第1章

総論

- I. 精神科救急医療に関する用語の整理
- Ⅱ. 精神科救急医療体制整備事業
- Ⅲ. 精神科救急医療施設
- Ⅳ. 急性期治療の戦略とクリティカル・パス
- V. 精神科救急医療施設への入院基準
- VI. インフォームドコンセント

総論

はじめに

精神科医療の歴史は、精神科病院の歴史であり、病を受けた人々の処遇の歴史である。精神科病院の原型は、近世フランスにおける一般施療院のように、「非理性」や「規範外」の人々を社会的に隔離する収容施設であり、治療施設ではなかった。現代社会にあっても、この機能は、精神科病院のうちに残存している。

欧米諸国は、1960年代から政策的に精神科病院を縮減し、精神科医療を地域でのケアにシフトさせてきた。この政策を無条件に礼賛する必要はないにせよ、また、統計数値に定義の問題があるにせよ、世界標準からみると、わが国の精神科医療は、欧米諸国が前世紀中にほぼ脱却した長期在院構造に依拠したままである。

例えば、人口がわが国の半分である英国では、精神科在院者数は約2万人、年間の非自発入院は2千数百件であるのに対して、わが国の在院者数は約30万人、非自発入院は年間およそ14万件に及ぶ。在院患者30万人のうち20万人は、1年以上の長期在院者である。そして、年間約40万人の新規入院者のうち5万人が1年以上の長期在院に移行する。

日本精神科救急学会(以下,本学会)は、わが国の精神科医療における長期在院依存構造を克服すべく、精神科への入院を安易な社会的隔離の手段として用いないこと、および精神科病棟を長期収容の器として用いないことを目指して創設された。精神科病院を長期在院が前提の療養施設から、短期集中的な治療施設ないし治療装置に変えること、と言い換えることもできる。

この創設理念を実現するために精神科救急医療が担うべき任務は、以下の 3点に要約される。

第一の任務は、重症の救急ケースに手厚い医療を提供して、長期在院を防止し、早期のうちに地域社会に戻すことである。そのためには、急性期の入院治療を担う高規格の精神科病棟と高度な治療技術が欠かせない。これが本学会の創設理念にとって、最も重要な任務である。

第二の任務は、地域社会で生活する精神科利用者への適切な危機介入である。すなわち、小規模のうちに危機的状況を緩和することによって、病状の悪化と再入院を防止し、在宅ケアの維持を支援することである。地域包括ケアにおける精神科救急医療の役割を強化することにもつながる。そのためには、精神科医療に対する利用者の信頼を高め、多様な危機介入サービスを提供することが求められる。

第三の任務は、精神疾患に起因する不幸な転帰(死亡や重大事件)を未然に防止することである。この任務を遂行するためには、救急ケースを鋭敏に 感知するセンサーとしての電話相談や迅速な医療アクセスの仕組みが必要である。

これらの任務を首尾よく達成することを目指して,このガイドラインは作られた。

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?

精神疾患によって自他への不利益が差し迫っている状況を「精神科救急状態」と定義する。

このような状況にある当事者本人を「精神科救急ケース」または「精神科救急事例」と呼び、精神科救急状態に対する介入活動を「精神科救急対応」もしくは「精神科救急サービス」と呼ぶ。精神科救急サービスのうち、特に医療機関が主体となった活動を「精神科救急医療」もしくは「精神科救急医療サービス」と呼ぶ。医療の対象となった精神科救急ケースは、「精神科救急患者」と呼ぶことがある。

精神科救急医療が指し示す内容は、狭義には救急外来での危機介入や医学的処置などの救急診療であるが、広義には急性期入院医療が含まれる。これが最も重要な領域である。双方の包含をあえて強調する場合は、「精神科救急・急性期医療」と並列的に表記することもある。

単に「精神科救急」というときは、以上のすべてを包括する総称で、前記のどれに重点を置くかは文脈による。

2. 精神科救急ケースの分類

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、受診時に自発 的な受診意思がどれくらいあったか、受診後にどのような治療形態となった か、といった観点から、以下のように分類される。

1) 救急状況の認識主体による分類(受診前)

精神科救急ケースであることを誰が認識するかによって,精神科救急ケースは3分類される。

- ① 個人内救急 (ケース): 当事者本人が, 自分は救急状態にあると認識する場合。
- ② 家庭内救急 (ケース):家族が救急状態を認識する場合。
- ③ 社会的救急 (ケース):通行人などの第三者が救急状態と認識する場合。 通常は消防や警察が介入する。

