

**精神科救急医療  
ガイドライン（1）**  
（総論及び興奮・攻撃性への対応）

**2009年12月9日版**

**Guidelines  
for Psychiatric  
Emergency Treatment(1)  
(General Principles,  
Management of Agitation and  
Aggression)  
Version 2009**

**日本精神科救急学会**



## 精神科救急医療ガイドラインの2009年版発行にあたって

日本精神科救急学会の精神科救急ガイドラインは、2001年にアメリカ精神科救急医学会の基準を見て、アメリカと日本とは医療制度、法的規制、人的配置などが大きく違うものの、日本でも同様の基準が必要であると考え、当時の医療政策委員会のメンバーを中心に2年をかけて作った。アメリカの基準(Standards for Psychiatric Emergency Care)はAccessibility、Staffing、Management、Facility-Equipmentで構成されていた。2003年版では、それを参考にして、総論はⅠ基本的な考え方ⅡアクセスのよさⅢ患者の人権への配慮Ⅳ治療ガイドラインⅤスタッフ配置Ⅵ施設および設備から構成されている。総論に続いて入院基準、精神科救急医療におけるインフォームド・コンセント、鎮静法で構成した。

前版の【まえがき】に、計見前理事長は次のように述べている。

「(略) 精神科医療の質的向上を目指し続けることが本学会の使命であるという共通認識を基に、共通の質的基準を設けたいという希望から本ガイドラインは作成された。「基準 (standard)」という用語そのものを使用しなかったのは、次の理由による。

- ①わが国全体の精神科医療水準が均一とは言い難い現状にあり、画一的基準が適合する状況にない。
- ②臨床実務の条件・状況に関わりなく遵守すべき定則のように理解され、医療裁判等で誤用されるおそれがある。
- ③精神科医療を取り巻く状況、精神医学の技術水準、診療報酬制度、精神科救急へのアプローチ等々は時とともに変化するので、固定的な「基準」と称するよりも、変化の可能性を包含しつつ現在と近未来を導く指針のイメージを重視した。

このため、各項目は、以下のような三段階にランク付けして記載されている。現実の医療資源で可能な水準を追究する仕事を評価するとともに、現状に自足することなく、さらに上質の精神科医療を構築しようとする努力を求めためである。

- (1) 最小限必要 (minimum) と思われる項目。「～ねばならない」「～のこと」と表記。
- (2) 最適 (optimum) と思われる項目。「～が望ましい」と表記。
- (3) 以上の中間に属する選択可能 (optional) と思われる項目。「～べきである」と表記。」

この3ランクはその後踏襲され2007年に精神科救急医療ガイドライン(規制薬物関連精神障害)が発行された。今回は2003年のガイドラインの総論および薬物療法を大幅に変えた。総論は急性期治療病棟や救急入院料病棟の増加に伴って基準をランクアップし、医療の質をさらに向上させ、常時型救急医療施設の基準を決めていく準備となっている。また薬物療法は次々と新しい非定型抗精神病薬が出てきて、ガイドラインを変える必然性から生まれている。これは今後も早期に改訂が出されるであろう。その他に、興奮・攻撃性への対応と自殺未遂者対応の項目も追加している。

特に総論は初版の基準をランクアップする方向で、そして薬物療法の基準は非定型抗精神病薬の利用についての多施設共同研究より得られた結果で構成されている。作成に当たって詳細の方針は医療政策委員会の各委員が、平田委員長の下で案を作成し、最終的に全会員の意見を聞き、それを取り入れて修正し改訂された。

おりしも「精神保健福祉の更なる改革に向けて」(今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書)が2009年9月に出て、その中の精神医療の質の向上の中で診療ガイドラインの作成・普及がうたわれている。精神科救急医療も精神保健医療体系の再構築の中で大きな位置を占めている。精神科救急医療が地域支援の大きな位置を占めていると国も認識しているということである。今後も改訂を重ね、スタンダードに近づくことを会員全員の努力で行いたいものと思っている。

2009年障害者の日に  
日本精神科救急学会  
理事長 澤 温

## 今回の改訂作業の経過

今回の改訂作業の起点となったのは、2007年度に障害者自立支援調査研究プロジェクトの補助金を受けて行われた「精神科救急医療の機能評価に関する調査研究」である。この調査では、「精神科救急医療ガイドライン 2003年版」に示された精神科救急医療施設の施設基準を52項目の要素に分解し、全国の精神科救急入院料病棟（いわゆる「スーパー救急病棟」）認可施設を対象として、各項目の達成度を問うた。例えば、「救急処置室に酸素・吸引、心肺監視装置を備えている」という項目に対して、「当てはまる」「ほぼ当てはまる」「当てはまらない」のいずれかを選択してもらうというものである。その結果、「ほぼ当てはまる」という回答が80%を超えた項目が41項目あった。

2008年度の調査では、知事の指定する精神科救急医療施設（1,089施設）と47都道府県の担当部局を対象として、精神科救急医療体制整備事業（以下、「精神科救急事業」）の運用状況に関する調査を行った。その結果、いくつかの項目で、両者の評価に開きがあった。

これらの調査を通じて、精神科救急事業と精神科救急医療施設の機能を評価するための指標が再検討され、ガイドラインをより緻密なものとするための設計図が練られていった。そして、2009年3月、当学会の全会員を対象として、「精神科救急医療ガイドライン改訂に関するアンケート調査」が実施された。この調査では、精神科救急事業に関する34項目、精神科救急医療施設に関する75項目について、最小基準（～ねばならない）、推奨基準（～べきである）、最適基準（～が望ましい）の3階層のいずれに位置づけるべきかを問い、245通の回答を得た。

医療政策委員会では、その結果が検討され、各項目の階層が決定された。概ね調査結果に従ったが、項目によっては水準を引き上げることとした。例えば、精神科救急事業において「連絡調整委員会が定期的開催されている」という項目は、現状を反映してか、推奨基準が最多票を得たが、討論の結果、最小基準に引き上げられた。ガイドラインは現状を追認するものではなく、水準向上を目指すものであるという認識に立つてのことである。以上の作業によって、「精神科救急医療ガイドライン2009年版」の「総論」に関する原案が作成された。

ガイドライン2003年版は、総論的な記述の後に、各論として「鎮静法指針」を提示しているが、薬物療法に焦点化されているため、今回の改訂では、「興奮・攻撃性への対応」という章を建て、薬物療法以外の鎮静指針（行動制限を含む）を追加することとした。

一方、これらの改訂作業とは独立に、医療政策委員会の一員である八田委員のリードのもと、厚生労働科学研究事業の助成を受けて、2007年度から、薬物による鎮静化や急性期治療に関する無作為比較対照試験（Randomized Controlled Trial）が多施設で継続され、世界的に見ても価値のあるデータが得られている。八田委員の好意により、その成果の一部を、ガイドライン改訂版に反映させて頂くこととした。

また、2008年度の厚生労働科学研究「精神科救急医療施設における自殺防止ガイドラインに関する研究」からは、「自殺未遂者への対応ガイドライン」が、当学会の大塚会員らのご尽力によって紡ぎ出された。これは、救命救急センターでの実践に基づいて記述されているため、精神科単科病院でも利用できるように、医療政策委員会のもとに設置されたワ

