

救急現場の 精神科診療

若手医師が悩んだ症例から学ぶ58例

【編著】

久村 正樹

埼玉医科大学総合医療センター 救急科

執筆者一覧

- | | | |
|----|-------|------------------------|
| 編著 | 久村正樹 | 埼玉医科大学総合医療センター 救急科 |
| 著 | 日野耕介 | 公益財団法人復康会 沼津中央病院 精神科 |
| 著 | 入江 仁 | 弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター |
| 著 | 川口祐美 | 医療法人社団東光会 戸田中央総合病院 救急科 |
| 著 | 重松咲智子 | 川越救急クリニック |
| 著 | 林 哲也 | オリンパス株式会社 専属産業医 |

まえがき

「精神科の救急対応は難しい」

こういう声を聴くことがあります。精神科の救急は身体救急と違い、生命に直結することは少ないですが、後に大きな問題となることがあります。

救急外来から帰した患者が、急性薬物中毒で再度救急搬送された経験がある人もおられるかもしれません。また興奮している患者をとりあえず鎮静してその後困ったり、よかれと思って患者の話をじっくり聞いていたら救急外来のリピーターになってしまったなど、精神科救急では通常の医療行為とは異なる後味の悪さが付きまといまいます。これには精神症状に対して身体症状と同じように、きちんとした医学の知識に基づいた診断・治療を行えばよいのですが、精神科を専門としない医師には難しいことが多いのではないのでしょうか。実は、精神科の救急に必要な知識は、精神医学そのものではないことが少なくありません。精神科の患者に対応する時に必要な法律の知識や、自治体の精神科救急システムの理解が患者への適切な介入に役立つことがあります。このため法律や精神科救急のシステムを知ることが、精神科の救急患者対応への第一歩と言えるかもしれません。

本書は、救急医や産業医の精神科救急患者対応の疑問に、精神科の立場から答えたものです。問答を通じて精神科の救急にまつわる法律や、精神科救急のシステムが理解できるように作ってあります。精神科救急を知りたい初期研修医や、救急外来を担当する若手医師にはぴったりの本です。救急医からの疑問を取り上げたのは、日本の精神科救急システムでは精神科医よりも救急医が悩むことが多いからです。これは救急医の精神科救急システムの理解度も関係していますが、多くは精神科と救急科で緊急度の捉え方が異なることに依ると考えています。例えば、精神科のいわゆる一次救急は電話相談で対応することが多いですが、救急科は原則すべて対面診察を行います¹⁾。精神科医が電話相談で明日の診療でよいと判断した患者が、一般救急病院を受診することは少なくありません。そして患者を診た救急医が精神科の診察が必要だと判断して精神科救急システムに相談すると、そもそも医療につながるものが困難である事実と直面します。精神科救急システムの問題点は、救急医が日々実感しているのです。

本書の救急医側の筆者には、クリニックから重松咲智子先生、市中病院から川口祐美先生、大学病院からは入江仁先生と、それぞれの施設から現場の第一線で救急

医療に従事されている先生方に執筆をお願いしました。また職場のメンタルヘルスが叫ばれて久しいですが、産業医は精神科を専門にしない場合でも、精神科の患者に独力で対応しなければならない場面があります。この状況は非精神科医が救急現場で精神科患者に対応する状況に似ていると考えて、本書では産業医の面談時の疑問も取り上げました。産業医側の筆者には、林哲也先生に執筆をお願いしました。林先生は産業医の傍ら、救急医として大学病院で非常勤勤務をしておられます。精神科側の筆者は、私以外には日野耕介先生にお願いしました。日野先生は精神科救急分野で著名な新進気鋭の精神科医です。救命救急センターでの勤務経験もあり、救急医側の立場も理解しておられます。果たして先生方からは、実践的で素晴らしい原稿が返ってきました。新型コロナウイルス感染症で医療状況が大変な中、本邦の医学教育にご尽力いただいた筆者の先生方に、この場を借りて心よりお礼を申し上げます。

本書を読むことで、精神科救急ですべきこと、すべきでないこと、できないことを知ることができるでしょう。内容は各著者の質問をランダムに列挙しています。そのためどこから読んでもよい構成になっています。また本書は、臨床医学チャンネル CareNetTV さんとタイアップし、「救急現場の精神科診療 若手医師が悩んだ厳選8例」と題した動画も配信しております。ぜひ動画も併せてご利用ください。

