者とがお互いに共有し合い、協働して意思決定を行うもの。21世紀に入り各医療領域で浸透してきた。当事者と医療者とがより協力し合う関係性が求められ、台頭してきたモデルである。

当事者と医療者との双方向性の協議によって、当事者中心の医療の概念を実践するモデルで、医療における当事者中心性の拡大を求める流れのなかで浸透してきた。精神医療は対象外とされることも多かったが、リハビリ志向などにより次第に精神科分野でも普及した。急性期における意思決定支援方法の1つとしても注目され、わが国では実行可能性までが検証されている¹⁴⁾。

3. 法的手続きとの関連

精神科救急および急性期の入院治療における医療契約については、おもに以下の3側面があり、それぞれ連動する。

- 1) 民法上の契約行為として、医療サービスの提供・受療に対し、診療報酬制度に規定された対価を請求・支払いする関係性によって成立する医療契約。審査支払機関(国保連合会や支払基金など)が介在する。医療機関と受益者間で取り交わされるもので領収書(明細書)以外の契約書面は通常発生しない。
- 2) 精神保健福祉法に則った法的手続きとして発生する契約。任意入院であれば診察した医師の所属する医療機関と患者本人、医療保護入院であれば、診察した指定医の所属する医療機関と代諾者となる家族等で交わされる。法令に沿って、告知文書、同意書が取り交わされる。なお、措置入院は行政処分であり、契約行為に該当しないという考え方で整理されている。
- 3) いわゆる治療契約と言われる治療内容や方針に係る契約。入院診療計画書や病院ごとの病状説明書などに患者や家族からの署名をもって契約書相当と見なす。ただし、すべての診療行為の詳細や方針変更などについて逐一書面を起こすことは不可能であり、検証が必要となった場合には証拠として診療録が用いられる。

これらの手続きについて、どの意思決定モデルを用いるのかについては決まれないが、2)と3)については、パターンリスティックモデルのみでは通用しない形式が採用されている。

代諾を適用する場合には、提供した情報を理解し意思決定する判断能力やともに協議する検討能力が患者に備わっているかどうかを医学的に判定しなければならない。なお、緊急避難的な救命行為などについては、事後説明でよいとされている。

4. 告知義務

精神保健福祉法や関連法規は、非自発入院や行動制限を容認する代わりに、精神保健指定医をはじめとする医療者に対して、患者に口頭で説明のうえ、書面で告知する義務を課している。このため、定型文に近い告知文書が全国に流布している。

しかし、こうした告知は、形式的な説明行為にすぎず、臨床的にはあまり意味がないとする意見が従来からあった。精神科救急医療においては、

入院や行動制限の告知書を破り捨てることによって抗議の意志表示をする患者も珍しくはない。

形式的告知への批判に対して、当学会は、患者の判断能力は、病状に応じて刻々に変化するものであり、それを見極め、説明の仕方を工夫するのも専門家の技能に含まれるとの立場に立つ。不本意な非自発入院にいたった患者からは、行動制限に限らず、検査や服薬、病棟ルールの遵守など、あらゆる場面で説明を求められる可能性がある。それらへの対応は、疾患や病状の説明を前提にすることが多いから、疾病理解のための心理教育や治療関係構築のための精神療法という側面があることを忘れてはならない。

VII 急性期治療の戦略とケア・プロセス

推奨

- 1) 精神科救急ケースを受け入れる病棟は、安易な社会的隔離に手を貸す収容施設であってはならないと同時に、慢性期病棟への入り口であってはならない。
- 2) 重度の急性病態にある患者に適切な医療を提供してすみやかな病状改善を図り、地域社会に戻す機能を担う病棟でなければならない。
- 3) 病棟がこの機能を維持するためには、急性期治療の戦略を有すべきである。
- 4) その基本戦略は、3つの段階からなる急性期治療の構造が望ましい。なお、急性期入院治療の戦略・戦術については、当学会の計見一雄・初代理事長の著書^{15) 16)}に詳しい。この章の基盤となった指南書でもあるため、当学会として一読を推奨する。

解説

1. 急性期治療の基本戦略

急性期病棟(診療報酬上の精神科急性型包括入院料病棟に限定される病棟ではない。急性期治療を担う病棟一般を指す)が治療施設としての機能を維持するためには、以下のような基本戦略が欠かせない。

1) 入院治療の目標を「在宅ケアの条件整備」に限定する(治療目標の設定)

重症の精神疾患を数ヵ月で完治させることは困難でも、在宅ケアに移行させることはできる。入院治療の目的は疾患の完治やすべての問題の解決ではなく、在宅ケアの条件の整備であることを、入院時点で本人・家族等に明示しておく必要がある。在宅ケアの条件とは、以下のように、本人側の条件と環境側の条件に二分して整理される。

①本人条件

病状がある程度改善していること(目安としてはGAFスコア51点以上)、退院後の服薬・通院および社会的支援を受け入れること。

②環境条件

在宅ケアに適した住居があること、生活費が確保できること、必要な社会的支援が提供できること、相談できるスタッフや親族・友人がいること、救急医療サービスを常時提供できること。

2) 入院治療の対象を絞り込む(治療対象の設定)

外部からの入院要請をすべて受け入れていたら、精神科病棟は治療施設ではなくなる。医療側が主導権を握って(時には外部要請と対峙して)入院対象を選択する必要がある。無論、診断名を機械的に規定すべきではないが、以下の2要件は入院対象の原則とすべきである。

①現代医学による治療への反応性が期待できる病態であること

この原則に従えば、知的障害や発達障害、パーソナリティ障害、物質依存の診断群は、精神病状態や躁・うつ状態など、司法精神医学でいう判断能力・行為能力の低下を伴う急性の病態が併存しない限り、入院の対象とすべきではない。自殺企図などにより緊急避難的に入院とせざるをえない場合は、短期間の危機介入にとどめ、ケアの責任は多機関で分担すべきである。他害行為を伴う場合は、司法的対応を優先ないし併行すべきである。

②一定期間内に在宅ケアに移行させることが可能と推定されること

たとえば、慢性期病棟での長期在院から退院した直後に急性化したようなケースでは、一定期間内に在宅ケアの条件を整備することは困難な場合が多い。長い入院歴などにより精神機能と社会的機能が減弱していることが明かなケースについては、緊急避難的に入院になったとしても、早期の転院を検討すべきである。重度の知的障害や認知症など、継続的な福祉サービスを要するケースについても、漫然と精神科病棟の保護的機能に頼ることなく、福祉施設への移管を追求すべきである。

3)入院治療の制限時間を意識する(治療期間の設定)

急性の精神疾患・病態からの回復時間には個人差がある。提供される医療サービスの質・量によっても異なる。しかし、精神科病棟が治療施設であるためには、最大限に許容できる制限時間を設定しなくてはならない。それは、病棟のサイズや年間の入院必要件数から算出されるべきであり、病院の立地条件によって異なるが、統計的には、急性型包括入院料(精神科救急入院料および急性期治療病棟入院料)においては、3ヵ月以内に8割以上の退院が可能である¹⁷⁾。本ガイドラインにおいても、3ヵ月以内に急性期病棟から在宅ケアに移行することを目標とする。ここをゴールとして、いつまでにどのような回復水準を目指すのか、そのために各職種が今なすべき仕事は何かを常に考えながら業務を組み立てなくてはならない。

2. 急性期治療の構造～3つの段階

急性期入院治療は、通常、なだらかに進行はしない。いくつかの節目があり、それまでに達成すべき課題(タスク)が患者にもスタッフにもある。これを達成してから前に進まないで院内再発を招き、在院期間がいたずらに長引く。患者が重症の病態から回復して退院に到達するまでには、通常2つの節目で分割される3つの段階(ステージ)ないし相(フェーズ)がある。

以下に、重症の精神病状態にあるケース(GAFスコア10点未満)が退院にいたるまでの治療過程を想定して、各段階における患者の病態とスタッフの治療課題、治療戦術(治療環境、薬物療法、精神療法など)、目標期間、そして、つぎの段階に進む目安(メルクマール)を概略的に示す。

1)第1段階(狭義の急性期、混乱期)

①病態

内面的には、自我境界が損傷し、安全な時空が失われている。外面的には、睡眠・摂食・排泄という基本的な生存機能が崩壊しており、自己防衛のための合目的的な行動がとれない。疲弊しているにもかかわらず、交感神経系優位の臨戦態勢が解除できない。

②治療課題

睡眠の確保(患者)。身体合併症・事故の予防、安全・安心感の保証(スタッフ)。

③治療戦術

病室は、自我境界の損傷を代償する安全で快適な隔離室(保護室)あるいはそれに準じた個室が基本である。抗精神病薬を必要に応じて重点投薬し、静穏を図る。薬物療法の効果がなく、生命的危険を伴うケースには修正型電気けいれん療法も検討する。精神療法的アプローチとしては、低下したセルフケアの代償を通じた安全・安心感の保証が最重要であり、常に患者のニーズと選択を考慮したパーソンセンタードケアを実践する。混乱した状態にあっても強制治療や行動制限をできるだけ回避し、治療の決定に患者がかかわれるよう支援することが治療同盟の基盤となる。

④目標期間：1週間以内

⑤つぎの段階に進む目安

夜間8時間以上継続して睡眠がとれること。確認のために、微細な経日変化が読み取れる睡眠表が必要である。また自傷他害などの症状がなく一般病室での治療が可能なレベルであること。

2) 第2段階(臨界期、休息期、回復前期)

①病態

悪夢のような第1段階を離脱し、副交感神経系優位の休息モードへ。外面的にはよく眠り、甘いものを中心によく食べる。スタッフには友好的に接するが、疲れやすく壊れやすい。自我境界が修復しかかった敏感・脆弱期。

②治療課題

セルフケアの自立と医療の受容(患者)。治療同盟の構築(スタッフ)。

③治療戦術

刺激を避け、1人で休める個室が必要である。抗精神病薬の減量は慎重に行う。入院にいたった「苦労話」を細部にこだわりつつ患者とともに再構成する作業が重要。

④目標期間：2週間以内

⑤つぎの段階に進む目安

介助なしで入浴が可能になること。ほかの患者と雑談できること。

3) 第3段階(回復期、回復後期)

①病態

日常的現実感が再構築されるとともに社会生活上の懸案事項が再浮上。外出や外泊によって微小再燃を生じやすい。

②治療課題：在宅ケアの条件整備(患者、スタッフ)

③治療戦術

病室は対人交流のある多床室が基本だが、ケースによっては個室を要する。薬物療法はSDMをめざし、退院後の服薬中断をできるだけ減らすために、在宅での生活スタイルを想定して服薬回数の減や剤型の調整を行う。ケースによっては、持効性注射剤の選択も考慮。心理教育、SST(Social Skills Training：社会生活技能訓練)、作業療法などを活用。病院内外の多職種でサポート部隊を編成し、利用可能な制度や社会資源にアクセスする。「再生の物語」を創り出す。

④目標期間：4週間以内

⑤つぎの段階に進む目安

退院後の社会生活に関する不安や課題が語れることが望ましい。

3. 治療に用いるパスについて

クリティカルパスは1950年代、工業製品製造の効率化および品質の均一化を目的に開発された。横軸に時間軸、縦軸に製造工程を組み合わせ、同一時間内に効率よく品質が一定の製品製造を可能にした。この手法を1985年ごろに米国のニューイングランドメディカルセンターが医療分野に応用したのがクリニカルパスの始まりである。1983年に米国で医療費適正化政策としてDRG/PPS (Diagnosis Related Group/Prospective Payment System：診断群別包括支払い方式)が導入され、病院の効率性の追求と医療の質を両立する必要性が高まったことが背景にあった。

一方、日本では診療内容の可視化・標準化のために1990年代半ばより急性期病院を中心にクリニカルパスが導入され、病院機能評価においても診療の質向上のための活動としてパスの作成・見直しが評価項目の1つに位置付けられている。精神科領域でも医療機関単位でパス開発が進められてきたものの標準化は進まなかった。しかし、2014年の診療報酬改定で「院内標準診療計画加算」として治療全体の精神科クリニカルパスが新規に診療報酬化され、現在は電子カルテにも実装されている。また2019年に「患者状態適応型パスシステム(PCAPS)」も電子カルテに実装されるなどこれらが全国標準として活用できるパスとして提供されるようになっている。精神科においてもパスは診療の質保証と安全管理の点からものはや欠かせないツールである。

1) 院内標準診療計画書

日本精神科病院協会の行った研究成果¹⁸⁾を基盤とした統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害と気分障害の12週間の入院治療の標準診療

計画であり、横軸に時間軸を置き、縦軸に医師・看護師・公認心理士・薬剤師・作業療法士・精神保健福祉士・検査技師が入院中に行う医療行為を時間軸に合わせて示されている。さらに精神症状の変化について定期的にPANSS (Positive and Negative Syndrome Scale：陽性・陰性症状評価尺度)、MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale：モンゴメリ・アスベルグうつ病評価尺度)等の精神症状評価尺度やDIEPSS (Drug-Induced Extrapyramidal Symptoms Scal：薬原性錐体外路症状評価尺度)等の副作用評価尺度で評価することができる。これらの情報を用い多職種と患者・家族で行うカンファレンスがSDMの手法を用いて入院日、2週目、4週目、7週目に開催され情報共有を行う。また必要に応じてmECT (modified Electro Convulsive Therapy：修正型電気けいれん療法)、rTMS (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation：反復経頭蓋磁気刺激)、LAI導入、依存症、クロザリル導入、CBT (Cognitive Behavioral Therapy：認知行動療法)教育等のコパスが組み込まれる。縦軸と横軸が規定されているためシンプルではあるが時間軸は病院ごとの治療環境やスタッフ数や患者像に違いがあるため、想定した一定の治療プロセスから外れてしまうことは当然発生し、これがバリエーションとなる。これを極力減らすためには各病院が自院の標準的な治療を十分に検討し必要に応じて改定を繰り返す必要があり、これを実践している桶狭間病院藤田こころケアセンターでは入院期間が110日から60日に短縮、また再入院までの期間も100日から400日に延長、バリエーションも10%台に抑えられている。またコパスは外科手術のように時間軸と行われる手技が一定のためパス化が容易でありバリエーションが発生しない。一例として、mECT(図5)とrTMS(図6)のコパスを示す。「院内標準診療計画加算」のパスにこれらコパスを同じ時間軸のなかで組み合わせることで、治療ごとにさまざまなバリエーションが生まれる。桶狭間病院藤田こころケアセンターのホームページ(<https://www.seishinkai-kokoro.jp/>)ではこれらのパスはすべて公表され更新が繰り返されている。

2) 患者状態適応型パスシステム (Patient Condition Adaptive Path System : PCAPS)

東京大学工学系研究科飯塚・水流研究室が開発した品質工学の手法を医療に応用したシステムである¹⁹⁾。通常のクリニカルパスとは異なり、PCAPSは「患者状態」を基軸として複数の「目標状態」がリンクされ、分岐・結合を形成しながら最終目標状態に至る臨床経路を示す俯瞰的なモデルである。目標状態に向けた医療介入を実施する単位の「ユニット」が連結し

図5 mECTコパス

職種	フェーズ 施行日	確認	準備期		試行前確認		前日		確認	1回目	
			2月18日	確認	月	日	確認	月		日	月
医師(主治医)			ECT依頼箋		試行前サマリー		ボノプラザンフマル酸塩錠処方			重炭酸リソゲル液処方	
			ECT管理医師へ連絡							食事止め	
			ECT同意取得								
			CGI-S								
			心理検査依頼								
			歯科受診								
			内科受診								
			バイタルサイン測定指示								
			脳波検査								
医師(ECT)										ECT記録	
										脳波記録・解析結果の保存	
麻酔科医			術前回診							処置算定	
			ECT予約							麻酔記録	
										術後回診	
										麻酔使用薬品	
看護師(病棟)			口腔ケア		麻酔問診票回収		口腔ケア			朝食欠	
			歯科予約				ボノプラザンフマル酸塩錠内服			排尿誘導	
							24時以降絶飲食			更衣実施	
							頓服薬使用確認			重炭酸リソゲル液点滴	
							ECT・麻酔同意書準備			出棟時バイタルサインの入力	
							心電図準備				
							マウスピース				
							肩枕				
							病衣・名札・紙パンツ				
							生活自立度チェック				
										ECT記録(看護)	
										病棟時チェック	
										算定入力	

図6 rTMSコパス

	導入前	1W	2W	3W	4W	5W	6W
医師	<input type="checkbox"/> チェックシート	<input type="checkbox"/> 1W-1	<input type="checkbox"/> 2W-1	<input type="checkbox"/> 3W-1	<input type="checkbox"/> 4W-1	<input type="checkbox"/> 5W-1	<input type="checkbox"/> 6W-1
	<input type="checkbox"/> 心理検査指示箋	<input type="checkbox"/> 1W-2	<input type="checkbox"/> 2W-2	<input type="checkbox"/> 3W-2	<input type="checkbox"/> 4W-2	<input type="checkbox"/> 5W-2	<input type="checkbox"/> 6W-2
	<input type="checkbox"/> 脳波依頼	<input type="checkbox"/> 1W-3	<input type="checkbox"/> 2W-3	<input type="checkbox"/> 3W-3	<input type="checkbox"/> 4W-3	<input type="checkbox"/> 5W-3	<input type="checkbox"/> 6W-3
		<input type="checkbox"/> 1W-4	<input type="checkbox"/> 2W-4	<input type="checkbox"/> 3W-4	<input type="checkbox"/> 4W-4	<input type="checkbox"/> 5W-4	<input type="checkbox"/> 6W-4
	<input type="checkbox"/> TMS説明書	<input type="checkbox"/> 1W-5	<input type="checkbox"/> 2W-5	<input type="checkbox"/> 3W-5	<input type="checkbox"/> 4W-5	<input type="checkbox"/> 5W-5	<input type="checkbox"/> 6W-5
	<input type="checkbox"/> TMS同意書						
	<input type="checkbox"/> TMS同意撤回書						
	<input type="checkbox"/> 患者案内書						
							<input type="checkbox"/> NIRS
<input type="checkbox"/> NIRS							
<input type="checkbox"/> 初回時診察記録							
検査	<input type="checkbox"/> 脳波			<input type="checkbox"/> 終了時評価			
心理	<input type="checkbox"/> HAM-D			<input type="checkbox"/> HAM-D			<input type="checkbox"/> HAM-D

た「臨床プロセスチャート」により対象疾患について想定される治療の大まかな流れと全体像が示される。各ユニットには当該ユニットで目標とする患者状態と、つぎにどのユニットに移行するか判断するための移行ロジックが定義され、目標状態の達成に向けて必要となる医療業務(検査・治療・観察・ケア・管理業務・判断判定)、当該ユニットで注目すべき臨床指標(検査結果・観察結果)、発生した患者状態に早急に対応するための条件付指示がすべて装備されている。一般的な表形式で表現されるクリニカルパスは、PCAPSの臨床プロセスチャートの部分的なユニット連結状態を示していることとなるためバリエンスが発生するが、PCAPSでは合併症対応を含めた臨床の自然なプロセスに沿った診療の展開が可能であり、治療の選択性と柔軟性が高く、精神科医療のパスにより適したものと思われる。一例として奈良県立医科大学附属病院で実装されている統合失調症の臨床プロセスチャート(図7)と重症急性期ユニットの構成内容(表12)を示す。実装システムでは効率的な臨床業務の実施、臨床の評価・改善の

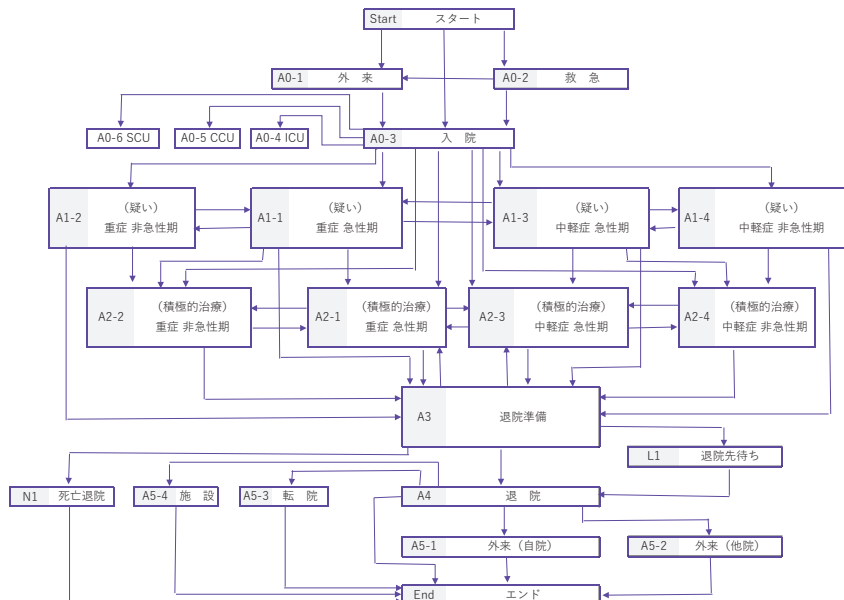


図7 統合失調症の臨床プロセスチャート

表 12 統合失調症 A2-1 (積極的治療)重症急性期ユニットの構成内容

患者状態	緊急入院(点滴あり) 自傷他害 自殺企図 水中毒 齲歯	予測される有害事象	汎血球減少症 心筋炎 悪性症候群 横紋筋融解症 痙攣発作 誤嚥性肺炎 呼吸抑制 深部静脈血栓 肺血栓 肺塞栓 肝機能障害 薬疹 尿閉 高血圧 低血圧(遅発性)	点滴留置 尿道留置カテーテル 隔離 身体抑制 酸素吸入 吸引 筋肉注射 胃管留置
	硬結 脱水 意識障害(昏迷) 低血糖 薬物中毒(処方薬・違法なもの・アルコール含む) 錐体外路症状 遅発性ジスキネジア 高プロラクチン血症 高血糖 糖尿病 脂質代謝異常 振戦 傾眠 腸閉塞 アカシジア 不整脈 月経不順 性欲減退 鬱状態		検査	採血 心電図 尿検査 脳波 MRI CT 髄液検査 心理検査(PANSS・DIEPSS) 胸部レントゲン 精神医学所見 神経学的所見

ためのデジタルデータを蓄積・活用することが重視されており、使用する用語の標準化、臨床プロセスチャートの構造の一般化が徹底されている。

文献

- 1) 日本精神科救急学会：日本精神科救急学会設立趣意書，精神科救急，1：60，1998。
- 2) 黒川洋治：東京都立墨東病院における精神科救急の実態，精神経誌，83：147-162，1981。
- 3) 西山詮：精神保健法の鑑定と審査－指定医のための理論と実際－(改訂第2版)，新興医学出版社，東京，1990。
- 4) 平田豊明：精神科救急医療の現在，専門医のための精神科臨床レビュー13：2-8，中山書店，2010。
- 5) 平田豊明：精神科救急・急性期医療のストラテジー，熊精協会誌，143：3-28，2010。
- 6) 杉山直也，兼行浩史，藤井千代，他：精神科救急及び急性期医療サービスにおける医療判断やプロセスの標準化と質の向上に関する研究，平成30年度厚生労働科学研究費補助金，障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究(研究代表

- 者：杉山直也), 分担研究報告書, 2019.
- 7) 平田豊明: 自治体病院協議会傘下の精神科病院における重症患者の調査研究. 平成25年度厚生労働科学研究補助金, 障害者対策総合研究事業 精神障害者の重度判定及び治療体制等に関する研究, 分担研究報告書, 2014.
 - 8) Noda T, Nijman H, Sugiyama N, et al : Factors Affecting Assessment of Severity of Aggressive Incidents : Using the Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS- R) in Japan. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19 : 770-775, 2012.
 - 9) 厚生労働省:第2回精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ(令和2年10月2日), (資料1)精神科救急医療体制整備に係る基本的事項(その2).
 - 10) 厚生労働省: 精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ報告書(概要). 2020.
 - 11) 日本精神科病院協会: 平成28年度厚生労働科学研究補助金 障害者総合福祉推進事業「精神科救急体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究」報告書, 2016.
 - 12) 杉山直也, 兼行浩史, 藤井千代, 他: 精神科救急医療ニーズの多様化に向けた医療の質向上と医療提供体制の最適化に資する分担研究. 令和2年度 厚生労働科学研究費補助金, 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究(研究代表者: 杉山直也), 分担研究報告書, 2021.
 - 13) Care Quality Commission : 2018Community : mental health survey-statistical release. 2018. 2021/8/1 アクセス, [https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20181122_cmh18_statisticalrelease.pdf]
 - 14) Ishii M, Okumura Y, Sugiyama N, et al : Feasibility and efficacy of shared decision making for first-admission schizophrenia : a randomized clinical trial. BMC Psychiatry, 17 : 52, 2017.
 - 15) 計見一雄: 精神科救急ハンドブックー精神科救急病棟の作り方と使い方 改訂版, 新興医学出版社, 2005.
 - 16) 計見一雄: 急場のリアリティー 救急精神科の精神病理と精神療法, 医療文化社, 2010.
 - 17) 平田豊明, 杉山直也, 澤 温, 他:平成26年度厚生科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神分野). 精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究 総括・分担研究報告(研究代表者: 安西信雄), 81-114,2015.
 - 18) 日本精神科病院協会: 平成25年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」報告書, 2014.
 - 19) 飯塚悦功: 厚生労働科学研究費補助金, 医療技術評価総合研究事業 医療安全と質を保証する患者状態適応型パス(PCAPS)統合化システム開発. 平成19年度総括研究報告, 2008.

2

受診前相談

2

受診前相談

はじめに

従来、精神科救急の始点のほとんどは電話相談であり、対応によってはその後の経過や結果、予後にも影響するため、状況把握、情報伝達、傾聴、助言などの技術はきわめて重要であることが、学会内外でしばしば議論されてきた。

一般に医療とは医師による診療行為を前提とし、「医療提供側の診療義務／請求権」と「受療側の受療権利／支払義務」を伴う民法上の契約行為とみなされ、たとえば一般身体医療の領域では、おもに救急隊活動を中心とする病院にいたる前のアクセスに関しては、「病院前救護(プレホスピタル・ケア)」と呼ばれ、「医療」の名称は使用されない。しかしながら、救急医療において行政事業として運用される病院前救護の社会的重要性は大きく、医療における診療契約上の責任とは別に、当然ながら大きな責任を伴っている。

精神科救急医療における同様の病院前行政活動としては、一般的な救急隊活動や警察活動とそれに連動する精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)第23条に基づく警察官通報を中心とした精神保健福祉行政活動のほか、都道府県での精神科救急医療体制整備事業として運用される電話相談窓口(精神科救急情報センターと精神医療相談窓口)がある。またそれら行政活動以外にも、地域の基幹病院(常時対応施設)や各当番病院(病院群輪番型)が直接問い合わせを受ける電話相談、いのちの電話や相談支援事業所などが行う関連活動など、アクセス先としては多様なものが存在している。

本学会では、2021(平成24)年12月18日に「今後の精神科救急医療に向けた提言」を発表し、この病院前の領域について「精神科プレホスピタル・ケア」として「地域の関係機関によるネットワークを基盤として、精神科

救急医療圏域ごとの実効的なプレホスピタル・ケア体制の整備」を求めている。

提言の趣旨をふまえて、2015年版ガイドラインの改訂で「受診前相談」を章立てし、こうした活動について標準的な体制、対応技術などについて整理した。適切な受診行動を導き、適正で効率的な搬送先の選定が行われるよう、さまざまな評価・対応の仕方を推奨し、精神科救急医療における受診前相談担当者のスキルアップを目的としている。本指針が活用され、それぞれの地域や組織で良好な精神科救急医療体制の運営と相談者への対応が行われるよう期待するものである。

本章を使用するにあたっての留意事項

なお、本章の内容は、必ずしも好ましい結果を保証するというものではなく、また、現場における判断は常に個別的であることに注意されたい。実際の相談場面に際しては現場の判断が優先されるべきである。本指針に関して、いかなる原因で生じた障害、損失、損害に対して筆者らは免責される。

I 受診前相談概論

1. 受診前相談とは

精神科救急医療体制整備事業は、緊急な医療を必要とするすべての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるように、都道府県または政令指定都市が、精神科救急医療体制を確保することを目的として実施されている。都道府県の精神科救急医療体制整備の努力義務は、2012（平成24）年4月1日に施行された精神保健福祉法の一部改正によって法内に規定された。

精神科救急医療体制における受診前相談は、厚生労働省社会・援護局障害保健部長通知「精神科救急医療体制整備事業の実施について（令和2年3月4日付障発0304第2号）」別紙「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」によれば、精神科救急情報センターは「身体疾患を合併している者も含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関との円滑な連絡調整を行う」とされている。また2020（令和2）年度から「精神医療相談に係る事業」として精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

構築推進事業に組み替えられた精神医療相談窓口は、「精神障害者等の症状の緩和が図れるよう適切に対応するとともに、必要に応じて医療機関の紹介や受診指導を行う」とされている。実際の精神医療相談窓口と精神科救急情報センターの機能の違いについては不明確であり、かつ都道府県ごとにその運用が異なっていることから、日本精神科救急学会ではこれらを「受診前相談」として位置づけ、多様なニーズに対応できるよう、精神科救急医療圏域ごとの地域のネットワークを基盤とした実効的な体制構築を提言している。

現在構築が推進されている「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において、精神科救急医療体制は精神障害を有する方および地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の1つである。精神科救急医療体制のフロントに位置づけられている受診前相談は重要な役割を担っていると言えよう。

2. 受診前相談の目的

1) トリアージ(triage)

精神科救急医療の対象となる事例を的確に選別し、適切な医療機関を紹介する。

2) 地域生活支援

精神障害者やその家族等からのクライシスコールを受け(傾聴し)、問題への対応について助言することにより、相談者の不安を軽減させるとともに、緊急性を回避する。

3) 受診前相談の役割

受診前相談の役割は、精神障害者の地域生活を支援することであり、単にその場の問題解決を支援することにとどまらず、相談者の問題対処能力を高めるよう対応することが求められる。この対応こそが精神科救急事例を減少させることにつながる。

4) 受診前相談の可能性

受診前相談においては、次のような副次的可能性をも見据えた取り組みが求められる。

(1) 自殺対策への寄与

受診前相談には、希死念慮を訴える相談が散見される。これらの事例の自殺切迫度を的確に評価し、自殺が切迫していると判断された事例に対しすみやかに対応することで自殺対策に寄与する。

(2) 早期介入(精神病未治療期間(Duration of Untreated Psychosis : DUP)短縮化)への寄与

精神科未受診事例が受診前相談事業にアクセスすることができれば、DUPを短縮化させる可能性があることが示唆されている。したがってDUP短縮化を推進するために、受診前相談事業へ容易にアクセスできるよう、受診前相談の認知度を高めるための取り組みを行う。

(3) 精神障害者のアドヒアランス(adherence)向上への寄与

急性増悪に備え、それを回避するということは、精神医療コンシューマー (consumer)にとって、アドヒアランス向上の延長線上にある重要なことと考えられる。受診前相談は、精神科救急医療を必要とする精神障害者へのコーディネート機能のみならず、疾病の増悪を回避することや、疾病からの回復を促進するための支援をも意識した存在であることを目指す。

(4) 家族への疾病教育機能

受診前相談にアクセスした家族に対し適切な助言を行うとともに、疾病、支援サービスや支援制度に関する情報などを提供するなど、既存の精神保健福祉サービスでは不十分な家族支援を補完することができよう。

(5) 地域精神科医療の課題解決

受診前相談において把握されるマクロ救急事例に加え、ミクロ救急事例の把握にも努めることで、自治体内の地域精神医療の実態を明らかにするとともに、課題を見出し改善に取り組む。

(6) 地域精神保健医療福祉従事者へ危機介入に関する知見を還元するという教育的機能

受診前相談において蓄積された危機介入に関する知見を地域精神保健医療福祉従事者に還元することで、「急性増悪に備える」という援助視点を醸成する。

(7) 災害時精神医療体制の基幹的機能

災害時に自治体内の精神科医療機関の被災状況を把握するとともに、緊急対応の可否について情報を集約し、緊急受診が必要な事例について受診調整を行い、あわせて移送手段の確保にも努める。

5) 精神科救急医療の対象

精神科救急医療の対象は、非自発的入院治療を要する「急性かつ重症の患者」すなわち「精神疾患による現実検討(reality testing)の損傷と社会的不利益が最近1ヵ月以内に急速に生じており、改善のために急速な医学的介入が必要かつ有効な患者」、および「向精神薬による副作用が急に出現した事例や不安感や焦燥感が著しい事例など外来治療が最適の選択肢であると判断された事例」である。なお、入院基準については第1章V「医療判断」を参照のこと。

6) 実施体制

(1) リスクマネジメント

受診前相談におけるリスクマネジメントとして以下のことを推奨する。

- ① 対応ガイドラインを整備する
- ② 相談電話のナンバーディスプレイ機能を活用する
- ③ 相談電話の録音機能を活用する
- ④ リスクマネジメントについて検討し、対応手順をあらかじめ定めておく

(2) 広報

- ① 精神障害者やその家族が、必要な時に受診前相談事業にアクセスできるよう、市町村等の協力を得るなどして、相談電話の電話番号の広報に努めるべきである。
- ② 精神科救急事例を減らすため、精神障害者やその家族が急性増悪時に対処できるようあらかじめ備えておくべきスキル(対処方法)を提案する広報媒体を作成し配布する。

(3) 業務統計

相談事例のデータベース化をすることで、対応に一貫性をもたせることができる。事業評価や説明責任(accountability)を明らかにするためにも、業務統計作業は欠かすことができない。

(4) 情報公開

説明責任を明らかにするためには、業務実績をホームページなどで公開すべきである。

(5) 事業評価

- ① 対応の質を維持するためにも、内部評価(事例レビュー)を定期的に行うべきである。
- ② 外部評価(精神科救急医療体制連絡調整委員会やほかの精神科救急医療体制を検討する会議等*)を定期的に行うべきである。
- ③ 常時対応施設や輪番医療機関等の職員を対象とした事業報告会の開催を推奨する。

*精神科救急医療体制整備事業実施要綱一部改正(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知令和2年3月4日付障発0304第2号)では、精神科救急医療体制連絡調整委員会において精神科救急医療圏ごとにおいて確保した精神科救急医療体制を総合的に評価することとしている。また、精神科救急医療圏ごとに、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルールなどの策定や地域の課題抽出を行うとされている。

(6) 研修事業

関係機関(警察、消防、身体科救急など)の実務者等に対して、精神科救急医療体制の運用ルールの周知を図る。また、個別事例の検討やグループワークなどを通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解を深める。

(7) 他機関などとの連携確立

機関相互の連携を図るためには、他機関の機能(その限界も含め)や使命を理解することが重要である。加えて連携を確立するためには、相談担当者が変わっても、事業や基本理念の継続性・連続性が担保されることが前提である。

- ① 身体科医療機関および身体科救急医療相談機関との連携

精神科医療においては、事例を「疾病性(illness)」と「事例性(caseness)」との二軸から検討するが、「事例性」という視点が身体科医療には馴染みがないことが、身体科医療と精神科医療との間で摩擦を引き起こす大きな要因である。身体科医療機関や身体科救急医療相談機関と連携を図るためには、この点に留意する必要がある。

- ②身体科を対象とする救急医療相談機関との相互理解を構築するよう努めるべく、意見交換などを定期的に行うことが望ましい。
- ③身体合併症事例の円滑な医療機関調整が図れるよう、身体科医療機関との相互理解を構築するよう努めることが望ましい。

(8) 受診前相談に従事する相談員

受診前相談に従事する相談員は、精神科救急事例への対応経験豊かな人材が望ましいことは言うまでもない。しかし、精神科臨床経験の乏しいスタッフで対応しなければならない場合には、バックアップ体制の整備は必須である。いずれにおいても、常時精神保健指定医などからのコンサルテーションが受けられる体制が必要である。

(9) 相談員に求められる知識など

- ①精神症状に関する知識
- ②向精神薬とその副作用に関する知識
- ③精神保健福祉法に関する知識
- ④身体疾患や検査データ、医学用語に関する知識
- ⑤社会保障制度に関する知識
- ⑥関係法令に関する知識
- ⑦精神科医療機関の特性や機能に関する情報
- ⑧近隣都道府県の精神科救急医療体制および精神科医療機関に関する情報
- ⑨障害福祉サービス事業所などの社会資源に関する情報
- ⑩地理感覚

II 受診前相談における対応の基本

1. トリアージ (triage)

1) 基本的な考え方

受診前相談におけるトリアージ (triage) では、事例を「疾病性 (illness)」と「事例性 (caseness)」との二軸から検討する必要がある。「疾病性」とは医学的な重症度であり、「事例性」とは精神疾患によって社会生活において自他に深刻な不利益をもたらす行動や状況である。これらを勘案し精神科救急事例か、または通常の精神保健医療福祉サービスで対応すべき事例かを判断する。

なお警察官や救急隊が関与することで、時に「事例性」が引き上げられてしまうことがあるので、留意する必要があります。

2) トリアージ(triage)における原則

- (1) 時間を意識する。短時間(おおむね10分間)で、精神科救急事例か否かを判断する
- (2) 身体科疾患の存在を常に意識する
- (3) 疑われる疾患は、意識障害・器質性疾患・精神病・心因性疾患の順に除外する
- (4) 司法的問題(違法薬物の使用や不法在留など)がないか判断する
- (5) 要入院治療か外来受診で帰宅させられるか判断することが困難な事例については、非自発的入院をも想定した医療機関調整を行う

3) 対応

(1) 対応の原則

- ① 受診前相談においては、相談者を受容、共感しようと努めつつも、精神科救急医療対象事例か否かを判断するために必要な事項について積極的に質問する
- ② 精神科救急医療体制は、限られた医療資源から捻出されているものであり、精神科救急医療をコンビニエンス(convenience)なものにし過ぎるべきではないという価値観を堅持する
- ③ 精神科救急事例は本人以外の者から受診前相談にアクセスされる場合が主であり、時に本人の意向などが無視されがちである。受診前相談は本人にとって最善の対応を目指さなければならない
- ④ マクロ救急のリスク(たとえば、輪番医療機関が居住地から遠方であり、退院後に通院することは困難である)を考慮し、医療の継続性を担保できるかを検討する
- ⑤ 所属機関の機能の限界を認識する

(2) 受容、共感をする

- ① 相談者と相談担当者は、対等な立場であることを常に意識する
- ② 相談者のありのままの姿をそのまま受容する
- ③ 相談者を、善悪や常識、相談担当者の価値観で評価しない
- ④ 常識を振りかざしたり、あるべき論を展開しない
- ⑤ 早合点しない
- ⑥ 相談者を理解しようと努力する

- ⑦相談者と相談担当者の精神保健福祉に関する知識や情報量の違い(情報の非対称性：information asymmetry)を意識する

3)既存の精神保健福祉サービスを補完する

相談者が持ち合わせていない、疾患、障害福祉サービス、社会保障制度などに関する情報を提供する。

4)アセスメント

(1)確認事項

受診前相談において、確認すべき事項は以下のとおりである。

- ①相談者
- ②紹介経路
- ③本人氏名・性別・生年月日・年齢
- ④職業
- ⑤家族状況(家族負因の有無)
- ⑥既往症(精神疾患・身体疾患)
- ⑦意識状態
- ⑧精神症状
 - ・現在の症状(疑い含む)
 - ・コミュニケーション
 - ・指示動作
 - ・経過
 - ・葉原性錐体外路症状などの副作用
 - ・本人の苦痛・不安感
- ⑨自殺企図など
 - ・自殺企図
 - ・希死念慮
 - ・衝動性
 - ・自傷行為
- ⑩事例性
 - ・他害行為
 - ・危険行為
- ⑪生命維持行動(直近3日の状況)
 - ・食事量
 - ・水分摂取量
 - ・睡眠
 - ・排泄
- ⑫家族等のサポート状況
- ⑬現時点での医療・福祉・介護サービスの継続性の保証
- ⑭違法薬物使用・飲酒の有無

⑮バイタルサイン(呼吸・体温・血圧・脈拍)

※COVID-19の感染拡大をふまえ、本人のみならず同居家族についても、感染リスクについて確認する。

⑯身体所見など

⑰身体疾患の有無

⑱外傷の有無

⑲妊娠の可能性

⑳本人の受診意志

㉑受診に同伴する家族等(配偶者、親権者、扶養義務者、後见人または保佐人)

㉒健康保険の加入状況

※健康保険未加入等医療費の支払い能力が不確定であることのみをもって診療をしないことは正当化されないが*、このような事例については、現実として受入れ医療機関は限定される。

㉓医療機関まで安全に搬送することができるか確認する

㉔本人の現在の言動を確認する

*厚生労働省医政局長通知(令和元年12月25日付医政発1225第4号)「応召義務をはじめとした診療治療の求めに対する適切な対応の在り方等について」を参照のこと。

(2)相談記録

受診前相談機関で用いる相談記録は、的確にトリアージするとともに、身体合併症にも留意することができ、かつ担当する相談員の経験や技量に左右されることを補うツールであることが求められる。

※相談記録については、精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート試案(医療機関紹介判断用)を参照されたい(資料1 p74)。

(3)初発事例

初発事例にあっては、時に混乱状況下にある相談者や本人から、鑑別に資する情報を収集することが求められる。

さらに初発事例においては、本人や相談者の精神科治療に対する不安などの軽減にも十分配慮すべきである。治療の必要性について十分説明し、本人の任意に基づく精神科受診を目指す。この対応こそが、今後の精神医療への信頼や受療行動に大きな影響を与える。

なお、通常の精神科医療体制で対応が可能な事例においては、将来障害

年金を受給するために必要な保険料納付要件を整えたうえで精神科初診をすることを提案するなど、その後の本人の人生についても配慮する。

- ①発育状況
- ②対人関係特性
- ③教育歴(成績)および学校生活への適応状況
- ④職業歴および社会適応状況
- ⑤前駆症状の発現時期の同定
- ⑥これまでの家族等の対応状況(相談歴)
- ⑦本人と家族の関係性

(4)急性発症事例

明確な前駆症状が確認できない事例については、器質性疾患などを除外するため慎重なトリアージが求められる。トリアージで器質性疾患の存在が否定できない場合には、器質性疾患の検索を優先する。

- ①感冒様エピソードの前駆
- ②バイタルサインの異常(37.5℃以上の発熱、90%以下のSpO₂低下など)
- ③明確な身体所見(著明な痩、疼痛、麻痺、失行など)

また、急性発症事例については違法薬物の使用の有無についても確認が必要である。

(5)再発・医療中断事例

- ①再発事例においては、「再発」にいたってしまった要因を把握する
- ②医療中断事例においては、「医療中断」となった要因を把握する
- ③家族等の疾病理解度や支援力を評価する

(6)高齢者事例

高齢者事例において精神科救急医療の主な対象となるのは

- ①認知症に伴う精神症状や行動障害(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD)

認知症に伴う、幻覚妄想、攻撃的言動により事例化することが多い。

- ②Lewy小体型認知症(Dementia with Lewy Bodies : DLB)

認知症の存在(早期には目立たないことことがある)に加え、認知の変動(日中は問題ないのに、夜になると家族が分からなくなる)、幻視、転倒を繰り返すなどが典型例である。

- ③気分障害

である。

高齢者事例においては身体合併症を有することが多く(多病性: multiple pathology)、身体疾患の重症度や治療の必要性について確認が必要である。さらに、高齢者事例においては、介護者の疲労度も考慮する必要がある。家族の介護が限界に達してからの入院の場合では、入院期間が長期化しやすいという傾向がある。また、高齢者施設に入所中の場合には、所期治療終了後の再入所の可否について確認が必要である。

なお、わが国において高齢者の認知機能をスクリーニングする場合、HDS-R^{*1}とMMSE^{*2}が最もよく用いられている検査法である。

* 1 長谷川式簡易知能評価スケール改訂版(HDS-R)

30点満点で20点以下を認知機能障害ありとした場合に、最も高い弁別性を示す。なお、得点による重症度分類は行われていないので注意を要する。

* 2 MMSE (Mini-Mental State Examination)

30点満点で24点以上を正常、23点以下で認知機能低下が疑われ、20点未満で中等度の認知低下、10点未満では高度の知能低下と判定される。

(7) 児童・思春期事例

児童・思春期事例において、緊急受診を依頼してくるのは保護者や教師等の大人からであることから、子どもの訴えを的確に把握するよう努めるべきである。

しかし子どもは自らの内面の感情や考えを言語化する能力が大人にくらべ乏しいため、行動面や身体面の症状として表す傾向があることに留意する必要がある。また、思春期は大人や権威といったことに対する反発心を抱きやすいといった点にも留意すべきである。

児童・思春期の精神科救急事例としては、

- ①統合失調症の発症による錯乱や精神運動興奮
- ②躁状態(双極性障害)による精神運動興奮
- ③物質乱用による急性中毒症状・離脱症状
- ④各種のパニック(特に広汎性発達障害などの発達障害を背景にもつもの)
- ⑤危険な行動(示威的な行動や解離性の行動を含む)
- ⑥深刻な希死念慮の訴え

⑦自傷行為や自殺企図の救命後
があげられる。さらに

⑧深刻な触法行為や犯罪をなした子ども

⑨深刻な家庭内暴力や校内(対教師・対生徒)暴力をなした子ども
については、背景に精神病性の症状や急性薬物中毒による意識混濁などが
認められることがあることから、精神医学的アセスメントが必要となる場
合がある。

⑩深刻な事件、事故の被害にあった子ども(死別の体験を含む)

⑪深刻な事件、事故に遭遇した、目撃した子ども

深刻な心の傷を負っていることが多いため、精神科救急医療の介入が
必要となる場合がある。

⑫虐待を受けている子ども

については、身体的な救急医療が必要な被虐待児には精神科救急医療の介
入が必要と考えるべきだろう。

児童・思春期事例のトリアージにおいては、

①乳幼児健診で問題を指摘されたことはあるか(健診で指摘されるよう
な発達の遅れの有無の確認)

②幼少期はどのような子であったか(気質や性格傾向)

③こだわりや多動はあったか(大まかな発達の偏りの有無)

④学校生活は問題なかったか(不登校や集団適応不良をきたすような対
人交流や社会性の障害、学業不振などの有無)

を確認する。あわせて、

⑤家庭環境について確認する

⑥親権者を確認する

⑦親権者の意向を確認する

⑧学校や児童相談所などの福祉機関が関与している場合には支援方針等
を確認する

⑨児童福祉法や児童虐待防止法に基づく制度(一時保護委託など)の適用
について確認する

(8)身体合併症事例

トリアージにおいて身体合併症の有無を確認することは必須である。必
要に応じて医師のコンサルテーションを求めるべきである。

精神科救急医療施設の多くが精神科単科であることから、身体合併症の
存在が確認された場合は、精神疾患の重症度と身体的重症度を検討し医療
機関を選定することとなる。医療機関の選定にあたっては、以下に示す松

岡らの「精神・身体合併症：実践的トリアージ(試案)」が参考となる。

- ①精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、かつ身体的重症度が2.5～3次救急レベル
→身体科救急へ
- ②精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、かつ身体的重症度が1～2次救急レベル
精神科医で対応可能な場合→精神科病院へ
身体科医の対応が必要な場合→身体科治療後に精神科病院(縦列モデル) or 総合病院(並列モデル)
- ③精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、かつ身体的重症度が非救急レベル
精神症状が落ち着くまで待てる→精神科病院→後日転院等を検討
精神症状が落ち着くまで待てない→総合病院(並列モデル)
- ④精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、かつ身体鑑別し身体疾患の可能性が低い→精神科病院→後日転院などを検討
身体疾患の可能性が高い→総合病院(並列モデル)
- ⑤精神疾患の重症度が非自発的入院治療レベルで、身体既往症が判明
→精神科病院 or 総合病院(並列モデル)

(9)物質依存事例

- ①物質使用による急性中毒
意識レベルにより対応を検討する。昏睡状態(Japan Coma Scale [JCS]意識レベルⅢ)であれば救命処置を優先する。
- ②せん妄を伴うアルコール離脱状態については、すみやかに医療機関調整を行う。
- ③違法物質使用による精神病性障害
違法物質使用事例について警察官が関与している場合には、精神病性障害の改善といった所期治療終了後の司法対応について確認する。
違法薬物の使用が疑われ警察官が関与している場合には、入院後の尿中物質検査や証拠保全手続きについて確認する。
- ④物質依存事例において散見される暴力・威嚇・無銭飲食などの問題行動が、依存対象物質の使用によって生じた精神症状、もしくは併存する精神疾患の症状に基づいている場合には精神科医療の治療対象となることに留意する。

(10) 希死念慮を訴える事例

希死念慮が認められる事例については、自殺の切迫度をアセスメントする。
自殺リスク項目を列挙する。

①精神疾患の有無

統合失調症・うつ病・物質依存・摂食障害は自殺リスクが高い。

②身体疾患の有無

進行性疾患・難治性疾患・終末期の身体疾患は自殺リスクが高い。

③自傷・自殺企図歴の有無

致死性の企図歴・1ヵ月以内に頻回な企図・自傷のエスカレートが認められた場合は自殺リスクが高い。

④自殺の手段を考えているか確認する

致死性の手段を考えている場合には自殺リスクが高い。

⑤自殺の準備をしているか確認する

致死性の手段を準備していたり、遺書などを用意している場合には自殺リスクが高い。

⑥飲酒・薬物乱用

酩酊や過量服薬している場合には自殺リスクが高い。

⑦他者を巻き込むことを考えている場合には、自殺リスクが高い

⑧家族・知人等がいない、または非協力的な場合には自殺リスクが高い

⑨支援を求めている、もしくは支援を求めても得られない場合には自殺リスクが高い

⑩経済状況について、困窮・借金・失業している場合には自殺リスクが高い

⑪自死遺族の場合自殺リスクが高い

⑫精神科病院退院1ヵ月以内の場合、自殺リスクが高い

⑬自殺に関する発言。「即実行する」と訴えている場合には自殺リスクが高い

⑭自殺意志の修正の可能性

⑮自殺したい理由を確認する

⑯本人の様子

※自殺リスクのアセスメントについては、Saitama Suicide Intervention Guideline (SSIG)、Saitama Suicide Intervention Scale (SSIS)を参照されたい(資料2 p75～82)。

自殺が切迫していると判断される場合には、相談者の了解が得られずとも警察などに通報し、安全を確保すべきとされている。

「致死的な手段を具体的に考え、準備しており」「即時の自殺企図を明言

して」「電話でのやり取りによっても自殺意志の修正が利かない」事例、もしくは「致死的な手段を具体的に考え、準備しており」かつ「酩酊・過量服薬している」事例については自殺が切迫していると判断し、相談者の個人情報聴取したうえで警察などに通報すべきである。

(11) 過量服薬事例

過量服薬事例については、医師のコンサルテーションを求めるべきである。

身体科医療機関での処置が終了した事例について、精神科医療機関の調整を依頼された場合についても、医師のコンサルテーションを求めるべきである。

2. 精神科救急事例への対応

1) 治療の連続性およびリスク軽減に努める

医療機関の選定にあたっては、治療の連続性およびリスク軽減に配慮し、第一に通院先医療機関に、第二に治療歴のある医療機関に受け入れを依頼する。しかし、マクロ救急医療体制においては必ずしもそのような医療機関選定はできない。そこで可能な限り治療歴のある医療機関から治療状況を聴取するよう努力する。身体疾患の治療状況について同様であることは言うまでもない。

なお、医療機関に治療状況を照会した際に、個人情報保護法を根拠に当該患者情報の提供を拒否される場合がある。しかし同法第23条第1項の2で「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、同意を得ることが困難であるとき」は情報提供制限の除外とされている旨を説明し協力を得よう努める。

2) 家族の意向を確認する

医療保護入院が想定される事例について医療機関の調整を行うにあたっては、可能な限り複数名の扶養義務者から入院治療に対する意向を確認することが望ましい*。

* 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知(平成26年1月24日付障精発0124第1号「医療保護入院における家族等の同意に関する運用について」では「精神障害者に対する医療やその後の社会復帰には家族等の理解と協力が重要であることを踏まえると、医療保護入院は、

より多くの家族等の同意の下で行われることが望ましい」としている。

3) 搬送に関して

非自発的受診が要すると想定される事例では、精神科医療機関まで安全に搬送できるのか見立てる必要がある。

3. 非精神科救急事例への対応

トリアージの結果、非精神科救急事例と判断した事例については、対応方法の助言や情報提供をするなどし、相談者の不安を軽減させるとともに緊急性を回避する。なお単にその場の問題解決を支援することにとどまらず、相談者の問題対処能力を高めるように対応することが求められる。この対応こそが、精神科救急事例を減らすことにつながるとともに、精神障害者の地域生活継続に寄与することになる。なお精神障害者の地域生活支援のキーワードになりえる概念として、「ネガティブ・ケイパビリティ (Negative Capability)」がある。ネガティブ・ケイパビリティとは「不確実なものや未解決なものを受容する力」を意味する。また「不確実な状況のなかで、わずかな希望をみつけるとともに、その希望をたぐり寄せ掴む力」をも意味する。精神障害者のネガティブ・ケイパビリティ (精神症状を抱えながら生活する力) を高めるよう対応をすることも、受診前相談における精神障害者の地域生活支援として重視されるべき点であろう。