ーキンググループが修正を行ったうえで、ガイドライン改訂版に加えることとした。

以上のような同時並行的な複数の調査研究や討論の成果物として、「精神科救急医療ガイドライン 2009 年版」の原案が組み立てられ、2009 年 9 月の第 17 回日本精神科救急学会（山形大会）において、参加会員に提示された。さらに、全会員に原案を郵送し、およそ 1 ヶ月にわたって、この原案に対するコメントを募った。そして、寄せられたコメントをできるだけ反映させるように原案の表現を修正したうえで、ようやくにして本ガイドラインの上梓にこぎつけることができた。

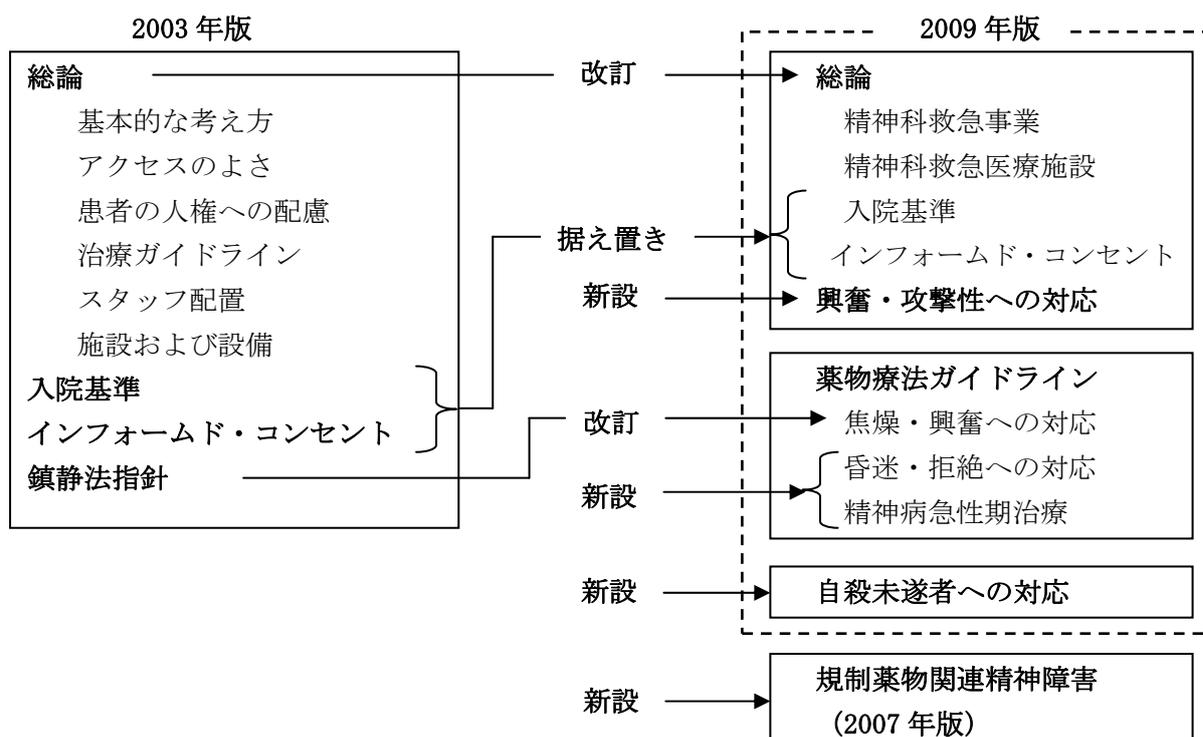
本ガイドラインは、3 部からなる。第 1 部が「総論」と「入院基準」「インフォームド・コンセント」それに、「興奮・攻撃性への対応」からなる母船である。これに、技術論として、第 2 部の「薬物療法」と第 3 部の「自殺未遂者への対応」が伴走する。「薬物療法ガイドライン」は、母船よりも機動性の高い（つまり改訂頻度の高い）高速艇である。「自殺未遂者対応ガイドライン」は、単独航海が可能な（つまり単行本にもなる）クルーザーである。これらの船団に、2007 年に就航した「規制薬物関連精神障害ガイドライン」というクルーザーを加えた 4 部作が、当学会による「精神科救急医療ガイドライン」最新版の全容である。2003 年の初版と最新版の対応関係を下図に示した。

本ガイドラインは、多くの人々の共同作業によって生み出されたものであり、精神科救急医療に関しては、現時点における最新の叡知の結晶である。コメントを贈って頂いた会員諸氏をはじめ、共同作業に参画して頂いた方々に対し、ここに改めて謝意を表したい。

2009 年 12 月 9 日

日本精神科救急学会医療政策委員長

平田 豊明





## 目次

### 第一部 総論編

#### 《総論》

はじめに	1
I. 精神科救急医療体制整備事業	2
1. 基本的な機能	2
2. 精神科救急医療へのアクセス手段	3
II. 精神科救急医療施設	5
1. 施設及び設備	5
2. スタッフ配置	6
3. 診療体制	6
4. 患者人権への配慮	7
5. 医療安全とリスク管理	8
III. 精神科救急医療施設への入院基準	9
IV. 精神科医療におけるインフォームド・コンセント	11

### 第二部 各論編

#### 《興奮・攻撃性への対応》

はじめに	15
本ガイドラインを使用するにあたって	15
I. 興奮・攻撃性の定義	16
II. 興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方	16
III. 興奮・攻撃性の予防	17
1. 環境整備	17
2. 攻撃性・暴力の予測	18
3. 職員の研修・トレーニング	21
IV. 攻撃性・暴力への介入	23
1. 心理的介入	23
2. 薬物療法	25
3. 身体的介入	26
4. 行動制限	27
V. 暴力インシデント発生後の対応	32
1. 感染防止	32
2. インシデントの報告および情報共有	32
3. インシデントのレビュー	32
4. 事故後のサポート	33
5. 加害患者への対応	35

《薬物療法》別冊—精神科救急医療ガイドライン 2009 年版（2）

《自殺未遂者への対応》別冊—精神科救急医療ガイドライン 2009 年版（3）

《規制薬物関連精神障害（2007 年版）》別冊



## はじめに

精神科救急医療は、地域社会で生活する精神科利用者の在宅医療を支援するために必要不可欠な存在である。現代のわが国では、したがって、精神科救急医療のニーズは、全国どの地域にも普遍的に存在する。そして、精神科救急医療サービスの提供スタイルは、電話相談（ホットラインサービス）に始まって、往診や訪問看護（アウトリーチサービス）、救急外来診療、急性期入院治療に至るまで多様化しつつある。個々の精神科医療施設単位で行われるこうした救急・急性期医療の実践は、精神科マイクロ救急医療と総称することができる。これが精神科救急医療の基本単位である。

一方、新規発症や医療中断ケースのように、特定の医療機関と治療関係のない救急ケースに対応できる社会的セーフティネットとしての機能も、精神科救急医療には求められる。とりわけ、地域住民の地縁・血縁的結びつきが希薄で、夜間は精神科医療過疎地と化す大都市の人口密集地区、あるいは、その対極にある精神科医療施設に乏しい人口過疎地区の双方では、セーフティネット機能へのニーズが高い。また、行政機関の関与を要する緊急措置入院ケースなど、マイクロ救急医療だけでは対応しきれないケースに対しては、複数の医療機関が広域単位で救急診療を分担する体制が必要となる。

