

## 専門医制度委員会企画

### 第 12 回専門医制度委員会企画

## 精神科救急

平田 豊明 (静岡県立こころの医療センター)

### 精神科救急医療の普遍性と特異性

急性精神疾患は患者の生命的・社会的生存を脅かす危機状態であり、これを救済する点で、精神科救急は身体救急となんら変わるところはない。一方、精神科領域においては、意識清明な成人患者の同意によらない医療行為が認められる代わりに、厳密な法手続が規定されている。このために、精神科救急は身体救急とは別の特異的なシステムを構築してきた歴史がある。両者はいずれ統合されるべきであるが、精神科救急が責任を果たす体制と技術の確立が前提である。

### 精神科救急ケースの定義と分類

精神科救急ケースは、時系列に沿って、次のように分類される。

#### 1. 受診前における救急事態の認識主体

患者本人が救急的事態と認識する場合を個人内救急、家族が認識する場合が家庭内救急、救急事態が家庭の枠を超え、警察や行政が介在するケースを社会的救急と呼ぶ。

#### 2. 受診時の受療意思

本人の受療意思が明瞭な場合を柔らかい救急、受療を拒否する場合を堅い救急と呼ぶ。それらを両極とするスペクトラムのいずれかに受診者は位置する。

#### 3. 診療後の処遇形態

外来対応のみで当日の診療を終了した場合を一次救急 (身体救急と同じ)、任意入院もしくは医療保護入院 (前者は患者個人と、後者は保護者と

の契約入院) となった場合を精神科二次救急、措置入院、緊急措置入院、応急入院を要した場合を精神科三次救急と呼ぶ。以上の関係を図 1 に示した。

### ミクロ救急とマクロ救急

精神科救急システムは、各医療施設が日々行う救急診療 (精神科ミクロ救急) を基本単位とする。それは、地域ケアプログラムの一環であり、在宅ケアの維持を戦略目標としている。したがって、ミクロ救急に無縁な医療施設はない。精神科マクロ救急システムとは、ミクロ救急を補完するために国や自治体が用意したセーフティネットと位置付けられる。

### 精神科ミクロ救急医療の戦術

精神科ミクロ救急には、以下のような戦術的手

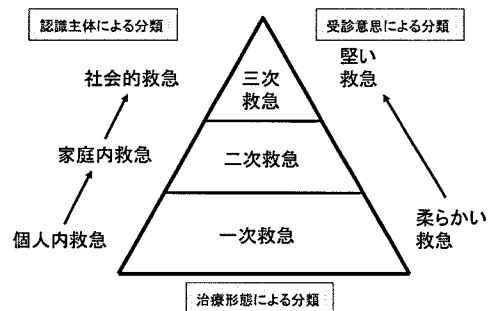


図 1 精神科救急事例の分類

段がある。

### 1. 電話相談

緊急性と受診の要否を判定し、カウンセリング的対応によって危機水準を緩和することが、救急電話相談の機能である。会話のみによる危機介入には熟練を要するが、利用者にとっては心理的・経済的にもっとも低コストですむ救急サービスである。

### 2. 緊急訪問・往診

利用者が自宅に居ながらにして受けられる救急医療サービスである。ACT (Assertive Community Treatment) では、これが危機介入の標準的手段となる。

### 3. 救急外来

危機状態の多角的評価と薬理的・心理学的鎮静、そして治療方針の決定という一連の医療行為によって救急外来は構成される。よく訓練されたスタッフはもとより、迅速かつ的確な評価と記録の方法および安全で効果的な鎮静法が不可欠である。効果的な鎮静とは、興奮を鎮めるだけでなく、患者の判断能力を高めることを含む。

### 4. 急性期入院治療

入院治療が危機介入手段であるためには、戦術目標と構造をもった短期入院 (3ヶ月以内) でなくてはならない。筆者は、患者の病態に応じて急性期入院治療を以下の3期に分割し、治療環境や治療目標を設定することを提案している。職種別の役割や各期の通過目標期間を織り込んで一覧表にすれば、クリニカルパスになる。

(1) 第1期 (混乱期)：患者は急性の精神症状に圧倒され、自己防御的な行動がとれない。睡眠・摂食・排泄などの自律機能も解体している。混乱期の治療目標は、端的に睡眠と安全の確保である。しばしば大量の向精神薬や身体拘束を要するため、深部静脈血栓・肺血栓塞栓症 (DVT・PTE) など、重大な続発症への対策が不可欠である。隔離室は、損傷した自我境界を代償する外皮の役割を果たす。混乱期の遷延は脳ダメージと症状残遺をもたらすため、1週間での通過を目標とする。9