筆者と編者を兼ねる立場としては、できるだけ実際の救急現場に即しながら、かつ精神医学の正しい知識をはずれない範囲で書くように努めました。しかし精神科の臨床というものは答えのないものも多く、我田引水な記載・編集となってしまうところもあるかもしれません。また私の浅学のために、誤りや不十分な記載、編集もあると思います。反論も含めてご指導いただけたら幸甚です。

最後に本書を作る機会を与えてくださり、粘り強く最後まで見守ってくださった金芳堂の西堀智子さん、校正刷りなどご担当いただいた山下祐介さん、そして金芳堂のみなさまに心からお礼を申し上げます。

本書が広く愛される書となるよう、祈念しております。

- 1) 林 道彦：福岡県の精神科救急の現状とソフト救急、日本精神科病院協会雑誌、2003; 22: 738-741.

2021年9月21日 久村正樹

目 次

Q1. 希死念慮のある患者を、ただちに精神科へ紹介しなくても良い場合はあるか？	2
Q2. 自殺企図患者は、また自殺を試みる可能性があると考えてよいか？	5
Q3. 再企図の危険性が高い自殺企図患者の見分け方はあるか？	8
Q4. 致死性の低い自殺企図手段であれば、再企図の危険性は低いと考えてよいか？	11
Q5. リストカットや過量内服を繰り返すパーソナリティ障害患者が、本当に自殺する ことはないか？.....	14
Q6. 精神科のない病院でも自殺企図患者を受け入れてよいか？.....	16
Q7. 入院での身体治療が必要にもかかわらず退院を希望する自殺企図患者にでき ることはあるか？.....	18
Q8. 自殺企図後なのに、スッキリしていて元気そうに見える。精神科への相談は不 要か？	21
Q9. 夜間休日に救急外来を受診した患者の精神疾患を疑ったら、精神科受診は平 日昼間まで待ってよいか？	23
Q10. 精神科治療が必要な患者が精神科受診を拒否する場合、受診させる方法はあ るか？	25
Q11. かかりつけへの受診を拒む精神科患者を、患者が希望する施設へ紹介してよ いか？	28
Q12. 精神科主治医に受診を拒まれて救急外来を受診した精神科患者を、主治医 以外に紹介してよいか？	31
Q13. 身体疾患が完全に否定できていなくても、精神科へ紹介してよいか？	33
Q14. 興奮している患者に鎮静薬を使用してよいか？	35
Q15. 精神疾患、認知症で判断能力が十分ではない患者への医療処置は同意がなく ても可能か？	38
Q16. 自傷行為であれば必ず精神科入院となるか？	40
Q17. うつ病に罹患した患者が酩酊状態で暴れている。措置入院はできるか？ ..	42
Q18. 認知症患者の入院先は精神科でよいか？	44

Q19. 薬物使用が疑われる患者の薬物検査を同意なく行ってよいのか？ ……………	46
Q20. 薬物検出キットで違法薬物の使用が疑われた。警察に通報すべきか？ ……	48
Q21. 保護を拒否する被虐待患者を帰宅させてよいのか？ ……………	51
Q22. 精神症状のため興奮している患者からの暴力を受けた。仕方ないと我慢するべきか？ ……………	53
Q23. 過換気症候群の患者を精神科に受診させずに帰宅させてよいのか？ ……	55
Q24. 精神科では患者に病名を患者に告げないことはあるか？ ……………	57
Q25. 断酒をする気がない患者に、精神科への受診を勧めても意味がないか？…	59
Q26. 幻聴や妄想を訴えている患者に同意を求められた。きっぱりと否定してよいのか？ ……………	62
Q27. 患者が話をできる状態であれば、かかりつけ精神科からの診療情報提供書は不要か？ ……………	64
Q28. 昏迷状態は精神疾患によるものと断定してよいのか？ ……………	66
Q29. 統合失調症患者が幻視を訴えて混乱状態を呈している。精神科への入院の方針でよいのか？ ……………	69
Q30. 患者の不眠の自覚だけで睡眠薬を処方してよいのか？ ……………	72
Q31. 心的ストレスに反応している患者に、抗不安薬を処方してよいのか？ ……	75
Q32. 救急外来で摂食障害患者を診るガイドラインはあるのか？ ……………	77
Q33. 緊急性が低い病態で頻回に救急車を呼ぶ患者に、救急車の要請を控えるよう伝えてもよいのか？ ……………	79
Q34. うつ病患者が抑うつ気分を訴え受診した。抗うつ薬を処方してよいのか？ …	81
Q35. 昏迷状態を呈している患者への対応は、覚醒するまで待つだけでよいのか？	83
Q36. 薬物過量内服により意識障害を呈している場合、覚醒するまで精神科受診させなくてよいのか？ ……………	85
Q37. 身体疾患で入院した精神疾患の患者の向精神病薬を中止してよいのか？ …	87
Q38. 悪性症候群では、向精神病薬はすべて止めてよいのか？ ……………	89
Q39. アルコール依存症の治療を中断している患者が身体的な問題で入院した。離脱予防は必ず始めるべきか？ ……………	91
Q40. 自殺企図患者が身体疾患で一般病棟に入院する時、家族の付き添いは必須か？ ……………	94