このような広域の分業システムを精神科マクロ救急医療と呼ぶことができる。わが国では、精神科救急医療体制整備事業が、これに当たる。わが国の精神科救急医療は、ここでいうマイクロ救急医療を横糸、マクロ救急事業を縦糸として織りなされているとあってよい。

全国に普及しつつある精神科救急入院料病棟は、重症患者の急性期入院治療に責任をもつ医療施設として、マイクロ・マクロ双方の救急システムにとって中核的機能を果たしてきた。同時に、低規格に抑えられてきたわが国の精神科入院医療の水準を引き上げる牽引役ともなってきた。とはいえ、一般医療と比較すれば、設備・人員・技術の水準においても医療費給付水準においても、依然として大きく水を開けられている。

本ガイドラインは、精神科医療の質を一般医療に肩を並べる水準にまで引き上げ、患者の尊厳とスタッフの誇りを取り戻すことを目標に作成された。総論では、まず、制度としての精神科救急医療体制整備事業の歴史と現状を概観し、この事業が備えるべき機能に関する日本精神科救急学会としての指針を示す。次いで、この制度を担う精神科救急医療施設が備えるべき陣容と機能に関する指針を示す。これによって、精神科救急医療の領域のみならず、わが国における精神科医療全般の均霑化（きんてんか＝均質化と水準向上）に資することをめざすものである。

## I. 精神科救急医療体制整備事業

### 1. 基本的な機能

#### 1) 精神科救急医療体制整備事業の歴史と現状

精神科救急医療体制整備事業（以下「精神科救急事業」もしくは「本事業」と略記）は、東京都などの先行事業をモデルとして、1995年に立ち上がった厚生労働省による国庫補助金事業である。本事業の認可に当たって、各都道府県および政令指定都市には、事業運営要綱および関係諸機関による連絡調整委員会を設置し、行政圏域を複数の精神科救急ブロックに分割して、各ブロックに精神科救急医療施設を常時確保することが求められた。

その後、本事業には、電話相談窓口である「精神科救急医療情報センター」や、あらゆるケースに常時対応可能な「精神科救急医療センター」の設置、移送制度の活用、初期救急医療体制の整備などが盛り込まれた。2008年度からは、入院医療施設が「常時対応施設（精神科救急医療センターの発展的解消）」、「病院群輪番施設」、「合併症対応施設」に3類型化され、精神科診療所などの外来医療施設に対しても、救急外来診療や救急患者に関する情報提供、それに、精神科救急病院への指定医当直支援などが要請された。また、これに連動して、診療報酬制度においても、高規格の精神科救急病院の増設を促し、合併症対応を強化する改訂が行われた。

精神科救急事業は、2002年度末までに、形の上では全都道府県に普及した。2008年度には、空床確保料を中心に、およそ17億円の国費、都道府県負担分を併せると、34億円近い公費が投入されている。本事業の利用件数も年々増加して、2008年度には4万件近くが受診し、4割近くが入院となっている。しかし、その実績には地域差が著しい。また、過半数の自治体では精神科救急医療情報センターが未設置であり、初期救急医療や移送制度、合併症対応のシステムをもつ自治体は数えるほどしかない。いつ、どこで、どの医療施設に救急受診となるかによって、利用者が受けられる医療の内容は大きく異なる。これが、わが国の精神科救急医療の現状である。

#### 2) 精神科救急医療体制整備事業が担うべき機能

日本精神科救急学会（以下「本学会」と略記）は、わが国の精神科救急医療の現状を踏まえ、これを改善するために、精神科救急事業が担うべき機能について、以下のような指針を提示する。

- ① 迅速性：本事業の利用を要する精神科救急ケースに対して、必要にして十分な医療サービスが迅速に提供されなければならない。
- ② 全域性：本事業が責任を持つ全圏域において、精神科救急医療があまねく提供されなければならない。
- ③ 最適性：電話相談や救急外来診療において、本事業利用者の緊急度や最適の医療形態が、全域に共通の基準に基づいて判別され、振り分けられるべきである。

- ④ 責任性：非自発入院を要するような重症ケースに対しては、本事業が責任をもって必要な医療施設を確保しなければならない。また、精神科的にも身体的にも入院を要する重症合併症ケースへの医療提供にも、本事業が責任をもつべきである。
- ⑤ 連続性：本事業では、電話相談から救急診療、入院治療、退院後の在宅ケアに至るまで、医療サービスの一貫性が重視されるべきである。一施設で完結できない場合には、それをバックアップするシステムがなければならない。
- ⑥ 柔軟性：地域や時代のニーズ、そして精神科治療技術の進歩に応じて、本事業の運用は柔軟に見直されなければならない。そのためには、本事業に係る連絡調整委員会が少なくとも1年に1回は開催され、本事業の運用に関する情報を関係者が共有したうえで、本事業の機能を向上させる方向で意見交換を行わなければならない。

## 2. 精神科救急医療へのアクセス手段

### 1) 精神科救急医療情報センター

精神科救急医療への速やかなアクセスを保証するために、精神科救急事業においては、全圏域の電話相談を受け付ける精神科救急医療情報センター（以下「情報センター」）が設置されなければならない。本学会は、情報センターの陣容や機能について、以下のような指針を提示する。

- ① 電話番号の公開：情報センターの電話番号が公開されているか、あるいは、あらゆる窓口からの電話相談が最終的に情報センターにたどり着く仕組みがなければならない。
- ② 運用時間：24時間365日の対応ができなければならない。
- ③ 職員配置：精神保健福祉士等の専門職が常時配置されなければならない。
- ④ 情報収集機能：救急ケースに関する情報が迅速かつ的確に収集されなければならない。そのためには、情報カードなどに電話相談者の氏名・続柄、受け付け時刻、相談内容、指示・助言事項、対応スタッフ氏名などを記録し、一定期間保存しなければならない。
- ⑤ トリアージ機能：即刻の受診が必要か、翌日の通常診療でも可能か等、相談ケースの緊急度を判定し、仕分けする機能が備わっていなければならない。必要に応じて、精神科医のコンサルテーションが受けられるべきである。
- ⑥ 情報提供機能：即刻の受診が可能な精神科救急医療施設、翌日に利用可能な関連施設など、必要な情報が提供できなければならない。
- ⑦ 連絡調整機能：救急搬送機関や身体救急医療施設、福祉施設など、関連諸機関を紹介し、必要ならば直接依頼するなどの連絡調整機能をもたなければならない。
- ⑧ カウンセリング機能：電話相談によって当面の危機を緩和し、救急受診を回避することもできる。情報センターは、電話によるカウンセリングの技術をもつべきである。

## 2) 救急搬送

精神科救急患者の搬送は、大半が家族によって行われているが、公共機関による搬送が必要となることもある。その現状と本学会の指針を、根拠法令に沿って以下に示す。

### ① 消防法

消防法は、消防署救急隊が、精神科・身体科を問わず、救急患者を医療機関に搬送することを義務づけている。患者・家族もまた、公共機関による搬送としては、救急車による搬送を最も望んでいる。一方、救急隊員は、患者による搬送拒否や搬送中の不測の事態に不安を感じ、受け入れ先の確保や搬送距離の長さにも負担を感じている。こうした不安や負担を解消するためには、必要であれば警察の協力も得て、できるだけ迅速かつ安全に精神科医療機関に搬送される必要がある。いずれにせよ、受け入れ先医療施設の確保が大前提である。

