

長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス

澤 温

精神科臨床サービス 第9巻3号

2009年7月 発行

長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス

澤 温

抄 録 長期入院にさせないための精神科救急の役割について、1) 現在長期入院の人への精神科救急の役割と、2) 精神科救急医療サービス（以下救急サービス）を利用した人の長期入院化防止の方法について論じた。1) においては、①症状からみて地域生活に移行するには無理なほど重症な人々、②何度も地域に帰しても怠業を繰り返し地域に戻りにくい人々、③過去に地域で心配をかけてしまって帰りにくくなった人々、④家族の受け入れの悪い人々などがある。この場合には医療（デイケアや訪問看護）と福祉の地域サポートメニュー（住まう場、日中活動の場、サポートする人々とその連携、地域の人々の理解と受容）が重要である。この最後の砦として救急サービスが重要である。2) においては、救急入院者の長期入院化防止に、筆者の法人では①入院プランの中で入院直後から退院イメージを作る、②隔離の必要がなくなった時には退院前訪問看護を含めて患者とともに退院イメージの正しさを検証し、③退院イメージが実現できない因子を洗い出し、④次の策を講じるなどのマネジメントサイクルにより、地域へ早期に帰し患者の地域生活、社会生活の断絶を阻止する、という作業を行っているが、救急サービスのレベルの高さと長期入院化防止とは次元が違う。1) 2) の両者とも救急サービスのみでなく、その他の医療福祉サービスとの迅速な連携、すなわち多職種によるサービスがなければ救急サービスは十分な力を発揮できない。

精神科臨床サービス 9 : 385-389, 2009

キーワード：精神科救急，長期入院，社会復帰，入院プラン

はじめに

日本の精神科医療の特徴の1つは長期入院であると言われる。この問題の解決に対する精神科救急の役割は大きいと考える。一方、精神科救急医療サービスを行うと長期入院にならないかというとは半分は然り、半分はあまり関係ないと考えている。ここではこの2つの側面から、長期入院と精神科救急医療サービスの関係について述べる。

1. 精神科救急の位置づけ

筆者はこれまでいくつかのところで、救急医療サービスの位置づけについて述べてきた⁷⁾。一言で言えば、精神科救急医療サービスは地域精神医療の1つのツールであり、精神科医療の入り口の部分の大きな位置を占めるが、それだけでは存在意義を有しない。そして救急医療サービスは入院対象者に限らない。外来で終えようとして無理な人が入院になるのである。そして、外来、すなわち在宅医療が可能かどうかは、患者の精神症状の重さだけでなく、家族を含めた在宅サポート機能の充実によって決まるのである。この在宅サポート機能には往診や訪問診療、そして訪問看護など

さわ ゆたか
はくとクリニック病院
[〒551-0001 大阪府大阪市大正区三軒家西1丁目18-7]

も含む医療的アウトリーチサービスを含んでいる。これは入院の出口における退院可能性、社会復帰にも通じる。この在宅サポート機能に支えられた出口機能が希薄であると長期入院に傾く。

医療機関側としては入り口には手を広げて、出口は関心がないというのは論外である。入り口の精神科救急医療サービスは、最近のように病床の占有率が下がってきた時、ベッドを埋めるという collection 機能の大きなツールである³⁾。しかし、これに終わる病院は病院ではない。入り口に手を広げ、そして短期に治療し、患者が地域や社会の一員であることがなくなっていくうちに地域に帰し、治療を続けたりケアを受けながらも地域の一員として生き生きとして生活できることを目標とすることこそ病院であり、そうでなければ病院とは言えないだろう。