2) 受診意思による分類(受診時)

精神科受診の自発性による分類で、自発的な受診の場合を「柔らかい救急 (ケース)」、受診を拒絶する場合を「堅い救急 (ケース)」と呼ぶ。その両極の間に、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。最も堅い救急ケースは、(緊急) 措置診察の対象者である¹゚。

3) 治療形態による分類 (受診後)

救急受診後の治療形態によって,以下のように3階層化される。

- ① 一次救急 (ケース):入院を要しなかった場合。
- ② 二次救急 (ケース): 任意入院, 医療保護入院, 一般病棟入院となった場合。
- ③ 三次救急(ケース):応急入院,措置入院,緊急措置入院となった場合。 二次救急と三次救急の違いは,二次救急が本人もしくは家族等による契約入院であるのに対して,三次救急は契約行為が介在しない非自発入院である点にある。ただ,市区町村長の同意による医療保護入院は,契約入院とは言い難い。そもそも医療保護入院が契約入院といえるのかについては,議論のあるところである。また,臨床的には,二次救急が三次救急ケースより軽症とは限らない。したがって,二次救急と三次救急の区分は,法の規定による便宜的な分類に過ぎない。

3. 精神科救急ケースの緊急度評価

医療機関からみた精神科救急ケースの緊急度は、病状はもとより、行動病理や治療関係など、以下のような因子群によって多元的に評価される²⁾。

1) 病状因子

精神症状の重症度を示す因子。GAF(global assessment of functioning;機能の全体的評定),BPRS(brief psychiatric rating scale;簡易精神症状評価尺度),PANSS(positive and negative syndrome scale;陽性・陰性症状評価尺度)など,評価尺度によって定量的に評価できる。

2) 行動因子

行動病理の重症度を示す因子。以下に評価の1例を示す(本章V節の入院 基準を参照)。

- (1) 自傷行為
 - ① なし
 - ② 軽度:他科受診を要しない身体症状あり
 - ③ 中等度:他科での外来診療を要する身体症状あり
 - ④ 重度:他科での入院治療を要する身体症状あり
- (2) 他害行為
 - ① なし
 - ② 軽度:威嚇的言動あり
 - ③ 中等度:器物損壊あり
 - ④ 重度:身体損傷を伴う攻撃行動あり

3) サポート因子 (家族因子)

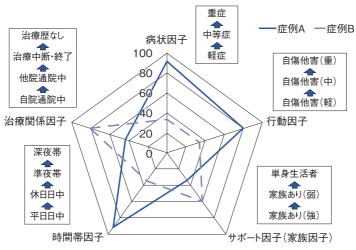
同居可能者など支援者の有無とサポート能力を示す因子。以下に評価の1 例を示す。

- ① サポート能力を期待できる同居可能者もしくは支援者あり
- ② 同居可能者はいるが、サポート能力を期待できない
- ③ 同居可能者なし、もしくは情報なし

4) 時間帯因子

受診の時間帯という因子。以下に評価の1例を示す。

- ① 平日日中
- ② 休日日中
- ③ 準夜帯 (17 時~ 22 時)
- ④ 深夜帯 (22 時~8 時半)



図] -] 精神科救急ケースの緊急度評価(例)

5) 治療関係因子

医療機関との治療関係を示す因子。以下に評価の1例を示す。

- ① 自院通院中
- ② 他院通院中
- ③ 受診歴あるも、現在は治療関係なし
- ④ 受診歴なし、もしくは情報なし

これらの5因子による多元的な評価例を、図1-1に2例示す。本学会および本ガイドラインの主要な論題は、この図のレーダーチャートが大きく広がる重症ケースの治療および処遇である。

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

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、1995(平成7)年に国と都道府県が運営費を折半する公共事業として立ち上がった(当初は精神科救急医療システム整備事業)。本事業の認可にあたって、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(平成20)年度からは、入院医療施設が「常時対応型施設(精神科救急医療センターの発展的解消)」「病院群輪番型施設」「身体合併症対応施設」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、加えて、精神科救急病院への指定医当直支援などが要請された。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す改定が行われた。

2010 (平成 22) 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) の一部改正により、第 19 条の 11 に精神科救急医療体制整備が都道府県の努力義務として明記された (2014 (平成 26) 年 4 月施行)。 2011 (平成 23) 年には精神科救急医療体制に関する検討会により、精神科救急事業の強化、身体合併症対応能力の向上、評価指標の導入を 3 本柱とする報告書が提示され、精神科救急医療体制の整備方針が示された³⁾。