### ② 警察官職務執行法（警職法）

警職法第 3 条は、自傷他害リスクの高い精神科救急ケースを保護し、適切な医療機関に搬送することを義務づけている。また、同法第 5 条は、行政機関などの要請に基づいて、精神科救急ケースの搬送に協力できることを規定している。安全な救急搬送のために、警察官の協力は欠かせない。

### ③ 精神保健福祉法

精神保健福祉法は、保健所などの行政機関による地域精神保健活動の一環として、精神科ケースの受診勧奨を規定している。自傷他害リスクが低ければ、この規定を活用した搬送が推進されるべきである。精神保健指定医の立ち会いが必要なケースに対しては、同法第 34 条に基づく移送制度も活用されるべきである。また、措置診察が必要と判断された救急ケース、および措置入院が決定したケースを適切な医療機関に搬送することも、行政機関の任務である。これらの任務を常時遂行できる体制の整備が望ましい。

以上のような公共機関による救急搬送は、搬送様態や料金設定に疑問のある民間の救急搬送を抑止し、適正化するためにも、積極的に活用されるべきである。ただし、公共的な搬送の目的外使用を抑止するための方策も検討されるべきである。

## 3) アウトリーチサービス

精神科医療機関による往診や訪問看護などのアウトリーチサービスは、いわば、移動する救急処置室である。したがって、それは、必ずしも入院を前提としてはいない。精神科救急ケースとその家族にとって、アウトリーチサービスは、医療機関への搬送に伴う物理的・心理的な負担を軽減する救急診療の形でもある。医療機関にとっても、生活現場の詳細な情報を入手し、直ちに危機介入を行うことができるという利点がある。

## II. 精神科救急医療施設

精神科救急事業は、主として、知事が指定する精神科救急医療施設に患者が到達するまでのプロセスを規定している。一方、臨床的には、医療施設に到達してからのプロセスが重要である。本学会は、わが国における精神科救急医療と急性期医療の質を確保するために、精神科救急医療施設（病院）が兼ね備えるべき陣容や機能について、以下のような指針を提示する。

### 1. 施設及び設備

#### 1) 救急外来部門

精神科救急医療施設には、患者の安全とプライバシーに配慮され、身体医学的対応も可能な、十分な面積（少なくとも診察机1と椅子3、ストレッチャーとベッドとを同時に収容できる）をもつ救急処置室を備えなければならない。また、そこには、医療ガスアウトレット（酸素・吸引）、心肺監視装置、救急カートを常備しなければならない。

#### 2) 検査体制

以下の臨床検査について、合併症対応施設においては常時可能でなければならない。その他の精神科救急医療施設においても、できるだけ可能であるべきである。

血算

生化学的検査

レントゲン単純撮影

CT検査

心電図（常時対応施設では常時可能であること）

#### 3) 病棟部門

常時対応施設と合併症対応施設では、受け入れ病棟の定床の半数以上が個室（隔離室を含む）であることを要する。病院群輪番施設でも、同様の個室率を有すべきである。

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・吸引を備えた病室が少なくとも1室はなくてはならない。

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）をもつべきであり、安全かつ快適な便器が設置されていることを要する。

個室の整備は、単に部屋数が多いだけでなく、数種類の段階的な個室を整備することや、可変型の個室を導入することなどによって、急性期患者の回復過程に応じた対応が工夫されることが望ましい。

病棟には、薬剤による静穏化処置を行った患者や身体的問題を有する患者の身体管理のための設備や器具を備えなければならない。合併症対応施設では心肺監視装置を備えることを要し、

その他の施設でも整備されるべきである。いずれの施設であっても救急カートは常設され、定期的に点検されなければならない。

身体拘束の器具は、末梢循環障害等の防止に配慮されたマグネット式等の専門器具を使用しなければならない。

電気けいれん療法の場合には、修正型のための設備が望ましい。

## 2. スタッフ配置

### 1) 救急外来部門

救急患者の外来対応のため、精神保健指定医が常駐（オンコール体制可）していなければならない。救急外来専任の看護師が常駐しているべきで、精神保健福祉士（PSW）もできれば常駐が望ましい。また、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。

### 2) 病棟部門

常時対応施設と合併症対応施設では、入院患者 16 人に 1 以上の専任精神科医師を配置しなければならない。その他の精神科救急医療施設でも同配置がなされるべきである。

看護密度は 7 対 1 体制が望ましく、10 対 1 が確保されているべきである。

常時対応施設では、病棟専任 2 名以上のコメディカルスタッフが配置されていることを要する。合併症対応施設でも同配置があるべきで、その他の精神科医療施設でもそれが望ましい。

入院直後から、退院後のケアを考慮して、精神保健福祉士や保健師等、関連機関所属スタッフとの連携を構築しなければならない。

### 3) 職員研修

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。また、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。

## 3. 診療体制

### 1) 診療録

初診および入院時には、以下に示した情報が診療録に記載されなければならない。それはまた、診療録開示を前提とする必要がある。

- 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
- ⑩ 治療形態の決定（外来治療・他医療機関紹介・入院とその形態等）
- ⑪ 受診時や入院時の医学的処置（処方・処置内容・精神療法の内容等）
- ⑫ 治療に対する患者本人の意見や態度
- ⑬ 治療に対する代諾者の同意や考え
- ⑭ 病状説明、治療方針、契約事項などの内容

## 2) 治療基準

各精神科救急医療施設においては、入院の適応となる基準が明確化されなければならない（後の章に詳述）。

入院ないし転院に際して、薬剤による静穏化の処置が必要と判断されたときは、適切な方法によって必要十分な手段を講じ、患者および医療従事者の安全が確保されなければならない（詳細は別冊を参照）。

薬物療法については、一定の院内基準があるべきである。

電気けいれん療法についても、エビデンスに基づいた一定の院内基準があるべきである。

隔離・拘束の開始および解除の基準が明文化されていることを要する。

入院患者のプロフィールや治療成績等に関して、データ管理が行われるべきである。

## 3) 身体管理

身体的に重篤な問題が生じた際は、病院の機能に応じて適切な対応が必要となる。合併症対応施設では、自施設内での対応ができることを要する。常時対応施設が精神科単科病院の場合には、速やかにコンサルテーションを依頼できるか、搬送を受け入れてくれる近在の一般病院があることを要する。病院群輪番施設においても、そのような体制が構築されているべきであり、いずれの施設においても、救命救急センターと連携していることが望ましい。

## 4. 患者の人権への配慮

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

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、医療の提供に際してのインフォームドコンセントが適切でなければならない。

行動制限に関しては、院内における現況を把握するための手法を有し、データによって管理

されることを要する。また、患者の行動制限が常に適正に行なわれるよう、専門の基準や審査委員会などの仕組みが設けられなければならない。このような審査委員会には弁護士や市民等、外部からの参加者が含まれることが望ましい。

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。  
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）についての指針をもつべきである。

## 5. 医療安全とリスク管理

精神科救急医療は、患者情報が不足しがちで、激しい行動面や情動面の症状を伴いやすく、身体的問題を伴いやすい、などの条件のため、特有のリスクを内包している。精神科救急医療施設においては、医療安全に関する以下のような仕組みが整備されていなければならない。

- ① 医療安全とリスク管理に関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関わる事例の解決策が周知される仕組みがあること。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 事故発生時の対応手順が明確であること。
- ⑧ 医療安全に関する研修や講習の機会を有すること。
- ⑨ 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。