時間以上の連続的夜間睡眠が通過の目安である。

- (2) 第2期 (消耗期)：混乱期を交感神経系の嵐や持続的臨戦状態と表現すれば、消耗期は副交感神経系優位の休息期である。睡眠が延長し、食事量と体重が増える。鈍重に見えるが、些細な刺激に反応して再燃しやすい敏感・脆弱期であり、予後を決定する臨界期でもある。修復しなかった自我境界を守る繭としての個室が不可欠となる。セルフケアと対人交流の再建が消耗期の治療目標である。2週間での通過を目標とする。
- (3) 第3期 (回復期)：退院すなわち在宅ケアの条件を整備する時期である。リアリティの修復に伴って現実的問題も再浮上してくるため、退院への抵抗や不安が出現することがある。疾病教育や服薬指導とともに、在宅ケアを支えるチームを編成し、退院直後の不安定な時期に備える必要がある。在宅ケアの条件は多彩のため、回復期の通過には3週間程度を要する。通算の入院期間は、したがって、6週間が目標である。これは後述の精神科救急入院料病棟の平均在院期間にほぼ一致する。

## 精神科マクロ救急システム

病院単位のマイクロ救急の実践をサポートする広域単位の分業システムが精神科マクロ救急システムで、わが国では、1995年に国と都道府県の共同事業として開始された精神科救急医療システム整備事業 (以下、国の指定事業) と同義である。この事業は、現在では全国的に整備されたことになっているが、運用実態には著しい地域差がある<sup>2)</sup>。精神科マクロ救急システムの構成要素およびマイクロ救急との関連を図2に示す。

### 1. 精神科救急医療情報センター

マイクロ救急における電話相談の対象を全県に拡張したのが精神科救急医療情報センターである。一定の条件を満たす情報センターには、運営費用が国庫補助される。厚労省は、移送制度も含めて、精神科専門スタッフによる24時間の相談受け付

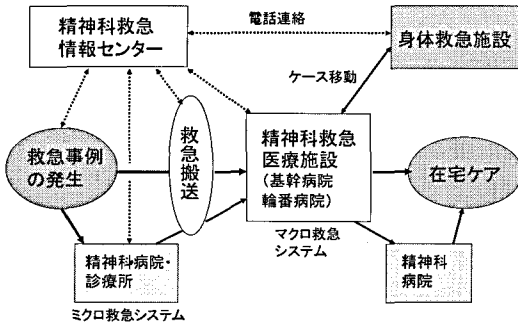


図2 精神科救急システムの構成要素

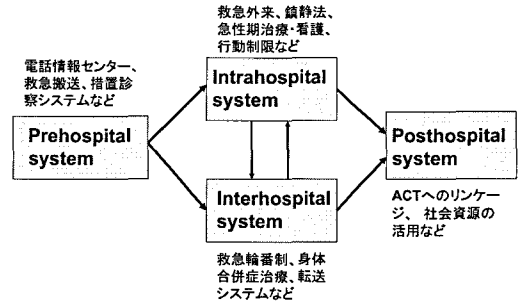


図3 精神科救急医療の責任守備範囲

け体制を要請している。多様な相談を広く受け付け、手際よくトリアージ（ふるい分け）して最適の選択肢に導く情報センターの機能は、マクロ救急システム全体の機能を左右するといっている<sup>1)</sup>。

## 2. 精神科救急医療施設

国の指定事業は、措置入院指定病院の中から知事が精神科救急医療施設を指定し、基幹病院固定制もしくは輪番制で精神保健指定医による救急診療と入院病床の確保を要請している。なお、国は、精神科救急入院料認可施設のうち一定の条件を満たした施設を精神科救急医療センターと認定し、運営費用の一部を国庫補助している。

## 3. 救急搬送

2002年に導入された移送制度（精神保健福祉法34条）は、医療保護入院相当の未受診ケースを医療につなげることを主眼とした制度であったが、措置診察を要する対象者を行政の責任で措置診察の場まで移送する規定（29条の2の2）も同時に新設された結果、保護を伴わない警察官通報（発見通報）が増加するなど、救急搬送の責任分担を巡って一部の地域に混乱がみられる。警察官職務執行法、消防法、精神保健福祉法という3つの法令に基づく搬送の役割分担を調整するために、国の指定事業が設置を義務づける精神科救急医療システム連絡調整委員会を活用することとなっている。