また、2013 (平成 25) 年に改正された精神保健福祉法第 41 条の規定による「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」では、在宅ケアを支援する精神科救急事業の重要性が謳われ⁴、続いて開催された「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」では、新たな長期在院者を生み出さないための精神科急性期医療の意義が強調された⁵。

精神科救急事業は、2002(平成14)年度末までに、全都道府県に普及し、2014年度には、空床確保料を中心に、国と都道府県を併せて40億円近い公費が投入されるなど、公共事業としては定着した観がある。2012(平成24)年度、精神科救急情報センターは40の自治体に設置され、精神医療相談事業は29自治体に設置されていた60。2013年度、これらの相談窓口には14万件以上の相談があり、約4.2万人が受診、4割以上の約1.8万人が入院となっている20。

しかし、それらの実績には地域差が著しく、医療の質については評価のためのデータにも乏しい。身体科救急医療に比べると、技術水準でも標準化でも、大きな遅れをとっていることは確かである。いつ、どこで精神科救急状態になったかによって、受けられる医療サービスの質は大きく異なる。精神科的な重症度に応じた医療が提供されているとは限らない。これが、2015(平成 27)年現在における、わが国の精神科救急事業の現状である。

2) 精神科救急医療体制整備事業の構造

本学会は、わが国の精神科救急事業の現状を踏まえ、2012 年 12 月、「今後の精神科救急医療に向けた提言」を公表した。そして、本文の冒頭で、「いつでも、どこでも、誰でもが適切な精神科救急医療サービスを受けられるよう、都道府県や医療機関は積極的な体制整備の推進を」と題して、精神科救急事業の拡充を訴えた7)。

本ガイドラインでは、この提言の趣旨を生かしつつ、精神科救急事業が兼ね備えるべき構成要素を示し、それぞれの要素に即して指針を示すこととする。なお、本事業の機能を評価するための詳細な採点基準も存在するので、参照されたい⁸⁾。

精神科救急事業は、以下のような要素から構成される。

- (1) 精神科救急医療へのアクセス手段(運用基準については後述)
 - ① 受診前相談窓口 精神科救急情報センター事業もしくは精神医療相談事業が運用されるべきである。
 - ② 救急搬送体制 消防,警察による搬送,行政による移送事業が適切に運用されるべきである。
 - ③ アウトリーチ 医療機関や行政機関による評価と医療導入のためのアウトリーチ活動が 実施されることが望ましい。
- (2) 精神科救急医療施設(施設基準や運用基準については次節で後述)
 - ① 常時対応型施設 すべての精神科救急ケースに常時対応できる基幹的病院。精神科救急入 院料病棟を有するべきである。
 - ② 身体合併症対応施設 心身複合救急ケースに常時対応できる病院。精神科救急・合併症入院料 病棟を有するべきである。
 - ③ 病院群輪番型施設 輪番制を基本として一定の精神科救急ケースに対応する病院。精神科救 急入院料病棟もしくは精神科急性期治療病棟を有することが望ましい。
 - ④ 初期対応施設 専ら、一次救急ケースに対応する病院もしくは診療所があってもよい。
- (3) 病院間連携システム
 - ① 身体科医療施設との連携 精神科救急医療施設は、互恵的に連携できる身体科医療施設を近隣に有

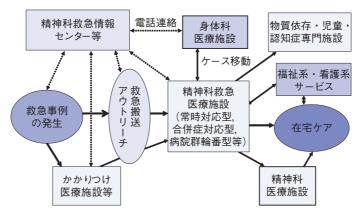


図 1-2 精神科救急医療体制の関連要素

するべきである。

- ② 空床確保のための転送システム 基幹的な精神科救急医療施設が救急用の空床を確保するために、転院システムが構築されてもよい。
- ③ 専門治療のための転送システム 児童・思春期ケース,依存症ケース,認知症ケースなど,急性期治療後 に専門的な治療を要するケースの転送システムが構築されてもよい。

(4) 地域連携システム

- ① 医療系サービスとの連携 急性期治療後の外来診療を委託する精神科診療所との病診連携。訪問看 護ステーションなどとの連携が構築されてもよい。
- ② 福祉系サービスとの連携 グループホームなどの居住サービス機関,地域生活支援機関,就労支援 機関,介護サービス機関などとの連携が構築されることが望ましい。
- ③ 多機関の連絡調整システム