### III. 精神科救急医療施設への入院基準

#### 1. 措置入院・緊急措置入院

- 1) 「精神病状態 (psychotic state)」にあると診断される (定義は解説参照)。
- 2) そのために、自傷他害に至る衝動をコントロールすることが困難である。
- 3) 1)2)のために、自傷他害の事実ないし切迫を認める。

#### 2. 医療保護入院

- 1) 「精神病状態 (psychotic state)」にあると診断される
- 2) 直ちに治療する必要があり、治療を開始しなければ回復する見込みが乏しい。
- 3) 治療の必要性を説明しても、患者がこれを理解できず、治療にも協力できない。
- 4) 判断能力のある保護者もしくは扶養義務者の入院同意がある。

#### 3. 応急入院

- 1)～3) 同上
- 4) 保護者もしくは扶養義務者が不明、あるいは連絡不能である。

#### 4. 任意入院

- 1) 精神疾患 (mental disorder) があると診断される。
- 2) 入院治療が最適の治療的選択肢と判断される。
- 3) 入院治療について十分な説明がなされ、患者がこれを理解できる。
- 4) 患者本人の自由意志に基づく入院治療への文書同意が得られる。

以上のことがカルテに記載されなければならない。特に非自発入院の場合は、少なくとも、1)～3)の根拠となる具体的事実が記載されなければならない。

#### 【解説】

精神保健福祉法には、自発入院として任意入院、非自発入院として、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、計 5 種類の入院形式が規定されている。医療保護入院は、さらに、保護者の同意 (親族の場合と市区町村長の代行の場合がある)、扶養義務者の同意の 2 形態に下位分類される。

このうち、措置および緊急措置入院は、「ポリスパワー」(police power) による非自発入院、すなわち、精神障害に起因する自傷他害行為を公権力が防止するための入院であり、医療保護および応急入院は、「パレンスパトリエパワー」(parens patriae power) ないしパターンナリズムによる非自発入院、すなわち、精神障害に起因する不利益から患者本人を守るための入院と位置づけられる。ともに行動制限を含む市民権の制限を伴うから、入院患者には不服請求権 (精

神医療審査会への退院請求等の権利) が代償的に保障されている。

近年では、強制的治療に対する不服請求権のほか、適切な治療を受ける権利(受療権)も、市民権の制限を代償する患者の権利として保障すべきであるという議論が起こっている。この理念に従えば、特に医療保護入院と応急入院に際しては、非自発入院という権利制限に見合うだけの治療的な利益が見込まれることを入院要件とすべきである。

精神科救急医療機関への非自発入院の適応は、狭義の精神疾患(具体的には、統合失調症をはじめとする精神病、感情病、中毒性精神病、脳器質性ないし症候性精神病)による精神病状態(具体的には、幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、昏迷状態、滅裂状態、重症の躁およびうつ状態、せん妄状態等の意識障害など)に限定されるべきである。神経症圏や人格障害については、自殺や自傷行為が切迫しているケースに限定して慎重に適応されるべきであり、他害行為を伴う場合に、非自発入院を社会的隔離の手段として安易に発動してはならない。

これらの病態上の限定条件に、精神疾患のために現実検討能力ないし判断能力が著しく損なわれていることを加え、措置・緊急措置入院の基準には、自傷他害行為の事実もしくは切迫という入院要件を、医療保護・応急入院の基準には、入院によらなければ患者が重大な不利益を被る可能性がある一方、入院による治療的利益が対価的に期待するという入院要件を加えるべきである。

これに対して、任意入院は、入院対象の精神疾患を非自発入院より広く規定してよいが、精神科救急医療機関への入院なのであるから、やはり救急状態(直ちに医療的介入を必要とする状態)という要件は外せない。また、原則としてインフォームド・コンセントの成立を要請すべきである。すなわち、判断能力の保持、十分な情報提供と自由意志による同意などが入院要件となる。ただし、安易な入院を防止するために、入院治療が必要かつ最適な治療法であることをカルテに記載することを要請すべきである。

#### 参考文献

- 1) 金子晃一, 伊藤哲寛, 平田豊明, 川副泰成編: 精神保健福祉法—その理念と実務. 星和書店, 2002
- 2) 平田豊明: 人格障害ケースの措置入院を考える. 精神科治療学, 16(7), 669-673, 2001

## IV. 精神科救急医療におけるインフォームド・コンセント

### 1. 自ら希望して来院した患者の場合

- 1) 来院した時間帯、医療機関の状況を勘案し、提供可能な治療を直ちに行うことを伝え、その内容について理解と同意を得た上で治療を行う。その際、説明内容と同意が得られたことについて診療録に記載する。

また、必要に応じて、以下の行為を行う。

- ① 今後の治療の要否について、意見を伝える。
- ② 今後治療を継続する場所などについて、意見を伝える。
- ③ 今後治療を継続する医療機関宛の紹介状を発行する。

- 2) 以下のような場合には、特別の配慮を要する。

- ① 自ら希望して来院した患者が同意能力を欠くと判断される場合。

例えば、認知症患者、幻覚妄想状態など精神病状態にある患者、未成年者。これらの事例については、本人が説明した治療を実施することに反対していない場合でも、保護者ないし扶養義務者に対し、同様の説明を行い同意を得るようにする。

- ② 自ら希望して来院した患者が医師の提示する治療に同意しない場合。

例えば、医師が入院を勧めても同意しない場合、特定の薬物療法などの治療法に同意しない場合、あるいは不適切な特定の薬物投与だけを主張する場合。これらの場合については、医師はインフォームド・コンセントに基づく医療が行える状況にないことを患者に告知する。その状況や患者の主張、医師の勧めた治療を患者が拒否したことなどについて診療録に記載する。また、告知した結果、生じる事態について、必要に応じて対処し、その結果を診療録に記載する。

### 2. 警察等に保護され、精神保健福祉法第 29 条、第 29 条の 2 に基づく精神保健診察が行われる場合

- 1) 精神保健指定は、精神保健診察における自らの職務、精神保健診察の目的などについて伝え、診察を行う。その結果、措置入院となる場合には、知事等の代行政員が精神保健福祉法に記載された告知義務を遂行する。
- 2) 精神保健指定医は、患者の病状等を勘案し、可能な範囲で病状と措置入院が必要である理由について説明する。また、入院後も担当医によって治療方針、治療法、治療の見通し等について説明する機会が設けられ、患者の理解と同意が得られるよう配慮がなされることを明言する。
- 3) 以上の告知行為や説明行為を行ったときは、その内容と、それに対する患者の意見や態度等について診療録に記載しておく。

### 3. 家族等第三者により受診させられた受診意思のない患者の場合

- 1) 外来で診察を行い、以下の評価を行う。
  - ① 家族等第三者が受診させた理由について、精神科的疾患によるものか、また治療の必要性があるのか、さらには、来院した時間帯、医療機関の状況を勘案し、今すぐに提供可能な治療が存在するのか、などについて判断する。
  - ② 併せて、患者の受診意思について、同意能力を欠く状況にあるものか、あるいは別の理由で受診を拒否しているのかを判断する。
- 2) 以上の結果に基づき、以下のような方針で対処する。
  - ① 直ちに治療を行うことが必要かつ可能であり、患者が同意能力を有している場合。