## 4. 身体合併症対策

精神科救急医療施設は精神科単科病院が主体のため、身体管理に弱点がある。心身ともに重症の救急ケースが受け入れ可能な総合病院精神科病棟の普及が待たれるが、経営条件や医師の確保が隘路となっている。さしあたっては、身体救急と精神科救急とのリンクが急務である。

### 精神科急性期病棟群

#### 1. 精神科急性期治療病棟

1996年、診療報酬上に精神科急性期治療病棟入院料が新設され、わが国で初めて、精神科における急性期型の包括支払い病棟が実現した。2007年4月末現在、全国の約200施設でこの病棟が認可されており、マイクロ救急を実践しつつ、マクロ救急システムにおいても中核的な役割を演じることが求められている。

#### 2. 精神科救急入院料病棟（いわゆる「スーパー救急病棟」）

2002年度に新設された精神科救急入院料の認可病棟は、運用基準や医療費給付の面で精神科急性期治療病棟を超えるという意味で「スーパー救急病棟」と呼ばれている。2007年4月末現在、全国27施設（民間病院が15）でこの病棟が認可されており、うち3施設が精神科救急医療センターと認定されている。この高規格病棟が全国展開すれば、精神科マクロ救急システムの水準向上と

標準化が進展するのみならず、わが国の精神科医療を低コスト・長期在院型から短期入院・地域ケア型へと構造転換させる牽引役になるものと期待されている。

### 精神科救急の責任守備範囲

以上のように、精神科救急システムとは、救急患者の迅速な収容システムのことではない。急性精神疾患を手早く治療して在宅ケアにつなげ、社会生活を支援するシステムである。したがって、その責任守備範囲は広い。病院前 (prehospital)、病院内 (intrahospital)、病院間 (interhospital)、病院後 (posthospital) という4領域に分けて、図3に精神科救急の論題を例示した。各々の論題に関する議論を深め、技術の洗練と制度改革をめざすのが救急精神医学である。

### 文 献

- 1) 日本精神科救急学会：精神科救急医療ガイドライン2003年版。東京，2003
- 2) 平田豊明：精神科救急医療システムの全国状況。精神科救急，9；45-50，2006

### 腕試し問題

以下の問1から問10の記述のうち、誤っているものを選び、訂正せよ。

問1. 通院もしくは任意入院で対応できる比較的軽症な精神科救急ケースを精神科マイクロ救急ケースと呼ぶ。

問2. 精神科三次救急ケースとは、重篤な身体疾患を合併し、精神症状も重症な救急ケースのことである。

問3. 精神科マクロ救急システムは、都道府県と政令市が責任を持つ措置入院の施行を主体とする。

問4. 警察を経由する精神科救急ケースを堅い（ハードな）救急と呼ぶ。

問5. 移送制度（精神保健福祉法34条）の新設によって、精神科救急ケースの救急搬送は、原則として全て行政の責任で行われることになった。

問6. 消防法の規定により、救急隊は精神科救急ケースの搬送を拒否することができる。

問7. 救急隊搬送ケースなどのうち、措置入院の要件があれば、申請・通報がなくとも、緊急措置診察を行うことができる。

問8. 2007年4月末現在、精神科救急入院料認可病棟（スーパー救急病棟）は、わが国の精神科病棟の中で、医療費給付が最も高い。

問9. 2007年4月末現在、精神科救急入院料認可病棟（スーパー救急病棟）の過半数は、民間病院で占められている。

問10. 2007年4月末現在、精神科においては、肺血栓塞栓症に対する予防管理料の算定が認められていない。

【腕試し問題の解答は次号以降に掲載します】

### 【第11回専門医制度委員会企画・腕試し問題解答】

問題1：d

問題2：a, e

問題3：c

問題4：⑤ すべての時期に有効であるが、急性期は重症例は薬物療法>認知行動療法が推奨されている。

問題5：a, c, d

問題6：b, e

問題7：b 一般にはSSRIが躁転のリスクが少ないと言われているが、最近ではSSRIによる躁転もクローズアップされている。

問題8：a

問題9：e

問題10：c