Ⅱ. 精神医療の歴史からみた 精神科救急医療サービス

精神科医療の歴史をみると、諸外国でも精神障害者は抹殺された時期、そして地域社会（の人々）とは別に処遇した時期があった。先進諸外国ではノーマライゼーションを建前に、医療費削減を本音として、1960年代から病床削減が行われた⁸⁾。有名な1963年のケネディの大統領教書でさえ2つの側面を持っていたと言われる。日本でも1965年の精神衛生法の改正を機に、地域医療、予防精神医学の建前はできたが、実際の施策についてはとんでもなく時期は遅れた。1967年から1968年にかけて来日したイギリスのクラーク博士の勧告が出ても地域精神医療は育たず、精神科病床は増え続けた。さらに1987年の精神保健法で社会復帰、社会復帰施設が法制化されても進まず、1993年をピークに精神科病院、および精神科病床は徐々に減少に転じた。つまり1950年の精神衛生法以来病床は増え続け、社会復帰を实践した人はわずかで、ハンセン病と同じく、不幸にして精神病になった人は生涯を施設としての病院で過ごすことが当たり前とされた。そのなか

で地域医療のツールとしての精神科救急医療サービスが発展する余地はなかった。

日本における精神科救急医療サービスは1978年の東京都に始まるが、これは緊急措置診療および措置入院に関わるもので、自傷他害に至る可能性のある患者についての救急医療サービスであった。つまり、行政がその最低限の責任を果たそうとする姿勢そのもので、地域精神医療に向けた精神科救急医療サービスではなかった。

神奈川県で1988年、大阪府で1991年に2次救急医療が始まったが、一般市民に公開された情報センター機能、「いつでも」「どこでも」「だれでも」という医療、つまり地域医療を支える救急医療の原点を満たすものは、1995年に国が精神科救急医療システムを定めて14年になる現在でもなお不十分と言わざるを得ない。2002年には精神科救急情報センターに24時間医療相談が、2008年5月にも精神科救急医療体制整備事業の中で精神科救急情報センターの設置と一般への連絡先の公表、24時間対応が提唱されたが、いまだに市民が入り口にたどり着けないままの地域も多い。

Ⅲ. 現在長期入院をしている人への 精神科救急の役割

先に述べたように、歴史的に長期入院となってしまった人々がいるが、その理由はさまざまである。この人々の構成はさまざまで、①症状からみて地域生活に移行するには無理なほど重症な人々、②何度も地域に帰しても怠薬を繰り返して地域に戻りにくい人々、③過去に地域で心配をかけてしまって帰りにくくなった人々、④家族の受け入れの悪い人々などが混在している。このうちの①は確かに難しいが、間もなく導入されるクロザピン、維持ECTなどを是認するかどうかにもよっている。②～④も全国ではかなりあるだろうが、このような場合には医療と福祉の地域サポートメニューが重要である。医療としてはデイケアや訪問看護であり、福祉としては住まう場、日中活動の場、

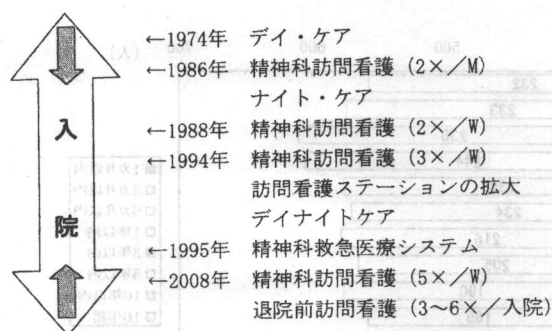


図1 医療的サポートと入院期間

サポートする人々とその連携、地域の人々の理解と受容が重要である²⁾。

これらの整備で従来なら入院した人々も、もう少し入院せずに地域でみてだめなら入院しよう、あるいは従来なら入院を続けていた人々も、具合悪ければ地域のサポートでみるからということ退院にこぎつけるなどである。このようなメニューは図1に示すように、これまで診療報酬で徐々に整備されてきた。

これをさらに進めるセーフティネット、つまり夜中でも具合悪くなったらいつでも医療サービスが受けられるから地域生活を続けようという時の医療サービスが精神科救急医療サービスと言える。つまり精神科救急医療サービスだけではむしろ何もできず、他の医療および福祉サービスがなくては役に立たないが、しかし悪化して万が一入院しても長期化しないため、事例化しないために精神科救急医療サービスは極めて重要であると言える。