「1. 自ら希望して来院した患者の場合」に準じて、治療内容について理解と同意を得た上で治療を行うようにする。
  - ② 直ちに治療を行うことが必要かつ可能であるが、患者が同意能力を有していない場合。保護者ないし扶養義務者の同意を得て治療を行う。その際、患者に対して、可能な範囲で病状と治療の目的、治療法などについて説明を行う。なお、医療保護入院になるときには、上記に加え、精神保健福祉法に記載された告知義務を遂行する。場合によっては、隔離・拘束の必要性を説明しなくてはならない。また、患者に対して、今後、折にふれ、継続的に説明する機会を設け、理解と同意が得られるように配慮することを明言する。こうした行為を行った場合は、その際の説明内容、患者の意見や態度等について、診療録に記載しておく。
  - ③ これ以外の場合には、直ちに治療を行う必要がないことを、患者及び受診させた家族等第三者に伝える。その際、その説明と患者及び家族等第三者の意見や態度を診療録に記載しておく。

#### 参考文献

- 1) 日本精神神経学会インフォームド・コンセント検討作業部会：「精神科におけるインフォームド・コンセント—治療者のガイドライン（提言）—」．精神神経誌，101，465-469，1999
- 2) 松下正明，高柳功，中根允文，斉藤正彦：インフォームド・コンセントガイドランス．精神科治療編，先端医学社，東京，1999
- 3) 高柳功，白井素子：精神科医療におけるインフォームド・コンセント．臨床精神医学講座，22，240-260，中山書店，東京，1997
- 4) 丸山英二：インフォームド・コンセントの法理の法的諸問題．臨床精神医学講座，22，225-239，中山書店，東京，1997

精神科救急医療ガイドライン「総論編」(日本精神科救急学会)

監修

澤 温 (理事長・医療政策委員)

平田豊明 (理事・医療政策委員長)

執筆

澤 温 (理事長・医療政策委員)

白石弘巳 (監事・医療政策委員)

杉山直也 (理事・医療政策委員)

平田豊明 (理事・医療政策委員長)

執筆協力

川畑俊貴 (理事・医療政策委員)

鴻巣泰治 (評議員・医療政策委員)

佐藤雅美 (理事・医療政策委員)

塚本哲司 (評議員・医療政策委員)

中島豊爾 (理事・医療政策委員)

八田耕太郎 (理事・医療政策委員)

(アイウエオ順)



## 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・職員双方の尊厳を守るものでなければならない。また、精神科救急医療サービスを提供する組織は、患者・職員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。暴力には精神的暴力、身体的暴力、セクシャルハラスメントがあるが<sup>1)</sup>、いずれも被害者、加害者、事故の目撃者等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低下や、組織への信頼感の喪失、職員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。

近年、職場における暴力の問題に対する関心が急速に高まり、全世界で多様な取り組みが行われるようになってきている。保健医療福祉施設においては、種々の調査により暴力事故の発生頻度が高いことが指摘されており、本邦でも看護界を中心に職場暴力への対策が進められ、この問題の重要性が広く認識されつつあるといえよう。

本指針は、精神科救急医療において精神障害により興奮および攻撃性を示す成人の患者への対応の原則を示し、治療環境、治療・ケア技術の標準化、向上を図ることで、患者および職員の安全と尊厳を守ると共に、身体的暴力事故の発生を減らすことを目的に作成された。

本指針の活用により、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を目指すものである。

### **本ガイドラインを使用するにあたって**

本指針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、本指針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。

本指針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組が必要不可欠である。

本指針では、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様々な評価・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、本指針の内容は、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

本指針の対象である興奮・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見られる。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<sup>2)</sup>。しかし本邦では 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指針の対象とは異なるため、用語の混乱を避ける目的から、本指針では「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

- 興奮・攻撃性を示す患者への対応においては、患者自身および対応する職員、周囲の者の安全が全てに優先する
- 精神障害により興奮・攻撃性を示す患者に対応する目的は、単に身体的な鎮静を図ることではなく、精神科治療の一環として位置づけられなければならない
- 精神障害による興奮・攻撃性は、環境調整と適切な対応により静穏化を図ることが可能であり、暴力事故の発生は基本的に予防できる
- 非経口的な薬物投与による鎮静、徒手的拘束、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が優先されるべきである
- 徒手的拘束・身体拘束は最終手段であり、訓練された職員により、組織において定められた治療的、合法的な方法が用いられなければならない。やむをえず実施される場合も、その方法、期間は最小限にとどめられなければならない。実施中は頻回な観察と査定を行い、できるだけ早期に解除しなければならない
- 身体的暴力が発生した場合においても被害を最小限にとどめ、再発防止に努めるとともに、事故関係者への心身のケアが適切に行われなければならない

### III. 興奮・攻撃性の予防

#### 1. 環境整備

精神科救急医療サービスを提供する組織においては、下記のような環境整備を実施し、定期的に評価すべきである<sup>3-7)</sup>。

##### 一般的な施設環境の整備、職員の対応・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、性別、文化的・社会的背景等にも配慮すべきである
- 十分な個人空間とは別に、一人で静かに過ごすことのできる部屋、レクルーム、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 箇所の出入口を確保すべきである（隔離室を除く）
- 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）の低減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、対応する職員の明確化など）
- 職員の接遇トレーニングを徹底し、わ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職員を頻繁に入れ替えることは避けるべきである

##### 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（勤務する職員が少ない時、警報装置や携帯用発信機と連動させるのが望ましい）

### 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、職員以外に設置場所がわかりにくく、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職員は所持が望ましい。確実に応援できるグループ設定、位置情報の補足ができ、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

### 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用の備品など）
- 家具や備品は武器になりにくいものを選択すべきである

## 2. 攻撃性・暴力の予測

### 1) 攻撃性・暴力の危険因子

患者個人の攻撃性、暴力の危険性を査定するにあたり、検討すべき一般的な危険因子として下記が知られている<sup>3,4)</sup>。

#### 人口統計学的要因・個人履歴

- 過去の重大な暴力歴
- アルコール、物質乱用歴
- 患者が怒りや暴力的な感情を抱いていたというケア担当者からの報告
- 過去に他者に危害を加えようとしたことがある
- 頻繁な居住地の移動、あるいは“社会的な不安定さ”
- 武器の使用歴
- 過去に危険な衝動行為があった
- 過去の明白な危険行為に対する否認
- 過去の暴力的行為の深刻さ
- その個人特有の攻撃性・暴力の引き金となる要因
- 暴力を振るうと言って脅したことがある
- 最近の重大なストレス、特に喪失体験や喪失の脅威
- 下記のうち1つ以上に該当：
  - － 動物虐待
  - － 無謀な運転
  - － 夜尿
  - － 8歳以前の親との別離

### 臨床的要因

- アルコール、物質乱用
- 薬剤の影響（脱抑制、アカシジア）
- 統合失調症または躁病の陽性症状、特に下記の存在：
  - － 特定の人物に対する妄想や幻覚
  - － 命令性の幻聴
  - － 暴力的な空想への没頭
  - － コントロールの妄想（特に暴力的なテーマ）
  - － 激越、興奮、あからさまな敵意や不信感
- 治療に対し非協力的
- 反社会的、爆発的、あるいは衝動的な人格傾向または障害
- 器質性障害