受診前相談に寄せられる非精神科救急事例においては、精神科医療への依存がきわめて高い事例、すなわち「医療で対処すべきでない問題」までも精神科医療にその解決を求める事例が散見される。このような事例は、必要以上に精神科医療への依存度が高いことが、結果として地域生活を困難なものとしているのかもしれない。

4. 頻回相談事例化を防ぐ

受診前相談が開設されている夜間休日は、精神保健福祉サービスが限定的にしか提供されていないことから、多くの非精神科救急医療相談が寄せられる。受診前相談の役割は、精神障害者の地域生活を支援することではあるが、精神科救急事例に適時に対応できるよう、非精神科救急医療相談に対しては受診前相談機能を維持することに留意した対応が必要である。非精神科救急事例に対しては、受診前相談の機能を説明し適正利用を促す。

文献

- 1) 平田豊明：精神科救急医療の包括的評価および医療・行政連携推進のサービスの質向上と医療供給体制の最適化に資する研究。令和元・2年度厚生労働科学研究補助金(障害者政策総合研究事業)「精神科救急医療における質向上と医療供給体制の最適化に資する研究」総括報告書(研究代表者：杉山直也)，2021。
- 2) 西村由紀：受診前相談の基本ー相談から精神科救急トリアージまでー。第28回日本精神科救急学会学術総会医療政策委員会プロジェクト受診前相談研修，2020。
- 3) 北村立：認知症・高齢者，専門医のための精神科臨床リュミエール13 精神科救急の現在，235-242，中山書店，2010。
- 4) 熊谷亮：認知症の入院適応および入院長期化。精神科治療学，第32巻増刊号；184-187，星和書店，2017。
- 5) 塚本千秋，大重耕三：児童・思春期，専門医のための精神科臨床リュミエール13 精神科救急の現在，221-234，中山書店，2010。
- 6) 宮崎健祐：児童思春期事例。臨床精神医学，43：717-722，2014。
- 7) 松岡孝弘，平田吾一，山下博栄，他：「スーパー救急型」総合病院有床精神科における措置入院，身体合併症，自殺企図事例への対応～その実情と課題について～。臨床精神医学，43：589-596，2014。
- 8) 小沼杏坪：物質依存，専門医のための精神科臨床リュミエール13 精神科救急の現在，243-256，中山書店，2010。
- 9) 桑原寛，河西千秋，川野健治，他 編：自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針ー ー自殺未遂者，自傷を繰り返す人，自殺を考えている人に対する支援とケア。平成20年度厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究，2009。
- 10) 関口隆一，塚本哲司，深井美里，他：精神科救急医療電話相談における自殺企図切迫例への対応ーSaitama Suicide Intervention Scale & Guideline (SSISG)を用いての試みー。埼玉県医学会誌，16：291-296，2011。
- 11) 塚本哲司：地域生活支援における危機介入ー精神科救急情報センターの取り組みからー。臨床精神医学，43：781-787，2014。
- 12) 塚本哲司：精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究。平成30年度厚生労働科学研究費補助金，障害者政策総合研究事業(精神障害分野)。精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究(研究代表者：杉山直也)，平成29・30年度総括・分担研究報告書，2019。

※上記は全て参考文献

資料1

精神科救急医療相談トリアージ&スクリーニングシート(試案)(医療機関紹介用)

担当者:

令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 平日夜間	<input type="checkbox"/> 休日日中	<input type="checkbox"/> 休日夜間
対応時間(調整含む)	<input type="checkbox"/> 10分未満	<input type="checkbox"/> 30分未満	<input type="checkbox"/> 30分以上
			<input type="checkbox"/> 60分以上

相談者 <input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 同居家族	氏名:	続柄:	電話:
	<input type="checkbox"/> 非同居家族	氏名:	続柄:	電話:
<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 精神科	氏名:	職種:	電話:
<input type="checkbox"/> 救急隊	救急隊	氏名:	氏名:	電話:
<input type="checkbox"/> 警察	警察署	氏名:	氏名:	電話:
<input type="checkbox"/> その他		氏名:	氏名:	電話:

紹介経路: 医療機関 警察 消防 その他 再利用 未確認・不明

本人氏名:	性別: <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日: 年 月 日 (歳)	職業:
-------	--	-------------------	-----

意識状態: 意識のくもり・意識水準の変動 JCS: I 覚醒1・2・3/II 刺激により覚醒10・20・30/III 覚醒しない100・200・300 清明

精神症状	現在の症状(疑い含む)	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 躁状態 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> パニック発作 <input type="checkbox"/> 物質関連障害 <input type="checkbox"/> 衝動制御不良 <input type="checkbox"/> 認知症の行動・心電図状態 <input type="checkbox"/> その他()
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> まったくとれない <input type="checkbox"/> 不具(交換条件をだしてくる・慎重な対応が必要を含む) <input type="checkbox"/> 良好
	指示動作	<input type="checkbox"/> まったく従えない <input type="checkbox"/> 不十分なから従える <input type="checkbox"/> 問題ない
	経過	<input type="checkbox"/> 急性発症(発現から約 日) <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 直近の感冒様エピソード <input type="checkbox"/> 急性性遷延(1ヵ月以内) <input type="checkbox"/> 遷延
自殺企図等	業原性身体外路症状等の副作用	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 遷延
	本人の苦痛・不安感	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 我慢できる <input type="checkbox"/> 弱まらない <input type="checkbox"/> なし
	自殺企図	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 計画・準備している <input type="checkbox"/> 過去にあり <input type="checkbox"/> なし
	自殺的行動	<input type="checkbox"/> 致死的手段 <input type="checkbox"/> 企図の顕発化 <input type="checkbox"/> 手段の危険度の高まり <input type="checkbox"/> 修正可能・抑制可能 <input type="checkbox"/> なし
事例性	衝動性	<input type="checkbox"/> 高い(不明) <input type="checkbox"/> 不良() <input type="checkbox"/> なし
	自傷行為	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 過去にあり() <input type="checkbox"/> なし
	被害行為	<input type="checkbox"/> 罰罰法令抵触・他害のおそれあり <input type="checkbox"/> 迷惑行為() <input type="checkbox"/> なし
生命維持行動(直近3日の状況)	食事量	<input type="checkbox"/> まったく食べない <input type="checkbox"/> 食事量の減少() <input type="checkbox"/> 問題なし
	水分摂取	<input type="checkbox"/> まったく摂取しない <input type="checkbox"/> 水分摂取量の減少 <input type="checkbox"/> 大量摂取 <input type="checkbox"/> 問題なし
	睡眠	<input type="checkbox"/> まったく眠れない <input type="checkbox"/> 睡眠障害あり() <input type="checkbox"/> 問題なし
	排泄	<input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 問題なし
家族等のサポート(関係性を考慮すること)	<input type="checkbox"/> 期待できない <input type="checkbox"/> 家業はしない(疎遠・関係不良) <input type="checkbox"/> 確認できず <input type="checkbox"/> 期待できる	
現時点での医療・福祉・介護サービスの継続性の保障	<input type="checkbox"/> 期待できない・確認できず <input type="checkbox"/> あり	

違法薬物使用・飲酒の状況: 違法薬物()使用(軽い) 連続飲酒 酩酊 違法薬物使用歴あり なし

バイタルサイン	体温()℃	血圧(/)	脈拍(回/分)	SpO ₂ (%)
身体所見等 身長: cm 体重: kg	<input type="checkbox"/> 四肢の脱力	<input type="checkbox"/> 知覚・動作の左右差	<input type="checkbox"/> しびれ	<input type="checkbox"/> 顯著なるいづれ
	<input type="checkbox"/> 頭痛の訴え	<input type="checkbox"/> 胸部症状の訴え	<input type="checkbox"/> 腹部症状の訴え	<input type="checkbox"/> その他()

身体疾患 あり() なし
 処置・処方() 単科精神科医療機関で対応困難 単科精神科医療機関で対応可 身体科確認済み

外傷 あり() なし
 処置・処方() 単科精神科医療機関で対応困難 単科精神科医療機関で対応可(口処置済み) 身体科確認済み

経歴 あり(経歴 第 週 出産予定日 年 月 日 医療機関名:) なし 不明

既往症 あり() なし

備考	家族状況
----	------

本人の受診意欲 あり なし 家族の受診同意件 可能(続柄) 不可能 健康保険等 加入 受診時持参できる 生活保護 無保険 不明
 安全に搬送できるか 可能 困難 搬送方法 自家用車 警察車両 救急車 タクシー その他() 到着予定 時 分

遠隔先医療機関の意見等 対応者: () 連絡取れず

相談担当者の判断 精神科救急事例 精神科救急身体合併症事例 切迫した自殺予告事例 非精神科救急事例 要身体科受診 司法対応

相談担当者の対応 助言・傾聴・情報提供 医療機関紹介 他機関紹介 110通報・119番通報を勧める 医療機関紹介できず(理由:)
 対応内容: 情報提供の承諾あり なし

搬入医療機関報告	医療機関名: 医師名:	ICD-10
口来診	来院時間 時 分 終了時間 時 分 診断名:	
口来診せず	<input type="checkbox"/> 外来受診のみ <input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 応急入院 <input type="checkbox"/> 電話対応のみ <input type="checkbox"/> 他医療機関に診療を依頼(依頼先医療機関:) 依頼理由: ()	

●資料2

2010/3/17ver

埼玉県精神科救急情報センター

自殺予告事例対応ガイドライン(SSIG※)

※SSIG：Saitama Suicide Intervention Guideline

Ⅰ 切迫した自殺予告事例への対応について

精神科救急情報センター（以下、情報センターと略）の精神科救急電話においては、「これから死にます」等自殺を予告する事例が散見される。このような事例については、自殺予告事例の切迫度を的確に判断する必要があることから、『自殺リスクアセスメントシート』（以下、シート）を用いて見立てをし、切迫した自殺予告事例については、情報センターから警察等へ躊躇することなく通報すべきである。

なお、切迫した自殺予告事例については、自殺防止の観点から『精神科救急電話対応ガイドライン』の「短時間（おおむね10分以内）に結論を出す」という留意事項にとらわれることなく対応すること。

Ⅱ 自殺リスクアセスメントシートについて

① 使用目的

このシートは、警察等に通報する必要がある、自殺が切迫した事例を抽出するためのアセスメントツールである。

② 対象

「本人」からの相談事例で、かつ「希死念慮を訴える」事例すべてにシートを使用する。

③ リスク評価・判断

リスクの判断に迷った場合には、リスクの高い方を選択する。また、リスクが低いと判断されれば、アセスメントシートの質問項目をすべて確認する必要はない。

④ 保管

シートは記入後、『電話受付・連絡票』にホッチキス留めし保管する。

Ⅲ 自殺リスクアセスメントシートの記入について

【1 精神疾患】

精神疾患の内、統合失調症、うつ病、薬物依存、アルコール依存、摂食障害については、自殺リスクが「高い」にチェックする。

それら以外の精神疾患の治療歴がある場合については「あり」にチェックする。

治療状況（病名、退院直後等）については、記入欄の【16 精神科治療歴】に記載する。

【2 身体疾患】

進行性疾患、難治性疾患、終末期の重篤な身体疾患の有無について確認し、病名が判明している場合は（ ）内に記載する。

癌や難病等の疾患は、人生の価値観の急激な変化を求められたり、将来の希望がもてなくなるなど、「人生を終わらせてしまいたい」という感情を引き起こすことがあり、自殺リスクを高める因子となる。

【3 自傷・自殺企図歴】

過去の自傷・自殺企図歴について聴取し、自殺企図手段が生命的危険性の高い場合(縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等)の場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

また、ここ1ヵ月間に頻回な自殺企図歴があった場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

さらに、ここ1ヵ月間に自傷行為がエスカレートしていった場合や、自傷行為によっても苦痛が軽減できにくくなっている場合は、自殺リスクが「高い」にチェックする。

過去の自傷や企図手段、その実行時期等については、【17 備考】に記載する。

【4 自殺の手段】

企図手段を考えているか否かについて聴取し、生命的危険性の高い企図手段(縊首・服毒・硫化水素・投身・焼身・割腹等)を考えている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックし、その手段を()内に記載する。

【5 自殺の準備】

「縊首するためにロープ等を準備している」、「身辺整理や遺書をしたためている」等について確認する。自殺するための具体的かつ致死的な準備をしている、または遺書や身辺整理をしている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。詳細については【17 備考】に記載する。

【6 飲酒・薬物乱用】

本人がアルコール摂取による酩酊状態、もしくは向精神薬等の過量服薬をしていないか確認する。当てはまる場合は自殺リスクが「高い」にチェックをする。上記状態は衝動的な自己破壊行動のリスクが高くなる。

【7 他者を巻き込む可能性】

本人が無理心中を考えていたり、硫化水素・投身等、他者を巻き込む可能性の高い企図手段を計画している場合には、危険を回避するためにも通報等の対応を検討するべきである。

【8 家族・知人等】

本人の側に見守りが可能な家族・知人等がいるのか確認する。家族・知人等が側いない場合や、側にいても非協力的な場合には自殺リスクが「高い」にチェックする。

【9 支援】

本人が支援を求めている場合や、支援を求めているにもかかわらず得られていない場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。本人に援助希求能力がない場合には自殺リスクをより高めるといった知見もあり、注意を要する。

【10 経済状況】

返済不能な借金(客観的には返済可能と考える借金の額でも、本人はそう捉えていない場合もある)や、失業等の理由により所持金がほとんど無いなど経済状況が困窮

している場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

特にライフライン(ガス・電気・水道)の供給が止められている場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。

【11 家族・身近な人の死】

家族や身近な人に関する喪失体験の有無について確認し、本人が自死遺族の場合には自殺リスクが「高い」にチェックする。

【12 自殺に関する発言】

自殺に関する本人の発言をそのまま記入。

「今すぐ(数時間以内に)死にます」等、自殺を即実行しようとする発言があった場合は、記載の上「即実行する」にチェックをする。

また、「人生をやめたい」「死んで詫げる」「死ぬしかない」「自分は役に立たない」「自殺以外に選択肢はない」「今の問題を解決するには自殺しか考えられない」「とにかく楽になりたい」等の発言があった場合にも、自殺リスクが「高い」と考える。疎通がとれない(なげやり、一歩引いた感じ、面倒な感じ)場合も注意が必要である。

【13 自殺意志の修正】

電話対応によって本人の自殺意志の修正が不可能な場合には、自殺リスクが「高い」にチェックする。また、こちらの説得に対し、いとも簡単に「分かりました」等、表面的な修正にとどまる場合にも注意が必要であり、自殺リスクが「高い」にチェックする。

【14 自殺したい理由】

「あなたのつらさを知りたいので、自殺したい理由を教えてください」等、自殺したい理由を確認し記載する。

「リストラされた」「借金が返せない」「家族関係の悪化」といった現在の環境因の他、「自殺した家族の命日だから」「DVを受けている(いた)」「虐待を受けている(いた)」といった過去のエピソードについても注目すること。

【15 本人の様子】

本人の様子(淡々と話す、沈黙が長い、ため息が多い、泣いている、頑な、投げやり、悲観的、挑戦的、拒絶的等)について記載する。

※飲酒しているケースについて

自殺既遂者の3割、自殺未遂者の4割は飲酒したうえで行為に及んでいるとの知見がある。たとえ飲酒していても、疎通が保てている場合には対象事例とみなし対応をすること。

【16 精神科治療歴】

精神科治療歴がある場合には治療状況について記載する。なお、退院から1ヵ月以内の場合には自殺リスクを高めるとの知見があるので確認すること。

【17 備考】

その他、特記事項を記入する。

【判断理由・対応】【帰結】

対応の判断にいたった経緯・理由を記載する。

対応の転帰について記載する。

時系列に沿った対応記録などの詳細については、『電話受付連絡票』に記載すること。

記載例1) 縊首による自殺企図歴あり。現在、梁にロープを吊し縊首をしようとしている。本人は、淡々と話し自殺意志の修正は不可能。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→ 単身。本人の状況から、自殺の実行性も高いため、本人の個人情報を聴取しA警察署へ通報した。

(帰結)

→ 本人宅へA警察臨場。警察官からの連絡があり輪番医療機関調整となる。受診した結果、医療保護入院となった。

記載例2) 「死にたい」と泣きながら話す。しかし、具体的な準備等はなく、「誰も話す友達がなくて寂しい」等、相談先を求めている。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→ 本人の様子から、切迫度は低いと判断。本人の話を傾聴し、通院先への相談を促した。

(帰結)

→ 通院先への相談を促した。

記載例3) 「今すぐ受診したい」と訴えるも緊急性が高いと判断できなかったことから、ほかの対応策を提案したところ、「病院を紹介しないなら、これから電車で飛び込んで自殺する」と訴える。精神科受診歴あり。

(判断理由・対応)

→ 精神科救急事例ではなく、相談担当者を操作しようとしての発言と判断。病院の紹介はできないことを伝え、必要があれば自ら110番通報するように促した。

(帰結)

→ 通院先への相談を促した。

IV 判断

【5 自殺の準備】が「準備している」

【12 自殺に関する発言】「今から死にます」等の自殺を即実行しようとする発言

【13 自殺意志の修正】が「不可能」

の3項目がいずれもリスクが高い場合、

もしくは、

【5 自殺の準備】が「準備している」

【6 飲酒・薬物乱用】が「酩酊・過量服薬」

の2項目がいずれもリスクが高い場合には「自殺が切迫している」と判断する。

※ただし上記3項目がいずれもリスクが高いとチェックされても、記載例3のよう

に状況を加味すること。また、通報の有無にかかわらず、判断理由をシートの【判断理由・対応】欄に記載すること。

切迫事例か否か、判断に迷った場合には、最悪の事態を想定して判断すること。それでも判断に迷った場合には、精神科救急情報センター担当主査に助言を求めること。

V 自殺が切迫していると判断した事例への対応

自殺が切迫していると判断した事例については【8 家族・知人等】によって、自殺企図を制止できる可能性があるか否かによって情報センターの対応が異なる。

(1) 「家族・知人等が誰もいない・非協力」等自殺企図を制止できない場合

自殺を防止するため警察等に通報し協力を求める。

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、担当者の率直な気持ちを伝える。
- ② 個人情報(氏名・住所・電話番号・家族の連絡先)を聴取する。
「あなたを助けたいので、お名前、住所、電話番号、家族の連絡先を教えてください。」と伝える。本人を警戒させる可能性があるため、一気に聞き出そうとせず、本人のペースに合わせて聴取する。
- ③ 「あなたを助けるために、情報センターから警察署(消防署)に連絡します」と伝える。本人から承諾が得られない場合でも、躊躇せず通報すること。
- ④ 本人と対応している職員以外の者が、本人の住所地を管轄する警察署等に通報し(なお生命的危険性の高い企図手段を実行している場合には救急隊の臨場を要請するため119番通報する)、相談者の個人情報、自殺予告の内容、および個人情報提供の承諾の有無を伝える。また、事前に把握していた情報(保健所からの事例情報や情報センターの過去の相談履歴等)を通報時に提供をする際は、情報の扱いについて配慮いただくよう付け加えること。
- ⑤ 警察官(救急隊)が到着するまで、できる限り通話し続けるよう努力する。

県外からの入電について

埼玉県外から入電し、通報が必要と判断される事例については県民と同様の対応をとること。

本人の個人情報が聴取できなかった場合について

本人から個人情報が聴取できない場合には、警察署に通報したとしても事実上、対応は困難である。

(2) 「家族・知人等」等によって自殺企図を制止できる可能性がある場合

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、担当者の率直な気持ちを伝える。
- ② 家族等が本人と同居しており在宅している場合には、「あなたを助けたいので、同

居されているご家族(友人)に電話を代わってください。」と伝える。

- ③ 家族等が数分で本人宅に駆けつけられる場合には、「あなたを助けたいので、ご家族の連絡先を教えてください。情報センターからご家族に連絡させていただきます」と伝える。
- ④ 家族が到着するまで、できる限り通話し続けるよう努力する。
- ⑤ 家族から本人への関わりを拒否された場合は、「家族は直ぐに到着できない」ことを伝え、警察署への連絡を提案し本人の承諾の有無にかかわらず通報する。

本人の交際相手や知人等への連絡について

「(家族以外の)誰々にしか連絡して欲しくない」「誰々に連絡して欲しい」等、特定者への連絡を希望されることも考えられるが、原則、本人の交際相手や知人等扶養義務のない者へは、情報センターから連絡は行わない。このような場合、警察署への連絡を提案し本人の承諾の有無にかかわらず通報する。

VI 切迫していないと判断した事例への対応

切迫していないと判断した事例については、従前どおり対応する。

- ① 本人の気持ちを十分に受け止め、「死んで欲しくない」「一緒に考える時間が欲しい」「専門の相談機関にあなたをつなげたい」「専門家としてあなたを助けたい」等、電話対応者の気持ちを伝える。
- ② 可能な限り「自殺はしない」という約束を取り付けるよう努力し、当面の自殺企図を回避する。
- ③ 必要に応じて、医療機関や相談機関等をアナウンスもしくは紹介する。

通報を要するほどではないが、相談内容から、医療機関や相談機関につなげていく必要があると判断した事例については、情報センター職員から当該機関に申し送ることも検討すべきである(本人から情報提供の承諾を得られた場合)。

【監修】国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター 副センター長 松本 俊彦先生

自殺リスクアセスメントシート(SSIS※)

2011. 4. 1

令和 年 月 日()

No.

リスク	低	中	高
1 精神疾患		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 統合失調症・うつ病・AL・薬物・摂食障害
2 身体疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	
3 自傷・自殺企図歴		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 致死的 <input type="checkbox"/> 1ヵ月以内(企図頻回・自傷エスカレート)
4 自殺の手段	<input type="checkbox"/> 考えていない	<input type="checkbox"/> 考えている	<input type="checkbox"/> 致死的手段()
5 自殺の準備	<input type="checkbox"/> 準備していない		<input type="checkbox"/> 準備している(致死的手段・遺書等)
6 飲酒・薬物乱用			<input type="checkbox"/> 酩酊・過量服薬
7 他者を巻き込む可能性			<input type="checkbox"/> あり
8 家族・知人等	<input type="checkbox"/> 側にいる	<input type="checkbox"/> 側にいない	<input type="checkbox"/> 誰もいない・非協力
9 支援	<input type="checkbox"/> 求めている		<input type="checkbox"/> 求めていない・得られない
10 経済状況			<input type="checkbox"/> 困窮・借金・失業
11 家族・身近な人の死	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 自死遺族
12 自殺に関する発言			<input type="checkbox"/> 即実行する
13 自殺意志の修正		<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能
14 【自殺したい理由】			
15 【本人の様子】			
16 【精神科治療歴】 <input type="checkbox"/> あり 病名() <input type="checkbox"/> 退院1ヵ月以内 <input type="checkbox"/> なし			
17 【備考】			
判断	<input type="checkbox"/> 切迫 個人情報提供 承諾 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 警察に通報する <input type="checkbox"/> 救急要請する <input type="checkbox"/> 家族に連絡する <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 対応できず	【判断理由・対応】
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 警察をアナウンスする <input type="checkbox"/> 消防をアナウンスする <input type="checkbox"/> 医療機関を紹介する <input type="checkbox"/> 関係機関を紹介する <input type="checkbox"/> 関係機関をアナウンスする <input type="checkbox"/> 医療機関を紹介できず <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 電話対応のみ	
【帰結】			

※SSIS:Saitama Suicide Intervention Scale

自殺が切迫していると判断した時は……

「死んで欲しくない」

「一緒に考える時間が欲しい」

「専門の相談機関にあなたをつなげたい」

「専門家としてあなたを助けたい」

と伝えましょう。

3

興奮・攻撃性への対応

3

興奮・攻撃性への対応

はじめに

精神科救急医療においては日常的に興奮・攻撃性を示す者への対応が求められるが、その対応技術は専門的な治療として位置づけられる必要があり、安全かつ効果的、合法的であり、患者・スタッフ双方の尊厳を守るものでなければならない。精神科救急医療サービスを提供する組織は、患者・スタッフ双方に対する安全配慮義務を負っており、これらの状態像を示す患者の受け入れをあらかじめ想定した物理的・人的環境を整備する責任がある。暴力には身体的暴力、精神的暴力(言葉の暴力、いじめ、セクシャルハラスメント、その他いやがらせ)があるが¹⁾、いずれも被害者、加害者、事故の目撃者、関係者へ心身の影響をもたらすだけでなく、提供される医療サービスの質の低下や、組織への信頼感の喪失、スタッフの離職にもつながる労働安全衛生上の重要な課題である。

精神科救急ガイドラインにおいて興奮・攻撃性への対応は2003年版で総論の一部に鎮静法指針が示され、2009年版で心理的介入と行動制限の最小化・適正化に関する内容を含んだ各論として独立した。2015年版ではトラウマインフォームドケア、患者との協働を興奮・攻撃性への対応の基本に据え、行動制限最小化の方策について学会としての推奨を明示した。また、鎮静化目的での乱用が危惧される頓用薬に関する推奨事項、加害患者への対応の知見を追加し、特別な配慮が必要となる児童・思春期、認知症・高齢者への対応に関しても新たに項目を設けた。

この領域におけるエビデンスの蓄積はいまだ不十分であるが、隔離・身体拘束の増加への対応が急務となっている現状から今回の改訂では行動制限最小化についてのわが国の取り組みの後押しとなることを願い章として独立させた。そのほか、前回改訂以降の研究動向をふまえ若干の修正を行い、本章の対象については精神障害により興奮および攻撃性を示す成人の

患者へ見直した。

本章を活用することにより、精神科救急医療の最前線で働く医師、看護師、コメディカル・スタッフが興奮・攻撃性への適切な対応スキルを身につけ、多くの精神科救急医療の現場において良質で安全なケアの提供が実現することの一助になれば幸いである。

本章を使用するにあたって

本章に盛り込まれている事柄のすべてを、精神科救急医療の担い手全員が実施することには限界がある。また、本章は精神科救急医療を担う医療機関や従事者の業務内容、診療内容の責務を規定しようとするものではない。本章で示した対応を実効的なものにするためには、従事者の養成研修などの取り組みが必要不可欠である。

本章では、興奮・攻撃性を示す患者への対応について、事故防止の観点から適切な臨床プロセスを導くようなさまざまな評価・対応の仕方を推奨し、精神科救急医療の担い手のスキルアップを目的としている。しかし、本章の内容は、必ず好ましい結果を保証するというものではなく、臨床における判断は常に個別的であることに注意されたい。

I 興奮・攻撃性の定義

本章の対象である興奮・攻撃性は、行動や感情の亢進を伴う非特異的な症状群であり、臨床的に異なった種々の状況下でみられる。暴力(violence)発現の予兆となるこれら症状群について、英語圏ではaggression やagitationの用語で代表され、aggressionは攻撃性、agitationは言語や動作が亢進した状態と説明されている²⁾。しかしわが国ではagitationの対訳として焦燥や激越を用いるのが一般的で、こうした対訳語は本章の対象とは異なるため用語の混乱を避ける目的から本章では「興奮」を用いる。

Ⅱ 興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方

1. トraumainフォームドケア

トラウマとは、出来事や状況の組み合わせの結果として生じるものである。身体的または感情的に有害であるか、または生命を脅かすものとして体験され、個人に長期的な影響を与える。

トラウマインフォームドケア(Trauma-Informed Care : TIC)はトラウマに注目した介入・組織的アプローチである。トラウマは個人の精神保健医療との関わりに多大な影響を及ぼすことから、当事者中心の医療の実践にあたり、欧米諸国、とりわけ米国で重視されている。米国保健福祉省薬物乱用・精神衛生管理庁(SAMHSA)は300ページ超の詳細な治療ガイドライン³⁾を作成したほか、英国国立医療技術評価機構(NICE)や豪保健福祉省のガイドラインでも言及されている。日本でも被虐待児をはじめとする児童思春期精神医療福祉、教育現場などを中心にTICの概念が広がり、上述のSAMHSAによるガイドラインの日本語訳もなされた⁴⁾。

精神科救急では、急性かつ重症の症状自体、また非自発的手段を用いることも多い治療自体がトラウマ/再トラウマ体験になる危険が高いため、TICの視点が重要である。TICの概念を取り入れることで、当事者と医療者との治療関係や予後の改善の効果が期待される。また、当事者のみならず治療にあたる医療スタッフもまた、トラウマに晒される機会が多いため、スタッフ側のケアとしてのTICについても、強く認識する必要がある。

TICとは、ストレングスモデルに基づいた医療サービスのアプローチであり、トラウマが個人に及ぼしうる影響を理解して取り入れ、当事者とスタッフの双方に身体的・心理的・感情的な安全を確保し、当事者に再びコントロールとエンパワメントを促す機会を与えるものである。また、医療サービスによる再トラウマ体験を回避するための対策を講じ、サービスの提供、評価には当事者の参加を重視する³⁾⁻⁵⁾。

TICでは、当事者の病態のアセスメントから治療の組み立て、環境設定、そしてそれらを担当する全スタッフに及びうる影響にいたるまで、医療サービスの過程のすべてをトラウマを意識した観点で捉え構築し直す。

以下にTICを実践する具体例をあげる。

1) トraumamについての知識を正しくもつ

- ・精神疾患を有する人の51～98%にトラウマがある⁶⁾⁷⁾
- ・トラウマは扁桃体、海馬の成長阻害など脳発達を障害し、情動反応の

調節異常をきたす。特に幼少期のトラウマ体験は成人後にも興奮や攻撃性を呈しやすくなるなどの影響を及ぼす⁸⁾

2) トラウマアセスメントを行う

SAMHSAのガイドライン³⁾⁴⁾では、トラウマ歴と関連症状のアセスメントをし、それを基に治療を組み立てることが不可欠とされている。精神科救急においては全例への適応はむずかしいと考えられるが、時宜に合ったスクリーニングとアセスメントに取り組めるよう努める。

3) 当事者が安心できる穏やかで落ち着いた環境設定を心がける

- ・全スタッフが口調や服装などに気をつけ、威圧的・挑発的態度を避ける
- ・乱暴な物言い、命令や脅しを用いない
- ・静かな巡回、スケジュールの周知などの配慮を怠らない
- ・受付や警備員など、当事者が接するすべてのスタッフに徹底する

4) 組織全体でトラウマに敏感なサービスを提供できるようにする

基準やガイドラインの設定、TICを熟知するスタッフ、ピアサポーターの雇用、TICを評価する体制、他機関との連携など。

5) 「暴力や衝突には原因がある」と理解し、当事者を責めない

「操作的」「アピール」などの表現をしない。

6) 治療の主役は当事者であることを忘れない

7) 疾患、治療についての教育を重視し、セルフマネジメントを促す

8) 薬物療法への過度の依存を避ける

9) 問題があるときには当事者と協力し、話し合っ対策を考える

2. 精神科医療サービスの質向上と共同意思決定

医療サービスの現場で患者が攻撃性や暴力を呈するのは、不適切なコミュニケーションや診療システム、療養環境に関連したものが多数を占めており、精神科領域も例外ではない。精神科救急・急性期においては重い認知機能障害によりコミュニケーション、情動制御がむずかしい患者を

治療の対象とするため、「苦しい状態を長引かせるよりも、隔離身体拘束下で薬物を投与するほうが患者・スタッフ双方に安全で良い結果をもたらす」というような誤解が根強くあり、強制的治療が標準となっている施設がいまだに存在する。しかし、パターンリスティックな治療文化は、治療者と患者の対立構造を引き起こしやすく、患者がセルフマネジメント能力を回復・獲得しリカバリーを実現していくうえでも大きな障壁となるものである。

下記に、精神科救急・急性期における攻撃性と暴力を予防・管理するための原則を示す。

- ・精神疾患をもつ人の特性に十分配慮したコミュニケーション、環境調整により、患者および患者の支援者が体験するサービスの質を改善する^{9) 10)}
- ・治療・ケアに関するすべての意思決定に患者自身が関与できるよう支援し、共同意思決定(Shared Decision Making : SDM)を目指す。患者が同意する場合は家族や支援者に意思決定への参加を求め¹⁰⁾⁻¹²⁾
- ・攻撃性と暴力の予防・管理においては、患者自身および対応するスタッフ、周囲の者の身体的・情緒的安全性と尊厳がすべてに優先される¹²⁾
- ・精神障害により興奮・攻撃性を示す患者への対応は当事者中心のアプローチを基盤とし、精神科治療・ケアの一環として位置づけられなければならない^{10) 13)}
- ・強制的な介入を極力避ける。非経口的な薬物投与による鎮静、徒手拘束、行動制限(身体拘束・隔離)実施の判断に際しては、心理的介入、内服投与などの代替方法の検討を優先すべきである^{10) 13)}

III 興奮・攻撃性の予防

1. 環境・体制の整備

精神科救急医療サービスを提供する組織においては暴力リスクの可能性のあるエリアや状況を特定しリスクの低減に努める。一般には下記のような環境・体制を整備し定期的に評価すべきである^{10) 13) 14)}。

特に、応援体制、警報システムについては実効性を検証しておくのが望ましく、各施設の暴力事故の傾向をふまえてシミュレーションを行い、日

頃から関係者が緊急事態の発生に備えるように働きかけることが重要である。

1) 一般的な施設環境の整備、スタッフの対応・体制

- ・施設環境は利用者の視点から、安全性、プライバシー、尊厳を常に保つことができるよう整備され、あわせて、ジェンダー、文化的・社会的背景等にも配慮するべきである
- ・十分な個人空間とは別に、1人で静かに過ごすことのできる部屋、レクリエーションルーム、面会室が確保されることが望ましい
- ・患者の利用する閉鎖された空間には、最低2ヵ所の出入口を確保すべきである(隔離室をのぞく)
- ・対面でのサービスを行う部屋では、スタッフと患者・家族等の間に適切な距離を保てるように家具を配置するのが望ましい
- ・行動制限下という理由だけで電話の使用が禁止されてはならない
- ・個人の所有物を安全に管理できる鍵のかかるロッカーが提供されることが望ましい
- ・攻撃性や暴力の発生に影響を与える物理的環境要因(過密な人の数、高湿度、気温の高低、不適切な空調、臭気、騒音、頻繁な人の出入り、不十分な照明)の改善に努めるべきである
- ・バリアフリーの視点から療養環境を整備することが望ましい
- ・あらゆる場面において、患者を待たせる時間は最小化すること。待たせなくてはならない場合には、ストレスを緩和するための工夫をすべきである(予定待ち時間を知らせる、くつろいで待つことのできる空間の提供、対応するスタッフの明確化など)
- ・スタッフの接遇トレーニングを徹底し、分かりやすい十分な情報提供、適切なインフォームドコンセントを実践すべきである
- ・医療チームを構成するスタッフを頻繁に入れ替えることは避けるべきである

2) 情報管理

- ・暴力リスクの高い特定の人物に関する情報をスタッフ間で適切に共有すべきである
- ・ストーカー行為やその他の暴力を予防するため、患者・スタッフの個人情報やプライバシーにかかわる情報は慎重に管理されなければならない

3) 緊急時の対応手順と応援体制

- 緊急時の対応手順の整備
警報システムの使用、応援要請、警察通報を実施する判断基準を示し、関係者に周知すべきである。
- 応援体制
緊急事態の発生を知らせる施設内コードと、コード発令時の応援体制を明確に取り決めるべきである(勤務するスタッフが少ないとき、警報装置や携帯用発信機と連動させるのが望ましい)。
- チームの役割分担
応援要請を行ったスタッフと参集した者との情報共有・役割分担の方法についてあらかじめ取り決めておくことが望ましい。

4) 警報システム

- 警報装置
暴力の起こりやすい場所(隔離室、診察室、面接室など)には、スタッフ以外に設置場所が分かりにくく、操作しやすい位置に、音や光で緊急事態を知らせる警報装置を設置することが望ましい。
- 携帯用発信機
携帯用発信機は攻撃・暴力にさらされている本人のみならず、発見者が応援を要請するのにも必要である。リスクの高いエリアや患者を担当する場合はもちろん、閉鎖された空間でのケアに単独で従事するスタッフは所持が望ましい。確実に応援できるグループ設定、位置情報の補捉ができ、通報操作の単純化と誤報の減少を実現したシステムが望ましい。

5) 危険物の管理

- 武器になりうる物品の安全な保管方法を決めて遵守しなければならない(キッチン用品や作業療法の備品など)
- 家具や備品は武器になりにくいものを選択するか、武器として使用されないように固定すべきである
- 入院・転入時、隔離・身体拘束の開始時、開放観察終了時、外出・外泊からの帰院時、面会時等、危険物が持ち込まれる可能性の高い場面について、人権の保護と安全性を考慮した、妥当な所持品検査の方法をあらかじめ組織で定めておくのが望ましい

2. 攻撃性・暴力の予測

1) 攻撃性・暴力の危険因子

精神障害者の攻撃性・暴力のリスクファクターについては多くの研究がなされているが依然として不確かであり、1つの評価ツールで単純に将来の攻撃性・暴力リスクを予測することはできない。暴力の長期的な予測を行う際に必ず考慮されるべき要因としては、過去の暴力歴・攻撃性エピソードがあげられる¹⁰⁾¹³⁾。わが国で用いられているリスクアセスメントツールとしては静的要因と動的要因を組み合わせるHCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management 20 items)¹⁵⁾が代表的である。

2) 攻撃性、暴力の兆候

すべてのスタッフが、興奮・攻撃性がエスカレートし、暴力的な行為に及ぶ可能性のあることを示す兆候を知っておき、それらを察知したらすみやかに介入を始めることが重要である。一般的な兆候としては下記のようなものがあげられる¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾。

(1) 外見や会話の変化

- ・生理的変化(発汗、呼吸促迫、脈拍増加)
- ・表情の変化(緊張、瞳孔の散大、紅潮、青筋、奥歯を噛みしめる、睨みつける、視線が合わない / 凝視する)
- ・全身の筋緊張、握りこぶしを作る、振戦
- ・話し方、会話の変化(大声、叫ぶ、構音障害、早口、短い発語、ぶっきらぼう、不作法、名前を呼ばず2～3人称を用いる、急に怒鳴る / 沈黙する)
- ・混乱(発言の内容がまとまらない、こちらの話の意味を理解しない)
- ・注意集中力の低下
- ・些細なことに反応しすぐにイライラする
- ・暴力に関連した妄想や幻覚
- ・言葉による怒りの表出、脅し

(2) 行動面の変化

- ・落ち着きがない
- ・急な行動を起こす
- ・活発に歩き回る
- ・同じことを何度も何度も繰り返す

- ・付きまとう、追いかける
- ・立ちはだかる、にじり寄る
- ・態度が乱暴である
- ・物を投げるなど物にあたる
- ・脅かすような素振り、挑発的な行動

また、患者に固有の注意すべき兆候として、普段のその人らしい言動が見られなくなる、反対にいつもしたことのない言動が見られるかどうかを観察することも重要である。

3) リスクアセスメント

(1) リスクアセスメントの目的

攻撃的行為・暴力の出現を完全に予測することはできないが、包括的なアセスメントと管理計画を実施することでそれらを低減し、安全な治療環境の確保を図るべきである。ただし、ハイリスクと査定された患者に対し、予防的な行動制限(隔離・身体拘束)や、非経口的な薬物投与による静穏化処置を行うべきではない。

(2) リスクアセスメントの対象

リスクアセスメントは評価者により差異が生じやすいため、患者自身や家族、ケアに携わっているほかのスタッフから直接話を聞き、可能であれば患者、関係者とともにも多職種で評価するのが望ましい。

(3) リスクアセスメント実施の時期

リスクスクリーニングは入退院時や転室、転棟などの移動時、疾患のステージが変化し、治療・ケア内容が変更されるときなどに、すべての患者に対してルーチンに行われるのが望ましい。リスクが高いと査定された患者については、暴力的行為が発生することを想定してさらに詳細なアセスメントを行い、治療・ケア計画が作成されるべきである。

(4) リスクアセスメントの方法^{10) 13)}

リスクアセスメントには、下記のような内容を含むようにする。攻撃性・暴力の短期予測においては臨床的な判断にあわせてBVC (Brøset Violence Checklist)¹⁶⁾ やDASA-IV (Dynamic Appraisal of Situational Aggression)¹⁷⁾などのツールを活用し客観的な評価を行うことが望ましい。

① リスクの性質と程度の予測

攻撃性・暴力のターゲット、規模、頻度、実際に起きる可能性を特定する。過去に暴力歴がある場合、発生日、突発性、暴力の種類、ターゲット、場所、武器の使用、被害の程度、暴力を止めた方法、結果(逮捕、医療機関/施設の変更など)を詳細に検討する。

②精神疾患、環境、ほかの状況因子との関係

リスクとほかの要因との「関係」を評価する。その患者に固有な注意すべき兆候、引き金について特定し、暴力が予測される状況を検討する。

③攻撃性・暴力のリスクを増加・減少させる因子

リスクを増加させる因子(服薬、嫌なプログラム、部屋の環境など)、減少させる因子(家族や友人、特定の気分転換など)を探し、有効な介入方法(関わりのコツ、頓用薬の使用など)を検討する。患者自身が暴力を振るう引き金や攻撃性が高まってくるサインについてどう認識し、コントロールしようとしているか確かめることが重要である。

④評価者間のギャップの確認

評価結果についてスタッフ、関係者、患者の間に情報や評価のギャップがないか確認し、さらにアセスメントの必要な領域があれば明らかにしておく。

⑤攻撃対象保護の方法

考える最悪の状況を想定し回避策を検討するとともに、回避できなかった場合の攻撃対象の保護方法を具体的に検討する。

(5)治療環境のリスクアセスメント

組織の管理者は、実態調査や報告事例より、自施設における暴力事故のリスク分析を行い、加害者、被害者、環境、引き金となりうる危険因子、事故の起こりやすいパターンや状況を検討し、対応策を検討すべきである。

4)情報の共有

リスクアセスメントのために集められた情報と評価の結果は、組織内で統一された記録様式に確実に記載し、医療チーム内のみならず、必要に応じて部門間や地域ケア担当者との間で適切に周知すべきである。特に入退院や病棟の移動、転院など患者が移動する際に、暴力インシデントなどの重大な情報伝達が確実に行われるよう配慮すべきである。また、攻撃性・暴力的行為のリスクの高まっている患者や、トラブルの起こりやすいエリアに関する情報が常に更新され、実習生等を含めたスタッフ全員に周知さ

れるシステムを整備することが望ましい。

3. スタッフの研修・トレーニング

組織の管理者は患者に直接かかわる者のみならず、すべてのスタッフに対して、興奮・攻撃性を示す患者の対応に関する基本的な教育研修を行わなければならない。また、行動制限に関する研修会を行うことは、知識や理解を高め、確かな技術を身につけることのほか、組織の意識を高めることや、共通認識を育成して、担当者間のばらつきを最小化することに結びつく。したがって、安全で適正な行動制限の実施、つまり事故防止と最小化のために各医療施設において適宜研修会が行われるべきである。研修会にはいくつかの水準があり、院内レベル、外部の機関が行うもの(学会や看護協会などの団体)のほか、病院間相互訪問(ピアレビュー)などが知られる。

IV 攻撃性・暴力への介入

1. 心理的介入

1) ディエスカレーション^{10) 13) 14) 18)}

ディエスカレーションとは、心理学的知見をもとに言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性、攻撃性をやわらげ、患者を普段の穏やかな状態に戻すことをいう。

興奮状態・攻撃性の高まった患者に対しては、ディエスカレーションテクニックがほかの介入に先立って用いられるべきであり、ほかの介入が必要になった際にもリスクアセスメントと併せてディエスカレーションテクニックが使用され続けるべきである。

ディエスカレーションを実施する際は、1人のスタッフが責任をもって状況をコントロールし、常に暴力の発生に備え、ディエスカレーションテクニックが効果的な状況か判断をすることが重要である。この役割は、必ずしも担当スタッフが適切とは限らず、特に攻撃のターゲットとなっている場合はすみやかに交代し、性別、年齢、ポジション、関係性などを考慮し、その状況を解決するのに最適なスタッフが対応するべきである。

(1) 周囲の環境の管理

- ・ 応援の召集を判断し、必要以外の人を移動させる
- ・ 近くにいるほかの患者やスタッフに対して状況を説明し、協力を求める
- ・ 家具などを移動して必要な空間を確保するか、別の安全な場所に移動する
- ・ テレビやラジオは消す
- ・ 武器になる可能性のあるものは取り除く。患者が武器をもっている場合は安全な場所に置いてもらう

(2) 挑発的な態度・振る舞いを避ける

- ・ 凝視を避ける。ただし、完全に目をそらさずアイコンタクトは保つ
- ・ 淡々とした表情を保つ
- ・ 高慢、威圧的な印象を与えるのを避けるため、姿勢や態度に注意する。特に、腰に手を当てたり、腕組みをしない
- ・ ゆっくりと移動し、急な動作を行わない。体の動きは最小限にし、身振り手振りが多過ぎることや、そわそわと体を揺すったり、体重を移動するのを避ける

(3) 相手のパーソナルスペースを尊重し、自分自身が安全なポジションを保つ

- ・ 患者に対応する前に、暴力発生を誘発したり、けがの原因になる、あるいは武器として使用される可能性のある所持品を除去する(ネクタイ、スカーフ、装飾品、ペン、ハサミ、バッジなど)
- ・ いかなる時も相手に背を向けない
- ・ 通常より広いパーソナルスペースを保つ(最低でも腕の長さ2本分以上)
- ・ 対象の真正面に立つのを避け、およそ斜め45度の立ち位置とする
- ・ 両手は体の前面に出し、手掌を相手に向けるか、下腹部の前で軽く組むなど、相手に攻撃の意思がないことを示し、万一の攻撃・暴力発生に備える
- ・ 出入口を確認し、自分と対象の双方の退路を保つ位置に立つ。出入口やドアの前に立ちふさがらない
- ・ 壁やコーナーに追い詰められないようにする
- ・ 警告なしに相手に触れたり、接近しない

(4) 言語的コミュニケーションスキル

- ・ラポールを築くように試み、ともに問題解決する姿勢を強調する
- ・脅すのではなく現実的な条件を提示して交渉する
- ・穏やかに、はっきりと、短く、具体的に話す
- ・努めて低い声で静かに話す
- ・相手が意見を表現できるように助け、注意深く聴く
- ・苦情や心配事、欲求不満については理解を示すが、肩入れし過ぎたり、その場限りの約束をしないように注意する
- ・批判を避け、感情を話すことを認める。先取りして「あなたの気持ちはよくわかります」などと伝えるのは逆効果である
- ・飲み物や食べ物を摂るよう勧める

2) タイムアウト・限界設定

衝動性・攻撃性への対処法の1つで、より制限の緩い行動制限手法として、隔離・身体拘束の代替法とされる。自室や刺激の少ない施錠のない空間を用意して、一定の時間(一般的には1時間程度)を設定し、興奮をしずめ、回復や休息、静穏化を促進する。精神科医療施設は、構造的にも技法としてもこの方法の選択肢を有すべきである。医療者が提案し、治療関係における協働作業でこの方法が吟味され、患者の治療参加によって行われることが望ましい。なお、近年は刺激を遮断するのではなく感覚(視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚や動き)の量や質をコントロールすることで興奮・攻撃性を鎮める感覚調整室(スヌーズレン、コンフォートルーム)の設置やツールの活用も広まってきている。

3) 力の誇示

興奮・攻撃性を呈した患者に対し、ポジションパワーを使う、複数のスタッフで対応するといった力の誇示を用いることで戦意を喪失させ、言語的介入が行いやすくなる場合がある。ただし、圧倒的多数のスタッフで取り囲むことは、逆に興奮を高めることもあり、当事者のみならず周囲の人のトラウマ体験となる可能性があるため、慎重なアセスメントのもとに行うのが望ましい。また、身体拘束が必要となった場合には、窒息や患者・スタッフ双方が外傷を負うリスクが高まるため、複数のスタッフで場当たりの介入することは避けなければならない。多数の応援スタッフが安全かつ効果的に機能するためには、具体的なインシデント場面を想定した役割の確認やロールプレイングによるトレーニングを定期的に行うのが望ましい。

4) 観察と関わりのレベル

観察は、攻撃性・暴力的な行動の管理と自殺行為予防の両方を目的として行われる介入であるが、その目的はこれらの行為の予防にとどまらず、患者とスタッフの治療的な関係の構築を目指すべきである。

観察に関しては、組織において統一した観察レベルとその実施基準を明確化し、適切に周知すべきである。観察レベルの例として英国では、①低レベルの間欠的観察(30～60分ごと)、②高レベルの間欠的観察(15～30分ごと)、③継続的な観察(必要であればほかのスタッフがすぐに応援できる体制で看護師が1：1で観察)、④複数のスタッフによる継続的な観察(2～3人のスタッフが視野内で観察し、少なくとも1人は近接した距離での観察)の4段階を設定している¹⁰⁾。

興奮・攻撃性を示唆する兆候が観察された場合は、適切なより密度の高い観察レベルに変更することが重要であり、十分な静穏が得られたことが確認されるまで観察レベルを維持しなければならない。

2. 薬物療法

1) 静穏化

環境調整や心理的介入(ディエスカレーションなど)の効果は一時的なこともあり、持続的な効果が求められる場合には薬物療法の併用が選択肢となる。当然ながら、薬物療法に伴うリスクと、期待される効果のバランスを考慮に入れる必要がある。

興奮・攻撃性を示す患者に対する薬物療法は、患者の協力性の違いによってその投与方法がおおむね二分される。1つは協力が得られる場合で、内服が中心となる。このような薬物投与は、提案と同意に基づいて患者と治療者の共同作業として行われる。したがってこの場合、環境面・心理面での対応と薬物療法はともに静穏化に向けた同じ方向性を有しており、効果は相加・相乗となりえる。

もう1つは患者の協力が得られない場合で、注射剤による非経口的な薬物投与が中心である。この際、投薬が非同意となることから、その目的が本来静穏化であっても、人的対応の部分で興奮・攻撃性を刺激するプロセスが一定程度不可避となって、心理面と薬物における効果の方向性が一部逆向きとなる可能性がある。このため、投与の必要性については慎重でなければならない。また、第1選択の対処法として考えるべきではなく、非侵襲的な手段から順に環境調整・心理的介入(ディエスカレーションなど)・内服投与などがまず検討され、それらが実施困難・無効あるいは有害であ

る場合に考慮されるべきである。

実施においては、患者の精神状態を評価し、抵抗の程度を予測してセッティングには細心の注意を払う必要がある。複数での対応を基本とするべきで、その効果は、何よりもまず安全確保にあり、冷静な対応を可能にするほか、大勢での対応は一般に相手の戦意を減退させ、無茶な行動化を抑止する効果がある。万一暴れだしたときにも有利であることはいうまでもない。しかし時には大勢で囲むことが威圧的に感じたり、追い詰める結果となって興奮を強めたりすることがあるので、相手の反応を見ながら調整するべきである。

薬物の選択については、本ガイドラインの第4章「薬物療法」を参照されたい。基本的な考え方として、即応性・確実性と安全性・軌道修正可能の並立を目指した薬剤および投与法の選択が原則である。

2) 頓用薬

頓用薬は医療者の提案・説明と患者の合意に基づいて「不眠時」や「不安時」または「便秘時」などの場面で用いられることが一般的である。患者の焦燥感や興奮・攻撃性に対する薬物療法として精神科急性期治療で度々用いられる「不穏時」の頓用薬も同様に提案・説明と合意に基づいて使用されるべきである。

頓用薬は入院治療の場であらかじめ医師が処方し、その場に応じて看護師が投与することが多い。特に不穏時に用いられる頓用薬は看護師の立場でみると、その場に応じて患者の苦痛を緩和できる、あらかじめ暴力行為を防止できる、もしくは暴力行為が起こった際に医師の指示を待つ必要なく即応でき、安全を確保しやすいなどの利点があげられる¹⁹⁾。一方、頓用薬の誤用による過鎮静、看護師の頓用薬への依存に伴う看護技術の低下などが欠点となる¹⁹⁾。急性期病棟における不穏時頓用薬に関する研究では、一部の頓用薬が多剤併用大量処方に結びついているという指摘がなされており、漫然とした投与は慎むべきである²⁰⁾。処方にあたっては、総投与量に含めて考慮すること。表1には頓用薬の利点と欠点をまとめた。

既存のシステマティック・レビューでは有用性や有害性を示唆するに足る質の高い研究は皆無であったと述べられており、臨床現場で汎用されている医療行為であるにもかかわらず、十分な情報は得られていないのが現状であることを医師は知っておくべきである²¹⁾。英国王立精神科医学会では頓用薬適正使用のために推奨される医師の態度を示しており²²⁾、これを参考に表2に当学会としての推奨事項を示す。

表1 頓用薬の利点と欠点

利点	欠点
症状緩和を即応できる	多剤大量化の惹起
指示により医師がいなくとも実施できる	過鎮静
対処手段としてしばしば有効	相互作用の発現
予防的投与の意義	人的対応の低下や技術向上の阻害
投与量の目安に用いることができる	依存や常習化
コミュニケーションの題材としての意義	効果判定の困難