筆者の病院では1982年から入院患者の在院日数を記録しているが、1982年では5年以上の入院患者が56.8%であったのが、2008年では12%まで減少できた。これには在宅の医療および福祉サービスが重要で、これに救急医療サービスも一翼を担っている(図2-A, 図2-B)。

しかし、ここにおける救急医療サービスは、筆者がかねてより言ってきた、患者責任制、自院責任制に関わる救急医療サービスである^{4,5)}。新規発生の精神科患者への救急医療サービスではない。その意味ではどの医療機関でも担うべき救急医療サービスであって、精神科救急医療体制整備事業

以前の話である。これも筆者はかねてより言っているが、救急医療システム(常時対応型でも輪番型でも)が整備されると地域医療の根幹である患者責任制、自院責任制が弱まってシステムに委ねることで事足りるという考えが増えてくる。患者責任制と自院責任制は平田のいうマイクロ救急、地域責任制はマクロ救急と通じるところがある¹⁾。

ちなみに、②~④の場合、濃厚に準備されたところに集中して来ることは地域医療ではないことを肝に銘じなくてはならない。そうでなくてはベルギーのゲールのように、その地域がコロニー化してしまう。

Ⅳ. 精神科救急サービスを利用した人が長期入院にならないために

最初に述べたように、精神科救急医療サービスのレベルの高さと長期入院になりにくいことは次元の違う話である。精神科救急医療サービスは精神科受療の入口論であり、長期入院になるかどうかは出口論だからである。しかし、入り口論は濃厚で出口論が手薄だと新たな収容的医療を促進するに過ぎない。そのような精神科救急医療をしている病院がもし仮にあったら、ベッドが埋まる程度にしか救急医療に参画しないだろう。救急医療を一生懸命すると逆にベッドが埋まらないという悲鳴(?)を時に聞く。これはその通りだろうと思われる。入口の通りがよくなれば、出口の通りもよくなるように考えるのが医療者として当然だからである。

さわ病院の救急入院料病棟で3カ月(2007年12月1日~2008年3月31日までに入院した患者について)を超える因子を分析した。その結果14.3%の患者が3カ月を超えた。その要因を分析して図3に示した。ここで社会的条件12人(20%)とは福祉施設入所待ちと家族との調整を表している。さわ病院では、基本的には家族が引き取れない場合は、法人が直接運営している居住施設で訓練して自立の可能性を探ったり、家族に引き取る自信をつけてもらっているが、それでも

