1

総論

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っては、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うことができる。

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

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、普及啓発がい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	受診前	受診時	受診後
分類	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	個人內救急	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	丵
4X J	相が付める区域や町とての非洲中	*

救急		受診前相談	医療相談窓口 情報センター	
	連絡 調整	入院外対応	外来対応施設	精神科救急
	会議	入院対応	病院群輪番型	
			常時対応型	
			合併症対応型	
ミクロ		通常	常診療	
救急			外支援	

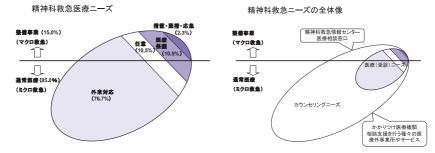


図1 精神科救急医療ニーズと精神科救急ニーズの全体像(文献5)を参考に当学会で改変、II.2.対象の定量評価の項を参照。)

Ⅲ 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

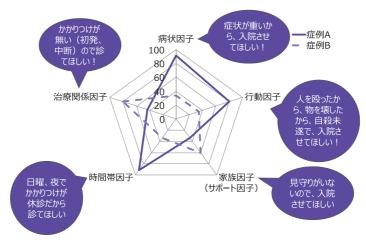


図2 「緊急性に関する諸因子」による理解(文献7)を参考に当学会で作図)

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

軽度の自傷から致死的な自殺企図まで、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、致死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致死的でない手段による場合
- ③致死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L
- 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が限られる。 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エラーが生 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これまでに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 $(H29-精神- W-002)^{6}$ 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 $2004\sim2015$ 年の全国中央値は $1.01\sim1.74$ 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

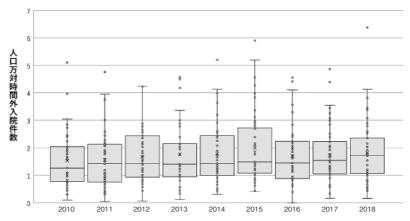


図3 人口万対時間外入院件数の年次推移

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。



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

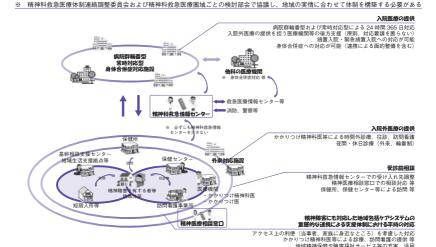


図4 精神科救急医療体制のイメージ¹⁰⁾(「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ | 概要資料より)

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および厚生労働科学研究における分担研究¹²⁾の成果をふまえ、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官開催すべきである。

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

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的かつ正確に判断・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・看護職員のオンコール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開発した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。

₩ 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患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るべきである。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、 少なくとも当番目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)家族歷、家族構成
- (3)生活歴(教育歴、職歴、配偶歴など)
- (4)身体的·精神科的既往歷
- ○(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) 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¹³⁾。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¹³⁾。

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 13)。

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 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

治療の必要性高い

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、現実的とはいえず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「病院の病床のうち、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・判断能力や当事者ー治療 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¹⁴⁾。

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ず(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、リカバリー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¹⁵⁾。

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 決まりがないが、2)と3)については、パターナ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。

₩ 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もならない。
- 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¹⁶⁾¹⁷⁾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¹⁸⁾。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病熊

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¹⁹⁾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 Exitrapyramidal 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ランスが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 Magretic 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、これがバリエンスとなる。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、バリエンスも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ンスが発生しない。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²⁰⁾。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

200 Year	フェーズ	Trivers	準備期	確認	試行前確	行前確認		前日	nterm	1回目
職種	施行日	確認	2月18日		月	H	確認	月 日	確認	月日
			ECT依頼箋		試行前サ	マリー		ポノプラザンフマル酸塩錠処方		重炭酸リンゲル液処方
医師(主治医)			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							
										ECT記録
医師(ECT)										脳波記録・解析結果の保存
										処置算定
			術前回診							麻酔記録
麻酔科医			ECT予約							術後回診
										麻酔使用薬品
			口腔ケア		麻酔問診	票回収		口腔ケア		朝欠食
			歯科予約					ポ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		重炭酸リンゲル液点滴
看護師(病棟)								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)
										帰棟時チェック
										算定入力

図6 rTMSコパス

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

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う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に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

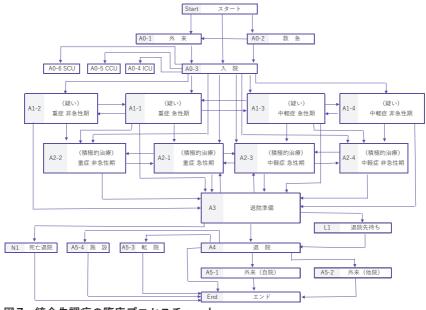


図7 統合失調症の臨床プロセスチャート

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) 自傷化害 自殺企図 水・歯歯 便結 脱水 意識障害(昏迷) 低低動中毒(処方薬・違法な もずの・アルコール含む) 雄体外路症状 遅発性ジスキネジア 高プロラクチン血症	予測される有害事象	汎血球減少症 心筋炎 悪性紅筋 養性 養性 養性 心 寒性 神 寒性 神 炎 呼 突 部 神 性 脚 炎 呼 深 か 静 能 上	処置	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
予測される合併症	高 施糖糖尿病 脂原質代謝異常 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	治療	輸液療法 薬物療法 電気けいれん療法 精神療法的アプローチ 睡眠環境の調整 精神的支持療法 環境調整 心理教育(家族教育含む) 地域との連携

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リュミエール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,来住由樹,他:精神科医療施設における常時対応型と病院輪番型の機能の明確化,令和3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),精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究(21GC1010)(研究代表者:杉山直也),分担研究報告書,2022.
- 13) 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.
- 14) Care Quality Comission: 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]
- 15) 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.
- 16) 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
- 17)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.
- 18)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.
- 19)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.
- 20) 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.