精神科救急医療 ガイドライン

2015年版

監修:日本精神科救急学会 The Japanese Association for Emergency Psychiatry

編集: 平田豊明 杉山直也

『精神科救急医療ガイドライン 2015 年版』の発行にあたって

日本精神科救急学会は、所属機関や職種を問わず、精神科救急医療にかかわりと関心のある人々が集い、1997(平成9)年に立ち上がった任意団体である。その基本理念は、精神科救急・急性期医療の改革を梃子として、長期在院に依存するわが国の精神科医療を短期入院・在宅ケア主体へと構造転換することであり、そのための技術を磨き、制度改革を促すことである。

絶え間なく変動する精神科救急および急性期医療の現場の道しるべとして、本学会は、2003(平成15)年に『精神科救急医療ガイドライン』を上梓した。そこでは、アメリカ精神科救急医学会(American Association for Emergency Psychiatry)のガイドラインに準じて、基本的な考え方、アクセスのよさ、患者の人権への配慮、治療ガイドライン、スタッフ配置、施設および設備の6項目を総論に設定し、さらに入院基準、インフォームドコンセント、鎮静法指針を各論に立てた。そして、必須(「〜ねばならない」「〜のこと」「〜の必要がある」など、推奨(「〜とすべきである」「〜が重要である」「〜が肝要である」など)、最適(「〜が望ましい」「〜が最適である」「〜を目指すべきである」など)といった3階層に分けて記述するように努めた。2007(平成19)年には、規制薬物関連精神障害ガイドラインが加わり、2011(平成23)年には早くも改訂された。

その後の治療技術の進歩や本学会がリードする各種研究の成果などを踏まえて、2009 (平成21) 年、ガイドラインは全面改訂された。初版の総論は再編され、興奮・攻撃性への対応、薬物療法、自殺未遂者対応の3項目が独立した。改訂作業は医療政策委員会が牽引したが、全会員に意見を求めて修正を重ねた上で発行された。

2009年の改訂以降も、本学会がリードする国の研究班によって、全国の精神科救急医療体制整備事業と精神科救急入院料病棟の運用実態が毎年モニタリングされた。2012(平成24)年には、医療法改正により精神疾患が第5の国民病に指定され、救急医療を含む地域医療計画の策定が都道府県に義務づけられることとなった。同じ年、精神科救急医療に関する国の検討会が開催され、翌2013(平成25)年の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)の改正では、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。この法改正を受けて、精神病床の機能分化と在宅医療の強化を目指した検討会が企画され、救急医療と急性期入院治療の重要性が再確認された。そして、2014(平成26)年の診療報酬改定が、こうした方針を一部援護した。

急流ともいえる近年のこのような動きを受けて、今回のガイドライン改訂作業は行われた。今回の改訂では、この間の制度改変や研究成果を踏まえて、総論が大幅に改訂されたほか、興奮・攻撃性への対応、薬物療法、自殺未遂者対応の内容が膨らみ、受診前相談が新規に追加された。また、規制薬物関連精神障害ガイドラインへの追補版として、『危険ドラッグ対応ハンドブック』が公刊された。

時代の動きを鋭敏に反映する精神科救急の現場感覚に即して、本ガイドラインは、今後も改訂され続け、わが国における精神科救急医療の歴史を刻む 資料となろう。後世、「医療資源や治療技術の貧しかったあの時代に、よく 健闘した」と評価される時代が来ることを切望するものである。

2015年11月吉日

日本精神科救急学会理事長 平田 豊明

目 次

『精神科救急医療ガイドライン 2015 年版』の発行にあたって

第1章 総論

2. 告知義務 25

はじめに 2	
I. 精神科救急医療に関する用語の整理 1. 精神科救急とは? 3 2. 精神科救急ケースの分類 3 3. 精神科救急ケースの緊急度評価 4	3
II. 精神科救急医療体制整備事業 1. 精神科救急医療体制整備事業の歴史と構造 6 2. 精神科救急医療へのアクセス手段 10	6
Ⅲ. 精神科救急医療施設1. 施設および設備 112. スタッフ配置 123. 診療体制 134. 患者の人権への配慮 145. 医療安全とリスク管理 15	11
Ⅳ. 急性期治療の戦略とクリティカル・パス1. 急性期治療の基本戦略 162. 急性期治療の構造─3つの段階 183. クリティカル・パス 19	16
V. 精神科救急医療施設への入院基準 1. 自発入院(任意入院)の判断基準 23 2. 非自発入院の判断基準 23	22
VI. インフォームドコンセント 1. インフォームドコンセントの成立要件 24	24