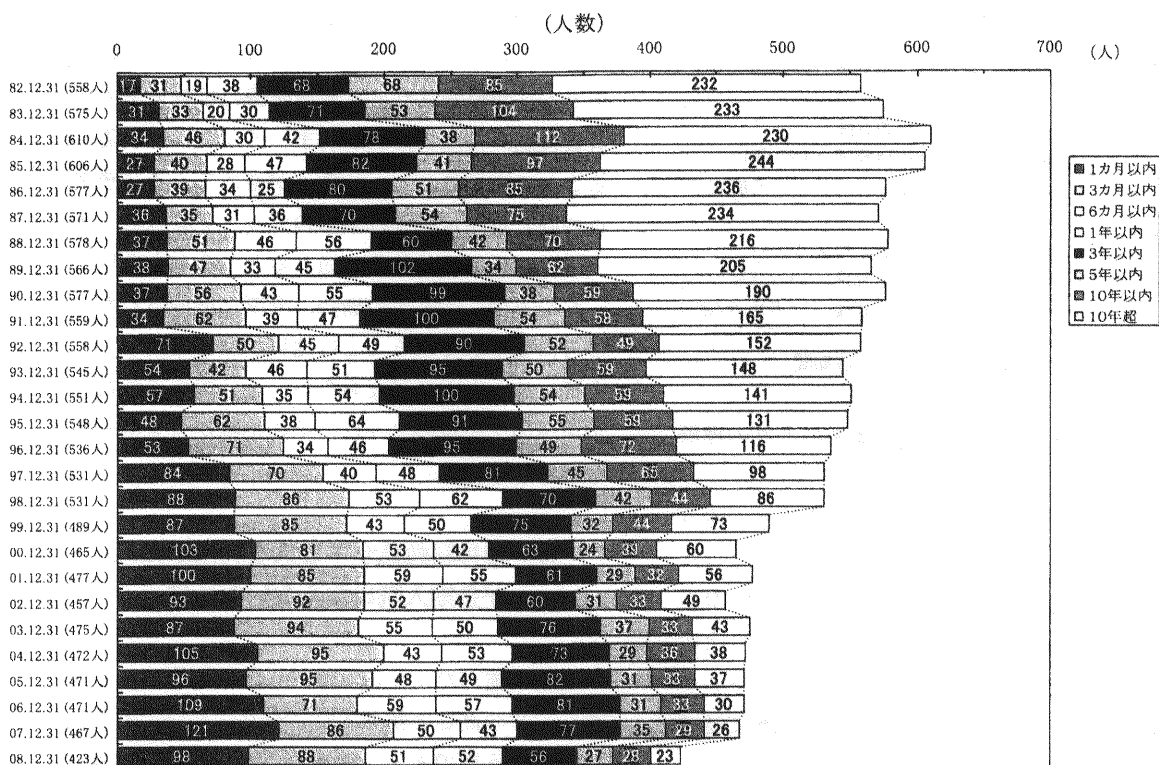


図2-A さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移 (人)

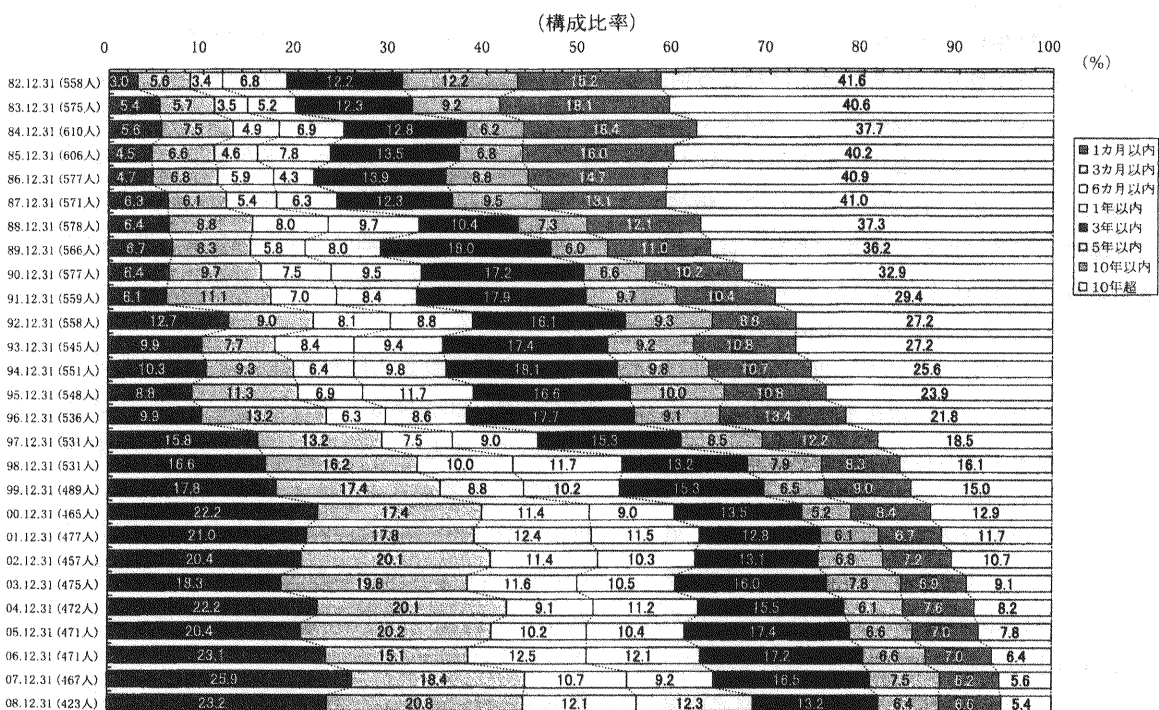


図2-B さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移 (%)

