

精神科救急の問題

澤 温

日本精神科病院協会雑誌第 26 巻 10 号

2007 年 10 月発行

精神科救急の問題

澤 温

大阪 さわ病院 理事長・院長

Key Words 精神科救急, 精神科急性期医療, 精神科救急医療システム, 地域責任制

はじめに

精神科救急を精神科医療の中でどのように位置づけるかについては、その地域の精神医療のニーズの特性、医療資源の整備などに影響されてさまざまな考え方があり、したがってそれによって用意されるシステム（体制）も医療態勢も異なってくる。筆者の精神科救急医療への考え方はこれまでいくつかのところで述べてきた^{1,2,3,4,5,6,7)}が、どのようなところでも共通なものとして①救急医療は医療の原点であり、救急の根底にある理念「いつでも」「どこでも」「だれでも」が保証されていることが大切である、②この要素は筆者の病院における基本方針の「迅速性」「責任性」「継続性」「均質な医療」と通ずるところが多い。この基本方針は一般科の救急とも一致するが、精神科では救急となると自己の判断能力が低下していることが多いので、人権に配慮した医療が保証されることが要求されている。また③突然精神症状が発症し、医療が急に必要になった場合、すなわち平田⁸⁾の言うマクロ救急ではなく、すでに医療にアクセスしていた人が不安定になったり急変したりするミクロ救急では、精神科救急は単独での意味より、社会復帰のバックアップとしての要素が強い。しかしマクロ救急でも、そしてそれが（緊急）措置入院でも社会復帰を目標とする限り、地域医療の考えが基本である。つまり精神科救急は、マクロであってもミクロであっても地域医療の一要素であり、変動しやすい精神の病を持ちながらも住み慣れたところでの生活を少しでも良くし、長く維持できるようにするツールといえる。これはさらに医療観察法による治療でも社会復帰を目標とされているので、入院も通院もそして時に起こる再入院も地域医療の考えの中で考えるべ

きであり、その一部として救急医療も必要になると考える。この救急医療の形は在宅、外来通院、入院のどれでもありうる。

ここでは精神科救急医療を行うに当たって必須の6要素を中心に、大阪、東京の大都市の状況を見ながら問題点を指摘したい。

精神科救急医療の要素

精神科救急医療を行うに当たって必須のものは6つである。それは、①医療の思想、②システム（体制）、③スタッフィング（態勢）、④施設、⑤技法、⑥質の確保である。それに支えられてアウトカムがあり、これを継続的に見て評価することでレベルアップとなる。これらについて日本精神科救急学会は2003年に「精神科救急医療ガイドライン」⁹⁾（以下、ガイドラインという）を発表し、救急医療のレベルアップを図ろうとした。

ここではそれらを見据えながら、先に述べた精神科救急医療における地域の体制、その医療機関の態勢、その中でも構造、人員配置、治療機器と手段手技についての問題点について述べる。

①精神科救急・急性期医療の思想から見た問題点

医療が医療者と患者との契約、信頼関係が基礎であることに誰も異論はないと思われるが、これを実現する基本は迅速性、責任性、継続性であり、このうちの責任性は患者責任制、自院責任制、地域責任制^{10, 11)}を意味する。患者責任制はあらゆる医師が持つべきものであろう。

最近、とくに大都市では診療所の数が急増している。診療所で患者責任制、自院責任制を365日24時間要求されると身が持たないのはわかるが、心情的には持つべきであると考えてほしい。一部の診療所の医師はグループで責任制をはたしていると聞く。それができないこともあろうが、今晚自宅で過ごせるかわからなければ早めに入院とい

うのではなく、患者や家族にも説明の上、入院が必要となった時に患者の診療情報は持たせてほしいものである。

②精神科救急医療のシステム上の問題点

上記のように、救急医療の思想に対して、以下に述べるシステムはこれを補完する。地域で初発の場合の救急はどうかという点、これも本来地域責任制の下に組まれるべきであり、地域の医療機関にいつでもかかれるようにするべきであろう。これは地域内システムとでもいうべきものかもしれない。これで無理な時に都道府県単位の広域のシステムが作動すべきであり、逆転してこの広域のシステムがあれば患者責任制、自院責任制、地域責任制をはずしていいのではない。実際には病院で当直していると、救急医療をしていない総合病院、輪番に入っていない精神科病院そして診療所通院中の患者が、システムによって連れて来られたり自ら来ることが多い。