本事業を運営する自治体は、関係機関の代表者による会議を年に1回以 上開催し、本事業の運用にかかわる案件の協議や実績報告などを行わなく てはならない。また、関係者を対象として、本事業の運用にかかわる事例 検討会や研修会を開催することが望ましい。

以上の構成要素を図1-2に一覧表示する。

2. 精神科救急医療へのアクセス手段

1) 精神科救急情報センターおよび精神医療相談

これらの受診前相談事業については、第2章で詳述する。

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

消防法では、消防署救急隊の本来任務は、路上や駅などの公共スペースで発生した傷病者を救助することであるが、条例によって、精神科・身体科を問わず、在宅の傷病者も救助・搬送できることとなっている。在宅の患者・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、受入れ先の確保や搬送距離の長さに負担を感じている。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最寄りの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) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (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患者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。

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、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。

しかし、かつての往診による非自発入院への批判もあって、医師が救急の 現場に赴くアウトリーチサービスは、わが国の精神科医療ではほとんど実績 がないのが現状である。欧米の精神科移動救急サービスやわが国のドクター カーなどの実践に倣って、精神科においてもアウトリーチが活用できる条件 が整備されるべきである。

Ⅲ.精神科救急医療施設

精神科救急医療体制整備事業は、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。精神科救急医療の質は、救急医療施設の陣容と機能によって決定される。迅速で的確な救急診療と良質な急性期入院治療を全国どこにいても受けられなければ、わが国の精神科医療は医療界における屈辱的なポジションから脱却することができない。

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。本節では、設備、人員、診療体制、権利擁護、安全管理といった病院運営にかかわる枠組みについてガイドラインを示し、次節で急性期治療の戦略を提示する。

1. 施設および設備

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、十分な面積をもつ救急処置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、ストレッチャーとベッドとを同時に収容できる広さ)。
- ・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

2) 検査体制

- ・身体合併症対応施設においては、血算、生化学的検査、レントゲン単純撮影、CT 検査が常時可能でなければならない。その他の救急医療施設でも、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。
- ・心電図検査は、全施設で常時可能でなくてはならない。
- ・簡易尿中薬物検査キットは、全施設で備えるべきである。

3) 病棟部門

- ・常時対応型施設と身体合併症対応施設では、受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。病院群輪番型施設でも、同様の個室率を有するべきである。
- ・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(11m²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。
- ・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。身体合併症対応 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。
- ・身体的拘束の器具は、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。身体的拘束に伴う深部静脈血栓を 防止するための器材と技術(D ダイマー検査、ヘパリン投与、下腿マッ サージ器など)を備えるべきである。
- ・電気けいれん療法は、できるだけ侵襲が少なく骨折や咬舌事故の起こりに くい修正型電気けいれん療法を施行すべきであり、そのための器材と技術 を備えるべきである。

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。

- ・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) も常駐することが望ましい。
- ・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

- ・常時対応型施設と身体合併症対応施設では、入院患者 16 人に 1 人(16対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以上の看護体制が望ましく、10対1体制が確保されているべきである。
- ・常時対応型施設では、病棟専任の精神保健福祉士が複数人配置されている ことを要する。その他の精神科医療施設でもそれが望ましい。
- ・心理士、作業療法士、薬剤師も専任配置されていることが望ましい。

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。
- ・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。

- ・バイタルサインと身体状況
- •家族歷,家族構成
- ・生活歴(教育歴,職歴,配偶歴など)
- ·身体科的·精神科的既往歷
- ・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)
- ・心理社会的背景(経済状況、対人ネットワーク、社会資源利用状況など)
- ・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)
- ・暫定診断 (ICD もしくは DSM の最新版に準拠していること)
- ・現実検討能力ないし判断能力の評価
- ・治療形態の決定(外来治療・他医療機関紹介・入院とその形態など)
- ・受診時や入院時の医学的処置(処方・処置内容・精神療法の内容など)
- ・行動制限の理由と告知内容

- ・治療に対する患者本人の意見や態度
- ・治療に対する代諾者の同意や考え
- ・病状説明, 治療方針, 契約事項など

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(本章 V節に詳述)。
- ・入院に際して,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(詳細は第4章「薬物療法」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(第4章「薬物療法」に詳述)。
- ・電気けいれん療法についても、適応や手技、手順、効果判定などについて、 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・身体的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