### 状況的要因

- ソーシャルサポートの貧弱さ
- 武器となりうる物の入手しやすさ
- 攻撃対象との関係性（例えば、関係性が難しくなることが明白）
- 攻撃対象への接近しやすさ
- 限界設定（例えば、職員が活動や選択に条件を設定するなど）
- 職員の態度

## 2) 攻撃性、暴力の兆候

全ての職員が、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速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<sup>3-5)</sup>。

### 外見や会話の変化

- 生理的变化（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

### 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<sup>5)</sup>。

## 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他の職員から直接話を聞き、可能であれば患者、関係者と共に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時などに、全ての患者に対してルチー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更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<sup>4)</sup>

##### a. 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

##### b. 精神疾患、環境、他の状況因子との関係

リスクと他の要因との「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

##### c. 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

##### d. 評価者間のギャップの確認

評価結果について職員、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、更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

##### e. 攻撃対象保護の方法

考えう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、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の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、学生を含めた職員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. 職員の研修・トレーニング

組織の管理者は患者に直接関わる者のみならず、全ての職員に対して、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<sup>3-5,8)</sup>

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他の介入に先立って用いられるべきであり、他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人の職員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、必ずしも担当職員が適切とは限らず、特に攻撃のターゲットとなっている場合は速やかに交代し、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職員が対応するべきである。

#### 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
- 近くにいる他の患者や職員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。患者が武器を持っている場合は安全な場所に置いてもらう

#### 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

### 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°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

### 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、共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ひとつで、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。

### 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、複数の職員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。但し、圧倒的多数の職員で取り囲むことは、逆に興奮を高めることもあるため、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、患者・職員双方が外傷を負うリスクが高まるため、複数の職員で場当たりの介入することは避けなければならない。

### 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、患者と職員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、①一般的な観察、②定期的（15～30分毎）な所在確認、③常時視野内で観察、④近接した距離での観察の4段階を設定している<sup>3)</sup>。

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

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大きく二分される。ひとつは協力が得られる場合の、内服を中心とした薬物投与である。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。環境調整・心理的介入の効果は一時的なこともあり、そうした場合に併用される補助的な対処法として位置づけることができる。もうひとつは患者協力が得られない場合の非経口投与で、主に注射剤を中心とした薬物投与である。このような投与方法は強制投薬といった側面を生じる可能性があり、第1選択の対処法として考えるべきではなく、代替法として環境調整・心理的介入・内服投与がまず試され、それらが無効あるいは有害な場合に決断すべきである。薬物療法の実施に際しては、ガイドラインに基づき、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方法の選択がなされるべきである。(具体的な詳細については、精神科救急医療ガイドライン2009年度版(2):薬物療法「焦燥・興奮に対する薬物療法」を参照)

### 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<sup>3-5)</sup>。

身体的介入技術は、患者・職員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、十分に訓練された職員のみにより、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<sup>4)</sup>。

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、相手や他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<sup>5)</sup>。患者から攻撃・暴力を受ける可能性が高まった際に、安全に介入できる体勢・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

- ①Quick (素早い動きでふりほどいて逃げる)
- ②Technique (解剖を理解し、ふりほどきやすい方向に力を加える)
- ③Surprise (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

徒手的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。徒手拘束と身体拘束は全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。

徒手拘束は複数の職員で実施すべきであり、訓練された職員がチームを組んで手と関節を押し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<sup>3,4)</sup>。

#### チームテクニクスの原則

- 最低3名の職員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持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
- チームテクニクスによる介入は全て人的な、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、職員、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

## 4. 行動制限（隔離・身体拘束）

### 1) 行動制限の定義

精神科医療における行動制限には、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。本ガイドラインでは主に隔離と身体拘束の最小化と適正化について述べる。

### 2) 基本的な考え方

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行われる治療的介入とされる。しかし同時に心理的副作用を有し、治療関係の育成に負の影響を及ぼす可能性などをはらみ、患者人権と尊厳に関わる極めて重大な課題を内包する。行動制限の基本的な考え方における決定的な特徴は、先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を始点

とする点である。したがって本指針は、適応よりも最適化のためのガイドラインと解釈すべきである。行動制限はあらゆる代替法が無効か、あるいは有害な場合に、適切なプロセスによって実施されるべきである。また行動制限中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。

### 3) 代替え方法<sup>9-11)</sup>

代替え方法の検討は、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。代替え法にはいくつかのものが知られており、すべてについて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法を例示しておくことが有用である。心理的介入によるディエスカレーション、タイムアウト、薬物による対応、チューブ類の必要性再検討、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。やむをえず隔離・身体拘束が実施された後も、常に最小化できるよう代替え手段は継続的に模索されるべきである。

### 4) 法的根拠と医学的根拠

本邦における行動制限の法的根拠は精神保健福祉法である。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。したがって同法では、精神保健指定医による専門医学的判断と患者への告知、診療録記載、観察、診察の義務などによって合法性を確保している。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。一方行動制限の科学的根拠や医学的根拠は、主に経験則による。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。また精神科領域においては、他の患者との関係性を著しく損なう場合や他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る。さらに、身体合併症治療や補液・栄養管理を行なう際に、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。

### 5) 設備（病棟・隔離室構造）

隔離室はナースステーションに近接していることが望ましい。ナースコールの設置は適応となる症状特性や構造から困難とされてきたが、近年では設置するべきとの考え方も多く、できれば設備として検討されることが望ましい。あるいは頻回の観察で対応すること（IV-1-4）参

照)。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が、同時に患者の尊厳を損ねないようなアメニティが確保されるべきである。両者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。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。近年では可変式（フレキシブルタイプ）個室の開発もある。また、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しなければならない。

## 6) 隔離

隔離にあたっては、患者に目的を明確に告知し、静穏化が得られたら速やかに解除されるべきである。観察下における時間開放はあらゆる事例において積極的に試みられるべきである。隔離下にある患者の人権、プライバシー、財産が確実に保護されるよう保障すること。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。

## 7) 身体拘束

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。装着については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（IV-1-4）参照）によって、他者からの保護を確実に保障した上で、ナースステーションに近接した多床室で身体拘束を行うなどの安全対策を講じるべきである。

## 8) 観察と記録

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、必ずこれを行うこと。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設定は無いが（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毎の具体的な観察頻度を明示しているものもある。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
- いつ開始したのか

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

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は有用である。

## 9) 行動制限最小化の方法<sup>12-15)</sup>

### ① リーダーシップ

リーダーシップは行動制限の最小化にとって最も重要な要素の一つである。リーダーシップには、巨視的には国や地方自治体からのもの、より細かくなれば各医療施設や病棟単位におけるものまで様々な段階が存在する。リーダーシップは、そのリーダーが管轄する組織や地域における代表的な考え方や行動様式に大きく影響を与える。各段階におけるそれぞれのリーダーは、行動制限を最小化するために基本となる考え方ととるべき行動について明確な方向性を示し、継続的な組織作りを行なうべきである。

### ② データによる管理

行動制限の期間や頻度について、データによる振り返りを行うことは、今後とるべき行動の方向性を示す他、どのような因子が影響するかについても判明し、行動制限の最小化や適正な使用のための重要な情報をもたらす。各精神科医療施設は精神保健福祉法に関する通達で規定された行動制限の一覧性台帳を作成しなければならない。これを活用してデータ管理することや、データを最小化に役立てるために特定の臨床指標を用いてわかりやすく職員にフィードバ