大阪市内の当院付属のクリニックでは土、日曜の一次救急をしているが、澤潔¹²⁾は、都合81回の救急当直(21時から翌朝9時まで)で68人の受診があり、そのうち、これまで通院がどこにもなかった例19人、通院があった例49人(うち6人が自院通院中)であったと報告している。すなわち63.2%は本来かかりつけの医療機関が何らかの形で関わってほしいし、患者もそれを望むだろうが、システムがあるからといってそちらに流れてくる状態が起こっている。

このようにシステムが発達すると救急医療も地域医療の一環という思想を萎縮させる。そういった点からいうと元来の地域医療の一環という思想が育つと、システムの必要性は減少するともいえる。

都道府県単位の精神科救急システムは、1978年に東京都で始まったといっていよいだろう。これは緊急措置のみの対応を24時間、365日してきた。大都市では、人が地域に所属しないことが多いことからやむをえないであろう。東京都で一次救急、二次救急が始まったのは2002年の24時間精神医療相談事業が始まってからのことである。それでも一次救急は夜10時までは1診療所と2病院が指定され、10時以後は3カ所の二次救急医療機関が対応するとし、二次救急医療はこの3カ所の輪番の医療機関が行うとしている。

大阪府では1988年に始まった神奈川県方式をまねて1991年に始まった。神奈川県をまねて緊急医療と救急医療の2本立てとし、緊急医療は22時まで、救急医療は24時間としたが、この救急医療は一次と二次を含んでいた。2002年の24時間精神医療相談が始まったが、まったくの相談であり、救急医療相談ではなかった。

2005年9月に大阪府と大阪市は共同で新しい精神科救急システムを開始し、救急医療相談を受ける精神科救急医療情報センターを発足させ、救急用ベッドの使用状況を把握し、その情報を関係機関からの問い合わせがあれば教えるようになった。同時に病院は従来手を上げてくれるところの不満が補助金の少ないことにもあったので、受け入れるベッド数を増やすことで補助金を増やし、そのベッドが翌日も使えるようにという理由で原則後送をするとした。また先に述べたように、緊急医療は22時までであるので、22時までに該当者がなく緊急措置ベッドが空いていれば救急用ベッドに変更するという形とした。大阪府、人口870万人に対して救急用ベッドを6床用意し、それが埋まったら精神科救急医療情報センターはなにもしない。

この新しいシステムで確保ベッド数はやや増加した。しかし、従来なら難しい患者は断ってもよかったが、当番である限りまず精神疾患を選ばず受けることを条件とされたため参画しなくなった病院が続出し、ほぼ半減したため1病院への負荷は倍増した。また救急対応が終了したとセンターに連絡するまでは次の救急診療依頼をしてこない点、22時以降はセンターの電話回線が1回線のため救急隊の待ち時間は増した。

新しいシステムになって1年も経たない2006年5月、筆者は今後の変更課題を提出した。それは救急医療が地域医療の一環であること、自院はまず通院中の患者については責任を持つこと(自院責任制)、そして圏域を定め、各圏域の病院は自分の圏域の救急患者を責任を持って診ること(地域責任制)、そしてそれでも診てもらえない状況が発生した時は他の圏域がバックアップすること、この責任制には診療所も入ってもらうこと、大阪精神科病院協会が請け負うならすべての病院は月に2回は参画(最低1回)すること、府立精神医療センターが参画していないので最後のバツ

クアップとして参画する、大精協、大精診、公立病院などの各医療機関通院中患者が夜間救急受け入れ病院に来院した情報を公表する（各医療機関の月当たりの件数のみ）、後送は原則しないとする、などである。その後委員会が立ち上げられ、上記提案のうち、後送を原則とした従来の考えは否定され、圏域ごとの地域責任制についてもほぼ受け入れられた。しかし協会が請け負ったとはいえ、負担が均等化されているわけでは決してない。2007年9月から二次救急も日時固定制となるが、相変わらず土曜日曜は手を挙げる病院が少なく、病院によっては曜日固定でも祝日なら勘弁してほしいなど医局を説得するのに苦慮しているようである。現在は堺市も大都市特例にしたがって救急医療を整備し、現在は1府2市が共同運営という形をとっている。