- ・身体合併症対応施設では、自施設内での対応(身体管理における「並列モデル」と呼ぶ)ができることを要する。
- ・常時対応型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 (同じく「縦列モデル」と呼ぶ)を要する。
- ・病院群輪番型施設においても、同様の体制が構築されているべきである。
- ・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、患者の人権の尊重については特段の配慮が求められる。

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(本章VI節に詳述)。

- 2) 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等、人権擁護にかかわる外部委員が含まれることが望ましい。
- 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、行動面や情動面の激しい症状を伴いやすく、身体的問題を伴いやすいなど、特有のリスクを有する。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開かれること。
- 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)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) 身体的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。

Ⅳ. 急性期治療の戦略とクリティカル・パス

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もならない。重度の急性病態にある患者に適切な医療を提供して速やかな病状改善を図り、地域社会に戻す病棟でなくてはならない。病棟がこの機能を維持するためには、急性期治療の戦略が不可欠である。本節では、その基本戦略を示した上で、3つの段階からなる急性期治療の構造を解説し、これらを一覧表に落とし込んだクリティカル・パスについて論及する。

なお,急性期入院治療の戦略・戦術については,本学会の計見一雄・初代 理事長の著書^{9,10} に詳しい。本節の基盤となった指南書でもあるため,本 学会として一読を推奨する。

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期治療病棟,精神科救急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カ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など。

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得ない場合は、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並行すべきである。

(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

例えば、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ら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、精神科急性型包括入院料(精神科救急入院料および精神科急性期治療病棟入院料)においては、3カ月以内に8割以上の退院が可能である²⁾。

本ガイドラインにおいても、3カ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と院内再発を招き、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)が退院に至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、次の段階に進む目安(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・安心感の保障(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。鎮静系の抗精神病薬を就寝前に重点投薬し、睡眠の確保を図る。薬物療法の効果がなく、生命的危険を伴うケースには電気けいれん療法も検討。精神療法的アプローチとしては、医師・看護師による心身一体的な密着的ケアで安全感を保障することが最重要。治療同盟の基盤となる。

(4) 目標期間

2週間以内。

(5)次の段階に進む目安

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。

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期を離脱し、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。抗精神病薬の減量は慎重に。入院に至った「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)次の段階に進む目安

介助なしで入浴が可能になること。他の患者と雑談ができること。

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であるが、ケースによっては個室を要する。薬物療法は SDM(shared decision making;協働意思決定)を目指し、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形の調整を行う。ケースによっては、持効性注射薬の選択も考慮。心理教育、SST、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。「再生の物語」をつくり出す。

(4) 目標期間

4週間以内。

(5) 次の段階に進む目安

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. クリティカル・パス

以上の治療過程を一覧表示すると、今、患者はどの回復段階にあり、次の

段階に進むために何が必要か、誰がいつまでに何をすべきかというタスクが 浮き上がってくる。これがクリティカル・パスの基本型となる。

クリティカル・パスは、本来の用語がクリティカル・パスウェイ(critical pathway)であり、クリティカルな(生死を分ける)道筋を指し、所定の時間内に治療目標に到達するための最適な手順を意味する。エンドレスが前提であった伝統的な精神科病棟に制限時間付きのクリティカル・パスを導入するということは、医療者として相当の覚悟を要する行為であることを銘記すべきである。

なお、患者・家族への説明を考慮した「クリニカル・パス」という用語があるが、現在の精神科医療は、急性期入院治療の具体的な行程を時限付きで患者・家族に明示できる水準には達しているとはいえない。したがって、ここでは、スタッフが治療目標として活用すべき行程表のみをクリティカル・パスと呼ぶこととする。患者・家族用のクリニカル・パスは、今後さらに実践と議論を重ねた上で提示されるべきものであろう。

1) クリティカル・パスの意義

クリティカル・パスは、各ステージにおけるスタッフのタスクを列挙し、 達成度を機械的にチェックするための一覧表ではない。一定の時間内に一定 のタスクを達成するという治療者側の決意表明であり、達成できなかったと きに治療方針の再検討に用いる参考資料である。

バリアンス(variance)という用語は、治療が難航した要因を患者の重症度に帰着させる「標準外」の印象を与えるが、本来は、「標準」を見直すための貴重な症例なのである。すなわち、クリティカル・パスとは、予定された治療行程のチェック表ではなく、予定した治療の内容を点検するためのツールと理解すべきである。