表2 精神科頓用薬に関する推奨事項(文献22)を参考に改変)

1. 頓用薬の投与量は一定とすべきで、任意で決められるような幅のあるものは好ましくない。
2. 筋肉注射と経口投与は同じ量としてはならない。生体利用率が投与経路によって異なるため同じ量でも効果は同等ではない。
3. 頓用薬は漫然と投与されるべきではない。医師は処方を見直して定期処方のみとする努力が必要である。
4. 薬物の奏功が高い予測性で見込まれる病態にのみ使用されるべきである。
5. 理想的には定期処方されている薬と同じものが頓用薬として追加投与されることが望ましい。抗精神病薬を頓用薬として処方する場合、1種類のみにするべきである。
6. 頓用薬と定期薬をあわせて大量処方となる状態は避けるべきであり、やむなく高用量となる場合は患者の合意と身体状況に十分配慮しなければならない。
7. 依存形成の観点から、ベンゾジアゼピン系の処方短期間にとどめること。

3. 身体的介入

1) 基本的な考え方

本ガイドラインにおいては、身体的介入は危機離脱技術であるブレイクアウェイと徒手拘束を指す。身体的介入は不幸にして身体的暴力が発生した際の、最終手段として用いるものであり、介入の全過程を通じてアセスメントと心理的介入、環境調整が継続されなければならない。やむをえず身体的介入を実施する場合においては「妥当な力」の行使が常に考慮されなければならない^{10) 13) 14)}。

身体的介入技術は、患者・スタッフ双方の安全と尊厳が最大限に保障される、実際に有効なものでなければならず、攻撃性・暴力への対応の理念を正しく理解し、十分に訓練されたスタッフのみにより、マニュアルに則って用いられるべきであり、乱用してはならない。また、身体的介入の方法は常に検証され、より苦痛の少ない、安全な方法が検討されなければならない。

2) ブレイクアウェイ

ブレイクアウェイは、護身術や合気道を基礎に、予測が困難な状況で突発的に相手から攻撃されたり、抑えられたりしたときに、可能な限り相手にダメージを与えずに1人で離脱するためのテクニックである。しかし、あくまでもこれらの技術が必要となる状況を作らない態勢と、リスクアセスメントが必要である¹³⁾。

精神病状態にある患者の身体的暴力へ対処する場合、これらの危機離脱の技術を用いたとしても、相手やほかの人々に傷害等を負わせて正当防衛として許される範囲はかなり狭いと考えられる⁹⁾。患者から攻撃・暴力を受ける可能性が高まった際に、安全に介入できる態勢・環境が確保できないのであれば、その場から一時退避することが優先されなければならない。

ブレイクアウェイの原理

- ① Quick (素早い動きでふりほどいて逃げる)
- ② Technique (解剖を理解し、ふりほどきやすい方向に力を加える)
- ③ Surprise (相手が驚いている間に逃げられるような手法)

3) 徒手拘束

徒手の身体拘束はどのようなポジションにおいても危険が伴うものである。徒手拘束と専用の拘束具を用いた機械的身体拘束はすべての介入が奏功しなかった場合に用いる最終手段とすべきである。徒手拘束の実施時間は最短にとどめ、必要な場合は非経口的な薬物投与による鎮静、隔離などが検討されるべきである。

徒手拘束は複数のスタッフで実施すべきであり、訓練されたスタッフがチームを組んで手と関節を押さえることにより攻撃者の動きを抑制し、かつ安全に移動する技術であるチームテクニクスという手法が知られている¹³⁾。

徒手拘束の原則^{10) 13) 14)}

- ・最低3名のスタッフでチームを編成する。患者の興奮が激しい場合などは必要に応じて5名以上で対応する
- ・チームメンバーの1名が、身体的介入の全過程において下記について責任をもたなければならない
 - 患者の頭頸部の保護・支持
 - 気道確保、呼吸確保
 - バイタルサインのモニタリング

—身体的介入のプロセスの指揮

- 身体的介入の全過程において頸部、胸部、腹部、背部、骨盤を直接圧迫してはならない。腹臥位をとることはできるだけ短時間に留めるべきである
- 身体的介入の全過程において、可能な限り患者が心身ともに安楽かつ面子が保てるようモニタリングしなければならない
- 身体的介入はすべて人的な、必要最小限の力を使用して行われなければならない(患者に痛みを与えることには何ら治療的な価値はない)。痛みを与えることが正当化されるのは、スタッフ、他患者などを緊急に救出する必要性が生じた場合のみである
- 精神疾患をもつ患者は冠動脈疾患、脳血管疾患、糖尿病、てんかん、呼吸器疾患等を合併している場合が少なくないため、徒手拘束による有害事象が介入中のみならず介入後にも発生する可能性に留意して身体状態をモニタリングしなければならない

V 暴力インシデント発生後の対応

暴力インシデント発生後の介入を行う目的は、暴力の発生による個人、組織への影響を最小化し、再発を防止することにある。介入の対象は事故の被害者だけでなく、加害者、直接または間接的に事故にかかわった者がすべて含まれる。

1. 感染防止

暴力行為を鎮静化する過程における唾液や血液への曝露、咬傷等による感染を予防するためにスタッフはあらかじめ必要な個人防護具を装着することが望ましい。患者またはスタッフが受傷し、皮膚組織の損傷、血液・体液の付着が生じた場合は、組織の感染症管理指針に則り、対策を講じなければならない。

2. インシデントの報告および情報共有

非経口的な薬物投与による鎮静、身体的介入、行動制限を要したすべてのインシデントは確実に診療録に記載されるとともに、組織内で定められ

た形式・方法に従い報告されるべきである。攻撃性・暴力を呈した患者の状態に関する情報は、すべての関係者間で適切に共有され、特に患者の入退院や病棟の移動、転院時などの情報伝達が確実に行われるよう配慮すべきである。

3. 事故後のサポート

1) 被害者の保護・ケア

死者や重傷者が発生したようなきわめて深刻な事故では直接、間接に関与したほとんどの者に心理的影響が及ぶ。また被害者本人だけでなく、身近な同僚、上司、部下には二次受傷による心理的反応がしばしば出現する。二次受傷とは、被害者と精神的に関わりをもつ者に生じるトラウマとそれによる心身反応である。一般的に被害者と心理的距離が近かったり、事故の発生になんらかの自責感を抱いていたりすると二次受傷が生じやすい。ただし、暴力の影響はきわめて個人差が大きく、インシデントの客観的な規模とは必ずしも一致せず、攻撃行為や言語的暴力のほうが、身体的暴力を受けた場合よりも深刻な精神的ダメージを負わせることもある。また、ストレス反応は事故直後よりも勤務終了後～翌日以降に顕在化することが多く、精神科医療従事者の特性¹⁴⁾にも留意したサポートが求められる。

原則的には、攻撃や暴力のターゲットとなった者は、ただちに攻撃者の視界に入らない場所に保護し、攻撃者が十分静穏化したことが確認されるまで再接近を禁じるべきである。受傷している場合はすみやかに、必要な検査、医師による診察や治療、処置を行うこと。スタッフについては、業務遂行の継続が可能かどうか、複数のスタッフが受傷した場合などは他部署からの応援が必要か、管理職による判断と調整がなされなければならない。また、事故に直接関与したスタッフとそれ以外の者では事故に対する関心や態度の差が生じることは避けられない。このため、事故の被害に遭ったスタッフが、事情をよく知らない同僚から不用意な励ましや助言、事故に関する質問、事故回避の可能性についてのコメントなどを受け、かえって孤立感や無力感を抱いたり、同僚や組織に対する怒り、不信感を深めることのないように配慮することが望ましい。事故により病気休暇を取得する場合、スタッフが確実に支援されるよう、管理者は休暇中ならびに復職にあたってのモニタリングを行い、積極的かつ慎重に対応することが望ましい。また、スタッフが暴力の被害者になった場合、そのスタッフが加害者になる可能性も高まるため、インシデント発生直後の加害者への

直接ケアには、被害に遭ったスタッフを関与させることは避けなければならない。

2) 事故後の心理的ケア

インシデントにかかわったスタッフ・患者、インシデントを目撃したほかの患者・面会者などには、インシデントへの関与の度合いによらず、危機介入の必要性を査定すべきである。事故後の心理的ケアは関係者の心理的な問題が遷延するのを防ぐ目的で個人および集団で実施し、そのプロセスにおいて関係者のニーズが査定され、必要なアフターケアが提供されるのが望ましい。

深刻な事故が関係者にもたらす心理的影響を放置すると、業務能力の低下、人間関係の悪化、士気の低下、燃え尽きや離職といった形で職場内の問題に発展する可能性があることに十分留意する。

(1) 当事者以外に対する心理的ケア

事故の被害者あるいは事故の収束に当たっているスタッフ以外の集団(または個人)に対し、事故の発生後すみやかに、管理者が全員を集合させ、あるいは全員集合が困難な場合にはグループに分けて、事故の概要と対応状況に関する情報提供と、ストレス反応および対処方法の心理教育を実施することが望ましい。この介入は危機管理ブリーフィング(Crisis Management Briefing)²³⁾²⁴⁾と呼ばれ、事故当事者以外に安全を保証し、不安や動揺を示している者へのサポートを提供することで、不要な混乱、憶測による噂の流布、不安の増大を防ぐのに効果的である。特に、重大な事故発生後は医療チーム内の緊張が高まり、事故のみへの関心の集中、情報伝達の混乱などが生じ、チームが機能不全に陥りやすい。事故を公に扱い、情報を共有することで、スタッフ間のコミュニケーションを改善することが事故の再発防止にも重要である。

(2) 事故の収束にあたったスタッフグループへの心理的ケア

事故の収束にかかわったスタッフなどのグループを対象に、管理者またはシフトリーダーなどが、事態収束後ひと段落着いたところで再集合させ、10～20分程度でただちに実施する。この介入はディモビライゼーション(demobilization)²³⁾²⁴⁾と呼ばれるものであり、事故に関して分かっていることと分かっていないことについて再度情報提供し、互いに情報交換をする。この際、栄養のある食物を提供し労をねぎらうのが効果的である。ディモビライゼーションは、事故の收拾にあたったスタッフの緊張を緩和し、適応的な心的防衛機制を促進し、通常の業務に戻るのを円滑にすることと、スタッフ個人のその後のストレス反応を予測するのに重要な場となる。

(3) 被害者および周囲の者に対する心理的ケア

① インシデント発生直後の対応

インシデント発生直後は、被害者に対してつぎのことを心がける。

- ・ 共感的態度による心理的サポート
- ・ 現実的・実地的な援助(傷の手当、付添い、休養の保証、勤務交代等々)
- ・ 起こりうる心理的反応に関する説明
- ・ セルフケアとしての対処法の説明
- ・ 職場ラインでの相談先の明確化
- ・ さらに援助が必要な場合の相談手段に関する情報提供

深刻な事故では被害者の周囲の者も強い心理的衝撃を受ける(二次受傷)。したがって直接の被害者だけでなく、周囲の者の二次受傷への対応(心理的反応やセルフケア、職場ラインの相談先の説明など)も必要である。

② インシデント収束後の対応

被害者への心理的ケアは以下の3段階に沿って実施する。

第1段階：セルフケア(本人に心がけてもらう自己対処法)

- ・ ストレス体験がもたらす心理的反応をよく理解する
- ・ 精神的孤立を避け、家族や友人との絆や交流を普段以上に大事にする
- ・ 信頼できる相手に自分の気持ちを聴いてもらうことで、心を軽くする
- ・ プラスの対処行動を積極的に工夫する(趣味やスポーツ、リラクゼーションによる気分転換など)
- ・ マイナスの対処行動はストレス緩和につながらないので避ける(過度の飲酒、じっと引きこもる、一時のうさ晴らしなど)

第2段階：職場でのケア

- ・ ストレス体験がもたらす心理的反応をよく理解する
- ・ 同僚同士の配慮と支え合いのある職場環境
- ・ ライン(上司)による配慮と取り組み
- ・ 長期的影響のモニターと対策検討

第3段階：専門的ケア

- ・ ストレス症状が強い個人をモニターし、早めに専門的治療を紹介する

なお以上の内容については、普段から職場内研修などで啓発に努めることが望ましい。

4. インシデントのレビュー

事故から教訓を得ること、スタッフ・患者の支援、スタッフと患者および関係者との治療の関係性の再構築と促進を目的としてスタッフ間でインシデントのレビューを行う。レビューはできるだけ早期に、遅くとも1ヵ月以内に、事故に直接関係しないリスクマネージャーなど、第三者の協力を得て実施するのが望ましい。事故後のスタッフの感情的、心理的サポートにおいて管理者の果たす役割はきわめて重要であり、事故原因の徹底的な追求と適切な再発防止策の検討を進める役割を同時に担うのは困難な場合が少なくない。このため、職場の管理者以外のリソースに協力を得ることが推奨される。また、攻撃・暴力的行為に関する事故の発生要因は複雑であり、レビューにおいては当事者のみに事故の責任を帰すことのないよう留意すべきである。

重大な事故のレビューを行うにあたっては、感情的な問題を制御し、安全に話し合いが行えるようにするため、下記のような点に留意して事前の準備を行うことが望ましい。

- ・ 関係者への影響の査定と参加者の調整

管理者の参加は必須である。当事者はもちろん、スタッフ全員にできれば個人的に話を聞き、事実確認と事故に対する受け止め方、ストレス反応の有無を査定し、出席者を調整する。レビューに参加しない・させないスタッフに対しての配慮を欠かさないように十分留意する。

- ・ 場所、日時、所要時間

安全な話し合いができる場を準備するには、場所・日付だけでなく、できるだけ参加者が中座しなくてよく、その後の業務への影響も配慮した時間帯を選択する。

- ・ 会場設営

事故の内容によっては座席の配置、参加者の座る位置も調整する。

- ・ レビュー開催の告知

レビューの開催目的を明確化し、前もって参加者への告知を行っておく。

- ・ 当日のレビューの運営

司会、書記、プレゼンターを誰が担うのが安全か検討し、事故当事者に過度の負担がかからないようにする。

レビューでは下記の内容が扱われる。

- ・ インシデント発生の経緯・概要
- ・ 攻撃性・暴力の引き金となった要因

- ・インシデントにおける患者・スタッフの動き、果たした役割
- ・今後の治療・ケアプラン

レビュー終了後も、討議記録の保管、関係者への報告を適切に行い、医療チームとして事故に区切りをつけ、得られた教訓を前向きに生かしていく雰囲気を保てるよう、長期的な支援が必要である。

5. 加害者への対応

危機的状況が終息したあと、加害者となった患者については日常の活動への復帰に向けての関わりと再発防止のための取り組みとが必要となる。これには日常の生活に戻るために行うデブリーフィング(debriefing)と、さらに再発予防のための治療的な介入がある。最終的には加害者が起こった出来事から学習し再発防止へのモチベーションを高め、日常生活に戻ったあとには再発予防のための取り組みが行われる。これには認知行動療法による怒りのセルフマネジメントや危機的状況に対して本人との契約に基づいたケアプランの作成などがある。なお、医療観察法で行われる「内省プログラム」²⁵⁾のように重大な他害行為に対する認識、被害者への共感性を養うためのプログラムも、治療的戦略のモデルとして今後普及していくことが期待される。いずれの過程でも医療者だけが方針の決定を行うことは望ましくない。当事者(もしくは代弁者)と協働して意思決定を進めることが重要である。

1) デブリーフィング

ここでいうデブリーフィングは心理学的デブリーフィングとは異なるものであり、「暴力がもたらす不利益に気づき、代替的な行動ができるように学習する」¹³⁾ことが目的である。Six Core Strategiesでは「隔離・身体拘束が行われたあと、隔離・身体拘束実施の詳細な分析から知識を得て、その知識を活かしてつぎの実施を回避するための考え方、手順と実践を普及することを基本とする」、「隔離・身体拘束の実施にかかわったすべてのスタッフそして当事者である患者(医療消費者)、同様にそこに居合わせた人にも隔離・身体拘束によって心的外傷となる心理的副作用を和らげること」という2つのゴールを目指してデブリーフィングが行われる²⁶⁾⁻²⁹⁾。これはもともと「危機的出来事について何が起こったか、またつぎの結果が予防できるかあるいは起こっても、少しでも良くなるように厳密に分析すること」³⁰⁾から発展しており、暴力という危機的出来事を当事者が分析できるよう援助するためのツールとなる。

デブリーフィングは、日常生活に戻るために引き金となった問題の解決や出来事によって崩れた人間関係の修復を含む。加害者である当事者は自身の置かれた状況や処遇に対して不公平感をもつ場合もある。このため加害者にかかわる際には加害者が公平であると感じることができ、ポジティブな関係をとれるスタッフであって、責任をもつ立場の者(多くの場合は医師や病棟師長、主任級スタッフ)が行うことが望ましいとされる。患者には以下のことについて話を聞いていく

- (1) インシデントに先行した事象(どんな状況だったか)
- (2) インシデントの内容(どんなことが起こったか)
- (3) 内面の言語化の促し
- (4) インシデントの間、加害者自身はどう行動したか
- (5) インシデントの結果、本人や周囲の人はどうなったか
- (6) 関係の再構築に向けた準備(被害者への謝罪、ほかの患者への説明)
- (7) 関係の再構築とその後の関わり
- (8) 再発予防のための方法は何か

かかわるスタッフはスタッフ側からはどういうことが観察されていたかについても話しながら、当事者が自身に起こった変化に気がつくように話を進める。

(6)～(8)はその場だけでなく時間をかけて行う必要があることもある。加害者が他罰的な意識から謝罪したいという気持ちに変化していく過程をサポートしつつ謝罪などを行う。

2) 日常の対応

(1) 危機的状況に対する契約に基づいたケアプラン

リスクの高い当事者と危機的状況になることについて、その引き金となるような要因や対処法について当事者とともに検討し、契約として当事者、スタッフ双方の署名をした文書(セイフティプラン、クライシスプランなど)を作成しておく¹⁰⁾¹³⁾。このことで危機的状況に対して当事者の選択を取り入れた管理的でない有効な介入がなされ、危機的状況を回避することができる。

(2) アンガーマネジメント

怒りに対して、認知行動療法としてのアンガーマネジメントが有効であることが確認されている。日常のプログラムとして導入可能ならば検討することも必要である。

文献

- 1) 日本看護協会：保健医療福祉施設における暴力対策指針—看護者のために—, 2006.
- 2) Lindenmayer JP, Crouner M, Cosgrove V : Emergency treatment of agitation and aggression. Review of Psychiatry vol. 21, Emergency Psychiatry (Allen MH, ed.), American Psychiatric Publishing Inc, 2002.
- 3) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) : Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services : TIP 57. 2014.
- 4) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター, 兵庫県こころのケアセンター 訳) : SAMHSAのトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き, 2018.
- 5) Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J : Shelter from the Storm : Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. The Open Health Services and Policy Journal, 3 : 80–100, 2010.
- 6) Goodman LA, Dutton MA, Harris M : The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill women. J Trauma Stress, 10 : 51–70, 1997.
- 7) Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al : Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. J Consult Clin Psychol, 66 : 493–499, 1998.
- 8) De Bellis MD, Zisk A : The biological effects of childhood trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 23 : 185–222, 2014.
- 9) NICE : Service user experience in adult mental health : improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Clinical guideline 136. 2011.
- 10) NICE : Violence and Aggression : Short-term management in mental health, health and community settings Updated edition. NICE guideline 10. 2015.
- 11) UK Department of Health and Social Care : Equity and excellence : Liberating the NHS. 2021/8/1, [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf]
- 12) NICE : Decision-making and mental capacity. NICE guideline 108. 2018.
- 13) 日本こころの安全とケア学会 編 : CVPPPトレーニングマニュアル 医療職による包括的暴力防止プログラムの理論と実践, 中央法規出版, 2019.
- 14) 鈴木啓子, 吉浜文洋 編著 : 暴力事故防止ケア, 精神看護出版, 2005.
- 15) Webster CD, Douglas KS, Eavas D, et al (吉川和男 監訳) : HCR-20 暴力のリスク・アセスメント第2版, 星和書店, 2007.
- 16) 下里誠二, 塩江邦彦, 松尾康志, 他 : Broset Violence Checklist (BVC) 日本語版による精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測の検討. 精神医学, 49 : 529–537, 2007.
- 17) Ogloff JR, Daffern M : The dynamic appraisal of situational aggression : An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. Behavioral Sciences & the Law, 24 : 799–813, 2006.
- 18) Glick RL, Berlin JS, Fishkind A, et al : Emergency Psychiatry : Principles and Practice, 117–147, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- 19) 藤田純一, 小林桜児, 伊藤弘人, 他 : 公立単科精神科病院における頓用薬使用の実態と意識調査. 精神医学, 51 : 567–577, 2009.
- 20) Fujita J, Nishida A, Sakata M, et al : Excessive dosing and polypharmacy of

- antipsychotics caused by pro re nata in agitated patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67 : 345-351, 2013.
- 21) Douglas-Hall P, Whicher EV : 'As required' medication regimens for seriously mentally ill people in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015. doi : 10.1002/14651858.CD003441.pub3.
 - 22) Bowden MF : Audit : prescription of 'as required' (p.r.n.) medication in an in-patient setting. *Psychiatr Bull*, 23 : 413-416, 1999.
 - 23) GSエヴァリー, JTミッチェル(飛鳥井望 監訳) : 惨事ストレスケア ; 緊急事態ストレス管理の技法, 誠信書房, 2004.
 - 24) JTミッチェル, GSエヴァリー(高橋祥友 訳) : 緊急事態ストレス・PTSD対応マニュアル ; 危機介入としてのディブリーフィング, 金剛出版, 2002.
 - 25) 今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 他 : 重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「内省プログラム」の開発と効果測定. *司法精神医学*, 5 : 2-15, 2010.
 - 26) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳) : 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化-使用防止のためのコア戦略- 翻訳にあたって. *精神科看護*, 37(6) : 52-56, 2010.
 - 27) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳) : 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化-使用防止のためのコア戦略- 第一部. *精神科看護*, 37(7) : 54-57, 2010.
 - 28) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳) : 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化-使用防止のためのコア戦略- 第二部. *精神科看護*, 37(8) : 49-53, 2010.
 - 29) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳) : 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化-使用防止のためのコア戦略- 第三部. *精神科看護*, 37(9) : 65-73, 2010.
 - 30) Scholtes PR, Streibel BJ, Joiner BL : *The Team Handbook* (2nd Ed), Oriel, 1998.

4

藥物療法

4 薬物療法

緒言および作成手順

急性の精神疾患、特に興奮を伴う疾患は、エビデンスの作られにくい領域である。その典型である救急・急性期の現場で生じた臨床疑問に対して、その現場に則しかつ信頼に足る解答を見つけることは、意外に容易でない。現場で生じる疑問の多くは、理想的な治療経過を辿らない患者についてである。しかし、Minds法に代表されるような一般的な臨床ガイドラインは、臨床試験に対してインフォームドコンセントを取得できる言わば理想的な患者しか組み入れにくい二重盲検ランダム化臨床試験(RCT)の成果を基にしている。そのため、ガイドラインの推奨内容はそのような患者に対しては有用である一方、対象にしていない現場で治療を試行錯誤するような状況については本質的には答えられない(図1)¹⁾。それどころか机上論が現場を歪めるリスクを伴う。

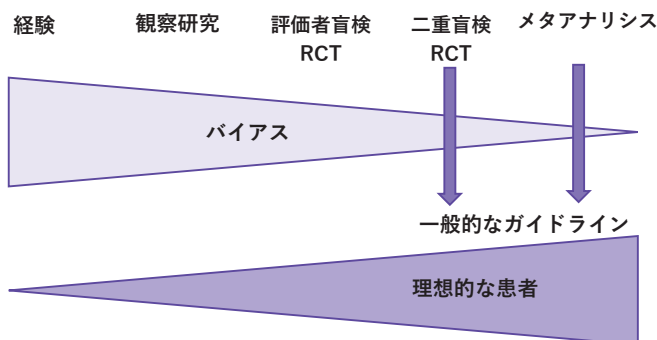


図1 精神科救急の現場で、何を基準に薬剤選択するか?¹⁾

日本精神科救急学会はこのような問題意識をもちながら、先輩からの伝承による多剤併用・大量療法・副作用管理は錐体外路症状のみといった医療慣行に替わる、標準的な精神科救急治療技法を追求してきた。最初のガイドライン(2003年版)には、急性精神病状態における生理学的異常、非経口鎮静に伴う呼吸抑制、ハロペリドール静脈注射(以下、静注)によるQT延長など、東京都立墨東病院で構築された安全面に関するエビデンスを基に、最小限の必要事項を盛り込んだ。2009年版には、当学会が組織したJapan Acute-phase Schizophrenia Trial (JAST) study groupによる効果面のエビデンスを加えた。このJAST study groupは、全国の精神科救急医療機関の多施設共同研究で、厚生労働科学研究費や国立精神・神経医療研究センターの精神・神経疾患研究開発費の補助を受けながら中立を保ってきた。バイアスを減らして質を追求することと過酷な現場で実施することという並びがたい2点の妥協点として、RCTの際には二重盲検でなく評価者盲検で実施してきた。2015年版には、JAST study groupによって2009年から2013年までに行った抗精神病薬早期反応不良例に対する抗精神病薬の切り替え・上乘せ併用・高用量といった介入法のRCTの成果を盛り込んでいる。

しかし、JAST study groupによるRCTでさえ選択基準に該当する症例のすべてが登録されるわけではないことから、2014年以降、全数追跡できる前向きコホート研究デザインに切り替えている。今回の改訂版には、精神科救急入院コホート追跡による治療法評価として実施した研究成果を盛り込んでいる(図2)。

文献的検討については、PubMedにおいて‘schizophrenia’、‘clinical’、‘guideline’を検索語に‘meta-analysis’、‘review’、‘systematic review’、‘human’、‘English’をフィルターとして前回以降(2015年～)を検索し、59報を見出した。このうち32報はschizophreniaが主題でなく、15報は薬物療法が主題でないため除外し、12報を中心に検討を行った。しかし、2000年～2018年のEmbase、Medline、PsycINFO、PubMed、Scopus、Web of Scienceから抽出された24のガイドラインを体系的にレビューしたHuiらの成果を見ると、古いガイドラインの影響を受けて現在の臨床状況にそぐわない結論が導かれる²⁾。それを避けるため本章では最新かつ信頼できる文献としてLeuchtらやCochrane Schizophrenia Groupによるメタ解析、APA Practice Guidelines、Canadian Schizophrenia Guidelines、モーズレイ処方ガイドライン第13版、Tiihonenらのスウェーデンの国家規模データベースに基づく解析を主要な参照先とした。

本章は、即応性・確実性と軌道修正可能・安全性との並立を理想とし、

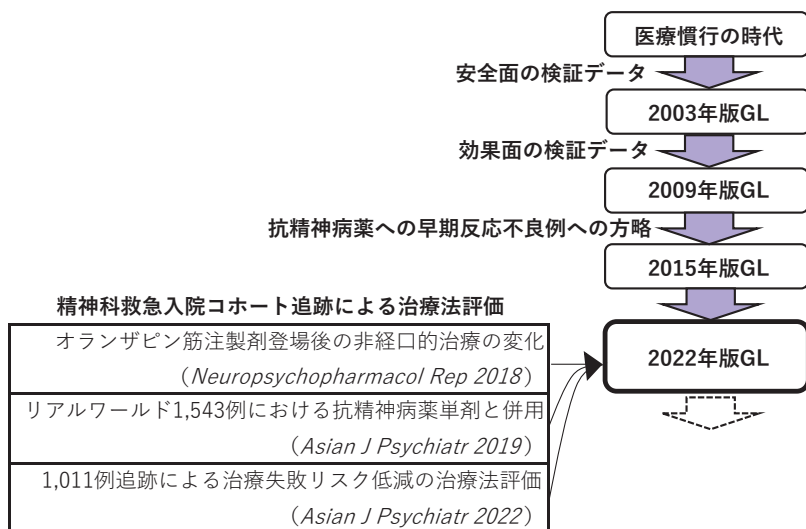


図2 JAST study groupによる精神科救急医療ガイドライン(GL)・薬物療法の改訂工程

現場感覚と実証性との双方を勘案して作成した。このことは同時に、実証性が不十分な事柄については描写しきれなかったことを意味する。いくつかの抗精神病薬が、使い所がありながら記述されていないと読者は感じるであろう。つまり、現場的には、この指針の内容がすべてではないことを付け加えておく。今後も、真の現場からのエビデンスを基に改訂を継続する。そのために建設的なご意見をお寄せいただければ幸いである。

実際の臨床に際しては現場の判断が優先されるべきである。本指針に関して、いかなる原因で生じた障害、損失、損害に対しても筆者らは免責される。

(責任編集：八田耕太郎)

I 焦燥・興奮に対する薬物療法

1. 何を原則とすべきか？

興奮・攻撃性などの標的症状と身体合併症が潜在する可能性を見極めつつ、即応性・確実性と安全性・軌道修正可能の並立を理想とすべきである。

解説

精神科救急の現場では、内向き(自殺の方向)あるいは外向き(暴力の方向)の攻撃性を制御することが第一の仕事である。しかし、その背景にある疾患を短時間で鑑別することがむずかしいこともあり、判断が後手に回ってしまうこともある。また、予期しない合併症が潜在したり、副作用が予想より強く出たりする可能性もある。したがって静穏化あるいは鎮静の方法は、「予測しがたい精神科救急患者の身体状況、精神症状の変化に即応でき、しかもいつでも軌道修正できる」という確実性と安全性を両立する視点から薬剤を選択して組み立てなければならない。

2. どの投与経路を選択するか？

焦燥・興奮を標的に薬剤を投与する場合、患者が診療に協力できるか否か、静穏化でよいのか深い鎮静が必要なのかによって投与経路を決める(図3)。

- 1) 診療に協力できる場合は内服投与を選択すべきである。
- 2) 診療に協力できない場合、目標が静穏化であれば筋肉注射(以下、筋注)を優先することが望ましい。すでに静脈ルートが確保されている場合は、静注を選択してもよい。
- 3) 診療に協力できず、深い鎮静(眠らせる)が必要な場合、静注を選択すべきである。

解説

静穏化ないし鎮静を要する場面では、適切な数のスタッフを集めてからそれを開始する³⁾。CVPPP(包括的暴力防止プログラム)などで訓練を受けたスタッフが望ましい。興奮患者は意識が清明であれば、相対する人の数が多数であることを認識して戦意を喪失し、言語的介入に応じやすくなるからである。もちろん応じなくて抵抗する場合、圧倒的多数で徒手拘束するほうが安全であることはいうまでもない。このように静穏化ないし鎮静は、まず数の力で圧倒してから言語的介入によって開始されることが理想である。冷静に話しかけ援助者であることを伝え、興奮を鎮める。言語的介入による静穏化効果は通常暫時のものであるため、薬物療法の付加が必要である。それによって静穏化した状態が持続することになる(図4)⁴⁾。

診療に協力できる場合は内服投与する。しかし、攻撃性が強すぎたり、

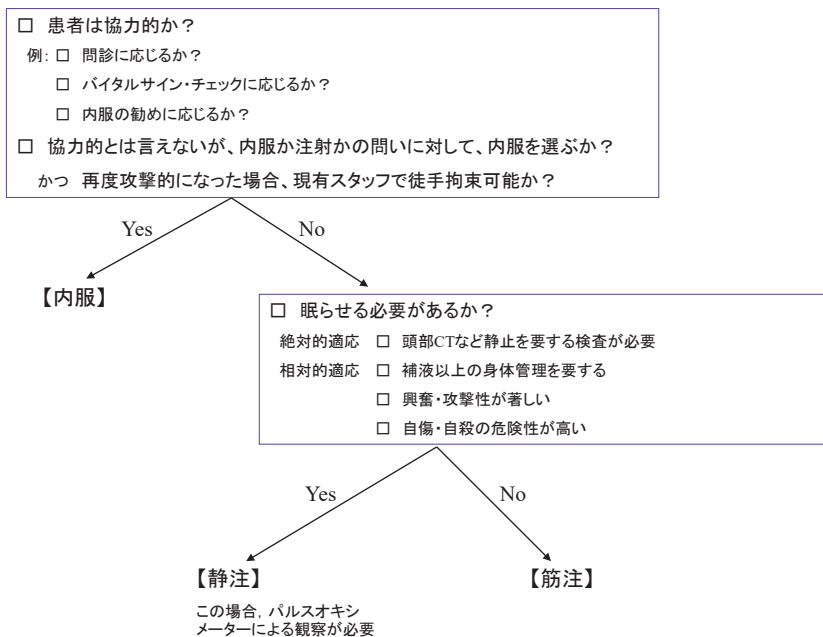


図3 焦燥・興奮に対する薬物療法フローチャート

被害妄想のためにきわめて猜疑的であったり、せん妄などの意識障害が重畳したりする場合は、取り付く島がないためあまり時間をかけずに非経口投与による鎮静処置のための準備に移る。筋注による静穏化は、身体管理をしにくいと、身体合併症の潜在の可能性が低いことが前提となる。静注による深い鎮静は、眠らせる必要がある場合に行う。その絶対的適応(ほぼ100%せざるをえない)としては、診療に協力しない患者のうち、たとえば頭部CTやMRIなど静止を要する検査が必要なときである。相対的な適応(程度・状況による)としては、脱水・高CPK血症などのホメオスタシスの崩れや合併症などのために輸液以上の身体管理を要するとき、興奮・攻撃性が著しく集められる人手では再度の興奮に際して徒手拘束不可能と予測されるとき、自傷・自殺の危険性が高いとき、などがあげられる。静注によって眠らせる鎮静を行う場合には、パルスオキシメーターによる呼吸状態の観察を併行する必要がある。

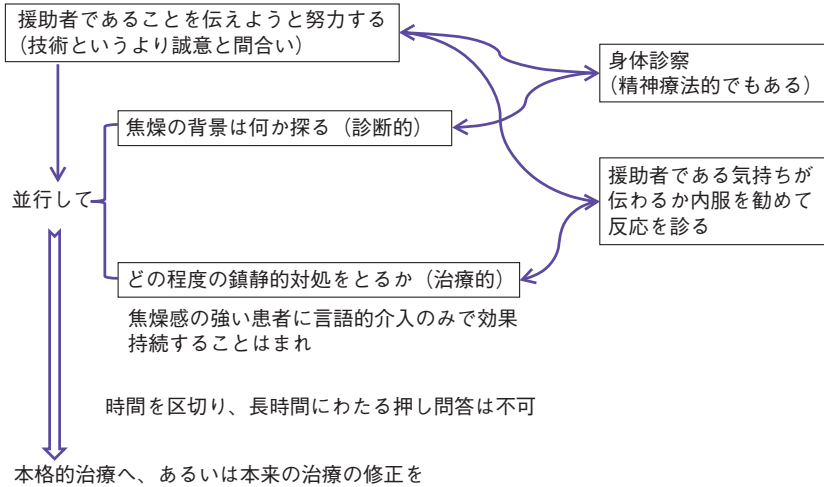


図4 焦燥感の強い患者との問題指向型コミュニケーション(文献4)を改変)

3. どのように静穏化するか？(表1、図5)

- 1) 内服で静穏化を図る場合、ハロペリドールと症状改善で差がなく体内外路症状が少ないことが明らかにされている第2世代抗精神病薬が望ましい。しかし、特定の薬剤を推奨するほどの根拠はない。口腔内崩壊錠、舌下錠、内用液は、服用に水を要しないため、救急場面での取扱上有利といえるかもしれない。
- 2) 抗不安薬の投与が相応しい状態に対して、あるいは抗精神病薬に併用する薬剤としては、代謝の単純なロラゼパムが望ましい。
- 3) 初発か服薬歴があるか、高齢か否か、身体的に健常か、標的症状の程度はどうかによって薬剤の種類と量を決定すべきである。いずれも初回投与の効果を見て数時間後に以降の量を決定することが望ましい。
- 4) 内服に応じない場合に静穏化を図るには、焦燥・興奮が軽度で急がなければ貼付剤、症状が中等度以上の場合は筋注が望ましい。

表1 静穏化のための薬剤の種類・剤形の選択

状態	種類	剤形	内服に応じない	
			急がない	静脈ルートがある
精神病症状/ 精神病水準	第2世代抗精神病薬 RIS/OLZ/APR RIS/APR ASN BNS OLZ/HAL HAL	錠剤		
		口腔内崩壊錠		
		内用液		
		舌下錠		
		貼付剤	○	○
		筋注	○	
	HAL	静注	○	○
非精神病性 かつ軽度	LZPなど DZP DZPなど	錠剤		
		シロップ		
		筋注	○	

RIS : risperidone, OLZ : olanzapine, ARP : aripiprazole, ASN : asenapine
BNS : blonaserin, HAL : haloperidol, LZP : lorazepam, DZP : diazepam

・ハロペリドールを注射する際、錐体外路症状、特にジストニアやアカシジアといった急性で重篤な副作用の発現に備えるべきである。

・1回の筋注からつぎの筋注までの間隔は、筋注した際の血中濃度の推移を考慮すれば30～60分程度が望ましい。

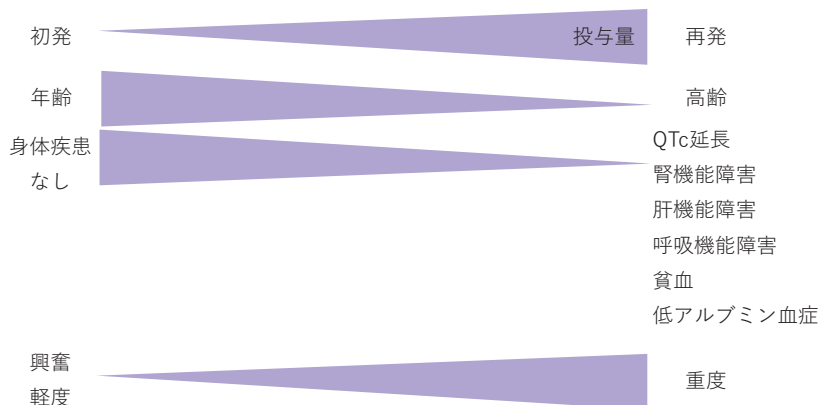


図5 静穏化するための薬剤投与を決める際に参照する因子

初回投与の効果を見て数時間後に以降の量を決定することが望ましい。

- 5) 筋注する薬剤を選択する際、有用性が実証されているオランザピンあるいはハロペリドール+プロメタジンが望ましい。
- 6) ハロペリドールを注射する際、錐体外路症状、特にジストニアやアカシジアといった急性で重篤な副作用の発現に備えるべきである。筋注の抗パーキンソン薬は、ビペリデンでも代替可能である。
- 7) 1回の筋注からつぎの筋注までの間隔は、筋注した際の血中濃度の推移を考慮すれば30～60分程度が望ましい。
- 8) 内服に応じない場合に静穏化を図る際、あらかじめ点滴ルートがあるならハロペリドールの経静脈投与が望ましい。
- 9) ハロペリドールの経静脈投与を行う際、あらかじめ心電図でQTcが500ms未満であることを確認することが望ましい。
- 10) ハロペリドールの経静脈投与が高用量になる場合は、心電図モニターをするべきである。

解説

軽度・中等度・重度の基準は、2016年に開催された第1回国際焦燥会議（スペイン、イタリア、フランス、アルゼンチン、ドイツ、スウェーデン、ギリシャ、オーストリア、ノルウェイの専門家20名による）の見解が参考になる⁵⁾。

・軽度

怒りっぽい返答、怒りの表情、反抗的で強情な態度、常に過敏な動き。

・中等度

非協調性・猜疑心、怒りっぽく暴力的な返答、恐怖、落ち着かなさ、言語的な怒りの爆発。

・重度

支離滅裂な話しぶり、注意の維持不良、煩悶、叫び声、言語的・身体的攻撃性、闘争や逃走に関する行動。

2015年までの焦燥・興奮を評価した2,175報を検討し、基準に合致した124報の体系的レビューを通して得られたエビデンスと、専門家(アル

ゼンチン、オーストラリア、オーストリア、ブラジル、カナダ、フランス、ドイツ、ギリシャ、香港、イタリア、スペイン、英国、米国)の経験をデルファイ法で統合したコンセンサスでは22の推奨が列挙されている³⁾。しかし、それらは非言語的介入および薬物療法の原則に関するものであり、具体的な薬剤の推奨はない。唯一、オランザピンとベンゾジアゼピン系の同時筋注は低血圧・徐脈・呼吸抑制を惹起する可能性があるため避けるべきという項目がある。なお、その体系的レビューからは、

- ロラゼパムとハロペリドールは有効な選択肢としてあり続けていること
- 効果面では、抗精神病薬の第1世代と第2世代との間に差がないこと
- 第2世代ではオランザピンの有効性を示した試験が最も多いこと、リスペリドンが他剤より優るわけではないこと、アリピプラゾールはオランザピンと効果面で差がなく糖脂質代謝やプロラクチンへの影響が少なかったという二重盲検RCTがあること、クエチアピンはハロペリドールに優らなかったこと
- アセナピン舌下錠はプラセボに優り、エフェクトサイズはこれまでの抗精神病薬筋注と同等であったこと
- リスペリドンとロラゼパムとの併用はハロペリドールとロラゼパムとの併用と同等であったこと、リスペリドンとクロナゼパムとの併用はハロペリドール筋注と同等であったこと、クエチアピンはプラセボと比較して気分安定薬への付加が双極Ⅰ型躁病エピソードの焦燥・興奮に有効であったこと
- ロラゼパム筋注はハロペリドール筋注と同等であったこと、ミダゾラム筋注はハロペリドール筋注に優ったこと、ベンゾジアゼピン系筋注はオランザピン筋注に劣ったがアリピプラゾール筋注とは同等であったこと
- オランザピン筋注はハロペリドールに劣ることなく、ロラゼパム筋注に優ったこと、アリピプラゾール筋注はロラゼパム筋注と同等であったこと
- ハロペリドール+プロメタジン筋注はハロペリドール筋注やロラゼパム筋注より優ったが、ミダゾラム筋注やオランザピン筋注とは差がなかったこと、ハロペリドール+ベンゾジアゼピン系筋注はオランザピン筋注と同等であったこと

がまとめられている。しかし、リアルワールドの焦燥・興奮患者がランダム化比較試験への参加に同意の意思を示せることはめったにないため、選ばれた被験者の結果を一般化することは困難である点を明記している。

モーズレイの処方ガイドラインでも、RCTの対象となるのは行動障害が中等度までで実臨床とは異なること、それゆえ推奨は研究データと理論的考察と臨床経験との複合になることが述べられている⁶⁾。その前提の下で、

- ・内服優先
- ・その際に抗精神病薬を定期内服している患者の興奮にはロラゼパム、プロメタジン、ミダゾラム(口腔内投与)、抗精神病薬を定期内服していない患者の興奮にはオランザピン、リスペリドン、クエチアピン、ハロペリドールが推奨されている
- ・それが無効の際は45～60分後に繰り返す。それでも無効かその前に自傷他害の危険が切迫する場合は筋注での対応に切り替える
- ・筋注としてロラゼパム、プロメタジンが列挙され、抗精神病薬ではオランザピンの優位が示唆されている。ハロペリドールは最終選択の位置づけ。無効の際は30～60分後に繰り返す
- ・静注はきわめて緊急の際の位置づけで、ジアゼパムがあげられ、無効なら5～10分ごと3回までと記されている。ハロペリドール静注は可能であるが重篤な副作用への懸念が示されている
- ・電気けいれん療法は好ましいと思われる追加の選択肢
- ・ベンゾジアゼピン系は脳損傷や衝動制御不良の患者には脱抑制のリスクが通常より高いことに触れている

その点は本学会のガイドライン初版作成当時からの問題意識であり、それゆえ精神科救急医療機関の臨床研究グループJASTを組織して今日にいたるまで現場の研究を継続している。焦燥・興奮を標的にしたJASTの成果としてはつぎのものがある

- ・オランザピン口腔内崩壊錠群とリスペリドン内用液群との間で、PANSS Excitement Component (PANSS-EC)の1時間の推移に有意差は認められなかった⁷⁾
- ・精神科救急の現場の注射の実態を検討するために2014年6月からの1年間に9つの精神科救急医療機関に入院して注射を受ける患者を解析した⁸⁾。総計197名、内訳は筋注89名：オランザピン、66名(74.2%)、レボメプロマジン、17名(19.1%)、ハロペリドール、5名(5.6%)、ジアゼパム、1名(1.1%)、および静注108名：ハロペリドール、78名(72.2%)、ベンゾジアゼピン系(ジアゼパム、フルニトラゼパム、ミダゾラム)、30名(27.8%)であった。オランザピン筋注はつぎの点が優った：

➤内服に協力できるまでの時間に差はなかったが、追加の注射(オ

ランザピン筋注)を必要とする頻度も別の種類の注射を必要とする頻度も有意に少なかった

- ▶注射後に身体拘束を要する頻度が有意に少なかった
- ▶錐体外路症状の出現が有意に少なく、このため抗コリン薬の併用頻度が有意に少なかった

1回の筋注からつぎの筋注までの間隔は筋注した際の血中濃度の推移を考慮すれば30～60分程度が推奨されている⁶⁾。しかし興奮あるいは攻撃性の程度が著しい場合、先の筋注の量を補う目的で間隔はそれより短くなる。また、総投与量が添付文書の上限を越えるとしても、目前の興奮あるいは攻撃性の亢進した患者を治療することが優先されるためやむをえないことである。ただし、オランザピンは添付文書においては、「通常、成人にはオランザピンとして1回10mgを筋肉内注射する。効果不十分な場合には、1回10mgまでを追加投与できるが、前回の投与から2時間以上あけること。また、投与回数は、追加投与を含め1日2回までとすること」と規定されている。

ハロペリドールの経静脈投与を行う際、あらかじめ心電図でQTcが500ms未満であることを確認することが望ましい。その根拠は、先天性QT延長症候群の40歳以下での心臓エピソード出現の有無からQTc500ms以上がTorsades de pointes (TdP)のリスク因子となることである⁹⁾。

4. どのように鎮静するか？

- 1)短時間の鎮静(頭部CTやMRIなど静止を要する検査が必要なとき)には、ミダゾラムが望ましい。
- 2)ベンゾジアゼピン系薬剤を静注する際は、パルスオキシメーターによる呼吸状態の観察を併行し、拮抗薬であるフルマゼニルおよびバッグ・バルブ・マスクを用意するべきである。

解説

ミダゾラムを投与する前に、拮抗薬であるフルマゼニルおよびバッグ・バルブ・マスクを用意しておく必要がある。

ミダゾラムは1A(10mg、2mL)を生理食塩水で20mLに希釈し、成人なら最初に5mL、その後反応を見ながら2.5ないし5mLずつ追加する。高

齢者なら最初に2.5mL、その後反応を見ながら2.5mLずつ追加する。

その際、パルスオキシメーターによる呼吸状態の観察を併行する。呼吸抑制が出現した場合、フルマゼニルを静注して回復を図る。具体的には、まず2mL (0.2mg、2/5A)を投与し、必要に応じて1mL (0.1mg、1/5A)ずつ追加する。2A (1mg)まで投与可能、極量は2mgである。半減期が50分と比較的短いため、いったん呼吸回復後に再度呼吸抑制に陥ることがある。したがって呼吸回復後もその点に留意して観察する必要がある。

ミダゾラムを1A投与しても鎮静できない場合、ミダゾラムを追加投与するか、その前にハロペリドールを経静脈投与して反応をみる選択肢もある。それは、臨床経験上ベンゾジアゼピン系薬剤が効きにくい患者にベンゾジアゼピン系薬剤のみで鎮静しようとする大量投与に陥ること、ハロペリドールの経静脈投与の併用は最終的に鎮静に必要なベンゾジアゼピン系薬剤の静注量を少なくするというJASTの研究成果があること¹⁰⁾による。

従来日本の精神科領域で頻用されてきたフルニトラゼパムは、半減期の長さゆえの呼吸抑制リスクの遷延やせん妄リスク以外にも、脱抑制の副作用が比較的多いため¹¹⁾、臨床像を混乱させるリスクがあることを常に念頭に置く必要がある。可能な限り避けるべきである。なお、ベンゾジアゼピンはパニック障害や境界性パーソナリティ障害では脱抑制を惹起するリスクが高く、ほかのGABA-A受容体作動薬であるゾルピデムでも脱抑制との関連が示されている¹²⁾。

興奮・攻撃性が著しく、集められる人手では再度の興奮に際して徒手拘束不可能と予測されるとき、あるいは自傷・自殺の危険性が高いときに経静脈的な鎮静をする場合、短時間の鎮静ではとどめられないことが多い。その場合、時に高用量となるが、鎮静に要する投与量は個人差が大きいため、精神科救急医療において一般論としての上限を決めることは不可能である。各個人にとって診療上必要な量を使用するほかない。たとえばハロペリドール注射剤の添付文書には、「急激な精神運動興奮などで、緊急を要する場合に用いる。ハロペリドールとして、通常成人1回5mgを1日1～2回静脈内または筋肉内注射する。なお、年齢・症状により適宜増減する」と記載されている。ハロペリドールのような「適宜増減する」という記載がない薬剤では、精神科臨床の現場で興奮患者に対する場合、添付文書の投与量の範囲では対処できないことがある。そのような添付文書の量と臨床的現実との乖離はやむをえない場合があるが、法律家は添付文書を絶対と解釈しがちであるため、十分な論理性をもって相対する必要がある。精神科救急の現場では、添付文書の上限をこえる量を使用することが

問題ではなく、どのように観察あるいはモニターするかが重要である。

5. アカシジアが疑われる焦燥にどのように対応するか？

- 1) 焦燥・興奮の原因として抗精神病薬惹起のアカシジアが疑われる場合、治療的診断にもなるピペリデン筋注が望ましい。
- 2) アカシジアなのか不安焦燥なのか区別がむずかしい場合には、両方に対応できるようにベンゾジアゼピンを使ってもよい。
- 3) アカシジアを起こしにくい抗精神病薬への切替え、多剤併用の場合の単剤化や用量減量といった抗精神病薬の調整をすべきである。
- 4) アカシジアに有効性が示されている薬剤を試みる場合、症例ごとに禁忌や副作用への脆弱性を考慮しながら薬剤選択すべきである。

解説

2016年11月までのアカシジアに関する5,053報のうち344報を詳細に検討し、抽出した40報の臨床研究および4報の体系的レビューに基づいてさまざまな治療法のエビデンスレベルと推奨を決定したPringsheimらの報告¹³⁾が参考になる。

それによると、抗精神病薬の多剤併用修正や用量減量のエビデンスレベルはⅢ(8段階の下から2番目)で、急性のアカシジア惹起を避けるために急速な増量をさけること、投与量が一定であるのにアカシジアが持続する場合精神疾患の増悪を疑うこと、抗精神病薬併用の利点・欠点を検討する際にアカシジアのリスクが増大することや併用の効果は不適切なエビデンスに基づくことを説明すること、多剤併用状況でアカシジアが続く場合単剤化することが推奨されている(推奨レベルD:4段階の最下位)。

アカシジアを起こしにくい抗精神病薬への切替えは、エビデンスレベルⅠ-(8段階の上から3番目)とされ、アカシジアが続く場合に錐体外路症状を惹起しにくいクロザピン、オランザピン、クエチアピンへの切り替えを推奨している(推奨レベルC:4段階の下から2番目)。しかし、临床上、錐体外路症状を惹起しにくいとされるこれらの薬剤でもアカシジアが惹起されることはあるため注意を要する。アカシジアの惹起しやすさは、Huhnら¹⁴⁾のメタ解析がさらに参考になる。

Pringsheimら¹³⁾はこのような抗精神病薬の調整をしたうえで、アカシジアの治療薬を試みる手順を推奨している。しかし、臨床上、足踏みをするような急性で重度のアカシジアでは即座に対処を要する。プロプラノロールなどの β 遮断薬はエビデンスレベルI-で、禁忌や慎重投与に該当するか確認のうえ、第一選択として推奨している(推奨レベルB: 4段階の上から2番目)。ピペリデンなどの抗コリン薬もエビデンスレベルI-で推奨レベルBであるが、認知機能や抗コリン系の副作用のリスクを勘案すると、決まった手順として使うべきではないとしている。ミアンセリン、ミルタザピン、トラゾドンといった5-HT_{2A}拮抗薬も同じくそれぞれエビデンスレベルI-で、推奨レベルBであるが、プロプラノロールが禁忌・無効・不耐性でアカシジアが持続する場合に試みるという位置づけになっている。クロナゼパムもエビデンスレベルI-で推奨レベルBであるが、短期間の使用という位置づけである。ビタミンB₆はエビデンスレベルI+(8段階の上から2番目)で推奨レベルA(4段階の最上位)であるが、長期投与は不可逆的で重篤なニューロパチーを惹起しうるため、ほかの方法に反応しない場合に短期に限って投与すべきとしている。