この新しいシステムにはもうひとつ大きな特徴がある。それは大阪市内には夜間、休日に外来診察も入院受け入れもできる医療機関がないため、まず一次救急医療をするシステムを作った。大阪市の診療所協会を中心に折衝し、2002年に始まった東京都の例を参考に立ち上げた。時間的には20時から23時までで、輪番方式とした。診療所協会は固定した場所に出向く方式を提案したが、市は用意できず、2年を限度に輪番ですとした。23時までというのは東京都が22時までだから一歩進歩という考えのようであるが、原則の「いつでも」から見ると不十分といわざるを得ない。澤瀬は先に述べた夜間68人の受診者について受診時間帯を調べ、21～22時が14人（20.6%）、22～23時が9人（13.2%）、23～24時が8人（11.8%）、0～1時が7人（10.3%）、1～2時が12人（17.6%）、2～3時が4人（5.9%）、3～4時が4人（5.9%）、4～5時が5人（7.4%）、5～6時が2人（2.9%）、6～7時は0人（0%）、7～8時は2人（2.9%）、8～9時は1人1.5（%）であったと報告した¹²⁾。時間帯に1時間のずれはあるが、23時まででは1/3ほどしかニーズを満たしていないことがわかる。

2008年4月から大阪市の一次救急は、大阪市の総合医療センター近くのこころの健康センター（精神保健福祉センター）ですることとなったが、相変わらず23時で閉じるようであり、不十分である。さらに土曜日はこれまで当院付属のクリニ

ックが担当していたが、定点に移ったことでそこへの出勤を要請された。担当をいやる土日にもシステムを作るのが行政の仕事であるからやむをえない考えであろうが、これは本来の自院責任制よりシステム優先という本末転倒の形となる（当然筆者は拒否した）。

東京都は1,200万人の人口に対して、月間一次救急は15件、二次救急は40件であるのに対し、大阪市を除く大阪府（人口630万人）大阪府（250万人）についてはそれぞれ、一次救急は87件、38件、二次救急は87件、51件であった。このことについて東京都の情報センターは受診抑制をしていると議論の中で述べて怒りをかったことがあるが、救急をどのように考えるかで違ってくるのだろう。もともと救急隊は災害など生命の危険のある場合に出動すると規定されている。しかし血を流していても命に別状ないから明日にしたらというのは、医学的には正しくても不安な患者や家族には役立たないのと同じで、不安でしかたない、眠れないで不安などは、電話で話を聞いて症状が治まるならいいが、もし「命に触ることがないから明日受診したら」という返事が中心であったらどうだろう。実際にいろいろの学会や研究会で東京都の行政の地域精神保健担当者や福祉関係の職員から、夜に限らず入院が必要かもしれない人を診てほしいという、入院が必要かもしれないような人は診れないと診療所に断られると聞く。まず可能性で断らず、診てあるいは診に行つて必要かどうか判断するのが基本であろう。

大阪では電話トリアージはあまり深入りせず、外来受診希望、入院希望など、本人や家族の希望で適切な医療機関を紹介することになっている。筆者もできるだけface to faceで患者に対応すべきものと考えている。

大阪は緊急医療は22時までであったため、医療に迅速にアクセスすべき人が警察に22時以後はとどめ置かれているのは人権侵害であると、2006年4月に毎日新聞夕刊トップに報道され、行政はようやく本年2007年4月から大阪府、大阪府、堺市共同で24時間とすることとなった。

精神科救急医療は、大都市でとくに必要であるとよくいわれる。それは大都市では地域の一人暮らしが多いなど人々の連携が薄く、一時的に地域に入ってくる人が多い、生活パターンが人によ

りまちまちで24時間の医療を必要とする、ストレスが多い、薬物の問題も地方より多い、などによる。しかし、いつでも、どこでも、だれでも、医療を必要とする人に医療を提供することは医療の原点であり、また起きている個々の精神科の問題、対応の仕方については、基本的には地方も大都市も異なっているとは思われる。

また筆者が以前から述べているように、人手が少ない、情報が少ない、働くのを最も嫌われる夜間や休日に精神科救急医療を必要とされることが多い¹³⁾。

現在、精神科救急医療体制は全県で整備されていると厚生労働省は考えている。しかしサービスの時間帯、基幹型か輪番型か、情報センターの状況はなおまちまちである。ただ実情は、大都市だけ取り上げても東京、神奈川、大阪では取り扱う時間帯、対応入院形態などは異なっている。

③スタッフィング(態勢)における問題点

ガイドラインで、精神保健指定医に関しては必須としてminimumな条件としたが、現実には指定医の確保がどの救急医療機関でも不足し、疲弊した指定医は開業していくという悪循環は今も止まらない。救急医療に興味があっても一度はやってみたくて来るが、「一生するものでない」、「もう覚えた」といって仕事の楽な病院に変わるか開業してやめていくものも多い。