2) クリティカル・パスの構造

表1-1 に、計見によるクリティカル・パス作成のための基本的な考え方を示した ¹⁰。長年の臨床観察から抽出されたエッセンスを布置し、推敲を重ねてつくられた急性期治療の要諦といえる。左端の列に並べた項目は、各治療段階で必要なハードウェア、医師と看護師のタスク、患者のタスクと精神病理を示す。クリティカル・パスの完成型モデルではなく、その設計ポリシーを示したマトリクスである。

各医療現場でこの表を参考に議論を重ね、独自のクリティカル・パスを作成ないし改訂することを本学会として推奨する。さらに、施設間で討論ができれば、わが国における精神科急性期治療は進化するであろう。

表 1-1 急性期精神病治療の三拍子

急性期精神病治療の3段階・・・物理構造,医師の使命,看護師の看護態度,患者の達成目標および各段階 の精神病理

	I期	Ⅱ期	Ⅲ期
A. 物理構造,施設,設	安全と即応性および近接性を保障する構造と器機:隔離室に準じた個室が最適。双方向性のコミュニケーションが保障される(音声モニター等)装置。画像モニター。バイタルリスク(衰弱、合併症、自殺のおそれ)に心肺モニター設備のあるPICU。安全に抑制できる器具とベッド。	内錠可能な個室(安全感の保障)。 遮光カーテン(昼光と熟睡の保障)。 自殺予防の仕組み(便所の工夫,加 重落下式カーテン,ドア金具の工 夫)。床材をソフトにする(コルク 等)。	4床室と個室(半々くらいの割合で)。食堂といわゆるデイルームを別にする。外部と交流可能な設計。院外エージェントを交えた作戦会議室が必要。生活設計のために、地域での利用可能な資源に関する資料・情報が入手可能。病室・病棟というよりも再社会化キャンプ(ソーシャル・センター)の機能。
B. 医師のポジショ	密着,近接(匂いのわかる距離まで)。時間ごと、毎分の変化を追う。患者の状況を素早く看護師陣に伝達。安全な睡眠を確保する(過過 静を恐れ過ぎるな)。脱水への手コ て・輸液など、身体的コンディションに注意を払う。	病前生活状況と発病への道程の理解。「…だったんですね」と言えるかどうか。「病識」などに惑わされることなく「それは、さぞお困りでしたでしょうね」と言う。密接から距離を置く「見守る」位置。主な話し相手を、徐々に看護師に委ねていく。	別れと独立への配慮。心細さをよく 理解する。困ったら力になるという 保証。退院後の生活設計の大まかな 部分を作成。細部の実行計画は専門 職に委ねる。医師のポジションは 「外野」と思う。
C.看護師の仕事・態度	全面的介入。「死なせないぞ」「できないことは、全部やってあげる」と、う態度が基本。シャワー、入浴を面介助。相手が話せなくてもがは続ける。今しでもできる。名前で呼びかける。少しでもできそうになった日常動作は少しずつ自力で。	安静・安全の確保。 快適環境の能持。周囲からの侵入(物理的にもたたであれるから「私たた確にする」ととはゆっくが守ってあげる」ととはゆっく。「手見でいから自分でやっち」から「後ろから「手見守る」へ。 ウトウトして状態で 。こちからは「そう、大変でしたね」と相づちを打つ程度にとどめる。	病院内看護として任務はほぼ終了している。病棟内での動作振る舞いを援助しようとしない、面倒は見ないという決心。病棟外のエージェント(保健師、PSW、学校、職場、医療福祉関係機関、その他)、家族等とのネットワーク作成が主任務。それが出来上がれば、病院内看護師は不要となる。
(自律性)達成目標のタスク・1	食事の自立:常食でなくても。排泄が自力で可能となる。入浴・シャワー、洗面は看護師の手伝いでできる。夜は眠る…(薬物による)強制的睡眠でよい。	日常生活動作は、ゆっくりでも自力で。朝寝と午前中の眠気を、安心ひてたっぷり享受する。甘いものを欲しくなったら遠慮なく食べる。睡眠時間の延長と体重の増加が自安となる。看護師と仲良くなる。「助けられた」という実感の確証を得る。	多少のおっくうさが残るが、日常動作は自力で可能。食事量も病前とほぼ同じか、多少増加。8時間以上の睡眠が取れる(病前の睡眠時間が何時間あっても)。
(社会性)達成目標	言語コミュニケーションの回復:二言三言で意思伝達できればよい。言葉に集中できる時間は、せいぜい10秒くらいでも。衝動のコントロール、敵意の制御:直接的暴力はしない。今いる現状について、病院・医師・看護師などの大まかな理解。	自己の領域を侵犯されることへの恐怖感が強い→安全への希求。他人に気を遣うことに大疲労する。そのくせ他人への過剰な同情・思い入れをしがちである。他患の世話をしたがり、看護師に八つ当たりする傾向に自ら気づいて自己制御することを覚える。「私は私、ひとはひと」の体得。	旅立ちへの心構え。孤立感・孤独感 が強まることを予測する。困ったと きにどうするか、病院内に信じらい る相談先を見つける。入院に至った 経緯を回顧し、人間関係を再修復す るつもりになる。退院後に自分を取 り巻いてくれるであろったときの駆け 込み先として病院を理解する。
F.病理の読み取り	意思はあるが、表現できない。言語も動作も不能。動けない恐怖(「目覚めているのに金縛り」のよう)。恐怖と無動の相乗効果→恐怖が恐怖を呼ぶ。記憶への参照が妄想解釈を呼び出してしまう。動けないことに知り、フィードバックが途絶し、知覚過敏から幻覚の発生に至る。「現在」が成立しない。	「現在」の回復と他人との交流の再開。自発運動の回復とそれに伴うフィードバック回路の回復。少しの動作・行為の組み立てでひどく疲労する。行為の頓挫・未完成。	別れと独立に伴う不安。精神病後うつ病の可能性。不安のない人ほど再発しやすい。「大丈夫。ダイジョウブ」→3日で再発。「ダイジョウブかな?」「ダイジョウブかな?」「ダイジョウブ、大丈夫」という会話が正解。

