

〔報告〕

災害時の精神科入院患者に対する 精神症状トリアージ対応に関する看護管理者への調査

松田 優二¹⁾

1) 東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

要旨

本研究は、災害時の精神科入院患者に対する精神症状トリアージ対応の現状と今後、災害時に精神科入院患者に対する精神症状トリアージとして優先すべきと考える項目を明らかにすることを目的とする。調査は、大災害があった地域を中心とした精神科病院262施設の看護管理者を対象とし、自由記述式の質問紙調査を行った。調査より、災害時の精神科入院患者に対する精神症状トリアージ対応の現状として、被災経験の有無にかかわらず対応を実施している施設はなかった。今後、精神症状トリアージとして優先すべきと考える上位3項目は、自傷他害、興奮、暴力であった。上位3項目に次いで、症状や入院形態が特殊な精神科ならではの項目である無断離院がみられた。精神科の看護管理者は、災害時の精神科入院患者に対して、精神症状による生命リスクや疾患特性、入院形態などをふまえた精神症状トリアージの項目を認識していることが明らかになった。

【キーワード】 災害対策 精神症状 トリアージ 精神科入院患者 精神科病院

I. はじめに

日本は、東日本大震災（2011）以降も熊本地震（2016）、大阪府北部地震（2018）、北海道胆振東部地震（2018）、能登半島地震（2024）と多くの死傷者がでた地震災害が続いている。医療機関では、患者の安全を守る上で継続した災害時対策、訓練の見直しが課題となっている。災害時、医療機関は被災による限られた人や物などの条件の中で最大多数の負傷者に最善の医療を提供するため、医療の優先順位をつけるトリアージを行い患者への治療対応を行う。一般的に病院で行う災害時トリアージは、生命の維持が最優先であり、身体傷病に限定した治療の優先順位の判定を行うため精神症状（幻覚や妄想、パニックなど）の

緊急度・重症度の判定は行われていない。

災害弱者である精神障がい者は、ストレスに脆弱で発語できる能力があっても精神症状によって被災の苦痛をうまく言語化して周囲に伝えられず、心的外傷（トラウマ）になったり自傷行為で表出する可能性がある。特に精神科入院治療中の患者は、ストレスへの脆弱性が高く、被災のストレスによって災害後も生命をおびやかす危険性が高い。このため、精神科入院患者における災害時対策の課題として、災害後まもなくから精神症状へのトリアージ対応を迅速に行い、精神症状による生命危機を予防、回避させることを検討していく必要がある。

精神科領域における精神症状のトリアージに関する研究動向をみると、平時における精神症状

のトリアージとして、精神科救急情報センターの受診前相談のトリアージ基本方針（日本精神科救急学会，2022）、豪州で開発された精神科救急医療の分野に限定したトリアージ Mental health triage scales（MHTS）を日本語版に翻訳した JPN Mental health triage scales（JPN-MHTS）を用いた国内救急外来での実践報告（松原ら，2019）、精神科救急医療と一般救急医療との連携による精神科疾患の緊急度と診断類型を判断するトリアージ&スクリーニングツール Japan Emergency Psychiatry Scale－Expert opinion version（JEPS-Ex）の開発検証に関する報告（橋本，2019・2020）などが見られた。しかし、いずれの文献においても災害時における精神科入院患者に対する具体的なトリアージに関する方策は見られなかった。さらに、災害時における精神科病院のトリアージに関する調査として、松田（2017）が行った文献検討によると、2011年～2016年の間で5件の研究が該当し、分析結果によると災害時の精神科病院におけるトリアージに関するカテゴリーが【精神科救急病院における震災後の自殺予防に向けたトリアージの課題】

【医療観察法病棟での避難誘導におけるトリアージの課題】のみで、災害時における精神科入院患者への具体的なトリアージ方法に関する内容は見当たらなかったことを報告している。高橋ら（2015）は、精神科領域におけるトリアージ方法に関する研究は海外では散見するものの、日本の環境を配慮した精神的なトリアージ方法はほとんどないと述べている。このような研究動向から、東日本大震災以降、国内での大震災が複数回あったにも関わらず、精神症状のトリアージに関する研究が少ない状況である。

そこで、本研究は災害時の精神科入院患者に対する精神症状の緊急度や重症度によって治療の優先順位を判断するためのトリアージ（以下、精神症状トリアージ）に必要な項目を明らかにし、精神科入院患者に特化した災害対策を検討することを目的とした。