2006年10月に精神保健福祉法が改正され、12時間以内なら精神保健指定医でなくてもある一定の要件を満たせば非指定医(特定医師)でも特定病院では医療保護入院や応急入院をさせることができることになったが、緊急措置入院や入院中の拘束は指定医でなければできない。まさに焼け石に水の対策である。

この点は諸外国で、一定時間、医師でなくても専門的資格を有しているものに拘束権を与えているのを参考にすべきであろう。

④精神科救急医療の施設および設備における問題点

精神科医療の施設に求められる要素としては、筆者は、セキュリティ、アメニティ、プライバシー、セルフエスティーム(自尊心・尊厳性)を損なわない、第一印象で違和感のないこと、再度具合悪

くなったら来なくなるような施設、いつまでもいたくないことと考えている。最後のいつまでもいたくないことというのは、最近、精神科病院がホテルのようによくなって地域の質いいアパートに帰るのはいいやだといって出て行かなくなることへの警告である。

後に触れる鎮静法の項で、静脈注射による鎮静ではパルスオキシメーター以上のモニターを有することを条件としているが、ガイドラインの総論の設備の項でも「酸素・吸引の設備や心肺監視装置を備えていることが必要である」としているのはかなり厳しいかもしれないが、現在のように医療の安全性が強く要求される時代ではminimumの条件に入れざるを得ない。

同じくガイドライン施設および設備の項で述べてあるが、身体拘束の器具としては「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用器具を使用」をminimumな条件としている。このマグネット式の拘束具は、ハンプルグのセグフィックス社のものがオリジナルである。一時期日本製でタッチガードという名前で類似品が売られていたが発売中止となった。筆者はカナダで同様のものを見つけ、日本精神科病院協会関連会社のジェイ・ピー・エイチサービス(03-5232-3310)に輸入と販売をしてもらっているが、セグフィックスよりかなり廉価で良質のものが得られるようになった(最近為替レートの変動で値上げを考えているようであるが)。身体拘束や過鎮静は肺梗塞の1要因、ひいては突然死の1要因として最近注目され、その予防については十分な配慮が必要とされている。この点について日本精神科救急学会は研修会を開き、拘束時の安全な対応についての教育を進めている。またこの点の記載は次のガイドラインでは取り上げられる予定である。

⑤技法における問題点

非定型抗精神病薬が精神科の急性期において使いやすいという報告が最近よくみられるが、ガイドラインの各論の「鎮静法指針」では、どの程度使えるかについて、日本精神科救急学会としては結論を出していない。とくに、リスペリドン内用液¹⁴⁾とオランザピン口腔内崩壊錠¹⁵⁾の投与後短時間の有用性については報告があるので結論を急ぎたいと考えている。注射剤では日本にはないロ

ラゼパムの筋注がすすめられ、レボメプロマジンなどのフェノチアジン系の薬物の投与は否定されてきているが、この点についても結論を急ぎたい。学会としては研究班を立ち上げ多施設で無作為性を保証して試験を施行している。筆者は患者の不快感、満足度と同時に、治療は定量的でなければならない点から、非経口的薬物の使用はなお全廃はできないと考えている¹³⁾。

技法といえるかどうかはわからないが、スタッフニングの項で述べたチーム治療は、ひとつの技法ともいえると筆者は考えている。技法だからこそチーム治療についての教育も必要となる。

電気痙攣療法(ECT)については、パルス波かサイン波かの問題、修正型か非修正型かの問題などもガイドラインではまだ議論を残したままである。これまで学会では、研修会を毎年の総会において行っている。電気痙攣療法は必ずしも救急医療とは結びつかないが、急性期治療のアルゴリズムには入ってくることが多く、重要な問題として残っている。

ETCについて以前のように廃止などと悪くいう人は最近ではほぼなくなったが、安全に行うには麻酔に熟練した医師の確保が重要である。このことについては2005年の日本精神神経学会の研修コース、2006年の同学会のシンポジウムでも発表し議論した¹⁶⁾。麻酔科医は必ず麻酔科医でなければならないといっているが、外科手術でさえ麻酔科医の確保には苦勞をし、マスコミで騒がれるほどである。日本精神神経学会ではこの点を今後日本麻酔科学会にも協力を願おうと議論された。日本精神神経学会、日本総合病院精神医学会、日本生物学的精神医学会では修正型でパルス波のETCについて研修をしているが、日本精神科救急学会では現在のパルス波機器はエネルギーが不足して治りにくい症例もあることから、この機器にとらわれず適切な使用についての研修会を2005年以来毎年行っている。