Q41. 暴言・暴力で目を離せない患者は、すぐに警察通報してよいか？ ……………	96
Q42. 低活動性せん妄患者の食欲を亢進させる方法はあるか？ ……………	99
Q43. 認知症患者がせん妄になった場合、見分ける方法はあるか？ ……………	102
Q44. せん妄を予防するために静かな部屋に移動させた。医療行為として正しいか？ ……………	105
Q45. 向精神病薬服用中の患者が急に落ち着かなくなった場合、抗不安薬を使用してよいか？ ……………	107
Q46. 認知症患者が不満を訴えている。BPSD として薬物で鎮静してよいか？ …	110
Q47. 医師から、入院すると認知症が進むと説明された。医学的に正しいか？ …	112
Q48. 過労、うつ状態の患者に抗不安薬を内服させて仕事を継続させてもよいか？ ……………	115
Q49. 仕事ぶりに問題のないうつ病社員患者の仕事を継続させてもよいか？ ……	117
Q50. 「うつ病は治ります」と説明してもよいのか？ ……………	119
Q51. うつ病患者に薬物を使用しない場合はあるか？ ……………	121
Q52. 体調の悪い従業員との面接で、本人の訴えを聞くこと以外にできることはある か？ ……………	123
Q53. 自殺、自傷行為のリスクの高い医療スタッフを見分けられるか？ ……………	125
Q54. 双極性障害で体調不良の患者に仕事を休ませたり、仕事量、負荷を減らした りすることは有用か？ ……………	127
Q55. 病気で仕事ができないのか、怠けて仕事をしていないのかの判断は可能か？ ……………	129
Q56. メンタル不調の患者では、本人の訴えのみを根拠に評価をしてよいのか？ …	131
Q57. カウンセリングに副作用はあるか？ ……………	133
Q58. 訴えの多い患者の話を、時間をかけて聞いた。医療行為として正しいか？ …	135
索引 ……………	137

株式会社金芳堂・CareNet 共同制作番組

救急現場の精神科診療

若手医師が悩んだ 厳選 **8** 症例

2021年12月より CareNetTVにて
配信スタート!



番組は
こちら



または

https://carenetv.carenet.com/series.php?series_id=418

にアクセス

CareNetTVとは



希死念慮のある患者を、ただちに精神科へ紹介しなくても良い場合はあるか？

症例

金曜日の夜、20歳の女性が母親に連れられて救急外来を受診した。「死にたい」と思い、市販の睡眠薬を3日分一度に内服したと言う。内服したのは半日前で、現在特に症状はないが、話を聞いた母親が心配して連れてきた。診察では明らかな異常を認めず、身体的には治療の必要はないと考えられた。「まだ死にたい」と言うが、「今は少しスッキリしている」とも訴え、落ち着いているように見えたため、週明けに精神科外来へ受診するよう指導して帰宅とした。（入江）

A. ある

希死念慮を訴える場合以下の二つに分けて考える。

- ①強い死への希求
- ②死にたいと訴えているが自殺の意志はあいまい

②の場合は、ただちに精神科へ紹介しなくても良いことが多い。

①は、精神疾患の症状としての希死念慮であることが多い。この場合、死にたい理由が明瞭でなく、問診を深めるほどどうして死にたいのかわからなくなっていく。例えば「家族に迷惑をかけているので、死にたい（家族は迷惑とは思っていない）」という場合や、「自分はもういなくていい存在なので、死にたい（誰もそのようなことは思っていない）」という場合などである。そして、死にたい気持ちは自殺企図に失敗した後も継続する。このような場合は、すみ

やかに精神科医療へつなぐように努める。

死にたい気持ちが継続しており目を離すとすぐにも自殺しそうなときは、自傷患者として警察に通報し、『精神保健福祉法第 23 条』（表 1-1）に基づく精神科救急システム（表 1-2）の、ハード救急（表 1-3）ルートに乗せるよう試みる。