Ⅱ. 研究目的

災害時の精神科入院患者に対する精神症状トリアージ対応の現状と、今後、災害時に精神科入院患者に対する精神症状トリアージとして優先すべきと考える項目を明らかにする。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象者

阪神淡路大震災以降に大災害があった地域（岩手県、宮城県、福島県、新潟県、静岡県、大阪府、兵庫県、鳥取県、島根県、熊本県など）を中心に日本精神科病院協会に登録されている精神科病院262施設の看護管理者を対象とした。

2. 調査期間 2023年2月～3月

3. 調査内容

設置主体、病床数、看護職員数、被災経験の有無、被災の内容、現在取り組んでいる精神症状のトリアージ対応（マニュアル等）の現状、今後、精神症状トリアージとして優先すべきと考える項目（指定なし）とその理由について調査した。

4. 分析方法

現在取り組んでいる精神症状のトリアージ対応の現状については単純集計を行った。また、精神症状トリアージとして優先すべきと考える項目をデータより抽出し分類した。項目に対する理由は、記載内容をコード化して類似性や相違性を比較検討し、カテゴリー化した。カテゴリー化するには、精神看護学を専門とする大学教員2名にて内容を検討した。

5. 倫理的配慮

東北文化学園大学研究倫理審査委員会の承認後（文大倫第22-01号）、調査を実施した。質問紙は無記名で研究対象者へ研究目的、趣旨、参加は自由意思であること、参加同意後でも中断ができ不利益を受けないこと、学会等で成果発表を行い発表後はデータを破棄する等を書面で説明し、質問紙投函をもって研究に同意とみなした。なお、本研究における開示すべき利益相反関係はない。

IV. 結果

1. 回収率・有効回答率

回収率は 20.2% (53 施設) で有効回答率は 100%であった。

2. 施設の被災経験の有無 (表 1)

被災経験がある施設は 27 施設 (50.9%) で主に地震災害 (21 施設) が多かった。被災経験の有無にかかわらず、現在災害時に精神症状のトリアージ対応を実施している施設はなかった。

表 1 被災経験の有無と災害の種類 (複数回答)

被災経験の有無	災害の種類	
被災経験あり 27件	地震	21 件
	豪雨	5 件
	津波	2 件
	風災	2 件
	雪害	2 件
被災経験なし 26件		

3. 精神症状トリアージとして優先すべきと考える項目 (表 2)

精神症状トリアージとして優先すべきと考える項目のうち、上位 5 項目は被災経験ありの施設で自傷他害 (16 件)、興奮 (15 件)、暴力 (12 件)、無断離院 (11 件)、幻覚妄想 (9 件)、被災経験なしの施設では自傷他害 (15 件)、興奮 (14 件)、暴力 (13 件)、幻覚妄想 (11 件) 無断離院 (9 件) であった。

4. 精神症状トリアージとして優先すべきと考える項目の理由 (表 3)

精神症状トリアージとして優先すべきと考える上位 5 項目の理由として自傷他害は【被災による精神症状悪化の影響】、興奮は【被災により精神症状が不安定になる影響】、暴力は【被災による焦燥感・興奮の影響】、無断離院は【精神疾患による危機判断不足】、幻覚妄想は【精神疾患による避難の非協力的態度】、入院形態に合わせた患者状況把握の必要性】、幻覚妄想は【被災による症状悪化・暴力の防止】であった。

表 2 精神症状トリアージとして優先すべきと考える上位 5 項目

項目	被災経験あり (件)	項目	被災経験なし (件)
自傷他害	16	自傷他害	15
興奮	15	興奮	14
暴力	12	暴力	13
無断離院	11	幻覚妄想	11
幻覚妄想	9	無断離院	9