このようにプロプラノロールが最良とされているが、気管支喘息、アシドーシス、心伝導系障害、心不全、異型狭心症などの禁忌事項以外にも、使用した場合に20%に臨床的に看過できない起立性低血圧や徐脈が出現したことが報告されており、使用に相当の配慮を要する。この薬剤特性や日本の臨床状況を勘案すると、プロプラノロールを第一選択に推奨することは躊躇される。

急性期ではアカシジアなのか、不安焦燥なのか区別がむずかしい場合が少なからずあるため、両方に対応できるようにベンゾジアゼピンを使うという選択肢がある。しかしこの場合、効果があったとしても結局アカシジアだったのか精神症状としての不安焦燥だったのかが判然としないままになることが多い。

アカシジアと自殺との関連を指摘する報告もあるため¹⁵⁾¹⁶⁾、急性で重度のアカシジアであることがほぼ間違いないと判断できる場合には、ピペリデン筋注で迅速に対処することが望ましい。この方法は診断的治療としても使うことができる。モーズレイ処方ガイドラインのアルゴリズムは参考になるが¹⁷⁾、治療薬の選択順位は安全性を考慮すればそれに縛られる必要はない。

6. 非経口投与後にどのように観察するか？

- 1) バイタルサイン、水分出納、摂食量、排泄の頻度・量といった事項を観察するべきである。
- 2) 眠らせる鎮静を行った場合、SpO₂を持続的に観察するべきである。
- 3) ハロペリドールの非経口投与後は、心電図を持続的に観察することが望ましい。大量の投与になった場合は持続的に観察するべきである。
- 4) 脱水状態であるにもかかわらず拒絶などの症状によって安定した水分補給が困難な場合、輸液あるいは経管栄養をすることが望ましい。
- 5) 焦燥・興奮状態に潜在しやすい高CPK血症を発見したら、輸液をすることが望ましい。

解説

非経口投与後の観察の仕方は、身体拘束を用いない場合はモーズレイの処方ガイドラインが参考になる⁶⁾。バイタルサインを最初の1時間は15分ごと、その後歩行可能になるまでは1時間ごとに測定する。測定を拒否したり攻撃的で近づけない場合は、発熱、低酸素症、低血圧、過鎮静の兆候や身体的重篤感に注意しながら観察する。身体拘束を用いる場合は、SpO₂や心電図をテレメトリーで観察する。

眠らせる鎮静を行った場合、当初細心の注意を払って呼吸状態を観察する必要があるが、呼吸抑制が遷延することは少ない。鎮静の維持のためにハロペリドールの静注を併用しても呼吸状態への影響は通常認められず、投与後右肩上がりに回復する¹⁸⁾。ただし、小顎、巨舌、扁桃肥大、肥満に起因する気道の構造的異常が存在する場合は上気道閉塞が惹起されやすいため、通常より注意すべきである。また、睡眠時無呼吸症候群の併存がありうることも念頭に置く必要がある。

脱水、CPKなどの筋原性酵素の高値、顕著な低カリウム血症などが認められる場合は、安定した水分摂取や摂食が必要である。それにもかかわらず拒絶などの症状によって安定した水分補給が困難な場合、輸液あるいは経管栄養が必要である。夜間休日に非自発性入院を要する精神科救急患者

の25.7%がそれに該当したことが報告されている¹⁹⁾(図6)。輸液は、それらに対する治療的役割と、抗精神病薬投与によってそれらが増悪することに対する予防的役割をもつ。末梢血管を確保しておくことは、急性のせん妄のように重篤な身体疾患が潜在する可能性が高い場合には急変への即応性という危機管理の意義も有する。ただし、輸液をするために血管確保の状態を継続することは、拒否的であったり興奮が著しい患者ではルート抜去などの危険につながるため、身体拘束を併行せざるをえないことが多い。一方で身体拘束は静脈血栓塞栓症のリスクを上げる。しかし、脱水を修正しないことも静脈血栓塞栓症のリスクであり、悪性症候群のリスクでもある。したがって、これらのバランスを考慮しながら身体管理をする必要がある。

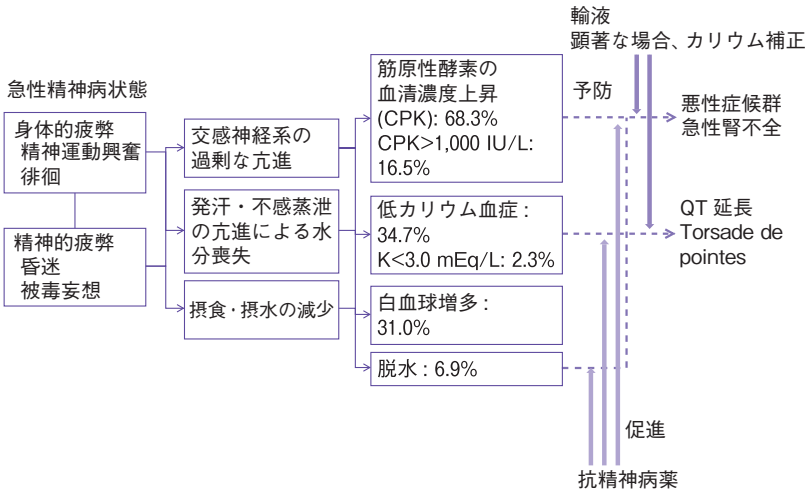


図6 急性精神病状態の不穏・興奮に伴う生理学的変化²⁰⁾

7. どのように静脈血栓塞栓症を予防するか？

日本総合病院精神医学会の静脈血栓塞栓症予防ガイドライン改訂版に準じる²¹⁾。

II 昏迷、拒絶(拒食・拒薬)、摂食量の不足

- 1) 救急場面において昏迷あるいはそれに準じる患者を眼前にしたとき、潜在しうる身体疾患や薬物・薬剤の影響に関する評価、および全身管理を最優先するべきである。
- 2) 精査や病歴から原因・誘因を見出せないとき、昏迷の背景が精神病性であるかどうか積極的に鑑別するために、ベンゾジアゼピン系薬剤の静注による治療的診断法を実施することが望ましい。
- 3) 感情障害や変換症を背景にした昏迷では、ベンゾジアゼピン系薬剤と電気けいれん療法(ECT)が第一選択として望ましい。
- 4) 精神病症状を背景にした昏迷では、第2世代抗精神病薬が第一選択として望ましい。ただし、その前に悪性症候群を除外すべきである。効果は1～2日で判定し、無効ならベンゾジアゼピン系薬剤やECTを試みるべきである。

解説

救急場面における昏迷は、器質因子を背景とすることが少なくない²²⁾。したがって、昏迷患者を眼前にしたとき、潜在する身体疾患に関する精査と全身管理が最優先である。バイタルサインの確認、神経学的診察を含む身体診察、血液生化学検査、頭部CTあるいはMRI検査といった迅速に実施できる項目をまず行い、脳炎が疑われ脳圧亢進が顕著でないと推定できるときは髄液検査、意識水準の変動や非けいれん性てんかん重積が疑われる場合は脳波検査を追加する。

検査で異常が見出せないときは、昏迷の背景が精神病性であるかどうかを積極的に鑑別する方法として、ベンゾジアゼピン系薬剤の静注による治療的診断法がある²²⁾。緩徐に静注しながら問いかけていくと、緊張が解けて注意集中力が増し、程度の差はあれ会話が可能になるといった変化が観察される。その結果、精神病性機序の場合、幻聴や被害妄想の内容を語りだす。この際、薬剤の効果で意思発動性低下が解除されて興奮状態に交替する危険性を伴うことに留意する。また、ベンゾジアゼピン系薬剤の静注は軽度であるが呼吸抑制を伴うためパルスオキシメーターによる監視や

拮抗薬であるフルマゼニルの準備などが必要である。精神病性の機序でない場合は、問いかけに対して幻覚妄想の存在を否定する。

また、検査で異常を見出せないとき、外見上、頭髪や爪の手入れが行き届いていないなどの所見が存在すれば、感情平板・感情鈍麻・意欲低下といった統合失調症の陰性症状の可能性を考えてもよい²³⁾。特に歯の状態の悪さは、長期間の手入れの不行き届きを示唆する。ただし、長期間にわたって繰り返す過食・嘔吐の結果を見ている可能性もある。急性発症の場合や寛解期の社会適応水準の高い統合失調症では、これらの陰性症状を示唆する所見は見出しにくい。

拒食・拒薬が認められる場合、水・電解質の投与による全身状態の改善・維持と確実な薬物投与の2点が必須である。そのために末梢静脈路の確保・輸液はごく短期的には有効であるが、栄養や薬剤の種類で限界がある。それに対して胃管挿入は、流動の栄養投与を可能にする点や投与可能な薬剤を非経口剤形のみから経口剤形に広げる点から有利である。しかし、誤嚥性肺炎を誘発することがある。また、末梢静脈路確保も胃管留置も身体拘束を要することが多いため、静脈血栓塞栓症のリスクを上げる。したがって、後述するように1～2日単位で反応を判断して治療計画の段階を進めていく必要がある。

拒薬に対して、注射あるいは胃管からの薬剤投与が確実性で優るが、液剤、口腔内崩壊錠、貼付剤を投与する方法もある。ただし、無理に口の中に押し込む方法は、唾棄されればほとんど機能しない。

拒食・拒薬を含む拒絶や摂食量減少の極端な状態は昏迷であり、昏迷のなかにカトニアが包含される²⁴⁾。昏迷を標的にした試験やガイドラインは乏しいため、カトニアの治療に関するエビデンスの収集と検討がこの項の具体的な作業になる。ところが、2019年に報告されたコクランレビューによると、統合失調症や重篤な精神疾患惹起のカトニア患者におけるベンゾジアゼピンの効果をプラセボや電気けいれん療法(ECT)と比較するためにランダム化比較試験を網羅したところ、ロラゼパムとoxazepamとの比較で有意な差はなかったという1報のみしか該当しなかったという²⁵⁾。

したがって現時点では、それに満たない水準のエビデンスを基に作成された各国のガイドラインなどを参照する方法が次善の策であろう。英・仏・伊・独の4ヵ国語圏のガイドラインを検討した総説では、15のガイドラインが抽出され、その推奨は、自律神経症状を伴って横断的には悪性症候群と鑑別しがたい悪性カトニアの治療にはベンゾジアゼピンとECTが第一選択としている。ベンゾジアゼピンが無効ならすみやかにECTといっ

た推奨もある²⁶⁾。

モーズレイのガイドラインでは、感情障害や変換症を背景にした昏迷と精神病を背景にした昏迷とで分けている²⁴⁾。前者には、ロラゼパムを2mgから開始して4mgまで投与し、1～2日間で反応を示さなければ8～24mgという高用量での反応をさらに1～2日間観察、それでも反応しなければECTという手順が示されている。後者では、まず悪性症候群を除外したうえで、クロザピンやオランザピンといった第2世代抗精神病薬を投与して1～2日間反応を見る。無効なら先に示したロラゼパム-ECTの手順に従うというフローチャートが示されている。非協力であったり嚥下できない患者にはロラゼパムの舌下錠や筋注が例示されているが、日本にはそれらの製剤がないため使用できない。一方、ジアゼパム静注の例示があるが、日本にはロラゼパムの静注製剤がある。ただし保険適用外であるほか高価であるため使いにくい。日本ではジアゼパム坐剤を用いる医療機関もある。クロザピンのこのような使用法は日本では認められていない。このような日本の臨床現場を反映した昏迷に対する治療アルゴリズムを図7に示す。

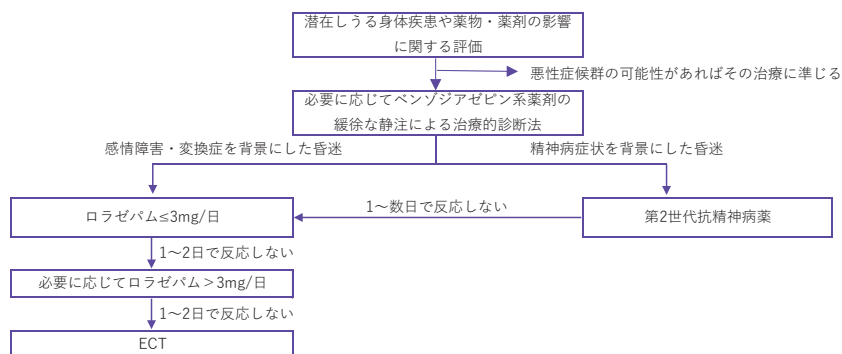


図7 昏迷の治療アルゴリズム

III 精神病性障害急性期の薬物療法

1. 抗精神病薬を精神病性障害急性期に使う意義はあるか？

推奨

抗精神病薬を精神病性障害急性期に使うべきである。

解説

抗精神病薬は、その副作用ゆえにしばしば批判の対象となってきた。それでも現場は、明瞭な陽性症状への効果を期待して使わざるをえない。その正当性は、究極的には生命予後における優位性を証明することによって支持される。

この点について Taipaleらは、スウェーデンの国家規模データベースにおいて2006年から2013年の期間前向きに集積された16～64歳の29,823名の統合失調症患者について多変量Cox回帰モデルを用いて解析した²⁷⁾。その結果、平均5.7年の追跡期間中、2,515名(8.4%)が死亡したが、第2世代持効性抗精神病薬注射(LAI: Long-Acting Injectable antipsychotics)を受けた患者の累積死亡(7.5%)が最も低かったこと、それに対する補正ハザード比は、第1世代LAI 1.37 (95%CI 1.01–1.86)、第2世代抗精神病薬の内服1.52 (1.13–2.05)、第1世代抗精神病薬の内服1.83 (1.33–2.50)、抗精神病薬の非使用3.39 (2.53–4.56)の順であったことが明らかにされた。

この報告に対する合理的な反論はこれまでのところ見当たらず、統合失調症が多くを占める精神病性障害急性期に抗精神病薬を使うことは、真のアウトカムの視点から意義があると言ってよい。

2. 抗精神病薬の選択の指標は何か？

推奨

- 1) 特定の副作用に脆弱性を有する患者には、各抗精神病薬の副作用特性に応じて選択されるべきである。
- 2) 特定の副作用に脆弱性を有しない患者には、二重盲検のみでなく評価者盲検ランダム化比較試験(RCT)を包含したメタ解析を参照しつ

つ、高い有効性、臨床効果が期待できる抗精神病薬を選択すべきである。

3) 国家規模のデータベースを解析したリアルワールドエビデンスに基づき、再入院や治療失敗しにくい抗精神病薬を選択すべきである。

解説

抗精神病薬の効果や忍容性に関する試験は数多くされてきたが、第2世代抗精神病薬の販売戦略として第1世代に不利にデザインされたり、出版バイアスがあったりして、個別の評価をすることはかなり困難である。また、選択バイアスが最も低いために重要視される二重盲検RCTは、組み込まれる患者がきわめて限定されるため、得られた結果を対象疾患の全体に適用できないことがしばしば生じる。Leuchtらの研究グループのメタ解析はこれらの問題に配慮した緻密なもので、抗精神病薬全般を俯瞰するのに役立つ¹⁴⁾。本学会のJAST study groupのいくつかのRCTのデータも彼らのメタ解析に包含されている。最新版では32の経口抗精神病薬が比較検討されており、最も参考になるのは各種副作用のランキングである。体重増加ではゾテピン、オランザピンが最も不利であること、抗パーキンソン薬の使用、つまり錐体外路系副作用の出現ではハロペリドールが目立って不利であること、アカシジアではスルピリド、ルラシドン、ハロペリドールが他より不利らしいこと、血中プロラクチン上昇ではパリペリドン、リスペリドンが最も不利であること、QTc延長ではリスペリドン、オランザピン、クエチアピンが比較的不利であるのに対してルラシドン、ブレクスピプラゾール、アリピプラゾールはほとんど影響しないらしいこと、効果にもなる鎮静作用ではクロザピンが最も目立つこと、抗コリン作用ではクエチアピンが最も不利なことが、視覚的に読み取れる。特定の副作用に脆弱性を有する患者には、これらの情報を参考に抗精神病薬が選択されるべきである(図8)。

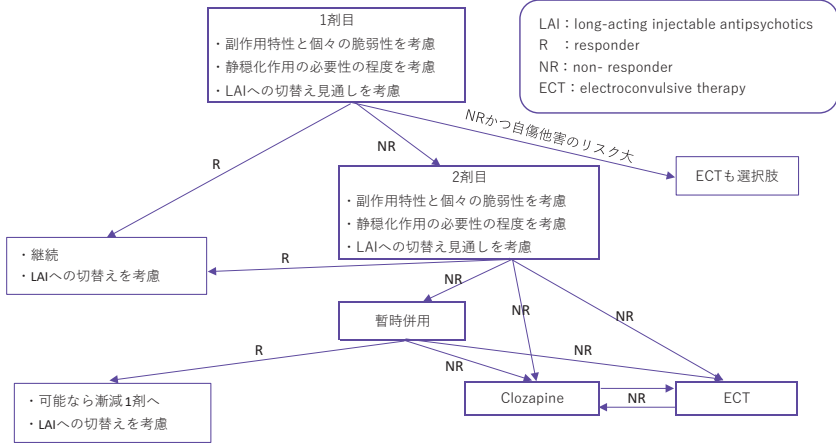


図8 精神病性障害に対する治療アルゴリズム(ECTを含む)

一方、特定の副作用に脆弱性を有しない患者には、高い有効性、臨床効果が期待できる抗精神病薬を選択すべきであるが、これまで効果については抗精神病薬間の差は小さいとされてきた。前述のLeuchtらの研究グループのメタ解析はその根拠としても参照できる。すなわち、症状改善という点ではクロザピンが頭抜けているがほかの抗精神病薬間の差は小さいこと、治療継続という点ではクロザピンの優位性も失われることが示されている。

このようなメタ解析を最も質の高い根拠とするEBMの思考パターンに変革をもたらしたのが、Tiihonenらの研究グループによる国家規模のデータベースを解析するリアルワールドエビデンスである²⁸⁾。スウェーデンの16歳から64歳のすべての統合失調症患者29,823名を2006年から2013年まで追跡して再入院や治療失敗を指標に解析した結果、再入院リスクはパリペリドンなどのLAIとクロザピンが低く、治療失敗リスクもクロザピンとすべてのLAIが低かったことが報告されている。再入院や治療失敗といった真のアウトカムに基づき、そうなりにくい抗精神病薬、すなわちLAIを剤形にもつ抗精神病薬を早期に選択することは合理的である。

本学会のJAST study groupで、救急入院する患者をオランザピン、リスペリドン、クエチアピン、アリピプラゾールにランダム割付して8週間観察した研究では前2剤が優る結果となり²⁹⁾、2014年に本学会で行ったエキスパート・コンセンサス調査ではそれらが精神病性障害の急性期治療を始める際に最も選択される薬剤であった。しかし、JAST study groupで

2019年9月～2020年3月に観察研究のために登録した1,011例では、救急入院時の1剤目の抗精神病薬は、リスペリドン23.0%、パリペリドン17.3%、オランザピン16.2%、アリピプラゾール11.6%、ブレクスピプラゾール11.5%といった順であった³⁰⁾。LAIを救急入院中に開始する症例は2017年の観察研究³¹⁾の際より増加しており、1剤目の抗精神病薬選択にLAIの剤形の有無が影響を与えるようになっている可能性が考えられる。

3. 抗精神病薬の効果を見極める時期はいつか？

推奨

抗精神病薬は、開始から2週間程度の早期反応が不良な場合、つぎの方策に切り替えてもよい。

解説

抗精神病薬への治療反応の良否は、従来は本来の抗精神病効果が出現する4～6週を待って判定することになっていた。しかし特に興奮が収まらないような症例では、それほど待たずになんらかの手をうつのが通常の現場である。このような臨床疑問から、抗精神病薬の治療反応はどの時点で予測できるかについて、これまでさまざまな研究がされてきた。そのような報告の蓄積の集大成として、Samaraらは、34報、9,975例について、2週間時点で20%のPANSSあるいはBPRS総点の減少を指標としてその後の反応予測のメタ解析を行ったところ、特異度86%、陽性的中率90%であったことを報告した³²⁾。以降、抗精神病薬は開始から2週間程度の早期反応がその後の反応を高い精度で予測するという見解が一般的になっている³³⁾。

なお、急性期の現場では、強い攻撃性や暴力などで2週間の治療反応さえ観察することができない症例が少なからずいることも事実であり、開始した抗精神病薬の継続を2週間より前に諦めることを否定するものではない。

4. 最初の抗精神病薬が無効な場合、別の抗精神病薬に切り替えるべきか？

推奨

1 剤目の抗精神病薬への治療反応が不良な場合、別の抗精神病薬に切り替えることが望ましい。

解説

初回エピソードの統合失調症患者244例を対象にしたアルゴリズムに沿った観察研究では、1 剤目の抗精神病薬(オランザピンまたはリスペリドン)への反応率は74.5% (184例/244例)、反応しなかった60例の1 剤目ではないほうの抗精神病薬(リスペリドンまたはオランザピン)に切り替えた反応率は16.7% (10例/60例)であったことが報告されている³⁴⁾。つまり、1 剤目の抗精神病薬への反応不良の症例の2 剤目への反応率は、全体を母数とすればわずかに4.1% (10例/244例)である。初回エピソードに限らず精神科救急入院する連続症例1,543名を観察したJAST study groupの研究では、1 剤目の抗精神病薬への反応率は42.8% (660例/1,543例)、1 剤目に反応不良で切り替えた2 剤目への反応率は15.7% (243例/1,543例)であった³¹⁾。いずれの報告も、1 剤目の抗精神病薬への反応不良の症例の2 剤目への反応率は高くない。したがって、1 剤目の抗精神病薬への治療反応が不良な場合は別の抗精神病薬に切り替えるべきとまで言い切れるか議論の余地はあると思われる。しかし、少数ながら2 剤目に反応する患者がいる事実、そして2種類の抗精神病薬に反応不良の場合にクロザピンという単剤の選択肢が控えていることを考慮すると、1 剤目の抗精神病薬への治療反応が不良な場合、別の抗精神病薬への切り替えを基本にすることが望ましいであろう。

5. 2 剤目の抗精神病薬も無効な場合、どうすべきか？

推奨

- 1) 治療抵抗性の定義に該当するなら、クロザピン使用を積極的に検討すべきである。
- 2) 2 剤目の抗精神病薬も無効な場合、暫時、抗精神病薬の併用もありうる。

解説

忍容性に問題がない限り、2種類以上の十分量の抗精神病薬を4週間以上投与しても反応がみられないなどの治療抵抗性の定義に該当するなら、クロザピンに切り替えることが望ましい³⁵⁾。クロザピンを使用できる環境にない場合でも、その道筋をつけることが望ましい。クロザピンは自殺リスクや攻撃的行動を伴う患者に有効なエビデンスを有するため、将来の救急事例化の予防に貢献するであろう。

2剤目の抗精神病薬も無効な場合、暫時、抗精神病薬の併用もありうる。前述の精神科救急入院する連続症例1,543名を観察したJAST study groupの研究では、2剤目までの抗精神病薬への反応不良例のうち91.2%は抗精神病薬の併用となったが、それに対する治療反応は軽度改善以上が89.8% (522例/581例)と高率であった³¹⁾。血糖、LDLコレステロール、中性脂肪、プロラクチンといった指標の血中の上昇やQTc延長、錐体外路症状の出現といった有害事象は全体とくらべて併用群が有意に高いということにはなかったため、併用自体が即座に危険ということはないようである。

前述のTiihonenらのスウェーデンの国家規模のリアルワールドエビデンスでは、再入院リスクはパリペリドンなどのLAI、クロザピンについて2剤併用が低く、治療失敗リスクではクロザピンについて2剤併用が低い。すべてのLAIはその後に続く²⁸⁾。再入院や治療失敗といった真のアウトカムに基づくと、抗精神病薬の併用は必ずしも危険でなく、有効であることが窺われる。ただし、すべての併用パターンが有効であったわけではなく、クロザピンであればアリピプラゾール、オランザピンであればあらゆるLAIおよびクロザピン、リスペリドンであればクロザピン、オランザピン、クエチアピンとの併用が単剤にくらべて優れたことが報告されている³⁶⁾。したがって、併用に踏み切る場合、その組み合わせはエビデンスを参照する必要がある。

言うまでもなく、抗精神病薬の併用を推奨するわけではない。特に、D₂受容体に直接拮抗する抗精神病薬どうしの併用はD₂受容体を過剰に遮断するため、ドパミン過感受性精神病を呈するリスクが高まる³⁷⁾。治療抵抗性統合失調症にはかなりの割合でドパミン過感受性精神病が混入していることが示されており³⁸⁾、ドパミン過感受性精神病を新たに生み出さないよう留意することは必須である。

6. 早期反応不良例における抗精神病薬の上限量超えの投与

推奨

なし

解説

前項に記した抗精神病薬の併用と同様、ドパミン過感受性精神病を新たに生み出す可能性があるため、可能な限り避けるべきである。モーズレイの処方ガイドラインでも、高用量の抗精神病薬投与は例外的で、クロザピン優先であることが明記されている³⁹⁾。

7. 抗精神病薬持効性注射製剤をだれにいつ開始するか？

推奨

- 1) 再入院・医療中断・死亡といった治療失敗リスクを軽減するために、抗精神病薬持効性注射製剤の導入について検討するべきである。
- 2) 抗精神病薬持効性注射製剤を導入する前に、有効性と忍容性を経口薬で一定期間評価するべきである。
- 3) 急性期症状が活発な状態での持効性注射製剤の使用は原則的に控えるべきである。

解説

統合失調症急性期治療の役割は、急性期症状を改善する事だけではなく、安定した地域生活が送れるような維持治療へ繋げていくことも担っている。そのなかで、LAIは維持治療において有用な治療であるか、さまざまに検討されてきた。研究デザイン別のメタ解析では、入院あるいは再燃リスクについて、RCT (29報、7,833症例)でリスク比(RR) 0.88 (95%CI 0.79-0.99、 $p=0.033$)、コホート研究(44報、106,136症例)でRR 0.92 (95%CI 0.88-0.98、 $p=0.0044$)、前後比較研究(28報、17,876症例)でRR 0.44 (95%CI 0.39-0.51、 $p<0.0001$)と、いずれも有意に経口薬に対するLAIの優位性を示す結果となっている⁴⁰⁾。同じメタ解析で、臨床的効果、有効性、安全性、QOL、認知機能等を指標にした検討では、経口薬に対し

てLAIsは328の比較のうち60(18.3%)で優り、252(76.8%)で差がなく、16(4.9%)で有益性がないという結果が報告されている。

再入院リスクや治療失敗リスクを指標にしたスウェーデンの国家規模データベースの解析では、前述のとおりクロザピン以外の経口薬と比較して有意に優っている²⁸⁾。死亡リスクにおいては、LAIは相応の経口薬とくらべて33%低減させていたという。JAST study groupによる12病院の精神科救急入院コホートを19ヵ月間追跡した多施設共同前向き観察研究でも、治療失敗リスクはLAI使用により19%、有意に低減する結果となった³⁰⁾。

患者ボランティアによるRCTより全数追跡の大規模なリアルワールドデータのほうが実臨床を反映することは自明であるが、上述のとおりそのRCTでさえ、経口薬に対するLAIの優位性が明らかになっており、リアルワールドデータではその優位性がより明瞭に示されている。したがって、急性期症状が改善して維持治療へ移行していくにあたり、LAI導入の検討はなされるべきと言ってよいであろう。

LAI導入のタイミングについては、一定期間経口薬で有効性と忍容性を評価したあとにするのが妥当であろう。同時に、少なくとも自傷他害の危険性が軽減するまでには急性期症状が改善し、患者自身がそれを受け入れている必要がある。また、当初、患者の受け入れがなかったとしても、その有用性について患者が理解できるように説明をしていく必要がある。

統合失調症急性期におけるLAIの使用場面として、急性期症状が活発で服薬困難な状況での使用も考えられる。LAIであれば速効性注射製剤より注射頻度を減らすことができるので侵襲は少なく有用であるというケースシリーズもあるが、急性期症状が活発な状態では種々の身体合併症を有していることがあり¹⁹⁾、LAIは経口薬とくらべて副作用出現時の対応は困難となるため、このような状態での使用は控えるべきである。さらに、急性期症状が活発で同意判断能力の低下している状態で患者自身の受け入れがなくLAIを使用した場合、その後、症状および同意判断能力が回復し適切な判断の下、この抗精神病薬を止めたいと希望したとしても体内からすぐに除去できないため、患者の意思を実現できない期間が長いという医療倫理的な問題を有していることも留意すべきである。

8. 抗精神病薬以外の併用薬は何かよいか？

推奨

バルプロ酸は攻撃性を標的に上乘せしてもよい。

解説

薬剤の併用は、比較的良好に知られているCYP450 (Cytochrome P450) を介した相互作用をはじめさまざまな影響がありうるため、可能な限り避けることが望ましい。そのうえで下記を読み進めていただきたい。

ベンゾジアゼピン系薬剤の併用は、Cochrane Schizophrenia Groupのメタ解析によれば、1週間以上観察された16報のRCT (1,045例)において、治療反応を示す症例は増加せず抗精神病薬の作用増強もなかったことから、急性の焦燥に対する極短期間の鎮静に用いるが精神病性障害の中長期的な薬物療法として抗精神病薬に上乘せすることは望ましくないと結論されている⁴¹⁾。実臨床では、緊張の高い患者の緊張緩和に用いたりするが、その点はモーズレイの処方ガイドラインでも触れられている⁴²⁾。ただし、行動障害や認知障害などの副作用が懸念されることも同時に記されている。したがってその使用は、副作用を勘案しても効果によって得られる利益が患者にとって相当に大きい場合に限定すべきであろう。

気分安定薬ではバルプロ酸が最も頻用されるが、Cochrane Schizophrenia Groupのメタ解析によれば、26報のRCT (2,184症例)において、バルプロ酸を上乘せするほうがプラセボより治療反応が大きかったこと、しかし非盲検RCTをのぞくとその効果は有意でなくなってしまうことを報告している⁴³⁾。さらに、バルプロ酸は忍容性ではプラセボと同等で、攻撃性は有意に減少し、より鎮静的であったこと、しかしエビデンス水準は低いことも報告されている。モーズレイの処方ガイドラインには抗てんかん薬の精神症状に関する効果と副作用が一覧表にまとめられており、参考になる⁴²⁾。

カルバマゼピンは最初に気分安定作用・抗躁作用が明らかにされた抗てんかん薬であるが、統合失調症患者での抗精神病薬との併用に関するRCTは10報、283例にとどまっており、攻撃性を標的にしたRCTはないことが報告されている⁴⁴⁾。実臨床で効果の実感はあるが、比較的高頻度に発生するStevens-Johnson症候群への十分な注意が必要である。

リチウムについてもCochrane Schizophrenia Groupのメタ解析によ

れば、22報のRCT (763例)において、プラセボの上乗せより治療反応が増大したこと、しかし統合失調感情障害の症例をのぞいたり二重盲検試験をのぞいたりすると有意差がなくなったこと、副作用の情報が不十分なことが報告されており、エビデンス水準が低いこともあいまって結論的でない⁴⁵⁾。潜行する慢性中毒の際の急性腎不全をはじめとした重篤な副作用や脳波の徐波化といった副作用から、安易な併用は薦められない。

9. 何を副作用モニターすべきか？

推奨

- 1) 基本的な観察項目には、バイタルサイン、体重、各種の錐体外路症状、血糖およびHbA1c、全血算、電解質、eGFRなどの腎機能、ALTなどの肝機能、CK、血清脂質、血清プロラクチン、QTcが含まれ、投与中の薬剤の副作用特性を考慮しながら観察項目ごとに適切な頻度で副作用を観察すべきである。
- 2) 静脈血栓塞栓症のリスクを有する場合、それに対する配慮をすべきである。

解説

バイタルサインの定期観察が必要なことは言うまでもないが、血圧については低血圧をきたしやすい薬剤を投与中に特に注意する必要がある。モーズレイの処方ガイドラインでは、高頻度としてクロールプロマジン、クロザピン、中等度としてパリペリドン、クエチアピン、リスペリドン、低頻度としてフルフェナジン、ハロペリドール、オランザピン、ペルフェナジン、その他は非常に低頻度として列挙されている⁴⁶⁾。心拍数は救急状況では頻拍となり、血圧の乱高下は悪性症候群の特徴であり、体温も抗精神病薬でリスクが増大する誤嚥性肺炎⁴⁷⁾や感染症、脱水、悪性症候群などの重大な生理学的異常の指標として必須の情報となる。

かつてフェノチアジン系でも頻繁にみられる副作用であったが第2世代抗精神病薬以降に大きな問題として取り上げられるようになった体重増加は、モーズレイの処方ガイドラインでは、高頻度としてクロザピン、オランザピン、中等度としてクロールプロマジン、パリペリドン、クエチアピン、リスペリドン、低頻度としてアセナピン、ブレクスピプラゾール、フルフェナジン、ハロペリドール、ペルフェナジン、スルピリド、その他は

非常に低頻度として列挙されている⁴⁶⁾。Huhnらのメタ解析に照合して付言するなら、ゾテピンが最も高リスク、逆にルラシドン、アリピプラゾールが最も低リスクということである¹⁴⁾。

パーキンソン症候群、アカシジア、ジストニア、遅発性ジスキネジアといった錐体外路症状は、モーズレイの処方ガイドラインでは、高頻度としてハロペリドール、ペルフェナジン、フルフェナジン、中等度としてクロールプロマジン、低頻度としてリスペリドン、スルピリド、ルラシドン、パリペリドン、アリピプラゾール、アセナピン、ブレクスピプラゾール、非常に低頻度としてクロザピン、オランザピン、クエチアピンが列挙されている⁴⁶⁾。これらはHuhnらのメタ解析の結果と一致している¹⁴⁾。

一般的な血液生化学検査の項目数は医療経済的に絞り込みを求められるが、全血算、電解質、eGFR (血清クレアチニン・年齢・性別で自動計算される)などの腎機能、ALTなどの肝機能、CK、血糖、血清脂質は網羅することが望ましい。必要に応じてHbA1cを確認する。血清NaはSIADH (Syndrome of Inappropriate secretion of Antidiuretic Hormone : 抗利尿ホルモン不適切分泌症候群)や水中毒の発生や推移の観察に必須となる。

高プロラクチン血症は、モーズレイの処方ガイドラインでは、高頻度としてクロールプロマジン、フルフェナジン、パリペリドン、ペルフェナジン、リスペリドン、スルピリド、中等度としてハロペリドール、低頻度としてアセナピン、オランザピン、その他は非常に低頻度として列挙されている⁴⁸⁾。Huhnらのメタ解析に照合して付言するなら、最も高リスクはパリペリドン、リスペリドン、逆に頭抜けて低リスクはクロザピンである¹⁴⁾。無月経、乳汁分泌だけでなく骨密度減少、乳がんリスクと関連するため、モーズレイの処方ガイドラインでは25歳未満、骨粗しょう症の併存、ホルモン依存性の乳がんの既往、若年女性に高プロラクチン血症高リスクの抗精神病薬は避けることが推奨されている。

QTc延長は、モーズレイの処方ガイドラインでは、強い影響として静脈内投与を挙げている⁴⁹⁾。実質的にはハロペリドールの静脈内投与になる。中等度の影響としてクロールプロマジン、静注でないハロペリドール、レボメプロマジン、クエチアピン、弱い影響としてアリピプラゾール、アセナピン、クロザピン、フルフェナジン、ペルフェナジン、オランザピン、パリペリドン、リスペリドン、スルピリド、影響しないものとしてブレクスピプラゾール、ルラシドンをあげている。Huhnらのメタ解析に照合して付言するなら、アリピプラゾールも影響しないと捉えてよさそうである¹⁴⁾。なお、救急入院時には興奮などの影響によって低カリウム血症に

傾きやすく¹⁹⁾⁵⁰⁾、その影響も含めてQTcは延長の方向に傾く⁵¹⁾。このため入院時にQTcが500ms以上ある場合、翌日などに2回目の心電図をとると静穏化に伴って正常範囲に自然回復していることが多い。したがって、救急入院時にQTcが500ms以上でも2回目のECGでQTcを再度確認することが薦められる。

抗コリン作用に伴う副作用は、モーズレイの処方ガイドラインでは、高頻度としてクロザピン、中等度としてクロールプロマジン、低頻度としてフルフェナジン、ハロペリドール、オランザピン、パリペリドン、ベルフェナジン、クエチアピン、リスペリドン、その他は非常に低頻度として列挙されている⁴⁶⁾。Huhnらのメタ解析では、クエチアピンは最も高リスクとなっており、ゾテピン、クロールプロマジン、クロザピン、オランザピンがそれに続く¹⁴⁾。逆にブレクスピプラゾール、アセナピン、ルラシドンは最も低リスクとなっている。

鎮静作用は、モーズレイの処方ガイドラインでは、高頻度としてクロールプロマジン、クロザピン、中等度としてオランザピン、クエチアピン、低頻度としてアセナピン、フルフェナジン、ハロペリドール、ルラシドン、パリペリドン、ベルフェナジン、リスペリドン、その他は非常に低頻度として列挙されている⁴⁶⁾。Huhnらのメタ解析ではゾテピンも高リスクとして列挙されている¹⁴⁾。なお、鎮静作用は、状況によって必要な作用にも副作用にもなることをふまえる必要がある。

静脈血栓塞栓症の増強リスクとして身体拘束および鎮静、基本的な高リスクとして静脈血栓塞栓症の既往、血栓性素因、および下肢麻痺、中リスクとして緊張病症候群、中心静脈カテーテル、および安静臥床を要する感染症、低リスクとして脱水、肥満、喫煙、治療前の臥床傾向、パーキンソン病・症候群、悪性症候群、下肢静脈瘤、向精神薬、および70歳以上の高齢者が知られている。それらに該当する場合、リスク水準に応じた予防、経皮的酸素飽和度測定、および必要に応じてDダイマー測定、超音波検査、CT撮影などによる観察がなされるべきである。

文献

- 1) 八田耕太郎：精神科救急の現場で何を学ぶか。精神科救急，17：113-115，2014。
- 2) Hui CLM, Lam BST, Lee EHM, et al : A systematic review of clinical guidelines on choice, dose, and duration of antipsychotics treatment in first- and multi-episode schizophrenia. Int Rev Psychiatry, 31 : 5-6, 2019.
- 3) Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al : Assessment and management of agitation in psychiatry : Expert consensus. World J Biol Psychiatry, 17 : 86-128, 2016.
- 4) 八田耕太郎：精神科専門医のためのプラクティカル精神医学(岡崎祐士 他 編)，中山書店，363-

- 365, 2009.
- 5) Martínez-Raga J, Amore M, Di Sciascio G, et al : 1st International Experts' Meeting on Agitation : Conclusions Regarding the Current and Ideal Management Paradigm of Agitation. *Front Psychiatry*, 9 : 54, 2018.
 - 6) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 13th Ed, 54–65, Wiley Blackwell, 2018.
 - 7) Hatta K, Kawabata T, Yoshida K, et al : Olanzapine orally disintegrating tablet vs. risperidone oral solution in the treatment of acutely agitated psychotic patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 30 : 367–371, 2008.
 - 8) Hatta K, Katayama S, Morikawa F, et al : A prospective naturalistic multicenter study on choice of parenteral medication in psychiatric emergency settings in Japan. *Neuropsychopharmacol Rep*, 38 : 117–123, 2018.
 - 9) Drew BJ, Ackerman MJ, Funk M, et al : Prevention of torsade de pointes in hospital settings : a scientific statement from the American Heart Association and the American College of Cardiology Foundation. *Circulation*, 121 : 1047–1060, 2010.
 - 10) Hatta K, Nakamura M, Yoshida K, et al : A prospective naturalistic multicenter study of intravenous medications in behavioural emergencies : haloperidol versus flunitrazepam. *Psychiatry Res*, 178 : 182–185, 2010.
 - 11) Bramness JG, Skurtveit S, Mørland J : Flunitrazepam : psychomotor impairment, agitation and paradoxical reactions. *Forensic Sci Int*, 159 : 83–91, 2006.
 - 12) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 13th Ed, 381–384, Wiley Blackwell, 2018.
 - 13) Pringsheim T, Gardner D, Addington D, et al : The assessment and treatment of antipsychotic-induced akathisia. *Can J Psychiatry*, 63 : 719–729, 2018.
 - 14) Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al : Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia : a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 394 : 939–951, 2019.
 - 15) Seemüller F, Schennach R, Mayr A, et al : Akathisia and suicidal ideation in first-episode schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*, 32 : 694–698, 2012.
 - 16) Seemüller F, Lewitzka U, Bauer M, et al : The relationship of Akathisia with treatment emergent suicidality among patients with first-episode schizophrenia treated with haloperidol or risperidone. *Pharmacopsychiatry*, 45 : 292–296, 2012.
 - 17) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : Akathisia. In : *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*, 13th Ed, 94–96, Wiley Blackwell, 2018.
 - 18) Hatta K, Takahashi T, Nakamura H, et al : Prolonged upper airway instability in parenteral use of benzodiazepine with levomepromazine. *J Clin Psychopharmacol*, 20 : 99–101, 2000.
 - 19) Hatta K, Takahashi T, Nakamura H, et al : Abnormal physiological conditions in acute schizophrenic patients on emergency admission : dehydration, hypokalemia, leukocytosis and elevated serum muscle enzymes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 248 : 180–188, 1998.
 - 20) Hatta K, Usui C, Nakamura H : Disturbed homeostasis in patients with acute psychosis. *Current Psychiatry Reviews*, 4 : 190–195, 2008.
 - 21) 日本総合病院精神医学会: 静脈血栓塞栓症予防指針 改訂版, 日本総合病院精神医学会治療指針 2,

星和書店(印刷中).

- 22) Fink M, Taylor MA (鈴木一正 訳) : カタトニア 臨床医のための診断・治療ガイド, 星和書店, 2007.
- 23) 八田耕太郎 : 救急精神医学-急患対応の手引き, 中外医学社, 2005.
- 24) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Ed, 107-111, Wiley Blackwell, 2018.
- 25) Zaman H, Gibson RC, Walcott G : Benzodiazepines for catatonia in people with schizophrenia or other serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 ; 8 : CD006570.
- 26) Schönfeldt-Lecuona C, Cronemeyer M, Hiesener L, et al : Comparison of international therapy guidelines with regard to the treatment of malignant catatonia. *Pharmacopsychiatry*, 53 : 14-20, 2020.
- 27) Taipale H, Mittendorfer-Rutz E, Alexanderson K, et al : Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 197 : 274-280, 2018.
- 28) Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, et al : Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29 823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 74 : 686-693, 2017.
- 29) Hatta K, Sato K, Hamakawa H, et al : Effectiveness of second-generation antipsychotics with acute-phase schizophrenia. *Schizophr Res*, 113 : 49-55, 2009.
- 30) Hatta K, Katayama S, Ishizuka T, et al : Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in 1,011 acutely hospitalized patients with schizophrenia : A one-year follow-up study. *Asian J Psychiatr*, 67 : 102917, 2022.
- 31) Hatta K, Hasegawa H, Imai A, et al : Real-world effectiveness of antipsychotic monotherapy and polytherapy in 1543 patients with acute-phase schizophrenia. *Asian J Psychiatr*, 40 : 82-87, 2019.
- 32) Samara MT, Leucht C, Leeflang MM, et al : Early improvement as a predictor of later response to antipsychotics in schizophrenia : a diagnostic test review. *Am J Psychiatry*, 172 : 617-629, 2015.
- 33) Correll CU, Kane JM : Ranking antipsychotics for efficacy and safety in schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 77 : 225-226, 2020.
- 34) Agid O, Schulze L, Arenovich T, et al : Antipsychotic response in first-episode schizophrenia : efficacy of high doses and switching. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23 : 1017-1022, 2013.
- 35) Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM : The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 177 : 868-872, 2020.
- 36) Tiihonen J, Taipale H, Mehtälä J : Association of antipsychotic polypharmacy vs monotherapy with psychiatric rehospitalization among adults with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 76 : 499-507, 2019.
- 37) Iyo M, Tadokoro S, Kanahara N, et al : Optimal extent of dopamine D2 receptor occupancy by antipsychotics for treatment of dopamine supersensitivity psychosis and late-onset psychosis. *J Clin Psychopharmacol*, 33 : 398-404, 2013.
- 38) Chouinard G, Samaha A, Chouinard V, et al : Antipsychotic-induced dopamine supersensitivity psychosis : pharmacology, criteria, and therapy. *Psychother Psychosom*,

- 86 : 189–219, 2017.
- 39) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : High-dose antipsychotics : prescribing and monitoring. In : The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Ed, 16–19, Wiley Blackwell, 2018.
- 40) Kishimoto T, Hagi K, Kurokawa S, et al : Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia : a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre–post studies. *Lancet Psychiatry*, 8 : 387–404, 2021.
- 41) Dold M, Li C, Gillies D, et al : Benzodiazepine augmentation of antipsychotic drugs in schizophrenia : a meta-analysis and Cochrane review of randomized controlled trials. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23 : 1023–1033, 2013.
- 42) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Ed, 688–695, Wiley Blackwell, 2018.
- 43) Wang Y, Xia J, Helfer B, et al : Valproate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 11 : CD004028, 2016.
- 44) Leucht S, Helfer B, Dold M, et al : Carbamazepine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014 (5) : CD001258, 2014.
- 45) Leucht S, Helfer B, Dold M, et al : Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015 (10) : CD003834, 2015.
- 46) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Ed, 39, Wiley Blackwell, 2018.
- 47) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : Pneumonia. In : The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Ed, 148–149, Wiley Blackwell, 2018.
- 48) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : Hyperprolactaemia. In : The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Ed, 137–140, Wiley Blackwell, 2018.
- 49) Taylor D, Barnes TRE, Young AH : The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th Ed, 112–118, Wiley Blackwell, 2018.
- 50) Hatta K, Takahashi T, Nakamura N, et al : Hypokalemia and agitation in acute psychotic patients. *Psychiatry Res*, 86 : 85–88, 1999.
- 51) Hatta K, Takahashi T, Nakamura N, et al : Prolonged QT interval in acute psychotic patients. *Psychiatry Res*, 94 : 279–285, 2000.