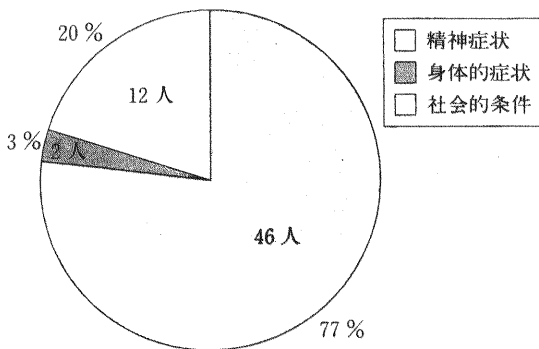


図3 救急入院料病棟で在院日数が3カ月を超す理由

3カ月間の当該病棟（2病棟，定員114人）入院患者420人のうち9人も発生している。精神症状については，Ⅲでも述べたように，間もなく導入されるクロザピン，維持ECTなどを是認するかどうかによって変わるだろう。

筆者の法人では2008年9月に大阪市内で夜間休日も24時間受け入れる50床の精神科救急入院医療施設を作ったが，それに先立って前記のように，さわ病院の救急入院料病棟で3カ月を超える因子を分析したのだが，この長期入院となる因子を取り除くために，①入院プランの中で入院直後から退院イメージを作る，②隔離の必要がなくなったときには退院前訪問看護を含めて患者とともに退院イメージの正しさを検証し，③退院イメージが実現できない因子を洗い出し，④次の策を講じるなどのマネジメントサイクル（Plan・Do・Check・Act）⁹⁾を回して退院にこぎつけ，地域へ早期に帰し，患者の地域生活，社会生活の断絶を阻止する，という作業を多職種で行っている。そのためには，50床で医師が7人（内指定医5人），パートの指定医1人，看護師は30人（夜間外来勤務を含めて夜間勤務看護師は4人），精神保健福祉士4人（認知症疾患医療センター1人を含む）という重装備でやると，常時窓口は開いており，月間57人くらいの入退院（内，輪番日，輪番日でないにかかわらず夜間休日は24人くらい）で，平均在院日数は20日くらいで，40床埋まることは少ないくらいである。

最後に

最初に述べたように，現在長期入院をしている人が長期入院を続けないためには精神科救急の役割は大きい，精神科救急サービスを利用した人が長期入院にならないために精神科救急医療サービスは直接には関係ない。しかしいずれの場合も精神科救急医療サービスのみでなく，その他の医療福祉サービスとの迅速な連携，すなわち多職種によるサービスがなければ，精神科救急医療サービスは十分な力を発揮できない。そして何よりも大切なのは精神科救急医療サービスをしようという考えだけでなく，長期入院を阻止しようという考えだけでなく，精神医療サービスを必要とする人に迅速にそのサービスを提供して，生活者であるその人々をできるだけ早く社会や地域に戻そうとする考えを，精神医療サービスを提供する人々のすべてが共通理念として持つことであろう。

文 献

- 1) 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。
- 2) 澤温：社会復帰と福祉。日精協誌，14；24-29，1995。
- 3) 澤温：精神科救急：Fashion，Mission，Collection。精神医学，48；116-117，2006。
- 4) 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。
- 5) 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。
- 6) 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。
- 7) 澤温：精神科救急の問題。日精協誌，26；6-12，2007。
- 8) 澤温：ACTとアウトリーチサービス。臨床精神医学，37；1015-1020，2008。