表 3 精神症状トリアージとして優先すべきと考える上位 5 項目の理由

項目	理由
自傷他害	被災による精神症状悪化の影響 抑うつから希死念慮等の出現が考えられる 様々な情報が飛び交い、不安が多くなる ストレスによる精神状態不安定から自傷・他害の危険性が増大する 被災により興奮状態の影響 興奮し患者同士のトラブルによる受傷や生命に危険が及ぶ恐れを考慮すべきと考える 興奮状態・暴力行為 外傷及び生命をおびやかす行為へ繋がるため 精神症状により急性精神運動興奮等から目利がきかず、自傷他害など高いと思われるものを優先した
興奮	場所、環境、対応職員が通常でないところで、患者の精神状態は不安定となり興奮することが予測できる 不安からの防衛的な反応により、他者 (医療者) に対する不満等から興奮状態になる 被災により精神症状が不安定になる影響 ライフラインが途切れることで食事や排泄など様々なストレスが患者にかかる為、興奮やトラブル、薬剤管理が必要である 集団の状況下で興奮や不穏な状態の患者がいるだけで周囲の患者に負の連鎖が生じるため興奮のある患者は最優先と考える 恐怖と不安は避難の為、別棟に移動後興奮状態となり、落ち着かず大騒ぎし隔離室入室したケースがあったため
暴力	被災による焦燥感・興奮の影響 他の患者にも影響が出るし、その後暴力に発展するリスクもあるため 精神運動興奮や妄想幻聴に左右され、暴力的な発展などのリスクがある 災害により落ち着きなくなる患者が出てくると予想されるため 精神状態が落ち着かない状況でトラブルの可能性が高い 暴力はケガにつながる、又、人手が必要 精神運動興奮、幻覚妄想の対応が遅く、悪化すると暴力の問題行動に発展する 隣状態となり、他者に対する暴力リスクが高まる。
無断離院	精神疾患による危機判断不足 認知症患者などの離院リスクが高くなるため 高齢の認知症患者も多い為、避難及び被災によるストレス脆弱性が高い 高齢精神患者が多い中、認知力に問題がある方が多い 幻覚妄想状態により離院を引き起こすことがある 危機判断ができず、他所へ避難するかもしれないと考える パニック症状によるリスクあり 知的な面の問題がある人の方が危機管理のリスクが上がり現状を理解してもらえないため 精神疾患をもつ患者は適応力が低いと考えられ、その場での判断が難しい 他所へ避難するかもしれないと考える
幻覚妄想	被災による症状悪化・暴力の防止 認知症の患者がほぼ全員で認知機能も患者で異なり指示を受け入れできない人が多い 一部の方は精神症状の影響から守ってほしいことを守ることが無理だった 環境の変化に適切で自分自身で自分のことがコントロールできない人たちが入院しているため 非協力的な患者は災害時、観察することが非常に難しく離院リスクがある 措置入院、自傷他害の患者はリスクが高く特に注意が必要 鑑定入院の患者もいるため 帰宅願望者は常に出口を探している 現実見識が薄れることにより、症状が再燃する 陽性症状等の対応が遅れると全体的な取りまとめができなくなるため 幻覚妄想及びせん妄の出現 陽性症状の出現によるケア・観察度の優先順位の把握の必要性がある 心因的な不安のみだから精神症状が悪化する恐れがあるため 精神状態の悪い患者は災害が起きてからも自ら逃げる事ができない方が多く取り残されてしまう 誘導やケアに対する理解も得られにくい、生命の危険に晒されやすい 幻覚妄想の対応が遅く悪化すると暴力の問題行動に発展する 妄想・幻聴に左右され、暴力的な発展などのリスクがある

V. 考察

1. 災害時の精神科入院患者に対する精神症状トリアージ対応の現状

結果より、現時点で災害時における精神症状トリアージ対応を行っている施設は、被災経験の有無にかかわらずみられなかった。高橋ら（2015）は、日本、海外の専門家からの話を統合した私案として、災害時の精神科医、精神医療関連業種に必要とされる身体的傷病者トリアージおよび精神症状のスクリーニングも加味した災害時トリアージを報告している。しかし、これまでの文献検討によれば現在に至るまでに一般化された精神科病院、精神科入院患者における具体的な災害時トリアージは未だ確立はされていない。

精神科入院患者はストレスへの脆弱性が高いケースも多く、被災ストレスによる精神症状の影響を受けやすい。さらに、状態変化は災害直後だけでなく、数日、数週間後に悪化する可能性も予測される。よって、災害発生時には精神科医だけでなく精神科看護師も含め災害直後だけでなく、経過を追って患者の精神症状をスクリーニングするような対応を行っていく必要があると考える。また、災害時はライフラインが機能しなくなるとともに精神安定に重要な薬剤の確保も困難になる場合もある。実際、東日本大震災で大きな被災を受けた病院は他の精神科病院へ患者を転院・搬送を行った。災害による転院・患者搬送の備えについて富田ら（2018）は、各病院で事前に受け入れ・送り出しの搬送などに関するマニュアルを作成し、日々の災害訓練に取り組む重要性を述べており、患者の安全のためにも継続検討すべきトリアージに関連した課題の一つと考える。