謝辞

本章の作成にあたって実施した多施設共同研究は、平成19–21年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業H19-こころ—一般-009)、平成22年度精神・神経疾患研究開発費(20委-8)、平成23–25年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業H23-精神-一般-008)、平成26年度精神・神経疾患研究開発費(26-10)、平成29–30年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業H29-精神-一般-002)、平成31-令和2年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業19GC1011)の補助を受けた。

ご協力くださった皆様に感謝申し上げます。

5

行動制限最小化

5

行動制限最小化

はじめに

厚生労働省が毎年6月30日時点の精神保健医療福祉の実態を把握するために実施している「精神保健福祉資料」(630調査)によると、精神科病院における隔離・身体拘束施行者数は2013年度に身体拘束者が、2014年度に隔離者がそれぞれ1万人をこえてその後も増加が続き、2017年度をピークに高止まりの状態となっている¹⁾。隔離・身体拘束者の増加要因については、入院患者の高齢化、認知症患者・強制入院者の増加、精神科救急入院料病棟の増加などの影響が指摘されてはいるものの、対象者の属性や施行期間などを詳細に分析できる全国規模のデータは整備されておらず、正確な実態の把握や要因の分析は困難である²⁾⁻⁶⁾。

精神科救急医療ガイドラインでは2009年度版より興奮・攻撃性への対応に含めて行動制限最小化を取り扱ってきたが、隔離・身体拘束の増加への対応が急務となっていることから、今回の精神科救急医療ガイドライン改訂において独立した章とすることとした。しかし、わが国の精神科臨床、とりわけ精神科救急・急性期における行動制限最小化は、単独の医療機関での実践報告が積み重ねられる段階にあり、多様な地域性・文化的・臨床的背景をもつ施設間において共通した最小化の成功要因は明らかとなっていない。そのため、日本精神科救急学会医療政策委員会では、委員の所属する11施設で精神科救急入院料1を算定する19病棟を対象に、隔離・身体拘束の実態ならびに行動制限最小化の取組みに関する予備的調査を行った。この調査では、精神保健指定医の指示を要する身体拘束の定義、隔離・身体拘束の開放観察指示方法、身体拘束の部位および制限緩和方法、行動制限最小化の取組みについていずれも施設間による違いがあることが判明したが、これは一部の施設で先進的な最小化の取組みが進んでいる可能性を示唆するものであった。ただし一方で、全国的な動向を考慮すれば、

均霑化を図りつつ行動制限最小化を推進することは依然必要と考えられる。

本章では、精神科救急・急性期病棟における隔離・身体拘束を削減するための基本的な考え方を整理し、すでに諸外国で成果をあげている行動制限最小化の方略とわが国への適用、隔離・身体拘束を使用するに際し有害事象を回避するために必要な対策を示す。行動制限最小化の取り組みは患者中心の治療・ケアを具現化するプロセスそのものであり、これを通じて精神科救急・急性期医療における質向上が図られることを願う。

本章に示されている行動制限最小化の包括的な方略、隔離・身体拘束の方法は、医療機関や従事者の業務内容、診療内容の責務を規定しようとするものではなく、臨床への適応に際しては常に現場の判断が優先されるべきである。本章の内容は今後臨床からのエビデンスと行動制限の動向を評価・検証し改訂されるものであり、必ず好ましい結果を保証するものではない。

I 定義

推奨

- 1) 隔離・身体拘束の定義は当該領域の法令などの定めによること。
- 2) 法令解釈に余地が残る部分については自施設のルールに従うべきである。
- 3) わが国にはケア領域によって隔離・身体拘束の定義・実施基準が複数存在することを認識し、ほかの領域の取り組みを参考に組織として隔離・身体拘束を行わない治療文化の確立を目指すことは有意義であるが、同時に安全性を確保しなければならない。

解説

精神科医療における行動制限には、精神保健指定医の判断が必要な隔離、身体拘束、非自発入院、任意入院者の開放制限処遇、医師の指示のもと行われる通信や面会の制限といった精神保健福祉法およびその基準で定義するもののほか、広義には持ち込み物品や行動範囲(病棟内、院内、敷地内など)の制限など、患者の自由意志を制限するあらゆる行為が含まれる。

精神病床における隔離・身体拘束の定義は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(昭和63年4月8日厚生省告示第129号)」により、隔離は「内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する制限をいい、十二時間を超えるものに限る」、身体拘束は「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」と定義されている。また、点滴・鼻注などの医療行為中の一時的な身体の固定、老人等の車椅子における転落防止のためのベルトなどによる固定、夜間におけるベッドからの転落防止のための体幹拘束については身体拘束に当たらない見解(平成12年7月31日に厚生省事務連絡)が示されているが、医療機関によっては指定医・医師の指示を必要とする行為、身体拘束として扱う行為の定義・実施基準が異なる現状がある。

一方、精神病床をのぞく医療保険適用病床については身体拘束について法令による規定はないが、認知症ケア加算・急性期看護補助体制加算・看護補助加算の診療報酬算定に係る身体拘束は「抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限」と定義され、「身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する」と定められている。したがって、精神病床において看護補助加算を算定する場合、精神保健福祉法および診療報酬算定要件の両方に従うこととなる。

また、介護福祉施設については介護保険指定基準において「当該利用者(又は入所者)又は他の利用者(又は入所者)の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者(又は入所者)の行動を制限する行為を行ってはならない」とされ、「身体拘束ゼロへの手引き」(厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議2001年3月発行)⁷⁾において、身体拘束禁止の対象となる11の具体的な行為が示されている。

このようにわが国では精神病床、特定の診療報酬を算定する病棟、介護福祉施設における身体拘束の根拠、定義、実施の判断の手続きが異なる(表1)。同時にケア環境としても、精神病床では医師資格に加え上位の専門資格である精神保健指定医の専門医学的判断を法で規定しているのに対し、一般病床では担当職員が複数で判断する割合も一定以上あるものの、医師による医学的評価が根拠となりえるといった違いがある。また、介護施設などでは専門職の在籍が医療機関とは異なり、緊急やむをえない場合に限られることから、会議・カンファレンスの開催や施設長の承認を得る

ことが多い⁸⁾。このような背景から、身体拘束実施に係る法的根拠が明確で適応の判断を専門的に判定できる精神科病院に身体拘束が必要と推定された患者あるいは利用者の受け皿として依頼される事態が発生している。

以上のことから、対象者、施設・設備や人員配置の異なる領域をこえて隔離・身体拘束に関する定義・運用基準を当てはめることは必ずしも適切ではなく、まずは当該領域の法令等の定めによるとの認識こそが最も重要である。そうしたうえで、精神科臨床においても患者中心の治療・ケアを実現するために、ほかの領域の取り組みを参考にし、組織として隔離・身体拘束を行わない治療文化の確立を目指すことは有意義と考えられる。なおその場合は、同時に患者と職員の安全性の確保について相応の対策を組織的に講じる必要があることは忘れてはならない。

表1 身体拘束の定義・運用の比較

根拠	対象	身体拘束となる行為
精神保健福祉法	精神病床	衣類または綿入り帯などを使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限。 【例外】点滴・鼻注などの医療行為中の一時的な身体の固定、老人等の車椅子における転落防止のためのベルトなどによる固定、夜間におけるベッドからの転落防止のための体幹拘束(事務連絡)。
診療報酬点数表(厚生労働省告示)	急性期看護補助体制加算・看護補助加算・認知症ケア加算を算定する病棟	抑制帯など、患者の身体または衣服に触れるなんらかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限。車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひもなどで縛るなどはすべて該当する。 【例外】移動時などに安全確保のために短時間固定ベルトなどを使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助などのため、当該患者の側に付添っている場合。
介護保険指定基準・身体拘束ゼロへの手引き	介護保険施設等	<ol style="list-style-type: none"> 徘徊をしないよう車椅子やベッドに紐などで縛る。 転落しないよう車椅子やベッドに紐などで縛る。 ベッドを柵で囲む。 点滴などを抜かないよう手足を紐で縛る。 手指の機能を制限するミトン型手袋などをつける。 立ち上がれないような椅子を使う。 立ち上がれないように椅子にテーブルを取り付ける。 つなぎ服を着せる。 迷惑行為を防ぐため車椅子やベッドに紐などで縛る。 行動を落ち着かせるため向精神薬を過剰に服用させる。 自分の意思で開けることができない居室などに隔離する。 <p>【例外】切迫性、非代替性、一時性の3つの要件をすべて満たしていること。</p>

Ⅱ 基本的な考え方

推奨

- 1) 隔離・身体拘束は治療行為ではなく処遇、すなわち必要なケアを適切に提供するための環境設定の1つである。精神科救急・急性期医療に限らず、隔離・身体拘束の使用を回避・最小化するためにあらゆる方法が試みられなければならない。
- 2) 隔離・身体拘束の実施は、患者と職員にトラウマ体験を及ぼす可能性があり、時に治療の進行を妨げ、リハビリへの道を閉ざす。特に身体拘束は死にいたる重大な身体の治療合併症を生じる可能性があり、最終手段としなければならない。

解説

精神科医療における隔離・身体拘束は、不穏や興奮、攻撃性・衝動性が強く、自傷・他害の切迫した状況などに対し、症状への対処、安全な治療環境の確保を目的に使用される。しかし同時に心理的副作用を有し、治療関係の構築にとって阻害因子となる可能性をはらみ、患者の人権と尊厳にかかわるきわめて重大な課題を内包する。また、隔離の実施では心理反応による精神症状の一時的悪化と、それに伴う種々の行動リスク、身体拘束の実施では、静脈血栓塞栓症、誤嚥性肺炎、廃用症候群、褥瘡、医療関連機器圧迫創傷、絞扼事故の発生リスクなど、種々の有害反応の可能性を伴う。身体拘束は「制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限である。できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない」と厚生省告示第129号に明記されている。

したがって行動制限の基本的な考え方における決定的な特徴は、まずこれを行わないようにして、別の対処方法を試みること、つまりは1次予防を始点とする点である。あらゆる代替法が無効か、あるいは有害な場合に限り、適切なプロセスによって実施されなければならない。やむなく実施された場合には、入念な観察を行って継続的に適切性を保ち常に最小化されなければならない(2次予防)。また、実施された行動制限については、その後の適切な医療の実現に向けた事後検証が望ましい(3次予防)。なお、入院形態・病名・処置などの類型により隔離・身体拘束使用を前提として治療・ケア計画を標準化することはあってはならず、必ず現在の患者状態

に基づき適用が判断されなければならない。

Ⅲ 行動制限最小化の方法

推奨

- 1) 隔離・身体拘束最小化に取り組むにあたって、リーダーは基本となる考え方とすべての職員の役割と責任の骨子について明確な方向性を示すべきである。
- 2) 隔離・身体拘束の最小化の実効的な取り組みを目指すためには、根拠に基づく隔離・身体拘束使用防止のアプローチを採用し、自施設の個別の特性に合せた包括的な最小化計画を立案し、継続的な質改善を図るための体制を構築すべきである。

解説

1) コアストラテジー

行動制限最小化の課題は、古くはピネルの功績に見るように、精神医療にとって永続的なテーマである。あらゆる分野での医療知識や技術の近代化を経て今なお、それを行わないで済む状況には到達していない。しかし、身体拘束最小化への取り組みが世界各国で活発に行われており、特に米国から提唱された隔離・拘束使用防止のための包括的方策である6つのコアストラテジー (Six Core Strategies[®])⁹⁾⁻¹³⁾は、米国内だけでなくフィンランド^{14) 15)}、スペイン¹⁶⁾など異なる治療文化にも適応され身体拘束削減に効果を上げ、英国のREsTRAIN YOURSELF program¹⁷⁾、中国のCRCSE-based DE training programs¹⁸⁾などの新たなプログラムへと発展している。

コアストラテジーは隔離・身体拘束について、それらが経験的に有効であるとの認識に論理的脆弱性があることを指摘したうえ、公衆衛生学に基づいた1～3次といった予防モデルが有用であることを強調し、トラウマインフォームドケア、リカバリーモデルといった考え方を論理的な基礎として、6つの具体的な方略(ストラテジー)によって構成されている⁹⁾⁻¹³⁾。つまりは、最小化策の実践において、経験則ではなく論拠に基づき、当事者中心の考え方を念頭に行うべきという治療文化への転換を促すものである。

わが国の医療現場で本方策の実践を試みた検証においては、一部の方略が医療環境の相違などから現実的ではなかったものの、部分的な取り組みであっても一定の有効性が確認された¹⁹⁾。本指針では6つの具体的方略について、わが国における実現性^{20) 21)}とともに、精神科領域の救急医療における特性をふまえた本学会の見解・意見を加えて提示し、以下を推奨する。

(1) 組織改革のためのリーダーシップ

隔離・身体拘束の最小化は明確なリーダーシップのもと推進の中心となるコアグループを設立し、具体的なプランを立てることから始められるべきである。リーダーは、行動制限を最小化するために基本となる考え方(使命や信条)ととるべき行動(役割と責任の骨子)について明確な方向性を示すこと。施設や組織を代表するリーダー(病院長、看護部長など)が現場に立ち会うことを取り組みの核とすることが望ましい。リーダーは隔離・身体拘束の減少に向けたあらゆる活動において、患者、家族、権利擁護者を確実に引き込み最小化に向けて協働しなければならない。

(2) データ利用

隔離・身体拘束の期間や頻度について、データによる検証を行うことは、現状を把握し、今後とるべき行動の方向性を示すほか、どのような因子が影響するかについても判明し、隔離・身体拘束使用の最小化のための重要な情報をもたらす。各精神科医療機関は精神保健福祉法に関する通達により行動制限の一覧性台帳を作成しなければならない。これに含まれるデータを活用し、管理力を高めたり、知識を深めたりすることによって、最小化に役立てるべきである。隔離・身体拘束の実施数や施行期間、暴力事故の発生状況、患者と職員の満足度などの指標がモニタリングされ、患者・職員に対し指標の変化が分かりやすく示されるようにするのが望ましい。

(3) スタッフ力の強化

行動制限の最小化に適した治療環境を整えるために、関与するスタッフはその基本的論理を理解しなければならない。特に、公衆衛生学に基づく予防理論、トラウマインフォームドケア、リカバリーについて、知識を備えるべきである。スタッフは、行動制限のハイリスク者に対し、基本的な対応技術と、隔離・身体拘束が行われた場合その最小化のため

の治療計画立案の技術を有すこと。また、そのための研修や教育の機会が与えられなければならない。

わが国においては認知症高齢者の身体拘束使用防止が重要な課題であり、精神科救急・急性期病棟で働く職員に対しても、認知症ならびにせん妄症状の理解を促進し、具体的なケア方法について習得するための教育プログラムが提供されるのが望ましい。

(4) 防止ツール^{19) 22) -25)}

行動制限の最小化には、多くのツールを必要とする。アセスメントツール、病歴や履歴を把握するための診療録におけるツールのような一般的な診療ツールのほか、ディエスカレーション、危機状況に対するケアプランと契約、施設環境の工夫、治療技法なども含まれる。

代替方法の検討は、隔離・身体拘束を実施するうえでの前提であり、必ず検討されるべきである。代替方法には種々のものが知られており、あらゆる方法を考慮されることが望ましい。そのために実施手順書や基準などに代替方法を例示しておくことが有用である。具体的には、環境調整、ディエスカレーション、タイムアウト、感覚調整室(スヌーズレン、コンフォートルーム)の活用、薬物による対応、チューブなどの必要性再検討、付き添いや見守りなど人的対応の可能性、病状確認による隔離・身体拘束の必要性評価、治療方針の再検討などが知られている。治療環境によっては、家族が付き添うといった方法がとられる例もある。隔離・身体拘束が実施されたあとも、常に最小化できるよう代替方法は継続的に模索されるべきである。

なお、わが国で行ったコアストラテジーの検証では、看護計画における個別の行動制限最小化方針の立案・策定に一定の評価が得られた。計画において、隔離・身体拘束によって防止すべき問題点に焦点化するだけでなく、個々のストレングスを評価していくことが有用であったと考えられている¹⁹⁾。

(5) 当事者の役割

本項目は、原典となるコアストラテジーにおいて、基本理論にあるリカバリーモデルを反映する重要項目として位置づけられている。当事者の役割を重視する米国では、病院組織のなかで当事者がさまざまな役割を担う例があり、原典のなかでその重要性はスタッフに明示されなければならないとされている。わが国の精神医療分野では長期入院者の地域移行・地域定着支援を中心にピアサポーターの活動が広がりを見せてお

り、今後、救急・急性期臨床においてもさらなる協働が期待される。当事者中心の考え方は常に重視されねばならず、隔離・身体拘束の最小化においても基本的な理念として位置づけられる。

(6)事後検証

実施された隔離・身体拘束を分析することから知識を得て、その後の実施を最小化するための考え方、手順と実践の普及を目指すことが望ましい。事後検証のさらなる目的は隔離・身体拘束に関与した当事者・スタッフ双方の心理的副作用を和らげることにある。事後直後に行って治療環境を平常に復すためのものと、数日後にあらためて行うものがあり、それぞれの目的に沿って実施されることが望ましい(第3章 興奮・攻撃性への対応参照)。

2)行動制限最小化委員会

行動制限最小化委員会の設置と会議の開催は、医療保護入院等の治療管理に関する診療報酬上の要件とされた経緯を経て、精神保健福祉法の施行規則における特定医師に関する施設側の要件として記載されている。これらの要件設定は精神科救急医療を想定しており、精神科救急を実践する各医療機関は、第三者評価機関としての行動制限最小化委員会を設置・開催するべきである。

本委員会の最小化の仕組みは客観的他者評価による適切性や妥当性の検討であるから、コアストラテジーにおける(3)最小化ツールとしての機能を持ち、外部委員(少なくとも病棟外、必要に応じ院外)の参加が望ましい。

IV 隔離・身体拘束の法的根拠と医学的根拠

推奨

隔離・身体拘束の対象となる患者として例示されている状態像について、法令に基づき、個々の症例の特性に照らし専門医学的見地から十分にその妥当性が検討されなければならない。

解説

わが国における行動制限の法的根拠は精神保健福祉法であり、同法は精

神病床に対する規定である。隔離・身体拘束は本法36条および37条に基づき厚生労働大臣が定める基準や告示によって規定されている。同基準には隔離・身体拘束を行う状態としての例示²⁶⁾(表2)があるが、実施に際しては個々の症例の特性に照らして、専門医学的見地から十分にその妥当性が検討されなければならないため、開始時点での精神保健指定医による判断と患者への告知、その後の診療録記載、観察、診察の義務などによって合法性と最低限の適切性を確保している。実施に際して法を遵守しなければならないことは言うまでもない。

一方、一般病床で行われる行動制限(おもに身体拘束であり「抑制」と称される)については、精神保健福祉法のような法的根拠を有さず、専ら医学的根拠によって実施されている。このため、家族などの代諾による説明と同意プロセスを厳密にして正当性を高めるべきである。さらには、最小化の手順を含んだ院内ルールを設けて適正化を図るべきである。

隔離・身体拘束の科学的根拠や医学的根拠は、おもに経験則による。医療の全領域で報告されている重大事故に、病院内の自殺、患者同士の暴力、転倒転落などがある。これらの医療事故の予防対策の一手段として行動制限が適用され、事故防止に一定の役割を果たしてきたのは確かである。ま

表2 隔離・身体拘束の法的根拠²⁶⁾

	目的	対象となる患者
隔離	患者の症状からみて、本人または周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法では、その危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療または保護を図る。	<ul style="list-style-type: none"> 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪影響する場合。 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合。 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合。 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合。 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合。
身体拘束	当該患者の生命を保護することおよび重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限。代替方法が見出されるまでの間のやむをえない処置として行われ、できる限り早期にほかの方法に切り替えるよう努めなければならない。	<ul style="list-style-type: none"> 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合。 多動又は不穏が顕著である場合。 その他精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合。

た精神科領域においては、ほかの患者との関係性を著しく損なう場合やほかの患者の治療の妨げになる場合、病的多飲などの場合にも適用されてきた。さらに、身体合併症治療や補液・栄養管理を行う際に、医療機器やチューブトラブルの防止を目的に身体拘束が実施されることがある。この場合はチューブ類が患者の生命に直結しているという認識の下、行わなければ生命を損なう危険が高いことが事由となっている。いずれも常に臨床的な判断であって、その必要性や妥当性については有害な影響も十分に考慮のうえ、医療者の倫理性によって継続的に考慮されなければならない。

V 隔離

推奨

- 1) 隔離を開始しないための代替方法を必ず多職種で検討しなければならない。
- 2) 隔離要件となった状態像からの改善が得られた場合、すみやかに解除されなければならない。
- 3) 隔離にあたっては、患者に対し目的を明確に文書・口頭で告知するとともに、解除となる状態像について分かりやすく説明するのが望ましい。
- 4) 隔離室以外の一般病室での隔離は避けるのが望ましい。
- 5) 開放観察が漫然と行われることのないよう目的を明確化して患者に説明し、実施後は患者とともに評価を行うことが望ましい。
- 6) 隔離中に患者が職員とのコミュニケーションを維持するための方法を確保し、患者に説明しなければならない。
- 7) 隔離室内における事故を予防するため、専用の寝具を使用し、危険物や許可されていない物品が不用意に持ち込まれることのないよう入退室のたびに点検しなければならない。
- 8) 隔離中の患者の所持品などの点検が人権とプライバシーの保護に配慮した手続きのもとに行われ、貴重品などの財産が確実に保護されるよう、各医療機関において明確な管理規程を定めるべきである。
- 9) 隔離中においても洗面、入浴、寝具交換、更衣などの清潔ケアが行われるようにすべきであり、患者状態により実施が困難な場合は代替方法を検討する。
- 10) 隔離室は患者の尊厳を損なうことのないよう室内の清潔と換気を保

ち、臭気のない状態が維持されるようにしなければならない。

- 11) 隔離室には見当識や生活機能を維持するため、採光に配慮し、患者が見やすい位置に時計とカレンダーを設置すべきである。
- 12) 映像モニター装置、集音マイクを設置している病室を使用するにあたっては、事前に文書および口頭で説明を行うとともに、映像や音声の関係者以外に視聴されることのないよう、プライバシーの保護に十分配慮するべきである。

解説

隔離室の構造は興奮や破壊的行動といった症状に耐用できなければならない。設備や家具が危険行為に用いられることのないような配慮が必要である。一般病室では病室や設備の破壊、無断退去、自殺企図などの事故を誘発する可能性があるため隔離に使用することは慎重にすべきである。隔離室の安全と患者の尊厳を損ねないようなアメニティの確保は二律背反の特徴があるが、近年の建築技術はそれを克服しつつあり、構造的な改善への努力が望ましい。精神科急性期の回復過程について多くの研究・観察から、回復を促進援助するために数段階の個室群の活用が有用であるとされている¹⁹⁾。急性期治療のためにはこのような疾患プロセスに見合った数種類の個室が整備されるべきである(第1章 総論 IV-1-3)病棟部門参照)。

隔離室に持ち込みが許容される物品は確実に把握され、管理されなければならない。鋭利な刃物・火気を生じる恐れのある物・破損する恐れのある物・紐類などの危険物、その他許可されていない物品が不用意に持ち込まれていないか点検する。身に着けた物品を確認するための入室時(開放観察中も含む)のボディチェックは、あらかじめ患者に目的と方法を説明し同意を得るように努めなければならない。点検は患者と同性の職員1名を含む複数の職員で、人権やモラル・品行・礼儀などに十分配慮したうえで確実にを行うこと。安全性に問題のない信仰や文化的に重要な所持品の隔離室への持ち込みは許可されるべきである。隔離室に持ち込むことができない患者の私物、貴重品などの管理責任は各医療機関にあるため、所持品の点検手順を含めた明確な管理規程を定めるべきである。

隔離下での開放観察(部分開放)を行うことの意義は、閉鎖的空間での処遇に伴う心理的圧迫や拘禁反応などの緩和、回復程度や適応的行動に関する評価目的、急激な環境変化を避け段階的な移行を目指す目的などであり、あらゆる事例において積極的に試みられるべきであるが、漫然と行われることのないよう目的を明確にし、患者とともに評価を行い最小化計画

に反映するのが望ましい。

隔離におけるおもな有害反応は、心理的副作用である。刺激の除去・低減により感覚遮断、孤立、衝動コントロールの悪化を生じ、長期化による拘禁反応のほか、不本意な感情反応が生じやすく、特に入室時に激化しやすい。これらの心理反応や精神症状の一時的悪化に伴う種々の行動リスクについて、その可能性を評価し、おもな対策となる最小化以外にも共感的関与や可能な範囲での利便の検討、人権に配慮した対応など、個別の状況に応じた対策を講じるべきである。

VI 身体拘束

推奨

- 1) 身体拘束を開始しないための代替方法を必ず多職種で検討しなければならない。
- 2) 身体拘束の要件となった状態像からの改善が得られた場合、すみやかに解除されなければならない。
- 3) 身体拘束にあたっては、患者に対し目的を明確に文書・口頭で告知するとともに、解除となる状態像について分かりやすく説明するのが望ましい。
- 4) 身体拘束は各医療機関において承認された身体拘束専用の器具を、整備点検したうえで適切に用いなければならない。
- 5) 拘束方法・部位はできるだけ制限の少ない方法を選択する必要があるが、胴拘束の単独実施は原則的に行うべきではない。
- 6) 身体拘束の方法は精神保健指定医の指示によって決められるべきであり、看護師等の判断で拘束部位の追加や使用する器具を変更すべきではない。
- 7) 身体拘束はロビーや通路などアクセス制限のない空間や多床室で実施すべきではない。
- 8) 開放観察が漫然と行われることのないよう目的を明確化して患者に説明し、実施後は患者とともに評価を行うことが望ましい。
- 9) 身体拘束中に患者が職員とのコミュニケーションを維持するための方法を確保し、患者に説明しなければならない。ナースコールを設置する場合は実際に作動することを患者自身が確認できるようにすべきである。

- 10) 身体拘束中の事故を予防するため、危険物や許可されていない物品を患者が所持していないか点検し、患者の頭部、四肢が届く範囲に物品が配置されないよう調整しなければならない。
- 11) 身体拘束中の患者の所持品などの点検が人権とプライバシーの保護に配慮した手続きのもとに行われ、貴重品などの財産が確実に保護されるよう、各医療機関において明確な管理規程を定めるべきである。
- 12) 身体拘束を行うすべての患者について、静脈血栓塞栓症、褥瘡の発生リスクを評価し予防対策を講じるべきである。数時間以上続いた身体拘束の解除に際しては、転倒・転落リスクを再査定し必要な事故防止と事故発生時の受傷緩和策を講じるべきである。
- 13) 身体拘束が数時間以上に渡る場合は、拘束具による血行・神経障害、皮膚損傷などの二次障害や廃用症候群を防止するため、最低2時間に1回拘束具を解放し他動または自動運動、体位の調整を行わなければならない。
- 14) 身体拘束中においても洗面、入浴、寝具交換、更衣などの清潔ケアが行われるようにすべきであり、患者状態により実施が困難な場合は代替方法を検討する。
- 15) 身体拘束中でもオムツや床上での排泄を強要すべきではない。患者の協力が得られ拘束の一時中断が可能と判断された場合は、トイレでの排泄を行うのが望ましい。

解説

身体拘束に用いる器具は、合併症の発生を最小限に抑えられるような、専用に開発された器具を用いること。四肢・体幹ではマグネットタイプのものが比較的安全である。胴拘束の単独実施は頸部・体幹部の圧迫や、拘束帯からの離脱による重大な事故を引き起こす可能性があるため、やむをえず実施する場合は拘束帯からのすり抜けやずり落ちを防止するための器具の併用を検討する。拘束器具は定期的に整備点検を行い、緊急時でも正しい手順で行えるよう、マニュアルの整備と研修会など学習の機会を設けること。

身体拘束下にある患者が他者からの攻撃や有害な干渉から保護されるよう保障するため、ロビーや通路などアクセス制限のない空間や、多床室での身体拘束は実施すべきではない。ただし、病棟構造的な事情や搬送・移送での例外は考えられる。その場合、常時視野内以上の観察レベルによっ

て、他者からの保護を確実に保障したうえでなければならない。

鋭利な刃物・火気を生じる恐れのある物・破損する恐れのある物・紐類などの危険物、その他許可されていない物品を患者が所持していないか、身体拘束開始時(緊急時は拘束帯装着後)だけでなく一時中断や開放観察のたびに点検しなければならない。点検手順、患者の私物、貴重品などの管理に関しては隔離実施時と同様の対応が必要となる。また、患者の頭部、四肢が届く範囲に点滴スタンドやカテーテル・チューブ類、家具などの物品が配置されないよう調整する。

身体拘束の実施では、心理的副作用(不本意や不自由に伴う苦痛な感情反応)のほか、静脈血栓塞栓症、誤嚥性肺炎、廃用症候群、褥瘡、医療関連機器圧迫創傷、絞扼事故の発生など、種々のリスクを伴う。静脈血栓塞栓症や褥瘡については、発生する可能性を評価するために、個々に定型のアセスメントを行ったうえで、適合する対策を講じるべきである。その他の考えうる有害反応についても発生可能性を評価し、適合する精神医学的対策を講じるべきである。

VII 観察と記録

推奨

- 1) 隔離・身体拘束中の観察はケアの一部であり監視ではない。隔離・身体拘束中は対面での臨床的観察を原則とし、患者の体位、心身の状態変化、食事・水分摂取、排泄、服薬のニーズを把握し必要なケアを提供しなければならない。身体拘束中は観察ごとに拘束具の固定・装着状態、拘束部位の異常の有無について直接確認すべきある。
- 2) 隔離中の患者の体位に2時間変化が見られない場合、身体合併症の併発リスクが高まっているため、ただちに身体観察を行わなければならない。
- 3) 隔離・身体拘束中の観察と記録は、精神保健福祉法に基づく基準に明記された法的義務を有す医療行為であり、必ずこれを行わなければならない。
- 4) 行動制限中には、実施している行動制限の継続必要性とその医学的根拠、行動制限によって生じた有害な反応の有無について経時的に記載されなければならない。専用の観察シートなどを用いて、これら必須の観察記録事項が遅滞や記入漏れなく記録されることが望ましい。

解説

観察に関して一般に隔離では1日最低1回の診察、身体拘束であれば頻回の診察が必要とされている。看護師の観察について法的に明確な回数の設定はないが(隔離では定期的、身体拘束では常時観察を行うとある)、諸外国の基準では常時帯同による観察から特定の時間ごとの具体的な観察頻度を明示しているものもある。隔離・身体拘束中は向精神薬による過鎮静が生じやすく、静脈血栓塞栓症、褥瘡、誤嚥性肺炎等の身体合併症を併発するリスクがある。隔離中も患者の体位の変化・体動に注意し、2時間体位の変化が見られない場合はただちに身体診察を行わなければならない²⁷⁾。

行動制限の開始時に記録されなければならない事項は以下の通りである。

- ・どのような症状があり
- ・どのような目的で
- ・どのような内容の行動制限を
- ・誰が判断し
- ・誰が告知(説明)して
- ・いつ(年月日と時刻)開始(解除)したのか

当然最終判断者は精神保健指定医である(12時間をこえない場合は非指定医も有りうる)。

また以下についても記載が考慮されるべきである。

- ・代替方法が検討されたかの経緯
- ・告知時の患者の反応
- ・家族への報告と説明の経緯
- ・同意の有無

文献

- 1)厚生労働省：2001年度～2020年精神保健福祉資料。
- 2)野田寿恵，安齋達彦，杉山直也，他：精神保健福祉資料(630調査)を用いた隔離・身体拘束施行者数の分析。精神医学，54：317-323，2012。
- 3)浅川佳則，三宅美智，大谷須美子，他：精神科病院における身体拘束施行数の増加の要因分析(第1報)精神科病棟に認知症患者の入院が増えていることに着目して。日本精神科看護学術集会誌，58：31-39，2015。
- 4)三宅美智，西池絵衣子，大谷須美子，他：精神病床における拘束に関する15年間の変化。日本精神科看護学術集会誌，60：129-133，2018。
- 5)山之内芳雄：精神病床における行動制限に関する検討。令和元年度厚生労働行政推進調査事業費

補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)医療計画, 障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究 分担研究報告書, 2020.

- 6) 有我譲慶: 矛盾だらけの「医療保護入院」をどうする? 医療保護入院はなぜ増えたのか 精神医療政策の視点, 病院・地域精神医学, 62: 98-102, 2020.
- 7) 厚生労働省: 「身体拘束ゼロ作戦推進会議」: 身体拘束ゼロへの手引き 高齢者ケアに関わるすべての人に, 2001.
- 8) 全日本病院協会: 身体拘束ゼロの実践に伴う課題に関する調査研究事業報告書, 2016.
- 9) Kevin Ann Huckshorn: Six core strategies to reduce the use of seclusion and restraint planning tool, National technical assistance center for state mental health planning, 2005.
- 10) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略—. 翻訳にあたって, 精神科看護, 37(6): 52-56, 2010.
- 11) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略— 第一部, 精神科看護, 37(7): 54-57, 2010.
- 12) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略— 第二部, 精神科看護, 37(8): 49-53, 2010.
- 13) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳): 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略— 第三部, 精神科看護, 37(9): 65-73, 2010.
- 14) Anu Putkonen, Satu Kuivalainen, Olavi Louheranta, et al: Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. Psychiatr Serv, 64: 850-855, 2013.
- 15) Jaana Asikainen, Olavi Louheranta, Katri Vehviläinen-Julkunen, et al: Use of coercion prevention tools in Finnish psychiatric wards. Arch Psychiatr Nurs, 34: 412-420, 2020.
- 16) Jose Guzman-Parra, Carlos Aguilera Serrano, Juan A García-Sánchez, et al: Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. J Am Psychiatr Nurses Assoc, 22: 233-241, 2016.
- 17) Joy Duxbury, John Baker, Soo Downe, et al: Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). Int J Nurs Stud, 95: 40-48, 2019.
- 18) Junrong Ye, Zhichun Xia, Chen Wang, et al: Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial. Front Psychiatry, 12: 576662, 2021.
- 19) 杉山直也: 行動制限最小化に関する研究の報告. 厚生労働科学研究費補助金. 障害者対策総合研究事業. 精神科救急医療における適切な治療法とその有効性等の評価に関する研究(H23-精神一般-008)(研究代表者: 伊藤弘人)平成25年度総括・分担報告書, 2014.
- 20) 浅井邦彦, 五十嵐良雄, 久保田巖, 他: 精神科医療における行動制限の最小化に関する研究—精神障害者の行動制限と人権確保のあり方—. 平成11年度厚生科学研究(障害保健福祉総合研究事業)報告書, (主任研究者: 浅井邦彦), 2000.
- 21) 八田耕太郎: 精神科医療における隔離・身体拘束に関する研究. 精神経誌, 105: 252-273, 2003.
- 22) Allen MH, Forster P, Zealberg, Currier Glenn: Report and Recommendations Regarding Psychiatric Emergency and Crisis Service. A Review and Model Program Descriptions. APA Task Force Report on Psychiatric Emergency Services. American Psychiatric Association, 2002.

- 23) Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al : Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. J Psychiatr Pract, 11 : 5-108, quiz 110-112, 2005.
- 24) Zusman J : Restraint & Seclusion (third edition). Understanding the JCAHO standards and federal regulations. Opus communications, 2001.
- 25) Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B : Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Br J Psy, 191 : 298-303, 2007.
- 26) 厚生省 : 告示第 130 号, 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準, 1998.
- 27) Government of South Austraria : Restraint and Seclusion in Mental Health Services Policy Guideline. 2015.

6

自殺未遂者対応

6

自殺未遂者対応

はじめに

わが国の自殺者数は、1998（平成10）年に急増して3万人をこえたまま高止まりとなり、深刻な状況にあった。2007（平成19）年6月に閣議決定された自殺総合対策大綱の当面の重点施策には「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」という項目があげられ、「自殺未遂者に対する的確な支援を行うため、自殺未遂者の治療と管理に関するガイドラインを作成する」ことが明示された。本章の初版は、以上の経緯をふまえ、2009（平成21）年12月9日の『精神科救急医療ガイドライン』改訂の機に新たな項目として分冊発行されたものである。幸いにも、その後、自殺者数は減少に転じ、2012（平成24）年以降は3万人を下回るようになり、2019（令和1）年には2万人台となった。しかしながら、全国がコロナ禍に見舞われた2020（令和2）年には再び増加に転じ、現在でも、年間2万1千人近い自殺者が発生しており、いまだにわが国の自殺率は世界でも最悪水準であり、わが国の自殺問題が深刻な状況であることに変わりはない。

本ガイドラインの初版は、厚生労働省「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」の審議をもとに作成されている。当時、精神科救急医療従事者向けに日本精神科救急学会が、一般救急医療従事者向けに日本臨床救急医学会が、そして精神保健・福祉相談従事者・自治体の生活相談対応従事者向けに全国精神保健福祉センター所長会がそれぞれガイドラインを作成し、3つの指針はほぼ同時に発行されたためにこの3領域で推奨される対策内容は共通しており、領域間での共通認識が得られやすく、また実際の現場対応において、領域をこえて連携が円滑となるように互いに工夫がなされている。

2012年8月に見直された自殺対策大綱では、本ガイドラインの位置づけは9つの重点施策の1つ「自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ」のなかにあ

る「救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実」への寄与にあたる。このため学会は、作成された本ガイドラインを活用した「自殺未遂者ケア研修」を2009年から厚生労働省主催のもと毎年開催してきた。これらの活動が前述の自殺者数の減少にどれほど貢献したのかを示すことはむずかしいが、毎年多数の参加者を得て、一定の評価を得ている。そして、自殺未遂者ケアは2017（平成29）年自殺総合対策大綱において、いまなお当面の重点施策として位置づけられている。この自殺未遂者ケア研修も主催が厚生労働省から国立精神・神経医療研究センター・自殺総合対策推進センター、そして現在の厚生労働大臣指定法人いのち支える自殺対策推進センターへ移行しながら、本学会共催のもとに継続されている。

本ガイドラインのより具体的な意義は、従来タブー視されがちな自殺問題にあって、もとより自殺未遂者医療はデリケートな領域であり、誰もが困難感をもっていた自殺未遂者への対応について、科学的根拠を援用しながらこれを標準化した点、そして対応側が明確な目的をもってアクションを行うことによって、リスクを減少させるための手順を明確にしている点である。精神科救急入院料認可施設での限られた調査ではあるが、診療で参考になっているものとしては、精神科救急医療ガイドラインを参考としている施設が大部分を占めており、ガイドラインの役割の重要性が示されている。当然ながら、これらは再企図を完全に防ぐことができるという結果を保証するものではないが、適切な臨床プロセスを実施することの意義は大きいと考えられる。そして、全国で都道府県単位、市町村単位で自殺対策計画の策定および実践が求められており、精神科救急領域において自殺未遂者ケアの推進には本ガイドラインの普及がいまなお重要課題と考えられる。

このたび、ここ約5年間の学術的動向、社会学的動向、社会情勢の変化、人々の意識の変化、本学会が行ってきた自殺対策から得た知見・反省点などをふまえて本ガイドラインを改訂した。自殺関連行動を引き起こす要因は複合的であるが、精神疾患が関与していることは明らかであり、精神医療が緊急介入的な役割を果たす場面も多々存在するであろう。今回の改訂では、より分かりやすく、より実効的に、そしてより確実に、を求めて作業を重ねたところであるが、引き続き精神科および身体科救急医療の最前線にある医師、看護師、コメディカルスタッフが、自殺未遂者や自殺ハイリスク者を診療する際に活用していただきたい。

本章を使用するにあたっての留意事項

本章に盛り込まれている事柄のすべてを、精神科救急医療の担い手全員が実施することには限界がある。

また、本章は精神科救急医療を担う医療機関や従事者の業務内容、診療内容の責務を規定しようとするものではない。

本章で示した対応を実効的なものにするためには、従事者の養成研修や地域資源の連携ネットワークづくりなどの取り組みが必要不可欠である。

なお、本章では、それぞれの地域の特性や機関の特徴などの多様性については考慮されていない。また、それぞれのケースの対応にあたっては、個別性をふまえた包括的な臨床手順や判断、そしてケアの実践が必要となる。したがって、各医療機関においては、本章を参考に、それぞれの地域の実情や資源の実情をふまえながら対応を行うことが望ましい。自殺行動の背景は複雑であり、その予防プロセスは容易ではなく、常に不確実性を伴っている。アセスメントとケアに注力したとしても、すべての自殺を防ぐことには限界がある。非自発入院などによる治療的介入と徹底管理は一時的に自殺を遠ざける効果が期待できるかもしれない。しかし本来あるべき「治療関係の醸成・治療動機の明確化」と「自己の意思で生きることの意味を獲得していくことを援助する」こととの両立が課題となり、未遂者にとって常に最良とは限らない。したがって、最良の治療環境を選ぶことは治療者の裁量に委ねられるべきである。

本章では、自殺未遂者への対応について、再企図防止の観点から、適切な臨床プロセスを導くようなさまざまな評価・対応の仕方を推奨し、精神科救急医療の担い手のスキルアップを目的としている。しかし、本章の内容は、必ずしも好ましい結果を保証するというものではなく、また、臨床における判断は常に個別的であることに注意されたい。実際の臨床に際しては現場の判断が優先されるべきである。本章に関して、いかなる原因で生じた障害、損失、損害に対しても筆者らは免責される。

本章が医療スタッフの研修を企画立案する際などに活用され、それぞれの地域や組織で自殺に傾く人への支援とケアに向けた実践活動の展開へと広がっていくことが期待される。

基本編

I 自殺予防と自殺未遂者対応

1. 本章の対応(自殺関連行動の定義)

本章は、自殺未遂者への対応を示す。自殺未遂とは、自殺を意図して、あるいはその行為が致死的であると理解したうえで自損行為をし、結果的に死にいたらずに生存した状態を表す。一方、結果的に死にいたった場合を自殺既遂という。

自殺関連行動を表す語として、自損、自殺未遂、自殺企図、自傷、自殺念慮、希死念慮などさまざまなものがある。これらの語についてその定義や相違は必ずしも完全には確立されていないが、自損行為とは自身を損壊するあらゆる行為を指し、自殺企図は上述の自殺既遂と自殺未遂を指し、それ以外の行為を自傷とすることが多い。しかし、その場合でも、「自殺の意図のない故意の自傷」と詳しく定義をして使用することもある。ほかに、自分自身の死を強くイメージすることや死を願望することを希死念慮といい、自殺をしてしまいたいと考えることを自殺念慮という。

2. 自殺の危険因子(表1、図1)

上記の自殺関連行動は、すべて自殺の危険因子である。このなかでも、自殺未遂の既往は、最も明確な危険因子であることが、おびただしい調査・研究により繰り返し明らかにされている。

3. 自殺未遂者への対応で留意しておくべきこと

自殺未遂者への対応で留意しておくべきこととして、以下の4点がある。

- 1) 自殺未遂者の大半は精神疾患に罹患している。
- 2) その大半が、自殺企図にいたった直接・間接動機として生活上の問題を抱えている。
- 3) その企図にいたる過程で、無力感や絶望感、孤立無援感に支配されている。
- 4) 自殺企図にいたる過程で発症・再発した合併精神疾患に加えて、企

表1 自殺の危険因子

表出	絶望感、無力感、自殺(希死)念慮
出来事	離別・死別・喪失、親族の自殺、経済的破綻、災害・虐待・犯罪などによる外傷体験
健康面	精神疾患、慢性・進行性の疾患、疼痛、病苦、セルフケアの欠如
既往	自殺未遂、自傷行為
環境	自殺手段が身近にある、自殺を促す情報への暴露、孤立、支援者の不在

※新型コロナウイルス感染症と関連した自殺企図症例の経験では、孤立や不安など心理的な状況、感染症への不安、他者との接触機会の減少、などの問題があげられた(精神科救急入院料認可施設での調査)。

- 過去の自殺企図・自傷行為歴
- 喪失体験
身近な者との死別体験など
- 苦痛な体験
いじめ、家庭問題など
- 職業問題・経済問題・生活問題
失業、リストラ、多重債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活
- 精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み
うつ病、身体疾患での病苦など
- ソーシャルサポートの欠如
支援者の不在、喪失など
- 企図手段への容易なアクセス
「農薬、酸化水素などを保持している」、「薬をためこんでいる」など
- 自殺につながりやすい心理状態
絶望感、衝動性、自殺念慮・希死念慮、孤立感、易怒性、悲嘆、不安など
- 家族歴
- その他
診療や本人・家族・周囲から得られる危険性、アルコール・薬物、摂食障害など

図1 おもな危険因子の評価

図直後には通過症候群や浄化作用(カタルシス)などの多様な精神状態を認める。

4. 自殺の1～3次予防

自殺予防対策の基本概念として、自殺の1次予防、2次予防、3次予防という枠組みがある(表2)。

表2 自殺の1次予防、2次予防、3次予防と疾病予防概念との比較¹⁾

疾病の予防		自殺の予防
1次予防	未然に防ぐ	⇒ 未然に防ぐ 住民への啓発 社会各領域への啓発 専門職への教育
2次予防	治療	⇒ 介入(治療を含む) ハイリスク者のスクリーニング ハイリスク群への危機介入 (未遂者への介入)
3次予防	リハビリ 再発予防	⇒ 事後対応 心理学的剖検 遺された人のケア

1次予防、2次予防については、疾病予防概念と違いはない。1次予防は、自殺行動とその背景にある危険因子、そして自殺予防に関する理解を促進するための教育、普及・啓発がこれに含まれる。また、自殺予防対策を実践するための体制やネットワークづくり、自殺が生じやすい建物の危険個所の改修などもこれに含まれる。2次予防は、自殺の危険因子を有する個人への介入、治療を含む。

3次予防については、疾病予防と大きく異なる。心理学的剖検とは、自殺が生じた状況の詳細な調査のことで、これまでに同研究により自殺の危険因子や合併精神疾患の詳細などが明らかにされ、これらの知見が自殺予防対策の進展に大きく寄与するところとなっている。また、3次予防のもう1つの重要な柱は、自殺で大切な家族や友人・同僚・知人、あるいはクライアントを失った人のケアである。

II 自殺未遂者ケアの体制

1. 自殺未遂者ケアの全体像

自殺未遂者は、その後の自殺の危険性が高いので、精神科救急医療機関を受診した患者の再度の自殺企図を防ぐことが重要である。そのほかにも自殺未遂者の不良な転帰として受療中断、精神医療未受療、重症化、後遺障害、不良な社会適応、問題未解決、そして社会的偏見などがあげられる。以上から、自殺未遂者ケアとして、自殺未遂者に対して精神科救急医療、急性期医療、そして地域ケアを通して、再企図を予防し社会復帰に結びつ

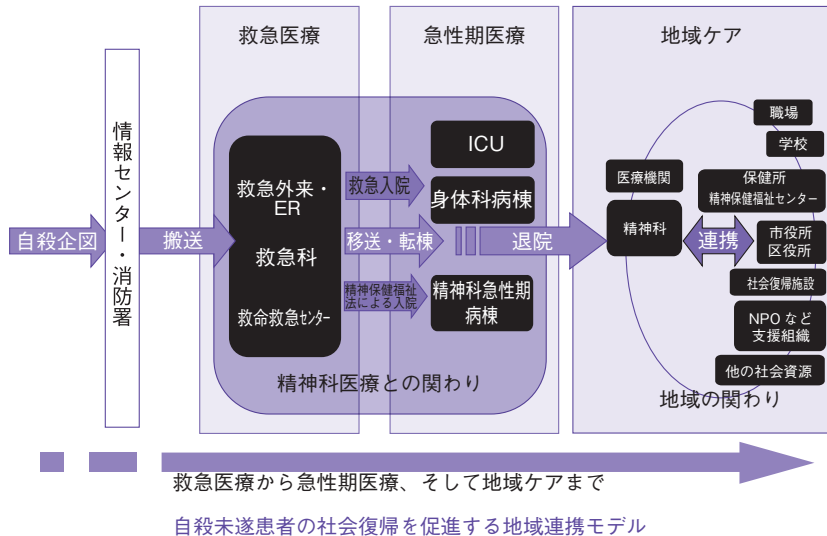


図2 自殺未遂者ケアの体制

けていくためのマネジメントを行うことが目標となる。図2にその概念図を示した。

1) プレホスピタル・ケア

プレホスピタル・ケア(病院前救護)は重篤な状態にある患者を受診前に対応することを指す。精神科プレホスピタル・ケアでは、自殺未遂者が精神科救急を受診するうえで受診前の相談や救急搬送などのプロセスをたどる。従事者としては、救急搬送にかかわる救急隊員、警察、措置診察や移送などにかかわる保健所、受診勧奨する市町村などの精神保健担当課、受診前の電話相談にかかわる前述の機関のほか、精神科救急情報センター職員、精神科医療相談窓口、医療機関窓口がここに含まれる。自殺未遂者の対応にあたっては心理状態をふまえた対応も求められる。また、患者の状態を把握して身体面や精神面双方を勘案したトリアージ、搬送先・受診先との連絡調整、家族など周囲の者のサポートにいたるまで幅広い次元での対応が求められる。

2) 危機介入

自殺未遂者の多くは精神医学的な問題を抱えており、心理的危機介入を実施する必要がある。自殺未遂者は身体合併症が重症である場合は、救命

救急センターなどでの治療を要し、身体合併症があっても軽症である場合は精神科救急医療機関を直接受診する場合もある。精神科救急医療機関では、自殺企図者に対して、身体科の医師と連携をとりながら心理社会的介入を含む包括的な精神科治療を行うことが求められる。このような連携体制としては、①並列モデル(救命救急センター内に精神科医が常勤する精神科救急施設、コンサルテーションやリエゾンによる診療体制をもつ総合病院精神科など)、②縦列モデル(単科精神科病院と近隣身体科医療施設の連携など)がある。どのような精神科救急システムを設置しているかは地域の実情により異なっている。

3) 救急医療から急性期医療、そして地域ケアへ向けて

精神科急性期治療では、身体合併症のケアを継続しながら、背景に存在する精神疾患に対応する。自殺未遂者に対して包括的な精神科治療を導入し、家族に対してさまざまな支援を行う。そのためには、保健・福祉を含む社会的ネットワークの活用が必要であるし、普段からネットワークの構築とメンテナンスを意識して行うことが求められる。

2. 精神科救急医療に求められるタスク

自殺未遂者ケアの方法

自殺には、表1で示したさまざまな危険因子が知られている。個人において、あるいは個人を取り巻く環境のなかで自殺の危険因子が存在することや、自殺の防御因子が不十分であることから自殺のリスクが高まり、衝動性などの関与により自殺企図が生じると考えられる。

図3に自殺未遂者のケアの方法を示した。青地に白抜きで示した「自殺未遂者ケアの実践項目」についてIV節でさらに解説を行う。救急医療の従事者の役割は、個々の未遂者にかかわる危険因子や防御因子を把握し、危険因子を減らし、防御因子を高めることにほぼ集約される。

3. 基本姿勢

1) 支援やケアを行ううえで必要な態度

自殺未遂者はさまざまな状態像を示す。抑うつ状態や不安・焦燥、あるいは幻覚・妄想状態までさまざまである。精神科救急では、自殺企図直後がその患者との初めての出会いとなることもまれではないが、自殺未遂者への初期対応は患者・家族—医師間の信頼関係やその後の治療関係の構築

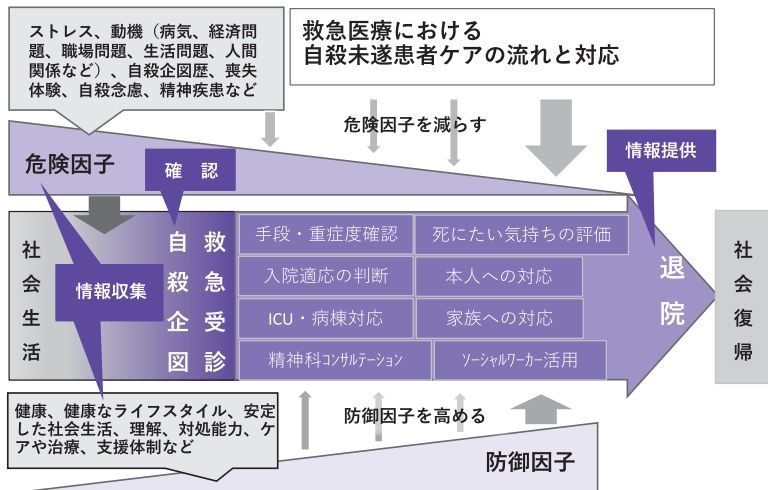


図3 救急医療における自殺未遂者ケアの方法

に大きく響影する。

医療者としての基本的な態度として重要なのは下記のとおりで、受容と共感、傾聴が基本となる。また、自殺を企図するところまで追い詰められた患者の心境を考えた場合、まず医療者がかけるべきは、患者の苦労に対する「ねぎらい」の言葉であろう。患者は絶望感や無力感、孤立無援感にとらわれているので、支援の表明を明確に伝えたほうがよい。そして、その支援の内容は、漠然としたものではなく、患者の置かれた状況に応じて個別的で、かつ具体的でなくてはならない。

支援やケアを行う人に必要な態度

- ・情緒的支援の提供
 - 情緒的に温かみのある対応を心掛ける。
- ・受容と共感
 - 患者を一度しっかり受容する。そして、「批判的にならない・叱責しない・教条的な説論をしない」を心掛ける。
- ・傾聴
 - 患者の語る話に無批判に耳を傾け、その内容を真剣にとらえる。
- ・ねぎらい

患者の苦勞をねぎらい、相談に訪れたことや自殺について打ち明けたことを賞賛する。

- 支援の表明
力になりたいという医療者側の気持ちを伝える。曖昧な態度をとらない。
- 明確な説明と提案
患者の個別性に配慮し、提案は具体的に。安易な励ましや安請け合いをしない。

2) 自殺について取り上げる

自殺企図や自殺念慮について取り上げ話題にすることは、患者の再企図の予防の第一歩である。問題が明らかに存在するのに、それをないかのように振る舞うことのほうが不作為で不誠実である。患者とラポールをとったうえで、自損行為の意味や現在の自殺念慮の有無を明確に尋ねることが大切である。そこから、患者－医療者間の信頼は深まり、患者への理解が深まり、また必要な支援が明らかとなる。なお、非専門家向けには「TALKの原則」というものが提唱されているので参照されたい。

TALKの原則

- 誠実な態度で話しかける (Tell)
- 自殺についてはっきりと尋ねる (Ask)
- 相手の訴えを傾聴する (Listen)
- 安全を確保する (Keep safe)

3) 医療者自身の気持ちの発露に注意する

医療者自身が、自殺関連行動や自殺企図者の本質を理解していない場合、その行動に嫌悪感を示したり、「自殺未遂を無責任な行動である」とか「患者の心が弱いから困難を乗り越えられなかったのだ」と断じてしまう場合がある。また、医療者が独自の人生観に基づいて患者を判断したり、説諭をしてしまう危険性もある。したがって、医療者は正しい知識を身につけ、自殺関連行動の本質を理解する必要がある。

しかし、たとえ知識と理解があっても、自分自身の思いが時として患者やほかの医療者に対して批判的に、攻撃的な形となって発露してしまうことがあるかもしれない。医療者は、常に自分の気持ちを自覚し制御できるように心掛けたい。

実践編

Ⅲ 自殺予防と自殺未遂者対応

3つの基本軸とその他の重要事項に関する実践項目

精神科救急における自殺未遂者ケアの3つの基本軸と実践項目、およびその他の重要事項を以下に示す。

自殺未遂者ケアの3つの基本軸と実践項目、およびその他の重要事項

1. 自殺関連行動の把握とトリアージ
 - 1) 情報収集
 - 2) 企図手段の確認
2. アセスメント
 - 1) 自殺企図の鑑別
 - 2) 切迫性の評価
 - 3) 危険因子・防衛因子と精神障害
 - 4) 再企図危険性
3. アクション
 - 1) 危機介入
 - 2) ケースマネジメント
 - 3) 家族等への支援とケア
4. その他の重要事項
 - 1) 自傷行為の理解と対応
 - 2) 事後対応

実際の精神科救急の現場において、これらをどのように実践したらよいのかを時系列で理解するために、精神科救急フローに応じた実践項目を図4に示した。

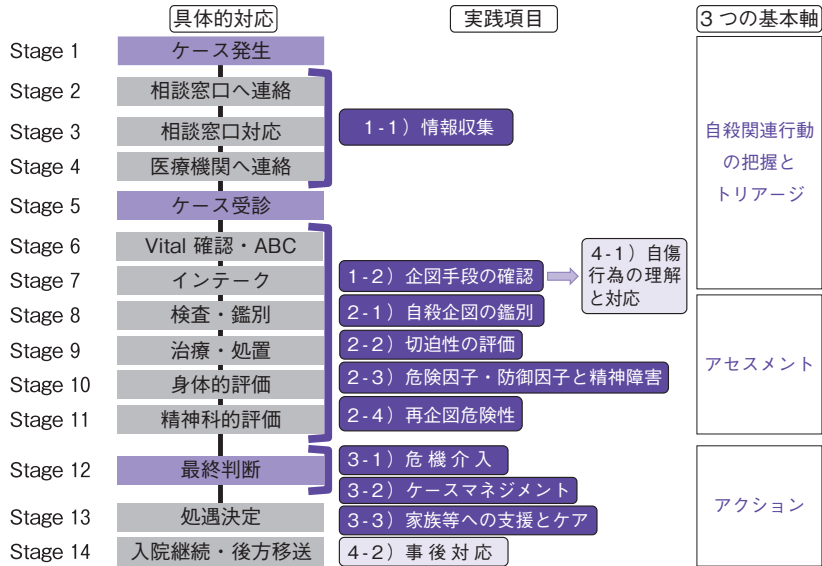


図4 精神科救急フローと自殺未遂者ケアの実践項目

IV 自殺未遂者ケアの実践項目

以下では、精神科救急における自殺未遂者ケアの実践項目について説明する。

1. 自殺関連行動の把握とトリアージ

1) 情報収集

(1) 情報収集の手段

自殺未遂者は自殺企図による身体的問題と精神医学的問題が併存しており、受診先の選定やその後の身体管理、必要となる精神科治療の程度などを検討していく必要がある。精神科プレホスピタル・ケアとして、自殺未遂者が精神科救急を受診するうえで受診前の相談や救急搬送などが関与する。そして、従事者としては、救急搬送にかかわる救急隊員、警察、措置診察や移送などにかかわる保健所、受診勧奨する市町村などの精神保健担当課、受診前の電話相談にかかわる前述の機関のほか、精

精神科救急情報センター職員、医療機関窓口がここに含まれる。

プレホスピタルケアから救急医療までのトリアージ項目

- ・精神医学的リスク
- ・身体医学的リスク
- ・自殺のリスク
- ・危険因子
- ・防御因子
- ・緊急度
- ・自殺念慮の変化

患者の状態を把握して身体面や精神面双方を勘案したトリアージ、搬送先・受診先との連絡調整、家族等周囲の者のサポートにいたるまで幅広い次元での対応が求められる。以上のことから、患者が精神科救急を受診した場合、ただちに包括的に情報を収集することが重要である。そして、①自殺企図事実に関する情報、②自殺企図前の経緯と病歴の情報、③自殺企図者の社会的背景についての情報、④その他の固有な状況に関する情報、について確認を行うことが、自殺企図者の対応の起点となる。図5に確認すべき情報を示した。情報源により得られる情報の質は異なり、情報提供者を確認しておくことも必要であり、最終的にさまざまな情報を総合して評価する。