(計見一雄:急場のリアリティ. 医療文化社, 東京, 2010 より一部改変)

V. 精神科救急医療施設への入院基準

1987 (昭和 62) 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。

2013 (平成 25) 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」とやや曖昧な形になった。実質的には民法上の扶養義務者ないし後見人と同義であるが、優先順位が定められていないため、家族等の間で意見の相違があった場合、その調整は、事実上、医療現場に任されることとなった。医療保護入院が、公権力の権限(parens patriae power:国親的保護権限)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。

また、市区町村長による同意(以下「首長同意」と略記)の規定が狭められ、判断能力のある家族等が存在する限り、その全員が「入院はさせたいが、同意はしたくない」と意思表示した場合、首長同意による医療保護入院はできないこととなった。このため、救急医療の現場では、必要な入院医療の提供が遅れたり、あるいは、緊急措置入院が代償的に増加する可能性がある。

さらに、2013 年改正では、入院の同意者が入院後に同意を撤回しても、 直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、退院を 希望する場合には、入院に同意した「家族等」が精神医療審査会に退院を請 求する手続きを踏むことが必要となった。

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, 医療保護入院者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 議論があった。今後も、公的保護者制度や代弁者制度、それに、長期在院が 容認される「重度かつ慢性患者」の診断基準など、検討課題がいくつか残さ れている。

本ガイドラインでは、こうした経緯を踏まえ、インフォームドコンセントを分水嶺として、まず入院形態を「自発入院」と「非自発入院」に二分する。次いで非自発入院の判断基準を包括的に示し、さらに入院形態別の下位基準を示す。非自発入院の包括的基準は、国の研究費を受けて本学会が行った研究の成果(「重度かつ急性患者」の診断基準)を改変したものである¹¹。「精

神科への入院を安易な問題解決の手段にしない」「精神科病棟を収容施設から治療施設に変える」という本学会の創設理念を実現するための基準でもある。

1. 自発入院(任意入院)の判断基準

- 1)精神疾患に罹患していると診断される。
- 2) 入院治療が最適の治療形態と判断される。
- 3) 入院治療についてインフォームドコンセントが成立する。

2. 非自発入院の判断基準

- 1)精神保健福祉法が規定する精神障害と診断される。
- 2) 上記の精神障害のために判断能力が著しく低下した病態にある (精神病状態, 重症の躁状態またはうつ状態, せん妄状態など)。
- 3) この病態のために、社会生活上、自他に不利益となる事態が生じている。
- 4) 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。
- 5) 医学的介入によって、この事態の改善が期待される。
- 6) 入院治療以外に医学的な介入の手段がない。
- 7)入院治療についてインフォームドコンセントが成立しない。

1) 医療保護入院の判断基準

- (1) 非自発入院の診断基準をすべて満たす。
- (2) 措置入院・緊急措置入院には該当しない。
- (3) 判断能力のある家族等(扶養義務者や後見人等)の入院同意がある。
- (4) 判断能力のある家族等がいない場合は、市区町村長の同意でもよい。