3. 精神科救急医療におけるインフォームドコンセント 25

	222 = V TILI = M
3 35	受診前相談

1+	ハル	1-	28
19	じめ	۱ –	20

T 集神叭协会桂和4、7.5 (集神医病和迷療口) 棚袋	20
I. 精神科救急情報センター (精神医療相談窓口) 概論 1. 精神科救急医療体制における精神科救急情報センター (精神医療	
1. 相性科及感医療体制における相性科及感情報 ピンダー (相性医療 相談窓口) の役割 29	
他談念ログの役割 29 2. 受診前相談の目的 30	
2. 文衫削怕談の目的 30	
Ⅱ. 精神科救急情報センター(精神医療相談窓口)における対応の基本	33
1. トリアージ (triage) 33	
2. 精神科救急事例への対応 40	
3. 非精神科救急事例への対応 41	
4. 頻回相談事例への対応(頻回相談事例化を防ぐ) 41	
第3章 興奮・攻撃性への対応	
はじめに 52	
T (四本 元型44.50)	
I. 興奮・攻撃性の定義	- 53
Ⅱ. 興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方 ―――――――	– 54
1. トラウマインフォームドケア 54	
2. 精神科医療サービスの質向上と患者との協働 55	
Ⅲ.興奮・攻撃性の予防	- 57
1. 環境整備 57	
2. 攻撃性・暴力の予測 59	
3. 職員の研修・トレーニング 63	
Ⅳ. 攻撃性・暴力への介入	_ 63
1. 心理的介入 63	0.3
2. 薬物療法 66	
3. 身体的介入 68	

5. 対象者の特性に配慮した介入 76	
V. 暴力インシデント発生後の対応 1. 感染防止 80 2. インシデントの報告および情報共有 80 3. 事故後のサポート 80 4. インシデントのレビュー 83 5. 加害者への対応 84	— 79
第4章 薬物療法	
はじめに 90	
I. 焦燥・興奮に対する薬物療法 1. 原 則 93 2. 投与経路の選択 93 3. 焦燥とアカシジアとの鑑別を要する場合 102 4. 鎮静後の観察 103 5. 静脈血栓塞栓症の予防 103	— 93
II. 昏迷, 拒絶(拒食・拒薬), 摂食量の不足 1. 昏 迷 106 2. 拒絶(拒食・拒薬), 摂食量の不足 108	- 106
 Ⅲ. 精神病性障害急性期の薬物療法 1. 第一選択薬 110 2. 抗精神病薬への治療反応の早期予測 113 3. 早期反応不良例における抗精神病薬の切替えと併用 115 4. 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 117 5. 併用薬 119 6. 副作用の視点から 120 7. 抗精神病薬持効性注射製剤 122 	- 110

4. 行動制限 70

第5章 自殺未遂者対応

はじめに 136

I. 自殺予防と自殺未遂者対応 1. ガイドラインの対象(自殺関連行動の定義) 138 2. 自殺の危険因子 139 3. 自殺未遂者への対応で留意しておくべきこと 139 4. 自殺の一~三次予防 140	— 138
II. 自殺未遂者ケアの体制 1. 自殺未遂者ケアの全体像 140 2. 精神科救急医療に求められるタスク 142 3. 基本姿勢 142	— 140
[実践編]	
■. 自殺未遂者対応フロー1. 3つの基本軸とその他の重要事項に関する実践項目 145	— 145
IV. 自殺未遂者ケアの実践項目1. 自殺関連行動の把握とトリアージ 1462. アセスメント 1513. アクション 1624. その他の重要事項 176	— 146

索引 185 執筆者一覧 189