(2) 本人、家族の心理状態を考慮して情報収集する

自殺未遂者は心理的に動揺を示していること場合が多いため、安心感を与える対応を初期から行うことが望ましい。調査的に聞くのではなく、相談者のストーリーに沿ってナラティブに聴きながら必要な情報を収集するなどの工夫も必要である。患者は否定的認知となっていることも想定されるため、危険因子を強調し過ぎないで聴くことも大切である。情報収集や評価は治療的意味合いもあるため、初期対応を丁寧に行うことは、その後の円滑な診療につながる。家族や知人など周囲の者は、自殺企図や自殺念慮を認めた患者の対応で混乱状態にある。応対する者は落ち着いた態度で、安心を与えることも重要である。また、大変な状況にある家族の気持ちを酌み取り、進めていく必要がある。自殺企図者と家族がお互いに心理的葛藤を抱えている場合も少なくない。情報収集にあたっては、自殺企図者と家族・周囲には中立的な態度で、どちらの気持ちにも配慮した対応が必要となる。

情報収集

	本人	家族 支援者	救急隊	警察	情報 センター	行政	医療 機関	その他
①自殺企図事実								
バイタルサイン								
企図手段								
身体損傷の有無と程度								
発見状況								
遺書・動機								
②自殺企図前の経緯と病歴	当事者		プレホスピタル・ケア				医療	
受診歴								
経緯・現病歴								
③社会的背景								
生活状況								
家族や支援者								
④その他固有な状況								
その他の情報								

図5 自殺企図に関する情報源と情報の内容

自殺未遂者に関して、精神科救急医療を導入し、方針を決定するうえで、事実を正確に確認する必要がある。また、自殺企図にいたった経緯や動機などを確認する必要がある。情報提供者が誰かで、情報の質は異なるが最終的にさまざまな情報を総合的に評価する必要がある。

自殺未遂者は重篤な心理状態にあり、時に精神運動興奮や攻撃性を呈することもある。対応者は事故防止などの観点で、適切な情報把握によるリスクアセスメントを行い、人員体制や環境設定を検討して、安全確保を行うことが必要である。また、適切なコミュニケーションや態度をとることが求められ、ディエスカレーションによるコミュニケーション・スキルを用いて、患者の危機的な精神状態を緩和するアプローチも実践することが重要である。

①情報収集にあたってのコツと手法

自殺未遂者が受診した場合、精神科医は第1にバイタルサインや身体的状況を確認する必要がある。自殺未遂者は時に自殺企図の情報を述べないことがあり、身体的な状態や意識障害などの徴候に関する情報を注意深く把握する必要がある。

つぎに、誰が、何を、いつ、どこで、どのような理由で、どのような手段で自殺企図したか確認を行う(自殺企図に関する5W1H)。

自殺企図に関する5W1H

- ・誰が(Who) : 自殺未遂者の住所・氏名・年齢
- ・何を(What) : 自殺企図
- ・いつ(When) : 企図時刻
- ・どこで(Where) : 自殺企図を行った場所
- ・なぜ(Why) : 自殺企図にいたった経緯・現病歴、遺書・動機
- ・どのように(How) : 企図手段

そのうえで、患者と意思疎通がとれるかどうかを確認する。意識障害や精神症状により、本人からの自発的な情報を得られず、企図手段が特定できない場合もある。たとえば意識障害で倒れているところを発見された場合、大量服薬なのか、服毒なのか、または一酸化炭素中毒なのかなど、詳細に確認する必要がある。特に患者の身近な存在である家族等の情報は重要である。しかし、患者や家族・周囲から得られる情報が正しいとは限らない。周囲から得られる情報だけでなく、客観的に得られる所見、情報を可能な限りすべて収集するよう心掛けることが大切である。

面接導入としては、日付や状況、食事、睡眠、体調や気分など日常的な内容を取り上げ、話しやすい内容などで傾聴しながら、あわせて見当識があるかどうかなどにも注意していく必要がある。

②自殺企図前後の情報

これまでの経緯・現病歴や遺書・動機、受診歴などを確認する。発見者や発見状況、付き添いの有無、発見から受診までの状況を確認する。受診にいたった経緯や病歴に関する情報は再企図の危険性の評価(2-4)や危機介入後の対応(3-1))に役立つ。

③家族・支援者に関する情報

家族はいるか、支援者はいるか、などの情報も重要になる。

④警察関係者からの情報

警察官の対応があつたのか否か、同伴しているのか否かなどの警察官からの情報も重要であり、身体的問題が軽微である場合などは、処置後に警察官による24条通報となることもありうる。警察がなぜ関与しているかということを確認することも、患者の危険度を把握するうえで重要である。

2) 企図手段の確認

自殺企図の対応にあたって、当初の最重要な課題は生命予後である。自

自殺未遂者の診療依頼がなされた場合、自殺企図の手段を確認し、身体合併症の重症度から必要な身体管理を予測することが重要である(図6)。身体合併症の重症度が高く、身体管理が必要とされる場合、一般病棟での身体科治療を優先するなど、身体的重症度と精神的重症度を勘案して、自殺企図に対する最適の治療環境を設定することが必要となるからである。

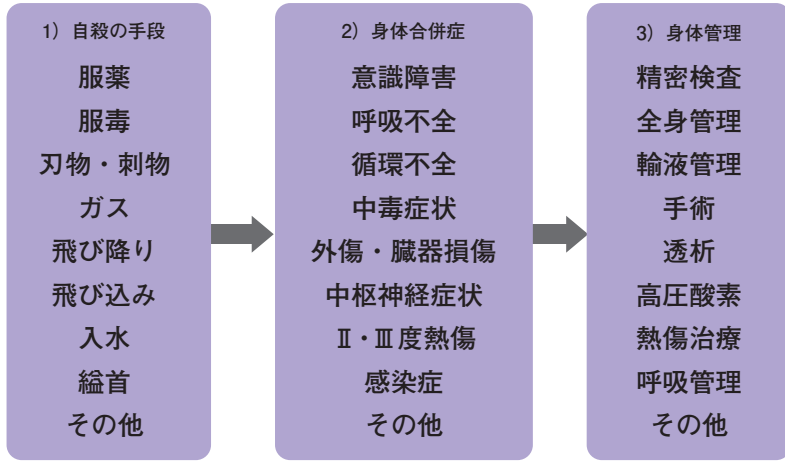


図6 自殺行動の手段身体合併症、必要な身体管理

(1) 手段

本人や周囲から得られる情報をもとに企図手段を同定する。薬袋、薬品容器、用いられた用具などの存在は手段を同定するための情報となる。手段は必ずしも単独であるとは限らず、たとえばリストカット後に大量服薬をするなど、複合的である可能性にも注意を払う。企図手段の種類により身体的治療が決定されることは少なくない。

(2) 身体合併症の把握と予測される身体管理

自殺企図の手段の確認作業を進めながら、身体合併症を把握して重症度を確認し、必要となりうる身体管理を予測することが重要である。明らかに身体的に重症度が高い場合は、いうまでもなく身体的治療を最優先に検討する必要がある。自殺未遂者が受診した精神科救急医療施設の医療資源を勘案して、身体的治療と精神科治療に関してトリアージを行うことが重要である。

たとえば、焼身を図った場合には、熱傷治療を視野に入れた対応が必

要となる。飛び降りやリストカットでは外科的治療を要する場合が多い。大量服薬による自殺企図では長時間同一姿勢を保持していた場合、コンパートメント症候群などの発生にも注意を払ったほうがよい。病態によっては、見逃しやすいものがある。たとえば、リチウムの大量服薬では、当初は臨床的な中毒症状は軽微にみえても、服薬時間と血中濃度上昇の関連を考慮して危険性が高ければ血液透析なども行える医療施設での治療が必要となる。排ガスによる一酸化炭素中毒で受診時点では意識障害も軽度で、一見身体的に重症度が低くみえる場合でも、その後 intermittent 一酸化炭素中毒を発症するということもあり、高圧酸素療法を要することも少なくない。三環系抗うつ薬や定型抗精神病薬などは心毒性が強く、致死性が高いと認識すべきである。本人の自発的言動からは服薬内容が聴取できない場合や判断できない場合もある。このような場合も、精密検査と身体管理可能な医療施設との連携を考慮する必要がある。

そのほかにも、精神症状が重篤な場合、自発的な疼痛評価などの身体的評価が困難な場合も多い。たとえば、飛び降りを図った症例などでも頭蓋骨、骨盤などの骨折の確認を十分に行えない場合は、単純X線写真やCT検査などの精密検査を行える医療施設での診療が必要となる。

このように、高度な身体的治療を要することが想定される場合には、身体救急医療機関への搬送を優先する(3-1)危機介入、図11も参照)。

(3) 一般救急医療との連携も視野に入れる

受診の相談の時点でトリアージが可能であればよいが、精神科医療施設を受診後に、自殺行動の手段や重症度により、身体治療も可能な医療機関で対応するか、精神科専門医療施設で対応するかの判断が必要とされる場合も多い。明らかに身体治療が必要な場合はいうまでもなく、判断が困難な場合も一般救急医療施設へコンサルトを行い、相談して対応を決定していくことが望ましい。どこまで精神科救急医療施設で診療可能か、施設状況もふまえて判断することが重要である。

救急受診に関するトリアージの原則(図7)

- 重篤な意識障害(たとえばJapan Coma Scaleで2桁以上)や致死性が高い企図手段であった場合、一般救急医療の対応を要すると考えられる。
- 身体的重症度は高くない場合、精神科救急での対応を要すると考えられる。
- 一般救急から要請がある場合、重篤な意識障害はないか、致死性の高

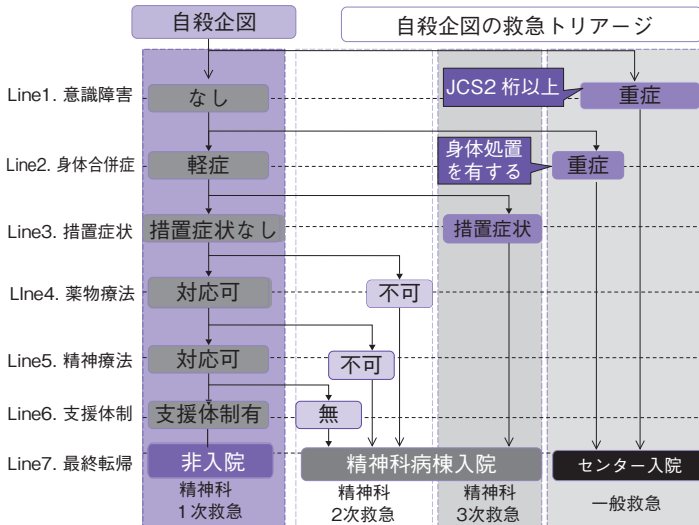


図7 自殺企図の手段と重症度による救急トリアージ

い企図手段ではないか、検査および治療はされているかを確認する。

- 身体的重症度は高いが、一般救急を要するか判断に迷う場合、一般救急へのコンサルトを行うことを検討する。

2. アセスメント

1) 自殺企図の鑑別

本人や家族、周囲から得られる情報により、受診した患者の自損行為が自殺企図であったのかどうかを確認しなければならない。それが、患者のアセスメントや支援の方向性を検討するうえでの第一歩となる。

自殺企図であったのかどうかを確認する。

患者の自損行為が自殺企図であったのかどうかを確認する手順として、以下の指標(図8)を参照しながら解説をする。

(1) 自らの意志で行った行為であるかを確認

他人から強制された自損行為が犯罪被害、転倒による外傷は自殺企図ではない。

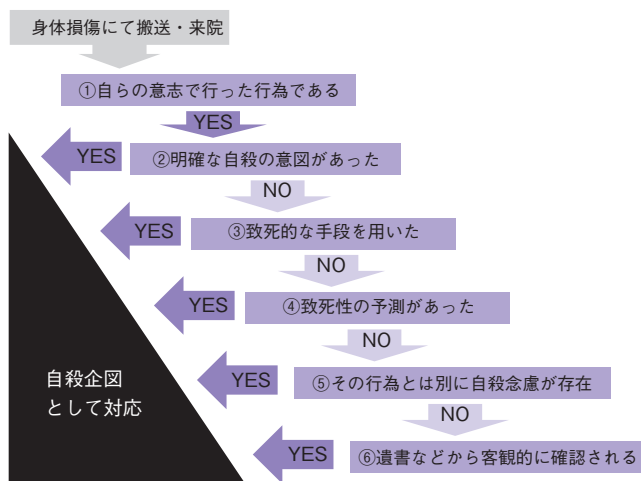


図8 自殺企図の有無の確認
自殺未遂・自傷・その他の鑑別³⁾

(2) 明確な自殺の意図があったかを確認

自殺の意図があっても明言されるとは限らないので、患者が否定したとしても、少なくとも一度は再度確認する必要がある。「症状が改善せず、薬を多く飲んで治そうと思った」というのは自殺企図には該当しないが、その場合でも長期的に、持続的に希死念慮を抱いてはいなかったのか、あるいは自殺の意図のない故意の自傷行為が繰り返されていなかったのかなどを確認する。

(3) 致命的な手段を用いたかを確認

客観的にみて致死性の高い方法で自損行為を行った場合は自殺企図の可能性が高い。

(4) 致死性の予測があったかを確認

客観的にみて致死性の低い方法であったとしても、本人がそれで死ぬことができると予測していた場合は自殺企図と判断する。ちなみに、「気持ちを楽にするために薬をたくさん飲んだ」という場合は自殺企図に該当しないが、本人が意図せずに結果的に死にいたる自傷もあるので、自殺企図と判断されなくてもさらにアセスメントを進める。

(5) その行為と別に自殺念慮が存在するかを確認

たとえば、「ボールを拾おうとして道路に飛び出したのであって、死のうとしたわけでない」というような場合は自殺企図ではない。

(6) 遺書などから客観的に確認

遺書や電子メールでの伝言、周囲へ伝えた言葉などから、自殺の意思が疑われる場合には、いったんは自殺企図とみなして、アセスメントを進める。

2) 切迫性の評価

自殺未遂者が受療した場合に、帰宅させ外来治療につなげるか、それとも入院とするかを判断しなければならない。この判断をするにあたって、最も重要なポイントとなるのは、現在の自殺念慮の評価である。

(1) 現在の自殺念慮の有無の確認

自殺念慮の確認には多面的評価が必要である。また、繰り返し確認していくことが重要である。たとえば、多くの患者は、自殺念慮の確認に対して黙秘したり、混乱のなかで返答がなされなかったりする。また、つらさを表明する術を知らず、「大丈夫です」と言ったり、実は心のなかで自殺再企図の強い意志を固めているケースもまれではない。したがって、自殺念慮を否定する患者の言葉を頭から鵜呑みにすることは危険である。つまり、患者が自殺念慮を否定している場合でも、「自殺念慮を表出できない」、「自殺念慮を隠している」、「精神疾患の重症度や、意識障害により自殺念慮を評価しきれない」という可能性も考慮すべきである。

しかし、「死にたい」と表明していても、つらい気持ちをそのような言葉で表現しているだけで、自殺再企図の切迫度は言葉ほど高くないケースも存在する。

そこで、患者の訴え(表現)に加えて、自殺の計画性(自殺計画の有無と、その計画がどれほど具体的であるかということ)が、切迫度評価の重要なポイントとなる。

(2) 現在の自殺念慮の評価(図9)

自殺念慮の具体的計画性、出現時期・持続性、強度、客観的観察、被害の可能性を評価し、いずれか1つでも存在する場合は、特にリスクが高いと考えられる。

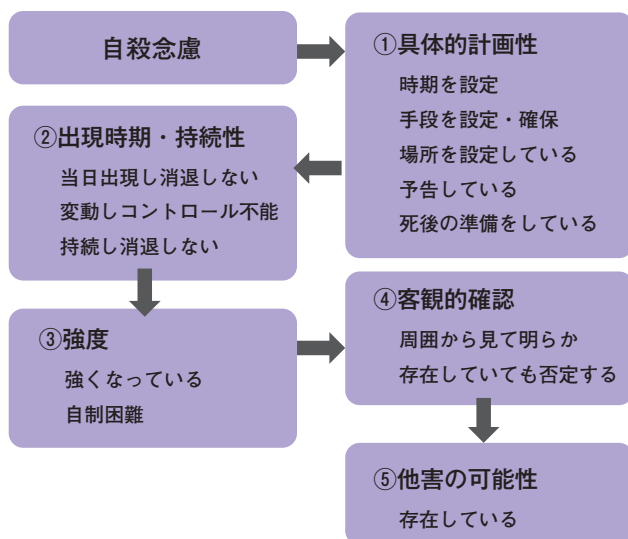


図9 現在の自殺念慮の評価

①具体的計画性

自殺の計画が具体的であればあるほど危険性が高い状況

- ・時期を決めている
例)「〇月〇日に」、「〇の記念日に…」など
- ・手段を決めている・確保している
例)「練炭を買った」、「ロープを用意している」など
- ・場所を決めている
例)「自殺の名所を調べている」「思い出のある場所に行く」など
- ・予告している
例)「これから死ぬ」とメールする、「自殺するしかない」と口にする
- ・死後の準備をしている
例)「保険会社に電話する」「遺書を書く」など

②出現時期・持続性

急速に出現し消退しない、変動しコントロール不能、持続し消退しないなどは危険性が高い。

③強度

自殺を強く望んでいること、具体的な計画があること、あるいは自殺念慮を抱いた動機や経緯などから判断される。自殺念慮が強まっていた

り、自制困難であれば危険性が高い。

④客観的確認

遺書を書いたり、周囲に死をほのめかす場合は危険性が高い。自殺念慮が周囲からみて明らかに存在するにもかかわらず言明しない場合や否定することもあるので注意が必要である。

⑤他害の可能性

「〇〇を道連れに死ぬしかない」「一緒に死にたい」「殺したい」などと口にする場合は危険性が高い。

カタルシス効果を考慮する

自殺が企図されたあとに、それまで不安定だった患者の精神状態が一見改善したようにみえることがあり「カタルシス」といわれる。しかし、自殺を企図したことで、本人がそれまで抱えていたさまざまな問題が解消されたわけではないので、これはみせかけの改善であり、早晩、精神状態は悪化し危険な状態に戻ってしまう。

3)危険因子・防御因子と精神障害

自殺の再企図予防として、自殺の危険因子と防御因子を確認して、自殺のリスクを減らし、防御因子を高める必要がある。自殺の危険因子は1つ存在しても自殺のリスクを高めるが、複数存在することで相乗的にリスクが高まる場合がある。精神科医は包括的に自殺未遂者の危険因子(図1)や防御因子(図3)を把握することが大切である。

(1)過去の自殺企図・自傷行為

過去の自殺企図歴は自殺の最も強い危険因子である。自殺企図患者150名のなかで自殺が12%、自然死が10%、再企図が25%という報告もある¹⁾。

自傷行為歴も危険因子として重要である。自傷行為を行うものは致命的な手段と結果を意図していないため、概念上は自傷と自殺企図と区別する必要がある。しかし、自傷行為を行う者はしばしば自殺念慮を認め、自傷行為で受診したあとに、重篤な自殺企図を行う場合がある。自傷行為歴は自殺の危険因子として注意深く評価されるべきである。

自傷行為歴を過小評価しない

自傷行為を繰り返す患者での自殺未遂において、自殺の危険性が過小評価される場合があるが⁵⁾自傷行為を繰り返しているなかで自殺にいたるケー

スは少なくない。患者の危険度の評価に立ち返って臨床的な判断を行うことが望ましい。

(2) 喪失体験

身近な者との死別、人間関係の断絶、病気、失業などの喪失体験は自殺の危険因子となりうる。

(3) 苦痛な体験

小児期の身体的・心理的・性的な被虐待歴やいじめ、家庭内暴力は自殺の危険因子である。

(4) 職業問題・経済問題、生活問題

喪失体験とも重複するが、失業や昇進、降格、リストラなどの職業問題や、多重債務や生活苦などの経済問題、生活の困窮や転居や不安定な日常生活など、生活問題は自殺の危険因子である。

(5) 身体疾患の罹患、およびそれらに対する悩み

自殺企図は心理社会的、環境的、生物学的な要因が複合的に関与しているといわれており、その背景に精神疾患が存在することは少なくない。特に身体疾患に罹患している場合、自殺のリスクは高まっている場合も少なくない。

身体疾患患者の自殺の危険を高める要因⁶⁾

- ・慢性化する傾向がある
- ・徐々に悪化する傾向がある
- ・生命を脅かす合併症を伴う
- ・行動や日常生活の制限が強られる
- ・一般的な方法で疼痛を除去できない
- ・社会的な孤立を強られる
- ・社会的な偏見を伴う
- ・認知障害を伴う(記憶や判断の障害、失見当識、せん妄)
- ・自殺念慮を訴える
- ・これまでも自殺未遂歴がある
- ・周囲からのサポートを得られない
- ・ほかの患者の死に強い不安を抱く

身体の病気に関する悩みで自殺を考えるケースの背景に、うつ病や症状精神病が隠れている場合がある。また、身体疾患治療薬により精神的な不調をきたす場合もある。①背景に隠れる精神疾患、②身体疾患治療薬の影響に注意を払うことが重要である。

(6) ソーシャルサポートの不足

多重債務や医療費滞納などの経済的問題や、生活苦などの生活の問題、人間関係上の問題などさまざまな問題を自殺未遂者は抱えているが、相談できる人はいなかったと話すことが少なくない。また、ソーシャルサポートが存在しても、本人は否定している場合もある。直接的あるいは間接的なソーシャルサポートの欠如や否定は自殺のリスクを高めるため、確認が重要である。

自殺未遂者は支援体制や治療関係を拒絶することがある

自殺の危険性の高い患者では支援体制や治療関係を拒絶することがある。精神科医は、このような患者の感情に曝露し、心理的な防衛反応として、これを安易に受け入れるか、認めてしまうことがあるかもしれない。しかし、ここで自殺未遂者に対する基本的姿勢を示すことが、良好な治療関係に発展する可能性がある。

(7) 企図手段への容易なアクセス

自殺手段へのアクセス性が高いほど、あるいは身近であるほど自殺のリスクは高まる。自殺企図の手段を本人自身が準備しているような状況や、手段や方法を本人や周囲が除去できない状況は自殺のリスクが高いと考えられる。また、自殺念慮をもつ者が自殺に関する情報への曝露(報道機関による過剰な自殺報道、インターネット上の自殺をほう助するような情報)を繰り返している場合もリスクが高いと考えられる。

(8) 自殺につながりやすい心理状態・精神疾患・性格

自殺のリスクを高める精神症状としては、不安・焦燥、衝動性、絶望感、攻撃性があげられる。不安・焦燥を認める患者において自殺企図が発生することがある。追い詰められた心理はしばしば絶望感を生じさせ、自殺念慮を発生させる。衝動性や攻撃性が高い患者において自殺企図が発生する場合がある。

自殺のリスクを高める心理状態

- ・不安・焦燥
- ・衝動性
- ・絶望感
- ・攻撃性
- ・孤立感
- ・悲嘆
- ・無力感

また、精神疾患は自殺企図や自殺既遂の最も強い危険因子であり、自殺既遂者や自殺未遂者の90%以上に精神障害が存在するとされている⁷⁾⁸⁾。うつ病をはじめとして、統合失調症、適応障害、パーソナリティ障害、器質性精神障害など、自殺企図の背景となる精神障害は多岐にわたる。精神障害と自殺企図の関連を十分に検討することは、入院か帰宅かの判断の重要なポイントとなる。

①精神医学的診断について

欧米各国の自殺者に関するWHOの心理学的剖検調査では、気分障害が30.2%、物質関連障害17.6%、統合失調症14.1%、パーソナリティ障害13.0%、器質性精神障害6.3%、不安障害・身体表現性障害4.8%、適応障害2.3%、ほかの精神障害4.1%、ほかの第1軸診断5.5%、診断なし2.0%という結果であった⁹⁾。日本では張⁴⁾が、救命救急センター搬送の自殺者93例の心理学的剖検から、うつ病性障害48%、分裂病性障害(統合失調症)26%、精神作用物質使用による障害6%、精神障害なし2%、診断不明20%と報告している。また、岩手医科大学に搬送された自殺企図者に関して、致死性の高い手段を選択し、自殺者と高い近似性を示すとされている絶対危険群(Absolutely dangerous group¹⁰⁾)292件のICD診断を調べてみると、気分障害43.5%、ストレス関連障害15.1%、統合失調症15.4%、パーソナリティ障害4.8%、症状性・器質性精神障害3.1%、精神作用物質による精神障害3.1%、その他15.1%であった¹¹⁾。

以上から、精神医学的診断としては気分障害、統合失調症、アルコール症、ストレス関連障害、パーソナリティ障害が代表的疾患である。WHOのガイドラインでは各疾患での自殺の危険因子としてつぎのものをあげている。

i) 気分障害

気分障害による自殺はうつ病エピソードで起こるが、双極性障害では混合エピソードにも注意を払う必要がある。

うつ病における自殺の危険性の増大と関連する特異的な臨床的特徴¹²⁾

- ・ 持続的な不眠
- ・ 自己への無関心
- ・ 症状が重度(特に精神病症状を伴ううつ病)
- ・ 記憶の障害
- ・ 焦燥
- ・ パニック発作

うつ病の人の自殺の危険を増大させる要因

- ・ 25歳以下の男性
- ・ 発症の早期
- ・ アルコールの乱用
- ・ 双極性障害のうつ病相
- ・ 混合(躁状態・抑うつ状態)状態
- ・ 精神病症状を伴う躁病

ii) 統合失調症

統合失調症では精神病症状の存在、自己の行動に注釈を加える幻聴の存在、抑うつ気分の出現、ライフイベントなどのストレスの存在が自殺を引き起こすことがある。たとえば、回復過程・再燃や精神病後抑うつで抑うつ気分が出現する場合も注意を要する。また、自殺企図歴を有する患者は注意を要する。

統合失調症患者の自殺に特異的な危険因子¹²⁾

- ・ 雇用されていない若年男性
- ・ 反復する再燃
- ・ 悪化へのおそれ(特に知的能力の高い者)
- ・ 猜疑や妄想などの陽性症状
- ・ 抑うつ症状

統合失調症患者の自殺が出現しやすい時期¹²⁾

- ・ 病気の初期の段階

- ・早期の再燃
- ・早期の回復。自殺のリスクは、罹病期間が長くなるにつれて減少する

iii)不安障害

パニック障害、強迫性障害、身体表現性障害、摂食障害と自殺の関連がたびたび報告されている。

iv)アルコール症

アルコール症は自殺のリスクを上昇させる。

アルコール症の自殺と関連する特異的な要因¹²⁾

- ・早期発症のアルコール症
- ・長い飲酒歴
- ・高度の依存
- ・抑うつ気分
- ・身体的な健康状態が悪いこと
- ・仕事の遂行能力が低いことアルコール症の家族歴
- ・最近の重要な人間関係の途絶または喪失

v)パーソナリティ障害

パーソナリティ障害は一般人口母集団にくらべて自殺のリスクが約7倍といわれている¹³⁾。境界型パーソナリティ障害では、衝動性が自殺のリスクを高める。

パーソナリティ障害での自殺リスクを高める因子

- ・失業
- ・経済的困窮
- ・家族不和
- ・葛藤
- ・喪失体験

②重症度について

精神疾患による重症度が高いことは自殺のリスクを上昇させる場合が少なくない。特に重要な視点は精神症状の悪化に伴って、生活活動能力の低下まできたしている場合である。Umetsuらの報告¹⁴⁾では、精神科救急を受療する自殺企図者において、重篤な自殺企図と関連する要因で

は生活活動能力と精神的状態像の重篤度を勘案して評価される GAS (Global Assessment Scale) の得点が関連していた。重症度の把握の場合に、本人の生活状況がどの程度安定しているかを評価することが大切である。

(9) 家族歴

家族に自殺歴のある場合、自殺のリスクが増加するといわれており、把握することが重要である。また、家族の自殺による本人への心理社会的な影響を確認しておく必要がある。

(10) その他

そのほかにも、臨床において診察や家族・周囲の情報から得られる個別な自殺の危険性にも留意する必要がある。また、アルコールや薬物などの物質依存や摂食障害も自殺のリスクを高める。

4) 再企図危険性

自殺企図で来院した患者の治療方針を決めるうえで、精神疾患の病態、再企図予測性の評価の2つが重要な要素である。

(1) 精神疾患の病態

自殺企図者の大多数が何らかの精神疾患を抱えている。また、自殺企図によって、精神疾患罹患者として事例化することもある。したがって、精神疾患の精確な診断、心理社会的見立てを行い、地域ケアを勘案、模索していくことが重要である。医療者は、自殺未遂そのものが、患者のその後の自殺死の危険性を高めていること、そして精神疾患が改善しなければ、患者は自殺の動機となった生活問題を解決していくことが困難となり、自殺を再企図する危険性が高まってしまうということを念頭に置いて対応すべきである。

(2) 再企図予測性

自殺未遂者の自殺再企図を完全に予測することは簡単なことではないが、前述した「自殺の危険因子」や「自殺念慮の評価」がポイントとなる。そのほか参考となるものとして、

- ① 周囲の支援の不足やニードとの不調和
- ② 家族や周囲の関係者等の理解の不足と対応の誤り
- ③ 患者自身の援助希求性の乏しさ、あるいは支援への拒絶

表3 自殺未遂者のリスク評価と対応³⁾

	自殺念慮	自分を傷つける計画・準備	危険因子の状況	対応
危険性がない	なし	なし	なし	なし
軽度の危険性	限定的に存在	なし	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴がない 既知の危険因子が存在しない 	<ul style="list-style-type: none"> 心理—社会—経済的困難に対する介入 社会資源に関する情報提供
中等度の危険性	明確に存在	具体的にはなし～あり	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴、もしくは1つ以上の危険因子の存在 本人が現在抱えている情緒的・心理的状態の改善を希望している 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科外来における頻回・継続的な治療 精神科病棟への自発的入院 心理—社会—経済的困難に対する介入
高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> 過去の自殺企図歴 2つ以上の危険因子の存在 自殺の意思と周到な計画に関する言語化 将来に対する絶望感 利用可能な支援の意義を否定 認知の柔軟性は維持 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病棟への自発的/非自発的入院 心理—社会—経済的困難に対する介入
非常に高度な危険性	明確に存在	具体的にあり	<ul style="list-style-type: none"> 複数回以上の過去の自殺企図歴 複数以上の危険因子 認知の硬直化 援助に対する拒絶 	<ul style="list-style-type: none"> 精神科病棟への緊急非自発的入院 心理—社会—経済的困難に対する介入

これらの再企図予測性と、自殺念慮の有無・質を総合した再企図の危険性の評価表が提唱されている(表3)³⁾。

3. アクション

1) 危機介入

(1) 治療(介入)方針の策定

① 治療環境の判断

これまでに行った自殺企図者についての種々の評価をもとに、危機介入の方針を策定する。そのなかで治療環境の設定は方針策定の大枠となる。実際の治療環境にはさまざまな様態が実在するものの、おもに以下の4

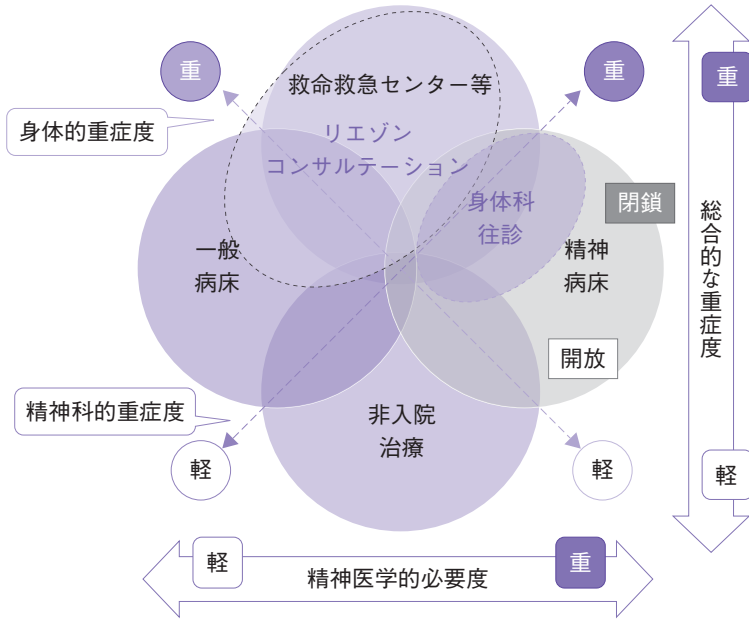


図10 治療環境の代表的な4カテゴリー

カテゴリーに大別される(図10)。

i)救命救急センターなど

背景に精神疾患が常時想定されている高度医療体制。

ii)一般病床

常態としては背景の精神疾患の想定がなく、臨時体制で対応にあたる一般的な身体科医療環境。

iii)精神病床

精神疾患の治療をおもな目的とした病床種別で、身体科への対応体制は通例限定的。

iv)非入院治療(いわゆる通院治療)

いずれの治療環境にも利点や欠点となり得る特徴があり、病態に見合う形で選定する必要がある。実際のケースの判断では、危険度についての評価が明確に治療環境を規定しない場合や、ある程度明確な評価がなされても、治療環境が地域などによって多様であり、標準化しにくい実情がある。したがって、一定の手順で治療環境を選択できる

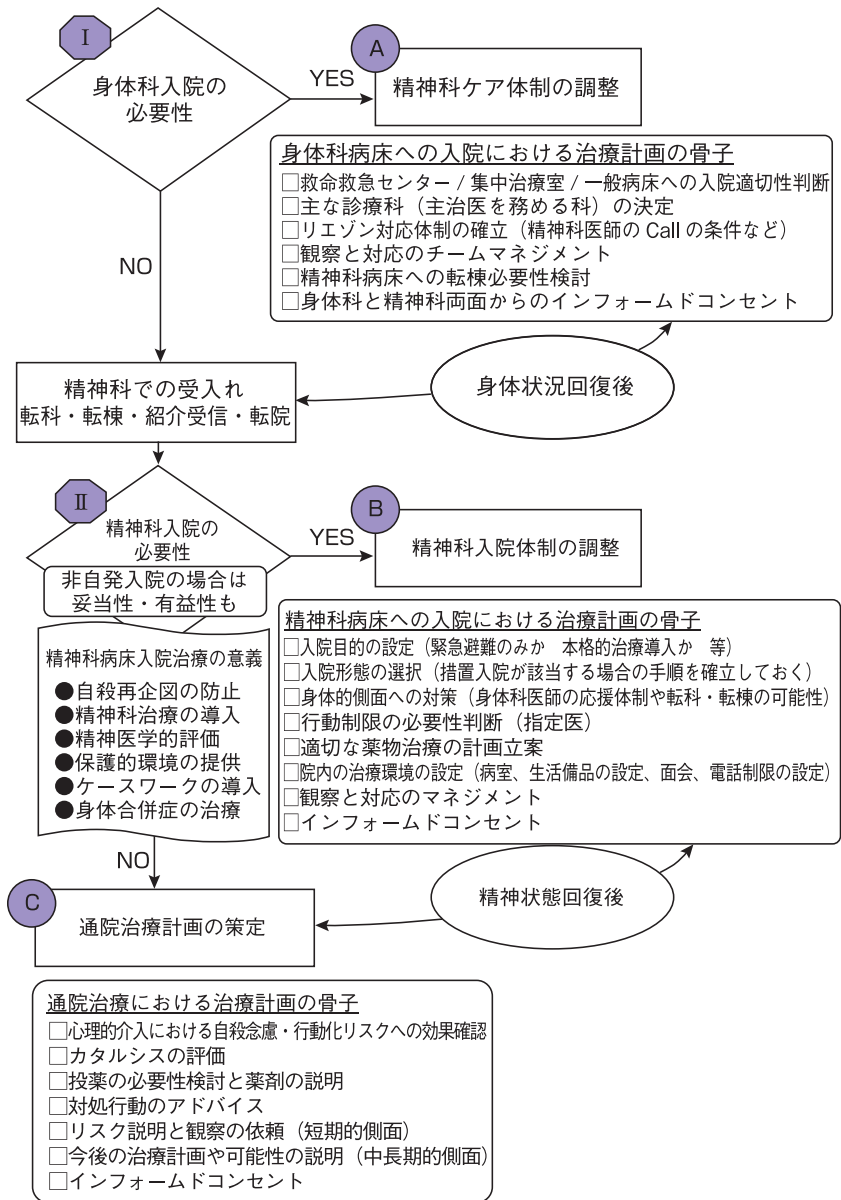


図 11 治療環境選択のフローチャートと各治療環境における計画骨子

としても、最終的な治療環境の判断にあたっては、未遂者の個別評価をもとに、利用できる治療環境の特性をふまえて方針を立てることとなる。

まず優先すべきは、身体科治療と精神科治療をどのようなバランスで導入するかの判断であり、これには身体科の評価と方針が大きく影響する。続いての手順は、別の判断軸として治療環境には外来治療から入院治療までの広い幅があり、そのなかでどのような治療環境が適切かつ効果的かを検討することである。

②身体科治療と精神科治療のバランスの判断(図11)

危険度において評価した「身体的危険性」と「自殺再企図危険性」の関連性を考慮して、治療環境を決定する。両方の危険性が高い場合、必ずしも一致しない場合など多様で、両者に一定の関連はないと考えて別個に評価すべきである。

治療の場を第一義的に決める要因は身体状況である。身体状況が重篤で、救命の観点から精神科の危険度によらず身体疾患の治療が優先される状況が存在するからである(図11：I)。その際、身体科治療を目的に設計された各病室が、併存する精神症状にとって適切か、不都合な個所などがあるならどのように対処するのか、などを判断することになる(図11：A-1)。また、多数の診療科が出入りする集中ユニットなどの場合には、主治医を務める診療科(主科)を明確にしておくべきである(図11：A-2)。身体科病床が選択された場合には、精神科的側面の介入をどのように行うのかについて、個別に方針が立案されねばならない。多くの場合それは精神科医によるコンサルテーションリエゾンとして行われる。高度救命救急センターでは、背景因としての精神疾患が常時想定されるため、一部では精神科医の常勤を置いていることもあるが、一般的にそのような恵まれた体制は珍しく、診療形態は往診や対診(併診)となる。いずれの場合にも、精神科医をコールする条件などを含め、各医療施設に応じたリエゾン体制を確立し(図11：A-3)、複合的な病態に対する観察と対応についてのチームマネジメントを行うことが求められる(図11：A-4)。

身体科の治療を進めるなかで、精神科治療の優先度・必要度は時々刻々と変化するため、各専門職種はチームの一員となって継続的な関わりをもち、局面に応じた専門医学的介入が必要である。経過によっては、精神病床での治療が必要、あるいは望ましい局面も考えられ、その移行のタイミングや条件などについても継続的に検討する(図11：A-5)。

なお、近年のわが国の研究では、救命救急センターなどにおいて、精

保健福祉士やソーシャルワーカーなどの専門職が、自殺企図者に対してケースマネジメントを行うことで、再企図防止効果が有意に高かったことが示されている(ACTION-Jコラム参照)。したがって、医師による精神医学的評価のみならず、このような専門職による多面的な介入が、あらゆる治療環境においても有用であることが考えられる。

一方、身体損傷が比較的軽症である場合、または身体的な治療が一段落した場合など、精神科での身体管理や治療が可能な状況では、精神病床で精神科治療を中心的に行いながら、身体科医師の指導を得て、両面のケアを同時に行うこともできる。あるいは、後述するように両方の治療を同時並行に通院で行える場合があるかもしれない。精神病床に入院する場合、その環境がいわゆる総合病院精神科であるのか、単科精神科病院であるのかによって、身体科治療の状況は大きく異なる。当該医療施設の身体医学的対応能力をよく見極めて治療環境の設定を行うことは非常に重要である(図11:B-3)。

いずれの治療環境においても、身体・精神両面からの治療的介入を行う場合には、両面からのインフォームドコンセントを行う必要がある。身体的治療に関する説明と同意は、当該科医師によって手続きが行われるべきであり、どちらかの治療を優先するために、他方の治療に環境的な制約が生じることなどはあらかじめ説明しておいたほうがよい(図11:A-6、B-8)。

③精神科治療における治療環境の設定

i)入院治療の適切性・有益性の判断

精神科の入院治療か外来治療かを判断するうえでのポイントは、両治療環境による代償／利益比の検討である。言い換えれば、選択した治療環境は当該患者にとってどれほど有益であるのか、一方でどれほどのリスクであるのかについて検討することである。一般に精神科入院治療では図11:IIに示したような意義がある。精神科救急では、受診後の短期的な治療に関する判断(応急的な判断)を行うことがまず求められる。そしてその後、あらためて再度中長期的な視点に立った判断を行うことになる(図11:B-1)。特に自殺未遂者に関しては、安全を確保するための入院治療の要否を検討することが第一に重要な判断ポイントとなる。このとき良好な結果を希望的に期待することは禁物で、最悪の結果を回避できるよう、慎重を期することが安全である。

ii)入院形態

自殺企図や自殺念慮は、いわゆる措置要件である「自傷他害のおそれ」に該当している。このためしばしば行政を介した措置入院が適用される

ことがあるが、自殺関連行動には広い幅があるため、必ずしもすべてのケースでそのような介入となるわけではない。軽症の場合には措置入院の可能性が低いばかりでなく、致死性の高い自殺行動であっても救命救急センターなどへの搬送となれば、すぐには措置入院の行政手続きとならないであろう。

家族や消防(あるいは警察)などにより直接来院し、いわゆる措置要件である「自傷他害のおそれ」がある場合に、措置入院や緊急措置入院の診察手続きに進むのか、それとも早期の治療開始を優先して、ほかの入院形態によって介入すべきかがしばしば議論になる。通報手続きを行う際、家族が通報するのか、警察に通報の判断を求めるのか、医師が通報するのか、などについて、現在までに統一見解がなく、地域によって運用も異なるため、当該地域の精神保健福祉行政など関係者間でよく討論したうえで最良と思われる選択をするしかないのが現状である。

非自発入院のみならず、任意入院も含め、どのような入院形態が適しているのかは、個々のケースについて治療の有益性や意義をもとに臨床的に判断をすることになる。

iii) 外来治療

身体的にも精神的にも危険性が低いと判断された場合には、外来治療の選択肢を検討するケースもありうる。それは精神科入院が必ずしも功を奏さない場合や、精神科入院による患者の不利益が利益を上回る場合が存在するからである。たとえば、入院が失業や現実的な困窮を及ぼす場合、強制介入が精神科医療を自発的に受療するための大きな障壁となってしまう場合、家族関係にとって決定的な破壊的影響となる場合、周囲の社会的偏見に苦しむ場合などにそうした可能性がある。また、自殺企図を繰り返し問題解決の手段としている場合なども存在する。このような場合には入院で達成される治療目標を本人および周囲も含めて、十分に勘案して判断することが必要となる。さらに慢性的に繰り返されている致死的でない自殺企図を、長期に閉鎖環境に置くことや、自殺企図の防止を目的とした対策が単に隔離や行動制限手段のみであり、必要以上に本人の自由意思を奪うことなどは、かえって有害な治療になる可能性もあり、慎重に検討されるべきである。

ただし、一見自殺の危険性が低くみえても、精神症状が重篤であったり、患者が社会生活を送るうえで、ソーシャルサポートが脆弱であったり、現時点で治療の継続が見込めないなどの問題が生じている場合などは、入院を検討する必要がある。帰宅の検討にあたっては、患者の安全が確保できる状況でケアを継続できるかどうかを見極めていくことが特

に重要である。行った心理的介入による自殺念慮・行動化リスクへの効果を確認することはもちろん(図11:C-1)、カタルシスの可能性についても評価に含めるべきである(図11:C-2)。また、投薬に関する判断と説明(図11:C-3)、対処行動のアドバイス(図11:C-4)、リスクの説明と観察の依頼(図11:C-5)などを忘れないように必ず行うべきである。

入院・外来のいずれの場合にも、現時点で自殺の危険性を評価することはできても、完全に予測ができる方法は存在せず、自殺の危険性は可能な限り最小にすることが治療であり、絶対的に防止する手段はないということ、治療は有効性・有害性のバランスを考慮して最も効果的となるように行い、常にリスクが存在することを家族などに伝えたくて治療を導入するべきある(図11:C-7)。

iv) 本人のみの場合

単身の来院や家族の付き添いが無い来院では、治療環境の選択に困難を生じることがある。医療保護入院の適応であっても手続きがとれなかったり、非入院治療を選択したとしても見守りや付き添いができなかつたりという対応上の理由によるところが大きい。本人との治療契約が可能な場合には任意入院の選択もあるが、危機状況ではそれが行える状態にない場合も多い。依頼者が存在する状況であれば、応急指定医療機関では、応急入院による緊急介入が選択肢となりうる。市町村長の同意による医療保護入院については、メディカルモデルとしては自殺再企図という最悪の危険を防止する方法としてやむをえないところもあるが、リーガルモデルとしての整合性に課題を残していることは認識しておくべきである。

④ チーム医療

自殺未遂者は心理的・身体的・社会的な困難を感じている。そのため精神科医、身体科医、看護師、ケースワーカー(精神保健福祉士、社会福祉士)など多職種チームにより患者を支援していく必要がある。そして、チームのそれぞれの役割を確認しながら、治療計画を調整・立案していくことが望ましい。また、チームとして支援体制を構築していくことを患者自身も理解していくことで、患者自身が安心して協力的になり、自発的な治療参加を促すことにつながることが多い。

⑤ 自殺の危険性の継続的な評価

自殺の危険性は変動するため、自殺念慮の評価や危険因子の評価を継続的に繰り返すことが大切である。特に、外出、外泊、退院などの治療環境の変更や精神状態の変化した場合、ライフイベントが出現した場合

などでは、再評価する時期と考えられる。

(2) 治療の継続性

自殺の危険性のある者は継続的な治療が必要である。治療脱落がその後の自殺のリスクを高める場合も少なくない。帰宅となった場合でも、治療の継続性を確保することを第一に行うべきである。このために、今後の治療計画や想定される変化の可能性について可能な限り説明することは当事者や関係者の理解を深め、継続的な治療を確保するために役立つかもしれない(図11：C-6)。また、精神科救急を受療後、継続治療の医療機関が違う場合には、情報提供を中心に連携を密に行う必要がある。

2) ケースマネジメント

- ・ 帰宅の場合も入院の場合も考慮
- ・ 対処手段の拡大や支援体制の強化
- ・ 継続的地域サポートの導入

(1) ソーシャルワーク

① 精神科救急におけるソーシャルワークの目標

自殺未遂者はしばしば医学的問題に加えて深刻な社会的問題を抱えているため、精神科救急医療においては医療的にも、社会的にも迅速な危機介入が求められる。自殺未遂者のなかには、経済問題などの生活上の問題や現実的な問題を抱えながらも、相談者がいない状況に陥っている者もいる。また、相談者がいる場合でも、精神科外来か家族以外に相談先がないということもよくある。周囲の支援体制、相談機関の振り分け、そして個々の抱える問題に関するケースマネジメントが必要となる。

経済問題や生活問題を抱えている自殺未遂者の相談にのり、ソーシャルワークの手法を用いて本人の意思決定を尊重しながら最適な社会資源を利用し、問題解決を図るようにする。精神科救急医療においては緊急対応を求められるソーシャルワークのニーズを把握した場合、即応的にサービスを提供することが重要である。精神科救急担当医は身体的治療と精神科救急的治療のマネジメントを行いながら、患者のさまざまな問題に対する迅速なソーシャルワークの導入を図ることが求められる。

精神科救急におけるソーシャルワークの目標

- ・ 傾聴による受容と共感的理解
- ・ 医療的・社会的な迅速な危機介入
- ・ 緊急対応のニーズの把握

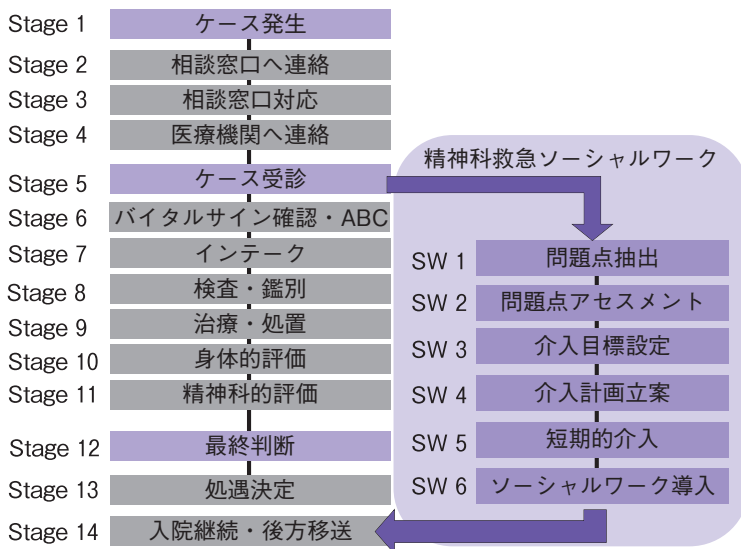


図12 精神科救急医療におけるソーシャルワーク

- ・即応的なサービスの提供

②ソーシャルワークの実践(図12)

自殺未遂者の転帰が帰宅、入院いずれの場合でも、地域の社会資源を活用することで、患者の心理社会的支援を検討する必要がある。精神科救急担当医は救急対応をしながら情報収集やアセスメントを行い、危険因子など心理社会的問題や防御因子や対処能力、キーパーソンなどを抽出する。そして、最終的に精神科ソーシャルワークを実践し、医療機関と関係機関双方の信頼関係や協働作業による協調的交渉を進め、問題解決につなげていくことが重要である。実践においては、危機介入や問題解決に加えて、エンパワメントや家族支援など包括的な心理的援助技法が必要となる。こころの健康のリスクは、これまで送ってきた生活(ライフコース)における心理社会的因子と関連している。自殺未遂者の直面している危機はそれまでのライフコースでのさまざまなリスクによるものでもあり、ナラティブなアプローチを通して、共感的理解につなげていくことが重要である。

「精神科救急医療における精神科関連ソーシャルワーク」のフロー

チャートでのSW1～6を説明する。

<SW1>問題点抽出

- ・患者の心理社会的問題に関する情報収集
- ・現実に抱えている社会生活上の問題点を本人、家族、救急隊、付き添いの支援者などから情報収集する
- ・患者のアセスメントと並行して行う

<SW2>問題点アセスメント

- ・心理社会的問題の緊急性、重大性の評価を行う
- ・支援者、支援組織などの確認

<SW3>介入目標設定

- ・ソーシャルワーカー（精神保健福祉士、社会福祉士、医療ソーシャルワーカーなど）の要請
- ・現実的で達成可能な目標設定（短期目標設定）
- ・患者（利用者）および支援者（家族など）と一緒に設定する
- ・前向きな目標設定（中長期目標設定）と動機づけ

<SW4>介入計画立案

- ・アセスメントと目標設定に基づいた介入方法の提案

<SW5>短期的介入

- ・必要な情報の提供
- ・支援組織（行政、関連機関等）との連携
- ・生活・金銭・そのほかの問題の調整
- ・家族、保護者、扶養義務者、後見人など支援者との調整
- ・精神保健福祉法に基づく入院の場合の手続きの調整

<SW6>ソーシャルワーク導入

- ・継続的な相談・支援体制の構築担当者の紹介
- ・介入目標と介入計画の確認
- ・アドボカシー
- ・エンパワメント
- ・関係機関との連携（NPO、社会福祉協議会、企業等）
- ・リンケージ

(2) 地域ケアへの移行

① 外来治療への移行

精神科救急受診後に外来治療に結びつけるときには、治療の継続性が最重要の課題である。受診することになるかかりつけ精神科医療機関や受診日時を精神科救急医と患者、家族とで具体的に話し合うことが必要である。これには、治療のアドヒアランスを促進させる効果もある。

相談機関との連携にあたっては、患者や家族と支援者のニーズのずれが生じていないかどうかを確認することや、連携先の役割や限界の確認が前提となる。そして、連携先にどのような支援が必要か、また相談の内容を説明し、支援を申し出て、共有できる目標や同意点を強調してかわるとよい。一方で、相違点が強調されると失敗しやすいことに留意する必要がある。

また、心理的危機に陥った場合の対処法についても、具体的に検討しておくとうい。たとえば、家族や周囲などへの連絡法などのセルフケアや救急受診、保健所・警察・関連機関などの利用法などが含まれる。

外来治療への移行にあたって必要なこと

- ・ 具体的な検討(医療機関、場所、日時など)
- ・ 危機介入としてのセルフケア、周囲の支援、関連機関の利用

紹介にあたって留意すべきこと

- ・ 患者と家族に診療結果や状態を説明し、かかりつけの精神科医が必要であることを伝える
- ・ 患者と家族の精神科受診への偏見に配慮する
- ・ 精神科治療の有効性を説明する
- ・ 患者が見捨てられたという感覚をもたないように配慮する
- ・ 可能であれば紹介先の精神科医に直接連絡をとる
- ・ 頑なに患者自身が拒否する場合、家族から受診を促してもらう
- ・ 具体的な受診日や受診の方法を確認する

連携や相談の失敗しやすいとき

- ・ 十分な心理的働きかけや支援がない
- ・ 十分な社会的支援がない具体的でない
- ・ 迅速でない
- ・ 計画が混乱している
- ・ 約束が守られない

また、継続的なフォローにおいても、相談場所の原則、開設時間、電話、約束の時間に間に合わない場合などを丁寧に説明しておく必要がある。また、約束の時間に行けなかったなど、原則が守れなかった場合のような否定的結果が生じた際に、どのように問題解決していくかを事前に話し合っておくとよい。また、ニードが担当の対応可能な範囲をこえている場合についての方針についても、事前に考えておく必要がある。