2) 応急入院の判断基準

- (1) 非自発入院の診断基準をすべて満たす。
- (2) 措置入院・緊急措置入院には該当しない。
- (3) 判断能力のある家族等の存在に関する情報がない。
- (4) もしくは、判断能力のある家族等の存在は確実だが、連絡がとれない。

3) 措置入院の判断基準

- (1) 非自発入院の診断基準をすべて満たす。
- (2) この病態のために、自他を傷つける行為に及んだか、もしくは及ぶ可能性が高い。

自他を傷つける行為とは以下のようなものを指す(このうちi)は措置 入院の絶対適応、その他は程度や状況による相対適応。自殺の意思確認に ついては、第5章を参照)。保健所への通報や行政による措置診察の要否 判断に際しても、これらの事項が考慮されるべきである。

- ① 自傷行為
 - i) 致死性の高い自殺企図
 - ii) 致死性が高いとはいえない自殺企図
 - iii) 自殺の意思表示行動
 - iv) 自殺の言語的意思表示
- ② 他害行為(未遂を含む)
 - i) 身体的損傷を伴う対人暴力
 - ii) 前記以外の対人暴力
 - iii)器物破損
 - iv)その他の触法行為相当の他害行為
 - v) 触法行為以外の他害行為・迷惑行為

4) 緊急措置入院の判断基準

- (1) 措置入院の基準を満たす。
- (2) 病状が重度かつ急性のため、法定の措置入院手続きを遂行していた のでは、治療の開始が著しく遅れ、医学的に不利益を招く可能性が高い。

精神科救急医療施設への入院が認められるためには、以上の基準を満たすことがカルテに明記されていなければならない。

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

インフォームドコンセントは、外科手術などの治療に際して、治療者がリスクや代替医療(alternative medicine)も含む十分な情報を患者に提供し、

患者が自由意思(voluntariness)に基づいてこれらの情報を理解した上で、 治療に同意することを指し示す。現在では、外科手術に限らず、すべての医療行為に際して、このプロセスが求められている。

ただし、提供された情報を理解し意思決定する判断能力が患者に備わっていること(competency)が必要条件となる。このため、意識障害患者や幼少患者、それに重度の精神疾患患者については、インフォームドコンセントの成立が困難とされ、家族などが代わりに同意を付与することとされてきた。また、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。

2. 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上、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過ぎず、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思表示をする患者も 珍しくはない。

形式的告知への批判に対して、本学会は、「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至った患者からは、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ため、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。

3. 精神科救急医療におけるインフォームドコンセント

以上のような観点から、本学会は、精神科救急医療におけるインフォーム ドコンセントについて、以下のような指針を提示する。

- (1) 精神科救急医療において、患者の判断能力に著しい低下が認められる 場合、医療者は、家族等のインフォームドコンセントに基づいて医療行為 を行わなくてはならない。
- (2) 患者の判断能力に低下があったとしても、医療者は、回復の水準に応

じて、患者のインフォームドコンセントに基づく医療の提供に努めなくて はならない。

(3) 医療者は、非自発入院や行動制限の告知に際して、所定の書面等による告知にとどまらず、患者の判断能力や医療への信頼度を評価しつつ、告知内容の説明に努めなくてはならない。

参考文献・資料

- 1) 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,東京,1991
- 2) 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 (精神障害分野)「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・分担研究報告書 (研究代表者:安西信雄), pp81-114, 2015
- 3) 厚生労働省:精神科救急医療体制に関する検討会報告書. 2011
- 4) 厚生労働省: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、2014
- 5) 厚生労働省:長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性. 2014
- 6) 埼玉県精神保健福祉センター:精神医療相談窓口および精神科救急情報センターの実施体制 に関する調査、平成24年度障害者総合福祉推進事業。2013
- 7) 平田豊明, 伊豫雅臣, 杉山直也:日本精神科救急学会:今後の精神科救急医療に向けた提言. 精神科救急16:巻頭, 2013
- 8) 杉山直也,塚本哲司,平田豊明,他:平成21年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)「精神科救急医療の機能評価と質的強化に関する研究」報告書. 2010
- 9) 計見一雄:精神救急ハンドブック一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. 東京. 2005
- 10) 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, 東京, 2010
- 11) 平田豊明, 杉山直也, 澤 温, 他:平成25年度厚生科学研究費補助金障害者対策総合研究 事業 (精神障害分野)「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・分担研究報告書(研究代表者:安西信雄)、pp25-65, 2014