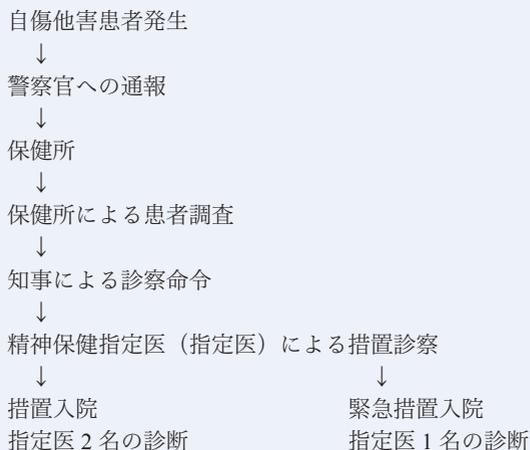
表 1-1 精神保健福祉法第 23 条

警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

表 1-2 精神科救急システム

ハード救急	自傷他害の恐れのある精神科患者の救急
ソフト救急	ハード救急以外の精神科患者の救急

表 1-3 ハード救急（措置入院または緊急措置入院の流れ）



②は希死念慮ではあるが、自殺企図よりも、自傷行為となることが多い。自傷行為とは「自殺以外の目的から、非致死的手段と非致死性の予測をもって、故意に自らの身体に損傷を加える行為」と定義される。不快感情の緩和が目的であり、繰り返されることが多い。心の痛みを身体の痛み置き換える作業とも言えるため、自傷後多くは希死念慮などの精神症状は改善されている。しかし、自傷による不快感情の緩和効果は一時的であり、その効果は徐々に薄れてしまう。耐性化してエスカレートした自傷行為の結果、死にいたることもある¹⁾ので、精神科の治療は必要である。

本症例は「死にたい」とは言うものの自傷行為後に「少しスッキリした」と不快感情の改善を訴え、他に目立った精神症状はなく、②である可能性が高い。身体的にも精神的にも入院の必要はなさそうであるが、自傷行為の根本解決のために精神科につないでおく必要がある。自施設に精神科がなく他施設を紹介する場合は、紹介先の宛名が入った紹介状を渡しておく。簡単でも次にすべきことを具体的に指示されると情動は安定することがある。なお、帰宅させるときは自分だけで抱えず、院内の医療安全管理者などと相談して病院の方針を確認しておくようにする。自殺の予測を100%することはできないが、帰宅後に自殺された場合、帰宅させた責任を訴えられることがある。(久村)

【参考文献】

- 1) 松本俊彦：思春期の問題行動 自傷行為の理解と援助, 日本女性医学学会雑誌, 2017; 24: 189-193.

自殺企図患者は、また自殺を試みる可能性があると考えてよいか？

症例

25歳、女性。自殺目的にアセトアミノフェンを大量内服したため救急搬送された。来院時はほぼ無症状だが「まだ死にたい」と言っている。アセトアミノフェン中毒の治療目的に入院させることとしたが、病棟スタッフが見ていない間に再度自殺を試みるおそれがあると考え、家族に24時間の付き添いを依頼した。

(入江)

A. よい。そう考えて対応すべきである

様々な自殺の危険因子が特定されている中で、自殺企図の既往は、自殺の最大の危険因子の一つであると言われている。過去の研究¹⁾では、自殺既遂者の半数近くが自殺企図歴を有していたことが明らかになっており、多くの自殺者が自殺企図を繰り返した末に亡くなっていることを理解したうえで、自殺企図者に対応する必要がある。救急医療機関における自殺企図者対応の流れについて、簡単にまとめたものを表2-1に示す。詳細については、日本臨床救急医学会から刊行されている、『自殺未遂患者への対応の手引き』²⁾を参考にしてほしい。

表2-1 救急医療機関における自殺未遂者対応の流れ

- ① 自殺企図であったかどうかを確認する
- ② 自殺企図にいたった理由や現在の希死念慮を確認する
- ③ 自殺再企図の危険性について評価する (Q3以降を参照)
- ④ 入院中の自殺再企図を防ぐ
- ⑤ 身体治療後に、精神科など必要な機関につなぐ