②退院は自殺の危険因子でもある

地域への社会復帰を検討するうえで、継続性を有する治療や支援の計画を立案することが必要である。社会復帰にあたって自殺の危険性がないか、再度確認する必要がある。また、患者を支援するために必要となる社会資源はあるのか十分な確認が必要である。未遂から1年以内は、再企図の危険が最も高い時期であり、個々の症例に基づいたアフターケアが実施される必要がある。複数の機関が連携をとりながら行うことが必要となる。精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所などが調整をしながら定期的な電話や自宅訪問などを行うことが必要なケースもある。

昨今、行政機関やNPOなどによる自殺防止についての活動が行われている。日ごろから関係機関との情報交換や研修等の連携のほか、協調した活動が望まれる。加えて、心理的危機に陥ったときの危機介入を想定して、本人がいつでもSOSを出せるルートを用意する必要があり、本人が利用可能なライフラインを確保することが大切である。

退院にあたって必要なこと

- ・再企図の危険性の評価
- ・患者の包括的な評価
- ・治療の継続性・安定性
- ・社会生活上の支援体制の確認
- ・関係機関との調整・連携
- ・情報提供
- ・本人がいつでもSOSを出せるルートを用意する

(3)再企図予防に関する情報提供

①情報提供の役割

i)現場で患者、家族に安心を与える

自殺未遂で受診した場合、患者や家族が非常に混乱している場合が多い。さまざまな心理社会的な問題を抱えていても、すぐに問題解決に向

けて決定できない場合も少なくない。

ii) 患者、家族が適切な医療や支援を選択できる

自殺未遂で受診した患者や家族は、自殺企図に対する治療や対応を知識としてもっていない場合も少なくない。適切な情報が提供されることで、治療やその後のケアを患者や家族が選択することが可能となる。

iii) ケアの導入や再企図防止にとって重要な心理教育的なアプローチである

自殺企図がなぜ起こったのかということに対して本人や家族が理解することは、今後のケアの導入や再企図防止の観点でも重要である。

②提供できる情報の種類

i) 自殺企図のプロセス

ii) 自殺の危険因子と防御因子(図3)

iii) 精神医学的治療の導入と継続の重要性(図2)

iv) 経済問題や生活問題、病気に関連した悩みを抱えている場合の相談窓口の存在や医療相談室などを介したケースワーキング対応の存在(図12)

v) 危機対応の窓口(救急医療施設、精神科救急医療施設など)

③情報提供におけるポイント

i) 穏やかに説明する

強い感情を伴った表現は相談者の理解に影響する場合がある。

ii) ゆっくりと分かりやすく説明する

心理的不安がある場合には、一度に多くの情報が頭に入らないことがある。

iii) 相手の反応を確認しながら話す

1つの分からないことが、その後の相手の聞かない姿勢につながる場合がある。一方的に話さない。

iv) 具体的に説明する

抽象的で理念的な話より、相談者にとっての具体的な話のほうが理解しやすい。

ACTION-J コラム

自傷・自殺未遂を含む自損行為は、自殺の最大のリスク因子であり、たとえば自殺企図者の自殺再企図防止対策は、自殺対策において支柱の1つとされており、また自殺総合対策大綱においても喫緊の主課題の1つとして掲げられている。しかしながら、自殺再企図者の再企図予防方略は、長く未確立のままで、精神科救急臨床においても大きな課題のままとされていた。

そのような状況下、1998年のわが国の自殺激増、高止まりを受けて抜本的な対策が求められることとなり、戦略研究課題という厚生科学研究費補助金事業のもと、2005年(平成17年)より「自殺対策のための戦略研究」として、「自殺企図の再発防止に対する複合的ケース・マネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究」(通称ACTION-J)が開始された。これは、厚生労働省としては、日本国民の喫緊の健康課題である自殺問題に対して、施策の科学的根拠となる自殺対策の方略開発を求めての事業展開であった。

「自殺対策のための戦略研究」の研究責任主体は、公益財団法人精神・神経科学振興財団で、国立精神・神経医療研究センターの支援のもと、救急医療部門と精神科を有する全国17の総合病院群の医療者と研究者から、総勢390名超の研究班が構成され、研究が実施された¹⁶⁾。研究の目的は、すでに、当時、岩手医科大学や横浜市立大学の附属病院において、自殺未遂者の自殺再企図防止を目的に実施されていたアサーティヴ・ケース・マネジメント介入の有効性を、多施設共同無作為化比較試験で検証するというものであった。アサーティヴ・ケース・マネジメント介入プログラムは、1)心理的危機介入、2)精確な精神医学的見立てと診断、3)2)を含む包括的な心理社会的アセスメントに基づく支援と精神科受療の継続支援と一般診療科との連携促進、4)生活支援のためのソーシャルワーク介入、を軸として構成され、個別性の高い多面的・包括的な支援が患者の搬送直後の入院期間中と、退院後の一定期間に継続的に実施された。割付け後1ヵ月、3ヵ月後は約80%の自殺再企図減少効果を、6ヵ月後も約50%の減少効果を認めた。また、試験介入群の約70%に対して、継続的な介入プログラム実施が可能であった。本研究は、自殺未遂者の自殺再企図予防のための介入方略を、初めて科学的な手法で科学的に検証しえたものとして、国内外で広く注目された。その後、厚生労働省の当初の目的に沿って、ACTION-J介入プログラムの実践が2015

年(平成27年)に医療事業化され、そして2016年(平成28年)の診療報酬改定を機に介入プログラムがそのまま診療報酬化され(救急患者精神科継続支援料)、日本の標準医療として昇華した。なお、診療報酬化に際しては、介入プログラムの実践における忠実度(フィデリティ)が課題とされ、診療報酬加算請求施設に対して、介入にかかる医療者の要件研修「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」の受講が義務付けられ、¹⁷⁾¹⁸⁾2022年の改定により見直され、さらに手厚くなった。このような経緯から、わが国は、世界でも極めてまれな、科学的根拠に基づく自殺予防医療、ないしは自殺未遂者医療を実践する国となった。

3) 家族等への支援とケア

家族・周囲への支援とケア

自殺未遂者の家族は心理社会的に困難を抱えていることが少なくない。そのため、自殺未遂者の治療を行うときに、家族の不安を和らげ、苦労をねぎらうことや、家族や周囲と信頼関係を構築し、自殺未遂者の支援体制を構築することが大切である。具体的な実践項目を以下に示した。

家族・周囲の者への対応

(1) 家族・周囲の者に安心を与える

- ・ 家族も動揺している場合が多く、まくし立てるように一気に説明することは好ましくない。治療者側がゆっくりと落ち着いて対応することで、家族も安心する場合が多い
- ・ 家族に病状、治療経過、方針を適切に伝える
- ・ 地域で活用可能な救急対応の窓口に関する情報を提供する

(2) 家族・周囲の者の悩みを受容する

家族・周囲が罪責感を感じている場合も多く、家族自身の悩みにも焦点を当てる必要がある。また、これまで支援してきた家族へねぎらいの言葉をかけることも重要である。

(3) 本人への支援を要請する

家族からも心理社会的問題を聴取し、必要な場合、家族と協力しながら治療やソーシャルワークにつなげる。

(4) 本人と家族・周囲の者の両者に対して中立的立場を原則とする

たとえば、意見の相違を認める場合に、しばしば対立的になってしまう場合がある。精神科医は中立的立場から、対立する問題に対しての

両者の相互理解につながるような心理的介入を目標とすることが必要である。

(5) 家族から情報を収集する

家族から患者に関する情報を収集し、病歴を確認する。

4. その他の重要事項

1) 自傷行為の理解と対応

(1) 自傷行為の理解

① 自傷行為の定義

自傷行為とは、自殺以外の意図から非致死性の予測をもって、故意に身体へ直接的な損傷を加える行為である。代表的なものとしてリストカットのように身体表面を切る行為がよく知られているが、皮膚を突き刺す、やけどをさせる、硬いものに身体の一部をぶつけるといった行為もある。

なお、過量服薬は、これを自傷行為に含める研究者がいる一方で、リストカットと異なり、必ずしも非致死性の予測がつくとはいえず、間接的な身体損傷であるという理由から、自傷行為から除外する研究者もいる。

② 自傷行為の意図

自傷行為の意図として最も多いのは、怒り、恥辱感、孤立感、不安・緊張などの不快感情を緩和するというものである¹⁹⁾。操作的、演技的な自傷行為は、援助者の多くが思い込んでいるほどは多くなく、自傷行為の9割以上は誰もみていないところで行われ、しかもその後誰にも告白されることがないという²⁰⁾。

なお、自傷の最中に「痛みを感じない」「記憶が曖昧である」と述べる自傷者は少なくなく、時には健忘を残す者もいる。このことは、一部に解離症状と密接な関連をもつ自傷行為も存在する可能性を示し、解離状態からの回復に、自傷行為によってもたらされる身体的な疼痛刺激を利用してと思われる者も存在する²¹⁾。

その意味で、自傷行為は自殺とは行為の背景にある「意図」の点で異なっているとも考えることもできる(表4)²²⁾。すなわち、自殺が、「耐えがたい、逃れられない、果てしなく続く」苦痛に遭遇し、「もはや自分の力ではどうにもできない」という絶望感と無力感のなかで、その苦痛を解決する唯一の方策として行われるのに対し、自傷行為の多くは、「寄せては返す波のような」間歇的・断続的な苦痛を短期的・一時的に緩和

表4 自殺と自傷の違い

共通する特徴	自殺	自傷
刺激	耐えられないところの痛み	間歇的にエスカレートするところの痛み
ストレスナー	心理的な供給充足の挫折	心理的な供給充足の延期
目的	耐えがたい問題に対する唯一の解決策	短期間の改善を獲得する方法
目標	意識の終焉・喪失	意識の変化
感情	絶望感、無力感	疎外感
認知の状況	視野狭窄	崩壊・分裂
行動	脱出口	再統合

文献22)より引用・改変

する試みとして行われるのである。言い換えれば、自傷行為とは、「心の痛み」を抑えるために「身体の痛み」を用いてその場しのぎをする対処行動であり、その意味で自殺企図とは区別することができる。

③自傷行為を繰り返す者の臨床的特徴

自傷行為を繰り返す者のなかには、周囲から存在を否定され、安心して自分の気持ちを表現できない環境に生育してきた者が少なくない。それは、虐待やネグレクトはもとより、家族内の暴力・暴言、学校でのいじめ、きょうだい間の差別や親からの過干渉や価値観の押しつけなど、さまざまな形をとっている^{19) 23)}。その結果、幼少時から「自分は知らない子どもである、余計な存在である」と思い込んできた者が多く、援助希求能力が乏しい。自傷行為による不快感情の緩和は、他者の援助を拒んで自力で苦痛を解決しようという、彼らの援助希求能力の乏しさを反映した行動といえるであろう。

なお、すでに述べたように自傷行為は自殺とは峻別されるべき行動であるが、同時に長期的には自殺を予測する重要な危険因子である。事実、Owensら²¹⁾のメタ分析によれば、過去1回以上の非致死的な自傷をした若年者は、そうではない者に比べ、10年後の自殺既遂による死亡率が数百倍高いという。

臨床的には、リストカットがエスカレートしていく過程で過量服薬が併発するようになると、急激に自殺既遂のリスクが高まるという印象がある。例をあげれば、過量服薬による酩酊の影響で衝動性が高まった状態にあること、さらには、過量服薬に振り回されることに周囲が疲弊するとともに、本人に対する陰性感情を高め、本人が孤立してしまうこと

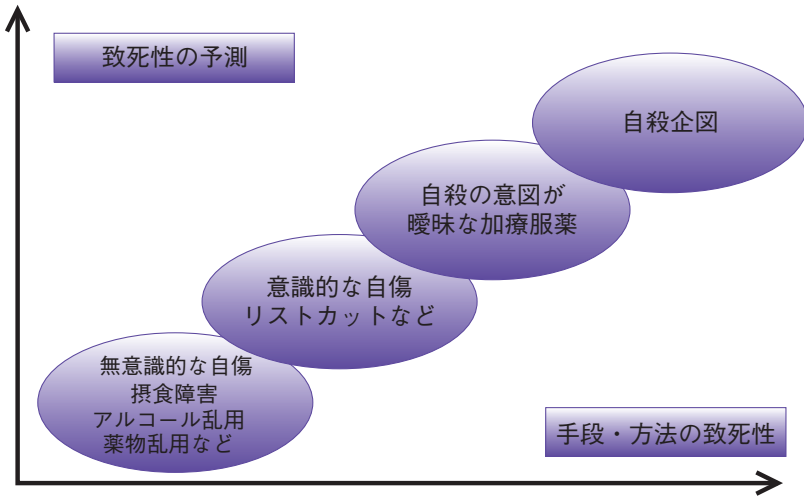


図13 自己破壊行動スペクトラム
文献22)より引用・改変

が、自殺による死をたぐり寄せてしまう。こうした一連のプロセスをさらに加速する要因としては、アルコール・薬物の乱用の影響にも注意すべきである。図13は、このようなさまざまな自己破壊的行動のスペクトラムと死へのプロセスとの関係を概念化したものである。

(2) 患者の自傷行為への対応

① 援助希求行動を支持する

自傷行為の告白や自傷創の手当てを求めることは、それ自体が賞賛に値する行動である。自傷行為とは、単に自らを傷つけることだけを指すのではなく、傷の消毒もせず自身を感染の危険にさらすことなども含めた行動であると理解する必要がある。

② 頭ごなしに禁止しない

自傷行為をした患者に対する最初の面接で、頭ごなしに自傷行為を禁じたり、叱責や説教をすることは好ましくない。まずは、自傷することの是非について価値判断を保留し、中立的かつ関心ある態度で、自傷行為のもつ肯定的側面と否定的側面について話し合うことが大切である。

忘れてはならないことは、自傷患者が克服すべき一番の問題は、決して「自分を傷つける行為」そのものではない。むしろ、「正直な気持ちを

偽って、誰にも助けを求めずにつらい状況に過剰適応すること」なのである。その意味で、自傷行為を通じて自らの苦境を伝えたことは、最悪とはいえない。

③懸念を伝える

患者の自傷行為を共感的に接し、その肯定的側面を確認した後は、「頭ごなしの否定」と誤解されないように、自傷行為の否定的側面を伝える必要がある。

すでに述べたように、自傷行為には、一種の「こころの痛み」に対する「鎮痛効果」があるが、その効果は、麻薬と同じように繰り返される過程で「耐性」を生じ、当初と同じ効果を得るためには、自傷頻度を高めたり、より深く切らなければならなくなってしまう²¹⁾。時には、手首や腕だけで足りなくなり、ほかの身体部位を切ったり、あるいは、切るだけではなく、頭を壁に打ち付けたり、火のついたたばこを皮膚に押し付けたりする者もいる。さらに困ったことに、自傷を繰り返すうちに前よりもストレスに弱くなってしまふ。以前であったら気にもとめなかったささいな出来事にも痛みが必要となる。

最終的には、いくら切ってもこころの痛みを埋め合わせるのに追いつかない状態—「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という状態—に陥ってしまう。言い換えれば、自分をコントロールするために始めた自傷行為によって、逆に自分がコントロールされる事態である。なお、この段階に到達した患者の多くは自殺念慮が高まっている。

④自傷行為のアセスメントをする

すでに述べたように、自傷行為は自殺とは異なる行動であるが、将来の自殺と密接に関連する行動である。その意味では、近い将来の自殺リスクの予測を含めたアセスメントが必要である。

アセスメントにおいては、以下の5つのポイントに注目して評価するとよい²³⁾。

i) 援助希求の乏しさ

傷を隠す、自傷のことを人に話さない、傷の処置をしない。

ii) コントロールの悪さ

不本意にも意図した以上に深刻な自傷、乱雑で汚い傷、服で隠れない部位の傷。

iii) 行動のエスカレート

複数の身体部位に傷がある(腕以外に脚や太腿、腹部など)、「切る」以外の方法も用いる(例:「つねる」「髪の毛を抜く」「火のついたたばこを押しつける」「壁を殴る、頭を壁に叩きつける」など)。

iv) 解離傾向

自傷行為をする際に「痛み」を感じない、行為の記憶がない。

v) 自己虐待の多様性

ほかの間接的な身体損傷行為(例:「拒食・過食」「アルコールや市販薬などの乱用・過量服薬」)を伴っている。

あくまでもこれは1つの目安に過ぎないが、上記5つの評価ポイントのうち3つ以上該当する場合には、自傷行為を自分でコントロールすることができなくなっており逆に自分が自傷にコントロールしされている状況一に陥っており、その「治療効果」が薄れている可能性が高い。自傷行為にはつらい感情を一時的に抑える効果があるが、繰り返すうちに効果が乏しくなって、自殺念慮が高まることがある。このような場合には、精神医学的介入の必要がある。

また、該当項目が3つ以下でも、v)に該当する場合一特に過食嘔吐のような食行動異常は近い将来の過量服薬や自殺企図を予測する危険因子である²³⁾一、また、評価ポイントとは別に、若年者自身が「いくら切っても気持ちが収まらない」と述べている場合には、切迫した自殺企図の可能性を念頭に置いた治療が必要である。

(3) 治療のゴールは自傷しなくなることではない

紙幅の関係もあり、ここではごく簡単に述べるにとどめるが、自傷行為の治療はトリガーとなる出来事や状況、あるいは感情を同定し、トリガーに対処するスキルを習得することである。まずは、正直な告白を支持し、失敗に含まれる小さな変化を見逃さずにやはり支持・強化し、患者がさらに大きな変化へと挑戦するのを励ます。そして自傷の再発は、治療を深めるうえで不可欠なプロセスである。

強調しておきたいのは、自傷行為を止めることが治療の最終的な目標ではない、ということである。むしろ、「自らの感情をきちんと把握し、それを言葉で表現できる能力」(エモーショナル・リテラシー)の獲得こそが重要であり、「世の中には信用できる大人もいて、つらいときには助けを求めてよい」ということを知ることが、実は、将来における自殺予防に資するのである。

2) 事後対応

(1) 遺族に対して

精神科救急の現場でも自殺未遂者が最終的に不幸にも亡くなられる場合がある。自殺の発生は自死遺族に心理社会的な影響を大きく及ぼすと

いわれており、死別後の悲嘆混乱などが出現することもある。その場合、自死遺族の気持ちをふまえた対応を行うことが大切である。また、患者の状態や経過などについて説明を行う場合にも、遺族の心理に配慮する必要がある。また、家族が当初から現実的な対応に追われることも想定される場合には、社会的手続きなどに関する情報提供やソーシャルワークも重要である。中長期的視点では遺族はさまざまな苦痛を経験するため、自死遺族の会などの「分かち合いの場」やグリーフケア、自死遺族支援の窓口、関連機関などの情報を得ておくことも有意義となる。

(2) かかわったスタッフに対して

担当した患者の死は、かかわった医療者・従事者にも影響を及ぼす。そこには、悲しみ、罪責感、自尊心の低下や無力感、怒りなど、複雑な心理機制が生じやすい。また、連日、救急医療にかかわる者には燃え尽きも生じやすい。医療者・従事者の反応は、時に不眠や慢性疲労などの身体症状につながったり、抑うつ状態や、不安・焦燥などの精神症状として発現することもある。

精神科救急医療施設では、医療者・従事者のメンタルヘル스에常に関心を払いながら、必要に応じて医療チーム(集団)、あるいは個々のスタッフに対してなんらかのケアを要することもある。これは、状況に応じて、事例検討会、リスク・マネジメントに関する検討会、医療チームを対象とした集団精神療法、個人を対象とした精神療法・薬物療法などが含まれる。

自殺未遂者ケア・ガイドラインの普及 コラム

精神科領域の自殺予防対策の既存ガイドラインは精神科救急学会による本ガイドラインがほぼ唯一で、これまでに普及が進められ、1度、改訂が行われた。現在でもガイドラインの普及が行われてきた。厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究(主任研究者 杉山直也)」における分担研究「精神科救急医療における自殺ハイリスク者対応の実態把握と標準化による医療の質向上に資する研究(分担研究者 大塚耕太郎)」では、ガイドラインの効果検証が行われ、ガイドラインの推奨内容の現場浸透度や理解度などが把握された¹⁷⁾。具体的には自殺未遂者ケア・ガイドラインに関する実態把握として、全国の精神科入院料認可施設を対象に、自殺未遂者ケアについての知識、実践について明らかにするための自記式アンケート調査が実施された。

結果として、回答施設の属性は精神科救急整備事業では常時対応型と病院輪番型で占められた。回答者は精神科医または看護師、ソーシャルワーカーの割合が高かった。診療で参考にしているものとしては、精神科救急医療ガイドラインを参考にしているとするものが約80%を占めており、ガイドラインの役割の重要性が示唆された。

スタッフ教育ではガイドラインの項目についてそれぞれ参加施設の半数以上の割合を占めていた。一方、自殺予防の1～3次予防という包括的視点や、遺族支援、プレホスピタルの教育については半数以下であった。これらの傾向は自院での未遂者ケアの取り組みにも反映されていると考えられた。

新型コロナウイルス感染症と関連した自院の自殺企図症例の経験(複数回答)では、孤立や不安など心理的な状況、感染症への不安、他者との接触機会の減少、などがあげられた。模擬症例への施設対応の概要としては、いずれの質問でも推奨される内容を回答したものが多くの割合を占めていた。ただし、自殺の危険性についての検討では、自殺の危険性が高いとすべきところを低いと回答した割合が2割以上あった。また、ケアや支援については幅広い回答が得られ、それぞれの機関での通常の未遂者ケアの状況が反映されていると考えられた。

以上の点から、自殺未遂者ケアに対応する精神科救急入院料認可施設においても、ガイドラインが教育や臨床の参照にされていることが多いことが明らかとなった。一方、対象施設の2割以上は精神科救急

ガイドラインは参照しておらず、スタッフ教育についても包括的な教育に課題があることが明らかとなった。そして、精神科救急における自殺未遂者ケアにおいては、新型コロナウイルス感染症の関連要因をもつケースを診療することも少なくないことが明らかとなった。本調査は対象も精神科救急入院料認可施設であり、回収率は30.6%と限定されたものであるため、精神科救急医療の現状がすべて反映されているとはいえないが、今後もガイドラインの普及が重要な課題であることが示唆された。

本学会は、厚生労働省主催による自殺未遂者ケア研修を、本学会が自殺未遂者ケアガイドラインの普及を兼ねて共催し、講師、ファシリテーター、助言者などを本学会員が担当してきた。その後、主催は国立精神・神経医療研究センター・自殺総合対策推進センターへと移り、現在の厚生労働大臣指定法人いのち支える自殺対策推進センターへ移行しながら、本学会共催のもとに継続されている。また、全国各地での自殺未遂者ケア研修で本学会のガイドラインが参照されており、今後もガイドラインの普及と教育の推進が求められる。

文献

- 1) 認定病院患者安全推進協議会：病院内の自殺対策のすすめ方(患者安全推進ジャーナル別冊), 日本医療機能評価機構, 2011.
- 2) 日本臨床救急医学会 総監修: 救急現場における精神科的問題の初期対応 PEECガイドブック改訂第2版 多職種の切れ目のない標準的ケアを目指して, 252-257, へるす出版, 2018.
- 3) 有賀徹, 三宅康史, 伊藤弘人, 他: 自殺企図者に対する救急外来(ER)・救急科・救命救急センターにおける手引き作成の意義. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学事業総合自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究(研究代表者: 伊藤弘人)平成20年度総括・分担研究報告書, 151-190, 2009.
- 4) Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, et al : Attempted suicide : Repetition and survival findings of a follow-up study. Acta Psychiatr Scand, 100 : 205-211, 1999.
- 5) Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, et al : Are suicide attempters who selfmutilate a unique population?. Am J Psychiatry, 158 : 427-432, 2001.
- 6) 高橋祥友: 医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント第2版, 医学書院, 2006.
- 7) 張賢徳: 自殺既遂者中の精神障害と受診行動. 日本医事新報, 3789 : 37-40, 1996.
- 8) Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al : Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. Psychol Med, 33 : 395-405, 2003.
- 9) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al : Psychiatric Diagnoses and Suicide : Revisiting the Evidence. Crisis, 25 : 147-155, 2004
- 10) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討. 精神神経雑誌, 96 : 415-443, 1994.

- 11) 遠藤仁, 大塚耕太郎, 吉田智之, 他: 自殺企図者の生命的危険性と関連する諸要因について—救命救急センターにおける身体的重症自殺企図群と軽症群の比較検討—. 精神科救急, 12: 60-73, 2009.
- 12) 日本WHO協会: 自殺予防 プライマリ・ケア医のための手引き (日本語版初版), 2007. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MBD_00.1jpn.pdf?sequence=5&isAllowed=y]
- 13) Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders: A metaanalysis. Br J Psychiatry, 170: 205-228, 1997.
- 14) Umetsu M, Otsuka K, Endo J, et al: Usefulness of and Factors Associated with Global Assessment Scale (GAS) Scores in Suicide Attempters. J Psychiatry, 18: 2015. doi: 10.4172/1994-8220.1000203
- 15) 日本精神科救急学会 編, 平田豊明, 八田耕太郎 監修: 精神科救急ケースファイル—現場の技, 135-138, 中外医学社, 2009.
- 16) Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, et al: Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency department in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry, 1, 193-201, 2014.
- 17) 日本自殺予防学会 監修: HOPEガイドブック 救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス, へるす出版, 2018.
- 18) 日本自殺予防学会: 「救急患者精神科継続支援料」にかかる要件研修「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」, 2022/1/10, [<http://www.jasp.gr.jp/seminar.html>]
- 19) Walsh BW (松本俊彦, 山口亜希子, 小林桜児 訳): 自傷行為治療ガイド, 金剛出版, 2007.
- 20) Hawton K, Rodham K, Evans E (松本俊彦, 河西千秋 監訳): 自傷と自殺—思春期における予防と介入の手引, 金剛出版, 2008.
- 21) Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non -fatal repetition of self - harm. Systematic review. Br J Psychiatry, 181: 193-199, 2002.
- 22) 杉山直也, 河西千秋, 井出広幸, 他 編: プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理, 南山堂, 2010.
- 23) 松本俊彦: 自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」若者たち, 日本評論社, 2009.

7

物質関連障害

7

物質関連障害

I 精神科救急医療における物質関連障害への介入：総論

1. 物質使用障害に介入することの意義と必要性

一般的にわが国の平均的な精神科医療関係者にとって、物質関連障害患者は「招かれざる客」である。まして、その乱用物質が違法薬物であった場合には、「病者」というよりも「犯罪者」と見なされやすく、医療関係者のあいだに、「最小限の治療をやるだけやって早く退院させよう」という気運が生じやすい。その背景には、「精神病症状は医療の仕事だが、乱用・依存は自己責任、ないしは司法で対応すべきこと」という認識があるのだろう。

その結果、これまでの精神科救急医療においては、ともすれば物質関連障害患者の治療は、物質誘発性精神病を標的としたものに終始し、その基底にある物質使用障害への介入はネグレクトされてしまいやすい。しかし、これからの精神科救急医療はそれでは十分とはいえない。というのも、そのような精神科救急医療とは、身体科救急において、心筋梗塞による搬送患者に対して、心筋梗塞に対する急性期治療だけを提供し、未治療の糖尿病や高血圧が発見されても、「それは救急医療の仕事ではない」と、何の治療や助言もせず退院させるのと同じとなってしまっているからである。むしろ精神科救急医療においてこそ、物質関連障害に対して積極的に関与すべきであると考えなおす必要がある。とりわけそれは、他害リスクと対峙する措置入院において重要である。海外の司法精神医学的研究では、物質使用障害と暴力との密接な関係を指摘する報告が数多く存在する。たとえば物質使用障害の存在は、暴力リスクを5.9～15.1倍に高める¹⁾、あるいは9.5～55.7倍にまで高める²⁾、という報告がある。さらに、統合失調症や双極性障害などの精神障害に物質使用障害が併存した場合には、暴力リスクはいっそう高度なものとなり、薬物乱用・依存を併存する統合失調症患者

では、暴力全般のリスクが18.8倍、殺人に限定した場合には28.8倍の高さであるという¹⁾。また、物質使用障害と統合失調症との重複障害患者は、地域内処遇における服薬のコンプライアンスや治療へのアドヒアランスが悪く、精神保健サービスからも脱落しやすいという指摘もある³⁾。

2. 精神科救急医療で何をなすべきか

精神科救急医療との遭遇は、物質使用障害からの回復という点から見て重要な意義がある。物質使用障害患者はしばしば、自身の問題を否認し、「大した問題じゃない、生活に支障など出ていない」「その気になればいつでもやめられる」と事態を矮小化し、なかなか自発的に専門的治療にアクセスしようとしなない。しかしながら、物質使用によって重篤な精神症状が出現し、非自発的な精神科入院をせざるをえない状況は、患者が自分の問題と直面し、専門的治療に対する心理的抵抗感が減じる格好の機会となる。

決して精神科救急医療の枠組みのなかで、薬物乱用・依存に対する系統的な治療プログラム—心理教育や依存症集団療法—をやるべきだといいたいのではない。許容される入院期間や病棟のマンパワーを考えれば、どう考えてもそれは不可能である。しかし、退院後に依存症に対する専門治療プログラムに確実につながれるように、本人や家族に心理教育や情報提供をしたり、地域の関係機関に根回しをしたりすることならば、十分に可能である。それから、物質関連障害とは別に併存する精神障害に関する精神医学的評価も可能だろう。

3. 患者が専門的治療を拒む場合にはどうしたらよいか

とはいえ、依存症(=使用障害)は「否認の病」である。患者自身が頑なに物質使用障害に対する介入を頑なに拒むことも少なくないだろう。しかし、たとえ精神救急病棟退院後に専門的治療にただちにつながらなかつたとしても、非自発的入院中に、簡易な心理教育的な介入を行い、情報提供をしておけば、退院後に再び同様な失敗をした際に、患者なりに事態を内省し、自らの「否認」をやめる下地を準備することにはなる。

また、たとえ患者本人が介入を拒んだとしても、家族に対する介入は十分に可能である。なにしろ物質使用障害という問題は、「本人が困るより先に周囲が困る」という特徴があり、治療はしばしば家族の相談からはじまる。さらにいえば、本人の治療意欲はたえず浮動していてあてにならず、

せっかく専門的治療につなげてみてもすぐに治療を中断してしまう。しかし、患者本人にくらべると家族の治療意欲ははるかに高い水準で安定している。その意味では、本人にまったく治療意欲がない場合でも、家族に対して心理教育を提供し、家族をしかるべき相談機関に確実につなげるだけでも、十分に意義ある介入となる。

II 精神科救急医療で求められる物質使用障害の評価と治療

それでは、精神科救急医療の現場では、具体的にどのような医療サービスを提供する必要があるのだろうか？

本節では、厚生労働科学研究「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」(研究代表者：杉山直也)における筆者の分担課題(「精神科救急及び急性期医療における薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究」)で作成した治療指針を提示する⁴⁾。

1. 患者本人に対する医療

1) 精神医学的評価を確実に行うこと

(1) 物質使用障害の重症度の評価

客観的な評価の指標として、自記式評価尺度を活用するのが便利である。アルコールに関しては日本語版AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)が、薬物に関しては日本語版DAST-20⁵⁾が広く用いられ、その有用性、妥当性が検証されている。日本語版AUDITについては久里浜医療センターのホームページ(<https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/screening/audit.html>)、DAST-20については国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部のホームページ(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/reference/index.html>)からダウンロード可能である。

(2) 併存精神障害の評価

物質使用障害に双極性障害や統合失調症などのほかの精神障害が併存する場合、他害行動のリスクが高まったり、退院後の地域における精神科治療へのアドヒアランスが悪化する可能性が高まったりする。したがって、併存精神障害を看過せず、正確な精神医学的評価にもとづいた治療計画を

策定することが重要である。

2) 可能なかぎり簡易再発防止プログラムを実施することが望ましい

精神科救急病棟における限られた入院期間においては、SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program: せりがや覚醒剤再発防止プログラム)⁶⁾などの系統的な依存症集団療法を実施することは望めないが、それでも、薬物乱用・依存に関する心理教育や治療動機の掘り起こし、回復のための社会資源に関する情報提供、ならびに、個別もしくは少人数グループによる簡易な再乱用防止プログラムを実施することは可能である。

そのような介入に活用できるツールとしては、平成29～30年厚生労働科学研究班「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」(研究代表者: 杉山直也)の助成を受けて国立精神・神経医療研究センターにて開発された、精神科救急病棟における薬物乱用・依存に対する簡易介入プログラム「FARPP (First Aid Relapse Prevention Program)」がある。このプログラムは、すでに同院外来にて実施されてきたSMARPP-24(全24セッション)をベースにして開発された、全4セッションの簡易版SMARPPである。国立精神・神経医療研究センターでは、精神科救急病棟入院中に週1回程度、個別ないしは2～5名程度の少人数で使用している。なお、このワークブックのPDF版は、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部のホームページからダウンロード可能である(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/reference/index.html>)。

3) 退院後の関係機関との調整

退院後には、原則として依存症治療体制(専門医がいる、あるいは、専門プログラムがある)のある医療機関を通院先として選定し、退院後に治療が途切れないように、関係者・患者本人との顔合わせや外出・外泊を活用した退院前訪問指導、さらには保健所の通院支援の体制を整える。依存症治療体制のない精神科医療機関に通院する場合には、すでに再発防止プログラムを実施している精神保健福祉センター、あるいは、薬物乱用・依存からの回復支援のための民間リハビリ施設につないだり、地域の自助グループを活用したりするなどの方策もよい。ただし、こうした非医療的な社会資源につなぐ際には、精神科医療機関での継続的フォローが必須である。

退院後の紹介先を検討するにあたっては、厚生労働省依存症対策全国セン

ター (NCASA : National Center of Addiction Services Administration) のホームページ(<https://www.ncasa-japan.jp/you-do/treatment/treatment-map/>)が参考になる情報を提供してくれる。そこには、国内各地のアルコール、薬物、ギャンブル依存症に関する専門医療機関、ならびに相談機関が地域ごとに提示されている。

また、SMARPPに準拠した薬物依存症に対する依存症集団療法プログラムは、国内精神科医療機関45カ所と精神保健福祉センター47カ所、いずれもそれぞれおよそ40施設で実施されており、現在も拡大中であるが、このプログラムの実施施設に関する情報については、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部のホームページ(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/>)⁷⁾で随時更新して提示されている。

なお、近隣地域に依存症の専門医療機関や、依存症からの回復支援のための非医療的社会的資源がない場合には、できるかぎり入院先の医療機関が外来フォローをすべきである。

2. 家族に対する介入・支援

すでに述べたように、薬物乱用・依存の治療はしばしば家族相談からはじまり、家族が相談機関との関係性を維持していることは、本人の治療中断を防ぐ効果もある。家族がこうした支援を受けずに、本人の薬物乱用・依存に対して過度に自責し、あるいは、本人の問題行動に対して不適切な尻ぬぐいをしてしまうことで、問題がいつそう深刻化してしまうこともある。その意味で、家族は本人に対する影響力が最も強い社会的資源の1つであり、家族に心理教育を提供し、本人に対して最も影響力のある存在である家族が、本人に対するかかわり方を変えるのは、本人の治療上きわめて重要である。

家族に対する心理教育は情報提供が中心となる。その際、厚生労働省監視・指導麻薬対策課作成のパンフレット『ご家族の薬物問題でお困りの方へ』⁸⁾、平成29～30年厚生労働科学研究班「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」(研究代表者：杉山直也)の助成を受けて国立精神・神経医療研究センターにて開発された、家族向けパンフレット「FARPP (First Aid Relapse Prevention Program) ご家族のためのQ&A」を活用するとよい。いずれのパンフレットも国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部のホームページよりダウンロード可能である(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/>)。

また、患者本人が退院後には、家族も地域の相談機関でサポートを受け

続ける必要がある。家族に紹介すべき相談機関としては、各都道府県・政令指定都市に少なくとも1箇所は設置されている精神保健福祉センターである。精神保健福祉センターでは、依存症家族教室や依存症家族相談が行われており、家族はそれらに継続的に参加するなかで、本人に対する受診勧奨のコツ、治療中断時や再使用時の対応について知識を得ておく必要がある。

なお、家族に対する介入・支援の考え方については、従来の「突き放し」による「底つき体験」誘導から、CRAFT (Community Reinforcement and Family Training)⁹⁾のように、行動分析と家族の対応スキルの向上を目指す支援へとシフトしている。

3. 地域の関係機関との調整

物質使用障害患者は治療中断が起きやすく、ことに入院治療から退院し、地域移行に際して治療中断が生じやすい。こうした事態を避けるために、入院中に、退院後に再発防止プログラムを利用する精神保健福祉センターや民間リハビリ施設の職員と顔合わせをしたり、入院中に試験的なプログラムに参加したりする、という方法は有効である。

なお、物質使用障害の治療には、患者本人の主体的な治療意欲は欠かせない。医療者側が理想とする治療計画を一方的に押しつけたところで、退院後に患者によって実行されることは期待できない。そのため、患者本人のニーズとの慎重なすりあわせを行い、双方が合意できる妥協点を探り、実現可能性の高い退院後支援計画を策定する必要がある。

IV 医療者が患者の薬物使用を知った際の司法的対応

精神科救急医療では、簡易尿検査などによって患者の薬物使用を知ることがある。その際、医療スタッフは、守秘と犯罪告発とのはざままで対応に苦慮することがあり、違法薬物使用に関する司法的対応は無視できない問題である。

精神科医療関係者のなかには、「刑罰を受けたほうが薬物依存症から回復しやすいのではないか」と考える者もいるが、実はこれにはまったく根拠がない。最近、わが国の法務省に蓄積された膨大なデータを分析した研究¹⁰⁾は、その点できわめて重要な知見を明らかにしている。それは、刑務

所を出所した覚せい剤乱用者は、これまでの刑務所服役期間が長ければ長いほど、そして、刑務所服役回数が多ければ多いほど、再び刑務所に舞い戻る可能性が高い、というものである。この研究を見るかぎり、刑務所が薬物依存症からの回復に役立っているとはいいがたいように思われる。また、近年、国連、世界保健機関、国連薬物犯罪事務所といった国際機関が、「薬物問題を非犯罪化し、司法的問題でなく、健康問題として保健・福祉・医療的支援の対象とすべし」といった声明を相次いで公表している。とはいえ、わが国で医療するにあたり、国内法をまったく無視するわけにはいかない。

そこで、こうした司法的問題について、平成29～30年厚生労働科学研究班「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」（研究代表者：杉山直也）において、精神科医療関係者、法曹関係者、保健行政関係者との議論を通じて合意が得られた指針が示されている⁴⁾。本節では、その指針を提示する。

1. 臨床場面で患者の違法薬物使用が判明した際の対応

1) 守秘義務遵守が原則

わが国には、患者の違法薬物の使用に関して、医療者に警察への通報を義務づけた法令は存在しない。したがって、通報しなかったからといって、その医療者がなんらかの法令違反に問われることは、原則としてない。

むしろ留意すべきなのは守秘義務の問題である。刑法第134条1項では、医師などの医療者が、「正当な理由がないのに、その業務上知り得た秘密を漏らしたときは、6月以下の懲役又は10万円以下の罰金に処する」と規定されている（秘密漏示罪）。その意味では、医療者としてまずは守秘義務を優先することが望ましい。

しかし、だからといって、医療者は患者の違法薬物使用を告発してはならないわけではない。最高裁判例¹¹⁾によると、医師が、診療を通じて知った患者の違法薬物使用を警察に伝えたことには、現に犯罪に当たる行為が存在する以上、守秘義務を放棄するだけの「正当な理由がある」と見なすことができ、秘密漏示罪には当たらないとしている。結論としては、犯罪の告発に関して医療者は裁量することが許容されているといえる。

2) 医療者が公務員である場合の対応

それでは、医療者が公的医療機関に勤務する公務員（もしくは、みなし公務員）であった場合はどうであろうか？ 公務員は、国家公務員法や地

方自治体法によって守秘義務が課されているが、同時に、刑事訴訟法(以下、刑訴法)第239条2項¹²⁾において「公務員の犯罪告発義務」も課されている。

実は、刑訴法が定める犯罪告発義務は、すべての公務員、すべての状況に対して無条件に課せられているものではない。刑訴法の解説書には、公務員であっても、「職務上正当」と考えられる理由があれば、守秘義務を優先することは許容されること、たとえば医療や相談支援を本務とする公務員の場合、治療や相談支援といった本務を遂行する必要から、患者の犯罪行為を告発しないのは、「職務上正当」な行為である、という解釈が示されている¹³⁾。実際、依存症の診療では、薬物使用こそが病気の症状であって、再使用は治療経過において必ず生じる出来事であり、いちいち告発していたら治療はできない。

以上より、公務員であるか否かにかかわらず、医療者は、犯罪の告発に関して裁量することが許容されており、医療者として最もよいと思う選択をすればよいといえる。

2. 患者の違法薬物使用に関して警察通報を検討すべき状況

医療者、とりわけ医療機関の管理者には、患者の健康増進や回復を支援する責務とともに、治療環境を安全に保ち、ほかの患者の治療を受ける権利を守る責務もある。たとえば、ほかの患者への違法薬物の譲渡や販売、使用の勧誘といった行為は明らかに治療環境の安全性を脅かす行為であると考えられる。また、違法薬物の薬理学的影響により、患者が興奮状態を呈し、患者自身、もしくはほかの患者や医療スタッフに危害を及ぼすおそれがあり、切迫しているという状況も同様である。

このような状況では、患者の違法薬物使用は、他者の権利を侵害するおそれがあり、犯罪を告発し処罰を求めることについて公益上の強い要請があると判断できる。よって、守秘義務を放棄する、「正当な理由」になると考えられる。

要するに、治療環境の安全が脅かされる場合には、医療者は警察通報を積極的に考慮すべきかもしれない。

3. 麻薬及び向精神薬取締法における麻薬中毒者届出について

1) 麻薬中毒者届出制度とは？

麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)第58条の2は、「医師は、診察

の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに都道府県知事に届け出なければならない」と定めている。この制度で注意しておくべきなのは、つぎの3点である。

(1)届出先は、警察ではなく都道府県知事(実際には都道府県の保健所、もしくは都道府県薬務課)である。

(2)「麻薬中毒者」といった場合の「麻薬」には、麻向法において「麻薬」として規制対象となっている薬物(モルヒネ、ヘロイン、コカイン、MDMAなど)に加え、大麻やあへんも含まれる。

(3)ひとたび「麻薬中毒者」と診断した場合にはすみやかに届出をする義務があり、届出を怠った場合には罰則規定がある。

医師が麻薬中毒者の届出をすると、当該患者は、麻向法による措置入院(精神保健福祉法の措置入院とは別種のもので、精神病症状や自傷・他害のおそれなどの要件は不要)の要否判断を受けるとともに、環境浄化(薬物入手ルート摘発を行い、患者が薬物を入手できない状況にする)や監督の対象となる。

2)麻薬中毒者届出制度の問題と現状における暫定的な運用

麻薬中毒者届出制度には2つの問題がある。1つは、麻薬中毒者の定義があまりにも不明瞭である、ということである。現代医学においては、中毒という用語は「急性中毒」に限定して使用されているが、麻向法の条文を好意的に解釈すると、「依存症に罹患する者」を想定していると推測することは可能である。しかし、やはり漠然としている印象は拭えず、最終的には、診断は医師の裁量によらざるをえないのが現実である。そしてもう1つは、この制度による監督期間が保護観察などの刑事処分とくらべてもはるかに長期に及んでいる、ということである(十数年～数十年に及ぶ)。これは、今日の精神保健行政における人権擁護感覚に照らして、異常な事態といわざるをえず、早急な見直し・改正が必要であろう。

以上の問題点をふまえ、現状では、あくまでも暫定的な運用として以下の指針を提案しておきたい。すなわち、麻薬中毒者の診断は、薬物依存症にくわしい精神科医が、過去の治療経過などの縦断的情報を総合したうえで慎重に診断すべきものである。そして、精神科以外の診療科、たとえばプライマリケアや一般救急医療の現場において、拙速に麻薬中毒者の診断を行うのは控えるべきである。

なお、2021年1～6月に厚生労働省が開催した有識者会議「大麻等の薬物対策のあり方検討会」の最終報告書¹⁴⁾では、「麻薬中毒者届出制度は廃止すべきである」という有識者の合意が明記されており、近い将来、本制度は廃止される可能性が高いと思われる。

文献

- 1) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, et al : Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry, 53 : 489-496, 1996.
- 2) Wallace C, Mullen P, Burgess P, et al : Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. Br J Psychiatry, 172 : 477-484, 1998.
- 3) Soyka M : Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. Br J Psychiatry, 176 : 345-350, 2000.
- 4) 松本俊彦：精神科救急及び急性期医療における薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究。厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究(研究代表者 杉山直也)平成29年度総括・分担研究報告書, 127-144, 2018.
- 5) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 他 : DAST-20日本語版の信頼性・妥当性の検討. 日アルコール薬物医学会誌, 50 : 310-324, 2015.
- 6) 松本俊彦, 今村扶美 : SMARPP-24 物質使用障害治療プログラム, 金剛出版, 2015.
- 7) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 : SMARPPなどの「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」の国内実施状況(2021年12月現在). 2021/11/14アクセス, [http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/pdf/smarpp_20220101.pdf]
- 8) 厚生労働省 : ご家族の薬物問題でお困りの方へ(家族読本). 2021/11/14アクセス, [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/kazoku_doikuhon.html]
- 9) Meyers RJ, Wolfe BL (松本俊彦, 吉田精次 監訳, 渋谷繭子 訳) : CRAFT 依存症者や家族のための対応ハンドブック, 金剛出版, 2013.
- 10) Hazama K, Katsuta S : Factors associated with drug-related recidivism among paroled amphetamine-type stimulant users in Japan. Asian J Criminology, 15 : 109-122, 2020.
- 11) 裁判所 : 最高裁判所判例集 平成17年7月19日 刑集 第59巻6号600頁. 2021/11/14アクセス, [https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=50093]
- 12) 河上和雄, 古田佑紀, 原田國男, 他 編 : 大コンメンタール刑事訴訟法 第2版 第4巻(第189条～第246条), 754-775, 青林書院, 2012.
- 13) 多田辰也: 刑事訴訟法 新・コンメンタール第3版(後藤昭, 白取祐司 編), 614-617, 日本評論社, 2018.
- 14) 厚生労働省 : 大麻等の薬物対策のあり方検討会とりまとめ～大麻等の薬物対策のあり方に関する方向について～. 2021/11/14アクセス, [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000189913_00001.html]

8

救急医療連携

8

救急医療連携

はじめに

現在、本邦では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が国策として推進されており、2020年度には「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」（以下、救急WG）が開催され、報告書が取りまとめられた。そのなかで「精神科救急医療体制の整備を図ることは、(中略)精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等及び地域住民の地域生活を支えるための重要な基盤の一つ」として明確に位置づけられたと同時に、種々の課題が認識、整理された。

日本精神科救急学会では、その設立当初より、精神科救急に従事するものの任務として、①適時・適切な危機介入と、②手厚い医療提供により問題対処、健康回復促進、長期在院の抑止により地域ケアを推進することの2つをあげてきた。これは、精神科救急医療体制が地域包括ケアシステムにおける重層的な支援体制の1つに組み込まれることになった現在においても通用するものである。その一方、従来の精神科救急医療体制の構築・維持が、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)を通じた保健行政、警察との連携に重きを置いていたことをふまえ、今後はより幅広い多機関・多職種との連携体制を構築していく必要がある。

本章では、精神科救急医療体制における恒常的に深刻な課題である身体合併症診療連携について、平成29・30年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究「(分担)精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究」、令和元・2年度同事業 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究(19GC1011)「(分担)精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最

適化に関する研究」のなかで実施された分担研究の成果に基づき整理する。本章において厚労科研と略す場合、特に断りがなければ、この4年間の分担研究を指し、実施年度を併記することで区別する。

なお、本章においても推奨度は、必須「ねばならない」「こと」、最適「べきである」、理想「望ましい」の3段階で表記する。

1. 病院前救護との連携

推奨

精神科救急医療に関与する医療従事者・行政職員は、重要なカウンターパートである病院前救護体制の成立経緯や業務状況について理解しておかねばならない。

解説

救急医療の成り立ちは、1933年ごろから大都市圏の警察組織のなかで救急業務が行われるようになったことを端緒としている¹⁾。1948年に消防組織法が制定され、以降、救急業務は自治省(現総務省)消防庁の指揮下で行われている。救急搬送が消防機関の業務として規定されたのは、1963年の消防法改正からで、戦後の経済成長による労働災害と交通事故の増加を契機とした外傷傷病者の搬送に対応するためであった²⁾。翌1964年には救急病院などを定める省令が厚生省(現厚生労働省)によって布告され、消防による救急搬送が開始された。このように、当初は事故による外傷傷病者の対応を中心としていたが、その後、「事故その他の事由で政令で定めるものによる傷病者」として急病による傷病者も救急業務の対象に含められるようになった経緯がある。現在、急病による傷病者については消防法施行規則(昭和36年自治省令第6号)の第51条に定められる救急業務に関する講習(総計250時間)における、特殊病態別応急処置(計25時間)のなかで、小児・新生児、高齢者、産婦人科・周産期、その他と一緒に精神障害として教育されている。地域包括ケアシステムを支える重要基盤である基幹型病院に勤務する精神科医療従事者はこのような病院前救護体制の成り立ちも理解しておくことが望ましい。

救急医療領域において、救急救命士を含む救急隊員が救急要請に応じて実施する現場活動をプレホスピタルケア(病院前救護)と称する。救護とは救助し看護することで、その実施場所が病院搬送前(プレホスピタル)であ

ることに由来している。病院前救護活動は救急出場の現場から診療の場である病院へ搬送することが基本とされる。その理由として、本邦において、119番通報によって救急車が要請され現場出場した場合、①救急隊員には医学的な判断が行えないこと、②医師には所定の手続きによるオンライン診療などをのぞけば対面診療でしか医学的判断を下せないことなどから、医学的に問題があると想定される傷病者について、救急現場の救急救命士を含む救急隊員が不搬送とはできないことがあげられる。地域に開かれた、常時対応型施設をはじめとする基幹的病院では、病院前救護活動の特性を理解し、適切な対処を行わねばならない。

病院前救護の特性の1つとして、彼らが対応する事案の多さ、その対応にかけられる時間が限られることなども知っておくべきである。総務省消防庁が発表する2020(令和2)年版救急救助の現況によると、2019年(令和元年)中の救急搬送人員は597万8,008人で、急病の傷病者は392万2,274人、そのうち、精神系として登録されたものが12万5,910人(急病全体の3.2%)となる。その一方、厚生労働省が発表する令和元年度衛生行政報告例によると、精神障害者またはその疑いのある者等について、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に申請・通報または届出がなされた数は2万5,420件にとどまる。単純比較はできないものの、救急搬送人員はもちろん精神系傷病者としても相当に多い数を救急隊が対応している事実は理解しておくべきである。また、対応にかける時間は、救急搬送全体で、現場到着所要時間は全国平均8.7分、病院収容所要時間(救急要請～病院収容までの時間)は全国平均39.5分ととても短い。基幹型病院に勤務する、または救急情報業務にあたる精神科医療従事者は、現場活動にあたる救急隊員は迅速な対応・判断・処置・搬送によって限られた資源を有効活用するように努めていることを理解し、病院前救護との連携においてより迅速な判断・対応を行うべきである。

推奨

精神科救急医療に従事する医療従事者は、自らの勤務する施設が一般救急医療体制のなかでどのような位置づけにあるかを理解して医療従事することが望ましい。

解説

2006年に全国で起きたいわゆる救急搬送たらい回し問題を受け、消防

法が改正にいたり、各医療圏において疾患・病態ごとの搬送受入病院の一覧化や、一定以上の照会回数や現場滞在時間に即した最終受入病院の選定(第6号基準)がなされた。この選定作業のなかで、地域メディカルコントロール協議会における合議に、精神科救急医療体制整備事業も参加が求められ、基準策定に関与している。その結果、精神心理的な主訴で救急要請する傷病者、精神心理的な主訴に身体不調を伴う傷病者などに対し、地域事情に即した受け入れ病院一覧が作成されている。地域包括ケアを支える精神科救急医療に従事するものは、このような経緯や自らの勤務する施設の担う役割をよく理解しておくことが望ましい。

推奨

精神科救急医療に従事する医療従事者は、一般救急医療との連携を強化するため個人レベルでの努力のほか、地域精神科医療の枠組みのなかで日常的に意見交換・問題解決にあたる場を確保することが望ましい。