④の「精神科救急医療の施設および設備」で述べた拘束については、浅井らの厚生科学報告書がある。その中に拘束の意味、方法、留意点などについて詳述されているが、人権に配慮し最小化することを求められている。これは診療報酬においても、2004年から医療保護入院等診療料(行動制限を最小化するための委員会を各施設で設ける

こと)として具現化している。患者本人もスタッフもけがなく、そして「精神科救急では、抑制は絶対に要る。患者とスタッフ双方の安全を守りつつ両者の距離を接近させるために必要だ。」と計見が述べている¹⁷⁾ように、治療においてより迅速な治療関係を樹立するために必要である。

⑥その他の問題点

問題となるのは人格障害による精神運動興奮や規制薬物による精神障害への対応である。人格障害への対応については2004年の精神科救急学会総会で取り上げられ、その内容は学会誌^{18,19,20,21)}に掲載されている。また、規制薬物による精神障害への対応については2006年の学会総会で取りあげられ、学会の医療政策委員会が組織した精神科救急医療ガイドライン(規制薬物関連精神障害)作成班により「精神科救急医療ガイドライン(規制薬物関連精神障害)案」が提出され、2007年1月19日発行された²²⁾。学会に問い合わせただければ販売している。総論、疾患論、診断、治療、そして他の法律との関係など現在の薬物関連精神障害について、救急医療のみでなく治療のすべてが記載されているといっても過言でない。(参照:日本精神科救急学会 <http://www.jaep.jp/>)

⑦質の確保における問題点

精神科救急医療の質の確保で重要なのは、自院での継続的統計調査(再入院率など)、患者や職員のアンケート調査(QOL調査、満足度調査)、そして外部評価(医療機能評価機構やISO9001)であろう。クリニカルパスについては精神科に適用できるかはなお議論があるところであるが、最近は入院料の包括化に伴い、DPCを推進しようと、医療水準とは別の面から重要視されている。今後も国民の安全、安心への要望、医療の透明性への要求などからも質の確保はさまざまな面から常に考えなければならない項目として残るだろう。

最後に

心の問題は誰もが、どの世代にも持つものであり、精神科医療自身の範囲をどこまでとするかはあいまいである。従来なら家族を含めた地域のさまざまな人々が相談にのってくれていたようなもので、聞いてくれる人がいないから、秘密を守って

くれるからといって精神科を訪れる。このように地域の支えがなくなったことで精神科を訪れる人が増え、その人々がカウントされると精神障害者が増えることになる。精神科受診の敷居が下がって気楽に来られるようになったことへの診療所の役割は大きいだろうと思うが、精神科受診者が増えるものの、夜間や休日の医療サービスがなくなるので精神障害者の増加に比例して精神科救急のニーズも増加するという数字が出てくる。精神科救急は外来で終わる場合も入院に至る場合もあるが、入院になるか外来で終わるかは一般科でもファジーで、外来で入院と同じ機能を持っていたら外来治療で完結できたらその方がよいに決まっている。そして入院させないで外来で診ようとするからこそ精神科救急は必須になる。それが全部病院勤務の医師の仕事となると、病院の経営上はよくても、患者さんにとっては医療が不連続で、受ける医師はなぜこのようなしんどい時間に他の医師の受け持ち患者を診なければならないのかという不満をそそる。その不満が病院をやめて開業したくなる動機ともなっている。とくに入院となると精神保健指定医が必要で、院長が精神科救急に参画しようと提案すると精神保健指定医はやめるといったり開業するといったりして参画できないという嘆きの声も聞かれる。診療所の精神保健指定医も高い初診料のためだけでなく、資格を持つ限り精神保健福祉法に基づく指定医の業務には参画してもらいたいものである。患者のためにも、また救急医療が疲弊しないためにも診療所の医師もぜひなんらかの形で精神科救急医療に寄与してほしいと考える。

精神科救急医療に従事する人や経営する人について筆者は以前²³⁾、FashionやCollectionにとどまらず、Missionが必要であると述べたが、さらにMissionとそれを支えるPassionのない救急はしない方がよい。しかしPassionやMissionに頼りすぎる救急は持続せず、それなりの人、設備、財源が必要である。精神科救急医療が特別視される間は十分でないともいえるのだろう。