2. 災害時の精神科入院患者に対する精神症状トリアージとして優先すべきと考える項目

結果より、災害時の精神科入院患者に対する精神症状トリアージとして優先すべきと考える上位3項目は、自傷他害、興奮、暴力であった。

精神障がい者が抱える精神疾患は、その多くが

ストレスの影響によって悪化するケースが多い。未曾有の被災ストレスともなれば、どの患者にとっても大きなストレスを受けることになる。特に精神科入院患者にとっては、非常に高いストレス負荷がかかることが推察される。たとえば、突然の避難行動対応や緊迫した病棟雰囲気、入院生活環境の急変などによる不安やパニックの伝播、薬剤不足や環境の急変による不眠・不穏などのストレス要因である。ほかにも災害時は、患者のみならず職員などの人的被災や病院機能への被災など予測できない事態が生じる状況に置かれる。このため、患者は過剰なストレス環境下で過ごすこととなる。このような状況において、精神科入院患者は、被災ストレスにより精神症状が著しく悪化し、幻覚や妄想、不安、緊張、パニックなどの誘因から自傷他害、興奮、暴力などが引き起こされる可能性が高いといえる。

結果のコードをみると、被災により精神症状が不安定になること、不安による防御的反応の出現、集団状況下での不穏、興奮の連鎖など精神科の看護管理者は、被災経験の有無にかかわらず、災害時に生じる精神症状の変化のリスクを認識していた。そのため、患者の自他ともに生命リスクの優先度として高い自傷他害、興奮、暴力を今後の災害時における優先すべき精神症状トリアージ項目に挙げられたと考えられる。

上位3項目に次いでみられた項目は、無断離院であった。無断離院とは、入院患者が医療者側の治療上必要と考える行動範囲あるいは時間を超え、所定の手続きをとることなく無断で病院を離れ、患者の所在が不明になることである（保坂、2007）（川野、2007）（武井、2023）。無断離院は、精神保健福祉法にもとづき法的な対応をしなければならず、発生時は一律事故として扱われ、病院の管理責任が問われる（武井、2023）。無断離院は、精神科の医療事故においてリスクが高い（東、2005）（分島、2006）とされており、発生頻度として他の診療科よりもハイリスクであるとされている（日本精神科看護協会、2002）。

無断離院が項目に挙げられた要因として、精神科の医療事故としてハイリスクであることとともに、精神科患者の特性や精神科病院における入院の手続き（以下、入院形態）の特性の影響が大きい。結果のコードからは、幻覚妄想や認知症により認知機能に支障をきたしていることから【精神疾患による危機判断不足】や【精神疾患による避難の非協力的態度】により災害時の無断離院を精神症状トリアージ項目として優先するとしていた。災害弱者である精神障がい者は、自身が抱える疾患から知覚、思考、情動など精神活動に障害があり、災害時はパニック、興奮状態などで災害の危機を判断できない場合がある。久保ら（2008）は、災害時における精神科入院患者特有の傾向・状況について「認知症や慢性期の統合失調症など、たとえ歩行可能であっても認知や状況対応能力は著しく低下している患者も存在する。」と述べており、災害時の精神科入院患者に対する危機判断不足や避難の非協力的態度について指摘している。精神科の看護管理者は、先行研究で述べられているような指摘について被災経験や日々の看護を通して認識しており、災害時の無断離院に対する心構えをしていると考えられる。また、【入院形態に合わせた患者状況把握の必要性】については、精神科特有の入院形態と無断離院の関連について精神科の看護管理者は意識していることが伺える。一般の診療科では患者本人の同意に基づく任意の入院が一般的だが、精神科では様々な入院形態があり、本人が同意する任意入院のほか、本人の同意がなくとも精神保健指定医の診断と家族等の同意による医療保護入院の患者が多く、その他にも自傷他害の恐れから行政命令によって入院する措置入院患者、司法が介入する医療観察法による鑑定入院患者などもある。このため、平時であっても災害時であっても無断離院による事故は防がなくてはならない。万が一、災害の混乱の中とはいえ無断離院による事故が起これば、看護管理として重大な責任が生じる。精神科での無断離院で最も危惧されることは、自