本症例は、入院後も「まだ死にたい」と話していることから、今回の行動が自殺企図であったと推測できるが、患者によっては入院の時点ではそれが確認できないこともある。今回の行動が自殺企図であったかどうかによって、その後の医療機関としての対応は大きく変わってくるため、患者が覚醒し話ができるようになったら、自殺企図であったかどうかを直接確認する必要がある。また、自殺企図にいたる何らかの理由があったはずである。その点についても患者から直接確認できるとよい。ただし、自殺に関する話題を持ち出すことにより、患者の死にたい気持ちを強めてしまわないかと懸念する読者もいるだろう。自殺に関することを患者に尋ねる際は、TALKの原則（T：Tell 誠実な態度で話しかける、A：Ask 自殺についてはっきりと尋ねる、L：Listen 相手の訴えに傾聴する、K：Keep safe：安全を確保する）に基づいた対応が推奨されている。扱いにくい話題ではあるが、TALKの原則を遵守したうえで話を聞く分には、自殺の危険性がさらに高まることはないと考えてよい。また、本症例のように入院時点では希死念慮が残存していても、入院後時間が経過するとその考えが徐々に取まってくることもある。逆に、入院直後は希死念慮を否定していても、その後再燃することもある。よって、入院後も定期的に現在の希死念慮について確認することが望ましい。最終的に退院時に希死念慮が残存しているのかどうかは、退院後どのように精神科へつなぐのか（精神科への入院を要するのかなど）という点に大きく関わってくることを認識する。

次に、自殺再企図の危険性について評価を行うことになるが、この点についてはQ3以降に解説を譲る。入院中はその危険性の高さに応じて再企図を防ぐ取り組みを実践することになるが、医療機関によっては本症例のように家族に入院中の付き添いを依頼する場合もあるかもしれない。そのこと自体を否定するつもりはないが、だからといって患者の安全確保に関わる責任を家族だけに押しつけることはできない。また、自殺企図に至った原因が家族との関係性であった場合などは、付き添い自体が刺激になってしまうこともある。そのため、家族の付き添いの可否については個別に検討すべきである。医療機関としても、可能な範囲で安全確保のための取り組みを実施すべきであり、なるべく医療従事者の目の届きやすい病室を利用する、細やかな訪室を心がける、危険物とな

りうるものを患者のベッド周囲からなるべく排除するなどの対応を行っていくとよい。(日野)

【参考文献】

- 1) Isometsä ET, Lönnqvist JK: Suicide attempts preceding completed suicide. The British Journal of Psychiatry. 1998; 173: 531-535.
- 2) 日本臨床救急医学会:自殺未遂患者への対応 救急外来 (ER)・救急科・救命救急センターのスタッフの手引き. へるす出版. 2009 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/dl/07.pdf>

自殺企図患者は、また自殺を試みる可能性があると考えてよいか？

再企図の危険性が高い自殺企図患者の見分け方はあるか？

症例

21歳女性、既往にうつ病があり精神科通院中。日中にプロチゾラム0.25 mgを23錠内服し、同居の彼氏が発見し救急要請となった。Japan Coma Scale (JCS) I-1、呼吸数：18回/分、脈拍数：64回/分、血圧：113/69 mmHg、SpO₂：99% (RA)、体温：36.2°C、傾眠傾向ではあるが会話は可能で、「いろいろなことが嫌になり死ぬつもりだった、なぜ助けたのか」と訴えていた。後日の精神科受診を促し帰宅させたが、同日夜間に再度、プロチゾラム0.25 mgを25錠内服したとのことで救急外来受診となった。

今回も来院時バイタルサインは安定しているため、付き添い人に注意深く観察するようにお話しし帰宅となった。(J川口)

A. ある

Q2 (☞ p.5) の症例は、自殺企図後に身体科病棟への入院を要する身体状態であったが、本症例は救急外来での対応のみで完結しそうである。その場合、自殺再企図の危険性の高さをその場で判断する必要がある。これまでに、将来の自殺企図や自傷行為を予測する様々なスクリーニング/トリアージツールが開発され、その効果について検証されてきたが、残念ながらこのツールを利用すれば自殺の危険性が高い患者を確実に特定できる、というものは存在しない。そのため、あくまで判断の参考として利用するものと捉えたほうがよい。ただし、それらのツールがどのような項目から構成されているか（つまり、どのような項目が自殺のリスク因子と認識されているか）を知ることは、自殺の危険性が高い患者像を理解するのに役立つだろう。ここでは、代表的なツールとして「SAD PERSONS スケール」を紹介しておく。計10個の自殺の危険因子について、頭文字を並べた構成になっている (表 3-1)。