ックされることが望ましい。

### ③ 最小化委員会

最小化委員会の設置や会議の開催は、当初診療報酬に盛り込まれたが、現在は精神保健福祉法にも登場し、各医療機関はこれを設置開催すべきである。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。

### ④ 診療ツール

診療ツールについては、アセスメント目的、記録目的、手順書として、アウトカム指標、インシデント記録、あるいはクリニカルパスウエイのような包括的な質管理の目的としてのものなど、あらゆるものが考案されてきている。ツールはスマートかつ有意義なものを目的としており、チームの共通認識にとって臨床的な有用性が高い場合には導入が望ましいが、かえって記録物が増え、業務が煩雑になることは避けるべきである。ツールの導入後は、チーム内でその有用性について継続的に検討しながら活用することが求められる。

## 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関わった者が全て含まれる。

### 1. 感染防止

暴力行為を鎮静化する過程において、患者または職員が受傷し、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、行動制限を要した全てのインシデントは確実に診療録に記載されると共に、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、全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. インシデントのレビュー

事故から教訓を得ること、職員・患者の支援、職員と患者および関係者との治療的関係性の再構築と促進を目的として職員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、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。事故後の職員の感情的、心理的サポートにおいて管理者の果たす役割は極めて重要であり、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。

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・職員の動き、果たした役割
- 今後の治療・ケアプラン

### 4. 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極めて深刻なインシデントでは直接、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持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、事故の発生に何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、暴力の影響は極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方が、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<sup>5)</sup>にも留意したサポートが求められる。

原則的には、攻撃・暴力のターゲットとなった者は、直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速やかに、必要な検査、医師による診察・治療、処置を行うこと。職員については、業務遂行の継続が可能かどうか、複数の職員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職員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職員が、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のが望ましい。事故により病気休暇を取得する場合、職員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、暴力の被害者になることは、職員が加害者になる可能性も高めるため、インシデント発生直後の加害者への直接ケアには、被害に遭った職員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

インシデントに関わった職員・患者、インシデントを目撃した他患者・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。

深刻なインシデント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職員以外の集団（または個人）に対し、インシデントの発生後速やかに、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)<sup>16,17)</sup> 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、職員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 被害者及び周囲の者に対する心理的ケア

### a. インシデント発生直後の対応

インシデント発生直後は、被害者に対して次のことを心がける。

- 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

深刻なインシデント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等）も必要である。

### b. 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。

- i. 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等）
- 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、一時のうさ晴らし等）

## ii. 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

## iii. 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等で啓発に努めることが望ましい。

## 5. 加害患者への対応

患者の十分な静穏化が得られたら、インシデントを振り返って自己洞察できるように援助する。加害患者への対応の目的は、「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こと」である<sup>2)</sup>。特に、行動制限の実施後、患者が職員とともに振り返り作業を行なうことは、隔離・身体拘束の長期的な予防手段として有用な手法であり、行動制限の実施においては必ず行われることが望ましい。攻撃性や衝動性などの症状推移を見極めたうえ、それ以前の病状や隔離・身体拘束を受けたことへの認識、今後このような処遇をいかに最小化するかなどについて治療者と患者が共同作業によって振り返る。その後の中長期的な治療方針にも反映させられる有用性がある。患者の治療参加という点においても大きな意義がある。

## 参考文献

1. 社団法人日本看護協会：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, Crowner M, Cosgrove V: Emergency treatment of agitation and aggression. *Emergency Psychiatry* (ed. Allen MH), *Review of Psychiatry* vol. 21, American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC, London, England, 2002
3. National Institute for clinical excellence (NICE): Clinical Guideline 25, Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments, Issue date: February 2005
4. 包括的暴力防止プログラム認定委員会編：医療職のための包括的暴力防止プログラム, 医学書院, 2005
5. 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.
6. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence, Occupational Hazards in Hospitals, April 2002
7. International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO), Public Services International (PSI): Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector, 2002
8. Rachel L Glick, Jon S Berlin, Avrim Fishkind, et al. : *Emergency Psychiatry: Principles and Practice*. Lippincott Williams & Wilkins, 117-147, 2008
9. 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
10. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. *J Psychiatr Pract.* 2005 Nov;11 Suppl 1:5-108; quiz 110-2.
11. Jack Zusman; *Restraint & Seclusion* (third edition). Understanding the JCAHO standards and federal regulations. Opus communications, 2001
12. 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
13. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B; Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *Br J Psy*, 191, 298-303, 2007
14. 浅井邦彦、五十嵐良雄、久保田巖ほか：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，浅井邦彦（主任研究者）医療法人静和会浅井病院，千葉，2000
15. 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

16. 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
17. 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
18. 澤温 : 暴力からの被害の回避, 対処. 精神科専門医のためのプラクティカル精神医学 (山内俊雄 ほか編) . 中山書店, 2009
19. 杉山直也 : 興奮状態への対応. 精神科専門医のためのプラクティカル精神医学 (山内俊雄 ほか編) . 中山書店, 2009



## 索引

- アウトリーチサービス 1, 4
- 移送制度 4
- 医療安全 8
- インフォームドコンセント 7, 11
- 隔離室 5, 28, 29
- 観察レベル 25
- 危機管理ブリーフィング 34
- 救急処置室 5
- 救急搬送 4
- 携帯用発信機 18
- 警察官職務執行法 4
- 警報装置 18
- 限界設定 24
- 行動制限 27
- 行動制限最小化 30
- 消防法 4
- 身体拘束 29
- 精神科救急医療施設 5
  - 合併症対応施設 2, 5, 6, 7
  - 常時対応施設 2, 5, 6, 7
  - 病院群輪番施設 2, 5, 6, 7
- 精神科救急医療情報センター 2, 3
- 精神科救急医療センター 2
- 精神科マクロ救急医療 1
- 精神科ミクロ救急医療 1
- 精神科救急入院料病棟 2
- タイムアウト 24
- チームテクニクス 27
- ディエスカレーション 23
- 同意能力 11, 12
- 徒手的拘束 26
- 二次受傷 33, 34
- 入院基準 9
  - 医療保護入院 9
  - 応急入院 9
  - 緊急措置入院 9
  - 措置入院 9
  - 任意入院 9
- パレンスパトリエパワー 9
- ブレイクアウェイ 26
- 暴力インシデント 32
- ポジションパワー 25
- ポリスパワー 9
- リスクアセスメント 20
- リスク管理 8
- 連絡調整委員会 2, 3



精神科救急ガイドライン2009「興奮・攻撃性への対応」 (日本精神科救急学会)

**監修**

澤 温 (理事長・医療政策委員)

平田 豊明 (理事・医療政策委員長)

飛鳥井 望 (理事)

**執筆**

飛鳥井 望 (理事)

佐藤 雅美 (理事・医療政策委員)

杉山 直也 (理事・医療政策委員)

**執筆協力**

川畑 俊貴 (理事・医療政策委員)

鴻巣 泰治 (評議員・医療政策委員)

白石 弘巳 (監事・医療政策委員)

塚本 哲司 (評議員・医療政策委員)

中島 豊爾 (理事・医療政策委員)

八田 耕太郎 (理事・医療政策委員)

**監修協力**

下里 誠司 (信州大学)

野田 寿恵 (国立精神神経センター)

(執筆以下 アイウエオ順)