殺、溺死、傷害事件、窃盗、転倒・転落、交通事故など二次的事故の発生（保坂、2007）である。精神科患者は病識を持っていないことが多く、治療や処遇など入院に対する不満から計画的、衝動的に無断離院をし、二次的事故を起こすケースが多い（坂田ら、2005）とされている。よって、平時から災害時でも防止できるよう入院形態に合わせた患者状況や所在把握の確認を日頃から行っていくことが看護管理として重要と考えられる。

以上より、精神科の看護管理者は、災害時の精神科入院患者に対して精神症状による生命リスクや疾患特性、入院形態などをふまえた精神症状トリアージの項目を認識していることが明らかになった。

VI. 研究の限界と今後の課題

研究の限界として、本調査は回収率が低いため地域や施設数を拡大し、結果の精度を高める必要がある。今後の課題として、看護管理者以外の病棟看護師を対象とした継続調査を行い、看護師視点での精神症状トリアージの優先すべき項目についても分析する必要がある。その上で、精神科医や精神医療関係者と協同して精神症状のスクリーニングもふまえた災害時における精神症状トリアージについて検討していく必要がある。

VII. 結論

- ・災害時の精神科入院患者に対する精神症状トリアージ対応の現状として、被災経験の有無にかかわらず対応を実施している施設はなかった。
- ・今後、災害時の精神科入院患者に対し精神症状トリアージとして優先すべき上位5項目は、自傷他害、興奮、暴力、無断離院、幻覚妄想であった。
- ・精神科の看護管理者は、災害時の精神科入院患者に対して精神症状による生命リスクや疾患特性、入院形態などをふまえた精神症状トリアージの項目を認識していることが明らかになった。

なお、本研究は日本災害看護学会第 25 回年次大会においてその一部を報告したものである。また、本研究は JSPS 科学研究費助成事業（若手研究 18K17434）の助成を受けて実施した。

文献

- 東司（2005）. 無断離院の予防と対策、臨床精神医学、増刊号、207-211.
- 橋本聡（2019）. 精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化、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 分担研究報告書、69-102.
- 橋本聡（2020）. 精神科救急と一般救急の医療連携体制強化による医療の質向上と医療提供体制の最適化、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 分担研究報告書、103-172
- 保坂隆 編（2007）. 精神科リスクマネジメント、第 1 版、中外医学社、東京、73-80.
- 一般社団法人日本精神科救急学会、杉山直也、藤田潔（2022）. 精神科救急医療ガイドライン 2022 年版、春恒社、東京、62-74、179-219.
- 川野雅資 編（2007）. 精神科看護管理の実際、第 1 版、医学書院、東京、29-31.
- 久保祐子、中川史規、川戸幸志（2008）. 精神科病棟における災害時対策の特殊性、日本精神科看護学会誌、51（3）、562-566.
- 松原拓郎、水島健、山崎玲子ほか（2019）. 豪州精神科トリアージスケール(Mental health triage scales : MHTS)を用いた精神科救急状態の評価、臨床精神医学、48、277-287.
- 松田優二（2017）. 精神科病院におけるトリアージに関する文献検討、日本災害看護学会、19（1）、128.
- 日本精神科看護技術協会 編（2002）. 改訂版 精神科看護の専門性をめざしてⅡ 専門基礎編、第 1 版、精神看護出版、東京、171-179.
- 日本精神科看護技術協会 編（2002）. 精神科ナースのための医療事故・対策マニュアル、第 1 版、精神看護出版、東京、13-15.
- 坂田三允、萱間真実、櫻庭繁ほか（2005）. 精神看護エクスペール 1 リスクマネジメント、第 1 版、中山書店、東京、99.
- 高橋晶、高橋祥友（2015）. 災害精神医学入門、金剛出版、東京、79-87.
- 武井麻子、末安民生、小宮敬子ほか（2023）. 系統看護学講座 専門分野 精神看護の展開 精神看護学 2、医学書院、東京、第 6 版、342-346.
- 富田博秋、山口喜久雄、富田正徳ほか（2018）. 精神科病院の災害対策 東日本大震災と熊本地震の教訓から、日本精神科病院協会雑誌、37（11）、1108-1114.
- 分島徹（2006）. 無断離院の危険性が高い患者さんへの対応と病棟管理を教えて、ナーシングケア Q&A、9、178-180.