表 3-1 SAD PERSONS スケール

※ 5項目以上に該当で中等度リスク、7項目以上に該当で高リスクとされる。

S	Sex (Male sex)	男性
A	Age (<19 or >45 years)	年齢
D	Depression	うつ状態
P	Previous attempt	過去の自殺企図歴
E	Ethanol abuse	アルコールの乱用
R	Rational thinking loss	精神病症状 (幻覚や妄想など)
S	Social supports lacking	社会的な援助の欠如
O	Organized plan	自殺の計画性
N	No spouse	配偶者なし
S	Sickness	身体疾患

近年発表された日本における実践報告¹⁾も参照していただきたいが、やはりこのツールを利用しただけで自殺の危険性が高い患者を100%見分けられるわけではない。それでも、救急外来での判断に関わる一つの材料にはなるのではないかと思われる。それに加え、筆者がこれまで救命救急センターで自殺企図者への対応を行ってきた経験から、注意が必要と考えられる状態について表 3-2 にまとめた。

表 3-2 帰宅の判断に慎重さを要する自殺企図症例

- ・ 希死念慮が自殺企図前と同等以上で持続している
- ・ 死ぬことができなかったこと、救命されたことを後悔している
- ・ 短い間隔 (1か月以内に、など) で自殺企図を繰り返している
- ・ 抑うつ状態や、躁うつ混合状態が疑われ、ソワソワしている
- ・ 次の計画が具体的である (あるいは予告している)
- ・ 今回の出来事について語ろうとしない
- ・ 金銭面、住居などの問題があり、見通しが立たない

では、本症例の自殺再企図の危険性はどうかだろうか。うつ病に罹患しており、自殺企図を短期間で繰り返していること、日中の受診の際に「なぜ助けたのか」

と訴えている点は、注意が必要そうである。付き添い人に注意深く見守るよう伝えること自体は大切なことであるが、このように自殺リスクが高そうな患者については、かかりつけ精神科への受診方法をより具体的に（受診日や予約方法の確認、同伴者など）、本人や付き添い人と相談することが望ましく、簡単な内容でもよいので紹介状を作成したうえで、可能な範囲で早急に、かつ確実に受診できるように働きかけるのが理想的である。また、なるべく患者一人での帰宅は避けるようにすることも重要である。なお、明らかに自殺のリスクが高そうだという場合は、その地域の精神科救急窓口を利用することも検討したい。

（日野）

【参考文献】

- 1) 岡本直通, 他: 救急外来の自殺企図患者評価における SAD PERSONS スケールの有用性, 日本臨床救急医学会雑誌, 2020; 23: 589-593.

著者紹介

日野 耕介 (ひの こうすけ)

公益財団法人復康会 沼津中央病院 精神科医師

日本精神神経学会 精神科専門医 / 指導医、日本総合病院精神医学会 一般病院連携
精神医学専門医 / 指導医、精神保健指定医

入江 仁 (いりえ じん)

弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター 助手

日本救急医学会 救急科専門医、日本プライマリ・ケア連合学会 認定医 / 指導医

川口 祐美 (かわぐち ゆみ)

医療法人社団東光会 戸田中央総合病院 救急科 医師

日本救急医学会 救急科専門医

重松 咲智子 (しげまつ さちこ)

川越救急クリニック 医師

日本救急医学会 救急科専門医、産業医

株式会社救急介護搬送サービス えまさぼ 代表取締役

林 哲也 (はやし てつや)

オリンパス株式会社 専属産業医

埼玉医科大学総合医療センター 救急科 (ER) 非常勤医師

日本麻酔科学会認定 麻酔科専門医、産業医

久村 正樹 (ひさむら まさき)

埼玉医科大学総合医療センター救急科 (ER) 准教授

日本救急医学会 救急科専門医、日本精神神経学会 精神科専門医 / 指導医、精神保健
指定医、日本心身医学会 心身医療科 (精神科) 専門医

救急現場の精神科診療 若手医師が悩んだ症例から学ぶ 58 例

2021 年 11 月 30 日 第 1 版第 1 刷 ©

編 著……………久村正樹 HISAMURA, Masaki

発行者……………宇山閑文

発行所……………株式会社金芳堂

〒 606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地

振替 01030-1-15605

電話 075-751-1111 (代)

<https://www.kinpodo-pub.co.jp/>

組 版……………株式会社データボックス

デザイン・装丁…梅山よし

印刷・製本……………モリモト印刷株式会社

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan

ISBN978-4-7653-1883-9

JCOPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、その都度事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。