これまで述べてきたように、精神科救急は、各論的、純医学的指針よりも地域の体制や個々の医療機関の態勢によることがわかる。この地域の体制は歴史的な地域ニーズと行政の理解に基づいて決まってくる。各医療機関の態勢はそれを運営す

るものの意識、およびそれに基づいて働く職員の意識によって規定される。個々の救急患者への対応は、とくに夜間や休日で人手も少なく、情報も不十分な状況で対応するからリスクもあるが、その中でより適切な医療をチームでしようとするところに精神科救急のやりがいがある。このような医療をどこが担うかについては常に議論があり、いわゆる総合病院で行う方が身体的基盤を見逃さないからよりふさわしいという議論や、単科の中でも公的病院がするべきであるなどの主張も聞かれる。しかし身体的基盤を見逃さないようにするのも、身体的基盤について迅速に調べられる態勢を単科であれいわゆる総合病院であれ準備できるかということで決まると、なによりもそのような目で患者の症状を把握していこうとする姿勢が医師にあるかによると考える。また、民間であれ公的であれ精神科救急を行っているところには意欲ある研修医が来ることは間違いなく、その点を勘案して医療機関の運営者が精神科救急を行おうとするかが肝心であると考ええる。

文 献

- 1) 澤 温：精神科救急についての基本的考え方。精神科 1 (2)：175-178, 2002.
- 2) 澤 温：移送と移動精神科救急サービス。精神科 1 (4)：331-335, 2002.
- 3) 澤 温：精神科救急とリハビリテーション。日本社会精神医学会雑誌 11：241-246, 2002.
- 4) 澤 温：いわゆる精神科ソフト救急について。精神科 2 (2)：191-196, 2003.
- 5) 澤 温：均質な精神科救急医療を目指して—日本精神科救急学会精神科救急ガイドラインが生まれるまで—。精神科 2 (6)：527-529, 2003.
- 6) 澤 温：大都市における精神科救急の問題—日本精神科救急学会の立場を中心に。日精協誌 22：701-705, 2003.
- 7) 澤 温：わが国の精神科医療におけるスーパー救急の意義。臨床精神薬理 9：1299-1307, 2006.
- 8) 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.
- 9) 精神科救急医療ガイドライン (2003年9月9日版) 日本精神科救急学会 新興医学出版社, 東京, 2003.
- 10) 澤 温：精神科救急の現状／急性期病棟。日本外来精神医療学会誌 6：33-36, 2006.
- 11) 澤 温：大阪府における精神科救急医療システムの現状と問題点—民間精神科病院の立場から—。日本外来精神医療学会誌 6：28-31, 2006.
- 12) 澤 潔，三浦亜古，三浦晃一郎，他：夜間休日

- の精神科初期救急のあり方について. 精神科救急 8:57-61, 2005.
- 13) 澤 温:精神科救急. 臨床精神医学 35増刊号:588-593, 2006.
 - 14) Currier GW, Simpson GM: Risperidone Liquid Concentrate and Oral Lorazepam Versus Intramuscular Haloperidol and Intramuscular Lorazepam for Treatment of Psychotic Agitation. J Clin Psychiatry 62:153-157, 2001.
 - 15) Baker RW, Kinon BJ, Maquire GA: Effectiveness of rapid initial dose escalation of up to forty milligrams per day of oral olanzapine in acute agitation. J. Clin. Psychopharmacol 23:342-348, 2003.
 - 16) 澤 温:電気けいれん療法の再評価ー精神科治療の全体の迅速性, 均質性, 社会復帰の促進の中でー. 日本精神神経学会誌 109:365-372, 2006.
 - 17) 計見一雄:精神救急ハンドブック. 新興医学出版社, 東京, 2005.
 - 18) 平田豊明:人格障害ケースへの救急対応の原則. 精神科救急 8:12-16, 2005.
 - 19) 澤 温:人格障害に対して精神科救急は何をなすべきか. 精神科救急 8:17-22, 2005.
 - 20) 小沼杏坪:社会的逸脱行為が受診の契機となった境界性人格障害の事例に対する治療的対応ー全人間的(スピリチュアル)認知行動療法の勧めー. 精神科救急 8:23-27, 2005.
 - 21) Kathy, M. Sanders: The Use of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality in the Psychiatric Emergency Room. 精神科救急 8:28-33, 2005.
 - 22) 精神科救急医療ガイドライン(規制薬物関連精神障害)(2007年1月19日版)日本精神科救急学会, 東京, 2007.
 - 23) 澤 温:精神科救急ーFashion, Mission, Collectionー. 精神医学 48:116-117, 2006.