解説

令和2年度厚労科研のなかで、全国消防本部を対象に実施された搬送困難事例実態調査の解析が実施された³⁾。まず、搬送円滑化のために必要な対策として精神科救急病院と救急告示病院との連携強化があげられていた(図1)。つぎに、精神科救急医療体制が機能していると回答した少数の消防本部の回答からは、①輪番制度が機能していると評価される、もしくは、②メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加して相互交流を保っていることなどが、体制が機能している要因であると考えられた(図2)。このため、地域の精神科救急医療体制を代表する精神科医は、地域メディカルコントロール協議会の合議の場に継続的に参加すること、もしくは、精神科救急医療体制の合議の場に救急医や消防局員の継続参加を要請することが望ましい。そのなかで精神科救急医療体制の責任性と実効性を客観的に確認することが望ましい。

□ : 実存するもの ◻ : 消防局からの提案 ○ : 消防局からの評価 自由記載より: 消防本部 (n=544)

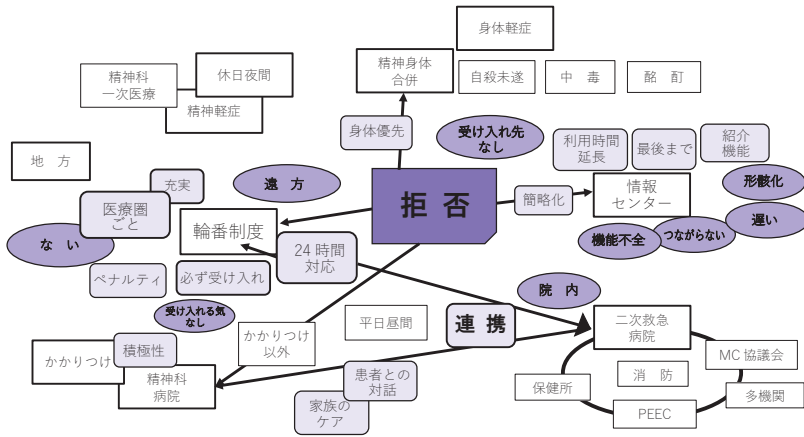


図1 消防局見解による精神科傷病者の搬送円滑化対策案

	N	MC+P	PQ+MC	PEH	GHP	PE info.	PE rotat.	Reciprocal care	Generarist in P	PEEC
医療連携体制	4	0	2	0	1	1	2	0	0	0
精神科救急医療体制	18	0	0	1	3	3	12	1	3	0
搬送基準が機能	7	1	0	0	0	1	4	0	1	0
断らない救急	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事例希少	10	0	0	0	0	0	2	0	0	0

※MC+P: メディカルコントロール協議会に精神科医が定期参加

※PQ+MC: 精神科救急の合議に身体救急医が定期参加

※PEH: 精神科救急病院の存在

※GHP: 総合病院精神科の存在

※PE info.: 精神科救急情報センターの存在

※PE rotat.: 精神科輪番制度の存在

※Reciprocal care: 救急医・精神科医の相互的な交流 ※Generarist in P: 精神科病院における内科医の充足

※PEEC: Psychiatric Evaluation in Emergency Careコースの開催

図2 精神科傷病者の搬送円滑化対策が不要とする消防本部の有する医療資源

推奨

病院前救護領域のなかで精神科傷病者は搬送困難事例化しやすい現実があるが、これまでの体制整備の結果、一部には改善が認められていることを知ると同時に、現場滞在時間延長の課題が残るため、情報伝達の簡素化を図るような取り組みが望ましい。

解説

精神科疾患の関連する救急事案は課題の多い領域の1つとして知られてきた。総務省消防庁や⁴⁾、埼玉東部地域の調査など⁵⁾、いくつものデータから、精神科疾患が関係する救急搬送において、救急搬送受入病院の照会回数が増え、現場滞在時間が延長する傾向にあることが示されてきた。そのようななか、平成29・30年度厚労科研のなかで、搬送受け入れ病院の照会回数は大幅に減り、ほかの疾患群と比してもほぼ変わらない状態にまで改善した一方で、現場滞在時間は若干の短縮傾向を認めつつ、現場滞在時間30分以上の比率が14.2%程度と依然として高いままであることも判明した⁶⁾。受け入れ先照会回数が大幅に減少しているなか、現場滞在時間はさほど変化がないことから、患者対応、患者・家族からの情報収集、関係諸機関との情報伝達などに時間を要していると想定される。

このため、基幹型病院に勤務する精神科医療従事者は、救急医療場面における精神症状評価技術を身に付けることを目的としたPEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care) コースなどに定期参加することを通じて、救急救命士を含む救急隊員に対応技術を伝達し、共通認識を広めると同時に、個人レベルでの顔の見える関係の構築や共通認識の確保に努めることが望ましい。

なお、PEECコースは日本精神科救急学会が日本臨床救急医学会、日本総合病院精神医学会と協働して開発した成人教育コースで、PEECガイドブック改訂第2版(へるす出版)に基づき、一般救急医療場面において精神科疾患の対応を行う際の標準的な初期評価技術を学ぶものである。2015年より全国展開され、新型コロナウイルス感染症流行期においては2021年3月よりオンラインコースとしても開催継続されている。平成30年度厚労科研報告書において、自殺危機介入に関するPEECコースの教育効果を確認したところ、看護師・医師・救急隊員ほかの受講者について、コース受講後、Gatekeeper Self-efficacy Scaleで測定される自己効力感が有意に改善し、この効果がすべての職種で認められたことが確認されてい

る⁷⁾。PEECコースはグループディスカッションを通じて評価技術を学習するが、PEECコースが提供する評価技術を、ロールプレイを通して学ぶ教育コースとして、PPST (Prehospital PEEC Skill Training)コースも日本臨床救急医学会から提供されている。

このほか、救急現場からの情報伝達を受けるのに際し、ホットライン(救急外来責任者への直接入電可能電話回線)の整備を行うことや、定型化した伝達方法を設定することで情報伝達の簡素化を図るべきである。定型化した伝達方法としてJEPS-Ex (Japan Emergency Psychiatry Scale – Expert opinion version、図3、4)などが使用可能である。JEPS-Exは厚労科研の成果物で、令和2年度厚労科研報告書のなかでver.2.0が公開されている(図3、4)。このツールは、精神科疾患の存在が考えられる傷病者に対して、メディカルクリアランス(身体合併症の鑑別除外もしくは確認)を行ったあとに、簡便に精神科疾患の類型評価と緊急度評価を行えるもので、全国5カ所の救命救急センターにおいて実地検証が実施されている³⁾。今後、多数例での再検証が望ましいが、非緊急と緊急との鑑別に有用である可能性がある。

推奨

救急搬送を受ける傷病者のなかで、精神心理的な主訴であるものについては来院前のメディカルチェック(身体的問題の鑑別除外もしくは確認)を常時求めることは過剰であると理解すると同時に、基幹型、合併症型もしくは救急告示病院に併設する無床精神科などでは、2次救急告示病院が実施できる程度の検査設備を整えて診療にあたることが望ましい。

解説

精神科救急ケースを受け入れる際、メディカルクリアランス(身体合併症の鑑別除外もしくは確認)の確保は時に簡単ではないことがある。O'Donovan Dらのまとめでは、米国においても過去40年間、一般救急医療領域を利用する精神科疾患患者の増加が問題となっていて、適切なメディカルクリアランスの確保とともに迅速な精神科医療へのつながりが大きな課題としてあがってきているとされる⁸⁾。本邦においても総救急搬送数は右肩上がりに増加し、そのなかで精神科傷病者が全体に占める割合は一定であるため、精神科傷病者の数も米国同様に増加傾向にある。本邦と米国では医療提供体制には大きな違いはあるが精神科救急の現場では同じよ

順序	内容				
1.	メディカルクリアランスパート ※下線部に特記があればチェックを入れ詳細記入すること				
	バイタルサイン	見当識	理学所見	重要な補足情報	
	<input type="checkbox"/> 体温 [] <input type="checkbox"/> 血圧 [] <input type="checkbox"/> 脈拍 [] <input type="checkbox"/> 呼吸数 [] <input type="checkbox"/> 酸素化 []	<input type="checkbox"/> 名前 [] <input type="checkbox"/> 年齢 [] <input type="checkbox"/> 日付 [] <input type="checkbox"/> 場所 [] ※アルコール 有 / 無 ※連続引き算 円滑/失敗	<input type="checkbox"/> 瞳孔 (左右差・偏視) <input type="checkbox"/> 四肢動作 (左右差・他) <input type="checkbox"/> その他 例) 低体重/るい瘦疑い []	<input type="checkbox"/> 今回エピソードの 発症様式 ・突然(数時間) ・急性(数日) ・慢性(週単位) <input type="checkbox"/> 身体既往症	
2.	第一印象パート：精神科疾患の存在を疑うか <input type="checkbox"/> 疑う——→ ※「疑う」の場合、患者の主訴を患者のことは [] で特定し、以下も確認 <input type="checkbox"/> 疑わない(終了) ※重要な補足情報：精神科治療歴 ありーなしー不詳 ※重要な補足情報：過去の同様のエピソード ありーなしー不詳				
3.	スクリーニングパート ※外観・会話で1つずつチェックし、どちらもチェックの付く診断類型を特定せよ ※外観・会話のチェック項目が特定の診断類型に一致しない場合、「診断類型特定不能」とし、 チェックされた項目を記録せよ				
外観	<input type="checkbox"/> 奇妙な印象を与える乱れた身なりや化粧 	<input type="checkbox"/> 整っているがくたびれた感じの身なり 	<input type="checkbox"/> 派手な身なりや過度な装飾品 	<input type="checkbox"/> 比較的清潔で整った装い 	<input type="checkbox"/> 季節に合わない服装 
会話	<input type="checkbox"/> 過度な従順さ／にやにやした独り言 	<input type="checkbox"/> 会話内容は一貫している 	<input type="checkbox"/> 訴えがドラマチックで派手 	<input type="checkbox"/> こだわりが強い会話/癡癡がみられる 	<input type="checkbox"/> 見当はずれな会話 
判定	精神病性障害圏の疑い	気分障害の疑い	パーソナリティ障害圏の疑い	自閉症スペクトラム圏の疑い	認知症圏の疑い
4.	簡易的精神症状評価パート ※部分的・困難/常時が1つでもあれば、簡易的には「問題あり」とせよ				
	会話成立 ・問題なし ・部分的 ・困難	指示動作 ・問題なし ・部分的 ・困難	見守りの要否 ※精神症状に起因する ・不要 ・部分的 ・常時	重要な補足情報 <input type="checkbox"/> 家族の付添いを要する	
5.	<input type="checkbox"/> 緊急度判定：緑 上記4.にて、すべて「問題なし」の場合、緊急度判定：緑と特定せよ そうでない場合、順序6以降に進むこと				

図3 Japan Emergency Psychiatry Scale (Expert opinion version) ver.2.0 (1/2頁)

うな課題を抱えていると考えられる。

令和2年度厚労科研報告書(報告書内図10)から、多くの救急隊員は身体的な問題があればまずは一般救急で対処するべきだと考えていることが

順序	内容				
6.	<input type="checkbox"/> 緊急度判定：赤の評価 ※自傷・他害・興奮・まとまらない言動に該当すれば、緊急徴候を特定せよ				
	<input type="checkbox"/> 自傷	<input type="checkbox"/> 他害	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> まとまらない言動	
緊急兆候	<input type="checkbox"/> 自殺企図の計画性・希死念慮の持続性・企図や念慮の経時的悪化がある	明らかに落ち着かない行動を示す患者が、以下を示す <input type="checkbox"/> 話を聞かない <input type="checkbox"/> 暴力を振るう、物にあたる <input type="checkbox"/> 言語的・身体的に威嚇	<input type="checkbox"/> 幻覚や妄想 <input type="checkbox"/> 言語的静穏化が無効	名前や日付を回答できる患者が、以下を示す <input type="checkbox"/> テンション高く、話し続けて制止できない <input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい	
	<input type="checkbox"/> イライラ、落ち着かなさ、拒否的			<input type="checkbox"/> 他人には聞こえない声・他人には感知できない理由に怯える	
	<input type="checkbox"/> 幻覚や妄想			<input type="checkbox"/> つながりのない応答が繰り返される	
	<input type="checkbox"/> 危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 他害予告・危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	
7.	<input type="checkbox"/> 緊急度判定：橙の評価 ※希死念慮・幻覚妄想・不安感・活気がない・認知機能低下疑いに該当すれば、緊急徴候を特定せよ				
	<input type="checkbox"/> 希死念慮	<input type="checkbox"/> 幻覚妄想	<input type="checkbox"/> 不安感	<input type="checkbox"/> 活気がない	<input type="checkbox"/> 認知機能低下疑い
緊急兆候	<input type="checkbox"/> 直近の自傷行為あり	<input type="checkbox"/> 被害的な言動	<input type="checkbox"/> じっとしていることがむずかしい	<input type="checkbox"/> 悲観的で自分を責める言動	<input type="checkbox"/> 迷子
	<input type="checkbox"/> 月単位で持続している	<input type="checkbox"/> 生活破たん状態	<input type="checkbox"/> 攻撃的言動	<input type="checkbox"/> レスポンスが遅く、短く、声が小さい	<input type="checkbox"/> 保護できる人物がいない
	<input type="checkbox"/> 酩酊状態				
	<input type="checkbox"/> 保護できる人物がいない				
<input type="checkbox"/> 危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	<input type="checkbox"/> 危険物所持 ※危険物所持を認める場合、警察官通報も考慮	
8.	<input type="checkbox"/> 緊急度判定：黄の評価 (緊急度判定：赤・橙そして緑に該当しない精神科疾患疑い症例)				
	※重要事項：危険物所持があれば、緊急度判定：橙として対応せよ ※調査事項として、下記を特定せよ				
	<input type="checkbox"/> 家族情報	<input type="checkbox"/> 患者にとって安全な状況か	<input type="checkbox"/> 睡眠や食事	<input type="checkbox"/> 精神科診療情報	<input type="checkbox"/> 経済状況・社会資源

図4 Japan Emergency Psychiatry Scale (Expert opinion version) ver.2.0 (2/2頁)

分かっている³⁾。このため、脳炎・髄膜炎、代謝性疾患、せん妄のほか、いわゆる精神科救急におけるピットフォール症例の受診に注意しながらも、基本的な対応として重要なことは、①主訴の確認、②病歴聴取、③身体所見の確認であることを理解し、精神心理的な問題を訴える患者について必要以上の精神科病院受診前検査を求めることを控えることが望ましい⁹⁾。

その一方、救急隊員が、主たる問題は精神心理的な問題であると判断し

た傷病者であっても、一定の比率で身体愁訴を伴う可能性があるため、基幹型、合併症型もしくは救急告示病院に併設する無床精神科などでは、2次救急告示病院が実施できる程度の検査設備を整えておくことが望ましい。

2. 身体合併症診療連携

推奨

精神科救急医療に関与する医療者は、精神科患者が身体不調を呈した際、精神科医療従事者、身体科医療従事者の別なく、標準化された方法で医療情報の伝達を行うことをもって、精神科患者が受ける治療的利益を最大化できるように努めるべきである。

解説

統合失調症や双極性障害など、精神疾患への罹患が早期死亡の確率を高めることは広く知られている¹⁰⁾。早期死亡の原因として自殺や、心血管系の合併症による死亡が指摘され、患者自身が身体治療の必要性を理解し適切に対処できないケース、自己管理能力が低下しているため身体疾病のコンディション自体が悪いケースなどあり、精神科救急医療に対応するすべての施設において糖尿病、高血圧症、循環器疾患に関するモニタリングシステムが検討されることが望ましい。

このように、精神科疾患を持病としてもつ患者におけるメディカルケア(身体管理)は重要事項であるが、特に精神科病院への入院を要するような精神心理状態にある患者においては、身体合併症の状態が増悪した場合、治療管理上の問題が精神疾患を有さない患者に比して一定程度大きくなると予想される。現在の治療状況やこれまでの経過などが不明確なケースも考えられ、入院を契機に身体的な治療状況について整理しておくことが望ましい。このような準備を通じ、精神科病院に入院中の患者が循環器系、消化器系、糖代謝系、呼吸器系などの身体合併症を抱えた場合、問題となった時点における身体合併症管理状況、身体合併症診療に関連する既往症、循環動態や薬剤情報などが、精神科病院より救急病院へ遅滞なく提供されることが望ましい。また、身体合併症治療後に紹介元精神科病院へ再入院する際、身体合併症の療養上の注意点、症状増悪時の明確な対応方針なども、救急病院から精神科病院へ提供されることが望ましい。

情報伝達の方法について、令和2年度厚労科研報告書において、身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療依頼・加療報告)として必要事項を標準化している(付録1、付録2)。当該研究のプロセスとして、分担班内で合意にいたった臨床項目に対し、総合病院のおもに救急医療部門に従事する医療従事者が内容の適切性を判断し、その結果を受けて医療連携に必要と考えられる臨床項目を再度整理した。総合病院側からの意見を集約した修正案に対し、第3相調査として精神科救急医療施設に勤務する精神科医から検証を受けている³⁾。第3相調査の結果を表1～3として厚労科研報告書³⁾より引用する。いずれの臨床項目も高い同意度を得ていることが分かる。この結果をもとに診療情報提供書案(付録1、付録2)が作成されている。身体合併精神科症例の診療にあたる精神科医・救急医を始めとする身体科医師は本書式を参考にした情報伝達に努めるべきである。

3. 連携体制構築

推奨

精神科救急医療に従事するものは、精神科救急医療体制整備事業は一般の救急医療体制のなかで実施するものであることを理解し、所属する施設における医療資源の強みと弱みを整理したうえで、救急医を始めとする身体科医療施設と医療連携を図るため、連絡系統などを平時より準備しておくことが望ましい。

解説

精神科救急医療体制整備事業は、平成20年5月26日付障発第0526001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「精神科救急医療体制整備事業実施要項」に基づいて実施されている。そのなかで本事業は、一般の救急医療体制のなかで実施することを原則とするとされている(精神科医療施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとするといった但し書きあり)。これまで、医療圏内における精神科救急医療と一般救急医療との連携円滑化は全国各地で取り組まれてきた。人口規模や医療資源の多寡など、地域性が非常に強いいため、画一的な連携体制を構築することはできないことから、特に、精神科救急医療体制における基幹型施設では、自院における医療資源の強みと弱みを整理しておき、身体合併診療における医療連携体制・連絡方法について平時より準備しておかね

付録1 標準化された身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療依頼)

(紹介先郵便番号・住所) (紹介先施設名) ●● 先生 御侍史	(記載年月日)
(紹介元施設名・郵便番号・住所) (紹介元代表電話・FAX 番号) (紹介元医師名)	
診療情報提供書	
時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。下記につきましてご報告・ご紹介申し上げます。	
(患者氏名) (性別)	
(紹介元患者識別番号)	
(生年月日・年齢)	
(患者郵便番号・住所)	
(緊急連絡先 1 番の氏名・電話番号・住所・続柄)	
(緊急連絡先 2 番の氏名・電話番号・住所・続柄)	
傷病名	
併存症 糖尿病 [1 型/2 型]・脂質異常症・高血圧症・肝疾患・腎疾患 [シャント 有・無]・心疾患・ 脳血管障害 [麻痺 有・無]・他 [] 感染症 [無/有:] 結核既往 [無/有:]	
既往症 [含、手術歴] アレルギー [無/有:]	
※該当部分に○をつけること	
紹介目的・症状経過等	
(依頼目的) (症状経過) (身体現症) (バイタルサイン) (検査情報の有無や詳細)	
<input type="checkbox"/> 紹介先精神科への情報提供 (※紹介先に精神科があり別途情報提供した場合にチェック)	
<添付書類> <input type="checkbox"/> 画像情報 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 治療計画 <input type="checkbox"/> その他 []	
現在の処方 (頓服指示も含む)	
その他の重要事項 (※看護サマリー他の文書に記載があれば□にチェックをしてください)	
<input type="checkbox"/> 身長 [日付] <input type="checkbox"/> 体重 [日付] <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> かかりつけ医情報 1 [施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号] <input type="checkbox"/> かかりつけ医情報 2 [施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号] <input type="checkbox"/> かかりつけ医情報 3 [施設名・診療科・医師名・施設住所・電話番号] <input type="checkbox"/> ケアマネジャー [施設名・担当者名・施設住所・電話番号] <input type="checkbox"/> 日常生活機能 [担送、護送、独歩] <input type="checkbox"/> 現在の入院形態 [任意・医療保護・措置・観察法] <input type="checkbox"/> 現在の精神状態 [安定・不安定< 隔離・拘束 >] <input type="checkbox"/> せん妄既往 [有・無・不詳] <input type="checkbox"/> 過去における暴力行為 [有・無・不詳] <u>有の場合</u> 直近 1 ヶ月での暴力行為 [有・無・不詳] <input type="checkbox"/> 過去における自損行為 [有・無・不詳] <u>有の場合</u> 直近 1 ヶ月での自損行為 [有・無・不詳] <input type="checkbox"/> 問題行動 [多飲水 (水中毒)、異食、盗食、拒食、徘徊] <input type="checkbox"/> 飲酒歴 [非飲酒、機会飲酒、有<種類: , 量: >] <input type="checkbox"/> 喫煙歴 [非喫煙、禁煙、喫煙 < 年, 本/日 >]	

付録2 標準化された身体合併精神科症例の診療情報提供書案(加療報告)

(報告先郵便番号・住所) (報告先施設名) ●● 先生 御侍史	(記載年月日) (報告元施設名・郵便番号・住所) (報告元代表電話・FAX 番号) (報告元医師名)
診療情報提供書	
時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。下記につきましてご報告・ご紹介申し上げます。	
(患者氏名) (性別) (報告元患者識別番号) (生年月日・年齢)	
傷病名 (入院の原因となった身体的臨床診断) (入院中の続発症)	
報告目的・症状経過等 (実施治療内容) (入院中に生じた続発症の治療内容) (経過観察上の留意点) (状態悪化時の対応や再度の受入れについて)	
<添付書類> <input type="checkbox"/> 画像情報 <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> 治療計画 <input type="checkbox"/> その他 []	
<検査所見> <input type="checkbox"/> 心電図 異常(無/有:) QTc msec <input type="checkbox"/> 胸部レントゲン 心拡大(無/有) 異常陰影(無/有) <input type="checkbox"/> CT検査(部位:) 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> CT検査(部位:) 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> 尿検査 異常所見(無/有) <input type="checkbox"/> ()	
※今回加療中に実施した最新の検査に基づいて記載すること	
現在の処方 (頓服指示も含む)	
その他の重要事項 (※該当部分に□にチェックをしてください) <input type="checkbox"/> 入院中の他科受診なし <input type="checkbox"/> 入院中の他科受診あり ○ 加療内容はこの診療情報提供書に記載あり ○ 別途、当該科より診療情報提供書あり 経過中の精神状態 <input type="checkbox"/> 特記なし <input type="checkbox"/> 悪化あり Japan Emergency Psychiatry Scale – Ex (赤・橙・黄) 見守りの要否 (問題なし・部分的・困難) 報告元施設に精神科があれば精神科からの報告書 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

ばならない。

先述の全国消防本部対象搬送困難実態調査における、医療連携円滑化に関する消防本部の回答からは、精神科救急医療施設においても身体軽症症例の受け皿になることを望まれていることが分かっている。特に、常時対応型施設、合併症対応施設については自施設の身体合併症対応能力について施設・設備面、教育研修面、人材面の整備体制を確認し、自施設の弱点

表1 基本情報シートの収載項目に関する精神科医の同意度³⁾

項目	N	%	項目の同意度			
			ave	SD	max	min
特になし	14	25.9				
(ア)氏名	0	0.0	9.7	0.5	10	1
(イ)生年月日	0	0.0	9.7	0.5	10	1
(ウ)住所	5	9.3	8.9	1.8	10	1
(エ)緊急連絡先	15	27.8	9.5	0.9	10	1
(オ)併存症	3	5.6	9.5	0.9	10	1
(カ)既存症(手術歴含む)	2	3.7	9.2	1.2	10	1
(キ)アレルギー歴	6	11.1	9.3	1.1	10	1
(ク)身長	15	27.8	8.0	2.0	10	1
(ケ)体重	17	31.5	8.1	2.0	10	1
(コ)介護保険	28	51.9	8.0	1.8	10	1
(サ)かかりつけ医情報	33	61.1	7.7	2.0	10	1
(シ)ケアマネジャー情報	37	68.5	7.2	2.0	10	1

※連絡票基本シートの各項目で、代用できない項目は多い順に、同意度は同意度の高い順にて表示している。

表2 加療依頼シートの収載項目に関する精神科医の同意度³⁾

質問項目	項目の同意度			
	ave	SD	max	min
(ア)精神科臨床診断名	9.5	0.8	10	1
(イ)身体現症	9.4	0.9	10	1
(ウ)依頼目的	9.6	0.7	10	1
(エ)日常生活機能	8.5	1.5	10	1
(オ)食事形態	8.4	1.6	10	1
(カ)バイタルサイン	9.1	1.2	10	1
(キ)検査情報	9.3	1.0	10	1
(ク)薬剤情報	9.6	0.7	10	1
(ケ)精神状態	9.5	0.8	10	1
(コ)頓服指示	8.5	1.6	10	1
(サ)紹介先精神科への情報提供の有無	8.7	1.7	10	1
(シ)飲酒歴	7.7	2.1	10	1
(ス)喫煙歴	7.4	2.2	10	1

※加療依頼シートの各項目に対し同意度(平均)の高い順にカラースケールで表示している。全13項目中、11項目で同意度8.4以上の高い値が得られた。

表3 加療報告シート記載項目に関する記載率と精神科医の同意度³⁾

項目	記載率		項目の同意度		
		ave	SD	max	min
(ア)身体的臨床診断名	94.4	9.9	0.3	10	4
(イ)実施治療内容	98.1	9.8	0.4	10	4
(ウ)続発症	68.5	9.4	1.0	10	4
(エ)経過観察上の留意点	64.8	9.6	0.7	10	4
(オ)状態悪化時の対応	38.9	9.4	0.8	10	4
(カ)合併症検査状況	62.3	9.3	1.0	10	4
(キ)他科受診に関する情報	48.1	9.0	1.3	10	1
(ク)経過中の精神状態	64.8	8.8	1.3	10	1
(ケ)身体治療施設精神科からの情報提供の有無	59.3	8.9	1.3	10	1
(コ)精神科救急トリアージ&スクリーニング尺度の内容	13.0	7.0	2.4	10	1

※加療報告シートの各項目に対し、実際の返書内記載率、記載徹底への同意度を高い順にカラースケールで表示している。精神科側が重視している10項目中、2項目をのぞいて情報提供の徹底が図られていなかった。

については地域内での連携・連絡体制を明らかにしておくことが望ましい。

身体合併精神科救急症例の治療に際し、身体重症度の高低、精神重症度の高低から4つの類型に分けて考えることが整理しやすい(図5、表4)。この対応病床についてMPU (Medical Psychiatry Unit) もしくはCIU (Complexity Intervention Unit) などと呼称されることもあるが、前者は精神科医が身体管理も担う運営方針で、後者は精神科医と身体科医師とが並行介入を行うことを理想とする運営方針となる。諸外国では、精神科病棟において身体治療がほとんどできない国もあり、そのようななか、MPU もしくはCIU を新設するなどして心身ともに重症状態にある患者の治療環境を確保する動きもある。MPU やCIU は治療環境としては理想的ではあるが、現実的には自院の精神科病棟が身体合併症の治療体制としてはType1～4のどの類型にあたるか整理しておき、身体合併症診療の連携体制の明確化を図ることが重要である。たとえば、クロザピンの副作用である無顆粒球症などのように、事前に連携施設を定め、文書でもって施設間の協定を結んでおくことが望ましい。

2018 (平成30)年度に実施された、厚労科研分担任による全国消防本部対象搬送困難実態調査(2017 (平成29)年対象)の結果から、全国的には精神科傷病者の搬送業務は依然として課題の残る領域であることが分かって

		精神症状の重症度			
		無	低	中	高
身体症状の重症度	無			Type 1	
	低			Type 3	
	中	Type 2		Type 4	
	高	Type 2		Type 4	

図5 Complexity Intervention Unit (CIU)の類型概念図

表4 Complexity Intervention Unit (CIU)の類型別概要

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
概要	精神科病棟での身体的治療	身体科病棟での精神科コンサルテーション・リエゾン	総合病院精神科病棟で、身体科の積極的な治療介入	身体科病棟や救命センターで、精神科スタッフも常駐
説明	単科精神科における常勤・非常勤の内科医による治療の実践	総合病院の身体科病棟において、身体的な治療を行いながら、精神科医師へのコンサルテーション・リエゾンにより、精神症状のフォローを行う場合。	総合病院の精神科病棟において、身体科医師が主治医として身体症状の治療を行い、並行して精神科医は精神科治療を行う場合。	総合病院の身体科病棟、または救命センターなどにおいて、より重症な身体治療を行わないが、常駐する精神科スタッフにより精神症状の治療を行う場合。
具体例	精神科病院入院中の誤嚥性肺炎	総合病院入院中のせん妄や不眠など。	総合病院精神科病棟で隔離・拘束を要するような、措置入院患者のがん治療など。	総合病院救命救急センターでの重篤な自殺企図患者ほか。

いるが、その一方、搬送困難を解決するための対策が不要とする消防本部も少数(n=47)ながら存在することが判明している³⁾⁶⁾。その割合は回答消防本部の7.9%にとどまるが、これらの消防本部の回答を整理した結果、消防本郡の人口規模が20～30万人程度までで、精神科救急医療の合議の場に救急医が参加していて、輪番制度も機能していると評価されている圏域で、さらなる対策が不要と判断される傾向にあることが分かっている。

このため、地域内で、精神科救急医療施設、輪番制参加病院の役割と守備範囲について、救急医と継続的に協議できる場を作成することが望ましい。

推奨

自治体は地域における医療資源の現実に即し、地域特性に応じた身体合併精神科症例の治療環境を整備することが望ましい。

解説

令和2年度厚労科研報告書において、医療機関類型ごとの精神科傷病者平均受入れ数が解析されている(表5)。これは、2018年(平成30年)度救急搬送困難事例実態調査と同時に実施されたもので、一般診療機能(精神科標ぼう・精神科病床・一般病床の有無)と高規格診療機能(構成中核的医療機関・救命救急センター・精神科救急入院料認可施設・有床精神総合病院の有無)が精神科傷病者の受け入れ数にどのように影響しているかを明らかにしている。結果として、精神科傷病者の受け入れに際し一般病床と精神病床が併存すること(実践囲み)が重要で、ついで、地域の救急病院に無床精神科が併設すること(一点鎖線囲み)が搬送受け入れを促進していることが判明した。また、施設数は少なくなるが、精神科機能がなくとも救命救急センターを有すること(破線囲み)は傷病者受け入れへ大きくプラスに働くこと、精神科救急認可施設(P110&F0010)は救急受け入れ促進的に作用しており、メディカル対応力が弱いなか、精神科機能のない地域の救急病院(P001&F0000)と同程度の受け入れ能力を示すことも判明した。精神科救急認可施設は一般的な単科精神科病院(P110&F0000)の2.5倍程度搬送受け入れに対応していた。

自治体は、精神科高規格病棟は地域救急医療の円滑化に寄与することをふまえて、地域における医療資源の偏在を考慮し、地域医療計画において、①有床精神科を備えた高規格救急病院、②無床精神科を備えた2次救急病院、③精神科救急認可施設などの充実を図ることが望ましい。

これに関連して、2020(令和2)年以降、新型コロナウイルス感染症蔓延に伴い、精神科疾患を持病とするものの新型コロナウイルス感染症の入院受け入れ先選定に困難が生じたところであるが、自治体は医療資源の多寡を適切に把握判断し、精神疾患による精神症状から見て、入院の必要性がある場合のみ精神科病棟への入院を許可し、精神疾患のある患者で精神症状から見て入院の必要性はないが、感染症を含めた身体疾患がある場合、

表5 施設類型ごとの精神科傷病者平均受け入れ数

医療機関 累計	F0000	F0001	F0010	F0011	F0100	F0101	F1000	F1001	F1010	F1011	F1100	F1101	F1111	Total
P000	21.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
P100	4.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
P110	10.6	0	25.0	0	0	0	21.0	0	0	0	0	0	0	124
P001	27.0	0	0	0	156	0	24.8	0	0	0	70.8	0	0	408
P101	36.9	0	0	0	90.5	0	34.2	0	0	0	51.8	0	0	267
P111	8.5	28.0	65.0	85.8	0	129	35.0	34.0	0	48.0	0	69.8	93.3	139
Total	536	39	34	4	3	4	193	31	0	1	64	41	9	959

- ※Pコードは、精神科標ぼう・病床・一般病床の有無をおのおの、なし=0、あり=1で表記(例、標ぼうあり・精神病床あり・一般病床なしの場合、P110とコード)
- ※Fコードは、構成中核的医療機関・救命救急センター・精神科救急入院料認可施設・有床精神科総合病院であるかを、おのおの、なし=0、あり=1で表記(例、中核的・救命救急センターあり、精神科救急入院料認可施設ではない、有床精神科総合病院でないの場合、F1100とコード)

地域の医療の現状は考慮しつつも、入院の必要性のある担当科で入院する指針を示すべきである。もしくは、精神病床で一般病床と同等の検査・診断・治療が実施できる設備環境を整えた施設にのみ入院対応を許可すべきである。

推奨

自治体は、施設内・地域内における精神科医療部門と救急医療部門とが協力体制の確保に取り組む際、インセンティブの付与などで体制整備を後押しすることが望ましい。

解説

2020(令和2)年度時点で、診療報酬において、精神科救急病院と救急病院ほかの一般病院との医療連携において活用できる加算として表6のようなものがあげられる。

平成29年度厚労科研報告書において、救命救急センターと精神科医療部門を併設する総合病院において、並列型精神科救急対応を継続的に実践する好事例施設調査の結果が報告されている(表7)。結果から、①精神科医療部門、救急医療部門の責任者が連携と協働に理解を示し、②行政からは地域内での役割を与えられ、インセンティブも受けられる状態にある

表6 一般救急－精神科救急医療連携を行ううえで活用可能な診療報酬加算一覧

名称	点数	説明
精神疾患診療体制加算 1	1,000点	ほかの保険医療機関の求めに応じ、精神科病棟入院中の患者の身体合併症治療を入院で引き受ける。
同 2	330点	救急搬送された身体合併症を伴う精神症状を呈する患者を入院で引き受ける。
救命救急入院料における自殺企図等対応の加算	7,000点 (3,000点)	救命救急センターに入院した自殺未遂患者に対し精神科医師が診察を行う(精神保健指定医の場合は非常勤も可)。
夜間休日救急搬送医学管理料	600点	救急搬送された急性薬物中毒または精神科受診歴のある患者に必要な医学管理を行う。
救命救急入院料における急性薬物中毒加算 1	5,000点	急性薬物中毒の入院患者に対して救命救急医療を行うとともに薬物機器分析を行う。
同 2	350点	同加算 1 の機器分析以外の検査を実施する。

場合に、好事例として成立しやすいことが考察される。このことから、自治体が地域医療における精神科救急医療体制と一般救急医療体制との連携体制構築を目指す際、基幹型施設である常時対応型施設がその周囲の救急病院ほかと医療連携体制を構築するうえで、①責任者レベルでの対話、②診療連携の実績などに対して、連携へのインセンティブなどを付与することが望ましい。

また、平成30年度厚労科研報告書のなかで、全国に先駆けてPEECコースの地域定着に成功した好事例の検討がなされている。開催母体は、①大学病院主導型、②地域の精神科病院と救急病院とが協力して開催する連合型、③行政主導型などの3類型に大別されるが、救急科－精神科が双方乗り入れた形で合議体を形成し、その地域内でコーススタッフを育成することが肝要とされる⁷⁾。PEECコースの地域定着は、地域内における人材の交流と顔の見える関係構築につながりうるため、地域特性に合わせて行政が①や②の開催支援を後押しすることが望ましい。開催支援には経済的な支援のほか、精神科救急医療体制整備事業への参加とみなすことなども考えられる。

推奨

身体合併症診療の最適化を図るため、地域の基幹型病院においては、身体合併症診療にかかわる医療従事者の心身両面における教育研修の場を確

表7 並列型医療連携好事例における要因

対象とする医療圏		公立総合病院	大学病院	公立総合病院	大学病院	公立総合病院		
		政令指定都市 (地方)	政令指定都市 (首都圏)	都道府県全域 (地方)	都道府県全域 (地方)	都道府県西部 (首都圏)	都道府県西部 (首都圏)	
医療体制	一般救急医療体制における役割	救命救急センター	○	○	○	○	○	
		災害拠点病院	○	○	○	○	○	
		その他					急患センターER(2次救急)	
	都道府県精神科救急医療体制における役割	身体合併症対応施設	○	○	○	○	○	
		その他		身体合併症転院事業			スーパー救急	
	精神科医療部門の状況	医師数(うち指定医数)	8名(3名)	15名(11名)	2名(2名)	16名(うち2名救急担当)	19名(うち1名ER兼任)	1名(1名)
		病床数(うち閉鎖病床)	50床(50床)	50床(50床) うち6床行政救急	5床(5床)	30床(15床)	78床(78床)	0床(0床)
		措置入院対応	○	○	○	○	○	-
		応急入院対応	○	○	○	-	○	-
		精神科救急入院科	-	-	-	-	○	-
		精神科救急・合併症入院科	-	○	-	-	-	-
		精神科リエゾンチーム加算	○	○	○	-	-	○
		身体合併症管理加算	○	○	○	-	○	-
	精神科病棟のMPU/CIUとしての機能※1	DPAT隊員(うち医師)	○(1名)	○(5名)	○(2名)	○(3名)	-	-
		主治医	身体科	精神科	身体科	精神科	精神科	精神科病棟なし
酸素投与・吸引処置		○(全50床)	○(45床)	○(全5床)	○(2床)	○(13床)		
連携のコンセプト	人工呼吸器	○	○(安定した症例に限る)	○	-	-		
	人工透析	○	○	○	○	○		
	施設内	並列モデル	並列モデル	並列モデル	並列モデル	本院では並列モデル救命救急センターと縦列モデル	並列モデル	
	地域内	縦列モデル※2	※3	縦列モデル	縦列モデル	縦列モデル	縦列モデル	
連携の出発点	国立病院機構の統廃合に際し対応困難な救急症例の受け入れを開始。	自殺予防研究において救急医療との研究面、臨床面での連携。	身体合併症対応のためCIUを開棟。	自治体の身体合併症救急医療体制整備事業に参画。	大学病院の救急部門の分離により距離的に離れた施設との連携が必要であった。	無床精神科であるため近隣の身体合併症施設との連携が必要であった。		
連携のキーマン	精神科部長 救命救急センター長 救命救急・集中治療部部長(精神科兼務)	精神医学教室主任教授 救急医学教室主任教授 救命センターに常駐する精神科医 精神科をサブスペシャリティとする救急医	精神科部長(救命救急センター副センター長兼任) 救急科部長(救命救急センター長)	精神科教授 精神科医師(救命センター・精神科兼任) 高度救命救急センター診療教授	ERセンター教授 精神科教授 精神科医局長	救命救急科医師 精神看護専門看護師 精神保健福祉士 精神科医師		
行政の関与	身体合併症対応施設として委託	○	○	○	○	○		
	体制整備費の補助	○	○	○				
	その他		自殺未遂者再発防止事業の委託					

※1 MPU: Medical Psychiatry Units
CIU: Complexity Intervention Units

※2 近隣救急病院での対応困難事例をすべて受け入れ、救急医療自傷・自殺問題対策協議会を組織。

※3 市の「精神疾患を合併する身体救急医療体制」における特定症状対応救急病院。リハビリテーション病院に非常勤精神科医を派遣。

保するべきである。

解説

身体合併症診療の最適化を図るために、特に常時対応型施設、合併症対応施設など、地域の基幹型病院においては、精神科救急症例の入院治療におもに当たる病棟の医療従事者(医師・看護師他のメディカルスタッフ)に対して、臨床上よく遭遇する身体医学的・精神医学的な問題について研鑽したり研鑽したりできる体制を整えるべきである。また、自施設において対応可能な身体疾患や全身状態についてあらかじめ検討しておき、身体合併症の管理体制(主治医・責任者)や治療を請け負う範囲の決定、自施設において合併症対応困難と判断した場合の対応方法、地域内・施設内での身体科医師との連絡方法などをあらかじめ整理しておくべきである。日中・時間外のそれぞれにおいて、可能または不可能な検査・治療体制についてもあらかじめ検討し、自施設内で周知しておくべきである。

文献

- 1) 木所昭夫：本邦における救急医療の現況. 順天堂医, 47 : 302-312, 2001.
- 2) 吉岡敏治：救急医療システムと情報. 総合臨床, 53 : 623-626, 2004.
- 3) 橋本聡, 日野耕介, 三宅康史, 他：(分担)精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化に関する研究報告書. 令和2年度 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野), 2021.
- 4) 総務省消防庁：平成20年度救急業務高度化推進検討会報告書. 2021/5/26 アクセス, [https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/kyuukyuyougoumukoudoka_houkoku.pdf]
- 5) 黒澤昇, 木村徹, 有馬健, 他：埼玉県東部地域における精神科救急の現場滞在時間についての実態調査. 日臨救医誌, 16 : 671-676, 2013.
- 6) 橋本聡, 日野耕介, 三宅康史, 他：(分担)精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化に関する研究報告書. 令和元年度 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野), 2020.
- 7) 橋本聡, 日野耕介, 三宅康史, 他：(分担)精神科救急及び急性期医療における一般救急医療との連携の構築に関する研究報告書. 平成30年度 厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野), 2019.
- 8) O'Donovan D, Quane T, McCauley M : Is 'medical clearance' for acute general adult psychiatric presentations always necessary?. Ir J Psychol Med, 2020. doi : 10.1017/ipm.2020.17.
- 9) Wilson MP, Nordstrom K, Anderson EL, et al : American association for emergency psychiatry task force on medical clearance of adult psychiatric patients. Part II : Controversies over medical assessment, and consensus recommendations. West J Emerg Med, 18 : 640-646, 2017.
- 10) Walker ER, McGee RE, Druss BG : Mortality in mental disorders and global disease

burden implications : a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry, 72 : 334-341, 2015.

※10) 正誤表 : JAMA Psychiatry, 72 : 736, 2015.

JAMA Psychiatry, 72 : 1259, 2015.

索引

A～Z

ACTION-J 200, 209
Complexity Intervention Unit
248, 249
Community Reinforcement and
Family Training 227
Crisis Management Briefing 103
DAST-20 224
DUP 59
EBM 133
ECT 32, 50, 128, 129
First Aid Relapse Prevention
Program 225
Informed Consent 42
Japan Acute-phase Schizophrenia
Trial (JAST) study group 113
Japan Emergency Psychiatry
Scale - Expert opinion version
240
LDL コレステロール 136
Long-Acting Injectable
antipsychotics 131
Medical Psychiatry Unit 248
Minds 法 112
parens patriae power 38
Patient Condition Adaptive Path
System (PCAPS) 49
Psychiatric Evaluation in
Emergency Care 239
police power 38

Prehospital PEEC Skill Training
240
QTc 119
QTc 延長 132
RCT 112
Shared Decision Making 42, 88
Six Core Strategies 106, 157
Serigaya Methamphetamine
Relapse Prevention Program
225
Torsades de pointes 122

あ

アカシジア 124
悪性カタルニア 129
悪性症候群 127
アドヒアランス 59
アリピプラゾール 120
胃管留置 129
維持治療 137
医療安全 37
医療判断 38
インシデント 101
陰性症状 129
インセンティブ 251
院内標準診療計画書 48
インフォームド・コンセント 42
液剤 129
オランザピン 119
オランザピン口腔内崩壊錠 121

か

外来対応施設 5
 隔離 149, 158
 家族等への支援とケア 210
 カタトニア 129
 カルバマゼピン 139
 患者状態適応型パスシステム 49
 危機介入 3
 危機管理ブリーフィング 103
 気分安定薬 139
 基本姿勢 175
 救急外来 30
 救急患者精神科継続支援料 210
 境界性パーソナリティ障害 123
 共同意思決定 42, 87
 拒食・拒薬 129
 切り替え 135
 筋注 119
 クリニカルパス 48
 クロザピン 133
 経管栄養 126
 経静脈投与 119
 血液生化学検査 141
 血中プロラクチン上昇 132
 血糖 136
 圏域 17
 言語的介入 115
 コアストラテジー 106, 153
 脳圧亢進 128
 口腔内崩壊錠 129
 高CPK血症 126
 攻撃性 84, 114
 攻撃的行動 136
 抗コリン作用 142

抗精神病薬 131
 抗精神病薬持効性注射製剤 137
 抗てんかん薬 139
 行動障害 139
 高プロラクチン血症 141
 興奮 85, 114
 公務員の犯罪告発義務 229
 高用量 137
 誤嚥性肺炎 140, 152
 呼吸抑制 123
 国親的保护権限 38
 告知 43, 158, 160
 昏迷 128

さ

再企図予防に関する情報提供 207
 再入院 132
 再入院リスク 136
 持効性抗精神病薬注射 131
 事後対応 215
 自殺企図 64
 救急受診に関するトリアージ 184
 自殺企図の手段 183
 自殺と自傷の違い 212
 自殺念慮の評価 187
 自殺の危険因子 171
 自殺未遂者ケア研修 218
 自殺未遂者ケアの体制 173
 自殺未遂者ケアの3つの基本軸と実践項目 178
 自殺未遂者のリスク評価と対応 196
 自殺リスク 70, 136
 自傷行為 64

自傷行為への対応 213
ジストニア 119
疾病性 61
縦列モデル 27, 69
受診前相談 21, 57
守秘義務 228
常時対応型施設 24
焦燥 115
情報収集 181
静脈血栓塞栓症 127, 152
初回エピソード 135
事例性 61
身体合併症 27, 243, 252
身体合併症対応施設 30
身体管理 183
身体拘束 122, 149, 160
心電図 119
髄液検査 128
錐体外路系副作用 132
錐体外路症状 136
水分出納 126
静穏化 97, 115
精神医療相談窓口 22, 56
精神科救急・合併症入院料 34
精神科救急医療体制整備事業 57
精神科救急医療体制連絡調整委員会
19
精神科救急情報センター 22, 57
精神科救急入院料 31
精神科救急医療体制整備事業 13
精神科救急医療体制整備に係るワー
キンググループ 12
精神科高規格病棟 250
精神障害者にも対応した地域包括ケ
アシステム 12

精神保健福祉資料(630調査) 148
生命予後 131
舌下錠 117
摂食量 126
せりがや覚醒剤再発防止プログラム
225
せん妄 123
早期反応 134
ソーシャルワーク 203
ソフト(柔らかい)救急 6

た

体重増加 132
第2世代抗精神病薬 117
タイムアウト 96, 155
第6号基準 237
脱施設化 3
脱水 126
脱抑制 123
地域ケアへの移行 206
遅発性ジスキネジア 141
中性脂肪 136
治療環境選択のフローチャート
198
治療環境の代表的な4カテゴリー
197
治療失敗 132
治療失敗リスク 136
治療抵抗性 135
治療反応 134
鎮静 115
鎮静作用 132
爪 129
ディエスカレーション 94, 155

低カリウム血症 126
 低血圧 140
 デブリーフィング 106
 電気けいれん療法 128
 貼付剤 129
 頭髮 129
 徒手拘束 100, 115
 ドパミン過感受性精神病 136
 トラウマインフォームドケア 86,
 154
 トリアージ 22, 62
 頓用薬 98

な

内用液 117
 2剤併用 136
 日本語版AUDIT 224
 認知障害 139
 ネガティブ・ケイパビリティ 72
 脳炎 128
 脳波検査 128

は

歯 129
 パーキンソン症候群 141
 ハード(堅い)救急 6
 排泄 126
 バイタルサイン 100, 126
 パターナリスティックモデル 42
 バッグ・バルブ・マスク 122
 パニック障害 123
 パリペリドン 133
 パルスオキシメーター 122

バルプロ酸 139
 ハロペリドール 119
 搬送困難事例化 239
 反応予測 134
 反応率 135
 PEECコース 28
 非けいれん性てんかん重積 128
 否認の病 223
 ビペリデン 124
 病院群輪番型施設 26
 病院前救護(プレホスピタル・ケア)
 56, 235
 病院前救護体制 235
 FARPP (First Aid Relapse
 Prevention Program) ご家族の
 ためのQ & A 226
 副作用 140
 物質関連障害 222
 物質使用障害 222
 物質誘発性精神病 222
 フルニトラゼパム 123
 フルマゼニル 122
 ブレイクアウェイ 100
 ブレクスピプラゾール 134
 プレホスピタルケア 235
 プロプラノロール 125
 プロラクチン 136
 併用 135
 並列モデル 27, 69
 ベンゾジアゼピン系薬剤 122
 暴力 88, 94, 101, 134

ま

マクロ救急 6, 63

麻薬及び向精神薬取締法 229
麻薬中毒者 229
麻薬中毒者届出制度 229
ミクロ救急 6
水中毒 141
ミダゾラム 122
メディカルクリアランス 240
モニター 124

や

輸液 126
予防 136

ら

ランダム化比較試験 131
リアルワールドエビデンス 132
リカバリー 153
リスクアセスメント 92
リスペリドン内用液 121
リチウム 139
連携強化 237
連携体制 244
連携モデル 28
ロラゼパム 117

『精神科救急医療ガイドライン 2022年版』執筆者一覧

▶ 監 修

一般社団法人 日本精神科救急学会

▶ 編 集

杉山 直也 藤田 潔

▶ 執 筆

第1章 総論

石井 美緒(川崎市総合リハビリテーション推進センター)

佐藤 雅美(理事・医療政策委員)

◎杉山 直也(理事長・医療政策委員)

水流 聡子(東京大学)

平田 豊明(理事・医療政策委員)

藤田 潔(理事・医療政策委員長)

第2章 受診前相談

澤野 文彦(公益財団法人復康会沼津中央病院)

◎塚本 哲司(理事・医療政策委員)

西 加奈恵(埼玉県立精神保健福祉センター)

西村 由紀(特定非営利活動法人メンタルケア協議会)

濱谷 翼(埼玉県立精神医療センター)

門田 雅宏(滋賀県立精神保健福祉センター)

第3章 興奮・攻撃性への対応

飛鳥井 望(医療法人社団青山会青木病院)

石井 美緒(川崎市総合リハビリテーション推進センター)

◎佐藤 雅美(理事・医療政策委員)

下里 誠二(信州大学医学部保健学科)

杉山 直也(理事長・医療政策委員)

藤田 純一(横浜市立大学精神医学教室)

第4章 薬物療法

今井 淳司(東京都立松沢病院)

石塚 卓也(長谷川病院)
尾崎 茂(保健医療公社豊島病院)
片山 成仁(成仁病院)
島田 達洋(栃木県立岡本台病院)
杉山 直也(理事長・医療政策委員)
須藤 康彦(理事)
中村 満(代議員)
長谷川 花(理事)

◎八田耕太郎(理事・医療政策委員)
藤田 潔(理事・医療政策委員長)
三澤 史斉(山梨県立北病院)
森川 文淑(代議員)
渡邊 治夫(代議員)

第5章 行動制限最小化

◎佐藤 雅美(理事・医療政策委員)
杉山 直也(理事長・医療政策委員)
直江寿一郎(理事・医療政策委員)
藤田 潔(理事・医療政策委員長)

第6章 自殺未遂者対応

◎大塚耕太郎(理事)
河西 千秋(理事)
杉山 直也(理事長・医療政策委員)
松本 俊彦(理事)

第7章 物質関連障害

◎松本 俊彦(理事)

第8章 救急医療連携

井上 幸代(高松赤十字病院精神科)
兼久 雅之(大分県立病院精神医療センター)
河嶋 譲(国立病院機構本部DMAT事務局)
北元 健(関西医科大学総合医療センター精神神経科・救命救急センター)
五明佐也香(獨協医科大学埼玉医療センター救急医療科)

◎橋本 聡(理事・医療政策委員)
日野 耕介(復康会沼津中央病院精神科)

執筆協力(医療政策委員)
兼行 浩史(理事)
川畑 俊貴(理事)
來住 由樹(副理事長)
鴻巣 泰治(代議員)
佐藤 雅美(理事)
澤 温(名誉会員)
杉山 直也(理事長)
塚本 哲司(理事)
直江寿一郎(理事)
橋本 聡(理事)
八田耕太郎(理事)
平田 豊明(理事)
藤田 潔(理事・医療政策委員長)
堀川 公平(理事)

(五十音順、◎は各章の執筆責任者)

精神科救急医療ガイドライン 2022年版（非売品）

2022年3月31日 発行

監 修 一般社団法人日本精神科救急学会

発 行 者 杉山 直也

発 行 所 一般社団法人日本精神科救急学会
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12
新宿ラムダックスビル 株式会社春恒社 学会事業部内

電 話 03-5291-6231

製 作 株式会社春恒社

© The Japanese Association For Emergency Psychiatry 2022 Printed in Japan <検印省略>
本書の内容の一部あるいは全部を無断で複写複製（コピー）することは、法律で認められた場合を除き、
著作者および出版社の権利の侵害となります。
落丁本、乱丁本はお取替えます。

